

PRB

المكتب المرجعي للسكان

الصحة الإنجابية و الجنسية في الشرق الأوسط و شمال إفريقيا

دليل الإغلاميين

Farzaneh Roudi-Fahimi and Lori Ashford

فرزانه رودي فاهيمي - لوري أشفورد
ترجمة وتحرير: د. أحمد رجاء عبد الحميد رجب
أستاذ الصحة الإنجابية - جامعة الأزهر

الصحة الإنجابية و الجنسية

الشرق الأوسط و شمال إفريقيا

دليل الإغلاميين

قائمة المحتويات

- 1 | لماذا يجب أن يهتم الإعلام بمواضيع الصحة الإنجابية؟ 3
- 2 | الزواج 7
- 3 | الحمل والولادة 11
- 4 | تنظيم الأسرة 15
- 5 | صحة الأمهات 23
- 6 | الإجهاض 31
- 7 | العدوى المنقولة جنسيا ومتلازمة عوز المناعة المكتسب / الإيدز 37
- 8 | المراهقون واليافعون / الراشدون 43
- 9 | البتر التناسلي للإناث (ختان الإناث) 49
- 10 | سرطان عنق الرحم 55
- 11 | الصحة الإنجابية والجنسية والأهداف الألفية الإنمائية 59
- ملحق 1 | السكان ومؤشرات الصحة الإنجابية في بلدان المنطقة 63
- ملحق 2 | مصطلحات الصحة الإنجابية والجنسية 69
- ملحق 3 | مصادر المعلومات 81

هذا الدليل يقدم بيانات إقليمية ووطنية متعددة واتجاهات ومعلومات أخرى عن الصحة الإنجابية والجنسية في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. تتوفر النسخة باللغة الإنجليزية إلكترونيا على الموقع التالي: www.prb.org/reports/2008/mediaguide.aspx

المكتب المرجعي للسكان

يقوم المكتب المرجعي للسكان بتعريف الناس حول العالم عن قضايا السكان والصحة والبيئة ويدعمهم في استخدام هذه المعلومات من أجل التقدم والرفاهية للأجيال الحالية والمستقبلية.

ولمدة حوالي عقدين من الزمان عمل المكتب المرجعي للسكان مع رجال الإعلام في الدول النامية وذلك لتقوية ونشر التغطية الإعلامية عن الصحة الإنجابية والتنمية والمواضيع السكانية. إن المعلومات الدقيقة والمعاصرة تساهم في تشكيل الحوار العام وإعلام صانعي السياسات عن هذه الموضوعات.

وبرنامج المكتب المرجعي للسكان لمنطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا بدأ في عام 2001 بدعم من مؤسسة فورد مكتب القاهرة للاستجابة لحاجات المنطقة لمعلومات معاصرة وموضوعية عن السكان والشئون الاجتماعية والاقتصادية بالصحة الإنجابية. والمشروع يستكشف العلاقات بين هذه المواضيع ويقدم توصيات لسياسات وبرامج مبنية على الدليل.

شكر وتقدير

فرزانا رودى فهيمي - هي مديرة المكتب المرجعي للسكان لبرنامج الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، لوري أشفورد - هي مديرة برنامج الاتصالات السياسية بالمكتب المرجعي للسكان، دكتور أحمد رجا رجب - أستاذ الصحة الإنجابية بجامعة الأزهر بالقاهرة، والشكر الجزيل لهؤلاء الذين ساهموا في مراجعة هذا الدليل ومنهم، منتصر كمال، مدير برامج الصحة الإنجابية بمكتب فورد بالقاهرة، كريمة خليل، مستشار الصحة العامة، ديبورا ماسي، مدير برنامج تدريب الإعلام الدولي بالمكتب المرجعي للسكان، وريتشارد اسكولنيك، نائب مدير البرامج الدولية بالمكتب المرجعي للسكان، والأستاذ عادل خفاجي، مدير تحرير مجلة الأزهر بالقاهرة.

هذا العمل قد تم تمويله بواسطة مكتب مؤسسة فورد بالقاهرة.

© May 2008. Population Reference Bureau. All rights reserved.

Population Reference Bureau

1875 Connecticut Ave., N.W. Suite 520 | Washington, DC 20009-5728 USA

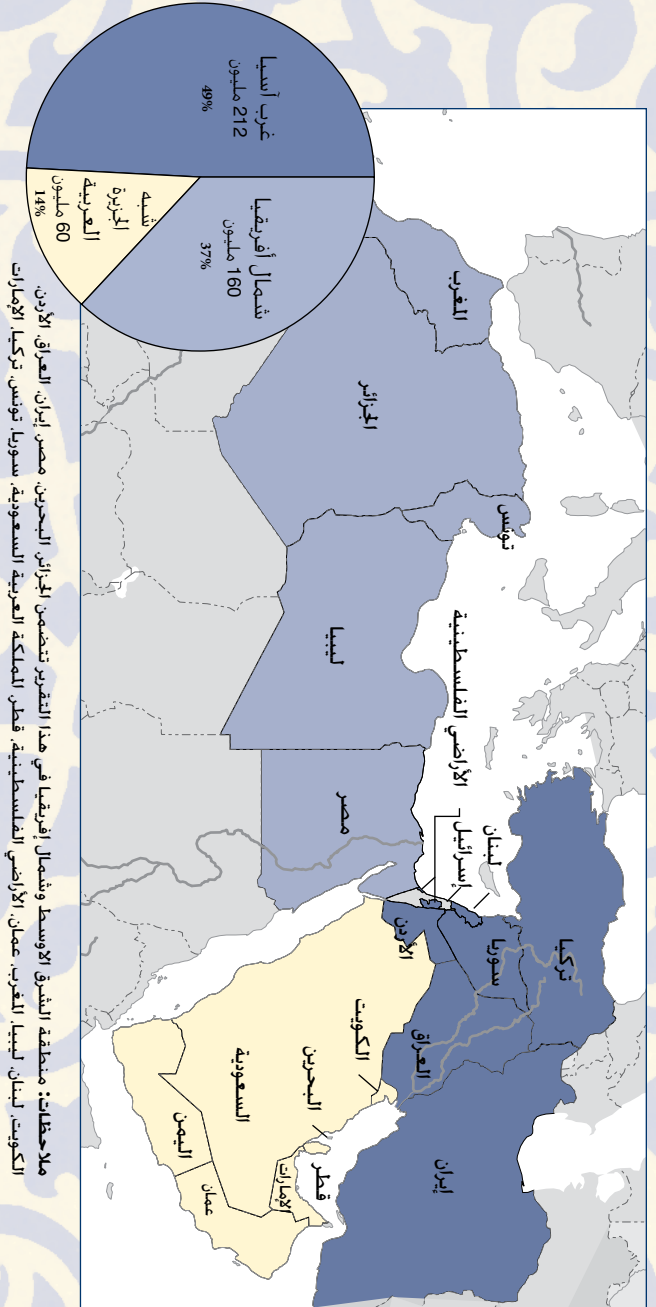
Phone: 202-483-1100 | Fax: 202-328-3937

E-mail: MENA@prb.org | Website: www.prb.org

PRB

POPULATION REFERENCE BUREAU

inform | empower | advance | prb.org



UN Population Division, World Population Prospects: The 2006 Revision (2007). المصدر: <http://esa.un.org>

1 لماذا يجب أن يهتم الإعلام بمواضيع الصحة الإنجابية؟

النقاط الرئيسية

- الصحة الإنجابية والجنسية لها علاقة بكل من حقوق الإنسان والتنمية.
- الصحة الإنجابية والجنسية تلمس جوانب شديدة الحساسية في حياة الناس ويحيطها إطار من الصمت الثقافي.
- الصحفيون يمكن أن يقدموا تقارير عن المسؤولية والموضوعية في هذا الشأن. ويمكن أن يكسروا حاجز الصمت؛ ليعلموا المجتمع بالإضافة إلى وضع هذه الموضوعات في بؤرة اهتمام صانعي السياسات.

أن مفهوم الصحة الإنجابية والجنسية لهو مفهوم متسع يشمل الصحة والرفاهية في أمور تتعلق بالعلاقات الجنسية والحمل والولادة، وهي تتناول أكثر الأمور حساسية وخصوصية في حياة الناس. وهي ممكن أن تكون صعبة في الكتابة عنها أو مناقشتها بطريقة علنية في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (MENA).

إن الحساسية الثقافية ودار الصمت المحيط بالمواضيع الجنسية (Sexuality) واضح في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، وإن دور الإعلام حيوي جدا في تقديم المعلومات الموضوعية عن أمور الصحة الإنجابية والجنسية (انظر صندوق 1 ص 5) وللإعلام قوة لكسر حاجز الصمت الثقافي الذي يحيط بالصحة الإنجابية والجنسية. وهذا الصمت يمنع الناس غالبا من محاولة الحصول على المعلومات والرعاية، ويمنع الحكومات من وضع هذه المواضيع في خطط التنمية.

ويهدف هذا الدليل إلى تجميع أحدث البيانات عن الصحة الإنجابية والجنسية لدول المنطقة ولمساعدة الإعلاميين على إعلام المجتمع وتوضيح الصورة أمام صانعي السياسات أن دعم الصحة الإنجابية والجنسية سيساهم في إدكاء العدالة الاجتماعية وتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

الصحة الإنجابية والجنسية للجميع

هناك اعتراف دولي بأن حق الصحة حق عالمي من حقوق الإنسان. والصحة الإنجابية والجنسية تتعلق بالصحة والرفاهية للأفراد والأسر والعائلات والمجتمع بمرور الوقت يزداد كونها جزء من التنمية الدولية والوطنية. وقد تم تعريف الصحة الإنجابية لأول مرة في برنامج العمل عام 1994 للمؤتمر الدولي للأمم المتحدة عن السكان والتنمية كما يلي:

الصحة الإنجابية هي حالة من الرفاه الكامل عضوياً ونفسياً واجتماعياً وليست فقط مجرد الخلو من المرض أو الإعاقة في كل ما يتعلق بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته. والصحة الإنجابية لهذا تعني القدرة على الحصول على حياة جنسية آمنة ومُرضية والقدرة على الإنجاب والحرية في تقرير متى وكيف يمكن تحقيق ذلك.

وتتأصل في جذور مبادئ حقوق الإنسان فإن الصحة الإنجابية والجنسية ضمناً تعني:

- ♦ حق الرجال والنساء في المعرفة والوصول إلى وسائل تنظيم أسرة مأمونة وفعالة ومقبولة وذات تكلفة معقولة من اختيارهم.
- ♦ الحق في الوصول لخدمات الرعاية الصحية التي تُمكن النساء من المرور بفترات الحمل والولادة بأمان وإتاحة أفضل الفرص للأزواج لولادة طفل صحيح.
- ♦ إن رعاية الصحة الإنجابية يتم تعريفها على أنها مجموعة من الطرق والتقنيات والخدمات التي تساهم في الصحة الإنجابية والرفاه عن طريق منع وحل مشاكل الصحة الإنجابية.
- ♦ أن رعاية الصحة الإنجابية تشمل أيضاً الصحة الجنسية والهدف هو تقوية حياة الأشخاص وعلاقاتهم وليس مجرد المشورة والرعاية في الأمور ذات العلاقة بالإنجاب والأمراض المنقولة جنسياً.

الصحة الإنجابية والجنسية: أجندة تنموية

أن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والذي عقد في القاهرة في سبتمبر 1994 كان علامة وكان أول مؤتمر للأمم المتحدة الذي أكد على العلاقة بين الصحة الإنجابية والجنسية، مكانة المرأة والتنمية الاجتماعية والاقتصادية. وإن وثيقة المؤتمر - برنامج العمل والمعروف باتفاقية القاهرة - يقدم إطاراً شاملاً لتقليل الزيادة السكانية وتحسين حياة الناس.

واتفاقية القاهرة تؤكد أن الصحة الإنجابية تؤثر وتتأثر بالعلاقات بين الناس والإطار العريض لحياتهم - شاملة ظروفهم الاقتصادية - والتعليم وفرص العمل والتركيب الأسري والمناخ السياسي والديني والقانوني. وهذا الترابط تم التأكيد عليه في اتفاقيات الأمم المتحدة الأخرى ومن أهمها وثيقة منهاج العمل للمؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة والذي عقد في بكين عام 1995 والأهداف والغايات الألفية

صندوق 1

الكتابة بصورة مسئولة في المواضيع الحساسة

أن الصحة الإنجابية والجنسية بالنسبة للناس هي من الأمور الخصوصية والشخصية ولذلك عند كتابة قصص عن هذه المواضيع يجب على الإعلاميين الأخذ في الاعتبار الجوانب الأخلاقية وأهمها:

- ♦ **الخصوصية:** يمكن للناس أن يتم إقصاؤهم في المجتمع أو يعانون من العنف بواسطة أزواجهم أو من أفراد العائلة إذا تم إظهار شخصياتهم في قصة وإذا تم نبذهم بواسطة المجتمع نتيجة لحديثهم مع الإعلام فإن قدرتهم على كسب عيشهم قد تتأثر.
- ♦ **الوصمة:** قد يشعر الناس بالعار أو الذنب من أفعالهم في الماضي أو ممارستهم (على سبيل المثال العدوى بالأمراض المنقولة جنسياً) ويجب أن يكون الإعلاميين مدركين لهذا ويتمتعون بالحساسية وبالتالي يحافظون على كرامة الناس الذين يتحدثون إليهم.
- ♦ **الوضع القانوني:** يجب على الإعلاميين أن يتأكدوا أنهم لا يعرضون الناس لمخاطر القبض عليهم أو سجنهم حين سؤالهم عن سلوكياتهم الجنسية.
- ♦ **التوثيق من الحقائق:** يجب التوثيق من المواضيع وذلك لتجنب تضليل القارئ أو زيادة مخاطرهم الصحية بدون ضرورة.

ويشكل الباحثون والجهات البحثية مصادر هامة للإعلاميين للحصول على المعلومات وذلك لتحضير قصص جديدة صادقة وغير متحيزة (انظر إلى المصادر في ملحق 3). ولكن نتائج البحوث الجديدة وبخاصة الحساسية يجب أن تتسم بالحذر عند الكتابة عنها فالاكتشافات الطبية أو القصص المخيفة حول المخاطر لا بد من التأكد منها بدقة. وفي بعض الأحيان يتم وضع استنتاجات مبنية على دراسات ذات عينات صغيرة ويجب على الإعلاميين سؤال الباحثين عن تعميم نتائج أبحاثهم أو سؤال خبراء في المجال عن أهمية هذه النتائج ومن المهم فهمهم أساسيات الإحصاء وتجنب تعميم النتائج والتي قد تكون غير صادقة.

وإذا أشار أحد الباحثين أن هناك حل معين، مثل إمدادات طبية رخيصة أو وجود أفراد طبيين مدربين، من الممكن أن يحل المشكلة فإن الإعلاميين يجب أن يسألوا الباحث أن يشرح بالتفصيل كيف يتم عمل ذلك، والإعلاميين من الممكن أن يتابعوا هذا الأمر بسؤال الجهات المسؤولة عما يجب أن يفعلونه بالنسبة لهذه المشكلة.

مقتبس من : Panos, Panos Media Toolkit on Communicating Research No. 4 (www.panos.org.uk/relay).

الإنمائية (والذي صدر في اجتماع الأمم المتحدة للألفية عام 2000) والاستراتيجية الدولية للصحة الإنجابية والتي تم تبنيها في الاجتماع الدولي للصحة والذي عقد عام 2004.

المصادر

Stan Bernstein, *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals* (2006). www.millenniumproject.org

Andres de Francisco, Ruth Dixon-Mueller, and Catherine d'Arcangues, *Research Issues in Sexual and Reproductive Health for Low-and Middle-Income Countries* (2007). www.globalforumhealth.org

Joanne Omang, *Newsroom Guide to Global Health* (Boston: WGBH and Vulcan Productions, Inc., 2005).

United Nations, *2005 World Summit Outcome* (2005). www.un.org/summit2005/presskit/fact_sheet.pdf

United Nations, *Platform for Action of the Fourth World Conference on Women* (1995). www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/index.html

United Nations, *World Summit Commits to Universal Access to Reproductive Health by 2015* (2005). www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=680

United Nations Millennium Project. www.unmillenniumproject.org/goals

United Nations Population Fund (UNFPA), *Programme of Action of the International Conference on Population and Development* (1994). www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm

World Health Organization, *Global Reproductive Health Strategy* (2004). www.who.int/reproductive-health/strategy.htm

2 الزواج

النقاط الرئيسية

- ♦ الأسر في المنطقة في حالة تغيرات كبيرة من تأخر سن الزواج وولادة الأطفال بالإضافة أنه على - عكس السابق - بعض النساء لا يتزوجن.
- ♦ ولا يزال الزواج في سن مبكرة يتم في بعض المناطق ويؤثر بالسلب على النساء.
- ♦ والأنماط غير التقليدية بين الشباب يبدو أنها في زيادة بالرغم من أن عدد هذه الزيجات غير التقليدية لا يزال صغيراً.

الأسرة هي مركز الحياة في ثقافة بلاد المنطقة فالأسر تمثل الضمان الاجتماعي لكبار السن والمرضى وذوى الاحتياجات الخاصة وكذلك فهي ملجأ للأقارب الذين يعتمدون عليها مادياً. تفتخر الأسر بمسؤولياتها ولذلك تجد أن الزواج هو مسألة فردية وعائلية في آن واحد.

والزواج هو نقطة تحول للشباب لعلاقة جنسية مقبولة اجتماعياً وثقافياً وقانونياً والزواج هو نقطة تحول تتحقق بواسطة احتفال مكلف - والتي تؤدي إلى تعرف وموافقة المجتمع للزوجين وبالرغم من أن الرجال والنساء يختارون شركاء حياتهم اليوم إلا أن الزواج يظل عقداً اجتماعياً واقتصادياً بين أسرتين.

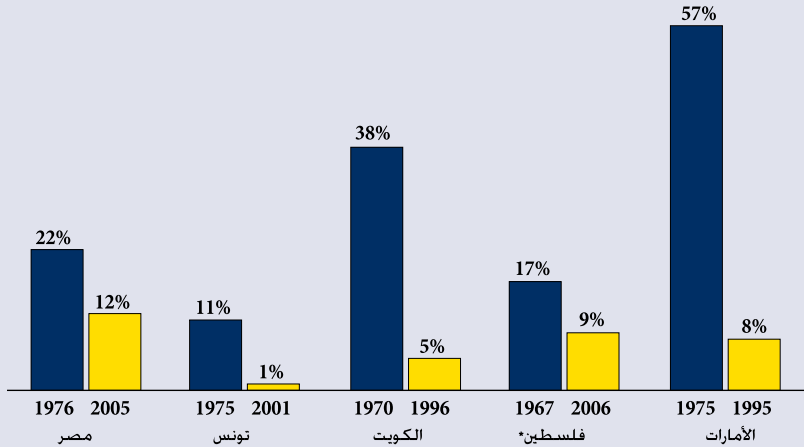
سن الزواج يرتفع ونساء أكثر لا يتزوجن مطلقاً

ظهرت أنماط جديدة من الزواج وتكونت أسر في المنطقة فالزواج المبكر لم يعد ظاهرة عامة حيث أن عدداً قليلاً من النساء يتزوجن قبل سن العشرين (انظر إلى الشكل رقم 1 ص 9) ومتوسط السن عند الزواج للرجال والنساء يزداد والبعض لا يتزوج مطلقاً. والبيانات حول السيدات في عمر 35 إلى 39 اللاتي لم يتزوجن بعد تزداد، بدليل أن الزواج لم يعد ظاهرة عامة حيث أن احتمالية زواج المرأة التي لم تتزوج مطلقاً بعد سن الأربعين قليل جداً.

- ♦ في لبنان والجزائر حوالي ربع وخمس السيدات في هذه الفترة بالترتيب لم يتزوجن على الإطلاق (انظر شكل 2 ص 9).
- ♦ وفي الأردن والكويت وليبيا والمغرب وفلسطين وقطر وسوريا وتونس حوالي 10% من النساء لا تتزوجن مطلقاً.

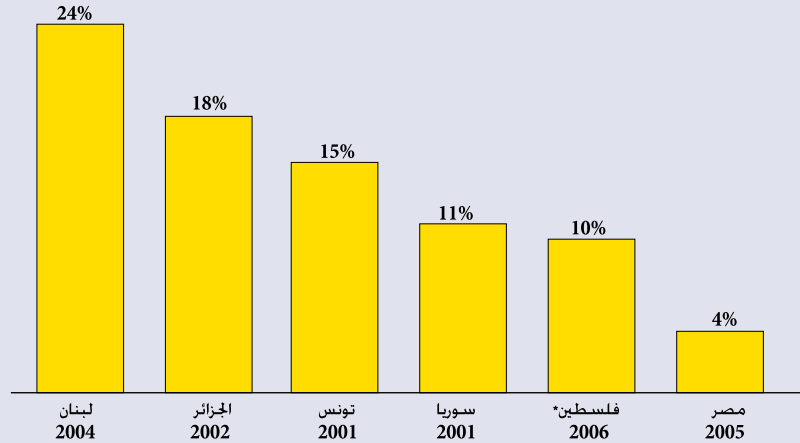
شكل 1

نسبة النساء المتزوجات في الفئة العمرية من (15 - 19) سنة



شكل 2

نسبة النساء في الفئة العمرية (35 - 39) سنة الذين لم يسبق لهن الزواج



* تشير إلى سكان فلسطين الذين يعيشون في غزة والضفة الغربية (بما فيها شرق القدس).

المصدر: United Nations, World Fertility Report 2003: tables II.9 and II.11; Pan Arab Project for Family Health Survey (Tunisia 2001 and Palestine 2006); Gulf Family Health Surveys (UAE 1995 and Kuwait 1996); and Demographic and Health Surveys (Jordan 2002 and Egypt 2005).

والتغير في أنماط الزواج يعكس تغيرات اجتماعية واقتصادية أوسع والتي تحدث في كل المنطقة حيث أن عددا أكبر من السكان يعيشون في المناطق الحضرية ويتبعون أنماط من الحياة العصرية والشباب يمكث في التعليم فترة أطول، وأصبحت فرص عمل الشباب في وظائف مدفوعة الأجر (خارج المنزل) أكثر.

في مصر وفلسطين واليمن لا يزال كثير من النساء يتزوجن مبكرا ولكن الزواج في فلسطين ليس ظاهرة عامة مثل مصر واليمن وطبقا للمسح العربي لصحة الأسرة فإن حوالي 10% من السيدات في عمر 15 - 19 عاما و 50% في عمر 20 - 24 من النساء الفلسطينيات متزوجات و 10% من النساء في عمر 35 - 39 لم يتزوجن مطلقا.

الزواج المبكر وعواقبه

بالرغم من الاتجاه العام نحو الزواج المتأخر فإنه لا يزال بعض القطاعات السكانية التي ينتشر فيها الزواج المبكر، وبعض العائلات تقرر زواج بناتهم في سن صغيرة، وتلعب القيم التقليدية عن حماية عذرية الفتيات وشرف الأسرة دورا هاما في قراراتهم، وأعلى نسب للزواج المبكر توجد في اليمن ومصر ففي اليمن تناقصت نسب الزواج بين النساء في العمر 15 - 19 سنة من 27% في عام 1997 إلى 17% في عام 2003 ولكن هذه النسبة الأخيرة لا تزال تمثل 200000 امرأة.

وفي مصر فإن 12% من النساء في أعمار 15 إلى 19 سنة كن متزوجات في عام 2005 وهذا يقدر بحوالي نصف مليون فتاة شابة وذلك بسبب عدد السكان الكبير في مصر وحوالي 23% من السيدات المصريات في عمر 19 سنة أمهات أو حوامل.

وإضافة إلى هذا فإن البيانات عن المتوسطات الوطنية لسن الزواج توضح مدى انتشار الزواج المبكر بين بعض الفئات في قطر من الأقطار، والزواج المبكر له عدد من العواقب:

- ◆ النساء اللاتي يتزوجن مبكرا ينزعن إلى التوقف عن الدراسة ويكن معزولات اجتماعيا.
- ◆ غالبا يتم الضغط عليهن لبدأ الحمل والولادة بعد الزواج مباشرة.
- ◆ وغالبا يعرفن القليل عن تنظيم الأسرة والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي والأمور الأخرى التي تتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية عن النساء اللاتي يتزوجن في سن متأخر.
- ◆ وغالبا يفقدن القدرة على أخذ قرارات خاصة بصحتهن وبخاصة عندما يكون أزواجهن أكبر سنا بكثير.
- ◆ وهذه العوامل مجتمعة تؤدي إلى أن النساء وأطفالهن يواجهون مخاطر الصحة المتدنية بكثرة.

ولهذا فإن من سلبيات الزواج المبكر ما يؤدي إلى صعوبة تجنب الأسر الحلقة المفرغة من الأمية، والعدد الكبير من الأطفال والفقر.

3 الحمل والولادة

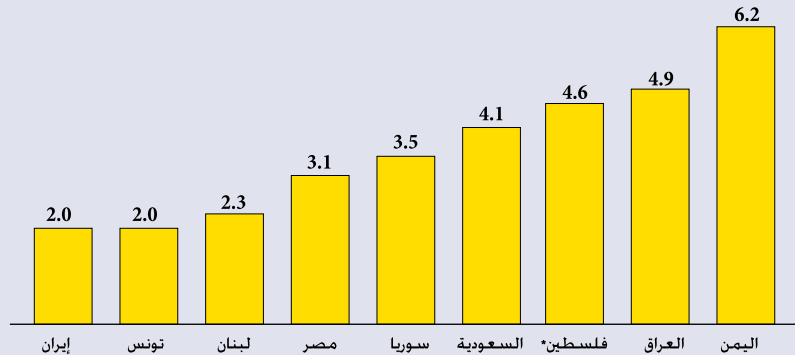
النقاط الرئيسية

- ♦ بدأ ينتشر نمط الأسرة الصغيرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.
- ♦ تميل الفتيات في المدارس الثانوية إلى تأخير الزواج والولادة وبالتالي يؤدي إلى تخفيض الخصوبة والنمو السكاني.
- ♦ حوالي 10% من الأزواج في العالم يعانون من مشكلة العقم.

بالإضافة إلى التغيرات في الزواج فإن نمط الحمل والولادة قد تغير بصورة دراماتيكية في العقود المتتالية السابقة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا وإن معدل الخصوبة الكلي - عدد الأولاد الذين تنجبهم المرأة طوال حياتها - قد انخفض من حوالي 5 أطفال في عام 1960 إلى حوالي 3 أطفال في عام 2005 للمنطقة ككل (انظر شكل 3).

الشكل 3

متوسط عدد المواليد للمرأة، دول مختارة



*تشير إلى سكان فلسطين الذين يعيشون في غزة والضفة الغربية (بما فيها شرق القدس).

المصدر: Donna Clifton, Toshiko Kaneda, and Lori Ashford, *Family Planning Worldwide* 2008.

زواج الأقارب وتعدد الزوجات

وهناك خاصية مميزة لمنطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا وهي النسبة العالية من زواج الأقارب (بين أولاد العمومة أو الخال في الأغلب) وزواج الأقارب ينتشر بخاصة في ليبيا والمملكة العربية السعودية حيث أن هناك أكثر من 40% من النساء المتزوجات في الأعمار 15 إلى 49 متزوجات من أولاد عمومتهم والزواج بين الأقارب من الممكن أن يؤثر بالسلب على صحة الأبناء في حالة الزواج من أسر لها تاريخ لأمراض وراثية.

تعدد الزوجات: لا يزال تعدد الزوجات يمارس في بعض دول المنطقة وبخاصة الدول العربية منها وفي مسح في سوريا عام 2001 وجد أن 5% من النساء في أعمار 15 - 49 أزواجهن متزوجين من أكثر من واحدة.

الزواج غير التقليدي

يبدو أن الزواج غير التقليدي يظهر في بعض الدول بسبب تأخر سن الزواج والعنوسة وبخاصة بين شباب المنطقة وعادة فإن الزواج/العرفي الذي يتم دون علم الأسر (في مصر) وزواج المتعة/المؤقت (ويوجد في إيران ولبنان) يقوم به الشباب للتغلب على الصعوبات التي يقابلونها عند الزواج التقليدي الرسمي ولإعطاء صفة رسمية للعلاقات الجنسية. فالتكاليف العالية للزواج وكذلك النسبة العالية من البطالة بين الشباب من أهم أسباب انتشار هذه الأنماط من الزواج. بينما الإحصائيات عن هذه الأنماط من الزواج قليلة جدا فإن العدد المتزايد من حالات إثبات النسب تؤكد زيادة ممارسته.

