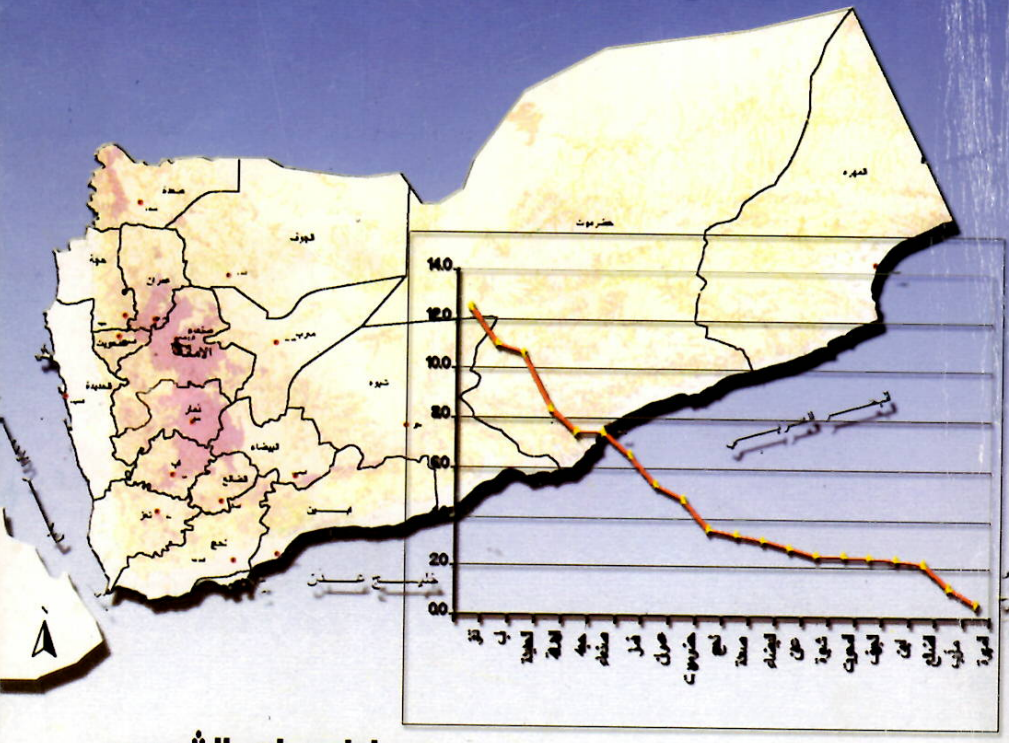
الجمهورية اليمنية
جامعة صنعاء
مركز التدريب والدراسات السكانية

UNFPA

المحددات الاجتماعية للنمو السكاني في اليمن

دراسة سوسيوتاريخية



د. عادل مجاهد الشرجبي
أستاذ علم الاجتماع المساعد بجامعة صنعاء

جامعة صنعاء

مركز التدريب والدراسات السكانية

U. N. F. P. A.

صندوق الأمم المتحدة

للنشاطات السكانية – اليمن

المحددات الاجتماعية للنمو السكاني في اليمن

دراسة سوسيو تاريخية

د. عادل مجاهد الشرجبي

أستاذ علم الاجتماع المساعد بجامعة صنعاء

نوفمبر 2001م

بسم الله الرحمن الرحيم

تقديم

كانت التقديرات لسكان اليمن تتراوح بين 3 إلى 5 مليون نسمة في الربع الأخير من القرن التاسع عشر والنصف الأول من القرن الماضي. وهذا مما يعطي مؤشراً واضحاً أن النمو السكاني كان بطيئاً بسبب انتشار الأوبئة والأمراض وانعدام الصحة الأولية. ومنذ مطلع الخمسينات من القرن الماضي حدثت العديد من التحولات السياسية في اليمن ورغم ذلك إلا أن تأثيرها كان ضعيف على البنية الاجتماعية لليمن بسبب منظومة القيم السائدة آنذاك في المجتمع اليمني التي تشجع على المزيد من الإنجاب لعدد كبير من الأبناء. الأمر الذي ترتب عليه المزيد من المواليد يقابله وفيات مرتفعة بحكم تدني البنية التحتية والخدمات الصحية آنذاك. ومنذ مطلع السبعينات من القرن الماضي بدأ التحول الديموغرافي في اليمن وأتسم هذا التحول بارتفاع معدل المواليد وانخفاض الوفيات وتضاعف عدد السكان ما بين 1975م إلى 1994م ولكن يغلب على السكان الطابع الكمي وتشير الاسقاطات للسكان أن سكان الجمهورية اليمنية سيصبحون عام 2005م 21 مليون نسمة وفي عام 2016م 31 مليون نسمة.

من هذا المنطلق أقدم مركز التدريب والدراسات السكانية بجامعة صنعاء وبدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان في اليمن بتنفيذ دراسة حول المحددات الاجتماعية للنمو السكاني في اليمن. واتخذ المركز العديد من الخطوات لتنفيذ الدراسة وتتمثل بالأتي:

أولاً: تم الإعلان في كليات الجامعة عن رغبة المركز بتنفيذ الدراسة بعد موافقة المجلس الأكاديمي للمركز على إنزاله وتم اختيار الباحث الدكتور/عادل الشرجبي من بين المتقدمين لانطباق المعايير في مشروع بحثه الذي تقدم به التي حددها المركز.

ثانياً: عقدت حلقة نقاش حضرها أعضاء المجلس الأكاديمي للمركز ومندوبين من المجلس الوطني للسكان والجهاز المركزي للإحصاء ومنفذ البحث لمناقشته حول التعديلات التي تمت من قبله لمشروع البحث بناءً على طلب المجلس الأكاديمي للمركز منه أن يعيد النظر في بعض القضايا التي وردت في المشروع.

ثالثاً: عقد اجتماع ثالث لمناقشة الباحث في الاستبيان الذي أعده وتمت التعديلات والإضافات عليه وتقرر أن ينفذ الباحث الدراسة الميدانية في أمانة العاصمة كمنطقة ممثلة للحضر ومحافظة صنعاء كعينة للريف.

رابعاً: بعد أن انتهى الباحث من إعداد البحث نضم المركز ورشة عمل وحضرها اكثر من سبعون مشاركاً من كليات الجامعة المختلفة ومن مختلف مؤسسات الدولة ومنظمات المجتمع المدني لمناقشة البحث والنتائج التي توصل إليها الباحث

ووزع البحث على المشاركين قبل انعقاد ورشة العمل بنصف شهر للإطلاع عليه وتم في الورشة مناقشة الدراسة من قبل المشاركين وطلب من الباحث أن يعيد النظر في البحث آخذا بعين الاعتبار بملاحظات وإضافات المشاركين في ورشة العمل.

خامسا: بعد أن قام الباحث بإعادة النظر في البحث وفقا للملاحظات التي قدمها المشاركين في ورشة العمل اتخذ المجلس الأكاديمي للمركز قرار بطبع البحث وإنزاله على شكل كتيب وتعميمه على مختلف الجامعات اليمنية والمراكز البحثية ومؤسسات الدولة ذات الصلة بالمسألة السكانية في اليمن ومؤسسات المجتمع اليمني من اجل تعميم الفائدة من البحث.

هذه أهم الخطوات التي تمت لإخراج بحث المحددات الاجتماعية للنمو السكاني في اليمن وتعتبر أولى منشورات مركز التدريب والدراسات السكانية بجامعة صنعاء وسيتم نشر العديد من الدراسات والكتب والأبحاث التي نفذها المركز خلال الفترة القادمة.تحتوي الدراسة على ثلاثة فصول رئيسية، الأول عن مراحل النمو السكاني في اليمن والثاني عن تجربة اليمن في مجال تنظيم الأسرة والتخطيط السكاني. أما الفصل الأخير من الدراسة تحدث الباحث عن المحددات الاجتماعية للنمو السكاني في اليمن.

ويسعدني أن أتقدم بالشكر للأستاذ الدكتور/عبد العزيز المقالح رئيس الجامعة ورئيس المركز على دعمه المستمر لأنشطة المركز وكذلك إلى زملائي أعضاء اللجنة العليا والمجلس الأكاديمي على دعمهم

ووقوفهم دوماً لمساندة المركز في الأنشطة السكانية التي ينفذها على مستوى جامعة صنعاء والجامعات اليمنية. كما يسعدني إلا أن أتقدم بالشكر للسيدة Bettina Mass الممثلة المقيمة لصندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية في اليمن ونائبها الدكتور/صالح الشيخ على دعمهم الدائم لأنشطة المركز وتدليلهم الصعوبات التي قد تحول دون تنفيذ خطة عمل المركز وقد كان لدعمهم منذ تأسيس المركز الأثر الطيب في تفعيل دور الجامعات اليمنية في فهم وإدراك أبعاد المسألة السكانية في قضايا التنمية الشاملة التي تنهجها الدولة. أتطلع إلى المزيد من العمل والجهد والمثابرة في سبيل بناء اليمن من اجل مستقبل أفضل للأجيال القادمة.

أ.د.أحمد محمد شجاع الدين

المدير التنفيذي لمركز التدريب

والدراسات السكانية

جامعة صنعاء

بسم الله الرحمن الرحيم

المقدمة:

قدر عدد سكان العالم عام 1900م بحوالي 1500 مليون نسمة، وطبقاً لماء جاء في الكتاب الديمغرافي السنوي الصادر عن الأمم المتحدة عام 1976م فإن عدد سكان العالم بلغ آنذاك حوالي 4046 مليون نسمة، الأمر الذي يمكن معه القول إنَّ عدد سكان العالم قد تضاعف خلال العقود الستة الأولى من القرن العشرين، إن معدل الزيادة الطبيعية للسكان على مستوى العالم كان في النصف الأول من القرن العشرين يزيد قليلاً عن 1%، لكن معدل الزيادة الطبيعية لسكان العالم ارتفع في مطلع النصف الثاني من القرن العشرين إلى 2% سنوياً.[1]

وقد تضاعف العدد في الفترة ما بين 1960م – 1999م حيث وصل إلى ستة مليارات نسمة في نهاية القرن العشرين". ومن المحقق أن الزيادة الهائلة التي طرأت على سكان العالم قد حدثت بفعل النمو السكاني المتسارع الذي شهدته الدول النامية، على العكس من ذلك فقد تباطأ نمو السكان أو توقف في أوربا وأمريكا الشمالية واليابان، وتعد الولايات المتحدة البلد الصناعي الوحيد الذي لا يزال يُتوقع ان يشهد زيادات كبيرة في السكان بفعل الهجرة".[2]

وقد دفعت المؤشرات السابقة بعلماء السكان والاجتماع والديمغرافيا الاجتماعية إلى البحث عن إطار نظري لتفسير نمو السكان تاريخياً، وقد أسفرت جهودهم البحثية عن التوصل إلى نظرية التحول الديمغرافي "يقصد بالتحول الديمغرافي انتقال المجتمع من وضع ديمغرافي معين إلى وضع آخر نتيجة تغير اتجاه عوامل نمو السكان الأساسية في هذا المجتمع، مثل انحدار مستويات الوفيات أو الولادات أو كليهما من معدلات مرتفعة إلى معدلات منخفضة، بمعنى آخر تحول اتجاه

نمو السكان من معدل منخفض إلى معدل مرتفع ثم إلى معدل منخفض مرة أخرى، وقد يستمر في الانخفاض ليصل إلى الصفر أو يصبح سالباً (...). وترى نظرية التحول الديمغرافي أن معدلات الخصوبة ومعدلات الوفيات تنحدران على حدٍ سواء من معدلات عالية إلى معدلات منخفضة نتيجة للتطور الاقتصادي والاجتماعي "[3].

وترجع أهمية نظرية التحول الديمغرافي إلى أنها شكلت نقلة معرفية نوعية في مجال دراسة السكان، من خلال رفضها التفسيرات البيولوجية وتقديم تفسيرات اجتماعية للنمو السكاني، فقد كانت النظريات الطبيعية أو البيولوجية ترى أن تزايد السكان عملية بيولوجية تحكم نفسها بنفسها، وأن التزايد السكاني إذا وصل إلى مستويات متضخمة فإن عوامل بيولوجية وطبيعية تتدخل لإعادة التوازن، أما النظريات الاجتماعية بشكل عام ونظرية التحول الديمغرافي بشكل خاص فترى أن نمو السكان لا يخضع للعوامل البيولوجية والفسيولوجية فقط، إنما يخضع أيضاً للظروف الاجتماعية والاقتصادية السائدة في المجتمع ولطبيعة ثقافته ومنظومته القيمية.

وقد تنامي اهتمام الباحثين الاجتماعيين اليمنيين بدراسة القضايا السكانية منذ مطلع تسعينيات القرن العشرين، مع ذلك فإن الدراسات السوسيولوجية في مجال السكان لا زالت محدودة كماً وكيفاً، إذا كانت المحدودية الكمية أمر واضح ولا يحتاج إلى شرح، فإن القصور الكيفي لدراسات سوسيولوجيا السكان ترجع إلى اعتماد العدد الأكبر من هذه الدراسات على الأطر النظرية لعلم الاجتماع الوصفي، الأمر الذي ترتب عليه أن إسهام هذه الدراسات وقف عند حدود تقديم " تفسيرات " لبعض المتغيرات والظواهر السكانية، ولم تقدم تصورات لبرامج إصلاحية للمشكلات السكانية، أن ذلك لا يرجع إلى تقصير علماء الاجتماع والباحثين السوسيولوجيين بل يرجع إلى عوامل بنائية تتعلق بتوجهات المؤسسات والأجهزة المختصة في مجال الدراسات الاجتماعية والسكانية،

ومع ذلك فإن مخرجات الدراسات السوسيولوجية " الوصفية " وفرت مادة عظيمة الفائدة في مجال وضع السياسات السكانية (كعنصر من عناصر السياسات الاجتماعية)، فدراسات سوسيولوجيا السكان اليمنية لم تزودنا بمعلومات عن حجم السكان والخصوبة والوفيات فحسب، لكنها أوضحت كذلك بعض العوامل الاجتماعية المسئولة عن التغيرات الديمغرافية.

إن طبيعة المشكلات السكانية في المجتمع اليمني (من وجهة نظرنا) تتطلب الانتقال من مرحلة الوصف والتفسير إلى مرحلة اقتراح الحلول ومن الاهتمام بوضع السياسات الاجتماعية السكانية إلى الاهتمام بالتخطيط الاجتماعي السكاني ومن علم الاجتماع الوصفي إلى علم الاجتماعي التطبيقي، لذلك فإن هذه الدراسة سوف تعتمد على الأطر النظرية لعلم الاجتماع التطبيقي، إن علم الاجتماع التطبيقي يهتم بدراسة الظواهر الاجتماعية القائمة دون الاهتمام بتطوراتها التاريخية، ويهمل حقيقة أن الظواهر الاجتماعية نتاج تطور تاريخي طويل، لذلك سوف تستعين هذه الدراسة (إلى جانب اعتمادها على الأطر النظرية لعلم الاجتماع التطبيقي) بنظرية التحول الديمغرافي، التي تعد النظرية الأكثر ملائمة لدراسة تغير الأوضاع السكانية للمجتمع عبر مراحل تطوره التاريخي. لذلك فإن هذه الدراسة سوف تسعى إلى جمع معلومات وبيانات تاريخية بهدف معرفة تطور النمو السكاني في اليمن منذ القرن التاسع عشر، إن البيانات الكمية لا تمثل غاية في ذاتها، لذلك فإن هذه الدراسة تسعى إلى تحليل عناصر البناء الاجتماعي للمجتمع اليمني خلال القرن العشرين بهدف تفسير ما وراء السلوك الإنجابي للأفراد والجماعات من دوافع وأفكار واتجاهات وقيم، مما يضفي دلالة اجتماعية على البيانات الكمية.

بدأ النمو السكاني في اليمن يمثل معوقا من معوقات التنمية الاجتماعية والاقتصادية في النصف الثاني من ثمانينيات القرن العشرين، الأمر الذي فرض على الدولة أن تتخذ عددا من الإجراءات الهادفة إلى

تخفيض معدلات النمو السكاني، ومن أبـــرز هـــذه الإجـــراءات إعـــداد الاستراتيجية الوطنية الأولى للسكان (1990–2000م) وما ارتبط بها مـــن سياسات وبرامج وكذلك السياسة الوطنية للسكان في الجمهورية اليمنيـــة (2001 – 2025م). لذلك فإن من أهداف هذه الدراسة أيضا تقييـــم مـــدى استيعاب الاستراتيجية الوطنية للسكان (1990– 2000) والسياسة الوطنيـــة للسكان (2001 – 20250) للعوامل الاجتماعية المؤثرة على النمو السكاني بهدف تقديم توصيات يمكن الاستفادة بها عند إعـــداد برنـــامج العمـــل السكاني لتنفيذ السياسة الوطنية للسكان.

الفصل الأول

التحول الديمغرافي في اليمن

1. التوازن السكاني المرتفع.
2. التمدد السكاني السالف.
3. التمدد السكاني اللاحق.

أولا: مرحلة التوازن السكاني المرتفع في اليمن..

عانى المجتمع اليمني تاريخيا- لا سيما في تاريخه الوسيط- من جمود بناه المختلفة وبشكل خاص البنى الاقتصادية، فقد عانى من التخلف الاقتصادي ولم يلحق قوى الإنتاج الرئيسة أي شكل من أشكال التطوير أو التحديث وقد ترتب على جمود البنى الاجتماعية الاقتصادية "النسبي" بطئ شديد في معدلات النمو السكاني. فالبيانات المتناثرة في المصادر التاريخية (على الرغم من تفاوتها واعتمادها على التقدير بل والتخمين أحيانا) تتيح للباحث أن يقرر أن النمو السكاني للمجتمع اليمني في العصور الوسطى وحتى ستينات القرن العشرين اتسم بالبطء الشديد بل والنمو السالب أحيانا. ويرجع ذلك إلى جمود البناء الاجتماعي للمجتمع اليمني بشكل عام، فعلى مستوى البنية التحتية للمجتمع " Infra Structure" لم يلحق قوى الإنتاج الرئيسة أي شكل من أشكال التطوير أو التحديث وعلى مستوى البناء الفوقي استمر تأثير المصادر التقليدية على أشكال الوعي الاجتماعي سواء بالنسبة للسلطات الحاكمة أو بالنسبة للمجتمع،الأمر الذي أدى إلى جمود البنية الاجتماعية وما ترتب على ذلك من آثار ديمغرافية تمثل أهمها في بطئ معدلات النمو السكاني للمجتمع، فعلى الرغم من الاختلافات الكبيرة في التقديرات التي وضعها أفراد أو مؤسسات لعدد سكان اليمن في الفترة ما بين مطلع الربع الأخير من القرن التاسع عشر ومطلع النصف الثاني من القرن العشرين إلا أنها تتراوح بين 3.000,000 – 5,000,000 نسمة، الأمر الذي يعكس تباطؤ معدلات الزيادة السكانية، ففضلا عن تباطؤ معدلات الزيادة الطبيعية بسبب انتشار الأمراض وانعدام الرعاية الصحية وسوء/ نقص التغذية... الخ فإن صافي الهجرة كان في صالح الهجرة النازحة.

إن خطأ التقديرات السكانية يتناسب طرديا مع اتساع الرقعة الجغرافية المراد تقدير عدد سكانها، لذلك فإن تقدير عدد السكان لبعض المدن اليمنية في العصور الوسطى وحتى النصف الأول من القرن العشرين يمكن أن يقدم مؤشرات أكثر دقة ودلالة في مجال الحديث عن النمو السكاني.

جدول رقم (1)

يبين بعض التقديرات لسكان اليمن خلال القرن التاسع عشر والنصف الأول من القرن العشرين

المنطقة التي شملها التقدير	العام أو القرن	التقدير	صاحب التقدير
الشطر الشمالي بما فيه عسير	1879م	3.000.000	محمد خليل أفندي
المناطق الخاضعة للعثمانيين	1886م	1.800.000	ادوارد جلازر
الشطر الشمالي بما فيه عسير	1887م	5.000.000	محمد خليل أفندق
الشطر لشمالي بما فيه عسير	نهاية ق 19م	750.000	سوبان
المناطق الخاضعة للنفوذ البريطاني	نهاية ق 19م	140.000	سوبان
الشطر الشمالي	1910	1.000.000	بن
المناطق الخاضعة للحكم التركي	1916	750.000	السلطات البريطانية
الشطر الشمالي	أربعينات ق.20	1.700.000	السلطات البريطانية
الشطر الجنوبي	أربعينيات ق 20	1.000.000	السلطات البريطانية
الشطر لشمالي	1949	4.500.000	الأمم المتحدة
الجنوب	خمسينيات ق 20م	980.000	عبد الله علي مرشد
الشمال	1958م	5.000.000	عبد المنعم شميس
الشمال	ستينيات ق 20م	5.000.000	أبولانس

المصدر: ركب الباحث الجدول اعتمادا على: أحمد القصير، "اليمن: الهجرة والتنمية"، دار الثقافة الجديدة، القاهرة، 1985م، ص ص 57-61. محمود علي عامر، اليمن من خلال لائحتي محمد خليل، الإكليل، صنعاء، عدد (1)، السنة السابعة، 1989م، ص 83،96. محمد سعيد العطار، " التخلف الاجتماعي الاقتصادي في اليمن "، المطبوعات الوطنية الجزائرية، الجزائر، 1961م، ص 63. عبد المنعم شميس، " اليمن الحديثة "، دار الهلال، القاهرة، 1959م، ص 13.

إن بطئ أو ركود النمو السكاني في اليمن في القرن التاسع عشر والقرون السابقة عليه لا يمثل حالة فريدة بل يمثل وضعا عاما مرت به كل المجتمعات الإنسانية قبل ظهور الثورة الصناعية، حيث اتسم النمو السكاني لمجتمعات ما قبل الصناعة بالبطء الشديد أو الركود بل وتحقيق معدلات سالبة أحيانا- في حالات الكوارث والحروب- نتيجة لارتفاع معدلات الوفيات على الرغم من ارتفاع معدلات المواليد.هذا النمط من أنماط النمو السكاني هو ما يطلق عليه الديمغرافيون نمط التوازن السكاني المرتفع، الذي يتسم بارتفاع معدلات المواليد وارتفاع معدلات الوفيات.
تمثل أنماط النمو السكاني ومعدلاته محصلة لتفاعل عوامل النمو السكاني الثلاثة : معدل الوفيات، معدل المواليد وصافي الهجرة. وهي عوامل تتأثر اتجاهاتها ومعدلاتها بطبيعة الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والثقافية السائدة في المجتمع[4].

وفي الفقرة التالية سوف نعرض لتأثير هذه الأوضاع على عوامل النمو السكاني الثلاثة في المجتمع اليمني في النصف الأول من القرن العشرين التي تمثل امتدادا لأوضاع المجتمع اليمني في القرن التاسع عشر. التي أفرزت معدلات نمو سكاني بطيئة جدا يمكن وصفها بأنها تمثل ما يسمى بالتوازن السكاني المرتفع.

