الأم الغنية والأم الفقيرة:

المحددات الاجتماعية للوفيات النفاسية والإعاقة

نشرة مستكملة بتقييم تقني في كانون الأول اديسمبر ٢٠١٢

مقدمة

إن احتمال وفاة المرأة أو إصابتها بإعاقة أثناء الحمل والولادة يرتبط ارتباطاً وثيقاً بحالتها الاجتماعية والاقتصادية، ومعايير وقيم ثقافتها، والبعد الجغرافي لبيتها. وبصفة عامة، فإنه بقدر ما تكون المرأة فقيرة ومهمشة بقدر ما يزداد احتمال هلاكها. والواقع أن معدلات الوفيات النفاسية تعكس التفاوت بين البلدان الغنية والبلدان الفقيرة أكثر من أي مقياس آخر للصحة[١]. فاحتمال وفاة المرأة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى نتيجة للحمل أو الولادة هو بنسبة ١ إلى ٣٩، مقارنة بالبلدان الصناعية والتي تبلغ فيها هذه النسبة ١ إلى ٤٧٠٠[٢].

تابع

ويبلغ عدد الوفيات النفاسية أعلى مستوى له في البلدان التي لا يحتمل أن تتوفر فيها للمرأة قبالة ماهرة لدى الولادة ، من قبيل قابلة أو طبيب أو غيره من أخصائيي الصحة المدربين . وبالمثل ، فإن أفقر النساء وأقلهن تعلماً هن اللواتي يكن أكثر عرضة للوفيات النفاسية والإعاقة داخل البلدان[٣] .

وارتفاع معدلات الوفيات النفاسية مؤشر لا يدل فقط على أن النظم الصحية لا تعمل بطريقة سليمة ، بل يدل أيضاً على عمق عدم المساواة بين الجنسين مما يحد من قدرة المرأة على التحكم في عملية اتخاذ القرارات ويقلص فرص حصولها على الدعم الاجتماعي والفرص الاقتصادية والرعاية الصحية[٤] . وتتجلي مظاهر عدم المساواة بين الجنسين في وقت مبكر من الحياة ؛ فالفتيات اللواتي ولدن في أسر فقيرة أكثر عرضة لزواج الأطفال وللاستغلال ، من قبيل الاتجار بالجنس أو السخرة . وكثيراً ما لا تكون للمراهقات سلطة لاتخاذ قرار بشأن ما إذا كان ينبغي استخدام وسيلة لمنع الحمل أثناء ممارسة الجنس ، أو ما إذا كان ينبغي لها أن تمارس الجنس أصلاً . وهذا ما يرجح احتمال حملهن حملاً مبكراً مع كل ما ينجم عنه من مضاعفات .

وفي كثير من البلدان النامية ، لا توفر النظم القانونية للمرأة والفتاة إلا القليل من الدعم في حماية حقوقهما الإنجابية . وفي بعض الحالات ، تحرمهما التشريعات من هذه الحقوق عمداً ، كما هو الأمر بالنسبة للقوانين التي تحظر على المراهقات الاستفادة من وسائل منع الحمل أو التي تشترط حصولهن على إذن من الوالدين أو الزوج[٥] . وعلاوة على ذلك ، فإنه حتى في الحالات التي لا تكون فيها ثمة قوانين تمييزية ، فإن تنفيذها لا يكون عاماً . وهذا النقص في الدعم القانوني لا يعمل سوى على إدامة عدم المساواة بين الجنسين مما يعرض حياة المرأة للخطر .

الحالة الراهنة

إن ٣٦ في المائة من النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠ و ٢٤ سنة في العالم النامي يتزوجن قبل بلوغهن سن الثامنة عشرة[٦] . ومعدلات زواج الأطفال في صفوف المراهقات الفقيرات أعلى ثلاث مرات مما هي عليه لدى أقرانهن في الأسر المعيشية الموسرة . ويعرّض الزواج المبكر الفتاة لمخاطر كبيرة يترتب عليها الإنجاب السابق لأوانه والإعاقة والوفاة[٧] .

