

Distr.: General
6 August 2008
Arabic
Original: English

الجمعية العامة



الدورة الثالثة والستون

البند ٥٩ من جدول الأعمال المؤقت*

النهوض بالمرأة

دعم الجهود الرامية إلى القضاء على ناسور الولادة

تقرير الأمين العام

موجز

أُعد هذا التقرير تلبية لقرار الجمعية العامة ١٣٨/٦٢. فناسور الولادة هو من إصابات الولادة المدمرة التي تترك المرأة غير قادرة على ضبط التبول وغالبا ما تكون معزولة في مجتمعاتها. وهو مثال صارخ على استمرار رداءة خدمات الصحة الإنجابية والصحة النفاسية ودليل على ارتفاع معدلات الوفيات النفاسية والعجز. ويبين التقرير الجهود المبذولة للقضاء على ناسور الولادة على المستويات الدولي والإقليمي والوطني، بما في ذلك منظومة الأمم المتحدة. ويُختتم التقرير بتقديم توصيات لتكثيف الجهود الرامية إلى القضاء على ناسور الولادة كجزء من الدعم المقدم لتحقيق الهدف رقم ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية، بما في ذلك تعزيز النظم الصحية ورفع مستويات التمويل وإمكانية التنبؤ به.

* A/63/150.



المحتويات

الفقرات الصفحة

أولا - مقدمة	١	٣
ثانيا - معلومات أساسية	١٢-٢	٣
ثالثا - الجهود المبذولة على الصعيدين الحكومي الدولي والإقليمي	٢٦-١٣	٩
ألف - الإجراءات المتخذة على الصعيد الحكومي الدولي	٢٠-١٣	٩
باء - الإجراءات الإقليمية	٢٦-٢١	١١
رابعا - الإجراءات التي اتخذتها الدول الأعضاء والأمم المتحدة مؤخرا	٢٧	١٣
ألف - جمع البيانات وتحليلها	٣٣-٢٧	١٣
باء - استراتيجيات الوقاية والتدخلات	٤٢-٣٤	١٥
جيم - استراتيجيات وتدخلات العلاج والإدماج	٤٩-٤٣	١٩
دال - الدعوة والتوعية	٥٢-٥٠	٢١
هاء - الدعم العالمي وتعبئة الموارد	٦٠-٥٣	٢٢
خامسا - الاستنتاجات والتوصيات	٦٥-٦١	٢٥

أولا - مقدمة

١ - يُقدم هذا التقرير وفقا لقرار الجمعية العامة ١٣٨/٦٢، الذي طلبت فيه الجمعية العامة من الأمين العام تقديم تقرير في دورتها الثالثة والسنتين عن تنفيذ القرار. ويبين هذا التقرير الأسباب الرئيسية لحدوث ناسور الولادة والجهود المبذولة من المجتمع الدولي ومنظومة الأمم المتحدة في سبيل معالجته، كما يبين التوصيات المقدمة إلى الجمعية العامة للنظر فيها. وكما طُلب في القرار المذكور، يُقدم هذا التقرير في إطار البند المعنون "النهوض بالمرأة".

ثانيا - معلومات أساسية

٢ - ناسور الولادة هو من إصابات الولادة المدمرة التي تترك المرأة غير قادرة على ضبط التبول، ويجعلها تشعر بالخجل، وغالبا ما تكون معزولة عن مجتمعها. وهو مثال صارخ على رداءة الصحة الإنجابية والنفاسية ودليل على ارتفاع معدلات الوفيات النفاسية والعجز بشكل لا يمكن قبوله. ويصيب ناسور الولادة بشكل غير متناسب النساء والفتيات المدمات اللواتي يعشن في المجتمعات الريفية في البلدان النامية. ويمكن الوقاية كلية تقريبا من ناسور الولادة عن طريق الحصول على الرعاية الصحية النفاسية الجيدة. والإجراءات ذاتها تمنع حدوث الوفيات النفاسية وحالات العجز الأخرى. كما يمكن تدارك هذه الإصابة بالجراحة، وبالاهتمام بمعالجة العواقب الاجتماعية المترتبة عليه، وفي وسع معظم النساء المصابات بناسور الولادة استئناف حياتهن الإنجابية كاملة. والقضاء على ناسور الولادة يتطلب معالجة أوجه عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية الكامنة وراءه، التي تعيق النساء من التمتع بحقوقهن الإنجابية، بما فيها تحديد وقت الزواج والحمل، والحصول على الخدمات التعليمية وخدمات الصحة الإنجابية، وحظر زواج الأطفال والحمل المبكر.

٣ - فالمخاض الطويل الأمد المتعسر هو السبب في الغالبية العظمى من حالات ناسور الولادة في جميع أنحاء العالم. وعلى النطاق العالمي، يحدث المخاض المتعسر في حوالي ٥ في المائة من حالات الولادة. فعندما لا تتلقى المرأة التي في حالة مخاض متعسر طويلا الأمد الرعاية الطبية في الوقت المناسب - وعادة ما تكون عملية قيصرية، فإن ضغط رأس الطفل على حوض المرأة يمكن أن يتسبب في ضرر بالغ. وإذا ما بقيت المرأة على قيد الحياة، فستعاني من ثقب - هو ناسور الولادة - يؤدي إلى تسرب البول و/أو الغائط باستمرار. والنساء المصابات بناسور الولادة عادة ما يكابدن ثلاثة أيام من المخاض، وبعضهن أكثر من

أسبوع. وبنسبة مئوية تصل حتى ٩٠ في المائة من الحالات، يولد الطفل ميتاً أو أنه يموت خلال الأسبوع الأول من الحياة^(١).

٤ - وتعاني النساء المصابات بناسور الولادة من عواقب طبية واجتماعية في آن معا. فبالإضافة إلى معاناتهن من تسرب البول، قد يعانين من التهابات المثانة والقروح المؤلمة وتعطل الكليتين عن العمل والعقم. والرائحة المنبعثة عن التسرب الدائم للبول، بالإضافة إلى التصورات المخاطئة لأسبابه غالبا ما يؤديان إلى الوصم والمقاطعة من المجتمع. وكثير من النساء يتعرضن للهجر من أزواجهن، وفي بعض الحالات من أسرهن. إذ ليس في وسعهن غالبا المشاركة في الحياة العائلية والمجتمعية اليومية، كحضور المناسبات الاجتماعية، أو ممارسة شعائرهن الدينية، أو المساعدة في الأعمال المنزلية. وقد يصعب عليهن الاحتفاظ بمورد للدخل أو الدعم، مما يزيد فقرهن تعاسة. كما أن الشعور بالعزل قد يؤثر في صحتهن العقلية، مما يسفر عن الاكتئاب، وتدني احترام الذات، وفي بعض الحالات الانتحار.

٥ - وفي حين أن المقاييس الموثوقة المستندة إلى السكان منعدمة، من المقبول عموما أن هناك ما لا يقل عن مليوني امرأة، وقد يصل العدد إلى ٣,٥ مليون امرأة، يعانين من ناسور الولادة^(٢). وحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية، هناك ٧٣ ٠٠٠ حالة جديدة تقريبا تحدث كل سنة^(٣)، وقد يكون هذا التقدير ناقصاً بالنظر إلى أنه يستند إلى بيانات المرافق القائمة والأرجح أن معظم النساء لا يصلن إلى المستشفى أبداً. وتحدث حالات ناسور الولادة في معظم الأحيان في المناطق التي يكون فيها معدل الوفيات النفاسية مرتفعاً، كأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا، حيث تحدث معظم حالات الوفيات النفاسية السنوية البالغة ٥٠٠ ٠٠٠ حالة، وحيث تتجاوز معدلات الوفيات النفاسية غالبا ٣٠٠ وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي^(٤). وخطر التعرض للوفاة النفاسية مدى الحياة في هذه المناطق يمكن أن يكون أكثر منه في المناطق الصناعية بألف مرة، مما يمثل أكبر عدم مساواة صحية

(١) L. L. Wall, J. A. Karshima, C. Kirschner and S. D. Arrowsmith, "The obstetric vesicovaginal fistula: characteristics of 899 patients from Jos, Nigeria", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 190, No. 4 (April 2004), pp. 1011-1019.

(٢) L. L. Wall, "Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem", *The Lancet*, vol. 368, Issue 9542 (30 September 2006), pp. 1201-1209.

(٣) C. AbouZahr, "Global burden of maternal death and disability", *British Medical Bulletin*, vol. 67, No. 1 (December 2003).

(٤) الوفيات النفاسية في عام ٢٠٠٥، تقديرات وضعتها منظمة الصحة العالمية، واليونيسيف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والبنك الدولي (حنيف: منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٧).

في العالم. أما مناطق مثل أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي والدول العربية، فقد أُحرز فيها تقدم كبير، لكن بعض البلدان وبعض السكان لا يزالون يعانون من ارتفاع معدلات الوفيات النفاسية. والبلدان المتأثرة بحالات طوارئ إنسانية هي التي فيها بعض أعلى المعدلات.

٦ - والصحة النفاسية المثلى، بما في ذلك القضاء على ناسور الولادة، ستتحقق في نهاية المطاف عن طريق حصول الجميع على الصحة الإنجابية. أما الحالة الراهنة، فيتجلى فيها ضعف النظم الصحية، بما في ذلك عدم كفاية الموارد البشرية، وعدم الحصول على خدمات الصحة الإنجابية. وفي إطار الصحة الإنجابية، هناك ثلاثة إجراءات يترتب عليها أثر مباشر بالنسبة للوفيات النفاسية وحالات العجز، وهي: تنظيم الأسرة، وحضور العاملين الصحيين المهرة أثناء الولادة، ورعاية التوليد في حالات الطوارئ عند حدوث مضاعفات.

- فتنظيم الأسرة يمكن أن يساعد في الحيلولة دون حدوث الحمل بين المراهقات والحد من عدد حالات الحمل وبالتالي من التعرض لخطر الموت أو العجز. وعلى النطاق العالمي، هناك ٣٧ بلداً لم تلب حاجاتها بالنسبة لتنظيم الأسرة لما يزيد عن ٢٠ في المائة بين النساء المتزوجات، و ٢٤ بلداً يقل لديها معدل انتشار الوسائل الحديثة لمنع الحمل عن ١٠ في المائة^(٥).

