

الفصل التاسع
الاستثمار في الاطفال
وليم يوشاندلر
ترجمة د. الياس صليبا

تعكس صحة الطفل وتقرر حالة الانسان ؛ وهي تنتج عن التطور الاجتماعي وتشارك فيه . يعتمد نمو المجتمعات على نوعية الناس بها ، وتعتمد نوعية السكان على الصحة والتربية . تؤثر صحة الطفل على النمو والتعلم والعمل . كما وان تخفيض الوفيات بين الاطفال يقلل حاجة الوالدين الاقتصادية لانجاب المزيد من الاطفال لاغراض المساعدة في العمل والرياعه التي يقدمونها للوالدين عند الكبر والعجز . وعندما تكون الامهات قد انجبت عدداً أقل من الاطفال فانهن يصبحن أكثر انتاجية في الزراعة - وهي النشاط الاساسي الذي تتحمل فيه النساء مسؤولية كبيرة في المجتمعات النامية . عندما يكون عدد الأطفال اقل فإنه يمكن توجيه اي فائض زراعي او اقتصادي لتحسين هذا العدد القليل من العقول والاجسام^(١) . وكلما كان السكان والموارد الطبيعية في توازن كلما انخفضت التأثيرات البيئية والتكلفة الاقتصادية للفائض السكاني وتعرية الغابات والتصحر وانجراف التربة وتكون الماء والهواء .

ان القول بان النمو الاقتصادي يمكن ان يحسن صحة الطفل ، ويحتوي النمو السكاني قد دفن تحت ثقل التجربة الحديثة . ففي افريقيا وفي دول يائسة مثل بوليفيا وبنغلادش ، فان الهوة بين الانتاج الغذائي والثروة الاقتصادية من جهة والنمو السكاني من جهة أخرى ، تتسع باستمرار . ومع ان معدلات النمو الاقتصادي تدعو إلى التفاؤل اذ تصل إلى ٦٪ ، فان الدخل السنوي للفرد الواحد لحوالي نصف سكان العالم لن يزيد عن ١٠٠٠ دولار بحلول عام ٢٠١٠ . يدفعنا ادراك ذلك إلى البحث عن حلول للفقر والمرض تبدأ بالبحث عن اسباب وفيات الرضع والاطفال .

ان عدد الاطفال الذين يموتون بسبب الفطام غير المناسب اكبر من عدد الذين يموتون بسبب المجاعة . يموت اطفال بسبب جهل الوالدين في كيفية معالجة الاسهال اكثر من الاطفال الذين يموتون بسبب الاوبئة . ويموت اطفال بسبب عدم امتلاك امهاتهم آبار المياه والمجارف والقدرة الشرائية اكثر من الأطفال الذين يموتون بسبب الحروب . هؤلاء الاطفال يموتون لان امهاتهم قد انهكتهن الولادات الزائدة والعمل والعدوى . عندما يتأخر نمو الاطفال الجسمي والعقلي بسبب المرض وسوء التغذية، وعندما لا يتمكن الاباء والامهات المثقلات بالاعباء من الحصول على ثروة لتعليم الابناء وتقدمهم ، فان الاجيال الناشئة غير المعدة بكفاية لمواجهة الحياة ستضيف إلى انحلال الانظمة الطبيعية . وتؤدي جميع هذه الضغوط إلى تفاقم مشاكل الجفاف والمرض والمجاعة .

ان تبادي الموت لن يكفي لضمان حياة كريمة . يعتبر التعليم الابتدائي ضرورياً لتفهم افضل للعادات الصحية والزراعية؛ ولكن كما بينت الدول التي يرتفع فيها عدد من يقرأ أو يكتب نسبياً، كتنزانيا وبوليفيا، فان التعليم لن يعوض عن نقص الحوافز في الزراعة . الزراعة اساس اقتصاديات الريف؛ ولكن وكما اثبتت الهند فان ما سمي «الثورة الخضراء» لن يحل مشكلة الاجسام المريضة غير القادرة على الاستفادة من الغذاء، كما اثبتت العديد من المشاريع الفاشلة بان توفر الماء النظيف لن يعوض عن الجهل في مبادئ الصحة العامة .

ان استراتيجية التنمية المتكاملة لمواجهة «الاحتياجات الاساسية» في جميع دول العالم الثالث تستدعي وجود تقنيات تمنع الموت، بل تستدعي ايضا التخطيط لانتاج الغذاء والماء النظيف والثقافة، وفي نهاية المطاف الصحة . انها استراتيجية قادرة على اتخاذ اجراءات مضادة لمكافحة الجفاف من خلال زراعة الاراضي القاحلة؛ انها الاستراتيجية التي تستثمر في الناس تحاول بصدق ان تحدث ثورة نجاة الاطفال وبقائهم^(٢) .

يعتبر التقدم الذي طرأ على صحة الطفل خلال العشرين عاما الماضية انجازا

مميزا حتى في افريقيا، وان فكرة «ثورة بقاء الطفل» قد تجذرت وانتشرت . لقد خفض العالم النامي وفيات الرضع من ٢٠ في المئة من الولادات الحية في عام ١٩٦٠ إلى ١٢ في المائة اليوم، مع ان هذه المعدلات لا تظهر التفاوت الكبير بين منطقة وأخرى . (وتعرف وفيات الرضع ووفيات الاطفال بانها، وعلى التوالي، الوفيات الواقعة بين الولادة والعام الاول من العمر وبين العام الاول والعام الخامس مبينه بالنسبة المئوية) . لقد زادت معظم الدول النامية من تسارع تقدمها خلال عقد السبعينات المعروف بصعوبته الاقتصادية؛ إلا ان منظمة الصحة العالمية لا تتوقع ان يصل العالم الثالث إلى الهدف الذي وضعتة المنظمة المتمثل في انخفاض معدل وفيات الاطفال إلى ٥ بالمئة في نهاية القرن الحالي، وفي المقابل فقد حققت الدول الصناعية معدلات تقع بين ٧ و ٠ و ٢ في المئة^(٣) .

