# تطوير البحوث لإثراء سياسات الصحة الإنجابية بالمعلومات في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

*إعداد فرزانه رودي-فهيمي، ولوري أشفورد، وكريمة خليل*

إن الحياة الجنسية والإنجاب من السمات الأساسية في حياة البشر، غير أنهما لا ينالهما إلا القليل من الاهتمام غالباً في المناقشات التي تتمحور حول السياسات العامة لما يكتنف هذا الموضوع من حساسيات ثقافية وسياسية، لا سيما في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.[1] وعلى النقيض من الأمراض والإعاقات الأخرى، تتوارى المشاكل المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية وراء حواجز الحرج والسرية والعار، ونرى أنه رغم ذلك يمكن معالجة الكثير من هذه المشاكل من خلال الدليل الموثوق والحوار المفتوح.

ولعل زيادة القدرة على إجراء بحوث تلقي الضوء على الجوانب الاجتماعية والطبية للصحة الجنسية والإنجابية التي تشهدها المنطقة تمنح الباحثين فرصاً أعظم للتصدي للقضايا الحالية المتعلقة بالسياسات. إن واضعي القرار في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في حاجة إلى معلومات دقيقة وشاملة عن أولئك الذين يعانون من مشاكل في الصحة الجنسية والإنجابية، وكذلك عن طبيعة هذه المشاكل وحدودها، وأفضل السبل للتصدي لها ومعالجتها. وحين يُقدّم الباحثون ما يتوصلون إليه من نتائج بصورة منظمة من الناحية الزمنية وبما يسهل الوصول إليها يكون بمقدور واضعي القرار الاستفادة من هذه المعلومات في إحداث التغيير في السياسات وإدخال التحسينات على البرامج.

ويناقش هذا الموجز احتياجات البحوث الحالية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، إذ يستمد مادته جزئياً من تقرير أصدره في عام ٢٠٠٧ كل من المنتدى العالمي للبحوث الصحية ومنظمة الصحة العالمية بعنوان: *"قضايا بحثية في الصحة الجنسية والإنجابية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل"*.[2] كما يقدم هذا الموجز إطار عمل يوضح كيف أنه يمكن استخدام الشواهد العلمية في عملية صُنع القرار من أجل تغيير السياسات وتحسين البرامج، الذي من شأنه أن يحسن في نهاية المطاف من الصحة الجنسية والإنجابية.

## رؤية ما لا يُرى

إن حالات مثل عدم انتظام الدورة الشهرية أو انعدام الحيض، والإفرازات غير العادية، وقرح في منطقة الجهاز التناسلي بسبب الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي، والعدوى التي تنشأ عن عمليات الإجهاض غير الآمن، فضلاً عن عدم القدرة على المعاشرة الجنسية، والعقم – إن هذه الحالات جميعها ترتبط بأعضاء خاصة في الجسم وبعلاقات شخصية حميمة، وتسهم التقاليد الثقافية القوية، وما يدخل في عرف المحرمات، والجنوح إلى مكابدة حالات الاعتلال هذه في صمت، إضافة إلى نقص المعلومات والموارد اللازمة للتعامل مع هذه الحالات – تسهم جميعها في الحجب النسبي لكثير من مشاكل الصحة الجنسية والإنجابية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.[3]

كثيراً لا تُلاحظ اعتلالات الجهاز التناسلي والصحة الإنجابية من جانب مقدمي خدمات الرعاية الصحية، بل وأحياناً لا يلاحظها حتى من يعانون منها. فأدى ذلك إلى أن ظل الكثير من مشاكل الصحة الجنسية والإنجابية في المنطقة بلا علاج.

وتساعد عدة أسباب في إيضاح خفاء اعتلالات الصحة الجنسية والإنجابية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا:

- ليس لبعض الأمراض أعراض (على سبيل المثال: الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي كالمتدثرة "كلاميديا").
- يعتقد كثير من الناس أن بعض الأعراض ما هي إلا جزء عادي من الحياة ويجب تحمله (مثل الإفرازات غير العادية أو تلف الأعضاء التناسلية بسبب الولادة).
- قد يشعر البعض بالحرج عند الحديث عن مثل هذه المشاكل أو حتى البحث عمن يساعدهم في حلها.
- كثيراً ما يفتقر أخصائيو الرعاية الصحية إلى التدريب الكافي ويشعرون بعدم الارتياح عند الحديث عن شواغل مرضاهم.
- يُعتبر النموذج السائد هو عدم تقديم أنظمة الرعاية الصحية لحزمة منسقة من خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية تلبي احتياجات الأفراد والأزواج في المراحل المختلفة من حياتهم. فتعمد هذه الأنظمة إلى السعي لتحقيق أهداف محددة وذات أولوية عليا (كتقديم رعاية ما قبل الولادة، أو تنظيم الأسرة، على سبيل المثال).

يناقش الإطار ١ بالصفحة ٢ كيف يمكن للبحوث أن تلقي الضوء على البيئة الاجتماعية التي تؤثر على الصحة الجنسية والإنجابية.

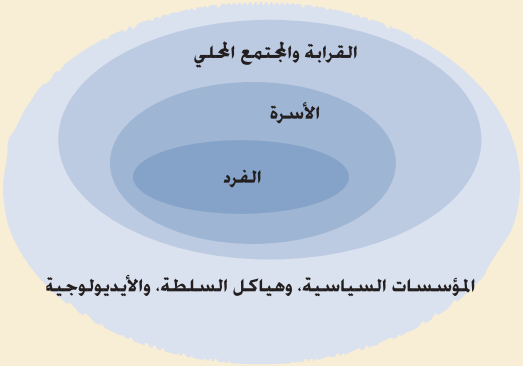
كان أول بحث علمي ومتعدد التخصصات في المنطقة يبرز ذلك العبء المرضي الثقيل على المرأة بسبب الأمراض الجنسية والأمراض التي تؤثر على الصحة الإنجابية هو الدراسة التي أُجريت بمحافظة الجيزة في المناطق الريفية بجمهورية مصر العربية في أواخر الثمانينيات من القرن العشرين (راجع الإطار ٢ بالصفحة ٣).

*الإطار ١*

### فهم سياق الصحة الجنسية والإنجابية

إن القرارات المتعلقة بالحياة الجنسية والإنجاب وما يتمخض عنها من عواقب ترجع إلى الأفراد، ولكنها تتشكل بعوامل تدخُل في إطار الأسرة المعيشية والمجتمع المحلي والمجتمع الأكبر والبيئة السياسية. ويُظهر الشكل دوائر التأثير المتداخلة والتي تشكل الاختيارات التي يقوم بها الأفراد والأزواج وقدرتهم على الحصول على المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية.

