

الأخطار التي تواجه صحة المرأة في إفريقيا

واستراتيجيات الحد منها

د. فاتن محمد محمد البنا (*)

مقدمة:

تتعرض المرأة في إفريقيا من خلال أدوارها المتعددة في الحياة إلى العديد من الأخطار الصحية العضوية والنفسية ، والتغيرات الاقتصادية، ويتعرض كل من الرجال والنساء لهذه الأخطار ولكن بطرق مختلفة ، وذلك تبعاً لاختلاف الدور الذي يلعبه كل منهما ، في كافة ابعاد الأنشطة الانتاجية والانجابية التي يقومون بها خلال مراحل حياتهم المختلفة ، وتبدو صعوبة ذلك بالنسبة للنساء لان هناك العديد من الأنشطة غير الظاهرة التي تقوم بها المرأة ، كما أن اتساع نطاق اهتماماتها ادي الي اتساع نطاق المخاطر التي تتعرض لها سواء داخل المنزل أو في العمل ، فغالبا يكاد يقتصر دور الرجل في المجتمع الافريقي على كونه منتجاً اقتصادياً ، في المقابل تتحمل النساء مسئولية مزدوجة في تدبير شئون المنزل ، ويقع عليهن عبء رعاية الأطفال وكبار السن ، وإنتاج الغذاء خاصة في الريف، كما تتحمل المرأة مخاطر الحمل والوضع، ونتيجة لهذا تعمل المرأة ساعات أطول من الرجل وبإمكانيات أقل، كما أنها تواجه التمييز وعدم المساواة بينها وبين الرجل في التعليم، والتغذية، والرعاية الصحية، كل هذا يضاعف من الأخطار التي تواجهها المرأة الأفريقية.

ويشير ارتفاع معدل وفيات الأمهات في إفريقيا إلى أحد الأخطار الواقعة على صحة المرأة الافريقية ، حيث كانت ترتفع معدل وفيات الامهات في كل من

(*) استاذ مساعد - قسم الجغرافيا - معهد البحوث والدراسات الافريقية - جامعة القاهرة .

جنوب آسيا وإفريقيا لتشكّل ٩٠٪ من جميع وفيات الأمهات في العالم سنة ١٩٩٠. وأشارت التقديرات في إفريقيا إلى أن امكانية وفاة المرأة خلال حياتها نتيجة أسباب تتعلق بالحمل تبلغ واحدة من بين كل ٢٥ امرأة، ومقابل كل امرأة تموت هناك عشر نساء يصبن بالمرض نتيجة الحمل والوضع، ولذلك توجد أعلى معدلات وفيات للأمهات وإصابتهن بالأمراض في إفريقيا، وقدرت منظمة الصحة الدولية WHO عام ٢٠٠٠ م أن هناك نصف مليون امرأة تموت من جراء خطر الحمل والولادة، كما أشارت الي تركّز معظم حالات الوفيات ٩٥٪ في آسيا وإفريقيا جنوب الصحراء (٢٥٣ ألف و ٢٥١ ألف حالة وفاة للأمهات في كل منهما علي التوالي) كما تصل نسبة الوفيات بين الأمهات في أمريكا اللاتينية والكاريبي الي ٤٪ من جملة وفيات الأمهات، ولا تضم الدول المتقدمة الا ١٪ من إجمالي وفيات الأمهات علي المستوي العالمي (Yvette C., PRB, 2004) .

وقد وصلت بعض معدلات وفيات الامهات في بعض الدول الافريقية إلى ٢٣٠٠، ٢٢٠٠، حالة وفاة لكل ١٠٠٠،٠٠٠ مولود (في رواندا و سيراليون علي التوالي عام ١٩٩٩) في مقابل ٢ حالة فقط في النرويج وحالة واحدة في العديد دول العالم المتقدم .

وتشكّل نسبة الأمية المرتفعة بين النساء الافريقيات خطراً آخر من الأخطار التي تهدد صحة المرأة وأطفالها، فمن بين ٩٤٨ مليون أمي في العالم نجد أن ٦٦٪ منهم من النساء، وترتفع هذه النسبة في إفريقيا وآسيا لتصل إلى ٧٥٪.

وجاء مرض الايدز ليكتسح القارة منذ بداية العقد الثماني، وكان المسؤول عن وفاة ٣ مليون نسمة عام ٢٠٠٣ علي المستوي العالمي وكان نصيب إفريقيا جنوب الصحراء ٣، ٢ مليون حالة وفاة (UNAIDS, / WHO, December 2003.) وكانت المرأة الإفريقية والطفل الإفريقي ضحية لهذا الوباء، وتمثل ذلك في الثمانينات في آلاف الضحايا والأرامل ومئات الآلاف من الأطفال الأيتام ممن

أطلق عليهم أيتام الايدز AIDS Orphans وارتفعت التقديرات لهؤلاء الأطفال الي ١١,٥ ملين طفل عام ٢٠٠١ ثم تعدي الرقم ١٥ مليون طفل عام ٢٠٠٣ .

وقد حاولت الباحثة تناول موضوع الاخطار التي تواجه صحة المرأة الافريقية فى ظل مفهوم الجغرافيا التطبيقية التي تتجه إلى أن تكون أكثر اهتماماً بمشكلات البشر وإيجاد الحلول لها، وهذا الاتجاه يجعل للجغرافيا قيمة نفعية وتطبيقية ويبعدها عن مجرد الرصد والوصف، وقد فضلت الباحثة معالجة الموضوع من خلال تطبيق أهم خصائص الجغرافيا التي تؤكد على البعدين الزمانى والمكانى، وفى ضوء هذا تناولت الأخطار التي تواجه صحة المرأة الإفريقية خلال حياتها فى مراحلها العمرية المختلفة (البعد الزمانى) ثم الاخطار التي تواجه المرأة أثناء قيامها بدورها الاجتماعى ومن خلال نشاطها الاقتصادى (الرسمى وغير الرسمى)، والأخطار الناجمة عن نقص الخدمات الصحية والرعاية الصحية خاصة فى الريف الافريقى (البعد المكانى).

وعرضت الباحثة لبعض الأدوار التي قامت بها منظمات الأمم المتحدة فى مواجهة الأخطار التي تواجه صحة المرأة الافريقية خاصة وأن عقد التسعينات قد شهد التحولات العلمية والتكنولوجية والبيئية، وعلى صعيد النظم والعلاقات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية وواكبت هذه التغييرات السياسية والاقتصادية تغييرات اجتماعية وثقافية هائلة. ولقد سعت الأمم المتحدة للاستجابة لتلك المتغيرات وشهدت أنشطتها فى المجالات الاجتماعية طفرة كبيرة خاصة فى مجال مكافحة المخدرات والقضاء على الفقر، والنهوض بالمرأة ورعاية الأطفال وحماية البيئة والسكان والهجرة والصحة، وتوسعت أعمال الأمم المتحدة فى مجال المساعدات الانسانية، والتنمية الاقتصادية والاجتماعية والبشرية، وقد شهدت السنوات الماضية توسعاً فى عقد المؤتمرات الدولية التي عقدت فى إطار الأمم المتحدة مثل مؤتمرات البيئة ثم السكان، كذلك مؤتمرات التنمية الاجتماعية مروراً بمؤتمر الجريمة المنظمة والمخدرات وانتهاءً بمؤتمر المرأة فى بكين

وغيره ، وهذا يعبر عن تزايد وعى المنظمة الدولية بدورها المتشابك في المجالات البيئية والاقتصادية والاجتماعية، ولا يخلو هذا النشاط الفائق للأمم المتحدة وخاصة منظماتها المتخصصة مثل منظمة الصحة العالمية واليونسيف من تضمينات جغرافية وهو ما حرصت الباحثة على توضيحه ، كما حاولت الباحثة التعرف على بعض الاستراتيجيات والحلول التي قامت بها الحكومات والجمعيات الأهلية في مواجهة بعض الأخطار التي تواجه صحة المرأة الإفريقية وذلك وفقا للنقاط الأساسية التالية :-

أولاً - سوء التغذية:

يشمل مفهوم سوء التغذية Malnutrition جميع الحالات التي تعاني من تغذية غير سليمة خارجة عن المعايير العلمية لاحتياجات الانسان الفعلية من المواد الغذائية مما يؤدي إلى اعتلال الصحة وحدوث المرض، وهذا المفهوم بالمعنى الدقيق للكلمة يشمل حالات فرط التغذية كما يشمل حالات نقص التغذية، وهي الحالات الشائعة الانتشار في دول العالم النامي (فيليب عطية - ١٩٩٢ : ٤٥).

وتشير تقديرات منظمة التغذية والزراعة FAO التي اضافت ١٨ مليون نسمة الي الذين يعانون من الجوع وسوء التغذية في العشر سنوات الأخيرة ، ليصبح اجمالي الذين يعانون من الجوع علي مستوي العالم ٨٥٢ مليون نسمة ٢٠٠٤ م . (UN,Africa Renewal , January 2005:23) كما اشارت المنظمة الي التقدم الذي حققته بعض دول القارة في خفض اعداد الذين يعانون من الجوع بنسبة ٢٥٪ خلال التسعينات ، ففي افريقيا جنوب الصحراء انخفض معدل الزيادة السنوية لعدد الذين يعانون من الجوع وسوء التغذية من ٥ مليون نسمة الي ١ مليون نسمة في الفترة من ١٩٩٥ / ١٩٩٧ الي ٢٠٠٠ / ٢٠٠٢ . وقد كانت التقديرات تشير في السبعينات إلى وجود ثمانين مليون افريقي قد عانوا من الجوع (*) وسوء التغذية،

(*) يعرف الجوع بعدم حصول الفرد على احتياجاته من المواد الغذائية تبعاً لحالته المورفولوجية والوظيفية مما لا يمكنه من الاحتفاظ بصحته ويعرضه للإصابة بالأمراض بسبب هذا النقص .

ثم قفز الرقم في النصف الأول من الثمانينات إلى مائة مليون ، واتسع حزام الفقر جنوب الصحراء ليشمل كل من أثيوبيا والسودان وتنزانيا وملاوى وتشاد والنيجر وبوركينا فاسو وموريتانيا والصومال وغامبيا وكينيا وأنجولا وغيرها (فيليب عطية - ١٩٩٢ : ٤٩).

وجدير بالذكر ان اقاليم القارة الافريقية قد تباينت بها نسب الذين يعانون من الجوع وسوء التغذية ، كما تباين التقدم في خفض نسب هذه المجموعة من الافراد من اقليم الي آخر في الفترة من ١٩٩٠/٩٢ - ٢٠٠٠/٢٠٠٢ م كما يوضحه الجدول التالي :-

جدول (٢)

التوزيع النسبي للذين يعانون من الجوع وسوء التغذية في افريقيا
في الفترة من ١٩٩٠/١٩٩٢ الي ٢٠٠٠/٢٠٠٢ م

الاقليم	١٩٩٠/١٩٩٢ م (%)	٢٠٠٠/٢٠٠٢ م (%)
شمال افريقيا	٤٪	٤٪
غرب افريقيا	٢١٪	١٦٪
وسط افريقيا	٣٦٪	٥٥٪
شرق افريقيا	٤٦٪	٤٠٪
جنوب افريقيا	٤٨٪	٤٠٪

UN,Africa Renewal , January 2005 .

من استقراء الجدول يتضح مايلي :-

- ترتفع نسب الذين يعانون من سوء التغذية في أربعة اقاليم علي مستوي القارة ولا تخفض الا في اقليم واحد هو الشمال الافريقي ، حيث لاتتعدى نسبة الذين يعانون من سوء التغذية ٤٪ في الفترتين المشار اليهما بالجدول .

- شهدت بعض اقاليم القارة انخفاضا في نسب الذين يعانون من الجوع وسوء التغذية في الفترة من ١٩٩٠/١٩٩٢ - ٢٠٠٠/٢٠٠٢ ، ففي الغرب

الافريقي انخفضت النسبة من ٢١٪ ال ١٦٪ ، وشهد الشرق والجنوب الافريقي انخفاضا في نسبة من يعانون من الجوع من ٤٦٪ و ٤٨٪ الي ٤٠٪ لكل منهما علي التوالي .

- ارتفعت نسبة الذين عانوا من الجوع في وسط القارة من ٣٦٪ الي ٥٥٪ ، وهذا يشير الي اخفاق دول الاقليم في خفض نسب الذين يعانون سوء التغذية. يتميز الغذاء في إفريقيا (كما هو الحال في معظم بلاد العالم النامي) بأنه غير متوازن ويفتقر إلى السعرات الحرارية الهامة والمواد البروتينية خاصة البروتينات الحيوانية ، ويفتقر إلى اليود والحديد ويقدر ما يخص الفرد من السعرات الحرارية في معظم الأقطار الافريقية بأقل من ٣٠٠٠ سعر حرارى في اليوم ، وهذا القدر ضئيل إذا قورن بما يحصل عليه الفرد من سعرات حرارية في المجتمعات الصناعية، الذي يزيد في معظم الأحيان عن ٣٠٠٠ سعر حرارى ، مع استهلاك كبير من البروتين الحيوانى (محمد على وآخرون: ١٩٨٦ : ٢٢١ - ٢٢٣).

هناك بعض الدول بالقارة الافريقية قد ينخفض بها نصيب الفرد من السعرات الحرارية إلى أقل من ٢٠٠٠ سعر حرارى في اليوم كما هو الحال في اثيوبيا وموزمبيق وبوروندي واريتريا وانجولا (١٧٩٩ ، ١٧٠٨ ، ١٥٨٥ ، ١٩٨٣ سعر حرارى يوميا لكل منها علي الوالي عام ١٩٩٦) ، وقد يقترب نصيب الفرد من السعرات الحرارية في بعض الدول الافريقية إلى الحد الذى أوصت به منظمة الأغذية والزراعة (FAO) ومنظمة الصحة العالمية (WHO) وهو ٣٠٠٠ سعر حرارى كحد أدنى للسعرات اللازمة للفرد البالغ يوميا ، كما هو الحال في دولة جنوب افريقيا (٢٩٣٣ سعر حرارى يوميا) ولا يزيد نصيب الفرد من السعرات الحرارية عن ٣٠٠٠ سعر حرارى إلا في مصر وليبيا وتونس والجزائر (٣٢٨٩ ، ٣١٣٢ ، ٣٢٥٠ ، ٣٠٢٠ ، سعر حرارى لكل دولة علي التوالي) (تقرير التنمية البشرية - ١٩٩٩ : ٢١٣ - ٢١٤).

وقد أشار البعض الي مدى معاناة الفرد في افريقيا من نقص البروتين في السبعينات حيث كان يقل نصيب الفرد في القارة عن عشرة جرامات من البروتين الحيوانى يومياً، وهذا القدر يقل كثيراً عن الحد الضرورى (*) وبالمقارنة ببعض الدول المتقدمة نجد أن الفرد في الولايات المتحدة الامريكية يتناول يومياً في المتوسط ٢, ٩٠ جرام من البروتين تحتوى على ٤, ٦١ جرام من البروتين الحيوانى ، وفي نيوزيلاند يبلغ نصيب الفرد يومياً ٣, ٩٦ جراما من البروتين منها ١, ٥٦ من البروتين الحيوانى، بينما يبلغ ما يتناوله الفرد يومياً من البروتين في كل من السنغال وموريتانيا ومالى والنيجر وتشاد ومصر ٩, ٥٧ ، ١, ٥٦ ، ٣, ٥٣ ، ٨, ٥٢ ، ٤, ٥٧ ، ٩, ٧١ جراما تحتوى على ٩, ١٠ ، ٩, ٩ ، ٢, ٥ ، ١, ٣ ، ٩, ٢ ، ٠, ١١ جراما من البروتين الحيوانى لكل دولة على التوالى، وهذا يعكس مدى نقص كمية البروتينات فى الطعام (خاصة البروتينات الحيوانية) فى العديد من الدول الافريقية (فاروق شويقة - ١٩٧٦ : ٤٠٨ . ٤٠٩).

وجدير بالذكر ان القارة مازالت تعاني النقص في امداد السكان الافارقة بالبروتين ، فمعظم الدول الافريقية يقل نصيب الفرد بها عن ٥١ جراما يوميا من البروتين (متوسط نصيب الفرد من الامداد بالبروتين - النباتي والحيواني معا - ٥١ جرام يوميا في الدول ذات التنمية البشرية المنخفضة)، وعلى سبيل المثال يحصل الفرد في جمهورية الكونغو اليموقراطية وانجولا وغينيا وسيراليون على ٧, ٢٩ ، ٣, ٤٣ ، ٤٤ ، ٧, ٤٣ جراما من البروتين يوميا في كل دولة على التوالى ، الا انه توجد بعض الدول الافريقية التي يرتفع بها مايتناوله الفرد من البروتين كما هو الحال في تونس وجنوب افريقيا والمغرب

(*) يعد نقص البروتينات من أهم أوجه النقص الغذائى أو الجوع النوعى ، والبروتينات هى العنصر الهام فى بناء الخلية الحية، ولذلك تعتبر أساس الحياة نفسها، وقد تبين من الدراسات الخاصة بالتغذية أن هناك عشرة أنواع على الأقل من الأحماض الامينية لا غنى عنها فى غذاء الإنسان ، بعضها لازم لنموه ، والبعض الآخر لحفظ صحته بعد سن البلوغ وهذه الأحماض لا توجد كلها معاً فى العادة إلا فى البروتين ذى الأصل الحيوانى أما البروتينات النباتية فتكاد تخلو من عنصر أو أكثر من هذه الأحماض (جوزية دى كاستر - بدون تاريخ نشره: ٣٦ - ٣٧).

ومصر (حيث يتناول كل فرد يوميا ٦, ٨٧, ٣, ٧٣, ٨, ٥٨, ٩, ٨٧,)
جراما من البروتين في كل دولة علي التوالي) وهذا يعكس حدوث زيادة في
نصيب الفرد من البروتين بالقارة في نهاية التسعينات عما كان عليه الحال في
السبعينات ، الا أن عدم التوازن في الغذاء في افريقيا يظل قائما بالمقارنة
بالدول المتقدمة والتي بلغ متوسط نصيب الفرد من البروتين في معظمها أكثر من
١٠٣ جرام يوميا ، وتعدي نصيب الفرد من البروتين هذا المتوسط في الولايات
المتحدة وبلغ أكثر من ١١١ جرام يوميا ، وتعدي نصيب الفرد من البروتين ١٠٦
جراما في الدانمرك و ١١٣ جراما في ايرلندا عام ١٩٩٦ (تقرير التنمية البشرية -
١٩٩٩ : ٢١٣ - ٢١٤).

وجدير بالذكر أن الأطفال والحوامل والمرضعات هم أكثر من يتعرض لعبء
النقص الغذائي ، فقد قدر في أوائل الثمانينات أن حوالي ٣٠٪ من أطفال
افريقيا جنوب الصحراء لا يحصلون على التغذية التي يحتاجونها ، ويعانى ٤٪
آخرون من سوء التغذية الشديد الذي يهدد حياتهم (ايكهولم - ١٩٨١ : ٢٧)
وفي عام ١٩٨٥ عانى أكثر من ٢٥ - ٣٠ مليون طفل في مختلف ارجاء القارة
من الجوع وسوء التغذية مما استدعى اعطاءهم نظاما غذائيا معيناً للحفاظ على
حياتهم ، وبقي الكثيرون دون اي اهتمام يذكر (تومسيفون - ١٩٩١ : ٩) .

وقدر ان الدول النامية في بداية التسعينات ضمت ١٧٤ مليون طفل
(أقل من ٥ سنوات) عانوا من سوء التغذية ، ثم انخفض العدد الي ١٥٠
مليون طفل مع نهاية العقد (٢٠٠١ م) ، و كان نصيب آسيا نصف هؤلاء
الأطفال (جنوب آسيا وحده ضم ٧٨ مليون طفل) ، أما افريقيا جنوب الصحراء
فكان نصيبها الخمس (٣٢ مليون طفل) وقد لوحظ زيادة اعداد الأطفال
الذين يعانون من سوء التغذية في افريقيا خلال العقد المنصرم ، وجدير بالذكر ان
نصف وفيات الأطفال في هذه الفئة العمرية ترجع الي سوء التغذية علي المستوي
العالمي (UNICEF, 2001).

ويرجع تدنى وضع المرأة الاجتماعى والاقتصادى ، فى العديد من المجتمعات الافريقية الي تفشي ظاهرة سوء التغذية بينهم ، حيث تعتبر المرأة أدنى مرتبة من الرجل ولا يسمح لها بتناول الطعام الا بعد ان يكون الرجال والأولاد الذكور قد فرغوا منه ، وتفوق الوجبة المقدمة للرجال تلك التى يسمح بها للنساء والاطفال دون سن السابعة كماً ونوعاً، مما يحرم الامهات والاطفال وخاصة البنات من حصولهن على حاجتهن اليومية من الطعام الجيد والمتوازن ، مما يسبب سوء التغذية لديهن لكونهن الفئة الأكثر عرضة للمرض والأقل مناعة (الصحة العالمية - ١٩٩١ : ١٨).

ويؤدى سوء تغذية البنات إلى تزايد احتمالات مرضهن أكثر من احتمالات ذلك بالنسبة للبنين ، وعندما يمرضن تكون احتمالات حصولهن على العلاج السليم أقل ، والمرأة التى تعاني من سوء تغذية مزمن سوف تلد اطفالا ضعاف البنية ينتقل اليهم سوء التغذية والضعف والهزال ، ومع سوء التغذية وأمراض الطفولة تزداد احتمالات تعرض الإناث للمخاض المتعسر فيما بعد (فى سن الانجاب) وتصاب نساء كثيرات بفقر الدم (الانيميا) بسبب افتقار غذائهن إلى ما يكفى من الحديد لسد احتياجات الحيض والحمل ، صندوق الأمم المتحدة للسكان - ١٩٩٥ : ٤٧٠) حيث أن قدرتهن على تخزين الحديد فى الجسم أقل كثيراً من قدرة الرجال (يمكن للرجل البالغ تخزين حوالى ألف مللجم من الحديد فى حين لا تزيد قدرة الانثى من نفس العمر الا على تخزين ٣٠٠ مللجم) ، أضف إلى ذلك الحمل المتكرر الذى قد يؤدى إلى تفاقم الأصابة بالانيميا إلى درجة خطيرة (فيليب عطية - ١٩٩٢ : ٧٤) ، ويؤدى نقص الحديد والإصابة بالانيميا الي موت مايقرب من ٢٠٪ من الأمهات فى آسيا وافريقيا (Frehwot ,B . 1998, : 3)

ويتضح مما تقدم أن معظم السكان فى إفريقيا يعانون من سوء التغذية فالغذاء غير متوازن ويفتقر إلى السعرات الحرارية والمواد البروتينية وإلى اليود

(خاصة في إفريقيا الاستوائية) والحديد وفيتامين "أ" (منظمة الصحة العالمية - ١٩٩١ : ٩) ونتيجة للعوامل البيولوجية والثقافية وفي ظل تدنى الأحوال الاقتصادية والاجتماعية للمرأة الافريقية، ونظراً للتمييز بين الجنسين ، تعاني النساء الافريقيات بصورة أكبر من الرجال من سوء التغذية في كل مراحل العمر الخاصة بهن (Nancy D., 1994: 124) ، وتعرض الفتيات بشكل خاص للمخاطر الناتجة عن سوء التغذية بسبب تزايد احتياجاتهن للغذاء أثناء فترة المراهقة وكذلك أثناء فترة الحمل أو الإرضاع ، وهذا النقص في التغذية له آثار شديدة على المدى القصير والمدى الطويل على النساء وأطفالهن.