المصادر

Fatma El-Zanaty and Ann Way, *Egypt Demographic and Health Survey 2005* (Calverton, MD: ORC Macro, 2006): table 16.1.

www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?Filename=FR176.pdf&id=586

Pan Arab Project for Family Health, *Family Health Surveys, Syria* (2001).

www.papfam.org/papfam/syria.htm

Hoda Rashad, Magued Osman, and Farzaneh Roudi-Fahimi, *Marriage in the Arab World* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2005).

www.prb.org/pdfs/MarriageInArabWorld_Eng.pdf

Daniel Williams, "Letter from the Middle East: Between Matrimony and Something Else," *International Herald Tribune-Africa & Middle East*, Dec. 4, 2007.

www.ihrt.com/articles/2007/12/04/africa/letter.php

سنة، على سبيل المثال، فإن هؤلاء غير المتعلّقات تزوجن في عمر 18 في المتوسط وأنجبن طفلهن الأول في عمر 20، أما أولئك اللاتي تعلّمن حتى الثانوية أو حصلن على تعليم جامعي تزوجن في عمر 23 في المتوسط وأنجبن طفلهن الأول في عمر 25 سنة.

والنساء الأكثر تعلّما لم يبدأن الولادة متأخرين فقط ولكن أيضا يملن إلى تنظيم الأسرة لتحقيق عدد الأطفال المرغوب فيه.

العقم

حوالي 10% من الأزواج في العالم عندهم مشكلة في صعوبة الحمل وطبقا للبحوث الدولية فإن حوالي ثلث حالات العقم (يعرف بالعقم بأنه عدم القدرة على الحمل خلال 12 شهر من الممارسة الجنسية المنتظمة بدون استخدام أي وسيلة لمنع الحمل) تعزى إلى أسباب تتعلق بالذكور وثلث آخر يمكن عزوها إلى أسباب تتعلق بالمرأة والثلث الباقي ينجم عن مشاكل مشتركة بين الزوجين أو عقم غير معروف السبب.

وحوالي عام 2005 فإن هناك 4 بلدان في المنطقة فقط معدل خصوبتهم الكلية هي 4 أطفال لكل امرأة هي: العراق والمملكة العربية السعودية وفلسطين بالإضافة إلى اليمن.

- ♦ في اليمن فإن معدل الخصوبة انخفض بشكل حاد في السنوات الماضية ولكن لا تزال من أعلى المعدلات في المنطقة والعالم (6 أطفال لكل امرأة).
- ♦ في لبنان وإيران وتونس وتركيا فإن الخصوبة عند معدل الإحلال - عدد الأطفال المطلوبين للإحلال مكان والديهم - حوالي 2 طفل لكل امرأة.
- ♦ وعلى مستوى العالم فإن متوسط الخصوبة هو 2.7 طفل لكل امرأة.

التعليم والخصوبة

التعليم هو العامل الأكثر أهمية على الإطلاق الذي يؤثر في العمر عند الزواج والعمر عند ولادة أول طفل في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا حيث أن النساء في المنطقة ينجبن بعد الزواج مباشرة، وبين النساء في مصر في أعمار 25 إلى 29

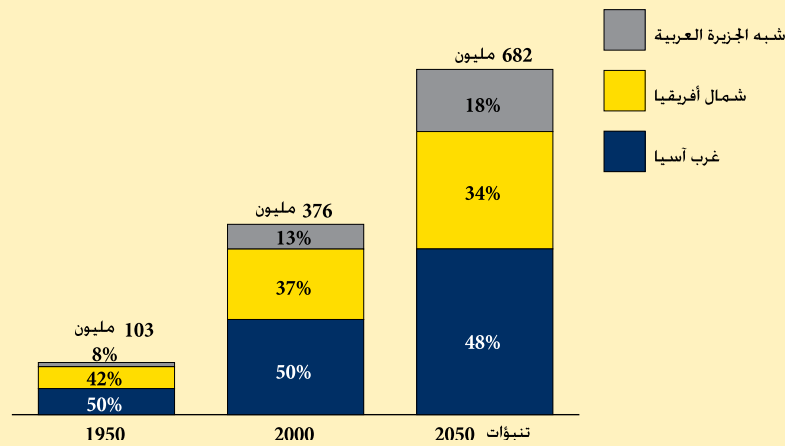
صندوق 2

النمو السكاني في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا

أن التحسن الملموس في الصحة وطول العمر خلال النصف الثاني من القرن العشرين أدى إلى زيادة ملموسة من النمو السكاني في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا والمناطق النامية الأخرى. وإن التقدم في الطب والصحة العامة - شاملة المضادات الحيوية والتطعيمات والتحسين في المرافق الصحية - أدى إلى خفض في معدلات الوفيات بعد عام 1950 وفي منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا فإن الخصوبة ظلت مرتفعة نسبيا مما أدى إلى زيادة كبيرة في المواليد بالنسبة للوفيات وبالتالي فقد نما عدد السكان من 103 مليون في عام 1950 إلى 376 مليون في عام 2000 (انظر الشكل).

وقد ساهمت الهجرة أيضا في النمو في دول الخليج الغنية بالبترو. وقد أدى النمو الاقتصادي الذي تلي الطفرة الكبيرة في عوائد البترول أثناء السبعينات إلى جذب الملايين من العمالة الوافدة إلى البحرين، الكويت، عمان، قطر والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة. ويشكل الشباب والمراهقين في أعمار 15 سنة إلى 24 سنة حوالي خمس السكان في المنطقة وبالرغم من أن هذه الفئة حوالي 100 مليون في عام 2008 يتوقع أن ينجبوا أعداد أقل عن آبائهم ولكن أعدادهم الكبيرة ستؤدي إلى استمرار النمو السكاني في المنطقة. وحجم السكان المستقبلي في المنطقة وفي كل قطر يعتمد أساسا على القرارات الإنجابية لشباب اليوم وقد قدرت الأمم المتحدة أنه بحلول عام 2050 فإن منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا سوف تضيق 300 مليون شخص إلى أعدادهم وسوف تنمو إلى حوالي 682 مليون. والنمو السكاني سوف يؤدي إلى وضع ضغوط على الموارد الطبيعية الهشة في المنطقة حيث أن منطقة الشرق الأوسط من أكبر المناطق الصحراوية في العالم وقد ضاعف النمو السكاني من الضغط على الموارد المائية المحدودة في المنطقة. أن توافر المصادر المتجددة من المياه أقل من ألف متر مكعب لكل شخص في السنة وهذا المستوى هو الذي يحدد إذا كان أي بلد أو منطقة تعاني من ندرة المياه.

استطاعت دول الخليج الغنية بالبترو أن تغلب على ندرة المياه باستيراد مياه عذبة وكذلك نجحت في وضع تقنية مكلفة وذلك لإزالة ملوحة المياه المالحة (من البحار والآبار) لتلبية احتياجات السكان ولكن هذه الأساليب لا تتوافر للدول فقيرة الموارد مثل اليمن وفلسطين وسكان هذه المناطق يعانون من أكبر معدلات لنمو السكان في المنطقة وذلك لسبب خصوبتهم العالية.



المصدر: UN Population Division, World Population Prospects: The 2006 Revision (2007). <http://esa.un.org>

4 تنظيم الأسرة

النقاط الرئيسية

- ◆ تنظيم الأسرة يحسن صحة الأسرة ويفيد المجتمع.
- ◆ الإسلام يساند استخدام تنظيم الأسرة.
- ◆ أغلبية نساء منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا يستخدمون وسائل تنظيم الأسرة.
- ◆ لا يزال الكثير من النساء اللاتي يردن تجنب الحمل ولكن لا يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة.

تنظيم الأسرة يحسن صحة الأمهات وأسرهن واستخدام وسائل تنظيم الأسرة لتأخير أو منع الحمل يسمح للنساء بالولادة في الوقت الأكثر ملائمة لهن صحياً ولأطفالهن وبالتالي يؤدي إلى تقليل وفيات الأمهات ووفيات وإعاقة الأطفال. وتوضح البيانات الدولية أن الأطفال الذين يولدون بعد فترات تباعد بين ثلاثة وخمسة سنوات لديهم القدرة على الحياة لعمر خمس سنوات أكثر من ضعفي الأطفال الذين ولدوا بعد فترات تباعد أقل من عامين.

بالإضافة إلى أن بعض وسائل تنظيم الأسرة - وبالأخص الواقي الذكري والأنثوي - يمنعان كلاً من الحمل والأمراض المنقولة جنسياً شاملة متلازمة عوز المناعة المكتسب/ الإيدز.

الاستثمار في تنظيم الأسرة له عائد اقتصادي مجز للحكومات لأن المعدات والخدمات منخفضة التكاليف نسبياً وفوائد تنظيم الأسرة تمتد إلى ما هو أكثر من صحة الأسرة. فمثلاً الإقلال من ولادة أطفال غير مرغوب فيهم يقلل من النفقات القومية للرعاية الصحية والتعليم ويقلل من النفقات على الأسرة ويقلل من الضغط على الموارد الطبيعية المحدودة.

الإسلام وتنظيم الأسرة

يؤيد علماء المسلمين بصورة عامة استخدام وسائل تنظيم الأسرة وذلك بناء على الرأي القائل أن الإسلام دين وسطي ويشيرون إلى مبدأ الإباحة في الإسلام - أن كل شيء مباح في الإسلام ما لم يرد نص يمنعه في القرآن أو السنة (أعمال وأقوال الرسول صلى الله عليه وسلم) والقرآن لم يمنع تنظيم الولادات ولم يمنع تباعدهم.

وبالرغم من أنه ليس هناك ما يدل على أن العقم ينتشر في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا عن المناطق الأخرى. فإن الموضوع له أهمية خاصة في المنطقة. القيم الثقافية في المنطقة تمجد الأمومة وتصم النساء اللاتي لا يحملن بوصمة وهناك ضغوط على النساء أن يحملن بمجرد الزواج وأولئك اللاتي لا يحملن سريعاً غالباً يلجأن للعلاج والذي يكون مكلفاً في بعض الأحيان. وعلاج العقم قد يشمل:

- ◆ بالنسبة للرجال فقد يشمل علاج بالأدوية أو الجراحة وذلك لتحسين جودة السائل المنوي والحيوانات المنوية.
- ◆ والمرأة قد تتناول أدوية للمساعدة على التبويض أو تحتاج إلى جراحة ميكروسكوبية لعلاج مشاكل قناة فالوب أو جراحة لإزالة أورام ليفية من الرحم.
- ◆ التلقيح الصناعي هو أحد الاختيارات بالإضافة إلى الإخصاب الطبي المساعد حيث يتم تلقيح البويضة والحيوان المنوي ثم يتم زرع اللقحة (البويضة المخصبة) في رحم المرأة.

يمكن للأزواج أن يستفيدوا من هذه العلاجات باستخدام التلقيح الصناعي من المتبرعين بالحيوانات المنوية أو التبرع بالبويضات أو الأمشاج ولكن هذا غير مقبول في العالم الإسلامي إلا في إيران حيث أنه من الممكن أن يتدخل طرف ثالث بالتبرع وهذا مسموح به دينياً وقانوناً في إيران.

وعلى العموم فإن تكنولوجيا الإخصاب الطبي المساعد يزداد توافرها في المنطقة وخصوصاً في القطاع الخاص. ولكن التقنيات قد تكون في بعض الأحيان غير ضرورية أو ناجحة. لذلك تحتاج البلدان في المنطقة إلى المعايير القياسية للتحكم في جودة علاج العقم وكذلك لتحجيم تكاليف هذا العلاج لكي تكون متاحة لمن هم بحاجة إليه.

المصادر

American College of Obstetricians and Gynecologists, *Women's Health: Stats and Facts* (2004).

www.acog.org

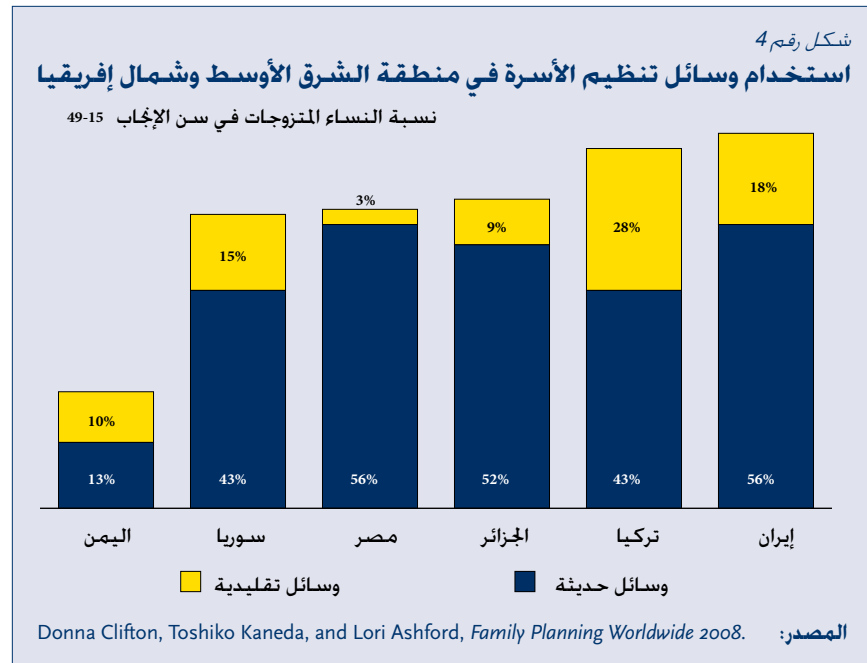
Demographic and Health Surveys, various years. www.measuredhs.com

Farzaneh Roudi-Fahimi and Mary Mederios Kent, "Challenges and Opportunities—The Population of the Middle East and North Africa," *Population Bulletin* 62, no. 2 (2007).

Farzaneh Roudi-Fahimi and Valentine M. Moghadam, *Empowering Women, Developing Society: Female Education in the Middle East and North Africa* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2003). www.prb.org/pdf/EmpoweringWomeninMENA.pdf

Pan-Arab Project for Family Health. www.papfam.org

Mohammad Jalal Abbasi-Shavazi et al., "The Iranian ART Revolution: Infertility, Assisted Reproductive Technology, and Third-Party Donation in the Islamic Republic of Iran," *Journal of Middle East Women's Studies* 4, no. 2 (2008).



وسائل منع الحمل الطارئة (Emergency Contraception)

وسائل منع الحمل الطارئة عبارة عن مجموعة من الوسائل التي من الممكن أن تمنع الحمل في حالة أخذها خلال 72 ساعة من عملية جنسية غير محمية والقصد من هذه الوسائل استخدامها فقط في الحالات الطارئة وليس كوسيلة تستخدم باستمرار. وقد أجازت هيئة الأدوية والأغذية الأمريكية منتجات من وسائل منع الحمل الطارئة في عام 1998 وقد سجلت أغلب بلاد العالم هذه الوسائل. وفي البلاد التي لا يتوافر فيها هذه الوسائل أو غير مسجلة فإن جرعات كبيرة من حبوب منع الحمل يمكن استخدامها لمنع الحمل في الحالات الطارئة ولكن لابد من الحصول على المشورة من مقدم الرعاية الصحية عن كيف يمكن عمل ذلك بفاعلية وأمان.

وتشكل المعرفة عن وسائل منع الحمل الطارئة وسهولة منالها تحدياً أمام الكثير من بلاد العالم، وطبقاً للمجلس الدولي عن وسائل منع الحمل الطارئة فإن أغلب الحكومات في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا لم يوافقوا أو يسجلوا هذه المنتجات ولا توجد معلومات عن إمكانية حصول المرأة عليها من القطاع الخاص وهناك قليل من الاستثناءات:

- ◆ في لبنان والجزائر فإن المنتجات مسجلة ومتوافرة في الصيدليات باستخدام وصفة طبية (روشتة).
- ◆ في تونس وتركيا فإن هذه المنتجات مسجلة ومتوافرة بدون وصفة طبية (روشتة).
- ◆ وفي مصر فإن هذه الوسائل تقدم من خلال برنامج تنظيم الأسرة في وحدات وزارة الصحة.

والإسلام يبيح تنظيم الأسرة للدواعي الآتية:

- ◆ التباعد بين فترات الحمل لحماية صحة الأمهات.
- ◆ منع انتقال العيوب والأمراض الوراثية للأبناء.
- ◆ تلافي الإحراج الاقتصادي للأسرة من كثرة الأطفال.

والمجيزون لإباحة استعمال وسائل تنظيم الأسرة يشترطون أن تكون الوسيلة مأمونة وأن يكون السبب في منع الحمل مقبولاً مثل: الحفاظ على صحة ورفاهية الأسرة وعلى الرغم من أن أغلب علماء المسلمين يوافقون على وسائل تنظيم الأسرة الحديثة إلا أنهم يتحفظون على تعقيم النساء والرجال. وبعضهم لا يوافق على تعقيم الرجال على الخصوص معتمدين على القياس بالإخصاء الذي يمنعه الإسلام وعلى أنها وسيلة دائمة مما يشكل التدخل في إرادة الله. وهناك آراء مخالفة ابتدأت تظهر منها أن القياس على الإخصاء ناقص حيث أن الإخصاء يشمل الخصوبة والفحولة بينما التعقيم للرجال يشمل الخصوبة فقط إلا أن التقدم في وسائل الإخصاب الطبي المساعد والجراحة الميكروسكوبية أدى إلى أن هذه الوسائل أصبحت غير دائمة ويمكن الرجوع فيها وبالتالي يرى هؤلاء أنها لا تتعارض مع المشيئة الإلهية.

وسائل تنظيم الأسرة

تنقسم وسائل تنظيم الأسرة إلى وسائل حديثة تعتمد على منتجات وخدمات إكلينيكية ووسائل تقليدية تعتمد على سلوك الزوجين (انظر شكل 4) الوسائل التقليدية تشمل الفذف خارج المهبل، فترة الأمان (والتي تعرف بالامتناع الجنسي المؤقت) والامتناع الجنسي في فترة الأربعين (بعد الولادة /فترة النفاس) والرضاعة الطبيعية وهذه الوسائل معرضة للفشل. فمثلاً فإن الأبحاث تشير إلى أن حوالي 20% إلى 25% من النساء اللاتي يمارسن الطرق التقليدية مثل فترة الأمان والفذف خارج المهبل يمكن أن يحملن خلال سنة.

وبالرغم من أنه ليست كل الوسائل الحديثة متوافرة في كل مكان إلا أنها تشمل:

- ◆ حبوب منع الحمل والتي تحتوي على هرمون الإستروجين أو البروجيستيرون أو الإثنين معاً وتؤخذ يومياً في خلال الدورة الشهرية/الطمثية.
- ◆ النماط الرحمية (اللوالب) والتي يمكن استخدامها من ثلاث إلى عشر سنوات طبقاً لنوعها.
- ◆ حقن منع الحمل (Injectables) والتي تعطى كل شهرين أو ثلاثة شهور طبقاً لنوعها.
- ◆ والغرسات (الكبسولات تحت الجلد Implants) والتي من الممكن أن تستخدم من ثلاث إلى سبع سنوات.
- ◆ الواقي الذكري والأنثوي والتي لابد من استخدامها باستمرار وبطريقة صحيحة كل مرة تحدث فيها علاقة حميمة/جنسية بين الزوجين.
- ◆ بعض الوسائل الموضعية الأخرى مثل الحاجز المهبل والحاجز المغطي لعنق الرحم والحبوب الرغوية الموضعية والجيلي والكريم والتي تحتاج إلى استمرار الاستعمال وأن يكون بطريقة صحيحة.
- ◆ الوسائل الدائمة (تعقيم الرجال والنساء).

ووسائل التعقيم والغرسات (الكبسولات تحت الجلد)، والنماط الرحمية /اللوالب حبوب منع الحمل (إذا استعملت بطريقة صحيحة) فعالة بدرجة 99 إلى 100% أما الوسائل الموضعية الأخرى شاملة الواقي الذكري فإنها قابلة للفشل وفعاليتها قليلة.

وبالرغم من أن تعقيم الرجال قانوني في بلاد المنطقة ولكن نادرا ما يروج له كوسيلة لتنظيم الأسرة فيما عدا إيران. وبرنامج تنظيم الأسرة الإيراني يوفر كل وسائل تنظيم الأسرة الحديثة مجانا شاملة التعقيم للرجال والنساء والواقي الذكري وإيران بها المصنع الوحيد للواقي الذكري في المنطقة.

تأثير التعليم ومقياس الثروة على استخدام وسائل تنظيم الأسرة

عموما فإن النساء الأكثر تعليما وبخاصة اللاتي حصلن على الشهادة الثانوية أو أكثر هن الأكثر استخداما لوسائل تنظيم الأسرة من الحاصلات فقط على الشهادة الإعدادية أو اللاتي لم يتعلمن. وهذه العلاقة حقيقية ليس فقط في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا ولكن في كل العالم وبالمثل النساء الأكثر حظا ماديا أكثر استخداما لوسائل تنظيم الأسرة من النساء الفقيرات (انظر شكل 5). وتظهر الفروق واضحة بين الحضر والريف في استخدام وسائل تنظيم الأسرة. فالنساء اللاتي يعشن في المناطق الريفية يكن أكثر فقرا وأقل تعليما وأقل وصولا للخدمات عن النساء في الحضر. وإحدى الطرق للحكومات لإزالة الحواجز الاجتماعية والاقتصادية لتنظيم الأسرة هي توفير وسائل وخدمات تنظيم الأسرة من خلال نظم قومية لخدمات الرعاية الصحية الأساسية. وفي المغرب فإن وزارة الصحة قد بذلت جهدا في خلال العقد الأخير في زيادة استخدام وسائل تنظيم

وسائل تنظيم الأسرة الجديدة

أن أغلب وسائل تنظيم الأسرة الحديثة كانت نتيجة لاستثمارات منذ أعوام عديدة وقد مرت كلها خلال عمليات بحث واختبارات للأمان والفاعلية ويجب أن توافق عليها الهيئات المعنية قبل توافرها. والباحثون مستثمرون في العمل على اكتشاف وسائل جديدة أغلبها مماثل للموجود حاليا ولكن أكثر فاعلية وأقل تكلفة ولها مضاعفات جانبية أقل وأسهل في التقديم.

وهناك نوع جديد - وسيلة هرمونية للرجال - حاليا تحت التجربة الإكلينيكي للفاعلية والوسيلة الهرمونية للرجال من الممكن أن توفر طريقة مؤقتة ومأمونة لمنع الحمل مثلها مثل وسائل السيدات.

تكلفة وسائل تنظيم الأسرة

الوسائل طويلة المفعول والوسائل الدائمة لتنظيم الأسرة تحتاج إلى زيارات أقل لوحدة تقديم الخدمة وتوفر حماية لسنوات طويلة ضد الحمل وتوصف بالفاعلية مقارنة بالتكلفة ولكن هناك وسائل. بالرغم من أنها ليست مكلفة على المدى البعيد، يمكن أن يكون لها تكاليف في البداية تؤثر على توافرها وعلى مدى اختيار المستخدمين لها.

الاستخدام الحالي لتنظيم الأسرة

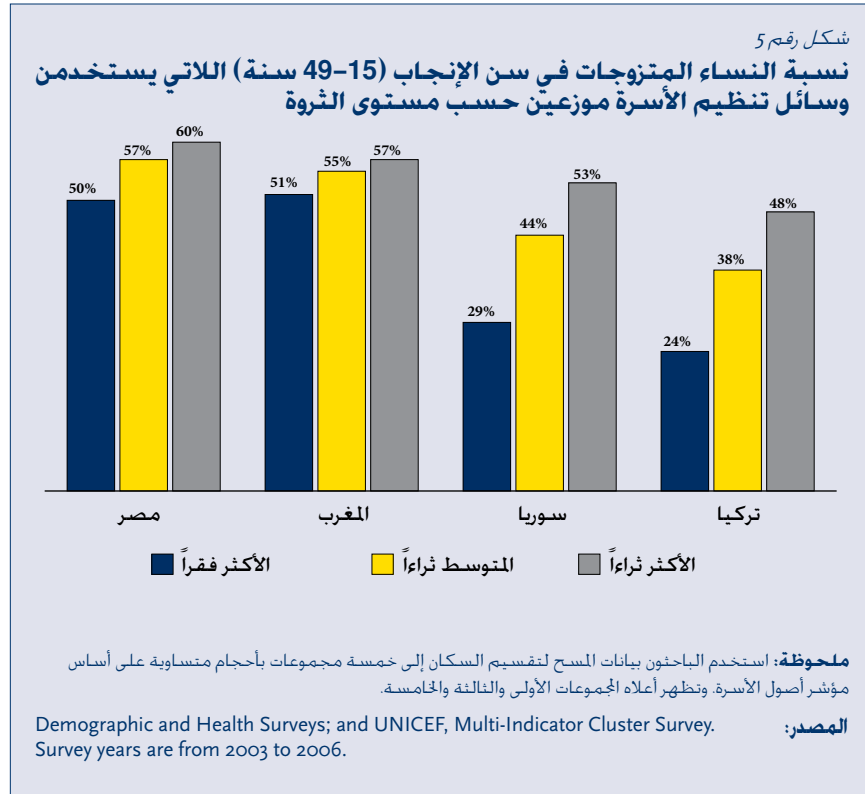
أن ارتفاع مستوى التعليم والتوسع في الخدمات الصحية قد ساهمت في زيادة استخدام وسائل تنظيم الأسرة في المنطقة كلها. مصر وإيران وتركيا كانوا من أوائل الدول في المنطقة في إدخال برامج قومية لتنظيم الأسرة كجزء من خطط التنمية لتحسين الصحة والرفاهية لشعبهم وفي عام (1980) فإن حوالي ربع النساء في هذه البلدان كن يستعملن وسائل تنظيم الأسرة الحديثة.

وخلال التسعينيات فإن استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة ارتفع بصورة كبيرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا وحاليا فإن أكثر من نصف النساء المتزوجات يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة الحديثة في الجزائر، مصر، إيران، المغرب وتونس (انظر ملحق 6).

أن أعلى معدل استخدام لوسائل تنظيم الأسرة هو في إيران وهو مماثل للمعدل في الولايات المتحدة وفي كلا البلدين 74% من النساء المتزوجات يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة ولكن استخدام الوسائل الحديثة للسيدات الأمريكيات (68%) أعلى من استخدام السيدات للوسائل الحديثة في إيران (56%).

والحبوب واللولب هي أشهر وسائل تنظيم الأسرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا والحبوب هي أكثر الوسائل استخداما في بلاد مثل الجزائر والمغرب بينما اللولب أكثر الوسائل استخداما في مصر والأردن وسوريا وتركيا.

استخدام الوسائل الذكرية: (القذف خارج المهبل، الواقي الذكري وتعقيم الرجال) وهي وسائل قليلة الاستخدام في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا فيما عدا إيران وتركيا ففي تركيا حوالي 11% من السيدات المتزوجات في سن الخصوبة أكد أن أزواجهن يستخدمون الواقي الذكري كوسيلة لتنظيم الأسرة وهي أعلى نسبة في المنطقة.



دراسة حديثة عن الاحتياجات غير الملباه في سوريا أشارت إلى أن نصف النساء اللاتي عانين من الإجهاض كن يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة عندما حملن. ومن هؤلاء 44% كن يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة التقليدية و 25% كن يستخدمن حبوب منع الحمل.

