

# أخلاقيات الخدمات الصحية في مصر والمرأة



د. مجدي خالد  
مستشار الصحة الإنجابية والسكان  
والمدير الأسبق لصندوق الأمم المتحدة للسكان



# أخلاقيات الخدمات الصحية في مصر والمرأة



د. مجدي خالد  
مستشار الصحة الإنجابية والسكان  
والمدير الأسبق لصندوق الأمم المتحدة للسكان





## جدول المحتويات

١	١ - مقدمة
٢	٢- واجبات الأطباء نحو المجتمع والمهنة والمرضى
٥	٣- التدخلات الطبية ذات الطبيعة الخاصة
٥	٤- المساواة بين الجنسين وتكوين المرأة والخدمات الصحية
٦	٥- الهدائي (المعايير) الأساسية لممارسة الرعاية الصحية
٨	٦- المساواة بين الجنسين والنظم الصحية
٨	٧- كيف يمكن معالجة عدم المساواة بين الجنسين من خلال النظام الصحي
١٠	٨- المساواة بين الجنسين في إطار برامج الإصلاح الصحي
١١	٩- دمج مفهومي المساواة بين الجنسين في منظومة الإصلاح الصحي
١٢	١٠- الصحة الإيجابية والحقوق الإيجابية
١٤	١١- أهم التوصيات
١٦	١٢- المراجع
١٧	الملاحق





## ١ - مقدمة

لقد اقسام الأطباء في مصر على مراقبه الله في مهنتهم وعلى صيانة حياة الإنسان في كل الظروف والأحوال، والسعي في انقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق. كما أقسموا على أن يحفظوا للناس كرامتهم ويستروا عوراتهم ويكتموا سرهم<sup>١</sup>. وقد أشارت لائحة آداب مهنة الطب في مصر إلى عدة واجبات للأطباء نحو المجتمع، ومهنة الطب، والمرضى، هذا بالإضافة لعدد من التدخلات الطبية الخاصة. وقد شملت واجبات الأطباء واجباتهم نحو المجتمع، المهنة والمرضى.

هناك اختلاف بين النساء والرجال من حيث تجاربهم مع اعتلال الصحة ومدى تلبية الخدمات الصحية لاحتياجاتهم. تظهر البيانات المتوفرة في مصر ومعظم بلاد العالم أن الرجال يعانون من معدل وفيات أعلى (٥,٤ لكل ألف من الذكور مقارنة ٤,٥ لكل ألف من النساء) ومتوسط العمر المتوقع أقل من النساء، متوسط العمر المتوقع للحياة عند الإناث ٧٤,١ مقارنة بـ ٦٩,٧ لدى الذكور)، طبقاً لبيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ٢٠٢٢.

ويعد مفهوم المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة مهم في شرح العديد من الاختلافات بين النساء والرجال ويمكن للأنظمة الصحية أن تلعب دوراً رئيسياً في الحد من التفاوتات بينهما، فعلى سبيل المثال هناك اختلاف بين النساء والرجال في السلوكيات التي تسهم في كل من الوفيات والمراضة وأن النظم الصحية التي تأخذ في الاعتبار هذه الفروق بين الجنسين في استراتيجيات الصحة العامة الخاصة بهم هي أكثر نجاحاً (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠٢١، مدونات البنك الدولي، ٢٠١٦).

يوجد نقص في بيانات الاختلاف بين الجنسين في اعتلال الصحة (المراضة) على المستوى المحلي والإقليمي. في تحليل إقليمي لمنظمة الصحة العالمية عام ٢٠١٩ اعتمد على البيانات المتاحة عن أهم عشرة أسباب لاعتلال الصحة في النساء والرجال وجد أنهم في النساء (بالترتيب):- أمراض القلب، السكتة الدماغية، الأمراض النسائية، السكري، اعتلال الصحة النفسية (الاكتئاب)، أمراض الكلى، تليف الكبد،

<sup>١</sup> النقابة العامة لأطباء مصر(2003). لائحة آداب المهنة بقرار وزير الصحة والسكان رقم 238 لعام 2003 .  
<https://www.ems.org/ar/page/rules/9>



الأسباب المتعلقة بالحمل والولادة، سرطان الثدي وآلام الظهر والرقبة. أما في الرجال فهم:- أمراض القلب، السكتة الدماغية، حوادث الطرق، السكري، أمراض الرئة، تليف الكبد، أمراض الكلى، اعتلال الصحة النفسية (الاكتئاب)، العنف والدرن.

وتهدف هذه الورقة إلى بلورة منظومة أخلاقية لتقديم الخدمات الصحية في مصر تراعي المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، وتعتمد الورقة على الدراسات المكتتبية للأكواد العالمية المشابهة، وإجراء مقابلات متعمقة مع المتخصصين والمسؤولين في هذا المجال.

