

Distr.
GENERAL

E/CN.9/1998/3
19 December 1997
ARABIC
ORIGINAL: ENGLISH

المجلس الاقتصادي والاجتماعي



لجنة السكان والتنمية
الدورة الحادية والثلاثون
٢٣-٢٧ شباط/فبراير ١٩٩٨
البند ٤ من جدول الأعمال المؤقت*
إجراءات متابعة توصيات المؤتمر
الدولي للسكان والتنمية: الصحة
والوفيات، مع التركيز بشكل خاص
على الصلات بين الصحة والتنمية
وعلى نوع الجنس والسن

رصد برامج السكان: الخبرة البرنامجية في تنفيذ
الأنشطة المتعلقة بالصحة والوفيات

تقرير الأمين العام

موجز

أعد صندوق الأمم المتحدة للسكان هذا التقرير وفقاً لبرنامج عمل لجنة السكان والتنمية المتعدد السنوات والمحدد المواضيع والأولويات الذي اعتمده المجلس الاقتصادي والاجتماعي في قراره ٥٥/١٩٩٥. والموضوع المحدد لعام ١٩٩٨ هو الصحة والوفيات، مع التركيز بشكل خاص على الصلات بين الصحة والتنمية وعلى نوع الجنس والسن.

والغرض من هذا التقرير هو تقديم نظرة عامة على نطاق الأنشطة التي اضطلع بها في المجالين المذكورين أعلاه والتي ظهرت استجابة للحاجة الملحة إلى تحسين نوعية الحياة والصحة في البلدان النامية. وقد تم الإعراب عن هذه الحاجة بطريقة واضحة في المؤتمرات الدولية، وأخصها المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وفي السياسات والبرامج الوطنية. ويعكس التقرير ردود البلدان النامية على استبيان أرسل إليها من خلال ممثلي صندوق الأمم المتحدة للسكان. وقد وردت ردود من ١٣٠ بلداً، كما أجاب على الاستبيان ٨٠ من المنظمات غير الحكومية والمنظمات المتعددة الأطراف والمنظمات الحكومية الدولية.



المحتويات

<u>الصفحة</u>	<u>الفقرات</u>	
٣	٣ - ١	أولا - مقدمة
٤	١٥ - ٤	ثانيا - الصحة والتنمية
٤	٩ - ٤	ألف - الإصلاح والتمويل في مجال الصحة
٥	١١-١٠	باء - تحسين نوعية الحياة
٦	١٥-١٢	جيم - تلبية احتياجات الفئات الخاصة
٧	١٩-١٦	ثالثا - الرعاية الصحية الأولية وقطاع الرعاية الصحية
٩	٢٤-٢٠	رابعا - بقاء الطفل ونماؤه
١٠	٣٦-٢٥	خامسا - صحة المرأة
١٢	٣٦-٣١	الأمومة والأمونة
		سادسا - فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)
١٤	٤٢-٣٧	
١٦	٤٦-٤٣	سابعا - الدعم الدولي غير الحكومي
١٨	٤٩-٤٧	ثامنا - البحوث الصحية
١٨	٥٠	تاسعا - الاستنتاجات

أولا - مقدمة

١ - الغرض من هذا التقرير هو تقديم نظرة عامة على نطاق الأنشطة التي اضطلع بها في مجالي الصحة والوفيات، مع التركيز بشكل خاص على الصلات بين الصحة والتنمية وعلى نوع الجنس والسن، في البلدان التي يتضمنها برنامج صندوق الأمم المتحدة للسكان، وذلك منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد بالقاهرة، مصر، في أيلول/سبتمبر ١٩٩٤^(١). ويعكس التقرير الردود التي وردت من هذه البلدان من خلال ممثلي الصندوق. وهو يقوم السياسات والأنشطة البرنامجية التي قامت تلك البلدان بتنفيذها من أجل تحسين الصحة وتخفيض معدل الوفيات. ووفقا للمواضيع المحددة في الفصل الثالث من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، تم التركيز بصفة خاصة على الإجراءات التي اتخذت لتعزيز الرعاية الصحية الأولية وقطاع الرعاية الصحية، وللنهوض ببقاء الطفل وصحته وبصحة المرأة والأمومة المأمونة، ولإبطاء انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز).^(٢)

٢ - وللحصول على المعلومات اللازمة لإعداد هذا التقرير، تم إرسال استبيان إلى ١٢٠ بلدا من البلدان النامية من خلال ممثلي الصندوق. وقد وردت ردود من ٨٠ بلدا و ١١ منظمة من المنظمات غير الحكومية والمنظمات الحكومية الدولية والمنظمات المتعددة الأطراف تفصيلها كما يلي: ٢٩ من أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، و ١٨ من آسيا والمحيط الهادئ،^(٣) و ٦ من الدول العربية، و ٤ من أوروبا والبلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة الانتقال، و ٢٣ من أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي، و ٧ من المنظمات غير الحكومية الدولية، و ١ من المنظمات الحكومية الدولية، و ٣ من وكالات الأمم المتحدة.

٣ - وكان معدل الاستجابة لطلب المعلومات من المكاتب القطرية هو ٥٧ في المائة. وكان المعدل بالنسبة لأفريقيا (٦٣ في المائة)، وآسيا والمحيط الهادئ (٦٤ في المائة)، وأمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي (٧٠ في المائة)، وهكذا كان معدل الاستجابة مرضيا وإن لم يكن هو المعدل الأمثل. ولأسباب مفهومة لم تستطع معظم بلدان البرنامج في آسيا الوسطى والبلدان التي تمر بحالات طوارئ استيفاء الاستبيان. وكان السبب في انخفاض مستوى الاستجابة من البلدان العربية وأوروبا (٢٣ في المائة) هو في المقام الأول عدم استيفاء الاستبيان من جانب دول الخليج وبلدان شرق أوروبا والبلدان التي خلفت الاتحاد السوفياتي سابقا. وكان معدل الاستجابة من المنظمات الدولية غير الحكومية هو ٢٣ في المائة، بينما لم يزد معدل الاستجابة من المنظمات الحكومية الدولية عن ٢ في المائة. وقد تم الحصول على هذه المستويات من الاستجابة بعد تقديم الطلب الأولي وإرسال تذكيرين لتقديم المساعدة إلى جميع المستجيبين المحتملين. وكان معدل الاستجابة بالنسبة للبلدان التي يوجد بها ممثلون مقيمون للصندوق هو ٧٤ في المائة.

ثانيا - الصحة والتنمية

ألف - الإصلاح والتمويل في مجال الصحة

٤ - تزيد التقارير بوجود نوعين من الإصلاح في قطاع الرعاية الصحية. الأول ينطوي على مراجعة منهجية لتدريب الموظفين ولتقديم ورصد الخدمات وغير ذلك من خصائص النظام استجابة لبرنامج عمل مؤتمر الأمم المتحدة للسكان والتنمية. ويشمل ذلك على وجه الخصوص التركيز على الإرشاد، وتعزيز منظور الصحة الإنجابية، والتركيز على صحة المراهقين. ويجري إدماج النهج المنقحة في الأنشطة الحالية - ويتم ذلك، على سبيل المثال، عن طريق التدريب أثناء الخدمة - كما يجري تكييفها مع مناهج وخطط الخدمات الجديدة ومقدمي هذه الخدمات. ومن الأمثلة الجيدة على ذلك ما يجري في نيبال، حيث تم اعتماد خطة طويلة الأجل للصحة تركز على بقاء الطفل وعلى الصحة الإنجابية.

٥ - والنوع الثاني من الإصلاح أكثر عمقا وقد ينطوي على تغيير أساسي في نظام الرعاية الصحية. وقد أفادت ١٢ بلدا من البلدان الأفريقية بأنها اتخذت خطوات للبدء في مثل هذا الإصلاح. وفي مدغشقر تم إدخال نظام اللامركزية ومشاركة المجتمع المحلي وتحقيق التكامل بين الأنشطة على الصعيد المحلي، ويصحب ذلك تعزيز قطاع الصحة على صعيد المناطق.

٦ - والبلدان الآسيوية التي أجابت على الاستبيان تفيد كلها تقريبا (١٧ من ١٩) بأنها تتخذ إجراءات لتنقيح وإصلاح قطاع الصحة. ففي بنغلاديش تبذل الحكومة جهودا، بمساعدة من البنك الدولي، لبحث الإصلاحات اللازمة لتحقيق التكامل بين خدمات الرعاية الصحية الأولية ولتقديم هذه الخدمات. كما تقوم مصر ببذل جهد مماثل يساعدها فيه البنك الدولي. وفي كمبوديا وأذربيجان يتم الربط بين الإصلاحات في مجال الصحة والتغييرات التي يتم إدخالها في وسائل التمويل الصحي. وفي عدد من البلدان، مثل تايلند، يجري الربط الوثيق بين السياسات المتعلقة بالصحة والسياسات العامة الرامية إلى تحسين نوعية الحياة. وهناك عدد من البلدان بدأت فيها هذه الجهود لتوها. وقد أنشأت حكومة اليمن لجنة لإصلاح الصحة برئاسة أحد الوزراء هدفها وضع مبادئ توجيهية وسياسة جديدة للإصلاح.

