



## قضايا الصحة الانجابية



## مؤسسة المرأة الجديدة

١٤ شارع عبد المنعم سند - متفرع من شارع الرشيد

أحمد عرابي، المهندسين

تليفون وفاكس: ٣٤٦٤٩٠١ - ٣٤٦٠٨٩٨ (٢٠٢)

البريد الإلكتروني : [nwrc@nwrcegypt.org](mailto:nwrc@nwrcegypt.org)

الأراء الواردة في المقالات المنشورة في هذا العدد تعبر عن كتاباتها،  
وليس بالضرورة عن رأي مؤسسة المرأة الجديدة

يصدر هذا العدد بتمويل من مجلة الصحة الإنجابية بإنجلترا Reproductive Health Matters

# قضايا الصحة الانجذابية

## العدد التاسع

صفحة

٢

- \* افتتاحية العدد
- \* نحو إستراتيجية لاسراع تحقيق الغايات والمستهدفات التنموية الدولية الخاصة بالصحة الانجذابية

٦

- \* هل تتحدى النساء في البلاد العربية النظام الأبوى؟؟

١٥

فيليب فارجس

- \* مفاهيم النساء عن الصحة الانجذابية في ثلاثة مجتمعات حول بيروت - لبنان  
أقامها قدول، رغدة حافظ، هدى زريق

٢٢

- \* جدوى شراكة الحكومة والمنظمات غير الحكومية في مجال الصحة الانجذابية في المكسيك  
چيسيكا جوميس-خوريجي

٤٨

- \* عشر سنوات من الديمقراطية في جنوب إفريقيا:  
وثيق التغيرات التي طرأت على سياسة الصحة الانجذابية ووضعها

٦٧

دايان كوير، وتشيلسي موران، وفيليس أورنر، وجنيفر مودلى،  
وچين هاريس، ولی كالينجورث، ومارجريت هوفرمان

٨٦

\* قراءة في الأدبيات حول تجارب الفقراء  
مع الخدمات الصحية في تنزانيا  
ماسوما مامدنى، ماجى بانجسر

١٠١

\* التقدم العالمي في مجال السياسات والعمل الداعى حول الإجهاض؛  
تقييم للعقد المنصرم منذ انعقاد المؤتمر الدولى للسكان والتنمية  
ليلي حسينى

١١٥

\* تنظيم وتمويل الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية؛  
رؤى ناشطة بالمنظمات غير الحكومية تحولت إلى مانحة  
باريارا كلوجمان

١٢٠

\* إطلالة  
\* مطبوعات

١٢٥

\* قاموس المصطلحات

في هذا العدد:

مختارات مترجمة من مجلة  
Reproductive Health Matters  
تصدر في بريطانيا وتتولى تحريرها  
مارج بيرر

تصدر الطبعة العربية عن  
**مؤسسة المرأة الجديدة**

**هيئة التحرير**  
آمال عبد الهادى  
هالة الدمنهورى

**ترجمة**  
أحمد محمود  
إيمان عبد الواحد  
سلاف طه  
نجلاء ظاهر

**الإخراج الفنى والطباعة**  
Promotion Team Tel. : 336 7449

الصور الداخلية من إعداد R.H.M

**صورة الغلاف**  
صورة غلاف العدد الإنجليزى  
رقم ٢٥ مايو ٢٠٠٥  
تصوير: مارك هنلى

# افتتاحية العدد

## مقدمة ضرورية

أولاً نعتذر لقرائنا عن عدم صدور العدد في موعده، وذلك بسبب العقبات التي يخلقها قانون الجمعيات الجديدة، والذي تثبت الأيام صحة رؤية المنظمات غير الحكومية له، من حيث تقدير وإعاقبة عمل المنظمات غير الحكومية. لقد انتقل إصدار مجلة الصحة الإنجابية إلى مؤسسة المرأة الجديدة - هذا هو العدد الأول بعد إشهار المؤسسة - وكان علينا أن نحصل على موافقة وزارة الشئون الاجتماعية على المنشة المقدمة من مجلة الصحة الإنجابية الإنجليزية. لإصدار ترجمات لبعض مقالاتها إلى العربية. ورغم أن القانون ينص على أنه ينبغي لجهة الإدارة أن ترد على الطلب المقدم في خلال ستين يوماً إلا أن الوزارة لم ترد بالموافقة حتى شهر أكتوبر.

ثانياً: ننتهز هذه الفرصة لنقدم خالص الشكر والامتنان باسم مؤسسة المرأة الجديدة، لكل من شارك في أعمال هذا العدد بداية بالمتربجين، ومراجع اللغة، ومكتب بروموشن تيم، فالجميع قاموا بعملهم كالمعتاد بعد أن شرحنا لهم الطرف الذي نمر به، ووافقوا على عدم الحصول على مستحقاتهم إلا بعد وصول الموافقة لتقديرهم لأهمية مجلة قضايا الصحة الإنجابية. ونقدم شكرنا أيضاً إلى هيئة Reproductive Health Matters Magazine, UK حيث تفهموا الوضع وأسباب تأخرنا في الالتزام بالمواعيد المنصوص عليها في الاتفاقية المبرمة معهم.

وأخيراً نضع بين أيديكم هذه العدد حول "عشرة أعوام بعد تطبيق برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية" [nwrc@nwrcgypt.org](mailto:nwrc@nwrcgypt.org) وأن تصلكم تعليقاتكم على البريد الإلكتروني لمؤسسة المرأة الجديدة.

تبغ أهمية هذا العدد من طبيعة الموضوع ولا وهو ما إذا حدث بعد مرور عقد على المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. لقد أثار المؤتمر وبرنامج العمل الصادر عنه في ١٩٩٤، جدلاً حاداً في كل العالم، وبشكل خاص في البلدان العربية والإسلامية وصل إلى حد مقاطعة بعض الدول للاجتماع. كما أن برنامج العمل الصادر عن المؤتمر والمعروف بوثيقة القاهرة، مثل في حينها قفزة كبيرة للأمام فيما يتعلق بقضايا الصحة الإنجابية، حيث طرحت من خلال منظور حقوق الإنسان، كما أثار المؤتمر العديد من القضايا المسكوت عنها، مثل ختان الإناث، والإجهاض، والصحة الجنسية للشباب، والتثقيف الجنسي، إلخ. وكلها أمور أدت إلى إنجازات هامة على صعيد المفاهيم وسياسات وقوانين المتعلقة بالصحة والحقوق الإنجابية والجنسية.

وربما لم تثر وثيقة من الوثائق الدولية من الجدل ما أثارته وثيقة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ١٩٩٤ والمعروفة بوثيقة القاهرة. كانت عملية الوصول إلى صياغة نهاية لوثيقة عملية مضنية لكل الأطراف، واستطاعت الحركة النسائية الدولية مدعاومة بجهود الحركات النسائية على المستوى الوطني أن تحقق نجاحاً كبيراً سواء على مستوى المحتوى أو اللغة. بدأ ذلك بتغيير اسم المؤتمر حيث تم إضافة كلمة التنمية.. بما يعكس النقلة التي تمت في تناول قضايا صحة النساء وإخراجها من المفاهيم الديموغرافية البحتة، إلى مفهوم التنمية بالمعنى الأشمل والأوسع. من جانب آخر تم إدخال مفهوم الحقوق الإنجابية والجنسية وتوسيعه ليشمل صحة النساء والفتيات في كل مراحل العمر. وكانت وثيقة القاهرة أول وثيقة دولية تحمل مصطلح الحقوق الإنجابية. ورغم أن الوثيقة لم تتجدد في أن

تحمل الوثيقة مصطلح الحقوق الجنسية، إلا أن القضايا المتعلقة به كانت مثار نقاش واسع وعميق، وكان من أبرز القضايا التي أثارتها هي مسؤولية الرجال والفتىان عن سلوكهم الجنسي، وتحمل تبعات ذلك السلوك؛ وهي أمور اتضحت أهميتها فيما بعد. على سبيل المثال الجدل الواسع في الإعلام المصري حول قضايا إنكار النسب، أو قضية هند الحناوى وأحمد الفيشاوي، والذي نوقشت فيه لأول مرة مسؤولية الرجال عن سلوكهم الجنسي، وجاء حكم المحكمة مؤكداً على ذلك.

وفي مصر شهدت الشهور السابقة للمؤتمر التالية لها جدلاً واسعاً بين الحركة النسائية المصرية وبين القوى المحافظة، وحظت قضية التشويه الجنسي للإناث (الختان) على سبيل المثال باهتمام غير مسبوق ونجحت الحركة النسائية في السنوات التالية في تغيير السياسة الحكومية المصرية فيما يتعلق بالختان. وللأسف فإن ذلك الاهتمام لم يستمر بنفس القوة، فعلى عكس المشاركة القوية والفاعلة للمنظمات غير الحكومية خاصة المنظمات النسائية في ١٩٩٤، كانت هناك مشاركة محدودة كما وكيفاً في الاجتماع الدولي في ٢٠٠٤ عام بمناسبة مرور عشر سنوات على وثيقة القاهرة.

لقد جرت فيه كثيرة في مجال الصحة الإنجابية -سواء مداراً أو جذراً- ومن الهام أن نتعلم من تجارب الآخرين في الدول ذات الأوضاع المشابهة لنا في آسيا وإفريقيا وأمريكا اللاتينية، وهي خبرات ثرية عن حق. وقد حرصنا في هذا العدد -الذي اخترنا مقالاته من أحد عشر دين صدرها باللغة الإنجليزية- أن يعكس تنوع القضايا المثارة حالياً في مجال الصحة الإنجابية والجنسية، سواء على مستوى المفاهيم والإشكاليات أو على مستوى السياسات والخدمات. وقد تبدو بعض المقالات والأراء مختلفة عن الأوضاع الحالية في المجتمع المصري والعربي، لكنها تظل شديدة الفائدة من زاوية النهج الذي تتبناه في تناول القضايا، ألا وهو عدم التجاهل أو الإنكار. حتى الآن ما زالت العديد من الدول العربية ومن بينها مصر تهمل قضايا الأمراض المنقولة جنسياً، وإن كانت الشواهد تدل على انتشارها الواسع رغم نقص الدراسات والبحوث والمعلومات. وهذا النقص بحد ذاته سبب مهم وراء غياب الخدمات الضرورية؛ حيث تكتفي الجهات المسئولة بالتهوين من شأنها. لقد حدث ذلك مثلاً مع ختان الإناث؛ فحتى عام ١٩٩٥ كانت الحكومة المصرية تشير إليه في تقاريرها إلى الهيئات الدولية، باعتباره عادة في سبيلها إلى الانقراض إلى أن جاءت نتائج المسح الديموغرافي والصحي (١٩٩٥) الصادمة لنعرف أن ٧٦٪ من النساء المصريات في الفترة العمرية ٤٥-٥٥ سنة قد خضعن للختان. وتكرر الأمر نفسه مع قضية العنف الأسري ضد النساء، حيث كان يتم إنكاره إلى أن جاءت نتائج المسح الديموغرافي المشار إليه لتوضح أن امرأة من بين كل ثلاثة نساء متزوجات أو سبق لهن الزواج تعرضت للضرب على الأقل مرة واحدة في العام السابق على المسح.

يتضمن العدد مقالات متعددة كتبها أكاديميات وناشطات في المنظمات غير الحكومية، وبعض من يعملن في مؤسسات التمويل، وهو بذلك يقدم طيفاً واسعاً من الرؤى والخبرات فيما يتعلق بكيفية تطبيق برنامج برناجم دولي للسكان والتنمية، التجاھات التي تحققت، والتحديات والإشكاليات التي برزت في التطبيق، والتدخلات المتميزة التي أبدعتها قوى التغيير.

يطرح العدد إجمالاً قضية هامة، ألا وهي قضية أهمية بناء التحالفات والشراكات بين مختلف الأطراف المعنية الحكومية وغير الحكومية والقطاع الخاص، متناولاً الدروس المستفادة من عدد من التجارب المختلفة في هذا المجال. فمقابل هيسيكا جوميس يناقش الشراكة التي تمت بين الحكومة والمنظمات غير الحكومية في المكسيك، وهي خبرة تحتاج إليها بشدة في الدول العربية، خاصة في ظل سياسات التكيف الهيكلي وتراجع دور الدولة في

توفير الخدمات الصحية. ويطرح مقال دايان كوبر (وآخرون) عشر سنوات من الديمocratie في جنوب إفريقيا: توثيق التغيرات التي طرأت على سياسة الصحة الإنجابية ووضعها دور المنظمات غير الحكومية في الضغط على الحكومة لإحداث المزيد من التغييرات وتقديم الخدمات، وخاصة في مجال فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

أمر آخر يزيد من أهمية هذا العدد هو وجود أكثر من مقال، وأكثر من خبر عن النساء العربيات، وهو أمر يحمد لمجلة الصحة الإنجابية، حيث أن صوت النساء العربيات غائب بدرجة كبيرة عن النقاشات الدائرة حول قضايا الصحة والحقوق الإنجابية والجنسية. فتقديم لنا الباحثة الناشطة اللبنانية أفاءا قدور (وآخرون) في مقال "مفاهيم النساء عن الصحة الإنجابية في ثلاثة مجتمعات حول بيروت - لبنان" محاولة لتعريف الصحة الإنجابية من منظور النساء العربيات في إطار الوضع الاقتصادي والعلاقات الزوجية الجيدة وقدرتهن على مواصلة الحياة، والورقة تحمل موقفاً نقدياً -بغض النظر عن الاتفاقي أو الاختلاف معها- لبرنامج عمل مؤتمر السكان، وهذه خطوة مفتقدة عموماً حيث لا توجد سوى دراسات عربية محدودة باللغة الإنجليزية تشتبك مع القضايا المثارية دولياً. أما الورقة الثانية "هل تتحدى النساء في البلاد العربية النظام الأبوى؟" بقلم فيليب فارجس ، فتناقض إشكالية هامة ألا وهي لماذا لم يعكس انخفاض معدلات خصوبة النساء في البلدان العربية على وضعياتهن في المجتمع والتي مازالت منخفضة كما أوضح تقرير التنمية الإنسانية العربي الذي صدر عام ٢٠٠٢.

في هذا العدد أيضاً ورقة باريara كلوجمان التي انتقلت من صفوف النسويات الناشطات في مجال صحة المرأة إلى صفوف العاملين في مؤسسات التمويل، حيث تعمل حالياً كمسؤولة عن البرامج المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية في مؤسسة فورد. هذه الخبرة المزدوجة ساعدت المقال على التصدى لعدد من القضايا الهامة في العلاقة ليس فقط بين هيئات التمويل والمنظمات غير الحكومية، بل وبين المنظمات غير الحكومية في الشمال، والجنوب، وهى تطرح -من بين قضايا أخرى- مسؤولية المنظمات غير الحكومية في الجنوب بشكل خاص عن التأثير على "أجندة" مؤسسات التمويل وأولوياتها، من خلال قراءة متأملة للنجاحات والتحديات التي أعقبت المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (القاهرة ١٩٩٤) وقدرة المجتمع المدني وهيئات التمويل على معالجتها . وتناوش الورقة أيضاً أهمية التحالفات مع الحركات الأخرى التي تواجه التحديات نفسها في ظل العولمة، وتزايد المد الأصولي في العالم.

ومن خلال استعراض كيف تم تطبيق مبادئ المؤتمر ووصياته على مدى العقد الماضي، تؤكد ليلى الحسيني، في مقالها "التقدم العالمي في مجال السياسات والعمل الداعي حول الإجهاض" على أهمية البحث والعمل الداعي في كسر الصمت العالمي عن الإجهاض غير المأمون، وال الحاجة إلى الجمع بين المداخل الحقوقية ومداخل الصحة العام، وإلى خلق شراكات استراتيجية مع حركات العدالة الاجتماعية الأخرى كأساس لزيادة فعالية الجهود المتعلقة بالإصلاح القانوني ولكلفة حصول النساء على خدمات الإجهاض المأمون.

أما دراسة "تجارب الفقراء مع الخدمات الصحية في ترانزانيا"، فتناقض أسئلة هامة "ما زالت تجربة الفقراء مع الخدمات الصحية بعد إدخال برنامج إصلاح القطاع الصحي والمشاركة في التكلفة؟ وهل تحقق أهداف الوصول إلى الخدمة ومستوى الرعاية والعدالة؟ وما هي العوائق الأساسية التي واجهها الفقراء للوصول للخدمات، وكيف أثر ذلك على صحتهم وعلى تعريضهم للخطر على المدى الطويل؟". وهى وثيقة الصلة بما يجري في مصر بعد إدخال سياسات التكيف الهيكلي، وخصخصة الخدمات الصحية وصناعة الدواء في مصر. نفس الحاجج المطروحة في هذا المقال لتمرير موضوع إدخال الرسوم على الخدمات الصحية -التي كانت يوماً ما مجانية- هي التي

استخدمت في تبرير سياسات التكيف الهيكلي والشخصية في مصر، والحق أن هذه الدراسة طرحت علينا أهمية عمل مراجعة مشابهة للأدب المتوفرة في مصر، من منظور النوع الاجتماعي والعدالة الاجتماعية فقد أصبح الفقراء - وخاصة النساء - بشكل متزايد بدون حماية صحية، خاصة في حالات الطوارئ.

وأخيراً يتضمن العدد وثيقة هامة هي أول خطة استراتيجية عالمية تעדّها منظمة الصحة العالمية عن الصحة الإنجابية، وقد تبنتها الجمعية العامة السابعة والخمسين لمنظمة الصحة العالمية في مايو ٢٠٠٤، بعد مشاورات مكثفة في جميع الأقاليم مع ممثلي وزارات الصحة والهيئات المتخصصة والهيئات غير الحكومية وشركاء الأمم المتحدة وغيرهم من الأطراف المعنية الرئيسية. تحدّد هذه الاستراتيجية خطوات العمل المطلوبة لإسراع التقدّم نحو تحقيق الغايات التنموية للألفية والغايات المستهدفات الدوليّة الأخرى ذات الصلة بالصحة الإنجابية، خاصة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام ١٩٩٤ وخطّته الخمسية للمتابعة. وكما يقول د. بول لوك - مدير قسم بحوث الصحة الإنجابية - منظمة الصحة العالمية "يمثل الإجماع القوى للجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية على هذه الاستراتيجية رسالة واضحة أن جميع الدول ملتزمة ببذل قصارى جهودها لتنفيذ برنامج العمل الخاص بتحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي تم تبنيه عام ١٩٩٤".

## هيئة التحرير

# نحو إستراتيجية لإسراع تحقيق الغايات والمستهدفات التنموية الدولية الخاصة بالصحة الإنجابية

ترجمة: نجلاء طاهر

## ملخص

يعتبر اعتلال الصحة الإنجابية والجنسية هو المسؤول عن ٢٠٪ من عبء اعتلال الصحة العامة عند النساء و١٤٪ للرجال على مستوى العالم. والإستراتيجية المقدمة في هذه الوثيقة هي أول خطة إستراتيجية عالمية تدعها منظمة الصحة العالمية عن الصحة الإنجابية، وقد تبنتها الجمعية العامة السابعة والخمسين لمنظمة الصحة العالمية في مايو ٢٠٠٤. تستهدف الخطة خمسة أولويات فيما يخص الصحة الإنجابية والجنسية وهي: تحسين مستوى رعاية ما قبل وأثناء وبعد الولادة، وكذا رعاية الأطفال حديثي الولادة، توفير خدمات عالية الجودة لتنظيم الأسرة بما في ذلك خدمات حالات العقم، القضاء على الإجهاض غير الآمن، مقاومة عدوى الأمراض المنقولة جنسياً بما فيها عدوى فيروس نقص المناعة البشرية، وعدوى الجهاز التناسلي وسرطان عنق الرحم وغيرها من أمراض النساء الأخرى، وتعزيز الصحة الجنسية. وضُفت هذه الإستراتيجية بعد مشاورات مكثفة في جميع الأقاليم مع ممثلي وزارات الصحة والهيئات المتخصصة والهيئات غير الحكومية وشركاء الأمم المتحدة وغيرهم من الأطراف المعنية الرئيسية. تحدد هذه الإستراتيجية خطوات العمل المطلوبة لإسراع التقدم نحو تحقيق الغايات التنموية للألفية والغايات والمستهدفات الدولية الأخرى ذات الصلة بالصحة الإنجابية، خاصة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام ١٩٩٤ وخطته الخمسية للمتابعة.

"يمثل الإجماع القوى للجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية على هذه الإستراتيجية رسالة واضحة، وهي أن جميع الدول ملتزمة ببذل قصارى جهودها لتنفيذ برنامج العمل الخاص بتحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي تم تبنيه عام ١٩٩٤" (د. بول فان لوك - مدير قسم بحوث الصحة الإنجابية - منظمة الصحة العالمية).

5- Strategy to Accelerate Progress towards the Attainment of International Development Goals and Targets Related to Reproductive Health World Health Organization. May 2005, 13(25). World Health Organization

© جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠٠٥

## مقدمة

19 WHA55.19 الذي يطالب المنظمة بوضع إستراتيجية لإسراع التقدم نحو تحقيق الأهداف التنموية الدولية الخاصة بالصحة الإنجابية. وقد أحيا هذا القرار البرامج وخطط العمل التي اتفقت عليها حكومات الدول المشاركة في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (القاهرة - ١٩٩٤)، وفي مؤتمر الأمم المتحدة الدولي الرابع للمرأة (بكين - ١٩٩٥) وكذلك في مؤتمرات المتابعة بمناسبة مرور خمس سنوات على انعقاد كل منها.

1- تعتبر الصحة الإنجابية والجنسية\* أمراً حيوياً للأفراد والأزواج والأسر، وكذلك بالنسبة للتنمية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمعات والأمم. وبذل من قلقها بسبب التقدم البطيء نحو تحسين الصحة الإنجابية والجنسية في العقد الماضي، ولإدراكها أن الأهداف التنموية الدولية لن تتحقق دون تجديد التزام المجتمع الدولي بها، تبنت الجمعية العمومية الخامسة والخمسون لمنظمة الصحة العالمية القرار رقم

\* يتضمن تعريف الصحة الإنجابية المقترن من منظمة الصحة العالمية والمتوافق عليه في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (القاهرة ١٩٩٤) الصحة الجنسية

بالصحة الإنجابية والجنسية وهي تحسين صحة الأم، وتقليل وفيات الأطفال، ومقاومة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا والأمراض الأخرى. وعلاوة على ذلك ترتبط أربع غaiات أخرى بعلاقة وثيقة بالصحة العامة بما فيها الصحة الإنجابية، وهي القضاء على الفقر المدقع والجوع وضمان استكمال التعليم الابتدائي على مستوى العالم وتعزيز مساواة النوع الاجتماعي وتمكين النساء وضمان الحماية المستدامة للبيئة.

٢- استجابة للقرار رقم WHA55.19 وبعد مشاورات الدول الأعضاء والشركاء، قامت منظمة الصحة العالمية بتصميم إستراتيجية مبنية على خطوات العمل التي اتخذتها الدول الأعضاء وفقاً للقرار رقم WHA48.10 الخاص بالصحة الإنجابية ودور منظمة الصحة العالمية في إطار الإستراتيجية العالمية، والتي حثت الدول الأعضاء على المزيد من التطوير والدعم لبرامج الصحة الإنجابية الخاصة بها.

### **تتضمن الأهداف المحددة ما يلى:**

- خفض نسبة وفيات الأمهات إلى ثلاثة أرباع النسبة الحالية خلال الفترة من ١٩٩٠ - ٢٠١٥
- خفض معدل وفيات الأطفال تحت خمس سنوات إلى ثلاثة أرباع النسبة الحالية خلال الفترة من ١٩٩٠ - ٢٠١٥
- وقف انتشار فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز بحلول عام ٢٠١٥

٥- تم الاتفاق على بعض المحددات القياسية عام ١٩٩٩ في الجلسة الخاصة للجمعية العامة للأمم المتحدة الحادية والعشرين- للمراجعة والتقييم العام لتنفيذ برنامج العمل الخاص بالمؤتمر الدولي للسكان والتنمية. فعلى سبيل المثال، تم الاتفاق على أنه يجب أن تصل نسبة الولادات تحت إشراف المتخصصين بحلول عام ٢٠١٥ إلى ٩٠٪ على مستوى العالم، وإلى ٦٠٪ على الأقل في الدول ذات المعدلات المرتفعة لوفيات الأمهات.

٦- يتضمن تعريف الصحة الإنجابية الذي تم تبنيه في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام ١٩٩٤، الخصائص الأساسية التي تجعل من الصحة الإنجابية والجنسية مجالاً خاصاً ومتفرداً بالمقارنة ب المجالات الصحية العامة الأخرى. فالصحة الإنجابية تشمل فترات ما قبل وما بعد سنوات القدرة على الإنجاب، كما أنها وثيقة الصلة بالعوامل الاجتماعية والثقافية وأدوار النوع الاجتماعي

٣- الإستراتيجية المقدمة في هذه الوثيقة موجهة لجمهور واسع من صانعي السياسات في الحكومات والهيئات الدولية والمنظمات المهنية والمنظمات غير الحكومية وغيرها. يعرض الجزء الأول للنماذج الرئيسية بين الغايات الدولية المنشودة والواقع الدولي الحالى. كما يصف العوائق الرئيسية أمام التقدم مشيراً بالتحديد إلى أوجه الظلم فيما يتعلق بنوع الاجتماعي والفقر وتعرض المراهقين للمخاطر. أما الجزء الثاني فيعرض الإستراتيجية التي تسترشد بالمبادئ الدولية لحقوق الإنسان. تلقى هذه الإستراتيجية الضوء على الجوانب الأساسية لخدمات الصحة الإنجابية والجنسية، كما تقدم مقتراحات للدول ولمنظمة الصحة العالمية لمساعدتها على استخدام طرق مستحدثة. تنتهي هذه الوثيقة بتأكيد التزام منظمة الصحة العالمية بالتعاون الشامل مع شركائها لتشجيع ودعم الدول الأعضاء في جهودهم لتحقيق الأهداف التنموية للأمم المتحدة في الألفية الثالثة، وكذلك الأهداف الدولية الأخرى المتطرق إليها الخاصة بالصحة الإنجابية والجنسية.

### **(١) الأهداف العالمية والواقع العالمي**

٤- تقدم الغايات التنموية للألفية الثالثة - والنابعة من إعلان الأمم المتحدة للألفية الثالثة والذى تبنته ١٨٩ دولة من الدول الأعضاء عام ٢٠٠٠ - إطاراً دولياً جديداً لقياس مدى التقدم نحو التنمية المستدامة والقضاء على الفقر. وترتبط ثلاثة من الغايات الثمانى، مباشرة

\* الجلسة الخاصة الحادية والعشرين للجمعية العامة للأمم المتحدة للمراجعة والتقييم العام لتنفيذ برنامج العمل الخاص بالمؤتمر الدولي للسكان والتنمية (نيويورك ١٩٩٩) وكذلك الجلسة الخاصة الثالثة والعشرين للجمعية العامة للأمم المتحدة عن المرأة عام ٢٠٠٠، المسابقة النوعية والتنمية والسلام في القرن الحادى والعشرين (نيويورك ٢٠٠٢)

**ب - إستراتيجية لحفظ التقدم**  
٣٣ إن الهدف العام والحاكم للإستراتيجية هو الإسراع بالتقىم نحو تحقيق الأهداف الخاصة بالصحة الإنجابية المتفق عليها دولياً، وهي المقام الأول الوصول إلى أعلى المعايير التي يمكن تحقيقها للصحة الإنجابية والجنسية للجميع.

**المبدأ العام: حقوق الإنسان**  
٣٤ لإسراع معدل التقدم، تستند إستراتيجية منظمة الصحة العالمية على الآليات المقرة دولياً والإجماع العالمي حول حقوق الإنسان بما فيها حق جميع الأشخاص في الحصول على أعلى مستوى ممكن للصحة، والحق الأساسي لجميع الأزواج والأفراد في اتخاذ القرار بكامل الحرية والمسؤولية حول عدد مرات الإنجاب، والمبايعة بين الولادات، وتوقيت الإنجاب، وكذلك حقهم في الحصول على المعلومات والوسائل التي تساعدهم على تحقيق ذلك، وحق النساء في القرار الحر والمسئول، والتحكم في جميع الأمور الخاصة بشؤونهن الجنسية، بما في ذلك الصحة الإنجابية والجنسية دونما أى قهر أو تمييز أو عنف، وكذلك حق الرجال والنساء في اختيار شركاء حياتهم، وعدم الزواج إلا بموافقة التامة والحرر، والحق في الحصول على المعلومات الصحية المطلوبة، والتمتع بفوائد ومزايا التقدم العلمي وتطبيقاته. ومن أجل ضمان احترام تلك الحقوق، يجب أن تعمل جميع السياسات والبرامج والتدخلات الإصلاحية على تعزيز مبادئ المساواة من منظور النوع الاجتماعي، وإعطاء أولوية للنفراء والفتات المحرومة والمجموعات السكانية الخاصة كالمرأهقين. ويجب كذلك توفير دعم خاص للدول التي تتحمل العبء الأكبر لاعتلال الصحة الإنجابية والجنسية.

### **الجوانب الأساسية لخدمات الصحة الإنجابية والجنسية**

٣٥ الجوائب الخمسة الأساسية للصحة الإنجابية والجنسية هي: تحسين مستوى الرعاية للأم والطفل قبل وأثناء وبعد الولادة، توفير خدمات عالية الجودة

واحترام وحماية حقوق الإنسان خاصة - وليس قصراً على - كل ما يخص الشؤون الجنسية والعلاقات الشخصية.

٧ - ويؤرخ تبني هذه التعريفات الشاملة في المؤتمر الدولي للسكان والتربية لبداية عهد جديد، حيث إن إنجازات العقد المنصرم كثيرة وعميقة. فعلى سبيل المثال أصبح مفهوم الصحة والحقوق الإنجابية والجنسية مقبولاً بصورة كبيرة، مع وجود بعض الاستثناءات. وبدأ تطبيقه من قبل بعض الجهات الدولية المعنية بالصحة والتنمية والحكومات الوطنية والمنظمات غير الحكومية وأطراف أخرى. كما بدأ استحداث برامج وسياسات جديدة للصحة الإنجابية في جميع البلدان تقريباً. وقد أحدث تبني هذه المفاهيم تغيرات مهمة في بعض البلدان فيما يخص الأساليب التقليدية لتقديم خدمات رعاية الأم والطفل أو خدمات تنظيم الأسرة.

٨ - بعد تحديد مفهوم الصحة الإنجابية والجنسية والالتزام بها، تزايدت وتيرة الشراكات الجديدة على المستويات الوطنية والإقليمية والعالمية. تم جمع أدلة جديدة في مجالات كانت مهملاً في الماضي مثل عبء المرض الناجم عن اعتلال الصحة الإنجابية والجنسية، وعلاقته بالفقر والعنف المبني على النوع الاجتماعي. وقد ازداد عدد أفضل الممارسات في مجال رعاية الصحة الإنجابية والجنسية (بناء على الأدلة) بشكل كبير، كما اتسعت مجالات البحث التحليلي والسلوكي وكذلك المعايير والقواعد الإرشادية المعترف بها دولياً.

٩ - أظهرت التجارب أنه حتى في الأماكن ذات الدخل المنخفض نجحت الأساليب المستحدثة والملائمة لظروف الدولة في تقليل نسبة وفيات ومراثة الأمهات على سبيل المثال، بشكل ملحوظ. وبقي التحدى الآن في تعزيز إستراتيجيات وطنية مستحدثة لتسخير وصول الخدمات الصحية إلى مستحقيها، خاصة الفئات غير القادرة والمرأهقين، وذلك من أجل تحقيق الأهداف الدولية.

\* تم حذف الفقرات من ١٠ - ٣٢ في المقال المنشور في المجلة الإنجليزية

له، وضمان توفير وتنمية الخدمات في الحدود المسموحة بها قانوناً، وكذلك توفير خدمات الإنجهاض الآمن في الحدود المسموحة بها قانوناً، ويطلب ذلك تدريب القائمين على تقديم الرعاية الصحية على التقنيات الحديثة وتزويدهم بالأدوية والإمدادات اللازمة لخدمات رعاية أمراض النساء والتوليد، وتوفير الدعم الاجتماعي وغيره للنساء في حالات الحمل غير المخطط له، وتوفير خدمات الإنجهاض غير الآمن، كما يجب توفير خدمات العناية بعد الإنجهاض بشكل سريع وإنسانى.

-٣٨- إن الدليل على نجاح خدمات تنظيم الأسرة في معظم دول العالم هو الزيادة الكبيرة في استخدام وسائل من العمل في دول العالم الثالث خلال العقود أو الثلاثة الماضية. وهذه البرامج هي جزء ضروري من الخدمات التي تقدم لتقليل معدلات الوفيات والماراثنة للأمهات، حيث إنها تمكّن النساء من تأجيل وتحديد عدد مرات الحمل والمباعدة بين الولادات. ولأن تلك الخدمات معنية بشكل مباشر بالنتائج المترتبة على العلاقات الجنسية، فإنها توفر احتمالات كبيرة لفتح الطريق أمام تعزيز الصحة الجنسية، وجهود الوقاية من العدوى المنقولة جنسياً بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية.

-٣٩- يتم تشخيص وعلاج عدوى الأمراض المنقولة جنسياً بشكل غير فعال، وذلك عن طريق الصيادلة وبائع الأدوية والمعالجين التقليديين. وقد كانت هناك محاولات عديدة ومحذدة النجاح للوصول إلى النساء عن طريق دمج برامج إدارة عدوى الأمراض المنقولة جنسياً مع الخدمات الحالية لرعاية الأم والطفل و/أو خدمات تنظيم الأسرة. ورغم ذلك، فقد أثبتت التجارب أن دمج الوقاية من عدوى الأمراض المنقولة جنسياً في خدمات تنظيم الأسرة خاصة عن طريق تقديم المشورة ومناقشة الشؤون الجنسية والعلاقات الشخصية، قد أدت إلى زيادة استخدام الخدمات، بالإضافة إلى تحسين نوعية وجودة الرعاية المقدمة. يمكن تحسين هذه التوجهات وتطويرها حتى تمتد التغطية لتصل إلى الرجال والشباب ومجموعات أخرى لم تكن في دائرة اهتمام

لتنظيم الأسرة، بما في ذلك خدمات حالات العقم، القضاء على الإنجهاض غير الآمن، مقاومة عدوى الأمراض المنقولة جنسياً، بما فيها عدوى فيروس نقص المناعة البشرية، وعدوى الجهاز التناسلي، وسرطان الرحم، وغيرها من أمراض النساء الأخرى، وأخيراً تعزيز الصحة الجنسية. ولأن هناك روابط وثيقة بين الجوانب المختلفة للصحة الإنجابية والجنسية فمن المرجح أن يؤدى التدخل في مجال منها إلى تأثير إيجابي على باقى المجالات. ومن المهم أن تقوم الدول بتنمية خدمات الخالية واستخدامها كمدخل لمزيد من التدخلات الجديدة تطلاعاً إلى أعلى درجات الكفاءة.

-٤٠- عادة ما تكون نقطة البداية في معظم الدول هي تحسين مستوى خدمات ما قبل وأثناء وبعد الولادة، حيث إنها تمثل العمود الفقري للرعاية الصحية الأولية. وتقليل معدلات مرضية وفيات الأمهات ومعدلات وفيات الأطفال في تلك الفترة. هناك أهمية مركبة لتوفير العاملين الصحيين المهرة في كل حالة ولادة، وكذلك توفر رعاية شاملة للحالات الطارئة أثناء الولادة ومضاعفاتها، يتطلب توفير تلك الخدمات وجود أنظمة فعالة لتحويل الحالات وتيسير الاتصال والانتقالات بين مراكز الخدمات. توفر خدمات صحة الأم فرصة مهمة لتقديم خدمات تنظيم الأسرة. كما أنها وسيلة ممتازة يمكن من خلالها العمل على الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، وتقديم المشورة واختبار وعلاج عدواء، ومنع انقالها أثناء الحمل والولادة والرضاعة الطبيعية. وفي الواقع لا يمكن عمل هذه التدخلات بشكل مناسب سوى من خلال خدمات صحة الأم. هذه النقاط موضعية بشكل أكثر تفصيلاً في إستراتيجية منظمة الصحة العالمية نحو الوصول إلى حمل أكثر أماناً.

-٤١- لا بد من التصدي للإنجهاض غير الآمن -باعتباره سبباً يمكن الوقاية منه لمرضية وفيات الأمهات-. في إطار غایات ومستهدفات الألية التنموية، خاصة الهدف المتعلق بصحة الأم، كما أن هناك احتياجاً لاتخاذ العديد من الخطوات العاجلة في هذا الصدد، منها تعزيز خدمات تنظيم الأسرة للوقاية من الحمل غير المخطط

إستراتيجيات لحفظ العمل، من خلال المشاورات مع جميع الأطراف المعنية. ولتنفيذ ذلك هناك خمسة أنشطة حاكمة هي: تعزيز وتنمية إمكانيات الأنظمة الصحية، تطوير المعلومات الضرورية لتحديد الأولويات، وتبهئة الإرادة السياسية، وخلق إطار عمل قانوني وتنظيمي لدعم الأنشطة، وتعزيز وتنمية آليات المراقبة والتقييم والمحاسبة.

#### **تعزيز وتنمية إمكانيات الأنظمة الصحية**

٤٣- يعتبر وجود نظام فاعل للرعاية الصحية الالزمة في المراحل الأولى والثانية والثالثة من الشروط الأساسية لتحقيق الغايات التنموية للألفية الثالثة المتعلقة بحياة الأم والطفل وكذلك فيروس نقص المناعة البشرية/إيدز، بالإضافة إلى الأهداف العريضة الخاصة بالصحة الإنجابية والجنسية. ففي بعض البلاد يجب تعزيز إمكانيات خدمات الرعاية الصحية الأساسية لتوفير خدمات شاملة للصحة الإنجابية والجنسية. ويجب أن يشمل التخطيط على المستوى القومي في مجال الصحة الإنجابية والجنسية وضع آليات مالية مستدامة وتوفير الموارد البشرية وضمان الجودة في تقديم الخدمات واستخدامها.

#### **٤٤- آليات التمويل المستدامة**

يجب أن تتعكس الأهمية المركزية للصحة الإنجابية والجنسية على عمليات التخطيط وإعداد الإستراتيجيات للقطاع الصحي الوطني، وقد تم تعزيز مبادرة إصلاح القطاع الصحي والمبادرات الأخرى المرتبطة بها مثل التمويل الموسع للقطاعات كوسيلة لتنمية وتعزيز الأنظمة الصحية. والتحدي هنا هو ضمان أن تقوم تلك المبادرات وأليات التمويل الأخرى بتشجيع تطوير خدمات الصحة الإنجابية والجنسية لرفع جودتها وتتصبح أكثر شمولًا، وأن تكون متاحة في متناول الجميع.

#### **٤٥- والخطوات الالزمة في هذا المجال هي:**

١- العمل على جعل الصحة الإنجابية والجنسية جزءاً لا يتجزأ من عمليات التخطيط الوطني ووضع الإستراتيجيات بما في ذلك أوزان العمل

خدمات تنظيم الأسرة من قبل. كذلك، فإن علاج المجموعات التي يفترض أنها الأكثر تعرضاً لمخاطر الإصابة، وكذلك البرامج المجتمعية الشاملة والتي تهدف إلى التحكم في انتشار عدوى الأمراض المنقولة جنسياً، يمكنها المساهمة بدرجة كبيرة في خفض معدلات انتقال عدوى فيروس نقص المناعة البشرية.

٤- هناك العديد من المكاسب الإضافية الناتجة عن تقوية وتعزيز خدمات الصحة الإنجابية، ومنها لفت الانتباه إلى مشكلة العنف ضد النساء، والتي يتم التصدي لها الآن في البلاد المختلفة من خلال توفير وسائل منع الحمل في حالات الطوارئ وخدمات الإجهاض في حالة الطلب (في العدد المسموح بها قانوناً) وعلاج عدوى الأمراض المنقولة جنسياً، وكذلك توفير العلاج الواقى من عدوى فيروس نقص المناعة البشرية بعد التعرض للأغتصاب، واختبار وعلاج سرطان الرحم ومنع حالات العقم الأولى والثانوى، وعلاج حالات أمراض النساء. يمكن لخدمات الصحة الإنجابية والجنسية المصممة جيداً والتي يتم توصيلها بشكل فعال - خاصة تلك الخدمات التي تتبدى فيها المشاركة المجتمعية- أن تساهم في تحسين العلاقات بين مقدمي الخدمات ومستخدميها وكذلك زيادة مشاركة الرجال وتمكين النساء من اتخاذ القرارات الإنجابية بشكل حر.

٤- تلعب جميع خدمات الصحة الإنجابية والجنسية دوراً محورياً في توفير المعلومات وتقديم المشورة في مجال تعزيز الصحة الجنسية. ويمكن أن تسهم وفرة المعلومات في تحسين التواصل بين طرفى العلاقات الخاصة وعملية اتخاذ القرارات الجنسية، بما في ذلك الامتناع عن ممارسة الجنس واستخدام الواقى الذكري.

#### **خطوات العمل**

٤٢- تقترح منظمة الصحة العالمية أن تستخدم الدول المختلفة مجالات العمل الأساسية التالية ذكرها، وهي تتلزم بدعم الدول الأعضاء في جهودها في بناء وتنمية طاقاتها لتحسين الصحة الإنجابية والجنسية. فعلى كل دولة أن تحدد مشاكلها وأولوياتها وتقوم بصياغة

الرعاية الصحية وتزويدهم بالمهارات الالزمة لأداء مهام خدمات الصحة الإنجابية والجنسية ذات الأولوية.

٢- تقييم وتحسين بيئة العمل وشروط التوظيف والإشراف.

٣- تفعيل استراتيجية لتحفيز العمالة الماهرة واستبقائها.

٤- تعزيز سياسات تُمكّن عاملى الرعاية الصحية من استخدام مهاراتهم بالكامل.

**٤٨- ضمان الجودة في تقديم الخدمات:**  
أدى عدم الانتظام في اتباع الممارسات المواكبة لأحدث التطورات في المستشفيات التعليمية والمشاريع الخاصة إلى انخفاض مستوى الأداء العام وعدم المساواة فيما يتعلق بمستوى الخدمات أو سهولة الحصول عليها. وهناك احتياج لأن تولى عنابة خاصة - أثناء عملية إصلاح النظام الصحي وخاصة ما يتعلق بالتخطيط اللامركزي وما ينجم عنه من مسؤوليات - ليتم تبني الممارسات الجيدة باتساع النظام كله. كما يجب تطوير وإنشاء أنظمة لوجستية لتوفير السلع الضرورية بشكل مستمر.

**٤٩- والخطوات الالزمة في هذا المجال هي:**  
١- إجراء تخطيط إستراتيجي -يسهم فيه كل من المهنيين الصحيين والمديرين- لتقدير المستوى الحالى لجودة الرعاية الصحية وتحديد أفضل الطرق لتحسين مستوى الجودة في حدود الموارد المتاحة.

٢- تصميم واختبار الإستراتيجيات للتوسيع في التدخلات التي أثبتت فاعليتها.

٣- تفعيل وتبني ومراقبة معايير الممارسة الإكلينيكية في القطاعين الخاص والعام.

٤- تعيين شركاء من المنظمات غير الحكومية ومن القطاعين الخاص والتجاري لزيادة توفر واستخدام خدمات الصحة الإنجابية والجنسية.

٥- تعزيز تبادل الخبرات والدورات المستفادة داخل الدول وفيما بينها.

الخاصة بإستراتيجية خفض الفقر وإستراتيجيات منظمة الصحة العالمية للتعاون الدولي.

٢- ضمان وجود الصحة الإنجابية والجنسية على خريطة التخطيط للقطاع الصحي الوطني بشكل مناسب، بما في ذلك الخطط التي تغطي مبادرة "٥٠x٣" والعروض المقدمة للصندوق الدولي لمكافحة أمراض الإيدز والسل والمalaria، والمبادرات الأخرى ذات الصلة.

٣- وضع الصحة الإنجابية والجنسية على رأس قائمة الخدمات الضرورية في إطار إصلاحات القطاع الصحي ومشروعات القطاع الأخرى.

٤- في حالة استحداث آليات تمويل جديدة مثل المشاركة في التكفلة، يجب ابتكار طرق لتيسير حصول المراهقين والفقراء وغيرهم من الفئات غير القادرة على الخدمات، وكذلك مراقبة ومتابعة تأثير تلك السياسات وتطوريها وتعديلها لتتناسب بالظروف المحلية.

**٤٦. الموراد البشرية:**  
من العوامل المهمة والحيوية لتحسين قطاع الصحة والرعاية الصحية بشكل عام هي تدريب وتعيين وتوزيع واستبقاء العمالة الصحية الماهرة. كما أن العديد من التدخلات الأساسية في مجال الصحة الإنجابية والجنسية يمكن أن تتم من خلال المهنيين الصحيين من المستوى المتوسط والعاملين الصحيين المساعدين. والتحدي هنا هو تحديد كوادر العاملين في مجال الرعاية الصحية. وكذلك تحديد المهارات وأشكال التدريب الالزمة لتقديم خدمات الصحة الإنجابية والجنسية ذات الأولوية. يجب توفير ظروف مواتية للعاملين في مجال الرعاية الصحية حتى يتمكنوا من العمل بكامل قدراتهم، وتحفيزهم للعمل مع جميع فئات السكان بما فيها الفئات الأشد فقرًا.

**٤٧- والخطوات الالزمة في هذا المجال هي:**

١- تحديد المتطلبات الضرورية في جميع المستويات من زاوية عدد وتوزيع العاملين في

المعنية من الحكومة، والهيئات الثانية والممتددة، والهيئات المتخصصة والجمعيات النسائية، وقطاعات أخرى من منظمات المجتمع المدني؛ ذلك أن الرؤى المتنوعة لتلك الأطراف المختلفة سوف تساعده على بناء إجماع واسع وتشجيع التعاون بما يساعد على زيادة احتمالات نجاح التدخلات المرجوة. وفي هذا السياق يجب أن تقوم جميع الأطراف المعنية بتحقيق التوازن بين الفعالية والتكلفة من جانب، والإنصاف من جانب آخر، وأن تضع في اعتبارها الحاجة إلى المزيد من الاستثمار للوصول إلى القطاعات الفقيرة من السكان، والقطاعات التي تعاني من ضعف الخدمات المقدمة.

#### ٤-٥- والخطوات الالزمة لتحقيق ذلك هي:

- ١- تقوية وتعزيز إمكانيات جمع وتحليل البيانات عن الوضع الصحي، ومحدداته، ومدى فاعلية الخدمات الصحية على المستوى المحلي وداخل المناطق، وعلى المستوى القومي.
- ٢- تحديد الأولويات بناء على البيانات المقدمة، وذلك من خلال المشاورات مع الأطراف متعددة مع الانتباه إلى تكافؤ فرص الحصول على الخدمات الخاصة للفئات الفقيرة وغير القادرة.

#### ٥-١- تعبئة الإرادة السياسية

٥-١- إن خلق بيئة فاعلة لدعم مبادرات الصحة الإنجابية والجنسية المبنية على أساس حقوق الإنسان، على المستويات المحلي والوطني والدولي سوف يساعد على التغلب على أوجه القصور، وتشييط الاستثمار، وبناء معايير عالية وآليات للمحاسبة على الأداء. ويطلب ذلك مشاركة وزارات الصحة والمالية والتعليم وقطاعات أخرى ونظرائهم على مستوى المناطق والمحليات. يجب أن يكون الالتزام والتأييد السياسي قوياً بما يضمن استمرارية السياسات والبرامج الجيدة والموجهة إلى الفئات غير القادرة.

#### ٥-٢- والخطوات الالزمة لتحقيق ذلك هي:

- ١- بناء دعم قوى للاستثمار في مجال الصحة الإنجابية والجنسية انطلاقاً من الفوائد -

#### ٥-٣- استخدام الخدمات:

أينما وجدت الخدمات الصحية، توجد معها العديد من الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والثقافية - التي تحول دون استخدام الناس لها، خاصة عندما يتعلق الأمر بالصحة الإنجابية والجنسية. ومن أجل تحديد العقبات والتغلب عليها، يجب العمل عن قرب مع النساء والشباب وغيرهم من الفئات الأخرى؛ لفهم احتياجاتهم وتحليل المشكلات والوصول إلى حلول مقبولة.

#### ٥-٤- والخطوات الالزمة في هذا المجال هي:

- ١- عمل البحوث الاجتماعية والبحوث ذات التوجه العملياتي لتحديد العوائق التي تحول دون استخدام الخدمات وتصميم واختبار الإجراءات الالزمة للتغلب عليها.

- ٢- استخدام المقاربات التشاركية للعمل مع المجتمعات ومؤسسات القطاعين العام والخاص والمنظمات غير الحكومية بهدف التغلب على تلك العوائق وتشجيع الاستخدام المناسب للخدمات المقدمة.

#### ٥-٤- تحسين توفير المعلومات لتحديد الأولويات

٥-٤- هناك احتياج لتحليل البيانات الخاصة بعلوم الأولويات والاجتماع، وذلك لفهم نوع وشدة وتوزيع حالات سوء الصحة الإنجابية والجنسية ومخاطر التعرض لها بين السكان. كما يجب تفسير الديناميكيات التي تؤدي إلى سوء الصحة الإنجابية والجنسية، وإلقاء الضوء على العلاقة بين سوء الصحة في هذا الإطار والفقر والنوع الاجتماعي وتزايد احتمالات التعرض بسبب الأوضاع الاجتماعية. إن تحسين مستوى جمع البيانات وتحليلها - بما في ذلك جمع المعلومات الخاصة بالتكلفة والفعالية، هي الأساس الضروري للاختيار ضمن أولويات العمل المتضاربة، ولتوجيه تدخلات النظام الصحي نحو أهداف من الممكن أن تتحقق فرقاً قياسياً في حدود الموارد المقدمة.

- ١- إلا أن عملية تحديد الأولويات على أساس البيانات الجيدة يجب أن تتضمن مشاركة العديد من الأطراف

- ٥٩- والخطوات الالزمة في هذا المجال هي:
- ١- مراجعة القوانين والسياسات، وتعديلها إذا لزم الأمر، لضمان قدرتها على تيسير الحصول على التثقيف الصحي والمعلومات والخدمات في مجال الصحة الإنجابية والجنسية بشكل شامل وعادل.
  - ٢- ضمان تفعيل اللوائح والمعايير لتوفير السلع الالزمة والمطابقة لمعايير الجودة الدولية بمساواة واستمرارية.
  - ٣- وضع معايير للأداء وإعداد آليات للمراقبة والمحاسبة على تقديم الخدمات وعلى تشجيع التعاون والتنسيق بين القطاعات العامة والخاصة وغير الحكومية.

### **تعزيز وتقوية آليات المراقبة والتقييم والمحاسبة**

٦٠- إن المراقبة والتقييم عنصران ضروريان لمعرفة ما هو مفيد وما هو غير مفيد وأسباب ذلك. كما أنها يظهران الاحتياجات المتغيرة والتغيرات غير المتوقعة، إيجابية كانت أم سلبية.

- ٦١- والخطوات الالزمة في هذا المجال هي:
- ١- بناء وتعزيز آليات للمراقبة والتقييم بناء على خطة واضحة لما يجب تحقيقه وكيف ومنى، مع وضع مجموعة من المؤشرات الواضحة وبناء قاعدة بيانات قوية.
  - ٢- مراقبة إصلاحات القطاع الصحي والمقاربات وتنفيذ آليات التمويل الأخرى مثل: أوراق العمل الخاصة بإستراتيجية تخفيض نسبة الفقر، والمشاركة التكلفة والدعم المباشر للميزانية، لضمان إفادتها للفقراء وغيرهم من الفئات المهمشة اجتماعياً أو اقتصادياً، والمساهمة في دعم وتعزيز خدمات الصحة الإنجابية والجنسية على جميع المستويات.
  - ٣- إعداد آليات (كاللجان المحلية أو اللقاءات المجتمعية) لرفع مستوى المحاسبة سواء على مستوى الوحدات الخدمية أو في المناطق الداخلية.

- الموثقة والمبرهن عليها- التي تعود على الصحة العامة وحقوق الإنسان.
- ٢- تعبئة أنصار ومؤيدى هذا المجال (من المهنيين الصحيين وخاصة في الواقع القيادية، وخبراء القانون، ومجتمعات حقوق الإنسان، والمنظمات النسائية، والوزارات الحكومية، والأحزاب، والقيادات السياسية والدينية والمجتمعية) لدعم الأجندة القومية للصحة الإنجابية والجنسية والاستخدام المخطط لوسائل الإعلام.
- ٣- بناء حجج -موثقة ومبرهن عليها- حول الأهمية الإستراتيجية للاستثمار في مجال للحقوق والصحة الإنجابية والجنسية للراهقين، ووضعها ضمن أولويات الأجندة القومية، نشر المعلومات والتوعية بطبيعة وأسباب وعواقب احتياجات ومشاكل المراهقين الخاصة بالصحة الإنجابية مثل زيادة احتمالات تعرضهم للإصابة ببعض الأمراض المنقلة جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية، والحمل غير المرغوب فيه، والإجهاض غير الآمن، والزواج والحمل المبكر، والإكراه والعنف الجنسي، سواء داخل إطار الزواج أو خارجه.

### **خلق إطار عمل قانوني وتنظيمي لدعم الأنشطة**

٥٧- تنمية السياسات واللوائح من القيود غير الالزمة لخلق إطار عمل يدعم مجال الصحة الإنجابية والجنسية، سيساهم بشكل ملحوظ في تحسين معدلات استخدام الخدمات.

- ٥٨- يجب وضع القواعد واللوائح لضمان توفير السلع الالزمة والأدوية والمعدات والأدوات الأخرى بصورة مستمرة وعادلة ومطابقة لمعايير الجودة الدولية. وبالإضافة إلى ذلك، هناك حاجة ماسة أيضاً لوجود بيئة تنظيمية فعالة لضمان محاسبة القطاعين العام والخاص على تقديم رعاية عالية الجودة لجميع السكان.

- عريضة من الشركاء، وسيوف تلعب الشراكة الجديدة من أجل الأمومة الآمنة وصحة الأطفال حديثي الولادة التي ترعاها منظمة الصحة العالمية دوراً محورياً في ذلك.
- ٣- دعم وتعزيز خدمات الصحة الإنجابية والجنسية باعتبارها الأساس للوقاية من وعلاج فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، خاصة من خلال خدمات تنظيم الأسرة ورعاية الأم قبل وأثناء وبعد الولادة، والتحكم في العدوى المنقول جنسياً، وتعزيز مفهوم الممارسة الآمنة للجنس، والوقاية من انتقال عدوى فيروس نقص المناعة البشرية من الأم للطفل. سوف تؤمن منظمة الصحة العالمية أيضاً الانتباه إلى الصحة الإنجابية والجنسية عبر تعزيز سبل التعاون مع برامج الصحة العامة الرئيسية، بما في ذلك التطعيم والتغذية والوقاية من وعلاج الملاريا والدربن الرئوي خاصية عند النساء الحوامل.
- ٤- ضمان تفعيل المحاسبية عن طريق إعداد تقارير عن مدى التقدم نحو تحسين الصحة الإنجابية والجنسية كجزء من تحقيق الأهداف التنموية للألفية الثالثة.

### **ملحوظة**

هذا النص منقول بالكامل من وثيقة الإستراتيجية التي تحمل العنوان نفسه، باستثناء الفقرات ٣٢-١٠ التي تحتوى على بيانات عن الوضع العالمي فيما يتعلق بالصحة الإنجابية والجنسية، وكذلك وصف معوقات التقدم. يمكن الاطلاع على الوثيقة كاملة على موقع منظمة الصحة العالمية: [www.who.int/](http://www.who.int/)

### **التزام منظمة الصحة العالمية بتحقيق الأهداف العالمية في مجال الصحة الإنجابية**

٦٢- سوف تستمر منظمة الصحة العالمية في تكثيف دعمها الفني للدول في جميع خطوات العمل المذكورة وذلك عن طريق:

- دعم الأبحاث ذات التوجه العملي وتعزيز القدرات البحثية.
- تنظيم وتركيز القواعد والمعايير المبنية على الأدلة بعنابة.
- كسب التأييد العالمي للصحة الإنجابية والجنسية.

٦٣- سوف تهتم جميع تلك الأنشطة بمبدأ المساواة وتعززه بما في ذلك المساواة على أساس النوع الاجتماعي وكذلك أبعاد حقوق الإنسان فيما يخص الصحة الإنجابية والجنسية.

٦٤- أما على الصعيد العالمي، فسوف تقوم منظمة الصحة العالمية بما يلى:

- ١- مضاعفة جهودها لتنفيذ مبادرة "نحو حمل آمن" كمكون ذي أولوية كبيرة في إستراتيجية الصحة الإنجابية والجنسية، خاصة في الدول التي ترتفع فيها معدلات وفيات الأمهات.

- ٢- الاستمرار في تعزيز الشراكة مع منظمات الأمم المتحدة، خاصة اليونيسيف (منظمة الأمم المتحدة للطفولة) وصندوق الأمم المتحدة لسكان، وبرنامج الأمم المتحدة لمكافحة مرض الإيدز، وكذلك البنك الدولي والمؤسسات المهنية الصحية، والمنظمات غير الحكومية وغيرهم من الشركاء، وذلك لضمان التعاون والعمل المنسق بين مجموعة

# هل تتحدى النساء في البلاد العربية النظام الأبوى؟

فيليب فارجس\*

ترجمة: إيمان عبد الواحد

## ملخص

وأشار تقرير صدر عام ٢٠٠٢ إلى محدودية التقدم في تمكين النساء العربيات، لكن وضعية النساء العربيات لا تعكس في استمرار الخصوبية العالمية والتي انخفضت بشدة في جيل واحد إلى ٤٣٪. تناقض هذه الورقة لماذا كان انخفاض الخصوبية سيقع حتماً في البلدان العربية. لا يقف الإسلام ضد انخفاض الخصوبية كما يتضح في إيران والجزائر. فمنذ أواسط السبعينيات إلى الثمانينيات فإن الاستهلاك الذي يسرّه إعادة توزيع ثروات البترول قلل من تكلفة الأطفال، كما أن المجتمعات المحافظة قد أبقت على النساء المتزوجات خارج قبة العمل، وكلما السببين شجعاً الخصوبية العالمية. تعود المراحل الأولى لانخفاض الخصوبية بالأساس لزيادة مدة تعليم الفتيات وارتفاع سن زواجهن. على سبيل المثال فإن سن الزواج وصل إلى ٢٨ عاماً في المناطق الحضرية في المغرب، وإلى ٢٩ عاماً في ليبيا. وكذلك دخول الفتيات العازبات إلى سوق العمل. هذا بالإضافة إلى تزايد أعداد النساء اللاتي لم يتزوجن. ولقد أدى هبوط أسعار البترول والتكييف الهيكلي إلى انخفاض الدخول وأصبح عنصراً مؤثراً لتنظيم النسل. إن الفتيات اللائي ولدن منذ الخمسينيات تلقين تعليماً ليس فقط أكثر من أمهاهن، بل أكثر من آباءهن أيضاً مما زاد من سلطتهن. هذه العناصر وكذلك تناول نشاط الحركة النساء والضفوط المدنية والسياسية من أجل إصلاح الأحوال الشخصية -والتي تجري حالياً في عدد من البلدان العربية- كلها يمكن لها أن تتحدى النظام الأبوى.

Women in Arab Countries: Challenging the Patriarchal System? May 2005, 13(25).

Philippe Fargues

© جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجالية ٢٠٠٥

كلمات مفتاحية: الخصوبية، التعليم، الزواج، أوضاع النساء في الشرق الأوسط ومنطقة شمال أفريقيا.

في عام ٢٠٠٠ كان متوسط معدل الخصوبية الكلى للعالم العربي ٤٣٪ طفلة لكل امرأة. يظل هذا الرقم مرتفعاً بالمقارنة بالمتوسط العالمي ٤٧٪ طفلة. وهو معدل منخفض بالمقارنة بما كان معتاداً في الجيل السابق، وهو من ستة لثمانيةأطفال لكل امرأة. إذن فقد انخفضت الخصوبية بشكل ملحوظ. وبالمقارنة مع البلاد الآسيوية أو بلاد أمريكا اللاتينية التي لها المستوى نفسه من النمو الاقتصادي، فقد حدث هذا الانخفاض متأخراً في العالم العربي، ولكنه ما إن بدأ حتى تقدم بسرعة حتى إن إحصائيات الحكوميات الدولية فوجئت به وبالغت

الصورة الصارخة لوضع التنمية البشرية في العالم العربي والتي رسمها تقرير للأمم المتحدة أعده باحثون عرب متخصصون، أصبحت موضوعاً لمناقشات حامية في نهاية صيف ٢٠٠٢. وقد وجدوا أن التنمية البشرية قد أضعفها بشدة الفشل على ثلاث جبهات وهي الحريات المدنية والسياسية، وإنجاز ونشر المعلومات، وتمكين النساء<sup>(١)</sup>. ولقد قدر أن الأسباب كلها ولا سيما الأخيرة هي العناصر الرئيسية للتجلو الديمografي، وخاصة في الحد من الخصوبية. عليه فإن أوضاع النساء لا بد وأن تعكس في تزايد معدلات الخصوبية. ولكن؛ هل هذا هو الواقع؟

\* مدير الاتحاد الأوروبي لمجلس البحوث التطبيقية على الهجرة الدولية، ومدير مركز روبرت شومان للدراسات المتقدمة، ومدير معهد الجامعة الأوروبية بفلورنس في إيطاليا والمعهد القومي للدراسات الديمografية في باريس بفرنسا.

