

قضايا الصحة الإنجابية

العدد الخامس

الإجهاض قضية للنقاش

صفحة
٤

في هذا العدد

• تقديم

٨

• حتى يصبح الإجهاض عملية آمنة وشرعية:
أخلاقيات واليات التغيير

مارج بيرير

١٥

• الأمومة الآمنة والإجهاض غير الآمن:
انعكاس فكري حول تأثير الخطاب

سوزانا رانس وآخرون

26

• الإجهاض المتعمد في أمريكا اللاتينية..
استراتيجيات بشأن البحث الاجتماعي المستقبلي

جوان جوزيه ليوفيه وآخرون

٣٩

• توفير الإجهاض القانوني في البرازيل:
شراكات عملية

ويلزا فييرا وآخرون

٤٥

• مقدموا الخدمات الصحية في اندونيسيا
وموقفهم تجاه الإجهاض

انيارتي دجوهان وآخرون

٥٥

العوامل المرتبطة بالإجهاض القسدي
في المستشفيات العامة في تنزانيا

جوتليب مبانجيل وآخرون

٦٨

تحسين الرعاية
المقدمة للنساء بعد الإجهاض

انا لانجر وآخرون

٨٠

فهم النساء للمراضة المتعلقة بالحمل
في ريف مصر

هند حطاب وآخرون

٨٨

إظلاله

٩١

مطبوعات

مختارات مترجمة من مجلة

Reproductive Health
Matters

تصدر في بريطانيا ويتولى تحريرها
ميرج بيرر، ت ك سونداري رافندران

تصدر الطبعة العربية عن

مركز دراسات المرأة الجديدة

هيئة التحرير

د/ أمال عبد الهادي

د/ هالة الدمنهوري

الترجمة

شهرت العالم

نولة درويش

سلاف طه

إيمان إسماعيل

نجلاء العمري

الصور الداخلية من إعداد R.H.M.

صورة الغلاف

تصوير: GIACOMO

BIROZZVBANOS PICTURES

الإخراج الفني والطباعة

Promotion Team, Tel.:

3367449

تقديم

هل نجرؤ على مناقشة الواقع؟

موضوع هذا العدد هو قضية الإجهاض. اخترنا أن نتناولها لأنها قضية هامة وتؤثر على صحة وحياة ملايين النساء في مصر وفي العلم كله، ذلك أن غالبية حالات الإجهاض تتم بشكل سري لان قوانين كثير من البلدان تحظر إجراء الإجهاض إلا في أحوال محدودة حينما يمثل الحمل خطرا على حياة المرأة أو صحتها. ورغم أن الإحصائيات في مصر تكاد تكون غائبة إلا أن الإحصائيات الدولية توضح مدى خطورة الموضوع. تقدر منظمة الصحة العالمية أن ١٣% من وفيات الأمهات، أو ما يقرب من ٨٠٠٠٠ حالة وفاة سنويا تنتج عن مضاعفات الإجهاض وتنتج تلك المضاعفات عن إجراءات الإجهاض غير الآمن. وهو ما جعل قضية الإجهاض تحتل موقعا هاما في المناقشات الدائرة حول صحة المرأة، وحول السياسات السكانية عموما. ولعل أبرزها المناقشات التي احتدمت في منتصف التسعينات حول وثيقة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (القاهرة ١٩٩٤).

تمس السياسات التي تتصدى للقضايا السكانية جانبا حساسا من حياة البشر. وتاريخيا انحصرت السياسات السكانية في البعد الديموغرافي الذي يتعامل مع التحكم في خصوبة النساء كاستراتيجية أساسية لحل المشكلات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية، دونما أي اعتبار للصحة والحقوق الإنجابية للنساء. وتحضيرا للمؤتمر قامت النساء في جميع أنحاء العالم بجهود دؤوبة لتصبح صحة النساء وحقوقهن في بؤرة الاهتمام، وقد انعكس ذلك على الوثيقة التي كرسست لأول مرة مفهوم الحقوق الإنجابية للنساء في عدد من فقراتها، وقدمت تعريفا واضحا للصحة الإنجابية باعتبارها ليست مجرد الخلو من المرض أو الإعاقة ولكنها حالة من اكتمال الرفاهية البدنية والنفسية والاجتماعية، في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته "كما أن الوثيقة أشارت إلى أن رعاية الصحة الإنجابية من شأنها تعزيز حقوق الفرد بما في ذلك حقه في أن يقرر بحرية ومسؤولية عدد أطفاله وفترة المباحة بينهم وحقه في حياة جنسية مرضية وآمنة.

وقد تعرضت الوثيقة أيضا لقضية الإجهاض وتأثيرها على صحة النساء في الفصل السابع، مشيرة إلى إن عدد كبير من النساء يضطر إلى الإجهاض لأسباب متعددة، وأهمية أن يتم ذلك بطريقة آمنة حفاظا على حياة النساء. (فقرة ١٢) كما حثت الوثيقة على إتاحة الثقافة الجنسية والإنجابية وكذلك سبل وسائل منع الحمل الآمن حتى لا يحدث حمل غير مرغوب فيه تضطر معه بعض النساء إلى الإجهاض (فقرة ٥). على أن النقاشات المحتدمة حول الموضوع انتهت بالوثيقة النهائية إلى التعامل مع الإجهاض باعتباره بديل اضطراريا، وحث الحكومات على القيام بالإجراءات اللازمة لمساعدة النساء في تحاشي الإجهاض (فقرة ١٥)، كما أكدت على انه لا يجوز بأي حال أن يتم الترويج للإجهاض كوسيلة من وسائل تنظيم الأسرة.

وفي مصر كما في غالبية دول العالم يتم التعامل مع موضوع الإجهاض بإسدال ستار من الصمت على الموضوع سواء على مستوى المنظمات غير الحكومية - بما في ذلك المنظمات النسائية ومنظمات حقوق الإنسان، والمنظمات التنموية التي تعمل في مجال الصحة عموما أو صحة المرأة تحديدا - وكذلك على مستوى البحث العلمي، فما أندر الدراسات التي تصدت لدراسة حجم الظاهرة والعوامل المؤثرة عليها. وكل ذلك يعكس مدى حساسية الموضوع، وتشير الدراسات المحدودة المتاحة إلى أن العديد من النساء اللاتي لا يرغبن في استمرار

الحمل يلجان إلى الإجهاض، ويستخدمن في ذلك إلى وسائل متعددة ومتنوعة، كالأدوية، والأعشاب، وحمل الأتقال، أو استخدام بعض الأجسام لفتح عنق الرحم، الخ، أو يلجان إلى عمليات الإجهاض السرية في أماكن يفتقر معظمها إلى ابسط القواعد الصحية ويمثل الكثير منها خطرا على صحة النساء خاصة الفقيرات منهن. وعندما تؤدي عمليات الإجهاض تلك إلى مضاعفات، تذهب تلك النسوة إلى المستشفيات لتلقى الرعاية الصحية. كما تشير خبرات النساء أنهن لا يلجان إلى الإجهاض إلا مضطرات، ويعتبرنه خبرة مؤلمة وهو ما يكشف عنه المثل الشعبي "ولادة كل يوم ولا سقط كل سنة". أننا في حاجة لإرساء إجهاض امن وشرعي إذ أننا أمام حقيقة انه سواء حظيت النساء بدعم شريك الحياة والأسرة والأطباء والحكومات والمجتمع أم لم ينلن فإنهن يلجان إلى الإجهاض.

والقانون المصري لا يبيح إجراء الإجهاض إلا في الحالات التي يمثل الحمل فيها خطرا على حياة الأم. كما يعاقب القانون كل من يشارك في عملية الإجهاض سواء من يقوم بها أو النساء أنفسهن، وهو ما يدفع بالعملية إلى الشوارع الخلفية حيث تتعدم شروط الأمان وتتعرض صحة بل وحياة الآلاف من النساء للخطر. وقد طرحت المرأة الجديدة أهمية توسيع مجال الإجهاض القانوني في ١٩٩٤ بحيث يشمل حالات الاغتصاب وسفاح المحارم، وفشل موانع الحمل، والحالات التي يكون فيها الجنين مصابا بتشوهات خلقية. وقد أثار ذلك الموقف وقتها ردود فعل متضاربة. على أن الأعوام التالية شهدت تصريح فضيلة شيخ الأزهر محمد طنطاوي بحق المرأة المغتصبة في إجراء الإجهاض، وفتاوى من الأزهر بإمكانية إجراء الإجهاض في حالات التشوه الخلقي للأجنة.

أن هذا العدد بمثابة إعادة فتح الموضوع من جديد، ودعوة كافة الأطراف المهمة بين النشطاء والاكاديميين إلى التعامل العلمي مع الموضوع. ولذلك حرصنا على أن نختر عددا من الموضوعات التي تتناول جميع جوانب الموضوع النظرية والعملية. وتتناول مقالات العدد قضية خطابات القوى المختلفة حول الإجهاض، ومسألة التغييرات القانونية من اجل جعل الإجهاض آمنا، ومواقف القوى المختلفة - خاصة مقدمو الخدمة الصحية - من قضية الإجهاض، وجهود النسويات في تطوير المفاهيم المتعلقة بصحة النساء عموما والإجهاض خصوصا. كما حرصنا على أن تكون المقالات من بلدان متنوعة وخاصة من الدول النامية التي تتشابه ظروفها معنا بحيث يمكن أن نتعلم من خبراتهم في التصدي لقضية الإجهاض. وأخيرا حرصنا على أن نطرح وجهات النظر المختلفة بما يساعد على تعميق المناقشة.

مقالة مارج بيرر هي افتتاحية لعدد خصصته مجلة الصحة الإنجابية عن الإجهاض قبيل انعقاد مؤتمر السكان، وهي تطرح فيه وجهة نظر مخالفة لما أقرته الوثيقة النهائية للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية ١٩٩٤ - كما اشرفنا من قبل - وتتساءل "كيف يستثنى من الحق في منع حمل غير مرغوب فيه، الحق في التخلص من حمل غير مرغوب فيه؟ موضحة أن التحكم في الخصوبة لتقديم قدم وجود الجنس البشري، وان الإجهاض هو أول وسيلة عرفتها البشرية لمنع الحمل. وتذكرنا بيرر بان استخدام وسائل منع الحمل، ومفاهيم مثل الوالدية المخططة وتنظيم الأسرة والتحكم في الخصوبة والإنجاب لم تصبح فقط مقبولة اجتماعيا بل تعتبر على المستوى الوطني هي السلوك الاجتماعي المقبول بعينه.

أما مقال جوان جوزيه وسيلفينا راموس فيحلل مستوى المعرفة الحالي عن الإجهاض المتعمد في أمريكا اللاتينية، من خلال استعراض نقدي للمعلومات التي تم الحصول عليها من الاجتماعات والندوات الإقليمية التي عقدت في التسعينات، والمقالات المنشورة في المجالات الطبية الدورية في هذا المجال. كما يناقش الجوانب النظرية

والمنهجية للبحوث عن الإجهاض والمخاوف ودواعي القلق الأخلاقية والسياسية. بهدف تحليل الأبعاد السياسية للإجهاض المتعمد بصورة أكثر عمقا، وبصورة خاصة فيما يتعلق بالتشريع، والرأي العام، وتطوير البرامج الصحية.

ويناقش مقال سوزانا رانس تأثير الخطابات المختلفة في المجتمع على قضية الإجهاض، وعلى مواقف القوى المختلفة منها، من خلال متابعة تغيير موقف الحكومة البوليفية من الموضوع بعد ممارسة القوى المحافظة للضغوط عليها. كما يناقش المقال أيضا مواقف مقدمي الرعاية الصحية من قضية الإجهاض، وفي نفس السياق يأتي المقال المنشور عن تجربة اندونيسيا حيث يعرض لدراسة تمت مع مجموعات من مقدمي الخدمة الصحية من أطباء، وتمريض، والدايات والعاملين الميدانيين في مجال تنظيم الأسرة، كما يعرض المقال لتجربة اندونيسيا في مجال تعديل التشريعات المتعلقة بالإجهاض والإشكاليات المرتبطة بها.

وتكشف الدراسة المنشورة هنا عن المكسيك أن النساء اللاتي يعنين من مضاعفات الإجهاض هن أكثر المجموعات تهميشا وإهمالا في سلم خدمات الصحة الإنجابية المقدمة للنساء، ويجئن في مستوى تال بعد حالات الولادة القيصرية والعادية.

وفيما يتعلق بجهود المنظمات النسائية يصف مقال ويلزا فييرا وآخرون مشاركة المجموعات النسائية العاملة في مجال الصحة والحقوق الإنجابية للمرأة في الحملات من اجل توفير الإجهاض القانوني في المستشفيات العامة بالبرازيل. ويوضح المقال أن المسألة لا تتعلق فقط بتغيير القانون، بل تقتضي تأهيل مقدمي الخدمة الصحية وتدريبهم، فالنساء لا يحتجن فقط للحق في الإجهاض وإنما للمزيد من الخدمات والكوادر الطبية المدربة على إجراء عملية الإجهاض أيضا في جميع أنحاء البلاد.

ورغم عدم وجود مقال خاص بقضية الإجهاض في مصر ضمن إعداد مجلة الصحة الإنجابية، فان هذا العدد يتضمن دراسة عن فهم النساء للمراضة المتعلقة بالحمل في ريف مصر، تناولت بشكل سريع موضوع الإجهاض. وهذه الدراسة توضح أن حدوث حالات الاكنتاب بعد الإجهاض تحدث بين الأمهات اللاتي حدث لهن إجهاض تلقائي، أي ترتبط برغبة الأم في بقاء الحمل، حيث أن النساء من عدمها.

وأخيرا بشكل غياب البيانات ذات المصادقية في مصر عائق كبير أمام إجراء العديد من البحوث اعتمادا على سجلاتنا ويتجلى ذلك بشكل واضح جدا في بحوث الإجهاض وخاصة عن الإجهاض المتعمد والذي يصعب تفريق المضاعفات الناتجة عنه من مضاعفات الإجهاض العادي في كثير من الحالات، وقد وضعت منظمة الصحة العالمية بعض الخصائص التي يمكن عن طريقها ترجيح نوع الإجهاض كما عرض ذلك في مقالة عن مقدمي الخدمات الصحية في اندونيسيا.

ويثير هذا العدد أيضا قضية مناهج البحث في قضايا شديدة الحساسية مثل الإجهاض، وأهمية المناهج البحثية النسوية في التعامل مع الموضوع بحيث يمكنها عن حق أن تعكس وجهات نظر النساء في القضايا المطروحة (الإجهاض). فالدراسة التي قامت بها جوتليب مانجيل وآخرون عن العوامل المرتبطة بالإجهاض القسدي في المستشفيات العامة بدار السلام، تنزانيا، كشفت عن رأي النساء في أن القوانين الموجودة قائمة على التمييز لأنها تنفي حق النساء في الاختيار في حالة حدوث حمل غير مرغوب فيه، بينما لا يحتمل الرجال المسئولين عن هذا

الحمل أي من التبعات القياسية المترتبة عليه. كما أكدت أن النساء الفقيرات يحرمن من الحصول على الخدمات الآمنة لأنهن لا يمتلكن ما يكفي لتسديد التكاليف الباهظة في العيادات الخاصة التي تتم فيها عمليات الإجهاض رغم الموانع القانونية.

لقد أدركنا في مركز دراسات المرأة الجديدة الدور الذي تلعبه المناهج والأدوات البحثية عندما أجرينا دراسة عن إدراك النساء لحقوقهن الإنجابية. فبينما نزعنا النساء في نقاشات المجموعات البؤرية لرفض الإجهاض، فإن الغالبية العظمى من النساء في اللقاءات المعمقة كشفت عن أنهن اجرين، أو يعرفن نساء اجرين عمليات إجهاض، وكشفن عن ثراء معلوماتهن فيما يتعلق بالوسائل التقليدية للإجهاض.

وأخيرا فإننا نأمل أن يساهم هذا العدد في إثارة نقاش جاد حول موضوع الإجهاض في مصر، بحيث نتجاوز مرحلة إخفاء الرؤوس في الرمال، إلى مرحلة المصارحة والعمل، وان تساعدنا خبرات النساء في العالم على التصدي بشكل فعال لقضية تؤثر على صحة وحياة الآلاف من النساء المصريات، وعلى أن نشرع في إجراء دراسات عن الأبعاد المختلفة لقضية الإجهاض بحيث تتوفر لنا البيانات الضرورية، وهو أمر لا غنى عنه في مجال وضع سياسات فاعلة لتجنيب النساء مضاعفات الإجهاض غير الآمن.

هيئة التحرير

حتى يكون الإجهاض عملية آمنة وشرعية أخلاقيات واليات التغيير*

بقلم/ مارج بيرير

أن توفير الأمان والشرعية لعمليات الإجهاض يشكل مسألة حياة أو موت بالنسبة للنساء. بناء على ذلك، يتناول هذا العدد من مجلة "قضايا الصحة الإنجابية" موضوع الإجهاض من منظور أولئك النساء اللاتي عشن التجربة، وعانين مشقة معالجة المضاعفات الناجمة عن الإجهاض غير الآمن وغير الشرعي، ومن منظور أولئك النساء اللاتي يناضلن لإرساء قواعد الإجهاض الآمن والقانوني على مستوى العالم. أن هذه المقالات تتضمن رسالة قوية تستند على المعطيات التالية:

- أن هناك ملايين النساء وعشرات الآلاف من الدايات والأطباء الذين يمتلكون الكفاءة اللازمة لإجراء عمليات الإجهاض وهم مدفوعين إلى التصرف أو الشعور وكأنهم مجرمون.
- أن هناك عدد ضخم من القوانين العتيقة والملتوية حول الإجهاض يبدو وكأنها أصدرت لمجرد التحايل عليها.
- أن هناك تسامح كبير تجاه خدمات الإجهاض المتدنية بل والمرعبة في سوئها وهي الخدمات التي يحصل عليها من لا يقدرن على تحمل نفقات خدمات أفضل.
- أن هناك تبيد غير مبرر لحياة النساء. صحيح أن علاج المضاعفات الصحية الناتجة عن عمليات الإجهاض غير الآمنة وغير القانونية يتسم بقدر من الإنسانية وهذا الأمر أفضل من لا شيء، إلا أن ذلك يعد أقل القليل وربما يقدم بعد فوات الأوان.

تذكرنا المقالات الواردة في هذا العدد بأنه سواء حظيت النساء بدعم شريك الحياة والأسرة والأطباء والحكومات والمجتمع أم لم ينلن ذلك الدعم، فإنهن يلجان إلى الإجهاض. كما تذكرنا أن النساء اللاتي يخضن تجربة الإجهاض وكذلك من يوفرون نوعية جيدة من الخدمات في هذا المجال لهم الحق في الشعور بكرامتهم وباحترام الناس لهم، كما أن للنساء الحق في الحياة. فمتى سيتحقق ذلك؟

رؤية متمحورة حول النساء

غير مرغوب فيها الحق في التخلص من حمل غير مرغوب فيه؟ وكأنما اللجوء إلى تنظيم الأسرة أمر ممكن طالما لم تفشل وسائل من ع الحمل، بل وكأنما لم تفشل هذه الوسائل أبدا. أن أصوات النساء الواردة على الصفحات القادمة توضح أن التحكم في الخصوبة كل لا يتجزأ مهما كانت الوسائل الفرعية التي يمكن استعمالها. كما تبين تلك الأصوات انه مهما كان انتشار استعمال وسائل منع الحمل، إلا أن ذلك من شأنه فقط التقليل من الحاجة إلى الإجهاض وليس القضاء عليها. قبل مائة عام كانت هناك إدانة للإجهاض وكان العديد من دعاة الحفاظ على الفضيلة ينظرون إليه نظرة دونية. وفي هذا الإطار، استبعد كثير من

يعتبر الإجهاض الآمن والشرعي احد مفاتيح الصحة الإنجابية للنساء. يبدو أن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي سينعقد عام ١٩٩٤ قد استقر على توفير دعم كبير لقضايا الصحة الإنجابية للنساء، غير أن موضوع الإجهاض يظل من أكثر الموضوعات الشائكة في هذا المجال.

وبغض النظر عن توجهات مجموعات الضغط المناهضة للإجهاض، فإن أهم الإشكاليات التي على المؤتمر مواجهتها تتمثل في عدم اعتبار الإجهاض في عداد وسائل تنظيم الأسرة. ما هي إذن نظرة النساء لتنظيم الأسرة؟ وكيف يستثنى من الحق في الوقاية من ولادة

القائمين على حملات تنظيم الأسرة موضوع الإجهاض حتى لا يبدو استفزازيين أو متطرفين. أما اليوم، فإن استعمال وسائل منع الحمل أصبح مسألة ليس فقط مقبولة اجتماعيا، بل تعتبر هي السلوك الاجتماعي المسئول بعينه. ونتيجة لاستبعاد موضوع الإجهاض، لم تبدأ الحملات من أجل الإجهاض الشرعي إلا بعد فترة طويلة في أغلب الأقطار، هذا إن وجدت أصلا.. إن الادعاء بأن الإجهاض لا يمثل وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة قد يبدو منطقيا إذا نظر إليه من خلال هذا المنظور التاريخي، إلا أنه يبدو كذلك من وجهة نظر النساء. وهناك بكل تأكيد خلل ما حينما يفهم الناس بطرق مختلفة مفاهيم ومعان مثل الوالدية المخططة، وتنظيم الأسرة، والتحكم في الخصوبة والإنجاب.

مقابلات مارجوث مورا وجورج فيلاريال مع النساء اللاتي كن بحاجة إلى العلاج نتيجة لمضاعفات ما بعد الإجهاض في بوجوتا تشير إلى الصعوبات التي تواجهها النساء مع وسائل منع الحمل، وهي كلها صعوبات معروفة لدينا جميعا. فهي تظهر أن العديد من النساء أو من شركائهن في الحياة أما لا يستعملون وسائل منع الحمل أصلا أو يفشلون في استعمالها بطريقة منتظمة أو يستعملون وسيلة أقل فاعلية مما هو متاح لهم نظريا. كما يتضح من هذه المقابلات أن النساء لا يتخذن مسبقا القرار باللجوء إلى الإجهاض ولا يعتقدن بالضرورة أنه أفضل من وسائل منع الحمل الأخرى.

بل تبين أن النساء يخضن عمليات الإجهاض حينما لا يوجد أي بديل آخر ممكنا. إن العلم بإمكانية التحكم في الخصوبة قديم قدم وجود الجنس البشري. وتتولد الحاجة إلى الإجهاض بسبب النواقص المرتبطة بوسائل منع الحمل. وهكذا تلجأ النساء إلى الإجهاض حينما يكون قد فات أوان استعمال وسائل منع الحمل فيجدن أنفسهن بحاجة إلى حل آخر. وهذا - كما تشير إليه خبرة النساء - يدخل أيضا في إطار تنظيم الأسرة. قبل الدخول الفعلي لوسائل منع الحمل على الساحة لم يكن غريبا أن تخوض النساء ثلاث، أو ست، أو عشر أو حتى عشرين عملية إجهاض خلال حياتهن. أما اليوم، فهناك أعداد متنامية من النساء اللاتي

يستطعن القول بأنهن استعملن بفاعلية وسائل منع الحمل طوال حياتهن الإنجابية. تشير البيانات الواردة في مسح ميداني حديث حول مدى انتشار استعمال وسائل منع الحمل في بيرث باستراليا إلى مدى التقدم الذي وصلت إليه بعض الأقطار في هذا المجال.

وبفضل التطورات التي أدخلت على كفاءة وتوافر وسائل منع الحمل وانتشار استعمالها، وتزايد تقبل الرجال لاستعمال النساء لتلك الوسائل، فإن العديد من النساء لم يقعن في رشك الحمل غير المرغوب إلا مرة واحدة فقط. إلا أنهن احتجن في النهاية إلى إجراء عملية إجهاض. أما النساء اللاتي لا يتمتعن بنفس المزايا واللاتي ما زلن يشكلن الأغلبية في العديد من أقطار العالم، فإنهن يحتجن إلى إجراء تلك العمليات مرات أكثر من الأخريات. هل يجب إجبار هؤلاء النساء على الاحتفاظ بالحمل؟ أم يجب إدانتهم باعتبارهن مجرمات، أو الحكم عليهن بالموت لأنهن لم يستعملن وسائل منع الحمل بطريقة جيدة؟

يشير مقال جوتليب مبانجيل وآخرون إلى أن معدلات الانتهاك الجنسي لطالبات المدارس من قبل رجال أكبر سنا يمثل مشكلة حقيقية في تنزانيا. كما يشير مقال جو مورفي - لوليس وآخرون إلى أن الشابات غالبا ما يكن أكثر عرضة للحمل غير المقصود وهو ما ينتهي في معظم الأحيان بالإجهاض. ومن ناحية أخرى، يرى مقال مورا وفيلاريال أن النساء اللاتي يخضن عمليات الإجهاض هن على الأرجح نساء يعشن علاقات مستقرة ومتواصلة. الأمر المشترك بين كل هؤلاء النساء هو المعرفة الجزاء والمنقوصة حول أجسادهن وحول الدورة الإنجابية ووسائل منع الحمل. ويؤكد كل الكتاب - مركزين على الغياب الواسع للتربية الجنسية ونتائج ذلك على العلاقات الجنسية - أن المجتمع يخفق في القيام بمسئوليته تجاه النساء ثم يقوم بإدانتهم ومعاقبتهم إذا ما خضن تجربة الحمل غير المرغوب فيه.

وعلى الرغم من كل هذه النتائج والحقائق، فإن المناهضين للإجهاض يشيرون إليه على أنه شر من رجس الشيطان والى القائمين عليه على أنهم أشخاص جشعين وغير أخلاقيين، وأخيرا إلى النساء على أنهن ضحايا

هؤلاء "المجهضين". وحيث أن أصواتهم ترتفع أعلى من أعدادهم، فقد نجحوا في إبقاء الأغلبية صامتة وفي تصوير الإجهاض على أنه من الموضوعات غير المحترمة.

تشعر العديد من الحكومات والمنظمات أنها غير قادرة على مواجهة الانتقادات التي يثيرها الموضوع. فهم يخشون - مهما كانت المواقف التي يتبنونها - أن يثيروا سخط جماهيرهم. صحيح أن الكثير متفقون مع كون الإجهاض غير الشرعي وغير الآمن سبب أساسي في وفيات الأمهات، إلا أنهم مستعدون فقط للدفاع عن وسائل منع الحمل كحل للمشكلة. وبالتالي، ينتهي بهم الأمر إلى مساندة استمرار الإجهاض على وضعه غير الشرعي مهما كانت العواقب سيئة.

الجوانب الأخلاقية المتعلقة بالإجهاض

يستند المناهضين للإجهاض على أن الدين والتقاليد والقانون إلى جانبهم. إلا أنه لو صح أن الإجهاض مفتاح للصحة الإنجابية للنساء، فمن الضروري التحدث عن أخلاقيات الإجهاض من منظور يتمحور حول النساء. ويذكرنا مقال اينجبورج رينزلاف - استنادا إلى مبادئ طبية واسعة القبول - بأنه من غير الأخلاقي الامتناع عن ممارسة إجراءات طبية قد تنقذ حياة إنسان وتوفر له الحماية الصحية، ويندرج الإجهاض الآمن ضمن تلك الإجراءات. ربما يخشى مناهضو الإجهاض من الاستقلالية التي تحصل عليها النساء حينما يفزن بالحق القانوني في الإجهاض، أو يتطلعون إلى الحد من هذه الاستقلالية. ويشير المقال المذكور أعلاه إلى أن الإجهاض الذي يتم باستعمال مضادات البروجستوجين مثير للجدل لأنه يقربنا أكثر باتجاه وسائل منع الحمل التي يمكن أن تتحكم فيها النساء. كما يرى أن هذه الوسيلة تبشر بيوم تستطيع فيه النساء ممارسة الجنس دون خوف مثلهن في ذلك مثل الرجال، وهو الإمكانية التي يتم حجبها عن معظم النساء اليوم والتي قد تشكل تهديدا نظرا للتغيير العميق الذي ستؤدي إليه في ادوار الجنسين.

قد يعتقد آخرون أنه إذا حملت المرأة عليها أن تقبل بل وتبارك الحمل، مهما كانت الظروف. وعلى الرغم من هذا

تؤكد دراسة "برو موخير" في بورتوريكو أن العديد من النساء يخضن تجربة الإجهاض بالذات لأنهن يردن أن يكن أمهات مسئولات. وتحتاج هنا للاتفاق حول الفرق ما بين الحمل المرغوب فيه بكل ما يصحبه من سعادة وحماس، والحمل غير المرغوب فيه بكل الرفض واليأس الذي قد ينطوي عليه. كما إننا بحاجة إلى الخوض في كل المناطق الرمادية التي بينهما، والتي تتبع من ظروف حياة النساء بحيث تؤدي لإشكالية في استمرار الحمل بغض النظر عما تريده النساء.

أما باترشيا بيتي جونج، فهي تطالبنا بالتفكير بطريقة مختلفة في أخلاقيات الإجهاض من خلال إعادة بناء رؤيتنا لموضوع الحمل. فهي تؤكد على أن الأمومة غير المقصودة أمر غير أخلاقي رغم أن كثيرا ما يتم تمجيدها. وهي تطرح مسألة القيمة الأخلاقية للتضحيات التي تقدمها النساء، خاصة فيما يتعلق بالنظر إلى النساء بصفتهم أمهات. كما أنها تطالبنا بالتفكير في عملية وهب الحياة من خلال الحمل على أنها هدية يمكن الامتناع عن تقديمها سواء قبل أو بعد تشكل الجنين.

إلا أن اهتمام المناهضين للإجهاض ينصب على وضع وحماية الجنين أكثر مما يركز على وضع وحماية الأم. فهم كثيرا ما يحولون الجنين إلى شيء مقدس وينتقصون بذلك من قيمة المرأة التي تحمله، معتبرين أنها مجرد وعاء. إن التعديل الذي ادخل على الدستور الأيرلندي فيما يسمى بـ "الحق في الحياة"، على سبيل المثال، ينظر إلى حياة المرأة. ويشير مقال جو مورفي إلى أن العديد من الناس لم يفهموا طبيعة التعديل الذي صوتوا عليه قبل ما يقرب من عقد، إلا حينما هددت إحدى الشابات المغتصابات بالانتحار حيث كان القانون المذكور يمنعها من اللجوء إلى الإجهاض.

يذكرنا المناهضون للإجهاض - وكأنا لا نعلم ذلك - أن الإجهاض يعني قتل الجنين. لكنهم لا يصرحون بأن مرجعيتهم الأخلاقية تستند على الاعتقاد بأن النساء اللاتي يلجان للإجهاض يستحقن المعاناة أو الموت. كما يعتقد بعض المناهضين للإجهاض في الولايات المتحدة

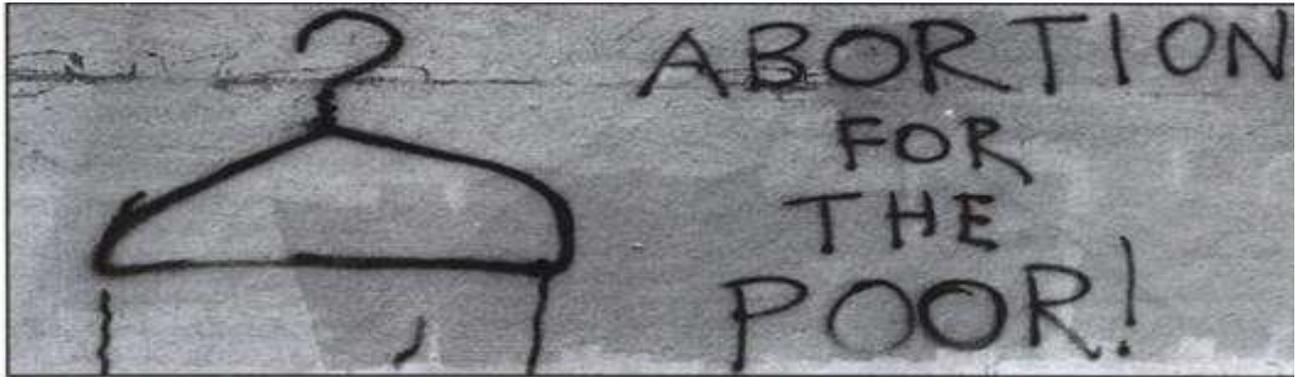
يؤكد على أهمية وعي وإدراك الفرد في اتخاذ القرارات الأخلاقية والتي يعتبر الإجهاض احدها. أن النساء الكاثوليكيات في جميع أنحاء العالم يمارسن الإجهاض ومن بينهن كثيرات يعتبرن أنفسهن متدينات. كما قد لا يعلم الكثيرون أن اليهودية تعتبر بداية الحياة الإنسانية عندما يظهر راس الطفل أثناء عملية الولادة وان صحة وحياة المرأة يحظيان دائماً بالأولوية. إننا بحاجة إلى مزيد من المعلومات حول هذا الموضوع وحول رؤية الأديان الأخرى والتي ناقشت جميعاً هذه القضايا بتنوع وتعمق كبيرين.

يمثل موضوع الإجهاض الانتقائي إشكالية خاصة حيث يقال أن اختبارات ما قبل الولادة تضيء بعداً مهماً لقرارات المتعلقة بالحمل في هذه الحالة. ويرى كثير من الناس انه من الأسهل تفهم فكرة عدم الرغبة في الحمل على لإطلاق عن عدم الرغبة في الحمل بسبب معلومات معينة خاصة بالجنين. يصف مقال مادو كيشوار الانتشار الواسع لإجهاض أجنة الإناث في الهند وهو ما يمثل مشكلة اجتماعية حقيقية ناتجة عن تدني قيمة البنات والنساء. على أي حال تمتد استنتاجات المقالة إلى كافة حالات الإجهاض، فبينما قد لا نتفق مع الأسباب الخاصة التي تجعل بعض النساء يلجان إلى الإجهاض، إلا أن ما ينبغي التوجه إليه هو الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تجبر على ذلك وليس إدانة الإجهاض في حد ذاته. قد نتساءل، على سبيل المثال، ما إذا كان الإجهاض بسبب الاغتصاب أو بسبب الفقر اقل "انتقائية" من الإجهاض المبني على أساس جنس الجنين. ويمكن أن نستنتج أن قرار اللجوء إلى الإجهاض هو قرار أخلاقي ومسئول

الأمريكية أن من حقهم إحراق الممتلكات وقتل الأطباء الذين يمارسونه. أما أكثر النتائج المترتبة على القوانين والمبادئ المناهضة للإجهاض فهي أن البدائل الوحيدة المتوافرة أمام النساء تتمثل في دفع أسعار باهظة للحصول على إجهاض امن، والمضاعفات الصحية أو حتى الوفاة بسبب الإجهاض، أو في ممارسة أمومة غير إرادية، أو عرض الأطفال للتبني.

بناء على تجربتها الخاصة، تعتقد ماري جان مارش مقارنة بين أخلاقيات التخلي عن طفل للتبني وأخلاقيات اللجوء إلى الإجهاض. فقد مثل التبني بالنسبة إليها أكثر الخبرات إيلاماً وتدميراً وإثارة للجدل، هذا على الرغم من التوقعات التي كانت قد مهدتها لها التعاليم الكاثوليكية. أنها تعبر عن رحلة البحث عن النفس التي تمارسها كل النساء للوصول إلى معرفة الذات حينما يواجهن خبرة الحمل واتخاذ القرار. وهي ترى أن كون الإنسان متديناً لا يعني بالضرورة مناهضة الإجهاض، ويوافقها في ذلك العديد من المفكرين الدينيين وعلماء اللاهوت. وتؤكد كل من سوزانا بانويل وآخرون أن هناك العديد من المدارس المستمدة من الفكر الإسلامي التي توافق على الإجهاض حتى مراحل معينة من الحمل. وعلى سبيل المثال، هناك بعض ممن يعتقدون أن الحياة الإنسانية - على عكس الحياة البيولوجية - تبدأ فقط بعد ١٢٠ يوم من الحمل. وهناك في ذلك ما هو مشترك مع المفهوم المسيحي خلال القرون الماضية حول "الركل" (أي بداية حركة الجنين) والذي لا يعتبر إنهاء الحمل قبل هذا الموعد إثمًا.

وعلى الرغم من أننا لن نتناول وجهة نظر الأديان الأخرى، إلا انه من الملفت للانتباه أن اللاهوت الكاثوليكي



وهو حسب البحوث المتضمنة في العدد، قرار يمكن أن نتق في قدرة النساء على اتخاذه.

حتى يصبح الإجهاض آمنا:

لقد أصبحت تكنولوجيا الإجهاض آمنة للغاية، ويمكن توفير هذه الخدمة في بيئة معقمة بمجرد أن تقرر المرأة أنها لا تستطيع المضي في الحمل. ويرى القائمين على توفير هذه الخدمة أن الإجهاض ليس من شأنه تعريض حياة أو صحة أو خصوبة المرأة للخطر. كما تتوافر التدريبات والوسائل التي يمكن تقديمها مباشرة لأطباء أمراض النساء وللممارسين العاملين وللدايات والمرضات.

وتذكرنا فرانسيس كيسلينج أن هذا لا يشكل سوى جزء مما يعنيه الإجهاض الآمن. فلا يمكن الفصل بين الأمان والشرعية حينما يتعلق بالإجهاض. وتشير إلى الأسباب المختلفة التي تجعل الإجهاض غير الشرعي غير آمن في نفس الوقت. فعلى سبيل المثال، الأمان يعني عدم الشعور بالخوف من ارتياد عيادة بسبب أن الشرطة قد تفتحمها في ذلك اليوم بالذات. إن أمان الإجهاض يعني تحويل العملية من سر مشين إلى وسيلة مقبولة اجتماعيا لتحديد النسل بحيث تصبح خدمة متوافرة علنيا ويقوم بتقديمها ممارسين أكفاء مدربين تدريباً جيداً. ويمكن أن يتم ذلك فقط حينما يصبح الإجهاض شرعياً. وبالتالي، فإن النضال من أجل "الإجهاض الآمن" لا يكفي بحد ذاته بل يحتاج في نفس الوقت إلى القيام بحملات من أجل جعله شرعياً، وهو الأمر الذي بدأت تقوم به بعض المنظمات بالفعل.

ويشكل الوضع في اندونيسيا مثالا جيدا على هذا التداخل. إذ يشير مقال جوهان وآخرون إلى أن الحكومة قد أعلنت قبل سنوات قبولها وسيلة منع الحمل من خلال التحكم في الدورة الشهرية. وقد أصبحت هذه الخدمة متوافرة واستفادت منها بعض النساء، إلا أنه بسبب عدم تغير القانون، فقد واجه أطباء أمراض النساء والممارسين العاملين والدايات عدد من الصراعات والشكوك. فعند مناقشة الأخصائيات الصحيات أتضح أنهن يشعرن بالتعرض للخطر بسبب عدم وضوح القانون.

ويشير نفس النموذج إلى أن جعل الإجهاض شرعياً لا

يكفي في حد ذاته، حيث ينبغي وضعه موضع الممارسة العملية، كما هو الحال بالنسبة لأية سياسات مرتبطة بالخدمات الصحية. وما زالت حياة النساء مهددة بسبب الإجهاض غير الآمن في الهند وزيمبابوي وأقطار أخرى متعددة على الرغم من تغيير القوانين حيث أخفقت هذه البلاد في توفير نوعية جيدة من الخدمات تكون متاحة للجميع وفي متناول يدهم.

حتى يصبح الإجهاض شرعياً

أن المشكلة المتعلقة بموضوع الإجهاض غير الشرعي متشابكة ومعقدة. وتشير العديد من الدراسات من البرازيل وايرلندا وتنزانيا، واندونيسيا وجزر الفيجي، وجنوب أفريقيا إلى إن تجريم النساء والأطباء قانوناً يفرض إجراء تلك العمليات في ظروف خطيرة بل ومخيفة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن النساء والأطباء لا يقومون بذلك بمفردهن حيث كثيراً ما تتخذ النساء هذا القرار مع شريك الحياة ومع آخرين. وتتولد شبكات من المساعدة على إجراء الإجهاض، وتتضمن هذه الشبكات الأطباء، والأمهات، والأقارب، والأصدقاء. ويلجأ بعض الممارسين الطبيعيين ممن لا يقومون بالإجهاض بأنفسهم إلى إحالة النساء إلى آخرين ويوفرون الحماية لأولئك الذين يمارسون هذه العمليات. كما يقوم الصيادلة والعطارين ببيع وسائل إجهاض لأي شخص يريد أن يبتاعها وهو - على غرار المولدين التقليديين والأخصائيين الصحيين غير المدربين - يوفرون ما يخفق القطاع الصحي الرسمي عن تقديمه.

كما يعم الفساد العديد من المسؤولين الرسميين ورجال الشرطة والقضاء. وتشير كل من مريدولا ساناث ونزهات شامين إلى المهازل التي قد تصل إليها بعض الحالات المقدمة أمام المحاكم حيث تتعرض النساء لتعليقات الإعلام الساخنة بينما يتم الإفراج عن الأطباء سواء اعتبروا مذنبين أم لا. تعود معظم القوانين المناهضة للإجهاض إلى القرن التاسع عشر. ومن السخرية أن أغلبية هذه القوانين قد ولدت في أوروبا وتم فرضها على البلاد المستعمرة كجزء من قوانين العقوبات التي لم تعد قائمة اليوم في البلدان ذاتها التي أنتجتها. وهكذا ما زالت النساء في الأقطار الحاصلة التي استقلت تقع تحت نير الاستعمار.

أن تقوم التأمينات الصحية بتغطية تكلفة هذه الخدمات؟ ما الوسائل التي يجب استخدامها لكل مرحلة. إننا نرحب بمزيد من الدراسات في المستقبل تقدم لنا رؤية متنوعة وجديدة حول هذه الموضوعات.

يستند الذين ينشطون من أجل تحرير قوانينهم لجعل الإجهاض آمناً للنساء على عشرات السنوات من التجارب. فحتى في الأقطار التي تغيرت فيها القوانين، هناك العديد من أساليب العرقلة والتأجيل التي وقفت حائلاً أمام النساء. من هذه العقبات الحاجة إلى تدبير الأموال اللازمة أولاً، أو ضرورة السفر إلى أماكن بعيدة، أو الحاجة إلى الحصول على تصريحات متعددة، أو مشقة الوصول إلى من يوافق على تقديم الخدمة، أو التأجيل في إجراءات التحويل الطبي، واخذ مكان احتياطي في قائمة الانتظار. أن عمليات التأجيل التي تحدث في إنجلترا وفي ويلز والناجئة عن القصور في تنظيم هذه الخدمة تشكل أمثلة جيدة للأخطاء التي ينبغي تفاديها.

وهناك أيضاً عقبات تتبع من أوضاع النساء أنفسهن. فهناك من يحتج إلى مزيد من الوقت للتفكير أو حتى للتراجع عن قراراتهن. وهناك أخريات لا يدركن أنهن حوامل إلا بعد مرور وقت طويل. كما توجد من يخشين مفاتحة الآخرين في هذا الأمر أو طلب المساعدة. وتشير ورقة أريها وباربوزا إلى أن العديد من النساء قد لا يعون أن الانتظار يضاعف المخاطر حينما يحدث الإجهاض في ظروف السرية. فهل يمكن القول أن هؤلاء النساء ومن بينهن العديد من الشباب أكثر ذنباً؟ وهل هناك خوف من أن تكون الأمور مبسطة للغاية أمام النساء؟

آليات التغيير

أينما كان الإجهاض غير آمن، تواجد العديد من أناس الذين بذلوا مجهودات عظيمة للتخفيف والوقاية من مخاطر الإجهاض. فقد وفروا سرياً عمليات إجهاض آمنة، وعالجوا بأحسن ما في وسعهم المضاعفات الناتجة عن عمليات الإجهاض، وساعدوا النساء في الوصول إلى ممارسين لن يتسببوا في وفاتهن، وحاولوا إقناع حكوماتهم بتغيير السياسات والقوانين الجارية.

ولكن هل نجحت القوانين المناهضة للإجهاض وإحالة القضايا أمام المحاكم في منع الإجهاض؟ إن الإجابة هي بالإيجاب وبالسلب في نفس الوقت. تشير مارجريت أريها إلى أن كون الإجهاض غير شرعي ويتم في ظروف غير آمنة قد ساهم في البرازيل في إجبار العديد من النساء على الاحتفاظ بحمل غير مرغوب فيه. إلا أن ذلك لا يؤدي إلى جعل هذا الحمل مرغوباً فيه.

وفي المقابل، هل يزيد تقنين الإجهاض من حدوث حالات الإجهاض؟ الإجابة على ذلك معقدة هي الأخرى. قد يؤدي تقنين الإجهاض إلى تحرير بعض النساء ممن لم يكن قادرات أو مستعدات للإجهاض غير الشرعي. إلا أن هناك عوامل أخرى تؤثر على معدلات الإجهاض. ذلك أنه وفقاً لبيانات المستشفيات التي تلخصها لنا أريها وباربوزا، يبدو أن الانتشار الواسع لدواء سيتوتيك (cytotec) قد رفع من معدلات الإجهاض في البرازيل بينما لم يكن القانون قد تغير. والأهم من ذلك أن التشريعات لا تأتي من فراغ. فالبلاد التي جعلت الإجهاض آمناً من خلال تقنيته وتوفير نوعية جيدة من وسائل منع الحمل هي التي شهدت أهم انخفاض في معدلات الإجهاض. ويبين مقال راشيل باين من خلال أمثلة هولندا والولايات المتحدة والاتحاد السوفييتي إن توفير التربية الجنسية للجميع بالتزاوج مع برامج جيدة لتنظيم الأسرة - بما في ذلك الإجهاض الآمن والشرعي - هي وسائل أفضل حتى يتمكن صانعي السياسات من تحقيق هدف خفض نسب الإجهاض.

إذا كانت القوانين المناهضة للإجهاض تمثل إشكالية فإن تغيير تلك القوانين قد يمثل إشكالية أكبر. وقد يوافق البعض على جعل بعض حالات الإجهاض شرعية، إلا أن موافقتهم تقف عند هذه الحدود. فهناك العديد من التساؤلات التي تثير جدلاً واسعاً ومنها: هل يمكن القبول بوجود فئة تتفرد بالتحكم في متى يمكن - أو لا يمكن - إجراء الإجهاض الشرعي؟ ما الشوط التي يجب توافرها لجعل الإجهاض شرعياً؟ هل يمكن قبول عمليات الإجهاض بعد الشهر الثالث للحمل؟ ما الحد الأقصى للوقت المقبول قانوناً: أين وبيد من ينبغي أن تتم هذه العمليات؟ هل ينبغي

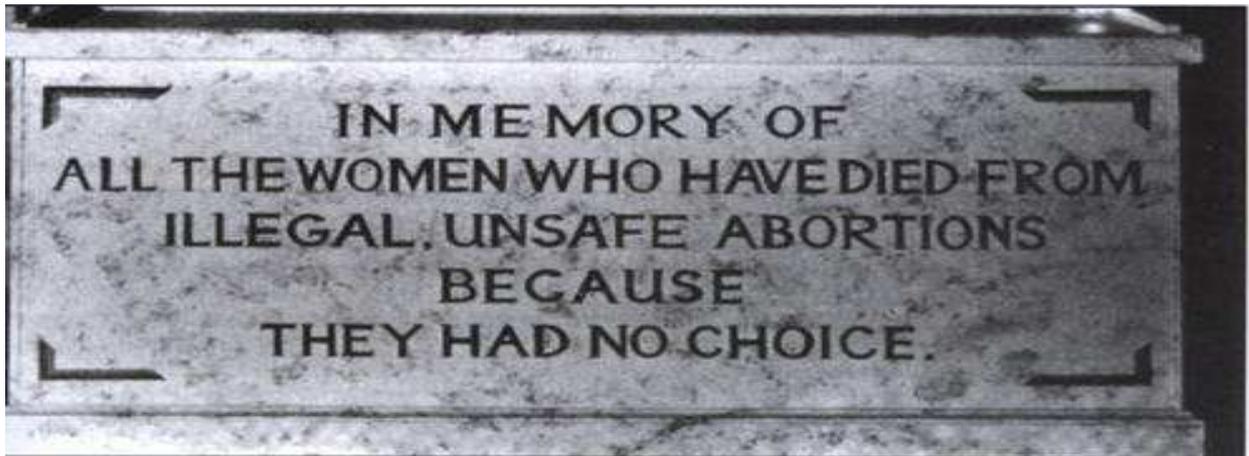
الوقت المناسب، وعادة ما تم ذلك في اطار حملة اوسع من اجل جعل الإجهاض عملية مقننة. لاق قامت النساء بمساندة نساء اخريا على المستوى الفردي والقين الضوء على خبرات النساء وعملن على طرح القضايا أمام المحاكم بالتعاون مع رجال القانون والاختصاصيين الطبيين المتعاطفين مع قضيتهن وذلك في اغلب الأقطار التي أصبح فيها الإجهاض اليوم امنا ومشروعا.