٧ - ووفقا للهدف المحدد في برنامج العمل والذي يحث الحكومات على "أن تسعى إلى جعل الخدمات الصحية الأساسية أكثر استدامة من الناحية المالية... عن طريق الاستفادة بصورة ملائمة من الخدمات المجتمعية، ومشاريع التسويق الاجتماعي ومشاريع استعادة التكلفة، بهدف توسيع نطاق وتحسين نوعية الخدمات المتاحة"^(٤)، فقد أخذت بلدان كثيرة تتخلى عن تقليد التمويل الكامل للرعاية الصحية الأساسية من الإيرادات الحكومية لتأخذ بترتيبات بديلة. وقد أفادت ١٢ بلدا من بلدان أفريقيا بأنها تأخذ بنظام دفع الرسوم مقابل الخدمات ونظام استعادة التكاليف، كما شرعت بلدان أخرى في برامج للتمويل تشمل الصناديق الدائرة للعقاقير، ورسوم المختبرات، ودفع مقابل جزئي أو كلي للخدمات الأخرى. وقد اعتمدت السنغال استراتيجية تستند إلى مبادرة باماكو وطبقتها في ٤٥ منطقة من المناطق الصحية، حيث يتعين على المرضى دفع رسوم مقابل الاستشارات الوقائية أو العلاجية لتغطية التكاليف المتكررة. ويعتمد تمويل

الوظائف الصحية على تلك الرسوم. كذلك يدفع المرضى مقابلًا للعقاقير الأساسية. وفي كل من الإصلاحات التي ورد ذكرها هنا يتم التركيز بقدر أكبر على توفير الرعاية الصحية الأولية وزيادة فرص الحصول على الخدمات. وفي ١٥ بلداً على الأقل من البلدان الأفريقية فإن نظام التأمين الصحي الذي يوفره القطاع الخاص هو نظام يجري اختباره كمشروع تجريبي، أو هو نظام مسموح به قانوناً، أو هو نظام متاح.

٨ - أما دفع رسوم المستشفيات ورسوم الاستعمال فقد أفادت التقارير أيضاً بأنه سياسة متبعة في آسيا، حيث يتم في بنغلاديش وكمبوديا وماليزيا استرداد تكاليف الخدمات جزئياً أو كلياً. وفي كثير من هذه البلدان نفسها تم إفساح المجال للأخذ بنظام التأمين الصحي. وهناك برامج للتأمين الصحي يجري تطبيقها فعلاً في عدد من بلدان آسيا. وتشمل هذه البرامج تغطية عمال الحكومة وبعض موظفي القطاع الخاص في ١٠ بلدان - منها إندونيسيا وتايلند وجمهورية إيران الإسلامية والفلبين. كما اعتمدت اليمن سياسة يتم بمقتضاها تشجيع اقتسام التكاليف، ويطلب إلى المجتمع المحلي تحمل مسؤولية إدارة الخدمات الصحية والمشاركة في نظام استعادة التكاليف.

٩ - وفي الوقت نفسه، ووفقاً كذلك لبرنامج العمل، فإن برامج زيادة فرص الحصول على الخدمات وجعلها متاحة ومقدوراً عليها من الناحية المالية يراد بها تقليل الفوارق التي تحد من إتاحة الخدمات الصحية للقراء. وعلى الصعيد القطري، فإن برنامج الصحة الإيجابية في بوتان يستهدف زيادة نسبة الحوامل اللاتي يحصلن على خدمات ما قبل الوضع بتوجيه هذه الخدمات إلى من لا يستطيعن دفع تكاليف الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص. وفي جمهورية إيران الإسلامية، فإن الجهود التي تبذل في مجال الإعلام والتثقيف والاتصالات والموجهة إلى الفقراء قد شجعت على زيادة استخدام شبكة الرعاية الصحية الأولية وسعت إلى تقليل الفوارق في الحالة الصحية بين من يعيشن في المدن ومن يعيشن في أنأى مناطق البلد. وتخفيض رسوم الخدمات الصحية المقدمة إلى الفقراء أو إلغاء هذه الرسوم في جمهورية كوريا وغيرها من البلدان يسعيان إلى تحقيق هدف مماثل. كما أن زيادة عدد مراكز تقديم الخدمات في كل من الفلبين ونيبال سوف يضيف الفئات المحرومة. وثمة بلدان عديدة أخذت تستجيب لاحتياجات السكان الأصليين بزيادة عدد المرافق، كما أن تدريب مقدمي الخدمات على اللغات المناسبة وعلى الممارسات الثقافية والاجتماعية سوف يمكنهم على تلبية احتياجات تلك الفئات على وجه أفضل.

باء - تحسين نوعية الحياة

١٠ - ينص برنامج العمل على أنه "ينبغي أن تعبر جميع البلدان أولوية للتدابير الرامية إلى تحسين نوعية الحياة والصحة عن طريق كفالة بيئة آمنة وصحية للمعيشة بالنسبة لجميع فئات السكان"^(١). وكثيراً ما يظهر توفير المياه النقية والمرافق الصحية في البرامج والسياسات التي تركز على نوعية الحياة والبيئة. وفي بلدان مثل إريتريا وجزر القمر تتضمن البرامج القطرية توجيه الأولوية على الصعيد الوطني إلى توفير المياه المأمونة والمرافق الصحية، كما تم في السنغال اعتماد مدونة للقواعد الصحية يتم تطبيقها حتى مستوى المجتمع المحلي. وثمة بلدان أخرى في آسيا والشرق الأوسط وأمريكا اللاتينية قد أخذت تستجيب بوضع

سياسات وبرامج لزيادة الوعي واتخاذ إجراءات لمنع زيادة تلوث الهواء وتدهور البيئة. وفي منطقة جنوب المحيط الهادئ، اعتمدت البلدان سياسات وبرامج تدعو إلى مفهوم "الجزر الصحية".

١١ - وتقدم الفلبين مثالا واضحا لاستراتيجية "الأماكن الصحية" التي يجري تنفيذها من خلال الدعوة إلى توفير المرافق الصحية الأساسية والقضاء على كل ما يهدد البيئة. وتركز هذه الاستراتيجية على تشجيع العادات الصحية في المدارس؛ وتجديد التزام الوحدات الحكومية المحلية والمنظمات غير الحكومية والقطاعين الخاص والعام بزيادة توفير المرافق الصحية في المرافق السكنية والمؤسسات الغذائية والأسواق وجعل هذه الأماكن أكثر ملاءمة للصحة؛ وتشجيع أماكن العمل الصحية، والمركبات غير المسببة للتلوث، والشوارع النظيفة الصحية. والغرض من زيادة وعي الجمهور هو الحفز إلى العمل على توفير البيئة المأمونة والصحية. وتشارك السياسات والبرامج المعمول بها في عدد من البلدان الآسيوية الأخرى، ومنها جمهورية كوريا ونيبال، في هذا التركيز على توفير البيئة المعيشية المأمونة والصحية والمتمتع بالمرافق الصحية.

جيم - تلبية احتياجات الفئات الخاصة

١٢ - أخذت السياسات والبرامج الصحية المتصلة بالعمل تظهر كعناصر هامة في الخطط الإنمائية بعدد من البلدان. وتوفير الخدمات الصحية بمكان العمل يكون أحيانا متاحا لأفراد الأسرة كما هي الحال في أوغندا وناميبيا وهذه الخدمات يمكن تقديمها أو تمويلها بواسطة القطاع الخاص أو بواسطة منظمة غير حكومية أو بواسطة الحكومة. وفي بلدان أخرى تم الشروع في إصلاح السياسات من أجل النهوض بصحة العمال وحمايتهم عن طريق إصدار تشريع للصحة المهنية أو نظام من هذا القبيل. كذلك تم التأكيد في السياسات التي اعتمدت في عدد من بلدان آسيا على ضرورة حماية صحة العمال وسلامتهم. فني فيجي تنص الشروط الجديدة على إجراء فحص طبي للمتقدمين لشغل الوظائف، كما تم إصدار تشريع خاص بالتعويضات الصحية لمساعدة من لحق بهم ضرر في مكان العمل نتيجة لوجود ظروف غير صحية. واعتمدت الهند سياسة لحماية خدم المنازل، كما وضعت الفلبين مدونة للصحة والسلامة المهنيين لحماية فئات كثيرة من العمال.