في إطار استراتيجيات مواجهة سوء التغذية خاصة بين النساء والأطفال في الدول النامية عامة وإفريقيا خاصة ، أكدت كل من اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية WHO أن وضع تخطيط فعال لتحسين الوضع الغذائي بالقارة يجب ان يضم عدة ابعاد أو مستويات ، المحلي والاقليمي والدولي ، كما أن التعرف علي جذور المشكلة واسبابها يؤدي الي ايجاد حل فعال لظاهرة سوء التغذية بالقارة الافريقية ، فعلي الحكومات أن تعي أبعاد المشكلة وجذورها ، وتعي أن الاستفادة من الطاقات البشرية مرتبط بصحة افراد المجتمع ، حيث يعمل سوء التغذية اذا ما استشري في منطقة علي ضعف انتاجية افراد المجتمع وهذا يؤثر بالسلب علي اقتصادياته ، ولذا علي حكومات الدول الافريقية زيادة الانفاق العام علي الخدمات الصحية والاجتماعية ، فتوفير المياه النقية والصرف الصحي وخدمات الرعاية الصحية ، والاهتمام بتدعيم موقف المرأة التعليمي والاقتصادي والصحي يأتي بثماره في المدى القريب والبعيد ، وهناك بعض الامثلة الناجحة ، منها تبي تنزانيا لبرنامج مكافحة سوء التغذية كان مردوده تحسين الوضع الغذائي لنصف اطفال تنزانيا في اواخر التسعينات . (Frehwot ,B . 1998 , : 3)

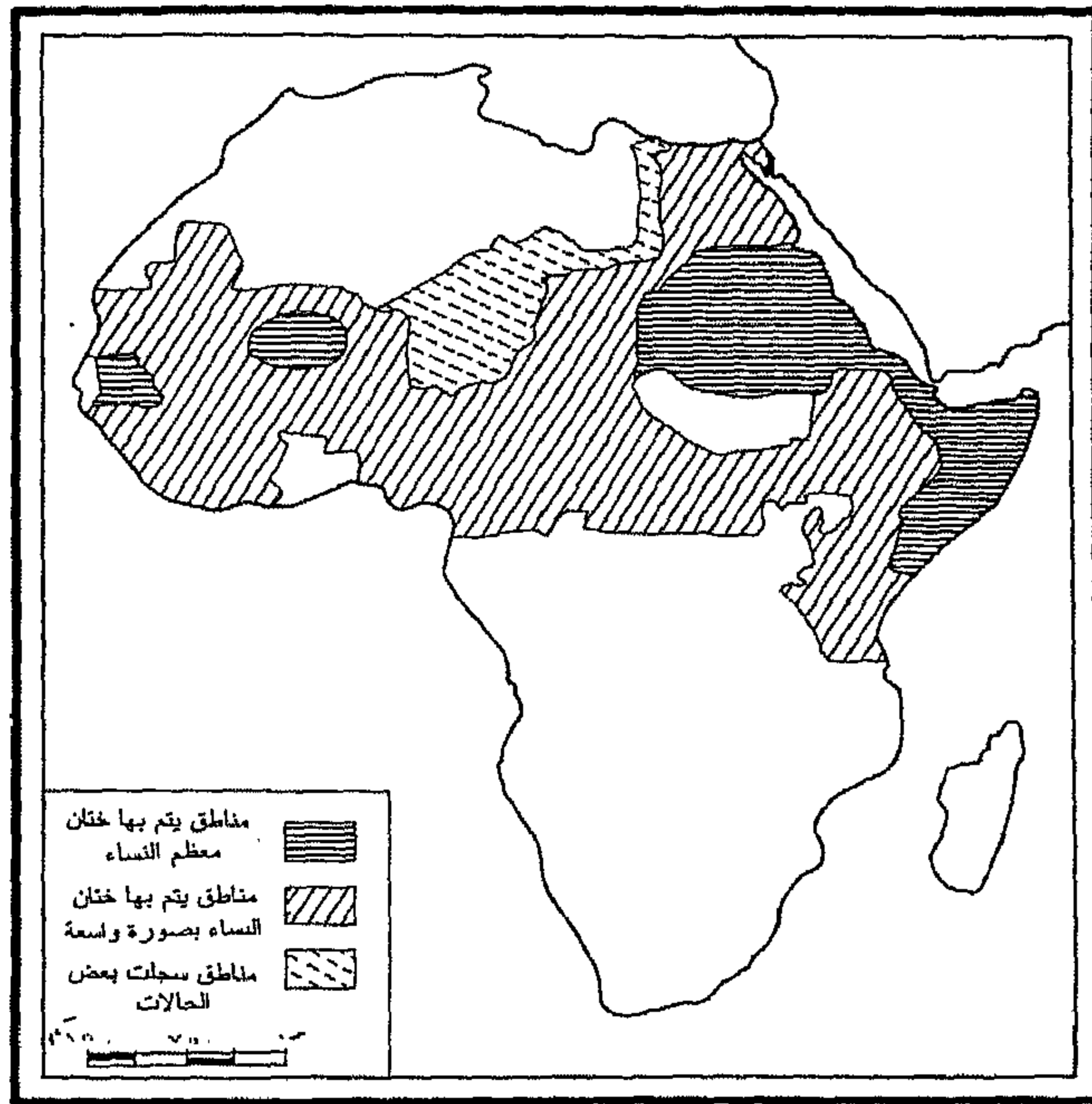
وعلي المستوي الدولي تري (اليونيسف) انه علي الدول المانحة والدول المستقبلية ضرورة توجيه الاعتمادات المالية الي دعم وانشاء الخدمات الاجتماعية ،

كما ناشدت اليونسيف الدول المانحة خفض الديون المستحقة لها لدي بعض الدول الافريقية حتي تستطيع الدول الفقيرة تلبية احتياجات سكاتها ، وعلي سبيل المثال دفعت افريقيا (التي تعد من أكثر الاقاليم التي تعاني من مشكلة سوء التغذية في العقدين الاخيرين) ١٣,٦ بليون دولار كانت ديونا لتقديم بعض الخدمات ، كما انفق ضعف هذا المبلغ علي الصحة العامة عام ١٩٩٥ (3 : 1998, B .Frehwot).

ثانيا - ختان الإناث (خفاض الاناث): Female circumcision:

يعد ختان الإناث قضية كبرى من قضايا الصحة العامة ، وممارسته الخقت الضرر بصحة وحياة ما قدر به ٨٥ مليون إلى ١١٤ مليون فتاة وإمرأة في اواخر التسعينات ، معظمهن يعشن في إفريقيا ومن المقدر أنه تجرى عملية الختان لنحو مليونين أو أكثر من الفتيات سنوياً ، أي أن هناك ٦٠٠٠ حالة ختان تحدث للإناث يومياً (1: 1997, Taissir M) وبذلك وصل عدد حالات الخفاض لدي الاناث ما بين ١٠٠ - ١٤٠ مليون حالة عام ٢٠٠٠ وفقا لتقرير منظمة الصحة العالمية ، وتعد جذور هذا التقليد موغلة في القدم، فقد أشار المؤرخ الاغريقي هيرودوت إلى ممارسة هذه العادة في القرن الخامس قبل الميلاد بين الفينيقيين والحيثيين والأثيوبيين والمصريين (فوزية أسعد: ١٩٨٢ : ٣٢٨) وتشير عبارة "ختان الإناث" Female circumcision إلى تقليد يدخل فيه بتر الأعضاء التناسلية في الأنثى، ويشير أنكى فان "Anke, V." إلى وجود ثلاث أشكال رئيسية للختان ويطلق على أخطر أشكال الختان أو الشكل المتطرف منه "التكميم" أو "التبزيم" أو الختان الفرعوني Pharaonic circumcision (Anke V., 1992: 777). ويجرى الختان عادة للفتيات الصغيرات أو المراهقات ، كما هو الحال في مصر حيث يجري الختان للفتيات بين سن ٧ و ١٠ سنوات ، وأحيانا للنساء بعد انجاب المرأة مولودها الأول (Afrol News ,2003) .

التوزيع الجغرافى والتباين الإقليمى لانتشار ظاهرة ختان الإناث فى إفريقيا ؛
 يمارس الختان بشكل أو بآخر فى حوالى ٤٠ دولة معظمها فى شرق وغرب
 إفريقيا وفى أجزاء من شبه الجزيرة العربية، ونتيجة للهجرة من هذه المناطق فإنه
 يمارس الآن أيضا فى أوروبا وأمريكا الشمالية (صندوق الأمم المتحدة للسكان -
 ١٩٩٥ : ١٢)، وقد حدد البعض التوزيع الجغرافى للمناطق التى يمارس فيها ختان
 الإناث فى إفريقيا بالمناطق التى تقع ضمن حزام متواصل يمر بوسط إفريقيا من
 الغرب إلى الشرق ثم يتبع مجرى نهر النيل (فوزية أسعد: ١٩٨٢ : ٣٢٧).



شكل (١) التوزيع الجغرافى لمناطق ختان الإناث فى افريقي

- Paul B.K, Maternal Mortality in Africa: 1980-87, Soc. Sci. Med .

وتوضح الخريطة (١) التوزيع الجغرافى والتباين الإقليمى لمناطق ممارسة
 الختان فى القارة الإفريقية كما أوردها بول "Paul" (Paul B., 1993 : 649) وهى
 تضم مصر والسودان وكينيا والصومال وأجزاء من إثيوبيا وبعض مناطق فى
 موريتانيا ومالى وتشكل هذه الأقطار نطاقاً عرضياً يمتد من البحر الأحمر
 والمحيط الهندى شرق القارة إلى المحيط الاطلنطى غرب القارة الإفريقية ويمكن

ملاحظة من السياق سابق الذكر ومن الشكل رقم (١) بعض تضمينات نظرية تضاؤل حدوث الظاهرة بالإبتعاد عن مركز معين Distance decay theory وفي حالتنا هذه ، الإبتعاد عن السودان ، ومنطقة القرن الإفريقي كذلك بالإبتعاد عن غرب إفريقيا.

كذلك يلقى الجدول (٢) والشكل (٢) الضوء على تفاوت نسب انتشار ممارسة ختان الإناث في بعض الدول الإفريقية كما أوردتها تقديرات الأمم المتحدة سنة ١٩٩٥ (الأمم المتحدة - ١٩٩٥ : ٧٠).

جدول (٢)

التوزيع النسبي لانتشار ظاهرة لختان الإناث في بعض الدول الإفريقية المختارة

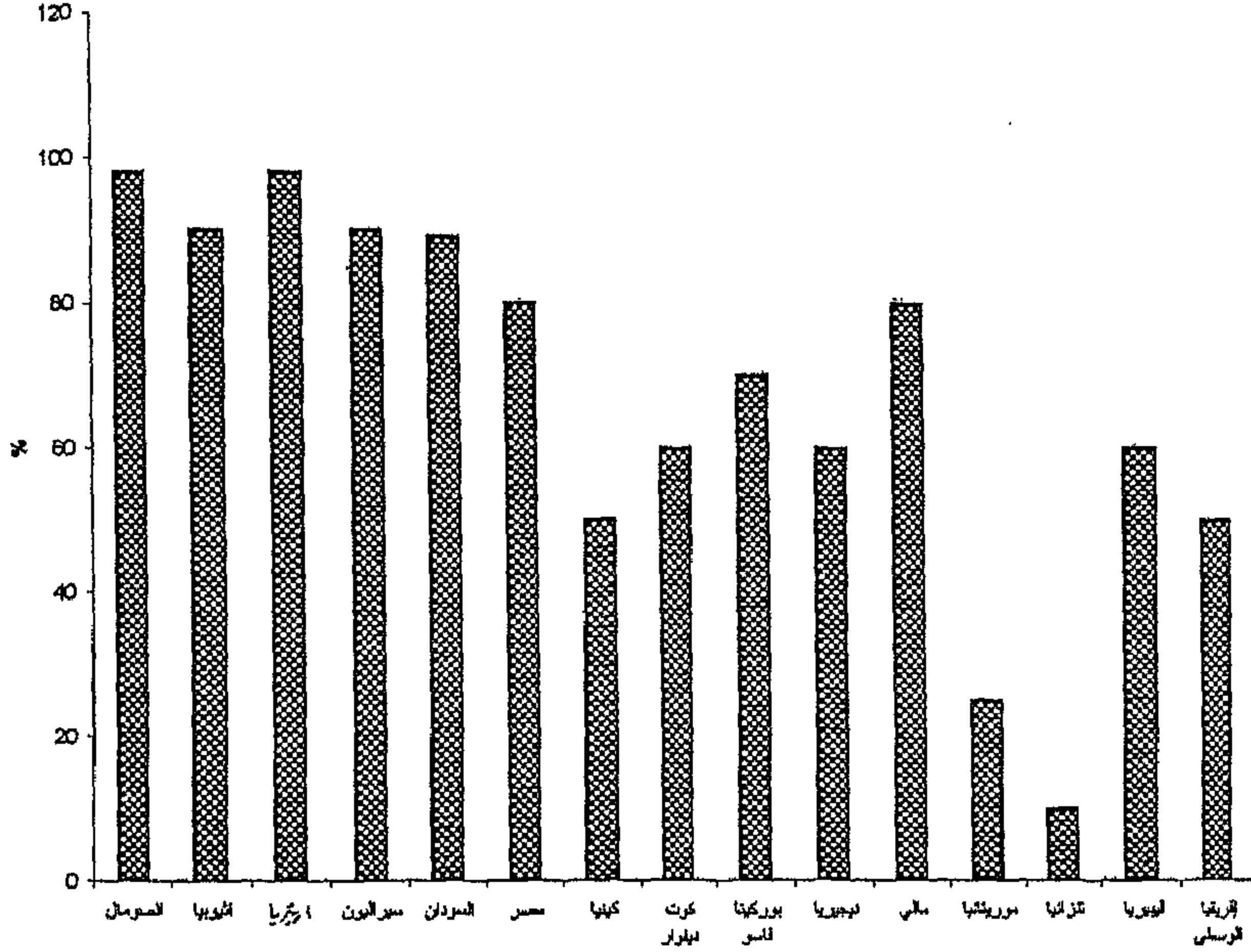
الدول المختارة	التوزيع النسبي لختان الإناث بالنسبة لاجمالي الإناث
اثيوبيا - اريتريا - بوركينا فاسو - جيبوتي - السودان - سيراليون - الصومال - مالي.	أكثر من ٧٠٪
بنين - تشاد - توجو - جمهورية أفريقيا الوسطى - غامبيا - غينيا - غينيا بيساو - كوت ديفوار - كينيا - مصر - ليبيريا - نيجيريا.	٥٠ - ٦٠٪
السنغال - غانا - موريتانيا - النيجر.	٢٠ - ٣٠٪
أوغندا - جمهورية تنزانيا المتحدة - زائير.	٥ - ١٠٪

المصدر: الأمم المتحدة ، المرأة في العالم ١٩٩٥ " اتجاهات واحصاءات ، ١٩٩٥ ، ص ٧٠ .

ويؤكد الجدول التباين الاقليمي ومدى التفاوت في نسب الانتشار العام لظاهرة ختان الإناث من بلد إلى آخر بالقارة الإفريقية حيث تسود هذه الظاهرة بين نساء بعض الدول الإفريقية بشكل كبير ونسب عالية خاصة في اقليم القرن الإفريقي، ففي بعض دول هذا الاقليم مثل جيبوتي والصومال واريتريا تصل نسبة انتشار ظاهرة الختان إلى أكثر من ٧٠٪ وقد ترتفع هذه النسبة إلى ما يقرب من ١٠٠٪ بين نساء الصومال وبعض أجزاء من أثيوبيا والسودان (Paul B. 1993: 649) .

شكل (٢)

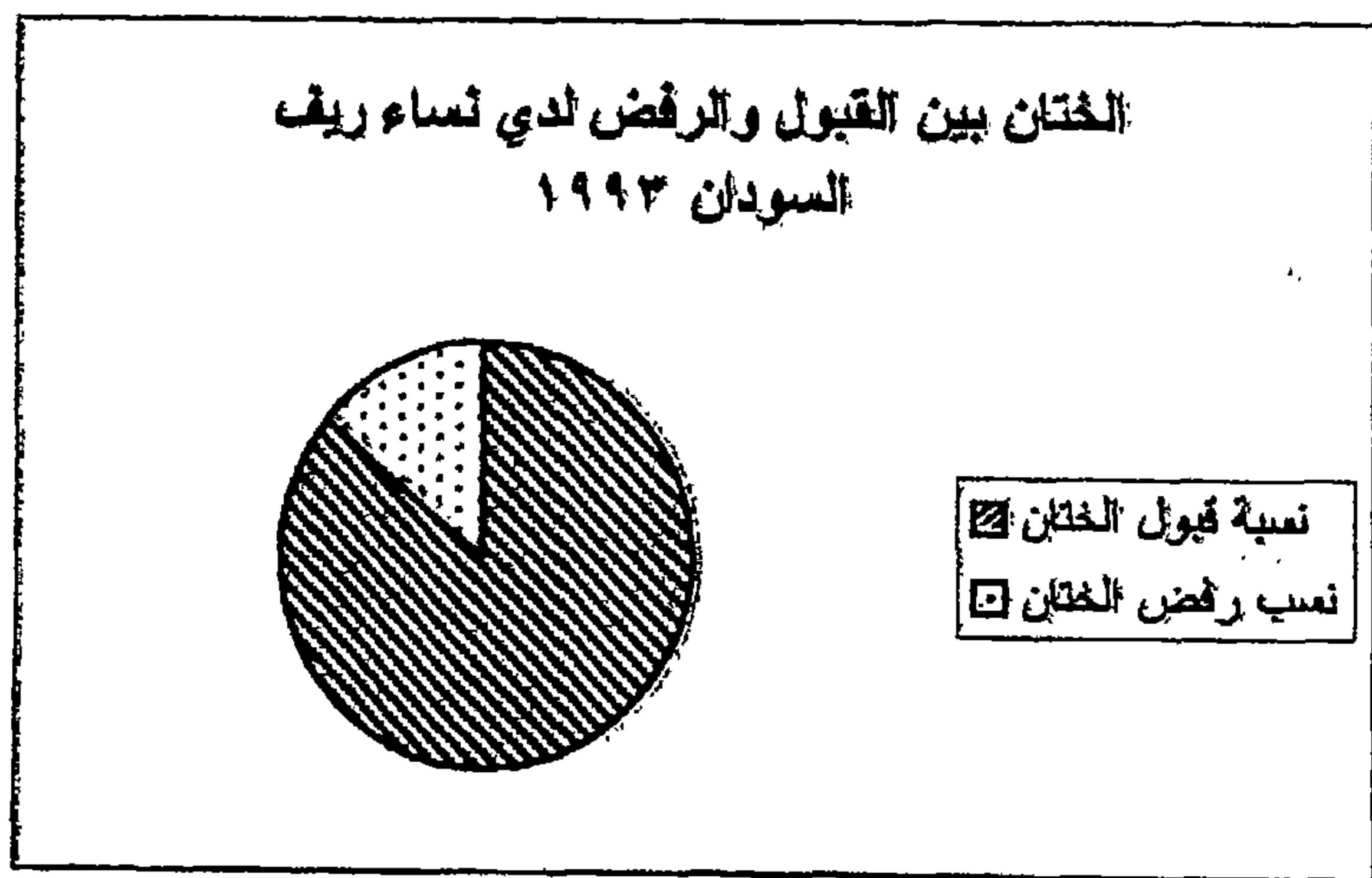
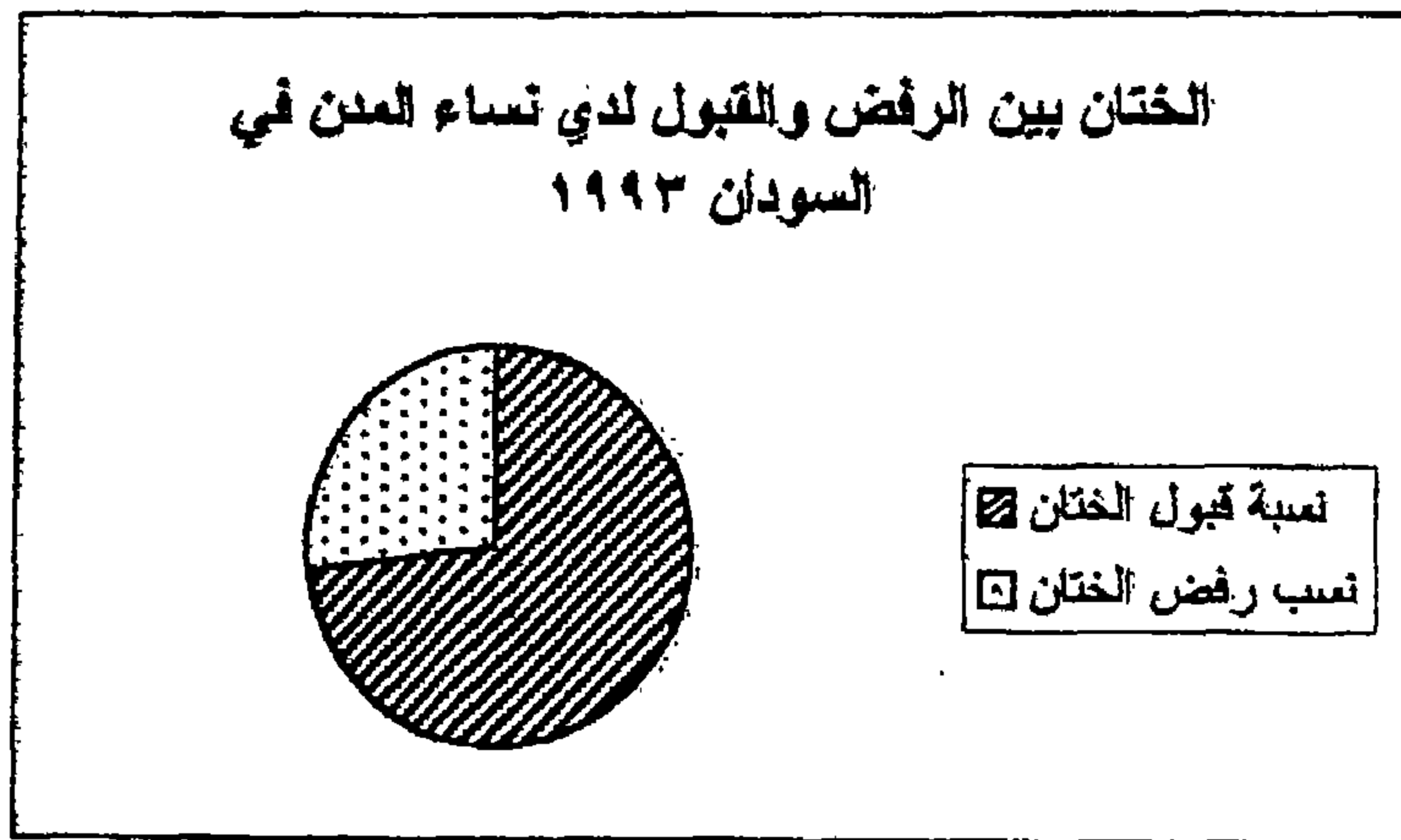
نسب إنتشار ختان الإناث فى بعض الدول الافريقية



ويعد اقليم غرب إفريقيا من الاقاليم التى ترتفع بها نسب انشار ظاهرة ختان الإناث ، حيث يضم العديد من الدول التى تتراوح نسب انتشار الظاهرة بها بين ٥٠٪ إلى ٦٠٪ وهذا يعنى أن أكثر من نصف إناث هذا الاقليم يرضخن لهذه العملية ، وجدير بالذكر أن المجتمعات التى تجرى بها عادة ختان الإناث يكون رد فعل المجتمع بها عنيفاً حيال النساء اللاتى لا يرضخن لهذه العادة، إذ عاداته ما يحرم من الزواج ، وبدون الزواج فى هذه المجتمعات تزداد محدودية ما تحصل عليه النساء من دعم مادي واجتماعي (الأمم المتحدة - ١٩٩٥ : ٧٠) ويظهر الجدول (٢) والخريطة شكل (١) أن هناك بعض المناطق بالقارة الافريقية تنخفض بها نسب انتشار ظاهرة ختان الإناث إلى نسب تتراوح بين ٥٪ و ١٠٪ كما هو الحال فى تنزانيا وزائير وأوغندا ، وتكاد تنعدم هذه الظاهرة فى معظم الاقليم الجنوبي من القارة وبعض مناطق الاقليم الشمالى .

