التحليل الجغرافي لواقع المرأة الإفريقية التعليمي والصحي: دراسة جغرافية

إعداد

الدكتور / السيد محمد على محمود

حاصل على دكتوراه في الجغرافيا الاجتماعية

DOI: 10.21608/jfpsu.2021.49965.1023

التحليل الجغرافي لواقع المرأة الأفريقية التعليمي والصحي:" دراسة جغرافية ".

ملخص البحث:

يعد وضع النساء في أي مجتمع مقياساً لمدى تطور ونمو هذا المجتمع. ولقد اهتمت المحافل الدولية بقضايا المرأة ومنها: التعليم والصحة.

ويتأثر واقع المرأة التعليمي والصحي بالعديد من العوامل منها: طبيعة الإطار الاجتماعي والثقافي المحيط بالمرأة، والتنمية الاقتصادية المتحققة في المجتمع، بالإضافة إلى سياسات الدولة المتعلقة بالمرأة.

وتهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على الواقع التعليمي والصحي للمرأة الأفريقية خلال سنوات زمنية مختلفة، ومقارنة هذا الواقع بأوضاع المرأة على مستوى العالم وأقاليمه المختلفة، وإبراز التباين المكاني والأسباب الجغرافية لتباين الواقع التعليمي والصحي للمرأة الأفريقية عبر أقاليم ودول القارة.

وتضمنت الدراسة الواقع التعليمي والصحي للمرأة الأفريقية، وتناولت من خلاله تطور واقع المرأة التعليمي والصحي، والتباين المكاني للواقع التعليمي والصحي للمرأة الأفريقية عبر أقاليم ودول القارة.

وأظهرت الدراسة أنه رغم تحسن الواقع التعليمي والصحي للمرأة الأفريقية مع مرور الزمن، إلا أنه ما زال واقعها التعليمي والصحي أدنى من نظيره بالعديد من أقاليم العالم. كما أظهرت الدراسة وجود تباين وتفاوت بين أقاليم ودول القارة فيما يتعلق بالواقع التعليمي والصحي للمرأة.

وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز تعليم الفتيات من خلال حملات توعية بأهمية تعليمها، وخفض التكاليف المباشرة وغير المباشرة لتعليم الفتيات، ومناهضة الزواج المبكر قبل السن القانوني، وتحسين البيئة المدرسية، والتوسع في إنشاء المدارس لتقليل الوقت والمسافة إلى المدرسة، كما أوصت الدراسة بضرورة الاهتمام ببرامج التثقيف الصحي للمرأة الأفريقية، والتوسع في خدمات تنظيم الأسرة، ووضع آليات مستدامة لتمويل علاج مرض نقص المناعة البشرية المكتسبة/ الإيدز، ومراعاة حصول المرأة على الرعاية الصحية خاصة خلال الفترة الإنجابية.

الكلمات المفتاحية: المرأة – التعليم– الصحة – قارة أفريقيا– الخصوبة

Geographical analysis of the educational and health status of African women: " A geographical study".

By: ***Dr. Elsayed Mohammed Ali Mahmoud***

Abstract

The status of women in any society is a measure of the extent of development and growth of this society. The forums focused on women's issues, including: education and health.

The educational and health status of women is influenced by many factors, including: the nature of the social and cultural framework surrounding women, and the economic development achieved in society, in addition to the state's policies related to women.

The current study aims to identify the educational and health status of African women during different years, and to compare this reality with the status of women at the level of the world and its different regions, and to highlight the spatial variation and geographical reasons for the variation in the educational and health status of women across the regions and countries of the continent.

The study included the educational and health status of African women, and dealt with through it the development of the educational and health status of women, and the spatial variation of the educational and health status of African women across the regions and countries of the continent.

The study showed that despite the improvement of the educational and health status of the African woman with the passage of time, her educational and health status is still less than that of many regions of the world. The study also showed the presence of different variation among the countries of the continent with regard to the educational and health status of women.

The study recommended the necessity of enhancing girls' education through awareness campaigns about the importance of their education, reducing direct and indirect costs for girls 'education, opposing early marriage before the legal age, improving the school environment, and expanding the construction of schools to reduce time and distance to reach them, and the study also recommended that attention must be paid to health education programs for African women and expanding family planning services, developing sustainable mechanisms to finance treatment for HIV/AIDS, and taking into account women's access to health care, especially during the reproductive period.

Key words: women - education - health - Africa - fertility

مقدمة:

تشكل النساء نصف عدد السكان، وبالتالي نصف طاقة المجتمع الإنتاجية، ولذلك أصبح لزاماً أن يسهمن في عملية التنمية في بلادهن على قدم المساواة مع الرجل، بل أصبح وضع النساء في أي مجتمع يعتبر مقياساً لمدى تطور ونمو هذا المجتمع. واهتمت المحافل الدولية منذ بداية السبعينيات من القرن العشرين بالاهتمام بقضايا المرأة ومنها التعليم والصحة. حيث يلعب التعليم عامة، وتعليم الإناث خاصة، دوراً أساسياً في تطور أوضاع المرأة الاجتماعية والاقتصادية والصحية والسياسية، ذلك أن التعليم يسهم بشكل واضح في تدعيم شخصية المرأة، ويمنحها الثقة بالنفس، ويجعلها أكثر وعياً وإدراكاً للأمور، وأكثر قدرة على الاختيار، كما أن الاستثمار الكافي لتعزيز التنمية الشاملة وزيادة استدامة التقدم التنموي يعلق أهمية كبيرة للاستثمار في تعليم الفتاة والمرأة حيث يساعد تعليم المرأة على ارتفاع المستوى التعليمي لأبنائها وخفض معدلات تسربهم ورسوبهم، كما يساعد على الحد من الفقر وتحقيق مكاسب اقتصادية من خلال زيادة مشاركة الإناث في سوق العمل، ويسهم تعليم المرأة بشكل فعال في تشكيل ثقافتها الصحية وبفضل ذلك تتحسن صحتها وصحة أفراد أسرتها، الأمر الذي يؤدي إلى خفض معدل الوفيات عامة ووفيات الأطفال والأطفال الرضع خاصة، وبالتالي زيادة العمر المتوقع عند الولادة، كما يسهم تعليم الإناث على خفض معدل الخصوبة وارتفاع معدل استخدام وسائل تنظيم الحمل، وفرص أقل للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وغيره من الأمراض، كما يجعل التعليم المرأة أكثر وعياً بالقضايا السياسية وأكثر اهتماماً بالأنشطة الاجتماعية من خلال المشاركة الفعالة في المجتمع المدني.

وتجدر الإشارة إلى أن دور المرأة في عملية التنمية يعتمد بشكل كبير على جملة من العوامل التي تؤثر على استعداد المرأة للمشاركة في التنمية، وتتمثل هذه العوامل في طبيعة الإطار الاجتماعي الثقافي المحيط بالمرأة، والتنمية الاقتصادية المتحققة في المجتمع، بالإضافة إلى سياسات الدولة المتعلقة بالمرأة، ولا شك أن هذه العوامل تتفاعل جميعاً بعضها مع بعض لتشكل أوضاع المرأة الاجتماعية والاقتصادية والسياسة والتي تؤثر بدورها على مشاركة المرأة في عملية التنمية بكافة مجالاتها.

أهمية الدراسة:

تنبع أهمية الدراسة من كونها أحد الدراسات التي تقدم تحليلاً للخصائص التعليمية والصحية للمرأة في قارة أفريقيا، ومقارنتها بالمستوى العالمي ومستوى أقاليم العالم الأخرى، ومن ثم فإنها سوف تمثل مرجعاً

أساسياً لصناع القرار والمهتمين بشؤون المرأة على مستوى قارة أفريقيا، كما يؤمل من الدراسة أن تسهم في تقليص فجوة التنمية المتعلقة بواقع المرأة التعليمي والصحي في قارة أفريقيا.

إشكالية الدراسة:

تدور إشكالية الدراسة حول الأسئلة التالية:

- ما مقدار التغير في الواقع التعليمي والصحي للمرأة في أفريقيا خلال سنوات مختلفة؟
- ما مدى تباين الواقع التعليمي والصحي للمرأة الأفريقية على مستوى أقاليم ودول القارة؟
- ما مقدار تباين الواقع التعليمي والصحي للمرأة الأفريقية مقارنة بنظيرتها على مستوى أقاليم العالم؟
- ما أسباب تباين الواقع التعليمي والصحي للمرأة في أفريقيا؟

أهداف الدراسة:

ويهدف البحث إلى:

- التعرف على الواقع التعليمي والصحي للمرأة في أفريقيا خلال سنوات زمنية مختلفة.
- مقارنة الأوضاع التعليمية والصحية للمرأة الأفريقية بمثيلتها بأقاليم العالم.
- إبراز التباين المكاني للواقع التعليمي والصحي للمرأة في أفريقيا عبر أقاليم ودول القارة المختلفة.
- الوقوف على أسباب التباين المكاني للواقع التعليمي والصحي للمرأة الأفريقية.

منهجية الدراسة:

اعتمدت الدراسة على منهج التحليل المكاني Spatial Analysis Approach في إظهار الفروق والتباينات المكانية بين أقاليم ودول قارة أفريقيا وكذلك بين قارة أفريقيا وأقاليم العالم الأخرى بشأن الواقع التعليمي والصحي للمرأة الأفريقية، والمنهج السببي التأثيري Cause-Effect Appoach في التعرف على أسباب التباينات المكانية المتعلقة بالأوضاع التعليمية والصحية للمرأة الأفريقية، والمنهج التطوري Evolutionary Approach لدراسة وفهم تطور الواقع التعليمي والصحي للمرأة الأفريقية خلال سنوات مختلفة، والمنهج الإقليمي والذي اهتم برصد وتحليل واقع المرأة الأفريقية عبر أقاليم القارة المختلفة.

الدراسات السابقة:

يمكن تصنيف الدراسات التي ناقشت جوانب من أوضاع المرأة على النحو التالي:

١-دراسات تناولت الوضع التعليمي للمرأة ومنها دراسة (Atekyereza, 2001)[١] بعنوان "تعليم الفتيات والنساء في أوغندا"، هدفت الدراسة إلى تحليل أسباب انخفاض التسجيل، وارتفاع معدلات التسرب في المدارس الأوغندية، وخاصة بالنسبة للنساء. وتبين أن العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والأيديولوجية تؤثر بشكل كبير على قرارات الوالدين أو الأوصياء بشأن بقاء الفتيات في المدرسة. والعادات والتقاليد المتعلقة بالوضع الاجتماعي للمرأة التي تم دمجها، بوعي أو بغير وعي في الاقتصاد والإطار السياسي، يزيد من تفاقم وضع المرأة.

دراسة (Tuwora& Sossoub, 2008)[٢] بعنوان "التمييز بين الجنسين والتعليم في غرب أفريقيا: استراتيجيات للمحافظة على الفتيات في المدرسة"، وتناولت أسباب الفجوة المستمرة بين الجنسين الإناث والذكور في البلدان الإفريقية الثلاثة وهي غانا ونيجيريا وتوغو في غرب إفريقيا. والعلاقات بين الجنسين، والممارسات الثقافية مثل الزواج المبكر، واستعباد الأطفال، ورعاية الأطفال والاتجار بهم، والفقر، والواجبات المنزلية المتعددة للفتيات، وناقشت أيضا استراتيجيات لتحسين التحاق الإناث بالمدارس.

دراسة (Pehrsson, 2012)[٣] بعنوان "محددات معرفة القراءة والكتابة في أفريقيا"، وهدفت الدراسة إلى استكشاف العوامل التي تحدد معرفة القراءة والكتابة لدى البالغين في أفريقيا. وتبين أن معرفة القراءة والكتابة لدى البالغين تتأثر بشدة بمعدلات الالتحاق بالمدارس الابتدائية، وإنفاق الحكومة على التعليم ومعدلات الخصوبة.

(1) Atkyereza, P, R., The education of girls and women in Uganda, VOL 16, NO 2 July 2001, Journal Of Social Development in Africa, available at: https://www .researchgate.net/publication .

(2)Tuwora, T., & Sossoub, M,A.,Gender discrimination and education in West Africa: strategies for maintaining girls in school, International Journal of Inclusive Education ,Vol. 12, No. 4, July 2008, pp. 363–379.

(3)Pehrsson, M., Determinants of Literacy in Africa - A panel data study , school of Economic and Mangement, 2012. Lund University. Available at (http://www. lup.lub.lu.se/student-papers/record).

دراسة (Dube, 2015)[١] بعنوان "التفاوت بين الجنسين في الالتحاق بالمدارس والتحصيل التعليمي في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى"، وهدفت إلى فهم العوامل الرئيسية التي تسهم في استمرار الفوارق بين الذكور والإناث من مستوى المدارس الابتدائية حتى المستوى الجامعي. ووجدت الدراسة أن هناك مجموعة متنوعة من الأسباب الاجتماعية والثقافية والاقتصادية المسؤولة عن هذه الفوارق. ومع ذلك، فإن التباينات بين الجنسين تفسر إلى حد كبير بالمعتقدات والمواقف الثقافية.

دراسة (Shapiro& Tenikue, 2017)[٢] بعنوان " تعليم المرأة، وفيات الرضع والأطفال، وتراجع الخصوبة في المناطق الحضرية والريفية بأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى"، وخلصت الدراسة إلى أن تسريع الزيادات في تعليم النساء وانخفاض عدد الوفيات الرضع والأطفال له القدرة على تسريع انخفاض الخصوبة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

٢- **دراسات تناولت الأوضاع الصحية للمرأة ومنها: دراسة (Tawiah, 2001)**[٣] بعنوان "رعاية صحة الأم في خمسة بلدان جنوب الصحراء الكبرى بحثت الدراسة عدم المساواة في الوصول إلى خدمات رعاية صحة الأم وحددت العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بصحة الأم.

دراسة (Kalipeni & Zulu, 2013)[٤] بعنوان "فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز في إفريقيا: تحليل جغرافي متعدد المقاييس المكانية"، هدفت الدراسة إلى تقديم طريقة بديلة في تقنيات نظم المعلومات الجغرافية والتحليل المكاني لتقدير انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، وأظهرت النتائج أن العديد من المتغيرات: مثل استغلال الموارد وهجرة اليد العاملة والجنس والثقافة والفقر وعبء المرض ساهم بشكل مختلف في الانتشار السريع لهذا المرض سواء في المكان والزمان. وأوصت بضرورة التركيز على تغيير

(1)Dube,T., Gender Disparities in Educational Enrolment and Attainment in Sub-Saharan Africa, Journal of Educational and Social Research Mcser Publishing, Rome-Italy, Vol. 5 No.3, September 2015, pp 279-284.

(2)Shapiro,D., Tenikue,M., Women's education, infant and child mortality, and fertility decline in urban and rural sub-Saharan Africa, Demographic Research Volume 37, Article 21, PP 669-708, Published 13 September 2017, available at:(http://www.demographic-research.org).

(3)Tawiah, E.O., Maternal health care in five sub-Saharan, African countries, African Population Studies Vol 25, 1 (April 2011), Regional Institute for Population Studies, University of Ghana, available at: (http://aps.journals.ac.za).

(4)Kalipeni, E & Zulu, L, C., HIV and AIDS in Africa: a geographic analysis at multiple spatial scales, 2013. available at: https://www.researchgate.net/publication

السلوك لأن العلاج وحده قد لا يغير الوباء. على أن يكون تغيير السلوك والعلاج متعدد الأوجه ومتعدد التخصصات مع الأخذ في الاعتبار السياق الاقتصادي والواقع الاجتماعي على مستويات مكانية متعددة.

دراسة (Ramjee & Daniels, 2013)[١] النساء وفيروس نقص المناعة البشرية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وأظهرت الدراسة أن هناك العديد من العوامل التي تزيد من تعرض المرأة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ، بما في ذلك ، المخاطر السلوكية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية والهيكلية.

دراسة **(Isyaku& Tilde, 2015)**[٢] بعنوان "وفيات الأمهات في البلدان النامية: (تهديد للهدف الإنمائي للألفية)"، ناقشت الدراسة مفاهيم وفيات الأمهات، وعوامل وفيات الأمهات في البلدان النامية والطريق إلى الأمام للحد من وفيات الأمهات في البلدان النامية. واقترحت تشجيع الأمهات الحوامل في الدول النامية على الحضور للعيادات السابقة للولادة للفحوصات الروتينية، بحيث يتم تشخيص عوامل الخطر للعدوى المرتبطة بالحمل، وأيضًا يجب تكثيف برنامج التثقيف الصحي والترويج له في البلدان النامية من أجل خلق الوعي، بحيث يمكن للناس تبني السلوك الصحي الإيجابي.

دراسة (Machio, 2017)[٣] بعنوان محددات وفيات الأطفال حديثي الولادة ووفيات الأطفال دون الخامسة في كينيا، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الاستخدام الملائم لخدمات الرعاية السابقة للولادة وخدمات الرعاية الماهرة للولادة كان مرتبطاً بتقليل خطر وفيات الأطفال.

ويشمل البحث المحاور التالية:

المحور الأول: التحليل الجغرافي للواقع التعليمي للمرأة في أفريقيا: وتم من خلاله إلقاء الضوء على التوزيع العددي والنسبي للإناث على مستوى القارة، وقياس الواقع التعليمي للمرأة الأفريقية وتطوره مقارنة بالواقع التعليمي للمرأة بأقاليم العالم المختلفة، ومدى تباين وتفاوت الواقع التعليمي للمرأة على مستوى أقاليم

(1) Ramjee, G., & Daniels, B., Women and HIV in Sub-Saharan Africa, AIDS Research and Therapy 2013. available at: (http://www.aidsrestherapy.com).

(2)Isyaku, A, M.,& Tilde,B, Y., Maternal Mortality in Developing Countries: A Threat to the Millennium Development Goal, IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS) e-ISSN: p. 2320–1959-ISSN: 2320–1940, Volume. 4, Issue 5 Ver. I (Sep - Oct. 2015), PP.17-21 www.iosrjournals.org.

(3)Machio,P, M., Determinants of Neonatal and Under-five Mortality in Kenya: Do Antenatal and Skilled Delivery Care Services Matter? AERC Research Paper 340, African Economic Research Consortium, Nairobi, September 2017.

ودول قارة أفريقيا من خلال مجموعة من المؤشرات القياسية وهي: معرفة القراءة والكتابة للإناث، نصيب الإناث من سنوات التعليم، تطور الالتحاق الإجمالي للإناث بالمراحل التعليمية المختلفة وأبعاده المكانية على مستوى قارة أفريقيا.

المحور الثاني: الأبعاد المكانية لواقع المرأة الأفريقية من الناحية الصحية: وتم من خلاله التطرق إلى التعرف على تطور الواقع الصحي للمرأة الأفريقية ومدى الاختلاف بينه وبين الواقع الصحي للمرأة في أقاليم العالم المختلفة، وكذلك مدى تباين وتفاوت الواقع الصحي للمرأة على مستوى أقاليم ودول القارة من خلال مجموعة من المؤشرات تتضمن: توقع الحياة عند الميلاد للإناث، وفيات الإناث أقل من خمس سنوات، الإصابة بالإيدز للإناث من (١٥-٤٩) سنة، الخصوبة الكلية للإناث، وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة.

مجتمع الإناث في قارة أفريقيا:

لا شك أن التركيب النوعي للسكان يمثل أهمية كبيرة فالتوازن بين الذكور والإناث أمر مهم، وله أبعاد ديموغرافية واقتصادية واجتماعية[١]، وبلغ جملة عدد سكان قارة أفريقيا ٩٢٤,٧٦ مليون نسمة عام ٢٠٠٥، تشكل ١٤,١٪ من جملة عدد سكان العالم (٦٥٤٢,١٦) مليون نسمة، وبلغت جملة عدد الإناث بالقارة (٤٦٣,٨١) مليون نسمة، تشكل ٥٠,٢٪ من جملة عدد سكان القارة، وتمثلن ١٤,٣٪ من جملة الإناث على مستوى العالم (٣٢٤٦,٠٤) مليون أنثى عام ٢٠٠٥، بينما ارتفع جملة عدد الإناث بقارة أفريقيا ليصل إلى (٦٤٤,٦٢) مليون نسمة عام ٢٠١٨، يشكلن ٥٠,١٪ من جملة عدد سكان القارة (١٢٨٧,٩٢) مليون نسمة، ويمثلن ١٧٪ من جملة عدد الإناث على مستوى العالم (٣٧٨٢,١٠) مليون أنثى عام ٢٠١٨[٢].

(١) رشود بن محمد الخريف، التركيب العمري والنوعي لسكان المملكة العربية السعودية: دراسة التباين الجغرافي والتغيرات الديموغرافية، الدارة، العدد ٢- السنة ٢٥-١٤٢٠هـ، ص ٦٦.

(2)United Nations, Nations Unies New York, 2018, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division, Statistical Yearbook 2018 edition Sixty-first issue.p.13.

أولاً: التحليل الجغرافي للواقع التعليمي للمرأة في إفريقيا.

يوفر التعليم المعرفة والمهارات للإناث من أجل فهم أفضل والتعامل مع تحديات الحياة. ويتضمن التعليم تفاعلًا اجتماعيًا، لا يسمح للفتيات فقط بالشعور بأنهن لسن وحدهن، ولكن أيضًا للشعور بدعمٍ جيد من أقرانهن ومعلميهم/ المعلمين. كما تميل الفتيات المتعلمات إلى الزواج في سن مناسبة، مما يقلل في النهاية من عدد حالات زواج الأطفال والمشاكل الصحية. مع زيادة التثقيف الصحي، يمكنهم من رعاية صحة أسرهم ورفاهيتهم بشكل أفضل. فإذا قمت بتعليم امرأة تصبح أمًا، فأنت تقوم بتثقيف أسرة بأكملها، وتخفض معدلات وفيات الأطفال وتزيد من إمكانات الكسب الاقتصادي مع أفراد الأسرة الأكثر صحةً وأكثر إنتاجية اقتصادية. وإذا كانت الفتيات متعلمات، فسوف يكون لديهن فهم أفضل للتغذية والنظافة وتربية أطفالهن. "إن تعليم الإناث لا يحسن حياتهن فحسب، بل يحسن حياة أسرهم والمجتمع ككل. حرمان الإناث من حقهن في التعليم يجعل الكثير من المجتمعات في الظلام وفي وضع غير مؤات. أشارت الدراسات إلى أن تعليم الفتيات يزيد من أجور النساء، والإنتاجية الصحية، كما أنه يسمح للنساء في البلدان النامية بالوصول إلى أسواق العمل المتزايدة، مما يجعلهن المستفيدات الرئيسيات"[١].

(١-١) معرفة القراءة والكتابة [*]:

ازدادت أهمية معرفة القراءة والكتابة والتعليم الأفضل في أوساط الاقتصاديين والباحثين في مجال التنمية وصانعي السياسات بشأن كيفية الحد من الفقر وزيادة النمو الاقتصادي والتنمية البشرية. وبالاشتراك مع الكثير من المؤشرات الأخرى، يمكن استخدام معدل معرفة القراءة والكتابة لدى البالغين قياس مستوى التنمية في البلد وكمتغير ناتج عن جودة وفعالية نظام المدارس في البلد[٢]، معرفة القراءة والكتابة هي القدرة على القراءة والكتابة مع فهم عبارة بسيطة تتعلق بالحياة اليومية للشخص[٣].

(1) Hill, A.,& King, Elizabeth. (Eds). (1993). Women's Education in developing Counties. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University press.p.1, Available at: (http://www.popline.org/node).

(*) معدل معرفة القراءة والكتابة: عدد السكان البالغين من العمر ١٥ سنة فما فوق والملمين بالقراءة والكتابة، معبراً عنه كنسبة مئوية من مجموع السكان في عمر ١٥ سنة فأكثر: الأمم المتحدة، مركز اليونيسكو للإحصاء، مؤشرات التربية: توجيهات فنية/ تقنية، ٢٠٠٩، ص٣.

(2) Pehrsson, M., Determinants of Literacy in Africa - A panel data study , Lund University, p.7. Available at (http://www. lup.lub.lu.se/student-papers/record)

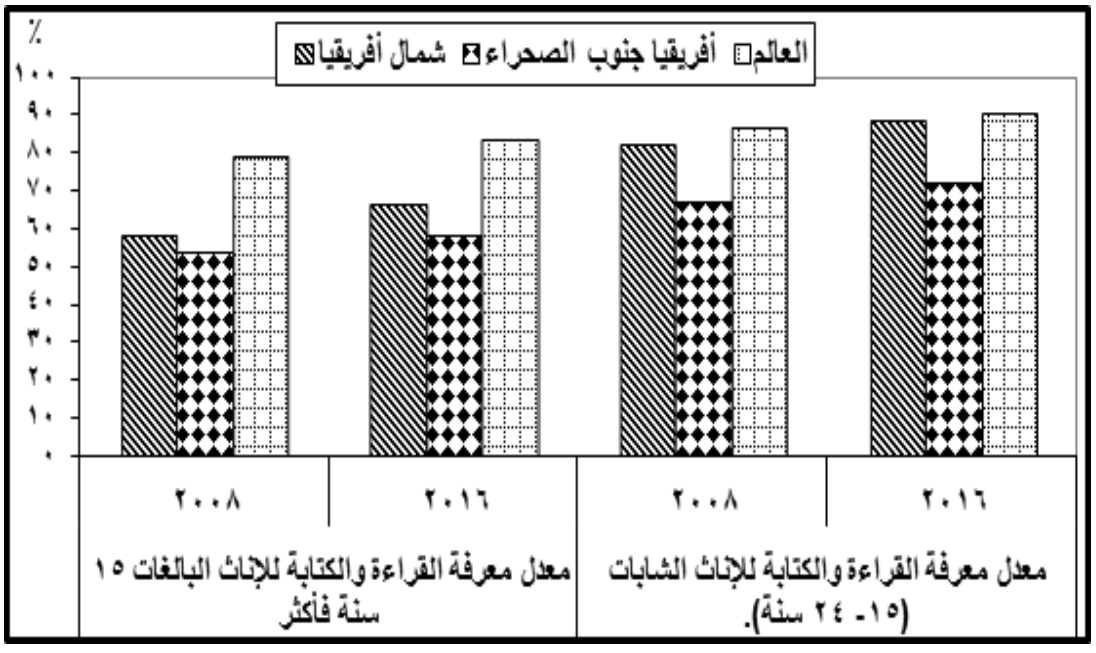
(3)Unesco."The plurality of literacy and its implications for policies and programmers". UNESCO Education Sector: Paris, 2004. p.13. Available at: (https://www. unesdoc.unesco.org/ark).

