

Distr.
GENERAL

E/CN.9/1996/3
10 January 1996
ARABIC
ORIGINAL: ENGLISH

المجلس الاقتصادي والاجتماعي



لجنة السكان والتنمية

الدورة التاسعة والعشرون

٢٦ شباط/فبراير - ١ آذار/مارس ١٩٩٦

البند ٤ من جدول الأعمال المؤقت*

إجراءات المتابعة لتوصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية

رصد برامج السكان

تقرير الأمين العام

موجز

أعد هذا التقرير وفقا للاختصاصات الجديدة للجنة السكان والتنمية وبرنامج عملها ذي المنحى المواضيعي والمنظم حسب الأولويات والمتعدد السنوات، اللذين أقرهما المجلس الاقتصادي والاجتماعي في قراره ٥٥/١٩٩٥. والموضوع المخصص لسنة ١٩٩٦ هو الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية.

والمقصود من هذا التقرير، الذي يعكس الردود الواردة من ممثلي صندوق الأمم المتحدة للسكان أو مديريه القطريين في ٧٨ بلدا، هو أن يلقي نظرة عامة شاملة على مجموعة الأنشطة التي بدئ بتنفيذها في أعقاب المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في مجالات الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية والإعلام والتثقيف والاتصال في مجال السكان. وسيقّم مختلف الاستراتيجيات والنهج التي اعتمدتها البلدان لتنفيذ التوصيات الواردة في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بشأن الصحة الإنجابية والإعلام والتثقيف والاتصال في مجال السكان. كما يقدم تحليلا للصعوبات والمعوقات التي تواجهها البلدان في تنفيذ برامج الصحة الإنجابية والإعلام والتثقيف والاتصال في مجال السكان.

المحتويات

الصفحة	الفقرات
٣	٥ - ١ مقدمة
	أولا - إدماج تنظيم الأسرة في برامج الصحة الإنجابية: تحديد المفاهيم والإعمال
٤	١٤ - ٦
٧	٢٧ - ١٥ ثانيا - جوانب نوعية الرعاية في برامج الصحة الإنجابية
٨	١٨ - ١٧ ألف - تنمية الموارد البشرية، بما فيها التدريب
٨	٢٢ - ١٩ باء - الهياكل الأساسية
١٠	٢٤ - ٢٣ جيم - البروتوكولات الطبية
١٠	٢٧ - ٢٥ دال - توفر خدمات الصحة الإنجابية
١٣	٣٣ - ٢٨ ثالثا - الإعلام والتثقيف والاتصال في مجال السكان
١٥	٤٧ - ٣٤ رابعا - التركيز على فئات محددة
١٥	٣٨ - ٣٥ ألف - المراهقون
١٧	٤٣ - ٣٩ باء - مشاركة المرأة
١٨	٤٧ - ٤٤ جيم - دور الرجل
١٩	٥٤ - ٤٨ خامسا - دور المنظمات غير الحكومية
٢١	٦٦ - ٥٥ سادسا - البرمجة في ميدان الصحة الإنجابية: التحديات والمعوقات
٢٢	٥٨ - ٥٧ ألف - العوامل الاجتماعية الثقافية
٢٢	٦٣ - ٥٩ باء - الهياكل الأساسية وإمكانية الاستفادة منها
٢٤	٦٦ - ٦٤ جيم - الجوانب الاقتصادية والمالية
٢٤	٧٥ - ٦٧ سابعا - النتائج

الجداول

١٢	١ - توفر مكونات الصحة الإنجابية
	٢ - البلدان التي تملك استراتيجية وطنية للإعلام والتثقيف والاتصال، حسب المنطقة أو المجموعة
١٤	٣ - البرامج الخاصة لزيادة إشراك الذكور في الصحة الإنجابية، حسب المنطقة أو المجموعة
١٨	٤ - المعوقات الرئيسية التي تواجه تنفيذ برامج الصحة الإنجابية، حسب المنطقة أو المجموعة
٢١	

مقدمة

١ - أعد هذا التقرير المتعلق برصد برامج السكان وفقا للاختصاصات الجديدة للجنة السكان والتنمية وبرنامج عملها ذي المنحى المواضيعي والمنظم حسب الأولويات والمتعدد السنوات، اللذين أقرهما المجلس الاقتصادي والاجتماعي في قراره ٥٥/١٩٩٥. والموضوع المخصص لسنة ١٩٩٦ هو الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية، بما في ذلك الإعلام والتثقيف والاتصال في مجال السكان.

٢ - ويستعرض هذا التقرير التقدم المحرز على صعيد البرامج السكانية والأنشطة الإنمائية ذات الصلة على الصعيد القطري. ويركز على الخبرات البرنامجية في مجال الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية والإعلام والتثقيف والاتصال في مجال السكان. ولما كانت البلدان المتقدمة النمو لا تملك في العادة سياسات سكانية محددة، بل مجموعات مستقلة من السياسات والبرامج والتشريعات، بخلاف معظم البلدان النامية التي اعتمدت على مر السنين سياسات وبرامج سكانية شاملة، فهذا التقرير يتناول الخبرات البرنامجية للبلدان النامية إضافة إلى البلدان ذات الاقتصادات الانتقالية. ولما كانت نقطة التركيز الرئيسية للتقرير هي رصد البرامج السكانية، فهو يتناول في المقام الأول الأنشطة التنفيذية في مجال الصحة الإنجابية وبرامج الإعلام والتثقيف والاتصال ذات الصلة، وإلى مدى أقل، الحقوق الإنجابية.

٣ - وللحصول على البيانات والمعلومات اللازمة لإعداد هذا التقرير، بعث صندوق الأمم المتحدة للسكان باستبيان إلى جميع ممثليه ومديره القطريين في الميدان. وقد أرسل الاستبيان إلى ١٢٥ ممثلا ميدانيا، يغطون أكثر من ١٣٠ من البلدان النامية والبلدان ذات الاقتصادات الانتقالية. وقد اشتمل على أسئلة تتعلق بالمواضيع الرئيسية التي يشملها الفصل السابع، الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية، والفصل الحادي عشر، السكان والتنمية والتعليم (الجزء باء) من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية^(١). وبصورة أكثر تحديدا، أشارت الأسئلة إلى المواضيع التالية:

(أ) إدماج المعلومات والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة في الإطار الأوسع للصحة الإنجابية؛

(ب) الجوانب المتعلقة بنوعية الرعاية في برامج الصحة الإنجابية؛

(ج) نشر برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وما إذا كانت تجري ترجمته إلى اللغة الوطنية؛

(د) وجود استراتيجية وطنية للإعلام والتثقيف والاتصال متعلقة بالصحة الإنجابية؛

(هـ) احتياجات الصحة الإنجابية الخاصة بالمراهقين؛

(و) مدى مشاركة المرأة في تصميم وتنفيذ برامج الصحة الإنجابية؛

(ز) المبادرات التي يجري تنفيذها لزيادة مشاركة الرجال في برامج الصحة الإنجابية؛

(ح) دور المنظمات غير الحكومية في صياغة وتنفيذ تلك البرامج.

٤ - ويستند هذا التقرير إلى الردود الواردة من ٧٨ بلدا^(٣). وفيما يلي توزيع الردود حسب المناطق التي وردت منها:

المنطقة أو المجموعة	عدد التقارير الواردة
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (بما فيها شرق ووسط أفريقيا والجنوب الأفريقي وغرب أفريقيا)	٣٣
شمال أفريقيا وغرب آسيا	٨
آسيا (بما فيها شرقي وجنوب شرقي آسيا وجنوب آسيا الوسطى) وأوقيانوسيا	١٧
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	١٧
البلدان ذات الاقتصادات الانتقالية (بما فيها بعض البلدان في شرق وشمال أوروبا)	٢
المجموع	٧٨

٥ - ويقصد بهذا التقرير أن يعطي نظرة عامة شاملة على مجموعة الأنشطة التي بدئ بتنفيذها، منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، في ميادين الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية والإعلام والتثقيف والاتصال في مجال السكان. والتقرير في نهجه نوعي أكثر منه كمي. ويقيم التقرير مختلف الاستراتيجيات والنهج التي اعتمدتها البلدان لتنفيذ توصيات برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بصدد الصحة الإنجابية والإعلام والتثقيف والاتصال في مجال السكان. ويركز على الجهود الهادفة إلى إدماج معلومات وخدمات تنظيم الأسرة في برامج الصحة الإنجابية؛ وجوانب نوعية الرعاية في تلك البرامج؛ وبرامج الإعلام والتثقيف والاتصال في مجال السكان؛ والمبادرات المضطلع بها لمواجهة احتياجات الصحة الإنجابية للمراهقين ولزيادة مشاركة المرأة، والاستراتيجيات الهادفة إلى إشراك الرجال؛ فضلا عن دور القطاع غير الحكومي. كما يحلل التقرير الصعوبات والمعوقات التي تواجهها البلدان في تنفيذ برامج الصحة الإنجابية والإعلام والتثقيف والاتصال في مجال السكان.

أولا - إدماج تنظيم الأسرة في برامج الصحة الإنجابية: تحديد المفاهيم والإعمال

٦ - أبانت التجارب خلال العقدين الماضيين أن برامج تنظيم الأسرة تعمل على أفضل وجه عندما تكون جزءا من، أو مرتبطة بمبادرات أوسع في مجال الصحة تواجه الاحتياجات الصحية ذات الصلة وثيقة.

ونتيجة لهذه التجارب، ثمة تأكيد على الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وعلى الحاجة إلى إدماج معلومات وخدمات تنظيم الأسرة في برامج الصحة الإنجابية. فقد ورد في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (الفقرة ٧-٢) ما يلي:

"الصحة الإنجابية ... تعني قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية وأمومة، وقدرتهم على الإنجاب، وحريتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره. ويشتمل هذا الشرط الأخير، ضمناً، على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والفعالة والميسورة والمقبولة في نظرهم، فضلاً عن الأساليب الأخرى التي يختارونها لتنظيم الخصوبة والتي لا تتعارض مع القانون، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تحتاز بأمان فترة الحمل والولادة، وتتهيئ للمتزواجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة."

وידعو برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية كذلك إلى جعل المعلومات والخدمات متوفرة من خلال نظام الرعاية الصحية الأولية.

