

الفصل السابع

المخاطرة والانجاب والحقوق: استعمالات بيانات الصحة الإنجابية

ديورا مين، لين فريدمان، فريدا شهيد، وشويلر فراوتشي

تستطيع المرأة، إذا ما ناضلت ضد مزاجها وبنيتها الجسدية الطبيعية، أن تقوم بدرجة عالية من النجاح بكل الواجبات المنوطة بالرجل بحكم طبيعته، ولكن لا يستطيع الرجل بأية حال من الأحوال أن يهيئ نفسه لحمل وحضانة الأطفال.

- سيد أبوالأعلى المودودي (١٩٠٣ - ١٩٧٩)^١

وحتى لو أن النساء ظلن يحملن حتى يضمنهن الحمل - أو ظلن يحملن حتى يستنزفن الحمل في خاتمة المطاف - فإن ذلك لن يضرهن: ولندعهن يحملن حتى يستنزفن الحمل. ذلك هو الهدف من وجودهن.

- مارتن لوثر (١٤٨٣ - ١٥٤٦)^٢

ليست الصحة الإنجابية الآن، ولم تكن في يوم من الأيام قط، ببساطة، مسألة تتعلق بمنع المرض. ويعود السبب في ذلك إلى أن قدرة المرأة على حمل الأطفال ترتبط باستمرارية الأسرة والعشيرة والمجموعة الاجتماعية؛ والسيطرة على الملكية؛ والتفاعل بين المجتمعات الانسانية وبيئاتها؛ والعلاقة بين الرجال والنساء؛ والتعبير عن الغريزة الجنسية. وهذه القدرة لذلك عملة قيمة في كل مجتمع وهكذا يجري تنظيمها من قبل الأسر والمؤسسات الدينية

والسلطات الحكومية. وفي الحقيقة، ظلَّت المجتمعات، طوال قرون، تخصص مهمَّة الإنجاب إلى النساء على أساس أنها واجبهن الوحيد أو الأساسي، وقيلت (أي المجتمعات) بالعواقب الصحية التي غالباً ما تكون وخيمة لتلك المهمَّة؛ ويجري تفسير ذلك بالإشارة إلى فهم خاص «للطبيعة» ويجري تنفيذها وإضفاء الشرعية عليها من خلال القواعد والقوانين الخاصة بالدين والعادات.

والأقل وضوحاً، ولكنه قائم منذ أمد طويل بنفس القدر، هو مقاومة المرأة لمثل هذه التشريعات الخارجية. فقد تنظر المرأة إلى القدرة على حمل الأطفال على أساس أنها مصدر مكانتها في حياتها، ومفتاح بقائها الاقتصادي على قيد الحياة، وأصل قوتها بين أفراد أسرتها ومجتمعها، أو أنها مصدر الرضا العاطفي العميق؛ أو قد ترى فيها على أنها أسُّ الظلم الذي توقعه بها القوانين والبنى الاجتماعية، والعائق الذي يحول دون مشاركتها في شؤون مجتمعها، والعقبة في وجه تحقيق ذاتها، أو السبب وراء الكثير من الألم والقلق الشديدين. وعلى أية حال، مهما تكن الطريق التي تنظر بها المرأة إلى قدرتها الإنجابية في لحظة ما في حياتها، فإن هذه القدرة، بالنسبة لكل امرأة تقريباً، هي جزء حميمي أساسي من وجودها الجسدي وشعورها بالذات. ولذلك فإن السيطرة على المواليد أمر حاسم لقدرة المرأة على أن تصبح عاملاً فاعلاً في حياتها الخاصة بها وفي العالم من حولها. وفي الحقيقة ظلَّت النساء على طول التاريخ وعرضه يقدرن حاجاتهن الخاصة ويطورن الطرق للتحكم في قدراتهن على الولادة، سواء صراحة أو كتماناً، من خلال موانع الحمل والإجهاض.^٢

ومن المنظور المجتمعي والفردى، إذن، فإن الجنس والحمل وولادة الأطفال ظلت تنطوي على شيء آخر كذلك - ذلك هو المخاطرة. والواضح بأكثر ما يكون هو أن هناك المخاطرة بحدوث الأمراض أو الضرر الجسدي الذي يمكن أن يحدث من ممارسة الجنس والحمل والولادة - ومن الوسائل المستخدمة في تسهيل هذه الأمور أو منعها أو التحكم فيها. إلا أنه لما كان الإنجاب نشاطاً مُحكماً اجتماعياً وثقافياً، فإنه ينطوي على عدد كبير من المخاطر الأخرى كذلك: فالجنس والحمل والولادة - ووسائل تنظيمها - بصورة أساسية بأكثر ما يكون، تفرض مخاطر على النظام الاجتماعي وعلى دور النساء فيه. وفي أحد معانيه الهامة،

فإن مفهوم «الصحة الانجائية» إنما يدور حول إدارة هذه المخاطر: ما هي، وكيف يمكن تقويمها، وكيف ومن ينبغي أن يتحكم فيها.

وفي هذا البحث، سنقدم مراجعة للبيانات المتعلقة بالأوبئة في عدة مجالات رئيسية من مجالات الصحة الانجائية، وكذلك بعض السياسات والبرامج التي جرى تطويرها من هذه البيانات أو التي تبررها هذه البيانات. وفي القيام بذلك، سيجري بحث الطرق التي تقوم بيانات المخاطرة من خلالها بالتأثير على سياسات وبرامج الصحة الانجائية والدور الذي ينبغي أن تلعبه مبادئ الحقوق في دعم هذا التأثير أو في التخفيف منه.

الصحة الإنجائية ودور المخاطرة

يستخدم تعبير المخاطرة على أربع مستويات مختلفة في المجال الصحي. أولاً، على المستوى السكاني، حيث يستخدم البحث الوبائي لقياس المخاطرة عن طريق دراسة العلاقة المتبادلة بين «عوامل المخاطرة» (على سبيل المثال سن الأمومة) ونتائجها (على سبيل وفيات الأمهات). ومثل هذه العلاقات المتبادلة قد تكون دليلاً على السببية ولكنها ليست برهاناً عليها.

ثانياً، على المستوى الإكلينيكي، حيث يقوم اختصاصيو الصحة بترجمة قياسات مخاطر الأوبئة إلى خطوط إرشادية لتقديم المشورة أو معالجة الأفراد من المرض. وهذه عملية مشحونة بعدم اليقين لأنه في حين يمكن للبيانات أن تعطي معلومات عن أي نوع من الناس يحتمل، بأكثر ما يكون، أن يتعرضوا لنتيجة ما، إلا أنها (أي البيانات) لا تعطي معلومات عما إذا كان فرد بعينه سيتعرض لتلك النتيجة.

ثالثاً، على المستوى الفردي، حيث تكون المخاطرة قضية شخصية لكل مريض أو زبون. فقد وصفت ساندرا غيفورد (Sandra Gifford)، عندما كتبت حول الطرق الكثيرة التي يجري من خلالها فهم المخاطرة والتعرض لها في حالة مرض الثدي الحميد (وهو عامل مخاطرة لحدوث سرطان الثدي)، هذه المخاطرة على أنها «مخاطرة الحياة.. النوعية والذاتية والغاية في الابهام والغموض»⁴. ولا يمكن فهم الطريقة التي تتمثل المرأة وتفهم وتتصرف من خلالها إزاء المعلومات التي يقدمها لها الاكليتينيكي حول مخاطرتها إحصائياً إلا ضمن الظروف الأوسع في

حياتها وفي تجاربها الشخصية. وهكذا «تظهر الاحتمالات الذاتية (غير الموضوعية) من تفاعل القيم الشخصية والاجتماعية حول تكاليف المستقبل المجهول».

وهذه الأنواع الثلاثة من المخاطرة لها انعكاساتها الواضحة على برامج الصحة الانجابية. وعلى سبيل المثال، تدل الدراسات الوبائية أن النساء في الأربعينات من العمر، كمجموعة من النساء، عرضة «للمخاطرة الشديدة» المتمثلة في وفيات الأمهات. ولذلك فإن المستشار الصحي الذي تتوافر لديه هذه المعلومة قد يقول لامرأة في الأربعين من عمرها بأن الحمل «خطير» عليها، وبالتالي قد ينصحها بالتكاليف والفوائد التي تمتاز بها مختلف طرق تجنب الحمل. ويتوجب على هذه المرأة بعد ذلك أن تفكر ملياً في هذه المخاطر الصحية المحددة بالإضافة إلى سلسلة كاملة من المخاطر الاجتماعية التي تنجم عن دورها كزوجة وشريك جنسي وأم. وعلى سبيل المثال، ما هي العواقب التي ستنتج عن استعمال موانع الحمل على علاقاتها (الجنسية وغيرها) مع زوجها؛ وما هي العواقب الناجمة عن ولادة أو عدم ولادة طفل إضافي على ظروفها الاقتصادية الحالية وأمنها المستقبلي ومكانتها في مجتمعها أو مدى سلطتها بين أفراد أسرتها؟

وأخيراً، على المستوى السياسي، يمكن استخدام بيانات المخاطرة لأغراض مختلفة كثيرة. وعلى سبيل المثال، يمكن أن تكون ذات فائدة للقرارات الخاصة بتخصيص الموارد داخل الميدان الصحي. ولكن بيانات المخاطر لها قوة تأثيرية كبيرة. ولذلك فقد استخدمت بفعالية لدعم، وحتى إخفاء، ما هو موضوعات في البرامج السياسية في الأساس. وبينما تصبح الصحة الانجابية هدفاً هاماً ومقبولاً بصورة متزايدة في المجال الصحي الدولي، فإن من الأمور الحاسمة أن نبدأ في دراسة كيف يمكن للأبحاث الصحية القيام بإضاءة الطريق - وفي بعض الأحيان ترك هذه الطريق مظلمة - أمام أهداف السياسيين والعاملين على توفير الخدمات والمدافعين عن صحة المرأة وهم يناقشون الاتجاهات التي ينبغي على سياسات السكان والصحة الانجابية التطلع نحوها.

المخاطرة ودور الحقوق

تلعب البيانات الوبائية دوراً حاسماً في الميدان الصحي، لا لأنها تشرح العمليات

البيولوجية فحسب، بل لأنها تشكّل الطريقة التي نفكر بها في الصحة والمرض وترشد خيارات البرامج والسياسات. ومثل هذه الخيارات لا يمكن أن تكون خالية من القيمة، لأنها تتطلب حتماً من يزن المخاطر والفوائد التي تصفها البيانات ومن يتخذ القرارات الخاصة بالسياسات والبرامج التي تؤثر على من سيتحمّل المخاطر ومن سيحصل الفوائد. ولا يتضح دائماً أن مثل هذه القرارات المحمّلة بالقيمة يجري بالفعل اتخاذها، ويعود ذلك جزئياً بسبب بيانات المخاطر، التي تُصاغ في لغة إحصائيات ولغة علمية تبدو وكأنها لغة محايدة، ولكنها تخفي حقيقة المخاطر التي تكمن وراءها. ولكن حتى صانع القرار الذي يعمل بحسن نية والذي لا يستهدف إلاّ تحسين صحة النساء الإنجابية لا بدّ له، عن علم أو بدون علم - ولكن بطريقة لا يمكن تجنبها - من اتخاذ مثل هذه القرارات.

وتوضح المرأة التي هي في الأربعين من عمرها والمعرّضة للخطر الشديد التي وصفنا حالتها أعلاه هذه النقطة. فإذا كان المعيار الوحيد الذي يوجّه القرارات حول الصحة الإنجابية لهذه المرأة هو مصلحتها البيولوجية الجسدية، إذن فلا ينبغي لها أن تصبح حاملاً ولا تستخدم أكثر طرق منع الحمل إتاحة لأنه سيكون هناك على الدوام خطر الأعراض الجانبية وفشل موانع الحمل. وفي الحقيقة، إذا أخذنا بعين الاعتبار احتمال التقاط عدوى مرض ينتقل جنسياً، فلا ينبغي لها أن تتعاطى الجماع الجنسي على الإطلاق. ورغم أن الامتناع عن الزواج قد يضمن بقاءها خالية من مثل هذا المرض، فإن هذه ستكون نتيجة سخيفة من جميع أوجهها: ففي مجال الصحة الإنجابية، لا يمكن فصل الرفاه الجسدي ببساطة عن الإطار الاجتماعي والثقافي والسياسي لحياة المرأة.