- وأقل من نصف النساء في آسيا وأفريقيا يتلقين المساعدة أثناء الولادة من قبل موظفي الصحة المهرة^(٦). كما أن الفوارق الاجتماعية - الاقتصادية كبيرة، وعلى سبيل المثال، فإن الرعاية الماهرة هي أعلى بمقدار ٣٤ نقطة مئوية بالنسبة للنساء في الشرائح الخمسية الأعلى اجتماعياً واقتصادياً منها بالنسبة للنساء في الشرائح الخمسية الأدنى في الـ ٦٨ بلداً التي تحدث فيها معظم الوفيات النفاسية^(٧). ومما يسهم في هذا التحدي أزمة الموارد البشرية في القطاع الصحي، حيث تقدر منظمة الصحة العالمية أن الحاجة تدعو إلى ما لا يقل عن ٣٠٠ ٠٠٠ قابلة للملء الشواغر^(٨).

(٥) صندوق الأمم المتحدة للسكان، وشعبة السكان في الأمم المتحدة ٢٠٠٨.

(٦) منظمة الصحة العالمية - نسبة الولادات التي يشرف عليها عاملون صحيون مهرة: تقرير مستكمل لعام ٢٠٠٨.

(٧) Countdown 2008 Equity Analysis Group, "Mind the gap: equity and trends in coverage of maternal, newborn and child health services in 54 Countdown countries", *The Lancet*, vol. 371, Issue 9620 (12 April 2008), pp. 1259-1267.

(٨) منظمة الصحة العالمية - ٢٠٠٥. تقرير الصحة العالمية: فلنجعل قيمة لكل أم وطفل، جنيف: ٢٠٠٥.

• وتشمل رعاية التوليد في الحالات الطارئة الإجراءات الطبية التي يمكن أن تحول دون أن تصبح المضاعفات مميتة أو أن تسبب إعاقة مثل ناسور الولادة. وتوصي الأمم المتحدة بإنشاء خمسة مرافق لتقديم رعاية التوليد في حالات الطوارئ لكل ٥٠٠ ٠٠٠ نسمة من السكان على أن يقدم مرفق منها على الأقل رعاية شاملة^(٩). ومع ذلك، تبين عمليات التقييم الوطنية أنه حتى الخدمات الأساسية لا تتوفر في الغالب^(١٠). فالتوليد بالعملية القيصرية، وهي الإجراء الرئيسي للحيلولة دون حدوث ناسور الولادة، ما برح دون النسبة الموصى بها بكثير، التي تتراوح بين ٥ و ١٥ في المائة بالنسبة لأفقر النساء في البلدان ذات المعدلات العالية في الوفيات النفاسية^(١١).

٧ - وانتشار ظاهرة ناسور الولادة لا يبين وجود ضائقة في النظم الصحية فحسب، بل يبين أيضا الإطار الاقتصادي والاجتماعي الثقافي الأوسع نطاقا. فالفقر وعدم المساواة بين الجنسين يحدان من الفرص المتاحة للنساء، بما في ذلك حصولهن على الخدمات. كما أن الأفضليات الثقافية بالنسبة للولادة في المنزل بدون مساعدة تعيق الاستفادة من الخدمات. فتكاليف الرعاية الصحية يمكن أن تكون كارثية من الناحية المالية بالنسبة للعائلات الفقيرة. وبالإضافة إلى هذا، فإن أوجه النقص في الهياكل الأساسية الأخرى، كالنقل والاتصالات، تزيد من صعوبات الحصول عليها. وتؤثر هذه العوامل في حالات التأخر الثلاث التي تعيق حصول المرأة على الرعاية الصحية - التأخر في التماس الرعاية، والتأخر في الوصول إلى المرفق الصحي، والتأخر في تلقي الرعاية في المرفق.

٨ - وحالات الولادة لأول مرة هي التي تنطوي على أكبر الأخطار بالنسبة لناسور الولادة وهي التي تحتاج إلى الرصد عن كثب^(١٢). وبسبب انخفاض الخصوبة ونقص عدد المواليد، فإن نسبة متزايدة من جميع حالات الولادة ستكون حالات ولادة للمرة الأولى، مع

(٩) اليونيسيف، ومنظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان. مبادئ توجيهية لرصد توفر خدمات التوليد واستخدامها. نيويورك: ١٩٩٧.

(١٠) A. Paxton, P. Bailey, S. Lobis and D. Fry, "Global patterns in availability of emergency obstetric care", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 93, No. 3 (June 2006), pp. 300-307.

(١١) C. Ronsmans, S. Holtz and C. Stanton, "Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis", *The Lancet*, vol. 368, Issue 9546 (28 October 2006), pp. 1516-1523.

(١٢) J. Kelly and B. E. Kwast, "Epidemiologic study of vesicovaginal fistulas in Ethiopia", *International Urogynaecology Journal*, vol. 4, No. 5 (October 1993), pp. 278-281.

ما تنطوي عليه من احتياجات خاصة. وتكوين العادات الإيجابية بين أمهات المرة الأولى وشركائهن فيما يتعلق بالولادة، والإرضاع، وخيارات المباشرة بين الولادات، من المحتمل أيضاً أن يكون أنماط سلوكية مدى الحياة.

٩ - والفتيات المراهقات معرضات لخطر ناسور الولادة بوجه خاص ويواجهن خطراً أكبر في الوفاة النفاسية يتراوح من مرتين إلى خمس مرات بالمقارنة مع النساء اللواتي في العشرينات من عمرهن. وهناك دلائل على أن إرجاء الحمل إلى ما بعد المراهقة قد يخفف من خطر المخاض المتعسر، وبالتالي من خطر ناسور الولادة^(١٣). فالعدد الوسطي لحالات الولادة بين الفتيات اللواتي تتراوح أعمارهن من ١٥ إلى ١٩ سنة في البلدان النامية هو أكبر منه بخمس مرات بالنسبة للفتيات من البلدان المتقدمة^(١٤). وهناك ١٤ مليون فتاة مراهقة، بمواردهن القليلة ومعارفهن الضحلة في معظم الأحيان بشأن الصحة الإنجابية، يلدن في كل سنة^(١٥). وقد يؤدي سوء التغذية بين الفتيات إلى توقف الحوض عن النمو، والحمل المبكر قبل أن ينمو الحوض بشكل كامل يمكن أن يسهم في زيادة خطر المخاض المتعسر^(١٦). ومن الأرجح أيضاً أن تلد الفتيات المراهقات بدون وجود قابلة ماهرة. والمرأة التي تبدأ الحمل في سن مبكرة عادة ما يكون لديها عدد أكبر من الأطفال وعلى فترات زمنية أقصر، الأمر الذي يرتبط بارتفاع خطر الوفاة النفاسية أو العجز.

١٠ - وبالإضافة إلى ذلك، فإن العوامل الاجتماعية - الاقتصادية تسهم أيضاً في حدوث الحمل المبكر والولادة المبكرة، مما يزيد في خطر الإصابة بناسور الولادة. وتبين الدلائل على أن زواج وولادة الفتيات الفقيرات المعرضات للتهميش خلال المراهقة هو أكثر احتمالاً منه لدى الفتيات اللواتي يتمتعن بفرص اقتصادية وتعليمية أكبر. فغالبا ما يتوقع من الفتيات أن ينجبن الأطفال بعد الزواج مباشرة، وبالنظر إلى مكانتهن المتدنية ضمن الأسرة، قد يقوم آخرون باتخاذ القرارات المتعلقة بصحتهن واستفادتهن من الخدمات. فزواج الأطفال هو انتهاك لاتفاقية حقوق الطفل وعمل غير قانوني في الكثير من البلدان. وسن الزواج لأول مرة

(١٣) A. O. Tsui, A. A. Creanga and S. Ahmed, "The role of delayed childbearing in the prevention of obstetric fistulas", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 99, Supplement 1 (November 2007), pp. S98-S107.

(١٤) Guttmacher Institute, *U.S. Teenage Pregnancy Statistics: National and State Trends and Trends by Race and Ethnicity*, (New York: Guttmacher Institute, 2006).

(١٥) صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠٠٧، ولادة البنات اليوم وغداً.

(١٦) J. P. Neilson, T. Lavender, S. Quenby and S. Wray, "Obstructed labour. reducing maternal death and disability during pregnancy", *British Medical Bulletin*, vol. 67, No. 1 (December 2003), pp. 191-204.

هو في ارتفاع، بيد أن أكثر من ١٠٠ مليون فتاة في البلدان النامية سيتزوجن في العقد التالي قبل بلوغهن سن الثامنة عشرة^(١٧).

١١ - أما بالنسبة للنساء اللواتي يعانين من ناسور الولادة، فإن المعالجة يمكن أن تشفى الناسور في نسبة تتراوح من ٨٥ إلى ٩٠ في المائة من الحالات. وقليلة هي المرافق الصحية التي تستطيع تقديم المعالجة في حالة الناسور وذلك بسبب العدد المحدود من المهنين الصحيين ذوي الخبرات المناسبة. وبالإضافة إلى هذا، فإن النقص في عدد الموظفين وفي المعدات وفي المكان هو أمر شائع^(١٨). وكثير من النساء لا يعلمن بوجود خدمات، أو ليس في وسعهن تحمل تكاليفها، أو ليس في وسعهن الوصول إليها حتى عندما تكون متوفرة. وتشير التقديرات إلى أن حوالي ٧ ٠٠٠ امرأة تعالج سنوياً - وهي نسبة لا تزيد عن ١٠ في المائة فقط من الحالات الجديدة، وذلك دون تناول الحالات المتراكمة التي تبلغ مليوني امرأة أو أكثر. وبسبب العواقب الاجتماعية والنفسية، تحتاج النساء أيضاً إلى الدعم من أجل استعادة احترامهن لذواتهن ولإعادة اندماجهن في المجتمع. وقد يشمل هذا الدعم خدمات المشورة، وتعليم القراءة والكتابة، والتدريب الحرفي، والتثقيف الصحي.

١٢ - وفي عام ٢٠٠٣، شن صندوق الأمم المتحدة للسكان وشركاؤه الحملة العالمية للقضاء على ناسور الولادة بحلول عام ٢٠١٥، وذلك بالحيولة دون حدوث ناسور الولادة ومعالجته وتمكين المرأة في العودة إلى المجتمع بعد تلقي العلاج. وهذه الحملة ناشطة الآن في أكثر من ٤٥ بلداً في أفريقيا وآسيا والدول العربية. كما أنشأت في عام ٢٠٠٣ شراكة دولية، هي الفريق العامل المعني بناسور الولادة، وذلك بهدف ضمان تنسيق الجهود الدولية المبذولة للقضاء على ناسور الولادة. وتهدف هذه الحملة إلى المساهمة في تحقيق الهدف ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية المتمثل في تحسين الصحة الإنجابية والهدف ٣ من الأهداف الإنمائية للألفية المتمثل في تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة.

(١٧) صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠٠٧، ولادة البنات اليوم وغداً.

