الاستثمار في الصحة الإنجابية لتحقيق أهداف التنمية

الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

بقلم فرزانة رودى فهيمى ولورى آشفورد

ينظر خبراء التنمية بصورة متزايدة إلى تنظيم الأسرة وغيرها من أنشطة رعاية الصحة الإنجابية باعتبارها أمورا حيوية لتحسين رفاهة الإنسان وتحقيق الأهداف الاجتماعية والإنمائية الأخرى. وعلى سبيل المثال، فإن استخدام وسائل منع الحمل الحديثة يساعد الزوجين على تجنب حالات الحمل غير المرغوبة وعلى حماية صحة الأمهات والأطفال. وتساعد أنشطة رعاية الصحة الإنجابية الأخرى النساء على التمتع بحمل صحى، كما تساعد على حماية النساء والرجال من الأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى وفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/ الإيدز. وتعتبر الروابط بين الصحة الإنجابية والتنمية ذات أهمية خاصة فى منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، حيث يتفاوت التقدم نحو تحقيق أهداف التنمية.[١]

غير أن الاستثمار فى الصحة الإنجابية نادرا ما يحتل مركزا متقدما فى قائمة الأولويات الوطنية، التى تركز عادة على توفير الوظائف وزيادة الدخول. ويؤدى هذا النقص فى الاهتمام إلى نتائج عكسية. ومن شأن إعطاء أولوية للصحة الإنجابية على المستوى القومى الإسراع من خطوات التقدم نحو تحقيق أهداف الألفية الإنمائية - التى تمثل إطارا عالميا للتنمية تبنته الأمم المتحدة من أجل تحسين حياة الشعوب ومكافحة الفقر.

ويناقش هذا الموجز مدى التقدم الذي أحرزته بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا نحو تحقيق أهداف الألفية الإنمائية، ويلقى الضوء على إمكانية استفادة هذه البلدان من توفير مزيد من الاهتمام بالصحة الإنجابية. وتتحرك المنطقة فى الاتجاه الصحيح بالنسبة لغالبية مؤشرات أهداف الألفية الإنمائية، ولكن أولوية الاهتمام مطلوبة من أجل تحقيق مزيد من المساواة بين الجنسين، والتوسع فى خدمات الصحة الإنجابية الجيدة، ومواجهة مشكلة ندرة المياه العذبة.[٢]

جدول ١

اتجاهات الفقر فى منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

	السكان الذين يعيشون بأقل من ٢ دولار فى اليوم	
	النسبة المئوية	العدد بالملايين
١٩٩٠	٢١	٥٠
٢٠٠٢	٢٣	٧٠

ملحوظة: البلدان والأقاليم التى يشملها هذا الجدول هى الجزائر، وجيبوتى، ومصر، وإيران، والعراق، والأردن، ولبنان، وليبيا، والمغرب، وعمان، والمملكة العربية السعودية، وسوريا، وتونس، واليمن، والضفة الغربية وغزة.

المصادر: The World Bank, Millennium Development Goals; Middle East & North Africa (2004); and United Nations, World Population Prospects: The 2004 Revision, Population Database, accessed at http://esa.un.org.

الإجماع الدولى

اتفق قادة العالم فى مؤتمر قمة الألفية الذى عقدته الأمم المتحدة عام ٢٠٠٠ على إعلان يتضمن ثمانية أهداف إنمائية للألفية، تشكل معا إطارا لسياسة تستهدف تخفيف حدة الفقر وتعزيز الرفاهة. وتعتبر هذه الأهداف واسعة النطاق ومتكاملة، وتشمل القضاء على الفقر، وتوسيع نطاق التعليم، وتدعيم المساواة بين الجنسين، وتحسين الصحة، وكفالة الاستدامة البيئية.[٣]

وفى شهر سبتمبر ٢٠٠٥، وبمناسبة ذكرى مرور خمس سنوات على انعقاد مؤتمر القمة، أعاد قادة العالم التأكيد من جديد على أهداف الألفية الإنمائية واعترفوا رسميا بأن اتاحة الصحة الإنجابية للجميع يعد أمرا ضروريا لتحقيق المساواة بين الجنسين، ومكافحة فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/ الإيدز، والحد من وفيات الأمهات والأطفال.[٤] كما جرى الاعتراف مرارا بالروابط بين الصحة الإنجابية وأهداف الألفية الإنمائية فى تقارير وكالات الأمم المتحدة؛ والبنك الدولى؛ وفرق عمل مشروع الألفية، التى تقوم بتحليل الجهود المبذولة لتحقيق أهداف الألفية الإنمائية.[٥] (ولمزيد من الإطلاع، انظر إطار ١، صفحة ٢).

التقدم نحو تحقيق أهداف الألفية الإنمائية وتحسين الصحة الإنجابية

تتقدم منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، بصفة عامة، على الطريق نحو تحقيق ما يقرب من نصف الأهداف فى موعدها المحدد بحلول عام ٢٠١٥، ولكن درجة التقدم نحو كل هدف تختلف من دولة إلى أخرى.[٦] كما أن المتوسطات الوطنية خادعة، حيث يمكن أن تحجب أوجه التباين الكبيرة بين الميسورين والمحرومين من السكان داخل البلدان. ويعتبر الحصول على بيانات موثوق بها ومتسقة أمرا ضروريا لرصد التقدم، ولكن مثل هذه البيانات غير متاحة بالنسبة لكافة البلدان وجميع المؤشرات.

ويلخص هذا الجزء كيفية تقدم بلدان المنطقة نحو تحقيق كل هدف من أهداف الألفية الإنمائية الثمانية ويفحص كيفية مساهمة التحسينات فى الصحة الإنجابية فى زيادة التقدم.

الهدف الأول: القضاء على الفقر المدقع والجوع

يدعو أول هدف من أهداف الألفية الإنمائية جميع البلدان إلى التقليل بمقدار النصف من نسبة سكانها الذين يعيشون تحت خط الفقر ومن نسبة السكان الذين يعانون من الجوع خلال الفترة من ١٩٩٠ إلى ٢٠١٥. وبالرغم من أن النمو الاقتصادى فى السبعينيات والثمانينيات من القرن الماضى قد زاد من الرخاء فى منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، فإن الفقر فى المنطقة ككل لم يتحسن منذ عام ١٩٩٠ ـ وهى السنة التى يتم على أساسها قياس التقدم نحو تحقيق أهداف الألفية الإنمائية.

ويقدر البنك الدولى أن ٢٣ فى المائة من سكان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا كانوا يعيشون فى عام ٢٠٠٢ بأقل من الحد الدولى الأدنى للفقر وهو دولاران فى اليوم ـ أى بزيادة طفيفة عن ٢١ فى المائة فى عام ١٩٩٠.[٧] وخلال الفترة نفسها، زاد عدد السكان الذين يعيشون فى المنطقة دون هذا المستوى بمقدار ٤٠ فى المائة ـ أى من ٥٠ مليونا إلى ٧٠ مليونا ـ نظرا للنمو السكانى (انظر جدول ١، صفحة ١).