الجذرية التي تحدث في العالم اليوم، وخاصة تزايد الحضرينة (الانتقال للمناطق الحضرية)، والتحول إلى اقتصاد الخدمات، وانتشار التعليم. لماذا تأخرت هذه الأسباب كثيراً في التأثير على العالم العربي؟ هل يرجع هذا إلى الدين الإسلامي والثقافة أو لعناصر اقتصادية وسياسية؟

جميعها تقريباً في تقدير معدلات الخصوبة الكلية. (جدول رقم ١)، وعليه، فإن الأمر المثير للجدل هو أن حالة البلاد العربية تقدم تناقضاً يتمثل في انخفاض الخصوبة بدون تمكين للنساء. ولكن أسباب انخفاض الخصوبة هي أسباب عالمية؛ ففي العالم العربي كما في غيره، يعود الأمر لتغيير أدوار النساء ووضع الأطفال في العائلة والمجتمع، وكذلك على التغيرات

**جدول ١: مؤشرات أوضاع النساء في البلدان العربية<sup>(٣-١)</sup>**

البلدان العربية	تعداد السكان ٢٠٠٠ (بالمليون)	معدل الخصوبة الكلية ٢٠٠٠ (عدد الأطفال لكل امرأة)	النساء المتزوجات تحت ٢٠ عاماً (%)			النسبة في قوة العمل سن ١٥ سنة فأكثر (%)
			المجموع مواليد ١٩٧٠	مجموع مواليد ١٩٥٠	المعهد القومي للدراسات الديموغرافية للأمم المتحدة	
الكل	٢٨٤,٣	٢,٤	٣٦	٧٤	٤,٢	٣٣
مصر	٦٧,٩	٣,٠	٤١	٦٥	٣,١	٣٥
السودان	٣١,١	٣,٦	٣٦	٨٤	٤,٧	٣٥
الجزائر	٣٠,٣	٢,٧	٢٤	٨٦	٣,٠	٣٠
المغرب	٢٩,٩	٢,٧	٢٩	٧٣	٢,٢	٤١
العراق	٢٢,٩	٥,٠	-	-	-	-
السعودية	٢٠,٣	٤,٢	٣٩	٨٣	٥,٩	٢١
اليمن	١٨,٣	٥,٧	٦٤	٨٨	٧,٦	٣١
سوريا	١٦,٢	٣,٦	٣٧	٦٥	٣,٨	٢٩
تونس	٩,٥	-	٢٠	٦٧	٢,٢	٣٧
ليبيا	٥,٣	-	٩	٨٣	٣,٦	٢٥
الأردن	٤,٩	٤,٥	٢٧	٥٠	٣,٩	٢٧
لبنان	٣,٥	٢,٢	٢١	٤٤	١,٩	٣٠
فلسطين	٣,٢	٥,٦	-	-	٥,٦	٨
موريتانيا	٢,٧	-	-	-	٦,٠	٦٣
الإمارات	٢,٦	٣,٠	٣٣	٨٨	-	٣٢
عمان	٢,٥	٥,٦	٥٦	٩٦	-	١٩
الكويت	١,٩	٢,٨	٢٩	٧٥	٣,٣	٣٧
قطر	٠,٦	٣,٥	-	-	-	٤١
البحرين	٠,٦	٢,٤	٢١	٧٧	-	٣٤
العالم	٦,٠١٠,١	٢,٧	-	-	-	٥٥

المصدر: الأمم المتحدة، ٢٠٠٢، كورياج، ٢٠٠١، رشاد & عثمان ٢٠٠٢

معاكس وذلك بسبب خفض تكلفة الأطفال. وهذا ما حدث في عدد من البلدان العربية وخاصة الدول التي لديها ثروة بترولية أكبر، والتي تمكنت حكوماتها من التحكم في الأوضاع، ووضع القوى المحافظة وقوى التغيير في مواجهة بعضها البعض، وذلك عبر إعادة توزيع ثروات البترول بسخاء، ولقد انعكس الاتجاه المحافظ اجتماعياً على وجه الخصوص في استمرار الانخفاض الشديد في معدلات مشاركة النساء المتزوجات في قوة العمل. وعليه، فعن طريق خفض تكلفة الخصوبة وإبقاء النساء في المنزل فإن عائدات البترول شجعت الخصوبة المرتفعة بشكل غير مباشر. وإلى حد ما يمكن اعتبار أن عائد البترول قد "أنتج" سكاناً.

ولكن نشوب أزمة النفط في أواسط الثمانينيات وضع  
هذا كل هذا؛ فانهيار أسعار النفط قد هز العوائد  
وسارعت كل الدول -ماعدا دول الخليج- إلى تطبيق  
الإصلاح الاقتصادي والتي خرجت منه الأسر خاسرة.  
فقد ارتفع سن الزواج بسبب الاتجاه الذي غذته  
ممارسات أيام الغنى النفطي والانتعاش الاقتصادي من  
مبالفة في مهور الزواج، والتي أصبحت تحتاج الآن  
لسنوات لجمعها. أصبح الزوجان يسعian لتكوين أسراً  
أصغر عدداً وذلك للحفاظ على تطلاعاتهم لأبنائهم التي  
كانت لديهم في أيام الرخاء، وذلك رغم تغير الأحوال.  
ولقد أدى تتبع هذه الدورات الاقتصادية إلى توسيع  
الفجوة بين أجيال أبناء دول الرخاء وأبناء دول التكيف  
الهيكلية<sup>(7)</sup>.

## عدم الزواج بين النساء الصغيرات

تعود المراحل الأولى لتراجع الخصوبة في العالم العربي بالأساس إلى ارتفاع سن الزواج للنساء، ٣. فثلاثة أرباع الفتيات في مجموعة مواليد ١٩٥٠ قد تزوجن تحت سن العشرين بالمقارنة بالثلث فقط في مجموعة مواليد ١٩٧٠. وقد ارتفع متوسط سن الزواج من تحت العشرين إلى فوق الخامسة وعشرين في أقل من جيل.

التمويل والخصوصية

ساد الاعتقاد بأن التأثير في انخفاض معدلات الخصوبة في العالم العربي وأماكن أخرى من العالم الإسلامي يرجع لتأثير الإسلام<sup>(4)</sup> والذي يفترض أنه أعاد عنصري التغيير الديموغرافي وهما: استقلالية النساء وظهور منظمات المجتمع المدني التي تروج للتمكين الذاتي للمجتمعات، وذلك من خلال إخضاع النساء لسلطة الرجال، وإخضاع المنظمات للسلطة السياسية. لكن الإسلام لم يقف في طريق التغيرات الديموغرافية الجذرية سواء كدولة أو كدين للعامة. والأمثلة في هذا الشأن هي الجمهورية الإسلامية الإيرانية - وهي دولة على الرغم من أنها يحكمها أكثر رجال الدين أصولية، فإنها قد عرفت أحد أسرع انخفاضات في معدلات الخصوبة في التاريخ- أو الجزائر، حيث انخفضت الخصوبة في التسعينيات في الوقت ذاته الذي وصلت فيه الأصولية الإسلامية إلى أوج قوتها بين السكان.

ولكن الإسلام ليس هو الشيء المشترك الوحيد بين البلدان العربية؛ فهني تعتمد اقتصادياً بشكل كبير على عوائد البترول سواء مباشرة كما هو الحال في الدول الكبرى المصدرة للبترول (المملكة العربية السعودية والعراق ودول الخليج في الشرق ولبيا والجزائر في الغرب) أو بصورة غير مباشرة بالنسبة للبلدان الأخرى حيث تؤثر الثروة البترولية بشكل كبير عبر مساعدات التنمية والاستثمارات الخاصة وتحويلات العمال المهاجرين. لقد تناهى اقتصاد البترول بصورة غير مسبوقة في العقد التالي لحرب ١٩٧٣ بين العرب وإسرائيل، وكان من تبعاتها الفورية ارتفاع أسعار البترول. لقد مكن التغير المفاجئ في عوائد البترول (إيجار الزيت الخام) الحكومات العربية من تأسيس نظم دولة الرفاهة عن طريق الإنفاق على التنمية (الصحة والتعليم إلخ..) ودعم الاستهلاك.

وبينما ساعدت الأنشطة التنموية على انخفاض معدلات الخصوبة، فإن دعم الاستهلاك قد أدى إلى تأثير

\* بما أن عدد السكان في هذا المجتمع مرتفع نسبياً (١٠٠٠ نسمة<sup>(١)</sup>), لم يشمل البحث إلا أكثر الأحياء حساسية وهي التي تقع حاذق النهر.

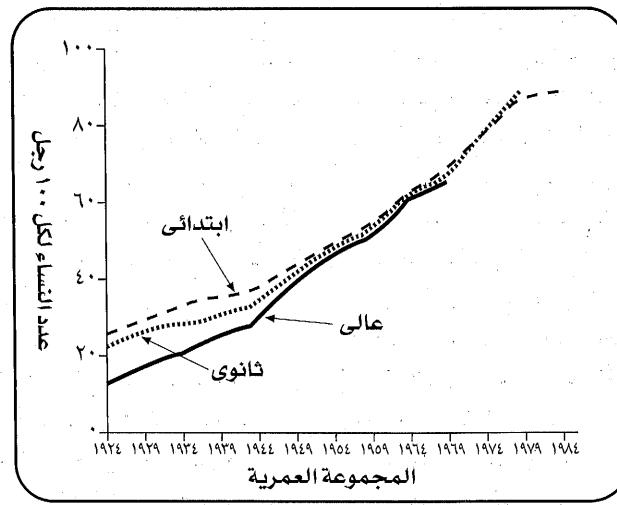
والأعمال الإدارية.... إلخ) وكذلك مع تدهور الظروف المعيشية منذ نهاية دولة الرفاهة، يمكن أن يكون قد ساهم في تأخير سن الزواج.

هناك ميلاً لتأجيل تأخر سن الزواج كدليل على تمكين النساء العربيات. ويعزز هذا التأجيل السببان اللذان تم ذكرهما - وهما ارتفاع مستويات التعليم والدخول في قوة العمل - لأنهما ينبعان للعديد من الشابات فإن سنوات عدم الارتباط تعتبر وقتاً لاكتساب المهارات أو المقتنيات المادية ولتحقيق الذات. لكن التمكين ليس أمراً مطلقاً لأن النساء العازبات يبقين تحت سلطة أبو الآباء أو أولياء أمورهن القانونيين. فهن يعيشن مع عائلتهن حتى يتزوجن، تماماً كما يفعل غالبية الشباب؛ ففي أحياء الطبقة العاملة في عاصمة ضخمة كالقاهرة فإن الطلبة الذكور والعساكر فقط هم العزاب الوحيدون الذين يعيشون بعيداً عن عائلاتهم. إن طول فترة ما قبل الزواج التي تتخذه أحياناً سن الخامسة والعشرين وأحياناً حتى سن الثلاثين (٢٨ سنة في حضر المغرب، ٢٩ سنة في ليبيا) قد خلق مجموعة فرعية من السكان شابات لم يسبق لهن الزواج، وهذه المجموعة الجديدة لم تُحضر لنفسها بعد مكاناً في المجتمع، ولم تحظى بعد باعتراف قانوني.

لماذا ارتفع سن زواج المرأة بهذه السرعة؟ أحد الأسباب هو طول فترة التعليم. وهذا قد يفسر تراجع الزواج المبكر ولكنه لا يفسر المعدلات العالمية للزواج المتأخر جداً. إن غالبية الفتيات يتعلمن الآن حتى سن الخامسة عشر، لكن ما تزال الأقلية هي التي تستمرة في التعليم بعد سن العشرين. وعليه فإن النسبة المئوية بين الشابات العازبات في سن ٢٤-٢٠ عاماً أعلى بكثير من نسبة اندراجهن في التعليم، وهي ٤٧٪ في مقابل ١٠٪ في سوريا (في إحصاء ١٩٩٤)، ٨٤٪ في مقابل ١٧٪ في تونس (١٩٩٤)، ٥٦٪ في مقابل ١٨٪ في مصر (١٩٩٦).

العمل سبب آخر في تأخر سن الزواج، فعمل المرأة المتزوجة خارج المنزل لا يزال غير مقبول بشكل واسع. ففي البلاد العربية التي غطتها مسوح الخصوصية في التسعينيات كان متوسط معدل المشاركة بين العازبات في سن ٢٩-٢٥ عاماً في مقابل ١٨٪ بين النساء المتزوجات من المجموعة العمرية نفسها، و ١٨٪ للمتزوجات ولهم أطفال، و ١٧٪ للمتزوجات بدون أطفال. واضح أن الزواج يدفع النساء إلى ترك العمل أكثر من الأهلية. إن انحرافاً أعداداً متزايدة من النساء في سوق العمل في ظل التغيرات الاقتصادية الجارية مثل تزايد المهن التي يسود فيها عمل النساء (كالتعليم والصحة

**شكل رقم ١: عدد النساء في مقابل كل مئة رجل في تعداد المتعلمين في مصر**



المصدر: الإحصاء العام ١٩٩٦ (المعهد القومي للدراسات الديموغرافية)

## أفضل تعليمياً، لكنهن أقل في النشاط

### الاقتصادي من الرجال

يتزايد عدد النساء المحجبات في شوارع العديد من المدن العربية، فهل هذا انعكاس لانبعاث ورع ديني؟ أو أن الأمر ببساطة أن المزيد من النساء يمكنهن الظهور في المجال العام لأن الحجاب الإسلامي يمكنهن من الحركة بحرية؟ التعليم هو الذي سمع بالفعل للفتيات في الظهور في المجال العام بعد أن كن حبيبات المنزل منذ سن البلوغ، ولكن هل تتحقق المساواة النوعية الكاملة في التعليم؟ لقد شهدت مصر تحسناً ملحوظاً فيما يتعلق بعدد الفتيات في المدارس (شكل ١). وتقدم مصر - التي تحتل مكانة وسطى في هذا الشأن - صورة مشجعة لتقدم ثابت باتجاه المساواة النوعية. إن المدارس التي كان غالبية تعدادها من الذكور (يكاد يكون فتاة في مقابل ثلاثة صبيان في المجموعة المولودة في الثلاثينيات) أصبحت الآن شبه متساوية نوعياً في مراحل التعليم الابتدائي والثانوي (٦٦ فتاة في مقابل مائة صبي في مجموعة مواليد الثمانينيات) وتبدو متقدمة في التعليم الجامعي (٦٠ فتاة في مقابل مائة فتى في مجموعة مواليد السبعينيات).

وعلى عكس المدرسة، ظلت أماكن عمل كثيرة مغلقة نسبياً في وجه النساء. وتبين إحصائيات العمل (جدول ١) أن البلدان العربية تحظى بأقل معدلات في العالم لمشاركة النساء في قوة العمل. ولكن دلالات سلسلة مسوح عن استخدام الوقت أظهرت أن مصادر الإحصائيات التقليدية (الإحصادات الرسمية) تبخس من القيمة الحقيقية لمساهمة النساء العربيات في الاقتصاد، وذلك لأنها تتضمن جزئياً الأعمال التي تتم في المنزل، ولا يرغب الرجال - وهم عادة من يجيب على أسئلة القائمين على التعداد - في الاعتراف بالطبيعة الاقتصادية لمثل هذه الأنشطة.

والأجل رصد أنشطة النساء غير المسجلة فإن المطبوعات الدولية قد أعادت - وإن كانت الأسس التي استخدمتها في ذلك غير معروفة - تقييم معدلات مشاركة الإناث المذكورة في الإحصاءات الحديثة.

ونتيجة لإعادة التقييم ترتفع النسبة في مصر من ١٤٪ (إحصاء ١٩٩٦) إلى ٣٥٪، وفي الجزائر ترتفع النسبة من ١٥٪ (١٩٩٨) لتصبح ٣٠٪، وفي المغرب من ٢١٪ (١٩٩٤) لتصبح ٤١٪، وفي تونس من ٢٣٪ (١٩٩٤) لتصبح ٣٧٪. ولكن تبقى الحقيقة حتى بعد إعادة التقييم هي أن هذه المعدلات ما زالت منخفضة بالقياس للمتوسط العالمي (٥٥٪).

ولا تحمل معدلات مشاركة النساء المنخفضة مفاتحة لإحدى الوسائل التي ساهم بها الإسلام في تأخير تراجع حقوق المرأة؟ يجادل المحامون بأن باعتراف الإسلام بحقوق النساء في الملكية الشخصية بدون إزامهن بالمساهمة في تكاليف الأسرة من دخلهن الخاص، فإن الشريعة قد زادت من رفض الأزواج للسماح لزوجاتهم بالعمل، ولكن لا بد وأن نحترس؛ فالقياس المنطقي يقول بأن الحقوق القانونية لا يترتب عليها ممارسات فعلية. وتوضح نتائج البحث الأنثروبولوجي أن الحقائق الاقتصادية تتخطى القانونية؛ فعندما ضربت الأزمة الطبيعية الحضرية، لم يكن من الغريب اعتماد الأسرة على دخل الزوجة، ودفع الأزواج إلى التخلّي عن حقهم القانوني في الحد من حرمة النساء، بعد أن أصبحن العائل الرئيسي للأسرة. وبالنسبة لدخل الأسرة، عمل النساء هو رد فعل للانخفاض في أجور الرجال الفعلية.

في ظل دولة الرفاهة فإن انخفاض معدلات مشاركة النساء قد يفسر جزئياً خصوبتهن العالمية. فهل الارتفاع المتواتر في نشاط الإناث الاقتصادي الذي تم رصده في أوقات الشدة الاقتصادية يعد سبباً كافياً لانخفاض الخصوبية؟ ربما لا. التفسير الأرجح هو دخول عائلية منخفضة، بالإضافة لمشاركة نسائية ضعيفة. لقد رفعت دولة الرفاهة من طموح الأهل ومستوى إنفاقهم المادي على أبنائهم، بينما يحد التكيف الهيكلي الآن من مواردهم الفعلية. لذا فإن التمكينالجزئي للنساء والمنعكس في مشاركتهن الضعيفة في دخل الأسرة يصبح عنصراً مؤثراً في تنظيم النسل\*. وهذا قد يفسر التناقض الظاهري المشار إليه، وهو انخفاض الخصوبية غير المصحوب بتمكين النساء (بشكل كامل).

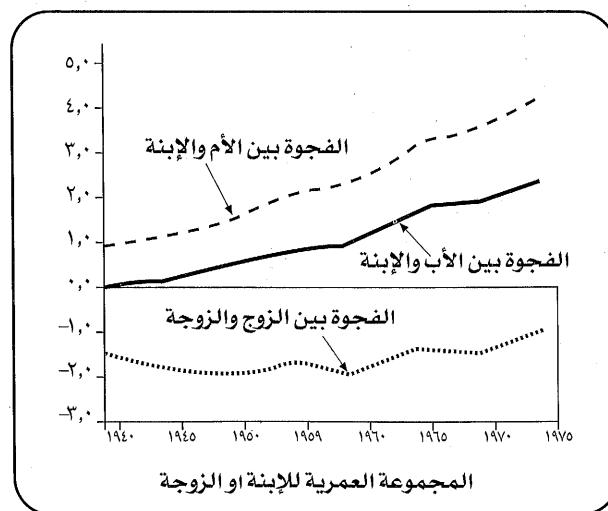
## نهاية النظام الأبوى

ما هي الاحتمالات التي توحى بها هذه الاتجاهات؟ إن التغير الديمografي يضعف النظام الأبوى والذى حكم نظام الأسرة منذ أزمنة سحيقة. أرتكز هذا النظام على دعامتين: خضوع الإخوة الأصغر للأخ الأكبر فى علاقات الأخوة، وخضوع الفتيات والنساء للذكور داخل العائلة أو فى بيت الزوجية. إن انخفاض الخصوبة يضعف الدعامة الأولى. فالاتجاه الحديث لأسر ذات طفليين -عادة فتى وفتاة- يحد ببساطة من التراتبية بين الإخوة لنقص عدد الإخوة.

والدعامة الثانية يمكن إرجاعها للقانون، وهى مازالت تصاغ فى أمور الأحوال الشخصية وفقاً للشرعية. ولكن الفجوة تتسع بين القانون والممارسات الفعلية، فالارتفاع بمستويات التعليم لم يؤثر فقط على النوع الاجتماعى

لكنه أثر أيضاً على التراتبية بين الأجيال. لقد اتسعت الفجوة بين الأبناء والأباء فى الحصول على التعليم بشكل مطرد (إذا ما قيس بطول فترة التعليم) (شكل ٢). فمنذ مواليد الخمسينيات فإن الفتيات لم يتعلمن فقط لمدة أطول من آمهاطن، بل أيضاً أطول من آبائهن. ولأن التعليم عنصر من عناصر السلطة، فإن إنجاز الفتيات الذى فاق إنجاز آبائهن يمكنه أن يتحدى النظام الأبوى. اعتماداً على مقارنة مجموعة بمجموعة فإن النساء الآن المتعلمات جيداً كالرجال، إن مشاركتهن فى قوة العمل تدفعهن بأعداد متزايدة إلى الاختكاك برجال غرباء يتنافسون معهن فى سوق العمل. إن الحركة النسائية والضغطوط المدنية والسياسية من أجل إصلاح قوانين الأحوال الشخصية الجارى الآن فى عدد من البلدان العربية من المرجح أن تطيع أن تطيع بأسس النظام الأبوى التى يتزايد تصدعها.

شكل رقم ٢ : الفجوة التعليمية في مصر



المصدر: الإحصاء العام ١٩٨٦، ١٩٩٦

\* إن عدم مشاركة النساء المتزوجات يرفع من التكلفة النسبية للأطفال بينما المشاركة تزيد من تكلفة الفرصة البديلة (وهي خسارة الكسب أثناء الانقطاع عن العمل لرعاية الأطفال).

## **ملحوظة**

هذه طبعة ثانية من بحث فيليب فارجس. هل تتجددى النساء فى البلدان العربية النظم الأبوى؟ السكان والمجتمعات رقم ٣٨٧، المعهد القومى للدراسات

الديموغرافية، فبراير ٢٠٠٣. متوفى فى: www.ined.fr ولقد أعيد نشره بالكامل بإذن كريم من مؤلفه، ومن المعهد القومى للدراسات الديموغرافية.

## **المراجع:**

1. United Nations Development Programme and Arab Fund for Economic and Social Development. Arab Human Development Report 2002: Creating Opportunities for Future Generations. New York: UN, 2002.
2. Courbage Y. Nouveaux horizons demographiques en Mediterranee, Coll. Les cahiers de l'INED 1999; 142.
3. Rashad H; Osman M. Nuptiality in Arab countries: changes and implication. In: Hopkins N, editor. The New Arab Family: Cairo Papers in Social Sciences. Vol. 24/ 1 -2, Cairo: American University in Cairo Press, 2003, p.20-50.
4. Morgan PS, Stash S, Smith HL, et al. Muslim and non-Muslim differences in female autonomy and fertility: evidence from four Asian countries. Population and Development Review 2002;28/3:515-37.
5. Ladier-Fouladi M. Pupulldion et politique en Iran. De la monarchie a la Republique islamique. Coll. Les cahiers de l'INED 2003:150.
6. Fargues P. Generations drabes L'alchimie du nombre. Fayard, 2000.
7. Kateb K. La fin du mariage traditionnel en Algerie? 1876-1998. Editions Bouchene, 2001.

# مفاهيم النساء عن الصحة الإنجابية في ثلاثة مجتمعات حول بيروت - لبنان

أفاميا قدور، رغدة حافظ، هدى زريق  
ترجمة: نجلاء طاهر

## ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى استبيان تعريفات لمفهوم النساء عن الصحة الإنجابية في ثلاثة مجتمعات حول بيروت - لبنان، كجزء من مكون الصحة الإنجابية في دراسة أكبر عن الصحة في الحضر. اتسمت المجتمعات المختارة بالفقر والحرaka بين الريف والحضر والتباين السكاني حيث تسكنها مجموعات من اللاجئين والمهاجرين، من بين عينة عشوائية قوامها ١٨٦٩ امرأة استبياناً في الدراسة الأكبر، تم اختيار عينة فرعية عشوائية تضم ٢٠١ امرأة لهذه الدراسة. تضمنت مفاهيم النساء عن الصحة الإنجابية الجيدة ثلاثة أفكار رئيسية عبرن عنها بطرق مختلفة في المجتمعات الثلاثة. شملت مفاهيمهن الصحة الجسدية والعقلية الجيدة، وأكيدن على أهمية وجود أنشطة لتعزيز الصحة. كما أكدن على أن قدرتهن على إنجاب و التربية الأطفال، وممارسة تنظيم الأسرة والمباعدة بين الولادات، وممارسة العمل والأمومة بشكل آمن أمر محوري لواجباتهن الإنجابية ووضعهن الاجتماعي. وأخيراً أوضحت الدراسة أن النساء ينظرن إلى الصحة الإنجابية في إطار الوضع الاقتصادي وال العلاقات الزوجية الجيدة وقدرتهن على مواصلة الحياة. وقد أشارت تلك النتائج إلى الحاجة إلى أهمية أن تراعي التدخلات ليس فقط صحة النساء خلال مجمل دورة حياتهن، بل كذلك صحة أزواجهن وأسرهن، وأهمية الإنجاب ليس من منظور الخدمات الصحية فحسب، وإنما في علاقتها بأدوار النساء ومسئوليياتهن داخل إطار الزواج والأسرة، ووضع الظروف الاجتماعية - الاقتصادية القاسية في مجتمعاتهن في الحسبان.

Women's Perceptions of Reproductive Health in Three Communities around Beirut, Lebanon. May 2005, 13(25).

Afamia Kaddour, Raghda Hafez and Huda Zurayk

© جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠٠٥

كلمات مفتاحية: الصحة الإنجابية، الوضع الاجتماعي - الاقتصادي، المهاجرون، اللاجئون، وضع النساء، لبنان.

الصحية وأساتذة الجامعات والنسويات والنشطاء في مجال الصحة من الدول المتقدمة والنامية<sup>(١)</sup>. وبالرغم من أنه سبق انعقاد المؤتمر نقاشات مهمة حول الصحة الإنجابية ومحاولات لتعريفها، فإن التوجه الجديد المطروح مثل تحولاً جذرياً عن الخطاب السكاني. لقد كان هناك شبه إجماع على أن المؤتمر

شهد العقد المنصرم تاماً الاهتمام بالصحة الإنجابية على مستوى العالم. وقد كان المحرك الرئيسي لتلك الظاهرة هو المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المنعقد عام ١٩٩٤ في القاهرة. وقد رسخ هذا المؤتمر مفهوماً جديداً وشاملاً للصحة الإنجابية بفضل جهود المشاركين من صانعي السياسات والباحثين ومقدمي الخدمات

أ. باحثة في مركز بحوث السكان والصحة، كلية العلوم الصحية، الجامعة الأمريكية في بيروت  
ب. متخصصة في علم الإنسان - مركز بحوث السكان والصحة - الجامعة الأمريكية في بيروت  
ج. أستاذة وعميدة كلية العلوم الصحية بالجامعة الأمريكية في بيروت

للمرأة في المنطقة العربية كجزء لا يتجزأ من مفهومها عن الصحة الإنجابية<sup>(١)</sup>. وعليه فإن تبني خطة عمل عالمية للصحة الإنجابية لا يمكنها أن تحقق أهدافها بدون أن تتضمن التعريفات والمفاهيم (وبالتالي خطط العمل الخاصة بدولة معينة) تعريفات المرأة للصحة الإنجابية ولاحتياجاتها في ظروف معينة.

ويُعتقد أن نجاح برامج الصحة الإنجابية يعتمد بدرجة كبيرة على إشراك النساء في وضع أولويات القضايا الصحية؛ حتى تكون الخدمات مرتبطة بحياتهن ومقبولة ثقافياً<sup>(٢)</sup>. ويمكن لذلك التفكير بدوره أن يدعم ويعزز النساء ويمهد لهن الطريق للتعبئة من أجل الحصول على حقوقهن الإنجابية<sup>(٣)</sup>. بالإضافة إلى ذلك، فقد تلا المؤتمر الدولي للسكان والتنمية العديد من الدراسات التي حاولت استكشاف منظور النساء لقضايا الصحة الإنجابية النابعة من تعريف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

وفي هذا البحث تم سؤال نساء في ثلاثة مجتمعات فقيرة تقع في ضواحي بيروت - لبنان، عن تعريفهن الخاص لمفهوم الصحة الإنجابية. وهذه الدراسة هي محاولة أولية لاستكشاف مفهوم النساء الفقيرات عن الصحة الإنجابية، وذلك على أساس فرضية أن هؤلاء النساء يريطنن المعنى بالمفهوم في إطار سياق اجتماعي اقتصادي خاص. وكان هدفنا هو المساهمة في دمج رؤى النساء في تعريفات مفيدة للصحة الإنجابية. وذلك لجعل الإستراتيجيات المجتمعية المستخدمة لتحسين الصحة الإنجابية أكثر ارتباطاً بالنساء في تلك المجتمعات.

ويمثل هذا البحث جزءاً من دراسة أكبر عن الصحة في الحضر أجراها عام ٢٠٠٢ مركز بحوث السكان والصحة بكلية العلوم الصحية بالجامعة الأمريكية في بيروت. وقد شمل المسح ثلاثة فئات سكانية داخل الأسرة: المرأة، والمسنين (بنين وبنات)، والنساء اللاتي سبق لهن الزواج، والمسنين (رجالاً ونساءً) وقد استكشفت الدراسة بشكل خاص الظروف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية

أفرز نقلة مفاهيمية، وتحول من التركيز على القضايا العامة إلى التركيز على هموم الحياة اليومية، وإعطاء مرتبة أعلى - عند مناقشة السياسة السكانية - لحقوق الأفراد فيما يتعلق بالشوون الجنسية والإنجاب وليس للنظريات الديموغرافية<sup>(٤)</sup>. لقد تناول المفهوم الجديد مجالات حساسة طال تجاهلها، خاصة في المجتمعات الأبوية؛ مثل السلوك الجنسي والخيارات الإنجابية<sup>(٥)</sup>، وركز على التأثير الشديد لعلاقة القوى غير المتكافئة بين الرجال والنساء على السلوك الجنسي والخيارات الإنجابية. ومن بين الإنجازات الرئيسية الأخرى للمفهوم الجديد للصحة الإنجابية، كان وضع احتياجات النساء في مجال سنى أوسع - في الحسبان، من خلال مقاربة تشمل دورة حياة المرأة بالكامل بدلاً من التركيز على سنوات القدرة على الإنجاب فقط<sup>(٦)</sup>. كما غطى المفهوم الجديد مجموعات كانت مهملاً من قبل كالرجال والمرأهقين تحديداً.

ولقد أكد عديد من الأساتذة والمدافعين عن الرعاية الشخصية، خاصة في الدول النامية على أن المفهوم السائد المستخدم حول العالم عن الصحة الإنجابية لا ينطبق بالضرورة على الثقافات المختلفة<sup>(٧)</sup>. وترى كارلا مخلوف أن مفهوم الصحة الإنجابية يتم تشكيله وفق الثقافة السائدة. أي أن هذا المفهوم هو نتاج للتحولات التاريخية والأخلاقية والقانونية الخاصة بكل بلد. وبناء على ذلك فإن إعداد وتنفيذ البرامج "لا يتضمن مجرد تبديد المبادئ و اختيار الخطوات الالزامية فحسب، بل أنه عملية ترجمة عبر الثقافات المختلفة".

إذا أخذنا مثلاً تعريف الصحة الإنجابية - الذي وضعته مجموعة عمل الصحة الإنجابية وهي شبكة إقليمية مستقلة تضم باحثين من مصر ولبنان وفلسطين وسوريا وتركيا - قدرة المرأة على الحياة خلال سنوات الخصوبة وبعدها وهي تتمتع بحرية الخيار الإنجابي والكرامة والحمل الناجح وأن تكون خالية من أمراض النساء ومحاطرها" نجد أنه يؤكّد على فكرة "الكرامة" كمكون للصحة الإنجابية. ويفيّب مفهوم الكرامة عن تعريف المؤتمر الدولي للسكان بالرغم من كونه ضروريًا بالنسبة

والاقتصادية داخل المخيم سيئة بوجه عام؛ حيث توجد كثافة سكانية عالية، وبنية تحتية أساسية غير كافية، وظروف معيشية متدهورة. ولأنهم يعترون أجانب، فالنازحون إلى المخيم مننوعون بموجب القانون من العمل إلا في حدود ٦٠ مهنة أو حرفة، كما أنه لا يمكنهم الحصول على أية خدمات صحية أو اجتماعية حكومية أو تسهيلات تعليمية. ويعتمد سكان المخيم بدرجة كبيرة على وكالة الأمم المتحدة لغوث اللاجئين (الأونروا) في الحصول على تلك الخدمات، وقد تعرضت الوكالة إلى خفض في ميزانيتها<sup>(١٦)</sup>. وتقوم المراكز الصحية المجتمعية لوكالة الغوث بإعداد ندوات توعية وورش عمل تعليمية للنساء حول الصحة الإنجابية ومكوناتها، وهي خدمات غير متوفرة للنساء في المجتمعات الأخرى. كما تقدم تلك المراكز خدمات خاصة بالصحة الإنجابية، خاصة خدمات تنظيم الأسرة وصحة الأم والطفل.

أما منطقة النبع فهي جزء من الضواحي الشرقية للعاصمة بيروت والتي نمت نتيجة للهجرة من جنوب لبنان ومنطقة البقاع. تتسم هذه المنطقة التي تأوي عدداً كبيراً من المهاجرين المتنقلين، بسوء البنية التحتية والازدحام الشديد والظروف المعيشية دون المستوى. وقد بدأت الهجرة إلى منطقة النبع قبل الحرب الأهلية كجزء من عملية النزوح للحضر، حيث سعت الفئات الشيعية الريفية والمهاجرين المسيحيين إلى فرص العمل داخل المدينة وحولها. وقد شهد المجتمع في فترة ما بعد الحرب تقدماً للعمالقة الواحدة (من آسيا وسوريا ومصر)، حيث إن سوق العمل اللبناني يستوعب العمالة منخفضة الأجور. وتقدم العديد من المنظمات غير الحكومية المحلية الخدمات الاجتماعية والصحية، بما فيها صحة الأم والطفل وخدمات تنظيم الأسرة في تلك المنطقة. وهناك مركز تمية مجتمعية تابع لوزارة الشؤون الاجتماعية في منطقة النبع، يقدم هذا المركز خدمات صحية واجتماعية، إلا أنه بسبب تنويع المشكلات الصحية في هذا المجتمع وكذلك محدودية التمويل، لا يمكن لتلك الخدمات أن تغطي جميع الاحتياجات<sup>(١٧)</sup>.

التي تؤثر على الأبعاد المختلفة للصحة لتلك المجموعات. الثالث، مع التركيز على الفقر، ورأس المال الاجتماعي، وتقسيم العمل وفقاً لنوع الاجتماعي، وعمل النساء، والتهجير والهجرة.

### المجتمعات الثلاث

تم اختيار ثلاثة مجتمعات - هي حى السلوم ومخيم برج البراجنة والتابع، المتاجوريين في ضواحي بيروت، عاصمة لبنان - بناء على المعايير التالية: وجود كثافة سكانية عالية، وانتشار الفقر، والحرارك بين الريف والحضر بما في ذلك السكان المهجرين بسبب الحرب، والافتقار إلى البنية التحتية الأساسية، بالإضافة إلى تباين التركيبة السكانية. حى سلوم<sup>\*</sup> هو أكبر مستوطنة لبنانية عشوائية تقع على أطراف الضواحي الجنوبية لبيروت، وهي منطقة تتسم بالفقر الشديد والكثافة السكانية العالية، وغالبية سكانها من الشيعة المهجرين من جنوب لبنان ومنطقة البقاع في شرق لبنان بسبب ظروف الحرب وسوء الأحوال الاقتصادية. يعاني هذا المجتمع من ضائقة الخدمات المدنية والحكومية المتاحة، وضعف البنية التحتية، وسوء حالة المباني، واكتظاظها بالسكان، والمشاكل البيئية الناجمة عن إلقاء المصانع المجاورة للقمامة والتلفيات الصناعية في نهر الغدير. تتوفر خدمات الرعاية الصحية الخاصة في المنطقة بالإضافة إلى الخدمات الصحية العامة بما فيها خدمات الصحة الإنجابية خاصة خدمات رعاية الأم والطفل وتنظيم الأسرة التي يقدمها عدد محدود من المنظمات غير الحكومية المحلية التي تتجه للأسرة، وكذلك مركز التنمية المجتمعية التابع لوزارة الشؤون الاجتماعية. إلا أن اللجنة الصحية لحزب الله تظل هي المقدم الرئيسي لمختلف أنواع الخدمات الصحية.

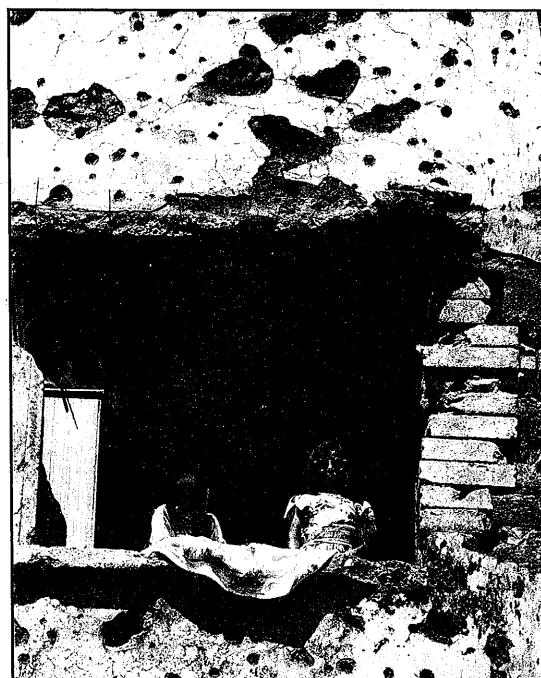
يقع مخيم برج البراجنة - أنشئ عام ١٩٤٩ ليستوعب اللاجئين الفلسطينيين من الجليل (شمال إسرائيل حالياً) - في الجنوب من وسط بيروت، وهو يعد من أكبر مخيمات اللاجئين الفلسطينيين. الظروف الاجتماعية

\* بما أن عدد السكان في هذا المجتمع مرتفع نسبياً (١٠٠,٠٠٠ نسمة<sup>(١٨)</sup>)، لم يشمل البحث إلا أكثر الأحياء حساسية وهي التي تقع جانب النهر.

البيانات والأساليب المستخدمة  
دراسة الصحة العامة في الحضر  
تم إجراء دراسة الصحة في الحضر على مرحلتين،  
وتضمنت أربعة استبيانات طويلة باللهجة العامية. تم  
أخذ عينة من ثلاثة آلاف أسرة باستخدام العينات  
العشوائية على مرحلتين، في المرحلة الأولى (مايو -

يوليو ٢٠٠٢) قامـت ٢٧٨١ امرأة (بنسبة استجابة ٧٩٪) باستكمال استبيان الأسرة. وقد استخلص الاستبيان  
معلومات عن كل عضو في الأسرة، وقام بتفصيل التواحي  
الديموغرافية، وكذلك أوضاع التعليم والدخل والهجرة  
والعملة وتقسيم العمل المنزلي، وذلك عن طريق زوجة  
 رب الأسرة في المقام الأول.

وفي المرحلة الثانية (أكتوبر ٢٠٠٢ - يناير ٢٠٠٣)، تم  
عمل مقابلات مع أفراد من جميع أسر العينة. تم طرح  
الاستبيان الخاص بالصحة الإنجابية بين جميع النساء  
اللاتي سبق لهن الزواج في الشريحة العمرية ما بين



العربي، لفهم ماذا يعني ذلك المفهوم بالنسبة للنساء. تم اختيار عينة فرعية عشوائية مكونة من ٢٠١ امرأة من بين ١٨٦٩ امرأة -اللاتي استكملن استبيان الصحة الإنجابية- ثم تم تقسيمهن حسب المجتمع الذي ينتمين إليه لاستكشاف البيانات. بلغ متوسط أعمار النساء ٣٧ سنة (في مدى من ٥٩-١٨ سنة). كانت أغلبية النساء متزوجات (٩٢,٥٪) وتلقى نحو ٤٤٪ منهاهن عاماً أو أكثر من التعليم، فيما لم تلق ١٧٪ منهاهن أي قسط من التعليم على الإطلاق. كانت غالبية النساء ربات منزل وكانت ١٠٪ منهان فقط عاملات خارج المنزل. اشتراك المجتمعات الثلاث في هذه المتغيرات، باستثناء النساء من منطقة النبع؛ حيث كان متوسط أعمارهن أكثر ارتفاعاً. كانت العينة الفرعية مشابهة للعينة الإجمالية للنساء اللاتي استكملن استبيان الصحة الإنجابية من حيث المتغيرات الدينومغرافية الاجتماعية.

كان التدقيق في الأسئلة من قبل القائمين على إجراء المقابلات محدوداً، وذلك تماشياً مع الطبيعة الاستطلاعية للبحث، وكذلك للتمهيد للمزيد من الأبحاث النوعية المعمقة. كانت العينة صغيرة بفرض التيسير وسهولة إجراء المقابلات، ولكن بالرغم من عدم إمكانية تعليم الإجابات، فإن تلك الإجابات تعتبر مؤشراً جيداً لمفاهيم النساء في هذه المجتمعات.

تم تحليل البيانات باللغة العربية باستخدام أسلوب التحليل وفق الأفكار الرئيسية. تكونت غالبية الإجابات من عدة عبارات قصيرة، مما قلل من فرصة استيصال المعاني الكامنة داخل تلك العبارات. تم تحليل الأفكار النهاية، ثم ترجمتها إلى اللغة الإنجليزية.

## النتائج

أسفرت الإجابة عن سؤال "ماذا يعني لك أن تتمتع المرأة بصحة إنجابية جيدة؟" عن تسعة أفكار رئيسية (جدول

تم جمع البيانات من خلال المقابلات التي أجرتها عاملات ميدانيات تم انتقاذهن من المجتمعات الثلاث حتى يحظطن بقبول وثقة الأهالي والأسر، وكذلك للاستفادة من معارفهن في مرحلة التصميم، وإكساب أهالي تلك المجتمعات المزيد من المهارات وفرص العمل. أتمت غالبية العاملات الميدانيات دراستهن الثانوية ويمتلكن بعض الخبرة في مجال المسح الميداني، وقد تم تدريبهن قبل مرحلتي هذه الدراسة لتنمية مهارتهن في إجراء المقابلات، كما دخلن في مناقشات عميقة حول أهداف الدراسة وأدواتها، كما أجرين اختبارات استطلاعية في المجتمعات موضع الدراسة. وقد استهدف الاختبارات الاستطلاعية لاستبيان الصحة الإنجابية ضمان استخدام اللغة المناسبة سهلة الفهم بالنسبة للنساء. تم السعي إلى الحصول على موافقة جميع المشاركات، ومن بين ٢٤٠٠ امرأة مؤهلة للإجابة، استكملت ١٨٦٩ امرأة الاستبيان (٧٧,٨٪). كان السبب في عدم إجابة البعض هو انتقال بعض الأشخاص خارج المجتمع موضع الدراسة.

## مفهوم النساء عن الصحة الإنجابية.

هذا البحث قائم على سؤال واحد مفتوح الإجابة يهدف إلى استخلاص مفهوم النساء عن الصحة الإنجابية. وقد تم اختبار صيغة السؤال مع ٤٠ امرأة يعشن في مجتمعات مشابهة لتلك التي يتعرض لها البحث بالدراسة. تم استخدام صياغات مختلفة للسؤال لضمان أن تدور إجابات النساء حول المفهوم نفسه، وكانت الصياغة النهاية للسؤال على النحو التالي: "ماذا يعني لك أن تتمتع المرأة بصحة إنجابية سليمة؟"

من المهم أن نؤكد هنا على أن تعبير "الصحة الإنجابية" ليس جزءاً من اللغة الدارجة اليومية للنساء في منطقتنا، فهو يستخدم بدلاً منه مصطلح "الصحة النسائية". إلا إننا استخدمنا في الاستبيان مصطلح "الصحة الإنجابية" الشائع الاستخدام بين الخبراء في العالم

\* توجيه العاملات الميدانيات بتجنب شرح معنى الصحة الإنجابية للسيدات حتى لا ينتفي الغرض من السؤال الذي يهدف إلى استنتاج مفاهيم النساء. وإذا أصرت امرأة على أنها لم تسمع بالمفهوم من قبل ولا تعرف ماذا يعني، انتقلت العاملة الميدانية إلى السؤال التالي.

\*\* المقصود هنا الأعمال المنزلية، حيث إن غالبية النساء لا يعملن خارج المنزل.

جدول رقم ١  
تعريفات النساء المتزوجات لمفهوم الصحة الانجابية (ع=٢٠١)

التعريف	حى سلوم	برج البراجنة	النبع	مجموع	% العبارات (ع=٣٨٤)	% العينة (ع=٢٠١)	% إجمالي العينات (ع=٢٠١)
<b>الصحة</b>							
الصحة الجيدة	٣٩	٢٩	٢٩	٩٧	٢٥,٣	٤٨,٣	
الصحة العقلية والنفسية الجيدة	٢٠	٤	٨	٢٢	٨,٣	١٥,٩	
الأنشطة الخاصة بتحسين الصحة	٨	٨	١٧	٢٣	٨,٦	١٦,٤	
<b>المجموع الفرعى</b>	٦٧	٤١	٥٤	١٦٢	٤٢,٢	٨٠,٦	
<b>الإنجاب</b>							
القدرة على الحمل وتربية الأطفال	٣٧	١٥	١١	٦٣	١٦,٤	٢١,٣	
تنظيم الأسرة	١	٣٧	٥	٤٣	١١,٢	٢١,٤	
الحمل والأمومة الآمنة	١	٢٦	٠	٢٧	٧,٠	١٢,٤	
<b>المجموع الفرعى</b>	٣٩	٧٨	١٦	١٣٣	٣٤,٦	٦٦,٢	
<b>المحيط الاجتماعي</b>							
الوضع المالي الجيد	٧	٣٤	٣	٤٤	١١,٥	٢١,٩	
العلاقات الزوجية الجيدة	١٠	٢	٢	١٤	٣,٦	٧,٠	
الشخصية القوية	٥	٢	٠	٧	١,٨	٢,٥	
<b>المجموع الفرعى</b>	٢٢	٣٨	٥	٦٥	١٦,٩	٢٢,٣	
لا أعلم	٦	٢	١٦	٢٤	٦,٣	١١,٩	

لمفهومهن عن الصحة الانجابية الجيدة، بما في ذلك الصحة الجيدة بوجه عام والصحة العقلية والنفسية الجيدة وجميع الأنشطة التي تساهم في تعزيز الصحة\*. كانت غالبية هؤلاء النساء من منطقة النبع وكأن أكبر سنًا (رقم ١)، تم تصنيفها في ثلاثة مجموعات نقطي الصحة والإنجاب والمحيط الاجتماعي. قالت ٢٤ امرأة (١٢٪ من ٢٠١ امرأة) أنهن لا يعرفن معنى "الصحة الإنجابية".

وأقل تعليماً من باقي النساء في العينة.

عبرت ٩٧ امرأة (٤٨٪) عن الحاجة إلى الصحة الجيدة.

كانت تلك الإجابة ملحوظة في المجتمعات الثلاثة.

قامت ٢٢ امرأة بشرح مفهومهن عن فكرة "الصحة الجيدة". وصفت النساء في حى سلوم ومخيم برج

**الصحة الجيدة**  
اعتبرت غالبية النساء الصحة نقطة الانطلاق في شرح

### **الأبشرة الخاصة بتحسين الصحة**

كان النشاط الخاص بتحسين الصحة هو إحدى الأفكار التي ظهرت خاصة بين النساء من النوع. والمقصود هنا هو مسئولية النساء تجاه صحتهن، حيث أن الصحة الجيدة لا تُمنع، وإنما تتحقق من خلال جهودهن الخاصة. ركزت هؤلاء النساء على الصحة الجسمية وال الحاجة إلى اتخاذ الإجراءات الوقائية مثل الزيارة المنتظمة للأطباء، وإتباع نصائحهم، وإجراء مسحات من عنق الرحم سنويًا، وتجنب الأمراض المعدية والجو البارد، وإتباع نظام غذائي جيد، وتناول الأطعمة المغذية، وممارسة الرياضة. كما أن على النساء أن يكن نشيطة وأن ينلن قسطاً وافراً من الراحة وألا يرهقن أنفسهن وألا يزيد وزنهن أو يدخن أو يشربن الخمور. ومرة أخرى كانت أهمية تحسين الصحة راجعة إلى الوفاء بالواجبات المنزلية وضمان المصلحة العامة للأسرة.

ذكرت سبع نساء من المجتمعات الثلاث أهمية الصحة النفسية والتي وُصفت بأنها الإدارة الأفضل للحياة وعدم الاستغرار في المشاكل والتعامل مع الواقع، وعدم الغضب وأمتلاك القوة الداخلية، والصبر، وتجنب الأحداث المثيرة للأعصاب.

### **الإنجاب**

كان الإنجاب هو نقطة الانطلاق الثانية الأكثر تكراراً لتعريف وشرح مفهوم الصحة الإنجابية. كانت النساء في مخيم برج البراجنة هن أكثر من أشنن إليه، وكانت تعريفاتهن أقرب إلى تعريف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. شمل التعريف بشكل رئيسى القدرة على الحمل وتربية الأطفال والتخطيط والمباعدة بين الولادات والحمل والأمومة الآمنتين.

هناك مفهوم سائد بين النساء في أغلب المجتمعات العربية، وهو أن النساء غير المنجبات يواجهن صعوبات كثيرة عند الكبر، حيث يلعب الأبناء دوراً بدليلاً للتأمين الاجتماعي. الكثير من النساء غير المنجبات مهددات بالطلاق والفقر والعوز المترتبين على ذلك خاصة، في المجتمعات الفقيرة<sup>(١٨)</sup>. لذلك تعتبر المرأة القادرة على

البراجنة الصحة الجيدة بأنها "الخلو من المرض مدى الحياة سواء كان المرض جسدياً أو نفسياً أو عقلياً"، وأضافت النساء في برج البراجنة كذلك الخلو من الآلام والشكوى والتعرض لأى شيء مضر، وأيضاً التمتع بالقوية والحيوية للعمل\*\*. أما في منطقة النبع فقد ربطت الإجابة السائدة الصحة الجيدة بالتحافظ والتمتع بجسم صحي "هي امرأة بصحة جيدة لا تعانى من أمراض النساء مثل الالتهابات".

اعتبرت أربع نساء (واحدة من حى سلوم وثلاث من المنبع) أن الصحة الجيدة هي نعمة من الله. وارتبطت الصحة الجيدة عند ٢٤ امرأة بمفهوم خاص بدور النساء في المجتمع، حيث إن الإنجاب هو الذى يعطى الصحة الجيدة تلك الأهمية، لأنها وسيلة للوفاء بواجبات المرأة الرئيسية كزوجة وأم.

"الصحة الإنجابية الجيدة هي سلامه"

"الصحة بهدف القدرة على الولادة".

"الصحة الإنجابية الجيدة هي سلامه"

"الصحة بهدف القدرة على الوفاء بالواجبات"

"المنزلية والزوجية".

اعتبرت النساء صحة أسرهن جانباً مهمّاً من الصحة الجيدة بالرغم من أن السؤال كان عن صحتهن الشخصية بالتحديد. ويعنى ذلك أن مفاهيم النساء تعدد صحتهن كأفراد لتشمل صحة أسرهن، مما يُكون رؤية خاصة للذات<sup>(١٧)</sup>.

"الصحة الإنجابية الجيدة تعنى أن تتمتع"

"المرأة وزوجها وأطفالهما بصحة جيدة".

### **الصحة العقلية والنفسية الجيدة**

ركزت ٣٢ امرأة غالبيتهن من حى سلوم على الصحة النفسية في شرحهن للصحة الإنجابية الجيدة. والمقصود بالصحة النفسية هنا "الراحة النفسية" و"خلو البال" و"الحياة المريحة". أكدت النساء من مخيم برج البراجنة على خلو البال وغياب المشاكل العائلية، بينما عرفت النساء من النبع المرأة التي تتمتع بالصحة الإنجابية الجيدة بأنها "امرأة مسترخية وخالية من المشاكل".

أكدت امرأة أخرى من المخيم على أهمية وجود منزل خاص للأسرة منفصلًا عن العائلة الممتدة، حتى تتمتع الأم بالحرية والاستقلالية في تربية الأطفال.

إنجاب الكثير من الأطفال الأصحاء أنها تتمتع بصحة جيدة أكثر من غيرها، وأن هذه القدرة تمنحها القوة والنفوذ في محيط حياتها.

### تنظيم الأسرة

كان تنظيم الأسرة إحدى الأفكار الأخرى التي ظهرت خاصة في عبارات النساء من مخيم برج البراجنة؛ حيث ذكرن أن تحديد عدد المواليد والمباعدة بين الولادات هي عناصر مهمة للصحة الإنجابية الجيدة.

"يجب على المرأة أن تتجنب، لكن عدداً محدوداً من الأطفال، ليس كبيراً للغاية أو صغيراً للغاية. أربعةأطفال عدد مناسب".  
"يجب أن تحرص المرأة على وجود مسافة ثلاثة سنوات بين كل ولادة وأخرى".

تم ربط أهمية تنظيم الأسرة بتأثير الولادات المتعددة على جسد المرأة وحالتها الصحية في الحاضر والمستقبل، والتي قد تشكل عبئاً على أطفالها. كما رجعت أهمية تنظيم الأسرة إلى ضرورة وضع المرأة في اعتبارها الأوضاع الاقتصادية والسياسية الحالية غير المواتية لكثرة الإنجاب.

### الحمل والأمومة الآمنة

برزت تلك الفكرة بشكل كبير في مخيم برج البراجنة. اعتبرت النساء أن تمعنن بأجساد صحية وخلالية من الأمراض (كأمراض القلب والشرايين والسكري وأمراض النساء والأمراض الوراثية)، أمراً ضروريًا حتى يتمكنن من اختيار سنوات القدرة على الإنجاب بأمان. يجب على المرأة أيضاً أن تكون ايجابية لضمان سلامتها صحتها العامة والنفسية حتى تتجنب المشاكل أثناء الحمل، لذلك عليها أن تتجنب الضغط العصبي والعمل الشاق. أكدت بعض النساء على أهمية الرعاية قبل الولادة وأتباع إرشادات الطبيب، ويرين أن السن الأنسب للحمل لا يتبعى أن يتعدى خمسة وثلاثين عاماً، وأن ذلك عامل مهم لضمان الحمل والولادة الآمنة. كما أكدت النساء على أهمية الرضاعة الطبيعية وتوفر المساعدة للفيام بالأعمال المنزلية وارتباطهما بالصحة الجيدة بعد الولادة.

### القدرة على حمل وتربية الأطفال

مثلت الأمومة أو القدرة على الإنجاب جانبًا مهمًا من معنى الصحة الإنجابية بالنسبة للنساء في المجتمعات الثلاثة، خاصة حي سلوم. اعتبرت النساء أن الأمومة هي تحقيق للدور الرئيسي للنساء وهو حمل وإنجابأطفال أصحاء. تعتبر القدرة على الحمل ضرورية ومرغوب فيها؛ لأن الأطفال هم أساس السعادة الزوجية. كانت القدرة على الحمل بدون تدخل طبي مهمة للغاية بالنسبة لسيدتين من حي سلوم؛ حيث أن التأخر في الحمل يعني الوصم بالعار في عيون المجتمع.

"المرأة القادرة على الإنجاب أفضل من المرأة غير القادرة".

رأى النساء أن الإنجاب واجب ضروري لضمان الصحة الإنجابية الجيدة. لم يبرر مفهوم الاختيار فيما يتعلق بالحمل والإنجاب كعامل مهم. ولكن ذلك لا يعني أن الخيارات والحقوق لا تهم هؤلاء النساء، وإنما كانت الاختيارات تتم فيما يتعلق بال subsequences المؤثرة على مستقبلهن، خاصة الأمان عند الكبر ووضعهن داخل المجتمع، وبناء على ذلك كانت اختياراتهن تميل عليهم من منطلق واجب المرأة في إنجاب العديد من الأطفال. وتنماشى هذه النتيجة مع ما ورد في الأدبيات، حيث ذكرت أختمار ووينكفيست<sup>(١٩)</sup> أن الإنجاب يعتبر مكون محوري لهوية النساء وهو الطريق الوحيد للأئحة الأصلية. ووفقاً لها يaris وسميث<sup>(٢٠)</sup> تكتسب النساء وضعهن الاجتماعي من خلال وظائفهن الإنجابية، وهكذا فإن صحتهن الإنجابية لها تداعيات مهمة على وجودهن بشكل عام.

أضافت أربع نساء من مخيم برج البراجنة قدرة النساء على تربية أطفالهن تربية حسنة كاملاً مكملاً لمفهومهن عن الصحة الإنجابية الجيدة. ويكتسب هذا العامل أهميته لأن الأطفال حسني التربية يصبحون مواطنين صالحين قادرين على خدمة مجتمعهم والأجيال التالية.

## **المحيط الاجتماعي**

قوية تساعدهن على مواصلة وإدارة حياتهن الشخصية والزوجية والتعامل مع الصعوبات، لذلك فإن المرأة ذات الصحة الإيجابية الجيدة تفكر وتتصرف بشكل لائق ومفيد للمجتمع أيضاً.

### **المناقشة والتوصيات**

مثلاً هذه المعلومات تعتبر شرطاً أساسياً لتنفيذ مشروعات وتدخلات ناجحة، فبدون الفهم العميق لإدراك النساء للصحة الإيجابية في سياقات محددة، سوف نخاطر - خطأ - بقولبة النساء وتعييم احتياجاتهن مما سوف يضعف من تأثير وفاعلية برامج الصحة الإيجابية.

يشير مفهوم النساء للصحة الإيجابية في هذه الدراسة إلى الحاجة إلى وضع التدخلات في سياقها الصحيح لتحسين الصحة الإيجابية خلال دورة حياة المرأة، ولتحسين صحتها بصفة عامة، وربط كل ذلك بأهمية الإنجاب ليس من الناحية الصحية فحسب - فيما يتعلق بالخدمات الضرورية مثل خدمات رعاية الأم وخدمات تنظيم الأسرة - ولكن أيضاً من ناحية صحة المرأة ذاتها ودورها ومسؤوليتها داخل حياتها الزوجية والأسرية وداخل الظروف الاجتماعية الاقتصادية الصعبة التي تعيش فيها النساء وأسرهن ومجتمعاتهن ككل.

إن زيادةوعي النساء ومعرفتهن بتعريف الصحة الإيجابية في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، قد يضيف مفهوم الاختيار إلى مفهومهن عن صحتهن الإيجابية، وكذلك يساهم في مدى قبولهن واستخدامهن لخدمات الصحة الإيجابية المتوفرة لديهن.

وبالنسبة للباحثين، يعني هذا الحاجة إلى المزيد من الأبحاث الكيفية التي تدرس تفاصيل الواقع المعاش، لما تعتبره النساء "صحة إيجابية" وما إذا كانت هذه المفاهيم تتغير بممرور الوقت وفي أي اتجاه، ونتيجة لأى نوع من المؤثرات، وكذلك مدى ارتباط تلك المفاهيم بعماراتهن الخاصة بالصحة الإيجابية.

وضعت النساء الصحة الإيجابية في إطار المحيط الاجتماعي والاقتصادي والائل ل حياتهن، واعتبرنها لا تفصل عن هذا السياق، وكانت العناصر الأساسية لمعنى الصحة الإيجابية بالنسبة لهن هي التغلب على المشكلات الاقتصادية وكذلك التمتع بمنزل جيد وبيئة اجتماعية مواتية، ووفقاً لهاريس وسميث "لا يمكن فصل الصحة الإيجابية عن حالة الفقر وعدم الأمان التي يعيشها الكثير من الرجال والنساء في الدول النامية" (٢٠).

### **الوضع الاقتصادي الجيد**

وعوضاً عن تعريف معنى الصحة الإيجابية بطريقة مباشرة، حددت النساء - خاصة في مخيم برج البراجنة - التخلص من الصعوبات الاقتصادية كشرط للتمتع بصحة إيجابية جيدة. فالمشاكل الاقتصادية تحول دون تلبية احتياجاتهن ومتطلباتهن بما فيها الحصول على الرعاية الصحية اللازمة أثناء الولادة والقيام بمسؤولياتهن كأمها في تلبية احتياجات أطفالهن ( توفير الملبس والمأكل والحفاضات والرعاية الطبية والتعليم).

### **العلاقات الزوجية الجيدة**

ووجدت فكرة العلاقات الزوجية الجيدة صدى أكبر عند النساء في حي سلوم أكثر من المجتمعات الأخرى كأحد متطلبات الصحة الإيجابية الجيدة. ذلك يعني أن تكون المرأة سعيدة في زواجها ، والمقصود من "العلاقات الزوجية الجيدة" كما ذكرت النساء، التفاهم المتبادل والراحة والسعادة والتفاؤل بالحياة والعلاقات الجنسية الجيدة والرضاء العام عن الحياة الزوجية. أفادت النساء بأن العلاقات الزوجية الجيدة تعني أن يعامل الزوج زوجته معاملة حسنة ويضمن لها سبل الراحة والسعادة.

### **قوة شخصية المرأة**

ربطت خمس نساء من حي سلوم وامرأتان من مخيم برج البراجنة بين الصحة الإيجابية وقدرة المرأة على الاستمتاع بكونها امرأة، حيث ربطن بين الصحة الإيجابية وبين قدرتهن على اتخاذ القرار وامتلاكتهن لشخصيات

1. Lush L, Cleland J, Walt G, et al. Integrating reproductive health: myth and ideology Bulletin of World Health Organization 1999;77: 771-77.
2. AbouZahr C. Some thoughts on ICPD+5. Bulletin of the World Health Organization 1999;77(9): 767-71.
3. DeJong J. The role and limitation of the Cairo International Conference on Population and Development. Social Science Et Medicine 2000;51:941-53.
4. Interpreting Reproductive Health. Geneva: World Health Organization, 1999.
5. Germain A, Nowrojee S, Pyne H. Selling a new agenda: sexual and reproductive health and rights. In: Sen G, Germain A, Chen LC, editors. Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights. Cambridge: Harvard University Press, 1994. p.27-46.
6. Zurayk H. The meaning of reproductive health for developing countries: the case of the Middle East. Gender and Development 2001 ;9(2): 22-27.
7. Sadana R. Definition and measurement of reproductive health. Bulletin of World Health Organization 2002;80(5):407.
8. Makhlof-Obermeyer C. The cultural context of reproductive health: implications for monitoring the Cairo agenda. International Family Planning Perspectives 1999;25:S50-S54.
9. Ozbay F. Social construcion of gender ick'iniiv and .self- representation of women in the Middle East. Paper presented at subgroup meeting on women's perceptions, at the Regional Reproductive Hcahh Working Group, organised by the Population Council. Cairo, April 1992.
10. Petchesky R, Judd K. Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives across Countries and Cultures. New York: Zed Books, 1998.
11. Wang G, Pillai V. Women's reproductive health: a gender- sensitive human rights approach. Acta Sociologica 2001:44:231-42.
12. Gittelsohn J, Benlyy M, Pelto P, et al, editors. Listening to Women Talk about their Health: Issues and Evidence from India. New Delhi: Har Anand Publications, 1994.
13. Ross J, Laslon S, Nahar K, et al. Women's health priorities: cultural perspectives on illness in rural Bangladesh. Health 1998;2:91-110.
14. Palmer CA. Rapid appraisal of needs in reproductive health care in southern Sudan: qualitative study. BMJ 1999;319 (7212):743.
15. Harri.son A, Montgomery E. Life histories, reproductive histories: mral South African women's narratives of fertility, reproductive health and illness. Journal of Southern African Studies 2001;27(2):311-28.
16. Makhoul J. Physical and social contexts of the three urban communities of Nabaa, the Bourj El Barajneh Palestinian camp and Hay Sellom. Centre for Research on Population and Health, American University of Beirut, 2003. (Unpublished memo)
17. Joseph S. Connectivity and patriarchy among urban working-class Arab families in Lebanon. Ethos 1993;21(4): 452-84.
18. Inhom MC, Van Balen F, editors. Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies. Berkeley: University of California Press, 2001.
19. WinkvistA, Akhtnr 117. Goil should give dau^liln^ ID rk'li families only: attitudes towards childbearing among low-income women in Punjiih, Pakistan. Social Science and Medicine 2000;51(1):73-81.
20. Harris C, Smyth I. The reproductive health of refugees: lessons beyond ICPD. Gender and Development 2001 ;9(2): 10-21.

# جدوى شراكة الحكومة والمنظمات غير الحكومية في مجال الصحة الإنجابية في المكسيك

\*چيسيكا جوميس-خوريجي

ترجمة: أحمد محمود

## ملخص

في عام ١٩٥١ بدأت الحكومة المكسيكية وضع السياسات الخاصة بإبرام اتفاقيات مع منظمات المجتمع المدني، وهناك اهتمام في الوقت الراهن في المكسيك بعمل الحكومة والمنظمات غير الحكومية معاً. وتحل هذه الورقة ما إذا كانت الظروف مواتية في المكسيك للشراكات الناجحة بين القطاع العام والمنظمات غير الحكومية في مجال الصحة الإنجابية أم لا. وقد أجريت مقابلات مفصلة مع إخباريين أساسيين في القطاع العام على المستوى القومي ومستوى الولايات وقطاع المنظمات غير الحكومية\*\* في ست ولايات. وقد اتضح أن الشراكات خيار لتقديم خدمات الصحة الإنجابية في المناطق الجغرافية التي لا يلتقي فيها السكان ما يكفي من الخدمات، وبالنسبة للخدمات التي لا توفرها الحكومة، ومع الاعتراف بإسهام المنظمات غير الحكومية في مجال الصحة الإنجابية، على المستوى الفدرالي على أقل تقدير، فلا يزال هناك القليل جداً من الهيئات العامة التي تتعاون مع المنظمات غير الحكومية، وغالباً ما تقتصر الاتفاقيات على التمويل قصير المدى للمشروعات. وسوف يتوقف مستقبل المنظمات غير الحكومية في المكسيك -إلى حد كبير- على القدرة على الحصول على التمويل من داخل البلد. وتحتاج الحكومة إلى آليات أكثر فاعلية لتوليد الموارد للرعاية الصحية. ولابد أن تعرف الحكومة بإسهام المنظمات غير الحكومية المحدد، بما في ذلك مدخلات رأس المال الاجتماعي وخلق شبكات المجتمع المحلي، ولابد أن تشارك في اتخاذ القرار على نحو أكثر إنصافاً مع المنظمات غير الحكومية كي يتحقق النجاح للشراكات.