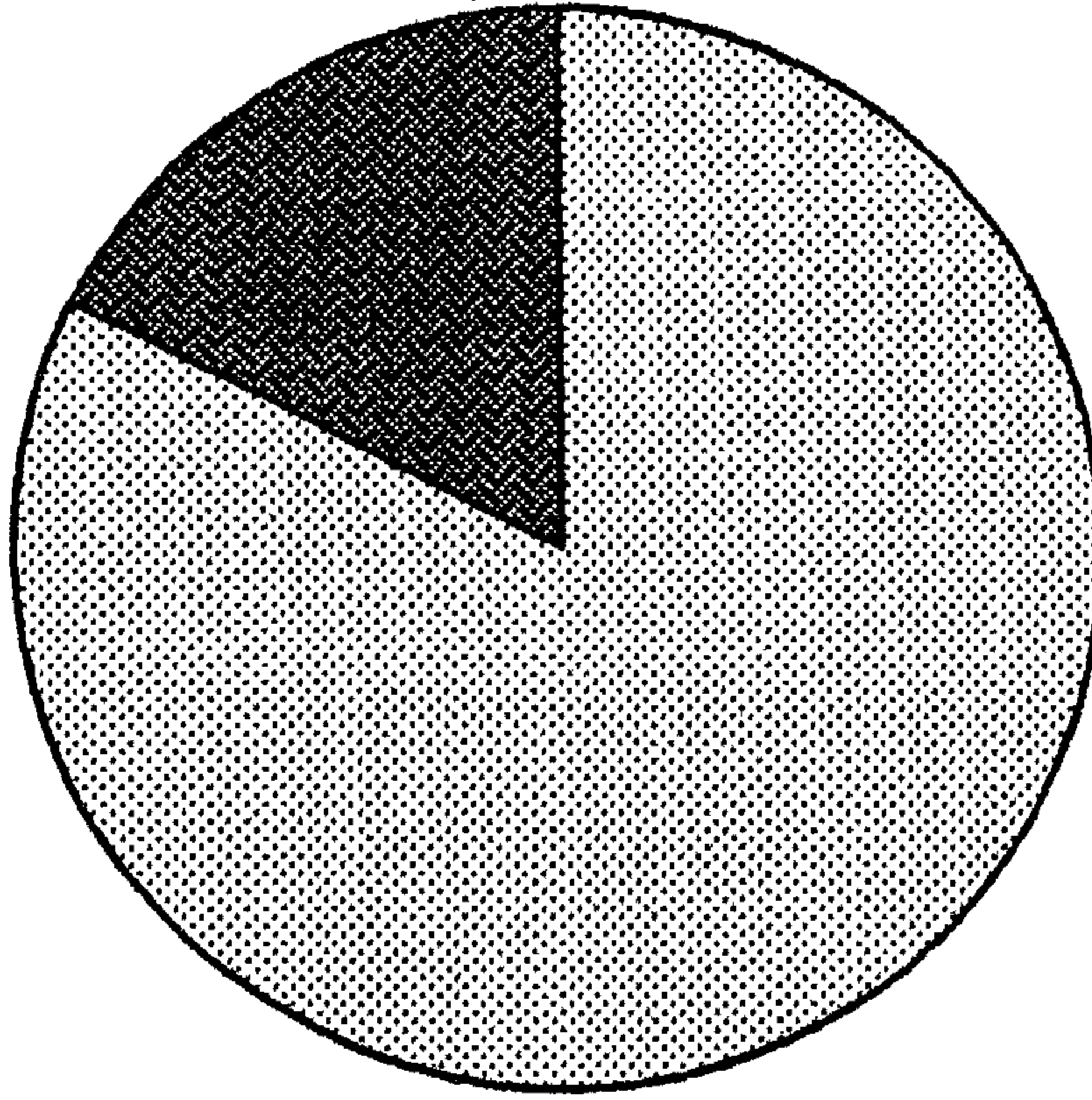
وكما يتباين توزيع ظاهرة الختان علي المستوي الاقليمي وعلي مستوي الدول في القارة الافريقية ، يختلف توزيع الظاهرة بين الريف والحضر ، ويظهر التباين في تقبل عملية الختان بين المناطق الريفية والحضرية من خلال دراسة تمت في السودان عام ١٩٩٣ ، وجد ان نسبة قبول الختان ترتفع في ريف السودان لتصل الي ٨٥٪ بينما تنخفض في المدن نسبيا لتصل الي ٧٣٪، ويوضح الشكل (٣) الختان بين القبول والرفض لدي نساء المدن والريف بالسودان ، إلا أنه علي المستوي العام في السودان تسود فكرة قبول عملية الختان شكل (٤) حيث تعد السودان من الدول التي تسود بها هذه الظاهرة ، (Taissir ,M.Hasan El din , 1997 :3) .

شكل (٣)



شكل (٤)

نسب قبول النساء للختان فى السودان



نساء يقبلن الختان

لا يقبلن الختان

الأبعاد الصحية لختان الإناث:

ونظراً لان ختان الإناث يجرى عادة خارج نطاق النظام الطبى (يجرى عمليات الختان ممارسون تقليديون) فمن الممكن أن تترتب عليها عواقب صحية وخيمة ، ويتم البتر فى أحيان كثيرة باستخدام أدوات غير نظيفة أودون تعقيم مما يزيد من خطر التلوث ، كذلك يتم بدون تخدير ولهذا يترتب عليه العديد من الآثار النفسية والبدنية السيئة ، ومما يضاعف الاضرار النفسية والجسدية المصاحبة لختان الإناث ، أن هذه العملية تجرى للأطفال من الإناث فى سن يتراوح بين ٤ إلى ١٦ سنة (الامم المتحدة - ٧١ : ١٩٩٥) وفى بعض البلاد الافريقية مثل الصومال يتم ختان ٨٧٪ من جملة الصوماليات قبل بلوغهن سن السابعة

أو الثامنة (Anke Van-1992:779) ، ونظرا لتعدد المضاعفات التي تعاني منها الفتيات والنساء اللاتي تجرى لهن عملية الختان فقد قسم البعض هذه المضاعفات الصحية الى ثلاثة انواع (Anke Van- 1992:779) هي:-

١- مضاعفات فورية Immediate حيث تتعرض الفتاه لآلام مبرحة وصدمة ونزيف وتلوث ، وقد تتعرض لخطر الموت فور الختان أو نتيجة الصدمة أو النزيف الشديد أو نتيجة الالتهاب الذي تصاب به في كثير من الحالات.

٢- مضاعفات تحدث على المدى البعيد أو مضاعفات لاحقة Subsequent مثل حدوث ضرر لمجرى البول أو فتحة الشرج والعقم والتلوث المزمن للجهاز التناسلي وسلس البول ، ويمكن أن تؤدي إعاقة تدفق البول إلى العدوى أو التسبب في الدموى الجرثومى وغيرها من المضاعفات اللاحقة.

٣- مضاعفات ترتبط بعملية الوضع Obstetric حيث تتسبب عملية الوضع لدى الإناث اللاتي كن ضحية الختان في كثير من الأحيان بالتعقيد الشديد ، وقد أشار " انكى فان " Anke Van إلى سبع مضاعفات خاصة بعملية الوضع وناجمة عن ختان الإناث والتي من الممكن أن تؤدي إلى موت الام والطفل.

٤- من المضاعفات التي يمكن ان تضاف الآن والتي ترتبط بختان كل من الاناث والذكور معا ، الاصابة بفيروس الايدز HIV/AIDS وهذه الاصابة تحدث نتيجة استخدام أدوات ملوثة وغير معقمة في عملية الختان ، بالإضافة الي تعدد مرات استخدام نفس الأدوات في عمليات ختان متتالية ، وفي عمليات ختان جماعية تؤدي في نهاية الأمر الي انتشار هذا المرض العضال ، (WHO, June 2000)

ونخلص مما سبق إلى أن عملية ختان الإناث تخلق اخطارا تهدد الصحة التناسلية للإناث على مدى حياتهن ، ومما يؤكد ذلك الدراسة الاستقصائية التي شملت عينة تضم ٣٠٠ سيدة حول مقديشيو والتي ظهر منها أن حوالي ٤٠٪ من

نساء العينة يعانين مضاعفات شديدة مباشرة و ٤٠٪ يعانين مضاعفات بعيدة المدى (الامم المتحدة - ٧٠:١٩٩٥) .

وجدير بالذكر أن حركة مناهضة الختان في افريقيا قد بدأت في الستينات ، وانضمت لها الآن جماعات نسائية عديدة ، وتعد الحلقة الدراسية التي عقدتها منظمة الصحة العالمية سنة ١٩٧٩ (استباقاً للمؤتمر العالمي الذي عقد عام ١٩٨٠ بشأن عقد الامم المتحدة للمرأة) بشأن الممارسات التقليدية التي تؤثر على صحة المرأة والطفل ، والتي عقدت في الخرطوم بالسودان أول حلقات الدراسة التي عقدت تحت مظلة منظمة الأمم المتحدة ، وقد رأت هذه الحلقة الدراسية ضرورة التخلي عن ممارسة ختان الإناث بجميع أشكالها ، واشتركت منظمة الصحة العالمية ، واليونسيف سنة ١٩٨٠ في اتخاذ قرار بضرورة أن تسترشد الخطوات المتخذة بالنسبة لهذا الموضوع الحساس بمبدأين رئيسيين هما ضرورة اشراك الحكومات الوطنية ، وضرورة جعل الحملة ضد هذه الممارسة جزءاً من البرنامج العام للرعاية الصحية الأولية (فوزية أسعد - ٣٢٩:١٩٨٢) .

ويعد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية سنة ١٩٩٤ أول مؤتمر دولي يعارض ممارسة ختان الإناث بوضوح ، ويدعو المجتمع الدولي إلى القضاء على هذه الممارسة مؤكداً انها تشكل انتهاكاً لحقوق الانسان الأساسية وتشكل خطورة كبرى على صحة المرأة تدوم طيلة عمرها ، كما أطلقت منظمة الصحة العالمية WHO عام ١٩٩٧ استراتيجية لمكافحة ختان الاناث في افريقيا تضم أهدافاً قصيرة ومتوسطة وطويلة الأجل ، وتقوم علي التضامن مع اليونسيف UNICEF و UNFPA وتدعم هذه المنظمات ، الحكومات والجماعات الوطنية بغرض حماية صحة الطفل والمرأة الافريقية وذلك من خلال التعليم المدعم بتعريف الأضرار الصحية لهذه العادة ، ومنتظر أن يحقق هذا التعاون خفض نسب ختان الإناث خلال عشر سنوات ، والقضاء عليه خلال ثلاثة أجيال (Afrol , News , 2000) .

وجدير بالذكر انه علي مستوي الحكومات اتبعت الدول الاقريقية اتجاهين لمقاومة عادة ختان الاناث ، الأول جنح الي تجريم القيام بهذه العادة ، فقد قدمت غينيا أول قانون ضد ختان الاناث عام ١٩٦٥ ، كذلك أصبحت عملية الخفاض للاناث جريمة يعاقب عليها القانون منذ عام ١٩٩٥ (بالسجن و دفع غرامة مالية) في جيبوتي ، واتبعت بعض الدول مسلكا آخر ومنها مصر حيث جعلت منع ممارسة عادة الخفاض للاناث جزءا من برنامجها العام للرعاية الصحية وفي سبيل ذلك تم التعاون مع UNDP لانهاء هذه العادة في ست محافظات بالوجه القبلي تضم ٦٠ قرية خلال ثلاث سنوات ، وتكلفة قدرها ٢,٦ مليون دولار امريكي ، هذا بالاضافة الي الاتجاهات الايجابية التي تمت من خلال عمل العديد من الاتحادات والمنظمات والمجلس الأعلى للامومة والطفولة و وسائل الاعلان والجمعيات الاهلية و علماء الدين والوزارات المعنية ، حيث بدأت معركة ضد هذه العادة ، (Afrol, News, 2001) ومع كل هذه الجهود والاستراتيجيات مازالت ممارسة و انتشار هذه العادة واسعة بالقارة ؛ حيث يتلازم معها ويقترن بها اعتبارات اجتماعية وثقافية ذات جذور موهلة في القدم ، (Afrol.News,2003.)

ثالثاً - خطر الايدز؛

تعد أزمة الإيدز والعدوي بفيروسه من أعتي الأزمات الصحية التي يواجهها العالم اليوم ، ففي غضون عقدين ، أودت هذه الأزمة بحياة ٣٠ مليون فرد تقريبا ويقدر عدد أولئك المتعاشين مع الإيدز والعدوي الفيروسيية الآن ما يقرب من ٤٠ مليون نسمة ، يعيش ٩٥٪ منهم في الدول النامية ، وتحدث ١٤٠٠٠ اصابة جديدة بالعدوي كل يوم ، وفي عام ٢٠٠٣ اصيب حوالي خمسة ملايين نسمة آخرين بفيروس نقص المناعة البشرية HIV منهم ٣,٢ مليون نسمة في افريقيا جنوب

الصحراء ، ويتسبب الإيدز والعدوي بفيروسه في تدمير الأسر والمجتمعات وتقويض اقتصاديات الدول، ويعتبر الإيدز السبب الرئيسي للوفاة في إفريقيا والسبب الرابع للوفاة علي مستوى العالم . (صندوق الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز)

وكلمه AIDS هي اختصار للاسم الكامل للمرض وهو (أعراض نقص المناعة المكتسبة) The Acquired immune deficiency syndrome وقد اكتشف المرض لأول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية في بداية الثمانينات، والتي حظيت بأكثر من نصف حالات الإيدز المبلغه لمنظمة الصحة العالمية WHO ١٩٩٠ م ، (Shannon, P. And Bashahur: 1991) .

ويسبب فيروس نقص المناعة البشرية HIV الإصابة بالمرض ولكن بعد فترة حضانة أو كمون Latency قد تصل إلى عشر سنوات ، ولذا يبقى الفيروس في أجساد المصابين لفترة قد تطول أو تقصر دون أن تبدو عليهم أعراض مرض الإيدز، والنوعان الرئيسيان للفيروس الناقل للمرض يطلق عليهما HIV-1, HIV-2 والأول هو الأكثر شيوعا في العالم ، وظل هو السائد عالميا حتى ١٩٨٨ م حين تم كشف فيروس HIV-2 والذي جري إبلاغه لمنظمة الصحة العالمية من قبل دول إفريقية وغير إفريقية وله نفس التأثير وسرعة الانتشار لكنه لا يزال متمركزا في مناطق بعينها من إفريقيا ، لاسيما غرب القارة (33 : 1989 , Panos Institute) .

وقد شهدت بدايات عقد الثمانينات ظهور مرض الإيدز كمشكلة تهدد العالم أجمع ، وقدرت منظمة الصحة العالمية عدد المصابين عام ١٩٩٢ بحوالي ٢,٧ مليون شخص ، تطور الفيروس لديهم ليصبحوا مرضى إيدز (AIDS) حقيقيين ، وقد تباين التوزيع الجغرافي للمرض بين القلة الواضحة في الاوقيانوسية (٥٠٠٠ حالة) والكثرة الغالبة في إفريقيا (٩٧٠,٠٠٠ حالة) في هذه الفترة . (WHO.,G.P.A,1992 : 1-2) ثم وصل عدد المصابين بالإيدز حتى

أواسط عام ١٩٩٤ إلى قرابة أربعة ملايين من النساء والرجال والاطفال ، وقد قدرت منظمة الصحة العالمية WHO عدد المصابين بفيروس المرض HIV سنة ١٩٩١ ما بين ٩ . ١١ مليون شخصا، ارتفع الرقم إلى ما لا يقل عن ٣٣ مليون حالة حاملة للفيروس ١٩٩٩م وجد منها ما لا يقل عن ٢٢,٥ مليون حالة في إفريقيا وحدها بنسبة ٦٧,٥ ٪ أي أن القارة وحدها استأثرت بأكثر من ثلثي الحالات الحاملة لفيروس الإيدز في العالم ، وهذا يوضح عبء المرض بالقارة الإفريقية ، وجدير بالذكر أن توزيع حالات الإصابة بفيروس بنقص المناعة المكتسبة HIV/AIDS علي أقاليم العالم الصحية قد أظهرت العديد من التغيرات عام ٢٠٠٣ م(*) ، وحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية وبرنامج الامم المتحدة لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية HIV حتي نهاية عام ٢٠٠٣ تبين أن القارة الافريقية استأثرت وحدها عام ٢٠٠٣ بعدد ٢٦,٦ مليون حالة حاملة لفيروس الإيدز / AIDS HIV من اجمالي ٤٠ مليون حالة للفيروس علي مستوي العالم او ما يعادل ٦٦,٥ ٪ من اجمالي الحالات الحاملة للفيروس في العالم . (UNAIDS/WHO,2003.)

وجدير بالذكر أن عدد حالات الإيدز أو الفيروس المبلغة في إفريقيا لا تساوي سوى ١٠ إلى ١٥ ٪ من الحالات الحقيقية وهذا يؤكد التباين والفرق الكبير بين حالات نقص المناعة HIV المقدرة بواسطة خبراء الصحة العالمية وعدد حالات الإيدز المبلغة للمنظمة الدولية، وهذا الفرق يضيق في الدول المتقدمة ويتسع في الدول النامية ، فقد كانت نسبة الصدق في الإبلاغ عن حالات مرض الإيدز سنة ١٩٩٠ ٧٨,٧ ٪ للأوقيانوسية و ٦٧,٥ ٪ لأوروبا و ٦٢,٥ ٪ للأمريكتين بينما انخفضت هذه النسبة إلى ١٠,٥ ٪ في إفريقيا (فاتن محمد البنا، ١٩٩٢) .

(*) قسمت منظمة الصحة العالمية العالم إلي عشر أقاليم صحية تم ذكرها بالجدول (٤) .

خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة HIV/AIDS بين الإناث

في أفريقيا :-

وتواجه نساء العالم تزايد خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة فقد زادت نسبه اصابتهم من ٢٠ ٪ من اجمالي حالات الإصابة عام ١٩٨٠ إلى ٤٠ ٪ عام ١٩٩٣ ، وأرتفت النسبة الي ٤٨ ٪ عام ٢٠٠١ و ٥٠ ٪ خلال عامي ٢٠٠٢/٢٠٠٣ حسب تقديرات منظمة الصحة الدولية .(WHO,UNAIDS. 2004)

وجدير بالذكر أن النساء الافريقيات قد كن هدفا للإصابة بالفيروس في القارة الإفريقية وهي القارة المتفردة بين قارات العالم في تصاعد الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة الايدز ، حيث كانت واحدة من بين كل أربعين امرأة افريقية مصابة بهذا المرض ، في منتصف التسعينات (حكيمة حيمشي ولطيفة ايمان - ١٤:١٩٩٥) كما كانت تصل نسبة النوع Sex Ratio إلى درجة التساوى ، أى أنها تبلغ (١:١) بمعنى تساوى المصابين من الذكور والإناث ، وهذا على عكس نسبة النوع بالنسبة للإصابة HIV/AIDS في باقى أنحاء العالم التي تختلف من منطقة لأخرى ، فقد بلغت سنه ١٩٩٢ فى الولايات المتحدة الامريكية ١:١٩ أى أن هناك ١٩ ذكرا مقابل كل انثى مصابة (Piot, P.,et al., 1992 :15)، والنسبة ترتفع إلى أربعة أو خمسة رجال مصابين مقابل كل امرأة فى كل من أمريكا اللاتينية ، وشمال شرق آسيا ، واوروبا الغربية ، أما فى جنوب شرق آسيا فتبلغ النسبة ٢:١ (Mann,J.M., et al.,(eds.),1992).

ويرجع تساوى نسب الإصابة بين الرجال والنساء فى القارة الافريقية في منتصف التسعينات إلى نمط انتشار فيروس HIV/AIDS ، حيث يسود انتقال المرض بين السكان من خلال العلاقات الجنسية المغايرة Heterosexuality وهذا

بخلاف النمط الذى يسود فى الولايات المتحدة الامريكية ومعظم قارة اوروبا واوراليا، ويتميز بتواجده فى المناطق الجغرافية التى يتصف سكانها بالعلاقات الشاذة ، حيث تسود بينهم العلاقات المثلية الجنسية Homosexuality ، (Martin,S,et al., 1992:148) .

وقد أدى تردى الوضع الاجتماعى والحضارى والاقتصادي الي زيادة انتشار فيروس (HIV) بين الإناث فى القارة الافريقية ، فشيوع بعض العادات الافريقية مثل ختان البنات واستخدام الالات البدائية فى ذلك يسهل انتقال الفيروس عن طريق تلوث مجرى الدم (Shannon , G.W.,1991 : 84 - 88) ، كذلك تؤدى اصابة العديد من النساء الافريقيات ببعض امراض الجهاز التناسلى إلى تعرضهن للعديد من المخاطر الجسدية التى قد تكون مميتة ، كما تيسر هذه الامراض العدوى بفيروس نقص المناعة المكتسبة (صندوق الأمم المتحدة للسكان - ١٩٩٤ : ٣٧) .

وتشير التقديرات الحديثة إلى استمرار تزايد تعرض النساء للإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة ، حيث وصلت نسبة الاصابة بينهن عام ٢٠٠٣ الي ٦٠٪ من اجمالي البالغين حاملي الفيروس فى إفريقيا جنوب الصحراء . فى حين بلغت نسبة الاصابة فى آسيا ٥٦٪ وفى شرق اوروبا ، ووسط آسيا ٤٦٪ لكل منهما ، وبذلك تكون نسبة الاصابة بين النساء فى افريقيا جنوب الصحراء قد تعدت نسب الاصابة بين الرجال بما يعادل ٣ , ١ مرة .

يوضح الجدول التالي مدى ارتفاع نسب الاصابة بفيروس HIV/AIDS بين النساء فى الفئة العمرية (١٥-٤٩ سنة) مقارنة بالرجال فى بعض الدول الافريقية المختارة و التى ترتفع بها نسب الاصابة بفيروس المرض .

