

تحسين الصحة الإنجابية للمرأة ضمن الأهداف الإنمائية للألفية

- المرأة الجزائرية نموذجا -

د. آمال ينون/ جامعة محمد الصديق بن يحيى، جيجل، الجزائر

ملخص :

شهدت مؤشرات الصحة الإنجابية للمرأة في العالم تباينا ملحوظا من إقليم لآخر، ومن دولة لأخرى تبعا لتباين نظم التمويل الصحي، وتطور الخدمات الصحية فضلا عن مدى إدراك الفاعلين على جميع المستويات للدور المحوري للمرأة في عملية التنمية. وتشير أحدث الإحصائيات إلى تحسن ملحوظ في مؤشرات الصحة الإنجابية للمرأة على المستوى العالمي بعد قراءة النتائج النهائية لأهداف الألفية الإنمائية نهاية عام 2015، خاصة ما تعلق منها بتنظيم الأسرة وتخفيض وفيات الأمهات. وهذا ما كان له انعكاس إيجابي على مستويات التنمية المختلفة لدى هذه الدول، رغم بقاء بعضها تصارع من أجل الوصول لذلك. وقد حققت الجزائر نتائج مشجعة في مجال اهتمامها بالصحة الإنجابية للمرأة وبحقوقها الإنجابية، وهذا ما أسهم في تحسين الوضعية الاجتماعية والاقتصادية لها فضلا عن تزايد دورها التنموي في الاقتصاد الجزائري .

الكلمات المفتاحية: المرأة، الصحة الإنجابية، التنمية، الجزائر، الحقوق الإنجابية.

Abstract:

In the world, women's reproductive health has seen a marked contrast from region to region, and from one country to another depending on the variation of health financing systems, and the development of health services at the state level, also to the understanding of the actors at all levels of the pivotal role of women in the development process.

The latest statistics indicate a marked improvement in the indicators of women's reproductive health on a global level after the Reading of final results of millenium development goals in the end of 2015, especially those related to family planning and reducing maternal mortality, and this has had a positive reflection on the different levels of development in these countries, despite the survival of some of them struggling to reach for it. has come a long way Algeria is quite an interest in the field of women's reproductive health and reproductive rights, and this is what has contributed to the improvement of the social and economic situation to her, as well as increasing its role in the development of Algerian economy.

Keywords: woman, reproductive health, development, Alegria, reproductive rights.

مقدمة عامة

كان للحق في الصحة، الأثر البالغ على مجريات العديد من الاتفاقيات والمواثيق الدولية التي خصصت تحديدا للاهتمام بشؤون المرأة ومن اتفاقية القضاء على التمييز العنصري إلى مؤتمر بيجين مروراً بالقاهرة، تمكنت المرأة بعد طول انتظار وفترة نضال طويلة من افتكاك جملة كبيرة من المكتسبات على جميع الأصعدة، وشكلت الصحة الإنجابية أهمها على الإطلاق لأنها تعد بوابة مهمة لاستمرار حياتها.

وتعد الأهداف الإنمائية للألفية من أكثر المبادرات الدولية التي شهدت قبولا عالميا من قبل جميع الدول بالنظر للغايات التي تضمنتها والتي تلخص بصدق الحقوق الأساسية للإنسان. واعتبرت الأهداف بمثابة تحديات ورهانات عميقة لجميع دول العالم

خاصة ما تعلق منها بالصحة. وربما الهدف الخامس كان هو الأهم بالنسبة للمرأة لأنه خصص لها مساحة كبيرة من الاهتمام، وركز على صحتها الإنجابية بدرجة كبيرة.

1) إشكالية الدراسة

اعتبر عام 2015، عاما فاصلا في نضال العالم قدمت جميع دول العالم حصيلتها حول مدى إنجاز الأهداف الإنمائية للألفية الثمانية التي أظهرت نتائج مشجعة فيما يرتبط بالعديد من المؤشرات التي حددتها على غرار التعليم، والفقر. وأظهر هدف تحسين الصحة الإنجابية للمرأة تباينا ملحوظا بين أقاليم العالم المختلفة وتحديدا في الجزائر، ومن هنا نتساءل: إلى أي مدى تمكنت المرأة في دول العالم عموما، والجزائر خصوصا من تحقيق مكاسب في مجال المحافظة على صحتها الإنجابية خلال الفترة (2000-2015)؟

2) فرضية الدراسة

لم تتمكن المرأة على المستوى العالمي من تحقيق مكاسب كبيرة في المحافظة على صحتها الإنجابية، ويعكس واقع المرأة الجزائرية ذلك المستوى الضعيف من التقدم المحرز في تحسين صحتها الإنجابية خلال الفترة (2000-2015).

3) أهداف الدراسة

تهدف من خلال دراسة هذا الموضوع إلى:

- إلقاء الضوء على الحق في الصحة الإنجابية للمرأة؛
- قراءة التقدم المحرز في هدف تحقيق صحة الأمهات ضمن أهداف الألفية الإنمائية؛
- معرفة مدى وصول المرأة في الجزائر لصحة إنجابية ملائمة.

4) أهمية الدراسة

اقتضت فطرة الله في خلقه أن تقوم المرأة بأعظم الوظائف في هذه الدنيا (الحمل، الأمومة والتربية)؛ هذه الوظائف التي تعتبر مقومات جوهرية لبناء الحضارة الإنسانية، وتحقيق مستقبل آمن ومستدام للأجيال. ولأن هذه الوظائف تقوم على الصحة التي تأتي في مقدمتها الصحة الإنجابية، فقد أولت لها المنظمات الدولية والدول دورا محوريا ضمن أجندتها ومختلف استراتيجياتها على اعتبار أنها أساس لصحة الطفل وللاقتصاد والمستقبل الأجيال القادمة أيضا. فكانت أهداف الألفية الإنمائية، من أهم الاختبارات التي أثبتت مدى الدور الريادي الذي تلعبه المرأة في المجتمعات وعلى وظيفتها الأساسية في عملية التنمية الشاملة التي لا تكتمل إلا بتمتعها بصحة إنجابية جيدة وبرعاية كاملة.