**دوائر التأثير على القرارات الجنسية والإنجابية**




وبدءً بالأفراد كنقطة تركيز مركزية، يمكن للبحوث أن تستطلع العوامل التي تؤثر في القرارات والسلوكيات الصحية، كتقييم الأفراد للمخاطرة والمسؤولية الشخصيتين، ومعرفتهم وآرائهم وممارساتهم فيما يتعلق بحماية صحتهم.

ومن جانب آخر يمكن أن تتفحص البحوث التحليلية داخل إطار الأسر المعيشية مَن يتلقى الرعاية الصحية والقيم الاجتماعية التي قد تعيق قدرة النساء أو الشباب على حماية صحتهم وحقوقهم. فعلى سبيل المثال، يمكن للبحوث أن تستطلع الكيفية التي تُكتسب بها الأدوار وتُعزز في مرحلتي الطفولة والمراهقة، وأيضاً الكيفية التي تساهم بها في العنف والمخاطرة لدى الذكور، والخضوع لدى الإناث، والكيل بمعيارين في السلوكيات الجنسية، والعواقب الصحية لهذه السلوكيات.

وعلى نطاق أرحب، يمكن لبحوث العلوم الاجتماعية أن تستطلع العوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والعوامل المتعلقة بالعلاقات الشخصية التبادلية والتي تؤثر في إيجاد اعتلالات في الصحة الجنسية والإنجابية، كما يمكن أن تستطلع عواقب تدني الحالة الصحية على النساء والأسر والمجتمعات المحلية. فعلى سبيل المثال، يستطيع الباحثون دراسة العلاقات التي تقوم بين عدم إتاحة وسائل منع الحمل أو فشلها والحمل غير المقصود والإجهاض غير الآمن.

وأما على صعيد السياسات، فباستطاعة التحليل أن يحدد طبيعة القوانين والسياسات وأثرهما والتي تتصل بالمساواة بين الجنسين، والحقوق الجنسية والإنجابية، ومدى إتاحة المعلومات والخدمات، وما إذا كانت هناك حماية للأفراد من الإيذاء الجنسي وكيفية حمايتهم.

**مأخوذ من:** Andres de Francisco, Ruth Dixon-Mueller, and Catherine d'Arcangues, *Research Issues in Sexual and Reproductive Health for Low- and Middle-Income Countries* (جنيف: المنتدى العالمي للبحوث الصحية ومنظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٧).

واستمر ما تلى ذلك من دراسات في مصر وبلدان أخرى بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في إبراز ما تنوء به النساء من معاناة خفية. ومنذ أن أضحى فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز قضية أخذت طريقها إلى الظهور لتُرى أكثر وضوحاً في هذه المنطقة ازداد الاهتمام بدراسة الصحة الجنسية والإنجابية – فالاتصال الجنسي هو الطريقة الرئيسية لانتقال فيروس نقص المناعة البشرية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

ورغم هذا النشاط المتنامي للبحوث العلمية لا تزال هناك فجوات في المعلومات حول مشاكل الصحة الجنسية والإنجابية التي يعاني منها الرجال والنساء. وتعتمد المبادرات الناجحة التي تهدف إلى معالجة هذه المشاكل على منهجيات البحث السليمة علمياً والملائمة ثقافياً والمصممة لغرض جمع المعلومات حول الموضوعات ذات الحساسية. وهناك حاجة إلى بحوث إضافية من أجل توسيع نطاق قاعدة الأدلة والشواهد حول أسباب مشاكل الصحة الجنسية والإنجابية وعواقبها والصلات بين بعضها بعضاً. والهدف الأساسي هو تشجيع المزيد من الأشخاص على طلب المساعدة من أجل معالجة مشاكل الصحة الجنسية والإنجابية، وتقديم يد العون لأنظمة الرعاية الصحية ومقدميها حتى يتسنى لهم الاستجابة بطرق أكثر فعالية.

## الفجوات البحثية

يشير التقرير الصادر عن المنتدى العالمي للبحوث الصحية ومنظمة الصحة العالمية إلى وجود فجوات في المعلومات بالبلدان النامية بما فيها منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، كما يشير إلى الحاجة إلى إجراء بحوث لسد هذه الفجوات. وتنقسم البحوث المطلوبة إلى أربع فئات: مَن هم الأشخاص الذين يعانون من مشاكل الصحة الجنسية والإنجابية وإلى أي مدى؛ وبيئة السياسات من أجل التصدي لاحتياجات الصحة الجنسية والإنجابية؛ ونوعية الرعاية وإمكانية الوصول إلى المعلومات والحصول على الخدمات؛ ثم تنفيذ البرامج.

ونورد في الأقسام التالية وفي المراجع التي تبدأ من صفحة ٧ أمثلة للبحوث التي أُجريت في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا والتي تتعلق بهذه الموضوعات؛ وهي دراسات إيضاحية، ولكنها غير شاملة فيما يختص بالموضوعات أو البلدان.

### مَن هم الأشخاص الذين يعانون من مشاكل الصحة الجنسية والإنجابية

يمكن للبحوث الميدانية والبحوث الاجتماعية والوبائية تقييم أنواع مشاكل الصحة الجنسية والإنجابية، ومدى تكرارها، وتوزيعها بين الأفراد والمجتمعات، والتباينات بين الفئات المختلفة. وفيما يلي بعض الأمثلة للموضوعات البحثية التي تقيم التباينات الصحية:

- تحليل الاستقصاءات الوطنية مثل الاستقصاءات الديموغرافية والصحية لتحديد أنماط عدم

المساواة في الرعاية الصحية على صعيد الأسر المعيشية من حيث مكان الإقامة، والتعليم، ومستوى الثراء، وذلك في إطار يعمل على مساعدة مخططي البرامج على وضع إستراتيجيات تهدف إلى الوصول بخدمات الرعاية الصحية إلى الأشخاص الأشد تعرضاً للمعاناة.[٤]

- البحوث حول العلاقة بين الصحة الجنسية والإنجابية والفقر، بهدف توثيق آثار الحد من الفقر على صحة ورفاهة الأفراد والأسر، والعكس.[٥]

يمكن أن تشمل البحوث التي تُجرى على طبيعة مشاكل الصحة الجنسية والإنجابية ومداها:

- بحوث المنهجيات التي تهدف إلى تحسين طرق جمع المعلومات حول القضايا الحساسة أو التي ينظر إليها على أنها من المحرمات بين فئات سكانية معينة.[٦]
- البحوث الوبائية التي تُظهر طبيعة ونطاق تلك المشاكل والمخاطر المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية والتي غالباً ما يغلفها الصمت لدى النساء والرجال والشباب.[٧]
- الدراسات الميدانية في المجتمعات المحلية بهدف فهم ما لدى الرجال والنساء من مدركات وعوامل تسهم في إيجاد مشاكل الصحة الجنسية والإنجابية والممارسات الضارة كختان الإناث، وكافة أشكال التحرش الجنسي، والإكراه، والعنف.[٨]
- تجميع الشواهد على عدم تلبية الحاجة إلى المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية بين فئات سكانية حسب العمر، والنوع، والحالة الاجتماعية الاقتصادية، والخصائص الأخرى.[٩]

تتيح الدراسات التي تُبنى على عينة عشوائية ذات أهمية ودلالة إحصائية حول السكان شواهد بمقدورها أن تمكن واضعي القرار من صياغة سياسات وبرامج من شأنها أن تعالج أشد المشاكل إلحاحاً وتصل إلى أشد السكان احتياجاً. ويمكن لدراسات تُجرى على نطاق أقل واستكمالاً للاستقصاءات الوطنية أن تستطلع الخبرات الفردية استطلاعاً يدلف إلى المزيد من أعماقها فيزيد من فهمنا لكثير من العوامل التي تؤثر على الحالة الصحية للأفراد وما هم عليه من سلوكيات.

*الإطار ٢*

**دراسة الجيزة عن صحة المرأة في المناطق الريفية بمصر**

إن "دراسة الجيزة للحالات المرضية" دراسة إقليمية رائدة ومعترف بها على الصعيد الدولي أُستخدمت فيها نُهُجٌ متعددة التخصصات من أجل النهوض ببحث حول الصحة الإنجابية في أحد المجتمعات الريفية. وركزت هذه الدراسة التي أجريت في محافظة الجيزة بمصر في عامي ١٩٨٩ و ١٩٩٠ على المشاكل المتعلقة بأمراض النساء، وما إذا كانت النساء يسعين للحصول على خدمات الرعاية الصحية، وكيفية إدراكهن للمسائل التي تتعلق بصحتهن.

وطُبقت في "دراسة الجيزة" طرق بحثية مبتكرة، إذ استفادت الدراسة من مجالات الطب الإكلينيكي والإحصاءات الحيوية وعلم الأوبئة وعلم الأجناس البشرية (الأنثروبولوجيا) في بحث الحالة الصحية الإنجابية لدى النساء اللائي يقطن منطقة محرومة اقتصادياً. وكان اثنان وثمانون في المائة من النساء موضوع الدراسة (كلهن متزوجات وغير حوامل) أميات لا يعرفن القراءة والكتابة. وأجريت لكل منهن مقابلة في المنزل أولاً ثم أصطحبن بعدها إلى مركز صحة القرية لتوقيع الكشف النسائي عليهن.

وأظهرت الدراسة عبئاً ثقيلاً تمثل في سوء الصحة الإنجابية سواء لدى النساء اللاتي أظهرن أعراضاً واللاتي لم يُظهرن. فقد عانى نصف النساء في الدراسة من أمراض في الجهاز التناسلي، وأكثر من النصف من تدلي الأعضاء التناسلية (سقوط جدار الرحم أو المهبل أسفل موضعه الطبيعي)، وثلثا هؤلاء النساء مصاب بالأنيميا. وأما النتائج التي دقت ناقوس الخطر فهي النتائج التي تتصل بالإصابة بأكثر من مرض من الأمراض النسائية، وشدة المرض، وأنماط الفئات العمرية المصابة. فنسبة ١٥ في المائة فقط من هؤلاء النساء لم تكن مصابات بأي أمراض على الإطلاق؛ بينما عانى نصف عدد النساء من مرضين أو أكثر. وكان ربع النساء اللاتي بلغت أعمارهن ما بين ١٤ و ٢٤ عاماً مصاب بسقوط عنق الرحم (امتداد خلايا من الرحم إلى ما بعد عنق الرحم فيجعل الإصابة بالعدوى والإفرازات غير العادية أمراً أكثر احتمالاً)؛ كما كان لدى أكثر من خُمس النساء اللاتي بلغت أعمارهن ٤٥ عاماً فأكثر تغيراتٌ مريبة في خلايا عنق الرحم، وهو ما أشار إلى وجود إما مقدمات للإصابة بالسرطان أو إصابتهن به بالفعل.

إن "دراسة الجيزة" قد أُجريت منذ عقدين من الزمان، ورغم ذلك لا تزال الطرق البحثية المستخدمة فيها والنتائج التي تم التوصل إليها مهمة: لقد حددت وعي النساء حول صحتهن في سياق انتشار الفقر والأعراف الثقافية السائدة أكثر من أي عوامل أخرى ما إذا كانت النساء يسعين للاستفادة من الخدمات الصحية أم يُحجمن عن ذلك.

وقام الباحثون المشاركون في الدراسة بنشر النتائج في المجلات العلمية الدولية والمطبوعات المحلية. كما أنتج مكتب مجلس السكان لشؤون غرب آسيا وشمال أفريقيا (بالقاهرة) والذي قام بتنفيذ الدراسة المذكورة سلسلة من المطبوعات والنشرات وعمل على نشر وتوزيع النتائج.

لقد نجح الباحثون حين أتاحوا المعلومات المبنية على الأدلة في إثراء واضعي السياسات رفيعي المستوى في مصر بمعلومات حول عبء ثقل الوطأة لأمراض لم يسبق لأحد أن تعرف عليه. واستجابة لنتائج الدراسة قامت وزارة الصحة والسكان المصرية بتطوير مجموعة من خدمات رعاية الصحة الإنجابية والعمل على تقديمها في مراكز صحية مختارة، وذلك في إطار خدمات الرعاية الصحية الأولية التي تقدمها الوزارة.

**المصدر:** هند خطاب، وهدى زريق، ونبيل يونس، *"الإنجاب وصحة المرأة في الريف المصري، دراسة الجيزة"* (القاهرة: مطابع الجامعة الأمريكية بالقاهرة، ١٩٩٩).

