

وفيات الأمهات أو صحة المرأة: حان وقت العمل

بقلم: مارجي بيرر

محررة، مجلة قضايا الصحة الإيجابية، لندن، المملكة المتحدة. للمراسلة: mberer@rhmjournal.org.uk

ترجمة: فيرون كراوية

الزمنية بين كل طفل تنجبه وآخر - يراد حذفه في مبادرة تنظيم الأسرة الجديدة المزمع إعلانها في يوليو من هذا العام أيضًا. وفي الوقت الذي يلاحظ فيه عدم وجود جديد في الرؤى المتفائلة بالأمهات والأطفال، يبدو مفاجئًا - بل ومزعجًا - كيف زحفت تعبيرات مثل «الأمهات تعطين» أو تخلقن الحياة» على اللغة التي يستخدمها صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية، وهيئات الصحة العامة، فينتقل التركيز بعيدًا عن النساء وصحتهن وحقوقهن. يبدأ هذا العدد من المجلة من الافتراض الأساسي بأن وفيات الأمهات هي انتهاك لأكثر حقوق الإنسان الأساسية - وهو حق الحياة؛ حق النساء في الحياة. لا تزال الأبحاث تحدثنا عن الأمهات اللاتي يتوفين سدى، وكم هذا مرعبًا. ولا تزال الأبحاث تظهر أن أكثر النساء فقرًا وأصغرهن سنًا هن الأكثر تعرضًا للوفاة بسبب الإهمال الجسيم. ولكنها لم تعد تدعو أحدًا ليفعل شيئًا بشأن ذلك على الإطلاق. (في الوقت نفسه تحمل كل مؤسسة من المؤسسات الآتية المسؤولية للأخرى: النساء ومجتمعاتهن، والمنظمات النسائية والمدافعين عن صحة النساء وحقوقهن، بالإضافة إلى العاملين مجال الصحة والحكومات والهيئات الحكومية التي تعمل في هذا المجال - يحتملون الدول، والحكومات، والخدمات الصحية وحتى بعضهم البعض، المسؤولية عن ذلك).

ماذا يحدث في بلدان العالم: صورة شديدة الاختلاط تظهر الأوراق المنشورة هنا أن بعض الدول تبذل مجهودات جدية لتعزيز وتحسين نظمها الصحية فيما له علاقة بالصحة الإيجابية والخدمات الصحية المتعلقة بالأمومة. وبناء على البيانات المتاحة حول

يبدأ هذا العدد من المجلة بقصيدة عن «امرأة بائسة للغاية، / تنعقد تحت اسمها / عشاءات المؤتمرات المتأنقة / في قاعات لا يدخلها سوى عليه القوم». (سيبينا) لأن حياتها - وموتها كذلك - لا زال لا يعنى لأحد شيئًا. بحلول ٢٠٠٨، بدأت نسب وفيات الأمهات في الانخفاض على مستوى العالم^١ ولكن لم تكن معدلات الانخفاض هذه كافية، أو علي الأقل ليست كافية لتلبية الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية الجديدة MDG5^٢ أو ربما بعضها. ولكنها بداية على أية حال! ويبدو أن إحداث التغيير الآن على الطريق. بداية من السكرتارية العامة للأمم المتحدة وحتى أبعد قرية. وعلى الرغم من ذلك، فالعالم يبدو وكأنه يتحرك للوراء، بشكل معين، فيما يخص التعامل مع النساء ومرحلة الحمل. فيما تطلق عليه سيمون دينيز عودة إلى «الطفولية الأمهاتية» - حيث تُعامل النساء الحوامل كأطفال تحتاج للرعاية، وفي نفس الوقت، وكأن دورهن الوحيد في الحياة هو إجاب الأطفال. في معظم الأدبيات اليوم، تسمى كل النساء الحوامل «أمهات» بصرف النظر عما إذا كن قد أُجبن بالفعل أم لا. ولكن الحمل له أكثر من نتيجة واحدة، فهو ليس فقط للنساء اللاتي تلدن في النهاية. فالنساء الحوامل قد يتعرضن للإجهاد، ووفاة الأجنة، ووفاة الأطفال، واللاتي لا يستطعن الوصول لوسائل منع الحمل، والحمل غير المرغوب فيه، والإجهاد غير الآمن، والمرضاة طويلة الأمد الناتجة عن مضاعفات الولادات، والأمراض التناسلية والجنسية. ولكن تبدو كل هذه التعريفات تقريبًا غير مرئية في برامج الأمومة والطفولة هذه الأيام؛ والإجهاد الآمن - وهو جزء جوهري من حق المرأة في تقرير عدد الأطفال والفترة