5) محاور الدراسة

لمعالجة موضوع الدراسة، سيتم الاعتماد على أربعة محاور رئيسية:

المحور الأول: التأصيل العلمي للصحة الإنجابية

المحور الثاني: تحسين الصحة الإنجابية للمرأة في العالم خلال الفترة (2000-2015)

المحور الثالث: الصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر: هل تحقق الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية؟

أولاً: التأصيل العلمي للصحة الإنجابية

قدم المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة عام 1994، مسارا جديدا في جميع مجالات الصحة والحقوق الإنجابية، وكان يتطلع إلى ما هو أبعد من تنظيم الأسرة والخصوبة ناشدا رؤية شاملة يشكل فيها تنظيم الأسرة جزءا من إطار أوسع للصحة الإنجابية.

1.1. الحق في الصحة: حق إنساني لمستقبل أفضل

إن الحق في الصحة يتضمن حريات، واستحقاقات في آن واحد:⁽¹⁾

1) **الحريات**، تشمل الحق في أن يصبح الفرد حرا من المعالجات الطبية دون رضاه، والتعذيب وغيرها من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية غير الإنسانية والمهينة، والحق في تحكم المرء بجسده بما فيها الحرية الجنسية والإنجابية؛

2) **الاستحقاقات**، تشمل الحق في نظام لحماية الصحة، الحق في الوقاية والعلاج ومكافحة الأمراض، الحق في بيئة طبيعية صحية وأجواء صحية في أماكن العمل والحق في مرافق وسلع وخدمات صحية.

وقد تضمنت المادة (25) من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان:

• "لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة والرفاهية له ولأسرته. ويتضمن ذلك التغذية، الملبس، المسكن، العناية الطبية وكذلك الخدمات الاجتماعية الإنتاجية"؛

• "وله الحق في تأمين معيشي في حالات البطالة، المرض، العجز، الترميل والشيخوخة وغير ذلك من فقدان وسائل العيش نتيجة لظروف خارجة عن إرادته"؛

• "وللأمومة والطفولة الحق في المساعدة والرعاية"؛

• "ولجميع الأطفال حق التمتع بنفس الحماية الاجتماعية سواء كانت ولادتهم في إطار الزواج أو خارجه".

أما تقييم الحق في الصحة، فيتم اعتمادا على مجموعة من القيم:⁽²⁾

1) **التوافر**: يجب توافر مراكز صحية عمومية ومرافق وسلع وخدمات صحية بالإضافة إلى البرامج بكم كاف؛

2) **إمكانية الوصول**: يجب أن يتاح للجميع دون تمييز إمكانية الوصول إلى المرافق، السلع والخدمات الصحية ضمن نطاق الولاية القضائية للدولة الطرف. وتتسم إمكانية الوصول بأربعة أبعاد: عدم التمييز؛ إمكانية الوصول المادي؛ إمكانية الاقتصادية للوصول (القدرة على تحمل النفقات)؛ إمكانية الحصول على المعلومات؛

3) **المقبولية**: يجب على جميع المرافق، السلع والخدمات الصحية أن تحترم الأخلاقيات الطبية وأن تكون ملائمة ثقافيا، وأن تراعي متطلبات الجنسين ودورة الحياة فضلا على أن تصميمها يجب أن يحترم السرية ويحسن الحالة الصحية لأولئك المعنيين.

4) **الجودة**: يجب أن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية، ملائمة علميا وطبيا وذات جودة حسنة.

2.1. مفهوم الصحة الإنجابية

(1) منظمة الصحة العالمية، حقوق الإنسان والصحة واستراتيجيات الحد من الفقر، سلسلة منشورات الصحة وحقوق الإنسان، العدد رقم 05، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، 2010، ص 08.

(2) نفس المرجع، ص: 09.

تنوعت التعاريف التي قدمت للصحة الإنجابية تبعا للجهات التي تناولتها:

- 1) "حالة السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة، وليس مجرد انعدام المرض أو العجز في جميع الأمور المتعلقة بالأجهزة التناسلية ووظائفها وعملياتها". حسب برنامج المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام 1994.
- ويدل هذا التعريف، أن جميع البشر رجالا ونساء من جميع الأعمار يحتاجون إلى الصحة الإنجابية بشكل أو بآخر؛ فالصحة الإنجابية تحددتها مستويات التنمية الاجتماعية، الاقتصادية وأنماط الحياة، ومكانة المرأة في المجتمع، ونوعية الرعاية الصحية وتوافرها.
- 2) "هي حالة رفاه كاملة بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة. ولذلك تعني الصحة الإنجابية، قدرة الناس على التمتع بحياة مرضية ومأمونة، وقدرتهم على الإنجاب وحريرتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره".⁽³⁾
- 3) "قدرة المرأة على أن تعيش سنوات إنجابها وما بعدها بكرامة، وأن تملك إرادتها في العمل، وأن يتوفر لها الحمل والإنجاب الناجحان، وهي بمنأى عن أمراض النساء ومخاطرها".⁽⁴⁾