لذلك فإن بيانات المخاطر يمكن لها أن تُرشد الخيارات حول صحة النساء، ولكنها لا تستطيع توفير أساس أو مبدأ لتقييم العوامل التي تصفها. وللقيام بتلك المهمة، فإن «للحقوق الإنجابية» دوراً حاسماً تؤديه. إذ تتطلب الكرامة الأساسية للمرأة ككائن انساني لا أن ينظر إليها ببساطة كمجرد والدة أطفال أو مربية لهم بل كإنسان كامل الانسانية لها الحق في السيطرة على وجودها الجسماني، وكعامل أخلاقي قادر على الفهم واتخاذ القرارات فيما يتعلّق بحياتها الخاصة بها. وهذا المبدأ يؤخذ من بنود متعدّدة في وثائق حقوق الإنسان

المحددة الموقّعة من قبل عشرات الدول من كل قارة من قارات الأرض^٦. وفي بعض الأحيان يوجه النقد إلى مثل هذه الوثائق القانونية على أساس أنها «غريبة» في أصلها وأسلوب صياغتها. ولكن المبادئ الأساسية التي تعبر عنها لها في الحقيقة صدها في الكثير من التقاليد غير الغربية في طول العالم وعرضه^٧.

ومن أجل فهم الانعكاسات الصحية لبيانات المخاطر، يمكن اشتقاق ثلاثة خطوط إرشادية محددة من المبدأ الأساسي لحقوق الإنسان. أولاً، إذا كانت المرأة ينبغي أن تكون أكثر من وسيلة للوصول إلى هدف ما خارجي وغير محدد قد تشارك أو لا تشارك هي نفسها فيه، مثل أن يكون لها ورثة من الذكور أو تخفيض معدلات نسبة المواليد العالية أو اشباع الرغبات الجنسية لشخص آخر - عندها ينبغي فهم الصحة الإنجابية ذاتها من وجهة نظر المرأة. ونعني بهذا أنه ينبغي فهم العوامل البيولوجية المسترشدة بالبيانات الوبائية على أساس أنها عنصر واحد فحسب من عناصر العملية الإنجابية. وينبغي فهم العناصر البيولوجية وغير البيولوجية في العملية الإنجابية من منظور كيفية ممارسة المرأة لها. ثانياً، ينبغي تحديد الوزن الذي يُعطى إلى أي مخاطرة أو فائدة بعينها في عملية اتخاذ القرارات بأكملها، أولاً وقبل كل شيء، من قبل المرأة نفسها، بناء على فهمها هي لظروفها الخاصة بها. وينبغي على القائمين على توفير الخدمات الصحية وصانعي القرار أن يقدروا ويثقوا بحكم المرأة على ما هو «خير» لها نفسها، حتى لو كان ذلك الحكم يبدو «خاطئاً» أو «غير صحيح» من منظور شخص خارجي. وثالثاً، تتأثر وجهة نظر المرأة حول صحتها الإنجابية والقرارات التي تتخذها بالكثير من العوامل - بما في ذلك النظام الصحي نفسه. وهكذا ينبغي على النظام الصحي أن يعطي الأولوية لخلق الظروف التي تعطي معنى إيجابياً ودعمًا لحق المرأة في اتخاذ القرارات المستنيرة حول حياتها الإنجابية.

وتستعرض الأقسام التالية من هذا الفصل البيانات الخاصة بثلاثة مجالات محددة من مجالات الصحة الإنجابية - أمراض الأمومة ووفياتها، وأمراض موانع الحمل ووفياتها، والأمراض المنقولة جنسياً - وبعد ذلك يجري تفحص انعكاساتها على البرامج والسياسات الصحية على ضوء مبادئ الحقوق الإنجابية.

العلاقة بين المواليد والصحة الإنجابية

سواء حَبِلَت المرأة وَحَمَلَت أم لا - ومتى وكم مرّة وفي ظل أية ظروف تقوم بذلك، فإن ذلك له أثر هام على صحتها. وقد عرف الناس هذا منذ زمن في طول العالم وعرضه.^٨ على أية حال، فإن فهمنا لهذا العلاقة يستمر في التطور. ورغم أن الحَبْل والولادة لهما مخاطر محدّدة، فإنّ الشيء ذاته ينطبق على مختلف وسائل تَجَنُّب الحمل. ووفيات الأمومة وأمراضها، ومخاطر منع الحمل ومزايهه هي الطرق الرئيسية التي تؤثر المواليد فيها على الصحة الإنجابية.

أمراض الأمومة

القليل نسبياً هو المعروف عن الأمراض المرتبطة بالحمل في الدول النامية. وأحد الأسباب قد يكون الأولوية المنخفضة السائدة في كل مكان تقريباً التي تُعطى لقضايا صحة المرأة.^٩ وهناك أيضاً أسباب فنيةً لثسح المعلومات. وعلى سبيل المثال، فإن معظم التعقيدات غير القاتلة مثل النزيف والعدوى تزول بدون أية أعراض خارجية. أما التعقيدات الأخرى، مثل تدلّي الرحم (الحالة التي يتدلّى فيها رحم المرأة إلى داخل المهبل)، فيصعب اكتشافها بدون إجراء فحص على يد الطبيب النسائي. وإدخال مثل هذا الفحص في الدراسات المسحية - من أجل قياس مدى انتشاره - أمر مكلف وغالباً ما يكون هناك اعتراض عليه من الناحية الثقافية.

وفي الحقيقة فإن الحياء المرتبط بالمشاكل الطبية النسائية هو حاجز رئيسي في وجه معالجة هذه المشاكل. والناسور التوليدي مثال جيد على ذلك. ومثل هذه الحالة تتأثي عادة بسبب الطلق المطول والولادة الصعبة، التي يحدث خلالها ثقب فتحة بين الرحم أو الشرج والمهبل، مما ينجم عنه غلّمة (أو انقياد للشهوة الجنسية) مزمنة. ويُحتمل أن يحدث الناسور بأكثر ما يكون بين السكان الذين يبدأ النشاط الجنسي وحمل الأطفال عندهم في سن مبكراً جداً (تحت سن السادسة عشرة) ويكون الحصول على الرعاية الطبية التوليدية محدوداً.^{١٠} وجرى توثيق هذه الحالة بأفضل ما يكون في شمال نيجيريا، حيث هناك قوائم انتظار طويلة لعمليات المعالجة الجراحية من الناسور.^{١١} ومع ذلك، فإنه يفترض أن هناك حتى نساء أكثر من ذلك لديهنّ هذه الحالة لا يلجأن إلى الرعاية الطبية لأنها تعتبر مخجلة - مخجلة، في

الحقيقية، إلى حد أن الكثير من النساء يهجرهن أزواجهن واسرهن.

وباختصار، على الرغم من أنه قد يكون من الصعب تقدير مدى انتشار المشاكل الصحية المزمنة المتعلقة بالحبل والولادة بدرجة كافية من الدقة، إلا أن هناك معلومات تكفي للقول إن هذه المشاكل الصحية تسبب الكثير من المعاناة في الدول النامية.

وفيات الولادة

أكثر الطرق دراماتيكية التي تؤثر المواليد من خلالها على صحة المرأة هي وفيات الولادة.^{١٣} فالوفيات الناجمة عن الحبل والاجهاض والولادة - التي أصبحت نادرة جداً الآن في الدول المتقدمة - لا زالت حوادث يومية في الدول النامية. وتقدر منظمة الصحة العالمية أن ٥٠٠ ألف وفاة ولادة تحدث في العالم أجمع كل عام، وجميعها تقريباً في الدول النامية.^{١٤} والتناقض بين الدول المتقدمة والنامية هو أكبر في وفيات الولادة مما هو عليه في أي مؤشر صحي آخر. إذ إن واحدة فقط بين كل ١٠ آلاف امرأة في أوروبا الشمالية تتوفى لأسباب أمومية، في حين يقدر أن واحدة بين كل ٢١ امرأة في أفريقيا ستوفى بسبب الحبل أو الولادة.^{١٥} وهناك حوالي ٣٠٠ حالة وفاة كل عام بسبب الولادة في الولايات المتحدة، في حين أن العدد يصل إلى ٢٨ ألف وفاة في العام في بنغلادش (التي يصل عدد سكانها إلى أقل من نصف عدد سكان الولايات المتحدة) كل عام.^{١٦}

وهناك ثلاثة من عوامل المخاطرة في وفيات الولادة سيجري بحثها هنا - سن المرأة وإنجابيتها، والمسافات الزمنية بين الحمل والحمل والرغبة في الحمل الحالي.

سن الولادة والإنجابية. أظهرت العديد من الدراسات أن فرص موت المرأة نتيجة للحمل والولادة تتأثر بسنّها وإنجابيتها.^{١٧} وتوجد مثل هذه الآثار في الدول النامية والمتقدمة على حد سواء. ومن الناحية النموذجية، فإن وفيات الولادة هي أدنى ما تكون بين النساء اللواتي يلدن وهن ما بين سن العشرين حتى الرابعة والعشرين وبين النساء اللواتي يلدن للمرة الثانية أو الثالثة (الإنجابية الأولى والإنجابية الثانية).^{١٨}

ورغم أن السن والإنجابية مترابطتان، إلا أن كلاً منهما له أثر مختلف على الوفيات. وبعبارة أخرى، فبين النساء اللواتي في سن الثلاثين حتى الرابعة والثلاثين فإن اللواتي يلدن

للمرة الخامسة. يحتمل أن تموت الواحدة منهن أكثر من اللواتي يلدن للمرة الثانية. وربما تعود هذه العلاقات إلى مجموعة من العوامل الاجتماعية والبيولوجية. وعلى سبيل المثال، فإن النساء الصغيرات جداً في السن يحتمل بصورة خاصة أن يتكوّن لديهن طَلْقٌ معوّقٌ لأن عظام الحوض عندهنّ غير مكتملة النمو. كما يحتمل أيضاً أنهن يكن أكثر عرضة للوفاة من تعقيدات الإجهاض لأنهن غير متزوجات بصورة أكثر من كونهن متزوجات وبالتالي فإنهن من المحتمل أن يلجأن إلى الإجهاض وأنهن يفترقن إلى المال اللازم لإجراء عملية إجهاض آمنة كذلك.

ومفهوم المخاطرة النسبية (relative risk) من الموت موتاً ولادياً يشير إلى احتمال وفاة نساء في مجموعة ما مقارنة بوفاة نساء من مجموعة أخرى (على سبيل المثال نسبة للنساء في أوائل العشرينات من العمر، فإن النساء الأخريات من غير هذه المجموعة يواجهن خطراً أعلى درجة). والمخاطرة النسبية هي إحدى الطرق لوصف البيانات أو المعطيات، ولكن هناك كذلك طرقاً أخرى صحيحة. وطريقة عرض المعطيات الأكثر ملاءمة تعتمد على كيفية استخدام هذه المعطيات. ويوضّح جدول المخاطرة النسبية، وكذلك الطرق الأخرى لعرض معطيات الوفيات وفق المجموعات العمرية لمنطقة متلاب (matlab) في بنغلادش. ولاحتساب المخاطرة النسبية، يمكن مقارنة نسبة وفيات الولادة (أي عدد الوفيات في كل ١٠٠٠ ولادة تكتب لها الحياة) لمختلف الفئات العمرية بالمقارنة مع النساء ذوات أدنى نسبة (وفي هذه الحالة النساء ما بين سن الـ ٢٠ حتى ٢٩). وعلى سبيل المثال، كانت وفيات الولادة أعلى بأربع مرات تقريباً في الفئة العمرية ١٠ - ١٤ سنة منها بين النساء في سن ٢٠ حتى ٢٩ سنة.

