جامعة القاهرة
معهد البحوث والدراسات الأفريقية

مجلة الدراسات الأفريقية

* الدين والسياسة في المغرب الأقصى الدعوة الموحدية نموذجاً
* مؤسسات النشاط التجاري البحري للمغرب الأدنى (من القرن ٥ - ٧ هـ/١١ - ١٣ م)
* المشاريع والعمارة المائية في المغرب الأقصى عصر دولة بني مرين
* تطور الحياة الثقافية في بوادي وأرياف السودان الغربي خلال القرن(١١هـ/١٧م)
* التبادل التجارى بين جنوب أفريقيا وإسرائيل (١٩٤٨-١٩٧٦)
* تأثير اتجاه غانا للاتحاد مع غينيا على إنهاء تبعية غانا للكومنولث البريطاني في ١٩٥٨
* أثر المناخ على السياحة فى إقليم شرقى أفريقيا
* التجمعات الريفية حول بحيرة النوبة فى جمهورية السودان
* أثرالكهرباء على التنمية الريفية في جمهورية جنوب أفريقية
* قضية مياه النيل في السياسة الخارجية المصرية في ضوء التحديات الراهنة
* حركات الإسلام السياسي وتأثيراتها في دول أفريقيا جنوب الصحراء
* إدماج النوع الاجتماعي في صناعة القرار السياسي بدول أفريقيا وراء الصحراء
* الإلهة خنست ودورها فى الديانة المصرية القديمة
* الانعكاسات الصحية للممارسات الثقافية والعوامل الإيكولوجية دراسة أنثروبولوجية لجمهورية الكنغو الديمقراطية
* دور المرأة في عملية التنشئة الثقافية منذ الميلاد حتى سن السادسة في مجتمع الخرطوم بحري بجمهورية السودان
* هرمية الصلة Accessibility hierarchy بين اليابانية والأمهرية
* الذي الموصولة الحرفية
* أسلوب الاستفهام في لغة الهوسا (دراسة نحوية تطبيقية)

العـدد ٣٧

يناير ٢٠١٥

مركز جامعة القاهرة للطباعة والنشر

مجلة الدراسات الأفريقية
العدد ٣٧ يناير ٢٠١٥

AFRICAN STUDIES REVIEW
ISSUE 37 January 2015

CAIRO UNIVERSITY
INSTITUTE OF AFRICAN RESEARCH AND STUDIES

AFRICAN STUDIES REVIEW

* FACTORS INFLUENCING FARMERS› ADOPTION OF IMPROVED CROP PRODUCTION TECHNOLOGY IN KATSINA STATE, NIGERIA
MOUKHTAR MUHAMMAD IDRIS

ISSUE 37

January 2015

مجلة الدراسات الإفريقية

العدد السابع والثلاثون يناير ٢٠١٥

يصدرها سنوياً معهد البحوث والدراسات الإفريقية ـ جامعة القاهرة

رئيس التحرير :

أ. د. حسن محمد صبحى — عميد المعهد

نائل رئيس التحرير :

أ. د. سلطان فولى حسن — وكيل المعهد للدراسات العليا

أ. د. حسين سيد عبد الله مراد — وكيل المعهد للدراسات العليا

مدير التحرير :

د. عمر عبد الفتاح

ترسل المقالات والأبحاث على العنوان التالى :

الأستاذ الدكتور حسن محمد صبحى

معهد البحوث والدراسات الإفريقية

جامعة القاهرة

ت : ٣٥٦٧٥٥٠١ - ٣٥٦٧٥٥٠٨

رمز بريدى ١٢٦١٣ أورمان / جيزة

(ج.م.ع)

رقم الإيداع : ١٢٦٤٣ / ٢٠٠٥

الترقيم الدولي ISSN : ١١١٠ / ٦٠١٨

م	المحتـــــويـــات	رقم الصفحة
١	الدين والسياسة في المغرب الأقصى الدعوة الموحدية نموذجاً أ.د. حسين سيد عبد الله مراد	١ ـ ٤٨
٢	مؤسسات النشاط التجاري البحري للمغرب الأدنى (من القرن ٥ ـ ٧ هـ/١١ ـ ١٣ م) أ. صابر عبد المنعم محمد علي البلتاجي	٤٩ ـ ٦٤
٣	المشاريع والعمارة المائية في المغرب الأقصى عصر دولة بني مرين (٦٦٨- ٨٦٩هـ / ١٢٦٩- ١٤٦٤م) أ. إبراهيم الشامى	٦٥ ـ ٩٤
٤	تطور الحياة الثقافية في بوادي وأرياف السودان الغربي خـلال القرن (١١هـ / ١٧م) د. مطير سعد غيث	١٢٣ ـ ١٥٤
٥	التبادل التجارى بين جنوب أفريقيا وإسرائيل (١٩٤٨-١٩٧٦) أ. بدوى رياض عبد السميع	١٣١ ـ ١٥٤
٦	تأثير اتجاه غانا للاتحاد مع غينيا على إنهاء تبعية غانا للكومنولث البريطاني في ١٩٥٨ أ. أسامة عبد التواب محمد عبد العظيم	١٥٥ ـ ١٨٢
٧	أثر المناخ على السياحة فى إقليم شرقى أفريقيا د. عطيه محمود محمد الطنطاوى	١٨٣ ـ ٢٢٠
٨	التجمعات الريفية حول بحيرة النوبة فى جمهورية السوادن (الواقع العمرانى والإمكانات المتاحة والتوقعات المستقبلية) د. أحمد سيد شحاته	٢٢١ ـ ٢٩٠
٩	أثرالكهرباء على التنمية الريفية في جمهورية جنوب أفريقية مصطفى عبد المجيد محمد إبراهيم رحومه	٢٩١ ـ ٣٥٠
١٠	قضية مياه النيل في السياسة الخارجية المصرية في ضوء التحديات الراهنة د. محمد سالمان طايع	٣٥١ ـ ٣٩٤
١١	حركات الإسلام السياسي وتأثيراتها في دول أفريقيا جنوب الصحراء د. البشير الكوت	٣٩٥ ـ ٤٢٨
١٢	إدماج النوع الاجتماعي في صناعة القرار السياسي بدول أفريقيا وراء الصحراء (دراسة تحليلية في المؤسسات التمثيلية) أ.د. نعيمة سمينة	٤٢٩ ـ ٤٤٦
١٣	الإلهة خنست ودورها فى الديانة المصرية القديمة د. إسلام إبراهيم عامر	٤٤٧ ـ ٤٦٩

م	المحتـــــويـــات	رقم الصفحة

١٤ الانعكاسات الصحية للممارسات الثقافية والعوامل الإيكولوجية
دراسة أنثروبولوجية لجمهورية الكنغو الديمقراطية
د. تامر جاد راشد أ. محمد جلال حسين ٤٧١ ـ ٥٢٦

١٥ دور المراة في عملية التنشئة الثقافية منذ الميلاد حتي سن السادسة
في مجتمع الخرطوم بحري بجمهورية السودان
إيناس حسام الدين عبد الخالق عطية ٥٢٧ ـ ٥٦٠

١٦ هرمية الصلة Accessibility hierarchy بين اليابانية والأمهرية
«دراسة تنميطية»
أ. إيمان إسماعيل منصور د. أحمد عوض د. عمر عبد الفتاح
د. ماهر الشربيني ٥٦١ ـ ٦٠٠

١٧ الذي الموصولة الحرفية
د. إلياس عباس ٦٠١ ـ ٦١٤

١٨ أسلوب الاستفهام في لغة الهوسا (دراسة نحوية تطبيقية)
د٠ سمير عزت إبراهيم إسماعيل ٦١٥ ـ ٦٦١

الانعكاسات الصحية للممارسات الثقافية والعوامل الإيكولوجية
دراسة أنثروبولوجية لجمهورية الكنغو الديمقراطية

د. تامر جاد راشد(*) محمد جلال حسين(**)

تمهيد :

عُرف المرض في العالم معرفة أقدم من الإنسان نفسه، فقد عُرفت بعض الأمراض التي مازالت آثارها موجودة على هياكل حيوانات ما قبل التاريخ، وقد سجل الكُتاب الأوائل الأمراض السائدة وعلاجها على ورق البردي، فالإنسان انتشر على سطح الأرض حاملاً معه المرض، وقد أُدرك منذ القدم أن المرض ينتشر بسرعة من إنسان إلى أخر بالإضافة إلى انتقاله عن طريق الحشرات والحيوانات والعوامل الأخرى، ولكن رغم ذلك لم يتم إدراك المرض بصورة واسعة إلا في العصور الوسطى نتيجة الحروب والمجاعات وانتشار الطاعون والأمراض الوبائية المصاحبة لتحركات الإنسان والأمراض الناتجة عن التزاحم والجهل والفقر والإهمال (سليمان،٢٠١٣).

يعد المرض ظاهرة عامة تشترك فيها كل الثقافات والمجتمعات باختلاف درجة تقدمها التكنولوجي، ولا يخلو منه أي نمط من الأنماط الاجتماعية، لكن الاختلاف هنا يكمن في أسلوب استجابة السكان للمرض، فما يعد مرضاً في مجتمع ما لا يعتبر كذلك في مجتمع آخر، وما يعتبره السكان أعراضاً مرضية في أحد الثقافات لا يعد كذلك في ثقافة أخرى، كما أن أسباب المرض تختلف باختلاف الثقافات الإنسانية، وكذلك طرق العلاج ونوعية المعالجين وعلى هذا يعرف المرض ثقافياً وبيولوجياً واجتماعياً (أنور، ٢٠٠٥).

(*) مدرس الأنثروبولوجيا الطبيعية بمعهد البحوث والدراسات الإفريقية -جامعة القاهرة.
(**) مدرس الأنثروبولوجيا الاجتماعية المساعد بمعهد البحوث والدراسات الإفريقية - جامعة القاهرة.

تعد الأنثروبولوجيا الطبية من أهم فروع الأنثروبولوجيا التي تتعامل مع كل عناصر الصحة والمرض في المجتمع، فهي تهتم بالنواحي الثقافية والاجتماعية والبيولوجية للإنسان ومدى ارتباطها بالصحة والمرض والعلاج (العشماوي، ٢٠٠٩).

كما تهتم جغرافية الأمراض The Geography of Diseases- والتي تعد أحد موضوعات الجغرافيا الطبيعية - بدراسة الأمراض التي تصيب الإنسان، من حيث توزيعها والبحث عن أسبابها والاهتمام بتوضيح دور المسببات البيئية التي تؤثر في توزيعها الجغرافي، بالإضافة إلى الاهتمام بإبراز آثارها على الإنسان وعلى قدراته المختلفة ونشاطه الذهني والبدني، وعلى مظاهر التنمية البشرية والاجتماعية والاقتصادية، كما تهتم بطرق مكافحة وعلاج هذه الأمراض والوقاية منها (سليمان، ٢٠١٣).

تتمحور هذه الدراسة حول النقاط التالية :

١- الملامح العامة لجمهورية الكنغو الديمقراطية وظروفها المناخية والإيكولوجية.

٢- مفهوم الصحة والمرض.

٣- تصنيف الأمراض.

٤- العوامل المؤثرة في الصحة والمرض والتي تتمثل في عوامل إيكولوجية، ديموجرافية، ثقافية، اجتماعية واقتصادية.

٥- أشهر الأمراض المنتشرة في الكنغو الديمقراطية والتي تتمثل في مرض النوم ومرض الإيدز ومرض الملاريا والإشارة إلى أسباب تواجدها والعوامل التي تساعد على انتشارها وسبل الوقاية منها.

منهج الدراسة :

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج البيوثقافي، الذي يعد أحد المداخل المستخدمة في الدراسات الأنثروبولوجية المعنية بدراسة الصحة والمرض، حيث يقوم هذا المدخل على تفسير تلك التغيرات البيولوجية التي يمر بها الفرد أو الجماعة والتي تنعكس على الحالة الصحية سواء بالإيجاب أو بالسلب، ولكن هذا التفسير يعتمد

على ربط هذه التغيرات البيولوجية بالحياة الثقافية لتلك الجماعة وما يتعلق بها من عادات وممارسات. فالحالة الصحية والمرضية التي يوجد عليها الفرد ماهي إلا مرآة تعكس طبيعة البيئة التي يعيش فيها سواء كانت بيئة ثقافية، اجتماعية، إيكولوجية أو طبيعية.

ومن ثم فأن هذه الورقة البحثية سوف تقوم بدراسة أثر بعض الممارسات الثقافية على الصحة والمرض لدى بعض جماعات الكنغو، بالإضافة إلى دراسة أثر بعض العوامل الإيكولوجية على الجانب الصحي لهم.

نظرية الدراسة :

الإيكولوجيا تشير إلى الدراسة العلمية لطبيعة التفاعل الدائم والمستمر بين كل من النبات والحيوان والبيئة المحيطة بهم، فضلاً عن دراسة إرتباط هذا التفاعل بالإنسان ومدى تأثير الإنسان فيه وتأثره به. لذلك تم وضع تعريف للأنثروبولوجيا الإيكولوجية Ecological Anthropology بأنه ذلك العلم الذي يدرس العلاقة بين الجماعات السكانية بما لديها من مؤسسات اجتماعية وثقافية وبين البيئة التي يعيشون فيها من خلال السياق الإيكولوجي الذي يعيش فيه، وهو ما يرتبط بالإيكولوجيا السلوكية Behavioral Ecology التي تقوم بتفسير سلوك الإنسان. وقد اعتمدت هذه الدراسة على النظرية الإيكولوجية وخاصة ما يعرف بأسم الإيكولوجيا البشرية Human Ecology والتي يقصد بها دراسة العلاقة بين الإنسان والبيئة التي يعيش فيها. أيضًا تقوم بدراسة عملية تكيف الإنسان مع البيئة الطبيعية (عبد العظيم، ٢٠١٣). فالعلاقة بين الإنسان وبيئته هي علاقة بالغة التعقيد قد تكون سببًا في إصابة الإنسان ببعض الأمراض، كما أنها يمكن أن تؤدي إلى عدم وجود البعض الأخر من الأمراض أو تساهم في الحد منها.

تساؤلات الدراسة

أن التساؤل الرئيسي لهذه الدراسة هو: «هل توجد علاقة بين ثقافة المجتمع وبين الحالة الصحية التي يوجد عليها أفراد ذلك المجتمع». ومن هذا التساؤل الرئيسي أنبثقت مجموعة من التساؤلات الفرعية، وهي:

(١) هل تؤثر العوامل الإيكولوجية على الحالة الصحية لسكان الكنغو؟
(٢) هل يمثل العامل البشري مصدرًا لظهور بعض الأمراض؟
(٣) ما هي العلاقة بين الوضع الاقتصادي وبين مستوى الصحة في الكنغو؟
(٤) هل توجد روابط بين الحالة الاجتماعية وبين الوضع الصحي؟
(٥) ماهي التأثيرات الصحية الناجمة عن العامل الديموجرافي؟
(٦) هل ينتشر بالكنغو نمط معين من الأمراض؟ ولماذا؟

ومن أهم الدراسات التي تناولت موضوع ذو صلة بموضوع الدراسة هي الدراسة التي أجراها Bollinger & Stover (١٩٩٩) والتي هدفت إلى إبراز التأثير الاقتصادي الذي خلفه الإيدز في الكنغو الديمقراطية على العديد من المجالات والقطاعات، وتوصلت هذه الدراسة إلى أن الإيدز ترك بالفعل أثارًا سلبية على المجتمع ككل حيث انخفضت العمالة وزادت التكاليف سواء المباشرة منها كالنفقات الصحية ومصاريف الجنازة، أو غير المباشرة كالوقت المهدر في تدريب عمال جدد ليحلوا محل العمال المصابين.

كما ترك الإيدز أثارًا سلبية على الأسرة حيث انخفض الدخل نتيجة إصابة رب الأسرة بالمرض، كما تسرب العديد من الأبناء من التعليم لعدم توافر المال اللازم لدفع المصاريف، وفيما يتعلق بالأثار التي تركها المرض على مجال الزراعة فهي تتمثل في التحول من زراعة محاصيل التصدير التي تحتاج إلى عمالة كثيرة إلى زراعة المحاصيل الغذائية نتيجة إصابة ووفاة العديد من العاملين بالزراعة، ولم يقتصر الأمر على ذلك بل ترك الإيدز أثاره على النظام الصحي في الدولة نتيجة زيادة عدد المصابين الذين يحتاجون للعلاج وارتفاع تكلفة العلاجات، وفيما يتعلق بالتعليم فقد ترتب على المرض انخفاض عدد المعلمين وتسرب العديد من الطلاب لرعاية أفراد أسرهم المصابين.

وكذلك دراسة Dag J.D. (٢٠١٢) والتي هدفت إلى قياس مدى وعي الكنغوليين بوجود مرض النوم الإفريقي ومسبباته وأعراضه، وتوصلت هذه الدراسة إلى أن ٢٨٪ من سكان Kasongo بالكنغو الديمقراطية ليس لديهم دراية

ووعي بمرض النوم الإفريقي وبمسبباته وأعراضه، بينما تدرك نسبة ٣٢٪ من السكان أن هذا المرض ينتقل عن طريق ذبابة التسي تسي، ولكن الدراسة أشارت إلى أن الفئة العمرية التي تتراوح ما بين سن ١٤ إلى ٢٢ سنة لا يدركون ذلك، كما أكدت الدراسة على أن نسبة ٥٠٪ من المصابين بالمرض تم اكتشافهم بواسطة القوافل الطبية المتنقلة ولم يأتوا من تلقاء نفسهم لطلب العلاج. ولربما يعزو ذلك لنقص المعرفة والتثقيف الكافي بالمرض.

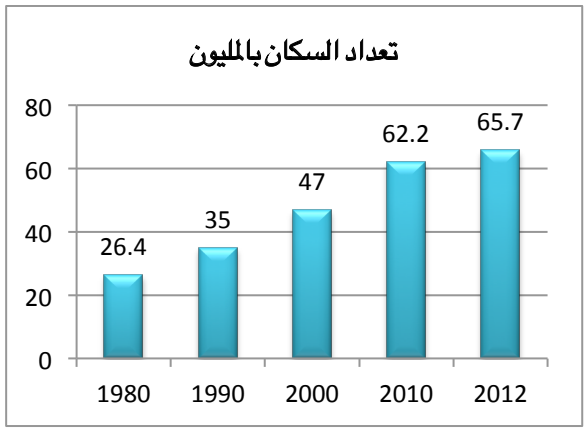
ومن هنا تأتي أهمية هذه الورقة البحثية حيث أنها ستتناول بنظرة شمولية موضوع الصحة والمرض وعلاقته بالنسق الثقافي والإيكولوجي في مجتمع الكنغو.

