

تحقيق العدالة في رعاية الأمومة في المنطقة العربية

تبلغ نسبة وفيات الأمهات في المناطق الريفية 164 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية مقارنة بـ 97 لكل 100,000 في المناطق الحضرية⁽³⁾. وفي السودان، واحدة من كل خمس نساء متزوجات متتميات إلى أغنى خمس من السكان تستخدمن وسائل تنظيم الأسرة الحديثة، في حين لا يكاد أي من المتتميات إلى أفقر خمس من السكان تقمن بذلك (انظر الجدول 1). وتعتبر هذه الفوارق وغيرها في مجال صحة الأم غير عادلة - لأن الفئات السكانية المحرومة مثل الفتيات والنساء الأميات، أو النازحات تعانين من مستويات أعلى من اعتلال الصحة التي يمكن الوقاية منها وتجنبها.

يمكن أن يساعد تبني "نهج الإنصاف والعدالة" في تحسين صحة الأمهات ويسهم في خفض أو القضاء على الاختلافات في النتائج الصحية الناجمة عن العوامل المؤسسية والفردية، مثل عدم المساواة بين الجنسين وعدم إمكانية الوصول للخدمات الصحية واستخدامهما، والتي يمكن تجنبها⁽⁴⁾.

يُشكل تحسين صحة الأم الهدف رقم 5 من أهداف الأمم المتحدة الإنمائية للألفية، وخفض وفيات الأمهات وحصول الجميع على خدمات الصحة الإنجابية، بما فيها تنظيم الأسرة، هما الغايتين المحددتين المرتبطتين بهذا الهدف. إن الأهداف الإنمائية للألفية الثانية، التي تم الاتفاق عليها بعد مؤتمر قمة الألفية في عام 2000، هي أهداف مترابطة قد نجحت في وضع الصحة على خريطة التنمية حول العالم. وأثبتت أيضاً أنها أداة ناجحة لتحفيز الحكومات على العمل ورصد التقدم المحرز. ومع ذلك، فإن المؤشرات المستخدمة لقياس هذا التقدم عجزت عن مراعاة التقدم في معالجة الفوارق داخل البلد الواحد. ونتيجة لذلك، يعكس التقدم الذي أحرزته البلدان في كثير من الأحيان المكاسب الصحية بين المجموعات الأكثر حظاً من السكان في حين واصلت المجموعات الأقل حظاً بالتراجع.

على الرغم من المكاسب الكبيرة التي تحققت في مجال الرعاية الصحية على مدى العقود القليلة الماضية في المنطقة العربية، لا يزال توزيع المخاطر الصحية متفاوتاً بشكل غير مقبول سواء عبر البلدان أو داخلها⁽¹⁾. فالأطفال الذين يولدون اليوم في السودان أكثر عرضة عشر مرات، في المتوسط، للوفاة قبل بلوغهم سن الخامسة من أقرانهم في سلطنة عُمان، والمرأة التي تعيش في الصومال تواجه خطر الوفاة طوال حياتها بسبب يتعلق بالحمل 30 مرة و100 مرة أكثر من مثلتها في مصر والبحرين على التوالي⁽²⁾.

وعلاوة على ذلك، لا تظهر البيانات الوطنية مستويات التفاوتات الصحية بين المجموعات السكانية داخل البلدان. ففي اليمن،

الجدول 1 - نسبة النساء المتزوجات في سن 15 إلى 49 اللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة الحديثة حسب مؤشر الثروة

| الدولة | الأغنى | المتوسطة | الأفقر |
|---------|--------|----------|--------|
| مصر | 62 | 59 | 52 |
| العراق | 36 | 33 | 29 |
| الأردن | 49 | 41 | 37 |
| ليبيا | 26 | 20 | 15 |
| المغرب | 57 | 59 | 55 |
| الصومال | 4 | 0.5> | 0.5> |
| السودان | 20 | 3 | 0.5> |

ملحوظة: - يتم حساب مؤشر الثروة بتقسيم المجتمع إلى خمس مجموعات سكانية متساوية في الحجم اعتماداً على ملكية الأسرة للسلع المعمرة، يمثل الخمس الأول المجموعة الأكثر فقراً، والمجموعة الثالثة المتوسطة، والخامسة هي المجموعة الأغنى.

- وسائل تنظيم الأسرة الحديثة تشمل على الحبوب الهرمونية، والحقن، وزرع الكيسولات، ووسائل داخل الرحم (اللؤلؤ)، وتعقيم الذكور والإناث؛ والواقي الذكري والأنثوي، والوسائل الغشائية العازلة الأخرى.

المصدر: المكتب المرجعي للسكان، بيانات تنظيم الأسرة في جميع أنحاء العالم 2013.

إلى المشاركة القوية للمرأة في الحياة العامة، مما يعكس تحسن الظروف الاجتماعية التي تعيش فيها.