ووفقا للمقاييس الوطنية للفقر، انخفض الفقر فى بعض بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ولكن ليس كلها. ففى المغرب، على سبيل المثال، زادت نسبة السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر القومي من ١٣ فى المائة عام ١٩٩١ إلى ١٩ فى المائة عام ١٩٩٩. وفى بلدان أخرى مثل مصر (انظر إطار ٢، صفحة ٥)، والأردن وتونس انخفضت معدلات الفقر خلال التسعينيات. ففى الأردن، انخفضت نسبة من يعيشون تحت خط الفقر القومي من ١٥ فى المائة فى ١٩٩١ إلى ١٢ فى المائة فى ١٩٩٧، وفى تونس، انخفضت من ٧ فى المائة فى ١٩٩٠ إلى ٤ فى المائة فى عام ٢٠٠٠.[٨]

وكما هو الحال فى أنحاء أخرى من العالم، تعتبر معدلات الفقر فى الشرق الأوسط وشمال أفريقيا أعلى بصفة عامة بين سكان الريف. وتمثل معدلات الفقر فى المناطق الريفية فى الجزائر والمغرب أكثر من ضعف مثيلتها فى المناطق الحضرية (انظر شكل ١). وفى مصر، يوجد ٥٤ فى المائة ممن يعيشون تحت خط الفقر القومي فى مصر العليا (صعيد مصر)، وهى المنطقة الريفية التى يعيش فيها ٢٧ فى المائة فقط من سكان البلاد.[٩] كذلك، فإن التقدم نحو تحقيق أهداف الألفية الإنمائية الأخرى فى المناطق الريفية الفقيرة يعتبر أقل بطبيعة الحال من المناطق الحضرية.

ويميل الفقراء إلى أن تكون لديهم أسر أكبر من الأغنياء، ويعانون بصورة غير متناسبة من الأمراض، ويستفيدون بصورة أقل من الخدمات الصحية، بما فى ذلك الوسائل الحديثة لمنع الحمل والرعاية أثناء الحمل (انظر جدول ٢). ولكن الصحة الإنجابية يمكنها أن تعزز صحة الفقراء وأن تساعد الأسر على الهروب من «مصيدة الفقر» التى قد تنجم عن زيادة عدد الأطفال، واعتلال الصحة، وقلة الموارد.

إطار ١

اتفاقيات الأمم المتحدة تعترف بالروابط بين الصحة الإنجابية والتنمية

تم الاعتراف بالروابط بين وضع المرأة، والصحة الإنجابية، والتنمية الاجتماعية والاقتصادية لأول مرة فى المؤتمر الدولى للسكان والتنمية، الذى عقدته الأمم المتحدة فى القاهرة عام ١٩٩٤. وقد تضمن برنامج العمل الذى تبناه المؤتمر (الذى يشار إليه هنا ببرنامج القاهرة) خطة شاملة لتمكين المرأة وجعل تنظيم الأسرة متاحا للكافة كجزء من حزمة لرعاية الصحة الإنجابية.

وقد فتح برنامج القاهرة آفاقا جديدة لوضع مفهوم عام للصحة الإنجابية، التى عرَّفها بأنها «حالة من السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة فى كافة الأمور المتصلة بالإنجاب، بما فى ذلك الصحة الجنسية». اتساقا مع هذا التعريف العام، تم تعريف رعاية الصحة الإنجابية بأنها تشمل المعلومات والخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة؛ وخدمات الحمل والولادة الآمنة، ورعاية ما بعد الإجهاض بصفة عامة والإجهاض حيثما يكون قانونيا؛ والوقاية من الأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى وعلاجها (بما فى ذلك فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/الإيدز)؛ وتوفير المعلومات والاستشارات بشأن النشاط الجنسى؛ والقضاء على الممارسات الضارة بالنساء مثل الختان والزواج القسرى. كما دعا البرنامج إلى إعطاء مزيد من الاهتمام للرجال باعتبارهم شركاء فى الصحة الإنجابية.

وقد استند التركيز على الصحة الإنجابية فى برنامج القاهرة على فكرة أن تعزيز صحة الفرد وحقوقه من شأنه أن يمكن الحكومات من تحقيق أهدافها السكانية ـ مثل منع حدوث حالات الحمل غير المخطط، وخفض النمو السكانى ـ وأن يوفر الظروف اللازمة لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

وتمثل محاربة الفقر ـ وهى الهدف الأول والأشمل فى إعلان الألفية ـ أحد المبادئ الأساسية لبرنامج القاهرة. كما أن الحد من وفيات الأطفال وخفض معدلات وفيات الأمهات، وإتاحة التعليم الابتدائى للجميع تعتبر أهدافا عامة ينبغى تحقيقها بحلول عام ٢٠١٥.

ويشترك برنامج القاهرة وإعلان الألفية أيضا فى عدة مبادئ أساسية ـ منها أن التنمية، والأمن، وحقوق الإنسان ترتبط ببعضها البعض، وأن تنفيذ ذلك هو حق سيادى لكل بلد، بما يتفق مع ثقافته، وديانته، وقوانينه الوطنية وأولويات التنمية لديه.

المراجع: Stan Bernstein and Emily White, "The Relevance of the ICPD Programme of Action for the Achievement of the Millennium Development Goals - And Vice-Versa: Shared Visions and Common Goals" (New York: UN, 2005), accessed online at www.un.org, on Nov. 15, 2005; and United Nations, *Programme of Action of the International Conference on Population and Development* (New York: UN, 1994): section 7.2.

ومن شأن توفير المعلومات والخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة ذات الجودة المتميزة للجميع أن يمكن الأزواج من اتخاذ القرارات السليمة بالنسبة لعدد أطفالهم وتوقيت إنجابهم، ومن ثم، تجنب حدوث حالات الحمل غير المرغوبة.

ويؤدى الحد من تكرار حالات الحمل غير المرغوبة إلى إبطاء الزيادة السكانية والحد من التبعية الاقتصادية، حيث تزيد نسبة السكان فى سن العمل بالمقارنة بنسبة الأطفال من السكان. ويمكن أن يؤدى هذا الحد من التبعية الاقتصادية إلى فتح «النافذة السكانية» لتحقيق النمو الاقتصادى القادر على الحد من الفقر.[١٠] ويعتبر الحد من اعتلال الصحة مسألة محورية لتعزيز أمن الفرد وقدراته، الأمر الذى يؤدى بدوره إلى تحسين الإنتاجية، والدخل القومى وآفاق التنمية.