فهذه الدراسة تهدف إلى إلقاء الضوء على مفهومي الصحة والمرض في إفريقيا ومعرفة العوامل المختلفة التي تؤثر في كليهما، بالإضافة إلى التركيز على أهم الأمراض المنتشرة والمتوطنة في مجتمع الدراسة والتعرف على أهم العوامل التي أدت إلى توطنها وارتفاع نسبة الإصابة بها، ومعرفة الوسائل المتاحة والتي قد يتبعها السكان للحد من انتشار المرض والوقاية منه، إلى جانب إلقاء الضوء على الآثار المترتبة على وجود المرض قي المجتمع.

قبل الشروع في تناول موضوع الصحة والمرض بالحديث لابد لنا وأن نلقي الضوء على بعض الملامح الخاصة بمجتمع الدراسة، فجمهورية الكنغو الديمقراطية تعد ثاني أكبر دولة في إفريقيا من حيث المساحة، حيث تقدر مساحتها حوالي ٢,٣ مليون كم، وعاصمتها هي «كينشاسا، والتي تعد أكبر المدن الموجودة بها (Dag،2012).

تحتل كينشاسا موقعًا متطرفًا في الكنغو الديمقراطية حيث تقع في أقصى الركن الغربي (علي، ٢٠١٠).

كما تأتي الكنغو في المركز الثالث بين الدول الإفريقية من حيث تعداد السكان، كما تعد الكنغو الديمقراطية من أفقر الدول الإفريقية حيث نجد أن نسبة ٨٠٪ من السكان يعيشون على أقل من دولار في اليوم الواحد، وذلك وفقًا لمؤشرات التنمية البشرية لعام ٢٠١١ (USAID، 2013).



شكل (١) : المصدر: البنك الدولي http://data.worldbank.org/
(Graph by author)

تقع الكنغو الديمقراطية بين دائرتي عرض ٥ شمالاً و١٣ جنوبًا(أحمد،٢٠١٣)، عند خط الأستواء وبالتالي فهي تنتمي للنطاق المناخي الأستوائي، ويحدها من الشمال السودان، ومن الجنوب زامبيا، ومن الشرق أوغندا وبورندي وتنزانيا، ومن الغرب أنجولا والكونغو الشعبية(مهدي، ٢٠٠٧).

صورة (١) المصدر : map/www.google.com

يغلب على مناخ الكنغو الديمقراطية الطابع الاستوائي في الشرق والوسط، والمناخ المداري في الشمال والجنوب، وتسقط بها الأمطار الوفيرة (علي، ٢٠١٠)، وكلما اتُّجه إلى الشرق، تَناقص هطول الأمطار ودرجات الحرارة. وتشهد الكنغو الديمقراطية موسم الجفاف الذي يدوم نحو أربعة أشهر، وموسم الأمطار الذي يدوم نحو ثمانية أشهر (الأمم المتحدة، ٢٠١٣) ذلك التنوع المناخي أدى إلى تنوع الحياة النباتية والحيوانية وتكون المستنقعات، كما هيأ بيئة خصبة تصلح إلى توطن الأوبئة والأمراض البيئية بها.

فالكنغو الديمقراطية يغطي حوالي ثلث مساحتها الغابات، ويجري بها نهر الكنغو المعروف محليًا بنهر «زائير»، هذا إلى جانب وجود الكثير من المستنقعات المائية بها، وتغطي الغابات الأستوائية معظم الجزء الشمالي من الكنغو الديمقراطية ولا يعيش بها سوى أعداد قليلة من السكان – غالبيتهم من أقزام الكنغو- بسبب قسوة الظروف المناخية بها، وعدم وجود مساحات مكشوفة نتيجة كثافة الأشجار والنباتات التي لا تسمح بمرور ونفاذ أشعة الشمس إلا نادرًا (أحمد،٢٠١٣).

بلغت مساحة الغابات في الكنغو الديمقرطية عام ٢٠١١ حوالي ٦٧،٩٪ من اجمالي المساحة الكلية، بينما تبلغ مساحة الأراضي الزراعية ١١،٤٪ من المساحة الكلية . (The World Bank، 2012)

بالتالي فأن هذه المساحة الهائلة من الغابات ساعدت بدورها على تهيئة البيئة المناسبة والصالحة لتكاثر بعض أنواع البعوض والحشرات الناقلة للمرض، وهذا أدى بدوره إلى انتشار المرض بصورة واضحة في مجتمع الدراسة.

تنعم الكنغو الديمقراطية بموارد ضخمة ومتنوعة، ولكن نتيجة الحروب المستمرة والأمراض المنتشرة بها تدهور النشاط الاقتصادي لفترة طويلة ولكنه شهد تحسن ملحوظ بعد انسحاب القوات الاجنبية التي ساندت الصراع ضد موبوتو.

وفيما يتعلق بالثروة المعدنية نجد أن جمهورية الكنغو الديمقراطية تحظى بتوافر العديد من المعادن مثل النحاس والمنجنيز والكوبالت والماس والقصدير، ومعظم هذه الثروات ترتكز على حدودها السياسية مع الدول الأخرى، وهذا ما جعل الكنغو الديمقراطية تعاني من الاطماع الاستعمارية والاضطرابات الحدودية المستمرة (علي، ٢٠١٠).

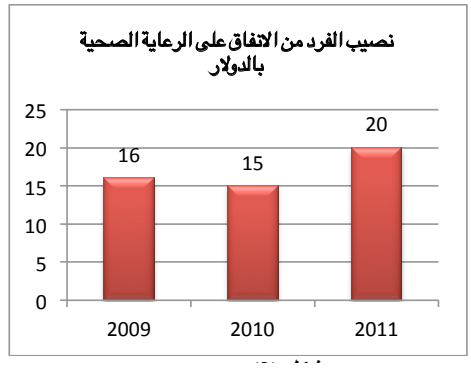
تتميز الكنغو الديمقراطية بالتنوع العرقي، حيث تضم العديد من الأعراق والقبائل والتي يتراوح عددهم حوالي ٢٥٠ مجموعة عرقية، وأفراد هذه القبائل لا يعترفون بانتمائهم للدولة؛ بل يدينون بالولاء للقبيلة التابعين لها، كما تعد اللغة الفرنسية هي اللغة الرسمية في الكنغو الديمقراطية، وتجد بها أيضًا بعض اللغات المحلية مثل الكيكونجو والسواحيلية ولينجالا، وهذا التنوع العرقي واللغوي أدى إلى عدم توحيد شعب الكنغو الديمقراطية، وساهم في تباين الثقافات والعادات والتقاليد العرفية والدينية(علي، ٢٠١٠).

أما فيما يتعلق بالديانة الأكثر شيوعًا بالكنغو الديمقراطية فهي المسيحية، حيث يدين بها حوالي ٧٠٪ من السكان، وبينما يدين بالإسلام نسبة ١٠٪، و نسبة ٢٠٪ يدينون بالمعتقدات التقليدية (علي، ٢٠١٠).

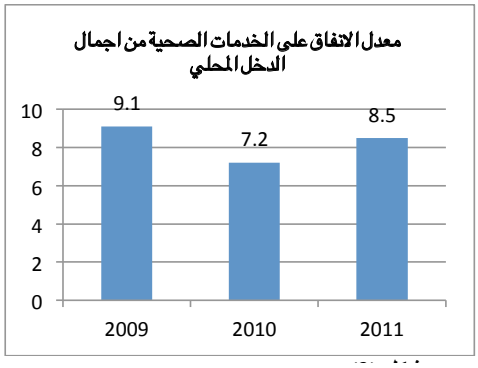
من المعتقدات السائدة لدى أقزام الكنغو «قدسية الغابة» حيث يعتبرونها «الأم» ويقيموا لها الاحتفالات الخاصة وذلك لاعتقادهم بأنها مصدر وجودهم وبقائهم، وبالتالي فهم يرجعون حدوث أي مكروه أو مرض يصيبهم إلى غضب الغابة عليهم أو نومها وغفوتها عنهم وعن رعايتهم، لذلك يقومون بالغناء لإيقاظها من نومها لتنجدهم وتخلصهم مما أصابهم من مكروه، وكذلك أقزام أكا AKA في الكنغو الديمقراطية يعتقدون في السحر وينسبون إليه وفاة أبنائهم (أحمد،٢٠١٣).

تواجه الكنغو الديمقراطية أزمة إنسانية معقدة خلال السنوات السابقة، وهذه الأزمة ناجمة عن النزاعات المستمرة والعنف المسلح وخاصة في شرق الكنغو الديمقراطية وما ترتب عليه من عدم الاستقرار السياسي وانعدام الأمن وانتشار الفقر حيث قدرت نسبة السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر بحوالي ٧٠٪ من أجمالي السكان، هذا إلى جانب مشكلة اللاجئين والنازحين داخلها حيث قدر عدد النازحين داخلها نحو ٢،٤ مليون نازح في عام ٢٠١٢، وكل هذه الظروف ساعدت بدورها على انتشار سوء التغذية وصعوبة الحصول على المياه النقية وتدهور المرافق والخدمات الصحية وصعوبة الحصول عليها فإزدادت بالتالي معدلات

انتشار المرض بداخلها (WHO،2013)، حيث يبلغ معدل انتشار مرض سوء التغـذيــة بـيـن الأطفــال دون سن الخامسة حوالي ٤٣،٥٪ من إجمالي عددهم (The World Bank، 2013) ، كما إزداد انفاق الدولة على الخدمات الصحية بشكل ملحوظ عن السنوات السابقة، كما هو موضح بالرسم البياني التالي:



شكل (٢)



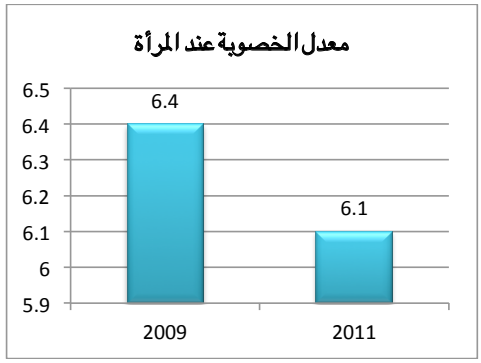
شكل (٣)

المصدر: البنك الدولي http://data.worldbank.org/

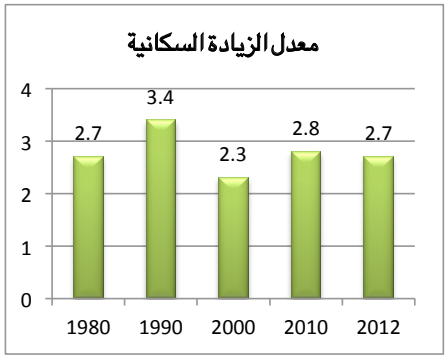
(Graph by author)

فيما يتعلق بخدمات الصرف الصحي والمياه النظيفة فالكنغو الديمقراطية تعاني من تدهور البنية التحتية، والدليل على ذلك هو أن نسبة السكان الذين يستفيدون من مرافق الصرف الصحي الجيد في الكنغو الديمقراطية بلغت حوالي ٣١٪ من إجمالي السكان في عام ٢٠١١، وتبلغ نسبة سكان المناطق الريفية الذين يستطيعون الحصول على مياه نظيفة حوالي ٢٩٪ من إجمالي عدد سكان الريف، بينما يحصل نسبة ٨٠٪ من سكان الحضر على تلك المياه (The World Bank، 2012).

كل هذه الظروف التي تشهدها الكنغو الديمقراطية طبعت آثارها على معدلات المواليد والوفيات حيث بلغ معدل المواليد لكل ألف شخص حوالي ٤٤ خلال عام ٢٠١٢، بينما بلغ معدل الوفيات لكل ألف شخص حوالي ١٦ خلال نفس العام، كما انعكس ذلك على معدل الخصوبة عند المرأة (The World Bank، 2013).



شكل (٤)



شكل (٥)

المصدر: البنك الدولي http://data.worldbank.org/

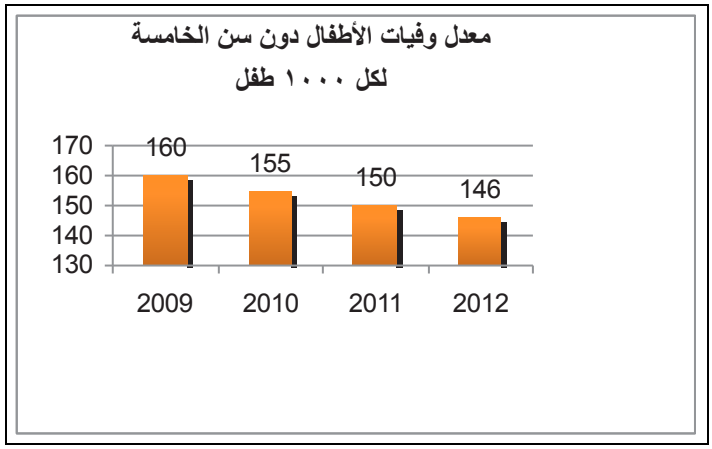
(Graph by author)

لذلك أصبحت الصحة العامة في الكنغو الديمقراطية تشهد تحديات كبيرة، حيث يعاني الكثير من السكان من أمراض الإيدز والملاريا. وذلك بسبب نقص الثقافة الصحية وعدم اتباع الإرشادات الصحية العامة، إلى جانب انتشار الفقر وتدهور البنية التحتية، وقد قدر عدد المصابين بالإيدز حوالي٤,١٪ من إجمالي عدد السكان خلال عام ٢٠١٣ .(UNICEF، 2013)

تأكيدًا على تدهور الرعاية الصحية في الكنغو الديمقراطية، أشار «ليونارد كواديو» خبير الصحة في مجلس الطفولة بمنظمة الأمم المتحدة للطفولة والأمومة UNICEF إلى أن: هناك فجوة في نظام الرعاية الصحية بجمهورية الكنغو الديمقراطية تعوق جهود مكافحة مرض الملاريا الذي يعد القاتل الرئيس للأطفال تحت سن الخامسة في إفريقيا، حيث أشارت الدراسات التي أجريت حديثًا إلى أن الملاريا مسئولة عن نسبة ٤٠٪ من وفيات الأطفال دون سن الخامسة، كما أشار "ليونارد" إلى أن هذا المرض القاتل يلتهم ميزانية الصحة في جمهورية الكنغو الديمقراطية (كواديو، ٢٠١٣).

لذلك يمكن القول بأن النظام الصحي في الكنغو الديمقراطية شأنه شأن بلدان أخرى في المنطقة يعاني من نقص الأطباء والاخصائيين الصحيين المؤهلين، إلى جانب نقص الموارد والمستلزمات الطبية اللازمة لتوفير الرعاية الصحية الجيدة (USAID، 2013).

لكن في السنوات الأخيرة وبفضل الجهود التي تبذلها منظمة الصحة العالمية والمنظمات المعنية الأخرى حدث إنخفاض ملحوظ في نسبة وفيات الأطفال دون سن الخامسة كما هو موضح بالشكل التالي:

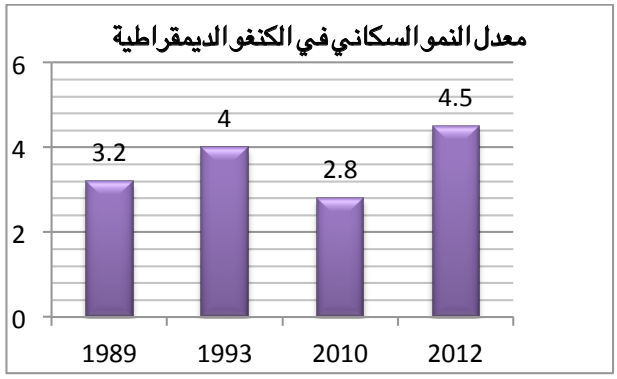


شكل (٦)

المصدر: البنك الدولي http://data.worldbank.org/

(Graph by author)

كما ساعدت هذه الجهود على ارتفاع معدل النمو السكاني في عام ٢٠١٢مقارنة بعام ٢٠١٠، كما هو موضح بالشكل.



شكل (٧)

المصدر: البنك الدولي http://data.worldbank.org/

(Graph by author)

نخلص من ذلك بأن الظروف التي شهدتها الكنغو الديمقراطية من صراع ونزاع قد انعكست على الحالة الصحية والسياسية والاقتصادية للدولة، حيث تدهورت المرافق والخدمات وانتشر الفقر والمرض وأصبح غالبية أفراد المجتمع يعانون من الكثير من الأمراض سواء الناتجة عن الظروف الاقتصادية كأمراض سوء التغذية أو الناتجة عن تدهور الرعاية الصحية والخدمات العلاجية كالملاريا والبلهارسيا، أو الناتجة عن نقص الثقافة والوعي الصحي عند أفراد المجتمع كمرض الإيدز الذي يعاني منه عددًا لا بأس به من أفراد مجتمع الدراسة.

يرتبط كل من مفهومي المرض والصحة بالنواحي الثقافية والاجتماعية كارتباطهما بالنواحي البيولوجية، لذلك كان الاهتمام بالنواحي الثقافية والاجتماعية وتأثيرها على الأمراض يحتل مكانة كبيرة خلال القرن التاسع عشر؛ حيث ارتبط بظهور مشكلات الصحة وارتباطها بالثورة الصناعية، وهذا ما جعل الباحث الألماني Virchow يذكر أن علم الطب هو في الواقع علم اجتماعي سواء من الناحية النظرية أو التطبيقية، ولكن مع نهايات القرن التاسع عشر أصبح الطب الحديث يرجع سبب حدوث الأمراض إلى الميكروبات وتأثيرها على خلايا الجسم واختفى تمامًا الاهتمام بالنواحي الثقافية والاجتماعية المسببة للأمراض، ولكن في السنوات الأخيرة أظهرت العديد من الأبحاث –التي شارك فيها كل من العلماء الاجتماعيين والأطباء- الدور الذي تلعبه العناصر الثقافية والاجتماعية في حدوث المرض (العشماوي، ٢٠٠٩).

الجدير بالذكر أن وجهة النظر الطبية قديماً كانت ترد كل الأمراض إلى الأسباب الفسيولوجية والبيولوجية، إلا أن هذه النظرة أصبحت مرفوضة بصفة عامة من قبل علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا المعاصرين، وذلك لإهمالها الجانب الاجتماعي، حيث يرى Parsons أن مشكلة الصحة تكمن أساساً في اللزوميات الوظيفية للنسق الاجتماعي، وأن المرض يعتبر خللاً وظيفياً في النسق، فغالباً ما يصاحبه عجزًا في القدرة على أداء الأدوار الاجتماعية، كما يرى أن "الإنسان المريض يعانى من اضطراب بيولوجي واضطراب في تصرفاته الاجتماعية وفى طريقة حياته وأدواره الاجتماعية (أنور، ٢٠٠٥).