1. **الأسباب الثقافية لنمط التوازن السكاني المرتفع في المجتمع اليمني التقليدي:**

شهد المجتمع اليمني عبر الحقب التاريخية التي مر بها تنوعا في أساليبه الإنتاجية وفي تشكيلاته الاجتماعية والاقتصادية، ولا شك إن كل حقبة تميزت بسمات وخصائص تختلف عن الحقب الأخرى، سواء كان ذلك متعلقا بعناصر البنى الفوقية أو بعناصر البنى التحتية. ويفترض نظريا أن تفرز أن كل تشكيلة اجتماعية اقتصادية أفرزت نمطا سكانيا ملائما لمستويات تطور أطرها

الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية والقانونية...الخ. مع ذلك فإن الملامح العامة لأنماط التطور السكاني التي شهدها المجتمع اليمني في ظل مختلف التشكيلات الاجتماعية/ الاقتصادية قبل الرأسمالية اتسمت بخصائص عامة متشابهة ومتقاربة، فحتى ستينيات هذا القرن اتسم النمو السكاني في اليمن بخصائص عامة ثلاث هي: ارتفاع معدلات المواليد، وارتفاع معدلات الوفيات وارتفاع معدلات الهجرة النازحة.

وعلى الرغم من أن استعداد المرأة والرجل للإنجاب، استعداد فطري بيولوجي إلا أن هناك عوامل اجتماعية ثقافية تؤثر تأثيرا بالغا على الإنجاب، وبعض هذه العوامل ذات تأثير مباشر وبعضها الآخر ذات تأثير غير مباشر، بعضها بوعي وبعضها الآخر دون وعي. ويمكن عرض أهم العوامل الاجتماعية التي ساهمت في رفع معدلات الخصوبة البشرية في المجتمع اليمني التقليدي كالتالي:

- **الأفكار المتعلقة بالزواج:**

كان اليمنيون- ولا زالوا إلى حد ما- يفضلون الزواج المبكر سواء للذكور أو الفتيات، فقد جاء في إحدى الوثائق التي ترجع إلى القرن التاسع عشر : "... اليمنيون يفضلون الزواج المبكر سواء للشباب أو البنات، أما الفتاة التي تتجاوز من العمر أكثر من عشرين سنة فزواجها يغدو صعبا " [5]، يرجع ذلك من وجهة نظرنا إلى أن العفة مثلت واحدة من القيم الهامة لدى اليمنيين، فقد نظروا للزواج المبكر باعتباره آلية لتحصين الأبناء والبنات من اقتراف معصية الزنا، ترجع هذه القيمة إلى مصدرين: الأول هو الدين الإسلامي أما الثاني فهو الثقافة القبلية. ولعل الثقافة القبلية أكثر تأثيرا في تشكيل وعي الأفراد وتوجهاتهم المتعلقة بقيمة العفة والزواج المبكر، إذ تربط الثقافة القبلية بين قيمة العفة

وقيمة الشرف. فممارسة الفتاة للزنى يعد أهم ما يجلب العار لأقاربها على الإطلاق. فإذا كان التشريع الإسلامي يعاقب الزانية غير المحصنة بالجلد، فإن كثيرا من اليمنيين لا يكتفون بهذه العقوبة لمن تقترف جريمة الزنا من قريباتهم بل يقدمون على قتلها.

جدول رقم (2)

يبين بعض التقديرات لعدد سكان بعض المدن اليمنية في فترات تاريخية مختلفة

المدينة	العام أو القرن	التقدير	صاحب التقدير
عدن	ق 13م	80000	ماركوباولو
عدن	1513م	35000	شارل عيسوي
عدن	1839م	600	شارل عيسوي
تعز	1899م	5000	زويمر
صنعاء	ق 2 هجري	280000	الرازي
صنعاء	1905م	20000	السلطات البريطانية
سقطرة	1916م	12000	السلطات البريطانية
حريضة	1931م	2000	درميولين وفيسمان
الشحر	1931م	6000	درميولين وفيسمان
المكلا	1931	12000	درميولين وفيسمان
شبام حضرموت	1931م	8000	درميولين وفيسمان
تريم	1931م	12000	درميولين وفيسمان
سيئون	1931م	15000	درميولين وفيسمان

المصدر: ركب هذا الجدول اعتمادا على : أحمد القصير، مرجع سابق، ص ص. 57061، عبد الواسع بن يحيى الواسعي، " تاريخ اليمن"، الدار اليمنية للنشر والتوزيع- صنعاء، ط3، 1982م، ص.61-. دانيال فان درميولين وفون فيسمان، " حضرموت: إزاحة النقاب عن بعض غموضها"، ترجمة محمد سعيد القدال، الطبعة العربية الأولى، دار جامعة عدن بالتعاون مع سفارة مملكة هولندا بصنعاء، 1998م، صفحات مختلفة.

إن تفضيل اليمنيين في النصف الأول من القرن العشرين والقرون السابقة عليه للزواج المبكر لا يرجع فقط إلى المؤشرات الأخلاقية والقيمية والدينية بل يرجع أيضا إلى عوامل موضوعية أهمها انتشار الأمية[6] .

إلى جانب تأثر الخصوبة بتوجهات السكان المفضلة للزواج المبكر فقد تأثرت أيضا بتوجهاتهم نحو الزواج التعددي، وقد وصف صاحب الوثيقة المشار سابقا الرجل اليمني بأنه " مزواج وتعدد الزوجات محبب إليه " [7].

أ. **الاقتصاد الزراعي:**

مثلت الزراعة- ولا زالت- قطاع الإنتاج الرئيس في اليمن، ونظرا للظروف الاجتماعية والطبيعية والاقتصادية التي كانت سائدة في اليمن فقد اعتمدت الزراعة في اليمن على الجهود البشرية والعمل الإنساني في المقام الأول. يقول الحكيم اليمني علي ولد زايد:

يا رحمتي للوحيدا
يشقى من الليل لـ الليل وجاء وشغله زهيدا
لو كان جنبه من الحيد.. وساعده من حديدا
ما نصره إلا للاثنين... أما الثلاثة يزيدا... والأربعة قوم جيدا
يا غارتاه يا ثريا... معالم الصيف زلت[8].

إن اعتماد الزراعة في المجتمع اليمني في النصف الأول من القرن العشرين على الجهد الإنساني وغياب العمل المأجور في الريف اليمني في تلك الفترة خلق لدى السكان الريفيين توجهات محبذة لكثرة الإنجاب، ونستشهد على ذلك بقول آخر من أقوال علي ولد زايد. يقول علي ولد زايد:

يا فرحتي يا سروري آخر زماني خياره
من حين شبت نسوري ومالي أدى ثماره

قد كنت أنا طرفه الجـــرن والیـــوم أنـــا فـــي قـــراره
والله لا نضـــرب الجـــرن لامـــا نطـــير غبـــــاره[9]

ب. الحياة القبلية:

شهدت اليمن عبر تاريخها القديم والوسيط أشكالا عديـــدة من الصراعات السياسية والحروب الأهلية والفوضى،، فمع أوائل القرن الثالث الهجري استقلت اليمن عن الخلافة العباسية، وبـدأت تظهر على المسرح السياسي دويلات يمنية مستقلة على الرغم من تبعيتها الاسمية للخلافة، وتعددت عواصم هذه الدويـــلات حتـــى بلغت ما يزيد على إحدى عشرة عاصمة متصارعة، تسيطر كـــل واحدة منها على جزء من البلاد، فكانت زبيد عاصمـــــة للدولـــة الزيادية ثم الدولة النجاحية ثم دولة بن مهدي الحمـــيري،وكـــانت صنعاء عاصمة للدولة اليعفرية (التي اتخذت من شبام عاصمـــــة ثانية) ثم للموالي فالصليحيين ثم لدولة بني حاتم، واتخذ بنو معـــن عدنا عاصمة لهم (وكانت لهم عاصمة أخرى فـــي حضرمـــوت) ومن بعدهم سيطر عليها الزريعيون، وأسس الإمام يحيـــى بـــن الحسين الرسي عاصمة له في صعدة، إلى جانب ذلـــك ظـــهرت امارات صغيرة في أنحاء متفرقة من البلاد منـــها: إمـــارة أبـــي العلاء في لحج، إمارة الشريف وهاس بن غانم فـــي المخـــلاف السليماني، وإمارة جعفر بن أحمد المناخي في المذيخرة، وإمـــارة علي بن الفضل وإمارة آل الكرندي في المعافر، وإمارة بني وائل بن عيسى في حزم العدين، وإمارة منصور اليمـــن فـــي مســـور حجة، وإمارة المغلس الهمداني في الجوف وإمارة التبعـــي فـــي الشعر "[10].

إن غياب الدولة المركزية أو ضعفها في مراحل كثيرة من تاريخ اليمن أدى إلى تنامي قوة التنظيمات القبلية بـــهدف القيـــام

ببعض الوظائف التي عجزت أو فشلت الدولة في تحقيقها على المستويات المحلية. وغياب الدولة المركزية (التي يفترض أن تمثل القوة التي تحقق التوازن بين القبائل في علاقتها بعضها بالبعض الآخر) أدى إلى سعي كل قبيلة إلى أن تكون أقوى من القبائل الأخرى، فالعلاقة بين القبائل تخضع لإرادة الأقوى ولا تخضع لقانون تسنه وتضمن تطبيقه دولة مركزية، بل إن الدولة لم تستطع في بعض الفترات تطبيق القانون في عاصمتها، يقول المؤرخ الحرازي: " صارت صنعاء في زماننا مثل الخرقة الحمراء بين " الأحداء" ويقول في موضع آخر " ومن بعد خروج الإمام من صنعاء المحمية انتشر الزعار واللصوص وأخافوا الناس في بيوتهم، وقفرت شوارع صنعاء من بعد صلاة العشاء بسببهم[11] وبدأ مشائخ سوق صنعاء الشمالي (في ذي القعدة 1278هـ) إلزام حكام الشريعة المطهرة أعلى الله شأنها على التوقف عن القضاء بين الناس وفصل الخصومة ليتم لهم مأربهم من المظالم والأفعال القبيحة (...) ومع أن الشوكة لهم ولعاقلهم محسن معيض وقولهم عند العامة والرعاع ماض.. ما وسع الحكام إلا رفع حكم القضاء "[12]

ووصف أحد المؤرخين الأوضاع السياسية في اليمن في القرن التاسع عشر بقوله " إن سير الأحداث كان على حسب إرادة مشايخ القبل وأنهم كانوا يجعلون الأئمة كسلم يتوصلون بهم إلى النهب والسلب والقتل وغير ذلك، وينصبون لهم في كل بلد إمام ليصلوا إلى أغراضهم باسمه، (...) لما ضعفت الدولة القاسمية تغلبت القبائل (...) وانتشر في البلاد أهل الفساد (...) وتعاظم الشطط وكثر اللغط، وأغار الناس بعضهم على بعض ونهب بعضهم بعضا وظهرت نواجم الفساد من القبائل والعشائر فكانوا

يجمعون أهل المشرق ويغزون بهم أهل المغرب فيأخذون الأموال ويقتلون الرجال وليس لهم قصد تملك سوى العجالة المأخوذة "[13]

إن هذه الأوضاع غير المستقرة القائمة على الصراعات والحروب والتي مثلت القبيلة فيها التنظيم الاجتماعي الأكثر أهمية والأكثر رسوخا خلقت ثقافة اجتماعية تمثل القوة أحد أهم قيمها الاجتماعية، ولما كانت قوة القبيلة تعتمد على عدد أفرادها الذكور فقد انتشرت قيم محبذة لكثرة الإنجاب لا سيما إنجاب الذكور، يقول علي ولد زايد:

يا ليت لي سبعة أخوه سودان مثل العبيدا
سبعة بسبعين رجال من ظهر ابي.. كنت جيدا
اشمخ بهم في المحاضر واخصم وظهري شديدا
واغزي بهم حين اريدا [14]

وقد ترتب على الظروف الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية السابق الإشارة إليها ان ارتفع معدل المواليد في اليمن في النصف الأول من القرن العشرين بشكل ملحوظ، فهناك تقديرات تشير إلى أن معدل المواليد في اليمن في الخمسينات بلغ ما بين 45–60 في الألف وهو أعلى معدل في العالم، إلا أن محمد سعيد العطار يرى أنها تقديرات مبالغ فيها ويقدم تقديرات يراها أكثر واقعية منخفضة يمكن عرضها في الجدول التالي:

جدول رقم (3)

يبين معدل المواليد الخام في اليمن في خمسينيات القرن العشرين

معدل المواليد الخام	السنة
23,9 في الألف	1954-1950
29,1 في الألف	1955
31,9 في الألف	1956
33,3 في الألف	1957
36,7 في الألف	1958

المصدر: محمد سعيد العطار، مرجع سابق، ص 66.

وعلى الرغم من ارتفاع معدلات المواليد التي مثلت نتاجا لتأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المفضلة للخصوبة البشرية العالية، إلا أن معدل النمو السكاني في اليمن في النصف الأول من القرن العشرين لم يكن مرتفعا بسبب ارتفاع معدل الوفيات، وهو ما سنعرضه في الفقرة التالية.

2. ارتفاع معدلات الوفيات:

كانت اليمن في القرن التاسع عشر والنصف الأول من القرن العشرين واحدة من البلدان الأكثر ارتفاعا في معدلات الوفيات، يرجع ذلك إلى عاملين رئيسيين: الأول اجتماعي سياسي، يتمثل في الحروب التي خاضها اليمنيون ضد القوى الخارجية، والحروب والصراعات الداخلية التي نشبت بين القبائل والمناطق بعضها وبعضها الآخر، أو بين القوى السياسية المتصارعة، فضلا عن الحروب التي شنتها الدولة ضد بعض المناطق أو القبائل. أما العامل الثاني فيتعلق بتخلف الأوضاع الصحية في اليمن في تلك الفترة،

الأمر الذي ترتب عليه ارتفاع معدل الوفيات، سواء أكـــان وفيـــات الأطفال الرضع أم وفيات الأطفال أم وفيات الكبار.

جدول رقم (4)

يبين الأوضاع الصحية في اليمن (الشمالي) عام 1887م

عدد عمال الخدمات الصحية	عدد الموظفين	عدد الأطباء	عدد المستشفيات	عدد المرضى في المستشفى
10	1	1	1	79

المصدر : محمود علي عامر، مرجع سابق، ص 96

كادت الخدمات الطبية الحديثة في اليمن في أواخـــر القـــرن التاسع عشر أن تكون معدومة تماما، فقد كان مجموع ما ينفق علـــى الخدمات الصحية " مصاريف الأمور الصحية" في المناطق الخاضعة للسلطات العثمانية فقط 1920 قرشا [15] في السنة وهو ما يعادل 23% تقريبا من رسوم الجمارك التي فرضتها الســـلطات العثمانيـــة علـــى واردات اليمن من مادة " الاسبرتو خلال السنة نفسها، ومن المفارقات أن في مقابل المستشفى الوحيد الذي كان موجودا في اليمن آنذاك كان يوجد 32 سجنا، وفي مقابل 79 مريضا هم نزلاء المستشفى الوحيـــد باليمن كان عدد المسجونين في نفس الفترة يبلغ 1887 ســـجينا وفـــي مقابل 1920 قرشا تنفق على الخدمات الصحيـــة كـــان ينفـــق علـــى السجون 50388 قرشا[16].

خلال خمسينات القرن العشرين لم يكن يوجد فـــي " المملكـــة المتوكلية " غير ثلاث مستشفيات في صنعاء وتعز والحديدة، يصفـــها أحد الأطباء المصريين الذين زاروا اليمن بأنـــها " ناقصـــة الكفـــاءة والاستعداد ولا تقدم خدماتها القاصرة إلا للمحظوظين، أما بقية الناس فمحرومون من كل أنواع الرعاية، وجميع الأطبـــاء مـــن الأجـــانب يمثلون خليطا من خمس جنسيات، لكل منهم نظام خاص في العـــلاج

ونظرة خاصة للمريض "[17]، وبشكل عام وصف الدكتور طلعت إسكندر الأوضاع الصحية في الخمسينيات بقوله : " كانت الأوبئة تجد لها مرتعا خصبا في اليمن، فكل أنواع الأمراض والأوبئة منتشرة هناك، لا توجد خطة شاملة للتطعيم (...) وكان الجدري بصفة شبه مستمرة يغزو اليمن ليفتك بالآلاف ويروى أن في آخر مرة انتشر بصورة وبائية في اليمن افترس من أهل مدينة ذمار وحدها ثلاثة آلاف شخص (...) وكانت اليمن من وجهة نظر أجهزة الطب الوقائي والحجر الصحي في العالم تمثل دولة مليئة بالأوبئة يعامل القادم منها لأي مكان في العالم معاملة خاصة للغاية "[18]

وترتب على الأوضاع الصحية السيئة في اليمن في النصف الأول من القرن العشرين أن ارتفعت معدلات الوفيات ارتفاعا كبيرا، لا سيما معدل وفيات الأطفال، الأمر الذي حدى بأحد المثقفين اليمنيين آنذاك إلى القول: " لولا خصوبة الأرض وخصوبة المرأة لانقرضت الحياة في اليمن منذ أمد بعيد " [19]

إن هذه الأوضاع لم تكن تختلف في الشمال عنها في الجنوب، فمشاكل الأطفال في الشمال والجنوب كانت واحدة، يقول الدكتور طلعت إسكندر: " لقد تأكدت أن قدرة الله عز وجل هي التي جعلت الحياة مستمرة في هذه المناطق المحرومة من كل مقومات الحياة، إن بقاء الأطفال أحياء ونموهم وتزاوجهم..و..و.. معجزة إلهية حقيقية جديرة بالتأمل والتحليل والدراسة "[20]

وتقدر الطبيبة كلودي فايان نسبة وفيات الأطفال الرضع في اليمن في الخمسينيات بحوالي 40% أما وفيات الأطفال حتى سن العاشرة فتقدرها بحوالي 50%، إلا أن هناك من يرى أن هذا التقدير مبالغ فيه ويقدم تقديرات أكثر تحفظا.

جدول رقم (5)

يبين نسبة الوفيات ومعدل وفيات الأطفال الرضع في اليمن في الخمسينيات

السنة	نسبة الوفيات إلى مجموع السكان	معدل وفيات الأطفال أقل من سنة لكل ألف طفل
1950	%16,4	158,2
1951	%15,1	157
1952	%10,9	139,8
1955	%12,7	159,1
1956	%13,4	151
1957	%14	140,3
1958	%12,4	137,3

المصدر: محمد سعيد العطار، مرجع سابق، ص 68

3. ارتفاع معدلات الهجرة النازحة:

المجتمع اليمني من المجتمعات التي يميل فيها ميزان الهجرة لصالح الهجرة النازحة، (بغض النظر عن أسباب هجرة اليمنيين وطبيعة هجرتهم التي لا يتسع المجال هنا لمناقشتها) فقد عرف القرن التاسع عشر والنصف الأول من القرن العشرين ما يمكن تسميته بالهجرات اليمنية الحديثة، التي مثلت حلولا فردية تلقائية ومؤقتة للتناقض الذي كان قائما بين الموارد والسكان[21]. وترجع هجرة اليمنيين الحديثة إلى كل من بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية إلى عشرينيات القرن العشرين، أما هجرتهم إلى بعض دول أفريقيا وجنوب شرق آسيا فعلى الرغم من أنها بدأت في القرن الثامن عشر (من خلال هجرة عدد من أبناء حضرموت إلى هذه الدول) إلا أن عدد المهاجرين اليمنيين من أبناء حضرموت إلى هذه الدول تزايد تزايدا ملحوظا خلال النصف الثاني من القرن التاسع عشر لا سيما إلى جزر الهند الغربية[22] .

وقد مثلت مدينة عدن استثناء خاصا في هذا المجال، إذ على العكس من باقي المدن والأرياف اليمنية شهدت المدينة عدن هجرة وافدة في القرن التاسع عشر والنصف الأول من القرن العشرين، وهو ما يتضح جليا من خلال معرفة أصول سكان عدن في تلك الفترة.

وعلى الرغم من أن مدينة عدن شهدت موجه هجرة وافدة كبيرة نسبيا إلا أن ذلك لم يؤثر كثيرا على ميزان الهجرة في اليمن، فقد ظلت الهجرة النازحة تفوق الهجرة الوافدة الأمر الذي ساهم إلى جانب مساهمة معدلات الوفيات العالية في الحد من النمو السكاني، إذ لم تستطع معدلات المواليد المرتفعة التي كانت تشهدها اليمن في تلك الفترة من تاريخها أن تخفف كثيرا من تأثير معدلات الوفيات والهجرة النازحة الكبيرة على النمو السكاني، هذه المؤشرات تدل على أن اليمن في القرن التاسع عشر والنصف الأول من القرن العشرين كانت تمر بما يسمى مرحلة التوازن السكاني المرتفع.

ثانيا: مرحلة التمدد السكاني السالف ..

ترتب على قيام ثورة سبتمبر عام 1962م في الشمال واستقلال الجنوب في نوفمبر 1967م تأسيس سلطتين وطنيتين في اليمن، نفذت كل واحدة منهما خططا وبرامج تنموية تهدف إلى تحسين الأوضاع المعيشية للمواطنين وتحسين مؤشرات التنمية البشرية في الشطر الذي تحكمه، وترتب على ذلك أن أخذت معدلات الوفيات في الانخفاض خلال السنوات الأخيرة من عقد الستينات وخلال عقد السبعينات، في ذات الوقت حافظت معدلات المواليد على ارتفاعها. وهذا التحول في اتجاه المتغيرين السكانيين الأكثر أهمية (معدل المواليد ومعدل الوفيات) يفترض نظريا أن يترتب عليه ارتفاع في معدل النمو السكاني، إلا أن معدل النمو السكاني في اليمن في السبعينات لم يرتفع كثيرا، بل ووصفت اليمن في السبعينات بأنها واحدة من الدول منخفضة النمو السكاني، ويرجع ذلك إلى أن شطري

اليمن بفعل عوامل داخلية وإقليمية شهدت خلال السبعينات نمواً كبيراً في معدلات الهجرة النازحة، ومن أجل مزيد من الإيضـــاح بطبيعـــة النمو السكاني واتجاهاته في تلك الفترة سوف نقدم عرَضاً وتحليـــلاً لمتغيرات النمو السكاني الثلاثة (معدلات المواليد والوفيات والـــهجرة) ثم نعرض تأثيرها على النمو السكاني:

جدول رقم (6)

يبين عدد وأصول سكان عدن خلال القرن التاسع عشر

السنة	عرب	صومال	يهود	هنود	أوربيون	آخرون	المجموع
1839	617	63	574	35			1289
1839							2855
1840							4.600
1841	7262		277	207			8246
1842	9078	2600	1060	370			13108
1842	12170	2050	1079	481	747		16527
1849	4845	2877	1150	7605	778	1.868	19024
1856	4812	2896	1224	8563	791	2.452	20727
1867	9350	3387	1275	2308	49	1.177	17546
1872	9350	5346	1435	3589	208	470	19289
1881	13285	9150	2121	7265	2101	789	34711
1891							40.926
1955	106400	10600	800	15800	4400	441	138441

المصدر: الجدول مأخوذ عن، سلطان ناجي، "التاريخ العسكري لليمـــن (1839-1967)"، دون ناشر ودون بلد وتاريخ النشر، ص 41. ما عدا العمود الأفقي الأخير فمأخوذ عـــن، جادطه،" سياسة بريطانيا في جنوب اليمن"، دار الفكر العربي، القاهرة، 1969، ص 386.

