

1995

Rethinking family planning policy in light of reproductive health research [Arabic]

Huda Zurayk

Nabil Younis

Hind Khattab

Follow this and additional works at: https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh
How does access to this work benefit you? Let us know!

Recommended Citation

Zurayk, Huda, Nabil Younis, and Hind Khattab. 1995. "Rethinking family planning policy in light of reproductive health research [Arabic]," Policy Series in Reproductive Health. Cairo: Reproductive Health Working Group.

This Monograph is brought to you for free and open access by the Population Council.

إعادة النظر
في سياسة تنظيم الأسرة
في ضوء بحوث صحة المرأة الإيجابية

سلسلة السياسات في مجال الصحة الإيجابية

رقم ١

هدى زريق

نبيل يونس

هند خطاب

فريق بحوث الصحة الإيجابية

مجلس السكان، المكتب الاقليمي لغرب آسيا وشمال أفريقيا، القاهرة

مجلس السكان
المكتب الاقليمي لغرب آسيا وشمال أفريقيا
٥٩ شارع مصر حلوان الزراعي، المعادي، جمهورية مصر العربية

إعادة النظر في سياسة تنظيم الأسرة في ضوء بحوث صحة المرأة

سلسلة السياسات في مجال الصحة الإنجابية

رقم ١

هدى زريق،
خبير مشارك، مجلس السكان،
المكتب الإقليمي لغرب آسيا وشمال أفريقيا، القاهرة.

نبيل يونس،
أستاذ أمراض النساء والولادة،
كلية الطب، جامعة الأزهر، القاهرة.

هند خطاب،
مدير البحوث الاجتماعية،
دلثا الاستشاريين، القاهرة.

يسمى مجلس السكان إلى تحسين رفاهية الأجيال الحالية والمقبلة عبر العالم، وتحسين صحتها الإنجابية، والمساعدة في تحقيق توازن إنساني ومتصف ومستدام بين السكان والموارد. ويقوم المجلس بتحليل قضايا واتجاهات السكان، ويجري بحوثاً طبية حيوية للتوصل إلى وسائل جديدة لمنع الحمل، ويعمل مع الهيئات العامة والخاصة لتحسين نوعية خدمات تنظيم الأسرة وخدمات الصحة الإنجابية وتوسيع نطاقهما، ويساعد المجلس الحكومات في الوصول إلى التخطيط الديمغرافي السليم، ويتولى توصيل نتائج البحوث في مجال السكان إلى الأطراف المعنية، ويساعد في بناء القدرات البحثية في البلدان النامية. ومجلس السكان هو منظمة غير حكومية لا تسعى إلى الربح، أنشئ عام ١٩٥٢، وله مجلس أمناء متعدد الجنسيات، ويدعم المقر الرئيسي لمجلس السكان في نيويورك شبكة عالمية من المكاتب الإقليمية والقطرية.

سلسلة السياسات في مجال الصحة الإنجابية يصدرها مجلس السكان، المكتب الإقليمي لغرب آسيا وشمال أفريقيا ص.ب. ١١٥ الدقي، الجيزة، جمهورية مصر العربية

© مجلس السكان ١٩٩٥، ٢٠٠٣

الترقيم الدولي I.S.B.N-٢-٠٦-٥٥٦٣-٩٧٧

مستشارة التصميم: ليلي مصفي

إعادة الطباعة: مور للدعاية

- أ تصدير : سلسلة السياسات في مجال الصحة الإنجابية
- ب شكر وتقدير
- ج مقتطف
- ١ مقدمة
- السياسة السكانية: محورية تنظيم الأسرة
أصوات تدعو إلى التغيير
إلى أين التغيير؟
- ٣ نظرة جديدة للصحة الإنجابية:
شواهد من دراسة الأمراض المتعلقة بالإنجاب في الجيزة
- تقديم الدراسة
صورة لنساء قريتي الجيزة
هل تمارس النساء تنظيم الأسرة؟
الوضع الصحي المتعلق بالإنجاب
- ٧ تأثير الوضع الصحي في تنظيم الأسرة
- أهمية الحالات المرضية المتعلقة بالإنجاب بالنسبة لتنظيم الأسرة
التفاعل بين انتشار الحالات المرضية واستخدام وسائل منع الحمل
سؤالان عن الخدمات الصحية
- ١٣ إعادة النظر في سياسة تنظيم الأسرة:
ما الذي ينبغي وضعه في الاعتبار
- هل يمكن أن نعم نتائج دراسة الجيزة؟
الوضع الصحي للمرأة
نوعية الرعاية في الخدمات الصحية
نظرة المرأة والمعوقات الاجتماعية
- ٢١ مراجع

سلسلة السياسات في مجال الصحة الإنجابية

تنبثق الأوراق الصادرة في سلسلة السياسات في مجال الصحة الإنجابية من نشاط فريق بحوث الصحة الإنجابية، وهذا الفريق جزء من برنامج خاص أنشأه مكتب مجلس السكان لإقليم غرب آسيا وشمال أفريقيا، معني بصحة المرأة والطفل في نطاق الأسرة والمجتمع المحلي. ويضم الفريق باحثين متخصصين في الأنثروبولوجيا (علم الإنسان)، والإحصاء الحياتي، والديمغرافيا، والطب، والصحة العامة، وعلم الاجتماع، يقيمون في مختلف بلدان الإقليم.

وقد حدد فريق البحوث ثلاث قضايا رئيسية جرى التركيز عليها باعتبارها قضايا جوهرية لصحة المرأة الإنجابية في إقليم غرب آسيا وشمال أفريقيا: أولا، الصحة الجسدية للمرأة التي تشمل الحالات المرضية المتعلقة بوظيفة الإنجاب؛ ثانيا، نظرة المرأة إلى صحتها الإنجابية وكرامتها المستمدة من الإنجاب؛ وأخيرا، نوعية خدمات الصحة الإنجابية المقدمة إلى المرأة. وقد اضطلع الفريق بدراسات تعالج هذه القضايا في بلدان الإقليم منذ سنة ١٩٨٩.

وترمي سلسلة السياسات في مجال الصحة الإنجابية إلى الوصول بما يتوافر من أدلة من هذه الدراسات إلى الأطراف المعنية بصحة المرأة في إقليم غرب آسيا وشمال أفريقيا، وفي دول العالم النامي، وفي المجتمع الدولي. ذلك أن هذه المعرفة، تمكّن الفريق من المطالبة بنهج أكثر شمولاً إزاء صحة المرأة يستطيع أن يفي على نحو أفضل باحتياجات المرأة وأسرتها في العالم النامي.

ب | شكر وتقدير

يعرب المؤلفون عن تقديرهم لمشاركة الدكتورة مواهب المولحي، جمعية تنظيم الأسرة بالقاهرة، والدكتور محمد فضل أمين، قسم الباثولوجيا الإكلينيكية، جامعة الأزهر، في فريق البحث الذي أجرى دراسة انتشار الحالات المرضية المتعلقة بالإنجاب في قريتين في الجيزة. ويودون أن يشكروا ماهيناز الحلو وأولفيا كمال على إسهامهما في تحليل البيانات وتعليقاتهما على المخطوط. كما يشكر المؤلفون باربارا إبراهيم وكارلا مخلوف أوبرماير على تعليقاتهما. وقد صرحت بالمشروع وزارة الصحة والجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء في مصر، وكفلت تنفيذه منح مقدمة من مجلس السكان الدولي، ومؤسسة فورد، ومنظمة الصحة العالمية، واليونيسيف، وحكومة هولندا.

يعالج البحث قضية إعادة النظر في سياسة تنظيم الأسرة بما يخدم على نحو أفضل مصالح المرأة والأسرة والمجتمعات المحلية في البلدان النامية. ويستند إلى دراسة تم القيام بها في قريتين في محافظة الجيزة في مصر لبحث مستوى انتشار الأمراض المتعلقة بالإجباب لدى النساء في هذا المجتمع المحلي. وإذ يكشف البحث عن عبء المرض الباهظ الذي تتحمله المرأة في صمت وتفاعله مع استخدام وسائل منع الحمل، فإنه يؤكد أن سياسة تنظيم الأسرة لا يمكنها أن تتجاهل البعد المتعلق بالصحة الإنجابية. ويستند البحث إلى نتائج الدراسة ليقدم بعض التوجيهات لما ينبغي أخذه في الاعتبار عند إعادة النظر في سياسة تنظيم الأسرة في ضوء واقع وضع المرأة في المجتمعات النامية، مع إشارة خاصة لمصر والعالم العربي.

السياسة السكانية: محورية تنظيم الأسرة

في نحو منتصف هذا القرن، بدأ الاهتمام بمستويات الإنجاب في العالم النامي يشتد. واعتبر المعدل المرتفع للنمو الديمغرافي الذي شهدته هذه البلدان، نتيجة لانخفاض مستويات الوفاة في حين ظلت الخصوبة عالية، مشكلة سكانية تشكل عقبة أمام التنمية وتهدد توازن توزيع سكان العالم. وقاربت معدلات النمو الديمغرافي التي شهدتها الكثير من البلدان النامية الكبيرة ثلاثة في المئة، وتضاعفت حجوم سكانها، في فترة تقل عن ثلاثين عاما. وفي كثير من البلدان النامية، كان نحو أربعين في المئة من السكان دون سن الخامسة عشرة.

ولعلاج هذا الوضع، أصبحت السياسة السكانية في البلدان النامية مرادفا لتخفيض الخصوبة، وظهرت سياسة تنظيم الأسرة باعتبارها الآلية الوحيدة القابلة للتطبيق في الأجل القصير لمواجهة معدل النمو المتصخم^(١). وعبر العقود التي تلت ذلك، تمت تعبئة موارد مادية ضخمة وآليات دعم متخصصة قوية، مما خلق حركة دولية لتنظيم الأسرة، وجدت لها نظيرا في البلدان النامية، وأصبحت تحدد، إلى حد كبير، كيفية تعريف وترتيب احتياجات المرأة، وكيفية تحديد الحلول اللازمة.