١٣ - وتوجد في عدد من البلدان سياسات وطنية لمساعدة المحرومين. وتنص هذه السياسات على رعاية وعلاج العميان وغيرهم من المعوقين. وقد أخذت الحكومات تدرك على نحو متزايد ازدياد انتشار الإعاقة وضرورة الوقاية منها وعلاجها. وفي اثيوبيا والرأس الأخضر والسنغال، على سبيل المثال، يجري تنفيذ برامج إيجابية لإعادة التأهيل الجسماني والتدريب من أجل تعزيز الاكتفاء الذاتي من الناحية المالية. وفي بلدان عديدة تسهم المنظمات غير الحكومية إسهاما كبيرا في البرامج الخاصة بالعجزة والمعوقين. ففي جمهورية أفريقيا الوسطى تعمل المنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية في تعاون وثيق مع الحكومة في برامج من أجل المعوقين. كما أصدرت جمهورية كوريا تشريعا لحماية المعوقين وتوفير سبل الحصول على المعلومات والانتفاع بالمرافق. وتقدم المساعدة المالية من أجل تشخيص المشاكل الصحية، كما تم التوسع في خدمات إعادة التأهيل الطبي لزيادة عدد المرافق وتخفيض الرسوم الطبية بالنسبة للمعوقين ذوي الدخل المنخفض. كما يتم تقديم الدعم لجهود مماثلة في الفلبين، مع التركيز على مساعدة الأسر في

مواجهة ظروف أفرادها المعوقين وعلى تقديم الدعم لبرامج بناء القدرات من أجل تنمية الاعتماد على الذات وتنمية الاستقلال. وتفيد التقارير بوجود سياسات وبرامج للمعوقين في ١١ بلدا في آسيا. وتشمل هذه السياسات والبرامج عادة تقديم المساعدة من المنظمات غير الحكومية ومن الحكومات في توفير التدريب والدعم للقادرين على العمل وفي إجراء البحوث وتقويم الأسباب وعلاج العجز.

١٤ - وتوجد البرامج والسياسات الخاصة بدعم احتياجات المسنين أكثر ما توجد في بلدان آسيا. ففي جمهورية كوريا توجد سياسات وبرامج لمساعدة المسنين على أن تكون لهم حياتهم المستقلة في البيت. وفي باكستان والفلبين وفيجي وماليزيا، قامت المنظمات غير الحكومية بدور كبير بالتعاون مع الحكومات في إقامة المساكن وتوفير التدريب ومواجهة الاحتياجات الصحية. وفي بنغلاديش تتمثل برامج المسنين لاحتياجاتهم والاستجابات المؤسسية لاحتياجاتهم في إنشاء معهد طب الشيخوخة وتشكيل اللجنة الوطنية المعنية بالشيخوخة على المستوى الوزاري. وتقوم المنظمات غير الحكومية بدور نشط في نشر الوعي بين السكان باحتياجات المسنين. كذلك يجري إدخال تجديداً هامة في أفريقيا حيث تفيد التقارير بوجود برامج تتصدى للاحتياجات الصحية للمسنين في بلدان مثل جمهورية تنزانيا المتحدة والسنتغال وملاوي وموزامبيق. كما تفيد التقارير بوجود برامج لتوفير الدعم الاجتماعي والدعم في مجال الإسكان في عدد من البلدان؛ وفي كثير من هذه البرامج تتعاون المنظمات غير الحكومية مع الحكومة في تلبية احتياجات هذه الفئة من السكان التي يتزايد عددها تزايداً سريعاً.

١٥ - وفي كل منطقة جغرافية وفي جميع البلدان يتزايد الوعي بأهمية السياسات والبرامج التي تتصدى للاحتياجات الصحية للمراهقين، بما في ذلك احتياجاتهم في مجال الصحة الإنجابية وهو مجال كان موضع إهمال في كثير من الأحيان. وفي كثير من البلدان، مثل إريتريا وبنغلاديش وجمهورية تنزانيا المتحدة والهند، فإن الزواج المبكر وما يعقبه من الحمل المبكر لا يمثلان فقط مخاطر صحية بالنسبة للشابات، ولكنهما يحولان أيضاً دون نموهن الاجتماعي الكامل ويقللان من الإسهام الذي يمكن أن تقدمه كل منهن في التنمية الاجتماعية وفي حياة المجتمع المحلي. ونتيجة للاعتراف بهذه الحقيقة تم في أوغندا وبوركينا فاصو وجمهورية أفريقيا الوسطى وزامبيا، على سبيل المثال، وضع سياسات وبرامج للنهوض بالصحة الإنجابية للمراهقين من خلال الخدمات التي يقدمها الشباب للشباب وتوفير مرافق الخدمات الميسرة للشباب. وقد قامت المنظمات غير الحكومية بدور كبير في تقديم المساعدة للمراهقين في تلك البلدان الأفريقية.

ثالثاً - الرعاية الصحية الأولية وقطاع الرعاية الصحية

١٦ - ينص برنامج العمل على أنه "ينبغي أن يكون توفير إمكانية الحصول على الرعاية الصحية الأساسية وتعزيز الصحة هما الاستراتيجيتان الرئيسيتان لجميع البلدان لخفض معدلات الوفيات والاعتلال".^(٧) ويبدو أن إمكانية الحصول على الخدمات الصحية الأساسية قد أخذت تتحسن في معظم البلدان التي استجابت للدراسة الاستقصائية التي قام بها صندوق الأمم المتحدة للسكان. فقد أخذ عدد مقدمي الخدمات يتزايد

من خلال التوظيف والتدريب. وتم الآن إعادة تدريب الموظفين الحاليين لزيادة مهاراتهم التقنية وتحسين نوعية الرعاية. وفي معظم البلدان، تم توفير مرافق ومعدات جديدة، كما يجري إعادة تجهيز المرافق القائمة. وفي حالات قليلة، منها زامبيا على سبيل المثال، تضيد البلدان بأن الموظفين يجري نقلهم إلى المناطق التي تقل فيها الخدمات. كما يجري دعم المزيد من مرافق تقديم المساعدة وزيادة توزيع الرعاية الصحية التي تقدم في المجتمعات المحلية. كذلك بُذلت بعض الجهود، في جنوب أفريقيا مثلاً، لتحويل الموارد من توفير مرافق الرعاية الثلاثية إلى مرافق الرعاية الأساسية. على أن هذه عملية صعبة تواجه بالمقاومة في كثير من الأحيان. والهدف العام هو تقليل متوسط المسافة بين مراكز تقديم الخدمات والمنتفعين بهذه الخدمات إلى 5 كيلومترات، وبذلك تزيد نسبة الأشخاص الذين يتاح لهم الانتفاع بهذه الخدمات. وليس هناك حتى اليوم اتفاق فيما بين البلدان على المعيار الذي يتبع في قياس إمكانية الوصول.

١٧ - وقد تصدت البرامج القطرية لمشكلة توفير خدمات الرعاية الصحية بتحسين المعايير التقنية والمعمارية وتدريب مقدمي الخدمات على المهارات الجديدة، بما في ذلك أساليب تقديم المشورة للعملاء، وزيادة التركيز على النهج السليمة ثقافياً فيما يتعلق بتقديم الخدمات. ومن ناحية العملاء، تؤكد بعض البلدان، ومنها إريتريا على سبيل المثال، على استخدام برامج الإعلام والتثقيف والاتصالات لتثقيف الجمهور فيما يتعلق بالرعاية الصحية والنهوض بالصحة وأهمية الاهتمام اهتماماً إيجابياً بصحة الفرد والأسرة.

١٨ - أما توزيع خدمات تنظيم الأسرة وخدمات الرعاية الصحية الأولية على صعيد المجتمع المحلي فهو أسلوب مستقر من أساليب الأنشطة البرنامجية في جميع المناطق. ويعزز الاعتماد على هذا النظام من أنظمة تقديم الخدمات القرارات المتعلقة بتحقيق اللامركزية في إدارة النظم الصحية حتى أدنى مستوى يمكن أن تعمل عليه هذه النظم بطريقة فعالة. ففي بنغلاديش وبوتان وبوتسوانا وفييت نام تقوم منظمات المجتمع المحلي وسكانه بدور مباشر في تنفيذ تقديم الخدمات، وفي نيبال، على سبيل المثال، تشتمل السياسة الصحية الوطنية على توفير الرعاية الصحية الأولية وتنظيم الأسرة على مستوى القواعد الجماهيرية من خلال مشاركة المجتمع المحلي في إدارة وتقديم الخدمات من خلال العيادات التي تحاول الاقتراب قدر الإمكان من المنتفعين. وتدير هذه العيادات مجموعات من المنتفعين، وذلك بتكوين لجنة للإدارة على الصعيد المحلي. وقد أفادت اليمن بأن المجتمع المحلي يشارك في وضع السياسة الصحية كما أن قادة المجتمع المحلي يشاركون في اختيار الخدمات التي تقدم. وفي نيجيريا، يشترك المجتمع المحلي في تخطيط البرامج في مشروع منظمة صحة المرأة؛ وفي رصد البرنامج وإدارته، وذلك عن طريق تشجيع تكوين لجان التنمية الصحية على مستوى القرى والمناطق وما تقوم به هذه اللجان من أنشطة، وفي تعبئة الموارد وتجديد المرافق الصحية.