1. واقع متغيرات النمو السكاني خلال عقدي السبعينات والثمانينات.

أ. تناقص معدلات الوفيات:

ترتب على تحسن الظروف الاجتماعية والاقتصادية والمعيشية الذي بدأ خلال الربع الأخير من عقد الستينات تحسن ملحوظ في الشروط الصحية في اليمن، تجلى ذلك في تناقص معدل الوفيات سواء وفيات الأطفال الرضع أو وفيات الكبار، فضلا عن ذلك فقد ارتفع توقع الحياة عند الميلاد.

إطار رقم (1)

يبين بعض المؤشرات الخاصة بمعدلات الوفيات حسب نتائج تعداد عام **1975**م في المحافظات الشمالية

معدل الوفيات الخام	26,9
توقع الحياة للذكور عند الميلاد	35,66
توقع الحياة للإناث عند الميلاد	38,30
معدل وفيات الأطفال الرضع الذكور	176
معدل وفيات الأطفال الرضع الإناث	159

المصدر: الجمهورية العربية اليمنية، الجهاز المركزي للتخطيط، "الأوضاع السكانية في الجمهورية العربية اليمنية: دراسة تحليلية"،صنعاء، 1976م،ص 46

وقد قدرت بيانات مسح مدينة صنعاء عام 1972م معدل وفيات الرضع في المحافظات الشمالية بـ(210) في الألف، وانخفض في تعداد 1975م إلى (159) في الألف، أما في مسح الخصوبة علم 1979م فقد زاد إلى (169)، وارتفع حسب نتائج المسح الديموجرافي الاستطلاعي عام 1981م إلى (173,5) في الألف، أما في عام 82-1983م فقد أوضحت نتائج المسح الديموجرافي أن المعدل انخفض ليصل إلى (148) في الألف، وواصل الانخفاض ليصل إلى (136) في الألف حسب نتائج التعداد العام للسكان والمساكن عام 1986م. إن هذا التذبذب يرجع إلى اختلاف مصادر البيانات (مسوحات وتعدادات) وإلى اختلاف طبيعة المسوحات (مسح للعاصمة، مسح خصوبة، مسح استطلاعي... الخ)، إلا أنه على الرغم من هذا التذبذب، يمكن القول أن

معدلات وفيات الأطفال الرضع في المحافظات الشمالية شهد اتجاها تناقصيا خلال الفترة 1972م، 1986م[23]، كذلك شهد فإن المحافظات الجنوبية اتجاها تناقصيا لمعدل وفيات الأطفال الرضع خلال الفترة 70-1988م. على الرغم من اختلاف مصادر التقديرات إلا أنها أقل تذبذبا من التقديرات الخاصة بالمحافظات الشمالية. فقد قدر صندوق الأمم المتحدة للنشاطات السكانية معدل وفيات الأطفال الرضع في المحافظات الجنوبية (الشطر الجنوبي سابقا) عام 1970م بـ (185) في الألف، وتشير تقديرات أخرى للأمم المتحدة أن هذا المعدل تناقص ليصل إلى (169)، (153)، و (138) في الألف في الأعوام 1975م، 1980م، 1985م على التوالي. أما اللجنة الاقتصادية لغربي آسيا فقد قدرت معدل وفيات الأطفال الرضع في المحافظات الجنوبية اعتمادا على بيانات تعداد عام 1973م بـ (170) في الألف، انخفض إلى (107) في الألف حسب نتائج تعداد عام 1988م.

جدول رقم (7)

يبين معدلات وفيات الأطفال الرضع في اليمن خلال عقدي السبعينات والثمانينات من القرن العشرين

محافظات شمالية	السنة	1972	1975	1979	1981	1983	1986
	المعدل في الألف	210	159	169	173	148	136

محافظات جنوبية	السنة	1970	1973	1975	1980	1985	1988
	المعدل في الألف	185	170	169	153	138	107

المصدر: جامعة الدول العربية ومنظمة اليونسيف، " وفيات الرضع في الجمهورية اليمنية" ،سلسلة دراسات حول السكان والتنمية في الوطن العربي (35) ورقة عمل رقم(1)، 1996م، ص ص 7,9

إن تناقص معدلات وفيات الأطفال الرضع في اليمن في السبعينات يرجع إلى التحسن في- أو بشكل أكثر دقة بداية ظهور- خدمات رعاية الأمومة والطفولة، فقد كان الطفل اليمني حتى مطلع الستينات محروما من أية خدمات صحية أو رعائية، حيث يصف طبيب أطفال مصري زار اليمن في الستينات أوضاع أطفال صنعاء بقوله:

"الطفل اليمني بمجرد الولادة يربط بطريقة غريبة، توضع يديه بجواره ويلف الجسم كله واليدين والرجلين برباط قوي يجعله قطعة واحدة، يقولون أن ذلك يجعل الظهر مستقيما في المستقبل، يعيش الطفل خلف أسوار عالية، لا يرى أشعة الشمس ولا تراه، الزجاج البلوري الملون يحجب عنه الأشعة، الوليد يتسلل إليه السم الأخضر -القات- مع لبن الأم، إذا صرخ وبكى قدمت له الأم ملعقة من السمن البلدي، فينام نوما عميقا فيطمئن فؤادها، إذا كان محظوظا أصابته نزلة معوية حادة قد ينقذ منها، وقد ينام نومة أبدية، وإذا عاش يعيش ضعيفا هزيلا.. لين العظام يصيب أكثر من 10% من أطفال صنعاء الذين يعيشون خلف أسوار عالية، حتى علاج هذا المرض.. حتى الفيتامين الموجود في أشعة الشمس بالمجان الطفل محروم منه "[24]. ولم يكن هناك طبيب أطفال واحد أخصائي في صنعاء أو في أي محافظة من محافظات اليمن وبصفة عامة لا يوجد أي نوع من الرعاية الصحية والتربوية والاجتماعية والأسرية للطفل عموما[25].

وترجع بداية ظهور خدمات الأمومة والطفولة في اليمن إلى عام 1963م عندما بدأت الجمعية السويدية لرعاية الأطفال في تقديم خدماتها لأطفال مدينة تعز، حيث أنشأت مستشفى للأطفال سعته 40 سريرا، ملحقا به عيادة للدرن. وفي عام 1964م تم افتتاح أول مستوصف للأطفال في مدينة صنعاء[26].

وقد جاء تطوير خدمات رعاية الأمومة والطفولة في إطار توجهات اليمن نحو تطوير الخدمات الصحية بشكل عام، فقد أصدرت وزارة الصحة (في صنعاء) في أكتوبر 1962م مرسوما خاصا بمجانية التطبيب والعلاج، كما أعد في العام ذاته برنامجا لتطوير الخدمات الصحية أقترح فيه رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة للسكان من خلال افتتاح مستشفيات جديدة ومستوصفات ومحاجر صحية والتوسع في إعداد الكوادر الطبية، وقد تم في العام التالي افتتاح ثلاثة مستشفيات في صنعاء وتعز والحديدة، وتم بناء عدد من المستوصفات في المحافظات المختلفة، حيث تم بناء 29 مستوصفا في محافظة صنعاء، و17 مستوصفا في تعز، و16 مستوصفا الحديدة [27].

فضلا عن تأثير تطور الخدمات الصحية فقد تأثرت معدلات الوفيات بالتحسن الذي طرأ على مستويات معيشة السكان في اليمن، وبتطور الوعي الاجتماعي والصحي للسكان بشكل عام ووعي المرأة بشكل خاص.

ب. ثبات معدلات المواليد (بل وتزايدها):

تؤثر العوامل الفسيولوجية والبيولوجية (وهي عوامل ذات طابع مادي) على معدلات الوفيات بشكل يفوق تأثيرها على معدلات المواليد بشكل خاص، فمعدلات المواليد ومعدلات الخصوبة بشكل عام تتأثر بالعوامل الاجتماعية والثقافية ومستويات الوعي الاجتماعي أكثر مما تتأثر بالعوامل البيولوجية والفسيولوجية، لذلك فإن الإجراءات الاقتصادية بشكل خاص والإجراءات ذات الطابع المادي بشكل عام تنجح في خفض معدلات الوفيات بشكل يفوق نجاحها في خفض معدلات المواليد، فهذه الأخيرة تتطلب إجراءات ثقافية تعمل على تغيير توجهات السكان نحو الانجاب، وتغيير قيمهم الاجتماعية والأسرية. إن تغيير الجوانب الثقافية والقيمية في المجتمع وتغيير أشكال الوعي الاجتماعي عملية بطيئة على العكس تماما من التغييرات الاقتصادية،

لذلك فإن معدلات الوفيات في اليمن انخفضت في السبعينات بفعل الإجراءات الاقتصادية والتنموية التي نفذتها اليمن. أما معدلات المواليد فقد حافظت على معدلاتها المرتفعة بفعل استمرارية تأثير منظومة القيم الاجتماعية وبفعل استمرارية أشكال الوعي الاجتماعي التقليدي وبقاء توجهات السكان نحو الإنجاب كما كانت عليه في العقود السابقة.

واستمرت توجهات اليمنيين التي تفضل الزواج المبكر خلال عقد السبعينات، فقد بينت نتائج تعداد عام 1975م في المحافظات الشمالية أن متوسط سن الزواج للذكور يبلغ 22,8سنة وأن متوسط سن الزواج للإناث يبلغ 18,6 سنة، وأن أكثر من 99% من الإناث و97% من الذكور يتزوجون قبل سن الخامسة والثلاثين، وبينت نتائج التعداد أيضا أن 18% من مجموع الإناث يتزوجن قبل بلوغهن سن الخامسة عشرة[28].

وترتب على ذلك أن ارتفاع معدل المواليد الخام عام 1975م إلى 47.3 مقارنة بتقديرات عام 1958م التي قدرت معدل المواليد الخام بحوالي 36.7 .

لقد أسهم انخفاض متوسط سن الزواج إلى جانب العوامل الاجتماعية الأخرى في ارتفاع معدل المواليد الخام، حيث بلغ وفقا لنتائج تعداد عام 1975م حوالي 47,3 وبلغ معدل الخصوبة العام 217 طفل لكل 1000 نسمة من الإناث في سن الإنجاب (15-49 سنة).

وصف النمط السكاني الذي شهدته اليمن خلال الستينات والسبعينات والثمانينات من القرن العشرين في موضع سابق من هذه الدراسة بأنه يمثل ما تطلق عليه نظرية التحول الديمغرافي" مرحلة التمدد السالف" أو نموذج المجتمع شبه المستقر ديمغرافيا. من سمات هذا النموذج أن معدلات الوفيات تبدأ في الانخفاض بينما تحافظ معدلات المواليد على معدلاتها المرتفعة، إلا أن هذا النموذج الديمغرافي في اليمن خلال العقود الثلاثة المشار إليها يختلف قليلا عن سمات

النموذج الذي شهدته المجتمعات الأوروبية في مطلع القـــرن التاســع عشر، حيث يتمثل الاختلاف في أن معدلات المواليد في اليمن لم يحافظ على معدلاته العالية فحسب بل شهد ارتفاعا، فقد كانت ما بيــن 45-49 في الألف عام 1972م، تزايد ليصل إلى 49-50 في الألف ثم 49,6 فــي الألف ثم إلى 54,2 في الألـــف فـــي الأعـــوام 82، 84،1986م علـــى التوالي[29]، الأمر الذي ترتب عليه ارتفاع معدل الزيادة الطبيعية مـــن 2,4% عام 1975م إلى 2,8% عام 1982م ثم إلى 3,4% عام 1986م[30].

جدول رقم (8)

السن عند الزواج الأول للذكور والإناث في المحافظات الشمالية وفقا لبيانات تعداد 1975م

السن عند الزواج الأول	نسبة الذكور %	نسبة الإناث %
أقل من 10 سنوات	0,1	0,4
أقل من 15 سنة	3,8	18,2
أقل من 20 سنة	39,5	71,0
أقل من 25 سنة	75,4	92,0
أقل من 30 سنة	91,8	97,3
أقل من 35 سنة	97,3	99,2
أقل من 40 سنة	98,8	99,7
أقل من 45 سنة	99,5	99,9

المصدر: الجمهورية العربية اليمنية – الجهاز المركزي للتخطيط، " الأوضاع الســـكانية في الجمهورية العربية اليمنية "، مرجع سابق، ص14.

ويرجع التزايد في معدلات الزيادة الطبيعيـــة إلـــى أن تحســن الظروف الصحية في اليمن في تلك الفترة لم تقتصـــر نتائجـــه علـــى انخفاض معدلات الوفيات فقط بل ترتب عليه أيضا ارتفـــاع معـــدلات

المواليد نتيجة لتحسن الشروط الصحية للنساء والرجال معا وارتفاع متوسطات العمر والتقدم الصحي الذي ساهم في تقدم علاج حالات العقم عند الذكور والإناث، ولم يحدث في موازاة ذلك تقدم في أشكال الوعي الاجتماعي وفي منظومة القيم الاجتماعية باتجاه تخفيض الإنجاب.

ج. ارتفاع معدلات الهجرة النازحة:

مثل عقد السبعينات من القرن العشرين نقطة تحول نوعي في تاريخ الهجرة اليمنية، فبفعل عوامل اجتماعية واقتصادية داخلية وخارجية شهد عقد السبعينات أكبر موجة هجرة نازحة في تاريخ اليمن الحديث، فقد بلغ عدد المهاجرين اليمنيين من المحافظات الشمالية فقط عام 1975م حوالي 234,000 مهاجر[31] يمثلون حوالي 19% من مجموع السكان، وترجع الأسباب الرئيسة للهجرة اليمنية خلال السبعينات إلى:

- مرور البلاد بسنوات جفاف شحت فيها الأمطار وتراجعت الزراعة مما دفع بالعديد من أبناء الريف للهجرة إلى الخارج.
- عدم الاستقرار السياسي التي استمر منذ عام 1962م حتى مطلع الثمانينات.
- أزمة الطاقة وارتفاع أسعار البترول في السبعينات وارتفاع الطلب على الأيدي العاملة في الدول المنتجة للنفط[32].

2. النمو السكاني خلال عقدي السبعينات والثمانينات.

على الرغم مما حدث من تحسن نسبي في الظروف الصحية في اليمن خلال الستينات والسبعينات إلا أن معدل الوفيات لم ينخفض كثيرا، في مقابل ذلك فإن معدلات المواليد حافظت على ارتفاعها. لذلك فإن الأجهزة الإحصائية في اليمن آنذاك توقعت في المحافظات الشمالية أن معدل الزيادة الطبيعية للسكان بتأثير العاملين السابقين سوف يكون

منخفضا جدا بحيث يزيد عن 1,5% سنويا، الأمر الذي يعني أن هذه الأجهزة توقعت أن عدد سكان المحافظات الشمالية سوف يتضاعف مرة واحدة خلال فترة تقارب ستين عاما إذا أنعدمت الهجرة [33]، غير أن الهجرة كما كان يرى المعنيون في الأجهزة الإحصائية والسكانية تمتص قسما كبيرا من الزيادة الطبيعية ربما تخفضه إلى النصف، وهذا يعني أنهم كانوا يتوقعون أن عدد سكان المحافظات الشمالية داخل الحدود سوف يتضاعف مرة واحدة كل 110 أعوام تقريبا [34]. لذلك فإن الجهاز المركزي للتخطيط وصف المحافظات الشمالية آنذاك بأنها تمر بمرحلة المجتمع المستقر [35]. التي تتصف بثبات معدل الوفيات، وكانت توقعات الجهاز المركزي للتخطيط ترى أن تطور المؤشرات السكانية سيكون كما يبينها الجدول التالي:

جدول رقم (9)

يبين توقعات الجهاز المركزي للتخطيط لبعض المؤشرات السكانية في المحافظات الشمالية خلال عقد الثمانينات وفقا لبيانات تعداد عام 1975م.

العام ← / المؤشر ↓	1975	1980	1985
معدل المواليد الخام	%47.3	%45.8	%46.8
معدل الخصوبة العام	217	217	217
معدل الوفيات الخام	%28.7	%26.9	%26.9

المصدر: الجهاز المركزي للتخطيط، "النتائج الأولية للتعداد العام للمساكن والسكان فبراير 1975م"، مرجع سابق، ص 46.

إن توقعات الجهاز المركزي للتخطيط لما ستكون عليه الأوضاع السكانية في المحافظات الشمالية في الثمانينات لم يكن موفقا، فقد أثبتت نتائج تعداد عام 1986م أن معدل الزيادة السكانية كان أكبر مما كان

متوقعا له، وأن معدل النمو السكاني في فترة ما بيـــن تعـــدادي 1975م و 1986م بلغ حوالي 3,29% سنويا.

جـــدول رقم (10)

يبين سكان المحافظـــات الشمالية حسب تعدادي 75،1986م

عدد السكان	1975م	1986م
السكان المسجلون	4540230	7729231
سكان لم يشملهم العدد	294500	-
سكان لم يشملهم العد لأسباب اجتماعية	423800	70578
المهاجرون	1234000	6492530
المجموع	1168119	9274173

المصدر: محمد أحمد الزعبي، "الكتاب المرجعي في الثقافة السكانية"، مركـــز البحـــوث والدراسات اليمني، صنعاء، 1994م، ص 209.

وقد أشارت تقديرات الجهاز المركزي للتخطيط فيما بعد إلـــى أن هناك اتجاها تصاعديا للنمو السكاني في المحافظات الشمالية، حيـــث إن المعدل السنوي للنمو السكاني ارتفع من 2,5% عام 1975م إلى 2,8% عام 1982م وإلى 3,1% عام 1986م [36]. لذلك فإن الدراسات اللاحقـــة لـــم توافق على التوصيف الذي قدمه الجهاز المركزي للتخطيـــط للأوضـــاع الديمغرافية في المحافظات الشمالية في السبعينات وقدمت توصيفا جديـــدا فحواه أن الوضع السكاني في اليمن في الســـبعينات والثمانينـــات شـــمالا وجنوبا كان أقرب إلى نموذج المجتمع شبه المستقر ديمغرافيـــا[37]. هـــذا التوصيف من وجهة نظرنا - يبدو أكثر ملائمة، ذلك أن معدل الوفيات قد تراجع في كل من الشمال والجنوب، فعلى الرغم مـــن أن معـــدل النمـــو السكاني في المحافظات الجنوبية كان أقل من المحافظات الشمالية حيـــث

بلغ 2,6% إلا أن معدل الوفيات الخام في كل من المحافظات الشمالية والجنوبية شهد انخفاضا مهما.

جدول رقم (11)

أهم المؤشرات الحيوية في المحافظات الشمالية للفترة من 1972م إلى 1986م

المسح والسنة	المسح الديموغرافي 1972	مسح الخصوبة 1979	المسح الديموغرافي /81 1982	تقديرات الأسكوا 1984	التعداد السكاني 1986
معدل المواليد الخام	49-45	53	50-49	49,6	54,2
معدل الوفيات الخام	29	23	26,4	22	23,2
معدل الزيادة الطبيعية	20	30	28,5	-	3,29
معدل الخصوبة الكلية	6,67	7,89	7,88	7,5	8,75
معدل الإحلال الاجمالي	-	-	3,8	-	-
معدل وفيات الرضع					
أ. ذكور	-	-	22,2	-	22,78
أ.إناث	-	16,1	17,6	-	18,31
توقع الحياة عند الولادة:					
أ. للذكور	37,6	-	43,3	45,7	44,4
ب. للإناث	39	-	40,8	43,2	44,7

المصدر: محمد أحمد الزعبي، مرجع سابق، ص 218.

وكان حري بالمؤسسات والأجهزة المختصة بالإحصاء والدراسات السكانية أن تبدأ منذ النصف الأول من الثمانينات في التنبيه إلى خطورة معدلات النمو السكاني إلا أنها لم تفعل. وكان حري بأجهزة ومؤسسات صنع القرار ووضع السياسات والبرامج التنموية أن تتنبه هي أيضا إلى خطورة عدم التناسب بين معدل النمو الاقتصادي ومعدل النمو السكاني، فبينما حقق البرنامج الإنمائي الثلاثي (1974/73م- 1976/75م) نموا اقتصاديا قدره 7% سنويا وهو ما يفوق النمو المخطط بحوالي 1%

سنويا، إلا أن معدل النمو الاقتصادي تراجع خلال سنوات الخطة الخمسية الأولى 77/76م-81/80م إلى 6% ولم يحقق ما كان مخططا له، حيث كان المخطط هو 8% سنويا[38]. على العكس من النمو الطبيعي للسكان الذي كان مقدرا له أن يكون حوالي 1,5% فقد تضاعف، حيث بلغ 3,1% عام 1986م.

ثالثا: مرحلة التمدد السكاني اللاحق..

ابتداء من مطلع التسعينات حدث تغير مهم في النمط الديموغرافي لليمن، فقد بدأت معدلات المواليد في التراجع نسبيا، بحيث نستطيع القول أن اليمن بدأت في الانتقال إلى نمط ديمغرافي مختلف عن النمط الذي ساد خلال الستينات والسبعينات والثمانينات. هذا النمط الجديد هو ما يطلق عليه الديمغرافيون نمط " التمدد اللاحق" والذي من أهم سماته إتجاه معدلات المواليد نحو التناقص وتناقص معدلات الوفيات. وهو ما سنخصص هذه الفقرة لمناقشته.

1. **اتجاه معدلات المواليد نحو التناقص:** بلغ معدل المواليد الخام في اليمن عام 1996م (39,2) مولودا لكل 1000 نسمة من السكان، فقد انخفضت معدلات الإنجاب الكلية والتفصيلية ببطئ بين المسح الديمغرافي لعام 92/91م والتعداد العام للسكان والمساكن عام 1994م، وأسرع قليلا بين عامي 1994م 1994م، فقد انخفض معدل الإنجاب في الفترة ما بين إجراء المسح الديمغرافي 92/91م والمسح الديمغرافي عام 1997م من (7,7) مولودا إلى (6,5) مولود، بما يعني أن معدل الإنجاب قد انخفض بمعدل (1,2) مولود خلال 6 سنوات، مع ذلك فإن هذا الانخفاض لم يسر بوتيرة واحدة فقد انخفض خلال السنوات الثلاث الأولى (92/91-1994م) بمعدل (0,2) مولود، بينما انخفض خلال السنوات الثلاث التالية (94-1997م) بمعدل مولود واحد تقريبا[39].