جدول (٣)

التوزيع العددي والنسبي للمصابين بفيروس نقص المناعة المكتسبة HIV/AIDS من البالغين في الفئة العمرية (١٥-٤٩) في بعض الدول المختارة في القارة الافريقية عام ٢٠٠١ م (بالالف)

الدولة	انتشار الفيروس بين النساء في الفئة العمرية (١٥-٤٩) (بالالف)	النسبة المئوية لانتشار الفيروس بين النساء في الفئة العمرية (١٥-٤٩) %	انتشار الفيروس بين الرجال في الفئة العمرية (١٥-٤٩) (بالالف)	النسبة المئوية لانتشار الفيروس بين الرجال في الفئة العمرية (١٥-٤٩) %
سوازيلاند	٨٩	٥٩	٦١	٤١
بتسوانا	١٧٠	٥٧	١٣٠	٤٣
زيمبابوي	١٢٠٠	٦٠	٨٠٠	٤٠
جنوب أفريقيا	٢٧٠٠	٥٧	٢٠٠٠	٤٣
نامبيا	١١٠	٥٥	٩٠	٤٥
زامبيا	٥٩٠	٥٩	٤١٠	٤١
ملاوي	٤٤٠	٥٦	٣٤٠	٤٤
بحر أفريقيا الوسطي	١٣٠	٥٩	٩٠	٤١
موزامبيق	٦٣٠	٦٣	٣٧٠	٣٧
تنزانيا	٧٥٠	٥٨	٥٥٠	٤٢
الكاميرون	٥٠٠	٥٨	٣٦٠	٤٢
نيجيريا	١٧٠٠	٥٣	١٥٠٠	٤٧
كينيا	١٤٠٠	٦١	٩٠٠	٣٩
أثيوبيا	١١٠٠	٥٨	٨٠٠	٤٢
افريقيا جنوب الصحراء	١٥٠٠٠	٥٨	١١٠٠٠	٤٢

- UNAIDS, Report on Global HIV/AIDS ,Epidemic , July , 2002 .

- UNAIDS, Human development Report 2003, New York , 2003 ,pp.260-261 .

ويوضح الجدول السابق مدى التفوق العددي والنسبي لانتشار فيروس نقص المناعة المكتسبة بين الاناث في الفئة العمرية (١٥-٤٩ سنة) في افريقيا جنوب الصحراء بصفة عامة ، حيث ضمت إفريقيا جنوب الصحراء ١٥ مليونا من النساء

المصابات بفيروس المرض في مقابل ١١ مليون من الذكور المصابين عام ٢٠٠١ بنسبة ٥٨ ٪ للنساء مقابل ٤٢ ٪ للرجال ، وجدير بالذكر أن التقديرات عام ٢٠٠٣ تشير الي ارتفاع مستمر في زيادة تفشي الاصابة بين النساء في هذه الفئة العمرية حتي وصلت الي ٦٠ ٪ ، وهذه النسبة المرتفعة لانتشار الفيروس بين نساء القارة ، تلقي الضوء علي ماتعانيه نساء إفريقيا اللاتي يقع عليهن الضرر الصحي المباشر في هذه الفئة الديموجرافية ، كما تشير الي الخطر الذي يواجه الأطفال عن طريق الأم المصابة بفيروس المرض Vertical Transmission .

ويوضح الجدول (٣) مدي التباين الجغرافي للتوزيع النسبي والعددي لانتشار الفيروس بين الاناث البالغات (١٥-٤٩ سنة) في بعض الدول المختارة ويلاحظ انه علي الرغم من التباين العددي الواضح بين الدول الافريقية ، والذي يتفاوت بين الملاين (كما هو الحال في دولة جنوب افريقيا ، ونيجيريا وكينيا وزمبابوي وأثيوبيا حيث سجلت الأرقام ٢,٧ ، ١,٧ ، ١,٤ ، ١,٢ ، ١,١ مليون حالة حاملة الفيروس لكل دولة علي التوالي) وعدة آلاف (كما هو الحال في سوازيلاند التي ضمت ٨٩ ألف امرأة حاملة لفيروس المرض ، ونامبيا التي كانت اعداد المصابات بها ١١٠ الف حالة) ، نجد أن التوزيع النسبي للاصابات بين هذه الفئة الديموجرافية من الاناث تكاد تكون متقاربة ، وتتعددي في معظمها ٥٥ ٪ من جملة الاصابة في الفئة العمرية (١٥-٤٩) ، وقد تصل النسبة في بعض الدول الي ٦٣ ٪ كما هو الحال في موزامبيق و ٦١ ٪ في كينيا ، وتدل هذه النسب المرتفعة لانتشار الفيروس بين النساء في سن الحمل علي تعرض فئتين لخطر الايدز ، الفئة الاولى هي فئة النساء البالغات في سن (١٥-٤٩ سنة) والفئة العمرية الثانية هي فئة الأطفال في سن (أقل من ١٤ سنة) ، وجدير بالملاحظة ان جميع الدول المختارة بالجدول تشترك في ارتفاع نسب الاصابة بفيروس المرض بين البالغين من الجنسين ، فقد قدرت نسبة الاصابة في بتسوانا ٣٨,٨ ٪

من إجمالي البالغين عام ٢٠٠١ و ٣٣,٧٪ في زيمبابوي و ٣٣,٤ في سوازيلاند
لنفس العام (UNAIDS, 2002) .

ومما يجعل الأمر أكثر خطورة في افريقيا ارتفاع نسبة الاصابة بالفيروس بين
الفتيات والنساء صغيرات السن في الفئة العمرية (١٥-٢٤) ويوضح الجدول
التالي التفاوت في نسب الاصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة بين النساء
والرجال في الفئة العمرية صغيرة السن علي مستوي الاقاليم الصحية في العالم .

جدول (٤)

التوزيع الجغرافي للمصابين من صغار السن بفيروس نقص المناعة المكتسبة
حسب تقديرات ديسمبر ٢٠٠١ م (الفئة العمرية ١٥-٢٤ سنة)

الاقليم	عدد الاناث (بالآلف)	النسبة المئوية لانتشار الفيروس بين الاناث في الفئة العمرية (٢٤-١٥)	عدد الذكور (بالآلف)	النسبة المئوية لانتشار الفيروس بين الذكور في الفئة العمرية (٢٤-١٥)	الاجمالي (بالآلف)
افريقيا جنوب الصحراء	٥٧٠٠	٦٧,١	٢٨٠٠	٣٢,٩	٨٥٠٠
جنوب وجنوب شرق آسيا	٩٣٠	٦١,٢	٥٩٠	٣٨,٨	١٥٢٠
أمريكا اللاتينية	١٧٠	٣٩,٥	٢٦٠	٦٠,٥	٤٣٠
شمال افريقيا والشرق الأوسط	١١٠	٧٢,٨	٤١	٢٧,٢	١٥١
شرق آسيا والباسيفيك	٨٧	٣٠,٣	٢٠٠	٦٩,٧	٢٨٧
أوروبا الشرقية ووسط آسيا	٨٥	٢٠	٣٤٠	٨٠	٤٢٥
الكاريببي	٧٢	٥٥	٥٩	٤٥	١٣١
أمريكا الشمالية	٤٧	٣٢	١٠٠	٦٨	١٤٧
غرب أوروبا	٣٣	٣٧,٥	٥٥	٦٢,٥	٨٨
العالم	٧٣٠٠	٦٢	٤٥٠٠	٣٨	١١٨٠٠

Source :UNAIDS, Unpublished data , December ,2001 .

النسب المئوية من حساب الباحثة .

من استقرار الجدول السابق يتضح عظم الخطر الذي تتعرض له النساء الصغيرات في الفئة العمرية (١٥-٢٤ سنة) في القارة الإفريقية. وكذا الرجال في نفس الفئة، خاصة في إفريقيا جنوب الصحراء، فقد ضمت القارة وحدها ما يربو على ٨,٥ مليون حالة لفيروس المرض من إجمالي ١١,٨ مليون حالة علي مستوى العالم ونسبة تصل الي ٧٢٪ عام ٢٠٠١.

كذلك يوضح الجدول أن نسب انتشار الفيروس بين النساء الصغيرات تتعدى نسب الانتشار بين الرجال في نفس الفئة العمرية في أربعة أقاليم صحية من بين تسعة أقاليم علي مستوى العالم، يأتي إقليم شمال إفريقيا والشرق الأوسط في المقدمة بنسبة ٧٢,٨٪ ثم تأتي إفريقيا جنوب الصحراء في المرتبة الثانية بنسبة ٦٧,١٪، تليها جنوب وجنوب شرق آسيا بنسبة ٦١,٢٪ ثم يأتي إقليم الكاريبي بنسبة ٥٥٪ وهذه الأقاليم هي التي ينتشر المرض بين السكان من خلال العلاقات الجنسية المغايرة Heterosexuality وعن طريق الحقن الملوث بفيروس المرض بين المدمنين للمخدرات، ونقل الدم الملوث بفيروس المرض، كما هو الحال في منطقة شمال إفريقيا والشرق الأوسط، وهذا بخلاف النمط الذي يسود في الولايات المتحدة الأمريكية ومعظم قارة أوروبا وأستراليا، ويتميز بوجوده في المناطق الجغرافية التي يتصف سكانها بالعلاقات الشاذة، حيث تسود بينهم العلاقات المثلية الجنسية Homosexuality، ولذلك ترتفع نسب انتشار الفيروس بين الرجال صغار السن عنها بين الإناث.

وترتفع معدلات الإصابة بين فئات السن الصغيرة عند النساء عنه عند الرجال، ويرجع البعض زيادة تعرض النساء الصغيرات (اللاتى تتراوح أعمارهن بين الخامسة عشر، والرابعة والعشرين في الدول النامية) للعدوى بالآيدز بنسب أكثر من الذكور في نفس السن إلى عدم اكتمال نمو الغشاء المخاطي التناسلي الإناثوي لديهن (حكيمه حيميشتي - لطيفة إيمان - ١٩٩٥: ١٤).

كما أدت ظاهرة تحول الرجال في كل من جنوب شرق آسيا وأفريقيا إلى معايشة الفتيات الصغيرات (بشكل متزايد في الوقت الحالي) لتفادي المخاطر المرتبطة بالعلاقات مع العاملات الأكبر سناً (من البغايا) إلى إصابة الفتيات بالمرض في سن أصغر بشكل كبير، ولذلك أصبح فيروس (HIV-I) شائع الانتشار بين النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠-٢٥ سنة في أفريقيا (صندوق الأمم المتحدة للسكان - ٣٥: ١٩٩٤).

وكما يتباين التوزيع الجغرافي لانتشار فيروس HIV بين صغار السن علي مستوي العالم يختلف ويتباين علي مستوي الدول في القارة الأفريقية والجدول التالي يوضح هذا الاختلاف في بعض الدول:-

جدول (٥)

التوزيع النسبي لانتشار فيروس نقص المناعة المكتسبة بين صغار السن في الفئة العمرية (١٥-٢٤ سنة) في بعض الدول المختارة بالقارة الإفريقية حتى نهاية عام ١٩٩٩م.

الدولة	النسبة المئوية لانتشار الفيروس بين الإناث في الفئة العمرية ٢٤-١٥	النسبة المئوية لانتشار الفيروس بين الذكور في الفئة العمرية ٢٤-١٥
كوت ديفوار	٩,٥ %	٣,٨ %
غانا	٣,٤ %	١,٤ %
كينيا	١٣,١ %	٦,٤ %
مدغشقر	٠,١ %	٠,٤ %
مالي	٢,٢ %	١,٣ %
موزامبيق	١٤,٨ %	٦,٨ %
السنغال	١,٦ %	٠,٨ %
تنزانيا	٨,١ %	٤,٠ %
اوغندا	٧,٤ %	٣,٩ %
زامبيا	١٧,٨ %	٨,٢ %
زمبابوي	٢٤,٥ %	١١,٤ %

Source: UNAIDS, Report on Global AIDS Epidemic, June 2000 .

قامت الباحثة بحساب متوسط الحدود العليا والدنيا للنسب المئوية لانتشار الفيروس .

يلقي الجدول السابق الضوء علي التباين المكاني والنوعي للانتشار فيروس نقص المناعة المكتسبة في ١١ دولة افريقية في الفئة العمرية (١٥-٢٤ سنة) ويتضح منه مايلي :-

- ترتفع نسب انتشارالفيروس في هذه الفئة بين الاناث عنها بين الذكور في كل الدول المختارة، فيما عدا مدغشقر التي انخفضت بها نسبة الإنتشار الي ١ ، ٠٪ بين الاناث، بينما كانت ٤ ، ٠٪ لدي الذكور .

- تراوحت نسب انتشار فيروس نقص المناعة المكتسبة بين الاناث صغيرات السن بين ١ ، ٠٪ في مدغشقر و ٢٤ ، ٥٪ في زمبابوي ، وهذا يوضح انتشار الفيروس بدرجات متفاوتة بين الدول المختارة ، ففي سبع دول من بين احدي عشر دولة قدر أن نسب الانتشار تعدت ٧٪ بين الاناث صغيرات السن و كن ايجابيات لفيروس نقص المناعة المكتسبة ، وهذا يشير الي مدي ما تتعرض له هذه الفئة العمرية من خطر صحي له مردود مستقبلي مدمر .

ويعد شيوع فيروس نقص المناعة المكتسبة بين النساء في سن الحمل (١٥-٤٩ سنة) في افريقيا من المخاطر الصحية التي يتعرض لها كل من الأم والطفل علي السواء ، وذلك منذ انتشار المرض بالقارة ، فقد وصل شيوع الفيروس في افريقيا بين النساء الحوامل إلى نسب مرتفعة في العديد من المناطق الافريقية في التسعينات ، ففي بعض مناطق وسط افريقيا (حيث تركزت بؤرة المرض في تلك الفترة) تراوحت نسبة الانتشار بين ٢- ١٥٪ من جملة النساء الحوامل ، وبلغت في كيجالي برواندا ٣١ ، ٦٪ ، ووصلت إلى ١٠٪ في جمهورية افريقيا الوسطى والكنغو وفي بعض المناطق الريفية في تنزانيا (صندوق الامم المتحدة للسكان - ٣٥:١٩٩٤) ، وقد صندوق الامم المتحدة لمكافحة الايدز عام ٢٠٠٢ ان القارة الافريقية ضمت خمسة ملايين امرأة في سن الحمل مصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة ، وهناك امرأة مصابة بفيروس المرض من بين ثلاث نساء تترددن علي عيادات ما قبل الوضع في بعض المراكز الافريقية الرئيسية ، ومن الملاحظ

ارتفاع معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة بين النساء في سن الحمل في دول الجنوب الافريقي ؛ والذي يعد بؤرة تركيز مرض الايدز الآن في افريقيا ، هناك أكثر من واحدة من بين خمس نساء من الحوامل مصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة ، وتشير تحليلات عيادات أمراض النساء والولادة الي ارتفاع نسب انتشار فيروس نقص المناعة المكتسبة بين النساء الحوامل ، في ٨ دول في الجنوب الافريقي في الفترة من ١٩٩٧ - ٢٠٠٢ م لتصل الي ٤٠٪ في كل من جابورون Gaborone (في بتسوانا) و مانزيني Manzini (في سوازيلاند) و ١٦٪ في بلانتيري Blantyre (في ملاوي) و ٢٠٪ في لوساكا Lusaka (في زامبيا) ، ويتعدى انتشار الفيروس ٣٠٪ في مقاطعة Cauteny الحضرية في جنوب افريقيا ، و ١٨٪ في مابوتو Maputo عاصمة موزامبيق . (UNAIDA/WHO, December 2003.)

وجدير بالذكر أن معدلات انتشار الفيروس بين النساء الحوامل في الدول سابقة الذكر تفوق بكثير معدلات انتشار الفيروس بين البالغين (ذكور واث) في هذه الدول التي مثلت قمة التراتب العالمي بين الدول التي ينتشر بها فيروس نقص المناعة المكتسبة عام ٢٠٠٣ ، حيث احتلت سوازيلاند المرتبة الاولى بنسبة ٣٨,٨٪ تليها في المرتبة الثانية بتسوانا بنسبة ٣٧,٣٪ وجاءت جنوب افريقيا في المرتبة الخامسة بنسبة انتشار للفيروس قدرت بما يعادل ٢١,٥٪ تلتها زامبيا في المرتبة السابعة ثم ملاوي في المرتبة الثامنة واحتلت موزامبيق المرتبة العاشرة بنسبة ١٢,٢٪ . (World Population Data sheet , PRB ,2004)

ومما يعكس خطورة الوضع في افريقيا انتقال المرض الي الطفل عن طريق الأم ، فقد ضمت القارة حوالي مليون طفل (في اوائل عام ١٩٩١) ولدوا حاملين للفيروس عن طريق الأم ، وقدرت نسبة الأطفال المصابين عن هذا الطريق بين ٢٥-٣٥٪ من إجمالي الأطفال الحاملين للفيروس ، وقد لقي نصف هؤلاء الأطفال حتفهم بعد تطور المرض لديهم ، وبالمقارنة نجد أن الاطفال المصابين بفيروس نقص المناعة المكتسبة في أمريكا اللاتينية قد بلغوا ١٠,٠٠٠ طفل لنفس العام وهذا

يعكس خطورة الوضع فى افريقيا بالنسبة لهذه الفئة الديموجرافية ، وفي ظل البيانات الحديثة ضمت القارة ٦ , ٢ مليون طفل مصابين بفيروس هذا المرض ، وقدرت منظمة الصحة العالمية في دراستها الخاصة باستراتيجية مواجهة المرض في الفترة من ٢٠٠٣ - ٢٠٠٧ م ان ما يقرب من ١٠٪ من وفيات الاطفال في افريقيا جنوب الصحراء ترجع الي الايدز) ، WHO ٢٠٠٣ ، (بالاضافة الي ١٥ مليون من النساء في الفئة العمرية (١٥ - ٤٩ سنة) حاملات لفيروس الايدز ويعنى ذلك أن المكاسب الصحية والديموجرافية التي جنتها افريقيا فى العقدين الاخيرين قد ازاحت وفقدت بزيادة الوفيات بين الامهات والاطفال وعادت إلى مستوياتها فى السبعينيات (Mortin,S.,1992:146-48) .

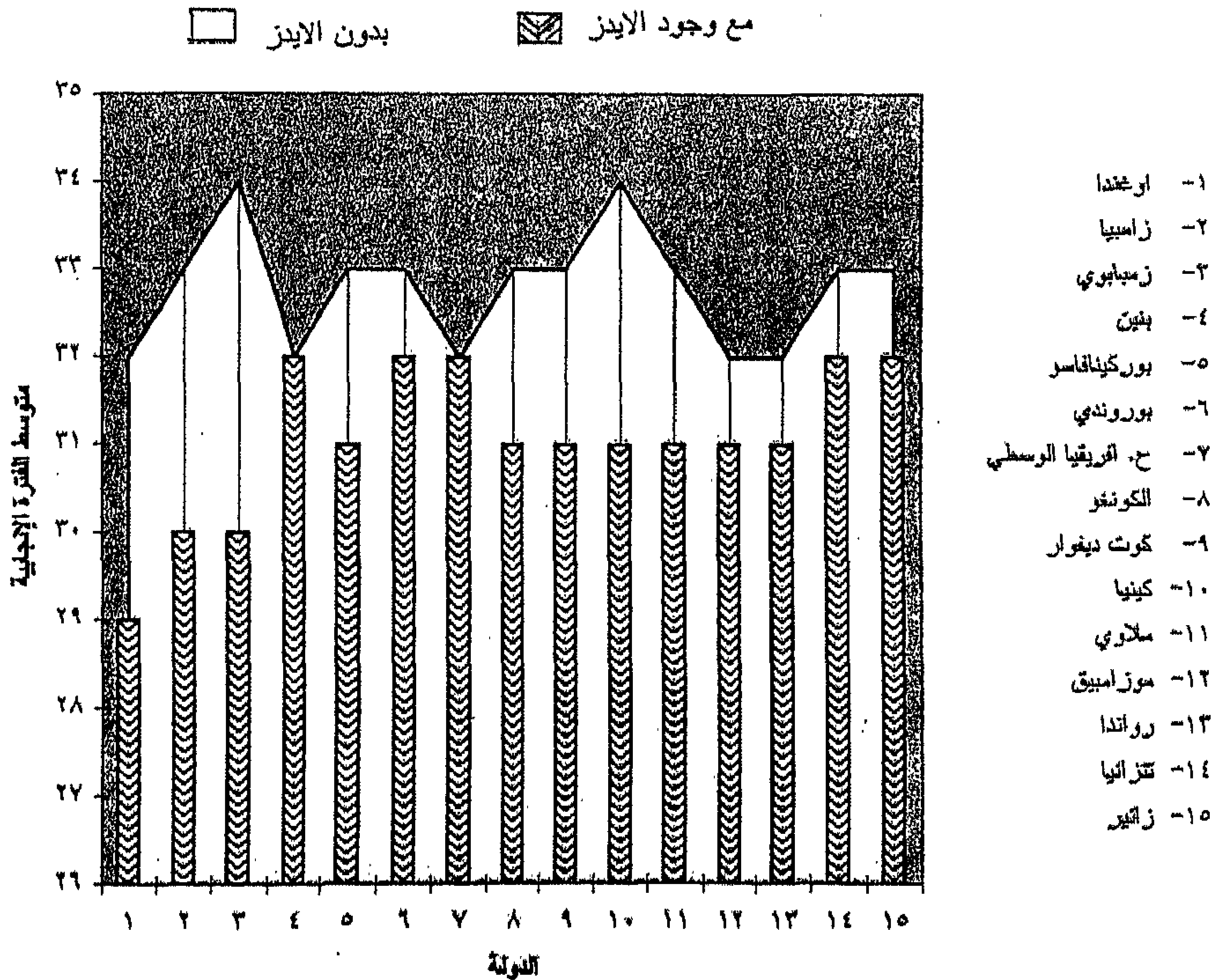
وتعني زيادة الاصابة بفيروس المرض بين الاناث في إفريقيا زيادة نسبه الأطفال المصابين عن طريق الأم بصورة تختلف عن دول الغرب ؛ حتى أنه وجد في أوغندا أن أغلب الأطفال جرى تشخيص المرض لديهم قبل بلوغهم السنة الثانية (٧٨٪) والأغلبية اكتسبت المرض قبل الولادة (Muller, O. et al .,1990 :283) .

وفى مجتمع يغلب عليه صغار السن ، فمن المنتظر زيادة نسبة إنتقال المرض رأسياً من الأم إلى المولود فى غياب الرعاية الصحية المناسبة ، وعدم إتاحة الأدوية الحديثة التي تضمن خفض نسبة الإنتقال فى إفريقيا لإرتفاع أثمانها ، حيث يلاحظ أنه مع زيادة أعداد النساء المصابات بالفيروس فى الفئة العمرية من ١٥ - ٤٩ يزداد أعداد الأطفال الذين يصابون بالمرض ، ففي كينيا على سبيل المثال ارتفعت أعداد النساء المصابات إلى أكثر من مليون امرأة ، ووصل عدد الأطفال المصابين بالفيروس إلى ٧٨ ألف طفل فى نفس العام (١٩٩٩) ، ومع إرتفاع عدد الأمهات المصابات فى إثيوبيا إلى ١,٦٠٠,٠٠٠ إرتفع عدد أصابات الأطفال إلى ١٥٠,٠٠٠ طفل وفى جنوب إفريقيا تصل حالات الإصابة بين النساء فى عمر الإنجاب (١٥ - ٤٩) إلى ٢,٣٠٠,٠٠٠ حالة وترتفع معها حالات الإصابة للأطفال إلى ٩٥ ألف حالة.