منذ أن نشر Rene-Dabos كتابة بعنوان سراب الصحة Mirage Of Health أخذت المفاهيم الاجتماعية للصحة والمرض تنطوي على مجموعة من الدعاوي المتصلة بطبيعة الأوضاع الصحية للكائن الفيزيقي ، والتي قد تكون مرغوبة أو غير مرغوبة، خطيرة أو غير خطيرة، ومثال ذلك أن المرأة البدينة تعتبر من وجهة نظر بعض الثقافات موضوع رغبة وتحبيذ واستحسان، بينما هناك جماعات تعرف البدانة بأنها مرضاً جسمياً ونفسياً. عرفت "هيئة الصحة العالمية" الصحة على أنها حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز، أما المرض فقد عرف بأنه حالة التغير في الوظيفة أو الشكل لعضو ما، ويكون الشفاء منه صعباً أو مستحيلاً بدون علاج ولإعادة التوازن الفسيولوجي يتطلب ذلك من الجسم عدة عمليات ووظائف لا تدخل في الوظائف الفسيولوجية المسئولة عن التوازن في العضو المصاب (إبراهيم، ١٩٩٢).

أشار Perkins إلى أن الصحة تمثل حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم والتي تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها للمحافظة على توازنه (مخلوف، ١٩٩١).

يُنظر أيضًا إلى الصحة باعتبارها تتمثل في مدى قدرة الإنسان على التواصل البدني والعقلي والوجداني، وقدرته الاجتماعية على مواجهة بيئته، بمعنى أن الصحة الجيدة تتمثل في غياب المرض، أما الصحة السيئة تتمثل في وجود المرض (المكاوي، ١٩٩٠).

في حين ينظر إليها البعض على أنها «حالة من غياب المرض الظاهر، وخلو الإنسان من العجز والعلل»، وبالتالي فمن الممكن النظر إلى الأشخاص الذين لم يشعروا بالمرض والذين لم تبد عليهم علامات الاعتلال والمرض عند الفحص على أنهم أصحاء، ولكن هذا المفهوم ضيق وخاصة إذا ما قورن بتعريف منظمة الصحة العالمية «الصحة هي حالة التحسن الجسمي والعقلي والاجتماعي الكامل (الدمنهوري، ٢٠٠٧).

تتعدد أيضًا المفاهيم الخاصة بالمرض منها وصفه بأنه «فقدان للإحساس الجسمي والعقلي العادي»، كما ذكر Patrick و Scambler، بينما نظر إليه Aubrey

على أنه حالة تكيف الجسم مع الظروف الداخلية والخارجية القاسية وغير العادية، في حين نظر إليهSnow على أنه يحدث نتيجة قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عند القيام بوظيفته خير قيام (أنور، ٢٠٠٥). كما عرف المرض على أنه حالة الانحراف عن الحالة الطبيعية للفرد جسمياً أو عقلياً أو اجتماعياً أو نفسياً، وقد يكون هذا الانحراف في أكثر من جانب من الجوانب المحددة للشخصية الإنسانية، وهذا الانحراف أيضاً نسبي وليس انحرافًا مطلقًا ولذلك فإن مفهوم المرض أيضاً مفهوم نسبي يختلف من شخص لآخر ومن موقف لأخر (الصديقي، ٢٠٠٥).

في ضوء ما سبق نجد أن هناك اتجاهين أساسيين لتفسير المرض وهما:

الاتجاه الأول ينظر إلى المرض على أنه اختلال في التوازن الطبيعي، وهذا هو الأساس الذي يقوم عليه الطب الغربي العقلاني الذي بدأ مع «أبو قراط»، وفي ضوءه يتم إعطاء المريض مزيجًا من الأطعمة والأشربة المقابلة لما يزعجه أو يتم علاجه عن طريق استخدام النباتات.

الاتجاه الثاني ينظر إلى المرض ليس لكونه انشقاقًا عن البيئة الطبيعية فحسب؛ بل لكونه أيضًا انسلاخًا وانشقاقًا عن البيئة الاجتماعية، حيث يتم إرجاع حدوث المرض إلى غضب الله أو ارتكاب الذنوب أو أن الفرد أو الجماعة مستهدفين من طرف الأرواح الشريرة أو من أحد السحرة (العماري، ٢٠٠٨).

يمكن تصنيف الأمراض على النحو التالي:

أمراض فردية Sporadic ، وهي الأمراض التي تنتشر في شكل حالات فردية حيث يصاب بالمرض بعض الاشخاص ولا ينتقل منهم إلى الآخرين المحيطين بهم، مثل حالات إلتهاب الزائدة الدودية.

أمراض وبائية Epidemic Diseases، وفيها يعدي المرض مخالطيه والأشخاص المحيطين به، ويتحدد الوباء بمنطقة معينة في مدينة أو قرية، أو قد يشمل الدولة كلها مثل أوبئة التيفود والتيفوس.

أمراض متوطنة Endemic Diseases ، وهي التي تنتشر في إقليم معين، وتظل موجودة به ولا تغادره لكن من الممكن أن تخف حدة المرض بالأقليم الذي ينتشر به لفترة ما ثم يعود ويشتد بعد ذلك حسب الظروف المناسبة لحدوثه (سليمان، ٢٠١٣)،

ومن هذه الأمراض الملاريا التي يتوطن في الكثير من الدول التي تقع ضمن النطاق الإستوائي الذي تتوافر به الظروف الإيكولوجة المناسبة لتكاثر الملاريا وناقلها.

أمراض وبائية عالمية Pandemic Diseases وهي الأمراض التي تنتشر في مناطق كثيرة من العالم أو قد تشمل العالم بأكمله، مثل وباء الأنفلوانزا الأسيوية الذي انتشر في العالم كله عقب الحرب العالمية الثانية (سليمان، ٢٠١٣).

في ضوء ما سبق يمكن تعريف المرض بأنه حالة من عدم الاستقرار الجسدي ناتجه عن حدوث خلل وظيفي في أحد أعضاء الجسم بشكل يجعل الإنسان غير قادر على القيام بالمهام والأدوار التي اعتاد القيام بها. بينما يمكن تعريف الصحة بأنها حالة من الاستقرار الجسدي والعقلي والاجتماعي والفسيولوجي وليس مجرد خلو الجسم من الأمراض، بمعنى أنه لا يمكن اعتبار الإنسان متعافيًا لمجرد كونه لا يعاني من أمرض بيولوجية داخلية فقد يكون مصابًا بأمراض أخرى متعلقة بالجوانب النفسية والاجتماعية والتي بدورها تترك أثارًا واضحة على أدائه بالأدوار والمهام المنوطة به.

تتعدد العوامل المؤثرة في الصحة والمرض فمنها ماهو طبيعي، وماهو بشري، واقتصادي، وثقافي، واجتماعي، وديموجرافي.

أولاً: العوامل الإيكولوجية والطبيعية

عند دراسة أي مرض من الأمراض لابد وأن لا نولي اهتمامنا فقط تجاه مسبب المرض، وناقل المرض، وحاضن المرض؛ بل لا بد وأن نأخذ في الاعتبار الظروف الإيكولوجية بما تشمله من تضاريس ومناخ ونبات وحيوان- والتي بدورها تساعد على توطن وانتشار المرض (Exploring Disease in Africa،2010)، ومن هذه الظروف الإيكولوجية:

(١) - الموقع :

يحدد الموقع الفلكي بالنسبة لدوائر العرض نوع المرض السائد في المنطقة، فالمنطقة الواقعة في العروض المدارية تسودها أمراض المناطق الحارة مثل البلهارسيا والملاريا، أما المنطقة الواقعة في العروض المعتدلة يسودها أمراض

لين العظام وأمراض الجهاز التنفسي كنزلات البرد، ونظرًا لوقوع معظم القارة الإفريقية في العروض المدارية التي تمتد بين دائرتي عرض ٣٧ شمالاً و٣٥ جنوبًا- فيما عدا أطرافها الشمالية والجنوبية التي تقع في العروض المعتدلة- أصبحت الأمراض الطفيلية والمعدية مثل الملاريا والبلهارسيا ومرض النوم هي المتوطنة بها (سليمان، ٢٠١٣).

(٢) التضاريس

أن مظاهر سطح الأرض لها أثر واضح على صحة الإنسان سواء بطريق مباشر أو غير مباشر، ولكون القارة الإفريقية تمثل منطقة هضبية منبسطة وتكثر بها المستنقعات والمياة الراكدة التي تساعد على توالد البعوض مثل المستنقعات الموجودة في حوض الكونغو والنيجر والزمبيزي ومنطقة السدود في السودان – فقد ساعد ذلك على انتشار أمراض المناطق المنخفضة والسهول مثل البلهارسيا والملاريا وذلك لأن الملاريا تنتشر في المناطق التي يقل ارتفاعها عن ١٥٠٠ متر فوق مستوى سطح البحر، وكذلك الحال بالنسبة للكوليرا (سليمان، ٢٠١٣).

(٣) الظروف المناخية

أثبتت العديد من الدراسات أن غالبية الأمراض البشرية لها علاقة بالجو والمناخ، فبعض الظروف الجوية تسبب أمراضًا معينة، وبعضها يساعد على ظهور أمراض كامنة في جسم الإنسان بالفعل، كما أن تباين الظروف الجوية عبر فصول السنة له تأثيره الواضح على صحة الإنسان وعلى نوعية الأمراض التي يمكن أن يصاب بها، حتى صارت الأمراض توصف بأسماء الفصول كأمراض الصيف مثل: الإسهال وضربات الشمس، وأمراض الشتاء مثل: الإنفلونزا، وأمراض الربيع مثل الرمد الربيعي (عبد الكريم، ٢٠٠٨).

يعد المناخ أكثر عناصر البيئة الطبيعية تأثيرًا على صحة الإنسان، وقد يتم هذا التأثير بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، فالتأثير المباشر يتمثل في تأثيره على نشاط الإنسان وبذله للجهد والحركة وإصابته ببعض الأمراض، أما التأثير غير المباشر يتمثل في تهيئة المناخ والظروف المناسبة لتكاثر وتوالد الحشرات والميكروبات الناقلة للأمراض. فعندما تملأ الأمطار المنخفضات السطحية الصغيرة بالمياه تجد

الطفيليات كطفيليات االملاريا والفلاريا ظروفًا مناسبة للتكاثر، وفي مناطق المطر الغزير نجد أن مرض الجزام يزداد انتشاره بها وعندما يقل المطر عن ١٠٠سم يقل معه انتشار مرض الجزام. أما بالنسبة للرياح فهي الأخرى لها تأثيرها الواضح والمتمثل في أن الرياح الشديدة تؤدي إلى ظهور العواصف الترابية التي يترتب عليها الإصابة بأمراض الحساسية والربو والتراكوما وأمراض العيون (سليمان، ٢٠١٣).

كما أن ارتفاع درجة الحرارة يؤدي إلى ضعف الهضم وفقدان الشهية.. إلى جانب تكون الحصوات البولية نتيجة زيادة تركيز البول بسبب فقد كمية كبيرة من المياه عن طريق العرق(إبراهيم،١٩٩٧).

تشير العديد من الدراسات في المناطق والدول التي ينتشر فيها البرد وتنخفض فيها درجة الحرارة إلى حدوث أمراض القلب والسكتة القلبية وأمراض الأوعية الدموية (عبد الكريم،٢٠٠٨)، بالإضافة إلى الإصابة بإلتهاب المفاصل وتصلبها وتقرح اليدين بسبب البرودة (إبراهيم،١٩٩٧).

تعد الرطوبة هي الأخرى من عناصر المناخ التي تؤثر في صحة الإنسان والتي يمكن أن تكون سببًا في الإصابة ببعض الأمراض، فالرطوبة المرتفعة التي تصاحبها الحرارة العالية تزيد من توصيل الحرارة من الجو إلى الجسم وفي نفس الوقت تحول دون التبخر، مما يجعل الجسم لا يبرد بسرعة وتصبح حرارته مزعجة، وبالتالي الشعور بالإجهاد والتعب والاضطرابات النفسية، كما أن الجو الرطب يساعد على نمو البكتيريا والجراثيم التي لها دور في انتشار بعض الأمراض (عبد الكريم،٢٠٠٨).

(٤) النبات الطبيعي

يؤثر النبات الطبيعي بشكل غير مباشر على صحة الإنسان، حيث يرتبط توزيع وانتشار بعض الحشرات الناقلة للأمراض بدرجة كبيرة بكثافة الغطاء النباتي، فعلى سبيل المثال نجد أن بعوضة التسي تسي TseTse المسببة لمرض النوم تحتاج إلى الأدغال لتحتمي بها من أشعة الشمس ولتتمكن من التكاثر، حيث أن أشعة الشمس تعمل على رفع درجة حرارة التربة التي تختبئ بها يرقة الحشرة مما يؤدي إلى قتلها.

(٥) الحيوان

تؤثر الحيوانات أيًا كانت مستأنسة أو ضالة على صحة الإنسان، فالحيوانات المستأنسة التي يعتمد عليها الإنسان في غذاءه قد تنقل إليه الكثير من الأمراض مثل مرض السل الرئوي الذي ينتقل نتيجة اختلاط الإنسان مع الأبقار المصابة، ومرض السل البلعومي الذي ينتقل إلى الإنسان من البقر نتيجة تناول اللبن الملوث دون غليه جيدًا، وكذلك مرض الحمى المالطية الذي ينتقل نتيجه نفس السبب السابق ذكره وأكثر المصابين به الرعاة والفلاحين والمشتغلين بالسلخانات (سليمان، ٢٠١٣).

في ضوء العرض السابق للعوامل الإيكولوجية والدور المؤثر الذي تلعبه في الصحة والمرض يمكننا القول أن هذه العوامل تلعب دورًا لا يمكن إغفاله في توطن المرض وانتشاره، فالموقع الفلكي له دوره الهام في تحديد نوع المرض السائد في المنطقة بطريقة تجعل مرضًا ما منتشرًا في منطقة ما دون غيرها من المناطق، كما أن التضاريس الخاصة بمنطقة ما تلعب هي الأخرى نفس الدور الذي يقوم به الموقع الفلكي، وكذلك الحال بالنسبة للحرارة والرطوبة والأمطار عندما يصلوا إلى نسب ودرجات معينة يسهموا بدورهما في توفير البيئة المناسبة لنمو وتكاثر الطفيليات والبكتريا والجراثيم المسببة للمرض كما يساهموا أيضًا في نمو وتكاثر الحشرات الناقلة للمرض، وبالتالي فأن العوامل الإيكولوجية الخاصة بمنطقة ما تؤثر على الإنسان بشكل واضح وأن حاول الإنسان تطويعها لصالحه دون وعي وفهم وإدراك جيد لما يقوم به قد يؤدي ذلك بالضرورة إلى حدوث أضرارًا بالغة قد تفوق الأضرار الناجمة عن العوامل الإيكولوجية في حالتها الطبيعية.

ثانيًا: العوامل البشرية

(١) التلوث

يعد التلوث من أهم مسببات المرض سواء كان هذا التلوث مصادره طبيعية أو بشرية فهو يترك آثره السلبي على صحة الإنسان، فأنواع التلوث التي تؤثر على صحة الإنسان متعددة منها:

- (تلوث الهواء) الناجم عن النفايات الصناعية واحتراق الوقود في المحركات وحرق القمامة والغازات المتصاعدة من البراكين وحرائق الغابات، وغيرها (سليمان، ٢٠١٣)، كما تسبب تزايد النشاط الصناعي وإزدحام المدن بالسكان إلى تعرض الهواء لأنواع عديدة من الملوثات كالأدخنة والغبار (إبراهيم،١٩٩٧).
- (تلوث المياه) الناتج عن إلقاء مخلفات المصانع ومياه الصرف الصحي بها، فهذه المياه غير صالحة وتؤدي إلى مخاطر صحية كثيرة لاحتوائها على مواد كيميائية تلوث المياه وتقتل الأسماك وتصيب الإنسان بالأمراض الكثيرة (إبراهيم،١٩٩٧)، إلى جانب إلقاء الحيوانات الميتة وفضلات الإنسان بها، واستخدام المبيدات الحشرية والأسمدة الكيميائية ثم صرف المتبقي من مياه الري في الترع مجددًا.
- (تلوث الغذاء) المترتب على استخدام المبيدات الحشرية وري الأراضي بالمياه الملوثة، وبالتالي فأن تلوث المياه يصاحبه تلوث الغذاء في حالة استخدام تلك المياه الملوثة في ري المزروعات التي يتناولها الإنسان فيما بعد وكذلك تلوث الهواء يؤثر على تلك المزروعات فيصبح الإنسان هنا هو الأكثر تعرضًا للضرر في نهاية المطاف (سليمان، ٢٠١٣)، وقد يحدث تلوث الغذاء بفعل تحلل المواد الغذائية بواسطة بعض الأحياء الدقيقة التي تسبب التسمم الغذائي، مثلما يحدث في حالة فساد اللحوم والأسماك والحليب ومشتقاته (إبراهيم،١٩٩٧).
- (تلوث ضوضائي) فقد أضحت الضوضاء من الصفات المميزة للمدن والتزاحم هو المسئول الأول عنها، وبعض الأفراد يعتقدون أن مصادر الضوضاء متمثلة في البيئة الخارجية فقط -كأصوات آلات التنبية في السيارات والآلات والماكينات في المصانع، وآلات حفر الطرق، ومكبرات الصوت؛ ولكن الضوضاء من الممكن أيضًا أن تكون منبعثة من البيئة الداخلية «المنزل»، فهي قد تصدر عن بعض الأجهزة المنزلية كالمكنسة الكهربائية وجهاز الاستريو، ومطحنة الطعام، وغيرها (مصيلحي،٢٠٠٨).

بالرجوع إلى تلوث الهواء بكافة أشكاله ومصادره نجد أنه يترتب عليه إصابة الإنسان بالكثير من الأمراض الصدرية والرئوية، إلى جانب الشعور بضيق التنفس والخمول، وعدم القدرة على التركيز والتفكير، وتهيج الأغشية المخاطية، وإلتهاب

ملتحمة العين، بالإضافة إلى نقص نسبة الهيموجلوبين في الجسم، وقد يؤدي إلى حدوث حالات التخلف العقلي لدى الأطفال وتشوه الأجنة، وخاصة الرصاص عندما يتراكم بكميات كبيرة في الجسم، بينما تلوث المياه يترتب عليه إصابة الإنسان بالحمى المعوية والتيفود والدوسنتاريا والبلهارسيا ودودة غينيا والتي تعد من أكثر الأمراض ارتباطًا بتلوث المياه والأكثر انتشارًا في نفس الوقت حيث يتوطن هذا المرض في ١٩ دولة إفريقية، هذا بالإضافة إلى إصابة الإنسان بحالات الإسهال والأمراض المعوية نتيجة غسل الغذاء بمياه ملوثة أو نتيجة إعداد الطعام وتناوله بالآيدي الملوثة (سليمان، ٢٠١٣). أما فيما يتعلق بتأثير الضوضاء فهي تؤدي إلى حدوث تلف بالأذن وفقدان السمع مع مرور الوقت (مصيلحي،٢٠٠٨).