ترتفع معدلات معرفة القراءة والكتابة بين الذكور والإناث في أفريقيا بشكل مستمر لكن معدل معرفة القراءة والكتابة لدى الإناث كان أبطأ من معدل معرفة القراءة والكتابة لدى الذكور، وكلاهما أقل من معدلات معرفة القراءة والكتابة بالعديد من أقاليم العالم.

جدول (١) تغير معدل معرفة القراءة والكتابة للإناث في أفريقيا خلال الفترة (٢٠٠٨- ٢٠١٦).

المؤشر / الإقليم	معدل معرفة القراءة والكتابة للإناث البالغات ١٥ سنة فأكثر		معدل معرفة القراءة والكتابة للإناث الشابات (١٥- ٢٤ سنة).	
	٢٠٠٨	٢٠١٦	٢٠٠٨	٢٠١٦
شمال أفريقيا	٥٨,١	٦٦,٠	٨٢,٢	٨٨,٠
أفريقيا جنوب الصحراء	٥٣,٦	٥٨,٠	٦٧,١	٧٢,٠
العالم	٧٨,٩	٨٣,٠	٨٦,٤	٩٠,٠

Source: UNESCO Institute for Statistics, Data Centre, stats.uis.unesco.org, UIS Fact Sheet, No. 3, September 2010, , UNESCO Institute for Statistics, Fact Sheet. No. 45, September ,2017



شكل (١) تغير معدل معرفة القراءة والكتابة للإناث في أفريقيا خلال الفترة (٢٠٠٨-٢٠١٦).

يوضح جدول(١) والشكل (١) تغير معدل معرفة القراءة والكتابة للإناث بأفريقيا ويتضح منهما ما يأتي: بلغ معدل معرفة القراءة والكتابة للإناث البالغات في شمال أفريقيا وأفريقيا جنوب الصحراء ٥٨,١٪، ٥٣,٦٪ على الترتيب عام ٢٠٠٨، وينخفض هذا المعدل عن مثيله بالنسبة للذكور حيث بلغ ٧٦,٧٪

بشمال أفريقيا، ٧١,٦٪ بأفريقيا جنوب الصحراء، كما انخفض معدل معرفة القراءة والكتابة للإناث بشمال أفريقيا وأفريقيا جنوب الصحراء عن نظيره للإناث على مستوى العالم ٧٨,٩٪، كما انخفض عن مثيله بأقاليم: أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي ٩٠,٣٪، جنوب شرق آسيا ٨٩,٥٪، غرب آسيا ٧٦,٩٪، وأوقيانوسيا ٦٢,٦٪[١].

بلغ معدل معرفة القراءة والكتابة للإناث البالغات في شمال أفريقيا وأفريقيا جنوب الصحراء ٦٦٪، ٥٨٪ على التوالي عام ٢٠١٦، وارتفع بذلك عن مستواه في عام ٢٠٠٨، بنسبة تغير بلغت ١٣,٦٪ في شمال أفريقيا، ٨,٢٪ في أفريقيا جنوب الصحراء، وينخفض بذلك عن مثيله على مستوى العالم ٨٣٪، كما ينخفض عن نظيره في أقاليم: وسط آسيا ١٠٠٪، أوروبا وأمريكا الشمالية ٩٩٪، أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي ٩٣٪، شرق وجنوب شرق آسيا ٩٤٪[٢].

ارتفع معدل معرفة القراءة والكتابة للإناث الشابات (١٥-٢٤سنة) من ٨٢,٢٪ في شمال أفريقيا عام ٢٠٠٨ إلى ٨٨٪ عام ٢٠١٦، وارتفع المعدل في أفريقيا جنوب الصحراء من ٦٧,١٪ عام ٢٠٠٨، إلى ٧٢٪ عام ٢٠١٦، ورغم ارتفاع معدل معرفة القراءة والكتابة للإناث الشابات في شمال أفريقيا وأفريقيا جنوب الصحراء عن مستواه بالنسبة للإناث البالغات إلا إنه ما زال دون مثيله على مستوى العالم ٨٦,٤٪ عام ٢٠٠٨، ٩٠٪ عام ٢٠١٦.

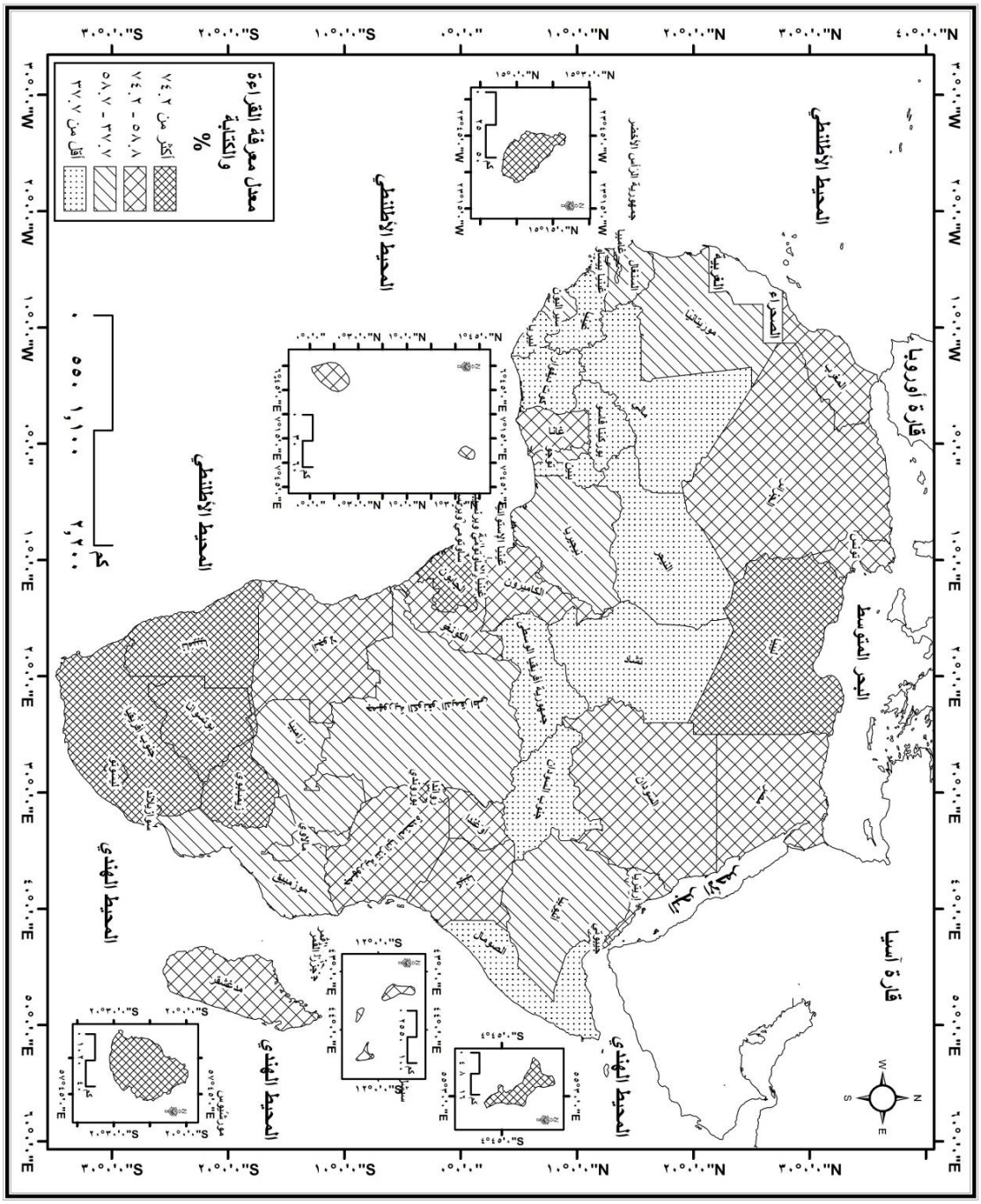
(١-١-١) التباين المكاني لمعرفة القراءة والكتابة للإناث:

معرفة القراءة والكتابة هي واحدة من الخصائص الديموغرافية الهامة للسكان. وتمثل دور مهم في التحول الاجتماعي والاقتصادي في أي منطقة. وهي واحدة من أهم مؤشرات التنمية الاجتماعية، هناك عدد من محددات معرفة القراءة والكتابة مثل تكلفة التعليم، ودرجة التحضر، ونظام القيمة العامة، ومعيار المعيشة، ووضع المرأة[٣]. ويتضح من الشكل (٢) الذي يعكس تباين معدل معرفة القراءة والكتابة للإناث بدول قارة أفريقيا عام ٢٠١٦ وأمكن من خلاله تقسيم القارة إلى أربع فئات:

(1)United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO Institute for Statistics, Adult and youth Literacy: Global in gender parity, UIS Fact Sheet, No. 3, September 2010, p.2. Available at: (http://www.uis.unesco.org).

(2)United Nation Educational, Scientific and Cultural Organiation, UNESCO Institute for Statistics, Literacy Rates Continue to Rise from One Generation to the Next, Fact Sheet No. 45, September 2017, p.5. Available at:(https://www.uis.unesco.org).

(3)Waghmare., P. B. & Khadke, P. A, A Geographical Study Of Literacy Structure in Nanded District, pp. 15-16, Available at: (https://www. researchgate.net).



شكل (٢) توزيع معدل معرفة القراءة والكتابة للإناث بدول قارة أفريقيا عام ٢٠١٦ م

مصدر بيانات الخريطة:

Unesco, Institute for Statistics, Data Centre, stats.uis.unesco.org, Fact Sheet. No.45, September,2017.

الفئة الأولى: دول مرتفعة جداً في معدل معرفة القراءة والكتابة لدى الإناث:

ويرتفع معدل معرفة القراءة والكتابة لدى الإناث بها عن ٧٤,٢٪ وتتمثل في أربع عشرة دولة، تتركز في إقليم جنوب أفريقيا بدول: جنوب أفريقيا، ليسوتو، سوازيلاند، بتسوانا، ناميبيا، زيمبابوي، وتتمثل في شمال أفريقيا بدولتي: ليبيا وتونس، وتنتشر في الجابون وغينيا الاستوائية المطلتين على المحيط الأطلنطي، وتمثلت شرق أفريقيا بدولة بوروندي، كما تنتشر ببعض الدول الجزر بالقارة وتضم جزر: سيشل وموريشيوس في المحيط الهندي، والرأس الأخضر بالمحيط الأطلنطي.

الفئة الثانية: دول مرتفعة في معدل معرفة القراءة والكتابة لدى الإناث:

يتراوح معدل معرفة القراءة والكتابة للإناث بها من ٥٨,٨– ٧٤,٢٪ وتضم سبعة عشر دولة، تتمثل بدول: مصر والسودان وإريتريا وجيبوتي المطلة على البحر الأحمر، والجزائر والمغرب شمال غرب قارة أفريقيا، وتنتشر بدول: أنجولا والكونغو والكاميرون وغانا المطلة على المحيط الأطلنطي، وتتمثل بدول كينيا وتنزانيا وأوغندا ورواند شرق قارة أفريقيا، كما تنتشر بدول: مدغشقر وجزر القمر في المحيط الهندي، وساوتومي وبرينسيبي بالمحيط الأطلنطي.

الفئة الثالثة: دول متوسطة في معدل معرفة القراءة والكتابة لدى الإناث:

يتراوح معدل معرفة القراءة والكتابة للإناث بها من ٣٧,٧– ٥٨,٧٪، وتتمثل في اثنتا عشر دولة، تنتشر بدول: موريتانيا والسنغال وغامبيا وغينيا بيساو وسيراليون وتوجو ونيجيريا والكونغو الديموقراطية المطلة على المحيط الأطلنطي من الشمال إلى الجنوب، كما تتمثل بدول: ملاوي وموزمبيق وزامبيا جنوب قارة أفريقيا، بالإضافة إلى دولة إثيوبيا شرق أفريقيا.

الفئة الرابعة: دول منخفضة في معدل معرفة القراءة والكتابة لدى الإناث:

ينخفض معدل معرفة القراءة والكتابة للإناث بها عن ٣٧,٧٪ ، وتشمل إحدى عشر دولة تتركز في شكل نطاق عرضي بالقارة يمر جنوب دول إقليم شمال أفريقيا يمتد من دول: غينيا وليبريا وكوديفوار ومالي وبوركينافاسو وبنين غرب النطاق ويمر بدولتي النيجر وتشاد وسط النطاق وينتهي النطاق بدولتي: أفريقيا الوسطى وجنوب السودان شرقاً، كما يتمثل بهذه الفئة دولة الصومال بشرق أفريقيا.

(١-٢) نصيب الإناث من سنوات التعليم(*) في أفريقيا:

يؤدي تعليم الفتيات إلى زيادة دخل النساء بنسبة ١٠٪ خلال سنة دراسية إضافية. والفتيات في التعليم الثانوي أقل عرضة للزواج بنسبة ٦ مرات من الأطفال، ومن المرجح أن يعيش طفل الأم المتعلمة بنسبة ٥٠٪ بعد ٥ سنوات من العمر، ويمكن أن يتجنب ١٢,٢ مليون طفل التقزم إذا حصلت أمهاتهم على تعليم ثانوي، ويمكن أن يؤدي الاستثمار في تعليم الفتيات في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى إلى زيادة الإنتاج الزراعي بنسبة ٢٥٪، ويرتبط إجمالي الناتج المحلي بنسبة ٣٥٪ بكل سنة تعليمية إضافية(١). وأمكن من خلال الشكل (٣) تقسيم دول قارة أفريقيا إلى أربع فئات طبقاً لمتوسط نصيب الإناث من سنوات التعليم:

الفئة الأولى: دول مرتفعة جداً في نصيب الإناث من سنوات التعليم.

ويرتفع نصيب الإناث من سنوات التعليم بها عن ٧ سنوات تعليمية، وتتركز في إقليم جنوب أفريقيا بدول: جنوب أفريقيا وبتسوانا وزيمبابوي وناميبيا حيث بلغ نصيب الإناث من سنوات التعليم بها ٩,٩، ٩,٢، ٧,٥، ٧,٢ سنة تعليمية لكل أنثي على الترتيب، كما تمثلت في شمال أفريقيا بدولتي: ليبيا والجزائر، وبلغ نصيب الإناث من سنوات التعليم بهما ٧,٧، ٧,٦ سنة تعليمية لكل أنثي على التوالي، كما تنتشر ببعض الدول الجزر في قارة أفريقيا: موريشيوس وسيشل حيث بلغ متوسط نصيب الإناث من سنوات التعليم ٩,١، ٨,٦ سنة تعليمية لكل أنثي، كما تمثلت بهذه الفئة دولة الجابون.

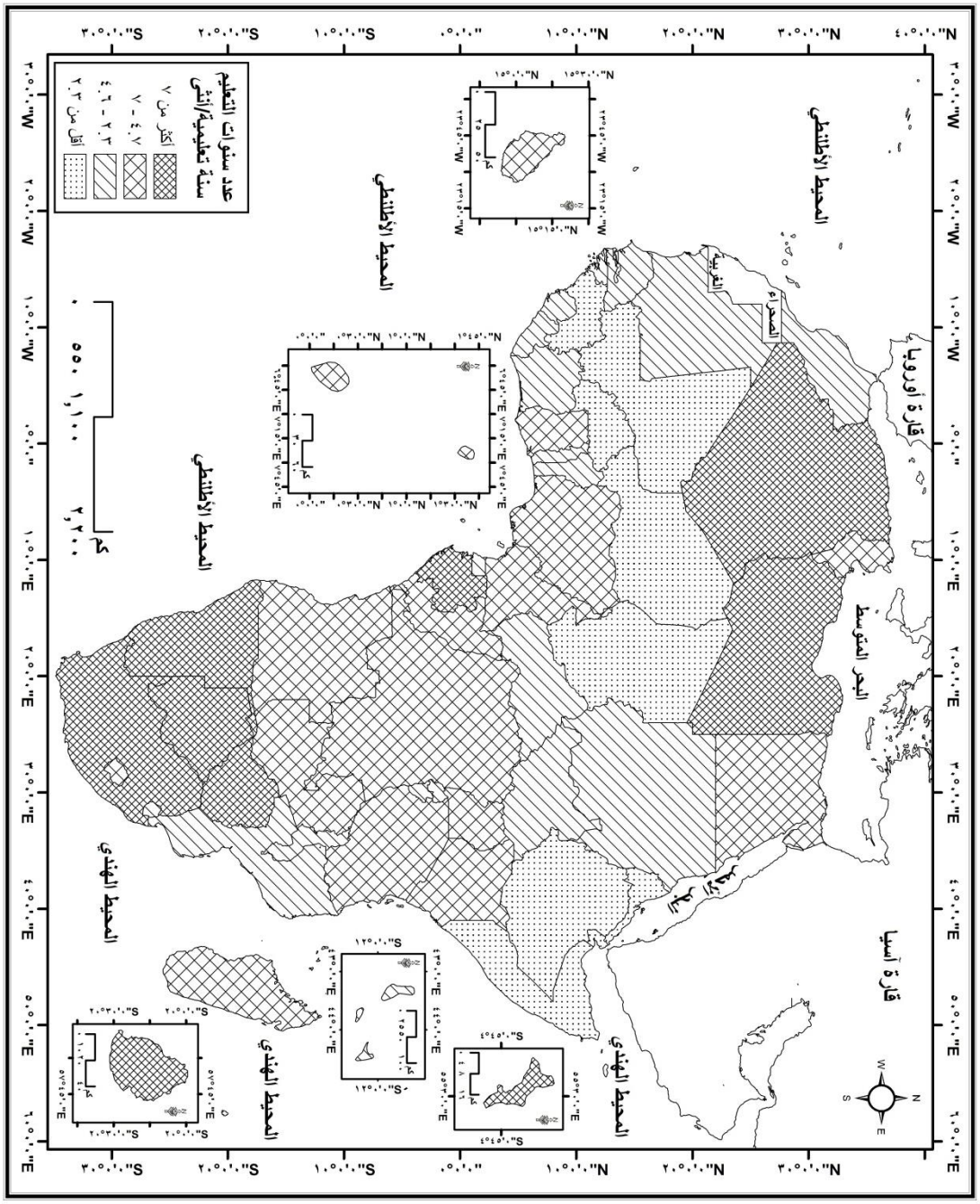
الفئة الثانية: دول مرتفعة في نصيب الإناث من سنوات التعليم.

يتراوح متوسط نصيب الإناث من سنوات التعليم بها من ٤,٧-٧ سنوات تعليمية، وتضم هذه الفئة ستة عشر دولة، تتركز في شكل نطاق متصل يتمثل في دول كينيا وتنزانيا وأوغندا شرق أفريقيا، وزامبيا وأنجولا جنوب أفريقيا، والكونغو الديموقراطية والكونغو والكاميرون وسط أفريقيا، ثم يتجه النطاق شمالاً

(*) متوسط سنوات الدراسة: متوسط عدد سنوات التعليم التي أتمها الأشخاص الإناث من الفئة العمرية ٢٥ سنة وأكثر، محسوباً بمستويات التحصيل العلمي على أساس الفترات الرسمية لكل مرحلة. عن

United Nations Development Programme, Human Development Indices and Indicators 2018 Statistical Update, p.37.

(1)Somani, T., Importance of Educating Girls for the Overall Development of Society: A Global Perspective, Journal of Educational Research and Practice 2017, Volume 7, Issue1, P. 136, Available at: (https://www.scholarworks.waldenu.edu).



شكل (٣) التوزيع الجغرافي لعدد سنوات التعليم للإناث بدول قارة أفريقيا عام ٢٠١٧ م

مصدر بيانات الخريطة:

United Nations Development Programme, Human Development Indices and Indicators 2018, Statistical Update, Pp.34-37.

ليضم بعض دول غرب أفريقيا المطلة على المحيط الأطلنطي وتتمثل بدولتي: نيجيريا وغانا، كما يتمثل بهذه الفئة دول: مصر وتونس شمال أفريقيا وليسوتو بإقليم جنوب أفريقيا، وبعض دول الجزر بالقارة وهي: مدغشقر، وساوتومي وبرينسيبي وجمهورية الرأس الأخضر.

الفئة الثالثة: دول متوسطة في نصيب الإناث من سنوات التعليم.

يتراوح نصيب الإناث من سنوات التعليم بها من ٢,٣-٤,٦ سنة تعليمية، وتشمل هذه الفئة عشرين دولة، تتمثل ببعض الدول المطلة على المحيط الأطلنطي وهي من الشمال إلى الجنوب: المغرب وموريتانيا والسنغال وغامبيا وغينيا بيساو وسيراليون وليبريا وكوديفوار وتوجو وبنين وغينيا الاستوائية، كما تتمثل بدول: السودان وجنوب السودان وأفريقيا الوسطى، بالإضافة إلى دول: موزمبيق وملاوي وسوازيلاند جنوب أفريقيا، ورواند وبوروندي شرق أفريقيا، وجزر القمر.

الفئة الرابعة: دول منخفضة في نصيب الإناث من سنوات التعليم.

يبلغ متوسط نصيب الإناث من سنوات التعليم بها أقل من٢,٣سنة تعليمية، وتنتشر هذه الفئة في تسع دول، تتمثل في شكل تجمعين من الدول المتجاورة يقع التجمع الأول شرق قارة أفريقيا ويضم دول: أثيوبيا وإريتريا وجيبوتي والصومال حيث بلغ متوسط نصيب الإناث من سنوات التعليم بها ١,٦، ١,٢، ١,٢، ١,١ سنة تعليمية لكل أنثى على الترتيب، وتحتل دولة الصومال المرتبة قبل الأخيرة على مستوى دول قارة أفريقيا من حيث متوسط نصيب الإناث من سنوات التعليم قبل بوركينا فاسو التي احتلت المركز الأخير، بينما يقع التجمع الثاني بهذه الفئة في غرب أفريقيا ويتمثل بدول: غينيا ومالي وبوركينا فاسو والنيجر وتشاد من الغرب إلى الشرق، حيث بلغ متوسط نصيب الإناث من سنوات التعليم بهذه الدول: ١,٥، ١,٦، ١,٠، ١,٥، ١,٢ سنة تعليمية لكل أنثى عام ٢٠١٧ على الترتيب.

(١-٣) تغير معدل الالتحاق الإجمالي(*) للإناث بالمراحل التعليمية:

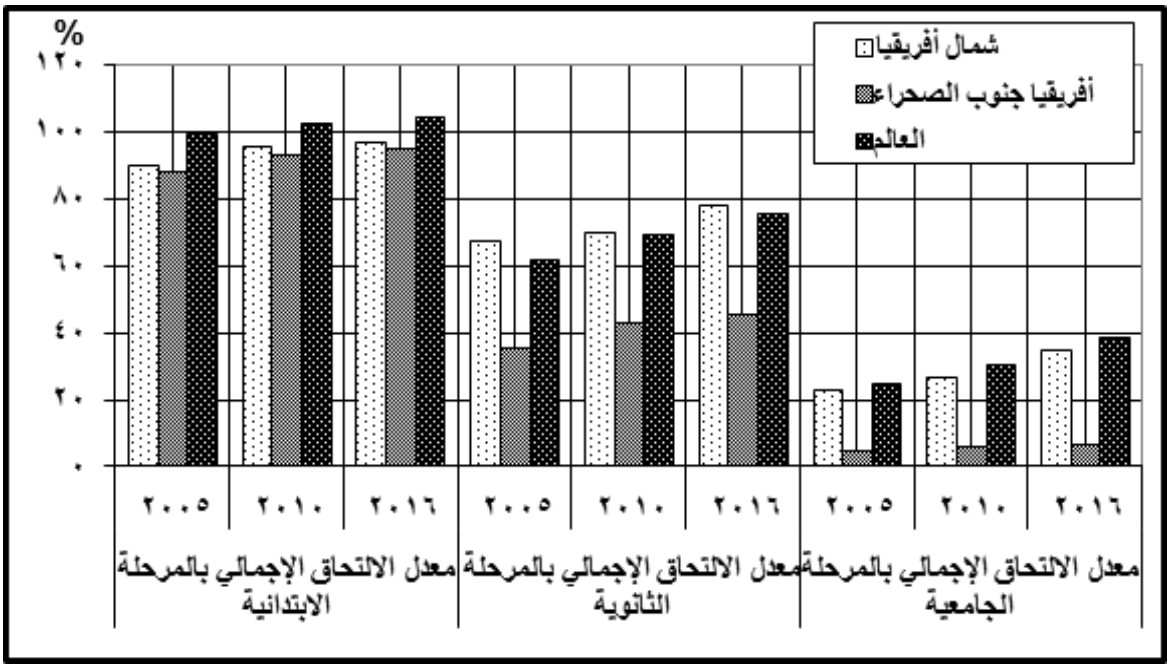
إن المعدلات المتغيرة للالتحاق بالمراحل التعليمية بمرور الوقت في أفريقيا توضح المشاكل التي أعاقت محاولات تعميم وصول الإناث إلى التعليم.