وؤكد مقال جو مورفي لوليس بقوة على ان هذه هي الطريقة التي حدث بها التغيير.. أي بقيادة النساء، وان هذا هو ما يحدث حتى في بلد مثل ايرلندا التي انتشرت فيها لفترة طويلة حالة من الياس من امكانيات التغيير، فما الذي يمنع ان يحدث نفس الأمر في مناطق أخرى من العالم؟ ويأتي المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في لحظة محورية بالنسبة لمستقبل الإجهاض. فما الذي سوف يحدث في اروقة السلطة؟ ان الحكومات والمنظمات المشاركة في المؤتمر في وضع قوى يسمح لها بالتوصية بالإجهاض الآمن والمقنن كسياسة يتبناها العالم اجمع. فهل سيتم كسر جدار الصمت؟ ان الصحة الإنجابية وحياة اعداد لا تحصى من النساء في كفة الميزان. تكريما لذكرى كل النساء اللاتي انتهت حياتهن نتيجة للإجهاض غير الآمن وغير الرشعي حيث لم يكن امامهن اختيار آخر.

ولا يمكن حصر عدد النساء والرجال الذين سعوا على مدى أيام وسنوات لا تحصى في بلد تلو الآخر لجعل الإجهاض عملية أكثر أمانا وأكثر شرعية ولو بدرجة محدودة. في بعض الأحيان نجحوا فقط بعد عقد أو ما يزيد في منع نسبة ضئيلة من الوفيات، أو في إدراج حالة إضافية للاستثناءات التي تتضمنها القوانين المجرمة للإجهاض، أو في استصدار أحكام أكثر ايجابية من المحاكم. لقد حدث التغيير ببطء مؤلم.

حينما أعلنت سيمون دي بوافوار ونساء أخريات شهيرات في فرنسا أنهن قمن سرا بعمليات إجهاض ساعدن بذلك النساء الأخريات في الحصول على الحق الشرعي في الإجهاض. إلا أننا نتساءل كم من النساء يشرعن اليوم بالقدرة على الإعلان عن ذلك على الملا، وكم منا خاضت تجربة الإجهاض الآمن والشرعي أو غير ذلك من أشكال الإجهاض؟

لقد ارتفعت اصوات النساء وتكاثرت مسيراتهن، كما انهن قدمن المطالب ودخلن في مناقشات منطقية. واجهن الاحساس بالذنب والعزلة والخجل الذي يمكن ان تشعر به النساء وساعدن نساء أخريات في السفر إلى اقطار أخرى لتفادي مخاطرة الإجهاض السري في بلدانهن. وقد نجحت النساء بالتعاون مع الاختصاصيين الصحيين المتعاطفين في تطوير خدمات سرية آمنة طبيا، ظهرت إلى العلن في



النصب التذكاري لروزي جيمينيز، الولايات المتحدة، ١٩٩١

في ذكرى كل النساء اللاتي انتهت حياتهن بسبب الإجهاض السري غير الآمن.. حيث لم يكن امامهن خيار آخر

الأمومة الآمنة، والإجهاد غير الآمن تأملات حول تأثير الخطاب

بقلم/ سوزانا رانس

منذ عشر سنوات، وتحديداً في عام ١٩٨٧، عقد في نيروبي "المؤتمر الدولي حول الأمومة الآمنة". وقد أدى انعقاد هذا المؤتمر إلى توجيه اهتمام أكبر إلى تلك "المأساة المستترة" - كما كان الحال في السابق - والمتمثلة في وفيات الأمهات ودلالاتها كمؤشر من مؤشرات التنمية. وتم وضع هدف عام هو تقليص عدد وفيات الأمهات في البلدان النامية إلى النصف بحلول عام ٢٠٠٠. وقد شهد العقد الماضي في بوليفيا تطورات كبيرة في سياسات الصحة الإنجابية وخدماتها، بما في ذلك وجود عدد من البرامج المخصصة لتقليص وفيات الأمهات التي ينتج ثلثها على الأقل من مضاعفات الإجهاد غير الآمن. ومع ذلك، ونظراً لمعارضة القوى المحافظة داخل حكومة بوليفيا والتي تحظى بدعم من الكنيسة الكاثوليكية، تفهقت الجهود الرامية إلى تقليص الوفيات الناجمة عن الإجهاد غير الآمن خطوة إلى الخلف في عام ١٩٩٦. وتوضح هذه الورقة البحثية أن الخطابات التي تدين الإجهاد تؤثر تأثيراً مادياً على أجساد النساء وحياتهن. كما تطرح ضرورة تقدير نواحي التقدم التي أسفرت عنها مبادرات الأمومة الآمنة وتعزيزها، وتدعو إلى إحياء تلك المبادرات بمفاهيم وأهداف جديدة من شأنها بناء الهويات الاحتياجيات المتنوعة للنساء باعتبارهن نساء وليس فقط بوصفهن أمهات.

وتتضمن هذه الجهود حالياً الضغط من أجل إجراء تغييرات في التشريعات ذات الصلة، وتنظيم الدولة لعدد من المؤتمرات، وعقد الموائد المستديرة التي تناقش موضوعات مثل نوعية الرعاية، وموانع الحمل التي تستخدم بعد الولادة وبعد الإجهاد، وإقامة ورش عمل للصحفيين، والأنشطة التي تدور حول العلاقات بين الجنسين في إطار خدمات الصحة الإنجابية، وإجراء بحوث ذات توجه عملي حول مكاتب الصحة المكرسة لخدمة النساء الحوامل، وإجراء بحوث حول وفيات الأمهات والعوامل المقترنة بها باستخدام أدوات مثل عمل لقاءات مع الأهل بعد الوفاة لمحاولة معرفة ملابسات الوفاة^(٢٠٣).

لقد أدى الاعتراف العام بوفيات الأمهات واستثمار الموارد في الأعمال الوقائية، إلى توفير دعم هام للحركة الدولية لصحة المرأة وتأكيد مصداقيتها، وهي التي طالما شنت -لسنين عديدة وبمستويات مختلفة من النجاح- حملات حول تلك القضايا.

وربما لم تكن الأمور قد نضجت بما يكفي في عام ١٩٨٧ لترح تساؤلات حول الأساس الأيديولوجي للدعم الواسع الذي توفر لتعزيز وترويج الأمومة الآمنة.

وفي السنوات العشر التي تلت ١٩٨٧، ساهمت مبادرات الأمومة الآمنة في رفع الوعي العالمي بشأن أسباب اعتلال صحة الأمهات ووفياتهن، وما يترتب عليها من آثار. كما أدت إلى تحفيز العمل من خلال الشراكة بين الحكومات، والهيئات الخاصة، والمنظمات المحلة الوطنية والدولية، والمهنيين العاملين في مجال الصحة، والهيئات المانحة، ووسائل الإعلام^(١).

وقد أدت هذه المبادرات إلى العديد من الخبرات الإيجابية الكبيرة في منطقة أمريكا اللاتينية. فمؤتمر انديان للأمومة الآمنة، الذي عقد في سانتا كروز في بوليفيا عام ١٩٩٣، شاركت فيه شخصيات هامة من الحكومة ومن المنظمات غير الحكومية، وكان بمثابة نقلة كبرى في مجال النقاش العام حول موضوع وفيات الأمهات بما في ذلك الأمور المتعلقة بالإجهاد العمدي. وما تزال توصيات "إعلان انديان" صالحة حتى اليوم، ويجري تنفيذ كثير منها حالياً عن طريق لجان الأمومة الآمنة على الصعيدين الوطني والإقليمي.

وعلاوة على ذلك، حفز مؤتمر الأمومة الآمنة -الذي عقد في المكسيك أيضاً عام ١٩٩٣- العمل المشترك بين المؤسسات على الأصعدة الوطنية والإقليمية والمحلية.

يمثل بالأحرى تصريحاً أيديولوجياً يعتبر النساء جديرات بالحماية والأمان على أساس هذه الصفة فقط.

سلطة الخطاب

تؤثر الخطابات -سواء خطاباتنا أو خطابات الآخرين- تأثيراً ملموساً على هوياتنا، وأجسادنا، وحياتنا. لكن هذه الخطابات ليست ثابتة، بل متغيرة وقابلة للتفاوض. وتسعى المجموعات الاجتماعية المختلفة -بما فيها النسويات- إلى النفوذ والتأثير من خلال الاشتباك مع وتفنيد خطابات الآخرين، وتطوير خطاباتها وإعادة صياغتها، نشر تصوراتها حول العالم بما يتفق ومصالحها الخاصة المتنوعة.

ترفض نظريات الخطاب فكرة وجود حقيقة موضوعية، شاملة، وأصلية، وصحيحة عملياً. وبدلاً من ذلك، تطالب هذه النظريات بطرح تصورات عديدة للواقع المتناقض، يتضمن تطبيقها الرغبة في إدراك -وأيضاً- تفنيد- الخطابات التي تشيد العالم على أساس الهويات والمصالح التي تدخل في صراع مع مصالح كل فرد.

وبعيداً عن افتراض وجود مواقف نسبية بمعزل عن الالتزام السياسي، طرح بعض فلاسفة ما بعد الحداثة، مثل ليوتارد، إن المجال الخطابي هو ميدان معركة: "أن نتحدث يعني أن نقاتل"^(٦). والنضال من أجل التغيير، كما تشير ريتا فيلسكي، يتطلب عدم الاقتصار على المواقف الدفاعية: "فعلى حين يشتمل التوجه النسوي بالتأكيد على لحظة سلبية تكشف الطبيعة الخادعة أو القمعية للخطابات الأبوية، فإنه يطور أيضاً مواقف ثقافية وسياسية بديلة"^(٧). وتكتسب اللغة خلال هذه العملية أهمية حاسمة كأداة للعمل النسوي، ففي خطابات التفاوض، تؤكد السويات هويتهم، وأصواتهم، وأجسادهم، وحققهم في الوجود في العالم.



على أي حال، يبدو إننا نمر الآن بلحظة مناسبة لتقييم هذا الخطاب تقييماً نقدياً، ولدراسة أثره على سياسات وخدمات الصحة المقدمة للنساء.

تقول باربارا برادبي على الرغم من أن البرامج الدولية اقتربت باتجاه قضايا النساء لكنها دائماً ما تتحاشى القضايا المثيرة للجدل. ويلخص تعبير "الأمومة الآمنة" الموضوع، فالنساء يعرفن دائماً انطلاقاً من دورهن كأمهات. ويحاول التعبير المذكور إعادة التأكيد على ضرورة أن تظل الأمومة أكثر المواقع أمناً للنساء، رغم كثير من الدلائل المعاكسة^(٤).

في عام ١٩٨٧ تم تناول الوفيات بالحمل والولادة باعتبارها مأساة إنسانية ترتبط بأبعادها الأخلاقية ارتباطاً وثيقاً بالقيمة الاجتماعية الممنوحة للأمومة. وقد واصلت عناوين الصحف الصادرة في بوليفيا عام ١٩٩٦ النظر إلى النساء اللاتي يتوفين ليس بوصفهن نساء وإنما كأمهات ومربيات فعليات أو ممكنات:

- "الأمهات تموت"
- "بوليفيا تفقد الأمهات"
- "الأمهات يتركن أطفالاً يتامى"

يحتاج الأطفال إلى أمهات على قيد الحياة مفعمات بالصحة والحيوية. والأمهات يحتجن -للقيان بدورهن الإيجابي- إلى المساعدة، والحماية من الدولة الأبوية والكنيسة. وقد ورد في افتتاحية إحدى الصحف اليومية الكاثوليكية في بوليفيا ما يلي: "ينبغي مساعدة الأمهات في جميع الظروف، وفوق كل شيء في الظروف غير المواتية". لمن باقي المقال يعبر عن الدلالة العميقة لهذه "المساعدة" من خلال تحذير يستهدف المرأة التي تميل إلى التحلي عن واجبها كأم.. "سوف تسمع طوال حياتها صوت ضميرها يتحداها قائلاً: "أين طفلك؟"^(٥).

ووفقاً لهذا المنطق الأخلاقي، تعتبر "الأمومة الآمنة" هي المكافأة الموعودة للأمهات اللاتي يقبلن تكريس مصائرن لرفاه أطفالهن في الأساس. ويبدو واضحاً أن هذه الخطابات ذات النزعة الخيرية تشكل أجساد النساء وحياتهن باعتبارها عرضة للخطر. وهكذا فإن اختيار اسم "الأمومة الآمنة" للبرنامج لا يقتصر على كونه ملائماً سياسياً، بل



خطوتان للأمام.....

شهد العقد الماضي في بوليفيا تطورات كبيرة في سياسات الصحة الإنجابية وخدماتها. فقد توارى في عام ١٩٨٩ التراث المناصر لكثرة المواليد مع البدء في برنامج وطني للصحة الإنجابية وشن حملات تستهدف ترويج استخدام هذا البرنامج. ومنذ عام ١٩٩١، وفرت الخدمات الصحية التابعة للدولة إمكانيات متزايدة للحصول على المعلومات والوسائل المتعلقة بمنع الحمل.

وفي عام ١٩٩٤، شرعت حكومة بوليفيا في "خطة الحياة" التي تهدف إلى الإسراع في تقليص معدلات وفيات الأمهات. وفي نفس العام، نادى الوفد البوليفي الذي حضر مؤتمر السكان في القاهرة بـ"احترام الأدوار التي تضطلع بها النساء في الأسرة وفي المجتمع". وقد كان البيان الوطني الرسمي الذي قدمته بوليفيا إلى مؤتمر القاهرة - والذي تم نشره بعد ذلك كإعلان للمبادئ حول السكان والتنمية المستدامة^(٨) أول صياغة صريحة للسياسية الوطنية في مجال السكان. ويعتبر هذا البيان وثيقة تقدمية على نحو ملحوظ، إذا أخذنا في الاعتبار السياق الإقليمي التاريخي الذي يهيمن فيه أساقفة الكاثوليك الرومان.

تعزو الأرقام الرسمية نسبة تتراوح من ٢٧ إلى ٣٥% من كل وفيات الأمهات إلى مضاعفات الإجهاض^(٩). ويعتبر هذا التقدير محافظا نظرا لعدم الإبلاغ عن جميع الحالات^(١٠). وقد أسهمت النسويات في المناقشات التي دارت حول الإجهاض في سياق المداولات العامة التي ركزت حول صحة النساء وتجاربهن. وفي عام ١٩٩٤، تم إنشاء "مجموعة العمل حول الحمل غير المرغوب فيه والإجهاض"، وكانت بمثابة منتدى يستهدف ربط وتعزيز

جهود حوالي ٣٥ مؤسسة وفردا من أجل زيادة الوعي العام حول هذه القضايا. وقد أسهمت مجموعة العمل في إضفاء طابع إنساني ونسوي على الحوار الدائر حول الإجهاض في بوليفيا، مما أسفر عن صدور ونشر نتائج بحثية حديثة، فضلا عن ممارسة الضغط من أجل التغيير.

في كل من مؤتمري القاهرة (١٩٩٤) وبكين (١٩٩٥) اعترفت حكومة بوليفيا صراحة بالإجهاض كقضية من قضايا الصحة العامة. وقد أكد وزير التنمية البشرية في إعلان للمبادئ "ضرورة معاملة النساء اللاتي يلجأن إلى الإجهاض معاملة إنسانية ومنحهن المشورة المناسبة"^(٨). وقد بدأت بالفعل الأمانة الوطنية للصحة تدعيم البحوث المتعلقة بالإجهاض بوصفها الأساس لإنتاج الموارد التعليمية، وزيادة الوعي، وللدورات التدريبية للعاملين في مجال الخدمات الصحية في ميدان الرعاية المتعلقة بما بعد الإجهاض، والتي تكون حساسة لقضايا النوع الاجتماعي.

كما أشار وزير الصحة، د. اوسكار ساندوفال مورون، في مناخ من الانفتاح المتعاطف في مايو ١٩٩٦، إلى حق بوليفيا السيادي والتزامها بمناقشة جماهيرية لموضوع تقنين الإجهاض والتوصل إلى موقف محدد: "إن عدم القيام بذلك يعني ببساطة الانتقال من قيمة الحياة الإنسانية واعتبارها أقل أهمية من مفاهيم معينة وتحيزات مسبقة، وتجاهل ما يبرز أمامنا"^(١١).

وفي الأسابيع والشهور التي تلت، كان فيضان من المواقف المتعارضة حول الإجهاض يشكل عناوين الأنباء اليومية، وتسود أخباره في وسائل الإعلام. وفي الثامن

كما قدمت إحصاءات أيضا حول إعداد الرضع والأطفال اللذين يحصلون على الرعاية طوال فترة الحمل وبعد الولادة، وحول التحصينات، وحول علاج الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي.

لقد حقق البرنامج التأميني تأثيرا كبيرا منذ البداية. وتشير الأرقام الرسمية إلى أن استخدام خدمات صحة الأم والطفل ارتفع خلال الشهور الخمسة الأولى للبرنامج بنسبة تزيد عن ٣٠%. ورغم استمرار المعوقات الثقافية والجغرافية أمام نطاق تغطية البرنامج التأميني، إلا أن إزالة الحواجز الاقتصادية قد زاد من معدلات استخدام الخدمات بدرجة كبيرة^(١٢).

الالتباس حول الإجهاض يتأكد مرة أخرى

على أية حال كانت هناك فجوة في الأرقام المنشورة، فلم تكن هناك إشارة إلى البرنامج التأميني لعلاج مضاعفات الإجهاض، رغم وجود نوايا رسمية في الشهور السابقة على البدء في البرنامج لإدراج هذا النوع من الرعاية. في ظل التصريحات الحكومية بشأن أولوية تقليص وفيات الأمهات، كان إدراج الرعاية المجانية لفترة ما بعد الإجهاض خطوة منطقية، فضلا عن كونها ضرورية.

وفي منتصف يوليو ١٩٩٦، صرح ريجويرتو سيلس، رئيس إدارة الصحة في كوشابامبا، أن البرنامج التأميني وفر خدمة طبية في أول أسبوع من تطبيقه لما يبلغ مجموعه ١٨٥ امرأة وطفل، بمن فيهم ثلاث نساء ياعنين من مضاعفات الإجهاض^(١٣). وبمعرفة تقارير المناطق التي تشي إلى وجود حوالي ٢٠٠ حالة من حالات مضاعفات الإجهاض شهريا في بعض مستشفيات الولادة، يعتبر وجود ٣ حالات في الأسبوع عددا صغيرا. ومع ذلك، كانت البيانات الواردة من كوتشابامبا تمثل أهمية جوهرية بوصفها أول دليل علني على تقديم الرعاية المجانية لفترة ما بعد الإجهاض في ظل البرنامج التأميني للمرأة - الطفل.

وبعد يومين، قدم جويلزمو ابونتي، وكيل التأمينات الطبية، تقريرا حول الإنجازات الوطنية للبرنامج. ومرة أخرى، غاب عن التقرير أي إشارة لعلاج الإجهاض غير الكامل. أعطى ابونتي الأرقام المتعلقة بثلاثة أنواع من

والعشرين من مايو، وهو اليوم العالمي للعمل من أجل صحة المرأة، أعلنت لجنة من النسويات الناشطات المنتديات إلى مجموعة العمل، في مؤتمر صحفي، ضرورة الإقرار بواقع الإجهاض ومواجهته، وتطوير نقاش خال من الرياء يركز على المساواة بين الجنسين، كما يركز على الحقوق الجنسية والإنجابية.

لقد كان تأسيس "اللجنة الوطنية للأمم المتحدة للآمنة" في فبراير ١٩٩٦ في بوليفيا بداية تقدم جديد في مجال منع وفيات الأمهات. ومع ذلك، تمثل "الأمومة الآمنة" في بوليفيا اليوم خطا محافضا عند مقارنتها مع ما نالته قضية النوع الاجتماعي والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية من اهتمام بعد عام ١٩٩٤. لقد تحولت الأداة التي ساعدت على إثارة الانتباه الدولي إلى الوفيات غير الضرورية للنساء، إلى سيف ذي حدين يتم استخدامه لتقليص تأكيد هويات النساء المستقلة.

.....خطوة للخلف

على الرغم من الأرض التي أمكن اكتسابها، بدأت قوة الخطابات التي تركز على الأمومة تضعف من قيمة السياسات التقدمية في بوليفيا. ففي عام ١٩٩٦، اعتبر الساسة الحكوميين إن صحة الأم هي هدية عيد الأم للنساء، على حين استمر الاخلاقيون في اعتبار الإجهاض جريمة، ومعاداة للحياة. وقد أعاقت هذه الخطابات الجهود التي تبذلها الناشطات النسويات لتطوير المكتسبات السابقة، ومقاومة العودة الإلزامية إلى لغة التقييد والممارسات التي تركز على وحدة الأم - الطفل.

وقد ظهر دليل واضح على هذا الاتجاه من خلال "البرنامج الوطني للتأمين للأمهات والأطفال" الذي بدء العمل به في الأول من يوليو ١٩٩٦. فهذه المبادرة الجديدة وضعت الحكومة في اختبار لمدى استعدادها أو إرادتها السياسية لتلبية احتياجات الصحة الإنجابية للمرأة بأسلوب متكامل.

بدأت الحكومة اعتبارا من يوليو ١٩٩٦ في إصدار تقارير حول مدى تغطية البرنامج التأميني الجديد، بما في ذلك إعداد النساء اللاتي حصلن على خدمات رعاية مجانية قبل وبعد الولادة، وإعداد الولادات الطبيعية والقيصرية.

يحدث تلقائيا حيث أن "هذا العلاج يكون ضروريا، إذ بدونه تتعرض حياة المرأة للخطر". وقال أيضا: "أن البرنامج التأميني الوطني للأمهات والأطفال لا يسعى بأي حال إلى تغطية الإجهاض العمدي، وبالتالي ينبغي أن يكون واضحا انه لا يتم تشجيع ممارسة الإجهاض، على الرغم من أن النساء اللاتي يعانين من النزيف يحصلن بطبيعة الحال على العلاج مهما كان السبب"^(١٦).

وقد أوضح د. فرناندو الفاريز -الذي كان يشغل عندئذ منصب مدير مستشفى النساء في لاباز- إن "الإجهاض العمدي غير مشمول بالتأمين، وبالتالي يجب على المرأة أن تدفع ثمن رعايتها"^(١٦). وعندما سأله مراسلو شبكة إخبارية نسوية: كيف تحدد المستشفى ما إذا كانت المضاعفات ناتجة عن إجهاض تلقائي أو عمدي؟ أجاب قائلا: "تصعب الإجابة على هذا السؤال، ذلك إننا لا نثق في المرأة منذ البداية"^(١٧). أن عدم الثقة ليس مجرد نتيجة ما تقوله النساء من أسباب حول فقد الحمل، لكنه يعكس أكثر كراهية النساء المنتشرة في الدوائر الطبية.

اختلاف وجهات النظر بين أفراد المهن الطبية

يستخدم أفراد المهن الطبية خطابا أيضا يتعلق بالسيطرة على النساء وحمايتهن أخلاقيا من أفعالهن. ففي المراحل المبكرة من النقاش، أعلنت جمعية بوليفيا لأمراض النساء والتوليد في تصريح مدفوع الأجر أن "الإجهاض العمدي هو تدخل يتضمن مستوى عال من الخطورة على صحة النساء وذلك بسبب تعقيداته الكثيرة: كما أن التعليقات السطحية حول طبيعته الحميدة تفتقد إلى الصدق والدقة العملية"^(١٨). وعندما سئل احد قادة الجمعية البارزين حول هذا الطرح، أجاب (بصفة غير رسمية) أن الخطر بالنسبة للمرأة "ليس بدنيا فحسب، وإنما عاطفيا وروحيا أيضا".

أما د. انا ماريا اجويلار أول تصبح عميدة لكلية الطب- فقد عبرت عن موقف معاكس: "من وجهة النظر التقنية العلمية ليس للإجهاض آثار مميّنة على المرأة، طالما يتم في ظروف صحية مناسبة وبطريقة صحيحة"^(١٩). كما أشارت أيضا إلى ميثاق الأخلاقيات المهنية الذي ينص على التالي: "لا تتم إعاقة الحمل إلا عند وجود ضرورة علاجية تقرها اللجنة الطبية وبتصريح

الخدمات المقدمة للنساء: الرعاية أثناء الحمل، والولادة الطبيعية والولادة القيصرية"^(١٤). أين جرى علاج حالات مضاعفات الإجهاض الثلاث في كوتشابامبا؟ يبدو أن النساء اللاتي يعانين من مضاعفات الإجهاض قد مسحت أسماؤهن من قائمة الأرقام الوطنية.

وهكذا، بدت مسألة العلاج المجاني لمضاعفات الإجهاض ملتبسة. ويبدو أن النساء الثلاث من كوتشابامبا وعددا غير معروف من نساء أخريات في ٨ إدارات أخرى في بوليفيا- قد نجحن بالفعل في اختراق برنامج الرعاية المجانية للنساء والذي كان يتجه بشكل حازم نحو هدف الأمومة. نظريا كان من المفترض استبعادهن لأنهن اجرين عملية إجهاض: لكن غموض التصريحات الرسمية، فضلا عن عادة الالتفاف على القواعد في ظل النظم القمعية، قد أدى إلى بعض الخلل المؤسسي والإحصائي. فعلى حين غطى البرنامج بعض النساء اللاتي حصلن على علاج من مضاعفات الإجهاض، هناك أخريات لم يشملهن هذا الغطاء بالتأكد.

لقد جاء سيناريو الإنكار والارتباك في التقارير في سياق الجهود الرسمية الرامية إلى حجب واقع إجراء عملية الإجهاض سرا، وإنكار الحاجة إلى علاج مضاعفات الإجهاض في المستشفى بدون تمييز. وقد ووجهت طلبات التوضيح التي تقدمت بها النسويات الناشطات حول القضية بصمت ومراوغة من جانب الهيئات الرسمية. لم تقدم إجابات واضحة، لكن السلطة الصحية بأحد الأقاليم قدمت تصريحا ذي مغزى (وان كان غير رسمي) ورد فيه ما يلي: "من الأفضل عدم الحديث عن ذلك، إذ قد يقف في طريق إمداد هؤلاء النساء بالرعاية المجانية سرا"^(١٥).

قدم د.خافية توريز جويتيا، وكيل وزارة الصحة، في السادس والعشرين من يوليو تفسيرا رسميا علنيا للرد على المقالات الصحفية والخطابات المرسلة إلى السلطات جاء فيه: "يغطي البرنامج التأميني جميع حالات الطوارئ المتعلقة بالولادة، مثل النزف خلال الشهور الأولى من الحمل، الذي يحدث تلقائيا ويحمل خطر فقدان الحمل، لكنه لا يتضمن بأي حال الكحت أو الإجهاض المكتمل". وقد أصر جواتيا على أن البرنامج غطى علاج النزيف الذي

يصدر وفق الأصول المرعية من المريضة أو أقاربها المباشرين^(٢٠). وتكشف هذه الاختلافات عن وجود تعارض أيديولوجي داخل القطاع الطبي.

ومع ذلك، ظلت السيطرة الطبية على ممارسة الإجهاض دون مساس في إطار الخدمات الصحية سواء في مؤسسات الدولة أو القطاع الخاص. وهناك تفاوت كبير في ممارسة هذه السيطرة بين أفراد المهنة الطبية والتي يهيمن عليها الرجال بدرجة كبيرة ويغلب عليها الطابع الأبوي- فهي متروكة بدرجة كبيرة لتقدير كل فرد. وعلى الرغم من أن قرارات الأطباء-وفقا للقانون ولميثاق الأخلاقيات الطبية- ينبغي أن تركز على المؤشرات العلاجية فحسب، إلا أنها تتأثر بالقولب النمطية الاجتماعية والتحيزات الأخلاقية^(٢١)، ناهيك عن الاعتبارات المالية.

الحكومة تتراجع

لقد أثرت معارضة الكنيسة الكاثوليكية ليس فقط على الجدل حول الإجهاض، لكن أيضا على موقف الحكومة. فقد هاجمت الكنيسة أيضا الاستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية، والتسويق الاجتماعي للوافي الذكري من جانب القطاع الخاص إلى المراهقين. وكان ضغط الكنيسة عنصرا أساسيا في وقف النقاش مبكرا، كما أدى أيضا إلى وقف الحكومة في يونيو ١٩٩٦ لحملة المعلومات حول وسائل منع الحمل من خلال الإعلام الرسمي.

وفي أغسطس ١٩٩٦، شنت غرفة التجارة في سانت كروز حملة بعنوان "دفاعا عن من لا حول لهم ولا قوة"، ووزعت ملصقا يحذر النساء ورد فيه: "الإجهاض قد يجعلن أمهات بأياد فارغة". وقد تم تنظيم العديد من الأنشطة لتوعية ما يقرب من ٣٠ ألف من الشباب حول "الأضرار البدنية والسيكولوجية والروحية والأخلاقية" التي تنجم عن الإجهاض^(٢٢).

وفي نفس الشهر، تراجع وزير الصحة عن موقفه التقدمي حول الإجهاض برفض دعوة من لجنة الناشطات النسويات بمجموعة العمل للمشاركة في منتدى عام بعنوان "الإجهاض قضية من قضايا الصحة العامة"، وكان من المخطط عقد هذا المنتدى كجزء من حملة المجموعة في يوم ٢٨ سبتمبر، وهو اليوم العالمي للعمل حول

الإجهاض. قال ساندوفال:

"قررت الحكومة الوطنية، من خلال وزارات العدل والتنمية البشرية والصحة، إنها لا يمكن أن تعتبر موقفها الرسمي حول هذه المسألة موضوعا للتعديل داخل إطار الخطط الحكومية الحالية"^(٢٣).

الإجهاض غير الآمن: نبوءة تحققت ذاتها

تعرف منظمة الصحة العالمية وفيات الأمهات بأنها "وفاة النساء أثناء الحمل أو في خلال ٤٢ يوما من إنهاء الحمل -بغض النظر عن مدة الحمل ومكانه- نتيجة أي سبب يتعلق بالحمل أو يتفاقم نتيجة الحمل، أو نتيجة التعامل مع الحمل"^(٢٤). ولذلك، تدرج الوفيات الناجمة عن مضاعفات الإجهاض تحت بند وفيات الأمهات. وعندما يكون الإجهاض عمديا، يجدر النظر بصورة ناقدة إلى وضع صفة الأمومة لأي حدث يميزه بشكل عام -وان لم يكن دائما- قرار من المرأة إلا تصبح أما، على الأقل بشأن هذا الحمل تحديدا.

وفي بوليفيا اليوم، ما تزال الوفيات الناجمة عن الإجهاض الذي يمارس بشكل سيء تسمى "وفيات الأمهات". ومع ذلك، فإن الطبيعة غير الآمنة لعمليات الإجهاض هذه هي الثمن الذي من المتوقع أن تدفعه النساء بسبب الإثم الذي ارتكبه وهو رفضهن الأمومة. لكن هذا العقاب يعد انتقائيا على المستوى الاجتماعي. فالنساء الأقل قدرة على دفع تكلفة الرعاية المتخصصة يتعرضن لثلاثة أضعاف العقاب. فعلاوة على كونهن أكثر عرضة للخطر نتيجة التدخلات غير الآمنة، فإنهن يواجهن أيضا الاتهام علانية بأنهن مهملات. وإذا ما توفين، تعتبر وفاتهن دليلا على أن الإجهاض يتسم بالخطورة، سواء بدنيا أو أخلاقيا. ويستخدم الخطاب المحافظ الأطروحات العلمية الزائفة التي تعتبر الخطورة أمرا ملازما للإجهاض، وذلك في محاولة لحجب الاهتمام بالقضايا المتعلقة بالإجهاض.

عندما فتح نقاش عام حول تقنين الإجهاض، ارتكزت وزارة الصحة في أطروحاتها على الحاجة إلى منع وفيات النساء الشابات والمتمتعات بالصحة، نتيجة التدخلات الجراحية الخاطئة^(٢٥). ومع ذلك، فإذا كان منع الإجهاض غير الآمن مجرد مسألة تقنية، يصبح الحل عندئذ بسيطاً

اقتراح هذا الحل هو ملاذ الأخير لإنفاذ الأجنة من الموت، ومن ميزات هذا الحل انه ينظر نظرة جديدة لقيمة حياة الأجنة، كما يواجه بشجاعة تحدي الحفظ عن طريق التجميد^(٢٨).

وفي الأرجنتين حيث ينشر التلقيح الخارجي معضلة أيضا، يطرح بالمثل ادجارو يون -أستاذ الإنجاب البشري في جامعة بوينس ايريس- إن "الأجنة المحفوظة عن طريق التجميد لها مصائرها، ولا توجد حالات يتم التخلي عنها". كما أعلن الخبراء أمثاله في الأرجنتين أنهم يؤيدون أيضا "تبني الأطفال قبل ولادتهم"، وذلك بالنسبة للعدد القليل من الأجنة التي يمكن الإبقاء عليها في البلد في حالة تجميد^(٢٩).

تطرح هذه الخطابات -نظرا لتورطها في كل من الاجندتين العملية والأخلاقية- فكرة التبادلية بين الأم-الرحم، بحيث تخفي فردية المرأة، إن لم يتم التخلص منها في نهاية المطاف. ومن الناحية الأخرى، يمنح الجنين/الموضوع قيمة بشرية متفردة ينبغي الدفاع عنها بأي ثمن. وتدعم هذه التمثيلات حماية وظيفة الأم لصالح الطفل في الأساس. وعلى سبيل المثال، يؤكد الأب الكاثوليكي الروماني - الذي اقتبسنا جزءا من كلماته أعلاه- "انه من الخطأ الدفاع عن حق المرأة في الإجهاض على أساس أن الجنين ملكيتها وجزء من وجودها: فالجنين موجود بصورة مستقلة عن أمه، انه شخص كامل"^(٣٠).

تكمن هذه الخطابات في التوجه الخاص ببعض برامج ما قبل الولادة، التي يكون هدفها الأساسي تعزيز تطور الجنين وليس رفاه النساء. وقد تكون فصول الدراسة المكرسة للأمهات الحوامل مفيدة بدرجة كبيرة للمرأة الراغبة في الإبقاء على حملها. ومع ذلك، ومن زاوية الحقوق الجنسية والإنجابية، يمكن تأكيد أن المرأة نفسها، باتخاذها قرار الإنجاب، تدفق الحياة في حملها وتشكل النوعية الإنسانية للجنين. وبهذه الكيفية، يعتبر الجنين من خلق المرأة، فقابلية الحمل للحياة ليست مجرد مسألة بيولوجية.

نسبيا. لكن الواقع أن التحيز الأخلاقي هو الذي يعوق حلول هذا النوع من المشكلات الصحة. ويؤدي هذا النوع من التحيز أيضا إلى تزييف البيانات الإحصائية المتعلقة بأسباب وفيات الأمهات. فالوفيات الناجمة عن النزف وتغن الدم، والتي تقترن بالإجهاض، تكون مموهة وتضم مع أسباب الوفيات في حالات الحمل التي تصل إلى نهاية مدتها.

إن صياغة الإجهاض كأمر خطيرا من الناحية الاجتماعية، يتم لأسباب بعيدة تماما عن أي اعتبار يتعلق بالصحة العامة، بل أساسا لأنه يعرض السيطرة الأبوية على النشاط الجنسي للنساء وخصوصيتهن للخطر، وهو نسق من المعتقدات يخشى من رفض الأمومة من جانب امرأة - أم. ينبغي أن يظل الإجهاض غير امن وفقا لقانون السلطة الأبوية غير المدون، قانون الأب: "ليس الأب من اللحم والدم، وليس الأب بالمعنى الرمزي المحض، وإنما نوع معين من المجتمع وتنظيم السلطة والنفوذ"^(٣٦).

الأم - الرحم .. الجنين - الموضوع

يقود هذا النقاش إلى تحليل الخطابات التي تعتبر الجنين الفاعل الرئيسي على المسرح الإنجابي. ويمكن اقتفاء اثر هذه الخطابات في التقارير التي صدرت مؤخرا وأعيد نشرها في الصحف البوليفية بشأن تدمير الأجنة "اليتامى" المجمدة في المملكة المتحدة^(٣٧). هل كان ينبغي تدمير هذه الأجنة التي ظلت في التخزين لمدة ٥ سنوات ولا يرغب فيها أهلها، أم يجري نقلها إلى نساء أخريات؟

لقد أثارَت هذه القضية نقاشا مكثفا داخل الكنيسة الكاثوليكية. ومن داخل "المأزق العميق" في الفاتيكان، ظهر الاقتراح التالي: "بعد التلقيح الخارجي، ينبغي نقل الجنين إلى الأم، وإذا كان النقل الفوري مستحيلا، يمكن عندئذ فقط تجميده، ولكن بنية أخذه مباشرة عندما تسنح الظروف إلى رحم الأم لأنه "المكان" الوحيد الجدير بالإنسان".

كما طرحت صحيفة الفاتيكان "لوسيرفاتوري رومانو" إمكانية تبني الطفل قبل ولادته: "يرى بعض الكتاب -بمن فيهم الكاثوليك- إمكانية نقل الأجنة إلى أم أخرى إذا كان من المتعذر الوصول إلى الأم أو كانت ترفض "القل" ...

المجتمع. وفي الحملة من أجل تشريع الإجهاض، تصبح الإحصاءات حيوية في الدفاع عن حياة النساء وصحتهن. لكننا لا ينبغي أن نفقد الرؤية تجاه أهم قضية معرضة للخطر، وهي قضية استقلال النساء الذاتي وحقهن في أن يصبحن واعيات ومسئولات وقادرات على اتخاذ قرارات بشأن أجسادهن وقضاياهن الجنسية وحياتهن. أن هدفنا هو تأكيد أخلاقيات النساء ورفض حماية الكنيسة والدولة^(٣١).

وبعد مرور عشر سنوات على برامج الأمومة الآمنة، ما تزال التحديات الثلاثة التي طرحتها صحيحة ويمكن تطبيقها بالطرق التالية: إعادة تعريف مشكلة الوفيات المقترنة بالحمل والولادة والإجهاض، وتعزيز قوة النساء لاتخاذ القرار داخل الأنساق الصحية، وإعطاء أولوية لشن حملات من أجل الحق في الإجهاض، وهو الحق الذي يقاوم التركيز على اقتصار دور النساء على كونهن أمهات.

وعلى الرغم من غياب للمواقف الرسمية، واصلت لجنة الناشطات النسويات البوليفية حملتها في ٢٨ سبتمبر ١٩٩٦، مع حصولها على دعم من الشبكة الأمريكية والكاريبية لصحة المرأة، والتحالف الدولي لصحة المرأة. وقد أمكن تنفيذ مجموعة متنوعة من الأنشطة الإعلامية والثقافية تستهدف زيادة الوعي العام حول القضايا التالية:

- أهمية مواصلة النقاش العام واسع النطاق حول مسألة الإجهاض
- تدعيم الرعاية الإنسانية والمناسبة للنساء اللاتي يعانين من مضاعفات الإجهاض
- العلاج المجاني لتلك المضاعفات في إطار برنامج التأمين الوطني للأمهات والأطفال
- أن عمليات الإجهاض "التي لا يعاقب عليها القانون"، أي التي يسمح بها القانون البوليفي الحالي -أي في حالات الاغتصاب أو سفاح القربى أو وجود خطر يهدد حياة المرأة- مازالت تمارس سرا، دون اعتراف أو دعم من الجهات الرسمية^(٣٢).

عشر سنوات: حان وقت التغيير

"لا تمثل صحة الأم مشكلة منعزلة: فقد شجعت "مبادرة

ووفقا لجورج فيلارييل يعتبر أطباء التوليد وأمراض النساء أن "الأجنة قبل نفخ الحياة فيها بمثابة مرضى خاضعين لقرار من المرأة"^(٣٠). هذا الطرح الأخلاقي لا يتعامل مع لامرأة باعتبارها رحم يستقبل الجنين، بل كموضوع في مركز المسرح الإيجابي، مع الاعتراف بقراراتها فيما يتعلق بحملها واحترام تلك القرارات كعنصر حاسم في قابلية الجنين للحياة.

وفيات الأمهات : مسألة سياسية

وفيات الأمهات مسألة سياسية قبل كل شيء. ففي الندوة الوطنية حول اعتلال صحة الأم ووفيات الأمهات التي عقدت في البرازيل في أغسطس ١٩٨٩، ناقشت النسويات البرازيليات أفضل الطرق لشن حملة ضد وفيات الأمهات. وقد توصلن في المناقشات السابقة المتعلقة ب"البرنامج المتكامل لصحة النساء في البرازيل" إلى نتائج مازالت صحيحة ومهمة حتى يومنا هذا، وهي على النحو التالي:

أولا، يجب الاستجابة لاحتياجات النساء كما تحددها النساء أنفسهن. وتتضمن هذه الاحتياجات إمكانية الحصول على وسائل تنظيم الحمل.

ثانيا، يجب على المجموعات التقدمية رفض السياسات السكانية -سواء المؤيدة أو المعارضة لزيادة الإنجاب- التي تتضمن عناصر قمعية تنتهك حق النساء الأساسي في اتخاذ القرار بشأن ما إذا كن يرغبن في أن يكون لديهن أطفال، وعدد الأطفال الذين يرغبن فيه، ومتى يتم ذلك^(٣١).

وكما أشارت كارمن باروزو في ورقة بحثية قدمتها إلى تلك الندوة، هناك ثلاثة مجالات مهمة للعمل النسوي في ميدان الصحة، وهي: "إعادة تعريف القضايا، المطالبة بتمكين النساء في مجال صنع القرار، ودعم الحق في الإجهاض". وقد اختتمت ورقتها قائلة:

"..... بإمكان الحركة النسوية أن تعطي أولوية لشن حملة من أجل الحق في الإجهاض، ولا يرجع ذلك فحسب إلى أن الإجهاض السري هو احد الأسباب الأساسية لوفيات الأمهات، وإنما أيضا لان عدم تجريم الإجهاض يمثل خطوة مهمة نحو اعتبار النساء عضوا كامل العضوية في

للضرب" تحرف الانتباه بعيدا عن اللذين يضربونهن^(٣٤). وعلى هذا النحو، يمكن أيضا أن تؤدي إدانة "العنف الأسري" إلى تأثيرات معاكسة ضد النساء، ذلك أن هذا الخطاب يعني ضمنا أن المنزل أو البيئة المنزلية هي ذاتها عنيفة من حيث جوهرها، وبالتالي التواطؤ (غالبا من جانب الذكور) على الاعتداءات المبينة على أساس النوع الاجتماعي.

وتحقيقا لهذه الغاية، يمكن اقتراح بعض المصطلحات الجديدة كبديل للمصطلحات المستخدمة حاليا، وذلك على النحو التالي:

- صحة النساء (بدلا من صحة الأم)
 - الصحة الجنسية والإنجابية للنساء (بدلا من الأمومة الآمنة)
 - الوفيات الإنجابية (بدلا من وفيات الأمهات)
 - سن الخصوبة (بدلا من السن الإنجابي)
- وقد ظهر اقتراح مصطلح "الوفيات الإنجابية" للمرة الأولى عن طريق فاليري بيرك^(٣٥) في عام ١٩٧٩ كدليل أكثر ملائمة: "تتضمن الوفيات الإنجابية الوفيات الناجمة عن مضاعفات الحمل، والإجهاض العمدي، وموانع الحمل بين النساء في السن الإنجابي"^(٣٦).

لا تقتصر اهتمامات المجموعات النشطة في حركة صحة النساء على قضايا الصحة العامة أو الأمومة، فإطار هذه الاهتمامات يتعلق بالأحرى، بالمساواة بين الجنسين وبالحدود الجنسية والإنجابية. وتواجه هذه المجموعات تناقضا في سياق مواقفها الخاصة والمحلية، يتمثل بالتحديد في إعادة تعريف هويات واحتياجات النساء المختلفة بشكل عام. وأي خلاف تولده عملية إعادة التفاوض حول الخطابات سيكون مفيدا، في نهاية المطاف، من زاوية طرح تلك القضايا بحزم على مائدة النقاش



الأمومة الآمنة" صناع القرار على التعامل صراحة وبشكل مفتوح مع كثير من قضايا النساء -مثل عدم الرغبة في الحمل، وتدني وضع المرأة، والحقوق القانونية للنساء، والأمراض المنقولة جنسيا، والعنف ضد المرأة، والإجهاض غير الآمن- كما شجعتهن على اتخاذ موقف لصالح الصحة العامة، على الرغم من الاختلافات الكامنة^(١).

لعبت النسويات في حركة صحة النساء في بوليفيا دورا محورا في عملية تطوير المفاهيم والتي أثرت على -رتم تطورها أكثر خلال- مؤتمرات نيروبي والقاهرة وبكين. لقد أسهمن في تغيير استخدام اللغة، لتنتقل من وحدة "الأم - الطفل" إلى "صحة الأم والطفل"، ثم إلى "صحة الأم" فقط، ومؤخرا إلى المجال الأوسع أي الصحة والحقوق الإنجابية والجنسية للنساء.

أن مصطلح "الأمومة الآمنة"، والخطابات التي تؤيده، ليس أبديا، بل يمكن تغييره بمصطلحات أخرى من شأنها الترويج صراحة للحقوق الجنسية والإنجابية. وعلى مدار السنوات الماضية، دخلت النسويات والناشطات في مجال الصحة إلى معترك التحدي وغيرن سلسلة من المصطلحات التي تعكس أيديولوجيات تتعارض مع مصالحهن. وعلى سبيل المثال، توقفت النسويات اللاتي كن يرغبن في الحديث عن تنظيم الخصوبة الطوعي عن الإشارة إلى المباشرة بين الولادات، أو الوالدية المسؤولة، أو تنظيم الأسرة. كما أن ما يسمى عادة الأمراض التناسلية أصبح معروفا إلا باسم الأمراض المنقولة جنسيا. وعلاوة على ذلك، حاربت النسويات والناشطات في مجال الصحة مصطلح "المجموعات المعرضة للخطر" فيما يتعلق بنقل فيروس نقص المناعة البشرية -الذي كان يحمل ضمنا وصمة اجتماعية- ونجحن في تحويل الموضوع إلى تحديد "السلوكيات" التي تمثل خطورة. وفي عام ١٩٧٣، تم استبعاد المثلية الجنسية من الدليل الإحصائي لمنظمة الصحة العالمية للاضطرابات العقلية، ويجري حاليا اتخاذ خطوات لاستبعاد "قلق الوضع الاجتماعي من القائمة أيضا"^(٣٣).

وجدير بالذكر أن الإشارة إلى "النساء اللاتي يتعرضن

تحسين إمكانيات الحصول على الرعاية وتحسين نوعيتها، مع تدريب العاملين في مجال الصحة من أجل توفير علاج إنساني ومناسب^(٣٧).