يعتبر الخطر الدائم لتعرض النساء للوفاة نتيجة لأسباب مرتبطة بالحمل أحد المؤشرات التي تستخدم عادةً لتقييم حالة صحة الأم. بصفة عامة، يعتبر الخطر الدائم لوفيات الأمهات عالياً في البلدان التي تكون فيها الخصوبة مرتفعة ويصعب فيها الحصول على الخدمات. ففي الصومال، حيث يبلغ معدل الولادة بين النساء 6.8 طفلاً - وهو الأعلى في المنطقة - يرتفع خطر الوفاة بسبب الحمل إلى مستوى عالي أيضاً ليصل إلى 1 لكل 16 (انظر الجدول 2). ومع ذلك، يمكن تجنب الوفيات والإعاقات بين الأمهات إلى حد كبير إذا كانت جميع النساء تستطيع الوصول إلى، واستخدام، معلومات وخدمات الصحة الإنجابية عالية الجودة. من المعروف أن توفير المعلومات والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة، ورعاية الحمل، والولادة بمساعدة كوادر صحية ماهرة ومؤهلة تساهم في تحسين الصحة وإنقاذ حياة الأمهات والمولود. إلا أن النساء تعانين من معدلات أعلى من الوفيات والإعاقات المرتبطة بالحمل في البلدان التي تعجز فيها النظم الصحية عن توفير الرعاية الجيدة للأمومة في متناول من يحتاجونها.

عدم المساواة في رعاية صحة الأم داخل البلدان

الغايات المحددة للهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية للبلدان هي: (1) خفض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع في الفترة ما بين 1990 و2015؛ (2) ضمان تيسير حصول الجميع على خدمات الصحة الإنجابية. وتشمل المؤشرات المستخدمة لمتابعة هذه الغايات نسبة وفيات الأمهات (عدد وفيات الأمهات لكل 100.000 ولادة حية)، نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف كوادر صحية ماهرة، ومعدل انتشار استخدام وسائل تنظيم الأسرة، والاحتياجات غير الملباة من هذه الوسائل، ومعدل ولادات المراهقات، ونسبة تلقي خدمات رعاية الحمل. ومع ذلك، لا زالت بيانات المسوحات في المنطقة تظهر تفاوتاً نمطياً داخل البلدان حول هذه المؤشرات بالرغم من تحسنها على المستوى الوطني.

لقد أصبحت خدمات تنظيم الأسرة أكثر انتشاراً في المنطقة العربية، ويستخدم عدد متزايد من النساء وسائل تنظيم الأسرة الحديثة. ومع ذلك، لا يزال عدد كبير من النساء لديهن "حاجات غير ملباة" لتنظيم الأسرة، حيث أمهن يفضلن تجنب الحمل لمدة سنتين على الأقل أو التوقف عن الإنجاب تماماً، ولكنهن لا يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة. هؤلاء النساء معرضات لحدوث حمل غير مرغوب فيه، والذي يمكن أن يعرض صحة الأمهات وأطفالهن للخطر ويضع أيضاً عبئاً إضافياً على المجتمع ككل. وتعتبر أسباب الحاجات غير الملباة لتنظيم الأسرة معقدة، حيث توجد مجموعة من العقبات والمعوقات، الناجمة عن عدة عوامل تتفاوت بين معتقدات شخصية إلى أحوال النساء والظروف

وبالرغم من ذلك، ومع نهاية الأهداف الإنمائية للألفية في عام 2015، حشد المجتمع الدولي لصياغة أجندة تنموية أكثر شمولاً للسنوات الخمسة عشر المقبلة. إن الأهداف الجديدة، والمعروفة باسم أهداف التنمية المستدامة، والتي تتخذ حقوق الإنسان محوراً لها، سيكون لها غايات ومؤشرات طموحة لقياس التقدم المحرز. وسوف يشمل الهدف المقترح رقم 3 "ضمان حياة صحية وتعزيز الرفاه للجميع في جميع الأعمار" غايةً لخفض وفيات الأمهات تنص على أنه "بحلول عام 2030 ينبغي خفض نسبة وفيات الأمهات على مستوى العالم إلى أقل من 70 لكل 100.000 ولادة حية"⁽⁵⁾. الغاية المقترحة للصحة الإنجابية هي "بحلول عام 2030، ضمان حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية بما في ذلك تنظيم الأسرة والمعلومات والتعليم، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج." ومن خلال اعتمادها شعارات "لا تترك أحداً وراءك" و "الناس هي الأساس"، توفر أجندة التنمية الدولية الجديدة فرصة للحكومات، بما في ذلك الحكومات العربية، لتبني وتعزيز المساواة كمقياس للتقدم المجتمعي ومعيّاراً للمجتمع العادل والمنصف⁽⁶⁾.

يتناول هذا الموجز عرضاً للترتيب العالمي للدول العربية في مجال صحة الأم، جنباً إلى جنب مع الفوارق داخل بعض البلدان. كما يصف أيضاً كيف أن تحقيق التغطية الصحية الشاملة وتناول الصحة الإنجابية من منظور العدالة هي خطوات ضرورية لتحسين صحة الأم، وعلى نطاق أوسع، رفاه الناس.

ترتيب الدول العربية في رعاية صحة الأم على المستوى العالمي

تنشر العديد من الوكالات الدولية بصفة دورية تقارير تتناول تصنيف وترتيب البلدان في مجالات محددة للتنمية. يتضمن تقرير "حالة الأمهات في العالم"، الذي يُنشر سنوياً من قبل مؤسسة إنقاذ الطفولة، مؤشر عن الأمهات يجمع بين عدة مؤشرات لصحة ورفاه المرأة، بما في ذلك وفيات الأمهات والأطفال، وتعليم المرأة، ومشاركة المرأة في الحكومة، ونصيب الفرد من الدخل.