(*) معدل الالتحاق الإجمالي: مجموع عدد المسجلين بمستوى تعليمي معين، بغض النظر عن السن، معبراً عنه كنسبة مئوية من السكان في السن الرسمية للالتحاق بنفس المستوى التعليمي في عام دراسي معين. وقد تجاوز نسبة ١٠٠٪ نتيجة لإدراج الطلاب فوق السن وتحت السن نتيجة لدخول المدارس في سن مبكرة أو سن متأخرة ونتيجة للالتحاق بنفس الصف أكثر من مرة. وتشير نسب الالتحاق الإجمالي إلى طاقة كل مستوى من مستويات نظام التعليم، ولكن قد تعكس النسبة العالية وجود عدد كبير من الأطفال فوق السن في كل مرحلة بسبب تكرار الالتحاق بها أو الالتحاق بها في سن متأخر، أكثر من تعبيرها عن نظام تعليمي ناجح وخاصة في المرحلة الأساسية.

جدول (٢) تغير معدل الالتحاق الإجمالي للإناث في إفريقيا خلال الفترة (٢٠٠٥- ٢٠١٦).

السنوات / الإقليم	معدل الالتحاق الإجمالي بالمرحلة الابتدائية			معدل الالتحاق الإجمالي بالمرحلة الثانوية			معدل الالتحاق الإجمالي بالمرحلة الجامعية		
	٢٠٠٥	٢٠١٠	٢٠١٦	٢٠٠٥	٢٠١٠	٢٠١٦	٢٠٠٥	٢٠١٠	٢٠١٦
شمال أفريقيا	٩٠,٣	٩٦,٠	٩٧,٢	٦٧,٨	٧٠,٤	٧٨,٤	٢٣,٠	٢٧,٠	٣٥,٢
أفريقيا جنوب الصحراء	٨٨,١	٩٣,٣	٩٥,٥	٣٥,٦	٤٣,٣	٤٥,٦	٤,٧	٥,٩	٧,٠
العالم	٩٩,٨	١٠٣,٠	١٠٤,٦	٦٢,١	٦٩,٨	٧٥,٩	٢٤,٨	٣٠,٤	٣٩,٠

Source: United Nations | Nations Unies, New York, 2018, Department of Economic and Social Affairs ,Statistics Division, Statistical Yearbook 2018 edition Sixty-first issue, p.95.



شكل (٤) تغير معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمراحل التعليمية في أفريقيا خلال الفترة (٢٠٠٥-٢٠١٦).

يوضح الجدول (٢) والشكل(٤) تغير معدل الالتحاق الإجمالي للإناث في أفريقيا ويتبين منهما ما يأتي:

حدث تحسن في معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الابتدائية في كل من شمال أفريقيا وأفريقيا جنوب الصحراء، حيث ارتفع معدل الالتحاق الإجمالي للإناث في شمال أفريقيا من ٩٠,٣٪ عام ٢٠٠٥، ليصل إلى ٩٧,٢٪ عام ٢٠١٦، كما ارتفع هذا المعدل في إفريقيا جنوب الصحراء من ٨٨,١٪ عام ٢٠٠٥، ليبلغ ٩٥,٥٪ عام ٢٠١٦، ورغم هذا التحسن في معدل الالتحاق إلا إنه مازال دون المعدل العالمي ١٠٤,٦٪ عام ٢٠١٦، كما ينخفض عن معدل الالتحاق الإجمالي للإناث في العديد من مناطق

العالم حيث بلغ المعدل بأمريكا الشمالية ٩٩,٦٪، وأمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي ١٠٧,٧٪، شرق آسيا ١٠٠,٥٪، جنوب شرق آسيا ١٠٤,٨٪، جنوب آسيا ١١٧,٨٪، أوربا ١٠٢,٤٪، أوقيانوسيا ١٠٣,٤٪[١]. ويرجع ذلك إلى انخفاض نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي عام ٢٠١٧، والذي بلغ (٣٣٩٩ دولاراً للفرد بتعادل القوة الشرائية للدولار عام ٢٠١١) في أفريقيا جنوب الصحراء، بينما بلغ نصيب الفرد على مستوى العالم ١٥٢٩٥ دولاراً للفرد، وبلغ ١٣٦٧١ دولاراً للفرد بأمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي، بينما بلغ نصيب الفرد في أوربا ووسط آسيا ١٥٣٣١ دولاراً للفرد، ووصل ١٣٦٨٨ دولاراً للفرد في شرق آسيا والمحيط الهادي عام ٢٠١٧[٢]. كما يرجع انخفاض معدل التحاق الإناث بالتعليم لارتفاع عمل الأطفال الإناث في فئة العمر(٥-١٧سنة) خلال الفترة (٢٠١٠-٢٠١٨)، والتي بلغت ٢٩٪ بأفريقيا جنوب الصحراء، بينما بلغت ٣١٪ بغرب ووسط أفريقيا، ٢٦٪ في شرق وجنوب أفريقيا[٣].

انخفاض الإنفاق الحكومي على التعليم الابتدائي لكل طالب بتعادل القوة الشرائية الثابتة للدولار عام ٢٠١٤، حيث بلغ الانفاق على الطالب بأفريقيا جنوب الصحراء ٢٤٦ دولاراً عام ٢٠١٥، بينما بلغ ١٨٤٨ دولاراً على مستوى العالم ، ٨١٨٦ دولاراً في أوروبا وأمريكا الشمالية، ٣٦٢٧ دولاراً غرب وجنوب غرب آسيا، ١٧٢٩ دولاراً بأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي[٤].

ارتفع معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الثانوية بشمال أفريقيا من ٦٧,٨٪ عام ٢٠٠٥، ليصل إلى ٧٨,٤٪ عام ٢٠١٦، ويرتفع بذلك عن نظيره على مستوى العالم ٦٢,١٪ عام ٢٠٠٥، ٧٥,٩٪ عام ٢٠١٦، وانخفض معدل الالتحاق للإناث بالمرحلة الثانوية بشمال أفريقيا عن نظيره على مستوى جميع أقاليم العالم عدا إقليم جنوب وغرب آسيا[٥].

ارتفع معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الثانوية في إفريقيا جنوب الصحراء من ٣٥,٦٪ عام ٢٠٠٥، ليصل نحو ٤٥,٦٪ عام ٢٠١٦، أي بزيادة مقدارها ١٠٪ على مدار إحدى عشر سنة بمعدل

(1)United Nations | Nations Unies, New York, 2018, Department of Economic and Social Affairs ,Statistics Division, Statistical Yearbook 2018 edition Sixty-first issue, p.95.
(2)United Nations Development Programme,Human Development Indices and Indicators 2018 Statistical Update, New York, P.25.
3
( )World Bank, World Development Indicators Reports, Children at work, 2019.
(4)Unesco, Global Education Monitoring Report, Accountability in education: Meeting our Commitments, 2017-2018, p.404.
(5)Ibid, p. 95.

زيادة سنوية أقل من ١٪. يمثل معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الثانوية في أفريقيا جنوب الصحراء أدنى معدل على مستوى جميع أقاليم العالم، حيث بلغ المعدل بأمريكا الشمالية ٩٩,١٪، وأمريكا الجنوبية ٩٧,٢٪، وأوروبا ١٠٨,٤٪، أوقيانوسيا ١٠٠,٩٪، بينما بلغ ٩١,٥٪ شرق آسيا، ٨١,٧٪ جنوب شرق آسيا، ٧١,٤٪ جنوب آسيا، ٧٨,٢٪ غرب آسيا(١).

ويرجع انخفاض معدلات التحاق الإناث بالتعليم الثانوي بأفريقيا جنوب الصحراء عن نظيره على مستوى أقاليم العالم بسبب عوامل عديدة منها:

تسرب الإناث حيث تشير نتائج البحوث إلى أن التسرب من المدرسة قد يبدأ بقرارات على مستوى الأسرة بشكل خاص في ظروف الضغط الاقتصادي الحاد حيث الآباء والأمهات المتأثرين بالمعتقدات الثقافية الأبوية أكثر استعدادًا لإنهاء تعليم الفتاة من أجل مواصلة دعم تعليم الطفل الذكر. التنظيم الاجتماعي والذي يتمثل في الزواج المبكر، وما يتبعه من حالات الحمل المبكر، والواجبات المنزلية والإعاشة الأثقل للإناث (خاصة في المناطق الريفية). يتم إنهاء تعليم نسبة كبيرة من الفتيات عن طريق الحمل وتفتقر الأنظمة التعليمية ببعض البلدان الأفريقية عمومًا إلى بدائل وخيارات لإعادة التحاق الإناث بالتعليم الرسمي بعد الولادة، وكلها عوامل تتحد مع بعضها بشكل مختلف في كل حالة، للتأثير سلبًا على مشاركة الفتيات والنساء في التعليم الرسمي"(٢).

ارتفاع نسب حالات الزواج والحمل المبكر للإناث في أفريقيا جنوب الصحراء عن جميع أقاليم العالم، حيث بلغت نسبة حالات الزواج المبكر(*) للإناث بها ٢٢,٦٪، بينما بلغت هذه النسبة على مستوى العالم ١٣,٩٪، في حين سجلت في أمريكا الشمالية وأوربا ٣,٤٪، وبلغت ٥,٢٪ شرق وجنوب شرق آسيا، ١٠,٤٪ في أمريكا اللاتينية خلال الفترة (٢٠٠٩-٢٠١٤)، كما ارتفعت حالات الحمل المبكر(*) في أفريقيا جنوب الصحراء خلال الفترة السالفة الذكر، وبلغت ٩٧ مولود لكل ألف امرأة متزوجة يتراوح عمرها ما بين (١٥-١٩عاماً)، ويرتفع بذلك عن نظيره على مستوى العالم ٤٢ في الألف، بينما بلغ ١٣ في الألف في

(1)Ibid, p. 95.

(2)Namuddu, K., Gender Perspectives In African Higher Education, Paper Written For Presentation At The Senior Policy Seminar On African Higher Education The University of Zimbabwe, March 23 to 27 1992. pp18-19.Available at: (http://www//opendocs.ids.ac.uk)

(*) نسبة الزواج المبكر هي النسبة المئوية للإناث المتزوجات واللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ١٥- ١٩عاماً.

(*) حالات الحمل المبكر: يقصد به معدل المواليد لكل ألف إمرأة متزوجة يتراوح أعمارهن ما بين ١٥- ١٩عاماً.

أوربا وأمريكا الشمالية، ٢٢ في الألف بشرق وجنوب شرق آسيا، ٦٢ في الألف بأمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي(١).

انخفاض الإنفاق الحكومي على التعليم الثانوي لكل طالب بتعادل القوة الشرائية الثابتة للدولار عام ٢٠١٤، حيث بلغ الإنفاق على الطالب في أفريقيا جنوب الصحراء ٣١٠ دولاراً عام ٢٠١٥، بينما بلغ ٢٦٣٦ دولاراً على مستوى العالم ، ٨٣٠٣ دولاراً في أوربا وأمريكا الشمالية، ٧١٢٢ دولاراً في غرب وجنوب غرب آسيا، ٢٢٨٧ دولاراً في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي(٢).

حدوث تحسن نسبي في معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الجامعية، حيث ارتفع معدل التحاقهن في شمال أفريقيا من ٢٣٪ عام ٢٠٠٥، ليصل إلى ٣٥,٢٪ عام ٢٠١٦، بينما كان معدل التحسن ضئيل جداً في أفريقيا جنوب الصحراء حيث ارتفع المعدل من ٤,٧٪ عام ٢٠٠٥، ليبلغ ٧٪ عام ٢٠١٦. وانخفض بذلك معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الجامعية في كل من شمال أفريقيا وأفريقيا جنوب الصحراء عن مثيله على مستوى العالم حيث ارتفع المعدل على مستوى العالم من ٢٤,٨٪ عام ٢٠٠٥، ليصل إلى ٣٩٪ عام ٢٠١٦.

يمثل معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الجامعية بأفريقيا جنوب الصحراء أدنى معدل بأقاليم العالم حيث بلغ معدل الالتحاق للإناث بالمرحلة الجامعية بأمريكا الشمالية ٩٦,٥٪، أمريكا الجنوبية ومنطقة الكاريبي ٥٥,١٪، أوقيانوسيا ٩٢,٦٪، أوربا ٧٧,٦٪، وغرب آسيا ٥٠,٥٪، جنوب شرق آسيا ٣٣٪، جنوب آسيا ٢٤,٤٪، كما انخفض المعدل أيضاً بشمال أفريقيا عن نظيره على مستوى أقاليم العالم عدا إقليم جنوب شرق آسيا حيث ارتفع المعدل بشمال أفريقيا عنه.

ويرجع انخفاض المعدل في أفريقيا جنوب الصحراء لانخفاض الإنفاق الحكومي على التعليم العالي لكل طالب بتعادل القوة الشرائية الثابتة للدولار عام ٢٠١٤، والذي بلغ بأفريقيا جنوب الصحراء ٢٠٩٤ دولاراً، بينما بلغ ٤٠٧٥ دولاراً على مستوى العالم، ٧٦٨٢ دولاراً في أوربا وأمريكا الشمالية، ٩٥٩١ دولاراً غرب وجنوب غرب آسيا، ٣٢٣٧ دولاراً بأمريكا اللاتينية عام ٢٠١٥(٣).

(١) منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة، التقرير العالمي لرصد التعليم، ٢٠١٦، مرجع سبق ذكره، ص٤٤٨.
(2)Unesco, Global Education Monitoring Report, 2017-2018, Op. Cit, p.404.
(3)Ibid, p.405.

(١-٤) التباين المكاني للالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الابتدائية:

لا شك أن التعليم الأساسي يعد أهم مراحل التعليم، فهو الأساس الذي يبنى عليه التعليم للمراحل اللاحقة، فإذا تم التعليم في هذه المرحلة على أسس سليمة، وكان الاهتمام منصباً بالتوازي بين التحاق أكبر نسبة من الطلاب، وبين مستواهم الدراسي، فإن ذلك سيضمن المخرجات السليمة من هذه المرحلة إلى المرحلة والتخصصات اللاحقة[١]. ومن خلال الشكل (٥) أمكن تقسيم دول القارة إلى أربع فئات طبقاً لمعدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الابتدائية:

الفئة الأولى: دول مرتفعة جداً في معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الابتدائية:

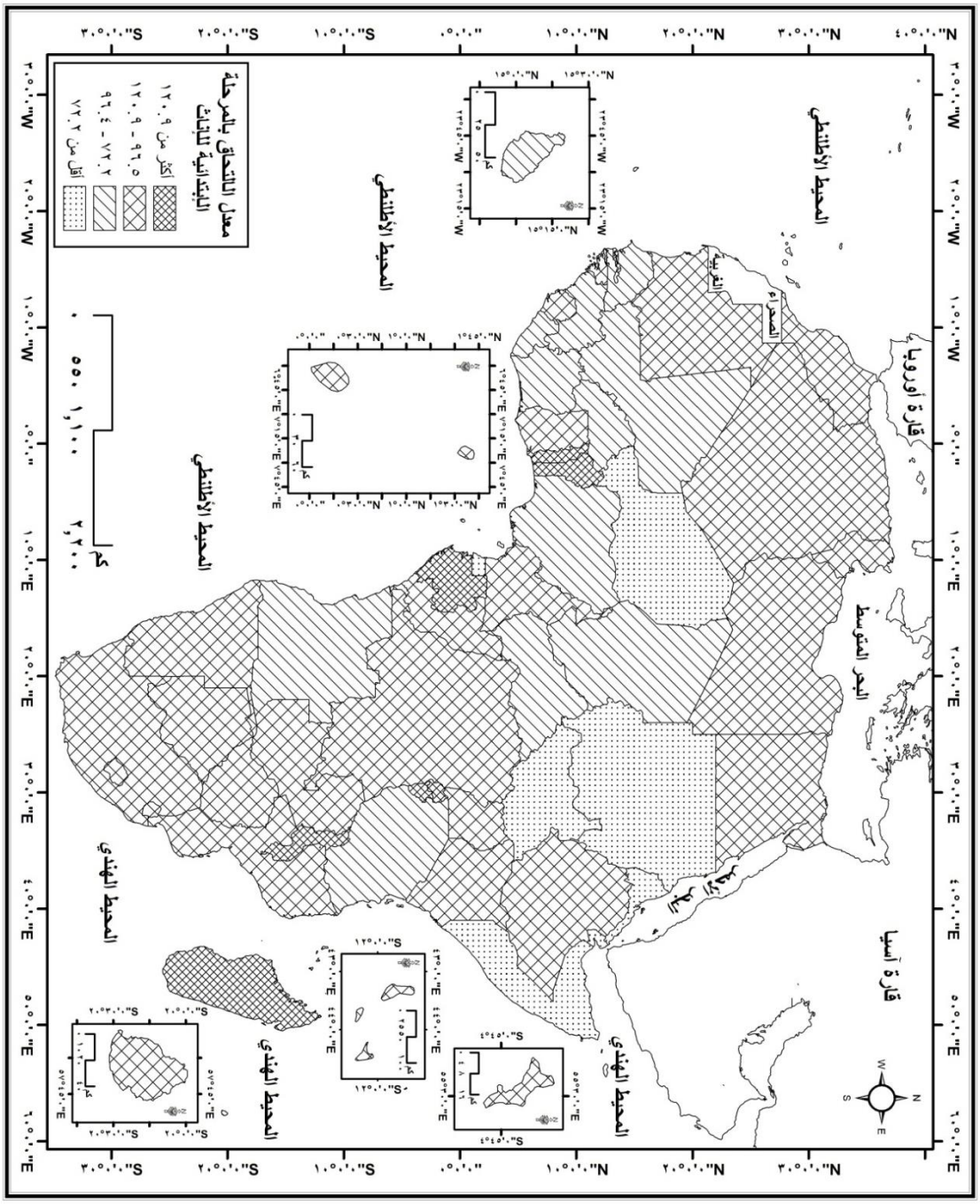
ويرتفع معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بها عن ١٢٠,٩٪ وعددها سبع دول: تتمثل في مدغشقر الواقعة في المحيط الهندي وبلغ معدل الالتحاق بها ١٤٤٪ ويمثل أعلى معدل للالتحاق على مستوى قارة أفريقيا، كما تتمثل في دول توجو وبنين والجابون المطلة على المحيط الأطلنطي، ورواندا وبوروندي بشرق أفريقيا، وملاوي في جنوب أفريقيا.

الفئة الثانية: دول مرتفعة في معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الابتدائية:

ويتراوح معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بها من ٩٦,٥- ١٢٠,٩٪ وتستحوذ على ثماني وعشرين دولة، تشكل ٥١,٩٪ من جملة دول قارة أفريقيا، تتركز في نطاق يضم جميع دول شمال أفريقيا المطلة على البحر المتوسط، وتتمثل في غرب أفريقيا بدول: موريتانيا وغامبيا وغينيا بيساو وسيراليون وغانا المطلة على المحيط الأطلنطي من الشمال إلى الجنوب.

كما تتركز في نطاق يضم جميع دول جنوب أفريقيا عدا دولة أنجولا ويتجه النطاق شمالاً ليضم دول: الكونغو الديموقراطية والكونغو والكاميرون وسط قارة أفريقيا، كما يتجه شرقاً ليضم دول: أوغندا وكينيا وأثيوبيا شرق قارة أفريقيا، وتنتشر بالعديد من الدول الجزر بقارة أفريقيا وتشمل: سيشل وجزر القمر وموريشيوس، وجزيرة ساوتومي وبرينسيبي.

(١) محمد على عثمان أسعد المخلافي، واقع تعليم الإناث في اليمن: دراسة التركيب السكاني التعليمي للإناث، مجلة الدراسات الاجتماعية، جامعة العلوم والتكنولوجيا، العدد (٣٥) ديسمبر ٢٠١٢م، ص١٩٧.



شكل (٥) توزيع معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الابتدائية بدول قارة أفريقيا عام ٢٠١٦ م

مصدر بيانات الخريطة:

United Nations, Nations Unies, New York, Department of Economic and Social Affairs ,Statistics Division, Statistical Yearbook, 2018, edition Sixty-first issue, pp.95-114.

الفئة الثالثة: دول متوسطة في معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الابتدائية:

يتراوح معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بها من ٧٢,٢– ٩٦,٤٪، وتتمثل في اثنا عشر دولة، تتركز في غرب أفريقيا بدول: السنغال وغينيا وليبريا وكوت ديفوار وبوركينافاسو ومالي ونيجيريا وجزيرة الرأس الأخضر، كما تنتشر بدول: تشاد وأفريقيا الوسطى وسط أفريقيا، وأنجولا جنوب أفريقيا، وتنزانيا شرق أفريقيا.

الفئة الرابعة: دول منخفضة في معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الابتدائية:

ينخفض معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بها عن ٧٢,٢٪ وتتمثل في سبع دول، تتركز شرق أفريقيا بدول: إريتريا وجنوب السودان وجيبوتي والصومال، حيث بلغ معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بهذه الدول ٥٠٪، ٥٥,١٪، ٦٠,٢٪، ٢١٪ على الترتيب، وتحتل دولة الصومال المركز الأخير بقارة أفريقيا في معدل التحاق الإناث بالمرحلة الابتدائية، كما تنتشر بهذه الفئة دول: السودان والنيجر وغينيا الاستوائية حيث بلغ معدل الالتحاق الإجمالي بها ٧٠,٣٪، ٦٨,١٪، ٦١,٣٪ على الترتيب. ويرجع انخفاض التحاق الإناث بالتعليم لارتفاع نسبة عمل الأطفال الإناث بفئة العمر (٧–١٤سنة) والتي بلغت٤٦,٧٪ بالنيجر عام ٢٠١٢، و٥٣,٥٪ بالصومال عام ٢٠٠٦، و٤٥,٧٪ بجنوب السودان عام ٢٠٠٨[١].

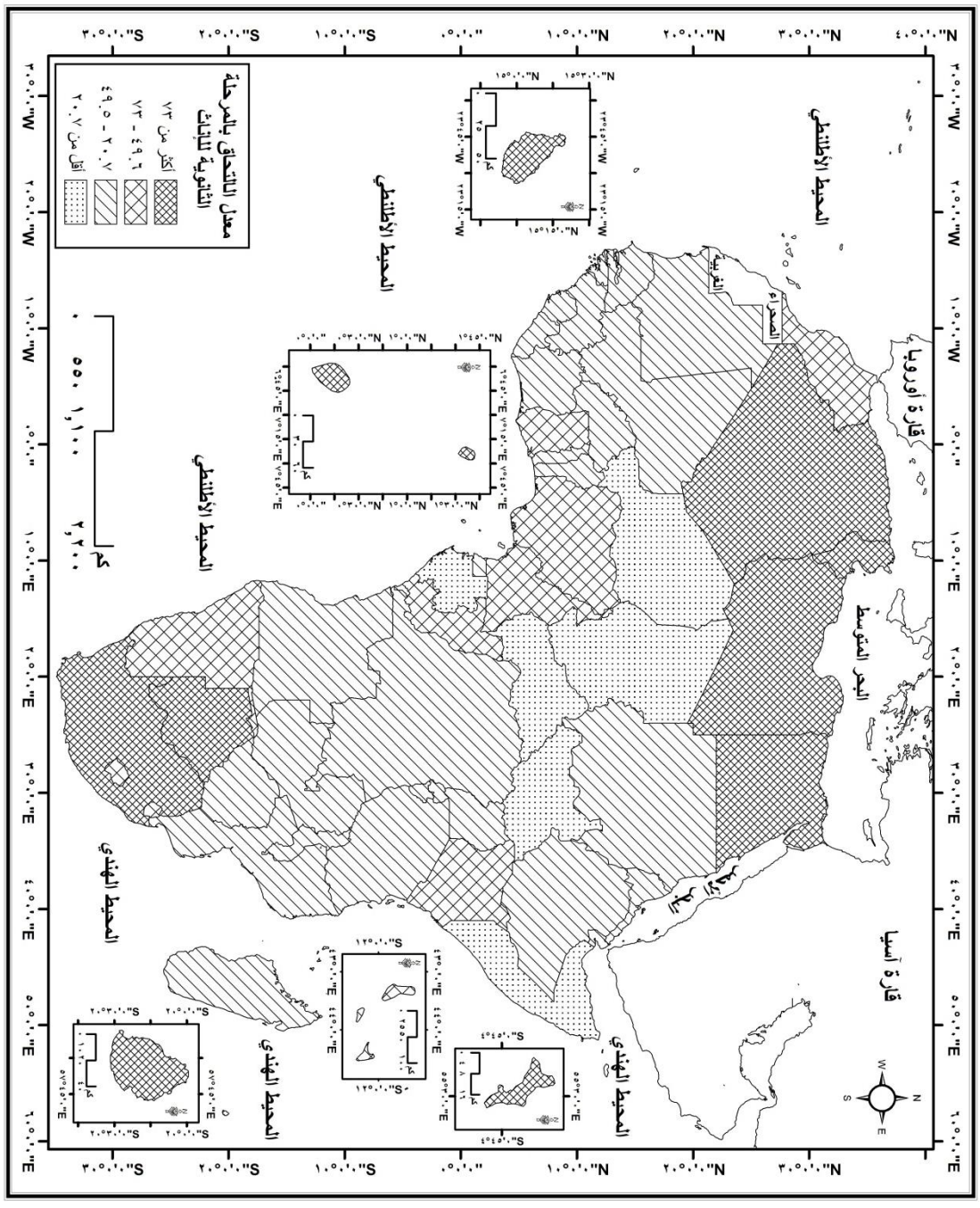
(١–٥)التباين المكاني للالتحاق الإجمالي للإناث بالتعليم الثانوي:

تتجاوز فوائد التعليم الثانوي العوامل الاقتصادية البحتة، لأنها تؤثر على الصحة والخصوبة والمشاركة الديمقراطية والتماسك الاجتماعي. وهذه بدورها تساعد على المساهمة في تسريع النمو الاقتصادي من خلال تأثيرها على الإنتاجية والاستقرار السياسي والمساعدة في خلق دائرة أفضل من التنمية الاقتصادية والتقدم في رفاهية الإنسان[٢]. كما أشار التقرير العالمي لرصد التعليم إلى إمكانية خفض وفيات الأطفال بمقدار٣,٥ مليون طفل بين عامي ٢٠٥٠و٢٠٦٠ إذا أتيح للأمهات الوصول إلى المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي في بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى بحلول عام ٢٠٣٠[٣].