(١٨) A. Velez, K. Ramsey and K. Tell, "The Campaign to End Fistula: What have we learned? Findings of facility and community needs assessments", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*; vol. 99, Supplement 1 (November 2007), pp. S143-S150.

ثالثاً - الجهود المبذولة على الصعيدين الحكومي الدولي والإقليمي

ألف - الإجراءات المتخذة على الصعيد الحكومي الدولي

١٣ - ما برحت الأمم المتحدة والمجتمع الدولي يدعوان على مدى عقدين من الزمان إلى تخفيض معدلات الوفيات والاعتلال أثناء النفاس. وتم التعهد بالالتزامات العالمية لأول مرة أثناء المؤتمر الدولي المعني بسلامة الأمومة في نيروبي في عام ١٩٨٧. وفي المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المعقد بالقاهرة في عام ١٩٩٤ تم الاعتراف بصحة الأمهات بوصفها عنصراً رئيسياً في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. واعترفت الحكومات في المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة المعقود في بيجين في عام ١٩٩٥ بأن أنماط التمييز الاجتماعي والثقافي الراسخة تعتبر عوامل رئيسية في سوء الصحة الجنسية والإنجابية. بما في ذلك حدوث الوفيات النفاسية وحدوث الإعاقة فضلاً عن الافتقار إلى المعلومات والخدمات. وتطلب المادة ١٢ من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة من الدول كفالة حصول المرأة على الخدمات الملائمة في حالات الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة. كما تطلب المادة ٢٤ من اتفاقية حقوق الطفل من الدول اتخاذ الإجراءات الملائمة لضمان توفر الرعاية الصحية الملائمة للأمهات في فترتي ما قبل الولادة وبعدها.

١٤ - وفي عام ٢٠٠٠، أكدت قادة العالم التزامهم من جديد بتحسين صحة الأمهات من خلال تحقيق الهدف ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية وتحديد هدف لتخفيض معدلات الوفيات النفاسية بنسبة ٧٥ في المائة بحلول عام ٢٠١٥ (انظر A/56/32). وستساعد التدخلات ذاتها التي سوف تخفض معدلات الوفيات على منع حدوث الأمراض مثل ناسور الولادة. وأدت إضافة الهدف المتمثل في توفير فرص حصول الجميع على خدمات الصحة الإنجابية في إطار الهدف ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية بعد ذلك إلى ضمان الشمول التام لجميع العوامل من أجل تحسين صحة الأمهات. وترتبط الأهداف الإنمائية الأخرى للألفية ولا سيما الأهداف ٣ و ٤ و ٦ بشكل وثيق بصحة المرأة ونمائها. وفي الوقت الحاضر لا يزال التقدم المحرز في تحقيق الهدف ٥ متخلفاً عن الأهداف الأخرى كما أنه لا يحظى إلا بأدنى المستويات من الدعم المالي. ولم تحقق أية منطقة تخفيضات سنوية كافية في معدلات الوفيات النفاسية لتحقيق ذلك الهدف. ومن بين البلدان الثمانية والستين التي تشهد أعلى معدلات الوفيات النفاسية ووفيات الأطفال لا يسير سوى ستة عشر بلداً منها على الطريق الصحيح لتحقيق الهدفين ٤ و ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية بحلول عام ٢٠١٥.

١٥ - اعترفت الجمعية العامة بمشكلة ناسور الولادة في قرارها ١٤١/٦٠ بشأن الطفلة الذي حثت فيه الجمعية الدول على تشجيع المساواة بين الجنسين والتكافؤ في توفير فرص

الحصول على قدم المساواة على الخدمات الأساسية كالتعليم والتغذية والرعاية الصحية. بما في ذلك في مجالي الصحة الجنسية والإنجابية. واعترفت الجمعية بالدور الذي يضطلع به الحمل المبكر والإمكانيات المحدودة للاستفادة من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية كعوامل رئيسية في زيادة معدلات الإصابة بناسور الولادة والوفيات والاعتلال أثناء النفاس.

١٦ - ودرس المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه الصلة بين الحق في التمتع بالصحة وتخفيض معدلات الوفيات النفاسية. وأكد التقرير (A/61/338) الذي قدم إلى الجمعية عام ٢٠٠٦ أن الحق في التمتع بالصحة يمنح المرأة الحق في الحصول المستمر على خدمات صحة الأمهات. كما أشار إلى أن الحق في التمتع بالصحة يشتمل على جميع المقومات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية الأخرى للصحة ودعا إلى تنفيذ حملة في مجال حقوق الإنسان لمكافحة الوفيات النفاسية.

١٧ - وفي عام ٢٠٠٧، أشار تقرير الأمين العام المقدم عملاً بالقرار ١٤١/٦٠ (A/62/297)، إلى الجهود التي تبذلها لجنة حقوق الطفل لتسليط الضوء على استمرار التمييز ضد الطفلة ولا سيما الطفلة المهمشة. وركز التقرير أيضاً على زواج الأطفال والحمل المبكر مشيراً إلى أن الحد الأدنى لسن الزواج في كثير من البلدان ليس مقررًا أو لا ينفذ. وكُرِّس فرع خاص للجهود المبذولة للقضاء على ناسور الولادة. كما قدم التقرير معلومات مستكملة عن الحملة العالمية لمكافحة الناسور بقيادة صندوق الأمم المتحدة للسكان وبشراكة مع الدول الأعضاء ووكالات الأمم المتحدة والمنظمات الأخرى.

١٨ - وركزت لجنة وضع المرأة في عام ٢٠٠٧ على الاستراتيجيات المتعلقة بالقضاء على جميع أشكال التمييز والعنف ضد الطفلة. وتحت الاستنتاجات المعتمدة المتفق عليها^(١٩) الحكومات على جملة أمور منها اتخاذ التدابير اللازمة لكفالة حقوق الطفلة في مجالات التعليم والصحة. بما في ذلك الخدمات والمعلومات الجيدة في مجال الصحة الإنجابية والمعلومات. كما أقرت الاستنتاجات بزيادة خطر حدوث ناسور الولادة والوفيات النفاسية في أوساط المراهقين.

١٩ - وجمع مؤتمر النوافس المنعقد في لندن في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٧ بين ألفي مشارك تقريباً أتوا من ١٠٩ بلدان لتعبئة الدعم السياسي والمالي لصحة المرأة ولا سيما لمنع حدوث الوفيات وحدوث الإعاقة أثناء النفاس. وأوضح الخبراء المشاركون أن الاستثمار في

(١٩) انظر الوثائق الرسمية للمجلس الاقتصادي والاجتماعي، ٢٠٠٧، الملحق رقم ٧ (E/2007/27) (E/CN.6/2007/9)، الفصل الأول، الفرع ألف.

رعاية المرأة يعتبر عاملاً أساسياً في تحقيق التنمية. وكان ذلك أول منتدى عالمي أُتيت فيه الفرصة للمرأة التي تعاني من ناسور الولادة للتحدث علانية عن تجاربها. واختتم المؤتمر بتعهد من قبل ٧٠ وزيرا وبرلماناً بإيلاء أولوية عليا لتحقيق الهدف ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية في البرامج الوطنية والإقليمية والدولية.

٢٠ - وتم اعتماد قرار الجمعية العامة ١٣٨/٦٢ المعنون "دعم الجهود الرامية إلى القضاء على ناسور الولادة" بعد أن شاركت في تبنيه ١٣٨ دولة عضواً في كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٧. وأكدت الجمعية في القرار أن الترابط القائم بين الفقر وسوء التغذية وانعدام الخدمات الصحية أو عدم كفايتها أو تعذر الحصول عليها والإنجاب في سن مبكرة وزواج الطفلة المبكر تشكل أسباباً جذرية لناسور الولادة. وأكدت أيضاً أن على الدول أن تلتزم بتعزيز وحماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية للنساء والفتيات كما دعت الدول إلى المساهمة في الجهود المبذولة للقضاء على ناسور الولادة بما في ذلك الحملة العالمية التي يقودها صندوق الأمم المتحدة للسكان للقضاء على الناسور.

باء - الإجراءات الإقليمية

٢١ - بعد أن أعربت فرقة العمل الأفريقية الإقليمية المعنية بالصحة الإنجابية عن القلق من عدم إحراز تقدم بشأن الهدفين ٤ و ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية قامت في عام ٢٠٠٣ بدعوة البلدان الأفريقية إلى وضع خريطة طريق للتعميل بخفض معدلات وفيات الأمهات أثناء النفاس والمواليد حديثي الولادة. وتهدف الخطة التي أقرتها منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة والبنك الدولي والأعضاء الآخرون في فرقة العمل إلى مساعدة الحكومات في تخطيط وتعبئة الدعم لتوفير الإشراف المتخصص أثناء حالات الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة وفي جميع مستويات النظام الصحي وتعزيز قدرة الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية على تعزيز صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة. وقام حتى الآن أكثر من ٤٠ بلداً أفريقياً بوضع خريطة طريق.

٢٢ - وفي عام ٢٠٠٥، عقدت الحكومات والشركاء التقنيون اجتماعاً في جوهانسبرغ لجعل الأمومة أكثر أماناً بمعالجة ناسور الولادة. وحث المشاركون في الاجتماع الذي عقدته حكومة جنوب أفريقيا وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية الحكومات الأفريقية على كفالة تنفيذ وتوسيع البرامج الوطنية لمعالجة ناسور الولادة وتحسين صحة الأمهات. وتمت توصية الدول والمجتمع المدني بالعمل معاً لمعالجة المساواة بين الجنسين وتعليم البنات وتعزيز النظم الصحية باتباع نهج واسع النطاق ومتعدد القطاعات. كما تم وضع استراتيجية للمنطقة الأفريقية للقضاء على ناسور الولادة.

٢٣ - وفي عام ٢٠٠٦، اجتمع وزراء الصحة الأفريقيون في مابوتو لوضع خطة عمل مشتركة بشأن الصحة الإنجابية وإطار الحقوق الذي اعتمدته الاتحاد الأفريقي في كانون الثاني/يناير ٢٠٠٦. ويشكل تخفيض وفيات واعتلال الأمهات أثناء النفاس بما في ذلك القضاء على ناسور الولادة عنصرا رئيسيا في إطار العمل. وتستجيب خطة عمل مابوتو لمختلف أوجه الضعف بما فيها عدم المساواة بين الجنسين والعيش في الريف والشباب وأوجه الضعف الخاصة لدى المهاجرين واللاجئين والمشردين. وتعمل بلدان المنطقة حاليا على ترجمة هذه الالتزامات إلى خطط وإجراءات وطنية.