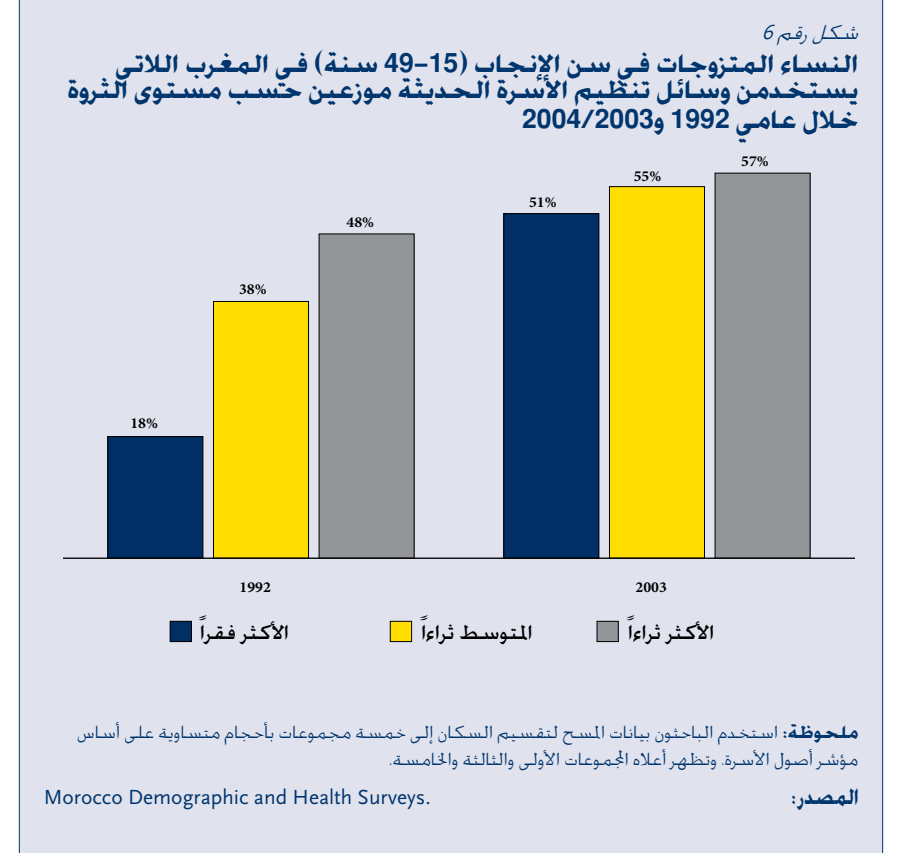
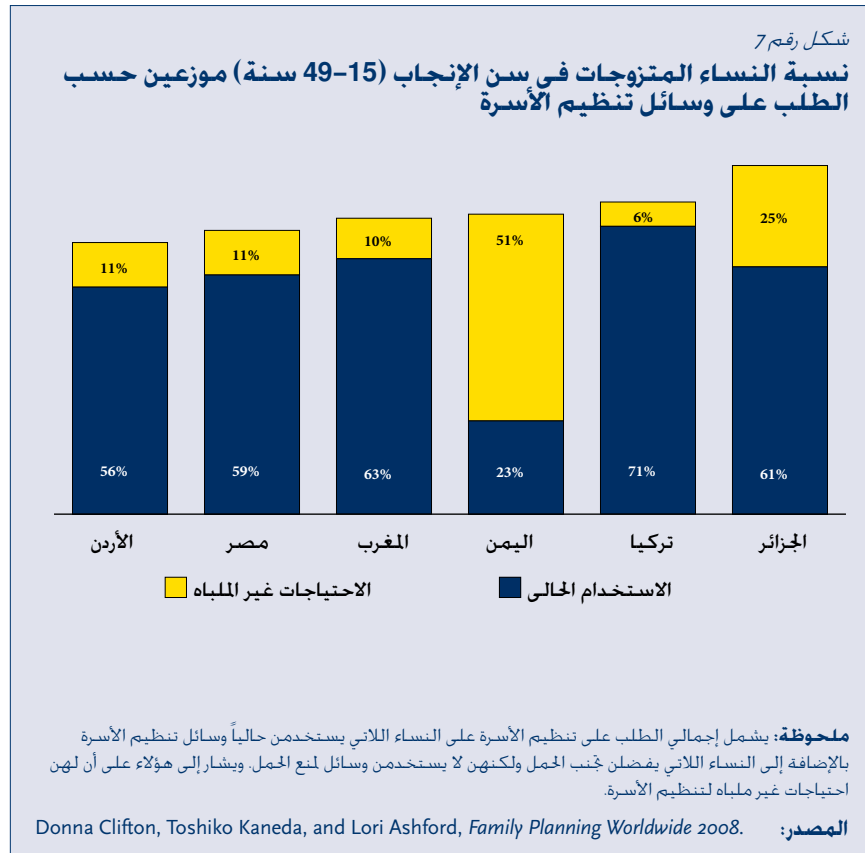
وهناك من الأدلة أن بعض النساء يستخدمن حبوب منع الحمل في حالة وجود علاقة جنسية فقط وهذا الاستعمال خاطئ ولا يؤدي إلى منع الحمل. وطبقاً لدراسة أخرى فإنه لو تم استبعاد فشل وسائل تنظيم الأسرة واستمرت كل النساء في استخدام وسائل تنظيم الأسرة فإن معدلات الخصوبة في مصر والأردن من الممكن أن تنخفض بين 3.1 و 3.5 ولادة لكل امرأة بالتوالي إلى 2 ولادة لكل امرأة فقط. وفشل الوسائل أو التوقف عن الاستخدام ينتج في الغالب عن نقص المشورة الفعالة والمتابعة من قبل مقدمي الخدمات الصحية ومن الممكن أن يلعب مقدمي الخدمات الصحية دوراً مهماً في تعريف النساء والأزواج عن أفضل وسيلة تناسب ظروفهم الخاصة (على سبيل المثال إذا كانت المرأة ترضع أو لا تريد إنجاب المزيد من الأطفال) وكيف يستخدمن الوسائل بطريقة صحيحة وما هي المضاعفات الجانبية المحتملة مثل النزف المتقطع أو زيادة الوزن وماذا يمكن عمله تجاه هذه المضاعفات.

الأسرة بين الفقراء وبالذات النساء الريفيات وبالتالي قللت الفجوة بين الفقراء والأغنياء في المغرب (انظر الشكل 6).

الاحتياجات غير الملباه لتنظيم الأسرة

النساء اللاتي يرغبن في التوقف عن الإنجاب ولكن لا يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة يشار لهن بأنهن يعانين من احتياجات غير ملباه لتنظيم الأسرة. والاحتياجات غير الملباه تتراوح بين 6% من النساء المتزوجات في تركيا إلى 51% في اليمن (انظر شكل 7) وفي المناطق التي تعاني من نسبة عالية من الاحتياجات غير الملباه يلاحظ أنه ينتشر بين الفقيرات والأقل تعليماً.

وبالإضافة للنساء ذوات الاحتياجات غير الملباه والنساء الأخريات اللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة فإن النساء من الممكن أن يحملن إذا فشلت وسائل تنظيم الأسرة أو إذا كن يستخدمن الوسائل بطريقة خاطئة أو بطريقة متقطعة، وتشير البحوث إلى أن معدلات فشل وسائل تنظيم الأسرة ومعدلات التوقف عن الاستخدام بين نساء الشرق الأوسط وشمال إفريقيا عالية جداً. وهناك



المصادر

Demographic and Health Surveys, various years. www.measuredhs.com

Farzaneh Roudi-Fahimi, *Iran's Family Planning Program: Responding to a Nation's Needs* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2002). www.prb.org/pdf/IransFamPlanProg_Eng.pdf

Farzaneh Roudi-Fahimi, *Islam and Family Planning* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2004). www.prb.org/pdf04/Islam&FamilyPlanning.pdf

International Consortium for Emergency Contraception. www.cecinfo.org

Johns Hopkins University Center for Communication Programs, "Births Spacing: Three to Five Saves Lives," *Population Reports* 30, no. 3 (2002). www.infoforhealth.org/pr/l13edsum.shtml

Ruth Levine et al., "Contraception," in *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2d ed., ed. Dean T. Jamison et al. (New York: Oxford University Press, 2006). www.dcp2.org

Abdel Rahim Omran, *Family Planning in the Legacy of Islam* (London: Routledge, 1992).

Rhonda Smith et al., *Family Planning Saves Lives 4th edition* (Washington, DC: Population Reference Bureau, forthcoming).

United Nations, *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002* (2004). http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2002/WCU2002_Report.pdf

Ushma D. Upadhyay, "New Contraceptive Choices," *Population Reports Series M*, no. 19 (2005). www.populationreports.org/m19/

5 صحة الأمهات

النقاط الرئيسية

- ◆ معدلات استخدام الرعاية الصحية أثناء الحمل في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا منخفضة بالمقارنة بالدول النامية كما أن استخدام خدمات الرعاية بعد الولادة أقل.
- ◆ بالرغم من التحسين في صحة الأمهات في المنطقة فإن منظمة الصحة العالمية تقدر أن أكثر من 16000 امرأة تموت سنوياً بسبب الحمل والولادة وحوالي ثلثي الحالات تحدث في أربع بلاد: مصر، العراق، المغرب، واليمن.
- ◆ وفيات الأمهات يمكن تجنبها وأهم وسيلة لتجنبها هي أن تكون الولادة تحت إشراف مقدمي خدمات صحية مدربين.

صحة الأمهات تحسنت بصورة عامة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا وذلك بتحسين مؤشرات التعليم بالإضافة إلى التوسع والتحسين في الرعاية الصحية وفي المتوسط فإن سيدات اليوم أكثر تعليماً وبلدن أول طفل عند سن أكبر وقدرتهن على الحصول على الخدمات الصحية أفضل بكثير من الأجيال السابقة، وكل هذه العوامل تساهم في تحسين صحة الأمهات.

ولا يزال حوالي النصف من العشرة ملايين سيدة اللاتي يلدن كل سنة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا يعانين من بعض المضاعفات ومنهم أكثر من مليون سيدة يعانين من مضاعفات خطيرة مثل النزف الشديد أو العدوى والتي قد تؤدي إلى مرض طويل الأجل وحتى الوفاة. وفي كل عام فإن أكثر من 16000 سيدة في المنطقة يتوفين نتيجة لمضاعفات الحمل والولادة التي تختلف معدلاتها كثيراً بين البلدان (انظر الملحق 1).

والتقديرات الدولية تشير إلى أن في مقابل كل وفاة من وفيات الأمهات فإن حوالي 30 سيدة على الأقل يعانين من إعاقات مزمنة والتي تؤثر على الجهاز الإنجابي وقد تؤدي إلى عدم التحكم في البول أو البراز، ومن الصعب تقدير حجم هذه الإعاقات وذلك يعود إلى أن النساء يعانين في صمت وعادة لا يتوجهن إلى النظام الصحي الرسمي لتسجيل هذه الحالات، وفي الحقيقة فإن ضعف صحة الأمهات يعكس الفقر والتمييز ضد المرأة. ونقص وزن المواليد هو أيضاً أحد علامات ضعف صحة الأمهات لأنه ينتج في الغالب عن ضعف لصحة الأم وكذلك حالتها التغذوية أثناء الحمل. في اليمن يزن 32% من

هذه الوفيات أو تسجل تحت تقسيم آخر غير وفيات الأمهات. وإجراء مسح بهدف جمع بيانات عن أسباب وفيات الأمهات يكون مكلفاً لأن مثل هذه المسوح تحتاج إلى حجم عينات كبيرة ونتيجة لذلك فإن أغلب البلاد الفقيرة التي تحتاج إلى طرق دقيقة لجمع البيانات لا تمتلكها.

ومصر من الدول القلائل بين الدول النامية والتي قامت بعمل مسحين قوميين ممثلين لتقدير مستوى وأسباب وفيات الأمهات وهذين المسحين أجريا في عامي 1993/1992 و2000 وتمويل من هيئة المعونة الأمريكية (USAID) وبدعم فني من منظمات دولية وهذين المسحين غطوا عينة من وفيات الأمهات في سن الإنجاب واللاتي حدثت في كل المحافظات في نفس سنة المسح.

وقد تعرف مسح 1993/1992 على الأسباب التي يمكن تجنبها، والأسباب التي لا يمكن تجنبها، والتي تتسبب في وفيات الأمهات شاملة نقص الجودة في الرعاية الولادية. واستجابة لهذا فإن وزارة الصحة والسكان المصرية وبالتعاون مع شركاء دوليين مثل هيئة المعونة الأمريكية مولت برنامج "أم سليمة/طفل سليم" كما نفذت سلسلة من الأنشطة لتحسين جودة الرعاية الصحية مع التركيز على صعيد مصر والمستشفيات

جدول 1

وفيات الأمهات في العام 2005

معدل الخطورة مدى الحياة من وفيات الأمهات	وفيات الأمهات لكل 100000 مولود حي	
1 لكل 92	400	العالم
1 لكل 8000	8	الدول الصناعية
1 لكل 76	450	الدول النامية
1 لكل 22	920	دول جنوب الصحراء الإفريقية
1 لكل 59	500	جنوب آسيا
1 لكل 140	210	شمال إفريقيا والشرق الأوسط
1 لكل 280	130	أمريكا اللاتينية والكاريبي
1 لكل 350	150	شرق آسيا والباسيفيك
1 لكل 1300	46	وسط وشرق أوروبا

ملحوظة: تلك المناطق هي المستخدمة من قبل اليونيسيف. انظر بيانات الدولة في الملحق 1. ولنسمح بالمقارنة بين البلدان فإننا عادة ما نشير إلى الوفيات المتعلقة بالحمل بطريقتين: (1) معدل وفيات الأمهات ومعدل الوفيات لكل 100000 مولود حي؛ (2) واحتمال الوفاة في عمر المرأة لأسباب تتعلق بالحمل والذي يعكس معدل وفيات الأمهات في هذه المنطقة بالإضافة إلى معدل الخصوبة بها. وتزداد الخطورة بالنسبة للنساء ذات نسبة الخصوبة العالية (عدد الولادات) لأنهن يحملن مرات أكثر وبهذا يصبحن معرضات أكثر لخطر الموت - حتى لو كان الخطر ضئيل - بالنسبة للنساء اللاتي يتمتعن بمعدل خصوبة أقل.

المصدر: World Health Organization, *Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank: appendix 8.*

المواليد أقل من 2.5 كيلوجرام وهو يقع تحت تعريف المواليد ناقصي الوزن واليمن لديها أعلى معدل للمواليد ناقصي الوزن في المنطقة بالإضافة إلى أعلى معدل من أمية النساء وأعلى معدل لوفيات الأمهات.

في حوالي نصف من بلاد المنطقة يولد أقل من 10% من الأطفال ناقصي الوزن. في الجزائر ولبنان النسبة تصل إلى 6% - وهي أقل نسبة في المنطقة وتقترب من معدل كندا.

وفيات الأمهات في العالم وفي منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا

تحدث أكثر من نصف مليون حالة وفاة للسيدات نتيجة لأسباب متعلقة بالحمل والولادة سنوياً في العالم ومضاعفات الحمل والولادة هي أهم سبب للوفاة والإعاقة في سن الإنجاب في معظم الدول النامية.

وتسجل الدول النامية حوالي 99% من كل وفيات الأمهات. وأغلب هذه الوفيات يمكن تجنبها ففي البلاد الغنية فإن مقدمي الخدمات الصحية المدربين وكذلك مقدمي خدمات الولادة عند الطوارئ ينقذون الغالبية العظمى من السيدات - ما عدا قلة قليلة - من مضاعفات الحمل والولادة.

والأبحاث الدولية تشير إلى أن الفتيات تحت سن العشرين اللاتي يتوفين نتيجة متاعب الحمل والولادة ضعف عدد السيدات بعد سن العشرين. والأمهات الأصغر يواجهن خطراً أكبر. فالفتيات في سن بين 10-14 سنة يتوفين بمعدل يزيد عن خمس مرات لأولئك اللاتي في عمر 20-24 نتيجة لمضاعفات الحمل والولادة.

وتقرير 2002 للتنمية البشرية العربية أكد أن وفيات الأمهات هو "من أهم التحديات الصحية" وأكد على أن مستوى معدلات الوفيات في المنطقة أكثر من مثيلاتها في أمريكا اللاتينية والكاريبي أو شرق آسيا (انظر جدول 1).

♦ طبقاً لمنظمة الصحة العالمية فإن الكويت وحدها هي التي قللت من معدلات الوفيات إلى حد اعتبارها - بالمقاييس العالمية - منخفضة (معدل وفاة الأمهات لا يزيد عن 5 وفيات لكل 100000 مولود حي).

♦ بالرغم من أن وفيات الأمهات نسبياً قليلة في قطر والمملكة العربية السعودية إلا أنها أكثر من البلدان المماثلة في الدخل القومي للأفراد.

♦ النساء في اليمن أكثر تعرضاً للوفاة نتيجة أسباب متعلقة بالحمل والولادة تصل إلى واحد لكل 39 خطورة مدى الحياة وفي اليمن تصل نسبة الوفيات بين الأمهات إلى 430 لكل 100000 طفل حي (حوالي 4 آلاف وفاة سنوياً).

ويجب الاحتراس عند تفسير البيانات الخاصة بوفيات الأمهات وذلك لسبب الصعوبة في جمع هذه البيانات حيث أنها قد يكون تم جمعها من سجلات الوفيات أو من المسوح في المنازل أو المستشفيات أو من خليط من الطريقتين حيث أن لكل طريقة محدودياتها ولا تقوم كل البلدان بتسجيل أسباب وفيات الأمهات في سجلاتهم الرسمية هذا بالإضافة إلى أن كثير من النساء يتوفين خارج النظام الصحي، ومن الممكن أن لا تسجل

تنظيم/تخطيط الحمل: البحوث تبين أن النساء تواجه مخاطر الوفاة أو الإعاقة بسبب /أسباب تتعلق بالحمل والولادة إذا كن يحملن بكثرة والفترات بين الأحمال قصيرة أو يحملن وهن صغيرات أو كبيرات السن والنساء ذوات الحمل غير المرغوب فيه، ويستطيع النساء تنظيم / تخطيط أحمالهن إذا كانت المعلومات عن تنظيم الأسرة متوفرة والخدمات سهلة المنال (انظر القسم الخاص بتنظيم الأسرة، ص 15).

المتابعة المنتظمة للحمل: أن سهولة منال الخدمات ذات الجودة أثناء الحمل ووجود نظام إحالة جيد من الممكن أن تحسن الصحة النفاسية وتوصي منظمة الصحة العالمية بأن تقوم السيدات بمتابعة حملهن على الأقل 4 مرات أثناء الحمل وتبدأ في الأشهر الثلاث الأولى من الحمل. ونسبة النساء اللاتي يقمن بمتابعة الحمل طبقاً لتوصيات منظمة الصحة العالمية في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا تتراوح بين 1 من كل 10 نساء حوامل في اليمن إلى 9 من كل 10 نساء حوامل في الأردن.

جدول 2

أهم أسباب وفيات الأمهات في مصر عام 2000

نسبة وفيات الأمهات	أهم سبب وحيد لوفيات الأمهات
77	أسباب مباشرة
30	النزيف
13	ارتفاع ضغط الدم
8	انفجار الرحم
6	عداوى الجهاز التناسلي
6	جلطة في الرئة
5	مضاعفات التخدير
4	مضاعفات العملية القيصرية
3	إجهاض غير آمن
2	أسباب أخرى مباشرة
20	أسباب غير مباشرة
10	أمراض القلب والجهاز الدوري
3	العدوى بالميكروبات والطفيليات
3	مضاعفات في الجهاز الهضمي
4	أسباب غير مباشرة أخرى
3	أسباب غير معروفة

المصدر: Egypt Ministry of Health and Population, National Maternal Mortality Study, 2000: table 7.

الريفية. وكننتيجة لذلك فإن معدل وفيات الأمهات قد انخفض بوضوح في مصر من 174 وفاة لكل 100000 مولود حي 1992/1993 إلى 84 وفاة لكل 100000 مولود حي في عام 2000. وقد تم إدخال نظام رصد لوفيات الأمهات والذي قدر وفيات الأمهات في عام 2008 بحوالي 59 وفاة لكل 100000 مولود حي.

الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات والإعاقة

أحد أهداف مسحي وفيات الأمهات 1992/1993 و 2000 في مصر هو محاولة فهم ما هي الأسباب التي يمكن تجنبها وتساهم في وفيات الأمهات. وقد قام الباحثون الذين جمعوا البيانات بفحص السجلات الطبية للنساء اللاتي توفين لأسباب تتعلق بالحمل والولادة وتحديثوا مع أفراد الأسرة عن الحالة وقيموا بدقة ما الذي أدى إلى هذه الوفيات. وتوضح هذه الحالات تعقد وتشابك الأسباب التي تساهم في وفيات الأمهات.

فعلى سبيل المثال فإن مسح 2000 أشار إلى ما يلي:

- ◆ خمس حالات الوفيات فقط كان لأسباب غير الممكن تجنبها.
- ◆ حوالي نصف وفيات الأمهات تحدث أثناء الولادة أو بعد ساعات من الولادة.
- ◆ حوالي ثلاث أرباع وفيات الأمهات كانت لأسباب مباشرة - حالات تتعلق بالحمل وهذه النتيجة تؤكد دراسات من بلاد نامية أخرى.
- ◆ النزيف الشديد كان أهم سبب متكرر للوفاة ويليه ارتفاع ضغط الدم بسبب الحمل (وهو ارتفاع خطير في ضغط الدم) ويليه انفجار الرحم، التهابات وجلطة في الرئة.
- ◆ ومن ضمن الأسباب غير المباشرة حالات عرضية أخرى تزيد بالحمل مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والتي كانت من أكثر الأسباب شيوعاً (انظر جدول 2).

وبعض مضاعفات الولادة مثل النزيف الشديد قد تؤدي إلى الوفاة خلال ساعات والأسباب الأخرى مثل العدوى والولادة المتعثرة من الممكن أن تقتل الأم بعد أيام من المعاناة. والنساء اللاتي يعشن بعد حدوث هذه المضاعفات من الممكن أن يعانين من الإعاقة مثل: الأنيميا الحادة والتمزقات والأضرار في الجهاز الإنجابي والجهاز العصبي والألام المزمنة والعقم أو مضاعفات طويلة الأجل مثل الناسورات وهي فتحات بين المهبل والمستقيم أو المثانة والذي يؤدي إلى نزول البول أو البراز باستمرار من المهبل.

التدخلات لإنقاذ حياة الأمهات

أن أغلب وفيات الأمهات يمكن تجنبها. وهناك ثلاث طرق من الممكن أن تساعد على الإقلال من وفيات الأمهات: تنظيم / تخطيط الحمل، منع مضاعفات الحمل والولادة، منع الوفيات بسبب المضاعفات، وهذه الطرق تعتمد على نظام صحي كفاء وقادر على تقديم خدمات تنظيم الأسرة ورعاية الحمل وخدمات الولادة الآمنة وخدمات رعاية ما بعد الولادة لكل النساء.

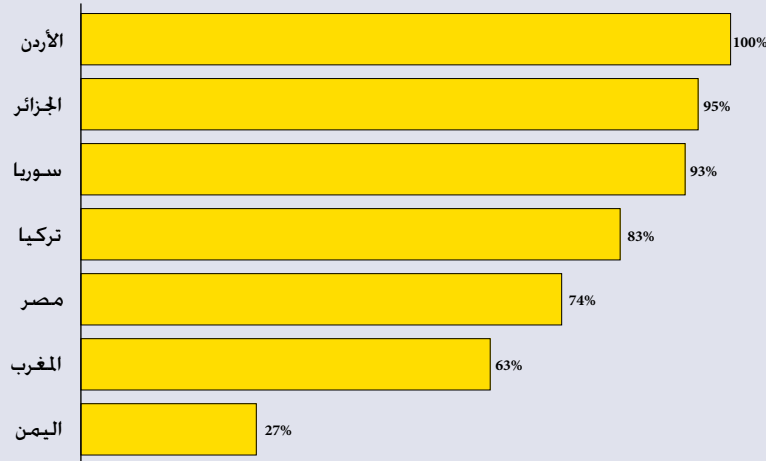
المغرب على سبيل المثال فإن 40% من الولادات في الريف مقابل 85% من الولادات في الحضر تتم تحت إشراف فرد مدرب.

الرعاية بعد الولادة: معدلات الرعاية بعد الولادة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا أقل من معدلات الرعاية أثناء الحمل والخدمات الصحية كثيراً ما تهمل تقديم الرعاية للنساء بعد الولادة (لمدة حوالي 42 يوماً بعد الولادة وتعرف بفترة النفاس) بالرغم من أن النساء وحديثي الولادة يواجهن مخاطر صحية في هذه الفترة.

والرعاية بعد الولادة مهمة للتعرف على علاج التمزقات الناشئة عن الولادة وتشجيع الرضاعة الطبيعية وتقديم والمشورة للأزواج عن الوسيلة المناسبة لتنظيم الأسرة، والزيارات المنزلية للعاملين الصحيين للسيدات بعد الولادة من الممكن أن تساعد في الوصول إلى النساء اللاتي يعانين من صعوبات في ترك المنزل حين تحدث مضاعفات أو بسبب المعتقدات الثقافية والتي تؤكد على بقاء السيدات بعد الولادة في المنزل، وعلى أي حال فإن معظم مقدمي الخدمات في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا لا يقومون بتقديم خدمة الزيارة المنزلية.

شكل رقم 8

الحضور الطبي أثناء الولادة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا نسبة المواليد حسب المساعدة الصحية أثناء الولادة*



* تشمل الأطباء والممرضات والقابلات.

UNICEF, The State of the World's Children 2008.

المصدر:

ومتابعة الحمل تسمح بتشخيص وعلاج الأمراض المنقولة جنسياً والملازيا والطفيليات والأنيميا والتطعيم ضد أمراض التيتانوس الوليدي (الكزاز) واكتشاف وعلاج ضغط الدم المرتفع المصاحب للحمل. وهذه الزيارات تعطي لمقدمي الخدمات الصحية الفرصة لرفع وعي وتعليم النساء نحو التغذية المناسبة والسلوك الصحي الجيد وإعطاء النساء المكملات الغذائية لخفض معدلات الأنيميا والقصور في المواد الغذائية الأخرى حيث أن كثير من المشاكل المتعلقة بالحمل يسببها نقص في بعض العناصر الغذائية مثل: الحديد واليود وحمض الفوليك وفيتامين أ.

وبينما كل النساء في الدول الصناعية يتلقين الرعاية أثناء الحمل فإن كثيراً من النساء في منطقة شمال إفريقيا والشرق الأوسط لا يحصلن على الرعاية أثناء الحمل إلا حين يعانين من مشكلة صحية فقط. وطبقاً لدراسة في المغرب فإن 50% من النساء اللاتي لم يحصلن على رعاية أثناء الحمل أحسسن أنهن لا يحتجن إليها وأنه ليس لديهن مشاكل. والمعدلات القليلة نسبياً للرعاية أثناء الحمل في المنطقة سببها -جزئياً- هو نقص الوعي لدى أفراد المجتمع عن أهمية الرعاية الطبية أثناء الحمل، وإن الجهل المنتشر عن الأنيميا هو مثال على ذلك. وبالرغم من انتشار الأنيميا في كل دول المنطقة (مهما كان الوضع الاقتصادي) فإن نساء قليلات قادرات على التعرف على الأعراض مثل الإحساس بالتعب ويطلبن العلاج. والنساء والحوامل اللاتي يعانين من الأنيميا لا يستطعن احتمال النزف ومناعتهن قليلة بحيث لا يستطعن مقاومة العدوى بالميكروبات وهذا يعرضهن لمخاطر أكثر من المراضة/الاعتلال والوفاة.

الولادة تحت إشراف فرد صحي مدرب: أن أفضل وسيلة فعالة لمنع وفيات الأمهات هي أن تتم كل الولادات تحت إشراف فرد صحي مدرب والذي يمكنه أن يتعرف ويعالج أو يحول أي مضاعفات قد تنشأ. والأفراد المدربون يضمنون أفراداً من الفريق الصحي مثل: الأطباء والممرضات والحكيمات/الموليدات ولكن لا يشملن الدايات/القابلات التقليديات واللاتي لم يتم تدريبهن على التدخلات والإسعافات لإنقاذ الحياة عند الطوارئ.

وللتعامل مع المضاعفات فإن الأفراد المدربين يحتاجون إلى أجهزة وخدمات للرعاية الطارئة/عند الطوارئ وخدمات طوارئ الولادة تشمل القدرة على إجراء العمليات الجراحية (مثل الولادة القيصرية) والتخدير، ونقل الدم وعلاج المشاكل مثل: الأنيميا أو ارتفاع ضغط الدم والرعاية الخاصة لحديثي الولادة المعرضين للخطر.

ولتقديم مثل هذه الخدمات هناك حاجة إلى عاملين صحيين مدربين، ونظام جيد للإمدادات الطبية، ونظام فعال وفعال للإحالة إلى المستوى الأعلى، وإشراف جيد، وبقدر الإمكان فإن العائلات والمجتمعات لابد وأن يكون لديهم خطط وإمكانات مسبقة لنقل السيدات اللاتي يعانين من مضاعفات خطيرة إلى أماكن تقديم خدمة مجهزة، وممكن أن تقدم خدمات الرعاية الضرورية.