يعرض الجدول رقم 2 أحدث تصنيفات للدول العربية⁽⁷⁾. وتظهر البيانات تفاوتات واسعة بين الدول العربية، حيث تحتل المملكة العربية السعودية الصدارة إقليمياً (38 عالمياً) والصومال في المؤخرة، إقليمياً وعالمياً. في حين أن البلدان الأعلى دخلاً بالنسبة للفرد تأتي في الصدارة وتلك الأقل دخلاً تأتي في المؤخرة، ولكن الارتباط المباشر بين دخل الفرد وصحة الأمهات لا ينطبق بالضرورة على جميع البلدان. فعلى سبيل المثال، تأتي تونس، وهي بلد متوسط الدخل، في الترتيب السابع بعد ليبيا والكويت، التي دخل الفرد فيها أعلى ثلاث مرات وعشر مرات من تونس، على التوالي. يرجع ترتيب تونس إلى حد كبير

وتزداد رعاية الحمل والولادة بمساعدة الكوادر الصحية الماهرة انتشاراً لتصبح الأصل في العديد من البلدان العربية. فالولادة بمساعدة كوادر ماهرة تعتبر ممارسة معتادة تقريباً، وبالتالي منصفة، في دول مجلس التعاون الخليجي، والأردن، وفلسطين⁽¹²⁾. وهي أيضاً ممارسة معتادة بين نساء الأسر الأغنى في مصر وسوريا والعراق، ويشير الشكل 3 في الصفحة رقم 5 إلى وجود فجوات غير عادلة بين الأغنياء والفقراء في

الاجتماعية والاقتصادية للنساء، كما يمكن أن تقوض العوامل الثقافية والاجتماعية والقانونية، والسياسية الأوسع قدرة المرأة على إتخاذ القرار بالنسبة للإنجاب بالطريقة التي تفضلها. هذه الظروف وضعت النساء الأشد فقراً في وضع غير موات لتلبية احتياجاتهن الإنجابية، بما فيها تنظيم الأسرة. ويقدم الشكلان 1 و2 في الصفحة رقم 4 أمثلة من هذه الفوارق في سوريا ومصر والمغرب وجيبوتي.^(8.9.10.11)

الجدول 2 - مؤشر صحة الأم في الدول العربية

| تصنيف مؤشر صحة الأم (في العالم) | الحالة السياسية | الحالة الاقتصادية | الحالة التعليمية | رفاه الأطفال | صحة الأمهات | الدولة | تصنيف مؤشر صحة الأم (بين الدول العربية) |
|---------------------------------|--|---|--------------------------------------|---|--|----------|---|
| | مشاركة المرأة في الحكومة (%). لعدد المقاعد التي تشغلها المرأة في البرلمان) | نصيب الفرد من إجمالي الدخل القومي بالدولار الأمريكي | سنوات التعليم الرسمي المتوقعة للنساء | معدل وفيات الأطفال (وفيات أقل من 5 سنوات لكل حالة 1000 ولادة حية) | التعرض الدائم لخطر وفاة الأمهات (1 في العدد المذكور) | | |
| 2014 | 2014 | 2012 | 2103 | 2012 | 2010 | | |
| 38 | 20 | 21,210 | 16 | 9 | 1,400 | السعودية | 1 |
| 50 | 19 | 14,820 | 13 | 10 | 1,800 | البحرين | 2 |
| 51 | 0 | 76,010 | 14 | 7 | 5,400 | قطر | 3 |
| 52 | 18 | 35,770 | 12 | 8 | 4,000 | الإمارات | 4 |
| 57 | 5 | 44,100 | 15 | 11 | 2,900 | الكويت | 5 |
| 58 | 16 | 12,930 | 16 | 15 | 620 | ليبيا | 6 |
| 59 | 28 | 4,150 | 15 | 16 | 860 | تونس | 7 |
| 69 | 10 | 19,110 | 14 | 12 | 1,200 | عمان | 8 |
| 71 | 26 | 5,020 | 14 | 20 | 430 | الجزائر | 9 |
| 77 | 3 | 9,190 | 13 | 9 | 2,100 | لبنان | 10 |
| 95 | 12 | 4,670 | 13 | 19 | 470 | الأردن | 11 |
| 104 | 25 | 5,870 | 10 | 34 | 310 | العراق | 12 |
| 115 | 12 | 2,610 | 12 | 15 | 460 | سوريا | 13 |
| 117 | 3 | 2,980 | 13 | 21 | 490 | مصر | 14 |
| 121 | 11 | 2,960 | 12 | 31 | 400 | المغرب | 15 |
| 150 | 24 | 1,500 | 5 | 73 | 31 | السودان | 16 |
| 160 | 13 | 1,030 | 7 | 81 | 140 | جيبوتي | 17 |
| 162 | 1 | 1,270 | 9 | 60 | 90 | اليمن | 18 |
| 178 | 14 | 120 | 2 | 147 | 16 | الصومال | 19 |

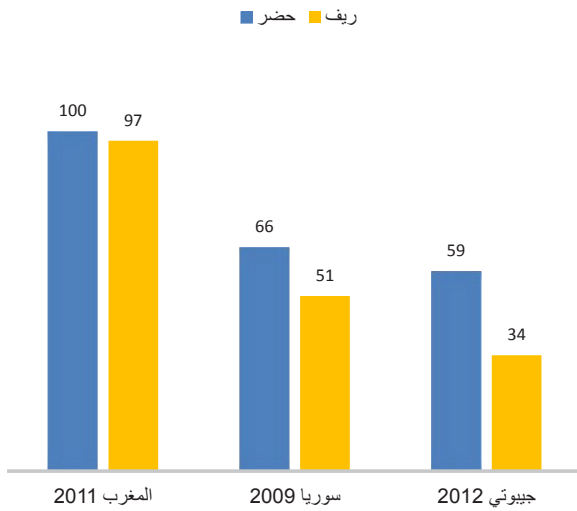
المصدر: منظمة إنقاذ الطفولة، وضع الأمهات في العالم 2014