ورغم ذلك، فمع تزايد الوعي بالمشكلة السكانية، اعتبر آخرون أن الحل يكمن في اتباع نهج أوسع يغطي السياق المجتمعي للخصوبة العالية. وقد شددوا على أهمية التنمية باعتبارها عملية تفيد في رفع مستوى المعيشة في البلدان النامية وتؤدي في النهاية إلى تخفيض الخصوبة. وقد وجد هذا النهج أول تعبير عنه على النطاق العالمي في المؤتمر الدولي للسكان الذي عقد في بوخارست في ١٩٧٤، حيث دعت بلدان كثيرة، معظمها من العالم النامي، إلى توسيع نطاق السياسة السكانية إلى أبعد من تنظيم الأسرة، وأكدت بقوة، أن التنمية هي خير وسيلة لمنع الحمل، بيد أنه نظرا للإلحاح الواضح لمشكلة النمو السكاني، فإن عنصر تنظيم الأسرة في السياسة السكانية استعاد مكانته مرة ثانية باعتباره آلية لخفض الخصوبة تعمل بصورة مباشرة، مثلما تبدى في المؤتمر الدولي للسكان الذي عقد في المكسيك في ١٩٨٤.

واستمرت برامج تنظيم الأسرة في اكتساب المزيد من القوة، وركزت على توفير التغطية الشاملة في البلدان النامية. وتضاعفت الضغوط في النهاية في هذه البرامج لتجنيد عدد متزايد ممن يتقبلون استعمال وسائل منع الحمل^(١). وعلى الرغم من أن هذا النوع من السياسة العامة لا يزال قائما حاليا في كثير من البلدان النامية، فإن الجدل مستمر حول نطاق السياسة السكانية مع انضمام أصوات جديدة إليه، بحيث ستصبح هذه المسألة مرة ثانية قضية رئيسية ستواجه المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي سيعقد في القاهرة في شهر سبتمبر ١٩٩٤.

أصوات تدعو إلى التغيير

تعالت مؤخرا أصوات قوية من المطالبات بالحقوق النسائية والداعين لأولوية صحتها لتبني وجهة نظر أوسع لمجال السياسة السكانية . وهم من ناحية، يضعون مسألة الإنجاب في سياق اجتماعي أكبر ويؤكدون أن السياسة السكانية لا يمكن أن تنفصل عن الاهتمام بالعوامل المجتمعية الأوسع التي تؤثر على الخصوبة (٨٧،٦٥،٤٣،٢٠١) . وهم من ناحية أخرى، يؤكدون أن السياسة السكانية ينبغي أن تتجه نحو الاهتمام الأوسع بحاجات النساء، وبذا تتسع استراتيجيتها من توفير خدمات تنظيم الأسرة وحدها لتشمل خدمات الصحة الإنجابية . وهم يرون أن هدف هذه الخدمات هو مساعدة الأزواج للوصول إلى عدد الأولاد المرغوب فيه مع مراعاة حاجات الأطفال الصحية وحاجات المرأة التي تقوم بمهمة الإنجاب . ويتم في الوقت نفسه إشباع الهدف المجتمعي لانخفاض معدل النمو، باستكمال هذه الاستراتيجية بتدخلات ذات طابع هيكلية أكبر .

إلى أين التغيير؟

تحشد هذه الأصوات الداعية إلى التغيير الجهود لإعادة النظر في سياسة تنظيم الأسرة بغية خدمة مصالح المرأة والأسرة والمجتمعات المحلية في البلدان النامية على نحو أفضل . والمطلوب الآن هو بذل مزيد من الجهود للانتقال بالمناقشة من مستوى المبادئ إلى مستوى فحص الشواهد التي يمكن أن ترشد إلى اتجاه التغيير . ويحاول هذا البحث أن يسهم في هذه الخطوة إلى الأمام بتقديم بعض الشواهد من مصر، وهي بلد يتزايد سكانه سريعا .

ويستند بحثنا إلى دراسة ميدانية - دراسة انتشار الأمراض في الجيزة - قام بها فريق متعدد التخصصات في قريتين في محافظة الجيزة بمصر لبحث مستوى انتشار الأمراض المتعلقة بالإنجاب بين النساء في ذلك المجتمع المحلي (٩) . وبالكشف عن عبء المرض الباهظ الذي تتحمله المرأة في صمت (١١،١٠) ، وتفاعله مع استخدامها لوسائل منع الحمل، سندعم الحجة القائلة إن سياسة تنظيم الأسرة لا يمكن أن تتجاهل البعد الخاص بالصحة، لأنها إن فعلت ذلك، فإنها تعرض فعالية برامج تنظيم الأسرة وصحة المرأة ورفاهيتها للخطر . وبالإضافة لذلك، فإننا سنقدم، استنادا إلى نتائج الدراسة، بعض التوجيهات بما ينبغي مراعاته في إعادة النظر في سياسة تنظيم الأسرة لكي تصبح أكثر اتساقا مع واقع وضع المرأة في المجتمعات النامية، مع إشارة خاصة لمصر والعالم العربي .

تقديم الدراسة

بدأت دراسة الحالات المرضية المتعلقة بالإنجاب في الجيزة كجزء من برنامج بحث أوسع أنشأه، في عام ١٩٨٨، مكتب مجلس السكان لغرب آسيا وشمال أفريقيا في القاهرة، للنظر في صحة الطفل وصحة المرأة في سياق الأسرة والمجتمع المحلي^(١٢). وانصب اهتمام دراسة الجيزة على صحة المرأة الإنجابية، وتركز بصفة خاصة على مشكلات أمراض النساء في المجتمع المحلي^(١).

ونفذت الدراسة في قريتين في الجيزة عبر فترة مدتها عامان (١٩٨٩-١٩٩٠)، مما أتاح الوقت اللازم لتطوير علاقة طيبة مع المجتمع المحلي. وتم اختيار عينة عشوائية من الأسر المعيشية استنادا إلى الخريطة الجغرافية لهاتين القريتين. وتمت زيارات متعاقبة للأسر المعيشية في صفوف متلاصقة مختارة من البيوت، ودعيت النساء اللاتي تزوجن (ever-married) ومن غير الحوامل للانضمام للدراسة. وبلغ العدد الإجمالي للعينة ٥٠٩ نساء. وجرى لقاء وحوار مع كل امرأة في بيتها، ثم جرى اصطحابها للوحدة الصحية للقريبة للفحص النسائي الذي تم في كل من الودنتين الصحييتين بواسطة الطبيبة المسؤولة عن الخدمات الطبية. وزودت النساء اللاتي كشف التشخيص عن أنهن يعانين من مشكلات بالعلاج، أو نصحن بضرورة إجراء مزيد من الفحوص. واستخدم البحث النوعي المتعمق للحصول على تفسيرات متبصرة بشأن الأنماط والعلاقات التي كشفت عنها نتائج الدراسة.

صورة لنساء قريتي الجيزة

يكشف وصف العينة أن النساء وأزواجهن في هذا المجتمع المحلي غير متعلمين في معظمهم، وأن الأمية تصل إلى ٨٢ في المئة بين النساء و ٦٩ في المئة بين أزواجهن. وكانت أعمار النساء موزعة توزيعا متساويا في فئات تقل عن ٢٥ سنة، ومن ٢٥ إلى ٣٤ سنة، و ٣٥ سنة فما فوق بحد أقصى للنس هو ٦٠ عاما.

معظم النساء تزوجن في سن صغيرة جدا. وكان نحو ٨ في المئة من النساء غير متزوجات حاليا، إما أرامل وإما مطلقات، ونحو ٧ في المئة لهن أزواج يعملون في الخارج وقت إجراء الدراسة. وكان عدد الولادات يتراوح بين صفر و ١٣. وتبين أن ٤٥ في المئة من النساء كثيرات الإنجاب (خمس ولادات أو أكثر). وكان نحو ٥٢ في المئة قد تعرضن لحمل انتهى خلال العامين الأخيرين.

هل تمارس النساء تنظيم الأسرة؟

إن نهجا يهتم في الأساس بمستوى خصوبة المرأة في قرى الجيزة لا بد من أن ينظر أولا إلى استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة. ويكشف البحث في هذا المجتمع المحلي أن نساء كثيرات يستخدمن وسائل فعالة لمنع الحمل. والواقع أن النتائج (الجدول ١) تكشف عن نمط قريب جدا من المستوى القومي لمصر، مع استخدام ٣٩ في المئة من النساء اللاتي تزوجن و ٤٢ في المئة من النساء المتزوجات حاليا لوسائل منع الحمل. وليس هذا مستغربا نظرا لأن القريتين الريفيتين اللتين

درسناهما قريبتان من القاهرة (رغم أن المسافة التي تفصلهما عن القاهرة تبلغ ١٤ كيلومتر، فالبعض منها طرق غير مرصوفة ووعرة). وقد تم الارتقاء بخدمات تنظيم الأسرة فيهما من خلال مشروع خاص على النطاق القومي. وعندما نتناول فحسب النساء المتزوجات حاليا اللاتي يعيشت أزواجهن معهن، يرتفع معدل الاستخدام الراهن إلى ٤٥ في المئة. ومثلما لوحظ بالنسبة لعينة قومية في مصر^(١٣)، فإن النساء في هذه العينة يستخدمن في المحل الأول اللولب والحبوب، مع استخدام نحو الثلث من النساء المتزوجات حاليا واللاتي يبلغن من العمر ٢٥ إلى ٤٤ سنة للولب.

الجدول (١): النسبة المئوية لاستخدام وسائل منع الحمل		
الاستخدام	تزوجن	متزوجات حاليا
لم يستخدمن أبدا	٤٠	٣٨
استخدمن سابقا	٢١	٢٠
يستخدمن حاليا	٣٩	٤٢
الحبوب	١٣	١٤
اللولب	٢٢	٢٤
غيرها	٤	٤
عدد النساء	٥٠٩	٤٦٩

الوضع الصحي المتعلق بالإنجاب

تتيح لنا دراسة الحالات المرضية المتعلقة بالإنجاب في الجيزة فرصة فريدة لتناول وضع المرأة من منظور صحي، باستخدام نتائج الفحص الطبي المتعلق بأمراض النساء. وعندما نستعرض هذه النتائج، نجد أن الوضع الصحي للمرأة مروّع. إذ تكشف النتائج أن المرأة في المجتمع المحلي في الجيزة تحمل عبئا باهظا من الأمراض^(١١) تنزع إلى تحمله في معاناة صامتة^(١٠). وتنطوي هذه الحقيقة على وضع مختلف جدا عما تفترضه بصفة عامة برامج تنظيم الأسرة بأن معظم النساء اللاتي يلتمسن خدمات تنظيم الأسرة هن نساء صحاح يبحثن عن طريقة للمباعدة بين حالات حملهن أو للحد منها. وهي توضح على وجه التأكيد أن نظرة جديدة تركز على المرأة لا يمكن أن تعنى بنمط الخصوبة وحده وإنما ينبغي لها أن تتجاوز ذلك للتصدي للوضع الصحي للمرأة.