٧ - وفي عام ١٩٩٥، في أعقاب المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، كان من بين الخطوات الأولى التي اتخذتها بلدان عديدة التصدي لتحديد مفاهيم نهج الصحة الإنجابية وإعماله كل ضمن سياقها الوطني الخاص. وقد وضع عدد من هيئات ومنظمات الأمم المتحدة، استجابة منها إلى الحاجة إلى توفير الإرشاد، مواد تهدف إلى مساعدة البلدان في تنفيذ برامج الصحة الإنجابية. فمثلاً، أصدرت منظمة الصحة العالمية عدة منشورات جديدة في هذا الشأن. وحددت منظمات وهيئات الأمم المتحدة أيضاً أهدافها وأنشطتها في مجال أعمال الصحة الإنجابية. وقام صندوق الأمم المتحدة للسكان بتنقيح مبادئه التوجيهية المتعلقة بالصحة الإنجابية، وقدمت منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) خططها في هذا المجال إلى مجلسها التنفيذي في عام ١٩٩٥، وأصدر البنك الدولي وثيقة متصلة بسياسته بصدد دوره في تحسين الصحة الإنجابية.

٨ - وقد أفاد ١٨ بلداً - إثيوبيا، وبوتان، وبوركينا فاسو، وبيرو، وتركيا، وجامايكا، وجزر القمر، وجمهورية إيران الإسلامية، وزامبيا، والسلفادور، وفييت نام، وكوستاريكا، ومالي، وملاي، ومنغوليا، والنيجر، ونيكاراغوا، والهند - بأنها، في محاولة منها لتحديد مضامين نهج الصحة الإنجابية بالنسبة لسياساتها وبرامجها الوطنية، نظمت حلقات عمل أو حلقات دراسية لمناقشة مضامين نهج الصحة الإنجابية بالنسبة لبرامجها السكانية الوطنية. وعقدت حلقات عمل لتعريف المخططين وأو العاملين في مجال الرعاية الصحية على المفهوم الجديد للصحة الإنجابية وآثاره بالنسبة للبرامج. وبالإضافة إلى ذلك، نظمت الجمعيات الطبية في بلدان مختلفة محافل وندوات لإحاطة إعضائها علماً بمفهوم ونهج الصحة الإنجابية وبحث طرق تحديد مفاهيم فكرة الصحة الإنجابية وإعمالها.

٩ - وقد استجابت البلدان بطرق عديدة مختلفة للتحدي الذي طرحه المؤتمر لاعتماد نهج للصحة الإنجابية. فقد أفاد ٥٠ (٦٤ في المائة من المجيبين) من البلدان التي أجابت على الاستبيان، بأنها اتخذت

خطوات أولية لتوسيع نطاق برامجها القائمة المتعلقة بتنظيم الأسرة وصحة الأم والطفل والمباعدة بين الولادات و/أو الأمومة الآمنة وتضمينها معلومات وخدمات أخرى متعلقة بالصحة الإنجابية. وفي بعض البلدان في أفريقيا، تقوم الحكومات حالياً بإدماج خدمات الصحة الإنجابية في الأنشطة الجارية في إطار مبادرة باماكو. وقد أعلنت هذه المبادرة في اجتماع عقد في سنة ١٩٨٧ لوزراء الصحة في بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى لوضع استراتيجية لإنعاش وتعزيز وتوسيع خدمات الرعاية الصحية الأساسية.

١٠ - وأفادت حكومات ما يزيد على ٣٠ بلداً، من بينها ١٧ بلداً في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، بأنها بدأت عملية لإعادة توجيه وإعادة دراسة السياسات الحالية. ففي غينيا، على سبيل المثال، شرعت وزارة الصحة في إجراء استعراض للطرائق المتبعة حالياً في برنامجها المتعلق بالأمومة الآمنة/تنظيم الأسرة بهدف تحويله إلى برنامج للصحة الإنجابية/تنظيم الأسرة. وفي إندونيسيا، حيث بدأ التحول من تنظيم الأسرة إلى الصحة الإنجابية حتى قبل انعقاد المؤتمر، سيجري تعجيل الانتقال في برنامجها الخماسي الحالي (١٩٩٥-١٩٩٩). ويتناول هذا البرنامج مجالات في غاية الأهمية مثل جودة الرعاية في إطار خدمات الصحة الإنجابية، ونهج تلبية الطلب، والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) ضمن إطار الصحة الإنجابية/تنظيم الأسرة من خلال نهج محوره الأسرة، وتشقيف الشباب فيما يتعلق بالصحة الإنجابية ورفاه الأسرة، وإجراء البحوث وجمع البيانات عن الصحة الإنجابية والمرأة، وتعزيز تمكين المرأة. وقررت حكومة باراغواي تنقيح خططها الوطنية المتعلقة بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، والتي كانت قد وضعت تفاصيلاً قبل المؤتمر مباشرة، لتكييفها حسب المحاور والمبادئ والتوصيات الجديدة في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

١١ - ويطلب برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (الفقرة ٧-٩) إلى الحكومات أن تشجع مشاركة المجتمعات المحلية في الرعاية الصحية الإنجابية عن طريق تحقيق اللامركزية في إدارة برامج الصحة العامة. وفي بلدان عدة، استجابت الحكومات لهذه التوصية باتخاذ خطوات في اتجاه تحرير خدمات الصحة العامة من المركزية وإحالة المسؤولية عنها إلى مستويات إدارية أدنى. وفي الكاميرون، على سبيل المثال، يشتمل برنامج هدفه تعزيز وتوسيع نطاق خدمات الصحة الإنجابية/تنظيم الأسرة في إطار برامج الرعاية الصحية الأولية على عنصر متعلق بتحرير أنشطة الصحة الإنجابية/تنظيم الأسرة من مركزية وزارة الصحة إلى مستويات المناطق المحلية والأقاليم.

١٢ - ويبدو أن مدى إدماج تنظيم الأسرة في برامج الصحة الإنجابية يعتمد إلى حد بعيد على حالة خدمات ومرافق الرعاية الصحية. فالبلدان التي تتوفر فيها بالفعل معظم الخدمات الأساسية المتعلقة بالصحة الإنجابية لأغلبية السكان شرعت في إنفاذ أنشطة موجهة إلى خدمة تلك المجموعات من المجتمع غير المخدومة أو المخدومة خدمة ناقصة في السابق. وركز بعض هذه البلدان بدلاً من ذلك، أو بالإضافة إلى ذلك، على إدخال خدمات أكثر تحديداً في مجال الصحة الإنجابية، مثل الوقاية من العقم وإحالاته إلى الجهات المناسبة والوقاية من إصابات الجهاز التناسلي ومعالجتها، فضلاً عن الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي. أما في البلدان ذات الخدمات الصحية الأقل تطوراً، فالمتوقع هو أن يستغرق الدمج الكامل لتنظيم

الأسرة في برامج الصحة الإنجابية وقتاً أطول بكثير. وفي كثير من هذه البلدان، اعتمدت الحكومات نهجاً تدرجياً لإدخال خدمات الصحة الإنجابية بالتدريج في إطار نظام الرعاية الصحية الأولية.

١٣ - وكما ذكر في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (الفصل السابع) وأعيد تأكيده في برنامج العمل^(٣) الذي اعتمد في المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة المعقود في أيلول/سبتمبر ١٩٩٥، تستند الحقوق الإنجابية إلى الاعتراف بالحق الأساسي لجميع المتزوجين والأفراد في أن يقرروا بحرية ومسؤولية عدد أطفالهم والفترات الفاصلة بينهم وتوقيت إنجابهم وفي الحصول على المعلومات والوسائل اللازمة لقيامهم بذلك، وإلى الحق في الحصول على أعلى مستويات الصحة الجنسية والإنجابية. وتشمل الحقوق الإنجابية أيضاً الحق في اتخاذ قرارات بشأن الإنجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف (الفقرة ٧-٣). ويتمثل جانباً الحقوق الإنجابية الرئيسيان في المعلومات والخدمات، ويجري في معظم البلدان التي أجابت على الاستبيان، كما ذكر أعلاه، اتخاذ مبادرات لتوسيع نطاق خدمات الصحة الإنجابية. ويرد أدناه الحديث عن الخطوات الأولية التي اتخذتها الحكومات لإيجاد الوعي للصحة الإنجابية.

١٤ - وقام بعض البلدان بوضع ضمانات الحقوق الإنجابية ضمن إطار نهج أشمل متعلق بمسائل الصحة الإنجابية والسكان والتنمية المستدامة. فمثلاً، أصدرت حكومة بوليفيا إعلان مبادئ بشأن السكان والتنمية المستدامة، ينص على أن "أحد الجوانب الأساسية في صحة الأم والطفل يتمثل في الصحة الإنجابية، وأن أحد المكونات الأساسية لهذه الصحة الإنجابية يتمثل في تنظيم الأسرة، المضطلع به بوصفه الحق الأساسي للمتزوجين والأفراد في أن يقرروا بحرية ومسؤولية عدد أطفالهم والفترات الفاصلة بينهم".

ثانياً - جوانب نوعية الرعاية في برامج الصحة الإنجابية

١٥ - أدى التشديد على وجوب نهج شامل متعلق بالصحة الإنجابية في برامج السكان إلى زيادة الاهتمام بنوعية الرعاية المقدمة إلى العملاء. فبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية يشدد على الحاجة إلى تحسين نوعية الرعاية المتعلقة ببرامج الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة بوصف ذلك طريقة فعالة للوفاء بالطلبات الحالية غير المستوفاة من معلومات وخدمات الصحة الإنجابية (انظر برنامج العمل، الفقرة ٧-٢٣ (أ) - (ح)). ومن بين البلدان التي أجابت على الاستبيان، أفاد ٥٢ بلداً بالشروع في أنشطة تهدف إلى تحسين نوعية الرعاية المقدمة: ٢٤ بلداً من أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، و ٤ بلدان من شمال أفريقيا والشرق الأوسط، و ١٣ بلداً من آسيا وأوقيانوسيا، و ١٠ بلدان من أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، وبلد واحد من البلدان ذات الاقتصادات الانتقالية.

١٦ - وكان معظم هذه البلدان يسلك الطرق المتماثلة التالية لزيادة وتحسين نوعية خدمات الصحة الإنجابية: (أ) تنمية الموارد البشرية، بما فيها تدريب الموظفين الطبيين و/أو المساعدين الطبيين في مجال الصحة الإنجابية؛ (ب) تحسين الهياكل الأساسية؛ (ج) وضع بروتوكولات طبية متعلقة بخدمات الصحة الإنجابية/تنظيم الأسرة؛ (د) زيادة توافر خدمات الصحة الإنجابية.

ألف - تنمية الموارد البشرية، بما فيها التدريب

١٧ - يبدو أن تدريب مقدمي الرعاية الصحية - الأطباء والمرضى من الجنسين والقابلات - على مسائل الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة و/أو استعراض وتنقيح مواد التدريب مكونات مشتركة بين معظم مشاريع رعاية الصحة الإنجابية التي وضعت في البلدان المجيبة على الاستبيان بعد انعقاد المؤتمر. ومن أهداف برامج التدريب التي يتردد ذكرها كثيرا زيادة عدد مقدمي الخدمات لتوسيع نطاق تغطية الخدمات، وخاصة في المناطق الريفية. ومن خلال هذا التدريب، يتعرف مقدمو الخدمات ومخططو الرعاية الصحية والمشفرون عليها على آخر التطورات المتعلقة بمسائل الصحة الإنجابية، وعلى حاجة العملاء إلى أن تتوفر لهم الفرصة للقيام باختيارات مستنيرة، وعلى الحاجة إلى توفير مشورة إلى العملاء تتسم بالأمانة والحنان بصدد مسائل الصحة الإنجابية والجنسية.