١٩ - ويجري على نطاق واسع إدخال التعديلات والتنقيحات في المناهج الدراسية المتعلقة بالصحة استجابة لمجالات التركيز الجديدة التي أثارها المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. فقد قامت البلدان النامية كلها تقريباً بالتوسع في المناهج الدراسية الخاصة بالأطباء والعاملين في المجالات الصحية على صعيد المجتمع المحلي وغيرهم ممن يقدمون الخدمات الصحية بحيث تشمل هذه المناهج الصحة الإنجابية،

بما في ذلك تنظيم الأسرة، ضمن المناهج الدراسية الصحية الأساسية. وفي ماليزيا، تم إضافة مواد جديدة تتعلق بالاحتياجات الصحية للشباب وبصحة المرأة وصحة المسنين. ويلاحظ وجود تركيز خاص على مهارات تقديم الإرشاد في بوتسوانا وموزامبيق ونيجيريا وعدد من البلدان الأخرى.

رابعاً - بقاء الطفل ونماؤه

٢٠ - كانت برامج بقاء الطفل ونماؤه عندما بدأت في الثمانينيات تركز على رصد النمو، والرضاعة الثديية، والتحصين، واستخدام أملاح الإماهة الشفوية لمقاومة الاجتفاف الذي تسببه الملاريا. وكانت هذه الطرق الأربعة لإنقاذ حياة الطفل تتصدى للأسباب الرئيسية للاعتلال والوفاة خلال السنة الأولى وحتى السنة الخامسة. وقد تجاوزت سياسات بقاء الطفل البرامج الأربعة التي تم إدخالها في الثمانينيات. وفي هذا الاستقصاء، تضيد أغلبية البلدان في كل منطقة بأنه تم وضع سياسات جديدة متعددة موجهة نحو بقاء الطفل ونماؤه. وتشمل هذه السياسات استهداف أسباب محددة للوفاة، وخيارات استراتيجية تتعلق بالإدارة الشاملة للحالات (وهذه مبادرة تدعمها اليونيسيف وغيرها من الهيئات)، وإدماج صحة الطفل في خدمات الصحة الإنجابية المقدمة إلى الوالدين. وهذه الجهود لا تبذل في معزل عن البرامج الإنمائية الأخرى. ففي اندونيسيا، على سبيل المثال، ترتبط السياسات المتعلقة ببقاء الطفل بالجهود المبذولة للتخفيف من حدة الفقر. وتتصدى بوتسوانا وتايلند وملاوي وبعض بلدان منطقة جنوب المحيط الهادئ لهذه المشكلة من خلال البرامج الصحية التي تقدم بالمدارس والتي تشمل توفير التغذية وتقديم الخدمات الصحية بالمدارس.

٢١ - وقد قامت كل البلدان تقريبا بوضع برامج تغذوية من أجل صحة الطفل، وهي برامج تشمل عادة مراقبة مستويات سوء التغذية، ورصد النمو، وتوفير المواد الإعلامية الموجهة إلى الأمهات، والتدخلات الموجهة نحو مشاكل معينة. وتضيد اليونيسيف بأن ٦١ بلدا قد اعتمدت سياسات تتعلق بدعم استكمال الأغذية بفيتامين ألف وأن ٢٨ بلدا تقدم مكملات الفيتامين ألف إلى الأطفال. وكثيرا ما أفادت التقارير في هذا الاستقصاء بأن مكملات الفيتامين ألف تعتبر عنصرا برنامجيا محددًا شأنه شأن توفير الملح المعزز باليود للوقاية من الإصابة بتضخم الغدة الدرقية والوقاية من التخلف العقلي. ويتبين من الاستجابات القطرية أنه لا تكاد توجد حاجة إلى برامج خاصة تركز على الحالة التغذوية للفتيات. على أن التحسن بالنسبة للأولاد في أعمار معينة هو أعظم من التحسن بالنسبة للفتيات، وإن كان سوء التغذية الناجم عن نقص البروتين والطاقة قد أخذ يتناقص بالنسبة للجميع.

٢٢ - وفي بعض البلدان تشكل السياسات التغذوية جزءاً من البرامج الإنمائية. ففي ناميبيا تم في عام ١٩٩٥ وضع سياسة للغذاء والتغذية تنص على أن الحكومة سوف تعطي الأولوية لتمكين السكان من الاعتماد على أنفسهم في تلبية احتياجاتهم الغذائية والتغذوية على صعيد الأسر المعيشية، وذلك بتشجيع الممارسات الجيدة فيما يتعلق بالغذاء والصحة والتغذية. ولذلك يتعين أن تتاح للأسر المعيشية والأفراد إمكانية الوصول إلى الموارد الكافية لإنتاج السلع الغذائية الضرورية، وأن تكون لديهم معرفة وفهم لكيفية استخدام تلك الموارد بما يحقق لهم أفضل المزايا، وأن تتوافر لهم إمكانية الوصول إلى إمدادات المياه المأمونة وإلى

العيادات الصحية، وأن تتوافر الهياكل السوقية التي يمكن الاعتماد عليها حتى يمكن استغلال هذه الموارد استغلالاً كاملاً.

٢٣ - وهناك دعم بالدعوة والإعلام والتثقيف والاتصالات للرضاعة الثديية في جميع المناطق الجغرافية. فقد أفاد ٧٠ في المائة من البلدان المجيبة بأن مثل هذه البرامج موجودة ومستقرة وأنها قد زادت الاقتصار على الرضاعة الثديية أو أوقفت انحساراً في هذه الممارسة كان قد بدأ في العقد الماضي. ومدة الرضاعة الثديية التي يدعى إليها، حيث تُذكر هذه المدة، تتراوح من أربعة إلى ستة أشهر، وفي الوقت نفسه فقد تكرر في الدراسة الاستقصائية ذكر اعتماد مدونة قواعد ضد استخدام بدائل اللبن. ويتم ذكر هذه الجهود في كل الحالات تقريباً كعناصر لمبادرة المستشفيات الصديقة للرضع. وتقدر اليونيسيف أن هناك ما يزيد على ١٢٠٠٠ مستشفى اعتبرت "مستشفيات صديقة للرضع" نتيجة لما بذلته من جهود لتشجيع وحماية الرضاعة الثديية. وتقدم الدعم للرضاعة الثديية مجموعة مختلفة من المؤسسات تشمل الحكومات، من خلال وزارات الصحة، والمنظمات غير الحكومية مثل اللجان الوطنية للرضاعة الثديية. وعلى سبيل المثال فقد قامت لجنة وطنية للرضاعة الثديية في جمهورية إيران الإسلامية يرأسها وزير الصحة بتشجيع المستشفيات والجامعات الطبية على تشجيع هذه الممارسة. وقد تم إنشاء مركز وطني لتشجيع الرضاعة الثديية كما تم إنشاء أربعة مراكز إقليمية إضافية لتنفيذ برامج التدريب. وتبين من دراسة أجريت في عام ١٩٩٥ أن ٥٩ في المائة من الرضع في الريف و ٤٦ في المائة من الرضع في المدن تقتصر رضاعتهم على الرضاعة الثديية خلال الشهور الأربعة الأولى من حياتهم. وفي هندوراس يتم تشجيع الرضاعة الثديية كاستراتيجية لبقاء الرضع من خلال لجان وطنية ولجان بالمستشفيات تعنى بموضوع الرضاعة الثديية ومن خلال تنظيم الإعلان عن بدائل اللبن.

٢٤ - وبرامج التحصين مأخوذ بها في جميع المناطق تقريباً. وبرنامج التحصين الموسع وغيره من البرامج الشاملة هي القاعدة المتبعة في الوقاية من أمراض الطفولة الرئيسية. وأقل منها شيوعاً الجهود المبذولة للسيطرة على الإصابات والطفيليات الأخرى. وقد أفاد ثلث البلدان تقريباً عن تنفيذ برامج للسيطرة على التهابات الجهاز التنفسي الحادة. ولم يذكر إلا عدد قليل من البلدان في أفريقيا، حيث يوجد ٩٠ في المائة من جميع حالات الملاريا الإكلينيكية، شيئاً عن برامج لتخفيض إصابات الأطفال بالملاريا، وإن كانت منظمة الصحة العالمية قد أفادت بأن أكثر من يتعرضون لخطر الإصابة بهذا المرض هم الأطفال دون سن الخامسة في المناطق التي ينتشر فيها وباء الملاريا.