ويعرض الجدول ٢ انتشار الحالات المرضية المتعلقة بالإنجاب بين النساء في المجتمع المحلي بالجيزة. فنصف النساء يعانين من التهابات في الجهاز التناسلي، معظمها التهابات في المهبل، ويعاني ما يزيد على النصف من سقوط الأعضاء التناسلية (المهبل و/أو الرحم)، ويعاني ما يزيد على خمس النساء من قرحة عنق الرحم، ويعاني أحد عشر في المئة من تغييرات مريية في خلايا عنق الرحم قد تنم عن حالة ما قبل الورم الخبيث. وبالإضافة لذلك، فإن معظم النساء يعانين من فقر الدم، ويبدو واضحا انتشار البدانة بينهن بدرجة كبيرة. وتنتشر التهابات الجهاز البولي

الجدول (٢) : النسبة المئوية لانتشار حالات أمراض النساء والحالات المرضية المرتبطة بها

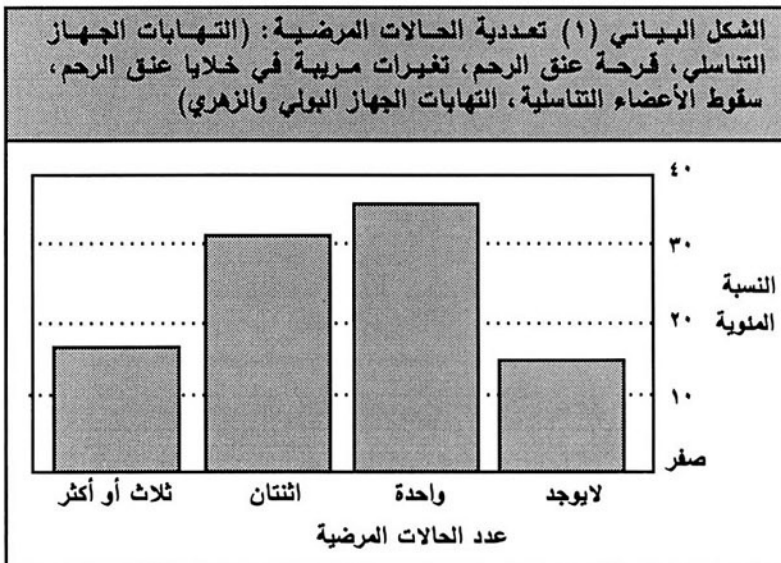
الحالة	%
التهابات الجهاز التناسلي ^{١,٢}	٥١
التهابات مهبلية ^١	٤٤
التهابات المهبل البكتيرية	٢٢
التهاب التريكومونس المهبلي	١٨
الالتهاب الفطري	١١
التهابات عنق الرحم ^٢	١٠
التهابات حوضية ^٢	٢
قرحة عنق الرحم ^٢	٢٢
تغييرات مريية في خلايا عنق الرحم ^١	١١
سقوط الأعضاء التناسلية ^٢	٥٦
مهبل خلفي أو أمامي	٢٧
مهبل خلفي وأمامي	٢١
مهبل ورحمي	٨
التهابات الجهاز البولي ^١	١٤
الزهري ^١	١
فقر دم ^١ (هيموجلوبين < ١٢ جم/ملي لتر)	٦٣
١٠ - ١١,٩ جم/ملي لتر	٤٦
أقل من ١٠ جم / ملي	١٧
البدانة ^٢ (الوزن / الطول ^٢ ≤ ٢٥)	٤٣
٢٥ - ٢٩,٩ كجم / م ^٢	٢٣
٣٠ + كجم / م ^٢	٢٠
ارتفاع ضغط الدم ^٢ (الانبساطي ≤ ٩٠)	١٨
٩٠ - ٩٩ مم زئبقي	١٢
١٠٠ + مم زئبقي	٦
عدد النساء ^١	٥٠٢

١- اختبار معلمي ٢- فحص إكلينيكي ٣- بعض النساء يعانين من أكثر من التهاب واحد من التهابات الجهاز التناسلي
٤- لم تسجل لعدد قليل من النساء بعض الفحوصات الطبية، ولذا تم بيان العدد المتوسط للنساء في كل الحالات المرضية

وارتفاع ضغط الدم بين النساء بنسب مهمة. وقد بين تحليل لعوامل الخطر المرتبطة بهذه الحالات المرضية^(١١) مساهمة الظروف الاجتماعية والعوامل الطبية في انتشارها في هذا المجتمع المحلي.

إن واقع انتشار هذه الأمراض يبين خطر وضع النساء الصحي، وتظهر خطورته بشكل واضح عندما ننظر إلى تعددية وشدة انتشار الحالات المرضية والنمط العمري لها. ونجد أن:

- ١٥ في المئة فقط من النساء خلّو من أمراض النساء ومن الحالات المرضية المرتبطة بصورة وثيقة بها، في حين يعاني نصف النساء من حالتين أو أكثر من هذه الحالات (الشكل البياني ١).
- التهابات الجهاز التناسلي تبقى على مستواها المرتفع خلال دورة الحياة الإنجابية وما بعدها.
- قرحة عنق الرحم تحدث لربع النساء في السن من ١٤ إلى ٢٤ سنة، وتكاد لا تظهر عند النساء اللاتي يبلغن من العمر ٤٥ سنة فأكثر.
- مايزيد على خمس النساء اللاتي يبلغن من العمر ٤٥ سنة فأكثر يعانين من تغيرات مريبة في خلايا عنق الرحم.
- يحدث سقوط خطير (سقوط مهبلي خلفي وأمامي مع سقوط الرحم أو بدونه) لدى نحو ثلث النساء (٢٩ في المئة)، مع ارتفاع انتشار هذه الحالة الخطيرة بصفة خاصة في المجموعة العمرية التي يتراوح عمرها بين ٢٥ و ٤٤ سنة (٣٨ في المئة).
- تنتشر التهابات الجهاز البولي بين ربع النساء اللاتي يبلغن من العمر ٤٥ سنة فأكثر.
- فقر الدم في صورته الحادة منتشر في ١٧ في المئة من العينة، ويصل لأعلى مستوى له بالنسبة للنساء اللاتي يقل عمرهن عن ٢٥ سنة (٢١ في المئة).
- يتزايد انتشار كل من البدانة وضغط الدم المرتفع وأعراضهما الحادة مع تقدم العمر، مع انتشار هاتين الحالتين بين غالبية النساء اللاتي يبلغن من العمر ٤٥ سنة فأكثر.



أهمية الحالات المرضية المتعلقة بالإنجاب بالنسبة لتنظيم الأسرة

ما هو تأثير الوضع الصحي للمرأة، الذي كشفت عنه دراسة الحالات المرضية، في تنظيم الأسرة مثلما تتم ممارسته في المجتمع المحلي بالجيزة؟ لقد رأينا بالفعل أن النساء في المجتمع المحلي بالجيزة يستخدمن اللولب والحبوب أساسا كوسيلة لمنع الحمل. وهاتان الوسيلتان مأمونتان بصفة عامة إذا استخدمتا بالطريقة السليمة ومن قبل نساء يتمتعن بصحة جيدة. فعند تركيب اللولب يجب التأكد من أن المرأة لا تشكو من أي من الحالات المرضية التي تتفاعل سلبيا مع هذه الوسيلة، وينبغي أن يتم تركيبه في ظل ظروف من التعقيم تحول دون حدوث التهابات. كما يجب أن تكون المتابعة منتظمة ومستمرة نظرا لأن المرأة التي تستعمل لولبا تصبح أكثر عرضة لالتهابات الجهاز التناسلي، مثلا، إذا تعرضت لعوامل الخطر. وعند وصف الحبوب للمرة الأولى فإن الفحص الطبي والمتابعة ضروريان لضمان أن المرأة ليست مصابة بحالات تمنع استخدامها.

ونهجنا في استعراض تأثير الحالات المرضية المنتشرة في المجتمع المحلي في الجيزة في تنظيم الأسرة، يتمثل في بحث هذا التأثير من زاويتين أساسيتين آخذين في الاعتبار، على حد سواء، الانزعاج الذي تشعر به النساء والخطر الطبي بالنسبة للنساء اللاتي يستخدمن اللولب واللاتي يستخدمن الحبوب. فالتهابات الجهاز التناسلي قد تتفاقم من جراء وجود اللولب. وهناك احتمال أن تنتقل الالتهابات من الجهاز التناسلي السفلي (المهبل وعنق الرحم) إلى الجهاز التناسلي العلوي (الرحم والأبواق والمبيضين)، مستخدمة خيط اللولب كطريق لها، مع ما يترتب على ذلك من نتائج خطيرة تتعلق بصحة وخصوبة المرأة المصابة. كما أن اللولب في المرأة التي تشكو من قرحة عنق الرحم، قد يؤدي إلى تدفق إفرازات متزايدة بسبب انزعاجها لها، وقد يزيد من تهيج سطح عنق الرحم مما يفاقم حالة القرحة. كما يؤدي اللولب إلى زيادة حدة التغيرات في خلايا عنق الرحم عندما تكون هذه التغيرات قائمة بالفعل. ويؤدي اللولب إلى زيادة نزف الدورة الشهرية، وتكون الزيادة أكبر لدى النساء اللاتي يعانين من فقر الدم، مما يفاقم تلك الحالة. وقد يجعل اللولب حالة سقوط الأعضاء التناسلية، خاصة في صورتها الخطرة، أكثر إزعاجا للمرأة التي تشكو من هذه الحالة. وبالإضافة لذلك، فإنه نظرا لأن حالة سقوط الأعضاء التناسلية تفضي إلى احتقان في هذه الأعضاء، فإن اللولب قد يجعل المرأة التي تشكو من حالة سقوط تعاني من زيادة في نزيف الدورة الشهرية بأكثر من المعتاد. كما أن وجود اللولب يزيد خطر انتشار حالة التهاب الجهاز البولي إلى الجهاز التناسلي من خلال تقليل مقاومة الأعضاء التناسلية.