The Feasibility of Government Partnerships with NGOs in the Reproductive Health Field in Mexico. Nov. 2004, 12(24).

Jesica Gómez-Jauregui

© جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠٠٥

**كلمات مفتاحية:** المنظمات غير الحكومية، الحكومة، الشراكة مع المنظمات غير الحكومية، القطاع العام، خدمات الصحة الإنجابية، المكسيك.

المرجوة، ولقيت فكرة الشراكة في توفير الخدمات العامة، بما في ذلك الرعاية الصحية، قبولاً في عدد من الدول. ومع ذلك، فقد ظهرت بعض المشكلات في تجربة العمل التعاوني بالرغم من النجاح الكبير الذي تحقق<sup>(١-٣)</sup>.

لقد أدى عجز القطاعين العام والخاص عن تقديم خدمات الرعاية الصحية المناسبة إلى مشاركة قطاعات أخرى، منها المجتمع المدني. وقد اعترفت القطاعات الثلاثة بأن العمل بشكل منفصل يؤدي إلى ازدواج الجهد، والفشل في تحقيق الأهداف

\*باحثة مشاركة، مركز أبحاث النظم الصحية، المعهد القومي للصحة العامة، كورناباكا، المكسيك، حاصلة على زمالة بيل من مركز هارفارد للدراسات السكان والتنمية، كمبردث، ماساتشوستس، الولايات المتحدة. بريد إلكتروني: jesicagj@terra.com.mx

\*\*المنظمات غير الحكومية هي المنظمات التي تأسست على نحو رسمي، وهي خاصة ومستقلة عن الحكومة (وإن كان من الممكن أن تتلقى من الحكومة الدعم وتحظى منها بالتعاون)، وهي لا تستهدف الربح وتحكم نفسها بنفسها (في ظل وجود هيأكل داخلية لاتخاذ القرار)، ولها مضمون تطوعي (الدخل أو العمل أو الإداره)<sup>(٤-٧)</sup>.

أن "التعاون لابد أن يؤكد نشاط الحكومة ولا يتولى عنها مسؤولياتها، لضمان تقديم الرعاية الصحية المناسبة". كما ناشدت الوثيقة "... الحكومات والهيئات الدولية والمالية تقديم الدعم بالتمويل طويل المدى لتعزيز قدرات المنظمات النسائية وقدرتها على المشاركة، بطريقة فعالة، في اتخاذ القرارات الحكومية وفي تنفيذ البرامج وتقييمها" (١٦١).

وفي هذا المقال، تُعرَّف الشراكة في الصحة الإنجابية بأنها اتفاق رسمي بين الحكومة والمنظمات غير الحكومية لتحقيق أهداف مشتركة لخلق القيم الاجتماعية وتنفيذ الأهداف التي وُضعت وفقاً لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. والمقصود أن يؤدي هذا التعاون إلى تحسين أداء الأطراف الفاعلة المشاركة، ويفترض وجود ظروف التعاون الناجع والمستدام. فهل هذا هو الحال باستمراً؟ وما هي الخبرة في المجال الصحي؟ وما هي العوامل التي أثرت على استدامة الشراكة بين القطاعين العام والخاص؟

يؤكد هوجو وود وجن (١٢) على أهمية التوقيت الصحيح لإدخال قضية ما ضمن الأجندة السياسية والقدرة على وضع سياسات قابلة للتنفيذ لعلاج تلك القضية. والآن في المكسيك، يهتم القطاع العام والمنظمات غير الحكومية بالعمل معاً، وهناك فرصة متاحة لاقتراح شراكة بين الطرفين. ولهذا؛ فإن من المناسب تحليل ما إذا كانت الظروف القائمة في المكسيك مواتية لتنفيذ الشراكة الناجحة والمستدامة بين القطاع العام والمنظمات غير الحكومية في مجال الصحة الإنجابية.

### **تجارب التعاون بين المنظمات غير الحكومية**

**والحكومات في مجال الصحة**  
هناك خلاف حول مزايا وعيوب التعاون بين الحكومة والمنظمات غير الحكومية في مجال الصحة. وطبقاً لما قاله رايك، فإن المعضلة الأساسية التي تواجهها تلك الشراكة هي كيفية النجاح في تحسين صحة أكثر الناس فقراً في الدول النامية، مع ضمان المحاسبة من غير تضحية بالتأثير والإبداع والروح التطوعية والقدرة

وتحدث الشراكة عندما يعمل كيانان أو أكثر لتحقيق هدف مشترك ويتلقان. أو يتلقان. على تقاسم الجهود والفوائد (١٤). ويشير وجود منظمات المجتمع المدني إلى أن المواطنين يقومون بدور إيجابي في إنتاج المنافع والخدمات العامة التي لها آثار مباشرة عليهم (١). والغرض من التعاون بين الدولة ومنظمات المجتمع المدني هو تعزيز مؤسسات الدولة وخلق مناخ يكون فيه التعهد المدني ممكناً. والأهداف الأساسية للشراكة بين القطاعين العام والخاص ومنظمات المجتمع المدني هي تحقيق كفاءة أكبر، وتقليل ازدواج الخدمات، والوصول إلى أنظمة اقتصادية متوازنة، وخلق التعهد المدني ومشاركة المجتمع في حل المشكلات، وتعزيز القدرة ومبادرات المؤسسية بصورة شاملة (٠٣٢).

تعدد أشكال التعاون بين القطاع العام ومنظمات المجتمع المدني، كالمنظمات غير الحكومية. وقد يشمل ذلك الاتفاقيات غير الرسمية لتبادل المعلومات أو المشاركة في أنشطة بينها أو التدريب أو الممارسات، أو الاتفاقيات التعاقدية الرسمية التي يسهم فيها كل طرف بالموارد ويتولى مسؤوليات معينة. وقد تشمل الأشكال الأخرى تقييم أحد الطرفين للأخر أو الإشراف عليه (٣٢١).

أكد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على ضرورة قيام مشاركة فعالة بين الحكومات والمنظمات غير الحكومية للمساعدة في صياغة أنشطة السكان والتنمية وتنفيذها ومراقبتها وتقييمها. إلا أنه جاء في تحليل ميداني لصندوق السكان التابع للأمم المتحدة في العام نفسه أن ٤٩ دولة من بين ١١٤ دولة أفادت عن اتخاذ إجراءات مهمة لتشجيع مشاركة المنظمات غير الحكومية في تنفيذ السياسات والبرامج (١٠). وفي ذلك العام أيضاً، عقد اجتماع لمائتين من ممثلي المنظمات غير الحكومية التي تدعو إلى حقوق النساء والحقوق الصحية لتقديم منجزاتها (١١). وجرى في ذلك الاجتماع تعريف "الشراكة" بأنها ارتباط وتعاون يشترط "الأهداف المشتركة، والاحترام المتبادل، وفتح الطريق للوصول إلى المعلومات وعمليات اتخاذ القرار، ومحاسبة الأطراف من دوائرها". وقد نصت مسودة الوثيقة على

أن يأخذها في اعتباره مشتري الخدمات ومن يوفرها قبل إبرام الاتفاقيات التعاقدية:

- رغبة الطرفين في إقامة علاقات تعاقدية.
- السيناريو السياسي والإطار القانوني.
- مستوى التطور التنظيمي والمؤسسى الذي يحتاجه الطرفان كي ينبعحا في وظائفهما الجديدة.
- مستوى تعقيد التعاقد.
- مستوى المخاطرة المتضمن بالنسبة لكلا الجانبين<sup>(١٥)</sup>.

لائزال هناك حالات تغدى فيها الاختلافات الأيديولوجية والتآف المؤسسى عدم الثقة المتبادل<sup>(١٦)</sup>. وطبقاً لما يقوله هيريرا، فإنه لابد من أخذ التوازن العادل فيما يسهم به كل فاعل، كالحق في الحصول على المعلومات والموارد وعملية اتخاذ القرار، في الحسبان. ولا بد كذلك من احترام استقلال كل منظمة واستخدام آليات رسمية للمحاسبة التي تضمن استدامة التعهدات<sup>(١)</sup>.

وتعود القيود المالية والتنفيذ غير المتتساوى وغياب المحاسبة أكثر ثلاث مشاكل شيوعاً تنشأ في الشراكة بين المنظمات غير الحكومية والحكومة. والغالبية العظمى من المنظمات غير الحكومية التي توفر الخدمات التابعة من الناحية المالية، وربما يؤدي ذلك إلى التأف على الموارد الحكومية فيما بين المنظمات غير الحكومية<sup>(٥)</sup>. وقد يدفع التأف على الموارد المنظمات غير الحكومية إلى التضحية بأهدافها ومبادئها، وقد يولّد توترًا في علاقتها مع الحكومة التي يمكن أن تستغل بدورها الحصول على الموارد لفرض سيطرتها على المنظمة غير الحكومية التي تحتاجها.

وفيما يتعلق بالمحاسبة، تشير التجربة إلى أهمية بناء الشراكة وفقاً لتعاقدات رسمية تقوم على قواعد متفق عليها وإجراءات واضحة<sup>(١٧)</sup>، وهو ما يخلق الأساس للاحترام المتبادل والمساواة، وتسهم وبالتالي في استدامة الشراكة<sup>(١٨)</sup>. والتحدي الذي يواجهه ذلك هو ضمان المحاسبة بدون التضحية باستقلال المنظمات غير الحكومية<sup>(١٩)</sup>.

التنظيمية في الوقت نفسه. ولا تعتمد الاتفاقيات بين القطاعين العام والخاص على حسن نوايا الأطراف المشاركة في إنتاج شيء ما، بل كذلك على قدرة تلك الأطراف على معالجة التفاعل التنظيمي<sup>(٤)</sup>. ويقول نولاند فورمان<sup>(١١)</sup> إن مشكلات التعاون الرئيسية في نيوزيلندا هي فقدان المنظمات غير الحكومية لاستقلالها، وتضاؤل الثقة والشفافية داخل العلاقة. إلا أنه يشير من ناحية إلى حدوث زيادة في جودة عمل بعض المنظمات غير الحكومية وكفاءتها، ويدرك أن هناك دوراً متزايداً في عالم المنظمات غير الحكومية في توفير الخدمات الاجتماعية.

وبناءً على ما ذكرته مصادر البنك الدولي فإن المنظمات التي تخدم الأفراد والمجتمعات المحلية على نحو مباشر من بين أكثر المنظمات غير الحكومية ديناميكية في قطاعات مثل الصحة والتعليم والقروض الصغيرة. ونجد في الدول النامية أن معظم المنظمات غير الحكومية صغيرة و تعمل في المجتمعات المحلية التي تكون فيها قدرة الحكومة على التدخل محدودة أو لا وجود لها<sup>(٤)</sup>. ويقول سميث إن الحكومات المهتمة بالتعاون مع المنظمات غير الحكومية تبحث عن تلك المنظمات التي تتمتع بالخبرة المحلية والقدرة التنظيمية. إلا أنه عندما ترغب الحكومة في تكرار المشروعات الناجحة لإحدى المنظمات غير الحكومية على نطاق أكبر بكثير، فإن احتمال الفشل قد جرى توثيقه<sup>(٧)</sup>.

لقد تم توثيق خبرة التعاقدات بين القطاع العام والمنظمات غير الحكومية لتوفير الرعاية الصحية الأولية في عدد من دول أمريكا اللاتينية مثل كوستاريكا وكولومبيا وجواتيمالا وبيرو وجمهورية الدومينican. وكان العنصر الأساسي الذي دفع تلك الحكومات إلى التعاون مع المنظمات غير الحكومية هو زيادة التغطية وتحسين نوعية الرعاية<sup>(١٥)</sup>. وبالنسبة للمنظمات غير الحكومية، جعل ذلك التعاون الاستدامة المالية في تنفيذ مهمتها الاجتماعية ممكنة. ومع هذا فهو تعرّف كذلك باحتمال فقدان استقلالها وهويتها. وبناءً على الخبرة في تلك الدول الخمس، يؤكد إبرامسون على خمس قضايا لابد

قد يساعد التعاون بين الحكومة والمنظمات غير الحكومية في الرعاية الصحية الإننجابية على معالجة بعض تلك المشكلات بتوسيع الاستخدام الفعال للموارد واستغلال تجربة المنظمات غير الحكومية في هذا المجال. ومع ذلك فإن النتائج المتباينة عند تجربة ذلك في بلدان أخرى تبرر أن نشرع في تحليل ما إذا كان من المرجح أن تيسّر الظروف في المكسيك التعاون بين الحكومة والمنظمات غير الحكومية في الرعاية الصحية الإننجابية أم تقيده.

### منهج البحث

تحلّل هذه الورقة، القائمة على الدراسة الكيفية، ما إذا كانت الظروف مواتية أم لا في المكسيك لقيام الشراكة الناجحة والمستدامة بين القطاع العام والمنظمات غير الحكومية في مجال الصحة الإننجابية. وقد أجريت مقابلات متعمقة مع الإخباريين الأساسيين في قطاع الصحة العامة والمنظمات غير الحكومية في الولايات المكسيكية السبعة في الفترة من فبراير إلى أبريل من عام ٢٠٠٣. وكخطوة أولى، أُجري مسح لإحدي وعشرين منظمة غير حكومية تعمل في مجال الصحة الإننجابية، وذلك عن طريق الاتصال التليفوني والبريد الإلكتروني. وقد انتُخبت السبعة منظمات التي اختيرت لهذه الدراسة، (انظر الجدول ١) على أساس الموقع وسنة التأسيس، ومجالات العمل الأساسية، والتعاون السابق مع الحكومة والمشاركة في الشبكات\*. واختير الإخباريون الأساسيون من القطاع العام على المستوى المحلي في الولايات التي

### مؤشرات الصحة الإننجابية ومواردها

تواجه الحكومة في المكسيك مشكلتين كبيرتين. المشكلة الأولى هي تخفيض الإنفاق على الصحة في السنوات العشر الأخيرة، وهي تقل عن العديد من الدول متعددة الدخل في أمريكا اللاتينية. ففي الفترة من ١٩٩٤ إلى ١٩٩٧ انخفض الإنفاق على الصحة من ٦,٥٪ إلى ٥,٥٪ من إجمالي الدخل القومي. وكانت الأرقام المقابلة للعام ١٩٩٧ في أمريكا اللاتينية هي ١,١٪ في شيلي، و٢,٣٪ في كولومبيا، و٨,٧٪ في كوستاريكا، و٢,٨٪ في الأرجنتين، و٥,٦٪ في البرازيل<sup>(٢)</sup>. وأثر خفض الإنفاق على الصحة كذلك على مستوى الموارد المتاحة لبرامج الصحة الإننجابية، والتي انخفضت بنسبة ٣٢٪ فيما بين ١٩٩٣ و١٩٩٦<sup>(٢١)</sup>. أما المشكلة الثانية فمترتبة على الأولى؛ ذلك أنه بالرغم مما قاله المسؤولون في قطاع الصحة عن اعتبارهم تحسين الصحة الإننجابية أمراً ذا أولوية قصوى، فمازال مؤشرات سرطان عنق الرحم ومعدل وفيات الأمهات في المكسيك أسوأ من الدول متعددة الدخل في أمريكا اللاتينية. فرغم انخفاض معدلات سرطان الرحم انخفاضاً طفيفاً فيما بين عامي ١٩٩٥ و٢٠٠٠ من كل مئة ألف امرأة تزيد أعمارهن عن ٢٥ سنة إلى ١٩,٢٪<sup>(٢٢)</sup> فإن الأرقام المقابلة هي ٩,٩٪ في كوستاريكا، و٩,١٪ في كولومبيا، و٤,٨٪ في الأرجنتين<sup>(٢٣)</sup>. ورغم انخفاض معدلات وفيات الأمهات في المكسيك في العقد الماضي، فقد كانت ٥٥٪ من بين كل مئة ألف ولادة في عام ١٩٩٩، مقابل ٢٩٪ في كوستاريكا<sup>(٢٤)</sup>.

\* أنشئ الاتحاد المكسيكي للجمعيات الخاصة ومنظمة التبادل والتنمية البشرية في سبعينيات القرن العشرين، وأنشئ مركز دعم النساء في الثمانينيات، وأنشئ المركز الإقليمي للتعليم والتخطيم ومركز البحث ودعم النساء في التسعينيات، وأنشئت منظمة الخدمات الإنسانية للصحة الجنسية والإنجابية في عام ٢٠٠٠. ومع أنها جميعاً لها أنشطة في الصحة الإننجابية، فإن بعضها ينفذ أنشطة أخرى كذلك. فالاتحاد المكسيكي للجمعيات الخاصة والمركز الإقليمي للتعليم والتخطيم يعملان في قضايا التنمية العامة، ويركز مركز دعم النساء ومنظمة التبادل والتنمية البشرية في أمريكا اللاتينية على قضايا المرأة على نحو أكثر اتساعاً، بينما تعمل منظمة الخدمات الإنسانية للصحة الجنسية والإنجابية في الغالب على توفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. وموقع الاتحاد المكسيكي للجمعيات الخاصة في الشمال، فيما يقع مركز دعم النساء ومركز البحث ودعم النساء ومنظمة التبادل والتنمية البشرية في أمريكا اللاتينية في الوسط، ويقع المركز الإقليمي للتعليم والتخطيم ومنظمة الخدمات الإنسانية للصحة الجنسية والإننجابية في الجنوب. وقد تعاون مركز دعم النساء مع الحكومة على المستوى المحلي، وتعاون مركز البحث ودعم النساء ومنظمة التبادل والتنمية البشرية في أمريكا اللاتينية والمركز الإقليمي للتعليم والتخطيم والاتحاد المكسيكي للجمعيات الخاصة على المستوى المحلي والوطني، ولم تتعاون منظمة الخدمات الإنسانية للصحة الجنسية والإنجابية مع الحكومة.

تقع بها المنظمات غير الحكومية المشاركة في البحث. وبسبب فيود الموارد، لم يكن بالإمكان انتقاء عينة أكبر من القطاع العام.

### جدول رقم ١

#### أنشطة المنظمات غير الحكومية المشاركة في الدراسة

الولاية	المنظمة	مجال النشاط
براكروس	المركز الإقليمي للتعليم والتنظيم	النوع الاجتماعي والصحة والإيكولوجيا الزراعية وتعليم المواطنة.
موريليس	التبادل والتنمية البشرية في أمريكا اللاتينية	نشر المعلومات عن قضايا النساء، والرعاية الطبية للجمهور العام، ومقترنات لسياسة الصحة العامة وتحليلها، وبرنامج للشباب.
كولما	مركز دعم النساء	دعم النساء اللائي يتعرضن للعنف الأسري وتقديم المشورة لهن، وتنظيم ورش عمل عن الصحة الجنسية والإنجابية.
تشواوا	الاتحاد المكسيكي للجمعيات الخاصة	الرعاية الصحية، وبرامج الخدمات المجتمعية، وبرامج الإيكولوجيا، وبرامج التنمية الاقتصادية. وهناك كذلك شبكة من ٤٤ منظمة على المستوى الوطني تنفذ في المقام الأول أنشطة التنمية الاجتماعية وتنمية المجتمع.
يوكاتان	الخدمات الإنسانية للصحة الجنسية والإنجابية	مجموعة موسعة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للجمهور العام، وتشمل عمليات الإجهاض القانوني، وضمان الوصول إلى أكثر القطاعات فقرًا.
خاليسكو	مركز البحث ودعم النساء	نشر المعلومات عن الحقوق الجنسية والإنجابية بين النساء العاملات بهيئات الدولة، ومعالجة العنف الأسري والرؤى النوعية الخاصة بالقضايا العامة.

وكانت المقابلات بموافقة الإخباريين، وكانت السريةمضمنة في حال طلبها. وقد اتفقت المنظمات جميعها بشكل رسمي على توفير المعلومات والمشاركة في الدراسة بعد تلقي المعلومات المفصلة بشأن أهداف الدراسة ودوافعها، ومصادر التمويل، وإستراتيجيات نشر النتائج. وجرت مراجعة الوثائق الداخلية للمنظمات

على المستوى المحلي، شمل من أجريت معهم المقابلات عاملين في مكتب الصحة الإنجابية بوزارة الصحة في ولايات يوكاتان وتشواوا والمدير العام للتسيير والإشراف في ولاية موريلوس. وعلى المستوى الفدرالي، المدير العام للصحة الإنجابية، ومدير تنظيم الأسرة، ومنسق برامج النساء والصحة.

غير الحكومية والوثائق الحكومية، وتقارير الأنشطة، والأطر القانونية. كما حللت المعلومات المستقة من الوثائق والدراسات التي سبق نشرها من خلال تحليل المضمون. وحللت المقابلات تحليلًا منهجياً باستخدام التكتيكات النظرية المعتمدة<sup>(٢٠)</sup> بدعم من برامج الكمبيوتر المتخصصة للتحليل الكيفي.

### **السياسة الوطنية للشراكات في توفير الرعاية الصحية الإنجابية**

في الوقت الراهن هناك ١٠٥١ جمعية مدنية تمارس أنشطة تتصل بالصحة مسجلة في المركز المكسيكي للجمعيات الخيرية<sup>(٢١)</sup>. وينفذ حوالي خمس ذلك العدد أنشطة تتعلق بالصحة الإنجابية. كالتنقيف الجنسي والصحة الوقائية ورعاية ما قبل الولادة ودعم ضحايا العنف الأسري والعنف الجنسي، والعمل الخاص بالإيدز، والدفاع عن الحقوق الجنسية والإنجابية. ومعظم المنظمات غير الحكومية صغير وموارده وبنيته التحتية محدودة. ولا يمكن لتلك المنظمات أن تكون بديلاً عن الدولة في توفير خدمات الرعاية الصحية.

المشكلة الرئيسية التي تواجهها تلك المنظمات غير الحكومية هي نقص الموارد. فالهيئات الدولية التي كانت السند المالي الأساسي للمنظمات غير الحكومية منذ الثمانينيات تعتقد أن المكسيك أكثر نمواً، وأن دعمها المالي لم يعد ضرورياً. وقد جعل هذا الخفض في الموارد مستقبل المنظمات غير الحكومية في خطر<sup>(٢٢)</sup>، وخاصة تلك التي تعمل مع السكان أنفسهم الذين يتعامل معهم القطاع العام، الأمر الذي يهدى الموارد المحدودة. وتعمل المنظمات غير الحكومية الأخرى مع السكان الذين لا يمكنهم الحصول على الخدمات العامة، أو تلك التي تعمل في أنشطة تعالجها الحكومة بطريقة غير فعالة. ومع ذلك فمن المستحيل أن تغوص المنظمات غير الحكومية فشل القطاع العام؛ فهي تكافح من أجل البقاء من الناحية المالية<sup>(٢٣)</sup>.

ومنذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة، جرى تنفيذ عدد محدود من اتفاقيات التعاون بين

المنظمات غير الحكومية والعديد من مستويات الحكومة في المكسيك، وفي عام ١٩٩٥ بدأت الحكومة الفدرالية ببحث إمكانية إبرام اتفاقيات تعاقدية مع المنظمات الاجتماعية. وتوارد الخطة القومية للتنمية ١٩٩٥-٢٠٠٠ على أن "الإطار القانوني ليس كافياً لتطوير مبادرات المجتمع المدني المنظم والمستقل وأهدافه. وتعتبر الحكومة الفدرالية أنه من المهم إلى حد كبير تعزيز وضع إطار تنظيمي جديد يُعرف بالأنشطة الاجتماعية والمدنية الإنسانية للمنظمات المدنية ويشجعها"<sup>(٢٤)</sup>.

وأثناء فترة رئاسة إرنستو سيديو (١٩٩٤-٢٠٠٠) دُعيت المنظمات غير الحكومية للمشاركة في اللجان المسئولة عن وضع سياسات صحية محددة، بما في ذلك الصحة الإنجابية. وقد قامت المجموعة المشتركة للهيئات العاملة في مجال الصحة الإنجابية بتصميم برنامج الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة ١٩٩٥-٢٠٠٠، وقد ضمت تلك المجموعة ممثلين لوزارات الصحة والدفاع والتعليم وممثلين لمختلف جهات الضمان الاجتماعي والخدمات الصحية، وكذلك الكثير من المنظمات غير الحكومية وشبكات المنظمات غير الحكومية، بما فيها تلك التي تعمل في مجال تنظيم الأسرة، واتحاد الجمعيات الصحية الخاصة، وجماعات الدفاع الخاصة بتعليم الشؤون الجنسية للمرأة، والاختيار الإنجابي، والأمومة الآمنة<sup>(٢٥)</sup>. وهناك مكتب مشترك مماثل يضم ممثلين لمختلف الهيئات على مستوى الولايات؛ حيث يعد حلقة الوصل بين المستويات الفدرالية والمحلية.

كذلك تدعم حركة فيسنت فوكس (٢٠٠١-...) - أول حركة يشكلها حزب معارض منذ أكثر من ٧٠ عاماً - التعاون بين الحكومة ومنظمات المجتمع المدني في تنفيذ السياسات الاجتماعية والصحية، ولكن من زاوية مختلفة. وهكذا تشير خطة التنمية القومية ٢٠٠١-٢٠٠٦ إلى أنه "تشجيع الثروة الاجتماعية في المكسيك، فإنَّ سياسة التنمية الاجتماعية والبشرية... تقترح إجراءات والبرامج التي تقلل من وجود الدولة في المجالات التي يمكن أن تقدم فيها المنظمات غير الحكومية إسهاماً فعالاً..."<sup>(٢٦)</sup>.

المكسيك للوضع القانوني للمنظمات الاجتماعية؛ فهناك "الجمعية المدنية" و "مؤسسة المساعدة الخاصة". والجمعيات المدنية لا تستهدف الربح في المقام الأول، ويختلف وضعها المالي بناءً على أنشطتها. أما مؤسسات المساعدة الخاصة فجمادات خيرية تقدم الخدمات. وطبقاً لقانون الضرائب، فإن النوعين يمكنهما التقدم بطلب للحصول على وضع الإعفاء الضريبي وإصدار إيسالات قابلة لخصم الضرائب، مادامت مخصصة لأغراض خيرية، أو للثقافة، أو لحفظ البيئة، أو للتعليم، أو لأنشطة العلمية والتكنولوجية. ومع ذلك فإن عملية التقدم بالطلبات معقدة، وأدت إلى إعاقة عدد من المنظمات التي اكتسبت هذا الوضع. وفي الوقت الراهن نجد أن ٤٣٪ فقط من المنظمات الخيرية تحظى بوضع الإعفاء من الضرائب. كما أن بعض الأنشطة - مثل تعزيز حقوق الإنسان وتنمية المجتمع - ليست مؤهلة للحصول على الإعفاء الضريبي<sup>(٤)</sup>.

- التعاون على مستوى الولاية والمستوى المحلي حد إيريرا أربعة أنواع أساسية للتعاون في المكسيك:
- نجاح المنظمات غير الحكومية في ممارسة ضغط سياسي للتاثير في السياسة أو البرامج، وهو ما يعد خطوة في سبيل الحوار وإن لم يكن تعاوناً بالمعنى الدقيق للكلمة.
- انخراط المنظمات غير الحكومية في البرامج والمبادرات الحكومية، مثل المستشارين الذين يقومون بالتدريب أو التقييم، أو حشد التأييد للسياسات، أو إعداد المقترنات.
- الدعم الحكومي للأنشطة التي كانت تنفذها المنظمات غير الحكومية فيما مضى في غياب السياسات العامة المناسبة.
- التعاون المشترك حيثما يبرم الطرفان اتفاقية رسمية للقيام بأشطة مشتركة، هو أقرب ما يكون إلى الشراكة<sup>(٥)</sup>.

يرى إخباريو المنظمات غير الحكومية الذين أجريت معهم مقابلات أن الشراكة مع الحكومة هي السبيل إلى توفير الاستمرارية لعملهم، وقد دخلت الكثير من

ذلك ساعد تعيين خوليوفرنك وزيراً للصحة في إشراف المجتمع المدني في اتخاذ القرار في مجال الصحة، والواقع أن البرنامج الذي يعطى أولوية كبيرة في وزارة فرنك هو برنامج صحة النساء الذي يقترح إنشاء الاتحاد القومي لصحة النساء الذي يمكن أن تشترك في إطار القطاعات المختلفة، بما في ذلك منظمات المجتمع المدني، في وضع سياسات صحة النساء وتنفيذها. وكانت المبادرة الأخرى التي قدمتها وزارة الصحة للتعاون مع المنظمات غير الحكومية هي برنامج صحة المجتمع. وقد طُلب من المنظمات غير الحكومية في الحالتين تقديم مشروعات للتمويل. وتتشابه العلاقات التعاقدية في تلك الحالات تشابهاً كبيراً مع تلك العلاقات التي قامت بين المنظمات غير الحكومية وهيئات التمويل الدولية؛ ذلك أن لجنة مشتركة من القطاعات المختلفة تختار المشروعات التي يجري تمويلها، ثم يقيّم عمل المنظمات غير الحكومية الممولة تقليدياً دولياً. ويتمثل شكل آخر للتعاون في قيام المنظمات غير الحكومية بتدريب العاملين بالقطاع العام على قضايا الصحة الإيجابية والرؤية النوعية<sup>(٦)</sup>.

في عام ١٩٩٥، أنشئ معهد التنمية الاجتماعية في وزارة التنمية الاجتماعية خصيصاً لإقامة الصلات بين مستويات الحكومة المختلفة والمنظمات غير الحكومية من أجل دعم برامج المنظمات غير الحكومية لمقاومة الفقر. وتلك هي الجهة الوحيدة في القطاع العام التي أسست علاقة بين الحكومة والمنظمات غير الحكومية. ورغم ذلك - وكما هو الحال بالنسبة لترتيبات وزارة الصحة التعاونية - فإن الاتفاقيات التي أبرمت قصيرة المدى في أغلبها: أى أن مدتها عام واحد أو عامان.

**الوضع الضريبي لمنظمات المجتمع المدني**  
اعترف قانون الضرائب الذي أقر في عام ١٩٩١ واللواحة الأخرى التي وضعت في عام ١٩٩٣، في أعقاب مبادرة ائتلاف المنظمات غير الحكومية، بمنظمات المجتمع المدني باعتبارها منظمات لا تستهدف الربح، وشجع توسيع القطاع الذي لا يستهدف الربح من خلال الإعفاءات الضريبية<sup>(٧،٨)</sup>. وهناك شكلان شائعان في

وتحاشى الإزدواج". وفيما يتعلق بالصحة، تُعبّر الخطة عن اهتمامها بـ"مشاركة المواطنين في هيئات اتخاذ القرار ضمن جهاز الصحة المحلي" وـ"تنفيذ البرامج والأنشطة بالتنسيق مع المنظمات غير الحكومية والمؤسسات المختلفة لإفادة صحة الشباب". وتشترك المنظمات غير الحكومية كذلك في مجموعة الصحة الإنじابية المشتركة على المستوى المحلي.

في ولاية تشيواوا، يضم المجلس التنفيذي لمعهد النساء ممثليـنـ للـمنظـماتـ غيرـ الحـكـومـيـةـ. ولـدىـ حـكـومـةـ الـولاـيـةـ قـائـمةـ تـضـمـ ٦١٤ـ منـظـمةـ تـعـمـلـ فـيـ مـجـالـ القـضـاـيـاـ الـاجـتـمـاعـيـةـ فـيـ الـولـايـةـ،ـ مـنـ بـيـنـهـاـ الـاتـحادـ الـمـكـسـيـكـيـ لـلـجـمـعـيـاتـ الـعـاصـاصـةـ (٢٨)ـ.ـ وـتـدـعـوـ الخـطـةـ الصـحـيـةـ لـلـولـايـةـ لـفـتـرـةـ ١٩٩٩ـ ٢٠٠٤ـ إـلـىـ مـشـارـكـةـ الـمـنظـماتـ الـمحـلـيـةـ فـيـ تعـزيـزـ الصـحـةـ،ـ وـلـكـنـهاـ لاـ تـنـصـ عـلـىـ مـحتـوىـ تـلـكـ المـشـارـكـةـ.ـ وـأـحـدـ الـحـلـولـ الـمـقـرـرـةـ لـمـشـكـلـةـ الـنـفـطـيـةـ فـيـ برـنـامـجـ الـكـشـفـ عـنـ سـرـطـانـ عـنـ الرـحـمـ هوـ التـعـاـدـ معـ المـورـدـيـنـ الـخـاصـيـنـ إـلـىـ إـجـرـاءـ الـمـسـحـاتـ (٢٩)ـ.

في ولاية بيراكروس، هناك عدد كبير من المنظمات غير الحكومية المسجلة، ولكن هناك القليل من الأنشطة التعاونية الفعلية المدرجة ضمن "خطة تنمية الولاية" أو تتضمنها "التقارير الحكومية السنوية". وقد وضع "تسييق برامج التنمية البشرية والاجتماعية" في عام ٢٠٠٠ "لتشجيع وتنمية الصلة بين المستويات الحكومية المختلفة، والقطاع الخاص، والمؤسسات الأكاديمية، والمنظمات غير الحكومية والدولية، التي تعهد جميعها بخفض مستويات الفقر". وفي "برنامـجـ الـبـلـديـاتـ الصـحـيـةـ"، هناك ذكر كذلك لــمـشـارـكـةـ الـمـنظـماتـ غيرـ الحـكـومـيـةـ الـصـحـيـةـ،ـ هـنـاكـ ذـكـرـ كـذـلـكـ لــمـشـارـكـةـ الـمـنظـماتـ غيرـ الحـكـومـيـةـ السـلـطـاتـ الـحـكـومـيـةـ فـيـ تـشـجـعـ الـأـنـشـطـةـ الـصـحـيـةـ (٣٠)ـ.ـ وـمـعـ ذـلـكـ،ـ فـإـنـ وـثـائقـ تـلـكـ الـبـرـامـجـ كـلـهاـ لاـ تـتـحدـثـ إـلـىـ عـنـ دـعـمـ الـحـكـومـةـ لـعـلـمـ الـمـنظـماتـ غيرـ الـحـكـومـيـةـ،ـ وـلـيـسـ غـنـ الشـراـكـةـ.

وتتشابه ولاية خاليسكو مع ولاية بيراكروس. فدليل الحكومة المحلية لــمـنظـمةـ الـمـجـتمـعـ الـمـدـنـيـ يـضـمـ حـالـيـاـ ٢٢٨ـ منـظـمةـ.ـ وـفـيـ عـامـ ٢٠٠٢ـ قـدـمـتـ الـحـكـومـةـ نـصـائحـ

منظـماتـهـ غـيرـ الـحـكـومـيـةـ فـيـ تـلـكـ الشـراـكـاتـ.ـ وـمـعـ ذـلـكـ فـقـدـ كانـ الـاـهـتـمـامـ بـالـتـعاـونـ فـيـمـاـ بـيـنـ الـطـرـفـيـنـ وـتـجـربـتـهـ مـخـلـفـيـنـ فـيـ الـلـوـلـايـتـ الـسـتـ الـتـىـ تـقـعـ بـهـاـ الـمـنظـماتـ غـيرـ الـحـكـومـيـةـ الـتـىـ أـجـرـيـتـ مـعـهـاـ الـمـقـابـلـاتـ.

وفي عام ١٩٩٤ـ أـقـرـ الـكـونـجـرسـ الـمـحـلـيـ لـلـوـلـايـةـ كـوـلـيمـاـ بـرـنـامـجـ تـخـطـيـطـ لـلـوـلـايـةـ يـنـصـ عـلـىـ أنـ "...ـ يـحـدـدـ القـانـونـ الـإـجـرـاءـاتـ لـتـشـجـعـ وـضـمـانـ الـمـشـارـكـةـ الـجـمـاعـيـةـ وـالـدـيمـقـراـطـيـةـ لـمـخـلـفـ الـجـمـاعـاتـ الـاجـتـمـاعـيـةـ...ـ فـيـ وـضـعـ خـطـةـ تـمـيمـةـ الـوـلـايـةـ".ـ وـمـاـ يـؤـسـفـ لـهـ أـنـ مـبـادـرـةـ أـخـرـىـ،ـ هـىـ قـانـونـ تـشـجـعـ الـهـيـئـاتـ الـمـدـنـيـةـ الـذـىـ كـانـ سـيـضـمـنـ التـموـيلـ الـعـامـ لـلـمـنظـماتـ غـيرـ الـحـكـومـيـةـ،ـ لـمـ يـوـاقـعـ عـلـيـهـ (٣١)ـ.

في ولاية موريوس، وفي عهد إدارة سابقة لها، جرى تعاقد مع معمل خاص لتحليل مسحات عنق الرحم. وتتخرّط الإدارة الحالية في مجموعة أكثر اتساعاً من أشكال التعاون مع المنظمات غير الحكومية تراوّح بين برنامج المنح التعليمية للشباب والكبار وإنشاء مركز لدعم تنمية النساء، ويشمل ذلك ٢٧ منظمة غير حكومية. وتشترك المنظمات غير الحكومية حالياً في مجموعة الصحة الإنجابية التي تضم هيئات الولاية المختلفة، وهناك كذلك تعاون يجري حالياً بين المنظمات غير الحكومية للدفاع، ووضع السياسات فيما يتعلق بمنع العنف الأسري ودعم ضحاياه، ولجنة تشجيع الأمومة الآمنة. وأخيراً، فإن هناك كذلك بعض الاتفاقيات، غير الرسمية في معظمها، مع منظمات بعینها: فقد تعاونت منظمة التبادل والتنمية البشرية في أمريكا اللاتينية وعيادات الرعاية الصحية الأولية العامة في مجال الكشف عن سرطان عنق الرحم، ونسقت منظمتان غير حكوميتين آخران جهود توفير التدريب وأماكن الإقامة للقابلات في بلدة تيصوستلان (٣٢).

وفي يوكاتان، تشير خطة تنمية الولايات لــفـتـرـةـ ٢٠٠١ـ ٢٠٠٧ـ (٣٣)ـ إـلـىـ أـنـ أـحـدـ أـهـدـافـهـ الرـئـيـسـيـةـ فـيـ إطارـ الـمـسـاعـدـةـ الـاجـتـمـاعـيـةـ هـوـ "ـتـعـزـيزـ جـهـودـ الـتـسـيـيقـ مـعـ الـمـنظـماتـ غـيرـ الـحـكـومـيـةـ لـلـعـلـمـ عـلـىـ نـحوـ مـشـرـكـ".

وفي الوقت الراهن يركّز الاهتمام بالتعاون مع المنظمات غير الحكومية وتمويلها على المستوى الدولي على الأبحاث وتقييم أداء الرعاية الصحية التي يقدمها القطاع العام من أجل وضع إستراتيجيات مستقبلية. وقيل إن المفاوضات تجري في الكونجرس لإنشاء باب ميزانية للأبحاث الخاصة بالصحة الإنجابية، إلا أنهم لم يعتبروا أنه من المفيد تمويل توفير الخدمات بسبب الموارد المحدودة. وعلى المستوى المحلي، هناك قدر أقل من الاهتمام بعمل المنظمات غير الحكومية. ورغم وجود منظمات غير حكومية تعمل في مجال الصحة الإنجابية في ثلاث ولايات أُجريت فيها مقابلات مع مسئولي القطاع العام، فليس كل المسؤولين رفيعي المستوى على علم أو اهتمام باشطتها. وذكر عدم وجود إطار تنظيمي فعال للشركات على أنه مشكلة تتعلق بتحديد حقوق كل طرف ومسئولياته.

**تجربة ست منظمات غير حكومية في المكسيك**  
 يؤكّد تارِيس على أن التعاون بين المنظمات غير الحكومية المخصصة لقضايا النساء والحكومة لها تجلّياتها الخاصة. فالمنظمات النسائية غير الحكومية المهمّة بإقامة علاقة مع الحكومة تتعلّم ذلك من خلال الأصدقاء الذين هم موظفون عامون أو سياسيون، وهم من النساء في المقام الأول. وفي مناسبات قليلة جداً تتطور العلاقة بسبب اهتمام السياسيات بالنظريّة النسوية أو التعاطف مع عمل المنظمات غير الحكومية<sup>(٢٨)</sup>. وعلاوة على ذلك، فإن التغييرات الكثيرة للعاملين في القطاع العام بالمكسيك مع كل انتخابات يجعل من الصعب الحفاظ على العلاقات الالزامية لاستمرارية العمل بالاتفاقيات.

شهدت العلاقات بين المنظمات غير الحكومية الست التي تضمنها الجدول (١) والجهات الحكومية المختلفة تقلبات على مر السنين. ويقع المركز القومي للتعليم والتنمية في منطقة يسيطر عليها الحزب الثوري الدستوري الذي حكم المكسيك لأكثر من ٧٠ عاماً. وكان التعاون بين الحكومة والمركز محدودة. وفي الماضي كان المركز يوفر تدريباً للممرضات في عيادة عامة في سنتياجو توكيستلا، كما طلب حزب العمل القومي من

بشأن التنمية البشرية لتشع وستين منظمة غير حكومية. ويقدم معهد خاليسكو للمساعدة الاجتماعية دورات تدريبية لمديري المنظمات غير الحكومية في موضوعات مثل القانون والمحاسبة والإدارة المالية للمنظمات غير الحكومية، وكذلك مصادر التمويل وعمل مجالس الأمانة. وفي عام ٢٠٠١ قدمت الحكومة للمنظمات غير الحكومية ما تزيد قيمته على ٢٠٠ ألف دولار أمريكي في مجال البنية التحتية والمعدات<sup>(٤١)</sup>.

**الأولويات المتغيرة للشركات: الرؤى الحكومية**  
 ما يدركه حالياً المسؤولون الحكوميون الذين أُجريت معهم مقابلات هو أن للمنظمات غير الحكومية دوراً مهماً تقوم به في مراقبة برنامج الصحة الإنجابية الوطنية. وعلى سبيل المثال، يعترف المدير العام للصحة الإنجابية ومنسق برنامج النساء والصحة بإسهام المنظمات غير الحكومية في توسيع تغطية رعاية الصحة الإنجابية، على الأقل لقدرها في بعض الأحيان على الوصول إلى أشخاص لا يمكن للقطاع العام الوصول إليهم.

فيما يتعلق بإقامة الشراكة الرسمية، التي تمول فيها وزارة الصحة المنظمات غير الحكومية، قيل إن العائق الأكبر هو نقص الموارد، وأنه لابد من تحصيص أحد أبواب الموازنة أو التمويل الخارجي لهذا الغرض. فعلى سبيل المثال، تلقى برنامج تنظيم الأسرة منذ عدة سنوات ماضٍ تمويلاً خارجياً من المنظمات الدولية واستُخدم جزءٌ من تلك الموارد لدعم المنظمات غير الحكومية التي توفر الخدمات بالإمدادات والموارد المالية والتدريب. وكانت تلك مبادرة جديدة، وكان الدعم متبايناً؛ ففي بعض الأحيان كان القطاع العام يدرس المنظمات غير الحكومية، وفي أحيان أخرى كان العكس هو الذي يحدث. ومع ذلك فقد قامت المنظمات الدولية بوقف العمل بالاتفاقية على أساس أن وضع السكان الذين تجري خدمتهم قد تحسن، وعليه فلم تعد هناك ضرورة للتمويل، وكان لقطع التمويل ذلك أثر سلبي على الاستدامة المالية لكل من البرامج الحكومية وببرامج المنظمات غير الحكومية.

فيها الإدارة الحكومية يتحتم إعادة التفاوض حول التمويل. ومركز دعم النساء هو الوحيد من بين ست منظمات غير حكومية الذي كان يتلقى تمويلاً مباشراً من الحكومة على أساس منتظم.

بدأ مركز البحث ودعم النساء عمله حين كانت خاليسكو تحت حكم الحزب الثوري الدستوري. وبعد أن أصبح مرشح حزب العمل الوطني حاكماً، تحسنت علاقة المركز بالعديد من الهيئات الحكومية تحسناً كبيراً، حيث كانت لبعض عضواته من المهنيات صلات مع بعض مسئولي حكومة الولاية الجديدة. ومنذ ذلك الحين تم تفويت عدد من الأنشطة المشتركة، مثل ورش التدريب للموظفين العاملين. إلا أن العلاقة ضعفت في عهد حكومة حزب العمل الوطني الحالية، حيث إن اهتمام الحاكم الحالي بقضايا النوع وحقوق الإنسان محدود. وتلقى المركز تمويلاً من وزارة التنمية الاجتماعية لتنفيذ ورش عمل عن حقوق النساء والعنف الأسري في المناطق الهمashية جواداً آخرًا. وقد حضر بعض العاملين بوزارة الصحة ورش العمل الخاصة بالعنف الأسري التي نظمها مركز البحث ودعم النساء، ودعت الوزارة المركز لتنظيم دورات عن قضايا النوع لموظفي الدولة. ومع ذلك فإن نفقات تلك الدورات لا تُسدّد؛ فالمركز يضطر لاستثمار وقته وموارده بدون دعم من القطاع العام.

كانت للاتحاد المكسيكي للجمعيات الخاصة اتفاقية التعاونية الرسمية وغير الرسمية مع الحكومة. وهناك اتفاقية غير رسمية لتسيير العمل بشأن التوعية الصحية لتجنب ازدواج الجهد التي يقوم بها المرشدون الصحيون بالاتحاد وهؤلاء التابعون لوزارة الصحة وغيرها من الهيئات الحكومية. وأقام الاتحاد كذلك صلات رسمية مع برنامج الصحة الإنجلجية على المستوى الوطني وعلى مستوى الولايات. إلا أن هذا لا يشمل سوى حضور اجتماعات شهرية لمناقشة القضايا، واتخاذ القليل من القرارات. كما تلقى الاتحاد تمويلاً من وزارة التنمية الاجتماعية في عام 1998، وهو من بين المنظمات غير الحكومية التي شاركت في مجموعة الهيئات الحكومية للصحة الإنجلجية بوزارة الصحة.

المركز تتنظيم دورات تدريبية على الصحة الإنجلجية لأعضائه. وقد اختارت وزارة التنمية الاجتماعية المركز للقيام بدور المفتش الخارجي على إدارة مواردها على المستوى المحلي. وكانت هناك اتفاقية بين المركز وعيادة سوء نمو بطانة عنق الرحم التابعة لوزارة الصحة في هالاصا عاصمة بيراكاروس منذ عام 1996، أسهمت في تدريب المرشدين الصحيين وفي الإجراءات الخاصة بإحالاة المرضى إلى الرعاية من الدرجة الثانية أو الثالثة اللازمة. وفي عام 2002 تلقى المركز تمويلاً من معهد التنمية الاجتماعية لتنفيذ برنامج لتجهيز النصوص وتقديم الدعم للنساء ضحايا العنف الأسري.

أثناء إدارة كاريyo أوليا (1998-1994)، عملت منظمة التبادل والتنمية البشرية في أمريكا اللاتينية بطريقة غير رسمية مع بعض العاملين في العديد من عيادات الصحة الأولية العامة في موريلوس في مجال الوقاية من سرطان عنق الرحم والكشف عنه. ومما يؤسف له أن اقتراحها الخاص بإنشاء مركز للرعاية الصحية المتكاملة لم يؤخذ مأخذ الجد من جانب الحكومة. ومن عام 1992 ومنظمة التبادل والتنمية البشرية في أمريكا اللاتينية عضو في اللجنة الوطنية للأمومة الآمنة التي تضم مؤسسات أكاديمية وهيئات حكومية ومنظمات غير حكومية. وقد قدمت المنظمة طلباً لتمويل برنامج صحة المجتمعات، الذي تديره وزارة الصحة على المستوى الفدرالي، لتدريب القابلات على الكشف عن سرطان عنق الرحم وتشجيع النساء لعمل الفحوصات، ولكن الطلب رُفض على أساس أن وزارة الصحة لديها بالفعل برنامج قائم للكشف عن سرطان عنق الرحم.

أنشأت حكومة ولاية كولومبيا مركز دعم النساء برئاسة جريسيليدا أباريس (1985-1989) للقيام بالعمل المتعلق بالعنف الأسري المتصل بمكتب النائب العام للولاية. وفيما بعد قرر مركز دعم النساء أن يصبح منظمة مجتمع مدنى مستقلة، وكان يأمل في الاحتفاظ بالدعم المالي الحكومي. إلا أنه ما إن أصبح مستقلاً حتى أصبح الدعم غير ثابت، حيث لابد الآن من موافقة المجلس المحلي سنوياً على المبلغ، وفي كل مرة تتغير

ترويجهما، وفي بعض الحالات عدم احترام خصوصية المرضى. ومن ثم فهى تشعر بأن شراكة الحكومة مع المنظمات غير الحكومية سوف تساعد على تنفيذ اتفاقيات القاهرة، وسيكون لها أثر إيجابى على أداء القطاع العام.

وترى المنظمات غير الحكومية أن التحدى المهم هو إنشاء آليات رسمية للإشراف على العملية، لمنع الموظفين المرتبطين بتلك الأنشطة من استغلال مناصبهم. وهى تشعر أن عملية اختيار المشروعات التى ستُمول ينبع أن تنسق بالصرامة والشفافية، مع انتقاء المشروعات بناء على جودتها وأثرها المحتمل وليس طبقاً لأسباب شخصية أو سياسية. وقد شارك واحد من المنظمات غير الحكومية فى عملية انتقاء المشروعات مع وزارة التنمية الاجتماعية، وشارك آخر فى اللجنة التى راقبت العملية. وهما تشيران إلى أنه إذا كانت المنظمات غير الحكومية التى تقدم بطلبات للتمويل هى نفسها التى تشارك فى عملية الانتقاء، وهو ما يبدو أنه حدث، فسوف يكون فى ذلك قضاء على أي معنى للحياد.

يشعر إخباريو المنظمات غير الحكومية جميعهم بقوة أن الدولة تحمل مسؤولية ضمان توفير التعليم والرعاية الصحية للسكان كافة. ولا تحل شراكة المنظمات غير الحكومية مع الحكومة محل مسئوليات الحكومة، بل إن عجز الدولة عن تحقيق تلك الأهداف أدى إلى تولي المجتمع المدنى جزءاً من تلك المسئولية. ويشعر بعض إخباريو المنظمات غير الحكومية أنه ينبع قيام تلك المنظمات بأنشطة معينة فحسب. مثل: التدريب أو مراقبة أعمال الحكومة، أو توفير خدمات شديدة التخصص.

### مناقشة

شراكة المنظمات غير الحكومية والحكومة أحد الخيارات المطروحة فى المكسيك لتوفير خدمات الصحة الإنجابية فى المناطق الجغرافية التى لا يحصل فيها السكان على ما يكفى من الخدمات، ولتوفير الدفاع

وحتى الآن لم يتم أى اتفاق رسمي أو غير رسمي بين منظمة الخدمات الإنسانية للصحة الجنسية والإنجابية والحكومة. وهى كثيراً ما تقطم ورش عمل للتدريب على الصحة الإنجابية والجنسية يُدعى إليها العاملون فى قطاع الصحة العامة، وقد قبل بعض العاملين فى القطاع العام تلك الدعوات فى مناسبات عديدة. وتعتقد منظمة الخدمات الإنسانية للصحة الجنسية والإنجابية أنه ينبغي اعتبار ذلك شكلاً من اعتراف الحكومة بأشطتها.

### الشراكة مع الحكومة؛ رؤية المنظمات غير الحكومية

كان إخباريو المنظمات غير الحكومية السيدة جيميه بيتون أنَّه من الواضح أنَّ الحكومة الحالية أكثر افتاحاً على المجتمع المدنى المنظم، وأنَّ هناك اهتماماً بوجهات نظر المنظمات غير الحكومية بشأن السياسة. ومع ذلك فهم يشعرون كذلك أنَّ التفاعل المتزايد مع الحكومة قد يقلل من مستوى استقلال المنظمات غير الحكومية أو يحررها عن مهامها.

وفيما يتعلق بإمكانية تمويل الحكومة لبعض مشروعات المنظمات غير الحكومية المحددة أو تقديم خدمات بعينها، ترى هذه المنظمات غير الحكومية أنَّ هناك مزايا وعيوباً. وإحدى مزايا وجود جهة أخرى تقدم خدمات الصحة الإنجابية غير الحكومة هي أنَّ هذا يحول دون التلاعب فى السياسات الاجتماعية لأغراض انتخابية. والميزة الأخرى هي أنَّ التمويل يوفر استدامة مالية لمشروعات المنظمات غير الحكومية. وهناك ميزة أخرى، وهي أنَّ مثل هذا الاتفاق يعني - ضمنياً - اعتراف الحكومة بتصورها فيما يتعلق بتوفير الخدمات وقدرتها على الحفاظ على مستوى معين من جودة الرعاية الصحية للسكان. وطبقاً لما ذكرته بعض المنظمات غير الحكومية، فإنَّ البرنامج الوطنى للصحة الإنجابية لم يحقق ما جاء فى اتفاقيات مؤتمر القاهرة.

وهي تذكر على سبيل المثال المشاركة المحدودة للرجال فى برامج الصحة الإنجابية، ورفض توفير عمليات الإجهاض القانونية، وعدم توفر وسائل تنظيم الأسرة مثل موانع الحمل فى الحالات الطارئة، وضعف أنشطة

على مستوى الولاية، نجد أن العمل الذي تؤديه المنظمات غير الحكومية إما غير معترف به أو يعتبر غير ذي أهمية. وهناك أيضاً افتراض بأن الشراكة لا تقيد سوى المنظمات غير الحكومية. أما على المستوى الفدرالي، فإن إسهام المنظمات غير الحكومية في مجال الصحة الإنجابية معترف به الآن. ولكن مازال هناك القليل جداً من البرامج التي تدعم التعاون مع المنظمات غير الحكومية، وغالباً ما تقتصر الاتفاقيات على تمويل مشروعات بعينها. وحتى عندما يصبح ازداج الوظائف مشكلة، مما يعني -ضمنياً- إهدار الموارد وقدان التنسيق بين الفاعلين المشاركين، يبدو أن الحكومة لا تنظر إلى التعاون على أنه طريقة للحفاظ على الموارد. ومن ثم، فرغم أن الخطاب الرسمي يوحى بالاهتمام بالمنظمات غير الحكومية والشراكة، فإن الإرادة السياسية لتنفيذ الاتفاقيات طويلة المدى لا تبدو وشيكة.

بالنسبة للمنظمات غير الحكومية، تعتبر الشراكة خياراً مادامت لا يتعدى على مهمتها، أو لا تعنى ضمنياً أن تتخلص الحكومة من مسؤولياتها. وحتى عندما يكون لدى المنظمات غير الحكومية القدرة على ضمان أن تكون مقدماً جيداً للخدمات، ينبغي أن تظل مسؤولية ضمان الحصول على الخدمات الصحية للسكان جميعاً في أيدي الحكومة، باعتبارها المسئول الرئيسي عن توفير وتنظيم وتنسيق الخدمات، وتتحمل مسئولية ضمان كفاية الموارد لتوفير خدمات ذات نوعية جيدة.

والواقع أن نقص الموارد أحد العوائق الرئيسية التي تواجهها المنظمات غير الحكومية. وفي الاتفاقيات التعاقدية التي يجري تفيذها حالياً، تُمنح المنظمات غير الحكومية قدرًا محدودًا من الموارد التي لا بد من استعمالها خلال فترة زمنية محددة. ومع أن الاتفاقياترسمية، فليست هناك ضمانات لاستدامة الشراكة على المدى الطويل، وتقتصر آليات المحاسبة على الفترة الزمنية القصيرة نفسها، مما يحد من قيمتها بدرجة كبيرة. وتُضطر المنظمات غير الحكومية إلى تقديم مقترح مشروع "جديد" للمشروعات الجاري تفيذها بالفعل. مرة تلو الأخرى، وهو إجراء يزيد من تكلفة

والخدمات في المجالات التي لم تعالجها الحكومة. ولا تزال هناك مناطق في المكسيك بعيدة عن الخدمات الصحية العامة تعمل فيها المنظمات غير الحكومية. وذلك هو الحال مع المركز الإقليمي للتعليم والتنظيم الذي يعمل في العديد من المجتمعات المحلية الريفية في منطقة توكتلاس بولاية بيراكروس. وهناك بعض القضايا التي تواجهها الخدمات الصحية العامة ولكن المنظمات غير الحكومية قامت بها، ومنها دعم ضحايا العنف الأسري ورعايتهم، وتوفير وسائل منع الحمل في الحالات الطارئة، وعمليات الإجهاض القانونية.

كما أن الشراكة خيار مطروح حيثما تكون تكلفة تقديم الخدمات الحكومية أعلى مما تعاقدت إحدى المنظمات غير الحكومية على تقديمها، وهو الوضع في المناطق الريفية بشكل أساسى. و غالباً ما يكون هناك مرضية وطبيب في كل عيادة رعاية صحية أولية -ويعتبر العمل في هذه العيادات شرطاً لاستكمال فترة التدريب بالنسبة للأطباء- وسوف تكون تكلفة توظيف ممارس عام إضافي لتلك العيادات عالية جداً. وفي المناطق التي يوجد بها بالفعل منظمة غير حكومية توفر خدمات الصحة الإنجابية، قد يكون دعمها خياراً أقل تكلفة. وبناءً على مقارنة لتكلفة الكشف عن سرطان عنق الرحم في إحدى المناطق، وُجد أن التكلفة في العيادة العامة أعلى بمقدار ٢٦٪ منها في عيادة منظمة التبادل والتنمية البشرية في أمريكا اللاتينية<sup>(٤)</sup>.

زاد التعاون بين الحكومة والمنظمات غير الحكومية منذ عام ٢٠٠١ في مجال رعاية الصحة الإنجابية. ومع ذلك فما زالت هناك حاجة إلى توفير ظروف الشراكة الممكنة بين منظمات الصحة الإنجابية غير الحكومية والقطاع العام في المكسيك. والأمر المهم هو أن هناك تراثاً من عدم الثقة من جانب الحكومة، وتراثاً من عدم المشاركة في اتخاذ القرار من جانب المجتمع المدني ما زال يؤثران على سلوك كلاً الطرفين، وخاصة على مستوى الولاية. لقد كان نفوذ الهيئات الدولية عنصراً مهماً في مباحثة العملية، إلا أنه من الصعب تحديد إلى أي حد التعهدات الحالية سببها الضغط الدولي.

الضرائب. ذلك أنه إذا تهرب عدد كبير من المواطنين من دفع الضرائب سوف تقل موارد تمويل البرامج الحكومية. وفيما يتعلق بهذا الأمر في المكسيك، فقد زادت نسبة السكان العاملين في الاقتصاد غير الرسمي زيادة كبيرة في العشرين سنة الماضية، في الوقت الذي زاد فيه معدل التهرب من دفع الضرائب من جانب هؤلاء الذين هم ضمن القطاع الرسمي (٤٥، ٤٤).

ليس توفير المال هو السبب الوحيد في وجوب عمل الحكومة في شراكة مع المنظمات غير الحكومية. فتخليق المنظمات غير الحكومية للرأسمال الاجتماعي من خلال العمل في المجتمع المحلي يعد سبباً مهماً كذلك. وقد أنشأ المركز الإقليمي للتعليم والتنظيم والاتحاد المكسيكي للجمعيات الخاصة ومنظمة التبادل والتنمية البشرية في أمريكا اللاتينية شبكات كبيرة من المرشدين الصحيين والقابلات الذين يساعدون في توفير الرعاية الصحية الوقائية وغيرها من الخدمات، وتقريب تلك الخدمات من المجتمع. ومن الصعب تبرير عدم اعتراف الحكومة بخبرة المنظمات غير الحكومية ومهاراتها، والمعلومات التي توفرها، والشبكات المجتمعية التي أقامتها. وفي أغلب الحالات، هذه هي الموارد التي لا يجب أن يقدمها سوى المنظمات غير الحكومية، وهي إسهام له قيمته في إنجاح تفزيذ السياسة الصحية (٣).

وما لم تعرف الحكومة بالإسهامات المحددة التي تقدمها المنظمات غير الحكومية لأية شراكة، وما لم تكن هناك آليات رسمية لضمان المحاسبة والتعهد طولي المدى من جانب الحكومة، فسيكون من المستحيل تنفيذ الاتفاقيات التعاونية العادلة. وهكذا، فمن الضروري إجزاء تغييرات في الإطار القانوني الذي يحكم الاعتراف بمنظمات المجتمع المدني والشراكة مع الحكومة، وهو الذي سوف يسهم على نحو خاص في زيادة الثقة.

وأخيراً، فإن التنافس العالى بين المنظمات غير الحكومية على الموارد التي توفرها الحكومة ينطوى على مخاطرة إعادة صياغة بعض المنظمات الحكومية

التعامل بالنسبة للجانبين، وبعد عقبة للتعاون المستقبلي. وهناك بالطبع التهديد الدائم بعدم الحصول على التمويل مرة أخرى.

سوف يتوقف مستقبل المنظمات غير الحكومية في المكسيك على قدرتها على الحصول على التمويل والموارد من داخل البلاد. وقد وضع العديد من المنظمات غير الحكومية آليات للتمويل الذاتي (مثل تحصيل رسوم عن الخدمات). ومع ذلك فإن معظم أنشطة تلك المنظمات غير الحكومية من أجل السكان ذوى الدخل المنخفض الذين لا يمكنهم تحمل تلك الرسوم. وأحد البديل هو التمويل الحكومي. ومن ناحية أخرى، يمكن كذلك القول بأن التمويل الحكومي لبرامج رعاية الصحة الإنجابية ما زال محدوداً جداً، ولا يكفى لتمويل الموردين من خارج القطاع العام والتعاقد معهم. ولكن تتحقق شراكات ذات مدى أطول، فإن الحكومة تحتاج إلى آليات أكثر فاعلية لكي يمكنها توليد تلك الموارد.

وال الخيار الممكن الآخر أمام المنظمات غير الحكومية هو من خلال العمل الخيري على المستوى الوطنى. إلا أنه لكي تحقق المنظمات غير الحكومية أكبر فائدة من التبرعات الخاصة، ينبغي أن يكون هناك دعم من الحكومة. وتعد القيود التي يفرضها قانون الضرائب على إصدار إيصالات قابلة للخصم من الضرائب والامتيازات الضريبية المحددة بالنسبة للمنظمات غير الحكومية عوائق كبيرة. والمشكلة الإضافية هي أن اهتمام المجتمع المكسيكي بالأعمال الخيرية قليل جداً. وطبقاً لما ذكره شيبيرد، فإن هذه ظاهرة عامة في أمريكا اللاتينية، حيث عجزت المنظمات غير الحكومية التي تعمل في مجال حقوق الجنسية والإنجابية عن إقناع الطبقات العليا والوسطى القادرة على إمدادها بالدعم المالي أو السياسي (٤).

وفي هذا الصدد، فإن مواطنى المكسيك عليهم مسئولية مؤكدة إن هم أرادوا ضمان حصول الكافة على الخدمات الاجتماعية. إلا أن مسئوليهم الأساسية هي دفع

جداً من الثقة في الحكومة، وربما لا تعتبر التعاون أحد الخيارات<sup>(٢)</sup>.