وفي البلاد ذات الدخل المرتفع من المنطقة فإن أغلب الولادات تتم في منشآت صحية تحت إشراف فرد صحي مدرب وفي البلاد التي تعاني من نقص في إعداد الأفراد الصحيين المدربين فإن التحدي يكون في سد الفجوة بين الحضر والريف (انظر إلى شكل 8) ففي

المصادر

- Atsuko Aoyama, *Reproductive Health in the Middle East and North Africa: Well-Being for All* (Washington, DC: World Bank, 2001).
- Lori Ashford, *Hidden Suffering: Disabilities From Pregnancy and Childbirth in Less Developed Countries* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2002).
www.prb.org/pdf/HiddenSufferingEng.pdf
- Farzaneh Roudi-Fahimi, *Women's Reproductive Health in the Middle East and North Africa* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2003).
www.prb.org/pdf/WomensReproHealth_Eng.pdf
- Wendy J. Graham et al., "Maternal and Perinatal Conditions," in *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2d ed., ed. Dean T. Jamison et al. (New York: Oxford University Press, 2006): chapter 26. www.dcp2.org
- Karima Khalil and Farzaneh Roudi-Fahimi, *Making Motherhood Safer in Egypt* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2004).
www.prb.org/pdf04/MakMotherSaferEgypt_Eng.pdf
- Save the Children, *State of the World's Mothers 2004: Children Having Children*.
www.savethechildren.org
- UNICEF, *State of the World's Children 2008*. www.unicef.org
- USAID/Morocco and Ministry of Health, *Morocco: 30 Years of Collaboration Between USAID and the Ministry of Health: A Retrospective Analysis—Safe Motherhood* (New Orleans: Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine).
- World Health Organization, *Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank* (Geneva: WHO, 2007).
www.who.int/reproductive-health

6 الإجهاض

النقاط الرئيسية

- ♦ على المستوى الدولي ينتهي حوالي حمل من كل خمس أحمال بإجهاض.
- ♦ الإجهاض الذي يجري في ظروف غير آمنة يظل من أهم أسباب وفيات الأمهات في العالم.
- ♦ القوانين المقيدة للإجهاض لا تؤدي إلى القضاء عليه ولكن تؤدي إلى أن يتم بصورة أقل أمنا.
- ♦ التوافق العالمي يدعو إلى تقديم الخدمات الصحية بعد الإجهاض للنساء اللاتي يعانين من مضاعفات الإجهاض غير الآمن.

عادة ما تشير كلمة الإجهاض إلى "الإجهاض المفتعل" وهو إجراء بهدف إلى إنهاء الحمل بالرغم من أنه علمي/ تقنيا ما يشمل الإجهاض التلقائي أيضا وتقليديا فإن الإجهاض المفتعل كان يصنف بأنه عملية جراحية ولكن حديثا أصبح الإجهاض الطبي (بالعقاقير) متوافرا (انظر صندوق 3 ص 32).

وعلى المستوى النموذجي فإن الحمل غير المرغوب فيه وبالتالي الإجهاض لابد وأن يكونا نادرين أو لا يوجد على الإطلاق ولكن في الواقع فإن كثيرا من النساء قد عانين ويعانين من الحمل غير المرغوب فيه وبالتالي يلجأن إلى الإجهاض مما يجعل الإجهاض في بؤرة اهتمام الصحة العامة في كل العالم وهو مشكلة أكبر في البلاد التي بها صعوبة في منال خدمات الإجهاض الآمن. وذلك لأن الإجهاض غير الآمن يتسبب في 13% من وفيات الأمهات على مستوى العالم.

وفي البلدان التي يقيد القانون حرية النساء في طلب الإجهاض ويقيد الأطباء في إجراء عمليات الإجهاض فإن النساء قد يلجأن إلى إحداث الإجهاض بأنفسهن أو قد يحصلن على الإجهاض بطريقة غير مشروعة. وتعرف منظمة الصحة العالمية الإجهاض غير الآمن بأنه: "إجراء لإنهاء حمل غير مرغوب فيه بواسطة أفراد ليس لديهم المهارات اللازمة أو في وسط لا يتوافر فيه الحد الأدنى من المعايير القياسية الطبية أو كلاهما".

والإجهاض المفتعل يكون آمنا إذا تم عمله بواسطة أفراد مؤهلين وباستخدام طرق سليمة في مكان مجهز ومعقم. وفي الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال حيث أن الإجهاض قانوني فإن معدل الوفيات لسبب الإجهاض 0.6 لكل 100000 عملية إجهاض مما يجعله في نفس درجة أمان الحقن بالبنسلين. أما الإجهاض التلقائي فإنه نادرا ما يكون مميتا ونادرا ما يكون له مضاعفات.

مستوى الإجهاض

طبقا لدراسة لمنظمة الصحة العالمية عن الإجهاض غير الآمن نشرت عام 2007 فإن حوالي واحد من كل خمس أحمال (42 مليون من 210 مليون) كل عام يتم إجهاضه اختياريا وفي حوالي نصف الحالات يكون الإجهاض آمناً (22 مليون) وحوالي النصف (20 مليون) يكون الإجهاض غير آمن. وبين الإجهاض غير الآمن فإن حوالي 5 مليون أو واحدة من كل 4 نساء يحتجن إلى رعاية طبية نتيجة لمضاعفات خطيرة.

وليس من السهل جمع البيانات عن الإجهاض حيث أن منظمات قليلة قادرة أو راغبة في بذل مجهودات جمع مثل هذه البيانات، كما أن منفذي الخدمات الصحية والنساء أنفسهن قد لا يقمن بتسجيل الإجهاض وبخاصة حيث يكون الإجهاض مقيداً.

وقد قدرت منظمة الصحة العالمية أن حوالي 1.5 مليون من الإجهاض غير الآمن حدثت في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا في عام 2003 وتسببت في حوالي 11% من وفيات الأمهات ومقابل كل امرأة تموت فإن الكثير يعانون من مضاعفات مزمنة مثل عدوى الجهاز الإنجابي والعقم.

صندوق 3

الإجهاض الطبي : بديل جديد للنساء

أن الإجهاض الطبي والذي يعرف أيضا بالإجهاض بالأدوية/العقاقير يشكل ثورة في مجال الصحة الإنجابية والجنسية منذ اكتشاف حبوب منع الحمل في أوائل الستينيات، وهو ثورة لأن مقدمي الخدمات الصحية لا يحتاجون إلى إجراء عمليات جراحية وكذلك يشكل ثورة للنساء حيث يعطينهم إحساسا بالخصوصية لأنهم يستطيعون تناول الحبوب في منازلهم الخاصة.

والنساء يتم إعطاؤهن حبوب تسمى ميفوبريستول (Mifepristone) والتي تؤخذ عن طريق الفم وبعد يوم إلى يومين يتم إعطاؤهن البروستاجلاندين (prostaglandin). ميسوبريستول (misoprostol) أو جيمبروست (gemeprost) - عن طريق المهبل وهذا المزيج ينتج عنه إجهاض كامل في حوالي 96% من الحالات.

ويتوافر الإجهاض الطبي بتزايد في: تونس وتركيا حيث تتوافر خدمات الإجهاض القانوني وفي البلاد التي يكون الإجهاض فيها غير قانوني فإن الإجهاض الطبي يثير بعض التساؤلات عن التبريرات في القوانين المحلية حيث أن هذه القوانين صيغت على أساس أن الإجهاض يتم جراحيا.

ومثل طرق الإجهاض الأخرى، فإن القوانين المقيدة للإجهاض يمكن أن تجعل الإجهاض الطبي غير آمن ومكلف فالنساء قد يلجأن لشراء عقاقير الإجهاض من السوق السوداء حيث قد يتم تزيف بعض الأدوية، وقد تقوم الحكومات بتنظيم إجراء الإجهاض الطبي منفصلا عن قوانين الإجهاض الأخرى وقد يضعون معايير لهذا الإجهاض عن طريق قوانين أو قواعد داخل النظام الصحي.

المصدر: World Health Organization, *Frequently Asked Clinical Questions About Medical Abortions*; and Beverly Winikoff, "Medical Abortion New Opportunities for Meeting Women's Needs," presentation at the Global Safe Abortion Conference, London, Oct. 23-24, 2007.

- ♦ في سنة 2003 أشار مسح صحي ديموجرافي في تركيا (حيث تتوافر خدمات الإجهاض عند الطلب) إلى أن واحدة من كل عشر حالات حمل تنتهي بإجهاض مفتعل.
- ♦ وفي مسح قومي أجرى بواسطة جامعة دمشق ووزارة الصحة السورية (حيث الإجهاض غير قانوني) تم سؤال السيدات المتزوجات عن الإجهاض فأجاب حوالي 4% أنهن قد أجري لهن على الأقل حالة إجهاض واحدة طوال حياتهن وحوالي نصف هؤلاء السيدات قلن أنهن قد يكررن الإجهاض مرة ثانية عند الضرورة بالرغم من أنهن أكدن على أن تنظيم الأسرة مهم لمنع الحمل غير المرغوب فيه.

طرق الإجهاض

الإجهاض يكون أكثر أمانا إذا تم إجراؤه في وقت مبكر من الحمل، ومن الطرق الآمنة للإجهاض خلال الطور الأول (فترة الإثنى عشر أسبوعا الأولى) من الحمل يشمل الشفط، التوسيع والكحت، والإجهاض الطبي (بالعقاقير) (تقاس طول فترته الحمل من اليوم الأول من آخر دورة طمثيه).

- ♦ طريقة التفريغ بالشفط (Vacuum Aspiration) تزيل محتويات الرحم بواسطة الشفط عن طريق أنبوبة يتم إدخالها في الرحم ويتم ذلك إما عن طريق مضخة كهربائية أو بواسطة شفط يدوي (سرنجة كبيرة) وذلك لشفط محتويات الرحم وكلا الأسلوبين يتم عملها في العيادة الخارجية.
- ♦ الطريقة الطبية/بالعقاقير: تستخدم نوع أو أكثر من العقاقير من أشهرها "الميفبريستون" (mifepristone) (والمعروف بـ RU 486) والميسوبريستول "misoprostol or gemeprost" (المعروف باسم سيتوتيك) وذلك لطرد محتويات الرحم. وهذا الإجراء يحتاج إلى زيارتين للعيادة الخارجية على الأقل وتكتمل عملية الإجهاض خلال أسبوع وفي أقل من 5% من الحالات يكون الإجهاض غير مكتمل ويحتاج إلى عملية شفط أو توسيع أو كحت لتفريغ باقي محتويات الرحم.
- ♦ طريقة التوسيع والكحت: وفيها يستخدم أدوات لتوسيع عنق الرحم (Dilators) وأدوات معدنية للكحت وذلك لكحت جدار الرحم وعادة ما يتم هذا الإجراء تحت مخدر عام ومن المحتمل حدوث مضاعفات مثل النزف والعدوى وخرق لجدار الرحم وقد أوصت منظمة الصحة العالمية باستخدام هذه الطريقة فقط عند عدم توافر طريقة التفريغ بالشفط أو عدم توافر الإجهاض الطبي بالعقاقير.

وفي بعض البلاد مثل بنجلاديش فإن النساء في الأسابيع الأولى من عدم نزول الدورة الطمثية يمكن أن يلجأن لطريقة تسمى "تنظيم الدورة" (Menstrual Regulation) وهذه الطريقة تستخدم التفريغ بالشفط أو الإجهاض الطبي بالعقاقير لإجراء إجهاض بدون اللجوء إلى اختبار للحمل.

وبالنسبة للحمل الذي يزيد عن فترة 12 أسبوعا كاملة من آخر دورة طمثية للمرأة فإن أكثر وسيلتين انتشارا هي التوسيع والتفريغ والإجهاض الطبي.

جدول 3

الوضع القانوني لبلاد الشرق الأوسط وشمال إفريقيا

ممنوع إلا لإنقاذ حياة الأم	مباح للحفاظ على صحة الأم الجسدية والنفسية	مباح بدون أي سبب
مصر، إيران، العراق، لبنان، ليبيا، عمان، سوريا، الإمارات، واليمن	الجزائر، البحرين، الأردن، الكويت المغرب، قطر، والمملكة العربية السعودية	تونس، وتركيا

Center for Reproductive Rights, The World's Abortion Laws 2007 Poster.

المصدر:

الإرشادات الحكومية الخاصة بتفسير القوانين المقيدة أو الغامضة غير موجودة. حتى في الحالات التي يسمح القانون بالإجهاض فإن النساء قد لا يستطعن الحصول على الإجهاض غير الآمن للأسباب التالية:

- ◆ عدم وجود أفراد مدربين.
- ◆ عدم وجود أماكن تقديم خدمة مجهزة جيداً.
- ◆ مقدمو الخدمة لا يرغبون في تقديم خدمات الإجهاض؛ وذلك للإجراءات الطويلة أو المعتقدات الشخصية أو الوصمة الاجتماعية.
- ◆ الاحتياج إلى الموارد المادية لدفع نفقات الإجهاض الآمن.
- ◆ الوصمة الاجتماعية أو عدم رضا العائلة.

رعاية ما بعد الإجهاض

النساء اللاتي يلجأن إلى علاج بعد إجهاض غير آمن من الممكن أن يحتجن إلى إقامة ممتدة في المستشفى تتراوح بين عدة أيام إلى عدة أسابيع وهذا يستهلك الكثير من موارد المستشفى شاملة وقت الأفراد، الأسرة، الأدوية وأكياس الدم، وفي دراسة في مصر- حيث أن القانون يعتبر الإجهاض جريمة وجدت أن علاج مضاعفات الإجهاض تستهلك جزء كبير من الموارد في عينة ممثلة قومياً من المستشفيات، وتقريباً واحد من كل خمس من الحالات التي تدخل أقسام النساء والتوليد تدخل للرعاية بعد الإجهاض وحوالي 65% من حالات الإجهاض هذه يعتقد أنها مفتعلة.

- ◆ والمنظمات الصحية الدولية توصي عمومًا بأن الرعاية بعد الإجهاض يجب أن تشمل:
- ◆ علاج طوارئ للمضاعفات من الإجهاض المفتعل أو التلقائي.
- ◆ المشورة للتعرف على والاستجابة للاحتياجات الصحية والنفسية للسيدة المجتهد واستفساراتها.
- ◆ خدمات تنظيم الأسرة لمساعدة السيدات على منع الحمل غير المرغوب فيه.
- ◆ التعامل مع الأمراض المنقولة جنسياً.
- ◆ خدمات الصحة الإنجابية والخدمات الأخرى التي تقدم في الوحدة أو من خلال التحويل إلى المستوى الأعلى.

- ◆ التوسيع والتفريغ يشمل توسيع عنق الرحم واستخدام التفريغ بالشفط مع الآلات لإزالة محتويات الرحم.
- ◆ الإجهاض الطبي باستخدام عقار أو أكثر وعادة في جرعات متعددة وذلك لتحريض الرحم على الإنقباض وإنهاء الحمل.

الوضع القانوني للإجهاض

قوانين الإجهاض في العالم تتفاوت بشده من قوانين مشددة تمنع الإجهاض (إلا لإنقاذ حياة السيدات) إلى الإباحة. وفي داخل هذا التفاوت، قد تضع بعض البلاد عدد من الشروط التي بمقتضاها تستطيع المرأة أن تحصل على الإجهاض. فعلى سبيل المثال قد تنبج بعض القوانين لأسباب صحية أو اجتماعية اقتصادية.

والقوانين أيضاً من الممكن أن:

- ◆ تحدد مدة الحمل التي يمكن أن يحدث فيها إجهاض.
- ◆ تتطلب أن يقوم عدد من الأطباء بإقرار الحاجة إلى الإجهاض.
- ◆ تتطلب أن يقوم الزوج بالموافقة على الإجهاض.
- ◆ تحدد أنواع أماكن تقديم الخدمة والتي يمكن أن تؤدي خدمات الإجهاض ومقدمي الخدمات الصحية الذين يقومون بإجراء الإجهاض.
- ◆ تتطلب أن تقدم المشورة قبل القيام بإجراء الإجهاض.

قد يكون الهدف من هذه المتطلبات حماية النساء ورفع مستوى جودة الخدمات ولكن من الممكن أن تشكل عوائق نحو الحصول على إجهاض آمن. وفي البلاد التي بها الإجهاض قانوني فإنه في أغلب الأحيان يتم الإجهاض تحت إشراف فرد مدرب ويكون سهل المنال وتكلفة منخفضة وفي هذه البلاد فإن الوفيات النفاسية أقل والإصابات أقل من تلك التي توجد في البلاد التي بها قوانين مقيدة للإجهاض.

والأغلبية من النساء في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (حوالي 80%) يعيشن في بلدان بها قوانين مقيدة للإجهاض:

- ◆ 55% يعيشون في بلاد يباح فيها الإجهاض فقط لإنقاذ حياة الأم.
- ◆ 24% يعيشن في بلاد يباح فيها الإجهاض للحفاظ على صحة الأم البدنية والعقلية.
- ◆ 21% من كل النساء في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا يعيشن في تونس وتركيا البلدان الوحيدان (بالإضافة إلى إسرائيل) والتي يباح فيها الإجهاض عند الطلب خلال الطور الأول من الحمل أي: خلال (الثاني عشر أسبوعاً الأول من الحمل (انظر جدول 3).

والقوانين المكتوبة أو السياسات الخاصة بالإجهاض لا تعكس بالضرورة الممارسات السائدة في الدولة؛ لأن النساء والعائلات ومقدمي الخدمات الصحية ربما يجهلون القانون أو يفسرونه بطريقة مختلفة. وقد يجهل الأطباء القانون لسبب أن القانون غير واضح أو أن

7 العدوى المنقولة جنسيا ومتلازمة عوز المناعة المكتسب/الإيدز

النقاط الرئيسية

- ◆ ملايين من الرجال والنساء في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا يعانون من الأمراض المنقولة جنسيا ولكن مجموعة قليلة منهم هي التي تعالج.
- ◆ أهم طرق انتقال متلازمة عوز المناعة المكتسب في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا هو عن طريق الاتصال الجنسي.
- ◆ أن قلة أعداد حالات متلازمة عوز المناعة المكتسب/الإيدز في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا لا تعني قلة الخطر.

العدوى المنقولة جنسيا التي تلي هي منتشرة عالميا وبالرغم من ذلك فإن معدلات الإصابة لكل نوع غير معروف في المنطقة لعدم توافر البيانات. والتعرف على تشخيص وعلاج عدوى الجهاز التناسلي مهم جدا وذلك بسبب العواقب التي تقع على الرجال والنساء. وفي بعض الأحيان الأطفال.

- ◆ **الكلاميديا Chlamydia**: إذا تركت بدون علاج فإنها تسبب التهابات بالحوض والتي تؤدي إلى الحمل خارج الرحم والعقم.

- ◆ **الهربس التناسلي (الحلأ التناسلي) Genital Herpes**: وهو سريع العدوى والذي يسهل انتقاله بين الشريكين بالإضافة إلى أنه يسهل انتقاله من الأم إلى الطفل.

- ◆ **السيلان Gonorrhea**: والذي ليس له أعراض في النساء ويمكن أن يؤدي إلى التهابات في الحوض والعقم إذا ترك بدون علاج.

- ◆ **فيروس البابلوسفي البشري (HPV) Human Papillomavirus**: هو أحد العدوى المنقولة جنسيا الشائعة وهو متعدد الأنواع وبعض هذه الأنواع من الفيروس من الممكن أن تؤدي إلى سرطان عنق الرحم إذا ترك بدون علاج (انظر إلى القسم الخاص بسرطان عنق الرحم ص 55)

- ◆ **الزهري Syphilis**: إذا ترك بدون علاج من الممكن أن يؤدي إلى تلف الجهاز العصبي والقلب والمخ وفي النهاية يسبب الوفاة. وفي النساء الحوامل فإن العدوى تزيد من مخاطر ولادة أطفال متوفين وتشوهات في الأجنة ولهذا فإنه من المهم عمل اختبارات مبكرا أثناء الحمل.

- ◆ **الترايكوموناس Trichomoniasis**: أحد العدوى المنقولة جنسيا بطيفيل مؤثر في الرجال والنساء والأعراض شائعة أكثر بين النساء اللاتي تعالجن في أغلب الأحيان والفشل في العلاج يؤدي إلى زيادة التعرض لانتقال فيروس متلازمة عوز المناعة المكتسب وتسبب ولادة أطفال ناقصي الوزن.

وفد طالب المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام 1994 في برنامج العمل جميع الحكومات بتقديم خدمات ما بعد الإجهاض بصرف النظر عن الوضع القانوني في بلادهم وحاليا في كثير من بلاد الشرق الأوسط وشمال إفريقيا - شاملة الجزائر - مصر إيران والمغرب وسوريا تقدم خدمات الرعاية ما بعد الإجهاض كجزء من خدمات الرعاية الصحية الحكومية.

المصادر

Asma Abdulsalam, Damascus University, Damascus, Syria, personal communication, May 2007.

Leila Hessini, "Abortion and Islam: Policies and Practice in the Middle East and North Africa," *Reproductive Health Matters* 15, no. 20 (2007): 1-10.

Dale Huntington et al., "The Postabortion Caseload in Egyptian Hospitals: A Descriptive Study," *International Family Planning Perspectives* 24, no. 1 (1998).

Deborah Mesce and Erin Sines, *Unsafe Abortion: Facts & Figures 2006* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2006). www.prb.org/pdf06/UnsafeAbortion2006.pdf

World Health Organization, *Safe Abortion, Technical and Policy Guidance for Health Systems* (2003). www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/safe_abortion.pdf

World Health Organization, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003*, 5th ed. (2007). www.who.int

عدوى الجهاز الإنجابي/التناسلي

عدوى الجهاز التناسلي تشمل الأمراض المنقولة جنسيا والعدوى المتسببة عن زيادة نشاط كائنات حية موجودة بشكل طبيعي في الجهاز التناسلي والعدوى التي تكتسب إما باستعمال مراحض عامة أو عن طريق استعمال أدوات غير معقمة أثناء الفحص الطبي أو نتيجة لإجهاض غير آمن. وهذه العدوى قد تكون لها عواقب وخيمة ومميتة (مثل سرطان عنق الرحم الذي ينتج عن فيروس HPV) (انظر القسم الخاص بسرطان عنق الرحم ص 55) كما أن عدوى الجهاز التناسلي من الممكن أن يكون لها عواقب صحية على المدى البعيد مثل العقم. ضرر دائم بالأجنة وحديثي الولادة وزيادة فرص الإصابة بمتلازمة عوز المناعة المكتسب/الإيدز كما أن من الممكن أن تتسبب في آلام مزمنة وإفرازات والتي تؤدي -بالتبعية - إلى الإقلال من جودة الحياة والقدرة الإنجابية للمصابين.

ومن ملايين حالات عدوى الجهاز الإنجابي والتي تحدث في المنطقة فإن قلة قليلة هي التي يمكن التعرف عليها بواسطة الأشخاص المصابين أو يتم تشخيصها وعلاجها. وهناك دراسة رائدة في ريف مصر كشفت أن أكثر من نصف النساء لديهن أعراض لواحد من عدوى الجهاز الإنجابي على الأقل.

متلازمة عوز المناعة المكتسب الإيدز

متلازمة عوز المناعة المكتسب تنتشر في صمت (انظر صندوق 4) وقد زاد العدد التقديري للمتعايشين مع فيروس عوز المناعة من 87000 عام 2003 إلى 152000 في عام 2005 في المنطقة طبقا لتقديرات الأمم المتحدة وبينما تبدو هذه الأعداد قليلة بالمقارنة بالمناطق الأخرى من العالم فإن عدد الإصابات يتزايد في كل بلد من بلاد المنطقة ومن الأهمية بمكان أن ندرك أن الأعداد القليلة للإصابات لا تعني أن خطر الانتشار قليل.

أن معدل الإصابة بمتلازمة عوز المناعة المكتسب المنخفض نسبيا في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا والذي يقدر بحوالي 0.1% إلى 0.2% من البالغين في عمر 15-49 (انظر جدول 4، ص 40)، من الممكن أن يفسر جزئيا بسبب الطبيعة المختلفة والقيم الاجتماعية والثقافية للمنطقة والتي لا تسمح بالعلاقات الجنسية قبل الزواج وتشجع على الإخلاص أثناء الزواج بالإضافة إلى أن ختان الذكور ينتشر بطريقة شبه كلية، وقد أثبت البحث أن ختان الذكور يكون مصحوبا بمعدل أقل من الإصابة بفيروس متلازمة عوز المناعة المكتسب. وفي دراسة في جنوب إفريقيا، على سبيل المثال، وجد أن الذكور المختننين كانوا أقل بنحو 60% تعرضا للإصابة بالفيروس عن أولئك غير المختننين عن طريق الاتصال الجنسي.

ويبدو أن الإصابة بمتلازمة عوز المناعة المكتسب في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا تتركز في ممارسات الجنس التجاري، وبين الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال وبين متعاطي المخدرات عن طريق الحقن. ولكن يمكن للفيروس أن ينتقل من هذه الفئة عالية المخاطر إلى المجتمع - على سبيل المثال - عندما يزور بعض الأزواج إحدى البغايا أو حين يتشارك مدمني المخدرات - المصابين بالإيدز - الحقن مع من يقومون بممارسة الجنس مع زوجاتهم وحوالي 90% من المصابين بعدوى الفيروس في المنطقة لا يدركون أنهم مصابون به.

وتوجد دراسات قليلة عن عدوى الجهاز التناسلي في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا قد تم إجراؤها ولذلك فإن من المستحيل مقارنة المعدلات بين بلدان المنطقة أو متابعة مستوى العدوى في البلدان ولكن البيانات المحدودة المتوافرة تشير إلى أن أعداد مصابي عدوى الأمراض التناسلية أزيد من المتوقع ففي المغرب على سبيل المثال 600000 حالة من عدوى الأمراض التناسلية تحدث كل سنة.

صندوق 4

حقائق حول متلازمة عوز المناعة المكتسب/الإيدز

الإيدز - متلازمة عوز المناعة المكتسب - بسبب فيروس عوز مناعة البشري وبمجرد العدوى بالفيروس فإن الشخص يصبح حاملا للفيروس مدى الحياة والشخص المصاب من الممكن أن يعيش حاملا للفيروس لسنوات عديدة حتى حوالي عقد من الزمان أو أكثر قبل أن يصبح مريضا ويموت نتيجة للإصابة. وبدون علاج فإن الفيروس يؤدي إلى إضعاف جهاز المناعة على مدى الوقت ويؤدي إلى مختلف أعراض الإيدز والتي من أكثرها انتشارا هي السلس الرئوي وهو من أكثر أسباب الوفيات من الإيدز.

وفيروس نقص المناعة البشرية ينتقل عن طريق الدم والسائل المنوي والإفرازات المهبلية ولبن الثدي وتبادل الحقن الملوثة. وأكثر الأسباب شيوعا للانتقال هو الجنس غير الآمن /غير المحمي مع شخص مصاب بالفيروس كما أن الفيروس يمكن أن ينتقل من الأم إلى الطفل خلال الولادة أو عن طريق الرضاعة. ولا يمكن انتقاله عن طريق الاختلاط العادي أو عن طريق العطس والسعال ولا عن طريق البعوض ولا الحشرات الأخرى.

ولا يوجد علاج حاليا لمتلازمة عوز المناعة المكتسب الإيدز والتحدي العلمي في إنتاج لقاح للإيدز قد شغل العلماء وحيرهم. على أي حال فإن مضادات الفيروسات من الممكن أن تساعد على إثبات الفيروس من التكاثر داخل الجسد وتقلل الاعتلال المصاحب للإصابة بالفيروس وبالتالي تؤدي إلى أن المصاب يعيش أطول ويتمتع بنوعية حياة أفضل. ولا يزال - خارج الولايات المتحدة الأمريكية - معظم المتعايشين مع الفيروس لا يحصلون على مضادات الفيروسات بسبب التكلفة العالية والتحديات الناجمة عن إنتاجه وتعاطيه بفاعلية.

وفي عام 2008 فإن حوالي 33 مليون شخص يعيشون مع متلازمة عوز المناعة المكتسب /الإيدز في العالم ومنهم حوالي الثلثين يعيشون في منطقة جنوب الصحراء بإفريقيا. وفي بعض بلاد منطقة جنوب الصحراء الأفريقية مثل بوتسوانا وسوازيلاند فإن ربع أو أكثر من النساء في عمر 15 - 49 مصابين بالفيروس. وقد أدى انتشار الإيدز لوجود عدد كبير من الأطفال اليتامى (الأطفال الذين فقدوا أحد أو كلا الأبوين) في البلاد التي يرتفع فيها معدل الإصابة. هذا بالإضافة إلى أن حوالي 2.5 ملايين طفل تحت سن 15 سنة يعيشون مع المتلازمة.

المصدر: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2007 *AIDS Epidemic Update*; International Labour Organization (ILO), *An ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work* (2001); and Peter K. Lamprey et al., "HIV/AIDS Evolving Impact on Global Health," in *Dawning Answers: How the HIV/AIDS Epidemic Has Strengthened Public Health*, ed. Ron Valdiserri (2002).

والنساء والشباب المراهقين من أكثر الفئات عرضة للعدوى بالفيروس لأن النساء المتزوجات يفترض أن أزواجهن مخلصين ويفترض الجميع أن الشباب والمراهقين يمتنعون عن ممارسة الجنس قبل الزواج. قد تكون هنا الافتراضات غير حقيقية للجميع. ومهما كانت طريقة الإصابة بالعدوى فإن التعامل مع العواقب الاجتماعية للإصابة بالفيروس يصعب بالنسبة للنساء لأن هناك تمييز منتشر ضد النساء وثقافة لوم النساء تؤدي إلى اعتبار أن النساء سبب المشكلة وليس ضحايا لها.