جـدول رقم (12)

يبين معدلات الإنجاب التفصيلية لكل (1000 من النساء في سن الإنجاب) ومعدلات الإنجاب الكلية (1991-1997م)

فئات الأعمار	المسح الديموغرافي الدورة الأولى 1992/91م	التعداد العام ديسمبر 1994م	المسح الديموغرافي الدورة الثانية 1997م
19-15	102	66	105
24-20	283	283	279
29-25	315	346	301
34-30	284	315	258
39-35	258	258	196
44-40	172	143	105
49-45	120	73	54
49-15 TFR	7.7	7.4	6.48
44-15 TFR	7.1	U	6.22
	238	47	206

المصدر: وزارة التخطيط والتنمية - الجهاز المركزي للتخطيطي، "المسح الديموغرافي اليمني لصحة الأم والطفل 1997م"، صنعاء، يناير 1999م، ص 42

2. **تناقص معدلات الوفيات:** قدر معدل الوفيات الخام في الجمهورية اليمنية عام 1988م بحوالي 21,8 وفاة لكل ألف نسمة من السكان في السنة، أما توقع الحياة عند الولادة فقد قدر في العام نفسه بحوالي 46 سنة [40]، وقد انخفض معدل الوفيات الخام عام 1994م إلى 11,4 حالة وفاة لكل 1000 نسمة من السكان في السنة[41]، أما توقع الحياة عند الميلاد فقد ارتفع عام 1994م ليصل إلى 57,5 سنة.[42]

3. **معـدل النمو السكاني:** أشارت نتائج التعداد العام للسكان والمساكن عام 1994م إلى أن حجم السكان الكلي بما فيه اليمنيون في الخـارج (الذين قدروا بحوالي 738 ألف فرد) بلغ حوالي 15,8 مليون نسمة، بمقارنة هذا الرقم مع الرقم المقدر لسكان اليمن الموحد فـي عـام 1988م البالغ حوالي 12,2 مليون نسمة فإن معدل النمـو السـكاني خلال الفترة 88-1994م بلغ حوالي 3,7% سنويا. ومن المعـروف أن هذا المعدل تأثر بعودة حوالي 732 ألف يمني مـن السـعودية ودول الخليج العربي الأخرى نتيجة أزمة وحرب الخليج الثانية فـي مطلع التسعينات[43]، على الرغم من ذلك فإن ارتفاع معدل النمـو السكاني في التسعينات لا يرجع إلى عودة المهاجرين اليمنيين مـن دول الخليج العربي فحسب، إنما تأثر أيضا بعـدم التناسـب بيـن انخفاض معدلات المواليد وانخفاض معدلات الوفيات، فضلا عـن تأثير انخفاض الوفيات الذي حدث في المراحل السابقة (أي خـلال عقد الثمانينات) الذي تمثلت نتائجه بتزايد أعداد النساء الداخلات في عمر الإنجاب نتيجة اقتران انخفاض معدلات الوفيات في الثمانينات بمعدلات خصوبة عالية.

رابعا: اتجاهات النمو السكاني المستقبلية..

تتوقع المؤسسات الإحصائية اليمنية أن تشـهد معـدلات النمـو السكاني انخفاضا ملحوظا خلال العقود الثلاثة الأولى من القرن العشرين. بحيث تصل إلى 2,64% في مطلع العقد الرابـع مـن القـرن الحـادي والعشرين.

جدول رقم (13)

يبين إسقاطا لمعدلات المواليد والوفيات والنمو السكاني في اليمن للفترة 1996م-2031م

معدل الوفاة Death Rate	معدل المواليد Birth Rate	معدل وفيات الرضع Infant Mort. Rate	الفتـــرة Period
11.3	46.0	78.8	2001-1996
9.6	45.2	69.4	2006-2001
8.4	43.6	62.7	2011-2006
7.5	41.2	57.2	2016-2011
6.9	38.5	52.9	2021-2016
6.4	35.7	48.7	2026-2021
6.0	32.4	44.5	2031-2026

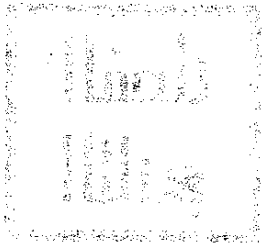
المصدر: وزارة التخطيط والتنمية،" كتاب الإحصاء السنوي لعام 1999م"، صنعاء، يونيو 2000م، ص 35.

إن تحقق ما توقعه الإسقاط السكاني السابق الإشارة إليه يتوقف إلى حد كبير على إعداد وتنفيذ استراتيجيات وسياسات وبرامج تنموية وسكانية فاعلة وناجحة. وسنحاول في الفصل الثاني من الدراسة أن نستعرض تجربة اليمن في مجال التخطيط السكاني ومن ثم توضيح الجوانب الاجتماعية التي ينبغي أخذها بعين الاعتبار عند وضع الاستراتيجيات والسياسات السكانية المستقبلية.

الفصل الثاني

تجربة اليمن في مجال تنظيم الأسرة والتخطيط السكاني

1. المقدمة.
2. تنظيم الأسرة خلال عقد الستينات.
3. تنظيم الأسرة خلال عقد السبعينات.
4. تنظيم الأسرة خلال عقدي الثمانينات والتسعينات.
5. تقييم تجربة اليمن في مجال تنظيم الأسرة.



مقدمة:

خلال عقدي الستينات والسبعينات من القرن العشرين لم تكن اليمن (بشطريها آنذاك) تعاني من انفجار سكاني أو حتى من أزمة سكانية، يرجع ذلك إلى أن معدلات النمو السكاني لم تكن مرتفعة، إضافة إلى أن اليمن في السبعينات كانت تحقق معدلات نمو اقتصادية مقبولة إلى حدٍ ما. فقد تميزت فترة السبعينات والنصف الأول من الثمانينات بمعدلات نمو مرتفعة للناتج المحلي الإجمالي بلغت نحو 9% كمتوسط سنوي في المحافظات الشمالية و7% في المحافظات الجنوبية سابقاً[44]، لذلك فإن اليمن لم تستشعر وجود أزمة نمو سكاني في السبعينات. وذلك لا يعني أن اليمن لم تول اهتماماً للمسألة السكانية خلال عقدي السبعينات والثمانينات، بل على العكس تماماً فقد اهتمت في تلك الفترة بالمسألة السكانية، تمثل ذلك في " مشاركة اليمن في مؤتمرات بوخارست عام 1974م، المكسيك عام 1984م، عمان 1984م، كما شاركت في مؤتمر امستردام عام 1989م [45]، مع ذلك فإن اليمن في عقد السبعينات والنصف الأول من عقد الثمانينات لم تطور برامج عملية تهدف إلى الحد من النمو السكاني[46]، حيث يرجع ذلك إلى ما سبق الإشارة إليه من أن اليمن في تلك الفترة لم تشهد معدلات نمو سكانية مرتفعة، وأنها كانت تحقق معدلات نمو اقتصادي جيدة، فضلاً عن ذلك فإن أولويات اليمن في تلك الفترة تركزت حول القضاء على مخلفات الأوضاع السياسية والاجتماعية والاقتصادية التي شهدتها في ظل الحكم الإمامي والإدارة الاستعمارية في النصف الأول من القرن العشرين، وذلك من خلال السعي نحو توسيع الخدمات الصحية والتعليمية ومكافحة الأمية والتوسع في مشروعات البنية التحتية،

وقد جاءت هذه التوجهات التنموية متطابقة مع التوجه الفكري الذي كان سائداً آنذاك الذي يرى أن المسألة السكانية هي الظل الكئيب لمشكلة التخلف والتبعية، بمعنى أن المشاكل التي يسببها التزايد السكاني سوف تحل عن طريق نسب أعلى من التنمية الاقتصادية وأن تنظيم الأسرة لن يصبح ذو فعالية إلا بعد تخطي عتبات محددة للتنمية. لذلك فقد تبنى هذا التوجه شعار" التنمية أفضل وسيلة لتنظيم الأسرة "[47]. مثل مؤتمر بوخارست العالمي للسكان عام 1974م انتصاراً لهذا التوجه حيث ربط بين العامل السكاني والعوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية باعتبار أن الوصول إلى حل فعال لمشكلات السكان رهن بحل مشكلة التنمية الشاملة، على أساس أن التنمية السكانية جزء من عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية [48]، وقد صدر عن مؤتمر بوخارست خطة عمل عالمية للسكان محكومة بالمبادئ المشار إليها فيما سبق، وقد سادت هذه التوجهات أيضاً في مؤتمر مكسيكو سيتي المنعقد في المكسيك عام 1984م، الذي جدد التأكيد على الأسس والمبادئ العامة لخطة العمل المنبثقة عن مؤتمر بوخارست وتوسيعها في بعض المجالات[49].

وخلال النصف الثاني من الثمانينات تراجع وتائر النمو الاقتصادي في اليمن، ويرجع ذلك إلى أن معدلات النمو التي تحققت خلال السبعينات (سواء الإجمالية أو القطاعية) اعتمدت على استثمارات ذات مصادر خارجية، فقد كان أكثر من 75%، و 80% من الاستثمارات في المحافظات الشمالية والجنوبية على التوالي من مصادر خارجية، فضلاً عن أن معظم هذه الاستثمارات تم توجيهها للقطاعات الخدمية والهياكل الأساسية[50]. لذلك ففي النصف الثاني من الثمانينات بدأت مشاكل المديونية تلقي بثقلها على المصادر المالية المتاحة، كذلك فإن عدم تغيير هيكلية الاقتصاد وعدم تغيير مساهمة القطاعات المنتجة في الوقت الذي

تزايدت فيه متطلبات السكان الاستهلاكية، الأمر الذي ترتب عليه ارتفاع الواردات السلعية من الخارج وعجز ميزان المدفوعات[51].

وقد نفذت اليمن (بشطريها) عدداً من البرامج والخطط التنموية خلال عقد السبعينات من القرن العشرين، تحددت أولوياتها في تقديم الخدمات الاجتماعية لا سيما في مجالي الصحة والتعليم، وتجلت نتائج هذا التوجه التنموي في الثمانينات، حيث برزت الفجوة بين معدلات النمو السكاني ومعدلات النمو الاقتصادي فقد تراجعت معدلات النمو الاقتصادي بفعل التوجهات الاقتصادية المعتمدة على قطاع الخدمات، في الوقت ذاته بدأت معدلات النمو السكاني في الارتفاع بفعل تناقص معدلات الوفيات الناجم عن تقدم المستوى الصحي، لذلك فقد بدأت الأجهزة المختصة بالتخطيط في استشعار آثار مشكلة النمو السكاني ومن ثم بدأت في انتهاج سياسات وبرامج واستراتيجيات جديدة في التعامل مع المشكلة السكانية، تستهدف تخفيض معدلات الخصوبة وخفض معدلات النمو السكاني، مع ذلك تجدر الإشارة إلى أن الاستراتيجية الوطنية اليمنية للسكان التي أقرت في مطلع التسعينات من القرن العشرين لم تشكل في توجهاتها العامة قطيعة مع التوجهات التي كانت تنتهجها اليمن خلال سبعينات وثمانينات القرن الأخير من الألفية الثانية، بل مثلت استمراراً مع بعض التعديل لتلك التوجهات، لذلك فقد أشارت الاستراتيجية الوطنية اليمنية الأولى للسكان إلى أنها " تتبنى منهجاً متكاملاً وشاملاً لربط عناصر التنمية وديناميكيات السكان في إطار الخطط التنموية الوطنية اللاحقة"[52]، وأكدت على ضرورة "التوجه المنحاز للتنمية الاجتماعية والبرامج التنموية التي لها مردود مباشر على الخصائص السكانية المكتسبة مثل: التعليم، الصحة، العمل، السكن، الإعلام، إيلاء اهتمام خاص للنساء والشباب والانحياز النسبي لصالح سكان الريف" [53]، في موازاة ذلك أكدت الاستراتيجية الوطنية للسكان على ضرورة التركيز على البرامج ذات الوسائل المتيسرة

لتغيير السلوك الديمغرافي وبالذات فيما يتعلق بالخصوبة والوفيات والهجرة، بغرض تخفيض معدلات النمو السكاني [54].

في ضوء ما تقدم يمكن عرض تطور مراحل وأساليب تعامل اليمن مع المسألة السكانية كالتالي:

أولاً: تنظيم الأسرة خلال عقد الستينات..

عند تسلم الدولة الوطنية في الستينات على أثر قيام الثورة في الشمال ونيل الاستقلال في الجنوب لم تكن هناك إحصاءات دقيقة عن سكان اليمن باستثناء مدينة عدن، لذلك كانت السلطتان في الشمال والجنوب غير قادرتين على بلورة موقف محدد من المسألة السكانية، إلا أن أوضاع التخلف الشديد التي كانت سائدة فرضت على السلطتين تبني برامج تطوير قطاعية تستهدف تقديم خدمات في مجالات الصحة والتعليم ومشروعات البنية التحتية، فقد أعد في المحافظات الشمالية في أكتوبر 1962م برنامج لتطوير الأوضاع الصحية من شأنه رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة للسكان[55]، أما في المحافظات الجنوبية فقد صدر في عام 1968م البرنامج الوزاري لحكومة اليمن الجنوبية الشعبية الذي تضمن فيما يتعلق بالخدمات الصحية رؤية لتطوير الخدمات الصحية يتم تنفيذها على ثلاث مراحل: " المرحلة الأولى، يتم خلالها إعادة تأهيل المستشفيات والوحدات الصحية التي كانت قائمة وتزويدها بالمعدات والأطباء والمساعدين الصحيين والممرضين، وفي المرحلة الثانية يتم التوسع في المنشآت القائمة بإضافة أقسام جديدة في المستشفيات وإنشاء مستشفيات ووحدات صحية جديدة للمناطق المحرومة وإنشاء مكاتب صحية في الريف للقيام بالتفتيش والرقابة الصحية وتسجيل المواليد والوفيات وفي المرحلة الثالثة يتم إنشاء المستشفيات والأقسام المتخصصة"[56].

يلاحظ أن هذه الخدمات لم تكن تستهدف بشكل مباشر خفض معدلات النمو السكاني مع ذلك تجدر الإشارة إلى أن القطاع الصحي الخاص في صنعاء بعد الثورة وفر ضمن الأدوية التي كان يستوردها بشكل عشوائي أدوية وأقراص منع الحمل، إلا أن النساء لم يقبلن على استخدامها نتيجة لمستوى الوعي الطبي والوعي الاجتماعي بشكل عام الذي كان سائداً آنذاك. " يقول مالك إحدى أكبر الصيدليات في صنعاء في الستينات: " لم أوزع حبة واحدة من أقراص منع الحمل منذ عشر سنوات أي منذ افتتاح الصيدلية، بالعكس أكثر الأدوية انتشاراً هي التي تقوي الناحية الجنسية للرجل (...)، توجد بالصيدلية عدد من المراهم يقبل على شرائها الرجال يعتقدون أن ضمن فوائدها زيادة الخصوبة "[57].

ثانياً: تنظيم الأسرة خلال عقد السبعينات..

خلال عقد السبعينات سعت اليمن إلى إيجاد قاعدة بيانات حول السكان. فقد تم في عام 1972م إجراء المسح الاجتماعي لمدينة صنعاء والذي شمل 30% من إجمالي عدد الأسر المقيمة في مدينة صنعاء، وتم إجراء أول تعداد شامل للمحافظات الجنوبية عام 1973م، وأول تعداد شامل للمحافظات الشمالية عام 1975م، كما تم البدء عام 1973م بإجراء المرحلة الأولى من المسح الاجتماعي الاقتصادي لبعض المحافظات الجنوبية، وفي عام 1977م تم إجراء أول مسح للقوى العاملة في المحافظات الجنوبية، وكان في عام 1976م قد صدر قانون السجل المدني للمحافظات الشمالية لكن لأسباب مالية تعثر تنفيذه وفي عام 1970م صدر قانون الأحوال المدنية للمحافظات لكنه ترك تسجيل الواقعات الحيوية اختيارياً وعهد بذلك إلى محافظي المحافظات، وفي عام 1973م صدر القانون رقم 23 بموجبه أصبح تسجيل المعلومات الحيوية في المحافظات الجنوبية إجبارياً[58].

وفي موازاة الجهود الحكومية المشار إليها في هذه المرحلة اضطلع القطاع الخاص بمهمة توزيع وسائل منع الحمل، كما بدأ القطاع الأهلي منذ مطلع النصف الثاني من السبعينات تنفيذ برنامج لرعاية الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة، تمثل ذلك بقيام عدد من العاملين في المجالات الصحية والتربوية والاقتصادية والاجتماعية بتأسيس جمعية رعاية الأسرة اليمنية عام 1976م في مدينة صنعاء والتي نفذت برامجها خلال النصف الثاني من السبعينات وحتى مطلع التسعينات- من القرن العشرين- موجهة بأهداف صحية تسعى من خلالها إلى المباعدة بين الولادات لتقليل احتمالات تعرض الأمهات للوفاة أثناء الحمل وتقليل تعرض الأجنة والأطفال للأمراض.

وبدأت الجمعية نشاطها بتوزيع وسائل تنظيم الأسرة من خلال المراكز الصحية والمستشفيات، واتسم نشاطها في هذا المجال بالانتظام مما حدى بوزارة الصحة ا لعامة إلى إصدار القرار الوزاري رقم (3) لعام 1977م قضى بتكليف الجمعية بإمداد المستشفيات ومراكز الأمومة والطفولة بوسائل تنظيم الأسرة وبأن يتم تقديم خدمات تنظيم الأسرة تحت إشراف جمعية رعاية الأسرة اليمنية"[59].

كانت خدمات تنظيم الأسرة خلال السبعينات مقتصرة على مدينة صنعاء فقط. وكان عملها يتمثل بمحور فردي لجمعية أهلية ولم يرافقه برنامج دعائي وتوعية مناسبة

ثالثاً: تنظيم الأسرة خلال عقد الثمانينات..

في مطلع الثمانينات تم دمج خدمات رعاية الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة (في المحافظات الشمالية والجنوبية) ضمن برنامج الرعاية الصحية الأولية وأعتبرت أحد المكونات الأساسية للبرنامج، في هذه الفترة أيضاً بدأ اليمن في تنفيذ نشاطات فاعلة في مجال التثقيف السكاني، فقد بدأ عام 1980م في تنفيذ برنامج التثقيف السكاني للمعلمات والتلاميذ

في المدارس الحكومية في المحافظات الشمالية والجنوبية، تم تنفيذ هـذا البرنامج على ثلاث مراحـل، الأولـى 80-1985م والثانيـة 85-1990م والثالثة 90-1991م، ونفذت المحافظات الجنوبية برامج تثقيـف سـكاني للعاملين والعاملات في التعاونيات الإنتاجية[60].

ونتيجة لقيام وزارة الصحة بدمج خدمات تنظيم الأسرة ببرنـامج الرعاية الصحية الأولية ومن ثم إلغاء إشراف جمعيـة رعايـة الأسـرة اليمنية على نشاط المراكز الصحية والمستشفيات الحكومية في هذا المجال فقد قامت جمعية رعاية الأسرة اليمنية بافتتاح مركز صحي خاص بها في مدينة صنعاء يقوم بتقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة، وافتتحت الجمعية مركزاً مماثلاً عام 1987م في مدينة تعز.

رابعاً: تنظيم الأسرة خلال عقد التسعينات..

شهد عقد التسعينات من القرن العشرين انتشاراً واسعاً لخدمـات تنظيم الأسرة في اليمن. " وعلى الرغم من أن مساهمة المنظمات غـير الحكومية محدودة إلا أن جمعية رعاية الأسرة اليمنية قدمـت مسـاهمات ممتازة في مجال تنظيم الأسرة، فقد توسعت خدمات الجمعية فـي هـذا المجال وأصبحت تقدم خدمات تنظيم الأسرة من خلال عيادات تابعة لـها في 6 مدن هي: صنعاء، تعز، الحديدة، عدن، المكلا، إب. فضلاً عن عدد من العيادات المتنقلة كما تقدم خدماتها عبر المراكـز الصحيـة التابعـة لوزارة الصحة العامة وأخرى تابعة للمجالس المحلية.

جـدول رقم (14)

يبين عدد ونوعية وسائل تنظيم الأسرة التي وزعتها جمعية رعاية الأسرة اليمنية خلال الأعوام 90-1995م

السنوات	1 حبوب	2 لولب	3 واقي ذكري	4 أقراص رغوية	5 أخرى
1990	61168	4578	61168	2335	52
1991	90858	5159	55644	3653	29
1992	194663	9006	116151	4068	228
1993	251440	10348	146870	6359	516
1994	255259	10263	160341	6799	381
1995	297634	13651	18449	8487	556

المصدر: المجلس الوطني للسكان، "الكتاب الوثائقي للمؤتمر الوطني الثـــاني للسياســة السكانية،" صنعاء، 1997م، ص 453.

جدول رقم (15)

يبين خدمات تنظيم الأسرة التي قدمتها جمعية رعاية الأسرة اليمنية عبر المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة والمجالس المحلية خلال عام 1999م

المحافظة	عدد المراكز	عدد الحالات	عدد الزيارات	الوسائل المسلمة للمترددات			
				اقراص بالشريط	لولب	واقي ذكري	اقراص رغوية بالانبوبة
صنعاء	56	13554	31102	47887	4910	13875	2055
تعز	31	7312	20528	26682	765	8432	1084
ذمار	3	2850	6385	6738	1037	17387	1045
الحديدة	21	1398	8544	9490	63	3048	245
عدن	17	4143	12943	20540	647	2444	193
لحج	1	–	10	–	–	200	–
حضرموت	18	3306	14502	25146	168	6452	970
أبين	18	207	1156	2312	23	160	82
شبوة	2	98	174	499	8	168	42
إب	13	3735	8421	1342	386	3987	1311
صعدة	4	1133	2271	4739	205	755	144
المهرة	1	15	33	64	–	–	5
حجة	2	587	1242	3025	62	3995	80
الاجمالي	187	38338	107311	148464	8274	60903	7356

المصدر: جمعية رعاية الأسرة اليمنية، "التقرير السنوي لعام 1999م"، ص5 .

جدول رقم (16)

يبين خدمات تنظيم الأسرة التي قدمتها جمعية رعاية الأسرة من خلال عيادتها عام 1999م

عدد المستفدين	عدد الزيارات	الوسائل التي تم توزيعها				
		اقراص منع الحمل (شريط)	لولب	واقي ذكري بالعملبة	اقراص رغوية بالانبوبة	حاجز مهبلي
8643	39558	65858	2897	96207	2616	243

المصدر: جمعية رعاية الأسرة اليمنية، التقرير السنوي لعام 1999م، ص53 .