يتفق المحللون بوجه عام على ان حوالي ١٧ مليون طفل يموتون كل عام بسبب الاثار المشتركة الناجمة عن ضعف التغذية وامراض الاسهال والملاريا والالتهاب الرئوي والحصبة والسعال الديكي والكلزا، وجميعها تحدث في العالم الثالث، هذا ويمكن منع حدوث ما بين نصفها إلى ثلثها باجراءات بسيطة نسبيا^(٤) . قد يعزى سبب الوفاة إلى الالتهاب الرئوي او الحصبة او الملاريا، إلا ان الاسهال البسيط قد يكون هو الذي مهد لحدوث الامراض الاخرى والوفاة . هذا وقد يتم انقاذ حياة طفل من مرض الحصبة ليفقدها فيما بعد نتيجة الاصابة بمرض السعال الديكي . بالرغم من ذلك، تشير الدراسات الاقليمية وسجلات تواريخ الحالات المرضية إلى ان مزيجاً من التعليم الابتدائي الاولي والرعاية الصحية الاساسية قد ادى إلى تقدم سريع في مجال حماية صحة الطفل .

لقد خطت افريقيا، وهي القارة المشكلة، خطوات واسعة لتحسين صحة الطفل، ومع هذا فلا زالت امها تتصدر قائمة الدول التي تعاني من ارتفاع في معدلات وفيات الرضع والاطفال، كما هلك، جوعاً، مليون ونصف من الاطفال في السنوات الاخيرة هناك . اما في النصف الغربي من الكرة الارضية فهناك فقط

بلدان هما بوليفيا وهايتي تصل فيها معدلات وفيات الاطفال حداً عالياً جداً - ١٠ في المئة - بينما تصل المعدلات في اربعة اقسام دول افريقيا هذا المستوى، وتميل الكفة لصالح آسيا عند مقارنتها بافريقيا اذ تصل هذا المستوى المندي كل من افغانستان وبنغلادش والهند كمبوشيا والباكستان فقط^(٥). (يعيش في هذه الدول الاسوية الخمس ضعفا العدد الذي يعيش في البلدان الافريقية التي ترتفع فيها معدلات وفيات الرضع).

تقل وفيات الرضع في الصين عن مثيلاتها في بعض مدن الولايات المتحدة الامريكية، مع ان معدلات الدخل في الصين هي من بين اقل المداخيل في العالم. هذا وقد حققت الصين هدف منظمة الصحة العالمية في خفض معدل الوفيات إلى ٥ في المئة. لا يعتبر سوء التغذية مشكلة في الصين، ومنذ الاصلاحات الاقتصادية التي بدأت عام ١٩٧٨ فقد نما الانتاج الغذائي ما بين ٦ إلى ٨ في المئة سنوياً مما يؤمن الاكتفاء الغذائي. كما حققت الصين خلال الخمسة عشر عاماً الاخيرة اهم انخفاض في الخصوبة في التاريخ.

ان وضع اطفال العالم اليوم يعيد إلى الذاكرة سؤالاً قديماً: هل الوعاء نصف ممتلئ ام نصف فارغ؟ يجيب المتفائل بان معدل وفيات الاطفال قد انخفض إلى النصف، بينما يجيب المتشائم بسرد الاحصائيات المتعلقة بالمجاعة. يمكن ان ينتشي الانسان الواقعي بالاحصائيات التي تشير إلى تقدم صحة الطفل، لكن تهزه الحقيقة؛ شكراً للنمو السكاني المتفجر، وهو ان عدد الاطفال الذين يموتون اليوم يعادل عددهم قبل ٢٠ عاماً. ان تقدمنا قد منع تفاقم مشاكلنا، فقط.

اجراءات الوقاية الصحية الاساسية:

يعتبر سوء التغذية المتسبب عن الممارسات السيئة لطعام الاطفال مسؤولاً عن ازهاق ارواح اناس يزيد عددهم ١٠ مرات عن يتوفون نتيجة المجاعة الحقيقية. فسوء التغذية، مقترناً بالجفاف الناتج عن الاسهال، هو القاتل الاول في العالم اذ

يتسبب في وفاة خمسة ملايين طفل كل عام - اي ١٠ في المئة من الوفيات جميعها . وينتج سوء التغذية عن مزيج من ضعف خدمات الاصحاح البيئي والامراض المعدية كالخصبه، والفشل في الرضاعة الطبيعية، وضعف ممارسات الفطام وبخاصة الفشل في تكملة حليب الرضاعة الطبيعية باغذية أخرى بعد بلوغ الطفل شهره الخامس او السادس .

تشتمل الاستراتيجية الفعالة لمواجهة امراض الاسهال وسوء التغذية والامراض المعدية على التثقيف الغذائي والرضاعة الطبيعية والاماهة عن طريق الفم (معالجة الجفاف عن طريق الفم بواسطة سوائل تحتوي على الماء والملح والسكر) والتطعيم . (انظر الجدول ٩ - ١) يمكن تقرير النجاح في هذه الاستراتيجية المساهم بالرعاية الصحية الاساسية، بقياس النجاح في كل عنصر من عناصر هذه الاستراتيجية .

ان العنصر اساسي في استراتيجية محاربة سوء التغذية هو تثقيف الاناث سواء في المدارس الابتدائية او من خلال تثقيف الامهات . لقد ساهم التقدم في هذا المجال في تحسين صحة اطفال العالم . يعتبر تثقيف الاناث عنصراً اساسياً في النظافة العامة والاماهة عن طريق الفم والتطعيم والرضاعة الطبيعية وتنظيم الاسره - وباختصار في صحة الطفل . ان اهم عنصر في تخفيض وفيات الرضع هو التعليم الابتدائي . (انظر الشكل ٩ - ١) .

تمتلك الدول التي حققت انخفاضاً في معدلات الخصوبة والوفيات نسبة عالية من الاناث المتعلمات . ومن حسن الحظ حقق العالم الثالث انجازاً هاماً في مجال الثقافة النسائية ؛ ففي عام ١٩٦٠ كانت نسبة الفتيات المتخلفات عن الدراسة الابتدائية ٢٦ في المئة من فتيات العالم وبحلول العام ١٩٨٢ انخفض هذا الرقم إلى ١٧ في المئة . يتواجد الاطفال المتخلفون عن الدراسة في البلدان التي ترتفع فيها نسب الوفيات بين الاطفال^(٧) .