ومن ناحية أخرى، فإن استخدام الحبوب يتعارض مع حالة المرأة التي تعاني من ارتفاع ضغط الدم. كما لا يستحسن أن تستخدم الحبوب بعض النساء الأكبر سنا والأكثر بدانة، خوفا من أن تسهم هذه الحالات في حدوث أمراض القلب والأوعية. وقد تفاقم الحبوب، من خلال تأثيرها في الهرمونات، حالة قرحة عنق الرحم، والتغيرات المرعبة في خلايا عنق الرحم عندما تكون هذه التغيرات قائمة بالفعل.

التفاعل بين انتشار الحالات المرضية واستخدام وسائل منع الحمل

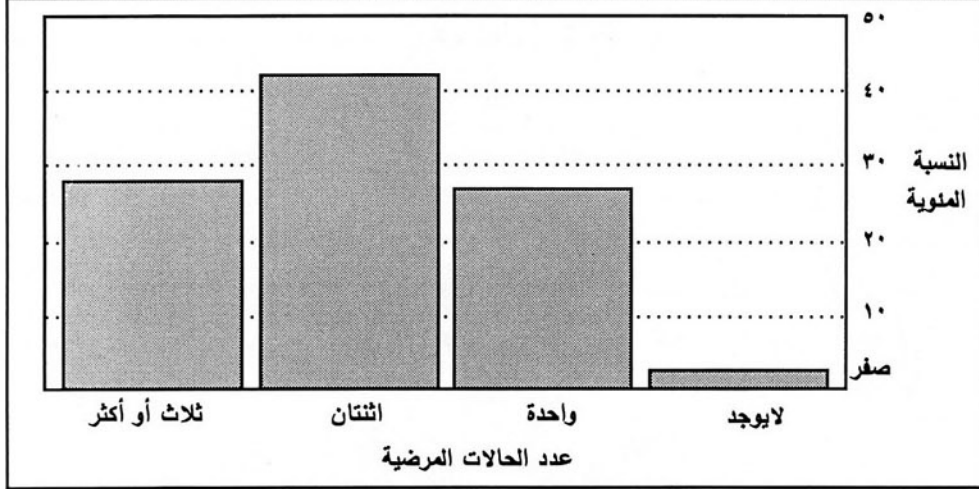
هل تعاني النساء - في مجتمع الجيزة المحلي - اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل من حالات مرضية تتضمن انزعاجا وخطرا طبيا كما سبق تلخيصه؟

لقد نظرنا في حالة ١١٣ امرأة يستخدمن اللولب حاليا (الجدول ٣) ولاحظنا ارتفاع انتشار التهابات الجهاز التناسلي، وسقوط الأعضاء التناسلية وفقر الدم، مع معاناة الثلث منهن من سقوط خطير ومعاناة الثلثين من فقر الدم. وقد لاحظنا أيضا أن ١٨ في المئة من مستخدمات اللولب يعانين من قرحة عنق الرحم، وأن ٧ في المئة يعانين من تغيرات مريية في خلايا عنق الرحم. وبالإضافة لذلك، يعاني ١٦ في المئة من مستخدمات اللولب من التهاب في الجهاز البولي. ولا شك في أن هذه النتائج تدعو إلى القلق، ويزيد خطورتها تعدد حدوث الحالات المرضية بين مستخدمات اللولب، مع تعرض ٧٠ في المئة منهن لحالتين أو أكثر من الحالات المرضية التي تتضمن انزعاجا للمرأة وخطرا طبيا من جراء استخدام اللولب (الشكل البياني ٢).

الجدول (٣): النسبة المئوية لانتشار حالات أمراض النساء والحالات المرضية المرتبطة بها لمستخدمات اللولب

الحالة المرضية	العدد	%
التهابات الجهاز التناسلي	٦٨	٦٠
قرحة عنق الرحم	٢٠	١٨
تغيرات مريية في خلايا عنق الرحم	٨	٧
سقوط الأعضاء التناسلية	٧٢	٦٤
مهبل خلفي أو أمامي	٣٦	٣٢
مهبل خلفي وأمامي	٣١	٢٨
مهبل ورحمي	٥	٤
التهابات الجهاز البولي	١٨	١٦
فقر دم (هيموجلوبين > ١٢ جم/ملي لتر)	٧٥	٦٦
١٠ - ١١,٩ جم / ملي لتر	٥١	٤٥
أقل من ١٠ جم / ملي لتر	٢٤	٢١
البدانة (الوزن / الطول ^٢ ≤ ٢٥)	٤٨	٤٢
٢٥ - ٢٩ كجم / م ^٢	٢٦	٢٣
٣٠ + كجم / م ^٢	٢٢	١٩
ارتفاع ضغط الدم (الانبساطي ≤ ٩٠)	١٨	١٦
٩٠ - ٩٩ مم زئبقي	١٥	١٣
١٠٠ + مم زئبقي	٣	٣
عدد مستخدمات اللولب	١١٣	

الشكل البياني (٢) تعددية الحالات المرضية لمستخدمات اللولب: (التهابات الجهاز التناسلي، قرحة عنق الرحم، تغيرات مريية في خلايا عنق الرحم، سقوط خطير للأعضاء التناسلية، فقر الدم والتهابات الجهاز البولي)



أما بالنسبة لحالة مستخدمات الحبوب اللاتي يبلغ عددهن ٦٧ امرأة، فقد وجدنا أن ١٢ (١٨ في المئة) من بينهن يعانين من ارتفاع ضغط الدم. كما وجدنا أن ٧ نساء من الاثنتي عشرة امرأة يبلغن من العمر ٣٥ سنة أو أكثر، وه يعانين من بدانة حادة في حين أن عمرهن كبير أيضا. وعلى الرغم من أن هذه الأعداد صغيرة نسبيا، فإنها تكشف عن حالات خطيرة من تراكم عوامل الخطر بين النساء اللاتي يستخدمن الحبوب. وبالإضافة لذلك، فإن ربع مستخدمات الحبوب يعانين من قرحة عنق الرحم، ويعاني ١٣ في المئة من تغيرات مريية في خلايا عنق الرحم.

ولا نتيج لنا طبيعة البيانات التي جمعتها دراسة الحالات المرضية المتعلقة بالإنجاب في الجيزة الوصول لأي استنتاج محدد فيما يتعلق بالعلاقة المسببة لارتباط استخدام وسائل منع الحمل بانتشار الحالات المرضية. بيد أننا استطعنا عن طريق مقارنة انتشار الحالات المرضية بين المجموعات التي تستعمل وسائل منع الحمل وتلك التي لا تستعملها، التوصل إلى أن من يستخدمن اللولب يتعرضن لخطر أكبر للإصابة بالتهابات الجهاز التناسلي (١١). وفي غير هذا، فإننا نستطيع فحسب الإشارة إلى النتيجة المهمة وهي أن نساء كثيرات يستخدمن وسائل منع الحمل التي قد تسبب لهن انزعاجا وتفاقم مشكلاتهن الصحية.

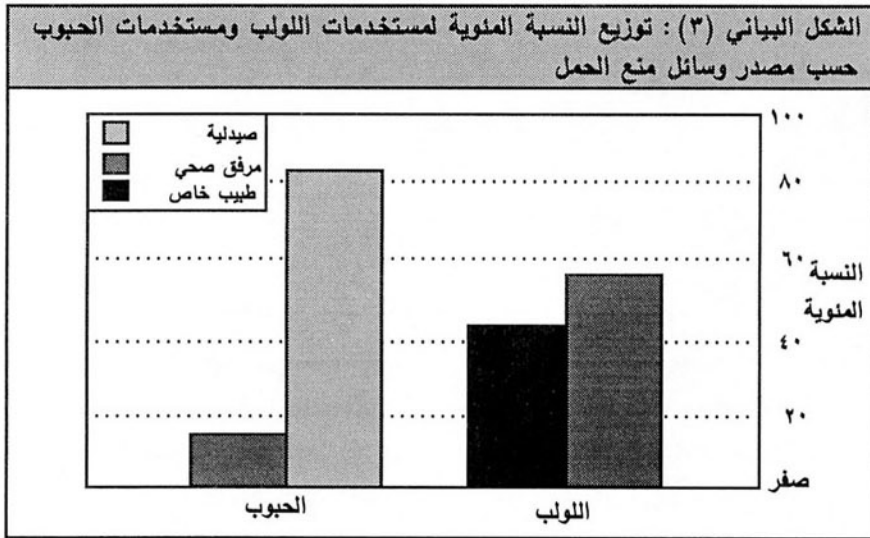
سؤالان عن الخدمات الصحية

إن العبء المرتفع للمرض لدى النساء في المجتمع المحلي للدراسة وتداخله مع استخدام وسائل منع الحمل يثير سؤالين أساسيين يتعلقان باتصال المرأة بالنظام الصحي: سؤال أول عن المكان الذي تحصل منه المرأة على وسائل منع الحمل، وسؤال ثانٍ عما إذا كانت المرأة تتعرف على أعراض

الحالات المرضية المتعلقة بالإنجاب وتلتبس العلاج لها. ويخدم كلا من القرينتين اللتين شملتهما دراسة الجيزة وحدة صحية أنشأتها وزارة الصحة وتديرها طبيبة، كانت إحداهن تمارس عملها في القرية لمدة سبع سنوات والأخرى لمدة اثنتي عشرة سنة. وكلتا الطبيبتين من الممارسين العامّين، لكنهما تعالجان أيضا الشكاوى المتعلقة بأمراض النساء وتنظيم الأسرة.

١ • من أين تحصل المرأة على وسائل منع الحمل؟

إن المصدر الرئيسي لحصول النساء في قرينتي دراسة الجيزة على اللولب هو مرفق صحي (٥٧ في المئة) إما وحدة صحية حكومية أو مستشفى حكومي، في حين يلعب أطباء القطاع الخاص أيضا دورا كبيرا (٤٣ في المئة) في توفير اللولب لهذا المجتمع المحلي. وبالنسبة للحبوب، فقد تبين أن الصيدلية هي المصدر الغالب (٨٥ في المئة). وهكذا، فإنه من الواضح أن مصادر متعددة، عامة وخاصة على حد سواء، توفر وسائل منع الحمل للنساء في قرينتي العينة (الشكل البياني ٣). وتتسق هذه النتائج مع تلك التي لوحظت بالنسبة لمصر (١١٣) حيث يحصل ٦٠ في المئة ممن يستخدمون اللولب عليه من



مرفق صحي، بينما يحصل عليه ٤٠ في المئة من الطبيب الخاص، وحيث تشكل الصيدلية المصدر الأعظم (٨٧ بالمئة) للحبوب.