وعند حساب تكلفة الايدز يفرق العلماء بين التكلفة المباشرة وغير المباشرة والأولي هي تكلفة العلاج والأدوية واجور العلماء وبقية الجهاز الصحي والمستشفيات وغيرها مما يدخل تحت بند رؤوس الأموال الثابتة ، أما التكلفة غير المباشرة فهي الفاقد بسبب المرض من عمر المريض الافتراضي بحسب مستوي أمد الحياة في المنطقة الجغرافية التي يعيش فيها ، وما كان سيكسبه من خلال العمر لو قدر له عدم الإصابة بالمرض (فاتن محمد البنا ، ١٩٩٨ : ٣١٤) ، وللإيدز آثاره السلبية على الفترة الإنجابية للمرأة وعلى عمرها المتوقع في هذه الفترة ، والجدول (٦) وشكل (٥) يوضحان هذه الآثار في ١٥ دولة افريقية جنوب الصحراء.

شكل (٥)

العمر المتوقع للنساء في فترة الإنجاب (قبل الإيدز وبعده) وسنوات الإنجاب المقدر أن تفقد في الفترة الإنجابية بسبب الإصابة بالإيدز في بعد الدول الإفريقية المختارة جنوب الصحراء سنة ٢٠٠٠ / ٢٠٠٥ م



جدول (٦)

العمر المتوقع للنساء في فترة الانجاب (قبل الايدز وبعد الايدز) *
 وعدد سنوات الانجاب المقدر فقدها من جراء الاصابة بالايديز في
 بعض الدول الافريقية جنوب الصحراء في سنة ٢٠٠٥ / ٢٠٠٠ م

متوسط سنوات العمر للفترة الإنجابية المتوقع للنساء في الفئة العمرية من ١٥-٥٠ سنة				
الدولة	قبل الايدز ١٩٨٥/١٩٨٠	مع وجود الايدز ٢٠٠٥/٢٠٠٠	بدون الايدز ٢٠٠٥/٢٠٠٠	عدد سنوات المقل لها أن تفقد في الفترة الانجابية بسبب الاصابة بالايديز
اوغندا	٣١,٤	٢٩,٤	٣٢,٢	٢,٨
زامبيا	٣١,٨	٢٩,٦	٣٢,٨	٣,٢
زمبابوي	٣٢,٥	٣٠,٤	٣٣,٦	٣,٢
بنين	٣٠,٩	٣١,٥	٣٢,٠	٠,٥
بوركينافاسو	٣١,٥	٣٠,٦	٣٢,٥	١,٩
بوروندي	٣١,٥	٣١,٧	٣٢,٥	٠,٧
ج افريقيا الوسطى	٣١,٤	٣١,٦	٣٢,٤	٠,٩
الكنغو	٣١,٩	٣٠,٩	٣٢,٩	٢,١
كوت دي فوار	٣١,٨	٣٠,٦	٣٢,٨	٢,٢
كينيا	٣٢,٦	٣١,٤	٣٣,٥	٢,١
ملاوي	٣٢,٢	٣٠,٧	٣٢,٧	٢,٠
موزامبيق	٣١,٠	٣٠,٨	٣٢,١	١,٢
رواندا	٣١,٣	٣٠,٦	٣٢,٣	١,٨
تنزانيا	٣١,٩	٣١,٣	٣٢,٩	١,٥
زائير	٣١,٧	٣١,٥	٣٢,٨	١,٣

* المصدر: في الفترة التي سبقت انتشار الايدز

(UN., World population prospects, 1995: p.59-60).

يوضح الجدول رقم (٦) ما يلي :-

أن الفترة الانجابية للمرأة الإفريقية تقدر نظريا بـ ٣٥ سنة ، من ١٥ الى ٥٠ سنة ، مع افتراض أن جميع النساء يعشن طول هذه الفترة قبل ظهور وانتشار الايدز بالقارة (أى قبل سنة ١٩٨٠-١٩٨٥) ، والجدول يوضح أن متوسطات هذه الفترة تراوحت (فترة الانجاب) بين ٣٢,٢ سنة فى كينيا و ٣٠,٩ سنة فى بنين ، معنى ذلك أن متوسطات سنوات العمر فى اثناء الفترة الانجابية قد أظهرت ارتفاعاً بدون مرض الإيدز فى كل الدول الإفريقية المختارة جنوب الصحراء ، حيث بلغت فى زمبابوى وملاوى والكنغو وكوت دى فوار ٣٢,٥ و ٣٢,٢ و ٣١,٩ و ٣١,٨ سنة لكل دولة على التوالى ، ولا يقل متوسط هذه الفترة الانجابية عن ٣١ سنة إلا فى دولة بنين حيث بلغت ٣٠,٩ سنة.

ويظهر الجدول السابق الاثار السلبية التى سوف تؤثر على الفترة الانجابية نتيجة لانتشار الايدز بين النساء الافريقيات ، وذلك عن طريق تقدير العمر المتوقع للنساء فى الدول جنوب الصحراء سنة ٢٠٠٠/٢٠٠٥ خلال الفترة الانجابية فى حالة عدم وجود الايدز ، ثم تقدير العمر المتوقع للنساء خلال نفس الفترة الانجابية ولكن مع وجود الايدز ومع الأخذ فى الاعتبار ارتفاع معدلات الوفيات الناتجة عنه بين هذه الفئة العمرية ، والفرق بين التقديرين قد اعطى فى النهاية سنوات الانجاب المقدر لها ان تفقد من الفترة الانجابية من جراء الآثار المدمرة للايدز.

واتضح من الجدول (٦) وشكل (٥) أن كلا من زامبيا وزمبابوى سوف تقل فترة الانجاب لنساء كل منهما اكثر من ثلاث سنوات أى أن حوالى ١٠/١ (عشر) عمر المرأة الانجابى سوف يفقد بتأثير الايدز فى البلدين مع نهاية عام ٢٠٠٥ ، وسوف تفقد خمس دول أخرى وهى اوغندا وكوت ديفوار وكينيا والكنغو ومالاوى سنتين أو اكثر من فترات الانجاب بكل منها ، ويبقى

ثمانى دول يقل بها تأثير الايدز حيث يقدر أن تفقد ما بين ٥,٠ إلى ٩,١ سنه من الفترة الانجابية بسبب الاصابة بهذا المرض .

وجدير بالذكر أن المرض يأخذ شكلا وبائيا لدى بعض الفئات الاخرى من الإناث ، فتتراوح نسبة مصل الدم ايجابى للفيروس بين ٢٧٪ و ٨٨٪ بين البغايا من الإناث فى المدن الكبرى فى شرق افريقيا ووسطها (Piot p.et al. ,1992: 1-2) .

ان سيادة المرض فى الفئة العمرية الواقعة بين ٢٠ - ٤٠ سنه (أى بين أفراد القوة العاملة المنتجة سواء بالنسبة للرجال أو النساء فى قارة افريقيا حيث يصل معدل الاصابة فى بعض المدن الافريقية فى هذه الفئة العمرية إلى ٢٥٪) يؤثر على قوة الاقتصاد الافريقى وسلامته ، ولذا فإن للايدز أصداء اقتصادية واجتماعية أشد خطورة مما توحى به إحصائيات الوفيات بالقارة حيث تواجه افريقيا ارتفاعا كبيرا فى النفقات الطبية ، ونقصاً فى أعداد العمال المهرة (ميخائيل ميرسون ١٠:١٩٩٥).

أصبح الايدز الآن يعد الخطر الذى يهدد كل من الرجال والنساء على السواء فى افريقيا وفى العالم ، فقد اصبح السبب الرئيسى فى الوفاة بين الذكور الراشدين فى بعض العواصم الافريقية جنوب الصحراء كما هو الحال فى هرارى عاصمة زمبابوى (مارى باسيت - ١٧:١٩٩٥) ، والسبب الثانى فى وفيات الإناث فى تلك العواصم (صندوق الامم المتحدة للسكان - ٣٧:١٩٩٤) ، ويكفي الاشارة الي انه توفى ما يقرب من ٢,١ مليون امرأة فى القارة الافريقية بسبب الايدز عام ٢٠٠٢ ، ولقى فى نفس العام ما يقرب من ٦١٠ ألف طفل (أقل من ١٥ سنة) حتفهم من جراء هذا المرض بالقارة (الصندوق العالمى لمكافحة الايدز والسل والملاريا ، ٢٠٠٢) ، واذا وضع فى الاعتبار أن ٢٢٪ من الاسر الافريقية ترعاها النساء، وان النساء الافريقيات هن القائمات على معظم النشاط الاقتصادى فى القطاع غير الرسمى لإستشعرنا

الخسارة التي يسببها المرض في القارة ومدى الخطر الذي يواجهه المرأة الأفريقية بها (Nancy D.L., Edie K., 1994:29).

جدير بالذكر أنه إذا استمرت الإصابة بفيروس الإيدز HIV/AIDS بمستوياتها الحالية في إفريقيا ، فإن ذلك سوف يقلب الأوضاع الديموجرافية بالقارة ، ويجعل المكاسب التي سبق أن تحققت ديموجرافيا وخاصة في خفض معدلات الوفيات ، وزيادة أمد الحياة ، تراجع في القارة ، ومثال ذلك أنه قدر معدل الوفيات سنة ٢٠٠٥م في زامبيا إحدى الدول الإفريقية كثيفة الإصابة بحوالي ١٩,٥ في الألف وذلك في وجود الإيدز، بينما قدر هذا المعدل في غياب الإيدز بحوالي ٥,٣ في الألف وأمد الحياة قد انخفض في بوتسوانا (إحدى أكثر دول القارة والعالم تأثرا بالمرض) من ٦١ سنة سنة ١٩٩٣م ٤٦ سنة ١٩٩٨م ، وينتظر أن ينخفض إلي ٤١ سنة بين ٢٠٠٠ - ٢٠٠٥م ، وفي زيمبابوي هبط أمد الحياة من ٦١ سنة إلي ٣٩ سنة في خلال خمس سنوات كذلك هبط معدل نمو السكان من ٣,٣٪ سنويا (كمتوسط للفترة من ١٩٨٠ إلي ١٩٨٥) إلي ١,٤ ٪ ١٩٩٨م ، وقد وصل انخفاضه إلي ١ ٪ ٢٠٠٠م (محمد مدحت جابر ، ١٩٩٩ : ١٠٤) ، وقدرت منظمة الصحة العالمية WHO في تقريرها السنوي عام ٢٠٠٠ أن أمد الحياة في إفريقيا انخفض من ٤٢ عام ١٩٩٠ إلي ٣٨,٧ عام ٢٠٠٠ ، ويرجع هذا التراجع في امد الحياة في إفريقيا جنوب الصحراء الي انتشار الإيدز ، وقد قدر ان خسارة هذا الاقليم بسبب المرض بلغ ست سنوات كانت ستضاف علي متوسط امد الحياه في غياب هذا الوباء عام ٢٠٠٠ ، (UNDP , 2003 :195).

استراتيجية مكافحة الإيدز:

وفي ظل تلك الصورة القائمة للمرض بالقارة يحتاج الأمر إلي تضافر الجهود العالمية والإقليمية للوقوف أمام انتشار طاعون العصر كما يسمى الإيدز أحيانا ، ويحتاج الأمر إلي جهود مضاعفة خاصة و أن إفريقيا فقيرة في بنيتها وسياستها

الصحية ، وهذا الوضع يحتم تضافر الدول الغنية مع إفريقيا لأن تدعيم ومكافحة الإيدز بها يعتبر مكافحة له علي مستوى العالم ، ولا يتم ذلك إلا بتدعيم التنمية الشاملة للدول الإفريقية والقضاء علي مشكلاتها العديدة .

لا يوجد في الوقت الحاضر أي علاج للاصابة بعدوي فيروس الايدز ، وليست هناك أي لقاحات مرشحة للظهور من الآن ولسنوات عديدة ، الا أن تطوير أدوية مضادات الفيروسات Antiretroviral treatment قد جاءت بأمل جديد واصبحت قادرة علي تحسين حياة أعداد كبيرة من المصابين بالايدز وفيروسه ، وغيرت من الفكرة عن الايدز والعدوي بفيروسه من مرض فتاك قاتل وحولته الي حالة مرضية مزمنة قابلة للمعالجة ، وجدير بالذكر أن التعبئة السياسية المتنامية قد ساعدت علي تشقيف المجتمعات والحكومات و التاكيد بأن الحصول علي العلاج هو حق من حقوق الانسان ، ومن أجل محاربة الايدز خصص البنك الدولي تمويلا متزايدا ، وانطلقت مؤسسات جديدة كالصندوق العالمي لمكافحة الايدز والسل والملاريا وبرامج طموحة ثنائية الأطراف ، بما فيها المبادرة الرئاسية للولايات المتحدة بشأن الايدز والعدوي بفيروسه ؛ مما يعكس بوضوح المستوي الفريد للارادة والموارد التي لم يسبق لها مثيل من أجل محاربة الايدز و العدوي بفيروسه ، وفي عام ٢٠٠١ قدر الشركاء في اطار برنامج منظمة الأمم المتحدة المشترك المعني بالايدز والعدوي بفيروسه وسائر المنظمات الاخري ، الي جانب عدد من العلماء العاملين في منظمة الصحة العالمية بأنه (وفي أفضل الظروف) هناك ٣ ملايين من سكان الدول النامية ممن هم في حاجة الي الاستفادة من الحصول علي المعالجة بالأدوية المضادة للفيروسات ، والحصول علي الخدمات الطبية قبل نهاية عام ٢٠٠٥ ، ويعد عدم الحصول علي هذا العلاج الذي يمثل احدي حالات الطوارئ الصحية العالمية من الامور الخطيرة ، واستجابة لذلك أطلقت منظمة الصحة العالمية وشركاؤها مبادرة (علاج ٣ ملايين نسمة قبل نهاية عام ٢٠٠٥) ، وحالة

الطوارئ الصحية هي حالة تحفز علي العمل وتبطل اسلوب العمل المعتاد حيثما وجدت ، فبلوغ هدف (٣ملايين قبل نهاية ٢٠٠٥) يقتضي الزاما واسلوبا جديدا للعمل في اطار المجتمع الصحي العالمي ، ولا تستطيع الدول تحقيق النجاح منفردة وانما يستلزم تحقيق هذا النجاح تكثيف واستنهاض الهمم بحيث يتم الربط بين الدول والمنظمات متعددة الأطراف والوكالات الثنائية و المجتمعات والمنظمات غير الحكومية .

الا ان هذا التحول لم تشهده الا الدول المتقدمة دون الفقيرة ، ولم تشهد المناطق النامية التي تعلق بها معدلات الاصابة هذا التحول حتي الآن ، فمن بين ستة ملايين نسمة تحتاج احتياجا ملحا للعلاج بالادوية المضادة للفيروسات في الدول النامية لايتجاوز متلقوا العلاج نسبة ٨٪ ، وسيواجه الملايين من النساء والاطفال والرجال الهلاك ما لم تتح لهم فرصة الحصول علي علاج يمكن تدبيره علي نحو جيد ، وجدير بالذكر أن اجمالي المتلقين للعلاج بالقارة الافريقية ، في بداية عام ٢٠٠٣ كان ٥٠ ألف حالة تمثل ١٪ من اجمالي الحالات التي في حاجة الي علاج والبالغ عددها ٤ , ١ مليون حالة ، أكثر من نصف هذه الحالات من النساء والأطفال ، وبالمقارنة بالأمريكتين نجد أن ١٩٦ الف حالة قد تلقت العلاج بنسبة ٥٣٪ ، ولم يتلق العلاج ٣٧٠ الف حالة تمثل ٤٧٪ من اجمالي الحالات التي في حاجة الي علاج ، وعلي مستوي اقاليم العالم الصحية تلقي ٣٠٠ الف نسمة العلاج من اجمالي ٥ , ٥ مليون نسمة في حاجة اليه (منظمة الصحة العالمية ، ٢٠٠٣ : ٥٤) ويلاحظ ان تقرير برنامج منظمة الصحة العالمية WHO بالتعاون مع الصندوق العالمي لمكافحة مرض الايدز والسل والملاريا UNAIDS قد اوضح في أواخر عام ٢٠٠٣ أنه تم امداد ١٠٠ ألف حالة مرضية بالقارة الافريقية بالعلاج تمثل ٢٪ من اجمالي الحالات التي في حاجة اليه ، في حين انه تم تغطية ٨٤٪ من الحالات في الأمريكتين بالعلاج المضاد لهذا الفيروس

(٢١٠ ألف حالة من اجمالي ٢٥٠ ألف حالة) ، وفي اوروا تم تلقي ١٩٪ من حالات العلاج ، وفي جنوب آسيا لم يغطي العلاج سوي ٧٪ ، وعلى المستوي العالمي تلقي ٧٪ العلاج من اجمالي ٩ , ٥ مليون نسمة في حاجة اليه ، (3 : 2003 , WHO, NUAIDS) ، ومما لاشك فيه ان هذه المقارنات الرقمية في مجال تلقي العلاج علي المستوي العالمي ليست في صالح الدول النامية بصفة عامة وليست في صالح إفريقيا بصفة خاصة حتي الآن .

وستبقي الوقاية عنصراً أساسياً في جميع التدخلات الخاصة بفيروس الايدز والأخذ بالعلاج الناجح للايدز والعدوي بفيروسه هو النشاط الوحيد الذي يمكنه فعلاً أن يحفز فهم الوقاية وأثرها ويعجله وسيحدث ذلك في اطار مبادرة ٣ ملايين قبل نهاية عام ٢٠٠٥ كجزء من استراتيجية شاملة تربط ما بين العلاج والوقاية والرعاية والدعم الاجتماعي الكامل للمصابين بالايديز والعدوي بفيروسه ، ويجب أن يتلقي هذا الدعم الرجال والنساء علي حد سواء .

ان بلوغ هدف علاج ٣ ملايين قبل نهاية ٢٠٠٥ يقوم علي النجاح في حشد الموارد علي الصعيد الدولي من أجل تلبية الاحتياجات المالية التقديرية الاجمالية وتبلغ ٥ , ٥ مليار دولار علي اقل تقدير حتي نهاية ٢٠٠٥ .

والجهود السابقة الذكر ماهي الا البداية لزيادة وتعزيز العلاج الحالي بالادوية المضادة للفيروس في النظم الصحية ، حيث انها لا بد ان تعطي للمصاب طوال العمر واذا احسنت ادارتها يمكنها تحويل الايدز الي مرض مزمن ، غير أن الانسحاب من العلاج أو انهاءه انما يعني عودة الفيروس الذي يحمل في طياته الموت الأكيد ، وفي نهاية المطاف سيحتاج جل المصابين الآن بالفيروس علي الصعيد العالمي (والذين يزيد عددهم علي اكثر من ٤٠ مليون نسمة) الي سبيل للحصول علي العلاج ، واذا نظرنا الي ما بعد ٢٠٠٥ فان المنظمة وشركاءها سيصيغون نهجا استراتيجيا جديدا للحفاظ علي المكاسب من المبادرة والتوسع

فيها باللجوء الي آليات مستدامة للتمويل وتوزيع الأدوية بحيث تصبح تلك الأدوية جزءا من برنامج الرعاية الصحية التي تقدم في كل مركز صحي وعبادة (3 : 2003, WHO) إن الوصول إلى إستراتيجيات فعالة في مقاومة الأمراض مثل الإيدز والدرن وغيرها ، يعتمد بدرجة كبيرة على شكل الإنتشار Diffusion Type وما إذا كان من الحضر إلى الريف ويطلق عليه Cascade diffusion ، أو الإنتشار الهيراركي ، أو الإنتشار النقلي Contagious diffusion.

خامسا- المخاطر الصحية التي تتعرض لها المرأة الافريقية في الفترة الانجابية:-

تعتبر مرحلة الانجاب من المراحل العمرية الهامة التي تمر بها المرأة ، وهي مرحلة لها انعكاسات كبيرة علي صحتها خلال تلك الفترة وما بعدها ، لذلك فان توفير الرعاية الصحية للأم خلال هذه المرحلة له اولوية خاصة لضمان الأمومة الآمنة للأم والطفل معا .

تقضى المضاعفات التي تحدث في أثناء هذه المرحلة على حياة إمراة في العالم كل دقيقه ، وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية (WHO) منذ عقد ونصف وحتى الآن إلى أن نصف مليون إمراة تموت سنوياً على الأقل في العالم نتيجة لأسباب ترجع إلى الحمل والوضع (3 : 1991, WHO) ، (WHO,2000) .

ويتباين التوزيع الجغرافي لحالات وفيات الأمهات على مستوى العالم ، فلا تضم الدول المتقدمة إلا القليل من هذه الحالات بينما تستقطب الدول النامية معظم حالات وفيات الأمهات . والجدول (٧) يوضح هذا الاختلاف والتباين.

جدول (٧)

التوزيع النسبي والجغرافي لوفيات الأمهات في العالم عام ٢٠٠٠ م

الإقليم	عدد حالات الوفاة	النسبة % من إجمالي حالات الوفاة (%)
جنوب آسيا	٢٥٣,٠٠٠	٪٤٧,٨
إفريقيا	٢٥١,٠٠٠	٪٤٧,٥
أمريكا اللاتينية	٢٢,٠٠٠	٪٤,١
الدول المتقدمة	٢,٥٠٠	٪٠,٥
باقي العالم	٠,٥٠٠	٪٠,١
الجملة	٥٢٩,٠٠٠	٪١٠٠

Yvette Cilymore ,Improving Emergncy Care to end Maternal deaths, population Reference Bureau ,2004 .

يتضح من الجدول أن آسيا ساهمت بـ ٤٧,٨ ٪ من إجمالي وفيات الأمهات في العالم سنة ٢٠٠٠ م احتلت إفريقيا المركز الثاني بنصيب يعادل ٤٧,٥ ٪ من إجمالي وفيات الأمهات في العالم ، وبذلك تكون إفريقيا وجنوب آسيا مسئولتان عن ٩٥,٣ ٪ من حالات وفيات الأمهات في العالم سنة ٢٠٠٠ ، وساهمت أمريكا اللاتينية بـ ٤,١ ٪ من وفيات الأمهات تصبح الدول النامية مسئولة عن معظم حالات وفيات الأمهات العالمية.

وفي المقابل تتضائل بشكل كبير مسئولية الدول المتقدمة عن مثل هذه النوعية من الوفيات ، ويوضح الجدول أن نصيب الدول المتقدمة لا يمثل سوى ٠,٥ ٪ فقط من إجمالي وفيات الأمهات في العالم ، ويرجع هذا التباين بالدرجة الأولى إلى نتائج وفروق الرعاية الصحية بين الدول الصناعية أو الدول المتقدمة (التي تكتمل بها هذه النوعية من الرعاية) وبين دول جنوب آسيا وإفريقيا وغيرها من الدول النامية حيث يتدنى مستوى الرعاية الصحية ويسود أفتقار فرص الوصول إلى مرافق هذه الرعاية ، كما أن عدم الاهتمام بصحة المرأة وسلامتها يتركها إلى رعاية سيئة قبل الوضع وفي الفترة المحيطة به.