## ٢- واجبات الأطباء نحو المهنة والمرضى

لقد أشارت لائحة آداب مهنة الطب في مصر -الصادرة بقرار من وزير الصحة والسكان رقم ٢٣٨ لعام ٢٠٠٣ وبموافقة الجمعية العمومية لنقابة الأطباء- إلى عدة واجبات للأطباء نحو المجتمع، ومهنة الطب، والمرضى، ونوجز هذه الواجبات فيما يلي:

### أولاً: واجبات الطبيب نحو المجتمع:

- ١- أن يكون علمه خالصاً لمرضاة الله وخدمة المجتمع الذي يعيش فيه بكل امكانياته وطاقاته في جميع الأحوال.
- ٢- على الطبيب أن يكون قدوة حسنة للمجتمع بالالتزام بالبدائئ والمثل العليا أميناً على حقوق المواطنين في الحصول على الرعاية الطبية الواجبة منزها عن الاستغلال بجميع صوره.
- ٣- على الطبيب أن يسهم في دراسة سبل حل المشكلات الصحية للمجتمع ويدعم تطوير السياسات الصحية وأن يكون متعاوناً ونافعاً لأجهزة الدولة فيما يطلب من بيانات لأزمة لوضع السياسات والخطط الصحية.
- ٤- على الطبيب أن يبلغ السلطات الصحية المختصة عند الاشتباه في أي مرض وبائي حتى تتخذ الإجراءات الوقائية لحماية المجتمع.



## ثانياً: واجبات الطبيب نحو المهنة:

- ١- أن يراعى الأمانة والدقة في جميع تصرفاته وأن يحافظ على كرامته وكرامة المهنة مما يشينها وفقاً لقسم الأطباء ولائحة آداب المهنة.
- ٢- لا يجوز للطبيب أن يحرر تقريراً طبياً أو يدلي بشهادة بعيداً عن تخصصه.
- ٣- لا يجوز للطبيب تطبيق طرق علاج غير معترف بها أو صرف أدوية أو علاج دون مناظرة المريض.
- ٤- أن يقوم بواجبه في التثقيف الصحي للمرضى والمجتمع.

## ثالثاً: واجبات الطبيب نحو المرضى:

- ١- يبذل كل ما في وسعه لعلاج مرضاه وتخفيف آلامهم وأن يحسن معاملاتهم وأن يساوى بينهم في الرعاية دون تمييز.
- ٢- يوفر للمريض المعلومات المتعلقة بحالته المرضية بطريقة مبسطة ومفهومة.
- ٣- يحترم رغبة المريض في عدم اطلاع أحد على حالته بما لا يضر بحالته الصحية.
- ٤- على الطبيب أن يلتزم بحدود مهاراته الطبية وأن يستعين بخبرات زملائه عند اللزوم.
- ٥- لا يجوز للطبيب الامتناع عن علاج الحالات الطارئة.
- ٦- لا يجوز للطبيب المتخصص رفض علاج مريض إذا استدعاه الممارس العام.
- ٧- على الطبيب أن ينبه المريض ومرافقيه إلى اتخاذ الأسباب الوقائية.
- ٨- لا يجوز للطبيب اجراء الفحص الطبي للمريض أو علاجه دون موافقة (مبنية على المعرفة) من المريض أو من ينوب عنه قانونياً إذا لم يكن المريض أهلاً لذلك وفي حالة التدخل الجراحي يلزم الحصول على موافقة (مبنية على المعرفة) مكتوبة من المريض أو من ينوب عنه قانوناً إلا في دواعي انقاذ الحياة.
- ٩- لا يجوز للطبيب إجراء عملية إجهاض إلا لدواعي صحية تهدد صحة الأم فيكون ذلك بشهادة كتابية من طبيبين متخصصين وفي الحالات العاجلة التي تتم فيها العملية لإنقاذ الحياة يجب على الطبيب المعالج تحرير تقريراً مفصلاً عن الحالة يرفق بتذكرة العلاج.



١٠- لا يجوز للطبيب إفشاء أسرار مريضه التي أطلع عليها بحكم مهنته إلا إذا كان ذلك بناءً على قرار قضائي أو في حالة إمكان حدوث ضرر جسيم.

١١- لا يجوز للطبيب استغلال صلته بالمريض وعائلته لأغراض تتنافى مع كرامة المهنة.

١٢- إذا توفي المريض داخل منشأة صحية يجب على الطبيب المعالج إبلاغ الجهات المختصة باعتباره مبلغاً عن الوفاة.

١٣- يجب على الطبيب المعالج إبلاغ الجهات الرسمية (المختصة) في حالات الإصابات والحوادث ذات الشبهة الجنائية مع كتابة تقرير طبي مفصل عن الحالة وقت عرضها عليه ويمكن للطبيب دعوة زميل آخر للمشاركة في مناظرة الحالة وكتابة التقرير (مثل حالات الاغتصاب والاعتداء الجنسي وختان الإناث).

١٤- على الطبيب إبلاغ النيابة العامة عن أي اعتداء يقع عليه بسبب أداء مهنته وفي ذات الوقت عليه ابلاغ النقابة الفرعية.

١٥- على الطبيب المكلف بالرعاية الطبية للمقيدة حرمتهم أن يوفر لهم الرعاية الصحية من نفس النوعية والمستوى المتاحين لغير المقيدة حرمتهم ويحظر عليه القيام بطريقة إيجابية أو سلبية بأي شكل من أشكال المشاركة في عمليات التعذيب وغيرها من ضرب أو إيذاء أو المعاملة القاسية أو اللا إنسانية أو التواطؤ أو التحريض على هذه الأفعال وكذلك يحظر عليه استخدام معلوماته أو مهاراته المهنية للمساعدة في استجواب المقيدة حرمتهم على نحو يضر بصحتهم أو الحالة البدنية أو العقلية لهم.

١٦- يحظر على الطبيب إهدار الحياة بدعوى الشفقة أو الرحمة.