وفي البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل ، تصبح فتاة واحدة من بين ١٠ فتيات أماً في سن السادسة عشرة ، وترتفع هذه المعدلات في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب وسط آسيا وجنوب شرقها . وهذا ما يمكن مقارنته بمعدلات الحمل في سن

تصبح
فتاة واحدة من بين ١٠ فتيات
أماً في سن السادسة عشرة .

تابع

المراهقة البالغة حوالي ٣ في المائة في البلدان ذات الدخل المرتفع من قبيل كندا والسويد[٨] . ويتعاظم خطر الوفاة النفاسية بالنسبة للفتيات اللواتي تقل أعمارهن عن ١٥ عاماً . ويكره حمل المراهقات العديد من الفتيات على الانقطاع عن الدراسة ، مع كل يترتب على ذلك من عواقب على المدى البعيد بالنسبة لمستقبلهن ــ ومستقبل أسرهن ومجتمعاتهن المحلية[٩] .

ويقل احتمال حصول الفقيرات وغير المتعلمات في المناطق النائية على رعاية صحة الأم الملائمة . ويصح هذا بصفة خاصة في المناطق التي يقل فيها أخصائيو الصحة المهرة ، من قبيل أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا . وفي البلدان ذات الدخل المرتفع ، تقوم النساء كلهن تقريباً بما لا يقل عن أربع زيارات طبية في إطار الرعاية السابقة للولادة ، وتلد بحضور أخصائي صحي ماهر ، وتتلقى رعاية ما بعد الولادة . أما في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل ، فإن أقل من نصف النساء الحوامل هن اللواتي يحصلن على هذه السلسلة المتصلة من الرعاية[١٠] .

وفي بعض المجتمعات المحلية ، تعطى لصحة المرأة قيمة تقل عن قيمة صحة الرجل . وقد يولي الآباء لحياة وصحة أبنائهم أولوية تفوق الأولوية التي يولونها لحياة وصحة بناتهم . وقد لا تتحكم الفتاة والمرأة في الموارد المالية أو فرص الوصول إلى النقل وتعتمدان بالتالي على زوجيهما وأسرتيهما في التنقل والحصول على الخدمات الصحية[١١] .

وفي مختلف مناطق العالم النامي ، يتحدد مصير صحة الفتاة بفعل القوى الاجتماعية لا بفعل القوى البيولوجية . ويعرّض الفقر وعدم المساواة بين الجنسين الفتاة لخطر الاستغلال وسوء المعاملة البدنية ، والحمل المبكر والمخاطر المرتبطة به ، والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي ، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية[١٢] .

والتعليم هو أحد المحددات الحاسمة لصحة المرأة . فالتعليم يسمح للمرأة باتخاذ قرارات مستنيرة والتماس الرعاية الصحية المناسبة . ويشير تقرير لمنظمة الصحة العالمية بشأن آسيا والمحيط الهادئ إلى أن معدلات محو الأمية بين الإناث مؤشر قوي يشير إلى ما ستكون عليه معدلات الوفيات النفاسية ؛ وبقدر ما تكون إناث السكان قادرات على القراءة والكتابة ، بقدر ما ينخفض معدل الوفيات النفاسية[١٣] .

وتشتد الاحتياجات غير الملباة إلى وسائل منع الحمل لدى النساء الفقيرات والأقل تعليماً ، والأصغر سناً ، واللواتي يعشن في المناطق الريفية . وفي كثير من البلدان النامية ، يكون احتمال استعمال وسائل منع الحمل الحديثة لدى النساء المنتميات إلى شريحة الدخل العليا ضعف ما هو عليه لدى النساء المنتميات إلى شريحة الدخل الدنيا[١٤] . وفي المجموع ، يبلغ عدد نساء البلدان النامية اللواتي لهن حاجة غير ملباة إلى وسائل منع الحمل ٢١٥ مليون امرأة[١٥] .

إن معدلات محو الأمية بين الإناث مؤشر قوي يشير إلى ما ستكون عليه معدلات الوفيات النفاسية ؛ وبقدر ما تكون إناث السكان قادرات على القراءة والكتابة ، بقدر ما ينخفض معدل الوفيات النفاسية .