علامات تحذيرية

بالرغم من الاعتقاد أن أعداد المتعاشين مع فيروس نقص المناعة المكتسب في منطقة الشرق الأوسط قليلة إلا أن هناك علامات تشير إلى أن هناك عوامل قد تؤدي إلى سرعة الانتشار.

مرض السل الرئوي ومتلازمة عوز المناعة المكتسب يتلازمان في معظم الأحيان وعلى مستوى العالم فإن السل الرئوي يزيد بسبب زيادة متلازمة عوز المناعة المكتسب. وإن مخاطر الإصابة بالسل الرئوي أعلى بنحو 50% بين المصابين بالفيروس من المعدل العادي وهو من أهم الأسباب المؤدية للوفاة بين المتعاشين مع فيروس متلازمة عوز المناعة المكتسب /الإيدز. وفي منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا فإن معدلات الإصابة بالفيروس بين المصابين بالسل الرئوي تبدو في زيادة تصل إلى 3.3% في اليمن. 2% في عمان. 1.8% في إيران.

تتواجد **الأمراض المنقولة جنسيا** ولكن لا يتم علاجها فعلى سبيل المثال في دراسة في القاهرة الكبرى وجدت أن 36% ممن يقمن بالجنس التجاري و 24% من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال يعانون من أمراض منقولة جنسيا يمكن علاجها بالإضافة إلى أن 8% من السيدات اللاتي

جدول 4

الأعداد التقديرية للمتعاشين مع فيروس متلازمة عوز المناعة المكتسب في بعض بلاد الشرق الأوسط وشمال إفريقيا

	أعداد البالغين والأطفال المتعاشين مع عوز المناعة		نسبة البالغين (15-49 سنة) المتعاشين مع الفيروس
	2003	2005	2005
الجزائر	9,800	19,000	0.1
مصر	4,300	5,300	0.1
إيران	37,000	66,000	0.2
لبنان	1,600	2,900	0.1
المغرب	17,000	19,000	0.1
تونس	4,400	8,700	0.1

UNAIDS, 2006 Report on the Global AIDS Epidemic: annex 2.

المصدر:

يترددن على عيادات تنظيم الأسرة و 5% من مدمني المخدرات عن طريق الحقن و 4% من المترددات على عيادات متابعة الحمل وجد أن لديهم مرض واحد على الأقل ينتقل جنسيا. والحالات التي لا تعالج مثل: الزهري والسلان في الرجال والنساء من الممكن أن تزيد من انتقال فيروس متلازمة عوز المناعة المكتسب.

استخدام المخدرات عن طريق الحقن هو من أهم الأسباب لانتقال الفيروس في إيران وليبيا وهناك تقارير من كل بلاد المنطقة أن الفيروس ينتقل عن طريق تبادل المحاقن بين مدمني المخدرات وحوالي نصف المدمنين للمخدرات عن طريق الحقن والذين دخلوا مستشفيات بهدف الإقلاع عن الإدمان في طرابلس ليبيا عامي 2000 و 2003 كانوا حاملين للفيروس وفي دراسة بين مدمني المخدرات عن طريق الحقن في مركز لعلاج الإدمان في إيران وجد أن 41% منهم كانوا نشطين جنسيا ولديهم أكثر من شريك جنسي و 50% منهم لم يستعملوا واقى ذكري على الإطلاق و 39% قد قاموا بتبادل المال مقابل الجنس وبنفس الدراسة وجد أن هناك البعض يمارس أكثر من سلوك خطر في نفس الوقت من بين مدمني المخدرات وممارسي الجنس التجاري والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال.

تتركز معظم إصابات متلازمة عوز المناعة المكتسب في المنطقة ضمن الأشخاص الذين يقومون بسلوك خطر مثل مستخدمي المخدرات وممارسي الجنس التجاري والرجال الذين يمارسون الجنس مع رجال. ولكن في إيران، يبدو أن وباء متلازمة عوز المناعة المكتسب الذي كان يتركز في مستخدمي المخدرات عن طريق الحقن بدأ ينتقل إلى العامة من خلال شركاء وزوجات مستخدمي المخدرات.

الوصمة: عائق كبير نحو مجابهة متلازمة عوز المناعة المكتسب /الإيدز

الإنكار والوصمة والتمييز هم من العوائق الكبيرة نحو مكافحة متلازمة المكتسب /الإيدز وبسبب الثقافة المحافظة فإن الناس في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا ينكرون وجود متلازمة عوز المناعة المكتسب في بلادهم وهذا الاتجاه وبخاصة بين قادة المجتمع وصانعي السياسات من الممكن أن يكون خطيرا ومن الممكن أن يزيد من خطورة الوباء.

والوصمة والتمييز ضد هؤلاء الذين أصيبوا بالعدوى تؤدي إلى أن الفئات المعرضة للخطورة من العدوى مثل العاملين بالجنس التجاري ومستخدمي المخدرات عن طريق الحقن والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال إلى إخفاء سلوكياتهم الحياتية ولتجنب التمييز والإقصاء فإن هذه الفئات لا تقوم بالفحص والمشورة ولا يفصحون عن حالتهم إذا ما وجدوا نتائج الفحص إيجابية وبالتالي فإن برامج الحماية قد تواجه صعوبات في توجيه وتعليم هؤلاء الأفراد عن طريق الحماية للآخرين.

والمجتمع المدني والحكومات في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا لديهم فرصة للعمل قبل أن تزيد المعدلات المنخفضة من العدوى والتي نشهدها الآن وتنتشر أكثر. وتشير الخبرات حول العالم إلى أن المجتمعات من الممكن أن تتعايش مع متلازمة عوز المناعة المكتسب وتمنع انتشارها حين تكون الحكومات منفتحة حول الموضوع وتقوم بتقديم المعلومات والخدمات بكثافة وذلك للحد من انتشار المرض وتتعاون مع المنظمات الممثلة للمجتمعات المصابة وعلى سبيل المثال فإن حكومة تايلاند وحكومة أوغندا قد قاموا بنجاح بتقليل معدلات الإصابة بمتلازمة عوز المناعة المكتسب في بلادهم وذلك بتدخلهم مبكرا وبكثافة.

المصادر

Barbara Bibbo, "80% of HIV Cases Blamed on Husbands" *Gulfnews.com*.

<http://archive.gulfnews.com/articles/07/12/11/10174007.html>

Farzaneh Roudi-Fahimi, *Time to Intervene: Preventing the Spread of HIV/AIDS in the Middle East and North Africa* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2007). www.prb.org/pdf07/HIVAIDSinMENA.pdf

Global HIV Prevention Working Group, *New Approaches to HIV Prevention: Accelerating Research and Ensuring Future Access* (2006). www.gatesfoundation.org and www.kff.org.

Peter R. Lamprey, Jami L. Johnson, and Marya Khan, "The Global Challenge of HIV and AIDS," *Population Bulletin* 61, no. 1 (2006). www.prb.org/pdf06/61.1GlobalChallenge_HIVAIDS.pdf

Joanne Omang, *Newsroom Guide to Global Health* (Boston: WGBH and Vulcan Productions, Inc., 2005).

F. Ramezani Tehrani and H. Malek-Afzali, "Knowledge, Attitudes and Practices Concerning HIV/AIDS Among Iranian At-Risk sub-Populations," *Eastern Mediterranean Health Journal* 14, no. 1 (2008). www.emro.who.int/publications/emhj/1401/article16.htm

World Bank, *Preventing HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: A Window of Opportunity to Act* (2005). www.worldbank.org

World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, *Strengthening Health Sector Response to HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections in the Eastern Mediterranean Region 2006-2010* (Cairo: WHO EMRO, 2006).

WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Fifteenth Inter-Country Meeting of National AIDS Programme Managers, Cairo, 3-5 April 2005. whqlibdoc.who.int/emro/2006/WHO_EM_STD_079_E.pdf

UNAIDS, *2006 Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*, Annex 2 (2006). www.unaids.org

UNAIDS, Country Situation Analysis: Iran (Islamic Republic of). www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/Iran_Islamic_Republic_of.asp

8 المراهقون واليافعون/الراشدون

النقاط الرئيسية

- ♦ واحد من كل خمسة أشخاص يعيشون في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا عمره بين 15 - 24 وهو العمر الذي يبدأ فيه الناس النشاط الجنسي.
- ♦ والمخاطر الأولية التي يواجهها الشباب والمراهقين ليست طبية ولكن سلوكية مثل التدخين والكحوليات واستخدام المخدرات والعلاقات الجنسية غير المحمية.
- ♦ عالمياً فإن نصف المصابين حديثاً بفيروس نقص المناعة المكتسب هم من الشباب والمراهقين في أعمار بين 15 - 24.

حوالي 100 مليون من الشباب والمراهقين في أعمار بين 15 - 24 يعيشون في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا حالياً مما يجعلهم أكبر قطاع جماعي في تاريخ المنطقة. ويعتمد المدى الذي يمكن أن تصل فيه هذه المجموعة الكبيرة ليكونوا أعضاء أصحاء ومنتجين في المجتمع على كيفية استثمار الحكومات ومؤسسات المجتمع للمؤسسات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي تلبى احتياجات الشباب والمراهقين حالياً.

الاحتياجات المتغيرة للشباب والمراهقين

حياة الشباب والمراهقين اليوم تختلف كثيراً جداً عن تلك التي عاشها آباؤهم وأجدادهم ولذلك فإن احتياجاتهم مختلفة. ففي الماضي كان الانتقال من الطفولة إلى النضج يتم بصورة سريعة عن طريق الزواج والإنجاب المبكرين. ولكن اليوم فإن كلا من الرجال والنساء يقضون وقتاً أطول في التعليم ويتزوجون متأخراً كذلك فإن مرحلة البلوغ تحدث مبكراً عن ذي قبل وذلك لسبب التغذية الجيدة وبالتالي فإن الفترة بين الطفولة وتتمام النضج/بلوغ الرشد طالت.

وخلال هذه الفترة الممتدة من المراهقة والشباب فإن الشباب والمراهقين قد يكون لهم علاقات جنسية قبل الزواج وهذا يعرضهم لأخطار الحمل غير المرغوب فيه والأمراض المنقولة جنسياً. والمتزوجات صغيرات السن يحتمل أن يتعرضن لانتقال هذه العدوى أكثر بسبب أنهن في الأغلب تزوجن من رجال أكبر والذين قد يكون لهم علاقات جنسية من قبل وقد يكون لهم أكثر من شريكة بعد الزواج.

- ♦ وفي دراسة أجريت في المغرب فإن 40% من الإصابات بالأمراض المنقولة جنسيا قد سجلت بين الشباب والمراهقين في أعمار 15 - 29 وذلك أدى إلى تقدير الإصابات بين هذه الفئة العمرية أن يكون 240000 إصابة سنويا.
- ♦ وفي دراسة حديثة في عُمان بين النساء المتزوجات وُجد أن النساء أقل من 25 عاما تتضاعف فرص تعرضهن للإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا مرتين عن النساء أكبر من 25 عاما.

يحتاج الشباب إلى المعرفة عن أعراض وعلامات الأمراض المنقولة جنسيا لكي يتمكنوا من البحث عن العلاج وإذا تركت الأمراض المنقولة جنسيا بدون علاج بين النساء فإن بعض هذه الأمراض قد تسبب العقم والذي قد يشكل مأساة وذلك للقيمة العالية المعطاة للإنجاب والعدوى بالأمراض المنقولة جنسيا والتي لا تعالج من الممكن أن تنتقل إلى الآخرين وتزيد من مخاطر العدوى بمتلازمة عوز المناعة المكتسب.

العوائق نحو تزويد الشباب والمراهقين بالمعرفة

أن المخاطر الأولية لصحة المراهقين ليست طبية ولكنها سلوكية مثل: التدخين والمشروبات الروحية واستخدام المخدرات بالإضافة إلى البدء في العلاقات الجنسية مبكرا مع عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة ولذلك فإنه يجب تيسير المعلومات الصحيحة للمراهقين والشباب وذلك ليتسنى لهم عمل اختيارات مبنية على المعرفة والتي تؤثر كثيرا في مستقبلهم.

ومنطقة الشرق الأوسط معروفة بقوة القيم الأسرية والطبيعة المحافظة وكذلك الثقافة الأبوية والتي في معظم الأحيان تفيد المراهقين والشباب وتحمي رفايتهم ولكن في نفس الوقت فإن بعض هذه العادات قد تكون عائقا نحو الوصول إلى المعرفة وبخاصة بين الفتيات عن المخاطر الصحية للعلاقات الجنسية.

وإن العوائق الثقافية هي من أهم العقبات نحو اتخاذ قرارات مبنية على المعرفة عن الجوانب المختلفة للصحة الإنجابية والجنسية وبخاصة بين الشباب والمراهقين. والعلاقات الجنسية قبل الزواج محرمة والحديث عنها أو عن الجنس عموما يعتبر من المحرمات، والصمت ينبع جزئيا من القيمة العالية التي يضعها المجتمع على عذرية الفتاة قبل الزواج، ومن الاعتقاد أن الحديث علانية عن الصحة الإنجابية والجنسية من الممكن أن يشجع الشباب والمراهقين على الاندماج في علاقات جنسية قبل الزواج.

ولكن بمراجعة برامج التثقيف الجنسي على مستوى العالم يمكن استنتاج أن التثقيف الجنسي لا يشجع على النشاط الجنسي المبكر ومن الممكن أن يؤدي إلى تأخير بدء أول علاقة جنسية وكذلك إلى استخدام مستمر لوسائل تنظيم الأسرة وإلى جنس آمن. يعتقد الشباب أن كثرة المعلومات تكون مفيدة، وقال ثلثين من المشاركين في مسح بين طلبة الجامعة في جازفين بإيران أنهم لا يؤمنون أن تعريف الشباب والمراهقين عن الحمل غير المرغوب والأمراض المنقولة جنسيا من الممكن أن يؤدي إلى سلوكيات جنسية خاطئة (انظر جدول 5 ص 46).

المخاطر المرتبطة بالعلاقات الجنسية بالنسبة للمتزوجين وغير المتزوجين تزيد بسبب نقص المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية. والبرامج التي تقدم مثل هذه المعلومات والخدمات ممكن أن تخدم الشباب والمراهقين بصرف النظر عن هل هم نشطين جنسيا أم لا : حيث إنها تؤدي إلى تجهيزهم لأخذ قرارات مدركة ومبنية على المعرفة عن الزواج والعلاقات الجنسية والإنجاب. وخبرات الشباب والمراهقين عن الزواج والإنجاب تختلف كثيرا عبر المنطقة (انظر شكل 9) وعلى أي حالة فإن الجميع يشتركون في الاحتياج لمعلومات أكثر وافضل عن الجنس والصحة الإنجابية.

الأمراض المنقولة جنسيا بين الشباب والمراهقين

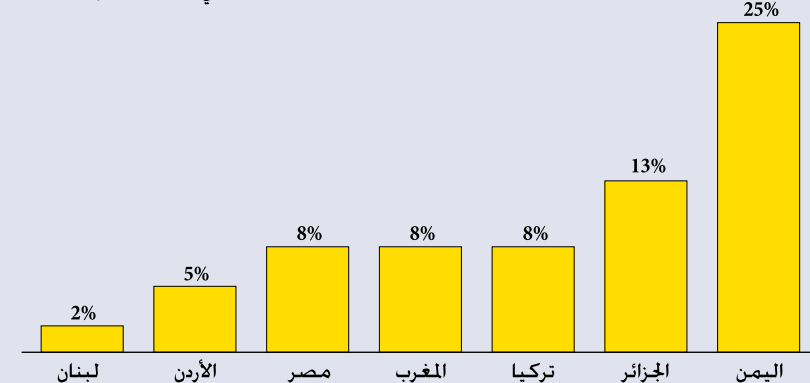
تبين الدراسات أن كثيرا من الشباب والمراهقين في منطقة الشرق الأوسط سمعوا عن متلازمة عوز المناعة المكتسب (الإيدز) غالبا من التليفزيون ولكن عددا أقل يعرف وسائل انتقاله، بالإضافة إلى أن قلة من الشباب والمراهقين سمعوا عن الأمراض المنقولة جنسيا الأخرى بالرغم من أن البيانات المحدودة المتوافرة بينت أن مثل هذه العدوى موجودة بين الشباب والمراهقين أكثر من الأعمار الأخرى.

- ♦ والمسح الصحي الديموجرافي عام 2005 في مصر أشار إلى أن 18% فقط من الشباب المتزوجات في أعمار 15 - 24 سمعوا عن السيلان أو الزهري أو الكلاميديا وهي كلها أمراض تنتشر من الاتصال الجنسي. وبالرغم من ذلك فإن حوالي 22% من هؤلاء النساء قررن أن لديهن إفرازات مهبلية والتهابات وقرح والتي من الممكن أن تكون أعراضا لأمراض منقولة جنسيا.

شكل رقم 9

النساء الصغيرات اللاتي أنجن في سن الثامنة

نسبة النساء في الفئة العمرية 20-24



المصدر: Donna Clifton, Toshiko Kaneda, and Lori Ashford, Family Planning Worldwide 2008.

وعبر الشرق الأوسط فإن المدارس العليا والجامعات بدأت في تقديم أنشطة خارج المنهج للتنقيف بخصوص متلازمة عوز المناعة المكتسب/الإيدز. وهذه الأنشطة من الممكن أن تملأ الفجوات في الأنظمة التعليمية عن مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية. ومن المفضل أن يتم طرح برامج موازية لتعليم الآباء لأن هذا يعزز التواصل بين الأجيال.

وقد أخذت إيران وتونس خطوات رائدة للوصول إلى الشباب والمراهقين وذلك لتلبية احتياجاتهم من خلال مناقشات مفتوحة عن صحة الشباب الإنجابية والجنسية وعلى أي حال هذه المناقشات غير شائعة في باقي بلاد المنطقة وعلى هذا فإن الإعلام يلعب دوراً رئيسياً في تثقيف الشباب والمراهقين عن الصحة الإنجابية والجنسية من خلال شبكتهم الواسعة وقدرتهم على كسر حواجز الصمت وتصحيح المفاهيم الخاطئة. وفي بلاد كثيرة فإن كثيراً من الشباب والمراهقين استفادوا من تكنولوجيا الاتصال الحديثة مثل شبكة الإنترنت والشبكات الاجتماعية من خلال التليفونات المحمولة وذلك للحصول على المعلومات. وهناك طريقة مبتكرة وهي الخط الساخن والذي نجح في مصر وعمان في تقديم المعلومات عن متلازمة عوز المناعة المكتسب لمن يريد بدون ذكر الاسم.

برامج "ABC" والتي تدعو إلى الامتناع الجنسي "Abstinence" (كاختيار أول للشباب والمراهقين) وأن يكونوا مخلصين "Being faithful" (للزواج أو الشركاء) واستخدام الواقي الذكري "Condoms" (لهؤلاء النشطين جنسياً) كانت لها بعض النجاحات في الإقلال من انتشار فيروس متلازمة عوز المناعة المكتسب في البلدان الأخرى. ومن الممكن تطويعها لتلائم ثقافة مع المعتقدات الدينية والعرف في المنطقة. ولكن هذا المدخل يجب استخدامه كاملاً وليس فقط في جزئية الدعوة للامتناع الجنسي مثل ما يحدث للبرامج في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

بالإضافة لذلك فإن مدخل برامج "ABC" لا يحمي المتزوجات صغيرات السن والمتزوجات من أزواج متعددي الزوجات أو كانوا مصابين بالعدوى قبل الزواج. لهذا السبب فإن المشورة قبل الزواج لهم وذلك للتأكد من أن حديثي الزواج من الرجال والنساء يدركون مخاطر متلازمة عوز المناعة المكتسب والأمراض المنقولة جنسياً الأخرى وكيفية حماية أنفسهم. وفي إيران فإن المشورة قبل الزواج إجبارية للمقبلين على الزواج وتشجع استخدام الواقي الذكري لتنظيم الأسرة والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً.

وفي مراجعة للجمعية العامة للأمم المتحدة في عام 2006 حول الإيدز، فإن منظمات غير حكومية تمثل الشباب قد أعدت رسالة للشباب تفيد "أن متلازمة عوز المناعة المكتسب يجب أن لا تفهم على أنها موضوع ديني أو قيمي ولكن على أنها موضوع صحي يتفاقم بسبب عوامل اجتماعية وثقافية وسياسية واقتصادية" كما أن الخبراء الصحيين يتفقون على أن مدخل "اللوم والعار" والذي يركز على فقدان القيم كأحد أسباب انتشار المرض غير فعال وأن أفضل السياسات والبرامج هي التي تركز على حماية صحة المراهقين والشباب عن طريق التعليم وبناء القدرات والخدمات الصحية والشبكات الاجتماعية الداعمة.

والشباب والمراهقين عموماً لا يهتمون بالبحث عن المعلومات عن الجنس والإنجاب من آبائهم حيث إنهم يخشون أن آباءهم قد يفترضون أنهم انغمسوا في علاقات محرمة هذا بالإضافة إلى أن الكثير من الآباء غير مهينين لمناقشة الأمور الجنسية مع أولادهم. وهناك دليل يشير إلى أن الشباب والمراهقين في منطقتي الشرق الأوسط وشمال إفريقيا يلجئون إلى طرق زواج غير تقليدية وذلك لإضفاء شرعية على علاقاتهم الجنسية. وبسبب أن مثل هذه الطرق من الزواج يحتفظ بسريرتها عن الأسرة فبالنظر إلى هؤلاء الشباب قليلاً ما يبحثون عن المعلومات والخدمات الخاصة بالصحة الإنجابية والجنسية (انظر إلى القسم الخاص بالزواج ص7).

الفرص لتزويد الشباب والمراهقين بالمعرفة

حيث أن الغالبية العظمى من الشباب والمراهقين في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا يلتحقون بالتعليم فهذا يشكل أحسن إطار لتوصيل برامج التنقيف الجنسي لهم. ومناهج التنقيف الجنسي في مدارس الشرق الأوسط وشمال إفريقيا نادرة. وحيثما توجد فإن الأجزاء الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية نادراً ما يتم تدريسها وذلك لأن المعلمين غير مدربين أو يشعرون بالحرَج في تدريسها.

جدول 5

الاتجاهات نحو بعض مواضيع الصحة الإنجابية بين طلاب في جازفين بإيران 2001

أسئلة مختارة	نسبة توزيع المشاركين		
	موافق	غير موافق	لا رأي
أفضل وسيلة للوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً والحمل غير المرغوب فيه من الشباب هو الامتناع الجنسي حتى الزواج	58	24	18
غير المتزوجين بما أنهم غير نشيطين جنسياً، فإنهم لا يحتاجون إلى معلومات عن الصحة الإنجابية	14	78	8
المواد التنقيفية عن منع الحمل والأمراض المنقولة جنسياً يجب توافرها في أماكن تجمع الشباب	76	11	13
تثقيف الشباب عن كيفية منع الحمل والأمراض الجنسية تؤدي إلى الإيجابية الجنسية	20	68	12

ملحوظة: طبقاً للمصدر اسفل فإن 1111 من الشباب شاركوا في المسح منهم 654 إناث و457 ذكور في متوسط عمر 21.4. للإناث 12.7 وكان للزوجين منهم 187.

المصدر: M. Simbar, F. Ramezani-Tehrani, and Z. Hashemi, "The Needs of Reproductive Health of the University Students," *The Journal of Gazvin University of Medical Sciences* 28, Autumn Supplement 2003. (In Persian)

9 البتر التناسلي للإناث (ختان الإناث)

النقاط الرئيسية

- ◆ البتر التناسلي للإناث هو موروث ثقافي وليس مطلب ديني من أي من الأديان ولكن تمتد جذوره إلى التمييز ضد المرأة.
- ◆ وهو يقع في اهتمامات الصحة الإنجابية وحقوق الإنسان.
- ◆ وهو ممارسة اجتماعية ولذلك يحتاج إلى عمل مجتمعي للقضاء عليه.

البتر التناسلي للإناث وفيه تزال أجزاء أو كل الأعضاء التناسلية للأنثى وليس له أي فائدة طبية ولكن يتسبب في مخاطر صحية للإناث اللاتي يجرى عليهن. وهو موروث ثقافي وليس مطلب أي دين من الأديان ولكن له جذور في التمييز بسبب النوع الاجتماعي. وطبقا لمنظمة الصحة العالمية فإن أكثر من مائة مليون امرأة وفتاة في العالم قد تم إجراء نوع من أنواع الختان لهن عادة في عمر بين 4 و 14 عاما.

- ◆ الغالبية العظمى من الفتيات اللاتي أجرى لهن الختان يعيشون في 27 بلدا في إفريقيا واليمن في شبه الجزيرة العربية.
- ◆ أن معدل انتشار العادة يتراوح بين 2% من السيدات المتزوجات (عمر 15 - 49) في النيجر و 5% في غانا إلى 96% في غينيا ومصر و 98% في جيبوتي.
- ◆ حوالي 3 مليون فتاة وسيدة في إفريقيا يتم عمل البتر لهن كل عام، ومنهن حوالي النصف يعيشون في بلدين فقط وهم مصر وأثيوبيا.

وبالرغم من أنه ينتشر بكثرة في مصر إلا أنه يكاد لا يعرف في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. واليمن هي الدولة الأخرى الوحيدة في منطقة الشرق الأوسط والتي بها عدد كبير من الفتيات والنساء (23%) قد تأثرن بالعادة وفي اليمن فإنه يمارس في مناطق البحر الأحمر الساحلية.

المصادر

- Ragui Assaad and Farzaneh Roudi-Fahimi, *Youth in the Middle East and North Africa: Demographic Opportunity or Challenge?* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2007). <http://www.prb.org/pdf07/YouthinMENA.pdf>
- Jocelyn DeJong et al., *Young People's Sexual and Reproductive Health in the Middle East and North Africa*, (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2007). www.prb.org/pdf07/MENAYouthReproductiveHealth.pdf
- Sahar El-Tawila et al., *Transition to Adulthood: A National Survey of Egyptian Adolescents* (Cairo: Population Council, 1999).
- Douglas Kirby et al., "Impact of Sex and HIV Education Programs on Sexual Behaviors of Youth in Developing and Developed Countries," *Youth Research Working Papers* No. 2 (Research Triangle Park, NC: Family Health International, YouthNet Program, 2005). www.fhi.org
- Ruth Mabry, Asya Al-Riyami, and Magdi Morsi, "The Prevalence of and Risk Factors for Reproductive Morbidities Among Women in Oman," *Studies in Family Planning* 38, no. 2 (2007).
- Pan Arab Project for Family Health, *Arab Family Health in Numbers*, Youth Issue No. 7 (2006).
- Bonnie L. Shepard and Jocelyn L. DeJong, *Breaking the Silence: Young People's Sexual and Reproductive Health in the Arab States and Iran* (Boston: Harvard School of Public Health, 2005). www.hsph.harvard.edu/pihhr/files/Shepard_publication.pdf
- United Nations Non-Governmental Liaison Services (NGLS), "High-Level Meeting: Time to Scale Up the AIDS Response," *NGLS Roundup* 126 (2006).

انتهاك لحقوق الإنسان

أن صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) يقول عن البتر التناسلي للإناث "أنه واحد من أكثر انتهاكات حقوق الإنسان استدامة وانتشارا ومعاناة صامتة" وفي وثيقة حقوق الطفل عام 1989 تم تعريف البتر التناسلي للإناث على أنه عادة عنيفة وضاره والتي تؤثر في حق الأطفال في الحصول على أعلى مستويات الصحة الممكنة. وضع تقرير عالم صالِح للأطفال في عام 2002 في الجلسة الخاصة بالطفولة في الجمعية العامة حداً للممارسات والعادات الضارة مثل: الزواج المبكر والقسري وختان الإناث.

وقد تم إدانة ختان الإناث كأحد انتهاكات حقوق الإنسان مبكراً في عام 1952 عندما تبنى قسم حقوق الإنسان في الأمم المتحدة قراراً حوله. ووثيقة 1979 والداعية إلى إزالة كل أشكال التمييز ضد المرأة أكد على أن هذه العادة هي انتهاك لحقوق الإنسان.

وكل هذه الوثائق الدولية لحقوق الإنسان تدعو إلى حق الأفراد للمشاركة في الحياة الثقافية والتي لا تشمل العادات الضارة والتي تنتهك حقوق الأفراد وبعبارة أخرى فالثقافة لا يمكن أن تبرر إحداث أضرار عضوية ونفسية على الأفراد (انظر صندوق 5).

