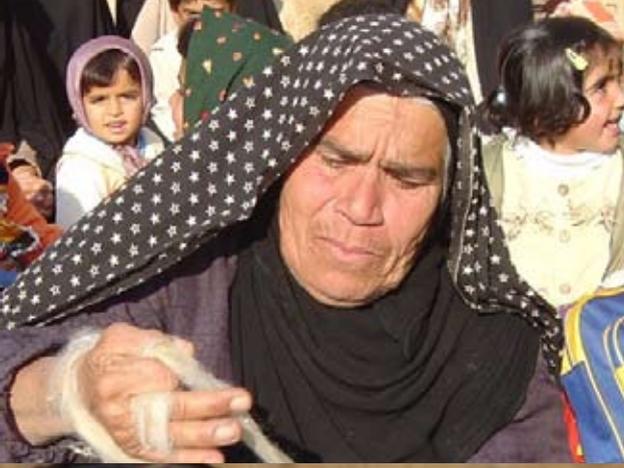


استعراض لقضايا جندرية متعلقة بصحة النساء في إقليم شرق المتوسط



استعراض لقضايا جندرية متعلقة بصحة النساء في إقليم شرق المتوسط

© منظمة الصحة العالمية، 2010
جميع الحقوق محفوظة.

إن التسميات المستخدمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المواد الواردة فيها، لا تعبر عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تحومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوط حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

كما أن ذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معيَّنة لا يعني أن هذه الشركات أو الجهات معتمدة، أو موصى بها من قِبَل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يباثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميَّز أسماء المنتجات المسجَّلة الملكية بوضع خط تحتها. وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات التي تحتويها هذه المنشورة. غير أن هذه المادة المنشورة يجري توزيعها دون أي ضمان من أي نوع، صراحةً أو ضمناً. ومن ثم تقع على القارئ وحده مسؤولية تفسير المادة واستخدامها. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية بأي حال أي مسؤولية عما يترتب على استخدامها من أضرار.

ويمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من وحدة التوزيع والمبيعات، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ص. ب. (7608)، مدينة نصر، القاهرة 11371، مصر (هاتف رقم: +202 2670 2535؛ فاكس رقم: +202 2670 2492؛ عنوان البريد الإلكتروني: PAM@emro.who.int). علماً بأن طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، جزئياً أو كلياً، سواء كان ذلك لأغراض بيعها أو توزيعها توزيعاً غير تجاري، ينبغي توجيهها إلى المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، على العنوان المذكور أعلاه: البريد الإلكتروني: WAP@emro.who.int.

تصميم أحمد صلاح مصطفى
طُبِعَ في المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، بالقاهرة



المحتوى

- 1- المقدمة 5
- 2- قضايا الجندر وتأثيرها على الصحة 7
- 1-2 معرفة القراءة والكتابة ومستوى التعليم 7
- 2-2 التوظيف 9
- 3- الوصول إلى الرعاية والخدمات الصحية 10
- 1-3 الوصول المادي / التوافر 10
- 2-3 الوصول الاقتصادي 11
- 3-3 الوصول الاجتماعي الثقافي 11
- 4-3 أثر الخدمات العمومية على النتائج الصحية 12
- 4- الزواج 13
- 1-4 الزواج المبكر 13
- 2-4 تمتع النساء بسلطة اتخاذ القرارات ضمن العائلة 14
- 3-4 حرية الحركة والتفاعل الاجتماعي 14
- 5- النساء في الحياة العامة 15
- 6- مضامين تؤثر في الأبحاث وتخطيط السياسات 16
- 7- الاستنتاجات 16
- 8- المراجع 18



1- المقدمة

مع توالي التطورات في العلم والطب المؤدية إلى نتائج صحية أفضل، أصبح من المعروف بوضوح أن للعوامل الاجتماعية أثر كبير وتأثير على النتائج والسلوكيات الصحية. يجب على منظمة الصحة العالمية WHO وغيرها من الجهات العاملة في مجال الصحة العامة أن تعالج العوامل الاجتماعية التي تؤثر على بلوغ الوضع الصحي المثالي والمحافظة عليه، بما في ذلك العوامل الاجتماعية التي تترجم إلى عوامل خطورة تؤدي إلى تدهور الصحة ضمن مجموعة سكانية معينة.

سلط المؤتمر العالمي للأمم المتحدة (UN) حول حقوق الإنسان الذي عقد في فيينا في عام 1993، الضوء على أهمية المساواة بين الجنسين - المساواة الجندرية - في جميع مجالات التطور الاجتماعي والاقتصادي، كذلك فعل المؤتمر الدولي حول السكان والتنمية الذي انعقد في القاهرة في عام 1994، والمؤتمر العالمي الرابع حول النساء الذي انعقد في بكين في عام 1995 والذي بني على اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (1979). دعا المنديوبون وكالات الأمم المتحدة والحكومات الوطنية إلى العمل على ضمان أن تكون المساواة والعدالة الجندرية قد أخذتا بعين الاعتبار لدى إقرار الأغراض، وتخصيص الموارد، وتحديد نشاطات ونتائج البرامج في هذا المجال. وفي أيلول/ سبتمبر عام 2000، وقعت 189 دولة على إعلان الألفية الذي تلاه إطلاق الأمم المتحدة للمرامي الإنمائية للألفية للحد من الفقر وتحسين الصحة، مع تحديد تاريخ مستهدف لإنجازها في عام 2015. وفي عام 2002 أكدت أهداف المرامي الثالث من المرامي الإنمائية للألفية من جديد على المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة كمرامي إنمائية رئيسية. كما أقر أيضاً بأن المساواة بين الجنسين كانت مكون حاسم في تحقيق أهداف المرامي الإنمائية الألفية الأخرى. إن ثلاثة من المرامي الثمانية وتسعة من الأهداف السبعة عشرة ترتبط مباشرة بنتائج الصحة البدنية التي تتأثر بالعوامل الاجتماعية والتي ترتبط بدورها بشكل وثيق بالجندر.

الجندر هو تركيبة اجتماعية تعرّف وتصف الأدوار الاجتماعية المحسوسة، والمسؤوليات، والحقوق، والفرص والتأثيرات للإناث والذكور لتحسين المجتمع والحفاظ عليه، والتي تتأثر بالمحددات العائلية، والثقافية، والسياسية، والاقتصادية والروحية. تشير العدالة الجندرية إلى الإنصاف، والعدل والتوازن في توزيع الفوائد، والمسؤوليات والأدوار تبعاً لمحددات جندرية. يجب تحديد هذه الاختلافات ومعالجتها بطريقة تصحح عدم التوازن بين الجنسين في أطوار مختلفة من دورة الحياة.

إن الظلم الجندري يلعب دوراً كبيراً في تحديد المخاطر الصحية التي تواجهها المرأة في حياتها، ومعارفها، وضعفها، وقوتها وقدرتها على التحمل، وثقتها بنفسها وإمكانية حصولها على مساعدة نظم الدعم الاجتماعي للتعامل مع المشاكل الصحية عند ظهورها. على سبيل المثال، يقود عدم كفاية التعليم الذي يتاح للنساء إلى محدودية في الفرص الاجتماعية والاقتصادية المتاحة، وبالنتيجة يغدو حصول المرأة على الدخل النقدي في العديد من دول الإقليم محدوداً، ومعدل النشاط الاقتصادي للنساء منخفضاً بالمقارنة مع الرجال. علاوة على ذلك، إن التقييدات المفروضة على الحركة البدنية للنساء والبنات والقيود التي تعترض صنع المرأة للقرار، وتمتعها باستقلالها الذاتي،

تضع عقبات أمام النساء والبنات تحول دون حصولهن على خدمات الرعاية الصحية والاستفادة منها بفعالية.