ولكن لا تزال هناك تفاوتات جغرافية يجب معالجتها. على سبيل المثال، نسبة الولادات بمساعدة كوادر ماهرة تتراوح بين 57 في المائة في "نازة الحسيمة" و92 في المائة في "الدار البيضاء"، وحوالي 74 في المائة على المستوى الوطني (انظر الشكل 5). وتمثل تجربة مصر أيضاً قصة نجاح في الحد من وفيات الأمهات وتحسين الصحة الإنجابية، ولكن لا تزال بعض الفوارق قائمة. فعلى سبيل المثال، المسح الديموغرافي والصحي لمصر عام 2014 يكشف عن أن مؤشر استخدام خدمات رعاية الحمل، أربعة زيارات فأكثر، هي الأعلى في محافظة بورسعيد (97 في المائة)، بينما في محافظة مطروح، حيث يبلغ نفس المؤشر أدنى قيمة، أكثر من ثلث النساء الحوامل لا يحصلن على الحد الأدنى من الأربع زيارات على النحو الموصى به من قبل منظمة الصحة العالمية.

وقد أظهرت البيانات في المغرب ومصر وغيرها من البلدان في جميع أنحاء العالم تعقيدات العوامل الاجتماعية والثقافية والسياسية التي تؤثر على الصحة. ونتيجة لذلك، يدرك خبراء الصحة الدوليين الآن أن خفض أو القضاء على التفاوتات الصحية يتطلب سياسات وتدخلات توضع خصيصاً لاستهداف الفقراء والمهمشين ومعالجة ما يسمى بالحدود الاجتماعية للصحة.

الشكل 2 - النساء اللاتي يعشن في المناطق الحضرية لديهن عموماً مواقف إيجابية أكثر تجاه استخدام وسائل تنظيم الأسرة

نسبة النساء المتزوجات في سن 15 وحتى 49 سنة اللاتي يعتقدن أنه من المقبول استخدام وسائل تنظيم الأسرة



ملحوظة: تتضمن المسح سؤال: «هل - بشكل عام توافقين أو لا توافقين على استخدام الأزواج و/أو الزوجات وسيلة لتنظيم الأسرة؟» تضمنت الإجابة أربعة خيارات: أوافق، أوافق بشروط، لا أوافق أو لا أعرف. تشير النسب المئوية المبينة في هذا الشكل البياني إلى النساء اللاتي أجبن بالموافقة أو الموافقة بشروط.

المصدر: مسح جيبوتي لصحة الأسرة عام 2012، المسح الصحي الأسري السوري 2009، المسح الوطني للسكان وصحة الأسرة في المغرب 2011.

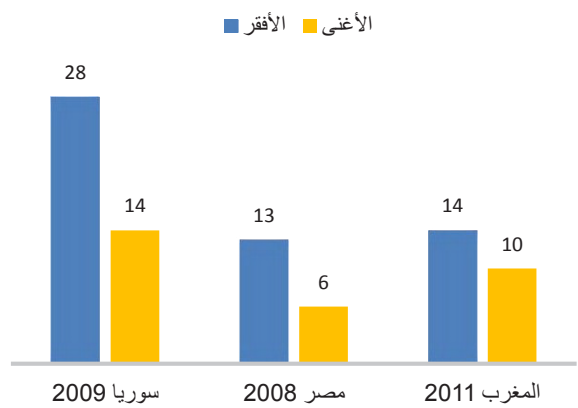
هذه البلدان. ففي سوريا والعراق، على التوالي، 10 و18 في المائة من إجمالي الولادات في أفقر الشرائح لا تتم بواسطة الكوادر الماهرة، في حين أن هذا الأمر نادر الحدوث بالنسبة للنساء الأغنى⁽¹³⁾. كما ترتفع نسبة النساء اللاتي لا يتلقين الرعاية المناسبة من كوادر ماهرة إلى أكثر من 70 في المائة و80 في المائة لأفقر الشرائح في السودان واليمن على التوالي⁽¹⁴⁾. وكلما ارتفعت هذه النسب، كلما اتسعت الفجوة بين نساء الأسر الأفقر والأغنى.

تنبع الأسباب الكامنة وراء عدم الإنصاف في الخدمات الصحية للأمهات من مزيج من الظروف التي تعيش فيها المرأة وظروفها الفردية. ففي جيبوتي، على سبيل المثال، يزيد احتمال استخدام خدمات صحة الأم بين النساء اللاتي يعشن في المناطق الحضرية مرتين أكثر من نظيرتهن في المناطق الريفية، حيث يعيش ثلاثة أرباع السكان (انظر الشكل 4). وفي جميع البلدان، تتأثر الصحة الإنجابية للمرأة بقوة النظم الصحية وعوامل أخرى، مثل مستوى المرأة التعليمي وقدرة أسرهن على دفع تكاليف الخدمات الصحية والمواصلات، وقدرة المرأة على اتخاذ القرارات داخل الأسرة.