الصحي والتعليم (Peragallo Urrutia et al). وبشكل أوسع، فقد تمت الإشارة إلى نقص الالتزام من الدولة باعتباره أحد المؤشرات الحرجة في ٣٣ دولة في إفريقيا جنوب الصحراء، كذلك المستويات المنخفضة جداً من الدعم الاقتصادي وتخصيص الموارد للصحة والخدمات الصحية بصفة عامة (وخدمات الأمومة بصفة خاصة). وضعف التنسيق بين الأطراف الأساسية المعنية بالأمر والشركاء، وضعف أداء وإمكانيات النظم الصحية الموجودة، وسوء التوزيع والإدارة للأدوية والعلاجات الأساسية، ووسائل تنظيم الأسرة، والتجهيزات، والنقص المزمن في العاملين المهرة بالخدمة الصحية (Ekechi et al). ربما تكون هناك تفاوتات واسعة بين مستويات تدريب ومهارة ومعارف العاملين بالخدمة الصحية من حيث النوعية والمدى، فعلى سبيل المثال: في ريف تنزانيا نجد بعض العاملين يمارسون عملهم بكفاءة وآخرين يرتكبون أخطاء خطيرة في الممارسة الطبية. ولا يبدو أن هناك معياراً لتوقع الكفاءة، فالقابلات يكن أحياناً أكثر مهارة من الأطباء، إذ يستطيعن إجراء الولادات المقعدة والتعامل مع حالات المشيمة المحتبسة، بينما يتعثر موظفو الخدمة الصحية عندما يواجهون نزيف ما بعد الولادة (Spangler). إن فترة ما بعد الولادة هي الفترة التي تحدث بها معظم حالات وفيات الأمهات وحديثي الولادة بالرغم من ذلك، فهي تحظى بنصيب ضئيل من الرعاية في الممارسة الطبية، وحتى داخل تلك الدول التي جرى إصلاحات ذات قيمة في نظم رعاية ما قبل الولادة وأثناءها، ومن هنا، تستمر المستويات المرتفعة من وفيات حديثي الولادة والأمهات في فترة ما بعد الولادة باستمرار إهمال الولادات الطارئة ورعاية ما بعد الولادة للأم والطفل (Fort). في العديد من دول جنوب آسيا، يُمنح المال للنساء كي ما تلدن في المؤسسات الصحية، ولكن في الهند على سبيل المثال: وجدت بعض الدراسات أن النساء جُدن - عند وصولهن - أن رعاية ما قبل الولادة محدودة أو غير موجودة، وأن مهارة القائمين على عملية الولادة تقل عن مهارة

من يموت ولماذا، فهم يعملون على إحداث تغيير في السياسات والبرامج، مثل تخفيض تكلفة الولادة للفقراء والمهاجرات من النساء، وافتتاح مراكز جديدة للولادات الطارئة والإحالة للمستشفيات، وتدريب عدد أكبر من العاملين بالجمال الصحي، وتوفير التوعية الصحية للنساء، مثل ما يحدث في شنغهاي (Du et al). يعمل البعض الآخر على تعزيز نظم الصحة العامة بشكل كلي، تحديداً في المناطق القروية حيث تقطن معظم النساء الفقيرات، سعياً وراء الحصول على خدمات حكومية أفضل وقيادة أفضل، ورفع مهارات القوى العاملة بمجال الصحة، ودعم التأمين الصحي المجتمعي، وزيادة خدمات استخدام وسائل منع الحمل، كما يحدث في راوندا (Bucagu et al). كما يدعمون السلام، والاستقرار والنمو الاقتصادي، وتقليل الفقر، وتحسين التعليم الأساسي، وتحسين الطرق والاتصالات، وتسهيل الحصول على معلومات بشأن الصحة والخدمات الصحية، وتخفيف الخدمة الصحية للفقراء من التكلفة، مثلما يحدث في كمبوديا (Liljestrand&Sambath). وعلى العكس في بعض الدول الأخرى، لازال يوجد الكثير من المواقف التي تتسم بالإيذاء الجسدي العنيف، والاستغلال، والاهمال، وانعدام المساواة، فمن بين ٢٢ مليون امرأة سنوياً تتعرض لإجهاض غير آمن، تعاني المراهقات أكثر من أي فئة أخرى من المضاعفات الصحية، ولديهن أعلى نسبة من الحاجات غير الملباة لتنظيم الأسرة (Shah & Ahman). ولازال هناك العديد من المعوقات التي تمنعهن من اللجوء إلى الأطباء للحصول على رعاية أثناء الحمل والولادة، مثال ذلك: في شمال نيجيريا (Doctor et al)، وكثير من الأماكن الأخرى، والتي يندر توفر هذه الخدمات بها. وفي أفقر البلدان، ربما تكون للنساء احتياجات صحية أكثر إلحاحاً من رعاية الأمومة، فعلى سبيل المثال في هايتي، حيث حددت النساء احتياجاتهن الأكثر أهمية: الحصول على الرعاية الصحية بتكلفة بسيطة، والحصول على المياه الصالحة للشرب، والطعام الكافي، وأي نوع من الوظائف، والصرف