(1)World Bank, World Development Indicators Reports, Children at work, 2019.

(2)Verspoor, A., & Bregman, J., At the Crossroads: Challenges for Secondary Education in Africa, Africa Human Development Department (AFTHD) World Bank, 2008, p. 58. Available at: (https://www.worldbank.org).

(٣) التقرير العالمي لرصد التعليم، اليونيسكو، متاح على .http://www.unesco.org/gem-report/sites/gem-report



شكل (٦) توزيع معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الثانوية بدول قارة أفريقيا عام ٢٠١٦ م

مصدر بيانات الخريطة:

United Nations, Nations Unies, New York, Department of Economic and Social Affairs ,Statistics Division, Statistical Yearbook, 2018, edition Sixty-first issue, pp.95-114.

يوضح الشكل(٦) التباينات المكانية لمعدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الثانوية بدول قارة أفريقيا ويتبين منه ما يأتي:

الفئة الأولى: دول مرتفعة جداً في معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الثانوية:

ويرتفع معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالتعليم الثانوي بها عن ٧٣٪، وتضم عشرة دول، تتركز في جميع دول شمال أفريقيا المطلة على البحر المتوسط عدا دولة المغرب، كما تتمثل في دولتي: جنوب أفريقيا وبتسوانا جنوب القارة، وتنتشر بالعديد من الدول الجزر بالقارة: سيشل وموريشيوس وجمهورية الرأس الأخضر وساوتومي وبرينسيبي.

الفئة الثانية: دول مرتفعة في معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الثانوية:

ويتراوح معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الثانوية بها من ٤٩,٦-٧٣٪، وتتمثل في عشر دول، تنتشر ببعض الدول المطلة على المحيط الأطلنطي (المغرب وغانا ونيجيريا والكاميرون والكونغو وناميبيا)، كما تتمثل في سوازيلاند وليسوتو الدولتان الحبيستان جنوب القارة، ودولة كينيا شرق القارة، وجزر القمر بالمحيط الهندي.

الفئة الثالثة: دول متوسطة في معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الثانوية:

ويتراوح معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الثانوية بها من ٢٠,٧- ٤٩,٥٪، وتستحوذ على ثماني وعشرين دولة، تشكل ٥١,٩٪ من جملة دول قارة أفريقيا، تتمثل في ثلاث تجمعات من الدول المتجاورة، يتمثل التجمع الأول بجميع دول غرب أفريقيا عدا دول النيجر ونيجيريا وغانا.

يتمثل التجمع الثاني بالعديد من دول وسط وجنوب وشرق القارة، بينما يتمثل التجمع الثالث ببعض الدول المطلة على البحر الأحمر والقريبة من المدخل الجنوبي له وتشمل دول السودان وإريتريا وجيبوتي وأثيوبيا.

الفئة الرابعة: دول منخفضة في معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الثانوية:

وينخفض معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالتعليم الثانوي بها عن ٢٠,٧٪، وتتمثل في دول الجابون وتشاد وأفريقيا الوسطى وسط أفريقيا، حيث بلغ معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بها ١٦,٨٪، ١٤,٣٪، ١٢,٠٪ على الترتيب، والنيجر غرب أفريقيا، وجنوب السودان والصومال شرق أفريقيا حيث بلغ معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الثانوية بها ١٩,٩٪، ٧٪، ٥٪ على الترتيب، ويمثل معدل الالتحاق للإناث بدولة الصومال أدنى معدل على مستوى القارة. ويرجع انخفاض معدل الالتحاق بدول هذه الفئة

إلى ارتفاع نسب حالات الزواج والحمل المبكر ببعض هذه الدول خلال الفترة (٢٠٠٩-٢٠١٤)، حيث بلغت نسب حالات الزواج المبكر ٥٩,٨٪ بالنيجر، ٥٤,٩٪ بأفريقيا الوسطى، ٤٧,٨٪ بتشاد، ٤٠,١٪ في جنوب السودان، بينما بلغ معدل الحمل المبكر ١٩٦ في الألف بالنيجر، ١١٥ في الألف بتشاد، ٨٦ في الألف بأفريقيا الوسطى، ٥٤ في الألف جنوب السودان(١).

(١-٦) التباين المكاني للالتحاق الإجمالي للإناث بالتعليم الجامعي:

التعليم العالي وخاصة على المستوى الجامعي، له أهمية قصوى بالنسبة لأفريقيا. تتطلب أفريقيا كلاً من الأفراد المدربين تدريباً عالياً والأبحاث عالية الجودة حتى تكون قادرة على صياغة السياسات وتخطيط البرامج وتنفيذ المشاريع الضرورية للنمو الاقتصادي والتنمية. وإعداد الأفراد لمناصب المسؤولية في الحكومة، والأعمال التجارية. ورغم وجود توسع سريع في التعليم الجامعي في العديد من دول العالم ومنطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، التي زادت إمكانية الوصول إليها، لا يزال الطلب على الأماكن يفوق العرض. ورغم التوسع هناك نسبة صغيرة فقط من الفئة العمرية المؤهلة يمكنها الوصول.

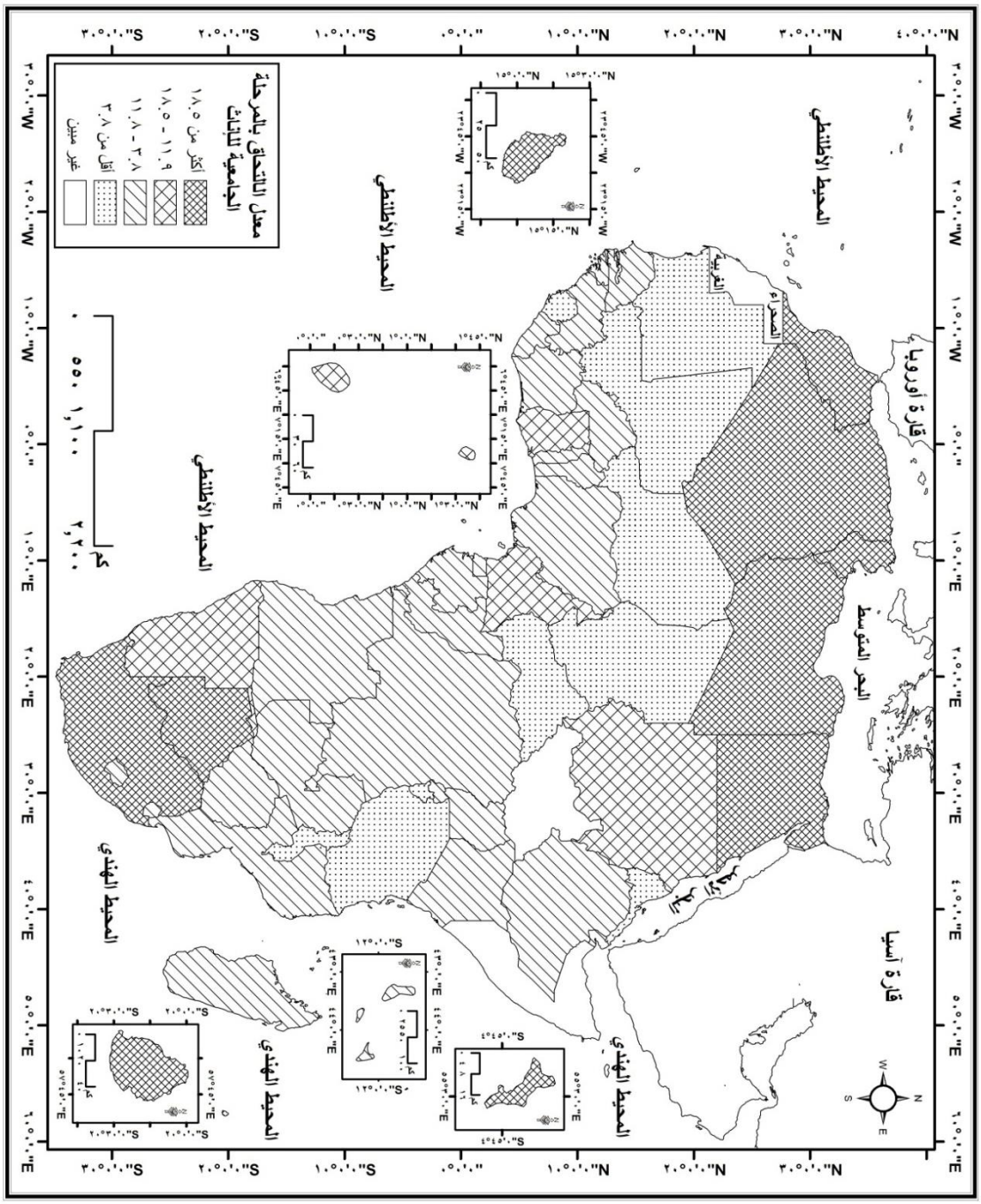
تنخفض نسبة التحاق الطالبات مع تقدمهن في سلم التعليم في معظم البلدان، ويتميز التعليم الجامعي بشكل خاص بالفوارق الكبيرة بين الجنسين على حساب الإناث. وينظر إلى التفاوتات بين الجنسين في الجامعة فيما يتعلق بما يحدث في المستويات السابقة من نظام التعليم، وخاصة في المدرسة الثانوية. بسبب مجموعة متنوعة من عوامل العرض والطلب، بما في ذلك التأثيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والظروف غير مواتية في المدارس الثانوية للبنات(٢).

يوضح الشكل(٧) معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الجامعية بدول أفريقيا ويتبين منه ما يأتي:

دول مرتفعة جداً في معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الجامعية: وترتفع نسبة الالتحاق الإجمالي للإناث بالتعليم الجامعي بها عن ١٨,٥٪، وتتمثل بعشر دول، تتركز في نطاق شمال أفريقيا يمتد بموازاة ساحل البحر المتوسط ويضم جميع دول شمال أفريقيا المطلة على البحر المتوسط وهي: (مصر وليبيا وتونس والجزائر والمغرب) حيث بلغ معدل الالتحاق الجامعي بها ٣٤,٨٪، ٦٣,٣٪، ٤١,٢٪، ٥٣,٦٪، ٣٠,٧٪ على الترتيب.

(١) منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة، التقرير العالمي لرصد التعليم، التعليم من أجل الناس والكوكب، بناء مستقبل مستدام للجميع، ٢٠١٦، ص٤٤٧.

(2) Sifuna, D. N., & Sawamura, N., Challenges of Quality Education in Sub-Saharan Africa-Some Key Issues, p .10. Available at: (https://www. adcice.hiroshima-u.ac).



شكل (٧) توزيع معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الجامعية بدول قارة أفريقيا عام ٢٠١٦ م

مصدر بيانات الخريطة:

United Nations, Nations Unies, New York, Department of Economic and Social Affairs ,Statistics Division, Statistical Yearbook, 2018, edition Sixty-first issue, pp.95-114.

كما تتمثل في دولتي جنوب أفريقيا وبتسوانا بإقليم جنوب أفريقيا، وبلغ معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بها ٢٣,٥٪، ٢٧,٣٪ على التوالي، وتنتشر في بعض الدول الجزر بقارة أفريقيا: موريشيوس ٤٣,٨٪ وسيشل ٢٧,٢٪ وجمهورية الرأس الأخضر ٢٦٪.

دول مرتفعة في معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الجامعية: ويتراوح معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالتعليم الجامعي بها من ١١,٩– ١٨,٥٪ تشمل خمس دول، تتمثل ببعض الدول المطلة على المحيط الأطلنطي وتضم غانا والكاميرون وناميبيا حيث بلغ معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالتعليم الجامعي بها ١٣,٤٪، ١٥,٩٪، ١٥,٨٪ على الترتيب، كما تتمثل في دولة السودان وجزيرة ساوتومي وبرينسيبي وبلغ معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالتعليم الجامعي بهما ١٨,٥٪، ١٣,٣٪ على التوالي.

دول متوسطة في معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الجامعية: ويتراوح معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالتعليم الجامعي بها من ٣,٨– ١١,٩٪، وتستحوذ على ست وعشرين دولة، توازي ٤٨,١٪ من جملة عدد دول القارة، تتركز في شكل نطاق متصل يضم العديد من الدول المطلة على المحيط الأطلنطي، بالإضافة إلي بعض الدول المطلة على المحيط الهندي، فضلاً عن بعض الدول الحبيسة في جنوب ووسط القارة، كما يتمثل في جزيرة مدغشقر.

دول منخفضة في معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الجامعية: وينخفض معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالتعليم الجامعي بها عن ٣,٨٪، وتتمثل في إحدى عشر دولة، تتركز في نطاق يمتد جنوب دول شمال أفريقيا ويتمثل في دول موريتانيا ومالي والنيجر وتشاد وأفريقيا الوسطى من الغرب إلى الشرق حيث بلغ معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بها ٣,٥٪، ٣,٤٪، ١,١٪، ١,٩٪ على الترتيب، كما تنتشر في دول: غامبيا وسيراليون المطلتين على المحيط الأطلنطي حيث تعادل معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالتعليم الجامعي بكل منهما وبلغ ٢,٥٪، كما تمثلت بدول بوروندي وتنزانيا وملاوي، وبلغ معدل الالتحاق للإناث بها ٢,٩٪، ٢,٨٪، ١,٢٪ على الترتيب، بالإضافة إلى دولة إريتريا وبلغ معدل الالتحاق بها ١,٩٪.

ثانياً: الأبعاد المكانية لواقع المرأة الإفريقية من الناحية الصحية:

تعد الحالة الصحية للمرأة أحد المقاييس الرئيسة للتنمية وتعكس الآثار المنهجية العميقة لعمليات التنمية في الحياة اليومية للناس والمجتمعات، كما أن معظم السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر في أفريقيا هم من النساء وتفتقر معظم هؤلاء النساء إلى الحصول على الخدمات الصحية، وسوف يتم إلقاء الضوء على الأوضاع الصحية للمرأة بأفريقيا من خلال عدد من المؤشرات القياسية:

(٢-١) توقع الحياة عند الميلاد للإناث في أفريقيا:

العمر المتوقع عند الميلاد(*)هو أحد أهم مؤشرات الحالة الصحية للبلد لأنه يعكس الوفيات الإجمالية لسكان البلد وتحليل للعوامل التي تؤثر عليه. ومن ثم فإن انخفاض متوسط العمر المتوقع يعكس بعض المشاكل في القطاع الصحي للبلد(١). يبلغ متوسط العمر المتوقع عند الميلاد للإناث بقارة أفريقيا ٥٣ عاماً عام ٢٠٠٢، بينما ارتفع هذا المتوسط ليصل ٦٤ عاماً عام ٢٠١٧، ويرتفع عن متوسط العمر المتوقع عند الميلاد للرجال بالقارة والذي بلغ ٥١ عاماً عام ٢٠٠٢، وارتفع إلى ٦١ عاماً عام ٢٠١٧(٢)، ويتبين أن ميزة البقاء على قيد الحياة للإناث أفضل نتيجة تفاعل العوامل البيئية والاجتماعية والبيولوجية، كما أن قدرة المرأة على تحمل الأزمات عالية، والمناعة الذاتية للإناث أعلى من الرجال ومعدل الإصابة بالعديد من الأمراض المعدية البكتيرية والفيروسية والطفيلية والفطرية أعلى في الرجال أكثر من النساء، ودرجة الاستجابة للتطعيمات أعلى في النساء من الرجال، بالإضافة إلى العديد من العوامل والممارسات السلوكية والتي تتمثل في استهلاك الرجال للتبغ والكحول والمواد ذات التأثير النفسي بصورة أكبر، مما يؤدي إلى ارتفاع مخاطر أمراض القلب والأوعية الدموية وسرطان الرئة وتليف الكبد، كما أن معدلات التدخين بين الرجال أعلى من الإناث، فضلاً عن وفيات الحوادث في الرجال تفوق مثيلتها في الإناث(٣).

(*) العمر المتوقع عند الولادة: عدد السنوات التي يتوقع أن يعيشها مولود جديد إذا بقيت أنماط معدلات الوفاة المسجلة حسب الفئات العمرية عند ولادته على حالها طيلة حياته، البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، أدلة التنمية البشرية ومؤشراتها، التحديث الإحصائي عام ٢٠١٨، ص٣٧.

(1)Mlambo, C., Life Expectancy In Zimbabwe: An Analysis Of Five Decades, International Business & Economics Research Journal – May/June 2015, Volume 14, Number 3, p.418. Available at: (http://www.researchgate.net/publication).

(2)World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau, Demographic Data and estimates for the Countries and Regions of the World, 2003& 2018.

(3)Zarulli, V., & Others, Women live longer than men even during severe famines and epidemics, Social Sciences, Population Biology,2016, p1-9. Available at: (http://www.pnas.org).

يبلغ متوسط العمر المتوقع عند الميلاد للإناث في أفريقيا٦٤عاماً عام ٢٠١٧، وينخفض عن نظيره على مستوى العالم ٧٠عاماً، وينخفض أيضاً عن متوسط العمر المتوقع عند الميلاد للإناث بجميع أقاليم العالم، حيث بلغ في أوربا ٨٢ عاماً، وأمريكا الشمالية ٨١ عاماً، وأوقيانوسيا ٨٠ عاماً، وأمريكا الجنوبية ومنطقة الكاريبي ٧٩ عاماً، وآسيا ٧٤ عاماً عام ٢٠١٧[١].

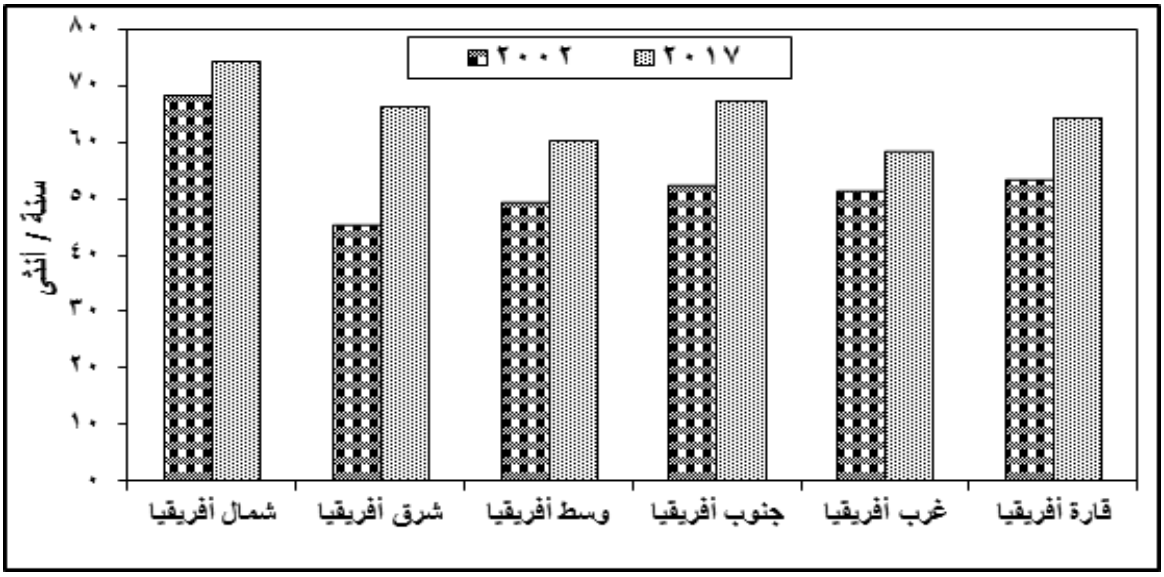
جدول (٣) تطور توقع الحياة عند الميلاد بالسنوات للإناث بأفريقيا خلال الفترة (٢٠٠٢-٢٠١٧).

عام / الإقليم	توقع الحياة عند الميلاد بالسنوات للإناث	
	٢٠٠٢	٢٠١٧
شمال أفريقيا	٦٨	٧٤
شرق أفريقيا	٤٥	٦٦
وسط أفريقيا	٤٩	٦٠
جنوب أفريقيا	٥٢	٦٧
غرب أفريقيا	٥١	٥٨
جملة أفريقيا	٥٣	٦٤
جملة العالم	٦٩	٧٤

Source: World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau, Demographic Data and Estimates for the Countries and Regions of the World, 2003& 2018.

وأكدت منظمة الصحة العالمية (WHO) أن قارة أفريقيا لديها أسوأ متوسط للعمر المتوقع عند الولادة، بسبب أن أكثر من نصف البلدان التي تقع تحت انخفاض متوسط العمر المتوقع عند الولادة هم من القارة الأفريقية وخاصة جنوب الصحراء. هذا قد يكون بسبب بعض الآثار مثل: الآثار المناخية، والاقتصادية، والسياسية، وعدم الوصول إلى مركز صحي جيد، وقد يكون هذا بسبب نقص مياه الشرب النظيفة، والبعد عن المستشفى أو مركز الرعاية الصحية، وارتفاع معدلات وفيات الرضع بسبب عدم توفر المياه النظيفة وانتشار الأمراض المعدية الخ[٢].

(1)World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau, 2018, Op.Cit, pp.9-15.
(2) Etikan, I., & Others, Life expectancy; factors, malaria the most common disease affecting pregnant women in Africa [Nigeria and Cameroon], Biometrics & Biostatistics International Journal, Volume 7 Issue 4 – 2018, p.294. Available at: (http://www.medcraveonline.com).

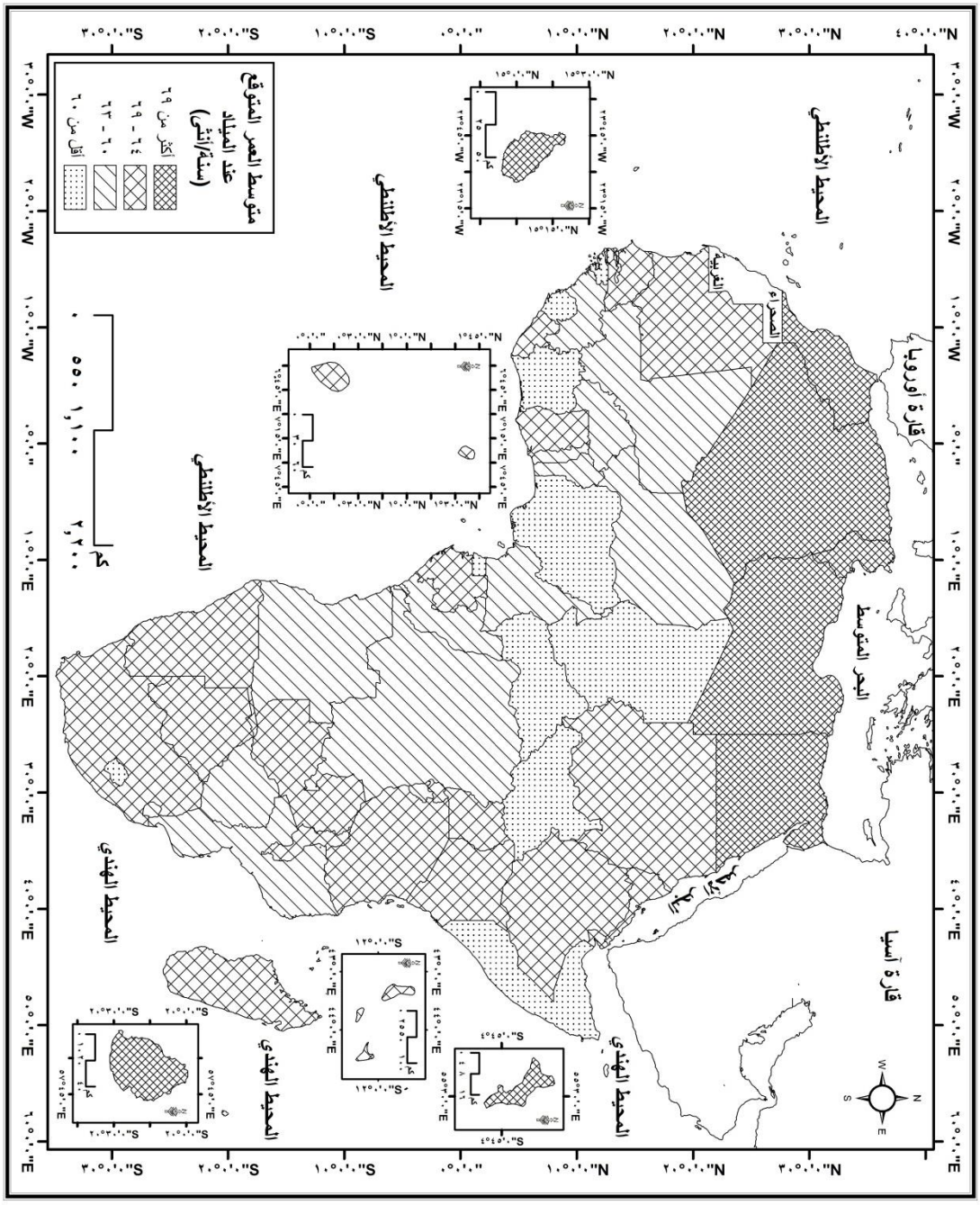


شكل (٨) تطور توقع الحياة عند الميلاد للإناث بأقاليم قارة أفريقيا خلال الفترة (٢٠٠٢-٢٠١٧).