## تعزيز بيئة السياسات

إن تحقيق أعلى المستويات من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية يتطلب برامج صحية عامة مقبولة من قبل الأفراد وسهلة المنال. ووصولاً لهذه الغاية، هناك حاجة ماسة للنهوض بأبحاث في مختلف أرجاء منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا حول تحديد الأولويات وتمويل الأنظمة الصحية، وكذلك حول القوانين والسياسات والبرامج المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية. فمثل هذه الأبحاث تمكن واضعي السياسات من اتخاذ قرارات أفضل فيما يختص بتخصيص الموارد النادرة من أجل تقديم خدمات رعاية صحية تتسم بالنوعية العالية والفعالية.

وتشمل الأمثلة على الموضوعات البحثية التي يمكنها مساعدة واضعي القرار ما يلي:

- تحليل للسياسات ومعايير الخدمات الصحية المتعلقة بالرعاية الصحية الجنسية والإنجابية في البلدان المختلفة، وذلك بغية تحديد الفجوات وضمان إتاحة أنظمة الرعاية الصحية الأولية لنشر المعلومات وتقديم الرعاية الشاملة.[١٠]
- البحوث حول إصلاحات القطاع الصحي كاللامركزية، والخصخصة، والمقابل المالي للخدمات، وذلك لضمان توفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الأساسية وقدرة الأفراد على الحصول عليها.
- البحوث حول مناهج تعليم الصحة الجنسية في المدارس، لتقييم محتواها ومحصلاتها وإيجاد الأدلة من أجل تكييف المحتوى ليناسب مع الظروف المحلية.

## جودة الرعاية وإمكانية الحصول على المعلومات والخدمات

يمكن أن تشمل الأمثلة على البحوث التي تستطيع المساهمة في تحسين جودة الرعاية ما يلي:

- رسم خارطة للتوزيع الجغرافي للمرافق والأفراد القائمين على تقديم معلومات وخدمات ما يتعلق بالصحة الإنجابية من معلومات أو أدوات (منتجات) أو خدمات في كلا القطاعين العام والخاص، وكذلك تحديد أي فارق في المساواة في التوزيع.
- توثيق إمكانية حصول مجموعات متنوعة من المنتفعين على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. ومن الممكن أن يشمل ذلك بحث إمكانية الحصول على الخدمات من الناحية الاجتماعية (عدم التمييز)، والاقتصادية (القدرة على تحمل التكلفة)، ومدى المعرفة، وساعات العمل، ومدة الانتظار للحصول على الرعاية، الخصوصية، وغيرها من العوامل.[١١]
- دراسة الفعالية من حيث التكلفة لأنشطة محددة تتعلق بالمعلومات والتعليم والخدمات، مثل مناهج التعليم الجنسي المقدمة في المدارس، وتوزيع الواقي الذكري المدعم، والفحص المنتظم للكشف عن الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي، وخدمات منع الحمل، والرعاية الأساسية والطارئة لحالات الولادة، ورعاية ما بعد الإجهاض.

يمكن أن تشمل البحوث كيفية استخدام السكان للخدمات وما إذا كانت الخدمات سهلة الوصول إليها وذات جودة عالية:

- تحديد سلوكيات طلب الحصول على الخدمات الصحية بين الأشخاص في فئات اجتماعية محددة، ومدى معرفتهم بالأماكن الواجب الذهاب إليها، وما يجب عمله، وكذلك إدراكهم لمزايا ومساوئ مصادر المعلومات والرعاية البديلة.[١٢]
- تحليل ما يتمتع به الأفراد من معلومات وخبرات فيما يتصل بتنظيم الأسرة ومقدمي خدمات الرعاية الصحية، وإلى أي مدى يعتقدون أن احتياجاتهم يتم تلبيتها، وتقييمهم لجودة المعلومات والرعاية التي يحصلون عليهما.[١٣]
- البحوث حول اتجاهات مقدمي الخدمة إزاء عملهم وإزاء المنتفعين بها، بما في ذلك تمييز أنواع معينة من المنتفعين أو الخدمات. ويمكن لمثل هذه البحوث أن تحدد الاحتياجات التدريبية اللازمة لتحسين العلاقة بين مقدم الخدمة والمنتفعين بها.[١٤]

## تنفيذ البرامج

هناك حاجة إلى بحوث حول أفضل طرق تقديم خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية.[١٥] وقد تشمل البحوث التي يتم إجراؤها حول أفضل طرق تطوير أنواع التكنولوجيا والبرامج الناجحة منخفضتي التكلفة وتقديم وتعميم، وتوثيق أثرهما ما يلي:

- بحوث العمليات من أجل تحديد العوائق التي تواجه مقدمي الخدمة في اعتمادهم للممارسات المستندة إلى الأدلة كما تعرفها المعايير الدولية، وأفضل الطرق للتغلب على هذه العوائق لزيادة وتعميم هذه الممارسات.[١٦]
- دراسة تكاليف ومنافع الاستثمار في خدمات الرعاية الصحية الإنجابية ذات النوعية العالية (بما في ذلك التعليم والمعلومات والخدمات)، وكذلك تحديد الروابط التي بين البرامج في القطاعات المختلفة والتي يمكن أن تعظم من أثر الاستثمارات.
- بحوث العمليات من أجل تحديد وتحسين الاتصالات والنقل والإحالة بين مقدمي الخدمة والمرافق فتُكوّن شبكة مترابطة وسهلة المنال من المعلومات وخدمات الرعاية على مستويات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والمتخصصة (المستوى الثالث).

## ضمان استخدام البحوث في السياسات والبرامج

يرى خبراء التنمية بصورة متزايدة أن الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية أمر حيوي من أجل تحسين رفاهة الفرد وتحقيق أهداف اجتماعية وإنمائية أخرى. اليوم، أصبح الوصول العام لخدمات الرعاية الصحية الإنجابية هدفاً إنمائياً عالمياً (راجع الإطار ٣). وإذا ما رغبنا تحقيق هذا الهدف في بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا فستضطلع البحوث بدور حاسم الأهمية في عملية تحديد الأسباب الباعثة على إيجاد صحة جنسية وإنجابية متدنية المستوى، وهو ما سيدفع السياسات والبرامج إلى التشجيع على التزام سلوكيات وممارسات باعثة على إيجاد حالة صحية أحسن، لا مجرد التعامل مع الأعراض والعواقب الناجمة عن المستويات الصحية المتدنية.