٢ • هل تتعرف المرأة على الأعراض وتلتبس علاجاً للحالات المرضية؟

عزيت الدراسة يبحث ما إذا كانت المرأة واعية بحالتها الصحية، وما الذي تفعله عندما تدرك أن هناك

مشكلة. ومن ثم، فقد وجهت للنساء في أثناء المقابلات المنزلية أسئلة عن الحالات المرضية المتعلقة بالإنجاب التي لها أعراض واضحة. وتم سؤال من أجبن بالإيجاب عن حدوث احد العوارض، عما إذا كن استشرن طبيبا بالنسبة للعارض. وسئلت النساء اللاتي استشرن طبيبا عما إذا كان الطبيب قدّم لهن علاجاً، وعما إذا كن اتبعن العلاج، وعما إذا كان ذلك قد جعلهن يشعرن بأنهن أفضل حالا، وعما إذا كن قد استشرن شخصا آخر غير الطبيب بشأن الأعراض.

وبالنسبة لالتهابات الجهاز التناسلي، فقد اعتبرنا أن العارض المناسب هو ما إذا كانت المرأة تعرضت لإفرازات من المهبل «مختلفة عن طبيعتها»، في محاولة للتركيز على ما تعتبره المرأة إفرازا غير طبيعي. وفي الوقت نفسه، فقد طلب إلى كل النساء اللاتي أبلغن عن وجود أية إفرازات أن يصفنها من حيث اللون والرائحة، والملس، والهرش. وقد أبلغ معظم النساء (٧٧ في المئة) بأنهن يعانين حاليا من إفرازات، ولكن ١٣ في المئة من النساء فحسب أبلغن عن حدوث إفرازات مختلفة عن الطبيعية. بيد أننا وجدنا عند تلخيص المعلومات المتعلقة بسمات الإفرازات، أن ٦٤ في المئة من النساء يمكن اعتبار أنهن يتعرضن لإفرازات مريبة. ونحن نعرض هذه النتائج هنا (الجدول ٤) بغية

الجدول (٤): استشارة الطبيب بالنسبة للأعراض المبلغ عنها للحالات المرضية المتعلقة بالإنجاب		
الأعراض	نسبة النساء اللاتي أبلغن عن العارض	نسبة النساء اللاتي استشرن طبيبا ^١
التهابات الجهاز التناسلي العارض: الإفرازات موجودة	٧٧	
مريبة من المنظور الطبي (اللون، الملس، الرائحة، الهرش)	٦٤	
مريبة بالنسبة للمرأة (ليست «طبيعتها»)	١٣	٣٢
سقوط الأعضاء التناسلية العارض: إحساس بثقل في الأسفل أو ببروز الأعضاء التناسلية	٣١	٣٠
التهابات الجهاز البولي العارض: على الأقل عارض من سبعة ^٢	٥٩	٢٦
العدد الإجمالي للنساء	٥٠٩	

١- نسبة إلى النساء اللاتي أبلغن عن العارض

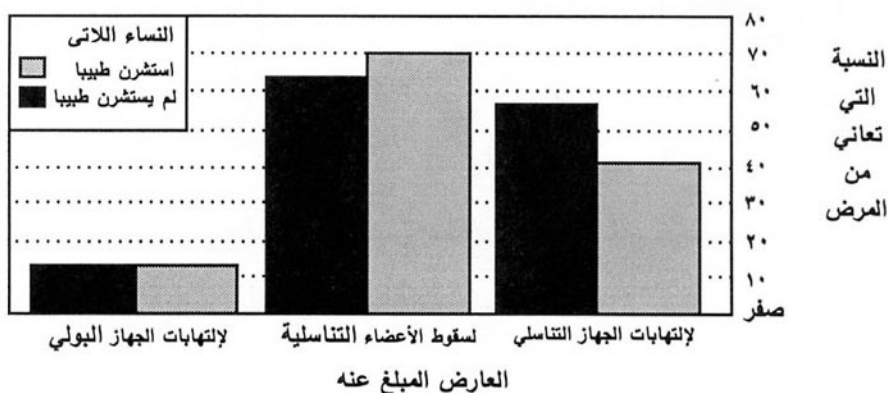
٢- حرقان خارجي، حرقان داخلي، تبول متكرر، تبول بالليل، تدفق متقطع، هروب البول لا إراديا، إلحاح للتبول

بيان أنه بالإضافة إلى القيود الأخرى على استعمال الخدمات الصحية، فإن النساء قد لا يدركن أن أعراضا معينة تعتبر خطيرة أو غير طبيعية، وينظرن إليها كجزء من واقعهن المتعلق بالإنجاب (١٤).

وبالنسبة لسقوط الأعضاء التناسلية والتهاب الجهاز البولي، فقد وجدنا أن ثلث النساء أبلغن بأنهن يعانين حاليا من ثقل في الأسفل و/أو من بروز الأعضاء التناسلية (وهي تعتبر من أعراض السقوط)، وأبلغ ٥٩ في المئة من النساء بأنهن يعانين من عارض واحد على الأقل من الأعراض السبعة لالتهابات الجهاز البولي. وهكذا، فإنه من المؤكد أن هناك إدراكا لوجود الأعراض وإن لم يجر اعتبارها علامة خطر على حدوث حالة مرضية.

إلى أي حد تستخدم النساء اللاتي يشكين أعراضا نظام الرعاية الصحية؟ نجد أن نحو الثلث فحسب من النساء اللاتي أبلغن عن وجود أعراض لكل من الحالات المرضية الثلاث قيد البحث قد استشرن طبيبا بشأن الأعراض (الجدول ٤). وتبين هذه النتائج نقص استعمال النساء للخدمات الصحية المتاحة في الوحدة الصحية. وإضافة لذلك، فلم نجد أن هناك فرقا كبيرا في انتشار الحالات المرضية بين النساء اللاتي استشرن طبيبا والنساء اللاتي لم يفعلن ذلك (الشكل البياني ٤). وقد أبلغ ما يقل عن ثلث النساء بأنهن يشعرون بتحسن ملموس «باستخدام» العلاج الذي وصفه الطبيب. وتنعكس هذه النتائج الاستخدام غير الفعال وتبين وجود مشكلة في عملية التماس الرعاية الصحية والاستفادة منها. ونحن نرى أن هذه شواهد مهمة. ومن المهم أيضا ملاحظة أن قدرا قليلا جدا استشار شخصا آخر غير الطبيب.

الشكل البياني (٤): النسبة المئوية لانتشار الحالات المرضية بين النساء اللاتي استشرن طبيبا واللاتي لم يستشرن طبيبا بالنسبة لأعراض هذه الحالات المبلغ عنها



هل يمكن أن نعتم نتائج دراسة الجيزة؟

رغم أن المعلومات الواردة في هذا البحث مستمدة من منطقة جغرافية محددة تمثل قريتين في ريف مصر، فإنها توفر دليلاً قوياً على الحاجة إلى التفكير الجاد في إعادة النظر في برامج تنظيم الأسرة. والواقع أن قرب المنطقة قيد الدراسة من مدينة القاهرة، العاصمة، يدعو إلى الاعتقاد أن الوضع الصحي للمرأة وتأثيره على برامج تنظيم الأسرة قد يكون حتى أكثر خطورة في المناطق الأكثر حرماناً وعزلة. وتبين الدلائل المتوفرة عن أوضاع مماثلة وصفتها دراسات أجريت في بنجلاديش^(١٥) والهند^(١٦،١٧)، وكذلك استعراضات أجريت للبلدان النامية^(١٨،١٩)، أن المشكلة قد تكون شائعة في البلدان النامية.

ونظراً لأن فريق بحث متعدد التخصصات من علماء الطب والاجتماع قام بدراسة الجيزة، فإن ذلك يتيح الفرصة لطرح النتائج في سياقها الاجتماعي / الطبي، مما يوفر إطاراً كلياً لعملية إعادة النظر اللازمة. وقد حاولنا الاستفادة من هذه النتائج هنا لبيان بعض ما يتعين وضعه في الاعتبار عند إعادة النظر في سياسة تنظيم الأسرة في البلدان النامية، مع إشارة خاصة لمصر والعالم العربي.

الوضع الصحي للمرأة

إن النتيجة المذهلة التي توصلت لها دراسة الحالات المرضية في الجيزة وهي أن المرأة في المجتمع المحلي تتحمل في صمت عبئاً باهظاً من المرض، تؤيد بقوة الحاجة إلى توسع نظرة سياسة تنظيم الأسرة لتشمل الاهتمام بصحة المرأة الإنجابية. وعلى الرغم من أن مثل هذا التوسع أصبح مطلباً ملحا للمطالبات بالحقوق النسائية والداعين لأولوية صحتها، فإن تحديد أبعاد هذا التوسع لم يتضح بعد ولم يتم الاتفاق عليه. ونحن نؤكد ثلاثة أبعاد تنبثق من النتائج التي توصلنا إليها بشأن الوضع الصحي للمرأة الذي يتعين وضعه في الاعتبار عند إعادة تصميم البرامج وتوسيعها.

١ • نطاق الاهتمام بالحالات المرضية المتعلقة بالإنجاب

على أقل تقدير، ينبغي لسياسة تنظيم الأسرة أن تهتم بالحالات المرضية التي تتعارض مع سلامة استخدام أساليب منع الحمل، خاصة تلك الحالات المنتشرة في المجتمعات المحلية التي تغطيها برامج تنظيم الأسرة.