### ٣- التدخلات الطبية ذات الطبيعة الخاصة

#### أولاً: إجراء تصحيح جنسي:

يحظر على الطبيب إجراء عمليات تغيير الجنس أما بالنسبة لعمليات تصحيح الجنس فإنه يشترط موافقة اللجنة المختصة بالنقابة وتتم عمليات التصحيح بعد إجراء التحليلات الهرمونية وفحص الخريطة الكروموزومية وبعد قضاء فترة العلاج النفسي والهرموني المصاحب لمدة لا تقل عن عامين.

#### ثانياً: عمليات الإخصاب المساعد:

تخضع عمليات الإخصاب المساعد لبويضة الزوجة من نطفة الزوج داخل جسم الزوجة أو خارجة (تقنيات الإخصاب المعلمي والإخصاب المجهري) للضوابط الأخلاقية التي تستهدف المحافظة على النسل البشري وعلاج العقم مع الحرص على نقاء الأنساب وعلى المعايير القانونية الصادرة من الجهات المختصة. لا يجوز إجراء عمليات الإخصاب المساعد إلا باستخدام نطفة الزوج ولا يجوز نقل بويضات مخصبة لزورها في أرحام النساء غير الأمهات الشرعيات لهذه البويضات - لا يجوز إنشاء بنوك للبويضات أو الحيوانات المنوية أو الأجنة - يلزم أن يحتفظ المركز بسجل مفصل عن كل حالة بالبيانات المفصلة لمدة لا تقل عن عشرة سنوات ويلزم أن يحتوي الملف على العقد والإقرار بين الزوجين.

#### ثالثاً: عمليات استئصال ونقل الأعضاء والانسجة البشرية:

تخضع للمعايير الأخلاقية والضوابط المنصوص عليها في التشريعات واللوائح المنظمة لذلك.

### ٤- المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة والخدمات الصحية

في معظم البلدان تتمتع النساء بمتوسط حياة صحية أفضل من الرجال لكنهن يقضين سنوات أطول في التعايش مع الإعاقة. تتأثر الفجوة الصحية بين النساء والرجال بالاختلافات البيولوجية والوظيفية والإنجابية والهرمونات والتأثيرات الجينية (Payne, 2009).



يمكن للأنظمة الصحية أن تلعب دوراً رئيسياً في الحد من التفاوتات بين الرجال والنساء، فعلى سبيل المثال هناك اختلاف بين النساء والرجال في السلوكيات التي تسهم في كل من الوفيات والمراضة وأن النظم الصحية التي تأخذ في الاعتبار هذه الفروق بين الجنسين في استراتيجيات الصحة العامة الخاصة بهم هي أكثر نجاحاً. هناك عدم مساواة في حصول النساء على الخدمات الصحية، أكثر من خمسة ملايين من النساء والمراهقين والأطفال يموتون سنوياً لأسباب يمكن منعها (Uribe,2022). وتستخدم النساء والرجال أيضاً الرعاية الصحية بشكل مختلف وخاصة الرعاية الصحية الأولية. بالرغم من توفر خدمات الصحة الإنجابية في العديد من مراكز تقديم الخدمة في مصر فإن معدل تلقي النساء لهذه الخدمات والإقبال عليها أقل من المتوقع وقد تكون المساواة بين الجنسين دوراً في عدم تلقي الخدمة، مثل قلة الوعي لدى الكثير من النساء، قصور النظام الصحي في تعريف المواطنين بحزمة الخدمات المتوفرة. وأمياً النساء، وعدم تعاون الزوج في تشجيع زوجته ومساعدتها في تلقي الخدمة وقلة الموارد (الفقر)، بعد المسافة بين السكن ومكان تقديم الخدمة، عدم توفر طبيبات في المجتمعات التي تفضل تلقي الخدمة بواسطة طبيبات.

## ٥- المبادئ (المعايير) الأساسية لممارسة الرعاية الصحية

هناك أربعة مبادئ (معايير) يجب تطبيقها في ممارسة تقديم الرعاية الصحية لضمان سلامة الإجراءات ووضع سلامة المريض / المريضة في المقام الأول مع تطبيق مبدأ المساواة والانصاف لضمان عدم التفرقة في تقديم الخدمة على أساس النوع أو العرق أو الحالة الاقتصادية والاجتماعية للمريض/ المريضة.

### أولاً: استقلالية المريض / المريضة:

بمعنى الحق الأخلاقي في تقرير مصيره وقبول أسلوب العلاج بعد التوضيح المستفيض من قبل مقدمي الخدمة لأسلوب العلاج وتفاصيل المضاعفات المحتملة الناتجة عن العلاج أو التدخل الجراحي فعلى سبيل المثال يقوم مقدم/مقدمة الخدمة الصحية بتقديم المشورة المستفيضة حول وسائل تنظيم الاسرة للمنتفعات اللائي يرغبن في تنظيم الأسرة وتوضيح المزايا والآثار الجانبية وكيفية التصرف في حالة حدوث أعراض جانبية ويكون قرار اختيار الوسيلة هو قرار المستفيدة من الخدمة المبني على المعرفة المستفيضة باستقلالية ودون ممارسة أي ضغوط من مقدم/ مقدمة الخدمة.