وطريقة أخرى للنظر في نفس البيانات (أو المعطيات) هي بإظهار المخاطرة المطلقة (absolute risk). ففي كل ١٠٠٠ امرأة صغيرة السن ما بين ١٠ و ١٤ سنة اللواتي أنجن، هناك ١٧٧ توفين لأسباب تتعلق بالولادة. وهكذا فإن المخاطرة المطلقة للوفاة بسبب الولادة كانت ١٨ في ١٠٠٠. أو، إذا أردنا إعطاء جانب مشرق نقول إن فرص بقائهن على قيد الحياة كانت ٩٨٢ بين كل ١٠٠٠.

جدول ١. وفيات الولادة والمواليد وفق السن في متلاب في بنغلادش، ١٩٦٨ - ١٩٧٠

نسبة وفيات السن	المخاطرة النسبية الولادة أ	الولادات الحية لوفيات الولادة ب	عدد وفيات في العام	الولادة
١٤-١٠	١٧٧٧	٣٧٩	٥٠٩	٩
١٩-١٥	٧٤٤	١٧٦	٣٩٠٧	٢٩
٢٩-٢٠	٤٥٥	١٧٠	١١٢٨٦	٥١
٣٩-٣٠	٥٨٨	١٧٣	٤٦٦٧	٢٧
٤٩-٤٠	٦٧٧	١٧٥	٤٤٧	٣

أ عدد وفيات الولادة في كل ١٠٠٠ ولادة حية.
ب المخاطرة النسبية هي نسبة المرض عند أولئك اللواتي يكون لديهن عامل مخاطرة خاص بالنسبة لأولئك اللواتي ليس لديهن ذلك العامل. وتحتسب لكل مجموعة عمرية بتقسيم نسبة وفيات الولادة لتلك المجموعة على أدنى نسبة وفيات ولادة (في هذه الحالة النساء ما بين ٢٠ - ٢٩ سنة).

Source: Lincoln C. Chen et al., "Maternal Mortality in Rural Bangladesh," *Studies in Family Planning*, Vol. 5, No. 11 (November 1974), p. 337.

ومع ذلك فثمة طريقة ثالثة لتحليل نفس المعطيات هي النظر إلى التوزيع العمري للوفيات (age distribution of deaths) والتي تعطي صورة مغايرة تماماً. فمجموعة سن العشر سنوات ذات العدد الأكبر من وفيات الولادة هي بالفعل نفس المجموعة العمرية ذات الخطر النسبي الأدنى، أي النساء من سن الـ ٢٠ إلى سن الـ ٢٩. وكان ٤٣ بالمائة من جميع وفيات الولادة بين النساء في هذه المجموعة. وسبب هذا الذي يبدو تناقضاً هو أنه كان هناك ولادات في هذه المجموعة أكثر من أي مجموعة أخرى. وهكذا، فحتى وإن كانت المخاطرة النسبية عندهن أدنى، فإنه كان هناك وفيات في هذه المجموعة أكثر من أي مجموعة أخرى.

ومن المهم الاعتراف بمختلف طرق تفسير نفس المجموعة من المعطيات لأن حالة التفسير يمكن أن تؤثر على البرنامج والانعكاسات على السياسات التي يجري استخلاصها. والتفسير القائم على المخاطرة النسبية هو أكثر هذه الطرق ملائمة لغرضين اثنين. الأول هو لدراسة السببية على مستوى السكان؛ فإيجاد نسبة عالية من المخاطرة النسبية (على سبيل المثال بالنسبة لسرطان الرئة بين المدخنين كثيراً جداً) يعزز الحجّة القائلة بالعلاقة السببية

والسبب الثاني هو لإرشاد الممارسة الكليتيكية؛ إذ يهتم الأطباء بالمخاطرة النسبية لأنها تساعدهم على تحديد النصيحة والمعالجة للمرضى كل على حده.

والمخاطرة النسبية بصورة عامة أقل ملاءمة للأغراض الأخرى. وعلى سبيل المثال، قد يكون، من وجهة نظر المرأة نفسها، احتمال بقاؤها هي على قيد الحياة - وليس فرص بقائها على قيده الحياة مقارنة بالنساء الأخريات - أكثر ما يكون صلة بالموضوع. كذلك قد لا تكون المخاطرة النسبية ملائمة على المستوى السكاني أيضاً؛ فلو كان هناك تصميم برنامج لتخفيض وفيات الولادة، فإن استهداف النساء المعرضات للخطر بأكثر ما يكون اللواتي هن أقل من ٢٠ عاماً وأكبر من ٤٠ عاماً قد يعني إهمال غالبية النساء اللواتي يتوفين.

المسافة الزمنية بين الحمل والحمل. ترك المسافات الزمنية بين الحمل والحمل له أثر كبير على بقاء الطفل على قيد الحياة.^{١٩} وغالباً ما يقال إن فترات الحمل تؤثر على صحة الأم كذلك. وعلى أية حال، فنحن لا ندرى عن أي دليل واضح أن الوفيات هي أعلى بصورة ذات دلالة بين النساء اللواتي ولادتهن متقاربة جداً. ولسوء الحظ، فإنه لم يجر دراسة أثر ذلك على الوفيات دراسة كافية، رغم أن من المؤكد أن من المنطقي القول إن المسافات الزمنية المتقاربة جداً بين الحمل والحمل لها بعض الأثر على صحة المرأة حتى ولو لم يكن هذا الأثر قاتلاً.

ويوضح القول، بأن نقص التوثيق نادراً ما تجري ملاحظته، الاتجاه إلى الافتراض بصورة أوتوماتيكية أن النساء والأطفال لديهم نفس الحاجات الصحية.^{٢٠} وما هو في صالح الأم هو عادة في صالح طفلها، ولكن العكس ليس صحيحاً دائماً. وعلى سبيل المثال، فإن زيادة وزن الطفل حديث الولادة سيزيد من احتمالات بقائه على قيد الحياة، ولكنه قد يزيد من عدد النساء اللواتي لا يستطعن الولادة ولادة طبيعية.^{٢١} وبدون الحصول على الرعاية التوليدية الطارئة، فإن الكثيرات من مثل هؤلاء النساء سيصبح لديهن طلقاً معاقاً ويتشوهن حتى وفاتهن.

الرغبة في الحمل. لا تتضمن قائمة عوامل المخاطرة في وفيات الولادة فيما إذا كان حمل مرغوباً فيه أم لا. ومع ذلك حيثما لا يتاح للنساء الحصول على خدمات الاجهاض الآمن، فقد يكون هذا حقيقة أكثر عوامل المخاطرة شدة على الإطلاق. والجدير بالملاحظة أنه حيثما

يتاح الاجهاض الآمن القانوني، فإن معدلات وفيات الحالات الإجهاضية تكون منخفضة جداً؛ ففي الولايات المتحدة، على سبيل المثال، لا تزيد نسبة معدل الوفيات الاجهاضية عن ٤.٠ في كل ١٠٠ ألف حالة، أو أقل من تسع نسبة مخاطر الولادة.^{٢٢}

وبسبب العقوبات القانونية والاجتماعية، فإنه يصعب الحصول على البيانات الخاصة، بالوفيات الإجهاضية في الكثير من الدول. وحتى مع هذا، فهناك الكثير من الدلائل على أن هذه الحالة واحدة من مشاكل الصحة الانجابية الرئيسية للنساء في الدول النامية. فقد وجدت دراسات المجتمعات في بنغلادش وكوبا وأثيوبيا والهند على أن ١٤ إلى ٢٤ بالمائة من كل وفيات الولادة تعود إلى الإجهاض.^{٢٣} وازداد عدد النساء اللواتي يترددن على مستشفى كينياتا في نيروبي للمعالجة من التعقيدات الناجمة عن الإجهاض غير المشروع بمرور الوقت؛ إذ بحلول أواخر الثمانينات كان هناك حوالي ١٠ آلاف امرأة يتعالجن من هذه الحالة كل عام.^{٢٤}

ويمكن لتحسين الحصول على طرق منع الحمل الحديثة تخفيض عدد الوفيات من الإجهاض غير المشروع، ولكن هذه الطرق لا يمكن أن تقضي عليه. وأحد أسباب ذلك هو أنه حتى المعدلات المنخفضة لفشل موانع الحمل ينجم عنها أعداد كبيرة نسبياً من حالات الحمل. وعلى سبيل المثال، فإن معدل فشل لموانع الحمل بنسبة واحد بالمائة في إحدى الطرق التي تستخدمها مليون امرأة ينجم عنها ألف حالة حمل غير مرغوب فيه كل عام. وزيادة على ذلك، هناك مختلف العوامل الاجتماعية والمالية والعملية والنفسية التي تسهم في حالات الحمل غير المرغوب فيه. ولذلك فسيظل هناك طلب على الدوام على الإجهاض، مهما يكن مستوى استعمال موانع الحمل. وبالنتيجة، فإن أية محاولة جادة لتخفيض الوفيات الناجمة عن الإجهاض لا بدّ ببساطة أن تذهب إلى ما هو أبعد من تحسين الوصول إلى موانع الحمل؛ إذ ينبغي أن تحسّن هذه المحاولة من الوصول إلى خدمات الإجهاض الآمن.

ويفترض بصورة عامة أن التخطيط الأسري الأفضل وبرامج الرعاية ما قبل الولادة هي أفضل حلول لوفيات الولادة. ولا يوجد في الأدبيات ما يدعّم هذا الافتراض. وعلى سبيل المثال، يقال دائماً إن برامج التخطيط الأسري سوف تخفّض من وفيات الولادة عن طريق

منع الحمل شديد الخطورة. فقد أظهرت دراسة قام بها كوينغ وآخرون (Koing et al) في متلاب في بنغلادش عام ١٩٨٨، أن ازدياد استعمال طرق منع الحمل الحديثة أدى بالفعل إلى تخفيض وفيات الولادة بدرجة كبيرة بين السكان. ^{٢٥} فقد انخفض معدل وفيات الولادة في كل ١٠٠ ألف امرأة في سن الإنجاب من ١٢١ في عام ١٩٧٦ إلى ٦٦ في عام ١٩٨٥. ولكن برنامج التخطيط الأسري لم يخفّض وفيات الولادة إلاّ عن طريق تخفيض أعداد الحوامل والمواليد فحسب. ^{٢٦} وبالنتيجة، رغم أنه كان هناك انخفاض كبير في عدد وفيات الولادة بين السكان، إلاّ أنه لم يكن هناك أي تغيير له دلالة في مخاطر الموت بين النساء الحوامل (أي الوفيات بين كل ١٠٠ ألف مولود حي). ومتى ما أصبحت المرأة حاملاً، فإن من المحتمل أن تموت موتة وولادة تماماً بمثل ما كان يحتمل أن تموت كما في السابق.

وهكذا يمكن للتخطيط الأسري أن يخفّض إجمالي عدد وفيات الولادة بين السكان، ولكن هذا هو مجرد حلّ جزئي إلى مشكلة وفيات الولادة لأنها لا تفعل سوى القليل لتخفيض الوفيات بين النساء الحوامل. ولذلك، لا تساعد على ضمان أن المرأة التي تختار أن يكون لها ولد يمكن أن تفعل ذلك بأمان. وفي الحقيقة، فإن أكثر الطرق الموثوق بها دراماتيكية في تغيير فرصة بقاء المرأة على قيد الحياة بعد ولادة الطفل هي جعل الرعاية التوليدية الطارئة متاحة على نطاق واسع.