خامساً - صحة المرأة

٢٥ - يدعو برنامج العمل الذي أصدره المؤتمر الدولي للسكان والتنمية جميع البلدان إلى السعي إلى تحقيق تخفيضات هامة في وفيات الأمومة بحلول عام ٢٠١٥. ومن أهم أسباب الانشغال بهذا الموضوع إدراك أن الحالة الصحية للمرأة، وخاصة صحتها الإنجابية، متخلفة عما تحقق من تقدم في المؤشرات الصحية الأخرى. وكما لاحظت منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسيف فإن وفيات الأمومة هي

مؤشر ذو حساسية خاصة بالنسبة لهذا التفاوت وبالنسبة لصحة المرأة، والمعلومات المتاحة تثبت بوضوح أنه لم يتحقق أي تقدم حقيقي في معدلات وفيات الأمومة في السنوات الأخيرة. فيعد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أدرك صندوق الأمم المتحدة للسكان كما أدركت منظمة الصحة العالمية أن تحسين الصحة الإيجابية عنصر أساسي من عناصر التنمية. وتستند استراتيجية تحقيق ذلك إلى أربعة مبادئ - هي: البناء على ما هو موجود فعلاً؛ وتحقيق الربط والتكامل الوظيفي بين المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الإيجابية من ناحية والرعاية الصحية الأولية من ناحية أخرى؛ وتلبية الحاجة إلى تنظيم العناصر الأساسية للخصوبة، وتخفيض أمراض وفيات الأمومة والمولودين حديثاً ومنع الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي والتحكم فيها؛ وإشراك الرجال والنساء في تحقيق الصحة الإيجابية.

٢٦ - وعلى الصعيد القطري، بدأ تنفيذ سياسات وبرامج للإقلال من المخاطر التي تواجهها المرأة خلال سنوات الإنجاب. ومن الأسباب المسلم بها كعوامل تزيد الخطر على الصحة التقارب بين الولادات، والوضع في سن صغيرة جداً، والضغط التي تتعرض لها صحة المرأة عندما تضطر إلى العودة إلى العمل بعد الوضع مباشرة. ومن الحلول التي تواجه بها المشكلة الأخيرة وضع سياسات وقواعد تتعلق بإجازة الأمومة. وقد ذكر منح إجازة الأمومة كممارسة متبعة في موريشيوس، وتم إدراجه في قانون الإصلاح المدني في اثيوبيا الذي يمنح ما يصل إلى ثلاثة أشهر من إجازة الأمومة. وجميع الأمهات اللاتي تتوافر فيهن الشروط يحق لهن الحصول على إجازة مدتها ٦٠ يوماً في كينيا؛ وفي رواندا تحصل العاملات في القطاع المنظم على إجازة أمومة مدتها ثلاثة أشهر؛ وفي بوتسوانا تحصل المرأة على ثلاثة أشهر مع دفع الأجر كاملاً؛ وفي ناميبيا تحصل المرأة على إجازة مدتها شهر واحد بعد الوضع؛ أما في أوغندا فالقاعدة هي حصول المرأة على إجازة مدتها ٤٥ يوماً.

٢٧ - وتوجد في بلدان آسيا سياسات وبرامج مماثلة. ففي ١٤ بلداً آسيوياً قدمت مثل هذه المعلومات، تتراوح فترة إجازة الأمومة من ٤٥ إلى ١٢٣ يوماً، وإن كانت هذه المدة في معظم البلدان هي ثلاثة أشهر. وفي عدد قليل من البلدان - مثل الفلبين والهند - يسمح أيضاً بإجازة للأب مدتها ١٥ يوماً. وممارسة إجازة الأم هي أكثر ما تكون استقراراً في الحكومة ومؤسسات القطاع الخاص الكبيرة. ولكنها أقل شيوعاً بكثير بالنسبة للغالبية العظمى من النساء اللاتي يعملن في الريف أو في الصناعات الصغيرة. وقد قامت المنظمات غير الحكومية بدور إيجابي في تأييد اعتماد سياسات بالنسبة لإجازة الأمومة وحققنت نجاحاً في بلدان مثل بنغلاديش في الحصول على تأييد الحكومة.

٢٨ - إن أوضاع المرأة في كثير من البلدان تشكل مخاطر على صحتها. وقد تم الاعتراف بذلك في بعض الظروف من خلال اعتماد سياسات لحماية حقوق المرأة في الأسرة وفي الأوضاع الاجتماعية، في البيئة المنزلية وفي المجتمع المحلي. وتتفاوت هذه الجهود تفاوتاً كبيراً وتعكس ما يعتبر احتياجات محلية. وقد أفادت الجمهورية العربية السورية والفلبين وملاوي والنيجر بوجود سياسات وتنقيحات للقوانين تستهدف حماية صحة المرأة في مكان العمل. وبعض بيئات العمل تشكل مخاطر خاصة بالنسبة لصحة المرأة؛ وهذا أمر مسلم به في كل من إثيوبيا وجمهورية إيران الإسلامية ونيبال. وفي جزر القمر، تم تعزيز قوانين

الأسرة وتخصيص وزير لمهمة تعزيز حقوق المرأة والنهوض بصحتها. وكانت كمبوديا من البلدان القليلة التي أفادت باعتماد سياسة حكومية للإقلال من العنف المنزلي كجزء من نهج يستهدف حماية صحة المرأة. كذلك اعتمدت الفلبين سياسة لمنع العنف الموجه ضد المرأة في شكل اغتصاب أو اعتداء أو معايشة بين الأقارب.

٢٩ - ويعتبر تعزيز دور المرأة في عملية اتخاذ القرارات في مجالي الصحة الجنسية والصحة الإنجابية جزءاً من سياسة أوسع لحماية صحة المرأة. وتوجد سياسات وبرامج لتحقيق تلك الغاية على مستويات المجتمع المختلفة في عدد من البلدان مثل كمبوديا. كذلك أفادت إثيوبيا وبوتان وجمهورية إيران الإسلامية عن جهود لتوفير الفرص للمرأة للقيام بدور أقوى. وفي الفلبين، يعتبر من المبادئ الحكومية الأساسية أن تنظيم الأسرة والاختيار فيما يتعلق بالإنجاب أمران ينبغي أن يمارسهما الأفراد والأزواج. وعلاوة على ذلك، فإن أنشطة التدريب على المسائل المتعلقة بالجنسين والتي تتولاها منظمات صحة المرأة وغيرها من المنظمات غير الحكومية تشمل وحدة توجيهية فيما يتعلق بصحة المرأة تتناول الصحة والحقوق الإنجابية، والجنس والحقوق الجنسية. والبرنامج المطبق في جمهورية إيران الإسلامية يشمل أيضاً جهوداً في مجالات الإعلام والتثقيف والاتصالات تستهدف تثقيف الرجال فيما يتعلق بحقوق المرأة ودورها في عملية اتخاذ القرارات. وقد قامت مؤسسات الأمم المتحدة في جمهورية إيران الإسلامية بدعم هذه الجهود. ويؤكد البرنامج القطري جهود الأمم المتحدة للسكان على عنصر النهوض بالمرأة والتمكين لها في كل مجال أساسي من مجالات المساعدة.

٣٠ - وفي ١٥ بلداً أفريقياً يجري الاضطلاع بأنشطة تستهدف القضاء على ممارسة ختان الإناث التي يمكن أن تكون لها آثار مدمرة على صحة المرأة. وتشمل تلك الأنشطة الدعوة، ونشر الوعي، وإنشاء اللجان الوطنية أو فرق العمل المناهضة لهذه الممارسات الضارة، والقيام بالحملات الإعلامية وحملات التوعية، وإجراء البحوث الاجتماعية - الثقافية، وإعداد ونشر المواد الإعلامية، وتدريب مقدمي الرعاية الصحية. وقد قامت المنظمات غير الحكومية المحلية والوطنية وغيرها من المؤسسات الوطنية بتنظيم عدة حلقات عمل وحلقات دراسية بشأن هذا الموضوع في البلدان الأفريقية المعنية، ويجري دعم عمل هذه المنظمات والمؤسسات من جانب المنظمات الاجتماعية والمنظمات المتعددة الأطراف، بما فيها صندوق الأمم المتحدة للسكان في كثير من الحالات.