٢٤ - وفي آسيا أدرجت رابطة جنوب آسيا للتعاون الإقليمي صحة الأمهات في إطار أهدافها الإنمائية للفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠ مركزة على تخفيض معدلات وفيات الأمهات أثناء النفاس وتحسين معايير التغذية للمراهقات والحوامل. وتشمل الأهداف الرئيسية زيادة الإشراف المتخصص أثناء الولادة والرعاية السابقة للولادة واللاحقة لها والخفض السريع في معدلات الخصوبة الإجمالية. وتخطط الرابطة أيضا إلى وضع ورقة مفاهيمية بشأن صحة الأمهات لتقديمها إلى المؤتمر المشترك بين الوزارات في عام ٢٠٠٩ الذي سوف يشمل البلدان ذات الأولوية لخفض معدلات وفيات واعتلال الأمهات أثناء النفاس وهي أفغانستان وباكستان وبوتان والهند ونيبال.

٢٥ - وبالإضافة إلى ذلك، تنشط شبكة إقليمية معنية بخفض معدلات وفيات واعتلال الأمهات والأطفال حديثي الولادة أثناء النفاس في جنوب آسيا. وتشمل عضوية الشبكة منظومة الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية والروابط المهنية ومصارف التنمية الإقليمية ورابطة جنوب آسيا للتعاون الإقليمي. وأولت الشبكة الأولوية لتعزيز النظم الصحية من خلال التركيز على قوة العمل الصحية وتحسين جودة الخدمات وزيادة عدد القابلات في المجتمعات المحلية وزيادة الطلب المرتبط بالجهود الرامية إلى تحسين توفر الخدمات. ويركز العمل الجماعي على توفير الموارد البشرية المؤهلة لتوفير الرعاية الصحية للأمهات والأطفال حديثي الولادة. واجتمعت شبكة العمل في حزيران/يونيه ٢٠٠٨ لاستعراض حالات البلدان وتبادل الخبرات والتخطيط لوضع النهج من أجل تعزيز قوة العمل.

٢٦ - وتم قبل عقد من الزمان تقريبا إنشاء فرقة عمل إقليمية مشتركة بين الوكالات لتخفيض معدلات وفيات الأمهات أثناء النفاس في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي لمواجهة التحديات الإقليمية في مجال تخفيض معدلات وفيات واعتلال الأمهات أثناء النفاس. وتشمل العضوية وكالات الأمم المتحدة ووكالات المانحين الثنائيين ومصارف التنمية والمنظمات غير الحكومية. وتجتمع فرقة العمل بانتظام وتسترشد بتوافق آراء استراتيجي

مشترك بين الوكالات وُضع في عام ٢٠٠٢. وتشمل الأولويات الحالية تعبئة الالتزام السياسي وجمع وتحليل البيانات لتوضيح المشاكل وتحديد الفئات السكانية الأكثر تأثراً وبناء القدرات في مجال تعزيز النظم الصحية.

رابعاً - الإجراءات التي اتخذتها الدول الأعضاء والأمم المتحدة مؤخراً

ألف - جمع البيانات وتحليلها

٢٧ - تضمنت سلسلة من المقالات عن بقاء الأمهات نُشرت في مجلة "لانسيت" (Lancet) الطبية في عام ٢٠٠٦ تحليلاً للأدلة التي جرى تجميعها على مدى فترة العشرين عاماً الماضية بالنسبة لتقليل وفيات الأمهات واعتلالهن أثناء النفاس، وعرضاً للتدخلات الأكثر فعالية بالاستناد إلى هذه الأدلة. وساعد هذا التحليل في تحقيق توافق في الآراء والتركيز على طرائق لزيادة التدخلات وتعزيز نظم الرصد من أجل متابعة الاتجاهات بالنسبة لوفيات الأمهات والوصول إلى الخدمات الصحية للأمهات^(٢٠).

٢٨ - وتبذل الجهود من أجل تحسين رصد التقدم المحرز في اتجاه تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، بما يشمل قياس مدى انخفاض وفيات الأمهات النفاسية، وكذلك إمكانية حصول الجميع على خدمات الصحة الإنجابية. وفي نفس الاتجاه، اقترحت منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان مؤشرات تتسم بالأولوية بالنسبة للرصد على المستوى الوطني^(٢١). ومن بين المؤشرات توجد مجموعة فرعية لها علاقة بصحة الأمهات أثناء الحمل والولادة، بما يشمل ناسور الولادة.

٢٩ - وتبين تقديرات وفيات الأمهات لعام ٢٠٠٥، التي وُضعت من جانب منظمة الصحة العالمية، ومنظمة "اليونيسيف"، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والبنك الدولي، حدوث تقدم في اتجاه تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية^(٢٢). ويبين تحليل الاتجاه بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٥، أن معدلات الوفيات النفاسية قد انخفضت على المستوى العالمي بنسبة تقل عن ١ في المائة في السنة، وهو ما يقل كثيراً عن المعدل اللازم لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. وتبرز البيانات أيضاً التفاوت الكبير بين البلدان النامية والبلدان المتقدمة النمو، حيث أن نسبة

(٢٠) V. Filippi, C. Ronsmans, O. Campbell et al., "Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action", *The Lancet*, vol. 368, Issue 9546 (28 October 2006), pp. 1535-1541.

(٢١) منظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، عام ٢٠٠٧. الرصد على المستوى الوطني لتحقيق حصول الجميع على خدمات الصحة الإنجابية: اعتبارات مفاهيمية وعملية ومؤشرات ذات صلة.

(٢٢) الوفيات النفاسية في عام ٢٠٠٥، المرجع نفسه.

٨٦ في المائة من وفيات الأمهات في عام ٢٠٠٥ حدثت في بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وبلدان جنوب آسيا. وبالمثل فإن احتمالات الوفيات النفاسية^(٢٣) تتراوح بين حالة واحدة من كل سبع حالات في النيجر وحالة واحدة من كل ٣٠٠ ٧ حالة في البلدان المتقدمة النمو.

٣٠ - وقد أدى تقييم لحاجات تسعة بلدان أفريقية أجري في عام ٢٠٠٣ من جانب صندوق الأمم المتحدة للسكان ومركز "الصحة البيئية والجنسانية" إلى توفير مصدر من أول مصادر البيانات المتعلقة بناسور الولادة لبلدان متعددة. وبلغ عدد البلدان التي قامت حتى الآن، بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان ومؤسسات أخرى، بإجراء تقييمات توثق المعلومات الأساسية المتعلقة بالمشكلة وبأبعادها الاجتماعية والثقافية حتى الآن ٣٦ بلدا. وقد ذكر الفقر بشكل متكرر على أنه يمثل السبب الأساسي بسبب ارتباطه بانعدام إمكانية الحصول على الرعاية الصحية، وبسوء التغذية، وزواج الأطفال، والحمل المبكر^(٢٤). وتُمنع النساء من الحصول على خدمات صحة الأمهات وذلك بسبب رفض الأقارب، وبعد المسافات ونقص وسائل النقل، وارتفاع التكلفة، وسوء نوعية الخدمات. وقد تبين أنه توجد في غالبية البلدان القدرة على معالجة الناسور، كما توجد تحديات بسبب نقص العمال الصحيين، وعدم كفاية المعدات والإمدادات وأماكن المرافق، وكذلك عدم وجود إعانات لرعاية المرضى الفقراء. وساعد توفر البيانات ونشرها على الصعيد الوطني على التوعية بناسور الولادة وفي وضع البرامج ذات الصلة.

٣١ - وكشفت تقييمات عديدة عن وجود أوجه قصور في البيانات الوطنية المتعلقة بصحة الأمهات، وبناسور الولادة على وجه التحديد. وقد حددت أيضا تحديات مماثلة في التقييمات المتعلقة برعاية التوليد الطارئة في ٣٢ بلدا. وفي كثير من الأحيان لا تُجمع البيانات بشكل منتظم عن طريق نظم المعلومات الصحية، وهو ما يعوق تحليل التقدم المحرز. وتبذل جهود في عدد من البلدان، مثل أوغندا ونيجيريا من أجل إنشاء قواعد بيانات وطنية بشأن ناسور الولادة. وقد عملت باكستان وبنغلاديش وملاوي والمغرب ونيبال على دمج بعض، أو جميع، مؤشرات رعاية التوليد الطارئة التي أوصت بها الأمم المتحدة^(٢٥) في نظم المعلومات الصحية. ويعمل الفريق العامل المعني بناسور الولادة على إعداد تقرير يتضمن توصيات بشأن

(٢٣) احتمال أن تتوفي أنثى عمرها ١٥ عاما، في نهاية الأمر، لسبب يتعلق بالولادة.

(٢٤) vlez وآخرون، المرجع السالف الذكر.

(٢٥) المبادئ التوجيهية لرصد مدى توفر خدمات التوليد ومدى الاستفادة من تلك الخدمات، المرجع نفسه.

مؤشرات تتعلق بناسور الولادة، وسوف ينتهي العمل في إعداد التقرير بحلول نهاية عام ٢٠٠٨.

٣٢ - وبسبب الحاجة إلى توفر بيانات على مستوى السكان، أدرجت إثيوبيا، وأوغندا، وباكستان، ورواندا، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، ومالي، وملاوي، والنيجر، في الاستقصاءات الديمغرافية والصحية الخاصة بها مجموعات بيانات تتعلق بناسور الولادة. وقد اختلفت مجموعات البيانات من بلد لآخر، ولكنها تضمنت أسئلة بشأن مدى المعرفة بناسور الولادة ومدى الخبرة بأعراض الإصابة به. وفي إثيوبيا هناك امرأة واحدة من كل أربع نساء سمعت عن ناسور الولادة. ومن بين من سمعن عن ناسور الولادة كانت نسبة من وضعن ولو مولودا واحدا وذكرن أنهن شعرن بأعراض ناسور الولادة حوالي ١ في المائة^(٢٦). وفي مالي، كانت لدى نسبة ١٦ في المائة من النساء معرفة بناسور الولادة كما أن نسبة ٠,٢ في المائة من النساء اللواتي وضعن ولو مولودا واحدا قد أبلغن أنهن عانين من ناسور الولادة^(٢٧). وقد وضعت الآن مجموعة بيانات معيارية، وسوف تُستخدم هذه المجموعة في الدراسات الاستقصائية المقبلة، بما يشمل الدراسات التي ستجرى في بور كينا فاسو وكينيا.

