خلاصه صلح زنان

دسـمبر ۲۰۲۵ - فبروری ۲۰۲۶

دسترسی زنان و دختران به مراقبت های صحی
تحت حکومت طالبان در افغانستان

صداهای زنان برای صلح همه‌شمول و پایدار
د ټول‌شموله او تلپاتي سولې لپاره د ښځو غږونه
Women's Voices for an Inclusive and Sustainable Peace

خلاصه

در مجموع ۸۸۰۵ زن در ۳۴ ولایت[۱] افغانستان در مورد دسترسی به مراقبت‌های صحی برای زنان و دختران مورد بررسی قرار گرفتند.

در حالیکه (۵۱.۵٪) پاسخ دهندگان گفتند که در صورت نیاز میتوانند به یک مرکز صحی دسترسی داشته باشند، (۲۴.۹ ٪) دیگر کاملاً موافق بودند. این ارقام به ابهام در کیفیت، امنیت و تکافوی مراقبت های صحی اشاره مینماید.

از پاسـخ دهندگان، در کنار شـواهد روشـن از موانع ساختاری و ستراتیژی‌های مقابله، شـفاخانه ها و کلینیک‌های دولتی را به عنوان مراکز اصلی مراقبت های (۵۷.۶٪) صحی نشاهندهی نمودند که نشان دهنده اتکای شدید به سیستم صحی رسمی است. پس از آن، مراکز صحی خصوصی (۳۰.۶۷٪)، کلینیک های تحت مدیریت سازمان های غیردولتی (۳.۶۶٪) و طب سنتی (۲.۷۲٪) قرار دارند. نکته قابل توجه این است که (۰.۷۴٪) از پاسخ دهندگان، که گروهی کوچک اما مهم که احتمالاً با موانع شدید و پیچیده روبرو هستند، گفتند که اصلاً به دنبال مراقبت صحی نیستند .

تقاضای واضح و دوامدار برای ارائه دهندگان خدمات صحی زن وجود دارد. (۴۱.۸۸٪) از پاسخ دهندگان، داکتران زن را به عنوان فوری ترین نیاز شناسایی کردند و پس از آن قابله های زن با (۲۷.۴۲ ٪) قرار دارند. در مقایسه، پرستاران زن تنها توسط (۴.۶۷٪) از پاسخ دهندگان پرستاران زن را در اولویت قرار دادند، در حالیکه (۴.۲۴٪) از پاسخ دهندگان مطمئن نبودند که کدام نوع ارائه دهنده مراقبت های صحی بیشتر نیاز اند.

همچنین، تقاضای زیادی برای ارائه دهندگان خدمات صحی سلامت روان وجود دارد، چنانچه (۲۱.۸۱٪) از پاسـخ دهندگان، روانشناسـان زن را به عنوان سومین دسته ارائه دهنده خدمات صحی مورد نیاز نشاندهی نمودند.

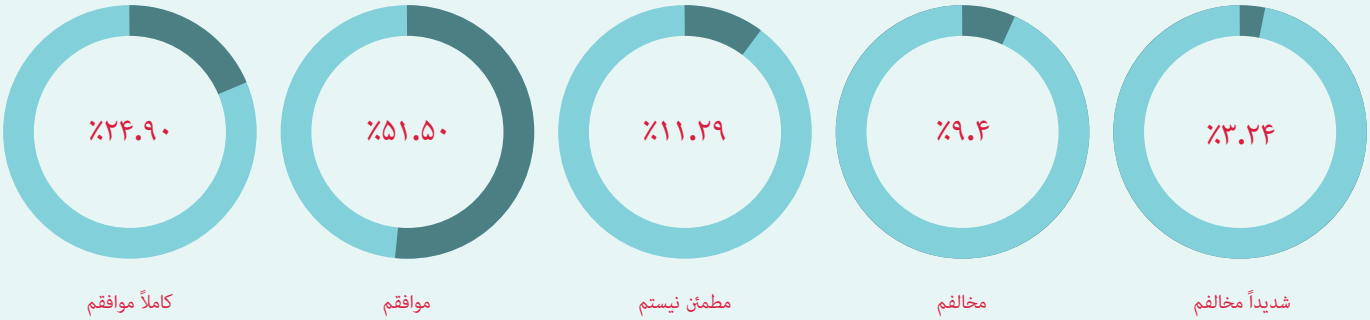
هزینه مراقبت های صحی، بزرگترین مانع دسترسی به خدمات است که توسط (۳۸.۰۶٪) از پاسخ دهندگان ذکر شده و پس از آن کمبود ارائه دهندگان خدمات صحی زن (۲۰.۳۱٪)، کمبود خدمات در محل بودوباش (۱۷.۰۳٪) و الزامات محرم (۱۲.۲۱٪) قرار داده شدند .