الهدف الثانى: إتاحة التعليم الابتدائى للجميع

يوجد ٨٥ فى المائة فى المتوسط من الأطفال فى منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ملتحقين بالمدارس الابتدائية.[١١] وإذا استمرت المعدلات الحالية للالتحاق بالمدارس على ما هى عليه، فإن المنطقة ككل لا ينتظر لها أن تتمكن من إتاحة التعليم الابتدائى للجميع بحلول ٢٠١٥. غير أن التقدم نحو تحقيق هذا الهدف يسير وفق الخط المرسوم له فى بلدان مثل الجزائر، والأردن، وقطر، وتونس.[١٢]

ويسهم التعليم بصورة مباشرة فى نمو الدخل القومى من خلال تحسين القدرة الإنتاجية للعمال. ولكن معدلات القدرة على القراءة والكتابة لاتزال منخفضة فى بعض بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، خاصة بالنسبة للنساء الفقيرات. وتسير الأمية جنبا إلى جنب مع الفقر: فالأميون يعانون من الفقر أكثر من غيرهم وفرصة التحاق أطفال الأسر الفقيرة بالمدارس أقل. وعلى سبيل المثال، فإن نصف النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة فى المغرب لم يحظ بالتعليم النظامى، ولكن هناك تباينا كبيرا فى معدلات القدرة على القراءة والكتابة فى المغرب وفقا لثروة الأسرة. ويوجد ٨٦ فى المائة من النساء فى شريحة الخمس الأفقر من السكان فى المغرب لم تتلق أى تعليم، بالمقارنة بـ ١٩ فى المائة فقط من النساء فى شريحة الخمس الأغنى منهم (انظر شكل ٢، صفحة ٤).

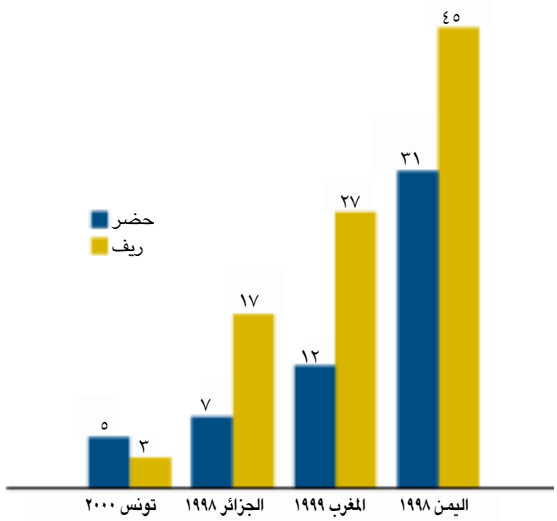
ويؤدى التعليم وبرامج تنظيم الأسرة بصورة متبادلة إلى تعزيز الاستثمارات. فالنساء المتعلمات بصفة عامة لديهن أطفال أوفر صحة، وتفضلن أن تكون لديهن أسر أصغر حجما، وتحسنّ استخدام معلومات وخدمات تنظيم الأسرة لتحقيق حجم الأسرة المرغوب فيه. كما أن احتمال تسرب بنات الأسر الأقل عدداً من المدرسة أقل.[١٣] ويعنى وجود أسر أصغر حجما إتاحة المزيد من موارد الأسر وموارد البلاد لكل طفل من الأطفال.

الهدف الثالث: تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة

يعتبر تحقيق مساواة المرأة فى الحقوق، والفرص، والمشاركة

شكل ١

نسبة السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر القومي فى بلدان مختارة فى الشرق الأوسط وشمال افريقيا، تبعاً لمحل الإقامة



المصادر: UN Statistics Divisions, "Millennium Indicators, Goal 1: Eradicate Extreme Poverty and Hunger," accessed at http://millennium indicators.un.org; and UNDP, "Tunisia National Report on the Millennium Development Goals, May 2004," accessed at www.undg.org.

جدول ٢

الروابط بين الثروة والصحة فى مصر والأردن والمغرب واليمن

	البلد	الخمس الأفقر	الخمس الأوسط	الخمس الأغنى
معدل وفيات الأطفال (تحت سن خمس سنوات لكل ١٠٠٠ طفل حى)	مصر	٩٨	٧١	٣٤
	الأردن	٤٢	٣٤	٢٥
	المغرب	٧٨	٤٧	٢٦
	اليمن	١٦٣	١١٢	٧٣
معدل الإنجاب الكلي (عدد المواليد للمرأة الواحدة على مدى حياتها)	مصر	٤,٠	٣,٣	٢,٩
	الأردن	٥,٢	٤,٣	٣,١
	المغرب	٣,٣	٢,٥	١,٩
	اليمن	٧,٣	٧,٣	٤,٧
نسبة الولادات بمساعدة أشخاص مدربين طبياً	مصر	٣١	٦١	٩٤
	الأردن	٩١	٩٨	٩٩
	المغرب	٣٠	٧٠	٩٥
	اليمن	٧	١٦	٥٠

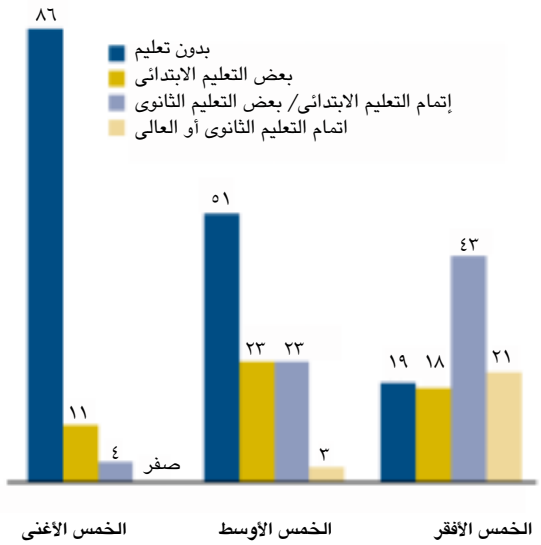
ملحوظة: تعود بيانات المسح فى مصر إلى عام ٢٠٠٠؛ وتعود بيانات الأردن واليمن إلى عام ١٩٩٧؛ وبيانات المغرب إلى ٢٠٠٣/٢٠٠٤. وتم تحديد خُماسيات الثراء (خمس مجموعات متساوية فى الحجم) باستخدام مؤشر الممتلكات المنزلية فى كل بلد. وتظهر هنا البيانات الخاصة بالخمس الأول (أو الأدنى)، والخمس الثالث، والخمس الخامس (الأعلى). ولأنه تم تحديد مؤشر منفصل للثراء لكل بلد، فإنه ينبغى توخى الحرص عند مقارنة البيانات عبر البلدان.

المصادر: The World Bank, Round 11 Country *Reports on Health, Nutrition and Population Conditions Among the Poor and Better Off in 56 Countries* (2004); and Ministry of Health (Morocco), ORC Macro, and League of Arab States, *Enquête sur la Population et Santé Familiale 2003-04* (2005).

شكل ٢

التعليم بين الأغنياء والفقراء فى المغرب، ٢٠٠٣-٢٠٠٤

توزيع أعمار النساء (بالنسبة المئوية) من سن ١٥–٤٩ حسب المستوى التعليمى فى ثلاث خُماسيات للثراء*



* تم تحديد خُماسيات الثراء (خمس مجموعات متساوية فى الحجم) باستخدام مؤشر المتلكات المنزلية.