يمكن للبحوث أن تضطلع بدور حاسم الأهمية في تحديد العوائق الشخصية والاجتماعية وعوائق الأنظمة الصحية والتي تقف حجر عثرة في طريق رفع مستويات الصحة الجنسية والإنجابية. وفي حالات كثيرة، غالباً لا تجد بحوث قيمة طريقها إلى الجمهور الصحيح من القائمين على وضع السياسات في الوقت المناسب، أو قد لا تُفسَر أو تُقدَم بحيث يراها واضعو السياسات ذات جدوى.

يحتاج تصميم البحوث إلى آخذ القضايا المتعلقة بالسياسات في الاعتبار، كما يجب تحليل النتائج التي يتم التوصل إليها وإيصالها واستخدامها بما يعمل على الارتقاء بالسياسات والبرامج. إن النتائج التي تتوصل إليها البحوث قد تساعد في عملية اتخاذ القرار إذا تم عرضها بأسلوب واضح وبعيداً عن الاصطلاح الفني، وإتاحتها لمجموعة أكبر من المعنيين يكون من بينها الناشطين الجماهيريين، وقادة المنظمات غير الحكومية، ووسائل الإعلام، وواضعي السياسات رفيعي المستوى. ومن المرجح كذلك أن تُستخدم المعلومات الجديدة عندما يشارك الباحثون في إيصال النتائج إلى وسائل الإعلام وواضعي السياسات.

## إطار من أجل العملية المعنية بالسياسات

ينظر الناس في أغلب الأحيان إلى صناعة القرار على أنها عملية خطية تتحرك خطوة تلو الأخرى بدءً من تحديد ماهية المشكلة إلى تنفيذ الحلول. ولكن في واقع الحال، نجد أن عملية وضع السياسات عملية معقدة. فالقائمون عليها يستمدون معلوماتهم من مجموعة متنوعة من المصادر، علمية وغير علمية. وربما يتأثر واضعو السياسات كالوزراء أو أعضاء البرلمان بالأيديولوجيات المتنافسة والممارسات المعتادة فتفتر رغبتهم في التغيير. وقد يتأثرون أيضاً بشخصيات بارزة أو كيانات تجارية لها أجندتها الخاصة.

يرى المكتب المرجعي للسكان أن عملية صناعة القرار ليست بالضرورة عملية خطية أو علمية محض، ومن هذا المنطلق قام على تطوير إطار عمل يبين الكيفية التي تتأتى بها التغيرات في عملية صياغة السياسات وكيف يمكن للبحوث أن تؤثر في هذه العملية. (تجدر الإشارة إلى أن إطار العمل المذكور قد تم تكييفه من أدبيات السياسات المتعلقة بالصحة.)[١٧]

وفي هذا الإطار (راجع الشكل، بالصفحة ٦)، نجد أن عملية صياغة السياسات عبارة عن تفاعل معقد بين ثلاث حلقات حيث تتحدد "المشاكل" وتُعلن "الحلول" القابلة للتطبيق. والحلقة الثالثة هي البيئة السياسية، حيث يأتي دور "السياسة" وتدور الأحداث مستقلة بعضها عن بعض، فلا تكون بالضرورة مرتبطة بالمشاكل أو الحلول الموضوعة لها.

ولا توجد "الفرصة السانحة" لذلك التغيير في السياسات الذي يلبي احتياجات الناس إلا عندما تتفاعل هذه الحلقات معاً. قد نعترف بوجود المشكلة ونحددها من خلال النتائج التي تتوصل إليها البحوث. وقد تُحدد الحلول المستندة إلى السياسات، ولكن لن يتحقق شيء في ظل غياب الرغبة والمصلحة أو الإرادة

*الإطار ٣*

### الصحة الجنسية والإنجابية كهدف للتنمية

جاء أول حديث صريح عن الهدف القائم على ضمان حصول كافة الأفراد على المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة عام ١٩٩٤ تحت رعاية الأمم المتحدة. إن "الحصول العام على خدمات الصحة الإنجابية" هو الآن هدف من الأهداف الإنمائية للألفية التي حددها قادة العالم عام ٢٠٠٠ من أجل الحد من الفقر والارتقاء بالمستويات المعيشية في البلدان النامية.

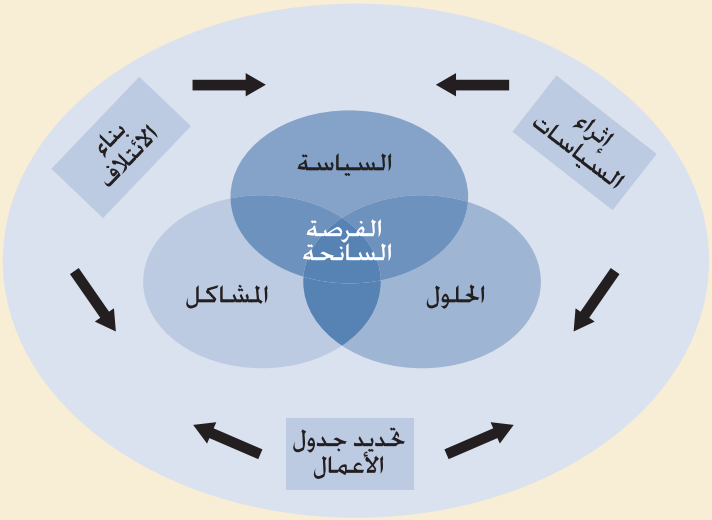
ويقصد بالحصول العام أن كل من يحتاج إلى الخدمات يستطيع الحصول عليها. وتتمثل الجوانب الأساسية الخمسة للصحة الجنسية والإنجابية في:

- تحسين أنواع الرعاية: رعاية الحمل، وأثناء الولادة، وما بعد الولادة، ورعاية المولود.
- تقديم خدمات لتنظيم الأسرة تتسم بالجودة العالية والطواعية، بما في ذلك خدمات العقم.
- القضاء على عمليات الإجهاض غير الآمنة.
- مكافحة الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية، والأمراض التي تصيب الجهاز التناسلي من جراء أسباب أخَر، وسرطان عنق الرحم، ومشاكل أمراض النساء الأخرى.
- التشجيع على الصحة الجنسية.

ليس من الممكن أن يحقق القطاع الصحي وحده تحسينات كبيرة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية؛ فكثيراً ما تتداخل الجهود التي يبذلها مع الجهود المبذولة في ميادين أخرى كالتعليم، والتخفيف من حدة الفقر، والارتقاء بقدرة المرأة على الحصول على حقوقها والمزيد من الفرص. وتستطيع البحوث متعددة التخصصات أن تستطلع الصلات التي تربط ما بين الصحة الجنسية والإنجابية والنواحي الأخرى من الحياة، والتي يدخل الفقر في إطارها.