غالباً ما تتمتع امهات الاطفال المصابين بسوء التغذية بصحة جيدة، لكن

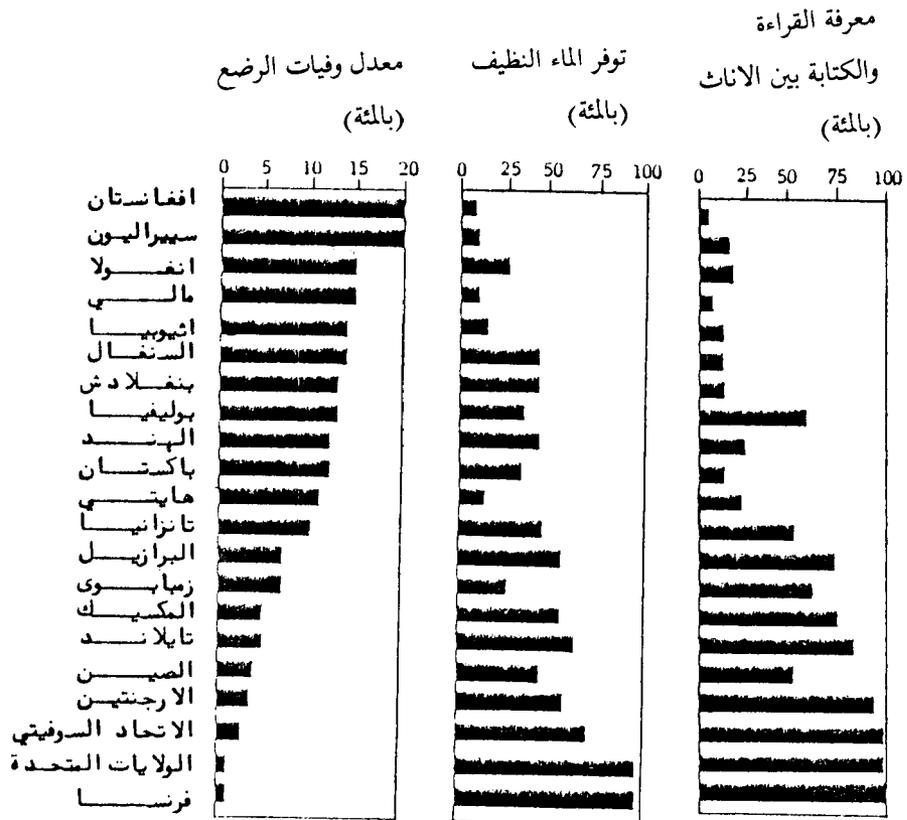
تنقصهن المعرفة الجيدة عن افضل الاطعمة لاطفالهن . لقد اثبت الدكتور جين بول بوزلك في عيادة الاماهة والتغذية التي يشرف عليها والواقعة في الاحياء الفقيرة في جوديبوى في السنغال . كان يضع اصابعه حول الارجل النحيلة لطفل يبلغ العامين من العمر ويعاني من المجاعة لدرجة انه لا يستطيع السير ولا حتى الابتسام ، ثم يقوم بقرص الدهن الزائد على ذراع امه مشيرا ليس فقط إلى تغذيتها الجيدة بل ولافراطها في الغذاء ، فتحزن الام وتجيّب موضحة «لم نتعلم قط كيف نطعم طفلا» . ويشير الدكتور بو إلى ان الامهات لا يحرمن اطفالهن من الطعام قصد تناولهن له بل ان ممارسات الفطام السيئة والعدوى هي سبب سوء التغذية^(٨) .

جدول ٩ - ١ : الانخفاض الممكن في الوفيات بين الرضع والأطفال عن طريق تقنيات ثبتت فعاليتها في مكافحة المرض

المرض	الوفيات المقدره	وسيلة التدخل	عدد الارواح الفاعلية المحتمل انقاذها
	(بالملايين)		(بالملايين) (١٠٪)
الاسهال	٥	الاماهة عن طريق الفم	٧٥ - ٥٠
الامراض التي لها مطاعيم	٥	المطاعيم	٩٥ - ٨٠
الالتهاب الرئوي / عدوى الجهاز التنفسي السفلي	٤	البنسلين	٥٠
انخفاض وزن المواليد / نقص التغذية	٣	تكملة غذاء الام ، معالجة العدوى ، وسائل منع الحمل	٣٠
المجموع	١٧		١٠

Source:

J.E. Rhode, «Why the other Half Dies,» Assignment Children (UNICEF/ Geneva), No. 61-62, 1983.



Source: Derived from UNICEF, State of the World's Children 1984.

شكل ٩ - ١: وفيات الاطفال الرضع، ومعرفة النساء بالقراءة والكتابة، وتوفير ماء الشرب النظيف في بلدان مختارة ١٩٨٢.

يضعف تكرار الاسهال الشهية لدى الاطفال، وغالبا ما يعالج الاسهال بشكل خاطيء بمنع الطعام عن المصاب. يقلل المرض من قدرة الجسم على الاستفادة من الطعام، ويسبب فقدان السوائل بسرعة. وغالبا ما تكون النتيجة المشتركة للحرمان من طاقة الغذاء والجفاف هي الموت.

يبدأ ضعف التغذية والعدوى في امريكا اللاتينية وبعض اجزاء من آسيا

نتيجة الفشل في الارضاع الطبيعي من الثدي. يحرم حليب الزجاجات الاطفال من افضل معادلة غذائية ومن الاجسام المضادة التي تقاوم العدوى والمرض. يحتوي حليب الام على العديد من العوامل التي تقاوم البكتريا والفيروسات (الرشحيات)، فهو يحتوي على ٣٠٠٠ ضعف لما يحتويه حليب البقر من مركب الليسوزيم (وهو انزيم يقضي على بكتريا القولون وبعض انواع بكتريا السلمونيلا). وقد دلت المسوحات التي اجريت في المراكز الصحية في مدن وقرى المنطقة الشمالية لسانتياغو في التشيلي بان نصف الرضع قد اعطوا بدائل لحليب الام بعد الشهر الثاني من العمر^(٩). وظهرت معدلات مشابهة في هندوراس وفنزويلا.

غالبا ما يتناول الاطفال، وبسبب الجهل، اطعمة لا قيمة غذائية لها حتى وان توفرت الاطعمة المناسبة وبكمية كافية. فمثلا يجب تكملة حليب الام باطعمة صلبة ما بين الشهر الخامس والسابع من عمر الرضيع، لكن النساء الافريقيات غالبا ما يكتفين بالرضاعة الطبيعية حتى بلوغ اطفالهن الشهر الثامن عشر او اكثر. ان الفطام المتأخر مع الغذاء غير المناسب هما المشكلة الاساسية في صحة الاطفال في افريقيا، فبعد الفطام يعطي العديد من الاطفال غذاء مخصصا للبالغين لا يستطيعون قضمه او اكله، كما وقد لا يكون هذا الطعام مغذيا لهم^(١٠).