ومفتاح فهم هذا هو الاعتراف بحقيقتين. أولاً، كما تظهر بيانات دراسة حالة متلاب والكثير من الدراسات الأخرى، فإن العدد الأكبر من وفيات الولادة تحدث بالفعل للنساء اللواتي في فئة «المخاطرة المنخفضة». ^{٢٧} وهذا يعني أن معطيات المخاطرة لا تمكننا من التنبؤ بمعظم وفيات الولادة. وثانياً، معظم حالات مضاعفات التوليد الخطيرة ليست غير قابلة للتنبؤ بها فحسب، بل إنها لا يمكن منع حدوثها كذلك. وقد ظهر هذا جلياً في دراسة توقعية لمنطقة ريفية في غامبيا. ففي هذه الدراسة، قام مجلس الأبحاث الطبية في بريطانيا العظمى بتوفير رعاية مثالية لما قبل الولادة لنساء حوامل؛ وتم إجراء فحوص المخاطرة مرتين خلال الحمل؛ وأجريت فحوصات بولية لاكتشاف إنسمام (أي تسمم) الدم؛ ورتبت زيارة واحدة في الشهر لكل امرأة؛ وجرت معالجة كل مرض تم اكتشافه. على أية حال لم يكن هناك أي مرفق صحي قريب كي يمكن إجراء معالجة تعقيدات الوضع. وعلى الرغم من الرعاية

ما قبل الولادة، فإن معدل وفيات الولادة كان عالياً بدرجة خيالية - أي ما يعادل أكثر من ٢٠٠٠ حالة وفاة وولادة بين كل ١٠٠ ألف مولود حي. وعند مراجعة البيانات، وجد الباحثون أن عوامل المخاطرة لم تساعد على التعرف على أي النساء كان يحتمل أن يتوفين.^{٢٨}

وحتى لو لم تكن قادرين على التنبؤ بتعقيدات التوليد (الوضع) أو منعها، فإننا نعرف بالتأكيد كيفية معالجتها. فلو حصلت المرأة المعنية برعاية توليدية طارئة مناسبة سريعة، فإن الغالبية العظمى من وفيات الولادة يمكن منعها. والحصول على مثل هذه الرعاية، وليس مجرد مستوى المعيشة الأعلى بصورة عامة هو المسؤول عن إحداث الفرق في معدلات وفيات الولادة بين الدول المتقدمة والدول النامية.^{٢٩}

وفيات وأمراض منع الحمل

بحثت مقالة بيرال (Beral) في المجلة الطبية البريطانية عام ١٩٧٩ في مفهوم «الوفيات الانجابية» الذي لا يشمل وفيات الولادة فحسب بل الوفيات الناجمة عن الأعراض الجانبية لموانع الحمل كذلك.^{٣٠} وأوضحت بيرال أنه بحلول عام ١٩٧٥ كان أكثر من نصف الوفيات الانجابية في إنجلترا وويلز يعزى إلى الآثار الجانبية لموانع الحمل.

وكان هذا إعلاناً مثيراً للدهشة. ولكي يمكن فهمه على حقيقته، على أية حال، يحتاج المرء إلى فهم ما يمكن أن يقال عنه إنه «مفارقة منع الحمل». فإذا كان للتدخل لمنع المرض (على سبيل المثال، التطعيم ضد السعال الديكي) له آثار جانبية قاتلة، مهما تكن نادرة عندئذ فإن بعض الوفيات المتعلقة بالحالة التي قصد من التدخل أن يمنعها (السعال الديكي في المثال) ستحدث (أي الوفيات) بسبب هذا التدخل. وكلما كان التدخل أكثر فعالية في منع الحالة الأصلية (السعال الديكي)، وكلما كان هذا التدخل أكثر انتشاراً كلما كانت نسبة الوفيات نتيجة للتدخل الوقائي (التطعيم) أعلى. وبطبيعة الحال فإن إجمالي عدد الوفيات سيكون أقل.

وكما تطبق على طرق منع الحمل الحديثة، فإن مفارقة التدخل تؤدي إلى ذلك النوع من النتائج التي أوردتها بيرال في مقالتها. إذ كلما كانت وسائل منع الحمل أكثر فعالية، وكلما كان استعمالها أوسع انتشاراً، كلما كانت أعلى نسبة الوفيات الانجابية التي ستكون مرتبطة بالآثار الجانبية لموانع الحمل. وبطبيعة الحال، فإن إجمالي عدد الوفيات الانجابية سيكون قد انخفض إلى درجة كبيرة.

ولا يعني هذا استبعاد أخطار منع الحمل. فهذه تستحق اهتماماً جاداً، وقد حظيت بالفعل بهذا الاهتمام على الأقل في الأوساط البحثية. فقد دُرست الأعراض الجانبية لوسائل منع الحمل بأفضل ما يكون في الدول المتقدمة، حيث من الممكن أحياناً مراقبة مجموعة كبيرة من النساء على فترات زمنية طويلة - على سبيل المثال من خلال الخدمة الصحية القومية البريطانية، أو منظمة كايسر - بيرمانتي (Kaiser - Permanente) للخدمات الصحية في كاليفورنيا. ونتيجة لتحليل ونشر هذه البيانات، فإن خيار المخاطرة النسبية لا المطلقة تسبب في حدوث بعض الفوضى وسوء الفهم.

وقامت دراسة لـ هارلاب وآخريين (Harlap et al) بعمل ممتاز في مراجعة الأدبيات ووضع الاستنتاجات في منظورها الصحيح.^{٢١} وعلى سبيل المثال، يزيد استعمال موانع الحمل الفموية الوفيات بمرض الأوعية الدموية القلبية بين النساء الأكثر تقدماً في السن والمدخنات، ولكنه (أي استعمال موانع الحمل الفموية) أيضاً ينقذ حياة الكثيرين كما يوضح جدول ٢ في الولايات المتحدة. ولا يعكس عدد الوفيات المرتبط بمختلف أنواع نظم منع

جدول ٢. الوفيات السنوية المقدرة وفق السن ونظام منع الحمل في الولايات المتحدة

نظام منع الحمل	سن ٢٠-٢٤	سن ٣٠-٣٤	سن ٤٠-٤٤
بدون أية طريقة	٥٤	٦٣	٢٠٦
بدون أية طريقة واجهاض	٢٠	١٩	٥٣
غشاء/ غشاء	١١	٠٩	٣١
وسيلة ما بين الرحم	٠٢	٠١	٠٦
منع حمل فموي	١٣	١٨	١٩
هرمونية طويلة المدى	٠٦	٠٨	٠٦
تعقيم أنبوبي	١٢	١١	١٣

Source: S. Harlap, K. Kost, and J. Darroch Forrest, *Preventing Pregnancy, Protecting Health: A New Look at Birth Control Choices in the United States* (New York: Alan Guttmacher Institute, 1991) pp. 98-99.

الحمل آثارها الجانبية فحسب بل أيضاً خطر الموت أثناء الحمل غير المخطط. ولهذا السبب فإنه تُنسب بعض الوفيات إلى طرق ليس لها آثار جانبية خطيرة معروفة - على سبيل المثال الغشاء الواقي من الحمل.

كذلك يلقي البحث المكثف الذي يجري الآن، الضوء على المرض الذي يتسبب ويُمنع بفعل طرق منع الحمل. فمن حيث الأعراض الجانبية التي تكون خطيرة بدرجة تكفي لإدخال المرأة المعنية المستشفى، فإن استعمال موانع الحمل الفموية يتوقع أن يكون مرتبطاً بإدخال ١٣٣ حالة إضافية إلى المستشفى في الولايات المتحدة كل عام في كل ١٠٠ ألف مستخدمة لهذه الطريقة في سن ١٥ حتى سن ٢٢.٤٤ ومعظم حالات الإدخال إلى المستشفى هذه (٩٣ حالة) ستكون مرتبطة بمرض المثانة الصفراء، وسبعة بالسرطان التوسعي وأربعة بمرض الأوعية القلبية. ومن ناحية أخرى، يُقدر أن أكثر من ١٥٠٠ حالة ادخال للمستشفى سيكون بالإمكان تفاديها كل عام في نفس العدد من الناس (أي ١٠٠ ألف) عند استعمال موانع الحمل الفموية. ومعظم حالات الادخال إلى المستشفى هذه ستكون لعمليات قيصرية (١٠٧٥)، واجهاض ذاتي (٢٦٥) وحبل خارجي (١٣٩) التي كان من الممكن أن تحدث أثناء الحمل الذي تم تفاديه باستعمال موانع الحمل الفموية. وبالإضافة إلى ذلك، وفي نفس هذا العدد من النساء. سيمنع استعمال منع الحمل الفموي إدخال حالات للمستشفى بسبب الأكياس المبيضية (٨٧ حالة في العام) ومرض الثدي الحميد (٢٣)، وسرطان المبيض وبطانة الرحم (٥) من بين حالات أخرى.

ولسوء الحظ هناك معلومات أقل بكثير من الدول النامية، رغم أن الباحثين لم يجدوا دليلاً على آثار جانبية خطيرة أخرى أو نسبة وفيات أعلى نتيجة لاستعمال موانع الحمل. وأجريت دراسات على الوفيات الانجابية موازية في بالي في أندونيسيا، والمنوفية في مصر في أوائل الثمانينات على أيدي فورتني (Fortney) وزملائها. ٣٣ وكانت الاستنتاجات بصورة عامة منسجمة مع الاستنتاجات من الدول النامية. وفي كل من الموقعين، كان أمام المستخدمات لموانع الحمل الفموية في سن الـ ٣٠ أو الأكبر سناً خطر الموت من أمراض الأوعية القلبية بمقدار ضعف الخطر الذي يهدد اللواتي لا يستعملنها. وحتى مع ذلك فإن

المخاطرة المطلقة بالموت نتيجة لاستخدام موانع الحمل كانت أقل: أربع وفيات في المنوفية واثنتان في بالي لكل ١٠٠ ألف مستعملة لها في العام. وبالمقارنة كان الحبل والولادة أخطر ١٢٠ مرة من استعمال موانع الحمل لمدة سنة في بالي و٤٨ مرة أخرى أخطر في المنوفية.

وهكذا، عندما تؤخذ أدبيات مخاطر وفوائد موانع الحمل ككل، فإن ما يظهر هو النتيجة القائلة إن الحمل، على المستوى السكاني، هو أكثر خطورة دائماً من استعمال موانع الحمل.

الأمراض المنقولة جنسياً

على النقيض من وفيات الولادة، فإن الأمراض المنقولة جنسياً (STDs) مشكلة صحية عامة خطيرة في كل من الدول المتقدمة والنامية. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فإنه في عام ١٩٩٠ وحده، كان هناك ٢٥٠ مليون حالة جديدة من حالات الأمراض المنقولة جنسياً بين الرجال والنساء، فيهم ١٢٠ مليون مصابون بالتريكومونياس (Trichomoniasis)، و٢٥ مليون بالسيلان (gonorrhoea)، و٢٠ مليون بهيريس الأعضاء التناسلية (genital herpes)، و٣٥ مليون بالسفلس (Syphilis)، و٢٥ مليون بالتهاب الكبد من نوع B (hepatitis B)، و٢ مليون بالقرحة التناسلية (chancroid)، و٢ مليون بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، وهو الفيروس الذي يسبب نقص المناعة المكتسبة أو الإيدز (AIDS).^{٣٤} ورغم أن هناك نقصاً خطيراً في أنظمة الإبلاغ عن مثل هذه الحالات^{٣٥}، إلا أنه يبدو فعلاً أن حدوث الكثير من الأمراض المنقولة جنسياً وانتشارها آخذ في الازدياد. وزيادة على ذلك، يبدو أن هناك أثراً تداوياً بين الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وغير ذلك من الأمراض المنقولة جنسياً، وخاصة تلك التي تسبب إصابة الأعضاء التناسلية (وهكذا توفر مداخل لدخول مرض نقص المناعة البشرية).