٣٣ - وبالنظر إلى وجود ثغرات في بيانات متماثلة، أجرت جامعة "جون هوبكنز" وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية في نيسان/أبريل ٢٠٠٨ دراسة بحثية عنوانها "التنبؤ بتطورات الحالة الصحية وتحسن نوعية الحياة والاندماج الاجتماعي بالنسبة للنساء المصابات بناسور الولادة". وسوف يجري البحث على مدى فترة سنتين مع شركاء في سبعة بلدان هي: إثيوبيا، وبنغلاديش، وبنن، والسودان، ومالي، والنيجر، ونيجيريا. وتهدف الدراسة إلى قياس نتائج العلاج، بما يشمل الصحة البدنية ونوعية الحياة، مع المتابعة لفترة عام واحد بعد العلاج.

باء - استراتيجيات الوقاية والتدخلات

٣٤ - يمكن منع الإصابة بناسور الولادة كجزء من الجهود التي تهدف إلى تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وذلك، تحديداً، من خلال وصول الجميع إلى خدمات الصحة الإنجابية تكون جيدة النوعية وسهلة المنال، مع التأكيد على الخدمات التي يمكن أن يكون لها أثر مباشر، مثل تنظيم الأسرة، ووجود أشخاص مهرة عند وضع الأم لمولودها، وتوفير الرعاية الطارئة عند

(٢٦) Central Statistical Agency, Addis Ababa and ORC Macro, Maryland, United States of America, Ethiopia .Demographic and Health Survey 2005

(٢٧) .Salif Samaké et al., Mali: Enquête Démographique et de Santé (EDSM-IV) 2006

الولادة. ويمكن التعلم من البلدان التي نجحت في تقليل عدد حالات الوفاة والاعتلال عند الولادة في فترات زمنية قصيرة نسبياً من خلال الالتزام السياسي والمالي الوطني والتخطيط الفعال، مثل تايلاند، وسري لانكا، وماليزيا، ومصر، ونيكاراغوا، وهندوراس.

٣٥ - ولسد الثغرات الموجودة بالنسبة لرعاية الأمهات، تقوم حكومات عديدة، بدعم من وكالات الأمم المتحدة وجهات أخرى، بتنفيذ خطط لضمان توفر نظم صحية متينة تقوم بوظائفها وتقدم السلسلة الكاملة للرعاية الصحية للأمهات. وعلى سبيل المثال، انتهت ملاوي من إعداد خارطة الطريق الوطنية الخاصة بها من أجل تقليل حالات وفاة واعتلال الأمهات بسبب الولادة والأطفال المولودين حديثاً، وحددت تكاليفها وعبأت الموارد اللازمة لها، وبدأت في تنفيذ الخطة التشغيلية. وتهدف الخطة إلى معالجة نقص الموظفين. وقلة توفر الخدمات الصحية للأمهات والاستفادة منها، وضعف نظم الإحالة، وعدم كفاية المشاركة من جانب المجتمع المحلي في إطار نهج أوسع نطاقاً للنظم الصحية. وتقوم الآن بلدان أخرى عديدة بحشد الموارد، وبدأت في تنفيذ خارطات الطريق الخاصة بها بدعم من الأمم المتحدة وجهات مانحة ثنائية. وفي أمريكا اللاتينية قام عدد من الشركاء^(٢٨) بتنظيم برامج تدريبية لممثلين من بلدان في المنطقة بشأن تطوير النظم الصحية باستخدام الصحة الإنجابية كمسألة شاملة لتحليل أبعاد النظم الصحية.

٣٦ - والحصول على خدمات تنظيم الأسرة من شأنه ضمان أن تكون كل حالة حمل مرغوباً فيها، كما أنه يمكن أن يساعد في تحسين صحة الأمهات والأطفال المولودين حديثاً وذلك من خلال ضمان الوضع الأمثل لتوقيت الولادات وفترة التباعد بينها وعددها. وفي السنوات الأخيرة حدث انخفاض شديد في تمويل تنظيم الأسرة والأولوية التي أوليت له. ويجري بذل جهود من أجل تنشيط جهود تنظيم الأسرة، بما في ذلك حشد الدعم السياسي والمالي. ويعمل صندوق الأمم المتحدة للسكان مع الحكومات، من خلال برامج تنفذ في ١٤٠ بلداً، لكفالة تقديم المعلومات وطائفة من أساليب تنظيم الأسرة في جميع المرافق الصحية. وفي مدغشقر، جمع الرئيس بين الجماعات الدينية، وزعماء الشباب، والموظفين الصحيين في المقاطعات، والوزراء، من أجل إبراز أهمية الديناميات السكانية بالنسبة لجميع القطاعات. وبالمثل أولى اليمن أولوية لتنظيم الأسرة كاستراتيجية أساسية لتحسين الصحة والتنمية. ومؤخراً، قامت منظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ووكالة

(٢٨) منظمة الصحة للبلدان الأمريكية (منظمة الصحة للبلدان الأمريكية/منظمة الصحة العالمية)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والوكالة السويدية للتعاون الدولي في مجال التنمية، ومركز البحوث الصحية في نيكاراغوا.

التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة وشركاء آخرين، بوضع دليل جديد للمهنيين الصحيين بشأن تقديم خدمات لتنظيم الأسرة ذات نوعية جيدة^(٢٩).

٣٧ - وقد عكفت الدول الأعضاء على تنفيذ مبادرات لزيادة إمكانية الوصول إلى خدمات ما قبل الولادة وخدمات الولادة وخدمات ما بعد الولادة، بما في ذلك خدمات التوليد الطارئة. ويشمل هذا تعزيز الهيكل الأساسي الصحي بالمعدات وتجديده وتزويده بنظم إمداد يُعتمد عليها. كذلك فإن هذا يتطلب معالجة أوجه النقص في الموارد البشرية. ويتمثل أحد النهج الرئيسية في زيادة عدد الأشخاص المهرة الموجودين عند وضع الأم لمولودها، وخاصة القابلات، وزيادة كفاءة أولئك الأشخاص وتُعتبر القابلات عنصراً أساسياً في تقليل حالات الوفاة والاعتلال النفاسية للأمهات والأطفال حديثي الولادة في بلدان عديدة، مثل تونس وسري لانكا. وفي كمبوديا، كانت نتائج استعراض شامل يتعلق بالقابلات جزءاً من استعراض منتصف المدة للخطة الاستراتيجية لقطاع الصحة. وفي بوليفيا، اعتمدت الجامعة ووزارة التعليم برنامجاً لمنح شهادة دبلوم للقابلات. ويعمل السودان في اتجاه كفالة وجود قابلة واحدة على الأقل في كل قرية، ونقح مؤخراً منهجه التدريبي الخاص بالقابلات من أجل تحسين كفاءة القابلات حديثات التدريب. وقد عكفت مؤخراً بلدان نامية على تنفيذ خطط خدمات تعاقدية لتشجيع الأفراد العاملين في مجال الصحة على تحسين أدائهم. وتبين الخبرة المكتسبة من رواندا أن المرافق الصحية التي كانت تعمل بعقود قدّمت خدمات أكثر وأفضل بتكاليف أقل. ولدعم جهود الدول الأعضاء، يعمل صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية والاتحاد الدولي للقابلات معاً لتقديم توجيه من أجل زيادة فرص الوصول إلى خدمات القابلات.

٣٨ - وتشمل العقبات التقليدية التي تعوق الوصول إلى الرعاية عدم توفر وسائل النقل وُبُعد المسافات وارتفاع التكاليف. وقد نفذت السنغال مؤخراً سياسة لتقليل العوائق الاجتماعية - الاقتصادية التي تحول دون تقديم الخدمات الصحية للأمهات أثناء النفاس، وذلك بجعل خدمات قسم الولادة وقسم العملية القيصرية خدمات مجانية من أجل تقليل العوائق المالية، وتفويض سلطة تقديم الرعاية الطارئة في حالات الولادة لجهات قريبة من المجتمعات المحلية. ويسعى عدد من البلدان والوكالات إلى إيجاد وسائل لتشجيع توفير وسائل نقل محلية في حالات الطوارئ وزيادة التعاون بين قطاع الصحة وقطاع النقل.

٣٩ - وهناك العديد من البلدان التي تقر بالحاجة إلى إيجاد طرائق إضافية لتمويل الخدمات الصحية، بينما تواصل تقديم الدعم إلى الفقراء والفئات الضعيفة. ويتضمن برنامج العلاوة

(٢٩) تنظيم الأسرة: كتيب شامل لمقدمي الخدمات، صدر في عام ٢٠٠٧.

العائلية في هندوراس تقدم قسيمة إلى الأمهات الحوامل والمرضعات وإلى الأطفال الذين يقل عمرهم عن ثلاث سنوات، وذلك كطريقة لتحسين ظروفهم فيما يتعلق بالصحة والتغذية^(٣٠). ويجري الآن بقدر من النجاح في أمريكا اللاتينية وأفريقيا وآسيا تنفيذ عمليات التحويل المشروط للنقود التي توفر موارد نقدية للأسر المعيشية شريطة أن تكون متفقة مع متطلبات معينة^(٣١). ويجري تنفيذ التأمين الصحي الاجتماعي في عدد من البلدان ومن بينها مؤخرًا رواندا وغانا.

٤٠ - وتراعي الأساليب الفعالة لمواجهة تعرض الأمهات للوفاة والاعتلال أثناء النفاس أيضا العوامل الأساسية الاجتماعية والثقافية. ويؤدي التدخل لتغيير السلوك وتعبئة المجتمع المحلي إلى زيادة الوعي والفهم على مستوى المجتمع المحلي. وقد بين مشروع رائد لتعبئة المجتمع المحلي نفذته الحكومة في إريتريا، بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان، أن حشد زعماء المجتمع المحلي وتدريب المعلمين والمعلمات في مجال الصحة على الأمومة المأمونة يمكن أن يسهم في زيادة الاستفادة من الخدمات. وفي شمال نيجيريا، جرى تدريب معلمين على صعيد المجتمعات المحلية، من الذكور والإناث اللواتي سبق أن أصيب بعضهن بناسور الولادة في مجال صحة الأمهات، بما في ذلك منع الإصابة بناسور الولادة، كجزء من مشروع تحريي يُتوقع له النجاح، وذلك بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان وجماعة "Virgin Unite". وخلال فترة قصيرة، تمكن أولئك المعلمون من الاتصال بالقات من حراس البوابات من الرجال والنساء الحوامل وهو ما أدى إلى زيادة الاستفادة من خدمات الصحة الإنجابية. وقد وضعت منظمة "اليونيسيف" برنامجا تدريبيا للرعاية المنزلية من أجل الأخصائيين الصحيين في المجتمع المحلي، وهو برنامج يركز على الاستعداد للولادة خلال فترة الحمل - بما في ذلك تشجيع إجراء الولادة على يد قابلة ماهرة، والتوعية بنذر الخطر، والسعي من أجل الحصول على الرعاية في وقت مبكر، إضافة إلى القيام بزيارات مبكرة بعد الوضع. وترتبط هذه البرامج التي يجري تنفيذها في بعض البلدان بتعزيز قدرة المرافق الصحية على توفير الرعاية للأمهات في الظروف الطارئة.