قامت منظمتا الصحة العالمية وصندوق الاطفال التابع للامم المتحدة (اليونيسف) بحملات كبيرة لمكافحة تدني الرضاعة الطبيعية وبدأت ذلك ببرامج تثقيفية بسيطة من خلال الملصقات والنشرات الازاعية. والآن تشتمل النشاطات على المراكز النهارية للعناية باطفال الامهات العاملات في المزارع والمعامل، وتكون هذه المراكز قريبة لاماكن عمل الامهات بحيث يقمن بارضاع اطفالهن اثناء الدوام، ولكن برامج العمل غير المرنة والتكاليف العالية تؤثران سلبا على هذه الجهود.

هناك حملات تثقيفية أخرى لتحسين عادات الفطام في افريقيا. تشجع ملصقة انتجها مكتب اليونيسف في ساحل العاج على «ما هو اكثر من الرضاعة

بعد الشهر الخامس». وتحت على تكملة الرضاعة الطبيعية» بغذاء للقوة (اللحم) وَاخر للنمو (الفاكهة) وآخر للطاقة (الدخن / الارز)^(١١). تعلم بعض المشاريع الامهات طرق اعداد مزيج جاف وصحي يمكن اطعامه للاطفال اثناء غياب الامهات.

تشابه المشاكل الصحية للاطفال في الهند مع مشاكل افريقيا. وجد مسح قامت به منظمة الصحة العالمية ان أكثر من ٩٠ في المئة من الامهات الهنديات يرضعن اطفالهن لفترة عام بينما تستمر ٨٥ في المئة منهن في الاوضاع حتى بلوغ الطفل شهره الثامن عشر، وتبدأ اضافة الطعام الصلب لغذاء الطفل متأخره بعد الشهر ١٢ - ١٨ من العمر. ان طرق الفطام المتبعة هي المشكلة الرئيسية^(١٢).

يعتبر الجفاف او فقدان سوائل الجسم، عاملاً ناتجاً عن سوء التغذية المرتبط بالاسهال، حيث بدأ بالتقهقر والاستجابة للمعالجة بمحلول الاماهة عن طريق الفم. وتتكون هذه المعالجة من محلول يحوى سكرًا واملاحًا لتصحيح اختلال توازن الايونات في الامعاء الدقيقة الناتج عن الاسهال. وتجنب هذه الطريقة الوفاة في ٩٠ في المئة من حالات الجفاف الناتجة عن الاسهال. وفي البلدان التي تشجع الاماهة عن طريق الفم فقد انخفضت نسبة الحالات التي تعالج في المستشفيات ومعدلات الوفاة إلى النصف. ومع ذلك فان ١٠ في المئة من الاطفال الذين يتعرضون، وبشكل خطر للجفاف نتيجة الاسهال يتلقون العلاج بمحلول الاماهة. وكما تبين منظمة اليونيسف فان هذه النسبة الضئيلة تعني انقاذ حياة نصف مليون طفل كل عام^(١٣). يتزايد الطلب على محلول الاماهة في نحيات الحبشة إلى حد طلبت معه اليونيسف تعبئته في علب كبيرة بدل الاكياس الصغيرة الفردية نظرا للحاجة الماسة وللتوفير في الوقت الضائع في فتح كل كيس على حده.

يشجع العاملون الصحيون الانتاج المنزلي لمحلول الاماهة عن طرق الفم في انحاء العالم الثالث، وفي زامبيا تتواجد الزجاجات المستعملة لتعبئة البيرة والمشروبات الغازية في كل مكان. ولهذا استغلها المثقفون الصحيون في تحضير

محلول الاماهة لتحسين صحة الطفل، وحثوا الامهات على تحضير المحلول باستعمال السكر بمقدار ملء ثمانية اغطية من اغطية هذه الزجاجات مقابل مقدار ملء غطاء واحد من الملح تضاف لثلاث زجاجات من الماء ويعطي المحلول بعدئذ للطفل ليشربه. وفي مناطق أخرى تبين الملققات والبرامج الاذاعية كيف يمكن للوالدين مزج حفنة من السكر ومقدار ضئيل (قبصه) من الملح بالماء لحماية اطفالهم من الجفاف المتسبب عن الاسهال. وقد تعيق هذه الجهود مثلاً عدم وجود من يستطيع تحضير هذه الملققات والادوات اللازمة لذلك، وعليه تقوم مؤسسات المعونة الخارجية بتدريب العاملين الصحيين المحليين لاكسابهم هذه المهارات.

ساهمت مكافحة الامراض المعدية التي تصيب الاطفال في تخفيض معدل الوفيات الناتجة عن الاسهال، فمثلا غالبا ما يترافق الاسهال مع الاصابة بمرض الحصبة. ومن الناحية النظرية اذا ما طعمنا ٧٥ في المئة من الاطفال بمطعموم الحصبة نستطيع ان نقلل الوفيات الناتجة عن الاسهال بحدود ١٠ - ٢٠ في المئة، إلا ان حوالي ٤٠ في المئة فقط، من اطفال العالم قد تم تطعيمهم ضد الحصبة والدفتيريا (الخانوق) والسعال الديكي والكزاز. (انظر الجدول ٩ - ٢) تتراوح تكلفة التحصين بمطاعيم امراض الطفولة الرئيسه ما بين ٢ - ١٥ دولارا لكل طفل، ولكي يغطي التطعيم كل اطفال العالم فان التكلفة قد تتراوح ما بين ٦٠٠ مليون إلى اربعة بلايين دولار سنوياً^(١٤).

قام الدكتور جين هيوبرت ثفري من منظمة ابناء المشاركة ببرامج ناجحة للتطعيم في منطقة الشيز في السنغال، حيث يقوم موظفو الرعاية الصحية بدعم من المركز بزيارة الاماكن النائية في وحدات متنقلة تستطيع التحرك بسرعة بين قرية وأخرى. شاهد المرء عبر منطقة الشيز صفوفًا طويلة من الامهات اللواتي ينتظرن تطعيم اطفالهن ضد امراض شلل الاطفال والحصبة والسعال الديكي والكزاز والدفتيريا والسل. هذا وقد حلت وبشكل بارع المشاكل المختلفة للوحدات المتنقلة بوسائل يمكن استخدامها بشكل واسع عالميا. فالمشكلة الرئيسية في حملات

التطعيم اينما كانت هي نسبة التخلف عن اخذ الجرعتين الثانية والثالثة من جرعة التطعيم المقررة.