الأمومة المأمونة

٣١ - يقوم صندوق الأمم المتحدة للسكان بدور نشط في الترويج لمبادرة الأمومة المأمونة التي تستند إلى بيانات توضح أن الوفيات والأمراض المتصلة بالحمل تسهم إسهاماً كبيراً في العبء العام للأمراض بين النساء اللاتي هن في سن الإنجاب في البلدان النامية. ويتبين من هذا الاستقصاء أن هذا النهج يلقي تأييداً واسعاً: فبرامج رعاية الأمومة المأمونة موجودة في جميع البلدان في كل منطقة جغرافية. ويجري إنشاء المرافق أو تجديدها: كما يجري تقديم التدريب وتنقيح المناهج الدراسية؛ وكذلك يجري وضع نظم الإحالة وجعلها أكثر فعالية في جميع البلدان التي قدمت تقارير.

٣٢ - ومن المسلم به الآن أن أمراض ووفيات الأمومة لا يمكن تخفيضها بقدر محسوس إلا بتيسير الحصول على خدمات التوليد المأمونة والفعالة بالنسبة لكل امرأة تحتاج إليها. وفي منطقة الدول العربية، تقوم كل من الجمهورية العربية السورية والسودان واليمن بأنشطة تدريبية في مجال الولادة المأمونة والرعاية عند الولادة في حالات الطوارئ. ويصدق الشيء نفسه بالنسبة لأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وأمريكا اللاتينية وآسيا. وفي جمهورية إيران الإسلامية أنشئت لجنة لتخفيض وفيات الأمومة يشرف عليها بشكل مباشر وزير الصحة والتعليم الطبي. وللجنة نظائر على صعيد الأقاليم. ويتعين الإبلاغ عن كل حالة من حالات وفيات الأمومة إلى إحدى اللجان لتقوم باستعراض الأسباب التي أدت إليها وسبل الوقاية منها في المستقبل. وتقوم هذه اللجان بتصميم وحدات تعليمية وتنظيم دورات تدريبية فيما يتعلق بتعقيدات الحمل والوضع للأطباء والقابلات الحاصلات على تعليم جامعي. ومنذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وبدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان، تم إجراء التجديدات وتوفير المعدات والإمدادات والتدريب المتخصص فيما يتعلق بالرعاية الأساسية عند الولادة في عديد من البلدان كجزء من برامج المساعدة الجديدة.

٣٣ - وبرامج تغذية الأم، شأنها شأن برامج تغذية الطفل وبقائه، تشتمل عادة على علاج الأنيميا من خلال استكمال الأغذية بالحديد وعلاج نقص اليود باستخدام الملح المعزز باليود، وبرامج تحسين مستويات ما يتعاطى من الفيتامين ألف. ويجري في عدد قليل من الحالات اتخاذ إجراءات أقوى مثل تقديم الدعم لمراكز التغذية الشاملة، التي أفادت السودان بوجودها، لتشخيص وعلاج الاحتياجات الصحية للمرأة. وتعمل اليمن على إيجاد الوعي بالاحتياجات التغذوية للحوامل والمرضعات وتعزيز العادات الحميدة فيما يتعلق بالغذاء من خلال الإعلام والتثقيف والاتصالات والدعوة، كما يقوم ذلك البلد بتوفير الغذاء الأساسي للفقراء من خلال برنامج الأغذية العالمي وغيره من الوكالات.

٣٤ - وتتضمن الصحة الإيجابية أن الأفراد والأزواج لديهم القدرة على الإنجاب، وأن النساء قادرات على الحمل والوضع بطريقة مأمونة، وأن الرضع يبقون على قيد الحياة وينمون إلى مرحلة النضج الصحي. وهذا يتضمن أيضا أن الناس قادرون على أن يكون لهم ما يشاؤون من الأطفال وما يشاؤون من طول الفترات بين ولاداتهم وأن ممارستهم للجنس ممارسة مأمونة. ويمثل تنظيم الأسرة عنصرا أساسيا في كل جوانب الصحة الإيجابية وله تأثيره على الوقاية من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، وآثار الخصوبة غير المطلوبة، وانعدام الخصوبة، وبقاء الأم والطفل. وتوجد برامج وسياسات لتنظيم الأسرة فيما يزيد على ١٤٥ بلدا. وللإقلال من حالات الحمل غير المرغوب فيها، توجد برامج على الصعيد القطري يدعمها صندوق الأمم المتحدة للسكان وغيره من المنظمات الدولية، وقد عملت هذه البرامج على زيادة إمكانية الحصول على الرعاية الجيدة فيما يتعلق بتنظيم الأسرة، ونقحت المواد التقنية اللازمة لمقدمي خدمات تنظيم الأسرة الإكلينيكية في المجتمع المحلي، وذلك من أجل تنفيذ أحدث التوصيات فيما يتعلق بمعايير الأهلية الطبية لاستخدام وسائل منع الحمل وتعزيز مواد الإعلام والتثقيف والاتصالات ومواد الإرشاد.

٣٥ - كذلك تم القيام بمبادرات على الصعيد القطري لتوضيح النهج التي تتبع في مواجهة الاحتياجات الناشئة مثل منع الحمل في حالات الطوارئ، والاحتياجات الخاصة في مجال تنظيم الأسرة بالنسبة لفئات

معينة من السكان مثل المراهقين واللاجئين والمشردين. وفي إطار البرنامج المشترك بين مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وصندوق الأمم المتحدة للسكان لتقديم المساعدة في حالات الطوارئ تم وضع إجراءات يتم بمقتضاها توفير الإمدادات الأساسية فيما يتعلق بالصحة الإنجابية للاجئين والمشردين داخليا.

٣٦ - وفي معظم البلدان يكون منع الإجهاض وعلاج التعقيدات الناجمة عنه مسألة حساسة. وتيسير الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة الفعالة يلقي التأييد في البرامج القطرية باعتباره أكثر الوسائل فائدة في منع الحمل غير المرغوب فيه والذي يؤدي إلى الإجهاض. وتفيد بلدان كثيرة، بينها ملاوي وموزامبيق ونيبال، بأن التعقيدات التي تنجم عن الإجهاض غير المأمون في حالة حدوثه يعالجها أفراد مدربون مع توفير الرعاية الإكلينيكية المناسبة. والمرأة التي تنهي حملها عن طريق الإجهاض تكون في حاجة ماسة إلى خدمات تنظيم الأسرة. وتدعو منظمة الصحة العالمية مقرري السياسات إلى تعديل السياسات التي تحول دون تقديم خدمات تنظيم الأسرة فيما بعد الإجهاض، وتوفير الموارد البشرية والمالية للبرامج، والحصول على الدعم السياسي والإداري لتنظيم الأسرة فيما بعد الإجهاض. وقد كانت حلقة العمل التي نظمت لمديري البرامج على الصعيد المركزي والصعيد المحلي وعقدت بدعم من منظمة الصحة العالمية في تركمانستان في عام ١٩٩٧ وتناولت موضوع تنظيم الأسرة فيما بعد الإجهاض جزءاً من برنامج أوسع لتقديم المساعدة إلى البرامج القطرية.

سادسا - فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)

٣٧ - تم في جميع المناطق تعزيز السياسات والأطر القانونية استجابة لخطر حدوث زيادات أخرى في انتشار وباء الإيدز. ففي بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حيث يحتمل أن يكون معدل انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية من أعلى المعدلات في العالم، تم وضع خطط استراتيجية مدة كل منها خمس سنوات، وفي عدد من الحالات يجري الآن تطبيق مجموعة ثانية من خطط السنوات الخمس. بل إنه في البلدان التي أفادت بوجود مستويات منخفضة نسبياً من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، تم اتخاذ إجراءات لإقامة هيكل لمنع زيادة انتشار الوباء. وقد قامت جميع البلدان تقريبا في جميع المناطق بإنشاء مؤسسات وطنية للوقاية من مرض الإيدز والسيطرة عليه، إما على شكل لجنة أو مجلس أو برنامج للإيدز، أو وحدة خاصة داخل هيكل قائم مثل وزارة الصحة. ففي إندونيسيا، على سبيل المثال، صدر قرار رئاسي في أيار/ مايو ١٩٩٤ بإنشاء لجنة متعددة القطاعات للوقاية من مرض الإيدز والسيطرة عليه يشترك فيها ممثلون للوزارات في قطاعات مختلفة. وقد تولت اللجنة رعاية استراتيجية شاملة فيما يتعلق بمرض الإيدز تستهدف تشجيع السلوك الصحي بين أفراد الجمهور، وحماية الناس من العدوى، وتقليل الانتقال الرأسي، وتقديم الدعم لمن يصابون بهذا المرض.

