

قضايا الصحة الإنجابية فى الدول العربية ودور البرلمانين:

ورقة خلفية لملخص سياسات

تهدف هذه الورقة لتوضيح مفهوم الصحة الإنجابية وعرض أهم التحديات فى واقع الصحة الإنجابية فى دول المنطقة العربية وإلى توضيح الدور الذى يمكن أن يقوم به البرلمانين العرب لتعزيز الصحة الإنجابية ليس فقط من أجل سد الفجوات ولكن للدفع بسياسات السكان والتنمية فى الدول العربية لآفاق التنمية المستدامة. وتعتبر الورقة كمنطلق لمناقشة أولويات الصحة الإنجابية فى الدول العربية من أجل وضع ورقة سياساتية يتبناها منتدى البرلمانين العرب للسكان والتنمية وتعكس تطلعاته.

الصحة الإنجابية من منطلق للسياسات السكانية إلى مدخل للتنمية المستدامة

الصحة الإنجابية هى حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، وليس مجرد انعدام المرض أو العجز¹، فى كل ما يخص الوظائف والأجهزة والعلاقات الإنجابية للذكور والإناث فى جميع المراحل العمرية. وبالتالي يتضمن مفهوم الصحة الإنجابية قدرة الأفراد من الجنسين على أن يحيوا حياة جنسية مسئولة ومُرضية وأن يكون لهم حق الاختيار فى ممارسة حياتهم الإنجابية، مع ضمان حصولهم على المعلومات والخدمات اللازمة لممارسة هذا الحق². وتتضمن الصحة الإنجابية العديد من الأبعاد مثل: الأمومة الآمنة، تنظيم الأسرة والمباعدة بين الولادات، مواجهة الزواج والإنجاب المبكر، الوقاية من ومعالجة الأمراض المنقولة جنسيا، الحماية من الممارسات الضارة فى مجال الصحة الجنسية والإنجابية كختان الإناث والإجهاض غير الآمن، صحة المرأة قبل وأثناء وما بعد سن الإنجاب، مشاكل العقم ونقص الخصوبة، أمراض الجهاز التناسلى للرجال والنساء.

برز مفهوم الصحة الإنجابية كمدخل حقوقى لمقاربة القضايا السكانية فى المؤتمر الدولى للسكان والتنمية الذى عقد بالقاهرة عام 1994 والذى نص فى برنامج عمله³ على التزام الدول الأعضاء بالعمل على توفير خدمات الصحة الإنجابية من خلال نظم الرعاية الصحية الأولية، متضمنة استشارات وخدمات

¹ تعريف الصحة طبقا لدستور منظمة الصحة العالمية المقر من مؤتمر الصحة الدولى فى عام 1946
<http://apps.who.int/gb/gov/ar/assets/constitution-ar.pdf>

² منظمة الصحة العالمية 2016: http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/ وصندوق الأمم المتحدة للسكان 2004 : UNFPA 2004. Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994, United Nations Population Fund, New York, USA
https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf

³ برنامج عمل مؤتمر القاهرة للسكان والتنمية، صندوق الأمم المتحدة للسكان 2004، المرجع السابق

تنظيم الأسرة وخدمات رعاية الحمل والولادة والرعاية النفسانية والرضاعة الطبيعية ورعاية الأمومة والطفولة والخدمات الصحية الملائمة للوقاية من وعلاج مشاكل الخصوبة، وكذلك خدمات الوقاية من وعلاج الأمراض المنقولة جنسياً وأمراض الجهاز التناسلي، ومواجهة الممارسات الضارة مثل ختان الإناث⁴، مع مراعاة احتياجات النساء والمراهقين والمراهقات عند تصميم برامج رعاية الصحة الإنجابية⁵. كما ركز برنامج عمل مؤتمر القاهرة على أهمية ربط برامج تنظيم الأسرة برغبات واحتياجات الأزواج وذلك بالتركيز على الحاجات غير الملابة وعلى تحسين جودة خدمات واستشارات تنظيم الأسرة⁶.