جدول ٩ - ٢ : معدلات التطعيم العالمية للأمراض المعدية، ١٩٨٠

الاطفال المطعمون (النسبة المئوية)	المرض / التطعيم
٤١	الدفتيريا، السعال الديكي، الكزاز ^(١)
٣٧	الحصبة
٤٣	شلل الاطفال
٥٤	السل

1- Combined inoculation; Pertussis is Known Commonly as Whooping Cough.

Source: Derived from UNICEF, State of the world's Children 1984 (New York: Oxford University press, 1984).

ويعزى التخلف إلى صعوبة العودة لآخذ الجرعة المتبقية والمخاوف المتسببة عن الصداع والحرارة الخفيفة وهي أعراض ترافق أخذ الطفل للجرعة الأولى. لقد خفض الدكتور ثفري من نسبة المتخلفين عن التطعيم بتخفيض عدد الجرعة من ثلاث إلى اثنتين. يخشى البعض من أن إعطاء الانتيجينات في جرعتين يضعف فعاليتها، إلا أن التحليلات المستفيضة التي قام بها الدكتور ثفري تثبت عكس ذلك. ومنذ إنشاء الفرق المتنقلة في عام ١٩٨١ فقد حققت نسب تغطية تصل إلى ٨٠ في المئة للجرعة الأولى و٦٠ في المئة تقريبا للجرعة الثانية. وفي عام ١٩٨٤ لم تقع أية أوبئة بالحصبة أو السعال الديكي في المنطقة التي تعمل بها هذه الفرق أو أية حالات لشلل الاطفال أو الكزاز^(١٥).

يتم تشجيع المشاركة في حملات التطعيم بعمل مسبق حيث يزور الفريق الذي يعمل في منطقة الشيز القادة المحليين في القرية قبل ستة أشهر من الموعد المحدد لحضورهم للقرية والقيام بالتطعيم. فإذا ما وافق هؤلاء القادة على المشاركة في الحملة يصل الفريق مرة ثانية قبل يوم من الموعد المحدد للتطعيم ليعرف الجميع

بتواجده، وفي اليوم التالي تتجمع الامهات والاطفال ويقوم العاملون بتوضيح الامر للحاضرين بان لهم حرية الاختيار بين الخطر الناتج عن «المرض الصغير» - الصداع والحرارة المصاحبة للتطعيم احيانا، وبين نتائج «المرض الكبير» - النتائج المعروفة جيدا للشلل على سبيل المثال. وتتم طمأنة الامهات واقناعهن بأهمية العودة باطفالهن لاخذ الجرعة الثانية، ثم يقوم افراد الفريق المتنقل المزودين بجهازي تطعيم ميكانيكيين، واحد في كل يد، بحقن المطاعيم في مؤخرتين في آن معا بحيث يتم في صباح يوم واحد تطعيم قرى تعداد سكانها بالمئات.

لقد قامت البرازيل بحملات تطعيم عامة ناجحة واعلنت عن يوم السبت الثاني من حزيران (يونيو) ويوم السبت الثالث من آب (اغسطس) بانها «يوما تطعيم وطني»، وتدعم الحكومة هذه الحملات بالاعلان عنها عبر مكبرات الصوت والاف الاعلانات الاذاعية. تم من خلال هذه الحملات تطعيم ثمانية عشر مليوناً من الاطفال البرازيليين وادى ذلك نتائج درامية؛ فعلى سبيل المثال، انخفضت اصابات الشلل من اكثر من ٢٥٠ اصابة في عام ١٩٧٩ الى ١٠ عام ١٩٨٣. قامت كولومبيا بحملة مبنية على فكرة اليوم الوطني للتطعيم التي اشتملت على دعم رئيس البلاد للحملة وعلى مشاركة فعالة من الصليب الاحمر والشرطة والقوات المسلحة ووكالات الامم المتحدة وعشرات الالوف من المتطوعين الذين يعملون على نقل المطاعيم من مكان لآخر وتزويد المراكز بها. وفي خلال شهور معدودة تم تطعيم ثلاثة ارباع الاطفال. وفي السلفادور، وخلال فترة توقف الحرب الاهلية فيها قامت فرق التطعيم بجهود مشابهة لتطعيم ٤٠٠,٠٠٠ طفل. وتبعث الحملات الوطنية للتطعيم على الامل في بعض الدول كالمناطق الريفية في المكسيك حيث لم تتمكن الوحدات المتنقلة من تغطية نسب كبيرة من السكان^(١٦).

قامت الهند بحملات تطعيم واسعة في عام ١٩٧٨ بهدف تحصين جميع الاطفال البالغين العامين من العمر ضد ستة امراض بحلول العام ١٩٩٠. وحصل تقدم ملحوظ في هذا المجال فقد زاد عدد المطعمين بالمطعم الثلاثي

(الدفترية، السعال الديكي، الكزاز) من ستة ملايين عام ١٩٨١ إلى ١٠,٣ مليوناً في عام ١٩٨٣. وخلال الفترة ذاتها زاد عدد المحصنين بمطعوم شلل الأطفال من ٣,١ إلى ٤,٤ مليوناً كما ارتفع عدد المحصنين ضد مرض السل من ثلاثة عشر مليوناً إلى أربعة عشر. ولكن ولسوء الحظ، وصلت نسبة المتخلفين عن الجرعتين الثانية والثالثة لكل من المطعوم الثلاثي ومطعوم شلل الأطفال إلى ٣٠ في المئة. وما يزعج أكثر هو ان العدد السنوي للأطفال الجدد المؤهلين للتطعيم يزيد عن ٢٤ مليوناً^(١٧).

لا تستطيع اي دولة تشجيع القيام بالمعالجة بمحلول الاماهة عن طريق الفم والتثقيف الصحي والتطعيم كمنشآت منفصلة تتم في آن واحد، فلا بد من تقديم خدمات الرعاية الصحية الاساسية كوحدة واحدة. ان مدى فعالية هذه الوحدة الكاملة هو الذي يحدد نجاحها او فشلها على المدى البعيد. لقد فشلت منشآت الرعاية الصحية الاساسية التي تمت على نطاق واسع في الهند واندونيسيا والفلبين في تخفيض الوفيات بين الرضع^(١٨). وعانت جميع هذه المنشآت من ضعف الرقابة على العاملين الصحيين.

