

المشاكل الصحية الكبرى للنساء في العالم العربي *

لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة والرفاهية له ولأسرته ويتضمن ذلك التغذية والملبس والسكن والعناية الطبية وكذلك الخدمات الاجتماعية اللازمة .
وله الحق في تأمين معيشي في حالات البطالة والمرض والعجز والترمل والشيخوخة وغير ذلك من فقدان وسائل العيش نتيجة لظروف خارجة عن إرادته .

وللأمومة والطفولة الحق في المساعدة والرعاية

ولجميع الأطفال حق التمتع بنفس الحماية الاجتماعية سواء كانت ولادتهم في إطار الزواج أو خارجه .

المادة 25 -الإعلان العالمي لحقوق الإنسان

1-تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة على التمييز ضد المرأة في ميدان الرعاية الصحية من أجل أن تضمن لها على أساس المساواة بين الرجل والمرأة ، الحصول على خدمات الرعاية الصحية بما في ذلك الخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة

2-بالرغم من أحكام الفقرة 1 من هذه المادة تكفل الدول الأطراف للمرأة خدمات مناسبة فيما يتعلق بالحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة ، موفرة لها خدمات مجانية عند الاقتضاء وكذلك تغذية كافية أثناء الحمل والرضاعة .

المادة 12 -اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة

I- تقديم

الصحة ليست فقط كما يقول المثل العربي " تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه سوى المرضى" وإنما هي أيضا تاج على رؤوس الأمم الغنية لا تراه إلا الأمم الفقيرة . إنها في نفس الوقت من أهم مظاهر الإنماء الإنساني الشامل ومن أصعب شروطه تحقيقا لارتباطها الوثيق بفعالية قطاعات اجتماعية عديدة تبدو بعيدة عن الصحة والحال أنها تؤثر فيها الأثر الكبير .

هكذا تشكل دراسة وضعها في أي بلد مدخلا لفهم تركيب هذا المجتمع من ناحية توزيع الثروة وتوزيع الاعتبار وتوزيع المسؤولية وتوزيع الموارد العامة ناهيك عن أولويات النظام السياسي وكفاءة نظام تقني محدد هو جهاز تقديم الخدمات الصحية . إن دراسة الصحة بصفة عامة، وصحة المرأة العربية بصفة خاصة، يعود في آخر المطاف إلى استعراض حالة التقدم الاقتصادي والاجتماعي والسياسي والأخلاقي والثقافي لمجتمع ما..

وللتركيز على صحة المرأة أهمية خاصة نظرا للارتباط الوثيق بين صحة المرأة وصحة الطفل الذي يشكل في كافة الوطن العربي الشريحة الأوسع في المجتمع (بمفهوم اتفاقية حقوق الطفل أي إلى عمر الثامنة عشر) . ويعني هذا أن كل تأثير، أكان بالسلب أو بالإيجاب، على صحتها ينعكس أليا على صحة الجيل الصاعد ومن ثمة على المجتمع ككل. وفي البداية لا بدّ من تحديد المفاهيم التي تبدو بديهية .

*

تعرف المنظمة العالمية للصحة هذه الأخيرة بأنها "حالة كاملة من الرفاهة البدنية والنفسية والاجتماعية".
لنتصور بحثا يحاول قياس صحة المرأة العربية انطلاقا من سبر آراء لعينة ممثلة وتسأل فيه المرأة المستجوبة "هل أنت في حالة كاملة من الرفاهة الكاملة البدنية والنفسية والاجتماعية"؟

إن أخشى ما نخشاه هو أننا سنكتشف أنه لا توجد امرأة سليمة واحدة لا في الوطن العربي ولا في أي مكان على سطح الأرض حيث أنه لا يمكن لأي إنسان أن يكون في حالة كاملة من الرفاهة الجسمية والنفسية والصحية . فالوضعية الغالبة أننا نمرّ بحالات متواصلة التغيير للجسم والنفس بحكم تعرضنا طوال الوقت لتأثيرات متقلبة و لضغوطات هائلة من محيط طبيعي متغير وخطير ومحيط اجتماعي تتوقر فيه كل معطيات الصحة وكل معطيات المرض.

ومن البديهي أن تولد هذه الضغوطات حالات ضعف عابرة للجسم -مثل الإصابة بالزكام- أو حالة من الألم النفسي الطبيعي -مثل حداد الأم على موت رضيعها- أو حالة من التراجع في المكانة الاجتماعية - مثل التقاعد- أو تراجعاً فيزيولوجيا في الطاقات والقدرات ونحن على مشارف الموت .

*ورقة عمل قدمت بطلب من لجنة صياغة التقرير حول المرأة لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي سنة 2005

ليس من الممكن إذن -ولا حتى من المستحسن- أن نكون في هذه الحالة المثالية والثابتة التي يحدد بها التعريف صحتنا حيث لا حق لنا بموجبه أن نحزن لفقدان الطفل أو ألا نعرف خوف الموت وقلق الوجود ناهيك عن الإرهاق الطبيعي الذي يمكن أن يصاحب أي عمل نحبه.

إن تعريف المنظمة العالمية للصحة غير واقعي ويمكن القول أنه يصلح لتعريف السعادة لا الصحة. أما تخلص المدافعين عنه بالقول أن القصد منه وضع هدف عسير المنال لشحن الهمم فهو أيضا تبرير مرفوض لأن الأهداف التي يجب أن نضعها نصب أعيننا يجب أن تكون عملية وقابلة للتحقيق وللتقييم و إلا فإن الإحباط هو ما سيتدبّر بنا على طريق تكفيه مصاعب الواقع حتى لا نضيف له مصاعب المثال.

كل هذا للقول أننا بقدر ما نعتبر التعريف محقا في فصله الصحة عن مجرد غياب المرض بقدر ما نعتقد أن علينا توخي تعريف أكثر جدية والبحث عن مقاييس واقعية.

إن الصحة حالة تتمثل على مستوى التصرفات في الاضطلاع بكافة الوظائف الطبيعية والاجتماعية بأقصى قدر ممكن من الاستقلالية عن أي سند طبي (autonomie) وعلى مستوى المواقف بأقصى قدر ممكن من الرضا عن أداء الجسم والنفس (satisfaction).

وعندما نمارس وظائفنا الطبيعية بصفة مستقلة ونشعر بالرضا عن أداء جسمنا فإن هذا يعكس نجاح آليات بالغة الترابط والتعقيد تعمل من وراء الستار وهي من طبائع مختلفة : وراثية ، فيزيولوجية ، سيكولوجية و اجتماعية.

إن هذه الآليات هي التي تمكن من المحافظة على توازن الشخص أطول فترة ممكنة واسترجاعه في حالة اختلاله و هي مرتبطة أوثق الارتباط بتوفر المحيط الطبيعي والاجتماعي على جملة من لعوامل الضرورية مثل الماء الصالح للشرب والغذاء المتوازن والهواء غير الملوث والسكن اللائق وعلى عوامل لا تقل أهمية مثل المعرفة والعمل والكرامة والحرية والاعتبار (1)

نحن بالتاكيد سنحصل على معلومات أدق وأصحّ حول الوضع الصحي لو طالبنا عينتنا بالردّ على أسئلة تصاغ كالتالي:

1- كيف تقيمين حالتك الصحية هذا الشهر؟ (مرضية تماما-مرضية- متوسطة- غير مرضية- غير مرضية بالمرّة)

2- خارج الخدمات الوقائية مثل التلقيح والمراقبة الدورية للحمل، ما مدى حاجتك للخدمات الطبية أو للأدوية في تادية كامل ووظائفك الفيزيولوجية والاجتماعية؟ (لا أستطيع العيش دونها-أحتاجها كثيرا وباستمرار -أحتاجها في بعض الأوقات - لا أحتاجها إلا نادرا- لا أحتاجها أبدا).

3- أذكرني من بين القائمة التالية(ماء شروب - غذاء متوازن وكاف - سكن لائق - عمل - تعليم - ترفيه اعتبار- كرامة - حرية) تلك التي تتوفرين عليها (بصفة مرضية تماما-مرضية- متوسطة- غير مرضية- غير مرضية بالمرّة)

إن مثل هذه الدراسة للأسف غير موجودة لا لصعوبتها وإنما لأن الإطار النظري الذي يحكم تعاملنا مع الظاهرة يركز من جهة على تعريف طوباوي للصحة ويواصل (كما تثبت ذلك كل الإحصائيات التي تنشرها منظمة الصحة العالمية وغيرها) التعامل مع انتشار الأمراض كما لو كان تأرجح مؤشراتنا هو أحسن مدخل لفهم الصحة .

وفي هذه الورقة اخترنا أن نتناول الموضوع من باب التركيز على هذه العوامل التي لا تكون الصحة دونها تاركين قياس مؤشرات التمتع بالصحة لوزارات الصحة والجامعات العربية .

ولأن أي دراسة جادة لا تكون بحثا في امرأة عربية هلامية لا وجود لها إلا كمفهوم عام وإنما بحثا في وضعيات جد مختلفة لنساء عربيات تنتمين إلى أجيال وطبقات وبلدان مختلفة، فإنه من الأسلم علميا الحديث عن الوضع الصحي للنساء العربيات لا صحة المرأة العربية .

*

II-المعطيات الأساسية *

يشكل معدّل أمل الحياة عند الولادة وعند الجنسين مؤشرا عامًا لا لقياس الصحة وإنما لقياس طول مقاومة الجسم لقوى التفكك الداخلي وصموده أمام قوى التفكك الخارجي . ويصلح هذا المؤشر للمقارنة بين الجماعات البشرية المختلفة . تظهر الجداول التفصيلية التالية – رغم الحالة الكويتية والقطرية – أن معدّل أمل حياة المرأة العربية أعلى منه عند الرجل من سنة إلى أربع سنوات (موريطانيا) ، لكنها تظهر أيضا الفوارق الكبيرة بين المناطق العربية وداخل هذه المناطق نفسها (2)

معدل أمل الحياة في أقطار جنوب الصحراء

القطر	معدل أمل الحياة عند الولادة	معدل أمل الحياة عند الستين	العدد المرتقب، عند الولادة، من سنوات الصحة الضائعة	نسبة سنوات الحياة المخفضة رجال - نساء
الصومال	37.5 36.1	9.4 8.3	8.1 6.9	17.7 16.1
السودان	49.9 47.2	10.7 9.8	9.4 7.8	15.9 14.1
جيبوتي	43.2 42.5	10.6 9.8	7.4 6.1	14.7 12.6

معدل أمل الحياة في منطقة المغرب العربي

القطر	معدل أمل الحياة عند الولادة	معدل أمل الحياة عند الستين	العدد المرتقب، عند الولادة، من سنوات الصحة الضائعة	نسبة سنوات الحياة المخفضة رجال - نساء
موريطانيا	46.3 42.8	10.5 9.5	8.2 6.9	15.1 14.0
المغرب	60.9 59.5	12.7 11.4	11.9 9.4	16.4 13.6
الجزائر	61.6 59.7	13.3 12.5	9.6 7.9	13.5 11.7
تونس	63.6 61.3	13.3 12.0	10.3 8.2	13.9 11.8
ليبيا	65.0 62.3	13.8 12.0	10.5 8.1	13.9 11.5

* ثمة في بعض الأحيان فوارق بين الأرقام لاختلاف المصادر وسنوات البحث واقتصرنا على إحصائيات المنظمة العالمية للصحة.

معدل أمل الحياة في منطقة المشرق العربي

القطر	معدل أمل الحياة عند الولادة	معدل أمل الحياة عند الستين	العدد المرتقب، عند الولادة، من سنوات الصحة الضائعة	نسبة سنوات الحياة المخفضة رجال - نساء
العراق	51.5 48.8	10.6 9.2	11.6 10.3	18.4 17.5
سوريا	63.1 60.4	12.9 11.3	10.5 8.2	14.2 12.3
لبنان	61.6 59.2	12.6 11.3	10.4 8.4	14.5 12.5
مصر	60.2 57.8	11.3 9.9	8.8 7.4	12.8 11.4
الأردن	62.3 59.7	12.9 11.1	10.9 9.0	14.9 13.1

معدل أمل الحياة في منطقة الخليج العربي

القطر	معدل أمل الحياة عند الولادة	معدل أمل الحياة عند الستين	العدد المرتقب، عند الولادة، من سنوات الصحة الضائعة	عدد سنوات الحياة المخفضة رجال - نساء
اليمن	50.7 48.0	10.4 8.7	11.5 10.8	18.5 18.4
عمان	65.3 62.7	13.7 11.9	11.1 8.3	14.5 11.8
الإمارات	64.2 63.5	12.5 12.0	10.9 7.8	14.5 10.9
البحرين	64.4 64.2	11.6 11.5	10.1 7.5	13.6 10.9
السعودية	62.9 59.8	13.0 11.2	11.0 8.6	14.9 12.6
الكويت	66.6 67.4	13.6 14.2	10.2 8.4	13.3 11.1
قطر	63.8 66.7	11.2 13.7	10.2 8.2	13.6 10.9

وفي الجدول الموالي وضعنا مؤشر أمل الحياة أين يصل حده الأدنى (الصومال) وحده الأقصى (الكويت) ومستواه في أكبر بلد عربي، بالمقارنة مع بلد كاليابان له قصب السبق حالياً في العالم .

مقارنة معدل أمل الحياة بين بعض الأقطار وبينها واليابان

البلد	رجال	نساء
اليابان	72.3	77.7
مصر	57.8	60.2
الكويت	67.4	66.6
الصومال	36.1	37.5

يظهر الجدول الفروق الهائلة بين معدل أمل الحياة داخل المنطقة العربية حيث تعيش المرأة الصومالية تقريبا نصف عمر المرأة الكويتية ، بينما تعيش هذه الأخيرة أكثر من المرأة المصرية بمعدل 6 سنوات لكن 11 سنة أقل من المرأة اليابانية . وللأدوات الإحصائية المتزايدة الدقة القدرة اليوم على تحديد عدد سنوات الحياة المؤملة بعد الستين وخاصة عدد السنوات الضائعة بحالة صحة .

يعطي الجدول التالي فكرة عن الهوة الحقيقية في مستوى هذين المؤشرين داخل المنطقة العربية ككل وبالمقارنة مع اليابان

البلد	معدل أمل الحياة عند الستين		العدد المرتقب، عند الولادة، من سنوات الصحة الضائعة		نسبة سنوات الحياة المخسورة
	رجال	نساء	رجال	نساء	رجال - نساء
اليابان	21.7	17.5	10.3	11.6	17.5 - 18.4
مصر	9.9	11.3	7.4	8.8	11.4 - 12.8
الكويت	14.2	13.6	8.4	10.2	11.1 - 13.3
الصومال	8.3	9.4	6.9	8.1	16.1 - 17.7

إن هذا الجدول يشير لكون أطول النساء العربيات عمرا تعشن بعد الستين بمعدل ثماني سنوات أقل من المرأة اليابانية وأنها تضيع عشر سنوات من الحياة دون مرض وأنها تخسر ثلاثة عشر سنة كان بوسعها أن تعيشها لو.....

إن المعدلات التي تحققها اليابان – والتي ترتفع سنويا- هي بمثابة المسافة التي يجب على المرأة قطعها لأن المثال الياباني يدلّ على قدرة الإنسان على الوصول إلى هذه المعدلات حتى وإن لا نعرف حالياً كم من سنوات إضافية ستربح بتواصل تحسّن مقومات الصحة والاكتشافات الطبية.

السؤال الآن ما هي الأسباب التي تجعل المرأة الكويتية لا تقطع إلا 85 % من الطريق الذي تقطعه المرأة اليابانية والمرأة المصرية 77% منه المرأة الصومالية 48 % فقط ، إضافة لكونها تقطع هذه المسافة في حالة صحية لا تفي دوما بما تتطلع وتقدر عليه ؟

إن الردّ على هذا السؤال ليس صعبا حيث أصبحت أهمّ عوامل طول العمر والتمتع بالصحة أطول فترة داخل هذا العمر معروفة وموثقة وذلك بفضل أبحاث الطب الوقائي والمعطيات التي توفرها العلوم الاجتماعية والنفسية .

وبصفة إجمالية يمكن القول أنها بالغة التعقيد وتشمل خصائص الفرد الجينية أو الوراثية وطبيعة الأخطار التي يتعرض لها بحكم البيئة التي يعيش فيها والعمل الذي يقوم به الخ ، لكنها على الصعيد الجماعي محكومة بقوى مرتبطة أوثق الارتباط بالوضع الاقتصادي والاجتماعي والوضع السياسي والوضع الثقافي (بمفهوم العادات والتقاليد) وأخيرا وليس آخرا بوضع جهاز تقديم الخدمات الصحية .

وعندما نحلل الوضع الصحي للنساء في العالم العربي نكتشف حالة هذه العوامل في منطقتنا في حين نتخذ في مناطق أخرى من العالم حالات مختلفة ، علما وأن كل هذه الحالات تتغير طول الوقت و في كل منطقة الأمر الذي ما يجعل تشخيصنا لها شبيها بصورة تستخرج من فيلم .

1-العامل الاقتصادي والاجتماعي

إن علاقة الثروة بالصحة بديهية وقاعدة كل زمان ومكان ، ويظهر الارتباط الوثيق بين المؤشرين في هذا الجدول

الدخل وأمل الحياة في بلدان الخليج مقارنة مع اليابان

إحصائيات مركز الأمم المتحدة للإئماء -2001

البلد	معدل أمل الحياة	الدخل الفردي بالدولار الأمريكي
اليابان	81.3	25130
الكويت	76.3	18700
السعودية	71.9	13300
اليمن	59.4	790

إن ارتباط معدل أمل الحياة المنخفض في أفقر البلدان العربية وارتفاعه بارتفاع الدخل الفردي بسيط التفسير حيث يعني هذا الارتفاع إمكانية توفير الشروط الأساسية للتمتع بالصحة وهي الغذاء الكافي والماء الصالح للشرب والسكن اللائق والتعليم .

والقاعدة أنه بقدر ما ينخفض هذا الدخل بقدر ما يكثر خطر التعرض للأمراض الوبائية والأمراض نقص هذه المادة أو تلك (مثلا فقر الدم من الحديد أو الانيميا الذي يشمل 50% من النساء) ناهيك عن تناقص فرص الحصول على خدمات صحية جيّدة.

والفقر مرتبط في كل مناطق العالم بالبطالة وهي عموما أعلى عند النساء منها عند الرجال .

هو يفسر الفرق بين البلدان العربية ذات الدخل القومي المتباين، لكنه لا يفسر الفرق بين الدول العربية الغنية واليابان. ففي البلدان الخليجية مثلا لا يمكن أن نربط معدل أمل الحياة المنخفض نسبيا بنقص في الغذاء والماء الصالح للشرب والسكن. هناك بالضرورة قوى أخرى. ثمة في البداية ضعف مشاركة المرأة في هذه البلدان في الدورة الاقتصادية لكننا فنسبة المشاركة في القوة العاملة لا تتجاوز في الامارات العربية المتحدة 13 في المئة و 18 في المئة في المملكة العربية السعودية و 17 في المئة في عمان و 16 في المئة في قطر و 21 في المئة في البحرين و 23 في المئة في الكويت. وهذا المؤشر مرتبط بدوره بنسبة التعليم عند المرأة الذي يعتبر من قبل كل أخصائيي الصحة العمومية ومن أقوى المؤشرات الاقتصادية- الاجتماعية ارتباطا بصحة الطفل والمرأة. فارتفاع مستوى التعليم مرتبط بتحسين ملحوظ في انخفاض نسبة وفيات الأطفال وتراجع نسبة الموت عند الولادة ناهيك عن استعمال أحسن للجهاز الصحي. ومن ثمة ضرورة تتبع هذا المؤشر في كل مجتمعاتنا العربية بكل اهتمام.

معرفة القراءة والكتابة سنة 2003 (3)

رجال	نساء	
73	51	الوطن العربي
95.8	86.6	الأردن
81.4	85	قطر
76	81.5	الإمارات
70.5	30.1	اليمن
55.9	24.4	العراق

إن هذه النسب العامة لا يجب أن تخفي عنا ديناميكية المؤشرات حيث أن مؤشر المساواة بين الجنسين من حيث الالتحاق بالتعليم الابتدائي في العام الدراسي 2001/2000 وصل بين 0.95 و 0.99 في الأردن وتونس والجزائر والمملكة العربية السعودية وفلسطين والكويت، لكنه 0.77 في جيبوتي و 0.56 في اليمن.

وبالنسبة إلى التعليم الثانوي فمؤشر المساواة بين الجنسين 2001/2000 بين 0.90 و 0.96 مصر والسعودية في تلك البلدان الثلاثة. وكان عدد الفتيات الملتحقات بالتعليم الثانوي يزيد عن نظرائهن من الذكور في الامارات العربية المتحدة والبحرين وتونس والجزائر وعمان وفلسطين والكويت، حيث راح مؤشر المساواة بين الجنسين بين 0.02 و 0.13. ووجدت أكبر فجوة في التعليم الثانوي في المنطقة العربية لصالح الذكور في العام الدراسي 2001/2000 في جيبوتي، حيث لم يتعد مؤشر المساواة بين الجنسين 0.64".

أما في التعليم الجامعي فيتبين انه في العام الدراسي 2001/2000 فاق معدل التحاق النساء في التعليم الجامعي معدل التحاق الرجال في ثلاثة بلدان هي لبنان (44 في المئة في مقابل 40 في المئة للرجال)، وعمان (10 في المئة في مقابل 7 في المئة للرجال)، وقطر (38 في المئة في مقابل 13 في المئة للرجال) ومؤشر المساواة بين الجنسين في ليبيا وفلسطين هو 0.96 و 1 في تونس، لكنه 0.20 فقط في موريتانيا.

نحن إذن أمام وضعيات مختلفة لكنها تتحرك في اتجاه التحسن المطرد ولو بسرعة مختلفة تتحكم فيها قوى يجب تحديدها الآن.

إن عامل الفقر كاف لتفسير الفرق الهائل بين معدّل أمل الحياة بين الصومال والكويت ، لكنه لا يفسر انخفاضه في بلد غني بموارده الطبيعية مثل العراق (51,5) أو بلد يعتبر من أكثر البلدان العربية تقدماً من الناحية الاجتماعية هو لبنان(61,6) بالمقارنة مع بلد مثل الأردن(62,3) الذي لا يتوفّر لا على ثروات العراق ولا على موقع لبنان.

2-العامل السياسي

قلّ ما نقدّر خطورة معاناة ملايين النساء العربيات الناجمة عن وقوعهن ضحايا الصراعات السياسية الطاحنة التي تعصف بالوطن العربي والتي لا تلعب فيها أي دور . وليس لنا أرقام موثقة عن عدد النساء العراقيات اللواتي رحن ضحية حرب الخليج الأولى والثانية ولا عن الجزائريات والصوماليات والسودانيات اللواتي لقين حتفهن بسبب الحروب . وبخصوص المرأة الفلسطينية هذه الأرقام التي أصدرتها وزارة الصحة لدولة فلسطين

الجنس	1999	2000	2001	2002	2003
الرجال	4736	4917	5038	6366	5674
النساء	4225	4201	4185	4439	4510

معنى هذا أن **21560** امرأة قتلت في فلسطين في الخمس سنوات الأخيرة من جراء الاحتلال ومقاومته.

وتقول إحصائيات اليونسيف أنه منذ عام 1990 و حتى الآن قتل أكثر من مليوني طفل عربي وأصيب نحو 6 ملايين طفل نتيجة النزاعات المسلحة التي تعصف في بلدان مثل جيبوتي، الجزائر، العراق، لبنان، المغرب، سوريا، الصومال، السودان و فلسطين. كما أن فريقاً من أطفال هذه المنطقة يعيشون وسط حقول الألغام التي تشوه سنوياً عشرة آلاف طفل. و تتميز " فلسطين بخاصية نادرة في العالم العربي والعالم بأسره تجعل الحوادث هي سبب الموت الأول في شريحة 5-19 سنة وتعزى 10 لحوادث الطرقات و41.5 للسلاح الإسرائيلي

وراء أرقام الموتى من الأطفال يجب أن نرى عدداً موازياً لأمهات يتسبب موت الطفل في آلام نفسية حادة و عدداً أكبر لنساء العائلة القريبة والبعيدة يتحملن جزءاً من المعاناة. ثمة أيضاً تبعات الصراعات السياسية الداخلية.

فهناك مئات الآلاف من النساء المعرضات لكل أصناف العذاب النفسي بحكم تواجد أطفالهن أو أزواجهن أو إخوتهن في السجون العربية نظراً لنشاطهم السياسي أو لانحراف فرضته غالب الوقت ظروف الفقر القاهرة . ومن المعروف أن الرجال لا يزورون القريبة المسجونة التي يعتبر سجنها عاراً ، لكن المرأة تتابع بكل حرص وضع قريبها السجين .

تتسبب هذه الظاهرة، التي لا ينتبه لها إلا من عرف طوابير النساء الطويلة أمام السجون، في معاناة نفسية هائلة وطويلة المدى لم تتل حظها حسب رأينا حظها من الدراسة. وللعامل السياسي دور آخر لا ننتبه لأهميته في تغذية المصاعب النفسية التي تتعرض لها المرأة في منطقتنا ومن ثمة للإضرار بصحة قلنا أنها لا تفصل بين الجسدي والنفسي.

لقد أصبحت المرأة ، خلافاً لأغلب مناطق العالم، رهينة الصراع السياسي المتصاعد الحدة بين الممارسات الاستبدادية للسلطة والممارسة الاستبدادية للمعارضة الإسلامية . إن الإذلال الذي تتعرض له المحجبة في تونس ومحاصرتها والتضييق عليها في الشغل والدراسة وحتى في التحرك في

الشارع لا يقلّ أدى من الناحية النفسية عن إجبار المرأة ، في كثير من البلدان العربية، على ارتداء الزيّ الإسلامي أكان بضغط اجتماعي صريح أو خفيّ. ثمة أيضا غياب المرأة شبه الكلي عن مواقع القرار . إنّ نسبة المقاعد التي تحتلها في البرلمانات الوطنية- على ضعف تأثير هذه الهياكل- لا تتجاوز 5.8 في المئة (5) وهي من اقل النسب في آسيا و إفريقيا والمحيط الهادئ. تعكس هذه الظاهرة حقيقة أهمّ وهي مصادرة كل حقوقها السياسية الأخرى شأنها في هذا شأن الرجل. هي لا تتمتع أكثر منه بحق الرأي وحق التنظيم السياسي وحق الانتخاب الحر النزيه ، مع كل ما يعنيه الأمر من غياب عن كل مواقع القرار أو قدرة التأثير عليه لتحسين أوضاع المرأة في مختلف المجالات ومنها المجال الصحيّ. معنى هذا أن صحة المرأة مرتبطة أيضا وربما خصوصا بسيادة النظام الديمقراطي وفي تونس تعتبر شريحة من النساء سلطة استبدادية مكروهة حامية حقوقها الاجتماعية. ومن تبعات مثل هذا " التحالف " تغذية ردود فعل مضادة للمرأة داخل مجتمع يخطط بين الاستبداد وسياسة تفويض وتوريث قضية النساء العادلة. وقد انتبهت ثلة من النساء للخطر فأسسن الجمعية التونسية للنساء الديمقراطيات التي ترفض بنفس القوة التفويض من قبل السلطة وتهديد حقوقها المكتسبة من قبل القوى الرجعية الإسلامية أو غير إسلامية.

* ** *

3- عامل العادات والتقاليد

إن أخطار العادات والتقاليد الموروثة أو المكتسبة لا تقل أهمية عن أخطار الفقر والاستبداد السياسي وفي بعض الحالات ثمة ارتباط بين كل هذه العوامل و ثمة حالات تستقلّ فيها واحسن مثال على ذلك ظاهرة الختان التي تشكل تعديا صارخا على حرمة النفس والجسد والتي لا تتواصل لليوم إلا بفضل رسوخ المعتقدات البالية واستعصائها على التغيير السريع .

البدانة ومضاعفاتها (6)

تعرف المنطقة العربية تحوّلًا جذريًا منذ قرن بانتقالها من طور المجتمع الزراعي ومركز ثقله القرية إلى طور المجتمع الصناعي ومركز ثقله المدينة. وهذا الانتقال يصاحبه في كل مكان تراجع نسبة الأمراض الجرثومية والفيروسية والطفيلية وتزايد نسبة الأمراض المزمنة مثل السرطانات وارتفاع الضغط السكري وهذين العاملين من أهم أسباب المراضة والموت المبكر بأمراض الشرايين التي تؤدي إلى الذبحة الصدرية أو بالشلل النصفي..

إن انتشار سكري الكهولة في العالم العربي مثير للقلق فهو يقدر بالنسبة للجنسين ب 11% في البحرين و 15,7% في الكويت و 15% في قطر و 11,6% في عمان وهذه أرقام جدّ مرتفعة بالنسبة للمعدّل العالمي وهي أقل من 5% . ومن المعروف أن أهم عامل خطورة في ظهور سكري الكهولة هو البدانة التي تعتبرها المنظمة العالمية للصحة وباء العصر مع الإيدز حيث يعاني بثلاثمائة مليون نسمة من ارتفاع الوزن.

ولو نظرنا الآن لانتشار نسبة البدانة في العالم العربي لاتضح خطورة الظاهرة حيث هي عند النساء 83% في البحرين و 75% في لبنان و 74% في الإمارات و 60% في مصر و 51% في تونس والمغرب (7) وتدلّ أرقام وزارة الصحة الفلسطينية لسنة 2003 أن سكري الكهولة في فلسطين 11,2% وارتفاع الضغط 13,4%. (للجنسين) لا غرابة أن تكون أمراض شرايين القلب على رأس قائمة أسباب الوفاة عند المرأة (19,2%) تليها أمراض شرايين الدماغ (13,2%) في حين أن أوّل سبب للوفاة عند الرجل الفلسطيني هو أيضا أمراض شرايين القلب (20,7%) لكن السبب الثاني هو الحوادث (14,2%) معنى هذا أن هناك مخزون هائل من الأمراض الشريانية وأمراض المفاصل والدوالي تهدّد مستقبل صحة المرأة وأن جهاز تقديم الخدمات الصحية قد يعرف من الآن احتقانًا أخطر من الذي كان يعرفه

نظرا للارتفاع في نسبة الإصابات القلبية والدماغية وكلها أمراض بالغة التكلفة صحيا واجتماعيا واقتصاديا.

إن تحديد أسباب الظاهرة أولى شروط التدخّل الوقائي الناجع و المتممّ الأوّل هو العادات والتقاليد التي تربط الصحة بالبدانة . ففي تونس لا تفرّق اللهجة العامية بين هذه وتلك , وفي أغلب البلدان العربية تربط البدانة بالجمال والإغراء الجنسي . وفي المغرب لا تكون المرأة جميلة إلا إذا كانت " طويلة و غليظة (بدينة) وبيضا". ومن ثمة يتميّز هذا البلد بظاهرة انتشار عادة تناول الأدوية المقوية للشهية وحتى أدوية "الكورتيزون" التي تساعد على رفع الوزن بصفة غير طبيعية . وفي موريطانيا لا زالت تمارس لليوم عادة تسمين البنات بصفة مشطّة وذلك حال دخولهن سنّ المراهقة لأن البنات النحيفة غير مطلوبة في سوق الزواج.

لكنه لا يجب أن يغيب عنا أن البدانة تكتسح مجتمعات لها رؤيتها المختلفة للصحة وللجمال مما يدلّ على أن هناك قوى أخرى غير تقاليدنا العربية الإسلامية المسئولة عن الوباء الجديد . هذه القوى هي من جهة تحوّل المجتمع نحو الحياة الحضرية وتناقض ضرورة الجهد الجسدي ومن جهة أخرى سياسة كبرى شركات الغذاء والمشروبات العالمية التي تروّج في العالم أجمع بفضل سياسة إشهارية خبيثة موادّ بالغة الغنى في السكر والدهنيات والأملاح أي الموادّ التي ستمكّن مع تواجد الاستعدادات الثقافية لالتهاب مشاكل صحية بالغة الخطورة خاصة عند الأطفال والنساء.

ختان الإناث (8)

هذه العادة موجودة في 15 دولة أفريقية من 28 دولة ومن بين الدول العربية المعنية بالظاهرة مصر والسودان وموريطانيا وتوجد الظاهرة أيضا في اليمن

وحسب الإحصائيات فإن النسبة المئوية لانتشار الختان المعروفة كالتالي

انتشار الختان بين النساء 15-49 سنة (2000)

البد	النسبة المئوية
مصر	97
السودان	89
اليمن	23

ومن الناحية الطبية فإنه من المعروف أن للعملية مضاعفات عدّة قد تسبب أحيانا في الوفاة نتيجة النزيف الدموي وتحدث ألمًا شديدًا أثناء إجراء العملية قد يؤدي إلى صدمة عصبية , وهناك المضاعفات المؤجلة مثل التهاب الجرح نتيجة غياب التعقيم أو التسمم الدموي والتيتانوس القاتل أو الالتهاب الكبدي الوبائي أو مرض نقص المناعة.

وهذه الإصابات قد تؤدي بدورها إلى اضطراب خطير في الجهاز البولي أو إلى ضعف الخصوبة والعقم في بعض الأحيان مع مصاعب في الولادة إذا تشوّه الجرح كثيرا.

كما أن غياب شعور اللذة أو الآلام الموضعية قد تؤدي إلى فشل الحياة الجنسية الطبيعية . وبخصوص المشاكل النفسية فبالرغم من تقديم العملية أحسن تقديم للفتاة فإن آثارها النفسية لا يمكن إلا أن تكون سلبية متسببة في مشاعر الدونية الجنسية. الغريب في الأمر تواصل العمل بعادة لا تكون دون نوع أو آخر من " تواطؤ" نسائي. وفي دراسة سبر الآراء سنة 2000 تبين أن 80% من النساء اللواتي لهن بنات اعترفن أن الختان تم أو أنه سيقع وفي هذا تحسن طفيف بالنسبة لاستطلاعات الرأي سنة 1995 حيث كانت يومها 87% من النساء تعترفن من ختن بناتهن.

وقد أثبتت الدراسات في مصر أن من بين العوامل المسهلة لانتشار الختان الفقر وضعف المستوى التعليمي والسكن في الريف وخاصة المعتقدات الشخصية ففي هذه الدراسة تعتقد ثمانى من عشرة نساء في الريف ان الرجل يفضل زوجة مختونة بينما النسبة في المدن لا تتجاوز أربعة نساء من عشرة. يتضح الطابع الثقافي للقضية عندما نراه موجودا عند الأقباط مثلما هو موجود عند المسلمين ولو بنسبة أقل.

الإصابة بفيروس "إتش. آي. فى" ونقص المناعة المكتسب (9)

يقدر عدد المصابين بالفيروس بأكثر من نصف مليون شخص من الجنسين. وخلال العام الماضي تم التبليغ عن 90 ألف حالة جديدة بين الرجال والنساء في المنطقة لكن لا أحد يقدر حجم الانتشار الحقيقي في غياب سياسة متكاملة مبنية على الوقاية والعلاج. وهذا الرقم مؤهل للارتفاع خاصة بين النساء. فنسبة النساء المصابات تتراوح اليوم بين 50% و60% من المجموع في البلدان الأفريقية جنوب الصحراء ذلك لأن العدوى عند المرأة أسهل منها عند الرجل لا فقط لأسباب بيولوجية أو اقتصادية مثل الاضطرار للدعارة ولكن خاصة لأسباب ثقافية. فالمرأة غير قادرة في إطار العلاقة العاطفية والاجتماعية التي تربط بين الجنسين على فرض سبل الوقاية، هذا عندما تتوفر المعرفة بالأخطار الناجمة عن الممارسة الجنسية غير المحمية. يضاف لهذا أقصى أنواع المعاناة النفسية المضافة إلى عبء المرض وعبء العلاج إذا توفّر ناهيك عن المشاعر العدائية ضد المصابين وتمييزهم عن بقية المرضى خاصة إذ كنّ نساء. وهذا ميدان بالغ الحساسية والخطورة حيث لا مجال لكسر انتشار المرض إلا بتغيير المواقف والتصرفات عبر تربية صحية مبكرة وتشمل الجنسين على حد السواء علما وأن ارتفاع مستوى المرأة الاقتصادي والتعليمي والسياسي وحده الكفيل بفرض استعمال العازل الرجالي حيث تظهر كل الدراسات أن الرجال لا يميلون كثيرا لاستعمال الوقاية حتى وإن توفرت المعرفة والأداة.

العنف المسلط على النساء

إنها للأسف ظاهرة عالمية حيث تقول منظمة العفو الدولي في آخر تقاريرها في الموضوع - نوفمبر 2004- أن 120 مليون من النساء يتعرضن سنويا لعمليات ختان قاسية. وفي الولايات المتحدة تواجه 700 ألف امرأة سنويا عمليات اغتصاب. وتمثل عمليات قتل النساء على أيدي أزواجهن 50% من إجمالي عمليات القتل في بنجلاديش كما تتعرض كل خمس نساء لشكل من أشكال الاعتداء الجنسي أو الضرب في فترة ما من حياتها حسب بيانات البنك الدولي. ورغم أننا لا نتوفر على إحصائيات دقيقة فإنه من المرجح أن تكون المرأة العربية من أكثر النساء تعرضا في العالم للعنف الجسدي حيث لا تتوفر على حماية قانونية كافية ولا يحميها المجتمع إلا نادرا مما يسلط عليها من تعنيف يعتبر أحيانا داخلا في مشمولات الزوج بل وشبيها بالعنف الذي يمارس على الطفل ويعتبر هو الآخر طبيعيا وليس عليه غبار. و نريد في هذه الورقة التركيز على العنف ضدّ الخادمت خاصة إذا كنّ أجنبيات. هذه الظاهرة ليست فقط وصمة عار في جبين المجتمعات التي تسكت عليها ولكنها دليل أيضا على خلل عميق في القيم داخلها، ففاقد الشيء لا يعطيه والمسلوب الكرامة غير قادر على تمكين الآخر من كرامته وهو ما يعني أن إرجاع الكرامة للخادمت قد لا يكون جزءا منفصلا عن ردّ الكرامة لكل المواطنين الذين يتشفي بعضهم من الضيم الذي يلحقه بتعنيف من هو أضعف منه. وتعيش في بلدان الخليج قرابة 250.000 خادمة آسيوية. ثمة جملة من الأدلة التي توردها الصحف وأحيانا منظمات حقوق الإنسان المحلية، مثل المنظمة البحرينية، التي تشير لوجود حالات متكررة من التعذيب والاستغلال الجنسي والاقتصادي وكل أنواع المعاملات القاسية والحاطة بالكرامة الإنسانية. لقد أصبحت ظاهرة انتهاك حقوق الخادمت القادمات من تايلندا وسريلانكا وغيرها من البلدان الآسيوية والأفريقية تستعصي على الاخفاء بل بدأت تتخذ بعدا سياسيا يتبين في تداولها بين الدول. والأخطر من هذا أنها، علاوة على تأثيرها على صحة نساء

يعيشن بيننا ، تعكس أزمة قيم داخل المجتمعات العربية التي تتعامل مع المرأة الأجنبية كما لو كانت كائنا بشريا دونيا تضافرت عنده كل مكونات الدونية أي صفة الأنثى وصفة الفقير وصفة الأجنبي.

روت الخادمة كوسوما قصة حياتها في السعودية قائلة (10) : " عندما سألت سيدة البيت الذي أعمل به دفع أجري بعد ثلاثة أشهر من الخدمة انهالت علي ضربا ورفسا بقضيب حديدي وعصي خشبية " وأضافت: "كانت في بعض الأحيان تمسك بحديدة ساخنة تحرق بها جلدي أو تسخن سكيننا وتضعها على جسدي . "ولا تزال كوسوما تبحث عن السبب وراء معاملة سيدتها لها بهذه الطريقة من دون سبب يستوجب عقابها .وتقول كوسوما إن مستخدميها ضاقوا بها ذرعا وقالوا لها إنهم سيذهبون إلى مخفر الشرطة وإنها سيقبض عليها .بدل ذلك وضعتها سيدتها على متن طائرة متوجهة إلى سري لانكا وهي تعلم أنها لن تتعرض أبدا لمساءلة القضاء بتهمة التعذيب .وظمأنت وزيرة العمل السريلانكية ماهيندا ساماراسينغ الخادمت إلى أن الحكومة "ستتير هذه القضايا مع السلطات المعنية وأن تلك السلطات ردت بشكل ايجابي عموما . " وتوصلت دراسة أعدتها جامعة كولومبو في سيريلانكا، التي تعد من اكثر دول العالم تصديرا للخادمت، إلى أن 25% من الخادمت السريلانكيات واجهن مشاكل من قبيل الاعتداء عليهن أو عدم دفع أجورهن خلال وجودهن في الخارج . وتقول وزارة العمل السريلانكية إن متوسط عدد الخادمت العائدات من الخارج بسبب تعرضهن للإيذاء يبلغ 50 خادمة يوميا يرجعن وهن في حالة من المعاناة والانهيار .

وعلى سبيل المثال تبحث وزارة العمل في سيريلانكا قائمة طويلة من الشكاوي التي تقدمت بها خادمت سيريلانكيات عن تعرضهن للتعذيب اثناء عملهن في دول الخليج العربي .

وقد أحدثت هيئة العمل في الدول الأجنبية مكتبا في مطار كولومبو لمساعدة الخادمت العائدات على مواجهة مشاكلهن .وتقول الهيئة إن متوسط عدد العائدات بلغ 50 خادمة يوميا وهن في حالة من المعاناة والانهيار .وتقيم السلطات في لبنان نظام قائمة سوداء بأسماء أصحاب العمل الذين يعتدون على خادمتهم، لكن ذلك الإجراء لم يشفع للخادمة سوما البالغة من العمر 41 سنة .وتتذكر سوما عمليات الاغتصاب المتكررة التي تعرضت لها على يد ابن صاحبة العمل البالغ من العمر 18 عاما وتقول :عندما ذهبت إلى غرفة نومه أغلق الباب وجردني من لباسي وخلع لباسه، وعندما حاولت مقاومته هددني بالقتل .

وقالت سوما إنها استجدته بعدم الاعتداء عليها على أساس أنها أم لشاب في عمره وأضافت :

"في يوم من الأيام حضر أربعة من أصدقاؤه إلى البيت . وعندما قدمت لهم الشاي في غرفته أغلقوا الباب وأجلسوني فوق حضنهم وبدؤوا يلمسون أجزاء من جسدي "وقالت والدموع تنهمر من عينيها:
"اغتصبوني كلهم . "ويبدو أن والدته تعتقد أنها وظفت عاهرة لابنها وليس خادمة لتنظيف البيت وقالت :

" رفعت شكواي إلى والدته لكنها أجابت ببساطة: "سأعطيك حبوبا لمنع الحمل ثم انهالت علي ضربا . "

وفي النهاية تمكنت سوما من الفرار من الشقة، وراحت تمشي أربع ساعات إلى أن التقت صديقة زوجها سريلانكيان استضافاها في بيتهما وأطعماها ورافقها إلى السفارة . ورغم إبلاغ السفارة والشرطة بالاعتداءات الجنسية عليها، تم وضع سوما على متن طائرة إلى سريلانكا، ولم يتعرض مغتصبوها لأي مساءلة إطلاقا .ويطالب نشطاء حماية حقوق العمال في سيريلانكا حكومتها بوضع قائمة سوداء تدرج عليها أسماء أصحاب العمل الذين يتصرفون مع الخادمت بصورة مشينة، خاصة في السعودية التي يعمل بها عدد كبير من السيريلانكيات .لكن المشكلة ان تفشي البطالة والفقير في سيرلانكا يجعل العمل في الخارج هو المخرج الوحيد للكثيرات، بالرغم من كل ما فيه من إيذاء واضطهاد. "

الحالة النفسية

إذا اعتبرنا تعريفنا للصحة بأنها حالة من استقلال الجسم عن كل خدمة طبية وحالة معقولة من الرضا النفسي فإن كل الإحصائيات حول المراضة ومعدل أمل الحياة لا تعكس إلا صورة مشوهة وناقصة لصحة الإنسان بصفة عامة والمرأة بصفة خاصة . فلأسف ليس لنا دراسات معمقة تعكس مدى رضا النساء في العالم العربي عن وضعهن وخاصة عن مدى الرضا المتعلق بالحياة الاجتماعية والعاطفية والجنسية. لكن هناك عدد كبير من الدراسات النفسية والاجتماعية المتفرقة التي تتفق على وجود حالة من التآزم النفسي الكبير له أكثر من سبب (11) . ثمة بالطبع العوامل الشخصية التي ترتبط بسيرة كل امرأة وقدرتها على معالجة مصاعب الحياة وتقلباتها وتعقيد وصعوبة إرساء علاقات سليمة مع الرجل ومع العائلة والمجتمع ككل. وهذه الصعوبات ليست وفقا على المرأة العربية وإنما هي مشكلة كل امرأة. لكن ما تتميز به نساؤنا عن نساء البلدان المتقدمة خطورة وضعيتها الاقتصادية مثل الفقر أو التبعية للرجل وقلة فرص الاستقلال المادي . هناك خاصة العوامل الاجتماعية أي ثقل التقاليد التي تظلم المرأة ظلما شديدا في كل ما يتعلق بالأحوال الشخصية وتضعها في موضع بالغ الهشاشة والضعف أتعلق الأمر بحق اختيار الشريك والمساواة في المسؤولية عند عقد الزواج وفسخه ، ناهيك عن تهديد الزواج بثانية . كما توجد جملة من التقاليد والعادات التي لا زالت تحد من حرية المرأة وتحط من كرامتها خاصة في أكثر المجتمعات العربية محافظة. وتعطينا التضييق الشديدة على المرأة الخليجية التي تخلصت من لعنة الفقر فكرة عن قوة هذا العائق الثقافي حيث نقرأ لموفق مجد الشرع ما يلي " تعاني الشابات اللواتي تنتظرن الزواج من الصورة النمطية حيث يعتبر الأهل البنات مثل " الزجاجة إذا انكسرت فلن تبرا " ولهذا **ترزح الفتاة تحت ضغط نفسي** شديد وتحاول الترفيه عن ذاتها والتنفيس بشتى السبل المتاحة لها مثل الزيارات والتنزه والذهاب مع صاحباتها إلى مراكز التسويق الكبرى واصبحت هذه المراكز تزدهم مساء بأسراب من الشابات وأيضا مجموعات من الشبان بهدف التسلية واحتمالات التعارف. وقد ذكرت مجلة الأسرة العصرية إن هناك ظاهرة تتصف **بالقلق والتوتر والكبت والتشنج** لكن التسوق في الليل ما هو إلا نافذة تساعد على حل المشكلة أو التقليل من أثرها فهي تنفس عن التوتر والقلق الذي تعيشه الشابات.

وقد لخصت الباحثة الدكتورة فيوليت داغر (12) الوضع كالتالي " ومشكلة المرأة تكمن في أنها تسعى لإثبات وجودها وإيجاد مكانها تحت الشمس غير أنها مثخنة بالجراح . هي تريد أن تقنع نفسها والآخرين من حولها **بقيمتها** وتحاول من خلال مراحل حياتها أن تتخلص من الإرث المضني الذي يلازمها فإما أن تبقى ملازمة لسجنها وإما أن تنجح في الانطلاق بعيدا عنه نحو عالم تساهم في صوغه بشكل خلاق " إن لب المعاناة النفسية التي تتخذ شتى المظاهر هي انعدام أو قلة الاعتبار والحال أن هذا الأخير من أهم عوامل التمتع بالصحة النفسية وحتى الجسدية .

لقد أظهرت الدراسات الوبائية للباحث البريطاني أيفانس (13) أن الاعتبار الذي يحظى به الشخص المرتبط بوجوده في السلم الاجتماعي هو من أكبر العوامل تأثيرا على إصابته بأمراض القلب والشرايين وليس فقط على بقية الآلام النفسية .

معنى هذا أن تمتع المرأة في الوطن العربي بالصحة بأوسع معانيها يمرّ برّد الاعتبار لها عبر تغير جذري في نظرة المجتمع لها ونظرتها لنفسها ونظرة الرجل إليها. إن هذا ما فهمته المعنيات بالأمر حيث نقرأ في البيان الختامي لمندى المرأة العربية بالكويت في أبريل 2002 الذي حضرته ممثلات عن عشرين دولة عربية خلاصة القول " **حان وقت المساواة وإزالة الفجوات بيننا وبينكم وعليكم أن تغيروا نظرتكم إلينا**" لكن لا يجب ان يغيب عن أذهاننا لحظة أن التآزم النفسي للنساء ليس سوى وجه عملة وجهها الآخر التآزم النفسي عند الرجل . والفوارق بين الجنسين سطحية لأن سبب المعاناة واحد فالرجل يعاني هو الآخر من الألم النفسي ولنفس الأسباب : الفقر ، الجهل وباقي العوامل التي تتسبب في الحصول النهائي أي نقص أو غياب الاعتبار . ولو تأملنا بعمق في طبيعة هذا النقص لوجدنا أنه وثيق الارتباط بالقهر

السياسي والحيث الطبقى . ومن ثمة الخطأ الكبير الذي ترتكبه بعض الحركات النسوية المتشددة التي لا تفهم أنه ما دام هناك رجل ينتهك حقوق رجل آخر فلا نهاية لانتهاك هذا الرجل المنتهكة حقوقه لحقوق من هم أضعف منه ولو كانوا زوجة وأطفالاً .

إن تحرر المرأة لا يمر إلا بتحرر الرجل اقتصادياً وسياسياً وثقافياً أي بتحرر الجميع وليس كما يتصور البعض بتصور تحرر المرأة كعملية شبيهة بتحرر المستعمرات من المستعمر أي على حسابه ، ففي قضية الحال لا يمكن ترحيل " المستعمر " (بخفض الميم) وليس للمستعمر (بنصب الميم " من خيار للحصول على حريته من تحرير " عدوه " من نفسه .

تعيدنا هذه البديهية التي نتناساها لارتباط الصحة النفسية عند الجنسين وارتباط هذه الصحة المشتركة بثورة اجتماعية تكفل ظروف العيش الكريم وثورة سياسية تعمم الحقوق والحريات وثورة ثقافية مبنية على تغيير الأنماط الموروثة تقطع مع الصورة القديمة وتجهر بأن النساء " كاملات عقل ودين " أو على الأقل أن كمال العقل والدين قضية شخصية لا ترتبط ألياً بالانتماء لعرق أو جنس أو طبقة .

* **

4- الخدمات في ميدان الصحة الإنجابية

إن الجهاز الصحي محدود الفعالية في التأثير على إنماء الصحة ولكن جزءاً هاماً من وقايتها مرسوم إليه وليس بوسع جهاز غيره التدخل عندما يتعلق الأمر بردها في حالة المرض. ولا يمكن لورقة مختصرة كهذه أن تقيم فعالية أجهزة صحية متباينة التطور وتتعامل بكفاءة متباينة حسب المشاكل المعقدة التي تواجهها ، لكننا سنأخذ الصحة الإنجابية للمرأة كمؤشر يعطينا فكرة عن مدى استجابة الأجهزة الصحية العربية لمطالب المجتمع في هذا الميدان .

إن الإحصائيات الواردة أدناه (14) تظهر المعطيات التالية :

- يزداد عدد السكان حالياً (307 مليون سنة 2003) بمعدل 2.4 في المئة سنوياً مما سيؤدي إلى مضاعفة عدد العرب في أقل من ثلاثين سنة. ورغم توقع انخفاض معدل النمو إلى 2.1 في المئة قياساً إلى فترة 2000-2015، فإنه سيبقى أعلى من نسبته في شرق آسيا والمحيط الهادئ وأميركا اللاتينية والكاريبي، وجنوب آسيا، بالأساس نتيجة ارتفاع معدل الخصوبة عند المرأة العربية . فهذا المؤشر يقدر

بـ3.81 ولادات للمرأة في الفترة 2000-2005 (بعدما كان يبلغ 4.13 ولادات في فترة 1995-2000، والحال أنه يصل في بقية البلدان النامية إلى 2.9 ولادات للمرأة.

- أن بقاء معدل الخصوبة مرتفعاً ليس هو مؤشر الخطورة في حد ذاته بقدر ما هو في كون الارتفاع موجوداً في أفقر البلدان العربية مثل اليمن أي تلك التي لا تمتلك جهازاً صحياً يستطيع مواكبة ما يتطلبه الوضع.

- أن نسبة وفيات الأمهات عند الولادة تتبع نفس الخط تقريباً الذي رأيناه في ظاهرة معدل أمل الحياة . فهي 1100 وفاة على كل مائة ألف ولادة في أفقر البلدان العربية (الصومال) بينما تصل 7 في قطر و في مصر هي 84 . أما المعدل القومي فهو 270 وهذا رقم مأساوي يجعل العالم العربي يأتي مباشرة أمام بلدان جنوب الصحراء وبعيداً جداً عن أرقام باقي مناطق العالم الأخرى (10 في اليابان) - أن نسبة الولادات المراقبة صحياً تتجاوز الثمانين في المائة في أغلب البلدان العربية - مما يدل على تحسن التغطية الصحية - لكنها زالت جد ضعيفة في نفس البلدان البالغة الفقر مثل الصومال وموريطانيا واليمن.

- أن نسبة التغطية في وسائل منع الحمل لا تفوت النصف في بلدين هما مصر وتونس لكنها ما زالت ضعيفة للغاية في البلدان الفقيرة (7% في السودان) ولا تصل للمستوى المطلوب في البلدان الخليجية الغنية لأسباب ثقافية ففي قطر نسبة المستعملات هي نسبتها في السودان وفي السعودية تصل إلى 29% فقط .

- أما مراقبة الحمل الفاعلة التي تتطلب أربع عيادات فهي جدّ متباينة حسب البلدان وليس هناك نفس الرابط القوي بين الثروة والظاهرة التي رأيناها سابقا حيث نسبة المراقبة أعلى في لبنان منها في قطر.

مؤشرات الصحة الإيجابية في أقطار جنوب الصحراء

القطر	نسبة استعمال وسائل منع الحمل %	نسبة متابعة الحمل أربعة فحوص	نسبة الولادات المراقبة صحيا	نسبة وفيات الأمهات -على مائة ألف ولادة- 2000
الصومال	؟	34	32	1100
السودان	7	75	87	590
جيبوتي	؟	؟	61	730

مؤشرات الصحة الإيجابية في منطقة المغرب العربي

القطر	نسبة استعمال وسائل منع الحمل %	نسبة متابعة الحمل أربعة فحوص	نسبة الولادات المراقبة صحيا	نسبة وفيات الأمهات -على مائة ألف ولادة- 2000
موريطانيا			16	1000
المغرب	42	8	(95)40	220
الجزائر	50	؟	92	140
تونس	51	79	90	120
ليبيا	26	81	94	97

مؤشرات الصحة الإيجابية في منطقة المشرق العربي

القطر	نسبة استعمال وسائل منع الحمل %	نسبة متابعة الحمل أربعة فحوص	نسبة الولادات المراقبة صحيا	نسبة وفيات الأمهات -على مائة ألف ولادة- 2000

العراق	10	78	72	250
سوريا	28	51	76	160
لبنان	37	87	88	150
مصر	54	41	69	84
الأردن	39	91	100	41

مؤشرات الصحة الإنجابية في منطقة الخليج العربي

القطر	نسبة استعمال وسائل منع الحمل %	نسبة متابعة الحمل أربعة فحوص	نسبة الولادات المراقبة صحيا	نسبة وفيات الأمهات -على مائة ألف ولادة- 2000
اليمن	10	11	22	570
عمان	18	71	95	87
الإمارات	24	94	99	54
البحرين	31	61	98	33
السعودية	29	73	91	23
الكويت	41	81	98	12
قطر	7	58	99	7

ملاحظات

- إن معدل وفيات الأمهات هو سبعة على مائة ألف والحال أنه عشرة على مائة ألف في اليابان . صحيح أن المقارنة لا تجوز للفارق الهائل بين حجم الشعبين ، لكن الرقم القطري يظهر من جديد أن القضية متعلقة أساسا بالمستوى المعيشي والتعليمي للشعب من جهة ومن جهة أخرى لحالة الجهاز الصحي.
- إن هذا المعدل في البلدان العربية جنوب الصحراء هو من أعلى المعدلات في العالم ويشكل عارا على الأمة ولا بد من جهد خاص ومكثف لكسر هذه الأرقام .

- رغم كل العوائق مثل الحرب في فلسطين والعراق فهناك توجه عام نحو تحسين ظروف الحمل والولادة وثمة بلدان قليلة الإمكانيات تقدمت بخطى جبارة مثل مصر والأردن .
- التغطية بموانع الحمل ما زالت ضعيفة للغاية في بلدان الخليج نظرا لثقل عامل التقاليد .

* **

III- أي استراتيجيات لتحسين الوضع ؟

إن وضع مثل هذه الاستراتيجيات يتطلب التعامل مع المشكل على ثلاثة مستويات مختلفة للصحة لا يجب الخلط بينها و إلا اختلطت السبل والسياسات والمسئوليات . هذه المستويات هي **الإنماء (Health promotion) والحماية (Health protection) والردّ (Health services)** وحسب كل مستوى يجب التفريق بين الجمهرة التي نتوجه إليه (population) والعامل المحدد للنجاح والأداة الرئيسية لنجاح المهمة وأخيرا المسؤولين. وفي هذا الإطار لا بدّ لنا من نموذج نظري نستقي منه فهما للإشكالية حتى تتضح لنا مستويات التدخل وطبيعته . لقد رأينا ارتباط أمل الحياة بمستوى المعيشة المادية وأن هذا العامل على أهميته لا تكفي لتفسير الفرق بين الشعوب العربية الغنية مثل شعوب الخليج وبين الشعب الياباني. ثمة إذن عوامل اجتماعية أخرى تلعب دورا. ولو وضعنا قائمة بكل عوامل الصحة المعروفة وذات التأثير الثابت والموثق في أدبيات الطب الاجتماعي لاكتشفنا أنها لا تتوقف عند الغذاء والماء الصالح للشرب والهواء النقي والعمل والأمان والتعليم والسكن اللائق وأن فيها أيضا الكرامة والحرية والمساواة والمسؤولية والاعتبار. معنى هذا أن العوامل الكبرى التي تتحكم في إنماء صحة الشعوب لا تختلف أصلا عن العوامل التي تتحكم في سائر مظاهرها تقدمها الأخرى وهي العوامل الاقتصادية والاجتماعية والسياسية التي تشكل أغلب موادّ الإعلان العالمي لحقوق الإنسان . صحيح أن المشرّع العالمي أفرغ بندا خاصا لحق الصحة ، لكن تراطبت الحقوق يجعل كل حق في أن واحد السبب والنتيجة. فالصحة نتيجة ممارسة كل الحقوق وهي شرط من شروط ممارسة أغلبها. والقاعدة أنه بقدر ما يقل في مستوى الشعب التمتع بحقوق الإنسان بقدر ما ترتفع نسبة الجماعات المعرضة للإصابة بالأمراض بقدر ما تزداد الحاجة للوقاية كحلّ سريع وغير مكلف لمواجهة النقص أو الخلل في المستوى الأعلى . وبقدر ما يزداد الخلل والنقص في هذا المستوى بقدر ما يكثر عدد المرضى ويشتدّ الضغط على الجهاز المكلف بتقديم الخدمات العلاجية. إن هذه الحقائق هي التي تسمح باعتماد هذا النموذج النظري لتدخل متعدد المستويات.

مستوى التدخل	الجمهرة المعنية	العامل المحدد للنجاح	الأداة	المسؤولية
إنماء الصحة	الشعب ↓	حقوق الإنسان ومنها الديمقراطية	التنمية الشاملة	السلطة السياسية الاقتصادية الدينية
حماية الصحة	المجموعات المعرضة للأخطار بحكم الفقر والجهل والحوادث ↓	برامج الوقاية	مؤسسات الدولة والمجتمع ذات الصلة	الطواقم الطبية الاجتماعية
ردّ الصحة	المرضى	العلم والتكنولوجيا	الجهاز الصحي	الأطباء وباقي أهل الاختصاص الفني

--	--	--	--	--

1- ميدان الرد :

إن ردّ الصحة عند فشل سبل الوقاية أو انعدامها موكول للجهاز الصحي وقدرته على مواجهة طلبات متزايدة التعقيد وخاصة التكلفة في بلدان أغلبها قليلة الموارد والإنتاج .

ومن المتوقع أن تتزايد هذه التكاليف بصفة تصاعدية نظرا لعوامل هيكلية منها ارتفاع أمل الحياة ومن ثمة ارتفاع عدد المسنين وتغير طبيعة سلم المراضة وأسباب الوفيات فالأمراض الشريانية تليها السرطانات هي من الآن على رأس أسباب الموت في كثير من بلداننا.

ولو تأملنا الآن مثلا في توزيع هذه السرطانات عند المرأة في بلد كالسعودية لوجدنا ما يلي (15)

الثدي	19,8%
الغدة الدرقية	9.5%
اللويميا	6,3%
سرطان غير هودجكيني	6,1%
المبيض	4,1%
الجهاز العصبي	3,7%
الكبد	3,7%
عق الرحم	3,6%
القولون	8,2%
الجلد	2,6%

إن أغلب هذه السرطانات قابلة للعلاج لكنه علاج تقني يتطلب تكنولوجيا مكلفة وإطارات عالية الكفاءة . إذا أضفنا لهذا ارتفاع عدد المسنات المتوقع فإن الضغط على ميزانية المستشفيات سيكون غير قابل للتحمل في ظل الطرق الحالية للتمويل .

إنه من الضروري أن تتكفل وزارات الصحة العربية ببرنامج وطني للوقاية من الأمراض الشريانية عبر سياسة محاربة السمنة والتدخين وتشجيع الرياضة . لكن من الواجب أيضا أن يكون لكل بلد عربي برنامجا وطنيا لتقصي سرطان الثدي وعق الرحم . إلا أنه لا يجب أن يغيب عن الأذهان أن للوقاية ثمن هي الأخرى وأنه لا يكفي أن نطلق المعلومات حول جس سرطان الثدي أو أعراض سرطان عق الرحم دون أن يكون لنا جهاز مستعد للكشف الراديوجرافي في مجال سرطان الثدي أو المخابر في حالة سرطان عق الرحم ناهيك عن تواجد الطواقم الجراحية وخاصة إمكانية تقديم الخدمات المطلوبة لصاحبات الدخل الضعيف وهن الأغلبية.

وفي نفس السياق يجب التذكّر أن نسبة وفيات الأمهات لا تنخفض بالاعتماد فقط على الرعاية أثناء الحمل أو بتدريب القابلات وإنما يجب أن تكون هناك خدمات عالية من الناحية التقنية حالة حدوث المضاعفات مثل التوليد الجراحي ونقل الدم الآمن والعقاقير والمعدات.

إن قدرة الجهاز الصحي في البلدان العربية بصفة عامة على مواجهة التغييرات الهيكلية مشكوك فيها لسببين رئيسيين .

السبب الأوّل هو أن الجهاز الصحي صورة طبق الأصل لبقية الأجهزة الأخرى مثل التعليم والعدالة وعلى رأسها الجهاز- النموذج أي الجهاز السياسي. فقواعد كل هذه الأجهزة غير المكتوبة هي التواكل والفساد و تركيز القرار وغياب التقييم والمحاسبة و تهميش الكفاءات أو تحييدها لذلك تتسم كل هذه الأجهزة بقدر عال من اللامعالية و تبذير الطاقات نظرا لغياب الديمقراطية خارج وداخل الجهاز.

أما السبب الثاني فهو نتيجة الايدولوجيا الليبرالية السائدة التي تخلط بين النجاعة الوظيفية والنجاعة الاقتصادية . وفي إطار هذه الايدولوجيا التي تجعل من الصحة سلعة مثل السلع الأخرى سيكون في حالة تواصل زحف الليبرالية وانتصارها حصول المرأة والطفل والرجل على الوقاية والعلاج حسب إمكانياتهم المادية . معنى هذا أن المستشفيات ستكون درجات مثل النزول والمطاعم ، ولكل نوع رواده وزبائنه . وفي هذه الحالة فإن المرأة الغنية مثل الرجل الغني ستحصل على أجود الخدمات ، أما النساء الفقيرات والرجال الفقراء فنصيبيهم علاج من درجة دنيا هذا إذا توقّر

ومن نافلة القول أنه لا يمكن تصوّر قيام الجهاز الصحي بدور فعال، على صعيد المجتمع ككل وليس فقط على صعيد النخب الدافعة إلا عبر نظام ديمقراطي حول وداخل الجهاز وسياسة تتصدى لمنطق الليبرالية في ميدان الصحة وتمويل كاف وتطوّر علمي وتقني تقوده كفاءات عديدة ومخلصة ولكنها مهمشة حاليا.

ميدان الحماية .

1- لقد خطت كثير من الدول العربية خطوات هامة في ميدان حفظ صحة الأمّ إبان الحمل والولادة لكن الفوارق بين البلدان ما زالت كبيرة والمطلوب من البلدان المتوسطة والغنية بعيدا .

و أيا كانت المسافة المقطوعة على الطريق الطويل فإن الاتجاه الصحيح يمرّ **بالدعم السياسي** المتواصل ورصد وتوفير الموارد المالية ودمج السياسة الصحية مع أنشطة التنمية الاجتماعية والاقتصادية الأخرى لتحقيق ثلاثة أهداف كبرى .

- توفير المعلومات الصحيحة عن الوضع الحقيقي ومتابعة تطورها .

- توسيع نطاق التغطية بموانع الحمل وتخفيض معدل الخصوبة مما سيؤدي إلى تخفيض نسبة التعرض لخطورة الوفاة بسبب الحمل والولادة . هذا التوسيع يمرّ بالطبع بالتوعية والتثقيف ولكن أيضا بتسهيل الخدمات وإيصالها إلى الأرياف ولتونس في هذا الميدان تجربة ثرية يمكن أن تستفيد منها بقية البلدان العربية.

- تأهيل الكوادر المدربة لا فقط عبر التأهيل التقني وإنما عبر الاعتبار والمشاركة في أخذ القرار وتنفيذه وتقييمه

2- إن البرامج الوقائية المعتمدة حاليا في أغلب البلدان العربية تندرج في فلسفة المنظمة العالمية للصحة التي أدرجت في كل أجندة وزارات الصحة مبادئ إعلان ألما-أنا لسنة 1978 والتي تركز بالأساس على الوقاية من الأمراض المعدية . لكن الوضعية تغيرت جذريا ونحن في بداية القرن الواحد والعشرين فالأخطار التي تتعرض لها المرأة اليوم – باستثناء الدول البالية الفقيرة - تتعلق بانتشار وباء البدانة والسكري وارتفاع الضغط . ومن ثمة فإن البرامج الوقائية العصرية يجب أن تتوجه بالأول لهذا الوباء. لكن تحليل مكونات ودوافعه تظهر أن هناك ثلاث عوامل رئيسية تتحكم فيه . الأول والأهم هو سياسة شركات الغذاء والمشروبات العالمية التي تعمم استعمال (ومن ثمة عالمية الوباء) مأكولات ومشروبات مفرطة الغنى في الدهون والملح والسكر وتعتمد سياسة إشهارية بالغة الخبث والقوة وتتوجه خاصة للجيل الصاعد وتمكنه بسياسة القرب والسعر من الحصول على غذاء يصح فيه القول العربي البليغ " السم في الدسم .. أما العامل الثاني فهو التقاليد المغلوطة منها التي تقرن في العالم العربي الصحة والجمال والإغراء الجنسي بالسمنة، ومنها التي تستهجن ممارسة المرأة للرياضة. ثمة أخيرا عامل الحساسية الفردية الناجمة عن الوراثة والمصاعب النفسية وخيارات الشخص. لكن هذا العامل الأخير ضعيف بالمقارنة مع العاملين الأولين ، لذلك نرى في كل البلدان الغربية فشل البرامج التي تركز على إرادة الفرد عبر التربية الصحية. فرغم كل الجهود المبذولة في هذا الميدان نرى تزايد الظاهرة وتفشيها في أغلب البلدان الأوروبية حيث تبلغ اليوم نسبة البدانة قرابة العشرين في المائة عند الأطفال.

وإذا أردنا في العالم العربي كسر هذه الموجة التي ستوقف كل تطور صحي وتكلف أمراضها أمورا طائلة، فإن علينا التوجه مباشرة لرأس الحية أي محاربة توسع سلطة شركات المشروبات الغازية والطعام المعبأ الذي يباع في المغازات الكبرى والمستورد غالب الوقت عبر جملة من التدابير منها تحريم الإشهار وفرض تخفيض هام في نسب السكر والملح والدهنيات والقيام بحملة مضادة للتعريف بأضرار هذا النوع من الأغذية في المدارس.

إن المعركة ضد البدانة لا تختلف اليوم في شيء عن المعركة ضد التدخين ففي الحالتين هناك ثمن باهظ لسياسة تجني ثمارها شركات عالمية لا يهتمها أن تتاجر بالموت ولا حل في مستوى الأفراد وإنما الحل في التعامل السياسي مع الظاهرة عبر التشريع والمنع والتغريم والمحاكمة .

وفي مستوى التقاليد لا خيار لنا غير تجنيد كل الإعلام والتعليم لكسر الصور المريضة الممرضة فنحن اليوم بأمس الحاجة لثورة في هذا الميدان وإلا فلن نستطيع لا التغلب على وباء البدانة ولا أن نمنع جريمة الختان أو تفشي الإيدز بين النساء. وفي هذه القضية بالذات لا يمكن تصوّر أي تقدّم دون حملة تربية واسعة النطاق في المدارس ووسائل الإعلام . لكن القول الفصل في آخر المطاف كما تثبت ذلك التجارب العالمية أنه طالما ليس للمرأة قدرة فرض الوقاية على الرجل فإن كل المعلومات ستضيع سدى . وهذا يعود بنا من جديد للقضية الأم وهو أن كل حلّ لكل قضية يمرّ بنقطة محورية هي تعزيز سلطة القرار وليس من قبيل الصدفة ألا يكون لنا مرادف بالعربية للمصطلح الإنجليزي Empowement . إن كل تخطيط في محاربة هذه الآفات لا يأخذ بعين الاعتبار هذا العامل مؤهل لفشل ذريع .

3- ميدان الإنماء

يجب اعتبار تحرير المرأة من الحرب و الخصاصة والفقير والجهل والعادات والتقاليد التي تحطّ من كرامتها هي السبل الأولى لتحقيق صحتها في البلدان المعرضة للحرب أو الفقيرة المعرضة بحكم العولمة لمزيد من فقر أولى ضحاياها النساء والأطفال. كذلك يجب اعتبار رفع قدر النساء سياسيا واجتماعيا وثقافيا في البلدان التي حققت الحد الأدنى المطلوب من التقدم الاقتصادي مطلباً لا غنى عنه لتحقيق الصحة . فما دام هناك تمييز ودونية وحطّ من كرامة الإنسان بالموثّ فثمة بالضرورة

تواصل جملة من الأمراض النفسية والجسدية مهما بنينا من مستشفيات وكوننا من كوادر كفئة . وبالطبع فإننا أمام عملية بالغة العمق والتعقيد وتتطلب زمنا طويلا . صحيح أننا نسير في اتجاه مزيد من التحرر لكن ظهور الحركات الإسلامية المتشددة قد يعيق هذا التوجه العام أو يوقفه مثل ما هو الحال في الخليج عند الحاجات المادية ضاربا بعرض الحائط الحاجات المعنوية **وكلها تمرّ بتجاوز تقاليد مريضة وممرضة.**

ولأن التقرير جزء من الحرب على كل المعوقات التي تكبل صحة وحرية نصف المجتمع ، بل قل كل المجتمع ، فإن عليه أن يطالب ب :

- إطلاق يوم قومي ضدّ التمييز - بجانب يوم 8 مارس - تحت شعار " نساءنا كاملات عقل ودين".
- وضع نساء العراق وفلسطين تحت الحماية الدولية لمنع اغتيال عدد غير محدد من النساء العراقيات وما لا يقل عن أربعة آلاف امرأة فلسطينية السنة المقبلة إذا تواصل العنف بمعدله الحالي.

- وضع برنامج دولي وعربي لمحاربة الفقر المدقع في موريطانيا والسودان وجيبوتي واليمن - مثلا عبر رفع الديون المستحقة واستعمالها في الإنماء الاقتصادي والاجتماعي - حيث تبلغ وفيات الأمهات عند الولادة نسبة مخجلة (وكذلك نسب وفيات الأطفال) شريطة أن يتوجه مثل هذا البرنامج لتوفير فرص العمل وتحسين السكن وتمكين الناس من الماء الصالح للشرب لا للمستشفيات أو حتى البرامج الطبية الوقائية.

- اعتماد برامج وطنية لتأهيل النساء معرفيا عبر تكثيف محاربة الأمية واقتصاديا عبر القروض الميسرة لمشاريع صغيرة .

- مراجعة التشريعات توفّر حماية خاصة للنساء في ميدان العمل لسهولة تعرضهن للاستغلال والطرده وتعميم مبدأ المساواة في الأجر بين الجنسين لنفس الأعمال.

- تكثيف الجهود لتحقيق التمدد في التعليم الابتدائي والثانوي للبنات.
- التركيز على كون الحريات الفردية والجماعية من مقومات الصحة الجماعية وإدانة كل ما يتعرّض لممارسة هذه الحقوق .

- بناء مركز عربي للمسئولية النسائية يوقر للنساء تدريبا حول كيفية بناء وإدارة المنظمات الاجتماعية والأحزاب السياسية للدفاع عن حقوق الإنسان بصفة عامة والمرأة بصفة خاصة.

وخلاصة القول أنه لا يمكن فصل موضوع صحة المرأة لا عن الإنماء الاقتصادي ولا عن السلم ولا عن الحريات الفردية والعامة ولا عن تطور ثقافي يجعل في الصدارة قيم المساواة والكرامة . إنه من غير المجدي تصور الطب، سواء ركّز على العلاج أو على الوقاية، كحلّ لتطويق آثار خل فادح في مستوى التوزيع العادل للثروة المادية وللحريات والمسؤولية والاعتبار.

ولقد أصبحت هذه الرؤيا المندمجة للموضوع من حسن الحظّ الغالبة في أعلى مستويات التعامل مع المشاكل الإنسانية ككل حيث صرّح مؤخرا كوفي أنان أن جميع التحديات " شاملة" و"مترابطة في ما بينها" ودعا العالم إلى تضافر الجهود لمكافحة الفقر والأمراض والأمية وتعزيز دور المرأة والمدافعة عن حقوق الإنسان والبيئة وجميع العناصر التي تشملها الأهداف الإنمائية للألفية.(الجزيرة نت - 4-6-2005)

يبقى أن يقتنع أصحاب القرار في البلدان العربية بهذا المنهج وأن توجد داخل المجتمع القوى الكافية لإجبارهم على الفهم والعمل إن لم يفهموا ولم يعملوا .

باريس 3-7-2005

مراجع

- 1- منصف المرزوقي : المدخل إلى الطب – نشر مؤسسة البحث العلمي –الدار التونسية للنشر 1990 تونس – موقع www.moncefmarzouki.net
- 2- تقرير المنظمة العالمية للصحة 2003 www.who.int/countries/en
- 3- إحصائيات لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية لغربي آسيا (أسكوا) عن جريدة النهار 9 يوليو 2004
- 4- إحصائيات وزارة الصحة للسلطة الفلسطينية – موقع وزارة الصحة الفلسطينية .
- 5- إحصائيات لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية لغربي آسيا (أسكوا) عن جريدة النهار 9 يوليو
- 6- obesity and overweight , Global strategy on diet , physical activity and health . WHO -2004
- 7-جريدة –Maroc— Le Matin .4 .30 2005
- 8- Fatma El-Zanaty et Ann Way, EDS Egypt 2001(National population council , Cleverton , Maryland : ORCMarco 2001
- 9- تقرير المنظمة العالمية للصحة 2004
- 10-- إذاعة ب.ب.س. الصفحة الإلكترونية - الأربعاء 23 فبراير 2005
- 11-الصحة النفسية للمرأة العربية-د.منى الصواف، د.قتيبة الجلي- مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع – القاهرة
- 12- المرأة والأسرة غي المجتمعات العربية –الأهالي- دمشق -2004
- 13- Why are some people healthy and others not - Robert G Evans -Aldine de Gruyer , inc, New-york, 1994-
- 14- تقرير المنظمة العالمية للصحة 2005
- 15- إحصائيات وزارة الصحة السعودية – نشر موقع www.alamal.info