والعواقب الصحية لمئات الملايين من الحالات الجديدة من الأمراض المنقولة جنسياً كل عام هي عواقب مذهلة. فهي تشمل الآلام المزمنة في البطن عند النساء، ومشقة واحتمال تآكل الأعضاء التناسلية عند الرجال والنساء، وفقر الدم وإصابات العين التي تؤدي إلى العمى عند الأطفال الرضع المصابين بالمرض عند الولادة. ومع أن معظم هذه الحالات يمكن

السيطرة عليها بالعلاج، إلا أن الكثير منها ليس كذلك. وحظي مرض الإيدز بمعظم العناية، ولكن الأمراض المنقولة جنسياً يمكن أن تؤدي إلى تعقيدات مميتة كذلك. وتضم هذه التعقيدات ولادة الجنين ميتاً والحمل الخارجي وسرطان عنق الرحم.^{٣٦}

كما يمكن للأمراض المنقولة جنسياً أن تؤثر أيضاً على الخصوبة. وأكثر الآثار المؤكدة هي عدم الخصوبة المرتبطة بجرح قنوات فالوب (fallopian tube)، ويحدث هذا في معظم الأحيان عند وجود المرض الحوضي الإلتهابي (PID) والذي ينشأ غالباً من عدوى السيلان والكلاميديا (Chlamydia). وأفضل إجراء لأثر الأمراض المنقولة جنسياً على الخصوبة لا يضم عدم الخصوبة بل أيضاً ضعف الخصوبة المرتبطة بـ «الهدر الحَملي» (على سبيل المثال إسقاط الجنين بسبب السفلس) وكذلك وفيات الأطفال المرتبطة بهذه الأمراض (مثل الوفيات التي يسببها الهريس أو الإيدز). والمشكلة التراكمية لعدم الانجاب مشكلة حادة بصفة خاصة في أجزاء من جنوب الصحراء الأفريقية؛ ففي الغابون، هناك ٣٢ بالمائة من الأزواج ليس لديهم أطفال بصورة خارجية عن إرادتهم؛ وفي الكونغو وزائير تصل هذه النسبة إلى ٢١ بالمائة.^{٣٧} وبالمقارنة فإن أقل من خمسة بالمائة من الأزواج في الولايات المتحدة يعانون من هذه المشكلة.

الانعكاسات على البرامج والسياسات

انصبَّ التأكيد الأعظم في برامج الصحة الإنجابية كما جرى تطويرها على مدى العقود القليلة الماضية على تشجيع التخطيط الأسري وتوفير العناية بعد الولادة. وهذا التأكيد يعود في جزء منه إلى تأثير أهداف السياسات التي لا تتعلق مباشرة بصحة المرأة في حد ذاتها - ومن أهم هذه الأهداف، تخفيض النمو السكاني وبقاء الأطفال على قيد الحياة. وجرى في السنوات الأخيرة جهد جاد لتوضيح أن برامج التخطيط الأسري ورعاية الأطفال بعد الولادة هي أيضاً هامة لصحة المرأة، ولإستخدام العناية بصحة المرأة كسبب منطقي آخر لدعم تلك البرامج. وفي الحقيقة، فإن البيانات الوبائية تظهر فعلاً أن التخطيط الأسري يمكن أن يكون هاماً للعناية بالنسبة لصحة المرأة.

ولكن مبادئ الحقوق التي تعرّضنا لها فيما سبق تقتضي تأكيداً مختلفاً إلى حدّ ما في

السياسات والبرامج الخاصة بالصحة الإنجابية. ولربما كانت أفضل طريقة للتعبير عن الفرق بين الطريقة الأكثر تقليدية والطريقة التي يعبر عنها في هذا الفصل هي هذه: إننا لا نبدأ بالسؤال عما إذا كان نوع معين من البرامج يحسّن من صحة المرأة أم لا، بل بالسؤال عن ما هي طبيعة مشاكل المرأة الصحية، وبعد ذلك نسأل أي البرامج هي الأفضل للتصدي لهذه المشاكل.

وهذا يعني البدء من منظور للصحة، وبخاصة ما يتعلق بالجنس والانجاب - كما تمارسها النساء. ومن نقطة البداية هذه، لا يكفي أن نوضح أن تدخلاً ما من قبل نظام الرعاية الصحية، من خلال الدراسات الوبائية، مرتبط بتحسينات على صحة النساء. ومن وجهة نظر المرأة، فإن أي تدخل معين يحسّن من صحتها قد لا يكون له معنى أو أهمية إذا كان هذا الإجراء أو التدخل يتجاهل ما تراه هي أنه يمثل مشاكلها الصحية الحقيقية. وفي الحقيقة، قد يكون الإجراء أو التدخل أسوأ من مجرد كونه لا معنى أو أهمية له، لأن نظام الرعاية الصحية الذي يتوجّه بصورة كبيرة جداً إلى أهداف (سواء جرى التعبير عنها في مصطلحات صحية أو مصطلحات أخرى مثل المصطلحات السكانية) لا تتفق مع أوليات المرأة في حياتها، يمكن أن يعمل فعلاً ضد الاستراتيجيات التي طوّرتها هي لضمان بقائها وبقاء أسرتها على قيد الحياة، بل ومن الممكن أن تقضي على جهودها في التحكم في وجودها الجنسي والإنجابي.

وقد يكون هذا التناقض بين إدراك المرأة لصحتها ورفاهيتها وإدراك النظام لما يعتبره «خيراً» لها أو مجتمعتها الأوسع حتى هو المسؤول جزئياً عن الفجوة المزعجة بين معرفة النساء بالتخطيط الأسري مقرونة برغبتهم في تنظيم خصوبتهن من ناحية وانتشار استعمال موانع الحمل من جهة أخرى.^{٣٩}

وتوفّر باكستان مثلاً حسناً على ذلك. إذ على الرغم من أن لديها برنامجاً من بين أوائل البرامج الرسمية للتخطيط الأسري في العالم (أنشئت رابطة باكستان للتخطيط الأسري عام ١٩٥٣)، إلا أن انتشار استعمال موانع الحمل ظل منخفضاً (١٢ بالمائة) وظلت نسبة المواليد عالية جداً. وإجمالي معدل المواليد (أي إجمالي عدد المواليد الذين يمكن أن تنجبهم

المرأة في المتوسط عند مستويات المواليد الحالية) هو ٦٠.٦٨٨^{٤٠} وتشير المحاولات الرامية لتحليل مكمّن الخطأ في البرنامج الباكستاني، أول ما تشير، إلى استراتيجيات جانب الإمداد وبرامج «الإغراق في موانع الحمل» في الستينات وأوائل السبعينات. ومن الواضح أن هذه البرامج عانت من سوء الإدارة وغيرها من المشاكل الفنية وفشلت في الاعتراف بأن نسبة المواليد العالية كانت مرغوبة اجتماعياً وكان يُنظر إليها على أنها منطقية اقتصادياً للكثير من الأسر.^{٤١} وفي السنوات التي أعقبت ذلك، غيّر البرنامج من استراتيجياته للتأكيد على خلق الطلب والتسويق الاجتماعي لبعض أنواع موانع الحمل. ومع ذلك فإن انتشار موانع الحمل لم يكّد بالكاد يتزحزح عما هو عليه.

وتلمّح الدراسات المسحية الحديثة للنساء اللواتي أوضحت أن «طلباتهن لم تلب» بنسبة ٥٨ بالمائة ومعرفة بموانع الحمل بنسبة ٥٠ بالمائة لأسباب المشكلة الحقيقية. فالنساء في باكستان وقعن في مأزق مزدوج. فالقوانين والعادات والسياسات تُقيد بصورة صارمة قدرتهن على الحصول على التعليم والمهارات أو فرص العمل التي قد تُغيّر من أنماط اعتمادهن الاقتصادي الذي يتعارض مع قدرتهن على القيام بالخيارات المستقلة ذاتياً حول حياتهن، والذي (أي اعتماد النساء الاقتصادي) يستمر في جعل عدد المواليد العالمي أكثر الطرق ضماناً للأمن الاجتماعي والاقتصادي. ومما يزيد الأمر سوءاً، فشل برنامج التخطيط الأسري الباكستاني في التصدي لهذه المشاكل الملحة، تاركاً النساء لا حول ولا قوة لهن كما كان الأمر في السابق.

فالبرنامج الذي تسيرُه، أولاً وقبل كل شيء، الأهداف الديموغرافية لا يقوم بأية محاولة فعلاً لتحديد حاجات ورغبات النساء اللواتي يمثلن زبائنه.^{٤٢} وزيادة على ذلك، يتشكّل البرنامج على ضوء المواقف الاجتماعية التي تنكر على المرأة الوكالة عن نفسها بصورة كاملة (على سبيل المثال، عن طريق فرض شرط موافقة الأسرة والزوج على خدمات موانع الحمل، وبخاصة الإجهاض). وبالنتيجة، لا تكاد الخدمات تكون قد بدأت التصدي لقضايا الصحة الجنسية والإنجابية بنفس الأولوية التي تريدها النساء. ولا يثير سوى القليل من العجب القول إنه حتى النساء اللواتي يرغبن في إيجاد الطرق للتحكم في خصوبتهن لم يقمن بالإفادة من

خدمات التخطيط الأسري الحكومية، بعد أن وقعن بين برائن البنى الاجتماعية التي تنكر عليهن الحقوق الأساسية من جهة والخدمات الصحية التي لا تظهر سوى القليل من الاهتمام بحاجاتهن الاجتماعية أو الجسمانية أو الفزيولوجية من جهة أخرى.

وهكذا، فإن إعادة تكوين المفاهيم حول أي القضايا هي اللازمة للصحة الإنجابية هي شرط مسبق لتطوير البرامج والسياسات التي تمكن النساء من تحقيق قدر أكبر من السيطرة على حياتهن. ولكن القول ببساطة أنه يتوجب على النظام صياغة القضايا الصحية كما تراها النساء وكما يجربنها لا يعدو كونه الخطوة الأولى. فالمعطيات الوبائية تجعل من الواضح بصورة وفيرة أن الخيارات في مجال الصحة الإنجابية ليست واضحة كالشمس؛ فهي تتطلب جميعاً وبلا استثناء الموازنة بين المخاطر والفوائد.

وأحد الأسئلة الهامة بالنسبة لبرامج الخدمات، إذن، هو وجهة نظر من حول المخاطر ينبغي أن تحكم الخيارات التي سيجري تبنيها حول حياة المرأة كفرد بالنسبة للحمل وولادة الأطفال؟ وينبغي أن يكون الجواب على هذا السؤال واضحاً: ينبغي أن يتوافر للمرأة أفضل معلومات ممكنة حول مخاطر وفوائد الخيارات المتاحة؛ وينبغي أن يسمح لها بتقدير تلك المعلومات في إطار حياتها الخاصة بها؛ وينبغي أن يسمح لها باتخاذ القرارات حول شؤونها الجنسية وحول الحمل و/أو ولادة الأطفال بناء على حساباتها هي للعوامل اللازمة لذلك.

ولا بد من احترام حق المرأة الأساسي في اتخاذ هذه القرارات من قبل البرامج الصحية، لأن هذا الحق موجود في القانون فحسب^{٢٣}، بل أيضاً لأنه يتعلق بالصحة في الأساس كذلك. فقدرة المرأة على السيطرة على حياتها الإنجابية والجنسية الخاصة بها هي نفسها لها انعكاسات على صحتها ورفاهيتها ككل^{٢٤}. وببساطة، فإن هذا الخيار له «قيمة صحية» في حق ذاته. وبالنتيجة، فحتى في المجتمعات التي تكون حياة النساء فيها مقيدة بسلسلة عريضة من القوانين والعادات، فإن الثقة بخيارات المرأة واحترامها يمكن أن يكون لها ولا بد أن يكون لها مكانة صريحة وواعية وإيجابية في برامج الصحة الإنجابية.

وتدعم معطيات متزايدة وجهة النظر القائلة إن البرامج التي تفشل في احترام قدرات المرأة على تقييم السلسلة الكاملة للظروف التي تؤثر على حياتها لن تكون ناجحة على المدى

الطويل. وليست المشكلة في برامج التخطيط الأسري هي نقص الطلب - فالنساء يرغبن في أن يكنَّ قادرات على التحكم في خصوبتهن.^{٤٥} فالعدد المذهل من الوفيات من عمليات الإجهاض السريَّة من المؤكَّد أنها شاهد على هذه الحقيقة. والمشكلة في برامج تخطيط الأسرة هي في ضعف نوعية هذه البرامج. وتظهر التجربة أنه حيثما تكون برامج التخطيط الأسري محكومة خاضعة لسيطرة الأهداف الديموغرافية، وحيثما تقدِّم الخدمات بطريقة تستبعد أو لا تحترم رأي المرأة فيما يتعلق بصحتها ورفاهيتها هي، فإن المرأة سترفض في خاتمة المطاف «الانصياع» إلى التوصيات التي يقدمها الأوصياء حول «ما هو خيرٌ وما هو شرُّ لها».