3.1. عناصر الصحة الإنجابية

- تؤكد وثيقة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على أن الأسرة هي الوحدة الأساسية للمجتمع. وعلى هذا الأساس، ينبغي تعزيزها ودعمها على نحو أفضل من خلال عدة تدخلات، وأحدها الحصول على الرعاية الصحية الإنجابية العالية النوعية ضمن نظام الرعاية الصحية الأولية بهدف خفض معدل الوفاة بين أفرادها.
- وتشمل الرعاية الصحية الإنجابية في سياق الرعاية الصحية الأولية على العناصر التالية:⁽⁵⁾
- 1) المشورة، والتثقيف، الاتصال والخدمات فيما يتعلق بتنظيم الأسرة؛
 - 2) الخدمات والتثقيف بالأمومة الآمنة، وتضم الرعاية قبل الولادة، والولادة المأمونة، والرعاية بعد الولادة ورعاية المولود بما في ذلك الرضاعة الطبيعية والاحتياجات الغذائية للأم؛
 - 3) الوقاية من العقم وعلاجه؛
 - 4) الوقاية من الإجهاض غير الآمن، ومعالجة عواقبه؛
 - 5) لمعالجة إصابات الجهاز التناسلي، ومنها الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي بما في ذلك فيروس المناعة المكتسبة؛
 - 6) الإعلام والتثقيف والإرشاد بشأن الصحة الجنسية والصحة الإنجابية والوالدية المسؤولة.

4.1. الحقوق الإنجابية

⁽³⁾ علي عبد الله العزاوي، مفهوم الجندرة وصحة الأمومة وجهود مملكة البحرين في تطبيق اتفاقية السيداو وتحسين الصحة، قسم البحوث والدراسات، البحرين، 2012، ص: 35.

⁽⁴⁾ سلمى جلال وهلال الدمهورى، صحة المرأة، الفصل العاشر، متوفر على الرابط: www.rthegypt.org/sites/files/0013_chapter.pdf

⁽⁵⁾ عبد الغاني نجية وآخرون، الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية، مركز الطفولة والأمومة، اليمن، ص: 02.

أكد أحد مبادئ برنامج المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على أن "لكل إنسان الحق في التمتع بأعلى مستويات ممكنة من الصحة البدنية والعقلية". وعلى الدول أن تتخذ جميع التدابير المناسبة لكي تكفل ذلك على أساس المساواة بين الرجل والمرأة، وحصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية بما فيها الخدمات المتعلقة بالرعاية الصحية الإنجابية التي تشمل تنظيم الأسرة والصحة الجنسية.

وينبغي أن توفر برامج الرعاية الصحية الإنجابية أوسع دائرة من الخدمات دون أي شكل من أشكال القسر. ولكل الأزواج حق أساسي في أن يقرروا بحرية ومسؤولية عدد أطفالهم والتباعد بينهم، وأن يحصلوا على المعلومات والتثقيف والوسائل لبلوغ ذلك.

ولقد روج المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لفكرة إتباع منهج شامل لتلبية مجمل احتياجات الناس من حيث الصحة الإنجابية، لاسيما احتياجات المرأة. ودعا جميع البلدان فيما يختص بالحقوق الإنجابية إلى: (6)

1) توفير إمكانية حصول الجميع على مجموعة متكاملة من خدمات رفيعة المستوى في مجال الصحة من خلال نظم الرعاية الصحية الأولية؛

2) تمكين القدرة على ممارسات اختيارية فيما يتعلق بالخصوبة لما لها من أثر كبير على صحة المرأة الإنجابية لإتاحة الفرصة لها للمشاركة في الأنشطة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية، وإتاحة خدمات تنظيم الأسرة تحد أيضا من اعتلال الأمهات ووفياتهن وتساعد على منع انتقال الالتهابات والأمراض؛

3) إزالة العقبات التي ينتج عنها الافتقار إلى المعلومات أو إلى الفرص الذي يحول دون استخدام نساء كثيرات لما هو موجود من الخدمات الصحية. ففي بلدان كثيرة تحتاج المرأة إلى موافقة زوجها على استخدامها، وإزالة هذه العقبات من شأنها أن تزيل تهديدا خطيرا لحياة المرأة ولصحتها؛

4) تشجيع الرجل على تحمل المسؤولية بشأن سلوكه الإنجابي، وبشأن التزاماته الأسرية لكي يتيح للمرأة إمكانية أن تصبح شريكة على قدم المساواة معه في الحياة العامة والخاصة.

ثانيا: تحسين الصحة الإنجابية للمرأة في العالم خلال الفترة (2000-2015)

في أحدث التقارير الصادرة عن الأمم المتحدة والمرتبطة بتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، تبرز الإحصائيات ذلك التقدم الملحوظ في تجسيد الأهداف الثمانية في جميع الدول. وتمكنت بعض الدول من الاستجابة العميقة لمختلف الآليات والبرامج التي طرحتها المنظمات التابعة للأمم المتحدة خصوصا ما تعلق منها بالصحة الإنجابية للمرأة. والتي جسدها الهدف الخامس، الذي أنطوى على غايتين وستة مؤشرات تعكس الجوانب المرتبطة بالصحة الإنجابية للمرأة.

1.2. تطور مؤشرات الغاية (5.أ): تخفيض معدل الوفيات النفاسية بمقدار ثلاثة أرباع خلال الفترة (1990-2015)

يعد تخفيض معدل الوفيات النفاسية من أكثر التحديات التي واجهتها الدول النامية تحديدا في ظل الارتفاع الذي شهدته على مدار العقود الماضية، وكانت الأهداف الإنمائية بمثابة القوة الدافعة لتخفيض الوفيات النفاسية قدر المستطاع.

(6). نفس المرجع، ص: 02.