وبدلاً من إلقاء اللوم المتعلق بوفيات الأمهات على كاهل العاملين في مجال الصحة أو المجتمعات الحلية أو أفراد الأسرة، من الأفضل مجابهة الأثر المادي الناجم عن الخطابات التي تعتبر المرأة مجرد رحم يتمثل قدرها الأساسي في الإنجاب. يمكن أن تفقد الخطابات أيضاً إلى القتل من خلال سيطرة أنصارها على السياسات والخدمات الصحية. ويعد الإجهاد غير الآمن مثلاً واضحاً على تأثير قوة الخطاب، حيث يكون أخطر نبوءة تحقق ذاتها، وحيث تدخر وعود الأمان للأمومة المثالية المتفق عليها والمقبولة اجتماعياً.

لقد نجحت النسويات بالفعل في تغيير وإنتاج عديد من الخطابات التي تدعم حقوق النساء واستقلالهن الذاتي. ولا توجد حاجة إلى فقدان الفرص التي قد تم اكتسابها من خلال "مبادرة الأمومة الآمنة". ففي العديد من المجالات، يتم بالفعل الاعتراف بالنساء بوصفهن نساء. وقد تم الاعتراف بان وفيات النساء نتيجة لأسباب مقترنة بالحمل والولادة والإجهاد بوصفها مشكلة، كما اعترف بالإجهاد غير الآمن باعتباره قضية من قضايا الصحة العامة. وتمتلك النسويات والناشطات في مجال الصحة وجهات نظر وأصوات انتخابية ودرجة من القوة، ويمكنهن الاضطلاع بمسؤولية خلق خطابات جديدة ونشرها. علينا أن نتأمل في كيفية استخدامنا لخطاب الأمومة الآمنة. إنه شرك أيديولوجي، وينبغي أن نجتهد لتخليص أنفسنا منه، دون أن نتخلى عن الفضاءات والموارد التي أحرزناها بالفعل.

لقد قامت برامج "الأمومة الآمنة" في بوليفيا، وفي كثير من بلدان العالم الأخرى، بإسهامات ذات دلالة بالنسبة لصحة النساء طوال السنوات العشر الماضية. لكن خطاب الأمومة قد عزز خلال تلك الفترة التوجهات الرامية إلى حماية النساء والسيطرة عليهن كأمهات. وقد بدأ هذا التركيز لدى القوى المحافظة في خلق صراع مع الحركة النسوية المعاصرة لتمكين النساء من ممارسة حقوقها الجنسية والإنجابية في إطار متكامل.

إن الذكرى العاشرة لبرنامج الأمومة الآمنة توفر لحظة مناسبة للتفكير والتأمل الفكري. يجدر الاعتراف بما حققه البرنامج من تقدم حتى الآن وتدعيمه، لكن خطاب الأمومة الآمنة قد حقق غرضه التاريخي. وينبغي إحياء المبادرة الآن تحت اسم جديد وأهداف جديدة تتناول مختلف هويات النساء واحتياجاتهن كنساء وليس فقط كأمهات.

تأمين الإجهاد، وتوفير الأمان لكل النساء

لا تحتاج النساء إلى أوراق اعتماد للأمومة كي يطالبن بالأمان في حياتهن الجنسية والإنجابية. كما لا ينبغي أن تقبل النساء عقوبة الإجهاد غير الآمن إذا ما اختارت المرأة لحظة ما - أي في حمل بعينه وموقف بعينه تقرره فردياً - ألا تصبح أما.

إن الاستراتيجية التي تطرحها "مبادرة الأمومة الآمنة" يمكن تطبيقها على واقع الإجهاد، دون إدانة أخلاقية، تماماً كما هو الحال بالنسبة لجوانب الحمل والولادة الأخرى.

وهو الأمر الذي يقضي ضمناً الاعتراف بالمشكلة، وتحديد العوائق التي تعاني منها النساء عند اتخاذ وتنفيذ قرارات تتعلق بالسعي للحصول على الرعاية، هذا بالإضافة إلى

ملحوظة

هذا المقال نسخة معدلة باللغة الإنجليزية من ورقة بحثية مقدمة باللغة الأسبانية إلى ندوة بعنوان:

Saude Reproductiva na Americ a Latina e no caribe: Temas e Problemas

عقدت في كاكسامبو م.ج، البرازيل، ٥-٧ أكتوبر ١٩٩٦. تم تنظيم هذه الندوة من جانب الهيئات التالية:

- Progamma Latino-americano de Acividades en Poblacion (PROLAP)
- Asociacion Brasileira de Estudios en Poblacion (ABEP)
- NEPO/UNICAMP, Brazil.

وقد ترجمت الكاتبة المقتبسات المأخوذة من النصوص المكتوبة بالأسبانية إلى الإنجليزية.

References and notes

- 1- safe motherhood, steps ahead family care international new york 1994 (leaflet)
- 2- elu M del C. la experiencia de maternidad sin riesgos. Mexico DF (unpublished, undated)
- 3- verbal autopsy uses a participatory methodology to analyse specific maternal deaths with community organizations and identify points at which life-saving interventions could have been made.
- 4- Bradby B, 1996 community level research within a reproductive health programme from participation to dialogue paper presented to EC reproductive health research meeting Ghent, Belgium, 23-25 June.
- 5- De anasagasti P, 1996 contra la vida presncia (la paz) 19 sept.
- 6- Lyotard JF 1984 the postmodern condition a report on knowlge Manchester univertsty press, Manchester.
- 7- Felski r, 1989 feminist theory culture and society 6(2):219-40.
- 8- Declaracion de principios sobre poblacion y desarllo sostenible. Ministerio dedesarrollo humano/PROSEPO UNFPA la paz. 1994.
- 9- Plan vida plan nacional para la reduccion acclerada de la mortaildad, aterna, perinatal y del nino, Nolvivia 1994-1997 Ministerio de desarrollo Humano/secertara nacional de salud/UNFPA/USAID/UNICEF la paz, 1994
- 10- La ninez y la mujer en Bolivia analisis de siuaction UNICEF Boloivia la paz 1994
- 11- Hoy (la paz) 14 May 1996
- 12- Corrcio de los comites 1 december 2 comites nacional por una maternided segura la paz.
- 13- El diario (la paz) 17 july 1996
- 14- La razon (la paz) 20 july 1996
- 15- Alexia Escobar personal communication 17 august 1996
- 16- Ultima hora (la paz) 26 July 1996
- 17- Goyzueta J and Orellana O 1996 los qabotots inducidos tienen un costa RED-ADA red nacional de Trabjadoras de la informacion y comunicacion-ERBOL no 11 la paz 15 August
- 18- El diario (la paz) 23 may 1996
- 19- El diario (la paz) 16 August 1996.
- 20- Codigo de etica medica, articulo 15 estatutos y reglamentos 1993. Colegio Medico de Bolivia al paz 1993.
- 21- Rancw s 1997 Discuricve construction of abortion and their variations as negotaiated by medical professionals in specific international context IPAS/National Halth Secretariat/overseas development administration la paz
- 22- El mundo (santa cruz) 15 August 1996
- 23- Letter from international health secratry of the 28 September campaign commite la paz 16 august 1996
- 24- international classification of diseases injuries and death 9th sdition world health organization, Geneva 1979
- 25- hoy (la paz) 14 May 1996
- 26- Muraro L, 1994 el orden simbolico de la madre horas y 1996
- 27- Ultima hora (la paz) 15 August 1996
- 28- presencia 23 july 1996
- 29- los tiempos 4 aigest 1996
- 30- Villarreal J, 1996 presentation to annual meeting of trainess. Fundacion Educacion para la salud reproductiva parchacamac peru 31 august
- 31- Barroso C, 1990 Meternal mortality a political question maternal mortality and morbidity a call to women for aaction paper presented to national seminar on maternal morbidity and maortality itapecerica de barazil 28 may
- 32- Aliaga s 1994 que dica la leys r juez? Equidad hoy (la paz) 18 may in 1993 an appilaication for legal abortion was made in court on behalf of two teenage sisters who had been raped and madepregnant by their father the judge who holds evangelical religious beliefs systematically caused delays in condesration of the case which was finally abandoned when the girle in the second and third trimesters.
- 33- Taylor 1995 the third sex esquire April 102-12
- 34- Stark E, Filtcraft A and frazier W, 1979 Medicine and partriarchal violence the soceil construction of a private event international journal of health services 9(3): 41-93 cited in delauretis T, 1987 Technologies of genderindiana university press
- 35- Beral v 1989 Reproductive mortality bristh medical journal 2:632-34
- 36- Rosenbbreg MJ and Rosenthal Sm 1987 Reproductive Mortality in the united states recent trends and methodologic journal of public health 77(7): 833-36
- 37- Koblinsky M, 1996 para salver la vida mothercare – Bolivia/JSI/USAID, la paz.

الإجهاض المتعمد في أمريكا اللاتينية استراتيجيات بشأن البحث الاجتماعي المستقبلي

بقلم/ جوان جوزيه ليوفيه وسيلفينا راموس

تحل هذه الورقة مستوى المعرفة الحالي عن الإجهاض المتعمد في أمريكا اللاتينية. وقد اعتمدت الورقة في ذلك على استعراض نقدي للمعلومات التي تم الحصول عليها من الاجتماعات والندوات الإقليمية التي عقدت في التسعينات، والمقالات المنشورة في المجالات الطبية الدولية في هذا المجال⁽¹⁾. وتركز الورقة على حدوث الإجهاض، وعملية اتخاذ قرار الإجهاض، والأبعاد السياسية والعامة للإجهاض المتعمد. كما تناقش الجوانب النظرية والمنهجية للبحوث عن الإجهاض والمخاوف ودواعي الفلق الأخلاقية والسياسية. يدعو هذا المقال إلى تقوية البيانات التي تم الحصول عليها حتى الآن، وتقديم مداخل واطر نظرية جديدة من مجالات دراسية أخرى، وتقليل الفجوة غير العادلة في مستوى المعرفة المتاحة بين دول المنطقة من خلال البحوث الوطنية والمقارنة، كما يهدف المقال إلى تحليل الأبعاد السياسية للإجهاض المتعمد بصورة أكثر عمقا، وبصورة خاصة فيما يتعلق بالتشريع، والرأي العام، وتطوير البرامج الصحية.

موضوعات مثل الرعاية الطبية لمضاعفات الإجهاض التي تتطلب دخول المستشفى، وإعطاء أهمية خاصة لتكاليف الرعاية الطبية وجودتها، والإجهاض بين المراهقات وأثره على مشاريعهن الحياتية.

تقدم هذه الورقة استعراضا نقديا لبعض النواحي الهامة للبحوث حول الإجهاض المتعمد في أمريكا اللاتينية التي تم إجرائها منذ أواخر الثمانينيات وحتى منتصف التسعينيات، كما تقدم الورقة اقتراحات بشأن أولويات للبحث في المستقبل في المنطقة.

القيود التقنية والأخلاقية أمام عملية قياس حالات الإجهاض
معظم الدراسات التي اهتمت بقياس مدى انتشار الإجهاض المتعمد كانت دراسات مرتجعة (retrospective) تعتمد أساسا على مؤشرين هما معدل الإجهاض ونسبة الإجهاض⁽²⁾. ولقد أثارت الجهود التي بذلها الباحثون لإثبات أي من تلك القياسات مصاعب جمة فيما يتعلق بصحة النتائج وإمكانية التعويل عليها وتعميمها.

سجلات المستشفيات

تأسست معظم التقديرات بشأن معدلات الإجهاض المتعمد بين النساء في مرحلة الإنجاب على معدلات

بدأت بحوث العلوم الاجتماعية عن الإجهاض المتعمد في أمريكا اللاتينية في التطور والنمو منذ عدة سنوات. وواقع الأمر، انه قلما نجحت ظاهرة، بمثل هذه الطبيعة الشائكة والمثيرة للجدل القانوني والأخلاقي، في حفز هذا الكم من البحوث.

لقد حدث تقدم هام في دراسة انتشار الإجهاض وخصائصه، غير أننا نجد أن معظم الدراسات قد تعاملت مع المسألة من منظور الطب البيولوجي، أو علم الأوبئة، أو الديموغرافيا الاجتماعية. لقد أوضحت دراسات الحالة الوصفية والمسوح الدولية المقارنة حجم الظاهرة وخصائصها، وكانت أكثر الجوانب التي تم تناولها تتعلق بالتقديرات بشأن حالات الإجهاض المتعمد⁽³⁾، وخصائص النساء اللاتي مارسنه، ومعدلات الوفيات والمرضات الناتجة عن مضاعفات الإجهاض السري، ومستوى الخدمات الخاصة بالإجهاض، والعلاقة ما بين الإجهاض المتعمد واستخدام موانع الحمل وتيسر الحصول على خدمات تنظيم الأسرة⁽⁴⁾، وأخيرا التحليلات المقارنة للقواعد القانونية.

ولقد تم وضع العديد من البرامج البحثية عقب بعض الندوات التي تم عقدها في السنوات الأخيرة⁽⁵⁾ مما أسفر - على الأقل - عن القيام ببعض البحوث حول

دخول النساء - اللاتي تعانين من مضاعفات الإجهاض السري - إلى المستشفيات. وباستثناء كوبا وبورتو ريكو - حيث الإجهاض قانوني - فإن المعلومات المتضمنة في سجل المستشفيات في أمريكا اللاتينية غالبا ما تبخس قيمتها، أو يتم تصنيفها بصورة خاطئة. وفي بعض البلدان، لا تقدم المؤسسات الصحية العامة أو الخاصة سوى معلومات جزئية بشأن الإجهاض إلى المكاتب العامة للإحصاء، وأحيانا لا تقدم أية معلومات على الإطلاق. وحتى إذا ما أخذنا في اعتبارنا بعض الافتراضات لتعويض التضاربات، تظل هناك حاجة إلى إجراء بعض التدقيقات لاستبعاد الحالات التي لم يكن من المفترض أن يتم تضمينها، أو تضمين الحالات التي كانت ستستبعد دون تلك التعديلات.

ثمة مشكلة أخرى تتعلق بالتمييز ما بين الإجهاض التلقائي والإجهاض المتعمد، وعادة ما يتم التعويل على المعايير التي وضعتها منظمة الصحة في السبعينات، والتي تعتمد بالأساس على إقرار المرأة بوقوع إجهاض متعمد، أو وجود إصابات في الأعضاء الجنسية، أو جسم غريب في المهبل أو الرحم، أو تعفن الدم في الرحم أو التهاب الغشاء البريتوني، أو استخدام موانع الحمل أثناء الحمل، أو إفادة المرأة بعدم التخطيط للحمل أو عدم الرغبة فيه أو كليهما. وهكذا فإنه باستخدام تلك المعايير، يمكن التفريق بين أربعة أنواع من الإجهاض:

١- الإجهاض المتعمد المؤكد،

٢- الإجهاض المتعمد المرجح،

٣- الإجهاض المتعمد المحتمل،

٤- الإجهاض التلقائي^(١).

وفي البلدان حيث يجرم الإجهاض المتعمد، تميل سجلات المستشفيات إلى ارتفاع الإفادة عن الإجهاض تلقائي أو "غير محدد السبب". على سبيل المثال، توضح البيانات الواردة من كولومبيا أن نسبة الإجهاض "غير محدد السبب" في ١٩٨٩^(٧) قد بلغت ٨٤% من نسبة الحالات التي غادرت المستشفيات بسبب الإجهاض. وتساهم العديد من العوامل في خلق هذا الوضع حيث ترفض النساء الإقرار بأنهن قد قمن بعملية إجهاض،

كذلك لا يقوم الطاقم الطبي بتسجيل عمليات الإجهاض المتعمد، ويسجلونها تحت مسمى آخر، للحفاظ على خصوصية النساء وخوفا من التبعات القانونية. وزيادة على ذلك، فإن الأدلة الإكلينيكية على حدوث الإجهاض المتعمد لا تكون دوما واضحة، كذلك فإن المعلومات المطلوبة لتطبيق معايير منظمة الصحة العالمية لا تكون دوما متاحة. وفي دراسة أجريت في ثلاثة أقاليم في بيرو، تم فيها استخدام نسخة معدلة من معايير منظمة الصحة العالمية، أوضحت سجلات المستشفيات أن ٤,٨% فقط من حالات الإجهاض يمكن تصنيفها على إنها متعمدة، و ٤,٢٤% من المرجح أن تكون متعمدة، في حين أن نسبة الإجهاض التلقائي تروبو على ٦٦%، غير أن المرء ليجد صعوبة في تصديق تلك الأرقام^(٨).

إن مدخلا يعتمد على سجلات المستشفيات يتطلب استخدام معاملات أو مضاعفات من اجل تقدير عدد النساء اللاتي دخلن المستشفيات بسبب الإجهاض ونسبة الإجهاض بين النساء في سن الإنجاب. وقد تم إجراء بحوث مكثفة باستخدام هذا المدخل، من خلال مقبلات مع أطباء أمراض النساء والولادة من الدول المشاركة من أمريكا اللاتينية حول احتمالات دخول النساء المستشفيات بسبب المضاعفات الناشئة عن الإجهاض المتعمد^(٩).

بيد أن سجلات المستشفيات تقود في النهاية إلى تقديرات لا يمكن الاعتماد عليها فيما يتعلق بحجم الإجهاض المتعمد. أن عدد النساء اللاتي يدخلن المستشفيات للعلاج من مضاعفات الإجهاض، لا يعكس "الصندوق الأسود" لكل حالات الإجهاض المتعمد إلا بصورة جزئية. فلنأخذ على سبيل المثال بلد يجرم فيه الإجهاض، وتشير سجلات المستشفيات فيه إلى تضاعف نسبة الإجهاض، فالانطباع الأول هو أن حالات الإجهاض قد قل، غير أن العكس أيضا قد يكون صحيحا. فان انخفاض تكلفة عمليات الإجهاض التي تتم على يد ممارسين ذوي كفاءة من خارج المستشفيات أو الاستخدام الأوسع لأسلوب الشفط Aspiration Vacuum بدلا من التوسيع والكحت قد يكون أيضا سببا لانخفاض عدد حالات الإجهاض التي تتم في المستشفيات.

ثمة استراتيجية مبتكرة أخرى تمت في كولومبيا بدعم من منظمة الصحة العالمية^(١٥٠١٦) عن طريق استخدام استمارة استبيان غير مرقمة، ولا تكتب عليها أسماء المبحوثات. تشتمل الاستمارة على عدد قليل من الأسئلة بعضها أسئلة مفتوحة، وقامت النساء بملئها على انفراد بعد أن قدم الشخص المخول بجمع الاستثمارات شرحا مستقيضا. وبمجرد ملء تلك الاستثمارات، توضع الاستبيانات في مظروف مغلق ويتم جمعها في صندوق مغلق كصناديق الاقتراع. وقد كانت تلك العينة من النساء عينة ممثلة تزيد عن ٣٣,٠٠٠ امرأة من ٢٢ مدينة في كولومبيا، ولم يتجاوز معدل عدم الاستجابة ٢%. وجاءت النتائج معقولة حيث أفادت ٩,٢٢% من كل النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ إلى ٥٥ عام أنهن اجرين إجهاض متعمد مرة على الأقل، وكانت النسبة أعلى ٣٠,٣% بين النساء اللاتي حملن مرة واحدة على الأقل^(١).

بيد أن هناك أيضا تقنية أخرى قد تم استخدامها في المقابلات، ألا وهي تقنية الاستجابة العشوائية. وقد أسفر استخدام هذه التقنية في تايلوان، وكندا، وإثيوبيا، وتركيا عن معدل الإجهاض أعلى وأكثر اتساقا عن المعدلات التي تم الحصول عليها عن طريق تقنيات المقابلات التقليدية. وقد أفضى هذا الدليل بريبيكا دي سوسا اسليفا^(١٧) إلى تطبيق هذه التقنية في البرازيل في دراسة تم إجرائها على مرحلتين في ١٩٨٨ في احد أحياء ساوباولو، كذلك قامت بتطبيق ذلك في ١٩٩٣ في مدينة ساوباولو على عينات من النساء في تتراوح أعمارهن من ١٥ إلى ٤٩ عام. وقد سئلت النساء في إحدى المجموعات عما إذا كن قد حملن العام السابق أم لا وعن نتاج هذا الحمل. أما مجموعة النساء الأخرى فقد زودت بمجموعة من ١٨ كارت: ١٢ منها ذات علامات صفراء و ٦ كروت ذات علامات حمراء اللون، وقد طلب منهن أن يخترن احد الكروت دون إظهارها للشخص الذي يجري المقابلة وان يجبن بنعم أو بلا. وكان السؤال بالنسبة للكروت ذات العلامة الحمراء هو "هل ولدته في ابريل؟"، وسؤال الكروت ذات العلامة الصفراء هو "هل قمت بإجهاض متعمد في ١٩٨٧ (أو ١٩٩٢ في المرحلة الثانية)؟" وبناء على احتمال انتقاء احد اللونين أكثر من اللون

ثمة مدخل آخر لتقديم حجم الإجهاض المتعمد وذلك بناء على المسوح والمقابلات. ففي منطقة أمريكا اللاتينية، تم تطبيق تلك التقنيات الخاصة بجمع البيانات على النساء في المستشفيات، على عينات ممثلة من النساء في سن الإنجاب، وعلى عينات منتقاة من النساء. فالسائد هو تدني عدد الحالات التي يتم تسجيلها حيث تتكرر النساء قيامهن بالإجهاض المتعمد مما يشكك في صحة البيانات التي تم جمعها، حيث نجد انه قد تم التعميم على ٢٠ إلى ٢٥% من حالات الإجهاض، وفي بعض الحالات لم يتم الاعتراف سوى بنسبة ضئيلة جدا من حالات الإجهاض بلغت ٤%^(١٠).

كذلك تمكنت المسوح الوطنية^(١١) حول الخصوبة - التي أجريت كجزء من المسح العالمي للخصوبة ما بين ١٩٧٢ و ١٩٨٤ - من تسجيل ٨٠% من حالات الإجهاض التلقائي، في حين كانت نسبة حالات الإجهاض المتعمد اقل بصورة ملحوظة. "تقل تقديرات فقدان الحمل ككل بشكل ما عما هو متوقع بالنسبة لفقدان الحمل التلقائي والمتعمد مجتمعين، كذلك فان التقارير المقدمة بشأن فقدان الحمل المتعمد اقل - بشكل شبه مؤكد - بكثير عن واقع الحال"^(١٢).

والى جانب التبعات القانونية والجنايئة المحتملة، هناك تابوهات أخلاقية ودينية واجتماعية تثني النساء عن الإقرار بأنهن قد قمن بإجهاض أنفسهن. وللاكتفاف على عدم استعدادهن لإقرار تعمدهن الإجهاض، تم استخدام تقنيات مختلفة. فلقد تجنبت المسوح الصحية والديموغرافية DHS منذ إن بدأت في ١٩٨٥، السؤال عن الإجهاض بسبب الاعتراضات السياسية، ولم يتم طرح الموضوع إلا مؤخرا في صورة أسئلة غير مباشرة، على سبيل المثال: هل سبق إن حملت عندما لم تكوني راعبة في ذلك؟ ويبدو أن هذه الأسئلة "المنقحة" قد نجحت في بعض المناطق في زيادة الأعداد المسجلة من حالات الإجهاض المتعمد، غير أن تلك الأسئلة قد فشلت في بعض الأماكن الأخرى، مثلما كان الحال في مدينتين في بوليفيا^(١٣). بالتالي، تم التوصية باستخدام الدراسات الاستكشافية الكيفية لتحديد أكثر أسئلة "الفلتر" الملائمة للسياقات الثقافية المختلفة^(١٤).

الآخر، وبطرح عدد النساء المقدر ميلادهن في ابريل، وهو احتمال معروف، من الإجابات بنعم، تم التوصل إلى تقدير لعدد النساء اللاتي قمن بإجهاض متعمد. ولقد جاءت معدلات الإجهاض التي تم حسابها بهذه الطريقة خمسة أضعاف المعدلات التي تم التوصل إليها بناء على طلب المعلومات بصورة مباشرة.

وبالإضافة إلى تعمد النساء نسيان الإجهاض، فإن عملية القياس تتأثر أيضا بعوامل الوضوح والتعريف. فمن المنظور الطبي البيولوجي، لا تبقى نصف البويضات المخصبة بالتقريب حية حتى يكتمل الحمل واغلبها تفشل في أن تغرز نفسها في الرحم. يمكن النظر إلى تلك البويضات باعتبارها "بويضات مخصبة" أو "إجهاض تلقائي"، وهو الأمر الذي لا يمكن البت فيه إلا باستخدام التقنيات المتاحة للدراسات الإكلينيكية. كذلك تجهض نسبة أخرى من البويضات بعد الزرع وذلك في غضون أسبوع أو ما شابه من توقف الدورة الشهرية. وبالرغم من أن العديد من النساء قد تتعرضن لذلك ظنا منهن انه بمثابة تأخر للدورة، إلا أن ذلك من الممكن أيضا أن يحسب من قبيل الإجهاض التلقائي. وزيادة، فإن ١٠ إلى ٢٠% من النساء اللاتي لم يحضن مرتين متتاليتين، قد يتعرضن بعد ذلك إلى إجهاض تلقائي^(١٨).

ومن منظور النساء، فإن استخدام أنواع معينة من العقاقير مثل الميزوبروستول يتم في منطقة رمادية حيث لا يتم التمييز بوضوح بين الحمل أو تأخر الدورة الشهرية أو انتظام الدورة أو الإجهاض المبكر. ولقد أظهرت بعض الدراسات الكيفية انه في حالة عدم وجود تدخل من أي نوع فإن إعاقه ما يمكن أن يكون حملا بصورة "موضوعية"، لا يفسر "ثقافيا" كإجهاض وبالتالي لا يتم الإفادة عنه بشكل صادق باعتباره إجهاضا.

ولبضع سنين خلت، تصدى مجال الصحة الإنجابية الإشكاليات الأخلاقية في البحث. على سبيل المثال، قام علماء الاجتماع بتحليل حقوق الأشخاص اللذين تتناولهم البحوث الاجتماعية، وفوائد/ أخطار تلك البحوث، والإجراءات الخاصة بضمان الموافقة المطلعة بل لقد تم أحيانا اللجوء إلى الحيلة بغرض التدقيق.

ويطرح السؤال نفسه: "ما هو مدى شرعية وأخلاقية

الآخر، وبطرح عدد النساء المقدر ميلادهن في ابريل، وهو احتمال معروف، من الإجابات بنعم، تم التوصل إلى تقدير لعدد النساء اللاتي قمن بإجهاض متعمد. ولقد جاءت معدلات الإجهاض التي تم حسابها بهذه الطريقة خمسة أضعاف المعدلات التي تم التوصل إليها بناء على طلب المعلومات بصورة مباشرة.

قياس حالات الإجهاض المتعمد

لقد تم في الواقع تجريب كل الاستراتيجيات المعروفة تقريبا من أجل تحسين قياس الإجهاض المتعمد في أمريكا اللاتينية. وبالرغم من أن بعض الاستراتيجيات قد أثبتت فعاليتها عن غيرها إلا انه لم يتم إيجاد استراتيجية محددة حتى الآن. ومن ناحية أخرى، فإن البحث عن استراتيجيات أكثر تحديدا قد يعمل بطريقة عكسية ويكون ضرره أكثر من نفعه. أن سبب الخروج بتقديرات أكثر واقعية، وذلك باستخدام تقنيات الاستجابة العشوائية بدلا من المسوح التقليدية، لا يحتاج إلى توضيح، بيد أن تقنيات الاستجابة العشوائية لا تمكننا من تحليل المتغيرات المختلفة في الوقت الذي تمكننا فيه المسوح التقليدية من ذلك.

وبغض النظر عن مدى تعقيد أي تقنية أو فعاليتها، أو مدى إسهامها في إحراز تقدم منهجي، فإن تلك التقنية قد تكون ضعيفة نسبيا فيما يتعلق بتمكيننا من جمع معلومات ذات شأنه. وهنا فإن الحكم على فعالية أشكال القياس يكون بقدرتها على تمكيننا من بناء سلسلة من البيانات التي توضح تطور الظاهرة. وفي نهاية الأمر، فإنه من المفضل أن نكون قادرين على إعادة استخدام المنهجيات التي أثبتت فعاليتها على أن نبتكر منهجيات جديدة.

يتأثر قياس حجم الإجهاض المتعمد ببعض العوامل غير المؤكدة التي يستحيل علينا تخطيها، وبالتالي فإن خيارنا الوحيد هو أن نكون أكثر تقبلا لما هو غامض^(١٤). ومن المفارقات أن نجد أن تلك العوامل غير المؤكدة تتأسس على عاملين مؤكدين. أولا: أن الإجهاض في بلدان أمريكا اللاتينية في الواقع يتم ممارسته بصورة سرية تحيط بها التابوهات الثقافية والنزاعات الشخصية. وثانيا، هو بالرغم من أي قوانين جنائية، أو محرمات دينية، أو مخاطر صحية

تؤدي بالنساء إلى اتخاذ قرار الإجهاض على وجود نسيج معقد من الفاعلين، والأفعال، والمعايير، والأعراف، والقيم، والمعتقدات، والعواطف التي تلعب دورا في عملية اتخاذ القرار بالإجهاض^(٢١-٢٨). ولقد كان الهدف المحوري مت تلك الدراسات، والتي اعتمدت على مدخل نوعي تمحور بالأساس حول الانثروبولوجيا الاجتماعية، هو استخلاص تجارب النساء وتوثيق الطريقة التي يتم بها اتخاذ القرار في السياقات الاجتماعية الثقافية والعائلية المختلفة.

ويتراوح مدى المعلومات المنشورة عن قرار الإجهاض في البلدان المختلفة في المنطقة، ولا تعد البيانات الواردة عن بعض السياقات الاجتماعية بعينها، مثل السكان القرويين والطبقات المتوسطة، كافية^(٢٩-٣٠). هناك أدلة واسعة النطاق تم جمعها من ثقافات مختلفة تفيد أن قرار الإجهاض يعد عملية متنوعة معقدة تتطلب كل من الموارد المالية والشخصية^(٢٢-٢٣-٢٦-٢٧-٣١-٣٢).

في البداية، يمكن للنساء أن تقوم ببعض الخطوات البسيطة مثل الأشرية المصنوعة بالمنزل، أو تعاطي عقاقير سواء كانت فعالة أو مفترضة الفعالية، أو رفع أحمال ثقيلة أو بذل مجهود عضلي شاق. أما إذا لم تسفر أي من الخطوات السابقة عن شيء، يمكن آنذاك اتخاذ بعض التدابير الأكثر جذرية. إن هذه السلسلة من الأفعال البسيطة ثم الجسيمة هي مفتاحنا لفهم منطق عملية صنع القرار والتبعات الجسدية والنفسية التي تتعرض لها النساء. في العقد الماضي، أدى استخدام الميزوبروستول للإجهاض في البلدان أمريكا اللاتينية، وبصورة خاصة في البرازيل، إلى تعديل تجربة الإجهاض السري بصورة جوهرية.

كذلك تم دراسة الدور المركزي الذي يمكن للآخرين ذوي الأهمية في حياة النساء أن يلعبوه، مثل الأم، الحماة، الزوج أو الشريك، الأصدقاء، الأخوات أو أخوات الزوج، ولقد تم دراسة ذلك عبر ثقافات مختلفة. وسواء كان ذلك الدور ايجابيا أم سلبيا، تنزع النساء إلى إشراك أولئك الآخرين أو على الأقل وضعهم في الاعتبار عند اتخاذ قرار الإجهاض، ويحدث هذا بصورة خاصة مع الأمهات ومع الرجال الذين حملت النساء منهم^(٣٤).

قد يجبر الأزواج أو الشركاء النساء على إنهاء الحمل،

السعي وراء الحصول على معلومات لا ترغب العديد من النساء في الإفصاح عنها حماية لأنفسهن؟" لا يفترض وان تكون تقنيات البحث خدعة أو فخ. وبالتأكيد فانه لا يمكن القبول أخلاقيا بما حدث في احد الدراسات في أفريقيا عندما تم مقابلة جيران احد النساء التي يعتقد أنها توفت بسبب مضاعفات الإجهاض وذلك ظنا أن الجيران سيكونون أكثر استعدادا لتقديم المعلومات عن أقارب المتوفاة^(١٩).

ومنذ عدة سنوات مضت، طرح جاكلين داروخ فورست سؤالاً مؤثرا، ألا وهو "إلى أي مدى تحتاج تقدير اتنا إلى الدقة لكي تكون نافعة فيما يتعلق بالدعاية لأفكارنا والدفاع عنها، أو فيما يتعلق أيضا بتوجيه البرامج واتخاذ الخطوات العملية؟"^(٢٠) أو كما تضع روزنفيلد السؤال بطريقة أخرى:

"ما هو الاختلاف الحقيقي بين مليونين أو ثلاث ملايين أو عشر ملايين حالة إجهاض غير قانوني؟ فمهما كان العدد فهو في جميع الأحوال مرتفع للغاية. ومهما كان عدد حالات الوفيات الناتجة عن الإجهاض غير القانوني سواء خمسين ألف أو مائة ألف أو مائتي ألف حالة فهي أيضا مرتفعة للغاية. أيا كان العدد فهو مرتفع. سواء كان ذلك العدد خمسين أو خمسمائة ألف أو مليونين من النساء بصرف النظر عن الحالات التي تتعرض لمضاعفات الإجهاض غير الآمن وبصرف النظر عما إذا استطاعت النساء تجاوز مضاعفات الإجهاض غير الآمن أم لا؟"^(١٨)

إننا لا ندعو هنا إلى موقف عديمي من الإحصاءات، لكن هدفنا هو زحزحة مركز قياس الإجهاض من الدائرة العلمية الأكاديمية إلى مجال سياسي اجتماعي أوسع، انطلاقا من رؤية كوليسيشكي: "بالنسبة لأولئك المعارضين للإجهاض بشدة، قد تؤكد الإحصاءات معتقداتهم بكل بساطة. أما بالنسبة لأولئك الذين يدعمون الإجهاض القانوني، فإن الإحصاءات تلقي الضوء على عدد النساء اللاتي تم تجنيهن مخاطر الإجهاض السري أو ضغط الشعور بأمومة غير مرغوب فيها"^(٥)

عملية اتخاذ قرار الإجهاض

تؤكد الدراسات المتنوعة التي تناولت العوامل التي

وبالنظر إلى التبعات التي قد يسببها الحمل على عائلات النساء أو حالتهم المادية ووظائفهن، وسلامة أطفالهن ووضعهم في المجتمع، فإن معظم النساء في أمريكا اللاتينية يبيغين مزيدا من التحكم في قدراتهن الإنجابية ويقمن بتنظيم خصوبتهن، بما في ذلك استخدام الإجهاض. وإذ يقمن بذلك، فإنهن يجدن أنفسهن في مواجهة قضايا ومعضلات وضغوط أخلاقية متناقضة^(٣١)، بالإضافة إلى الضغوط والتوترات التي تنشأ كجزء من قرار الإجهاض.

افتراضات نظرية

اعتمد تحليل العمليات الخاصة باتخاذ قرار الإجهاض على عدد من الافتراضات النظرية التي حفزت اختبار المداخل المفاهيمية الجديدة، وان الاستعراض النقدي لتلك الافتراضات يمكننا من الوصول إلى فهم أفضل للإجهاض المتعمد في البيئة الثقافية الخاصة بالمنطقة.

أحد أكثر تلك الافتراضات ارتباطا بالأمر هو أن المعتقدات والمفاهيم المتعلقة بالإجهاض واحدة بالنسبة لجميع النساء. إن عدم محاولة فهم القرارات والأعمال الصادرة عن النساء من وجهة نظر كل منهن يمكن أن يؤدي إلى خلق مغالطة مفاهيمية وتجريبية حيث يتم الاعتقاد بان الظاهرة التي يتم قياسها أو وصفها واحدة لا تتغير في السياقات المختلفة ومن امرأة إلى أخرى.

ولا يقصد من ذلك إنكار عمليتي التخصيب والحمل عمليتان بيولوجيتان تحدثان على مستوى العالم، ولكن الهدف هو توضيح حقيقة أن هاتين العمليتين، مثلهما مثل الإجهاض، تختلفان حسب اختلاف المعتقدات المحلية حول فسيولوجيا التناسل وكذلك حسب اختلاف التعريفات الاجتماعية والثقافية للحمل والأمومة، بالتالي يتم إدراك كلا المفهومين وفهمهما بصورة مختلفة. فالفرق ما بين الحمل كحالة جسدية وبينه كحالة اجتماعية واضح، على الأقل بالنسبة لأخصائيي الانثروبولوجيا، وان كان لا يؤخذ دائما في الاعتبار في العلوم الأخرى^(٣٧).

وثمة افتراض آخر على نفس القدر من الأهمية هو أن عملية اتخاذ قرار الإجهاض تتم على هدى نظام أو منطق محدد مسبقا، إذ أن معظم الدراسات تقترض أن النساء يكن

أو يتعاملون مع الموضوع بلا مبالاة وينئون بأنفسهم عن التدخل بصرف النظر عما سنتول إليه الأمور. وبالرغم من أن العلاقة ما بين ردود فعل الرجال والمناخ الثقافي الذي تجري فيه العلاقات ما بين النوعين وتدخل الرجال في الشؤون الجنسية والإنجاب قد كانت محور البحث الاجتماعي في المنطقة في السنوات الأخيرة، إلا أنها لم تحظ بالاستكشاف الكاف بعد^(٣٥-٤٠).

تلعب الأم دورا هاما، خاصة عندما تكون ابنتها المرافقة هي الحامل، ويتراوح ذلك الدور وفقا لمدى تسامح الثقافة السائدة مع الشؤون الجنسية للمراهقات، وإلى أي مدى يمكن للعائلة أن تكون شبكة دعم اجتماعي ومادي وعاطفي^(٤١). كذلك تظهر الأدبيات أن قرارات النساء تتأثر بدرجة الدعم أو المعارضة التي يتوقعنها من أعضاء عائلاتهن، وذلك بناء على ما يعتقدن أن الآخرين يمكن أن يقولوه أو يفعلوه بالإضافة إلى الطريقة التي يشعرون بها حيال الموضوع^(٤٢).

ونجد عبر الثقافات المختلفة أن بعض الأعراف الاجتماعية تدين الإجهاض المتعمد في المطلق، غير انه أيضا توجد بعض القيم والأعراف الأخرى التي تأخذ وضع النساء ووضع عائلاتهن الخاص في الاعتبار، وتبدو أنها تبرر قرار الإجهاض^(٤٣). فبالرغم من مخاطر الإجهاض وعدم قانونيته، وحتى في حال اعتقاد النساء أنفسهن انه حرام وغير أخلاقي، فان أوضاعهن الاقتصادية الاجتماعية قد تغلب على أي اعتبارات أخرى^(٤٤). فان النساء قبل كل شيء يتوجب عليهن أن يفين بالتزاماتهن نحو أطفالهن، وهو ما يشكل ما يطلق عليه الأخلاقيات ذات الجنور الاجتماعية^(٣٧) التي تضع إطارا لقيمة الأمومة وتبرر الإجهاض في ذات الوقت.



واضحة أو محددة، ففي معظم مواقف الحياة تكون عملية تحليل المخاطر والفوائد حدسية ومستمرة وقابلة للتغير في الاتجاه المعاكس. ويمكن لمدخل أكثر جدة ويضع العوامل الاجتماعية في اعتباره بشكل أكبر عند التعامل مع الفعل الإنساني أن يساعد على تنقيح النموذج الذي كان يستخدم بصفة عامة لوصف عملية اتخاذ قرار الإجهاض. ويوضح هذا المدخل أن القرارات تتخذ رداً على ظروف حياتية معينة في لحظة ما من حياة المرأة، كما تتخذ تلك القرارات في سياقات اجتماعية ثقافية تشكل إدراك المرأة وتقديرها للبدائل المتاحة أمامها. وتمتد تلك القرارات إلى ما هو أبعد من الشخصي والنفسي وتتأثر بالنواحي الديموغرافية والجنسية ومعايير الإنجاب في إطار الطبقة والعرق والاثنية والنوع والدين والعائلة والتاريخ الإنجابي، بالإضافة إلى المخاطر والفوائد الفردية^(٤٦).

أن الآخرين ذوي الأهمية ليسوا فقط أفراداً يمنحون المشاعر والدعم المادي والاجتماعي أو يمنعوها، وإنما يشكلون أيضاً جزءاً من سياق اجتماعي أوسع وأكثر نفوذاً^(٤٧) حيث تؤثر المعايير والقيم الخاصة بالوقت الذي يجب للمرأة أن تصبح فيه أما على قرارها فيما إذا كانت ستستمر في الحمل أم لا^(٤٨-٢٢). وكثيراً ما يعتمد القرار أيضاً على ما إذا كانت المرأة ترى ضرورة المحافظة على أو تغيير ما تشعر بأنه الوضع الراهن فيما يتعلق بأسرتها ومجتمعها ومع شريكها^(٣٧).

ومن ثم يبدو من المفيد تغيير محور التركيز في هذا التحليل ليأخذ في الاعتبار لا المستوى الفردي فحسب ولكن أطر صنع القرار التي يتم صياغتها اجتماعياً. ولا يعني هذا تقليل الأهمية الواضحة للنساء كعناصر أساسية في هذه العملية، ولا تجاهل حقيقة أن النساء يتحملن معظم النتائج المترتبة على قرار الإجهاض، ولكن الهدف هو محاولة إيضاح أن التفاعلات والعلاقات الاجتماعية تقع في القلب من عملية صنع القرار.

وأخيراً، وفي حين يفترض في الأغلب إن المعايير والقيم التي تسترشد بها النساء في تقرير ما إذا كن سيلجان للإجهاض أم لا تتبع من النطاق "الأخلاقي" وتعتمد على مدى تدين المرأة وموقفها من الإجهاض وآرائها حول

قدرات على النظر في بدائل، والتفكير في إيجابيات وسلبيات كل منهما، ثم اختيار إحداها والتصرف على أساس هذا الاختيار، فكما أبرزت دراسة الانسون واستبوري: "هناك ميل لاخترال عملية صنع القرار بصورة مصطنعة والى تناولها كما لو كانت تسير في اتجاه واحد. أو لا تحصر مناقشة القرارات بشأن الحمل الذي يمثل مشكلة في المخرجين النهائيين فقط (أي الاستمرار في الحمل أو إنهائه)، وثانياً يتم الاعتماد على إطار غارق في ثنائيات مربية ومنطق أحادي الاتجاه"^(٣٤).

ووفقاً لهذا المنطق فإن عملية اتخاذ قرار الإجهاض تبدأ عندما تشعر المرأة بعلامات الحمل المتعددة. وعندما تتأكد من الحمل، تقرر إنهائه فتبحث عن المصادر اللازمة وتتفاوض عليها وتحصل عليها، وفي النهاية يتم إجراء الإجهاض بما يحمله من عواقب مخاطر في وضعها المحدد. إلا أن الكتابات الاثنوغرافية تشير إلى أن العملية أكثر تعقيداً. ففي حقيقة الأمر تمر المرأة بفترة من عدم اليقين، وخلال تلك الفترة، وعلى الرغم من التغييرات التي تطرأ على جسدها، فإن الحمل يكون في مخيلتها مجرد احد الاحتمالات والإجهاض يكون مجرد احد الحلول التي قد تضطر في نهاية الأمر إلى النظر فيها. وفي واقع الأمر، يمكن أن يتم تفسير تأخر الدورة الشهرية بصور مبدئية على أن هناك شيء ما في جسدها يعوق نزول الطمث وليس علامة على الحمل. وقد تحاول المرأة استخدام أي شيء بدءاً من الوصفات المنزلية إلى استخدام العقاقير حتى يحدث الطمث. وفي الوقت نفسه قد تحاول إقناع الطرف الآخر بالزواج أو إقناع شريكها، أو زوجها، أو عائلتها بالموافقة على إنجابها للطفل. وقد أوضحت بعض الدراسات الاثنوغرافية أيضاً إن المعتقدات الخاصة ببداية الحمل وتطور العلقة والجنين ونفسية المرأة الحامل يمكنها أن تجعل المرأة تبدو كما لو أنها لا تفكر في الإجهاض أو تتصرف كذلك، حتى لو لجأت إليه في نهاية الأمر^(٤٥-٣٧-٣٥).

وهكذا فإن فكرة القرار العقلاني، المعتمد على تحليل بسيط للمخاطر والفوائد، تصطدم مع أنواع الشكوك التي يمكن أن تشعر بها المرأة والتي تخلق نوعاً من الخطاب النفسي المزدوج. فالحقيقة هي أن القرارات لا تكون دائماً

المثال، دراسة العمليات القضائية بغرض تقييم عمق التغييرات النهائية اللازم إدخالها في القوانين، واتجاه تلك التغييرات. وسوف يكون من المفيد استعراض محتوى مشروعات القوانين التي من المتوقع أن تعرض على البرلمانات الوطنية والتي تستهدف إلغاء العقوبات أو فرض المزيد من القيود على الإجهاض. ويجب استكمال تلك الجهود عن طريق تحليل التوجهات السياسية والأيدولوجية الخاصة بالمؤسسات الاجتماعية (مثل الكنيسة الكاثوليكية) والتي تهتم بالتغييرات المقترحة أو يمكن أن تتأثر بها بطريقة مباشرة، وكذلك التحليل السياسي للإصلاحات السياسية المستمرة التي تتم في الوقت الحالي (٥٣-٥٧).

ونظرا للطبيعة الجدلية لهذا الموضوع، هناك حاجة أيضا إلى دراسة أكثر تفصيلا عن مدى قبول الإجهاض اجتماعيا. ومن شأن هذا أن يساعد على فهم المناخ الإيديولوجي الذي يعمل السياسيون أو النشطاء أو كلاهما من خلاله، كما يسهم أيضا في تقييم المشروعية الاجتماعية للإصلاحات الليبرالية النهائية، والإجابة على التساؤلات التالية: ما هي الحج التي يستخدمها السياسيون والنشطاء للتعريف بمواقفهم فيما يخص مسألة الإجهاض؟ ماذا يعني بالنسبة لهم أن يؤيدوا أو يعارضوا تشريع الإجهاض؟ إلى أي مدى ينظر إلى الإجهاض على أنه حق للمرأة؟ ما هي الأسباب التي تستخدم لجعل الإجهاض مشروعاً من الناحيتين الأخلاقية والاجتماعية؟^(٥٨)

ويمكن اعتبار قياس الرأي العام احد استراتيجيات تقييم مدى تقبل الإجهاض، وإن كان لم يتم استخدام ذلك إلا في عدد قليل من الدراسات في المنطقة^(٥٩-٦٠). وبصفة عامة، فإن تصميم استبيانات الرأي كان يتم عن طريق شركات تسويق اجتماعية تفنقر إلى معرفة المشكلات المنهجية المتعلقة بالأمر مما يشكك من مصداقية المعلومات التي تم الحصول عليها.

وتوضع المعلومات المتاحة أن هناك اختلافات حادة ما بين آراء النساء والرجال في المراحل العمرية المختلفة. ويجب توضيح وجود تلك الآراء المتعارضة، فمن ناحية هناك من لا يقبلون بالإجهاض تحت أي ظرف من الظروف، وعلى النقيض منهم من يرون أنه أمر يخص

الوضع القانوني للإجهاض^(٣٧)، تكشف بعض الدراسات أن قرار إنهاء الحمل يتم أيضا بالاسترشاد بالمبادئ والنصوص الخاصة بالنواحي الثقافية الأخرى مثل القيم والمعايير المرتبطة بالأثوثة والزواج والأمومة^(٣٨).

البعدان السياسي والعام: موضوعات يتم إغفالها

يكشف الجدال الدائر حول الإجهاض عن وجهات نظر جد متضاربة وغالبا ما تتسم بالكثير من التعارض. وعلى الرغم من الاعتراف العام بأن الحواجز التي تعوق حل مشكلة الإجهاض كمسألة صحة عامة غالبا ما تكون سياسية، إلا أنه لم يتم التركيز في الأبحاث المنهجية في أمريكا اللاتينية إلا مؤخرا على البعدين السياسي والعام المرتبطين بالإجهاض المتعمد. وقد يرجع هذا جزئيا إلى الغياب شبه التام لمتخصصين في العلوم السياسية ضمن القائمين على البحوث في هذا المجال.