وتعتبر المغرب قصة نجاح في خفض معدل وفيات الأمهات بمقدار يزيد عن النصف في فترة زمنية قصيرة نسبياً (انظر المربع، صفحة 6)،

الشكل 1 - النساء الأشد فقراً هن الأعلى من حيث نسبة الحاجات غير الملباة لتنظيم الأسرة

نسبة النساء المتزوجات في سن 15 وحتى 49 سنة اللاتي يفضلن تجنب الحمل ولكن لا يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة، حسب مؤشر الثروة



ملحوظة: يتم حساب مؤشر الثروة بتقسيم المجتمع إلى خمس مجموعات سكانية متساوية في الحجم اعتماداً على ملكية الأسرة للسلع المعمرة، يمثل الخمس الأول المجموعة الأكثر فقراً، والمجموعة الثالثة المتوسطة، والخامسة هي المجموعة الأغنى.

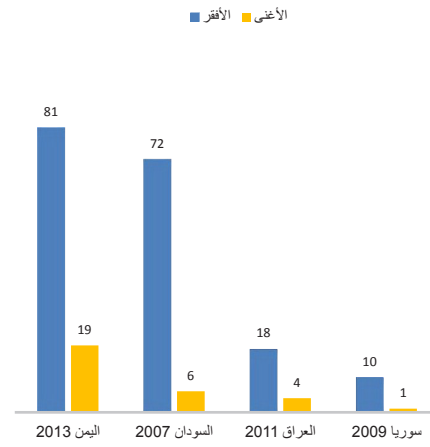
المصادر: المسح الصحي الأسري السوري 2009، المسح الديموغرافي الصحي في مصر 2008، المسح الوطني للسكان وصحة الأسرة في المغرب 2011.

نهج العدالة الصحية وأجندة ما بعد 2015

تأتي العدالة في صميم أجندة ما بعد عام 2015، كما يتضح في تقرير برعاية الأمم المتحدة أعده فريق رفيع المستوى من الشخصيات البارزة بعنوان "شراكة عالمية جديدة: القضاء على الفقر وتحويل الاقتصادات عبر التنمية المستدامة"⁽¹⁵⁾. اقترح الفريق مجموعة من

الشكل 3 - الأمهات الفقيرات أكثر عرضة لتلقي رعاية صحية ذات جودة متدنية

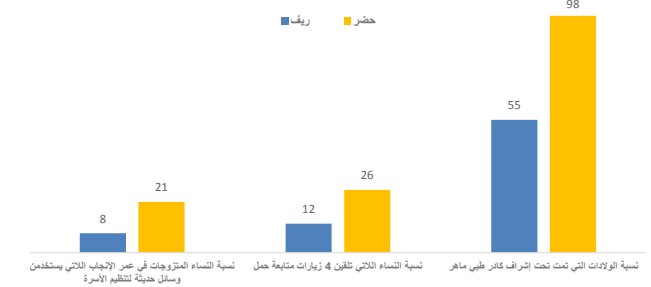
نسبة الولادات بدون مساعدة الكوادر الماهرة بين نساء الأسر الأفقر والأغنى



ملحوظة: يتم حساب مؤشر الثروة بتقسيم المجتمع إلى خمس مجموعات سكانية متساوية في الحجم اعتماداً على ملكية الأسرة للسلع المعمرة، يمثل الخمس الأول المجموعة الأكثر فقراً، والمجموعة الثالثة المتوسطة، والخامسة هي المجموعة الأغنى.

المصادر: المسح الوطني اليمني الصحي الديموجرافي 2013، المسح السوداني الأسري 2007، المسح متعدد المؤشرات في العراق 2011، المسح الصحي الأسري السوري 2009.

الشكل 4 - النساء اللاتي يعشن في المناطق الحضرية أكثر احتمالاً للوصول إلى خدمات صحة الأم في جيبوتي 2012



المصادر: مسح جيبوتي لصحة الأسرة عام 2012.

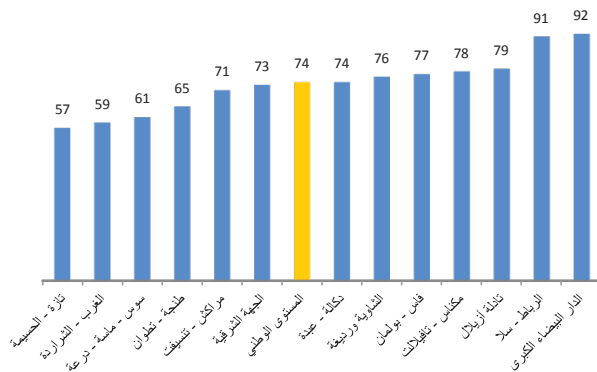
الأهداف الإنمائية والغايات المصاحبة لتحل محل الأهداف الإنمائية للألفية في عام 2015. ويوصي التقرير أن تواصل البلدان تسجيل التقدم المحرز لتحقيق أهداف التنمية بصفة عامة، مع عرض المؤشرات مصنفة أيضاً حسب الثروة والعمر والتوزيع الجغرافي والتعليم، من بين عوامل أخرى، بحيث تتمكن الدول من رصد التقدم المحرز تجاه العدالة في أهداف محددة.