1) معدل وفيات الأمهات (أو معدل الوفيات النفاسية)

شهدت فرص بقاء الأم تحسنا كبيرا منذ اعتماد الأهداف الإنمائية للألفية. فقد هبط معدل الوفيات النفاسية بنسبة (45%) على المستوى العالمي خلال الفترة (1990-2013)، من (380) حالة وفاة نفاسية في كل (100,000) مولود حي إلى (210) حالة.⁷

الجدول رقم (1.2): معدل الوفيات النفاسية في كل (100,000) من الولادات الحية للنساء في الفئة العمرية (15-49) سنة

الأقاليم/السنوات	1990	2000	2013
أفريقيا- جنوب الصحراء-	990	820	510
جنوب آسيا	530	360	190
أوقيانوسيا	390	290	190
منطقة البحر الكاريبي	300	230	190
جنوب شرق آسيا	320	220	140
أمريكا اللاتينية	130	98	77
غرب آسيا	130	97	74
القوقاز وأمريكا الوسطى	70	65	39
شرق آسيا	95	62	32
شمال أفريقيا	160	110	69

المصدر: الأمم المتحدة، تقرير الأهداف الإنمائية للألفية، نيويورك، 2015، ص:38.

من خلال قراءة معطيات الجدول، يلاحظ تراجع معدل الوفيات النفاسية في جميع أقاليم العالم على مدار الفترة (2000-2013) مع تفاوت النسبة من إقليم إلى آخر حيث سجل إقليم أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى تحسنا ضعيفا أين بقي المعدل مرتفعا (510) حالة وفاة مقارنة بـ (990) حالة وفاة عام 1990، فيما سجل إقليم القوقاز وآسيا الوسطى أفضل معدل بـ (32) حالة وفاة مقارنة بمعدل (95) حالة وفاة عام 1990.

2) غياب الرعاية الصحية أثناء الولادة (50 مليون امرأة لا تزال تلد وحدها بغياب رعاية صحية متخصصة)

1) ارتفعت نسبة الولادات التي أشرف عليها أخصائون صحيون مهرة من (55%) عام 1990 إلى (66%) عام 2011 (8) ليصل (71%) عام 2014⁽⁹⁾. ومع ذلك، من (135) مليون ولادة حية حدثت عام 2011 وضعت النساء موالدهن بمفردهن أو بوجود رعاية غير كافية فيما يقرب من (46) مليون ولادة.

(7). الأمم المتحدة، تقرير الأهداف الإنمائية للألفية، الولايات المتحدة الأمريكية، 2015، ص: 38.

(8). الأمم المتحدة، تقرير الأهداف الإنمائية للألفية، الولايات المتحدة الأمريكية، 2013، ص: 29.

2) لا تزال النساء اللائي يضعن مواليدهن في المناطق الريفية يشهدن أوضاعا غير مؤاتية من حيث الرعاية التي يتلقينها. ففي عام 1990، تم إجراء (44%) من عمليات التوليد في المناطق الريفية من العالم تحت إشراف أخصائيي توليد مهرة. مقابل نسبة (75%) في المناطق الحضرية. وبحلول عام 2011، زادت بوجه عام نسبة انتشار أخصائيي التوليد المهرة ولكن الفجوة بين المناطق الحضرية والريفية ظلت قائمة. ففي عام 2011، تلقى (53%) من النساء في المناطق الريفية رعاية ماهرة عند الولادة. مقابل نسبة (84%) في المناطق الحضرية.⁽¹⁰⁾

الجدول رقم (2.2): نسبة الولادات التي حضرها عاملون صحيون مهرة بالنسبة المئوية

الإقليم/ السنة	1990	2000	2014
جنوب آسيا	33	38	52
أفريقيا جنوب الصحراء	42	45	53
جنوب شرق آسيا	49	66	82
غرب آسيا	62	72	86
شمال أفريقيا	47	69	90
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	81	88	92
القوقاز وآسيا الوسطى	97	89	96
شرق آسيا	94	97	100
المناطق النامية	57	60	70
العالم	59	61	71

المصدر: الأمم المتحدة، تقرير الأهداف الإنمائية للألفية، نيويورك، 2015، ص: 39.

تظهر معطيات الجدول، تباين نسبة الولادات التي حضرها عاملون صحيون مهرة بين أقاليم العالم مع تسجيل تحسن ضعيف على مدار الفترة (1990-2014). ولا يزال إقليمي (أفريقيا جنوب الصحراء و جنوب آسيا) يقدمان مستويات منخفضة في هذا الجانب. في وقت، يرتفع هذا المؤشر لأزيد من (90%) في بعض الأقاليم، ويصل (100%) في إقليم شرق آسيا.

إن التحسن الملحوظ، كان نتيجة الجهود التي بذلت في سبيل تحسين الأنظمة الصحية وتوفير الرعاية الصحية الضرورية للنساء أثناء الولادة خاصة بعض الحملات التحسيسية والجهود العالمية لأجل ذلك.

2.2. تطور مؤشرات الغاية (5. ب): تعميم إتاحة خدمات الصحة الإنجابية للمرأة بحلول عام 2015

بعد مرور (15) عاما على إعلان الأهداف الإنمائية، كان التقدم المحرز فيما يرتبط بمؤشرات إتاحة خدمات الصحة الإنجابية متباينا بين أقاليم العالم المختلفة وإن كانت الأفضلية للدول المتقدمة مع تحقيق بعض الأقاليم النامية لنتائج طيبة.

⁽⁹⁾. الأمم المتحدة، تقرير الأهداف الإنمائية للألفية، 2015، مرجع سبق ذكره، ص: 38.

⁽¹⁰⁾. الأمم المتحدة، تقرير الأهداف الإنمائية للألفية، 2013، مرجع سبق ذكره، ص: 29.