١٨ - فقد أفادت الفلبين، على سبيل المثال، أنها قامت بتدريب ما يقرب من ٨٠ في المائة من جميع العاملين الصحيين الحكوميين وغير الحكوميين على المهارات الأساسية والشاملة لتنظيم الأسرة والاتصال بين الأشخاص. وأفادت فييت نام بأن برنامجها يشتمل على استعراض وتنقيح مناهج ومواد التدريب استنادا إلى النتائج التي أسفر عنها تقييم نوعية رعاية خدمات تنظيم الأسرة في فييت نام، والدراسة الاستقصائية لأسلوب التقييم السريع، وتوصيف الوظائف وتحليلات المهام المسندة إلى الموظفين الصحيين في مجال صحة الأم والطفل/تنظيم الأسرة. وأفادت جزر القمر أن دليل مقدمي الرعاية الصحية يخضع لصياغة مفصلة ليشمل جوانب الإعلام والتثقيف والاتصال، وأهمية المحافظة على خصوصيات العملاء والحاجة إلى وجود آليات لمتابعة مستعملي وسائل منع الحمل. ويتفق التدبير المذكور أخيرا مع التوصية الواردة في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (الفقرة ٧-٢٢)، التي تقول: "في السنوات المقبلة، يجب أن تبذل في جميع برامج تنظيم الأسرة جهود كبيرة لتحسين نوعية الرعاية. وينبغي أن تتضمن البرامج تدابير منها: ... (هـ) ضمان توفير الرعاية اللاحقة بشكل ملائم، بما في ذلك علاج الآثار الجانبية لاستخدام وسائل منع الحمل".

باء - الهياكل الأساسية

١٩ - يبدو أن زيادة الانتباه لجوانب نوعية الرعاية في برامج الصحة الإنجابية أدت إلى زيادة الاهتمام بالهياكل الأساسية للنظام الصحي، ولا سيما فيما يتعلق بصيانة مرافق الرعاية الصحية وتوفير إمدادات كافية من المعدات الطبية والأدوية، بما في ذلك وسائل منع الحمل. فقد أفاد عشرون بلدا - إكوادور، بنن، بوركينا فاسو، جمهورية تنزانيا المتحدة، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، الرأس الأخضر، زمبابوي، السنغال، سيراليون، غامبيا، غينيا، غينيا - بيساو، الكاميرون، كمبوديا، كوت ديفوار، المكسيك، ميانمار، ناميبيا، النيجر، ونيكاراغوا - من بين البلدان المجيبة بأنها اضطلعت بمبادرات تهدف إلى تحسين مرافق الرعاية الصحية وهياكلها الأساسية. ففي كوت ديفوار، على سبيل المثال، جرى ابتداء من عام ١٩٩٣ تجديد وتجهيز مراكز الرعاية الصحية: كان ٢٠ من هذه المراكز عاملا بالفعل وكان متوقعا تجديد ٢٠ أخرى

وتجهيزها بنهاية عام ١٩٩٥. وبالمثل، في نيكاراغوا، كانت وزارة الصحة تعمل، بالتعاون مع المنظمات غير الحكومية، في تحسين الهياكل الأساسية وتجهيز وحدات الرعاية الصحية الأولية. وفي كمبوديا، كانت الحكومة تعمل على تحسين نوعية الرعاية من خلال تدابير منها إصلاح وترميم مرافق الرعاية الصحية وتوفير المعدات الطبية.

٢٠ - ويوصي برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (الفقرة ٧-٢٣ أ)) بأن تشتمل برامج تنظيم الأسرة على "الإقرار بأن الطرق المناسبة للمتزوجين والأفراد تتباين حسب الأعمار وعدد المواليد وحجم الأسرة المفضل وعوامل أخرى، وكفالة أن تكون لدى النساء والرجال المعلومات اللازمة عن أوسع طائفة ممكنة من الطرق المأمونة والفعالة لتنظيم الأسرة وإمكانية الاستفادة منها بغية تمكينهم من ممارسة الاختيار الحر والمستنير". وقد بدأت الحكومات، بمساعدة مجتمع المانحين الدولي في كثير من الأحيان، في الاستجابة إلى الحاجة إلى زيادة توفر الأساليب المختلفة لمنع الحمل بزيادة المزج بين هذه الأساليب في مرافق الرعاية الصحية. وقد رسمت مشاريع لإدخال أساليب لم تكن متوفرة في السابق، وتعزز في الوقت ذاته الإمدادات العامة من وسائل منع الحمل.

٢١ - وقام بعض البلدان باستعراض هياكله الأساسية التنظيمية بغرض تقييم فعاليتها وكفاءتها. فوزارة الصحة في بيرو، على سبيل المثال، قامت بإعادة تشكيل من الوجهة التنظيمية لتيسير إدماج صحة الأم والطفل وصحة المراهقين والكشف عن مرض السرطان وبرامج تنظيم الأسرة ضمن إطار مديرية البرامج الاجتماعية التابعة لوزارة الصحة؛ وقد أتاح ذلك للوزارة أن تزيد من فعالية سياساتها الصحية وساعد على نشوء نهج أكثر تكاملاً للصحة الإنجابية. وقامت حكومة المكسيك، في كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٤، بدمج مديريتها العامة لتنظيم الأسرة ومديريتها العامة لصحة الأم والطفل بوزارة الصحة في مديرية عامة واحدة للصحة الإنجابية، وذلك في تغيير تنظيمي يهدف إلى تعزيز كلا المكونين.

٢٢ - وأفاد ١٢ بلداً من البلدان المجيبة على الاستبيان - إثيوبيا، إكوادور، أوغندا، بنغلاديش، بنما، بروندي، توغو، جمهورية تنزانيا المتحدة، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، زامبيا، فييت نام، ناميبيا، ونيكاراغوا - بأنها قامت، كي تتمكن من مواجهة الزيادة في الطلب على وسائل منع الحمل، بصياغة برامج بعد المؤتمر تولي اهتماماً خاصاً للحاجة إلى تحسين النظم الوطنية لمعلومات إدارة السوقيات، التي تمكن البلدان من الاستجابة إلى المخزونات المتناقصة. فحكومة إكوادور، على سبيل المثال، شرعت في تنفيذ مشروع لتعزيز نظام معلومات إدارة السوقيات لبرنامجها الوطني الخاص بتنظيم الأسرة. وفي جمهورية تنزانيا المتحدة، أنشئ نظام معلومات لإدارة السوقيات على نطاق الوطن كله لتحسين طرق التخزين وتقديم الطلبات والتنبؤ بالاحتياجات وأساليب تنظيم الأسرة والوقاية من الإيدز. ويجري تدريب جميع منسقي صحة الأم والطفل ومنسقي الوقاية من مرض الإيدز على نظام معلومات إدارة السوقيات. وقد أدى هذا التدريب إلى تحسينات في تخزين السلع وإرسال الطلبات لشراؤها والتنبؤ بالاحتياجات منها. وفي فييت نام، قامت الحكومة، بعد المؤتمر، بإدراج تعزيز نظام السوقيات، الذي يشمل توزيع وسائل منع الحمل، وكذلك نظام معلومات إدارة تنظيم الأسرة/صحة الأم والطفل، في الدورة البرنامجية الحالية.

جيم - البروتوكولات الطبية

٢٣ - يجري في عدد من البلدان المجيبة على الاستبيان اتخاذ مبادرات لتتقيح أو استكمال المعايير الطبية لبرامج الصحة الإنجابية/تنظيم الأسرة أو البرامج ذات الصلة. فمثلاً، قامت وزارة الصحة في غانا بوضع بروتوكولات سريرية للأمومة الآمنة تهدف إلى توحيد تقديم الخدمات، وكذلك إلى إعادة توجيه وتحسين تدريب مقدمي الخدمات. وتشمل المكونات الرئيسية لهذا البروتوكول خدمات تنظيم الأسرة والخدمات أثناء الحمل وبعد الولادة، والولادة الخاضعة للإشراف، وإدارة المضاعفات الناتجة عن حالات الإجهاض، والوقاية من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي وفيرس نقص المناعة البشرية/الإيدز ومعالجتها. وفي عام ١٩٩٤، اعتمدت حكومة كوت ديفوار سياسة وطنية لتنظيم الأسرة، تحدد المعايير للاخصائيين الصحيين في مجال توفير معلومات وخدمات تنظيم الأسرة في إطار صحة الأم والطفل.

٢٤ - وفي باكستان، قامت الحكومة بنشر وتوزيع دليل للمعايير الوطنية لتقديم خدمات تنظيم الأسرة على مقدمي الرعاية الصحية، ويشتمل هذا الدليل على جميع أساليب منع الحمل. وفي مصر، اضطلعت الحكومة بعدة مبادرات لتحسين نوعية خدمات الصحة الإنجابية/تنظيم الأسرة. وقد تمثلت إحدى هذه المبادرات في مراجعة واستكمال المبادئ التوجيهية السريرية الوطنية لتشمل أحدث التطورات في مجال الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة. وفي نيبال، تقوم فرق كفالة النوعية بزيارات ميدانية منتظمة للتأكد من تطبيق المعايير.

دال - توفر خدمات الصحة الإنجابية

٢٥ - بالرغم من أن الجهود تبذل حالياً لتحسين نوعية خدمات الصحة الإنجابية والخدمات المتصلة بها، في أغلب البلدان النامية المجيبة على الاستبيان، فإن المدى الكامل لخدمات الصحة الإنجابية إما غير متاح أو متاح بصورة غير كافية لجميع النساء والرجال المستحقين لها. ويبين الجدول ١ عدد البلدان التي توفر عناصر مختارة من الصحة الإنجابية حسب درجة توفر هذه العناصر.

٢٦ - ويتضح من الجدول ١ أن المتوفر على أوسع نطاق من بين عناصر الصحة الإنجابية المختلفة هو تقديم المشورة المتعلقة بتنظيم الأسرة وخدمات الإعلام والتثقيف والاتصال والمرافق اللازمة للرعاية أثناء الحمل والولادة السليمة والرعاية بعد الولادة. على أن توفر معلومات وخدمات تنظيم الأسرة في ريع البلدان المجيبة على الاستبيان اعتبر غير كاف لجميع النساء والرجال. وقد ذكرت تقارير عديدة أن عناصر نهج الصحة الإنجابية، في معظم الحالات، معظمها، إن لم يكن جميعها، متوفرة لفئات الدخل المتوسط والعالي في المناطق الحضرية، بينما لا تتوفر هذه الخدمات أو تتوفر بصورة غير كافية لأغلب الفقراء في المناطق الحضرية والريفية.