المدافعين عن حقوق الإنسان للاهتمام بواقع الخدمات الصحية المفتقرة للموارد والنقص في الإمدادات كمنقل الدم، وفقر الوازع الأخلاقي لدى العاملين وأن يطوروا قدراتهم على توصيل معلومات سهلة الفهم للنساء وعائلاتهن ويوفروا التدريب والمساندة لمجموعات المرضى حول استخدام آلية الشكاوى بالمستشفيات (Ray et al).

تقدم الورقة البحثية التي كتبها Kaur وبعض الملخصات المنشورة في هذا العدد تحت اسم إطلالة أمثلة قوية لاستخدام الدعاوى القضائية في السعي لتدارك انتهاكات حقوق النساء اللاتي توفين نتيجة لعدم وجود رعاية أثناء الحمل. وتكشف العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية والتشريعية المتورطة في هذه الوفيات، وإمكانية استخدام هذه الدعاوى لضمان الحاسبة في حالات أخرى-بينما تقر بأن العدالة الاجتماعية ستتحقق فقط عبر نضال اجتماعي أوسع (Kaur).

البحث، استخدام البيانات وتحليل الميزانيات لدعم التغيير:

أظهرت العديد من القضايا الحديثة المنشورة بمجلة شؤون الصحة الإيجابية، أهمية وفي نفس الوقت قصور الاستقصاءات الصحية والسكانية، إذ تبحث الدول والمجتمع المدني عن صورة أكثر عمقاً (من الناحية الكمية والكيفية) عما يمثله الحمل للنساء اليوم، وما إن كان مخططاً له أو كان مرغوباً فيه أم لا. بغض النظر عما سينتهي إليه. وجدت إحدى المراجعات المنشورة العديد من مستويات التأخير في «إطار التأخيرات الثلاث»، ويتيح الجمع بين هذا الإطار و«الأخطار الوشيكة» وعدد من منهجيات جمع المعلومات - طرقاً إضافية للتعرف على الحوادث الحرجة المتعلقة بالولادة، وتلقى الضوء على الضعف الهيكلي في خدمات الولادة (Carvalho Pacagnella et al).

وهناك عدد من المقالات التي تستكشف مصادر البيانات والمعلومات حول وفيات الأمهات، وما إن كانت

القبالات، ولا توجد وحدات لرعاية طوارئ الولادة عند الحاجة لذلك، وأيضاً التحويلات الطبية التي لم تتمخض عن أي علاج (Subha Sri et al). والآن هؤلاء النساء هن من يشعرن بالاستحقاق ويحتجون.

أشكال متعددة للعمل:

تصف الأوراق المنشورة هنا طيف من النماذج للدعوة واتخاذ الإجراءات لفضح انتهاكات حقوق الإنسان، وضعف الممارسة الطبية في مجال الصحة العامة، وغياب الرقابة والقواعد، وفشل الدولة في تحمل مسؤوليتها عن تأمين الحقوق الصحية الجنسية والإيجابية وتوفير العلاجات وتدارك الأخطاء عند حدوث الانتهاكات (Kismodi et al). وتتضمن تلك الإجراءات: ١- زيارات تقصى الحقائق للتحقيق في وفيات الأمهات، وإخطار مسؤولي الصحة الرسميين بما تم التوصل إليه للمطالبة بتغييرات، ومتابعة حدوث هذه التغييرات بزيارات للتأكد أنها قد أدت إلى تحسن النتائج (Subha Sri et al): ٢- تتخذ الضحايا الإجراءات الموضحة في اتفاقية السيداو CEDAW (اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة) لرفع الدعاوى القضائية ضد الدولة، وهو ما أدى في ٢٠١١ إلى قرارات مؤثرة من لجنة السيداو في البرازيل وبيرو: واحدة كانت لحالة وفاة لأم والثانية لضحية اغتصاب شابة أصبحت حاملاً وحرمت من إيجاد طريقاً قانونياً للقيام بالإجهاض، وكذلك توقفت الجراحات اللازمة لعلاج إصابات لها لأنها كانت حاملاً (Kismodi et al). يصف راي وآخرون أسلوباً للتعلم وبناء القدرات بشأن الحق في الصحة انتهجته حركة فيروس نقص المناعة البشري ونفذته بنجاح: حيث استخدمت التشبيك الاجتماعي، والتعبئة والاحتجاجات الشعبية، والتظاهرات بشأن الوفيات التي كان يمكن تجنبها، والإجراءات القانونية في كل بلد. ويوضح هذا الأسلوب مدى أهمية التحقيقات السرية بشأن وفيات الأمهات وتقارير الظل التي تقدمها فرق التقييم في كل بلد للهيئات المنشأة بموجب معاهدات حقوق الإنسان، وتعطى أمثلة، وهم يدعون