والى جانب النشاط الأكاديمي، بذلت الحركات النسائية جهودا جمة لتفهم الأمر كجزء أساسي من ممارساتها السياسية، ولكن نظرا لأن تلك الجهود قد انحصرت في مناقشات أيدولوجية ومواجهات سياسية فقط، فقد افتقرت بالتالي إلى النظرة المتفحصة المحللة التي تتسم بالمنهجية والشمولية^(٥٠).

ويوضح التحليل المقارن المعايير القانونية في أمريكا اللاتينية كيف أن القوانين والسياسات المتعلقة بالإجهاض تؤثر على مدى توافر خدمات الإجهاض وجودتها، إذ أن المعايير القانونية المقيدة تؤدي إلى حرمان معظم النساء، وخاصة الفقيرات منهن، من إمكانية إجراء الإجهاض الآمن. وحتى في حالة وجود أسس محددة للإجهاض القانوني (مثلا هو الحال في حالات الاغتصاب، أو الخوف من تعرض صحة أو حياة المرأة للخطر، و في حالة وجود عيوب خلقية في الجنين) فإن الحصول على إذن قضائي ليس بالأمر اليسير^(٥١). وتؤثر عدم قانونية الإجهاض أيضا على جودة الرعاية الصحية مما يؤدي في كثير من الحالات إلى مضاعفات ناتجة عن عمليات الإجهاض التي تتم بصورة غير متقنة^(٤٥-٥٢).

على أن تحليل الموضوعات القانونية لا بد وأن يذهب إلى ما هو أبعد من ذلك، إذ أنه من المهم، على سبيل

المرأة فقط. وفيما بين هذين الرأيين يبدو وان الأغلبية تقبل بالإجهاض في موقف أو مواقف بعينها (ومن أكثر المواقف التي تم ذكرها الاغتصاب، أو الخوف من تعرض صحة أو حياة المرأة للخطر، أو في حالة وجود عيوب خلقية في الجنين)^(٥٩-٦٠).

ومن المهم أن نعلم أكثر عن توجهات الأطباء والمحامين، وهما أكثر مهنتان مرتبطتان بالإجهاض. فالأطباء موكل لهم مسؤولية التدخل الإكلينيكي في جميع أوجه الإجهاض، إذ أن خبرتهم العملية تتيح لهم إصدار أحكام بالسماح بالإجهاض أو منعه، وكذلك معالجة المضاعفات الناتجة عنه. وبالنظر إلى أهمية الدور الإكلينيكي، يعد الأطباء من الموارد الرئيسية في إصلاحات ليبرالية يمكن إنتاجها في المنطقة^(٦١-٦٢-٦٣). وعلى الرغم من أن المحامين يحصلون في العادة على اهتمام أقل من الأطباء في الأبحاث، فإنه غالبا ما يتم اللجوء إليهم طلبا للرأي في حالة وجود جدل حول الإجهاض، سواء كان ذلك بصفتهم الشخصية أو عن طريق نقاباتهم المهنية^(٦٤).

وأخيرا، يجب أن يركز البحث على أنواع الخطاب والرسائل والصور الخاصة بالإجهاض التي يتم نقلها عبر وسائل الإعلام. كما يجب أن يبحث هذا التحليل فيما إذا كان هناك موقفا واضحا يتخذه رؤساء التحرير إزاء الإجهاض أم إن الموقف الصحفي "محايد" و "موضوعي"، وكذلك ما إذا كان يتم توصيل آراء النشطاء من الحركات النسائية والأطباء والمسؤولين والمحامين ورجال الدين.

اعتبارات أخيرة:

لتحقيق تقدم جاد في فهمنا لهذا الأمر، هناك حاجة إلى إيجاد استراتيجيات بحثية لمدنا بالمعرفة الجديدة، ويشمل ذلك:

- تدعيم البيانات الانثروبولوجية والسوسولوجية الوفيرة التي تم جمعها حتى الآن.
- طرح اطر نظرية ومدخل جديدة مأخوذة من مجالات أخرى، بما في ذلك علوم الديموغرافيا والوبائيات والانثروبولوجيا والاجتماع، وذلك لتوضيح تشابك العوامل الاجتماعية والثقافية التي تحيط بموضوع الإجهاض المتعمد في الثقافات المختلفة وعلى

المستويات المختلفة من التحليل (فردى، واجتماعى جزئى، واجتماعى كلى) وكيفية تفاعلها مع بعضها البعض. ومن اجل تعزيز هذا المدخل الذى يعتمد على الربط ما بين العديد من المجالات العلمية، يجب تشجيع عملية تضمين باحثين من علوم لم تكن مشاركة في هذا المجال إلا في حدود قليلة مثل متخصصين في العلوم السياسية والاتصالات الاجتماعية.

- تقليل التبانيات فيما يخص المعلومات المتاحة عن دول منطقة أمريكا اللاتينية عن طريق إجراء البحوث الوطنية والمقارنة، إذ يبدو أن هذا التباني في المعلومات لا ينتج عن حجم مشكلة الإجهاض كمشكلة صحة عامة أو عن وضع مسألة الإجهاض في السياسات الصحية لدولة ما، وإنما يمكن شرحه جزئيا من خلال توضيح مدى دعم الهيئات الدولية لأبحاث الإجهاض والأولوية المعطاة لها في دول تعاني من مشاكل ديموغرافية شديدة. وبالإضافة إلى ذلك، يجب الإشارة إلى أن بعض الحكومات قد بذلت جهودا حثيثة لوضع سياسات وبرامج ديموغرافية وصحية لتناول مشكلة الإجهاض المتعمد.

- بحث موضوعات لم يسبق بحثها من قبل. إذ إننا على سبيل المثال لا نعرف سوى القليل عن الإجهاض في القطاعات الريفية والطبقة المتوسطة من مجتمعاتنا، وعن الممارسات والتوجهات الخاصة بممارسي المهن الطبية والسياسية، ودور وتوجهات الرجال، والتفاعل ما بين موضوع الإجهاض والصحة والنوع والشئون الجنسية.

- تحفيز التحليل المتعمق للأبعاد الأيدولوجية والسياسية الخاصة بالإجهاض المتعمد، خاصة تلك المرتبطة بالتشريع والمناقشات العامة والسياسات الصحية وبرامج التنمية والتي لم تحظ بالقدر الكافي من الاهتمام على الرغم من ضرورتها الملحة^(٦٥).

على مدى العقد الماضى، تضمنت العديد من المناظرات الاجتماعية المتنوعة ما بين السياسيين والنشطاء موضوع الإجهاض، كما وضع الموضوع ضمن الاستراتيجيات السياسية لكلا الطرفين. وتعد الحركة النسائية المحرك الرئيسي لهذا الأمر، وان كان الإجهاض قد تجاوز في الوقت الحالي كونه مجرد اهتماما نسائيا ليصبح محل اهتمام

ولتفعيل التغييرات الاجتماعية والسياسية المطلوبة، والحصول على حق النساء في الاستقلال بشؤونهن الجنسية والإنجابية، وتطوير خدمات جديدة شاملة وعالية الجودة بالنسبة للشئون الجنسية والإنجابية، فإن الحصول على معلومات حديثة يصبح أمراً ضرورياً. ومن دون شك سوف يطلب من علماء الاجتماع المشاركة في تحقيق هذا الهدف.

المنظمات الدولية والهيئات متعددة الأطراف، بل والعديد من الحكومات أيضاً (٥٤-٦٦).

وسوف تساهم المعرفة الجديدة في إثراء الاستراتيجيات السياسية لأولئك الساعين إلى جعل قوانين الإجهاض أكثر ليبرالية وتحسين الوضع بالنسبة للصحة العامة المتعلقة بالإجهاض، وتعد تلك أهداف محورية، خاصة بالنسبة للحركات النسائية.

شكر وتقدير

يعد هذا المقال نسخة ملخصة ومحدثة من

"del aborto inducido en America Latina un balance parcial y alguna propuestas a sfuturo" Elestudio

تم تقديم هذا البحث في الندوة المعقدة في المكسيك في الفترة من ١٨ إلى ٢١ نوفمبر ١٩٩٦ تحت اسم

"Seminario Internacional sobre Avances en Salud Reporadvtivo y Sexualidad"

ونود تقديم الشكر إلى ماريانا روميرو Mariana Romero وفرانسيس بيراري Francisa Pereyra من CEDES للمساعدة

التي قدمتها في استعراض الوثائق والمواد، والشكر أيضاً إلى بابلو لاتيس Pablo Lattes على ترجمة هذه الورقة من الأسبانية

إلى الإنجليزية وإلى جويس يوماماتو Joyce Umamoto للمعاونة في تنقيح النسخة الإنجليزية.

References and notes

1- These include papers on Latin America presented at seminars and meeting on abortion and related subjects and in international Family Planning Perspectives and Reproductive Health Matters from 1993 to 1996. For this version of the paper these journals have been reviewed through 1997. Although we did not carry out an exhaustive review of the published literature, we consider these meeting and publications representative of the ongoing academic discussion on the subject.

2- For recent study, see: Johnston HB, Hill KH, 1996, Induced abortion in the developing world: indirect estimates. International Family Planning Perspective. 22(3):108-14.

3- For a recent study, see: Singh S, Sedgh G, 1997. The relationship of abortion to trends in contraception and fertility in Brazil, Colombia and Mexico. International Family Planning Perspective. 23(1):4-14.

4- Zamudio L, Rubiano N, Wartenberg L, 1994. Representatividad, confibilidad y signification: problemas practios de la investigacion sobre aborto inducido. Paper presented at Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en America Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia, SantafE` de Bogot? 15-18 November.

5- Kulczycki A, 1996. Demographic research and abortion policy: the limits to statistics. Socio-cultural and Political Aspects of Abortion in a Changing World.

International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), LiEge.

6- Belsey M, 1989. WHO studies differentiating between spontaneous and induced abortions. Methodological Issues in Abortion Research. F Coeytaux, A Leonard, E Royston (eds). Population Council, New York.

7- Singh S, Wulf D, 1994. Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. International Family Planning Perspectives. 20(1):5.

8- Chirinos JL, Sobrevilla L, Alcantara E, 1994. El aborto en el Peru: studio epidemiologico hospitalario en las ciudades de Iquitos, Piura Puno. Paper presented at Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en America Latinayel Caribe Univesidad Externado de Colombia Santafe de Bogota 15-18 November.

9- Singh S, Wulf D, 1994. Niveles estimados de aborto inducido en seis Paisas latses latinoamericanos. Paper Presented at encuentro de Invesigadores sobre Aborto Inducido en America Latina yel Caribe. Universidad Externado de Colombia, Santafe de Bogota 15-18 November.

10- Abortion: A tabulation of Available datd on the Frequency and mortality of Unsafe Abortion. WHO/ MCH/ 90. 14. World Health Organization Geneva 1994.

11- There were 41 countries in Africa, Asia and

Latin America who Gathered national data.

12- Casterline J 1989. Collecting data on abortion using national surveys. *Methodological Issues in Abortion Research*. F Coeytaux, A Leonard, E Royston (eds). Population Council, New York.

13- INOPAL Project, 1992. *Reasons for Use of Family Planning Services in La Paz and El Alto*. Population Council, New York.

14- Huntington D, Mensch B, Miller VC, 1996. Survey questions for the measurement of induced abortion. *Studies in Family Planning*. 27(3): 155-61.

15- Zamudio L, Rubiano N, Wartenberg L, 1994. *La incidencia del aborto en Colombia*. Paper presented at Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en America Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia, Santafe de Bogota 15-18 November.

16- Zamudio L, Rubiano N, Wartenberg L, 1994. Representatividad, confiabilidad y significacion; Problemas Practicos de la Investigacion sobre aborto inducido. Paper presented at Encuentro de Investigadores sobre Aborto inducido en America Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia, Santafe de Bogota 15-18 November.

17- de Sousa e Silva R, 1994 *Incidencia y caeacteristicas del aborto inducido en San Paplo*. Paper presented at Encuentro do Invesigadores sobre Aborto inducido en America Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia, Santafe de Bogota 15-18 November

18- Rosenfield A, 1989. Estimating levels of spontaneous abortions. *Methological Issues in Abortion Research*. F Coeytaux, A Leonard, E Royston (eds).Population Council, New York.

19- Quoted in: Royston E, 1989. Estimating the number of abortion deaths. *Methological Issues in Abortion Research*. F Coeytaux, A Leonard, E Royston (eds). Population Council, New York.

20- Darroch Forrest J, 1989. Comments. *Methological Issues in Abortion Research*. F Coeytaux, A Leonard, E Royston (eds). Population Council, New York.

21- Frejka T, Atkin LC, Toro OL, 1989. Programa de Investigaci? N para la Prevenci? n del Aborto Inducido en Condiciones Riesgosas sus Consecuencias Adversas en Am?rica Latina y el Caribe. Working Paper No 2. Population Council, Mexico.

22- Cardich R, Carrasco F, 1993. Desde las Mujeres. *Visiones del Aborto. Nexos entre Sexualidad, Anticoncepci? N y Aborto*. Movimiento Manuela Ramos y Population Council, Lima.

23- Llovet JJ, Ramos S, 1988. *La Pr? Citia del*

Aborto en Mujeres de Sectores Populares. Documento CEDES 4. CEDES, Buenos Aires.

24- Amuchastegui A, Rivas Zivy M, 1996. *Voces e Historias sobre el Aborto*. Population Council, EDANEX, Mexico.

25- Weisner M, 1982. Fecundiad y aborto provocado en mujeres chilenas de sectores populares desde la perspective de la antropologica m?dica. *Enfoques*. 3(3):23-32.

26- Weisner M, 1990. las pr?cticas del aborto en las mujeres de sectores populares. *El Aborto Inducido en Chile*. M Requena (ed)> Sociedad Chilena de Salud P? blica, Santiago.

27- Weisner M, 1993. Estudios sobre aborto inducido desde la perspective de las ciencias sociales. Paper presented at Simposio Nacional Leyes para la Salud y Derechos Reproductivos, Santiago de Chile, September.

28- Ramos S, 1989. Aborto. *Cinecia Hoy*. 1(1):44-52.

29- Mundigo A, 1993. Health and social aspects of induced abortion. Paper presented at International Population Conference, Montreal.

30- Zamudio L, Rubiano N, 1994. Conclusiones y recomendaciones. Paper presented at Encuentro de Investigadores sobre Aborto Indocido en America Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia, Santafe de Bogot?, 15-18 November.

31- Browner C, 1979. Abortion Decision making: some findings from Colombia. *Studies in Family Planning*. 10(3):96-106.

32- Paxman JM, Rizo A, Brown L et al, 1993. The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America. *Studies in Family Planning*. 24(4): 205-26

33- Barbosa R, Arilha M, 1993. La experiencia brasilera con el cytotec. *Studies in Family Planning*. 24(4):236-40.

34- Allanson S, Asturby J, 1995. The abortion decision: reasons and ambivalence. *Journal of Psychosomatic Gynaecology and Obstetrics*. 16:123-36.

35- Bal?n J, Ramos S, 1989. *La Medicalizaci? n del Comportamiento reproductivo: Un Estudio Exploratorio sobre la Demanda de Anticonceptivos en los Sectores Populares*. Documento CEDES 29. CEDES, Buenos Aires.

36- Mundigo A, 1996. The challenge of induced abortion research: trans-disciplinary perspectives. A background paper. Presented at Seminar on Socio-cultural and Political Aspects of abortion in a Changing World. IUSSP. Kovalam, India, 25-28 March.

37- Fachel Leal I, Lewgoy B, 1995. *Pessoa, aborto e contracepco*. Corpo e Significado. Ensaio de Antropologia Social. O Fachel Leal (ed). Editora

da Universidade/ UFRGS, Porto Alegre.

38- Villa A, 1997. Significados da Reprodução na construção da identidade masculina em setores populares urbanos. *Direitos Humanos. Saúde Sexualidade e reprodução na América Latina*. A Oliverira da Costa (ed). Fundação Carlos Chagas, Editora 34, São Paulo.

39- Figueroa Perea JG, 1995. Algunas reflexiones sobre la participación masculina en los procesos de salud reproductiva. Paper presented at Seminar on Fertility and the Male Life Cycle in the Era of Fertility Decline. IUSSP, Zacatecas, Mexico.

40- Tolbert K, 1994. El aborto: ¿qué papel juegan los hombres, esposos y compañeros? Paper presented at Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia, Santa Fe de Bogotá, 15-18 November.

41- Romero M, Lopez Carrillo L, Langer A, 1994. Determinantes del aborto en adolescentes mexicanas. Paper presented at Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia, Santa Fe de Bogotá, 15-18 November.

42- Beckman Lj, 1983. Communication, power and the influence of social networks in couple decisions on fertility. *Determinants of Fertility in Developing Countries*. Vol 2: Fertility Regulation and Institutional Influences. Bulatao RA, Lee RD (eds). Academic Press, New York.

43- Viladrich A, 1990. La práctica del aborto: sectores Sociales y servicios de salud. *Cuadernos Médico Sociales*. 53: 51-59.

44- Mazzotti M, Pujol G, Terra C, 1994. Una Realidad y Maternidad en Mujeres Católicas. Trilce, Montevideo.

45- Ramos S, Viladrich A, 1994. Abortos hospitalizados: entrada y salida de emergencia. Paper presented at Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia, Santa Fe de Bogotá, 15-18 November.

46- Ginburg F, Rapp R, 1991. The politics of reproduction. *Annual Review of Anthropology*. 20:311-43.

47- Pescosolido BA, 1992. Beyond rational choice: the social dynamics of how people seek help. *American Journal of Sociology*. 97(4): 1076-130.

48- Barring M, Li D, Ramos V et al, 1993. Aproximaciones al aborto. Asociación SUMBI/Population Council, Lima.

49- López E, Masautis A, 1994. Aborto en el cono urbano de Buenos Aires. Opiniones, evidencias e interrogantes. Paper presented at Encuentro en América Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia, Santa Fe de Bogotá, 15-18 November.

50- Lamas M, 1997. The feminist movement and the development of political discourse on voluntary motherhood in Mexico. *Reproductive Health Matters*. 10(November):58-97.

51- Nuevas estrategias para abordar el tema de los derechos reproductivos. Grupo de Información en Reproducción Elegida, México DF, 1995.

52- Langer A, García Barrios C, Heimbürger A et al, 1997. Improving post-abortion care in a public hospital in Oaxaca, Mexico. *Reproductive Health Matters*. 9(May): 20-28.

53- Nunes FE, Delph YM, 1995. Making abortion law reform happen in Guyana: a success story. *Reproductive Health Matters*. 6(November):12-23.

54- Nunes FE, Delph YM, 1997. Making abortion law reform work: steps and slips in Guyana. *Reproductive Health Matters*. 6(May):66-76.

55- Posada C, 1997. Abortion: a social, legal and juridical debate of the first order in Colombia. *Reproductive Health Matters*. 9(May):147-48.

56- Casas-Becerra L, 1997. Women prosecuted and imprisoned for abortion in Chile. *Reproductive Health Matters*. 9(May):29-36.

57- Baltar da Rocha MI, 1996. The abortion issue in Brazil: a study of the debate in Congress. *Estudios Feministas*. 4(2):505-22.

58- Rance S, 1997. Safe motherhood, unsafe abortion: a reflection on the impact of discourse. *Reproductive Health Matters*. 9(May):10-19.

59- Pick S, Givaudan M, Fawcett G, 1994. Resultado de tres encuestas nacionales de opinión sobre el aborto, México 1991-1993. Paper presented at Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia, Santa Fe de Bogotá, 15-18 November.

60- Weisner M et al, 1994. Algunos resultados de la encuesta sobre opiniones acerca del aborto

clandestine realizada por el Instituto Alan Guttmacher en Brasil, Chile, Colombia, México, Perú, República Dominicana. Paper presented at Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia, Santa Fe de Bogotá, 15-18 November.

61- Medina J et al, 1980. Encuesta de actitudes sobre el aborto y su legislación. Revista Colombiana. 31:14-22.

62- Elu M del C, 1994. El personal de salud ante el aborto: valores y contraindicaciones. Paper presented at Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia, Santa Fe de Bogotá, 15-18 November.

63- Kennedy M, 1994. El aborto: enfoque psicosocial y de salud pública. Centro de

Estudios de la Mujer, la Paz. (Unpublished)
64- Gutierrez MA, Gogna M, Ramos S, 1996. Hacia nuevas formas de relación entre la sociedad civil y el Estado: La experiencia de Mujeres Autoconvocadas para Decidir en Libertad, Argentina. Paper presented at Seminario Salud Reproductiva en América Latina: Temas y Problemas. Organised by ABEP/NEPO-UNICAMP/PROLAP, Caxambu, Brazil. 4-7 October.

65- Azize-Vargas Y, Avilés LA, 1997. Abortion in Puerto Rico: the limits of colonial legality. Reproductive Health Matters. 9(May):65-65.

66- Bellucci M, 1997. Women's struggle to decide about their own bodies: abortion and sexual rights in Argentina. Reproductive Health Matters. 10(November):99-106.

توفير الإجهاض القانوني في البرازيل شراكات عملية

بقلم/ ويلز فييرا، ماريا خوسيه دي اوليفيرا اروجو

يصف هذا المقال مشاركة المجموعات النسائية العاملة في مجال الصحة والحقوق الإنجابية للمرأة في الحملات من أجل توفير الإجهاض القانوني في المستشفيات العامة بالبرازيل. يسمح القانون الجنائي البرازيلي بإجراء الإجهاض العلاجي في حالة حدوث الحمل نتيجة للاغتصاب أو عندما يمثل خطراً جسيماً على حياة المرأة. وهناك اليوم أكثر من ٢٠ مستشفى في البرازيل مسموح لها رسمياً بتقديم الإجهاض العلاجي في نطاق القانون القائم. ويأتي ذلك نتيجة للجهود المشتركة للنسويات والعاملين في مجال الصحة وواضعي السياسات، حيث تم تطوير برنامج نموذجي لتدريب مقدمي الخدمة على إجراء الإجهاض القانوني، في المستشفيات التي أمكن الحصول على موافقة مجلس إدارتها. وقد حسن التدريب من نوعية الرعاية المقدمة لحالات الإجهاض غير الكامل غير القانونية في تلك المستشفيات بالمقارنة مع المستشفيات التي لم يتم فيها تدريب الأطباء. وتبقى مشكلات عدم توفر الخدمة وعدم قبول الرأي العام لمسألة الإجهاض قائمة. تحتاج النساء ليس فقط للحق في الإجهاض وإنما للمزيد من الخدمات والكوادر الطبية المدربة على إجراء عملية الإجهاض أيضاً في جميع أنحاء البلاد.

قطاعات عريضة من المنظمات النسوية والنساء في الأوساط الأكاديمية والحركات القاعدية والعاملات في مجال الصحة في هذه العملية.

انتم نشاط النسويات في تلك الفترة بالتنوع فيما يتعلق بقضايا صحة المرأة في البرازيل. لقد توحدت الحركة النسوية خلف هدف عام هو التصدي لتغيير الأدوار التقليدية المبنية على انصياع المرأة للرجل وعلى الحمل القسري. تواجه النساء البرازيليات، مثلهن في ذلك مثل النساء في العديد من الدول النامية، مشكلات خطيرة بسبب القيود القانونية المفروضة على الإجهاض، والتي يفاقمها عدم التكافؤ الاقتصادي - الاجتماعي، مما يؤدي إلى تركيز الوفيات والإصابة بالمرض في أوساط النساء الفقيرات، بينما تحصل أولئك اللاتي يملكن المال على إجهاض آمن في العيادات الخاصة. لذا أصبح النضال من أجل الحق في الإجهاض الشعار الرئيسي الذي انتظمت تحته الحركة النسوية في البرازيل في وقت من الأوقات^(١).

القانون والجدل حول تعديله:

يعتبر الحق في الإجهاض بالنسبة للنسويات في جميع

تتميز البرازيل بوجود مشاركة فعالة وملتزمة للمجتمع المدني في الحياة السياسية والاجتماعية. وقد تجلت تلك المشاركة في شكل العديد من استراتيجيات العمل السياسي بعد عقد الثمانينات، في وقت انخرطت فيه مختلف قطاعات المجتمع المدني البرازيلي بشدة في تشكيل قضية المواطنة. من ضمن تلك الاستراتيجيات، على سبيل المثال، الحوار مع القطاع العام لصياغة سياسات تفي باحتياجات غالبية السكان من ناحية، والضغط من أجل تفعيل تلك السياسات ومراقبة تنفيذها من ناحية أخرى.

شهدت البرازيل خلال الثمانينات من هذا القرن ظهور جيل من النساء تطور نشاطه في المجالين السياسي والنسوي إلى نضال مستمر من أجل تحسين أوضاع النساء الصحية ضمن العديد من القضايا الأخرى. وشملت تلك العملية السعي إلى امتلاك المعرفة والنقاش والجدل وتطوير مقترحات المشاريع حول قضايا عامة وأخرى خاصة متعلقة بصحة المرأة. كان المدخل لتناول مسألة الإجهاض هو التعامل معها باعتبارها سبباً رئيسياً لوفيات الأمهات، أكثر من كونها قضية تتعلق بحق النساء في اتخاذ القرارات المتعلقة بأمورهن الخاصة. وشاركت

أنحاء العالم بما في ذلك البرازيل، رمزا لحق المرأة في اتخاذ القرار. لذلك فقد بذلت النسويات في البرازيل عقودا من الزمان في محاولة جعل السياسيين والقضاة والرأي العام أكثر حساسية لهذا الحق، ودفعهم للإقرار به، في ظل سيناريو قاس شكله التأثير القوي للكنيسة الكاثوليكية البرازيلية على أعضاء البرلمان والرأي العام. لكن الحركة النسوية البرازيلية غيرت من استراتيجياتها منذ التسعينات سعيا لتوسيع قاعدة الدعم لهدف توفير الإجهاض الآمن والقانوني، عبر إقامة التحالفات مع العديد من قطاعات المجتمع، خاصة العاملين في مجال الصحة ومؤسساتهم والسياسيين والمحامين ووسائل الإعلام.

لكن هذا الجهد أضعفه الجدل السياسي حول ما إذا كان من الأحرى العمل على تقنين الإجهاض أم عدم تجريمه. وفي هذا الإطار جرت حملة لتعديل قانون الإجهاض القائم تعديلا جوهريا. وحتى اليوم ما يزال النضال من أجل حق المرأة في الإجهاض واحد من أهم القضايا التي تشغل حركة حقوق المرأة في البرازيل.

يسمح قانون العقوبات البرازيلي (١٩٤٠) بالإجهاض العلاجي في حالة حدوث الحمل نتيجة للاغتصاب أو عندما يشكل الحمل خطرا جسيما على حياة المرأة. لكن الإجهاض رغم ذلك لم يكن متاحا للنساء البرازيليات وفقا لهذه الأسس القانونية للعديد من الأسباب:

- عدم وجود لوائح محددة حول كيفية تطبيق القانون بواسطة العاملين في المجال الصحي وتقديم الخدمات الصحية للقانون
- رفض الأطباء إجراء الإجهاض
- عدم معرفة غالبية النساء بمواد القانون
- أن الاغتصاب مشكلة خفية

خدمات الإجهاض القانونية الأولى بالمستشفيات العامة:

في عام ١٩٨٨ فاز الحزب التقدمي بالانتخابات في ساو باولو. وفي ظل هذا السياق المواتي سياسيا تكون تحالف بين (أ) صانعي السياسات ممن اتخذوا موقفا واضحا مساندا للتداول مع الحركة النسوية خلال الحملة الانتخابية وفي الفترة التي تلتها مباشرة، (ب) الأطباء

التقدميين من الاتحاد البرازيلي لأطباء النساء والتوليد، (ج) والنسويات الناشطات في مجال صحة المرأة، كجزء من عملهن الدؤوب المتعلق بقضية الإجهاض. نتيجة للجهود المشتركة لهؤلاء، بدأت إحدى المستشفيات في ساو باولو بتقديم الإجهاض القانوني في عام ١٩٨٩. خلق نجاح هذه المبادرة تغييرا كبيرا على منحنى الجدل حول ما يمكن فعله حيال الإجهاض غير الآمن وغير القانوني في المستقبل. فقد طالب قسم من الحركة النسوية بإعطاء الأولوية لدعم توفير الإجهاض القانوني بالمستشفيات العامة على نطاق البلاد، على اعتبار أن هذا هو أفضل الوسائل لحصول النساء على حق الإجهاض. لكن مجموعة أخرى من النسويات رأت انه من الهام أن تركز الاستراتيجية منذ البداية على الحق غير المشروط في الإجهاض لكل النساء^(٢). بالرغم من وجود حكومة تقدمية في ساو باولو في الفترة ما بين ١٩٨٩-١٩٩٣، فإن تطور العملية الديمقراطية في البرازيل تباطأ بصورة عامة بعد انتخاب رئيس فيدرالي وحكام محافظين في معظم الأولويات البرازيلية. وقد دفع غياب الحوار مع الحكومة بعض مجموعات المجتمع المدني البرازيلي إلى تقوية الأنشطة والأهداف الخاصة بها. انعكس هذا الجهد في الجدل والنقاش حول الإجهاض الذي انتهى بالاتفاق على الموقف المتمثل فيما يلي: أولا، إن القوى المعادية للإجهاض قوية جدا، وثانيا، أن الحملة لتوفير الإجهاض المسموح به في حدود القانون الحالي لا يجب أن تكون هي نهاية المطاف، بل أن تكون حملة توفير الإجهاض، حسب الأسس القانونية القائمة وقتها، في المرافق الصحية الحكومية جزءا من استراتيجية عريضة لإثارة قضية الحق في الإجهاض في المجتمع البرازيلي بصورة أوسع والتأثير على الرأي العام وواضعي السياسات في آن واحد^(٣).

بالرغم من التأثير القوي لوجود خدمات عامة للإجهاض القانوني على العاملين في مجال الصحة والقضاة والرأي العام، إلا أن بقية المستشفيات لم تتبع هذه المبادرة إلا بعد خمسة أعوام، ربما للانفصال الكامل بين الحكومة والمجتمع المدني خلال تلك الفترة.

في عام ١٩٩٤، بدأ مستشفى ثان توفير الإجهاض القانوني كجزء من حزمة خدمات تقدم للنساء ضحايا جرائم العنف. وقد شجع المستشفى على عمل ذلك برنامج عمل المؤتمر العالمي للسكان والتنمية، والعودة إلى مزيد من الانفتاح السياسي في ذلك العام. وقد بدأ من الأجدى تضمين الإجهاض القانوني في خدمة أوسع كالتالي ذكرناها. لهذا شهدت السنوات القليلة التالية مبادرات شبيهة من سبع مستشفيات لتقديم حزمة متكاملة تقدم للنساء ضحايا جرائم العنف شملت الإجهاض القانوني، وتقديم موانع الحمل في حالات الطوارئ، والوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا وتقديم الاستشارات. هناك اليوم أكثر من ٢٠ مستشفى بالبرازيل مسموح لها رسميا بإجراء الإجهاض العلاجي في ظل القانون الحالي، وقد قامت هذه المستشفيات بإجراء حوالي ٥٠٠ عملية إجهاض قانوني منذ عام ١٩٨٩. لكن هذه المستشفيات للأسف غير موزعة جغرافيا بشكل جيد، إذ أن ست منها موجودة في ولاية ساو باولو، وأربع في بورتو اليجرو، وهي مدينة أخرى ذات حكومة تقدمية. جاءت هذه البرامج من الشراكة المستمرة والناجحة التي بدأت في عام ١٩٨٨. ولعبت الحركة النسوية في مجال صحة وحقوق النساء الإنجابية دورا أساسيا اقل مظاهره إثارة تلك القضايا بين قطاعات واسعة من المجتمع. في نفس الوقت، انشأ الاتحاد البرازيلي لأطباء النساء والتوليد لجنة قومية من أجل الإنهاء القانوني للحمل هدفها الأساسي تدريب العاملين في المجال الطبي على المهارات الفنية لإجراء عملية الإجهاض. كما تم تطوير برنامج نموذجي بالتعاون بين المجموعات النسوية والأطباء لتدريب مقدمي الخدمة على إجراء الإجهاض القانوني، وذلك بمشاركة المجموعات النسوية المحلية وممثلي اللجنة على المستوى المحلي.

ومن خلال هذا البرنامج النموذجي اتيح للمهنيين الراغبين في المساهمة في تقديم الإجهاض القانوني الحصول على التدريب بمجرد الحصول على موافقة مجلس إدارة المستشفى. وبالإضافة إلى المهارات التقنية اللازمة لإجراء الإجهاض خاصة عن طريق الشفط اليدوي Manual Vacuum Aspiration تضمن التدريب

جلسات حول قضايا النوع، والأخلاقيات، والحقوق الإنجابية. وبعد انتهاء التدريب يعمل المدربين والمتدربين معا لتطوير نظام لتقديم خدمات الإجهاض^(٤).

من المهم أيضا ذكر الجهد الذي قامت به المجموعات المسوية المحلية للإعلان عن توفر خدمات الإجهاض القانوني في المستشفيات المحلية، ومراقبة مدى توفر ومستوى تلك الخدمات في الواقع. ووفقا لمنسق اللجنة القومية من أجل الإنهاء القانوني للحمل: "يمكننا ضمان نوعية الخدمات المقدمة فقط إذا ما تعاونت المجموعات النسوية المحلية للربط بين احتياجات النساء والمهارات المهنية المطلوبة"^(٥).

حملة تعديل القانون:

انطلاقا من الاتفاق العام على أن إتاحة الإجهاض القانوني ليس هدفا بحد ذاته، تم تطوير العديد من الاستراتيجيات خلال التسعينات لوضع الحق في الإجهاض على الأجدة القومية.

واصلت الناشطات النسويات في البرازيل، بالتحالف مع أعضاء البرلمان، الضغط على الكونجرس لتوسيع حصول النساء على الإجهاض. ولما كانت إحدى الصعوبات التي أثرت على استراتيجية تقديم الإجهاض القانوني في المستشفيات هي ضرورة الحصول على موافقة إدارة المستشفى، فقد تقدم احد أعضاء البرلمان عن حزب العمال بمشروع قانون في عام ١٩٩١ يقضي بان توفر المستشفيات العامة خدمة الإجهاض القانوني. الاستراتيجية الثانية كانت محاولة إضافة أسس قانونية لقانون الإجهاض الحالي، ففي عام ١٩٩٢، قدم للبرلمان مشروع قانون آخر للسماح بالإجهاض في حالات التشوه الجنيني غير القابل للعلاج. ولم يتم إقرار أي من هذه المشروعات حتى الآن^(٦).

على الجانب الآخر شهدت السنوات العشر الماضية مشروعات قوانين أخرى بهدف إلغاء حتى الحقوق المحدودة الواردة في القانون منذ ١٩٤٠، ولم يتم التصديق عليها أيضا. لذا فان توسيع خدمات الإجهاض القانوني من خلال زيادة عدد المستشفيات التي تقدمها ما زال متعثرا بسبب الإجراءات على المستوى المحلي مع السلطات

خاص من جريدتها، التي توزع على نطاق واسع، وتهدف إلى دعم النشاط المطالبين ب"الحق في اختيار" بتقديم حجج جديدة.

من المهم أيضا ذكر أنشطة فرع البرازيل لمنظمة كاثوليكيات مع الحق في الاختيار"، لإسهامهن الخاص في حفز العديد من النساء والرجال في البرازيل على التفكير بصورة أكثر انفتاحا في مسألة الإجهاض وأهمية حق النساء في اتخاذ القرارات الخاصة بهن، عبر الحوار مع القساوسة ورجال الدين الآخرين بالكنيسة الكاثوليكية وتفكيك الحجج الدينية حول الخطيئة والذنب.

العمل مع الشرطة:

اهتمت الحركة النسوية -أخذه في اعتبارها أن النساء اللاتي تعرضن للاغتصاب يلجان في العديد من الحالات إلى الشرطة- بتأمين معلومات كافية عن المستشفيات التي تقدم بها خدمات للنساء التي تعرضن لجرائم العنف إلى العاملين بالشرطة، بالإضافة إلى زيادة حساسيتهم بان المرأة التي تعرضت للاغتصاب هي الضحية وليست المذنبة. بدا مجلس المرأة بساو باولو- في محاولة لملء هذا الفراغ المعرفي- بتقديم دورات في أكاديمية الشرطة خلال عامي ١٩٩٨ و١٩٩٩. كما داومت المنظمات النسوية والعاملين في مجال الصحة على دعوة ممثلي الشرطة للمشاركة في النقاش حول الإجهاض الذي يتم في الندوات العلمية والاجتماعات الخ.

إشراك الخدمات الصحية ووزارة الصحة:

أصبحت وزارة الصحة شريكا نشطا في هذه القضية خلال السنوات القليلة الماضية، وذلك لوجود ثلاث نسويات على راس برنامجها الفني لصحة النساء حاليا. وفي عام ١٩٩٨ ضمنت الوزارة توفير خدمات الإجهاض القانوني في المزيد من المستشفيات كإحدى أولويات برنامجها. أما في ١٩٩٩ فقد أصدرت الوزارة دليل تقني باسم "مكافحة وعلاج الآثار الصحية الناجمة عن العنف الجنسي ضد النساء والمراهقين"^(٨). يهدف الدليل إلى تيسير عملية زيادة عدد المستشفيات التي تقدم خدمات الإجهاض القانوني بشكل رسمي. وفي عام ٢٠٠٠ أصدرت الوزارة دليل تقني آخر بشأن الإجراءات الرسمية المتعمدة، تحت عنوان

كانت العملية التشريعية في حد ذاتها بطيئة ومثيرة للجدل. ومن ناحية أخرى، فقد كانت هناك بعض الانتصارات في السنوات العشر الماضية، على الأقل بتحييد القوى المضادة للإجهاض، حتى وان لم يتم تعديل القانون ليصبح أكثر تقدما^(٦).

وقد طورت المنظمات النسوية -باعتبارها جزءا من حملة الضغط- نظاما لمتابعة مدى الدعم السياسي لمشروعات القوانين ونشر التقدم الذي يتم إحرازه والصعوبات التي تواجه الجهود المبذولة في هذا الخصوص. وتعمل إحدى المنظمات النسوية بالعاصمة كمركز إعلامي يمد وسائل الإعلام والمنظمات النسوية الأخرى بالمعلومات حول الموضوع.

التأثير على الرأي العام:

يبقى هناك قلق عميق حول قبول الرأي العام في هذا المجتمع المسيحي بقضية الإجهاض، وهو ما يؤثر بشكل ملحوظ على حصول النساء على الإجهاض. وفي الواقع فان بعض النساء يشعرن بالذنب والخجل لمجرد التفكير في الإجهاض حتى وان كان من حقهن قانونيا، وحتى لو كن في حاجة ماسة إليه وانتهى بهن الأمر بممارسته بالفعل. وتظل مساندة الرأي العام ذات أهمية حيوية لتيسير حصول النساء على الإجهاض القانوني. لذا تعمل الحركة النسوية على تطوير استراتيجية للتأثير على الرأي العام بشكل ايجابي باعتبارها من أهم الاستراتيجيات.

لرفع حساسية الرأي العام، أعدت الشبكة النسوية البرازيلية للصحة والحقوق الإنجابية استراتيجية خاصة للاتصالات وذلك للإبقاء على محورية القضية. ومن خلال علاقة الشبكة بوسائل الإعلام وإعلام المجموعات النسوية قامت بتقديم آراء المتخصصين والقيادات في مجال الصحة، ونظمت الاجتماعات والندوات العلمية حول قضايا ذات علاقة بالحق في الإجهاض، كما قامت بنشر المعلومات مثل وثيقة حول مدى توفر الإجهاض في البرازيل وأمريكا اللاتينية بشكل اعم^(٧). وقد ظلت الشبكة تحتفل في ٢٨ سبتمبر من كل عام، باعتبارها جزءا من حملة الحق في الإجهاض بأمريكا اللاتينية بإصدار عدد

"مكافحة وعلاج الحمل الأكثر خطورة"، تضمن إجراء الإجهاض القانوني^(٩).

لقد ساهمت المجموعات النسوية وأثرت بشكل مثير للإعجاب في مناقشة هذه الأدلة التقنية في اجتماعات لجنة صحة المرأة البرازيلية. وقد نجحت هذه المجموعات في الإفادة من العملية الديموقراطية في المؤتمر الوطني عن نظام الصحة العامة للحصول على قرار بخصوص تقديم خدمات الإجهاض القانوني في المستشفيات العامة، مما يمكن استخدامه الآن للضغط على الحكومة ومطالبة المستشفيات بتقديم هذه الخدمة.

تمت هذه الجهود بالتحالف ما بين ممثلي الوزارة والمتخصصين في مجال الصحة والنسويات، الذين يعملون معا لنشر تلك الوثائق. كانت الاستراتيجية الرئيسية لذلك تتم من خلال الاجتماعات والندوات العلمية التي يتم فيها تمثيل كل من القطاعات الثلاث.

تأمين الحق الكامل في الإجهاض: رؤية مستقبلية

بالرغم من وجود ونجاح هذه الجهود، ما تزال هناك العديد من المشكلات المتعلقة بالحصول على خدمات الإجهاض، حتى القانوني منها، في البرازيل. فعلى سبيل المثال، أجريت الشبكة النسوية البرازيلية للصحة والحقوق الإنجابية في عام ١٩٩٧ مسحا حول الرعاية التي تتلقاها النساء للإجهاض غير الكامل، وتأثير الإجهاض غير الآمن على معدل وفيات الأمهات في ثمانية مناطق مختلفة من البلاد، كجزء من عملية التقييم الخاصة بمرور خمس سنوات على كل من مؤتمر السكان، ومؤتمر بكين. كانت

للمراسلة

Saude Bartolomeu Zunega 44, Pinheiros, CEP 05426-020 Brazil.

Fax: 55-11-3813-8578 Email: redesaude@uol.com.br

References and notes

- 1- De Oliveira Araujo MJ, Villela WV, 1998. On the involvement of women's organization in the formulation of national policies and implementation of reproductive health programmes in Barazil. Paper presented at seminar Enhancing Reproductive Health Policies:
The role of Civil Society.
ICCOMP,Kuala Lumpur
- 2- Barsted L, 1992. Legakizacao descriminalizacao do abortto no brasil: dez anos de luta feministas. Revista de estudos freministas. 1:104-30.
- 3- Personal communication from jacira Melo, 2000
- 4- Castanheria ER,2000 Boas pratics em gestao de saude repeodutiva. Estudo de service de aborto legal do hospital Municipal do Jabaquara-prefeitura de administracao em sude e saneamento, prefeitura do municpio de sao paula, sao Paulo.
- 5- Andalaft J, 1999 Dez anos de services de aboroto legal. Jornal de Rede sause, No 18, setembro:3-5.
- 6- Guesdes AC, 2000 Abortion in Barazil legislation, reality and options, Reproductive Health Matters. 8(16):66-76.
- 7- Redesaude, 1998. Dossicaborto inseguro, setembro rede saude, sao Paulo.
- 8- Minsterio de saude, 1999. Norma tecnica para prevencao e tretemento dos agravos resulantes da violencia sexual contra mulheres e addolescentes. Rio de Janeiro.
- 9- Minsterio de saude, 2000. Norma tecnica para prevencao e tretemento da gravidez de alto Risco. Rio de Janeiro.
- 10- Rede Saude, 1997, segmento do programa de Acao da conferencia internacional de populacao e desenvoloimrnto-relatorio final, Rede saude, sao pauto.

مقدمو الخدمات الصحية في اندونيسيا وموقفهم تجاه الإجهاض

بقلم/ انيرتي دجوهان، راتنا اندراواسيه، موسيانا ادينان، هارجاتي يودوموستوبو، ميلي جي تان

مقدمة

تتضمن الأدبيات التي تدور حول الإجهاض في اندونيسيا عددا هاما من الدراسات التي تناقش جوانبه الطبية، والتي تم إجراء أغلبها في المستشفيات. ودون شك، ترجع ندرة الدراسات غير الطبية إلى حساسية الموضوع في الأساس. لقد قمنا في عام ١٩٩٠، وبعد التشاور مع عدد من ذوي المعرفة، بإجراء دراسة حول مواقف مقدمي الخدمات الصحية تجاه الإجهاض، وهو الأمر الذي اعتبرناه أقل جوانب القضية حساسية. ونأمل في أن يسهم عملنا في صياغة برامج من شأنها تعزيز قدرة العاملين في مجال الصحة على تناول قضايا الإجهاض بشكل جيد، فضلا عن التشجيع على إجراء مزيد من الدراسات. كما نهدف أيضا إلى المساهمة في البحث عن أساليب تجعل الحمل والولادة أكثر أمانا بالنسبة للنساء، بما يتفق ومفهوم "الأمومة الآمنة"، أو حتى -أفضل من ذلك- مفهوم "أمان المرأة".

خلفية ومعلومات أساسية

الشهرية^(١). ويتم إعداد هذا الشراب عن طريق غلي أوراق وجذور نباتية معينة، أو عن طريق طحن مكونات الأعشاب والجذور حتى تصبح مسحوقا ثم غليها في الماء. أما الطريقة "الأحدث" لتناول هذه الوصفة فهي على شكل حبوب أو كبسولات. وتضم الوسائل الأخرى تناول مادة الكينين أو إدخال أدوات داخل الرحم.

نشرت الصحف والمجلات في السنوات الأخيرة تقارير عن العثور عن أطفال حديثي الولادة متوفين في مقالب النفايات أو مصارف المياه أو بين الشجيرات المتناثرة على طول الطرق. هذا بالإضافة إلى العثور عن أطفال رضع ما يزالون حياء أمام المنازل أو في المستشفيات، حيث تركتهم أمهاتهم ثم اختفين. أن هذه الحوادث ليست بجديدة، لكن وسائل الإعلام لم تكشف عنها سوى في السنوات الأخيرة. تحدث أيضا حالات إنهاء الحمل، رغم عدم قانونيتها وإدانتها على المستوى الاجتماعي. ومما لا شك فيه أن النساء اللاتي يقدمن على إنهاء حملهن يعانين من ضغوط هائلة، سواء بدنيا أو نفسيا، وخاصة إذا كان عليهن اتخاذ هذا القرار بمفردهن تماما، ومع تعريض صحتهم بل وحياتهن للخطر.

ومع ذلك، فقد أصبحت مناقشة تنظيم الأسرة، والشئون الجنسية، وإنهاء الحمل، أكثر صراحة في مجتمعنا. وقد أشار مقال حول الإجهاض، نشرته إحدى المجلات النسائية المعروفة، إلى ثلاثة عوامل أسهمت في هذا التطور:

منذ منتصف الثمانينات، كثيرا ما ربطت التقارير والندوات حدوث الإجهاض بوجود قدر أكبر من الحرية الجنسية، وبفشل تنظيم الأسرة. وفي واقع الأمر، فإن إنهاء الحمل ممارسة تقليدية موجودة بين شعوب اندونيسيا منذ فترة طويلة. وأكثر الوسائل انتشارا هي تدليك البطن، وعادة ما يقوم بأدائه احد المعالجين التقليديين المتخصصين في التدليك. هناك وسيلة أخرى، معروفة جيدا في جافا، وهي تناول شراب معين عبارة عن مزيج من الأعشاب -يسمى عادة "جامو بيلنتور"- تتناوله النساء في حالات تأخر الدورة

- التطبيق النشط لبرنامج تنظيم الأسرة، الذي يؤيد أن تكفي كل أسرة بطفلين
- زيادة حالات الحمل خارج الزواج، وهو نتيجة للتغيرات في التفاعل الاجتماعي بين المراهقين والشباب، تحت تأثير الإعلام، وخاصة السينما والفيديو:
- الاهتمام بصحة النساء، وخاصة مع ارتفاع معدلات وفيات الأمهات^(٢).