تابع

وكل يوم ، تموت ما يقرب من ٨٠٠ امرأة ــ ٩٩ في المائة منهن في البلدان النامية ــ لأسباب يمكن تجنبها وتتعلق بالحمل والولادة . ومن هؤلاء النساء اللواتي يمتن كل يوم ، تموت حوالي ٤٤٠ امرأة منهن في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ، و ٢٢٨ امرأة في جنوب آسيا و ٦ في البلدان الغنية[١٦] .

ويمكن تجنب معظم الوفيات النفاسية ، لأن حلول الرعاية الصحية لمنع المضاعفات أو إدارتها قد ثبتت نجاعتها فعلاً . ولإنقاذ الأرواح ، يلزم توفير فرص حصول المرأة على الرعاية السابقة للولادة خلال فترة الحمل ، وتوفير الرعاية الماهرة أثناء الولادة ، وتقديم الدعم في الأسابيع التي تلي الولادة[١٧] .

ما العمل ؟

إن الحد من الوفيات النفاسية والإعاقة ليست مجرد قضية صحة على المستوى العالمي ؛ إنها قضية من قضايا حقوق الإنسان . فالحلول الرامية إلى إنقاذ حياة المرأة خلال فترة الحمل والولادة متوفرة بيسر ، ولكن مئات الآلاف من النساء مازلن يمتن سنوياً بسبب الفقر وعدم فعالية النظم الصحية ، وتجذر عدم المساواة بين الجنسين ، الذي تعجز معه الفتاة والمرأة عن اتخاذ قرارات مستقلة وعن بينة لحماية صحتهما . وتتطلب معالجة هذه المشاكل العمل على مستويات متعددة .

ويجب على المجتمع الدولي إيلاء الأولوية للاستثمار في صحة الأم وسياسات وبرامج تنظيم الأسرة ، ولاسيما لفائدة المرأة الفقيرة . وتشجع الاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل ، التي أعلن عنها الأمين العام للأمم المتحدة بان كي مون في عام ٢٠١٠ ، إحراز تقدم في هذا المجال عن طريق تسخير المزيد من الموارد المالية لصحة المرأة والطفل . كما يتعين على البلدان النامية أن تعترف بأن صحة الأم مسألة إنمائية رئيسية وأن تلتزم بتعزيز الجودة وإمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية الإنجابية . وهذا ما يتطلب توسيع وتحسين النظم الصحية ، والقيام في الوقت ذاته بتوعية المرأة بشأن صحتها والتصدي للعوامل الاجتماعية والثقافية التي من شأنها أن تثني المرأة الأشد ضعفاً عن السعي إلى الحصول على الرعاية .

ومن العناصر الرئيسية لهذا العمل دراسة مواقف وسلوكيات مقدمي الرعاية الصحية ، التي غالباً ما تعكس المعايير الثقافية السائدة والمواقف الجنسانية التي يمكن أن يكون بعضها تمييزياً تجاه الفتاة والمرأة . ويتطلب إنقاذ حياة المرأة التصدي للتحيزات الاجتماعية الضارة التي تحد من خيارات المرأة بشكل كبير والتي تصرف الأزواج والآباء ومقدمي الرعاية الصحية وصانعي السياسات عن

صحة الأم ترتبط ارتباطاً وثيقاً بوضع المرأة الاجتماعي والاقتصادي .

تابع

الاستثمار في الفتاة والمرأة . فتغيير هذه المواقف والسلوكيات يتطلب العمل ليس فقط مع المرأة ، بل إنه يتطلب أيضاً العمل مع الرجل والفتى لتبيان الفوائد التي تجلبها المساواة بين الجنسين للأسر والمجتمعات المحلية .

وفي الوقت نفسه ، لما كانت صحة الأم ترتبط ارتباطاً وثيقاً بوضع المرأة الاجتماعي والاقتصادي ، فإن الاستثمار في تعليم الفتاة والمرأة وتمكينهما أمر حاسم لتجنب الوفيات النفاسية . ولذلك فإن الجهود العالمية الرامية إلى تحقيق الهدفين ٢ و ٣ من الأهداف الإنمائية للألفية ــ أي تعميم التعليم الابتدائي وتشجيع المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة ــ أمر حيوي لتحسين صحة الفتاة والمرأة وأسرتيهما في جميع أنحاء العالم .