رعاية الأمومة في عدد من دول آسيا الجنوبية، ولكنها أيضاً أظهرت الحاجة لإدارة أكثر كفاءة لتلك العمليات. وشفافية مالية، وخطط لضمان الاستمرارية، ودلائل على التساوي في التوزيع. وقد ثبت وجود تأثير لجودة الرعاية على وفيات الأمهات ومراضتهن (Jehan et al).

ماذا عن محتوى الخدمات وجودة الرعاية؟
بالرغم من كل الانتباه والتركيز على الحالة الصحية للأمهات وحديثي الولادة، يبدو أن جودة الرعاية الصحية للأمهات في المناطق محدودة الموارد غالباً ما تكون منخفضة جداً. وبعد سنوات من الاعتراف بفشل القابلات التقليديات/الدايات في تأمين صحة الأمهات، فلا تزال - حتى اليوم - معظم المناطق محدودة الموارد تنقصها القابلات ذوات التأهيل الكامل والمهارة اللازمة، كما كشف تقرير صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية و «حالة القبالة في العالم لعام ٢٠١١»، والذي نشره في هذا العدد. ولا يزال هناك قصوراً في تطبيق التدخلات الأساسية في الوقت المناسب وعند الاحتياج. ولا تزال المشاكل قائمة بصدد التحويل للمستشفيات - فقد يذهب المريض الى العديد من المستشفيات قبل أن يتلقى الخدمة الطبية وغالباً ما يكون متأخراً جداً - فغالباً لا تزال الأدوية الأساسية مثل سلفات الماغنسيوم والأوكسيتوسين و/أو الميزوبرستول غير متوفرة، أو متوفرة ولا يتم استخدامها. كما يوضح فصل إطلالة في هذا العدد. وربما ما هو أكثر فداحة وفضحاً، هو أن بعض النساء يتم إرسالهن إلى أماكن أخرى ليلقوا حتفهن هناك، ليبقى موتهن بعيداً عن السجلات، أو يتم عودتهن سريعاً إلى بيوتهن حتى قبل أن تزول احتمالات الخطر الأكبر لمضاعفات ما بعد الولادة. فقط في البرازيل، على ما يبدو، لا تزال النسويات يتحدثن عن التدخلات غير الضرورية التي تحدث وتتسبب في مستويات عالية من الإصابة بالمرضاة، وعن مرافقة الأصدقاء للسيدات أثناء الولادة، واختيار النساء للوضع الذي يرغبن أن يلدن فيه، والاحتفاظ بالخصوصية والمعاملة الطبية، والحصول على