وكون نهج العدالة الصحية متأصلاً في أجندة ما بعد عام 2015 يعني أن تتاح للجميع فرصة عادلة للاستفادة الكاملة من الخدمات الصحية، وهو هدف لا يمكن تحقيقه دون توفير التغطية الصحية الشاملة. ويؤكد تقرير الفريق أن التنمية على المستويين الدولي والقطري "يجب أن تشهد تقدم مطرد لضمان التغطية الصحية الشاملة والوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية الجيدة"⁽¹⁶⁾، وينبغي أن تتضمن الجهود الرامية إلى تحقيق هذه التغطية ما يلي:

- الوصول إلى عدد أكبر من الناس
- توسيع نطاق الخدمات الأساسية المتكاملة المتاحة لكل شخص
- ضمان تقديم الخدمات بأسعار مناسبة للجميع

ويعتبر "ضمان حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية بصورة شاملة" هو أحد الغايات في إطار الهدف المقترح "لضمان حياة صحية وتعزيز الرفاه للجميع في جميع الأعمار". يعني مصطلح "شاملة" أن جميع الأشخاص لهم الحق في الحصول على خدمات الصحة الإنجابية، على أقل تقدير، على مستوى الرعاية الصحية الأولية، مع التركيز على، والاستجابة لاحتياجات الفئات السكانية الهشة والمهمشة بما فيهم اللاجئين والنازحين والمهاجرين غير الموثقين

الشكل 5 - نسبة الولادات التي تتم بمساعدة كوادر ماهرة حسب المنطقة، المغرب 2010



المصادر: المملكة المغربية، وزارة الصحة، المسح الوطني للسكان وصحة الأسرة 2011.

تحسين صحة الأمهات في المغرب: قصة نجاح، ولكن لا يزال غير منصف

في المغرب، انخفضت وفيات الأمهات بمقدار يزيد عن النصف في أقل من عقد من الزمن، من 227 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية في عام 2003 إلى 112 وفاة للأمهات لكل 100,000 ولادة حية في عام 2010 (انظر الشكل أدناه). وجاء هذا الانخفاض الحاد نتيجة التزام سياسي رفيع المستوى لتحسين صحة الأمهات، والذي تُرجم إلى استثمارات في النظام الصحي الوطني وتنسيق الجهود والتدخلات على المستويات المحلية وكلها مدعومة بالأدلة. أدى تراجع وفيات الأمهات في المغرب إلى إدراجها ضمن مجموعة صغيرة من البلدان متوسطة الدخل في المنطقة، مثل مصر والأردن، والتي تشهد تقدماً ملحوظاً نحو تحقيق هدف الألفية الإنمائي الخامس لخفض نسبة وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع بين عامي 1990 و 2015.

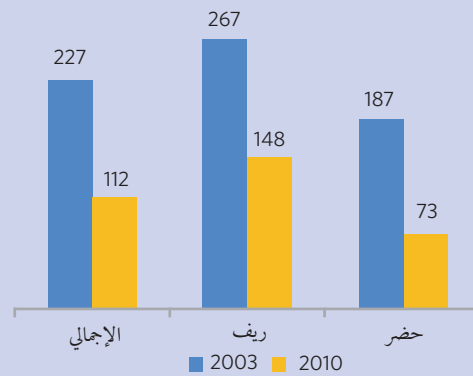
فيما يتعلق بالولادات في المنشآت الصحية، كشف المسح الوطني للسكان وصحة الأسرة 2003-2004 في المغرب أن عدم القدرة على دفع تكاليف الخدمة الصحية هو العقبة الرئيسية: حيث ذكرت 74 في المائة من النساء اللاتي لم يلدن أطفالهن في منشأة صحية أن عدم القدرة على الدفع كأحد الأسباب، وذكرت 60 في المائة أن بُعد المسافة كان مشكلة، وذكرت 46 في المائة غياب وسائل النقل. كما أظهرت نتائج دراسة اجتماعية وأنثروبولوجية أجريت في المغرب في عام 2006 اختلاف في نظرة الناس تجاه مهنة الطب فيما يتعلق بالحاجة للولادة تحت إشراف طبي. وأشارت إلى نقص في التواصل، والاحترام، والخصوصية، وعدم وجود بيئة داعمة للأم وقت الولادة، والتي ساهمت بشكل كبير في إحجام المرأة عن استخدام هذه المنشآت.

استخدمت وزارة الصحة المغربية هذه الدراسة وغيرها من البيانات لوضع استراتيجية وطنية في عام 2008 للحد من وفيات الأمهات. أصبح خفض معدل وفيات الأمهات أولوية هامة، مدعومة بالالتزام المالي لتنفيذ التحسينات المطلوبة حيث تم تعزيز النظام الصحي وتم وضع تدابير للحد من معوقات الرعاية التوليدية الطارئة وتحسين نوعية الرعاية. كما أنشأت الوزارة نظام مراقبة وتقصي وطني لتوفير معلومات دقيقة، وفي الوقت المناسب، حول وفيات الأمهات.

ونتيجة لذلك، تحسنت صحة الأمهات في جميع أنحاء المغرب وبين الفئات الضعيفة. ومع ذلك، لا تزال هناك فوارق واسعة بين المجموعات السكانية المختلفة. النساء اللاتي يعشن في المناطق الريفية، على سبيل المثال، هن أكثر عرضة للموت بسبب مضاعفات الحمل أو الولادة بمقدار الضعف عن أولئك اللاتي يعشن في المناطق الحضرية. وتتيح أجندة التنمية الدولية لما بعد عام 2015 الفرصة للمغرب ودول عربية أخرى للحد، وإذا أمكن القضاء، على التفاوتات بين الفئات الاجتماعية الاقتصادية المختلفة، وعبر المناطق الجغرافية.