وحالياً، تملك الحكومة المكسيكية سلطة اتخاذ قرارات أكبر بكثير. فهي التي يبدها قرار من الذي تتعاون معه، وفي أي الظروف، وبأية موارد. والقرار الوحيد الذي يبدي المنظمات غير الحكومية هو قبول تلك الشروط أو رفضها. وسوف تكون هناك حاجة إلى توزيع أكثر إنصافاً للسلطة قبل تحقيق المعنى الحقيقي للشراكة.

لأهدافها وبرامجها لتضاهي الأهداف والبرامج التي تعتبرها الحكومة ذات أولوية قصوى. وقد حافظت المنظمات غير الحكومية المست التي أجريت معها المقابلات من أجل هذه الدراسة، وجميعها على قدر كبير من الالتزام بعملها، على استقلالها والقدرة على اتخاذ قراراتها، غير أنه لديها كذلك مخاوف حول استمرارية وضعها المالي في ظل الشك المتعلق بطول زمن دعم الحكومة لها. ومن المفارقة أن مثل هذه المنظمات غير الحكومية قد تشعر بذلك بقدر قليل

#### المراجع:

1. Ostrom E. Crossing the great divide: co-production, synergy, and development. *World Development* 1996;24(6): 1073-87.
2. Evans P. Government action, social capital and development: reviewing the evidence on synergy. *World Development* 1996;24(6):1119-32.
3. Lasker R, Weiss E, Miller R. Partnership synergy: a practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. *Milbank Quarterly* 2001;79(2):179-205.
4. Reich M. Public-private partnership for public health. In: Reich M (editor). *Public-Private Partnership for Public Health*. Cambridge MA: Harvard Center for Population and Development Studies, 2002.
5. Williams N. Modernising government: policy networks, competition and the quest for efficiency. *Political Quarterly* 2000;71(4):412-21.
6. Herrera C. Experiencias viables de colaboracion entre ONG de mujeres e instancias gubernamentales en Mexico. Mexico City: Foro Nacional de Mujer y Politicas de Poblacion, 2000.
7. Smith K. Non-governmental organizations in the health field: collaboration, integration and contrasting aims. *Social Science and Medicine* 1989;29(3): 345-402.
8. Osborne S. *Voluntary Organizations and Innovation in Public Services*. London: Routledge, 1998.
9. Gordon S. Entre la filantropia y el mercado: La Fundacion Mexicana para el Desarrollo Rural. In: Mendez JL (editor). *Organizaciones Civiles y Politicas Publicas en Mexico y Centroamerica*. Mexico City: Miguel Angel Porrua, 1998.
10. UNFPA. Chapter 4: Partnership and empowerment. *The State of World Population* 1999. New York: UNFPA, 2000. At: <<http://www.unfpa.org/swp/1999/chapter4.htm>>.
11. Health, Empowerment, Rights & Accountability. *Confounding the Critics: Cairo Five Years On. Executive Summary*. London: HERA, 1999.
12. Hogwood B, Gunn L. *Policy Analysis for the Real World*. Oxford: Oxford University Press, 1984.
13. Nowland-Foreman G. Purchase-of-service contracting voluntary organizations, and civil society. *American Behavioral Scientist* 1998;42(1): 108-23.

14. World Bank. Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1997. Washington DC: World Bank, 1998.
15. Abramson W. Asociaciones entre el sector publico y las organizaciones no gubernamentales para la contratacion de los servicios de salud primaria: un documento de analisis de experiencias. Bethesda MD: Partnership for Health Reform, LACRSS, 1999.
16. Torres B. Las organizaciones no gubernamentales: avances de investigacion sobre sus caracteristicas y actuacion. In: Mendez JL (editor). Organizaciones Civiles y Politicas Publicas en Mexico y Centroamerica. Mexico City: Miguel Angel Porrua, 1998.
17. Mitchell S, Shorten S. The governance and management of effective community health partnership: a typology for research, policy, and practice. Milbank Quarterly 2000;78(2):241-89.
18. Powell J. Contract management and community care: a negotiated process. British Journal of Social Work 1999;29:861-75.
19. Brock KL. Sustaining a relationship: Insights from Canada on linking the government and the third sector. Working Paper 1. School of Policy Studies. Queen's University, Ontario, June 2001.
20. World Health Organization. World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO, 2001.
21. Espinoza G, Paredes L. Salud reproductiva en Mexico. Los programas, los procesos, los recursos financieros. In: Espinoza G, editor. Compromisos y Realidades de la Salud Reproductiva en Mexico. Mexico City: El Atajo Ed/UAM, 2000.
22. Ministry of Health. Programa de Accion: Cancer Cervicouterino. Subsecretaria de Prevencion y Proteccion de la Salud. Mexico: MoH, 2001.
23. World Health Organization. Agenda Internacional para la Investigacion en Cancer. 2001. At: <[www.who.int](http://www.who.int)>. Accessed 2003.
24. World Bank. World development indicators: reproductive health. At: <[www.worldbank.org/data/](http://www.worldbank.org/data/)>. Accessed 2003.
25. Glaser B, Strauss A. The Discovery of Grounded Theory. Chicago: Aldine, 1968.
26. Centre Mexicano para la Filantropia. Directorio de Organizaciones 2004. At: <[http://www.cemefi.org.mx/index.cfm?page=CEM\\_DIR\\_BASES](http://www.cemefi.org.mx/index.cfm?page=CEM_DIR_BASES)>. Accessed 2004.
27. Tapia M, Luciano D. Conferencias de El Cairo y Beijing. Dilemas entre el diseño y la implementación de políticas sobre derechos sexuales y reproductivos. Revista Mujer Salud 2001 ;2.
28. Tarres ML. De la identidad al espacio público: las organizaciones no gubernamentales de mujeres en México. In: Mendez JL (editor). Organizaciones Civiles y Políticas Públicas en México y Centroamerica. Mexico City: Miguel Angel Porrua, 1998.
29. Federal Government. National Plan for Development 1995-2000. Mexico, 1995.
30. Federal Government. National Plan for Development 2001-2006. Mexico, 2001.
31. Ministry of Health. National Health Plan 2001-2006. Mexico: SSA. At: <[www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)>. Accessed 2003.
32. Simon J. The tax treatment of nonprofit organizations: a review of federal and state policies. In: Powell W (editor). The Nonprofit Sector. A Research Handbook. New Haven: Yale University Press, 1987.
33. Perez-Yarahuan G, Garcia-Junco D. Una ley para organizaciones no gubernamentales en México? In: Mendez JL (editor). Organizaciones Civiles y Políticas Públicas en México y Centroamerica. Mexico City: Miguel Angel Porrua, 1998.

34. David Rockefeller Center for Latin American Studies and Hauser Center for Nonprofit Organizations. Legal and tax information by country. The case of Mexico. At: <<http://drclas.fas.harvard.edu/programs/PASCA/pdfs/english/SpecificCasesMexico.pdf>>. Accessed 2001.
35. Gobierno del Estado de Colima. Articulo 5. Ley de Planeacion del Estado de Colima. 1994. At: <<http://www.congresocol.gob.mx/leyes/ley-planeacion.htm>>, Accessed 2002.
36. Gobierno del Estado de Morelos. Primer Informe de Gobierno. 2001. At: <<http://www.e-morelos.gob.mx/e-noticias/Informe/desarrollosocialintegral.htm#3>>, Accessed 2002.
37. Gobierno del Estado de Yucatan. Plan Estatal de Desarrollo 2001-2007. At: <<http://www.yucatan.gob.mx/index2.htm>>, Accessed 2002.
38. Gobierno del Estado de Chihuahua. Consulta de Organizaciones de Asistencia Social At: <<http://www.chihuahua.gob.mx/default.asp>>, Accessed 2003.
39. Gobierno del Estado de Chihuahua. Plan Estatal de Salud 1999-2004. 2002. At: <<http://www.chihuahua.gob.mx/attach//Programa%20Estatal%20de%20Salud%201999%202004.pdf>>, Accessed 2003.
40. Gobierno del Estado de Veracruz. Tercer Informe de Gobierno. 2002. At: <[http://www.veracruz.gob.mx/documentos/tercerinforme/textos/is\\_gobierno.htm#2.3](http://www.veracruz.gob.mx/documentos/tercerinforme/textos/is_gobierno.htm#2.3)>, Accessed 2002.
41. Gobierno del Estado de Jalisco. Segundo Informe de Gobierno. At: <<http://www.jalisco.gob.mx/gobierno/informes0107/2informe/index.html>>, Accessed 2002.
42. Gomez-Jauregui J. Costos y calidad de la prueba de detección oportuna del cancer cervicouterino en una clinica publica y en una organizacion no gubernamental. Salud Publica Mexicana 2001 ;43: 279-88.
43. Shepard B. NGO advocacy networks in Latin America: lessons from experience in promoting women's and reproductive rights. The North-South Agenda Papers. No.61. North-South Center, University of Miami. February 2003.
44. Flores-Curiel D, Valcro-Gil JN. Tamano del sector informal y su potencial de recaudacion en Mexico. Documento de Trabajo. Centro de Investigaciones Economicas, Universidad Autonoma de Nuevo Leon. 2000. At: <[http://www.sat.gob.mx/sitio\\_intemet/transparencia/51\\_3321.html](http://www.sat.gob.mx/sitio_intemet/transparencia/51_3321.html)>.
45. Hernandez-Trillo F, Zamudio-Carrillo A. Evasion Fiscal en Mexico: el caso del IVA. Documento de Trabajo. Centro de Investigacion y Docencia Economicas. 2004. At: <[http://www.sat.gob.mx/sitio\\_intemet/transparencia/51\\_3321.html](http://www.sat.gob.mx/sitio_intemet/transparencia/51_3321.html)>.

# عشر سنوات من الديمقراطية في جنوب إفريقيا: توثيق التغيرات التي طرأت على سياسة الصحة الإنجابية ووضعها

دايان كوبر، وتشيلسي مورانى ب، وفيليس أورنر ب، وچنيفر مودلى ج،  
وچين هاريس ب، ولی كالينجورث د، وماجرىت هوفرمان ب  
ترجمة: أحمد محمود

## ملخص

خلق ظهور الديمقراطية في جنوب إفريقيا عام 1994 فرصة فريدة لإصدار قوانين وسياسات جديدة. والآن، وبعد مرور عقد من الزمان، نجد أن سياسات الصحة الإنجابية والقوانين التي تضمنها من بين أكثر السياسات والقوانين تطوراً وشمولًا في العالم فيما يتعلق بما تقدمه من اعتراف بحقوق الإنسان، ومنها الحقوق الجنسية والإنجابية. وتحقق هذه الورقة ما طرأ من تغيرات في السياسة والخدمات الصحية، مع التركيز - بشكل خاص - على المجالات الأساسية للصحة الجنسية والإنجابية، وهي: منع الحمل، وصحة الأم، وإنهاء الحمل، وسرطان عنق الرحم وسرطان الثدي، والعنف الجنسي القائم على النوع، والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والأمراض المنقولة جنسياً، والعقم. ورغم ما تحقق من تقدم، فإنه من الصعب رؤية تغيرات كبيرة في وضع الصحة الإنجابية للنساء، في ظل الفترة الزمنية القصيرة وتعدد العوامل المعقّدة التي تؤثر على الصحة، وخاصة التفاوتات وعدم المساواة في الوضع الاجتماعي الاقتصادي والتوعي. ولا تزال هناك ثغرات في تطبيق سياسات الصحة الإنجابية وفي تقديم الخدمات، والتي تحتاج لمعالجتها كتحسنات كبيرة في وضع الصحة الإنجابية للنساء. وقد قام المجتمع المدني بدور كبير في ضمان تلك التغيرات التشريعية والسياسية، وما زالت جماعات الناشطين الصحيين تضغط على الحكومة لإحداث المزيد من التغييرات وتقديم الخدمات، وخاصة في مجال فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

Ten Years of Democracy in South Africa: Documenting Transformation in Reproductive Health Policy and Status. Nov. 2004, 12(24). Diane Cooper, Chelsea Morroni, Phyllis Orner, Jennifer Moodley, Jane Harries, Lee Cullingworth, Margaret Hoffman

© جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠٠٥

**كلمات مفتاحية:** الديمقراطية، صحة النساء، برامج وسياسات الصحة الإنجابية، السياسة والقانون، جنوب إفريقيا.

أ. المدير التنفيذي، وحدة أبحاث صحة النساء، مدرسة الصحة العامة وطب الأسرة بجامعة كيب تاون، كيب تاون، جنوب إفريقيا. بريد إلكترونى: dic@cormack.uct.ac.za

ب. كبيرة الباحثين، وحدة صحة النساء، مدرسة الصحة العامة وطب الأسرة بجامعة كيب تاون.

ج. المدير المشارك، وحدة صحة النساء، مدرسة الصحة العامة وطب الأسرة بجامعة كيب تاون.

د. مستشار الأبحاث، وحدة صحة النساء، مدرسة الصحة العامة وطب الأسرة بجامعة كيب تاون.

\* ليس المقصود باستخدام مصطلحات اللون الدالة على الاختلافات بسبب البيولوجيا أو إضفاء المشروعية على نظام التصنيف العنصري. ففي عهد حكومة التمييز العنصري كان الجنوب إفريقيين جميعهم مصنفين طبقاً لللون البشرة، وهو ما خلق ميراً من التناول الشديد في مجالات الحياة كلها، بما في ذلك الصحة. والمصطلحات المستخدمة هنا للتسليم بهذا الأثر وتبع التقدم في معالجة الظلم السائد القائم على اللون.

## **سياسة الصحة الإنجابية وخدماتها في ظل سياسة التمييز العنصري**

كان المجتمع الجنوب إفريقي في ظل سياسة الفصل العنصري يقسم بالقرفة والتمييز بقدر كبير جداً؛ فقد كان الجنوب إفريقيون السود محروميين من الحقوق السياسية والاجتماعية والاقتصادية والصحية. وكان القطاع العام للنظام الصحي متشظياً ويتسم بأشكال اللامساواة الجغرافية والعنصرية. وبحلول منتصف الثمانينيات، كانت هناك عشر إدارات للصحة نتيجة لسياسة "الموطن الأصلي" سيئة السمعة. وفي ظل برلمان تركمانيا عام ١٩٨٣<sup>(١)</sup> أنشئت ثلاثة إدارات منفصلة تحت مسمى "الشئون الخاصة" للخدمات الصحية لكل من البيض والملونين والهند. وقد خُصص القسم الأكبر من الموارد الصحية لتوفير الرعاية الصحية للأقلية البيضاء في المناطق الحضرية<sup>(٢)</sup>، مع التركيز على توفير الخدمات العلاجية فائقة التكنولوجيا المتقدمة في المستشفيات في المراكز الحضرية<sup>(٣)</sup>.

قبل عام ١٩٩٤ لم تكن هناك سياسات شاملة للصحة الإنجابية في جنوب إفريقيا. وتمشياً مع الاتجاهات الدولية، كانت الخدمات الصحية للنساء تتكون، في المقام الأول، من خدمات صحة الأم والطفل،<sup>(٤)</sup> مع التركيز على خدمات منع الحمل التي تستهدف الحد من زيادة السكان. وكان لتوفير وسائل منع الحمل مضموناً عنصرياً، حيث كانت حكومة جنوب إفريقيا تسعى للحد من زيادة عدد السكان السود على وجه التحديد<sup>(٥)</sup>. وكان هناك ترويج كبير لحقن منع الحمل طويلاً المفعول بالحقن بين النساء السود، وبالخصوص في المناطق الريفية، بينما كانت ترويج لحبوب منع الحمل - وهي أكثر وسيلة يمكن وقفها في أي وقت - بين النساء البيض<sup>(٦)</sup>. وبحلول عام ١٩٩٤ كان هناك ما يزيد على ٦٥ ألف مركز خدمات لوسائل منع الحمل في البلاد.

كان هناك تناقض واضح بين التوازن الواسع لخدمات منع الحمل بالمقارنة مع خدمات الصحة الأخرى على مستوى الرعاية الأولية كافة، بما في ذلك خدمات الصحة الإنجابية الأخرى التي كانت هزيلة ولا يمكن للغالبية

العظمى من السكان، وخاصة من يعيشون في المناطق الريفية، الحصول عليها<sup>(٧)</sup>.

وكانت السمات العامة لخدمات صحة الأم هي التكريس، والازدحام، وعدم كفاية العاملين، وأنعدام الخصوصية، ومعاناة النساء المستمرة من مشاكل الحصول على الخدمات<sup>(٨)</sup>. وكان الكشف على عنق الرحم يجري بطريقة عشوائية في خدمات القطاع العام، وكان متاحاً في المقام الأول للشابات اللائي يداومن على خدمات تنظيم الأسرة وما قبل الولادة<sup>(٩)</sup>. وكانت النساء اللائي يمكنهن الحصول على الخدمات الصحية في القطاع الخاص - وهن في الغالب من البيض - يتمتعن بكشف أكثر انتظاماً على عنق الرحم، مما يخلق تقاوياً عنصرياً في معدلات الإصابة أعلى بكثير بين النساء السود مما هي عليه بين النساء البيض<sup>(١٠)</sup>. أيضاً كانت هناك قيود شديدة على إنهاء الحمل. وتشير التقديرات إلى أن معدلات إجراء الإجهاض غير القانوني - قبل تخفيف تشريع إنهاء الحمل في عام ١٩٩٦ - كانت ٢٠٠ ألف عملية سنوياً، وكانت مرتبطة بقدر كبير من اعتلال الصحة والوفيات التي يمكن تقديرها<sup>(١١)</sup>. أما عمليات الإجهاض القانوني التي يتراوح عددها بين ١٠٠٠ - ١٥٠٠ حالة سنوياً، فكانت تتم في الغالب بين النساء البيض<sup>(١٢)</sup>. ولم يكن هناك اعتراف بحدة العنف القائم على أساس نوعي، ولم يجر التعامل معه بفاعلية<sup>(١٣)</sup>، وكانت الخدمات المقدمة للعنف الجنسي متشظية، دون أن تكون هناك خطة شاملة للتعاون بين الإدارات الحكومية ذات الصلة. وأخيراً، تجاهلت الحكومة العنصرية - إلى حد كبير - ظهور قضية الإيدز. ومن ثم ورثت الحكومة الديمocrاطية الجديدة في عام ١٩٩٤ نظاماً صحيحاً يتمثل بالانقسام والتشتت واللامساواة بشكل شديد.

## **التحول إلى الديمocratie؛ تغيرات في سياسة الصحة الإنجابية**

أدت المعارضة والكافح المسلح ضد سياسة التمييز العنصري، بالإضافة إلى الضغط الدولي المتزايد، إلى فترة تحول سياسي منذ عام ١٩٩٠ حتى انتخابات

في عام ١٩٩٤، تبنت وزارة الصحة منهج "الرعاية الصحية الأولية" باعتباره التوجه الفلسفى والهيكلى لنظام الرعاية الصحية الجنوب إفريقي<sup>(١٥)</sup>. وأكد هذا المنهج على حقوق الإنسان، والمساواة في توزيع الموارد، والخدمات الصحية اللامركزية التي يمكن الحصول عليها على نطاق واسع وتهدف إلى تعزيز الاحتياجات الصحية المحلية وانخراط المجتمع من خلال النظام الصحي على مستوى المناطق، والرعاية الصحية الوقائية والتشجيعية<sup>(١٦)</sup>. وقد أدخلت الخدمات الصحية المجانية على مستوى الرعاية الصحية الأولية التي استهدفت النساء والأطفال. وكان الهدف الأساسي تعويض الإهمال السابق لاحتياجات الصحية للنساء السود الفقيرات. وقررت القوانين والسياسات التي تعالج اللامساواة النوعية اعتباراً من ١٩٩٤ بيئة مواتية لإصلاحات الصحة الإنجابية. ومثال ذلك، تجريم الدستور الجديد ومشروع قانون الحقوق التقرية على أساس الجنس والنوع والتوجه الجنسي<sup>(١٧)</sup>. وكذلك الاتفاقيات الدولية مثل "اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد النساء". كما أنشئت لجنة المراقبة المشتركة لمتابعة والإشراف على التقدم الحكومي في تعزيز المساواة النوعية فيما يتعلق بـ "تحسين نوعية حياة النساء ووضعنهن".

وقد صاحب تلك التغيرات في القانون والسياسة إعادة هيكلة كبرى للبرامج والإدارة الصحية. ففي عام ١٩٩٥ أنشئت إدارة الأم والطفل وصحة النساء في وزارة الصحة بهدف زيادة حصول النساء على الخدمات الصحية المناسبة، وضمان اتساق مقاربات توفير الخدمة الصحية مع هدف زيادة المساواة على أساس النوع الاجتماعي، وتوفير الخدمات التي تساعد النساء والرجال على تحقيق الصحة الإنجابية والجنسية المثل<sup>(١٨)</sup>. وكان ذلك يمثل خطوة مهمة من جانب واضعى السياسات تتسمج مع التفكير الدولى الحالى الذى يعترف بأن النساء يحملن عبئاً غير متناسب من مشاكل الصحة الإنجابية، وبأن النوع الاجتماعي محدد مهم للصحة. ومع ذلك فقد وجد هناك نزعة مستمرة داخل الإدارات والبرامج الحكومية لإعطاء قدر محدود من الاهتمام لمشاكل النساء الصحية الأخرى غير الصحة الإنجابية.

جنوب إفريقيا الديمocraticية فى عام ١٩٩٤. وفي عام ١٩٩٠ أنشأ المؤتمر الوطنى الإفريقي لجنة صحية تجمع الناشطين الصحيين والمنظرين المعارضين لسياسة التمييز العنصري الذين بدأوا في وضع خطة صحية تهدف إلى تحويل قطاع الصحة إلى نظام واحد يقود على التوزيع العادل للموارد وتوفير الخدمات على نحو موسع<sup>(١٩)</sup>. كما قامت منظمات المجتمع المدنى النشطة في مجال أبحاث وبرامج صحة النساء والنوع الاجتماعي بحشد التأييد لوضع سياسات للصحة الإنجابية المناسبة محلياً والمتوافقة مع تنامي التأكيد العالمي على حقوق الإنسان والمساواة النوعية. وفي الوقت نفسه ربطت المؤتمرات الدولية المهمة، مثل المؤتمر الدولى للسكان والتنمية الذى عُقد بالقاهرة في عام ١٩٩٤ والمؤتمر الدولى الرابع للمرأة الذى عُقد ببكين في عام ١٩٩٥ ، على نحو واضح بين الصحة الإنجابية للنساء، وحقوق النساء، والتنمية الاجتماعية الاقتصادية، مع التأكيد على التعريف الموسع للصحة الإنجابية<sup>(٢٠)</sup>.

## تشريعات الصحة الإنجابية وسياساتها: المنجزات والتحديات

نتيجة للجهود التي قامت بها الحكومة والناشطون الصحيون في منظمات المجتمع المدنى، جرت الموافقة على الكثير من القوانين والسياسات المؤثرة على الصحة الإنجابية منذ عام ١٩٩٤ (الإطار ١). وقد جمع مؤتمر لصحة النساء استضافه في أواخر ١٩٩٤ "مشروع صحة النساء" بجامعة ويتوترزراند بين نساء من أنحاء المجتمع الجنوب إفريقي<sup>(١٤)</sup>. وقد تم تضمين الكثير من توصيات المؤتمر في السياسات الحكومية الخاصة بالصحة الإنجابية<sup>(١٤)</sup>. وفي عام ١٩٩٤ أجرت إدارة الصحة الوطنية الجديدة بمشاركة من منظمة الصحة العالمية والأطراف المعنية من المجتمع المدنى تقييمًا سريعاً لخدمات الصحة الإنجابية، كما عقدت ورشة عمل للخروج بتوصيات عن أولويات البحث وصياغة السياسات<sup>(٧)</sup>. وفي الوقت نفسه شاركت الحكومة الجنوب إفريقية في تشكيل الإجماع حول الصحة الإنجابية والحقوق في المؤتمر الدولى للسكان والتنمية والمؤتمر الدولى الرابع للمرأة.

## الإطار ١: التغيرات التشريعية والسياسية الكبرى ذات التأثير على الصحة الإنجابية في جنوب إفريقيا

- ١٩٩٤ - أقامت وزارة الصحة شراكات لتنظيم وتطوير ومراجعة السياسة المتعلقة بالإيدز، مع التركيز على منع الإصابات الجديدة ومعالجة حالات العدوى الأخرى التي قد تحدث نتيجة لوجود الإيدز.
- الخدمات الصحية المجانية للنساء الحوامل والأطفال دون سن السادسة.
- ١٩٩٥ - تصديق الحكومة على "اتفاقية الأمم المتحدة للقضاء على جميع أشكال التمييز ضد النساء".
- ١٩٩٦ - قانون الحق في اختيار إنهاء الحمل يضع إطاراً قانونياً لتوفير خدمات الإجهاض.
- ١٩٩٧ - ضرورة الإبلاغ عن وفيات الأمهات: تشكيل اللجنة الوطنية الدائمة للتحقيق في وفيات الأمهات.
- طرح ميثاق حقوق المرضى، مما يوفر للمرضى المعرفة والحق في معالجة قضايا المساواة في خدمات الرعاية الصحية.
- ١٩٩٨ - طرح سياسة سكانية جديدة، منفصلة عن الزيادة السكانية.
- تشكيل المجلس الوطني الجنوبي إفريقي لإلادز.
- الموافقة على قانون العنف الأسري.
- ١٩٩٩ - إدخال برامج منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأمهات للأطفال في إقليم الكيب الغربي.
- طرح القواعد الإرشادية الوطنية لبرامج للكشف على عنق الرحم.
- ٢٠٠٠ - إدخال برامج منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأمهات للأطفال في إقليم جوتنج.
- ٢٠٠١ - فوز حملة العمل من أجل العلاج ومركز حقوق الأطفال في دعوى قضائية تأمر الحكومة بتنفيذ برنامج شامل لمنع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأمهات للأطفال ونشر خدمات البرنامج في أنحاء البلاد.
- طرح القواعد الإرشادية لسياسة منع العمل القومي.
- موافقة الحكومة على توفير المعالجة الوقائية بعد التعرض للمرض لمن تعرض للاغتصاب في منشآت القطاع العام.
- ٢٠٠٢ - موافقة الحكومة على خطة توفير مضادات الفيروسات الارتدادية للمرضى المصاين بالإيدز من خلال الخدمات الصحية في القطاع العام.
- ٢٠٠٤ - مراجعة تشريع الاعتداء الجنسي لتعديل تعريف الاغتصاب وفرض عقوبات أشد.

الضعف في نظام الصحة العامة الأكثر اتساعاً إلى وجود عيوب في قدرة قطاع الصحة العامة على التخطيط ووضع السياسات والخدمات الجديدة، ومتتابعة تفزيدها بكفاءة<sup>(١٤)</sup>. كما واجهت الحكومة الجديدة تحديات ضخمة في إعادة تنظيم الإدارات الصحية لتصبح نظاماً صحيحاً موحداً، بينما تعالج في الوقت نفسه المشاكل الصحية الكبرى وقضايا توفير الخدمات الصحية. وقد خلقت التأجิلات والمشاكل في تطبيق نظام المناطق الصحية جوًأ من عدم التحدد حول طريقة إدارة الخدمات الصحية، وحول الهياكل التنظيمية التي يجري من خلالها تفزيذ البرامج والخدمات. ويؤدي انخفاض الروح المعنوية بين مقدمي الرعاية الصحية في القطاع العام إلى صعوبة تأمين العاملين المهرة والحافظ علىهم، كما أنه يؤثر تأثيراً سلبياً على السياسة الفعالة وتنفيذ الخدمات<sup>(١٥)</sup>.

قدّمت كذلك مبادرات لمعالجة القصور في توفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمرأهقات. فقد طرحت مبادرة "العيادة صديقة المراهقات" في عام ١٩٩٩ من خلال المنظمة الوطنية غير الحكومية "حب الحياة" بتأييد من وزارة الصحة. وتتوفر هذه العيادة في الوقت الحالي مدربين ومقدمين لخدمات الصحة العامة مع إستراتيجية التقييم الذاتي التي تهدف إلى تحسين نوعية الخدمات المقدمة للمرأهقات على مستوى الرعاية الصحية الأولى. وتشكل العيادة جزءاً من التصديق على "العيادة صديقة المراهقات" ذات الشكل القياسي على المستوى القومي<sup>(١٦)</sup>.

ولا شك في أنه كان هناك عدد من الإنجازات المهمة، غير أنه ما زال هناك عدد من التحديات. وقد أدت نقاط

مثلت تلك السياسة تحولاً مهماً من التركيز -سابقاً- على التحكم في عدد السكان إلى التركيز على تمكين النساء، ومشاركة الرجال الفعالة في الصحة الإنجابية، وضرورة تمكين كلٌ من النساء والرجال من اتخاذ القرارات الإنجابية القائمة على توفير المعلومات.

وعبر استخدام الأدلة المتوفرة على المستويين المحلي والوطني، تم -بإجماع الخبراء- تطوير السياسة الوطنية حول استخدام موانع العمل (٢٠٠٢)، والقواعد الإرشادية لتقديم الخدمات (٢٠٠٤). وكانت تلك الوثائق محورية سواء في تحديد المشاكل التي تواجهها خدمات منع الحمل -مثل محدودية اختيار الوسائل، وما يمارسه مقدمو الرعاية الصحية من إجبار، وسبل حل المشاكل المقيدة بشكل مبالغ فيه لبدء منع الحمل، واستبعاد الرجال، وعدم توفر الخدمات للشباب- أو من خلال توفيرها لإطار شامل لرعاية منع العمل<sup>(٢٠)</sup>.

وبسبب السياسة السكانية السابقة، حتى قبل عام ١٩٩٤، فإن موانع العمل كانت منتشرة بدرجة عالية في جنوب إفريقيا مقارنة بدول جنوب الصحراء الإفريقية. فثلاثة أرباع النساء الجنوبيات إفريقيات كن يستخدمن وسيلة ما لمنع الحمل، ويستخدم حاليًا ٦١٪ من النساء النشطات جنسياً إحدى وسائل منع الحمل<sup>(٢١)</sup>. تمثل الحقن التي تحتوي على البروجستونج فقط الوسيلة الأكثر شيوعاً (حوالى ٤٩٪ من استخدام موانع العمل في الوقت الحالى بين النساء النشطات جنسياً) يليها حبوب منع الحمل وتعقيم النساء (تمثل الوسيطتان معاً حوالي ٢٠٪ من الاستخدام الحالى بين النساء النشطات جنسياً<sup>(٢٢)</sup>).

أسهمت تلك المستويات المرتفعة من استخدام موانع الحمل في خفض إجمالي معدل الخصوبة من ٣،٣ في عام ١٩٩١ إلى ٢،٩ في عام ١٩٩٩. ومنذ عام ١٩٩٤، وتماشياً مع منهج الرعاية الصحية الأولية، أدمجت خدمات منع الحمل التابعة للقطاع العام في خدمات الرعاية الأولية العامة، وقد أدى تزايد إتاحة الحصول

ويهدد النقص في الموارد البشرية والمالية، خاصة مع زيادة استخدام القطاع العام، بتبني توفير وتوفير خدمات القطاع العام المناسبة، في المناطق الريفية على وجه الخصوص<sup>(٢٣)</sup>. ووثقت دراسة أجريت مؤخراً نقصاً في إنفاق الرعاية الصحية لكل فرد في القطاع العام في عام ٢٠٠٣ مقارنة بعام ١٩٩٧، ويعود ذلك في المقام الأول إلى الزيادة الواضحة في عدد الأشخاص الذين يترددون على الخدمات الصحية العامة<sup>(٢٤)</sup>. ويجري نقص الموارد اللازمة لتوفير الرعاية الصحية في القطاع العام في سياق تناقض احتياجات تخصيص موارد للإسكان والتعليم وخلق فرص عمل، وكذلك في ظل استمرار التخصيص غير المتوازن للموارد الصحية في اتجاه القطاع الصحي الخاص. فيبينما يمكن لأقل من ٢٠٪ من سكان جنوب إفريقيا الحصول على الرعاية الصحية الخاصة، فإن هذا القطاع يستهلك حوالي ٧٠٪ من إجمالي موارد الرعاية الصحية<sup>(٢٥)</sup>. وبينما أدى جعل الرعاية الصحية مجانية إلى زيادة الحصول عليها بصورة عامة، وخاصة بالنسبة للنساء والأطفال<sup>(٢٦)</sup>، فقد كان لانتقال الموارد من المستويين الثاني والثالث إلى المستوى الأول أثر سلبي على توافر بعض الاختصاصيين وخدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المستشفيات للفقراء<sup>(٤)</sup>.

## تغيرات في مجالات الصحة الجنسية والإنجابية الأساسية

حدث تقدم تشريعى وسياسي محدد في عدد من المجالات المهمة للصحة الإنجابية، وهى: منع الحمل والإجهاض، وصحة الأم، وأنواع السرطان النسائي، والعنف والإيذز، لكن مازال هناك الكثير الذى يجب عمله في بعض المجالات مثل العقم ورعاية الصحة الإنجابية للنساء المصابة بالإيدز، والاحتياجات الصحية للنساء المتقدمات في العمر.

## منع الحمل

وفررت السياسة السكانية لجنوب إفريقيا في عام ١٩٩٨ إطاراً متعدد القطاعات لمعالجة القضايا السكانية. وقد

\* هذه النسبة المئوية عن نوع استخدام الوسيلة جرى حسابها بناء على الأرقام المقدمة في المسح الديموغرافي والصحي الجنوبي إفريقي<sup>(٢٦)</sup>.

الواقي في آخر جماع<sup>(٢٩)</sup>. ومع أن هذه البيانات تشير إلى زيادة استخدام الواقي بين النساء، فإن مستويات الاستخدامات مازالت منخفضة بشكل غير مقبول. إن المعدلات المرتفعة للإصابة بالإيدز وغيره من الأمراض المنقلة جنسياً تعنى أن الكثير من النساء في جنوب إفريقيا يحتاجن إلى وقاية من العمل ومن الإصابة بالعدوى. وهناك أقلية صغيرة من النساء النشطات جنسياً في جنوب إفريقيا يتوفّر لها الحماية من الإصابة بالأمراض المنقلة جنسياً ومن العمل في آن واحد عن طريق استخدام الواقي الذكري، بل إن أقلية أصغر (٥٦٪، ٧٪) تستخدم الواقي مع وسيلة أخرى لمنع الحمل لتحقيق الحماية المزدوجة<sup>(٣٠,٣١)</sup>.

وفي هذا السياق يتطلب تشجيع استخدام الواقي كجزء من تشكيلة وسائل منع العمل والحماية المزدوجة قدراً أكبر من الاهتمام، وهو ما يتطلبه كذلك ابتكار وسائل أخرى تقوم على المبادرة النسائية، مثل مبiddات الجراثيم. ومع أن قاعليّة مبiddات الجراثيم في الوقاية من الإيدز غير معروفة إلى الآن، فهناك العديد من التجارب الإكلينيكية التي تجري في جنوب إفريقيا. وعلى المستوى الوطني، فإن الوسيلة الواقية الوحيدة المتاحة للمترددين على عيادات القطاع العام هي الواقي الذكري، أما الواقي الأنثوي فهو متوفّر في موقع محدود أو من خلال القطاع الخاص، حيث تحول الأسعار المرتفعة دون الحصول عليه.

وتتوافر وسائل من الحيل الطارئة في العيادات الصحية التابعة للقطاع العام. ومع ذلك فإن استخدامها منخفض جداً بسبب عدم معرفة المستخدمات المحتملات لهذه الوسيلة<sup>(٣٢)</sup>.

### صحة الأم

أدى إدخال الرعاية الصحية المجانية للحوامل في عام ١٩٩٤ إلى تحسين حصول النساء على الرعاية الصحية المناسبة أثناء الحمل. وأدى تصنيف وفاة الأم أثناء الحمل كإحدى الحالات التي ينبغي الإبلاغ عنها في عام ١٩٩٧، وتعيين اللجنة القومية للتحرييات السرية عن

على وسائل منع الحمل أثناء التردد على الخدمات الصحية الأخرى إلى تعزيز استمرارية الرعاية<sup>(٣٣)</sup>.

ورغم الجهود الساعية إلى توسيع دائرة خيارات موانع الحمل على مدى السنوات العشر الماضية، فقد كان هناك القليل من التغيير في تشكيلة وسائل منع الحمل المتاحة، وما زالت وسائل منع العمل بالحقن مستخدمة بمعدلات مرتفعة جداً<sup>(٣٤)</sup>. ومع أن هذا قد يعكس تفضيل المستخدمات، فإن دور مقدمي الرعاية الصحية في التأثير على اختيار وسيلة منع العمل موثق توثيقاً جيداً. كما أن آراء ممرضات الرعاية الأولية وممارساتهن كثيراً ما تقيد اختيار الوسيلة في القطاع العام<sup>(٣٥)</sup>. وما زالت الأبحاث تبين أنه لا تقدّم للنساء المعلومات الكافية عن وسائل منع العمل، وأن مخاوف النساء فيما يتعلق بوسائل يعنيها لا تؤخذ بجدية من جانب مقدمي الخدمات الصحية<sup>(٣٦,٣٧)</sup>.

ما زالت الحاجز التي تحول دون الحصول على خدمات تنظيم الأسرة قائمة، وخاصة بالنسبة للشابات. ويشمل ذلك المخاوف المتعلقة بغياب الخصوصية، ومواعيد العمل غير المناسبة بالعيادات، كما أن استهجان العاملين في العيادة لكون الشابات نشطات جنسياً يعوقهن عن استخدام العيادات<sup>(٣٨)</sup>. ويعنى هذا أن الكثير من الشابات يبدأن في استخدام موانع العمل فقط من رعاية ما بعد الولادة عقب العمل غير المقصود<sup>(٣٩)</sup>. ورغم توافر خدمات منع العمل، فما زالت معدلات حمل المراهقات والحمل غير المقصود بين النساء في جنوب إفريقيا مرتفعة، حيث تصل نسبة من يحملن في سن التاسعة عشرة إلى ٣٥٪<sup>(٣٦)</sup>، وحوالى ٥٣٪ من حالات الحمل إما غير مخططة<sup>(٣٦)</sup> أو غير مرغوب فيها<sup>(٣٧)</sup>. وهكذا فلابد منبذل جهود أكبر لتحسين استخدام النساء لمنع العمل الفعال.

في عام ١٩٩٨، ذكر ٢٢٪ من النساء النشطات جنسياً أنهن يستخدمن الواقي باستمرار، وذكر ٨٪ أنهن استخدمن الواقي أثناء آخر جماع<sup>(٣٧)</sup>. وفي عام ٢٠٠٢، ذكر ٦٪، ٢٨٪ من النساء النشطات جنسياً أنهن استخدمن



القومي يتناقض مع الاختلاف الإقليمي الضخم<sup>(٢٣)</sup>. وبهذا وباء الإيدز بإضاعة المكاسب التي تحققت في مجال الوفيات المتصلة بالحمل. وقد كشفت الدراسة الوطنية عن وفيات الأمهات في جنوب إفريقيا أن الإيدز هو سبب ١٧٪ من وفيات الأمهات في الفترة من ١٩٩٩ إلى ٢٠٠١، وهناك اعتقاد بأن هذا التقدير يقل كثيراً عن الواقع، حيث إن الإصابة بالإيدز بين النساء لم تكن معروفة إلا فيما لا يزيد كثيراً عن ثلث الحالات<sup>(٢٤)</sup>. وفي خدمات ما قبل الولادة وأثناء الوضع وما بعد الولادة، أدخلت برامج منع انتقال عدو الإيدز من الأم إلى الطفل، ولكن القليل من الاهتمام جرى توجيهه للتعامل مع عواقب إصابة النساء أنفسهن بالإيدز.

### انهاء الحمل

يمثل إنهاء الحمل أحد مجالات الصحة الإنجابية للنساء الذي أدت فيه التغيرات الكبيرة على مستوى التشريع والسياسات وتقديم الخدمات إلى تحسن ملموس في الوضع الصحي للنساء. ويسمح قانون خيار إنهاء الحمل بذلك عند الطلب إذا كانت فترة الحمل ١٢ أسبوعاً أو

وفيات الأمهات إلى إمكانية حساب وفيات الأمهات وتوفير آلية للمراقبة المستمرة. ويوفر التحرى السري ومراقبة وفيات الأمهات القائمة على الخدمة الصحية معلومات مهمة بشأن الأسباب الطبيعية، لكي تستهدف التدخلات تلك المسببات. إلا أنهما لا يساعدان في تحديد عبء وفيات الأمهات التي تُعزى إلى مسببات غير طبيعية، مثل العوائق المرتبطة بالنوع التي تحول دون الحصول على الرعاية الطبية.

ولا يمكن مقارنة إحصائيات وفيات الأمهات قبل عام ١٩٩٤ وبعده على نحو صحيح، ذلك أنه قبل عام ١٩٩٤ كان جمع البيانات يجري في المناطق الحضرية فحسب، وبين النساء اللائي يلدن في دور الأئمة، مما يؤدي إلى تقديرات شديدة المحدودية لوفيات الأمهات. وفي بعض مناطق البلاد كان هناك نقص مُطرد في وفيات الأمهات على مدى نصف القرن الماضي، حيث انخفضت المعدل بمقدار النصف فيما بين ١٩٥٣ و٢٠٠٢<sup>(٢٥)</sup>. ويقدر معدل وفيات الأمهات القومي في الوقت الراهن بـ ١٥٠ من بين كل ١٠٠ ألف ولادة حية<sup>(٢٦)</sup>، ولكن هذا المتوسط

زيادة توافر الخدمة<sup>(٢٥)</sup>. ومع أن الكثير من المنشآت الصحية المخصصة لتقديم خدمة إنهاء العمل لا يفعل ذلك، فقد حدث تقدم مؤخراً بزيادة عدد المنشآت المخصصة التي تؤدي وظيفتها بالفعل من ٣٣٪ في عام ٢٠٠١ إلى ٤٨٪ في عام ٢٠٠٣<sup>(٣٦)</sup>. وزاد عدد عمليات الإجهاض التي تُجرى في جنوب إفريقيا زيادة مطردة من ٢٩٣٧٥ في عام ١٩٩٧ إلى ٥٣٥١ في عام ٢٠٠١<sup>(٣٥)</sup>.

ينبع تحدٍّ كبير من نقص مقدمي الرعاية الصحية المدربين والمستعدين لتقديم الخدمة. بالإضافة إلى ذلك فإن موقف بعض مقدمي الرعاية الصحية -الذين يرون في الإجهاض أمراً يتعارض مع قناعاتهم- يحول دون حصول النساء على تلك الخدمة. وبالرغم من الإلزام القانوني لهم بإحالة النساء إلى مُقدمي الرعاية الصحية المستعدين لإجراء الإجهاض، فإن الكثيرين منهم يحاولون إثناء النساء عن إجراء الإجهاض، مما يمثل عائقاً أساسياً للرعاية<sup>(٣٧)</sup>. وقد أجريت ورش عمل لتوضيح القيم وتشجيع مقدمي الرعاية لتبني مواقف أكثر تسامحاً<sup>(٣٨)</sup>، ويجرى حالياً تقديم الخدمة في بعض الأماكن عن طريق فرق مقدمي الخدمة في الصحة الجمالي لزيادة حصول النساء على الخدمة في المواقع التي بها مقدمو رعاية ليست لديهم الرغبة في تقديمها.

يتضمن تعديل قانون خيار إنهاء العمل لعام ٢٠٠٣، الذي وافق عليه البرلمان مؤخراً، المزيد من المبادرات المقدمة من الحكومة لزيادة إمكانية خدمات إنهاء العمل. ويسمح التعديل لأية منشأة صحية لديها خدمة أمومة طوال الأربع والعشرين ساعة بتقديم خدمات الإجهاض في الثلاثة أشهر الأولى، بدون الحصول على الإذن الوزاري المطلوب حالياً. كما أنه يسمح لكل الممرضات المسجلات الالئى أكملن دورة التدريب على إنهاء العمل، وليس القابلات فحسب، بإجراء عمليات إنهاء العمل في الثلاثة أشهر الأولى<sup>(٣٩)</sup>. كما وافق مجلس مراقبة الأدوية بجنوب إفريقيا على عقار ميفبرستون المستخدم في الإجهاض الطبي حتى ثمانية أسابيع من الحمل، وتدرس وزارة الصحة إدخال الإجهاض الطبي في قطاع الصحة العامة.

أقل، على أن يكون ذلك بواسطة قابلة قانونية أو طبيب. أما حالات الحمل التي تترواح بين ١٣ و٢٠ أسبوعاً فيمكن إنهاؤها عندما يشكل استمرار الحمل خطراً على أحوال المرأة الاجتماعية أو الاقتصادية أو النفسية<sup>(٤١)</sup>.

كان ذلك القانون رائداً من زاوية استهدافه لتعزيز الحصول على قدر أكبر من خدمات إنهاء العمل، وخصوصاً بالنسبة للنساء السود الفقيرات. وكان هناك اعتراضان قانونيان كباران على قانون إنهاء العمل لكن لم يفلح أي منهما. ويشهد الإبقاء على القانون بشكله الحالى -بالرغم من الضغط الكبير على الحكومة كى تغيره- على التزام جنوب إفريقيا بالحقوق الإنسانية، بينما تتعرض الحقوق الإنسانية في عدد من الدول في أنحاء العالم للخطر. وكان لمنظمات المجتمع المدني دور محوري في ضمان إحداث تغيير في قانون الإجهاض. ولعب تحالف الحقوق الإنسانية على نحو خاص دوراً مهماً في طرح التشريع وتوجيهه عبر عملية تشاورية طويلة على المستوى الوطني: وما زال التحالف يراقب تنفيذ التشريع وتقديم الخدمات.

قبل الموافقة على القانون، كان التقدير هو أن ٣٤٪ من حالات الإجهاض غير الكامل التي تدخل المستشفيات سنوياً تنتهي عن عمليات الإجهاض غير الآمنة<sup>(٤٥)</sup>. وبعد عامين من الموافقة على القانون الجديد، انخفض عدد النساء المصابات بحالات مرضية خطيرة تتصل بالإجهاض بمقدار النصف (٥٪ في عام ١٩٩٩ مقابل ٥٪ في عام ١٩٩٤) وكانت الأغلبية العظمى (٩١٪) لم تكن تبدو عليها أي علامات مرضية عند دخول المستشفى. كما انخفض معدل وفيات الأمهات نتيجة لعمليات الإجهاض غير الآمنة<sup>(٤٥)</sup>.

أدى التزام مديرى برنامج الصحة الإنسانية، وبعض مدربى المنشآت، وعدد صغير من مقدمي الخدمات الصحية في أنحاء البلاد، بتقديم الخدمة الفعالة إلى زيادة حصول النساء على الخدمات في كل من القطاعين العام والخاص. كما أدى توفير عمليات الإجهاض في الشهور الثلاثة الأولى بواسطة قابلات قانونيات إلى

هو ١٣٪ بالنسبة للنساء الآسيويات، و ١٦٪ للنساء البيض والملونات معاً، و ١٧٪ للنساء السود<sup>(٣٩)</sup>. وكان احتمال الإصابة بسرطان الثدي في حياة النساء الجنوب إفريقيات بصورة عامّة هو ١٪ في ٢١-١٩٩٦<sup>(٣٩)</sup> مقابل ٣٪ في ١٩٩٥-١٩٩٣<sup>(٤٠)</sup>. وكان هناك القليل من الاهتمام بإجراءات الحد من الإصابة بسرطان الثدي بين النساء في جنوب إفريقيا، وليس الكشف باستخدام رسام الثدي متاحاً في القطاع العام بسبب التكلفة.

### العنف القائم على النوع والجنس

لا تتوفر البيانات الخاصة بالعنف القائم على النوع في جنوب إفريقيا قبل ١٩٩٤، ولكن يعتقد أن المعدلات انخفضت في العقد الماضي. ففي عام ١٩٩٨ قدرَت دراسة ممثّلة تمثيلاً قومياً لإيذاء الجسد المستمر من جانب الشريك الحميم بنسبة ١٢٪<sup>(٤١)</sup>. وكشفت دراسة أجريت عام ١٩٩٩ في ثلاثة مناطق حول إيذاء الشريك الحميم عن قدر أكبر من انتشار الإيذاء الجسدي المستمر (٢٧٪ و ٢٨٪ و ١٩٪) في شرقى الكيب ومصومالانجا والمناطق الشمالية على التوالي<sup>(٤١)</sup>.

وتجرى الإصلاحات التشريعية والسياسية لمعالجة العنف القائم على النوع منذ عام ١٩٩٤، حيث تحركها المنظمات النسائية في المقام الأول<sup>(٤٢)</sup>. ويعتبر قانون العنف الأسري الذي جرت الموافقة عليه في عام ١٩٩٨ واحداً من أكثر القوانين تقدماً في العالم<sup>(٤٣)</sup>. وهو يعترف بالمستويات غير المقبولة من العنف العائلي، وينص على ترتيبات الحماية القانونية في أية علاقة عائلية، ويوسع تعريف العنف العائلي ليشمل مجموعة كبيرة من أشكال الإيذاء<sup>(٤٢،٤٣)</sup>. غير أنه بينما زاد عدد أوامر الحماية التي تسعى إليها النساء ضد الإيذاء، كان نصفها فحسب من أجل الحماية من الشريك الحميم، وهو مصدر أساسى لإيذاء النساء\*. وعلاوة على ذلك فقد اتضح أن عملية التطبيق يصعب إدارتها، ولا تفهمها النساء فهماً جيداً، وكان هناك تدريب غير مناسب لمقدمي الخدمة الصحية، كما كان الجهاز القانوني الذى يفتقر إلى الموارد يعوق التنفيذ<sup>(٤٢،٤٣)</sup>. وتبدى حالياً الجهود لمعالجة بعض

### سرطان عنق الرحم وسرطان الثدي

سرطان عنق الرحم أحد الأسباب الرئيسية لاعتلال الصحة والوفاة التي يمكن الوقاية منها في جنوب إفريقيا، وهو أكثر أنواع السرطان شيوعاً بين النساء السود اللائي يزداد احتمال إصابتهن به بمقدارضعف على النساء الآسيويات، و ٤٪ مرة على النساء البيض والملونات<sup>(٣٩)</sup>. وكان احتمال الإصابة بسرطان عنق الرحم في حياة المرأة هو ٢٪ في ١٩٩٦-١٩٩٧<sup>(٣٩)</sup> مقابل ١٪ في الفترة من ١٩٩٣ إلى ١٩٩٥<sup>(٤٠)</sup>. وفي الفترة الأخيرة حددت وزارة الصحة الوقاية من سرطان عنق الرحم كأولوية قومية. وقد حدثت تغيرات سياسية، بلغت ذروتها في تنفيذ برامج إرشادية للإعلان عن نشر خدمات الكشف على عنق الرحم. وفي عام ٢٠٠٠ وضعت القواعد الإرشادية لبرنامج الكشف على عنق الرحم القائمة على أفضل الأدلة المتاحة بشأن إستراتيجيات الواقع منخفضة الموارد. وتدعى القواعد الإرشادية إلى إجراء ثلاثة مسحات مجانية لعنق الرحم في حياة المرأة، تبدأ بعد سن الثلاثين، على أن تكون بين الواحدة والأخرى فترة زمنية مقدارها عشر سنوات<sup>(٤٤)</sup>. وهدف البرنامج هو الكشف على ما لا يقل عن ٧٠٪ من النساء ضمن المجموعة المستهدفة قومياً خلال عشر سنوات من التنفيذ. ومن الناحية النظرية يمكن أن يؤدي هذا إلى الحد من الإصابة بسرطان عنق الرحم بما يزيد على ٦٠٪<sup>(٤٤)</sup>.

تتصل التحديات الأساسية التي تواجه التنفيذ الفعال لبرنامج الفحوص المنسحبة بتدعيم الجهاز الصحي على مستوى المناطق، والتيسير بين الخدمات الإكلينيكية والمعملية وخدمة الإحالة. ومن الضروري دمج الكشف على عنق الرحم في الخدمات الصحية الأخرى في الرعاية الصحية الأولية، ولابد من تدريب القائمين على الرعاية الصحية وتشجيعهم على تقديم الرعاية الفعالة.

وسرطان الثدي هو أكثر أنواع السرطان شيوعاً بين النساء الآسيويات والبيض والملونات في جنوب إفريقيا. وكان احتمال الإصابة في دورة حياة المرأة عام ١٩٩٧

\* اتصال شخصي، ن. ابراهامز، مارس ٢٠٠٤.

الصحي على المستوى المحلي<sup>(٤٧)</sup> بعض التعديلات التي تواجه ترجمة سياسة تقديم العلاج الواقى بعد التعرض إلى خدمة فعلية فعالة في كل أنحاء جنوب إفريقيا.

حتى عام ١٩٩٦ كانت الخدمات المقدمة لمن تعرضوا للاعتداء الجنسي لا يقدمها إلا الجراحون الحكوميون على مستوى المناطق، والآن يقدم كل الأطباء العاملين في القطاع العام أو الخاص تلك الخدمات، مما يجعلها متاحة بشكل أكبر. ومع ذلك، فقد أوضحت دراسة قومية أجريت مؤخرًا العديد من المشاكل المتعلقة بتقديم الخدمات لمن تعرضوا للاعتداء الجنسي، مثل عدم التنسيق بين قطاعات الصحة والشرطة والقانون، وعدم وجود بروتوكولات إكلينيكية قياسية، وعدم كفاية تدريب مقدمي الرعاية الصحية، والمشاكل الخاصة بالإحالة إلى جلسات المشورة، وغياب الخصوصية، وطول مدة انتظار الحصول على الخدمات. ولتحسين نوعية الرعاية وضمان الجمع الصحيح للأدلة من أجل اتخاذ الإجراءات القانونية ضد المعتدين، كانت هناك توصية بتحديث مقدمي ومنظفات الرعاية المختصين لتقديم الخدمات المتعلقة بالاعتداء الجنسي. وتراجع وزارة الصحة حالياً القواعد الإرشادية القومية للتعامل مع ضحايا الاعتداءات الجنسية، كما أعدت الوزارة مسودة بروتوكول لتوفير حزمة رعاية أكثر شمولًا<sup>(٤٨)</sup>. وقد طرحت بعض المبادرات المحلية لتحسين الخدمات الصحية ووضع معايير للرعاية\*. ويجرى إعداد مبادرات شبيهة داخل جهاز القضاء الجنائي لتدريب القضاة على القانون الأساسي والجوانب الإجرائية لمحاكمات الاغتصاب، وعلى التعديلات المقترنة لقانون الاعتداء الجنسي الذي يصدر قريباً\*\*. وربما تكون تلك المبادرات بمثابة نماذج يحتذى بها في المناطق الأخرى في البلاد.

ورغم تلك المكاسب، فإنه لكي نخفض مستويات العنف ضد النساء، فلا بد من التدخلات الوقائية العاجلة لمعالجة القيم والمواصفات والمعتقدات الاجتماعية التي تؤدي إلى ظهور العنف والسلوك الإيدائى.

هذه المشاكل، وقد تشكلت المبادرة الجنوب إفريقية للعنف القائم على النوع وللصحة في عام ٢٠٠٠ لتشجيع الاعتراف بأن العنف ضد النساء مشكلة، وتدريب مقدمي الرعاية الصحية، وعمل أبحاث لمساعدة في وضع سياسة خاصة بالعنف القائم على النوع<sup>(٤٩)</sup>.

ورغم عدم إبلاغ عن الكثير من حالات الاغتصاب، فإن جنوب إفريقيا بها أكبر عدد من حالات الاغتصاب المبلغ عنها مقارنة بعدد الإناث من السكان في العالم (٢٤٠٠٠٠ في عام ١٩٩٧)<sup>(٤٥)</sup>. وتقدر مسوح المجتمع المحلي التي شملت عينات ممثلة أن هناك ٢٠٧٠ اغتصاباً أو محاولة اغتصاب بين كل ١٠٠ ألف امرأة سنوياً في المرحلة العمرية ٤٨-١٧ سنة، وإيجار حوالي ثلث المراهقات على بدء ممارسة الجنس، مما يجعل الاغتصاب تهديدًا كبيراً للصحة العامة<sup>(٤٦,٤٥,١٢)</sup>. وتجري حالياً مراجعة التشريع الخاص بالاغتصاب، حيث يُصاغ مشروع قانون جديد للاعتداءات الجنسية يُعرف الاغتصاب على نحو أكثر اتساعاً ويدخل عقوبات أكثر صرامة ضد المعتدين.

تحت ضغط المجتمع المدني لمعالجة الصلات بين العنف الجنسي والإيدز، وافقت الحكومة في عام ٢٠٠٢ على تقديم علاج وقائي للإيدز في منشآت القطاع العام لمن تعرضن للاغتصاب، ووضعت وزارة الصحة قواعد إرشادية وطنية للتعامل مع احتمالات الإصابة بالإيدز والأمراض المنقلة جنسياً في حالات العنف الجنسي، بما في ذلك تقديم العلاج الواقى بعد التعرض للعدوى<sup>(٤٤)</sup>.

وجرى تنفيذ مبادرتين لتقديم العلاج الواقى بعد التعرض للعدوى، المبادرة الأولى قامت بها منظمة غير حكومية تعمل مع من تعرضن للاغتصاب في مراكز رعاية المفترضيات في مستشفيين عاميين في منطقة مصومالانجا الريفية. أما المبادرة الثانية فقام بها مقدمو الخدمة الصحية في مستشفيين عاميين في كيب تاون. ويمثل التفاوت في الدعم السياسي وضعف موارد النظام

\* اتصال شخصي، البروفيسور لين ديني، يناير ٢٠٠٤.

\*\* اتصال خاص، ليليان أرتيس، مدير وحدة النوع والصحة والعدالة بجامعة كيب تاون، يوليو ٢٠٠٤.

## النساء للخطر نتيجة لخطر العنف والاعتداء الجنسي القائم على النوع<sup>(١١٥)</sup>.

بالإضافة إلى الآثار المباشرة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية على صحة النساء، فإن الوباء يؤثر بشكل كبير كذلك على النساء والفتيات في دورهن التوعي كمقدمات رعاية داخل أسرهن ومجتمعهن المحلي<sup>(١٢)</sup>، ذلك أنهن يحملن العبء الأكبر الخاص برعاية المصابين بأمراض متصلة بالإيدز. وهو ما يعكس على الوقت الذي يمكن للنساء أن تمضيه في الأنشطة المولدة للدخل أو التعليم، ومن المحتمل أن يخلق مستويات أكبر من الفقر والتبعية الاقتصادية فيما بينهن.

يقدر عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية حالياً في جنوب إفريقيا بستة ملايين إنسان، أي حوالي واحد من بين كل سبعة<sup>(٤٣)</sup>. وتشير أفضل الجهود المتاحة إلى أنه من المرجح أن يستمر الوباء في الزيادة على مدى السنوات الخمس المقبلة ما لم تكن هناك تدخلات فعالة<sup>(١٥-١٦)</sup>. ويطلب تحقيق تقدم في وقف انتشار هذا الفيروس قدرها أكبر من الاعتراف بأهمية الاختلافات المبنية على النوع الاجتماعي في انتقال فيروس نقص المناعة البشرية. وفي التعامل مع الأمراض المتصلة بالإيدز، وفي السلوك الصحي للأفراد المصابين بالفيروس.

الأمراض المنقلة جنسياً من الأسباب المهمة لاعتلال الصحة الإنجابية، وخاصة بالنسبة للنساء<sup>(١٨,٦٦,٢١)</sup>. ويجرى سنوياً علاج ما يقدر عددهم بـ ١٠٠ مليون شخص لإصابتهم بالأمراض المنقلة جنسياً في منشآت الرعاية الأولية التابعة للقطاع العام بجنوب إفريقيا. وهذه الأمراض هي أحد العوامل المعروفة لاحتمال الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية<sup>(٧١,٧٠)</sup>. وكانت سياسة الحكومة هي إدماج خدمات الأمراض المنقلة جنسياً ضمن الرعاية الأولية، وتمشياً مع القواعد الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية، تبنت الحكومة منهاجاً يعتمد على الفحص الإكلينيكي، وذلك بمعالجة الأشخاص على الفور بناءً على ما يظهر عليهم من أعراض، بدلاً من

## فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والعدوى المنقلة جنسياً

تواجه جنوب إفريقيا في الوقت الراهن واحداً من أسوأ أوبئة الإيدز في العالم. ففي السنوات الخمس عشرة الماضية، أظهرت معلومات المتابعة أن هناك زيادة في انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين الحوامل من أقل من ١٪ في عام ١٩٩٠ إلى ٢٧٪ في عام ٢٠٠٢<sup>(٤٨)</sup>. وفي ١٩٩٥-١٩٩٦ كان الإيدز السبب وراء ١٠٪ من الوفيات في المرحلة العمرية ٤٩-١٥ سنة، وهي عام ٢٠٠٠ ارتفعت هذه النسبة إلى ٤٤٪<sup>(٤٩)</sup>. ويتسم الوباء بانتشاره بين فئات عمرية ونوعية محددة تتعرض فيها الشابات للخطر الأكبر، وتتأثر النساء بصورة عامة أكثر من الرجال<sup>(٥٠)</sup>. ويقدر أنه بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٢٤ سنة هناك أربع نساء مصابات مقابل كل رجل واحد<sup>(٤٩)</sup>. ومع أن زيادة قابلية النساء للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية تعود إلى حد ما إلى أسباب بيولوجية، فإن ما يدفعها بقوة هو انتشار الظلم النوعي المنتشر في المجتمع الجنوبي إفريقي<sup>(٥٢,٥٤)</sup>.

ويزيد الوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض في الوقت ذاته احتمال التعرض للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بإعاقة قدرتهن على رفض ممارسة الجنس، ويقلل قدرتهن على التفاوض وتنفيذ الإستراتيجيات الوقائية، مثل استخدام طريقة للوقاية أثناء ممارسة الجنس، و يجعل من الصعب على النساء مناقشة وضعهن الخاص بفيروس نقص المناعة البشرية والإفصاح عنه بأمان بدون خطر التعرض للهجر أو العنف<sup>(٥٠,٥٤)</sup>. كما يقلل اعتماد النساء الاقتصادي على الرجال من قدرتهن على المطالبة بجنس أكثر أماناً خوفاً من الانتقام المالي، وفي بعض الأحيان يجرهن على الاشتغال بتجارة الجنس للحصول على لقمة العيش<sup>(٥٥,٥٦)</sup>. إضافة إلى ذلك فإن الافتراضات الثقافية، مثل "حق" الرجال في الدخول في علاقات جنسية مع شريكات متعددات، تعنى أن المعاشرة الجنسية، حتى مع الأزواج والشركاء الحميمين، تتطوى على مستويات مرتفعة من المخاطر للنساء<sup>(٥٨-٥٩)</sup>. ويتفاقم تعرّض

وفي مسح شمل عينات مماثلة أجري مؤخرًا على أشخاص بالغين جنوب إفريقيا، كان ٧٦٪ يرون أن فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز تهدى خطير للديمقراطية في البلاد، وذكر ٢٨٪ أن لهم صديقاً أو قريباً توفى بسبب الإيدز، واعتبرون ٥٥٪ على الطريقة التي تعامل بها الحكومة مع فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، وقال ٥٨٪ إن الحكومة لا تفعل الكثير فيما يتعلق بالعلاج<sup>(٧٨)</sup>. وفي أواخر ٢٠٠٤ أقرت الحكومة خططة لتطبيق العلاج بمضادات الفيروسات الارتدادية في القطاع العام بالنسبة للأشخاص المصابين بالإيدز، حيث اقترحت أن يكون هناك موقع علاج واحد على الأقل في كل بلدية محلية خلال خمس سنوات.

