

الإجهاض في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

إعداد: رشا دبش وفرزانه رودي-فهيمي

أصبح الإجهاض اليوم إجراءً آمنًا في ظل التقدم الطبي والعلمي متى تم تحت إشراف طبي وبمعايير عالية من الرعاية. ومع هذا فإن الآلاف من السيدات في الدول النامية يتوفين خلال الإجهاض غير الآمن وتصاب خلاله ملايين أخريات بإعاقات مؤقتة أو دائمة^٥. ويلقي هذا الملخص الضوء على مخاوف الصحة العامة المتعلقة بالإجهاض في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ويناقش الطرق التي تجعل حدوث الإجهاض نادرًا وأكثر أمانًا في الوقت نفسه.

المنظور العالمي:

في الوضع المثالي، تكون حالات الحمل غير المقصود والإجهاض نادرة أو غير موجودة على الإطلاق. ولكن ملايين النساء، في الواقع، تتعرض في كافة أنحاء العالم كل عام إلى تجربة حمل غير مقصود، وتسعى العديد منهن إلى الإجهاض. وطبقًا لدراسة حديثة أجرتها منظمة الصحة العالمية، فإن ما يقدر بخمس حالات الحمل أي ٤٢ مليونًا من أصل ٢١٠ ملايين يتم إجهاضها بشكل طوعي كل عام. (انظر الشكل ١). وتحدث ٢٢ مليون حالة من هذه الحالات فقط داخل نظام الرعاية الصحية، بينما تتم ٢٠ مليونًا أخرى خارج النظام القانوني.

وتحدث تقريبًا جميع عمليات الإجهاض غير الآمن (٩٨٪) في البلدان النامية، حيث تكون قوانين الإجهاض غالبًا مقيدة، فمن المرجح أن تتعرض خمسة ملايين سيدة ممن يقمن بإجهاض غير آمن (أو حوالي واحدة من كل أربع) إلى مضاعفات تهدد حياتهن وقد تسعين إلى الحصول على رعاية صحية، بما يمثل أعباءً تثقل الموارد الصحية الشحيحة لتلك البلدان. وقد لا تسعي العديد من السيدات إلى الرعاية الصحية مطلقًا، أو تسعين إليهن في توقيت متأخر جدًا؛ لأنهن لا يدركن مدى حاجتهن إليهن، أو لأنهن لا يعرفن مكانًا يمكن أن يتوجهن إليه لتلقيهن، أو ربما ينتابهن الخوف من تلقي إهانات أو معاملة سيئة أو التعرض لعقوبات قانونية^٦.

على الرغم من حجم مشكلة الإجهاض غير الآمن، إلا أنه من أكثر العوامل المسببة لوفيات الأمهات واعتلال الصحة التي يسهل منعها. فمضاعفات الإجهاض تصبح نادرة حيث تكون خدمات الإجهاض قانونية وآمنة ومن السهل الحصول عليها. (انظر الإطار ١، صفحة ٢). ففي الولايات المتحدة على سبيل المثال، حيث تنتهي ٢٢٪ من جميع حالات الحمل بالإجهاض (باستثناء حالات فقد الجنين)، تعاني أقل من ٠,٣٪ من المريضات من مضاعفات الإجهاض التي تتطلب علاجًا داخل المستشفى^٧. تعد إمكانية الحصول على خدمات الإجهاض أمرًا محدودًا في الدول النامية بشكل عام، كما أن النظام الصحي

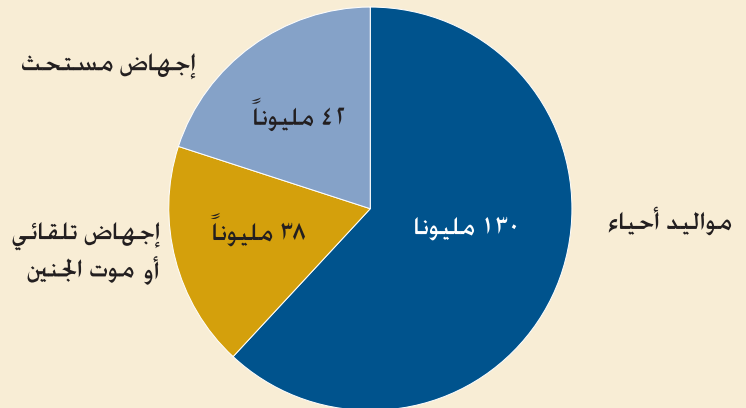
يعتبر الإجهاض غير الآمن من أكثر تحديات الصحة العامة المهمشة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا^١. حيث تُقدر نسبته بما يوازي واحدة من كل أربع حالات حمل تحدث بدون قصد، وتكون الرغبة حينئذ إما في إنجاب طفل في وقت لاحق، أو عدم إنجاب المزيد من الأطفال^٢. وتلجأ العديد من السيدات اللاتي يواجهن حملًا غير مقصود إلى عمليات الإجهاض السرية غير الآمنة. ووفقًا لمنظمة الصحة العالمية، تم إجراء نحو ١,٥ مليون حالة إجهاض في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في عام ٢٠٠٣، إما في بيئة غير صحية، أو بواسطة مقدمي خدمة يفتقرون إلى المهارة، أو في ظل الأمرين معًا. وتتسبب مضاعفات هذه الحالات في ١١٪ من وفيات الأمهات في المنطقة^٣.

وبعد الإجهاض واحدًا من أقدم الممارسات الطبية، إذ قد وجدت أدلة على ممارسته منذ العصور القديمة بمصر واليونان وروما. وكنت تقنيات الإجهاض التي استخدمها الفراعنة موثقة في بردية إبيرس القديمة (١٥٥٠ قبل الميلاد). ومن المعتقد أن منطقة غرب أوروبا اعتمدت تقنيات الإجهاض خلال العصور الوسطى، وانتشرت منها في وقت لاحق إلى كافة أنحاء العالم^٤.

الشكل رقم ١

عالمياً، ثمة واحدة من كل خمس حالات حمل تجهض طوعاً

كل عام يصل عدد النساء الحوامل إلى حوالي ٢١ ملايين امرأة وتكون نتائج الحمل كالتالي:



SOURCE: World Health Organization, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003* (Geneva: WHO, 2007): 1

الضعيفة غير مجهزة للتعامل مع المضاعفات الناشئة عن الإجهاض غير الآمن والذي يعتبر مسئولاً عن ١٣٪ من الوفيات المرتبطة بالحمل والولادة في تلك البلدان. وقد توصلت الاتفاقيات الدولية المتعلقة بصحة المرأة إلى أن الوقيّة من الإجهاض غير الآمن وعلاجه يشكلان عنصراً أساسياً من عناصر الرعاية الصحية للمرأة (انظر الإطار رقم ٢).

المنظور الإقليمي:

تواجه الغالبية العظمى من النساء في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا عوائق قانونية ضد الإجهاض. فنحو ٨٠٪ منهن يعشن في بلدان بها قوانين تقيد الإجهاض، و٥٥٪ منهن يعشن في بلدان يحظر فيها الإجهاض إلا لإنقاذ حياة الأم، و٢٤٪ منهن يعشن في بلدان يسمح فيها بالإجهاض فقط للحفاظ على الصحة البدنية أو العقلية للمرأة (انظر الشكل ٢). وهناك نحو ٢٠٪ من سكان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا يعيشون في تركيا وتونس، وهما الدولتان الوحيدتان في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، اللتان يسمح فيهما بإجراء الإجهاض بشكل قانوني خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل بناء على طلب السيدة.

وتشير الإحصائيات الواردة من تركيا وتونس إلى أن الإجهاض لم يصبح أكثر أماناً فقط بسبب إضفاء الصفة القانونية على عمليات الإجهاض، بل انخفضت نسبة الإجهاض بسبب التطور والتوسع في برامج تنظيم الأسرة في البلدين. ففي تركيا، انخفض معدل الإجهاض من ١٨٪ من حالات الحمل في عام ١٩٩٣ إلى ١١٪ في عام ٢٠٠٣. وخلال الفترة نفسها، ارتفعت نسبة السيدات المتزوجات اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل الحديثة من ٣٤٪ لتصل إلى ٤٢٪.

وتعدّ سوريا الدولة الوحيدة في المنطقة التي تتبع قوانين مقيدة للإجهاض ومع ذلك أجرت دراسة استقصائية على الصعيد الوطني (عام ٢٠٠٦) تسأل فيها النساء عما إذا كن قد أجرين إجهاض مقصوداً. وقد أظهرت الدراسة الاستقصائية (الموضحة في صفحة ٤) أن ٤٪ من النساء المتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٤٩ عاماً أجهضن مرة واحدة على الأقل إجهاض مقصوداً، وإن كان من المرجح أن يكون هذا الرقم أقل من الحقيقي باعتبار أن الإجهاض محظور في سوريا.

وفي عام ١٩٩٢ استضافت سوريا المؤتمر الإقليمي الأول حول الإجهاض غير الآمن والصحة الجنسية، الذي نظّمته جمعية تنظيم الأسرة السورية والمكتب الإقليمي العربي للاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. وقد جمع المؤتمر بين المتخصصين في مجال الصحة، والقيادات الدينية، والمدافعين عن صحة المرأة، وأدى إلى زيادة الوعي بين مقدمي الخدمات الصحية وتنظيم الأسرة حول المخاطر التي تنشأ جراء الإجهاض غير الآمن والحاجة إلى تعزيز

الإطار ١

إجراءات الإجهاض المبكر

يشير مصطلح إجهاض عموميّ إلى إجهاض لمتعمد، على الرغم من أنه يتضمن تقنية كذلك لإجهاض لتلقائي (فقدن لجنين). وقد ظل إجهاض لمتعمد مردف للإجراءات لجرحية للإجهاض حتى وقت قريب عندما أصبح إجهاض لدوني (غير لجرحي) متدا.

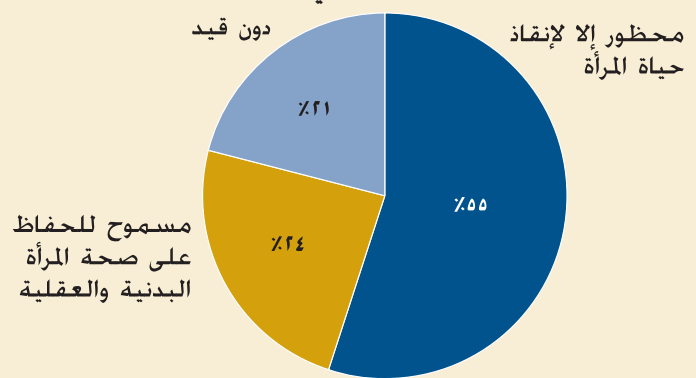
ويكون للإجهاض إجراءً آمناً عندما ينفذه مقدمو خدمات صحية مدربين في ظروف صحية ملائمة. كما يكون الإجهاض أكثر أماناً عندما يتم خلال المرحل الأولى من الحمل. ويمكن أن تتضمن لطرق لآمنة للإجهاض والتي تستخدم خلال الربع الأول من الحمل (خلال لاثني عشر أسبوعاً لآولياً) كلتا لوسيلتين لجرحية أو لدونية. وهنك عدة أنواع من لجرحية، بم في ذلك لتوسيع ولكت، ولتفريغ بالشفط ليدوي. إن لطرق لجرحية تتطلب لتخدير، ولتدريب لمقدمي لخدمات، وكذلك أدوات لمعقمة.

ويعد لتفريغ بالشفط ليدوي أكثر أماناً من لتوسيع ولكت، ومن لسهل أن يجريه مقدمو لخدمة لصحية لمدرّبون، ويمكن إجراؤه بستخدم لتخدير لموضعي. كم يجري للإجهاض لدوني بستخدم نوع و حد أو أكثر من أدوية لحت على للإجهاض، ويمكن لقيم به خرج لعبادة، مم يسمح للنساء بتجنب لتدخلات لجرحية. وتستخدم لملايين من لنساء في كفة أنحاء لعالم عقاري ميفيريستون وميزوبروستول لإنهاء لحمل لمبكر. ويعد للإجهاض لدوني آمناً وفعالاً للعاية.

SOURCES: World Health Organization, *Frequently Asked Clinical Questions About Medical Abortions* (Geneva: WHO, 2006); *Consensus Statement: Instructions for Use—Abortion Induction with Misoprostol in Pregnancies up to 9 weeks LMP*, expert meeting on misoprostol sponsored by Reproductive Health Technologies Project and Gynuity Health Projects, July 28, 2008, Washington, D.C.

الشكل رقم ٢

توزيع النساء في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في الفئة العمرية ١٥-٤٩ تبعاً لقوانين الإجهاض في بلادهن:



ملاحظات: يحظر لإجهاض لا لإنقاذ حياة لمرّة في: مصر و برن و لعرق ولبنان وليبيا وعمان ولأرضي لفلسطينية وسوريا ولإمارات لعربية لمتحدة وليمن.

يسمح بإجهاض للحفاظ على لصحة لبدنية ولعقلية لمرّة في: لجزائر ولبحرين ولأردن ولكويت ولعرب وقطر وللمملكة لعربية لسعودية.

ويجري لإجهاض دون قيد في: تونس وتركيا.

SOURCE: Center for Reproductive Rights, *The World's Abortion Laws 2007 Poster* (New York: Center for Reproductive Rights, 2007).

التدابير الوقائية. وخلص المشاركون إلى أن الإجهاض غير الآمن مشكلة صحية عامة رئيسية في جميع بلدان المنطقة تقريبا. وطالبوا حكوماتهم ومؤسسات تنظيم الأسرة بمراجعة القوانين الموجودة وتقديم خدمات أفضل لمنع الحمل، وتوفير العلاج للنساء اللاتي يبحثن عن رعاية م بعد الإجهاض.

الحد من الحمل غير المقصود:

يعد العمل على منع حدوث حالات الحمل غير المقصود جزءا هاما من إستراتيجية الحد من عبء الإجهاض غير الآمن. ويمكن أن ينتج الحمل غير المقصود عن طريق عدم استخدام وسائل منع الحمل، أو استخدام الوسائل بشكل غير صحيح، أو استخدام طرق أقل فاعلية وأكثر عرضة للفشل (مثل الانسحاب قبل القذف).

تعد سهولة الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة مثل أن يكون مكان السكن قريبا إلى حد ما من مرفق صحي يوفر خدمات مناسبة وبأسعار مناسبة أحد العوامل التي تساعد على منع حالات الحمل غير المقصود. وتتضمن العوامل الأخرى استعداد المواطنين للبحث عن الخدمات المتاحة، واستمرارية استخدام الوسائل بشكل صحيح، وجودة الخدمات المقدمة، وجميعها عوامل تشكل تحديا في بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ويلعب مقدمو الخدمات الصحية دورا هاما في إطلاع النساء والأزواج على الأساليب التي قد تكون الأنسب لهم ولظروفهم الخاصة (ومنها على سبيل المثال، إذا كانت المرأة ترضع أو لا تريد المزيد من الأطفال)، وإطلاعهم كذلك على كيفية استخدام الوسائل بشكل صحيح؛ والآثار الجانبية المتوقعة للوسائل الحديثة وماذا يفعلون بشأنها.

وعلى الرغم من التوسع في برامج تنظيم الأسرة وزيادة استخدام الوسائل الحديثة لمنع الحمل، فما زالت هناك حاجة غير ملباة على مستوى العالم وفي منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بدرجات متفاوتة (انظر الشكل ٣، صفحة ٤). تعرف الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة بأنها نسبة النساء المتزوجات اللاتي يفضلن تجنب الحمل ولكنهن لا يستخدمن وسائل لمنع الحمل. وتتراوح الاحتياجات غير الملباة م بين ٥٠٪ في اليمن إلى ٦٪ في تركيا. فلنظام الصحي في اليمن ضعيف نسبيا واستخدام وسائل منع الحمل هناك هو الأقل في المنطقة، ونتيجة لذلك، لا تزال المرأة اليمنية تلد نحو ستة أطفال في المتوسط، كما أن هناك حلة وفاة من بين كل ٣٩ حالة لأسباب لها علاقة بالولادة، وهي أعلى نسبة في المنطقة.^١

وبوجه عام، يصل معدل الإنجاب في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا إلى نحو ثلاثة مواليد لكل امرأة. وفي لبنان وإيران وتونس وتركيا يصل معدل الإنجاب إلى مستوى الإحلال وهو طفلان لكل امرأة، أو عدد الأطفال الذين

الإطار ٢

إجماع المؤتمر الدولي للسكان والتنمية حول الإجهاض

ألفت بعض تفاعيات الأمم المتحدة لضوء على مدى تأثير لصحة لعامة بالإجهاض غير الآمن. دعية لحكومات للحد من الحاجة إلى اللجوء إلى الإجهاض، وحمية صحة لمرأة في حالة حدوثه.

وفي عام ١٩٩٤ عُقد لمؤتمر دولي للسكان ولتنمية، في لقره، وكان أول اجتماع للأمم المتحدة لإيجاد توافق آراء علمي بشأن الإجهاض. ونص برنامج عمل لمؤتمر على ما يلي:

لا ينبغي بأي حال اعتبار الإجهاض وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة. ويجب على جميع الحكومات والمنظمات بين الحكومية وغير الحكومية ذات لصلة أن تعمل على زيادة لتزمتها بصحة لمرأة، ولعمل على معالجة لآثار لصحة لناجمة عن الإجهاض غير الآمن، باعتباره أحد لعوامل لرئيسية لمتعلقة بصحة لعامة، وكذلك لحد من اللجوء إلى الإجهاض من خلال لتوسع في تقديم خدمات تنظيم الأسرة وتحسين جودتها.

منع لحمل غير لمقصود يجب أن يُعتبر أولوية قصوى، ويجب أن تُبذل كل لجهود للحد من الحاجة إلى إجراء الإجهاض، وأن تتيح للنساء اللاتي يحملن حملا غير مقصود فرصة لحصول على لمعلومات لصحيحة ولمشورة لمتعاطفة، كما يجب أن يتم إقرار أي إجراء أو تغيير متعلق بالإجهاض في إطار نظم لرعية لصحية على لصعيد لقومي أو لمحلي وفق لعملية لتشريع لوطنية.

وفي لظروف لتي لا يكون فيها للإجهاض مخالف للقانون، فلا بد أن يكون الإجهاض آمنا، وفي كل لأحوال، ينبغي أن تتيح للمرأة فرصة لحصول لفوري على خدمات ذات جودة، لأجل لتعمل مع لمضاعفات لناجمة عن الإجهاض، وكذلك لحصول على لمعلومات ولمشورة لخاصة بم بعد الإجهاض إلى جانب خدمات تنظيم الأسرة، وهو الأمر لذي من شأنه لمساعدة على تجنب تكرر للإجهاض. (لأمم المتحدة، برنامج عمل لمؤتمر دولي للسكان ولتنمية: لفقرة ٨.٢٥).

وقد أعدت لجمعية لعمة للأمم المتحدة في نيويورك لتأكيد على هذا لالتزام في عام ١٩٩٩ خلال مرجعتها لما تم تنفيذه من برمج عمل لمؤتمر دولي للسكان لخمس لسابقة، ووفقت لجمعية أيضا على أنه في لظروف لتي لا يكون فيها للإجهاض مخالفا للقانون، فن على لنظم لصحية أن تقوم بتدريب مقدمي لخدمات لصحية وتزويدهم بالادوات اللازمة، كما ينبغي تخذ أية تدبير أخرى لضمان أن يكون هذا للإجهاض آمنا ويمكن لوصل إليه.

يحلون محل والديهم. ومع ذلك، فما تزال حالات الحمل غير المرغوب فيه تمثل نسبة مرتفعة.

ووفقا لمسح الصحة والسكان لإيران عام ٢٠٠٠ فإن ثلث حالات الحمل في إيران غير مقصودة؛ فقد أفادت ١٦٪ من السيدات المتزوجات الحوامل في وقت إجراء الدراسة بأن حملهن غير مقصود. وأبشرت ١٨٪ منهن إلى أن توقيت الحمل لم يكن مناسبا، ويشير تحليل بيانات المسح إلى أن ٢٦٪ من النساء المتزوجات في إيران أجهضن مرة خلال حياتهن، وأن معدلات الإجهاض أعلى في المناطق التي يقل فيها استخدام وسائل منع الحمل الحديثة. علما بأن لدى إيران أعلى معدل استخدام لوسائل منع الحمل بين بلدان

المنطقة. وفي مسح عام ٢٠٠٠، وُجد أن أكثر من ٧٠٪ من النساء المتزوجات يستخدمن وسائل منع الحمل (٥٦٪ يستخدمن وسيلة حديثة)؛ وارتفع المعدل منذ ذلك الحين إلى ما يقرب من ٨٠٪ من النساء المتزوجات ممن يستعملن وسائل منع الحمل (٦٠٪) منهن يستخدمن وسائل حديثة).^{١١}

وفي مصر، أظهر مسح الصحة والسكان لعام ٢٠٠٥ أن ٥٦٪ من النساء المتزوجات يستخدمن الوسائل الحديثة لمنع الحمل. ومع ذلك فإن واحدة من كل خمس ولادات كانت غير مقصودة. ومن بين النساء اللاتي أشرن إلى أن مولودهن الأخير لم يكن مقصوداً، أوضح ثلثهن أنهم كن يرغبن في طفل آخر على الأقل في وقت لاحق. أما الثلثان الآخران فأوضحن أنهم لا يرغبن في المزيد من الأطفال. وكما هو متوقع، فإنه كلما زاد عدد الأطفال لدى المرأة، فإنها تعتبر أن حملها الأخير غير مقصود.^{١٢}

في عام ٢٠٠٦، قام فريق من جامعة دمشق بسوريا بالتعاون مع وزارة الصحة بإجراء دراسة استقصائية وطنية استهدفت النساء المتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٤٩ عام بهدف تقييم الاحتياجات غير الملباة المتعلقة بتنظيم الأسرة. وحالات الحمل غير المقصود. وكشفت الدراسة عن أن نصف النساء اللاتي كان حملهن غير مقصود كن يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة عند حدوث الحمل. ومن بين هؤلاء اللاتي يتبعن تنظيم الأسرة، تعتمد ٤٥٪ منهن على الوسائل التقليدية والتي غالباً م تكون معرضة للفشل و٢٥٪ كن يستخدمن حبوب منع الحمل.^{١٣} وفي تركيا، أظهر مسح قومي أجري عام ٢٠٠٣ أنه في ثلاثة أرباع حالات الإجهاض، كانت السيدات يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة عند حدوث الحمل. وأن نصفهن كن يستخدمن الوسائل التقليدية (انظر الشكل رقم ٤).

بغض النظر عن حجم القيود القانونية المفروضة على الإجهاض، فإن تجربة جميع هذه البلدان تدل على أن استخدام وسائل فعالة لتنظيم الأسرة إنما هو أمر هام وحيوي للحد من حدوث حالات الحمل غير المقصود. ومن ثم الحاجة إلى الإجهاض. ولكن ارتفاع معدلات استخدام وسائل منع الحمل وحدها لن تقضي على حالات الحمل غير المقصود.

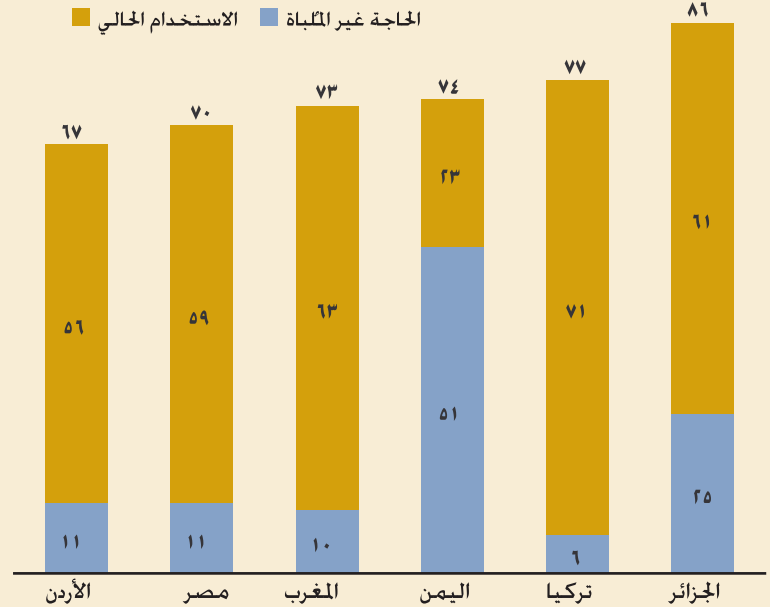
من أجل إجهاض أكثر أمناً

في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وكم هو الحال في أجزاء أخرى من العالم، هناك مدافعون عن صحة المرأة ممن يدعون إلى تحرير قوانين الإجهاض. مع ضمان أن يتم تنفيذ القوانين إلى أقصى حد ممكن. ويستشهد هؤلاء المدافعون بأدلة محلية ودولية على التأثير القوي لتلك التغييرات على الحد من وفيات الأمهات وحوادث الإعاقات، وما ينجم عن

الشكل رقم ٣

الطلب الكلي على تنظيم الأسرة

النسبة المئوية للنساء المتزوجات ١٥-٤٩ سنة

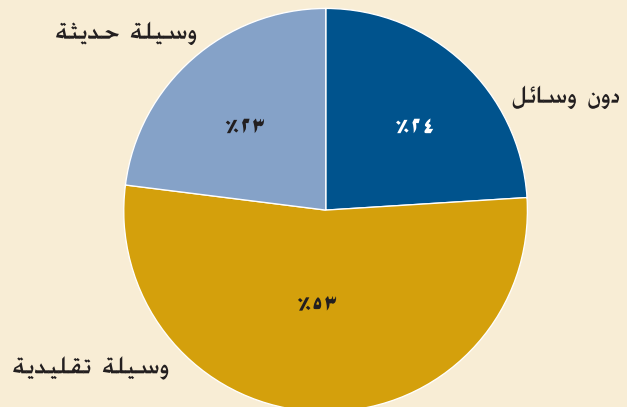


ملاحظة: يشمل لطلب كلي على تنظيم الأسرة، لنساء لاتن يستخدمن وسائل منع حمل في الوقت الحالي بالإضافة إلى نساء لاتن يفضلن تجنب حمل ولكنهن لا يستخدمن وسيلة لمنع الحمل. ويشار إلى هذه الفئة لأخيرة على ن احتياجاتها غير ملباة فيما يتعلق بتنظيم الأسرة.

SOURCE: Donna Clifton, Toshiko Kaneda, and Lori Ashford, *Family Planning Worldwide 2008* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2008).

الشكل رقم ٤

الإجهاض بواسطة وسائل منع الحمل المستخدمة في الشهر السابق للحمل: تركيا، ١٩٩٩-٢٠٠٣



SOURCE: Hacettepe University Institute of Population Studies, Turkey Demographic and Health Survey, 2003: table 6.5.

الإطار ٣

الوصول للإجهاض الآمن في تونس

كانت تونس دئماً في طليعة دول لمنطقة فيما يتعلق بحقوق للمرأة. وأصبحت تونس في عهد لرئيس لحبيب بورقيبة أول بلد عربي يعتمد سياسة وطنية للسكان في منتصف الخمسينيات، حيث تم حظر تعدد الزوجات، ورفع سن لزوج إلى ١٧ عام للنساء و ٢٠ عاماً للرجال. و اليوم، يعتبر لحصول على إجهاض آمن و حد من لحقوق لقانونية للمرأة، إلى جانب لحق في العمل و لتصويت و لطلاق.

وفي عام ١٩٦٥ تم إنشاء المكتب القومي للمرأة والسكان، و لذي نجح في تطوير برزوح قوي لتنظيم لأسرة، وأتاح في لوقت نفسه فرص لحصول على إجهاض آمن و خدمت لصحة لإنجابية لأخرى. وفي عام ١٩٦٥ أصبحت تونس أول بلد مسلم يضيفي لتشريعة على إجهاض. كجزء من لجهود لهادفة لإنهاء إجهاض غير لآمن وتحسين صحة للمرأة، ولكن حق إجهاض كن متحاف في نطاق محدود، حيث كان يسمح به فقط للمرأة لتي لديهي خمسة أطفال على لأقل. وفي عام ١٩٧٣، تم تعديل لقنون ليسمح بحق لإجهاض لجميع لنساء، بغض لنظر عن دلتهن لزوجية أو عدد لأطفال.

ومنذ ذلك لحين، ختفت تقريبا حالات إجهاض غير لآمن، كم نخفضت معدلات وفيات للأمهات بصورة كبيرة؛ لأنه تم تنظيم عمليات لإجهاض، حيث أصبحت تتم عموماً بمعايير طبية مرتفعة، بالإضافة إلى ذلك، فقد نخفض معدل لإجهاض من ١١ حالة إجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة في سن لإنجاب في عام ١٩٩٠ إلى حوالي ٧ حالات لكل ١٠٠٠ امرأة في عام ٢٠٠٣.

كم كانت تونس أول دولة في منطقة لشرق لأوسط وشمل أفريقيا تسمح بالإجهاض لدوائي كبديل للطرق لجرحية في عام ٢٠٠١، وذلك بعد إجراء سلسلة من لدرست لسريية لتي أثبتت فعليته وسلامته وقبوله، ومن خلال لبحوث لجارية و لتعاون و لابتكار، يو صل لمكتب لقومي للمرأة و لسكان لتركيز على تحسين خدمات تنظيم لأسرة، وفي لوقت نفسه ضمان أن خدمات لإجهاض آمنة و متاحة للمرأة.

SOURCES: Wm. Robert Johnston, "Historical Abortion Statistics, Tunisia" accessed online at www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-tunisia.html, on July 18, 2008; Gilda Sedgh et al., "Legal Abortion Worldwide: Incidence and Recent Trends," *International Family Planning Perspectives* 33, no. 3 (2007): 106-16; Jennifer Blum et al., "The Medical Abortion Experiences of Married and Unmarried Women in Tunis, Tunisia," *Contraception* 69, no. 1 (2004): 63-69; and Selma Hajri et al., "Expanding Medical Abortion in Tunisia: Women's Experiences From a Multi-Site Expansion Study," *Contraception* 70, no. 6 (2004): 487-91.

العلمية لتدريب الأطباء الممارسين العاميين والسماح لهم بإجراء عمليات الإجهاض باستخدام جهاز الشفط اليدوي (انظر الإطار ١) ^{١٥}. وفي الآونة الأخيرة، أدخلت تركيا الإجهاض الدوائي في بعض التجارب السريية التمهيديية، لكنها لم تدمج هذه الوسيلة بعد ضمن الخدمات الصحية، ويعزى ذلك جزئياً إلى عدم توافر عقار ميفيبريستون تجريبياً. و ينتشر الإجهاض الدوائي في تونس أكثر منه في تركيا. وقد ازداد اللجوء إلى الإجهاض الدوائي ليصبح الأسلوب المعيارى للرعية في كثير من المرافق الصحية في تونس (انظر الإطار ٣). وحينم تم عرض الإجهاض الدوائي على السيدات الراغبت في الإجهاض، اختارته أكثر من ستين بالمائة منهن ^{١٦}.

الإجهاض غير الآمن من أعباء نفسية ومالية على النساء، وأسرهن، و نظم الرعاية الصحية. و ينظر إلى قوانين الإجهاض التقييدية على أنها تؤثر بصورة غير ملائمة على النساء الفقيرات والمحرومت من حقوقهن؛ لأن النساء الأكثر ثراء، والأكثر تعليماً، والنساء الحضريات تكون لديهن معرفة أكثر. كما أن الموارد تكون متاحة أمهه للبحث عن إجهاض آمن عندما يحتجن إليه.

وفي جميع أنحاء العالم، مع وجود استثناءات قليلة، تتجه الحكومات نحو تحرير قوانين الإجهاض. و حيث تصبح قوانين الإجهاض أكثر تحراً، فإن الإجهاض غير الآمن وما يترتب عليه من وفيات الأمهات ينخفض بشكل عام. ففي أعقاب سماح القانون بالإجهاض في جنوب أفريقيا، على سبيل المثال، انخفضت معدلات الوفيات بسبب الإجهاض غير الآمن بنسبة ٩٠٪ خلال الفترة من ١٩٩٤ إلى ٢٠٠١ ^{١٤}.

مواجهة التحديات البرامجية

للد من دلالات الإجهاض غير الآمن؛ يجب أن يقوم النظام الصحي بتلبية احتياجات المواطنين فيما يتعلق بخدمات تنظيم الأسرة، كما يجب أن يضمن للنساء سهولة الوصول إلى خدمات الإجهاض الآمن إلى أقصى حد مسموح بموجب القانون. و حينما يكون الوصول إلى هذه الخدمات صعباً نتيجة أسباب قانونية أو برامجية، تكون هناك ضرورة لتوفير رعاية م بعد الإجهاض لمعالجة مضاعفات الإجهاض غير الآمن، وتجنب حالات الوفاة والإعاقة.

تواجه بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تحديات برامجية متنوعة في تلبية الطلب على الإجهاض، ليس فقط لأن قوانين الإجهاض تختلف من دولة إلى أخرى، ولكن ذلك أيضاً بسبب اختلاف نظمها الصحية فيم يختص برعية الإجهاض.

المناطق التي يسمح فيها بالإجهاض

خدمات الإجهاض قانونية في كل من تركيا وتونس وتقدم مجاناً بأمكن الرعاية الصحية. و بعد التحدي البرامجي الرئيسي الذي يواجهه هاتين الدولتين، هو إتاحة وصول هذه الخدمة إلى الجميع بجودة عالية.

وقد أصبح الإجهاض في تركيا قانونياً عند الطلب منذ عام ١٩٨٣، ولكن الخدمات حتى الآن غير متاحة بشكل متساو في جميع أنحاء البلاد. فقد أظهر مسح الصحة والسكان لعام ٢٠٠٣ بتركيز أن معظم حالات الإجهاض تتم في القطاع الخاص، حيث تكون الخدمات أكثر تكلفة. فواحدة من كل خمس حالات إجهاض فقط تتم في العيادات العامة.

وفي إطار السعي نحو الاستخدام الأمثل لوقت الأطباء وتوسيع نطاق توافر خدمات الإجهاض في العيادات الصحية العامة، تعاونت الحكومة التركية مع منظمة الصحة

- قد يفسر النظم القانوني ومقدمو الخدمات الصحية القوانين بشكل محدود. وقد لا يتم الاعتراف بالحالة الصحية النفسية والعقلية للمرأة التي يمكن عندها المطالبة بتطبيق القانون.^{١٨}
- قد يفتقر الأطباء إلى المعرفة بلقنون بسبب عدم وضوحه.
- قد تضطر المرأة إلى شق طرقها بنفسه داخل البيروقراطية أو التعليمات غير الواضحة.
- قد تكون النساء أيضا غير مدركات لحقوقهن. أو غير قادرات على العثور على مقدم الخدمة الذي يوافق على إجراء الإجهاض ويكون قادرا في الوقت نفسه على توفير الخدمة.

لتخفيف عبء الإجهاض غير الآمن على صحة وحياء المرأة، يجب أن تفسر القوانين بأوسع شكل ممكن بواسطة النظم الصحية والقانونية. وأن تتوقف نتيجة الإجهاض غير الآمن على استعداد المرأة لاستخدام الخدمات الطبية، واستعداد الكادر الطبي للتعامل بسرعة مع أية مضاعفات. وتتأثر النساء الشابات بشكل أكبر بقوانين الإجهاض المقيدة والمضاعفات الناجمة عن حالات الإجهاض غير الآمن.

رعاية ما بعد الإجهاض

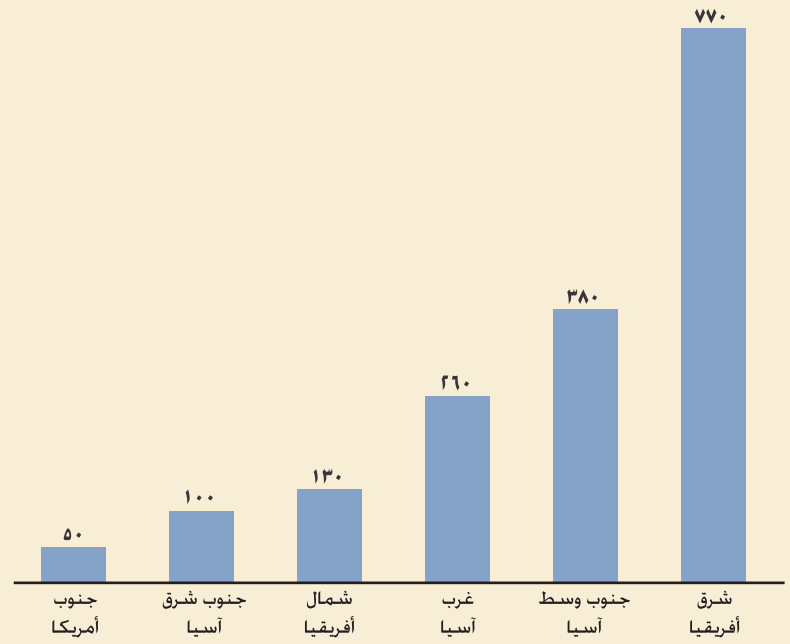
تحتل رعاية ما بعد الإجهاض أهمية خاصة في البلدان ذات القوانين المقيدة للإجهاض. مما يجعله من أهم عناصر خدمات الصحة الإنجابية. وفي مصر حيث الإجهاض مقيدا للغاية أظهرت دراسة أجريت على عينة من المستشفيات على المستوى القومي أن علاج مضاعفات الإجهاض غير الآمن تستهلك جزءا كبيرا من الموارد. وتقريبا كانت هناك حالة واحدة من بين كل خمس حالات تدخل المستشفى لقسم أمراض النساء والتوليد لأجل البحث عن رعاية ما بعد الإجهاض.^{١٩}

وقد قدمت العديد من بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بمصر وإيران واليمن. برامج رعاية ما بعد الإجهاض التي تسمح بتدريب مقدمي الخدمات الصحية على التعامل مع مضاعفات الإجهاض غير الآمن (انظر الإطار ٤). وتتضمن رعاية ما بعد الإجهاض ما يلي:

- توفير العلاج السريع للمضاعفات الناجمة عن الإجهاض أو سقوط الحمل.
- تقديم المشورة لتحديد احتياجات المرأة النفسية والبدنية وغيرها، والاستجابة لها.
- تقديم خدمات تنظيم الأسرة، للمساعدة على منع حدوث حمل آخر غير مقصود.
- تقديم خدمات الصحة الإنجابية أو غيرها من الخدمات الصحية في مكان تقديم الخدمة أو من خلال التحويل إلى مرافق صحية أخرى.

الشكل ٥

عدد الوفيات الناجمة عن الإجهاض غير الآمن لكل ١٠٠٠٠٠ عملية إجهاض غير آمن في بعض المناطق الفرعية المختارة عام ٢٠٠٣



ملاحظة: منطقتا غرب آسيا وشمال أفريقيا تشكلان معاً منطقة لشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

SOURCE: World Health Organization, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003* (Geneva: WHO, 2007): figure 7.

تواجه كل من تركيا وتونس تحديات في إدماج خدمات الإجهاض بشكل كامل في نظم الرعاية الصحية، وإعطاء جميع النساء اللواتي يرغبن في الإجهاض فرص الوصول إلى خدمات ذات جودة وبدون وصمة، وتحسين المشورة حول وسائل منع الحمل الحديثة. فقد أظهر مسح الصحة والسكان لعام ٢٠٠٣ بتركيا أن أكثر من نصف النساء اللاتي خضعن للإجهاض، لم يكن يستخدمن وسيلة منع حمل حديثة بعد الإجراء بشهر واحد. فنسبة ٣١٪ منهن كن لا يستخدمن أي وسيلة حديثة ونسبة ٢٦٪ يستخدمن الانسحاب قبل القذف.^{١٧}

المناطق التي يقيد فيها الإجهاض

تؤثر قوانين الإجهاض المقيدة على المرأة بصور متعددة، منه على سبيل المثال:

- أن يكون الإجهاض مسموحاً به فقط للحفاظ على الصحة البدنية أو العقلية للمرأة، ولكن القوانين قد تتطلب موافقة العديد من الأطباء، أو تتطلب موافقة الزوج.

ووفقاً لأحد تقرير منظمة الصحة العالمية، في شمال إفريقيا وغرب آسيا (وهي مناطق فرعية تشكل معا منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا)، فإن ١٦٠ و ٢٦٠ امرأة من كل ١٠٠٠٠٠ على التوالي تتوفى جراء الإجهاض غير الآمن، (انظر الشكل رقم ٥). وهي أعلى من المعدلات في أمريكا الجنوبية بـ ٥ إلى ٥ مرات على التوالي. وتعرض النساء في مناطق معينة في أفريقيا إلى أعلى احتمالات الوفاة في العالم بسبب الإجهاض غير الآمن. وفي عام ٢٠٠٦، اجتمع وزراء الصحة الأفارقة في مابوتو بـموزمبيق، حيث اعتمدوا خطة عمل لضمان حصول الجميع على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة، بما في ذلك الرعاية المتعلقة بالإجهاض.^٢

وتجعل القوانين المقيدة للإجهاض من الصعب على الباحثين القيام بجمع المعلومات أو دراسة المعدلات والظروف وتأثير الإجهاض على النساء والمجتمعات بالمنطقة. ويعد نقص المعلومات أحد التحديات الكبرى أمام تطوير خدمات ما بعد الإجهاض. وفي البلدان التي يكون فيها الإجهاض مقيدا، لا يعلم أحد شيئا عما إذا كانت معدلات الإجهاض تتزايد أم تنقص. أو أين توجد الحاجة الكبرى لرعاية ما بعد الإجهاض. فنحن نعلم أن النساء يلجأن في جميع هذه البلدان إلى عمليات الإجهاض السرية عند الحاجة. وإن الدراسة التي أجريت في سوريا عام ٢٠٠٦، قد بينت أن أكثر من نصف السيدات اللاتي أفدن بأنهن قد قمن بإجراء إجهاض سيقمن بآخر إذا احتجن لذلك.

الخاتمة:

يعد الإجهاض غير الآمن أحد الشواغل الرئيسية للصحة العامة؛ لأنه يمكن أن يؤدي إلى معاناة الأفراد، كما أنه يمثل عبئا كبيرا على نظم الرعاية الصحية. ويجب أن تكون هناك سياسات وبرامج عامة جيدة الصياغة، ومنسقة، ومترابطة لضمان ما يلي:

- تعميم إمكانية الحصول على معلومات وخدمات خاصة بتنظيم الأسرة ذات جودة.
- وصول المرأة إلى خدمات الإجهاض بأقصى حد يسمح به القانون.
- حصول المرأة على رعاية ما بعد الإجهاض لمضاعفات الإجهاض غير الآمن.
- ربط رعاية ما بعد الإجهاض بالمشورة لتنظيم الأسرة وخدمات الصحة الإنجابية الأخرى.

وهناك حاجة ماسة للخطاب الموضوعي في بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لتطوير المساهمات التي من شأنها أن تساعد في خفض حالات الحمل غير المقصود، ومنع الإجهاض غير الآمن ومضاعفاته بالنسبة للمرأة والأسر والمجتمعات.

الإطار

توسيع نطاق رعاية ما بعد الإجهاض في مصر:

كنت مصر ومنذ عام ١٩٩٤، في مقدمة دول لمنطقة في منح لنساء فرص لحصول على رعاية ما بعد الإجهاض. بما في ذلك استخدام جهاز لشفط ليدوي، وتدريب مقدمي الرعاية لصحية على تقديم لمشورة للنساء للاتي حدث لهن إجهاض، وتوجيههم إلى خدمات تنظيم الأسرة.

ولا توجد بيانات وطنية يمكن لاعتماد عليها عن حالات إجهاض في مصر. ومع ذلك تشير بعض لدرست محلية لصغيرة إلى أن الإجهاض شائع في مصر بنفس قدر شيوعه في بلدان التي يكون فيها إجهاض قانونيا، ولكنه أكثر سرية وغير آمن. وأوضحت دراسة أجراها مركز لسكن بالقاهرة على ١٣٠٠ سيدة مصرية، أن ثلثهن حاولن إنهاء الحمل، وتلك نسبة يمكن مقارنتها مع بعض بلدان لمتقدمة.

وبالمثل، فقد وجدت دراسة محلية صغيرة أجريت في صعيد مصر أن ٤١٪ من نساء في مناطق لريفية أجهضن مرة وحدة على لأقل، وأن ٢٥٪ أجهضن أكثر من مرة، وقد أجرت لغالبية لعظمى من هؤلاء لسيدات (٩٢٪) إجهاض دون مساعدة طبية متخصصة، ولجان بدلا من ذلك إلى مساعدة من قابلة تقليدية، أو أحد لأقرب أو لجيرن، أو مقدم لخدمة لتقليدي.

وفي عم ٢٠٠٧، بدأت هيئة جينيوتي للمشاريع لصحية بالتعاون مع ثنتين من لمستشفيات لبحثية لكبرى وهم: (مستشفى لجلاء لتعليمي في لقاهرة، ومستشفى لشدطي للولادة في لاسكندرية) في تقييم جدوى استخدام قرصين من لميزوبروستول وهو عقر غير مكلف وسهل لاستعمال، كم أنه متاح على لمستوى لمحلي وأثبت فعليته بشكل كبير (حولي ٩٥٪) في علاج حالات لإجهاض غير لكاملة، ويمكن أن يساهم لتوسيع نطاق استخدام عقر لميزوبروستول لرعاية ما بعد لإجهاض، في لحد من عبء لتأثيرت لنجمة عن لإجهاض غير لآمن على مرفق لرعاية لصحية، بحيث تستغل مورد هذه لمرفق لعلاج لمشاكل لصحية لملحة لأخرى.

وسوف يستفيد لنظام لصحي لمصري أيضا من خفض حالات لإجهاض لمتكررة عن طريق ربط رعاية ما بعد لإجهاض على نحو أفضل بخدمات تنظيم الأسرة، وقد أظهرت دراسة جدوى حول ربط هذه لخدمات، أن ٣٪ فقط من لنساء للاتي تلقين رعاية ما بعد لإجهاض قد حصلن على وسيلة تنظيم للأسرة عند خروجهن، على لرغم من أن لمرفق لصحية كنت مجهزة، كما كن مقدمو لخدمة لمديرين على تقديم خدمات تنظيم للأسرة، وخلصت لدراسة إلى أن لأنشطة لتعليمية، وتدريب مقدمي لخدمة لصحية، وكذلك معايير لخدمة ضرورية لمساعدة لنساء على تجنب تكرر حالات لحمل غير لمقصود.

SOURCES: Population Council, "Lessons From Introducing Post-Abortion Care in Egypt," *Population Briefs* 10, no. 3 (2004); Jennifer Blum et al., "Treatment of Incomplete Abortion and Miscarriage With Misoprostol," *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 99, Supplement 2 (2007): S186-89; K.M. Yassin, "Incidence and Socioeconomic Determinants of Abortion in Rural Upper Egypt," *Public Health* 4, no. 114 (2000): 269-72; Kristina Gemzell-Daniellsson, Christian Fiala, and Andrew Weeks, "Misoprostol: First-Line Therapy for Incomplete Miscarriage in the Developing World," *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 114, no. 11 (2007): 1337-39; and Hala Youssef et al., *Linking Family Planning With Post-Abortion Services in Egypt* (Cairo: Population Council, Frontiers in Reproductive Health, 2007).

المراجع

- 1 The Middle East and North Africa region as defined here includes Algeria, Bahrain, Egypt, Iran, Iraq, Jordan, Kuwait, Lebanon, Libya, Morocco, Oman, the Palestinian Territory, Qatar, Saudi Arabia, Syria, Tunisia, Turkey, the United Arab Emirates, and Yemen.
- 2 Nils Daulaire et al., *Promises to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World* (Washington, DC: Global Health Council, 2000).
- 3 World Health Organization, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003* (Geneva: WHO, 2007): table 2.
- 4 Malcolm Potts and Martha Campbell, "History of Contraception," in *Gynecology and Obstetrics 6*, CD-ROM, ed. John J. Sciarra (Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2003): vol. 6, chapter 8. Found in Egypt in the 1870s, the *Ebers Papyrus* contains prescriptions written in hieroglyphics for over 700 remedies.
- 5 David A. Grimes et al., "Unsafe Abortion: The Preventable Pandemic," *The Lancet* 368, no. 9550 (2006): 1908-19.
- 6 WHO, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003*: 1.
- 7 Guttmacher Institute, "Facts on Induced Abortion in the United States," *In Brief* (January 2008), accessed online at www.guttmacher.org, on July 10, 2008.
- 8 WHO, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003*.
- 9 Hacettepe University Institute of Population Studies, *Turkey Demographic and Health Survey 2003* (Ankara, Turkey: Hacettepe University Institute of Population Studies, Ministry of Health General Directorate of Mother and Child Health and Family Planning, State Planning Organization and European Union, 2004): tables 5.6 and 6.4.
- 10 World Health Organization, *Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank* (Geneva: WHO, 2007): annex 3.
- 11 Farzaneh Roudi-Fahimi, *Iran's Family Planning Program: Responding to a Nation's Needs* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2002); Amir Erfani and Kevin McQuillan, "Rates of Induced Abortion in Iran: The Role of Contraceptive Use and Religiosity," *Studies in Family Planning* 39, no. 2 (2008): 111-22; and personal communication with the Iranian ministry of health, July 7, 2008.
- 12 Fatma El-Zanty and Ann Way, *Egypt Demographic and Health Survey 2005* (Calverton, MD: ORC Macro, 2006).
- 13 Special tabulation of a national survey conducted by Damascus University and Ministry of Health.
- 14 House of Commons, International Development Committee, *Maternal Health, Fifth Report of Session 2007-08*, Volume 1: paragraph 51, accessed online at www.publications.parliament.uk/pa/cm200708/cmselect/cmintdev/66/66i.pdf, March 23, 2008.
- 15 Ayse Akin, Gonca Oktay Kacoglu, and Levant Akin, "Study Supports the Introduction of Early Medical Abortion in Turkey," *Reproductive Health Matters* 13, no. 26 (2005): 101-09.
- 16 Selma Hajri et al., "Expanding Medical Abortion in Tunisia: Women's Experiences From a Multi-Site Expansion Study," *Contraception* 70, no. 6 (2004): 487-91.
- 17 Hacettepe University Institute of Population Studies, *Turkey Demographic and Health Survey 2003*: table 6.6.

برنامج المكتب المرجعي للسكان في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

يهدف برنامج لمكتب المرجعي للسكان في لشرق الأوسط وشمال إفريقيا إلى لاستجابة للاحتياجات الإقليمية في لوقت لمناسب من خلال لتحليل لموضوعي للمعلومات لخاصة بقضيد لسكان لاجتمعية، ولإقتصادية، وقضاي لصحة لإيجابية، ويرفع لبرنامج لوعي بهذه لقضايا لدى صنع لقرار في لمنطقة وللمجتمع لدولي أملاً في لتأثير على لسياسات وتحسين حياة لمواطنين لذين يعيشون في منطقة لشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

ويقدم لمكتب المرجعي للسكان للناس في كفة أنحاء لعالم معلومات عن لسكان، ولصحة، ولبيئة، ولبيئتهم من ستخدم هذه للمعلومات لتحسين صحة لأجيل لحالية ولأجيل لمستقبل.

هيئة جينيوتي للمشاريع الصحية

هيئة جينيوتي للمشاريع لصحية هي هيئة بحثية تقدم لمساعدة لتقنية، وتؤمن بفكرة أن يكون لدى لجميع لقدرة على لوصول لتمر لتطور لعلمي ولطبي ولتكنولوجي. ويشتمل عملها في لشرق الأوسط وشمال أفريقيا على لبحوث لسريية ولتنفيذية ذت لتكلفة لمنخفضة ولتكنولوجيات لصحة لإنجبية سهلة لاستخدم. كما أن هيئة جينيوتي هي لتي أسست لمبادرة للإلكترونية للمعلومات لصحة لإنجبية بلعربية: www.ArabicRHInfo.org. للتحصول على معلومات إضافية عن هيئة جينيوتي يرجى زيارة: www.gynuity.org.

18 Leila Hessini, "Abortion and Islam: Policies and Practice in the Middle East and North Africa," *Reproductive Health Matters* 15, no. 29 (2007): 1-10.

19 Dale Huntington et al., "The Postabortion Caseload in Egyptian Hospitals: A Descriptive Study," *International Family Planning Perspectives* 24, no. 1 (1998): 25-31.

20 The African Union Commission, *Plan of Action on Sexual and Reproductive Health and Rights* (Addis Ababa, Ethiopia: African Union, 2006), accessed online at www.unfpa.org/africa/newdocs/maputo_eng.pdf, on Sept. 15, 2008.

شكر:

أعدت هذا لتقرير لسيدة رشا دبش. كبيرة منسقي لبرنامج في هيئة جينيوتي. وللسيدة فرزنة رودي-فهيمي، مديرة لبرنامج لشرق الأوسط وشمال أفريقيا في لمكتب المرجعي للسكان، وذلك بمساعدة من موظفي لمكتب المرجعي للسكان. شكر لخص لكل من سدهم في مرجعة لمسودت لمختلفة لهذا لتقرير ولقد ملاحظت مفيدة. لسيد أحمد رجب من جامعة لأزهر بالقاهرة، وللسيدة نهلة توب من مكتب ليوبيلاشن كونسل لغرب سيد وشمال أفريقيا. وللسيد منتصر كمال من مكتب مؤسسة فورد في لقاهرة، وللسيدة ليلى حسيني من هيئة إيدس، وللسيد أمير عرفني من جمعة ويسترن أوندريو في كندا، وللسيدة بيفرلي وينيكوف من هيئة جينيوتي، ولإلى كل من لوري شفورد وريتشارد سكولنيك من لمكتب المرجعي للسكان. ولقد تم لبحث لخص بهذا لتقرير بالتعاون مع هيئة جينيوتي.

تمت لترجمة بوسطة رني صبري ود، نسرين بيط رومه، تكلا

تم تمويل ملخص السياسات هذا من مكتب مؤسسة فورد بالقاهرة.

© سبتمبر/أيلول ٢٠٠٨، المكتب المرجعي للسكان. جميع الحقوق محفوظة.