المضاعفات الصحية

أن لختان الإناث مضاعفات عاجلة ومضاعفات آجلة على صحة الفتيات والنساء اللاتي أجري لهن الختان والآثار تعتمد على نوع ومدى البتر وعلى خبرة ممارس الختان. وعلى حالة التعقيم. وعلى الصحة العامة للفتاة التي أجري لها الختان. وبالرغم من أن المضاعفات أكثر خطورة (وأحياناً مميتة) مع الأنواع الشديدة للختان فإن أي نوع من أنواع الختان يمكن أن يؤدي إلى مضاعفات صحية خطيرة. والمضاعفات التي تلي الختان مباشرة تشمل الألم والصدمة والنزف واحتباس البول والتلوث والخرابج وعدم التئام الجرح وكذلك تمزقات وجروح في الأنسجة المحيطة. أما المضاعفات الآجلة وتظل طوال حياة السيدة، فتشمل تكوين حويصلات وخرابج والتهاب في المسالك البولية وصعوبة أثناء الدورة الشهرية والتهابات مزمنة بالحوض. وآلام أثناء الجماع. ومضاعفات أثناء الولادة وصعوبات أثناء تقديم الرعاية الصحية النسائية فيما بعد.

ما هي أسباب استمرار العادة؟

أن فهم كيف ولماذا تستمر عادة البتر التناسلي هام جداً، من أجل تصميم استراتيجيات تهدف إلى القضاء عليه:

- ♦ أن عادة البتر التناسلية هي إحدى مظاهر عدم المساواة بسبب النوع التي لها جذور في الإطار الاجتماعي والاقتصادي والسياسي للمجتمعات.
- ♦ إنها عادة متأصلة في الإطار الاجتماعي في المجتمعات التي يتم فيها.
- ♦ الفتيات اللاتي يجري عليهن عادة الختان تجلب لنفسها ولعائلتها الشرف والاحترام بينما أولئك اللاتي لا يجري لهن يجلبن الخزي والعزلة.

والأمهات اللاتي يرتبن إجراء البتر لبناتهن بالرغم من أنهن قد يكن تعرضن للمضاعفات النفسية والجسدية. يعتقدن أنهن يجب أن يقمن بذلك من أجل تربية بناتهن وجعلهن صالحات للبلوغ والزواج. وهذا الواجب من الممكن فهمه كأحد الإطارات الاجتماعية والتي توجب على الآباء الحفاظ على شرف الأسرة ومن وجهه نظر الآباء فإن عدم القيام بهذا الواجب من الممكن أن ينتج عنه ضرر أكبر.

صندوق 5

بتر/ ختان / أو تشويه

أن البتر التناسلي للإناث والمعروف بختان الإناث أو التشويه التناسلي للإناث يشمل بتر أو تغيير في الأعضاء التناسلية للمرأة لأسباب اجتماعية وليست طبية. ولفظ/الختان يستخدم بواسطة المجتمعات التي تمارسه ولكنه لا يستخدم بواسطة الخبراء الصحيين حيث أنه قياس على ختان الذكور والذي يخلق نوع من الخلط بين ممارستين مختلفتين تماماً. وختان الذكور يشمل الجلد التي تغطي رأس العضو الذكري بدون التأثير على العضو نفسه أما بالنسبة للإناث فإن القطع له تأثير ضار يعكس عدم المساواة المتأصل بين الإناث والذكور ويضعهن في مكانة أدنى في المجتمع. فيما ينظر إلى ختان الذكور على أنه للتأكيد على الرجولة فإن ختان الإناث ينظر على أنه للتحكم في الرغبة الجنسية والحفاظ على العذرية. أما مصطلح "التشويه التناسلي للإناث" فإنه يستخدم بواسطة الدعاة إلى حقوق المرأة وصحتها والذين يريدون إبراز الآثار السيئة للعادة وقد تبنت منظمة الصحة العالمية هذا المصطلح في عام 1990 ومنذ ذلك الوقت يستخدم في وثائق الأمم المتحدة.

ولكن في منتصف التسعينات فإن كثيراً من الناشطين المحليين في المجتمعات التي تمارس العادة وبخاصة في منطقة جنوب الصحراء الأفريقية أشاروا إلى خطورة وصمة بعض المجتمعات وقرروا أن استعمال مصطلح ختان الإناث هو مصطلح مناسب وأكثر تأثيراً عند إجراء مناقشات حول القضاء على عادة الختان وهناك نقاش دائر عن استخدام المصطلح المناسب الذي يصف العادة وقد قررت بعض المنظمات استخدام مصطلح البتر /التشويه سوياً.

المصدر: UNICEF, "Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/ Cutting," *Innocenti Digest* (2007).

هل من الممكن القضاء على عادة الختان؟

لقد تم القضاء على الختان في بعض المجتمعات وبالتالي يمكن أن ينتهي في الأماكن الأخرى ولكنه يحتاج إلى وقت وتحتاج الاستراتيجيات الهادفة للقضاء على الختان إلى أن تعمل من خلال نفس الآليات التي تشجع على استمرار العادة وهي: الضغط الاجتماعي. أن قرار القضاء على الختان يجب أن يأتي من المجتمعات نفسها ويجب أن يعكس اختيار جماعي. ومثل كل الإطارات الاجتماعية التي تنعكس على الذات فإن قرار الآباء عن ما إذا كانوا سيعرضون أولاد ابنتهم للبتر يكون مشروطا باختيار الآخرين. ولذلك فيجب تحريك مجموعة مؤثرة من الناس لإحداث التغيير في المجتمع (النماذج الإيجابية) حتى لو لم يكونوا أغلبية في البداية. وإن الوصمة الاجتماعية المرتبطة بغير المختنات من الممكن الإقلال منها حينما يكون هناك عدد كاف من الأفراد والذين يريدون ترك عادة البتر التناسلي للإناث ومن الممكن العمل على إقناع الآخرين لاتباعهم.

والتعليم وخاصة للإناث من الممكن أن يلعب دورا مهما في خلق مناخ في المجتمع لترك ممارسات البتر التناسلي للإناث. فالبنات لأمهات متعلقات تعليميا عاليا غالبا ما يكن أقل تعرضا لإجراء الممارسة من بنات لأمهات أقل تعليميا. ولكن التعليم بمفرده لا يمكن أن يكون كافيا لترك ممارسة عادة البتر التناسلي حيث أن هناك بعض الأسر المتعلمة لا يزال عندها اتجاهات إيجابية نحو استمرار العادة. حوالي نصف الأمهات المصريات اللاتي اكملن التعليم الثانوي أو أعلى أكدن على أنهن سيمارسن عادة البتر التناسلي لبناتهن (انظر شكل 10).

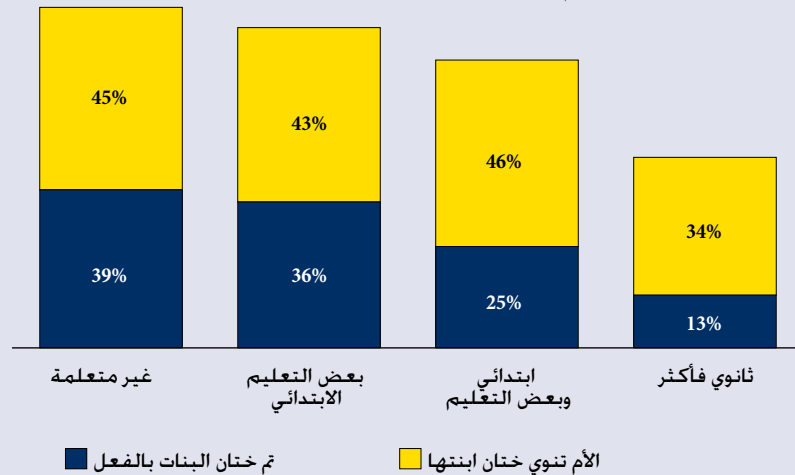
وفي أغلب البلاد التي تمارس فيها العادة فإن البتر قد نقص عامة في كل جيل متعاقب ولكن هذا النقص كان قليلا في البلاد التي تنتشر فيها الممارسة مثل مصر. ففي مصر نجد أن معدل الممارسة ظل عاليا لعقود من الزمن بسبب المعتقدات الثقافية والتي تشكل تحديا نحو التغيير. فقد أشار المسح الصحي الديموجرافي عام 2005 في مصر إلى أن أكثر من 60% من النساء يعتقدن أن الأزواج يفضلن الزوجات المختنات بالإضافة إلى أن الكثير من النساء يرين أن الختان يؤدي إلى إخلاص المرأة لزوجها و13% فقط يعتقدون أن الختان يؤدي إلى صعوبة الولادة (انظر شكل 11). وتنتشر هذه الاتجاهات عبر الأعمار المختلفة في مصر ولكن تختلف بدرجة التعليم والحالة الاقتصادية ومحل الإقامة (ريف - حضر).

تطبيب ختان الإناث

وفي استجابة للاهتمامات نحو المضاعفات والتأثيرات السلبية الصحية لعادة البتر التناسلي فإن كثيرا من الأسر في مصر وأماكن أخرى لجأت إلى الأطباء والممرضات والحكيما لإجراء العادة. وهذا يعتبر طببيا للعادة. وتاريخيا. فإن الممارسين التقليديين هم الذين كانوا يمارسون العادة واستمروا بجرونها في البلاد التي تمارس فيها. والآباء الذين لجئوا إلى الفريق الصحي يعتقدون أنهم يقللون من الأذى العضوي والنفسي بإجراء هذه العادة في جو معقم وتحت مخدر وفي عام 2005 أبرز المسح

شكل رقم 10

النسبة الحالية والمتوقعة لختان الإناث قبل الثامنة عشرة حسب الحالة التعليمية للأم - مصر 2005



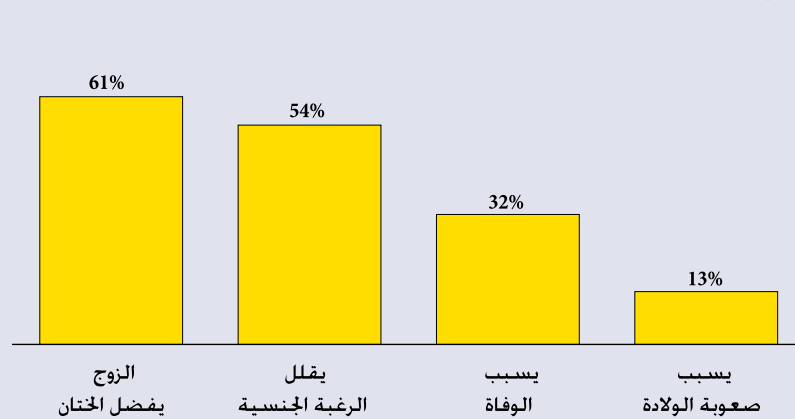
Egypt Demographic and Health Survey, 2005: table 16.3.

المصدر:

شكل رقم 11

المعتقدات حول ختان الإناث في مصر

نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج في سن (15-49) الذين يوافقن على ختان الإناث في جميع الحالات



Egypt Demographic and Health Survey, 2005: table 16.7.

المصدر:

10 سرطان عنق الرحم

النقاط الرئيسية

- ◆ سرطان عنق الرحم يرتبط بالعدوى المنقولة جنسيا.
- ◆ النساء في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا يتعرضن للوفاة بسبب سرطان عنق الرحم أكثر من النساء في البلاد النامية.

ينفرد سرطان عنق الرحم بين سرطانات الجهاز التناسلي، لأنه يرتبط بسبب معين وهو العدوى المنقولة جنسيا التي تسمى فيروس البابلوسى البشرى (Human Papilloma Virus (HPV). وسرطان عنق الرحم له تأثير على حياة الإناث في العالم وبالذات في البلاد الفقيرة والأشد فقرا. يحدث المرض نتيجة لنمو جزء من الخلايا عند فتحة عنق الرحم، أهم سبب هذا المرض هو العدوى بفيروس البابلوسى البشرى وهو فيروس ينتقل جنسيا وغالبا لا يكون له أعراض ولا يوجد له علاج وبينما يكون مستقر ولا يمكن تشخيصه في أغلب الأحيان، إلا أنه في بعض الحالات يؤدي إلى حالات تغيرات قبل السرطانية التي تتحول إلى سرطان في خلال 10 إلى 20 سنة. وهكذا فإن المرأة قد يكون حدث لها العدوى بالفيروس في عمر صغير (على سبيل المثال بعد الزواج مباشرة من رجل له ممارسات جنسية سابقة) فإنها قد لا تتحول إلى حالة سرطان عنق الرحم حتى تصل إلى عمر 35 أو أكبر. وإذا لم يتم تشخيص وعلاج المرض في عمر صغيرة وهو في أغلب الأحيان مرض خبيث يؤدي إلى الموت.

سرطان عنق الرحم في العالم وفي منطقة الشرق الأوسط

طبقا للتقديرات الدولية الحديثة فإن حوالي 493 ألف حالة جديدة من سرطان عنق الرحم يتم تشخيصها سنويا وحوالي 274 ألف حالة تموت بسبب المرض. وأكثر من 80% من الحالات الجديدة تحدث في الدول النامية؛ حيث أن برامج الفحص الجموعي إما أنها لا توجد أو توجد ولكنها غير كفاء. وفي الدول الأشد فقرا فإن سرطان عنق الرحم أحد أهم الأسباب المؤدية إلى الوفاة بين النساء. وعدد الحالات الجديدة التي تحدث سنويا في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا تختلف كثيرا بين بلدان المنطقة. ففي كثير من البلدان مثل الأردن وقطر فإن المعدلات أقل من مثلها في الدول النامية والتي تتراوح بين 10 حالات لكل 100000 شخص. ولكن معدل الإصابات الجديدة أعلى في بلاد المنطقة الأخرى على الرغم من أنها ليست بنفس نسبة الارتفاع متوسط معدلات الدول النامية الأخرى (انظر جدول 6 ص 57).

الصحي الديموجرافي أن ثلاثة أرباع الفتيات المصريات تحت سن 18 واللاتي أجرى لهن الختان تم بواسطة فرد صحي مدرب وباقي الفتيات تم إجراء العادة لهن بواسطة القابلات التقليديات (الدليات).

وعلى المستوى الدولي فإن المؤسسات الطبية قد أدانت إجراء هذه العادة وأكدت منظمة الصحة العالمية أن الختان لا يجب أن يمارس بواسطة أفراد صحيين في أي مكان بما في ذلك المستشفيات وأماكن أخرى تقديم الخدمة الصحية.

المصادر

Fatma El-Zanaty and Ann Way, *Egypt Demographic and Health Survey 2005* (Calverton, MD: ORC Macro, 2006): table 16.1.

www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?Filename=FR176.pdf&id=586

UNICEF, "Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting," *Innocenti Digest* (Florence, Italy: UNICEF, 2007).

UNFPA, *A Holistic Approach to the Abandonment of Female Genital Mutilation/Cutting* (2007). www.unfpa.org/publications

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Division for the Advancement of Women, *Convention on the Elimination of All Forms of Discriminations Against Women* (1979). www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/

United Nations Special Session on Children, May 8-10, 2002, "A World Fit for Children." www.unicef.org/specialsession/wffc/

Ann M. Veneman, "How African Women Are Winning Fight vs. Female Circumcision," *The Modesto Bee*, Sept. 5, 2007.

وشدة الإصابة. وأبسط وأرخص طريقة هي الاستئصال بالتبريد والتي تستخدم درجات حرارة شديدة الانخفاض للقضاء على الأنسجة المصابة ومن الممكن عملها في العيادة الخارجية. وقد عمل "اتحاد الوقاية من سرطان عنق الرحم" منذ عام 1999 على رفع الوعي بالنسبة لسرطان عنق الرحم وأدخل سياسات الوقاية والعلاج في البلاد والمجتمعات ذات الموارد المنخفضة. وقد أظهرت بحوثهم أن البرامج الصحية يمكنها بأمان وفعالية اكتشاف وعلاج النساء في زيارة أو زيارتين للعيادة الخارجية باستخدام طرق وإجراءات منخفضة التكاليف. من الممكن أن تكون خطوات الوقاية من سرطان عنق الرحم جزءاً من استراتيجية متكاملة لتحسين صحة الأمهات وتعزيز الإنصاف في خدمات الرعاية الصحية من خلال

جدول 6

سرطان عنق الرحم في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا: الحالات الجديدة، معدلات الحدوث ومعدلات الوفيات 2002

عدد الحالات الجديدة	معدل الحالات الجديدة لكل 100000 شخص	معدل وفيات لكل 100000 شخص	
الجزائر	1,726	15.6	12.7
البحرين	17	8.5	4.8
مصر	2,713	9.7	7.9
إيران	1,118	4.4	2.4
الأردن	60	4.3	2.4
لبنان	262	15.4	8.0
الكويت	34	6.1	3.4
المغرب	1,550	13.2	10.7
عمان	46	6.9	3.9
قطر	5	3.9	2.2
الإمارات	73	9.9	5.3
تونس	284	6.8	5.5
تركيا	1,364	9.9	5.3
اليمن	370	8.0	4.6
الدول الأكثر نمواً	83,437	10.3	4.0
الدول الأقل نمواً	409,404	19.1	11.2

الملاحظات: معدل الوفيات والإصابات الجديدة هي معدلات مناسبة مع السن حيث تم تعديلها؛ ليسهل المقارنة بين البلدان في مختلف الأعمار لأن عمر السكان له تأثير كبير على معدلات السرطان.

International Agency for Research on Cancer, GLOBOCAN 2002 database.

المصدر:

وبينما متوسط معدلات الوفيات بسبب سرطان عنق الرحم هو 4 لكل 100000 شخص في الدول الأكثر نمواً فإن الوفيات من هذا السرطان أعلى في دول منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا وهذا قد يرجع إلى أن السرطان لم يتم اكتشافه وعلاجه مبكراً وبفاعلية.

الوقاية من وعلاج سرطان عنق الرحم

أن الوقاية من فيروس البابلوسى البشرى من الممكن أن يقلل كثيراً من معدلات الإصابة بسرطان عنق الرحم وحالياً يوجد لقاح قد تم الموافقة عليه وموجود في بعض الدول النامية والذي قد يساعد كثيراً في منع الحالات الجديدة من سرطان عنق الرحم. وقد ركزت جهود الوقاية من سرطان عنق الرحم تقليدياً في السابق على الفحص الجموعي للنساء وذلك لاكتشاف التغيرات في أنسجة عنق الرحم غير الطبيعية وعلاج هذه الحالات قبل أن تتفاقم وتقديم خدمات المتابعة المناسبة.

وإلى الآن فإن الفحص الجموعي قد اعتمد على مسحة عنق الرحم وهو اختبار استخدم لعقود من الزمن وذلك لاكتشاف التغيرات غير الطبيعية في أنسجة عنق الرحم. وقد حقق هذا الاختبار نجاحات كبيرة في البلاد التي بها نظم صحية متقدمة والتي توفر هذه الخدمة بطريقة دورية وبكفاءة تامة. ولكن إجراء برامج مسحة عنق الرحم عملية معقدة ومكلفة وقد فشلت في الوصول إلى نسبة كبيرة من النساء في أماكن يضعف فيها النظم والمنشآت الصحية.

وبدون سهولة منال برامج الفحص الجموعي، فإن النساء في المجتمعات الفقيرة يبحثن عن الخدمات فقط حين يعانين من الأعراض حيث يكون السرطان في مرحلة متقدمة ومن الصعب علاجه، ومقدمي الخدمات الصحية لا يستطيعون إلا تقديم القليل لإنقاذ حياة النساء في هذه المرحلة، والأدوية التي تسكن الآلام قد لا تكون متوفرة.

والعوائق الأخرى نحو تقديم الفحص الجموعي والعلاج تشمل:

- ◆ نقص المعلومات عن سرطان عنق الرحم وطرق الوقاية.
- ◆ الصعوبة في الوصول إلى العيادات والمستشفيات وبخاصة للزيارات المتكررة.
- ◆ التكلفة العالية للتحاليل والفحوصات المعملية.

وبالرغم من هذه العوائق فإن سرطان عنق الرحم يمكن الوقاية منه بتكلفة قليلة، فإن مقدمي الخدمات الصحية يمكن أن يستخدموا تقنية بسيطة للفحص الجموعي للنساء لحالات التغيرات قبل السرطان وعلاج الأنسجة غير الطبيعية مبكراً. الفحص الجموعي مهم جداً للنساء في الثلاثينيات والأربعينيات من العمر.

ومن أهم بدائل مسحة عنق الرحم هو بواسطة الرؤية البسيطة والتي تحتاج إلى محلول خل أو محلول يود وأعين مقدم خدمات صحية مدرب لاكتشاف الأنسجة غير السليمة وهناك طريقة أخرى بديلة وهي تشمل اختبار وجود فيروس البابلوسى البشرى في عنق رحم المرأة. ولمزيد من الفاعلية فإن هذه الفحوصات لابد وأن تربط بطرق علاجية منخفضة التكاليف والتي تحتاج إلى زيارات متباعدة قليلة وهناك طرق بسيطة نسبياً والتي يمكن استخدامها في القضاء على أنسجة عنق الرحم غير الطبيعية أو إزالتها اعتماداً على حجم

11 الصحة الإنجابية والجنسية والأهداف الألفية الإنمائية

النقاط الرئيسية

- ♦ الصحة الإنجابية والجنسية مرتبطة بالتنمية الاقتصادية والاجتماعية.
- ♦ أن التغطية الشاملة لخدمات الصحة الإنجابية والجنسية يمكن أن تساهم في تحقيق أهداف الألفية الإنمائية.
- ♦ الإعلام يمكن أن يلعب دورا حيويا في تحميل الحكومات مسؤولية تحقيق أهدافهم المعلنة.

تتزايد رؤية خبراء التنمية لبيان أن رعاية الصحة الإنجابية حيوية لتحسين الرفاهية وتحقيق الأهداف الاجتماعية والتنموية الأخرى فعلى سبيل المثال: فإن استخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة يساعد الأزواج في تجنب الحمل غير المرغوب فيه ويحافظ على صحة الأمهات والأطفال وخدمات الصحة الإنجابية الأخرى متضمنة حمل آمن وصحي ويحمي الرجال والنساء من العدوى المنقولة جنسيا ومتلازمة عوز المناعة المكتسب. وثلاثة من الثمان أهداف الألفية الإنمائية للأمم المتحدة (انظر صندوق 6 ص 60) تركز على الصحة وكل منها يتعلق بجانب من جوانب الصحة الإنجابية والجنسية بطريقة أو بأخرى:

- ♦ الغاية 4: الإقلال من وفيات الأطفال.
- ♦ الغاية 5: تحسين الصحة النفاسية.
- ♦ الغاية 6: مكافحة متلازمة نقص المناعة المكتسب والملاريا والأمراض الأخرى.

أن الإقلال من وفيات الأمهات وتحسين الصحة النفاسية يحتاجان إلى تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية التي تقدم الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة ورعاية الحمل ورعاية ما بعد الولادة والولادة تحت إشراف فرد صحي مدرب ووجود خدمات الطوارئ للولادة.

وهذا بالإضافة إلى أن تحسين الصحة الإنجابية والجنسية يساعد على تقليص حدة الفقر (الغاية 1) فإن العائلات الصغيرة والتمتع بالصحة تكون أكثر إنتاجا وقدرة على الادخار ولديهم القدرة على الخروج من دائرة الفقر والخصوبة العالية والتعليم المتدني. والزواج والحمل المبكران هما أهم الأسباب التي تؤدي إلى ترك التعليم بين النساء والشابات في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا وهذا الوضع يرتبط بالغاية الثالثة

الرعاية الصحية الأولية وهناك آليات عملية لمقدمي الخدمات الصحية يمكن الحصول عليها من اتحاد الوقاية من سرطان عنق الرحم من خلال موقعهم الإلكتروني وكذلك من المنظمات المشاركة.

المصادر

Alliance for Cervical Cancer Prevention, *Ten Key Findings and Recommendations for Effective Cervical Cancer Screening and Treatment Programs* (Seattle: PATH, 2007). www.alliance-cxca.org/files/ACCP_recs_2007_factsheet_final.pdf

Lori Ashford and Yvette Collymore, in collaboration with Alliance for Cervical Cancer Prevention, *Preventing Cervical Cancer Worldwide* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2004). www.prb.org/pdf05/PreventCervCancer_Eng.pdf

International Agency for Research on Cancer, GLOBOCAN 2002 database. www-dep.iarc.fr/

جهود صانعي السياسات أيضا مهمة في دعم جهود إقامة جهاز صحي قومي مستديم. ليستجيب لاحتياجات المراهقين والشباب ذكورا وإناثا مما يؤدي بهم إلى أن يصبحوا بالغين منتجين ويتمتعون بالصحة.

دور الإعلام

يلعب الإعلام دورا مهما في لفت أنظار أفراد المجتمع إلى الصحة الإنجابية والجنسية وبالتالي يمكن لأفراد المجتمع أن يقوموا بالتالي بالتأثير في السياسات العامة للصحة. هؤلاء الأفراد يمثلون موظفي الحكومة وموذيها وقادة المنظمات غير الحكومية شاملة المنظمات النسائية والقادة الدينيين وأساتذة الجامعات والخبراء الصحيين والدعاة وغيرهم من قادة الرأي في المجتمع.

وكثيرا من أفراد هذه الفئات المؤثرة يقرأون الصحف والمجلات ويستمعون إلى الراديو ويشاهدون التلفزيون وتتأثر آراؤهم بالتالي بما يسمعون أو يقرأون أو يشاهدون وأحيانا فقد يؤدي خبر أو تقرير إلى أن يقوم أحد صانعي القرارات بالتدخل وفي أغلب الأحيان فإن هناك

وهي تمكين النساء وإغلاق الفجوة بين النوعين بالنسبة للتعليم. أن النساء الأكثر تعليما والأكثر تمكينا هن أكثر قدرة على التفاوض في العلاقات مما يؤدي إلى تجنب الأمراض المنقولة جنسيا شاملة متلازمة عوز المناعة المكتسب/الإيدز (الغاية 6).

الحاجة إلى التدخل

أن الإرادة السياسية والقيادة واتباعها الالتزام المادي هي الأساس لتحسين قدرة الناس على الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية والجنسية وأنه من المهم التجاوب مع حاجات الشباب والمراهقين في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا وذلك لأعدادهم المتزايدة. إن الجهود الرامية إلى تسهيل وصول الشباب والمراهقين إلى الخدمات الصحية تعاني من القصور في المنطقة بسبب عوامل ثقافية واجتماعية وسياسية.

إن أعضاء المجالس النيابية والقادة السياسيين الآخرين في كل موقع مهم عليهم تبني الدعوة إلى سياسات صحية حساسة للسن والنوع من خلال القوانين والنظم. وكذلك بأن يكونوا نماذج يحتذى بها في الحديث عن الصحة والحقوق الإنجابية والجنسية. إن

صندوق 6

غايات وأهداف الألفية الإنمائية

تشكل غايات وأهداف الألفية الإنمائية إطارا لتحسين حياة الشعوب والقضاء على الفقر وهذه الغايات والأهداف اعتمدت سنة 2000 أثر اجتماع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة البالغ مجموعها 179 دولة في مؤتمر قمة الألفية وذلك لمكافحة الفقر والجوع والمرض ومكافحة الأمية وتدهور البيئة والتنمية ضد المرأة وكذلك أيدت الدول الالتزام نحو خلق مناخا جديدا من الشراكة الدولية من أجل التنمية.

والغايات تتكامل مع بعضها البعض وتغطي إطارا عريضا وكل غاية لها أهداف يمكن قياسها ومصممة بحيث يمكن لكل دولة متابعة تقدمها نحو هذه الأهداف. وكل هدف له مؤشرات يمكن قياسها وذلك لمساعدة الدول في التعرف على المناطق التي يمكن تحسينها. أغلب الغايات وضعت عام 2015 لتحقيقها واستخدمت بيانات عام 1990 أساسا للقياس. وهذه الغايات وأهدافها المختارة هي كما يلي:

الغاية 1: القضاء على الفقر المدقع والجوع

تخفيض نسبة السكان الذين يقل دخلهم اليومي عن دولار واحد إلى النصف في الفترة ما بين عام 1990 وعام 2015 وتخفيض نسبة السكان الذين يعانون الجوع إلى النصف في نفس الفترة.

وفي بلاد منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا فإن الدخل الأقل من 2 دولار يوميا هو المقياس الأقرب لمن يعيشون في فقر مدقع حيث أن التعريف الدولي للفقر قد لا يتواءم مع تعريف البلاد للفقر من حيث كمية النفود اللازمة للحفاظ على مستوى مقبول من المعيشة ويشجع كل بلد على استخدام التعريف الوطني للفقر وذلك لمتابعة التقدم في خفض أعداد الناس الذين يعيشون تحت خط الفقر.