٣٨ - وعلى الصعيد الدولي، تبذل منظومة الأمم المتحدة جهوداً مركزة من خلال برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، لتعزيز ودعم قدرات البلدان على تنسيق وتخطيط وتمويل وتنفيذ ورصد وتقييم برنامج موسع لمواجهة فيروس نقص

المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز). وحتى أيلول/سبتمبر ١٩٩٧، تم إنشاء ١٣٢ مجموعة موضوعية تابعة للأمم المتحدة ومعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) في ١٥٥ بلدا لدعم الجهود المبذولة لبناء القدرات الوطنية. وفي بوتسوانا، يشمل الإطار المشترك لدعم خطة التنمية الوطنية الثامنة ستة مشاريع. وفي باكستان، أدى التخطيط المشترك بين الفريق الموضوعي التابع للأمم المتحدة والحكومة إلى زيادة الالتزام الوطني والدولي بإزاء البرنامج. كذلك فإن برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) يعطي أولوية عالية للجهود المبذولة لتطوير أفضل الممارسات في مكافحة هذا الوباء والدعوة إلى هذه الممارسات وتنفيذها؛ وقد أصدر البرنامج حتى الآن ١٩ ممارسة من هذه الممارسات بعد أن نظم اشتراك عدد من العلماء في حلقات عمل إقليمية لتحسين المراقبة. وقد قدم صندوق الأمم المتحدة للسكان الدعم لهذه الجهود وغيرها. ففي عام ١٩٩٦ قدم الصندوق ما يزيد على ٢٠ مليون دولار من أجل الأنشطة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، بما في ذلك أنشطة الوقاية في ١٢٤ بلدا، كما تعاون مع أكثر من ١١٥ منظمة من المنظمات غير الحكومية في تلك الأنشطة.

٣٩ - وتختلف البرامج التي تنفذ على الصعيد القطري لمنع أو تقليل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/ نقص المناعة البشرية المكتسب (الإيدز) اختلافاً واسعاً باختلاف الاحتياجات المحلية. وفي معظم الأحيان تشتمل البرامج على عدة عناصر: إيجاد الوعي والإعلام والتثقيف والاتصالات فيما يتعلق بممارسة الجنس الآمن، وتصحيح المعلومات الخاطئة عن المرض، وزيادة معلومات مقدمي الخدمات؛ واختبار وتوزيع إمدادات الدم الآمنة؛ وتدريب العاملين في مجال الصحة على طرق التشخيص والإدارة بما في ذلك مهارات الإرشاد؛ وبذل الأنشطة التي تتصدى لاحتياجات الفئات الشديدة التعرض للمخاطر مثل العاملين في مجال تجارة الجنس والعسكريين؛ وزيادة إتاحة استخدام العوازل الذكرية. وقد تم وضع نظم سننيميل لمراقبة ورصد انتشار الوباء في عدد من البلدان الأفريقية. وقد بذلت في المنطقة الأفريقية جهود خاصة من خلال إيجاد الوعي والإجراءات القانونية لمنع التمييز ضد الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة البشرية المكتسب (الإيدز) وضمان الحصول على الرعاية الصحية على المستوى المحلي. ففي جزر القمر أشار أحد البحوث إلى وجود تمييز على نطاق واسع ضد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية؛ وقد سارعت الحكومة والمنظمات غير الحكومية إلى وضع برامج للإعلام والتثقيف والاتصالات لمواجهة المشكلة.

٤٠ - ويغرض طول المدة ما بين ظهور الأعراض الأولى ووفاة الأشخاص المصابين بالإيدز ضغوطاً كثيرة على الأسر التي تعاني أصلاً من شدة الضغوط. ولتخفيف هذه الضغوط تم وضع برامج في جمهورية تنزانيا المتحدة لتوفير الإرشاد للأسر. وجدير بالذكر بصفة خاصة ما يجري في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى من تركيز على إشراك المجتمع المحلي من خلال تقديم الرعاية داخل الأسرة لمرضى الإيدز في عدد من البلدان ومنها بوتسوانا وزامبيا وكينيا وملاوي وناميبيا.

٤١ - ويتم عادة إدماج الوقاية من الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي ونقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة البشرية المكتسب (الإيدز) وإدارة هذه الأمراض في خدمات توفير الرعاية الصحية الأساسية. وفي معظم البرامج القطرية يتم إدماج الجهود المبذولة للوقاية من الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي، بما فيها الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) في خدمات الرعاية الصحية الإنجابية. وقد تم ذلك من خلال تنظيم تدريب خاص لمقدمي الرعاية الصحية الحاليين فيما يتعلق بالإرشاد، وإيجاد الوعي، وأفضل الممارسات، وإدارة الحالات. وقد أفادت عدة بلدان، منها أوغندا وبوتسوانا وتركيا وفيت نام وناميبيا وهندوراس بأن برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) يجري تنفيذها على نحو مشترك على مستوى الوزارات أو الإدارات لمواجهة المشكلة بأكبر جهد ممكن.

٤٢ - وقد اتخذت البلدان التي تنتشر فيها الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة البشرية (الإيدز) بقدر محسوس تدابير لمواجهة تحدي التغييرات الهائلة في الطلب على الخدمات ونقص القدرة على توفير الرعاية لانتشار المرض بين العاملين في مجال الصحة. كذلك اتخذت تدابير لإدخال تعديلات على النظم الصحية التي تواجه ضرورة تحقيق إدماج الخدمات المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية في النظام القائم، كما هي الحال بالنسبة للأمراض التي تنتشر بالاتصال الجنسي وبالنسبة لسلامة الدم. ففي تايلند، يتلقى مرضى الإيدز مساعدة مالية من الحكومة. وفي عام ١٩٩٦ شملت المبالغ المخصصة في ميزانية البرنامج القومي للإيدز مبالغ لدعم العوامل السلوكية والعوامل التي تنطوي على مخاطر اجتماعية، وللنهوض بالصحة وتوفير الخدمات الطبية، بما في ذلك الاحتياطات العامة وسلامة الدم، ومبالغ لتوفير الإرشاد، ومبالغ لتقديم المساعدة لمن يعيشون مع المصابين بالإيدز، وإجراء البحوث وتقييم البرامج، ولتقديم الدعم في مجالي الإدارة والتنظيم. وقد أفادت كل من اندونيسيا وبنغلاديش وبوتان وفيجي بأن هناك دعماً يقدم إلى الأسر المتأثرة بالإيدز. ويأتي معظم المساعدات من منظمات غير الحكومية مثل اللجنة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر واللجان الوطنية للإيدز.

سابعاً - الدعم الدولي غير الحكومي

٤٣ - سبقت الإشارة في مواضع مختلفة من هذا التقرير إلى المساهمات القوية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية الوطنية إلى البرامج الصحية. كذلك قدمت المنظمات غير الحكومية الدولية مساهمات كبيرة؛ فمنذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية قدمت هذه المنظمات سياسات وبرامج عديدة تتعلق بالصحة والوفيات في البلدان النامية. ويدعم صندوق الأمم المتحدة للسكان عدداً من المنظمات غير الحكومية الدولية ويعمل معها في مجال النهوض بالمرأة والصحة الإنجابية. ويشمل ذلك مؤسسة تيسير الحصول على موانع الحمل الاختيارية والمأمونة، ومركز الأنشطة الإنمائية والسكانية، والرابطة الطبية للكمونولث، والمركز الدولي لإدارة البرامج السكانية، والاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، والتحالف الدولي لصحة المرأة، والمنظمة اليابانية للتعاون الدولي في تنظيم الأسرة، ومؤسسة ماري ستوبس الدولية، ومجلس السكان، ومعهد السكان، وبرنامج التكنولوجيا الملائمة في مجال الصحة، ومنظمة البيئة والتنمية للمرأة.

٤٤ - وتوثق التقارير التي وردت استجابة لاستبيان صندوق الأمم المتحدة للسكان دعم المنظمات غير الحكومية الدولية لأنشطة مثل الرضاعة الثديية في النيجر وبعض الدول الجزرية في البحر الكاريبي وصحة الطفل والمرأة في نيبال ونيجيريا. كذلك قدمت المنظمات غير الحكومية الدولية الدعم لبرامج تقديم المعلومات والخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية في كل من المناطق الجغرافية الأربع. وقد أكدت الدعوة إلى صحة المرأة من جانب المؤسسات الأوروبية ومؤسسات الأمم المتحدة على أهمية استمرار التركيز على تحسين الصحة وتخفيض عدد الوفيات كجزء من البرامج الإنمائية. كما قامت مؤسسة ماري ستوبس الدولية بدور داعم قوي في الجهود الوطنية المبذولة لتحسين الحالة الصحية وإدارة الصحة. كما تدعم رابطة منع الحمل بواسطة الجراحة الاختيارية التدريب في مجال الرعاية الإكلينيكية والإرشاد في عدد من البلدان، كما يدعمه مركز الأنشطة الإنمائية والسكانية في نيبال ونيجيريا وغيرهما، ويقوم حاليا برنامج التثقيف والتدريب في مجال الصحة الإنجابية على الصعيد الدولي، التابع لمؤسسة جونز هوبكنز للتثقيف في النسائيات والقبالة على الصعيد الدولي، بتعزيز القدرة التدريبية في كل من إندونيسيا وأوغندا والمغرب من خلال إعداد كتيبات مرجعية وتدريب المدربين على تقديم الخدمات الجيدة وتخفيض عدد حالات الإصابة بالأمراض والوفيات.