1) استخدام وسائل منع الحمل والحاجة غير الملابة لتنظيم الأسرة (نساء متزوجات ومرتبطات خارج إطار الزواج) شهدت نسبة النساء اللائي يستخدمن وسائل منع الحمل انخفاضا ملحوظا بالنسبة لأقاليم العالم المختلفة (باستثناء إقليم أفريقيا- جنوب الصحراء الكبرى) على مدار (25) سنة، وبقيت بعض الأقاليم محافظة على نفس النسبة على غرار أوقيانوسيا (29%) فيما انخفضت النسبة بشكل كبير عالميا من (55%) سنة 1990 إلى (15%) سنة 2015. أما ما يتعلق بالحاجة غير الملابة للنساء المتزوجات وغير المتزوجات، فقد شهدت انخفاضا بالنسبة لجميع الأقاليم دون استثناء أين بلغت عالميا (12%) عام 2015 مقابل (64%) عام 1990. وهذا ما يعكس حجم الجهود التي بذلت في جميع الدول من أجل تحسين الصحة الإنجابية للمرأة.

الجدول رقم (3.2): معدل انتشار وسائل الحمل والحاجة غير الملابة لتنظيم الأسرة

الحاجة غير الملابة		انتشار وسائل منع الحمل		الإقليم/ السنوات
2015	1990	2015	1990	
24	28	28	13	أفريقيا-جنوب الصحراء الكبرى-
25	28	29	29	أوقيانوسيا
14	57	18	49	القوقاز وآسيا الوسطى
14	58	21	44	غرب آسيا
14	59	21	29	جنوب آسيا
12	61	22	44	شمال أفريقيا
12	64	19	49	جنوب شرق آسيا
11	73	17	61	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
04	83	06	78	شرق آسيا
12	64	15	55	العالم

المصدر: الأمم المتحدة، تقرير الأهداف الإنمائية للألفية، نيويورك، 2015، ص: 41.

2) معدل الولادات لدى المراهقات

تواجه ملايين الفتيات في الدول النامية تحديا ظاهرة الزواج المبكر في سن صغيرة، تجعل منهن أمهات وهن في سن الطفولة. وهذا ما قوض العديد من حقوقهن خاصة في مجتمعات تسيطر عليها عقيدة أن المرأة هي ربة البيت، وأن الرجل هو المعيل. وفي هذه السن الصغيرة، تقتل براءتهن ويتعرضن لمخاطر الحمل المبكر الذي يسهم بشكل رئيسي في تغيير حياتهن في الغالب نحو مسار سيء.

الجدول رقم (4.2): عدد الولادات بين المراهقات في الفئة العمرية (15-19) سنة في كل (1,000) من النساء

2015	2000	1990	الإقليم/ السنوات
116	121	123	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
73	86	86	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي

أوقيانوسيا	84	65	53
جنوب آسيا	88	61	47
غرب آسيا	63	51	45
جنوب شرق آسيا	54	43	44
القوقاز وآسيا الوسطى	45	29	32
شمال أفريقيا	42	32	38
شرق آسيا	15	06	06
المناطق المتقدمة النمو	34	26	17
المناطق النامية	64	56	56
العالم	59	52	51

المصدر: الأمم المتحدة، تقرير الأهداف الإنمائية للألفية، نيويورك، 2015، ص: 42.

من خلال قراءة معطيات الجدول، يلاحظ تراجع معدل الولادات بين المراهقات وإن كان بوتيرة بطيئة جدا. ولازال إقليم أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى يحتل الصدارة بـ (116) حالة ولادة عام 2015 مقابل (121) و(116) حالة ولادة عامي 2000 و 1990 على التوالي لكل (1,000) فتاة. ويسجل إقليم شرق آسيا تفوقا واضحا على باقي الأقاليم بمعدل (06) ولادات.

ولازالت الفجوة كبيرة بين الدول المتقدمة والدول النامية، ومرد ذلك راجع إلى عادات موروثية وغياب الوعي وضعف التعليم لدى الفتيات في الدول النامية. وقد كان للحروب والنزاعات، دورا محوريا في جعل الوضع أكثر تفاقما رغم كل الجهود المبذولة عالميا لمعالجة هذه الظاهرة.

3) تطور الرعاية الطبية قبل الولادة

لم تغلح العديد من الدول خاصة النامية منها عبر أقاليم العالم المختلفة في تحقيق الهدف المرتبط بتوفير الرعاية الصحية للمرأة الحامل قبل الولادة (أربع مرات أو أكثر). وتتعلق هذه الرعاية بالمشورة في مجال الغذاء، نصائح بشأن الولادة الآمنة فضلا عن تنبيههن للمشاكل التي يمكن أن تواجههن أثناء الحمل.

الجدول رقم (1.2): نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين (15-49) سنة وتابعهن أخصائيون صحيون أربع مرات أو أكثر خلال فترة الحمل

الإقليم/السنوات	1990	2000	2014
جنوب آسيا	22	27	36
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	47	47	49
جنوب شرق آسيا	45	71	84

شمال أفريقيا	50	58	89
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	75	92	97
المناطق النامية	35	42	52

المصدر: الأمم المتحدة، تقرير الأهداف الإنمائية للألفية، نيويورك، 2015، ص:41.

من خلال قراءة معطيات الجدول، يلاحظ أن التقدم المحرز في تحقيق هذا الهدف كان بطيئا، ونصف النساء الحوامل لا يحصلن على القدر الكافي من الرعاية الصحية قبل الولادة. وباستثناء أقاليم شمال أفريقيا، أمريكا اللاتينية وجنوب شرق آسيا التي حققت نسبة تقدم تفوق (80%)، فإن باقي الأقاليم كانت النسبة ضعيفة خاصة في إقليم جنوب شرق آسيا.