٢٧ - ومن بين البلدان الـ ٧٨ التي أجابت على الاستبيان، أفاد ١٠ بلدان (١٣ في المائة) بأنه تتوفر فيها جميع المكونات السبعة لبرامج الصحة الإنجابية، كما يرد بيانها في الجدول ١. لجميع النساء والرجال من خلال نظام الرعاية الصحية الأولية أو نظام آخر ذي صلة بالصحة. وبالتالي، فإن المجموعة الكاملة من خدمات رعاية الصحة الإنجابية، في معظم البلدان المجيبة، إما غير متوفرة بعد أو متوفرة بصورة غير كافية.

الجدول ١ - توفر مكونات الصحة الإنجابية

مكون الصحة الإنجابية	متوفر	متوفر بصورة غير كافية	غير متوفر	غير متوفر	غير متحقق منه
	النسبة في المائة	العدد	النسبة في المائة	العدد	النسبة في المائة
خدمات الإرشاد والإعلام والتثقيف والاتصال لتنظيم الأسرة	٤٩	٦٣	١٩	٢٤	٧
التثقيف والخدمات للرعاية أثناء الحمل والولادة والأمن والرعاية بعد الولادة، وخصوصاً الرضاعة الثديية ورعاية صحة الرضيع والنساء	٥٥	٧١	١١	١٤	٧
الوقاية من المقيم والمعالجة المناسبة له	٢٠	٢٨	١٨	٢٣	٧
الإجهاض، كما هو مبين في الفقرة ٨-٧٥ من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بما فيه الوقاية من الإجهاض ومعالجة آثاره	٧٥	٢٢	١٦	٢١	٧
معالجة إصابات الجهاز التناسلي	٢٠	٢٨	١٧	٢٢	٧
الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي وحالات الصحة الإنجابية الأخرى، بما فيها إصابات الجهاز التناسلي بالسرطان	٢٨	٤٩	١٩	٢٤	٧
الإعلام والتثقيف والإرشاد، حسب الاقتضاء، بشأن الشؤون الجنسية البشرية والصحة الإنجابية والوالدية المسؤولة	٧٥	٤٥	١٥	١٩	٧

المصدر: استبيان صندوق الأمم المتحدة للسكان، ١٩٩٥.

ملاحظة: العنوان الفرعي "العدد" يشير إلى عدد البلدان التي تقدم مكوناً معيناً حسب درجة توافره. أما العنوان الفرعي المقابل "النسبة في المائة" فيشير إلى العدد كنسبة مئوية من مجموع عدد البلدان (٧٨) المهيئة على الاستبيان.

ثالثا - الإعلام والتثقيف والاتصال في مجال السكان

٢٨ - إن أي مفهوم جديد يحتاج أن يكون مقترنا باستراتيجية للإعلام والتثقيف والاتصال لإطلاع الناس على مضمونه وآثاره ولاسيما إذا كان هذا المفهوم الجديد ينطوي، كما هو شأن مفهوم الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية، على جوانب عديدة، تبدأ بالعوامل الاجتماعية الثقافية - المعتقدات والممارسات الثقافية، ومركز المرأة، والصحة والرفاه بوجه الإجمال، والمعتقدات الدينية والقيم الأخلاقية - وتنتهي بالأحوال الاقتصادية.

٢٩ - ومن بين البلدان الـ ٧٨ المجيبة على الاستبيان، أفاد ٢٥ بلدا (٣٢ في المائة) بأن لديها استراتيجية وطنية للإعلام والتثقيف والاتصال لأغراض الصحة الإنجابية (انظر الجدول ٢). وفي معظم الحالات، ترتبط هذه الاستراتيجيات الوطنية ارتباطا وثيقا بتقديم الخدمات. ومن بين البلدان المجيبة، أفاد ١٦ بلدا (٢١ في المائة) بأنها تقوم ببذل جهود لوضع استراتيجية وطنية للإعلام والتثقيف والاتصال لأغراض الصحة الإنجابية. وبذلك، فإن ما يزيد قليلا على ٥٠ في المائة من البلدان التي وردت منها معلومات سيكون لديها في المستقبل القريب استراتيجية وطنية للإعلام والتثقيف والاتصال تتركز على الصحة الإنجابية والمواضيع ذات الصلة. ويملك أكثر من ٥٠ في المائة من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (١٨ من مجموع ٢٢ بلدا) التي توفرت معلومات عنها، استراتيجية وطنية للإعلام والتثقيف والاتصال أو تقوم حاليا بوضع هذه الاستراتيجية. وفي شمال أفريقيا وغرب آسيا، صاغ أربعة من مجموع ثمانية بلدان سياسة وطنية أو تقوم حاليا بصياغتها. وفي آسيا وأوقيانوسيا، تملك عشرة بلدان من مجموع ١٧ بلدا استراتيجية وطنية للإعلام والتثقيف والاتصال أو تقوم بوضع مثل هذه الاستراتيجية. وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، يملك ٨ من مجموع ١٧ بلدا سياسة وطنية للإعلام والتثقيف والاتصال أو تقوم حاليا بصياغة مثل هذه السياسة. وفي البلدان ذات الاقتصادات الانتقالية، قام بلد واحد من مجموع ثلاثة بلدان بذلك.

٣٠ - على أن عدم وجود سياسة وطنية للإعلام والتثقيف والاتصال لأغراض الصحة الإنجابية لا يعني بالضرورة عدم وجود مبادرات جارية حاليا في تلك البلدان. ففي جميع البلدان تقريبا التي وردت منها معلومات، يجري تنفيذ أنشطة متعلقة بالإعلام والتثقيف والاتصال تهدف إلى زيادة الوعي للصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة. وفي كثير من الأحوال تكون هذه الأنشطة جزءا من برامج أكبر للصحة الإنجابية/تنظيم الأسرة أو برامج ذات صلة تستخدم مجموعة مختلفة من قنوات الاتصال (مثل وسائل الطباعة والإذاعة والتلفزيون)، والاتصال فيما بين الأشخاص وأساليب الاتصال التقليدية (مثل المسرحيات والأغاني والرقصات واستخدام الدمى المتحركة والملصقات والكراسات).

٣١ - وقد ارتؤي في بعض البلدان أن أنشطة الإعلام والتثقيف والاتصال ليست مرتبطة بعد بصورة كافية بتقديم الخدمات، وأن هذا يحد من تأثير برامج الإعلام والتثقيف والاتصال على سلوك الصحة الإنجابية/تنظيم الأسرة. ولوحظت عقبات أخرى أيضا في عدد من البلدان، مثل انتشار الأمية بنسبة عالية، وفكرة أن مسائل الصحة الإنجابية هي مسائل خاصة ولذلك ينبغي عدم مناقشتها بصورة علنية؛ والافتقار

إلى مواد الإعلام والتثقيف والاتصال؛ والمهارات المحدودة في مجال الإعلام والتثقيف والاتصال لمقدمي الخدمات الصحية؛ والمعتقدات والقيم الثقافية والتقليدية التي تحول، على سبيل المثال، دون نشر الوعي بين الشباب؛ وعدم وجود قطاع غير حكومي يتسم بالفعالية، الأمر الذي يعوق تنفيذ أنشطة الإعلام والتثقيف والاتصال وتأثيرها المقصود.

الجدول ٢ - البلدان التي تملك استراتيجية وطنية للإعلام والتثقيف والاتصال، حسب المنطقة أو المجموعة

المنطقة أو المجموعة	عدد البلدان المجبية	عدد البلدان التي تملك استراتيجية وطنية للإعلام والتثقيف والاتصال	عدد البلدان التي تقوم بوضع استراتيجية للإعلام والتثقيف والاتصال
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (بما فيها شرق ووسط وغرب أفريقيا والجنوب الافريقي)	٢٢	١١	٧
شمال أفريقيا وغربي آسيا	٨	٢	٢
آسيا (بما فيها شرقي وجنوب شرقي وغربي آسيا) وأوقيانوسيا	١٧	٦	٤
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	١٧	٥	٢
البلدان ذات الاقتصادات الانتقالية (بما فيها بعض بلدان شرق وشمال أوروبا)	٣	١	صفر
المجموع	٧٨	٢٥	١٦

المصدر: استبيان صندوق الأمم المتحدة للسكان، ١٩٩٥.

٢٢ - ويرى المجتمع الدولي أن توليد وعي وتفهم والتزام أكبر على الصعيد العام أمر حيوي لنجاح تنفيذ برامج الصحة الإنجابية. ولذلك فإن برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية يطلب إلى جميع الأطراف المعنية أن تعزز أنشطة الإعلام والتثقيف والاتصال القائمة. ويفترض أن تكون الخطوة الأولى بعد المؤتمر هي نشر برنامج عمله على نطاق واسع. ويتضح من المعلومات المستخلصة من الردود على الاستبيان، أنه جرى نشر برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على نطاق واسع (في ٧٥ من ٧٨ بلدا مجيبا). وفي معظم الحالات، كانت الحكومات والمكاتب الميدانية لصندوق الأمم المتحدة للسكان مسؤولة عن نشر تلك الوثيقة. وقد أرسلت نسخ إلى الوزارات وموظفي المشاريع ووسائل الإعلام والمنظمات غير الحكومية والجامعات وغيرها من المنظمات المعنية والأفراد ذوي الاهتمام. وعقدت حلقات دراسية وحلقات عمل

واجتماعات إعلامية لوسائل الإعلام في كثير من البلدان لتعميم الأخبار المتعلقة بالمؤتمر وآثاره. وفي جميع البلدان الـ ٧٨ المجيبة على الاستبيان تقريباً، نشرت الصحف والبرامج الإذاعية والتلفزيونية تقارير عن المؤتمر.

٣٣ - أما فيما يتعلق بترجمة برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى اللغات الوطنية، فإن الصورة تختلف تماماً. ففي أقل من ٥٠ في المائة من البلدان المجيبة (٣٨ من أصل ٧٨ بلداً) ترجم برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى اللغة الوطنية، وكان من أسباب بلوغ الرقم حتى هذا الحد من الارتفاع أنه تصادف أن اللغة الوطنية كانت واحدة من اللغات الرسمية الست للأمم المتحدة (الإسبانية والإنكليزية والروسية والصينية والعربية والفرنسية) التي نشرت بها الوثيقة. وفي معظم البلدان في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وآسيا وأوقيانوسيا، عدا البلدان التي تكون اللغة الإنكليزية أو العربية أو الفرنسية هي اللغة الوطنية الرسمية، لم تترجم الوثيقة بعد إلى اللغة الوطنية. غير أن العمل جارٍ في ترجمتها في بعض البلدان. ويوجد في كثير من بلدان أفريقيا لغات وطنية رسمية عدة؛ وبالتالي، فقد ذكر أن إنجاز الترجمة إلى هذه اللغات جميعاً في وقت قصير يبدو أمراً يكاد يكون مستحيلاً. وعند كتابة هذا التقرير، كان برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية قد ترجم إلى الألمانية والبهاسا الإندونيسية والفارسية والغيتنامية والمنغولية.