ومع ارتفاع عدد النساء المستخدمات لوسائل منع الحمل، تتزايد احتمالات فشل موانع الحمل في سياق زيادة التوقعات بالقدرة على التحكم في الخصوبة. كما أصبحت احتمالات حدوث الحمل غير المقصود أكثر ترجيحا نتيجة

لزيادة قدرة الحرية المتاحة في العلاقات بين الشباب. وقد أظهرت المقابلات التي تمت مع الفتيات اللاتي مررن بتلك "الحالات غير المقصود" افتقادهن للمعرفة في الأساس، وعدم استعدادهن للتعامل مع هذه "الحرية" في علاقاتهن مع الفتيان. تراوحت أعمار أكثر من نصف أولئك الفتيات بين ١٥-٢٠ سنة غالبيةن (٧٨%) ما يزلن طالبات في المدرسة أو الجامعة. لم تكن الفتيات يعرفن أي شيء تقريبا عن أجسامهن، وبالأخص أعضائهن الإنجابية، كما كن لا يعرفن أي شيء عن التغيرات التي تحدث في أجسامهن أو كيف يحدث الحمل^(٣).

وفي مواجهة تلك "الحوادث غير المقصودة"، تصاب الفتيات بفرع شديد، ويحاولن كل جهدهن لإنهاء الحمل. لكنهن يواجهن مقاومة من عيادات الولادة وأطباء أمراض النساء، ذلك أنهن غير متزوجات وعادة ما يكون مطلوبا منهن دفع مبلغ يزيد بمقدار ثلاثة أضعاف عن المبلغ المطلوب للإجهاض الذي تدفعه المرأة المتزوجة. وبناء عليه، يمكن أن يلجان إلى ممارسين غير مؤهلين، وعادة ما يلجان إلى الدايات.

يتزايد القلق في البلد حول ارتفاع معدل وفيات الأمهات، إذ كان يقدر بحوالي ٤٥٠ لكل مائة ألف من المواليد الأحياء خلال الفترة ١٩٨٠-١٩٨٨، بما في ذلك عمليات الإجهاض غير المتقنة^(٤). أن تدليك البطن بالأساليب التقليدية يمكن أن يسبب تناول مادة الكينين إلى التسمم ومشاكل للكلى والقى وما يتبعه من جفاف، بل وحتى الموت. ومن بين أكثر مضاعفات الإجهاض شيوعا نجد: النزف، والصدمة، والحمى، وتغفن الدم البكتيري، والتيتانوس، وتقب الرحم، وتمزق عنق الرحم^(٥).

بدأت الجهود الرامية إلى الكشف عن مشكلات الحمل غير المرغوب فيه وعمليات إنهائه، والى مناقشة هذه الأمور صراحة، في منتصف أعوام الستينات. ففي عام ١٩٦٤، قامت الجمعية الطبية الاندونيسية والجمعية الاندونيسية للمولدين وأطباء النساء بعقد ندوة علمية حول الإجهاض، نوقشت خلالها ضرورة صياغة قوانين تبيح الإجهاض لأسباب علاجية.

يوجد القانون الساري الخاص بالإجهاض في إطار قانون

العقوبات الاندونيسي الذي ترجع أصوله إلى القانون الجنائي الهولندي (١٩١٨) في الفترة الاستعمارية. ويعتبر هذا القانون أن الإجهاض الذي يتم لإنهاء الحمل هو عمل جنائي^(٥). وأي شخص يعلن عن الإجهاض أو يشجعه أو يقوم بأدائه، إضافة إلى المرأة التي تجري عملية إجهاض، يقدم إلى المحاكمة. ويتعرض أي طبيب أو ممرضة توليد أو صيدلي، اتهم بإجراء عملية إجهاض وأدين، إلى إلغاء رخصته.

لقد أدى الانقلاب الفاشل في عام ١٩٦٥ إلى تغيير قيادة اندونيسيا وأصبحت في يد حكومة الرئيس سوهارتو. ولهذا، لم ينشر تقرير ندوة عام ١٩٦٤ إلا في عام ١٩٦٦. وتم تقديم خمس توصيات إلى وزارة الصحة:

- البحث في أسباب الإجهاض العمدي،
- إصلاح القوانين المتعلقة بالإجهاض العمدي، للسماح بإجراء عمليات إنهاء الحمل التي يوصي بها الأطباء،
- إدراج ميثاق أخلاقي طبي في الدراسة بجميع الكليات والمعاهد الطبية، ينص على عدم قانونية الإجهاض إلا عندما يتم لأسباب طبية،
- توزيع ونشر معلومات حول تنظيم الأسرة،
- القضاء على عمليات الإجهاض العمدي غير القانونية^(٦).

وعلى حين بدا تنفيذ بعض تلك التوصيات، لم يكن تغيير القانون أمرا منظورا.

ومع حلول منتصف السبعينات، ارتفعت معدلات ذهاب النساء للمستشفيات للعلاج بعد الإجهاض. وقد أوضحت دراسة أجريت في ١٨ مستشفى و ٢٢ عيادة توليد في جاكرتا خلال الفترة ١٩٧٢-١٩٧٥ حدوث ١٨ حالة إجهاض بين كل ١٠٠ حالة ولادة في المستشفيات عام ١٩٧٥. وفي مستشفيات الولادة، ارتفع عدد الحالات لكل ١٠٠ ولادة من ٤ إلى ٧ في نفس الفترة. كانت حالات الإجهاض تجري في العادة لنساء تتراوح أعمارهن من ٢٨ إلى ٣٠ سنة، وكانت ٩٨% منهن متزوجات. كان ما يقرب من نصف هؤلاء النساء حوامل للمرة الخامسة، بينما ولدت ٢٠% منهن ست مرات أو أكثر من قبل. وبشكل عام، كانت النساء يحضرن إلى المستشفى وهن في حالة حرجة

بالفعل. وقد أوضحت الدراسات التي أجريت في مستشفيات أخرى في اندونيسيا نمطا مشابهاً^(٧).

في عام ١٩٧٣، وافق اجتماع المؤتمر الثاني للمولدين وأطباء أمراض النساء في اندونيسيا على دعم مبادرة قدمتها الحكومة بشأن اقتراح صياغة قوانين حول الإجهاض الذي يتم لأسباب طبية^(٨). وفي نفس العام، بدأ المستشفى التعليمي، الملحق بجامعة اندونيسيا، في تقديم خدمات الإجهاض عبر تنظيم الدورة الشهرية^(٩)، وذلك بموافقة ضمنية من السلطات القانونية في جاكرتا، حتى رغم عدم وجود حماية رسمية للقائمين على تقديم هذه الخدمة الصحية. ومنذ ذلك الحين، اتاح عدد اكبر من العيادات تقديم تنظيم الدورة الشهرية.

كما دافعت أيضا المؤتمرات التي نظمها الروابط القانونية وغيرها في السنوات التالية عن إجراء تعديلات في القوانين المتعلقة بالإجهاض. واستجابت الحكومة على نحو ايجابي لهذه التوصيات. ففي يناير ١٩٧٧، وبقرار صادر عن وزارة الصحة، تشكلت لجنة تضم مختلف الإدارات بهدف صياغة مشروع قانون يقنن الإجهاض القائم على أسباب طبية. نجحت هذه اللجنة، بعد مرور أكثر من عام، في إنتاج مجموعة من مشاريع القوانين، وقد نوقشت في الندوة التي نظمتها وزارة الصحة في أكتوبر ١٩٧٨. ومع ذلك، لم تتقدم الحكومة بمشروع قانون إلى البرلمان: وهناك جماعات عديدة في المجتمع لم تقبل استخدام أسلوب تنظيم الدورة الشهرية، وخاصة المجموعات الدينية وبعض المجموعات العرقية.

وفي عام ١٩٨٢، كانت هناك ثلاثة أساليب أساسية تستخدم لتنظيم الدورة الشهرية في اندونيسيا: التفريغ بالشفط، والكحت عن طريق الشفط، والحقن بمحلول ملحي عالي التركيز^(٥). ومؤخرا، أصبح التفريغ بالشفط أكثر الوسائل استخداما، وخاصة في المدن الكبرى، وكاننا المخاطر التي تمت الإفادة عنها محدودة.

أصبح واضحا في الثمانينات أن معدلات الإجهاض المتعفن (التهابات ميكروبية) تتناقص عندما تتوفر خدمات تنظيم الدورة الشهرية. وعندما لا تقدم المستشفى أو العيادة خدمات تنظيم الدورة الشهرية، تميل حالات الإجهاض المتعفن إلى الزيادة^(٩). وعلى الرغم من هذا الدليل، ظل

القانون كما هو حتى عام ١٩٩٢. ويرجع ذلك، كما أشار احد أطباء أمراض النساء المشهورين إلا أن الإجهاض إجراء طبي مهم، فان تكلفته النفسية عالية. وعلى الرغم من التغيرات التي طرأت على السلوكيات القانونية، فان سلوكيات الناس بشكل عام، وسلوكيات النساء والأطباء، لا تتغير على نحو تلقائي. ما يزال هناك كثيرون لا يرغبون في توريط أنفسهم في هذه الخدمة الصحية الجيدة^(٨).

الإجهاض والمؤسسات المعنية بصحة النساء

كان عدد سكان جاكرتا حوالي سبعة ملايين في عام ١٩٨٩. كانت هناك ٢٢٤ عيادة لمتابعة الحمل والولادة، تقدم للنساء الرعاية أثناء الحمل وعند الولادة، والمساعدة في حالة الإجهاض التلقائي وغيره من مشكلات الحمل التي يحدث فيها نزيف. كما تقدم بعض هذه العيادات أيضا المساعدة للنساء الراغبات في إجراء الإجهاض.

كما بلغ عدد عيادات تنظيم الأسرة ٤٩٢ عيادة، بعضها داخل عيادات متابعة الحمل والولادة، والبعض الآخر داخل عيادات صحة الأم والطفل أو المراكز الصحية، على حين كان يوجد بعض منها في أماكن منفصلة عن تلك العيادات. هناك رادن صالح، وهي عيادة متخصصة للبحث والتدريب في مجال تنظيم الأسرة تابعة لكلية الطب بجامعة اندونيسيا، وكانت تساعد أيضا كلا من النساء المتزوجات وغير المتزوجات على حل مشكلة الحمل غير المرغوب فيه. أما عيادة ويسما بانكاوارجا، التابعة للجمعية الاندونيسية للولادة المخططة، فكانت تقدم المساعدة إلى النساء العقيمات والنساء اللاتي لديهن حمل غير مرغوب فيه (في الغالب عن طريق تنظيم الدورة الشهرية)، علاوة على تقديم خدمات تنظيم الأسرة.

يوجد في جاكرتا ٥٢٩ عيادة لصحة الأم والطفل، ٣٣٤ مركزا صحيا، و٣٠ مركزا صحيا خاصا، و٣١ وحدة صحية متقلة، و٥٤٤٦ مكتبا صحيا يضم موظفين من المتطوعين. وكان يمكن إحالة النساء إلى إحدى المنشآت التي تقدم المساعدة على الإجهاض من بين تلك العيادات والمراكز الصحية إذا كان العاملون بها متعاطفون مع المرأة.

ينبغي أن تحصل المرأة الراغبة في إنهاء الحمل -عادة عن طريق تنظيم الدورة الشهرية- على خطاب إحالة المستشفى من طبيبها، ونتائج تحليل الحمل، وموافقة زوجها إذا كانت متزوجة أو موافقة والديها أن لم تكن متزوجة، وتصريح يشير إلى رغبتها في استخدام موانع الحمل بعد ذلك. وقد أفادت التقارير المقدمة في منتصف عام ١٩٩١ بان العيادات تطلب مبلغا يتراوح من ألف روبية إلى ألف روبية (حوالي - دولار أمريكي) نظير تقديم خدمة تنظيم الدورة الشهرية.

وفي واقع الأمر، ما تزال غالبية النساء ترتاد العيادات غير القانونية المعروفة سرا، أو يذهبن إلى الممارسين التقليديين.

الدراسة

لقد أجرينا مقابلات مع مجموعة مختارة من الممارسين العاملين، وأطباء أمراض النساء، وممرضات التوليد، والزائرات التقليديات، والعاملين في تنظيم الأسرة -يعمل جميعهم في بلدية جاكرتا وكلهم مسلمون^(١٠). ينتمي أفراد العينة المختارة إلى خمس جماعات عرقية مختلفة، لكن أغلبهم من جافا. من مجموع ١٢ طبيبة أمراض نساء في جاكرتا عام ١٩٩٠، تحدثنا مع ١١ طبيبة^(١١). جدول رقم (١)

كان المستجيبون أما معروفين شخصيا لنا أو اختارهم الممارسون العاملون أو أطباء أمراض النساء الذين اتصلنا بهم في جاكرتا.

الجدول رقم (١)

المستجيبون	إناث	ذكور	المجموع
ممارس عام	٧	٧	١٤
طبيب أمراض نساء	٧	٧	١٤
ممرضة توليد	١٦	صفر	١٦
داية تقليدية	١٦	صفر	١٦
العاملون الميدانيون في مجال تنظيم الأسرة	٨	٨	١٦
المجموع	٥٤	٢٢	٧٦

ويرتكز على إطار مفهومي، لكن صياغة الأسئلة التي وجهناها في المقابلات لم تكن واحدة دائما وإنما اعتمدت على طرفي المقابلة.

تحصل المولدرات في اندونيسيا على تدريب مدته سنتين في مجال التوليد ويعملن أساسا في عيادات متابعة حمل والولادة، وفي المراكز الصحية والمستشفيات العامة، أو يعملن من منازلهن. تذهب المريضة إلى إحدى تلك المنشآت للحصول على رعاية قبل وأثناء الحمل، وفي حالات الولادة الطبيعية، وللحصول على خدمات تنظيم الأسرة، وأحيانا لإنهاء الحمل.

لم تكن المجموعة عينة تمثيلية، ولكن تم اختيارهم لأنهم كانوا في وضع يجعل في إمكانهم تقديم المساعدة أو النصح للنساء اللاتي تعرضن للإجهاض أو يسعين إليه، ولأنهم كانوا على دراية واسعة بالإجهاض وبالتالي يمكنهم إعطاء مؤشر على السلوكيات السائدة بين المؤثرين في هذا المجال.

جرت المقابلات الفردية خلال فترة امتدت ٦ شهور، بدءا من أكتوبر ١٩٩٠، مع استمرار المتابعة في ابريل ١٩٩١ بالمستشفيات العامة ومستشفيات متابعة الحمل والولادة، والمراكز الصحية، والعيادات الصحية التي كانوا يعملون بها. كما جرت بعض المقابلات القليلة في مكاتبهم الخاصة أو منازلهم. استخدمنا دليل مقابلات يضم قائمة من الموضوعات

تقوم الدايات التقليدية بأكثر من ٨٠% من الولادات في اندونيسيا خاصة في القرى، وينظر إليهن المجتمع المحلي باعتبار كبير. كانت أعمار اغلب المستجيبات من الدايات التقليديات تتراوح بين ٥٠ و٦٠ سنة، حيث أصغرهن تبلغ من العمر ٤٠ سنة وأكبرهن تبلغ ٨٣ سنة. تعيش الدايات التقليديات في ضواحي جاكرتا أو في المناطق الفقيرة المكتظة بالسكان، وهو نفس الجوار الذي تعيش فيه مريضاتهن. حصلت خمسة منهن على دورة تدريب للدايات التقليديات. ترددت بعضهن في مناقشة موضوع الإجهاض، وربما يرجع ذلك لأنهن أكبر سنا وغير متعلمات، فضلا عن النظرة الشعبية إليهن بوصفهن مستعدات لإجراء الإجهاض. يحضر العاملون في برامج تنظيم الأسرة. دورة تدريبية مدتها ثلاثة أسابيع، ويحصلون أحيانا على التدريب الذي تحصل عليه ممرضات التوليد. يعتبر هؤلاء العاملون المحرك الأساسي لبرامج تنظيم الأسرة ومستشاريه. وبهذه الصفة يقومون بزيارة منازل المتزوجين، ويعقدون اجتماعات مع قادة المجتمع ويشاركون في الأنشطة الاجتماعية والدينية، حيث يقدمون معلومات حول تنظيم الأسرة. تكمن مهمة العاملين في تنظيم الأسرة في الدفاع عن استخدام اللولب، والكبسولات المستزرعة، وحقن منع الحمل، باعتبارها موانع للحمل جديرة بالثقة. ويمكن أن تحصل المرأة على هذه الوسائل من العيادات أو مكاتب الصحة.

كما أن العاملين في تنظيم الأسرة، بوصفهم مستشارين، يتابعون النساء اللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة، ويحثونهن على إجراء كشوف دورية. وعلاوة على ذلك، يستمع العاملون في تنظيم الأسرة، خلال الزيارات المنزلية، إلى أي شكاوى حول الآثار الجانبية المترتبة على وسائل منع الحمل، أو لحدوث حالات الحمل نتيجة لفشل موانع الحمل. ولأن الناس يتوقعون من هؤلاء العاملين أن يقوموا بحل تلك المشكلات، خاصة عند فشل موانع الحمل، فإنهم أول من تلجأ إليه المرأة التي لا تريد الاستمرار في الحمل. وفي تلك الحالات تتم إحالة المرأة التي تشعر بآثار جانبية من استخدام موانع الحمل، أو لم تتجح معها تلك الوسائل،

إلى مركز صحي حيث يتم فحصها وعلاجها أو إحالتها إلى مستشفى عند الضرورة.

أنهى أربعة عشر من العاملين في تنظيم الأسرة الذين شملتهم عينة البحث تعليمهم الثانوي ومدرسة التمريض، على حين حصل الاثنان الآخران على ٩ سنوات من التعليم المدرسي.

وعلاوة على ذلك، استشرنا اثنين من رجال الدين المسلمين، وثلاثة محامين من مؤسسات المساعدة القانونية، وواحد من كبار المسؤولين بمجلس التنسيق القومي لتنظيم الأسرة، واثنين من أطباء علم النفس، وواحد من أعضاء البرلمان، وواحد المحررين في مجلة نسائية معروفة، وواحد كبار المسؤولين من المكتب المركزي للإحصاءات، وعضو في هيئة الرابطة الاندونيسية للوالدية المخططة، وعضو في منظمة غير حكومية أخرى، وقد توجهنا إليهم لأنهم على دراية جيدة أيضا بالموضوع.

آراء القائمين على تقديم الرعاية الصحية

لقد بدا واضحا أن الدين هو أقوى العوامل التي تؤثر على آراء مقدمي الرعاية الصحية حول الإجهاض. وعلى حين يصدق ذلك بوجه خاص بالنسبة للدايات التقليديات والعاملين في تنظيم الأسرة، فإن عددا كبيرا من الحكيمات المدربات والممارسين العاميين وأطباء أمراض النساء اتفق على الرأي القائل بأن الإجهاض خطيئة. وقد أشار اغلبهم إلى أن الإسلام يطرح نفخ الروح في الجنين بعد مرور ٢٠ يوما من الحمل، حتى وان كانت هناك حياة بالمعنى البيولوجي قبل ذلك. وعلى هذا الأساس، رأي اغلب المستجيبين أن أسلوب تنظيم الدورة الشهرية ليس إجهاضا، وربما قد ساعد ذلك على التغلب على أي تناقض يمكن أن يكونوا -خلاف ذلك- قد شعروا به.

وقد أكد احد القادة الإسلاميين البارزين هذا الفهم للإسلام حول هذه القضية. لكنه أشار، مع ذلك، إلى وجود مدارس فكرية مختلفة في الإسلام. فالمذهب الحنفي يتسامح مع إنهاء الحمل إذا ما تم قبل مرور ٢٠ يوما، في حين يرفض المذهب الشافعي هذا الرأي، وهو المذهب السائد في

اندونيسيا. ولهذا، نجد أن اغلب القيادات الدينية في اندونيسيا تعتبر الإجهاض خطيئة كبرى.

ومع ذلك، فقد أبدى بعض مقدمي الرعاية الصحية - الذين أعربوا عن آرائهم المعادية للإجهاض لأسباب دينية- استعدادهم للتسامح ودعم النساء الراغبات في عمليات إجهاض مبكرة، بل واستعدادهم في بعض الحالات إلى إحالة النساء للعيادة أو المستشفى لإجراء الإجهاض، أو حتى لإجرائه بأنفسهم. وبهذا الصدد، نجد أن الأسباب التي أوردتها مقدمو الخدمة في القطاع الرسمي تختلف أحيانا عن الأسباب التي قدمتها الدايات والعاملون في تنظيم الأسرة.

وافق تقريبا جميع أطباء أمراض النساء والممارسين العاميين والمولدرات المدربات على إجراء الإجهاض لأسباب طبية إذا ما قام به طبيب أمراض نساء. وبرز كثيرون منهم ضرورة أن يؤيد اثنان على الأقل من أطباء أمراض النساء صحة الأسباب الداعية إلى الإجهاض. أما في حالات الاغتصاب، فيرى أطباء أمراض النساء ضرورة إشراك طبيب الأمراض النفسية في الموضوع. ويرى الأطباء أن اغلب زملائهم لديهم نفس الآراء. وقالت بعض الحكيمات نفس الشيء حول موقف زميلاتهن، وأضافت انه من الأفضل ألا يزيد عمر الحمل عن أسبوعين.

وافق ثلاثة من أطباء أمراض النساء على الإجهاض دون شروط. وعبرت طبيبة أمراض نساء واحدة فقط عن عدم موافقتها، لكنه كان رفضا متريدا أكثر منه رفضا صريحا. وقالت طبيبة أخرى أنها في بداية عملها كانت ضد الإجهاض بقوة، لكن الخبرة والمشكلات العديدة التي واجهت مريضاتها قد غيرت تماما من موقفها، وهي الآن مستعدة لإجراء عملية إجهاض إذا لم تكن الدورة الشهرية للمريضة قد تأخرت لأكثر من أسبوعين، وخاصة عندما تكون المسألة متعلقة بفتاة مراهقة أصبحت حاملا بدون زواج، ولكن بعد التشاور مع طبيب أمراض نفسية. أنها تحاول أو لا إقناع الفتاة بالزواج، لكنها تستخدم تنظيم الدورة الشهرية إذا أصرت الفتاة على موقفها.

كما أشار مقدمو الخدمات الصحية بالقطاع الرسمي إلى أهمية تأثير القانون وميثاق الأخلاقيات الطبية على تفكيرهم.

كان اغلب أطباء أمراض النساء يفضلون إصلاح القوانين الحالية المتعلقة بالإجهاض بما يتفق وموقف الرابطة الاندونيسية للمولدرات وأطباء أمراض النساء. وذهب بعض الممارسين العاميين إلى الرأي القائل بضرورة إعادة صياغة القوانين والقواعد عن طريق مجموعة من المتخصصين في مجالات الصحة والعلوم الاجتماعية والدين، وغيرها من الميادين ذات الصلة. وقد أصرت إحدى الحكيمات على ضرورة أن يحمي القانون الأطباء الذين يقدمون على عمل إجهاض تبرره الضرورة الطبية. اغلب العاملين في تنظيم الأسرة لم يكونوا متأكدين من نص القانون، لكنهم اعتقدوا انه يحظر الإجهاض. قال آخرون أن وجود قانون يعني ضرورة احترامه. وهناك فقط عدد قليل من الدايات التقليدية كن على علم بان الإجهاض غير قانوني.

وعلاوة على الأسباب الطبية لإجراء الإجهاض، قال اثنان فقط من الممارسين العاميين أنهما يمكن أن يحيلوا امرأة إلى المستشفى أو العيادة في حالة فشل موانع الحمل، على حين اعتبر اغلب أطباء أمراض النساء والمولدرات والعاملين في تنظيم الأسرة أن فشل موانع الحمل سببا صحيحا للإجهاض. وقد شعر العاملون في تنظيم الأسرة بوجه خاص أنهم مسئولون عن النساء اللاتي مررن بتجربة فشل موانع الحمل، وأجازوا جميعهم الإجهاض بناء على هذه الأسس. ويبدو واضحا أن مجلس التنسيق القومي لتنظيم الأسرة سوف يتولى النفقات في حالة فشل موانع الحمل. ومع ذلك، فان مهمة العاملين في تنظيم الأسرة، في المقام الأول، هي محاولة إقناع المرأة بمواصلة حملها إذا جاءت نتيجة اختبار الحمل ايجابية.

كما ذكرت غالبية الحكيمات والعاملون في تنظيم الأسرة والدايات أسبابا أخرى يرون أنها صحيحة لإجراء الإجهاض: عندما تكون المرأة فقيرة وليس بوسعها أن تتكفل بنفقات المزيد من الأطفال، أو لحماية أطفالها الحاليين إذا كان وجود طفل آخر سوف ينسبب في مصاعب، وأيضا إذا كانت المرأة تعاني من ظروف صحية سيئة، أو حملت مرات عديدة على فترات متقاربة. وقد عبر احد العاملين في تنظيم الأسرة عن قلقه من إمكانية تعرض الطفل الرضيع

للإهمال إذا جاء نتيجة حمل غير مرغوب فيه.

سنة فقط من أطباء أمراض النساء قالوا أنهم مستعدون لأداء عمليات الإجهاض، شريطة ألا تزيد مدة الحمل عن أسبوعين، وأن تكون الوسيلة المستخدمة في الإجهاض هي تنظيم الدورة الشهرية. وقالت أربعة طبيبات أخريات أنهن سيحلن المرأة إلى شخص آخر، وواحدة منهن قالت أنها قد تقوم على نحو استثنائي بإجراء الإجهاض بنفسها إذا كانت هناك أسباب صحية ولم يتوفر أي طبيب آخر. أما الأطباء الثلاثة الباقون، فقد ابدوا عدم استعدادهم لإحالة المرأة، على الرغم من موافقتهم على الإجهاض لأسباب طبية.

يرى جميع الممارسين العاميين والحكيما أنهم غير مؤهلين لأداء عملية الإجهاض، وقالت بعض الحكيمات أنهن لا يرغبن في هذه المخاطرة. لكن الغالية كانت على استعداد لإحالة النساء إلى طبيب أمراض نساء أو للعيادة. أما الحكيمات الراضات تماما للإجهاض، فقد عبرن عن عدم رغبتهن حتى في إحالة المرأة إلى الطبيب أو العيادة لأن ذلك يجعلهن مشاركات في عمل يحظره الدين. وهناك طبيبة واحدة فقط قالت أنها لن تأخذ في اعتبارها حتى مسألة الإحالة إلى المستشفى.

بعض الحكيمات قمن بمساعدة أطباء أمراض النساء في عملية الإجهاض، على الرغم من رفضهن للإجهاض، لكنهن قمن بذلك لأسباب اقتصادية في الأساس. وفي بعض الأحيان، كان العاملون في تنظيم الأسرة يصطحبون النساء إلى العيادة لإجراء الإجهاض، لكن بعضهم كان يشعر بعدم الراحة إزاء ذلك.

أفاد كثير من الممارسين العاميين والعاملين في تنظيم الأسرة وممرضات التوليد أنهم عادة يحاولون تقديم النصح للمرأة بالعدول عن طلبها بالإجهاض، لكنهم يحيلونها إلى إحدى العيادات في حالة إصرارها. ويبدو أن ستة من العاملين في تنظيم الأسرة ابلغوا النساء بإمكانية فشل الإجهاض، بالتالي اقتتعت هؤلاء النسوة بالاستمرار في الحمل.

وصف كثير من القائمين على تقديم الرعاية الصحية، وخاصة الدايات، مما تتعرض له المرأة من نبذ اجتماعي

إذا حملت دون أن تكون متزوجة. وقد شعر عديد من أطباء أمراض النساء والممارسين العاميين أن العائلات لا تهتم بالقانون فيمثل هذه الحالات، إذ ينصب اهتمامهم الوحيد على حماية سمعة الفتاة والأسرة. وفي تلك الحالات، عندما لا تمثل النفود أحدى الاعتبارات، يعتقد مقدمو الرعاية الصحية أن الأسرة تتمكن دائما من إيجاد شخص ما لأداء الإجهاض. لكن الممارسين العاميين أفادوا أيضا أن بعض الآباء يفضلون الاستعانة بالنفود لإجراء عملية الإجهاض بدلا من تزويج بناتهم، هو الأمر الذي يعتبر باهظ التكلفة.

أفادت نصف الدايات التقليديات أنهن يمكن أن يقمن بإجراء الإجهاض، بمن فيهن ثلاثة وافقن، واحدة رفضت وأربعة كانت آراؤهن ملتبسة. هناك خمسة أخريات كانت لديهن آراء دينية صارمة، ورفضن إجراء الإجهاض. وقد أفادت أربعة منهن أنهن يرفضن حتى مساعدة المرأة التي تأتي إليهن طالبة العون بعد إجراء إجهاض غير متقن.

وعلى الرغم من أن اغلب الدايات التقليديات لم يعلقن على ممارسة زميلاتهن، أفادت ثلاثة منهن أن زميلاتهن الدايات التقليديات وافقن على الإجهاض، وأشارت إحداهن إلى أن البعض قد مارسنه، وقالت أخرى أنهن مارسنه سرا. لقد توقعنا أن نجد اختلافات في الردود بناء على الجنس والعمر والأصل العرقي داخل كل فئة من الفئات الأربعة لمقدمي الخدمة. لكن ذلك لم يحدث، وربما يكون السبب هو وجود جوانب تشابه في التدريب المهني، ماعدا بالنسبة للدايات، وبسبب بيئة المدينة الكبرى.

أن قبول - أن لم تكن موافقة - غالبية المستجيبات من القطاع الرسمي على أسلوب تنظيم الدورة الشهرية كان مرتكزا على خبرتهن في الإجهاض غير الآمن، ومعرفتهن بأوضاع النساء واحتياجاتهن، وبأسرهن، وبأطفالهن الموجودين. أن استعداد كثيرات منهن لتقديم المساعدة لامرأة تطلب إنهاء الحمل كان، في نهاية المطاف، أمرا عمليا - فمن الأفضل مساعدة امرأة عن تركها تذهب إلى شخص غير مؤهل. وعلى خلاف ذلك، سوف تأتي المرأة بعد إجراء الإجهاض، وعادة ما تكون في حالة حرجة وتعاني من عواقب جسيمة.

بناء عليه، تطرح دراستنا أن كثيرين من مقدمي الرعاية الصحية في القطاع الرسمي، الذين ينخرطون في الخدمات المتعلقة بالإجهاض، يقبلون استخدام تنظيم الدورة الشهرية في بداية الحمل، رغم انه غير مقبول من الجميع وليس بدون شروط عديدة. ومع معرفة هذه الحدود، تظل البدايات التقليدية يلعب دورا مركزيا في العناية بالنساء اللاتي لا يساعدهن القطاع الرسمي، مع وجود العديد من العواقب والآثار السلبية.

ومن ناحية، كما لاحظ في عام ١٩٩٠ طبيب أمراض نفسية يقدم خدمات تنظيم الدورة الشهرية في عيادة ويسما بانكاوارجا في جاكرتا: "..... لقد استطاعت مهنة الطب تأمين خدمات إنهاء الحمل بشكل امن، وبطريقة مقبولة من الحكومة والمجتمع، حتى على الرغم من أن النص الحرفي للقانون يقضي بعدم قانونية هذه الممارسات"^(١٢).

ومع ذلك، يظل الإجهاض، من الناحية الأخرى، في حالة فراغ قانوني لا يمكن أن يتغلب عليه الإمداد المحدود بخدمات تنظيم الدورة الشهرية. ولهذا، فمن الضروري توفير الخدمات الآمنة إلى جميع النساء اللاتي يطلبن إنهاء الحمل في اندونيسيا، وفي نفس الوقت حماية مقدمي الخدمات من العواقب القانونية المحتملة. ومع معرفة أهمية القانون في دعم الممارسة الآمنة، ومن اجل الوصول "الأمومة الآمنة" و "الكيونة النسائية الآمنة"^(١٣)، ما تزال الحاجة قائمة إلى تغيير القانون وصدور توجيهات من أعلى.

التغيير القانوني

بنهاية عام ١٩٩١، تم تقديم قانون حول الصحة إلى البرلمان، وكان يضم مادة تتعلق بالإجهاض. استمرت النقاشات وجلسات الاستماع بشأن مشروع القانون حتى عام ١٩٩٢. وقد أعطت تصريحات أعضاء البرلمان المعادين للإجهاض بقوة - كما جاء في وسائل الإعلام - انطبعا بأنه لا يمكن قبول الإجهاض إلا على أساس مبررات طبية فقط، أي في الحالات الطارئة عندما تتعرض صحة المرأة أو حياتها للخطر.

وعندما أصبح مضمون القانون معروفا، أفادت التقارير بأن رجال الدين أدلوا بتصريحات قوية ضد الإجهاض. في النصف الثاني من ديسمبر ١٩٩١، اعد رئيس أساقفة

جاكرتا رسالة لأبناء ابراشيته، وتمت قراءتها علانية في جميع كنائس جاكرتا. قال فيها أن الكاثوليك الذين يتورطون في الإجهاض سوف يحرمون تلقائيا من الكنيسة^(١٤). أما رئيس مجلس العلماء المسلمين في اندونيسيا، فقد أكد أن الإجهاض غير مقبول في أي مرحلة من مراحل الحمل، على الرغم من إمكانية التسامح مع الحالات الطارئة لإنقاذ حياة الأم^(١٥).

عندما تحدثنا إلى إحدى النائبات في البرلمان، قالت أن الإجهاض قضية حساسة جدا بحيث لا يجرؤ أي من أعضاء البرلمان على التصريح بأي شيء يمكن أن يعتبر مؤيدا للإجهاض. وقالت اثنان من النساء البارزات المنتميات إلى مؤسسات المساعدة القانونية أنهن يفضلن، لأسباب دينية، أن تحفظ النساء والمراهقات بأطفالهن. وكان اهتمامهن منصبا على أوضاع القانوني للأطفال المولودين من نساء غير متزوجات.

ومن ناحية أخرى، فإن مسؤول من مجلس التنسيق القومي لتنظيم الأسرة عبر عن اعتقاده بوجود وعي اكبر بالمشكلات التي يسببها فشل موانع الحمل. وفي تقديره أن الإقرار بوجود ظاهرة الإجهاض العمدي ونقاشها بدلا من تجاهلها يمثل تطورا مهما.

وقد أفاد مؤخرا فيصل مولويك - وهو طبيب أمراض نساء مشهور - أن طلبات إجراء إجهاض لأسباب اقتصادية واجتماعية وسيكولوجية قد أخذت تصبح أكثر شيوعا. ومثله مثل الآخرين، كان يعزو ذلك إلى التغييرات الحادثة في المجتمع، مثل ازدياد التعليم وتغير ادوار النساء، وتغير العلاقات بين المراهقين والمراهقات، وكذلك التغيير في وجهات النظر بشأن العدد المرغوب من الأطفال. ويرى ضرورة إجراء الإجهاض بصورة آمنة عن طريق المتخصصين، إي الأطباء وأطباء أمراض النساء، ويضيف أن التقدم الكبير على الصعيد التكنولوجي يجعل ذلك ممكنا. كما يعتقد أن الطلبات التي تتقدم بها النساء من اجل إجراء الإجهاض يجب دراستها حالة بحالة، لكنه من زاوية أخرى يوضح أن عدم وجود حماية قانونية للأطباء ستجعلهم يترددون في مساعدة النساء، ومن ثم يجبروهن على استمرار اللجوء ممارسين غير مؤهلين^(١٥).

حول ما تعنيه وما لا تعنيه. جادل بعض الساسة ورجال الدين والمحامين أن هذه المادة لا تغير على نحو تلقائي الوضع القانوني للإجهاض، ذلك أنها لا تلغي القانون الحالي. بل جادلوا حتى أن عبارة "إجراء طبي معين" يمكن أن تعني أي شيء ما عدا الإجهاض. كذلك، لم تتمكن الندوة التي نظمتها "معهد تطوير القانون" في نوفمبر ١٩٩٢ أن تصل إلى اتفاق حول هذه المسألة.

وفي بداية ديسمبر ١٩٩٢، أصدرت وزارة الصحة بياناً -وان لم يكن صادراً مباشرة عن وزير الصحة- جاء فيه أن هذه المادة مقصود بها تحديداً تنظيم ممارسة الإجهاض في البلد، على أنها يمكن أن تشمل أيضاً إجراءات طبية أخرى^(١٨).

وكما أشارت ردود الأفعال، وخاصة من جانب القائمين على تقديم الرعاية الصحية، لم يحل القانون الجديد المشكلة، وخاصة من وجهة النظر القانونية، وهو القانون الذي تم انتظاره منذ بداية الستينات. أن الغموض الذي يكتنف صياغته، فضلاً عن عدم اتساق المادة ذاتها وتفسيراتها المختلفة، قد أدى إلى تقجر مناقشات ساخنة، أضافت إلى الخلاف بدلاً من أن تسهم في توضيح القضية^(١٩) على الأقل على المدى القصير.

وفي غضون ذلك، تزايدت أعداد "الحوادث غير المقصودة" والحمل غير المرغوب. ودون شك، فإن إحدى الخطوات المطلوب اتخاذها فوراً هي زيادة الجهود لتوفير التثقيف الجنسي، والتوعية بشأن عواقب السلوك الجنسي للشباب والشابات. كما ينبغي أن يعي المجتمع المخاطر الصحية التي تواجهها النساء عندما يؤدي دور الاجتماعي المطلوب منهن كحاملات للأجيال القادمة، وفي نفس الوقت مطلوب منهن الحد من عدد أطفالهن. أن المنظمات غير الحكومية، خاصة المعنية بالصحة الإنجابية للمرأة. إضافة إلى مختلف وسائل الإعلام، تعتبر هيئات مناسبة للاضطلاع بهذه الجهود.

وفي نفس الوقت، يبدو أن هناك احتياج إلى توجيهات أخرى من الحكومة والمهنة الطبية والقانونية لتوضيح كيفية تنفيذ القانون الجديد، ويبقى أن نرى كيف سيكون التحسين من أجل النساء.

استمرت المداولات في البرلمان طوال عام ١٩٩٢، وانتقلت إلى وسائل الإعلام. وتركز الاهتمام في الأساس على المادة المتعلقة بالإجهاض. دارت المناقشات وصدرت تصريحات من جانب العاملين في مجال الصحة، وخاصة أطباء أمراض النساء، والقانونيين، والجماعات النسائية. انتقدت مجموعة من النساء الشبابات المهتمات بالصحة الإنجابية القسم الخاص بصحة الأسرة، وهو القسم الذي يضم المادة المتعلقة بالإجهاض، ذلك أنها تشير إلى النساء بوصفهن زوجات فحسب، وهو الأمر الذي جادلن أنه يتجاهل حقيقة أن النساء غير المتزوجات لديهن أيضاً مشكلات في مجال الصحة الإنجابية.

وفي سبتمبر ١٩٩٢، أصدر رئيس اندونيسيا قانون الصحة الجديد رسمياً^(١٦) ومما يثير الاهتمام في المادة التي تتناول موضوع الإجهاض^(١٧) أن مصطلح "إجهاض" لا يظهر على الإطلاق، مما يشير إلى استمرار حساسية الموضوع. وبدلاً من ذكر مصطلح "إجهاض" يتم استخدام عبارة "إجراء طبي معين". ونقدم فيما يلي ترجمة غير رسمية لهذه المادة:

١- في الحالات الطارئة، ومن أجل إنقاذ حياة المرأة الحامل أو حياة الطفل، يمكن عمل إجراء طبي معين.

٢- لا يجب عمل الإجراء الطبي المذكور إلا في ظل الشروط التالية:

- على أساس مؤشرات طبية تجيز أداءه:
- أن يتم عن طريق أحد العاملين المؤهلين في مجال الصحة، ولديه تصريح بالقيام بذلك، ويتم بأسلوب مهني مسئول، كما ينبغي أن يصدق عليها أي المؤشرات الطبية، فريق من الخبراء:
- وجود موافقة من المرأة الحامل المعنية، أو زوجها، أو أسرتها:
- يتم إجراؤه في منشأة صحية متخصصة.

٣- وللإطلاع على مزيد من التفاصيل حول هذه القواعد، سوف تقوم الحكومة بإصدار لائحة تنفيذية^(١٨).

لقد أدى غموض هذه الصياغة فوراً إلى تفجر جدل

الدراسة. وقد حصلت الدراسة على دعم من "وحدة بحوث العلوم الاجتماعية"، و"البرنامج البحثي المتخصص"، و"تدريب التنمية والبحث في مجال الإنجاب البشري"، و"منظمة الصحة العالمية". ونحن ننشر هذه الورقة البحثية هنا بموافقتهم الكريمة.

هذه الورقة البحثية موجزا لتقرير كامل بنفس العنوان صدر في بداية عام ١٩٩٢. وقد أضافت كاتبات المقال المعلومات التي وردت حول تطور الأحداث منذ فبراير ١٩٩٢. ويود الفريق البحثي أن يتوجه بالتقدير إلى التعاون الذي أبداه المستجيبون في المقابلات التي أجريت لهذه

References and notes

- 1- Rahardjo, Julfita, 1990. Jamu peluntur: traditional medicine for menstruation regulation and abortion in Indonesia. Paper presented to 3rd International Congress in Traditional Asian Medical Systems, Bombay, 4-7 January.
- 2- Aborsi. *Femina*. 15 April 1986:33.
- 3- Widyantoro, Ninuk, 1989. Enhancing the quality of women's reproductive health care: An experimental approach in Indonesia. Paper presented to Population Association of America Annual Meeting, Baltimore, 30 March- 1 April.
- 4- The State of the World's Children. UNICEF, 1991.
- 5- Utomo, Budi et al, 1982. Abortion in Indonesia: A review of the literature. Faculty of Public Health, University of Indonesia, Jakarta. 28-31.
- 6- Laporan Lengkap Symposium Abortus 1964 (Final report of the 1964 symposium on abortion). Hoo Swie Tjoing (ed). Department of Health, Jakarta, 1966. Quoted in Widyantoro et al, [12] below.
- 7- Jatipura, S et al, 1978. Abortion in hospitals and maternity hospitals in Jakarta 1972-1975. Faculty of Public Health. University of Indonesia, Jakarta. Quoted in Samil, [8] below.
- 8- Samil, RS, 1989. Commentary on menstrual regulation as a health service: challenges in Indonesia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics: (Supplement)*: 29-33.
- 9- Moeloek, F A et al, 1988. The relation between menstrual regulation service and the incidence of septic abortions in Indonesia. Paper presented at Christopher Tietze

- International Symposium on Women's Health in the Third World: the Impact of Unwanted Pregnancy, Rio de Janeiro, 29-30 October.
- 10- About 85 per cent of the population of Jakarta is Muslim.
- 11- From a list of 200 gynaecologists obtained from the Jakarta chapter of the Indonesian Association of obstetricians and Gynaecologists, 1990.
- 12- Widyantoro, Ninuk et al, 1990. Induced abortion: The Indonesian experience. Paper presented to Population Association of America Annual Meeting, Toronto. 3-5 May 1990.
- 13- Hull, Terence H, 1990. Safe womanhood: a critique of the safe motherhood initiative in public health. In Materi Sidang Pleno (plenary papers). 3rd Annual Meeting. National Epidemiological Network. Bandung, 26-30 November.
- 14- Surat gembala dari Jakarta. *Tempo*, 21 December 1991.
- 15- Sebuah usul tentang aorsi. *Tempo*, 15 February 1992.
- 16- Health Law No. 23, 1992 (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan) which replaced Health Law No. 9, 1960.
- 17- Article 15, chapter on Family Health.
- 18- Mohamad, Kartono, 1993. Taking risks to save lives and health. *Planned Parenthood challenges*. 1:34-35.
- 19- For an analysis of Article 15, see also: Hull, Terence H et al, 1993. Induced abortion in Indonesia. *Studies in Family Planning*. 24(4): 241-51.

العوامل المرتبطة بالإجهاض القسدي في المستشفيات العامة بدار السلام، تنزانيا

بقلم/ جوتليب ميانجيل، م.ت. ليشاباري، دافيد ج. كيهويلي

يعد الإجهاض من أقدم الوسائل المعروفة للتعامل مع الحمل غير المرغوب فيه وقد تم استعمال هذه الوسيلة في معظم المجتمعات على مستوى العالم ومع كل الأجناس عبر التاريخ وذلك من خلال استعمال وسائل تقليدية متنوعة^(١). فعلى سبيل المثال، كان الإغريق يشجعون الإجهاض للتحكم في حجم السكان وللحفاظ على الاستقرار الاجتماعي والاقتصادي. وفي عام ٤٠٠ ق م. أوصى أفلاطون بالإجهاض للنساء اللاتي يحملن بعد سن الأربعين، وقد تعود هذه النصيحة إلى أسباب صحية. كما اقترح أرسطو استعمال الإجهاض للحد من حجم الأسرة^(٢). إن العقبات الثقافية والاجتماعية الموجودة حالياً أمام الإجهاض قد جاءت في اغلب الحالات كنتيجة لاتجاهات حديثة نسبياً أنتجتها بعض المجموعات الدينية والنخب الاجتماعية.

هناك صعوبة كبيرة في قياس مدى انتشار الإجهاض في الأقطار التي تجرمه. وتشير سجلات إحدى المستشفيات الاستشارية بدار السلام إلى أن استقبال حالات الإجهاض في أقسام النساء والولادة قد ارتفع من ٣٨% عام ١٩٧٤ إلى ٦١% عام ١٩٧٦^(٣). وعلى الرغم من أنه لا يوجد تمييز بين حالات الإجهاض القسدي وحالات الإجهاض الطبيعي، هناك ما يدعو إلى الاعتقاد بان الزيادة المشار إليها تمثل نمواً في نسبة الإجهاض غير الشرعي. كما أفادت دراسة أجريت عام ١٩٨٢ في كينيا أن ٦٠% من حالات الاستقبال في قسم النساء بمستشفى كينيا الوطني هي حالات إجهاض منها ٦٢% هي عمليات إجهاض غير شرعي^(٤). أما في السودان، فإن دراسة أجريت عام ١٩٧٥ حول نزيلات مستشفيات الخرطوم تشير إلى وجود استقبال حالة إجهاض مقابل كل حالة ولادة^(٥).

وينبغي هنا أن نتذكر أن المعلومات المستقاة من المستشفيات تمثل مجرد مؤشرات لما يمكن أن يحدث في المجتمع. فقد أظهرت مسح ميدانية أجريت في شيلي وكولومبيا أن ما يقرب من ثلث النساء فقط اللاتي قمن بعملية إجهاض قسدي عانين من تعقيدات تطلبت دخولهن إلى المستشفى^(٦). إن مراجعة وفيات الأمهات على مدى ١٣ عام في احد مستشفيات نيجيريا تشير إلى أن الإجهاض شكل احد أهم ثلاثة أسباب للوفاة^(٧).

ونظراً للانتشار الواسع لحالات الحمل غير المرغوب فيه، يتم إجراء الإجهاض القسدي بكثرة على مستوى العالم، إلا أنه يترتب عليه نتائج خطيرة سواء على الأفراد أو على الأنظمة الصحية في الأقطار التي لا تتوفر فيها إمكانية الحصول على الإجهاض الآمن^(٨). إن مسألة الإجهاض غير الآمن تحمل أهمية خاصة بالنسبة للشعوب الأفريقية ويعود ذلك إلى أسباب متعددة، منها الميل المتصاعد نحو التحديث والتحول إلى الحياة الحضرية، والاندراج المبكر لنسب كبيرة من الشباب في الأنشطة الجنسية، ومحدودية توافر والقدرة على الحصول على وسائل منع الحمل الفعالة خاصة بالنسبة للمراهقين في المنطقة.