يلاحظ من الجدول(٣) والشكل (٨) تباين تطور متوسط العمر المتوقع عند الميلاد للإناث بأقاليم أفريقيا، وبلغ المتوسط أعلاه بشمال أفريقيا حيث بلغ ٦٨عاماً عام ٢٠٠٢، ويرتفع بذلك عن مستواه بقارة أفريقيا، وينخفض عن مستواه العالمي، بينما انخفض متوسط توقع الحياة عند الميلاد بجميع أقاليم أفريقيا جنوب الصحراء عام ٢٠٠٢ عن نظيره على المستويين الإفريقي والعالمي، وبلغ متوسط توقع الحياة عند الميلاد للإناث أدناه في شرق أفريقيا ٤٥ عاماً عام ٢٠٠٢.

حدث تحسن في متوسط العمر المتوقع عند الميلاد للإناث في جميع أقاليم قارة أفريقيا بين عامي ٢٠٠٢، ٢٠١٧، ورغم هذا التحسن إلا أن توقع الحياة عند الميلاد للإناث بجميع أقاليم أفريقيا ما زال دون مستواه العالمي، عدا إقليم شمال أفريقيا التي تماثل توقع الحياة عند الميلاد للإناث به مستواه العالمي عام ٢٠١٧. كما تباين مستوى التحسن بجميع أقاليم أفريقيا ما بين هاذين العامين حيث ارتفع متوسط توقع الحياة عند الميلاد ٦ سنوات في شمال أفريقيا، ١٣سنة في أفريقيا جنوب الصحراء، تباين مستوى التحسن بين أقاليم أفريقيا جنوب الصحراء وبلغ أقصاه في شرق أفريقيا ١٦سنة، تلاه جنوب أفريقيا١٥سنة، ثم وسط أفريقيا ١١ سنة، بينما بلغ حده الأدنى في غرب أفريقيا ٧ سنوات.

ويبين الشكل رقم (٩) تباين متوسط أمد الحياة بالسنوات للإناث بدول أفريقيا عام ٢٠١٧ وأمكن من خلاله تقسيم دول القارة إلى أربع فئات:



شكل (٩) توزيع متوسط العمر المتوقع عند الميلاد بالسنوات للإناث بدول قارة أفريقيا عام ٢٠١٧ م

مصدر بيانات الخريطة:

World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau, Demographic Data and Estimates for the Countries and Regions of the World, 2018.

الفئة الأولى: دول مرتفعة جداً في أمد الحياة للإناث.

ويبلغ أمد الحياة للإناث بها أكثر من ٦٩ عاماً، وتضم هذه الفئة ثماني دول، توازي ١٤,٨٪ من جملة عدد دول القارة، تتركز في جميع دول شمال أفريقيا المطلة على البحر المتوسط، حيث بلغ توقع الحياة عند الميلاد ٧٨عاماً بدول المغرب العربي (تونس، الجزائر، المغرب)، بينما بلغ توقع الحياة عند الميلاد في ليبيا ٧٥عاماً، ومصر ٧٤عاماً، كما تمثل بهذه الفئة بعض الدول الجزر في قارة أفريقيا وهي: سيشل وموريشيوس اللتان تقعا في المحيط الهندي وبلغ توقع الحياة عند الميلاد للإناث بكل منهما ٧٨عاماً، وجمهورية الرأس الأخضر الواقعة في المحيط الأطلنطي حيث بلغ توقع الحياة عند الميلاد بها ٧٥عاماً.

الفئة الثانية: دول مرتفعة في أمد الحياة للإناث.

ويتراوح أمد الحياة للإناث بها من ٦٤- ٦٩ عاماً، وتضم هذه الفئة عشرون دولة، تمثل ٣٧٪ من جملة دول القارة، تتركز في شكل نطاق يمتد في الجزء الشرقي من قارة أفريقيا بموازاة البحر الأحمر والمحيط الهندي ويبتعد النطاق قليلاً عن المحيط الهندي ببعض الدول، ويمتد النطاق من دول السودان وإريتريا وجيبوتي وأثيوبيا في شماله مروراً بدول: كينيا وأوغندا ورواندا وتنزانيا وملاوي وزامبيا في وسط النطاق، بالإضافة إلى دول ناميبيا وبتسوانا وجنوب أفريقيا في جنوب النطاق، كما يتمثل بهذه الفئة دول: الجابون وغانا وليبيريا والسنغال وموريتانيا المطلة على المحيط الأطلنطي، بالإضافة إلى جزيرة مدغشقر.

الفئة الثالثة: دول متوسطة في أمد الحياة للإناث.

ويتراوح أمد الحياة للإناث بها ما من ٦٠- ٦٣ عاماً، وتحتوي هذه الفئة على خمس عشر دولة، تشكل ٢٧,٨٪ من جملة عدد دول القارة، تتمثل في ثلاث تجمعات من الدول المتجاورة يضم التجمع الأول مجموعة من دول وسط غرب القارة وتتمثل بدول: النيجر ومالي وبوركينافاسو وبنين وتوجو وغينيا وغامبيا، بينما يتمثل التجمع الثاني بدول: الكاميرون

والكونغو وجمهورية الكونغو الديموقراطية وأنجولا وبوروندي، ويقع التجمع الثالث في جنوب القارة ويضم ثلاث دول: موزمبيق وزيمبابوي وسوازيلاند.

الفئة الرابعة: دول منخفضة في أمد الحياة للإناث.

وينخفض أمد الحياة للإناث بها عن ٦٠ عاماً، وتشمل هذه الفئة عشر دول، تعادل ١٨,٥٪ من جملة عدد دول القارة، تتمثل في دول غينيا بيساو وسيراليون ونيجيريا وكوديفوار في غرب القارة وجميعها تطل

على ساحل المحيط الأطلنطي، وتتمثل في وسط القارة بدول تشاد وجمهورية أفريقيا الوسطى وغينيا الاستوائية، كما تتمثل في دولتي: جنوب السودان والصومال شرق القارة، بالإضافة إلى دولة ليسوتو جنوب قارة أفريقيا، واحتلت دولة سيراليون المركز الأخير بين دولة قارة أفريقيا من حيث توقع الحياة عند الميلاد للإناث والذي بلغ ٥٢عاماً.

ويرجع ذلك إلى انخفاض نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة والذي بلغ ٧ دولار عام ٢٠٠٠ بينما بلغ ١٢ دولاراً عام ٢٠٠٦، كما بلغ نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة ٣ دولار عام ٢٠٠٠ وصل إلى ٤ دولار عام ٢٠٠٦، في حين بلغت نسبة السكان الذين بإمكانهم الوصول إلى وسائل صحية محسنة ١٢٪ عام ٢٠٠٠ تراجعت إلى ١١٪ عام ٢٠٠٦، بينما بلغ نصيب السكان من الأطباء أقل من طبيب/١٠٠٠٠ نسمة، و٥ ممرضات/١٠٠٠٠نسمة خلال الفترة(٢٠٠٠-٢٠٠٧)[١].

(٢-٢) وفيات الأطفال الإناث أقل من خمس سنوات:

وفيات الأطفال دون سن الخامسة أو وفيات الأطفال المعروفة أيضًا باسم وفيات الأطفال، يمكن تعريفها بأنها وفاة الأطفال الرضع والأطفال دون سن الخامسة أو ما بين سن شهر إلى تسعة وخمسين شهرًا[٢]، وأشارت منظمة الصحة العالمية أن ٦,٢٨٢ مليون حالة وفاة وقعت في جميع أنحاء العالم بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ٥ سنوات عام ٢٠١٣، وحوالي ٢,٩٧٦ مليون (٤٧,٤٪) من هؤلاء كانوا في الإقليم الأفريقي[٣].

(٢-٢-١) تغير وفيات الأطفال الإناث أقل من خمس سنوات:

مع استمرار الأطفال في الوفاة، فإن التدخلات الفعالة يمكن أن تمنع غالبية الوفيات ولكن ليس في متناول معظم أولئك الذين يحتاجون إليها فعلى سبيل المثال بالنسبة لمن هم دون سن الخامسة ٤١٪ يحتاجون إلى مكملات فيتامين (أ) لا تحصل عليه، حوالي ٥١٪ من أولئك الذين يعانون من أعراض

(١) منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، ٢٠٠٩، ص ص٩٠- ١١٥. متاح على
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/AR_WHS09_Full.pdf

(2)Munyamahoro, F., An Empirical Analysis of Death of Children Under Five Years in Rwanda, Journal of Medical Research & Health Education, Vol. 1 No. 2: 2017, p. 1 available at: (http://www.imedpub.com).

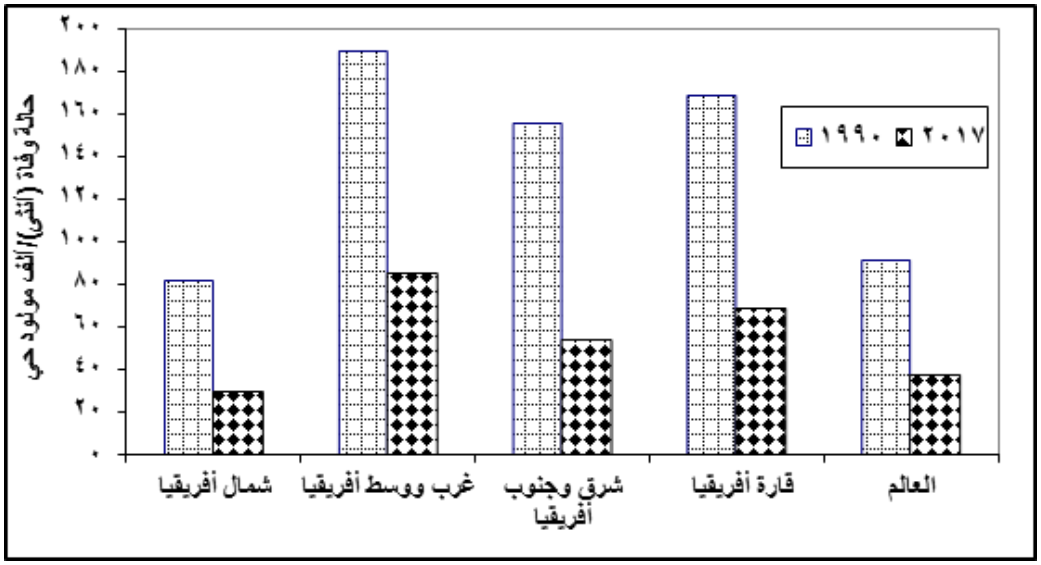
(3)Kirigia, J, M., & Others, Counting the cost of child mortality in the World Health Organization African region, Public Health (2015), p. 2. available at:(http://www.Bmcpublichealth.biomedcentral .com/articles).

عدوى الجهاز التنفسي الحادة لم يتم نقلهم إلى مرفق صحي، ٦٤٪ من المصابين بالتهاب رئوي مشتبه بهم لا يتلقون مضادات حيوية، و٥١٪ من المصابين بالإسهال لا يحصلون على الإمهاء الفموي أملاح أو سوائل المنزل الموصى بها. كما لم يتلق ٣١٪ من النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية مضادات الفيروسات لمنع انتقال العدوى من الأم إلى الطفل. في ٥٩٪ من البلدان الأفريقية أقل من ٤١٪ من الأطفال دون الخامسة ينامون تحت الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات[١].

جدول (٤) تغير معدل وفيات الإناث أقل من خمس سنوات لكل ألف مولود حي بأفريقيا خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠١٧).

السنوات / الأقاليم	١٩٩٠	٢٠١٧	نسبة الانخفاض
شمال أفريقيا	٨١	٢٩	٦٤,٢
غرب ووسط أفريقيا	١٨٩	٨٥	٥٥,٠
شرق وجنوب أفريقيا	١٥٥	٥٤	٦٥,١
أفريقيا	١٦٨	٦٨	٥٩,٥
العالم	٩١	٣٧	٥٩,٣

Source: World Health Organization, World Bank Group, United Nations, UNICEF , Levels & Trends in Child Mortality Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation Report, 2018.



شكل (١٠) تغير معدل وفيات الإناث أقل من خمس سنوات لكل ألف مولودة حية بأفريقيا خلال الفترة(١٩٩٠-٢٠١٧).

(1) Ibid, p.3.

يتبين من جدول (٤) وشكل (١٠) حدوث تحسن بصحة الأطفال الإناث في قارة أفريقيا. حيث انخفض معدل وفيات الأطفال الإناث دون سن الخامسة من ١٦٨ لكل ألف مولود حي عام ١٩٩٠ إلى ٦٨ عام ٢٠١٧. لكن لا يزال معدل وفيات الأطفال الإناث دون سن الخامسة بأفريقيا كبيراً للغاية وأعلى من معدل جميع أقاليم العالم، حيث بلغ هذا المعدل في أوربا ٥ حالات لكل ألف مولود حي، و٦ بأمريكا الشمالية، و٤ في استراليا ونيوزيلندا، ١٦ بأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي عام ٢٠١٧.

حدث تحسن في معدلات وفيات الإناث دون سن الخامسة على مستوى أقاليم أفريقيا خلال الفترة ما بين (١٩٩٠-٢٠١٧)، ولكن تباين معدل هذا التحسن بين الأقاليم المختلفة حيث انخفض معدل وفيات الأطفال الإناث دون سن الخامسة من ٨١ إلى ٢٩ لكل ألف مولودة حية في شمال أفريقيا، بينما انخفض المعدل من ١٧١ إلى ٧٣ لكل ألف مولودة حي بأفريقيا جنوب الصحراء، وتباين معدل الانخفاض بين أقاليم أفريقيا جنوب الصحراء حيث انخفض في غرب ووسط أفريقيا من ١٨٩ إلى ٨٥ لكل ألف مولود حي، بينما انخفض من ١٥٥ إلى ٥٤ في الألف في شرق وجنوب أفريقيا.

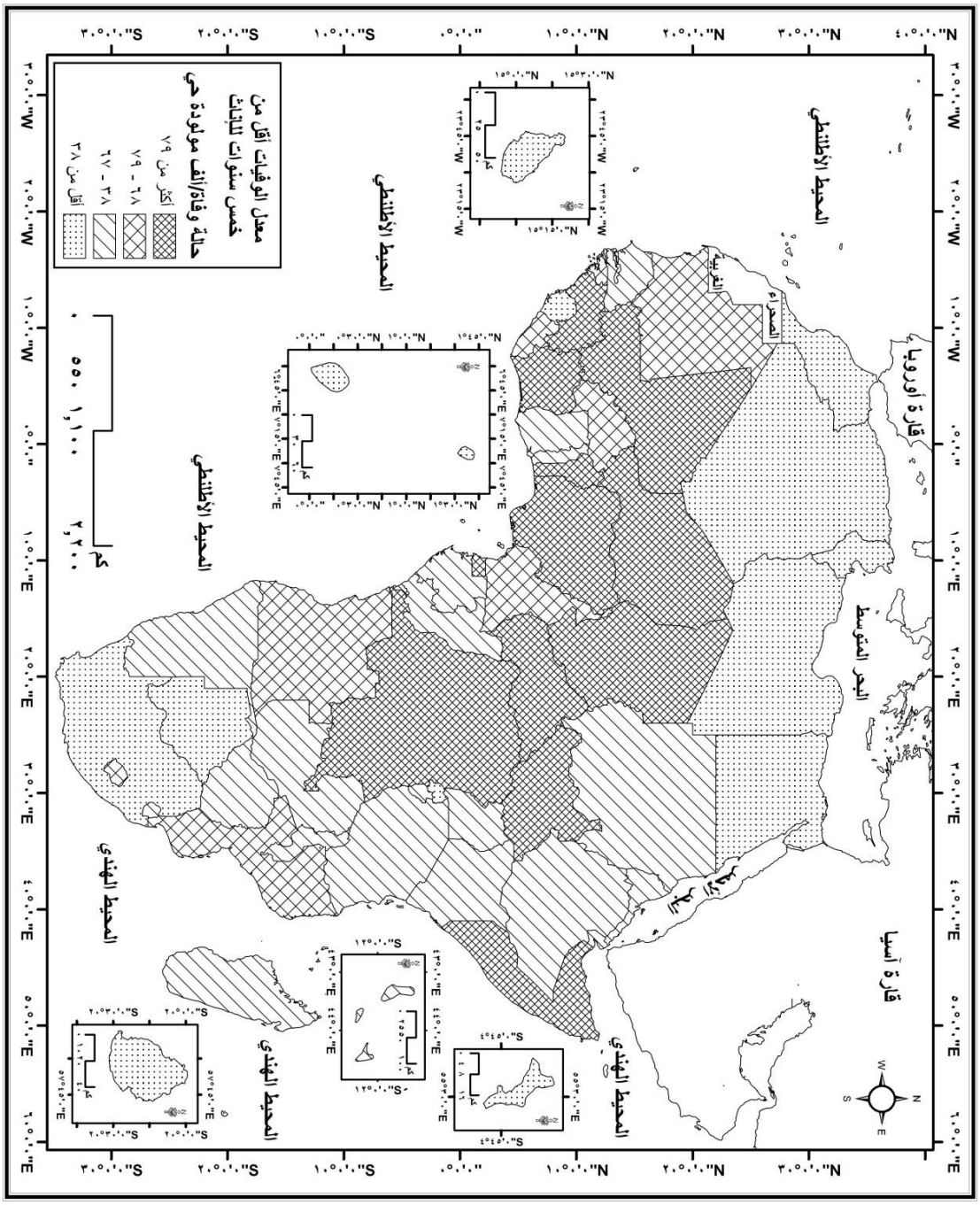
(٢-٢-٢) التباين المكاني لمعدل وفيات الأطفال الإناث أقل من خمس سنوات:

يعد معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر أحد المؤشرات الدقيقة للأحوال الصحية في أي بلد فهي تقيس مستوى الصحة والخدمات الصحية وبالتالي هو مؤشر صحي له اعتبارات ديموغرافية لما تمثله وفياتهم من عدم أدائهم لدورهم الديموغرافي في المجتمع، كما يرصد التقدم المحرز للأهداف الاقتصادية والاجتماعية ومدى تطورها[١]، ويعكس الشكل(١١) تباين معدل وفيات الأطفال الإناث أقل من خمس سنوات بدول قارة أفريقيا وأمكن من خلاله تقسيم القارة إلى أربع فئات تتمثل فيما يأتي:

الفئة الأولى: دول مرتفعة جداً في معدل وفيات الأطفال الإناث أقل من خمس سنوات.

ويرتفع معدل وفيات الأطفال الإناث أقل من خمس سنوات عن ٧٩ في الألف، وتضم اثنتا عشرة دولة، وتتركز في شكل نطاق متصل يتمثل بالعديد من دول غرب ووسط قارة أفريقيا ويبدأ النطاق من دول غينيا وكوت ديفوار ومالي ونيجيريا وبنين والنيجر غرب قارة أفريقيا حيث بلغ معدل وفيات الإناث أقل من خمس سنوات بها ٨١ و ٨٠ و١٠١و ٩٤و ٩٣ في الألف على الترتيب، ثم يتجه شرقاً ليضم دول: تشاد

(١) عبير ضيدان إبراهيم، تباين وفيات الأطفال دون الخمس سنوات في محافظة البصرة لعام ٢٠١٣، مجلة جامعة ذي قار المجلد ١١ العدد ١، آذار ٢٠١٦، ص٦٣.



شكل (١١) توزيع معدل الوفيات أقل من خمس سنوات للإناث بدول قارة أفريقيا عام ٢٠١٧ م

مصدر بيانات الخريطة:

World Health Organization, World Bank Group, United Nations, Unicef , Levels & Trends in Child Mortality Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation Report, 2018.

وأفريقيا الوسطى وجمهورية الكونغو الديموقراطية وسط أفريقيا، وبلغ معدل وفيات الإناث دون خمس سنوات بها ١١٦و ١١٥و ٨٤ في الألف على الترتيب، كما تتمثل بدول جنوب السودان والصومال في شرق قارة أفريقيا، وبلغ معدل وفيات الإناث أقل من خمس سنوات بها ٩٢و ١٢١في الألف على التوالي، ويمثل المعدل بدولة الصومال أقصاه على مستوى دول قارة أفريقيا.

الفئة الثانية: دول مرتفعة في معدل وفيات الأطفال الإناث أقل من خمس سنوات.

يتراوح معدل وفيات الإناث أقل من خمس سنوات بها من ٦٨– ٧٩ في الألف، وتتمثل بثماني دول تتمثل في دول: موريتانيا وغينيا بيساو وليبريا وبوركينافاسو غرب قارة أفريقيا، وموزمبيق وليسوتو وأنجولا جنوب القارة، والكاميرون وسط القارة.

الفئة الثالثة: دول متوسطة في معدل وفيات الأطفال الإناث أقل من خمس سنوات.

ويتراوح معدل وفيات الإناث أقل من خمس سنوات بها من ٣٧– ٦٧ في الألف بإحدى وعشرين دولة، وتتركز في شكل نطاق متصل بالجانب الشرقي من قارة أفريقيا يسير بموازاة البحر الأحمر والمحيط الهندي ويتمثل في دول السودان وإريتريا وجيبوتي وإثيوبيا شمال النطاق، ثم يتجه النطاق جنوباً ويتمثل بدول: كينيا وأوغندا وبوروندي وتنزانيا وسط النطاق، كما يضم دول زامبيا وموزمبيق وملاوي وزيمبابوي في جنوب النطاق، كما يتمثل بهذه الفئة دول: السنغال وغانا وتوجو والكونغو وناميبيا المطلة على المحيط الأطلنطي من الشمال إلى الجنوب، وتنتشر ببعض الدول الجزر بالقارة مدغشقر وجزر القمر.

الفئة الرابعة: دول منخفضة في معدل وفيات الأطفال الإناث أقل من خمس سنوات.

ينخفض معدل وفيات الأطفال الإناث أقل من خمس سنوات بها عن ٣٧ في الألف، وتنتشر في ثلاثة عشر دولة، وتتركز بجميع دول إقليم شمال أفريقيا المطلة على البحر المتوسط، حيث بلغ معدل وفيات الأطفال الإناث أقل من خمس سنوات ٢١ في الألف في مصر، و١١ في الألف في ليبيا ويمثل أدنى معدل لوفيات الأطفال الإناث دون الخمس سنوات على مستوى قارة أفريقيا، بينما بلغ المعدل ١٢و ٢١و ٢٣ في الألف بدول تونس والمغرب والجزائر على الترتيب، كما يتمثل بهذه الفئة دول: بتسوانا وجنوب أفريقيا جنوب القارة وبلغ المعدل بهما ٣٤و٣٣ في الألف على التوالي، كما ينتشر بالعديد من دول الجزر بالقارة موريشيوس وسيشل وجمهورية الرأس الأخضر وساوتومي وبرينسيبي، حيث بلغ معدل وفيات الأطفال الإناث دون خمس سنوات بها ١٢و ١٣و ١٦و ٢٩ في الألف على الترتيب.

(٢-٣) معدل إصابة الإناث (١٥-٤٩ سنة) بفيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز بأفريقيا.

تواجه نساء العالم تزايد خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة. فقد زادت نسبة إصابتهن من ٢٠٪ من إجمالي حالات الإصابة عام ١٩٨٠ إلى ٤٠٪ عام ١٩٩٣، وارتفعت النسبة إلى ٤٨٪ عام ٢٠٠١ و٥٠٪ عام ٢٠٠٢/٢٠٠٣ حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية(١)، ويشير برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز إلى أن أكبر عدد من مرضى فيروس نقص المناعة البشرية في العالم هم من النساء اللائي يعشن في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. تشكل النساء الأفريقيات ٨٠٪ من جميع النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية في العالم. وبالمثل، أفيد أن النساء يمثلن ٥٩٪ من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. علاوة على ذلك، تشير التقديرات إلى أن الشابات اللائي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٢٤ سنة أكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بمقدار ثمانية أضعاف من الرجال من نفس الفئة العمرية(٢).

وترتفع نسبة الإناث (١٥-٤٩ سنة) المصابات بالإيدز نسبة الذكور وتبلغ هذه النسبة ٤,٣٪ مقابل ٢,٧٪، أي يوجد ٤٣ أنثى مصابة بالفيروس مقابل ٢٧ ذكر في أفريقيا، وهذا عكس الوضع في معظم مناطق العالم، حيث ترتفع نسب الذكور على الإناث فتبلغ سبعة ذكور مقابل ثلاث إناث في كل من أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي وأمريكا الشمالية وسبعة ذكور مقابل أربع إناث في أوربا، مما يدل على الوضع الصحي الخطير التي تواجهه المرأة والتي ينعكس بلا شك على زيادة أعداد الأطفال الحاملين للفيروس ويعزي ارتفاع نسبة الإصابة للإناث إلى مجموعة من العوامل البيولوجية لأن النساء أكثر قابلية لاكتساب الفيروس عن طريق الاتصال الجنسي المتغاير، بالإضافة إلى العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية حيث أدت هذه العوامل إلى زيادة متباينة في معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين النساء بالمقارنة مع نظرائهم من الذكور(٣)، لكنها ليست قاعدة عامة على جميع دول أفريقيا.