السياسات والبرامج تأخذ في اعتبارها تلك البيانات، وهل يتم تداول البيانات بالفعل بين صانعي القرار والفريق الطبي المحلي. وهل نظم المعلومات القائمة قادرة على تجميع البيانات والتعامل معها وتحليلها ومشاركة الآخرين فيها (Iguiniz and Palomino). وتكشف إحدى المقالات عن منهج مجتمعي لقياس وفيات الأمهات بمساعدة عناصر محلية لتحديد أماكن الولادة والوفاة والإبلاغ عنها. وتجري القابلات/المرضات «التشريح اللفظي». وينقلن مهمة تحديد سبب الوفاة من الأطباء إلى المستوى الوسيط من المعاونين الصحيين (Prata et al). هناك أيضاً في هذا العدد المائدة المستديرة المحفزة للأفكار التي تطرح وجهات نظر حول نظم تسجيل الحمل: واحدة حول نظرية كيف يجب عليهم العمل في جنوب آسيا (Labrique et al)، وأخرى عن القيود الإجرائية التي تواجهها هذه النظم في المناطق الريفية. وهل هدفها في الهند هو الإشراف والرقابة وتوجيه اللوم أم إيجاد نظام صحي قادر على التعلم (Gaitonde). وثالثة تخلص ما إذا كان النظام الجديد في البرازيل مؤسساً على الحقوق، وملائماً، ومؤثراً في خفض معدلات وفيات الأمهات هناك (Diniz). قد تشعر حكومات عدة في أمريكا اللاتينية بالحرع عندما تعلم أنه قد تبين مدى الانخفاض في مستوى الشفافية فيما يتعلق بالميزانيات وأوجه إنفاقها على مظاهر بعينها لرعاية الأمومة، وأنها تحتاج لطرق أفضل لوضع الميزانيات، ونظم أفضل للمعلومات الصحية وخطوط إرشادية لكيفية جمع المعلومات حول الإنفاق، بهدف المتابعة والتخطيط للتقدم على المستوى المحلي والقومي (Malajovich et al). ويعرض Iguiniz and Palomino للفوضى الناتجة عن البيانات المتضاربة ونظم جمع البيانات غير المترابطة عن وفيات الأمهات في بيرو، ولكن هذا الوضع تحسن كثيراً الآن. على نفس المنوال، فقد أوضحت إحصاءات التحويلات النقدية ونظم تحرير الإيصالات- التي صممت لتحفيز الطلب على الخدمات وتقليل حواجز التكلفة على الرعاية الصحية للأمهات-زيادة في استخدام خدمات

رعاية ما قبل الولادة. ومنع حالات الإجهاض والتعامل معه. ومنع وفاة الأجنة والتشوهات الخلقية. والرعاية والدعم للوصول إلى أم وطفل بصحة جيدة خلال الحمل وبعده وفترة الرضاعة.

لغويًا. لا يبدو أن هناك فرقًا بين رعاية ما بعد الولادة (للنساء) ورعاية ما بعد الولادة (للأطفال). وعلى الرغم من ذلك، هما ليسا نفس الشيء. وتوفير أحدهما لا يعني توفير الآخر بشكل تلقائي. ولا يملك القائمون على الولادة المهارات اللازمة لهذا وذلك معًا. ولكن يتم استخدام الكلمات ذاتها بالتناوب دون تحديد أو تعريف. وكما يشير Spangler، فمهاره القائمين على الولادة (والمقصود دائمًا أنهم أكثر من شخص) قد اختزلت لتعني حضور شخص واحد فقط ذي مهارة. وإضافة إلى عدم الدقة في التعريفات فلقد تسيدت اختصارات الاصطلاحات المتعلقة بصحة الأم والطفل الأدبيات. واستخدام مثل هذه الاختصارات تعني عدم الالتزام بالتفكير في محتواها وقيمتها وماذا تعني في الواقع.

ماذا قدم كل من المؤتمر العالمي للسكان والتنمية والأهداف الإنمائية للألفية للنساء؟
هذا سؤال مهم ولا بد أن يفكر الكثيرون متًا في كيفية إجابته، فهو يساعدنا على التفكير في المستقبل. وهنا إحدى الإجابات: «لقد وضع برنامج عمل المؤتمر العالمي للسكان والتنمية صحة الأمهات ضمن الإطار الأوسع للصحة والحقوق الإيجابية والجنسية. وقد كان هذا مهمًا لأنه خلال عقدين من تقديم معونات التنمية الدولية التي تركز على «صحة الأم والطفل» لم يحقق شيئًا خفض معدلات وفيات الأمهات. على سبيل المثال، وجد تقييم العشر سنوات من إنجازات مبادرة ١٩٨٧ للأمومة الآمنة أن وفيات الأمهات لا تنخفض في معظم دول العالم النامي؛ لأنه لا يمكن التعامل معها بصورة منفردة. وقد صيغ برنامج عمل المؤتمر بناء على أدلة أن الأمهات يتوفين. ليس بسبب صعوبة الحصول على خدمات رعاية الحمل والولادة بالصورة المناسبة

مسكنات الألم بشكل كافي - أي ما يعنى جعل عملية الولادة مسألة آدمية.