وعلى الرغم من انتشار الإجهاض ووجود دلائل على الزيادة المؤكدة في عدد عمليات الإجهاض غير الآمن والمضاعفات المترتبة عليها^(٩)، لا يتم تناول المسألة باعتبارها مشكلة صحية واجتماعية تستدعي الاهتمام. ويرجع ذلك إلى القضايا السياسية والأخلاقية والدينية المعقدة التي يثيرها هذا الموضوع^(١٠). وبناء على ما تقدم، فمن الأهمية بمكان النظر إلى الإجهاض على أنه بالأساس قضية صحية وليس قضية عقائدية. إن توافر المعلومات حول وسائل منع الحمل والخدمات المرتبطة بها تعد استراتيجية علاجية مهمة للتقليل من الانتشار الواسع لحالات الحمل غير المرغوب فيه. إلا أن توافر هذه الأمور لا يعني في حد ذاته أنه تم مواجهة مسألة الإجهاض غير الآمن^(١١).

مضاعفات ناتجة عن عمليات إجهاض قصدي، وتنتمي هؤلاء النساء أساسا إلى شريحة ذوي الدخول المنخفضة. ومن المتوقع أن تساهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة في إثارة المناقشات حول إمكانية التقليل من معدلات انتشار والوفيات المترتبة على حالات الحمل غير المرغوب فيه.

ربما تكن هذه الدراسة الاستكشافية هي الأولى من نوعها في تنزانيا وقد استهدفت جمع المعلومات حول موضوع شديد الحساسية، وبالتالي أصبح من الصعب تطبيق منهجية العينة العشوائية بطريقة صارمة. فلم تقم الدراسة بتغطية النساء اللاتي لم يعانين من مضاعفات صحية، كما لم يتم التطرق إلى المستشفيات الخاصة، وهي المستشفيات التي من المفترض إنها تستقبل النساء من الطبقات الوسطى والعليا واللاتي يمتلكن القدرة على تسديد تكاليفها.

وعلى الرغم من ذلك، تشير نتائج الدراسة إلى أن هناك مشكلة تتعلق بالصحة العامة في مجتمعنا وهي مرتبطة بالممارسات غير الآمنة في الإجهاض، وهو ما يتطلب تطوير خطط جادة لمواجهتها.

لقد تم أولا عمل مقابلات مع كل النساء اللاتي أشارن التشخيص إلى أنهن خضن إجهاضا غير كامل، أو أجهضن بسبب خطورة الحمل، أو بسبب وجود تلوث. وقد قامت ممرضات متمرسات في التعامل مع النساء اللاتي يمارسن الإجهاض بإجراء المقابلات، بعد تدريبهن خصيصا من اجل الدراسة. هذا وقد تم اختيار الممرضات بالتشاور مع إدارة المستشفيات للتأكد من انه لن يتم التعامل مع مشاركتهم في الدراسة باعتبار إنها خارج ساعات العمل وبالتالي أثقلهن بالمناوبات ليل نهار. كذلك تم تقديم المعلومات حول الدراسة إلى الأطباء الذين يتابعون النساء، وتدريبهم على توفير بيانات أكثر تفصيلا عنهن بعد إجراء الفحص الروتيني. وتم إجراء اختبار قبلي لأداة الدراسة في إحدى المستشفيات واستفاد منه فريق البحث ومن الخبرة المكتسبة في إعادة تدريب الباحثين التابعين للمستشفيات الأخرى.

بلغ إجمال العينة ٩٦٥ امرأة من بينهن ٤٥٥ قمن بعمليات إجهاض قصدي، وقد وافقت كل هذه الحالات (٤٥٥) على المشاركة في الدراسة بعد الإطلاع على

وقد مثلت اللاتي قمن بإجهاض قصدي ٩١% من حالات الوفيات الناتجة عن الإجهاض. ووفقا لمنظمة الصحة العالمية فإن نسب وفيات الأمهات بسبب الإجهاض في أفريقيا تتراوح بين ما يقل عن ١٠% وصولا إلى ٦٠%^(١٠). إلا أن هناك دراسة أثبتت أن الإجهاض قد تسبب في وصول نسبة وفيات الأمهات إلى ٨٠% في مستشفى كينيا الوطني وان ٦٥% من هذه الحالات كانت عبارة عن عمليات إجهاض قصدي^(١١).

إن خطر الوفاة بسبب المضاعفات الناجمة عن عمليات الإجهاض غير الآمن يتزايد في البلدان النامية حيث ترتفع نسب وفيات الأمهات، وهي تزيد ما بين مائة وخمسمائة مرة مقارنة بنسب الوفيات الناتجة عن عمليات الإجهاض التي تتم في ظروف آمنة. كما ترتفع نسبة الخطورة لدى النساء الفقيرات والمراهقات.

في هذا الإطار، يتضح أن الحياة الجنسية للمراهقين تشكل قلقا كبيرا. ففي الدراسة المذكورة أعلاه والتي تمت في نيروبي، مثلت المراهقات ٤٣% من حالات الإجهاض القصدي، كما مثلت النساء العازبات ٧٩% من الحالات، وكانت ٦٠% من اللاتي خصصن هذه العمليات أما طالبات في المدارس أو نساء غير عاملات. وتبين دراسة أخرى حول المستشفى الجامعي في اينوجو بنيجيريا أن ٧١% من النساء اللاتي يعانين من مضاعفات عمليات الإجهاض القصدي وغير الآمن كن في سن ٢٠ سنة أو اقل.

هناك سرية كبيرة تحيط بإجراءات ممارسة عملية الإجهاض غير الشرعي، إلا أن هناك تأكيد شبكات من التضامن الاجتماعي تقوم بتأدية دورها ابتداء من اللحظة التي تصرح فيها المرأة بحدوث الحمل إلى شخص آخر. وفي هذا الإطار يتم اتخاذ قرار الإجهاض، والبحث عن يقوم بالعملية، وتبديد الأموال اللازمة، والتحويل إلى مستشفى لو حدثت مضاعفات صحية بعد العملية.

الدراسة

تقوم هذه الدراسة بتوثيق المعلومات حول النساء اللاتي تم استنقاليهن في أربعة مستشفيات عامة في دار لسلام لعلاج

يعترفن بحدوث إجهاض قصدي كما لم توجد لديهن جروح أو تلوث أو أجسام غريبة. وبالتالي تم استبعاد هذه الحالات من التحليل. هذا وقد تمت المقابلات في خصوصية تامة مع النساء في إحدى غرف المستشفى.

القصص الإيجابية والجنسية للنساء

عاشت ما يقرب من فتاة من بين كل خمس مراهقات ممن هن اقل من ١٧ سنة قصة ممتدة مع صديق استمرت

البيانات المتعلقة بهدف وأهمية هذه الدراسة والتأكيد على سرية المعلومات المقدمة.

وقد تطوعت ٤١٨ امرأة من هذه المجموعة بالتصريح بأنهن قمن بإنهاء الحمل. أما الحالات الباقية (٣٧) واللاتي لم يصرحن بالإجهاض القصدي، فقد تم تشخيصهن من خلال الكشف الطبي بسبب وجود إصابات في الجهاز التناسلي أو بسبب وجود جسم غريب. كما كانت هناك ٨٢ حالة لم يستطع الأطباء الجزم بشأنهن: ذلك أن أولئك النساء لم

جدول رقم (١) الخصائص الديموغرافية للنساء

النسبة المئوية	الخصائص الديموغرافية
	السن
١٤%	١٧-١٤
١٩%	١٩-١٨
٥٠%	٢٩-٢٠
١٧%	فوق ٣٠
	الحالة الاجتماعية
٦٦%	عازبة
١%	تعيش مع رجل
٢٣%	متزوجة
١٠%	منفصلة/ مطلقة/ أرملة
	المستوى التعليمي
٧%	أمية أو شبه أمية
٦٥%	تعليم ابتدائي
٦%	تعليم ثانوي أو جامعي
٢٠-٢٤%	طالبة حالياً، من كل المستويات
	مدى إدراك نقص الاحتياجات الأساسي
١٠%	الغذاء/ الملابس/ المسكن
اقل من ٥%	الترفيه
	الديانة
٤٩%	مسلمة
٢٦%	كاثوليكية
٢٤%	من طوائف مسيحية أخرى
	قيمة الدين في حياتهن اليومية
٥٠%	مهم جداً
٤٥%	مهم إلى حد ما
	عاشت في المدينة
١٢%	عام أو أقل
٢٨%	١-٥ أعوام
٦٠%	٦ سنوات أو أكثر

وسيلة منع حمل على الإطلاق. كما وجد أن هناك علاقة عكسية بين مستويات المعرفة والسن. فقد كان هناك جهل تام بوسائل منع الحمل الحديثة منها والتقليدية لدى ٨٩% من النساء في سن ١٧ سنة أو أقل. وكانت هناك مراقبة واحدة من بين ١٥٠ في العينة على علم بستة وسائل تنظيم الأسرة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن النساء اللاتي لم يحظين بالتعليم الرسمي أو اللاتي حظين بقدر قليل منه قد شكلن أعلى نسبة ممن لا يعرفن شيء عن وسائل منع الحمل (٦٥%). وقد انخفضت هذه النسبة إلى ٢٠% عند اللاتي حصلن على تعليم ثانوي أو جامعي. كما لم يكن لدى ما يقرب من نصف الطالبات حالياً أي علم بوسائل منع الحمل. وبصفة عامة، كان لدى النساء العازبات -سواء من بين الطالبات أو الأخريات- معلومات أقل حول وسائل منع الحمل مقارنة بالمتزوجات حالياً أو سابقاً. وهذا ليس بالمر الغريب حيث أن استعمال وسائل منع الحمل ممنوع بالنسبة للطالبات بمقتضى اللوائح المدرسية، كما أن عيادات تنظيم الأسرة لا ترحب بالنساء العازبات والمراهقات. ويتميز تاريخ سياسة تنظيم الأسرة في تنزانيا باقتصار المعلومات والخدمات على المتزوجات.

ست سنوات أو أكثر، مما يوحي بحدوث علاقات جنسية مبكرة. وقد وجد أن أدنى سن لحدوث هذه العلاقة كان ١١ سنة. كما تبين أنه بحلول سن ١٧ سنة كان أكثر من نصف النساء قد مارسن علاقة جنسية مرة واحدة على الأقل.

أفادت ما يقرب من الصف أنهن لم يحملن من قبل. من هؤلاء أشارت ٧٦% منهن إلى وجود علاقة جنسية نشيطة، بينما قالت النسبة الباقية أنهن حملن من أول مرة مارسن فيها الجنس.

أفادت ٢٠% من النساء بأن هذا هو الحمل الثاني لهن، ١١% بأنه الحمل الثالث، بينما كان الحمل الرابع أو أكثر للنسبة الباقية (٢٣%). كما أفادت ١٤% من النساء (٦٥ امرأة) أنهن خضن عملية إجهاض قصدي في الماضي، وكان من بينهن ٥٣ قمن بهذه العملية مرة واحدة، وتسعة قمن بها مرتين، واثنان قمن بثلاث عمليات إجهاض، وامرأة واحدة أجرت ست عمليات إجهاض.

مدى معرفة واستعمال وسائل منع الحمل

كانت المعرفة بوسائل منع الحمل منخفضة بصفة عامة في هذه المجموعة، فلم تكن ٤٥% منهن على علم بأية

جدول رقم (٢) المعرفة بوسائل منع الحمل واستعمالها حسب الوسيلة

الوسيلة	العلم بالوسيلة	استعمال الوسيلة في أي وقت قبل البحث	استعمال الوسيلة وقت الجماع
الحبوب	٦٣%	٣٠%	٤%
الواقي الذكري	٤٢%	١٠%	٤%
اللؤلؤ النحاسي	٣٢%	٣%	١%
التقويم (٥١)	٢٦%	١٠%	٦%
الحقن	٢٤%	١%	أقل من ١%
العزل (القذف خارج المهبل)	١٨%	٤%	١%
العازل المهبل	١٢%	أقل من ١%	صفر
الكيماويات القاتلة للحيوانات المنوية	١٢%	١%	أقل من ١%
الوسائل التقليدية	٦%	٢%	أقل من ١%

كما قامت بعض المراهقات بشراء الحبوب من المحلات مما يشير إلى عدم حصولهن على الإرشادات اللازمة حول طريقة الاستعمال. كما، أفادت بعض المراهقات بأنهن استعملن الحبوب فقط وقت الجماع أو بعد حدوثه.

كما مثل العازل الطبي ثاني أكثر وسيلة حديثة استعمالا. والمرجح أن تكون الحملات الواسعة حول الإيدز وتوزيع العوازل الطبية بدءا من عام ١٩٨٨ كوسيلة للحماية من المرض وليس كوسيلة لمنع الحمل- قد ساهمت في ارتفاع معدلات الوعي باستعمالها. كما أفادت أكثر من ٤% من المبحوثات بحدوث الحمل رغم استعمال هذه الوسيلة. قالت بعض المراهقات أن لديهن شك في قيام شركائهن من الرجال بإحداث قطع في العازل حتى يحملن.

سمات الرجال المسؤولين عن الحمل

تستند البيانات التالية المتعلقة بالرجال على ما قالته عنهم النساء المستجوبات. تراوحت أعمار الرجال ما بين ١٦-٥٢ سنة مع اقل من ٤% تحت سن العشرين على الرغم من انه تم الإشارة في العديد من الحالات إلى أن هذه الأرقام تقديرية.

وقد أفادت ما يقرب من ثلث المراهقات أن الشريك كان يبلغ ٤٥ سنة أو أكثر ولم يكن ذلك غريبا نظرا

إلا أن وزير الصحة قد قام عام ١٩٨٩ بإعادة تعريف المؤهلات للحصول على خدمات تنظيم الأسرة بحيث تم تضمين أي إنسان مهما كانت حالته الاجتماعية أو عدد أطفاله.

وصلت نسبة المسلمات اللاتي لم يكن لديهن علم بأية وسيلة من وسائل منع الحمل إلى ما يقرب من النصف، وينطبق نفس الأمر على ٤٠% من الكاثوليكيات وثلث المسيحيات الأخريات. هذا بينما كانت ١١% من المسلمات و٢٣% من الكاثوليكيات و١٤% من المسيحيات الأخريات على علم بست وسائل منع حمل أو أكثر. ولم يكن هناك علاقة دالة إحصائية عن المعرفة بهذه الوسائل وبين مدى المشاركة النشطة في الأنشطة الدينية، أو بالنظر إلى لدين على انه أمر مهم. ويلخص الجدول رقم (٢) نسبة النساء اللاتي كن على معرفة بوسائل منع الحمل وقمن باستعمالها.

مثلت حبوب منع الحمل أكثر الوسائل المعروفة والمستعملة، وهذا منطقي حيث ينطبق نفس الأمر على باقي السكان إلا انه من الملفت للانتباه أن ٤% من النساء زعن أنهن كن يتناولن حبوب منع الحمل حينما حدث حمل. وقد يرجع ذلك إلى الاستعمال الخاطئ، فعلى سبيل المثال أشارت بعض المستجوبات وخاصة من بين الطالبات- أنهن استعرن الحبوب من إحدى الصديقات.

جدول رقم (٣) الحالة الاجتماعية للنساء ونوعية العلاقة

نوع العلاقة	عازبة	متزوجة سابقا	متزوجة	الإجمالي
الزوج	صفر	٢٣%	٨٨%	٢٣%
الصديق	٦٣%	٤٠%	٤%	٤٧%
علاقة عابرة	٢٩%	٢٧%	٧%	٢٤%
غريب	٧%	٧%	١%	٥%
أخرى	١%	٢%	صفر	١
الإجمالي	٦٧%	١٠%	٢٣%	١٠٠%

- عدم القدرة اقتصاديا على تحمل مسؤولية إطعام طفل جديد.
- حدوث الحمل بطريقة عرضية.
- صغر سن الطفل السابق.
- ما زالت طالبة.

إلا أن هذه الأسباب شديدة الإيجاز وهي تخفي أشياء كثيرة بقدر ما تفصح عن أشياء أخرى. ويمكن القول أن ذلك ينطبق على أقل تقدير على بعض الحالات. فعلى سبيل المثال، عند الحديث عن أسباب الإجهاض أفادت طالبتان من المجموعة بالقصص التالية:

- كانت الفتاة الأولى تلميذة في مدرسة داخلية ثانوية. وقد أمرها مدير المدرسة بالتوجه إلى إحدى الحجرات حيث كان ينتظرها احد المفتشين. وحيث أنها لم تشك البتة في وجود نوايا سيئة توجهت إلى هناك حيث اجبرها على ممارسة الجنس معه. وقد أبلغت والدتها خلال الأجازة بما جرى، فقررت المرأتان إجراء الإجهاض بدلا من فضح الموضوع. كانت هذه الفتاة تشعر بمرارة شديدة حول ما وصفته بالانحلال الأخلاقي للبالغين وكانت تشعر بكراهية عميقة تجاه أولئك البالغين الذين يدينون الفتيات الصغيرات اللاتي يمارسن الجنس.

- أما الفتاة الثانية، فقد كانت في السنة النهائية للمدرسة الابتدائية وكانت تقيم مع أختها المتزوجة. حينما كانت أختها خارج المنزل، كان زوج أختها يدعوها إلى ممارسة الجنس معه، ولم تجد مفرا سوى الاستسلام. لم تدرك هذه الفتاة أنها حامل إلا حينما لاحظت خالتها ذلك وشرحت لها ما معناه. حينما أبلغت الفتاة زوج أختها أنها في مأزق قام بطردها من المنزل ونعتها بالعااهرة. لم تفصح أبدا لأختها بما حدث، بل ذهبت لتعيش عند خالتها التي ساعدتها على إجراء عملية الإجهاض. وقد شعرت هي الأخرى بمرارة عميقة تجاه سلوك زوج أختها.

أول شخص يباح له بالسر

أكثر من نصف النساء (٥٣%) ابلغن أولا الرجل المسئول عن الحمل، بينما تحدثت ٢٤% من النساء مع الأم،

لانتشار ظاهرة "ابا-السكر" (١٣) (sugar-daddy) في المدن الأفريقية. وقد أشارت ما يقرب من ربع الطالبات أن الرجل يبلغ سن ٤٥ سنة أو أكثر وكان هناك اقل من ٩% ممن عاشرن رجال من نفس شريحتهن العمرية. ويشير الجدول رقم (٣٩) إلى نوعية العلاقة الموجودة بين النساء وأقرانهن المسئولين عن الحمل.

أنتضح من الدراسة أن ما يقرب من ٣٠% من النساء عشن علاقة استمرت اقل من سنة مع الرجل المسئول عن الحمل. أما بالنسبة للنساء فوق سن ٣٠ سنة، فإن ٦٤% من اللاتي حملن كن في علاقات ممتدة لأكثر من خلال علاقات استمرت اقل من عام. وقد تميزت مجموعة المراهقات بالعلاقات مع رجال لا يعرفونهم معرفة عميقة أو حتى مع غرباء تماما.

وقد أشارت أربعة من كل خمس مسلمات أنهن حملن نتيجة علاقة مع رجل مسلم، كما أشارت ٥٨% من الكاثوليكيات أنهن حملن نتيجة علاقة مع رجل كاثوليكي، وما يقرب من نصف المسيحيات الأخريات نتيجة علاقة مع رجل مسيحي غير كاثوليكي.

اتخاذ قرار الإجهاض

على الرغم من غياب المعلومات حول ما يجري منذ لحظة الشك في وجود حمل حتى الوقت الذي تتجه فيه النساء إلى المؤسسات الصحية بسبب المضاعفات الناتجة عن الإجهاض، فإن المعلومات المستقاة من قصص الإجهاض تشير إلى وجود شبكات من المساعدة تساهم في مراحل متعددة من هذه العملية.

ما يقرب من ٧% من النساء قررن في البداية الاحتفاظ بالحمل ولكنهن غيرن رأيهن فيما بعد. ولم تتخذ ١٣% من النساء قرارا فوريا، بينما قررت ٤٨% من النساء إجراء الإجهاض بمجرد الشك في وجود حمل. وهناك ١٦٥ ممن قررن إخبار الرجل المسئول أولا بينما قررت ٩% الإفصاح عن الموضوع لصديقة أو إحدى القريبات أولا.

أما أهم الأسباب في اتخاذ قرار لإجهاض، فقد تمثلت فيما يلي:

الجدول رقم (٤)

ردود أفعال ونصائح أول شخص يباح له بالسر

ردود الفعل النصيحة	الجل المسئول عن الحمل	إحدى القريبات	صديقة	أخرى	الإجمالي
أنها أخبار سعيدة	٥%	١%	٣%	صفر	٣%
الاحتفاظ بالحمل	١٩%	٨%	٦%	٢٣%	١٤%
الإجهاض	٥٦%	٤٣%	٥١%	٢٣%	٥١%
لامبالاة	١٥%	١٨%	١٨%	١٥%	١٦%
أخرى	٦%	٣١%	٢٢%	٣٨%	١٦%

وبصفة عامة، فقد وفرت الصديقات وسيلة الاتصال لما يقرب من ٣٠% من النساء. وعلى الرغم من أن القريبات من الدرجة الأولى لم يوفرن هذه الوسيلة سوى لنسبة ٢٠% من إجمالي الحالات، فقد مثلن نسبة ٤٣% بالنسبة للمراهقات تحت سن ١٧ سنة و ٢٦% بالنسبة لمن هن بين ١٨-١٩ سنة واللاتي أفدن أن أمهاتهن، أو شقيقاتهن أو خالتهن هن اللاتي اصطحنتهن عند المجهض.

وعلى الرغم من أن الرجال المسئولين عن الحمل كانوا أقل ميلا إلى توفير وسيلة الإجهاض، إلا أن ٤٤% منهم قد تحملوا تكاليف العملية. هذا وقد سددت ٣٤% من النساء بنفسها تكاليف الإجهاض بينما تحملت قريبات حميمات هذه التكاليف بالنسبة لـ ١٩% من الحالات.

الإجهاض

قام بعمليات الإجهاض ٣٨٤ شخص وصفت النساء ٢٢% منهم بأنهم "دكاترة"، و ٦٥% بأنهم "ممارسين صحيين آخرين"، و ١٣% منهم بأنهم "دجالين". ومن الصعب التأكد ما إذا كان "الدكاترة" أطباء حقا حيث أن أغلبية الناس البسطاء يشيرون إلى أي عامل في مستشفى خاصة أولئك الذين يرتدون المعطف الأبيض على أنهم أطباء. وتشير الخبرات السابقة إلى أن حتى الموظفين في المراتب الدنيا بالمستشفيات مثل القائمين على خدمة الأجنحة يمارسون الإجهاض ويتم الإشارة إليهم في الأحياء التي يمارسون فيها أنشطتهم بالدكاترة.

أو الأخت، أو الخالة، وباحت ١٥% من النساء بالسر لأحدى الصديقات الحميمات. كان هناك ميل لدى المراهقات نحو إبلاغ الأم أو الخالة، بينما لم يظهر هذا الاتجاه بشدة لدى النساء فوق سن ٣٠ سنة. ولم تشر أي من نساء هذه المجموعة إلى أنهن بحن بالسر لأحد الأقرباء الذكور. وفيما يلي جدول رقم (٤) الذي يتناول ردود أفعال من يؤتمنون بالسر والنصائح التي يسدونها.

المساعدة في العثور على من يقوم بالإجهاض وتدابير التكلفة

هناك علاقة قوية بين أول شخص تبوح له النساء بالسر والشخص الذي يرشدهن إلى من سيقوم بالإجهاض. فعلى سبيل المثال، فإن ٦٠% ممن بحن بالموضوع لقريبة حميمة أولا، أوصلتهن إحدى القريبات بالأشخاص اللذين يجرون الإجهاض. إلا أن ٧% فقط من القريبات الحميمات شاركن في الإرشاد إلى شخص يقوم بالإجهاض عندما كان يتم البوح بالسر أولا لصديقة، وينطبق نفس الأمر على ١٣% من النساء اللاتي اخترن التوجه أولا إلى الرجل المسئول عن الحمل. ومن الملفت حقا أن ٣٧% فقط ممن توجهن أولا إلى الرجل المسئول قد حصلن عن طريقه على وسيلة اتصال بشخص يقوم بالإجهاض. ويبدو أن الرجال المسئولين عن الحمل غير المرغوب فيه لا يتقاسمون عبء تنظيم الإجهاض بنفس الحماس الذي تبديه النساء اللاتي يوفرن الدعم الاجتماعي.

جدول رقم (٥)

أين تمت عمليات الإجهاض ومن قام به

نوعية المكان	طبيب	ممارس صحي	دجال	الإجمالي
مكان به تسهيلات صحية	٧١%	٦٢%	٦%	٥٦%
حجرة نوم	٢٩%	٣٧%	٨٨%	٤٢%
أخرى	صفر	١%	٦%	٢%

يبين الجدول رقم (٦) نسبة النساء التي حصلن على نصيحة الذهاب إلى المستشفى أو اللاتي حصلن على أي علاج بعد الإجهاض، وفقا لطبيعة الحالة المهنية للشخص الذي يمارس الإجهاض

النصيحة/العلاج الذي قدمه من قام بالإجهاض	طبيب	ممارس صحي	دجال	الإجمالي
أن تذهب إلى المستشفى	٣١٤%	٦٠%	٣٢%	٥١%
أدوية	٥٦%	٣٢%	١٠%	٣٥%
أخرى	١٣%	٨%	٥٨%	١٤%

لقد تراوحت أسعار عمليات الإجهاض ما بين ٦٠ إلى ٢٠,٠٠٠ شلن تنزاني بمتوسط ٤٢٤,٤ شلن تنزاني. وقد تقاضى ما بين ٦٠ إلى ٧٠% من "الدكاترة" أو "الممارسين الصحيين الآخرين" ٢٠,٠٠٠ شلن أو أكثر للعملية. أما "الدجالين" فقد انخفضت أجورهم بطريقة ملحوظة. ويجدر الإشارة إلى أن الحد الأدنى للراتب الحكومي وقتا إجراء الدراسة كان يبلغ شهريا ٢,٥٠٠ شلن تنزاني (وهو ما يساوي حسب سعر الصرف حينذاك ١٢,٥٠ دولار أمريكي).

وقد تم التوصل إلى أن اغلب عمليات الإجهاض أجريت في منشآت صحية: مستشفى أو مركز طبي أو مستوصف. أما باقي عمليات الإجهاض، فإن اغلبها تم في حجرات عادية مع عدد صغير من العمليات التي أجريت في المساكن أو الفنادق.

حيث أن أغلبية "الدكاترة" قد أعطوا أدوية، فإن ذلك يسير إلى انه كانت لديهم فكرة حول كيفية علاج المشاكل المترتبة على الإجهاض. ولكن يبقى أن هناك كم كبير من "الدكاترة" لم يقدم الدواء المناسب وهذا يثير الشكوك حول ما إذا كانوا حقا أطباء، ذلك أن أي طبيب يستطيع أن يتعامل مع مثل هذه الحالات ويصف الأدوية الملائمة بدون الحاجة إلى تحويلها لطبيب آخر.

وقد نصحت ٤٠% من القريبات اللاتي أبيض لهن بالسر تطلب الأمر ذلك، يليهن ٢٧% من الرجال المسؤولين عن الحمل، بينما اتخذت ٢٣% من النساء قرار الذهاب إلى المستشفى.

مضاعفات ما بعد الإجهاض ونوعية العناية مثل الإجهاض أكثر الأسباب شيوعا للاستقبال في



غالباً في عنق الرحم- لدى ٥٣% من نساء العينة من بينهن ٨% وجدت لديهن كدمات في عنق الرحم، وتورم، والتهاب، وتمزق بسبب استعمال الجفت. أما النسبة الباقية (٤٥%) فقد وجد لديهن قطع مهبلي وتهتكات. وفي ٣% من الحالات وجدت أوراق شجر، وجذور نباتات، وموانع الحمل الرحيمة ممن يستعملنها كوسيلة لمنع الحمل. وقد تم تسجيل افرازات كريهة الرائحة لدى ١٦% من الحالات، ودلائل على التسمم الدموي عند حوالي ١٥% من الحالات.

هذا وقد تم إجراء ثلاث عمليات استكشاف (فتح بطن) خلال فترة إنجاز هذه الدراسة، وهي على الوجه التالي:

- مراهقة تبلغ ١٧ سنة كان قد أحدث لها دجال ثقب في الرحم بسبب استعمال أجهزة غير ملائمة، مما يتطلب إجراء عملية استئصال غير كامل للرحم.
- شابة أخرى ظهر أن لديها خراج في الحوض بعد عملية إجهاض غير معقمة، مما يتطلب عملية فتح بطن للتخلص من الصديد.
- أما المرأة الثالثة، فكانت قد دخلت المستشفى في البداية على اعتبار أنها تعاني من الأنيميا ومن الأم في البطن، وتبين أنها شاحبة وان معدتها تؤلمها عند اللمس. وقد اعترفت بأنها حاولت الإجهاض عندما شكت في وجود

أقسام النساء في المستشفيات الأربعة. وقد تم تشخيص الإجهاض غير الكامل بالنسبة لـ ٧٢% من الحالات، كما شكل التعفن الدموي بعد الإجهاض أكثر المضاعفات الصحية انتشاراً.

وتفيد المعلومات التي تم جمعها من أقسام الاستقبال أن ٨% فقط من النساء كن في حالة جيدة بينما كانت ٨٤% من النساء أما في حالة سيئة أو مقبولة. ١٥% من الحالات كانت تشكو عند دخول المستشفى من ارتفاع درجات الحرارة، كما أن قياس درجات الحرارة فيما بعد قد اظهر أنها مرتفعة عند ٨٥% من الحالات. وتشير بيانات الدراسة إلى أن معظم عمليات الإجهاض تمت بعد ٨ أسابيع من الحمل بينما تمت ١١% من العمليات ما بين ١٠-٩ أسابيع، و٣٧% ما بين ١٦-١ أسبوع، و١١% ما بين ٢٠-١٦ أسبوع.

ما يقرب من ثلث العينة كن يعانين من نزيف مهبلي شديد وقت دخول المستشفى (٥٠٠ مليلتر من الدم أو أكثر مما يتسبب في حدوث الأنيميا). كما تم اعتبار أن ٢٠% منهن بحاجة إلى نقل دم، إلا أن سبع فقط هن اللاتي حصلن على نقل دم بسبب العجز في مخزون الدم. كما تم تسجيل صدمات بسبب النزيف أو الجرح لدى ٧,٠% من الحالات. وأتضح من الفحص وجود إصابات في الأجهزة التناسلية -

- كان م الأفضل كثيرا تمكينهم من إجراء الإجهاض بأنفسهم.

- نظرا لعدم القدرة على التحكم في القرارات التي تتخذها ضحايا الحمل غير المرغوب فيه، فمن الخطأ حرمان هؤلاء النساء من الاستفادة بالوسائل والممارسات الآمنة والحديثة للإجهاض.

وجهات نظر محل الدراسة:

اعتبرت النساء المستجوبات أن القوانين الموجودة قائمة على التمييز لأنها تنفي حق النساء في الاختيار في حالة حدوث حمل غير مرغوب فيه، بينما لا يتحمل الرجال المسؤولين عن هذا الحمل أي من التبعات القاسية المترتبة عليه. كما أكدن على أن النساء الفقيرات يحرمن من الحصول على الخدمات الآمنة لأنهن لا يملكن ما يكفي لتسديد التكاليف الباهظة في العيادات الخاصة التي تتم فيها عمليات الإجهاض رغم الموانع القانونية.

مناقشة

كثيرا ما يتم تناول موضوع الحمل غير المرغوب فيه والإجهاض بطريقة نظرية من منظور الأخلاقيات والقضايا الاجتماعية والسياسية التي لا تمت بصلة للخبرات الحقيقية التي تعيشها النساء في حياتهن وخاصة تلك التي تتعلق بالتبعات الملمة لحدوث حمل غير مرغوب فيه.

وقد وجدت هذه الدراسة ما يقرب من ثلث ضحايا الإجهاض غير الآمن كن من المراهقات، وأكثر من نصفهن اقل من ١٧ سنة. كما أن حوالي ربعهن كن طالبات في المدارس الابتدائية أو الثانوية. أن هذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسات أخرى^(٧)، حيث تشير العديد من البحوث إلى أن الحياة الجنسية للمراهقين تمثل مشكلة حقيقية في دار السلام^(١٣،١٥،١٦). فهناك ما بين ٤٠ إلى ٦٠% من طلاب المدارس الذين يمارسون علاقات جنسية، ويشكل الحمل أهم سبب لتسرب البنات من التعليم.

يستسهل البعض اتهام هؤلاء الفتيات بسوء الأخلاق والممارسات وبأنهن غير سويات. أن هذا الحكم خاطئ تماما حيث أن سلوك الشباب يترتب بدرجة كبيرة على طريقة

حمل وعليه تم نقلها إلى قسم النساء وتم تشخيص حالتها على أن لديها انفجار في الرحم. وعندما فتح البطن، أتضح أن الحمل خارج الرحم.

تكلفة الخدمة الصحية

تقوم السياسات الوطنية في تنزانيا على توفير الخدمات الصحية والطبية المجانية لكل المواطنين. وقد جرت محاولة لتقدير تكلفة استقبال وعلاج الحالات التي تعاني من مضاعفات الإجهاض القصي. تضمنت هذه التكلفة ثمن الأدوية والوجبات والإقامة والإجراءات الجراحية إلا أن التكلفة التقديرية لم تتضمن ثمن الوقت الذي يقدمه الممارسين الصحيين للعناية بهذه الحالات. حينما تم تقسيم التكاليف على عدد المرضى، بلغت التكلفة ١,٥٠٠ شلن تنزاني في اليوم لكل حالة إجهاض قصدي. وينبغي تناول هذا المبلغ بالمقارنة بالمبالغ المرصودة من وزارة الصحة لعلاج المواطنين والتي تبلغ ٢١٠ شلن للفرد في العام.

ثلاث حالات فقط تم معالجتهم وخروجهم في نفس اليوم. بينما أمضت ٢٧% من الحالات يوما واحدا في المستشفى، ٤٦% أمضت يومان، ٢٣% ما بين ٣-٥ أيام أما بالنسبة الباقية (٤%) فأمضت ست أيام أو أكثر.

الوفيات بسبب الإجهاض

لم يتم تسجيل أية حالة وفاة في المجموعة محل الدراسة، إلا أن المصادر في المستشفيات تشير إلى أن هذا الأمر غير مألوف. وفي الواقع فقد أشارت دراسة سابقة تمت قبل أعوام في احد المستشفيات الأربعة إلى معدل للوفيات بلغ ٢٦% بالنسبة لـ ٢٦ حالة من الإجهاض القصي تم استقبالها على مدى تسعة شهور، من بينهن ٦ حالات ماتت نتيجة التعفن الدموي^(١٤).

وجهات نظر الذين يوفرون الرعاية الصحية

لقد أبدى العاملين في الوحدات الصحية التي تستقبل الحالات التي تعاني من تعقيدات نتيجة للإجهاض القصي تعاطفا مع النساء ويمكن إجمالاً تلخيص وجهات نظرهم فيما يلي:

- أن هناك تبيد غير مفيد لوقتهم وللموارد العامة في مواجهة هذه المشكلة الخطيرة والمتزايدة والتي يمكن تفاديها.

أزواجهن، وأتضح أن ٧٥% من هؤلاء النساء كن في علاقات عارضة أو مع أغراب. وبنفس القدر من الأهمية أتضح أن ٢٠% من الرجال المسؤولين عن الحمل كانوا هم أنفسهم متزوجين. تشير العديد من التقارير والتصريحات التي تنشرها وسائل الإعلام في تنزانيا إلى أن عدد كبير من البالغين -بما في ذلك الأهل، والسياسيين وقيادات شعبية أخرى- يناهضون بشدة إدراج المعلومات حول وسائل منع الحمل في التربية الجنسية للشباب. وهم يرون أن ذلك يمثل تصريحاً لممارسة الجنس غير المشروع.

ولنفس الأسباب السابقة، حينما أدخلت الحكومة برنامجاً تربوي حول الحياة الأسرية للشباب في المدارس لم يتضمن هذا البرنامج معلومات حول وسائل منع الحمل. كما أن وزارة التعليم في الجزر التنزانية (زانزيبار) على وشك البدء في برنامج مماثل، إلا أن وزير التعليم في زانزيبار قد أعلن في تقرير صحفي نشر في سبتمبر ١٩٩٢ ما يلي: "لن يكون هناك تقديم معلومات حول الوسائل الحديثة لتنظيم النسل إلى الطلبة مما يطلق لهم العنان لممارسة الجنس غير الشرعي بلا خوف" كما أضاف: "سوف يقتصر المعلمين في دروسهم على تقديم الجسم البشري ولن يسمح لهم بأي حال من الأحوال التحدث في الموضوعات الجنسية مع الطلاب"^(١٨).

أن هذا الأسلوب في التفكير يبدو وكأنه يأتي من زمن خارج حقائق الحياة. حيث يتم إطلاق هذه التصريحات دون أن تدعمها أي بيانات، وعادة بغض النظر تماماً عن الواقع ومدى انخراط المراهقين في الأنشطة الجنسية، بكل ما يترتب على ذلك من نتائج سلبية مثل التسرب من التعليم بسبب الحمل، والأمومة المبكرة التي تعيشها المراهقات، والمضاعفات الناتجة عن الإجهاض، والتعرض للأمراض المنقولة جنسياً والإيدز.

ترى هذه الدراسة أن الأهل الذين مروا بتجربة الممارسات الجنسية للمراهقين في أسرهم قد ينظرون إلى هذه المشكلة بطريقة أكثر واقعية. والواقع أن ٥٦% من المبحوثات -وأغلبهن من المراهقات والطالبات- اللاتي بحن بالسر لأحدى القريبات الحميمات قد نصحن بإنهاء الحمل. كما أن أغلبية القريبات ذهبن ابعد من هذا وبحثن

تربية المجتمع للأجيال الجديدة. ويبدو أن المعدلات المرتفعة لممارسة المراهقين العلاقات الجنسية ترتبط بالمستويات العالية من التساهل المجتمعي مع غياب التربية الجنسية في المدارس. أن نتائج هذه الدراسة تؤكد على أن المجتمع هو الذي يفسد الفتيات، فمن إجمالي ٦٢ فتاة في الشريحة العمرية من ١٤-١٧ سنة أفادت ١٣ فتاة بأنهن حملن نتيجة علاقة مع مراهق. أما باقي المراهقات، فقد قلن أن الشخص الذي مارسن معه الجنس كان أكبر سناً. ذلك أن ١٩ فتاة أفادت أن الرجل كان يبلغ ٤٥ سنة أو أكثر، كما وجد نفس الأمر مع أكثر من واحدة من كل خمس طالبات. إن ما ينبغي تعديله في المقام الأول هو بالذات سلوك هؤلاء البالغين من الرجال، ثم تطوير برامج للتربية الجنسية تكون مناسبة للشباب.

كما أظهرت الدراسة غياب المعرفة لدى الشباب بشأن وسائل منع الحمل. ذلك أن هناك واحدة فقط من إجمالي ١٥٠ مراهقة كان لديها مستوى عال من المعرفة في هذا الشأن. وكنتيجة لهذا الجهل شبه التام فإن معدلات الاستعمال كانت منخفضة للغاية هي الأخرى. وبالتالي، ليس صحيحاً أن شبابنا لا يمثلون فئة تستحق الأولوية من حيث توفير المعلومات والتربية حول وسائل منع الحمل. فحينما تكون وسائل منع الحمل نادرة -كما كان الحال في الاتحاد السوفييتي لسنوات طويلة- ترتفع معدلات الإجهاض. وقد أفاد بوبوف في عام ١٩٩١ أن هناك ما يشير إلى أن النساء السوفييتيات يجرين ست عمليات إجهاض أو أكثر في المتوسط خلال حياتهن الإيجابية^(١٧). وعلى العكس، انخفضت معدلات الإجهاض حينما توافرت المعلومات والتربية والخدمات المتعلقة بوسائل منع الحمل بطريقة مقصودة لتصل إلى فئة أوسع من السكان.

كما أن معدلات الممارسات الجنسية العابرة مقلقة حقا إذا أخذنا بعين الاعتبار الأمراض المنقولة جنسياً ومرض الإيدز. فقد أفادت ٦% من الحالات بأنهن حملن نتيجة ممارسة الجنس مع رجل غريب وكان نصفهن من المراهقات بينما وصفت ما يقرب من ربع العينة الرجال الذين مارسن معهم الجنس على أنها علاقات عرضية. وكان ملفتا أن ١٢% من النساء المتزوجات حملن عن غير طريق

فالأمر مكلف لكل من الأفراد المعنيين والنظام الصحي للبلاد من حيث الوقت والموارد المالية والبشرية.

أحد الحلول هو توفير وتوسيع إمكانيات الحصول على المعلومات المتعلقة بتنظيم الأسرة وتوفير النتحيف والخدمات لكل قرينتين وللأفراد بما في ذلك المراهقين النشطين جنسيا. وينبغي تطوير برامج فعالة للتربية الجنسية تتجه للمراهقين داخل وخارج المدارس وتتضمن معلومات صحيحة حول وسائل منع الحمل. كما أن هناك حاجة إلى وجود درجة من التفتح بشأن القضايا المرتبطة بالحياة الجنسية تأخذ بعين الاعتبار واقع الحياة الحالية، والحياة العصرية، والتغيرات السلوكية التي تطرأ لدى الأجيال الجديدة.

كما أن هناك حاجة ماسة لمراجعة وتغيير القوانين الحالية حول الإجهاض، ذلك أن الإبقاء على هذه القوانين المقيدة معناه إنكار حق أعداد غفيرة من النساء الفقيرات في بلادنا في الحصول على الخدمات الآمنة التي يوفرها العلم والتكنولوجيا الحديثين. وهذا يساوي رفض معاملة الفقراء والأغنياء بالمثل. ففي وقتنا هذا، الثريات فقط هن اللاتي يستطعن دفع التكلفة الباهظة لعمليات الإجهاض الآمنة التي يوفرها الطب الخاص. إن القانون -باعتباره أداة للعدالة- يجب أن يهدف إلى تطوير نوعية حياة الناس وليس إرغامهم على اختيار ممارسات تعرضهم للخطر بينما الممارسات الآمنة ممكنة. وعليه ينبغي أن يجعل القانون الإجهاض الآمن في متناول دائرة أوسع وان يلبي الاحتياجات الاجتماعية والاقتصادية والنفسية للنساء اللاتي يعشن تجربة الحمل غير المرغوب فيه.

ومن الأرجح انه لو تم تنفيذ هذه الاقتراحات بالعزم المطلوب، فانه سيتمكن مواجهة هذه المشكلة المتعلقة بالصحة العامة من خلال تخفيض وفيات وأمراض الأمهات وجعل الأمومة آمنة.

ملاحظة:

هذا المقال عبارة عن تلخيص للتقرير الكامل الذي صدر في أكتوبر ١٩٩٢ بنفس العنوان. ونحن نهديه إلى كل أولئك النساء اللاتي تطوعن بتقديم المعلومات الحيوية بالنسبة لهذه الدراسة.

عن شخص يقوم بالإجهاض. وتمثل تكلفة العملية قضية أخرى متعلقة بالصحة العامة. فما من شك أن العواقب المالية باهظة بالنسبة للمرأة، خاصة حينما تكون هذه المرأة فقيرة، مرافقة، عازبة، طالبة، أو قام الرجل المسئول بهجرها. فمن الأرجح أن تحاول الفتيات الأصغر الانتحار أو تلجان إلى ممارسات مميته وخطيرة مثل تناول جرعات كبيرة من الكلوروكين، وهي كلها حوادث تتناولها باستمرار الصحافة المحلية.

كما أن التكلفة مرتفعة أيضا بالنسبة لوزارة الصحة، حيث أن قضاء المرأة يوم واحدا في المستشفى يساوي سبع مرات الميزانية التي تخصصها الوزارة سنويا للفرد. أما بالنسبة للنساء اللاتي يعانين مضاعفات اشد، فان التكلفة تساوي ٤٢ مرة المبلغ المرصود. هذا في الوقت الذي لا يتضمن فيه قياس هذه التكلفة ثمن الوقت الذي يخصصه الممارس الصحي لمعالجة الحالة. يشير تقرير احد المستشفيات الأربع في هذه الدراسة إلى أن قسم الولادة والنساء قد أجرى على مدى عام ٤٨٩٧ عملية من بينها ٣٥٤٧ عملية كحت بسبب إجهاض غير كامل يعود عدد كبير من بينها إلى الإجهاض القسدي^(١٩).

أما فيما يتعلق بالتعقيدات الطبية، فعلى الرغم من انه لم يحدث حالات وفيات في العينة قيد الدراسة إلا أن حدوث الوفيات ليس بالأمر النادر. فكثيرا ما تموت النساء وهن في الطريق إلى المستشفى أو في أقسام الحوادث ويتم إرسال الجثث مباشرة إلى المشرحة حيث لا يتم تشريحها بطريقة روتينية. وقد توصلت الدراسة إلى وجود مضاعفات خطيرة عند أغلبية من خضن عملية إجهاض غير كامل. أما المضاعفات طويلة الأمد الناتجة عن ممارسات الإجهاض غير الآمن -مثل مشاكل الجهاز التناسلي، والعقم، والإجهاض التلقائي، وإصابات عنق الرحم والولادات المبكرة- فأنها لم تدخل في إطار هذه الدراسة إلا انه ينبغي عدم إغفال أثارها على المجتمع.

الاستنتاجات

يشكل الحمل غير المرغوب فيه ظاهرة منتشرة، ويمثل الإجهاض غير الآمن مشكلة صحية حقيقية في بلادنا.

كما تم تمويل هذه الدراسة بدعم من وحدة بحوث العلوم الاجتماعيين والبرنامج الخاص للدراسات، ووحدة التدريب حول التنمية والبحوث في الإنجاب الإنساني، ومنظمة الصحة العالمية، وهي المنظمات التي تفضلت بالتصريح بنشر هذا المقال.

كما يقدم الباحثين تقديرهم لمدى لتعاون الذي أبدته الممرضات اللاتي قمن بإجراء المقابلات، والى الأطباء الذين ساعدوا النساء، والى المسؤولين في إدارات المستشفيات الأربعة قيد الدراسة، والى كل من قدم بيانات خلفية، وكل من ساعد على تقديم التقرير، والى السكرتارية الفنية.

References and notes

- 1- the human problem of abortion medical and legal dimension. IPPF, 1978.
- 2- Farr, A D, 1980. The Marquis de Sade and induces abortion. Journal of Medical ethics. 6(1):7-10.
- 3- Sai, Fred, 1978. Social and psychological problems of African adolescents. Journal of Biosocial Science. 5 (Supplement).
- 4- Rogo, K O, 1989. Legal termination of pregnancy at Kenyatta national Hospital using prostaglandins and in midtrimester. East African medical Journal. 66:333.
- 5- Meeting of the IPPF/Western Hemisphere Regional Council, San JosE, Costa Rica, 3-4 October 1991. Agenda Item 21.
- 6- Mtimavalye, L A et al, 1980. Maternal mortality in Dar es Salaam, Tanzania 1974-1977. East African medical Journal. 57:111-18.
- 7- Aggarwal, V P and Mati, J K, 1980. Epidemiology of induced abortion in Nairobi, Kenya. Journal of Obstetrics & Gynaecology East Central Africa. 1:54.
- 8- Viel, Benjamin, 1983. Abortion epidemic in Latin America. Developmant Forum. 11(4):7.
- 9- Unuigbe, J A et al, 1988. Abortion-related morbidity and mortality in benin City, Nigeria 1973-1985. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 26(3): 435-39.
- 10- Abortion-A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion. World Health Organazation, 1990.
- 11- Wanjala S H et al, 1985. mortality due to abortion at the Kenyatta National Hospital 1974-1983. Abortion: Medical Progress and Social Implications. Proceedings of CIBA Foudations Symposium 115, London. 41.
- 12- Preliminary results of the National Demographic Survey. Tanzania Bureau of Statistics, 1992.
- 13- Leshabari, M T, 1988. Factors influencing school adolescent fertility behaviour in Dar es Salaam, Tanzania. Doctoral of Science Thesis in Public Health, submitted to Johns Hopkins University, Baltimore, USA.
- 14- Mtimavalye, L A, 1980. Induced abortion and its consequences. Proceedings of the Scientific Conference, Association of Gynaecologists and Obstetricians of Tanzania, Volume 2.
- 15- Senderowitz, J and Paxman, J M, 1985. Adolescent fertility: Worldwide concerns. Population Bulletin. 40(2).
- 16- mbunda, W M, 1988. Adolescent fertility in Tanzania, knowledge, perceptions and practices. Family Planning Association of Tanzamia (UMATI), Dar es Salaam.
- 17- Popov, A, 1991. Family planning and induced abortion in the ASSR: basic health and demographic characteristics. Studies in Family Planning. 22(6): 368-77.
- 18- Zanzibar to introduce family life education curriculum. Sunday News, 13 September 1992,6.
- 19- A report of activities pf the Muhimbili Medical Center for the period 1st July 1979 to 30th June 1980. Muhimbili medical Center, Dar es Salaam, 1981.