تراجعت وفيات الأمهات في المغرب، ولكن يبقى التفاوت بين الريف والحضر

عدد وفيات الأمهات لكل 100,000 ولادة حية



المصدر: المسح الوطني للسكان وصحة الأسرة في المغرب 2011

الطريق إلى الأمام

الدول العربية لديها الآن الفرصة، لا سيما بالنظر إلى التحولات الاجتماعية والسياسية في المنطقة، لتبني أجندة التنمية الدولية بعد عام 2015، التي تتبنى العدالة في مجال الصحة كمحور من محاور أهدافها الإنمائية. من الطفولة إلى الشيخوخة، وبصفة عامة، فإن الأصحاء لديهم فرصة أفضل لتحقيق أهدافهم، بينما الفئات الأقل صحة يمكن أن ينزلقوا إلى براثن الفقر بسهولة.

يعتبر ضمان حصول الجميع على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية أمراً ضرورياً لصحة ورفاه العائلات والأفراد. وينبغي النظر إلى الحمل الآمن ورعاية الحمل والولادة وتوفير المعلومات والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة على أنها حق لكل امرأة، وليست امتيازات لشرائح المجتمع الغنية فقط. وبالتالي، فإن التغطية الصحية الشاملة هي خطوة ضرورية نحو تحقيق العدالة في مجال صحة الأمهات.

تحتاج الحكومات إلى تعزيز نظمها الصحية تلبيةً لاحتياجات وأولويات النساء والفتيات، ومعالجة جميع أسباب وفيات وأمراض الأمهات والأمراض المتعلقة بالإنجاب والتي يمكن اتقاؤها والحد من تبعاتها السلبية. كما تحتاج الحكومات إلى إعطاء أولوية عالية للحد من عدم المساواة، وتقييم وإعادة هيكلة برامج الصحة وتمويلها بهدف التحرك نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

ويتطلب تحقيق العدالة في صحة الأم جهوداً متعددة عبر القطاعات المختلفة تتجاوز النظام الصحي، مثل تشجيع تعليم الفتيات، وعدم تشجيع الأسر على تزويج بناتهم في سن مبكرة، وتعزيز مكانة الفتيات والنساء في الأسرة والمجتمع. يجب أن تعالج السياسات والبرامج الظروف الثقافية والقانونية والاقتصادية والسياسية الأوسع التي تحد من فرص النساء والفتيات في التنمية. يجب أن يحتل تعزيز العدالة بين الجنسين، وتمكين الفتيات والنساء مكان الصدارة في هذه الجهود، مما يجعلها ليست فقط أهدافاً للتنمية الوطنية في حد ذاتها، ولكن أيضاً جزءاً لا يتجزأ من جميع استراتيجيات التنمية، ولا سيما تلك التي تهدف إلى تحسين صحة الأمهات.

وأخيراً، تحتاج الحكومات إلى تبني استراتيجيات التنمية المدعومة بالأدلة، ويجب جمع البيانات بدقة وتحليلها، وإعداد تقارير عن صحة الأم حسب المجموعات الفرعية والاجتماعية والاقتصادية (على سبيل المثال، حسب مستوى الدخل والعمر ومكان الإقامة والأصل العرقي) وحسب أقرب مركز إداري على فترات منتظمة. هذه البيانات لن تساعد فقط في توجيه السياسات والبرامج، ولكن أيضاً سوف تسمح للبلدان برصد التقدم المحرز في تحسين صحة الأم بين جميع السكان، لتحقيق هدف "لا تترك أحداً وراءك".

والبدو وغير المقيد في سجلات المواليد⁽¹⁷⁾. وفي بعض الأحيان يُنظر إلى هذه الفئات الأكثر عرضة للخطر على أنها تفتقر الحق القانوني في الرعاية الصحية. وقد يشكل تحقيق هذا الشمول تحدياً في المنطقة العربية نظراً لوجود أعداد كبيرة من اللاجئين والنازحين والعمالة الوافدة. ويمكن اللجوء إلى الشراكات الدولية لضمان توفير التغطية الصحية الشاملة، وبالتبعية، الرعاية الشاملة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، للمساعدة في الحد من أو القضاء على الفوارق بين هذه المجموعات السكانية الفرعية.

هناك قضية حساسة أخرى للدول العربية هي كيفية العمل على ضمان إتاحة الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية لجميع الشباب. يتطلب هذا الجهد سياسات وبرامج ملائمة ثقافياً. بالإضافة إلى ذلك، تؤكد حالات التمييز ضد الفتيات والنساء في البلدان العربية على أهمية معالجة المحددات الاجتماعية للصحة⁽¹⁸⁾. يعتبر تحقيق المساواة بين الجنسين في الدول العربية، أمر أساسي لتحقيق العدالة في مجال صحة الأمهات، ويتطلب تحولات واسعة في البيئة الثقافية والاجتماعية والقانونية والاقتصادية للبلدان.

وعلى سبيل المثال، سن زواج الفتيات، هو أحد المحددات الاجتماعية الحرجة لصحة الأم. فالزواج المبكر للفتيات يؤدي عادةً إلى الحمل المبكر وتعدد حالات الحمل، مما يعرض الفتيات لخطر اعتلال الصحة والوفاة بدرجة أعلى من أولئك اللاتي يتزوجن في سن أكبر. والزواج المبكر أكثر انتشاراً في البلدان ذات الدخل المنخفض مثل اليمن والصومال والسودان، حيث تكون النساء أكثر عرضة للوفاة بسبب الحمل والولادة. وتستمر العواقب الضارة للزواج المبكر مدى الحياة، لأن الفتيات يتسربن عموماً من التعليم وينعزلن اجتماعياً، مع فرص محدودة لاتخاذ قرارات بشأن صحتهم ورفاهيتهن.