كان لمنظمات المجتمع المدني، وخاصة "حملة العمل من أجل العلاج"، دور مهم في الضغط على الحكومة كى تتبع الإجراءات اللازمة. ففي عام ٢٠٠٢ أجبرت حملة العمل من أجل العلاج الحكومة من خلال دعوى قانونية على تفزيذ برامج الوقاية من انتقال الفيروس من الأم للطفل على المستوى القومي، وقامت بحملة تعبئة اجتماعية نشطة، شملت العصيان المدني، للمطالبة بإدخال العلاج بمضادات الفيروسات الارتدادية في القطاع العام.

وعلى مستوى المجتمعات المحلية، كان وصم الأفراد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية يعيق الاختبار والكشف عن الإصابة<sup>(٧٩)</sup>. ولكن الأمر المشجع هو أن المنظمات غير الحكومية التي تقدم الدعم والرعاية في المجتمعات المحلية كان لها دور مهم في التشجيع على إجراء الاختبارات وكشف الأفراد عن إصابتهم بالفيروس، مما أدى إلى تناقض وصمة العار في بعض المجتمعات المحلية<sup>(٨٠)</sup>. وقد أدت المعتقدات الثقافية والاجتماعية بشأن فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقوله جنسياً، واللامساواة النوعية<sup>(٨١،٨٢)</sup>، مقاومة استعمال الواقي<sup>(٨٣،٨٤)</sup> إلى إعاقة جهود الوقاية. إن منهج "الغفة، والإخلاص، أو استخدام الواقي" وتأكيد الحكومة على "السلوك الجنسي الآمن والصحي"<sup>(٨٥)</sup> يفترض أن الأشخاص لديهم القدرة على تطبيق سلوك

الانتظار لحين ظهور نتائج الاختبارات المعملية. ومن المحتمل أن يزيد هذا النهج من معدلات العلاج والشفاء<sup>(٨٦)</sup>.

إن فيروس نقص المناعة البشرية تهدى ضخم لوضع الصحة الإنجابية. كما أنه يؤثر على مجالات أخرى مثل صحة الأم، والخصوصية، واحتياجات منع الحمل، والعنف القائم على النوع<sup>(٨٧)</sup>، وتترتفع معدلات كل من وفيات الأمهات<sup>(٨٨)</sup> وسرطان عنق الرحم<sup>(٨٩)</sup> نتيجة لفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز. وبينما ترکز الاهتمام على تقديم علاج مضادات الفيروسات الارتدادية، لم تلق تلبية احتياجات الصحة الإنجابية الخاصة بالمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية سوى قدر قليل من الاهتمام، وتبقى السؤال الذي يواجه واضعى السياسات ومقدemi الخدمة الصحية.. وهو: كيف يمكن تقديم هذه الرعاية بأفضل شكل؟

على مدى السنوات العشر الماضية كانت سياسة حكومة جنوب إفريقيا الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز ترسّم بالغموض على أحسن تقدير، وكثيراً ما كانت تتخلّ رسائل مشوّشة ومتناقضة إلى مقدمي الرعاية الصحية والجمهور. وقد أحبطت الخلافات الأيديولوجية داخل الحكومة نفسها العمل الحكومي، حيث يتشكل رئيس جنوب إفريقيا ووزير الصحة في الصلة السببية بين فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز. وحتى أواخر عام ٢٠٠٣ كانت خطة الحكومة الإستراتيجية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز ترکز بشكل حصرى على استخدام الواقي، والاختبار طريق التشجيع على استخدام الواقي، والاختبار والمشورة الطوعيين، وعلاج الأمراض المنقوله جنسياً والمعدوى التي يشجعوا وجود الإيدز<sup>(٨٦)</sup>. ولم تكن هناك سياسة لعلاج الإيدز، أو حتى تخطيط لتطبيق سياسة ما. وكان ذلك الترکيز الحصرى على الوقاية يتعارض مع التفكير الدولي وأراء عامة الناس في جنوب إفريقيا. وفي عام ٢٠٠٢، أعلنت الأمم المتحدة أن العلاج والرعاية أساسيان للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية<sup>(٨٧)</sup>.

هناك إحصائيات دقيقة عن عبء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز لدى الجنوبي إفريقيات المتقدمات في العمر، وهناك القليل جداً من الأبحاث التي أجريت على انقطاع الطمث، وخاصة الأبحاث التي تستكشف الدلالات والتجارب المختلفة لانقطاع الطمث بالنسبة للنساء<sup>(٨٧)</sup>.

**إشراك الرجال في الصحة الإنجابية**  
فيما مضى، كانت جهود الدفاع عن الصحة الإنجابية وخدماتها تمثل إلى استبعاد الرجال. ولكن هذا الأمر يتغير بسرعة على المستوى الدولي وفي جنوب إفريقيا. فقد أُعترف المؤتمر الدولي للسكان بالقاهرة في عام ١٩٩٤ والمؤتمر الدولي الرابع للمرأة في بكين عام ١٩٩٥ بأهمية إشراك الرجال في الصحة الجنسية والإنجابية لأسباب عديدة: فالرجال أنفسهم لهم احتياجات خاصة بالصحة الجنسية والإنجابية، ولا يمكن تحسين صحة النساء بدون إشراك الرجال، وخاصة في مجالات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ومنع الحمل. وبدون إشراك الرجال لا يمكن تحقيق المساواة النوعية. وسياسات الصحة الإنجابية الجنوب إفريقية الحالية صريحة في تشجيعها على إشراك الرجال<sup>(٨٥)</sup>.

وقد أظهرت دراسة أجريت مؤخراً على مقبولية مبيدات الجراثيم أن أهمية مشاركة الذكور في الصحة الإنجابية معترف به على مستوى المجتمع المحلي: فقد ذكر النساء والرجال ومقدمو الرعاية الصحية جميعاً الذين أجريت معهم مقابلات في هذه الدراسة أن مشاركة الشريك الذكر والتواصل في إطار العلاقات الجنسية شديداً الأهمية للإدخال الناجح لأية تكنولوجيا جديدة<sup>(٨٨)</sup>. وبعد تحديد أساليب عملية لإدخال الرجال في خدمات الصحة الإنجابية تحدياً كبيراً، وكذلك الحال بالنسبة لإعادة توجيه خدمات الصحة الإنجابية بحيث تتلاءم مع مشاركة الذكور. ويعالج "برنامج جمعية الأبوة المخططة للرجال الجنوبي إفريقيين كشركاء" هذه

الوقاية الذاتية. والحق أن هذا أمر موضع تساؤل في مثل هذا المجتمع الذي على قدر كبير من اللامساواة، ولا يمكن للنساء والفتيات غالباً أن يطبقن سلوك الوقاية الذاتية.

سوف يحسن توفر العلاج بمضادات الفيروسات الارتدادية صحة النساء الجنوبي إفريقيات عبر زيادة متوسط الأعمار ونوعية الحياة. غير أن هذا النوع من العلاج لا يمكن أن ينجح وحده؛ إذ لا بد أن تصاحبه التدخلات الاجتماعية والهيكلية التي تستهدف تحسين وضع النساء في المجتمع الجنوبي إفريقي.

## العمق

لاتتوفر أرقام موثوقة بها بشأن العقم في جنوب إفريقيا، ولكن يقدر أن ٢٠-١٥٪ من الأزواج يশكون من صعوبة في حدوث الحمل<sup>(٨٤)</sup>. وجزء كبير من العقم ناتج عن عدم علاج الأمراض المنقلة جنسياً، وهي أمراض يمكن الوقاية منها إلى حد كبير من خلال الممارسات الجنسية الآمنة، والكشف المبكر، والعلاج<sup>(٨٤,٦٨)</sup>. وخدمات العقم في القطاع العام متاحة فقط في عدد محدود من مستشفيات المستوى الثالث. وتتوافر الخدمات المساعدة لحدوث الحمل في القطاع الخاص، ولكنها مرتفعة الثمن بشكل يحول دون الحصول عليها. ولا بد من الاهتمام بالعمق بسبب الأهمية التي تُعطى لإنجاب الأطفال، والوصمة الاجتماعية، والعزلة، والعنف العائلي الذي قد تتوقعه النساء نتيجة لعدم الإنجاب اللاإرادى<sup>(٨٦,٨٠)</sup>، وبينما توجد بعض المبادرات المحلية لتحسين الحصول على خدمات العقم ونوعيتها، فليست هناك سياسة أو تغيير لتقديم الخدمة.

## النساء المتقدمات في العمر

يتوفّر القليل من البيانات عن وضع الصحة الإنجابية للنساء المتقدمات في العمر واحتياجاتهن، باستثناء مجال سرطان عنق الرحم وسرطان الثدي. فليست

\* تشمل هذه الحملة المنظمات التالية: "مشروع صحة النساء في جامعة ويتوورزاند"، و"مشروع التعزيز المشترك"، و"الجمعية الوطنية لمن يعيشون بالإيدز"، و"مؤتمر الإيدز القومي بجنوب إفريقيا"، و"الشبكة القومية للعنف ضد النساء"، و"جمعية الوالدية المخططة"، و"جمعية الشبان المسيحيين"، ومنظمات المجتمع المعلى في أنحاء جنوب إفريقيا.

ومن ثم، فإنه باستثناء انخفاض معدل اعتلال الصحة والوفيات، نتيجة للإجهاض غير الآمن، من الصعب تمييز أشكال التحسن الكبيرة في وضع صحة النساء في جنوب إفريقيا منذ ١٩٩٤ حتى الآن. إلا أنه من المهم الاعتراف بأنه حتى في وجود أفضل جهود الحكومة، فسوف يكون من الصعب ملاحظة أشكال التحسن المهمة في الوضع الصحي خلال فترة عشر سنوات. وقد أضير الوضع الصحي للسكان ككل، والنساء على نحو خاص، على نحو كبير بسبب وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز الذي تراكم تصادعه مع أول عقد للديمقراطية في جنوب إفريقيا.

وتتفد الحكومة في الوقت الراهن بعض المراقبة للصحة الإنجابية كى يمكن رصد التقدم على نحو دقيق. ومثال ذلك ما يتعلق بوفيات الأمهات والتقدم في تقديم خدمات الحمل الآمن. وهناك حاجة إلى مزيد من تطوير المؤشرات الدالة على حدوث تقدم في تلك المجالات الخاصة بالصحة الإنجابية وسواها من المجالات.

وبالإضافة إلى قيود قطاع الصحة وأثر فيروس نقص المناعة/الإيدز، فما زال للسوق الاجتماعي الاقتصادي الأوسع أثره العميق على الوضع الصحية لجنوب إفريقيين، وخاصة النساء اللائي يتحملن العبء الأكبر للضرر. ورغم التطور الاجتماعي الاقتصادي على مدى العقد المنصرم، يظل توزيع الثروة والدخل في جنوب إفريقيا ثالث أكثر التوزيعات ظلماً في العالم<sup>(١)</sup>. وتزيد مستويات البطالة على ٤٠٪ على المستوى القومي<sup>(٢)</sup> ولا تزال الامساواة الواضحة في الوضع الاجتماعي الاقتصادي القائم على العرق والنوع قائمة<sup>(٣)</sup>. وسوف يكون من الواجب التغلب على تلك المشاكل قبل ملاحظة التحسن الواضح للوضع الصحي للنساء.

وكان أحد أكثر ما حدث خلال السنوات العشر الأولى من الديمقراطية في جنوب إفريقيا تشجيعاً هو الدور المهم الذي قام به المجتمع المدني في التأثير على التغيير السياسي والتشريعي. وبينما كان نشاط المجتمع المدني يركز على معارضة سياسة التمييز العنصري،

القضية من خلال التوسيع وورش العمل التدريبية<sup>(٤)</sup>. وشرعت "حملة الحقوق الجنسية"<sup>\*</sup>، وهي جهد مشترك يقوم به طيف واسع من الأطراف المعنية، في تنفيذ إستراتيجية تبعة الجماهير لزيادة الوعي بالحقوق الجنسية بين الرجال والنساء. والحملة رد مباشر على تزايد الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والعنف ضد النساء. وتوجه البرامج التعليمية الخاصة بالوعي بالشئون الجنسية للشباب، وخاصة الشبان<sup>(٥)</sup>.

## خاتمة

لا ينفي التقليل من الآثار الإيجابية للإدارة التقدمية الجديدة داخل الحكومة في كل مجالات الحياة، وخاصة في سياق كانت فيه الحرية والديمقراطية واحترام حقوق الإنسان تُذكر من قبل. وقد خلق ظهور الديمقراطية في جنوب إفريقيا فرصة فريدة لإقرار العديد من القوانين والسياسات الجديدة، والكثير منها في مجال الصحة الإنجابية. كما مكن تراث طويل من النشاط السياسي، مقروناً بفورة النشاط التشاركي التي ميزت السنوات الأولى من التحول الديمقراطي في جنوب إفريقيا، الكبير من جماعات صحة النساء وغيرها من منظمات المجتمع المدني من التأثير مباشرةً على وضع السياسات. وأدى هذا إلى وضع بعض سياسات الصحة الإنجابية الأكثر شمولًا وتقدماً في العالم وتبنيها.

ومع ذلك، فلا يعني ذلك بالضرورة أن التقدم في الصحة الإنجابية أعقبه تنفيذ ناجح وتحسين في تقديم الخدمات الصحية. فقد أدى عدم وجود إستراتيجية للتنفيذ، وغياب التخطيط والأطر الزمنية المحددة بوضوح، بالإضافة إلى الافتقار إلى القدرة الملائمة على التنفيذ، إلى القضاء على الكثير من الآثار الإيجابية المقصودة لتلك المبادرات. كما أعاقة نقاط الضعف التي يعاني منها جهاز الصحة العامة، الناجمة عن نقص الموارد المالية والبشرية وميراث الامساواة العنصرية والجغرافية في تقديم الرعاية الصحية، التنفيذ الفعال. وهناك بعض العوائق الخاصة بمحالات بعينها من مجالات الصحة الإنجابية، مثل نقص مقدمي الرعاية الصحية الراغبين في إجراء عمليات الإجهاض.

من التحقيق لمعرفة أسباب ذلك، حيث إن منظمات المجتمع المدني يمكنها، وينبغى لها، القيام بدور محوري في محااسبة الحكومة على الترجمة الأسرع والأنجع لقوانينها وسياساتها إلى تحسين في الوضع الصحي للجنوب إفريقيين كافة. والتغلب على العوائق التي تقف في سبيل جهود الدفاع الحالية والتعزيز المستمر للديمقراطية في جنوب إفريقيا، داخل الحكومة وخارجها، ضروري لضمان قدرة المجتمع المدني على القيام بدور مهم.

فقد ساعد تراث المعارضة على تيسير التغيير في إطار النظام الديمقراطي. وكان تأثير المجتمع المدني مهمًا على نحو خاص في ثلاثة من مجالات تشريع الصحة الإنجابية و سياستها: وهي الإجهاض، والعنف القائم على النوع، ومنع انتقال الإصابة بالإيدز من الأم الطفل والعلاج من فيروس نقص المناعة البشرية بمضادات الفيروسات الارتادية. واستطاعت منظمات المجتمع المدني القيام بدور في ضمان تنفيذ القوانين والسياسة وفي مراقبة آثارها وتقيمها. ولابد من إجراء المزيد

#### المراجع:

1. Van Rensburg HC, Harrison D. History of Health Policy. In: Health Systems Tmst. South African Health Review 1995. Durban: Health Systems Trust, 1995.
2. Klugman B, Stevens M, Van den Heever A, et al. Sexual and Reproductive Rights, Health Policies and Programming in South Africa 1994-1998. Johannesburg: Women's Health Project, 1998.
3. Koblinsky MA, Campbell OMR, Hariow SD. Mother and more: a broader perspective on women's health. In: Koblinsky M, Timyan J, Gay J (editors). The Health of Women: A Global Perspective. Boulder: Westview Press, 1993. p.33-62.
4. Holloway M. Trends in women's health: a global view. Scientific American 1994;67-73.
5. Klugman B. Balancing means and ends: population policy in South Africa. Reproductive Health Matters 1993;1(1):44-57.
6. Gready M, Klugman B, Rees H, et al. South African women's experiences of contraception and contraceptive services. In: Ravindran TKS, Berer M, Cottingham J (editors). Beyond Acceptability: Users' Perspectives on Contraception. London: Reproductive Health Matters for WHO, 1997. p.23-35.
7. Rees H. Background document prepared for the Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, WHO. Johannesburg, 1994.
8. Hoffman M, Cooper D, Carrara H, et al. Limited Pap screening associated with reduced risk of cervical cancer in South Africa. International Journal of Epidemiology 2003;32:573-77.
9. Sitas F, Madhoo J, Wessie J. Incidence of histologically diagnosed cancer in South Africa 1993-1995. Johannesburg, National Cancer Registry of South Africa, South African Institute of Medical Research, 1998.
10. Klugman B, Varkey SJ. From policy development to policy implementation: the South African Choice on Termination of Pregnancy Act. In: Klugman B, Budlender D (editors). Advocating for Abortion Access. Eleven Country Studies. Johannesburg: Witwatersrand University Press, 2001: p.251-82.
11. De Pinho H, Hoffman M. Termination of pregnancy - understanding the new Act. Continuing Medical Education 1998;16(8):786-90.
12. Parenzee P, Artz L, Moult K. Monitoring the implementation of the Domestic Violence Act. First Research Report 2000-2001. Cape Town: University of Cape Town, 2001.

13. United Nations September Annex: Draft Final Document of the United Nations Conference on Population and Development. Cairo: United Nations, 1994.
14. Klugman B, Stevens M, Arends K. Developing women's health policy in South Africa from the grassroots. *Reproductive Health Matters* 1995;3(6):122-31.
15. Health Systems Trust. *South African Health Review 2000*. Durban: The Press Gang, 2000.
16. Centre for Reproductive Law and Policy, Women's Health Project. *Women's Reproductive Rights in South Africa: A Shadow Report*. Prepared for the Nineteenth Session of CEDAW, 1998.
17. National Progressive Primary Health Care Network. Phila Summary Brief. White Paper for Transformation of the Health System in South Africa. Chapter 8: Maternal, Child and Women's Health. Gatesville: NPPHCN/PHILA, 1997.
18. Dickson-Tetteh K, Pettifor A, Moleko W. Working with public sector clinics to provide adolescent-friendly services in South Africa. *Reproductive Health Matters* 2001; 10(17): 160-69.
19. Fonn S, Xaba M, Tint KS, et al. Reproductive health services in South Africa: from rhetoric to implementation. *Reproductive Health Matters* 1998;6(11): 22-32.
20. McIntyre D, Klugman B. The human face of decentralisation and integration of health services: experiences from South Africa. *Reproductive Health Matters* 2003; 11(21): 08-19.
21. Essential Health Care for all South Africans. Pretoria: National Department of Health, 2004.
22. Doherty J, Thomas S, Muirhead D, et al. Health care financing and expenditure in the post-apartheid era. In: Health Systems Trust. *South African Health Review*. Durban: Health Systems Trust, Henry J Kaiser Family Foundation, 2002. p. 13-40.
23. McCoy D. Free Health Care for Pregnant Women and Children Under Six in South Africa. An Impact Assessment. Durban: Child Health Unit, Health Systems Trust, 1996.
24. Benatar SR. Health care reform and the crisis of HIV and AIDS in South Africa. *New England Journal of Medicine* 2004; 351(1):81-92.
25. Department of Health, Republic of South Africa. *National Framework and Guidelines for Contraceptive Services*. Pretoria: Department of Health, 2002.
26. Department of Health, Republic of South Africa. *South African Demographic and Health Survey*. Pretoria: Department of Health, 2001.
27. Magwaza S, Cooper D. An Evaluation of the Community Based Distribution (CBD) of Contraceptives Programme in Khayelitsha, Cape Town. Qualitative Research: An Operational Report. Cape Town: University of Cape Town, 1999.
28. Cooper D, Marks A. Mid-term Review of the Reproductive and Social Development Interventions. Cape Town: University of Cape Town, 2001.
29. The Human Sciences Research Council. Nelson Mandela/HSRC Study of HIV/AIDS. South African National HP/ Prevalence, Behavioural Risks and Mass Media. Household Survey 2002. Pretoria: Human Sciences Research Council, 2002.
30. Morroni C, Smit J, McFadyen L, et al. Dual protection against sexually transmitted infections and pregnancy in South Africa. *African Journal of Reproductive Health* 2003;7(2):13-19.
31. Kleinschmidt I, Maggwa BN, Smit J, et al. Dual protection in sexually active women. *South African Medical Journal* 2003;93(11):854-57.
32. Smit J, McFayden L, Beksinska M, et al. Emergency contraception in South Africa: knowledge attitudes and use among public sector primary health care clients. *Contraception* 2001;64(6): 333-37.
33. Fawcus S, de Groot H. Fifty year audit of maternal mortality in the Peninsula Maternal and Neonatal Service (1953-2002). Presentation to Workshop on Gender and HP/, University of Cape Town, 2003.





72. Coetzee D, Ballard R. Controlling the epidemic of sexually transmitted diseases in South Africa: the role of syndromic management. *Continuing Medical Education* 1996;14(6):819-26.
73. Department of Health, Republic of South Africa. Saving Mothers. Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in South Africa. Pretoria: Department of Health, 1999.
74. Sitas F, Pacella-Norman R, Carrara H, et al. The spectrum of HIV-1 related cancers in South Africa. *International Journal of Cancer* 2000;88(3):489-92.
75. Moodk'y M, Moodley J, Kleinschmidt I, et al. Invasive cervical cancer and human immunodeficiency virus (HIV) infection: a South African perspective. *International Journal of Gynecology and Cancer* 2001;11(3):194-97.
76. Department of Health, Republic of South Africa. HIV/AIDS/STD strategic plan for South Africa, 2000-2005. Pretoria: Department of Health, 2000.
77. United Nations. 2002. UNAIDS Report on the Global HIV/AIDS epidemic, 2002. At: <<http://www.unaids.org/barcelona/presskit/report.html>>. Accessed 28 February 2004.
78. Henry J Kaiser Family Foundation. Washington Post, Harvard University. Survey of South Africans at Ten Years of Democracy. Washington DC: Henry J Kaiser Family Foundation, 2004.
79. Medley A, Garcia-Moreno C, McGill S, et al. Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bulletin of World Health Organization* 2004; 82(4):299-307.
80. Centre for Social Science Research. Long Life. Positive HIV Stories. Cape Town: Pinifex Press, 2002.
81. Dowsett G, Aggleton P, Abega S-C, et al. Changing gender relations among young people: the global challenge for HIV/ AIDS prevention. *Critical Public Health* 1998;8(4):291-309.
82. Harrison A, Xaba N, Kunene P. Understanding safe sex: gender narratives of HTV and pregnancy prevention by rural South African school-going youth. *Reproductive Health Matters* 2001;9(17):63-71.
83. Department of Health, Republic of South Africa. Tracking Progress on the HIV/AIDS and SB Strategic Plan for South Africa June 2000-March 2003. At: <<http://www.doh.gov.za/aids>>. Accessed 1 July 2004.
84. Moore S, Zimazi D. Reproductive health problems. In: Goosen M, Klugman B (editors). South African Women's Health Book. Cape Town: Oxford University Press, 1996. p.446.
85. Women's Health Project. Infertility: A Literature Review and Annotated Bibliography. Johannesburg: University of the Witwatersrand, 1997.
86. Dyer SJ, Abrahams N, Hoffman M, et al. Infertility in South Africa: women's reproductive health knowledge and treatment-seeking behaviour for involuntary childlessness. *Human Reproduction* 2002;17(6):1657-62.
87. Ormer P. Breaking the silence: Black and white working class women's experiences of menopause. *Psychological Bulletin* University of the Western Cape 1998;8(1): 12-21.
88. Ormer P, Harries J, Cooper D, et al. Paving the Path: Challenges to Microbicide Introduction. Report of a Qualitative Research Study. Cape Town: University of Cape Town. 2004.
89. Planned Parenthood Association of South Africa. Annual Report, Johannesburg, 2003.
90. Women's Health Project. At: <[http://www.wits.ac.za/whp/rights\\_campaign.htm](http://www.wits.ac.za/whp/rights_campaign.htm)>. Accessed 2 July 2004.
91. May J, Woolard I, Klasen S. The nature and measurement of poverty and inequality. In: May J (editor). Poverty and Inequality in South Africa. Meeting the Challenge. Cape Town: David Philip Publishers, 2000. p.28-35.
92. Census 2001 Key Findings (unemployment data). Statistics South Africa, Pretoria, 2001.
93. Measuring poverty in South Africa. Statistics South Africa, Pretoria, 2000.

# قراءة في الأدبيات حول تجارب الفقراء مع الخدمات الصحية في تنزانيا

ماسوما مامدنى، ماجى بانجسر  
ترجمة: إيمان عبد الواحد

تدرس هذه القراءة في الأدبيات النتائج الرئيسية للبحوث بشأن خبرات الفقراء مع الخدمات الصحية\* والعوائق التي حالت دون وصول المعدمين إليها. ولقد تم نشرها أول مرة في عام ٢٠٠٤ بواسطة مشروع كرامة النساء / أوطا موأنمكى في تنزانيا. ونحن نعيد نشرها هنا بشكل كامل تقريباً بإذن كريم منهما. كل الحقوق محفوظة، ص. ب ٧٩٤٠٢، دار السلام، تنزانيا. بريد الكترونى: [wdp@cats-net.com](mailto:wdp@cats-net.com) "يجب أن نجلب الفقراء من الهمامش إلى قلب الأحداث. ويجب أن تكون العملية شاملة. إن الاقتصاديات والمجتمعات الأضعف تحتاج إلى مساعدة خاصة ومختلفة" الرئيس بنجامين مكابا، ٢٤ فبراير ٢٠٠٤

Poor People's Experiences of Health Services in Tanzania: A Literature Review . Nov. 2004, 12(24).

Masuma Mamdani, Maggie Bangser

© جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية ٥ ٢٠٠٥

الصحية النهائية. فإعادة تخصيص التمويل الحكومي -بما في ذلك داخل القطاع الصحي- بطريقة مختلفة يمكن أن يعطى أولوية أفضل لاحتياجات الفقراء. ولابد من التصدي لاستمرار الفروق في النتائج الصحية بين المعدمين والأغنياء التنزانيين ومن يعيش منهم في الريف والآخرون الذين يعيشون في الحضر، بالإضافة إلى الحواجز التي تعيق الوصول للخدمات والتي يعانيها الفقراء نتيجة لبعد المسافات، والتكلفة الرسمية وغير الرسمية، وغير ذلك من العوائق<sup>(١)</sup>. إن النظام الجديد لتخصيص الموارد والذي يطبق معايير المساواة في توزيع التمويل عبر الأحياء، وزيادة نسبة التمويل الخاصة بالخدمات الوقائية يعد تطوراً ايجابياً للوصول للفقراء؛ وإن كان هناك بالطبع المزيد الذي يلزم عمله باتجاه تغيير ذي شأن للتنزانيين الذين يعيشون في فقر.

إن تنزانيا محظوظة لأن لديها شبكة واسعة من الوحدات الصحية عبر البلاد، وهي مؤشر على التزامها بأن تؤمن

تواجه تنزانيا تحديات خطيرة لتحسين صحة وأحوال شعبها. ولقد استجابت وزارة الصحة وشركاؤها في الحكومة والمانحون والمجتمع المدني بجهود منسقة حققت في أحوال كثيرة مكاسب ملحوظة، وتكتسب هذه الإنجازات تمهيراً خاصاً إذا وضعنا في اعتبارنا التمويل المحدود لقطاع الصحة. إن تخصيص التمويل لقطاع الصحة قد زاد ببطء مؤخراً من ٥٪ في السنة المالية ٢٠٠٠ إلى ٧٪ في السنة المالية ٢٠٠٢. وهي زيادة ضعيفة لتنفيذ المشاريع الخاصة بسياسة الحد من الفقر، وبالنسبة للالتزام "أبوجا" بالوصول إلى نسبة ١٥٪. ومرة أخرى، ورغم الالتزام بسياسة الحد من الفقر، فإن الزيادة المطلقة في الميزانية السنوية قد انخفضت من ١٢٪ في السنة المالية ٢٠٠٢ إلى ٥٪، ٦٨٪ زيادة في السنة المالية<sup>(١)</sup>.

وعلى الرغم من ذلك فإن ضعف مستوى التمويل لا يحول بصورة مطلقة دون تحسين الخدمات الصحية ولا النتائج

\* توجد في تنزانيا شبكة واسعة من ٥٠٣١ وحدة صحية (٤٤١٢ مركزاً صحياً، ٢١٧ مستشفى ومئتان تدريب) تملّكهم الحكومة؛ والمتبقي تطوعي، شبه حكومي أو خاص.





## توفر الأدوية الأساسية

من منظور المرضى فإن الإمداد المستمر بالأدوية الأساسية هو شرط أساسى لمصداقية الخدمات الصحية ولمستوى الرعاية الصحية المقدمة. ولكن نتائج الدراسات أظهرت أنه حتى عندما يتمكن الفقراء من إيجاد المال للرعاية الأساسية وحتى عندما تتوفر الأدوية الأساسية، فإن عدم قدرتهم على شراء هذه الأدوية يجعل العلاج بالفعل مستحيلاً، وفي حين تكون الأدوية أرخص كثيراً في الوحدات الحكومية فإنها سريعاً ما تتفق؛ أما في الوحدات الخاصة ووحدات الإرساليات فالأدوية أكثر توافراً، لكن الناس عموماً لا يقدرون على شرائها<sup>(٤٤)</sup>. وبينما تؤمن الدولة التدفق السلس للدواء للمراكز الصحية والمستوصفات فإن التعليب المعتاد فشل في الاستجابة لتعدد أنماط المرض، وبالتالي المطالب المختلفة للرعاية الصحية عبر البلاد. هذا الوضع قد يتغير للأحسن مع تطبيق نظام طلب الدواء.

ولكن المسألة ليست مجرد عدم كفاية الإمدادات الدوائية، بل، كما لوحظ في منطقة كنديرا، هي أيضاً عدم عدالة وكفاءة توزيع تلك الأدوية عندما تصل للمستوصفات<sup>(٤٥)</sup>. وحتى عندما تكون الأدوية الأساسية -والتي من المفترض أنها مجانية- "غير متوفرة رسمياً"، كثيراً ما يعرض العاملون في المراكز الصحية إخضار تلك الأدوية لو كان المرضى لديهم المال. وعموماً، فإن الأشخاص القادرين على شراء الدواء من الصيدليات يفعلون ذلك، حتى لو كانوا قادرين على شراء جزء من الجرعات فقط<sup>(٤٦)</sup>. وعلى المتناول نفسه أشارت نتائج "دودوما" إلى أن ٧٠٪ من المستجيبين رأوا أنه لم يحدث أي تغيير في توفير العقاقير الأساسية في الوحدات الصحية. العديد من الناس استمروا في شراء أدويتهم من الصيدليات على الرغم من أنه كثيراً ما لا يمكنهم شراء كل العلاج الموصوف نتيجة لحدودية دخلهم<sup>(٤٧)</sup>.

## نقص العاملين المهرة

وصفت وزارة الصحة مؤخراً وضع الموارد البشرية بأنه في حالة أزمة. إن الدلائل المتوفرة تشير إلى أن وحدات الصحة العامة -وعلى الأخص تلك الموجودة في المناطق

الخبرة المهنية. فمن بين ٤٩ أسرة تم سؤالها، عبرت ٣٠ أسرة عن عدم الرضا عن الوحدات الصحية في منطقة مبايا. وقد وصف أفراد العينة إجمالي ٤١ حادثة، أكثر من نصفها (٢٢) حوادث مرتبطة بالمستشفى الحكومى -بما فيه مستشفى الولاده- والباقي يرجع للمستشفيات الخاصة ومستشفيات الإرساليات الدينية ووحدات الرعاية الصحية الأولية. وعلى الناحية الأخرى كان فريق الإدارة بالمستشفى الحكومى يرى أن مستوى الرعاية المقدم قد تحسن عموماً؛ قبل أن مستوى الخدمات المعملية واستخدامها قد تحسن نتيجة العائد الذى نتج عن برنامج المشاركة فى التكلفة.

ولقد أوضحت الدراسة أيضاً مشاكل فى نظام الإحالات بسبب التعامل بين الوحدات الحكومية وبين الوحدات الخاصة /الدينية. ذكر المرضى من وحدات الإرساليات تعرضهم للتحرش وسوء المعاملة عند تحويلهم للمستشفى الحكومى "وهو الذى يعتبرونه تعاماً خطراً ومؤذياً ويفتقد للرغبة أو القدرة على تقديم الرعاية والعلاج". إن الأشخاص القادرين يحولون أنفسهم لمستشفيات الإرساليات أو لمراكز صحية إرسالية أكبر أو مستوصفات. ويزداد تعقد المشكلة بالانقسامات بين وحدات الإرساليات التي لا تحول المرضى لمستشفيات لا تنتهي للطائفة لنفسها. وعلى الناحية الأخرى فإن الوحدات الحكومية تحيل المرضى عموماً إلى الاختيارات الأقل تكلفة.

وفي دراسة أجريت فى منطقى مورو جورو الريفية وكيلمبيرو لوحظ أن تقديم الخدمات بالمراكز الصحية والمستوصفات متدنى المستوى؛ فهو صغير وتعانى عجزاً في العاملين، وأوقات الانتظار طويلة جداً، وهناك عجز في الأدوية، خاصة في الأسبوع الرابع من كل شهر<sup>(٤٨)</sup>. وأظهرت نتائج مسح منزلى أجريت في ثلاثة مقاطعات لمنطقة لوشوتوا أنه بسبب سوء مستوى الخدمة وندرة وجود الدواء فإن معظم المرضى يتخطون المستويات الأدنى من الرعاية الصحية ويسعون للعلاج بالمستشفيات<sup>(٤٩)</sup>.

هو موضوع شائع<sup>(٤٤,٤٢٤٠)</sup>. وعادة ما يتعامل الفريق الطبي بغلظة وتعالٍ مع للفقراء.

### المسافات والمواصلات

"العديد منهن (النساء الفقيرات) لا يستطيعن تحمل تكلفة المواصلات، ولذا يبعن طعامهن أو يستدن أو يستخدمن الأعشاب، أو فقط ينتظرن الموت" (العاملون الصحيون)<sup>(٤٤)</sup>.

أشارت دلائل مستقاة من عدد من الدراسات إلى أن تكلفة الوصول للرعاية هي محدد خطير لما إذا كان الناس سيسيعون إلى الرعاية أم لا. ويصبح هذا -على الأخص- عندما تكون الوحدة الصحية المجهزة جيداً تقع على مسافة بعيدة، ولا توجد بنية تحتية للمواصلات، وفي المجتمعات شديدة الفقر التي تتسم بوجود أعداد كبيرة تعيش تحت خط الفقر. وتكشف العديد من المؤشرات الصحية ومؤشرات الحياة أن المناطق الريفية محرومـة على وجه الخصوص، سواء فيما يخص المخرجات الصحية أو استهلاك الخدمة. العديد من هذه المؤشرات لها صلة قوية بالفقر، وهذه التباينات قد ازدادت أحياناً خلال التسعينيات<sup>(٤٢)</sup>. وتفاقم مشكلة الوصول للخدمة بالنسبة للنساء الحوامل اللاتي قد لا يمكنهن الوصول للولادة في مؤسسة نتيجة لهذه العائق<sup>(٤٣)</sup>. فقط من الولادات في ترانانيا تحدث في وحدة صحية وهذا الاتجاه تراجع في العقد الماضي<sup>(٤٥)</sup>.

أكـدـ العـدـيدـ منـ الـدـرـاسـاتـ عـلـىـ الإـعـاـفـةـ الـبـالـغـةـ الـتـيـ تـسـبـبـهاـ الـمـسـافـاتـ وـوـسـائـلـ الـمـواـصـلـاتـ؛ـ وـمـنـ تـلـكـ الـدـرـاسـاتـ تـقـيـمـ الـفـقـرـ بـالـمـشـارـكـةـ فـيـ تـرـانـانـياـ (٢٠٠٣)،ـ وـدـرـاسـةـ لأـرـبـعـةـ أـحـيـاءـ فـيـ مـنـطـقـةـ كـاجـيراـ<sup>(٤٦)</sup>،ـ وـحـىـ كـنـدوـ<sup>(٤٧)</sup>،ـ وـمـنـطـقـةـ مـورـجوـرـوـ الـرـيفـيـةـ كـيـلـومـبرـوـ<sup>(٤٨)</sup>،ـ وـأـخـرىـ فـيـ ثـلـاثـةـ أـحـيـاءـ مـنـ مـوـابـاـ وـكـروـجـوـ وـتـونـدـوـ<sup>(٤٩)</sup>ـ.ـ تـكـشـفـ الـمـعـلـومـاتـ الـمـتـوفـرـةـ فـيـ التـسـعـينـيـاتـ أـنـهـ بـخـصـوصـ الـوـلـادـاتـ تـحـتـ إـشـرافـ شـخـصـ مـدـرـبـ طـبـياـ شـائـهاـ شـائـ

الـرـيفـيـةـ الـبـعـيـدةـ.ـ تـعـانـىـ مـنـ نـقـصـ خـادـ فىـ الـعـامـلـيـنـ الـأـكـفـاءـ.ـ إـنـ تـمـيـةـ الـمـوـارـدـ الـبـشـرـيـةـ هـىـ عـنـصـرـ مـؤـثـرـ فـيـ رـفـعـ مـسـتـوـىـ الـرـعـاـيـةـ،ـ وـسـيـظـلـ دـائـماـ كـذـلـكـ.

بنـاءـ عـلـىـ الخـطـةـ الـإـسـتـرـاتـيـجـيـةـ لـقطـاعـ الصـحـةـ<sup>(٤١)</sup>ـ،ـ فإـنـ غالـيـةـ مـوـظـفـيـ الصـحـةـ الـمـهـرـةـ يـعـلـمـونـ فـيـ المـدـنـ الـكـبـرـىـ،ـ وـنـتـيـجـةـ لـذـلـكـ تـعـانـىـ الـوـحـدـاتـ الـرـيفـيـةـ عـجـزاـ فـيـ الـعـامـلـيـنـ.ـ وـبـالـإـضـافـةـ لـذـلـكـ،ـ يـوـجـدـ عـدـمـ تـواـزنـ مـلـحوـظـ فـيـ نـسـبـةـ الـمـرـيـضـ لـمـقـدـمـ الـخـدـمـةـ عـبـرـ الـأـحـيـاءـ،ـ وـبـيـنـ الـمـنـاطـقـ الـرـيفـيـةـ وـالـحـضـرـيـةـ.ـ وـتـفـقـرـ ثـلـاثـ قـوـةـ الـعـلـمـ الـمـوجـودـ تـقـرـيـباـ إـلـىـ الـمـهـارـاتـ الـلـازـمـةـ،ـ وـلـقـدـ قـدـرـ أـنـ ٥٥ـ%ـ ٦٠ـ%ـ فـقـطـ مـنـ وـقـتـ الـعـامـلـيـنـ يـسـتـغـلـ فـيـ أـنـشـطـةـ مـنـتـجـةـ.ـ وـالـأـمـثلـةـ التـالـيـةـ تـوـضـحـ الـمـشـكـلـةـ:

● ٤٧ـ%ـ مـنـ الـوـظـائـفـ الـخـالـيـةـ فـيـ قـطـاعـ الصـحـةـ فـيـ الـهـيـئـاتـ الـحـكـوـمـيـةـ الـمـحلـيـةـ الـتـيـ صـدـرـتـ الـمـوـافـقـةـ عـلـىـ شـغـلـهـاـ مـازـالـتـ شـاغـرـةـ<sup>(٤٠)</sup>ـ.

● أـكـدـ تـقـيـيمـ لـرـعـاـيـةـ الـأـمـوـمـةـ فـيـ سـتـ مـنـاطـقـ بـتـرـانـانـياـ سـوـءـ مـسـتـوىـ الـرـعـاـيـةـ فـيـ غـالـيـةـ الـمـنـاطـقـ (ـاـخـيـارـاتـ ١٩٩٨ـ)ـ عـلـاـوةـ عـلـىـ عـجـزاـ فـيـ الـمـوـارـدـ الـبـشـرـيـةـ مـضـافـاـ إـلـيـهـ نـقـصـ الـقـدـرـاتـ وـالـمـعـلـومـاتـ.

● تـعـانـىـ الـمـرـاكـزـ الـصـحـيـةـ الـرـيفـيـةـ الـأـرـبـعـةـ فـيـ مـنـطـقـةـ كـونـدواـ عـجـزاـ فـيـ الـعـمـالـةـ؛ـ فـيـ الـمـتوـسـطـ يـعـمـلـ أـثـانـ فـيـ كـلـ وـحدـةـ رـيفـيـةـ صـحـيـةـ بـسـبـبـ تـخـفيـضـ الـعـمـالـةـ وـتـحـوـيلـ الـعـامـلـيـنـ خـارـجـ الـمـنـطـقـةـ وـالـوـفـيـاتـ<sup>(٤١)</sup>ـ.

وعـلـىـ أـيـةـ حـالـ لـيـسـ وزـارـةـ الصـحـةـ هـىـ الـهـيـئـةـ الـوحـيـدةـ الـمـسـؤـلـةـ عـنـ التـأـخـيرـ وـلـاـ عـنـ نـدرـةـ الـعـامـلـيـنـ الـصـحـيـينـ الـمـؤـهـلـيـنـ.ـ إـنـ لـجـنـةـ الـخـدـمـاتـ الـعـامـةـ هـىـ الـمـسـؤـلـةـ الـآنـ عنـ تـعـيـنـ الـمـوـظـفـيـنـ الـمـدـنـيـيـنـ،ـ لـكـنـ الـإـجـراءـاتـ الـمـتـخـذـةـ لـيـسـ وـاضـحةـ.ـ إـنـ نـظـامـ الـتـعـلـيمـ فـيـ تـرـانـانـياـ ضـعـيفـ جـداـ،ـ وـيـؤـدـىـ إـلـىـ عـمـالـةـ سـيـئـةـ فـيـ كـلـ الـقـطـاعـاتـ بـمـاـ فـيـهـ الـصـحـةـ.ـ "أـنـتـ نـكـرـةـ إـنـ لـمـ تـمـلـكـ الـمـالـ"<sup>(٤٢)</sup>ـ.ـ وـبـرـىـ الـبـعـضـ أـنـ الـوـلـادـاتـ لـلـخـدـمـاتـ يـعـتمـدـ بـشـدـةـ عـلـىـ "ـالـعـلـاقـاتـ"ـ وـالـقـدـرـةـ عـلـىـ الدـفـعـ.ـ وـقـدـ أـظـهـرـ عـدـدـ مـنـ الـدـرـاسـاتـ أـنـ الـتـمـيـزـ وـقـلـةـ الـاحـترـامـ مـنـ قـبـلـ مـوـظـفـيـ الـصـحـةـ الـمـعـدـمـيـنـ

\* فـيـ مـنـطـقـةـ كـونـدواـ عـلـىـ سـبـيلـ الـمـثالـ،ـ تـمـتـ أـكـثـرـ مـنـ ثـلـاثـةـ أـرـبـعـةـ (٨٠%)ـ الـوـلـادـاتـ الـمـتـوقـعـةـ فـيـ عـامـ ١٩٩٦ـ فـيـ عـاصـمـةـ الـمـنـزـلـ،ـ وـفـقـطـ عـدـدـ مـحـدـودـ مـنـ تـلـكـ الـوـلـادـاتـ تـمـتـ بـمـعـاـونـةـ قـابـلـةـ مـدـرـيـةـ أـوـ مـوـظـفـ صـحـةـ.





على الأقل في العام عن الحصول على العلاج الطبي نتيجة لنقص الأموال.

وبالنسبة لأعضاء عديدين، فإن أحد المكاسب الكبيرة لنظام صندوق صحة المجتمع هو أنه يضمن إتاحة الرعاية الصحية بصورة غير محدودة بالنسبة للعائلة كلها<sup>(٤)</sup>. والبعض الآخر يعتبرها صورة إيجابية للإدخار لمواجهة الأمراض غير المتوقعة في المستقبل. كان متوسط الزيارات للوحدات التابعة لصندوق صحة المجتمع للأسر هو ٣٢ زيارة (خلال مدة الدراسة: ١١ شهرًا في عام ٢٠٠١)؛ وكان المتوسط للفرد هو أربع زيارات. ووفقاً للعاملين الصحيين المسؤولين عن هذه الوحدات، فإن هذه الأرقام لا تعكس سوء استخدام الأعضاء للخدمات الصحية في الحالات البسيطة، لكنها تعكس استعدادهم وقدرتهم على طلب الرعاية في وقتها عندما يكونون مرضى لأنهم قد دفعوا مسبقاً تكلفة الخدمات.

ولكن وعلى الرغم من هذه النتائج الإيجابية، فإن متوسط معدل العضوية بالنسبة للسبعين وحدات المشتركة في صندوق صحة المجتمع والتي تمت زيارتها أثناء التقىم قدرت بأنها منخفضة، وكانت في المتوسط حوالي ٥٪ من كل الأسر في منطقة كاشمنت في عام ٢٠٠١ (وهي تتراوح بين ٣٪ إلى ١٣٪ عبر كل وحدات صندوق صحة المجتمع).

كان عدم القدرة على دفع مبلغ عشرة آلاف شلن تزناني دفعة واحدة هو السبب الشائع لعدم الاشتراك أو تجديد الاشتراك في صندوق صحة المجتمع. قلة كانوا يدركون أن رسوم الاشتراك في صندوق صحة المجتمع يمكن دفعها على أقساط. كان أسهل على الناس دفع رسوم الاستخدام التي فرضت تقريباً في الوقت الذي ظهر فيه صندوق صحة المجتمع: ألف شلن تزناني للفرد لزيارة واحدة لوحدة صحية\*. وللسبب نفسه كانت وسيلة التسديد المفضلة لغالبية (٧٠٪) في لوشوتو هي رسوم الخدمة. فقط قلة من الذين كانوا ذوي دخول أسرية مرتفعة نسبياً فضلوا التأمين الصحي المجتمعى<sup>(١)</sup>.

في الدراسات التي تمت مراجعتها، لم تفرض بعد رسوم الاستخدام رسمياً على مستوى المستوصفات على الرغم من أن بعض المراكز الصحية تفرض رسوماً تتراوح بين ١٠٠ - ١٠٠٠ شلن تزناني. ولكن حتى عندما يستطيع الفقراء دفع التكاليف الرسمية وهي ١٠٠ شلن تزناني في أحد مراكز الصحة الحكومية فإن العديدين لا يستطيعون شراء الأدوية الأساسية المطلوبة، مما يجعل من المستحيل أن تتم معالجتهم بصورة فعالة<sup>(٤،٣٦،٤٢،٤٠)</sup>.

ولقد أوضحت أيضاً دراسة مبايا أن عدداً من المرضى قد عجزوا عن الحصول على خدمة الإحالة إلى المستشفى؛ لأنهم قد أنفقوا جزءاً كبيراً من أموالهم على الانتقال للمستشفى الحكومية البعيدة، وعليه لم يستطيعوا دفع كل الرسوم الرسمية أو تكاليف العمليات الضرورية. وكثيراً ما تكون تكلفة نقل مريض معتل جداً باهظة بالنسبة لعائلة فقيرة، فهي تتراوح بين ٨ آلاف إلى ١٢ ألف شلن تزناني في مجملها؛ ألفين للمواصلات بالإضافة إلى ٦ - ١٠ آلاف في المستشفى شاملة إقامة ليلة (عادة مع مرافق من الأقارب). وهذا لا يشمل تكاليف الرعاية الفعلية.

إن تكلفة الدواء هي عادة الأكبر في كل تكاليف الصحة إلا حين يتطلب الأمر دفع تكلفة عربة الإسعاف في الحالات الحرجة. في دراسة جي لوشوتو، كان المرضى الذين يقصدون المستشفى للعلاج ينفقون في المتوسط حوالي ألفى شلن تزناني لكل مرحلة من المرض: حوالي ٨٪ على الدواء والرسوم الأخرى، ١٠٪ على المواصلات والطعام والإقامة، و ١٠٪ على الرسوم غير الرسمية<sup>(١)</sup>.

وأشارت دراسة أجيرت في جي ايجونجا إلى أن الأسر تتكبد متوسط تكلفة كلية ٦،٨٧٤ شلن تزناني للرعاية الصحية في مدة ثلاثة أشهر عام ٢٠٠٠<sup>(٢)</sup>. تتفق الأسر ما يقرب من ٥٠٪ (٣،١٦٤ شلن) على الدواء، والمتبقي يصرف على الانتقال وتكاليف الاتصالات ورسوم الفحص والتكاليف "الأخرى" للرعاية الصحية. إن خمسة من المئتي أسرة التي تعرضت لها الدراسة قد عجزوا مرة

## الحكم

كيفية تخصيص ومناخ استخدام هذه الأموال. هناك اهتمام مت坦م حول إمكانيات برنامج الإصلاح الحكومي المحلي في تشجيع الحكم الذاتي في تنزانيا. وكما لاحظ كوا بذكاء<sup>(١)</sup> أنه على الرغم من وجود الإطار القانوني والمؤسسي لحكم القرية، فإن برنامج الإصلاح الحكومي المحلي الحالي والذي سوف ينتهي عام ٢٠٠٤ ليس واضحاً بشأن آليات تمكين المجتمعات على المستوى القاعدي. إن تأسيس مجالس خدمات صحة المجتمع ولجان الوحدات الصحية\*\* يجب أن يقدم بهذا الخصوص دوراً لأعضاء المجتمع في صناعة القرار والرؤية بافتراض أن مجالس خدمة صحة المجتمع واللجان هم ممثلون لمجتمعهم ومسئوليهم أمامه.

هناك حتماً بعض نماذج لزعamas القرى ونماذج لسلطات الأحياء تتخذ إجراءات ايجابية استجابة للمخاوف التي أبدتها مجتمعاتهم. فعلى سبيل المثال، تمت مساءلة بعض العاملين الصحيين عن مستوى الرعاية المقدمة بما فيها من ممارسات سيئة أو تمييز، أو عن مدى إتاحة المعلومات حول المشاركة في التكلفة، أو مساعدة الفقراء للوصول للرعاية، أو حشد المجتمعات لتوفير نظم لنقل الحالات الحرجة، أو التعامل مع المشاكل الصحية في المجتمع<sup>(٤٤)</sup>. ولكن غالباً ما يكون ذلك هو الاستثناء وليس القاعدة.

وعموماً، وكما ظهر بوضوح في تقييم الفقر بالمشاركة في تنزانيا ٢٠٠٣<sup>(٤٥)</sup> وفي دراسة أخرى<sup>(٤٦)</sup>، فإن المعلومات عن الإصلاحات الحديثة والاستحقاقات ضعيفة. إن الأفراد - وخاصة الفقراء - قد عبروا عن "الإحساس بالعجز" لشعورهم بأنهم ليس لديهم فرصة لرفع مخاوفهم خاصة حول الحقوق والظلم والفساد. القليل جداً من الأسر في الدراسات كانت تشارك بفعالية

"كان الوليد يعني من مشاكل في التنفس. في الساعة الواحدة صباحاً كان على أنا وزوجي أن نسرع بالطفل إلى المستوصف.. عندما فتح بوانا ماجنجا الباب في النهاية نظر إلى الطفل وقال "هذا الطفل غير مريض" وعندما الحجنا قال عندئذ ألم تحضرروا معكم مصباحاً؟ كيف يمكنني أن أفحصه؟" ثم قال "أعطوني ورقة لأكتب لكم العلاج" ولكننا شرحنا له أنا نسينا أن تحضر معنا آية ورقة. فقدم لنا حبة باراسيتامول واحدة وطلب منا العودة للمنزل.. وفي الليلة نفسها ساءت حالة الوليد، ولذا اضطررنا أن نعود لبوانا ماجنجا.. كان الرضيع ساكناً ولم يعد يبكي، لكن بوانا ماجنجا فقط أطعاه حقنة. عندما وصلنا للمنزل كان الرضيع قد مات. لم نرفع الأمر إلى رئيس القرية الحكومي لأن الأمر كان شديد الإيلام، وأدركنا أننا مازلنا نعتمد على المستوصف لاحتياجاتنا الأخرى. بالإضافة إلى أن رئيس القرية الحكومي كان يعرف عن صلف بوانا ماجنجا، لكنه لم يكرس وقتاً ليسمع فيه الناس وعلى الأخضر النساء"<sup>(٤٧)</sup>.

تكشف المعلومات من العديد من الدراسات أن المجتمعات المحلية لا تشتراك عموماً في عمليات اتخاذ القرار بشأن الرعاية الصحية. لا توجد آليات يمكن الاعتماد عليها للتظلم أو لتقديم الشكاوى أو رفع قضايا المجتمع لمستوى الحى لإجراء اللازم. وبالمثل فإن الآليات محدودة أو شبه منعدمة حالياً فيما يتعلق بتقديم المعلومات للناس حول الإنفاق على الرعاية الصحية على المستوى المحلي، أو إشراكم في الرقابة على

\* إن صندوق صحة المجتمع قد شكل ١٠٪ من الميزانية الصحية الكلية للأحياء في عام ٢٠٠١، وقد أسهم بأقل من ٢٠٪ من الرسوم الكلية المحصلة في الوحدات الصحية لخدمات الرعاية الصحية<sup>(٤٨)</sup>. إن غالبية المساهمة لعامين الماضيين كانت من رسوم الإستخدام واستمر ذلك في النمو من ٢٠٪ في عام ١٩٩٩ إلى ٢٠٪ في عام ٢٠٠١.

\*\* مجالس الخدمة الصحية المجتمعية هي إحدى الوسائل لتقويض السلطة والمملكة للهيئات الحكومية المحلية وتوليه مسؤولية القرارات الإدارية للخدمات الصحية للحي. ويجري حالياً تلك الخدمات للهيئات الحكومية المحلية ومستشفيات الأحياء (وزارة الصحة). ويتم حالياً إنشاء لجان الوحدات الصحية في مستويات النظام الصحي الأدنى.





١٢% فقط من الأشد فقرًا. في مسح تقديم الخدمات لعام ١٩٩٨ كانت هناك شكاوى متكررة من أن الخدمات المجانية لا يمكن الحصول عليها الآن إلا بتكلفة - بما فيها الولادة، والأدوية الأساسية وخدمات تنظيم الأسرة - كل تلك الخدمات من المفترض أنها مغفاة<sup>(٤)</sup>.

تؤكد الدلائل المتوفرة من العديد من الدراسات المذكورة في هذا التقرير على أنه حتى لو تم الإعفاء من الرسوم الحكومية أو التنازل عنها فإن الفقراء والمجموعات الأكثر تعرضاً للخطر ينتهي بهم الأمر في وقت ما إلى دفع مصاريف أخرى تشمل الدواء وبعض الرسوم القليلة (بطاقات، أدوات، الاستشارة الأولى إلخ).. وهذا بدون ذكر تكاليف الرعاية الأخرى مثل الطعام والمواصلات والرشاوي. في منطقة كاجيرا على سبيل المثال، النساء الحوامل قد تعفى رسمياً من الرسوم ولكن يطلب منهن المساهمة التي تفرضها لجان الحكومة المحلية للاتفاق على عجز المستلزمات أو تأخيرها<sup>(٥)</sup>.

"كل امرأة حامل عليها أن تدفع ٥٠٠ شلن تزاني للكيروسين وتحتاج أيضاً أن تشتري بطاقة الأمومة، ومعظمنا لا يستطيع دفع تلك التكاليف"

"ولم تدفع ٧٠٠ شلن فانك لا تحصل على تعليم التيتانوس ولا بطاقة أمومة؛ وعليه إن لم تملكي المال فعليك لا تضيئي وقتك"

في قرية نزانزا بحى مياتو، ينتهي الأمر بالنساء الحوامل إلى دفع ٧٠٠ شلن تزاني في الولادة؛ ٥٠٠ شلن للبطاقة؛ ٢٠٠ من أجل السرنجات؛ ٢٠٠ للقفازات و٥٠٠ لـ"شكراً" المساعدين<sup>(٦)</sup>. ونتيجة لذلك ينتهي الحال بالعديد من النساء إلى الولادة في المنزل بدون مساعدة مدربة. وفي مبوبوا، تلقى النساء الحوامل العون أشياء الولادة في المراكز الصحية فقط" إن كان معهن أشياء مثل القفازات، نصل الأمواض إلخ..

"إذا كنت لا تملكين المال لشرائها فلن يساعدك أحد. سوف يتجرشون بك ويطالبونك بأن تعتمدى على نفسك في الولادة" (امرأة عمرها ٣٧ عاماً)<sup>(٧)</sup>.

بلا شك أن التمويل هو مفتاح نجاح أي نظام للاستثناءات والإعفاء. إن النظم التي عوضت مقدمي الخدمة عن العوائد التي صاعت بسبب منح الاستثناءات (مثل تايلاند وإندونيسيا وكمبوديا) كانت نظماً أكثر نجاحاً من تلك التي توقعت أن يتحمل مقدم الخدمة تكفة الاستثناءات (مثل كينيا)<sup>(٨)</sup> على أي حال، فإن الفرق الإدارية في المستشفيات المشاركة في دراسة أخرى<sup>(٩)</sup> قالت أن الحكومة قد عجزت عن التمسك بالتزامها بتعويض مستشفيات القطاع الخاص عن الاستثناءات والإعفاءات، مما حد من موارد تلك الوحدات. وهذا لا يؤثر فقط على إمكانيات الوحدة الصحية ولكنه أيضاً قد يثير مقدمي الخدمة من استثناء من يستحقون، وذلك حتى لا تبدو الوحدة مترددة في أدائها المالي.

وقد أبرز التحليل الأولى للمعلومات المتوفرة من المستشفيات العامة الشمانية المشاركة في الدراسة السابقة<sup>(١٠)</sup> في مبايا، وكيلمنجارو، ومتوارا وموانزا - أن التنازلات شكلت نسبة ضئيلة من مجموع الإعفاءات: أقل من ٥%. وبناء على أقوال الفرق الإدارية في المستشفيات ومنظمات المجتمع المدني والسياسيين المحليين تمنح الإعفاءات عموماً لمستحقاتها على الرغم من أنها قد لا تستهدف بالضرورة المعدمين أو الحالات الطارئة. وهذا تؤيده الدلائل من السجلات المتاحة: في كل المستشفيات الشمانية التي تمت زيارتها فإن معظم الإعفاءات المسجلة قد مُنحت لمن هم دون الخامسة ولخدمات صحة الأمومة والطفولة. كانت هناك حتماً استثناءات: طلبات متكررة للإعفاءات من موظفين مدنيين سابقين وهم نسبياً مستقررين مادياً، ومنح إعفاءات لأفراد يقدمون العاملون على أنهم أقاربهم.

وعلى كل وأشارت النتائج الأولية لدراسة ليندي رووال إلى أنه في الواقع تم إعفاء ٤٩% فقط من الحالات الحادة و ٢٠% من الحالات التي أدخلت المستشفى ممن هم دون سن الخامسة<sup>(١١)</sup>. كما وأشارت النتائج إلى أن الأقل فقرًا يستفيدون أكثر من المشروع، وخاصة بالنسبة للأمراض المزمنة، والدخول إلى المستشفى: ٢٣% من الأقل فقرًا و ٢٠% من المتوسطين قد تم إعفاؤهم بالمقارنة إلى

عن إدارة هذا النظام أو بين المتقفين له. وهناك حاجة لاتخاذ قرار بشأن من أى مستوى تبدأ التنازلات وكيف يمكن تحديد الأشخاص المستحقين. كما أن هناك حاجة أيضاً لاتخاذ العديد من القرارات الأخرى بشأن إجراءات التنازل: فعلى سبيل المثال، هل يمنع التنازل للأسر أم للأفراد؟ هل يكون دائماً أو مؤقتاً؟ وما الفترة التي ينبغي بعدها إعادة تقييم الاستحقاق؟ هل استحقاق التنازل يحدد مسبقاً وفق معايير واضحة، أو يتم عندما يطلب الأفراد الرعاية في الوحدة؟ هل يكون ذلك على مستوى الأسر (كما في صندوق صحة المجتمع) أو على مستوى الأفراد؟

باستثناء دراسة واحدة في ليندي رورال، تشير الدلائل المتوفرة إلى أن الناس لديهم معلومات أفضل نسبياً عن فئات الإعفاء. وقد أظهرت مناقشات المجموعات البؤرية مع منظمات المجتمع المدني والسياسيين المحليين (٢٠) أن معظم الناس يفهمون سياسة الإعفاءات. وهذا قد عززته المعلومات التي تم الحصول عليها عبر المقابلات مع إجمالي ٢٠٠ من مرضى الأقسام الداخلية والعيادات الخارجية في الوحدات الثمانى كلها والتي دلت على أن ٨٤٪ من المرضى راضين عن نظام الإعفاءات. وعلى الرغم من أن ٧٤٪ يعتقدون أن الإجراءات مرهقة وروتينية وغير فعالة وغير دودة مع المستخدم، ولكن العديد منهم لديهم استعداد لتحمل كل ذلك لأنهم عموماً راضين عن مستوى الخدمات المتاحة.

أما في ليندي رورال فقد لوحظ أن وعي العامة بنظام الإعفاءات ضعيف جداً سواء بين العاملين الصحيين أو ومسئولي القرية، أو المجتمع (٢١). ولا ترى المجتمعات الإعفاءات باعتبارها حقاً لهم، ولكن باعتبارها تقضلاً من مقدمي الخدمة.

### **آليات التكيف**

أظهر عدد من الدراسات أن الأسر الفقيرة ذات الإمكانيات المحدودة تلجأ إلى عدد من استراتيجيات البقاء قصيرة المدى لتفادي نفقات الرعاية الصحية خاصة في أوقات الطوارئ، وهو ما يزيد من إفقارهم

**أسباب ضعف تطبيق الإعفاءات والتنازلات**  
إن الإعفاءات عموماً أيسر في التطبيق، وذلك لأن الجماعات الحساسة أسهل في التمييز على أساس طبية أو عمرية. ولكن هناك مشاكل جمة تواجه تطبيق إجراءات التنازلات (٢٢). في الوقت الحالى لا توجد إجراءات معيارية مطبقة، ولكن هناك درجة كبيرة من المفاوضات الشخصية حول الدفع في كل الوحدات التي تفرض رسوماً. وعليه فإن المهمة تصبح مفتوحة للتأويل وللتطبيق غير المتساوی والإمكانية إساءة الاستعمال. إن المرضى المعادين أو هؤلاء المعروفين بالنسبة للعاملين يكونون أقرب لكتاب تنازلات أو تخفيضات.

في دراسة مبابا (٢٠٠٢) (٢٣) كان لدى المستشفى نظام رسمي للتنازلات عن الرسوم المفروضة لغير القادرين على الدفع. وقد تم تسجيل إجمالي ٣٧٥ شخصاً في عام ١٩٩٧ ولكن لم يتضح كم من بين هؤلاء المستحقين للتنازلات قد حصلوا عليها بالفعل. إن مجلس الإدارة لديه سلطة إعفاء المرضى شديدي المرض وغير القادرين على الدفع، ولكن لم تذكر حالات من هذا النوع. ولا يوجد في المستشفى في الواقع إجراءات معمول بها لبحث حالة كل فرد من مستحقى التنازلات والتي تتطلب نظرياً تقديم طلب للباحث الاجتماعي. وأوضحت المقابلات العميقـة -مع المرضى أو في المنازل- أن أحداً لم يستخدم، أو حتى حاول أن يستخدم نظام التنازلات أو كان يعرف آخرون فعلوا ذلك.

ويحدد تصميم صندوق صحة المجتمع في هانج أن المجتمعات تقوم بتحديد الأسر المستحقة لبطاقات صندوق صحة المجتمع المجانية (٢٤). وقد تم تقديم قائمة بالأسماء للجنة الحى منذ ما يزيد على ثمانية عشر شهراً (منذ بدء التقييم) ولكن لم يحصل أى من الأسماء الواردة بالقائمة على أى تنازلات. وقد استنتاج التقييم أن السياسات فى هانج غير كافية لحماية الفقراء من أعباء تكاليف الصحة.