في موازاة الدور الهام الذي تلعبه جمعية رعاية الأسرة اليمنية في توزيع وسائل تنظيم الأسرة، فإن القطاع الخاص لعب دوراً لا يقل أهمية عن دور الجمعية في هذا المجال، فقد توسع نشاط القطاع الخاص في توزيع وسائل تنظيم الأسرة خلال عقد الثمانينات ومطلع التسعينات، بل أن القطاع الخاص منذ عام 1993م، ربما مثل المصدر الأكثر أهمية لتوفير وسائل تنظيم الأسرة، بل أصبح المصدر الأكثر ثقة لدى المستهلكات بسبب توفيره للأنواع الأكثر جودة من وسائل تنظيم الأسرة، ويتوقع أن تتزايد أهمية القطاع الخاص في هذا المجال في السنوات المقبلة بشكل يتناسب مع توسع نشاط القطاع الخاص في المجال الطبي والصحي في ظل سياسات إعادة الهيكلة.

جـدول رقم (17)

يوضح قيمة ما استوردته جمعية رعاية الأسرة وما أستورده القطاع الخاص من وسائل تنظيم الأسرة بالدولار خلال الفترة 90-1995م.

السنة	جمعية رعاية الأسرة اليمنية	مستوردو الأدوية من القطاع الخاص
1990	94120	28760
1991	80993	109626
1992	156194	38756
1993	196235	333364
1994	116576	296600
1995	125945	166673

المصدر: المجلس الوطني للسكان، "الكتاب الوثائقي للمؤتمر الثاني للسياسة السكانية"، مرجع سابق، ص 467.

إن جهود القطاعين الخاص والأهلي في ميدان تنظيم الأسرة على الرغم من أهميتها تظل قاصرة وغير فاعلة إذا لم تتكامل مع الجهود الحكومية، ويرجع ذلك إلى أن نجاح برامج تنظيم الأسرة يتوقف على مدى اقتناع الأزواج والزوجات بفكرة التنظيم، الأمر الذي يتطلب إحداث تغيير في المنظومة الثقافية للمجتمع وفي الثقافات وأنساق القيم الفرعية للسكان، كما يتطلب إحداث تغيير في طبيعة العلاقات الاجتماعية السائدة وفي توجهات الأفراد والمجموعات الاجتماعية نحو العلاقات الأسرية ونحو الإنجاب. هذه التغييرات تتطلب إمكانات لا تملكها المنظمات الأهلية ووحدات القطاع الخاص، فالحكومة هي الوحيدة التي تمتلك هذه الإمكانات من خلال تبعية معظم وكالات التنشئة الاجتماعية الرسمية لها كوسائل الإعلام والمدارس والمساجد... الخ. لذلك فقد بدأت الحكومة منذ النصف الثاني من عقد الثمانينات في عقد عدد من المؤتمرات والندوات الهادفة

إلى عرض التأثير السلبي لمعدلات النمو السكاني العالية علـــى التنميـــة الاجتماعية والاقتصادية، والهادفة أيضاً إلى إحداث تغييرات في منظومات الوعي الاجتماعي باتجاه تقبل فكرة تنظيم الأسرة وتعديل اتجاهات السكان نحو الإنجاب، فضلاً عن ذلك فقد قامت الحكومـــة بتأســيس عـــدد مـــن المؤسسات والمشروعات التي تخدم الأهداف المشار إليها سابقاً.

إطـــار رقم (2)

يبين بعض المؤسسات والمؤتمرات والمشروعات التي أنشأتها ونفذتها الحكومة في النصف الثاني من عقد الثمانينات ومطلع عقد التسعينات، بهدف تغيير توجهات السكان نحو الإنجاب

- مركز البحوث والدراسات السكانية بالجهاز المركزي للتخطيط، صنعاء.
- قسم التثقيف السكاني والصحة والبيئة بمركز البحوث التربوية بصنعاء.
- مشروع التربية السكانية، وزارة التربية والتعليم، عدن، 1980م.
- مشروع التربية السكانية، المنظمة الوطنية للتربية والثقافـــة والعلـــوم وزارة التربيـــة والتعليم، صنعاء، 1980م.
- الإدارة العامة للدراسات والبحوث السكانية بالجهاز المركزي للاحصاء، صنعاء.
- إدارة الإعلام السكاني بوزارة الإعلام، صنعاء.
- ندوة النمو السكاني وعلاقته بالتنمية الاجتماعية الاقتصادية" الجهاز المركزي للتخطيـط، صنعاء، مارس 1990م.
- مؤتمر التخطيط الاستراتيجي لتنظيم الأسرة، صنعاء، 3-5 نوفمبر 1990م.
- ندوة التربية السكانية، صنعاء، مارس 1988م.
- المؤتمر الوطني حول السكان في إطار الاسلام" صنعاء مارس 1989م (الجهاز المركـزي للتخطيط).
- مؤتمر السكان والتنمية، عدن، مارس 1990م.
- مشروع دمج الثقافة السكانية ببرامج الإرشاد الزراعي، هيئة البحوث والإرشاد، صنعاء.
- الندوة الوطنية لدمج الثقافة السكانية ببرامج الإرشاد الزراعي، صنعاء 27-30 أبريـــل 1990م.

لقد خلصت جهود الحكومة في النصف الثاني من الثمانينات إلى نتيجتين اثنتين: الأولى أن البرامج والسياسات القطاعية على أهميتها يجب أن تنسق في إطار استراتيجية وطنية تدمج القضايا السكانية بالاستراتيجيات والسياسات التنموية على المستوى الوطني، والثانية ضرورة الانتقال من الثقافة السكانية إلى التربية السكانية. لذلك فقد قامت حكومة الوحدة عام 1990م بوضع الاستراتيجية الوطنية للسكان (1990-2000م)، في موازاة ذلك بدأت اليمن بتنفيذ مشروع التربية السكانية في عدد من المؤسسات التربوية، وسنخصص القسم التالي من الدراسة لتقييم تجربة اليمن في هذين المجالين.

خامساً : تقييم تجربة اليمن في مجال تنظيم الأسرة..

سبقت الإشارة إلى أن تجربة اليمن في مجال تنظيم الأسرة مرت بعدد من المراحل ابتداءً بتنفيذ جمعية رعاية الأسرة اليمنية لبرنامج تنظيم أسرة قائم على أساس أن تنظيم الأسرة حق إنساني اختياري، ثم طورت تجربة الجمعية في هذا المجال من خلال اعتبار برنامج تنظيم الأسرة يمثل بالنسبة لبعض النساء ضرورة صحية. وإنتهاءً بتنفيذ الحكومة خلال التسعينات لعدد من البرامج السكانية وبرامج تنظيم الأسرة التي سعت إليها باعتبارها ضرورة تنموية.

إنّ برنامج تنظيم الأسرة الذي نفذته جمعية رعاية الأسرة اليمنية منذ بدء نشاطها عام 1976م حتى الآن على الرغم من أهميته إلا أن تأثيره في مجال خفض الزيادة السكانية يظل محدوداً جداً، فخلال 14 عاماً اعتمدت في تنفيذ برنامجها على مركز صحي واحد في مدينة صنعاء، وعندما توسع نشاطها في التسعينات ليشمل ثلاث مدن أخرى فإن خدماتها لم تصل إلا إلى قطاع محدود من النساء الحضريات اللائي مكنتهن ظروفهن الاقتصادية والاجتماعية من الوصول إلى المراكز التي تديرها

الجمعية، ولم تصل خدماتها إلى النساء الفقيرات سواء في الريف أو الحضر اللائي يجب أن يمثلن الفئة الأكثر استهدافاً في مجال تنظيم الأسرة بسبب معدلات الخصوبة العالية السائدة في أوساطهن.

إن هذا النموذج من برامج تنظيم الأسرة لا يتناسب مع نمط التحول الديمغرافي الذي تشهده اليمن، فضلاً عن أنه لا يتناسب مع الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والثقافية السائدة في اليمن، فهذا النموذج أو الأسلوب من وجهة نظرنا يلائم المجتمعات التي توصف بأنها تمر بمرحلة التوازن السكاني المنخفض، وهو نمط ديمغرافي تعيشه الآن المجتمعات الصناعية الغربية أو مجتمعات ما بعد الصناعة وفقاً لمصطلحات آلين تورين. فهذه المجتمعات أنجزت تقدماً كبيراً في المجالات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والثقافية ويتمتع سكانها (ذكوراً وإناثاً) بخدمات تعليمية وصحية وثقافية مكنتهم من تطوير أشكال وعيهم الاجتماعي ، الأمر الذي جعل النساء المحتاجات إلى خدمات تنظيم الأسرة يبحثن عن المراكز والعيادات التي تقدمها ويذهبن إليها بغض النظر عن مواقعها. أما في اليمن وفي الدول التي تسودها ظروف اجتماعية اقتصادية مماثلة فإننا نعتقد أن وسائل تنظيم الأسرة يجب النظر إليها باعتبارها خدمة توصل إلى النساء المحتاجات إليها إلى أماكن إقامتهن لا باعتبارها سلعة تسعى إليها المرأة. (61)

في موازاة الأسلوب الذي اتخذته جمعية رعاية الأسرة اليمنية في توزيع وسائل تنظيم الأسرة تم منذ أوائل التسعينات استخدام أسلوب تجاري في توزيع وسائل منع الحمل بواسطة الشركات التجارية وليس بواسطة المتطوعين أو المنظمات الأهلية أو الحكومة، إذ يرى بعضهن " أن للشركات التجارية خبرتها الواسعة المستمرة سواء في توصيل السلعة إلى أبعد ركن في الدولة الفقيرة أو في إقناع الناس بحاجتهم إلى السلعة ولو لم يكونوا محتاجين إليها حقيقة. إن أكثر الوكالات استخداماً لهذه

الطريقة هي الوكالة الدولية للخدمات السكانية وهي مؤسسة خيرية في لندن ونيويورك، فقد لاحظ أحد مديريها (وهو الطبيب تيموثي بلاك) فائدة التسويق التجاري أثناء عمله كممارس عام في غابات أفريقيا حيث يقول: كنت أقطع عشرين ميلاً في طريق موحل إلى قرية في مكان مجهول لا تزال تستعمل فيه السهام المسمومة، وإذا بي أفاجأ بعلامة الكوكاكولا على بعض المنازل وببعض أقفاص الشحن البحري لزجاجاتها داخل هذه المنازل وكانت شكوى الحكومات دائماً من أنها لا تجد مصادر لتوزيع موانع الحمل، رغم أن المصادر كانت تحت سمعها وبصرها لدى القطاع الخاص، ففي هذه الدول هناك طبيب واحد لكل 100,000 شخص وفي مقابل ذلك هناك بائع تجزئة لكل 1000 شخص، وكان علينا أن نفكر في تصريف الموانع كسلعة استهلاكية وفي الأزواج ذوي الخصوبة كعملاء قادرين، إلا أن الملصقات التقليدية لم تكن كافية، فهي مثل تعليق إعلان يقول استخدام صابون أو اشتر جينز، فالناس بحاجة إلى منتج يمكنهم السؤال عنه بالاسم، فالمسألة إذاً مسألة تسويق وقد أطلقت الهيئة الدولية للخدمات السكانية على هذه الطريقة اسم التسويق الاجتماعي، ويتضمن استخدام كل الأجهزة المشتغلة بالتجارة وبحوث السوق والإعلان والتوزيع القطاعي بغرض الخدمة الاجتماعية وليس الربح، وهذه الطريقة تناسب توزيع الواقي الذكري والرغوة الكيماوية أكثر من الحبوب التي قد تترك آثاراً جانبية ما لم يتم التدريب الكافي والجيد لموزعيها" (62)

تتناول الكتابات الخاصة بتنظيم الأسرة في اليمن هذا الأسلوب من أساليب توزيع وسائل تنظيم الأسرة تحت عناوين دور القطاع الخاص في تنظيم الأسرة فيما تسميه الوكالة الأمريكية للتنمية بصنعاء (وهي أكثر المنظمات الدولية تحمساً لهذا الأسلوب) بأسلوب التسويق الاجتماعي، وقد قام فريق تابع للوكالة بتقييم التسويق الاجتماعي لوسائل تنظيم الأسرة في صنعاء عام 1991م ، وقد جاء في تقرير الفريق أنه " على الرغم من أن

وسائل منع الحمل المتوفرة بالصيدليات كانت كافية لتغطية الاحتياجات خلال عام 1990م، إلا أن الوضع الاقتصادي إضافة إلى صعوبات أسعار الصرف نشأ عنه عجز كبير في الوسائل المناسبة، فمن بين الـ 51 صيدلية التي تمت زيارتها خلال هذا المسح هناك ستة منها لا تملك أقراص منع الحمل و 33 منها لا يوجد بها موانع الحمل المهبلية (لولب) و 4 منها ليس لديها مخزون من الواقي الذكري، وقد وجد كماً متنوعاً من الماركات لأقراص منع الحمل والواقي الذكري وبكميات صغيرة، معظمها كان مهرباً ومن الأنواع غير المألوفة تماماً باليمن. إن هناك تفضيلاً لنوعيات محددة معروفة من خلال الوصفات الطبية، إلا أنها غير متوفرة بانتظام لفترات تصل ما بين 6-18 شهراً " [63].

إن فعالية برامج تنظيم الأسرة التي نفذت في اليمن خلال عقد الثمانينات من القرن العشرين كانت محدودة، ويرجع ذلك إلى ثلاثة عوامل هي: محدودية عدد مراكز توزيع وسائل منع الحمل واقتصارها على مدينة صنعاء فقط، واعتمادها بشكل رئيس على أسلوب المراكز والعيادات الأمر الذي أعاق وصولها إلى كثير من النساء المحتاجات لهذه الخدمة الثابتة الصحية، وعدم وجود تغطية إعلانية وإعلامية ودعائية كافية. وقد أجمعت معظم الأوراق المقدمة إلى ندوتي الأمومة السليمة (سبتمبر 1990م) والتخطيط الاستراتيجي لتنظيم الأسرة (نوفمبر 1990م) على أن فكرة تنظيم الأسرة كانت لا تزال غير معروفة نسبياً بين سكان اليمن وخاصة النساء، وفي مسح الخصوبة القومي الذي نفذ سنة 1983م وجد أن 30% من النساء المتزوجات فقط سمعن عن حبوب منع الحمل" مما يعني أن الرسالة الإعلامية لم تكن كافية لإيصال المعرفة بوسائل منع الحمل إلى كثير من النساء اليمنيات في سن الإنجاب، ويرتبط ذلك بأن فكرة تنظيم الأسرة في تلك الفترة لم تكن مسنودة بإرادة سياسية.

يتطلب نجاح برامج تنظيم الأسرة توافر إرادة سياسية لا سيما في مجال نشر المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة، وترجع أهمية الإرادة السياسية في نشر المعرفة بوسائل منع الحمل إلى أن ملكية وسائل الإعلام المسموعة والمرئية في اليمن مقصورة على الدولة، لذلك فإنها (أي وسائل الإعلام المرئية والمسموعة) تنتج رسائل إعلامية وإعلانية مواكبة لتوجهات الدولة السياسية والاقتصادية والاجتماعية، ولما كانت فكرة تنظيم الأسرة في الثمانينات لا تمثل أولوية للنظام السياسي أو الدولة اليمنية فإنها لم تحظ بالاهتمام الكافي من قبل وسائل الإعلام المرئية والمسموعة وهما الوسيلتان الأكثر أهمية في اليمن وفي البلدان ذات مستويات التطور الاقتصادي والاجتماعي المماثل، فالإعلانات المقروءة (سواء كانت في الصحف أو على شكل ملصقات) محدودة التأثير بسبب ارتفاع معدلات الأمية بين النساء وبسبب أن الصحف والمجلات والملصقات يقتصر توزيعها على المدن، فضلاً عن ذلك فإن الصحف والمجلات والملصقات إضافة إلى كونها تتطلب الإلمام بالقراءة فإنها تتطلب توجهات اجتماعية وثقافية وقيمية تسمح بدرجة كبيرة من مشاركة المرأة في المجال العام وعدم اقتصار مشاركتها على المجال الخاص فقط، أي توجهات تسمح بمشاركة المرأة في الأنشطة خارج الأسرة. فالرسائل الإعلامية في وسائل الإعلام المقروءة أو الملصقات على العكس من الرسائل الموجهة عبر وسائل الإعلام المسموعة والمرئية لا تصل للنساء الريفيات أو النساء الحضريات اللائي تنحصر مشاركتهن في المجال الخاص.

منذ مطلع التسعينات ونتيجة لارتفاع معدلات النمو السكاني في اليمن وعدم توازنها مع معدلات النمو الاقتصادي، ونتيجة للتأثيرات السلبية التي أحدثها النمو السكاني المرتفع على التنمية الاجتماعية والاقتصادية، فقد وفرت الدولة دعماً سياسياً لبرامج تنظيم الأسرة

والسياسات التي تهدف إلى الحد من النمو السكاني بشكل عام، وتمثل ذلك في إعداد الاستراتيجية الوطنية للسكان، ثم استحداث إدارة الإعلام السكاني في وزارة الإعلام، وقد بدأت وسائل الإعلام المرئية والمسموعة ببث رسائل إعلامية تهدف إلى نشر المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة في أوساط النساء في سن الإنجاب ونشر فكرة تنظيم الأسرة واقناع النساء ذوات الخصوبة العالية بضرورتها.

وترتب على استناد برامج وسياسات الحد من النمو السكاني على إرادة سياسية أن زاد عدد النساء المتزوجات اللائي يعرفن وسائل منع الحمل، فحسب نتائج المسح الديمغرافي اليمني عام 1992/91م فإن 60% من النساء المتزوجات أصبحن يعرفن وسيلة ما لتنظيم الأسرة سواء كانت حديثة أو تقليدية و 53% يعرفن وسيلة حديثة (أي وسيلة حديثة) لتنظيم الأسرة، 27% يعرفن وسيلة حديثة ويعرفن مصدر الحصول عليها. أما نتائج المسح الديمغرافي اليمني لصحة الأم والطفل عام 1997م فقد أظهرت نتائجه " أن أكثر الوسائل المعروفة لدى السيدات كانت الأقراص، حيث كانت معروفة لدى أكثر من 75% من السيدات، هذه النسبة تمثل الغالبية العظمى من النساء اللائي يعرفن وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة حيث بلغت نسبتهن 79%، حوالي ثلثي السيدات يعرفن عن اللولب وأكثر من 5% يعرفن الحقن بالإبرة وما يقرب من نصف السيدات (48%) يعرفن التعقيم الأنثوي، كانت المعرفة بالوسائل الحديثة الأخرى أقل بكثير فالواقي الذكري وتعقيم الذكور معروف لدى 24% من النساء بينما 19% منهن يعرفن الوسائل المهبلية و 6% فقط يعرفن عن وسيلة الغرسات تحت الجلد "[65].

وعلى الرغم من التقدم الذي أحرزته برامج تنظيم الأسرة سواء الحكومية أو غير الحكومية إلا أنها لا زالت تعاني بعض أوجه القصور بسبب ما يلي[66] :

- ان انتشارها محصور في إطار المدن وتكاد تكون معدومة في الأرياف .
- غياب المشاركة المحلية في برامج تنظيم الأسرة.
- عشوائية توزيع وسائل تنظيم الأسرة.
- القصور في الموارد البشرية خاصة في المناطق الريفية.
- عدم التوازن في توزيع المراكز الصحية على مستوى الجمهورية.
- عدم توفر وسائل النقل الكافية لإيصال خدمات تنظيم الأسرة إلى المناطق الريفية.
- تدني مستوي الخدمات الصحية المقدمة للنساء.
- اضطرار النساء الراغبات في الحصول على خدمات تنظيم الأسرة إلى الانتظار في المراكز الصحية لساعات طويلة.
- عدم توفر الأعداد الكافية من الإناث العاملات أو المتطوعات في مجال تنظيم الأسرة وعدم إقبال المستفيدات على المراكز التي يقوم فيها الذكور بتقديم خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية
- محدودية تقبل الرجال لخدمات تنظيم الأسرة.

إن ارتفاع ونسبة عدد النساء اللائي سبق لهن معرفة وسيلة أو أخرى من وسائل تنظيم الأسرة لا يعني بالضرورة أنهن قد استخدمنها فعلاً، فإذا كانت نتائج المسح الديمغرافي عام 1997م قد أظهرت أن 83,8% من النساء المتزوجات (15-49سنة) سمعن بوسيلة ما لتنظيم الأسرة، إلا أن 38,6% منهن فقط سبق لهن استخدام وسيلة ما لتنظيم الأسرة، ومن بين 79,2% اللائي يعرفن وسيلة حديثة ما لتنظيم الأسرة هناك 23,1% فقط سبق لهن استخدامها. هذا التباين يرجع إلى ما يسمى بفجوة (K.A.B) أي الفجوة بين المعرفة والاتجاه والتطبيق العملي .

على أية حال فإن تزايد عدد النساء اللائي يعرفن وسائل تنظيم الأسرة في اليمن في عقد التسعينات من القرن العشرين لم يؤد إلى خفض معدلات النمو السكاني، الأمر الذي يمكننا من القول بأن الإرادة السياسية إذا كانت تؤدي إلى نتائج إيجابية في مجال معرفة السكان بوسائل تنظيم الأسرة فإنها محدودة النتائج في مجال إقناع النساء أو الرجال باستخدامها، والراجح أن هذا الاستنتاج لا تقتصر مصداقيته على اليمن فحسب فقد ثبتت مصداقيته من خلال تقييم تجارب مجتمعات ودول أخرى منذ مطلع الستينات (حينما بدأ في استخدام وسائل منع الحمل) حتى الآن " فخلال الستينات تم تنفيذ اثني عشر برنامجاً لتنظيم الأسرة في البلاد النامية الآسيوية، وكانت هذه البلاد التي يبلغ عدد سكانها حوالي البليون تنفق 100 مليون دولار أمريكي على المبادرات العامة والخاصة في مجال برامج تنظيم الأسرة سنوياً، ولما كان دخل الفرد فيها لا يتجاوز 100 دولار أمريكي، فإن ذلك يعني إنفاق قدره حوالي دولار واحد للفرد من السكان في سن الخصوبة. هناك من يقول (عن دراسة) أن البلاد الأكثر التزاماً (من الناحيتين السياسية والاقتصادية) بتنظيم الأسرة كانت تحقق عادة أكثر النتائج هزالاً فيما يتعلق بخفض معدلات المواليد، فالبيانات الخاصة بباكستان تشير إلى أن معدل الخصوبة عام 1972م لم يكن أقل بدرجة ملحوظة مما كان عليه عام 1961م، ذلك على الرغم من أن باكستان نفذت برنامجاً واسع النطاق لتنظيم الأسرة أنفقت عليه 1,4% من النفقات الكلية على التنمية خلال معظم الستينات"[67].