المصـدر: Ministry of Health (Morocco), ORC Macro, and League of Arab States, *Enquête sur la Population et Santé Familiale 2003–04* (2005).

فى المجتمع وفى الأسرة أمرا أساسيا لتأمين حقوق الإنسان، كما يسهم فى تحقيق أهداف الألفية الإنمائية الأخرى وتتمثل الاستراتيجية الرئيسية لدعم حقوق المرأة وتقدمها فى سد الفجوة بين الجنسين فى التعليم. ويجرى تضييق الفوارق بين الأولاد والبنات فى جميع المستويات التعليمية وفى سائر أنحاء منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، مما يضع المنطقة على الطريق نحو تحقيق هذا الهدف.

وقد أمكن بالفعل سد الفجوة فى القضاء على الأمية بين الذكور والإناث فى الفئة العمرية من ١٥ إلى ٢٤ سنة فى كل من الأردن، والأراضى الفلسطينية، وعمان، حيث تستطيع ٩٧ فى المائة أو أكثر من الفتيات القراءة والكتابة.[١٤] ولكن اليمن، والمغرب، ومصر لديهم صعوبات فى سد الفجوة التعليمية بين الجنسين. وعلى سبيل المثال، فإنه بينما يوجد ٨٤ فى المائة من الرجال فى اليمن ممن تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة يستطيعون القراءة والكتابة، فإن ٥١ فى المائة فقط من النساء اليمنيات يستطعن القراءة والكتابة، وتوجد فى تلك البلدان الثلاثة ما يقرب من ٥ ملايين امرأة أمية تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٢٤ سنة – أى أكثر من إجمالى عدد السكان فى لبنان والبحرين معا.[١٥]

وإلى جانب التعليم، اعترفت قمة الأمم المتحدة عام ٢٠٠٥ بأن تمكين النساء يعتمد على إتاحة خدمات الصحة الإنجابية للجميع، والمساواة فى حقوق الملكية ووراثة المتلكات، والمساواة فى الوصول إلى سوق العمل، وتعزيز تمثيلهن فى أجهزة الدولة، ووضع حد للتمييز والعنف ضد المرأة. وسوف يجرى وضع مؤشرات جديدة لرصد التقدم فى هذه الميادين.

وتعتبر سهولة الوصول إلى معلومات وخدمات الصحة الإنجابية المتاحة والجيدة أمرا جوهريا لتحقيق ثالث أهداف الألفية الإنمائية. كما أن تأمين قدرة المرأة على اختيار عدد وتوقيت مرات ولادتها مسألة ترتبط بحقوق الإنسان وأمر جوهرى لتمكين النساء كأفراد، وأمهات، ومواطنات.

الهدف الرابع: خفض معدل وفيات الأطفال

وفقا لتقديرات صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، انخفضت وفيات الأطفال فى جميع بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا باستثناء العراق منذ عام ١٩٩٠.[١٦] وتسير غالبية بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا على الطريق نحو تحقيق هذا الهدف، بخفض معدل وفيات الأطفال تحت سن ٥ سنوات بمقدار الثلثين بحلول عام ٢٠١٥ عن مستويات عام ١٩٩٠.

وقد شهدت مصر وليبيا أسرع الانخفاضات، حيث انخفض معدل الوفيات تحت سن ٥ سنوات فى مصر من ١٠٤ وفيات لكل ١٠٠٠ مولود حى فى عام ١٩٩٠ إلى ٣٩ لكل ١٠٠٠ مولود حى فى عام ٢٠٠٣، بينما انخفض فى ليبيا من ٤٢ لكل ١٠٠٠ إلى ١٦ لكل ١٠٠٠، وقد سجلت الكويت والإمارات العربية المتحدة بالفعل معدلات وفيات للأطفال تماثل المعدلات السائدة فى البلدان المتقدمة (أقل من ١٠ وفيات لكل ١٠٠٠ مولود حى).

ولكن بعض بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لا تزال تواجه تحديات كبيرة: فالعراق واليمن سجلتا معدلات وفيات «من ثلاثة أرقام» - أى أكثر من ١٠٠ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حى، أى وفاة أكثر من طفل من كل عشرة أطفال قبل سن خمس سنوات. وتحدث غالبية وفيات الأطفال تحت سن خمس سنوات خلال الشهر الأول من الولادة – مما يؤكد أهمية صحة الأمهات بالنسبة للمواليد الجدد.

وقد كانت رعاية الصحة الإنجابية ولا تزال مسألة مهمة لتحقيق هذا الهدف، لأن تحسين صحة الأمهات يمثل خطوة أولى نحو خفض وفيات الأطفال. ويساعد تنظيم الأسرة المرأة على تجنب الحمل الذى يشكل خطورة كبيرة على صحة الأمهات وأطفالهن. وقد بينت الأبحاث منذ وقت طويل العلاقة بين صحة الأمهات وأطفالهن: فالأطفال الذين يولدون لأمهات تحت سن العشرين وفوق سن ٣٥ سنة يواجهون مخاطر صحية أكبر، والأطفال الذين يولدون لأمهات تتوفين أثناء الوضع لديهم فرص أقل للبقاء على قيد الحياة. أما الأطفال الذين تفصل ولادة الواحد منهم عن الآخر ثلاث إلى خمس سنوات، فلديهم فرصة أكبر للبقاء على قيد الحياة بمقدار ٢,٥ مرة عن الأطفال الذين تفصل ولادة الواحد منهم عن الآخر فترة أقل من سنتين.[١٧] وتساعد خدمات الصحة الإنجابية الأخرى النساء على تلقى رعاية ملائمة أثناء الحمل، والوضع، وفترة ما بعد الولادة، الأمر الذى يحقق نتائج أفضل صحيا لمواليدهن الجدد.

الهدف الخامس: تحسين صحة الأمهات

تحسنت صحة الأمهات بعض الشيء فى منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، ولكنها مازالت تشكل تحديا أساسيا بالنسبة للصحة وبالنسبة لجمع البيانات. ويدعو الهدف الخامس إلى خفض نسبة وفيات الأمهات (عدد الوفيات الناجم عن الحمل والأسباب ذات الصلة لكل ١٠٠ ألف مولود حى) بمقدار ثلاثة أرباع عن مستويات عام ١٩٩٠. غير أن البيانات الخاصة بوفيات الأمهات ليس موثوقا بها وليست متسقة بالقدر الكافى لتقرير ما إذا كان هذا الهدف سوف يتحقق فى جميع البلدان فى منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