وبدون شك إن وجود معايير واضحة لمنع التنازلات شرط للحد من الاضطراب والغموض بين المسؤولين

حيوية ضد الالتهاب الرئوي، ومعدل دخولهم للأقسام الداخلية في المستشفى أكثر. إن معدل دخول المستشفى للشريحة الأذن اجتماعياً واقتصادياً يكاد يصل لنصف معدل الشريحة الأعلى.

في كثير من الأحيان تكفى دخول الفقراء بالكاد لمجرد البقاء على قيد الحياة، فعلى سبيل المثال في كيلمبروا وأولانجا فإن حوالي ٧٥٪ من استهلاك ومصاريف الأسرة الشهرية في عام ١٩٩٧ كان على الطعام<sup>(٢٠)</sup>. إن الدواء، إن توفّر، يكون غالباً وينجم عن ذلك عدم الالتزام، وعدم استكمال العلاج والاستخدام غير الرشيد للأدوية... عندما تكون التكاليف باهظة فإن الكثير من الفقراء في "أفاكارا" إما يمتنعون تماماً عن طلب العلاج أو يلجؤون لمعالج تقليدي<sup>(٢١)</sup>. في مجتمع مواكيدميلا حتى تانجا كثيراً ما يلجأ الفقراء لاستخدام الأعشاب التقليدية وتقطيف البيئة لعلاج الملاريا حتى وإن كانوا يعرفون أن هذه الوسائل ليست هي الأكثر فعالية<sup>(٢٢)</sup>.

يلجأ الفقراء في الريف عموماً للوحدات الصحية الحكومية -إن كانوا يستطعون تحمل تكفلتها- وذلك لأنها الأرخص بالمقارنة بالوحدات الدينية والخاصة، وعادة ما تكون قريبة. إن نتائج مسح الرضاء عن السياسات والخدمة قد دلت على أن ما يزيد عن أربعة أخماس الأسر تستخدم الوحدات الصحية الحكومية أكثر من الوحدات الخاصة أو الدينية<sup>(٢٣)</sup>. كل المستجيبين في دراسة تانجا وافقوا على أنه عند فشل العلاج المنزلي فإن وحدات الصحة الحكومية هي أكثر مصدر للرعاية تتحمله إمكانيات المعدمين والمجموعات الأكثر تعرضاً للخطر، حتى ولو اضطروا لدفع رسوم التسجيل أو الاستشارة، وحتى لو كان عليهم شراء الأدوية<sup>(٢٤)</sup>. على أنه من الضروري ملاحظة أن الخدمات الحكومية في هذا المثال تتيح لهم الحصول على علاج فوري مع فرصة الدفع لاحقاً لمسؤول القرية.

وحدات الإرساليات معروفة عموماً بالتزام العاملين فيها وابحاجية تعاملهم مع المرضى ووفرة الدواء والفحوصات والنظافة وقلة المتابعة وانعدام الرشاوى. ولكن ربما

ويساهم في جعلهم معرضين للخطر على المدى الطويل<sup>(٢٥)</sup>. إن استراتيجيات التكيف تشمل استخدام مدخلاتهم (لو كان لديهم مدخلات)، والمساهمات الممكنة من الأقارب وغيرهم، والمشاركة في تجارة صغيرة، وبيع الممتلكات الحيوية مثل المحاصيل والحيوانات والأرض وحتى جدهم، والاستدانة والحصول على قرض ورهن ممتلكاتهم. في بعض الأحيان يضطر الفقراء إلى إخراج أولادهم من المدارس. وكثيراً ما يواجهون نقص الطعام ويتكيفون مع ذلك بتبسيط الوجبات التي يتناولونها في اليوم، ويرسلون أبناءهم للعيش بعيداً مع الأقارب أو يأكلون مع الجيران.

وعموماً فإن استدانة المال مشكلة للنساء الفقيرات لأنهن أقل المجموعات الموثوق فيها، فهن لا يستطيعن كسب المال الكافي للإنفاق على أسرهن وتسديد ديونهن<sup>(٢٦)</sup>. إن الوضع صعب بشكل خاص بالنسبة للأشخاص الذين يعيشون على هامش المجتمع مثل أطفال الشوارع، والعمال المهاجرين، والعاملات في مجال الجنس<sup>(٢٧)</sup>. قلّيس لديهم أي سياق داعم للحصول على المال والضرورات الأخرى، وليس لديهم من يقترضون منه. تتعرض العاملات في مجال الجنس للتحقيق والإساءة من جيرانهن ومن مقدمي الخدمة الصحية. وفي الواقع يكون عليهن الاستمرار في العمل حتى أشاء المرض -لمواجهة تكاليف العلاج.

**السعى للرعاية الصحية واختيار مقدمي الخدمة**  
أظهرت نتائج مسح للأسر في جنوب ترانانيا أنه حتى في أشد المناطق فقرًا والتي يمكن بسهولة اعتبارها كلها فقيرة، فإن سلوك طالبي الرعاية أسوأ بين العائلات الأشد فقرًا عنه بين العائلات الأغنى نسبياً<sup>(٢٨)</sup>. والذين يرعون الأطفال في العائلات الأغنى لديهم معلومات أفضل حول علامات الخطير، وهم أكثر ميلاً للذهاب بأطفالهم للوحدة الصحية عند مرضهم، وهم أكثر استعداداً لقطع مسافة قصيرة (أقل من ٩٠ دقيقة) للوحدة الصحية مقارنة بالأسر الأكثر فقرًا. ومن المرجح أن يحصل أطفالهم على علاج ضد الملاريا ومضادات

وعلى الرغم من أن الإنفاق على الصحة كنسبة من الميزانية الكلية للحكومة قد زاد من ٥٪ في السنة المالية ٢٠٠٣ إلى ٨٪ في السنة المالية ٢٠١٠، فإن هذه النسبة مازالت منخفضة ولم تصل بعد إلى هدف الإنفاق المرجو بالنسبة للفرد، وذلك لتحقيق النتائج الصحية الأساسية للشعب<sup>(٣)</sup>. يوجد أيضاً عدم مساواة كبير وغير مبرر في تخصيص الموارد بين المناطق وبين الأحياء، وهناك احتياج شديد للعمل من أجل تفعيل النموذج الجديد لتحسين الموارد -والذي أعد لتوزيع تمويل الصحة وفقاً لمعايير أكثر إنصافاً- فهو إنجاز مهم للتنمية لصالح الفقراء.

يسم الوضع الحالى بما يلى: نقص مهارة العاملين وعدم تحمسهم، والنواقص فى مستوى جودة الرعاية، وضعف وتشوش النظم الإدارية، وغياب المعلومات المقدمة للمرضى، وعدم حصول المعدمين على العلاج، وعليه فإن نظام الرعاية الصحية يتطلب ليس فقط استثماراً ضخماً للأموال ولكن يتطلب أيضاً تجديداً للالتزام والرؤى بين كل الضالعين لتحقيق تغير جوهري. لهذا الأمر ضروري بشكل خاص بالنسبة للتترانينيين الذين يعيشون في فقر، والذين أصبح العلاج غير متوفراً لهم بشكل متزايد، والذين لا تمثل لهم الرعاية الخاصة المكلفة أى بديل. إن هذه الدراسة تبرز العديد من الموضوعات التي تحتاج للتأمل واتخاذ الإجراءات اللازمة:

#### **الوصول للخدمة**

- سوء مستوى الخدمة، تكاليف الرعاية الصحية الرسمية و"غير الرسمية"، بعد المسافات مضافة إلى سوء الطرق ووسائل المواصلات غير الكافية والمكلفة، سوء الإدارة وبسوء آليات المحاسبة- كل هذا يحد من قدرة الفقراء على الوصول للرعاية الصحية.
- نقص الأدوية والمستلزمات الأساسية، ونقص

العنصر الأكثر أهمية هو استعداد وحدات الإرساليات لتأجيل الرسوم، أو منح تنازل جزئي وبدء العلاج إن كان ضرورياً، أما الوحدات الخاصة فهي تميز أساساً بقصر مدة الانتظار وتوفير الدواء.

#### **الخاتمة**

إن الأمور الموقعة في هذه المراجعة للأديبيات هي دعوة لكل العاملين -الحكومة وصانعي السياسات والمانحين والمنظمات غير الحكومية والمؤسسات الدينية والعاملين الصحيين وغيرهم- لجعل الرعاية الصحية المميزة متاحة لكل الناس سواء كانوا أغنياء أو فقراء.

وحتى تتحقق أهداف الحد من الفقر وقطاع الصحة فإنه لابد من التزام خاص تجاه الفقراء والمهمشين، وغيرهم من الأكثر تعرضًا للخطر<sup>(٤)</sup>، إن التدخل لابد وأن يصل لما وراء وضع السياسات والقواعد المرشدة إلى تغيرات إيجابية في تقديم الخدمة والمردود الصحي، والتحدي الرئيسي للحكومات المركزية والمحلية هو تقديم المزيد من الخدمات وتحسينها مع المزيد من الموارد -والتي ليست بالضرورة كافية- التي سيتم تبعتها تحت سياسة الحد من الفقر.

وفي الوقت ذاته، وعلى الرغم من الالتزام بسياسة الحد من الفقر، فإن ميزانية قطاع الصحة ضعيفة\* والإنفاق الصحي لم يكن دائمًا لصالح الفقراء<sup>(٥)</sup>. وتقليدياً، استفاد الميسوروون أكثر من الخدمات الصحية الحكومية مقارنة بالناس الأقل حظاً، خاصة في المستويين الثاني أو الثالث للرعاية الصحية، التي تستهلك معظم الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية<sup>(٦)</sup>. ولكن مؤخرًا، ازدادت حصة الإنفاق على خدمات الرعاية الأولية والوقائية، ويتوجه التمويل بصورة أكبر إلى "تكاليف أخرى" (مثلاً العقاقير والمستلزمات الأخرى) مما يدل على تحرك لجعل الخدمات أقرب للناس. وهذا تطوراً شديداً الإيجابية.

\* كانت المبالغ المخصصة بالنسبة للفرد لخدمات الصحة ٤ دولارات في عام ١٩٩٩ و٦٠٠ دولار في عام ٢٠٠٣ (وزارة الصحة سبتمبر ٢٠٠٣). كان هدف وزارة الصحة الوصول إلى ٩ دولارات للفرد ليتأمين تقديم الخدمات الصحية الضرورية، على الرغم من أن ١٢ دولاراً كان هو الرقم المتفق عليه دولياً كبداية.

## **الحكم والمحاسبية**

- إن مشاركة المجتمع محدودة، ويرجع هذا جزئياً إلى نقص المعلومات بشكل عام حول الإصلاحات الأخيرة ولكن أيضاً لأن الفقراء لا يعرفون حقوقهم أو لا يشعرون بإمكانية ممارستها.
- لا توجد آليات يعتد بها لرفع الاهتمام أو تمريرها لمستوى الأحياء لاتخاذ اللازم.
- أشارت الدراسات إلى عدم الرضاء عن مواضيع متعددة في النظام الصحي: التكلفة، الجودة، الوصول للخدمة، التوفير والتوزيع العادل للخدمات الأساسية، سوء استخدام السلطة، سوء إدارة المالية، الفساد ونقص الاستجابة.

## **الإعفاءات والتنازلات**

- إن الإعفاءات والتنازلات بوجه خاص ليست وسيلة فعالة لحماية أفراد الفقراء والمجموعات الاجتماعية الأكثر تعرضاً للمخاطر.
- إن نقص المعايير الواضحة والخطوط الموضحة للسياسة لتحديد الأشخاص المستحقين للإعفاء ينتج عنه قرارات شخصية عشوائية بدون تقارير واضحة أو متابعة من الإدارة. ولا يتم إعلام الفقراء أنفسهم كإجراء روتيني بالإجراءات الالزمة للحصول على الإعفاءات والتنازلات.
- إن نقص التمويل للوحدات الصحية لتعويض نقص العوائد بسبب الإعفاءات والتنازلات له تأثير سلبي على أداء الوحدات، ولا يشجع الوحدات على منح الإعفاءات.

المعضلة إذن هي كيف نجعل الرعاية الجيدة متاحة للجميع - بما فيهم الفقراء - في بيئة موازدها المالية محدودة وغير كافية ومواردها البشرية والمادية متقلصة بشدة... يجري حالياً تطوير الإستراتيجية الثانية للحد من الفقر، وهذا هو الوقت الأمثل لمواجهة المشاكل التي طرحتها هذه الدراسة بصورة ايجابية ولتعزيز تقديم الرعاية الصحية للفقراء.

مقدمي الخدمة المهرة، والتمييز ضد غير القادرين على الدفع وسوء نظم الإحالة مما يؤدي إلى سوء مستوى الرعاية.

## **رسوم الرعاية الصحية**

- وضعت رسوم الرعاية الصحية عبئاً مالياً مستحاجلاً على الأسر الأكثر فقراً والذين عادة ما يحرمون من استخدام الوحدات الصحية عندما يكونوا في أشد الحاجة إليها.
- العوائد التي نتجت عن المشاركة في التكلفة لم تؤثر بالضرورة بشكل إيجابي على مستوى الرعاية الصحية ولا على وصول المعدمين للرعاية الصحية.
- إن رسوم الاستخدام ليست هي التكلفة الوحيدة التي يدفعها الفقراء، التكاليف الأخرى تشمل وقت الانتقال، مصاريف المواصلات، وغير ذلك من المصارييف "غير الرسمية" بما فيها الرشاوى والأدوية والمستلزمات.
- ربما يكون ضندوق صحة المجتمع قد حسن من مستوى ونطاق الخدمات المتاحة، ولكن المشروع ليس بالضرورة نافعاً للمعدمين بشكل منصف.

## **المشاركة واتخاذ القرار**

- لم يتم تطبيق الإدارة الملائمة ونظم المعلومات بحيث تضمن التحصيل والاستخدام المناسب للرسوم.
- لا تشارك المجتمعات عموماً في التخطيط والإدارة المالية للخدمات الصحية بحيث تضمن أن الخدمات الصحية تركز على تحقيق أولويات احتياجاتهم.
- الأفراد العاديين على مستوى المجتمع ليس لديهم وسيلة للوصول للمعلومات حول الميزانيات والدخول والمصاريف واستخدام المستلزمات الطبية إلخ. وعليه فليسوا في وضع يمكنهم من مراقبة فعالة لكيفية استخدامهم.

1. Agyemang-Gyau P & Mori AE. February 1999. The ability and willingness of people to pay for their health care, the case of Bumbuli area in Lushoto district. In: Tanzania Public Health Association (TPHA). Poverty and Health, p.24-26. Proceedings of the 17th Annual Scientific Conference of the TPHA, November 23-26, 1998, Mkonge Hotel, Tanga. Dar es Salaam: TPHA.
2. Brinkerhoff D. January 2003. Accountability and Health Systems: Overview, Framework, and Strategies. Bethesda, Maryland: Partnerships for Health Reform Plus, Abt Associates Inc.
3. Bitran R & Giedion U. 2003. Waivers and Exemptions for Health Services in Developing Countries. Social Protection Discussion Paper Series, No.0308. Washington DC: World Bank.
4. Chee G, Smith K ft Kapinga A. July 2002. Assessment of the Community Health Fund in Hanang District, Tanzania. Bethesda, Maryland: Partnerships for Health Reform Plus, Abt Associates Inc.
5. Gwatkin DR. March 2003. Free government health services; are they the best way to reach the poor. March 2003.
6. Gwatkin DR, et al. November 2003. Initial country-level information about socio-economic differences in health, nutrition, and population, Vols. I and II. Washington DC: World Bank, Health, Nutrition and Population Department.
7. Hemed Y. July 2000. Community health schemes benefiting the low income people. In: TPHA. Sector reforms and health in Tanzania, p.213-230. Proceedings of the 18th Annual Scientific Conference of the TPHA, November 22-25, 1999, CCT Conference Centre, Dodoma. Dar es Salaam: TPHA.
8. Hutton G. 2003. Improving the financial access of poor and vulnerable groups to health services. What strategy for Tanzania? A briefing paper established under the SDC-STT SWAP Mandate 2003. Basel: Swiss Centre for International Health, Swiss Tropical Institute.
9. Joint Health Sector Review, Ministry of Health and Development Partners, 2004. De-briefing Note, Technical Review 2004: Health Service Delivery at District Level Revisited. Dar es Salaam, Tanzania.
10. Kawa I. 2003. An Assessment of Prospects of Social Service Delivery in Sub-district Level within the Framework of the Local Government Reform Programme: A Study of Kondoa District Council. Paper presented at the 8th REPOA Research Workshop, White Sands Hotel. Dar es Salaam; March 27-28, 2003.
11. Lwilla F. May 2001. Health care financing, the Kilombero experience, April 1997 to September 2000. In: TPHA. Public Health Focus in Tanzania in the New Millennium, p.54-58. Proceedings of the 19th Annual Scientific Conference of the TPHA, November 20-24, 2000, Lutheran Uhuru Hostel, Moshi. Dar es Salaam: TPHA.
12. Ministry of Health, Cost-Sharing Implementation Committee, United Republic of Tanzania. April 1995. Cost-sharing in the health sector in Tanzania: implementation of user charges. Two years' experience, July 1993-June 1995.
13. Ministry of Health, Health Reform Secretariat, United Republic of Tanzania. September 2003. Health PRSP Progress Report 2003.
14. Ministry of Health, United Republic of Tanzania. April 2003. Second Health Sector Strategic Plan (HSSP) (July 2003-June 2006). (Final draft)

15. Ministry of Health, United Republic of Tanzania. December 1994. Cost-Sharing Operations Manual
16. Ministry of Health, United Republic of Tanzania. February 2003. Health Sector PER Update FY 2003. Dar es Salaam.
17. Ministry of Health, United Republic of Tanzania. February 2004. Health Sector PER Update FY 2003. Dar es Salaam.
18. Mmbuji PKL, Homo PA, Nswilla AL. August 1996. Implementation of health services user fees in Tanzania: an evaluation of progress and potential impact. Paper prepared for Cost Sharing Implementation Team, Ministry of Health.
19. Mpembeni R, Moshiro C, Mnyika KS, et al. July 2000. Barriers to use of maternal health services: the case of districts in Kagera region. In: TPHA. Sector reforms and health in Tanzania, p.120-125. Proceedings of the 18th Annual Scientific Conference of the TPHA, November 22-25, 1999, CCT Conference Centre, Dodoma. Dar es Salaam: TPHA.
20. Msambichaka LA, Mjema GD, Mushi DP. August 2003. Assessment of the impact of exemptions and waivers on cost sharing revenue collection in public health services. Final Report. Dar es Salaam: Economic and Social Research Foundation, University of Dar es Salaam.
21. Msuya JM. April 2003. Coping with user charges in social services in Tanzania: a case of health services in Igunga District. Paper presented at Inaugural Tanzanian Biennial Development Forum, 24-25 April 2003, Golden Tulip Hotel, Dar es Salaam.
22. Mubyazi GM. August 1998. Willingness and ability to pay for healthcare in Tanzania before and after the introduction of cost sharing policy: evidence based analysis and research. Thesis, MA in Health Management, Planning and Policy, Nuffield Institute for Health, University of Leeds. (Unpublished)
23. Mutalemwaa PP. 2002. The daily struggle to cope with malaria: insights from a Tanzanian village. Thesis, MPH in Health Promotion, University of Bergen. (Unpublished)
24. Mwangu MA. May 2001. Managing district health services under the reform era: the need for an integrated and functional support system. In: TPHA. Public Health Focus in Tanzania in the New Millennium, p. 10-16. Proceedings of the 19th Annual Scientific Conference of the TPHA, November 20-24, 2000, Lutheran Uhuru Hostel, Moshi. Dar es Salaam: TPHA.
25. National Bureau of Statistics (NBS) Tanzania. July 2002. Household Budget Survey 2000/01. Dar es Salaam: NBS.
26. National Bureau of Statistics Tanzania and Measure DHS +. November 2002. Tanzania Reproductive and Child Health Survey 1999. Dar es Salaam, Tanzania: NBS, Macro International.
27. Newbrander W, Sacca S. August 1996. Cost Sharing and Access to Health Care for the Poor: Equity Experiences in Tanzania. Washington DC: BASICS II Project, USAID.
28. Njau FN. July 2000. Community health care financing and the concerns of the poor segment of the population (Is equity being abandoned): An experience from Tanzania CHF pre-testing programme in 10 districts. In: TPHA. Sector reforms and health in Tanzania, p.205-212. Proceedings of the 18th Annual Scientific Conference of the TPHA, November 22-25, 1999, CCT Conference Centre, Dodoma. Dar es Salaam: TPHA.
29. NGO Policy Forum. 2003a. Health Sector PER Update FY2003. Presentation for the PER sessions at the Poverty Policy Week, October 22, 2003, Courtyard Hotel, Dar es Salaam.
30. NGO Policy Forum. 2003b. Monitoring Public Expenditures. Key Issues and Recommendations. Participatory Poverty Week, October 23, 2003, Courtyard Hotel, Dar es Salaam.

31. Options. May 1998. A review of safe motherhood in Tanzania. Kwast B, Vickery C on behalf of the UK Department for International Development. 308/98/DFID.
32. Research and Analysis Working Group (RftAWG). 2003. Poverty and Human Development Report. Dar es Salaam: RftAWG.
33. Research and Analysis Working Group (RftAWG). 2002. Poverty and Human Development Report. Dar es Salaam: RPtAWG.
34. Research on Poverty Alleviation (REPOA). October 2003. Policy and Service Satisfaction Survey. Main results (Working draft)
35. Research on Poverty Alleviation and Economic and Social Research Foundation (REPOA/ESRF). April 2001. Pro-poor expenditure tracking. Revised paper submitted to the PER Working Group.
36. Rutaihwa PM. October 1997. Lack of authentication in introducing user fees attributed to health problems in Tanzania's urban people. In: WFPHA. Health in Transition: Opportunities and Challenges, p.62-63. Selected Proceedings from the 8th International Congress, World Federation of Public Health Associations, 12-17 October 1997, Arusha. Geneva/ Washington DC: WPHA.
37. Saltiel K, Tissafi M. January 2002. Community based health care. Kilombero experience July 1996-December 2001.
38. Save the Children Fund. 2003. Poor People's Health, A policy priority; what about reality? Preliminary findings of a study conducted together with the Ifakara Health Research and Development Center.
39. Schellenberg JA, Victora CG, Mushi A et al. 2003. Inequities among the very poor: health care for children in rural southern Tanzania. Lancet, February 15, 2003;361(9357).
40. Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC). May 2003. Views of the Poor. The perspectives of rural and urban poor in Tanzania as recounted through their stories and pictures. Dar es Salaam: SDC.
41. Tanzania Development Research Group (TADREG). April 1998. Health-Education-Water. Baseline service delivery survey for rural Tanzania. Demand and ability to pay for basic services. TADREG Working Paper Series No.8.
42. Tibandebage P, Mackintosh M. January 2002. Managing and Regulating Mixed Health Care Systems: A Tanzanian Case Study. Project Working Paper Two: Access, Exclusion and Information on Quality of Care in the Mbeya Health Care Market. ESRF Discussion Paper No.28. Dar es Salaam : Economic and Social Research Foundation, University of Dar es Salaam.
43. TzPPA 2002/03. October 2003. Vulnerability and resilience to poverty in Tanzania: causes, consequences and poverty implications. Main Report. (Working draft)
44. Women's Dignity Project in collaboration with GRAFCA (Grassroots Female Communicators Association). October 2003. Poor Women's Experiences of Health Services. Paper presented at NGO Policy Forum, 31 October 2003.
45. World Bank. September 2003. World Development Report 2004. Overview. Washington DC: World Bank.

# التقدّم العالمي في مجال السياسات والعمل الدّفاعي حول الإجهاض تقييم للعقد المنصرم منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

ليلي حسيني\*  
ترجمة: سلاف طه

## ملخص

مثّل برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المنعقد في ١٩٩٤ خطوة إيجابية نحو إضفاء الصفة الشرعية على الإجهاض كأحد مكونات الصحة الإنجابية الأساسية. تستعرض هذه الورقة الكيفية التي طبّقت بها مبادئ المؤتمر ووصياته على مدى العقد الماضي، وما اتّخذ من خطوات نحو زيادة إمكانية حصول النساء على خدمات الرعاية المتعلقة بالإجهاض بشكل مأمون وقانوني وغير مكلّف. كذلك تنظر الورقة في الجهود التي بذلتها الناشطات لزيادة فهم واضعى السياسات والرأي العام للإجهاض، كما تستعرض السياسات والعمل المتعلّقين بالإجهاض على المستوى العالمي، وتتطرّف إلى التقدّم المحرّز على المستويات الوطنية في السياسات والخدمات المتعلّقة بالإجهاض، وما يواجه هذه العملية من معوقات. تساعد البحوث والعمل الدّفاعي ذو الصلة على كسر الصّمود العالمي عن الإجهاض غير المأمون، كما أنّ هناك حركة عالمية بادئة في التقدّم لدعم حق النساء في الإجهاض المأمون. لقد حُقِّقَ الكثير في العشر سنوات القليلة التي تلت انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على الرغم من النكسات الخطيرة التي حدثت في بعض البلدان، وعلى الرغم أيضًا من استمرار بعض المعوقات. ثمة حاجة إلى الجمع بين المداخل الحقوقية ومداخل الصحة العام، وإلى خلق شراكات إستراتيجية مع حركات العدالة الاجتماعية الأخرى كأساس لزيادة فعالية الجهود المتعلّقة بالإصلاح القانوني وكفالة حصول النساء على خدمات الإجهاض المأمون.

Global Progress in Abortion Advocacy and Policy: An Assessment of the Decade since ICPD. May 2005, 13(25).

Leila Hessini

© جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠٠٥

**كلمات مفتاحية:** قوانين وسياسات الإجهاض، مقدمو خدمات الإجهاض، الحقوق الإنجابية، العمل الدّفاعي والعملية السياسية، المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

تيسير المعلومات الموثوّق منها والمتشوّر المتعاطفة وخدمات الإجهاض المأمون للنساء اللاتي يحملن حملاً غير مرغوب فيه في البلدان التي لا يكون الإجهاض فيها مخالفًا للقانون. وتدعى الفقرة إلى ضرورة تيسير حصول النساء على خدمات جيدة المستوى تعينهن على معالجة المضاعفات الناجمة عن الإجهاض، وضرورة تزويدهن على الفور بخدمات ما بعد الإجهاض في مجالات المشورة والتوعية وتنظيم الأسرة، وهو الأمر الذي من

يعد برنامج العمل الصادر عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في ١٩٩٤ أول وثيقة دولية ذات شأن تصدر توصيات بشأن الإجهاض غير المأمون. تناول البرنامج الإجهاض بشكل أساسى تحت عنوان "الصحة ومعدلات الاعتلال والوفيات". تلفت الفقرة ٨ (٢٥) الانتباه إلى أثر الإجهاض غير المأمون على الصحة العامة، وال الحاجة إلى تقليل اللجوء إلى الإجهاض عن طريق التوسيع في خدمات تنظيم الأسرة. وتنص المادة أيضًا على ضرورة

\* كبيرة الاستشاريين حول السياسات في منظمة آبياس، الولايات المتحدة الأمريكية. e:mail: hessini@ipas.org

المأمونة عند إجرائه على يد متخصص ماهر في مرفق يفي بالمعايير الطبية<sup>(٥)</sup>.

ويبينما مثل برنامج العمل تقدماً في ذلك الحين، فقد حالت أشكال التناقض والضعف الداخليين في نصوصه المتعلقة بالإجهاض دون إمكانية تزويد البرنامج للحكومات بتوجيهات واضحة للعمل. فقد خيب البرنامج التوقعات من حيث عدم الإقرار -بوضوح- بحق النساء في اتخاذ قرار إنهاء الحمل. ومع ذلك، تظل مسألة ما إذا كانت الحقوق الإنجابية تتضمن الحق في الإجهاض رهنًا بالتفسيرات المختلفة<sup>(٦)</sup>.

ينص برنامج العمل أيضاً على أنه "لا يجوز بأي حال من الأحوال الترويج للإجهاض كوسيلة من وسائل تنظيم الأسرة". (الفقرة ٨(٢٥)) وهذه الصياغة -المبنية على مساومة سياسية- جاءت على أفضل الأحوال غامضة، فهي لا توضح ما الذي يشكل "ترويجاً للإجهاض"<sup>(٧)</sup>، كما أنها تضع علامات استفهام على معنى "تنظيم الأسرة"، فدائماً ما يتصل قرار المرأة بالإجهاض برغبتها في التخطيط للوقت الذي ترغب في إنجابأطفال فيه وما إذا كانت ترغب في أن يكون لها أطفال من عدمه. كذلك تتجاهل هذه الصياغة الواقع المحيط بحياة النساء وأسباب العمل غير المرغوب فيه. ففي العديد من الحالات، تُصرّ النساء من التثقيف الجنسي، والمعلومات ذات الصلة، ووسائل منع الحمل التي يحتاجن إليها لاتخاذ قرار مطلع بشأن الجنس والخصوصية. وفي الكثير من الأحيان يكون الفعل الجنسي أبعد ما يكون عن رضى الطرفين، خاصة في حالة الفتيات دون الخامسة عشر من العمر اللاتي يكن ضعيفات أيضاً أمام الرجال الأكبر سنًا الذين يمطروننهن بالهدايا والأموال<sup>(٨)</sup>.

شأنه المساعدة على تجنب تكرار الإجهاض. وفي مواقع أخرى من الوثيقة، تتفق الحكومات على دعم خدمات الصحة الإنجابية الشاملة بما في ذلك اختيار وسيلة التحكم في الخصوبة مع توفير إمكانية الحصول على الخدمات التي "لا تخالف القانون"<sup>(٩)</sup>.

لقد كانت مسألة حصول النساء على إجهاض مأمون من أكثر القضايا التي صعب التفاوض عليها في المؤتمر، وأيضاً أثناء استعراض التقديم المحرز فيما يتعلق بتتنفيذ توصيات المؤتمر بعد خمسة أعوام من انعقاده ومرة أخرى بعد عشرة أعوام. اتفقت الحكومات في آخر الأمر على تناول مسألة أثر الإجهاض غير المأمون على الصحة العامة، غير أن مشكلة الإجهاض غير المأمون لم تزل قائمة. في عام ٢٠٠٠، قدر عدد النساء اللاتي أجهضن أنفسهن بشكل غير مأمون بحوالي ١٩ مليون امرأة، وتوفيت حوالي ٦٨ ألف امرأة. غالبيتهن (٩٥٪) من البلدان النامية، وكان حوالي ١٤٪ منها دون سن العشرين<sup>(١٠)</sup>. وإضافة إلى ذلك، فقد تعرضت خمسة ملايين امرأة لإصابات مؤقتة أو دائمة نتيجة للإجهاض غير المأمون<sup>(١١)</sup>. وبينما تشير هذه الأرقام إلى بعض الانخفاض مقارنة بالعقد الماضي؛ إلا أن الاختلافات في الوفيات والإصابات الناجمة عن الإجهاض غير المأمون لم تزل تشكل أحد أكثر أشكال الفقاوت بين البلدان النامية والمقيدة في مجال الصحة الإنجابية<sup>(١٢)</sup>؛ إذ تسبب الافتقار إلى الالتزام السياسي والمادي بتناول الإجهاض غير المأمون، مع المحافظة الدينية والأيديولوجية والسكوت ووصم الإجهاض بالعار، في جعل تجربة الإجهاض تجربة حياة أو موت بالنسبة لحوالي ١٩٠ إلى ٢٠٠ مليون امرأة في العقد الماضي وحده، في حين أن الإجهاض من أكثر العمليات الطبية

(\*) تستند هذه الحقوق إلى الاعتراف بالحق الأساسي لجميع الأزواج والأفراد في أن يقررها بأنفسهم بحرية ومسؤولية عدد أولادهم، وفترة التباعد فيما بينهم، وتوفيق إنجابهم، وأن تكون لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك، والاعتراف أيضاً بالحق في بلوغ أعلى مستوى للصحة الإنجابية والجنسية. كما تشمل حقوقهن في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف على النحو المبين في وثائق حقوق الإنسان. (برنامج العمل الفقرة ٧٢)

(\*\*) تلتزم الحكومة الأمريكية الحالية بالرأي القائل بأن إتاحة خدمات الإجهاض يعد "ترويجاً للإجهاض"؛ وينعكس ذلك الموقف في سياسات مكسيكوسبيت الأولى وما تلاها، كما أنه يؤثر على سياسات الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية إزاء الإجهاض. ويرى نشطاء صحة المرأة أن إتاحة الخدمات ذات الجودة العالمية يسهم في قدرة المرأة على اتخاذ خيارات طوعية ومطلعة عوضاً عن ترويج خيار على حساب آخر.



الإجهاض هذه النتائج، ودرج مداخل الصحة العامة والعدالة الاجتماعية وحقوق الإنسان والإصلاح القانوني في عملها<sup>(٤-٧)</sup>. كذلك انخرطت مجموعات جديدة وفاعلون جدد في الدفاع عن الحق في الإجهاض، ومنهم بعض واضعي السياسات ومسؤولين حكوميين، وبعض العاملين في مجال الصحة والطب، ومجموعات نسائية ومحامين وخبراء في حقوق الإنسان وصحفيين وشباب، وفي بعض البلدان نقابيين<sup>(٨)</sup>.

لقد سعت مقاربات الصحة العامة إلى رفع الوعي بحالات الإجهاض غير المأمون و مدى انتشارها و تقييم قدرة أنظمة الصحة العامة على تقديم خدمات الإجهاض (سواء الرعاية في مرحلة ما بعد الإجهاض أو الإجهاض اختياري)، كما سعت أيضاً إلى التعرف على مواطن الضعف، سواء في إمكانية حصول النساء على هذه الخدمات أو في جودة الخدمات المقدمة، وأخيراً تقدير التكلفة<sup>(٩)</sup>. كذلك وقفت الدراسات أبعد مضاعفات الإجهاض في ظل ظروف متباعدة. على سبيل المثال، قدرت دراسة حديثة أن ما يربو على ٢٠ ألف امرأة تعالج سنويًا من احتلالات ذات صلة بالإجهاض في المستشفيات العامة بكينيا<sup>(١٠)</sup>. كذلك أجريت دراسات مماثلة على المرافق الصحية في إثيوبيا<sup>(١١)</sup> والمهدن<sup>(١٢)</sup>.

تستعرض هذه الورقة كيفية تطبيق مبادئ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والتوصيات الصادرة عنه في العقد الماضي باتجاه زيادة حصول النساء على خدمات الإجهاض المأمونة والقانونية وغير المكلفة. كما تبحث الورقة في جهود الدفاع عن الحق في الإجهاض فيما يتعلق بزيادة فهم واضعي السياسات والرأي العام لمسألة الإجهاض، والسياسات والتحركات على المستوى العالمي، والتقدم المحرز على مستوى السياسات والخدمات الوطنية، والمعوقات التي تقف في طريق ذلك.

**كسر الصمت: من البحث إلى حشد الجهود**

منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية تزايدت الجهود المبذولة على مستوى البحوث وحملات الدعوة وحشد التأييد، وتتوعدت في طبيعتها. وقد ساعدت الدراسات في العديد من البلدان على: أ- زيادة المعرفة بأبعاد الإجهاض غير المأمون وتباعاته، ب- رفع الوعي بخبرات النساء المتعلقة بالposure لإجهاض غير مأمون، ج- فهم احتياجات الشابات الصغيرات ومختلف المجموعات الأخرى وظروفهن المتغيرة، د-ربط بين الإجهاض وغيره من قضايا الصحة العامة وقضايا النساء الرئيسية. تستخدم مجموعات الدفاع عن

التي لا تجرم الإجهاض، عادة ما يكون استثمار القطاع العام في هذا الصندوق محدوداً. ففي الهند، على سبيل المثال، وجدت دراسة شملت ست ولايات أن القطاع الخاص يقدم ٧٥٪ من خدمات الإجهاض<sup>(٣٠)</sup>.

كذلك أسهمت الدراسات الكيفية بمعارف جديدة عن طريق دراسة خبرات النساء وفهمهن للحقوق الإنجابية وعمليات صنع القرار المتعلقة بالإجهاض<sup>(٣١)</sup>. وثبتت هذه الدراسات الاختلاف بين الآراء التي عبرت عنها النساء حول الإجهاض من ناحية وسلوكهن الفعلي من ناحية أخرى<sup>(٣٢-٣٣)</sup>. في جنوب أفريقيا، استخدم مصطلح "الأخلاقيات المزدوجة" للإشارة إلى النساء اللاتي يعارضن الإجهاض على الملايين بينما سيسعن إلى الحصول عليه في حالة حدوث حمل غير مرغوب فيه<sup>(٣٤)</sup>.

ودرس الباحثون مدى ارتهان خبرات الحمل غير المرغوب فيه والإجهاض بالتركيزات الاجتماعية والثقافية للأمومة والإجهاض<sup>(٣٥-٣٦)</sup>. تطرقت مجالات البحث أيضاً إلى العقائد الدينية التي تستخدم لحفظ على القيد المفروضة على الإجهاض<sup>(٣٧)</sup>، بالإضافة إلى دور القيادة الدينية التقديميين في دعم تحكم النساء في قدراتهن الإنجابية واستقلاليتهن في اتخاذ القرارات المتعلقة بخصوصيهن<sup>(٣٨)</sup>. كذلك وثبتت دراسات أخرى العلاقة بين النساء وتقديم خدمة الإجهاض وخبرات النساء في الحصول على هذه الخدمات<sup>(٣٩-٤٠)</sup>.

ويزيد الاهتمام الموجه الآن إلى خبرات الفتيات الصغيرات<sup>(٤١)</sup> والنساء المصابة بفيروس نقص المناعة البشرية<sup>(٤٢)</sup> وأيضاً خبرات النازحات واللاجئات<sup>(٤٣)</sup> ذات الصلة بالإجهاض. تعاني الفقيرات والقرويات بشكل غير متناسب عندما يكون الحصول على خدمات الإجهاض المأمون محدوداً، إذ يعيشن في العادة بعيداً عن مراكز تقديم هذه الخدمات ويعانين لإيجاد المال الكافي لدفع ثمن خدمات مما يؤدي إلى تأخر في الإجهاض وزيادة تكلفة العملية ومخاطرها<sup>(٤٤-٤٥)</sup>. تتخذ النساء عادة القرارات المتعلقة بالإجهاض مع آخرين، وقد يركز البحث على دور

وكنيا<sup>(١٥)</sup> ونيكاراغوا<sup>(١٦)</sup> ونيجيريا<sup>(١٧)</sup> وجنوب أفريقيا<sup>(١٨)</sup> وتايلاند<sup>(١٩)</sup>. وقد أوضحت تلك الدراسات التحديات التي لم تزل قائمة أمام كفالة الحصول على الرعاية وجودة الرعاية المقدمة.

ولا تزال النساء يواجهن العديد من المعوقات الطبية والسياسية والمؤسسية والاجتماعية حتى في البلدان التي لا يجرم فيها الإجهاض: في الهند، حيث الإجهاض قانوني منذ ما يزيد على ٣٠ عاماً، ٧٦٪ من مراقبات الإجهاض غير مرخصة، و٦٨٪ من يقومون بعمليات الإجهاض غير مرخصين، والأسلوب المفضل في ٨٩٪ من المرافق التي شملتها المسح هو توسيع عنق الرحم وكحت بطانة الرحم<sup>(٢٠-٢١)</sup>.

وبينما تشير الدراسات الحديثة إلى انخفاض عدد القائمين بالإجهاض غير المدربين في الهند، لا تزال جودة الخدمات ومدى كونها مأمونة من المشكلات الكبيرة التي يتوجب النظر فيها. وفي دراسة على أحد المجتمعات المحلية - بتامي نادو بالهند - وجد أن ما يقرب من ٣٠٪ من النساء الراغبات في الإجهاض القانوني، على سبيل المثال، قد عانين من مضاعفات مت Middleton إلى خطيرة بعد الإجهاض<sup>(٢٢)</sup>.

ويزيد استخدام دراسات التكلفة للتاكيد على استنزاف موارد النظام الصحي بسبب القوانين المقيدة والإجهاض غير المأمون ومستويات الرعاية المتدنية، بالإضافة إلى التكلفة المالية التي تتطلبها النساء وعائلاتهم<sup>(٢٣)</sup>. وباستخدام بيانات Africomm، يُظهر نموذج وضع حديثاً لتكلفة الرعاية المتعلقة بالإجهاض أن علاج حالات الإجهاض غير المكتمل في وحدات الرعاية في المستوى الثالث يكلف عشرة أضعاف تكلفة تقديم خدمة الإجهاض اختياري في مراكز الصحة الأولية<sup>(٢٤)</sup>. وقد توصلت دراسات أخرى إلى النتيجة نفسها وأظهرت انخفاضاً هائلاً في التكلفة عند تقديم هذه الخدمات في موقع متقلب بدلاً من الإقامة في مستشفى، أو عند استخدام أسلوب الشفط اليدوي بدلاً من توسيع عنق الرحم وكحت بطانة الرحم<sup>(٢٥-٢٦)</sup>. وحتى في البلدان

اللاتينية لأطباء النساء والولادة لجنة للحقوق الجنسية والإنجابية، ترفع توصيات لأعضائها من الجمعيات في ٢٠ بلداً، وتشرن انتهاكات الحقوق الإنجابية في المنطقة على الملاً.

**التشبيك على المستويين الإقليمي والدولي**

فى إفريقيا، انعقد المؤتمر الإقليمي الأول من نوعه فى أديس أبابا بإثيوبيا فى ٢٠٠٣. جمع المؤتمر ١١٢ من مقدمى الخدمات الطبية وواضعى السياسات وزراء الصحة والمدافعين عن صحة النساء والقادة الشباب وممثلى وسائل الإعلام. وقد دعا المؤتمر الحكومات إلى مراجعة القوانين المقيدة للإجهاض وزيادة تمول البرامج التي تتناول الإجهاض غير المأمون<sup>(٥١)</sup>. والشراكة الإفريقية للصحة الجنسية والإنجابية وحقوق النساء والفتيات (أمانيتارى)، والتى شاركت فى الدعوة إلى المؤتمر، خير مثال على إحدى الشبكات التى تكونت لتعزيز طيف واسع من الحقوق الجنسية والإنجابية. وتتضمن الأهداف العامة للشراكة الإفريقية تعزيز السلامة الجنسية والاستقلال الجنسى، والتعمّت الجنسى والإنجاب الصحى والحق فى حياة خالية من الإكراه والعنف أو العقاب المتعلقين بالشئون الجنسية أو الخصوبة<sup>(٥٢)</sup>.

كذلك تكونت شبكات مماثلة فى أقاليم أخرى لتعزيز الحقوق الجنسية والإنجابية مثل أسترا فى وسط أوروبا وأوروبا الشرقية، ومركز البحث والموارد الأسيوى الباسفيكي. كما زادت بعض الشبكات القائمة منذ أمد بعيد، مثل شبكة بداول التنمية النسائية، من الاهتمام الذى توليه للحقوق الإنجابية بشكل عام، ولاسيما الإجهاض.

وقد زدت المائدة المستديرة العالمية حول العد التنازلى حتى ٢٠١٥ التي نظمت فى لندن، سبتمبر/أيلول ٢٠٠٤ هذه الحركة بالمزيد من الدعم. اتفق ما يزيد على ٧٠٠ مشاركة ومشاركة من ١٠٩ من بلدان العالم على إعلان وجدول أعمال يدعوان إلى عالم يمكن فيه للنساء والفتيات الحصول على إجهاض مأمون وقانوني وتحترم فيه الأسباب التي تدعى النساء للإجهاض<sup>(٥٣،٥٤)</sup>.

المجموعات الدينية والزعماء الدينيين<sup>(٤٣،٤٧)</sup> والرجال والمجتمعات المحلية والأسر فى تقديم الدعم للنساء<sup>(٤٤)</sup> أو فى منع النساء من الإجهاض<sup>(٤٥)</sup>.

لقد انبثقت قضايا أخرى منذ انعقاد مؤتمر السكان والتنمية، من بينها الربط بين الإجهاض والعنف الجنسى، إذ تتعرض واحدة من بين خمس نساء إلى تحرش جسدى أو جنسى على مدى حياتها على مستوى العالم، ويكون ذلك على الأغلب من قبل شخص تعرفه<sup>(٤٦)</sup>. وتوكّد الدراسات التي أجريت فى الهند والفلبين أن النساء اللاتى تعرضن للعنف الجنسى أكثر عرضة لحدوث حمل غير مرغوب فيه<sup>(٤٧،٤٨)</sup>. وفي المكسيك والبرازيل، ربطت المجموعات النسائية بين الخدمات المقدمة للتعامل مع العنف الجنسى وبين العمل غير المرغوب فيه والإجهاض للنساء اللاتى يتعرضن للعنف، ونجحن فى إثارة النقاش العام حول الموضوع<sup>(٤٩)</sup>. يسمح أحد عشر قانوناً فى أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي بالإجهاض إذا حدث الحمل نتيجة لحالات الاغتصاب أو سفاح محارم<sup>(٥٠)</sup>. وفي المكسيك -من خلال عملية تشاركية بين الجمعيات غير الحكومية والحكومة- تم تطوير نموذج للرعاية الشاملة للنساء اللاتى تعرضن لعنف جنسى يشمل الإجهاض القانونى. وقد أدخلت وزارة الصحة هذا النموذج حتى الآن فى ست ولايات يغطي ما يقرب من ٤ آلاف من مقدمى الرعاية الصحية<sup>(٥١)</sup>.

يصل الدفاع عن الإجهاض إلى أقصى مستويات الفعالية عندما يأخذ هذه القائمة العريضة من القضايا فى الاعتبار. فى المكسيك، تشكل التحالف الوطنى للاحتجاج (أندار) كمنتدى للنقاشات المفتوحة حول الأخلاقيات البيولوجية والصحة الإنجابية والثقافى بالشئون الجنسية. وقد أكسبت الشبكات والحملات الإقليمية طاقة وتركيزًا مضادين فى أمريكا اللاتينية، وتحضر ذلك حملة الثامن والعشرين من سبتمبر/أيلول لوقف تجريم الإجهاض، كما تضمن أيضًامبادرة التى دشنها لجنة أمريكا اللاتينية والكاريبى للدفاع عن حقوق النساء الداعية إلى صياغة اتفاقية حول الحقوق الجنسية والإنجابية. وإضافة إلى ذلك، أسس اتحاد أمريكا

دليلًا إرشاديًّا للسياسات والتقنيات لتنفيذ هذه الفقرة، وأكديت جمعية الصحة العالمية في ٢٠٠٤ مهمة دعم خدمات الإجهاض المأمون في إستراتيجية "الإسراع بالتقدم نحو تحقيق الأهداف التنموية الدولية المتعلقة بالصحة الإنجابية" <sup>(٥٣)</sup>.

ومن التطورات الرئيسية الأخرى زيادة الانتباه الموجه لتطبيق حقوق الإنسان على الإجهاض وغيره من الحقوق الإنجابية من قبل لجنة الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، وللجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وللجنة القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، وللجنة حقوق الطفل <sup>(٦٤،٦٥)</sup>. توضح لجنة القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة أن إهمال الرعاية الصحية التي لا تحتاجها سوى النساء فحسب هو نوع من التمييز ضدهن، ويتوارد على الحكومات تصحيحة. وقد حثت الحكومة التشيلية على سبيل المثال على "النظر في مراجعة وتعديل القوانين المتعلقة بالإجهاض، لاسيما لتقديم الإجهاض المأمون، والسماح بوقف العمل لأسباب علاجية أو لأسباب صحية، بما في ذلك صحة المرأة النفسية". <sup>(٦٥)</sup>.

وقد طالبت لجنة حقوق الإنسان عبدًا من الدول الأعضاء بمراجعة التشريعات التي تجرم الإجهاض، وتتناولت بعض المعوقات الرئيسية التي تواجه النساء البولنديات في الحصول على خدمات الإجهاض، وعبرت عن "قلقها إزاء عدم إمكانية الحصول على الإجهاض عمليًّا حتى في الحالات التي يسمح فيها القانون بذلك، مثل حالات الحمل الناتجة عن الاغتصاب، وإزاء الافتقار إلى المعلومات حول استخدام "الاعتراض لأسباب ضميرية" من قبل الممارسين الطبيين الذين يرفضون القيام بالإجهاض على الرغم من أنه مجاز قانوني <sup>(٦٦)</sup>.

ونتيجة لحملة قادتها منظمة غير حكومية، وضغوط عدد من الحكومات خاصة البرازيل، عينت الأمم المتحدة مقرراً خاصًّا للصحة في ٢٠٠٢ بهدف جمع المعلومات المتعلقة بالصحة، ورفع تقارير حول مدى تحقق الحق في الصحة، ومناقشة مجالات التعاون بين الأمم المتحدة

كما نظم التجمع الدولي للإجهاض الطبي مؤتمراً في أكتوبر/تشرين الأول ٢٠٠٤ في جوهانسبرغ حول الدور الذي يلعبه الإجهاض الطبي في توسيع نطاق حصول النساء على الإجهاض المأمون. دعا المؤتمر -الذى جمع مشاركين من ٥٠ بلداً- في إعلانه الأخير إلى تدريب القائمين على الإجهاض على المستوى المتوسط بما في ذلك الممرضات والقابلات والعاملين في تنظيم الأسرة ومساعدي الأطباء لكي يتمكنوا من تقديم خدمات الإجهاض الطبي المبكر، ويرى بيان المؤتمر أنه "حتى في سياق بيئية مقيدة، يجب أن تقر الحكومة بمسؤوليتها عن تقديم خدمات الإجهاض المأمون إلى أقصى حد يسمح به القانون" <sup>(٦٧)</sup>.

## السياسات والتحركات على المستويين العالمي والإقليمي

ثمة حاجة جوهرية إلى خلق تحالف قوى يجمع أولئك الذين يدعمون حقوق الإجهاض من أجل ترجمة بЛАغيات الاتفاقيات الدولية إلى فعل، وحشد الموارد المالية الضرورية لرفع جودة الرعاية المتعلقة بالإجهاض، وزيادة إتاحتها. ومنذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية خرج إلى الوجود إطار إيجابي لسياسة دولية حول الإجهاض، ولم يزل هذا الإطار يتتطور. وقد أعاد برنامج عمل مؤتمر المرأة العالمي الرابع المنعقد في بكين في ١٩٩٥ التأكيد على برنامج عمل مؤتمر السكان والتنمية وطالب الحكومات "بمراجعة القوانين التي تتطوى على تدابير عقابية ضد النساء اللاتي يجربن عمليات إجهاض غير قانونية". (الفقرة ١٠٦ (ز)) <sup>(٦٨)</sup>.

وفي الجلسة الخاصة التي نظمتها الجمعية العامة للأمم المتحدة لتقييم مدى تقدم مؤتمر السكان والتنمية في ١٩٩٩، اعتمدت الحكومات بالإجماع توصيات عمل خاصة لجعل الإجهاض مأمونًا ومتاحًًا أكثر. تنص الفقرة ٦٣ (٢) على أنه: "في الأحوال التي يكون فيها الإجهاض قانونيًّا... يتوجب أن تدرب أنظمة الصحة مقدمي الخدمات الصحية وتزودهم بالمعدات، وأن تتخذ تدابير أخرى لكافلة إمكانية الحصول على إجهاض مأمون" <sup>(٦٩)</sup>. وفي ٢٠٠٣، أصدرت منظمة الصحة العالمية بالتالي

جنسى أو اغتصاب أو سفاح محارم أو تشوه الجنين، وحيثما يكون فى استمرار العمل خطر على حياة النساء وصحتهن النفسية أو البدنية.

وبينما لم يتحرك النظام البين-أميركى بشكل حاسم فيما يتعلق بالإجهاض، فقد بدأ على الرغم من ذلك فى تأول الحقوق الإنجابية بشكل واسع. تستخدم الإشارة إلى القانون الدولى لحقوق الإنسان، على سبيل المثال، للفت الانتباه إلى أشكال التعارض القائمة بين القواعد الدولية والدستورية والتشريعية، وتحسين وضعية الحقوق الإنجابية وإمكانية الحصول على الإجهاض بشكل قانوني في بعض البلدان<sup>(٧٣)</sup>.

## التقدم في الخدمات والسياسات على المستوى الوطني

### • القواعد والمعايير

تسمح كل البلدان تقريباً بالإجهاض في ظل بعض الظروف، غير أن تنفيذ القانون يرتبط بشكل أساسى بوضع قواعد ومعايير للنظام الصحى. نشرت وزارة الصحة البرازيلية مؤخراً خطة عمل إستراتيجية تمتد على مدار أربعة أعوام، وتسمى "السياسة الوطنية للرعاية المتكاملة لصحة النساء"، تتضمن الخطة قائمة بمجموعة من الأنشطة المعززة بشكل متداول لتحسين الرعاية المقدمة للنساء فيما يتصل بالإجهاض، بما في ذلك خدمات الإجهاض باستخدام أسلوب الشفط والعقاقير الطبية للرعاية بعد إجراء الإجهاض والإجهاض الاختياري، في حوالي تسعة آلاف مرفق صحي من المستويين الثاني والثالث<sup>(٧٤)</sup>.

كذلك طورت نماذج للرعاية ذات الصلة بالإجهاض تتضمن أفضل الممارسات المتفق عليها دولياً. وقد وسع "اتحاد الرعاية بعد الإجهاض" من نطاق النموذج الخاص بمعالجة مضاعفات الإجهاض ليتضمن توسيع شراكات بين المجتمعات المحلية ومقدمي الخدمات وتقديم المشورة ومعالجة الولادة الطارئة وخدمات تنظيم الأسرة، والإحالات للخدمات الصحية الأخرى<sup>(٧٥)</sup>. وقد اعتمدت حكومة بوليفيا هذه القواعد في ٢٠٠٤،

والحكومات والمنظمات غير الحكومية والتقدم بتوصيات حول الخطوات اللازمة لتعزيز�احترام الحق في الصحة. كما يهدف تعين المقرر الخاص أيضاً إلى تحسيين وضعية الحق في الصحة وكفالة حصوله، مثله مثل حقوق الإنسان الأخرى، على القدر نفسه من الانتباه من قبل وكالات الأمم المتحدة والحكومات والمجتمع المدني. ويؤكد التقرير الصادر عن المقرر الخاص في ٢٠٠٤ على التزامات الدول بمعالجة العوامل التي تؤدى إلى الإجهاض غير المأمون، و توفير إمكانية الحصول على خدمات مأمونة في البلدان التي لا يجرم فيها الإجهاض ورفع التدابير العقابية المتخذة ضد النساء اللاتي قمن بالإجهاض<sup>(٧٦)</sup>.

كذلك امتدت رياح التغيير الآن إلى القانون الأوروبي. فقد أصدر البرلمان الأوروبي العديد من القرارات منذ انعقاد مؤتمر السكان والتنمية، من بينها قرار يطالب الدول الأعضاء "بتقنين الإجهاض المستحدث في ظل ظروف معينة، على الأقل في حالة الاغتصاب والحمل القسري، وحيثما كانت حياة المرأة أو صحتها معرضتين للخطر، على أساس أن المرأة هي التي يجب أن يعود إليها القرار الأخير"<sup>(٧٧)</sup> وفي قضية شكلت نقطة تحول كبرى، رفضت المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان في يوليو/تموز ٢٠٠٤ اعتبار الجنين إنساناً وفقاً للاتفاقية الأوروبية لحماية حقوق الإنسان والغيريات الأساسية<sup>(٧٨)</sup>.

وفي ٢٠٠٣، اعتمد الاتحاد الإفريقي بروتوكول حقوق النساء في إفريقيا تكميلاً للميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب لعام ١٩٨١. ومنذ فبراير/شباط ٢٠٠٥ صادقت عشر دول على البروتوكول، ولم تزل هناك حاجة إلى خمسة عشر تصديقاً لكي تدخل الوثيقة حيز النفاذ<sup>(٧٩)</sup>. وتدعم الحماية العربية المكافولة للحقوق الإنجابية في البروتوكول إلى ما هو أبعد بكثير من اللغة المستخدمة حتى تاريخه في المحافل الدولية، والبروتوكول هو المعاهدة الدولية الأولى من نوعها التي تقر بشكل خاص بالإجهاض<sup>(٨٠)</sup>. ويطالب البروتوكول الدول أيضاً باحترام حقوق النساء الإنجابية عن طريق السماح بالإجهاض في حالات تعرض النساء لانتهاك

أن يزيد من إمكانية الحصول على الخدمات المتعلقة بالإجهاض، وذلك لأن عددهم يفوق عدد الأطباء في معظم البلدان، كما أنهم يعملون بشكل أقرب للنساء مما يمكنهم من تقديم خدمات غير مكلفة (أو فعالة التكلفة) مقارنة بالأطباء<sup>(٨٤-٨١)</sup>.

ولقد زاد تدريب مقدمي الخدمات متواسطي المستوى على الرعاية المتعلقة بالإجهاض في كينيا ونيجيريا والمكسيك وبيرو وجنوب أفريقيا وغيتامان منذ مؤتمر الدولى للسكان والتنمية<sup>(٨٧-٨٥)</sup>. إلا أن أثر هذا التدريب يتراوح من مكان لآخر، كما أن العديد من المعوقات لا يزال قائمةً أمام عملية لا مركزية الرعاية المتعلقة بالإجهاض. فالعديد من البلدان، على سبيل المثال، لم تزل تصن على قاعدة قصر تقديم الخدمات على "الأطباء فقط"<sup>(٨٨)</sup>. ونتيجة لذلك، لا يتلقى مقدمو الخدمات من المستوى المتوسط تدريباً بينما هم بالفعل يقومون بالإجهاض، ويتردد الأطباء في مد نطاق المسؤوليات الملقاة على عاتقهم. وفي فيتامان، يمكن لمقدمي الخدمات متواسطي المستوى أن يقوموا بالإجهاض على ألا يتتجاوز العمل ستة أسابيع<sup>(٨٩)</sup>.

استبدلت التعديلات التي طرأت حديثاً على قانون جنوب أفريقيا حول اختيار إنهاء للحمل (نوفمبر/تشرين الثاني ٢٠٠٤) القابلات المرخصات بالمرضيات المرخصات المخول لهن قانوناً تقديم خدمات الإجهاض في الثلاثة شهور الأولى من الحمل، وذلك لتوسيع نطاق مقدمي الخدمات المرخصين. وإضافة إلى ذلك، فإن القانون جعل مسؤولية الترخيص للمرافق في يد السلطات المحلية بدلاً من وزير الصحة، وذلك لزيادة إمكانية حصول النساء على الخدمات<sup>(٩٠)</sup>.

#### • أساليب الإجهاض المحسنة

منذ مؤتمر السكان والتنمية استُحدثت تقنيات جديدة للإجهاض حول العالم. يفضل إجراء الإجهاض باستخدام العقاقير وأسلوب الشفط أثبات أول تسعه أسابيع أو اثنى عشر أسبوعاً من الحمل على التوالى. وتكتلوجياً، استخدام العقاقير والشفط مأمونة وبسيطة وغير مكلفة

وأضافت إليها الحاجة إلى كفالة تقديم الخدمات على جميع المستويات، بما في ذلك الرعاية الأولية<sup>(٩١)</sup>. كذلك اعتمدت البرازيل هذه القواعد الخاصة بالرعاية فيما بعد الإجهاض والإجهاض الاختياري في مارس/آذار ٢٠٠٥<sup>(٩٢)</sup>. وأعتمدت بيرو نموذجاً للرعاية الشاملة لصحة الأم استناداً على نموذج الرعاية بعد الإجهاض، وبتقسيم هذا النموذج يتضح أنه يؤدي إلى:

- أ- تحسين موافق مقدمي الخدمات من الإجهاض.
  - ب- رفع مستوى جودة الرعاية المقدمة.
  - ج- تخفيض فترة الإقامة في المستشفيات.
  - د- تخفيض استخدام التخدير الكلى.
  - هـ- انخفاض تكاليف المرفق المستخدم<sup>(٩٣)</sup>.
- وفي غانا أخذت وزارة الصحة سياساتها الوطنية بشأن الصحة الإنجابية إلى المراجعة في ٢٠٠٣ لتضمين تقديم خدمات رعاية الإجهاض المتكاملة<sup>(٩٤)</sup>.

ذلك صُمم نماذج جديدة لتقديم خدمات الإجهاض المأمون، من بينها نموذج آبياس للرعاية المتكاملة للنساء فيما يتعلق بالإجهاض الذي يسعى إلى أ- تقديم خدمات مأمونة وعالية الجودة، بـ- والقضاء على مركزية الخدمات ومد نطاقها للوصول إلى أكثر المستويات المحلية، جـ- والعمل على ضمان كون الخدمات المقدمة ملائمة مادياً ومقبولة بالنسبة للنساء. دـ- وفهم خصوصية الظروف الاجتماعية والاحتياجات الفردية لكل امرأة على حدة، هـ- وخفض عدد حالات الحمل والإجهاض غير المحسوبة، وـ- والتعرف على النساء ذوات الاحتياجات الصحية الإنجابية والجنسية الأخرى وتزويدهن بالخدمات الالزامية، وأخيراً يهدف النموذج إلى أن يكون في متناول الجميع؛ وإلى أن يصبح جزءاً مستداماً من النظام الصحي<sup>(٩٥)</sup>. ويجري الآن إدخال هذا النموذج في الهند ورومانيا وغيتامان.

• خدمات التدريب والقضاء على مركزية الخدمات

يغلب تمركز الخدمات الصحية في البلدان النامية في المراكز الحضرية، وبالتالي تظهر ضرورة زيادة إمكانية حصول النساء الريفيات على خدمات الرعاية الصحية، وينمك لتدريب مقدمي الخدمات ذوى المستوى المتوسط

إفريقيا، بيان شخصي، ٤ (٢٠٠٤) والمكسيك (ولايتي خواناجواتو ومورليس)<sup>(٩٦)</sup> وتايلاند<sup>(٩٧)</sup> وترينيداد وسانست لوسيا<sup>(٩٨)</sup> وأوروجواي<sup>(١٠)</sup>.

أُنجزت مداخل مختلفة إزاء الإصلاح القانوني، من بينها نزع التجريم عن الإجهاض، وحذفه من القوانين الجنائية، والنصل على شرعنته من الناحية القانونية. وفي أوروجواي ونيبال، وضعت الجهود الإصلاحية الإجهاض في إطار قوانين أكثر شمولية حول الصحة الإنجابية والمساواة بين الجنسين. ومع الإقرار بأن هذه جميعاً خطوات إيجابية، فقد كانت معظم جهود الإصلاح محدودة، غير أنها قد وسعت من نطاق دواعي اللجوء إلى الإجهاض القانوني ليشمل -في الغالب- الاغتصاب وسباق المحارم وصحة النساء، ولم يسمح إلا عدد أقل من البلدان بالإجهاض بناء على طلب المرأة. الإصلاح القانوني عملية طويلة، وعادة لا تكون متسلسلة في طبيعتها، بل أحياناً تأتي نتائجها مختلطة. في نيبال وجنوب إفريقيا، ارتبطت العمليات بشكل وثيق بالمناقشات الوطنية الأوسع حول حق النساء في المساواة، وعدم التعرض للتمييز وانتهاكات حقوق الإنسان الناتجة عن تجريم الإجهاض. وقد تناول القانون النيبالي الإجهاض في إطار قائمة أكبر من النصوص من بينها الحق في الحصول على الطلاق وقوانين الإرث والملكية، وذلك لتحسين وضعية النساء بشكل عام<sup>(١١)</sup>.