## ثانياً: استقلالية المريض / المريضة:

وهو مبدأ أخلاقي بمعنى أن يحسن مقدمو الخدمة التصرف مع المريض/ المريضة لمساعدتهم على الحفاظ على حالتهم الصحية وتحسينها ويعتبر مبدأ استقلالية المريض وتوفير الرعاية الصحية المفيدة مكملين لبعضهما البعض دون تعارض. ولكن على مقدمي الخدمة أن يكون لديهم الأمانة في توعية المرضى في حالة ما إذا كانت خياراتهم تؤدي إلى مضاعفات أو لا تتناسب مع وضعهم الصحي، فعلى سبيل المثال إصرار المنتفحة على تركيب اللولب كوسيلة لتنظيم الأسرة في حالة وجود التهابات بالحوض سوف يؤدي إلى مضاعفات خطيرة وعلى مقدمي الخدمة توضيح ذلك ومساعدة المستفيدة على اختيار الوسيلة الأنسب لها مع البدء الفوري في علاج التهابات الحوض ويمكن أن تستخدم اللولب بعد الشفاء.

## ثالثاً: تقديم خدمة آمنة (غير مؤذية):

وهو مبدأ أخلاقي يتسق مع قسم أبو قراط ويشمل عدم الحاق الأذى أو الامتناع عن الانخراط في أعمال تسبب ضرراً للمريض/ المريضة في السياق السريري. على سبيل المثال إجراء مقدمي الخدمات الصحية لعملية ختان الإناث (تشويه أو قطع الأعضاء التناسلية للأنثى) يعتبر انتهاكاً للقانون المصري الذي يجرم هذه الممارسة ( قانون العقوبات المادة ٢٤٢ مكرر وتم تعديل القانون بقانون رقم ١٠ لسنة ٢٠٢١ حيث تم تغليظ العقوبة باعتبارها جناية حيث وافق مجلس النواب في إبريل ٢٠٢١ على تغليظ عقوبة جريمة ختان الإناث اتصل العقوبة باعتبارها جناية حيث وافق مجلس النواب في إبريل ٢٠٢١ على تغليظ عقوبة جريمة ختان الإناث اتصل العقوبة إلى السجن المشدد لمدة لا تقل عن ١٠ سنوات وأضاف القانون معاقبة ولى الأمر الذى يحاول إجراء عملية الختان لابنته (ملحق ١ نص القانون) يعتبر الختان عمل مؤذى للأنثى ويسبب أضراراً جسيمة ويعتبر إجراء منافي لأخلاقيات المهنة لأنه لا يحمل أي منفعة بل يسبب العديد من الأضرار للصحة البدنية والنفسية والجنسية. هناك مبدأ ملزماً عند تقديم الخدمات الصحية أو وصف الأدوية العلاجية وهو تقييم المخاطر لمعرفة ما إذا كان هناك أضرار ومضاعفات للإجراء أو الدواء ومقارنتها بالفوائد التي تعود على المريض / المريضة ولو كانت الأضرار تفوق الفوائد يجب على مقدم الخدمة أن يتوقف ويختار أسلوب علاجي آخر تتفوق فيه الفوائد على الأضرار (المضاعفات). تخلى مقدمي الخدمة عن مبدأ تقييم المخاطر ينتهك مبدأ عدم الأضرار بالمريض/ المريضة.



## رابعاً: العدالة:

في سياق الخدمات السريرية يحدد المبدأ الأخلاقي للعدالة إلى أي مدى يتم تقديم الرعاية الصحية بطريقة منصفة. السمات المميزة لمفهوم العدالة هي الإنصاف والحياد في سياق الرعاية الصحية ومعاملة المرضى بطريقة عادلة ونزيهة، فعلى سبيل المثال قيام مقدمي خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة بتركيب كبسولات تحت الجلد لمتفحة دون الأخرى مع أن كلاهما يحتاجان الوسيلة وتناسبهما ولكنه ميز مستفيدة عن الأخرى لأسباب تتعلق بتوصية معينة (الواسطة) أو لأسباب لها علاقة بالمستوي الثقافي أو الاقتصادي للمتفحة.

## ٦- المساواة بين الجنسين والنظر الصحية

تظهر البيانات اختلافات بين النساء والرجال من حيث استخدام الرعاية الصحية الوقائية بما في ذلك الإقبال على الفحص والسلوكيات الصحية وتعامل النساء والرجال بشكل مختلف مع النظم الصحية (Payne, 2009).

## ٧- كيف يهكّن معالجة عدم المساواة بين الجنسين من خلال النظام الصحي

- إدخال مؤشرات صحية وجمع بيانات مصنفة حسب احتياجات المرأة والرجل يعتبر ذو أهمية خاصة في إصلاح القطاع الصحي، فعلى سبيل المثال:-
- ١- طول فترة الإقامة في المستشفى يؤثر سلباً على النساء أكثر من الرجال من غير العاملات مقابل دخل ثابت واللائي لا يشملهن نظام تغطية شاملة (تأمين صحي) كما تؤثر فترة الإقامة على الوضع الأسري والصحي للمرأة.
  - ٢- قياس مدى تحسن النتائج في الخدمات الصحية للنساء والرجال واستخدام مؤشرات أكثر تحديداً مثل زيادة معدلات الكشف عن سرطان الثدي بين النساء.
  - ٣- نشر الثقافة، ورفع وعى العاملين بجميع قطاعات النظام الصحي مفهوماً وتطبيقات المساواة بين الجنسين في تقديم الرعاية الصحية وتقييم أدائهم على هذا الأساس.



٤- تطبيق تعميم مراعاة المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة في عمل الميزانية بحيث يتم هيكلة النفقات والإيرادات بشكل يسمح بتعزيز المساواة بين الجنسين. لا تعني الميزانية المخصصة للمرأة والرجل تحديد الموارد المخصصة لكلا الجنسين ولكنها تدعو إلى تحليل لتأثير التدابير المالية على صحة النساء والرجال.