وتتراوح التقديرات الخاصة بوفيات الأمهات من أقصاها البالغ ٥٧٠ وفاة لكل ١٠٠ ألف مولود حى فى اليمن، إلى أدناها البالغ ٥ وفيات لكل ١٠٠ ألف مولود فى الكويت - ويماثل التقدير الأخير المستوى السائد فى البلدان الأكثر تقدما. وفى مصر، حيث تتوافر بيانات الاتجاه الموثوق بها، انخفضت وفيات الأمهات من ١٧٤ وفاة لكل ١٠٠ ألف مولود حى فى عام ١٩٩٢ إلى ٨٤ وفاة لكل ١٠٠ ألف مولود فى عام ٢٠٠٠. ولكى تحقق مصر الهدف الخامس، فإنه ينبغى أن تستمر وفيات الأمهات فى الانخفاض بنفس المعدل الذى كان سائدا خلال تسعينيات القرن الماضى.[١٨]

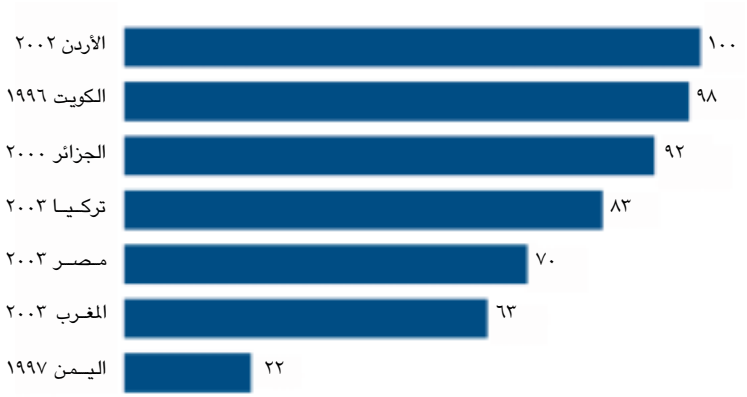
ويتمثل أحد التدخلات الأساسية للحد من وفيات الأمهات فى توفير عمالة صحية ماهرة للمساعدة أثناء الوضع لمواجهة المضاعفات التى تشكل خطورة على الحياة فى حالة حدوثها. وتقف اليمن - وهى البلد الأقل نموا فى المنطقة - فى مؤخرة البلدان الأخرى من حيث توفير المهارة المطلوبة للمساعدة أثناء الوضع (انظر شكل ٣). ويمكن إرجاع انخفاض نسبة الولادات التى تمت بمساعدة أشخاص مدربين فى اليمن والبلدان الأخرى فى منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا إلى قلة توافر الخدمات الصحية والافتقار إلى المعرفة والوعى بين الأسر بشأن الولادة الآمنة.

وفى بلدين تتوافر فيهما بيانات الاتجاه - وهما مصر والمغرب - زادت نسبة المساعدة أثناء الولادة بقدر كبير من منتصف التسعينيات إلى ٢٠٠٣، من أقل من نصف حالات الولادة

شكل ٣

نسبة الولادات التي تمت بمساعدة أشخاص مدربين فى بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

النسبة المئوية لحالات الولادة بمساعدة عمالة صحية ماهرة*



* «العمالة الصحية الماهرة» هم الطبيب أو المرضة أو القابلة. ولا يشملون معاونى الولادة التقليديين حتى وإن كانوا مدربين.

المصدر: *WHO, Skilled Attendant at Birth: 2005 Estimates (2005).*

إطار ٢

القوى المحركة للسكان واتجاهات الفقر فى مصر

توضح البيانات الحديثة فى مصر حالة الفقراء فى منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ككل وكذلك الروابط بين القوى المحركة للسكان والصحة والفقر. ووفقا لبيانات وزارة التخطيط المصرية، انخفضت معدلات الفقر فى مصر خلال التسعينيات - القرن الماضى - من ٢٤ فى المائة يعيشون تحت خط الفقر القومي عام ١٩٩٠ إلى ١٧ فى المائة عام ٢٠٠٠. ولكن عدد السكان الذين يعيشون فى فقر انخفض بدرجة أقل حدة من ذلك - من ١٣,٤ مليون نسمة إلى ١٠,٧ مليون - نظرا لارتفاع معدل النمو السكانى بين محدودى الدخل فى مصر. وبالإضافة إلى ذلك، يشير التقرير الذى أصدره برنامج الأمم المتحدة الإنمائى فى عام ٢٠٠٣ إلى أن نسبة المصريين الذين يعيشون تحت خط الفقر زادت منذ عام ٢٠٠٠.

كما جاء فى التقديرات الواردة فى تقرير البرنامج لعام ٢٠٠٣ أن عدد المصريين غير القادرين على توفير احتياجاتهم الأساسية (وفقا للحد الأدنى من السعرات الحرارية التى يحصل عليها الإنسان يوميا) يصل إلى ١٣ مليون نسمة، أى أكثر من ٢٠ فى المائة من إجمالى عدد السكان. وتأكيدا لدراسات سابقة، فقد وجد أن المناطق الريفية فى مصر العليا (الصعيد) أسوأ حالا، حيث يوجد ٣٥ فى المائة من السكان غير قادرين على توفير احتياجاتهم. وعلاوة على ذلك، يبين التقرير أن الأسر المصرية التى تعولها إناث عادة ما تكون أشد فقرا من الأسر التى يعولها ذكور؛ وأن الأسر المصرية الأكبر حجما (ثلاثة أطفال أو أكثر) تكون أكثر تعرضا للفقر؛ وأن المصريين الأقل تعليما عادة ما يكونون أقل دخلا. وأخيرا، وجد التقرير أن ٣٢ فى المائة من المصريين يعتبرون أنفسهم فقراء ويعيشون تحت مستوى الدخل الذى يرونه ضروريا لتوفير احتياجاتهم اليومية.

المراجع: Egyptian Ministry of Planning and UN, *Egypt 2004 Millennium Development Goals, Second Country Report* (Cairo: Public Administration Research & Consultation Centre, 2005) : tables 1 and 2; and United Nations Development Programme (UNDP), "New Report Confirms Egypt's Need to Reverse Poverty: Study Reveals Fatalistic Streak in Egyptian Society" (June 2003 press release), accessed online at www.undp.org.eg, on Aug. 3, 2005.

إلى الثلثين تقريبا. وفى تركيا ظلت نسبة المواليد بمساعدة أشخاص مدربين دون تغيير يذكر خلال نفس الفترة عند ٨٣ فى المائة.

كما يمثل تنظيم الأسرة خط الدفاع الأول للحماية من اعتلال صحة الأمهات. ذلك أن كل حمل يتضمن قدرا من خطر المضاعفات؛ ولذلك فإن مخاطر العجز والوفاة التى تتهدد الأمهات على مدى حياتهن تنخفض دائما كلما انخفض متوسط عدد مرات الحمل. ومن شأن منع الحمل غير المرغوب فيه أن يساعد فى تقليل الإجهاض غير الآمن الذى يتسبب فى العجز والوفاة للأمهات.