إن الافتراض أن استخدام أحدث وسائل منع الحمل يمكن أن يؤدي إلى انخفاض جوهري في معدلات الخصوبة افتراض ساذج، فالأسر كبيرة العدد في البلاد النامية ليست نتيجة لأن الناس لا يعرفون كيف يفصلون بين الجنس والإنجاب أو لأنهم ليست لديهم الوسائل اللازمة لتحقيق ذلك، بل أن معدل الخصوبة كان عالياً في الأساس بسبب عدد

كبير من العوامل الاجتماعية والاقتصادية، أهمها أن الأسر تحتاج إلى قدر معين من خدمات الأطفال "[68]. ولقد أستخدم اتحاد تنظيم الوالدية الدولي (الذي يخدم جمعيات تنظيم الأسرة في العالم أجمع) ملصقاً يبين أسرة ذات طفلين ترتدي الملابس الغربية وحولها كل السلع الاستهلاكية المعمرة التي تتوق كل أسرة إلى اقتنائها، كأنما ذلك كان نتيجة تنظيم الأسرة) ثم يقارنها بعدد كبير من الأطفال في سن الحضانة بملابسهم المهلهلة وقذارتهم. إن هذا الملصق يفشل في خداع الفلاح البسيط الذي يعي تماماً أنه يستحيل عليه أن يصل إلى مستوى معيشة الطبقة المتوسطة حتى ولو لم يكن لديه أطفال على الإطلاق، بل ربما يعتقد أن فرصته أكبر إذا رزقه الله بثلاثة أبناء أصحاء "[69] .

توصل " محمود ما مانداني " من خلال دراسته للتجربة الهندية في مجال تنظيم الأسرة إلى أن التخطيط السكاني والتخطيط الاقتصادي يمثلان وجهان لعملة واحدة، ومن ثم فإن جهود تنظيم الأسرة من خلال استخدام وسائل منع الحمل فقط محكوم عليه بالفشل، وأن التحكم بالنمو السكاني مجرد خرافة " The myth of Population Control". تتطابق مع هذا السياق الفكري في النظر إلى أزمة النمو السكاني أفكار " وليم ريتش " التي عرضها في كتابه " أسرة صغيرة من خلال التقدم الاقتصادي والاجتماعي". " Smaller Families through Social and Economic Progress" ، الذي يرى فيه أن الانخفاض في معدلات المواليد قد حدث في الدول التي نفذت برامج ناجحة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، لذلك فقد أطلق ريتش مقولة أن " التنمية هي أفضل وسيلة لمنع الحمل.

جدول رقم (18- أ)

يبين ارتباط معدلات النمو السكاني بمعدلات التنمية البشرية على مستوى بعض أقاليم العالم ومقارنتها بأوضاع اليمن.

الدولـــــة أو الإقليـــم	معدل الخصوبة الإجمالي			السكان البالغين من العمر 65 عاماً أو أكثر (كنسبة مئوية من مجموعة السكان)		نسبة الإعالة (%)			سكان الحضر (كنسبة مئوية من مجموعة السكان)			المعدل السنوي لنمو السكان (%)		مجموعة السكان (بالملايين)	
	1995 2000	1970 1975	2015	1998	2015	1998	2015	1998	1975	2015	1998	1975 1998	2015	1998	1975
جميع البلدان النامية	م2928.	م4575.4	5750.8												
اقل البلدان نموا	م327.2	م581.6	843.6												
الدول العربية	م137.4	م258.4	365.1												
شرق أسيا	م968.9	م1311.0	1479.8												
شرق أسيا (باستثناء الصين)	م41.1	م55.3	62.0												
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	م317.9	م498.2													
جنوب أسيا	م833.1	م1364.5													
جنوب أسيا (باستثناء الهند)	م212.4	م382.3													
جنوب شرق أسيا ومنطقة المحيط الهادي	م327.1	م508.9													
افريقيا جنوب الصحراء	م303.1	م569.0													

شرق أوربا ورابطة الدول المستقلة	م353.8	م398.6											
منظمة التنمية والتعاون في الميدان الاقتصادي	م920.7	م1105.0											
تنمية بشرية عالية	م882.4	م1031.3											
تنمية بشرية متوسطة	م2779.4	م4137.2											
تنمية بشرية منخفضة	م355.6	م651.3											
دخل مرتفع	م746.6	م864.1											
دخل متوسط	م1001.9	م1455.8											
دخل منخفض	م2268.9	م3499.9											
العالم	م4017.4	م5819.8											
اليمن	م7.0	م16.9											

جدول رقم (18- ب)

يبين بعض مؤشرات التنمية البشرية لإقاليم العالم ومقارنتها بموشرات التنمية البشرية في اليمن .

①العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات) 1998

②معدل معرفة القراءة والكتابة بين البالغين (النسبة المئوية لمن تبلغ أعمارهم15سنة أو أكثر) 1998

③ نسبة القيد الاجمالية في التعليم الابتدائي والثانوي والعالي معاً 1998

④نصيب الفرد من الناتج المحلي الاجمالي (بالدولار حسب تعادل القوة الشرائية)

⑤دليل العمر المتوقع

⑥ دليل التعليم

⑦دليل الناتج المحلي الاجمالي

⑧قيمة دليل التنمية البشرية 1998

الدولـــة أو الإقليـــم	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
جميع البلدان النامية	64.7	72.3	60	3270	0.66	0.68	0.58	0.642
اقل البلدان نموا	51.9	50.7	37	1064	0.45	0.46	0.39	0.435
الدول العربية	66.0	59.7	60	4140	0.8	0.60	0.62	0.635
شرق أسيا	70.2	83.4	73	2564	0.75	0.80	0.60	0.716
شرق أسيا (باستثناء الصين)	73.1	96.3	85	13635	0.80	0.93	0.82	0.849
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	69.7	87.7	74	6510	0.74	0.83	0.70	0.758
جنوب أسيا	63.0	54.3	52	2112	0.63	0.54	0.51	0.560
جنوبأسيا (باستثناء الهند)	63.4	50.5	47	227	0.64	0.49	0.52	0.550
جنوب شرق أسيا ومنطقة المحيط الهادي	66.3	88.2	66	3234	0.69	0.81	0.58	0.691
افريقيا جنوب الصحراء	48.9	58.5	42	1607	0.40	0.53	0.46	0.464
شرق أوربا ورابطة الدول المستقلة	68.9	98.6	76	6200	0.72	0.91	0.69	0.777
منظمة التنمية والتعاون في الميدان الاقتصادي	76.4	97.4	86	20250	0.86	0.94	0.89	0.893
تنمية بشرية عالية	77.0	98.5	90	1799	0.87	0.96	0.90	0.908
تنمية بشرية متوسطة	66.9	76.9	65	2458	0.70	0.73	0.59	0.673

0.421	0.38	0.45	0.43	994	37	48.8	50.9	تنمية بشرية منخفضة
0.920	0.91	0.96	0.88	23928	92	98.6	77.8	دخل مرتفع
0.750	0.69	0.83	0.73	624	73	87.8	68.8	دخل متوسط
0.602	0.52	0.65	0.64	2244	56	68.9	63.4	دخل منخفض
0.712	0.70	0.74	0.70	6526	64	78.8	66.9	العالم
0.448	0.33	0.46	0.56	719	49	44.1	58.5	اليمن

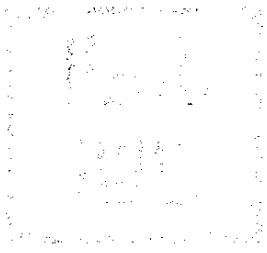
المصدر: الأمم المتحدة برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في تقرير التنمية البشرية لعام 2000م ص ص 160 ، 226 .

إننا لا ننكر دور برامج تنظيم الأسرة في خفض معدلات النمو السكاني، لكننا في ذات الوقت لا نبالغ (كما تفعل المنظمات الدولية) في أهمية هذا الدور، بل ننظر إلى برامج تنظيم الأسرة باعتبارها برامج مكملة لبرامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية. فضلاً عن ذلك فإن تنفيذ برامج تنظيم الأسرة ليس بالأمر اليسير (كما تصوره أيضاً المنظمات الدولية) بل هو أمر يتطلب جهوداً علمية كبيرة لتغيير توجهات وقيم السكان باتجاه تقبل استخدام وسائل منع الحمل. لذلك فإننا سنحاول في الفصل الثالث من هذه الدراسة تحديد طبيعة الإجراءات والتغييرات المطلوب إحداثها لضمان نجاح تجربة تنظيم الأسرة ونجاح التغيير الاجتماعي الاقتصادي بما يؤدي إلى خفض معدلات النمو السكاني في المستقبل.

الفصل الثالث

المحددات الاجتماعية للنمو السكاني في اليمن

1. وسائل تنظيم الأسرة: من المعرفة بها إلى تقبل استخدامها.
2. النمو السكاني: من التفسيرات البيولوجية إلى التفسيرات السوسيولوجية.
3. تقييم الاستراتيجية الوطنية للسكان.
4. المحددات الاجتماعية للنمو السكاني.
5. نحو برنامج وطني جديد للسكان: (التوصيات).



أولاً: وسائل تنظيم الأسرة من المعرفة بها إلى تقبل استخدامها:

اتضح من نتائج المسح الديمغرافي اليمني لصحة الأم والطفل 1997م، أن نسبة كبيرة من النساء يعرفن وسائل تنظيم الأسرة ، لذلك فالمشكلة ليست في معرفة النساء بوسائل تنظيم الأسرة إنما في فكرة تقبلها واستخدامها. لقد قمنا بتنفيذ دراسة ميدانية لاستطلاع آراء 128 خبيراً ومشتغلاً وممارساً في مجال الديمغرافيا الاجتماعية وعلم السكان، يمكن هنا عرض آرائهم فيما يختص بالأسلوب الذي يمكن أن يؤدي إلى ارتفاع نسبة النساء المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة.

1. **ضرورة توجيه برامج الثقافة السكانية إلى كل من الرجال والنساء:** إن المجتمع اليمني مجتمع ذكوري. مثلما يهيمن فيه الرجال على القرارات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية العامة فإنهم أيضاً يهيمنون على القرارات الأسرية، لذلك فإن الخبراء في مجال الدراسات السكانية يؤكدون على ضرورة أن توجه برامج الثقافة السكانية إلى الرجال. ربما بقدر يفوق تلك الموجهة إلى النساء، ففي مقابل 70,1% من الخبراء الذين يرون أن توجيه برامج الثقافة السكانية إلى الزوجات مهم جداً. فإن هناك 72% يرون أن توجيهها إلى الأزواج مهم جداً.
2. **ضرورة مراعاة طبيعة العلاقات الأسرية:** إن قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة ليس دائماً بيد الزوجين بل يتدخل الأقارب في تحديد الاتجاهات الإنجابية داخل الأسرة الممتدة، فأكثر الأقارب تدخلاً هما والد الزوج ووالدته، لذلك فإن برامج الثقافة السكانية يجب أن توجه ليس فقط إلى الزوجين بل يجب أن توجه إلى الأسرة بشكل عام.

جدول رقم (19)

يبين آراء الخبراء الذين استطلعت الدراسة آرائهم حول من يجب التركيز عليهم في برامج الثقافة السكانية

الأفراد والفئات	الأهمية النسبية %			
	مهم جداً	مهم	قليل الأهمية	غير مهم
الزوجة	70.1	22.4	5.6	1.7
الزوج	72	25.2	2.8	-
والدة الزوج (الحماة)	22.3	30.1	29.1	18.4
والد الزوج	20.4	30.1	35	14.6
الرجال بشكل عام	60	21.9	13.3	4.8
النساء بشكل عام	64.7	21.6	9.8	3.9

3. استخدام أسلوب دعائي ملائم لطبيعة الظروف الاقتصادية السائدة:

استندت الحملات الإعلانية للترويج لتنظيم الأسرة- على المستوى الدولي- على ثلاثة أساليب هي: توضيح العلاقة بين كثرة الانجاب وفقر الأسرة، نداء التضحية لصالح الوطن، وتوضيح تأثير الزيادة السكانية السلبي على التنمية و إبراز ما يمكن أن يحققه تخفيض معدلات الإنجاب من فوائد مادية للأسرة. تأثرت أساليب التثقيف السكاني في اليمن بهذه الاتجاهات الدعائية والإعلانية، فقد روجت لها المنظمات الدولية المانحة دون دراسة وفهم حقيقي للخصوصيات الاجتماعية والثقافية للمجتمع اليمني، ودون تحليل البنى والعلاقات الاجتماعية السائدة. ودون دراسة لاتجاهات الأفراد والجماعات وأطرهم القيمة.

إن الأساليب الإعلانية والدعائية الثلاث التي سبق عرضها أساليب تصلح للمجتمعات التي حققت معدلات تنمية بشرية عالية

أو متوسطة على الأقل، والمجتمعات التي يتسم بناؤها الاجتماعي بتوسع كمي وكيفي للطبقة الوسطى، أما المجتمعات الأقل نمواً التي تتسم باتساع انتشار الفقر في أوساط الأفراد والجماعات والشرائح والطبقات الاجتماعية ، فإن السكان فيها يدركون أنهم مهما خفضوا معدلات إنجابهم فإن المردود المادي لذلك محدود جداً، بل إن بعضهم يرى أنه كلما زاد عدد الأطفال كلما تزايدت موارد الأسرة المادية بفعل إضافة عائد على عمل الأطفال إلى مصادر دخل الأسرة ، لذلك فإن خبراء الدراسات السكانية في اليمن، وفقاً لنتائج دراستنا هذه يرون أن برامج التثقيف السكاني يجب أن تستند في المقام الأول على إيضاح تأثير كثرة الإنجاب على صحة الأم، وتأثير عدم المباعدة بين الولادات على صحة الأطفال المواليد، ثم تأتي بعد ذلك الجوانب المتعلقة بمستوى معيشة الأسرة.

جدول رقم (20)

يوضح آراء خبراء السكان اليمنيين حول الجوانب التي يجب أن ترتكز عليها برامج التثقيف السكاني الموجهة للمرأة.

الفكرة الموجهة لبرنامج التثقيف السكاني للمرأة	درجة الأهمية %			
	مهم جداً	مهم	قليل الأهمية	غير مهم
إيضاح تأثير كثرة الإنجاب على صحتها	67.9	26.6	4.6	9
إيضاح تأثير كثرة الإنجاب على جمالها؟	45.4	26.9	22.2	5.6
إيضاح تأثير كثرة الإنجاب على مستوى معيشتها	50.9	39.8	9.3	-

إيضاح تأثير كثرة الإنجاب على تربية الأطفال.	45.8	37.4	15.9	0.9
إيضاح علاقة كثرة الإنجاب بالمشكلات الأسرية	26.4	22.6	38.7	12.3
إيضاح تأثير كثرة الإنجاب على صحة الأطفال.	67.6	23.8	7.6	1

من اللافت للنظر هنا أن الخبراء يرون أن أقل الإعلانات تأثيراً هي تلك التي توضح أن كثرة الإنجاب تؤدي إلى وجود مشكلات أسرية، حيث يرجع ذلك إلى إدراكهم لطبيعة العلاقات الأسرية السائدة في المجتمع اليمني ولطبيعة أشكال وعي المرأة وتصوراتها-التي قد تكون صحيحة أو غير صحيحة- حول تأثر علاقتها الزوجية سلباً وإيجاباً بعدد الأطفال الذين تنجبهم وخاصة الذكور.

جـدول رقم (21)

يبين آراء الخبراء حول تأثير الأفكار المتعلقة بالمكانات الاجتماعية والعلاقات الأسرية على اتجاهات السكان نحو الخصوبة في المجتمع اليمني

التصورات الاجتماعية المتعلقة بالخصوبة	درجة الأهمية %			
	مهم جداً	مهم	قليل الأهمية	غير مهم
ارتباط مكانة المرأة الأسرية بعدد أبنائها	36.7	35.8	21.1	6.4
الرغبة في إنجاب الذكور بغض النظر عن عدد الأطفال الإناث	67.6	21.3	9.3	1.9
تأكيد أنوثة المرأة يتوقف على عدد ولادتها	37.0	44.4	13.0	5.6
تأثير أشكال الوعي التقليدي على السكان الحضريين.	17.4	34.9	38.5	9.2

4. **ضرورة ملائمة برامج الثقافة السكانية لثقافة المجتمع اليمنـــي:**

يمثل الدين أهم عناصر الثقافة اليمنية على الإطـــلاق، فـــالمجتمع اليمني مجتمع متدين، يحظى فيه علماء الدين باحترام كبير مـــن قبل السكان على اختلاف مستوياتهم الاجتماعيـــة والاقتصاديـــة، لذلك فقد كانت الأجهزة المختصة بالدراسات السكانية محقة عندما نظمت عدداً من الندوات الهادفة إلـــى توضيـــح موقـــف الديـــن الإسلامي من تنظيم الأسرة والتي بدأت منذ عـــام 1989م عندمـــا نظم الجهاز المركزي للتخطيط ندوة "السكان في إطار الإســـلام"، إلا أن الندوات والمؤتمرات وورش العمل لا يصل صوتها إلـــى الفئات المستهدفة في الريف والحضر بقدر ما تمثـــل أداة لتبـــادل المعلومات والخبرات بين المتخصصين في هذا المجـــال أو ذاك، لذلك فإن الخبراء يؤكدون على ضرورة أن يغلب المكون الدينـــي على الإعلانات الخاصة بتنظيم الأسرة، إلى جـــانب ذلـــك فـــإن الخبراء يؤكدون علـــى ضـــرورة توظيـــف العـــادات والتقـــاليد الاجتماعية في الإعلانات الخاصة بتنظيـــم الأســـرة، فـــالمجتمع اليمني مجتمع تقليدي إلى حدٍ كبير لا زال الموروث الشعبي يمثل العنصر الثاني في الأهمية (بعد الدين) في تشكيل ثقافته وتكويـــن شخصيات أفراده.

جدول رقم (22-أ)

يبين آراء الخبراء حول الشكل الذي يجب أن تقدم به إعلانات تنظيم الأسرة

الفكرة الموجهة لبرنامج التثقيف السكاني	درجة الأهمية			
	مهم جداً	مهم	قليل الأهمية	غير مهم
تغليب الطابع الديني	45.9	35.8	11.9	6.4
توظف العادات والتقاليد الاجتماعية.	42.7	35.5	11.8	10
إخفاء طابع كوميـــــدي	27.8	32.4	25	14.8
إخفاء طابع تـــراجيـدي	38.9	28.7	25.9	6.5

جدول رقم (22-ب)

يبين الأهمية النسبية للعنصر الديني في إعلانات تنظيم الأسرة

العناصر	مهم جداً أو مهم	قليل أو عديم الأهمية
طابع ديني	81,7	17,3
توظيف التقاليد	78,2	21,8
طابع كوميدي	60,2	39,8
طابع تراجيدي	67,6	32,4

5. **ضرورة ملائمة الثقافة السكانية للثقافات الفرعية:** إن ثقافـــة أي مجتمع على الرغم مما يتمتع به من عناصر موحدة كالدين واللغة والتاريخ...الخ، فإنها تعرف عناصر مفرقة كالمصالح الاقتصادية والسياسية واللهجات بل والطبيعة الجغرافية، الأمر الذي يـــؤدي إلى وجود ثقافات فرعية في إطار الثقافة العامة للمجتمع،[67] لذلك فإن السلوك السكاني للأفراد والجماعات على الرغم مـــن تـــأثره بالثقافة العامة للمجتمع يتأثر ايضاً بالثقافـــة الفرعيـــة للمجتمـــع المحلي. لذلك فإن إعلانات تنظيم الأسرة التي تبثـــها الإذاعـــات

المحلية يجب أن تتلاءم مع طبيعة الثقافات الفرعية في المجتمعات المحلية التابعة لها وأن لا تكن مجرد نسخة من الإعلانات التي تبثها وسائل الإعلام المركزية. إلا أننا نحذر هنا من الإغراق في المحلية، بل يجب الموائمة بين عناصر الثقافة العامة والثقافات المحلية، إذ يمكن مثلاً تقديم عناصر الثقافة المحلية من خلال أدوات ومؤسسات حديثة، فعلى الرغم مثلاً من أن الأطباء وعلماء الدين تتجاوز أدوارهم النطاق المحلي فإنهم من وجهة نظر خبراء السكان يمثلون أفضل من يمكنهم تقديم الثقافة السكانية، إذ يرى خبراء السكان أن القادة المحليين يكادون أن يكونوا عديمي الفائدة في تقديم الثقافة السكانية.

جدول رقم (23)

يبين وجهة نظر الخبراء حول الأفراد الأكثر ثقة لدى السكان في تقديم الثقافة السكانية

مقدمو الثقافة السكانية	درجة الأهمية %			
	مهم جداً	مهم	قليل الأهمية	غير مهم
الطبيب	72.2	25	2.8	-
القادة المحليون	9.3	25.9	37	27.8
رجل الدين	61.5	24.8	9.2	4.6
النساء الكبيرات ذوات الخبرة	29.2	47.2	21.7	1.9
المسئولون الرسميون	13	17.6	28.7	4.7
المثقفون	9.2	40.4	40.0	10.1
الممثلات والممثلون	21.5	21.5	31.8	25.2

6. **استخدام المؤسسات والتنظيمات الأكثر فعالية في المجتمع:** لا شك أن وسائل الإعلام تمثل أهم المؤسسات التي يمكن عن طريقها تقديم برامج الثقافة السكانية، مع ذلك فإن هناك عدداً من

المؤسسات والتنظيمات الاجتماعية الأخرى التي يمكـــن تفعيـل دورها في تقديم الثقافة السكانية، فالمجتمع اليمنـــي كمـا ســبقت الإشارة مجتمع متدين فضلاً عن ذلك فقد أكدنا في موضع ســابق من هذه الدراسة ضرورة توجيه برامج الثقافـــة الســكانية إلـــى الرجال، لذلك فإن المسجد يعد أحد أهم المؤسسات التي يمكـن أن تقدم الثقافة السكانية من وجهة نظر إسلامية. مـــن هنـا ينبغـي الاستفادة من التنظيمات والمؤسسات ا لاجتماعية الأكثر فعالية في المجتمع في تقديم مكونات سكانية ضمن برامجها الثقافية والدينيـة والاجتماعية.