نخلص من ذلك بأن على الرغم من أن التلوث مصادره قد تكون طبيعية أو بشرية؛ إلا أننا نجد أن التلوث الأكثر انتشارًا وتأثيرًا على صحة الإنسان هو التلوث البشري الناجم عن تدخل الإنسان في البيئة وسوء استخدامه للموارد الطبيعية وسوء تعامله معها نتيجه تدهور الوعي البيئي لديه، فقله هذا الوعي ترتب عليها الكثير من الأضرار التي احدثت خللاً في التوازن البيئي من ناحية، وإصابه الإنسان بالكثير من الأمراض من ناحية أخرى، سواء كانت هذه الأمراض أصابته بطريقة مباشرة أو بطريقة غير مباشرة نتيجة انتقالها من الحيوان المصاب إليه.

ثالثًا:العوامل الاقتصادية

(١) الدخل ومستوى المعيشة

يرتبط مستوى المعيشة ارتباطًا وثيقًا بالأمراض، وذلك لأن مع هبوط هذا المستوى تكثر العوامل المساعدة على حدوث الأمراض وخاصة أمراض سوء التغذية، حيث أن انخفاض المستوى المعيشي للفرد يعنى حرمانه من المواد الغذائية وانخفاض نسبة الغذاء المستهلك، ونقص الفيتامينات والمعادن في الجسم فتقل مناعته ومقاومته للأمراض فيتمكن المرض من جسده، ومن ثم ينخفض نشاط الإنسان بسبب إصابته بالمرض وتقل انتاجيته فيقل دخله، وبالتالي تظهر لنا هنا حلقة متصلة من العوامل التي تنتهي في النهاية بحدوث المرض (مصيلحي،٢٠٠٨).

لذلك فأن المستوى الاقتصادي لأي شعب من الشعوب له علاقة مباشرة بأحواله الصحية حيث أن عدم توافر الامكانات المالية يعتبر عقبة أمام تنفيذ البرامج الصحية ويحول دون الحصول على الرعاية والخدمة الطبية الملائمة.

فبالتالي يمكن القول بأن مقدار الدخل الذي يحصل عليه الفرد يحدد نوعية الغذاء الذي يتناوله ومدى جودته، وهذا يتوقف عليه بالضرورة مدى إصابته بأمراض سوء التغذية من عدمه.

(٢) الوضع الغذائي

للغذاء أهمية كبيرة بالنسبة للنمو العقلي والطبيعي للإنسان خاصة خلال السنوات الأولى من مرحلة الطفولة وفي سن الشباب لكي يمده بالطاقة ويحافظ على صحته، وبالتالي فأن الغذاء الفقير يترك آثاره السلبية على الفرد طوال حياته ويجعل جسده أقل مناعة ضد الأمراض ويساعد على بقاء واستمرار المرض بداخله، فعلى سبيل المثال نقص الفيتامينات يؤدي إلى الإصابة ببعض الأمراض مثل عمى النهر، وهذا المرض أقل شيوعًا في المناطق التي تنتج زيت النخيل وتعتمد عليه في غذائها، وذلك لأنه يحتوي على نسبة عالية من فيتامين «أ»، وهذا إلى جانب أن الغذاء الفقير يصيب الإنسان بأمراض سوء التغذية وذلك ما أشارت إليه تقارير منظمة الصحة العالمية عام ٢٠٠٧، حيث وصل عدد الأفراد الذين يعانون من سوء التغذية إلى ٨٥٠ مليون شخص على مستوى العالم وتزايد هذا العدد عام ٢٠٠٨ ليتعدى المليار شخص (سليمان، ٢٠١٣).

تعد القارة الإفريقية من أكثر قارات العالم التي يعاني سكانها من عائلة الجوع والفقر وسوء التغذية، فقد تظافرت العديد من العوامل في ظهور هذه المشكلة منها الحروب القبلية، والصراع على السلطة، والتخلف فكل هذا أدى إلى تفاقم مشكلة الغذاء وإصابة سكانها بأمراض سوء التغذية (إبراهيم،١٩٩٧).

رابعًا: العوامل الاجتماعية

(١) الطبقة الاجتماعية

هناك علاقة بين الطبقة الاجتماعية والصحة، حيث أن الأفراد الذين ينتمون إلى الطبقات الدنيا من حيث المستوى الاقتصادي والاجتماعي يكون مستوى صحتهم

أقل ومعدلات وفياتهم أعلى ممن ينتمون إلى الطبقات العليا، فالكثير من أفراد الطبقات الدنيا يعانون من أمراض سوء التغذية والأمراض المعدية وغيرها من الأمراض التي تنتقل بواسطة المياه الملوثة واستخدام المراحيض غير الصحية، والسكن غير الملائم (إبراهيم، ٢٠٠٥).

هذا يشير إلى أن نسبة الإصابة بأمراض سوء التغذية - وما يصاحبها من ارتفاع في معدل الوفيات وانخفاض في معدل المواليد وتدهور الحالة الصحية بوجه عام- تكون مرتفعة لدى الفئات ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المتدني مقارنة بالفئات ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المرتفع.

(٢) المهنة

غالبًا ما ترتبط المهنة أو الحرفة التي يعمل بها الفرد بأمراض معينة، فعلى سبيل المثال العاملون بالزراعة والصيد يتعرضون للإصابة بأمراض الملاريا والبلهارسيا والأنكلستوما وداء الفيل وعمى النهر وغيرهما، وذلك لأنهم يكونوا قريبين من التربة المبللة والمسطحات المائية فيتعرضون لهجمات البعوض ويرقات البلهارسيا والحشرات الأخرى الناقلة للأمراض، ويتعرض العاملون بالرعي إلى الإصابة ببعض الأمراض مثل داء الكلب، الليشمانيا الجلدية، الدودة الشريطية، الجمرة الخبيثة، والحمى القلاعية، وهذه الأمراض متوطنة في القارة الإفريقية بوجه عام (سليمان، ٢٠١٣).

يتعرض العاملون داخل المناجم وفي مناطق التعدين والأماكن المغلقة ذات الحرارة المرتفعة إلى الإجهاد الحراري وتقلص العضلات، فالعاملون في مناطق التعدين في زامبيا وزيمبابوي يصابون بمرض تحجر الرئة نتيجة استنشاقهم الغبار الناجم عن تعدين الذهب والنحاس (سليمان، ٢٠١٣)، بينما نجد أن الأفراد الذين يعملون في محلات اللحوم ومعامل دبغ الجلود يتعرضون للإصابة بمرض الجمرة الخبيثة (مصيلحي،٢٠٠٨).

تشير بعض الدراسات إلى أن احتمال الإصابة بأنواع معينة من السرطان تزداد بين العاملين في صناعات معينة، فمثلا يتعرض المشتغلون في صناعة البلاستيك والمعادن للإصابة بسرطان الكبد نتيجة لتعرضهم للمواد المستخدمة في هذه الصناعة مثل الزرنيخ وكلوريد الفينيل (عبد الكريم، ٢٠٠٨).

نخلص من ذلك بأن المهنة التي يمتهنها الفرد تصيبه ببعض الأمراض، وهذه الأمراض تختلف باختلاف المهنة، لذلك أطلق عليها أمراض المهنة، فهناك أمراض ناتجة عن العمل بالرعي، وأخرى ناتجة عن العمل بالزراعة، وغيرها ناجمة عن العمل بالمناجم.

(٣) المستوى التعليمي

يلعب التعليم دورًا هامًا في حياة الأمم، ويؤثر في الحالة الصحية للسكان، فإرتقاء مستوى التعليم يؤدي إلى رفع المستوى الصحي والمعيشي، وغالبًا ما تقترن الأمية بالفقر ليكملا دائرة التخلف (جهل، فقر، مرض) (إبراهيم،١٩٩٧).

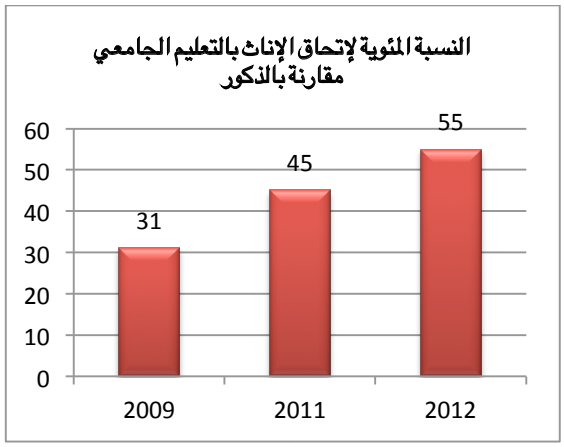
لذلك فأن المستوى التعليمي الذي يصل إليه الفرد يؤثر على حالته الصحية، حيث أن الفرد الأمي يكون أقل عناية بصحته من الفرد الذي أتم المرحلة الجامعية، وذلك لأن الحاصلين على قدر واف من التعليم ترتفع لديهم نسبة الوعي الصحي، فالمستوى التعليمي عند الإناث يؤثر تأثيرًا واضحًا على صحة الأسرة ككل وذلك لأن المرأة هي المسئولة عن نظافة المنزل وإعداد الطعام والعناية بالأطفال، وبالتالي فأن انخفاض مستوى تعليم الفرد يصاحبه انخفاض في الوعي، وهذا يترتب عليه انتشار الكثير من الأمراض وخاصة الأمراض المرتبطة بالمياه والغذاء والتي يتم انتقالها عن طريق اختلاط الأفراد بالمياة الملوثة عن طريق الاستحمام أو من خلال استخدامها في الري والأعمال المنزلية، بالإضافة إلى انتشار العديد من الأمراض المعدية والجلدية نتيجة استخدام الأدوات الخاصة بالآخرين (سليمان، ٢٠١٣).

هنا يمكن القول بأن المستوى التعليمي والثقافي يعد عاملاً هامًا، ولا يؤثر فقط على انتشار الأمراض في البيئة، ولكن يؤثر أيضًا على مدى تعاون الأفراد مع السلطات الصحية لاتخاذ اللازم لرفع المستوى الصحي في المجتمع (مصيلحي،٢٠٠٨).

تشكل نسبة الأمية المرتفعة بين النساء الإفريقيات خطرًا أشد من الأخطار التي تهدد صحة المرأة وأطفالها (البنا، ٢٠٠٤)، حيث يتضح تأثير التعليم على الأمهات في رعايتهن لأطفالهن من حيث التغذية، فالسيدات المتعلمات يملن إلى إعطاء أطفالهن وجبات غذائية مكملة في الشهور المبكرة من أعمارهم بجانب الرضاعة الطبيعية (إبراهيم،١٩٩٧).

فمعظم الدول الإفريقية تعاني من تدني وانخفاض المستوى التعليمي، وخاصة بين الإناث اللاتي سيصبحن أمهات في المستقبل ويقع على عاتقهم مسئولية الأسرة، ففي النيجر بلغت نسبة الأمية بين الإناث عام ٢٠٠٣ حوالي ٩٠٪ وفي السنغال ٣٠,٧٪ (سليمان، ٢٠١٣).

لكن من الملاحظ في جمهورية الكنغو الديمقراطية أن هناك ارتفاع في نسبة إلتحاق الإناث بمراحل التعليم الجامعي مقارنة بالذكور، ويتضح ذلك من خلال الرسم البياني التالي:



شكل (٨)

المصدر: البنك الدولي http://data.worldbank.org/

(Graph by author)

في ضوء ما سبق نستطيع أن نستنتج أن الحالة التعليمية الخاصة بالأفرد هي التي يتوقف عليها حالتهم الصحية، فبقدر الحصيلة التعليمية التي حصل عليها الأفراد يختلف إدراكهم لما هو هام وضروري وما هو عكس ذلك ، وماهو مسموح القيام به وما هو ممنوع، وما هو ضار وما هو نافع ومثمر.

(٤) الخدمات الصحية

تفتقر معظم الدول الإفريقية إلى الخدمات الصحية الكافية لتلبية احتياجات السكان نتيجة الفقر الذي تعاني منه أغلب هذه الدول إلى جانب زيادة عدد السكان عن الموارد المتاحة، وهذا ما جعل مستوى الخدمات الصحية متدنية سواء فيما يتعلق

بالانفاق الصحي أو معدل الخدمة والرعاية الأولية، ورغم المساعدات الخارجية التي تقدمها بعض الدول؛ إلا أنه ليس هناك تحسن ملحوظ في الأوضاع الصحية في تلك الدول الإفريقية المفتقرة للخدمات الصحية (سليمان، ٢٠١٣).

مثال على ذلك أوغندا، فعلى الرغم من أن بعض الدول تقدم لها المساعدات الطبية والدعم المالي اللازم لتحسين الحالة الصحية والحد من بعض الأمراض المنتشرة بها؛ إلا أن ليس هناك تحسن ملحوظ في تلك الأوضاح الصحية الأوغندية، وربما يرجع ذلك إلى أن أوغندا تحرص على عدم تحقيق تحسن ملحوظ في النواحي الصحية حتى لا تنقطع المعونة والمساعدات التي تقدمها لها الدول لتحسين الوضع الصحي والتي تستغلها أوغندا في أغراض أخرى غير المخصصة لها.

خامسًا: العوامل الديموجرافية

(١) ارتفاع معدل السكان وكثافته

من الملاحظ أنه عندما يزداد معدل النمو السكاني عن معدل الموارد الطبيعية المتاحة يصبح الأفراد في هذه الحالة عرضه للإصابة بالكثير من الأمراض وخاصة أمراض سوء التغذية..، فزيادة عدد السكان تتطلب حاجة أكبر من الخدمات الاجتماعية والصحية، وفي دراسة قامت بها «آمال حلمي» عام ٢٠١٠ عن العاملين في شركة مصر للغزل والنسيج أتضح أن زيادة عدد أفراد الأسرة مقارنة بحجم المسكن ومساحته الضيقة يتولد عنه تكدس عدد من الأفراد في في الغرفة الواحدة، وهذا يترتب عليه الضغط العصبي والنفسي وخاصة لدى رب الأسرة وعائلها والذي ينعكس عليه أثناء عمله ويشتت تركيزه ويجعله عرضه للكثير من الحوادث، وأشارت الدراسة أيضًا إلى أن مرور الزوجة بعملية الولادة المتكررة والمتتالية وعدم توافر الكمية المناسبة من الغذاء نتيجة كبر حجم الأسرة يترتب عليه إصابتها بأمراض سوء التغذية (سليمان، ٢٠١٣).

كما أن المسكن له أثر على الوضع الصحي للأفراد، فالمساكن التي تفتقر إلى الخدمات الأساسية مثل المياه النقية والصرف الصحي الجيد، التهوية الكافية والأسلوب الصحي للتخلص من النفايات، لا تعتبر مساكن صحية مناسبة للسكن

والحياة، وهي تشكل مصدرًا للإصابة بالعديد من الأمراض، كما أن تكدس عدد كبير من الأفراد في الغرفة الواحدة يساعد في نقل ونشر بعض الأمراض مثل أمراض الجهاز التنفسي، بالإضافة إلى ارتفاع درجة الحرارة والرطوبة داخل المنزل مما يجعله بيئة مناسبة لتكاثر الجراثيم (عبد الكريم،٢٠٠٨). ويترتب أيضًا على النمو السكاني السريع الضغط على المرافق والخدمات العامة وخاصة في المدن، وهذا النمو السريع للسكان أدى إلى انتشار العشوائيات والإسكان الرديء التي تكتنفها الظروف المعيشية السيئة فساعد ذلك على انتشار الأمراض بها (سليمان، ٢٠١٣).

من ناحية أخرى، يترتب على سوء التغذية ونقصها بوجه عام انخفاض نصيب الفرد من السعرات الحرارية التي يجب أن يحصل عليها يوميًا، وقد سجلت الكنغو الديمقراطية كأدنى مرتبة بين الدول الإفريقية في حصول الفرد على أقل كمية من السعرات الحرارية حيث لا تتعدى ١٥٧٠ سعر حراري، ويرتفع بالكنغو الديمقراطية نسبة السكان الذين يحصلون على معدل أقل من الحد الآدنى من السعرات الحرارية ليصل إلى ٧٥٪ من أجمالي عدد السكان (سليمان، ٢٠١٣).

في ضوء ما سبق نستنتج أن النمو السكاني السريع وما يصاحبه من زيادة عدد السكان - في ظل الظروف الاقتصادية السيئة وعدم القدرة على شراء الوحدات السكنية – يدفع الكثير من الأفراد إلى الإقامة في وحدة سكنية واحدة بشكل يجعل مساحة الوحدة السكنية غير متناسبة مع عدد الأفراد المقيمين بها فيحدث التكدس السكاني والذي بدوره يلعب دورًا هامًا في نشر المرض.

(٢) الهجرة

تؤثر الهجرة سواء كانت داخلية أو خارجية تأثيرًا واضحًا على النواحي الديموجرافية والصحية سواء في المناطق المهاجر منها أو المهاجر إليها، حيث أن المهاجر يلعب دورًا هامًا في نقل المرض من المنطقة النازح منها إلى المنطقة النازح إليها، ومثال ذلك «مرض النوم» الذي انتقل من موطنه الأصلي في شرق أفريقيا إلى غربها نتيجة التحرك العسكري والتغيرات الاقتصادية والاجتماعية، كما أن المهاجرين من دارفور إلى أرض الجزيرة عادوا إلى أوطانهم حاملين معهم البلهارسيا المعوية التي لم تكن موجودة في دارفور من قبل عام ١٩٥٨ (سليمان، ٢٠١٣).

من المشكلات الأخرى التي يمكن أن يتعرض لها المهاجرين مشكلة نقل الدم في حالة التعرض للإصابة أو الحوادث أو أثناء إجراء العمليات الجراحية حيث يعد الدم من أسباب نقل الكثير من الأمراض الخطيرة، مثل مرض الإيدز وإلتهاب الكبد الوبائي، وغيرها (إبراهيم،١٩٩٧).

لقد كان لنشوب الحرب الأهلية في أوغندا أثرًا واضحًا في دفع الكثير من سكانها للهجرة إلى جنوب السودان كلاجئين، وقد أقاموا في مناطق فقيرة من حيث الخدمات ونقص المياة النقية وعدم توافر الخدمات الصحية، مما أدى إلى ارتفاع نسبة الإصابة بالحصبة فيما بينهم (سليمان، ٢٠١٣).

لذلك فأن الهجرة غير المنظمة والتي لا تخضع إلى عمليات الفحص الطبي للمهاجرين قد تسهم في نقل المرض من مكان لآخر، بالإضافة إلى أن عمليات نقل الدم التي لا تخضع للفحص والاختبار الطبي لضمان خلوها من الأمراض تعد هي الآخرى من العوامل المسئولة عن انتقال الأمراض وانتشارها.