وبعد سنوات قليلة من مؤتمر القاهرة، اعتمد قادة العالم الأهداف الإنمائية للألفية والتي تضمنت تحسين مستويات الصحة الإنجابية (الهدف الخامس)، وتحديدًا خفض نسب وفيات الأمومة بنسبة ثلاثة أرباع بين عامي 1990 و2015 والوصول إلى نسبة تغطية كاملة لخدمات الصحة الإنجابية مع حلول عام 2015. وقد حققت معظم دول المنطقة العربية نجاحاً ملحوظاً في خفض نسبة وفيات الأمومة، خاصة دول مجلس التعاون، وإن كان ما زال هناك تفاوتاً كبيراً بين مستويات وفيات الأمومة بين الدول الأقل والأعلى دخلاً (شكل 1)، كما لوحظ التباطؤ في خفض معدلات وفيات الأمومة بعد عام 2000 مقارنة بالانخفاض في العقد الأخير من القرن العشرين⁷. أما بالنسبة لشمول خدمات الصحة الإنجابية، فبالرغم من حدوث تحسن في المنطقة العربية ككل، إلا أن التحسن في الدول الأقل دخلاً ما زال متعثراً كما توجد تباينات كبيرة بين الحضر والريف داخل بعض الدول كاليمن والسودان⁸.

مع التحول إلى أهداف التنمية المستدامة، تم دمج الصحة الإنجابية والأمومة الآمنة ضمن الهدف الثالث الخاص بالصحة والسلامة، ولكن لا يجب أن يعوق ذلك العمل على استكمال برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أو يبرر إهمال الحقوق الإنجابية ومقترب الصحة الإنجابية لسياسات السكان والتنمية، وذلك للتداخل بين السياسات السكانية وسياسات الصحة الإنجابية مع العديد من أهداف أجندة الأهداف المستدامة الطموح، خاصة الهدف الثالث الخاص بالصحة والهدف الرابع المتعلق بالتعليم والهدف الخامس الخاص بالمساواة بين الجنسين⁹. وقد ظهر ذلك في توصيات المؤتمر الإقليمي للسكان

⁴ المرجع السابق par 7.6

⁵ المرجع السابق par 7.7

⁶ المرجع السابق par 7.14

⁷ United Nations and League of Arab States. 2013. The Arab Millennium Development Goals Report: Facing challenges and looking beyond 2015.

http://www.undp.org/content/dam/rbas/doc/MDGS%20publications/Arab_MDGR_2013_English.pdf

⁸ المرجع السابق

⁹ صندوق الأمم المتحدة للسكان 2016 <http://www.unfpa.org/sdg>

والتنمية فى الدول العربية (إعلان القاهرة 2013) والتي أكدت على أهمية تعزيز وحماية الصحة الجنسية والإنجابية لتحقيق الالتزامات الوطنية والعالمية للتنمية المستدامة. وقد شمل إعلان القاهرة عددا كبيرا من التوصيات لتعزيز الصحة الجنسية والإنجابية مع اعتماد دورة الحياة كمنهجية شاملة للصحة الإنجابية، والتأكيد على أهمية أن تستند السياسات المتعلقة بالإنجاب إلى حقوق الأفراد والجماعات فى ممارسة حقوقهم الإنجابية بحرية ومسئولية وأن تركز على احتياجات الشباب والمراهقين¹⁰.

تحديات الصحة الإنجابية فى الدول العربية

وفيات الأمومة. كما يظهر الشكل 11¹¹، تعاني العديد من الدول العربية من انتشار وفيات النساء بسبب الحمل والولادة والنفاس، ولا يقتصر انتشار هذه المشكلة على الدول الأفريقية منخفضة الدخل كالصومال وموريتانيا وجزر القمر وجيبوتى والسودان ولكنها تظهر أيضا بشكل واضح فى اليمن، كما لم تحقق مستويات وفيات الأمومة تقدما ملحوظا فى كل من الجزائر والمغرب، بعكس الحال فى مصر على سبيل المثال والتي تفوقت فى خفض مستوى وفيات الأمومة على دول أعلى منها فى متوسط الدخل ومستوى التنمية البشرية.

تمثل وفيات الأمومة قمة جبل الثلج لسياسات قومية وممارسات مجتمعية تنتهك الحقوق الصحية للنساء، ففي مجتمعات يعتبر الدور الإنجابى للنساء أهم أدوارهن، يُتوقع أن تبلغ الرعاية الصحية للنساء أقصاها أثناء الحمل والولادة. وتبعا لمنظمة الصحة العالمية، عادة ما يكون ارتفاع نسب وفيات الأمومة دليلا على التفاوت وعدم الإنصاف فى إتاحة الخدمات الصحية خاصة بين الفقراء والأغنياء، وذلك لأن معظم وفيات الأمهات قابلة لل منع حيث أصبح من المعروف أسبابها وطرق الوقاية والحماية الطبية منها من خلال توفير خدمات رعاية الحمل والولادة والنفاس لكل النساء¹².