قابل توجه است که محدودیت‌های گسترده تر اعمال شده توسط طالبان، فراتر از الزامات محرم، توسط (۱۲.۴۰ ٪) از پاسخ دهندگان به عنوان یک مانع شناخته شـده‌اند. این موارد شـامل محدودیت‌هایی در زمینه گشـت و گذار، اشتغال و مشـارکت زنان در ارائه خدمات میشود که در مجموع دسترسی و ارائه خدمات صحی را محدود میسازد .

در مجموع، این یافته ها نشان میدهد که موانع مراقبت های صحی منفرد نیستند، بلکه همسانی دارند و یکدیگر را تقویت میکنند. مشکلات اقتصادی، هنجارهای جنسیتی، محدودیت‌های مربوط به امنیت و کمبود سرمایه گذاری سیسـتماتیک، دسترسـی زنان را حتی به مراقبت های صحی اولیه محدود میسـازد. اهمیت هزینه به عنوان مانع اصلی، نیاز فوری به خدمات صحی هزینه شده یا رایگان را برجسته میکند، در حالیکه اهمیت مداوم کمبود ارائه دهندگان خدمات صحی زن و محدودیت‌های گشت و گذار، ماهیت ساختاری بحران را برجسته میسازد .

[۱] یادداشت: پاسخ های نظرسنجی از ولایات لوگر، پنجشیر، ارزگان، وردک و زابل ۱۵ مورد یا کمتر بود و بنابراین از یافته های کلی ارائه شده در این گزارش حذف شده اند

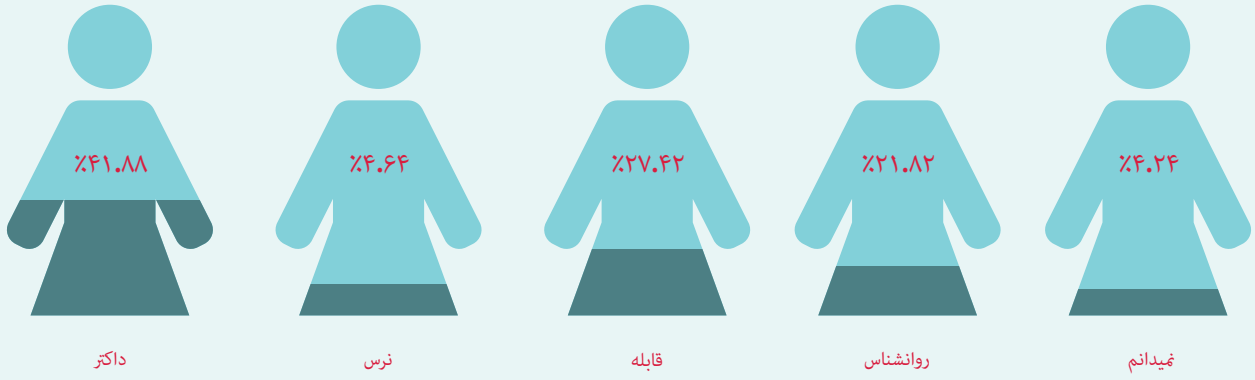
سوال ۱: آیا در وقت ضرورت، شما میتوانید به مرکز صحی دسترسی داشته باشید؟



سوال ۲: اگر شما و یا زنان دیگر خانواده شما به مراقبت های صحی نیاز داشته باشید، به کجا مراجعه میکنید؟



سوال ۳: در جامعه شما، در کدام بخش صحی به کارکنان زن بیشتر ضرورت است؟



سوال۴: شما یا زنان دیگر خانواده تان هنگام تلاش برای دسترسی به خدمات صحی با کدام مشکل بیشتر روبرو می شوید؟