(١) فاتن محمد محمد البنا، الأخطار التي تواجه صحة المرأة في أفريقيا واستراتيجيات الحد منها، مجلة الدراسات الأفريقية- العدد ٢٦، معهد البحوث والدراسات الأفريقية، جامعة القاهرة (٢٠٠٤)، ص٢٧٢.

(2)Uzodike, U, O., & Onapajo, H., Women and Development in Africa:Competing Approaches and Contested Achievements, Alternation 20,2 (2013) 27 - 51 ISSN 1023-1757, p.30. available at: (http: //www.researchgate.net/publication).

(3)Ramjee, G., & Daniels, B.,Women and HIV in Sub-Saharan Africa, AIDS Research and Therapy 2013, p.1. available at: (http://www.aidsrestherapy.com).

جدول (٥) التوزيع النسبي لإصابة الإناث (١٥– ٤٩ سنة) بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز بأقاليم قارة أفريقيا عام ٢٠١٧.

الإقليم	نسبة إصابة الإناث (١٥–٤٩ سنة)
شمال أفريقيا	٠,١
غرب أفريقيا	٢,٤
شرق أفريقيا	٥,٦
وسط أفريقيا	٢,٣
جنوب أفريقيا	٢٣,٩
قارة أفريقيا	٤,٣

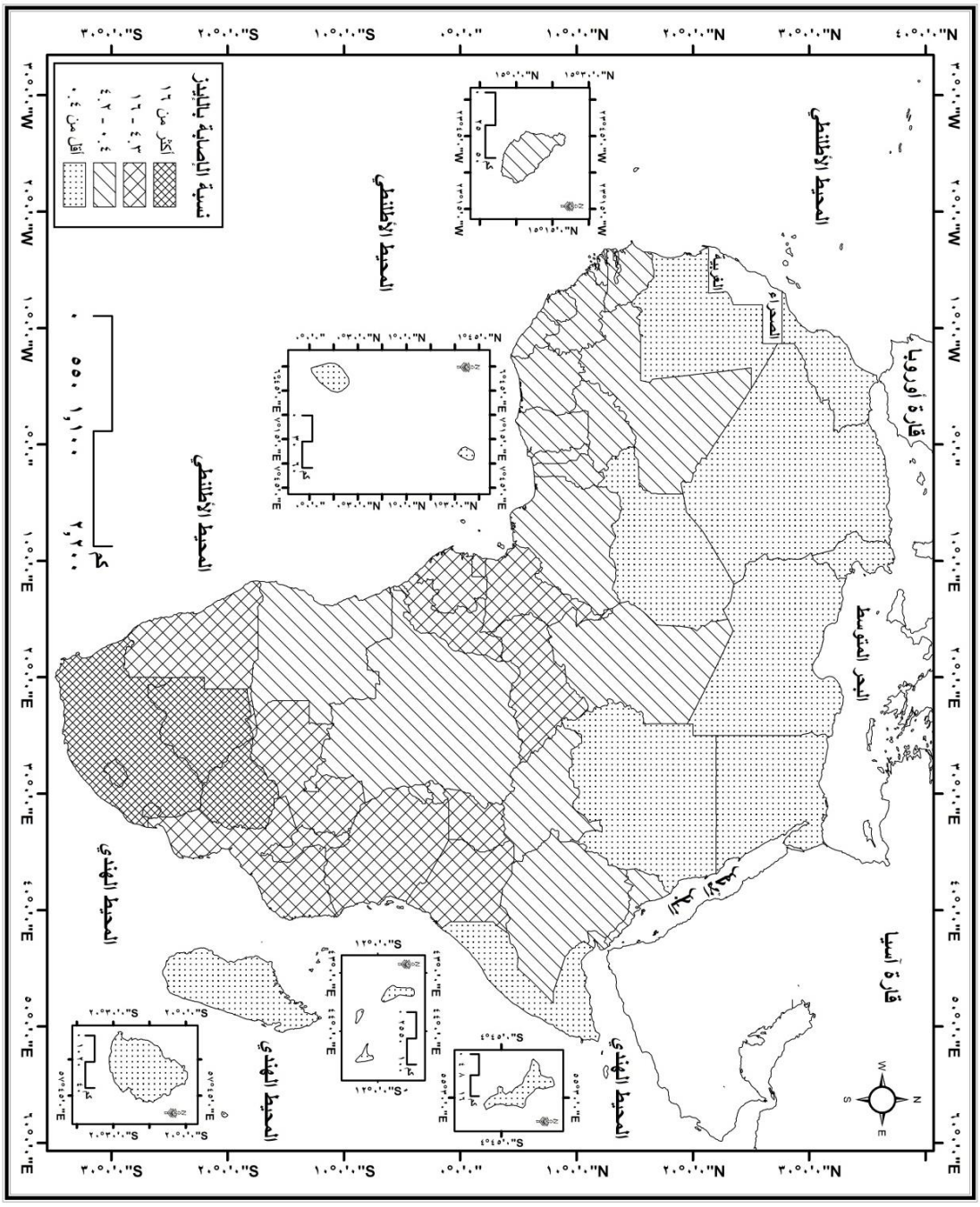
Source: World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau, Demographic Data and Estimates for the Countries and Regions of the World, 2018.pp.9-11.

يوضح الجدول (٥) تباين نسب إصابة الإناث (١٥–٤٩ سنة) بفيروس نقص المناعة البشرية بين أقاليم قارة أفريقيا، حيث بلغت أدناها في إقليم شمال أفريقيا ٠,١٪، بينما ارتفعت في أفريقيا جنوب الصحراء إلى ٥,٢٪، حيث يعد الفقر من أهم عوامل انتشار الإيدز في القارة الأفريقية خاصة جنوب الصحراء، وذلك لسببين أولهما أن الفقر يدفع كثير من النساء في القارة الأفريقية خاصة بالمدن إلى ممارسة البغاء كوسيلة للعيش وكسب المال، والثاني صعوبة مكافحة هذا المرض وتقليص معدلات الإصابة به نظراً لارتفاع تكاليف العلاج التي قد تصل إلى ثلاثة أضعاف متوسط دخل الفرد في أفريقيا(١).

وتتباين هذه النسب بين الأقاليم الأفريقية جنوب الصحراء وبلغت أقصاها بإقليم جنوب أفريقيا٢٣,٩٪، أحد العوامل الرئيسية التي تزيد من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية في إقليم الجنوب الأفريقي، هو نمط من هجرة الذكور مدفوعا بالاقتصادات الوطنية ووجود صناعات التعدين كثيفة العمالة في جنوب أفريقيا. والنتيجة هي أن العمال الذكور يصبحوا بعيداً عن أسرهم لفترات طويلة من الوقت وترك النساء غير قادرات بشكل متزايد على الدفاع عن أنفسهن(٢) وسجلت نسبة إصابة الإناث ٥,٦٪ بإقليم شرق أفريقيا، وتقاربت نسبة الإصابة في إقليمي وسط وغرب أفريقيا، وبلغت ٢,٣٪، ٢,٤٪ بكل منهما على التوالي.

(١) آمال حلمي سليمان، التحليل المكاني للإيدز في أفريقيا جنوب الصحراء، مجلة الدراسات الأفريقية، معهد البحوث والدراسات الأفريقية، جامعة القاهرة، العدد ٢٩، ٢٠٠٧، ص١٤٣.

(2)Kalipeni, E., & . Zulu, L., HIV and AIDS in Africa: a geographic analysis at multiple spatial scales, GeoJournal, August 2012. p.4. available at:(http://www. researchgate.net/publication).



شكل (١٢) التوزيع النسبي للإصابة بمرض الإيدز للإناث من (١٥ - ٤٩ سنة) بدول قارة أفريقيا عام ٢٠١٧ م

مصدر بيانات الخريطة:

World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau, Demographic Data and Estimates for the Countries and Regions of the World, 2018.

يوضح الشكل (١٢) مستويات التباين الجغرافي للتوزيع النسبي لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز بين الإناث البالغات (١٥-٤٩سنة) بدول قارة أفريقيا عام ٢٠١٧م ويتبين منه ما يأتي:

الفئة الأولى: دول مرتفعة جداً في نسبة إصابة الإناث بالإيدز:

وترتفع نسبة إصابة الإناث البالغات (١٥-٤٩ سنة) بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز عن ١٦٪، وتتمثل في ست دول، وتتركز جميعها في إقليم جنوب أفريقيا، وتتمثل في دول: سوازيلاند ٣٥,١٪ وتمثل أعلى نسبة للإصابة على مستوى دول قارة أفريقيا، تلاها ليسوتو ٢٩٪، بتسوانا ٢٧,٤٪، جنوب أفريقيا ٢٣,٧٪، زيمبابوي ١٦,١٪.

الفئة الثانية: دول مرتفعة في نسبة إصابة الإناث بالإيدز:

وتتراوح نسبة إصابة الإناث البالغات بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز بها من ٤,٣-١٦٪، وتضم اثنا عشر دولة، تركزت في باقي جميع دول إقليم جنوب أفريقيا واحتلت المراكز الأولى بهذه الفئة أيضا وتمثلت في دول: موزمبيق وناميبيا وزامبيا ومالاوي وبلغت نسبة الإصابة بها ١٥٪، ١٤,٥٪، ١٤,٣٪، ١١,٧٪ على الترتيب. كما تمثلت في دول: أوغندا وكينيا وتنزانيا في شرق أفريقيا وبلغت نسبة الإصابة بها ٧,٣٪، ٦,٢٪، ٥,٥٪ على الترتيب، وتركزت في مجموعة من الدول المتجاورة في شرق أفريقيا وتشمل: غينيا الاستوائية والجابون والكاميرون وأفريقيا الوسطى والكونغو حيث بلغت نسبة الإصابة للإناث البالغات بها ٨,١٪، ٦,٤٪، ٤,٨٪، ٤,٧٪، ٤,٤٪ على الترتيب.

دول متوسطة في نسبة إصابة الإناث بالإيدز: وتتراوح نسبة إصابة الإناث البالغات بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز بها من ٠,٤- ٤,٢٪، وتستحوذ على ثلاث وعشرين دولة، تمثلت في شكل نطاقين تركز أولهما بغرب ووسط أفريقيا وضم جميع دول إقليم غرب أفريقيا عدا دولتي: موريتانيا والنيجر، بينما تمثل في إقليم وسط أفريقيا بدولتي: تشاد وجمهورية الكونغو الديموقراطية، بينما يمتد النطاق الثاني من دول: إريتريا وجيبوتي وأثيوبيا وجنوب السودان ورواندا وبوروندي شرق القارة بدولة وأنجولا بإقليم جنوب القارة.

دول منخفضة في نسبة إصابة الإناث بالإيدز: وتنخفض نسبة إصابة الإناث البالغات (١٥-٤٩ سنة) بفيروس نقص المناعة البشرية الإيدز بها عن ٠,٤٪ في أربع عشرة دولة، تركزت في جميع دول إقليم شمال أفريقيا، بالإضافة إلى دولتي: النيجر والصومال، ويعزى ذلك لارتفاع نسبة المسلمين في هذه الدول

والتي تبلغ ٩٠٪ فأكثر مما يجعل الدين والتمسك بالخلق القرآني هو في حد ذاته خير رادع للنفس من ممارسة الجنس خارج نطاق الحياة الزوجية، ومن ثم يقل التعرض للإصابة بالمرض(١)، كما تمثلت في جميع الدول الجزر بقارة أفريقيا عدا جزيرة الرأس الأخضر.

(٢-٤) الخصوبة الكلية للإناث في أفريقيا:

يقصد بمعدل الخصوبة الكلية متوسط عدد المواليد الذين يمكن أن تنجبهم المرأة الواحدة طوال سنوات قدرتها على الإنجاب(٢)، والذي يتأثر بالتغيرات في العمر عند الزواج الأول، وعدد الأطفال المطلوب، واستخدام وسائل منع الحمل. هذه المحددات بدورها تتأثر بالاتجاهات الاجتماعية والاقتصادية، والعوامل ذات الصلة بالصحة مثل الإقامة الريفية والحضرية، وسنوات التعليم، والتعرض لوسائل الإعلام (التلفزيون والإذاعة)، والوضع الاقتصادي، ومعدلات وفيات الرضع(٣).

(٢-٤-١) تغير معدل الخصوبة:

جدول (٦) تغير معدل الخصوبة الكلية للإناث والخصوبة المتوقعة في أفريقيا خلال الفترة (١٩٨٠/١٩٨٥-٢٠٦٠/٢٠٦٥).

الفترة	معدل الخصوبة الكلية (طفل/ امرأة)
١٩٨٠/١٩٨٥	٦,٩
٢٠١٠/٢٠١٥	٤,٧
٢٠٢٥/٢٠٣٠	٣,٩
٢٠٦٠/٢٠٦٥	٢,٧

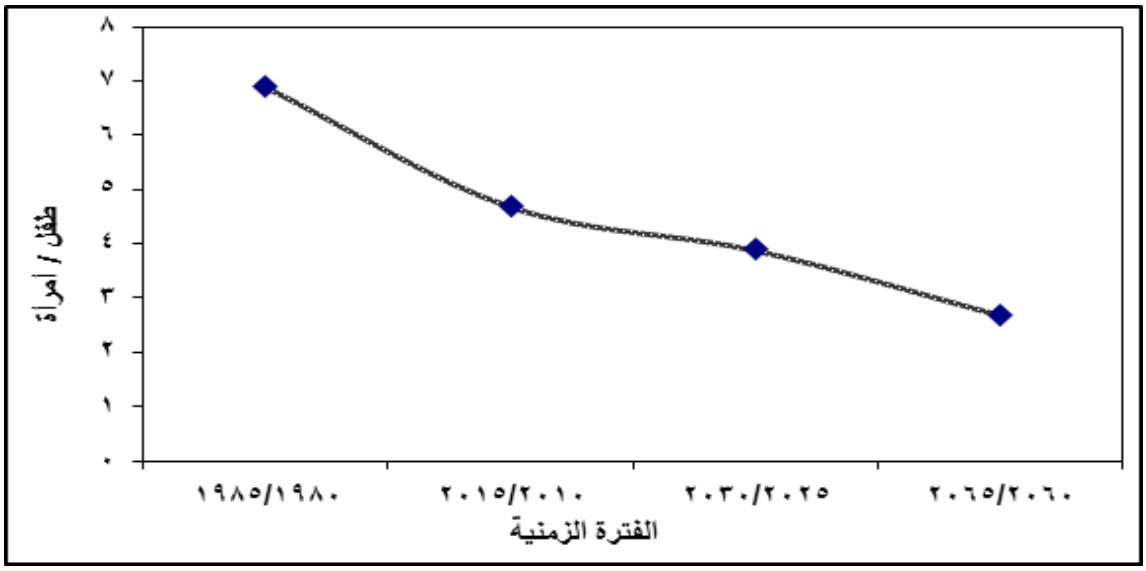
Source: United Nations Economic Commission for Africa, The Demographic Profile of African Countries, , March 2016. P.37.

(١) السيد البشري محمد أحمد، مرض الإيدز: نشأته وطبيعته وانتشاره الجغرافي، المجلة الجغرافية العربية، العدد ٣٥، ٢٠٠٩، ص ص ٤١٣-٤١٤.

(٢) محمد حسن زقوت، مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة شمال غزة من ١٩٩٧-٢٠١١، دراسة في جغرافية السكان، رسالة ماجستير غير منشورة كلية الآداب، الجامعة الإسلامية بغزة، ٢٠١٣، ص٥٧ عن

shaqfa,A., Demographic Analysis of Population in gaza Governorates , Unpublishing PHD the Faculty of Natural Sciences Comenius University ,Bratislava,2003. P.49.

(3)Westoff, C, F., Bietsch, K.,& Koffman, D., Indicators of Trends in Fertility in Sub-Saharan Africa, Office of Population Research Princeton University, August 2013, p.1, available at:(http://www. dhsprogram.com).



شكل (١٣) تغير معدل الخصوبة الكلية للإناث والمتوقعة خلال الفترة (١٩٨٠/١٩٨٥-٢٠٦٠/٢٠٦٥).

يوضح الجدول(٦) والشكل(١٣) تغير اتجاهات معدل الخصوبة الكلي خلال الفترات (١٩٨٠/١٩٨٥-٢٠٦٠/٢٠٦٥) حيث بلغ معدل الخصوبة الكلي ٦,٩ طفل لكل امرأة في الفترة ١٩٨٠-١٩٨٥ وهو معدل مرتفع. ووفقا للنظرية الديموغرافية التقليدية، وارتفاع الخصوبة في المراحل المبكرة من الانتقال الديموغرافي هو نتيجة ارتفاع حجم الأسرة المرغوب فيه. والأزواج يريدون الكثير من الأطفال للمساعدة في المشاريع العائلية مثل الزراعة والأمن في سن الشيخوخة. بالإضافة إلى ذلك، يؤدي ارتفاع معدل وفيات الأطفال إلى حصول الأبوين على أطفال إضافيين للحماية من الفقد أو ليحل محل الخسائر[١]. بينما انخفض معدل الخصوبة الكلي ليصل إلى ٤,٧ طفل لكل امرأة خلال الفترة (٢٠١٠/٢٠١٥)، ويتوقع أن يستمر معدل الخصوبة الكلي في الانخفاض بقارة أفريقيا ليصل إلى ٣,٩ طفل لكل امرأة في الفترة ٢٠٢٥/٢٠٣٠، بينما يتوقع أن يبلغ معدل الخصوبة الكلي٢,٧طفل لكل امرأة في الفترة (٢٠٦٠/٢٠٦٥). يحدث انخفاض الخصوبة بمجرد ارتفاع مستويات التحضر والتعليم، والتغيرات في الاقتصاد، وانخفاض معدل الوفيات يؤدي بالآباء إلى الرغبة في عدد أقل من الأولاد. لتنفيذ هذه الرغبات، يعتمد الآباء على وسائل منع الحمل والأسرة وبرامج التخطيط في العديد من البلدان لتسريع اعتمادها. ومع تطور البلدان

(1)Bongaarts, J., & Casterline. J., Fertility Transition: Is sub-Saharan Africa Different? Published in final edited form as: Popul Dev Rev. 2013 February: 38.p.4. Available at: (http://www.ncbi.nlm.nih .gov/pmc/articles).

تنخفض الخصوبة عمومًا وهناك علاقة عكسية قوية بين التنمية والخصوبة في المجتمعات المعاصرة (مع أفريقيا التي تتميز بانخفاض نسبتها)[١].

تتمتع قارة أفريقيا بأعلى معدلات خصوبة في العالم حيث بلغ معدل الخصوبة الكلي بقارة أفريقيا ٤,٦ طفل لكل امرأة عام ٢٠١٧، ويرتفع بذلك عن مثيله على مستوى العالم والذي بلغ ٢,٤ طفل لكل امرأة، وارتفع أيضاً عن نظيره بجميع أقاليم العالم حيث بلغ معدل الخصوبة الكلي ١,٧ طفل لكل امرأة بأمريكا الشمالية، ٢,١ طفل لكل امرأة بكل من أمريكا الجنوبية ومنطقة الكاريبي، وآسيا، بينما بلغ في أوقيانوسيا ٢,٣ طفل لكل امرأة، وسجل معدل الخصوبة الكلي أدناه في أوربا ١,٦ طفل لكل امرأة عام ٢٠١٧. ويعتقد الديموغرافيين أن معدلات الخصوبة العالية في قارة أفريقيا وخاصة في أفريقيا جنوب الصحراء هي بقايا مقاومة النظام الاجتماعي الثقافي الأصلي للتأثير الخارجي، ونظام المعتقدات الدينية التقليدية التي تدعم استمرار النسب وخلافه، وارتفاع وفيات الرضع والأطفال، والزواج المبكر، وانخفاض وسائل منع الحمل، واعتبار النساء الخصوبة وسيلة لتحقيق مكانة أعلى داخل الأسرة[٢]. حيث بلغت نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة للإناث (١٥-٤٩سنة) في قارة أفريقيا ٣٦٪ وتنخفض بذلك عن نسبتها على مستوى العالم ٦٢٪، بينما ارتفعت نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة في جميع أقاليم العالم عن نسبتها في أفريقيا حيث بلغت ٧٤٪ بكل من أمريكا الشمالية وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، ٧٩٪ بأمريكا الجنوبية، ٧٠٪ في أوربا، ٦٥٪ بآسيا عام ٢٠١٧[٣].

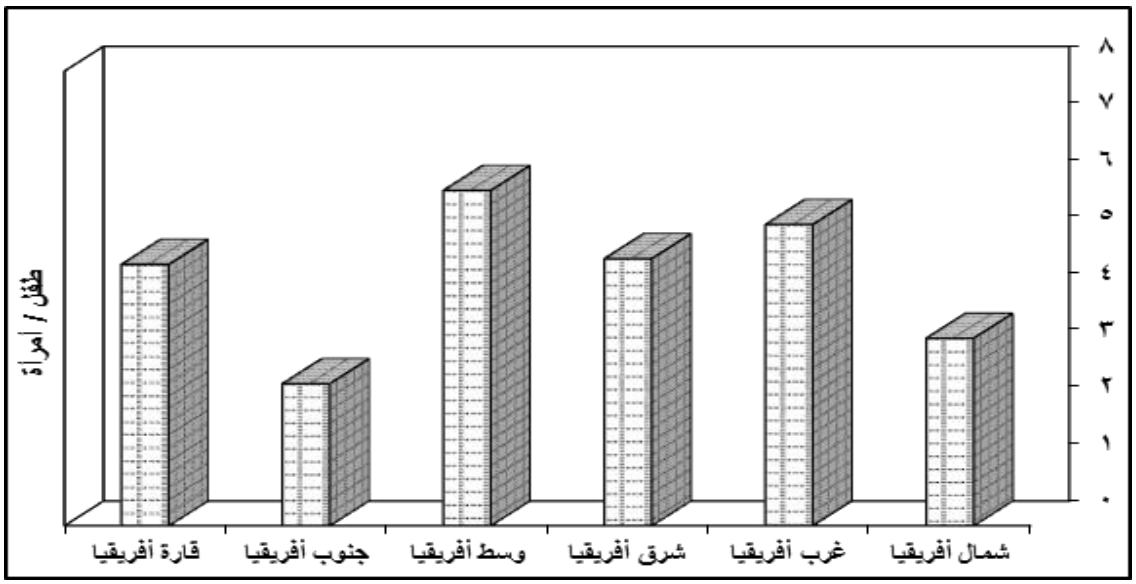
وبلغت نسب الزواج المبكر للإناث (١٥-١٩سنة) في شمال أفريقيا١٣٪، ارتفعت في بلدان أفريقيا جنوب الصحراء إلى ٢٠٪ وكلاهما ترتفعان عن نسبتها على مستوى العالم ٧٪، كما ترفع عن نسبتها على مستوى أقاليم العالم حيث تبلغ نسب الزواج المبكر للإناث ١٪ في أوربا وأمريكا الشمالية، و٩٪ في أمريكا الجنوبية ومنطقة الكاريبي، و١٠٪ في شرق وجنوب شرق آسيا عام ٢٠١٧[٤].

(1) Ibid, p.4
(2)Ekane, D., Fertility trends in sub Saharan Africa, pp3-4. Available at: (http:// www.diva- portal.org).
(3)World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau, Demographic Data and Estimates for the Countries and Regions of the World, 2018.pp 8-18.
(4) Unesco, Global Education Monitoring Report, Accountability in education: Meeting our Commitments, 2017-2018, p.357.

جدول (٧) معدل الخصوبة الكلية للإناث بأقاليم قارة أفريقيا عام ٢٠١٧.

الإقليم	معدل الخصوبة الكلية (طفل/ امرأة)
شمال أفريقيا	٣,٣
غرب أفريقيا	٥,٣
شرق أفريقيا	٤,٧
وسط أفريقيا	٥,٩
جنوب أفريقيا	٢,٥
جملة أفريقيا	٤,٦
العالم	٢,٤

Source: World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau, Demographic Data and Estimates for the Countries and Regions of the World, 2018.



شكل (١٤) معدل الخصوبة الكلية للإناث (طفل/ امرأة) بأقاليم قارة أفريقيا عام ٢٠١٧.

يتبين من الجدول(٧) والشكل (١٤) اختلاف معدل الخصوبة الكلي بين أقاليم قارة أفريقيا، حيث كان هناك تقدم في التحول الديموغرافي بشكل واضح في جنوب أفريقيا وبلغ معدل الخصوبة الكلي ٢,٥ طفل لكل امرأة عام ٢٠١٧، في حين بلغ معدل الخصوبة في شمال أفريقيا ٣,٣ طفل لكل امرأة، وتباطأ التحول الديموغرافي في شرق وغرب أفريقيا حيث بلغ معدل الخصوبة الكلي ٤,٧، و٥,٣ طفل لكل امرأة بكل منهما على التوالي، بينما بلغ معدل الخصوبة الكلي أقصاه في وسط أفريقيا ٥,٩ طفل لكل امرأة عام ٢٠١٧.