يشير مثال ناجح، نسبياً، من غرب افريقيا إلى الامكانيات الكامنة في الرعاية الصحية الاساسية وإلى المشاكل التي تواجهها. ففي غامبيا، يتم تدريب العاملين الصحيين في القرى لمدة ستة اسابيع ثم يزودون بوسائط بسيطة كاملاح الاماهة عن طريق الفم والمضادات الحيوية واللفائف والعقاقير المضادة للملاريا والاسبرين وغير ذلك من العلاجات التي يحتاج إليها القرويون بشدة. ويتم تدريب هؤلاء العاملين على تمييز حالات الاسهال والحصبة والسعال الديكي والملاريا والكوليرا^(١٩).

ويقوم العاملون الصحيون بعدئذ بتدريب الامهات على كيفية اعطاء محاليل الاماهة عن طريق الفم في حالة حدوث اسهال وعنى تجنب الانتظار لحين اصابة الطفل بالجفاف، كما يقوم هؤلاء العاملون بتسجيل مثل هذه الحالات على نماذج

مصوره يستطيع الاميون استخدامها وتعبئتها. ويتبعون ذلك بزيارات منزلية للتأكد من اتباع الامهات لنصائحهم، كما يقومون بتبيان كيف يمكن منع تكرار حدوث الاسهال او المشاكل الاخرى التي يمكن تجنبها. هذا ويتم تحويل الحالات الصعبة اما إلى مركز صحي لوائي يعمل به مختصون اكفاء أو الى مستشفى اقليمي يستطيع الابهاء الوصول إليه، خلال يوم باستعمال عربة يجرها حمار، ويتوفر فيه طبيب بصورة دائمة.

هذا ويراقب مشرفون تلقوا تدريباً لمدة عامين العاملين الصحيين في القرى بمعدل مشرف واحد لكل خمسة من العمال، فيزورون كل قرية مرة في الاسبوع للتأكد من توفر العقاقير والمحافظة على السجلات وتقديم الخدمات الوقائية، واذا ماظهرت مشكلة خاصة يتم اخطار المختصين الطبيين الاقليميين. تمكن هذه الطريقة وزارة الصحة من الاستجابة السريعة لاي وباء لمرضي الحصبة والكوليرا، ومن ارسال فريق طوارئ ليقوم بالتطعيم او اتخاذ اجراءات وقائية كتأمين مصدر مياه صالحة. هذا وقد تم ايضا تخفيض عدد حالات الملاريا بين الاطفال هناك عن طريق اعطاء الاطفال المصابين بالحمى عقار الكلوروكوين، وهو عقار فعال ضد الملاريا، خلال فصل الامطار، وخاصة خلال فترة انخفاض درجة المناعة عند الاطفال من جراء نقص المخزون الغذائي من المحصول السابق.

ومع هذا فمن الممكن ملاحظة التفاوت الشاسع في تأدية هذه النشاطات حتى في هذا البلد الصغير. يشير تفتيش عشوائي تم لعدد من القرى في المنطقة الوسطى إلى ان بعض العاملين الصحيين والعاملين او العاملات في القبالة لا يقومون بما هو متوقع منهم؛ فلا توجد سجلات طبية، كما ان امراض العيون والحصبة والاصابات واضحة بين الاطفال، ولا تتم المحافظة على الادوات المستعملة في القبالة فيما اذا استعملت، وحتى شفرات المشارط المعقمة لا يتم التعويض عنها ان نفذ المخزون الاصلي منها. تصل وفيات الرضع في هذه المنطقة إلى حدود ١٧ في المئة وهو المعدل العام في غامبيا، وتزيد وفيات الولادة عن واحد

في المئة. اما في محافظة اراسيمي المجاورة حيث يتم تطبيق نفس الاسلوب، فوفيات الرضع هي في حدود ٥ في المئة فقط، ويعود سبب ذلك إلى حسن الادارة وربما ايضا إلى المواقف الايجابية للقبائل تجاه الصحة والنظافة العامة في المنطقة(٢٠).

ان تحديد المشاكل الادارية امر سهل نسبيا، فعدم حفظ السجلات سببه نقص التدريب. هذا ويقر الاداريون بأن فترة ٦ - ٨ أسابيع غير كافية لاقتناع اناس لم يقوموا قط بحفظ معلومات مكتوبة بانها قد تكون ذات فائدة لغرباء عنهم. ويمكن ان يعزى ضعف التدريب إلى نقص المخصصات ومحاولة الاسراع في تحقيق اهداف وتوجيهات حددتها جهات دولية. يقول خبراء التنظيم الصحي بان العاملين الصحيين الجدد يستفيدون اكثر عند التدريب الطويل، اما بالنسبة للعاملين الممارسين فلا بد من محاولة اعادة تدريبهم بشكل مكثف كل عام.

ان غياب السجلات الرسمية لا يعني بالضرورة ان البرنامج الصحي سيفشل. لقد خلقت الزيارات الاسبوعية التي يقوم بها المفتشون الصحيون لكل قرية شبكة تمكن الادارة المركزية من الاستجابة السريعة عند حدوث الوبئة. وفي غامبيا، تم بنجاح حصر وبائي الحصبة والكوليرا نتيجة التقارير الشفوية التي يقدمها المفتشون الصحيون. وبالرغم من ان الطريق امام الرعاية الصحية الاساسية في غامبيا ما زال طويلا، إلا ان عدم حدوث اوبئة هناك هو مؤشر قوى على ان البرنامج الصحي يعمل بنجاح(٢١).

اظهرت الصين أهمية بناء مؤسسة تعني بالرعاية الصحية، فالجهاز الصيني المكون من الاطباء «الحفاة» مثال كلاسيكي على ما يمكن عمله لتحسين حالة الانسان. فمنذ الخمسينات يقضي العمال الصحيون الريفيون جل اوقاتهم في تقديم خدمات علاجية بسيطة، كما ويعملون في مجال الوقاية الصحية عن طريق التفتيش عن مصادر المياه وطرق تصريف الفضلات واعطاء الارشادات الصحية الثقيفية. وهم في تقديمهم لخدمات علاجية يحتاجها القرويون بشدة يكسبون

زخما وفعالية عند تقديمهم الخدمات الصحية الوقائية(٢٢).