ثالثا: الصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر: هل تحقق الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية؟

تبنّت الجزائر على غرار دول العالم الأهداف الإنمائية للألفية، واعتبرتها بمثابة اختبار حقيقي لاهتمامها بموردها الإنساني. لذلك اعتمدت إستراتيجية شاملة لغرض الوصول لتحقيق هذه الأهداف خاصة ما ارتبط بالصحة الإنجابية للمرأة باعتبارها أساس بناء المجتمع ومن ثم الاقتصاد.

1.3. الغاية (5.أ): تخفيض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع خلال الفترة (1999-2015)

تضم هذه الغاية مؤشرين كما سبق ورأينا:

- معدل وفيات الأمهات؛
- نسبة الولادات التي تتم بإشراف صحي.

الجدول رقم (1.3): تطور معدل تخفيض معدل وفيات الأمهات لكل (100,000) مولود حي

2009	2008	2007	1999	1992	معدل وفيات الأمهات
81.4	86.2	88.9	117.4	215	
2014	2013	2012	2011	2010	
63.6	66.9	70.3	73.9	76.9	

Source: Le Gouvernement Algérien, Algérie : objectives du Millénaire pour le développement, rapport national 2000-2015, 2016, p:80.

من خلال قراءة معطيات الجدول، يلاحظ تراجع معدل وفيات الأمهات على مدار الفترة (1992-2014) لينخفض من (215) حالة وفاة لكل (100,000) مولود حي إلى (63.6) حالة وفاة عام 2014. مع تسجيل معدلات انخفاض بطيئة نسبيا منذ بداية الألفية الثالثة.

وقد كان للمرسوم التنفيذي لعام 2005، دورا محوريا في ذلك بالنظر لوضعه معايير ترتبط بالعناية الصحية بالمرأة قبل الولادة.

الجدول رقم (2.3): نسبة الولادات التي تتم بإشراف صحي متخصص لكل (100) مولود حي

2013 - 2012	2006	2000	1992	
97.1	95.3	91.6	76	الولادات بإشراف صحي

Source: Le Gouvernement Algérien, Algérie : objectives du Millénaire pour le développement, rapport national 2000-2015, 2016, p:81.

من خلال قراءة معطيات الجدول، يلاحظ التحسن البطيء في معدل الولادات التي حدثت بمتابعة وإشراف صحي متخصص على مدار الفترة (2012-2013) لكل (100) مولود حي، حيث كان هناك فقط (76) مولود يزدادون تحت إشراف صحي لكل (100) مولود حي ليرتفع العدد إلى (97.1) مولود لكل (100) مولود حي بين 2012 و2013. رغم أن النتائج المحصل عليها لا تبين حقيقة الوضع بالنسبة لجميع المناطق في الجزائر إلا أنها تؤشر بشكل عام للجهود التي بذلتها الجزائر من أجل توفير الرعاية الصحية والأطباء المتخصصين في الإشراف على عمليات الولادة عبر القطر الوطني.

2.3. الغاية (5.ب): تعميم إتاحة خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام 2015

مثلت هذه الغاية تحديا أكبر بالنسبة للجزائر وباقي الدول العربية تحديدا بالنظر لنوعية المؤشرات التي تضمنتها وما تتطلبه من إجراءات وسياسات مترابطة ومتكاملة.

1) المؤشر (5.3): معدل انتشار وسائل منع الحمل

من الصعب التحديد الدقيق لمعدلات حقيقية لانتشار وسائل منع الحمل في الجزائر أو أي بلد آخر. ومع ذلك، فإن التقديرات التي أوردتها وزارة الصحة والجهات ذات الصلة تؤكد أن الجزائريات يستخدمن أزيد من (50%) من وسائل منع الحمل. الجدول رقم (3.3): تطور ممارسة وسائل منع الحمل (الوحدة: النسبة المئوية)

2013-2012	2006	2002	2000	1995	1992	
57.1	61.4	57.0	64.0	56.9	50.9	جميع وسائل منع الحمل
47.9	52.4	51.8	50.1	49.0	43.1	الطرق الحديثة

Source: Le Gouvernement Algérien, Algérie : objectives du Millénaire pour le développement, rapport national 2000-2015, 2016, p:82.

من خلال قراءة معطيات الجدول، يلاحظ أن نسبة استخدام وسائل منع الحمل تتجاوز (50%) في الجزائر. وقد شهد هذا المعدل تذبذبا ملحوظا خلال الفترة (1992-2013)، وتراوح بين (50%) و(64%). ويعكس التذبذب في هذا المعدل، ارتفاع معدل النمو الديموغرافي، تحسن مستويات التعليم بين الإناث، عدم الرغبة في الإنجاب المبكر... الخ.

2) المؤشر (4.5): معدل الولادات لدى المراهقات

تضم الجزائر عددا كبيرا من المراهقات التي تتراوح أعمارهن بين (15-19) سنة، وقد شهد معدل الولادات لدى المراهقات انخفاضاً محسوساً منذ تسعينيات القرن العشرين إلى بداية الألفية الثالثة، أين سجل (06) مولود حي لكل (1,000) مراهقة عام 1992، ليرتفع مجدداً إلى (14) مولود حي لكل (1,000) مراهقة عام 2014.⁽¹¹⁾

(11). Ibid, p: 83.

إن تفسير الارتفاع، قد يرجع لمعدلات الزواج المرتفعة بين المراهقات أو لولادات خارج الزواج وإن أضحت من بين الظواهر المنتشرة في المجتمع الجزائري.

أما فيما يرتبط بمعدل الخصوبة فقد سجل انخفاضا طفيفا ليبلغ (3.03) طفل عام 2010، بعدما كان (4.4) طفل عام 1992.⁽¹²⁾

3) توفر الرعاية الصحية قبل الولادة (على الأقل زيارة واحدة قبل الولادة)

عرفت المتابعة الصحية للمرأة الحامل في الجزائر تحسنا منتظما منذ تسعينيات القرن الماضي، حيث ارتفعت نسبة النساء الحوامل اللاتي حصلن على استشارة صحية قبل الولادة على الأقل مرة واحدة من (58%) عام 1992 إلى (81%) عام 2002، لترتفع إلى (92.7%) خلال الفترة (2012-2013).