الغاية 2: تحقيق تعميم التعليم الابتدائي

كفالة تمكين الأطفال في كل مكان، سواء الذكور أو الإناث منهم، من إتمام مرحلة التعليم الابتدائي بحلول عام 2015.

الغاية 3: تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة

إزالة التفاوت بين الجنسين في التعليم الابتدائي والثانوي ويفضل أن يكون ذلك بحلول عام 2005م وبالنسبة لجميع مراحل التعليم في موعد لا يتجاوز عام 2015.

الغاية 4: تخفيض معدل وفيات الأطفال

تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين في الفترة ما بين عام 1990 وعام 2015.

الغاية 5: تحسين الصحة النفاسية

تخفيض معدل الوفيات النفاسية بمقدار ثلاثة أرباع في الفترة ما بين عام 1990 وعام 2015.

الغاية 6: مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية الإيدز والملاريا وغيرها من الأمراض

وقف انتشار فيروس نقص المناعة البشرية الإيدز بحلول عام 2015 ويبدأ انحساره اعتبارا من هذا التاريخ.

الغاية 7: كفالة الاستدامة البيئية

إدماج مبادئ التنمية المستدامة في السياسات والبرامج القطرية وانحسار فقدان الموارد.

الغاية 8: إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية

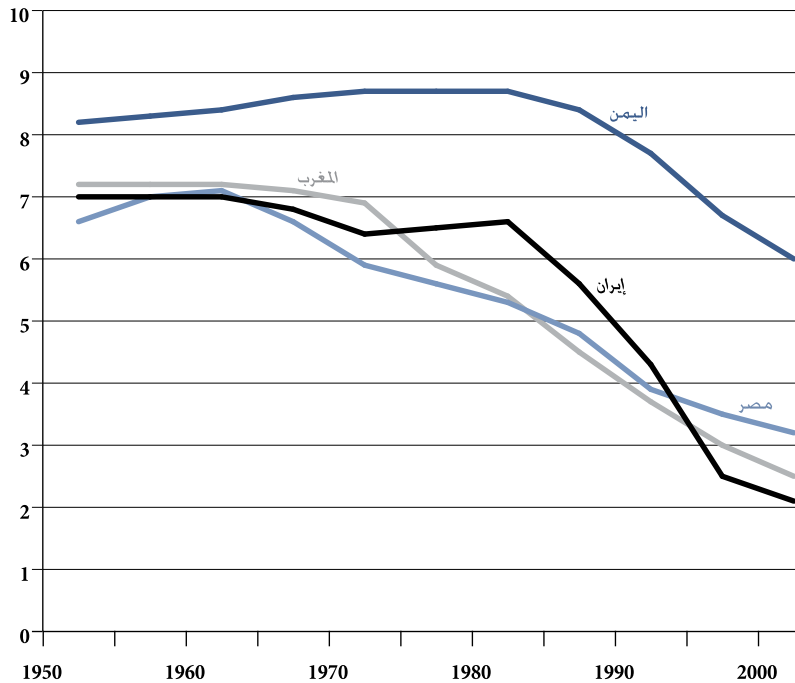
المضي في إقامة نظام تجاري ومالي يتسم بالانفتاح والتقييد بالقواعد والقابلية للتنبؤ به وعدم التمييز ويشمل هذا التزامه بالحكم الرشيد والتنمية وتخفيف وطأة الفقر على الصعيد الوطني العالمي.

ملحق 1

السكان ومؤشرات الصحة الإنجابية في بلدان المنطقة

يتناقص معدل الخصوبة على مدى دول منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، ولكن بمعدلات مختلفة

متوسط عدد المواليد لكل امرأة



United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2006 Revision* (2007).

المصدر:

احتياج إلى استمرار تدفق المعلومات، وذلك لتعريف مختلف المستمعين عن المواضيع وكذلك لإثراء المناقشات المجتمعية.

وإن الإعلاميين والذين يعدون التقارير الصحفية والمتزامنة مع الأحداث عن مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية من الممكن أن:

- ♦ يكسروا حاجز الصمت عن المواضيع المهمة المسكوت عنها؛ وذلك لوضع مشاكل الصحة الإنجابية والجنسية في الاعتبار.
- ♦ متابعة تقدم الحكومات نحو تحقيق الغايات والأهداف الألفية الإنمائية وبالتالي وضعهم في موضع المسؤولية أمام أفراد المجتمع.

والملاحق التالية تقدم معلومات إضافية للإعلاميين؛ لاستخدامها في إعداد تقاريرهم وتقديم التعاريف للمصطلحات المستخدمة في هذا الدليل بالإضافة إلى مصادر المعلومات لإعداد قصص حقيقية عن الصحة الإنجابية والجنسية.

المصادر

Farzaneh Roudi-Fahimi and Lori Ashford, *Investing In Reproductive Health To Achieve the Millennium Development Goals: The Middle East and North Africa* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2005).

www.prb.org/pdf06/MENA_Investing_in_Reproductive_Health_Eng.pdf

UNFPA, *Achieving the Millennium Development Goals: Population and Reproductive Health as Critical Determinants* (2003). www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/203_filename_pds10.pdf

United Nations Millennium Development Goals.

www.unmilleniumproject.org/millenniumgoals

United Nations Statistics Division, Millennium Indicators.

<http://millenniumindicators.un.org/unsd/mdg/Default.aspx>

الجدول: A1.1

السكان الإناث في المنطقة، في مجموعات مختارة من الأعوام: 2008

	عدد الإناث بالآلاف			نسبة السيدات غير المتزوجات	
	24-20	19-15	49-15	24-20	19-15
الجزائر	16	2	1,827	1,801	9,914
البحرين	—	—	28	30	193
مصر	51	12	3,790	3,822	19,926
إيران	52	16	4,339	4,157	21,234
العراق	—	19	1,352	1,603	7,226
الأردن	34	6	296	307	1,616
الكويت	—	—	107	95	730
لبنان	19	3	178	185	1,136
ليبيا	—	—	313	268	1,733
المغرب	39	12	1,624	1,603	9,008
عمان	—	—	133	138	647
فلسطين*	49	10	181	218	925
قطر	—	—	23	25	171
السعودية	—	—	1,081	1,248	6,188
سوريا	43	11	1,113	1,090	5,519
تونس	15	1	522	501	3,012
تركيا	50	12	3,338	3,366	20,801
الإمارات	—	—	145	121	942
اليمن	59	17	1,122	1,350	5,364

— البيانات غير متوفرة.

* فلسطين تشير إلى السكان الفلسطينيين الذين يعيشون في غزة والضفة الغربية (ويشمل ذلك شرق القدس).

الجدول: A1.2

مؤشرات مختارة للصحة الإنجابية في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا

	المعدل الكلي للخصوبة		نسبة وفيات الأمهات**		نسبة المواليد الذين ذهبوا أمهاتهم على الأقل 4 زيارات للرعاية قبل الولادة		نسبة الولادات تحت إشراف موظفين صحيين مهرة		نسبة الرضع ذوي الوزن المنخفض عند الولادة	
	24-20	19-15	49-15	24-20	19-15	49-15	24-20	19-15	24-20	19-15
الجزائر	6	95	—	180	2.4	—	—	—	—	—
البحرين	8	99	—	32	2.6	—	—	—	—	—
مصر	14	74	62	130	3.1	62	74	62	14	74
إيران	7	90	77	140	2.0	77	90	77	7	90
العراق	15	—	—	300	4.3	—	—	—	15	—
الأردن	12	100	91	62	3.5	91	100	91	12	100
الكويت	7	100	—	4	2.6	—	100	—	7	100
لبنان	6	98	87	150	1.9	87	98	87	6	98
ليبيا	7	94	81	97	3.0	81	94	81	7	94
المغرب	15	63	30	240	2.4	30	63	30	15	63
عمان	8	98	—	64	3.4	—	98	—	8	98
فلسطين*	7	99	—	—	4.6	—	99	—	7	99
قطر	10	100	58	12	2.8	58	100	58	10	100
السعودية	11	96	—	18	4.1	—	96	—	11	96
سوريا	9	93	51	130	3.5	51	93	51	9	93
تونس	7	90	79	100	2.0	79	90	79	7	90
تركيا	16	83	54	44	2.2	54	83	54	16	83
الإمارات	15	100	—	37	2.7	—	100	—	15	100
اليمن	32	27	11	430	6.2	11	27	11	32	27

— البيانات غير متوفرة.

* فلسطين تشير إلى السكان الفلسطينيين الذين يعيشون في غزة والضفة الغربية (ويشمل ذلك شرق القدس).

** قد تختلف البيانات الموضحة في هذا العمود عما هو موضح في الفصل الخامس بسبب اختلاف مصدر البيانات المستخدم.

جدول A1.3

نسبة السيدات المتزوجات في الفئة العمرية (15-49) ويستخدمن وسائل منع الحمل

أى وسيلة	الوسائل الحديثة	الوسائل التقليدية
الجزائر	61	52
البحرين	62	31
مصر	59	58
إيران	74	56
العراق	50	40
الأردن	56	41
الكويت	50	42
لبنان	58	34
ليبيا	45	31
المغرب	63	55
عمان	24	18
فلسطين*	50	39
قطر	43	32
السعودية	32	29
سوريا	58	43
تونس	63	53
تركيا	71	43
الإمارات	28	24
اليمن	23	13

تشير البيانات إلى أحدث مسح تمت بين العامين 1997 و2007. تشير البيانات بالخط المائل إلى مسح تمت بين عامي 1995 و1996.

* فلسطين تشير إلى السكان الفلسطينيين الذين يعيشون في غزة والضفة الغربية (ويشمل ذلك شرق القدس).

جدول A1.4

نسبة توزيع مستخدمي وسائل تنظيم الأسرة الحديثة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (السيدات المتزوجات في العمر 15-49 سنة). حسب الطريقة

الحبوب	اللولب	الواقى الذكري	التعقيم**	وسائل أخرى
الجزائر	88	4	2	1
البحرين	36	9	31	4
مصر	18	65	2	14
إيران	33	15	11	6
العراق	37	31	3	23
الأردن	18	57	8	9
الكويت	68	16	7	4
لبنان	37	40	13	9
ليبيا	38	44	4	13
المغرب	73	10	3	5
عمان	34	12	8	25
فلسطين*	18	64	10	6
قطر	49	28	9	13
السعودية	69	23	3	4
سوريا	30	60	4	3
تونس	21	52	3	20
تركيا	11	48	25	14
الإمارات	50	16	8	18
اليمن	47	25	3	13

تشير البيانات إلى أحدث مسح تمت بين العامين 1997 و2007. قد لا تكون نتيجة جمع الأرقام 100 بسبب تقريب الأرقام. تشير البيانات بالخط المائل إلى مسح تمت بين عامي 1995 و1996.

* فلسطين تشير إلى السكان الفلسطينيين الذين يعيشون في غزة والضفة الغربية (ويشمل ذلك شرق القدس).

** تشير البيانات الخاصة بالتعقيم إلى تعقيم السيدات لأن تعقيم الرجال يكاد أن يكون معدوماً في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا فيما عدا إيران. التعقيم في إيران هو أكثر الطرق الحديثة استخداماً. وضمن الأزواج الذين اختاروا طريقة التعقيم كوسيلة لتنظيم الأسرة 15% منهم اختار تعقيم الرجال و 85% اختار تعقيم النساء.

ملحق 2

مصطلحات الصحة الإنجابية والجنسية

الإجهاض Abortion: هو إنهاء الحمل (أي إخراج الجنين)، قبل اكتمال 22 أسبوعاً من حدوث الحمل أو عندما يكون وزن الجنين أقل من 500 جرام، والإجهاض قد يكون تلقائياً بدون تدخل أحد أو يكون مفتعلاً.

عمليات الإجهاض Abortion procedures: للحمل قبل 12 أسبوعاً (12 أسبوعاً من آخر دورة طمثية للسيدة) من الممكن أن يتم باستخدام ما يلي: تفريغ بالشفط، عملية توسيع وكحت أو استعمال العقاقير. أما بالنسبة للحمل بعد 12 أسبوعاً من آخر دورة طمثية للسيدة فإن أكثر وسيلتين انتشاراً هما التوسيع والتفريغ (الإجهاض الجراحي) أو باستعمال العقاقير (الإجهاض الطبي). وفي بعض البلاد فإن النساء في الأسابيع الأولى من غياب الدورة الطمثية يمكن أن يلجأن إلى إجراء يسمى (تنظيم الدورة) وفيه يستخدم الشفط أو العقاقير لإنزال الدورة بدون اللجوء إلى اختبارات الحمل.

♦ التفريغ بالشفط: (Vacuum Aspiration) يزيل كل محتوى الرحم وذلك عن طريق الشفط من خلال أنبوبة يتم إدخالها في الرحم وهو يتم إما عن طريق مضخة تعمل بالكهرباء أو مضخة يدوية وفي كل الحالات فإن العملية تجري في العيادة الخارجية وهي عادة تجري للحمل في عمر 12 أسبوعاً أو أقل ولكن مع الخبرة يمكن إجراؤها حتى الأسبوع الخامس عشر.

♦ عملية التوسيع والكحت: (Dilation and Curettage) تستخدم موسعات معدنية لفتح عنق الرحم وآلة الكحت وذلك لكحت جدران الرحم، والعملية عادة تجري تحت مهدئ قوى أو مخدر عام وقد يعقبها مضاعفات مثل النزف والعدوى وخرق جدار الرحم وقد نصحت منظمة الصحة العالمية باستخدام هذا الإجراء فقط في حالة عدم وجود أي من الإجهاض بالشفط أو الإجهاض بالعقاقير.

المصادر

- Donna Clifton, Toshiko Kaneda, and Lori Ashford, *Family Planning Worldwide 2008* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2008). www.prb.org/pdf08/fpdso8.pdf
- Pan Arab Project for Family Health.
- ORC Macro Demographic and Health Surveys.
- World Health Organization, WHO Statistical Information System (WHOSIS Database). www.who.int/whosis/database/core/core_select.cfm
- World Health Organization, *Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*.
- UNICEF, UNICEF Global Database on Delivery Care. www.childinfo.org/areas/deliverycare/countrydata.php
- UNICEF, Multiple Indicator Cluster Surveys.
- United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2006 Revision*. <http://esa.un.org/unpp>

◆ الإجهاض الطبي/بالعقاقير: يستخدم عقاراً أو أكثر وغالباً ما يتم استخدام عقار "الميفيبريستون" المعروف باسم (RU486) وعقار "الميسوبريستول" والمعروف باسم سيتوتيك وذلك لطرد محتويات الرحم. والإجراء يحتاج إلى زيارتين على الأقل للعيادة الخارجية وفي أغلب الأحيان يكتمل الإجهاض في خلال أسبوع وفي حوالي 2% إلى 5% من الحالات التي يكون فيها الإجهاض غير كامل فإنه يتعين إجراء عملية شفط أو توسيع وكحت إذا كانت هناك حاجة.

◆ التوسيع والتفريغ: يشمل توسيع عنق الرحم واستخدام كل من: الشفط والأدوات الجراحية لإزالة محتويات الرحم.

معدل الإجهاض Abortion rate: هو عدد حالات الإجهاض لكل 1000 امرأة في عمر من 15 - 44 أو 15 - 49 سنة في سنة معينة وهذا المعدل يشير إلى مستوى الإجهاض في مجتمع ما.

نسبة الإجهاض Abortion ratio: عدد حالات الإجهاض لكل 100 مولود حي (كتقدير لحالات الحمل) في سنة معينة وهذه النسبة تشير إلى احتمالات انتهاء الحمل بواسطة حدوث إجهاض.

الامتناع الجنسي Abstinence: هو الامتناع عن ممارسة الجنس.

المراهقة Adolescence: هي الفترة الانتقالية بين البلوغ والرشد. وغالباً ما تعرف على أنها الفترة بين 10 - 19 سنة والبيانات عن صحة وتعليم وعمل وسلوك المراهقين متوفرة غالباً عن الفترة من 15 - 19.

الأنيميا Anemia: هو انخفاض نسبة الكرات الدموية الحمراء التي تحمل الأكسجين أو انخفاض نسبة الهيموجلوبين عن 110 جرام لكل لتر في الدم وقد تحدث الأنيميا نتيجة لنزف شديد، أو نتيجة عدم أو قلة تناول أغذية تحتوي على الحديد وحمض الفوليك أو الحمل المتكرر أو الإصابة بالمalaria أو الطفيليات المختلفة.

فترة ما قبل الولادة Antenatal period: هي الفترة بين حدوث الحمل والولادة وهي حوالي 40 أسبوعاً.

العقاقير مضادات الفيروسات Antiretroviral treatment (ART): هي مادة أو مجموعة من المواد التي تؤدي إلى القضاء على الفيروسات مثل نقص المناعة المكتسب أو تؤدي إلى إيقاف تكاثرها.

متلازمة عوز المناعة المكتسب/الإيدز Acquired immune deficiency syndrome (AIDS): هي حالة تؤدي إلى الإقلال من جهاز المناعة بالجسم وعادة ما تؤدي إلى الوفاة وهي تحدث عن طريق عدوى بفيروس نقص المناعة البشرية.

التلقيح الصناعي Artificial insemination: هو وضع السائل المنوي داخل رحم المرأة (ليس عن طريق العملية الجنسية) من أجل إحداث حمل.

الولادة القيصرية Caesarean delivery: هي إخراج الطفل والمشيمة من خلال إجراء جراحة عن طريق البطن وجدار الرحم.

عنق الرحم Cervix: هو الجزء الأسفل أو فتحة الرحم وتمتد داخل المهبل.

الفترة الإنجابية Childbearing years: هي العمر الإنجابي للمرأة ويفترض لأغراض إحصائية أن يكون بين عمر 15 إلى 44 أو 15 - 49.

الكلاميديا Chlamydia: هو مرض ينتقل جنسياً ويسببه ميكروب الكلاميديا وغالباً ما يسبب نزف منقطع وآلام أثناء العملية الجنسية للنساء وحرقان أثناء التبول بالنسبة للرجال وإفرازات للرجال والنساء وإذا ترك بدون علاج فإنه قد يؤدي إلى التهاب الحوض.

الختان (للذكور) Circumcision (male): هو إزالة الجلد التي تغطي رأس العضو الذكري.

الولادة النظيفة Clean delivery: الولادة النظيفة تحدث تحت إشراف فرد مدرب وفي منشأة صحية أو تحت إشراف فرد مدرب وفي المنزل مع مراعاة شروط النظافة والتعقيم من الأيدي والمكان والسرير والأدوات المستخدمة لقطع الحبل السري.

البظر Clitoris: هو عضو صغير قادر على الانتصاب في الجهاز التناسلي للمرأة يختفي جزئياً بين الشفرتين وهو حساس جداً ومن الممكن أن يكون مصدر المتعة والوصول إلى ذروة الاستمتاع الجنسي للمرأة وهو مماثل في التركيب للعضو الذكري.

معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة Contraceptive prevalence rate: هو نسبة السيدات المتزوجات في سن الإنجاب (15-49) اللاتي يستخدمن حالياً لوسائل تنظيم الأسرة.

الإخصاب Conception: اتحاد الحيوان المنوي والبويضة.

الكي بالتبريد Cryotherapy: استخدام درجة حرارة شديدة الانخفاض لتجميد الأنسجة المصابة والقضاء عليها ويستخدم على عنق الرحم وذلك للقضاء على الأنسجة المصابة والتي قد تتحول إلى سرطان عنق الرحم.

العنف الأسري Domestic violence: العنف الذي يحدث في إطار الأسرة أو بين أفراد بينهم علاقات حميمة مثل: ضرب الزوجات أو العنف ضد الأطفال، والمصطلح الأكثر دقة "هو العنف مع الشريك المقرب" ويعرف بأنه عنف أو تهديد بعنف جنسياً أو عضوياً أو نفسياً أو عاطفياً بواسطة شريك حالي أو سابق أو صديق أو صديقة حالياً أو سابقاً. وبعض المصطلحات الشائعة والتي تستخدم لوصف العنف من الشريك المقرب هو الانتهاك الأسري، انتهاك الأزواج، والعنف الأسري.

البتر التناسلي للإناث (FGC): Female genital cutting (FGC): كل الإجراءات التي تشمل بتر كل أو بعض أجزاء من الجهاز التناسلي الخارجي أو أي قطع في الأعضاء التناسلية لأسباب ثقافية أو دينية أو أي أسباب أخرى غير علاجية وهناك أنواع مختلفة من البتر التناسلي للإناث: النوع الأول تشمل قطع البظر كلياً أو جزئياً، النوع الثاني وفيه يتم بتر البظر مع الشفرتين الصغيرتين (الداخليتين)، النوع الثالث فيشمل قطع الأعضاء التناسلية الخارجية ويرتق فتحة المهبل لاغلاقها فيما عدا ثقب صغير لإخراج البول ودم الطمث وتطلق أسماء أخرى على عادة البتر التناسلي للإناث منها: ختان الإناث والتشويه التناسلي للإناث.

الخصوبة Fertility: هو الأداء الإنجابي الطبيعي لشخص أو أزواج أو مجموعة أو سكان. انظر أيضاً "المعدل الإجمالي للخصوبة".

الناصور Fistula: هو فتحة غير طبيعية بين تجويفين (المهبل والمثانة أو المهبل والمستقيم) والذي يؤدي إلى عدم التحكم في نزول بول أو براز من المستقيم.

حمض الفوليك Folic acid: هو عقار مركب من فيتامين ب ويعتبر من العقاقير التي يحتاجها الإنسان وذلك للمساعدة في نمو الكرات الدموية الحمراء والنقص فيه قبل الحمل قد يؤدي إلى ظهور عيوب الضفيرة العصبية للجنين حديث الولادة.

النوع الاجتماعي Gender: هو الأدوار والمسؤوليات الاجتماعية للنساء والرجال والتي تكتسب وتتغير حسب الموقع وتختلف بين المجتمعات.

العنف المبني على النوع Gender-based violence (GBV): هو عنف موجه نحو شخص على أساس النوع أو الجنس ويشمل أي أفعال تؤدي إلى إيذاء أو معاناة بدنياً أو عقلياً أو جنسياً أو تهديد لها أو إكراه أو تقييد للحرية ومن أمثلة العنف المبني على النوع: العنف الجنسي - العنف الأسري - الانتهاك العاطفي والنفسي - الإكراه على ممارسة البغاء أي: الاستغلال الجنسي - التحرش الجنسي والممارسات التقليدية الضارة (مثل البتر التناسلي للإناث والقتل بسبب الشرف والزواج القسري).

الإنصاف Gender equity: هو المساواة في الفرص (والفوائد الناتجة) بين الإناث والذكور.

الهربس التناسلي/الحلأ التناسلي Genital herpes: هو مرض شديد العدوى ينتقل عن طريق الجنس من شخص مصاب بقروح وثلثيل والتي قد تكون أو لا تكون مرئية ويوجد واحدة من كل أربع نساء وواحد من كل خمس ذكور مصاب بالفيروس في الولايات المتحدة الأمريكية ويمكن أن ينتقل من الأم إلى الجنين.

الحماية المزدوجة Dual protection: استخدام وسيلتين لتنظيم الأسرة مثل استخدام عازل مثل الواقي الذكري مع وسيلة أخرى مثل الحبوب أو اللولب وذلك لتوفير الحماية المزدوجة ضد الحمل والأمراض المنقولة جنسياً وبخاصة متلازمة عوز المناعة المكتسب / الإيدز.

تسمم الحمل Eclampsia: حالة من الممكن أن تحدث خلال الحمل أو مباشرة بعد الولادة ومن أعراضها تشنجات يتبعها فقدان للوعي والمرأة عادة ما تعاني من ارتفاع ضغط الدم وأوزيما مائية (تورم) وزلال في البول وقد تحدث التشنجات قبل أو أثناء أو بعد الولادة مباشرة وتحدث في حوالي 5% من حالات الحمل و 25% من حالات تسمم الحمل تحدث بعد الولادة.

الحمل خارج الرحم Ectopic pregnancy: حالة قد تهدد الحياة حيث قد تتسبب في نزيف شديد داخلي أو إجهاض تلقائي وتحتاج إلى تدخل جراحي في أغلب الأحيان.

وسائل منع الحمل الطارئة Emergency contraception (EC): هي وسائل تستخدم لمنع الحمل بعد جماع غير محمي مثل فشل الوسيلة (مثل تمزق الواقي الذكري) أو عدم أخذ أي وسيلة لمنع الحمل. وهناك نوعان من وسائل منع الحمل للطوارئ وهي: حبوب منع الحمل واستخدام اللولب النحاسية وهاتان الوسيلتان قانونيتان وفعالتان إذا ما كانت إرشادات الخدمة وإرشادات مستخدميها اتبعت بدقة.

خدمات الولادة الأساسية Essential obstetric care (EOC): تقديم الخدمات الأساسية غير الطارئة لمنع وعلاج المضاعفات أثناء الحمل والولادة. وأهم المكونات هي خدمات الولادة القيصرية والأدوية المهمة مثل التخدير والمضادات الحيوية والمسكنات ومضادات التقلص والمحاليل وخدمات نقل الدم وإمكانات تفرغ المشيمة يدوياً وخدمات التفرغ بالشفط في حالات الإجهاض غير المكتمل.

الرضاعة الطبيعية المطلقة Exclusive breastfeeding: هي تغذية الطفل خلال ساعة من الولادة وحتى عمر ستة أشهر بواسطة لبن الأم وبدون أي إضافات حتى الماء.

تنظيم الأسرة Family planning: هو المجهود الواعي للأزواج لأن ينظموا عدد الأطفال ويباعدوا بينهم وذلك باستخدام وسائل صناعية وطبيعية لمنع الحمل. وتنظيم الأسرة يعني منع الإخصاب لتجنب الحمل والإجهاض ولكنه يشمل أيضاً جهود الأزواج لإحداث الحمل.

السقوط المهبلي والرحمي Genital prolapse: وهي حالة يحدث فيها نزول الجدار المهبلي أو الرحم عن مستواهما الطبيعي وقد يجذبوا معهم جزءاً من المثانة أو المستقيم وقد يبرزوا خارج المهبل.

السيلان Gonorrhea: وهو عدوى منقولة جنسياً يسببها ميكروب معين وتسبب إفرازات من قناة مجرى البول أو المهبل وقد تصيب الطفل حديث الولادة المصاب. وأثناء الحمل من الممكن أن تسبب الإصابة بالسيلان في ولادة مبكرة أو ولادة أطفال ميتين والسيلان المزمن ليس له أعراض في النساء وإذا لم تتم معالجته فمن الممكن أن يؤدي إلى التهاب مزمن في الحوض والعقم.

النزيف Hemorrhage: هو حالة مستمرة وغير متحكم فيها من فقدان الدم إما داخلياً أو خارجياً من الجسم والنزيف قبل الولادة هو نزول الدم من تمام 20 أسبوع من الحمل إلى قبل الولادة والنزيف بعد الولادة هو عبارة عن فقدان 500 ملل (نصف لتر) من الدم أو أكثر من الجهاز التناسلي بعد ولادة الطفل وقد يحدث هذا (فقدان نصف لتر دم) في دقيقة ومن الممكن أن تفقد كل الدم في جسمها (5 لتر) في خلال 10 دقائق.

فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب Human immunodeficiency virus (HIV): هو فيروس يهاجم الجهاز المناعي بالجسم مما يؤدي إلى عدم مقدرة الجسم على مقاومة الأمراض ومن الممكن أن يؤدي إلى متلازمة عوز المناعة المكتسب وهي المرحلة الأخيرة من العدوى بالفيروس ويشكل فيروس نقص المناعة البشرية أخطر أنواع العدوى المنقولة جنسياً.

الفيروس البابلوسي البشري Human papillomavirus (HPV): وهو فيروس ينتقل عن طريق الجنس وبعدي عنق الرحم مما يؤدي إلى تغيرات في الخلايا والتي يمكن أن تؤدي إلى سرطان والفيروس البابلوسي من أكثر أنواع العدوى المنقولة جنسياً في العالم ولها عديد من الأنواع بعضها يؤدي إلى سرطان عنق الرحم إذا لم يتم اكتشاف التغيرات الخلوية وعلاجها مبكراً.

ارتفاع ضغط الدم Hypertension: هو ارتفاع ضغط الدم الانقباضي عن 140 والانقباضي عن 90 وله تأثيرات سلبية مثل أمراض القلب والكلى وتسممات الحمل (إحدى مضاعفات الحمل).

معدل الإصابة Incidence rate: هو عدد السكان المصابين بمرض ما لكل 1000 من السكان المعرضين في وقت معين (عادة سنة).

الإجهاض غير الكامل Incomplete abortion: هو إجهاض لم يتم نزول كل أجزائه ويبقى جزء داخل الرحم.