يختلف سجل الرعاية الصحية الاساسية من بلد لآخر من بلدان العالم النامي الذي تمارس معظم دوله بعضاً من نشاطات الرعاية الاساسية . لقد حظيت الصين وزامبيا وتايلاند وزيمبابوي بنجاحات ملموسة ، وتعتبر برامج التطعيم في دول مثل البرازيل وكولومبيا ملفتة للنظر . لقد حفزت منظمتا اليونيسف والصحة العالمية التحرك العالمي الهادف إلى تعزيز الرضاعة الطبيعية في المناطق التي تدنت فيها، وساهمت الاماهة عن طريق الفم والمطاعيم والمضادات الحيوية والتقدم في الثقافة النسائية عبر العشرين عاما الماضية في خفض معدل الوفيات بين الرضع في العالم إلى النصف، وهذا انجاز لم يسبق له مثيل . لكن المحزن في الامر انه قد قابل هذا التقدم ازدياد في الكوارث الطبيعية وفي عدد السكان . ان العالم يستثمر بما فيه الكفاية في الرعاية الاساسية وتنظيم السكان او في الانهاء الاجتماعي والاقتصادي بهدف تخفيض الاعداد المطلقة للذين يعانون في هذه الحياة . ان الانجازات النسبية قد ترضي فقط اولئك المحظوظين الذين لا يعاني اطفالهم من المآسي والموت .

النساء، المياه والزراعة :

يروى بيتر بورني، رئيس مؤسسة تدعى Global Water او مياه الكون (وهي منظمة انشئت للمساعدة في تحقيق اهداف العقد الدولي لمياه الشرب والاصحاح البيئي الذي ترعاه الامم المتحدة)، يروي قصتين تبيينان ما تعنيه المياه لصحة الانسان . القصة الاولى لامرأة افريقية سئلت عما اذا كانت قد استوعبت أهمية تشجيع اطفالها على غسل ايديهم بعد التبرز وخاصة قبل الاكل فأجابت «علي أن أحمل الماء مسافة ٧ أميال كل يوم . واذا امسكت بأي من هؤلاء الذين يضيعون الماء هباء بغسل ايديهم فسأقتلهم» . اما القصة الثانية فهي عن امرأة افريقية أخرى سئلت كيف غيرت صنابر المياه التي اقيمت في قريتها من طبيعة الحياة في القرية اجابت وبسرعة «لم يعد الاطفال يموتون»(٢٣) .

يعاني ربع سكان العالم من النقص في مياه الشرب النظيفة والطرق الصحية للتخلص من الفضلات الانسانية . ونتيجة لذلك تستوطن امراض الاسهالات في البلدان النامية، وهي لازالت السبب الرئيسي للوفيات بين الرضع . كما تصيب امراض الكوليرا والتيفوئيد ودودة غينيا (دودة اسطوانية) والبلهارسيا (داء المنشقات) والطفيليات المعوية مئات الملايين . يتعرض الاشخاص الذين يضطرون للذهاب للأنهر والمستنقعات لجلب الماء لخطر الاصابة بامراض الملاريا والعمى النهري (المتسبب عن دودة الانكوسركا) ومرض النوم . يقدر الخبراء بأن توفر مصادر سليمة لمياه الشرب يمكن ان يقلل من حالات الاسهال إلى النصف بالاضافة إلى ٩٠ في المئة من حالات الكوليرا و ٨٠ في المئة من حالات مرض النوم و ١٠٠ في المئة من العدوى بمرض دودة غينيا، ويقلل توفر تلك المصادر من الاصابة ايضا بعدة امراض استوائية ولو بنسب ضئيلة^(٢٤) .

يقول بعض المراقبين ان اقامة شبكات المياه وتصريف الفضلات السائلة يجب ان تحظى باولوية اكبر من تلك التي تحظى بها الاستثمارات الاخرى، بما فيها اقامة السدود المائية الكبيرة، وذلك لان هذه الشبكات تساعد وبشكل اساسي في تحسين صحة الانسان، بينما سببت بعض هذه السدود مشاكل خطيرة منها زيادة اعداد المصابين بامراض البلهارسيا بثلاثة اضعاف . لكن ولسوء الحظ، لم تحظ مياه الشرب النقية باولوية عالية في العديد من الدول؛ فلا تتوفر مياه الشرب النظيفة في اربعة اخماس المناطق الريفية في ٧٣ دولة افريقية وآسيوية، ولا توجد في اغلبها المرافق الصحية او المراحيض . (انظر الجدول ٩ - ٣) وفي العالم ككل يفتقر ٣,١ بليون شخص إلى المياه النظيفة ويعاني ٧,١ بليون من نقص المرافق الصحية الكافية^(٢٥) .

يلعب الماء دورين هامين في سوء التغذية: يؤدي نقصه إلى انخفاض المحصول الغذائي ويقلل كفاءة الاستفادة من الغذاء، فالآبار والدلاء والأواني الأخرى الملوثة والمستعملة في نقل الماء تحمل مع الغذاء غير النظيف امراض

الاسهالات للاطفال. وعندما تسير النساء لفترات تصل إلى ثلاث ساعات للحصول على كمية قليلة من الماء يصبح هذا الماء عزيزا بحيث لا يستعمل للغسيل وبذلك نفقد عنصرا هاما في محاربة المرض. تأتي أهمية العلاقة بين الماء وصحة الطفل وكذلك العلاقة بين التأثير المباشر لآبار المياه على المحاصيل التي تزرع في حديقة المنزل وبين التنمية الاجتماعية، في المرتبة الثانية بعد الثقافة السكانية. وقد حملت قوة هذه العلاقة منظمة اليونسف على تكريس ربع ميزانيتها العامة لتزويد الناس بمصادر بسيطة للمياه، ففي الحبشة تحتل المياه المرتبة الثانية في ميزانية اليونسف بعد نشاطات الاغاثة.

وحتى حيث تتوفر المياه، تكون معظم الآبار عرضة للتلوث، وغالبا ما تشرب الحيوانات من ذات الآبار التي يستعملها الناس للشرب. وإذا لم تبني ساحة اسمنتية حول البئر فإن المياه الملوثة ستسرب إلى داخله لتلوث مياهه. ان اتصال المياه للمنازل بالانابيب وتعقيمها بالكlor عمليات مكلفة لا تستطيع تحملها الدول التي ترتفع فيها نسبة الوفيات؛ لكن الاغلاق المحكم لآبار الشرب وحمايتها من التلوث عمليات غير مكلفة ويمكن القيام بها حتى في المناطق القروية.