تؤثر المعايير الجندرية على المؤسسات بما فيها مؤسسات القطاع الصحي. وبدورها تؤثر هذه المعايير على تعرض النساء والرجال للمخاطر الصحية، والوصول إلى المعلومات والخدمات الصحية، والنتائج الصحية المتحققة، والاستجابة للرعاية الصحية والعواقب الاجتماعية والاقتصادية للمرض والصحة العيلة. ولمعالجة مظاهر الظلم الجندري لدى النساء، التي تشكل حواجز تحول دون وصولهن إلى الصحة، فإنه من المهم أن تضمن النظم الصحية توفير خدمات رعاية صحية متميزة شاملة للنساء، وأن يتم إشراك النساء أيضاً في عمليات التخطيط الصحي. ومن المهم أيضاً البحث عن آليات تمويل بديلة للرعاية الصحية (أي الانتقال من آليات الدفع النقدي لتكاليف الخدمة الصحية من قبل المريض إلى آليات تجميع المخاطر) للنساء وغيرهن من المجموعات المعرضة للخطر وأخذها بعين الاعتبار.

إن دعم منظمة الصحة العالمية للبلدان الأعضاء في دمج الاستجابة الجندرية ضمن جهود تقوية وتطوير النظام الصحي هو أمر أساسي. وتتم مواجهة بعض التحديات في معالجة القضايا المستعرضة في النظم الصحية وهناك حاجة لمزيد من التعاون بين القطاعات لإحداث أثر فعال على العوامل الاجتماعية المحددة للصحة. يمكن للسياسات الصحية أن تؤثر بشكل إيجابي على المعايير الجندرية الظالمة من خلال التأكيد على أهمية الإنصاف، ومن خلال ضمان معالجة الحاجات المتباينة للنساء والرجال والصبيان والبنات. وقد أعطيت العديد من المجالات أولوية خاصة في سياسات منظمة الصحة العالمية المعنية بصحة النساء بما فيها الحاجة إلى جمع بيانات صحية مقسمة تبعاً للجنس، واستخدام هذه البيانات في توجيه وتحسين جهود تقديم الرعاية الصحية لتلبية الحاجات الخاصة للذكور والإناث. بالإضافة إلى ذلك فإن تدريب العاملين في المجال الصحي على إدارة مشاكل النساء الصحية في مختلف مراحل الحياة هو أمر حاسم لمعالجة الفجوات التي يتم مواجهتها في مجال صحة النساء.

سوف تسلط هذه المطبوعة الضوء على حالة العدالة الجندرية في مجالات معرفة القراءة والكتابة، والتعليم، والتوظيف لدى النساء في الإقليم، وستبين كيف تؤثر هذه الفرص الاجتماعية على النتائج الصحية. علاوة على ذلك سوف تتم مناقشة القضايا الجندرية التي تؤثر في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية والاستفادة منها بما فيها متغيرات قابلية الحركة والاستقلال الذاتي. كما ستتم مناقشة وضع النساء ضمن الزواج وبشكل خاص مسألة الزواج المبكر وأثره على النتائج الصحية لدى النساء.

يؤثر الجندر على النتائج الصحية ضمن المجموعة السكانية فيما يتعلق بالوضع الصحي الفعلي، وإدراك الحالة الصحية، وسلوكيات التماس الرعاية الصحية، ومواقف واستجابات مقدمي الرعاية الصحية والمجتمع. وبما أن النساء في مختلف أنحاء الإقليم يلعبن الدور الرئيسي في تقديم الرعاية في العائلة، فإنه يمكن للظلم الجندري أيضاً أن يكون له عواقب على صحة الطفل والعائلة والمجتمع عموماً [1]. من الضروري أن تدرك السياسات والبرامج الصحية تأثير الجندر على الصحة، وأن تضمن معالجة الاحتياجات الخاصة والمتباينة للذكور والإناث في مختلف مراحل دورة الحياة.



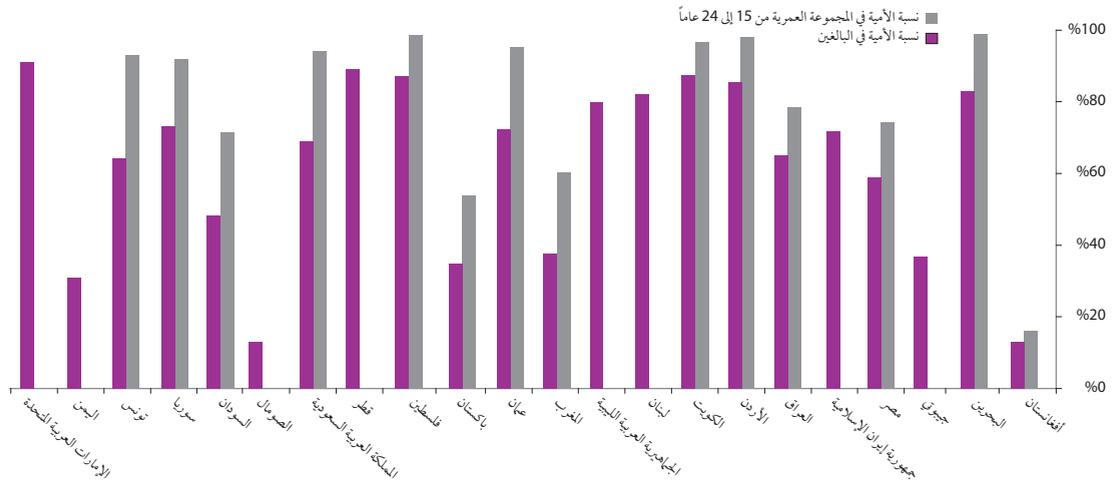


2- قضايا الجندر وتأثيرها على الصحة

1-2 معرفة القراءة والكتابة ومستوى التعليم

إن الحصول على التعليم هو عنصر رئيسي في الصحة والتنمية. وقد حدد مؤتمر الأمم المتحدة الدولي حول السكان والتنمية (1994) تعليم النساء والبنات على أنه العامل الوحيد الأكثر أهمية في تحسين الصحة في دولة ما [2]. وقد أظهرت الفجوات الجندرية في التعليم أن لها تأثيراً سلبياً واضحاً على النتائج الصحية للنساء، وعلى الرغم من الجهود المستمرة التي بذلت في العقدين الماضيين في الإقليم لمعالجة هذه التفاوتات فما يزال عدد كبير من النساء أميات أو مستعدات من العملية التعليمية. ويظهر (الشكل 1) المعدلات المنخفضة لمعرفة النساء بالقراءة والكتابة في دول الإقليم، وبشكل خاص في جيبوتي، ومصر، والعراق، والمغرب، وباكستان، والسودان واليمن.