الجدول رقم (4.3): تطور المتابعة الطبية للنساء الحوامل (الوحدة: نسبة مئوية)

السنوات	1992	2002	2006	2012-2013
معدل الحوامل اللاتي تحصلن على رعاية طبية قبل الولادة	58	81	90.4	92.7

Source: Le Gouvernement Algérien, Algérie : objectives du Millénaire pour le développement, rapport national 2000-2015, 2016, p:84.

توضح معطيات الجدول، ارتفاع نسبة الحوامل التي حصلن على رعاية صحية قبل الولادة على مدار الفترة (1992-2002)، حيث ارتفعت النسبة من (58%) عام 1992 إلى (92.7%) بين 2012 و2013. وهذا ما يعني أن حوالي (07%) من النساء الحوامل لا تزال تفتقر إلى هذه الرعاية، وقد تكون الفجوة كبيرة بين منطقة وأخرى ما يقتضي بذل جهود كبيرة من أجل الوصول إلى استفادة جميع النساء الحوامل من هذا الجانب.

4) الاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة

قدرت الاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات بين 2012 و2013 بـ (07%)، بانخفاض (04) نقاط مقارنة بعام 2006.

خاتمة

جسد إعلان الألفية لعام 2000، تحديا كبيرا لجميع دول العالم لأنه حمل في طياته ثمانية أهداف تلخص الحقوق الأساسية للإنسان ولاستمرار حياته والعيش بكرامة ورفاهية. ومثلت ثلاثة أهداف منها، الحق في الصحة بشكل يعكس ما يمثله هذا الحق بالنسبة لكل فرد سواء كان في الدول المتقدمة أو النامية. ولما كانت المرأة، هي العمود الفقري لعملية البناء والتشييد، والفاعل

(12). Ibid, p: 83.

الرئيسي في عملية التنمية وتربية الأجيال من منطلق وظيفتها الأساسية كأم فقد حمل إعلان الألفية هدفاً ثميناً يلخص تلك القيمة التي تمثلها المرأة في حياة المجتمع، ذلك الهدف المرتبط بتحسين صحة الأمهات أو بدرجة أخرى الصحة الإنجابية لها. لذلك سعت الدول على اختلاف أنظمتها وتوجهاتها ومعتقداتها إلى تبني برامج صحية وأنظمة تمويل صحية كافية للنهوض بالصحة الإنجابية للمرأة، وهذا ما كان له انعكاس كبير على تراجع وفيات الأمهات أثناء الولادة في العديد من الدول فضلاً عن وصولهن لدرجة كبيرة من وسائل تنظيم الأسرة وربما جزء من هذه النتائج تحقق بسبب الوعي الذي أصبحت تتمتع به المرأة نتيجة سلسلة طويلة من النضال والكفاح من أجل حقوقهن في المجتمع. وقد حققت المرأة الجزائرية مكاسب مهمة في مجال تحسين صحتها الإنجابية في ظل الجهود التي بذلتها الجزائر من أجلها خاصة مع تفعيل العديد من القوانين والمراسيم المرتبطة بذلك في إطار برامج التنمية التي اعتمدها منذ بداية الألفية الثالثة.

وأهم النتائج التي خلصت إليها الدراسة، تتمثل في:

- 1) تعد الصحة من بين الحقوق الأساسية التي ضمنتها المواثيق الدولية وخطت لها المنظمات الدولية العديد من الاتفاقيات، وأنشئت لها الأمم المتحدة هيئات عالمية على غرار منظمة الصحة العالمية إلى جانب منظمات إقليمية أخرى والتي تساهم في نقل صورة الوضع الصحي للدول بما يساعد على اتخاذ التدابير والإجراءات الضرورية للنهوض بقطاع الصحة؛
- 2) بنجاح المرأة في العالم في افتتاح العديد من المكاسب فيما يتعلق بحقوقها الأساسية وتمكنها من تكريس منظومة متكاملة من الاتفاقيات والمواثيق الدولية، التي مكنتها من ضمان وجودها ضمن أجندة المنظمات الدولية؛
- 3) الصحة الإنجابية من أكثر القضايا الحيوية والمهمة في حياة المرأة، وهي بمثابة تأشيرة لحياة آمنة ومستقرة وقد استغرقت المرأة عقوداً طويلة حتى تمكنت من أن تضمّن لها هدفاً استراتيجياً يتعلق بوظيفتها الأساسية في الحياة وهي الإنجاب؛
- 4) تباين وصول النساء عبر أقاليم العالم المختلفة إلى خدمات صحية كافية، وضعف قدرتها على الاستفادة من حقوقها الإنجابية بل أكثر من ذلك هنالك قطاع عريض من النساء خاصة في الدول النامية لا تدرك أصلاً معنى الحقوق الإنجابية ولا الصحة الإنجابية وذلك نتاج العديد من المعتقدات الموروثة وضعف تعليمها وسلطتها في اتخاذ القرار؛
- 5) تواجه الأمهات المراهقات في الدول النامية تحديداً، خطر الموت المبكر والإصابة بأمراض تؤثر على صحتهم وصحة أطفالهن في المستقبل في ظل تدني جودة الخدمات الصحية أثناء وبعد الولادة، وجهل الكثير منهن لمعاني الصحة الإنجابية خاصة وأن ملايين المراهقات ممن يتزوجن لا يدركن أبسط حقوقهن التي كفلتها لهم القوانين الدولية في مجال اختيار الزوج؛
- 6) تتداخل المحددات الاقتصادية والاجتماعية في التأثير على صحة الأمهات، وتعاني الكثير من النساء الحوامل من مشاكل الفقر وسوء التغذية أثناء حملهن فضلاً عن العنف الأسري المتفشي في بعض الدول إلى جانب التمييز في المعاملة ما بين المرأة والرجل، كل هذا المحددات أثرت على قدرة هؤلاء النساء على الحصول على صحة إنجابية؛