وبالرغم من الإنفاق الحكومي والتحويلات النقدية ونظم الإيصالات وتمويل المانحين والمنح بغرض تحقيق الإنصاف في المجال الصحي والامتيازات الممنوحة للأمهات ونظم التأمين الصحي والسياسات المجانية لرعاية الأمهات - لا يزال على النساء أن ينفقن من جيوبهن. بشكل رسمي أو غير رسمي. وأن يشترين أدويتهن. وأن يحضرن معداتهم الخاصة أو يقررن الاستغناء عنها. إذن إلى أين تذهب هذه الأموال بالفعل؟ يبدو أن العديد من العاملين بمجال صحة الأمهات لا يريدون التحدث عن تعزيز النظم الصحية كما ترصد المقدمة المنشورة هنا «صحة جيدة بتكلفة منخفضة»: بعد مرور ٢٥ عامًا وأكثر. ما السبيل إلى نظام صحة ناجح؟ بدلاً من ذلك، هم يركزون على تدخلات ضيقة وعلاجات منفردة أو دفع نقدي للنساء كأفراد. وكأن هذا يمكن بأية حال أن يعبر الأزمت الكلية الموجودة. نعم، تحتاج النساء لعقار الميزوروسول على مستوى المجتمع لأكثر من سبب. نعم الدفع النقدي بالتأكيد يضم كثيرًا من النساء لدائرة الرعاية. ولكن ماذا عن النظام الصحي الذي يعمل بكفاءة وقابل للاستمرار ومضمون أشكال تمويله على المدى الطويل؟ - فقط نظم كهذه يمكنها أن تؤثر حقًا في تقليل الوفيات على المدى البعيد.

استخدام اللغة التي تزيد المعنى غموضًا

لقد أصبحت الاصطلاحات شديدة المطاطية - خدمات الولادة وما قبل الولادة أصبحت تسمى «خدمات صحة الأم». وهي ليست كذلك؛ فخدمات صحة الأم من المفترض أن تشمل معنى أوسع بكثير. وتتضمن كل نتائج الحمل التي تقع على النساء. واستكمال الرعاية التي من المفترض أن تبدأ حتى قبل حدوث الحمل أصلاً. وكذلك خدمات الصحة الجنسية والتوعية الصحية والتثقيف الجنسي. وتوفير وسائل منع الحمل والإجهاض الآمن؛ وبالنسبة إلى النساء اللاتي يحملن حملًا مرغوبًا فيه؛ فالخدمات تتضمن

عموم التدخلات والخدمات. تباينت تغطيتها بين الدول على حساب أفقر النساء لصالح الأغنى^٥ من ناحية أخرى. تعاملت حكومات عدة مع برنامج الأهداف الإنمائية للألفية بصورة أكثر جدية من الجهود الأخرى للأمم المتحدة لجعل العالم مكانًا أفضل. بالإضافة لذلك، فإن المقرر الخاص بحقوق الصحة أُنَادَ جروفراً^٦ ومستشار حقوق الإنسان ومكتب مندوب الأمم المتحدة السامي لشئون اللاجئين والأمين العام للأمم المتحدة شخصيًا قد كرّسوا اهتمامًا خاصًا بتلك الأمور. واضعين في الاعتبار جميع الحقوق الجنسية والإيجابية، ومعتبرين الوفيات التي تنتج عن الإجهاض غير الآمن جزءًا من وفيات الأمهات^٧.^٨ لقد حدد تقرير السكرتير العام للأمم المتحدة للجنة أوضاع النساء هذا العام - بتفصيل واسع - حجم النشاط الذي بذل على المستوى الدولي لدعم تلك القضايا، وهو ما كان شديد التأثير^٩ برغم الخلاف حوله. وباقتراب حلول عام ٢٠١٥، هناك حاجة ملحة ومفهومة لاستكمال مجموعة الأهداف. سواء كان هذا ممكنًا أو غير ممكن. هل سيأتي تحسن جودة الخدمات مع الحاجة إليه، أم لا؟ إن التحقق من انخفاض أعداد الوفيات وحدوث المخاطر الوشيكة والمراضات يجب تركه لوقت آخر. يبدو أن الأمر لا بد أن يبقى كذلك. عشوائي وغير عادل. وليس تقدمًا محسوسًا ومنسقًا وسلسًا. وربما هكذا يحدث التغيير في كل الأحوال. بالرغم من ذلك، ليس الهدف الإنمائي الخامس للألفية هو ما يهم النساء فحسب. ولكن جميع الأهداف الإنمائية للألفية هامة. فقد وجدت دراسة نُشرت في ٢٠١١ عن انخفاض معدلات وفيات الأمهات في نيبال أن قلة الخصوبة، والتغيرات في التعليم والثروة، والتقدم في التنمية، وتمكين النساء وخفض معدلات الأنيما كلها أسهمت على حدة وبشكل مؤثر في انخفاض معدلات وفيات الأمهات^{١٠}. وهذا يدل. ككثير من الأوراق المنشورة هنا، أن تحقيق كل أهداف الألفية بشكل فارقًا. ويؤكد أن المحددات الاجتماعية للصحة لها دور محوري. وبالتحديد في حالة نيبال. فالتشريعات الخاصة بالإجهاض وتوفير