جدول رقم (24-أ)

يبين الأهمية النسبية للمؤسسات والتنظيمات الاجتماعية التي تقدم الثقافة السكانية للنساء

مقدمو الثقافة السكانية	درجة الأهمية			
	مهم جداً	مهم	قليل الأهمية	غير مهم
المسجد	33.9	28.5	24.8	12.8
المدرسة	25.9	41.7	25	7.4
الجامعة	27.1	32.7	27.1	13.1
وسائل الإعلام	86.3	11.9	0.9	0.9
الأســـرة	42.2	31.2	22.9	3.7
التجمعات النسائية	54.6	22.3	15.7	7.4

جدول رقم (24- ب)

يبين الأهمية النسبية للمؤسسات والتنظيمات الإجتماعية

التي تقدم الثقافة السكانية للرجال

المؤسسات	درجة الأهمية %			
	مهم جداً	مهم	قليل الأهمية	غير مهم
المسجد	65.1	18.3	9.2	7.3
النادي	4.7	28.3	33	34
المدرسة	25.7	44	22.9	7.3
الجامعة	33	41.3	22.9	2.8
وسائل الإعلام	79.8	16.5	3.7	–
الأسرة	37	32.4	27.8	2.8
التجمعات الرجالية	48.6	21.1	13.8	16.5

7. **التكامل بين برامج الثقافة السكانية وبرامج التربية السكانية:**

تكونت أشكال وعي السكان في الفئات العمرية الكبيرة عبر فترة طويلة من الزمن، لذلك فإن تعديل اتجاهاتهم يعد أمراً صعباً، والحال تختلف بالنسبة للفئات الصغيرة من السكان، إذ يمكن إدماج الجانب السكاني ضمن البرامج التربوية المقدمة لهم، لذلك فإن هذه العملية تصبح عملية تنشئة اجتماعية وهي عملية أكثر سهولة من عملية تعديل اتجاهات البالغين، والحقيقة أن اليمن قد قطعت شوطاً لا بأس به في هذا المضمار إذ أن وزارة التربية والتعليم تبنت برنامجاً لإدماج قضايا السكان في المناهج الدراسية، فضلاً عن ذلك فإن عدداً من كليات جامعة صنعاء تقوم بتدريس مقررات تتصل بدرجة أو بأخرى بالقضايا السكانية، وتعد

المقررات التي تدرس في قسم علم الاجتماع بكلية ا لآداب وقسم طب المجتمع بكلية الطب أكثر اتصالاً بالتوجهات الجديدة في علم السكان والديمغرافيا الاجتماعية . وعلى الرغم من ذلك فإن هناك حاجة لمزيد من الاهتمام بإدماج القضايا السكانية في المناهج التعليمية في مختلف مراحل التعليم الرسمي.

ثانياً: النمو السكاني: من التفسيرات البيولوجية إلى التفسيرات السوسيولوجية:

في موضع سابق من هذه الدراسة تم عرض التطور التاريخي للنمو السكاني في اليمن. والمراحل التي مر بها، ابتداءً من مرحلة التوازن السكاني المرتفع مروراً بمرحلة التمدد السكاني السالف وصولاً إلى مرحلة التمدد اللاحق التي تعيشها اليمن حالياً والتي تتسم بارتفاع معدلات المواليد واتجاه معدلات الوفيات نحو الانخفاض، الأمر الذي ترتب عليه ارتفاع معدلات النمو السكاني. مما لا شك فيه أن ارتفاع معدلات النمو السكاني تؤثر تأثيراً سلبياً على خطط وبرامج التنمية البشرية، لا سيما إذا تزامن ذلك مع معدلات نمو اقتصادي متدنية أو سالبة، لذلك فقد بدأت اليمن منذ أواخر ثمانينيات القرن العشرين في إعداد وتنفيذ برامج لتنظيم الأسرة تهدف إلى الحد من النمو السكاني المتسارع.

إن النمو السكاني ليس مسألة بيولوجية فعلى العكس تماماً من الحيوانات فإن خصوبة البشر واتجاهاتهم الإنجابية تتحدد وفقاً لطبيعة الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المحيطة بهم. لذلك يشار إلى خصوبة الإنسان بالخصوبة البشرية لتمييزها عن الخصوبة الحيوانية التي تتحدد في المقام الأول وفقاً لعوامل بيولوجية وفسيولوجية، يترتب على هذا الفهم للنمو السكاني النظر إلى برامج تنظيم الأسرة باعتبارها آلية قاصرة لا يمكن أن تنجح بمفردها في تثبيت معدلات النمو السكاني

ناهيك عن تخفيضها. الأمر الذي يتطلب تنفيذ برامج تنظيم الأسرة في إطار استراتيجيات وخطط وسياسات تنموية شاملة، لقد أدركت أجهزة صنع القرار التنموي والسكاني في اليمن هذه الحقائق وبدأت منذ مطلع تسعينيات القرن العشرين في اتخاذ خطوات جادة في هذا الشأن، تجلت أهمها في إقرار الاستراتيجية الوطنية للسكان 1990-2000م، التي يمثل تحسين المستوى النوعي للسكان أحد موجهاتها الفكرية، لذلك فقد أشارت إلى " أن خصائص السكان الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية والصحية تتدنى دون مستوى التطلعات وتمثل عثرات أمام التنمية الشاملة، لذلك فقد تم إدماج العامل السكاني في إطار المنظور المتكامل للتنمية "[71].

يتجلى استيعاب أجهزة صنع القرار التنموي لتأثير الظروف الاجتماعية الاقتصادية على اتجاهات النمو السكاني بشكل أكثر وضوحاً في الخطة الخمسية الأولى للتنمية الاقتصادية والاجتماعية (1996-2000م)، التي جاء ضمن أهدافها في مجال السكان" الإرتقاء بالخصائص السكانية من خلال تخفيض نسبة الأمية والتوسع في تشغيل المرأة وزيادة عدد الأسر المنتجة ورعاية الطفولة بحيث يؤدي هذا إلى تخفيض كل من معدل الخصوبة والوفيات"[72].

إن تنفيذ هذه الدراسة في النصف الثاني من عام 2000م يتزامن مع انتهاء فترة تنفيذ الاستراتيجية الوطنية للسكان (1990-2000م)، لذلك فإن تقييم الاستراتيجية الوطنية للسكان يمثل أحد أهداف دراستنا هذه، وهو ما نعرضه في الفقرة التالية:-

ثالثاً: تقييم الاستراتيجية الوطنية للسكان (1990-2000م):

تستهدف الاستراتيجية الوطنية للسكان التأثير كماً وكيفاً في التغيرات الهيكلية للسكان بما يلائم حاجات المجتمع ومتطلبات نموه ورفاهيته، وتشمل المتغيرات الديمغرافية كل ما يتعلق بحجم السكان ونموه

وتوزيعه وتركيبه وخصائصه الاجتماعية والاقتصادية والصحية والتعليمية والأسرية والمهنية والبيئية[73].

إطار رقم (3)

يوضح أهداف الاستراتيجية الوطنية للسكان

- رفع العمر المتوقع عند الميلاد إلى 60 سنة.
- خفض معدل الخصوبة إلى 6 ولادات.
- خفض وفيات الأطفال الرضع إلى 60 في الألف.
- تخفيض معدل النمو السكاني إلى 2% في السنة.
- رفع معدل الالتحاق بالتعليم (6-12سنة) إلى 85%.
- خفض نسبة أمية الإناث إلى 50%.
- خفض نسبة أمية الذكور إلى 30%.
- وصول الخدمات الصحية إلى أكثر من 90% من السكان.

حددت الاستراتيجية الوطنية للسكان في مجال النمو السكاني هدفاً رئيساً يتمثل في تخفيض معدله إلى 2% في السنة عام 2000م، ويتم تحقيق هذا الهدف الرئيس من خلال تخفيض معدل الخصوبة الكلية إلى 6 ولادات للسيدة الواحدة خلال عمرها الإنجابي، كما أن تحقيق الهدف الخاص بالنمو السكاني يتوقف على تحقيق عدد من الأهداف الفرعية الأخرى التي حددتها الاستراتيجية الوطنية للسكان.

ولم تستطع الاستراتيجية الوطنية للسكان تحقيق أهدافها في كثير من المجالات أهمها عدم نجاحها في خفض معدل النمو السكاني، فقد بلغ عام 1999م حوالي 3,5% في السنة[74].

جـدول رقم (25)

يبين أراء خبراء السكان حول أسباب قصور

الاستراتيجية الوطنية للسكان

الأسباب	درجة الأهمية %			
	مهم جداً	مهم	قليل الأهمية	غير مهم
1- أسباب عدم واقعية أهدافها	27.7	40	27.7	4.6
2-نقص القدرات المؤسسية.	53.8	32.8	13.8	–
3-قصور فني في أداء الجهات المنفذة	41.8	53.7	4.5	–
4- قصور التخطيط للأهداف الفرعية	41.8	32.8	19.4	6
5-قصور في تمويل البرامج	48.5	22.7	21.2	7.6
6-قصور في تعبئة الجهود التطوعية	27.3	30.3	36.4	6.1
7- عدم التنسيق بين جهود الأجهزة	72.3	21.5	6.2	–
8- عدم إصدار التشريعات السكانية	49.2	32.3	15.4	3.1
9- استخدام وسائل غير ملائمة	53	31.8	12.1	3
10-المبالغة فـــي تقديـــر مســـاهمة الوكالات الأجنبية	29.2	20	43.1	7.7
11- نجاحها في خفض الوفيات أكـبر منه في خفض معدلات الخصوبة	47.5	32.2	6.8	13.6
12- عدم ملائمـــة أســـاليب الثقافـــة السكانية.	73.5	19.3	7.2	–
13- عدم مراعاة الثقافات الفرعية	45.7	43.2	9.9	1.2
14- عدم ملائمـــة أســـاليب توزيـــع وسائل منع الحمل .	37.8	41.5	18.3	2.4
15- بسبب تركيز خدمات الصحـــة الإنجابية على النساء وإهمال الرجال	19.5	35.4	31.7	13.4
16-بســبب عــدم الاســتفادة مـــن التنظيمات الاجتماعية والمدنية الحديثة	31.7	36.6	29.3	2.4

17-بسبب عدم الاستفادة من جهود المؤسسات الاجتماعية التقليدية	24.7	42	27.2	6.2
18-الفشل في توسيع خدمات صحة الأمومة والطفولة	63.2	29.9	6.9	–
19-الفشل في توسيع مشاركة المرأة في التنمية	50	39.8	10.2	–
20-محدودية برامج وخدمات الثقافة السكانية	43.2	44.3	11.4	1.1
21-قصور التدريب في المؤسسات السكانية	29.1	52.3	16.3	2.3
22-عدم تضمين الأهداف السكانية في خطط التنمية	27.6	29.9	39.1	3.4

من بين الأسباب السابقة فإن ستة منها تعد الأكثر أهمية، إذا لا يوجد بين المبحوثين الذين طبقت عليهم الدراسة الميدانية من يرى أنها غير مهمة، هذه الأسباب هي: نقص القدرات المؤسسية والتنظيمية، القصور الفني في أداء الجهات المنفذة، عدم التنسيق بين الأجهزة، عدم تقديم برامج الثقافة السكانية في شكل ثقافي مناسب، الفشل في توسيع خدمات صحة الأمومة والطفولة وأخيراً الفشل في توسيع مشاركة المرأة في التنمية.

رابعاً: المحددات الاجتماعية للنمو السكاني:

سبقت الإشارة في مواضع كثيرة من هذه الدراسة إلى أن النمو السكاني إلى جانب كونه نتاج لعمليات بيولوجية وفسيولوجية فهو نتاج لظروف اجتماعية واقتصادية وثقافية تتحكم في اتجاهاته ارتفاعاً وانخفاضاً. لذلك فإننا في هذه الدراسة نرى أن جهود الحد من النمو السكاني المتزايد في العالم الثالث واليمن جزء منه (وعلى الرغم من الصياغات النظرية في الخطط والاستراتيجيات) استندت بالدرجة الأولى على النظريات الطبيعية في علم السكان، التي تفترض في صياغاتها

المحدثة أن الحد من النمو السكاني يتم من خلال عمليات طبيعية فسيولوجية توقف وظائف الأعضاء التناسلية للمرأة أو الرجل باستخدام وسائل منع الحمل وقد أسميت هذه العملية بتنظيم الأسرة. هذا التصور عن النمو السكاني تصور غير تاريخي وغير اجتماعي بل وغير إنساني، يجرد الإنسان من إنسانيته وينظر إليه باعتباره مجرد قدرة بيولوجية وفسيولوجية، والحقيقة أن الإنسان ليس كذلك على الإطلاق، فالرجل من الناحية النظرية يستطيع الإنجاب يومياً تقريباً والمرأة من الناحية النظرية تستطيع الإنجاب كل عشرة أشهر إلى سنة تقريباً، مع ذلك فإن هذا لا يحدث لأن ظروفاً اجتماعية واقتصادية ثقافية ودينية تنظم العلاقات الجنسية بين الرجل والمرأة .

إن لا تاريخية التفسيرات الطبيعية للنمو السكاني تتجلى في أنها أهملت تماماً تأثير التطورات الاقتصادية والسياسية والاجتماعية على الأوضاع الديمغرافية للمجتمعات، لذلك فإننا لتجاوز التفسيرات الطبيعية نحاول هنا تحديد العوامل الاجتماعية التي نعتقد إنها ذات تأثير مباشر أو غير مباشر على النمو السكاني في اليمن.

1. **الاقتصاد الزراعي التقليدي:** لا زال الاقتصاد اليمني اقتصاداً زراعياً في المقام الأول، " إلا أن الزراعة اليمنية تعاني من كثرة العوامل " غير الإرادية" التي تتحكم بها وتمارس عليها تأثيرات سلبية عديدة ومتنوعة، تفرضها المعطيات الطبيعية المعروفة كاضطراب الأحوال المناخية (بين جفاف شديد وسيول مطرية مدمرة) وشح ينتاب المياه الجوفية، ومحدودية خصوبة الأرض أو تدهورها بسبب التآكل التدريجي والترسبات الملحية، ومحدودية المراعي وركود حال الثروة الحيوانية وتناقص إنتاجها " [75]. هذه العوامل فضلاً عن تخلف أدوات الإنتاج الزراعي وتفتت الملكيات

الزراعية أدت إلى عدم تحول الزراعة اليمنية إلى زراعة رأسمالية، بل ظلت زراعة للاكتفاء الذاتي للأسرة. إن من أهم سمات الإنتاج المعيشي أو الاكتفاء الذاتي أن يعتمد على العمل العائلي ولا يعتمد على العمل المأجور لذلك فإن الأسر الفلاحية في الريف اليمني تحبذ إنجاب عددٍ كبيرٍ من الأبناء لمساعدتها في الأعمال الزراعية.

2. **البنية القبلية:** بفعل عوامل عديدة تقوت البنى والتنظيمات الاجتماعية التقليدية في المجتمع اليمني وأهمها البنى القبلية، الأمر الذي ترتب عليه استمرار بل واشتداد تأثير العلاقات الاجتماعية التقليدية، مما أدى إلى تناقض قيم المواطنة مع القيم القبلية وتصادم توجهات الدولة الحديثة مع التوجهات القبلية، بل واستطاعت بعض القوى الاجتماعية التقليدية أن تفرض حالة من عدم الاستقرار الأمني ومجابهة قوة الدولة وانتهاك القانون بهدف تحقيق مصالح هذه الفئات، وترتب على انعدام الاستقرار وعدم فرض هيبة القانون أن سعت كل مجموعة أو فئة اجتماعية إلى أن تحمي مصالح وتدافع عنها بقوتها مما أدى إلى استمرار التوجهات المحبذة لإنجاب عدد كبير من الأطفال الذكور.

3. **طبيعة العلاقات الأسرية السائدة:** يتسم المجتمع اليمني بأنه مجتمع ذكوري تتركز فيه السلطة بيد الذكور سواء على مستوى الأسرة أو على مستوى المؤسسات والتنظيمات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية بشكل عام، لذلك فإن مشاركة المرأة في صنع القرارات الأسرية محدودة كما هو الحال بالنسبة لمشاركتها في صنع القرارات العامة، لذلك فعلى الرغم من تحمل المرأة لمعظم (إن لم يكن كل) تبعات الإنجاب فإنها لا تملك سوى قدرٍ محدودٍ من المشاركة في اتخاذ القرار الخاص بعدد الأطفال المرغوب في إنجابهم، والحقيقة إن ا لقرارات الخاصة بالإنجاب لا

ينفرد بها الزوج بل يشاركه فيها بعض أفراد الأسرة الممتدة كوالد الزوج وأخوته الكبار وأحياناً بعض النساء من كبيرات السن في الأسرة، حيث يرجع ذلك إلى سيادة الأسرة الممتدة سواء في الريف أو الحضر.

4. **محدودية الطبقة الوسطى الحديثة:** إن الرغبة في إنجاب عدد كبير من الأبناء، ارتبط تاريخياً في اليمن وفي غيرها من المجتمعات بسيادة القطاعات الإنتاجية التقليدية، والقطاع الزراعي التقليدي بشكل خاص، يرجع ذلك إلى اعتماد هذه القطاعات على العمل العائلي، على العكس من ذلك فإن تحديث القطاعات الاقتصادية تزامن معه تناقص معدلات النمو السكاني، أولاً بسبب أن الميكنة في هذه القطاعات أدت إلى تناقص الطلب على الأيدي العاملة، وثانياً بسبب انتشار العمل المأجور في هذه القطاعات فأصبح السوق مصدراً لقوة العمل وليس الأسرة. وأخيراً بسبب أن الإنتاج في هذه القطاعات موجه للسوق وليس إنتاجاً معيشياً، وأن هدف الإنتاج هو الربح وليس الاستهلاك المعيشي للأسرة، فضلاً عن ذلك فإن الاقتصاديات الحديثة تتسم بتنامي الطبقة الوسطى الحديثة كماً وكيفاً، وهي طبقة ذات نمط معيشي وتطلعات تفرض عليها توجهات إنجابية تساهم في تخفيض معدلات النمو السكاني.

5. **جمود البناء الاجتماعي التقليدي:** إن تقليدية البنى الاجتماعية وجمودها وانعدام فرص الحراك الاجتماعي. تؤدي إلى تدني مستويات طموح الأفراد في تحسين أوضاعهم الاجتماعية والاقتصادية، وهذا ما يفسر ارتفاع معدلات الخصوبة في أوساط الفئات الاجتماعية الفقيرة والمهمشة اجتماعياً واقتصادياً في المجتمعات التقليدية، فالأزواج والزوجات يعرفون سلفاً أن أبناءهم سوف يرثون مكاناتهم الاجتماعية ولا يمكن أن يحققوا حراكاً

اجتماعياً صاعداً، لذلك فإنهم ينجبون أعداداً كبيرة من الأبنـــاء ولا يهتمون بتوفير خدمات تعليمية وصحية وتدريبية لأبنائـــهم لأنـــهم يعتقدون أن أبناءهم مهما حققوا من إنجازات فإنهم سوف يظلون في مستويات اجتماعية متدنية.

6. **الزواج المبكر:** بسبب انتشار الأمية وتدني مكانة المـــرأة وســيادة الاقتصاد الزراعي يسود في المجتمع اليمني توجهات محبذة للزواج المبكر الذي بدوره يساعد على ارتفاع معدلات الخصوبة ومن ثـــم ارتفاع معدلات النمو السكاني.
7. **انتشار الفقر وقصور شبكة الأمان الاجتماعي:** يميل الفقراء إلـــى إنجاب أكبر عدد من الأبناء بهدف إيجاد مصادر جديدة للدخل مـــن خلال إلحاق الأطفال في سوق العمل، حيث يساعد على ذلك قصور وتدني مستوى خدمات شبكة الأمان الاجتماعي، إذ ينظـــر أربـــاب الأسر إلى أن إنجابهم لأكبر عدد من الأطفال يمثل أماناً لهم عنـــد الشيخوخة.

جـدول رقم (26)

يبين آراء خبراء السكان فيما يتعلق بتأثير بعض العوامل الاجتماعية على ارتفاع معدلات الخصوبة التي بدورها تساهم في رفع معدلات النمو السكاني

العوامل الاجتماعية المؤثرة في الخصوبة	درجة الأهمية			
	مهم جداً	مهم	قليل الأهمية	غير مهم
انفراد الزوج باتخاذ قرار الإنجاب.	52	35.8	7.3	1.8
حرمان النساء من المشـــاركة فـــي القرارات الأسرية	32.1	34.9	24.5	8.5
تدخل والد الزوج في قرار الإنجاب	30.8	25.2	26.2	17.8
تدخل والد الزوجة في قرار الإنجاب	18.7	22.4	31.8	27.1
تدخل أقارب آخرون في قرار الإنجاب	7.6	4.8	36.2	51.4

تكفل الأسرة الممتدة برعاية الأطفال يشجع الزوجات العاملات على الإنجاب	72.4	33.3	25	9.3
تكفل الأسرة الممتدة بنفقات الزواج يساهم في خفض سن الزواج وبالتالي رفع معدلات الخصوبة	51.4	33	13.8	1.8
التكافل المعيشي في الأسرة الممتدة يشجع الأزواج العاملين على الإنجاب بغض النظر عن مستوى دخولهم	33	36.7	25.7	4.6
توفير الأسرة للمسكن يترتب عليه الزواج المبكر	52.8	20.4	15.7	11.1
انخفاض متوسط سن زواج الفتيات بسبب عدم إلحاقهن بالتعليم	50.9	31.1	15.1	2.8
تناقص فرص تعرض المرأة لبرامج تنظيم الأسرة بسبب الأمية	60.9	31.8	6.4	0.9
تدني مشاركة المرأة في قوة العمل	55.1	35.5	6.5	2.8
سيادة الاتكالية ورفض فكرة التخطيط الأسري.	30.5	35.2	31.4	2.9
تكريس تبعية المرأة للرجل وخضوعها لرغبته في الإنجاب بغض النظر عن ظروفها الخاصة	33.6	26.2	34.6	5.6
تعدد مرات الزواج	38.9	36.1	19.4	5.6
تعدد الزوجات	61.1	25	10.2	3.7
الزواج المبكر للذكور	66.4	19.6	11.2	2.8
الزواج التقليدي واعتبار الإنجاب أهم وظائف الزوجة	28.4	49.5	16.5	5.5
زواج الأقارب منخفض التكلفة يساهم في خفض سن الزواج	17	44.3	28.3	10.4
ضعف تطبيق القانون يعزز رغبة الأفراد في إنجاب أكبر عدد من الأبناء لحماية الحقوق بالقوة.	40	30	23.6	6.4

انتشار ظاهرة الخلافات الأسرية والقبلية في الريف يعزز الرغبة في الإنجاب لتعزيز قوة الأسرة أو القبيلة.	51.4	40.4	3.7	4.6
ظاهرة الثأرات القبلية تؤدي إلى تعزيز الرغبة في الإنجاب تحسباً لمقتل بعض الأبناء	42.2	36.7	15.6	5.5
تدني الوعي ورفض فكرة التخطيط الأسري يساهم في رفع معدلات الخصوبة	63.6	30	4.5	1.8
تغلب توجهات الأقارب الأميون على توجهات الأزواج المتعلمون نحو الإنجاب	35.8	37.6	20.2	6.4
التفاوت في المستويات التعليمية للزوجين	27.8	52.8	16.7	2.8
عدم تعليم الأطفال يجعل الإنجاب غير مكلف مادياً.	35.2	24.1	35.2	5.6

إلى جانب تأثير العوامل السابقة المتعلقة بطبيعة العلاقات الأسرية والقبلية، فإن العوامل الاقتصادية تمارس تأثيرا لا يقل أهمية عن دور العوامل الاجتماعية في رفع معدلات النمو السكاني.