يكاد المرمى من تقديم التعليم الأساسي العام للبنات قد تحقق في العديد من دول المنطقة، وكان هناك تزايد في معدل حصول البنات على التعليم الثانوي والثالثي. لكن بعض الدول مثل جيبوتي التي تملك نسبة إجمالية لتعليم النساء إلى الرجال تعادل 62 : 100، واليمن التي تملك نسبة تعادل 66 : 100، ما تزال متخلفتان بشكل حاد عن تحقيق مرمى تقديم تعليم عام شامل للنساء [4]. وعلى الرغم من الإنجازات التي تم تحقيقها، فإن عدد البنات اللاتي يتخرجن، خاصة من التعليم الثالثي، يظل أقل بكثير من عدد الصبيان في العديد من الدول. إن الكثير من



المصدر: معهد اليونسكو UNESCO للإحصاء، 2006 [3]. البيانات المعطاة لجيبوتي، ولبنان، والجمهورية العربية الليبية، والصومال، واليمن والإمارات العربية المتحدة تشير إلى النساء بعمر + 15 سنة [المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط. المؤشرات الديموغرافية، والاجتماعية والصحية لدول شرق المتوسط، القاهرة، 2006].

الشكل 1- معدلات معرفة الإناث للقراءة والكتابة في إقليم شرق المتوسط، 2000-2004

البنات غير قادرات على إكمال تعليمهن نتيجة للصعوبات الاقتصادية. وتنخفض العائدات الاقتصادية المتوقعة لتعليم البنات حيث أن العديد من النساء يتعدن عن عائلتهن بعد الزواج. أما الصعوبات الأخرى التي تحد من حصول البنات على التعليم فهي سياسات التعليم الوطنية، ونقص في أعداد المعلمات، وتوقعات منخفضة لفرص التوظيف التي يمكن أن تتاح للبنات، الإنهاك في الأعمال المنزلية والزواج المبكر [5]. بالإضافة إلى ذلك فإن العديد من البنات لا يتلقين نوعية التعليم الضرورية لدخول سوق العمل الحديث والعالمي، كما أن التعليم الذي يقوم على الفصل بين الجنسين، وهو الشائع في الإقليم، يمكنه أيضاً أن يعزز من الصورة النمطية الجندرية السائدة [6،7].

إن مستوى التعليم الذي تتلقاه المرأة هو محدد أساسي لاستقلالها الذاتي ووضعها المستقبلي حيث أنه يقرر نقطة الدخول إلى عالم التوظيف ومستوى القوة الاقتصادية الذي يمكن لها أن تتوقع الحصول عليه. وهو أيضاً مصدر أساسي للمعرفة والمعلومات وقد ثبت أنه أداة تنبؤ هامة للعمر المتوقع للنساء [8].

لقد أظهرت النساء المتعلمات أنهن يمتلكن قرارهن الذاتي فيما يختص بالإنجاب كما تم توضيحه عبر دراسة أجريت في مصر حيث وجد تفاوت كبير في معدل استعمال موانع الحمل بين النساء ذوات التعليم الجامعي (93%) والنساء الأميات (33%) [9]. إن لاستخدام موانع الحمل تداعيات هامة على الصحة الإنجابية وصحة الأم، حيث أن الحمل الغير مخطط له قد يؤدي إلى إجهاض غير آمن، وقد يؤدي عدم توفر موانع الحمل إلى الحمل المتكرر والذي يمكن أن يكون له تأثير ضار على صحة الأمهات. إن لاستعمال العازل الذكري فائدة مزدوجة تتمثل في منع الحمل والإنتانات المنتقلة عن طريق الجنس بما فيها فيروس العوز المناعي البشري HIV (الأيدز). وليس من قبيل الصدفة أن يكون أقل معدل للوفيات بين الأمهات في الإقليم موجود في تلك الدول التي يوجد فيها قدر أكبر من العدالة الجندرية في مجال الحصول على التعليم [6].

إن المستوى المنخفض من التعليم هو عامل هام أيضاً في تحديد ما إذا كانت المرأة ستحمل في عمر صغير، وهو الأمر الغير محبذ من ناحية النتائج الصحية على صعيد صحة الأم والطفل [6]. إن المستويات المنخفضة لتعليم الإناث تترافق أيضاً بشكل قوي مع الاكتئاب وغيره من مشاكل الصحة النفسية بين النساء [10]. بالإضافة إلى ذلك تعاني النساء ذوات التعليم الضعيف بشكل أكثر من العنف المنزلي وما لذلك من نتائج خطيرة على الصحة البدنية أو النفسية، كما أوضحت الدراسات التي أجريت في كل من مصر والسودان [11،12]. على العكس من ذلك فإن النساء اللاتي تحصلن على تعليم أعلى قد أظهرن أنهن يمتلكن قوة أكبر في ممارسة حقوقهن القانونية وفي انتقاء الخيارات التي تؤثر في صحتهن وتناجهن الإنجابية [5].

إن للتعليم مضامين أخرى أيضاً فيما يتعلق بالسلوك الخاص بالتماس الرعاية الصحية مثل الحصول على خدمات الكشف عن السرطان أو خدمات ما قبل الولادة، أو خدمات معالجة الإنتانات المنقولة جنسياً. لقد تم توثيق الرابط بين تعليم الأنثى وصحة الطفل والعائلة بشكل جيد [13]. كما تبين أن الأمية بين الأمهات تمثل خطراً أكبر يؤدي لمعدل انتشار أعلى لسوء التغذية الشديد بين الأطفال. وأظهرت دراسة أجريت في باكستان أن نسبة





وزن الجسم المنخفض أو الأطفال المتعثرين النمو كانت أعلى بين أولئك اللذين لم تتلقَ أمهاتهم التعليم المدرسي الأساسي [14]. إن معدل وفيات الرضع والأطفال هي معدلات منخفضة في الأطفال الذين حصلت أمهاتهم على تعليم أعلى [1].

2-2 التوظيف

إن نوع العمل الذي يؤديه الفرد يرتبط دوماً بشكل وثيق بمستويات التعليم ويمكن أن يكون عاملاً مؤثراً فيما يتعلق بالنتائج الصحية. إن الدخل الكافي هو عامل هام في التمكن من الحصول على خدمات الرعاية الصحية عندما لا تُقدّم هذه الخدمات مجاناً من قبل الدولة. وافتقار النساء للتعليم غالباً ما يدفعهن إلى القيام بأعمال ذات دخل منخفض. ومن ثم، فإن المنافع الاقتصادية الناتجة هي أقل بالنسبة للنساء كما أن افتقارهن للاستقلالية الاقتصادية له نتائج على وضعهن الاجتماعي وعلى صحتهن.

إن مشاركة النساء في سوق العمل في هذا الإقليم هو أقل منه في الأقاليم الأخرى حيث تصل إلى معدل 28٪، رغم ملاحظة وجود تفاوت واضح بين الدول، كما أن عدداً متزايداً من النساء يعمل الآن بوظائف ذات أجر [7]. في عام 2001 في الأردن شكلت النساء 15٪ من القوة العاملة وهذا يمثل زيادة ضعفين عن الأرقام السابقة [15]. ونجد الأعداد الأعلى للنساء العاملات في وظائف مدفوعة الأجر في لبنان، والمغرب واليمن. وتوجد النسب الأقل في المملكة العربية السعودية وغيرها من الدول الأعضاء في مجلس التعاون الخليجي (GCC)، حيث تمثل النساء فقط 7٪ من القوة العاملة [1]. وهناك تناقض ما حيث أن عدد النساء اللواتي يرتدن الجامعة في بعض الدول هو أكثر من عدد الرجال، لكن النساء في تلك الدول لا يتمتعن بفرص توظيف مكافئة للرجال. ولو توظفت النساء بتواتر أعلى في أعمال مدفوعة الأجر، فإن متوسط دخل الأسرة يمكن أن يزيد بنسبة 25٪ وتتحسن بشكل ملحوظ الحالة الاجتماعية والاقتصادية للعديد من العائلات [16].