فوائد العمل

إن تلبية الاحتياجات غير الملباة إلى الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة والرعاية الصحية للأمهات والأطفال الحديثي الولادة من شأنه تخفيض الوفيات النفاسية بما يزيد على الثلثين ــ من ٠٠٠ ٢٨٧ وفاة نفاسية إلى ٠٠٠ ١٠٥ وفاة نفاسية[١٨] . فالاستثمار في تنظيم الأسرة وتحسين الرعاية الصحية للأمهات يجلب فوائد تكميلية هي: تحسين توقيت الإنجاب والمباعدة بين الولادات ، وتخفيض احتمال حدوث مضاعفات ، وتحسين صحة المرأة والطفل الحديث الولادة[١٩] .

ويجلب تعليم الفتاة والمرأة فوائد صحية بالغة الأهمية . فقد توصل الباحثون ، بفضل استخدام بيانات الدراسة الاستقصائية العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن صحة الأم والصحة المحيطة بالولادة ، إلى أن احتمال وفاة النساء غير المتعلمات أثناء الحمل والولادة أكبر ثلاث مرات من احتمال وفاة النساء اللواتي أنهين دراستهن الثانوية[٢٠] .

ولا يساعد تعليم الأم على بقائها على قيد الحياة فحسب ، بل إنه يقوم بدور فاعل في بقاء طفلها بعد سن الخامسة . وتشير الأبحاث إلى أن الأمهات المتعلمات يكون لهن في الغالب أطفال يتمتعون بصحة جيدة[٢١] .

ومن شأن الحد من حالات الحمل العارض ، وخاصة في صفوف المراهقات ، أن يحسن فرص التعليم والعمل لفائدة المرأة ، مما سيعمل بدوره على تحسين وضع المرأة ، وزيادة ادخار الأسرة ، والحد من الفقر وتحفيز النمو الاقتصادي[٢٢] .

ويجلب تحسين صحة الأم فوائد اجتماعية واقتصادية ، مما يساعد على كسر حلقة الفقر بين الأجيال . وعندما تخطط النساء والأزواج لحمل صحي ، فإن ثمة فوائد إنمائية كبيرة لهم ولأبنائهم ومجتمعاتهم وبلدانهم[٢٣] .

إن احتمال وفاة النساء غير المتعلمات أثناء الحمل والولادة أكبر ثلاث مرات من احتمال وفاة النساء اللواتي أنهين دراستهن الثانوية .

تابع

ما الذي يقوم به صندوق الأمم المتحدة للسكان ؟

يعمل صندوق الأمم المتحدة للسكان على دعم الحقوق الإنجابية للفتاة والمرأة من خلال التأثير على السياسات والتشريعات ؛ ومساعدة الحكومات على تعزيز نظم الرعاية الصحية ؛ وتعبئة قادة ومنظمات المجتمع المحلي من أجل تغيير السلوكيات والمواقف ؛ وإشراك الرجل بصفته شريكاً في الصحة الإنجابية ؛ وتمكين الشباب عن طريق التربية الجنسية وتوفير فرص الاستفادة من الخدمات الصحية العادلة ؛ وتشجيع مشاركة الفتاة والمرأة في صنع القرار على جميع المستويات . ويتزعم صندوق السكان مناصرة المرأة والدفاع عن حقوقها في الصحة والتعليم ، والتحرر من الاستغلال والعنف[٢٤] .

والأمومة المأمونة عنصر حاسم في رفاهية المرأة وتمكينها . وتشمل برامج صندوق السكان المتعلقة بصحة الأم ما يزيد على ٩٠ بلداً وتركز على إدخال تحسينات طويلة الأجل على النظم الصحية لمنع الوفيات النفاسية والإعاقة ، بما في ذلك ناسور الولادة . وفي عام ٢٠٠٨ ، أنشأ صندوق السكان " الصندوق المواضيعي لصحة الأم " لزيادة قدرة النظم الصحية الوطنية على توفير مجموعة واسعة من الخدمات الجيدة في مجال صحة الأم ، والحد من الفوارق في الصحة ، وتمكين المرأة من ممارسة حقها في صحة الأم . ويعمل صندوق السكان أيضاً في إطار شراكة مع برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ، واليونيسيف ، والبنك الدولي ، ومنظمة الصحة العالمية ، من أجل التعجيل بإحراز تقدم في إنقاذ أرواح النساء والأمهات في البلدان التي تبلغ فيها الوفيات النفاسية أعلى معدل لها[٢٥] .