جـدول رقم (27)

يبين رأي الخبراء فيما يتعلق بتأثير بعض العوامل الاقتصادية في رفع معدلات الخصوبة ومعدلات النمو السكاني

العوامل الاقتصاديـــة المؤثـــرة فـــي الخصوبة	درجة الأهمية			
	مهم جداً	مهم	قليل الأهمية	غير مهم
انخفاض معدلات الأجور يعزز الرغبة في الإنجاب لضمان مساهمة الأبنـــاء في توليد دخل إضافي للأسرة	49.5	29.4	14.7	6.4
التفاوت في توزيع ملكية الأرض فـــي الريف يؤدي إلى اتجاه المعدمون إلى الإنجاب لإمتلاك قوة عمل بدلاً عـــن ملكية الأرض	23.1	40.7	26.9	9.3
إن إنجاب الفقراء لأكبر عـــدد مـــن الأبناء يُعـــد تعويضـــاً ســـيكولوجياً لفشلهم في تكوين ثروات.	16.7	31.5	37	14.8
يؤدي ســـيادة القطاعـــات الإنتاجيـــة التقليدية إلى استمرار العمل العـــائلي الذي يعد أحد العوامل المؤثرة علـــى الخصوبة	35.8	34.9	22.9	6.4
غياب الطموح في تحسين مســـتويات المعيشة يترتب عليه بقاء التوجـــهات التقليدية نحو الإنجاب	50.9	26.9	16.7	5.6
أن ضعف مشاركة المرأة في ســـوق العمل يؤدي إلـــى ارتفـــاع معـــدلات الخصوبة	46.7	36.4	10.3	6.5
بسبب أعباء المرأة الريفيـــة داخـــل المنزل وخارجه فإنها تميل إلى إنجاب أطفال كثيرين لمساعدتها في أعمالها	21.7	27.4	48.1	2.8

يتضح مما سبق أن خبراء السكان يرون أن النمو السكاني يتوقـــف على عدد من العوامل الاجتماعية الاقتصادية وتشير البيانات الإحصائيـــة

المتوافرة إلى مصداقية هذا الارتباط، فالمحافظات التـــي تحققـــت فيـــها معدلات مقبولة للتنمية البشرية شهدت إنخفاضاً في الخصوبة البشرية (التي تمثل أهم عوامل النمو السكاني) على العكس من المحافظات التي تتدنـــي فيها مؤشرات التنمية البشرية فإنها تشهد معدلات خصوبة عالية.

جدول رقم (28)

يبين الارتباط بين الخصوبة البشرية وبعض المتغيرات الاجتماعية الاقتصادية على مستوى المحافظات

1. ترتيب المحافظات حسب معدل الخصوبة الكلية (المشاهد)
2. ترتيب المحافظات حسب نسبة المشتغلين بالزراعة من إجمالي قوة العمل
3. ترتيب المحافظات حسب نسبة العاملين بأجر من إجمالي قوة العمل
4. ترتيب المحافظات حسب نسبة سكان الحضر من إجمالي السكان
5. ترتيب المحافظات حسب نسبة أصحاب المهن العلمية والفنية من إجمالي قوة العمل
6. ترتيب المحافظات حسب نسبة العاملين بالحكومة والقطاعين العام والمختلط
7. ترتيب المحافظات حسب متوسط عدد أفراد الأسرة
8. ترتيب المحافظات حسب متوسط العمر عند الزواج الأول
9. ترتيب المحافظات حسب دليل التنمية البشرية
10. ترتيب المحافظات حسب الأطباء لكل 1.000 نسمة من السكان عام 1997م
11. ترتيب المحافظات حسب القيد في التعليم الاساسي
12. ترتيب المحافظات حسب نصيب الفرد من التاريخ المحلي الإجمالي بالريال 1997م
13. ترتيب المحافظات حسب نسبة الأمية من إجمالي السكان 10 فاكثر

المحافظة	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
الأمانة	12	18	2	1	16	2	2	2	2	4	10	3	2
صنعاء	6	5	15	17	7	15	12	9	14	10	6	10	14
عدن	15	17	1	2	17	1	1	1	1	1	15	1	1
تعز	8	11	7	7	12	8	17	5	6	5	16	12	6
الحديدة	8	9	9	3	5	5	8	11	15	6	17	15	16

لحج	11	13	4	18	10	13	6	11	6	5	7	11	4
إب	2	3	10	10	12	14	9	12	11	12	14	9	10
أبين	14	14	3	6	14	7	5	6	4	2	5	2	3
ذمار	5	6	14	14	6	10	15	15	17	16	14	13	13
شبوة	4	12	8	13	11	9	14	8	8	15	4	6	11
حجة	3	4	16	15	3	17	13	16	13	9	8	16	15
البيضاء	4	10	11	8	10	13	3	7	7	13	13	14	13
حضرموت	13	15	5	4	15	4	6	4	3	3	7	7	8
صعدة	10	2	17	11	2	12	16	12	10	12	11	9	18
المحويت	7	7	13	16	4	16	14	16	6	16	12	13	5
المهرة	10	16	6	5	9	13	4	9	3	9	12	8	7
مأرب	9	8	12	12	8	11	7	14	10	6	2	8	9
الجوف	1	1	18	9	1	18	10	13	11	8	1	17	18

خامساً: نحو برنامج وطني جديد للسكان: (التوصيات)

خلصت هذه الدراسة إلى أن ولوج اليمن في مرحلة جديدة من مراحل التحول الديمغرافي تتسم بانخفاض معدلات المواليد والوفيات وهي ما تسمى بمرحلة التوازن المنخفض وتتوقف على إعداد وتنفيذ استراتيجية تنمية بشرية ناجحة تؤثر تأثيراً حقيقياً في حياة الناس و تحقق التوزيع العادل لثمار التنمية، بل وتنحاز للفئات الاجتماعية الفقيرة والجماعات الاجتماعية الأقل حظاً. وتتكامل مع استراتيجية وطنية جديدة للسكان. وفي ما يلي تلخيص أهم الخصائص التي يجب أن تتوفر في الخطط التنموية والسكانية التي يمكن أن تساهم في خفض معدلات النمو السكاني في اليمن.

أولاً: يجب أن تسعى خطة التنمية إلى توسيع مساهمة القطاعات الاقتصادية الحديثة وهي قطاعات حضرية في المقام الأول، لذلك فإن على خطة التنمية أن تشجع النمو الحضري وإذا كانت هناك دعوات إلى خفض معدلات الهجرة الريفية الحضرية التي سببت (كما يرى أصحاب هذه الدعوات) ضغطاً على الخدمات الحضرية، فإن ذلك يتطلب التوسع في الخدمات الحضرية وتشجيع الهجرة إلى المدن الثانوية، إن دعوتنا هذه لا تعني بأي حال من الأحوال تنمية القطاعات الحديثة على حساب القطاع الزراعي، بل نطالب بخطة متكاملة توسع مساهمة القطاعات الحديثة وفي ذات الوقت تعمل على تحديث القطاع الزراعي من خلال تشجيع المزارع الكبيرة وإعادة تجميع الملكيات الزراعية وميكنة الزراعة.

ثانياً: إن الفئات الاجتماعية الفقيرة والريفية هي أكثر الفئات الاجتماعية خصوبة، لذلك فإن على خطط التنمية أن تتبنى برامج ناجحة وفاعلة في مكافحة الفقر، وأن تسعى إلى توسيع الطبقة الوسطى الحديثة التي تمثل أكثر الفئات الاجتماعية تقبلاً لبرامج تنظيم الأسرة بما تتبناه من تطلعات لتحسين مستويات أبنائها اجتماعياً واقتصادياً.

ثالثاً: ضرورة تبني بعض الإصلاحات القانونية وأهمها: تحديث التشريعات الخاصة بعمالة الأطفال، تفعيل قانون الحد الأدنى لسن الزواج، وسن قانون إلزامية التعليم الأساسي، وسن قانون يحدد الحد الأدنى للأجور. هذه القوانين سوف تؤدي إلى خفض معدلات الخصوبة من خلال تأخير سن الزواج، ورفع تكلفة تربية الأطفال وإيقاف النظرة السائدة لدى بعض الفئات الاجتماعية إلى الطفل باعتباره مورداً من موارد الأسرة المالية، الأمر الذي سيجعل هذه

الأسرة تحجم عن إنجاب عدد كبير من الأطفال بسبب مقارنتها بين تكلفة تربية الطفل والعائد المادي منه.

رابعاً: الاهتمام ببرامج تمكين النساء وتحسين أوضاعهن الاجتماعية والاقتصادية ورفع معدلات مشاركتهن في قوة العمل وتشجيع التحاقهن بالتعليم.

خامساً: استكمال مؤسسة الدولة وفرض سيادتها وكبح تطور البنى والممارسات المعيقة لها، وفرض سيادة القانون وتحقيق المواطنة المتساوية، الأمر الذي سوف يؤدي إلى النظر إلى القانون باعتباره القوة التي يستند إليها المواطن وليس أبناؤه أو رجال قبيلته.

سادساً: إصلاح شبكة الأمان الاجتماعي لتصبح شبكة أمان اجتماعي حقيقي، يشعر الفقراء والعجزة وكبار السن أنها هي التي توفر لهم الأمان الاجتماعي والمعيشي في حاضرهم ومستقبلهم وليس كثرة الإنجاب.

سابعاً: تشجيع العمل الأهلي وتنمية الروح التضامنية والتطوعية وتشجيع إنشاء جمعيات المستفيدين وشبكات المساعدة المتبادلة في الريف بما يقلل من الحاجة إلى العمل العائلي وعمل الأبناء.

ثامناً: الاهتمام بالتنمية البشرية وخاصة في مجالي الصحة والتعليم.

ان السياسة الوطنية للسكان في الجمهورية اليمنية التي صادق عليها المجلس الوطني للسكان في 2000/11/13م ومجلس الوزراء في 2001/2/6م قد استوعبت الارتباط بين السياسة السكانية والسياسات التنموية وتضمنت عدداً من التوجيهات المتلائمة مع معظم التوصيات التي توصلت إليها هذه الدراسة لا سميا التوصيات رقم 2،4،7،8 على الرغم من أن السياسة الوطنية للسكان لم تشمل في أهدافها ما تضمنته التوصيات رقم 1،3،5،6 من توصيات هذه الدراسة في وثيقتها الأولى والثانية (الإشكاليات والتحديات، المنطقات والمبادئ والأهداف) إلا أن ما تضمنته

الوثيقة الثالثة (برنامج العمل السكاني) لم تكن كافيـــة لتحقيـــق الأهـــداف المتوخاة [76] لذلك فإن برنامج العمل السكاني الجديد (2006-2010) يجـب ان يتضمن إجراءات لتنفيذ هذه التوصيات، وإذا لم يتم ذلك فإن السياســـة الوطنية للسكان سوف تظل مجرد صياغة نظرية ممتازة تفتقر إلى آليات فعالة لتحقيق أهدافها.

الهوامش والمراجع:

1. آلان منتجوي، التصنيع في الدول النامية، ترجمة السيد الحسيني، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1986، ص ص 54،55.
2. صندوق الأمم المتحدة للسكان، حالة سكان العالم 1999م، نيويورك، 1999م، ص1 .
3. عبده محمد ناصر، السكان والتنمية، وزارة التخطيط والتنمية بالتعاون مع UNFPA، ملزمة معدة للبرنامج التدريبي في الإحصاء والتحليل الديمغرافي، صنعاء، 1999م، ص8.
4. انظر صندوق الأمم المتحدة للسكان، دعوة إلى التغيير : السكان، التمكين والتنمية، دون تاريخ، ص ص 1-2 .
5. محمود علي عامر، اليمن من خلال لائحتي محمد خليل أفندي، مجلة الإكليل، صنعاء، عدد (1)، 1987م، ص 86.
6. انظر، جاد طه، سياسة بريطانيا في جنوب اليمن، دار الفكر العربي، القاهرة، 1969م، ص 375.
7. محمود علي عامر، مرجع سابق، ص 86.
8. نقلاً عن حمود العودي، التراث الشعبي وعلاقته بالتنمية في البلاد النامية دراسة تطبيقية عن المجتمع اليمني، عالم الكتب، القاهرة،ط2، 1981م، ص 192.
9. نقلاً عن المرجع ا لسابق، ص 206.
10. عادل الشرجبي، التحضر والبنية القبلية في اليمن، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة القاهرة، 1991م،ص 137.
11. الحرازي" السفر الثاني من تاريخ الحرازي (رياض الرياحين)، حققه حسين بن عبد الله العمري، بعنوان " فترة الفوضى وعودة الأتراك إلى صنعاء، دار الفكر، دمشق، ط1، ص ص 146، 71.

12. المرجع السابق، ص 114.
13. مؤلف مجهول " صفحات مجهولة من تاريخ اليمـــن"، دار المســيرة، بيروت، ط2، 1984م، ص ص 113-114.
14. نقلاً عن حمود العودي، مرجع سابق، ص 194.
15. انظر، محمود علي عامر، مرجع سابق، ص 97.
16. انظر المرجع السابق، ص ص 96-97.
17. طلعت اسكندر" كنت طبيباً في اليمن"، وكالة روز اليوسف الصحفيـــة، د.ت، ص62.
18. المرجع السابق ص 63.
19. نقلاً عن المرجع السابق، ص 21.
20. المرجع السابق، ص 133.
21. انظر أحمد القصير، اليمن: الهجرة والتنميـــة، دار الثقافـــة الجديـــدة، القاهرة، 1985م، ص 49.
22. انظر المرجع السابق، ص ص 70-71.
23. جامعة الدول العربية ومنظمة اليونسيف، وفيات الرضع في الجمهورية اليمنية، سلسلة دراسات حول السكان والتنمية في الوطن العربـــي (35)، ورقة عمل رقم(1)، 1996م، ص 4.
24. طلعت اسكندر، مرجع سابق، ص 58.
25. المرجع السابق، ص 59.
26. انظر المرجع السابق، ص ص 77،91.
27. ايلينا جولو بوفسكايا ترجمة قائد محمد طربوش،ثورة 26 سبتمبر فـــي اليمن،دار ابن خلدون،بيروت،1982م، ص ص 290-291.
28. محمد الزغبي، الكتاب المرجعي في الثقافة السكانية، مركز الدراســات والبحوث اليمني،صنعاء، 1994م، ص 218.

29. وزارة التخطيط والتنمية، الاستراتيجية الوطنية للسكان 1990–2000م، ص 16.

30. الجمهورية العربية اليمنية، الجهاز المركزي للتخطيط، النتائج الأولية للتعداد العام للمساكن والسكان فبراير 1975م، الطبعة الثالثة، ص 12.

31. المرجع السابق، ص 7.

32. انظر، المرجع السابق، ص6.

33. انظر المرجع السابق، ص7.

34. انظر المرجع السابق، نفس الصفحة.

35. انظر، جامعة الدول العربية، وفيات الرضع في الجمهورية اليمنية، مرجع سابق، ص3.

36. محمد أحمد الزعبي، الكتاب المرجعي في الثقافة السكانية، مركز البحوث والدراسات اليمني، صنعاء، 1994م، ص 209.

37. انظر، جامعة الدول العربية، مرجع سابق، ص 3. أما أراء المنصوب فيمكن الرجوع إليها في، عبد الحكيم عبد الرحمن المنصوب، جداول الحياة للجمهورية اليمنية، رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث الاحصائية، جامعة القاهرة،القاهرة، 1994م.

38. انظر الجمهورية العربية اليمنية– الجهاز المركزي للتخطيط، موجز الخطة الخمسية الأولى للجمهورية العربية اليمنية 76/1977م–80/1981م، ص3، وانظر أيضاً الجمهورية العربية اليمنية، الجهاز المركزي للتخطيط، الخطة الخمسية الثامنة 1982–1986م، صنعاء، مارس 1983م، ص5.

39. الجمهورية اليمنية– وزارة التخطيط والتنمية– الجهاز المركزي للاحصاء، المسح الديمغرافي اليمني لصحة الأم والطفل (1997م)، يناير 1999م، ص 42.

40. الجمهورية اليمنية وزارة التخطيط والتنمية- الجهاز المركزي للإحصاء، الاستراتيجية الوطنية للسكان (1990-2000م)، صنعاء، إبريل 1992م، ص 14.

41. انظر، نتائج التعداد العام للمساكن والسكان لعام 1994م، ص 32.

42. انظر المرجع السابق، نفس الصفحة.

43. المصدر السابق، ص ص 22-23.

44. المجلس الوطني للسكان، الكتاب الوثائقي للمؤتمر الوطني الثاني للسياسة السكانية، 1997م، ص 517.

45. أحمد محمد شجاع الدين، اليمن الآفاق التنموية والتحديات السكانية، مجلة دراسات يمنية، صنعاء، العدد (59) أكتوبر- نوفمبر- ديسمبر 1998م، ص 230.

46. انظر المرجع السابق نفس الصفحة.

47. وزارة التخطيط والتنمية- الجهاز المركزي للإحصاء، الاستراتيجية الوطنية للسكان 1990-2000م، صنعاء، أبريل 1992م، ص 33.

48. محمد الزعبي، مرجع سابق، ص 327.

49. انظر المرجع السابق، نفس الصفحة.

50. المجلس الوطني للسكان، الكتاب الوثائقي للمؤتمر الوطني الثاني للسياسة السكانية، مرجع سابق، ص 518.

51. انظر المرجع السابق، ص ص 518- 519.

52. وزارة التخطيط والتنمية، الاستراتيجية الوطنية للسكان 1990-2000م، مرجع سابق، ص 43.

53. المرجع السابق، نفس الصفحة.

54. المرجع السابق، نفس الصفحة.

55. انظر، إيلينا جلوبافسكايا، مرجع سابق، ص 290.

56. اللجنة التنظيمية للجبهة القومية، كيف نفهم تجربة اليمن الجنوبية الشعبية، دار الطليعة، بيروت، 1968م، ص ص 308-309.

57. طلعت عيسى، مرجع سابق، ص ؟

58. المجلس الوطني للسكان – وثائق المؤتمر الوطني الثاني للسياسة السكانية،مرجع سابق، ص 55.

59. يحيى يحيى البابلي وآخرون،نحو استراتيجية وطنية لتنظيم الأسرة في الجمهورية اليمنية، في وزارة التخطيط والتنمية، الجهاز المركزي للإحصاء، وثائق المؤتمر الوطني الأول للسياسات السكانية في الجمهورية اليمنية، صنعاء،مارس 1992م، ص 277.

60. انظر،أحمد علي عبد الصادق، السكان والتنمية... النظرية والواقع، في وثائق المؤتمر الوطني الأول للسياسات السكانية في الجمهورية اليمنية، مرجع سابق، ص ص90-91.

61. بول هاريسون، العالم الثالث غداً، ترجمة مصطفى أبو الخير عبد الرزاق، سلسلة مهرجان القراءة للجميع، مكتبة الأسرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1999م، ص 165.

62. المرجع السابق نفس الصفحة.

63. نقلاً عن يحيى يحيى البابلي وآخرون، مرجع سابق، ص 284.

64. المرجع السابق، ص 284.

65. وزارة التخطيط والتنمية، الجهاز المركزي للإحصاء، المسح الديمغرافي اليمني لصحة الأم والطفل، 1997م، مرجع سابق، ص 51.

66. See UNFPA, Program Reueur and Strategy Development Report: Republic of Yemen, New York, 1998, P.P. 12-22 .

67. محبوب الحق، " ستار الفقر: خيارات أمام العالم الثالث"، ترجمة أحمد فؤاد بلبع، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1977م، ص ص 156.

68. المرجع السابق، ص 155.

69. بول هاريسون، مرجع سابق، ص 158.

70. عادل مجاهد الشرجبي، الإصلاحات الاجتماعية للخدمات السكانية، ورقة مقدمة إلى ورشة العمل الخاصة بالثقافة الفرعية للسياسات السكانية، التي نظمتها جامعة الملكة أروى، صنعاء 4-7 ديسمبر 1999م، ص 1.

71. وزارة التخطيط والتنمية- الجهاز المركزي للاحصاء، الاستراتيجية الوطنية للسكان(1990-2000م)، مرجع سابق، ص 42.

72. وزارة التخطيط والتنمية، الخطة الخمسية الأولى للتنمية الاقتصادية والاجتماعية (1996-2000م)، صنعاء 1996م، ص 141.

73. وزارة التخطيط والتنمية، الاستراتيجية الوطنية للسكان، مرجع سابق،ص ص46 47.

74. انظر، الجهاز المركزي للاحصاء، كتاب الاحصاء السنوي لعام 1999م، صنعاء، مارس 2000م ص 6.

75. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا. أبرز القضايا الاقتصادية التحديات التي يواجهها اليمن الموحد"، 1993م، ص 54.

76. انظر، الجمهورية اليمنية - رئاسة مجلس الوزراء - المجلس الوطني للسكان، السياسة الوطنية للسكان في الجمهورية اليمنية.

المحتويات:

الموضوع	الصفحة
تقديم	3
المقدمة	7
الفصل الأول: مراحل التحول الديمغرافي في اليمن	11
أولاً: مرحلة التوازن السكاني المرتفع في اليمن	13
1- الأسباب الثقافية لنمط التوازن السكاني المرتفع	15
- الأفكار المتعلقة بالزواج	16
- الاقتصاد الزراعي	18
- الحياة القبلية..	19
2- ارتفاع معدلات الوفيات	22
3-ارتفاع معدلات الهجرة النازحة	25
ثانياً: مرحلة التمدد السكاني السالف	26
1. واقع متغيرات النمو السكاني خلال عقدي السبعينات والثمانينات	28
أ. تناقص معدلات الوفيات	28
ب. ثبات معدلات المواليد	31
ج. ارتفاع معدلات الهجرة النازحة	34
2. النمو السكاني خلال عقدي السبعينات والثمانينات	34
ثالثاً: مرحلة التمدد السكاني اللاحق	38
1:اتجاه معدلات المواليد نحو التناقص	38
2:تناقص معدلات الوفيات	39
3: معدلات النمو السكاني	40
رابعاً: اتجاهات النمو السكاني المستقبلية	40
الفصل الثاني: تجربة اليمن في مجال تنظيم الأسرة والتخطيط السكاني	34
المقدمة	45
أولاً: تنظيم الأسرة خلال عقد الستينيات	48

الموضوع	الصفحة
ثانياً: تنظيم الأسرة خلال عقد السبعينيات	49
ثالثاً:تنظيم الأسرة خلال عقدي الثمانينيات	50
رابعاً: تنظيم الأسرة خلال عقد التسعينات	51
خامساً: تقييم تجربة اليمن في مجال تنظيم الأسرة	57
الفصل الثالث: المحددات الاجتماعية للنمو السكاني في اليمن	71
أولاً: وسائل تنظيم الأسرة من المعرفة بها إلى تقبل استخدامها	73
ثانياً: النمو السكاني من التفسيرات الفسيولوجية إلى التفسيرات السوسيولوجية	82
ثالثاً: تقييم الاستراتيجية الوطنية للسكان	83
رابعاً: المحددات الاجتماعية للنمو السكاني	86
خامساً: نحو استراتيجية وطنية جديدة للسكان: التوصيات	95
الهوامش والمراجع	99

اخراج وتصميم : ماجك لاين - صنعاء - 205079