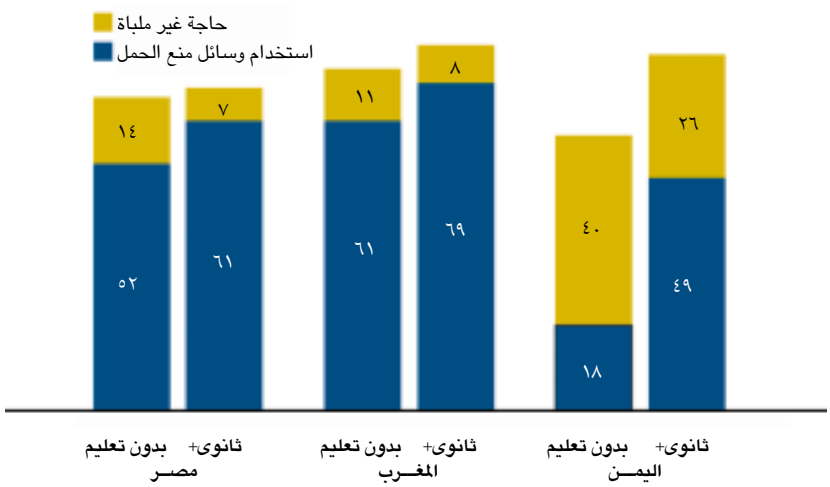
وعلاوة على ذلك، فإن تنظيم الأسرة يوفر للأمهات مزيدا من الوقت لإرضاع أطفالهن بين كل ولادة وأخرى ويحد من خطر تعرض الأمهات لمرض الأنيميا (فقر الدم). وتؤدى الأنيميا - المنتشرة فى سائر أنحاء منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا - إلى إضعاف قدرة المرأة على تحمل فقدان الدم ومقاومة العدوى، مما يساهم فى زيادة اعتلال صحة الأمهات ووفاتهن.

ولكن التقدم فى جعل تنظيم الأسرة فى متناول كافة النساء المحتاجات إليه ظل متفاوتا فيما بين هذه البلدان. ويتراوح استخدام وسائل منع الحمل فى المنطقة من الحد الأدنى البالغ ٢٣ فى المائة من النساء المتزوجات فى اليمن إلى الحد الأقصى البالغ ٧٤ فى المائة فى إيران. وبالإضافة إلى ذلك، تفيد كثير من النساء فى عمليات المسح بأنهن فى الوقت الذى ترغبن فيه فى تجنب الحمل، فإنهن لا تستخدمن أيا من وسائل تنظيم الأسرة. ويشار إلى هؤلاء النساء بأن لديهن حاجة غير ملباة لتنظيم الأسرة. وتعتبر النساء غير المتعلمات أقل احتمالا لاستخدام وسائل منع الحمل ولديهن حاجات أكثر غير ملباة من النساء اللاتى أتممن تعليمهن الثانوى أو العالى (انظر شكل ٤).

شكل ٤

استخدام وسائل منع الحمل والحاجة غير الملباة فى مصر والمغرب واليمن حسب الحالة التعليمية

النسبة المئوية للنساء المتزوجات من ١٥-٤٩ سنة



ملحوظة: تشير «الحاجة غير الملباة» إلى النساء اللاتى يقلن أنهن يفضلن تجنب الحمل ولكنهن لا يستخدمن أيا من وسائل المنع. وتشير كلمة «ثانوى+» إلى اللاتى أتممن الدراسة الثانوية أو مستوى التعليم العالى.

المصادر: ORC Macro, *Demographic and Health Surveys* (Egypt 2000 and Yemen 1997); and ORC Macro for Family Health (Morocco 2003-4).

الهدف السادس: مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/ الإيدز، والملاريا، وغيرهما من الأمراض

يوجد فى منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا أقل معدل من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب، بالمقارنة بمناطق العالم الأخرى، حيث يقدر معدل انتشار الإصابة بـ ٠,٣ فى المائة فقط من جميع البالغين. غير أن عدد الإصابات آخذ فى الزيادة فى كل بلد من بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (مع حدوث حوالى ٥٠ فى المائة من حالات العدوى الجديدة بين النساء)، كما تتوافر إمكانية الانتشار السريع فى العديد من البلدان. ففى الجزائر، على سبيل المثال، سجلت حالات الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب فى عام ٢٠٠٤ (٢٦٦ تشخيصا) ضعف ما كان سائدا فى العام السابق.[١٩]

وفى منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، تعتبر ممارسة الجنس مقابل أجر، وتعاطى المخدرات عن طريق الحقن، والاتصال الجنسى بين الرجال هى الأسباب الرئيسية للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب. وتعنى الوصمة الاجتماعية المرتبطة بهذه السلوكيات أن البرامج المتوافرة قليلة والمعلومات ضئيلة نسبيا لتلبية احتياجات المجموعات الأكثر عرضة للمخاطر، وأن أى انتشار على نطاق واسع بين هذه المجموعات يمكن أن يتم التغاضى عنه بسهولة.[٢٠] ويعتبر تعاطى المخدرات عن طريق الحقن السبب الرئيسى لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب فى ليبيا وإيران. وعندما يمارس المتعاطون العلاقات الجنسية، فإنهم يزيدون إمكانية انتشار فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب بين المشتغلات بالجنس وعامة الناس.

وقد كشفت دراسة فى إيران عن أن نصف متعاطى المخدرات عن طريق الحقن هناك من المتزوجين وأن الثلث يمارسون الجنس خارج نطاق العلاقة الزوجية. وبالرغم من أن البرنامج القومى لمكافحة الإيدز فى إيران يقوم بتوزيع الواقيات الذكرية مجانا، ويشن مزيدا من الحملات الإعلامية النشيطة لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/ الإيدز بالمقارنة بالبلدان الأخرى فى المنطقة، فإنه يبدو أن المشتغلات بالجنس تعوزهن أسباب حماية أنفسهن من عدوى الإيدز. ورغم أن جميع المشتغلات بالجنس تقريبا اللاتى تناولتهن الدراسة التى أجريت فى كرمنشاه (وهى مدينة فى غرب إيران) كن يعرفن الواقيات الذكرية، فإن ٥٠ فى المائة

منهن فقط ذكرن أنهن استخدمن هذه الواقيات مع زبائنهن.[٢١]

ولما كان الوباء لا يزال فى مراحله المبكرة فى المنطقة، فإن حكومات الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لديها الفرصة لوقف انتشار فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب باتخاذ وتنفيذ سياسات وبرامج ذات حساسية ثقافية. وتحتاج هذه البرامج بصفة خاصة إلى استهداف المراهقين والشباب. وبالرغم من التأكد من زيادة الممارسات الجنسية قبل الزواج فى المنطقة وقابلية الشباب المعروفة للتعرض لخطر فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/ الإيدز، فإن المعلومات المتاحة لهم فى بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا قليلة للغاية حول النشاط الجنسى ومخاطر العدوى التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى، بما فى ذلك فيروس نقص المناعة البشرية.[٢٤]

ويؤكد الهدف السادس على الحاجة إلى زيادة استخدام الواقيات الذكرية، باعتبارها الوسيلة الوحيدة لمنع الحمل وانتقال فيروس نقص المناعة البشرية. وبصفة عامة، فإنه باستثناء إيران وتركيا، فإن استخدام الواقيات الذكرية أمرا لا يحظى بالاهتمام فى المنطقة، حيث إن هذه الوسيلة ليست مقبولة ثقافيا بعد. وتعتبر خدمات الصحة الإنجابية الشاملة ذات أهمية كبيرة، ليس فقط بجعل الواقيات الذكرية متاحة ومقبولة، ولكن أيضا بتوفير المعلومات والاستشارات حول النشاط الجنسى والمخاطر الصحية. ويمكن أن تشمل هذه الخدمات أيضا اختبار وعلاج الأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى، الذى يزيد من احتمال انتقال عدوى فيروس نقص المناعة البشرية.