بحث‌های متمرکز گروپی

این تحلیل بر اســاس بحث‌های متمرکز گروپی انجام شــده در ۲۷ ولایت افغانســتان، دسترسی زنان و دختران به مراقبت های صحی را در شرایط فعلی بررسی میکند. در حالیکه مراکز صحی رسماً در بسیاری از نقاط کشور وجود دارند، یافته ها نشان میدهد که دسترسی نه عادلانه است و نه تضمین شده. در عوض، دسترسی مشروط است و تحت تأثیر عمومی محدودیت‌های جنسیتی، انزوای جغرافیایی، مشکلات اقتصادی و کاهش ظرفیت سیستم صحی قرار دارد. در زمینه‌های مختلف، خلا میان دسترسی به خدمات و توانایی واقعی زنان برای دریافت مراقبت ها همچنان عمیق است.

سیستمی با فراهمی جزیی اما دسترسی محدود

در سراسر ولایات، زنان سیستم صحی را طوری توصیف نمودند که در آن خدمات ممکن اســت رسماً وجود داشته باشــند، اما دسترسی به آنها مشروط و اغلب در عمل غیر واقعی است. مهمترین مشکل در سطح ملی، خلا میان فراهمی جزیی و دسترسی واقعی است. در مراکز ولایاتی مانند کابل، هرات، مزار و بخش‌هایی از بدخشــان، زنــان در مــورد نزدیکی فیزیکی نســبتاً بیشتری بــه مراکز صحی معلومات دادند، اما حتی در آنجا نیز دسترسی به دلیل ازدحام جمعیت، کیفیت پایین خدمات، کمبود دارو و هزینه‌های بالا محدود است. در مقابل، در مناطق روستایی و کوهستانی، دسترسی اغلب به این بستگی دارد که آیا یک زن میتواند وســیله نقلیه، اجازه خانــواده، محرم و پول کافی برای ســفر و پرداخت هزینه مراقبــت صحی را فراهم کند یا خیر. طوریکــه یکی از شرکت کنندگان بحث در ولایت بدخشان از مشاهد خود گفتند.

> «وقتی بیماری در شرایط بحرانی اســت، پیدا کردن وســیله نقلیه بسیار دشــوار اســت. خدمات صحی محدود اســت، داکتر زن وجود ندارد،»

محدودیت‌های جنسیتی، تأخیر را به خطر تبدیل میکند

تقریبــاً در تمام ولایات، ضرورت محرم و محدودیت‌های مرتبط با آن که از جانب حکومــت طالبان وضع گردیده انــد، در مورد رفت و آمد زنان نه به عنوان موانع ثانــوی، بلکه به عنــوان عوامل اصلی تعیین کننده اینکه آیا اصلاً میتوان به دنبال مراقبت بود یا خیر، ظاهر شد. زنان در جریان بحث ها گزارش دادند که قادر به ترک خانه، ســوار شدن به وســایل نقلیه، ورود به مراکز صحی یا سفر به مناطق دوردســت یا در شب بدون همراهی مرد نیستند. در برخی از ولایات، این امر از طریق شفاخانه ها، در برخی دیگر، از طریق پوسته های امنیتی، محدودیت‌های خانوادگی یا ترس از آزار و اذیت اعمال میشــوند. در حالیکه شــدت آن متفاوت اســت، ولایت بامیان تا حدودی نشاندهنده اجرای غیرمستقیم و ولایات هلمند، خوســت، غزنی و سرپل نشــاندهنده محدودیت‌های صریح تر بودند. وضعیت عمومــی ثابت اســت: محدودیــت های رفت و آمــد، بیماری قابــل درمان را به ایمرجنســی طبی تبدیل میکند. طوریکه یکی از شرکت کنندگان بحث در ولایت خوست توضیح داد.