رابعاً - التركيز على فئات محددة

٣٤ - يسلّم برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بأن ثمة فئات معينة، منها المراهقون، إناثاً وذكرًا، تحتاج إلى عناية خاصة بوصفها مجموعات محددة تحتاج إلى معلومات وخدمات الصحة الإنجابية.

ألف - المراهقون

٣٥ - يشجع برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الحكومات على معالجة قضايا الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين بوسائل منها تقديم الخدمات والمشورة الملائمة (انظر برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الفقرة ٧-٤٤ أ)). ويظهر من الردود الواردة أن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية قد أطلق في كثير من البلدان بصورة واضحة عملية تهدف إلى إيلاء اهتمام أكبر بكثير من أي وقت مضى لاحتياجات ومشاكل المراهقين في ميدان الصحة الجنسية والإنجابية. فقد أفاد ما يقرب من ثلثي البلدان المجيبة على الاستبيان بقيامها بمبادرات تتناول الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية للمراهقين وتضع احتياجاتهم على جدول الأعمال السياسي. وفي بعض الحالات، اضطلعت الحكومات بهذه المبادرات؛ وفي حالات أخرى، اضطلعت بها بالتعاون مع المنظمات غير الحكومية أو اضطلعت بها هذه المنظمات وحدها.

٣٦ - وتقوم حكومات عديدة باتخاذ خطوات مختلفة لتلبية الاحتياجات الخاصة للمراهقين. فحكومة كمبوديا، على سبيل المثال، أصدرت مبادئ توجيهية لمقدمي الخدمات بشأن إيلاء رعاية خاصة للمراهقين

والعملاء غير المتزوجين وعدم تثبيطهم عن المجيء إلى مراكز تقديم الخدمات. وفي غانا، أنشأت الحكومة لجنة توجيه وطنية معنية بالصحة الإنجابية للمراهقين، الغرض منها تعزيز التنسيق وتوفير محفل للتخطيط لأنشطة اللجنة في البلد وتنفيذها. وفي كوت ديفوار، يجري تأليف وتمثيل مسرحيات خاصة موجهة إلى الشباب والمراهقين. وفي أوغندا، أطلقت عملية تعاونية أسفرت عن إقامة برنامج تعزيز الحياة الإنجابية للمراهقين. ويهدف هذا البرنامج إلى تعزيز الصحة الإنجابية للمراهقين الأوغنديين من خلال توفير المشورة والخدمات الملائمة. ولكفالة استدامة هذه الجهود، يدعو البرنامج إلى قيام الشباب والقادة المجتمعيين بدور قيادي في جهود التنفيذ.

٣٧ - وفي كثير من الأحيان، تعمل الحكومات والمنظمات غير الحكومية جنباً إلى جنب في معالجة قضايا الصحة الإنجابية للمراهقين. ففي المكسيك، حتى قبل انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، أصدر اجتماع عقد على المستوى الوطني وحضره ممثلون عن المنظمات الحكومية وغير الحكومية، إعلان مونترلي، الذي يسلم باحتياجات ومطالب المراهقين. وفي الوقت الذي أرسل فيه استبيان صندوق الأمم المتحدة للسكان، كان هناك ٧٨ وحدة لرعاية الصحة الإنجابية للمراهقين قائمة في مرافق الرعاية الصحية في جميع أنحاء البلد، وكانت هذه الوحدات توفر المعلومات والمشورة وتروج لخدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة. وبنهاية تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٩٥، كان متوقفاً أن يغطي برنامج رعاية المراهقين البلد بكامله وأن يكون في كل ولاية ما لا يقل عن وحدتين. واحدة في مركز صحي حضري وأخرى في مستشفى عمومي. وحدث شكل مماثل من التعاون بين الحكومة والمنظمات غير الحكومية في المغرب، حيث وضعت وزارة الشباب والرياضة والرابطة المغربية لتنظيم الأسرة نهجا مبتكرا لمعالجة احتياجات الشباب. وهناك خمس مناطق في المغرب يغطيها برنامج لتثقيف الشباب فيما يتعلق بالصحة الإنجابية والجنسية من خلال ما يسمى بنوادي الشباب. وفي هذه النوادي، يقوم المراهقون بإنتاج المواد الخاصة بهم مثل الأغاني والمسرحيات وعروض الدمى المتحركة، ويعرض أفضل هذه المواد في المهرجانات الوطنية. وتغطي المشاريع مواضيع مثل تنظيم الأسرة والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي وفيرس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والاتصال وحياة الأسرة، وتعليم الجنس.

٣٨ - وفي البلدان التي لا ترعى فيها برامج حكومية أو غير حكومية قضايا الصحة الإنجابية للمراهقين لأسباب مختلفة، يرد ذكر العوامل الدينية و/أو الثقافية في أغلب الحالات بوصفها الأسباب التي تمنع من متابعة احتياجات الصحة الإنجابية لهذه الفئة العمرية. وقد أبانت الردود على الاستبيان أن المنظمات غير الحكومية، في البلدان العديدة التي تمتنع فيها الحكومات عن رعاية الشؤون الجنسية للمراهقين واحتياجاتهم المتعلقة بالصحة الإنجابية، تقوم بملء الفراغ والاضطلاع بأنشطة لصالح المراهقين. وفي كثير من الحالات، تكون المنظمات غير الحكومية وغيرها من المنظمات المحلية أو ذات القاعدة المجتمعية في وضع فريد يسمح لها بالعمل في هذا المجال. وتمشيا مع جوانب من التوصية الواردة في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (الفقرة ٧-٤٨)، تقوم منظمات غير حكومية عديدة بتدريب فئات من الأنداد على أساليب تقديم المشورة لتوفير الإرشاد للمراهقين في المسائل ذات الصلة بالسلوك الجنسي والإنجابي المسؤول.

باء - مشاركة المرأة

٣٩ - أن مستوى مشاركة المرأة في عمليات صنع القرار يمثل جانبا حاسم الأهمية فيما يتعلق بتطبيق نهج للصحة الإنجابية في أي بلد. فالفقرة ٧-٧ من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية تنص، فيما تنص عليه، على أن:

"برامج الرعاية الصحية الإنجابية ... يتعين أن تشمل إشراك المرأة في قيادة الخدمات وتخطيطها وصنع القرار فيها وإدارتها وتنفيذها، وتنظيمها وتقييمها، وينبغي أن تتخذ الحكومات والمنظمات الأخرى خطوات إيجابية لشمول المرأة في جميع مستويات نظام الرعاية الصحية".

ومن ذلك المنظور، ربما يكون من المفيد أن يرى ما إذا كان مستوى المشاركة الفعلية من جانب المرأة في تصميم وتنفيذ برامج الصحة الإنجابية قد تغير بعد المؤتمر.

٤٠ - إن المعلومات الواردة تشير إلى أن مستوى المشاركة يختلف اختلافا كبيرا من بلد إلى بلد. فقد أفاد ما مجموعه ٤١ بلدا بوجود المرأة لديها في مراكز صنع القرار في نظام الرعاية الصحية. ولا تسمح المعلومات الواردة بتقدير نسبة المراكز التي تشغلها المرأة، كما لا تسمح بتحديد الاتجاهات. غير أن أمثلة أعطيت على أدوار المرأة وتأثيرها في صنع القرار. ففي السلفادور، على سبيل المثال، ورد أن النساء اللاتي يشغلن مراكز في عملية صنع القرار في نظام الرعاية الصحية وفي الجمعية الوطنية يعربن عن آرائهن بحرية بصدد المسائل المتعلقة بصحة المرأة ورفاهها. وورد أن حكومة توغو قامت مؤخرا بتغيير الهيكل التنظيمي لشعبة صحة الأسرة في وزارة الصحة، حيث أصبحت المرأة تشغل ٨ مناصب من مجموع ١٧ منصبا صانعا للقرار، من بينها رئاسة أقسام الإعلام، والتثقيف والاتصال، والأمومة الآمنة، وتغذية الطفل، والمستودع الوطني لوسائل منع الحمل والإشراف على الصحة الإنجابية/تنظيم الأسرة في مقاطعة لومي.

٤١ - وتوضح المعلومات المستقاة من الردود الواردة أن قطاع الصحة يتأثر تأثيرا واضحا بالأزمة الاقتصادية والاجتماعية. وحيث أن المرأة تشكل معظم اليد العاملة في هذا القطاع، فإن مشاركة المرأة في الرعاية الصحية بوجه عام، وفي رعاية الصحة الإنجابية بوجه خاص، كثيرا ما تتعرض للأثر الأشد في أوقات التآزم الاقتصادي.

٤٢ - واستنادا إلى الردود الواردة، يبدو أن الشواغل المتعلقة بنوع الجنس أصبحت تؤخذ في الاعتبار بصورة متزايدة في تصميم البرامج وتنفيذها. وأصبحت قضايا الفوارق بين الجنسين مدرجة بالفعل في العديد من برامج الصحة الإنجابية. فمثلا، خصصت حكومة المكسيك وحدة خاصة في المديرية العامة للصحة الإنجابية لتقديم المشورة بصدد إدراج الفوارق بين الجنسين في البرنامج. وفي عدد كبير من البلدان، أصبح التدريب المتعلق بنوع الجنس مكونا ثابتا في مشاريع عديدة. وكذلك تستخدم خبرات استشاريات لأغراض صياغة المشاريع وتنفيذها ورصدها وتقييمها. ففي كوستاريكا، على سبيل المثال، يوجد في أكثر من نصف

مشاريع الصحة الإنجابية التي يجري تنفيذها أو إعدادها خبرات استشاريات وصانعات للقرار يشاركن مشاركة فعالة في صياغة المشاريع وتنفيذها.

٤٣ - ومن العلامات الأبرز على مشاركة المرأة في تخطيط وصياغة وتنفيذ برامج الصحة الإنجابية العدد المتزايد بسرعة للمنظمات غير الحكومية العاملة في مجال رعاية الصحة الإنجابية. وكثيرا ما يكون على رأس هذه المنظمات غير الحكومية نساء، وتكون أغلبية العاملين فيها، إن لم يكن جميعهم، من النساء أيضا. ونتيجة للمؤتمر، أصبحت الحكومات مitalة بصورة متزايدة إلى التعاون مع المنظمات غير الحكومية الوطنية و/أو المحلية والمنظمات الشعبية والمجتمعية الأخرى. وبالتالي، فالبنظر إلى الأهمية المتزايدة لهذه المنظمات في تنفيذ المشاريع، ينتظر أن يتنامى دور المرأة في عملية صنع القرار بصورة مطردة في السنوات القادمة.