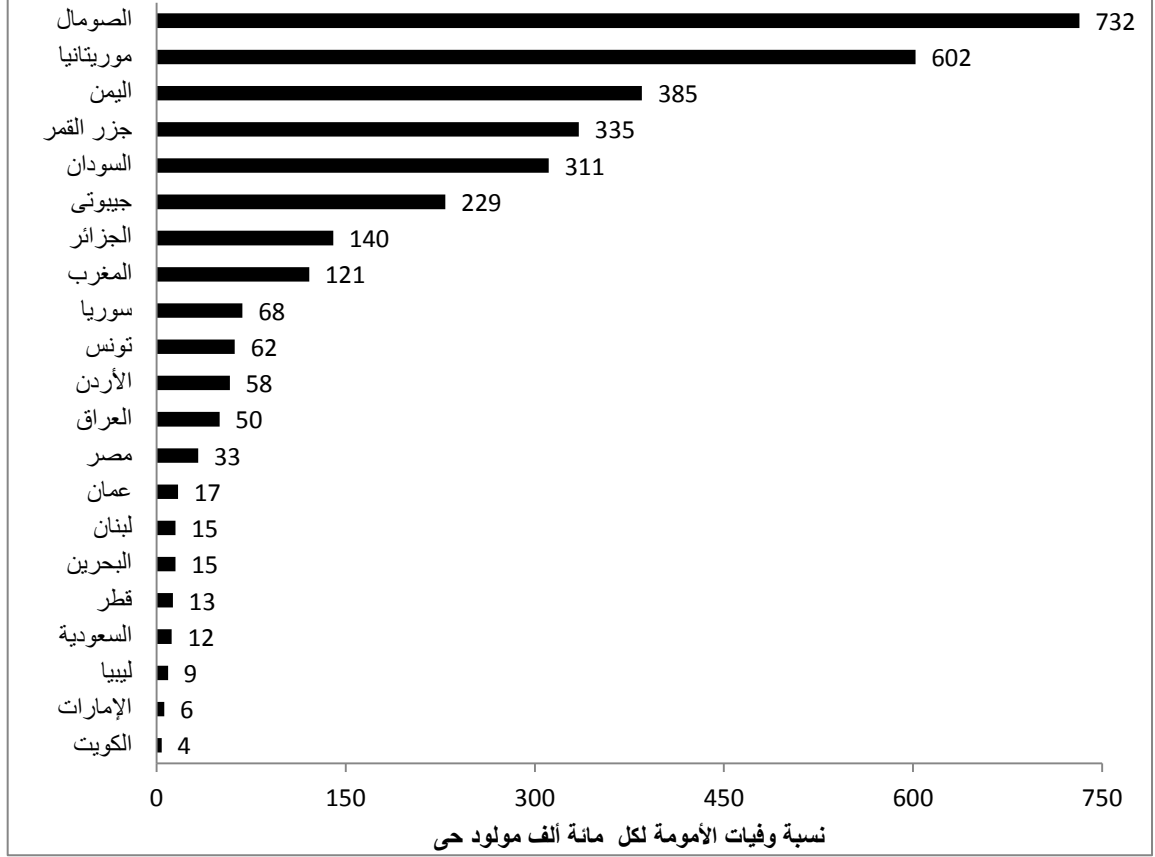
¹⁰ التوصيات الخاصة بالصحة الإنجابية فى إعلان القاهرة: المؤتمر الإقليمى للسكان والتنمية فى الدول العربية: تحديات التنمية والتحولات السكانية فى عالم عربى متغير – برنامج عمل المؤتمر الدولى للسكان والتنمية ما بعد عام 2014 – يونيو 2013

<http://www.fappd.org/test/wp-content/uploads/2015/11/RH-Conference.pdf>

¹¹ مصدر بيانات الشكل: منظمة لصحة العالمية، 2016، بيانات المرصد الصحى العالمى: <http://www.who.int/gho/database/ar/>

¹² منظمة الصحة العالمية 2014: وفيات الأمومة: صحيفة وقائع رقم 348: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/ar/>

شكل 1: نسبة وفيات الأمومة (تقديرات منظمة الصحة العالمية لعام 2015)