غير إن المطالبة بتوسيع سياسة تنظيم الأسرة لتعالج المشكلات الصحية للمرأة، قد اقتصرنا أساساً على الاهتمام بالحالات المرضية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، مع تقديم بعض المبررات الداعية لاهتمام أكثر شمولية بالتهابات الجهاز التناسلي^(٢٠،٢١،٢٢). وقد نجم هذا التركيز عن إدراك أن التهابات الجهاز التناسلي آخذة في التزايد في العالم النامي، وأن هذه الالتهابات لها نتائج صحية خطيرة بالنسبة للنساء وأسرهن، لأنها ترتبط بالعقم، وسرطان عنق الرحم، ونتائج سلبية معينة

للحمل، ونقل فيروس نقص المناعة، وأن لهذه الالتهابات تكاليف اجتماعية واقتصادية تتعلق بعلاج المرض وبأثره على أداء المرأة لوظيفتها وعلى مكانتها الاجتماعية^(٢١).

وقد بين البحث الذي أجريناه أن النساء في المجتمع المحلي للجيزة يعانين من سلسلة واسعة متنوعة من الحالات المرضية، وليس التهابات الجهاز التناسلي فحسب، وأن كثيرا من هذه الحالات المرضية تتعارض مع وسائل منع الحمل المستخدمة. وهكذا، فبالنسبة لكثير من المجتمعات المحلية في مصر وربما في العالم العربي، تشير النتائج التي توصلنا إليها إلى أن الأمر يقتضي النظر في مجال واسع من الحالات المرضية، بما في ذلك التهابات الجهاز التناسلي، وقرحة عنق الرحم، والتغيرات المريبة في خلايا عنق الرحم، والسقوط الخطير للأعضاء التناسلية، وفقر الدم، والتهابات الجهاز البولي، والبدانة، وارتفاع ضغط الدم. كما أن داء السكر الذي لم تشمله دراستنا، هو أيضا حالة مرضية جديدة بالنظر فيها.

إن نمط انتشار هذه الحالات المرضية لن يكون متجانسا في المجتمعات المحلية كافة. ويقتضي هذا إجراء البحوث عن الصحة الإنجابية على مستوى المجتمع المحلي لتوفير المعلومات الوافية عن نمط انتشار الحالات المرضية. وعلى أساس هذه المعلومات، يمكن تحديد نقطة التركيز الملائمة في اهتمامات برامج تنظيم الأسرة بالنسبة للحالات المرضية المتعلقة بالإنجاب، لمختلف المجموعات المحلية.

٢ ● الكشف عن الحالات المرضية المتعلقة بالإنجاب

ينبغي أن يصاحب التوسع في سياسة تنظيم الأسرة استراتيجية واقعية للتصدي للحالات المرضية المتعلقة بالإنجاب، بما في ذلك كشف وعلاج الحالات التي يتم تشخيصها. إن أسلوب الكشف عن عدد محدود من الحالات المرضية يشكل حاليا جزءا من متطلبات الخدمة في برامج تنظيم الأسرة. بيد أن مدى التداخل الذي وجدناه في مجتمع الدراسة بين استخدام وسائل منع الحمل والحالات المرضية التي تتعارض مع ذلك، يبين أن أسلوب الكشف عن هذه الحالات لا يطبق بصورة منتظمة. وقد أيدت هذا الوضع المشاهدات الميدانية، وهو وضع لا بد من أن يكون شائعا وعلى نطاق أوسع فيما وراء القريتين اللتين شملتهما الدراسة. فلماذا يكون الأمر هكذا؟

أ. الرصد والإشراف: من الواضح أن برامج تنظيم الأسرة لا تركز على الكشف باعتباره مطلباً له الأولوية، وأنه لا يجري رصده باعتباره سياسة ملزمة للبرامج. ويتناقض هذا بصورة حادة مع التركيز القوي على تجنيد متقبلي تنظيم الأسرة الذي يجري تشجيعه أحيانا من خلال تحديد حصص وجوائز خاصة. والواقع أن التركيز القوي على تجنيد متقبلي تنظيم الأسرة قد يخلق ضغطا على العاملين ببرامج تنظيم الأسرة يؤدي إلى تفادي شرط الكشف. إن سياسة صريحة تؤكد ضرورة الكشف عن حالات معينة، تغدو حتى أشد أهمية عند توسيع نطاق الاهتمام بالحالات المرضية

المتعلقة بالإنجاب عن ما تشمله البرامج مبدئياً الآن .

ب. **تكلفة الفحص:** يظن البعض أن التكلفة هي العائق الذي يحول دون تطبيق سياسة الكشف المطلوب، ولربما نشأ هذا التصور من التركيز الراهن على الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي وعلى التهابات الجهاز التناسلي بصفة أعم. ولكن، الحالات المرضية المرتبطة بأمراض النساء لا تتطلب كلها إجراءات مكلفة للتشخيص. فقياس الطول والوزن وضغط الدم إجراءات سهلة غير مكلفة يمكن أن يضطلع بها من يشكل مصدراً للحبوب، بما في ذلك الصيادلة الذين يقتضي الأمر إشراكهم في مسئولية الكشف. إن فحصاً لاكتشاف سقوط الأعضاء التناسلية وقرحة عنق الرحم، هو جزء من فحص أمراض النساء الذي ينبغي أن يسبق تركيب اللولب. وبالإضافة لذلك، فإنه يمكن الاعتماد على الفحص الخاص بأمراض النساء والحكم الإكلينيكي الصادر من مقدم الخدمات المتمرس، إذا لم يستطع برنامج تنظيم الأسرة تحمل تكاليف الفحص المعمل لحالات التهابات الجهاز التناسلي، والتغيرات المريبة في خلايا عنق الرحم، وفقر الدم، والتهابات الجهاز البولي. إن تشخيصاً مبكراً مؤقتاً لأي من هذه الحالات سيؤجل تركيب اللولب لفترة قصيرة فحسب حتى يمكن التماس التشخيص والعلاج السليمين.

ج. **علاج الحالات التي تم تشخيصها:** كثيراً ما يشيع تصور بأن علاج الحالات التي تم تشخيصها عملية مكلفة ومعقدة على نحو لا تستطيع معه خدمات تنظيم الأسرة أن تنهض بها. بيد أن الحالات تتباين في نوع العلاج الذي تتطلبه. فالالتهابات في الجزء السفلي من الجهاز التناسلي أو الجهاز البولي يمكن التغلب عليها سريعاً في مراحلها الأولى إذا استخدم العلاج على نحو ملائم، ويكون غالباً علاجاً غير مكلف نسبياً. كما أن فقر الدم يمكن معالجته من خلال غذاء محسّن وإضافات تكميلية طبية، لكن التغلب عليه يتطلب وقتاً أطول. وقرحة عنق الرحم يمكن علاجها بإجراء بسيط في العيادة الخارجية (الكي). ومن ناحية أخرى، فإن الحالات المتقدمة من الالتهابات في الجهاز التناسلي أو الجهاز البولي تتطلب مساراً معقداً للعلاج، وسقوط الأعضاء التناسلية يمكن تصويبه من خلال إجراء عملية دون غيرها، ويتطلب الأمر إحالة حالات التغيرات المريبة في خلايا عنق الرحم لإجراء مزيد من الفحص. وهكذا يتبين أنه من الممكن في حالات كثيرة تكاليف المرفق الذي تقدم به خدمات تنظيم الأسرة بالاضطلاع بالعلاجات الأسهل والأقل تكلفة، ولكن ينبغي ربطه بشبكة للإحالة إلى مرفق آخر يمكن أن يضطلع بالمهام الأكثر تعقيداً المتعلقة بالعلاج.

د. **إمكان فقد المستفيدة من خدمات تنظيم الأسرة:** يتم في أحيان كثيرة الإعراب عن الخوف من أن معالجة الحالات المرضية المتعارضة مع وسيلة منع الحمل التي ترغبها المرأة، تتضمن خطر فقد خدمات تنظيم الأسرة للمرأة. ونؤكد هنا القضية الأخلاقية المهمة المتعلقة بعدم تقديم العلاج أو النصح به في هذه الحالة. ونؤكد أيضاً أن خطر فقد المستفيدة في أثناء الاضطلاع بالعلاج يمكن تقليله. ففي بعض الأحيان يمكن تقديم وسيلة بديلة لمنع الحمل تكون مقبولة للمرأة ويكون استعمالها فعالاً. وإذا كانت وسيلة الاختيار الأولى هي المفضلة، فإنه يمكن عندئذ التوصية بوسيلة مؤقتة واتخاذ

الخطوات اللازمة لضمان أن تعود المرأة للوسيلة المفضلة عندما تشفى من الحالة المرضية التي تتعارض مع هذه الوسيلة. ولكي تجدي مثل هذه العملية، فإن الأمر يتطلب نهجا شموليا في اتجاهاته يقدم الدعم والتشجيع للمرأة على أن تلتزم الرعاية الصحية الضرورية وأن تعود للخدمة، مثلما سيوضح في الأقسام التالية. وقد بين مشروع طبق في مصر من ١٩٦٥ إلى ١٩٦٧، وضم اثنين من الباحثين في فريق البحث الحالي، وتم الاضطلاع به في أربع قرى في محافظة الجيزة وعيادة جامعية في القاهرة - أن استعمال الخدمات يزيد، وأن الاستمرار في ذلك يتحسن عند استخدام نهج أوسع لخدمات تنظيم الأسرة.