**المصدر:** World Health Organization (WHO), *Reproductive Health Strategy to Accelerate Progress Towards the Attainment of International Development Goals and Targets* (Geneva: WHO, 2004).

**عملية وضع السياسات: إطار نظري**




**المصدر:** Lori S. Ashford et al., "Creating Windows of Opportunity for Policy Change," *نشرة منظمة الصحة العالمية* ٨٤، رقم ٨ (٢٠٠٦): ٧١-٦٦٩.

السياسية. فربط المشاكل والحلول في بيئة سياسية من أجل إيجاد تلك "الفرصة السانحة" نادراً ما يحدث من تلقاء نفسه. ويجب على الأفراد وهم عادة مجموعة من المتخصصين أن يكفلوا تفاعل هذه الحلقات.

إن الباحثين والمحللين ومديري البرامج ومجموعات الدعم كثيراً ما يحتاجون إلى التواصل وتوحيد الجهود حتى يتسنى ربط نتائج البحوث بالإجراءات المتعلقة بالسياسات. ويمكن لهذه المجموعات أن تضطلع بثلاثة أنواع من الأنشطة التي تساعد على إيجاد الفرصة السانحة من أجل تغيير السياسات: تركيز الاهتمام على وضع القضايا على جدول الأعمال المتعلق بالسياسات **(تحديد جدول الأعمال)**، وإيجاد أو تعزيز الائتلافات التي تحافظ على تركيز الاهتمام بالقضايا **(بناء الائتلاف)**، وإثراء واضعي القرار وقادة الرأي بالمعلومات حول القضايا **(إثراء السياسات)**.

إن بمقدور البحوث أن تلعب دوراً هاماً في توجيه الأنشطة الثلاثة كلها:

- **تحديد جدول الأعمال** يشمل تقديم معلومات جديدة في الفعاليات العامة، واللقاءات الدولية، والجلسات الإعلامية المباشرة مع واضعي السياسات، كما يشمل أيضاً إتاحة المعلومات لوسائل الإعلام والتي تقوم بدورها بلفت أنظار واضع السياسات والمجتمع ككل.
- **بناء الائتلاف** يشمل إتاحة المعلومات لأعضاء شبكات أو اتحادات الدعم وتطوير مهاراتهم. وقد تتضمن هذه الاتحادات متخصصين احترافيين يعملون في مجالات الصحة، وحقوق المرأة، وقضايا الشباب.
- **إثراء السياسات** يشمل إيصال المعلومات إلى الجمهور المعني بعملية صنع القرار على مدار فترة متواصلة من الزمن ومن خلال قنوات وأنساق مختلفة، كالتقارير والاتصال المباشر وجهاً لوجه، والوسائط الإخبارية.

أظهرت الخبرة العملية أنه من المرجح أن تصل القضايا إلى جدول الأعمال المعني بالسياسات عندما يتم تقديمها بمؤشرات واضحة وقابلة للقياس، أي على النقيض من عرض المشاكل في بيانات موجزة. فمؤشرات كعدد الأشخاص الذين يعيشون بمرض نقص المناعة البشرية/ الإيدز في بلد ما يمكن أن يعمل على زيادة الوعي ويوجِد الدافع على اتخاذ إجراء.

ويولي واضعو السياسات بوجه عام اهتماماً أكبر للمعلومات الجديدة عندما تتصل بالأمن القومي أو التنمية الاقتصادية. ففي عام ١٩٨٩، على سبيل المثال، عكست الحكومة الإيرانية سياستها السكانية كرد فعل للبيانات والتحليلات التي نتجت عن تعداد عام ١٩٨٦ الذي قامت به المنظمة الوطنية للخطة والموازنة، حيث أفادت بأن النمو السريع للسكان كان عقبة كبيرة في طريق النمو الاقتصادي وتلبية الحاجات الأساسية للسكان. ونظم الباحثون في المنظمة المذكورة ونظراؤهم في وزارات الزراعة والتعليم والصحة فعاليات لزيادة الوعي تضمنت حملات إعلامية وحلقات دراسية وُجهت لواضعي السياسات ورجال الدين رفيعي المستوى. فعمدت الحكومة على إثرها إلى إحياء برنامجها الوطني لتنظيم الأسرة، والذي تطور إلى أن أصبح واحداً من أنجح برامج تنظيم الأسرة في البلدان النامية. وتراجعت معدلات الخصوبة في إيران من ٥,٦ طفل لكل امرأة في عام ١٩٨٥ إلى ٢,٠ طفل في عام ٢٠٠٠.

إن وجود حلول مجدية وفعالة من حيث التكلفة أمر حاسم الأهمية أيضاً، وكذلك الفعاليات التي تقام لجذب الانتباه حيث تُعرض المشاكل والحلول. فعلى سبيل المثال، يحتاج وزير المالية إلى معرفة التكلفة النسبية للبرامج المقترحة المتنوعة وكذلك فعاليتها من حيث التكلفة، بينما قد يحتاج رجال الجين إلى معرفة مدى التقبل الثقافي لخدمات محددة والتكاليف البشرية لعدم اتخاذ أي إجراء.

وتستطيع وسائل الإعلام الاستفادة من البحوث التي تُظهر القصص الشخصية، ومن ثم تزين الأرقام بوجه إنساني وترفع من مستوى الحساسية لدى الجمهور المعني بالسياسات. ومثال لهذه البحوث كتاب أصدرته مؤخراً الجمعية المصرية للدراسات السكانية والصحة الإنجابية، يلقي الضوء على قصص شخصية لاثنتي عشرة امرأة تعيش بفيروس نقص المناعة

البشرية/ الإيدز، حيث يورد تفاصيل صراعهم من أجل تأمين حياة كريمة لأطفالهن.[18] فتناقل وضعهن مع مرض الإيدز وأثره على حياتهن اليومية وبيئتهن الاجتماعية قد يساعد على تمهيد الطريق نحو القضاء المتدرج على وصمة العار التي تلازم الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز في مصر وفي المنطقة بوجه عام.