الزواج والإنجاب المبكر. في حين تعتبر العنوسة وتأخر السن عند الزواج من التحديات الاجتماعية والسكانية في بعض دول المنطقة، إلا أن هناك ثمان دول عربية تعاني من ارتفاع نسبة النساء اللاتي تتزوجن قبل سن الثامنة عشر، حيث تزيد تلك النسبة عن الثلث بين الإناث في الفئة العمرية 20-24 في كل من الصومال وموريتانيا والسودان واليمن، وتتراوح بين 17 و25 بالمائة في كل من العراق وفلسطين وسوريا ومصر¹³. ومع انتشار الزواج المبكر، ترتفع معدلات الإنجاب بين المراهقات في تلك الدول، مع ما تمثله من خطورة على كل من صحة الأم والطفل، حيث تزيد معدلات الإنجاب بين المراهقات عن 100 مولود لكل ألف سيدة تحت العشرين في كل من الصومال والسودان وتزيد عن 50 مولود لكل ألف مراهقة في كل من موريتانيا واليمن وجزر القمر والعراق ومصر¹⁴.

¹³ هدى رشاد. 2015. وضع الصحة الإنجابية في العالم العربي. ورقة مقدمة إلى مؤتمر البرلمانيات العربية: منظور للتنمية المستدامة والسكان ما بعد 2015، الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة / إقليم العالم العربي بالتعاون مع منتدى البرلمانين العرب للسكان والتنمية والمجلس الأعلى للسكان في المملكة الأردنية الهاشمية، عمان، الأردن، 11-13 أكتوبر 2015

¹⁴ منظمة الصحة العالمية 2016: بيانات المرصد الصحي العالمي، مرجع سابق ذكره

خدمات رعاية الأمومة الآمنة. لا تتوفر بيانات تفصيلية حديثة في معظم الدول العربية عن توافر ومدى استخدام خدمات رعاية الحمل والولادة، ولكن تشير المسوح الصحية المتاحة عن ارتفاع نسب استخدام هذه الخدمات في مصر والأردن والعراق وسوريا في حين أن مستوياتها ما زالت بعيدة عن الاكتمال في اليمن والمملكة المغربية¹⁵.

ختان الإناث. تتراوح نسبة الفتيات المختنات في الفئة العمرية 15-19 بين 66 و97 بالمائة في خمس دول عربية هي الصومال وجيبوتي ومصر والسودان وموريتانيا¹⁶.

زواج الأقارب. ينتشر زواج الأقارب في العديد من الدول العربية حيث تصل نسبته في بعض الدول كعمان وقطر والمملكة العربية السعودية والكويت والعراق والإمارات العربية المتحدة إلى ما يقرب من أو يزيد على نصف عدد الزيجات ولا تقل نسبته عن الربع في دول أخرى كفلسطين والأردن ومصر وسوريا وتونس، كما أن معظم زيجات الأقارب في تلك الدول يكون بين أولاد العمومة أو الخؤولة من الدرجة الأولى¹⁷. وقد ربطت الدراسات بين زواج الأقارب ومشاكل العقم ووفيات وتشوه الأجنة في بعض دول المنطقة¹⁸.

الحاجات غير الملباة لتنظيم الأسرة. باستثناء ليبيا والمملكة العربية السعودية ودولة الإمارات العربية المتحدة، تقدم الحكومات العربية دعماً مباشراً لخدمات تنظيم الأسرة، وتعتبر العديد، وإن كان ليس كل، هذه الدول دعم خدمات تنظيم الأسرة جزءاً من سياسة سكانية تهدف لخفض معدلات الإنجاب للسيطرة على نمو سكاني تعتبره معوقاً لجهود التنمية¹⁹. للأسف لا تتوفر معلومات عن انتشار الحاجات غير الملباة لخدمات تنظيم الأسرة في العديد من دول المنطقة، ولكن تشير البيانات المتاحة عن ارتفاع نسبة السيدات المتزوجات اللاتي يحتجن لهذه الخدمات بصفة خاصة في اليمن (30 بالمائة) وفي موريتانيا (18 بالمائة)²⁰. أما إذا أخذ في الاعتبار الولادات الأكثر تعرضاً للخطر، مثل الولادات لأمهات صغيرات أو كبيرات في السن أو الولادات بعد فترة مباحة لا تتجاوز العامين أو لمواليد من ترتيب يزيد عن الثالث،

¹⁵ المرجع السابق

¹⁶ هدى رشاد 2015، مرجع سابق ذكره

¹⁷ Tadmouri, G. O. et al. 2009. "Consanguinity and reproductive health among Arabs". *Reproductive Health*,

6:17

¹⁸ المرجع السابق

¹⁹ United Nations. 2013. *World Population Policies 2013*. United Nations, New York, USA.