> «وقتــی یک وضعیت اضطراری اتفاق میافتــد... و هیچ مردی در خانه نیست، زن نمیتواند به تنهایی به کلینیک یا شفاخانه برود »

موقعیت جغرافیایی و ایجاد نابرابری عمیق ولایتی

دومین روند واضح، خلا شــدید شهری-روســتایی اســت که تقریباً در هر ولایت وجود دارد. در ولایاتی مانند بادغیس، کنر، نورستان، دایکندی، سمنگان و سرپل، زنان ســفرهای طولانی به دلیل موجودیت جاده های نامناســب، کمبود خدمات آمبولانــس، انــزوای فصلی و امکانات بســیار محــدود برای رســیدگی به موارد اضطراری را توصیف کردند. این موانع در ولسوالی های دورافتاده شدیدتر تذکر داده شــد، جاییکه زنان برای دریافت خدمات صحی اغلب دیر میرســند یا اصلاً نمیرســند. با این حــال، میزان تفاوت هــای ولایتی وجــود دارد. ولایت بامیان و بخش‌هایی از ولایت بلخ، دسترســی شهری نسبتاً بهتری را ذکر نمودند، در حالیکه وضعیت ولایاتی مانند بادغیس، نورســتان و کنر، محرومیت تقریباً سیســتماتیک روســتایی را منعکس مینماید. با این حــال، در جریان بحث ها، وجه مشترک این بود که خود جغرافیا به یک عامل تعیین کننده بقا تبدیل گردیده است. همانطور که یکی از شرکت کنندگان بحث در ولایت بادغیس اظهار داشت.

> « ما زنان زیادی را دیده‌ایم که دیر به مراکز صحی رســیده و جان خود را از دست داده‌اند»

کمبود ساختاری کارکنان صحی زن

کمبود داکتران، قابله ها، پرستاران و متخصصین سلامت روان زن یکی از یافته های ثابت در تمام مجموعه داده‌ها بود. این کمبود نه تنها خلا خدماتی است، بلکه مانع دسترســی ســاختاری نیز هســت زیرا بســیاری از خانواده‌ها اجازه نمیدهند که زنان توسط کارکنان صحی مرد معاینه شوند، به ویژه برای مراقبت های باروری مادران و زنان. در چندین ولایت، زنان گفتند که حتی در مواردی کــه امکانات وجود دارد، بــه دلیل عدم وجود کارکنــان زن، از نظر عملکردی غیرقابــل دسترس اند. این کمبود از زمان بازگشــت طالبــان به قدرت، به دلیل محدودیت های آموزش زنان، مســدود شدن مسیرهای شغلی، پرداخت معاش کم، اســتعفا و مهاجرت، رو به وخامت توصیف شد. در حالیکه نیاز به داکتران و قابلــه های زن در همه ولایات در بلندترین ســطح ذکر شــد، ولایات تخار، پکتیا، سرپل و خوست تقاضای فزاینده برای روانشناسان زن را نشان دادند که نشــان دهنده گسترش منطقه‌ای مهم از نیازبه مراقبت های جسمی به سمت سلامت روان است. همانطور که یکی از شرکت کنندگان درولایت سمنگان بیان کرد .

> «در هر شــفاخانه یک نگهبان طالبان وجود دارد، از اینرو بدون محرم و بــدون حجاب، نمیتوانیم بیرون برویم. زنــان باردار، با تمام وضعیت بد جســمی شــان، مجبور به رعایت حجاب هســتند. اگر حجاب مناسبی نداشته باشند، اجازه ورود به بیمارستان را ندارند»

فقر، مسیر مراقبت صحی را تعیین میکند

محرومیت اقتصادی فراگیرترین عامل مشترک در شکل دهی دسترسی است. تقریباً در هر ولایت، زنان مسیر مراقبت صحی را توصیف کردند که کمتر تحت تأثیر نیازهای صحی بود و بیشتر تحت تأثیر امور مالی خانوار. مراکز دولتی برای اکثر افراد به دلیل ارزان بودن، اولین گزینه است، اما حتی این مراکز نیز برای آزمایش ها، دوا، لوازم و حمل و نقل نیاز به هزینه های شخصی دارند. شفاخانه های خصوصی بطور گسترده به عنوان مراکزی تلقی میشوند که سریع، تمیز و با کارکنان بهتر اند، اما فقط برای کسانیکه توانایی مالی داشته باشند، قابل دسترسی اند. این امر سیستم دو سطحی را ایجاد کرده است که در آن مراقبت با کیفیت بطور مؤثر بر اساس درآمد سهمیه بندی میشود. برخی از تفاوت های ولایتی قابل توجه اند. به عنوان مثال، درولایت نیمروز، انتقال شفاخانه دولتی به خارج از مرکز شهر، هزینه حمل و نقل را به شدت افزایش داده است و از همینرو، شفاخانه های خصوصی در داخل شهر با وجود هزینه های بالای آنها، به گزینه های قابل تعمق برای مردم تبدیل شده اند. در ولایت خوست، معرفی هزینه های جدید در شفاخانه های دولتی، نشاندهنده فرسایش بیشتر توان مالی مراجعین است. با این حال، نتیجه در سراسر ولایات همسان است: فقر، مراقبت را به تأخیر میآندازد، گزینه‌ها را محدود میسازد و زنان را مجبور به انتخاب های پرخطرتر مینماید. چنانچه یکی از شرکت کنندگان بحث متمرکز ولایت نیمروز اشاره نمودند .