الإجهاض المفتعل Induced abortion: هو إنهاء الحمل عن طريق الجراحة أو العقاقير. **المؤشرات Indicators:** مقاييس كمية لأداء البرامج أو لقياس تأثيرهم.

معدل وفيات الأطفال Infant mortality rate (IMR): هو عدد وفيات الأطفال أقل من عام لكل 1000 طفل حي في سنة معينة.

$$\frac{\text{عدد وفيات الأطفال أقل من عام}}{\text{عدد الأولاد الأحياء في نفس السنة}} \times 1000$$

الإعلام والتعليم والاتصال (IEC) Information, education, and communication: أنشطة مصممة لزيادة الوعي أو لتحفيز نحو تدخل صحي أو سلوكي.

الاختيار المدرك Informed choice: قدرة الشخص على الاختيار الحر لوسيلة تنظيم أسرة أو إجراء طبي أو سلوك صحي مبني على معلومات صحيحة وتفهم لاحتياجاته/ احتياجاتها الشخصية.

الخدمات المدمجة Integrated services: هو وجود مجموعة من الخدمات في مكان واحد وعلى سبيل المثال وجود خدمات تنظيم الأسرة مع خدمات علاج عداوى الأمراض المنقولة جنسياً في مكان واحد ويلزم نوع من التنسيق بين الخدمات.

مراحل الولادة Intrapartum period: المرحلة الأولى من الولادة تشمل توسعة عنق الرحم والمرحلة الثانية تشمل ولادة الطفل والمرحلة الثالثة تشمل خروج المشيمة والغشاء كاملين

طريقة انقطاع الطمث بسبب الرضاع Lactational amenorrhea method (LAM): هي طريقة لتنظيم الأسرة والتي تعتمد على الرضاعة الطبيعية كوسيلة حماية طبيعية لمدة ستة أشهر بعد الولادة، والنساء اللاتي يستخدمن هذه الطريقة يجب أن يرضعن رضاعة طبيعية مطلقة بمعنى الرضاعة من الثدي فقط بدون أي إضافات حتى لو ماء.

الخطورة من وفيات الأمهات طول الحياة Lifetime risk of maternal death: هو احتمال حدوث حمل مع احتمال الموت بسبب الحمل طوال فترة الحياة الإنجابية للسيدة.

المولود الحي Live birth: هو خروج أو إخراج الجنين من أمه - بصرف النظر عن مدة الحمل - وتنفسه أو إبداء أي علامة من علامات الحياة مثل ضربات القلب.

مولود ناقص النمو Low birth weight: هو المولود الذي يزن أقل من 2500 جرام.

الشفط اليدوي Manual vacuum aspiration: هو طريقة لإخراج الأنسجة من الرحم بالشفط لأهداف التشخيص ولاستخراج بقايا الحمل.

معدل وفيات حديثي الولادة Neonatal death rate: هو عدد وفيات الأطفال خلال 28 يوم الأولى من حياتهم لكل 1000 طفل حي في سنة معينة.

$$\text{عدد وفيات حديثي الولادة خلال 28 يوماً الأولى في سنة معينة} \times 1000 = \frac{\text{عدد المواليد أحياء في نفس السنة}}{\text{عدد المواليد أحياء في نفس السنة}}$$

طوارئ الولادة Obstetric emergency: هي حالة شديدة الخطورة على الحياة لسبب الحمل أو الولادة والتي تحتاج إلى تدخل طبي سريع (خدمات طوارئ الولادة) لمنع احتمال وفاة السيدة ومن الممكن حدوثه في أي وقت أثناء الحمل أو حتى بعد 6 شهور من الولادة ومن الممكن أن يحدث فجأة بدون أي تحذير ولا بد من إدخال السيدة المستشفى بدون أي تأخير.

المسحة المهبليّة Pap smear: هو اختبار يتم فيه أخذ عينة إفرازات من المهبل أو عنق الرحم وتتم فحص الخلايا وذلك لاكتشاف وجود سرطان في مراحله الأولى.

مرض التهاب الحوض (PID) Pelvic inflammatory disease: هو عدوى متزايدة تؤدي إلى إيداء الجهاز الإنجابي للسيدة ويمكن أن تحدث في منطقة الحوض وقناتي فالوب والرحم وبطانة الرحم والمبيضين. التهابات الحوض من الممكن أن تؤدي إلى العقم أو الحمل خارج الرحم وآلام مزمنة.

الوفاة حول الولادة Perinatal death: هي وفاة الجنين من أول وصوله إلى وزن 500 جرام أو بعد اكتمال 22 أسبوعاً من الحمل واليوم السابع بعد ولادة طفل حي.

معدل الوفيات حول الولادة Perinatal mortality rate: وهذا المعدل يمكننا من التغلب على صعوبة تعريف المولود الحي وجمع وفيات الأجنة المتأخرة مع وفيات حديثي الولادة.

$$\text{عدد المواليد متوفين} + \text{عدد المتوفين خلال الأسبوع الأول} \times 1000 = \frac{\text{عدد المواليد متوفين} + \text{عدد المواليد أحياء}}{\text{عدد المواليد متوفين} + \text{عدد المواليد أحياء}}$$

تعدد الزوجات Polygyny: هو ممارسة تنم فيها زواج الرجل من أكثر من زوجة.

الزيادة السكانية (أو النمو) Population increase (or Growth): هو ناتج عدد المواليد والوفيات والهجرة في مجتمع في زمن محدد.

القوة الدافعة للزيادة السكانية Population momentum: هي الاتجاه في الزيادة السكانية واستمرارها لما بعد الوقت الذي يصل فيه عدد السكان إلى مستوى الإحلال وذلك بسبب التركيز العالي للأفراد ممن هم في سن الإنجاب.

الرعاية بعد الإجهاض Post-abortion care: تتضمن رعاية الطوارئ التي يتم تقديمها للإجهاض غير المكتمل والمضاعفات التي يُحتمل معها تهديد حياة المريضة. وتشير أيضاً إلى تقديم الخدمات والمشورة لتنظيم الأسرة بعد الإجهاض.

مراضة الأمهات Maternal morbidity: هو الاعتلال أو الإعاقة التي تحدث نتيجة الحمل أو لها علاقة بالحمل أو الولادة أوفى فترة ما بعد الولادة.

وفيات الأمهات Maternal mortality: وفاة الأم وهي حامل أو أثناء الولادة أو خلال 42 يوماً (6 أسابيع) من انتهاء الحمل ودائماً ما يكون سبب الوفاة لسبب أو يزيد بالحمل أو بالتدخل فيه ولا يشمل الولادة بالحوادث أو أسباب أخرى ليس لها علاقة بالحمل.

معدل وفيات الأمهات Maternal mortality rate: هو عدد الأمهات اللاتي يتوفين أثناء الحمل أو خلال 42 يوماً بعد الولادة لكل 100000 سيدة في عمر الحمل في سنة معينة لأسباب لها علاقة أو تزيد بالحمل ولكن ليس بسبب الحوادث أو لأسباب أخرى ليس لها علاقة بالحمل ويعكس هذا المعدل نسبة وفاة الأمهات ومعدل الخصوبة ويتأثر باحتمالية الحمل ومخاطر الولادة.

$$\text{عدد وفيات الأمهات في السنة} \times 100000 = \frac{\text{عدد وفيات الأمهات في السنة}}{\text{عدد النساء في سن الإنجاب في نفس السنة}}$$

نسبة وفيات الأمهات Maternal mortality ratio: تعكس الخطورة التي تواجهها النساء من الموت في حالة الحمل وهي عدد النساء اللاتي يتوفين أثناء الحمل أو خلال 42 يوماً من الولادة لكل 100000 طفل حي في سنة معينة من أي سبب يتعلق أو يزيد لسبب الحمل ولكن ليس لسبب الحوادث أو لأسباب أخرى غير الحمل.

$$\text{عدد وفيات الأمهات في سنة معينة} \times 100000 = \frac{\text{عدد وفيات الأمهات في سنة معينة}}{\text{عدد المولودين أحياء في نفس السنة}}$$

الغايات والأهداف الألفية الإنمائية (MDGs) Millennium Development Goals: هي مجموعة من الغايات والتي اقترحتها قادة العالم في اجتماع الألفية للأمم المتحدة في سبتمبر 2000 للقضاء على الفقر والجوع والمرض والأمية والتغير المناخي والتمييز ضد المرأة.

وفيات الأطفال Postneonatal mortality rate: هي العدد السنوي للوفيات للأطفال حديثي الولادة من عمر 28 يوم إلى عام لكل 1000 مولود حي في السنة.

فترة النفاس Postpartum period: هي الفترة بعد الولادة من وقت نزول المشيمة وحتى 42 يوم.

النزيف بعد الولادة Postpartum hemorrhage: هو فقدان 500 مللي أو أكثر من الدم من الجهاز التناسلي بعد الولادة وعادة ما يحدث خلال الأربع ساعات الأولى من الولادة ولكن قد يحدث بعد ذلك وفي السيدات اللاتي يعانين من الأنيميا فإن فقدان كمية أقل من الدم يجب أن يكون نقطة بداية التدخل العلاجي.

ما قبل تسمم الحمل Preeclampsia: حالة تحدث أثناء الحمل وتتميز بوجود ضغط الدم مرتفع وأوذيم (تورم مائي) ووجود ذلال في البول.

معدل الانتشار Prevalence rate: هو عدد الناس الذين يعانون من مرض ما في وقت محدد لكل 1000 من السكان المعرضين للخطورة لهذا المرض.

معدل الإحلال للخصوبة Replacement-level fertility: هو مستوى الخصوبة الذي فيه تكون النساء في نفس الفوج الزمني لديهم عدد كاف من البنات للإحلال مكانهن في مجتمع.

العمر الإنجابي Reproductive age: هو الفترة التي تكون المرأة قادرة على الإنجابية وهو ما بين 15 - 45 أو 15 - 49.

الصحة الإنجابية Reproductive health: هي حالة من الرفاه الكامل عضويا ونفسيا واجتماعيا وليست مجرد الخلو من الأمراض أو الإعاقة في كل الأمور المتعلقة بالجهاز الإنجابي ووظائفه وعملياته.

الحقوق الإنجابية Reproductive rights: هي حقوق الإنسان الخاصة بالحياة الإنجابية والجنسية.

عدوى الجهاز الإنجابي (RTI) Reproductive tract infection: هو مصطلح عام يشمل الأمراض المنقولة جنسيا بالإضافة إلى العدوى الناشئة عن تكاثر ميكروبات تعيش طبيعيا داخل الجهاز الإنجابي وكذلك العدوى الناشئة أثناء إجراءات طبية غير سليمة.

الأمومة الآمنة Safe motherhood: إن غاية الأمومة هي التأكد من أن كل سيدة تستطيع الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية والجنسية المتكاملة ذات الجودة العالية وبخصوص الرعاية الولادية وطوارئ الولادة وذلك للإقلال من الوفيات والإعاقة.

الإجهاض الملوث Septic abortion: هو عملية إجهاض ينتج عنها عدوى ميكروبية في الرحم والحوض.

الأمراض المنقولة جنسيا (STI) Sexually transmitted infection: هي أي عدوى تحدث نتيجة لفاء جنسي في عدد كبير من الحالات ويطلق عليها أيضا العدوى المنقولة جنسيا.

المولد الماهر Skilled birth attendant: تشير إلى مجموعة من الناس مثل الأطباء والممرضات والقابلات الذين تم تدريبهم بدقة على المهارات اللازمة للتوليد والتشخيص والعلاج وعلى الإحالة لمضاعفات الحمل والولادة.

الإجهاض التلقائي Spontaneous abortion: هو فقدان الحمل نتيجة لأسباب طبيعية.

تشخيص وعلاج الأمراض المنقولة جنسيا STI or STD management: هو تقديم الرعاية للمصابين بالأمراض المنقولة جنسيا وتشمل أخذ التاريخ المرضي والفحص العضوي وإجراء التحاليل والتشخيص في العلاج بالإضافة إلى التثقيف الصحي عن العلاج والوقاية وكذلك المتابعة والتقييم والإحالة إلى المستوى الأعلى عند الاحتياج.

الجنين متوفى داخل الرحم Stillbirth: هي وفاة الجنين الذي يزن على الأقل 500 جرام و في حالة عدم وجود وزن الجنين يكون نزوله بعد 22 أسبوع كامل من الحمل أو طوله 25 سم أو أكثر وذلك قبل نزوله من أمه.

الزهري Syphilis: هو عدوى منقولة جنسيا يسببها ميكروب يسمى تريبونوما باليدوم وهو أحد أسباب القرح التناسلية وإذا ترك بدون علاج فإن الزهري قد يؤدي إلى تلف الجهاز العصبي والقلب أو المخ وفي النهاية الوفاة وفي حالات الحمل فإن العدوى تؤدي إلى وفاة الأجنة داخل الرحم وولادة أطفال لديهم عيوب خلقية ولذلك من المهم إجراء التحليل مبكرا أو أثناء الحمل.

معدل الخصوبة الكلي Total fertility rate: هو متوسط عدد المواليد أحياء الذين يمكن أن تنجبهم كل امرأة خلال حياتها إذا كانت تسير خلال كل سنوات حياتها الإنجابية طبقا لمعدلات الخصوبة العمرية (الخبرات الولادية في مجموعات عمرية من خمس سنوات) من عمر 15 - 49 في عام وفي فترة عدده وكذلك يشار إليها على أنها "الولادات طوال العمر لكل امرأة" أو "الولادات لكل امرأة" وتستخدم كمؤشر لعدد الأطفال الذين يولدون للمرأة اليوم.

القابلات التقليديات (الدايات) Traditional birth attendant (TBA): القابلة التقليدية هي شخص (غالبا امرأة) التي تساعد المرأة أثناء الولادة والتي حصلت على خبراتها عن طريق توليد نفسها أو عن طريق تدريبها بمصاحبتها لقابلة تقليدية أخرى وهي في العادة امرأة مسنة وتقوم بالتوليد وتعيش في المجتمع الذي تعمل فيه.

القابلات التقليديات المدربات Trained traditional birth attendant: وهي القابلة التي تم تدريبها بواسطة نظام صحي حديث لتطوير مهاراتها.

ملحق 3

مصادر المعلومات

فيما يلي مصادر المعلومات الرئيسية حول الصحة الجنسية والإنجابية والموضوعات ذات الصلة. وقد تم استخدام الكثير منها في إعداد هذا الدليل.

Alliance for Cervical Cancer Prevention. في عام 1999، وبدعم من مؤسسة بيل وميليندا غيتس، أطلقت خمس وكالات دولية مسعى جديداً كبيراً للوقاية من سرطان عنق الرحم على مستوى العالم. وتعمل هذه المجموعة من المنظمات، بتنسيق من مجموعة باث (PATH) غير الهادفة للربح، على توضيح استراتيجيات الوقاية من سرطان عنق الرحم والترويج لها وتنفيذها في البلاد النامية.
www.alliance-cxca.org

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) وكالة حكومية أميركية تتمثل مهمتها في النهوض بالصحة وجودة الحياة عن طريق الوقاية من الأمراض والإصابات والإعاقات ومراقبتها. وهي تعمل في جميع أنحاء الولايات المتحدة والعالم في مراقبة المشاكل الصحية والتحقيق فيها، وفي إجراء الأبحاث وتنفيذ استراتيجيات الوقاية.
www.cdc.gov

Center for Reproductive Rights منظمة دعوة قانونية غير هادفة للربح يقع مقرها في الولايات المتحدة وهي مكرسة للنهوض بالحقوق الإنجابية للمرأة والدفاع عنها على مستوى العالم.
www.crlp.org

Demographic and Health Surveys (DHS) مشروع عالمي لتجميع البيانات تموله الوكالة الأميركية للتنمية الدولية وتنفذه منظمة ORC Macro ومنظمات قطرية أخرى. وتقوم هذه الاستقصاءات المنزلية الممثلة على المستوى الوطني بتجميع البيانات حول الأنماط الديموغرافية والخصوبة والصحة والتغذية لأغراض تخطيط السياسات والبرامج.
www.measuredhs.com

الترايكوموناسيس Trichomoniasis: هو عدوى منقولة جنسياً بسبب ميكروب الترايكوموناس المهبلي وهو أحد أسباب الإفرازات المهبلية.

الاحتياجات غير الملباه لتنظيم الأسرة Unmet need for family planning: نسبة النساء المتزوجات القادرات على الإنجاب اللاتي يرغبن في تجنب الحمل ولكن لا يستعملن وسائل تنظيم الأسرة.

الإجهاض غير الآمن Unsafe abortion: ويعرف بأنه إجراء لإنهاء الحمل غير المرغوب فيه بواسطة أشخاص غير مدربين أو في مناخ يفتقد الحد الأدنى من المعايير الطبية القياسية أو كلاهما ويتميز بأنه يفتقر إلى مقدم خدمة مدرب وأنه إجراء خطر كذلك في مكان تقديم خدمة غير نظيف.

السقوط الرحمي Uterine prolapse: هو حالة من نزول الرحم من مكانه وبروزه من المهبل.

انفجار الرحم Uterine rupture: هو تمزق أو قطع للرحم والذي غالباً ما يعقب حالة عسر ولادة أو أثناء الحمل أو الولادة بعد قيصرية سابقة.

المهبل Vagina: هو القناة الواصلة بين عنق الرحم والفرج وفيها يدخل العضو الذكري أثناء الجماع وكذلك يمر منه الجنين ساعة الولادة وكذلك دم الحيض.

الإفرازات المهبليّة Vaginal discharge: هي الإفرازات التي تنزل من المهبل والتي قد تكون فسيولوجية أو غير طبيعية وتدل على عدوى في المهبل أو عنق الرحم.

الناصور المهبلي Vaginal fistula: هو فتحة بين المهبل والمستقيم أو المثانة تحدث في أغلب الأحيان نتيجة عسر ولادة أثناء نزول الطفل من المهبل وينتج عنها إما نزول البول أو البراز (حسب نوع الفتحة) من المهبل والتي تؤدي إلى الإحساس بالحجل والوصمة للنساء المصابات بها.

العنف ضد المرأة Violence against women: هو أي عمل ينتج عنه أذى عضوي، جنسياً، أو عقلياً أو معاناة للنساء.

المصادر

Arthur Haupt and Thomas T. Kane, *Population Reference Bureau's Population Handbook*, 5th ed. (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2004).
www.prb.org/pdf/PopHandbook_Eng.pdf

Reproductive Health Outlook. www.rho.org

White Ribbon Alliance. www.whiteribbonalliance.org

Millennium Project أطلق الأمين العام للأمم المتحدة مشروع الألفية عام 2002 لإعداد خطة عمل ملموسة للعالم لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. وتتضمن فرق عمل مشروع الألفية ما يزيد عن 250 خبيراً على مستوى العالم من القطاعين العام والخاص.

www.millenniumproject.org

Population Council يجرى مجلس السكان الأبحاث على مستوى العالم لتحسين السياسات والبرامج والمنتجات في ثلاثة مجالات: فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز؛ الفقر، نوع الجنس والشباب؛ والصحة الإنجابية. والمجلس به برنامج للشرق الأوسط ومكتب إقليمي يقع مقره في القاهرة، وقسم باللغة العربية في موقعه على الويب.

www.popcouncil.org

Population Reference Bureau يقدم المعلومات للناس في جميع أنحاء العالم حول السكان والصحة والبيئة، ويُمكّنهم من استخدام تلك المعلومات للنهوض برفاهة الأجيال الحالية والمستقبلية. وتهدف البرامج الدولية التابعة للمكتب المرجعي للسكان إلى سد الفجوة بين الأبحاث والسياسات في مجموعة كبيرة من الموضوعات، بما في ذلك الصحة الإنجابية ونوع الجنس والأولويات الصحية العالمية والديناميكيات السكانية والبيئة والشباب.

www.prb.org

Population Reports مجلة ربع سنوية يصدرها مركز برامج الاتصال بجامعة جون هوبكنز وتدعمها الوكالة الأميركية للتنمية الدولية، وهي تهدف لتوفير نظرة عامة دقيقة وموثوقة على المستجدات الهامة في تنظيم الأسرة والموضوعات الصحية ذات الصلة.

www.infoforhealth.org/pr

Pan Arab Project for Family Health (PAPFAM) يعمل تحت رعاية جامعة الدول العربية ويهدف لتمكين وزراء الصحة والمؤسسات الصحية الوطنية الأخرى في المنطقة العربية من الحصول على المعلومات في الوقت المناسب وموثوقة من أجل صياغة وتنفيذ ورصد وتقييم سياسات وبرامج صحة الأسرة والصحة الإنجابية.

www.papfam.org

Save the Children منظمة دولية غير هادفة للربح وتم تأسيسها في أعقاب الحرب العالمية الأولى وهي تعمل على تحسين حياة الأطفال المحتاجين وتعبئة المساعدات المنقذة للحياة للأطفال في أوقات الحرب والصراع والكوارث الطبيعية.

www.savethechildren.org

Disease Control Priorities Project (DCPP) يُقيّم الأسباب الرئيسية لاعتلال الصحة في البلاد النامية ويُنتج تحليلاً قائماً على الأدلة ومواد الموارد لتقديم المعلومات لعملية صنع السياسات. وفي عام 2006، أصدر المشروع الإصدار الثاني من كتيب *Disease Control Priorities in Developing Countries* (أولويات مراقبة الأمراض في البلاد النامية)، الذي نشره البنك الدولي مع مدخلات من حوالي 600 خبير في الصحة والسياسات.

www.dcp2.org

Global Health Council منظمة قائمة على العضوية غير هادفة للربح يقع مقرها في الولايات المتحدة وتضم أخصائيي الرعاية الصحية وبعض المنظمات الأخرى مثل منظمات غير حكومية ومؤسسات وشركات ووكالات حكومية ومؤسسات أكاديمية.

www.globalhealth.org

GlobalHealthReporting.org مشروع تديره مؤسسة عائلة كايزر التي يقع مقرها في الولايات المتحدة بدعم كبير من مؤسسة بيل وميليندا غيتس، وهو يمد الصحفيين وغيرهم بأحدث المعلومات حول فيروس نقص المناعة البشرية والسل والملاريا وموضوعات أخرى.

www.globalhealthreporting.org

Guttman Institute منظمة غير هادفة للربح يقع مقرها في الولايات المتحدة وتُعنى بأبحاث الصحة الجنسية والإنجابية وتحليل السياسات وتثقيف الجمهور.

www.guttman.org

International Consortium for Emergency Contraception تم إنشاؤه من قبل سبع منظمات معترف بها دولياً تعمل في مجال تنظيم الأسرة، ويتمثل هدفها في توسيع الولوج لوسائل منع الحمل الطارئة على مستوى العالم، ولا سيما في البلاد النامية.

www.cecinfo.org

Ipas منظمة دولية غير هادفة للربح عملت طيلة ثلاثة عقود في زيادة قدرة النساء على ممارسة حقوقهن الجنسية والإنجابية وتقليل الوفيات والإصابات التي تتعرض لها النساء جراء الإجهاض غير الآمن.

www.ipas.org

Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) تم إعدادها من قبل منظمة اليونيسيف في منتصف التسعينيات لمتابعة التقدم المحرز حول تحقيق أهداف مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل. وتمثل هذه الاستقصاءات مصدراً كبيراً للبيانات الآن لرصد الأهداف الإنمائية للألفية، وأيضاً تقييم التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف الدولية الأخرى ذات الصلة بصحة الطفل وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

www.unicef.org/statistics

Middle East and North Africa Program

يستجيب برنامج الشرق الأوسط وشمال إفريقيا التابع للمكتب المرجعي للسكان، الذي تم تدشينه عام 2001 بتمويل من مؤسسة فورد، لحاجة المنطقة للحصول على معلومات موضوعية حادثة في وقتها حول السكان والقضايا الاجتماعية الاقتصادية وقضايا الصحة الإنجابية. ويرفع البرنامج الوعي بهذه القضايا بين صناع القرار في المنطقة والمجتمع الدولي على أمل التأثير على السياسات وتحسين حياة الناس الذين يعيشون في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. تتضمن أنشطة برنامج منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا: إنتاج وتوزيع المطبوعات الإلكترونية والمطبوعة حول السكان، والصحة الإنجابية والبيئة وموضوعات التنمية (باللغة الإنجليزية والعربية)؛ والعمل مع الصحفيين في المنطقة لتعزيز معرفتهم وتغطيتهم لقضايا السكان والتنمية؛ والعمل مع الباحثين في المنطقة لتحسين مهاراتهم في توصيل نتائج الأبحاث لصناع السياسات والإعلام؛ وعقد ورش عمل في بيئة نشطة وتشاركية، ما يساعد المشاركين في تطوير مهارات توصيل نتائج الأبحاث لصناع القرار من أجل تحسين السياسات والبرامج.

Policy Briefs

موجزات السياسات المسردة أدناه متاحة باللغتين الإنجليزية والعربية ويمكن طلبها بالمجان من قبل الجمهور في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا عن طريق الاتصال بالمكتب المرجعي للسكان بالبريد الإلكتروني (prborders@prb.org) أو على العنوان الموضح أدناه. كما أن النسخ بكلتا اللغتين (باستثناء النسخة العربية من كتب *Population Trends and Challenges* "الاتجاهات والتحديات السكانية") متاحتان أيضاً على موقع المكتب المرجعي للسكان: www.prb.org أو بالطلب من خلال المتجر الإلكتروني التابع للمكتب المرجعي للسكان: www.prb.org/Bookstore.aspx

الإجهاض في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (سبتمبر 2008)
تطوير البحوث لإنشاء سياسات الصحة الإنجابية بالمعلومات في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (يوليو 2008)
الشباب في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا: فرصة ديموجرافية أم تحدي؟ (أبريل 2007)
صحة الشباب الجنسية والإنجابية في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (أبريل 2007)
حان وقت التدخل: منع انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الايدز في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (يناير 2007)
الاستثمار في الصحة الإنجابية لتحقيق أهداف التنمية: الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (ديسمبر 2005)
إصلاح قوانين الأسرة لتعزيز التقدم في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (ديسمبر 2005)

الزواج في العالم العربي (سبتمبر 2005)
الإسلام وتنظيم الأسرة (أغسطس 2004)
التقدم نحو أهداف الألفية الإنمائية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (مارس 2004)
نحو أوممة أكثر أمناً في مصر (مارس 2004)
تمكين النساء، وتنمية المجتمع: تعليم الإناث في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (أكتوبر 2003)
الصحة الإنجابية للمرأة في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (فبراير 2003)
إيجاد التوازن: ندرة المياه وطلب السكان في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (يوليو 2002)
برنامج تنظيم الأسرة في إيران: استجابة لاحتياجات أمة (يونيو 2002)
الاتجاهات والتحديات السكانية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (أكتوبر 2001)

United Nations Population Fund (UNFPA) يساعد الحكومات في صياغة السياسات والاستراتيجيات التي تهدف لتقليل الفقر وتحسين الصحة الإنجابية وتشجيع تمكين الفتيات والنساء والعمل من أجل التنمية المستدامة. كما أن الصندوق يساعد الحكومات في تجميع وتحليل بيانات السكان التي يمكن أن تساعد في فهم توجهات السكان. www.unfpa.org

World Health Organization هي وكالة الأمم المتحدة المتخصصة في مجال الصحة. أنشئت المنظمة عام 1948، ويتمثل هدف المنظمة، مثلما هو مبين في دستورها، في حصول كل الناس على أعلى مستوى ممكن من الصحة. www.who.int

Center for Research on Population and Health (CRPH) التابع لكلية علوم الصحة في الجامعة الأميركية ببيروت يدعم برنامجاً للأبحاث متعددة الاختصاصات حول السكان والصحة. ويهتم المركز في الوقت الراهن بأبعاد الصحة التي تتعلق بالمرهقين وبالسلوك المنطوي على المخاطر: الإنجاب، النساء والعمل؛ والمسنين. ويشترك المركز في مشروعين بحثيين كبيرين: "دراسة الصحة الحضرية"، الذي يدرس العواقب الصحية لتغير السكان في المنطقة؛ و"الخيارات والتحديات في الولادة المتغيرة"، الذي ينتج أدلة علمية حول ممارسات الرعاية الصحية ذات الصلة بالولادة. ويستضيف المركز "مجموعة العمل المعنية بالصحة الإنجابية للنساء" (www.rhwg.org)، وهي شبكة من الباحثين من اختصاصات مختلفة حيث تتاح لهم الفرصة لتبادل الأفكار وإعداد البحوث حول الصحة الإنجابية والموضوعات الأخرى ذات الصلة بالمنطقة. www.lb.aub.edu.lb/~webcrph/index.htm



POPULATION REFERENCE BUREAU

inform | empower | advance | prb.org

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520
Washington, DC 20009-5728 USA