وعلى العكس من ذلك، توضع العديد من الدراسات أن برامج التخطيط الأسري التي توجَّه للوقائع والضغوط على حياة النساء - التي تجعل الحصول الفعلي للمعلومات المفيدة وتوفِّر هذه المعلومات وتقدِّم مختلف الطرق للإفادة منها، وتعامل النساء وخياراتهن بالاحترام اللازم - ستكون أكثر نجاعة.^{٤٦} وتوضح الدراسات أنه كلما كانت الطرق المختلفة المتاحة أوسع قاعدة، كلما زاد عدد الأزواج الذين سيستفيدون من هذه الطرق. فقد وجد لابهام (Lapham) ومولدن (Mauldin)، على ضوء بيانات من ٣٦ دولة، أن انتشار موانع الحمل يزداد بحوالي ١٢ بالمائة بالنسبة لكل طريقة إضافية تعرض للاستعمال؛ وبصورة عامة، فإن الدول التي تقدِّم خمس أو ست طرق يتاح الوصول لها في الحال ينتشر استعمال موانع الحمل فيها بأكثر من ضعف الدول التي لا تقدم سوى طريقة أو طريقتين.^{٤٧}

ومن نواحي أخرى كذلك، لم تكن العلاقة بين برامج التخطيط الأسري والأمراض المنقولة جنسياً علاقة مريحة تماماً. وعلى سبيل المثال، يشكُّل الاعتماد الحالي على أساليب منع الأمراض المنقولة جنسياً والتي هي أيضاً أساليب لمنع الحمل في الوقت ذاته قصوراً خطيراً في الخيارات المتاحة للنساء، وخاصة لأن أكثر الأساليب الخاصة بمنع الأمراض الجنسية شيوعاً وفعالية - الكوندوم (Condom) - يقع تحت سيطرة الرجال. وهناك حاجة إلى المزيد من الأبحاث لايجاد طرق يمكن للنساء من خلالها أن يحملن دون أن يتعرضن للإصابة. وطالب شتين (Stein) وآخرون بتطوير مبيدات للجراثيم تسمح بالحمل ولكنها تمنع الإصابة.^{٤٨} وفي الوقت الحاضر يتعرَّض عدد كبير من النساء للأمراض المنقولة جنسياً وهن

يحاولن أن يحملن؛ ويرى البعض أن الموارد المخصصة لتطوير التكنولوجيات التي تحسّن هذه القضية لم تكن تسير على قدم المساواة مع حجم المشكلة.^{٤٩}

وبالمثل، يمكن للتخطيط الأسري أن يقلل من وفيات الولادة، ولكنه (أي التخطيط الأسري) لا يستطيع مساعدة المرأة على القيام بالحمل الآمن. ولا يمكن أن يقوم بذلك إلا في حالة الوصول إلى العناية التوليدية الطارئة. ومع ذلك، فإن مثل هذه العناية نادراً ما تحظى بالأولوية التي من المؤكد أنها تستحقها. وفي أغلب الأحيان، تتركس برامج «الأمومة الآمنة» مواردها لبرامج الغربة المصممة للتعرف على النساء المعرضات للخطر الشديد. ولا يمكن تبرير هذه البرامج لا على أسس صحية ولا على أساس التكلفة. وغالباً ما يقول مخططو البرامج أن الرعاية التوليدية الطارئة هي باهظة التكلفة. وعلى أية حال، أصبح في العديد من الدول النامية (مثل الهند وبنغلادش) بالفعل هيكلية صحية تتألف من المستشفيات والمراكز الصحية والأطباء والمرضين والمرضات وأعضاء الهيئات شبه الطبية المساعدة. حقيقة تقوم الحكومة والناس بدفع تكاليف هذه الخدمات الصحية، ولكن أنظمتها لا تعمل بصورة حسنة. وماذا سيكون أقل جدوى اقتصادية من دفع تكاليف شيء لا تتلقاه؟

وفي الدول الأخرى، فإن البنية الأساسية أضعف من ذلك بكثير. وحتى في هذه الحالة، فإن توفير الرعاية التوليدية الطارئة قد تكون ذات جدوى اقتصادية إذا ما قيست من حيث فعاليتها بالنسبة لتكاليفها. وعلى سبيل المثال، فإن تدريب القابلات التقليديات (TBAs) قد يكون زهيد التكلفة بالنسبة للقبالة المتدربة الواحدة، ولكن تدريب القابلات التقليديات لا يستطيع منع أو معالجة معظم التعقيدات التوليدية. ولذلك، فإنه مقابل تلافي الوفاة الولادية الواحدة، فإن تدريب القابلات التقليديات أكثر تكلفة بكثير من تحسين مستوى المراكز الصحية لتوفير الرعاية التوليدية الطارئة الأساسية ومن تحسين المستشفيات في الأقاليم وذلك من أجل توفير الرعاية الطارئة الشاملة. فقد وجدت دراسة حاولت استكشاف الجدوى الاقتصادية لهذا الأمر أن تدريب القابلات التقليديات وتوفير العناية بعد الولادة كانت تكلف، لتلافي الحالة الواحدة من وفيات الولادة، أكثر من ثلاثة أضعاف تكلفة توفير التخطيط الأسري أو تكلفة تحسين المراكز الصحية والمستشفيات الإقليمية.^{٥٠}

والمبدأ الذي يُطالب به في هذا المقال - وهو أن برامج التخطيط الأسري ينبغي أن تصمّم لمساعدة النساء على التحكم في حياتهن الإنجابية - لا ينبغي أن يفهم على أنه يستثني الرجال من برامج الصحة الإنجابية. ومن الواضح أن البرامج التي تعالج مقاومة الذكور لموانع الحمل والتخطيط الأسري ستساعد النساء على تنفيذ الخيارات التي يقررن اللجوء لها. وعلى الرغم من أنه من الأمور الهامة أيضاً الاعتراف بدور الرجال بالنسبة للجنس وموانع الحمل والتخطيط الأسري ومسؤولياتهم نحو هذا الدور، إلا أنه ينبغي الحرص على ضمان أن إشراك الرجال في ذلك لا يحدّ من الاستقلالية الذاتية للنساء، كما ورد في التقارير أن الأمر كذلك على سبيل المثال، في البرامج التي تستهدف الرجال في باكستان.^{١١} ومما لا شك فيه، أن هذا يعني أنه لا يوجد هناك طريقة «صحيحة» واحدة فقط لإشراك الرجال في برامج الصحة الإنجابية؛ ومن المؤكد أن الكثير من القرارات، من مثل فيما إذا كان من اللازم دمج البرامج للرجال والنساء أو فصلها عن بعضها بعضاً، سيتوقف على الاعتبارات المحلية الثقافية منها والعملية.

وزيادة على ذلك، ففي كل بيئة من البيئات، هناك أيضاً حاجات صحيّة جسمانية وسيكولوجية لها علاقة بالإنجاب، مثل التحكم في المواليد وتجنّب الأمراض الجنسية. وحيثما قامت البرامج عالية النوعية ذات الحواجز القليلة للحصول عليها بمخاطبة الحاجات الصحية الإنجابية للرجال، كانت النتائج إيجابية. وعلى سبيل المثال، قامت رابطة التخطيط الأسري في هندوراس بإيجاد خدمات كلينيكية شعبية خاصة بالرجال. وفي مدينة نيويورك تقوم جامعة كولومبيا بتشغيل عيادة للشباب من الرجال، تعنى بالحاجات الخاصة للبالغين الذكور؛ ويتعامل البرنامج مع الرجال في المراحل الأولى من نشاطهم الجنسي وظل يكافح لتلبية حاجات الطلب المتّسع. وفي بعض الأوضاع، تجتذب البرامج التي تتعامل مع النساء والرجال كأزواج قطاعات أخرى من الناس الذين تقوم على خدمتهم.^{١٢}

استخدام البيانات ومحدوديتها

يمكن أن يساعد تمييز المخاطر على المستويات السكانية والكلينيكية والفردية على توضيح أي وجهات النظر التي تطرحها البيانات هي الأكثر ما تكون ملاءمة للتصدي للمشاكل التي يواجهها مختلف صانعو القرارات. وقد أوضح هذا البحث، على سبيل المثال أن استخدام

المخاطرة النسبية غير ملائم في العادة لتصميم برامج الصحة الإنجابية لأنها لا تساعد على التعرف على الأولويات من منظور السكان (الصحة العامة)، أو منظور المرأة على حدة وحتى في الأوضاع الكلينيكية، فإن التأكيد على المخاطرة النسبية قد يكون مُشكلاً لأنه يعكس وجهة نظر المختص الكلينيكي وليس وجهة نظر المرأة. وفي نهاية الأمر، فإن أية وجهة نظر ينبغي أن تحكم اتخاذ القرار هي مسألة علمية خاصة بالصحة أقل مما هي مسألة أخلاقية ومتعلقة بالسياسات في مسائل الحقوق.

ومبادئ الحقوق الإنجابية التي بدأنا في توضيحها يمكن لها أن تساعد على الإجابة على هذه الأسئلة. ويمكن لإبقاء الحقوق في مقدمة المناقشة حول الصحة أن يأتي بمنظور لازم لاستعمال البيانات الوبائية على المستوى السياسي الأوسع كذلك. وتساعد قضيتان محددتان متعلقان ببيانات المخاطرة قمتا بمناقشتهما في هذا البحث على توضيح هذه النقطة. الأولى تتعلق بالاستعمالات السياسية لبيانات مخاطر منع الحمل. والثانية تتعلق بمفاهيم الجماعات المعرضة للمخاطرة في تاريخ المحاولات للسيطرة على انتشار الأمراض الجنسية.

والبيانات التي توضح أن منع الحمل دائماً تقريباً تمثل مخاطر وفاة أدنى مما يمكن لولادة الأطفال أن تفعله تبرر - أو حتى تستوجب - جعل مواعيد الحمل متاحة ويمكن الحصول عليها لجميع النساء. ولكن البيانات نفسها استخدمت لتبرير البرامج السكانية التي لا تُعطى النساء بموجبها سوى القليل من خيار منع الحمل أو لا تعطى أي خيار على الإطلاق. وهذه هي الحال، على سبيل المثال، في فيتنام (حيث تقدم برامج التخطيط الأسري وسائل لداخل الرحم (IUDs)، بصورة محدودة تقريباً) وفي أجزاء من الهند (حيث لا زال التخطيط الأسري يركز على التعقيم)^{٥٣}. وكما يبحث ديكسون - مولر (Dixon - Muller) وجيرمين (Germain) في مقالة ينتقدان فيها الاعتماد على مفهوم ضيق جداً للمخاطرة النسبية، فإن مثل هذه السياسات لا تتجاهل المستويات المختلفة للمخاطرة بين مختلف الجماعات النسائية فحسب، ولكنها تفشل في الاعتراف بسلسلة واسعة من الاهتمامات الصحية الأخرى وغير الصحية وبالطريقة التي يمكن لأي امرأة أن تقيّم هذه الاهتمامات في إطار حياتها الخاصة.^{٥٤}

وهذه البرامج، في أسوأ حالاتها، يمكن أن تصل إلى حدّ القسر عندما تنكر على المرأة الحصول على المعلومات أو الخيارات فيما يتعلق بموانع الحمل، بينما، في الوقت ذاته، تزرع

الخوف في قلبها عندما تبلغ في مخاطر ولادة الأطفال. وفي الحقيقة، فإن برامج توصيل الخدمات التي تركز على تحقيق انصياح المريضات لتوصيات الجهات المزودة للخدمات وتجاهل القضايا التي قد تكون هامة بصورة حاسمة في حياة المرأة كفرد تنزع إلى تغذية المواقف التنازلية - أي النظر للنساء وكأنهن عاجزات عن القيام بالإختيار «الصحيح» حول صحتهن.^{٥٥} وحيثما تتضمن السياسات السكانية أهدافاً تقوم على «الذين يتقبلون الموانع» التي ينبغي على القائمين على توفير الرعاية الصحية تحقيقها وإلا أصبحوا عرضة للجزاءات، فإن الوضع يصبح معداً لإساءة الاستعمال.^{٥٦}