وفي النهاية، تظهر البحوث أن تحديد "أنصار السياسات"، أي أولئك الذين ينظر إليهم باحترام على نطاق واسع ولهم نفوذهم وتأثيرهم الكبير، كأشخاص من المجال الفني أو الحياة السياسية – يمكن لهؤلاء الأنصار أن يحدثوا فارقاً فيعملون على تحديد جدول الأعمال، وبناء الائتلاف حوله، وإثراء الجمهور المعني بالسياسات بالمعلومات.

## الخاتمة

لقد تحقق الكثير، ولكن الحاجة إلى بحوث حول الصحة الجنسية والإنجابية لا تزال كبيرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ويمكننا أن نتعلم أموراً كثيرة من البحوث التي تُجرى في أنحاء أخرى من العالم، بيد أن المعتقدات الثقافية ونمط الحياة في هذه المنطقة يحتم علينا أن نسعى إلى إجراء بحوث محلية حول العوائق القانونية والثقافية والاجتماعية وغيرها من العوائق التي تحول دون تحسين مستويات الصحة الجنسية والإنجابية. إن جميع بلدان المنطقة سوف تستفيد من تلك البحوث، ومن إيصال نتائجها إلى صانعي القرار، وتُفيد كذلك من وضع سياسات وبرامج ملائمة ثقافياً ومبنية على الأدلة العلمية.

## المراجع


[1] The Middle East and North Africa as defined in this policy brief includes Algeria, Bahrain, Egypt, Iran, Iraq, Jordan, Kuwait, Lebanon, Libya, Morocco, Oman, Palestinian Territory, Qatar, Saudi Arabia, Syria, Tunisia, Turkey, the United Arab Emirates, and Yemen.

[2] Andres de Francisco, Ruth Dixon-Mueller, and Catherine d'Arcangues, *Research Issues in Sexual and Reproductive Health for Low- and Middle-Income Countries* (Geneva: Global Forum for Health Research and World Health Organization, 2007).

[3] Carla Maklouf Obermeyer, ed., *Cultural Perspectives on Reproductive Health* (Oxford, England: Oxford University Press, 2001); and Bonnie Shepard and Jocelyn DeJong *Breaking the Silence and Saving Lives: Young People's Sexual and Reproductive Health in the Arab States and Iran* (Boston: Harvard School of Public Health, 2005).

[4] Rozzet Jurdi and Marwan Khawaja, "Caesarean Section Rate in the Arab Region: A Cross National Study," *Health Policy and Planning* 19, no. 2 (2004): 101-10; and Marwan Khawaja, Rozzet Jurdi, and Tamara Kabakian-Khasholian, "Rising Trends in Caesarean Section Rates in Egypt," *Birth* 31, no. 1 (2004): 12-16.

[5] The Population Council Office for the Middle East and Western Asia region (in Cairo) has been conducting research in Egypt to address the link between household poverty, underemployment, gender norms, and fertility. See: www.popcouncil.org/me/index.html.

[6] Huda Zurayk, "Study Design for the Measurement of Gynaecological Morbidity" in *Reproductive Tract Infections and Other Gynaecological Disorders: A Multidisciplinary Research Approach*, ed. Shireen Jejeebhoy, Michael Koenig, and Chris Elias (New York: Cambridge University Press, 2003); and Hind Khattab et al., "Comparing Women's Reports With Medical Diagnoses of Reproductive Morbidity Conditions In Rural Egypt," *Studies in Family Planning* 26, no. 1 (1995): 14-21.

[7] Ruth Mabry, Asya Al-Riyami, and Magdi Morsi, "The Prevalence of and Risk Factors for Reproductive Morbidities Among Women in Oman," *Studies in Family Planning* 38, no. 2 (2007): 121-28.

[8] Huda Zurayk et al., "Beyond Reproductive Health: Listening to Women About Their Health in Disadvantaged Beirut Neighborhoods," *Health Care for Women International* 28, no. 7 (2007): 614-37; and Afamia Kaddour, Huda Zurayk, and Raghda Hafez, "Women's Perception of Reproductive Health in Three Communities Around Beirut, Lebanon," *Reproductive Health Matters* 13, no. 25 (2005): 34-42.

[9] Demographic and Health Surveys (www.measuredhs.com), as well as Pan Arab Project for Family Health (PAPFAM) surveys (www.papfam.org); and Shepard and DeJong, *Breaking the Silence*.

[10] Tamara Kabakian-Khasholian et al., "The Policy Environment Surrounding Caesarean Section in Lebanon," *Health Policy* 83, no. 1 (2007): 37-49.

[11] Faysal El Kak et al., "Gender and Sexual Health in Clinical Practice in Lebanon," *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 87, no. 3 (2004): 260-66.

[12] Tamara Kabakian-Khasholian and Oona Campbell, "A Simple Way to Increase Services Use: Triggers of Women's Uptake of Postpartum Services," *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 112, no. 9 (2005): 1315-21; and Raeda Al-Qutab et al., "Assessing the Quality of Reproductive Health Services," *The Policy Series in Reproductive Health* no. 5 (Cairo: Reproductive Health Working Group, the Population Council Regional Office for West Asia and North Africa, 1998).

[13] "Helping Women Achieve Optimal Birth-Spacing Intervals Through Fostering Linkages" is a study conducted in Egypt by the Population Council's Frontiers in Reproductive Health (FRONTIERS) Program to test the feasibility of providing integrated maternal and child health and family planning counseling and services during home visits. See: www.popcouncil.org/frontiers.

[14] Nahla Abdel-Tawab et al., *Integrating Issues of Sexuality Into Egyptian Family Planning Counseling* (2000), accessed online at www.popcouncil.org/frontiers, on July 15, 2008.

[15] A number of research examples can be found from FRONTIERS, a program of the Population Council that conducts operation research in collaboration with organizations in developing countries to design innovative interventions for improving services. See: www.popcouncil.org/frontiers.

[16] "Choices and Challenges in Changing Childbirth" is a research project of the Faculty of Health Sciences of the

American University in Beirut that includes researchers from Egypt, Lebanon, Syria, and Palestine. These researchers, with their wide-ranging specialties from midwifery to anthropology and statistics, have been gathering evidence on maternity care in their countries to identify gaps in qualities of service deliveries and care. See: http://wwwlb.aub.edu.lb/~cccc/.