(٢-٤-٢) التباين المكاني للخصوبة الكلية في أفريقيا:

تختلف مستويات الخصوبة زمانياً ومكانياً وفقاً لاختلاف الظروف الاقتصادية والاجتماعية للسكان، ولا ينشأ عن اختلافات بيولوجية فليس هناك دليل مقنع على أن القدرة الفسيولوجية على الإنجاب تختلف اختلافاً له دلالته بين الأفراد بل إن الاختلاف ينجم عن اختلافات اقتصادية واجتماعية وحضارية(١).

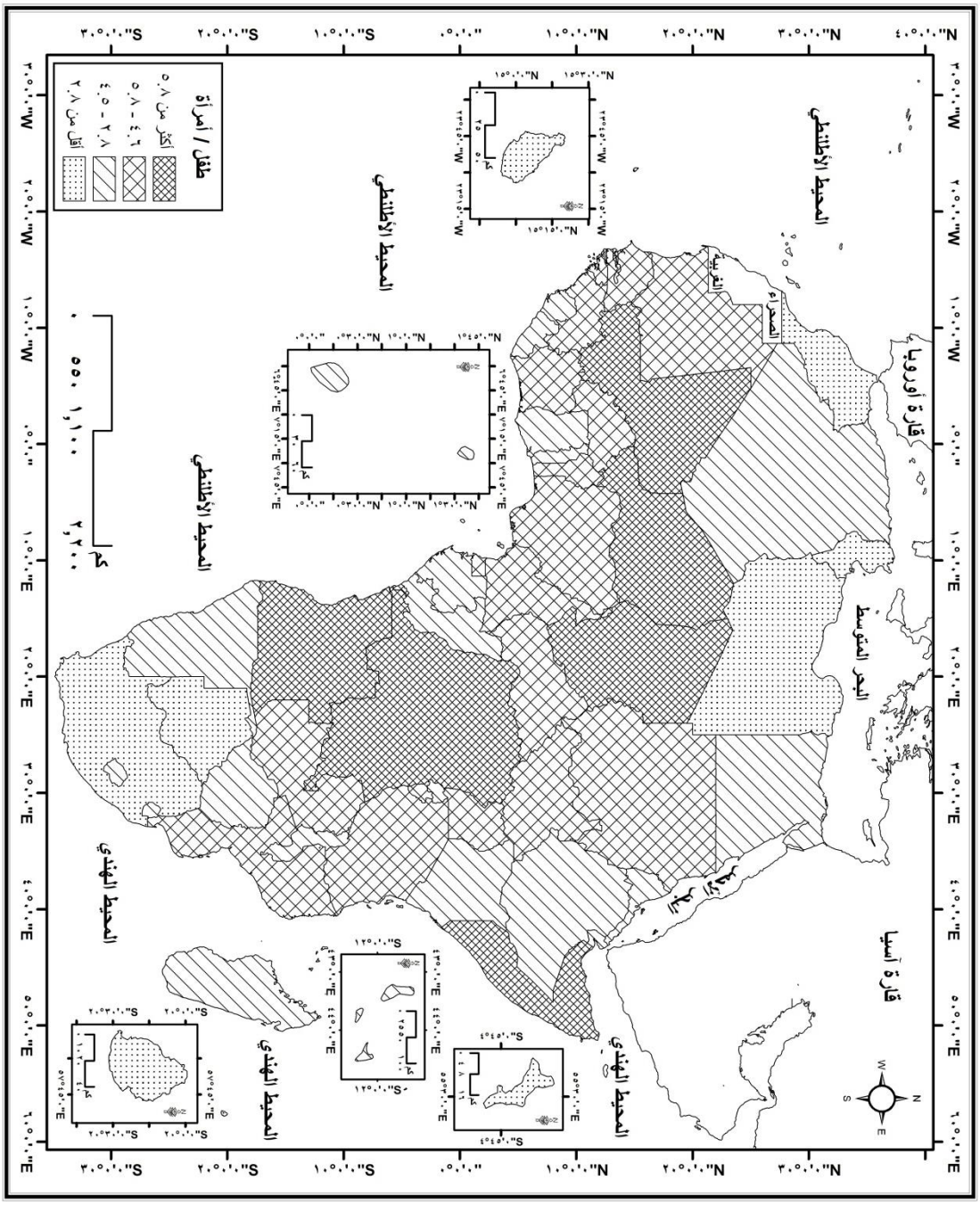
يوضح الشكل رقم (١٥) تباين معدل الخصوبة الكلية وتم من خلاله تقسيم دول قارة أفريقيا إلى أربع فئات تتمثل فيما يأتي:

الفئة الأولى: دول مرتفعة جداً في معدل الخصوبة الكلية:

ويرتفع معدل الخصوبة الكلية بها عن ٥,٨ طفل لكل امرأة، وتتمثل في اثنتا عشرة دولة من دول قارة أفريقيا، تعادل ٢٢,٢٪ من جملة عدد دول القارة، تتمثل في تجمعين من الدول المتجاورة، يتركز التجمع الأول غرب قارة أفريقيا ويضم دول: النيجر ومالي ونيجيريا وبوركينافاسو وغامبيا، كما يتمثل بتلك التجمع دولة تشاد وسط قارة أفريقيا، بينما يتمثل التجمع الثاني في دول الكونغو الديموقراطية وسط أفريقيا، وأنجولا جنوب أفريقيا وأوغندا وبوروندي شرق أفريقيا، كما يتمثل بهذه الفئة دولتي: الصومال وموزمبيق المطلتين على المحيط الهندي. ويرجع ارتفاع معدل الخصوبة الكلي بهذه الدول إلى انخفاض نسب استخدام وسائل منع الحمل للإناث (١٥-٤٩سنة) حيث بلغت ٦٪ في تشاد، و١٥٪ بالصومال، و١٤٪ بأنجولا، و١٦٪ في مالي، و٩٪ في غامبيا، و٢٠٪ بالكونغو الديموقراطية، و٢٤٪ في نيجيريا عام ٢٠١٧(٢)، كما ارتفعت نسب الزواج المبكر ببعض هذه الدول حيث بلغت ٦٠٪ في النيجر، و٣٨٪ في تشاد، و٤٢٪ في مالي، و٣٠٪ في نيجيريا عام ٢٠١٧(٣).

ويبلغ معدل الخصوبة الكلية أقصاه على المستويين العالمي والأفريقي بدولة النيجر ٧,٢ طفل لكل امرأة، حيث لا يزال الزواج في النيجر مبكرًا للغاية، وانتشار وسائل منع الحمل منخفض للغاية. على الرغم من السن القانوني للزواج الذي تم تحديده عند ١٥عامًا، فإن ثلاثة أرباع النساء اللائي تتراوح أعمارهن بين ٢٠ و٢٤عامًا تزوجت قبل سن ١٨عامًا، وربعهن كانوا متزوجين قبل سن١٥عامًا (٢٠١٣).

(١) فايز محمد العيسوي، أسس جغرافية السكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠١، ص٢٠٣.
(2)World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau,Op. Cit, pp.8- 10.
(3)Unesco, Global Education Monitoring Report, Op. Cit, pp. 356-357.



شكل (١٥) توزيع معدل الخصوبة الكلية للإناث (طفل/أمرأة) بدول قارة أفريقيا عام ٢٠١٧ م

مصدر بيانات الخريطة:

World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau, Demographic Data and Estimates for the Countries and Regions of the World, 2018.

ويتأثر نمط الزواج في النيجر بتعدد الزوجات الذي لا يزال يمارس على نطاق واسع. يعيش أكثر من ثلث النساء المتزوجات في اتحاد متعدد الزوجات(٢٠١٣). بالإضافة إلى ذلك، انتشار وسائل منع الحمل الحديثة للمرأة لا تزال منخفضة للغاية في النيجر، فهناك١١٪ فقط في عام ٢٠١٢(مقابل٤٪ في عام ١٩٩٢). وشهد سكان النيجر زيادة ديموغرافية كبيرة نتيجة لتلك التغيرات في مستويات واتجاهات الوفيات والخصوبة، وخاصة معدل الوفيات بين الرضع والأطفال، فقد انخفض بشكل مهم
على مدى السنوات الأخيرة، حيث انخفض معدل الوفيات دون سن الخامسة من ٣١٨ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي في عام ١٩٩٢ إلى ١٢٧ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي في عام ٢٠١٢. بينما كان معدل الوفيات في انخفاض كبير، وظلت الخصوبة عالية ومستقرة[١].

الفئة الثانية: دول مرتفعة في معدل الخصوبة الكلية:

يتراوح معدل الخصوبة الكلية بها من ٤,٦– ٥,٨ طفل لكل امرأة، ويبلغ عدد الدول بهذه الفئة ١٣ دولة، تمثل ٢٤,١٪ من جملة عدد دول القارة، تتمثل في غرب أفريقيا بدول: موريتانيا والسنغال وغينيا بيساو وغينيا وكوت ديفوار وبنين، كما تتمثل في نطاق يمتد وسط القارة يمتد من دولة السودان وجنوب السودان في الشرق مروراً بأفريقيا الوسطى في وسط النطاق وانتهاءاً بدولتي: الكاميرون وغينيا الاستوائية غرب النطاق، وتتمثل بهذه الفئة دولتي: تنزانيا وزامبيا.

الفئة الثالثة: دول متوسطة في معدل الخصوبة الكلية.

يتراوح معدل الخصوبة الكلية بها من٣,٤–٤,٥ طفل لكل امرأة، وتضم هذه الفئة ١٧ دولة توازي ٣١,٥٪ من جملة عدد دول القارة، تتمثل في غرب قارة أفريقيا بدول توجو وليبريا وغانا وسيراليون، وتتمثل في شرق أفريقيا بدول: إثيوبيا واريتريا وكينيا، وتنتشر في وسط أفريقيا بدولتي: الكونغو والجابون، ومصر في أقصى شمال شرق القارة، وملاوي وزيمبابوي وناميبيا في جنوب أفريقيا، وتنتشر ببعض الدول الجزر بقارة أفريقيا: مدغشقر وجزر القمر.

(1) Spoorenberg, T., & Maga, H., Fertility compression in Niger: A study of fertility change by parity (1977–2011), Demographic Research: Volume 39, Article 24 Pages. 685-700 published 2 October 2018, p.686. Available at:(http://www.demographic-research.org).

الفئة الرابعة: دول منخفضة في معدل الخصوبة الكلية.

ينخفض معدل الخصوبة الكلية بها عن ٣,٤ طفل لكل امرأة، وتتمثل في شكل تجمعين من الدول المتجاورة أحدهما في شمال أفريقيا يضم جميع دول إقليم شمال أفريقيا المطلة على البحر المتوسط عدا مصر، حيث بلغ معدل الخصوبة الكلية بها ٢,٢ طفل/ امرأة بالمغرب، و٢,٣طفل/ امرأة في كل من ليبيا وتونس، و ٣,١طفل/ امرأة بالجزائر، ويتركز التجمع الثاني جنوب قارة أفريقيا بدول جنوب أفريقيا وبتسوانا وليسوتو وسوازيلاند، وبلغ معدل الخصوبة الكلية بها ٢,٤، ٢,٦، ٣,٣، ٣,٣ طفل/ امرأة على التوالي، كما تتمثل بدولة جيبوتي ٢,٩طفل/ امرأة، بالإضافة إلى موريشيوس وجمهورية الرأس الأخضر وجزر سيشل، وبلغ معدل الخصوبة الكلية بها ١,٤، ٢,٢، ٢,٤ طفل/ امرأة على الترتيب. ويرجع انخفاض معدل الخصوبة الكلية بهذه الدول لارتفاع نسب استخدام وسائل تنظيم الحمل للإناث (١٥-٤٩سنة)، حيث بلغت ٦٧٪ بالمغرب،٦٤٪ في موريشيوس، ٦٣٪ في تونس، ٦١٪ في الرأس الأخضر، ٥٥٪ بجنوب أفريقيا، ٥٣٪ في بتسوانا، ٤٢٪ في ليبيا عام ٢٠١٧، بالإضافة لانخفاض نسب الزواج المبكر للإناث ببعض هذا الدول١٪ في تونس، ٦٪ بجنوب أفريقيا،١١٪ بالمغرب عام ٢٠١٧[١].

(٢-٥) وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة:

رغم التقدم المحرز في مجال الصحة الإنجابية في العالم فإن القارة الأفريقية تستأثر بنسبة ٥٧٪ من جميع حالات الوفيات النفاسية، ما يجعل أفريقيا الأعلى نسبة في معدلات الوفيات النفاسية في العالم. وتتباين معدلات الوفيات النفاسية من بلد لآخر. مع أن خطر الوفاة بسبب المضاعفات المتعلقة بالحمل والولادة لا يمثل في البلدان الصناعية إلا حالة وفاة من بين كل ٧٠٠٤ حالة على مدى العمر، فإن هذا المعدل بالنسبة للمرأة الأفريقية هو ١ إلى ٣٩[٢].

(1)Unesco, Global Education Monitoring Report, Op. Cit, pp. 356-357.

(٢) حسين عليوي ناصر الزيادي، مثنى مشعان خلف، تحليل جغرافي لواقع المرأة في البلدان العربية (دراسة في المؤشرات التنموية مع إشارة خاصة للعراق)، الأطروحة للعلوم الجغرافية، العدد الخامس – السنة الثالثة ٢٠١٨م، بغداد- العراق، ص٣١ عن منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي واليونيسيف، الاتجاهات في مجال الصحة النفاسية ١٩٩٠-٢٠١٠، تقديرات منظمة الصحة العالمية، جنيف، ٢٠١٢.

(٢-٥-١) تطور وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة في أفريقيا:

يوضح الجدول (٨) والشكل (١٦) تغير معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة بأقاليم قارة أفريقيا ويتبين منهما ما يأتي:

جدول (٨) تغير معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة حالة وفاة/ ١٠٠٠٠٠مولود حي خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠١٥).

عام / الإقليم	١٩٩٠	١٩٩٥	٢٠٠٠	٢٠٠٥	٢٠١٠	٢٠١٥
شمال أفريقيا	١٧١	١٤١	١١٣	٩٥	٨٢	٧٠
شرق أفريقيا	٩٩٥	٩٠٦	٧٩٠	٦٥٩	٥٢١	٤٢٤
وسط أفريقيا	٩٥٨	٩٧٨	٩١١	٧٩٩	٧٤٨	٦٥٠
جنوب أفريقيا	١٦١	١١٥	١٤٤	١٧١	١٨٩	١٦٧
غرب أفريقيا	١١٢٠	١٠٥٠	٩٧٤	٨١٢	٧٣٤	٦٧٥
جملة أفريقيا	٨٧٠	٨٣٤	٧٧٠	٦٥٤	٥٦٥	٤٩٥
جملة العالم	٣٨٥	٣٦٩	٣٤١	٢٨٨	٢٤٦	٢١٦

Source :Trends in maternal mortality: 1990 to 2015, Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, 2015, p.68.

حدوث تحسن في معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة بقارة أفريقيا حيث انخفض المعدل من ٨٧٠ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي عام ١٩٩٠ ليصل ٤٩٥ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي عام ٢٠١٥، ورغم هذا التحسن إلا أنه ما زال أعلى من المستوى العالمي حيث بلغ معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة على مستوى العالم ٣٨٥ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي عام ١٩٩٠ انخفض إلى ٢١٦ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي عام ٢٠١٥، كما ارتفع معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة بأفريقيا عن نظيره بأقاليم العالم، حيث بلغ المعدل أدناه في قارتي: أوربا وأمريكا الشمالية ١٣حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي بكل منهما عام ٢٠١٥، بينما بلغ المعدل ٦٧ و٨٢ و١١٩ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي بأمريكا الجنوبية ومنطقة الكاريبي، والأوقيانوسيا، وآسيا على الترتيب عام ٢٠١٥[1]. وهذا يعكس توافر وتكامل نظم الخدمات والهياكل الصحية في الدول الصناعية والمتقدمة وتوفر الرعاية الصحية بها مقابل عثر هذه الرعاية في معظم الدول الأفريقية وقصور هياكلها الصحية، ولذلك يندر وجود هذا النوع من الوفيات في الدول الأوربية وأمريكا الشمالية.

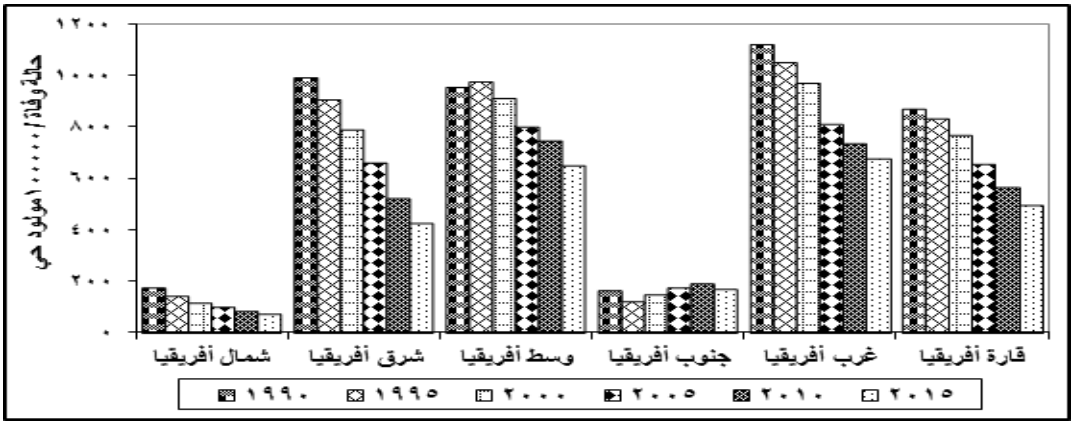
(1)Trends in maternal mortality: 1990 to 2015, Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, 2015, p.66.

يرتفع معدل وفيات الأمهات في أفريقيا نتيجة للعديد من الأسباب منها:

أ- انخفاض نسب النساء اللاتي يتلقين رعاية قبل الولادة(*) حيث بلغت في أفريقيا جنوب الصحراء ٤٦٪، بينما بلغت على مستوى العالم٥٠٪، وارتفعت إلى ٧٧٪ في شرق آسيا ودول المحيط الهادي، ٨٩٪ بأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي خلال الفترة (٢٠٠٧-٢٠١٢)(١).

ب-تدني نسب حالات الولادة تحت إشراف طبي أو تحت إشراف أفراد مدربين، حيث بلغت هذه النسب ٤٩٪ في أفريقيا جنوب الصحراء، وتنخفض بذلك عن نسبتها على مستوى العالم ٦٦٪، بينما ارتفعت إلى ٩٧٪ في وسط وشرق أوروبا، ٩٢٪ شرق آسيا ودول المحيط الهادي، ٩٠٪ بأمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي خلال الفترة (٢٠٠٧-٢٠١٢).

ج- تدني الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية للمرأة الأفريقية، يضاف إلى ذلك افتقار فرص الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية، حيث قدرت منظمة الصحة العالمية أن ٨٠٪ من النساء الريفيات في أفريقيا يعشن في أماكن تبعد أكثر من خمسة كيلومترات عن مراكز الرعاية الصحية، يضاف إلى ذلك ندرة وسائل المواصلات وقلة الطرق المعبدة، وحالتها المتدهورة التي يمكن أن تعوق السيدة إلى التسهيلات والخدمات الصحية(٢).



شكل (١٦) تغير معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة بأقاليم قارة أفريقيا خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠١٥).

(*) الرعاية قبل الولادة: هي النسبة المئوية للنساء في الفئة العمرية (١٥-٤٩ عاماً) اللاتي يتلقين رعاية طبية ما لا يقل عن أربع مرات على الأقل خلال فترة الحمل من كوادر ماهرة تعمل في مجال الصحة (أطباء أو ممرضات أو قابلات).

(١) اليونيسف، وضع الأطفال في العالم ٢٠١٣، الأطفال ذوو الإعاقات، ص١٤٠.

(٢) فاتن محمد محمد البنا، مرجع سبق ذكره، ص٣٠٢ عن

WHO, World Health Day Safe Motherhood 7 April 1998, Improve Access to Maternal Health Services Geneva, Switzerland, 1998.

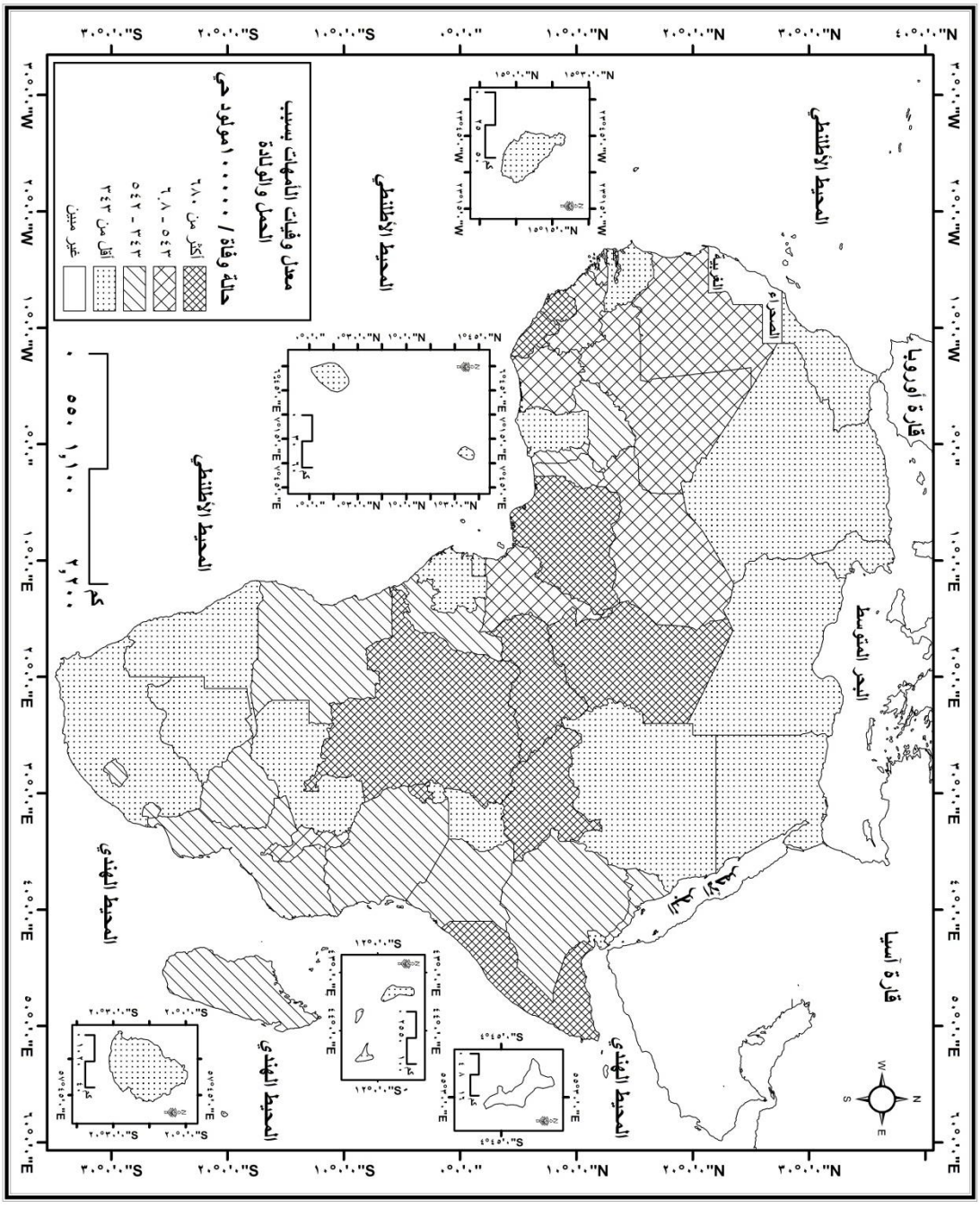
ويتباين معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة بأقاليم قارة أفريقيا وبلغ المعدل أدناه بإقليم شمال أفريقيا حيث انخفض من ١٧١حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي عام ١٩٩٠ ليصل إلى ٧٠ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي عام ٢٠١٥، بينما انخفض المعدل بأفريقيا جنوب الصحراء من ٩٨٧ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي عام ١٩٩٠ ليصل إلى ٥٤٦ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي عام ٢٠١٥، ويختلف معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة بأقاليم أفريقيا جنوب الصحراء، حيث بلغ المعدل أدناه بإقليم جنوب أفريقيا ١٦٧ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي عام ٢٠١٥، ورغم ارتفاع المعدل بهذا الإقليم عن نظيره عام ١٩٩٠ والذي بلغ ١٦١ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي، بينما بلغ معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة ٤٢٤ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي بإقليم شرق أفريقيا، وارتفع بإقليم وسط أفريقيا ليصل إلى ٦٥٠ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي، بينما بلغ المعدل أقصاه بإقليم غرب أفريقيا ٦٧٥ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي عام ٢٠١٥.

(٢-٥-٢) التباين المكاني لوفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة بأفريقيا:

يوضح الشكل (١٧) تباين معدلات وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة بدول قارة أفريقيا ومن خلاله تم تصنيف دول القارة إلى أربع فئات تتمثل فيما يأتي:

الفئة الأولى: دول مرتفعة جداً في معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة.