وجنوب إفريقيا هي البلد الوحيد الذي اعتمد قانوناً جديداً منذ انعقاد المؤتمر الدولي يمنح النساء صراحة الحق في إنهاء الحمل بشكل مأمون وقانوني وفقاً لمعتقداتهن كأفراد<sup>(٨٧)</sup>. وتهدف بعض النصوص الرئيسية الواردة في القانون إلى كفالة حصول جميع النساء على خدمات الإجهاض، ومن أمثلة هذه النصوص أ- عدم وضع آية قيود على قرار المرأة بأن تحمض حملها في الثلاثة أشهر الأولى، بـ- تحويل القابلات أو الممرضات بإجراء إجهاض في الثلاثة أشهر الأولى من الحمل، وجـ- إعطاء المرأة حق الموافقة الأوحد<sup>(٨١)</sup>. على أن المرضيات على وجه الخصوص غير راغبات دائمًا بنصوص القانون وواجباتهن المهنية بمقتضاه<sup>(١١)</sup>.

وهي تتكون من حقنة بلاستيكية موصلة بشفاط يمسك باليد، ويمكن لمختلف مقدمي خدمات الإجهاض المؤهلين استخدام هذه التقنية<sup>(٩)</sup>. وتبين العديد من الدراسات أن المضاعفات الناتجة عن استخدام هذه التقنية تقل عن تلك الناتجة عن استخدام تقنيات أخرى، وتقل الحاجة فيها إلى مسكنات الألم، كما أنها منخفضة التكلفة مقارنة بأسلوب توسيع عنق الرحم وكحت بطانته<sup>(١١)</sup>. وبالتالي يُستبدل أسلوب توسيع عنق الرحم وكحت بطانته بأسلوب الشفط في العديد من البلدان من نيجيريا إلى جنوب إفريقيا ونيكاراغوا وفيتنام، غير أن هذا الاستبدال يتم بشكل بطيء في بلدان أخرى.

لقد اعتمدت نظم الإجهاض الطبي باستخدام عقاقير الميفبريستون والبروستاجلاندين (عادة ميزوبرستول)، في عدد متزايد من البلدان في جميع أنحاء العالم. والميزوبرستول متاح بشكل واسع في الصيدليات كدواء لعلاج قرحة المعدة، وبالتالي تستخدمه النساء في الأجواء التي يجرم فيها الإجهاض من تقاء أنفسهن لإنهاء الحمل. ويستخدم الميزوبرستول لعلاج التزيف الداخلي فيما بعد الولادة مباشرة. ومع ذلك تحول المسائل المتعلقة بالتسجيل والتكلفة دون الحصول على الميزوبرستول في أنظمة الصحة العامة، على الرغم من أن ذلك يفترض أن يتغير الآن بانتهاء رخصته. (مارج بيرر، مدير مشارك، الاتحاد الدولي للإجهاض الطبي، بيان شخصي، ينابير/كانون الثاني ٢٠٠٥)

## • القوانين والسياسات

منذ انعقاد مؤتمر السكان والتربية، لم يزد حوالي ٤٠٪ من النساء يعيشن في بلدان يحظر فيها الإجهاض. من ناحية أخرى ذهب الكثير من البلدان إلى ما هو أبعد من توصيات المؤتمر بشأن إصلاح قوانين الإجهاض، وتتضمن هذه البلدان: ألبانيا وبгинيا وبوركينا فاسو وكمبوديا وتشاد وإثيوبيا وألمانيا وغيانا ومالى ونيبال وجنوب إفريقيا وسويسرا<sup>(٩٩)</sup>. وإضافة إلى ذلك، تبذل حالياً جهود لإصلاح القوانين المقيدة للإجهاض في البرازيل<sup>(٩٤,٩٣)</sup> والبرتغال<sup>(٩٥)</sup> وإندونيسيا<sup>(٩٧)</sup> وكينيا (يونيس بروكمان أميساه، نائب رئيس آبياس، قسم

الجودة، كما أن تناول العوامل التي تؤدي إلى ممارسة الجنس بدون وقاية وحدوث الحمل غير المرغوب فيه لذو أهمية كبيرة.

### المعوقات التي تقف في طريق تنفيذ توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

منذ ١٩٩٤، تزايدت المحاولات المبنية على نشاط لتقدير مبادئ المؤتمر الدولي والتوصيات الصادرة عنه فيما يتعلق بالحقوق الإنجابية بقيادة القوى الاقتصادية والسياسية المحافظة على المستويات الوطنية والدولية<sup>(١)</sup>. فحكومة الولايات المتحدة التي كانت من القيادات الداعمة في مؤتمر السكان، انعكس موقفها منذ ٢٠٠١، وانضمت إلى تلك القوى. وفي بيرو والفلبين والولايات المتحدة، تستخدم حجج حقوق الإنسان للتبرير لمفهوم حقوق الجنين، على الرغم من أن حقوق الإنسان تتطبق على المولودين بالفعل لا غير<sup>(٢)</sup>. كما استخدم أيضاً الكثير من الادعاءات غير المبررة حول المخاطر التي يسببها الإجهاض لصحة النساء العقلية والجسدية، وهي الادعاءات التي تفتقر إلى ما يثبتها من أدلة.

وتتضمن التحديات الوطنية التي حدتها المسح في أربعة أقاليم<sup>(٣)</sup> برامج التكيف الهيكلي، والتمييز على أساس النوع الاجتماعي، وما يصاحب الإجهاض من وصم بالعار، والافتقار إلى الإرادة السياسية، وضعف النظم الصحية، وندرة مقدمي الخدمات المدربين، وقلة الوعي بالأسس القانونية للإجهاض، والجهود الشائكة التي تبذلها القوى المناهضة للإجهاض. كذلك لم تزل قوانين الإجهاض شديدة التقيد في العديد من البلدان، وعادة ما يصعب الوصول إلى الخدمات، والتي تكون أيضاً منخفضة الجودة، وحتى في بلدان أوروبا الشرقية ووسط أوروبا حيث الإجهاض غير مجرم، وحيث معدلات وفيات الأمهات منخفضة، ثمة حجج قاطعة توجب العمل على تحسين جودة الخدمات المقدمة من أمثلة استخدام مقدمي خدمات الإجهاض لأدوات قاطعة حادة في عملهم، وعدم إمكانية حصول النساء على مسكنات للألم أو موائع الالتهابات<sup>(٤)</sup>. وفي العديد من البلدان،

وكانت غيانا هي ثاني دول أمريكا اللاتينية بعد كوبا من حيث إضفاء الاتجاه الليبرالي على قوانينها الخاصة بالإجهاض. ركزت جهود الإصلاح في غيانا على كل من خفض وفيات الأمهات، والوفاة الناتجة عن الإجهاض غير المأمون، وخفض عدد حالات الإجهاض أيضاً<sup>(٥)</sup>.

نجحت هذه الإستراتيجية في الجمع بين معارضي إصلاح القانون ومؤيديه معاً على نفس الطاولة، على أن البحث التي أجريت بعد خمسة أعوام من إدخال القانون الجديد أوضحت أن النساء ما زلن حتى ذلك الحين غير قادرات على الحصول على خدمة الإجهاض في العديد من المستشفيات العامة. كما أن المستشفيات لم تعط توجيهها واضحأً حول تقديم الخدمات المجازة. قانوناً، وأهم الدروس المستفادة من هذه التجربة هي: -

- تضمين قائمة عريضة من المعنيين والمختصين الطبيين في المناقشات حول الإصلاح، وبـ- الإعداد للتنفيذ قبل التغيير الفعلى للتشريعات، وجـ- إدراة قانون تقديمي دون أن يصاحبه اتخاذ خطوات لكفالة تففيذه، فإنه لن يؤدي إلا إلى قليل من التحسينات، أو ربما يزيد من الانتهاكات<sup>(٦)</sup>.

هذا وقد اتُّخذ العديد من الخطوات الإيجابية عبر أوروبا، وفي السنوات الأخيرة أدخلت دولتان، وهما سويسرا وفرنسا، تحسينات على قوانينهما الخاصة بالإجهاض، كما وضعت الكلية الملكية لأمراض النساء والولادة بالمملكة المتحدة خطوطاً توجيهية متكاملة حول جودة الرعاية المقدمة فيما يتصل بالإجهاض<sup>(٧)</sup>.

أينما تسمح التشريعات بتوسيع دواعي اللجوء للإجهاض، تقل حالات الإجهاض غير المأمون وتقل كثيراً معدلات الوفيات نتيجة للإجهاض، مقارنة بالبلدان التي تقيد التشريعات فيها الإجهاض بشدة<sup>(٨)</sup>. ومع ذلك، فإن الإصلاح القانوني لا يترجم بشكل تلقائي إلى زيادة إمكانية حصول النساء على الخدمات، كما أوضحت حالة الهند. يجب أن تركز جهود الإصلاح القانوني على من إصلاح التشريعات، مع بناء قدرات الأنظمة الصحية وتمكينها من تزويد النساء بخدمات مأمونة وعالية

القوانين الأكثر تحرراً، من بينها هنغاريا وروسيا، على منع النساء من إمكانية الحصول على خدمات الإجهاض المأمونة بتنفيذ بعض التقييدات؛ مثل ضرورة إعلام الأب، وفرض بعض القيود على إجراء عمليات الإجهاض في فترة الثلاثة أشهر الثانية من الحمل<sup>(١٠٨)</sup>. وفي الولايات المتحدة، وُضعت مئات من المعوقات أمام إمكانية الحصول على الإجهاض على مستوى الولايات منذ ١٩٩٥، من بينها تطويل فترات الانتظار قبل إجراء الإجهاض، وبعض اللوائح التي تجبر الأطباء على قراءة معلومات مناهضة للإجهاض. كذلك اعتمدت العديد من القوانين الفيدرالية المقيدة، من بينها قانون ينص على حقوق الجنين يسمى قانون ضحايا العنف غير المولودين. كذلك نفذت من جديدة قاعدة الحاج العاملية التي تحظر التحدث عن موضوع ما خلال فترة معينة من الوقت أو في مكان معين من خلال تمويل بعض المنظمات غير الحكومية على المستوى الدولي<sup>(١١٦، ١١٤)</sup>. وبينما حاولت الولايات المتحدة وحفنة من البلدان الأخرى تقويض الإجماع العالمي على الحقوق والصحة الإنجابية، خرجت المجتمعات الإقليمية التي عُقدت في ذكرى مرور عشر سنوات على المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بدعم يكاد أن يكون عالمياً لبرنامج العمل الذي اعتمدته المؤتمر.

### خلاصة

ثمة حركة عالمية بادئة التطور تدعم حق النساء في الإجهاض المأمون، ولقد تحقق الكثير في العشر سنوات القليلة التي تلت انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، على الرغم من التكستات الخطيرة التي حدثت في بعض البلدان، وعلى الرغم أيضاً من استمرار المعوقات. إن اختيار الإستراتيجيات الناجحة مرهون بالسياق المعنى، ففي بعض الحالات نجح اعتماد مدخل قائم على الصحة العامة، وفي حالات أخرى، نجح العمل بالمزج بين مدخل الصحة العامة وحقوق النساء أو حقوق الإنسان، حيث ضمن تحليل القوانين والسياسات والبرامج الصحية العالمية من منظور حقوق الإنسان وما لها من تبعات في هذا الصدد مع البيانات الخاصة بالتبعات الصحية للإجهاض غير المأمون. وقد عمل بذلك على سبيل

يزيد من وطأة هذه البيئة المقيدة أشكال عدم المساواة بين الرجال والنساء وبين مقدمي الخدمات وطالبيها، وبين صانعي السياسات وأولئك الأكثر تأثراً بالبرامج والسياسات.

تضغط الكنيسة الكاثوليكية على واضعى السياسات والأخصائيين الطبيين، ولا سيما في أمريكا اللاتينية، لمنعهم من الانخراط في العمل المتصل بالإجهاض ودعم المطالبين بالإجهاض المأمون. وفي سلوفاكيا، تناقض الحكومة مع الفاتيكان حول معاهدة غن حق مقدمي الرعاية الصحية غير المشروط في الاعتراض لأسباب ضميرية على الإجهاض ووسائل منع الحمل أو التنفيذ الجنسي، وهو ما يتجاهل قلب أخلاقيات الطب من حيث التركيز أولاً وآخرأ على صالح المريض<sup>(١١٣، ١١٥)</sup>. وفي الولايات المتحدة يجري حالياً اقتراح سلسلة من القوانين والسياسات التي تسمح لشركات التأمين والمؤسسات والعاملين في مجال الرعاية الصحية بالاستناد إلى بعض أوجه الاعتراض الدينية والأخلاقية في رفض تقديم الخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية<sup>(١١١)</sup>.

وبالمقابل، يؤكّد قانون مكسيكو سيتي الصحي لعام ٢٠٠٢ على الحق في الاعتراض لأسباب ضميرية، ولكن يشرطه بقدرة مقدمي الخدمات على كفالة حصول النساء على هذه الخدمات في الجوانب المعقول، كذلك ينص قانون جنوب إفريقيا على الأمر نفسه، ومع ذلك، فإن رفض تقديم الخدمات الطارئة بما في ذلك تلك المتعلقة بالإجهاض ليس غير قانوني فحسب<sup>(١١٢، ١١٢)</sup> بل غير أخلاقي أيضاً.

ومن بين الإستراتيجيات التي استخدمها المعارضون للإجهاض منذ انعقاد المؤتمر، اللجوء إلى قلب القوانين الإيجابية ودفعها في الاتجاه المعاكس. في ١٩٩٧، مرت بولندا قانوناً يقيّد إمكانية الحصول على خدمة الإجهاض، وتخلصت السلطات من الأساس القانوني الوحيد الذي يجيز الإجهاض في قوانينها، وهو إنقاذ حياة الأم. وقد دأبت بعض الحركات في البلدان ذات

إجهاض مأمون وبين المناقشات الأوسع حول الحق في الصحة، وال الحاجة إلى القضاء على الفقر، وأهمية تعزيز المساواة بين الجنسين<sup>(١١٧)</sup>. فذلك من شأنه أن يخرج بحركة أكثر فعالية، وأن يكفل إمكانية حصول النساء في كل مكان على رعاية إجهاض مأمون وحصولهن على كامل حقوقهن الجنسية والإنجابية.

### شكر وتقدير

تُعبر كاتبة المقال عن تقديرها لما أسمهم به المشاركون في جلسة وضع جدول أعمال الإجهاض: العد التنازلي حتى ٢٠١٥، وغيرهم من المنظمين من زوجي ومداخل متبوعة أثرت المقال. تستند هذه الورقة على بعض المعلومات التي وردت بورقة الخلفية التي أعدتها لورا كاتانيف لندوة العد التنازلي حتى ٢٠١٥. كذلك تعبر الكاتبة عن امتنانها للتعليقات القيمة المقدمة من تريسي بيرد، وماريا دى برون، وباريلا كرين، وشارلوت هورن. كل الشكر لكزيا سكالز لنصائحها حول تحرير المقال، ولسارة باكر وماري جونسون للمساعدة بالمراجعة.

المثال في جنوب أفريقيا ونيبال وأثيوبيا، حيث جرى الجمع بين منظور المدافعين عن حقوق النساء مع رأى كبار الأطباء (سابا كيدانماريم، مدير مكتب آبياس بإثيوبيا، بيان شخصي ٢٠٠٤)

وفي سياق زيادة النقاش العام في العديد من البلدان، من الأهمية بمكان أن يولى المدافعون عن الإجهاض أهمية، أكثر من أي وقت مضى، لنتائج البحوث ذات الصلة بالإجهاض وللبناء على المبادئ والحجج الطبية والأخلاقية والقانونية. يمكن للمدافعين من خلال فهم الإجهاض بشكل عميق ومطلع أن يعبروا عن المداخل القائمة على حقوق النساء وصحتها إزاء هذه المسألة. وإضافة إلى ذلك، ثمة حاجة إلى عقد شراكات إستراتيجية مع الحركات الاجتماعية الأخرى، وبخاصة تلك العاملة في مجالات مرض نقص المناعة البشرية/الإيدز، والعدالة الاجتماعية، والعلوم، والقضاء على الفقر والحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. فمن الضروري الربط بين حق النساء في الحصول على

### المراجع:

1. Programme of Action of the International Conference on Population and Development. At: <[www.unfpa.org/icpd/icpd\\_poa.htm](http://www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm)>. Accessed 23 November 2004.
2. World Health Organization. Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000. 4th ed. Geneva: WHO, 2004. At: <[www.who.int/reproductive-health/publications/unsafe\\_abortion\\_estimates\\_04/estimates.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/unsafe_abortion_estimates_04/estimates.pdf)>. Accessed 23 November 2004.
3. World Health Organization. Research on Reproductive Health at WHO: Pushing the Frontiers of Knowledge. Biennial Report 2002-2003. Geneva: WHO, 2004. At: <[www.who.int/reproductive-health/management/hrp\\_biennial\\_rcpon.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/management/hrp_biennial_rcpon.pdf)>. Accessed 9 February 2005.
4. Cook RJ, Dickens BM, Andrew O, et al. Advancing Safe Motherhood through Human Rights WHO/ RHR/01.5. Geneva: WHO, 2001.
5. World Health Organization. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva: WHO, 2003. At: <[www.who.int/reproductive-health/publications/safe\\_abortion/Safe\\_Abortion.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/Safe_Abortion.pdf)>. Accessed 2 August 2004.
6. Heise L, Moore K, Toubia N. Sexual Coercion and Reproductive Health. New York: Population Council, 1995.
7. Abeysekera S. Abortion in Sri Lanka in the context of women's human rights. Reproductive Health Matters 1997;5(9): 87-94.

8. Braam T, Hessi'ni L. The power dynamics perpetuating unsafe abortion in Africa: a feminist perspective. *African Journal of Reproductive Health* 2004;8(1):43-51.
9. Center for Reproductive Law and Policy and Forum for Women, Law and Development. Abortion in Nepal: Women Imprisoned. Kathmandu: CRLP/ FWLD, 2002.
10. Abracinskas L, Lopez Gomez A. Mortalidad Materna, Abortos y Salud en Uruguay. Montevideo: Mujer y Salud en Uruguay, 2004.
11. Mundigo A, Indriso C, editors. *Abortion in the Developing World*. New Delhi: Vistaar Publications for WHO, 1999.
12. Gebreselassie H, Gallo MF, Monyo A, et al. The magnitude of abortion complications in Kenya. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. (In press 2005)
13. Gebreselassie H, Fetter T. Responding to Unsafe Abortion in Ethiopia: A Facility-based Assessment of Post-abortion Care Services in Public Health Service Facilities in Ethiopia. Chapel Hill: Ipas, 2002.
14. Barge S, Bracken H, Elul B, et al. Formal and Informal Abortion Services in Rajasthan, India: A Qualitative Exploration. New Delhi: Population Council, 2004.
15. Onyango S, Mitchell M, Nyaga N, et al. Scaling Up Access to High-quality Postabortion Care in Kenya: An Assessment of Public and Private Facilities in Western and Nyahza Provinces. Chapel Hill: Ipas, 2003.
16. McNaughton H, Padilla K, Fuentes D. *El Acceso al Aborto Teraputico en Nicaragua*. Managua: Ipas Centre America, 2003.
17. Fetter T, Jolayemi T. The Hidden Emergency: A Facility-based Assessment of Postabortion Care Services in Public Health Sector Facilities in Northern Nigeria. Chapel Hill: Ipas, 2002. At: <[www.ipas.org/publications/en/hidden\\_emergency\\_nigeria\\_report.pdf](http://www.ipas.org/publications/en/hidden_emergency_nigeria_report.pdf)>. Accessed 29 November 2004.
18. Mitchell E, Mwaba K, Makoala MS, et al. A Facility Assessment of Termination of Pregnancy (TOP) Services in Limpopo Province, South Africa. Chapel Hill: Ipas, 2004.
19. Warakamin S, Boonthai N, Tangcharoensathien V. Induced abortion in Thailand: current situation in public hospitals and legal perspectives. *Reproductive Health Matters* 2004;12 (24 Suppl.): 147-56.
20. Duggal R, Ramachandran V. Urgent concerns on abortion care. *Economic and Political Weekly* 2004;39(10): 1025-26.
21. Ramachandran L, Pelto PJ. Abortion providers and safety of abortion: a community-based study in a rural district of Tamil Nadu, India. *Reproductive Health Matters* 2004; 12 (24 Suppl.):138-46.
22. Alan Guttmacher Institute. *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*. New York: AGI, 1999.
23. National Network of Abortion Funds. *Justice Demands Abortion Funding*. Amherst, MA: NNAF, 2004.
24. De Pinho H, McIntyre DL. Cost Analysis of Abortions Performed in the Public Health Sector. Cape Town: Department of Community Health, University of Cape Town, 1997.
25. Johnston HB. Is Reproductive Health Care Cost-Efficient? The Case of Abortion and Post-Abortion Care. Chapel Hill: Ipas, 2004. (Unpublished)
26. Benson J, Huapaya V. Quality of and Access to Post-Abortion Care in Peru. Population Council and Ipas. (Forthcoming 2005)
27. Benson J, Huapaya V. Sustainability of Post-abortion Care in Peru. Frontiers Final Report. Washington DC: Population Council, 2002.

28. Brambila C, Langer A, Garcia- Barrios C, et al. Estimating costs of post-abortion services at Dr. Aurelio Valdivieso General Hospital, Oaxaca, Mexico. In: Huntington D, Piet-Pelon NJ, editors. Post-Abortion Care, Lessons Learned From Operations Research. New York: Population Council, 1999.
29. Johnson BR, Benson J, Bradley J, et al. Cost and resource utilization for the treatment of incomplete abortion in Kenya and Mexico. *Social Science and Medicine* 1993;36(11):1443-53.
30. Duggal R. The political economy of abortion in India: cost and expenditure patterns. *Reproductive Health Matters* 2004;12(24 Suppl): 130-37.
31. Petchesky RP, Judd K, editors. Negotiating Reproductive Rights. International Reproductive Rights Research Action Group. New York: Zed Books, 1998.
32. Huntington D, Nawar L, Abdel- Hady D. Women's perceptions of abortion in Egypt. *Reproductive Health Matters* 1997;5(9): 101-08.
33. Ganatra B. Coercion, control or choice? Seminar 2003; 532: Abortion. At: <[www.india-seminar.com/2003/532.hml](http://www.india-seminar.com/2003/532.hml)>. Accessed 29 June 2004.
34. Reproductive Rights Alliance. Five-year review of the implementation of the Choice of Termination of Pregnancy Act 92 of 1996. Barometer 2002; May 7.
35. Lamas M. The feminist movement and the development of political discourse on voluntary motherhood in Mexico. *Reproductive Health Matters* 1997;5(10):58-67.
36. Likhaan. Motherhood myths. International Day for Action for Women's Health.
37. Widjantoro N, Lestari H. A Counseling-based Study on Safe Termination of Unwanted Pregnancy. Jakarta: Women's Health Foundation, 2003.
38. Women's Health Project. Advocating for Abortion Access. Eleven Country Studies. Johannesburg: Women's Health Project, 2001.
39. Mitidli EM, Tucker Halpcn C, Farhat T, et al. Results of a Web- based Project to Survey and Educate Students about Health. Chapel Hill: Ipas, 2004.
40. De Bruyn M, Packer S. Adolescents, Unwanted Pregnancy and Abortion: Policies, Counselling and Clinical care. Chapel Hill: Ipas. 2004.
41. De Bruyn M. Living with HIV: challenges in reproductive health care in South Africa. *African Journal of Reproductive Health* 2004;8(4):92-98.
42. Otsea K. Prioritizing reproductive health for refugees. *Ipas: Initiatives in Reproductive Health Policy* 1999 ;3(1).
43. Sisters in Islam. Islam, Reproductive Health and Women's Rights. Kuala Lumpur: Sisters in Islam, 2000.
44. Baird T, Plewman C, Goode R, et al. Christian hospitals in Nigeria provide postabortion care and STD management. *Dialogue* 1997;1(2).
45. Mukenge M. Testing Community Level Strategies to Reduce Unwanted Pregnancy and Unsafe Abortion in Suba District, Kenya: Findings from a Mid-term Evaluation. Los Angeles: Pacific Institute for Women's Health, 2003.
46. Ramachandar L, Pelto P. The role of village health nurses in mediating abortions in rural Tamil Nadu, India. *Reproductive Health Matters* 2002; 10(19): 64-75.
47. Rogo K, Bohmer L, Ombaka C. Community Level Dynamics of Unsafe Abortion in Western Kenya and Opportunities for Prevention: Summary of Findings and Recommendations from Pre-intervention Research. Nairobi: Center for the Study of Adolescence, 1999.
48. Women's Health Project. Community for Choice: Abortion Services Workshop Manual. Johannesburg: Women's Health Project, 2001.

49. Elul B, Barge S, Verma S, et al. Unwanted Pregnancy and Induced Abortion: Data from Men and Women in Rajasthan, India. New Delhi: Population Council, 2004.
50. World Health Organization. Violence against Women: A Priority Health Issue. Geneva: WHO, 1997.
51. Govindasamy P, RamaRao S. Gender based violence and women's reproductive health in the Philippines. Paper presented at Population Association of America 64th Annual Meeting. New York, 1999.
52. Martin SL, Kilgallen B, Tsui AO, et al. Sexual behaviors and reproductive health outcomes: associations with wife abuse in India. JAMA 1999;282:1967-72.
53. Rayas L, Catotti D, Cortes A. Cumplimiento de los Compromisos Adquiridos a Partir de la CIPD en torno a los Servicios de Aborto en America Latina: La Agenda Inconclusa. Chape] Hill: Ipas, 2004.
54. United Nations. World Abortion Policies 1999. New York: UN

# تنظيم وتمويل الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية: رؤى ناشطة بالمنظمات غير الحكومية تحولت إلى مانحة

باربارا كلوجمان\*

ترجمة: أحمد محمود

## ملخص

أحاول في هذه الورقة أن أتأمل في بعض النجاحات والتحديات التي أعقّبت المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (القاهرة ١٩٩٤) وقدرة المجتمع المدني وهيئات التمويل على معالجتها. وقد كتبها من وجهتي نظر: من واقع تجربتي كناشطة في مجال الحقوق الجنسية والإنجابية بالمنظمات غير الحكومية منذ أوائل الثمانينيات، ومن خلال تجربتي كمسئولة ببرامج في إحدى هيئات التمويل خلال الثمانينية عشر شهراً المنصرمة. وهي تدعوا إلى التركيز على تطبيق الخدمات داخل جهاز الصحة والتعليم، وضرورة تعزيز قدرات الناشطين وبناء قيادات جديدة، وأهمية التحالفات مع الحركات الأخرى التي تواجه كذلك تحدياً من القوى الاقتصادية الكلية والحركات الأصولية. وعلى المستوى الوطني، أقترح ثلاثة أهداف كبرى، وهي مراقبة إتفاق القطاع العام، وتعزيز قدرات نظام الصحة العامة على التنفيذ، والدفاع وتنظيم المجتمع المساعدة على حدوث تحول في الفهم العام للحقوق الجنسية والإنجابية. وأخيراً، وفيما يتعلق بالتمويل، فإنني أدعو إلى الحوار حول قضايا التمويل بين المنظمات غير الحكومية وهيئات التمويل، كي تزيد هيئات التمويل قدرة الوطنية في دول الجنوب، ولكن يحافظ من تعهدوها بالتغيير المتصل بالصحة الجنسية والإنجابية على تعهدهم زمناً طويلاً، في ظل ما يتسم به التغيير من بطء.

Organising and Financing for Sexual and Reproductive Health and Rights: The Perspective of an NGO Activist Turned Donor.  
Nov. 2004, 12(24). Barbara Klugman

© جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠٠٥

**كلمات مفتاحية:** المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، هيئات التمويل، المنظمات غير الحكومية، الدعوة والعملية السياسية، مجموعات صحة وحقوق النساء، سياسات وبرامج الصحة الجنسية والإنجابية.

والمراهنات لهم الحق في الحصول على المعلومات والخدمات في هذا الخصوص. وعلى القدر نفسه من الأهمية، كان برنامج العمل أول برنامج يعترف بأن التنمية لا تتأثر بديناميكيات السكان فحسب، بل كذلك "بأنماط الإنتاج والاستهلاك غير المستدامة". ولأول مرة طرحت مسئولية الدول المتقدمة عن استهلاك موارد العالم بدلاً من إبقاء اللوم كله على معدلات الخصوبة عند النساء، وهو الأمر الذي يعكس بصورة عامة- الظلم في تخصيص الموارد، وانخفاض مستويات تعليمهن وفقهن.

كان المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عُقد بالقاهرة في عام ١٩٩٤، ومن بعده المؤتمر العالمي الرابع للمرأة الذي عُقد بيكون في عام ١٩٩٥، حداً فاصلاً في الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. فقد أسفر ذلك الخلط من الحكومات التقديمية، والمدافعتين عن حقوق النساء من المنظمات غير الحكومية ضمن الوفود الحكومية، والمدافعتين عن حقوق النساء اللاتي كن يجتمعن في الأروقة- عن أول وثيقة صريحة للأمم المتحدة بالإجماع تعرف بأن حقوق النساء تمتد إلى أمور خاصة بالشتؤن الجنسية والإنجاب، وبأن النساء والرجال والمرأهقين

\* مسئولة البرامج، مؤسسة فورد، نيويورك، الولايات المتحدة

- ضرورة إشراك هيئات التمويل باستمرار في كل هذه القضايا، وخاصة أجندـة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الأكثر اتساعاً.

ومع ذلك، فإنه بعد مرور عشر سنوات مازال هناك اختلاف كبير حول برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بدلاً من العمل باتجاه خلق مقاربة معيارية. وهذا أمر لا يدعو للدهشة، حيث إن المنجزات السياسية عادة ما تنتج عنها ردود فعل مناوئة. والتحدي الذي تواجهه "حركة" المؤتمر الدولي للسكان والتنمية هو كيفية استدامة قوة الدفع في هذا السياق. والمجالان اللذان يصعب علاجهما -على وجه الخصوص- هما توزيع الموارد، والاعتراف بجماعات مثل النساء والأقليات الجنسية باعتبارهم بشرأً ومواطنين بكل معنى الكلمة.

#### **توزيع الموارد**

أود الإشارة إلى أن هناك خمسة إخفاقات أساسية فيما يتصل بتوزيع الموارد لتنفيذ برنامج العمل الخاص بالمؤتمـر الدولي للسكان والتنمية: أولها إخـفاق الحكومـات في تقديم المبالغ التي التزـمت بها في برنامج المؤتمـر الدولي للسكان والتنمية نفسه؛ وكان إجمالي الالتزامـات ١٧ مليـار دولار بحلول عام ٢٠٠٥ ولكن مع نهاية عام ٢٠٠٣ كانت الدولـات النامية قد حقـقت ٩٠٪ من الهدف المتفق عليه، والـذى يـمثل ثـلثـ الإجمـالـىـ، بينما لم تـحقق الدولـات المتقدـمة سـوى ٥٪ فقطـ من الـهدفـ المـتفـقـ علىـهـ، وهوـ ماـ يـساـوىـ ثـلـثـ الإـجمـالـىـ.

تبعد المؤسسـاتـ وهـيـئـاتـ التـموـيلـ متـعدـدةـ الأـطـرافـ عنـ فـكـرةـ تـموـيلـ الـحـوـكـمـاتـ لـتـوفـيرـ الخـدـمـاتـ العـامـةـ المـتـكـاملـةـ.ـ وتـلكـ دـعـوةـ صـرـيـحةـ منـ الـمـؤـتمـرـ الدـولـيـ للـسـكـانـ والـتـنـمـيـةـ.ـ وـفـيـ الـوقـتـ نـفـسـهـ كـانـ هـنـاكـ اـهـتمـامـ كـبـيرـ بـ"ـالـمـقـارـبـةـ الشـامـلـةـ لـلـقـطـاعـ sector wide approachـ"ـ الـتـىـ تـعـهـدـ فـيـهـاـ هـيـئـاتـ التـموـيلـ بـتـقـديـمـ إـسـهـامـاتـهاـ الـمـالـيـةـ يـمـكـنـ لـلـحـوـكـمـاتـ تـجـمـيـعـهـاـ مـعـاـ بـمـاـ يـمـكـنـهـاـ مـنـ وـضـعـ إـسـتـرـاتـيـجـيـاتـ مـتـكـاملـةـ لـتـوـفـيرـ الـخـدـمـاتـ الصـحـيـةـ وـالـاجـتمـاعـيـةـ.ـ وـفـيـ السـنـوـاتـ الـخـمـسـ الـمـاضـيـةـ رـأـيـاـ بـعـضـ

وهـذهـ الـورـقةـ عـبـارـةـ عـنـ تـأـمـلـاتـ فـيـ النـجـاحـ وـالـتـحـديـاتـ الـتـيـ أـعـقـبـتـ الـمـؤـتمـرـ الدـولـيـ لـلـسـكـانـ وـالـتـنـمـيـةـ،ـ وـقـدـ كـتـبـتـ مـنـ وجـهـيـ نـظـرـ:ـ الـأـولـىـ تـجـريـتـيـ كـناـشـطـةـ فـيـ مـجـالـ الحـقـوقـ الـجـنـسـيـةـ وـالـإـنـجـاـبـيـةـ فـيـ الـمـنـظـمـاتـ غـيرـ الـحـكـمـيـةـ مـنـذـ أـوـاـلـ الـثـمـانـيـنـياتـ،ـ وـمـشـارـكـتـيـ فـيـ أـنـشـطـةـ الدـفـاعـ وـالـتـدـرـيـبـ عـلـىـ الـمـسـتـوـيـ الـوطـنـيـ وـالـدـولـيـ فـيـ فـتـرـةـ مـاـ بـعـدـ مـؤـتمـرـ الـقـاهـرـةـ،ـ وـالـثـانـيـةـ نـتـيـجـةـ لـتـجـريـتـيـ الـأـحـدـثـ بـاعـتـبـارـيـ مـسـؤـولـةـ الـبـرـامـجـ لـدـىـ إـحـدـىـ هـيـئـاتـ التـموـيلـ خـلـالـ الشـانـيـةـ عـشـرـ شـهـراـ الـمـاضـيـةـ مـنـ نـاحـيـةـ أـخـرىـ.

فـيـ الـعـشـرـ سـنـوـاتـ الـمـاضـيـةـ مـنـذـ انـعقـادـ الـمـؤـتمـرـ الدـولـيـ لـلـسـكـانـ وـالـتـنـمـيـةـ،ـ كـانـ هـنـاكـ الـكـثـيرـ مـنـ الـمـنـجـزـاتـ الـإـيجـاـبـيـةـ،ـ بـمـاـ فـيـ ذـلـكـ زـيـادـةـ التـوـجـهـ الـقـائـمـ عـلـىـ الـحـقـوقـ فـيـ الـعـمـلـ الـخـدـمـيـ لـلـكـثـيرـ مـنـ الـمـنـظـمـاتـ غـيرـ الـحـكـمـيـةـ:ـ زـيـادـةـ اـنـخـراـطـ الـمـنـظـمـاتـ لـلـكـثـيرـ مـنـ الـمـنـظـمـاتـ غـيرـ الـحـكـمـيـةـ فـيـ الـدـعـوـةـ مـنـ أـجـلـ تـغـيـيرـ الـسـيـاسـاتـ وـالـتـأـثـيرـ فـيـ الرـأـيـ الـعـامـ،ـ وـتـوـفـيرـ الـتـموـيلـ لـلـمـنـظـمـاتـ غـيرـ الـحـكـمـيـةـ لـتـطـوـيرـ الـوـسـائـلـ وـالـمـوـادـ الـلـازـمـةـ لـدـعـمـ تـكـامـلـ التـشـيفـ وـالـخـدـمـاتـ الـمـتـعـلـقـةـ بـالـصـحـةـ الـجـنـسـيـةـ وـالـإـنـجـاـبـيـةـ،ـ وـزـيـادـةـ الـاـهـتـمـامـ بـالـعـنـفـ ضـدـ الـنـسـاءـ،ـ وـتـبـنيـ الـمـؤـسـسـاتـ الرـئـيـسـيـةـ وـمـنـظـمـاتـ الـتـنـمـيـةـ غـيرـ الـحـكـمـيـةـ الـدـولـيـةـ لـأـجـنـدـةـ الـمـؤـتمـرـ الـدـولـيـ لـلـسـكـانـ وـالـتـنـمـيـةـ،ـ وـتـزـيـيدـ الـزـانـ الـمـتـعـلـقـ بـالـصـحـةـ الـعـالـمـيـةـ بـالـحـقـوقـ الـإـنـجـاـبـيـةـ،ـ كـماـ اـتـضـحـ بـشـكـلـ جـلـىـ فـيـ تـوـجـيهـاتـ مـنـظـمـةـ الـصـحـةـ الـعـالـمـيـةـ سـوـاءـ عـلـىـ الـمـسـتـوـيـ الـتـقـنـيـ أوـ الـسـيـاسـيـ بـشـأنـ الإـجـهاـضـ الـآـمـنـ.ـ وـمـنـ بـيـنـ التـحـديـاتـ الـكـبـيرـةـ الـتـىـ تـواـجـهـ الـتـفـيـدـ:

- ضـرـورـةـ التـرـكـيزـ فـيـمـاـ بـعـدـ التـغـيـيرـاتـ السـيـاسـيـةـ عـلـىـ تـقـيـيـدـ الـخـدـمـاتـ فـيـ الـصـحـةـ الـعـامـةـ وـأـنـظـمـةـ الـتـعـلـيمـ.
- ضـرـورـةـ تـعمـيقـ قـدـراتـ النـاشـطـاتـ،ـ وـبـنـاءـ قـيـادـاتـ جـديـدةـ دـاخـلـ حـرـكـةـ صـحـةـ النـسـاءـ لـتـمـكـنـ مـنـ الـقـيـامـ بـهـذـاـ الدـورـ.
- ضـرـورـةـ توـسيـعـ مـجـالـ حـرـكـاتـ الـمـجـتمـعـ المـدـنـيـ كـىـ يـتـحـالـفـ الـمـهـمـتـونـ بـالـحـقـوقـ الـجـنـسـيـةـ وـالـإـنـجـاـبـيـةـ مـعـ الـعـرـكـاتـ الـأـخـرـىـ الـتـىـ تـواـجـهـ أـهـدـافـهـاـ كـذـلـكـ تـحدـيـاـ مـنـ كـلـ مـنـ قـوـىـ الـاـقـتصـادـ الـكـبـرـىـ وـالـحـرـكـاتـ الـأـصـولـيـةـ الـعـدـيدـةـ.

أيضاً حدث تحول في تمويل الجهة المانحة من التمويل "العام" إلى تمويل "المشروعات"، مما يتطلب جداول تسليم قصيرة المدى، مما يجعل من الصعب على المنظمات غير الحكومية المساهمة في عمليات التغيير الاجتماعي طبولة المدى وإحداث تغييرات إستراتيجية سريعة في أنشطتها استجابةً لفرص السياسة والاجتماعية المتغيرة التي تُتاح من حين لآخر.

ومن المهم أن نتأمل السياق الذي تتbamى فيه تلك الصعوبات، ألا وهو سيطرة إجماع وأشنطن، حيث انتزع البنك الدولي القيادة من منظمة الصحة العالمية باعتباره الحكم على ما يمثل التدخلات الصحية الجيدة في مجال السياسة الصحية الدولي، بالرغم من أن أهدافه الغالية اقتصادية وليس الرعاية الإنسانية.

### نقد الأصوليين

التحدي الآخر في هذه الفترة هو النفوذ المتزايد للحركات الأصولية المتوعنة، الذي يجري التعبير عنه أحياناً بشكل ديني، وهو يستهدف حرية النساء باعتبارها النقطة التي يرتکز عليها نقدمهم للمجتمع المعاصر. وفي خلال تلك العملية ينكرون أيضاً أي تعبير عن الأمور الجنسية التي لا تلتزم بالمعايير نحو صريح ويعبرونها وصمة، بل ويجرمونها. وبينما قد يكون الإحساس بالعجز، وخاصة العجز الاقتصادي، هو القوة المحركة لتلك الأصوليات، إلا أن أعمال معظم الحركات لا يستهدف المؤسسات الاقتصادية العالمية ولا المؤسسات الاقتصادية التابعة للحكومات الوطنية أو فسادها. وبدلًا من مخاطبة المؤسسات المسئولة عن البطالة المتزايدة والظلم العالمي، اختارت تلك الحركات التصدى لحرية النساء، وعلى الأخص حقوق النساء فيما يتعلق بالزواج والشأن الجنسي والخصوصية والميراث. لم يكن الوضع جيداً فقط في أماكن كثيرة، إلا إن السنوات العشر الأخيرة شهدت تحولاً مما هو معتدل إلى ما هو مفزع بالنسبة

لهيئات التمويل تعود إلى تمويل الخدمات العمودية لمعالجة مشاكل بعينها، وظهور جهات مانحة جديدة تشجع هذه المقاربة.

وهذا الاتجاه مثير للقلق؛ لأن المقاربات العمودية لا تبني أنظمة الصحة العامة والتعليم، ولا تلبى حاجات الناس كبشر يأتون إلى الخدمات الصحية بمشاكل صحية مختلفة ويفصلون على اهتمام أفضل إذا كان بالإمكان تلبية احتياجاتهم ككل. ويتبين هذا كذلك في صياغة أهداف التنمية الألفية التي تعرف صحة الأممومة وحدود الإيدز باعتبارهما مؤشران وليس كمجالين مهمين لابد أن تتصدى لهما أية حزمة أساسية من خدمات الصحة العامة في أي نظام صحي فاعل، بالإضافة إلى تقديم مجموعة أوسع من الخدمات الجنسية والإنجابية.

الكثير من الهيئات الشائكة ومؤسسات التمويل الخاصة\* لم يعزز المنظمات غير الحكومية والمؤسسات الأكاديمية في الدول النامية أو يمولها كى تبدأ العمل على المستوى الإقليمي والدولي في مجال تطوير المفاهيم أو التدريب، أو اختبار تدخلات جديدة. وكانت نتيجة ذلك أن ظل بناء المعرفة الخاصة بالحقوق الجنسية والإنجابية والصحة معرضًا لاتهامات التحيز الغربي، وكانت القدرات التي بُنيت على مدى السنوات العشر الماضية موجودة في الشمال على نحو غير متكافئ.

وهناك تناقض بظىء في تعهدات مؤسسات التمويل الخاصة بتمويل تلك الجوانب من أجندـة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المتعلقة بالحقوق الجنسية والإنجابية، أو الجوانب المثلية للجدل من الناحية السياسية (مثل الإجهاض والحقوق الجنسية)، كذلك تناقض تمويلها لمنظمات الدفاع غير الحكومية، بحيث باتت منظمات الدفاع غير الحكومية -التي كانت قوية سابقاً- تؤدي وظيفتها بالكاد في الوقت الراهن أو أغلقت.

\* أعني بالمانحين الخاصين المؤسسات الأمريكية والأوروبية في الغالب.

\*\* محاولات إضفاء الصبغة الدينية عليه أيضاً من خلال تسميات مثل ختان "السنة" أو الترويج لأحاديث ضعيفة تسبـب إلى الرسول (المحررة)

الأوسع بكثير مما يمكن أن نتوقع أن تتغلب عليها أي حركة صغيرة لصحة النساء، ومع ذلك فإن هناك بعض الإستراتيجيات الناجحة المستخدمة لتعزيز أجندات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية التي يمكن استمرار استخدامها في سياق التحديات الكبيرة الحالية.\*

**إستراتيجيات للعمل من الداخل**

في المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية والمكاتب الإقليمية التابعة لها، قام المدافعون عن حقوق النساء -رجالاً ونساء- بدور مهم في جهود وضع قواعد إرشادية فيما يتعلق بما هي أنواع التدخلات الالازمة لتعزيز الصحة الجنسية والإنجابية، وما الذي يشكل القواعد الأخلاقية النسوية في البحث الصحي، وكيفية جعل الخدمات الصحية تعرف بالعنف ضد النساء وتعالجه. كما أنهم مكونوا منظمة الصحة العالمية من التسلیم بضرورة دمج النوع الاجتماعي في التيار العام ووضع

النساء في أنحاء كثيرة من العالم، وفي ديانات متعددة. ومن المظاهر التي تكشف هذا الوضع في سياسات مختلفة، الدفاع عن التشويه الجنسي للإناث\*\* (ختان الإناث) وإضفاء الصفة الطبية عليه في بعض الدول، والتي رغم أنها تجعل الختان يتم في ظروف أكثر نظافة، إلا أنها تؤدي إلى إضفاء المشروعية على الممارسة باعتبارها إحدى الخدمات الصحية. أيضاً محاولات إزالة التعليم الجنسي الشامل من المقررات المدرسية، وتولى أفراد ذوى توجهات دينية صريحة مناصب في عدد من الحكومات التي تعد علمانية من الناحية الرسمية.

### الإستراتيجيات التي يجب علينا تعزيزها

تعد هذه المشاكل -إلى حد كبير- جزءاً من عمليات كبيرة بدأت في ثمانينيات القرن العشرين، ونتجت عن مجموعة من الديناميكيات الجيو-سياسية والاقتصادية



\* الكثير من الإستراتيجيات التي سوف أبحثها هي تلك التي يمكن وصفها بأنها ت العمل من داخل المؤسسة، حيث إن هذا هو العمل اللازم إن كنا ب سنغير المؤسسة شيئاً فشيئاً. وهي ليست إستراتيجيات للمعارضة والاحتجاج، وكان الكثير منها ضرورياً وناجحاً كذلك أثناء هذه الفترة، مثل التعبئة الجماهيرية لاتاحة الأدوية المضادة للفيروسات الرجعية للمصابين بالإيدز. وأنا أعتقد أن هناك دائمًا قيمة في العمل من الداخل ومن الخارج لتعزيز الرأي العام وخلق خيارات أكثر للتغيير الاجتماعي. إلا أن برنامج العمل الخاص بالمؤتمر الدولي للسكان والتنمية هو وثيقة إجماع الأمم المتحدة، وهو يتعلق بالتعهدات الحكومية، وبذلك فهو يوفر منبراً للعمل من الداخل وإشراك الحكومات.

إشراك "المؤسسة"، وكما كان الحال مع أجندة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، فإن ذلك يتم على أفضل نحو في وجود الخبرة المستفادة من تفاعل الأنظمة المتعددة. فمما لا شك فيه أنه من الأسهل أن يكون المرء طبیباً أو اقتصادياً أو عالم أوبئة في ذلك المجال، حيث يكون من المتصور أن لديه الخبرة الازمة. أما دخول الشخص هذا الفضاء كعامل اجتماع أو محلل لسياسة النوعية أو اختصاصي في طرق التدريس التشارکية فمسألة صعبة، ذلك أن المهارات تقل قيمتها داخل النموذج الطبی - الحیوی، على الرغم من أن هذه المهارات هي المطلوبة لإعادة تشكيل طبيعة الخدمات الصحية. ومن ثم فإنه من المرجح أن يكون أقوى المطالبين بالتغيير في هذا السياق هم من استعواضوا عن النماذج الطبیة والعددیة بالنماذج الاجتماعية والتنظيمیة.

## مراقبة تنفيذ أجندة المؤتمر الدولى للسكان والتنمية

فى الاجتماعات الإقليمية العديدة تحضيراً للمؤتمر الدولى للسكان والتنمية ١٠+ خلال عامى ٢٠٠٣ و ٢٠٠٤ استطاع البيروقراطيون التقديميين، بالتعاون مع الناشطين على المستوى الوطنى وحفنة من الناشطين على المستويين الإقليمي والدولى تحقيق نجاح مهم فى التصدى لجهود الأصوليين الساعية إلى تقويض الالتزام بأجندة المؤتمر الدولى للسكان والتنمية. ولكن المؤتمر الدولى فى نيويورك فى عام ٢٠٠٤ لم يتمكن من التوصل إلى نتيجة، واضطرب للانعقاد مرة أخرى لاستكمال التقرير فى نهاية الأمر.

ويعكس هذا البيئة السياسية المتغيرة، ولكنه يعكس كذلك نقاط ضعف المنظمات غير الحكومية على المستوى الدولي، حيث لم تكن هناك قدرة على العمل المنسق عبر فترة ممتدة. وأحد أسباب ذلك هو أنه لا يزال هناك القليل من الآليات المؤسساتية التي يمكن من خلالها للنشطاء على المستويين الوطني والإقليمي تعزيز القوى والمشاركة بندية على المستوى العالمي.

البنى والسياسات والأدوات لدعم العاملين فيها والعاملين في الإدارات الصحية الحكومية على دمج النوع الاجتماعي في التيار العام، وذلك بصورة عامة وبشأن قضايا محددة مثل أمراض المناطق الحارة، والصحة الإنجابية، وأنظمة المعلومات الصحية. ولكن هؤلاء المدافعون قليلون، ومازال الكثير من قطاعات منظمة الصحة العالمية غير مهتم أو مهدد بهذه الأجندة. والواقع أن العديد من هذه التدخلات استغرق شهوراً وسنوات من التفاوض قبل الاتفاق عليه.

كانت الإستراتيجية المهمة الأخرى من داخل منظمة الصحة العالمية هي دعوة النسويات من الجامعات والمنظمات غير الحكومية من أنحاء العالم كافة للعمل معها بالتعاون مع ممثلي الحكومات من أنحاء العالم المختلفة. وقد شاركت أولئك الخبراء من المجتمع المدني في دفع العمل داخل منظمة الصحة العالمية، وفي إدارة مبادراتهم في مشاركات مع منظمة الصحة العالمية. الواقع أن المنظمات غير الحكومية بدأت في إشراك منظمة الصحة العالمية بدعوتها إلى الطاولة لتمكين حدوث حوار أوسع بين الناشطين والأكاديميين من ناحية، ونظام الأمم المتحدة من ناحية أخرى.

المثال الثاني هو الدورة التي نظمها معهد البنك الدولي بعنوان "التكييف مع التغير: برنامج التعلم الخاص بالسكان والصحة الإنجابية وإصلاح قطاع الصحة" التي تعد مثلاً طيباً لنقاط قوتنا ونقاط ضعفنا. وفي المناطق التي يوجد بها نسوبيات على قدر كبير من المهارة وعلى استعداد للمشاركة، استطعن إحداث بعض الأثر على ما كان -لولا جهودهن- سيسيئ في مسار آخر تمليه اهتمامات الاقتصاد الكلى التي تصوغ سياسات البنك الدولي الصحية، والتي لا تولى اهتماماً كافياً لقضايا المساواة النوعية والحقوق الجنسية والإنجابية والتغيير الاجتماعي. ولكن بينما كان المنظمون يبحثون عن الاقتصاديين الصحيين وعلماء الأوليئه ومن على نحوهم، فإنه نادراً ما كان هناك وجود للنسويات. ومن أجل

\* قد يتطلب الأمر ورقة مختلفة لتأمل مشكلة وأثر الكثير من المنظمات غير الحكومية التي ليس لها آليات للمحاسبة من قبل الأشخاص الذين تخدمهم أو تقوم بعملها الدعائى، بأسهمهم، أو ليس لديها هيئة عاملين من تلك المجتمعات.

التعبوى على المستوى الدولى الدولى انطلاقاً من فهم راسخ للواقع المعاش للنساء فى الدول المختلفة، ومن زاوية قدرة منظماتهن على التحدث بالأصلية عن نفسها وعن من تعلم معهم فى بلدانهم.\*

وباستثناء التطور الرائع والمتمثل فى ظهور بعض الشبكات الإقليمية والدولية للشباب على مدى السنوات العشر الماضية، لم يكن هناك سوى القليل من الأشخاص الذين يراقبون تنفيذ أجندـة المؤتمر الدولى للسكان والتربية على المستوى العالمي فى عام ٢٠٠٤ ممن لم يكونوا موجودين فى عام ١٩٩٤ . ومع أهمية هذه الاستمرارية، إلا أن الجيل "الأكبر سنًا" لم يسهم فى بناء الجيل الجديد كغير الحجم من الناشطين، وهو ما يؤدى إلى أن الكثير من ذاكرة الحركة وقدرتها الإستراتيجية لم يتم تمريرها لتلك الأجيال الجديدة.

وفي المناقشات التى دارت حول هذه القضية مع الناشطين الجنوبيين الذين وجدوا أنفسهم على مسرح السياسة الدولية، ظهرت مشكلتان: المشكلة الأولى هي أنه لكون مشاركة هؤلاء الناشطين بدعوة من المنظمات غير الحكومية الشمالية -حيث لا يتوفّر لمنظماتهن التمويل الكافى للسفريات الدولية- فهم عاجزون عن الإتيان بأشخاص جدد للتدريب على هذا الدور، أو الاستعاضة عن أنفسهم بأشخاص آخرين. وتثير هذه النقطة التساؤل حول السبب فى عدم إدراج المنظمات غير الحكومية الجنوبية للعمل التعبوى على المستوى الدولى ضمن جهودها لحشد التمويل، والسبب فى عدم رؤية هيئات التمويل أن هناك ضرورة لهذا.

أما المشكلة الثانية فهى مشكلة مزمنة تتعلق بالقيادات، ألا وهى صعوبة تخلى القيادات عن مواقعها ودفع قيادات جديدة. ومن ثم فإنه بالرغم من أن بعض المنظمات التى تعمل على المستويين الوطنى والدولى تعطى أهمية لإتاحة الفرص لمختلف العاملين فيها للعمل على المستوى الدولى، فإن منظمات أخرى تقصر ذلك الدور على المدير فحسب، وبالتالي لا تمتلك الكوادر الأخرى

وهناك بعض الشبكات الإقليمية الجديدة التى تمثل ولديها تقويض بالتحدى باسم المنظمات غير الحكومية الوطنية، إلا أن أيّ منها لا يمثل المناطق الآسيوية أو الشرق الأوسط أو أمريكا الشمالية. بل إنه ليس هناك آلية دولية يمكن أن توضح من خلالها تلك الشبكات مخاوفها فيما يتعلق بالسياسة الدولية وتضع الإستراتيجيات على نحو جماعى. وقد بدأت تلك الشبكات فى العام الماضى فحسب فى عقد لقاءات لتبادل الخبرات وبحث الاهتمامات الإستراتيجية.

نتيجة لذلك، نجد أن النمط العام حتى يومنا هذا هو أن المنظمات غير الحكومية الموجودة في الولايات المتحدة وكذا وأوروبا تتلقى أفراداً لممارسة الحشد وأنشطة الدفاع والتأييد أثناء الأحداث السياسية في الأمم المتحدة.

ويعد اجتماع المائدة المستديرة العالمية الأخير للمنظمات غير الحكومية -العد التنازلى حتى عام ٢٠١٥ : الحقوق الجنسية والإنجابية للجميع- مثالاً واضحاً على ديناميكيات العلاقة بين الشمال والجنوب، حيث اتخذت ثلاثة منظمات غير حكومية من الشمال قراراً مهماً بشأن كيفية التفاعل مع الذكرى العاشرة للمؤتمر الدولى للسكان والتربية، وبعدها تمت دعوة الأطراف المعنية الأخرى للمشاركة. إلا أنه حتى الآن ليس لدى الشبكات الإقليمية القدرة أو الموارد الكافية لدراسة إنشاء منتدى ذى تمثيل عالمى يمكنها من خلاله وضع الإستراتيجيات على نحو جماعى. والأمر الأكثر أهمية هو أن الكثير من تلك الشبكات يعتمد على تمويل من المنظمات غير الحكومية الدولية، ومن ثم فى تردد فى تحديد الوضع القائم.

وما يعنيه ذلك هو أن كادر الأفراد والمنظمات، الذين يجرى تعييـنـهم من أجل تغيير السياسات على المستوى الدولى ومراقبة التنفيذ، لا يزال صغيراً إلى أدنى حد، ولا يوسع صفوـهـ إلا بصعوبة. وهذا وضع يتغـذرـ الدفاع عنه من زاوية ضمان بناء أهداف وإستراتيجيات العمل

ذاته، بل كذلك مع هؤلاء الذين يعملون لتحسين التعليم العام، والصحة العامة، وخدمات الرعاية الاجتماعية العامة، وهؤلاء الذين يعملون من أجل العدالة الاقتصادية والبيئية، وذلك كي يمكن التصدى بشكل جماعى للأسباب الجوهيرية للتوزيع غير المتكافئ للموارد وعدم الإقرار بحقوق المجموعات المهمشة وإنكارها.

### الإستراتيجيات الوطنية: العمل من الخارج للداخل

فيما يتعلق بالعمل على المستوى الوطنى، سوف أركز على ثلاثة أهداف أساسية بحاجة إلى الاهتمام المستمر، وهى مراقبة إتفاق القطاع العام، وتعزيز قدرة جهاز الصحة العامة على تنفيذ البرامج، والعمل الدفاعى وتنظيم المجتمع لخلق مناخ يساعد على إحداث التغيرات فى الفهم العام للحقوق الجنسية والإنجابية.

وبما أن معظم الناس سوف يستمر اعتمادهم على الخدمات الصحية العامة، فإن مراقبة تقديم الخدمات الصحية هي إحدى الآليات المتاحة للمجتمع المدنى ليجعل الحكومات خاضعة للمحاسبة. وأحد الأنشطة الحالية في بلاد عديدة هو إنشاء آليات لمشاركة المجتمع فى أوراق "إستراتيجية الحد من الفقر" التي تقوم بوضعها الدول الأكثر فقرًا انتظاراً لتخفيض الديون.

فى أوغندا، شكل أفراد المجتمع المدنى، على سبيل المثال، "شبكة ديون أوغندا"، وطافوا على المجتمعات المحلية لمناقشة كيفية استغلال تلك الأموال. وقد حددوا العديد من قضايا الصحة الجنسية والإنجابية، بما فى ذلك هموم الشباب بشأن إستراتيجيات الوقاية من فيروس نقص المناعة (إيدز) غير الملائمة، وهموم النساء بشأن عدم وجود منشآت الأمومة الملائمة. كما وجدوا أن الوحدات الصحية تستغرق وقتاً طويلاً فى تقديم "بيانات المحاسبة"، ومع ذلك فهى تتلقى المزيد من التمويل قبل تسليم بياناتها، مما يقضى على الغرض من المراقبة<sup>(١)</sup>. ورداً على تلك النتائج، شرعت شبكة ديون أوغندا فى عملية تشكيل لجان مراقبة المناطق.

خبرة العمل على المستوى الدولى. وبعض أسباب عدم الإنفاق هذا أيدنولوجية: فالجماعات الشمالية تستمتع بالقيام بدور المحاور باسم حركة صحة النساء العالمية. ولكن الكثير من الأسباب يتعلق بالموارد، حيث تقاتل الجماعات الشمالية من أجل جمع الأموال الكافية كى تكون أكثر احتواءً، بينما تفتقر الجماعات الجنوبية إلى التمويل وإلى القدرة على المطالبة بأن تكون جزءاً أصيلاً من المجموعة، أو خلق قضاياها السياسي الخاص. والمشكلة الأخرى التى تثار أحياناً هي اللغة، حيث إنه لابد أن يتمتع المشاركون بطلقة نسبية فى اللغة الإنجليزية كى يشاركوا. وتنطلب معالجة تلك المشاكل وجود رؤية وموارد، حيث شاهدت مؤخراً منظمة إندونيسية غير حكومية للصحة الإنجابية تدرج ضمن ميزانيتها تكلفة دروس اللغة الإنجليزية للعاملين بها.

وما دامت الأمور مستمرة على هذا النحو، فسوف تظل جهود تحسين الأجندة السياسية الدولية تعمل بشكل ثلائى وتقتصر للتخطيط، مثلاً حدث إبان محاولة تعبئة الجماعات المختلفة لمساندة القرار البرازيلي الخاص بالتوجه الجنسى أمام لجنة حقوق الإنسان فى الأمم المتحدة. ولو كان هناك تحالف مماثل لشبكات الصحة الجنسية والإنجابية، لكان بالإمكان العمل بشكل أكثر منهجمية وإستراتيجية.

نقطة الضعف المهمة الأخرى فى الدفاع والتأييد الدوليين هي عدم وجود تحالفات إستراتيجية بين شبكات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية وغيرها من الشبكات التي لها بعض الاهتمامات المشتركة، مثل شبكات تأييد الحق فى الحصول على علاج الإيدز وحقوق من يتعايشون مع الإيدز، وشبكات التدخلات لمعالجة العنف ضد النساء، وشبكات حقوق الأقليات الجنسية. ولو أدركت تلك الحركات المختلفة ما بينها من مصالح مشتركة لأمكن معالجة بعض المشاكل البارزة على المستوى العالمي على نحو أكثر ترابطاً والحصول على مساندة دوائر أوسع. وإن أضمن إلى ذلك ليس فقط التواصل بين هؤلاء الذين تربطهم اهتمامات مشتركة من سبقت الإشارة إليهم، وهو سيكون إنجازاً فى حد

دفع الجهاز الحكومي، بالرغم من قوة الأصولية الكاثوليكية في البرازيل. وعلى سبيل المثال، فإن إنشاء مركز لتوفير خدمات الإجهاض عالية الجودة للنساء اللائي تعرضن للاغتصاب في إحدى البلديات الذي تديره إحدى الناشطات النسويات في الحركة النسوية، سمح بإجراء الإجهاض بشكل قانوني في البرازيل، وممكن الآخرين من أن يجدوا حذوه<sup>(٣)</sup>. وبهذه الطريقة يمكن دمج مطالب النساء العاديات ضمن توفير خدمة الصحة العامة. وفي الوقت نفسه استمرت المنظمات غير الحكومية الدفاعية في العمل مع طيف واسع من الأطراف المعنية لتوسيع بنود القانون.

إحدى نتائج التي تم الخوض عنها مؤتمر القاهرة هي الدرس الذي يبرز ضرورة تماشى إستراتيجيات التغيير مع السياق. أثناء انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عرضت قناة السى إن إن شريط فيديو يصور فتاة تجري لها عملية ختان في مصر، وأدى ذلك إلى نداءات عالمية بحظر تلك الممارسة، مع وجود ردود أفعال إيجابية وسلبية داخل مصر. وقد زاد على نحو خاص - اهتمام جماعات معينة بتعزيز الاستفادة من العاملين الصحيين في هذا الإجراء، على أساس أنه يمكن إجراؤه بطريقة أكثر إنسانية (أى بتسكين الألم) وبطريقة أكثر أمناً (بأدوات معقمة).

ومن منظور معظم النسويات المصريات، فقد أدت تلك الدعوة إلى إعطاء المزيد من المشروعية لختان الإناث، حيث يوحى بذلك بكونها إجراءً طيباً، ولا يساعد في مقاومة تلك العادة. وفي مقابل تلك الدعوة شارك الكثير من المجموعات الناشطة في عمل طويل الأمد داخل المجتمعات المحلية لبناء الوعي بين القيادات المجتمعية وهؤلاء المستفيدين من ختان الإناث، وكذلك النساء والرجال الذين لا يمكنهم تخيل عالم مختلف<sup>(٤)</sup>. واحتاج الأمر إلى وقت طويل كي يكتشفوا ما هو ناجح وما هو غير ذلك من تلك الجهود. وبعد مرور خمس سنوات على المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، كانت معظم الكتابات عن المشروعات التي تعالج ختان الإناث وصفية، مع ادعاءات بوجود تأثير لتلك الجهود، لكن دون أن يكون

دور هذه اللجان هو تجميع البيانات ونشر المعلومات للجمهور والعمل مع فرق المراقبة الحكومية، ونشر المعلومات ذات الصلة وغيرها من القضايا، ومتابعتها مع الشبكة لمعالجتها على المستوى الوطني<sup>(٥)</sup>.