يمكن تفسير أسباب المعدلات المنخفضة في توظيف الإناث من خلال النماذج الجندرية التقليدية السائدة في الإقليم. تشمل هذه على التركيز على الدور المركزي للعائلة مع تعريف للنساء كأمهات وزوجات بدلاً من كونهن أفراد يملكن حقوقهن، واستمرارية المفهوم الذي يقول بمسؤولية الرجل كمعيل ومؤمن للقوت والقيود المفروضة على سلوك وقابلية حركة المرأة. ويمكن للتوظيف أن يعزز بشكل إيجابي من عافية المرأة البدنية والنفسية ويحسن من احترامها لذاتها من خلال بناء شبكة من العلاقات الاجتماعية وتعزيز استقلالها بشكل أكبر. تتمتع النساء الموظفات دوماً بوضع أفضل محسوس اجتماعياً مما يؤدي إلى احترام واستقلال ذاتي أكبر، وهذه عوامل ملائمة لتحقيق نتائج صحية إيجابية. وفي دراسة أجريت في مصر، تبين أن أزواج النساء الموظفات كانوا أكثر قابلية للمساعدة في الواجبات المنزلية، وفي رعاية الأطفال [9]. بالمقابل. فقد ظهر أن النساء اللاتي لسن من ذوات الوظائف المدفوعة الأجر هن أكثر قابلية للتعرض لمستويات متزايدة من العنف المنزلي، وهو الأمر الذي يمكن أن يعزى إلى ضائقة مكانتهن الاجتماعية المحسوسة [11].

لكن ليست كل الأعمال مفيدة للنتائج الصحية بالنسبة للرجال أو النساء. ففي حين أن التوظيف ذو الدخل الجيد في الصناعة قد يزيد فعلياً من مأمول العمر المتوقع، فإن العمل الزراعي والذي هو الشكل السائد للعمل بين العديد من الرجال والنساء في مصر، والجمهورية الإسلامية الإيرانية، والجمهورية العربية السورية، واليمن، يمكن أن يكون له تأثير سلبي أكبر على الصحة [8]. كما أن النساء الموظفات ممن يجب عليهن أيضاً العمل في المنزل قد يواجهن المزيد من الإجهاد وقد يشعرن بالتمزق بين أدوارهن المزدوجة. يمكن لهذا أن يؤثر سلباً على النتائج الصحية خاصة إذا لم يكن هناك دعم اجتماعي أو قانوني للنساء العاملات [17].

إن الوصاية الأبوية والاعتماد على الرجال يمكن أيضاً أن لا تنتهي بالضرورة عند توظيف النساء، أو عند تحسن تحكمهن بمصادر دخلهن الخاصة من خلال التوظيف [15]. وفي كافة أرجاء الإقليم، تؤدي النساء العمل غير المأجور في المنزل أو في الزراعة المعيشية لسد احتياجات العائلة أو تعملن في أعمال العائلة وهن غير مسجلات في الإحصائيات حول توظيف الإناث. كما أنهن لا يحصلن على تأمين أو ضمان صحي. بالنتيجة، فإن التوظيف المأجور لا يعطي النساء بالضرورة إمكانية أكبر للحصول على دخل أو التحكم به ولكنه يمكن أن يحسن الوضع الاقتصادي لعائلاتهن [18]. ويمكن للعمل ذو الدخل الأعلى أن يكون له فوائد إيجابية فيما يتعلق بالعمر المأمول المتوقع وتحسين النتائج الصحية، لكن المستويات المنخفضة لتعليم الإناث دائماً ما تقيد من إمكانية حصولهن على هذه الوظائف.

3- الوصول إلى الرعاية والخدمات الصحية

إن الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية والاستفادة منها يتحدد من خلال الوصول المادي إلى الخدمات أو توافرها، والوصول الاقتصادي أو يسر تكاليف الخدمات والوصول الاجتماعي أو مقبولية هذه الخدمات. وهكذا فإن حرية الحركة، والسلطة المالية والوضع الاجتماعي هي جميعها محددات هامة في الوصول إلى الرعاية الصحية.

3-1 الوصول المادي / التوافر

إن النقص في توفر خدمات الرعاية الصحية يعد مشكلة في العديد من دول الإقليم، خاصة تلك التي تواجه الحروب وتعاني من النزاعات المستمرة، مثل أفغانستان، والعراق، وفلسطين والسودان. ورغم أنه في دول مثل قطر والإمارات العربية المتحدة والأردن، نجد أن نسبة الأطباء لعدد السكان تزيد على: 200 : 100000، فإن هذا الرقم ينخفض بشدة في دول أخرى، ففي اليمن مثلاً يبلغ (22 : 100000)، وفي أفغانستان (19 : 100000)، وفي السودان (16 : 100000)، وفي جيبوتي (13 : 100000) والصومال (4 : 100000) [19]. في أفغانستان نجد أن البنية التحتية الصحية هي عملياً غير موجودة كما أن النقص في الطرقات ووسائل النقل يحد بشكل أكثر من إمكانية الوصول إلى الرعاية الطبية لدى السكان الذين هم في غالبيتهم من الريفيين [20]. وتواجه المناطق الأخرى التي مزقتها النزاعات مشاكل مماثلة. وحيث





يوجد نقص في الخدمات الطبية، فإن السفر لمسافات طويلة للوصول إلى المراكز الطبية يعد حاجزاً أمام الحصول على خدمات الرعاية الصحية، خاصة بالنسبة للنساء ممن وضعت أمامهن قيود على حركتهن أو ممن لا يتمكن من تحمل تكاليف التنقل أو الوقت اللازم للسفر [21]. هذا الأمر صحيح خاصة في مجال الوصول إلى خدمات الرعاية ما قبل الولادة، ففي حالات الطوارئ وعندما تكون هنالك حاجة ماسة للوصول إلى الخدمات بسرعة نجد أن توفر الخدمات محلياً غير مضمون. في أفغانستان، أدى ذلك العدد من النساء اللاتي يحضرن متأخرات وهن يعانين من مضاعفات الحمل، مثل النزف أو المخاض المتعسر إلى تداخلات تستهدف بشكل أولي إنقاذ الأمهات لأنه في 50٪ من تلك الحالات يكون الجنين قد مات أصلاً قبل وصول المرأة لمرفق الرعاية الصحية [20].

إن قلة الولادات التي يحضرها العاملون المدربون بالقبالة يمثل مشكلة كبيرة في الإقليم ويؤدي إلى نتائج صحية سلبية على كل من النساء والرضع حديثي الولادة. ففي البحرين، والأردن، والكويت وقطر، يشرف على غالبية الولادات عاملون متدربون على القبالة لكن الأعداد تتناقص بشدة في الدول التالية: المغرب (40٪)، والصومال (34٪)، باكستان (23٪)، اليمن (22٪) وأفغانستان (14٪) [19]. إنها حقيقة لا خلاف عليها أن معدل الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة ينخفض بشكل ملحوظ لدى وجود العاملين على القبالة المدربين أثناء الولادة، ومع ذلك تموت حالياً في الإقليم أكثر من 50000 امرأة كل عام نتيجة للمضاعفات المتعلقة بالحمل [22].