يرتفع معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة بها أكثر من ٦٨٠ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي في تسع دول أفريقية، تتركز في شكل نطاق متصل يضم مجموعة من الدول المتجاورة وتتمثل بدول: الكونغو الديموقراطية وبوروندي وجمهورية أفريقيا الوسطى وجنوب السودان وتشاد ونيجيريا، كما تتمثل بدولة الصومال شرق أفريقيا، ودولتي: سيراليون وليبريا المطلتين على المحيط الأطلنطي غرب أفريقيا، وبلغ أقصى معدل لوفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة على مستوى قارة أفريقيا في دولة سيراليون ١٣٦٠حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي عام ٢٠١٥م. ويرجع ارتفاع نسب وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة بهذه الدول لانخفاض نسب النساء اللاتي يتلقين الرعاية قبل الولادة حيث بلغت ٦٪ في الصومال، ١٧٪ بدولة جنوب السودان، ٢٣٪ في تشاد، ٣٣٪ في بوروندي، ٣٨٪ في جمهورية أفريقيا الوسطى، بالإضافة لانخفاض نسب الولادات تحت إشراف كادر ماهر على الولادة حيث بلغت ٢٣٪ الصومال،



شكل (١٧) توزيع معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة بدول قارة أفريقيا عام ٢٠١٥ م

مصدر بيانات الخريطة:

Trends in maternal mortality: 1990 to 2015, Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, 2015.

١٩٪ جنوب السودان، ٢٣٪ تشاد خلال الفترة (٢٠٠٧-٢٠١٢)[١]، كذلك تلعب العادات الاجتماعية دوراً في عدم وصول المرأة إلى الرعاية الصحية في الوقت المناسب، كما هو الحال في كل من الكونغو الديموقراطية ونيجيريا، ففي معظم الأحيان يتعذر طلب المساعدة الطبية في حالة غياب الزوج عن المنزل في هذا الوقت[٢].

الفئة الثانية: دول مرتفعة في معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة: ويتراوح معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة بها من ٥٤٣-٦٨٠ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي، وتتمثل بثماني دول تركزت بالعديد من دول غرب أفريقيا وتمثلت في شكل نطاق من الدول المتجاورة يضم دول: موريتانيا ومالي وغينيا وكوت ديفوار والنيجر، كما تمثلت بدولتي: الكاميرون وملاوي.

الفئة الثالثة: دول متوسطة في معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة: ويتراوح معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة بها من ٣٤٣-٥٤٢ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي، وتضم خمس عشرة دولة، تركزت في شكل نطاق متصل يمتد بمحاذاة المحيط الهندي وبعض الدول المطلة على البحر الأحمر ويمتد النطاق من الشمال إلى الجنوب ليضم دول: إريتريا وأثيوبيا وكينيا وتنزانيا وموزمبيق وزيمبابوي، كما يتمثل بهذه الفئة دول: أنجولا والكونغو وبنين المطلة على المحيط الأطلنطي من الشمال إلى الجنوب، بالإضافة إلى دولة بوركينافاسو وجزيرة مدغشقر، وليسوتو وسوازيلاند.

الفئة الرابعة: دول منخفضة في معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة: وينخفض معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة بها عن ٣٤٣ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي، وتستحوذ على عشرين دولة، تركزت في شكل نطاقين أحدهما شمال القارة ويضم جميع دول إقليم شمال أفريقيا، حيث بلغت نسب وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة أدناها على مستوى قارة أفريقيا بدولة ليبيا ٩حالات وفاة لكل مئة ألف مولود حي، تلتها مصر ٣٣ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي، بينما بلغت ٦٢، ١٢١، ١٤٠ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي بدول: تونس والمغرب والجزائر على الترتيب، ويرجع انخفاض نسب وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة بتلك الدول لارتفاع نسب رعاية ما قبل الولادة وكذلك الولادات تحت إشراف

(١) اليونيسف، وضع الأطفال في العالم ٢٠١٣، مرجع سبق ذكره، ص ص ١٣٧-١٤٠.

(٢) فاتن محمد محمد البنا، مرجع سبق ذكره، ص٣٠٣ عن
WHO, World Health Day Safe Motherhood 7 April 1998, Improve Access to Maternal Health Services Geneva, Switzerland, 1998.

كادر ماهر، والتي بلغت ١٠٠٪، ٧٩٪، ٩٥٪،٧٤٪ ٩٥٪ بدول: ليبيا، ومصر، وتونس، والمغرب، والجزائر على الترتيب خلال الفترة (٢٠٠٧-٢٠١٢).

بينما يمتد النطاق الآخر بأقصى جنوب القارة ويضم العديد من دول إقليم جنوب أفريقيا وتمثلت بدول: جنوب أفريقيا وبتسوانا وناميبيا وزامبيا، حيث بلغ معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة بها ١٣٨، ١٢٩، ٢٦٥، ٢٢٤ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي على الترتيب، ويرجع ذلك لارتفاع نسب النساء اللاتي يتلقين رعاية قبل الحمل حيث بلغت ٧٥,٥٪، ٧٣,٣٪، ٦٢,٥٪، ٥٥,٥٪ بدول: جنوب أفريقيا وبتسوانا وناميبيا وزامبيا خلال الفترة (٢٠١١-٢٠١٧)، كما ارتفعت بها نسب الولادات تحت إشراف كادر ماهر على الولادة وبلغت ٩٦,٧٪، ٩٩,٧٪، ٨٨,٢٪، ٦٣,٣٪ بدول: جنوب أفريقيا وبتسوانا وناميبيا وزامبيا خلال الفترة (٢٠١٣-٢٠١٨)[1]. كما تمثلت بهذه الفئة دول: الجابون وغينيا الاستوائية وغانا والسنغال، وجميع الدول الجزر بالقارة عدا جزيرتي: سيشل ومدغشقر.

النتائج:

- ارتفع معدل معرفة القراءة والكتابة للإناث البالغات ١٥سنة فأكثر من ٥٨,١٪ عام ٢٠٠٨ ليصل إلى ٦٦٪ عام ٢٠١٦ بإقليم شمال أفريقيا، بينما ارتفع بأفريقيا جنوب الصحراء من ٥٣,٦٪ إلى ٥٨٪ لنفس العامين السابقين، وكان معدل معرفة القراءة والكتابة أعلى بين الإناث الشابات (١٥-٢٤) سنة، حيث ارتفع المعدل بشمال أفريقيا من ٨٢,٢٪ إلى ٨٨٪ بين عامي ٢٠٠٥و٢٠١٦، في حين ارتفع المعدل بأفريقيا جنوب الصحراء من ٦٧,١٪ إلى ٧٢٪ لنفس العامين السابقين.
- يتفاوت معدل معرفة القراءة والكتابة للإناث بين دول قارة إفريقيا وبلغ المعدل أقصاه بدولة جنوب أفريقيا ٩٣,١٪، بينما سجل أدناه بدولة النيجر ١١٪ عام ٢٠١٦.
- أظهرت التحليلات أن دولة جنوب أفريقيا احتلت المركز الأول من حيث متوسط نصيب الإناث من سنوات التعليم وبلغ بها ٩,٩ سنة تعليمية لكل أنثى، بينما احتلت دولة بوركينا فاسو المركز الأخير وبلغ نصيب الإناث من سنوات التعليم بها سنة تعليمية واحدة لكل أنثى عام ٢٠١٦.

(1)World Health Organization, Regional Officer For Africa, Atlas of African Health Statistics 2019, The Sustainable development goals and Universal health coverage in the WHO African Region ,2019, p.89

- مازال معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الابتدائية في شمال أفريقيا وأفريقيا جنوب الصحراء أقل من مستواه العالمي، ورغم ارتفاع معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بإقليم شمال أفريقيا من ٩٣٪ عام ٢٠٠٥ ليصل إلى ٩٧,٢٪ عام ٢٠١٦، وكذلك ارتفاع المعدل بأفريقيا جنوب الصحراء من ٨٨,١٪ إلى ٩٥,٥٪ لنفس العامين السابقين.
- ينخفض معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الثانوية بأفريقيا جنوب الصحراء عن نظيره على مستوى العالم، ورغم ارتفاع معدل الالتحاق بأفريقيا جنوب الصحراء من ٣٥,٦٪ عام ٢٠٠٥ ليصل إلى ٤٥,٦٪ عام ٢٠١٦، بينما ارتفع معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الثانوية بشمال أفريقيا من ٦٧,٨٪ إلى ٧٨,٤٪ لنفس العامين السابقين، وارتفع بذلك عن معدل العالم الذي بلغ ٦٢,١٪ عام ٢٠٠٥ وارتفع إلى٧٥,٩٪ عام ٢٠١٦.
- ينخفض معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الجامعية في شمال أفريقيا وأفريقيا جنوب الصحراء عن نظيره على مستوى العالم، ورغم ارتفاع معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الجامعية بإقليم شمال أفريقيا من ٢٣٪ عام ٢٠٠٥ إلى ٣٥,٢٪ عام ٢٠١٦، وارتفاع المعدل بأفريقيا جنوب الصحراء من ٤,٧٪ إلى ٧٪ لنفس العامين السابقين.
- يتفاوت معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الابتدائية بين دول قارة أفريقيا حيث بلغ أقصاه بدولة مدغشقر ١٤٤٪، بينما سجل أدناه بدولة الصومال ٢١٪.
- كشفت الدراسة تفاوت معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الثانوية بين دول قارة أفريقيا وبلغ المعدل أقصاه بدولة ليبيا ١٠٦٪، بينما بلغ أدناه بدولة الصومال ٥٪ عام ٢٠١٦.
- يتفاوت معدل الالتحاق الإجمالي للإناث بالمرحلة الجامعية بين دول قارة أفريقيا واحتلت دولة ليبيا المرتبة الأولى وبلغ معدل الالتحاق الإجمالي بها ٦٣,٣٪، واحتلت دولة تشاد المرتبة الأخيرة وبلغ معدل الالتحاق الإجمالي بها ١,١٪ عام ٢٠١٦.
- رغم ارتفاع العمر المتوقع عند الميلاد بالسنوات للإناث بأفريقيا من ٥٣ عاماً عام ٢٠٠٢ إلى ٦٤عاماً عام ٢٠١٧ إلا أنه يمثل أدنى متوسط للعمر المتوقع عند الميلاد للإناث على مستوى العالم، ويتباين متوسط أمد الحياة للإناث بين دول قارة أفريقيا وبلغ أقصاه بدول: تونس والجزائر

والمغرب وسيشل وموريشيوس وبلغ ٧٨ عاماً بجميع الدول سالفة الذكر، بينما بلغ أدناه بدولة سيراليون ٥٢ عاماً عام ٢٠١٧.

- انخفض معدل وفيات الإناث دون خمس سنوات بأفريقيا من ١٦٨حالة وفاة/١٠٠٠مولودة حية عام١٩٩٠ ليصل إلى ٦٨حالة وفاة/١٠٠٠مولودة حية عام ٢٠١٧، ورغم هذا الانخفاض إلا أنه مازال مرتفعاً عن معدل العالم ٣٧ حالة وفاة/١٠٠٠مولودة حية عام ٢٠١٧.
- يتفاوت معدل وفيات الأطفال الإناث دون خمس سنوات بين دول قارة أفريقيا وسجل المعدل أقصاه بدولة الصومال ١٢١حالة وفاة/١٠٠٠مولودة حية، بينما سجل المعدل أدناه بدولة ليبيا ١١حالة وفاة/ ١٠٠٠مولودة حية عام ٢٠١٧.
- بلغت نسبة إصابة الإناث (١٥-٤٩ سنة) بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز بأفريقيا ٤,٣٪عام ٢٠١٧، واحتلت دولة سوازيلاند بإقليم جنوب أفريقيا المرتبة الأولى من حيث ارتفاع نسبة الإصابة وبلغت ٣٥,١٪، بينما لم ترصد أي إصابات بالمرض بدول: موريشيوس وليبيا وساوتومي وبرينسيبي وسيشل.
- يتجه معدل الخصوبة الكلية للإناث بأفريقيا نحو الانخفاض حيث انخفض المعدل من ٦,٩ طفل/ امرأة خلال الفترة ١٩٨٥/١٩٨٠ ليصل إلى ٤,٨ طفل/ امرأة خلال الفترة ٢٠١٥/٢٠١٠، ومن المتوقع أن ينخفض المعدل إلى ٢,٧ طفل/ امرأة خلال الفترة ٢٠٦٥/٢٠٦٠.
- تتمتع قارة أفريقيا بأعلى معدل خصوبة على مستوى العالم حيث بلغ معدل الخصوبة الكلية بها ٤,٦ طفل/ امرأة عام ٢٠١٧، وبلغ معدل الخصوبة أقصاه بدولة النيجر ٧,٢ طفل/ امرأة، بينما بلغ معدل الخصوبة أدناه بدولة موريشيوس ١,٤طفل/ امرأة.
- انخفض معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة بقارة أفريقيا من٨٧٠ حالة وفاة عام ١٩٩٠لتصل إلى ٤٩٥ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي عام ٢٠١٥، وسُجل أعلى معدل لوفيات الأمهات بدولة سيراليون ١٣٦٠ حالة وفاة لكل مئة ألف مولود حي، بينما بلغ المعدل أدناه بدولة ليبيا ٩ حالات وفاة لكل مئة ألف مولود حي عام ٢٠١٥.

التوصيات:

- تعزيز تعليم الفتيات من خلال حملات التوعية بأهمية تعليم البنات بالنسبة للأسرة والمجتمع اقتصادياً وصحياً وسياسياً، وتعديل القوانين التي تحول دون عودة الفتيات إلى المدارس نتيجة لحملهن.
- خفض التكاليف المباشرة للتعليم وجعل التعليم الأساسي مجاني وإلزامي وتقليل التكاليف غير المباشرة من خلال المنح الدراسية والإعانات التعليمية لتزويد الأسر بالموارد التي تساعد في ضمان بقاء بناتهم في التعليم.
- يجب تفعيل القوانين الوطنية لمناهضة الزواج المبكر قبل السن القانوني، وتفعيل حملات التوعية بأخطار الزواج المبكر على الفتيات تعليمياً وصحياً.
- تحسين البيئة المدرسية من خلال تحسينات مياه الشرب والصرف الصحي والنظافة .
- تقليل الوقت والمسافة إلى المدرسة من خلال بناء المزيد من المدارس من أجل التقليل من مخاوف الوالدين بشأن سلامة بناتهن.
- التوسع في إنشاء المدارس صديقة الفتيات من أجل القضاء على العنف المرتبط بنوع الجنس سواء العنف الجنسي أو الجسدي أو النفسي ضد الفتيات.
- توفير التعليم للفتيات في حالات الصراع من أجل تعميم مراعاة المنظور النوعي في التعليم.
- ضرورة الاهتمام ببرامج التثقيف الصحي من أجل تحسين الأوضاع الصحية للمرأة الأفريقية سواء أكانت هذه البرامج تتعلق بالإرشادات الصحية الخاصة بتنظيم الأسرة أو دورات التوعية الخاصة بالوقاية من مرض نقص المناعة البشرية المكتسبة / الإيدز وغيرها.
- مراعاة التوسع في خدمات تنظيم الأسرة من أجل زيادة معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة لتقيل معلات الخصوبة والمحافظة على صحة المرأة.
- ضرورة وضع آليات مستدامة لتمويل علاج مرض نقص المناعة البشرية المكتسبة / الإيدز وتوزيع الأدوية المضادة للفيروس بحيث تصبح جزءاً من برنامج الرعاية الصحية التي تقدم في كل مركز صحي وخاصة في مناطق تركز المرض.
- مراعاة حصول المرأة على تسهيلات الرعاية الصحية خاصة في الفترة الإنجابية.

قائمة المصادر والمراجع:

أولاً: قائمة المصادر والمراجع باللغة العربية:

أ- قائمة المصادر:

١- التقرير العالمي لرصد التعليم، اليونيسكو، متاح على -unesco.org/gem-report/sites/gem https://www. report.

٢- اليونيسف، وضع الأطفال في العالم ٢٠١٣، الأطفال ذوو الإعاقات.

٣- منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة، التقرير العالمي لرصد التعليم، التعليم من أجل الناس والكوكب، بناء مستقبل مستدام للجميع، ٢٠١٦.

٤- منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، ٢٠٠٩. متاح على http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics.

قائمة المراجع باللغة العربية:

١- آمال حلمي سليمان، التحليل المكاني للإيدز في أفريقيا جنوب الصحراء، مجلة الدراسات الأفريقية، معهد البحوث والدراسات الأفريقية، جامعة القاهرة، العدد ٢٩، ٢٠٠٧.

٢- السيد البشري محمد أحمد، مرض الإيدز: نشأته وطبيعته وانتشاره الجغرافي، المجلة الجغرافية العربية، العدد ٣٥، ٢٠٠٩.

٣- حسين عليوي ناصر الزيادي، مثنى مشعان خلف، تحليل جغرافي لواقع المرأة في البلدان العربية (دراسة في المؤشرات التنموية مع إشارة خاصة للعراق)، الأطروحة للعلوم الجغرافية، العدد الخامس – السنة الثالثة ٢٠١٨م، بغداد– العراق.

٤- رشود بن محمد الخريف، التركيب العمري والنوعي لسكان المملكة العربية السعودية: دراسة التباين الجغرافي والتغيرات الديموغرافية، الدارة، العدد ٢- السنة ٢٥-١٤٢٠هـ.

٥- عبير ضيدان إبراهيم، تباين وفيات الأطفال دون الخمس سنوات في محافظة البصرة لعام ٢٠١٣، مجلة جامعة ذي قار المجلد ١١ العدد ١، آذار ٢٠١٦.

٦- فاتن محمد محمد البنا، الأخطار التي تواجه صحة المرأة في أفريقيا واستراتيجيات الحد منها، مجلة الدراسات الأفريقية– العدد ٢٦، معهد البحوث والدراسات الأفريقية، جامعة القاهرة، ٢٠٠٤.

٧- فايز محمد العيسوي، أسس جغرافية السكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠١.

٨- محمد حسن زقوت، مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة شمال غزة من ١٩٩٧-٢٠١١، دراسة في جغرافية السكان، رسالة ماجستير غير منشورة كلية الآداب، الجامعة الإسلامية بغزة، ٢٠١٣.

٩- محمد على عثمان أسعد المخلافي، واقع تعليم الإناث في اليمن: دراسة التركيب السكاني التعليمي للإناث، مجلة الدراسات الاجتماعية، جامعة العلوم والتكنولوجيا، العدد (٣٥) ديسمبر ٢٠١٢م.

ثانياً: قائمة المصار والمراجع باللغة غير العربية:

أ- قائمة المصادر باللغة غير العربية:

1- United Nations Development Programme, Human Development Indices and Indicators 2018 Statistical Update, New York, 2018.
2- United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO Institute for Statistics, Adult and youth Literacy: Global in gender parity, UIS Fact Sheet, No. 3, September 2010. Available at: (http://www.uis.unesco.org).
3- United Nations Economic Commission for Africa, The Demographic Profile of African Countries, , March 2016.
4- United Nation Educational, Scientific and Cultural Organiation, UNESCO Institute for Statistics, Literacy Rates Continue to Rise from One Generation to the Next, Fact Sheet No. 45, September 2017. Available at:(https://www.uis.unesco.org).
5- United Nations | Nations Unies, New York, Department of Economic and Social Affairs ,Statistics Division, Statistical Yearbook, 2018, edition Sixty-first issue.
6- World Bank,World Development Indicators Reports, Children at work, 2019.
7- WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, 2015. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015.
8- World Health Organization, World Bank Group, United Nations, UNICEF , Levels & Trends in Child Mortality Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation Report, 2018.
9- World Health Organization, Regional Officer For Africa, Atlas of African Health Statistics 2019, The Sustainable development goals and Universal health coverage, 2019. in the WHO African Region.
10- World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau, Demographic Data and Estimates for the Countries and Regions of the World, 2003.
11- World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau, Demographic Data and Estimates for the Countries and Regions of the World, 2018.
12- Unesco.“The plurality of literacy and its implications for policies and programmers”. UNESCO Education Sector: Paris, 2004. Available at: (https://www. unesdoc.unesco.org).
13- Unesco, Global Education Monitoring Report, Accountability in education: Meeting our Commitments, 2017-2018.

١. قائمة المراجع باللغة غير العربية:

1- Atkyereza, P, R., The education of girls and women in ganda, VOL 16, NO 2 July 2001, Journal of Social Development in Africa, available at: (https://www .researchgate.net/publication).
2- Bongaarts, J., & Casterline. J., Fertility Transition: Is sub-Saharan Africa Different? Published in final edited form as: Popul Dev Rev. 2013 February : 38. Available at:(http://www.ncbi.nlm.nih.gov).
3- Dube,T., Gender Disparities in Educational Enrolment and Attainment in Sub-Saharan Africa, Journal of Educational and Social Research Mcser Publishing, Rome-Italy, Vol. 5 No.3, September, 2015.
4- Ekane, D., Fertility trends in sub Saharan Africa. Available at: (http:// www.diva-portal.org).
5- Etikan, I., & Others, Life expectancy; factors, malaria the most common disease affecting pregnant women in Africa [Nigeria and Cameroon], Biometrics & Biostatistics International Journal, Volume 7 Issue 4 – 2018. Available at: (http://www.medcraveonline.com).
6- Hill, Ann & King, E., (Eds.). (1993). Women's Education in developing Counties. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University press. Available at: (http://www.popline.org/node).
7- Isyaku, A, M.,& Tilde,B, Y., Maternal Mortality in Developing Countries: A Threat to the Millennium Development Goal, IOSR Journal of Nursing and Health Science.Volume4,Issue,5 (Sep-Oct,2015).available at: (http://www.iosrjournals.org).
8- Kalipeni, E., & . Zulu, L., HIV and AIDS in Africa: a geographic analysis at multiple spatial scales, GeoJournal, August 2012. available at:(http://www. researchgate.net).
9- Kirigia, J, M., & Others, Counting the cost of child mortality in the World Health Organization African region, Public Health, 2015. available at: (http://www.bmcpublichealth.biomedcentral.com).
10- Machio,P, M., Determinants of Neonatal and Under-five Mortality in Kenya: Do Antenatal and Skilled Delivery Care Services Matter? AERC Research Paper 340, African Economic Research Consortium, Nairobi, September 2017.
11- Mlambo, C., Life Expectancy In Zimbabwe: An Analysis Of Five Decades, International Business & Economics Research Journal – May/June 2015, Volume 14, Number 3. Available at: (http://www.researchgate.net).
12- Munyamahoro, F., An Empirical Analysis of Death of Children Under Five Years in Rwanda, Journal of Medical Research & Health Education, Vol. 1 No. 2: 2017. available at: (http://www.imedpub.com).
13- Namuddu, K., Gender Perspectives In African Higher Education, Paper Written For Presentation At The Senior Policy Seminar On African Higher Education The University of Zimbabwe, March 23 to 27 1992. Available at: (http://www.opendocs.ids.ac.uk).

14- Pehrsson, M., Determinants of Literacy in Africa - A panel data study , school of Economic and Mangement, 2012. Lund University. Available at (http://www. lup.lub.lu.se/student-papers/record).
15- Ramjee, G., & Daniels, B., Women and HIV in Sub-Saharan Africa, AIDS Research and Therapy 2013. available at: (http://www.aidsrestherapy.com).
16- Shapiro, D., & Tenikue, M., Women's education, infant and child mortality, and fertility decline in urban and rural sub-Saharan Africa, Demographic Research Volume 37, Article 21, Puplished 13 September 2017. Available at: (http://www.demographic- search.org).
17- shaqfa, A., Demographic Analysis of Population in gaza Governorates, Unpublishing PHD the Faculty of Natural Sciences Comenius University, Bratislava, 2003.
18- Sifuna, D. N., & Sawamura, N., Challenges of Quality Education in Sub-Saharan Africa-Some Key Issues. Available at: (https://www. adcice.hiroshima-u.ac).
19- Somani, T., Importance of Educating Girls for the Overall Development of Society: A Global Perspective, Journal of Educational Research and Practice 2017, Volume 7, Issue1. Available at: (https://www.scholarworks.waldenu.edu).
20- Spoorenberg, T., & Maga, H., Fertility compression in Niger: A study of fertility change by parity (1977–2011), Demographic Research: Volume 39, Article 24, published 2 October 2018. Available at:(http://www. demographic-research.org).
21- Tawiah, E.O., Maternal health care in five sub-Saharan, African countries, African Population Studies Vol 25, 1 (April 2011), Regional Institute for Population Studies, University of Ghana, available at: (http://aps.journals.ac.za).
22- Tuwora, T& Sossoub, M, A.,Gender discrimination and education in West Africa: strategies for maintaining girls in school, International Journal of Inclusive Education ,Vol. 12, No. 4, July 2008.
23- Uzodike, U, O., & Onapajo, H., Women and Development in Africa:Competing Approaches and Contested Achievements, Alternation 20,2 (2013). available at: (http://www.researchgate.net/publication).
24- Verspoor, A., & Bregman, J., At the Crossroads: Challenges for Secondary Education in Africa, Africa Human Development Department (AFTHD) World Bank, 2008. Available at: (https://www.worldbank.org).
25- Waghmare., P. B., & Khadke, P. A, A Geographical Study Of Literacy Structure in Nanded District. Available at: (https://www. researchgate.net).
26- Westoff, C, F., Bietsch, K.,& Koffman, D., Indicators of Trends in Fertility in Sub-Saharan Africa, Office of Population Research Princeton University, August 2013. available at: (http://www. dhsprogram.com).
27- Zarulli, V., & Others, Women live longer than men even during severe famines and epidemics, Social Sciences, Population Biology,2016. Available at: (http://www.pnas.org).