الهدف السابع: كفالة الاستدامة البيئية

تحتل ندرة المياه العذبة فى منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا - وهى أكثر المناطق جفافا فى العالم - قمة الاهتمامات البيئية. فقد ظلت الكميات المتاحة من المياه العذبة المتجددة ثابتة تقريبا على مر الزمن، ولكن مع النمو السكانى فى بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، انخفض نصيب الفرد من المياه العذبة المتاحة.

وقد أدت تأثيرات النمو السكانى وأنشطة التحديث معا إلى زيادة الطلب على المياه العذبة. ويمكن أن يساعد التقدم التقنى إلى حد ما على زيادة توافرها من خلال تحسين كفاءة استخدام المياه. وفيما هو أبعد من ذلك، فإن مساعدة الأزواج على تجنب الحمل غير المرغوب وتدعيم معايير الأسر صغيرة الحجم يمكن أن تكون سبيلا إلى خفض النمو السكانى، والحد من الضغوط السكانية على الموارد الشحيحة للمياه العذبة فى منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، ومن ثم، الحد من احتمال عدم الاستقرار السياسى بسبب النزاعات على هذه الموارد.

الهدف الثامن: اقامة شراكة عالمية من أجل التنمية

يدعو إعلان الألفية واتفاقات الأمم المتحدة الأخرى البلدان الأغنى والأكثر تقدما لمساعدة البلدان ذات الموارد القليلة والتكنولوجيا الضعيفة على التقدم نحو تحقيق أهدافها الصحية والإنمائية. وتستطيع البلدان الغنية بالنفط فى المنطقة تدعيم البرامج الثنائية ومتعددة الأطراف والإقليمية التى تساعد البلدان ذات الموارد القليلة فى المنطقة على تحقيق أهدافها الإنمائية.

ويمكن أن يسهم مثل هذا التعاون فى توفير المعرفة والبرامج الناجحة بما فى ذلك البرامج ذات الحساسية الثقافية لزيادة فرص الوصول إلى وسائل تنظيم الأسرة ورعاية الصحة الإنجابية. وينبغى على المنظمات الإقليمية المانحة مثل الصندوق العربى للإنماء الاقتصادي والاجتماعي، الذى يلعب دورا مهما فى التنمية فى المنطقة، زيادة استثماراتها فى مجال تمكين النساء والصحة الإنجابية.

خاتمة

ترتبط الصحة الإنجابية للمرأة ارتباطا وثيقا بالتنمية الاجتماعية والاقتصادية، ولذلك فإنها تؤثر على مدى قدرة الحكومات على تحقيق أهدافها فى الحد من الفقر. ويساعد اتاحة خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية للجميع على الخروج من الدائرة المفرغة للفقر، واعتلال الصحة، وارتفاع معدلات الانجاب السائدة اليوم فى مناطق من بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

المراجع

1 تشمل منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا المحددة هنا: الجزائر، البحرين، مصر، إيران، العراق، الأردن، الكويت، لبنان، ليبيا، المغرب، عمان، قطر، المملكة العربية السعودية، سوريا، تركيا، الإمارات العربية المتحدة، الضفة الغربية وغزة، واليمن.

2 Millennium Project, *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals* (New York: Millennium Project, 2005).

3 United Nations (UN), "UN Millennium Development Goals," accessed online at www.un.org/millenniumgoals/, on Nov. 18, 2005.

4 United Nations General Assembly, *2005 World Summit Outcome* (New York: UN, 2005).

5 Global Health Council, *Banking on Reproductive Health: The World Bank's Support for Population, the Cairo Agenda and the Millennium Development Goals* (Washington, DC: Global Health Council, 2004); United Nations Population Fund (UNFPA), *Achieving the Millennium Development Goals: Population and Reproductive Health as Critical Determinants* (New York: UNFPA, 2003); UNFPA, *Reducing Poverty and Achieving the Millennium Development Goals: Arguments for Investing in Reproductive Health & Rights* (New York: UNFPA, 2005); United Nations Development Programme (UNDP), *Millennium Project Report to the UN Secretary-General: Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals* (New York: UNDP, 2005); and World Health Organization (WHO), *'En-Gendering the Millennium Development Goals (MDGs) on Health* (Geneva: WHO, 2003).

6 Farzaneh Roudi-Fahimi, *Progress Toward the Millennium Development Goals in the Middle East and North Africa* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2004).

7 World Bank, "Millennium Development Goals: Middle East and North Africa," accessed online at http://ddp-ext.world

bank.org/ext/GMIS/gdmis.do?siteId=2&menuId=LNAV01REGSUB4, on Aug. 2, 2005; and World Bank, *2005 World Development Indicators* (Washington, DC: World Bank, 2005): 2.

8 United Nations Statistics Division, "Millennium Indicators, Goal 1: Eradicate Extreme Poverty and Hunger" (table 1), accessed online at http://millenniumindicators.un.org, on Sept. 1, 2005; and United Nations Development Group, *Tunisia: National Report on the Millennium Development Goals*, accessed online at www.undg.org, on Sept. 14, 2005.

برنامج المكتب المرجعى للسكان فى الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

إن هدف برنامج المكتب المرجعى للسكان فى الشرق الأوسط وشمال أفريقيا هو الاستجابة للاحتياجات الإقليمية للمعلومات والتحليلات الموضوعية وتوفيرها فى الوقت المناسب بشأن السكان، والقضايا الاجتماعية ـ الاقتصادية، وقضايا الصحة الإنجابية. ويثير البرنامج الوعى بهذه القضايا لدى صناع القرار فى المنطقة وفى المجتمع الدولى على أمل التأثير على السياسات وتحسين حياة السكان المقيمين فى منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

وتتضمن أنشطة برنامج الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: إنتاج ونشر الإصدارات المطبوعة والإليكترونية حول الموضوعات المهمة التى تتناول قضايا السكان والصحة الإنجابية والبيئة والتنمية (وتتوافر مطبوعات كثيرة مترجمة إلى العربية)، وكذلك العمل مع الصحفيين فى منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لتعزيز معارفهم وتغطيتهم لقضايا السكان والتنمية، والعمل مع الباحثين فى المنطقة لتحسين مهاراتهم فى توصيل نتائج أبحاثهم إلى صانعى السياسة وأجهزة الإعلام.

ويقوم المكتب المرجعى للسكان بدور رائد فى مجال توفير المعلومات فى الوقت المناسب حول الاتجاهات السكانية الأمريكية والدولية وتداعياتها.

موجز السياسات فى الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

- *إصلاح قوانين الأسرة لتدعيم التقدم فى الشرق الأوسط وشمال أفريقيا* (ديسمبر ٢٠٠٥).
- *الاستثمار فى الصحة الإنجابية لتحقيق أهداف التنمية: الشرق الأوسط وشمال أفريقيا* (ديسمبر ٢٠٠٥).
- *الزواج فى العالم العربى* (سبتمبر ٢٠٠٥).
- *الإسلام وتنظيم الأسرة* (أغسطس ٢٠٠٤).
- *التقدم نحو أهداف الألفية الإنمائية فى الشرق الأوسط وشمال أفريقيا* (مارس ٢٠٠٤).
- *نحو أمومة أكثر أمانا فى مصر* (مارس ٢٠٠٤).
- *تمكين النساء وتنمية المجتمع: تعليم الإناث فى الشرق الأوسط وشمال أفريقيا* (أكتوبر ٢٠٠٣).
- *الصحة الإنجابية للمرأة فى الشرق الأوسط وشمال أفريقيا* (فبراير ٢٠٠٣).
- *إيجاد التوازن: السكان وندرة المياه فى الشرق الأوسط وشمال أفريقيا* (يوليه ٢٠٠٢).
- *برنامج تنظيم الأسرة فى إيران: الاستجابة لاحتياجات أمة* (يونيو ٢٠٠٢).
- *الاتجاهات والتحديات السكانية فى الشرق الأوسط وشمال أفريقيا* (أكتوبر ٢٠٠١).

وتتوافر هذه الدراسات الموجزة باللغتين الإنجليزية والعربية، ويستطيع عامة القراء فى منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا طلبها مجانا، بالاتصال بالمكتب المرجعى للسكان عبر البريد الإليكترونى (prborders@prb.org) أو على العنوان المذكور أدناه. والنسختان باللغتين (باستثناء النسخة العربية لـ الاتجاهات والتحديات السكانية) متاحتان على العنوان الإليكترونى للمكتب المرجعى للسكان .(www.prb.org)

9 UN and Egyptian Ministry of Planning, Millennium Development Goals: Second Country Report, Egypt 2004 (Cairo: Public Administration Research and Consultation Centre, 2005): 12.

10 Robert Eastwood and Michael Lipton, "Demographic Transition and Poverty: Effect via Economic Growth, Distribution, and Conversion," *in Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, ed. Nancy Birdsall, Allen C. Kelly, and Steven W. Sinding (New York: Oxford University Press, 2005); Stan Bernstein and Emily White, "The Relevance of the ICPD Programme of Action for the Achievement of the Millennium Development Goals—And Vice-Versa: Shared Visions and Common Goals" (New York: UN, 2005), accessed online at www.un.org, on Nov. 15, 2005; and Andrew Mason and Sang Hyop Lee, "The Demographic Dividend and Poverty Reduction," accessed online at www.un.org, on Sept. 14, 2005.

11 " صافى نسبة التسجيل " هى نسبة الأطفال فى السن الملائمة لدخول المدرسة الابتدائية الذين تم تسجيلهم.

12 UNDP, *The Millennium Development Goals in Arab Countries, Towards 2015: Achievements and Aspirations* (New York: UNDP, 2003)

13 Bernstein and White, "The Relevance of the ICPD Programme of Action."

14 United Nations Population Division, "Millennium Development Goal Indicators Database," accessed online at http://millenniumindicators.un.org, on Sept. 10, 2005.

15 Carl Haub, 2005 *World Population Data Sheet* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2005).

16 United Nations Statistics Division, "Millennium Indicators, Goal 4: Reduce Child Mortality," accessed online at http://millenniumindicators.un.org, on Oct. 31, 2005. UNICEF figures for child mortality in Iraq have conflicted with other survey findings (Miho Tanaka, World Bank, personal communication, October 2005).

17 Johns Hopkins University Center for Communication Programs, "Birth Spacing: Three to Five Saves Lives," accessed online at www.infoforhealth.org, on Sept. 1, 2005.

18 United Nations Statistics Division, "Millennium Indicators, Goal 5: Improve Maternal Health," accessed online at http://millenniumindicators.un.org, on Sept. 1, 2005; and Karima Khalil and Farzaneh Roudi-Fahimi, *Making Motherhood Safer in Egypt* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2004).

19 UNAIDS/WHO, *AIDS Epidemic Update: December 2005*, accessed online at www.unaids.org, on Dec. 5, 2005.

20 The World Bank, *Preventing the Spread of HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: A Window of Opportunity to Act* (Washington, DC: World Bank, 2005).

21 UNAIDS, *AIDS Epidemic Update: December 2004*, accessed online at www.unaids.org, on Dec. 5, 2005.

22 Bonnie L. Shepard and Jocelyn L. DeJong, *Breaking the Silence and Saving Lives: Young People's Sexual and Reproductive Health in the Arab States and Iran* (Cambridge, MA: International Health and Human Rights Program, Harvard School of Public Health, 2005): xvi.

تنويـــه

أعدت هذا الموجز فرزانة رودى فهيمى، كبيرة محللى السياسة بالمكتب المرجعى للسكان، ولورى اشفورد المدير الفنى لمعلومات السياسة بالمكتب بمساعدة موظفى المكتب الآخرين. ويتوجب تقديم الشكر الخاص إلى كل من راجعوا المسودات: راجي أسعد بمجلس السكان بالقاهرة؛ وستان برنشتاين بمشروع الألفية؛ وهدى رشاد بالجامعة الأمريكية فى القاهرة؛ واكيكو مايدا، وميهو تناكا، وايمى سوزوكى بالبنك الدولى؛ وتوماس ميريك بجامعة جورج واشنطن؛ وفريال فكرى، ونانسى ينجر بالمكتب المرجعى للسكان.

كما يتوجب تقديم الشكر إلى كل من قاموا بترجمة ومراجعة النسخة العربية : مها العدوى بمؤسسة فورد؛ إيمان الحضري؛ وكل العاملين فى مركز الأهرام للترجمة والنشر الذين ساهموا فى إنتاج هذا العمل.

تم تمويل هذا العمل بواسطة مؤسسة فورد : مكتب القاهرة.

أعد الترجمة العربية : مركز الأهرام للترجمة والنشر، مؤسسة الأهرام.

طباعة : مطابع الأهرام التجارية ـ قليوب ـ مصر

© ديسمبر ٢٠٠٥، المكتب المرجعى للسكان

المكتـــب المرجعـــى للسكـــــان

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520 / Washington, DC 20009 USA
tel: 202-483-1100 / fax: 202-328-3937 / E-mail: popref@prb.org Website: www.prb.org