2-3 الوصول الاقتصادي

كما ذكرنا سابقاً تلعب العوامل الاجتماعية الاقتصادية دوراً حاسماً في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. إن النساء المعتمدات مادياً على أزواجهن وهن في الغالب غير قادرات على الوصول إلى الخدمات دون موافقة الزوج وقد يشكل هذا الأمر صعوبة خاصة إذا ما ترافقت الاستفادة من هذه الخدمات بوصمة عار، كما هو الحال مثلاً في الحضور إلى العيادة طلباً للعلاج من الإنتانات المنقولة جنسياً. إن الخيار المتاح أمام المرء في انتقاء مقدم الرعاية الصحية يتأثر بقوة بالاعتبارات المالية. ففي المغرب لوحظ أن النساء بشكل عام يفضلن استعمال الأدوية التقليدية أو الحضور إلى المرافق الصحية العامة الأقل تكلفة، في حين أن الرجال في أغلب الأحيان يختارون العيادات الخاصة الأكثر تكلفة [23].

3-3 الوصول الاجتماعي الثقافي

نتيجة للمعايير الاجتماعية الثقافية السائدة فإن النساء في الإقليم على الأرجح يتجاهلن الأعراض المرضية الخطيرة لفترات أطول من الزمن دون اللجوء إلى طلب المشورة الطبية. عادة ما يتم إهمال صحة النساء أو أن صحتهن تأتي في مرتبة دنيا في أولويات العائلة الصحية وهذا قد يؤدي إلى تدهور الحالات المرضية نتيجة للتأخير الواضح في طلب الحصول على المعالجة [24]. إن افتقار النساء للمعلومات والمعرفة بالمسائل الصحية وعدم القدرة على تمييز أعراض المرض يفاقم أيضاً من المشكلة.

إن تدني فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية واستخدامها ينطوي على بعض العواقب على صحة النساء فيما يتعلق باكتشاف المرض وتشخيصه بشكل صحيح، وتأخر المعالجة وعدم الالتزام بها. وفي دراسة أجريت في مصر، تبين أن عدد حالات السل لدى الذكور قد فاق نظيره لدى الإناث بأكثر من الضعف مما يشير إلى أن صعوبة حصول النساء على خدمات الرعاية الصحية قد أدى إلى عدم تشخيص بعض الحالات من السل لدى النساء. وحيث أن النساء يزن عن للحضور إلى مراكز الرعاية الصحية في مراحل متأخرة من المرض، فإن الأعراض لديهن تكون أكثر تقدماً أو تكون فرص نجاتهن أضعف؛ إن هذا الأمر صحيح خاصة بالنسبة للأمراض مثل السرطان حيث تكون المعالجة المبكرة هي الإجراء المحبذ [25]. وأظهرت الدراسات التي أجريت على مرض التراخوما (الحثر) أن هناك مضاعفات أكبر للمرض بين النساء حيث أنهن عادة ما يؤخرن طلب المعالجة من هذه المشكلة الطبية [26].

إن القيود الموضوعية على حركة النساء ونقصعاملات في الرعاية الصحية يؤدي أيضاً إلى نتائج صحية سلبية على النساء. بالمقابل يمكن للنتائج الصحية السلبية أيضاً أن تلحق بالرجال بسبب حقيقة أن المراكز الصحية قد تركز بالدرجة الأولى على الرعاية الصحية أثناء الحمل أو الرعاية الصحية للأم والطفل وهذا قد يمثل عائقاً أمام حصول الرجال على هذه الخدمات. على أية حال لا بد من ملاحظة أن حركة المرأة مصحوبة بأحد أقربائها والتي تعتبر اجتماعياً أكثر قبولاً بالنسبة للكثير من النساء، لا تتداخل بالضرورة مع سلوكيات التماس الرعاية الصحية. إن الإشراف الذكوري يمكن في الواقع أن يؤدي إلى تحسين النتائج الصحية بالنسبة للنساء، كما أظهرت الدراسة التي أجريت حول نسب نجاح معالجة السل في اليمن [27]. فقد شعر الرجال بالمسؤولية تجاه ضمان التزام النساء بالمعالجة ورافقوهن في الزيارات إلى المراكز الصحية للمعالجة في إطار "استراتيجية المعالجة قصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر" (DOTS). لكن الرجال بدوا أقل حظاً في إنجاح معالجتهم، وكانوا أقل احتمالاً لزيارة المراكز الصحية لصالحهم الشخصي.

4-3 أثر الخدمات العمومية على النتائج الصحية

إن الإمكانية المحدودة للحصول على ماء الشرب الآمن، والصرف الصحي والمجاري هي مصدر للخطورة على كل من صحة الذكور والإناث فيما يتعلق بالأمراض المنقولة عبر الماء، مثل داء البلهارسيا [28] والأمراض الإسهالية. وفي حين أن 84٪ من السكان في دول مجلس التعاون الخليجي GCC لديهم إمكانية الحصول على الماء الآمن، فإن هذا الأمر صحيح فقط لما نسبته 69٪ من السكان في كل من اليمن، والسودان، 29٪ من السكان في الصومال و13٪ من السكان في أفغانستان. يوجد أيضاً تفاوت أكبر بين الدول فيما يتعلق بالصرف الصحي الكافي. ففي لبنان، والجمهورية العربية الليبية، وقطر والإمارات العربية المتحدة، بمقدور السكان التمتع بما يقارب 100٪ من خدمات الصرف الصحي الكافي. في حين أن ثلث دول الإقليم غير قادر حتى على تأمين الصرف الصحي الكافي إلى 50٪ من السكان. 35٪ فقط من السكان لديهم إمكانية الوصول إلى الصرف الصحي الكافي في الصومال، 34٪ في السودان، 30٪ في اليمن و8٪ في أفغانستان [19]. إن الحصول على الماء الآمن، والمجاري، والصرف الصحي الكافي هي قضايا ذات صلة بالجنس. فمعالجة المياه والأنشطة المرتبطة بها مثل





التجميع، والتخزين والتخلص من مخلفات المياه، أو الواجبات التي تتضمن الجلي، والطبخ، وغسل الملابس أو استحمام الأطفال هي من مسؤوليات المرأة بشكل تقليدي في الإقليم، وتعتمد المحافظة على الصحة الجيدة على توافر المصادر الآمنة للمياه [28]. ويمثل التخلص الآمن من المخلفات المائية مشكلة خطيرة تنطوي على عواقب صحية سلبية على كلا الجنسين.