جيم - دور الرجل

٤٤ - يبدو أنه يوجد في العديد من الـ ٧٨ بلدا التي أجابت على الاستبيان إدراك للحاجة إلى إدخال الرجال في جميع جوانب برامج الصحة الإنجابية. فقد أفاد ٣٦ بلدا من البلدان المجيبة (٤٦ في المائة) بأنها شرعت في برامج موجهة بصورة محددة إلى إشراك الذكور في برامج الصحة الإنجابية (انظر الجدول ٣).

الجدول ٣ - البرامج الخاصة لزيادة إشراك الذكور في الصحة الإنجابية، حسب المنطقة أو المجموعة

المنطقة أو المجموعة	عدد البلدان المجيبة	عدد البلدان ذات البرامج الخاصة
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	٣٣	٢٠
شمال أفريقيا وغربي آسيا	٨	٢
آسيا وأوقيانوسيا	١٧	٩
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	١٧	٤
البلدان ذات الاقتصادات الانتقالية	٣	١
المجموع	٧٨	٣٦

المصدر: استبيان صندوق الأمم المتحدة للسكان، ١٩٩٥.

٤٥ - وفي بعض البلدان، أسفر هذا عن تدخلات ابتكارية تهدف إلى الوصول إلى الرجال لإشراكهم في القضايا ذات الصلة بالصحة الإنجابية والجنسية وتنظيم الأسرة وفي المسؤولية في هذه المجالات. ففي كوت ديفوار، مثلاً، يجري تدريب الممرضين للتقليل من الحواجز التي تحول دون ارتفاع الرجال بمرافق الرعاية الصحية. وبالإضافة إلى ذلك، هناك مشروع للإعلام والتثقيف والاتصال يقوم بدعم برنامج الصحة الإنجابية بإنتاج كراسات رسوم بيانية موجهة إلى أرباب الأسر. ويجري تنفيذ برامج مماثلة في بلدان أخرى. ففي الفلبين، يجري تدريب مستشاري الفئات العمرية من الذكور لإقناع الرجال المتزوجين بممارسة أو دعم تنظيم الأسرة. وقد اعتمد هذا النهج استجابة لاكتشاف أن العديد من النساء يرفضن ممارسة تنظيم الأسرة، لأنهن أنفسهن لا يردن ذلك بل لأن أزواجهن يمنعهن من أن يفعلن ذلك. وثمة نهج مماثل يجري اتباعه في عدد من البلدان الأخرى أيضاً. وهناك نهج ابتكاري آخر يجري تنفيذه في الفلبين هو إنشاء أول مركز للصحة الإنجابية للذكور، ليقوم بخدمة الاحتياجات الصحية (الإنجابية) المحددة للرجال. وفي سيراليون، تقوم منظمة غير حكومية بإدارة عيادة مماثلة خاصة بالذكور.

٤٦ - ويجري في بلدان أخرى وضع مسرحيات خاصة بالرجال كطريقة لإثارة النقاش بينهم حول استخدام تنظيم الأسرة ومسؤوليتهم في هذا المجال. ففي غانا، مثلاً، تم تنظيم سلسلة من الحلقات الدراسية المجتمعية والمسرحيات لجماهير الرجال والنساء على السواء لتثقيفهم وإرشادهم في المسائل المتعلقة بالسكان والصحة الإنجابية.

٤٧ - وثمة مبادرة أخرى للوصول إلى الرجال جارية في نيبال. فلزيادة مشاركة الذكور في الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، توضح صناديق الرفالات في جميع المرافق الصحية تقريباً في البلد، مما يتيح فرصة للجميع للحصول على الرفالات بالمجان ودون عوائق. وفي بيرو، اعتمد قطع القناة الدافقة رسمياً من جانب الحكومة كطريقة لتنظيم الأسرة. واعترفت حكومة إندونيسيا بالحاجة إلى تطوير وتوسيع نطاق برنامج تقديم المشورة الحالي لتضمينه البرامج التدريبية القائمة وتحسين هذه البرامج وإنتاج مواد تدريبية تركز على مشاركة الذكور في تنظيم الأسرة.

خامساً - دور المنظمات غير الحكومية

٤٨ - يدعو برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (الفقرة ٧-٩) إلى قيام مشاركة واسعة وفعالة بين الحكومات والقطاع غير الحكومي في إيصال المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية. ويحث برنامج العمل الحكومات على تشجيع قيام مشاركة مجتمعية أكبر في خدمات رعاية الصحة الإنجابية من طريق تحرير إدارة برامج الصحة العامة من المركزية وتكوين شراكات بالتعاون مع المنظمات غير الحكومية المحلية والجهات الخاصة التي تقدم الرعاية الصحية. وقد استهدف الاستبيان التحقق، بعد مرور سنة على انعقاد مؤتمر القاهرة ونتيجة له، مما إذا كان دور المنظمات غير الحكومية في مجالات تطوير وتنفيذ ورصد وتقييم البرامج الوطنية للصحة الإنجابية قد ازداد.

٤٩ - ويتضح من المعلومات الواردة من ٧٨ بلدا أن اشتراك المنظمات غير الحكومية يختلف اختلافا كبيرا من بلد إلى بلد. ويظهر أن الاتجاه ينحو نحو المزيد من مشاركة هذه المنظمات، حتى في البلدان التي كانت هذه المنظمات معدومة فيها تقريبا قبل المؤتمر. وفي العديد من البلدان، تقوم المنظمات غير الحكومية الدولية بالعمل أيضا في ميدان الصحة الإنجابية، وبذلك تكمل وتعزز الخدمات المقدمة من جانب المرافق الحكومية و/أو من خلال المنظمات غير الحكومية الوطنية.

٥٠ - وفي العديد من البلدان التي أجابت على الاستبيان، قدمت المنظمات غير الحكومية وما زالت تقدم قدرا كبيرا من الخدمات والمعلومات والتثقيف في مجال الصحة الإنجابية، مما زاد الطلب على هذه الخدمات وفرصة الحصول عليها في آن واحد. وتقوم رابطة رفاه الأسرة التوغولية بتشغيل عيادة نموذجية لتوضح عمليا النهج المتكامل في مجال خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، من خلال إيصال الخدمات، والتدريب والبحوث، وقد خططت لإقامة عيادات نموذجية إقليمية في أربع مناطق أخرى من البلد. وفي ملديف، أنشئت أول عيادة لتنظيم الأسرة في البلد من جانب منظمة غير حكومية وطنية في كانون الثاني/يناير ١٩٩٥.

٥١ - ويظهر من المعلومات الواردة أن المنظمات غير الحكومية أصبحت شريكات فعالة مع الحكومات من خلال اشتراكها في آليات المتابعة، مثل اللجان أو المجالس الوطنية، المقامة في عدة بلدان لتنسيق التنفيذ الوطني لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وفي الوقت ذاته، تقوم المنظمات غير الحكومية أيضا بالتعاون وبالربط الشبكي بصورة متزايدة بغية توسيع دائرة نفوذها في مجال صياغة وتنفيذ المشاريع. ويوجد أحد الأمثلة على ذلك في إثيوبيا، حيث أقامت ١١ منظمة غير حكومية اتحادا للمنظمات غير الحكومية في مجال تنظيم الأسرة.

٥٢ - وقد اضطلعت المنظمات غير الحكومية، تقليديا، بدور هام من خلال تقديم المعلومات والخدمات لتلك القطاعات من المجتمع التي لا تغطيها البرامج الحكومية الرسمية، مثل الفقراء والمراهقين والعاملين في مجال الجنس التجاري والقرناء والرجال غير المتزوجين، أو من خلال التركيز على القضايا الحساسة أو المثيرة للخلاف، مثل الممارسات الضارة التقليدية التي تستهدف النساء، والعنف ضد النساء والإجهاض. ويحتل القطاع غير الحكومي في كثير من الأحيان مكان الصدارة في النهج المبتكرة المتعلقة بالمسائل ذات الصلة بصحة المرأة والإنجاب وتنظيم الأسرة.

٥٣ - وفي الأوقات التي تتضاءل فيها الموارد العامة للاستثمار في القطاع الاجتماعي، بما فيه القطاع الصحي، يصبح دور القطاعين غير الحكومي والخاص أكثر أهمية. غير أن بعض البلدان أفادت بأن المطالبات المتزايدة الموجهة إلى المنظمات غير الحكومية لتكون شريكات كاملة في تنفيذ برامج الصحة الإنجابية أدت إلى تحميل هذه المنظمات أعباء فوق طاقتها. وأفادت بعض البلدان أيضا بأنه نتيجة لتردي الأوضاع الاقتصادية تأثرت الخدمات المقدمة من المنظمات غير الحكومية تأثرا سلبيا. وفي بلدان أخرى، لم تتمكن المنظمات غير الحكومية، بسبب القيود المالية، من الوصول إلى قطاعات كبيرة من المجتمع،

وخاصة في المناطق الريفية. وبالإضافة إلى ذلك، أدت الصعوبات المالية ببعض المنظمات غير الحكومية إلى تحويل محور نشاطها من الفئات المستهدفة ذات الدخل المنخفض إلى الفئات ذات الدخل المتوسط.

٥٤ - واستنادا إلى الردود الواردة، هناك ما يدعو إلى الاعتقاد بأنه كان للمؤتمر تأثير على عمل المنظمات غير الحكومية. فنتيجة لتركيز المؤتمر على وجوب اتباع نهج كلي وشامل إزاء الصحة الإنجابية، تقوم المنظمات غير الحكومية المعنية بالنوع التقليدي من تنظيم الأسرة بتوسيع نطاق خدماتها بصورة متزايدة بحيث تشمل خدمات أخرى للصحة الإنجابية في عياداتها. وتقوم بتدريب موظفيها فيما يتعلق بآثار هذا المفهوم الجديد للصحة الإنجابية.

سادسا - البرمجة في ميدان الصحة الإنجابية: التحديات والمعوقات

٥٥ - في الوقت الذي يجري فيه تنفيذ عدد من المبادرات الرائعة، توضح الإجابات على الاستبيان أن عددا كبيرا من البلدان ما زال يواجه عقبات أو تحديات كبيرة تدعو الحاجة إلى التصدي لها كي تستطيع تلك البلدان أن تنفذ بصورة كاملة توصيات برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في مجال الصحة الإنجابية. وبوجه عام، يمكن تصنيف هذه العقبات إلى ثلاث فئات: (أ) العوامل الاجتماعية الثقافية؛ (ب) الهياكل الأساسية وإمكانية الاستفادة منها؛ (ج) الجوانب الاقتصادية والمالية.