سادسًا:العوامل الثقافية

(١) العادات والسلوكيات

أن عادات وسلوكيات الأفراد يتوقف عليها مدى إصابتهم بالأمراض وخاصة الأمراض الناتجة من المياه الملوثة، حيث أن اعتياد الأفراد على الاتصال بالمياه الملوثة يعد من أهم السلوكيات التي تساهم في انتشار البلهارسيا ودودة غينيا وعمى النهر، وقد أكدت على ذلك ورشة العمل الخاصة بمنظمة الصحة العالمية في ST.Lucia عام ١٩٧٩(سليمان، ٢٠١٣).

فمن العادات السيئة المنتشرة في الريف المصري حرص السيدات على غسل الملابس في الترع.. اعتقادًا منهن بأن مياه الترع مياه طاهرة وأن الملابس لا يمكن أن تتطهر إلا إذا غسلت بها (إبراهيم،١٩٩٧). كما أن عادات أبناء الريف المصري كالاستحمام في الترع والقنوات المياه والمصارف ومستنقعات المياه الراكدة تلعب دورًا هامًا في إصابتهم بمرض البلهارسيا (خليل، ٢٠٠٦).

هناك دراسة أجريت على عينة من السكان القاطنين حول بحيرة «جيريو» في شرق نيجيريا في الفترة ما بين يونيه ١٩٩١ حتى مايو ١٩٩٢ لتوضيح مدى أثر قيام السكان ببعض السلوكيات على إصابتهم بالأمراض، فمعظم سكان هذه المنطقة يعملون بالصيد والزراعة وحوالي ٨٠٪ منهم يتصلون بالمياه لممارسة بعض العادات والسلوكيات مثل التبرز والتبول، ويتجه منهم حوالي١٩,٢٪ من الرجال للوضوء من مياه البحيرة ويستخدم أيضًا تلك المياه نسبة ٣٥,٤٪ من الرجال في غسل الآيدي، وهذا الاتصال بالمياه الملوثة بفعل التبرز والتبول بها أدى إلى إصابتهم بالكثير من الأمراض (سليمان، ٢٠١٣).

(٢) المعتقدات

يقصد بالمعتقدات مجموعة من الموروثات المتعلقة بالعالم الخارجي وفوق الطبيعي، والتي احتلت عقول الناس وشغلت حياتهم وملكت قلوبهم، وأصبحت مسلم بها لديهم، وغالبًا ما تحاط هذه المعتقدات بقدر من السرية وتظل خبيئة في صدور أفرادها، وبالتالي لا مجال للمناقشة أو المحاكمة العقلية بها (خليل، ٢٠٠٦).

مازالت هناك الكثير من المجتمعات البسيطة في إفريقيا تسودها كثير من المعتقدات التقليدية التي ترتبط بالدين والسحر، وما ينتج عن ذلك من أنماط سلوكية تتمثل في شكل طقوس وعادات وذلك للسيطرة على الظواهر الكونية والأحداث، وللسيطرة أيضًا على المرض، لدرجة أن هذه الطقوس والممارسات أصبحت تمثل جزءًا من النظم الثقافية الخاصة بهذه المجتمعات وأصبحت تمثل جزءًا هامًا من الطريقة التي يتبعها المجتمع في التعامل مع الأخطار والأمراض التي تواجهها (خليل، ٢٠٠٦).

لذلك فأن المعتقدات الخاصة ببعض الأفراد والجماعات تلعب دورًا هامًا في انتشار مرض البلهارسيا، حيث تعتقد المرأة في ولاية إنوجو بنيجيريا أن البلهارسيا البولية تنتقل من خلال الممارسة الجنسية لذلك تخشى المرأة أن يعلم زوجها بإصابتها بالبلهارسيا فيقوم بطردها من المنزل ولذلك نجدها لا تسعى للحصول على الرعاية الصحية لتماثل الشفاء حتى لا ينكشف أمرها (سليمان، ٢٠١٣).

يعد الاعتقاد في الأولياء واللجوء إلى الأضرحة من المعتقدات السائدة لدى الكثير من الأفراد، وخاصة الريفيين، حيث يلجأون إليهم لتفسير أسباب المرض وطلب الشفاء منه، وذلك لاعتقادهم بقدرة الأولياء على القيام بذلك، وعلى الرغم من وجود نوع من التخصص بين الأولياء - والذي يتمثل في تمتع أحد الأولياء بشهرة في علاج مرض معين ، وشهرة الأخر في علاج مرض أخر- ؛ إلا أن ذلك التخصص لا يمنع من إلتماس الشفاء منهم جميعًا بصرف النظر عن تخصصهم (خليل، ٢٠٠٦).

خلاصة القول أن المعتقدات التي يعتقد بها الكثير من الأفراد لها دورًا هامًا في حدوث المرض وفي زيادة انتشاره، كما تلعب دورًا في تحديد نوعية العلاجات التي يمكن اللجوء إليها لتماثل الشفاء من بعض الأمراض.

(٣) ثقافة المجتمع واختلاف النظرة إلى المرض

لكل مجتمع نظرته الخاصة عن المرض، وهي نظره نسبية تختلف باختلاف الثقافات الإنسانية، بل وتتغير أيضًا بتغير الحقب التاريخية لاختلاف رؤى الشعوب وتصوراتها للحالة السوية الطبيعية التي من المفترض أن يكون عليها الإنسان (بسنوسي،٢٠١١)، وفي ضوء ذلك يشير Ackerknecht إلى أن لكل ثقافة منظورها وتصورها الخاص بها عن المرض، وذكر أن المرض وعلاجه يعتمد على تحديات المجتمع والحقائق الاجتماعية أكثر من اعتماده على الحقائق الموضوعية ، وبالتالي نجد أن المرض مفهوم ثقافي في المرتبة الأولى، ويختلف من مجتمع لآخر ومن ثقافة لأخرى، بينما يرى Foster أن الصحة والمرض ظواهر ثقافية مثلما هى ظواهر بيولوجية، وأننا إذا أردنا دراسة الممارسات الطبية الموجودة في المجتمعات التقليدية لابد أن ندرسها في إطار ونطاق الثقافة (أنور، ٢٠٠٥).

مما لاشك فيه أن الثقافة لها تأثير ودور كبير في تصور وإدراك السكان لظاهرة المرض، فالثقافة هي التي تحدد للمريض تقييمه وتصوره لحالته المرضية وردود أفعاله تجاه المرض، فهو إما أن يذهب للطبيب أو يذهب للمعالج المحلي أو الساحر أو يتجاهل تماماً أعراض مرضه (أنور، ٢٠٠٥).

فقد أكد أيضًا Renne Fox أن المعاني التي يضفيها الأفراد على المرض واستجابتهم له تتأثر بشدة بخلفيتهم الثقافية والاجتماعية وسماتهم الشخصية، وبالتالي يختلف أثنين من الأفراد من ثقافتين مختلفتين في تفسيرهم لنفس المرض، وهذا الاختلاف في التفسير يؤثر في سلوكهم تجاه المرض ويؤثر على نوعية العلاجات التي سوف يلجأون إليها (خليل، ٢٠٠٦).

فعلى سبيل المثال يعتقد سكان قبائل Trigwe بنيجيريا أن المرض يحدث بفعل غضب أرواح الأسلاف، وقد يودي بهم إلى الموت المبكر، بينما نجد أفراد قبيلة الدنكا ينظرون إلى اضطراب المعدة على أنه ناتج من تأثير ألهة العشيرة المؤذية التي تلحق الضرر والمرض بالإنسان، بينما قبائل Nyakusan ترجع أضطراب المعدة إلى تأثير الروح الشريرة (أنور، ٢٠٠٥).

فعندما اجتاح مرض الانفلوانزا روديسيا الجنوبية (زيمبابوي حاليًا) عام ١٩١٨، تعامل أفراد المجتمع مع المرض وفق تفسيراتهم الشعبية والدينية، حيث اتجه البعض إلى استخدام العلاجات الشعبية بالأعشاب، واتجه البعض الآخر إلى العرافين لمعرفة السحرة الذين جلبوا المرض إليهم، ولكن مع ارتفاع عدد المصابين في المجتمع وعدم جدوى الوسائل التي اتبعوها لتخلص من المرض، اضطر الأوروبيين إلى عزل المرضى من الأفارقة في محجر صحي حتى يتمكنوا من التحكم في المرض، وهذا أصاب الأفارقة بالذعر والاستياء، وبمجرد أن توفي الطبيب المعاج والطاقم الطبي المساعد له جراء الإصابة بالمرض هرب الكثير من الأفارقة من المحجر الصحي ونشروا المرض لمسافات بعيدة، كما قاموا بترويج فكرة أن سبب أزدياد عدد الوفيات ناتج عن الأدوية الطبية التي يتم إعطائها لهم من قبل الأوروبيين، وأن سبب انتشار المرض في الأساس هم الأوروبيين، وعادوا بعد ذلك لاتباع وسائلهم التقليدية (خليل، ٢٠٠٦).

في ضوء المثال السابق يمكن القول بأن بعض الأفراد ارجعوا حدوث المرض إلى السحر والشعوذه، والبعض ارجعه إلى تأثير رسل الإله الأعلى، والبعض الآخر ارجعه إلى تأثير أنبياء الأرواح الجديدة التي اعلنت عن وصولها بواسطة هذا الوباء، في حين قام البعض بإرجاع حدوثه إلى الآرواح الغيبية (خليل، ٢٠٠٦)،

ونخلص من ذلك بأن الثقافة السائدة في المجتمع هي التي ينبعث منها تفسير الأفراد لأسباب المرض وكيفية التعامل معه.

فقد ذهب Leighton إلى أن مفهوم المرض مفهوم نسبي يختلف من ثقافة لأخرى، ففي نطاق المجتمعات التقليدية يرتبط بالثقافة والنسق الثقافي السائد، بينما نجد أن مفهوم المرض يرتبط بالعلم في نطاق المجتمعات الغربية الحديثة، وأكدت الباحثة «سكوتScotts " نفس الفكرة حيث ذهبت إلى أن "المرض مفهوم يرتبط بالسحر والممارسات السحرية وبالدين والممارسات الدينية في المجتمعات التقليدية"، كما أنهم يثقون في الطبيب الشعبي والساحر أكثر من قدرات الطبيب الأكاديمي، وذلك بسبب تمسكهم بالمعتقدات والممارسات الصحية التقليدية المرتبطة بثقافتهم المحلية بالمقارنة بالمفاهيم الطبية الحديثة، في حين أكدت أن في المجتمعات الغربية نجد عكس ذلك تماماً، فالمرض لا يرتبط بالثقافة بل يرتبط بالعلم (أنور، ٢٠٠٥).

بمعنى أخر أن المجتمعات الغربية اليوم يغلب عليها التفكير العلمي والمنطقي ويهتمون بالبحث عن الأسباب المنطقية العقلانية المادية المسببة للمرض، في حين نجد أن المجتمعات التقليدية غالبًا ما ترجع حدوث المرض إلى تأثير قوى فوق طبيعية كالأشباح والأرواح الشريرة وقدرات السحرة والمشعوذين (العماري، ٢٠٠٨).

كما أكد Hammond على أن غياب التفسيرات العلمية للمرض وأسبابه يدفع إلى الاعتماد على التفسيرات الثقافية المتعلقة بالسحر والدين والقوى فوق الطبيعية لمعرفة أسباب المرض وعلاجه، كما أكد على أن الاعتماد على القوى فوق الطبيعية في تفسير المرض يعد أمرًا متلائمًا مع ثقافة المجتمع الذي يسود فيه هذا الاعتقاد (أنور، ٢٠٠٥)، فعند قبائل التيف Tiv بنيجيريا إذا أصيب أحد الأفراد بالمرض ولم يشف بالطرق التقليدية، فهم يدركون في هذه الحالة أن سبب الإصابة بالمرض هو إثارة المصاب بالمرض لغضب Akambo والذي يعد أحد القوى غير الطبيعية، بينما يعتقد اللوجبارا في شمال غرب أوغندا أن سبب الإصابة بالمرض هي الأرواح الشريرة التي يستدعيه كبار السن أو الساحر الشرير، ويعتقدون أن المرض يصيب الفرد ليذكره بأنه قد خروج عن الجدية في تصرفاته وأفعاله وأن مسلكه غير قويم (سعودي،٢٠٠٠).

لذلك كان من الصعب على السكان تقبل العلاج بالممارسات الطبية الحديثة نتيجة اختلافها مع العادات والقيم والمعتقدات الثقافية السائدة لديهم، ومثال على ذلك عندما انتشر وباء الجدري لدى قبائل التيف وإزدادت معدلات الإصابة به حاول الأوروبيون تطعيم الأهالي بالمصل الواقي من المرض ولكن الأهالي رفضوا تناوله واعتبروه نوعًا من السحر الأسود (أنور، ٢٠٠٥).

نخلص من ذلك بأن النظرة إلى المرض تختلف من مجتمع لأخر ومن ثقافة لأخرى؛ بل ومن شخص إلى أخر داخل نفس الثقافة في بعض الآحيان، بمعنى أن نظرة الشخص الذي حصل على قدر واف من التعليم والمعرفة تختلف عن نظرة الشخص الأمي الذي يميل في أغلب الأحوال إلى النظر إلى المرض وتفسيره وفق ما يعتقد به من معتقدات ووفق نظرته الضيقة لطبيعة حدوث المرض والمسبب له، وبالتالي تختلف سلوكيات الأشخاص تجاه التعامل مع المرض وتختلف أيضًا نوعية العلاجات التي يستخدمونها.

أشهر الأمراض المنتشرة في الكنغو الديمقراطية

تتعدد الأمراض المنتشرة في الكنغو الديمقراطية، ومن هذه الأمراض البلهارسيا ومرض حمى الإيبولا النزفية، والكوليرا، ومرض النوم والإيدز، ومرض الملاريا، ففي عام ٢٠١٢ تم الإبلاغ عن ٧٧ حالة إصابة بحمى الإيبولا النزفية في المقاطعة الشرقية بجمهورية الكنغو الديمقراطية (WHO،2013)، كما بلغ معدل انتشار مرض السل في الكنغو الديمقراطية عام ٢٠١٢ حوالي ٣٢٧ لكل ١٠٠ألف شخص. (The World Bank، 2013)

مرض النوم Sleeping Sickness

عرف المرض في إفريقيا عام ١٧٤٣م، وعرف الطفيلي المسبب للمرض عام ١٩٠٣م، وتم اكتشاف ناقل المرض عام١٩٠١م، وكان أهم عامل لانتشار ذلك المرض وقت ذاك هو تجارة الرقيق، ويعد كلاً من (فوردي ودوتون) أول من أشارا إلى إصابة الإنسان بمرض النوم الإفريقي، وينتشر هذا المرض في إفريقيا الأستوائية ويتأثر به ٣٦ دولة في إفريقيا جنوب الصحراء، وهو مرض مميت فقد

تسبب في وفاة أكثر من نصف مليون نسمة في حوض الكونغو خلال عشر سنوات (١٨٩٦: ١٩٠٦) (المظفر،٢٠٠٢).

يحمل هذا المرض مسمى أخر وهو «داء المثقبيات الإفريقي»، وقد اقتصر وجوده في إفريقيا جنوب الصحراء لأسباب غير معروفة حتى الآن، على الرغم من وجود ذبابة التسي تسي في مناطق أخرى ولكنها لم تسبب المرض (WHO، 2012). وربما يرجع ذلك إلى أن الظروف الإيكولوجية المتمثلة في درجة الحرارة والرطوبة لا تساعد على نمو وتكاثر الطفيل المسبب للمرض، أو لكون درجة الحرارة غير مناسبة فتقوم بقتل الطفيل.

تعد ذبابة التسي تسي TseTse هي الناقل الرئيسي للطفيل المسبب للمرض، حيث تمتص الذبابة الدم من الحيوان أو الإنسان المصاب، وبذلك تبتلع طفيليات المرض أحادية الخلية والتي تسمى «التريبانوسوم» Trypanosome والتي تتكاثر داخل جسم الذبابة حتى تصل إلى الغدد اللعابية، وعندما تلدغ الذبابة شخصًا أخر أو حيوان تنتقل العدوى إليه (مصيلحي، ٢٠٠٨).

صورة (٢)

ذبابة التسي تسي المصدر : www.flicker.com

إلى جانب انتقال المرض عن طريق ذبابة التسي تسي، من الممكن أن ينتقل المرض من الأم المصابة إلى الجنين عن طريق اختراق الطفيليات للمشيمة ووصولها إلى الجنين (WHO،2012)، ويمكن أيضًا أن ينتقل المرض من الشخص المصاب للشخص السليم جرّاء التعرّض لوخز الإبر الملوّث، والتي سبق استخدامها من قبل مع شخص مصاب (WHO، 2012).

ويأخذ مرض النوم الأشكال الأتية:

١- مرض النوم الغامبي Gambian S.S

ينتشر هذا الشكل من المرض في إفريقيا الوسطى التي تقع الكونغو الديمقراطية في محيطها، ويستهدف الإنسان والخنازير المستأنسة وينتقل إليهم عن طريق لدغات ذبابة التسي تسي الناقلة للمرض، ومن الصعب إبادة هذا المرض عند الحيوانات، وذلك لأن الحيوانات المتوحشة لديها مناعة ضد هذا المرض وتحمل جراثيمه في الوقت نفسه، بينما الحيوانات المستأنسة لم تكتسب تلك المناعة ضد المرض.

٢- مرض النوم الروديسي Rhodesian S.S

ينتشر هذا الشكل من المرض في أفريقيا الشرقية والجنوبية خاصة في روديسيا وزامبيا وتنزانيا والسودان، وتنقله ذبابة السافانا (المظفر،٢٠٠٢).

٣- مرض الناجانا Nagana Disease

يصيب هذا المرض الماشية وحيوانات أخرى، وينتقل إليها عن طريق ذبابة التسي تسي، ومصطلح الناجانا في لغة الزولو بجنوب إفريقيا معناه «الروح المحبطة» كتعبير عن حالة الماشية المصابة بالمرض، حيث يصيب المرض الماشية بالخمول والإجهاض (المظفر،٢٠٠٢)، لذلك حرم مرض النوم إفريقيا قرونًا طويلة من الحيوانات الداجنة كالماشية والتي لها أهمية كبيرة في حراثة الأرض والزراعة (أبو الحب،١٩٨٢).

كلا المرضين الأول والثاني تتشابه أعراضهما إلا أن مرض النوم الروديسي يكون أكثر حدة وسرعة ويسبب الموت خلال ٣: ٦ أشهر من الإصابة، أما مرض النوم الغامبي فهو مزمن وبطيء ويسبب الموت بعد ٢: ٣سنوات من الإصابة (المظفر،٢٠٠٢).