فحسب. ولكن أيضًا لأنهن فقراء ويعانين من سوء التغذية. ولأنهن لا يمتلكن وسائل منع الحمل عندما لا يرغبن فيه ولا يستطعن الإنفاق عليه. ولأنهن يعشن في بلاد لا مجال فيها للإجهاض الآمن والقانوني. ولأنهن لا يستطعن ممارسة الجنس بصورة أكثر أمانًا. لقد قام برنامج العمل بصياغة تلك العلاقة غير القابلة للفصل بين مختلف عناصر الصحة الجنسية والإيجابية والسياق الأوسع لحقوق المرأة وحقوق الإنسان. متضمنًا علاقتها بالعنف من قبل الشريك المقرب. وعدم القدرة على الحصول على التوعية الجنسية بمفهومها الشامل. والنقص في الخدمات والتجهيزات الخاصة بالصحة الجنسية والإيجابية. وكذلك العاملين المهرة في هذا المجال الصحي. وأيضًا أهمية القوانين والسياسات التي تجعل الحصول على صحة إيجابية وجنسية شاملًا ومكثفًا^{١١} هل فشل برنامج المؤتمر العالمي للسكان والتنمية؟ لا أعتقد ذلك. لقد حظي بقليل من الوقت حتى يحقق نجاحًا. وبدورها، ماذا حققت الأهداف الإنمائية للألفية؟ من ناحية أخرى. فإن الهدف الإنمائي الخامس للألفية. قد أزال المفهوم السياسي عن الصحة الجنسية والإيجابية، وهو ما اختزلها في رؤية ضيقة لصحة الأم. كما أظهر العدد الأخير من مجلة قضايا الصحة الإيجابية. أيضًا. حولت الأهداف الإنمائية للألفية العمل تجاه تحقيق أهدافها إلى تمرين للقياسات الكمية. يربط النجاح والفشل بمؤشرات رقمية. ماذا تظهر تلك المؤشرات حول الهدف الخامس منها والمتعلق بوفيات الأمهات؟ أظهرت دراسة خليجية لـ٥٤ دولة. مستويات مرتفعة من انعدام المساواة تقريبًا في تقديم الخدمات. إذ تعاني أفقر النساء من أكثر الصعوبات في الحصول على الكشف الطبي والمتابعة أثناء الحمل وكذلك الولادة تحت إشراف مهاري. وكانت الخدمة المقدمة بصورة أكثر إنصافًا هي المساعدة على البدء المبكر في عملية الرضاعة. وكانت الخدمات المجتمعية المقدمة أكثر عدالة في توزيعها من تلك التي تقدمها المنشآت الصحية. وبخصوص

والقانوني-على إطلاق اليوم العالمي للعمل من أجل صحة المرأة في ٢٨ مايو ١٩٨٨. مرفقاً بندا للنساء للعمل ضد وفيات الأمهات. وفي ١٩٩٤ تمت الموافقة على برنامج عمل المؤتمر العالمي للسكان والتنمية وبرنامج عمل بكين في ١٩٩٥ من أغلبية الحكومات. نشرت منظمة الصحة العالمية في ٢٠٠٣ الإجهاض الآمن: دليل للتقنيات والسياسات في النظم الصحية. وأثناء زهابنا للطبع. اقترت نشر النسخة المحدثة من الدليل والتي تمت مراجعتها. ونشر هنا نص الملخص التنفيذي له. ومنذ ذلك الوقت. نتابع تدفقاً لا ينتهي من الأبحاث الإكلينيكية والاجتماعية التي تفتح آفاقاً جديدة وتطويراً للبرامج والسياسات الصحية التي لا تساند الأمومة الآمنة فقط. ولكن أيضاً الطيف الواسع من الحقوق الصحية الجنسية والإيجابية. سيتم إطلاق حملة دولية جديدة من أجل حق النساء في إجهاض آمن في ٢٨ مايو ٢٠١٢. لتربط وتنسق الجهود القائمة وتدعم مجهودات جديدة في اتجاه تأكيد حق النساء في إجهاض آمن في كل بلد. هذا فقط جزء ضئيل من العمل المبذول لإحداث تغيير في منظومة دعم صحة النساء. ذات التاريخ الطويل. والتي لا زال أمامها طريق طويل تسير فيه.