7) لا يختلف حال المرأة في الجزائر كثيرا عن حالها في الدول النامية من حيث استفادتها من كامل الحقوق خاصة في بعض المجتمعات التي تؤمن ببعض المعتقدات الموروثة، والتي ترى في مطالبة المرأة بحقوقها خروجاً عن المألوف فما بالك إذا تعلق الأمر بحقوقها في الصحة الإنجابية؛

8) تمكنت العديد من دول العالم، من الوصول إلى نسبة مرتفعة في مجال تحقيقها للهدف الخامس من أهداف الألفية والمرتبطة بالصحة الإنجابية للمرأة. وكل ذلك كان نتيجة البرامج والمشاريع الصحية التي انتهجتها هذه الدول لصالح المرأة، فضلا عن تزايد وعي المرأة في هذه الدول وارتفاع مستواها التعليمي ما جعلها قادرة على اتخاذ القرار والمشاركة في تقرير مصيرها وتحديد خياراتها بشكل دقيق؛

9) حققت الجزائر تباينا ملحوظا فيما يرتبط بالصحة الإنجابية للمرأة انطلاقا من تباين الآليات المعتمدة في ذلك مع تحسن نسبي يعتد به فيما يرتبط بمعدل وفيات الأمهات الذي شهد انخفاضا معتبرا فضلا عن تطور معدل الولادات التي تتم بإشراف صحي؛ وبناء على النتائج المتوصل إليها، يمكن لنا أن نخرج بجملة من المقترحات تتمثل في:

1) ضرورة القضاء على كل أشكال التمييز التي تواجهها المرأة عبر أقاليم العالم المختلفة. وذلك لن يكون إلا بمحاربة الأفكار السلبية المكونة عن المرأة وتغيير بعض القيم الموروثة التي تنظر للمرأة على أنها مجرد ربة بيت تسمع وتطيع دون المطالبة بأي شيء عكس الرجل الذي هو المعيل والأمر والناهي؛

2) تمكين المرأة من الحصول على تعليم ملائم يضمن لها القدرة على معرفة حقوقها وواجباتها، ويمكنها من بناء حياتها وفق الطريقة التي تريد وهذا لن يتأتى إلا من خلال تبني حكومات الدول خاصة النامية منها لاستراتيجيات وبرامج تعليمية توجه خصيصا للمرأة، وتكون على قدر كبير من الجودة؛

3) تعزيز أوجه التعاون والتنسيق بين المنظمات الأهلية والقطاع الحكومي والخاص في انجاز برامج وحملات حول الدور التنموي للمرأة، وأهمية مشاركتها في بناء نفسها ومساعدة أسرتها وإنماء مجتمعتها؛

4) ضرورة القيام بإنشاء مراكز صحية على مستوى جميع المناطق الريفية والحضرية، حتى تتمكن جميع النساء من الاستفادة من الخدمات الصحية، وتدعيم هذه المراكز بمرشدات في مجال الصحة الإنجابية يكون دورهن التوعية للنساء بضرورة متابعة حملهن وزيارة الطبيب خلال ذلك؛

5) تحسين نظم التمويل الصحي المطبقة على مستوى الدول النامية تحديدا، وزيادة نصيب قطاع الصحة من ميزانية الدولة وتوسيع دائرة الإنفاق على صحة الأمهات خاصة بالنسبة للنساء اللاتي لم يتلقين تعليم، أو النساء غير القادرات على تولي شؤونهن بأنفسهن؛

6) إلزامية تكوين الكوادر الطبية المؤهلة في مجال الصحة الإنجابية، وتوسيع استفادتهن من مختلف التطبيقات والاكتشافات العلمية في هذا المجال بما يساعدهم على تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية في مجال الصحة الإنجابية؛

7) إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر تحديداً، والتي يعمها الفساد وتسودها البيروقراطية في التعامل مع المرضى على اختلاف أنواعهم خاصة النساء الحوامل والتي أثبتت العديد من الدراسات أن العديد من النساء الحوامل فقدن حياتهن نتيجة تعرضهن للإهمال أو الضرب أثناء تواجدهن في المستشفيات أو المراكز الصحية.

قائمة المراجع

1. الأمم المتحدة، تقرير الأهداف الإنمائية للألفية، الولايات المتحدة الأمريكية، 2013 .
2. الأمم المتحدة، تقرير الأهداف الإنمائية للألفية، الولايات المتحدة الأمريكية، 2015 .
3. منظمة الصحة العالمية، حقوق الإنسان والصحة واستراتيجيات الحد من الفقر، سلسلة منشورات الصحة وحقوق الإنسان، العدد رقم 05، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، 2010 .
4. علي عبد الله العزاوي، مفهوم الجندرة وصحة الأمومة وجهود مملكة البحرين في تطبيق اتفاقية السيداو وتحسين الصحة، قسم البحوث والدراسات، البحرين، 2012 .
5. عبد الغاني نجبية وآخرون، الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية، مركز الطفولة والأمومة، اليمن.
6. سلمى جلال وهلال الدمهوري، صحة المرأة، الفصل العاشر، متوفر على الرابط: www.rthegypt.org/sites/files/0013_chapter.pdf
7. Le Gouvernement Algérien, Algérie : Objectives Millénaire pour le développement, rapport national 2000-2015, Alger, 2016.