هناك مرحلتان من الأعراض للمرض، هما: المرحلة المبكرة، وتتمثل في تورم الغدد الليمفاوية، وآلام المفاصل والعضلات، والصداع، وتأثر القلب والكلى والإصابة بفقر الدم، وتستمر هذه الأعراض من بضعة أيام لعدة أسابيع، أما الثانية فهي المرحلة المتأخرة، وفيها تصل الطفيليات إلى الجهاز العصبي المركزي وتتمركز في سوائل المخ الشوكي، مما يترتب على ذلك حدوث اختلالات ذهنية وشعور بالخمول والنعاس والاكتئاب واضطراب الشخصية وعدم القدرة على التحدث، والدخول في غيبوبة ثم الموت (Exploring Disease in Africa، 2010).

في المرحلة المتأخرة قد تعود أعراض المرحلة المبكرة في الظهور مجددًا بجانب الأعراض الخاصة بهذه المرحلة (Dag، 2012).

لقد تم اكتشاف علاج لمرض النوم وبدأ استخدامه منذ عام ١٩٢٠، ولكن هذا الدواء أصاب ٣٠٪ من مستخدميه بالعمى لما له من آثار جانبية، ولكن تم تعديل هذا الدواء وتحسينه، وعلى الرغم من توافر هذا العلاج؛ إلا أنه غالي الثمن ولذلك لم يتمكن الكثير من المصابين بالمرض من شراؤه، ولهذا قامت العديد من شركات الأدوية بالتبرع به، ولكن واجه القائمين بذلك مشكلة أخرى وهي أن غالبية المصابين يقيمون في مناطق ريفية يقل بها المستشفيات والعيادات الصحية والأطباء المتخصصين، هذا بالإضافة إلى أن الدواء المستخدم في العلاج لا يُكسب الجسم مناعة ضد المرض، وبالتالي يكون الإنسان عُرضه للإصابة مُجددًا بالمرض بعد شفائه (Exploring Disease in Africa،2010).

يرجع توطن المرض في جمهورية الكنغو الديمقراطية إلى بعض الظروف الإيكولوجية التي ساعدت على ذلك، حيث يعد مرض النوم من الأمراض المدارية المطيرة في إفريقيا وشبه المدارية في وسطها، وهذه البيئة مناسبة لتكاثر وتوالد الذباب الناقل للمرض، حيث يتكاثر بالقرب من مياه الأنهار والمستنقعات، ويتوالد على الرطوبة (المظفر،٢٠٠٢)، ويكثر انتشار هذا المرض بين العاملين في مجال الزراعة والصيد وتربية الحيوانات، وذلك لتعرضهم للدغ ذبابة التسي تسي الحاملة للمرض، كما تختلف شدة الإصابة به من مكان لأخر(WHO،2012)، ففي الكنغو الديمقراطية ٣٧,٥٪ من إجمالي القوى العاملة تعمل في مجال الزراعة، وهذا معناه

أن حوالي ٣٠ مليون شخص يقعون تحت خطر الإصابة بالمرض (Dag، 2012).

فلقد انتشر مرض النوم في إفريقيا كوباء على فترات عدة، كالتالي:

الوباء الأول : حدث في الفترة مابين عامي ١٨٩٦: ١٩٠٦ في أوغندا وحوض الكونغو (WHO، 2012).

وخلال الوباء الأول قدر عدد المتوفيين في الكنغو الديمقراطية ما بين ٣٠٠ ألف: ٥٠٠ ألف شخص (Dag، 2012).

الوباء الثاني : حدث في الفترة ما بين عامي ١٩٢٠ حتى ١٩٤٠ في العديد من الدول الإفريقية، وتم السيطرة عليه بفضل الفرق الطبية المتنقلة لفحص المصابين.

الوباء الثالث : حدث في الفترة ما بين عامي ١٩٧٠ حتى ١٩٩٠ حيث اختفى المرض بحلول عام ١٩٦٠ ثم عاود الظهور مجددًا في تلك الفترة (WHO، 2012).

وأثناء فترات الوباء بلغ معدل انتشار المرض في قرى الكنغو الديمقراطية أكثر من ٥٠٪، وبالتالي أصبح المرض المتسبب الأول في حدوث الوفة مقارنة بالإيدز (WHO،2012)، حيث يوجد بجمهورية الكنغو الديمقراطية ٨٠٪ من الحالات المصابة بمرض النوم على مستوى العالم. (Dag، 2012)

ففي عام ٢٠١٠ اعلنت الكنغو الديمقراطية عن وجود ٥٠٠٠ حالة جديدة سنويًا مصابة بالمرض، بينما في عام ٢٠١١ اعلنت عن وجود ٥٠١٨ حالة جديدة، وهذا يمثل نسبة ٨٠٪ من جميع الحالات المصابة بمرض النوم والمبلغ عنها (Dag، 2012).

لقد اتبع الأفارقة بعض الأساليب والأستراتيجيات للحد من انتشار المرض وتجنب الإصابة به قبل مجيء الاستعمار، ومن هذه الاستراتيجيات:

١- تحديد القرى والمزارع والمناطق التي تنتشر بها ذبابة التسي تسي وتلافي الاقتراب منها، ولكن هذه الاستراتيجية كانت غير مجدية وذلك لأن الذبابة بإمكانها الطيران من مكان لأخر وبالتالي يصبحون عرضه لهجومها.

٢- حرق الغابات والمناطق التي ينتشر بها الذباب، لأعتقادهم بأن ذلك سوف يدفع بالذباب بعيدًا عنهم.

٣- قتل الحيوانات الحاضنة والخازنة للمرض مثل الخنازير البرية.

٤- تطهير المجاري المائية والأراضي الزراعية المحيطة بهم بشكل مستمر حتى لا تصبح بيئة مناسبة لتكاثر البعوض الناقل للمرض.

لكن كل هذه الاستراتيجيات التي اتبعوها فشلت في الحد من انتشار المرض وتجنب الإصابة به، وبالتالي أصبحوا مضطرين إلى عزل المصابين بالمرض في مكان بعيد عن القرية التي يقيموا بها، أو ترك الأماكن التي اعتادوا الأقامة بها والبحث عن أماكن جديدة لم ينتشر بها المرض، ولكن مع مجيء الاستعمار الأوروبي لأفريقيا إزداد انتشار مرض النوم وتزامن دخول الاستعمار حدوث الأوبئة، حيث جلب الاستعمار معه الحروب والاضطرابات الاجتماعية، هذا إلى جانب حدوث بعض الكوارث البيئية مثل الجفاف وانتشار المجاعات وهجوم أسراب الجراد فأضطر الكثير من الأفراد ترك أماكنهم التي حاولوا حمايتها وتطهيرها من قبل، مما جعلها بيئة مناسبة لتكاثر البعوض الناقل للمرض، وهذا ما ساعد على ظهور المرض مجددًا وانتشار بشكل أوسع مما كان عليه من قبل (Exploring Disease in Africa، 2010).

جائت بعد ذلك جهود الحكومة الاستعمارية التي وجدت نفسها أمام وباء خطير يتطلب اتخاذ إجراءات مناسبة للتخلص منه، لذلك اتبعت الحكومة بعض الاستراتيجيات للحد منه، منها:

١- استخدام المبيدات الحشرية والقيام برشها في أماكن تواجد البعوض الناقل للمرض، ولكن هذه الطريقة لم تحقق النتائج المطلوبة.

٢- إعادة توطين قرى بأكملها موجودة في مناطق الإصابة بالمرض بشكل جبري في مناطق جديدة وأخذ ذلك شكل تحركات ضخمة.

٣- اتباع بعض الحلول الطبية التي تسعى – بشكل غير ظاهري- إلى التخلص من المصابين بالمرض للحد من انتشاره (Exploring Disease in Africa، 2010).

فخلال فترة الاستعمار الذي تعرضت له الكنغو الديمقراطية يقدر عدد الذين ماتوا جراء مرض النوم بعدة ملايين (Dag، 2012).

نخلص من ذلك بأن توطن مرض النوم في الكنغو الديمقراطية إنما يعزو إلى توافر الظروف الإيكولوجية المهيئة لتكاثر الطفيل والناقل للمرض، كما يساعد على انتشاره بشكل واضح عمل الكثير من أفراد الكنغو الديمقراطية بالزراعة مما يجعلهم عرضه للدغ الحشرات الناقلة للمرض، ولقد ترك هذا المرض آثارًا واضحة على الحالة الصحية للكنغو الديمقراطية حيث ارتفعت معدلات الإصابة به وزاد عدد المتوفيين جراء الإصابة به، وعلى الرغم من كافة الأساليب المتبعة للحد من انتشار هذا المرض؛ إلا أن هذا المرض مازال منتشرًا بوضوح في مجتمع الدارسة.

مرض الملاريا Malaria Disease

تعتبر الملاريا من أخطر الأمراض التي تواجه الإنسانية وتقف في طريق تقدم الكثير من الشعوب خاصة في المناطق الأستوائية وشبه الأستوائية في إفريقيا (المظفر،٢٠٠٢)، حيث يتوطن المرض في ١٠٠ دولة على مستوى العالم، منهم ٤٣ دولة تقع في غرب ووسط وشرق القارة الإفريقية (سليمان، ٢٠١٣)، حيث يوجد في إفريقيا حوالي نصف الدول والأقاليم الموبوءة بالملاريا في العالم (جابر،٢٠٠٤).

فالملاريا تنتشر في الأقاليم الحارة والمعتدلة، وهو مرض يصاب به الإنسان دون سائر الكائنات الحية، وتتكون كلمة ملاريا Malaria من مقطعين هما Mal وتعني الفاسد، والمقطع الثاني aria وتعني الهواء، أي أن الملاريا تعني الهواء الفاسد، وقد أطلق عليها الإيطاليون هذا الأسم في القرن الثامن عشر معتقدين أن سبب المرض هو الهواء الفاسد الذي يهب من المستنقعات والمياه الراكدة، لذلك أطلق عليها الانجليز مسمى "حمى المستنقعات" Swamps Fever ، وأطلق عليها العرب مسمى "البرداء" (سليمان، ٢٠١٣).

لا يقتصر خطر الملاريا على ارتفاع معدل الوفيات فحسب؛ بل وعلى ما ينتج عنها من إهدار للطاقة البشرية وضياع ساعات العمل والإنتاج، وبالتالي فهي من أكثر المعوقات المرضية التي تعترض خطط التنمية في معظم الدول النامية في القارة الإفريقية (مصيلحي،٢٠٠٨).

تقوم أنثى بعوضة الأنوفيليسAnopheles بنقل الطفيل المسبب للمرض، وهذه البعوضه يوجد منها حوالي ٤٠٠ نوع، منهم ٦٠ نوع قادر على نقل المرض، وبالنسبة لإفـريقيـا يقوم بنقل المرض نوعان من الأنوفيليس هما أنوفيليس غامبيا A. gambia الذي ينتشر في غرب إفريقيا ويعيش في الأحواض وبرك المياه الراكدة والقنوات المائية الموجودة على جانبي الطريق وفي حقول الأرز، وأنوفيليس فونستوس A.funestus الذي يعيش في أماكن الظل الخفيف وأماكن المياه ذات الحركات الخفيفة (سليمان، ٢٠١٣).

يعد طفيل البلازموديوم فيفاكس P. vivax هو المسبب الرئيس للمرض، حيث ينتقل الطفيل إلى جسم البعوضة الأنثى عندما تقوم بلدغ الشخص المصاب ومص دمه، وداخل جسم البعوضة يقوم البلازموديوم بالتزاوج ووضع بيوضها وعندما تفقس وتتحول إلى "بويغات" تبدأ بالتحرك لتصل إلى الغدد اللعابية للبعوضة، وعندما تقوم البعوضة بلدغ شخص سليم تنقل البويغات إليه والتي تسلك طريقها نحو الكبد وتتكاثر به ثم تخرج من الكبد متجهة إلى كرات الدم الحمراء وتتكاثر بداخلها فتتضخم الكرات وتنفجر وتصيب باقي الكرات، وهنا يصاب الجسد بالبرودة والقشعريرة ثم يلي ذلك ارتفاع في درجة الحرارة والشعور بالصداع والعطش وجفاف الجلد ثم يلي هذه الفترة إفراز كميات كبيرة من العرق (مصيلحي،٢٠٠٨).

هناك بعض الظروف الإيكولوجية التي ساعدت على توطن الملاريا في بعض المناطق دون غيرها، فقد يتوافر البعوض الناقل للمرض في إحدى البلدان وكذلك الأفراد الحاملين للعدوى، ولكن لم يلاحظ انتشار مرض الملاريا بها (المظفر،٢٠٠٢)، ومن هذه الظروف الإيكولوجية التي تساعد على انتشار الملاريا:

- ارتفاع درجة الحرارة: حيث أن البعوض والطفيل يحتاجا إلى درجة حرارة تتراوح ما بين ٢٥°: ٣٠°م ليتكاثر وليبقيا على قيد الحياة، وإذا انخفضت درجة الحرارة عن ١٦°م تقل كثافة البعوض، أما إذا ارتفعت إلى ٤٠°: ٤٢°م يموت البعوض.
- غزارة الأمطار: حيث أن الدراسات أثبتت أن طفيل الملاريا «أنوفيليس غامبيا» لا تستطيع أنثاه أن تضع بيوضها إلا في المياه السطحية.

- اتفاع الرطوبة: وذلك لأن كلما زادت الرطوبة كلما ساعد ذلك على بقاء اليرقات على قيد الحياة.
- توافر المستنقعات والبرك الراكدة:فهي وسط مناسب لنمو وتكاثر اليرقات.

وكل هذه الظروف متاحة ومتوفرة في جمهورية الكنغو الديمقراطية، وهذا ما جعل الملاريا تتوطن وتنتشر بها وتصيب الكثير من السكان.

بالإضافة إلى هذه الظروف الإيكولوجية التي ساعدت على انتشار الملاريا في الكنغو الديمقراطية هناك بعض العوامل الأخرى التي ساعدت على انتشار المرض، ومن هذه العوامل:

- مشروعات الري والتنمية الزراعية كأنشاء السدود وخزانات المياه على الأنهار مثل الخزانات الموجودة على أحواض نهر الكنغو، والتي بدورها هيأت الظروف المناسبة لتكاثر الملاريا (سليمان، ٢٠١٣).
- إقامة العديد من أفراد الكنغو في مناطق الغابات وخاصة أقزام الكنغو مما جعله عرضه للدغ البعوض والإصابة بالمرض.
- عمل الكثير من أفراد الكنغو في مجال الزراعة -كما سبق وأشرنا يجعلهم أيضًا عرضه للإصابة بالملاريا.

كما دعم انتشار الملاريا النزاعات والحروب الأهلية وعدم الاستقرار السياسي وفشل معظم مشروعات التنمية (جابر،٢٠٠٤).

تظهر ملامح التكيف الثقافي للأفراد الذين يعيشون في المناطق الموبوءة مع المرض في إرتداءهم الملابس الطويلة التي تغطي معظم أجزاء الجسم واستخدام المواد الطاردة للبعوض وصواعق الحشرات، إلى جانب النوم تحت الناموسية Bed Net، واستخدام بعض المواد العطرة لدهان المناطق المكشوفة من الجسم لطرد البعوض مثل خليط زيت الليمون والكافور، إلى جانب تجنب السير على المسطحات الخضراء عقب حلول الظلام، واشعال الحرائق لينبعث منها الدخان ليقوم بطرد الحشرات، وتجنب ارتداء الملابس داكنة اللون والتي بدورها تجذب الحشرات (سليمان، ٢٠١٣). هذا إلى جانب القيام برش المناطق التي يتواجد

بها البعوض باستخدام الطائرات واستخدام بعض الشبكات المعالجة للقضاء على البعوض (UNICEF، 2013).

صورة (٣)
توضح الشبكات التي يتم استخدامها للقضاء على البعوض
ذبابة التسي تسي المصدر : www.flicker.com

وفق تقديرات عام ٢٠٠٩ احتلت الكنغو الديمقراطية المرتبة الثالثة بين الدول الإفريقة من حيث عدد الإصابات بالملاريا، حيث بلغ معدل الإصابة بها حوالي ٧,٨ مليون حالة، بينما بلغ معدل الوفيات جراء الإصابة بالملاريا حوالي ٢١,٢ألف حالة خلال نفس العام .

تعد النساء الحوامل هن الأكثر عرضة للإصابة بمرض الملاريا أثناء فترات حملهن وذلك بسبب انخفاض المناعة لديهن، لذا ينعكس ذلك على الأطفال حديثي الولادة حيث نجدهم يعانون من نقص الوزن والأنيميا، ولهذا سعت الجهات المعنية بمكافحة مرض الملاريا إلى تخفيض معدل الإصابة بالملاريا لدى النساء الحوامل من خلال توفير العلاجات المناسبة وتوفير الناموسيات ITNS كوسيلة لحمايتهن من

لدغات البعوض أثناء فترات نومهن، وقد أحرز ذلك تقدمًا هائلاً وانخفاضًا في معدل الإصابة والوفيات، حيث بلغت نسبة النساء اللاتي يستخدمن الناموسيات في الكنغو الديمقراطية عام ٢٠١٢ حوالي ٤٣٪ من أجمالي النساء بالجمهورية، وبلغت نسبة النساء اللاتي يتناولن العلاج الوقائي حوالي ٢١٪، وقدرت نسبة الأسر التي تمتلك واحدة على الأقل من الناموسيات بحوالي ٥١٪، ويستخدم تلك الناموسيات نسبة ٣٨٪ من الأطفال، كما بلغت نسبة الأطفال الذين خضعوا للاختبارات التشخيصية حوالي ١٧٪ من إجمالي عدد الأطفال بالجمهورية، ولكن على الرغم من الجهود المبذولة لمكافحة الملاريا وما أحرزته من تقدم؛ إلا أن الملاريا مازلت تقتل طفلاً كل دقيقة (UNICEF، 2013).

فعلى المستوى العالمي تبلغ نسبة الوفيات جراء مرض الملاريا في جمهورية الكنغو الديمقراطية ونيجيريا حوالي ٤٠٪ من إجمالي الوفيات خلال عام ٢٠١٣ (UNICEF، 2013).

يحتاج الشفاء من الملاريا نفقات مالية كبيرة، فمرض الملاريا يمكن الشفاء منه إذا تم تشخيصه وعلاجه مبكرًا كما يتوقف العلاج أيضًا على نوع الأدوية المستخدمة ومدى حساسية الطفيل لها، وتتوقف فترة العلاج على عمر المريض وعدد مرات الإصابة بالمرض وعدد المرات التي تكررت فيها ظهور الأعراض قبل بدء العلاج، وفي المناطق الموبوءة بالمرض ومع تكرار الإصابة تحدث مناعة جزئية للإنسان بينما يظل الأطفال قابلين للإصابة (سليمان، ٢٠١٣). لذلك قد وضعت منظمة الصحة العالمية خطة تهدف إلى الحد من انتشار مرض الملاريا والتقليل من الآثار الناجمة عنه في الكنغو الديمقراطية ليصل إلى نسبة ٥٠٪ بحلول عام ٢٠١٢، ونسبة ٧٥٪ بحلول عام ٢٠١٥ (USAID, 2013).