٤١ - ومن شأن تمكين النساء اللواتي سبق أن أصبن بناسور الولادة وأسرهن، من خلال جماعات الأقران الذين يقدمون الدعم والمشورة، أن يساعد على منع تكرار الإصابة بناسور

(٣٠) C. Moore, *Assessing Honduras' CCT Programme PRAF, Programa De Asignacion Familiar: Expected and Unexpected Realities*, International Poverty Centre, Country Study No. 15, April 2008

(٣١) M. Lagrande, A. Haines and N. Palmer, "Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle-income Countries: a systematic review", *JAMA*, vol. 298, No. 16 (24-31 October 2007), pp. 1900-1910

الولادة في حالات الحمل في المستقبل. وهذا التمكين يجعل النساء اللواتي تعشن وهن مصابات بناسور الولادة قادرات على القيام بدور في تشجيع تغيير السلوك لمنع حدوث حالات جديدة. ويعمل عدد من المنظمات غير الحكومية، مثل الرابطة الدولية لصحة الوالدة والمولود في مالي، على إشراك الأمهات اللواتي سبق لهن أن أُصبن بناسور الولادة للعمل كداعيات ومرشدات وناشطات مجتمعات من أجل تعزيز صحة الأم وتعليم البنات.

٤٢ - ويتسم الاستثمار في تعليم البنات ووضع حد لزواج الأطفال بأهمية أساسية بالنسبة للقضاء على ناسور الولادة وحماية حقوق الطفلة وتعزيز تلك الحقوق. والبنات اللواتي تتعرضن للتهمة من اللواتي أكثر تعرضاً لمخاطر الوفيات النفاسية والإعاقة، بما في ذلك ناسور الولادة. وتستهدف جهود الوقاية في بعض البلدان المراهقات الضعيفات، وهي جهود تقترن بتدخلات تشجع تعليم البنات وزيادة الحد الأدنى للعمر عند الزواج، وتشجيع وصولهن إلى الخدمات الصحية ومبادرات التمكين الاقتصادي. وهناك الكثير من البلدان التي تعمل الآن من أجل وضع حدٍّ أدنى قانوني للعمر عند الزواج، ولكنها في كثير من الأحيان تصادف صعوبات في إنفاذ القوانين، وهو ما يحتاج إلى بذل جهود إضافية لتغيير الممارسات الثقافية الاجتماعية. وعلى سبيل المثال، أطلقت حكومة إثيوبيا، بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان، حملة تحت شعار "أوقفوا زواج الأطفال" وذلك للتوعية بمخاطر هذه الممارسة الضارة وانتهاكها للحقوق، وإنفاذ القانون المتعلق بزواج الأطفال. وفي غواتيمالا، يعمل صندوق الأمم المتحدة للسكان مع الشركاء في دعم المراهقات من الشعوب الأصلية بتزويدهن بمهارات كسب العيش وفرص العمل، إضافة إلى التثقيف بالصحة الجنسية والإنجابية.

جيم - استراتيجيات وتدخلات العلاج والإدماج

٤٣ - على الرغم من أن الوقاية هي الوسيلة القصوى للقضاء على ناسور الولادة، إلا أنه لا تزال هناك حاجة إلى علاج النساء المصابات بهذه الحالة. ويبلغ متوسط كلفة العلاج ٣٠٠ دولار لكل حالة. وقد شرعت الدول الأعضاء في بذل الجهود لزيادة إمكانية الحصول على علاج ناسور الولادة عن طريق رفع مستوى المرافق الصحية وتدريب العاملين في القطاع الصحي. ووفر صندوق الأمم المتحدة للسكان الدعم لأكثر من ٤٠ بلداً، مما أدى إلى معالجة أكثر من ٨٠٠ ٧ امرأة وتدريب أكثر من ٥٠٠ من الفنيين الصحيين منذ بدء الحملة العالمية للقضاء على ناسور الولادة.

٤٤ - وتم إحراز خطوات واسعة على الجانب المعياري مع القيام بمحاولات لتنسيق المعايير وجمع البيانات المستندة إلى الأدلة وإرشاد التخطيط القومي. وبعد الحصول على مدخلات

من الخبراء ومن الفريق العامل الدولي المعني بناسور الولادة، قامت منظمة الصحة العالمية بإصدار دليل في عام ٢٠٠٦ يحدد المبادئ التوجيهية لوضع البرامج الوطنية للوقاية من ناسور الولادة وتوفير ما يتطلبه من علاج ورعاية^(٣٢).

٤٥ - وما زالت الجهود المبذولة في إثيوبيا ونيجيريا تحتل مركز الصدارة. ويعمل مستشفى الناسور بأديس أبابا في إثيوبيا، وهو أقدم وأكبر مركز لمعالجة الناسور في العالم، على التوسع، بإنشاء خمسة مراكز تابعة له عبر إثيوبيا. وهذا ما سيمكن المستشفى من معالجة النساء بالقرب من مجتمعاتهن، ومن التوسع في تدريب الفنيين الصحيين من إثيوبيا ومن البلدان الأخرى على معالجة ناسور الولادة. ولدى نيجيريا مراكز عديدة في جميع أنحاء البلد، وربما أكبر عدد من الخبراء في جراحة ناسور الولادة في العالم. ويتم تدريب فنيين صحيين من مختلف أنحاء العالم في مستشفى بابار روجا للناسور كل سنة، كما يسافر الأطباء النيجيريون إلى البلدان الأخرى للمساعدة على التدريب وتوفير العلاج.

٤٦ - ومنذ بدء الحملة، قام أكثر من عشرين بلدا بإنشاء مركز واحد على الأقل لعلاج ناسور الولادة. وبناء على تلك المراكز الوطنية، بدأ العديد من البلدان في إضفاء اللامركزية على خدماته لكفالة زيادة إمكانية الحصول عليها. وفي بنغلاديش، يجري إنشاء مركز امتياز وطني للتدريب في دكا، مع تحقيق لامركزية العلاج بحيث يتم في تسع مستشفيات إقليمية تابعة لكلية الطب. وتم إتباع نهج مماثل في كينيا، حيث تعمل أربع مستشفيات كمراكز إحالة للمناطق المحيطة بها، وتقوم تلك المراكز أيضا بتدريب مقدمي الخدمات على صعيد المقاطعات. وأنشأت جمهورية تنزانيا المتحدة نظام إحالة ثلاثي المستويات لعلاج ناسور الولادة.

٤٧ - كما توفر حملات خدمات التوعية وسيلة هامة لإنجاز الحالات المتأخرة المتراكمة التي تتطلب العلاج، وجعل الرعاية الطبية أقرب إلى النساء، وبناء قدرات مقدمي الرعاية الطبية في مجال علاج ناسور الولادة. ويقوم صندوق الأمم المتحدة للسكان حاليا بإجراء تجربة ميدانية على الإرشادات المتعلقة بتخطيط خدمات التوعية بالعلاج^(٣٣). وتم تنظيم سبعة وعشرين حملة لخدمات التوعية في باكستان في عام ٢٠٠٧، أتاحت في الوقت نفسه تدريب الفنيين الصحيين. وجرى تنظيم حلقات عمل تدريبية مماثلة في أوغندا في عام ٢٠٠٧، وتم توفير الدعم أيضا لحملة لخدمات التوعية في أربعة مواقع. وكانت خدمات التوعية مفيدة بوجه خاص في حالات النزاع وما بعد النزاع حيث ربما يكون من الصعب تقديم الخدمات

(٣٢) منظمة الصحة العالمية. ناسور الولادة المبادئ التوجيهية للمعالجة السريرية ووضع البرامج، ٢٠٠٦.

(٣٣) يتم القيام بالتوعية بالناسور في مرفق لا يقدم الخدمات المعتادة لعلاج الناسور.

الروتينية. وفي تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٧، أطلق صندوق الأمم المتحدة للسكان مع موظفي مستشفى مجموعة هرقيسا ووزارة الصحة أول حملة توعية لعلاج ناسور الولادة في الصومال.

٤٨ - ولناسور الولادة عواقب اجتماعية واقتصادية ونفسية وخيمة على النساء المصابات به. وللتصدي لهذه المشكلة، أقام صندوق الأمم المتحدة للسكان شراكات مع منظمات المجتمع المدني لمساعدة النساء على إعادة الاندماج في المجتمع واستئناف حياة كاملة خالية من الوصم. وتركز خدمات إعادة التأهيل على إعادة بناء الشعور بالكرامة لدى المرأة، والتمكين الاجتماعي والاقتصادي عن طريق الأنشطة المدرة للدخل، ومشاريع التمويل الصغير، إضافة إلى محو الأمية أو التدريب المهني، وتوفير خدمات إسداء المشورة لتعزيز سلوك الحفاظ على الصحة لمنع حدوث ناسور الولادة مرة أخرى. وتشارك تلك المنظمات أيضا في أنشطة التوعية في المجتمع المحلي بغرض الحد من المفاهيم الخاطئة والوصم بشأن المضاعفات التي تحدث عند الولادة.

٤٩ - ومن خلال شراكة بين الحكومة وصندوق الأمم المتحدة للسكان والائتلاف المعني بصحة المرأة في بنغلاديش، فإن النساء اللاتي يلتمسن علاج ناسور الولادة يتلقين خدمات تأهيلية تشمل المشورة ومجموعة مواد تدريبية بشأن الأنشطة المدرة للدخل والتعليم الوظيفي. وتكفل الروابط الموجودة مع المركز الوطني لمعالجة ناسور الولادة استمرارية الرعاية. وبالإضافة إلى ذلك، هناك عنصر يرمي إلى توعية المجتمعات المحلية وضمان القيام بزيارات دورية للمتابعة مع المرضى وإسداء المشورة والتوعية لأعضاء الأسرة. وفي النيجر، تقدم المنظمات غير الحكومية مجموعة تشمل التمكين الاقتصادي، وخدمات الصحة الإنجابية لمنع تكرار حدوث ناسور الولادة، وإسداء المشورة والتوعية لأعضاء الأسرة والمجتمع المحلي.