تحسين الرعاية المقدمة للنساء بعد الإجهاض

بقلم/ انا لانجر، سيسيليا جارسيا-باريوسن انجيلا هايمبرجر، كارين ستين، بيفرلي وينكوف، فيلما باراهونا، بيترزكازاز، فرانسيسكا رامبرز

تصف هذه المقالة إدراك كل المريضات (١٣٢) ومقدمي الخدمة الصحية لجودة الخدمات الصحية المقدمة للنساء التي لجان إلى قسم الطوارئ بأحد المستشفيات العامة في اواساكا بالمكسيك، بسبب مضاعفات الإجهاض سواء كان تلقائيا أو متعمدا. ورغم اهتمام المستشفى بإعادة تقييم وتحسين الخدمة بداخلها، إلا أن الاستبيانات، والملاحظات داخل المكان أثناء تقديم الخدمة، واللقاءات المعمقة، قد أظهرت أن تعامل الفريق الطبي مع النساء بشكل متعجل يفتقر إلى الحساسية ومراعاة حالتهم المعنوية والنفسية. كما أظهرت أيضا عدم الحفاظ على الخصوصية أثناء الفحص الطبي، وضعف الاستجابة لشكاوى النساء من الألم بالإضافة إلى طول فترة الانتظار قبل بداية العلاج. لم يتم تقديم معلومات كافية للنساء عن حالتهم الصحية قبل وبعد العلاج، ولا عن خطة العلاج نفسها أو عن وسائل منع الحمل. وكانت الطريقة المستخدمة لتفريغ الرحم هي توسيع عنق الرحم ثم كحت الغشاء المبطن للرحم، بالرغم من وجود طريقة بديلة هي الأفضل في هذه الحالات، وهي تفريغ الرحم عن طريق الشفط الهوائي اليدوي. وأظهرت الدراسة أن استخدام النساء اللاتي رغبين في تجنب الحمل للوسائل المانعة للحمل، كان منخفضا.

وبناء على تلك النتائج تم تطوير برنامج لتحسين نوعية الخدمات المقدمة في فترة ما بعد الإجهاض، سواء من وجهة النظر الطبيين أو فيما يتعلق بإتاحة الحصول على المعلومات، المشورة، والتعاملات الشخصية مع النساء.

تأثير الوسيلة نفسها، ونقص المشورة داخل عيادات تنظيم الأسرة، بالإضافة إلى حقيقة أن عددا كبيرا من النساء اللاتي يبحثن عن طريقة آمنة وموثوق بها لمنع الحمل، لم تلبي احتياجاتهن بعد^(١).

يتكرر حدوث المضاعفات الناجمة عن الإجهاض غير الآمن أو غير الكامل، ومن أخطر تلك المضاعفات: والتقيح، والنزيف، وإصابات وجروح الأعضاء الجنسية، إصابات داخل البطن، والتفاعلات التسمية نتيجة للمواد المستخدمة لإحداث الإجهاض. وبالإضافة للمضاعفات الجسمانية السابق ذكرها، تتحمل النساء أيضا عبء نفسيا نادرا ما يتم ذكره أو إدراجه ضمن المضاعفات.

ويوصف الإجهاض السري عن حق انه: "فعل خارج عن منظومة القيم المجتمعية، يترتب عليه الكثير من النتائج السياسية.... ويؤدي إلى تكلفة نفسية مرتفعة وتشل، والعزلة المجتمعية، الرعب والهلع من تساؤل ماذا سأفعل؟ الخوف من عملية الإجهاض نفسيا، القلق من العواقب الصحية المترتبة على ذلك، الاستياء من الشريك الجنسي المتسبب في الحمل، ثم الخجل والخزي^(٢). الاسوا أن هذه المضاعفات عادة ما تؤدي إلى موت

وتقدر حالات الإجهاض التي تحدث سنويا في ١٩ بلدا في أمريكا اللاتينية بحوالي ٣,٤ مليون حالة إجهاض، رغم أن الإجهاض مقيد بحكم القانون في كل المنطقة ما عدا كوبا^(١) ووفقا لحسابات مؤسسة الآن جوتماخر في المكسيك تحدث ٥٣٣,١٠٠ حالة إجهاض متعمد سنويا. تتم غالبتها العظمى بشكل غير امن حيث أن القانون في المكسيك لا يبيح الإجهاض إلا إذا كان الحمل يهدد حياة المرأة، أو في حالات الاغتصاب المثبتة، أو إذا كان الجنين به تشوهات خلقية تتعارض مع الحياة (أي سوف تسبب وفاته). حتى في هذه الحالات المحدودة التي يبيحها القانون فانه يصعب على المرأة أن تجد الخدمات اللازمة لإجراء الإجهاض بشكل قانوني.

تعد نسب الحمل غير المرغوب فيه والإجهاض مرتفعة نتيجة لعدد من العوامل المتشابكة مثل: البداية المبكرة للعلاقات الجنسية بين المراهقين، المعارضة الدينية لتنظيم الأسرة، غياب برامج التثقيف الجنسي، وعدم قدرة النساء على المفاوضة بخصوص استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وارتفاع معدلات الاستخدام الخاطئ لوسائل تنظيم الأسرة، وارتفاع معدلات فشل

- توفير موانع الحمل، والمشورة بخصوص موانع الحمل بعد الإجهاض، لمنع غير مرغوب فيه.

- إقامة روابط بين خدمات الإجهاض الطارئة وبين الخدمات الأخرى للصحة الإنجابية^(٦).

يجب أن تتلقى جميع النساء اللاتي يعانين من مضاعفات الإجهاض رعاية ذات جودة عالية^(٧). ولكن ما الذي يحدث في الواقع؟ كجزء من تلك المبادرة العامة، قد تك إعداد مشروع لتقييم مستوى جودة الخدمات في مستشفى عام في اواكساكا، المكسيك، وذلك من أجل تصميم استراتيجية شاملة لتحسين جودة الخدمات وكذلك لتقييم فعالية التدخلات الحديثة، عن طريق مقارنة جودة الخدمات قبل وبعد تكل التدخلات^(٨). وتناقش هذه الورقة تقييمنا الخاص للرعاية المقدمة فعليا، ووجهة نظر المريضات ومقدمي الخدمة الصحية لها.

عينة الدراسة ومنهج البحث

اواكساكا هي عاصمة ولاية من أكثر ولايات المكسيك فقرا وأكثرها ريفية، يقطنها عدد كبير من السكان الأصليين الذين لم يحصلوا، أو تلقوا قدرا محدودا من التعليم الرسمي. ويوجد بولاية اواكساكا عدد مرتفع نسبيا من النساء اللاتي لا يتحدثن الأسبانية، ولكن واحدة من اللغات من بين ما يزيد عن عشرين لغة من اللغات المحلية.

المستشفى العام هناك هي مستشفى حكومية ويأتيها المرضى من العاصمة وما يحيط بها، وهي أيضا مستشفى تعليمي للجامعة المحلية. يصل يوميا إلى وحدة الطوارئ بالمستشفى امرأة أو اثنتان يعانين من الإجهاض غير الكامل أو احد مضاعفات، ويتم علاج النساء في الأغلب بواسطة التوسيع وكحت الرحم باستخدام مخدر عام، وتغادر المريضة المستشفى في خلال ثمانية وأربعين ساعة.

أجرى البحث في وحدة طوارئ المستشفى لمدة ستة أشهر على ١٣٦ امرأة أتين إلى طوارئ المستشفى يعانين من الإجهاض غير الكامل أو من مضاعفات الإجهاض المختلفة^(٩). ولم نحاول التفريق بين حالات الإجهاض التلقائي وحالات الإجهاض العمدي، حيث يتم إجراء الأبحاث عن الإجهاض في سياق عدم إباحة القانون

المرأة. أن إنهاء الحمل بأيدي مقدمي الخدمة غير المدربين وغير المتمرسين والمضاعفات الناتجة عن ذلك، لهي السبب الرابع لوفيات الأمهات في أمريكا اللاتينية^(١) وأيضا في المكسيك^(٢). وذلك بالرغم من وجود بخس في تقدير تلك الإحصائيات، إذ يوجد كم لا يستهان به من الوفيات ولكن لا يمكن تقدير عددها نتيجة لمضاعفات الإجهاض ولكن يعزي سببه إلى النزيف أو التعفن الدموي. ويستنزف علاج مضاعفات الإجهاض السري الجزء الأعظم من موارد رعاية الصحة الإنجابية، أتيا في الترتيب بعد الولادات الطبيعية بالمكسيك. ويمكن تحاشي كل هذه المضاعفات والوفيات لو أن هناك تشريع يبيح الإجهاض ولو أن هناك توافر لشروط آمنة لإنهاء الحمل، وللعناية الكافية لمضاعفات الإجهاض التلقائي، في شروط صحية وبواسطة ممارسين مؤهلين^(٤). وعلى الرغم من ذلك فقد اعترفت الحكومة مؤخرا علانية بان الإجهاض غير الآمن ومضاعفاته يمثل احد المشاكل الهامة في مجال الصحة العامة.

ركزت الأبحاث التي أجرتها العديد من المنظمات القومية والعالمية المختلفة، على مدى انتشار الإجهاض، وخصائص النساء اللاتي قمن بإجراء الإجهاض، والأحوال المصاحبة لاتخاذ القرار بإكمال الحمل أو إنهائه، والإجهاض كسبب من أسباب وفيات الأمهات، وآراء ورؤى مقدمي الخدمة الصحية عن النساء اللاتي يجهضن، وخبرة الإجهاض من وجهة نظر النساء^(٥). وقد ساهمت هذه الأبحاث في طرح الإجهاض كمشكلة من مشاكل الصحة العامة في المكسيك، كما وثقت بشكل واضح التمييز وتدني مستوى الرعاية التي تلقتها النساء من المؤسسات الصحية المختلفة، والعبء الذي لا يستهان به من المعاناة النفسية والجسدية التي تمر بها النساء.

واستجابة لما سبق، تحاول مؤسسات الصحة العامة في المكسيك والبلدان الأخرى بذل الجهد لتحسين نوعية الرعاية الصحية ما بعد الإجهاض. تشمل هذه الاستراتيجية ثلاث عناصر أساسية:

- توفير علاج الطوارئ للمضاعفات الناجمة عن الإجهاض التلقائي والإجهاض المتعمد الذي تم تحت ظروف غير آمنة.

للإجهاض العمدي كما سبق ذكره^(٩).

لم تمثل عينة الدراسة كل النساء اللاتي مررن بتجربة الإجهاض، تلقائيا كان أو عمديا، ولكن تمثل فقط النساء اللاتي استطعن الوصول إلى المستشفى العام^(١٠). ولم تتضمن الدراسة النساء اللاتي لم يعانين من مضاعفات الإجهاض، ولا اللاتي لجان إلى طوارئ المستشفيات الخاصة، ولم تمثل أيضا أولئك اللاتي عانين من مضاعفات الإجهاض ولكن ليس لديهن وسيلة للحصول على الخدمة الطبية، أو اللاتي عندما حصلن على المساعدة كان الوقت متأخرا للجوء إلى المستشفى.

تم اختيار هذه المستشفى كمكان لإجراء الدراسة، لان بها عدد كبير من المتمرديات اللاتي يلتمنس العلاج لمضاعفات الإجهاض، ولاهتمام إدارة المستشفى بتحسين جودة الخدمات المقدمة داخلها، وأيضا لترحيب الفريق الطبي فيها بالمشاركة في هذا المشروع. ورغم انه لم يتم إتباع منهج رسمي في اختيار هذه المستشفى إلا انه يمكن اعتبارها ممثلة بشكل معقول للمستشفيات الحكومية في الولايات المكسيكية الأخرى، إذ أنها جزء من نظام المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة، والتي تطبق عليها نفس القواعد العامة.

وقد استخدمنا في تقييم جودة الخدمات المقدمة لرعاية ما بعد الإجهاض الإطار المفاهيمي لجوديث بروث في تقييم جودة خدمات تنظيم الأسرة بعد تعديله^(١١). وقد شمل التقييم الجوانب التالية:

- ١- مدى ملائمة التكنولوجيات المستخدمة
 - ٢- درجة كفاءة مقدمي الخدمات وامكاناتهم التقنية
 - ٣- الأجهزة المستخدمة والمستلزمات والأدوية
 - ٤- المعلومات والمشورة المقدمة للمريضات
 - ٥- التفاعل بين الفريق الطبي والمريضات
 - ٦- خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة المقدمة بعد الإجهاض
 - ٧- إمكانية الحصول على الخدمة والعوائق النفسية، والاجتماعية، والثقافية، والإدارية والطبية أمام ذلك^(١٢).
- وقد قمنا بعمل استبيان خاص بالمريضات وبمراجعة سجلاتهن الإكلينيكية، وأجرينا لقاءات معمقة مع

النساء والمرضات والأطباء، بالإضافة إلى الملاحظات المدونة أثناء المقابلات الإكلينيكية. وقد حرصنا أثناء التقييم المبدئي على الحصول على صورة عامة عن النساء وعن الرعاية التي تلقينها. كما تم جمع معلومات من خلال استبيان تم ملئه عند الخروج من المستشفى - عن رأي النساء في نوعية الخدمات الصحية من زاوية التقنية الطبية وطريقة التعامل معهن، وعن معدلات تلقينهن المشورة والنصح فيما يخص تنظيم الأسرة ووسائله المختلفة بعد الإجهاض.

وقد تضمنت الاستبيانات أقساما خاصة للبيانات الاجتماعية الديموغرافية، وبيانات الصحة الإنجابية، بالإضافة للسؤال عما تلقته المريضات داخل المستشفى من معلومات ومشورة، ومضمون العلاقة مع الطاقم الطبي. وقد تم قياس الحالة الاجتماعية الاقتصادية عن طريق مؤشر مركب (index composite)^(١٣). (وقد تم الرجوع إلى سجلات المستشفى لجمع المعلومات عن الحالة الصحية للنساء عند دخولهن للمستشفى، ثم التشخيص والعلاج، والتعامل مع الأمن والمشورة، ومنع الحمل بعد إجراء الإجهاض^(١٤)). لم تتمكن أربع نساء من ملء الاستبيان حيث لم يكن يتحدثن الأسبانية، ولكن تم تضمين المعلومات الخاصة بهن من خلال سجلاتهن الطبية في البحث.

وقد قمنا أيضا بعمل مقابلات مع تسع من الحالات، وذلك لفهم أعمق للعوامل المؤثرة على قرارهن باللجوء إلى المستشفى، وكذلك آرائهن عن جودة الخدمات اللاتي تلقينها. وبالإضافة إلى ذلك قمنا بعمل لقاءات معمقة مع الفريق الطبي بقسم أمراض النساء والتوليد بالمستشفى (خمس من ضمن سبعة أطباء، وأحدى عشر من بين عرشين ممرضة متخصصة) وذلك لاستيضاح معتقداتهم وقِيمهم الخاصة بالإجهاض ومستوى وعيهم بالوضع الذي تواجهه المرأة حينما تقرر أن تنهي حملها.

في هذا البحث كان اهتمامنا الأول بالنتائج المستخرجة من الاستبيانات والسجلات الإكلينيكية. وقد تم أيضا تضمين البحث ببعض النتائج المسجلة من الملاحظة واللقاءات المعمقة. ولكننا حاليا بصدد تحليل اشمل سوف يتم نشر نتائجه لاحقا.

يكون أسرع، مع الأخذ الناجمة عنها اقل من المضاعفات الناجمة عن التوسيع في الحسبان أن إجرائها يتم بمخدر موضعي فهي لا تحتاج إلى مخدر كلي، كما أن فترة الإقامة بالمستشفى تكون اقصر^(١٥). لا تستخدم طريقة التفرغ بالشفط اليدوي عادة في هذه المستشفى، ولم يثقل الأطباء أي تدريب على استخدامها في كلية الطب المحلية، والحالات التي تم إجرائها بالشفط اليدوي في هذه المستشفى، تمت باستخدام الأجهزة، التي احضرها بعض الأطباء من أماكن عملهم الخاصة.

تم عرض اغلب النساء على الطبيب (٨٦%) بعد وصولهن إلى طوارئ المستشفى بعد اقل من ٣٠ دقيقة، إلا أن حوالي ثلثي النساء ٦٥% انتظرن أكثر من ٦ ساعات قبل إجراء عملية تفرغ الرحم. (جدول رقم ١). وقد برر مقدمي الخدمة ذلك بان طوارئ المستشفى وأقسام النساء والولادة في المستشفى تزدهم دائما بالمرضى، في حين انه يوجد نقص في الخدمة تعطي للنساء اللاتي على وشك الوضع، وخاصة هؤلاء اللاتي سوف يلدن بواسطة العملية القيصرية، ويأتي بعد ذلك مريضات الإجهاض اللاتي يجب عليهن الانتظار.

ومن الأقوال الشائعة بين أطباء النساء والتوليد: "الولادة القيصرية تأخذ الأولوية قبل الولادة الطبيعية، والولادة الطبيعية لها أولوية قبل حالات الإجهاض، والمريض الخاص فوق كل تلك الأولويات. ويمكن علاج هذا الوضع جزئياً حسب اقتراحاتهم عن طريق:

- زيادة وعي الهيئة الطبية باحتياجات النساء اللاتي يعانين من مضاعفات الإجهاض.
 - استخدام الشفط الهوائي اليدوي بدلا من التوسيع والكحت.
 - تحسين الخدمة داخل الأقسام الجراحية، لتأكيد الحصول على خدمة أكثر سلاسة وذات كفاءة أعلى
- وبالرغم من شكوى اغلب المريضات في هذا البحث من الألم قبل بأية العلاج بدرجاته المختلفة سواء كان الم متوسط أو شديد، وتم وصفه على لسان النساء بأنه: اشد الم عانيته في حياتي. ٧% فقط من المريضات قد تلقين علاج للألم في الوقت بين التشخيص بالموجات فوق الصوتية، واثبات أنها تعاني من إجهاض غير مكتمل،

هناك اعتقاد شائع بان الإجهاض أكثر شيوعا بين المراهقات حيث ينخرطن في علاقات غير مستقرة. وعلى عكس ذلك، في هذه المستشفى فان ٦٥% من النساء اللاتي عانين من المضاعفات الأكثر خطورة للإجهاض، كن بين (٢٠-٣٥) سنة وكان ٨٣% منهن داخل علاقات مستقرة، كما كانت الأغلبية منهن (٧٥%) يعيشن في مناطق ريفية، و ٤٠% لم يذهبن إلى المدرسة أو لم ينهين مرحلة التعليم الأساسي. سعى قسم لا يستهان به من النساء في هذه العينة للإجهاض كوسيلة لتحديد عدد الأسرة ٤٤% كان لديهن أربعة أبناء أو أكثر، و ٣٠% كان لديهن ٢-٣ أبناء ٢٦% كان الحمل المجهض هو حملهن الأول. ١٧% مررن بتجربة إجهاض واحدة سابقة على الأقل. وبينما وصفت ٣٧% من النساء الحمل الأخير على انه حمل غير مرغوب فيه، فان ٣٣% فقط منهن كن يستخدمن وسيلة حديثة من وسائل منع الحمل. وقد عبرت ٥٤% من النساء عن رغبتهن في الحمل مرة ثانية في المستقبل.

وقد استخدمنا تاريخ آخر دورة كما أخبرتنا به النساء، لتحديد عدد أسابيع الحمل الحالي. ٣٧% كان حملهن اقل من ١٢ أسبوعين ٢٤% سجلن ١٢ أسبوع أو أكثر، ٣٩% لم يتذكرن تاريخ آخر دورة شهرية. نسبة ضئيلة ولكن مهمة من النساء قد أتت بمضاعفات خطيرة: ٢% أتت بعدوى تعفننية، ٩% كن يعانين من النزيف الشديد الذي استدعى نقل دم. أما عن طريقة العلاج المستخدمة، فان ١٠% فقط تم علاجهن باستخدام الشفط اليدوي لتفرغ الرحم (باستخدام حقنة بها مكبس لشفط الهواء يدويا، يركب عليها أنبوبة بلاستيكية مرنة لشفط محتويات الرحم وهي تستخدم تحت تأثير مخدر موضعي). أما غالبية المريضات فقد أجريت لهن عمليات توسيع عنق الرحم ثم الكحت تحت مخدر عام، رغم أن التوسيع والكحت ليست الطريقة الأكثر أمنا أو الأفضل أثناء الأسابيع الأولى للحمل. وقد أظهرت الخبرات والأبحاث أن طريقة الشفط اليدوي أكثر أمنا، فبالإضافة إلى تكلفتها المنخفضة ونتائجها الناجحة في علاج الإجهاض غير الكامل في أسابيع الحمل الأولى (١٠-١٢) أسبوع، والمضاعفات والكحت، والتحسين بعد إجراء الشفط

حسب سجلات المستشفى كانت المضاعفات الناتجة عن عملية التوسيع والكحت نادرة، فقد أصيبت امرأة واحدة فقط بثقب في الرحم أثناء عملية التوسيع والكحت، وترتب على ذلك استئصال الرحم

ودخولها حجرة العمليات لعمل التوسيع والكشط. وبالرغم من أن التوسيع والكشط عادة ما يتم تحت مخدر عام، إلا أن ٧% من النساء ذكرن أنهن لم يتلقين أي علاج للألم أثناء العملية. (جدول رقم ١)

جدول رقم (١) خصائص العلاج

%	العدد	
	١٣٦	الطريقة التي تم بها تفريغ الرحم (العدد ١٣٦)
٨٩		التوسيع والكحت
١٠		الشطف الهوائي اليدوي
	١٢٨	وقت الانتظار قبل مشاهدة الطبيب (العدد ١٢٨)
٨٦		اقل من ٣٠ دقيقة
	١٢٨	وقت الانتظار قبل عملية تفريغ الرحم (العدد ١٢٨)
٣٥		اقل من ٦ ساعات
٣٣		من ٦-١٢ ساعة
٢٠		من ١٣-٢٤ ساعة
٢٢		أكثر من ٢٤ ساعة
	١٣٦	علاج الألم (العدد ١٣٦)
٧		قبل إجراء العملية
٩٣		أثناء العملية
٩٥		بعد العملية

القدرة على التحكم في التبول، أو الألم أثناء ممارسة العلاقة الجنسية)، والتي لا يمكن استبعادها إلا بعد عمل فحوص أخرى، وبالرغم من ذلك فإن بروتوكول المستشفى لا يشير إلى أي فحوص تالية لمتابعة المريضات بعد مغادرة المستشفى.

لتلافي المضاعفات الناتجة عن الثقب. كما لم تعط المريضات مضادات حيوية بعد عمليات التوسيع والكحت لأن ذلك غير مدرج في بروتوكولات المستشفى لعلاج مضاعفات الإجهاض. هناك العديد من المضاعفات الناتجة عن عملية التفريغ مثل: (عدوى الحوض الميكروبية، آلام الحوض الحادة أو المزمنة، العقم، عدم

كانت العديد من النساء في حالة معنوية مضطربة، إذ أن الظروف المحيطة بالإجهاض في بعض الأحيان تمثل عبئا نفسيا، وتحمل العديد من أسباب الخطورة. حوالي ٤٥% من النساء أتين إلى المستشفى في حالة من الخوف الشديد. (جدول رقم ٢) ولكن أعضاء الفريق الطبي كانوا في اغلب الأحوال يتعاملون بتسرع وعدم حساسية ولا مبالاة. وقد أفادت ٥٩% من النساء بان إحساسهن بالقلق لم يقل بل زاد بعد أن تم فحصهن لأول مرة. وكانت أسباب هذا القلق

واضحة تماما وهي:

الخوف من الموت، عدم معرفتهن بما سيحدث بعد ذلك، إحساسهن بالوحدة، الخوف من عدم القدرة على الحمل ثانية، والقلق الدائم على أطفالهن اللذين تركوهم في المنزل.

وكانت ٧% من النساء غاضبات ومحبطات بسبب تعليقات الأطباء أو الممرضات، كما أن ٦% أخريات قد أصابهن الفزع من تلك التعليقات. (جدول رقم ٢)

جدول (٢)

العدد	%	الخصائص
١٢٨	٤٥	الخوف عند الوصول إلى المستشفى
١٢٧	٥٩	نفس الخوف أو أكثر منه بعد الفحص الطبي الأول
١٣٢	٧	الإحباط بعد سماع شيء من الفريق الطبي
١٣٢	٦	الرعب بعد سماع شيء من الفريق الطبي
١٢٢	٨٤	عدم توفير الخصوصية وقت خلع الملابس
١٢٥	٢٦	عدم وجود ممرضة أو أي امرأة أخرى من الطاقم الطبي أثناء الكشف
١٢٧	٣٧	الكشف الطبي في وجود من ٧-٣ أشخاص من الفريق الطبي

بعض الأمثلة على لسان الممرضات:

"فيما صراخك هذا، أن كان ذلك حتى لا يؤذي؟"
"كان أفضل لك أن تحتظي بالطفل، ما أنت فيه الآن لهو أكثر إيلاما، ولا يوجد طبيب نوباتجي الآن"
"ليس جزء من عملي أن اعتني بك، أنا حتى لا اعرف اسمك"
"انه لشيء حسن انك تتزفين الآن، فلماذا تريدين المزيد من الأطفال؟"

تعليقات مروعة

"قال الطبيب: سوف تتالين كحتا جيدا.
بدا ذلك كشئ سوف يسبب ألما عظيما"

"قال لي الطبيب سنجري الآن عملية

حية -سوف نقوم فقط بعمل قطع صغير .. وبعد العملية قال لي أنها مجرد مزحة، ولكنها أفرعتني إذ أنني اعتقدت أنهم سوف يجرون العملية بدون استخدام مخدر.

قد تجاهل العاملون بالمستشفى، أو على أحسن تقدير لم يهتموا بشكل كافي، بالحفاظ على خصوصية النساء. قالت ٨٤% من المريضات، أنهن لم يتركن بمفردهن ولا حتى لمدة دقائق قليلة حتى يتمكن من ارتداء ملابسهن. (جدول ٢) فقد بقي طبيب واحد على الأقل في الغرفة أثناء ارتدائهن لملابسهن، بالإضافة إلى أن ٢٦% من الفحوص قد تمت بدون تواجد ممرضة أو أي سيدة أخرى من الفريق الطبي.

وقد أدى هذا إلى ارتباك النساء وإحباطهن.

"ماذا كان بإمكانني أن أفعل؟ عندما كنت بالفعل في أيدي الطبيب، كان من المستحيل أن أخبره، لا تفعل هذا أو ذلك، وعلى أي حال لم يكن ذلك ليغير شيء".

أكثر من ثلث النساء ٣٧% تذكرن وجود ثلاثة أشخاص أو أكثر في حجرة الكشف أثناء الفحص الأول، وأفادت بعضهن أن عدد الموجودين تجاوز السبعة أشخاص أثناء الكشف الطبي، وكانوا يشملون الأطباء، الممرضات والطلبة. وقد رأت النساء أن ذلك انتهاك خطير للخصوصية، خاصة في بلد له معايير السلوكية والثقافية الصارمة فيما يخص موضوع الاحتشام. وقد تم سؤال إدارة المستشفى عن نقص الاهتمام بخصوصية المريضات، وأجابوا باعترافهم بالمشكلة ولكنهم أفادوا بأنه لا يوجد الكثير لعمله من أجل ذلك، حيث أن هذه المستشفى مستشفى تعليمي. كذلك لم ير الفريق الطبي أن هناك حاجة إلى أخذ موافقة المريضات على استخدامهن كحالات لأغراض التعليم.

هل توفرت للنساء معلومات كافية

توفير المعلومات أثناء التشخيص والعلاج للمريضة ما بعد الإجهاض يمثل عنصرا حاسما ومهم من عناصر العناية بها، حيث أن ذلك يمكنها من فهم طبيعة المضاعفات التي عانت منها، ويساعد في نفس الوقت على رفع وعيها بكيفية العناية بصحتها. كذلك فإن هذه المعلومات أساسية لتقوية النساء وتمكينهن من اتخاذ القرار بشأن العناية بصحتهن، وممارسة حرية الاختيار بناء على هذه المعرفة. وبالرغم من ذلك، فإن ثلث النساء تقريبا (٣٢%) ذكرن أن الطبيب لم يوضح لهن حالتهم الطبية ولا درجة الخطورة التي تحملها، و١٦% من النساء دخلن إلى غرفة العمليات دون أن يخبرهن احد بما سوف يحدث لهن. وبصفة عامة كانت المعلومات الضئيلة المتفرقة التي أعطيت لهن مختصرة جدا وغير واضحة حيث أن اللغة المستخدمة كانت غير مألوفة. على سبيل المثال: فاقد أخبرت إحدى النساء بشكل مختصر ما يلي: "انك تعانين من الإجهاض وسوف نقوم بإجراء عملية كحت". وذلك دون أي إيضاحات أخرى.

امرأة أخرى أثناء مغادرتها للمستشفى، سألت القائم بالمقابلات، ما هو الإجهاض؟ وقد أوضحت اللقاءات المعمقة أن تجربة اغلب النساء داخل المستشفى تتميز بالصمت وعدم الوضوح.

وقالت اغلب النساء ٨٩% أن الطبيب المعالج لم يسألهن إذا كان لديهن أي قلق أو أي شك بصدد ما تلقينه من علاج. وفي المقابل فإن ٦١% من النساء لم يبادرن بطرح أي أسئلة أو استفسارات في أي وقت أثناء فترة اقامتن بالمستشفى. وقد قلن أثناء المقابلات ببساطة، إن طرح الأسئلة لم يكن احتمال وارد لديهن، أو أنهن قد خفن من مضايقة الطبيب وإزعاجه إذا طرحن أسئلة، أو كن مرتبكات للغاية لدرجة منعهن من طرح الأسئلة.

١٧% فقط من المريضات عرفن من هو الطبيب الذي أجرى لهن العملية، ٢٠% فقط تم إعطائهن بعض التفاصيل عن حالتهم بعد الانتهاء من إجراء العملية. ٣% فقط قد أحسن أنهن قد أعطين تفسيرات كافية عن المضاعفات المحتمل حدوثها بعد العملية، ٤% أخذن إيضاح كاف عن الأدوية والعلاج. ٨% تقين بعض المشورة عن متى يمكنهن استعادة أنشطتهن اليومية العادية مثل العمل المنزلي اليومي، حمل الأشياء الثقيلة، الاستحمام،... الخ دون أن يسبب ذلك لهن مشاكل صحية. (جدول ٣) ٣٨% من النساء أثناء استعدادهن لمغادرة المستشفى، أخبرن القائم على المقابلات، إن العملية التي أجريت لازالت غير واضحة بالنسبة لهن وأنهن لا يعرفن ما هو نوع العناية الضرورية بعد الإجهاض.

في معظم الحالات لم يتم توفير أي معلومات عن ميعاد استعادة الخصوبة وإمكانية الحمل ثانية، ولم توفر أيضا أي مشورة خاصة بوسائل منع الحمل، على الرغم من الأهمية الخاصة لتلك المعلومات لهذا العينة حيث كان انتشار استخدام موانع الحمل في هذه المجموعة منخفض للغاية (١٩%). (جدول ٤)

١٤% فقط من المريضات توفرت لهن معلومات عن متى يمكنهن استعادة نشاطهن الجنسي بأمان، ١٩% قد أخبرن بإمكانية عودة الخصوبة بعد الإجهاض مباشرة. أقل من نصف العينة ٤٢% تلقين مشورة عن موانع الحمل.

جدول (٣)
توفير المعلومات للسيدات

الخصائص	%	العدد
لم تعط أي معلومات عن التشخيص	٣٢	١٢٧
لم تعط أي معلومات عن تفريغ الرحم	١٦	١٢٩
عدم السؤال عن إذا كن قد فهمن المعلومات المعطاة أم لا	٨٩	١٢٩
النساء اللاتي لم يعبرن عن أي اهتمام أو اعتراضات	٦١	١٢٩
النساء اللاتي طلبن المعلومات من القائم بعمل المقابلات	٣٨	١٣١
النساء اللاتي يعرفن أي من الأطباء قد أجرى لهن العملية	١٧	١٣٢
إعطاء المعلومات عن حالة ما بعد التفريغ	٢٠	١٢٦
إعطاء المعلومات عن لمضاعفات التي تحدث بعد الإجهاض وعلاماتها	٣	١٣٢
إعطاء المعلومات عن أسباب اخذ المضادات الحيوية بعد إجراء العملية	٤	١٣٢
إعطاء المعلومات عن استعادة النشاطات اليومية	٨	١٣٢

غادرن المستشفى دون تلبية احتياجاتهن لمنع الحمل. ورغم أن ٨٨ من النساء في هذه العينة (عدد ١١٩) تلقين موعد لمتابعة تنظيم الأسرة بجدول زمني يتراوح بين ١٥ إلى ٣٠ يوم بعد الخروج من المستشفى، إلا أن ٥% فقط منهن^(٦) عدن إلى المستشفى حسب الموعد (جدول ٤)

وكان استخدام وسائل منع الحمل منخفض بين هذه المجموعة من النساء وذلك لعدم كفاية المشورة الخاصة بموانع الحمل، ومحدودية أنواع الوسائل المتاحة وتقلص فرص اختيار الوسيلة، إضافة إلى عدم التأكيد على المريضا على أهمية العودة للمستشفى للمتابعة في مواعيد محددة.

ومع كل ما سبق هناك أيضا عدد من الأسباب المحتملة الأخرى.

أولاً: تحد المضاعفات الناتجة عن إجراء الإجهاض بشكل سيء - كالتعفن الدموي داخل الرحم أو حدوث ثقوب في جدار الرحم - من اختيار وسائل منع الحمل وكذلك توقيت استخدامها (مثل اللولب الرحمي). ثانياً: عدم معرفة النساء بإمكانية استعادة الخصوبة مباشرة بعد الإجهاض، قد يجعل

من هؤلاء ٣٨% تلقين مشورة خاصة عن موانع الحمل المتاحة داخل المستشفى (جدول ٤) وتم تعريف ٤% فقط بميزات وعيوب كل وسيلة. زمن ضمن مجموعة النساء اللاتي تلقين المشورة عن موانع الحمل، ٢٥% فقط ذكرن أن الوقت المخصص لذلك قد كان كافياً.

وحيث أن نسبة كبيرة من النساء أفدن بان أحمالهن كانت غير مخططة، وان بعضهن قد اضطررن إلى الإجهاض العمدي، فانه من المنطقي افتراض أن جزء كبير من النساء سوف يكن مهتمات باستخدام وسيلة لمنع الحمل قبل مغادرتهن للمستشفى، بما يساعد على تفادي تكرار الحمل الذي يمكن أن يحدث سريعاً، ولضمان وجود فترة فاصلة صحية قبل حدوث حمل آخر^(٦). وبالرغم من ذلك فان ٢٨% فقط من النساء قد غادرن المستشفى وهن يستخدمن من وسيلة لمنع الحمل. (جدول ٤)

من بين المائة وعشر من النساء اللاتي عبرن عن رغبتهن في تفادي حدوث حمل آخر أو تأجيل حملهن التالي لمدة عام أو أكثر، لم تتلقى ٥٨ امرأة منهن أي وسيلة تنظيم الأسرة. أي أن ٥٣% من النساء في هذه الدراسة قد

جدول رقم (٤)

استخدام وسائل منع الحمل بعد الإجهاض

العدد	%	
١٣٢	١٩	سبق لها استخدام وسيلة لمنع الحمل
١٣٢	١٤	أخبرت متى يمكنها العودة للممارسة حياتها الجنسية بأمان
١٣٢	١٩	أخبرت عن إمكانية عودة الخصوبة سريعا بعد الإجهاض
١٣٢	٤٢	تلقت مشورة عن منع الحمل
٥٦	٣٨	أخبرت عن وسائل منع الحمل المتاحة
١٣٢	٢٨	انتشار استخدام وسائل منع الحمل بعد الإجهاض
٧٦	٤٠	قبلت باستخدام الوسيلة المتاحة بالمستشفى والتي تلقت عنها المشورة
١٣٦	٨٨	حدد لها ميعاد قبل مغادرة المستشفى ٥٣
١١٩	٥	عادت إلى المستشفى في موعد المتابعة

المستشفى
- خوفهن من أن تؤثر أية انتقادات أو تعليقات سلبية أو مطالب على مستوى الرعاية الطبية التي قد يحتاجنها من المستشفى فيما بعد.
- امتنانهن بانقضاء مشكلتهن الصحية الحالية بنجاح.
- أنهن لا يعرفن أو يؤمن بان لديهن حقوق صحة إيجابية، بما في ذلك الحق في مستوى أعلى لجودة الخدمات المقدمة داخل المستشفى.

خطة العمل لتحسين خدمات ما بعد الإجهاض المقدمة للنساء داخل المستشفى

تحسين مستوى جودة خدمات ما بعد الإجهاض على مستوى المستشفى يمثل مدخلا هاما في مجال صحة النساء في مكان مثل اواكساكا، حتى وان لم يؤد ذلك إلى مساعدة النساء اللاتي يجرين الإجهاض بشكل سري، ولا يستطعن الوصول إلى المستشفى للعلاج لطلب العلاج، واللاتي يمثلن المجموعات الأكثر تعرضا للمخاطر.
لقد وجدت هذه الدراسة أن النساء اللاتي لجان إلى المستشفى العام في اواكساكا بسبب مضاعفات الإجهاض،

النساء يعتقدن أنهن لسن بحاجة إلى وسيلة لتنظيم الأسرة^(١٧). وللأسف لا تتوفر لدينا المعلومات الضرورية لتقييم أهمية مثل هذه العوامل في هذه العينة.
بالرغم من وجود العديد من أوجه القصور في جودة الخدمات المقدمة، إلا أن ٩٢% من النساء عبرن عن إحساسهن بالرضي، أو حتى بالرضي التام بمستوى الخدمات التي قدمت لهن. ولم تربط درجة الرضي بأي من العوامل التالية كالعمر، أو الحالة الاجتماعية والاقتصادية، أو مكان الإقامة، أو مستوى التعليم الرسمي، أو بدخول المستشفى في مرات سابقة على حالة الإجهاض.

وتثير هذه النتائج عددا من التساؤلات حول كيفية قياس رضي المرضى، وربما يكون من الضروري للحصول على قياسات يمكن التعويل عليها أن يتم توجيه أسئلة أكثر تحديدا عن جوانب معينة وليست أسئلة عامة. على أي حال هناك عدد من التفسيرات المحتملة لعدم شكوى النساء رغم تدني جودة الخدمات عن المستوى الأمثل المطلوب:

- تدني مستوى توقعاتهن بخصوص جودة الخدمة داخل



الخاصة بالمريضات. نحن بحاجة إلى أخصائيين اجتماعيين" كما اقترح طبيب آخر ضرورة تلقي كل مريضة لاستشارة نفسية قبل مغادرة المستشفى.

وقد قمنا بتصميم مجموعة من التدخلات لهذه المستشفى تهدف إلى تحسين الخمس عناصر البارزة في إطارنا الخاص بجودة الخدمات الصحية في فترة ما بعد الإجهاض. والعناصر الأساسية هي:

١- تعديل إجراءات المستشفى لخفض وقت الانتظار، ولتحسين التعامل مع الألم، وتأمين خصوصية المريضات.

٢- توجيه كل الأطباء الموجودين لاستخدام الشفط اليدوي بدلا من عملية التوسيع والكحت.

٣- تدريب أعضاء الفريق الطبي على أهمية العلاقة بين المريضات ومقدمي الخدمة، مثل إعطائهن المعلومات المناسبة في كل المراحل بدءا من التشخيص، والعلاج، والنقاهة، إعطائهن الدعم النفسي، وتوفير المشورة للمريضات مع التركيز الخاص على استخدام وسائل منع الحمل بعد إجراء الإجهاض. ويعمل هذا البرنامج كنموذج مثالي ليس فقط ليطبق في المكسيك، ولكن أيضا للتطبيق في أقطار أمريكا اللاتينية الأخرى.

بمجرد أن تأخذ هذه التغييرات الوقت الكافي لتتأصل كمارسات ثابتة داخل المستشفى وتحلل نتائج المتابعة،

لم يتلقين العناية الكافية ما بعد الإجهاض. وكان القائمين على العمل في المستشفى تحت ضغط دائم بسبب ضيق الوقت وقلة الموارد. وقد أبدى العديد من الممرضات والأطباء الاهتمام بمجرد عرض نتائج البحث عليهم وقدموا مقترحات لتحسين الخدمة داخل المستشفى. لقد أدركوا أنهم في بعض الأوقات لم يكونوا قادرين على الاهتمام وتوفير الخدمات الفورية للمريضات اللاتي كن في حاجة ملحة لها. وقد عبر اثنان من مقدمة الخدمة عن ذلك: "أنا ندرك أن النساء في حاجة إلى المزيد من الدعم المعنوي، ولكن بعضنا لا يعرف كيف يبدأ ذلك معهن، ولا يعرف ماذا يقول لهن. نحن في حاجة إلى التدريب لمعرفة كيفية عمل ذلك".

وقد وافق الأطباء والممرضات بالمستشفى، بعد إطلاعهم على نتائج البحث، على ضرورة إطلاع النساء على كل جوانب الرعاية والعلاج المقدمة لهن، بما في ذلك موانع الحمل بعد الإجهاض.

اقترح بعضهم تعيين بعض العاملين المدربين على التعامل مع الجوانب النفسية لرعاية ما بعد الإجهاض. وقد على واحد من الأطباء قائلا: "من المنطقي أن الطبيب النوباتجي الذي يتم استدعاؤه عند الحاجة، ليس لديه الوقت الكافي، وكذلك فإن الطبيب المقيم بالقسم متقل بالكثير من المهام خاصة أعمال التسجيل والكتابة

فإننا نأمل أن نتلمس التحسن ليس فقط في جودة الخدمات ولكن أيضا في وعي النساء بحقوقهن في أن يطلبن، وان يتلقين خدمة ذات جودة مرتفعة بغض النظر عن ظروفهن الخاصة. زيادة فرص تبني السياسات الرسمية لهذه البرامج. إننا في حاجة ماسة للمشاركة بتقديم البراهين المبينة على التجربة العملية في الصراع القائم لتحسين أحوال الصحة الإنجابية للنساء في البلاد النامية.

الشكر

تقدم الكاتبات شكرهن للدعم المادي الذي قدمه الاتحاد الأوروبي لهذا المشروع، وكذلك دعم ومشاركة العاملين بالمستشفى، د.ارتو مولينا، "المدير"، د.فيكتور موراليس، رئيس قسم النساء والتوليد وطاقم العاملين بالمستشفى.

المراسلة

Dr Ana Langer, population council,
Regional office for LAC, Escondida
No 110, col. Villa coyocan, Mexico Df 04000, Mexico
Tel. E-mail: alangerpc@laneta.apc.org
Fax.: 52-5-554-1226

References and notes

- 1- Clandestine Abortion: A Latin American Reality. Alan Guttmacher Institute, New York 1994.
- 2- Dixon-Mueller R, 1990. Abortion Policy and women's health in developing countries. International Countries. International of Health Services, 20(2): 303-04.
- 3- La Mujer adolescente, adulta, anciana y su salud Secretaria de Salud (Ministry of Health) > Direccion General de Salud Materno Infantil, programa Nacional mujer Salud y Desarrollo Mexico 1992.
- 4- Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Morality of Unsafe Abortion, 2nd edition. WHO Maternal and Safe Motherhood programme, Geneva. 1994.
- 5- Consejo Nacional de Poblacion (CONAPO) Bureau of Statistics, 1991.
 - Grupo de Informacion sobre la Reproduccion Eligida (GIRE) 1993 and 1995
 - Rivas Zivy M and Amuchastegui Herrera A, 1996 Vices e Historias Sobre el Aborto. Edamex y Population Council, Mexico
 - Romero M, 1994. El aborto entre las adolescentes Razones y Pasiones en torno al aborto. Adriana Ortiz Ortega (ed). Edamex y Population Council, Mexico.
- 6- Greenslade FC, McKay H, Wolf M et al, 1994. Atencion postaborto: iniciativa de salud femenina. Adelantos en el Tratamiento del Aborto. 4(1). IPAS, Carrboro NC, USA.
- 7- Calidad de la Atencion: Aportes, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en Mexico. 1995.
- 8- The project is currently underway and is being carried out in collaboration with International Projects Assistance Services (IPAS). An NGO in the USA working for improvements in reproductive health care services, and the professional staff of the public hospital in the city and state of Oaxaca, Mexico.
- 9- Huntington D, Mensch B and Miller VC, 1996. Survey questions for the measurement of induced abortion. Studies in Family Planning. 27(3):155-61.
 - Huntington D, Mensch B, and Toubia N. 1993. A new approach to eliciting information about induced abortion. Studies in family Planning. 24(2): 120-24.
- 10- In Mexico almost one-third of the population have no private or social insurance for medical care and thus receive services in public institutions similar to the one in this project.
- 11- Bruce J, 1989. Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework. Working Papers No 1. Population Council, New York.
- 12- Leonard AH and Winkler J, 1991. Marco conceptual de calidad de atención para el tratamiento del aborto. Adelantos en el Tratamiento del Aborto. 1(1): Carrboro NC, USA.
- 13- A composite index was comprised of and weighted with the following variables: the patient's occupation and/or the occupation of the person she depended on for economic security, whether or not the patient lived with her partner, a crowded housing index (number of people living in the same house divided by the number of rooms, excluding bath and kitchen), source of water supply, type of sanitation facility, existence of a drain, type of floor material, existence of electricity, refrigerator and number of lights in the house.
- 14- The questionnaires were entered and validated twice using Database IV. The database was subsequently analysed using EpiInfo software.
- 15- Huntington D, Hassan EO, Athallah N et al, 1995. Improving the medical care and counseling of postabortion patients. Studies in Family Planning. 26(6): 350-62.
 - Greenslade FC, Benson J, Winkler J et al, 1994. Resumen de la experiencia clinica y program? Tica con la aspiraci? N manual endouterina. Adelantos en el Tratamiento del Aborto. 3(2). IPAS.
- 16- Adequate contraceptive counseling includes an explanation of the benefits of family planning, what methods are currently available and their mode and length of use, advantages and disadvantages, any known side effects, and the consideration of each woman's reproductive health needs.
- 17- Meeting women's needs for post-abortion family planning: framing the questions. Issues in Abortion Care.2. IPAS, Carrboro NC USA.

فهم النساء للمراضة المتعلقة بالحمل في ريف مصر

بقلم/ مواهب المويلحي، ماهيناز الحلو، نبيل يونس، هند خطاب، هدى زريق

تختبر هذه الورقة المشاكل التي عاشتها النساء المصريات أثناء أحدث تجاربهن في الحمل، والولادة، وفترة النفاس، اعتمادا على ما قالتها النساء أنفسهن. وقد وجدنا في اغلب الأحوال انخفاض واضح في مستوى وعي النساء بأسباب وخطورة مشاكل صحة الأم، وهو ما يؤثر على سلوكياتهن الصحية. فالعديد من النساء لم يربطن بين أعراض بعينها وبين الحمل، بل اعتبرنها أشياء "طبيعية"، مما يقلل في نظرهن من خطورة تلك الأعراض، بل وحتى بعض العلامات التي تنذر بحالات خطيرة. وقد ساعد ذلك في توضيح عدم طلب النساء للمساعدة الطبية في الحالات المرضية المتعلقة بالحمل والولادة. كما تشير الورقة أيضا إلى الحاجة إلى التثقيف الصحي والخدمات الصحية المناسبة.