الجدول ٤ - المعوقات الرئيسية التي تواجه تنفيذ برامج الصحة الإنجابية، حسب المنطقة أو المجموعة

المعوقات			عدد البلدان المجبية	المنطقة أو المجموعة
الجوانب الاقتصادية والمالية	الهياكل الأساسية وإمكانية الاستفادة منها	عوامل اجتماعية - ثقافية		
٢١	٢٦	٢٩	٢٢	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ^(أ)
٣	٤	٤	٨	شمال أفريقيا وغربي آسيا
٨	١٧	١٢	١٧	آسيا وأوقيانوسيا ^(ب)
٦	١٠	١٢	١٧	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
١	صفر	٢	٣	البلدان ذات الاقتصادات الانتقالية ^(ج)
٢٩	٥٧	٦٠	٧٨	المجموع
٥٠	٧٣	٧٧	١٠٠	المجموع كنسبة في المائة من مجموع عدد البلدان المجبية

المصدر: استبيان صندوق الأمم المتحدة للسكان، ١٩٩٥.

- (أ) بما فيها شرق ووسط وغرب أفريقيا والجنوب الأفريقي.
 (ب) بما فيها شرقي وجنوب شرقي وجنوب وسط آسيا.
 (ج) بما فيها بعض بلدان شرق وشمال أوروبا.

٥٦ - كما يتبين من الجدول ٤، كانت العوامل الاجتماعية الثقافية، مثل نقص الوعي في أوساط الجمهور وكذلك بين ظهراني الإخصائيين والمخططين الصحيين، والقيم الثقافية والتقليدية، أكثر المعوقات التي ذكرت فيما يتعلق بتنفيذ برامج الصحة الإنجابية. كذلك كثيرا ما ذكرت معوقات الهياكل الأساسية، مثل ضعف التنسيق بين الوزارات، وتعقيد هياكل النظام الصحي، ونوعية ومهارات الإخصائيين الصحيين، باعتبارها تشكل عقبات هامة في طريق التنفيذ السليم لبرامج الصحة الإنجابية. وذكرت أيضا محدودية الموارد المالية المتوفرة للقطاع الصحي في عدد كبير من التقارير بوصفها أحد العوامل التي تؤثر على تلك البرامج.

ألف - العوامل الاجتماعية الثقافية

٥٧ - إن انخفاض مستويات التعليم كثيرا ما يسهم في انخفاض مستوى الوعي فيما يتعلق بالصحة الإنجابية. وكثيرا ما ذكرت الأمية وانخفاض مركز المرأة بوصفهما عاملين مثبطين لرفع مستوى الوعي فيما يتعلق بمفهوم الصحة الإنجابية. كذلك هناك ما يدعو إلى الاعتقاد، استنادا إلى المعلومات الواردة، بأن المؤسسات والمنظمات ليست وحدها التي تجد صعوبة في الاستجابة بصورة سريعة وكافية للتغيرات في النهج الصحية بل الجمهور أيضا، وذلك من ناحية بسبب كثرة إدخال مصطلحات جديدة ومفاهيم صحية.

٥٨ - وتستطيع العوامل الثقافية أن تؤثر تأثيرا عميقا على توافر معلومات وخدمات الصحة الإنجابية. فالعواطف المؤيدة للمعدلات العالية من الولادات في أجزاء من العالم تعوق أو تحد من اتخاذ تدابير متضافرة وحاسمة من قبل الحكومات لزيادة توافر مثل هذه المعلومات والخدمات في الفترة التي تلت انعقاد المؤتمر. وقد شكلت مواقف الذكور ومعارضة الرجال للصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة عاملا آخر في الحد من تأدية الخدمات في هذا المجال. فمعارضة الذكور، التي تقترن في كثير من الحالات باعتراضات دينية، كثيرا ما ذكرت كسبب لإحجام الحكومات عن التخطيط للتدخلات. وقد كانت المعارضة الرسمية أو المقاومة الصريحة من جانب السلطات أو المؤسسات الرسمية الدينية عاملا قويا في عدد من البلدان. وهذه المقاومة للصحة الإنجابية منشأها في بعض الأحيان أفكار خاطئة حول المعنى الحقيقي للمفهوم أو تحريفات للمواقف الدينية بصدد مختلف الأبعاد السكانية. وأخيرا، كان عدم وجود طبيبات، وخاصة في المناطق الريفية، سببا في امتناع النساء عن طلب معلومات وخدمات متعلقة بالصحة الإنجابية في العديد من البلدان النامية.

باء - الهياكل الأساسية وإمكانية الاستفادة منها

٥٩ - واجهت الحكومات، في كثير من البلدان التي أجابت على الاستبيان، عقبات أو صعوبات هيكلية عرقلت قدرتها على تنفيذ برامج الصحة الإنجابية. ولما كان مفهوم الصحة الإنجابية يتطلب نهجا كليا شاملا، فإن التعاون والتعاقد فيما بين الوزارات القطاعية أمر لا بد منه. فعدم وجود تنسيق بين الوزارات

المسؤولة كان من بين أكثر العقوبات ذكرا التي تحول دون وضع وتنفيذ سياسة شمولية للصحة الإنجابية. وذكر أن التنسيق بين المانحين كان محدودا أو ضعيفا في بلدان عديدة، وكان صنع القرارات الحكومية في بلدان عديدة ما يزال مركزيا إلى حد بعيد. وكان هذا عاملا مشبطا في كثير من الحالات لمشاركة المسؤولين الحكوميين على المستويات الدنيا، كالمسؤولين على المستويات الإقليمية أو المحلية، وكذلك لمشاركة القطاع غير الحكومي.

٦٠ - وفي بعض الحالات لا يكون هيكل الوزارة المسؤولة، وهي وزارة الصحة في كثير من الأحيان، مساعدا على الإدارة والتنسيق الفعالين للبرامج الوطنية للصحة الإنجابية. وفي كثير من وزارات الصحة، تكون نظم المعلومات الإدارية ضعيفة أو لا تعمل بصورة مناسبة، وهذا يؤدي إلى ضعف في السوقيات وفي جمع وتحليل البيانات. وقد يصبح تنظيم النظام الصحي نفسه عقبة في وجه تنفيذ برامج الصحة الإنجابية. فوجود عدة برامج صحية رأسية (مثل صحة الأم والطفل والرعاية الصحية الأولية والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز)، لكل منها أقسامها المؤسسية ضمن وزارات الصحة، يمكن أن يعوق تكامل خدمات الصحة الإنجابية.

٦١ - وتلعب التغطية المحدودة التي توفرها المرافق الصحية، ولا سيما في المناطق الريفية، ونظام الإحالة السيء أو نظام تأدية الخدمات غير المناسب والافتقار إلى الموارد البشرية أدوارا رئيسية أخرى في الاستفادة المحدودة من خدمات الصحة الإنجابية وفي نوعية الرعاية المقدمة في هذه المرافق. وبالإضافة إلى ذلك، فإنخفاض مستوى البواعث لدى الموظفين، وعمليات الاستبدال المتكررة و/أو كثرة تنقل الموظفين الصحيين والافتقار إلى المهارات التقنية كثيرا ما ذكرت بوصفها حواجز تحول دون تنفيذ نهج شامل للصحة الإنجابية.

٦٢ - وذكرت بعض التقارير التمييز ضد النساء أو الشباب بوصفه عاملا يحد من قدرتهم على المشاركة في رعاية الصحة (الإنجابية). وفي بعض الأحيان، يحجم مقدمو الرعاية الصحية عن تلبية احتياجات الصحة الإنجابية للنساء أو المراهقين. كذلك فإن ما ذكر من معاملة سيئة للعملاء في المرافق الصحية في عدد من البلدان يثبت عدم وجود احترام لاحتياجات المرأة ومنظوراتها. فالمعاملة المهذبة للعملاء في المرافق الصحية تعتبر عنصرا مهما من عناصر الجودة العالمية للرعاية. والافتقار إلى مثل هذه المعاملة يقلل من رغبة الناس في استعمال الخدمات المتاحة.

٦٣ - ويمثل الموقع الجغرافي لبعض البلدان النامية التي أجابت على الاستبيان عبئا إضافيا يعوق قدرتها على تقديم خدمات الصحة الإنجابية، وخاصة في المناطق النائية. وأفادت دول جزرية، كالفلبين، إلى جانب بلدان تغطي مساحات شاسعة من الأرض، مثل ناميبيا، وبلدان جبلية، مثل نيبال، بأنها تفتقر إلى الهياكل الأساسية التي تكفي لتغطية جميع أراضيها.

جيم - الجوانب الاقتصادية والمالية

٦٤ - إن عدم كفاية الموارد المالية المحلية للإنفاق على خدمات كافية للصحة الإنجابية كثيرا ما ورد ذكره كعامل يؤثر على قدرة الحكومات على التدخل في القطاع الصحي بوجه عام، وفي الصحة الإنجابية بوجه خاص. وفي بلدان عدة، يحول العُسر الاقتصادي دون قيام الحكومات بتخصيص الموارد اللازمة لبرامج الصحة الإنجابية. ولهذا، بدوره، آثار ضارة على تقديم الخدمات والاستفادة منها، ويكون ذلك أوضح ما يكون في نقص عدد الموظفين، والإمدادات والمواد الأخرى اللازمة في المرافق الصحية وقلة الاستفادة من الخدمات بسبب التغطية المحدودة لجميع أنحاء البلد المعني بالخدمات الصحية.

٦٥ - والافتقار إلى موارد محلية يزيده سوءا في عدة بلدان تخصيص نسب كبيرة من ميزانية الحكومة للقطاع الصحي للإنفاق على المرتبات. فقد ينفق ما يصل إلى ٨٠ في المائة من الميزانية الصحية على مرتبات الموظفين، ويبقى ٢٠ في المائة لأنشطة البرامج. وما زال العديد من البلدان النامية يعتمد إلى حد كبير على المانحين ولذلك فهذه البلدان تتأثر بالتغيرات في سياسات أو أولويات المانحين، وكذلك بالحالة السياسية والاجتماعية والاقتصادية في البلدان المانحة.

٦٦ - وهناك عقبات اقتصادية أخرى، وخاصة الفقر وتجليه على مستوى الأسرة المعيشية، تحول دون الاستفادة من خدمات الصحة الإنجابية. فاللفقر تأثير عميق على قدرة الناس على تلقي معلومات وخدمات الصحة الإنجابية. فليس من شأن الفقر فحسب أن يحول دون قدرة الناس (من الوجهة المالية) على الاستفادة من هذه المعلومات والخدمات بل إنه يحد أيضا من حصولهم على التعليم، مسهما بذلك في تدني مستوى الوعي لمفهوم الصحة الإنجابية في بلدان نامية عديدة.