4- الزواج

4-1 الزواج المبكر

إن عمر الزواج كعامل اجتماعي وديموغرافي أثراً ملحوظاً على النتائج الصحية للمرأة والطفل في الإقليم. فقد يكون الزواج المبكر محبذاً نتيجة للقيم الثقافية أو التقاليد ويحدث لأسباب مثل الرغبة في حماية عفة الفتيات الصغيرات، والضغط الاجتماعية، والاعتقاد بأنه يمكن ضمان الخصوبة عند الزواج أثناء سن البلوغ، أو لأسباب اقتصادية. وأظهرت دراسة في الجمهورية الإسلامية الإيرانية أن النساء اليافعات تواجهن ضغطاً قوياً للزواج وإنجاب الأطفال [29]. وفي مسح أجري في المملكة العربية السعودية، كانت 27٪ من البنات متزوجات قبل بلوغ 16 عاماً، وكان أصغر عمر مسجل للزواج هو 10 سنوات. وفي اليمن، 17٪ من البنات سُجِّل زواجهن في عمر بين 15 و 19 عاماً [30]. يترافق الزواج المبكر بشدة مع مستويات التعليم المنخفضة، حيث أن البنات اللواتي يحرمن من فرص التعليم هن أكثر قابلية للزواج وهن صغيرات. إن البنات اللاتي يتزوجن في عمر المراهقة يفتقرن غالباً للحافز لمتابعة التعليم بعد الزواج أو قد يجدن صعوبة في الاستفادة من الفرص التعليمية كنتيجة للمسؤوليات العائلية والأومة. إن الزواج في المراهقة والذي عادة ما يترافق مع فجوة عمرية كبيرة، قد يساهم أيضاً في ارتفاع نسب العنف المنزلي والجنسي، بالإضافة إلى أنه يؤدي لمعدلات طلاق أعلى [30]. وجدت دراسة أجريت في الجمهورية العربية السورية أن الزواج المبكر متلازم مهم غير مباشر للاضطراب النفسي والمراضة [10].

ومن المرجح أيضاً أن يؤدي الزواج المبكر إلى حمل المراهقات مع نسب أعلى لنتائج الحمل الغير محبذة ونسب أعلى للإجهاض، ليس فقط في الحمل الأول، ولكن في الأحمال التالية أيضاً. وتشير البحوث إلى أن الزواج المبكر في المراهقة يترافق مع حوالي ضعف خطر الإجهاض العفوي وحوالي أربع أضعاف خطر فقدان الجنين أو الرضيع [30]. وحيث أن النساء المراهقات هن بيولوجياً ونفسياً غير ناضجات، فإن الحوامل من المراهقات تصنفن في الفئة العالية الخطورة. إن الولادة في عمر صغير هي محدد هام للحمل المتكرر والمشاكل الصحية طوال السنوات التي تكون بها المرأة في عمر الإنجاب، وتمثل أيضاً مسؤولية جمّة على النساء اليافعات. ويمكن لحمل المراهقات أن ينطوي على عواقب صحية خطيرة على الرضع فيما يتعلق بقلّة الوزن عند الولادة وارتفاع معدلات الإملاص (ولادة جنين ميت) [31].

2-4 تمتع النساء بسلطة اتخاذ القرارات ضمن العائلة

إن الحرية في اتخاذ القرار هي سمة هامة للاستقلال الذاتي للفرد، والتمكين والحرية الشخصية. فهي تتضمن القدرة على اتخاذ القرارات والتصرف تبعاً لذلك من أجل تحقيق الأمنيات الشخصية، والرغبات والموافق. وفي الإقليم، قد تكون سلطة النساء في اتخاذ القرار محدودة ويملك عادة أفراد العائلة الذكور القول الفصل في الأمور المالية، وتلك المتصلة بحرية الحركة، وتعليم الأطفال، وسلوك السعي لطلب الرعاية الصحية واستخدام وسائل تحديد النسل [32]. وفي العديد من الدول غالباً ما يتم اتخاذ القرارات المتعلقة بالنساء من قبل الأزواج أو من قبل العائلة بأكملها [33]، رغم أنه قد تبين أن سلطة النساء في اتخاذ القرار ضمن العائلة عادة ما تتحسن عبر التوظيف [15] كما أنها مرتبطة بالتعليم. فإن هذين المحددين لسلطة اتخاذ القرار يمكن أيضاً أن يعملوا كمؤشرات على سمات أخرى للاستقلالية، على سبيل المثال حرية اختيار شريك الحياة [24].

في عُمان، تبين أن النساء المخولات بشكل أكبر لاتخاذ القرارات كن، على سبيل المثال، أكثر قابلية لإنجاب طفلهن الأول في عمر أكبر وفي ترك فترات أطول من الزمن بين الولادات [2]. إن القدرة على المناقشة والوصول إلى اتفاق حول تحديد النسل بين الزوج والزوجة هي نتيجة هامة لسلطة الأنثى في اتخاذ القرار داخل الزواج. إن التأثير بين عوامل اتخاذ القرار والاستقلال الذاتي في العائلة، وفي المجتمع، وتوفر الخدمات الصحية الجيدة تتفاعل لتؤثر في معدل المراضة (ومعدل الوفيات) بين الأمهات، والإعياء البدني والنفسي للمولود، والمضاعفات المتعلقة بالولادة المتعددة، والإجهاض غير الآمن، والرضع ذوي الوزن المنخفض عند الولادة وسوء التغذية. وقد تبين أن مشاركة النساء في عمليات اتخاذ القرارات العائلية لها أيضاً أثر واضح على صحة الطفل فيما يتعلق بتراجع معدلات الوفيات بين الأطفال دون عمر 5 سنوات وتسجيل نسب أعلى للتمنيع [32].

3-4 حرية الحركة والتفاعل الاجتماعي

إن الحركة الحرة والغير مقيدة، بالإضافة إلى سلطة اتخاذ القرار هي عناصر ضرورية لاستقلال المرء الذاتي. ويمكن للتقاليد والمعايير الاجتماعية الثقافية أن تشجع على عزلة النساء أو تؤدي إلى تقييد حركتهن. إن أسباب القيود المفروضة على حركة النساء تكمن في الوصاية التقليدية للرجل أو في مفهوم الرجل لضرورة حماية النساء. وقد أظهر مسح أجري في مقاطعة البنجاب في باكستان أن 35% فقط من النساء كان يسمح لهن بالذهاب دون مرافقة للسوق في قراهن، 28% سمح لهن بالذهاب إلى المراكز الصحية دون مرافقة، و12% فقط سمح لهن بزيارة القرى المجاورة بدون مرافقة. وعلى منسب للحركة بقيمة عظمى تساوي 5، أعطيت النساء في البنجاب قيمة 1.4 [33].

إن القيود المادية على حرية تنقل النساء لها عواقب على التطور النفسي والاجتماعي، خاصة فيما يتعلق بالعلاقات والتواصل مع الناس. وأظهرت نتائج المسح الذي أجري في الأردن أن البنات بعمر صغير يتعلمن الخوف من البقاء وحدهن في أماكن معينة، ويتعلمن أن يشعرن بالضعف وأن يعتمدن على حماية الرجل ولا يتم تشجيعهن على التواصل مع المجتمع الأوسع. في بعض الحالات يمكن لعدم الامتثال لرغبات الزوج أو العائلة أن يؤدي إلى خسارة دعم الأسرة، أو الطلاق، أو خسارة حضانة الأطفال [16].