الفحص الطبي المهلبي اللازم لتشخيص حالات أمراض النساء غير مقبول ثقافيا بالنسبة للنساء الحوامل لخوفهن من سقوط الحمل، لذلك لم يتم إدراج النساء الحوامل أثناء إجراء الدراسة ولم تتضمن الدراسة أيضا الفحص الطبي لحالات مراضة الحمل أو الولادة الحادثة أثناء إجراء الدراسة.

تضمنت ورقة أخرى المعلومات الخاصة بالمراضة الناتجة عن أمراض النساء^(٥). أما هذه الورقة فتعرض الجزء الخاص بالمراضة الناتجة عن الحمل والولادة. تركز الورقة على المشاكل الصحية التي عاشتها النساء أثناء آخر حمل، ولادة، وفترة ما بعد الولادة اعتمادا على إفادات النساء أنفسهن. وتوضح تلك الإفادات -سواء تمت بشكل تلقائي أو كرد على أسئلة الباحثين- وعي النساء بالحالات الصحية التي يعيشتها، فقد تعاملن مع بعض الحالات باعتبارها خطيرة، بينما تعاملن مع البعض الآخر باعتبارها أمورا "طبيعية". يؤثر هذا الوعي على كيفية تعامل النساء مع المشكلة، متى يلجأن إلى خدمات الرعاية الصحية لطلب العلاج، ومتى يعتمدن على تطبيب أنفسهن واستخدام بعض الوصفات المنزلية، ومتى لا يفعلن أي شيء.

منهج البحث والنساء المشاركات فيه

شاركت في بحث المراضة في الجيزة ٥٠٩ من النساء اللاتي سبق لهن الزواج واللاتي لم يكن حوامل وقت إجراء الدراسة. من بين هؤلاء كانت هناك ٢٦٢ امرأة

كي يكتمل تقييم معدلات انتشار مراضة الحمل والولادة المبرهن عليها طبيا، فإننا في حاجة ماسة إلى المعلومات المستمدة من خبرات النساء عن هذه المشاكل الصحية. وبالرغم من القيمة المحدودة لتلك المعلومات المسجلة على لسان النساء اللاتي عانين من هذه المشكلات كأداة لقياس معدل حدوث ومعدل انتشار مراضة الحمل والولادة، إلا أنها تمد صانعي القرار ومقدمي الخدمة بصورة واضحة عن مستوى وعي النساء بأسباب وخطورة مشاكلهن الصحية، والعوامل المؤثرة على سلوكياتهن الصحية، وطلبهن للمساعدة. إن مثل هذه المعلومات لضرورية، لإعداد برامج صحية خاصة للاستجابة بكفاءة لاحتياجات النساء الصحية.

البحث الذي اعتمدت عليه هذه الورقة هو جزء من دراسة أجريت في محافظة الجيزة عن مشاكل الصحة الإنجابية والمراضة المرتبطة بها^(١،٢). وتشير النسبة المرتفعة لوفيات الأمهات في مصر ١٧٧ حالة لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي^(٣) وكذلك ارتفاع معدل الخصوبة الكلي في مصر ٩،٣^(٤). إلى خطورة مشكلة المراضة الإنجابية في مصر. وقد أجريت تلك الدراسة في قرينتين من قرى محافظة الجيزة في مصر في الفترة بين ١٩٨٩-١٩٩٠ وكان الدافع لها هو الحاجة إلى تحديد مستوى المراضة الإنجابية على مستوى المجتمع، وزيادة فهمنا لطريقة إدراك النساء ووعيهن بالمشاكل الصحية المصاحبة للحمل.

إلى المستشفى نتيجة لأي مضاعفات. وقد طرحنا أسئلة أيضا عن موقف النساء وسلوكهن تجاه رعاية ما قبل الحمل (متابعة الحمل) ورعاية ما بعد الولادة، وعن اختيارهن لمكان الولادة.

المشاكل الصحية التي تعرضت لها النساء

-الحمل

واحدة من بين ثلاث لم تذكر أي شكوى أو مشاكل عند سؤالهن إذا كن قد عانين من أي مشكلة أثناء الحمل. وعندما قمنا بتوضيح بعض المشاكل الخاصة بالحمل، واحدة فقط من كل خمسة نساء، قلن أنهن لم يعانين من أي منها.

اشتكى نسبة كبيرة من النساء من بعض الأعراض مثل: الإحساس بالغثيان، القيء أحيانا، الدوخة، الإغماء، الإحساس بحموضة بالمعدة، فقدان الشهية، اضطراب بالبطن، إمساك، ألم بالظهر، ألم بالساق، الإحساس بتقل في الحوض وألم أثناء الجماع، لكنهن اعتبرن هذه الأعراض دائما جزء من تجربة الحمل الطبيعية.

وقد أحست النساء أن هذه الأعراض تؤثر بشكل كبير على ممارسة حياتهن اليومية، ومن المحتمل أن ذلك كان نتيجة لضعف صحتهم قبل حدوث الحمل. على سبيل المثال فإن الأغلبية العظمى من هؤلاء النساء في تلك القرى يعانين من الأنيميا المزمنة، وبصورة أكبر بين هؤلاء اللاتي كان حملهن حديثا^(٥).

"لقد اعتدت على الإحساس بالدوخة، وأثناء قيامي

بأعمالي اليومية الواحد بعد الآخر، أحسست بان كل

شيء من حولي قد تحول إلى اللون الأصفر" (الجزء

الثاني من الحمل)

"أحسست بالدوخة، وبسبب الضعف الشديد لم استطع أن

أرى أمامي". (الجزء الثاني من الحمل)

"أحسست بتقل كبير فوق صدري، وأحسست أنني ضعيفة

جدا ولم استطع أن أرى" (الجزء الثالث من الحمل)

وقد أحست النساء بتقل في الحوض، وكان هذا الشعور

أكثر قوة بين اللاتي يعانين من سقوط بالرحم والأعضاء

التناسلية، وقد وجد أن هذه الحالة تؤثر على ما يفوق

نصف النساء في هذا المجتمع^(٥).

انتهى الحمل الأخير لهن خلال العامين السابقين لإجراء البحث، وبالتالي كن مؤهلات للمشاركة في الجزء الخاص بالحمل والولادة من هذه الدراسة. في النهاية تم التوصل إلى عينة من ٢٠٧ امرأة أعطيت فيها الأولوية للنساء اللاتي كان حملهن أحدث، واللاتي استجبن لإجراء مقابلة لمدة ساعة لملئ الاستبيان.

من بين المجموعة التي تم اختيارها (٢٠٧) أكملت ١٨٨ امرأة حملهن وأنجبن أطفالا أحياء، ماعدا اثنتين توفى طفلان قبل الولادة، واثنتين أخريين توفى طفلان بعد الولادة، واحدة بعد ساعات قليلة من الولادة، والأخرى بعد ٤٠ يوما. ١٩ امرأة حدث لهن إجهاض، خمسة منهن حدث لهن الإجهاض أثناء الثلاث اشهر الوسطي من الحمل. وقد أقرت ثلاثة منهن، أن الإجهاض كان متعمدا، أما الأخريات^(١٦) فقد أفدن بان الإجهاض حدث تلقائيا.

كان عمر اصغر امرأة في العينة أثناء أخر ولادة لها ١٥ سنة، واكبر واحدة كانت ٤٥ سنة، وكان متوسط العمر ٢٥ سنة. ربع النساء ولدن خمس مرات أو أكثر قبل الحمل الأخير، والنساء اللاتي كانت أعمارهن ٣٥ سنة أو أكثر قد ولدن حوالي ٧ مرات. ٨٠% من النساء كن غير متعلمات. وقليلات جدا هن اللاتي تجاوز تعليمهن مستوى التعليم الأساسي. وقد تزوجت اغلبهن (٦٦%) قبل عمر ١٦ وهو السن القانوني للزواج في مصر. وقد تزوج حوالي ثلثهن قبل عمر الرابعة عشر.

أجرت المقابلات باحثات اجتماعيات مدربات. وقد طلب من النساء أن يصفن تجربتهن في الحمل والولادة عموما، وأية شكاوى لهن خلال أخر حمل وولادة وخلال أخر فترة نفاس، وذلك للحصول على إفاداتهن التفائية عن تجاربهن. وبعد ذلك، سألن عن ما إذا كن قد عانين أثناء تلك الفترات من مشكلة طبية محددة، ثم تلي ذلك سؤال النساء عن ما فعلنه لأنفسهن للتخفيف من المتاعب. وقد تم استخدام تعبير العلاجات المنزلية ليشمل استخدام الأدوية بدون رويشة طبية، الأعشاب والممارسات الشعبية الأخرى التي تستعملها النسوة بأنفسهن. وقد سألن أيضا عما إذا كن قد استشرن طبيب أم لا.

وسجلت أيضا الأحداث التي تلت الولادة وكذلك التحويل

"عانيت في الشهرين الخامس والسادس من حملي من أوجاع في بطني وعدم ارتياح من أسفل، وقد ضايقتني ذلك وجعلني أحس: أن هناك شيء سوف يسقط مني".

كما أفادت ست نساء، أنهن نزفن أثناء الحمل وان ذلك كان مصحوب دائما بالقلق حول ما إذا كان الطفل مازال يتحرك أم لا.

"نزل مني الدم وكثير من الماء وكان

الطفل لا يتحرك" الجزء الثاني من الحمل)

كما أفادت النساء أيضا عن الحالات التي لم يعتبرنها أحداثا "طبيعية" ويعرفن أنها مرتبطة بخطر الإجهاض وتشمل: ورم الساقين، عدم الإحساس بحركة الجنين، نزول سائل مائي، النزيف.

وقد ذكرت النساء تلقائيا دون أن يسألن، الحالات التي اعتبرنها متعلقة بالحمل سواء كن يعتبرنها أعراض "طبيعية"، أو غير طبيعية مثل النزيف المهلبي والورم، بالإضافة إلى الحالات التي أثرت على صحتهن العامة أثناء الحمل، خاصة تلك التي استمرت لفترة طويلة نسبيا، أو استمرت طوال فترة الحمل، أو تلك التي فاقمتها الحمل، أو التي كانت تؤدي إلى الضعف والوهن. وقالت النساء اللاتي لديهن العديد من الشكاوى التلقائية أن "صحتهن لم تكن جيدة أثناء ذلك الحمل".

ومن ناحية أخرى، لم تذكر النساء الشكاوى والمتاعب التي لم يعتبرنها متعلقة بالحمل إلا عندما سئلن عنها فقط، على سبيل المثال: الصداع، الإفرازات المهبلية، الإحساس بالحرقان أو صعوبة أثناء التبول. وتعتبر كل هذه المتاعب، أعراض لبعض الأمراض واسعة الانتشار في هذا المجتمع مثل: حالات الأنيميا، التهابات الجهاز التناسلي، وسقوط الجهاز التناسلي، وبشكل أقل التهابات الجهاز البولي وارتفاع ضغط الدم^(٥). ويبدو انه عندما توجد مشكلة صحية خاصة (مرض معين) منتشرة بدرجة كبيرة في المجتمع سواء كان ذلك مع الحمل أو بدونه، تكون النساء أكثر ميلا لاعتبارها شيء "طبيعي" إلى حد ما، لأنهن اعتدن على وجود تلك الأعراض. وهذا ما يجعل أعراض تلك المشكلة الصحية، سواء تم الربط

بينهما وبين المشكلة أم لا، تبدو كما لو كانت غير مرتبطة بالحمل، وفي نفس الوقت تكون أقل خطورة في أعين النساء. توجد حالة واحدة لم يتم ذكرها تلقائيا على الإطلاق، وهي ارتفاع ضغط الدم. بعض النساء لم يقسن ضغط الدم طوال فترة الحمل، وفي كل الأحوال فان الكثيرات لا يفهم العلاقة بين ضغط الدم والحمل. وعلقن بان "ضغط دمي دائما منخفض" أو "لقد قمت بقياسه في أول الحمل وكان كل شيء على ما يرام".

-الولادة

وضعت اغلب النساء أحدث حمل لهن في المنزل، تولت الدايات عملية الولادة في ثلاث أرباع الحالات. وفي حالات قليلة قام الأطباء (طبيبات في العادة) أو الممرضات أو الحكيمات بعملية الولادة في المنزل.

وقد أفادت ١١ حالة من بين ١٤٤ - اللاتي ولدن بالمنزل- عن حدوث مشاكل أثناء الولادة. أما النساء اللاتي وضعن بالمستشفى ٤٤ امرأة، فقد أفادت ٣٠ منهن بحدوث مشاكل أثناء الولادة. ويمكن تفسير ذلك بان اغلب النساء اللاتي وضعن بالمستشفى ذهبن لأنهن كن يتوقعن حدوث مشاكل أثناء الولادة، أو لحدوث مشاكل بالفعل أثناء الولادة في المنزل، مما أدى إلى الإسراع إلى طوارئ المستشفى. ابرز هذه المشكلات استطالة مدة الولادة، أو الولادة المتعثرة، أو وجود الجنين في وضع غير ملائم. وقد أصيبت إحدى النساء اللاتي عانين بسبب الوضع غير الملائم للجنين، بسلسلة متتالية من المضاعفات الخطيرة أدت إلى استئصال الرحم، وثلاث أخريات اجرين لهن عملية قيصرية.

لم تتقدم الولادة بشكل طبيعي تماما في تقدير ٢٢% من النساء. وقد عددت النساء ما اعتبرنه مشاكل: الولادة الصعبة، شق العجان أثناء الولادة، حدوث أي تمزق بالعجان وما يليه من نزيف. كما أشارت النساء إلى الولادات التي تتم باستخدام الآلات أو المليحة القيصرية على أنها مشكلة. في الواقع رأت اغلب النساء أن أي تدخل مهما كان أثناء الولادة الطبيعية أو أي شيء قد سبب لهن عدم ارتياح أو ألم، أو ضعف وعجز على أنها مضاعفات.

-فترة ما بعد الولادة

ومن ناحية أخرى عبرت بعض النساء اللاتي أجهضن عن عمد، أو كن يستخدمن موانع للحمل عندما حملن، عن إحساسهن بالراحة لعدم قدوم طفل آخر. ومما تقدم نرى أن حالات الاكتئاب الحادثة بعد الإجهاض ترتبط برغبة الأم في بقاء الحمل من عدمها.

العلاقة بين عمر النساء أثناء الحمل وحوادث المشاكل

ازداد معدل حدوث كل المشاكل الصحية المتعلقة بالحمل -كما هو متوقع- مع زيادة عمر المرأة. على إننا وجدنا أن معدل حدوث أعراض الحمل "الطبيعية" تقل كلما كبر سن المرأة. ومن المحتمل أن يكون ذلك بشكل جزئي بسبب اعتياد النساء على تلك المتاعب بسبب تكرار الحمل. وبالنسبة لتلك الأعراض والعلامات الخاصة بالأنيميا، فنقل أيضا كنتيجة لانخفاض معدلات حدوث الأنيميا مع زيادة العمر^(٥). بالإضافة إلى انه من المعروف أن عبء العمل بالنسبة للمرأة الأكبر سنا اقل منه بالنسبة للمرأة الأصغر حديثة الزواج^(٦).

وقد ارتفعت مضاعفات الحمل والولادة الكبرى والأكثر خطورة مع زيادة عمر النساء، خاصة التورم، الصعوبة أثناء التبول، الصداع، حدوث الحرارة مع الافرازات والالتهابات في فترة التالية للولادة. أن وجود افرازات في تلك الفترة مع حدوث التهابات وارتباط ذلك بارتفاع في درجة الحرارة، مشيرا إلى احتمال حدوث حمى النفاس، قد تكرر بمعدل له دلالة إحصائية بين النساء اللاتي تبلغ أعمارهن ٣٥ سنة أو أكثر (٢٩%). عنه بين مجمل النساء (١١%).

سلوك النساء نحو التماس الخدمة الصحية

تعيش النساء في هذه الدراسة في منطقة ريفية ولكن متاح لديهن أماكن قريبة للحصول على الرعاية الطبية، وبالتالي فان تحليل تعامل النساء مع المشاكل الصحية المختلفة التي واجهنها أثناء الحمل، الولادة، ما بعد الولادة، وما بعد الإجهاض، تمدنا بصورة واضحة وهامة عن كيفية تقييم النساء لخطورة مشاكلهن الصحية، وعن متى وكيف يعتقدن انه من المناسب والضروري طلب الرعاية الطبية.

كما ذكرنا من قبل، فان الشكاوى التلقائية للنساء،

عبرت ٤٠% من النساء تلقائيا عن حدوث متاعب في فترة النفاس، ولكن اغلبها كانت أعراض طبيعية تحدث في هذه الفترة، مثل أوجاع بالبطن ناتجة عن انقباض الرحم، ألم بالثدي والحلمات نتيجة لاحتقان اللبن، ألم مكان جرح شق العجان جعلهن غير قادرات على الجلوس. عدد قليل من النساء أفدن بشكل تلقائي أيضا عن بعض المتاعب الأكثر خطورة.

وبالسؤال حول بعض المشاكل المحددة زاد عدد النساء اللاتي ذكرن تلك المشاكل. ٦٠% من الناس كان لديهن شكوى واحدة على الأقل بخصوص فترة النفاس. ٢٠% كان لديهن أكثر شكوى. وكانت الافرازات، الالتهابات والحرارة (حتى النساء استخدمن كلمة حمى النفاس في التعبير عن ذلك) هي الشكاوى الأكثر شيوعا، يليها الاكتئاب والنعيف. في الواقع أفادت ١١% من النساء عن معاناتهن من الافرازات والحرارة، التي من المحتمل أن تكون ناتجة عن تقيح النفاس. امرأة واحدة أشارت إلى حدوث تشنجات هي على الأغلب وفقا للأعراض المصاحبة لها- نتيجة لتقيح النفاس.

النساء ما يلي عانين من الاكتئاب ذكرن بشكل تفصيلي كيف أحسن بذلك. وتضمنت أسباب الاكتئاب الآتي: نقص الاهتمام والعناية داخل العائلة بعد الولادة، الارتباك بسبب الأطفال، مشاكلهن الصحية، أو إذا كان الوليد يعاني من أي مشكلة صحية.

"لقد أحسست باختناق، وكأنما شيء ثقيل قد جثم على صدري، وأردت أن اخرج إلى مكان مفتوح"
"كنت حزينة دائما، أكاد ابكي. لقد اعتد على أن انفرد بنفسي للبكاء والصراخ ولطم وجهي في يأس"

-الإجهاض

من بين ١٩ امرأة من اللاتي انتهى حملهن بالإجهاض ذكرت ١٧ منهن حدوث مشكلة صحية واحدة على الأقل، كان أكثرها هو الاحتياج إلى "عملية" جراحية، وتلا ذلك الحرارة والاكتئاب. ومما يثير الاهتمام أن حدوث الاكتئاب بعد الإجهاض، لم تشر إليه سوى النساء اللاتي حدث لهن إجهاض تلقائي وكان لديهن اقل من خمسة أولاد.

كان ارتفاع درجة الحرارة هو احد الحالات الأخرى التي اعتبرتها النساء بصفة عامة خطيرة، خاصة في فترة النفاس. وكان معظم النساء يستفسرن عنها سواء كان ذلك أثناء الحمل، بعد الولادة، أو بعد الإجهاض. حوالي نصف النساء المصابات بالحمى أثناء الحمل استشرن طبيبا، وعالجت ثلث النساء أنفسهن بالوصفات المنزلية. وأيضا استشارت حوالي نصف المصابات بالحرارة في فترة النفاس الطبيب والباقي لجان للتطبيق الذاتي والوصفات المنزلية. أربعة من النساء السبع اللاتي أصابتهن الحمى بعد الإجهاض، ذهبن إلى الطبيب. ارتفاع الحرارة سواء أثناء الحمل أو بدون حمل ينظر إليه باعتباره علامة خطيرة من علامات اعتلال الصحة. ومن ناحية أخرى بالرغم من أن حمى النفاس تمثل واحد من اكبر المسببات لوفيات الأمهات، فإن البحث يشير إلى أن بعض النساء لم يتلمسن العناية الطبية لذلك، وأيضا لم يدركن مدى شدة وخطورة حالتهم المرضية.

وقد وجد أيضا أن استشارة الطبيب عند حدوث تورم، تعتبر إلى حد ما مرتفعة. فبرغم من أن النساء اللاتي لجان إلى الاستشارات الطبية كن اقل من النصف، فقد كان معدل تكرار الاستشارات مرتفع نسبيا عندما تتكرر الحالة، وعندما يسبب التورم عدم الارتياح والتعب. امرأة واحدة ذكرت استخدام التدليك كوصفة للعلاج داخل المنزل.

حوالي نصف النساء اللاتي عانين من الصعوبة أثناء التبول والإحساس بالحرقلة لجان للطبيب، ولكن الربع الآخر عالجن المشكلة بشرب السوائل الساخنة أو باستخدام الوصفات المنزلية الأخرى^(٧). ٦٠% من النساء اللاتي عانين من الصداع استخدمن الأسبرين أو النوفالجين أو أقراص أخرى دون استشارة الطبيب والتي يمكن أن تكون ضارة بالجنين.

اقل من ثلث النساء اللاتي يعانين من الافرازات المهبلية أثناء الحمل، طلبن المساعدة الطبية بالرغم من إننا استخدمنا لفظ الافرازات الغزيرة عندما سألنا عنها. ولم يكن مثيرا للدهشة أن الاستشارات الطبية بصدد الافرازات كانت أكثر عندما اعتبرتها النساء أنفسهن عرضا غير طبيعي، ووصفنها بتعبير "التهابات"، تحديدا عندما كن يعانين الكثير من الحكمة، والتهيج الموضعي أو الرائحة الكريهة أو الألم. وقد عالج

لأنهن اعتقدن أنها أكثر خطورة، كانت على الأغلب متعلقة بالحمل والخصوبة. وقد أكدت نتائج البحث على ذلك: فالنسبة الأكبر من النساء اللاتي عانين من مضاعفات للإجهاض تلمسن المساعدة الطبية، كما أن ثلثي النساء اللاتي عانين من مشاكل مع الحمل لجان للمساعدة الطبية، في الوقت الذي كان فيه طلب النساء للمساعدة الطبية في فترة النفاس اقل بشكل عام. وقد أوضح ما قالته النساء عن النزيف لماذا يحدث هذا الفرق.

النزيف الذي يحدث أثناء الحمل، والمضاعفات الأخرى التي تشير إلى احتمال حدوث إجهاض، تجعل الكثير من النساء يلجان مسرعات إلى المستشفى. كما لجأت الكثيرات أيضا إلى المستشفى أو إلى أماكن أخرى للرعاية الطبية، لو عانين من أي مشاكل تالية للإجهاض. وهذا المعدل العالي للاستشارات الطبية حول المشاكل المتعلقة بالإجهاض، يفسره قلق النساء على تأثير ذلك على خصوبتهن، وبالتالي قدرتهن على الحمل في المستقبل. وعلى النقيض من ذلك فإن النساء يصبحن اقل قلقا مع تلك المشكلات التي تحدث لهن في فترة النفاس، اعتقادا منهن أن تلك المشكلات "طبيعية" في هذه الفترة، وتوقعهن أن تمر بدون آثار خطيرة على صحتهم أو خصوبتهن.

ولذلك فإن كل النساء الخمس اللاتي عانين من النزيف بعد الإجهاض، ذهبن جميعا لطلب الخدمة الطبية، و٦٣% من النساء اللاتي نزن أثناء الحمل أيضا لجان إلى المساعدة الطبية، بالمقارنة ب٤٤% فقط من اللاتي نزن في فترة بعد الولادة. استخدام الوصفات المنزلية لوقف النزيف لم يكن شائعا نسبيا. الاثنان اللتان حاولتا استخدام الوصفات المنزلية لعلاج النزيف أثناء الحمل (مثل المشروبات الباردة) انتهين أيضا إلى استشارة الطبيب. وقد نصحت الداية امرأة أخرى، كانت في الجزء الثاني من حملها "أن راس الطفل قد تحركت لأسفل. ويجب عليك الذهاب إلى الطبيب. وأيضا النساء المصابات بنزيف في فترة ما بعد الولادة واللاتي حاولن علاج أنفسهن بالمنزل، استشرن داية أو ممرضة من المركز الصحي، واللاتي نصحنهن باستشارة الطبيب للعلاج. وفي حالات النزيف خاصة أثناء فترة النفاس، لم تفعل النساء أي شيء تجاهه، طالما لم يرينه شديدا.

لمدى خطورة متاعب بعينها بما يشمل تأثيرها المستقبلي على الحمل والخصوبة، وبالتالي كثيرا ما لم تكن تلك القرارات في صالح صحتهن.

وقد أوضحت دراسة لوزارة الصحة المصرية، أن الثلاث أسباب الرئيسية لوفيات الأمهات في مصر هي النزيف، وارتفاع ضغط الدم المصاحب للحمل وتعفن الدم^(٨). هناك العديد من النساء اللاتي نجون من الموت بعد إصابتهن بهذه الأمراض، ولكنهن يعانين من مرضة ومضاعفات هذه الأمراض لفترات طويلة.

ومن بين العوائق أمام خفض معدل وفيات الأمهات ومرضاة الحمل والولادة بشكل فعال أن النساء وعائلتهن يلجأن إلى الخدمات الطبية في وقت متأخر، أو لا يلجأن إليها على الإطلاق، بالإضافة إلى انخفاض مستوى الخدمات الصحية المقدمة لرعاية ما قبل الحمل. وتوضح هذه الدراسة عن أسباب وجود هذه العوائق الموجودة في مصر، وكيف تعمل في الواقع. كما تشير إلى أهمية بعض المقاربات مثل تضافر الجهود في برامج للتقوية الصحي، وكذلك تحسين رعاية قبل الحمل.

أما مشكلة ارتفاع ضغط الدم، فلها خطورتها الخاصة إذ أن المريضة قد لا تشعر بها، وينبغي أن يكون هناك توجه قصدي لاكتشافها، وهو ما توضحه حقيقة أن النساء لم يذكرن هذه المشكلة إلا عندما سئلن عنها، وأنهن نادر ما ربطن بينها وبين الحمل. اغلب النساء لا يعين دلالة ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل، ولا احتمال ارتفاع ضغط الدم في أي وقت طوال مدة الحمل وبالتالي الحاجة إلى قياسه بشكل متكرر.

لم تر النساء في العديد من الأحوال ارتباطا بين أعراض الحالات التي من الممكن أن تكون لها نتائج خطيرة ومسبباتها. فعرض مثل الصداع القوي الدائم، لم تستقبله النساء على انه شيء مهم يستدعي التماس المساعدة الطبية، والأكثر من ذلك أن العلاج يتم عن طريق مداواة النفس بواسطة عقارات قد تحمل الكثير من الخطورة.

وقد تشير هذه الأعراض لمرض تسمم الحمل عند بعض هؤلاء النسوة.

حوالي ربع النساء اللاتي يعانين من الافرازات أثناء الحمل وأثناء فترة النفاس أنفسهن باستخدام الوصفات المنزلية^(٧).

أما اقل الحالات التي لجأت فيها النساء للاستشارة الطبية فهي الاكتئاب التالي للولادة بالرغم من أن الواضح من كلام النساء أنفسهن أن اللاتي عانين من أن الواضح من كلام النساء أنفسهن أن اللاتي عانين من تلك المشكلة كن متأثرات بشدة. فقد قالت واحدة:

"أحس دائما بأنني فاترة الشعور لا أعير شيئا أي اهتمام ومحبة. وقد اعتبرت أن ذلك شيء نفسي وبالتالي فإنني لم اشغل بالي به".

في الواقع فان اغلب النساء اللاتي عانين من الاكتئاب لم يقدمن على عمل أي شيء بصدده ويمكن تفسير ذلك داخل النمط العام للاستشارات الطبية للأمراض النفسية في مصر، وهو منخفض بشدة.

النتائج

لقد اتاحت لنا المعلومات المتوفرة أن نقارن بين معدلات الاستشارات الطبية لمختلف الحالات المرضية المصاحبة للحمل والولادة والأمراض النسائية المختلفة. وقد وجدنا أن الاستشارات الطبية للمشاكل الخاصة بالحمل كانت أعلى بالمقارنة بحالات أمراض النساء غير المتعلقة بالحمل. اقل من ثلث النساء استشرن الطبيب عن الافرازات المهبلية، سقوط الجهاز التناسلي، وعدوى قناة مجرى البول، ومشاكل الدورة الشهرية، والألم أسفل البطن، والقليل جدا استشرن الطبيب بخصوص المشاكل المتعلقة بممارسة العلاقة الجنسية. أما معدل الاستشارات في حالة العقم (٥٤%) فقد اقترب من معدل الاستشارات المتعلقة بمشاكل الحمل.

من المتوقع أن يختلف تعامل النساء مع مشاكلهن الصحية وطرق الرعاية التي يلجأن إليها حسب طبيعة المشاكل الصحية المختلفة بداية من اللجوء إلى المساعدة الطبية، أو الوصفات المنزلية، أو حتى عدم عمل أي شيء، والانتقال بينها أو الجمع بينها. وقد اكتشفنا من خلال هذا البحث أن قرارات النساء بشأن المشكلات الصحية قد اثر عليها نقص المعرفة أو التقييم الخاطيء

ميلا لالتماس الخدمة الطبية لتلك الحالات. وكذلك أيضا فان النساء يهملن الكثير من الأعراض مثل حدوث الافرازات المهبليّة في فترة النفاس بالرغم من أنها قد تكون مؤشر مهم لوجود مرض خطير يمكن أن يهدد حياتهن.

وتشير هذه المعلومات بقوة إلى الحاجة إلى وجود برامج لتنقيف الصحي عن عوامل الخطورة المتعلقة بالحمل وأعراض تلك الحالات، بما يساعد النساء على التماس الرعاية الطبية المناسبة بدلا من محاولة تخفيف تلك الأعراض عن طريق تطبيب النفس الذي من الممكن أن يحمل درجات متفاوتة من الخطورة سواء للنساء أنفسهن أو لأحمالهن، أو استخدام للوصفات المنزلية الغير مؤثرة، أو عدم عمل أي شيء تجاه تلك الأعراض. توجد منطقة أخرى هامة وخصبة للتنقيف الصحي، نحتاج أن نوجهها إلى النساء والمجتمع ككل وهي: أمراض النساء وعلاقتها بأسباب العقم. ومن الممكن أن يساعد ذلك النساء في الحصول على دعم المجتمع سواء كان الأزواج أو باقي أفراد العائلة، في التماس الرعاية الطبية والمداومة عليها لعدد اكبر من الحالات^(٦).

إننا في حاجة إلى منظومة متكاملة لخدمات الصحة الإنجابية المقدمة للنساء لكي نحقق انخفاض حقيقي في تلك النسبة المرتفعة من مراضة الحمل والولادة في مصر، مع الأخذ في الاعتبار أن عددا من الشكاوى التي تربطها النساء بالحمل وبإمكانية التأثير عليه تقلقهن بدرجة كبيرة. من جانب آخر فان بعض مقدمي الخدمات الصحية لديهم افتراضات عن ما يعتبرونه "طبيعيًا" فيما يتعلق بالحمل، ويميلون "لعلاج" هذه الحالات بمجرد طمأنة النساء. لكن تلك الشكاوى تستحق اهتماما اكبر، حيث أنها قد تؤدي إلى إحساس النساء الدائم بسوء حالتهم الصحية وتجبر النساء على الحد من أنشطتهن المختلفة، ويحدث ذلك أحيانا بشكل شديد جدا. ومن الممكن أن تكون هذه العلامات أعراض لأمراض موجودة مسبقا ولكنها أصبحت أكثر سوءً بسبب الحمل، مثل الأنيميا.

إننا في حاجة إلى تغيير مفهوم متابعة الحمل من مجرد إمداد الحوامل بالفيتامينات وأقراص الحديد، إلى برنامج متكامل يشمل اخذ التاريخ الطبي للحوامل بعناية، الاستشارة الطبية الكافية، الفحص الإكلينيكي والمعملي للبحث عن وجود مشاكل صحية أو مشاكل إنجابية بعينها،

ونعود مرة أخرى للحديث عن الثلث من النساء اللاتي يعانين من النزف أثناء الحمل، واللاتي لا يفعلن شيء تجاه ذلك، على الرغم من أن بعض قطرات بسيطة من الدم أثناء الحمل قد تشير إلى وجود حالة خطيرة هي المشيمة المتقدمة. وقد استقبلت ٥٠% من النساء حمى النفاس، والافرازات الغزيرة بعد الولادة على أنها أعراض لا تستحق المشورة الطبية، وهو أمر يثير القلق، إذ أن تعفن الدم الذي يحدث بعد الولادة، سبب مهم من أسباب وفيات الأمهات، بالإضافة إلى انه قد يؤدي إلى العقم.

وقد وجدنا أن شكوى النساء في سن المراهقة، اقل بكثير من النساء الأكبر سنا، ربما لان الصغيرات يكن اقل قدرة على طرح مشاكلهن الصحية، مشيرا ذلك إلى وضعهن في المجتمع في مستوى أدنى من النساء الأكبر سنا^(٩). ويؤثر ذلك بأشكال متعددة على قدرتهن على التماس الخدمات الصحية لأنفسهن. وهو أيضا عامل مهم لا بد من أخذه في الحسبان أثناء تصميم البرامج والطرق المختلفة لتوجيه الخدمات الصحية، لأننا نحتاج إلى جهد اكبر للوصول إلى هذه الفئة بشكل ناجح ومؤثر.

ومن النتائج الهامة التي توصلنا لها في هذا البحث، أن النساء لا يأخذن على محمل الجد المشاكل الصحية التي لا يعتقدن أن لها علاقة بالحمل ويصبحن أكثر قلقا على الحالات التي يعتقدن أن لها تأثير مباشر على الحمل. وربما كان ذلك سببا ونتيجة في نفس الوقت لان عائلتهن والمجتمع المحيط أكثر استعدادا لدعمهن في التماس الرعاية الطبية عندما يتعلق الأمر بمثل هذه المشاكل^(٦).

وعلى النقيض فان النساء نادرا ما يلتمسن المساعدة الطبية لمشاكل صحية هامة مثل، التهابات الجهاز التناسلي أو التهابات الجهاز البولي، حتى عندما تحدث هذه المشاكل أثناء الحمل، لأنهن لا يدركن كيف أو إلى أي درجة تؤثر هذه المشاكل على صحتهن أو خصوبتهن. ويتضمن هذا بعض أمراض النساء التي لا تلجا فيها النساء للمساعدة الطبية مثل الافرازات المهبليّة، أو الألم أسفل البطن، أو الألم أثناء الجماع الجنسي. لو علمت هؤلاء النسوة، أن التهابات الجهاز التناسلي من الممكن أن تؤثر على الحمل وأنها في بعض الأحوال قد تسبب العقم، فإنهن بلا شك سوف يصبحن أكثر

صحيين مدربين أثناء الولادة. وهنا نشير مرة أخرى إلى أن النساء يعتبرن أن شق العجان أو أي تدخلات أخرى أثناء الولادة الطبيعية شيء غير مرغوب فيه، فان سياسة التقليل من التدخلات الجراحية والطبية إلا في حالات الطوارئ، هي مسألة هامة لزيادة قبول النساء للولادة داخل المؤسسات الطبية، أو الاستعانة بأفراد المهنة الطبية أثناء الولادة.

والتعامل مع كل ذلك بشكل فعال. وينطبق نفس الأمر أيضا على رعاية بعد الولادة وأثناء فترة النفاس. وأخيرا يبدو أن الاكتئاب الذي يحدث بعد الولادة يؤثر على النساء بدرجة كبيرة، ولا بد من وجود الخدمات الصحية المناسبة للتصدي لتلك المشكلة. وفيما يتعلق بالخدمات المقدمة في مرحلة الولادة، هناك احتياج للتغطية الواسعة المتطورة بحيث يتاح للغالبية العظمى من النساء وجود عاملين

الشكر

نتوجه بالشكر إلى دكتور عبد المنعم فراج وذلك لتعليقاته القيمة على مختلف الأوراق التمهيديّة الخاصة بهذه المقالة، وكذلك اوليفيا كامل لمشاركتها في تحليل المعلومات والإشراف على جمع البيانات. وقد وافقت وزارة الصحة على إجراء البحث وكذلك الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء بمصر. وقد تم تمويل النشاطات المختلفة للبحث بواسطة مجلس السكان العالمي ومؤسسة فورد ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمة اليونيسيف، والحكومة الهولندية.

References and notes

1- The Giza morbidity study was conducted by an interdisciplinary team of researchers. Eligible women were ever married, currently non pregnant women residing in one of the two villages. The age distribution was similar to that of the last egyptian population census for these two villages. A random sample of streets, alleys and housing blocks was selected areas were visited sequentially and eligible women were invited to join. An initial sample size of 509 women were interviewed about their background characteristics and symptoms of gynaecological and related morbidity conditions. They also underwent a medical examination, including laboratory testing, at the time of interview, the results of the medical examination were published in (5) below.

2- Zurayk H et al, 1993. Concepts and measures of reproductive morbidity. Healthy transition review 3(1):17-40.

3- PAPCHILD, 1993 egypt maternal and child health survey 1991 central agency for public mobilization and statistics, cairo and

league of arab states.

4- Egypt demographic and health survey 1992 cairo national population council and marco international inc, Calverton MD, USA.

5- Younis N. et al, 1993 A community study of gynaecological and related morbidities in rural Egypt studies in family planning 24(3):175-86.

6- Khattab H, 1992 the silent endurance social conditions of women's reproductive health in rural Egypt UNICEF, amman and population council, cairo.

7- this probably consists of sitting in a tub containing a powder of antiseptic lotion to treat the discharge. Vaginal douching would be avoided in pregnancy for fear of miscarriage.

8- National Maternal Mortality Study Egypt 1992-93 finding and conclusions ministry of health child survival project cairo 1994.

9- Khattab H, 1978 Role and status of women and their fertility behaviour. (unpublished)

إطالة

الولايات المتحدة الأمريكية تقر استخدام عقار المايفبريستون للإجهاض:

مايفبريكس (م) هو الاسم التجاري لعقار المايفبريستون، المعروف أيضا بأقراس الإجهاض. وقد تمت الموافقة الرسمية من منطقة الأغذية والأدوية الأمريكية في سبتمبر ٢٠٠٠ على استخدام العقار مع البروستاجلاندين بغرض الإجهاض المبكر. وبالرغم من أن هذا الأسلوب في الإجهاض قد اعتمد رسميا في العديد من الدول الأوروبية وأولها فرنسا (١٩٨٨) والمملكة المتحدة (١٩٩١) والسويد (١٩٩٢) بالإضافة إلى دول أوروبية أخرى، إلا أن هذه الموافقة قد استغرقت وقتا أطول في الولايات المتحدة. واستخدام هذا العقار سوف يقدم للمرأة الأمريكية خيارا جديدا وهاما، حيث انه يمنحها قدرا اكبر من الخصوصية كما ييسر لها فرص القيام بعملية الإجهاض المبكر بما أن أطباء كثيرين مثل أطباء الأسرة وأطباء التوليد وكذلك عيادات الإجهاض سوف يمكنهم استخدام العقار. واستخدام عقار المايفبريستون سوف يمكن النساء من القيام بالإجهاض مبكرا مقارنة بالإجهاض الجراحي، كما انه سوف يتيح لهن فرصة اختيار أسلوب الإجهاض سواء جراحيا أو باستخدام الدواء. وقد اظهر العديد من مقدمي الخدمات الصحية اهتماما بالغاً بهذا الأسلوب الجديد، فمع الموافقة الرسمية على استخدام المايفبريستون، يمكنهم الآن التوقف عن استخدام البديل المثير للجدل وهو عقار الميثوتريكست في حالات الإجهاض المبكر. إلا انه من غير الواضح كم من الأطباء سيستخدمون هذا الأسلوب بالفعل سواء لاعتبارات قانونية أو للحفاظ على أمنهم من التحرشات التي قوم بها معارضو الإجهاض أو أية أسباب أخرى. وبالإضافة إلى ذلك، فقد أكد البعض على الحاجة إلى خفض تكلفة الإجهاض باستخدام الدواء الذي تتساوى تكلفته العالية مع الإجهاض الجراحي.

- 1- Population council, 2000 population council welcomes FDA approval of Mifeprex (mifepristone) News release, 28 September. www.popcouncil.org
- 2- Population council, 2000 Mifepristone A chronology. www.popcouncil.org
- 3- www.msnbc.com
- 4- Kolata G 2000. US approves abortion pill, drug offers more privacy, could reshape debate. New yourk times 29 September
- 5- Medical Women's Assosiation 2000
- 6- Gorney c 2000 New york Times 29 September

رفض تعقيم وإجهاض المعاقين ذهنيا في محاكم المملكة المتحدة وإيطاليا:

هل تحققت العدالة؟

أبطلت محكمة في صقلية قرار طبيب بإجهاض فتاه معاقة ذهنيا في الثالثة عشرة من عمرها في ديسمبر ١٩٩٩ حملت من صديقها البالغ من العمر أربعة عشر عاما، وهو معاق ذهنيا أيضا. تم ترحيل الفتاة من منزلها في بلدة "بوزالو" في صقلية بعد أسبوعين من اكتشاف حملها. وصرح طبيب الأسرة الذي عينته محكمة الأحداث كوصي على الفتاه أنها لا تعي ما حدث لها وأوصى بإجهاض الحمل، إلا أن المحكمة قد تلقت بعد ذلك خطابا يزعم انه من الفتاة تتوسل فيه للاحتفاظ بالجنين. ولكن والدا الفتاه صرحا أن عمرها العقلي لا يتعدى السادسة وأنها لا تستطيع أن تفرق بين الرضيع والدمية والتمسا من المحكمة الموافقة على إجهاضها. وقد وصف الفاتيكان التوصية بإنهاء الحمل بأنها عمل وحشي نازي. حولت محكمة الأحداث القضية إلى محكمة أخرى لإصدار الحكم اتهمت جمعيات الحق في الاختيار، المؤيدة للإجهاض، المحكمة بأنها أذعنت لضغوط نشطاء الجمعيات المناهضة للإجهاض وقالت أنهم بحملتهم المطالبة بإكمال الحمل قد خرقوا قوانين الحرية الشخصية. الجدل الذي إثارتته هذه القضية هو الأكبر من نوعه في ايطاليا منذ أصبح الإجهاض قانونيا من أكثر من عشرين عاما.

وفي المملكة المتحدة أصدرت محكمة بريطانية حكما برفض طلب أم بتعقيم ابنها البالغ من العمر ٢٨ عاما ومصاب بالتخلف العقلي دون موافقته. صدر الحكم على أساس أن إجراء مثل هذه العملية لن يكون بالضرورة في صالح الابن إذا لم يكن موافقا على إجراءها. وقد تقدمت الأم بهذا الطلب لأنها لم تعد بصحة جيدة ولم تعد تقدر على رعايتها بنفسها. شهدت المحاكم في المملكة المتحدة ٧٠ قضية تتعلق بتعقيم النساء المعاقات ذهنيا وذلك بعد صدور حكم مثير للجدل عام ١٩٨٧ وافقت فيه المحكمة على تعقيم فتاه في السابعة عشر من عمرها (ويبلغ عمرها العقلي الخامسة) دون موافقتها.

- 1- Carroll R, 1999. Italy divided over abortion for girl, 10. Guardian, 17 December.
- 2- Carroll R, 1999. Court bans abortion for girl with mental age of six. Guardian. 18 December.
- 3- Hall S. 1999 women loses fight to have son sterilized. Guardian. 21 December, p5

الإجهاض باستخدام عقار الميزوبروستول (السايتوتك) في البرازيل فشل وعيوب خلقية

صدرت في سان باولو بالبرازيل دراسة عن فشل الإجهاض والتأثيرات الخلقية على الجنين الناجمة عن استخدام مادة الميزوبروستول (البروستاجلاندين) في عمليات الإجهاض السري. قام الباحثون بدراسة ٤٢ جنينا ولدوا بعيوب خلقية بعد تعرضهم لمادة الميزوبروستول خلال الثلاثة اشهر الأولى للحمل. بلغ متوسط جرعة الميزوبروستول المستخدمة غالبا ٨٠٠ مج كما استخدم أيضا بمجال من ٢٠٠ إلى ١٦٠٠٠ مج. شملت الآثار الشائعة التي تمت ملاحظتها تشوهات الأقدام والسيقان والأصابع والأيدي وكذلك عيوب متفاوتة الشدة في العصب الدماغي، كما وجد أيضا استسقاء خلقي في الرأس. ويتصور الباحثون أن انقباضات الرحم التي يسببها الميزوبروستول يمكن أن تؤدي إلى تمزق الأوعية الدموية للجنين، وهو مرتبط بتلك العيوب. هناك حاجة ماسة لدراسات مستفيضة على هذا الموضوع ولكن حتى يتحقق ذلك، يجب توفير المعلومات الكافية في جميع البلاد التي ينتشر فيها استخدام الميزوبروستول ونشر الوعي بالمخاطر التي يتعرض لها الجنين إذا فشلت محاولات الإجهاض باستخدام هذا العقار أثناء الحمل.

- 1- Hajaj Gonzalez C, Marques-Dias MJ, Chong ae kin et al lancet 651 (30May) 1624-27

تجارب النساء مع الإجهاض غير القانوني في جنوب أفريقيا

كشفت اللقاءات المعمقة التي أجريت مع ٢٥ امرأة دخلن المستشفيات في أربعة مقاطعات في جنوب أفريقيا بعد إجراءهن لعمليات إجهاض غير قانونية عن هؤلاء النساء لجان إلى الإجهاض لسببين رئيسيين: رفض شركائهن، والظروف الاجتماعية والاقتصادية. بعض هؤلاء النساء كن لا يزلن في المدرسة أو الجامعة. استخدم البعض الطرق الذاتية في إجهاض أنفسهن ولجا البعض الآخر إلى الأطباء والممرضات والمعالجين بالطرق الشعبية التقليدية، الذين تضمنت أساليبهم غرس آلات حادة في الرحم أو الحقن لحث النزيف، مع إعطاء التعليمات لهؤلاء النساء بالذهاب إلى المستشفى في حالة حدوث مضاعفات. لم تناقش أي من النساء الشخص القائم بالإجهاض أو رفضت احد أساليبه مهما كانت هذه الوسيلة مهينة أو مؤلمة لان حاجتهن إلى الإجهاض كانت اكبر من الألم والمهانة.

- 1- Maforah F and wood K 1995. A study of women's experiences of included abortion. Paper presented at 2nd reproductive health priorities conference women's health project new's 16 Nov. 5/7

العودة إلى قانون حظر الإجهاض في بولندا

أجاز البرلمان البولندي مرة أخرى قانون ضد الإجهاض في ديسمبر ١٩٩٧، يقيد بشكل شديد اللجوء إلى الإجهاض إلا بناء على أسس طبية صارمة. وهذا القانون يبطل قانون الإجهاض الأكثر ليبرالية الذي أجازته البرلمان السابق عام

١٩٩٦، والذي سمح بالإجهاض بسبب ظروف الحياة الصعبة أو لظروف شخصية. وقد قام أعضاء البرلمان المناهضين للإجهاض برفع قانون ١٩٩٦ إلى المحكمة الدستورية التي حكمت يوم ٢٨ مايو ١٩٩٧ بعدم دستورية القانون الليبرالي لأنه "لا يحافظ على الحياة منذ لحظة الحمل". وقد عاد هذا التغيير التشريعي الجديد بالبلاد إلى القانون الذي أجاز عام ١٩٩٣.

1- News release Federation for women and family planning warasaw 19 December 1997.