تعد وفيات الأمهات من أهم مؤشرات التباين في نتائج الرعاية الصحية بين الدول الصناعية والدول النامية ، فقد أدى الاهتمام بصحة الأم في أوروبا إلى خفض معدل تعرض الأمهات لخطر الموت الناتج عن أسباب تتعلق بالحمل والوضع، حيث تتعرض امرأة واحدة للموت من بين ٢٨٩٣ امرأة ، وتنخفض هذه النسبة في دول شمال أوروبا لتصل إلى امرأة تموت من بين كل ٩٨٥٠ .

ونظرا للاحوال الصحية المتردية ، والقصور في الامداد بالخدمات الصحية ، وانتشار مرض عضال مثل الايدز بالقارة الافريقية ، فقد ازداد خطر الموت الذي تتعرض له المرأة الافريقية في المرحلة الانجابية عام ٢٠٠٠ ، ففي القارة الافريقية قدر ان هناك امرأة تموت من بين كل ٢٠ امرأة ، وفي افريقيا جنوب الصحراء تموت واحدة من بين كل ١٦ امرأة نتيجة لأسباب تتعلق بالحمل والوضع ، ويقل الخطر بعض الشيء في شمال القارة ، فمن بين كل ٢١٠ امرأة تموت واحدة ، وفي المقابل لا تتعرض نساء الدول المتقدمة لهذا الخطر حيث تتعرض امرأة واحدة للموت من بين كل ٢٨٠٠ امرأة في الدول المتقدمة ، (WHO, 2000).

ويشير "Paul" إلى أنه في مقابل كل امرأة تموت هناك ١٥ امرأة مصابة بالمرض نتيجة الحمل والوضع في إفريقيا جنوب الصحراء (عجز الجسم عن ضبط البول أو الغائض incontinence والعقم infertility وغير ذلك)، كما يحدث إعاقة ما بين ٢ إلى ٣ مليون امرأة إفريقية ناتجة من جراء مضاعفات عملية الوضع كل عام ، وتنعكس هذه الآثار والإعاقة على نوعية حياة النساء الإفريقيات وعلى أسرهم. (Paul B.K. 1993: 75) كما تشير الدراسات التي تمت في كل من أندونيسيا وغانا ومصر سنة ١٩٩٥ إلى التأثير الضار الذي حدث للنساء في هذه المناطق ، حيث وجد مقابل كل حالة وفاة بين الأمهات ما بين ٢٤٠ و ٣٣٠ حالة مرضية سادت بينهن بعد الولادة . (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ١٩٩٥ ، ٤٧).

وأوضح تقرير منظمة الصحة العالمية "WHO" في الفترة من ١٩٧٧/٧٣ أن

معدل وفيات الأمهات في الدول التي تتوافر بها نظم متقدمة للرعاية الصحية تتراوح بين ٥ إلى ٣٠ لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي ، ويهبط هذا المعدل على نحو مطرد ، وأضاف بأن معظم الدول النامية يسوء الوضع بها ، حيث يكون من المعتاد تجاوز معدلات وفيات الأمهات ٥٠٠ حالة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي ، كما أن بعض المناطق في إفريقيا قد تجاوزت معدلات الوفيات بها ١٠٠٠ لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي (منظمة الصحة العالمية ، ١٩٨١ : ٢٦٦) .

مع أن المرأة تعد موضع تقدير في معظم المجتمعات لدورها الإيجابي ، فإن صحتها الانجابية لم تلق حماية جيدة في الدول النامية بصفة عامة وفي القارة الإفريقية بصفة خاصة ، فقد قدر معدل وفيات الامهات علي مستوي العالم ، ٤٠٠ حالة لكل ١٠٠ ألف مولود حي ، عام ٢٠٠٠م ، اما علي مستوي الأقاليم احتلت افريقيا المرتبة الأولى في ارتفاع معدل وفيات الامهات حيث بلغ ٨٣٠ حالة وفاه لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي ، تليها آسيا في المرتبة الثانية ثم تأتي الاقيانوسية في الترتيب الثالث ، ثم امريكا اللاتينية والكاريببي في المرتبة الرابعة بمعدلات تبلغ ٣٣٠ ، ٢٤٠ ، ١٩٠ ، لكل اقليم علي التوالي ، وتلقي الامهات في الدول المتقدمة الرعاية الصحية في الفترة الانجابية ولذلك ينخفض معدل وفيات الامهات الي ٢٠ حالة وفاة فقط لكل ١٠٠ الف مولود حي ، (WHO , 2000 , :) .

والجدول (٨) يوضح البعد الشاسع بين معدل وفيات الأمهات في بعض دول القارة الإفريقية وبين نظيره في بعض الدول المتقدمة:-

جدول (٨)

التوزيع الجغرافي لمعدل وفيات الأمهات في بعض الدول الإفريقية مقارنة
ببعض دول العالم عام ٢٠٠٠ (لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي)

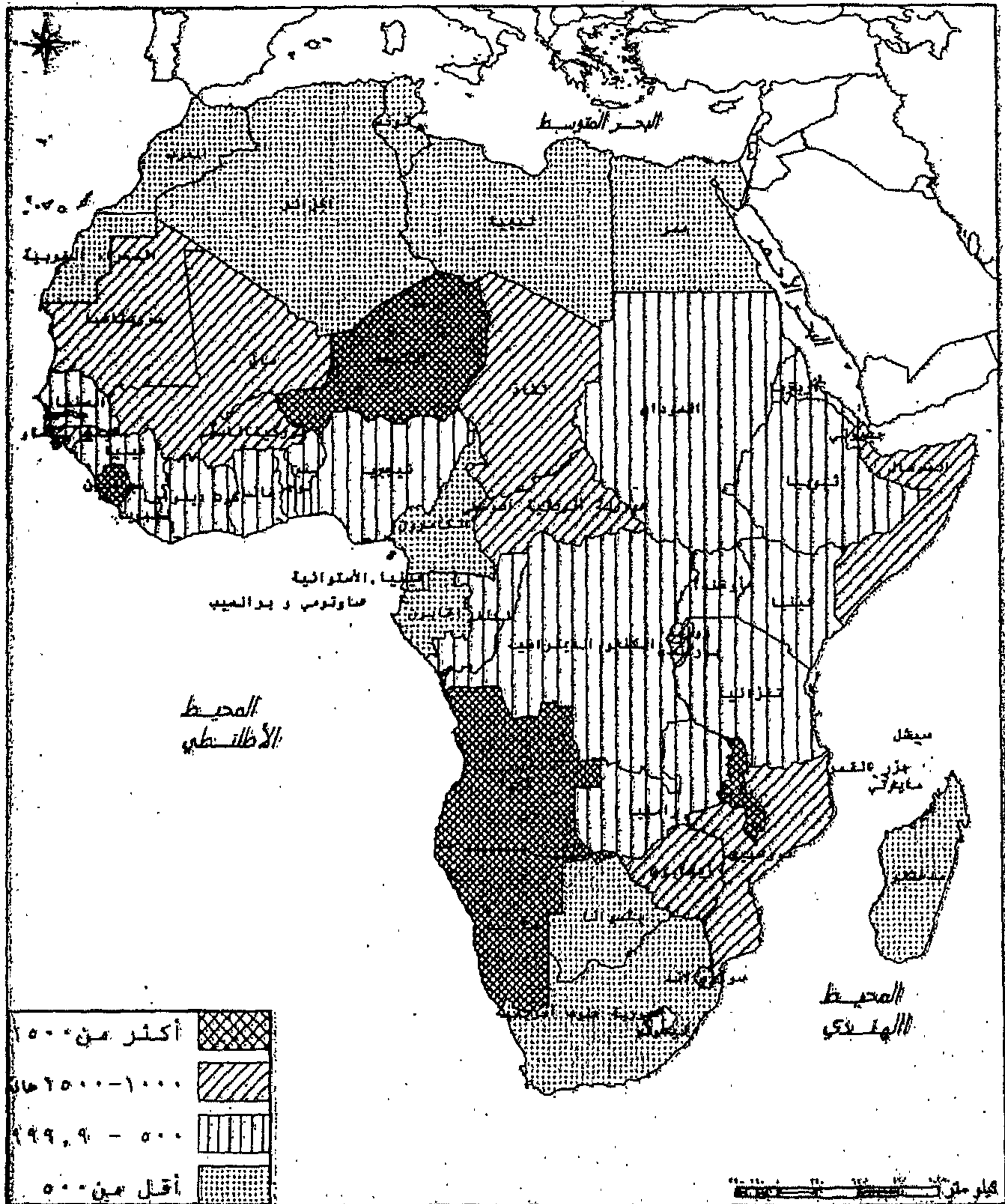
معدل وفيات الأمهات لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود	الدولة	معدل وفيات الأمهات لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي	بعض الدول الإفريقية
٣٠٠	٢٦- نامبيا	١٦٠٠	١- النيجر
٦٣٠	٢٧- اريتريا	١٢٠٠	٢- مالي
٥٥٠	٢٨- مدغشقر	١٠٠٠	٣- بوركينافاسو
٧٥٠	٢٩- الكاميرون	٢٠٠٠	٤- سيراليون
١٠٠٠	٣٠- كينيا	١١٠٠	٥- تشاد
٧٥٠	٣١- زامبيا	١١٠٠	٦- غنيا
٢٣٠	٣٢- المغرب	١١٠٠	٧- الصومال
٨٤	٣٣- مصر	١٠٠٠	٨- موريتانيا
٥٢٠	٣٤- الجابون	١٠٠٠	٩- موزمبيق
١١٠٠	٣٥- زمبابوى	١٨٠٠	١٠- ملاوى
٥٥٠	٣٦- ليسوتو	٥٩٠	١١- السودان
١٤٠	٣٧- الجزائر	١١٠٠	١٢- ج إفريقيا الوسطي
٣٣٠	٣٨- بوتسوانا	٦٩٠	١٣- السنغال
١٢٠	٣٩- تونس	٨٥٠	١٤- اثيوبيا
٩٧	٤٠- ليبيا	-	١٥- زائير
٢٣٠	٤١- ج جنوب إفريقيا	١٤٠٠	١٦- رواندا
٢٤	٤٢- موريشيوس	١٧٠٠	١٧- انجولا
٨٥٠	٤٣- بنين	٨٠٠	١٨- نيجيريا
٦٣٠	٤٤- اريتريا	٧٦٠	١٩- ليبيريا
٧	النمسا	٥٧٠	٢٠- توجو
٦	النرويج	٨٨٠	٢١- أوغندا
١٠	اليابان	٥٤٠	٢٢- غانا
١١	المملكة المتحدة	٦٩٠	٢٣- كوت دايفوار
١٤	الولايات المتحدة الامريكية	٥١٠	٢٤- الكنفو
٥	السويد	٧٣٠	٢٥- جيبوتى

WHO , Millenium Health Indicator , table 7 ,2000 .

ويؤكد الجدول (٨) والشكل (٦) ارتفاع معدل وفيات الأمهات على مستوى القارة الإفريقية ، كما يشير إلى وجود تباين واختلاف كبير على مستوى دول القارة، حيث تتركز المعدلات المرتفعة لمعدل وفيات الأمهات في معظم دول إفريقيا المدارية، وتنخفض هذه المعدلات بصورة نسبية في معظم دول شمال القارة.

شكل (٦)

التوزيع الجغرافي لوفيات الأمهات في القارة الإفريقية عام ٢٠٠٠م
(لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي)



ويشير جدول (٨) الي أنه بعد مرور أكثر من عقدين كاملين من الزمان على تقدير منظمة الصحة العالمية المشار إليه ؛ ما زالت هناك الكثير من الدول الإفريقية ترتفع بها معدلات وفيات الأمهات ، فقد تجاوزت ١١ دولة افريقية (من اجمالي ٤٤ دولة موضحة بالجدول) معدلات وفيات ١٠٠٠ حالة وفاة لكل ١٠٠٠٠ مولود حي ، وسجلت ١٣ دولة معدلات وفيات للأمهات تراوحت بين ٥٠٠ و ١٠٠٠ حالة لكل ١٠٠٠٠ مولود حي ، وانخفض المعدل عن ٥٠٠ حالة وفاة في ١١ دولة ، ولم يظهر بين الدول الإفريقية إلاثلاث حالات انخفض بها معدل وفيات الامهات عن ١٠٠ حالة لكل ١٠٠٠٠ مولود حي في كل من موريشيوس (٢٤ حالة) ومصر (٨٤ حالة) وليبيا (٩٧ حاله).

يوضح الجدول أيضا التباين الواضح بين انخفاض معدلات وفيات الأمهات في الدول المتقدمة (يصل إلى ٥ حالات و ٦ حالات لكل ١٠٠٠٠ مولود حي في كل من السويد والنرويج علي التوالي) في حين يرتفع هذا المعدل في معظم الدول الإفريقية ، وهذا يعكس توافر وتكامل نظم الخدمات والهيكل الصحية في الدول الصناعية والمتقدمة و توفر الرعاية الصحية بها في مقابل تعثر هذه الرعاية في معظم الدول الإفريقية ونقص وقصور هياكلها الصحية ، ولذلك يندر وجود هذا النوع من الوفيات في الدول الأوروبية وأمريكا الشمالية واليابان في حين يرتفع معدل وفيات الأمهات في إفريقيا نتيجة للعديد من الأسباب نذكر منها :-

أسباب ارتفاع معدلات وفيات الأمهات في إفريقيا:

تتعدد وتتداخل الأسباب والعوامل المؤدية إلى ارتفاع معدلات وفيات الأمهات في القارة الافريقية ، منها تدني الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية للمرأة في العديد من المجتمعات الافريقية ، يضاف الي ذلك افتقار فرص الوصول الي مرافق الرعاية الصحية ، وتدني مستوى هذه الرعاية في معظم الدول الأفريقية .

وترجع زيادة معدلات وفيات الأمهات الافريقيات إلى الأسباب المرضية المباشرة مثل النزيف Hemorrhage والإلتهابات Sepsis وتسمم الدم Toxemia (ارتفاع ضغط الدم المرتبط بالحمل) . وتعسر المخاض - Uterine rupture ومضاعفات الإجهاض غير المأمونة Complication from induced abortion حيث أدت هذه الأسباب إلى وفاة ما بين ٥٠٪ إلى ٧٠٪ من الأمهات فى بعض الحالات المدروسة ببعض الدول الافريقية (نيجيريا - زامبيا - تنزانيا - اثيوبيا) ، وهى بذلك لا تختلف كثيراً عن الأسباب المرضية المسببة لوفيات الأمهات فى معظم الدول النامية .

وترتفع معدلات وفيات الأمهات فى إفريقيا فى أوساط النساء الفقيرات اللاتى يعانين من سوء التغذية. وجدير بالذكر أن اللجوء إلى الاجهاض قد يرفع من المخاطر التى تتعرض لها المرأة ، لا سيما إذا تم الإجهاض بطريقة غير مأمونة ، إذ يشكل الاجهاض غير المأمون تهديداً رئيسياً لصحة المرأة ، ويقدر أن النساء تجرى لهن أكثر من ٤٠ مليون عملية اجهاض كل عام وما يتراوح بين ٢٦ مليون و ٣١ مليون عملية منها يجرى بشكل غير قانونى ، بينما يجرى حوالى ٢٠ مليون عملية فى ظل ظروف غير مأمونة ويتسبب فى حدوث ما يقدر بـ ٦٧,٠٠٠ حالة وفاة، ويعانى عدد أكبر من النساء من مضاعفات طويلة الأجل ، مثل الالتهابات والألم والعقم. وفى بعض البلدان تشكل المراهقات ما يصل إلى ٦٠٪ من النساء اللاتى يعالجن فى المستشفيات من مضاعفات الاجهاض ، والاجهاض غير المأمون هو سبب مستمر وهام للوفاة والعجز وهو مسئول عن ما لا يقل عن ١٠٪ إلى ١٥٪ من وفيات الأمهات فى العالم ، وقد وجد أنه سبب ٢٦٪ من وفيات الأمهات فى اثيوبيا و ٤٧٪ فى البرازيل والوفيات المرتبطة بالإجهاض تحدث جميعها تقريباً فى البلدان النامية (حالة سكان العالم ، ١٩٩٥ : ص ٤٨).

كذلك يلاحظ وجود علاقة لصيقة بين معدل وفيات الأمهات واستخدام التسهيلات الصحية ورعاية ما قبل الولادة ، وعلى سبيل المثال معدلات وفيات النساء اللاتي ذهبن إلى مستشفيات ، واللاتي لم يذهبن كانت على التوالي ٢٨٥ و ٢٧٠٦ حالة وفاة لكل ١٠٠٠,٠٠٠ مولود حي في وسط غرب نيجيريا عام ١٩٨٠ وكانت ١٦٠ و ١٠٩٠ حالة وفاة في أديس أبابا سنة ١٩٨٤ ويمكن تلافى ٨٠٪ من المخاطر التي تواجه الأمهات فى تنزانيا خلال زيارتهن الأولى للرعاية ما قبل الولادة ، وتنخفض وفيات الأمهات حين تتوفر الخدمات الصحية والبشرية من أطباء وممرضات والخدمات غير البشرية من مستشفيات ومؤسسات صحية معقولة ، ومن شأن خفض وفيات الأمومة فى الدول الإفريقية ، التحكم فى ما يعرف بالموت المبكر Premature Deth .

وتشير تقديرات التسعينات ، إلى أن ٦٠٪ من النساء لم يتلقين رعاية طبية أثناء الحمل أو وقت الوضع على مستوى العالم ، وهى نسبة مخيفة لكنها أقل مما كان مقدراً من قبل حيث كانت تصل إلى ٧٠ - ٨٠٪ فى أواخر السبعينات ، ويرجع هذا الانخفاض إلى إتاحة قدر أكبر من التدريب للقابلات المحليات بما يسمح بإمامهن بمبادئ الطب الوقائى والصحة العامة، والتغذية ورعاية الأم والطفل ، وتنظيم الأسرة ، مما يمنع الحمل المتكرر وخطره على صحة الأم والطفل بالإضافة إلى تعلم فن التوليد الطبيعى، والتعرف على الأمهات المعرضات للخطر فى الوقت الملائم لوضعهن تحت الاشراف الطبى ، لكن على الرغم من المنطق النظرى السليم لهذا الاتجاه فإنه فى كثير من الدول النامية لم تصل خدمات هذا البرنامج إلى أكثر من ٢٠٪ من المجموعة المستهدفة (فيليب عطية - ١٩٩٢ : ١٨).

وقدرت منظمة الصحة العالمية في أواخر التسعينات أن ٦٥ ٪ من النساء في الدول النامية يتلقين رعاية طبية أثناء الحمل ، و ٣٥ ٪ يلدن تحت إشراف أشخاص مدربين ، و ٣٠ ٪ فقط هن اللاتي تحظين بزيارة واحدة ، أو تحصلن علي قدر ضئيل من الرعاية الصحية بعد الولادة ، وفي المقابل تحظى ٩٧ ٪ من نساء الدول المتقدمة برعاية ما قبل الولادة ، و ٩٩ ٪ من حالات الوضع تتم علي يد أشخاص مدربين ، ٩٠ ٪ يحصلن علي الرعاية الصحية بعد الوضع ، وجدير بالذكر ان الرعاية الصحية في فترة ما بعد الوضع شديدة الأهمية وضرورية حيث تحدث كثير من المضاعفات في هذه الفترة ، فقد قدر أن ٧٠ ٪ من وفيات الأمهات تحدث في الاسبوع الأول من هذه الفترة ، وتعاني النساء الفقيرات في كل من افريقيا جنوب الصحراء وفي آسيا من عدم الحصول علي هذه الرعاية (WHO,1998) .

وتقدر نسب الحصول علي الرعاية الطبية السابقة للولادة في شمال افريقيا ٤٩ ٪ و ٣١ ٪ كنسبة للولادة بالمستشفيات و ٥٣ ٪ للولادة تحت إشراف مدرب ، أما في افريقيا جنوب الصحراء فهناك ٦١ ٪ للرعاية السابقة للولادة و ٥٢ ٪ نسب الولادة في المستشفيات و ٤٠ ٪ الولادة بحضور مشرف مدرب ، وقد ازدادت حالات الولادة بحضور مشرف مدرب في العقد الماضي ، علي أن الحالة ساءت في المناطق الريفية والتي بها نقص في هيكل الخدمات الصحية خاصة في شرق وغرب القارة ، (الأمم المتحدة ، ١٩٩٥ : ٧٧) .

والجدول التالي يوضح مدي التباين والاختلاف بين دول القارة في توزيع نسب الحالات التي تلقى رعاية طبية في فترة الحمل وما قبل الولادة ، ونسب النساء اللاتي يستخدمن التسهيلات الصحية أثناء عملية الوضع ، ونسب من يلدن تحت إشراف أشخاص مدربين :-

جدول (٩)

التوزيع النسبي لحالات الوضع تحت اشراف اشخاص مدربين والنساء الافريقيات اللاتي يتلقين رعاية صحية وتسهيلات وخدمات صحية في بعض الدول الافريقية في عام ٢٠٠٠م

الدولة	حالات رعاية ما قبل الوضع %	حالات استخدام التسهيلات الصحية %	حالات الوضع تحت اشراف اشخاص مدربين %	الدولة	حالات رعاية ما قبل الوضع %	حالات استخدام التسهيلات الصحية %	حالات الوضع تحت اشراف اشخاص مدربين %
بوروندي	٨٨	٢٠	٢٤	ليبيا	١٠٠	-	٩٤
جيبوتي	٧٦	٦٥	٧٩	المغرب	٤٥	٣٧	٤٠
اريتريا	١٩	٥	٦	تونس	٧١	٨٦	٩٠
كينيا	٩٥	٤٤	٤٥	الجزائر	٥٨	٧٦	٩٢
ملاوي	٩٠	٥٥	٥٥	السودان	٥٤	١٨	٨٦
موزمبيق	٥٤	٢٧	٣٠	النيجر	٣٠	١٦	١٥
رواندا	٩٤	٢٥	٢٦	بوركينافاسو	٥٩	٤٣	٤٣
الصومال	٤٠	٢	٣٤	نيجيريا	٦٠	٤٧	٤٧
انجولا	٢٥	١٦	١٧	توجو	٤٣	٨	٣٢
تشاد	٣٠	١٥	١٥	جنوب افريقيا	٨٩	٨٩	٨٢
مصر	٥٣	٢٧	٦١	ليسوتو	٩١	٥٠	٥٠

* بيانات الدول العربية من جامعة الدول العربية . المشروع العربي لصحة الأسرة، القاهرة ١٤-١٦ ديسمبر ٢٠٠٢ ص ٥٢ .

WHO , Maternal and Newborn health ,Department of Reproductive health and Research , 2000 .