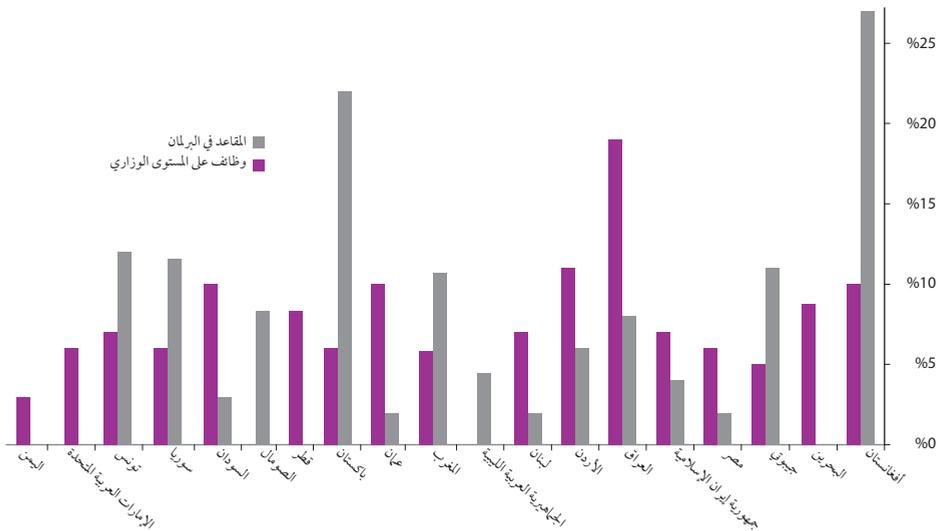


5- النساء في الحياة العامة

إن التمثيل السياسي للنساء في الإقليم منخفض جداً، ففي الحقيقة إن النسبة المثوية للنساء اللواتي يشغلن مقاعد برلمانية وفي مواقع على مستوى وزاري هو الأقل في العالم (انظر الشكل 2). فالنساء في المملكة العربية السعودية، مستبعدات بالكامل من العملية السياسية، وعلى الرغم من حوض 27 مرشحة لغمار الانتخابات في الكويت عام 2006، لم تفز أي من أولئك النسوة بمقعد برلماني. في حين إن مشاركة النساء في العملية السياسية أعلى في أفغانستان والعراق حيث أدخلت الحكومات المنتخبة حديثاً حصصاً جندرية [34].

إن التعليم هو شرط أساسي لإنخراط أكبر في ميدان السياسة ويعمل كوسيلة يمكن من خلالها رفع الوعي الاجتماعي والسياسي. وهو أيضاً يزيد معرفة النساء بالعمليات القانونية وإدراكهن لحقوقهن كما أنه مهم لتعزيز جهود التوعية [5، 6].

إن افتقار النساء للتمثيل في الحياة العامة وسلطتهن المحدودة في اتخاذ القرارات على المستوى الاجتماعي له أثر واضح على كيفية قيادة المناقشات العامة فيما يتعلق بقضايا الجندر، وعلى العواقب القانونية والسياسية الناتجة. إن المشاركة الأكبر للنساء في العملية السياسية يمكن أن تساهم في تطور وتحسين البنى التي تتقدم بالصحة سواء من خلال القرارات المتعلقة مباشرة بالصحة، أو بشكل غير مباشر من خلال القرارات التشريعية والسياسية والتي يمكن أن يكون لها أثر ثانوي على الصحة فيما يتعلق بالسياسات المعنية بقوانين التوظيف، أو التعليم أو حماية حقوق الإنسان.



المصدر: البنك الدولي إحصائيات جندرية Genderstats

الشكل 2- النسبة المثوية للنساء اللواتي يشغلن مقاعد برلمانية و في مواقع على المستوى الوزاري في الإقليم، 2004

6- مضامين تؤثر في الأبحاث وتخطيط السياسات

على الرغم من إدراج منظور مركز على الجندر في العلوم الاجتماعية والبحوث الصحية، فإن العلاقة المتبادلة وديناميكية الأوجه المختلفة الديموغرافية، أو الاقتصادية، أو الاجتماعية أو الثقافية للجندر والصحة لا تزال بحاجة إلى مزيد من البحث. ورغم وجود بيانات محدودة حول المؤشرات الصحية المقسمة تبعاً للجندر، فإن الإحصائيات الوبائية الكمية لا تعطي سبراً كافياً معمقاً للوضع الصحي النسبي والمعقد للرجال والنساء في الإقليم. لذا هناك حاجة لمزيد من البحث الكيفي بغية تحليل النتائج الصحية والعوامل التي تؤثر على هذه النتائج. إن الجندر ومضامينه الصحية هو مجال مهم لا يجد له التعبير الكافي في معظم المسوحات الصحية. إن البحث في القضايا الجندرية المتصلة بالصحة بحاجة إلى القيام به بشكل يتيح تعداداً أكبر من التخصصات المعنية حيث أن الأطر المتكاملة ضرورية لضمان أن تكون السياقات الخاصة السياسية، والاجتماعية، والثقافية والقانونية المرتبط بالجندر مجتمعة في بوتقة واحدة ومندمجة في الصحة.

7- الاستنتاجات

هناك حاجة إلى التزام قوي من جانب الحكومة بمعالجة مظاهر الظلم الصحي القائمة على الجندر في المجتمعات التي توغل فيها الخصائص التقليدية والأبوية. إن الاستثمار في تعليم المرأة كعامل أساسي محدد للنتائج الصحية لها يجب إعطائه أولوية أعلى، ويجب على السياسات أن تعبر عن الأوضاع الخاصة بالدول. إن التمثيل المتزايد للمرأة وانخراطها في الحياة العامة يمثل عنصر أساسي في تغيير النماذج التقليدية الموجودة وتحسين النتائج الصحية للنساء في الإقليم. من الطرق الممكنة لتشجيع مشاركة سياسية أكبر للمرأة يمكن أن نذكر تخصيص الحصص الجندرية، ولا مركزية السلطة، وتوفير التدريب أو رفع الوعي عبر الإعلام، خاصة التلفاز. ومن الضروري الاستفادة بشكل أكبر من الإعلام كوسيلة مستقلة لتثقيف العامة ونشر المعلومات.

وكما أن هناك حاجة لتحقيق الاستقلال الذاتي بصورة أكبر بالنسبة للمرأة وتشجيعه ودمجه في النظم الاجتماعية. ويجب العمل على إيجاد استراتيجيات أكثر شمولية وخاصة بكل سياق من السياقات المحلية، وتشتمل هذه على زيادة الوعي الجندري لدى النساء وفي المجتمع ككل. إنه من الضروري تمكين النساء من الوصول إلى موارد المجتمع وخدماته وهناك حاجة للمزيد من الدعم لتحدي المعايير التقليدية السائدة التي ترسخ الظلم الجندري. ومن الضروري أيضاً تمكين النساء وتسهيل اكتسابهن لمهارات الحياة، وزيادة وصول النساء إلى الموارد وتحكمهن بها وتوفير الدعم لتحقيق إدراك لحقوق النساء [32].

إن برنامج المبادرات المجتمعية المطبقة من قبل المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط يقدم مثلاً للممارسة الجيدة الرامية إلى زيادة انخراط النساء في المجتمع. وهذه المبادرات لا تؤثر فقط إيجابياً في صحة النساء ولكن أيضاً في صحة عائلاتهن، وبشء من التعميم، في المجتمع الأوسع ككل. وتتبع المبادرات المجتمعية أسلوب متكامل للتنمية الاجتماعية والاقتصادية وتهدف إلى تحقيق الصحة للجميع من خلال تحسين نوعية حياة الناس،





والحد من الفقر عبر الانخراط الفعال لجميع أفراد المجتمع، بمن فيهم النساء وبقية المجموعات المهمشة الأخرى، في اتخاذ القرارات المحلية وتحديد الأولويات الصحية.