بعض هذا العرض السابق يمكننا القول أن مرض الملاريا شأنه شأن مرض النوم الإفريقي يعزو انتشاره وتوطنه في الكنغو الديمقراطية إلى توافر الظروف الإيكولوجية المناسبة لنمو وتكاثر الطفيل والناقل للمرض، كما يلعب عمل الكثير من الأفراد في مجال الزراعة دورًا هامًا في زيادة نسبة المصابين به، هذا إلى جانب مشروعات التنمية وما خلفته من أثار سلبية ساعدت بدورها على انتشار

المرض وارتفاع معدلات الإصابة، وعلى الرغم من الوسائل التي يستخدمها الأفراد ويلجأون إليها لحاية أنفسهم من الإصابة بالمرض وعلى الرغم أيضًا من الجهود التي تبذلها المنظمات والهيئات المعنية برفع المستوى الصحي في البلاد الموبوءة؛ إلا أن مرض الملاريا مازال القاتل الأول في مجتمع الدراسة.

مرض الإيدز Aids

يعد الإيدز مرضًا خطيرًا يسببه فيروس ينتشر من شخص إلى آخر، ويوجد هذا المرض في معظم بلدان العالم ويزداد عدد المصابين يوماً بعد يوم.

فقد ظهر مرض الإيدز للمرة الأولى في ٥ يونيو ١٩٨١ حين نشر المركز الأمريكي للتحكم في الأوبئة بياناً صحفياً عن وجود خمس حالات مرضية غريبة، ثم توالت بعد ذلك ظهور حالات أخرى حتى وصل عددهم إلى ٢٠٠ حالة، وتوالت بعد ذلك البلاغات على مستوى العالم (محمد، ٢٠٠٢).

يسبب فيروس نقص المناعة المكتسبة الإصابة بالمرض ولكن بعد فترة حضانة أو كمون قد تصل إلى عشر سنوات، ولذا يبقى الفيروس في أجساد المصابين لفترة قد تطول أو تقصر دون أن تبدو عليهم أعراض المرض، والنوعان الرئيسيان للفيروس المسبب للمرض هما HIV-2، HIV-1 والنوع الأول هو الأكثر شيوعًا في العالم (البنا،٢٠٠٤). أجتماعي

يقلل الإيدز من قدرة الجسم على محاربة الأمراض عن طريق أحداث خلل في الجهاز المناعي، وهذا يعنى أن الشخص المصاب بالإيدز يمكن أن يقع ضحية عدة مشكلات مختلفة، ومن دون شك يشكل مرض الايدز مشكلة عالمية لكونه أكثر الأمراض فتكاً بجسم الإنسان، ولانتشاره بشكل ملحوظ في العالم، إضافة إلى الخسائر الكبيرة البشرية والاقتصادية التي تنجم عنه (محمد، ٢٠٠٢).

ينتقل الفيروس المسبب للمرض من خلال نقل الدم ومشتقاته، حيث أنه في الحالات التي تستدعي القيام بنقل الدم قد يكون الدم المنقول مأخوذ من شخص مصاب ويتم نقله لشخص سليم فيصاب بالمرض، وقد أشارت التقارير العلمية إلى أن «المرض قد ظهر لدى مرضى كانوا قد أصيبوا بسيولة الدم وعولجوا عن طريق نقل دم من الآخرين إليهم، ويمكن أن ينتقل عن طريق استخدام حقن سبق استخدامها مع شخص مريض،

وهذا عادة مايحدث في العيادات والمستشفيات التي لا تستخدم الحقن ذات الاستخدام الواحد، ويحدث أيضاً في مجال مدمني المخدرات، فقد أشارت التقارير العلمية إلى أن أعراض المرض ظهرت لدى أشخاص مدمنين يتعاطون عن طريق الحقن في الوريد، بالإضافة إلى أنه يمكن أن ينتقل من الأم المصابة إلى الطفل أثناء الحمل أو بعد الوضع عن طريق الرضاعة، فقد تبين أن الأطفال الأكثر عرضة للإصابة بالمرض هم الذين يولدون لأمهات استخدمن الحقن المتكرر، ويلعب أيضًا الاتصال الجنسي دورًا هامًا في نقل المرض سواء كان هذا الاتصال طبيعي كالذي يتم بين رجل وامرأة أو الشاذ الذي يتم بين اثنين من نفس الجنس، فقد ظهر مرض الإيدز لدى إناث يمارسون الجنس مع ذكور قد أصيبوا بالمرض، كذلك فإن أغلب الحالات التي شخصت على أنها حالات إيدز كانت في البداية لذكور جيدي الصحة لهم علاقات جنسية مثلية مع أشخاص عديدين، وفى حالة الاتصال الجنسي بين رجل وامرأة ينتقل المرض عن طريق السائل المنوي وإفرازات المهبل من الشخص المريض إلى الشخص السليم، أما في حالة الممارسات الجنسية المثلية فينتقل عن طريق السائل المنوي واختلاطه بالتمزقات التي تحدث في الشعيرات الدموية في المستقيم (حنا،٢٠٠١).

الجدير بالذكر أن مرض الإيدز لا ينتقل إلا من خلال بعض السلوكيات التي يمكن التحكم بها، فهو لا ينتقل عن طريق الجهاز التنفسي أو الأمعاء أو المخالطة العارضة، أو الاتصالات الشخصية في محيط الأسرة أو العمل الاجتماعي أو في المدارس أو السجون، ولا ينتقل أيضًا عن طريق اللمس أو المعانقة أو الأكل والشرب وركوب الحافلات، أو من خلال حنفيات شرب المياه أو العطس والسعال، ويثير احتمال انتقال العدوى عن طريق اللعاب كثيراً من المخاوف بين الناس، ولكن معدل الإصابة به يتراوح بين ١: ٢٪ من المصابين بالعدوى (ياسين،٢٠٠٨).

تعد أعراض مرض الإيدز بمثابة مجموعة من الأعراض التي تظهر منفردة في حالة الإصابة بالأمراض الأخرى، ولكنها تتلازم في حالة مرض الايدز، ونظراً لأن حدوث مرض الإيدز هو نتيجة تدمير الجهاز المناعي لدى المصاب، والذي يظهر بعد عدة سنوات من دخول الفيرس إلى الجسم، فإن المريض يتخذ عدد من الأطوار والمراحل لا يتحتم أن تتوالى عند كل مريض، وتتمثل هذه المراحل في :

- عقب العدوى وبعد مدة قصيرة تستغرق حوالي أسبوعين، تظهر على عدد قليل من المصابين بالعدوى بعض الأعراض مثل الحمى والتوعك والخمول واعتلال الغدد الليمفاوية والآلام العضلية والتعب والصداع، وقد تظهر بقع على الجذع ويصاحبها ألم في الحلق والسعال، وقد تستمر هذه الأعراض فترة تتراوح مابين أسبوع إلى أسبوعين ثم تختفي.

- يبدأ الفيروس بالكمون داخل الجسم ويستغرق مدة تتراوح ما بين ستة أشهر إلى عدة سنوات، وخلال هذه المدة يتكاثر الفيروس ويصيب مزيداً من الخلايا، وخلال هذه الفترة لا تظهر أي أعراض سريرية (Arya، 1998).

- بعد أنتهاء هذه الفترة تبدأ العقد الليمفاوية في التضخم لتصبح قطرها أكثر من سنتيمتر واحد في أكثر من مكانين اثنين في الجسم، ويستمر التضخم لفترة لا تقل عن ثلاثة أشهر.

- تزداد شدة الإصابة بعد ذلك وتظهر أعراضا سريرية مثل الحمى، نقص الوزن، الضعف، التعرق الليلي، الصداع، الحكة، انقطاع الطمث، وتضخم الطحال، وكثيراً ما تكون هذه الأعراض متقطعة ثم تزداد بعد ذلك حدة هذه الأعرض بالإضافة إلى تدهور الجهاز العصبي لدى المريض وتعرضه للإصابة بالكثير من الأمراض نتيجة تدهور الجهاز المناعي وعدم مقدرته على حماية الجسم، ويستمر ذلك حتى الموت (ياسين، ٢٠٠٨).

تختلف الفترة الواقعة بين تشخيص المرض وحدوث الوفاة اختلافاً كبيراً حسب البلد التي يوجد بها المصاب، ففي البلاد المتقدمة يموت حوالي ٥٠٪ من المصابين خلال ١٨ شهراً من التشخيص، كما يموت ٨٠٪ خلال ٣٦ شهراً، بينما تقصر هذه المدة في أفريقيا وهايتي، إما بسبب التأخر في تشخيص المرض أو لقلة الإمكانيات الصحية، وينبغي الإشارة إلى أنه حتى الآن لم توضح أي دراسة أن هناك حصانة لجنس من الأجناس ضد الإصابة بفيرس H-I-V (الحفار، ١٩٩٢).

من ناحية أخرى، فهناك بعض العوامل والممارسات الثقافية التي تتبعها بعض القبائل والمجتمعات تتسبب في انتقال وانتشار المرض، فبعض المجتمعات تمارس

عادة ختان الإناث أو ما يعرف بالختان الفرعوني بشكل جماعي، إلى جانب القيام ببعض الممارسات الأخرى مثل عادة التشليخ واختلاط الدماء عن طريق إحداث جرح في الإيدي لخلق نوع من الأخوة بين أفراد الجماعة «أخوة الدم»، كل هذه العمليات في الغالب ما تتم باستخدام أداة حادة معينة مع جميع الأفراد في نفس الوقت وهذا ما يساعد على نقل الفيروس المسبب للمرض من شخص لآخر (Hury، 1987). وهناك شكل أخر من أشكال طقوس الأخوة منتشر في الكثير من جهات القارة الإفريقية وخاصة في الجهة الشرقية عند الباجندا في أوغندا، ويتمثل هذا الشكل في عمل قطوع صغيرة في جسم الشابين المراد إقامة العلاقة فيما بينهم حتى يسيل الدم، ويتم إعطاء كل منهما دم الآخر ليشربه، ويعلن كل منهما الوعد بالوفاء لأخيه ويتعهد كل منهما بتقديم المساعدة للآخر بكل الوسائل الممكنة وأن يرعى كل منهما أطفال الأخر، وبالتالي فأن هذا الطقس يكون الغرض منه خلق علاقة حميمة دون النظر إلى الأمراض التي يمكن أن تنتقل من خلال ذلك الفعل (سعودي، ٢٠٠٠). كما أن عملية ختان الذكور التي يتم إجرائها في كثير من المجتمعات الإفريقية لأسباب ثقافية تلعب دورًا هامًا، حيث تعتبر هذه العملية من شعائر التكريس وأحد طقوس الانتقال إلى مرحلة الرجولة، ويقوم بإنجاز هذه العملية أحد الأفراد غير المدربين طبيًا ويستخدم أداة حادة واحدة مع جميع الأفراد الذين يخضعون لشعائر التكريس، وهذا قد يساعد بدوره على انتقال المرض من أحداهما للآخرين، في حين أن التجارب أثبتت أن عملية ختان الذكور لها تأثير واق من انتقال فيروس الإيدز بالنسبة للأفراد الخاضعين لإجرائها، حيث يقيهم من انتقاله من الإناث إليهم أثناء عملية الاتصال الجنسي (Wilcken A، Keil T، 2010).

فيما يتعلق بعملية ختان الإناث التي تخضع لها الكثير من النساء فقد أثبتت الدراسات أن هذه العملية لا تعد عاملاً هامًا ورئيسيًا لنقل فيروس الإيدز، حيث لوحظ ارتفاع نسبة الإصابة بمرض الإيدز في شرق الكنغو الديمقراطية والتي لا يمارس فيها عادة ختان الإناث في حين انخفضت هذه النسبة في شمال الكنغو الديمقراطية والتي تمارس هذه العادة . وقد ينتشر الإيدز أيضًا نتيجة تعدد القرناء للشخص الواحد أو نتيجة الشيوعية الجنسية، ففي أحدى المناطق بالكنغو الديمقراطية عندما تصل الفتيات لسن البلوغ تدخل في العديد من العلاقات الجنسية المتعددة مع العديد من

الشباب المراهقين قبل وصولها لسن الزواج، وهذا بدوره يساهم في انتشار المرض فيما بينهم، كما ينتشر مرض الإيدز في المجتمعات التي تأخذ بنظام النسب الأمومي والتي ينسب فيها الأبناء للأم لعدم إمكانية التعرف على الأب الحقيقي لهؤلاء الأبناء نتيجة تعدد القرناء من الرجال بالنسبة للمرأة الواحدة (Wilcken A، Keil T، 2010).

كما تلعب الممارسات الجنسية الشاذة بين الذكور «المثلية الجنسية» دورًا هامًا في انتشار المرض، ولكن هذه الممارسات تتسم بالخفاء وذلك لأنها تتعارض مع قيم وعادات وتقاليد وثقافة وقانون ودين الكثير من المجتمعات الإفريقية بوجه عام، وبالتالي قوبلت بالرفض الاجتماعي وخاصة في شرق الكنغو الديمقراطية والكثير من دول شرق ووسط إفريقيا (Wilcken A، Keil T، 2010).

فقد أشارت استراتيجية اليونيسكو بشأن فيروس ومرض الإيدز في تقرير عام ٢٠١١ إلى أن هناك ثمة أدلة على إزدياد خطر انتشار مرض الإيدز في إفريقيا جنوب الصحراء بين الرجال الذين يمارسون الجنس مع رجال آخرين، ولدى الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن، كما أشارت إلى أن امتهان الجنس سيظل السبب الرئيس لانتشار مرض الإيدز في هذه المنطقة (منظمة الأمم المتحدة، ٢٠١١).

من الملاحظ أن أغلبية المصابين بمرض الإيدز من النساء، حيث تبلغ نسبتهم حوالي ٦٦٪ من إجمالي عدد المصابين، وأن نسبة ٧٦٪ من النساء المصابات بالإيدز تعيش في إفريقيا جنوب الصحراء، كما لوحظ أن المجتمعات التي تنتشر بها الممارسات المثلية الجنسية يرتفع بها عدد المصابين من الذكور مقارنة بالأناث (منظمة الأمم المتحدة، ٢٠١١).

فعلى الرغم من خطورة مرض الإيدز إلا أن المصاب به يمكن أن يمكث في منزله ولا يقيم بالمستشفى إذا كانت حالته الصحية العامة تسمح بذلك، وهنا يظهر تكيف المريض وأفراد العائلة مع المرض حيث تظهر بعض العوامل الثقافية والاجتماعية التي تراعيها الأسرة في تعاملها مع المريض، وقد أثبتت الدراسات التي أجريت على أفراد عائلات مرضى الإيدز عدم انتقال فيروس الإيدز إلى الآخرين من نفس العائلة الذين لا يرتبطون بأية صلة جنسية مع المريض، وأيضاً عدم انتقاله إلى الأطفال الذين لم يولدوا لمريض الإيدز، وبالتالي فأن المقيمين في

منزل واحد مع مريض الإيدز ليس لديهم احتمال الإصابة بالإيدز، إلا إذا تعرضوا إلى دم المريض أو لإفرازاته، كما هو الحال في المستشفى، لذلك يجب عدم استعمال الإبر Needles الخاصة بالمريض، أو محاولة كسرها بعد الاستعمال، أو طيها، وإنما يجب وضعها في وعاء لا تخترقه الإبر، ثم التخلص منها بطريقة معقمة (عطا الله، ١٩٩٠)، وفي حالة تلوث الأرض سواء بدم أو قيء أو بول وبراز المريض، فإنه يتم تنظيفها بالماء والصابون والمطهرات، إلى جانب استخدام القفازات عند التعامل مع دم وإفرازات المريض كنوع من الوقاية والتخلص منها بالطرق الآمنة (المهدي، ١٩٩٣).

في الوقت الحاضر لا يوجد أية علاجات للاصابة بمرض الإيدز، باستثناء بعض الأدوية المضادة للفيروسات والتي أعطت الأمل للكثير من الأفراد، حيث عملت هذه الأدوية على تحسين حياة أعداد كبيرة من المصابين بالإيدز، وغيرت الفكرة السائدة عن الإيدز من مرض فتاك إلى مرض مزمن قابل للعلاج..، ويتحقق ذلك من خلال مواظبة المرضي على تناولها طوال الحياة، أما إذا امتنع المريض عن تناولها يعود الفيروس من جديد ليمارس نشاطه (البنا، ٢٠٠٤).

لمرض الإيدز القدرة على خلق آثار اقتصادية سلبية في الكثير من البلدان الإفريقية، وذلك لأنه يصيب الأفراد في سن يمثلون فيه القوى الأنتاجية للمجتمع، ويؤدي في الغالب إلى وفاتهم، وهذا يؤثر سلبًا على الانتاج الاقتصادي، بالإضافة إلى ارتفاع نفقات الرعاية الطبية..، فقد أشارت إحدى الدراسات التي تمت عام ١٩٩٩إلى أن تكلفة علاج المريض الواحد في الكنغو الديمقراطية تصل إلى ٨٧٠ دولار شهريًا، وهذه التكلفة أعلى عدة مرات من دخل الفرد الشهري (Bollinger L، Stover J، 1999).

لقد أثر مرض الإيدز في الكنغو الديمقراطية على صناعة تعدين النحاس التي تشتهر بها الكنغو الديمقراطية، حيث أدى إلى وفاة الكثير من العاملين المهرة في ذلك المجال نتيجة إصابتهم بفيروس الإيدز، وهؤلاء العمال المهرة يصعب استبدالهم بآخرين جدد ليس لديهم الخبرة الكافية، وهذا يؤثر بالسلب على اقتصاد الدولة (Bollinger L، Stover J، 1999).

كما تظهر على الأسرة هي الأخرى مظاهر التدهور الاقتصادي الناجم عن مرض الإيدز وخاصة عندما يصاب بالمرض رب الأسرة وعائلها، حيث يترتب

على ذلك انقطاعه عن العمل وفقدان مصدر دخله اللازم للانفاق على الأسرة فيضطر إلى إخراج أبنائه من المدارس للحد من النفقات وليوفر النفقات اللازمة للعلاج، وهذا يؤثر بالسلب على مستقبل الأبناء. ففي دراسة أجراها معهد هارفارد للتنمية الدولية قدر إجمالي التكلفة الناجمة عن حالات الوفيات بمرض الإيدز في الكنغو الديمقراطية بحوالي ٣٥٠ مليون دولار، أي ما يعادل ٨٪ من الناتج المحلي (Bollinger L، Stover J، 1999).