وبينما تعد هذه خطوة مهمة للأمام فيما يقوم به المجتمع المدني لتعزيز قابلية الحكومة للمحاسبة، لم يشتبك العديد من النشطاء في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية مع مثل تلك الآليات. والحق أن هذا هو نوع من العمليات التي يمكن أن تعمل فيها المنظمات غير الحكومية المهمومة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية مع المنظمات من القطاعات الأخرى لضمان بقاء أجندة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على الطاولة ويكون لها مضمون فعلى من خلال تخصيص الاعتمادات لتنفيذها. وما لم تهتم تلك المنظمات غير الحكومية بقضية من أين تأتى الموارد لتقديم الخدمات العامة، وبما إذا كانت تتفق على نحو مسئول أم لا، فحينئذ يكون دفاعها عن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية قد خرج عن سياقه الصحيح. وإذا لم يكن يشغلها الضغط الحالى من أجل خصخصة الخدمات، وفرض رسوم مقابل الخدمات، فمن ذا الذي سيشغل ذلك؟ وسوف تستمر البنية التحتية للخدمات كلها في الانهيار، مما يجعل الدفاع عن الحقوق والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية لا معنى له<sup>(٦)</sup>.

الكثير مما كان يجب عمله بعد المؤتمر الدولي للسكان والتربية يتعلق بالتنفيذ. فالكثير من الخدمات الصحية لا يقوم على سياسات مفصلة. وفي حالات أخرى هناك سياسات، ولكن المطلوب هو ترجمتها في شكل سلوك تقدمي. والمطلوب في كلتا الحالتين هو المديرون - الموظفون - - التقديميون في إدارات الصحة على كل المستويات، والإخصائيون الصحيون التقديميون على كل المستويات. والبرازيل حالة تتصل بهذا الموضوع، وقد ذكرت في أوراق عديدة في دورية "قضايا الصحة الإنسانية"، حيث إن كثيراً من الناشطات في حركة صحة النساء البرازيلية يعملن في الوقت نفسه كطبيبات وأخصائيات صحة عامة في الحكومة، ولذلك يمكنهن

ولذلك فإن المنظمات غير الحكومية تتولى في كثير من الأحيان سد الفجوات وملء الثغرات. ولكن نجعل الحكومات تتولى تلك المسؤوليات، فلابد للمنظمات الدولية متعددة الأطراف التي تقدم الدعم الفني للحكومات، كمنظمة الصحة العالمية، ومنظمات المجتمع المدني، والجامعات، والمنظمات غير الحكومية، من تحدي اتفاق واشنطن والانخراط في بناء قدرة الحكومة في مجال توفير الخدمات، بإمكانها القيام بأدوار مهمة في حفز الاهتمام وتوفير المهارات المطلوبة. لكل من تقديم الخدمات وإدارتها - لمعالجة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، وغيرها من خدمات الصحة العامة. بل لابد لها أيضاً من مراقبة التنفيذ، لدعم الأجهزة البيروقراطية على العمل بشكل أفضل، وإراجها إذا دعت الضرورة من خلال الإعلام وغيره من الوسائل إن لم تقنع. ويطلب ذلك المال ويعيدنا إلى قضية الحصول على الموارد.

هناك استخلاص للدرس للمشاركة أو معرفة ما إذا كانت الآثار الفورية ستستمر بمرور الوقت أم لا. والآن فقط نبدأ في رؤية مناهج البحث شديدة التأمل يجري تفيذها، مع وجود مؤشرات قابلة للقياس يمكن أن نرصد عليها التقدم بمرور الزمن (طوبيا، ن. رينبو، عرض لمؤسسة فورد، ٢٠٠٤).

هذه عملية حتمية إلى حد ما: فالامر يحتاج إلى وقت لبناء المعرفة والمهارات داخل جماعات الدفاع والتأييد لمعالجة قضايا بعضها، ويحتاج إلى وقت أطول لإدراك ما يجب عمله. إلا أن إحدى المشاكل الملحوظة في هذه العملية هي فكرة أن الشخص يمكنه وضع وتركار مجموعة معينة من الخطوات، بصرف النظر عن السياق والشركاء. غير أن المطلوب هو موارد لدعم عمل الناشطين على المستوى المحلي، وتمكنهم في الوقت نفسه من مشاركة الآخرين في تجاربهم.

إضافة إلى ذلك، لابد من دعم الأكاديميين لبحث الظاهرة، وفي هذا المثال بحث دعاوى أن ختان الإناث جزء من تقاليد الناس أو ثقافتهم أو دينهم، وهو ما يشعر به -بصدق- العديد من الناس، لكنه يظهر كذلك كجزء من الأصوليات الدينية الجديدة. وهناك ادعاءات مختلفة في سياقات شتى، ولكن الناشطين سوف يلقون الكثير من الدعم بإطلاقهم على البحث التاريخي والمعاصر من النوعية الجيدة. إلا أنه لا يوجد دافع قوي لدى الأكاديميين كي يتزاولوا بالبحث قضايا الحقوق الجنسية والإنجابية، ذلك أن القليل من فروع العلم يكافئ على بحثقضايا التي تقع في دائرة المحرمات، ومن المحتم أن الأكاديميين تحركهم مخاوف متعلقة بمنصاتهم.

### من الذي سيمول هذا العمل؟

تشير هذه الأمور كلها مسألة التمويل. ففي أفضل المجتمعات المحتملة جميعاً تمول الحكومات الخدمات الصحية العامة، وتعليم الشؤون الجنسية، وتوفير دور الإيواء للنساء اللائي يتعرضن للضرب، وغير ذلك من متطلبات المواطنة. أما في هذا العالم الواقع فهي لا تفعل ذلك على النحو المناسب، هذا إن فعلته أصلاً.

بالإضافة إلى مشكلة عدم توفر الموارد لدى الحكومات لمعالجة مسألة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، هناك مشكلة التحولات في اهتمام هيئات التمويل بهذا المجال واستعدادها لتوفير تمويل عام -وليس على مشروعات محددة- لمنظمات الدفاع والتأييد. ويستفرق تفاصيل برامج الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية وقائماً طوبيلاً، حيث إنها تعتمد على تغيير القيم الاجتماعية المتصلة. فما الذي يعنيه هذا في سياق تطالب فيه المنظمات غير الحكومية التي تدير هذا العمل بإظهار تأثير عملها في أول سنة من التمويل؟ الواقع أنها كثيراً ما تجمع الأموال الكافية لمدة عام واحد فقط في كل هرقة، وغالباً ما يكون ذلك لمشاريعات شديدة التجديد.

الامر الذي على القدر نفسه من الأهمية هو أن العمل على تغيير القيم الاجتماعية يتطلب مشاركة أفراد المجتمع، ليس على نحو متقطع، بل في تشكيل العملية وإدارتها. ومع ذلك فقليل من هيئات التمويل يمكنه تمويل المبادرات الصغيرة ذات التكلفة المنخفضة جداً: ذلك أن هيئات التمويل تفضل تمويلاً وسيطاً لدعم تلك المشروعات. وبينما ينجح ذلك في بعض الأحيان، فإنه

الذين يعملون لدى المانح يمكن أن يعرضوا أنفسهم للخطر داخل المؤسسة باضطلاعهم بقضايا تتطوى على المخاطرة. كما أن هناك قيوداً على هيئات التمويل: وهي الشروط القانونية الخاصة بأماكن وجودها، واهتمامات من يعطونها المال، سواء أكانوا حكومات أم أفراداً، والتغيرات التي تطرأ على سوق الأوراق المالية (البورصة) مما يؤدي إلى تذبذب المبالغ المالية الموجودة تحت أيديهم بمرور الوقت.

وهيئات التمويل مسؤولة -ويينبغى أن تكون مسؤولة- عن الطريقة التي تتفق بها أموالها، التي هي في الغالب أموال عامة، والأموال التي تأتى من الميزانيات المحلية أو التي كانت ستذهب إلى محصل الضرائب لو لم تذهب إلى هيئات التمويل. غير أنها ليست مسؤولة أمام الحركة التي تمولها، وإنما أمام مجلس حكامها أو منتهاها أو أيّاً من كان الذي يديرها. وكما هو الحال بالنسبة للمؤسسات كافة، فإن لدى جهات التمويل توتركات داخل مؤسساتها وفيها بينها. إن فهم كل ذلك قد يساعد المنظمات غير الحكومية في تحديد المدخلات التي يمكنهم عبرها اجتذاب الموارد.

## التحديات التي تواجهها الاستراتيجيات الحالية للجهات المانحة

هناك قضيتان لابد للجهات المانحة من إعادة النظر فيهما. تتصل القضية الأولى بزيادة تنمية القدرات الوطنية في بلدان الجنوب، بينما تتصل الثانية بالمؤشرات الخاصة بقياس التأثير. وفي كلتا الحالتين فإن هاتين قضيتان تحظيان باهتمام شديد من معظم هيئات التمويل، ومدخلان محتملان لمشاركة هيئات التمويل والمنظمات غير الحكومية.

معنى "الدعم الفني" لبناء القدرة الوطنية "الدعم الفني" أحد أسس التمويل شائعاً أو متعدداً الأطراف. وليس من الصحيح أن الدعم الفني محابٍ: ذلك أن الدعم الفني كله يقوم على القيم ويأتي بأفكار مثل: ما هي الخدمة الجيدة؟ وما هو دور الحكومة مقابل دور القطاع الخاص؟ وإلى أي حد يينبغى أن يتحدى

كثيراً ما يحد من قوة مشاركة الجماعات المحلية وعمقها. والأهم من ذلك أن الوسيط هو الذي يكتسب حينذاك مهارات في الدفاع وجمع الأموال والإدارة المالية. وهي جميعها ضرورية لتنمية القدرات. بينما تظل المنظمات على مستوى المجتمع المحلي تابعة. وتحتاج قضية كيفية معالجة حاجة الجهة المانحة إلى الوسطاء في ظل الاهتمام المشترك ببناء القدرات المحلية إلى المزيد من البحث.

## البيئة الممكنة لحشد التمويل

تختلف الأطر القانونية التي توفر بيئة ممكنة للمانحين الخاصين وللمنظمات غير الحكومية الدولية التي تعمل في الواقع كجهات مانحة، من بلد آخر. إلا أنه من النادر أن تفكك المنظمات غير الحكومية في هذه القضايا على أنها أمور تهمها، رغم أنها قد تثير حتماً مسائل تتعلق بالبيئة الممكنة للتمويل كجزء من أجندتها. فعلى سبيل المثال، دُهشت عند وصولي إلى الولايات المتحدة حين وجدت أن كل دافع للضرائب يمكنه -قبل تسديد الضرائب- أن يخصم من ذخله الأموال التي أسهם بها في الأنشطة الخيرية، مما قد يشمل معظم المنظمات غير الحكومية في حركة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. وهذا الأمر يفتح الباب لآفاق جديدة من فرص حشد التمويل. وإن كانت تتطلب مهارات جديدة ووقتاً كبيراً. ربما يمكن فيها إقناع من لديهم الأموال بالإسهام ليس فقط بداعف النوايا الحسنة، وإنما لأنهم يقياهم بذلك سوف يحققون فائدة ضريبية. وهذا هو نوع القضايا الذي يمكن للمنظمات غير الحكومية أن تعمل عليه بشكل جماعي، بغض النظر عن مجال اهتمامها، فيما يتعلق بالسياسات الوطنية الخاصة بالتلبرعات الخيرية من الشركات والأفراد.

الأمر الآخر الذي لابد أن تأخذه المنظمات غير الحكومية في الاعتبار هو أن هيئات التمويل تعمل كذلك في سياق سياسي، وأن القضايا ذاتها التي تتطوى على مخاطرة سياسية للمنظمات غير الحكومية يمكن أن تكون كذلك بالنسبة للجهات المانحة أيضاً، خاصة إذا كانت السياسة الحكومية غير داعمة. وبالمثل فإن مسئولي البرامج

غير الحكومية المحلية التي تراعي الخبرة المحلية، لكن يمكنها المشاركة بثقة على المستوى الدولي كذلك. وتشير هذه المشاكل تساؤلات بشأن معايير الدعم التي تتبعها هيئات التمويل، ولابد للجهات المانحة من دعم التنمية المحلية للمجتمع المدني وتعزيز التعليم العالي في دول الجنوب. وفي غياب ذلك، سوف يستمر عدم المساواة الدولية في التعاظم.

**تماشي المؤشرات مع سرعة التغيير الاجتماعي**  
فيما يتعلق بقضية المؤشرات، قد يكون من الأسهل كسب دعم هيئات التمويل لميدان الصحة والحقوق الجنسية والإيجابية بكل في حال إيجاد هيئات التمويل والمثقفين الآخرين للتمويل أرضية مشتركة بخصوص المؤشرات. من الواضح لم هو أيسر على هيئات التمويل الاهتمام بالأشياء القابلة للقياس: عدد قطع الواقع الذي تم توزيعها، أو عدد الأشخاص الذين يتلقون علاجاً مضاداً للفيروسات الارتدادية، على سبيل المثال. وبينما لا يوجد شك في شعور هيئات التمويل باهتمام شديد بشأن مستويات العنف ضد النساء أو قابلية الشابات للإصابة بالإيدز، فهي بحاجة إلى أن تكون قادرة كذلك على مراقبة تأثير النشاط في الواقع (١٠) وقد ي تقديم أدلة ملموسة عليه لإقناع مجالسها بأنها تتفق أموالها بطريقة فعالة. وبطبيعة الحال، فالقائمين على العمل أنفسهم يرغبون أيضاً في معرفة ما إذا كان يتحقق الأهداف المقصودة أم لا.

ولكن اتجاه التحول من التمويل العام للأنشطة الأساسية إلى تمويل المشروعات ليس بالضرورة أفضل الحلول. فهو يفترض أن بالإمكان تخطيط عمليات التغيير الاجتماعي الكبيرة وقياس المنجزات على نحو سري، وأنه لن تكون هناك حاجة إلى تغيير الإستراتيجيات استجابة للبيئة المتغيرة. وبالاضافة إلى ذلك، فهو يجعل من التخطيط والقيادة والتنمية المؤسسية طويلة المدى أمراً يكاد يكون مستحيلاً بالنسبة للمنظمات غير الحكومية. وأخيراً فإنه إذا كان على المنظمات غير الحكومية أن تقوم بصياغة تدخلاتها على أنها "منتجات"، فمن غير المرجح أن تتطور إستراتيجيات مبتكرة وطليعية

للننساء؟ إلخ. وجزء كبير من أموال المانحين الذي يتجه إلى الدعم الفني يذهب إلى المنظمات غير الحكومية والجامعات والأفراد في دول هيئات التمويل. وخبرتى كلها هي أنه عندما لا تكون فرق الدعم الفني مكونة من أشخاص مدربين في البلد الذي يقدمون فيه الدعم، ولديهم خبرة عملية في ذلك البلد، تصبح الحلول التي يقدمونها أقل واقعية واستجابة للبيئة الفعلية. والأمر الأكثر أهمية، هو أن المستشارين الفنيين يأتون معهم بأيديولوجيا الدولة المانحة. وقد يكون ذلك أمراً تقدماً في بعض الأحيان، ولكنه لا يكون كذلك في أحياناً أخرى.

وقد شهد العقد الماضي وضع المئات - بالمعنى الحرفي للكلمة. من نماذج تفريد البرامج التي وضعها خبراء في مكان ما وأقيمت على مجتمعات ومدن، بل وأقاليم، في أنحاء آخر من العالم، دون مراعاة لسياقها الخاص أو لقدراتها. وقد قال لي زميل من المنظمات غير الحكومية في الأسبوع الماضي: "إن أدرِب شباباً مدهشين ومحمسين في المنظمات غير الحكومية، ولكنهم ينفذون برنامج مستوردة إلى بلدكم، في حين لا يعلمون هم أنفسهم شيئاً عن أثر السياسات السكانية، أو طبيعة الخدمات العامة، أو مطالب الناس".

وهناك مشكلة خطيرة، ألا وهي أن التعزيز المؤسسي طويل المدى لبناء القدرة المحلية في الجنوب العالمي لا يحظى بالاستثمار الكافي. فما يحتاجه الجنوب العالمي في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإيجابية هو إدخال هذه القضايا في مناهج الطب والتمريض، والصحة العامة، والمناهج القانونية، والدراسات الإعلامية. إنها بحاجة إلى حملة الماجستير والدكتوراه الذين يدرّبون الناس على كيفية إدارة الخدمات العامة بكفاءة. وهي بحاجة إلى تدريب شامل في تحليل السياسات والعلاقة بين السياسة والتنفيذ. وعلى المدى الطويل، سوف تتمكن هذه المهارات الحكومات من إدارة الخدمات بفاعلية، بحيث لن يكون على هيئات التمويل دعم القدرة الحكومية بلا حدود. وبالمثل، سوف تتمكن تلك المهارات الناشطين الشباب من تقوية المنظمات

الوقت، أو إعادة تنظيم الخدمات في عيادة واحدة كل مرة، أو إدخال التدريب على الإجهاض الطبي في منهج دراسي طبي واحد كل مرة.

ومن المهم أن نكون قادرين على رصد التغيرات الصغيرة والاحتفاء بها ومتابعتها، انطلاقاً من نظرية واقعية عن التغيير، ومراقبة تلك التغيرات، ليس لمجرد تدعيم التزام المؤسسة، وإنما للمحافظة على وحدة حركة الصحة والحقوق الجنسية والإيجابية طوال الوقت.

### كيف يمكن للمنظمات غير الحكومية جذب اهتمام هيئات التمويل؟

بعد أن انتقلت من العمل في منظمة غير حكومية للدفاع إلى العمل في إحدى مؤسسات التمويل، صدمتني الطبيعة العشوائية لارتباط المجتمع المدني بهيئات التمويل، والأكثر أهمية حقيقة أن هيئات التمويل بصورة عامة هي التي تبادر بذلك الارتباط. ففي مؤسستي تبدأ معظم المبادرات الجديدة بتناول واسع المدى مع مختلف الأطراف المعنية بشأن القضايا، وغالباً ما يتضمن ذلك اجتماعاً أو أكثر لطرح الخيارات المطروحة والاطلاع على اهتمامات الأطراف المعنية. ولكن مع أن العديد من الأفراد الذين عرفتهم في حياتي قبل أن أعمل في مؤسسة التمويل كانوا يسألونني عن السبب في تراجع بعض هيئات التمويل عن تمويل ما كانت تموله من قبل، أو سبب تغييرها لأسلوبها في التمويل، فإنه في حدود معلوماتي لم تكن هناك مبادرة من المجتمع المدني لجعل هيئات التمويل تعي تلك الاهتمامات؛ باستثناء التعليقات الفردية لمسؤولي البرامج الذين نادراً ما يكونون متخدّى القرار فيما يتعلق بمستوى التمويل المتاح، أو الاعتبارات المتعلقة بإيقافه التي حدّتها مؤسستهم. وردي باستمرار بطرح هذا السؤال: "لِمَ لا تدعونهم إلى اجتماع للتحدث حول هذا الأمر؟" وتعذر المنظمات غير الحكومية بقدرها على ابتكار السياسات والتأثير عليها. فأين هي في محاولة التأثير على سياسات هيئات التمويل؟ وأين هي في محاولة مساعدة هيئات التمويل على فهم التحديات الحالية؟ ولذلك عادة ما أرمي بالكرة إلى ملعبيهم.

وهو الأمر الضروري للتأثير على السياسات وتغييرها، وإذا اقتصر تمويلها على ذلك المخصص للمشروعات فحسب، فمن المحتمل أن تعجز عن الاستجابة لفرص المتاحة غير المتوقعة.

وبما أن التغيير بطيء، وخاصة في مجال مختلف عليه مثل الشؤون الجنسية والإيجابية، فقد لا ندرك حجم التغيير لو استخدمنا المؤشرات المعتادة، أي التغيرات التي طرأت على السياسة أو المواقف العامة، أو تفزيت خدمة جديدة. فالتغيرات الاجتماعية الكبيرة تحتاج إلى وقت وتنظيم، كما تتطلب تفاعل العديد من العوامل في الوقت نفسه: سواء أكانت انتخابات أم تأييداً لوزير صحة بعينه، أم مطلبًا عاماً ملحاً. ولا تغير السياسة في يوم وليلة. ولا يمكن تغيير الرأي العام في سنة أو حتى خمس سنوات، وعادة ما يحتاج تطبيق السياسات إلى سنوات قبل أن تصبح فعالة على نحو تام في بلد بكامله. وتتأثر السياسات باستمرار بـهؤلاء المسؤولين عن تفاصيلها، ومن ثم فإن مراقبة عملية التنفيذ ودعمها نفسها مهمة، كما أشرنا من قبل.

قد يبدو هذا كله بدائيّاً، ولكنه لا يتلاءم مع الواقع الحالي بالنتائج السريعة. إنه يعني أن على من يتزامن بالتغيير أن يكونوا موجودين فترة طويلة. فهم لا يمكنهم دعم الصحة والحقوق الجنسية والإيجابية مثل الموضة؛ أي أن تكون هذا العام ختان الإناث، والعام المقبل مضادات الفيروسات الارتدادية. وهذه القضايا معقدة وصعبة وتحتاج إلى التزام. ويشير هذا أسئلة مهمة بالنسبة للمنظمات غير الحكومية، مثل: كيفية تنظيم نفسها، وما هي التوقعات التي تضعها لأنفسها وغيرها منمن تعمل معهم، وكيف تحافظ على الالتزام عندما يكون هناك ذلك العدد الكبير من الجواجم على الطريق، عندما يبدو أن كل خطوتين إلى الأمام تعقبهما خطوة إلى الوراء؟ وعلى نحو أكثر تحديداً، ما هي أنواع المؤشرات التي تُستخدم لمراقبة التقدم عبر الزمن في ظل هذا الواقع. ويستدعي هذا وجود مؤشرات لعملية التقدم نحو التغيير وللمتغيرات الصغيرة مثل التحول في التقنية الإخبارية، أو استدامة مستويات مشاركة المجتمع طوال

الصحفية أو البريد الإلكتروني، وفي ذهنهم هذا الهدف. الحكمة الثانية التي أريد مشاركتها مع الآخرين - بما أنني "على الجانب الآخر" الآن - هي أنتى عندما كنت في منظمة غير حكومية، كان ما أريده من هيئة التمويل أن تلقى الأموال ثم أترك في حالٍ. أما الآن، وأنا أقيم في نيويورك، فمن الواضح لى أن المتقفين الذين يشرونني معهم، بما في ذلك ما يتعلق بمشاكلهم، ويعطيوننى علمًا بتقدمهم وتحدياتهم، هم الذين يمكنني فهمهم أكثر من غيرهم. وهؤلاء الذين يمكنني فهمهم أفضل من غيرهم هم الذين من الأرجح أن يتخدون بشأن فهمي واختياراتي. فالمنظمات غير الحكومية لا يمكنها، ولا ينبغي لها، أن تتلقى توجيهاتها من هيئات التمويل. إلا أنه لابد لها أن تكون مسؤولة أمام هيئات التمويل عن الأموال التي تتلقاها، وكلما فعلت ذلك بذكاء وأمانة كانت قدرة الجهات على الدفاع عنها وتأييدها أفضل. باختصار، كلما كان الاتصال أكبر وكان أكثر أمانةً كان من المرجح أن تكون بيئة التمويل بصورة عامة أفضل.

ختاماً، أود الإشارة إلى أن الوقت قد حان بالنسبة للمنظمات غير الحكومية كي تشرك هيئات التمويل - الحكومية والخاصة. بما أن الاهتمام المشترك لكثير من هيئات التمويل والمنظمات غير الحكومية هو كيفية معالجة التحديات الضخمة في استدامة أجندـة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وتنفيذها.

هيئات التمويل في الولايات المتحدة، لديها ما يسمى "الجماعات المقاربة" تلتقي فيها عبر المصالح المشتركة؛ وقد يوفر هذا آلية سهلة لمجموعة من المنظمات غير الحكومية كي تجتذب هيئات التمويل. وبالمثل، فحيث إن العديد من المنظمات غير الحكومية في الجنوب العالمي تمولها المنظمات غير الحكومية الدولية، فإن اللقاء الدورى للمنظمات غير الحكومية الأوروبية قد يوفر لها المنبر المناسب كى ترتبط بالمنظمات غير الحكومية الدولية التي تتخذ من أوروبا مقراً لها وتمولها كل من الحكومات الأوروبية والمؤسسات الأمريكية. وبالطبع يعيينا هذا إلى نقطتنا الأولى وهى حاجة المجموعات الوطنية للتنظيم على المستوى الإقليمي، والجماعات الإقليمية للتنظيم على المستوى الدولى، لكي يكون لها رأى إستراتيجي واضح ومشروع من أجل تلك المناوشات.

منذ انضمامى إلى عالم المسؤولين أدركت أن كونى فى مجتمع المانحين يعني فقدان الاتصال بالقضايا الناشئة على الأرض (سواء على مستوى الدول، أو المستوى الإقليمي، أو المستوى الدولى) ما لم أظل مطلعة على ما يستجد. ودائماً لا يسمح العمل نفسه بالوقت المناسب للقراءة أو المشاركة في الاجتماعات كى أظل مطلعة أولأ بأول على ما يستجد. ومن ثم يمكن لمن يتلقون التمويل القيام بدور مهم لجعل هيئات التمويل على علم من خلال التقارير أو المكالمات التليفونية أو النشرات

## المراجع:

1. Poverty Action Fund, Uganda. At: <<http://www.oneworldaction.org/download/PAFUgandaRep.doc>>.
2. Shah P, Youssef D. Voices and choices at a macro level: participation in country-owned poverty reduction strategies. A workshop report. Action Learning Program Dissemination Series No.I. Washington DC: Social Development Department, World Bank, 2002.
3. Lamptey P, Zeitz P, Larivee C (editors). Strategies for an Expanded and Comprehensive Response to a National HIV/AIDS Epidemic. Arlington VA: Family Health International, 2001.
4. Klugman B. Accountability and participation in Africa. In: Budlender D (editor). Africa Report of the Initiative for Sexual and Reproductive Rights in Health Reforms, Johannesburg: School of Public Health, University of the Witwatersrand, forthcoming.

5. Villela WV. Expanding women's access to abortion: the Brazilian experience. In: Klugman B, Tadros N (editors). Advocating for Abortion Access: Eleven Country Studies. Johannesburg: Johannesburg Initiative, School of Public Health, University of Witwatersrand, 2001. p. 87-108.
6. Hussein A, Assaad M. FGM Task Force position paper. Legal Research and Resource Center for Human Rights, 2001. At: <<http://www.geocities.com/lrrc.geo/FGM/fgm.htm>>.
7. Warraq I. Female genital mutilation: a glimmer of hope in Egypt. Institute for the Secularisation of Islamic Society, no date. At: <<http://www.secularislam.org/news/mutiliation.htm>>.
8. Genital mutilation in Egypt. Legal Research and Resource Center for Human Rights, 2001. At: <<http://www.geocities.com/lrrc.geo/FGM/fgm.htm>>.
9. Tadros N. Turning a rusty wheel: building coalitions for public influence in Egypt. Washington DC: Global Women in Politics Program, Asia Foundation, 2000. At: <<http://www.asiafoundation.org/pdf/egypt.pdf>>.
10. Bernstein A. Is philanthropy abandoning higher education? The Presidency 2003;(Fall): 34-37.

# اطلاق

ترجمة: إيمان عبد الواحد

## تقديم بطء في أهداف الألفية التنموية فيما يخص الصحة

ثلاثة من مجمل الأهداف العامة الثمانية للألفية التنموية تتعلق بالصحة، وهي وفيات الأطفال، وصحة الأم، والأمراض المعدية. ويتعلق بالصحة كذلك تسعه أهداف من بين ثمانية عشر هدفاً محدداً، وثمانية عشر من بين ثمانية وأربعين مؤشراً. وتستخدم منظمة الصحة العالمية عدداً من المؤشرات لمتابعة الاتجاهات العامة، وهناك أدلة على بعض النجاحات. فبين عام ١٩٩٠ وعام ٢٠٠٠ حدث تقدم في الإمداد بمياه الشرب النقية يبشر بتحقيق أهداف التنمية للألفية لعام ٢٠١٥ لو استمر. وعلى الناحية الأخرى لو استمرت الوفيات بين الأطفال تحت سن خمس سنوات بالمعدلات نفسها فإنه بحلول عام ٢٠١٥ سيكون الانخفاض ٢٥٪ فقط، وهو بعيد جداً عن الهدف الموضوع ٦٥٪. وبالمثل فإن تحفيض وفيات الأمهات بنسبة ٧٥٪ يبدو غير وارد. ورغم أن نسبة الولادات التي تتم بمساعدة العاملين الصحيين المهرة قد تحسنت بنسبة ١٢٪ في كل الدول النامية خلال العقد الأخير، إلا أن هذا الرقم يخفي التقدم المحدود في منطقة ما وراء الصحراء الإفريقية (الصحراء الكبرى) والذي لم يتجاوز نسبة ٧٪<sup>(١)</sup>. وتشير بعض المجموعات إلى أن نسبة الوفيات في بعض البلدان الإفريقية قد ثبتت أو ساءت إلى درجة أنه يلزمها ١٥٠ عاماً لتحقيق أهداف التنمية الألفية. ومن بين مجموعة من الأسباب الأخرى فإن سرقة المهنيين الصحيين المهرة من البلدان الفقيرة تؤثر بشكل واضح على قدرة البلدان النامية على تطبيق إستراتيجيات لتحقيق أهداف التنمية للألفية الثانية<sup>(٢)</sup>.

- 1- WHO. Millennium Development Goals: WHO's contribution to tracking progress and measuring achievements. WHO, Geneva, 2003.
- 2- Gould M. Millennium development goals will not be met, charities say. BMJ 2003;327(7417):702.

\*\*\*\*\*

## مصر: انخفاض نسبة وفيات الأمهات إلى النصف

في عام ١٩٩٣-١٩٩٢ كانت نسبة وفيات الأمهات في مصر ١٧٤ لكل ١٠٠ ولادة حية. وبحلول عام ٢٠٠٠ وباستخدام مجموعة من الإستراتيجيات انخفضت نسبة الوفيات إلى أقل من نصف هذا الرقم ٨٤ لكل ١٠٠،<sup>(١)</sup> وقد أدى تزايد إتاحة وسائل تنظيم الأسرة إلى تضاعف استخدام وسائل منع الحمل الحديثة خلال العشرين عاماً الماضية؛ لتمثل ما يزيد عن ٥٤٪، وعليه انخفض العدد الكلى للأحمال بما في ذلك الأحمال الخطيرة والأحمال غير المرغوب فيها. كما زادت الولادات بمعاونة الأطباء أو التمريض من ٦٪ عام ١٩٧٦ إلى ٤٩٪ في عام ١٩٩٨، بينما زادت نسبة الولادات بمعاونة الأطباء أو التمريض من ٣٥٪ في عام ١٩٨٦ إلى ٦٣٪ في عام ١٩٩٨. ولقد شنت حملات جماهيرية إعلامية استهدفت تنقيف النساء وعائلياتهن وتشجيعهن على طلب الرعاية الطبية العاجلة للمشاكل التي تقع أثناء العمل والولادة. كما تم تدريب الديابات لإحالة النساء اللاتي يتعرضن لمشكلات أثناء الولادة للأماكن الرعاية المناسبة. كما تم تطوير خدمات التوليد على مستوى المناطق؛ فقد تم تدريب العاملين بكفاءة. كما تحسن الإشراف الطبي في الأماكن المستهدفة. هذا النجاح يرجع إلى التزام حكومى قوى بتحسين صحة الأم والطفل. ومن المؤكد أن استمرار متابعة وتنمية هذه النظم لابد وأن ينبع عنه المزيد من الانخفاض في معدل وفيات الأمهات<sup>(٢)</sup>.

- 1- Improved services in Egypt. Safe Motherhood 2003;30(1):2.

**استخدام القضاء الدولي لتعزيز الحقوق الإنجابية في أمريكا اللاتينية**

تزايدت تعهادات حكومات أمريكا اللاتينية بتوسيع وتعزيز حقوق النساء من خلال تطوير القوانين والسياسات، وبتبني وتأييد المعاهدات ووثائق المؤتمرات الدولية. لكن الفجوة ما زالت كبيرة بين السياسات والتطبيق. فالمعلومات وإن كانت موصولة إلى خدمات الصحة الإنجابية والإجهاض وتنظيم الأسرة وموانع الحمل في الظروف الطارئة نادراً ما تتوفر في خدمات الصحة العامة. كما أن مستويات العنف الأسري ما زالت مرتفعة جداً، وعلى الرغم من الاتجاه العالمي لجعل الإجهاض قانونياً فإنه ما يزال غير قانوني في غالبية بلدان أمريكا اللاتينية.

عندما يفشل الأفراد أو الجمعيات الأهلية في استخدام القضاء الوطني للتأكيد أو للحصول على حقوقهم الإنجابية أو الإنسانية فيمكّنهم اللجوء إلى إحدى الهيئات القضائية الدولية مثل الموجودة في الأمم المتحدة أو منظمة الدول الأمريكية. وقد تناولت الأحكام حتى الآن التمييز في العمل، والإجهاض، والكشف المهبلي، وتتسع دوائر تأثيرها بدرجة كبيرة. إن تأثير "الخزي" الذي يمكن أن تسببه القرارات الدولية للحكومات قد أصبح إستراتيجية ناجحة لجعل الحكومات مسؤولة عن انتهاكات حقوق الإنسان ولتشجيع ودعم تغيرات قانونية وسياسية مهمة. ولا يجب النظر إلى تعزيز الحقوق الإنجابية للنساء بشكل معزول ولكن يجب اعتبارها جزءاً من برنامج شامل لحقوق الإنسان يضم مقاربات وإستراتيجيات إقليمية ومحلية، ويقوم بربط وتوحيد جهود التوعية المحلية القانونية والاجتماعية<sup>(١)</sup>.

- 1- Cabal L, Roa M, Sepulvea – Oliva L. What role can international litigation play in the promotion and advancement of reproductive rights in Latin America? *Health and Human Rights* 2003;7(1):50-88.

#### **فعالية التكلفة في مقابل خطورة المرض لتحديد الأولويات الصحية في أوغندا**

أشارات أغلب الدراسات التي أجريت حول تحديد الأولويات الصحية في الدول النامية إلى وجود ميل قوي لاعتبار خطورة المرض -وليس فعالية التكلفة- المحدد الرئيسي لأى تدخل. ولكن هذا التفضيل قد يختلف في الدول محدودة الموارد. هذه الدراسة التي تتعرض لهذه المعايير في أوغندا استخدمت استبياناً ذاتياً -يقوم المبحوثون بهيئة بشكل مسقّل- يحوي ثلاثة تصورات للحالة، ويكون على المبحوثين اختيار أولويات المعالجة. أكثر من نصف المستجوبين (٤٢٪) كانوا من يعملون بالصحة في مناطق فرعية، بينما ضم القسم الآخر منظمات مانحة، سياسيين، جمعيات أهلية، مرضى، وأخرين. وقد وجد المسح أن المستجوبين يعتبرون كلاً من خطورة المرض وفعالية التكلفة معياراً مهماً لتحديد الأولويات مع اعتبار خطورة المرض العنصر الأساسي (٨٣٪ من أجابوا على هذا السؤال)، بينما مال شركاء التنمية الدوليون للتأكد على أن فعالية تكلفة التدخل هي الأكثر أهمية. هذا التباين في المواقف يتطلب المزيد من البحث ويحتاج لمناقشته بوضوح لضمان أن يتم تحديد أولويات الصحة في أوغندا على أساس سليم.<sup>(١)</sup>

- 1- Kapiriri L, Arnesen R, Norheim OF. Is cost – effectiveness analysis preferred to severity of disease as the main guiding principle in priority setting in resource poor settings? The case of Uganda. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2004;2:1. At:< [www.resource-allocation.com/content/2/1/1](http://www.resource-allocation.com/content/2/1/1)>

**دراسة مكسيكية تتساءل: هل يجب أن يقدم أطباء التوليد- النساء العناية لضحايا الاغتصاب؟**

أطباء التوليد/ النساء هم عادة أول أخصائيين تراهم المرأة التي تتعرض للاغتصاب. بحثت هذه الدراسة في المكسيك عن مواقف أطباء التوليد- النساء من العنف الجنسي وأولوياتهم عندما يواجهون امرأة مغتصبة. و٣٩٪ من المشاركون تعاملوا مع حالة اغتصاب واحدة على الأقل في العام السابق على الدراسة، و٨٦٪ قد عالجو على الأقل واحدة في وقت ما، وأفاد طبيب واحد بأنه تعامل مع ما يزيد عن ٦٠ حالة. أكثر من النصف لم يكونوا يعتقدون بأنهم مؤهلون للتعامل مع حالات الاغتصاب، وثلثاهم اعتبروا بقصورهم في معالجة الحالات، وبالأخضر فيما يخص الشؤون القانونية، ونقص التدريب والمعلومات. فقط ٢٣٪ شعروا بأنهم غير عاجزين في هذه التاحية. وعندما سئلوا عن أهم المشاكل العاجلة التي يجب مواجهتها عند التعامل مع حالة اغتصاب، أكد ٥٦٪ أنه البحث عن المعتمدي، و٤٢٪ الاهتمام بالإصابات الجسدية، و٢٨٪ من الأمراض المنقولة جنسياً، و٧٪ العناية بالصداقة النفسية، و٢٢٪ من حدوث الحمل. وفي المجمل، وُجد أن هؤلاء الأخصائيين يركزون على تحسين معلوماتهم المهنية أكثر من الاعتبارات الاجتماعية - الطبية، وهو ما يثير التساؤل حول مدى كفاءتهم في تحديد أولويات الاحتياجات الصحية للنساء<sup>(١)</sup>.

1- Uribe – Elias R. Sexual violence and the obstetrician/ gynecologist. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2003;82:425-33.

---

**تونس: اللجوء للإجهاض الطبي\* المنزلي آمن ومفضل**

تونس هي إحدى البلاد القليلة التي يسود فيها الإسلام ويُسمح فيها قانونياً بالإجهاض. تتعرض هذه الدراسة للأبعاد الاجتماعية للإجهاض في تونس، وتقدم الدليل المؤيد لاستخدام الإجهاض الطبي (مبفريستون + ميزوبروستول) بين قطاعات معينة مثل الشابات والنساء غير المتزوجات. بين أبريل ١٩٩٩ ومارس ٢٠٠١، سجلت ثلاثة عيادات في تونس ١٢١ امرأة متزوجة و١٠١ امرأة غير متزوجة يسعين للإجهاض. كانت تلقين نظاماً علاجياً يتكون من مبفريستون ٢٠٠ مليجرام عن طريق الفم، يليه بعد يومين ٤٠ مليجرام ميزوبروستول عن طريق الفم أيضاً. ويتم هذا سواء في المنزل أو العيادة. وكانت نسبة حدوث الإجهاض التام متساوية تقرباً بين النساء غير المتزوجات ٩٤٪، والنساء المتزوجات (١٪). كلا المجموعتين أبدتا ميلاً شديداً للاستخدام المنزلي ميزوبروستول (٨٠٪ من النساء المتزوجات و٧٣٪ من غير المتزوجات) ولقد ت Kami هذا الميل بعد الاستخدام الفعلي. وشملت أسباب تفضيلهن للاستخدام المنزلي: أن المواصلات حتى العيادة عالية التكلفة (٣٪) وأنه أكثر سرية (٢٦٪) وأكثر ملائمة (١٣٪). كلتا المجموعتين أعربتا عن درجة عالية من الرضا عن الوسيلة. وعليه فلقد وُجد أن الإجهاض الطبي باستخدام الميزوبروستول في المنزل آمنٌ وعملٌ للنساء المتزوجات وغير المتزوجات في تونس<sup>(١)</sup>.

1- Blum J, Hajri S, Chelli H, et al. The medical abortion experiences of married and unmarried women in Tunis, Tunisia. Contraception 2004;69(1):63-69.

\* المقصود هو استخدام الأدوية لإحداث الإجهاض دون اللجوء للجراحة، رجاء مراجعة العدد الخامس - نوفمبر ٢٠٠٢ (المحررة).

## تايلاند: نموذج جديد لرعاية ما قبل الولادة

تعتمد نماذج رعاية ما قبل الولادة في الدول النامية على تلك المستخدمة في الدول المتقدمة على الرغم من الفروق في الموارد المتاحة. وتشير تجربة كبيرة أجريت في عدد من المراكز المرتبطة بمنظمة الصحة العالمية أن تقليل عدد الزيارات للعيادات - بمتوسط خمسة زيارات أثناء الحمل بالمقارنة مع ثمانية زيارات فيما سبق - يمكن أن يتم بدون أن يؤدى إلى نتائج ضارة للمرأة أو الطفل. وقد بذل الباحثون المهتمون بطرح واختبار النموذج الجديد في تايلاند جهداً كبيراً لا بتكار خطة تطبيقية واسعة قبل أن تبدأ التجربة، بأمل الإسراع بالعملية بين البحث وتقديم الخدمة. لقد قاموا بإبلاغ السلطات المعنية في وزارة الصحة العامة، وحصلوا على الموافقة فيما يتعلق بالجوانب الأخلاقية الالزامية والموافقات المطلوبة من كل الجهات العامة المعنية، وعليه فقد ولدوا الاهتمام بالنتائج. من جانب آخر دعوا الأطباء للمشاركة في إجراء البحث، وهو ما أسهم في خلق شعور بتملك التجربة والمشاركة بين الأطباء. من جانب آخر ترجمت بعض إصدارات منظمة الصحة العالمية إلى اللغة التايلاندية للتغلب على أي عوائق لغوية. وب مجرد الحصول على الموافقة من المجالس الصحية المحلية تم عقد مؤتمر صحفي وتنظيم عدد من ورش العمل والزيارات الميدانية. وهكذا تم تطبيق توصيات التقرير في ٢٤ مستشفى في الإقليم في خلال ثلاثة سنوات. وتم التعامل مع المشاكل مثل التردد في تطبيق التغييرات المطلوبة أو نقص المهارات الالزامية لتنفيذ الإجراءات الجديدة، والعمل على حلها من خلال الزيارات الميدانية. ولكن المقال لم يوضح ماذا تم بخصوص مخاوف النساء الحوامل اللاتي اعتبرن على أوقات أقل بين الزيارات<sup>(١)</sup>.

- 1- Lumbiganon P, Winiyakul N, Chongsomchai C, et al. From research to practice: the example of antenatal care in Thailand. Bulletin of World Health Organization 2004;82:746-49.
- 2- World Health Organization. WHO Antenatal Care Randomised Trial: Manual for the Implementation of the New Model. Geneva: WHO Programme to Map Best Reproductive Health Practices 2002

## العدوى المنقوله جنسياً تحتاج إلى مزيد من الاهتمام أيضاً:

لا يتم تشخيص الكثير من أنواع العدوى المنقوله جنسياً بسبب غياب الأعراض أو بساطتها، كما أن الوصمة الاجتماعية المرتبطة بها تجعل الناس يحجمون عن طلب العلاج. هذه الأمراض الخفية لها عبء كبير من المرض، بما في ذلك العديد من حالات العقم التي تتبع الإصابة بمرض التهابات الحوض، والحمل خارج الرحم، وسرطان عنق الرحم، والاختلال الوظيفي النفسي-جنسى. معظم أنواع العدوى من السهل كشفها وإن كانت بعض الفحوص مكلفة. ومن الممكن علاج العدوى البكتيرية، واستخدام الأمصال للوقاية من مرض السيلان ومن فيروس الحليمات البشري - يصيب عنق الرحم وقد يؤدى إلى سرطان عنق الرحم - والعلاجات الجديدة للعدوى الفيروسية.

هذا العرض الرائع يفصل المشكلات والحالة الحالية، والتطورات التشخيصية واتجاهات الإداره والدلائل المستقبلية لأهم أنواع العدوى البكتيرية والفيروسية المنقوله جنسياً، ويدعو البحث إلى زيادة الوعي والتحكم بالعدوى المنقوله جنسياً، وهو ما يتطلب استجابة قطاع عريض من الصحة، مع توفير الموارد الكافية وتغيير المواقف الاجتماعية والسياسية<sup>(١)</sup>.

- 1- Donovan B. Sexually transmissible infections other than HIV. Lancet 2004;363:545-56.

**إسرائيل: نظام الرعاية الصحية الجديد يخذل النساء العربيات**

تتعرض النساء العربيات في إسرائيل لضغوط اجتماعية فريدة بسبب وضعهن كجزء من أقلية عرقية سياسية وكساء في مجتمع أبيه. وإنما هي حالهن الصحية أسوأ من النساء الإسرائييليات اليهوديات. ولقد جمعت مادة كيفية من بنایر وحتى يوليو لعام ٢٠٠٠ عن طريق المشاركة باللحظة والمقابلات شبه المقتننة الطويلة والقصيرة والمجموعات البؤرية، وذلك في إحدى القرى العربية الكبيرة المسلمة في إسرائيل. ويتبين من إفادات النساء العربيات في المسح القومي أن تقييمهن الذاتي لصحتهن أضعف، وأن توفر الطبيبات على مستوى الرعاية الأولية أقل، ومعدلات رضاء أقل عن أطباء الرعاية الأولية، وتواتر أكثر في طلب الرعاية الطبية مقارنة بالنساء الإسرائييليات اليهوديات، بما في ذلك المهاجرات. هناك ثلاثة عوامل رئيسية تؤدي إلى خبرات نساء عرب إسرائيل مع الرعاية الصحية، وهي: التهديد الذي يشكله الكشف الجنسي والاجتماعي، وصعوبات التواصل مع الأطباء لأنهم رجال، والتأثير المعيق لسياسات العائلة وتحكمها عندما تطلب النساء الرعاية الصحية<sup>(١)</sup>.

- 1- Elnekave E, Gross R. The healthcare experiences of Arab Israeli women in a reformed healthcare system. Health Policy 2004;69(1):101-16.

**شيلي: الأطباء يتولون تثقيف المراهقين في المدارس**

يتعاون مركز التنمية الشاملة للمراهقين في مجال الصحة الإيجابية (سيمييرا) مع وزارة التعليم منذ حوالي سبع سنوات لتقديم برنامج شامل في المدارس يستنادي بـشيلي لتعليم المبادئ الأساسية حول عملية الإنجاب، وموانع الحمل والعدوى المنقولية جنسياً. كانت مشاركة الأطباء أحد العناصر المحورية في البرنامج، حيث صاغوا البرنامج وعقدوا الصلات مع المدارس وصمموا وقدموا المناهج بمشاركة العاملين الآخرين في مجال الرعاية الصحية. كما قام الأطباء أيضاً بتقييم تأثير البرنامج. وبعد الثلاث سنوات الأولى من البرنامج أظهر مسح لأربعة آلاف طالب معدلات أقل للبدء في الممارسات الجنسية بين الطلبة الذكور والإثاث، و٦٥٪ انخفاض في حالات الحمل، و٨٪ انخفاض في الإجهاض، وتحسين ملحوظ في المعلومات الإيجابية والعدوى المنقولية جنسياً وموانع الحمل. ولقد قام مركز سيمييرا مؤخراً بتطوير برنامج ورشة عمل للمدرسين والإداريين، مما طور التثقيف حول الشؤون الجنسية بالمدارس بصورة أكثر ملاءمة، وأسس شبكة قوية للتعاون بين مشرفي المدارس والمجتمع والخدمات الطبية<sup>(٢)</sup>.

- 1- Grizzard T, Gonzalez E, Sandoval J, et al. Innovations in adolescent reproductive and sexual health education in Santiago de Chile: effect of physician leadership and direct service. Journal of the American Medical Women's Association 2004;59(3):207-09.

## مطبوعات وموارد

### النوع الاجتماعي والشئون الجنسية والقوانين الجنائية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا شريفة زهور، ٢٠٠٥

تستعرض هذه الدراسة المقارنة القوانين الجنائية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا المرتبطة بالشئون الجنسية من منظور تاريخي، موضحة التداخل والاندماج بين القوانين القبلية والدينية والاستعمارية وتأثيرها على القوانين الحديثة. والدراسة تتناول الصياغة المجتمعية لأمور متعددة مثل الشرف، والزنا، وجرائم الشرف، والاغتصاب، والتحرش الجنسي، والإجهاض، والاغتصاب الزوجي، والمثلية الجنسية، والعمل في مجال الجنس، وختان الإناث وموضوعات أخرى مشابهة. وتستكشف كيف تعمل القوانين السائدة في المنطقة على تقنين انتهاكات حقوق الإنسان في مجال الشئون الجنسية، وعلى تكريس القهر في مجال التعبير عن الشئون الجنسية.

متوفّر في:

<http://www.wwhr.org/images/GenderSexualityandCriminalLaws.pdf>

Women for Women's Human Rights – New Ways. Istanbul, Turkey. Web: <[www.wwhr.org](http://www.wwhr.org)>

---

### إصلاح القوانين المدنية والجنائية التركية من منظور النوع الاجتماعي: نجاح حملتان قوميتان نساء من أجل الحقوق الإنسانية للنساء - أساليب جديدة - ٢٠٠٥

تصف هذه المطبوعة حملتان ناجحتان للحركة النسائية في تركيا، الأولى حملة إصلاح القانون الجنائي من منظور النوع الاجتماعي ٢٠٠٤-٢٠٠٢، والثانية حملة إصلاح القانون المدني ٢٠٠١-٢٠٠٠. تعرّض المطبوعة بشكل شامل ومركز الوضع القانوني للنساء في تركيا، بما في ذلك القوانين الجديدة في كل من المجال الخاص والعام ويشمل ذلك الزواج والحقوق الاقتصادية الجنسية والإيجابية والعنف ضد النساء.

موجود في:

<<http://www.wwhr.org/images/CivilandPenalCodeReforms.pdf>>

### أنا وأختي

جوينيث لويس، برجيد ماكتوفيل، ٢٠٠٤

فيلم قصير حول تجربة عملية الولادة في الدول النامية، عارضاً للقاءات مع العديد من الأمهات والقابلات تطرّح بصورة مؤثرة المشاكل اليومية لآلاف النساء عبر العالم، واللائي يفهمن ويعبرن عن الأشياء التي تحتاج لتغيير. الفيلم متوفّر على أسطوانات مدمجة، والكتيب المصاحب يحتوى على نسخ من المقابلات والرسوم التوضيحية.

متوفّر في:

British Council. London, UK

Web: <[www.britishcouncil.org](http://www.britishcouncil.org)>

## **استخدام الميثاق الأوروبي لحماية حقوق الإنسان والحرفيات الأساسية فيما يخص القانون الانجابي ماجدة كريزانوسكا- ميرزوسكا، ٢٠٠٤**

يوضح هذا الدليل - بطريقة سهلة وعملية - كيفية استخدام النظام العالمي لحماية حقوق الإنسان في حماية الحقوق الإنسانية. يحتوى الجزء الأول على المعلومات الأساسية حول الميثاق الأوروبي المتعلقة بحماية حقوق الإنسان والحرفيات الأساسية. ويصف الجزء الثاني الإجراءات الالزمة عند طرح قضية فردية على المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان في ستراسبورج. ويقدم الجزء الأخير معلومات عن أساسيات القانون في الميثاق والتي يمكن أن تطبق بشكل خاص على قضايا الصحة الإنجابية. إنه دليل مكتوب بوضوح ولا غنى عنه لأى شخص يعى ذكره للمحكمة.

**متوفّر في:**

ASTRA, Warsaw, Poland  
E-mail: Info@astr.org.pl  
Web: www.astra.org.pl

## **المعايير الطبية لاختيار مواقع الحمل منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٣**

تُخاطب هذه المطبوعة صانعي السياسات، ومديري برامج تنظيم الأسرة والمجتمع العلمي، ويمكن استخدامها كمرجع للبرامج الوطنية لتنظيم الأسرة والصحة الإنجابية، فهي تقدم أساساً لإعداد القواعد الإرشادية المناسبة لتقديم خدمة وسائل منع الحمل، وتغطي وسائل منع الحمل بشكل شامل بما فيها العديد من التراكيب الهرمونية ونظم التوزيع، وموانع الحمل الرحمية والواقيات الذكرية والأنوثوية، ووسائل منع الحمل في الظروف الطارئة، والتعميم والوسائل التقليدية مثل تجنب فترة الخصوبة والعزل. كذلك تقدم بصورة واضحة دواعي وموانع الاستعمال الخاصة بكل وسيلة. تعتبر هذه هي الطبعة الثانية المحدثة، ورغم أن الطبعة الثالثة لن تتوفّر سريعاً، إلا أن عرض ملخص للتغيرات التي حدثت بين هاتين الطبعتين متوفّر على:

WHO Department of HIV/ AIDS  
1211 Geneva 27, Switzerland  
Fax: +41-22-791-3111  
Web: <www.who.int/hiv>

## **مكتبة الصحة الإنجابية لمنظمة الصحة العالمية رقم ٧ منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٤**

تحتوي هذه الأسطوانة المدمجة على ٨٨ عرضاً وبالإضافة لتوصيات عملية حول عدد من الموضوعات. وهي تتضمن شريط فيديو جديداً حول تقنية الولادة القيسارية، وبرنامجاً تدريساً أولياً حول "كيفية اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة الإنجابية استناداً إلى الأدلة". تتضمن الأسطوانة أيضاً عرضاً لعدد من الموضوعات الخلافية المطروحة، تطهير المهبل أثناء الولادة للحد من خطورة نقل فيروس نقص المناعة البشرية من الأم للطفل، وختان الذكور لمنع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية، وتقنيات سد قنوات فالوب لتعقيم النساء.

المكتبة متاحة مجاناً على الإنترنت وعلى أسطوانات مدمجة للدول ذات الدخل المتوسطة والمنخفضة.

القواعد الإرشادية للتعامل مع العدوى المنقولة جنسياً  
منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٣

تحل هذه القواعد الإرشادية المحدثة محل سبقتها المنشورة عام ١٩٩١. وهي تقدم إطاراً شاملاً للتعامل مع العدوى المنقولة جنسياً في سياق البرامج المتعلقة بالتحكم في الوقاية من العدوى الرعاية للمرضى المصابين بالعدوى المنقولة جنسياً وعدوى فيروس نقص المناعة البشرية. وتؤكد هذه القواعد الإرشادية على التوحيد القياسي للعلاج والتركيز على التحكم في الأعراض المتزامنة، من خلال تقديم أشكال توضيحية مبنية على الأعراض التي يعاني منها المرضى، وكذلك التدخلات الموصى بها والعلاجات بشكل واضح يسهل متابعته. وهناك قسم آخر يتناول علاج أنواع خاصة من العدوى. وهناك أيضاً تعليمات حول تنفيذ المرضى وتقديم المنشورة، والتعامل مع الأطفال والمرأة في المصابين بالعدوى المنقولة جنسياً. هذا الدليل لا غنى عنه لأية وحدة صحية أولية.

متوفّر في:

WHO Department of HIV/ AIDS

1211 Geneva 27, Switzerland

Fax: +41-22-791-3111

Web: <[www.who.int/hiv](http://www.who.int/hiv)>

\*\*\*\*\*

التعليم الأقران الناجح:  
 العمل مع الأطفال والشباب حول الشؤون الجنسية والصحة الإنجابية وفيروس نقص المناعة البشرية  
منظمة إنقاذ الطفولة ٢٠٠٤

هذه الحزمة من الأدوات تبحث في كيفية مساعدة الأطفال والشباب لاكتساب المهارات والمعلومات التي تقلل من تعرضهم لفيروس نقص المناعة البشرية وتزيد من تأثير تعليم الأقران. تحتوي المجموعة على رؤى عامة واضحة، وإطارات لشد الانتباه على ما ينبغي / لا ينبغي عمله، وكذلك على أنشطة لمساعدة على اتخاذ القرارات بشأن أفضل تناول للاحتياجات الخاصة. كما تناقش أهمية التعلم من الأقران وطرق تحسين الكفاءة والاستدامة وكيف تتخطى مجرد التوعية البسيطة. وتنتهي المجموعة بـ ١٨ مقتراً لبرامج، بالإضافة إلى قائمة بمصادر أخرى. وتميز هذه الحزمة بكونها مورداً شديداً للسلسلة في مجال التعلم بين الأقران.

متوفّر في:

Save the Children

Plymouth, UK

E-mail: [orders@nbninternal.com](mailto:orders@nbninternal.com)

## **سياسات الأمومة الآمنة:**

فنسان دو بوير، ويم فان ليبرج، دراسات في منظمة الخدمات الصحية والسياسات رقم ١٧ / ٢٠٠١

تحتوي هذه الأسطوانة المدمجة على ١٩ ورقة علمية مرجعية -بالإنجليزية والفرنسية والأسبانية- تستعرض الأدبيات المنشورة وغير المنشورة حول العديد من مواضيع الأمومة الآمنة. ومن السهل ارتياح المواقع الإلكترونية والحصول على وصلات لمعلومات وثيقة الصلة بالموضوع.

## **متوفرة في:**

John Snow International UK

Center for Sexual and Reproductive Health

325 Highgate Studios

53-79 Highgate Road

London NW5 1TL, UK

Fax: +44-20-7482-4395

E-mail: info@jsiuk.com

Web: www.jsiuk.com

\*\*\*\*\*

## **الموقع الإلكتروني: وسائل منع الحمل في الظروف الطارئة**

يقدم هذا الموقع الذي يديره مكتب بحوث السكان في جامعة برinstون وجمعية أخصائي الصحة الإنجيلية في الولايات المتحدة الأمريكية، معلومات دقيقة عن وسائل منع الحمل في الظروف الطارئة. يتميز الموقع بسهولة تصفحه، إن القسم الخاص بأنواع حبوب منع الحمل في الظروف الطارئة في أنحاء العالم يمكن المستخدمين من اختيار أي بلد، والتعرف على الأسماء التجارية المتوفرة لحبوب منع الحمل في الظروف الطارئة. وهذا يشمل كلاً من المنتجات الخاصة بالحمل في الظروف الطارئة وأقراص منع الحمل العادي والتي يمكن استخدامها كموانع للحمل في الظروف الطارئة، مع تفاصيل النظام المناسب للاستخدام. وهناك أيضاً قسم ممتاز يتضمن مواد تثقيفية وترويجية حيث يستطيع المستخدم البحث عنها حسب المنطقة أو اللغة أو نوع المادة.

## **متوفري في:**

Web: <http://ec.princeton.edu/ecmaterials/default.asp> (English)

Web: <http://ec.princeton.edu> (Spanish, French, Arabic)

**المؤتمر الدولي للسكان والتنمية؛ عقد من العمل  
جريدة صحة النساء رقم ٤٠٠٤-١**

صدر هذا العدد من الجريدة احتفالاً بمرور ٢٠ عاماً على شبكة صحة النساء في أمريكا اللاتينية والカリبي. وهو يحتوى على مقالات منبثقة عن اجتماع الشبكة في شيلي عام ٢٠٠٤ لإعداد لجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية والカリبي للدراسة مدى تقدم المنطقة في تطبيق برنامج العمل للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وقد أعادت اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية والカリبي التأكيد على برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية داعية إلى تعليم وإتاحة خدمات الصحة الإنجابية وتوسيع الجهود لمواجهة العدوى المنقول جنسياً. كما عبرت عن قلقها بخصوص أوضاع الفقر التي تمثل الأساس لانتشار كل تلك الأوضاع، وكذلك انخفاض الدعم المادى لبرنامج العمل. كما ناقشت دول الولايات المتحدة والتي -على الرغم من التصديق على برنامج العمل الأساس للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية- كانت الدولة الوحيدة التي صوتت ضد إعلان اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية والカリبي. تناولت مقالات أخرى الوحدة المتزايدة بين بلدان المنطقة، والأهمية المستمرة لزيادةوعي النساء الفقيرات بحقوقهن ودعوة جديدة للعمل بفعالية. ويتضمن العدد النص الكامل لإعلان اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية والカリبي. كما تناول العدد موضوعاً آخر عن النساء الأصليات والنساء من أصول أفريقية في المنطقة.

**متوفّر في:**

Latin American and Caribbean Women's  
Health Network  
Santiago, Chile  
Web: <[www.reddesalud.org](http://www.reddesalud.org)>

## قائمة المصطلحات:

<b>Glossary:</b>	
<b>Accountability</b>	المحاسبة
<b>Accounting</b>	المحاسبة
<b>Antenatal Care</b>	رعاية ما قبل الولادة
<b>Approach</b>	التوجه / المقاربة
<b>Benchmarks</b>	المحددات القياسية
<b>Biomedical</b>	الطبي - الحيوى
<b>Cost Effectiveness</b>	فعالية التكلفة / مردود التكلفة
<b>Curettage</b>	كحت الغشاء المبطن للرحم
<b>Delivery Service</b>	تقديم الخدمة
<b>Female Genital Mutilation (FGM)</b>	التشويه الجنسي للإناث
<b>Feminists</b>	نسويات
<b>Goals</b>	الغايات - الأهداف العامة
<b>Grey Papers</b>	أوراق غير منشورة
<b>Guidelines</b>	قواعد توجيهية (إرشادية)
<b>Homosexuality</b>	المثلية الجنسية
<b>Ill Health</b>	اعتلال الصحة
<b>Incest</b>	سفاح محارم
<b>Incomplete Abortion</b>	إجهاض غير التام
<b>Interdisciplinary</b>	متعددة الأنظمة
<b>Medical Eligibility Criteria</b>	معايير الاختيار الطبى
<b>Micro Biocides</b>	مبيدات الجراثيم
<b>Mobilization</b>	حشد التأييد
<b>Pap Smear</b>	مسحة من عنق الرحم
<b>Perinatal Mortality</b>	وفيات الأطفال في الفترة المحيطة مباشرةً بالولادة
<b>Post Exposure Prophylaxes (PEP)</b>	الوقاية بعد التعرض
<b>Screening</b>	الفحوص المسحية
<b>Sector Wide Approach</b>	المقاربة الشاملة للقطاع
<b>Service Delivery</b>	تقديم الخدمة
<b>Sexual Autonomy</b>	الاستقلال الجنسي
<b>Spacing Pregnancies</b>	المباعدة بين الولادات
<b>Stakeholders</b>	الأطراف المعنية
<b>Targets</b>	مستهدفات
<b>Tool-Kit</b>	حزمة من الأدوات



**RHM in Arabic, Issue No. 9**

**Papers in this issue are from:**

Reproductive Health Matters  
Volume 12 Number 24 November 2004  
Volume 13 Number 25 May 2005

© Reproductive Health Matters 2006

**Translation:**

- Ahmad Mahmoud
- Iman Abd El-Wahed
- Naglaa Taher
- Soulaf Taha

**Editor:**

Amal Abd El-Hadi

**Coordinator:**

Hala El-Damanhoury

**Design & Typesetting:**

Promotion Team

**Cover Photo:**

Mark Henley / Panos pictures

RHM is a Registered Charity in England and Wales, No. 1040450 Limited Company Registered No. 2959883 (England)

**ISSN 0968-8080**

**Arabic edition published by:**

New Woman Foundation.

14 Abd El Moneem Sanad St., Mohandeseen, Giza - Egypt

Tel. & Fax: (202) 346 4901 - 346 0898

e-mail: nwrc@nwrcgypt.org

**RHM EDITORIAL OFFICE:**

Reproductive Health Matters  
444 Highgate Studios  
53-79 Highgate Road  
London NW5 1TL, UK  
Tel: (44-20) 7267 6567  
Fax: (44-20) 7267 2551

**RHM IS INDEXED IN:**

Medline  
PubMed  
Current Contents  
Popline  
EMBASE  
Social Sciences Citation Index

**SUBMISSION OF PAPERS:**

Marge Berer, Editor  
E-mail: RHMjournal@compuserve.com  
Guidelines available at: <[www.rhmjournal.org.uk](http://www.rhmjournal.org.uk)>

**ALL OTHER CORRESPONDENCE**

Rosa Tunberg  
E-mail: rtunberg@rhmjournal.org.uk

RHM is part of the Elsevier  
Reproductive and Women's  
(England) Health Resource Online:  
<[www.rhm-elsevier.com](http://www.rhm-elsevier.com)>

To be included on the mailing list or  
to get additional copies of this issue,  
contact: nwrc@nwrcgypt.org

**This Arabic edition is funded by**  
**Reproductive Health Matters**