وتقدم المرامي الإنمائية للألفية دلائل إرشادية مفيدة حول سياسات تنفيذ خطط التنمية الوطنية ورصد التقدم. ويحدد الهدف من المرمى الإنمائي الثالث من مرامي الألفية مؤشرات تتعلق بالعدالة الجندرية وتمكين المرأة، وهذه تتضمن نسبة البنات إلى الصبيان في جميع المستويات التعليمية، ونسبة اليافعات المتعلّقات إلى الذكور المتعلمين، والنسبة المئوية للنساء في الوظائف التي تكون بأجر في القطاعات الغير زراعية والحصة التي تشغلها النساء في المقاعد البرلمانية الوطنية. إن إنجاز أهداف هذا المرمى من المرامي الإنمائية للألفية سوف يساهم بشكل واضح في تحسين النتائج الصحية لجميع الأفراد، وبشكل خاص للنساء.

ولضمان حصول النساء والرجال بشكل متكافئ على الفرص الضرورية للوصول إلى إمكانياتهم الصحية الكاملة ولتحقيق العدالة الصحية، يجب على القطاع الصحي الإقرار بأن النساء والرجال يختلفون فيما يتعلق بالجنس والجندر. وبسبب الاختلافات الاجتماعية (الجندر) والبيولوجية (الجنس)، تواجه النساء والرجال مخاطر صحية مختلفة، ويتخذوا سلوكيات مختلفة في طلب الرعاية الصحية ويواجهوا نتائج صحية واستجابات مختلفة من الأنظمة الصحية. يجب على السياسات والبرامج الصحية أن تدمج وتعالج سياقات اجتماعية خاصة للنساء والرجال والصبيان والبنات من أجل تحقيق الحصول على أفضل صحة للجميع.

1. Ouakrim M, Badr A. Overall view of the health status of women and its determinants in the Eastern Mediterranean Region. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 1998, 2(3):545–557
2. Al Riyami A, Affi M, Mabry RM. Women's autonomy, education and employment in Oman and their influence on contraceptive use. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(23):144–154.3.
3. UNESCO Institute for Statistics, Literacy rates and illiterate population by country and by gender (http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/html/Exceltables/education/Literacy_National_CurrentRel.xls, accessed 15 February, 2007).
4. UNFPA Millennium Development Goals Indicators (<http://millenniumindicators.un.org/unsd/mdg/SeriesDetail.aspx?srid=589&crid=>, accessed 15 February, 2007).
5. Moghadam V. *Educating women for a globalizing economy*. In: *Women, work and economic reform in the Middle East and North Africa*. Boulder, CO, USA, Lynne Rienner Publishers, 1998:27–47.
6. Roudi-Fahimi F, Moghadam V. *Empowering women, developing society: Female education in the Middle East and North Africa*. MENA Policy Brief, Population Reference Bureau, Washington, USA, 2003.
7. World Bank. *The economic advancement of women in Jordan: A country gender assessment*. Social and Economic Development Group, Middle East and North Africa Region (MENA), 2005.
8. Williamson J, Boehmer U. Female life expectancy, gender stratification, health status, and level of economic development: A cross-national study of less developed countries. *Social Science and Medicine*, 1997, 45(2):305–317.
9. Abdel Rahman D, Maximos M, Ragheb S. Employment and education of women and their family planning practices. *Bulletin of the High Institute of Public Health*, 1997, 27(1):83–92.
10. Maziak W, et al. Socio-demographic correlates of psychiatric morbidity among low-income women in Aleppo, Syria. *Social Science and Medicine*, 2002, 54:1419–1427.





11. Yount K. Resources, family organization, and domestic violence against married women in Minya, Egypt. *Journal of Marriage and Family*, 2005, 67:579–596.
12. Ahmed AM, Elmardi AE. A study of domestic violence among women attending a medical centre in Sudan. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2005, 11(1/2):164–174.
13. Egmont van K, et al. Reproductive Health in Afghanistan: Results of a knowledge, attitudes and practice survey among Afghan women in Kabul. *Disasters*, 2004, 28(3):269–282.
14. Ali S, Karim N, Billoo A, Haider S. Association of literacy of mothers with mothers among children under three years of age in rural area of district Malir, Karachi. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2005, 55(12):550–553.
15. World Bank. *Gender and development in the Middle East and North Africa: Women and the public sphere*. MENA Development Report, Washington DC, 2004.
16. Kawar M. Jordanian women's voices on impact of work. *Al-Raida*, 2004, 22–23(106–107):50–55.
17. Ahmad-Nia S. Women's work and health in Iran: a comparison of working and non-working mothers. *Social Science and Medicine*, 2002, 54:753–765.
18. Kishor S. *Autonomy and Egyptian women: Findings from the 1988 Egypt Demographic and Health Survey*. Calverton, MD, USA: Macro International, Demographic and Health Surveys (Occasional Papers 2), 1995.
19. UNDP, Human Development Report 2006 (<http://hdr.undp.org/hdr2006/statistics/indicators/58.html>, accessed 15 February 2007).
20. Reilley B, Puertas G, Coutin A. The battle for access—Health care in Afghanistan. *New England Journal of Medicine*, 2004, 350(19):2231–2233.
21. Shaikh B, Hatcher J. Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan: challenging the policy makers. *Journal of Public Health*, 2004, 27(1):49–54.
22. Mahaini R, Mahmoud H. Reducing maternal mortality in the Eastern Mediterranean Region. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2005, 11(4):539–544.
23. Manhart L, et al. Sexually transmitted diseases in Morocco: gender influences on

- prevention and health care seeking behaviour. *Social Science and Medicine*, 2000, 50:1369–1383.
24. Abou Shabana K, et al. Women's perceptions and practices regarding their rights to reproductive health. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2003, 9(3):296–308.
25. Aziz Z, Sana S, Akram M, Saeed A. Socioeconomic status and breast cancer survival in Pakistani women. *Journal Pakistan Medical Association*, 2004, 54:448–452.
26. Courtright P, West S. Contribution of sex-linked biology and gender roles to disparities with trachoma. *Emerging Infectious Diseases*, 2004, 10(11):2012–2016.
27. Date J, Okita K. Gender and literacy: factors related to diagnostic delay and unsuccessful treatment of tuberculosis in the mountainous area of Yemen. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2005, 9(6):680–685.
28. Watts S. Women, water management and health. *Emerging Infectious Diseases*, 2004, 10(11):2025–2026.
29. DeJong J, et al. The sexual and reproductive health of young people in the Arab countries and Iran. *Reproductive Health Matters*, 2005, 13(25):49–59.
30. Rashad H, Osman M, Roudi-Fahimi F. *Marriage in the Arab world*. Washington, DC: Population Reference Bureau, 2005.
31. Shawky S, Milaat W. Early teenage marriage and subsequent pregnancy outcome. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2000, 6(1):46–54.
32. Kishor S. *Empowerment of women in Egypt and links to the survival and health of their infants*. In: Presser H, Sen G. (eds.): *Women's empowerment and demographic processes. Moving beyond Cairo*. New York, Oxford University Press, 2000:119–156.
33. Jejeebhoy S, Sathar Z. Women's autonomy in India and Pakistan: The influence of religion and region. *Population and Development Review*, 2001, 27(4):687–712.
34. Dahlerup D, Nordlund A. Gender quotas: a key to equality? A case study of Iraq and Afghanistan. *European Political Science*, 2004, 3(3):91–98.
35. Worldbank GenderStats database of Gender Statistics, Political Participation (<http://genderstats.worldbank.org/genderRpt.asp?rpt=participation&cty>, accessed 15, February 2007).