سابعا - النتائج

٦٧ - استعرض هذا التقرير تنفيذ البرامج السكانية في ميدان الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية بعد عام واحد من انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية واعتماد برنامج العمل الخاص به. وقد كشفت المعلومات الواردة أن العديد من حكومات البلدان النامية والبلدان ذات الاقتصادات الانتقالية قد اتخذت خطوات هامة في الاستجابة إلى دعوة برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى العمل في هذا المجال. فنيما يقرب من ثلثي البلدان التي أجابت على الاستبيان، يجري تنفيذ مبادرات لتوسيع نطاق معلومات وخدمات تنظيم الأسرة بحيث تشمل عناصر أخرى من الصحة الإنجابية في برامجها.

٦٨ - وقد ساعد المؤتمر بالفعل على بلورة القضايا وكان له تأثير حافز. فالمواضيع التي كانت موضع تجاهل في الماضي أو محل تفاض لا غير قفزت إلى مكان الصدارة كنتيجة مباشرة للمؤتمر وبرنامج عمله. فمثلا، أخذت احتياجات ومنظورات المراهقين تلقى بجلاء مزيدا من الاهتمام بصورة واضحة. غير أن هذه الاحتياجات ما زالت قضية حساسة في بلدان عديدة. وتقوم المنظمات غير الحكومية ومنظمات الشباب

بصورة واضحة بملء الفراغ الذي تتركه حكومات البلدان التي ما زالت الصحة الإنجابية للمراهقين فيها تشكل قضية مثيرة للخلاف.

٦٩ - وهناك قضية أخرى تعترف بلدان عديدة الآن بأهميتها للتنفيذ الفعال لبرامج الصحة الإنجابية ألا وهي دور ومسؤولية الرجال في المسائل ذات الصلة بالشؤون الجنسية، وتنظيم الأسرة، وتربية الأولاد، والحياة الأسرية والمساواة بين الجنسين. وكما سبقت الإشارة، يجري تنفيذ مبادرات عديدة لإشراك الرجال في البرامج الحالية أو لصياغة برامج خاصة لهم. وما زال من السابق لأوانه تقدير نجاحات هذه البرامج، ولكن زيادة الاهتمام بهذه القضية تؤكد جدية الالتزام من جانب حكومات كثيرة بتنفيذ توصيات المؤتمر. ولما كانت مواقف الذكور السلبية تجاه الصحة الإنجابية والقضايا ذات الصلة، كما أشارت تقارير قطرية عديدة، ما زالت قائمة ويصعب التغلب عليها في كثير من الأحيان فإن ذلك يبرر حتى إلى حد أبعد ضرورة توجيه الاهتمام لإشراك الذكور في هذه المسألة.

٧٠ - وهناك موضوع ثالث يلقي عناية متزايدة وهو مسألة نوعية الرعاية في برامج الصحة الإنجابية/تنظيم الأسرة. فقد شرعت البلدان في اتخاذ خطوات لتحسين أو قياس نوعية الرعاية الموفرة للعملاء وأخذت تولي مزيداً من الاهتمام للحالة المادية لمرافق الرعاية الصحية. وفي عدد كبير من البلدان، يجري تدريب مقدمي الرعاية الصحية على كيفية تأدية الخدمات الموجهة إلى العملاء وأهمية احترام خصوصياتهم. وأصبحت الحكومات أكثر استجابة لزيادة توافر مجموعة متنوعة من وسائل منع الحمل كي تواجه احتياجات العملاء من مختلف وسائل منع الحمل.

٧١ - ويؤدي القطاع غير الحكومي دوراً هاماً في تنفيذ برامج الصحة الإنجابية. إذ يبدو أن الحكومات أكثر اقتناعاً بإمكانيات وقدرات المنظمات المجتمعية على زيادة أو إكمال الجهود الحكومية الرامية إلى الوصول إلى السكان غير المخدومين أو المخدومين خدمة ناقصة. وبالإضافة إلى ذلك، كان للمؤتمر ذاته وقع إيجابي على القطاع غير الحكومي، فأخذت المنظمات غير الحكومية تعيد تحديد دورها وسياساتها وبرامجها. وقد تؤدي زيادة الطلب على القطاع غير الحكومي إلى إثقال كاهل المنظمات غير الحكومية. وما زالت المنظمات غير الحكومية الوطنية، في العديد من البلدان التي أجابت على الاستبيان، ضعيفة من ناحية الموارد والمهارات وخبرة الموظفين والخبرات الفنية لديها، الأمر الذي يضعف قدرتها على الاشتراك في تنفيذ برامج الصحة الإنجابية على مستوى الوطن. وقد عرفت حكومات بعض البلدان منذ وقت مضى القيود التي تعاني منها المنظمات غير الحكومية. فهناك حاجة عامة لإجراء تقييم نقدي لقدرة المنظمات غير الحكومية الوطنية على أن تكون شريكة في التنمية بوجه عام وفي الصحة الإنجابية بوجه خاص.

٧٢ - وبالرغم من العلامات المشجعة على وجود التزام وإخلاص في تنفيذ أو تعزيز برامج الصحة الإنجابية، فإن البيئة الاجتماعية الاقتصادية والثقافية لا تساعد على الدوام على التغيير. فعلى الصعيد الوطني، يعوق انتشار الفقر قدرات الحكومات إعاقاً شديدة عن تنفيذ برامج الصحة الإنجابية بالكامل، وعلى الصعيد الفردي، يحد من حصول الناس على الخدمات الاجتماعية الأساسية، بما فيها رعاية الصحة

الإيجابية. إن هناك عقبات عديدة ما زالت في حاجة إلى قهر، وتحتاج البلدان إلى مساعدة من المجتمع الدولي، في شكل موارد بشرية ومالية على السواء، كي تتغلب على هذه المعوقات. وينشأ كثير من المعوقات من البيئة الاقتصادية غير المواتية التي يعاني منها معظم البلدان النامية. وهناك معوقات أيضا من الداخل. فكما تشير التقارير الواردة من عدد من البلدان، تعرقل البيروقراطيات المستفحلة تنفيذ التوصيات الواردة في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

٧٣ - وبالمثل، تستدعي الضرورة رفع مستوى المساءلة. فتنفيذ برامج الصحة الإنجابية يتطلب تنسيقا قطاعيا على مستوى الحكومة المركزية. ومن الواضح أن الحالة الاقتصادية الصعبة، وفي بعض الحالات المعاكسة، التي يواجهها العديد من البلدان النامية والبلدان ذات الاقتصادات الانتقالية، والموارد المتناقصة التي يخصصها مجتمع المانحين الدولي للمساعدة الإنمائية الرسمية، والظروف الداخلية غير المواتية تحتاج إلى معالجة كاملة من أجل تنفيذ برامج الصحة الإنجابية بنجاح والوصول إلى هدف الصحة الإنجابية بحلول عام ٢٠١٥.

٧٤ - إن رصد البرامج السكانية بوجه عام، وقياس التقدم المحرز في تنفيذ برامج الصحة الإنجابية بوجه خاص، مسألتان تتسمان بالصعوبة في غياب مؤشرات واضحة. فهناك حاجة شديدة إلى وضع مؤشرات في مجالات مثل المساواة بين الجنسين، والصحة الإنجابية، ومشاركة المرأة، وإشراك الذكور وتعبئة الموارد.

٧٥ - إن برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية يشجع الحكومات على الالتزام على أعلى مستوى سياسي بتحقيق غايات وأهداف برنامج العمل وعلى الاضطلاع بدور قيادي في تنسيق تنفيذ أعمال المتابعة ورصدها وتقييمها (الفقرة ١٦-٧). وقد أكدت الدراسات السابقة التي قامت بها الأمم المتحدة أهمية الالتزام السياسي في نجاح التدخلات السكانية والإنمائية^{٤١}. وبسبب أهمية مواصلة الالتزام السياسي على جميع مستويات المجتمع بالنسبة لتنفيذ برامج الصحة الإنجابية، ينبغي توسيع نطاقه بحيث يشمل ليس فحسب الحكومة المركزية بل أيضا المسؤولين الحكوميين على مختلف المستويات وأعضاء البرلمانات والقادة المحليين والمجتمعيين والنقابات ووسائل الإعلام. ويتوقف التنفيذ الناجح لتوصيات برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على التزام جميع الفئات في المجتمع المدني.

الحواشي

(١) تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة، ٥-١٢ أيلول/سبتمبر ١٩٩٤ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.95.XIII.18)، الفصل الأول، القرار ٨، المرفق.

(٢) وردت التقارير من البلدان الـ ٧٨ التالية قبل ١ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٥: إثيوبيا، الأرجنتين، الأردن، إكوادور، إندونيسيا، أورغواي، أوغندا، بابوا غينيا الجديدة، باراغواي، باكستان، البرازيل، بنغلاديش، بنما، بنن، بوتان، بوركينا فاسو، بوروندي، بوليفيا، بيرو، تركمانستان، تركيا، توغو، تونس، جامايكا، الجزائر، جزر القمر، جمهورية إيران الإسلامية، جمهورية تنزانيا المتحدة، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، جنوب أفريقيا، الرأس الأخضر، رومانيا، زائير، زامبيا، زمبابوي، السلفادور، السنغال، السودان، سيراليون، سيشيل، الصين، العراق، غامبيا، غانا، غواتيمالا، غينيا، غينيا الاستوائية، غينيا - بيساو، الفلبين، فيجي، فييت نام، قبرص، الكامبيرون، كمبوديا، كوبا، كوت ديفوار، كوستاريكا، كينيا، ليتوانيا، مالي، مدغشقر، مصر، المغرب، المكسيك، ملاوي، ملديف، منغوليا، موريتانيا، موريشيوس، موزامبيق، ميانمار، ناميبيا، نيبال، النيجر، نيكاراغوا، هايتي، الهند، وهندوراس.

(٣) تقرير المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة، بيجينغ، ٤-١٥ أيلول/سبتمبر ١٩٩٥ (A/CONF.177/20)، الفصل الأول، القرار ٨، المرفق الثاني.

(٤) أبانت التقارير الوطنية بشأن السكان والتنمية المقدمة إلى أمانة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أن هذا الالتزام قد اتسع نطاقه بصورة ملحوظة خلال الـ ٢٠ سنة الماضية. وفي الوقت ذاته، شدد معظم التقارير الوطنية على الحاجة إلى توفر حتى قدر أكبر من الدعم السياسي للشواغل السكانية، ولا سيما بزيادة النفقات العامة للقطاع الاجتماعي (انظر تقرير الأمانة العامة للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية عن الخلاصة التوليفية للتقارير الوطنية المتعلقة بالسكان والتنمية (A/49/482)، الفقرة ٥٧).

— — — — —