«اکنون اکثر مردم ابتدا به شفاخانه های خصوصی، در مرحله دوم به دواخانه ها و در نهایت به طب سنتی مراجعه میکنند»

ضعف‌های عمومی سیستم صحی باعث تشدید موانع دیگر میشود

حتی زمانیکه زنان بر موانع دسترسی به مراکز صحی غلبه میکنند، کیفیت و عملکرد عمومی خدمات صحی به شدت در معرض خطر اند. شرکت کنندگان بحث ها درهمه ولایات، در مورد کمبود دوا، کمبود داکتران و ابزار تشخیصی خوب، انتظار طولانی، سیستم ارجاع ضعیف، واسطه، پرداخت های غیررسمی، سهل انگاری و رفتار نادرست صحبت نمودند. این مشکلات نه تنها در کلینیک های دورافتاده، بلکه در شفاخانه های ولایتی نیزتذکر داده شد. مراکز دولتی در اکثر ولایات اغلب به عنوان مراکزی توصیف مشدند که صرفآ ظرفیت رسیدگی به امراض ابتدایی را دارند و موارد جدی تر به شفاخانه های مراکز شهری بزرگ مانند کابل ارجاع داده میشوند. در ولایات سمنگان، سرپل، فراه و تخار، زنان تأکید کردند که مراکز صحی که اغلب از بیرون کارآمد به نظر میرسند، پس از مراجعه، قادر به ارائه مراقبت های معنادار نیستند. چنانچه یکی از شرکت کنندگان بحث متمرکز در ولایت بلخ گفت.

«مردم با تلاش فراوان، ساعت ها منتظر میمانند و در نهایت حتی یک بسته دوا هم در دسترس نیست »

مراقبت صحی با تأخیر، درمان خانگی و جایگزین های غیررسمی به ام رعادی مبدل شده اند

از آنجا که زنان با محدودیت های همزمان هزینه، فاصله، حمل و نقل، اجازه و کمبود کارکنان صحی مواجه هستند، رایج ترین خلا در جستجو برای مراقبت صحی، تأخیر است. در سراسر ولایات، زنان ابتدا به درمان های خانگی، دواخانه ها، طبابت سنتی، قابله های محلی یا درمان مذهبی (دم و تعویذ) تکیه مینمایند و تنها زمانی که بیماری شدید میشود به خدمات صحی رسمی مراجعه میکنند. این وضعیت به ویژه در ولایات قندهار، ننگرهار، پکتیا، پکتیکا، نیمروز و سرپل بیشتر مشاهده گردیده است، جاییکه خانواده ها اغلب مراقبت های صحی را تا زمانیکه درد، خونریزی، عوارض زایمان یا وخامت شدید حالت، تأخیر را غیرممکن میسازد، به تعویق میآندازند. این یکی از مهمترین همسانی نتایج در سراسر کشور است: زنان آخرین گزینه را انتخاب میکنند؛ آنها ابتدا به نزدیکترین یا ارزان ترین گزینه مراجعه میکنند. زنان مجبوراند به در دسترس ترین یا مقرون به کم هزینه ترین گزینه تکیه کنند و اغلب تنها زمانیکه وضعیتشان وخیم میشود و تنها در صورتیکه توانایی مالی آن را داشته باشند، به دنبال مراقبت با کیفیت بالاتر میروند. چنانچه یکی از شرکت کنندگان در ولایت کندز نشاندهی نمود .