٣ ● الاهتمام بالصحة الإنجابية بالنسبة للنساء من كل الأعمار

توضح الدراسة التي أجريت في الجيزة خطورة حالة صحة المرأة الإنجابية وأن هناك حاجة للمضي إلى أبعد من علاج الحالات المرضية المنتشرة التي تتعارض مع أساليب منع الحمل، إلى الاهتمام الأوسع بالصحة الإنجابية. وهكذا، يوصى بأن تصبح خدمات تنظيم الأسرة في نهاية المطاف جزءا من خدمة شاملة تناول صحة المرأة الإنجابية خلال دورة حياتها بأسرها. وهذا المنظور للخدمة أكثر قبولا للمرأة والمجتمعات المحلية لأنه يعالج الصحة الإنجابية بصورة كلية شاملة، تأتي فيها خدمات تنظيم الأسرة كمكون ضمن باقي المكونات. فما هي الخطوات المباشرة التي يمكن أن تتخذها برامج تنظيم الأسرة في هذا السياق؟

أ. نهج وقائي إزاء الصحة الإنجابية: لقد بينت دراسة الجيزة أن عبئا مرضيا باهظا من حالات أمراض النساء والحالات المرتبطة بها شائع الانتشار، وأن ثلثي النساء اللاتي أبلغن عن أعراض هذه الحالات لم يلتمسن لها علاجا ورعاية صحية، على الرغم من حقيقة توافر وحدة صحية بها طبيبة في كل قرية من قرىتي الدراسة. وهذا النمط من انتشار الأمراض ونقص استخدام الوحدات الصحية يتطلب أن تستغل فرصة قيام المرأة بزيارة لخدمات تنظيم الأسرة، عندما تتم، للاهتمام الأفضل بصحتها الإنجابية. وبجانب الكشف عن الحالات المرضية التي تتعارض مع استعمال وسائل منع الحمل المتوفرة، فإنه من الطبيعي أن تتسع خدمات تنظيم الأسرة لتشمل توفير المعلومات الخاصة بكيفية الحيلولة دون حدوث الحالات المرضية المتعلقة بالإنجاب. فمن الملائم جدا، على سبيل المثال، أن يركز برنامج تنظيم الأسرة على الصلة بين عدد الولادات وحالة سقوط الأعضاء التناسلية، وهكذا يبين للمرأة أن عليها أن تنظر إلى فترات المبعادة بين الولادات وعدد الأطفال على أنها اعتبارات يجب أن تؤخذ في الحسبان من منظور صحتها، بالإضافة إلى صحة أطفالها، للحيلولة دون وقوع الحالة المرضية المزعجة الخاصة بسقوط الأعضاء التناسلية. ويتقديم المعلومات اللازمة والتوعية، تستطيع برامج تنظيم الأسرة أن تسهم بتكلفة قليلة جدا في تقليل عبء المرض الواقع على المرأة.

ب. النساء من كل الأعمار: أوضحت البيانات التي توصلنا إليها أن انتشار معظم حالات أمراض النساء والحالات المرتبطة بها، يتجه للتزايد مع تقدم العمر، ومن ثم فإن النساء الأكثر احتياجاً للاهتمام والنصيحة هن النساء الأكبر سناً، وبعضهن تجاوز سن الإنجاب. ويمكن لبرامج تنظيم الأسرة التي تقدم خدمات الصحة الإنجابية أن تعمل كمراكز إحالة لهؤلاء النساء إلى مرافق علاجية أخرى. ولا شك في أن استقبال النساء الأكبر سناً يزيد من مصداقية البرنامج، باعتبارهن الأقوى والأكثر نفوذاً في مجتمع النساء، بالإضافة للنساء الأصغر سناً اللاتي يحصلن على الخدمة حالياً.

ج. تغيير الاتجاهات والمواقف في برامج تنظيم الأسرة: إن إعادة توجيه منظور سياسة تنظيم الأسرة نحو الاهتمام بالحالة الأوسع للصحة الإنجابية، يمثل تحولا جذريا في سياسة هذه البرامج. وهو يتطلب بدء العمل فوراً في تغيير المواقف والاتجاهات للمسؤولين في كل مستويات نشاط تنظيم الأسرة، من واضعي السياسة القومية إلى مديري البرامج إلى مقدمي الخدمات. ولا شك في أنه مما ييسر هذا التحول، إدراك أن اهتمام برامج تنظيم الأسرة بالإنجاب الصحي يفيد، بتكاليف إضافية قليلة جداً أحياناً، في زيادة عدد المستخدمات الفعالات لوسائل منع الحمل بطريقة لا يمكن أبداً تحقيقها بالتركيز الضيق على أهداف تنظيم الأسرة فحسب. ويمكن للبحوث من النوع المتقدم هنا أن توفر الدليل الصارخ المطلوب لإقناع المتحفظين أو المتشككين في هذا النهج.

نوعية الرعاية في الخدمات الصحية

هناك نتيجة أخرى مهمة أسفرت عنها دراسة الجيزة وهي أن معدلات انتشار الحالات المرضية بين النساء اللاتي استشرن طبيباً بالنسبة لأعراض هذه الحالات مماثلة لمعدلات انتشار الحالات بين النساء اللاتي لم يفعلن ذلك. وتلقي هذه النتيجة الضوء على مسألة كفاءة الخدمة، بالإضافة إلى مسألة نقص استخدام الخدمات التي أبرزناها سابقاً، لتؤكد حقيقة أن إعادة النظر في سياسة تنظيم الأسرة من زاوية توسيع الخدمات ليس كافياً. فينبغي أن تكون نوعية الرعاية وفعالية الخدمات المقدمة شاغلاً أول.

ولا شك في أن تحسين الخدمات الطبية - كما أشرنا - من زاوية الكشف والعلاج والرصد للحالات التي تتضمن خطراً طبياً وانزعاجاً لمستخدمات وسائل منع الحمل، هي جزء من تحسين نوعية الخدمات التقنية، وتكفل استمراراً أفضل في الاستخدام. وهنا نؤكد أيضاً أهمية نوعية التفاعل بين المستفيدة ومقدم الخدمة، لإسهام هذا التفاعل في استمرار استعمال الخدمة وفي تعاون النساء مع مقدمي الخدمة. ونحن نعتقد أن التفاعل المحدود وتبادل المعلومات الناقص بين الأطباء والنساء خلال الزيارات للمستوصفات من بين الأسباب الرئيسية في أن استشارة الطبيب، كما أوضحت دراستنا، لا يبدو أنها أثرت على انتشار المرض. ولضمان تعاون النساء، خاصة في مجال الحالات المرضية المتعلقة بالإنجاب التي قد لا تمثل للمرأة أولوية مرتفعة مثل تلك التي تمثلها صحة أبنائها،

ينبغي أن يتعامل مقدمو الخدمة مع النساء بنهج كلي شامل، وأن يشجعوهن على الحديث، وأن يصغوا إليهن ويراعوا ظروفهن الاجتماعية والاقتصادية. ومثل هذا الأسلوب قد يعتبر مضيعة للوقت عندما يكون عدد المترددات على المستوصف مرتفعا، ولكن المنفعة التي تجنى باستمرار استعمالات الخدمة المتأثرة بهذا الأسلوب تكون جديرة بالتكلفة الإضافية من حيث الوقت. ومن الضروري بصفة خاصة توعية مقدمي الخدمة (ذكورا وإناثا) بقضية النوع (gender) وإشعارهم بها.

نظرة المرأة والمعوقات الاجتماعية

تؤكد دراسة الجيزة الحاجة لفهم نظرة النساء الى الصحة بغية التمكن من الوصول إليهن وجذبهن لاستخدام الخدمات الصحية. فقد كشفت الدراسة عن أن المرأة تنظر إلى بعض الأعراض المرضية، لا باعتبارها دليلا على وجود مشكلة صحية، وإنما كجزء من النتيجة الطبيعية لوظيفتها في الإنجاب. فقد رأينا غالبية النساء وهن يردون بالإيجاب عندما تم سؤالهن عن حدوث إفرازات، لكن نسبة صغيرة فحسب اعتبرت الإفرازات أمرا «مختلفا عن طبيعتهن» (أو غير عادي)، على الرغم من أن كثيرات شرعن في الإبلاغ عن سمات يمكن اعتبارها مريبة من حيث اللون والرائحة والعوامل الأخرى. ولم تبلغ بعض النساء عن إحساس بأعراض سقوط الأعضاء التناسلية، مما يعكس تحملا مرتفعا لديهن للألم والانزعاج. وهكذا فإن «ثقافة الصمت» فيما يتعلق بالمشكلات الصحية الملحوظة بالنسبة للمرأة في كثير من بلدان العالم النامي^(٢٢)، قد تراءت بوضوح في المجتمع المحلي الذي تناولته الدراسة^(١٠).

والواقع أنه قد يكون من الضروري التوصل إلى فهم أوسع لنظرة المرأة إلى مجموعة أكبر من مفاهيم مترابطة، بما في ذلك الصحة والمرض، وخيارات العلاج، والجسم، والنشاط الجنسي، بل ونظرة المرأة إلى نفسها^(٢٣). ومثل هذا الفهم، إذا استخدم بطريقة ملائمة وباحترام لنظرة المرأة، سيساعد مقدمي الخدمة على الاتصال الأفضل بالنساء. كما يشكل أساسا مناسباً للتوعية الصحية لزيادة إدراك النساء بحالتهم الصحية المتعلقة بالإنجاب والحاجة لالتماس الرعاية الصحية للحالات المرضية.

ومن المؤكد أنه ينبغي ألا تهمل برامج تقديم الخدمة القيود الاجتماعية التي تؤثر في استعمال المرأة للخدمات الصحية. وقد بينت دراسات الحالة المتعمقة التي تم الاضطلاع بها كجزء من دراسة الجيزة^(١٠) المدى الذي حالت به القيود الاجتماعية والاقتصادية دون التماس المرأة للرعاية الصحية. وهذه القيود تصورها جيدا إحدى النساء^(١٠) التي شخصت حالتها بأنها تعاني من استئصال غير كامل للرحم، حيث أعربت عن قلقها المرة تلو الأخرى في الاستجابة لدعوة فريق الدراسة لأخذها لمستشفى في القاهرة لمتابعة هذه الحالة:

غادرت سحر الوحدة الصحية برفقة الباحثة الاجتماعية، عائدة إلى منزلها، وقد تنامي شعورها بالقلق والاضطراب. وفي الطريق بادرت سحر بالقول: «هُمَا هيمرمطوني». وأخبرتها الباحثة بأنها ستكون تحت إشراف أستاذ كبير يرأس قسم أمراض النساء والتوليد كما أنه أحد أعضاء فريق البحث. وعقبت سحر «دي أكيد عملية كبيرة وهاتكلف كتير قوي وأنا وجوزي ما عندناش فلوس». وأكدت الباحثة أن كل شيء بالمجان وأن المشروع يقوم بتغطية نفقات الرعاية الطبية وكافة المصروفات الأخرى التي يتطلبها إجراء العملية. وبدا الاهتمام على سحر وقالت «مش معقول مش هادفع فلوس خالص! طب والله كويس، بس أنا هاروح هناك ازاي؟ أنا ما اعرفش الحطة دي، ومصر كبيرة قوي وأخاف أتوه». فقالت لها الباحثة إنها سوف تصحبها بالسيارة إلى المستشفى وتعود معها دون أن تتكبد أي مشقة. شعرت سحر بالارتياح لقول الباحثة وبعد فترة قصيرة عادت تسألها «طب والعيال أعمل فيهم إيه؟ دول ما يعرفوش يعملوا حاجة، وجوزي مين هيرعاه؟». وأجابتها الباحثة «دول كلهم يومين أو ثلاثة وترجعي، ويعدين بناتك ساكتين جنبك وممكن يشقوا على ابوهم واخواتهم، ماهم لازم كمان يحملوا شوية علشان خاطر ك لحد ما ترجعي لهم بصحة كويسة، ولا إنت عاجبك التعب اللي إنت فيه؟».