[17] Lori S. Ashford et al., "Creating Windows of Opportunity for Policy Change," *Bulletin of the World Health Organization* 84, no. 8 (2006): 669-71; John W. Townsend, "Learning Through Conflict: Ethical Debates in Sexual and Reproductive Health," *Studies in Family Planning* 38, no. 4 (2007): 225-28; Jeremy Shiffman, "Generating Political Will for Safe Motherhood in Indonesia, *Social Science Medicine* 56, no. 11 (2003): 1197-1207; and Robert W. Porter, *Knowledge Utilization and the Process of Policy Formation: Toward A Framework for Africa* (Washington, DC: Academy for Educational Development, Support for Analysis and Research in Africa Project, 1995).

[18] Hind Khattab et al., *All Alone! The Stories of Egyptian Women Living with HIV, Stigma and Isolation* (Cairo: Egyptian Society for Population Studies and Reproductive Health, 2007).


## شكر وتقدير

قام بإعداد موجز السياسات هذا كل من فرزانه رودي-فهيمي ولوري أشفورد من المكتب المرجعي للسكان وكريمة خليل مستشارة الصحة الإنجابية. وهو يستند في جزء منه إلى المفاهيم التي قدمها المؤلفون أندريه دي فرانسيسكو، وروث ديكسون-مولر، وكاثرين دي أركانغويس في مؤلفهم *"قضايا بحثية في الصحة الجنسية والإنجابية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل"* والذي نشره المنتدى العالمي للبحوث الصحية ومنظمة الصحة العالمية. كما أنه يستمد بعض مادته من الخبرات في مجالي البحوث والبرامج والتي تتمتع بها جمهرة من الأعضاء العاملين بالمكتب المرجعي للسكان والتي حصلوا عليها من مساعدة الباحثين في كافة أرجاء العالم على تنمية مهاراتهم في إيصال نتائج البحوث إيصالا فعالا إلى الجماهير المعنية بالسياسات.

ونود أن نوجه شكرنا الخاص إلى كل من منتصر كمال بمكتب مؤسسة فورد بالقاهرة، وروث ديكسون-مولر مستشارة شؤون السكان والصحة الإنجابية، ومروان خواجه وجوسيلين دي يونغ من كلية العلوم الصحية بالجامعة الأمريكية ببيروت، وريتشارد سكولنك من المكتب المرجعي للسكان، حيث ثابروا جميعا في مراجعة هذا الموجز وإبداء المقترحات المفيدة بشأنه.

**قام مكتب مؤسسة فورد بالقاهرة بتمويل هذا العمل.**



**© يوليو ٢٠٠٨، المكتب المرجعي للسكان. جميع الحقوق محفوظة.**


## برنامج منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا التابع للمكتب المرجعي للسكان

إن الهدف الماثل من وراء برنامج منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا التابع للمكتب المرجعي للسكان هو الاستجابة للاحتياجات الإقليمية إلى معلومات وتحليل يتصفان بالتنظيم الزمني والموضوعية ويتركزان حول السكان والقضايا الاجتماعية الاقتصادية وقضايا الصحة الإنجابية. ويعمل البرنامج على زيادة الوعي بهذه القضايا لدى المعنيين بعملية وضع القرار في المنطقة والمجتمع الدولي أملاً من القائمين عليه في التأثير في عمليات وضع السياسات وتحسين المستويات المعيشية لشعوب منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

وتشمل أنشطة هذا البرنامج: إنتاج وتوزيع نشرات مطبوعة وإلكترونية حول الموضوعات الهامة التي تتعلق بالسكان والصحة الإنجابية والبيئة والتنمية (يترجم الكثير منها إلى اللغة العربية)، والعمل مع الصحفيين في منطقة الشرق الأوسط بغية تحسين معلوماتهم وطريقة تغطيتهم لقضايا السكان والتنمية، وكذلك العمل مع الباحثين في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من أجل تطوير مهاراتهم في إيصال النتائج التي يتوصلون إليها إلى واضعي السياسات ووسائل الإعلام.

يزود المكتب المرجعي للسكان السكان في جميع أنحاء العالم بالمعلومات حول السكان والصحة والبيئة، ويمكّنهم من استخدام هذه المعلومات من أجل الارتقاء بمستوى رفاهة الأجيال الحالية وأجيال المستقبل.

## موجزات السياسات المعنية بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

*الإجهاض في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا* (أغسطس ٢٠٠٨)
*تطوير البحوث لإثراء سياسات الصحة الإنجابية بالمعلومات في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا* (يوليو ٢٠٠٨)
*صحة الشباب الجنسية والإنجابية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا* (أبريل ٢٠٠٧)
*الشباب في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: فرصة ديموجرافية أم تحدٍ؟* (أبريل ٢٠٠٧)
*حان وقت التدخل: منع انتشار فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا* (يناير ٢٠٠٧)
*إصلاح قوانين الأسرة لتعزيز التقدم في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا* (ديسمبر ٢٠٠٥)
*الاستثمار في الصحة الإنجابية لتحقيق أهداف التنمية: الشرق الأوسط وشمال أفريقيا* (ديسمبر ٢٠٠٥)
*الزواج في العالم العربي* (سبتمبر ٢٠٠٥)
*الإسلام وتنظيم الأسرة* (أغسطس ٢٠٠٤)
*التقدم نحو أهداف الألفية الإنمائية في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا* (مارس ٢٠٠٤)
*نحو أمومة أكثر أماناً في مصر* (مارس ٢٠٠٤)
*تمكين النساء، وتنمية المجتمع: تعليم الإناث في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا* (أكتوبر ٢٠٠٣)
*الصحة الإنجابية للنساء في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا* (فبراير ٢٠٠٣)
*إيجاد التوازن: السكان وندرة المياه في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا* (يوليو ٢٠٠٢)
*برنامج تنظيم الأسرة في إيران: استجابة لاحتياجات أمة* (يونيو ٢٠٠٢)
*الاتجاهات والتحديات السكانية في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا* (أكتوبر ٢٠٠١)

إن موجزات السياسات متاحة باللغتين الإنجليزية والعربية، ويمكن للجماهير المعنية بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا طلبها مجاناً بالاتصال بالمكتب المرجعي للسكان عن طريق البريد الإلكتروني (prborders@prb.org) أو على العنوان الموضح أدناه. كما تتوافر نسخا كل موجز (عدا النسخة العربية من موجز: *الاتجاهات والتحديات السكانية*) أيضاً على موقع الويب للمكتب المرجعي للسكان (www.prb.org).


PRB

المكتب المرجعي للسكان
1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520 | Washington, DC 20009 USA
الهاتف: 202-483-1100 | الفاكس: 202-328-3937 | البريد الإلكتروني: popref@prb.org | موقع الويب: www.prb.org