وأدى استعمال البيانات الصحية لتبرير برامج التخطيط الأسري ذات النوعية السيئة، وحتى القسرية إلى فتح النيران من قبل الكثيرين من نشطاء الصحة والحقوق. ومع ذلك فإن هذه البيانات ذاتها استخدمت من قبل أعداء مثل هذه السياسات للمبالغة في مخاطر موانع الحمل، وللدعوة، على ذلك الأساس، لسياسات ستقوم بمنع بعض أنواع موانع الحمل كلية أو تجعل الحصول عليها معقداً بصورة غير ضرورية، وعلى سبيل المثال، تقوم بعض جماعات نشطاء صحة المرأة في الولايات المتحدة وفي دول أخرى بالعمل على حظر نوربلانت (Norplant) كلية، بدلاً من العمل على تحسين الخدمات لارشاد الزبائن وإزالة هذه الوسيلة بناء على طلب ذلك.^{٥٧}

ومسألة أي مستوى من مستويات السلامة ينبغي البرهنة عليه وأي نوعية من الخدمات ينبغي أن يكون متاحاً قبل توزيع أي نوع من موانع الحمل ينبغي توزيعه مسألة شائكة وصعبة. ولكن القشل في الاعتراف بوجود اختلافات واسعة في حاجات وإدراك سلامة/مخاطر النساء فرادى - وحقهن في الحصول على المعلومات والوسائل اللازمة لعمل الخيارات القائمة على المعرفة حول التحكم في انجابيتهن الخاصة بهن - يمكن أن يكون متجاهلاً لحقائق حياة النساء عندما يأتي الأمر من نشطاء الصحة بقدر ما يأتي من أصحاب الدعوة للتحكم في عدد السكان. والأمر المشترك بين هذه المحاولات المختلفة للتأثير على سياسات منع الحمل هو الاعتقاد الضمني أن كل نصير لسياسة من السياسات يعرف ما هو الأفضل للنساء. ومثل هذا الاعتقاد ينبغي الاعتراف بأنه موجود وبالتالي رفضه؛ ولا ينبغي أن يسمح له أن يختفي وراء ما يفترض أنه حياد أو موضوعية البيانات.

وهناك طرق أخرى، ربما كانت حتى أكثر مكرراً (أي نامية على نحو تدريجي إلى حد

يمكنها من الرسوخ قبل أن تكتشف)، من الطرق التي بموجبها جرى استغلال بيانات المخاطرة لتشجيع برامج اجتماعية وسياسية. ولاستعمال الأدلة التي تبدو موضوعية وعلمية لتبرير الإجراءات، التي تتخفى وراء تحسين الصحة، المصممة لتنظيم سلوك النساء فرادى اللواتي حياتهن تتحدى - سواء بالاختيار أو بالضرورة - المعايير التقليدية للزوجية والأمومة تقليد طويل في القانون والسياسات.^{٥٨} ولا يبدو هذا أكثر وضوحاً مما هو في مجال تنظيم الأمراض الجنسية، حيث عانت صحة النساء الإنجابية من مجموعة من الإهمال واللوم، والتي غالباً ما تصبح ممأسسة من خلال البرامج القائمة على التمثيل غير الدقيق للمخاطرة.^{٥٩}

وتاريخ جهود السيطرة على الأمراض الجنسية حافل بالمغامرات السيئة،^{٦٠} ومع ذلك لا تبدو الكثير من السياسات الحالية قد استفادت من الدروس الماضية الهامة. ووباء إلقاء اللوم المرتبط بوباء الإيدز المتفشي يوفر مثلاً حديثاً.^{٦١} فقد غدّت الدراسات الوبائية في أوائل الثمانينات الفكرة الشائعة القائلة بالجماعات شديدة التعرض للمخاطر والتي أصبحت الترامبولين (أو المنصة البهلوانية) للتمييز ضد جماعات الأقليات غير المحبوبة مثل الهائيتين والرجال المخنثين في الولايات المتحدة.

وعلى الرغم من الأدلة من الدول الأخرى على مخاطر فيروس المناعة البشرية (HIV) على النساء، إلا أنه لم تجر دراسة هذه المخاطر بصورة مناسبة في الولايات المتحدة - وذلك، إلى حدٍ كبير نتيجة للمفهوم السائد أن الإيدز هو متلازمة خثوية رجالية.^{٦٢} وقامت الآن الوكالات الرسمية مثل مراكز السيطرة على الأمراض والبرنامج العالمي عن الإيدز التابع لمنظمة الصحة العالمية، التي ساعدت على تشكيل الاستجابة العالمية للإيدز، بإعادة تعريف علم الأعراض الكلينيكي للإيدز كي يشمل الإصابات الانتهازية التي تعاني منها النساء بصورة فريدة بحيث يمكن الآن تحديد عددها. كما انتقلت أيضاً بعيداً عن العنوان القائل بـ **المجموعات المعرضة للمخاطر الشديدة** إلى التركيز على **السلوك القائم على المخاطر الشديدة**. ومن نواحي كثيرة، على أية حال، فإن ردود الفعل على هذه البيانات جاءت قليلة جداً ومتأخرة كثيراً. وذلك، في الحقيقة، لأن المومسات، في أجزاء كثيرة من العالم، يستثنين من برامج منع الإيدز بحجة أنهن حاملات للعدوى.^{٦٣} وتوضح الكثير من الدراسات أن نسبة كبيرة من المومسات هن حاملات لفيروس نقص المناعة، ولكن القليل من هذه الدراسات توضح أن معظم النساء حاملات هذا الفيروس لسن مومسات.^{٦٤}

وهنا فإن نسبة (من نَسَبَ) المنع المستهدف معقد بصورة مضاعفة. وليس مستغرباً، أن النساء كنّ مستهدفات لأنه ينظر لهن على أساس أنهن مسؤولات بصورة فريدة عن الوظيفة الإنجابية، وبخاصة وأن نقل فيروس نقص المناعة قبل الولادة هي مشكلة متنامية. ولكن النساء بالإضافة إلى ذلك مستهدفات لأنه ينظر لهن على أنهن الناقل الرئيسي لنقل الإيدز بين البالغين من السكان، وفي معظم الأحوال من خلال البغاء. وهكذا فإن النساء المصابات بفيروس نقص المناعة يخاطرن بالوقوع في الحجز في الكثير من الدول، بما فيها الولايات المتحدة.^{٦٥} ورغم أنه يلاحظ أحياناً أن النساء أكثر احتمالاً أن يصبن بالفيروس خلال تعرضهن لمرة واحدة مع الرجال أكثر مما هو عليه الحال بالعكس^{٦٦}، فإن نقل الإيدز عن طريق لقاء الجنس الآخر (أي الجماع الطبيعي) أصبح أحياناً دعوة لاستهداف المومسات، ولكن ليس زبائهن الذين ينقلون الإصابة إلى أسرهم في بيوتهم. ولا نعني بهذا القول أن البرامج الخاصة بالتصدي لبائعات الهوى هي برامج سيئة التوجيه أو لا لزوم لها؛ ولكننا على أية حال نعترض عندما تكون هذه البرامج هي محط الاهتمام الرئيسي للبرامج القومية أو أنها تُعلن بطريقة تضع اللوم على بائعات (أو بائعي) الهوى وتقلل من أهمية مصادر المخاطرة الأخرى.

الاستنتاج

حاول هذا الفصل إضاءة الطرق التي تستخدم فيها الدراسات الوبائية أو يساء استخدامها كدليل للسياسات والبرامج التي تؤثر على الصحة الإنجابية للنساء. ويرى هذا الفصل أن المخاطرة النسبية لا تكون عادة القياس الملائم للمخاطرة، لأنها لا تعكس منظور الزبائن ولا الانعكاسات الصحية العامة المحتملة. وتحتاج البرامج والسياسات أن تسترشد أولاً وقبل كل شيء باحترام الكرامة الأساسية والحقوق الخاصة بالنساء كبشر. ولب هذه الحقوق هو احترام قرارات المرأة، وهي التي لا تقوم على الاعتبارات الصحية فحسب بل على اعتبارات شخصية واقتصادية وعملية مختلفة كذلك. ولا يمكن أن تكون البرامج التي ترغم أنها تشجّع الصحة الإنجابية ناجحة بصورة تامة ما لم توفر للنساء المعلومات والوسائل اللازمة لتنفيذ حسابات المخاطرة/الفائدة الخاصة بهن.

Notes

¹ S. Abdul A'la Maududi, *Purdah and the Status of Women in Islam* (Lahore: Islamic Publications LTD., Ninth Edition, 1987, first published in 1993 in Urdu and translated into English in 1972), p. 121. Maududi, an internationally recognized scholar of Islam, was the head of the right-wing, fundamentalist political party in Pakistan, the Jamaat-e-Islami.

² M. Luther, "The Estate of Marriage," (1552) in Volume 45 of Luther's Works, *The Christian in Society II* (Philadelphia, PA: Muhlenberg Press, 1962), p. 46.

³ L. Gordon, *Woman's Body, Woman's Rights*, revised edition (New York: Penguin Books, 1990); and A. McLaren, *Reproductive Rituals* (New York: Methuen & Co., 1984).

⁴ S.M. Gifford, "The Meaning of Lumps: A Case Study of the Ambiguities of Risk," in C.R. James, R. Stall, and S.M. Gifford (eds.), *Anthropology and Epidemiology: Interdisciplinary Approaches to the Study of Health and Disease* (Dordrecht, Holland: D. Reidel, 1986), p. 220.

⁵ *Ibid.*, p. 233.

⁶ R.J. Cook, *Human Rights in Relation to Women's Health* (Geneva: World Health Organization (WHO), 1993).

⁷ Abdullahi Ahmed An-Na'im, *Toward an Islamic Reformation: Civil Liberties, Human Rights, and International Law* (New York: Syracuse University Press, 1990); and R. Thandabantu Nhalapo, "International Protection of Human Rights and the Family: African Variations on a Common Theme," *International Journal of Law and the Family*, Vol. 3, 1989, pp. 1-20.

⁸ A.R. Omran and C.C. Standley (eds.), *Family Formation Patterns and Health: An International Collaborative Study in India, Iran, Lebanon, Philippines, and Turkey* (Geneva: WHO, 1976).

⁹ In the United States, this problem is receiving attention in the Women's Health Equity Act, an omnibus legislative package consisting of 32 separate pieces of legislation now pending in the U.S. Congress (e.g., Pharmaceutical Testing Fairness Act, H.R.2795); and R.L. Kirschstein, "Research on Women's Health," *American Journal of Public Health*, Vol. 81 (1991), pp. 291-293.

¹⁰ F. Tazhib, "Vesico-Vaginal Fistula in Nigerian Children," *The Lancet* (7 December 1985), pp. 1291-93.

¹¹ *Ibid.*

¹² M. Murphey, "Social Consequences of Vesico-Vaginal Fistula in Northern Nigeria," *Journal of Biosocial Science*, Vol. 13 (1981), pp. 139-150.

¹³ According to the World Health Organization (WHO), maternal mortality is "the death of a woman during pregnancy or within 42 days of the termination of pregnancy, irrespective of the duration or site of pregnancy, from any cause related to or aggravated by the pregnancy or its management, but not from accidental causes." Since induced abortion is, in effect, a form of pregnancy management, abortion deaths are included. See WHO, *International Classification of Diseases 9* (Geneva: WHO, 1977).

¹⁴ C. AbouZahr and E. Royston, *Maternal Mortality: A Global Factbook* (Geneva: WHO, 1991).

¹⁵ R.W. Rochat, in *Preventing the Tragedy of Maternal Deaths: A Report on the International Safe Motherhood Conference, Nairobi, February 1987*, A. Starrs (ed.), (Washington, DC: World Bank, 1987), p. 13.