وفي ظل هذه القيود العديدة، بينت خبرة الفريق الميداني المكلف بمتابعة نساء مثل «سحر» تمت إحالتهم للحصول على مزيد من الرعاية في المستشفى في القاهرة، أن هؤلاء النساء يحتجن إلى مساندة في المجتمع المحلي ليتركن أسرهن من أجل القيام بالإجراءات الطبية اللازمة، ويحتجن إلى مساندة في المستشفى لكي يكون اتصالهن مع مقدمي الخدمة أفضل. وتبين هذه النتائج أنه لكي تكون خدمات الصحة الإنجابية في المجتمعات المحرومة فعالة، ينبغي أن تقدم دعماً للمرأة في التماس الرعاية الصحية والاضطلاع بها.

وهذا الدعم يتم توفيره على خير وجه عن طريق إنشاء دور أو وظيفة جديدة: وظيفة المستشار (counsellor). فالمستشارة يمكن أن تصل للنساء، وتصغي إليهن، وتقدم لهن المعلومات، وتشجعهن على إعطاء الأولوية لصحتهن في مواجهة مسؤولياتهن الأسرية، وتدلهن على المكان الذي يتجهن إليه للحصول على الرعاية. كما تستطيع المستشار أن تعمل مع الطبيب لضمان متابعة المرأة وعودتها للخدمة عند الاقتضاء.

ونحن نعتقد أن دور المستشار هو عنصر أساسي في سياسة متغيرة تدرك احتياجات وواقع صحة المرأة الإنجابية في المجتمعات المحلية المحرومة في العالم النامي. ونؤكد هذا بصفة خاصة في وجه اتجاه ملموس لقصر النقاش حول إعادة النظر في تنظيم الأسرة على الاهتمام بالخدمات الطبية، مثل

تثبيت الكشف الطبي والاعتبارات الضمنية المتعلقة بالتكلفة. ونعتقد أن الحل ينبغي أن يكون شاملا وكمليا ويتضمن توسيع الخدمات وتحسين نوعيتها، وإنشاء صلات بالنساء ودعمهن، وهو جزء لصيق بعمل المستشارة، مما يساعدهن على الاستفادة من الخدمات المحسنة المتاحة لهن. إن إسهام مثل هذا النهج في تحسين صحة المرأة له قيمة عالية في حد ذاته، وهو سيفيد برامج تنظيم الأسرة بما يزيد كثيرا على التكاليف المتكبدة.

1. Jain, A.; Bruce J., 1993. *Implication of Reproductive Health for Objectives and Efficacy of Family Planning Programs*. New York: The Population Council, Programs Division, Working Papers, No. 8.
2. Berer, M., 1993. 'Population and family planning policies: Women-centered perspectives'. *Reproductive Health Matters*, Vol. 1, No. 1, pp. 4-12.
3. Dixon-Mueller, R., 1993. *Population Policy and Women's Rights*. Westport, CT: Praeger.
4. Hartmann, B., 1987. *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Policies of Population Control and Contraceptive Choice*. New York: Harper and Row.
5. Eschen, A.; Whittaker, M., 1993. 'Family planning: A base to build on for women's reproductive health services'. In M. Koblin, J. Timyan and J. Gay (eds.), *The Health of Women: A Global Perspective*. Boulder: Westview Press, pp. 105-131.
6. Kabeer, N., 1992. *From Fertility Reduction to Reproductive Choice: Gender Perspectives on Family Planning*. Brighton: Institute of Development Studies, University of Sussex, Discussion Paper, No. 299.
7. Koblinsky, M.; Timyan, J.; Gay, J. (eds.), 1993. *The Health of Women: A Global Perspective*. Boulder: Westview Press.
8. Ravindran, T. K. S., 1993. 'Women and the politics of population and development in India'. *Reproductive Health Matters*, Vol. 1, No. 1, pp. 26-38.
9. Zurayk, H.; Khattab, H.; Younis, N.; El-Mouelhy, M.; Fadle, M., 1993. 'Concepts and measures of reproductive morbidity'. *Health Transition Review*, Vol. 3, No. 1, pp. 17-40.
10. Khattab, H., 1992. *The Silent Endurance: Social Conditions of Women's Reproductive Health in Rural Egypt*. Amman: UNICEF and Cairo: The Population Council.
11. Younis, N.; Khattab, H.; Zurayk, H.; El-Mouelhy, M.; Fadle Amin, M.; Farag, A. M., 1993. 'A community study of gynecological and related morbidities in rural Egypt'. *Studies in Family Planning*, Vol. 24, No. 3, pp. 175-186.
12. The Population Council, 1990. *A Program of Research and Technical Consultation on Family Resources, Child Survival and Reproductive Health in the West Asia and North Africa Region: Report of the First Phase, 1988 to 1990*. Cairo: The Population Council.
13. PAPCHILD, 1993. *Egypt Maternal and Child Health Survey 1991*. Cairo: Central Agency for Public Mobilization and Statistics; and League of Arab States.

14. Zurayk, H.; Khattab, H.; Younis, N.; Kamal, O.; El-Helw, M. 1993. *A Comparison of Women's Report and Medical Diagnosis of Reproductive Morbidity Conditions in Rural Egypt*. Paper presented at the International Union for the Scientific Study of Population General Conference in Montreal, August 24 to September 2.
15. Wasserheit, J.; Harris, J. R.; Chakraborty, J.; Kay, B. A.; Mason, K., 1989. 'Reproductive tract infections in a family planning population in rural Bangladesh'. *Studies in Family Planning*, Vol. 20, No. 2, pp. 69-80.
16. Bang, R. A.; Bang, A. T.; Baitule, M.; Choudhary, Y.; Sarmukaddam, S.; Tale, O., 1989. 'High prevalence of gynecological diseases in rural Indian women'. *The Lancet*, Vol. 1, No. 8629, pp. 85-87.
17. Belsey, M. A.; Royston, E., 1987. *An Overview of the Health of Women and Children*. Technical background paper prepared for the International Conference on Better Health for Women and Children through Family Planning, Nairobi, October 5-9.
18. Muir, D. G.; Belsey, M. A., 1980. 'Pelvic inflammatory disease and its consequences in the developing world'. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 138, No. 7, pp. 913-928.
19. Dixon-Mueller, R.; Germaine, A., 1992. 'Stalking the elusive "unmet need" for family planning'. *Studies in Family Planning*, Vol. 23, No. 5, pp. 330-335.
20. Elias, C.; Leonard, A.; Thompson, J., 1993. *A Puzzle of Will: Responding to Reproductive Tract Infections in the Context of Family Planning Programs*. Paper presented at the Population Council OR/TA End-of-Project Conference, Nairobi, October.
21. Wasserheit, J.; Holmes, K., 1992. 'Reproductive tract infections: Challenges for international health policy, programs and research'. In A. Germain, K. K. Holmes, P. Piot and J. Wasserheit (eds.), *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health*. New York: Plenum Press, pp. 7-33.
22. Dixon-Mueller, R.; Wasserheit, J., 1991. *The Culture of Silence: Reproductive Tract Infections among Women in the Third World*. New York: International Women's Health Coalition.
23. The Population Council, 1993. *Notes of the Meeting on Women's Perceptions, May 22-28*. Cairo: The Population Council.

١ • هدى زريق، نبيل يونس، هند خطاب
إعادة النظر في سياسة تنظيم الأسرة في ضوء بحوث صحة المرأة الإنجابية ، ١٩٩٥

٢ • نبيل يونس، كريمة خليل، هدى زريق، هند خطاب
صحة المرأة الإنجابية: أمراض النساء من منظور طبي وإجتماعي ، ١٩٩٥

٣ • هند خطاب، هدى زريق، نبيل يونس، أولفيا كمال
المنهج الميداني: وسيلة لدخول المجتمع ، ١٩٩٥

Policy Series in Reproductive Health

- No. 1• Huda Zurayk, Nabil Younis, Hind Khattab
Rethinking Family Planning Policy in Light of Reproductive Health Research, 1994
- No. 2• Nabil Younis, Karima Khalil, Huda Zurayk, Hind Khattab
Learning about the Gynecological Health of Women, 1994
- No. 3• Hind Khattab, Huda Zurayk, Nabil Younis, Olfia Kamal
Field Methodology for Entry into the Community, 1994
- No. 4• Hind Abou-Seoud Khattab, Huda Zurayk, Olfia Ibrahim Kamal,
Francoise Ghorayeb, Nadine Karraze Chorbagi
An Interview-Questionnaire on Reproductive Morbidity: The Experience of the Giza Morbidity Study, 1997
- No. 5• Raeda Al-Qutob, Salah Mawajdeh, Laila Nawar, Salama Saidi, Firas Raad
Assessing the Quality of Reproductive Health Services, 1998

Policy Series in Reproductive Health (Continued)

- No. 6• Karima Khalil, Abdel Moneim Farag, Assem Anwar, Dina Galal, Olfia Kamal, Nadine Karraze Shorbagi, Miral Breebaart, Hind Khattab, Nabil Younis and Huda Zurayk
Integrating an RH Framework within Primary Care Services: The Experience of the RH Intervention Study, 2000
- No. 7• Farag, Abdel Moneim, Karima Khalil, Assem Anwar, Dina Galal, Nabil Younis
Improving Women's Reproductive Health: The Medical Components of a Primary Level Framework of Services. The Experience of the Reproductive Health Intervention Study, 2002.

Monographs in Reproductive Health

- No. 1• Hind Khattab
Women's Perception of Sexuality in Rural Giza, 1996
- No. 2• Hania Sholkamy
Women's Health Perceptions: A Necessary Approach to an Understanding of Health and Well-Being, 1996
- No. 3• Farha Ghannam
The Social Construction of the Female Body in Low-Income Cairo, 1997
- No. 4• Rita Giacaman and Muna Odeh
Women's Perceptions of Health and Illness in the Context of National Struggle in the Old City of Nablus, Palestine