«وقتی زنی به مراقبت های صحی نیاز دارد، معمولاً به نزدیکترین گزینه ممکن میرود، نه بهترین گزینه»

تغییرات برتر برای بهبود دسترسی به مراقبت های صحی

در همه ولایات، شرکت کنندگان بحث های متمرکز، بر مجموعی از اولویت های واضح برای بهبود دسترسی زنان به مراقبت های صحی اتفاق نظر داشتند: حذف محدودیت های جنسیتی در مورد گشت و گذار و کار، به ویژه شرط محرم؛ بازگشایی مراکز آموزشی دختران برای بازسازی خط تولید متخصصین صحی زن؛ و گسترش فوری کارکنان زن، به ویژه قابله ها، داکتران و ارائه دهندگان خدمات سلامت روان. این اولویت های ساختاری با خواسته ها برای کاهش هزینه های مراقبت های صحی، تضمین در دسترس بودن ادویه و تجهیزات و تقویت کیفیت و عملکرد کلی خدمات عمومی صحی همراه بودند. در عین حال، شرکت کنندگان بحث ها بر لزوم گسترش خدمات به مناطق روستایی از طریق کلینیک های محلی و تیم های صحی سیار و رسیدگی به هنجارهای اجتماعی که تصمیم گیری زنان را در خانواده ها محدود میکند، تأکید ورزیدند. در مجموع، این نظریات تأکید میکنند که بهبود دسترسی یک مسئله تک بخشی نیست، بلکه نیاز به اقدام هماهنگ در بخش ها بشمول حقوق زنان، سیستم صحی و موانع اقتصادی دارد تا زنان بتوانند در عمل به دنبال مراقبت باشند و به آن دسترسی یابند .

روش

این خلاصه، داده‌های جمع‌آوری‌شـده از طریق طرح بشـنو را ارائه میدهد. با استفاده از یک نظرسـنجی آنلاین با چهار سوال چند گزینه ای و بسته،۴۸۱۴ پاسخ دهنده در ۳۴ ولایت بررسـی گردید. ۳۲۷۱ پاسـخ دهنده دیگر از طریق مصاحبه های رو در رو با آگاهان کلیدی که در ۲۷ ولایت انجام شـد، مورد بررسی قرار گرفتند. اکثر این پاسـخ دهندگان بین ۱۸ تا ۳۵ سـال سـن داشتند. علاوه بر این، برای تعمیق تحلیل کمیتی، ما همچنین بحث های گروهی متمرکز را با حلقه های صلح زنان بشنو در همان ۲۷ ولایت ذکر شده، با ۴۶۹ شرکت کننده، انجام داده شد .

روش بشـنو به گونه طراحی شـده است که شمولیت و مشارکت زنان از همه اقشـار را که منعکس کننده تمام پیشینه های جمعیتی و منطقه ای هستند، تضمین کند. در نتیجه، در این نظرسنجی، داده‌های ۱۵[۳] ولایت از آستانه سطح اطمینان ۹۰٪ برای نمایندگی فراتر رفت.

KII و FGD ها در ولایات زیل انجام شد:

[۲] بلخ، بامیان، دایکندی، فراه، فاریاب، جوزجان، هرات، قندهار، ننگرهار، بغلان، پکتیا، بادغیس، کابل، بدخشان، تخار، کز، سمنگان، هلمند، نورستان، کاپیسا، سراها، پروان، خوست، پکتیکا

[۳] بلخ، بامیان، دایکندی، فراه، فاریاب، جوزجان، هرات، قندهار، ننگرهار، بغلان، پکتیا، بادغیس، کابل، نیمروز، بدخشان

درباره ما

بشنو یک پلتفورم دیجیتالی است که صدای زنان و دختران افغانستان را بطور مستقیم و در موضوعات متنوع ثبت میکندچنانچه از نامش پیداست، بشنو در زبان دری بـه معنـای «گوش دادن» اسـت و برای اطمینان از اینکه رونـد «گوش دادن» به زنان افغان نه به عنوان یک رویداد یکباره، بلکه بـه عنوان بخش جدایی ناپذیر از تمام بحث‌ها، پلتفورم ها و فرآیندهای تصمیم گیری ملی و بین‌المللی دیده شود، توسعه داده شده است .