٥- تراعي الموازنة المستجيبة لاحتياجات المرأة والرجل تحديد الاحتياجات الخاصة بالنساء والرجال وما إذا كانت التدابير والسياسات الحالية تلبى احتياجات النساء والرجال وكيف يجب علاج أي إخفاق في تلبية هذه الاحتياجات.

٦- العمل على كشف وإيجاد حلول للعوائق التي تحول دون استخدام الخدمات المتاحة للنساء والرجال ويكون ذلك من خلال تحليلاً شاملاً بحيث يتطرق أيضاً إلى سهولة الوصول إلى منافذ الخدمة، وجود حضانات للأطفال ومراعاة ظروف واحتياجات النساء والرجال من ذوي الاحتياجات الخاصة.

٧- استخدام المنظومة الصحية للمؤشرات التي تراعى الفوارق بين الجنسين ويظهر في ملحق (٢) قائمة استرشاديه أعدتها منظمة الصحة العالمية في اجتماع تشاوري عام ٢٠٠٣ بشأن مؤشرات الصحة التي تراعى الفوارق بين الجنسين لتمكين البلدان من الكشف عن الأسباب أو المصادر المحتملة لعدم المساواة بين الجنسين فيما يتعلق بالحالة الصحية ومحددات الصحة وأداء النظم الصحية. إن استخدام هذه المؤشرات سوف يساعد في تحديد تطوير آليات معالجة أوجه عدم المساواة (Payne, 2009) تتضمن هذه المؤشرات أربع مستويات:

أولاً: استخدام الخدمات مثل معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة واستخدام أقراص الحديد لمنع الانيميا لدى النساء الحوامل.

ثانياً: الحالة الصحية مثل وفيات الأمهات، وفيات الذكور والإناث في حالات الاكتئاب المبلغ عنه.

ثالثاً: محددات الصحة مثل السلوكيات الصحية والوعي الصحي.

رابعاً: الأنظمة الصحية مثل المؤشرات القائمة على استخدام الخدمات مثل وقت الانتظار لكل الخدمة. وتعتبر هذه المؤشرات استرشاديه للأنظمة الصحية لكي تطور قائمة خاصة بها نظراً للاختلافات بين البلدان من ناحية مستوى الدخل (أنظر قائمة مؤشرات منظمة الصحة العالمية).



٨- هناك أدلة على أهمية مشاركة المستفيدين من الخدمة في تخطيط الرعاية الصحية وتطوير السياسات لتقديم رعاية أفضل وزيادة في رضا المنتفعين من الخدمة فعلى سبيل المثال استطلاع رأى المستفيدين عن مدى رضائهم عن خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة يساهم في تطوير الخدمة وجعلها أكثر ملاءمة ويزيد من الإقبال عليها والاستفادة من حزمة الخدمات التي تقدمها وزارة الصحة.

٩- اشراك مختلف أصحاب المصلحة بما في ذلك واضعي السياسات وصانعي القرار والمستخدمين النهائيين والمهنيين الصحيين والباحثين الصحيين في تحديد أنواع المؤشرات المستخدمة يوفر فرصاً لتطوير المؤشرات الأكثر ملاءمة وخاصة عند إشراك من يضعون قضايا المرأة في الاعتبار.

## ٨- المساواة بين الجنسين في إطار برامج الإصلاح الصحي

تعتبر المساواة بين الجنسين مؤشراً هاماً في التعرف على حجم عدم المساواة بين النساء والرجال في الوصول إلى الخدمات الصحية وخاصة خدمات الصحة الإنجابية والجنسية بالنسبة للنساء.

هناك مدخلين للتعرف على وجود تهميش للمرأة في برامج الإصلاح الصحي وحجم هذا التهميش وذلك من خلال التأكد من مراعاة احتياجات المرأة في المنظومة الصحية.

أولاً: مدى تلبية احتياجات المرأة الصحية.

ثانياً: وجود عدم مساواة.

المدخل الأول: يركز على البحث عن مدى توفر الاحتياجات الصحية للنساء والشابات والمراهقات المتعلقة بالعمليات البيولوجية للحمل والإنجاب كحق أساسي لهن لسد الفجوة المتعلقة بعدم التوازن في الاحتياجات الصحية.

المدخل الثاني: يعتمد على تقييم مدى فاعلية التدخلات (الخدمات) الصحية التي تستهدف النساء والشابات والمراهقات وعلى وجه الخصوص خدمات الصحة الإنجابية والجنسية مقارنة بالخدمات الأخرى وتعتبر خدمات صحة الأم والتغذية هدفاً رئيسياً في كل برامج الإصلاح الصحي (Tinker et al.,1994) وهو جزء من البرنامج الطموح للاستثمار في صحة النساء كمدخل للقضاء على الفقر بين النساء.



إن الوصول للخدمة يستخدم كميّار مباشر للمساواة في الحصول على الاحتياج من الخدمات الصحية، وصول الفئات المهمشة من النساء والفتيات الى الخدمات الصحية التي يحتجنها مساواة بالفئات الأخرى من النساء وكذلك الرجال يعتبر دليلاً على تحقق مبدأ المساواة كما يعتبر معدل الاستخدام للخدمات المتاحة والزيادة في الاقبال عليها من المؤشرات التي تستخدم لقياس الوصول للخدمة.