٤٥ - ويقوم التحالف الدولي لصحة المرأة بتقديم الدعم للمنظمات غير الحكومية التي تقدم الخدمات الصحية الوطنية وتدعو لها في كل من إندونيسيا والبرازيل وبنغلاديش وشيلي والفلبين والكاميرون ونيجيريا، وتضطلع ببرامج عالمية للنهوض بالصحة الإنجابية والجنسية للمرأة والدفاع عن حقوقها في هذا المجال. وتعمل منظمة البيئة والتنمية للمرأة أساسا في مجال الدعوة للمسائل المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية للمرأة وحقوقها في هذا المجال، وتقوم بدور الرصد فيما يتعلق بهذه المسائل، وذلك في الإطار الأوسع لنوع الجنس والبيئة والتنمية. ومنظمة البيئة والتنمية للمرأة هي منظمة عالمية تربط بين أكثر من ٢٠ ٠٠٠ من الأفراد الناشطين والمنظمات في جميع أنحاء العالم.

٤٦ - وتقوم المنظمة اليابانية للتعاون الدولي في تنظيم الأسرة، بالاشتراك مع رابطة تنظيم الأسرة في غانا، بدعم تدريب القابلات التقليديات من أجل تحسين نوعية الرعاية عند الوضع. وفي بنغلاديش والهند، تقوم المنظمات غير الحكومية الدولية بتقديم جزء كبير من خدمات الصحة الإنجابية. وتشمل هذه الجهود المبذولة في مجال تقديم الخدمات عناصر مبتكرة منها، على سبيل المثال، ما تقوم به المنظمة اليابانية للتعاون الدولي في تنظيم الأسرة من تشجيع خدمات الاكتفاء الذاتي في نيبال عن طريق التعاون بين الحكومة المركزية ومؤسسات المجتمع المحلي. كذلك تقوم المنظمات غير الحكومية بدعم البحوث الصحية في الظروف الإكلينيكية - ومن ذلك مثلا ما تقدمه رابطة منع الحمل بواسطة الجراحة الاختيارية من مساعدة في إجراء المقارنات بين تقنيات الفحص لتبين الإصابة بالسرطان وما تقدمه مؤسسة برنامج جونز هوبكنز للتثقيف في النسائيات والقبالة على الصعيد الدولي من دعم لتقدير الاحتياجات التدريبية في كل من إندونيسيا وأوغندا. ويقوم مجلس السكان بدور رائد في دعم برامج الصحة وتنظيم الأسرة في كل منطقة. وتتمتع بأهمية خاصة المساعدات التي تقدم من أجل البحوث التطبيقية وتعزيز عناصر نوعية الرعاية في البرامج الوطنية.

ثامنا - البحوث الصحية

٤٧ - إن جميع البلدان تقريبا التي استجابت للدراسة الاستقصائية تقدم الدعم لبعض البرامج في مجال البحوث الصحية. والاستثناءات الوحيدة هي البلدان التي تعاني قيودا من حيث الموارد. وفي كثير من الأحيان كانت الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والدراسات الاستقصائية المتعلقة بالصحة تذكر في الاستبيان كمصادر للمعلومات. وتقوم بعض البلدان بإجراء دراسات استقصائية خاصة فيما يتعلق بالتغذية والصحة الإنجابية للذكور، كما اشارت خمسة بلدان إشارة خاصة إلى البرامج البحثية المتعلقة بصحة المراهقين.

٤٨ - وقد تضمنت برامج عدد من البلدان خططًا بحثية واسعة. ومن أكملها توثيقا الخطط التي تضمنتها برامج زمبابوي والسنغال والسودان والفلبين وفيت نام ونيكاراغوا. ففي فيت نام توجد بحوث خُطِّط لها أو يجري تنفيذها فيما يتعلق بانتشار إصابات الجهاز التناسلي؛ وانتشار الإجهاض والتعقيدات الناجمة عنه؛ والنشاط الجنسي للشباب قبل الزواج وعلاقته بالإجهاض؛ وأسباب وفيات الأمومة.

٤٩ - وفي عدد من خطط البحوث الوطنية ترد الصحة الإنجابية بما فيها الأمومة المأمونة؛ والدراسات المتعلقة بمعارف الذكور ومواقفهم وممارساتهم؛ والدراسات المتعلقة بالأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي (بما في ذلك نهج تشخيص هذه الأمراض كمتلازمة). وقد وردت إشارة إلى البحوث المتعلقة بالإجهاض في التقارير المقدمة من ١٢ بلدا من مجموع البلدان المجيبة وهو ٧٤ بلدا؛ والغرض من هذه البحوث هو عادة تقدير مدى انتشار المشكلة وتحديد أسبابها حتى يمكن تنفيذ إجراءات فعالة للوقاية.

تاسعا - الاستنتاجات

٥٠ - يتبين من هذا الاستعراض للسياسات والأنشطة البرنامجية في ٧٤ بلدا تشملها ٤ مناطق جغرافية وجود نشاط هام في الجهود المبذولة لتحسين الصحة وتخفيض معدل الوفيات. ومن النتائج الرئيسية التي تم التوصل إليها ما يلي:

(أ) هناك تغييرات أساسية تجري في هيكل الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي وفي تمويل هذه الخدمات وأنواعها؛

(ب) يعتبر تحسين فرص الوصول إلى الرعاية الصحية الأساسية عنصرا أساسيا في السياسات القطرية، وقد ظهرت بالفعل تحسينات كبيرة في الجهود المبذولة للوصول إلى أكثر فئات السكان حرمانا؛

(ج) إن مشاركة المجتمع المحلي في تقديم الخدمات الصحية آخذة في الازدياد؛

- (د) أدت برامج بقاء الطفل إلى تحسين صحة الرضع والأطفال، ويتوقع أن يؤدي التركيز الحالي على المغذيات الدقيقة إلى مزيد من التحسينات؛
- (هـ) أصبحت فوائد الرضاعة الثديية بالنسبة لبقاء الطفل أمراً مقبولاً من الجميع؛
- (و) أخذت السياسات المتعلقة بإجازة الأمومة تصبح هي القاعدة بالنسبة للعاملين في القطاع المنظم في كثير من البلدان النامية؛
- (ز) هناك تسليم بالمخاطر الصحية الخاصة التي تواجهها المرأة، وتتخذ التدابير بشأنها على أعلى المستويات الحكومية؛
- (ح) ينظر إلى تنظيم الأسرة في جميع البلدان على أنه أمر ضروري للإقلال من حالات الحمل غير المخطط وتحسين الصحة الإنجابية؛
- (ط) أدت الاستجابات على الصعيد القطري لوباء نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة البشرية المكتسب (الإيدز) إلى تعبئة الموارد من أجل تخفيض معدل ازدياد الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية؛
- (ي) باستثناء البلدان المتقدمة نسبياً فإن الموارد المخصصة للبحوث الصحية محدودة لدرجة لا تساعد على جمع المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات؛
- (ك) تقوم المنظمات غير الحكومية بدور يتزايد الاعتراف به في مجالات توفير الرعاية الصحية والدعوة وإيجاد الوعي.

الحواشي

- (١) تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة، ٥-١٣ أيلول/سبتمبر ١٩٩٤ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.95.XIII.18)، الفصل الأول، القرار الأول، المرفق.
- (٢) من القيود الرئيسية المفروضة على هذا التقرير أن الردود القطرية لا تقدم بيانات عن عمق تنفيذ البرامج والسياسات أو أثرها على الصحة ومعدلات الوفيات.
- (٣) اعتبر مجموع البيانات المقدمة عن ١٣ بلداً في منطقة جنوب المحيط الهادئ تقريراً واحداً.

(٤) تقرير مؤتمر الأمم المتحدة للسكان والتنمية... المرفق، الفصل الثامن، الفقرة ٨-٨.

(٥) أعلنت مبادرة باماكو في أيلول/سبتمبر ١٩٨٧ في اجتماع لوزراء الصحة بمنطقة أفريقيا عُنِد برعاية منظمة الصحة العالمية واليونسيف.

(٦) تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية... المرفق، الفصل الثامن، الفقرة ٨-١٠.

(٧) المرجع نفسه، الفقرة ٨-٤.

— — — — —