¹⁶ U.S. Department of Health and Human Services, *Vital Statistics of the United States 1988* (Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1991); and R.C. Carriere, "Why the Other Half Dies—Maternal Mortality in Bangladesh," statement at the First International Conference on Obstetrics and Gynecology, UNICEF, Dhaka, 11 December 1992.

¹⁷ D. Nortman, *Parental Age as a Factor in Pregnancy Outcomes*, Reports on Population/Family Planning No. 16 (New York: The Population Council, 1974).

¹⁸ L.C. Chen et al., "Maternal Mortality in Rural Bangladesh," *Studies in Family Planning*, Vol. 5, No. 11 (November 1974), pp. 334-341.

¹⁹ J. Hobcraft, J. McDonald, and S. Rutstein, "Child Spacing Effects on Infant and Early Childhood Mortality," *Population Index*, Vol. 49, No. 4 (1983), pp. 585-618.

²⁰ A. Rosenfield and D. Maine, "Maternal Mortality: A Neglected Tragedy: Where is the 'M' in 'MCH'?" *The Lancet*, Vol. 2 (15 July 1985), pp. 83-85.

²¹ K.A. Harrison, "Predicting Trends in Operative Delivery for Cephalopelvic Disproportion in Africa," *The Lancet*, Vol. 335 (7 April 1990), pp. 862-862.

²² S. Harlap, K. Koat, and J. Darroch Forrest, *Protecting Pregnancy, Protecting Health: A New Look at Birth Control Choices in the United States* (New York: Alan Guttmacher Institute, 1991), p. 95.

²³ D. Maine, *Safe Motherhood: Options and Issues* (New York: Center for Population and Family Health, 1991).

²⁴ F.M. Coeytaux, "Induced Abortion in Sub-Saharan Africa: What We Do and Do Not Know," in *Studies in Family Planning*, Vol. 19, No. 3 (May/June 1988), pp. 186-190.

²⁵ M.A. Koenig et al., "Maternal Mortality in Matlab, Bangladesh: 1976-85," in *Studies in Family Planning*, Vol. 19, No. 2 (March/April 1988), pp. 69-80.

²⁶ *Ibid.*, p. 77. The reason is that increased use of contraceptives "led to a shift in the pattern of childbearing away from one high-risk group (older, high parity women) but toward another subgroup with equivalent or even higher mortality risks (younger, nulliparous women)."

²⁷ Kasongo Project Team, "Antenatal Screening for Fetopelvic Dystocias: A Cost-Effectiveness Approach to the Choice of Simple Indicators for Use by Auxiliary Personnel," *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, Vol. 87, No. 4 (August 1984), pp. 173-183. See also A.M. Greenwood et al., "A Prospective Study of the Outcome of Pregnancy in a Rural Area of The Gambia," *Bulletin of the WHO*, Vol. 65, No. 5 (1987), pp. 635-643.

²⁸ *Ibid.*

²⁹ I. Loudon, "On Maternal and Infant Mortality 1900-1960," *Social History of Medicine* Vol. 4, No. 1 (April 1991) pp. 29-73. This fact was further demonstrated by a study of maternal mortality in the Faith Assembly of God, a religious community in the United States whose members do not make use of modern medical care, even in emergencies. This community is prosperous, and its members are well educated and well fed. Yet, in 1982 alone, there were 872 maternal deaths per 100,000 live births in this community. This is about 100 times higher than the level of maternal mortality in the U.S. population as a whole, and even higher than the current level cited for Bangladesh (see note 14).

³⁰ V. Beral, "Reproductive Mortality," *British Medical Journal*, Vol. 2 (1979), pp. 632-634.

³¹ Harlap et al., *op. cit.*

³² *Ibid.*, p. 89.

³³ J. Fortney et al., "Reproductive Mortality in Two Developing Countries," *American Journal of Public Health*, Vol. 76 (1986), pp. 134-138.

³⁴ WHO, "Sexually Transmitted Infections Increasing—250 Million New Infections Annually," *WHO Features*, Vol. 152 (December 1990), pp. 1-6.

³⁵ G.M. Antel, "The World Picture," in *Sexually Transmitted Diseases: Proceedings of a Conference Sponsored Jointly by the Royal Society of Medicine of the RSM Foundation 1975* (New York: Academic Press, 1976), pp. 25-31.

³⁶ Population Reports, "Controlling Sexually Transmitted Diseases," Series L, No. 9 (June 1993).

³⁷ A. Meheus, "Women's Health: Importance of Reproductive Tract Infections, Pelvic Inflammatory Disease and Cervical Cancer," in *Reproductive Tract Infections*, A. Germain et al. (eds.), (New York: Plenum Press, 1992).

³⁸ J.R. Wilkie, "Involuntary Childlessness in the United States," *Zeitschrift Fur Bevolkerungswissenschaft*, Vol. 10, No. 1 (1984), pp. 37-52.

³⁹ S.W. Sinding, J. Ross, and A. Rosenfield, "Seeking Common Ground: Unmet Need and Demographic Goals," *International Family Planning Perspectives*, Vol. 20, No. 1 (March 1994), pp. 23-27. For a critique of the definition of "unmet need" and "unmet demand," see also R. Dixon-Mueller and A. Germain, "Stalking the Elusive Unmet Need," *Studies in Family Planning*, Vol. 23, No. 5, (September/October 1993), pp. 330-335.

⁴⁰ United Nations, *World Population 1992* (New York: United Nations, 1992). A recent review of the demographic data on Pakistan concludes that estimates of the total fertility rate in the 1980s range from 6.0 to 6.9 and that "there is no consensus on the fertility levels in Pakistan." Z.A. Sathar, "The Much-Awaited Fertility Decline in Pakistan: Wishful Thinking or Reality?" *International Family Planning Perspectives*, Vol. 19, No. 4 (December 1993), pp. 142-146.

⁴¹ W.C. Robinson, M.A. Shah, and N.M. Shah, "The Family Planning Programme in Pakistan: What Went Wrong?" *International Family Planning Perspectives*, Vol. 7, No. 3 (September 1981); and Z.A. Sathar, *Population Policy and Demographic Change in Pakistan*, Seminar on 8th Five-Year Plan, Planning Commission, Government of Pakistan, December 1991.

⁴² Sathar, *Population Policy and Demographic Change in Pakistan*, op. cit.

⁴³ Article 16, "Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women," 18 December 1979, U.N. Doc. A/RES/34/180; L.P. Freedman and S.L. Isaacs, "Human Rights and Reproductive Choice," *Studies in Family Planning*, Vol. 24, No. 1 (1993), pp. 18-30; and R.J. Cook, "International Protection of Women's Reproductive Rights," *New York University Journal of International Law and Politics*, Vol. 24 (1992), pp. 647-727.

⁴⁴ R. Dixon-Mueller, *Population Policy and Women's Rights* (Westport, CT: Praeger, 1993).

⁴⁵ Sinding, Ross, and Rosenfield, op. cit. See also Dixon-Mueller and Germain, op. cit.

⁴⁶ J. Ross, M. Rich, and J. Molzan, *Management Strategies for Family Planning Programs* (New York: Center for Population and Family Health, Columbia University School of Public Health, Columbia University School of Public Health, 1989) and the sources cited therein.

⁴⁷ R.J. Lapham and W.P. Mauldin, "Contraceptive Prevalence: The Influence of Organized Family Planning," *Studies in Family Planning*, Vol. 16, No. 3 (May-June 1985), pp. 117-137.

⁴⁸ Z. Stein, "HIV Prevention: The Need for Methods Women Can Use," *American Journal of Public Health*, Vol. 80 (1990), pp. 460-462.

⁴⁹ C.J. Elias and L. Heise, "The Development of Microbicides: A New Method of HIV Prevention for Women," Working Paper No. 6 (New York: The Population Council, 1993).

⁵⁰ Moine, op. cit., pp. 46-53.

⁵¹ International Planned Parenthood Federation, Open File, November 1993, p. 8, citing Depthnews Women's Feature, August 1993.

⁵² One example of a reproductive health program that includes both separate services for men and women and services designed to treat men and women as couples is the main STD/HIV clinic run by the Trinidadian government in Port-of-Spain.

⁵³ J. Allman et al., "Fertility and Family Planning in Vietnam," *Studies in Family Planning*, Vol. 22, No. 5 (September/October 1991), pp. 308-317.

⁵⁴ A. Germain and R. Dixon Mueller, "Whose Life Is It Anyway? Assessing the Relative Risks of Contraception and Pregnancy," *Four Essays on Birth Control Needs and Risks* (New York: International Women's Health Coalition, 1993).

⁵⁵ J.A. Gupta, "People Like You Never Agree to Get It: Visit to an Indian Family Planning Clinic," *Reproductive Health Matters*, No. 1 (May 1993).

⁵⁶ Davidson Gwatkin, "Political Will and Family Planning: The Implications of India's Emergency Experience," *Population and Development Review*, Vol. 5, No. 29 (1979).

⁵⁷ B. Mintzes, A. Hardon, and J. Hanhart (eds.), *Norplant: Under Her Skin* (The Netherlands: Women's Health Action Foundation and WEMOS, 1993).

⁵⁸ See, for example, C. Smart, "Disruptive Bodies and Unruly Sex: The Regulation of Reproduction and Sexuality in the Nineteenth Century," in C. Smart (ed.), *Regulating Womanhood: Historical Essays on Marriage, Motherhood and Sexuality* (New York: Routledge, 1992); R. Hubbard, M.S. Henifin, and B. Fried (eds.), *Biological Woman: The Convenient Myth* (Cambridge, MA: Schenkman Publishing Co., Inc., 1982); V. Sapiro (ed.), *Women, Biology, and Public Policy* (Newbury Park, CA: Sage Publications, 1985); and S.J. Gould, *The Mismeasure of Man* (New York: W.W. Norton, 1981).

⁵⁹ The combination of blame and neglect is not confined to STD regulation. Wendy Chavkin has pointed out that there are relatively few drug treatment programs in the United States that will accept pregnant women. Yet rather than ensure that such women can get treatment, women are often demeaned and penalized for the potential harm to which they may be exposing the fetus, and in some instances are even imprisoned to prevent further drug use. See "Drug Addiction and Pregnancy: Policy Crossroads," *American Journal of Public Health*, Vol. 80, No. 4 (April 1990), pp. 483-487.

⁸⁰ A. Brandt, *No Magic Bullet: A Social History of Venereal Disease in the United States Since 1880*, exp. ed. (New York: Oxford University Press, 1987); and J.R. Walkowitz, *Prostitution and Victorian Society: Women, Class, and the State* (New York: Cambridge University Press, 1980).

⁸¹ Renée Sabatier et al., *Blaming Other: Prejudice, Race, and Worldwide AIDS* (Washington, DC: Panos Institute, 1988).

⁸² E. Fee and N. Krieger, "Understanding AIDS: Historical Interpretations and the Limits of Biomedical Individualism," *American Journal of Public Health*, Vol. 83, No. 10 (October 1993), pp. 1477-860.

⁸³ N. Ferenic, P. Alexander, G. Slutkin, and P. Lamptey, "Effectiveness and Coverage of Sex-Work Interventions in Developing Countries," *AIDS Health Promotion Exchange*, Vol. 1 (1992), pp. 14-16.

⁸⁴ Elias and Heise, op. cit., pp. 6-7.

⁸⁵ R. Bayer and A. Fairchild-Carrino, "AIDS and the Limits of Control: Public Health Orders, Quarantine, and Recalcitrant Behavior," *American Journal of Public Health*, Vol. 83, No. 10, pp. 1471-1476; and *AIDS and the Law*; see also M. Bruyn, "Women and AIDS in Developing Countries," *Social Science and Medicine*, Vol. 34, No. 3 (1992), pp. 249-262.

⁸⁶ European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV, "Comparison of Female to Male and Male to Female Transmission of HIV in 563 Stable Couples," *British Medical Journal*, Vol. 304, pp. 809-813.