تشمل برامج صندوق الأمم المتحدة للسكان المتعلقة بصحة الأم ما يزيد على ٩٠ بلداً .

تابع

الحواشي

١ World Health Organization, “Health in Asia and the Pacific,” 2008 .
٢ World Health Organization, UNICEF, UNFPA and The World Bank, “Trends in Maternal Mortality: 1990-2010,” 2012 .
٣ الأمم المتحدة ، ” تقرير الأهداف الإنمائية للألفية ، ٢٠١١ “ .
٤ World Health Organization, “Health in Asia and the Pacific,” 2008 .
٥ Center for Global Development, “Start with a Girl: A New Agenda for Global Health,” 2009 .
٦ المرجع نفسه .
٧ منظمة الأمم المتحدة للطفولة ، ” وضع الأطفال في العالم ، ٢٠١١ “ .
٨ Guttmacher Institute, “Facts on American Teens’ Sexual and Reproductive Health” . مرجع اطلع عليه في ٢٥ آذار/مارس ٢٠١٢ .
٩ World Health Organization, “Adolescent Pregnancy” . مرجع اطلع عليه في ٦ آذار/مارس ٢٠١٢ .
١٠ المرجع نفسه .
١١ World Health Organization, “Health in Asia and the Pacific,” 2008 .
١٢ Center for Global Development, “Start with a Girl: A New Agenda for Global Health,” 2009 .
١٣ World Health Organization, “Health in Asia and the Pacific,” 2008 .
١٤ صندوق الأمم المتحدة للسكان و معهد غوتماخر . ” حساب التكاليف والفوائد: الاستثمار في تنظيم الأسرة والصحة النفاسية وصحة الأطفال حديثي الولادة “ ، ٢٠٠٩ .
١٥ Guttmacher Institute, “Facts on Satisfying the Need for Contraceptive Use in Developing Countries,” June 2010 .
١٦ World Health Organization, UNICEF, UNFPA and The World Bank, “Trends in Maternal Mortality: 1990-2010,” 2012 .
١٧ World Health Organization, “Maternal Mortality Fact Sheet,” November 2010 .
١٨ World Health Organization, UNICEF, UNFPA and The World Bank, “Trends in Maternal Mortality: 1990-2010,” 2012 .
١٩ صندوق الأمم المتحدة للسكان و معهد غوتماخر . ” حساب التكاليف والفوائد: الاستثمار في تنظيم الأسرة والصحة النفاسية وصحة الأطفال حديثي الولادة “ ، ٢٠٠٩ .
٢٠ Karlsen, Saffron et al. “The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: Analysis of the cross sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health.” BMC Public Health 2011, 11: 606 .
٢١ الأمم المتحدة ، ” تقرير الأهداف الإنمائية للألفية ، ٢٠١١ “ .
٢٢ صندوق الأمم المتحدة للسكان و معهد غوتماخر . ” حساب التكاليف والفوائد: الاستثمار في تنظيم الأسرة والصحة النفاسية وصحة الأطفال حديثي الولادة “ ، ٢٠٠٩ .
٢٣ المرجع نفسه .
٢٤ موقع صندوق الأمم المتحدة للسكان المعنون “Advancing Human Rights” ، موقع اطلع عليه في ٢٠ شباط/فبراير ٢٠١٢ .
٢٥ موقع صندوق الأمم المتحدة للسكان المعنون “Safe Motherhood: Overview” ، موقع اطلع عليه في ٢٠ شباط/فبراير ٢٠١٢ .

UNFPA

لمعرفة المزيد عن عمل صندوق الأمم المتحدة للسكان ، ترجى زيارة الموقع www.unfpa.org .

يمكن الحصول على معلومات بشأن حملة الأمم المتحدة ” كل امرأة كل طفل “ في الموقع *www.everywomaneverychild.org* .