يجب تلبية احتياجات النساء للخدمات الصحية الأخرى بالإضافة الى خدمات الصحة الإنجابية وكذلك الوصول للخدمة يجب أن يشمل الخدمات الأخرى وان يتوفر للنظام الصحي الموارد التي تسمح بذلك.

## ٩- دمج مفهومي المساواة بين الجنسين في منظومة الإصلاح الصحي

١- تطوير منظومة تقديم الخدمة الصحية من حيث العدد، التوزيع، التوظيف، العائد المادي والتنوع من حيث توفر الإناث والذكور من مقدمي الخدمة وتقييم الأداء. سوف يؤثر ذلك على المساواة بين الجنسين من خلال زيادة إقبال النساء والفتيات على الخدمة نتيجة لتوفر الإناث المؤهلات والمدرّبات من مقدمي الخدمة وخاصةً في المجتمعات الأقل حظاً في الثروة والتنمية والفئات المهمشة حيث يعتبر توفر مقدمي الخدمة من النساء المؤهلات أمراً ضرورياً للإقبال على تلقي الخدمة.

٢- اللامركزية في تطوير وتنفيذ الخدمات. تحقيق اللامركزية في الإصلاح الصحي يضمن توفر الخدمة الجيدة في المناطق النائية وفي المجتمعات الفقيرة وبين المجموعات المهمشة فيتحقق مبدأ المساواة في تلقي الخدمة.

٣- تحسين وتطوير أداء القطاعات المختلفة بوزارات الصحة من حيث الكوادر البشرية والإدارة وإدارة المعلومات وتوفر الموارد المالية والتقويم والمتابعة والاستخدام الأمثل للموارد. سوف يساهم ذلك في تطوير المنظومة الطبية وتحديد الأولويات الصحية للنساء والرجال في المراحل العمرية المختلفة في المجتمع، سوف يؤدي استخدام البيانات والمعلومات إلى الاستخدام الأمثل للموارد في تحقيق وصول الى الفئات الفقيرة والمهمشة من النساء إلى الخدمات التي يحتاجون إليها وتطوير إدارة الموارد البشرية بأسلوب يراعي احتياجات المرأة



- ٤- التنوع في مصادر التمويل (توسيع قاعدة تمويل برامج التأمين الصحي الشامل) ليشمل القطاع الخاص والقطاعات الأخرى. سوف يؤدي ذلك إلى استخدام العائد من تكلفة الخدمة لتغطية احتياجات النساء والرجال بشكل يحقق المساواة.
- ٥- خلق بيئة تنافسية بين جهات تقديم الخدمة من القطاع الخاص والحكومي للتكامل من أجل التغطية الشاملة (التأمين الصحي الشامل). سوف يؤدي ذلك إلى تنافس جهات تقديم الخدمة من أجل وصول الفئات الفقيرة والمهمشة في المجتمعات النائية وخاصة النساء والفتيات إلى الخدمات الصحية ذات الجودة شاملة خدمات الصحة الإنجابية والجنسية.
- ٦- اشراك القطاع الخاص في منظومة الإصلاح الصحي والتغطية الشاملة (التأمين الصحي الشامل) من خلال نظام رقابي يضمن الالتزام بمعايير الخدمة التي تقرها وزارة الصحة. يرى الخبراء أن التنوع في مصادر الخدمة يعطى فرصة أفضل لتلبية الاحتياجات الصحية للفئات المهمشة في المجتمع وخاصة النساء والفتيات في المجتمعات الفقيرة والنائية والتي تعاني من نقص الخدمات العامة في المجالات المختلفة (Standing, 1997a).

## ١٠- الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية

الصحة وفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية هي الوصول إلى حالة من اكتمال السلامة البدنية والنفسية وتشمل الصحة الإنجابية العادات الصحية المتعلقة بعملية الإنجاب والوظائف الإنجابية وسلامة الجهاز الإنجابي في جميع مراحل الحياة. أن مراعاة الجانب الأخلاقي في تقديم الخدمات الصحية بصفة عامة وخدمات الصحة الإنجابية والجنسية بصفة خاصة يتطلب توعية مقدمي الخدمات الصحية ومديري البرامج الصحية بمفهوم الحقوق الإنجابية. الحقوق الإنجابية هي الحقوق المتعلقة بعملية الإنجاب والصحة الإنجابية وكان أول إصدار لها في مؤتمر الأمم المتحدة العالمي لحقوق الإنسان في طهران عام ١٩٦٨ (للوالدين الحق والحرية في تقرير عدد الأطفال وتحديد فترة المباحدة بينهم والحق في الحصول على المعلومات التي تساهم في ذلك). ثم جاء مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية عام ١٩٩٤ والذي يعتبر نقطة تحول في إلقاء الضوء على الحقوق الإنجابية ودعا الحكومات لتحمل مسؤوليتها في دمج



مفهوم الحقوق الإنجابية في السياسات والبرامج الصحية من أجل تحسين الصحة الإنجابية، دعم خدمات الأمومة الأمنة، تنظيم الأسرة، المساواة بين الجنسين، منع انتشار فيروس نقص المناعة البشرية، منع العنف ضد المرأة ودعم برامج الشباب والمراهقين (الأمم المتحدة، 1994) وتشمل الحقوق الإنجابية:

- الحق في بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الإنجابية والجنسية.
- اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف على النحو المبين في وثائق حقوق الانسان وعند ممارسة الأزواج لهذا الحق ينبغي عليهم ان يأخذوا في الاعتبار حاجات معيشتهم ومعيشة الأبناء في المستقبل.
- دعم الحكومات للصحة الإنجابية وإيلاء الاهتمام الكامل بتعزيز الاحترام المتبادل والانصاف للجنسين.
- دمج الحقوق الإنجابية في النظام الصحي وتوعية مقدمي الخدمات الصحية سوف يضمن للنساء حقهن في معرفة وسائل الوقاية والعلاج من الامراض المنقولة جنسيا والإيدز، الحصول على خدمات تنظيم الأسرة ذات الجودة دون إلزام أو إكراه، الحصول على خدمات علاج العقم، الكشف المبكر وعلاج الأورام التي تصيب الجهاز الإنجابي، تلقي المشورة المتعلقة بفترة ما بعد انقطاع الطمث. وقد ترجم الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة مفهوم ومحتوى الحقوق الإنجابية إلى حزمة من حقوق النساء المستفيدات من خدمات الصحة الإنجابية سواء عن طريق القطاع الحكومي أو القطاع الخاص تحت مسمى حقوق المنتفعات (IPPF,2004) وتشمل:-
  - الحق في الحصول على المعلومات.
  - الحق في الوصول للخدمة.
  - الحق في الاختيار.
  - الحق في السلامة.
  - الحق في الخصوصية.
  - الحق في سرية المعلومات والبيانات.
  - الحق في الاحترام.
  - الحق في الراحة.



- الحق في الاستمرارية (استمرارية الخدمة).

- الحق في إبداء الرأي.

إن الفهم الجيد لمقدمي الخدمات الصحية لعناصر أخلاقيات المهنة والتزامهم بتلبية حقوق المنتفعات يضمن تقديم الخدمة في إطار من المساواة ودون أي تمييز فتكون الخدمة مستجيبة للنوع الاجتماعي.

## ١١- أهم التوصيات

خلصت هذه الورقة لعدة توصيات تهدف إلى دعم منظومة أخلاقية للخدمات الصحية تأخذ في اعتبارها مفهوم الصحة طبقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية (حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز) والمساواة بين الجنسين، نوجزها في الآتي:

١- تفعيل لائحة آداب المهنة التي أقرتها وزارة الصحة والسكان ووافقت عليها الجمعية العمومية لنقابة الأطباء وعمل ندوات بصفة دورية لمقدمي الخدمات الصحية للتأكيد على التزامهم بتطبيق عناصر هذه اللائحة في كافة الممارسات الطبية.

٢- التأكيد على المعايير الأساسية لممارسة الرعاية الصحية من خلال برامج بناء القدرات ومن خلال الدورات التدريبية المنتظمة لمقدمي الخدمات الصحية.

٣- التأكيد على مفهوم المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة كمدخل أساسي لضمان المساواة في تلقي الخدمة وكذلك في تحسين نوعية الخدمة المقدمة لكل من الرجال والنساء.

٤- إدخال مؤشرات صحية مستجيبة لاحتياجات المرأة وجمع بيانات مصنفة حسب المرأة والرجل كجزء من العملية المستمرة لمراجعة وتطوير النظام الصحي.

٥- معالجة عدم المساواة بين الجنسين من خلال برامج الإصلاح الصحي على أن يؤخذ موضوع المساواة بين الجنسين بعين الاعتبار في تطبيقات البرنامج القومي للتأمين الصحي الشامل حتى تصل الخدمة بنوعية مقبولة لكافة النساء والفتيات من الفئات المهمشة وفي المناطق النائية التي تعاني من صعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية وخاصة خدمات الصحة الإنجابية والجنسية.



٦- تطبيق تعميم مراعاة منظور المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة في عمل الميزانية بحيث يتم هيكلة النفقات والإيرادات بشكل يسمح بتعزيز المساواة بين الجنسين.

٧- شمول إجراءات تقييم ومتابعة برامج الإصلاح الصحي على آليات للتأكد من دمج النوع الاجتماعي في منظومة الإصلاح الصحي وكذلك استجابة وتفهم مقدمي الخدمات الصحية ومديري البرامج لهذا المفهوم وتطبيقاته في تقديم الخدمة من حيث المساواة وعدم التمييز والالتزام بمبادئ جودة الرعاية وحقوق المنتفعات شاملة الحقوق الإيجابية.

٨- التأكيد على دعم الصحة الإيجابية كجزء لا يتجزأ من الالتزام ومراعاة الجانب الأخلاقي في تقديم خدمات الصحة الإيجابية وشمول كافة برامج بناء القدرات وتدريب مقدمي الخدمة على مفهوم وتطبيقات الصحة الإيجابية.

٩- هناك أدلة على أهمية مشاركة المستفيدين من الخدمة في تخطيط الرعاية الصحية وتطوير السياسات لتقديم رعاية أفضل وزيادة في رضا المنتفعين من الخدمة فعلى سبيل المثال استطلاع رأى المستفيدين عن مدى رضائهم عن خدمات الصحة الإيجابية وتنظيم الأسرة يساهم في تطوير الخدمة وجعلها أكثر ملاءمة ويزيد من الاقبال عليها والاستفادة من حزمة الخدمات التي تقدمها وزارة الصحة.