ونتيجةً للتقاليد، يؤثر الزواج المبكر على الفتيات الأكثر فقراً والأقل تعليماً. ففي مصر، على سبيل المثال، الفتيات من أفقر خمس من السكان هم أكثر عرضة ست مرات للزواج قبل سن 18 عاماً من الفتيات من أغنى خمس، والفتيات اللاتي يتزوجن قبل سن 18 عاماً أكثر عرضة مرتين لأن يصبحن أميات عن اللاتي يتزوجن في سن متأخرة⁽¹⁹⁾. وفي المغرب، النساء اللاتي يكملن التعليم الثانوي على الأقل نادراً ما يتزوجن قبل سن 18 عاماً، مقارنةً مع 20 في المائة من أولئك اللاتي لم يحصلن على، أو حضرن، بعض التعليم الابتدائي. بالرغم من أنه في كل من مصر والمغرب، الحد الأدنى للسن القانوني للزواج هو 18 سنة. إن ممارسة الزواج المبكر تظهر الحاجة إلى، وبنفس الوقت صعوبة، معالجة المحددات صحة الأمهات خارج النظام الصحي. هناك حاجة للجهود الجماعية على كل الجبهات، الاجتماعية والاقتصادية والقضائية والدينية والسياسية لمعالجة هذه المحددات.

13. Iraq Central Statistics Organization, Kurdistan Regional Statistics Office, Ministry of Health and UNICEF, Iraq Multiple Indicator Cluster Survey 2011, published 2012.
14. Sudan Federal Ministry of Health (FMoH) and Central Bureau of Statistics (CBS) and the Southern Sudan Commission for Census, Statistics and Evaluation (SSCCSE) Sudan Household Health Survey (SHHS), 2007.
15. United Nations, A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies Through Sustainable Development (New York: United Nations, 2013): Annex II: Evidence of Impact and Explanation of Illustrative Goals. The full report of the High-level Panel and additional and updated information are available on their website: <http://www.post2015hlp.org/>.
16. United Nations, A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies Through Sustainable Development (New York: United Nations, 2013): Annex II: Evidence of Impact and Explanation of illustrative Goals.
17. Thomas O'Connell, Kumanan Rasanathan, and Mickey Chopra, "What Does Universal Health Coverage Mean?" The Lancet, Volume 383, Issue 9913, Pages 277 - 279, 18 January 2014.
18. Arab Human Development report 2009: Challenges to human security in the Arab region, accessed September 24, 2014 at <http://www.arab-hdr.org/publications/other/ahdr/ahdr2009e.pdf>.
19. UNFPA and Population Council, The Adolescent Experience In-Depth: Using Data to Identify and Reach the Most Vulnerable Young People, Egypt 2008 (New York: Population Council, 2010).
1. The Arab region includes the 22 members of the League of Arab States that stretches from Morocco to Oman.
2. United Nations, World Population Prospects: The 2012 Version, accessed online on March 6, 2014, at http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_indicators.htm; and World Health Organization, Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010—WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank Estimates (Geneva: WHO, 2012): Annex 1.
3. Republic of Yemen, Ministry of Public Health and Population and Central Statistical Organization, League of Arab States, the Pan Arab Project for Family Health (PAPFAM) and MEASURE DHS, Yemen National Health and Demographic Survey (YNHDS) 2013 (Calverton, Maryland, USA: ICF International, 2014).
4. M. Whitehead, "The Concepts and Principles of Equity and Health," International Journal of Health Services (1992): 22: 429-445.
5. Open Working Group, United Nations Sustainable Development report, accessed September 23, 2014 at <http://sustainabledevelopment.un.org/index.php?menu=1549>.
6. United Nations, A New Global Partnership: Eradicating Poverty and Transform Economies Through Sustainable Development, The Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda (New York: United Nations, 2013).
7. Save the Children, State of World's Mothers 2014; accessed September 24, 2014 at http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SOWM_2014.PDF.
8. Syrian Arab Republic, Central Statistics Office and League of Arab States, PAPFAM, Syria Household Survey 2009 (Cairo: PAPFAM, 2011).
9. Fatma El-Zanaty and Ann Way, Egypt Demographic and Health Survey 2008 (Cairo: Ministry of Health, El-Zanaty and Associates and Macro International, 2009).
10. Kingdom of Morocco, Ministry of Health and League of Arab States, PAPFAM, Kingdom of Morocco National Population and Family Health Survey - ENPSF 2011 (Cairo: PAPFAM, 2012).
11. Ministry of Public Health, Department of Statistics and Demographic Studies, and League of Arab States, PAPFAM, Second Djiboutian Survey on Family Health (EDSF/PAPFAM 2), (Cairo: PAPFAM, 2012).
12. The countries of Gulf Cooperation Council are: Bahrain, Kuwait, Sultanate of Oman, Kingdom of Saudi Arabia, Qatar, and the United Arab Emirates.

شكر وتقدير

أعد موجز السياسات هذا الدكتورة مها العدوي، والسيدة فرزانة رودى، والسيدة لوري أشفورد والدكتور محمد عفيفي. شكر خاص للدكتورة هدى رشاد، والدكتورة زينب خضر، والبرنامج العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) ومديره الدكتور أحمد عبد المنعم والسيدة جاكلين ماهون، والسيد هوارد فريدمان.



العمل من أجل عالم يكون فيه

كل حمل مرغوبا فيه

وكل ولادة آمنة

ويحقق فيه كل شباب وشابة ما لديهم

من إمكانيات.