دال - الدعوة والتوعية

٥٠ - أبرزت تقييومات الاحتياجات التي أجريت عبر البلدان انعدام الوعي وإهمال الحالة، مما يجعل تركيز الجهود على الدعوة والتوعية ضرورة حتمية. وقد استهدفت جهود الدعوة مجموعة متنوعة من الجمهور في كل من البلدان المانحة والبلدان النامية، بما في ذلك واضعي السياسات، والفنيين الصحيين، ووسائل الإعلام، والجمهور. ونشأ اهتمام كبير من جانب الحكومات المانحة والمنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية والقطاع الخاص. وأصبحت شخصيات شهيرة تعمل في مجال التوعية، بما في ذلك رؤساء الدول وقريناتهم والمشاهير. وما فتئ صندوق الأمم المتحدة للسكان يدعم، بصفة متزايدة، مشاركة النساء المصابات

بناسور الولادة في مجال الدعوة بغرض إقناع المجتمعات المحلية ووضعي السياسات بالحق في العلاج وبأهمية منع الوفيات النفاسية والإعاقة.

٥١ - إن إدراج ناسور الولادة ضمن السياسات الوطنية هو أمر رئيسي في تأمين الالتزام السياسي والمالي. وفي العديد من البلدان، تم إدراج مكافحة ناسور الولادة، خلال السنوات الأخيرة، ضمن الخطط الوطنية للصحة الإنجابية وصحة الأم. وقام ستة عشر بلدا حاليا بإدماج ناسور الولادة ضمن خططها واستراتيجياتها الوطنية ذات الصلة^(٣٤).

٥٢ - وتستخدم وسائط الإعلام للوصول للعديد من الجماهير. وتم تشكيل شراكات رئيسية مع وسائط الإعلام في غانا عن طريق الشبكة الوطنية للاتصالات والدعوة. وتعمل الإذاعة كوسيلة هامة للوصول إلى السكان الأكثر تأثرا، وقد استُخدمت في باكستان والسودان وغانا وكوت ديفوار وليبيريا ونيجيريا للتوعية بشأن صحة الأم وناسور الولادة، وتزويد النساء المصابات بناسور الولادة بمعلومات عن العلاج والرعاية المتوفرين.

هاء - الدعم العالمي وتعبئة الموارد

٥٣ - يوجد الآن زخم عالمي كبير لتناول صحة الأم ضمن سياق الأهداف الإنمائية للألفية. وقد ساعدت الأحداث التي ارتبطت بالذكرى السنوية العشرين لمبادرة الأمومة المأمونة في عام ٢٠٠٧ على حشد الدعم للهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية. إضافة إلى ذلك، يجرى القيام بعدد من المبادرات لدعم تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة، والتي تم تشكيل بعضها كجماعات ضغط مكونة من المنظمات الصحية العالمية من أجل الدعوة السياسية الرفيعة المستوى، بينما تم تشكيل البعض الآخر كتحالقات للمنظمات غير الحكومية الدولية ووكالات الأمم المتحدة لتنسيق التدخلات.

٥٤ - ومنذ عام ٢٠٠٣، نمت الحملة العالمية من أجل القضاء على ناسور الولادة من ١٢ بلدا إلى أكثر من ٤٥ دولة أفريقية وآسيوية وعربية. وقام شركاء الحملة من الحكومات والمؤسسات المالية الدولية والقطاع الخاص، بما في ذلك مانحون أفراد، بتجميع أكثر من ٥٠ مليون دولار^(٣٥) كتبرعات في السنوات الخمس الأخيرة لدعم أنشطة ناسور الولادة. وعلى الصعيد العالمي، يعمل الفريق العامل الدولي المعني بناسور الولادة على تشجيع التنسيق العالمي للجهود وتخطيط المبادرات المشتركة. ويضم الفريق، الذي يتولى صندوق الأمم

(٣٤) إيريتريا و أفغانستان و باكستان وبنغلاديش و بنن وجمهورية الكونغو الديمقراطية و السنغال و غينيا الاستوائية والكاميرون و كوت ديفوار و الكونغو وليبيريا ومالي وملاوي وموريتانيا والنيجر.

(٣٥) الرقم مني على التبرعات التي تم استلامها للبرامج الأكبر حجما ولا يشمل جميع التمويلات.

المتحدة للسكان تنسيق أعماله، وكالات الأمم المتحدة، والمنظمات غير الحكومية الدولية والإقليمية، والمؤسسات الأكاديمية، والروابط المهنية، والمنظمات الدينية، والمرافق الصحية. ويسعى الفريق لضمان أن يحتل ناسور الولادة موقعا ضمن جهود الحد من معدلات الوفيات والاعتلال أثناء النفاس، والتوصل إلى توافق في الآراء وأدلة على الاستراتيجيات الفعالة لعلاج النساء المصابات بناسور الولادة وإعادة إدماجهن في مجتمعاتهن.

٥٥ - وما زالت الشراكة من أجل صحة الأمهات والرضع والأطفال، وهي شراكة عالمية في المجال الصحي، بدأت عملها في شهر أيلول/سبتمبر ٢٠٠٥، وجمعت بين الجماعات المهمة بصحة الأمهات والرضع والأطفال في تحالف مكون من ٢٤٠ عضوا، تواصل نموها. وتقوم الشراكة بجمع تلك الجهات الفاعلة مع بعضها البعض للدفاع عن قضية تطوير صحة الأمهات والرضع والأطفال وإبراز هذه القضايا ودعمها. ويعمل الأعضاء مع بعضهم البعض للمواءمة بين الأنشطة وتسريعها وإعداد رسائل متسقة وتقاسم المعرفة المتعلقة بالنتائج الفعالة.

٥٦ - وقام رؤساء ثنائي وكالات دولية ناشطة في المجال الصحي^(٣٦) بتشكيل مجموعة غير رسمية ترمي لتحسين تنسيق الدعم المقدم للبلدان. ويدرك الفريق الحاجة لتقوية النظم الصحية ودعم عملية وجود وطنية واحدة في القطاع الصحي. وضمن هذا الإطار، فإن الشراكة الدولية من أجل الصحة، التي بدأت عملها في أيلول/سبتمبر ٢٠٠٧، هي اتفاق بين المانحين والبلدان النامية، والوكالات الصحية الدولية بما فيها الأمم المتحدة، والمؤسسات التي تعمل على تحسين التعاون، وهي تؤكد على الأولويات الوطنية المحددة في الخطط الصحية الوطنية. وقد انضم إلى الشراكة ثمانية بلدان من أفريقيا وآسيا^(٣٧)، وأعرب عدد أكثر من البلدان عن رغبته في الانضمام. والتحالف العالمي للعاملين في مجال الصحة مكرس لتحديد وتنفيذ الحلول للأزمات التي تحدث للقوى العاملة في المجال الصحي. وبما أن منظمة الصحة العالمية هي التي تستضيف التحالف، فهو يجمع بين الحكومات الوطنية والمجتمع المدني والمؤسسات المالية والأخصائيين الصحيين والوكالات الدولية والمؤسسات الأكاديمية والروابط المهنية لتلبية الدعوة لاتخاذ إجراء عاجل ومنسق بشأن الأزمات التي تتعرض لها القوى العاملة في المجال الصحي، بما في ذلك مهنة القبالة.

(٣٦) منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) وصندوق الأمم المتحدة للسكان وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) والبنك الدولي ومؤسسة بيل وميليندا غيتس والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا والتحالف العالمي من أجل توفير اللقاحات والتحصين وتعزيز النظم الصحية.

(٣٧) إثيوبيا وبوروندي وزامبيا وكمبوديا وكينيا ومالي وموزامبيق ونيبال.

٥٧ - ووافقت منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي على تنسيق دعمهم للبلدان بطريقة أفضل من أجل تحسين صحة الأم والمولود. ويسترشد التنسيق بسلسلة متصلة من الرعاية والدعم لخطوة صحية وطنية واحدة، والاستفادة من قوة كل واحدة من الوكالات، وإسناد مسؤوليات رئيسية لكل وكالة وتعزيز الآليات الفعالة للتنسيق على الصعيد القطري.

٥٨ - وأنشئت فرقة عمل الأمم المتحدة المشتركة بين الوكالات والمعنية بالمراهقات^(٣٨) في عام ٢٠٠٧ برئاسة صندوق الأمم المتحدة للسكان لدعم الحكومات لتستثمر في الفتيات المراهقات كاستراتيجية للحد من الفقر، ومنع زواج الأطفال، وخفض معدل الوفيات والاعتلال أثناء النفاس، وتعزيز صحة المراهقين، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية. والغرض الإجمالي من فرقة العمل هو تعزيز التعاون المشترك بين الوكالات على الصعيدين العالمي والقطري من أجل برامج أكثر فعالية تستهدف الفتيات المراهقات.

٥٩ - وفي كانون الثاني/يناير ٢٠٠٨، أنشأ صندوق الأمم المتحدة للسكان صندوق مواضيعي لصحة الأم. ويسعى الصندوق لتعبئة ٥٠٠ مليون دولار خلال أربع سنوات لدعم ٦٠ بلداً بها أعلى معدلات الوفيات النفاسية. والهدف من هذه المبادرة هو زيادة قدرات النظام الصحي على توفير سلسلة متواصلة من الرعاية الصحية للأم، وتعزيز آليات الحد من أوجه عدم المساواة الصحية وتمكين المجتمعات المحلية من ممارسة حقوقها المتعلقة بالصحة الإنجابية.

٦٠ - وقد لفت مؤتمر العد التنازلي نحو عام ٢٠١٥ الذي عقد في جنوب أفريقيا في نيسان/أبريل ٢٠٠٨ الانتباه للتحديات أمام بلوغ الهدفين ٤ و ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية في ٦٨ من البلدان ذات الأولوية التي توجد فيها معدلات مرتفعة للوفيات النفاسية ووفيات الأطفال دون سن الخامسة، والذي انتهى بوثيقة التزام من واضعي السياسات تعهدوا فيها باتخاذ إجراءات لتحسين صحة الأم والطفل. وفي اجتماع مجموعة الثمانية الذي عقد في تموز/يوليه ٢٠٠٨ باليابان، أكدت الأمم المتحدة على الحاجة لدفعة عالمية لمعالجة صحة الأم. وأشار زعماء مجموعة الثمانية في بيانهم بشأن التنمية في أفريقيا إلى أن الهدفين ٤ و ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية خرجا عن مسارهما بدرجة خطيرة في بعض البلدان

(٣٨) منظمة العمل الدولية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) وإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمانة العامة ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة، (اليونسكو) وصندوق الأمم المتحدة للاستثماري للشراكة الدولية وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، (اليونيسيف) ومنظمة الصحة العالمية.

وحثوا على التركيز بدرجة أكبر على صحة الأمهات والرضع والأطفال وعلى حصول الجميع على خدمات الصحة الإنجابية.