من استقراء الجدول (٩) يتضح ما يلي :-

- تعاني معظم الدول الافريقية من نقص في الرعاية الصحية للنساء في فترة الحمل ، وهي ليست أحسن حالا من باقي الدول النامية ؛ حيث تنخفض نسب حالات الرعاية الصحية في فترة الحمل الي أقل من ٦٥٪ في معظم الدول

الممثلة بالجدول ، ففي دول الشمال الافريقي والتي تنخفض بها معدلات وفيات الأمهات بصفة عامة ، لا تزيد نسب حالات الرعاية الصحية عن ٦٥٪ الا في كل من ليبيا وتونس حيث تبلغ ١٠٠٪ و ٧١٪ في كل منهما علي التوالي ، وجدير بالملاحظة أن ارتفاع نسب حالات الرعاية الصحية في بعض الدول في إفريقيا جنوب الصحراء ، (مثل ارتفاعها في كينيا وفي ملاوي وفي رواندا لتصل الي ٩٥٪ و ٩٠٪ و ٩٤٪ لكل دولة علي التوالي) يعد ارتفاعا مضللا الي حد بعيد حيث لاتعبر هذه النسبة الا علي زيارة واحدة من السيدة الي مراكز الرعاية الصحية في فترة الحمل ، وليست رعاية طوال هذه الفترة . ومع ذلك نجد ان بالقرارة بعض الدول تنخفض بها نسب حالات الرعاية الصحية في فترة الحمل لتصل الي ١٩٪ فقط في اريتريا و ٢٥٪ في انجولا و ٣٠٪ في كل من تشاد والنيجر .

- ويوضح الجدول ايضا تدني نسب حالات الولادة تحت اشراف طبي او تحت اشراف أفراد مدربين ، ويلاحظ التباين الجغرافي بين دول القارة في هذا المجال ، حيث ترتفع نسب الولادات تحت اشراف مدرب وفي مؤسسات الخدمات والتسهيلات الطبية في دول الشمال الافريقي عما هو عليه الحال في بعض دول افريقيا جنوب الصحراء ، ففي ليبيا والجزائر وتونس ومصر تمثل نسب الولادات تحت اشراف أفراد مدربين ٩٤٪ ، ٩٢٪ ، ٩٠٪ و ٦١٪ لكل دولة علي التوالي ، وفي المقابل يظهر تدني نسب الاستعانة بالأشخاص المدربين في حالات الولادة في افريقيا جنوب الصحراء حيث انخفضت هذه النسبة الي ٦٪ في اريتريا و ٨٪ في اثيوبيا و ١٥٪ في تشاد و ١٧٪ في انجولا ، وقد ترتفع النسبة كما هو الحال في دولة جنوب افريقيا (٨٢٪ حالة ولادة تحت اشراف مدرب) .

- كما يوضح الجدول تدني نسب استخدام التسهيلات الصحية ، في جل الدول الموضحة بالجدول حيث تنخفض نسب استخدام هذه التسهيلات في عملية

الولادة في الصومال لتصل الي ٢٪ فقط وتصل الي ٨٪ في توجو ١٥٪ في تشاد و١٨٪ في السودان .

ولعل حرمان المرأة الافريقية من الحصول علي تسهيلات الرعاية الصحية خاصة في الفترة الانجابية يرجع الي عدة اسباب منها :-

- تدني مستوي الرعاية الصحية وافتقار فرص الوصول الي مرافق هذه الرعاية ، حيث تتفاوت المسافات التي يتعين علي المرأة ان تقطعها الي اقرب مركز صحي يقدم التسهيلات والخدمات الصحية تفاوتا كبيرا ، ففي ١٢ دولة جرت فيها عمليات مسح ديموجرافي وصحي ، كان متوسط المسافة تتراوح بين كيلومتر واحد في مصر و١٩ كيلومتر في اوغندا ، وفي معظم الدول كانت تبلغ متوسط المسافة التي يجب ان تقطعها المرأة للوصول الي الخدمة ما بين ٣-٤ كيلومتر ، (حالة سكان العالم ، ١٩٩٥ : ٥٦) كما قدرت منظمة الصحة العالمية ان ٨٠٪ من النساء الريفيات في افريقيا يعشن في اماكن تبعد أكثر من خمسة كيلومترات عن مراكز الرعاية الصحية ، يضاف الي ذلك ندرة وسائل المواصلات وقلة الطرق المعبدة ، وحالتها المتدهورة التي يمكن ان تعرقل وصول السيدة الي التسهيلات والخدمات الصحية ، في الوقت المناسب وفي كثير من الأحيان يكون المشي هو وسيلة الانتقال الأولي ، (WHO, 7April 1998) .

وقد اوضح المسح الجيبوتي لصحة الاسرة الذي تم في الفترة من فبراير ٢٠٠٢ حتي نوفمبر ٢٠٠٣ أن ٤١,٨٪ من الحالات المدروسة يرجع عدم حصولها علي الخدمات الطبية الي بعد المسافة عن هذه التسهيلات ، وان ٤٥,١٪ يرجع الي ندرة او قلة وجود المواصلات و الباقي راجع الي نقص الأموال لسداد مقابل هذه النوعية من الخدمات، (جامعة الدول العربية ، فبراير ٢٠٠٤ : ٥٣) .

- وربما يكون احد أسباب حرمان المرأة الإفريقية من الحصول علي الرعاية الصحية بعض الممارسات التقليدية السائدة في الريف الافريقي ، ويعزي ذلك الي

ان عملية الولادة في كثير من البلاد النامية تعد من شئون المرأة ، وينظر اليها علي انها حدث طبيعي ، ولذلك لا تحصل المرأة علي الخدمات الطبية ولا يتوفر لها الانتقال اليها الا بعد فشل محاولات استخدام الأعشاب أو المعالجة بالطب التقليدي الذي غالبا ما يتم علي يد العراف أو المداوي التقليدي ، كذلك تلعب العادات الاجتماعية دورا في عدم وصول المرأة الي الرعاية الصحية في الوقت المناسب ، كما هو الحال في كل من الكونغو الديموقراطية ونيجيريا ، ففي معظم الأحيان يتعذر طلب المساعدة الطبية وقت الولادة في حالة غياب الزوج عن المنزل في هذا الوقت ، . (WHO , 7April 1998) وبالنسبة للمرأة في قبيلة باريبا في دولة بنين ، يمثل الانجاب اختبارا للإرادة فتحمل المخاض في وحدة وصمت يعد طريقا مؤكدا لنيل الاحترام الاجتماعي ، وطلب العون يعتبر دليلا علي الضعف وعملا مخزيا ، ونتيجة لذلك تموت نساء كثيرات وتتعرض اخريات لمضاعفات تحدث اثناء الوضع وكان يسهل انقاذهن من هذا المصير في غياب هذه التقاليد ، وفي أجزاء من غانا يعتبر المخاض المتعسر المطول دليلا علي الخيانة الزوجية ، وهذا الاعتقاد يؤدي الي تأخير التماس الرعاية العاجلة ، (صندوق الأمم المتحدة للسكان ، ١٩٩٥ : ٤٥) .

- وكثيرا ماتكون محدودية المعرفة والجهل من الامور التي تؤدي الي زيادة سوء وضع المرأة الصحي ، فقد اجريت في السنغال دراسة استقصائية عام ١٩٨٩ ولوحظ من خلال الدراسة ان المرأة تفتقر الي المعلومات الأساسية عن علامات وأعراض مضاعفات المخاض ، ووجد أن ٢٥٪ من النساء اللاتي شملتهن الدراسة لايستطعن تسمية مضاعف واحد من تلك المضاعفات التي قد تواكب عملية الوضع ، وكان بعضهن يعتقد أن الحمى والدوار والشحوب هي علامات للحمل العادي ، (صندوق الأمم المتحدة للسكان ، ١٩٩٥ : ٤٧) .

استراتيجية رعاية الأمومة في المرحلة الانجابية :-

شهدت سبعينات القرن العشرين الاهتمام بصحة الأم والطفل ، وأصبح هناك ادراك بأن نقل نمط النظام العلاجي الغربي الخاص بالرعاية الصحية فشل في تحقيق احتياجات معظم سكان الدول النامية ، وكان هذا مدخل الاهتمام بالرعاية الصحية الأولية The Primary Health Care ، وعلنت منظمة الصحة العالمية WHO ومنظمة UNICEF عام ١٩٧٨ أن رعاية الأمومة والطفولة من ضروريات الرعاية الصحية الأولية ، وكان الهدف الأساسي دمج رعاية الأمومة والطفولة في الرعاية الصحية الأولية علي المستويات المحلية ، ومن ثم فان الرعاية الصحية الأولية وتأكيدا علي العدل للجميع في الرعاية ، ووصول الرعاية الي كل من النساء والأطفال كانت تمثل النموذج لنمو وتطور الرعاية الصحية في الثمانينات والتسعينات ، وتجلت أهمية هذا الاتجاه في أن نصف المستفيدين منه هم من النساء والأطفال .

وقد كانت دعوة منظمة الصحة العالمية لرعاية وحماية الأمومة Safe Motherhood عام ١٩٨٧ م من البرامج التي تهدف الي خفض وفيات الأمهات الي النصف علي الأقل حتي نهاية القرن العشرين ، وقد أعطي هذا البرنامج الأولوية لتحسين تغذية الأمهات وتحسين صحة النساء بصفة عامه أكثر من الاهتمام بالاعتبارات الأخرى ، (Penny P. ,1994 :138-156) .

ان العامل الرئيسي للوقاية من الاعتلال ، وخفض معدلات وفيات النساء خاصة بالمناطق الريفية هو امكانية الحصول علي خدمات صحية ملائمة ، وهذا لا يتوقف علي النظام الصحي وحده ، فالعامل الاجتماعي والاقتصادي والثقافي والسياسي ، لاسيما مركز المرأة وحريتها في أن تتخذ القرارات المتعلقة بها ؛ تؤثر تأثيرا شديدا في امكانية الحصول علي الرعاية الصحية وفي المجتمعات التي تكون فيها المرأة فقيرة وأمية (كما هو الحال في المجتمعات الافريقية) يكون

لا حول لها ولا قوة ، ولذلك تظهر معدلات الاعتلال ومعدلات وفيات الأمهات بها مرتفعة ، (حالة سكان العالم ، ١٩٩٥ : ١٢) .

أن استراتيجية رعاية الأمومة في الدول الافريقية يجب أن تقوم علي التعاون بين المؤسسات الحكومية ، والجمعيات الأهلية (NGOs) ، كما يجب أن تعي هذه المؤسسات أن الاهتمام بصحة المرأة لا تقل أهمية عن الاهتمام بالصحة العامة ، و لرفع كفاءة نظام الرعاية الصحية الأولية (الذي يقدم الخدمة العلاجية والوقائية) يمكن أن يضم اليه القابلات والمداويين أو الممارسين التقليديين ، حيث يحظى كل منهم بتأييد المجتمع ويتمتع بمكانة اجتماعية هامة وفهم واسع وعميق لشئون القرية وشئون المجتمع المحلي ، بالإضافة الي قربه من الناس واستطاعته ان يكفل استمرار الرعاية ، كما يقدم بعض خدمات الرعاية في مناطق بعيدة لايتوفر فيها أي نوع من الخدمات الصحية الحكومية ، (نجويت كيخيلا وآخرون ١٩٨٢ : ٨) وتلعب القابلة دورا مؤثرا في المجتمع الافريقي ، خاصة في المناطق الريفية فهي الشخص الوحيد الذي يمكنه نقل المعلومات وتقديم الارشادات والمساعدات للنساء في الريف الافريقي ، ولذلك فاستخدامهن في الارشاد المحلي يكون اكثر فاعلية في امداد النساء بالمعلومات والمعرفة الخاصة بالفترة الانجابية ، ولدعم الدور الذي يمكن أن يقمن به بعد تدريبهن التدريب الكافي علي اسس الرعاية الصحية ، كمبادئ تجنب التلوث والنفاس ومباشرة الولادة ، وتزويدهن بمعلومات حول تنظيم الاسرة وتغذية الأم والطفل ، فهن أفضل من يؤدي هذا الدور علي الرغم من أميتهن (محمد نور الدين السبعراوي ١٩٨٦ : ١٢٩) ، وقد قامت بعض الدول منها موزامبيق بتدريب القابلات والمرضات علي القيام ببعض العمليات الطبية (الفنية) ومنها كيفية استخراج المشيمة المحتجزة ، وعملية المساعدة علي التنفس ، ووصل تدريب بعض المرضات الي كيفية قيامهن بالعمليات القيصرية Caesarean deliveries وكان ذلك بهدف

التغلب علي صعوبة و طول مسافة الوصول للخدمة الطبية وندرة وسائل المواصلات في العديد من الأماكن البعيدة. (WHO, 1998)

ويؤكد السياق سابق الذكر على ضرورة المزاوجة بين الطب الحديث والطب الشعبي Ethnomedicine . وجدير بالذكر أن بعض الدول الافريقية قد ساهمت فيها الجهود الذاتية المحلية علي تقديم العون للنساء الحوامل ، خاصة في الحالات الحرجة ، ففي سيراليون وغانا قام رؤساء بعض القبائل والجماعات بالتعاون مع اتحاد عمال النقل في بعض المناطق المحلية بوضع وتنظيم وتنفيذ جدول لتخصيص بعض السيارات لنقل الحالات الحرجة الي مراكز الرعاية الصحية ، وهذا التعاون قام لمواجهة النقص في وجود سيارات مخصصة لنقل واسعاف الحالات الحرجة (WHO , 1998) .

وجدير بالملاحظة ان العديد من الدول الافريقية قد اهتمت بادخال الفترة السابقة للولادة في مجموعة عمليات الرعاية الصحية الاولية في العقدين الاخيرين ، وهذه الاستراتيجية تتيح فرصة لمعالجة الأمراض التي يزيد الحمل من حدتها وتقديم الخدمات الوقائية لتحسين صحة الأم والطفل . ومن أهم الخدمات التي تقدم التحصين ضد التيتانوس ، والمبادرة بالرعاية الطارئة في مجال التوليد ، وتوفير المضادات الحيوية وتسهيلات نقل الدم ، كل ذلك سيكون له أثر كبير في خفض معدلات وفيات الأمهات او الحد من الأضرار التي يمكن حدوثها اثناء الولادة ، ولذلك ينبغي قياس مؤشرات تغطية توافر هذه التسهيلات وسهولة الاستفاد منها ، (المرأة في العالم ١٩٩٥ : ٧٥) .

سادسا- الأضرار الصحية الناجمة عن تلوث الهواء نتيجة للاعتماد علي مصادر الوقود التقليدي في الريف الأفريقي :-

تتعرض المرأة الافريقية من خلال الأدوار الاجتماعية والاقتصادية الذي تقوم بها للعديد من الأخطار البيئية ، فالمرأة هي المسؤلة عن الأعمال المنزلية من جلب

المياه ، وغسل ملابس الأسرة ، واعداد الطعام وغيرها من الأنشطة التي يمكن أن تكون خطيرة حيثما كان الصرف الصحي سيئا ، وتسهيلات الغسل قاصرة ، وامدادات المياه ملوثة ، كما يقع علي عاتق المرأة رعاية الأطفال والمسنين المرضى ، مما يعرضها لخطر العدوي بكثير من الجراثيم والفيروسات المسببة للعديد من الأمراض ، ففي الريف تتعرض لمخاطر صحية عديدة ، حيث تتحمل المرأة المسؤولية في الاسر الفقيرة من جمع روث الماشية وحطب الوقود لتلبية احتياجات الاسرة من الطاقة ، وقد يعني هذا قضاء ساعات طويلة سيرا علي الأقدام للحصول علي الوقود ، يضاف الي ذلك الأخطار الصحية التي تتعرض لها المرأة الريفية من خلال العمل في الحقول الزراعية ، حيث تتعرض للمواد السامة من الأسمدة والمبيدات الحشرية ، وفي الحضر تتعرض المرأة للأخطار الصحية الناتجة عن استخدام المواد الكيميائية السامة ، والمواد اللاصقة والمواد القابلة للاشتعال خلال عملها في الصناعات الصغيرة المتاحة لها .

ومما لا شك فيه أن المرأة في إفريقيا جنوب الصحراء ؛ والتي تنتمي الي الذين يقفون عند قاع سلم الطاقة حيث استخدام الوقود التقليدي ، يتحتم عليها حرق روث الماشية ، والأخشاب ومخلفات المحاصيل داخل منزلها لأغراض الطهي والتدفئة ، وهذا يؤدي الي تلوث الهواء الداخلي ، فحرق الوقود التقليدي يملأ المنازل بالدخان حاملا مئات المواد السامة ، خاصة في المناطق الريفية ، (تقرير التنمية البشرية لعام ١٩٩٨ : ٥٢-٥٣) .

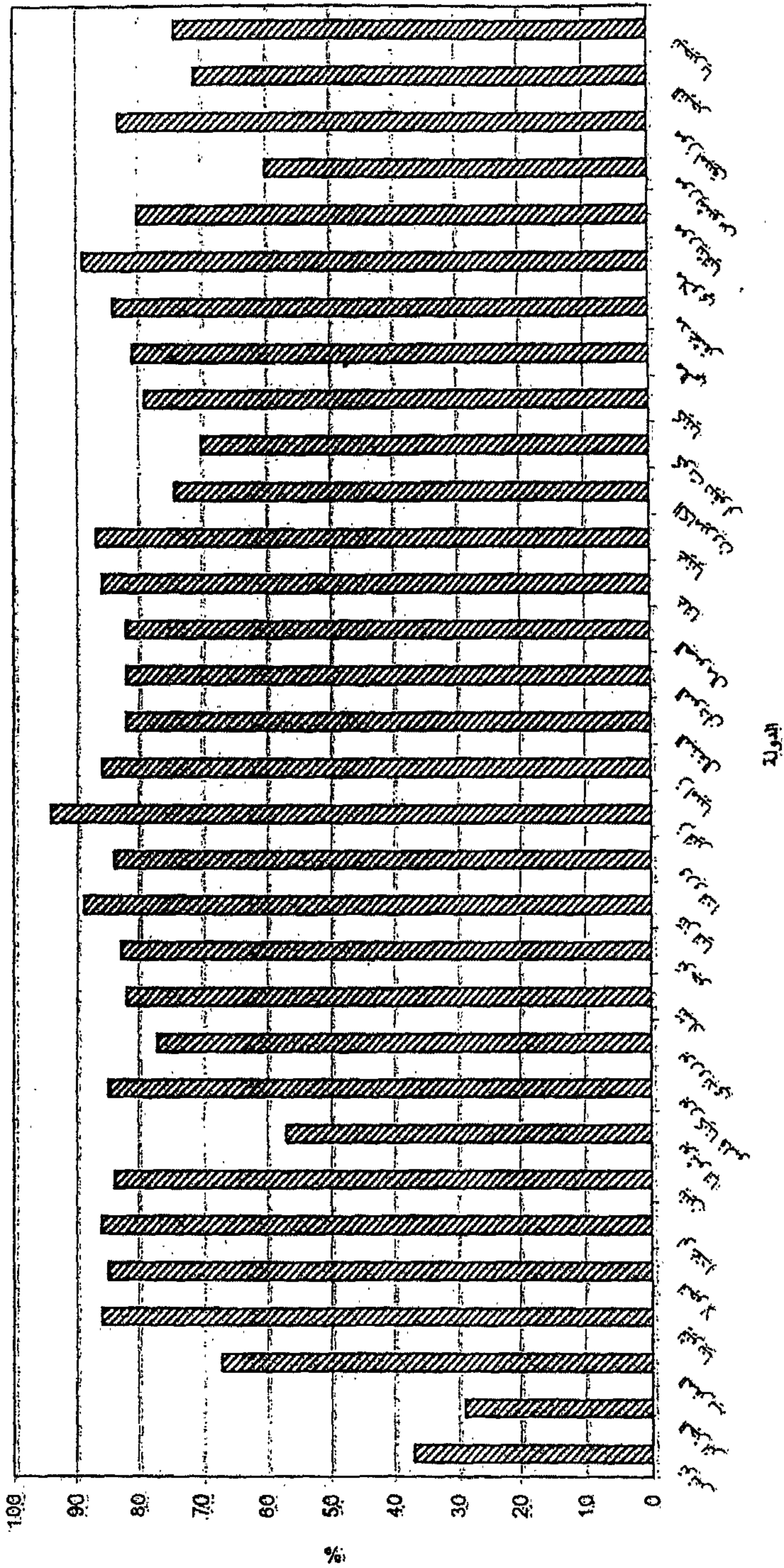
يتسبب تلوث الهواء الناتج من الانبعاثات الصناعية وعوادم السيارات ، وحرق الوقود أو التقليدي في المنازل في وفاه اكثر من ٢,٧ مليون نسمة كل عام نتيجة لالحاق الضرر بالجهاز التنفسي ، وأمراض القلب والرئة، والسرطان ، والخسائر تكون أفدح في المناطق التي يتغاضي فيها عن مشاكل تلوث الهواء دون غيرها .

علي الرغم من أن تلوث الهواء يعتبر عادة مشكلة خاصة بالبلاد الصناعية في الأغلب ، فان نسبة كبيرة من الوفيات تحدث في العالم النامي بسبب تلوث الهواء ، وعادة ينظر الي التلوث علي أنه يحدث للهواء الخارجي ، إلا أن أكثر من ٨٠٪ من الخسائر تحدث من التلوث الداخلي ، وتحدث أكثر من ثلثي الوفيات في المناطق الريفية ، وجدير بالذكر أن استخدام الوقود التقليدي قد تدني بشكل كبير في العقدين الماضيين الا أن الاعتماد عليه مازال قائما بالقارة الأفريقية (تقرير التنمية البشرية لعام ١٩٩٨ : ٦٩) .

وقد أظهرت تقديرات التسعينات ارتفاع نسب استخدام خشب الوقود للطاقة المنزلية في العديد من الدول الأفريقية لتصل إلى ٩٤٪ في زائير ، وتصل إلي أكثر من ٨٠٪ في كل من أثيوبيا وأنجولا وأوغندا وبوركينا فاسو وملاوي وغانا وغيرها من الدول في افريقيا جنوب الصحراء ، ولا يقل استخدام الوقود الخشبي إلا في بعض الدول في شمال إفريقيا ، حيث تصل نسبة استخدام خشب الوقود للطاقة المنزلية إلي ٣٧٪ في تونس و ٢٩٪ في الجزائر ، وبوضوح شكل (٧) التوزيع النسبي للطاقة المنزلية في بعض دول القارة الافريقية عام ١٩٩٠ (المرأة في العالم ١٩٩٥ : ٥٣) .