كما قدر عدد الوفيات جراء مرض الإيدز – حسب تقديرات "منظمة الصحة العالمية WHO" – عام ٢٠٠٦ حوالي ٢،٨٣٠،٠٠٠ شخص على مستوى العالم (دوريات منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨).

لقد ساهمت الاستراتيجية التي وضعتها منظمة اليونسكو بشأن مرض الإيدز – والتي كانت تهدف إلى تعميم الانتفاع بخدمات الرعاية والدعم لمرضى الإيدز- في انخفاض عدد الإصابات الجديدة ليصل إلى نسبة ٢٥٪ من عام ٢٠٠١: ٢٠٠٩ في ٢٢ بلدًا إفريقيًا جنوب الصحراء، كما أن الخدمات الوقائية التي وفرتها للحد من انتقال فيروس الإيدز من الأم المصابة إلى الجنين قد انخفض من ٥٠٠ ألف رضيع خلال عام ٢٠٠١ إلى ٣٧٠ ألف رضيع عام ٢٠٠٩، كما ساعدت جهودها على خفض نسبة الوفيات الناجمة عن مرض الإيدز من ٢,٢ مليون عام ٢٠٠٤ إلى ١,٨ مليون خلال عام ٢٠٠٩ (منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة،٢٠١١).

وأخيرً يمكننا القول بأن العوامل المسئولة عن انتشار مرض الإيدز تختلف عن العوامل المسئولة عن انتشار مرض الملاريا ومرض النوم الإفريقي، حيث ارجع الإصابة بمرض الإيدز وارتفاع عدد المصابين به إلى بعض العوامل والممارسات الثقافية مثل عمليات الختان الجماعي وطقوس الأخوة وتبادل الدم والممارسات الجنسية الشاذة وتعدد القرناء وغيرها، وهذا المرض ترك آثارًا اقتصادية سئية في مجتمع الدراسة وراح ضحيته عدد كبير من الأفراد، وعلى الرغم من انتشار مرض الإيدز في مجتمع الدراسة وفي القارة الإفريقية بصفة عامة؛ إلا أن الطب الحديث لم يتوصل حتى الآن إلى علاجات فعالة تقضي على هذا المرض وعلى الفيروس المسبب له، وأن كل ما تم التوصل إليه هو بعض العلاجات التي تعمل تكيف المريض مع الفيروس الموجود بداخله.

الخاتمة والنتائج

اسفرت الدراسة عن بعض النتائج المتعلقة بالصحة والمرض في دولة الكنغو اليمقراطية، ومن هذه النتائج:

- أن النظرة للمرض تختلف من ثقافة لأخرى، كما تختلف من مجتمع لأخر، ويتوقف إدراك الأفراد وتفسيرهم للمرض على خلفيتهم الثقافية والاجتماعية، وعلى سماتهم الشخصية، وبالتالي تختلف طرق تعاملهم مع المرض.
- يختلف توزيع المرض باختلاف الظروف الإيكولوجية المتمثلة في الموقع والمناخ والتضاريس وغيرها، ولكون الكنغو الديمقراطية تقع ضمن المنطقة الإستوائية أصبحت تعاني من انتشار وتوطن الكثير من الأمراض التي تحفز على ظهورها ووجودها تلك الظروف المناخية الإستوائية.
- على الرغم من توافر الثروات الطبيعية في الكنغو الديقراطية؛ إلا أن هذه الثروات كانت سببًا هامًا من أسباب الصراع والحروب والاضطرابات السياسية، والتي طبعت آثارها على الحالة الصحية لأفراد المجتمع، حيث انتشرت العديد من الأمراض كما عانت غالبية أفراد المجتمع من الفقر المدقع وأمراضه.
- أدى تدهور البنية التحتية في الكنغو الديمقراطية إلى استفاده القلة من أفراد المجتمع من خدمات الصرف الصحي والمياه النظيفة، في حين حرم الغالبية العظمى من الاستفادة من هذه الخدمات.
- تعاني الكنغو الديمقراطية من تدهور النظام الصحي المتمثل في نقص الخدمات الطبية ونقص الأطباء المدربين والمتخصصين.
- ترتب على انخفاض الدخل وتدهور مستوى المعيشة في الكنغو الديمقراطية انخفاض نصيب الفرد من السعرات الحرارية اللازمة يوميًا، وهذا أدى بدوره إلى إصابة الكثير من أفراد المجتمع بأمراض سوء التغذية، والتي تركت آثارًا واضحة على الصحة العامة بالمجتمع.
- انخفضت معدلات الخصوبة لدى المرأة الكنغولية انخفاضًا ملحوظًا نتيجة الظروف التي تعاني منها الكنغو الديمقراطية.

- لقد كان لمنظمة الصحة العالمية والمنظمات والهيئات المعنية بالصحة والمرض دورًا بارزًا ورائدًا في مجتمع الكنغو للحد من انتشار الأمراض ولتوفير الرعاية الصحية لسكانها، وانعكس ذلك على انخفاض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة بشكل ملحوظ.
- يعزى انتشار مرض البلهارسيا في الكنغو الديمقراطية إلى ممارسة الكثير من أفراد المجتمع للنشاط الزراعي، والذي يحتم عليهم الاتصال المستمر بالمياه والسير على التربة المبللة حافيين القدمين، وهذا يترتب عليه سهولة انتقال مرض البلهارسيا إليهم عن طريق اختراق الديدان جلد الإنسان.
- تعد الملاريا القاتل الأول والسلاح المدمر لكثير من أفراد مجتمع الكنغو الديمقراطية، والدليل على ذلك ارتفاع نسبة الإصابات والوفيات الناجمة عنه، ولقد انتشر مرض الملاريا وتوطن في الكنغو الديمقراطية بفعل مجموعة من العوامل الإيكولوجية المتمثلة في ارتفاع درجة الحرارة وغزارة المياه وارتفاع الرطوبة، وهذه الظروف تخلق البيئة المناسبة لنمو وتكاثر الطفيل والبعوض الناقل لمرض، هذا إلى جانب توافر البرك والمستنقعات والنبات الطبيعي المتمثل في الغابات والأدغال التي يلجأ إليها البعوض للاحتماء من أشعة الشمس ولإمكانية التكاثر، كما ساهم في انتشار المرض بعض العوامل السياسية والمشروعات التنمية التي تم إقامتها في المنطقة.
- حاول سكان الكنغو وخاصة في المناطق التي تزداد بها نسبة الإصابات بمرض الملاريا اللجوء إلى بعض الممارسات الثقافية كوسيلة للتكيف مع المرض ومسبباته، حيث لجأ الكثير منهم إلى إرتداء الملابس الطويلة التي تغطي معظم الجسم، ودهان لجسم بالمواد العطرية الطاردة للبعوض، وتجنب السير بجوار المسطحات الخضراء ليلاً لتلافي الإصابة بالمرض، وغيرها من الممارسات التي سبق الإشارة إليها.
- تعد النساء الحوامل هن الأكثر عرضه للإصابة بمرض الملاريا نتيجة انخفاض المناعة لديهن.
- وفيما يتعلق بمرض النوم فقد توافرت بعض العوامل التي ساهمت بدورها على توفير البيئة المناسبة لتكاثر الطفيل ولتكاثر أيضًا البعوض الحامل له، وفي

الغالب تتشابه هذه الظروف مع الظروف المساعدة لانتشار مرض الملاريا فكلاهما راجع إلى العوامل الإيكولوجية الخاصة بالكنغو الديمقراطية، وقد ترك هذا المرض آثارًا واضحة على التكوين الديموجرافي للكنغو الديمقراطية، حيث راح ضحيته الكثير من الأفراد، وعلى الرغم من الاستراتيجيات والأساليب التي اتبعها الأفارقة قبل مجيىء الاستعمار الأوروبي لأفريقيا للحد من انتشار هذا المرض؛ إلا أن هذه الاستراتيجيات بائت بالفشل إلى حد ما، ولم تحقق النتائج المرجوة، ومع مجيئ الاستعمار زاد الأمر تعقيدًا وإزدادت نسبة الإصابات بالمرض رغم المحاولات التي بذلتها حكومة الاستعمار تجاه الحد من المرض.

- وبالنسبة لمرض الإيدز نجد أن العوامل الثقافية هي التي تلعب دورًا بارزًا في انتشار المرض في الكنغو الديمقراطية، على خلاف العوامل المسببة لمرض النوم والملاريا، فمن هذه العوامل الثقافية تعاطي المخدرات والممارسات الجنسية باشكالها المختلفة والاستخدام المتعدد للحقن، إلى جانب انتقاله من الأم إلى الجنين، كما أن هناك العديد من الممارسات الثقافية التي تتبعها الشعوب تساهم بدورها في انتشار المرض كعادات الختان الجماعي للذكور وختان الإناث وطقوس أخوة الدم.
- خلق الإيدز آثارًا اقتصادية واضحة في مجتمع الكنغو الديمقراطية، شأنه شأن كافة الأمراض المنتشرة في الجمهورية تتطلب نفقات مالية كثيرة من قبل الدولة كما تتطلب الانتظام على تناول العلاجات الخاصة بها من قبل المرضى لتحقيق التحسن الملحوظ في الصحة العامة.

ونختتم هذه الورقة بالتأكيد على أن العوامل الإيكولوجية لجمهورية الكنغو تركت أثارها الواضحة على الحالة الصحية للسكان، كما أن العامل البشري ساعد بالفعل على ظهور بعض الأمراض وخاصة مرض الإيدز نتيجة الممارسات التي يقوم بها، إضافة إلى أن الدراسة قد أثبتت مدى الارتباط بين الوضع الاقتصادي والحالة الاجتماعية وبين المستوى الصحي في الدولة، وأوضحت الدور الذي لعبه العامل الديموجرافي في التأثير على الصحة.

قائمة المراجع

المراجع العربية :

- إبراهيم، محمد عباس (١٩٩٢). المدخل إلى الأنثروبولوجيا الطبية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- إبراهيم، محمد نور الدين (١٩٩٧). الجغرافيا الطبية: مناهج البحث وأساليب التطبيق، جامعة المنيا: كلية الآداب.
- إبراهيم، مصطفى عوض (٢٠٠٥). العوامل الاجتماعية والثقافية المؤثرة في الصحة والمرض، من الأنثروبولوجيا الطبية، تأليف نخبة من أعضاء القسم، الإسكندرية: دار المعغرفة الجامعية.
- أبو الحب، جليل (١٩٨٢). الحشرات الناقلة للأمراض، الكويت: عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- أحمد، شيماء نبيل (٢٠١٣). إيكولوجيا الغذاء عند أقزام الكنغو: دراسة في الأنثروبولوجيا الاجتماعية، رسالة ماجستير، جامعة القاهرة، معهد البحوث والدراسات الإفريقية، قسم الأنثروبولوجيا.
- الأمم المتحدة (٢٠١٣). الصكوك الدولية لحقوق الإنسان، وثيقة أساسية تشكل جزءاً لا يتجزأ من تقارير الدول الأطراف: جمهورية الكونغو الديمقراطية.
- البنا، فاتن محمد (٢٠٠٤). الأخطار التي تواجه صحة المرأة في إفريقيا واستراتيجيات الحد منها، مجلة الدراسات الإفريقية، العدد٢٦، جامعة القاهرة: معهد البحوث والدراسات الإفريقية٠
- الحفار، سعيد محمد (١٩٩٢). وباء الايدز مشكلة بيئية عالمية، دمشق: دار الفكر المعاصر.
- الدمنهوري، سهير(٢٠٠٧). المشكلات الاجتماعية والبيئية في إفريقيا وأثرها على صحة الطفل: دراسة لمنطقة حلوان، أعمال مؤتمر الصحة والمرض في إفريقيا، القاهرة: معهد البحوث والدراسات الإفريقية.
- الصديقى، سلوى عثمان (٢٠٠٥). مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- العشماوى، مرفت (٢٠٠٩). المعتقد الشعبي: دراسة في الطب العرقي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- العماري، الطيب (٢٠٠٨). الأنثروبولوجيا الطبية، الجزائر "بسكرة": جامعة محمد خيضر، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، قسم العلوم الاجتماعية.
- المظفر، محسن عبد الصاحب (٢٠٠٢). الجغرافيا الطبية: محتوى ومنهج وتحليلات مكانية، ليبيا: دار الشموع للثقافة.
- المكاوي، علي (١٩٩٠). علم الاجتماع الطبي: مدخل نظري، الإسكندرية: دار المعرفة

الجامعية.
- المهدى، عبد الهادى مصباح (١٩٩٣). الإيدز بين الرعب والحقيقة والاهتمام، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- كواديو، ليونارد (٢٠١٣)، مسئول أممى: الملاريا تلتهم مخصصات الصحة بالكونغو الديمقراطية، بوابة اليوم السابع، .#http://www.youm7.com/News.asp?NewsID=1086642 U1LWX1WSyCE، تاريخ الدخول على الموقع: ١٩- ٤- ٢٠١٤، الساعة ٢٣: ١٠م .
- أنور، هندومة محمد (٢٠٠٥). الأنثروبولوجيا ودراسة الصحة والمرض، من الأنثروبولوجيا الطبية، تأليف نخبة من أعضاء القسم، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- بسنوسي، شهرزاد (٢٠١١). ثقافة التغذية وعلاقتها بانتشار مرض السمنة بمنطقة تلمسان: مقاربة أنثروبولوجية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أبي بكر بلقايد، الجزائر: كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، قسم الثقافة الشعبية.
- عبد العظيم، حسني إبراهيم (٢٠١٣) الأبعاد الإيكولوجية للمرض: تحليل سوسيولوجي لجدلية العلاقة بين الإنسان والبيئة، الحوار المتمدن، العدد ٤١١٩، نقلا عن: .http://www.ahewar org/debat/show.art.asp?aid=360842، ٢٧ يوليو ٢٠١٥، الساعة: ٨:٢٧م.
- حنا، نبيل صبحي (٢٠٠١). مرض الإيدز: الأبعاد الاجتماعية والنفسية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- جابر، محمد مدحت، البنا، فاتن محمد (٢٠٠٤). دراسات في الجغرافيا الطبية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- خليل، نجلاء عاطف (٢٠٠٦). في علم الاجتماع: ثقافة الصحة والمرض، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- سعودي، محمد عبد الغني (٢٠٠٠). التنمية والثقافة في إفريقيا، ندوة قضايا التنمية والبيئة في إفريقيا، جامعة القاهرة، معهد البحوث والدراسات الإفريقية.
- سليمان، آمال حلمي(٢٠١٣). جغرافية الأمراض والرعاية الصحية في إفريقيا، الطبعة الأولى، القاهرة: معهد البحوث والدراسات الإفريقية.
- عبد الكريم، فتحية فليح (٢٠٠٨). الأمراض والخدمات الصحية في مناطق مختارة من محافظة رام الله والبيرة: دراسة في الجغرافيا الطبية، رسالة ماجيستير، فلسطين:جامعة النجاح الوطنية، كلية الدراسات العليا.
- عطا الله، عبد الفتاح (١٩٩٠). مرض الإيدز طاعون العصر، المنصورة: دار الوفاء للطباعة والنشر، الطبعة الثانية.
- على، وليد نبيل(٢٠١٠). مشكلات الحدود السياسية لجمهورية الكنغو الديمقراطية: دراسة في

الجغرافيا السياسية، رسالة دكتوراة، جامعة القاهرة: معهد البحوث والدراسات الإفريقية، قسم الجغرافيا.
- محمد، عصام (٢٠٠٢). الأمراض المنقولة جنسيًا، الإسكندرية: مكتبة الإشعاع الفنية.
- مخلوف، إقبال(١٩٩١). العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية: اتجاهات تطبيقية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- مصيلحي، فتحي محمد (٢٠٠٨). الجغرافية الصحية والطبية: الإطار النظري وتجارب عربية، القاهرة: دار الماجد.
- منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (٢٠١١). استراتيجية اليونسكو بشأن فيروس ومرض الإيدز، المشروع النهائي، اليونسكو، باريس.
- منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٨). توقى الأمراض المزمنة: استثمار بالغ الأهمية، ٢٠٠٨.
- مهدي، محمد عاشور(٢٠٠٧). دليل الدول الإفريقية، جامعة القاهرة: معهد البحوث والدراسات الإفريقية، مشروع دعم التكامل الإفريقي.
- ياسين، عبده على (٢٠٠٨). قضايا علمية معاصرة، عمان: دار يافا العالمية.

المراجع الأجنبية :

- Hury D .B (1987): Cultural Practices Contributing to the transmission of Human immunodeficiency Virus in Africa، Review in Infection Diseases (Chicago)، Vol 9، N 6، PP 1109: 1119، University of California، Medical Center، Sacramento.
- Bollinger L، Stover J (1999): The Economic Impact of AIDS in Congo (DRC)، the Future Group International in Collaboration with: Research Triangle Institute (RTI)، the Center for Development and Population Activities (CEDPA).
- Arya. O.P & Hart C.A (1998): Sexually Transmitted Infections and AIDS in the Tropics، CAB International Publishing، London.
- World Health Organization (2012)، African trypanosomiasis (sleeping sickness)، Fact Sheet، N. 259.
- Exploring Disease in Africa (2010): AIDS، Sleeping Sickness، Small Pox، African Studies Center، Boston University، and Melissa Graboyes.
- Dag J.D. Brochmann – Pål J. Haug، African sleeping sickness in The Democratic Republic of Congo - On the edge of an outbreak?، Femtearsoppgave I، Stadium IV، Det helsevitenskapelige fakultet، Universitetet i Tromsø، June 2012.
- UNICEF (2013): Invest in the Future: Defeat Malaria World Malaria Day 2013، Statistics and Monitoring Section Division of Policy and Strategy، New York..

- USAID (2013)، President's Malaria Initiative Democratic Republic of Congo Malaria Operational Plan FY 2013.
- Wilcken A، Keil T & Dick B (2010): Traditional Male Circumcision in Eastern and Southern Africa: a Systematic Review of Prevalence and Complications، Bulletin of the World Health Organization، Vol 88، No 12، December 2010، PP 907-914.
- World Health Organization (2013)، humanitarian response in 2013، Compendium of health priorities and WHO projects in consolidated appeals and response plans، Department for Emergency Risk Management and Humanitarian Response (ERM).

المواقع الالكترونية :

http://data.worldbank.org/, 8-4-2014، at 10:03 A.M.

http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs259/ar/#, 3-4-2014، at 1:56 P.M.

http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs259/ar/#, 1-4-2014، at 7:03 P.M.

http://www.unicef.org/drcongo/french/media_2120.html, 28-3-2014، at 3: 43 P.M.

http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs259/ar /, 1-4-2014، at 4:31 P.M.