خامسا - الاستنتاجات والتوصيات

٦١ - تم إحراز تقدم كبير خلال العقد المنصرم من جراء تركيز الاهتمام على الوفيات والإعاقة النفاسية، وعلى ناسور الولادة تحديداً في الآونة الأخيرة. ويعود ذلك في المقام الأول إلى توفر المزيد من الأدلة على التدخلات الفعالة وتحسين جمع البيانات وتحليلها وإلى برامج الدعوة والشراكات وفيما بعد إلى تعزيز الالتزامات السياسية والمالية. وبات هناك الآن إدراك أوسع للعبء الاجتماعي والاقتصادي الناجم عن ضعف الصحة الإنجابية وصحة الأمهات، وعلاقته بالحد من الفقر وبتوافق الآراء بشأن التدخلات الرئيسية للحد من معدل الوفاة والإعاقة النفاسية. وقد ازداد الوعي والاعتراف بمشكلة ناسور الولادة إلى حد كبير. وأخذت البلدان تستثمر بصورة متزايدة في وقاية النساء من الإصابة بناسور الولادة ومعالجة المصابات به وإعادة إدماجهن، وتعزز ذلك أكثر فأكثر كجزء من الجهود الرامية إلى تحسين صحة الأمهات.

٦٢ - وبالإضافة إلى ذلك، أثبتت نُهج متعددة القطاعات في أماكن كثيرة بهدف استنتاج الصلات التي تربط بين الفقر وحالات التفاوت في الدخل وأوجه التباين والتمييز بين الجنسين وتدني مستوى التعليم، باعتبارها تسهم في ضعف صحة النساء والفتيات.

٦٣ - وما زالت هناك تحديات خطيرة على الرغم من هذه التطورات الإيجابية. ويجب عدم الاقتصار على مواصلة السعي لتحسين النظم الصحية والحد من الوفيات والاعتلال أثناء النفاس، بما في ذلك الإصابة بناسور الولادة، إنما يجب تكثيفه أيضاً. وثمة حاجة ملحة لزيادة التدخلات منعاً لحالات الوفاة التي تزيد على ٥٠٠ ٠٠٠ حالة وفاة و ٩ ملايين حالة اعتلال^(٣٩) تحدث سنوياً نتيجة مضاعفات الحمل والولادة. وبالإضافة إلى ذلك، تحتاج النساء المصابات بناسور الولادة إلى خدمات العلاج وإعادة الإدماج. وستشمل الاستراتيجية العالمية لتحقيق ذلك، في جملة أمور، تقوية الروابط بين وضع السياسات وتنفيذها في القطاع الصحي، وزيادة الحصة في مخصصات الميزانية الوطنية، ورفع مستوى الاستثمار في النظم الصحية، ولا سيما النظم الخاصة بصحة الأمهات وإقامة الشراكات على المستوى الوطني بين

(٣٩) شعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة، التقدم نحو بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية ١٩٩٠-٢٠٠٥: الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية، حزيران/يونيه ٢٠٠٥.

المجتمع المدني والمجتمعات المحلية، إضافةً إلى زيادة التعاون على المستوى العالمي مع المؤسسات المالية ومع غيرها من الجهات الفاعلة ذات الصلة.

٦٤ - ومن الضروري اتخاذ إجراءات محددة لتحسين صحة الأمهات ومعالجة مشكلة ناسور الولادة تشمل ما يلي:

(أ) زيادة الاستثمارات في النظم الصحية، مع التركيز على الموارد البشرية لتحسين الخدمات الصحية وكفالة حصول النساء والفتيات على المجموعة الكاملة من رعاية الصحة الإنجابية، وعلى الأخص تنظيم الأسرة وتوفير الرعاية الماهرة عند الولادة ورعاية التوليد في حالات الطوارئ. وينبغي أن تغطي هذه المجموعة الفترة الممتدة من المراهقة إلى ما قبل الحمل ثم فترة الحمل والولادة وما بعد الولادة؛

(ب) تركيز الجهود على دعم الخطط الوطنية الرامية إلى تعزيز النظم الصحية وإلى التعرف على العوامل الثقافية والاقتصادية الأساسية المحددة للوفيات والإعاقات النفاسية ومعالجة تلك العوامل. وينبغي إيلاء اهتمام خاص للمناطق التي تسجل أعلى معدلات الوفاة والمرض أثناء النفاس، ولا سيما في أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا. وينبغي أن تسعى النهج المتبعة في البلدان الوصول إلى الفقراء والسكان الريفيين والمراهقات؛

(ج) توجيه الاستثمارات نحو دعم خطط الصحة الوطنية ومعالجة أوجه التفاوت في تغطية الرعاية الصحية في أوساط الفئات الاقتصادية الاجتماعية والفئات العمرية ولا سيما في المناطق الريفية. ويجب أن تشمل الأولويات إمكانية الحصول على مجموعة من وسائل منع الحمل من المرافق الصحية وعن طريق قنوات أخرى، وخطط موارد بشرية للعاملين في الميدان الصحي، ولا سيما القابلات واستثمارات ملائمة في الهياكل الأساسية، ومعدات وسلاسل إمداد تكفل توفير الرعاية الطارئة للمصابات بناسور الولادة. ولا بد أن ترتبط هذه الأولويات بغيرها من المسائل الصحية التي تسهم في ارتفاع معدل الوفاة والمرض أثناء النفاس، مثل سوء التغذية والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، ومكافحة الملاريا؛

(د) ويجب إنشاء دائرة أو مركز إحالة على الأقل لمعالجة ناسور الولادة في كل بلد يرتفع فيه معدل انتشار هذا المرض، وينبغي فيه تحقيق لا مركزية الخدمات حيثما أمكن لكي تقدم الرعاية في مكان أقرب إلى النساء. كما ينبغي الاستفادة من آليات أخرى، مثل حملات خدمات التوعية، حتى يتسنى توفير هذه الرعاية بانتظام للمساعدة على تقليص العدد المتراكم من النساء اللاتي ينتظرن العلاج. وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي

إقامة الصلات مع منظمات المجتمع المدني وبرامج تمكين المرأة لضمان إمكانية الحصول على الدعم اللازم لإعادة الإدماج في المجتمع، الذي يشمل أنشطة إسداء المشورة ومحو الأمية والتثقيف الصحي وتنمية المهارات وتوليد الدخل؛

(هـ) جعل الحصول على خدمات صحة الأمهات وعلاج ناسور الولادة متاحاً جغرافياً ومالياً ومقبولاً ثقافياً. وتتطلب إمكانية التوفير الجغرافي للخدمات توزيعاً مناسباً للمرافق الصحية والموظفين، وتعاوناً مع قطاع النقل لضمان خيارات النقل بتكلفة معقولة وترويج الحلول المجتمعية. كما يتطلب الوصول إلى الموارد المالية آليات ابتكارية تكفل تقديم الرعاية والعلاج من ناسور الولادة مجاناً أو بأسعار مدعومة جداً للنساء اللاتي لا يستطعن دفع التكاليف. وينبغي مراعاة الخيارات الثقافية للسكان أثناء تقديم الخدمات؛

(و) تعبئة المجتمعات المحلية من أجل إشراكها وإطلاعها وتمكينها بشأن الاحتياجات الصحية للأمهات، ودعم المرأة في الحصول على الخدمات. ويمكن أن تضطلع منظمات المجتمع المدني بدور في العمل مع المجتمعات المحلية. ويمكن أيضاً تمكين النساء المصابات بناسور الولادة من المشاركة في هذه الجهود، وذلك باعتبارهن ناجيات من مضاعفات ناسور الولادة. ويتعين على الرجال والأولاد أن يشاركوا تحديداً في الدعوة لتأمين الخدمات وفي دعم المرأة للحصول على هذه الخدمات؛

(ز) تعزيز التدخلات وتوسيع نطاقها للإبقاء على الفتيات المراهقات في المدرسة وإيقاف زواج الأطفال وتعزيز المساواة بين الجنسين والسلوك الإيجابي للحفاظ على الصحة. ولا بد من تعزيز القوانين التي تمنع زواج الأطفال، وأن يتبع ذلك حوافز ابتكارية تشجع الأسر على إرجاء الزواج. ويجب أن يتلقى السكان الأشد عرضة لخطر زواج الأطفال وحمل المراهقات برامج مخصصة للفتيات المراهقات توفر مهارات الحياة الشاملة، بما فيها معلومات عن الصحة الإنجابية. ويتعين مواصلة برامج التثقيف بالصحة الإنجابية لضمان حصول الشباب على المعلومات والمهارات اللازمة لحماية صحتهم؛

(ح) تعزيز البحث والرصد والتقييم لتوجيه تنفيذ برامج صحة الأمهات. وينبغي للبلدان أن تعمل على وضع نظم للرصد والتقييم تشمل إخطار المجتمع المحلي بحالات الإصابة بناسور الولادة وبوفيات الأمهات أثناء النفاس وحديثي الولادة. ومن الضروري دعم البحث الذي يتناول العوامل المحددة للوفاة والإعاقة أثناء النفاس وآثارها، بما في ذلك ما تخلفه الإصابة بأمراض النفاس مثل ناسور الولادة من آثار على نوعية الحياة؛

(ط) الاستمرار في إقامة الشراكات وتنسيق الجهود بين مختلف أصحاب المصلحة على المستويات المحلي والوطني والإقليمي والعالمي لمعالجة العوامل المتعددة الجوانب والمحددة للوفاة والمرض أثناء النفاس.

٦٥ - ويستوجب تحدي القضاء على ناسور الولادة تكثيف الجهود على المستويات الوطني والإقليمي والدولي. ولا بد أن تشكل هذه الجهود جزءاً من عملية تعزيز النظم الصحية لبلوغ الأهداف الإنمائية للألفية. فإذا ما أريد للهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية أن يتحقق، لا بد من تيسير موارد إضافية. ومن أجل دعم البلدان ذات الأولوية، يلزم ما لا يقل عن ١,٢ بليون دولار في السنة لتنظيم الأسرة وعن ٦ بلايين دولار سنوياً لرعاية صحة الأمهات التي تشمل الوقاية من ناسور الولادة. وسيلزم مبلغ ٧٥٠ مليون دولار تقريباً لعلاج حالات الإصابة الحالية والجديدة بناسور الولادة من الآن ولغاية عام ٢٠١٥، مع افتراض انخفاض عدد الحالات الجديدة كل عام. ومن الضروري أن يكون التمويل قابلاً للتنبؤ ومستداماً. وينبغي تقديم دعم متواصل إلى الخطط الوطنية للبلدان، وإلى كيانات الأمم المتحدة، بما فيها حملة القضاء على ناسور الولادة والصندوق المواضيعي لصحة الأمهات وغيره من المبادرات العالمية المخصصة لبلوغ الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية.