

الإجهاض في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

إعداد: رشا دبش وفرزانه رودي-فهيمي

أصبح الإجهاض اليوم إجراءً آمناً 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. ويلقي هذا الملخص الضوء على مخاوف الصحة العامة المتعلقة بالإجهاض في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ويناقش الطرق التي تجعل حدوث الإجهاض نادراً وأكثر أماناً 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. وطبقاً لدراسة حديثة أجرتها منظمة الصحة العالمية، فإن ما يقدر بخمس حالات الحمل - أي ٤٢ مليوناً 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 مليوناً أخرى خارج النظام القانوني.

وتحدث تقريباً جميع عمليات الإجهاض غير الآمن (٩٨٪) في البلدان النامية، حيث تكون قوانين الإجهاض غالباً 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 أعباء تثقل الموارد الصحية الشحيحة لتلك البلدان. وقد لا تسعى العديد من السيدات إلى الرعاية الصحية مطلقاً، أو تسعين إليها في توقيت متأخر جداً؛ لأنهن لا يدركن مدى حاجتهن إليها، أو لأنهن لا يعرفن مكاناً يمكن أن يتوجهن إليه لتلقيها، أو ربما ينتابهن الخوف من تلقي إهانات أو معاملة سيئة أو التعرض لعقوبات قانونية.^١

على الرغم من حجم مشكلة الإجهاض غير الآمن، إلا أنها 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 علاجاً داخل المستشفى.^٢ تعد إمكانية الحصول على خدمات الإجهاض أمراً محدوداً في الدول النامية بشكل عام، كما أن النظم الصحية

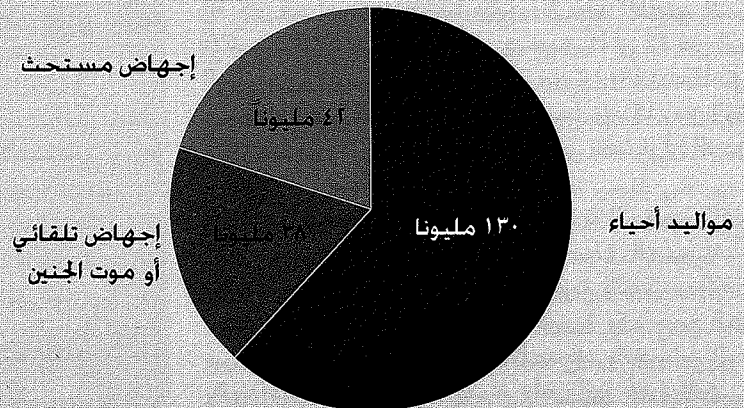
يعتبر الإجهاض غير الآمن من أكثر تحديات الصحة العامة المهمشة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.^١ حيث تُقدر نسبته بما يوازي واحدة من كل أربع حالات حمل تحدث بدون قصد، وتكون الرغبة حينئذ إما في إنجاب طفل في وقت لاحق، أو عدم إنجاب المزيد من الأطفال.^٢ وتلجأ العديد من السيدات اللاتي يواجهن حملًا غير مقصود إلى عمليات الإجهاض السرية غير الآمنة. ووفقاً 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 معاً. وتتسبب مضاعفات هذه الحالات في ١١٪ من وفيات الأمهات في المنطقة.^٣

وبعد الإجهاض واحداً من أقدم الممارسات الطبية، إذ قد وجدت أدلة على ممارسته منذ العصور القديمة بمصر واليونان وروما. وكانت 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 ٢١٠ 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 مسؤولاً عن ١٣٪ من الوفيات المرتبطة بالحمل والولادة في تلك البلدان. وقد توصلت الاتفاقيات الدولية المتعلقة بصحة المرأة إلى أن الوقاية 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 أمناً 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٪.

وتعد 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 إجهاضاً مقصوداً. وقد أظهرت الدراسة الاستقصائية (الموضحة في صفحة ٤) أن ٤٪ من النساء المتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥-٤٩ عاماً أجهن مرة واحدة على الأقل إجهاضاً 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 نظمته 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 "الإجهاض" عموماً إلى الإجهاض المتعمد، على الرغم من أنه يتضمن تقنياً كذلك الإجهاض التلقائي (فقدان الجنين). وقد ظل الإجهاض المتعمد مرادفاً للإجراءات الجراحية للإجهاض حتى وقت قريب عندما أصبح الإجهاض الدوائي (غير الجراحي) متاحاً.

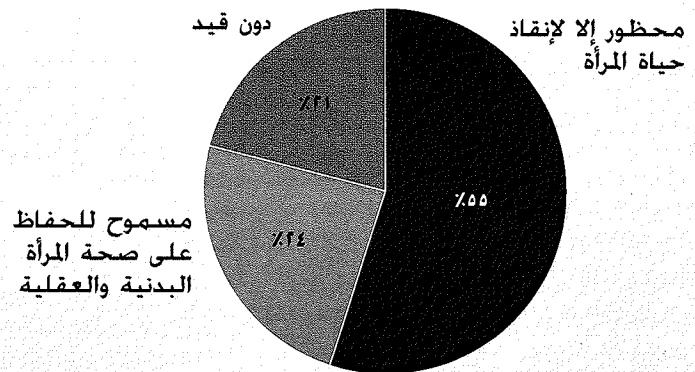
ويكون الإجهاض إجراءً آمناً عندما ينفذه مقدمو خدمات صحية مدربون في ظروف صحية ملائمة. كما يكون الإجهاض أكثر أمناً عندما يتم خلال المراحل الأولى من الحمل. ويمكن أن تتضمن الطرق الآمنة للإجهاض والتي تستخدم خلال الربع الأول من الحمل (خلال الاثني عشر أسبوعاً الأولى) كلتا الوسيلتين الجراحية أو الدوائية. وهناك عدة أنواع من الجراحة، بما في ذلك التوسيع والكحت، والتفريغ بالشفط اليدوي. إن الطرق الجراحية تتطلب التخدير، وتدريب مقدمي الخدمات، وكذلك أدوات معقدة.

ويعد التفريغ بالشفط اليدوي أكثر أمناً من التوسيع والكحت، ومن السهل أن يجريه مقدمو الخدمة الصحية المدربون، ويمكن إجراؤه باستخدام التخدير الموضعي. كما يجري الإجهاض الدوائي باستخدام نوع واحد أو أكثر من أدوية الحث على الإجهاض، ويمكن القيام به خارج العيادة، مما يسمح للنساء بتجنب التدخلات الجراحية. وتستخدم الملايين من النساء في كافة أنحاء العالم عقاري ميفيبريسستون وميزوبروستول لإنهاء الحمل المبكر. ويعد الإجهاض الدوائي آمناً وفعالاً للغاية.

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 الإجهاض إلا لإنقاذ حياة المرأة في: مصر وإيران والعراق ولبنان وليبيا وعمان والأراضي الفلسطينية وسوريا والإمارات العربية المتحدة واليمن. يسمح بالإجهاض للحفاظ على الصحة البدنية والعقلية للمرأة في: الجزائر والبحرين والأردن والكويت والمغرب وقطر والمملكة العربية السعودية. ويجري الإجهاض 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. وخُصّص المشاركون إلى أن الإجهاض غير الآمن مشكلة صحية عامة رئيسية في جميع بلدان المنطقة تقريباً. وطالبوا حكوماتهم ومؤسسات تنظيم الأسرة بمراجعة القوانين الموجودة وتقديم خدمات أفضل لمنع الحمل، وتوفير العلاج للنساء اللاتي يبحثن عن رعاية ما بعد الإجهاض.

الحد من الحمل غير المقصود:

يعد العمل على منع حدوث حالات الحمل غير المقصود جزءاً هاماً 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 قريباً 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 تحدياً في بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ويلعب مقدمو الخدمات الصحية دوراً هاماً 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 ما بين ٥٠٪ في اليمن إلى ٦٪ في تركيا. فالنظام الصحي في اليمن ضعيف نسبياً واستخدام وسائل منع الحمل هناك هو الأقل في المنطقة. ونتيجة لذلك، لا تزال المرأة اليمنية تلد نحو ستة أطفال في المتوسط، كما أن هناك حالة وفاة من بين كل ٣٩ حالة لأسباب لها علاقة بالولادة، وهي أعلى نسبة في المنطقة.^{١٠}

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

إجماع المؤتمر الدولي للسكان والتنمية حول الإجهاض

ألفت بعض اتفاقيات الأمم المتحدة الضوء على مدى تأثير الصحة العامة بالإجهاض غير الآمن، داعية الحكومات للحد من الحاجة إلى اللجوء إلى الإجهاض، وحماية صحة المرأة في حالة حدوثه.

وفي عام ١٩٩٤ عُقد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، في القاهرة، وكان أول اجتماع للأمم المتحدة لإيجاد توافق آراء عالمي بشأن الإجهاض. ونص برنامج عمل المؤتمر على ما يلي:

لا ينبغي بأي حال اعتبار الإجهاض وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة. ويجب على جميع الحكومات والمنظمات بين الحكومية وغير الحكومية ذات الصلة أن تعمل على زيادة التزامها بصحة المرأة، والعمل على معالجة الآثار الصحية الناجمة عن الإجهاض غير الآمن، باعتباره أحد العوامل الرئيسية المتعلقة بالصحة العامة، وكذلك الحد من اللجوء إلى الإجهاض من خلال التوسع في تقديم خدمات تنظيم الأسرة وتحسين جودتها.

منع الحمل غير المقصود يجب أن يُعتبر أولوية قصوى، ويجب أن تُبذل كل الجهود للحد من الحاجة إلى إجراء الإجهاض. وأن تتاح للنساء اللاتي يحملن حملاً غير مقصود فرصة الحصول على المعلومات الصحيحة والمشورة المتعاطفة، كما يجب أن يتم إقرار أي إجراء أو تغيير متعلق بالإجهاض في إطار نظم الرعاية الصحية على الصعيد القومي أو المحلي وفقاً لعملية التشريع الوطنية.

وفي الظروف التي لا يكون فيها الإجهاض مخالفاً للقانون، فلا بد أن يكون الإجهاض آمناً. وفي كل الأحوال، ينبغي أن تتاح للمرأة فرصة الحصول الفوري على خدمات ذات جودة، لأجل التعامل مع المضاعفات الناجمة عن الإجهاض. وكذلك الحصول على المعلومات والمشورة الخاصة بما بعد الإجهاض إلى جانب خدمات تنظيم الأسرة. وهو الأمر الذي من شأنه المساعدة على تجنب تكرار الإجهاض. (الأمم المتحدة، برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: الفقرة ٨.٢٥).

وقد أعادت الجمعية العامة للأمم المتحدة في نيويورك التأكيد على هذا الالتزام في عام ١٩٩٩ خلال مراجعتها لما تم تنفيذه من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسنوات الخمس السابقة. ووافقت الجمعية أيضاً على أنه "في الظروف التي لا يكون فيها الإجهاض مخالفاً للقانون، فإن على النظم الصحية أن تقوم بتدريب مقدمي الخدمات الصحية وتزويدهم بالأدوات اللازمة، كما ينبغي اتخاذ أية تدابير أخرى لضمان أن يكون هذا الإجهاض آمناً ويمكن الوصول إليه".

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

ووفقاً 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. وأشارت ١٨٪ منهن إلى أن توقيت الحمل لم يكن مناسباً. ويشير تحليل بيانات المسح إلى أن ٦٦٪ من النساء المتزوجات في إيران أجهضن مرة خلال حياتهن، وأن معدلات الإجهاض أعلى في المناطق التي يقل فيها استخدام وسائل منع الحمل الحديثة. علماً بأن لدى إيران أعلى معدل استخدام لوسائل منع الحمل بين بلدان

المنطقة. وفي مسح عام ٢٠٠٠، وجد 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 أنهن كن يرغبن في طفل آخر على الأقل في وقت لاحق، أما الثلثان الآخران فأوضحن أنهن 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 ١٥-٤٩ عاماً 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 ما 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.

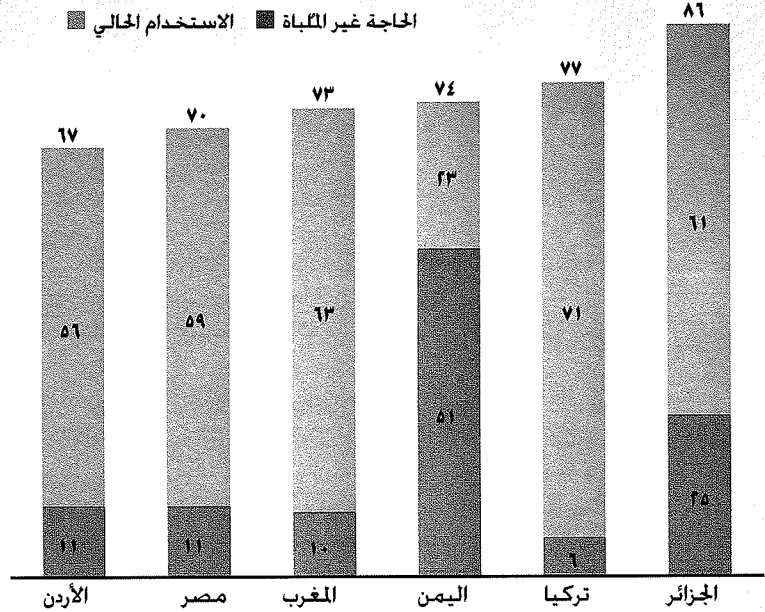
من أجل إجهاض أكثر أمناً

في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وكما 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 ٢

الطلب الكلي على تنظيم الأسرة

النسبة المئوية للنساء المتزوجات ١٥-٤٩ سنة

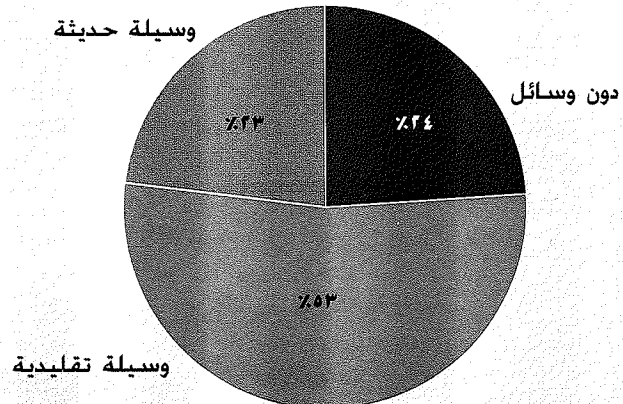


ملاحظة: يشمل الطلب الكلي على تنظيم الأسرة، النساء اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل في الوقت الحالي، بالإضافة إلى النساء اللاتي يفضلن تجنب الحمل ولكنهن لا يستخدمن وسيلة لمنع الحمل. ويشار إلى هذه الفئة الأخيرة على أن احتياجاتها غير ملباة فيما يتعلق بتنظيم الأسرة.

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.

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

وفي جميع أنحاء العالم، مع وجود استثناءات قليلة، تتجه الحكومات نحو تحرير قوانين الإجهاض. وحيث 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

للحد من حالات 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. وحينما يكون الوصول إلى هذه الخدمات صعباً نتيجة أسباب قانونية أو برامجية، تكون هناك ضرورة لتوفير رعاية ما 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 فيما يخص برعاية الإجهاض.

المناطق التي يسمح فيها بالإجهاض

خدمات الإجهاض قانونية في كل من تركيا وتونس وتقدم مجاناً بأمكان الرعاية الصحية. وبعد التحدي البرامجي الرئيسي الذي يواجه 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 بتركيا 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

الإطار ٣

الوصول للإجهاض الآمن في تونس

كانت تونس دائماً في طليعة دول المنطقة فيما يتعلق بحقوق المرأة. وأصبحت تونس في عهد الرئيس الحبيب بورقيبة أول بلد عربي يعتمد سياسة وطنية للسكان في منتصف الخمسينيات، حيث تم حظر تعدد الزوجات، ورفع سن الزواج إلى ١٧ عاماً للنساء و ٢٠ عاماً للرجال. واليوم، يعتبر الحصول على إجهاض آمناً واحداً من الحقوق القانونية للمرأة. إلى جانب الحق في العمل والتصويت والطلاق.

وفي عام ١٩٦٥ تم إنشاء المكتب القومي للمرأة والسكان، والذي نجح في تطوير برنامج قوي لتنظيم الأسرة. وأتاح في الوقت نفسه فرص الحصول على الإجهاض الآمن وخدمات الصحة الإنجابية الأخرى. وفي عام ١٩٦٥ أصبحت تونس أول بلد مسلم يضي الشرعية على الإجهاض. كجزء من الجهود الهادفة لإنهاء الإجهاض غير الآمن وتحسين صحة المرأة. ولكن حق الإجهاض كان متاحاً في نطاق محدود، حيث كان يسمح به فقط للمرأة التي لديها خمسة أطفال على الأقل. وفي عام ١٩٧٣، تم تعديل القانون ليسمح بحق الإجهاض لجميع النساء، بغض النظر عن حالتهن الزوجية أو عدد الأطفال.

ومنذ ذلك الحين، اختفت تقريباً حالات الإجهاض غير الآمن. كما انخفضت معدلات وفيات الأمهات بصورة كبيرة؛ لأنه تم تنظيم عمليات الإجهاض، حيث أصبحت تتم عموماً بمعايير طبية مرتفعة. بالإضافة إلى ذلك، فقد انخفض معدل الإجهاض من ١١ حالة إجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة في سن الإنجاب في عام ١٩٩٠ إلى حوالي ٧ حالات لكل ١٠٠٠ امرأة في عام ٢٠٠٣.

كما كانت تونس أول دولة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تسمح بالإجهاض الدوائي كبديل للطرق الجراحية في عام ٢٠٠١، وذلك بعد إجراء سلسلة من الدراسات السريرية التي أثبتت فعاليتها وسلامته وقبوله. ومن خلال البحوث الجارية والتعاون والابتكار، يواصل المكتب القومي للمرأة والسكان التركيز على تحسين خدمات تنظيم الأسرة. وفي الوقت نفسه ضمان أن خدمات الإجهاض آمنة ومتاحة 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.

العالمية 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 السريرية التمهيدية، لكنها لم تدمج هذه الوسيلة بعد ضمن الخدمات الصحية، ويعزى ذلك جزئياً إلى عدم توافر عقار ميفبريستون تجارياً. وينتشر الإجهاض الدوائي في تونس أكثر منه في تركيا. وقد ازداد اللجوء إلى الإجهاض الدوائي ليصبح الأسلوب المعباري للرعاية في كثير من المرافق الصحية في تونس (انظر الإطار ٣). وحينما تم عرض الإجهاض الدوائي على السيدات الراغبات في الإجهاض، اختارته أكثر من ستين بالمائة منهن.^{١٦}

- قد يفسر النظام 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 بالقانون بسبب عدم وضوحه.
- قد تضطر المرأة إلى شق طريقها بنفسها داخل البيروقراطية أو التعليمات غير الواضحة.
- قد تكون النساء أيضاً غير مدركات لحقوقهن، أو غير قادرات على العثور على مقدم الخدمة الذي يوافق على إجراء الإجهاض ويكون قادراً في الوقت نفسه على توفير الخدمة.

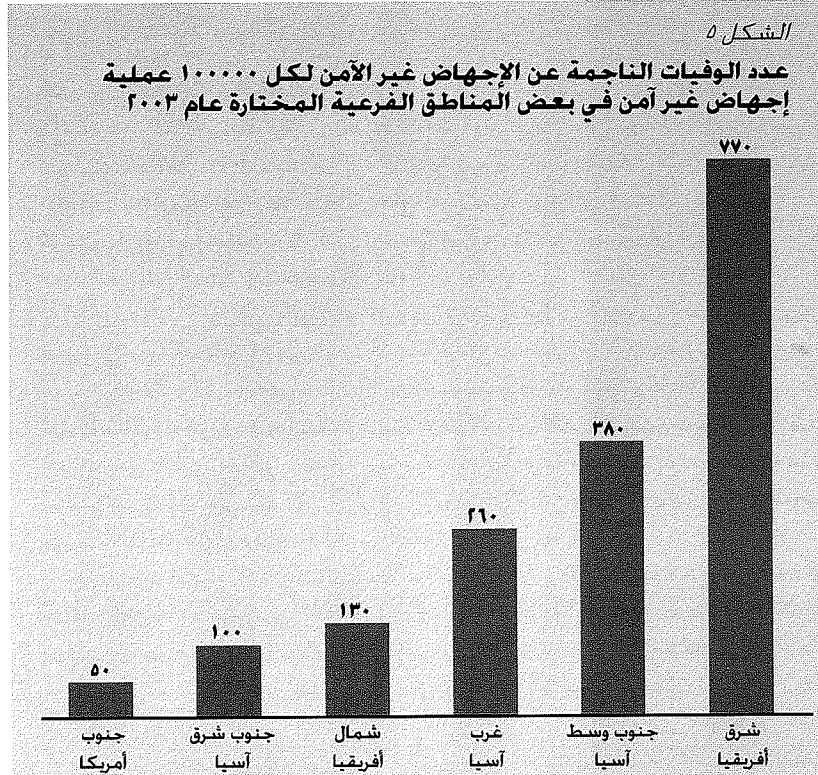
لتخفيف عبء الإجهاض غير الآمن على صحة وحياء المرأة، يجب أن تفسر القوانين بأوسع شكل ممكن بواسطة النظم الصحية والقانونية. وأن تتوقف نتيجة الإجهاض غير الآمن على استعداد المرأة لاستخدام الخدمات الطبية، واستعداد الكادر الطبي للتعامل بسرعة مع أية مضاعفات. وتتأثر النساء الشابات بشكل أكبر بقوانين الإجهاض المقيدة 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 يجعلها 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 جزءاً كبيراً من الموارد. وتقريباً 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 بما فيها مصر 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 والجسدية 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.



ملاحظة: منطقتا غرب آسيا وشمال أفريقيا تشكلان معاً منطقة الشرق 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، منها 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.

الإطار ٤

توسيع نطاق رعاية ما بعد الإجهاض في مصر:

كانت مصر ومنذ عام ١٩٩٤، في مقدمة دول المنطقة في منح النساء فرص الحصول على رعاية ما بعد الإجهاض، بما في ذلك استخدام جهاز الشفط اليدوي، وتدريب مقدمي الرعاية الصحية على تقديم المشورة للنساء اللاتي حدث لهن إجهاض، وتوجيههم إلى خدمات تنظيم الأسرة.

ولا توجد بيانات وطنية يمكن الاعتماد عليها عن حالات الإجهاض في مصر ومع ذلك تشير بعض الدراسات المحلية الصغيرة إلى أن الإجهاض شائع في مصر بنسبة قدر شيعه في البلدان التي يكون فيها الإجهاض قانونياً، ولكنه أكثر سرية وغير آمن. وأوضحت دراسة أجراها مركز السكان بالقاهرة على ١٣٠٠ سيدة مصرية، أن ثلثهن حاولن إنهاء الحمل، وتلك نسبة يمكن مقارنتها مع بعض البلدان المتقدمة.

وبالمثل، فقد وجدت دراسة محلية صغيرة أجريت في صعيد مصر أن ٤١٪ من النساء في المناطق الريفية أجهضن مرة واحدة على الأقل، وأن ٢٥٪ أجهضن أكثر من مرة. وقد أجرت الغالبية العظمى من هؤلاء السيدات (٩٢٪) الإجهاض دون مساعدة طبية متخصصة، ولجان بدلا من ذلك إلى مساعدة من قابلة تقليدية، أو أحد الأقارب أو الجيران، أو مقدم الخدمة التقليدي.

وفي عام ٢٠٠٧، بدأت هيئة جينيوتي للمشاريع الصحية بالتعاون مع اثنتين من المستشفيات البحثية الكبرى وهما: (مستشفى الجلاء التعليمي في القاهرة، ومستشفى الشاطبي للولادة في الأسكندرية) في تقييم جدوى استخدام قرصين من الميزوبروستول وهو عقار غير مكلف وسهل الاستعمال، كما أنه متاح على المستوى المحلي وأثبتت فعاليته بشكل كبير (حوالي ٩٥٪) في علاج حالات الإجهاض غير الكاملة. ويمكن أن يساهم توسيع نطاق استخدام عقار الميزوبروستول لرعاية ما بعد الإجهاض، في الحد من عبء التأثيرات الناجمة عن الإجهاض غير الآمن على مرافق الرعاية الصحية، بحيث تستغل موارد هذه المرافق لعلاج المشاكل الصحية الملحة الأخرى.

وسوف يستفيد النظام الصحي المصري أيضاً من خفض حالات الإجهاض المتكررة عن طريق ربط رعاية ما بعد الإجهاض على نحو أفضل بخدمات تنظيم الأسرة. وقد أظهرت دراسة جدوى حول ربط هذه الخدمات، أن ٣٪ فقط من النساء اللاتي تلقين رعاية ما بعد الإجهاض قد حصلن على وسيلة تنظيم الأسرة عند خروجهن، على الرغم من أن المرافق الصحية كانت مجهزة، كما كان مقدمو الخدمة مدربين على تقديم خدمات تنظيم الأسرة. وخلصت الدراسة إلى أن الأنشطة التعليمية، وتدريب مقدمي الخدمة الصحية، وكذلك معايير الخدمة ضرورية لمساعدة النساء على تجنب تكرار حالات الحمل غير المقصود.

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).

ووفقاً لأحد تقارير 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 ٢ 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 بموزمبيق، حيث اعتمدوا خطة عمل لضمان حصول الجميع على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة، بما في ذلك الرعاية المتعلقة بالإجهاض.^{٢٠}

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 مقيداً، لا يعلم أحد شيئاً عما إذا كانت معدلات الإجهاض تتزايد أم تتناقص، 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 عبئاً كبيراً 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.

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 المكتب المرجعي للسكان في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا إلى الاستجابة للاحتياجات الإقليمية في الوقت المناسب من خلال التحليل الموضوعي للمعلومات الخاصة بقضايا السكان الاجتماعية والاقتصادية، وقضايا الصحة الإنجابية. ويرفع البرنامج الوعي بهذه القضايا لدى صناع القرار في المنطقة وبالمجتمع الدولي أملاً في التأثير على السياسات وتحسين حياة المواطنين الذين يعيشون في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

ويقدم المكتب المرجعي للسكان للناس في كافة أنحاء العالم معلومات عن السكان والصحة والبيئة. ويمكنهم من استخدام هذه المعلومات لتحسين صحة الأجيال الحالية وأجيال المستقبل.

هيئة جينيوتي للمشاريع الصحية

هيئة جينيوتي للمشاريع الصحية هي هيئة بحثية تقدم المساعدة التقنية، وتؤمن بفكرة أن يكون لدى الجميع القدرة على الوصول لثمار التطور العلمي والطبي والتكنولوجي. ويشتمل عملها في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا على البحوث السريرية والتنفيذية ذات التكلفة المنخفضة وتكنولوجيات الصحة الإنجابية سهلة الاستخدام. كما أن هيئة جينيوتي هي التي أسست المبادرة الإلكترونية لمعلومات الصحة الإنجابية بالعربية: www.ArabicRHInfo.org. للحصول 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 التقرير السيدة رشما دبش، كبيرة منسقي البرامج في هيئة جينيوتي، والسيدة فرزانه رودي-فهيمي، مديرة برنامج الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في المكتب المرجعي للسكان، وذلك بمساعدة من موظفي المكتب المرجعي للسكان. شكر خاص لكل من ساهم في مراجعة المسودات المختلفة لهذا التقرير وقدم ملاحظات مفيدة، السيد أحمد رجب من جامعة الأزهر بالقاهرة، والسيدة نهلة تواب من مكتب البوبولاشن كونسيل لغرب آسيا وشمال أفريقيا، والسيد منتصر كمال من مكتب مؤسسة فورد في القاهرة، والسيدة ليلى حسيني من هيئة إيباس، والسيد أمير عرفاني من جامعة ويسترن أونتاريو في كندا، والسيدة بيفرلي وينيكوف من هيئة جينيوتي، وإلى كل من لوري آشفورد وريتشارد سكولنيك من المكتب المرجعي للسكان. وقد تم البحث الخاص بهذا التقرير بالتعاون مع هيئة جينيوتي.

تمت الترجمة بواسطة رانيا صبري ود. نسرين بيطار ومها نكلا

تم تمويل ملخص السياسات هذا من مكتب مؤسسة فورد بالقاهرة.

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