١٠- اشراك مختلف أصحاب المصلحة بما في ذلك واضعي السياسات وصانعي القرار والمستخدمون النهائيون والمهنيون الصحيون والباحثون الصحيون في تحديد أنواع المؤشرات المستخدمة يوفر فرصاً لتطوير المؤشرات الأكثر ملاءمة وخاصة عند إشراك من يضعون قضايا النوع الاجتماعي في الاعتبار.



## ١٢ - المراجع

المراجع باللغة العربية:

- 1- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء (2021)، الكتاب الإحصائي السنوي، باب الاحصاءات الحيوية.
- 2- مدونات البنك الدولي (2016)، كيف تختلف أسباب الوفاة بين الرجال والنساء؟  
<https://blogs.worldbank.org/ar/opendata/how-do-causes-death-vary-between-men-and-women>
- 3- النقابة العامة لأطباء مصر (2003). لائحة آداب المهنة بقرار وزير الصحة والسكان رقم 238 لعام 2003 .  
<https://www.ems.org.eg/ar/page/rules/9>
- 4- الامم المتحدة (1994) ، المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة 1994 .  
<https://www.un.org/ar/conferences/population/cairo1994>

٢. المراجع باللغة الإنجليزية:

- 1) IPPF(2004). Medical and Service Delivery Guidelines. Third Edition.
- 2) Payne, S. (2009). How can gender equity be addressed through health systems?. World Health Organization.
- 3) Standing, H. (1997a). Gender and Equity in Health Sector Reform Rrogrammes: A Review. Health policy and planning, 12(1), 118-.
- 4) Standing, H. (1997b). Gender and Equity in Health Sector Reform Rrogrammes: A Review. Health policy and planning, 12(1), 118-.
- 5) Taylor, S. C. (2018). Health care ethics. IEP. <https://iep.utm.edu/h-c-ethi/>
- 6) Tinker, A., Daly, P., Green, C., Saxenian, H., Lakshminarayanan, R., & Gill, K. (1994). Women's Health, Nutrition and Population: Making a difference. The World Bank.
- 7) Uribe, J. (2022, March7). Gender equality in health – still a long way to go. World Bank Blogs.  
<https://blogs.worldbank.org/health/gender-equality-health-still-long-way-go>



(ملحق 1)

نص القانون المصري الخاص بختان الاناث (يضاف)

(ملحق 2)

قائمة مؤشرات منظمة الصحة العالمية

المؤشرات التي تراعى الفوارق بين الجنسين

قائمة المؤشرات التي تراعى الفوارق بين الجنسين (منظمة الصحة العالمية)

استخدام الخدمات

انتشار تعاطى المخدرات بين للسكان (15-24 رجال ونساء حسب العمر)

- زيادة الوزن والسمنة (الرجال والنساء حسب العمر)
- النسبة المتوية للشباب 14-24 الذين ابلغوا عن استخدام الواقي الذكرى في اخر لقاء جنسي
- معدل استخدام وسائل منع الحمل (15-49 الرجال و النساء)
- الوصول إلى الإجهاض الأمان (لدواعي صحية)
- انتشار فقر الدم بين النساء

أداء النظم الصحية

- استخدام سيارات الإسعاف (الرجال والنساء حسب العمر)
- استخدام أدوية القلب والاعوية الدموية (الرجال والنساء حسب العمر)
- النسبة المتوية للولادات تحت إشراف طبي
- نسبة المرافق الصحية التي تراعى الفوارق بين الجنسين وتركز على المريض (مثل مراكز أزمات الاغتصاب والاستشارات والخدمات الطوعية)
- خدمات فيروس نقص المناعة البشرى
- متوسط وقت الانتظار للتدخلات الطبية (رجال ونساء)
- متوسط وقت الانتظار في الرعاية الأساسية حتى يتمكن المريض من زيارة الطبيب (رجال ونساء)



- نسبة الرجال والنساء الذين يحصلون على نوع مقدم الخدمة المفضل
  - النسبة المئوية للسكان المشمولين بالتأمين الصحي (رجال ونساء) حسب نوع الخدمة
  - الانفاق الصحي الشخصي (رجال ونساء)
  - عدم السعي إلى الخدمة بسبب التكلفة (رجال ونساء)
- الحالة الصحية

- وفيات الأمهات
- انخفاض الوزن عند الولادة (ذكور وإناث)
- معدل وفيات الرضع (ذكور وإناث)
- العمر المتوقع عند 65 سنة (رجال ونساء)
- معدل الاكتئاب الذاتي
- معدل التصنيف الذاتي للرعاية السيئة (رجال ونساء)
- معدل العنف المنزلي المبلغ عنه
- معدل العنف الجنسي المبلغ عنه (الرجال والنساء حسب العمر)
- معدل الانتحار (رجال ونساء حسب العمر)
- انتشار فيروس نقص المناعة البشرية (الرجال والنساء حسب العمر)

#### محددات الصحة

- نسبة السكان الذين يحصلون على مياه صالحة للشرب في الريف وللحضر (رجال ونساء)
- النسبة المئوية للسكان الذين يحصلون على خدمات الصرف الصحي الملائمة
- معدل الإلمام بالقراءة والكتابة بين السكان 15-24 ( ذكور وإناث)
- النسبة المئوية للسكان الذين يعيشون تحت خط الفقر (قياس التطور في تأنيث الفقر)
- النسبة المئوية للمدخنين المنتظمين من السكان 15 عام فاكثر (ذكور وإناث)
- نسبة السكان فوق 15 سنة الذين يتعاطون الكحول

# أخلاقيات الخدمات الصحية في مصر والمرأة