كذلك تشير تقديرات استخدام الوقود التقليدي من المواد الصلبة عام ٢٠٠٠م الي استمرار الاعتماد عليه كمصدر رئيسي للطاقة بنسب مرتفعة في معظم الدول الافريقية جنوب الصحراء ، فترتفع نسب المستخدمين لهذا النوع من الوقود الي أكثر من ٩٠٪ من سكان كل من مدغشقر والنيجر ورواندا وسيراليون وتوجو وتشاد والعديد من الدول الافريقية جنوب الصحراء ، ولا تقل نسب مستخدمي الوقود التقليدي من المواد الصلبة الا في بعض الدول في شمال افريقيا ، ففي تونس تصل النسبة الي ٢٩٪ ، وفي مصر تصل ٢٣٪ وفي ليبيا تنخفض نسب السكان المستخدمين للوقود التقليدي

النسبة المئوية للطاقة المنزلية من خشب الوقود في بعض الدول الإفريقية ١٩٩٠م
شكل (٧)



الي ٥ ٪ فقط ، (WHO 2004 : T7)

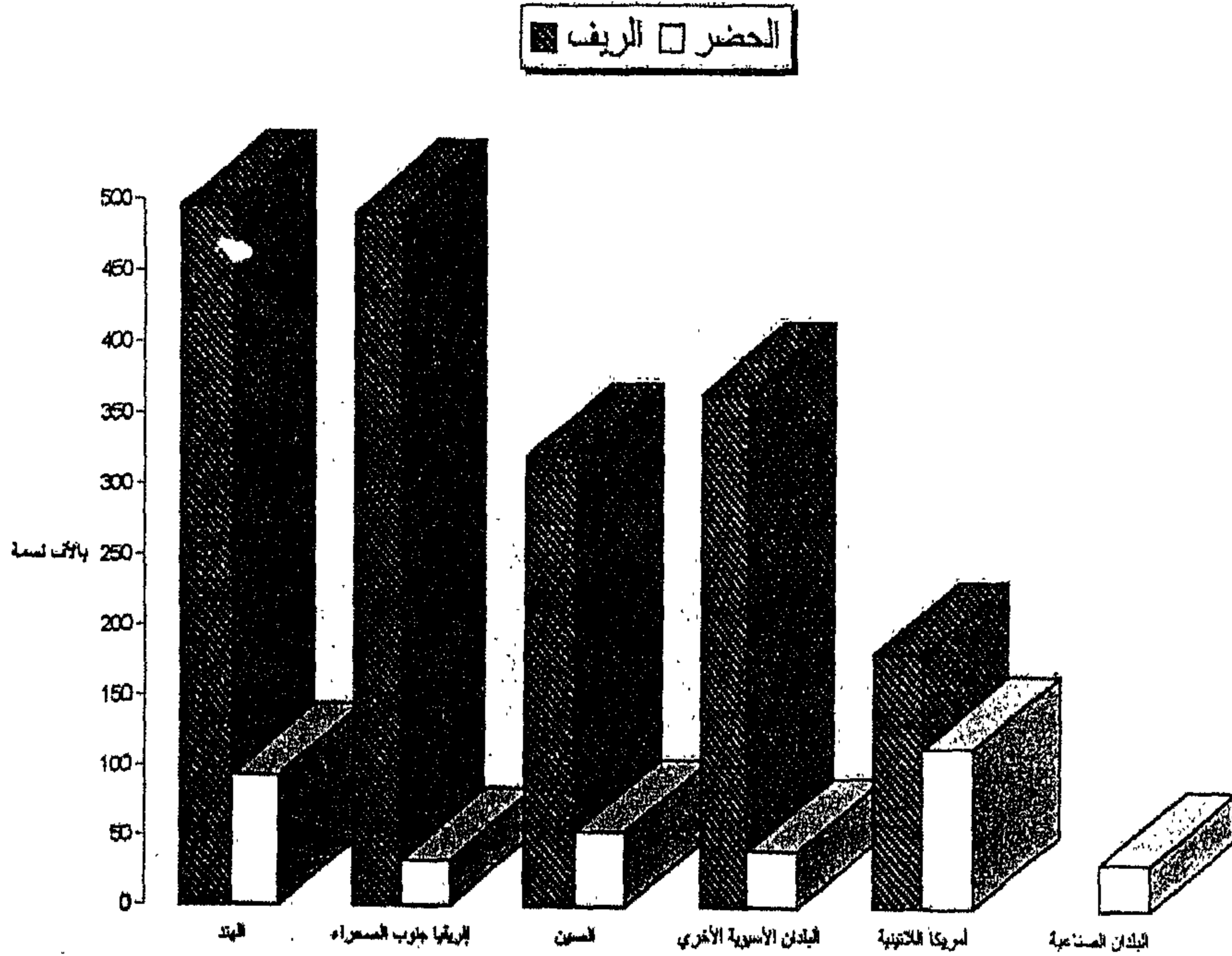
وينتج عن استخدام الوقود التقليدي تلوثا أشد من التلوث الذي تحدثه البدائل الحديثة مثل الكيروسين والبروبين والغاز الحيوي والكهرباء (تقرير التنمية البشرية ١٩٩٨ : ٦٩) حيث يؤدي حرق الوقود التقليدي إلى ملأ المنازل بالدخان الذي يحمل مئات المواد السامة ، ويؤدي تركيز جزيئات الملوثات في الهواء الداخلي للمنازل إلى العديد من الأضرار الصحية التي تكون المرأة الإفريقية بحكم دورها التقليدي هي الضحية الأولى له حين تتعرض لاستنشاق دخان مواد الكتل الخشبية الذي يؤدي إلى الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي المزمنة .

وتشير خمسة عشر دراسة أجريت في ست من الدول منخفضة الدخل في إفريقيا وآسيا في الفترة من ١٩٧٢ إلى ١٩٨٨ م إلى الأخطار البالغة التي تتعرض لها صحة كثير من النساء اللاتي يطهين الطعام داخل المنازل بالدول النامية (المرأة في العالم ١٩٩٥ : ٤٩) ، وكان من نتائج هذه الدراسات مايلي :-
وجد في كينيا عام ١٩٧٢ أن مستوى تركيز الجزيئات الملوثة للهواء في مناطق الأراضي المرتفعة بلغ ما بين ٢٧٠٠ - ٧٩٠٠ ميكروجرام في المتر ٣ داخل المطبخ الكيني ، وهذا الرقم يدل على أن مستوى تركيز الملوثات في المتر ٣ عالية جدا ، حيث ان المستوى المصرح به من قبل منظمة الصحة العالمية يصل الي ٢٣٠ ميكروجرام في المتر ٣ كحد اقصى لمدة ٧ أيام في العام فقط ، كما تراوح مستوى التركيز عام ١٩٧٢ بين ١٠٠٠ - ٢٥٠٠ ميكروجرام في المتر ٣ في منازل غامبيا التي تستخدم الوقود التقليدي ، ثم اظهرت الدراسة التي تمت في عام ١٩٨٨ أن مستوى التركيز العالي في منطقة المطبخ في منازل كينيا أيضا (لمدة ٢٤ ساعة (تراوح بين ١٢٠٠ - ١٩٠٠ ميكروجرام من الملوثات ، وهذه الملوثات عالية

التركيز تتعرض لها المرأة نتيجة احتراق وقود الكتل الخشبية في منطقة المطبخ (المرأة في العالم ١٩٩٥ : ٤٩) ونتيجة لذلك تنتشر أمراض التهاب الجهاز التنفسي الحاد والتهاب الشعب الهوائية في المناطق الريفية في افريقيا .
وينتج عن تلوث الهواء العديد من حالات الوفيات علي مستوي العالم ،
يوضحها الجدول (١٠) والشكل (٨) كما يلي :-

شكل (٨)

الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء الداخلي والخارجي



جدول (١٠)

التوزيع الجغرافي للوفيات الناجمة عن تلوث الهواء الداخلي والخارجي
في ريف ومدن بعض الأقاليم بالعالم ١٩٩٦ . (بالألف)

المجموع	الوفيات الناجمة عن التلوث الخارجي في المناطق الحضرية	الوفيات الناجمة عن التلوث الداخلي		المنطقة
		الحضر	الريف	
٦٧٣	٨٤	٩٣	٤٩٦	الهند
٥٢٢	-	٣٢	٤٩٠	افريقيا جنوب الصحراء
٤٤٣	٧٠	٥٣	٣٢٠	الصين
٤٤٣	٤٠	٤٠	٣٦٣	البلاد الآسيوية
٤٠٦	١١٣	١١٣	١٨٠	امريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي
١٧٩	١٤٧	٣٢	-	البلاد الصناعية
٥٧	٥٧	-	-	الدول العربية
٢٧٢٣	٥١١	٣٦٣	١٨٤٩	المجموع

برنامج الأمم المتحدة الانمائي ، تقرير التنمية البشرية لعام ١٩٩٨ ، نيويورك ، ١٩٩٨ ، ص ٧٠ .

ومن الشكل والجدول يتضح ما يلي .:

١ - تحتل الوفيات الناجمة عن التلوث الداخلي للهواء المرتبة الأولى من إجمالي الوفيات الناتجة عن تلوث الهواء (٢ , ٢ مليون حالة) ، من جملة ٢ , ٧ مليون حالة وفاة ناجمة عن تلوث الهواء .

٢ - تمثل الوفيات الناجمة عن تلوث الهواء الداخلي بالريف الأفريقي ما يعادل ٢٦ , ٥ ٪ من إجمالي وفيات الناجمة عن التلوث الداخلي في ريف الدول النامية في العالم عام ١٩٩٦ (٤٩٠ ألف حالة من إجمالي ١٨٤٩ ألف حالة) .

- ٣ - يضم الحضر في إفريقيا ٣٢ ألف حالة وفاه من إجمالي ٥٢٢ ألف حالة وفاه ناتجة عن التلوث الداخلي أي ما يعادل ١,٦٪ من إجمالي حالات الوفيات.
- ٤ - يعد التلوث الداخلي للهواء من المشاكل الصحية في الريف الأفريقي والتي تكون المرأة بحكم دورها التقليدي في المناطق الريفية هي الضحية .
- ٥ - تحتل الوفيات الناتجة عن تلوث الهواء الداخلي ، المرتبة الأولى في ريف الهند ، ثم تليها في المرتبة الوفيات في المناطق الريفية في دول إفريقيا جنوب الصحراء ، وهذا يلقي الضوء علي التأثير المدمر لتلوث الهواء داخل المنازل في هذه المناطق حيث يعيش معظم الفقراء .

خاتمة

إن تقديم الرعاية الصحية للمرأة لا يعنى مجرد إتاحة الخدمات الصحية لها، بل يعنى إزالة العقبات القائمة فى سبيل صحتها ، فالقضاء على سوء التغذية والجهل والمرض والتعرض للايذاء البدني و التلوث البيئى يعادل ما تعنيه حل المشكلات الطبية والصحية البحتة ويمثل توفير الخدمات الطبية وتوفير العقاقير واللقاحات فى مراحل حياتها المتعددة و المختلفة و خاصة فى المرحلة الإنجابية ، إن تحسين الأوضاع الصحية للمرأة لا توجد فى معزل عن عديد من المؤثرات ، فهي تتأثر بمجموعة من العوامل البيئية والاجتماعية والاقتصادية المترابطة ، والمتكاملة ، وقد يكون العمل الذي يجرى خارج القطاع الصحي له تأثيرات صحية اكبر بكثير من تلك التي تحدث من عمل مباشر و داخل هذا القطاع ، أن أي إستراتيجية لرعاية صحة المرأة الإفريقية يجب أن تكون منسجمة مع خلفية هذه المرأة الحضارية والثقافية ، فقد أثبتت تجارب سابقة فشل العديد من و الإستراتيجيات الصحية المستوردة و ذلك لافتقادها للبعد الحضاري والاجتماعي الذي ينسجم مع ثقافة المرأة الإفريقية . و هذا لا يؤدي بنا إلى الامتناع عن طلب المساعدات والاستفادة من الخبرات و الجهود العالمية ، و لعل الاستفادة من البرنامج العالمي الذي تقدمه منظمة الصحة العالمية بالاشتراك مع العديد من المنظمات والهيئات الدولية لمقاومة الايدز ، عن طريق تقديم العلاج الي ٣مليون مصاب بالمرض قبل نهاية عام ٢٠٠٥ يفيد في وقف تقدم مرض عضال مثل وباء الإيدز ويقلل من حدة انتشاره و شيوعه بنسب عالية بين نساء القارة ، (حيث تعدت نسب انتشاره بين النساء نسب انتشاره بين الرجال) ، وهذا يعني انه يكسب كل يوم عددا متزايدا من النساء والأطفال بالقارة ، ويهدد معظم الفئات الديموجرافية بالمرضاة والوفاة ، وهذا يعني أن المكاسب التي جنتها افريقيا في العقدين الأخيرين قد ازاحت وفقدت بزيادة الوفيات بين الأمهات والأطفال و عادت الي مستوياتها في السبعينات (فاتن محمد البنا، ٢٠٠٢ / ٢٠٠٣ : ٥٤١) .

فى ظل هذه الصورة القائمة يحتاج الأمر الي تضافر الجهود العالمية و الإقليمية و المحلية للوقوف أمام انتشار طاعون العصر بين نساء القارة ، كما يجب أن تتبع

إستراتيجية مواجهة هذا المرض بين النساء؛ الأخذ فى الاعتبار أمور تتعلق بالخصائص الطبيعية و البشرية و الحضارية للمناطق الجغرافية التي سوف تطبق فيها الاستراتيجيات و برامج مقاومة المرض ، كما يجب ان تراعى عواقب انتشار المرض بين النساء ، وخاصة ما يتعلق بتاثيره فى زيادة عدوى الأطفال ، وانتقال الفيروس إليهم عن طريق الام .

يعتبرالأخذ ببرامج التثقيف الصحي من السياسات التي تهدف الي تحسين الأوضاع الصحية والإجتماعية للمرأة الإفريقية ، ويكون لهذه البرامج في المجتمعات الريفية دور في مشاركة المرأة الإيجابية في عملية التنمية ، سواء كانت هذه البرامج تتعلق بالإرشادات الصحية الخاصة بتنظيم الأسرة وصحتها ، أو أسس الصحة المنزلية والمبادئ الرئيسية للتغذية الصحيحة والغذاء الصحى المناسب للأسرة ، أو دورات التوعية الخاصة بأضرار الزواج المبكر ومشاكله ، وأضرار الإدمان والمخدرات وطرق مكافحتها (فتحى محمد مصيلحي ، ١٩٩٨ : ٣٥١-٣٥٢) .

ان رسم أي سياسة تهدف الي تحسين الأوضاع الصحية للمرأة الافريقية ، يجب أن تبني علي اساس قاعدة بيانات ، تتعلق بصحة الأسرة ، وصحة كل من المرأة والطفل في افريقيا ، وتقوم بالتعرف علي مدى انتشار بعض الأمراض بين أفراد المجتمع ، والأمراض المصاحبة للحمل والولادة ، وأمراض الطفولة ، وتوزيع خدمات الرعاية الصحية ، ومدى كفاءتها ، ومدى ادراك ووعي افراد المجتمع بالقضايا المتعلقة بصحة المرأة في كل مراحل حياتها ، ويمثل بناء القاعدة المعلوماتية هدفا رئيسيا علي مستوي الدول ، لتمكين وزارات الصحة والأجهزة الصحية والتخطيطية من الحصول علي المعلومات الشاملة والدقيقة اللازمة لوضع سياسات وبرامج دعم صحة المرأة الافريقية من واقع بيانات صحيحة ومدروسة .

جملة القول ، أن إستراتيجيات النهوض بأوضاع المرأة فى القارة الإفريقية لابد أن تساغ فى ظل أبعاد التنمية المستدامة Sustainable Development ، بحيث تأخذ فى الاعتبار النظام الصحى وتطورة ككل من ناحية ، وأبعاد النظم الثقافية والإجتماعية فى القارة من ناحية أخرى .

المراجع العربية :

- الأمم المتحدة ، المرأة في العالم ١٩٩٥ " اتجاهات واحصاءات ، ١٩٩٥ .
- الصندوق العالمي لمكافحة الايدز والسل والملاريا ، ٢٠٠٢ .
- الصندوق العالمي لمكافحة الايدز والسل والملاريا ، ٢٠٠٣ .
- ايكهولم اريك ، الصحة للجميع ، ترجمة محمد عبد اللطيف ابراهيم ، مكتبة غريب ، القاهرة ١٩٨١ .
- برنامج الأمم المتحدة الانمائي، تقرير التنمية البشرية لعام ١٩٩٠، نيويورك، ١٩٩٠ .
- برنامج الأمم المتحدة الانمائي، تقرير التنمية البشرية لعام ١٩٩٨، نيويورك، ١٩٩٨ .
- بنك التنمية الافريقي ، صندوق التنمية الافريقي ١٩٩٢ ، التقرير السنوي . مؤسسة الأهرام عام ١٩٩٣ .
- تومسيفون ن. مالتيلما، السياسة والتغذية في افريقيا، الصحة العالمية ديسمبر ١٩٩١ .
- جامعة الدول العربية ، اجتماع خبراء حول استخدام بيانات مسح صحة الأسرة في رسم السياسات الصحية والسكانية ، المشروع العربي لصحة الأسرة ، القاهرة ١٤-١٦ ديسمبر ٢٠٠٢ ، القاهرة ، ٢٠٠٤ .
- جامعة الدول العربية ، جمهورية جيبوتي ، المسح الجيبوتي لصحة الاسرة ، التقرير الرئيسي ، المشروع العربي لصحة الاسرة ، مطبعة جامعة الدول العربية ، فبراير ٢٠٠٤ .
- جوزية دي كاسترو ، جغرافية الجوع ، ترجمة زكي الرشيدى ومحمود موسى ، دار الهلال القاهرة ، بدون سنة نشر .
- حكيمة حيميши و لطيفة ايمان ، المغرب : النساء في مواجهة العدوي ، رسالة اليونسكو القاهرة ، ١٩٩٥ .
- زهير أحمد السبعواوي ، الصحة حاضرها ومستقبلها في المملكة العربية السعودية ، ادارة البحث العلمي ، الرياض ، ١٩٨٨ .
- صندوق الأمم المتحدة للسكان ، حالة سكان العالم ، ١٩٩٤ .
- صندوق الأمم المتحدة للسكان ، حالة سكان العالم ، ١٩٩٥ .
- فاروق عبد الجواد شويقة ، نطاق الجوع في غرب افريقيا ، معهد البحوث والدراسات العربية ، الدراسات الخاصة ، العدد ١ ، القاهرة ، ١٩٧٦ .

- فتحي محمد مصيلحي ، المرأة الريفية في مصر بين تحديات الواقع وصياغة المستقبل ، محافظة المنوفية ، ١٩٩٨ م .
- فاتن محمد البنا ، الأبعاد الجغرافية لمرض الإيدز في إفريقيا ، مجلة بحوث كلية الآداب ، جامعة المنوفية ، العدد ١١ ديسمبر ١٩٩٢ .
- فاتن محمد البنا ، الإيدز في إفريقيا ، التقرير الاستراتيجي الأفريقي ، الإصدار الثاني ، معهد البحوث والدراسات الأفريقية ، مركز البحوث الأفريقية ، جامعة القاهرة ، ٢٠٠٢ / ٢٠٠٣ .
- فوزية أسعد ، التشوية الجنسي للنساء ، منبر الصحة العالمية ، المجلد الثالث ، العدد ٤ ، ١٩٨٢ .
- فليب عطية ، أمراض الفقر والمشكلات الصحية في العالم الثالث ، عالم المعرفة ، الكويت ، ١٩٩٢ .
- ماري باسيت ، زيمبابوي جذور الإيدز الاجتماعية ، رسالة اليونسكو ، القاهرة ، ١٩٩٥ .
- منظمة الصحة العالمية ، نحو مستقبل أفضل لصحة الأم والطفل ، منبر الصحة العالمي ، المجلد الثاني ، العدد ١ ، ١٩٨١ .
- منظمة الصحة العالمية ، التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٣ .
- محمد علي محمد و السيد عبد العاطي ومحمد أحمد بيومي ، الطب والمجتمع " دراسات وبحوث في علم الاجتماع الطبي " ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، ١٩٨٦ .
- محمد نور الدين ابراهيم السبعواوي ، الجغرافيا الطبية " دراسة تطبيقية علي محافظة كفر الشيخ " ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة المنيا ، ١٩٨٦ .
- محمد مدحت جابر ، الأبعاد الجغرافية لمرض الإيدز في العالم مع إشارة لمنطقة الخليج العربية ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة ١٩٩٩ .
- نجويت كيخيلا ، الن كورين ، جيلز بيبو ، النظامان الطبيان بإفريقيا : خيارات أمام المخططين ، منبر الصحة العالمي ، المجلد الثاني ، العدد ١ منظمة الصحة العالمية ، جنيف ، ١٩٨١ .

- Afrol.News, Djibouti to fight female genital mutilation, May 2001.
- Afrol.News, Egyptian mobilize against female genital mutilation, January 2003.
- Anke V.K, Female Circumcision and Gender Identity: A questionable lance ? , Soc. Sci Med .Vol .35, No., (Great Britain) 1992.
- Center for disease control (CDC) , Family planning Methods and practice : Africa , Atlanta , Georgia , USA 1983.
- Coater B.E, et .al, Geography and Inequality Oxford University press, New York, 1977.
- Davis N., Kieffer E., The Health of women Beyond maternal and child health, in Phillips D.R, and verbassett y., (Ed.) Health and Development, New York, 1994.
- Frehwot, Bekele , Malnutrition The "Silent emergency " UNICEF, from Africa Recovery , Vol.11 #3 February 1998 .
- Mann, J.M et al., Eds, AIDS in the world, Cambridge, MA: Harvard University press, 1992
- Martin, S. et al., HIV. Infection - 10 years on, Editorial, J. of tropical pediatrics, Vol .38, August 1992 .
- Muller, O. et al .,Pediatric HIV-1 Disease in Kampala Hospital , Journal of tropical pediatrics ,Vol .36, December 1990.
- Nancy, D.L., Edie k., The health of women: beyond maternal and child health, in David R.F., yola v., Health and development, New York, 1994. pp. 122-136.
- Paul B.K, Maternal Mortality in Africa: 1980 -87, Soc. Sci .Med. vol 37, No.6, 1993 .
- Penny price, Maternal and child health care strategies in Philips D.R , and verbasselt y. Health and Development ,London 1994 .
- Piot P., Gavael M., Epidemiological and sociological aspects of HIV -infection in developing countries. In British Medical Bulletin, Vol . 44, No. 1, 1988.
- Piot , P. et al., eds, AIDS in Africa : A manual for physicians, Geneva , 1992. .
- Shanon , G.W , Pyle, G.F and Bashshur , R.L, the Geography of AIDS: Origin and course of an Epidemic, The Guilford press, New York, 1991.
- Taissir M. ,Hosam El -Din , Socio -Demographic correlates of Female Circumcision in

- Sudan, in CDC-27 th , Annual Seminar , December ,1997 .
- The Panos Institute , AIDS and the third world , New society Publishers, London , 1989 .
 - The world Bank, Uganda. growing out of poverty, Washington, D.C ,
 - UN, Africa Renewal, Vol. 18.# 4 , January 2005 .
 - UNADIS / WHO, AIDS Epidemic update December , 2003 .
 - United Nations, World population Monitoring, New York, 1991, P 229
 - UN, World population prospects, the 1994 Revision , New York , 1995 .
 - UNDP ,Human Development Report 2003 , Oxford University Press , New York ,2003 .
 - UNAIDS, Report on Global AIDS Epidemic, June 2000.
 - UNAIDS, Report on Global HIV/AIDS, Epidemic, July, 2002.
 - UNAIDS, /WHO , AIDS Epidemic ,Update ,December 2003 .
 - WHO,Global Health -Sector Strategy for HIV/AIDS,2003-2007, Geneva ,Switzerland , 2003.
 - World Health Organization , Maternal Mortality , A Global Fact book Geneva, 1991.
 - WHO, Fact Sheet N.241 June , 2000 .
 - WHO , Maternal and Newborn health ,Department of Reproductive health and Research , Geneva ,Switzerland , 2000
 - WHO ,The 3 by 5 initiative , The three Mellion people living with HIV/AIDS by 2005 , Geneva , Switzerland ,2003 .
 - WHO , UNAIDS ,The WHO Strategy ,Treating 3 Million by 2005 Making it happen , Geneva , Switzerland 2003 .
 - WHO ,World Health Day Safe Motherhood 7April 1998 ,Improve Access to Maternal Health Services Geneva , Switzerland ,1998 .
 - World Population Data sheet of the population Reference Bureau , PRB ,2004 .
 - Yvette Clymore ,Improving Emergncy Care to end Maternal deaths ,population Reference Bureau , 2004 .