شكر وتقدير

لكل من راجيت كوسلا. إستر كيسمودي. جوليا حسين. ليزا هولجارتن. كارلا أبو زهر. أشاجورج. سونداريرافيندران. جين كوتنجهام. وغيرهم كثيرين

خدمة الإجهاض الآمن كانت عوامل مهمة أيضاً. كما يظهر في الخلاصة حول القانون والسياسات.

المستقبل يولد من الماضي:

هناك شيئان مشجعان للغاية في هذا العدد من المجلة: الأول - أن المؤلفين لا يتحدثون فقط عن مدى سوء الأحوال وماذا نحتاج أن نفعل. ولكنهم أيضاً يصفون ما يتم فعله لإحداث تغيير في الموقف على الأرض. والثاني- هو ظهور نشطاء يهتمون بأمور الحمل ونتائجه والحاجة لإجهاض آمن. فنحن في منعطف حاسم. ولا بد أن يتوسع هذا النوع من العمل. سيتم استبدال الأهداف الإيمائية للألفية غالباً بـ«أهداف التنمية المستدامة» بعد عام ٢٠١٥. ولكن الشائعات تحدث عن التأثير الهائل المتوقع لمداولات ريو ٢٠+ - على كيفية صياغتها. لأسباب ليس أقلها قضية «السكان» والتي تبقى محل جدل كبير. ولا بد من مقاومة خطر العودة للوراء في هذه الناحية. ولا يمكن السماح لمبادرات تنظيم الأسرة والسكان أو صحة الأم أن تعود قضايا تُعالج على نحو منفرد مرة أخرى في شكل برامج رأسية. كما كان الحال في الستينات. فالصحة والحقوق الجنسية والإيجابية. بكل تعقيداتها. لا يجب أن يسمح بدفعها خارج الأجندات القومية على الإطلاق. في ١٩٨٧. أطلقت المبادرة الأولى للأمومة الآمنة في مؤتمر بنبروبي. وأيضاً في ١٩٨٧. في الملتقى العالمي للمرأة والصحة بسان خوسيه. اتفق المدافعون عن الحمل والولادة الآمنة. وكذلك الإجهاض الآمن

Maternal mortality or women's health: time for action

Marge Berer, Reproductive Health Matters 2012; 20(39):5-10



الصندوق المركزي الأمريكي للمرأة

«الأمومة: فقط لو أريد. فقط لو أستطيع». اليوم العالمي للعمل من أجل عدم جرم الإجهاض. نيكاراغوا، ٢٨ سبتمبر ٢٠١١

المراجع

1. AbouZahr C. New estimates of Maternal Mortality, and how to interpret them: choice or confusion? Reproductive Health Matters 2011; 19(37):117-28.
2. Lozano R, et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. Lancet 2011; 378(9797):1139-65.
3. Gates M. Speech at TEDx Change. Berlin, 5 April 2012.
4. Drafted with Jane Cottingham in January 2012.
5. Barros AJ, Ronsmans C, Axelson H, et al. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries. Lancet 2012; 379(9822):1225-33.
6. International Service for Human Rights. Special Rapporteur on the right to health links decriminalization of abortion to the right to health. 2011. At: www.ishr.ch/general-assembly/1196-special-rapporteur-on-the-right-to-health-links-decriminalisation-of-abortion-to-the-right-to-health.
7. UN General Assembly. Human Rights Council. Annual report of the UN High Commissioner for Human Rights and reports of the Office of the High Commissioner and the Secretary-General. Practices in adopting a human rights-based approach to eliminate preventable maternal mortality and human rights. A/HRC/18/27. 8 July 2011.
8. UN General Assembly. Human Rights Council. Preventable maternal mortality, morbidity, and human rights. 18th session, agenda item 3. A/HRC/18/L.8. 23 September 2011.
9. Report of the UN Secretary-General. Actions to strengthen linkages among programs, initiatives and activities throughout the UN system for gender equality, the empowerment of women and girls, protection of all of their human rights and elimination of preventable maternal mortality and morbidity. Item three of the provisional agenda. Commission on the Status of Women, 56th session, 27 February-9 March 2012.
10. Hussein J, Bell J, Dar Iang M, et al. An appraisal of the maternal mortality decline in Nepal. PLoS One 2011; 6(5):e19898.