<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WPP2013/wpp2013.pdf>

²⁰ منظمة الصحة العالمية 2016: بيانات المرصد الصحي العالمي، مرجع سابق ذكره

ترتفع النسب المقدرة للحاجات غير الملباة لتصل إلى الثلث في مصر وإلى حوالى الثلثين في كل من الأردن واليمن²¹. تظهر الدراسات أن الحاجات غير الملباة لتنظيم الأسرة لا ترجع فقط لصعوبة الوصول إلى الخدمات أو لارتفاع تكلفتها ولكن لأسباب اجتماعية وثقافية متعددة قد تعوق الاستفادة من الخدمات المتاحة، ولكن أظهرت هذه الدراسات على الجانب الآخر أن برامج تنظيم الأسرة المصممة بحيث تتعامل مع واقع واحتياجات النساء والتي تركز على جودة الخدمات وتحترم الخصوصية وتراعى السياق المجتمعي تكون أكثر فاعلية في مواجهة تلك العوائق المجتمعية²².

قصور المعلومات. للأسف لا تتوفر معلومات على المستوى القومي في جل الدول العربية عن كثير من جوانب الصحة الإنجابية والجنسية، على سبيل المثال، فيما يتعلق باحتياجات الشباب والنساء غير المتزوجات، والصحة الإنجابية للرجال، وصحة النساء بعد سن انقطاع الطمث، ومشاكل العقم أو نقص الخصوبة، والإجهاض التلقائي أو المتعمد. قد يكون نقص المعلومات دليلاً على ضعف الاهتمام بجوانب الصحة الإنجابية فيما يتجاوز الأمومة الآمنة وخدمات تنظيم الأسرة، وتكتمل الدائرة بأن يؤدي نقص المعلومات إلى تجاهل فجوات الصحة الإنجابية في المجتمعات العربية. ولذلك يعتبر نقص المعلومات في حد ذاته أحد أهم تحديات الصحة الإنجابية في المنطقة.

دور البرلمانين

يقوم البرلمانين بعدة أدوار يمكن من خلالها أن يحدثوا تأثيراً إيجابياً على واقع الصحة الإنجابية في دولهم.

الدور التشريعي. مراجعة التشريعات المتعلقة بالصحة الإنجابية ومدى ملاءمتها للأهداف التنموية. مثال على ذلك: الحد الأدنى للعمر عند الزواج، الفحوص الطبية قبل الزواج، تجريم الممارسات الخاطئة كختان الإناث وزواج الأطفال، الظروف المبيحة للإجهاض (الخطورة على حياة الأم، الظروف الخاصة كالإغتصاب وزنا المحارم)، قوانين التأمين الصحي.

الدور الرقابي. التأكد من قيام الحكومة بالدور المنوط بها لضمان الحق في الصحة الإنجابية للجميع، ومن كفاية الموارد المخصصة في الميزانية للقيام بهذا الدور بكفاءة وجودة ملائمة، وبما لا يتعارض مع

²¹ هدى رشاد 2015، مرجع سابق ذكره

²² Sedgh, G. and R. Hussain. 2014. "Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries". *Studies in Family Planning*, 45(2): 151-169.

حقوق الأفراد والأسر فى تحديد عدد الأطفال والمباعدة بين الولادات. مطالبة الحكومات بتوفير المعلومات اللازمة عن احتياجات وخدمات الصحة الإنجابية والتأكد من توافر الموارد اللازمة لذلك.

الدور التمثيلى. اكتشاف تحديات الصحة الإنجابية فى المجتمعات المحلية وتحديد الفجوات اللازم سدها، وتوصيل صوت الفئات المهمشة والمستبعدة إلى الحكومات.

الدور السياسى. تبنى استراتيجيات دعم الصحة الإنجابية الملائمة وإدماجها فى البرامج الانتخابية.

الدور الريادى. التفاعل مع المجتمع من أجل خلق بيئة ثقافية ومجتمعية مواتية لتحقيق متطلبات تمتع الأفراد بالحقوق الإنجابية. المشاركة مع قيادات المجتمع المدنى لتغيير الثقافات المؤيدة للممارسات الضارة كختان الإناث وزواج الأقارب فى الأجيال المتعاقبة بدون إجراء فحص طبي مسبق.