ان دلو الماء مصدر رئيسي للتلوث فان امسكت به ايد ملوثة او وضع على ارض قذرة فانه سيلوث مياه البئر بسهولة، هذ ويمكن حماية هذا الدلو والحبل المستعمل لرفعه من البئر من التلوث، إلا ان ذلك يحتاج إلى بعض التكلفة والخبرة. ويحتاج تحديد موقع البئر إلى الخبرة ايضا، فاذا وجد البئر في منطقة منخفضة فانه سيتعرض للتلوث بسهولة، وان كان البئر ضحلا فسرعان ما يجف قبيل الفصل الجاف، وغالبا ما تجف الآبار المحفورة باليد بسرعة كبيرة لانها غير عميقة، اما الآبار العميقة، التي تصل بعيدا في طبقة المياه الجوفية، فيحتاج حفرها إلى معدات غالية الثمن^(٢٦).

وبما أن المياه الملوثة بالبراز والبول هي مصدر رئيسي للمرض، لذا يصبح وجود المراحيض امر في غاية الأهمية. ان كلا من الاسهال والدودة المستديرة يصيب ما

جدول ٩ - ٣: توفر مياه الشرب النظيفة وطرق تصريف الفضلات في دول مختارة.

نصيب السكان من الخدمات

البلد	وفيات الرضع (نسبة مئوية)	مصادر مياه شرب نظيفة (نسبة مئوية) الانسانية	تصريف الفضلات غير متوفرة
بوركينيا - فاسو	٢١	٣١	غير متوفرة
افغانستان	٢٠	١١	غير متوفرة
انغولا	١٥	٢٧	غير متوفرة
الحبشة	١٥	١٦	١٤
بوليفيا	١٣	٣٧	٢٤
الهند	١٢	٤٢	٢٠
باكستان	١٢	٣٤	٦
تركيا	١٢	٧٨	٨
اندونيسيا	١٠	٢٢	١٥
تنزانيا	١٠	٤٦	١٥
هندوراس	٩	٤٤	٢٠
البرازيل	٨	٥٥	٢٥
المكسيك	٥	٥٧	٢٨
الفلبين	٥	٥١	٥٦
تشيلي	٤,١	٨٥	٣٢
كوستاريكا	٢,٧	٧٢	٩٧
البرتغال	٢,٦	٧٣	غير متوفرة
الاتحاد السوفيتي	٢,٦	٧٦	غير متوفرة
كوبا	١,٩	٦٢	٣٦
الولايات المتحدة	١,٢	٩٩	٩٩

Sources: United Nations Children's Fund, State of the World's Children 1984 (New York: Oxford University Press 1983); Ruth Leger Sivard, World Military and Social Expenditures 1983 (Washington, D.C.: World Priorities, 1983); Pan American Health Organization, Health Conditions in the Americas (Washington, D.C.: 1982).

يزيد عن نصف بليون انسان، أما المياه النظيفة واجراءات الاصحاح البيئي فتخفّض عدد هذه الحالات إلى النصف. ويمكن الوقاية من ٩٠٪ من جميع حالات الكوليرا باستعمال طرق مناسبة لتصريف الفضلات الانسانية، إلا ان تخطيط وتنفيذ هذه الطرق قد يكون معقدا ومكلفا احيانا. ان المراحيض المناسبة لا بد وان تؤمن العزلة الملائمة لمن يستعملها وان لا تلوث المياه الجوفية وان تبقى صالحة للاستعمال ما بين ١٠ - ٢٠ عاما ويجب ان تزود بأنابيب التهوية لازالة الرائحة التي قد تعيق استعمالها، ويمكن اقامة مراحيض «الحفرة» التي تستوفي الشروط المذكورة آنفا بكلفة تقل عن ١٠ دولارات للفرد الواحد في دول العالم الثالث (٢٧).

ان العديد من مشاكل المياه والاصحاح البيئي هي مشاكل سلوكية وليست فنية تقنية، وقد تفشل التقنيات المتوفرة في حل هذه المشاكل بسبب سوء التطبيق. فاذا كانت مضخة الماء المستعملة معقدة او ذات قطع متحركة كثيرة او كان تصليحها مكلفا فستكون المرة الاولى التي تتعطل فيها هي المرة الاخيرة لاستعمالها. وبالمثل ستهجر المراحيض التي لا تمنع الحشرات من التكاثر او التواجد فيها.

لقد مولت دولة زيمبابوي، لفترة طويلة، معهدا فريدا من نوعه ليقوم بتطوير حلول لمثل هذه المشاكل، حيث قام مختبر «بلير» للبحوث منذ عام ١٩٣٩، بتطوير وسائل لمكافحة امراض الملاريا والبلهارسيا، وقام بتصميم انظمة للمياه النظيفة وطرق تصريف الفضلات الانسانية. لقد عرف مرحاض بلير - النموذج الاولي لمرحاض الحفرة ذي التهوية - ومضخة بلير في مختلف انحاء العالم لفعاليتها ورخصها. فالمضخة، للابار غير العميقة، محكمة الغطاء وصحية ولها ثلاثة اجزاء متحركة فقط وليس لها يد او رافعة لتكسرا وتتكون من انبوبين يتحرك واحدهما ضمن الاخر ولها صمامان احاديا الاتجاه. ومع ان هذين الانبوبين مصنوعان من مواد بلاستيكية ويمكن ان يكسرا إلا ان اصلاحهما لا يحتاج لأكثر من خمسة دقائق من وقت انسان تدرّب على الامر لمدة ساعة واحدة وإلى توفر بعض الصمغ. لقد تمت اقامة ثلاثين الف مضخة بلير وعشرين الف مرحاض بلير في زيمبابوي منذ

عام ١٩٨١ . ويعزز مختبر بلير للبحوث هذا الجهد بالمشاهدات العملية والوسائل
التثقيفية البسيطة^(٢٨).

ومع انه بإمكان الاشخاص الاصحاء ان يستفيدوا، بنجاعة افضل، من
الغذاء المتوفر لديهم، فان التقليل من اعداد البكتريا الممرضة التي تحملها المياه لن
يجل مشاكل سوء التغذية. على سبيل المثال، اذا ازداد الانتاج الغذائي في جنوب
افريقيا إلى معدلات هامة تصل إلى ٤, ١ في المئة في العام فقط بينما يزداد عدد
السكان بمعدل ٥, ٣ في المئة سنويا فان النتيجة المتوقعة هي المزيد من المشاكل
هناك. لم تصل جنوب افريقيا إلى الاكتفاء الذاتي منذ الستينات ولا تتوقع لها، حتى
اكثر التنبؤات الزراعية تفاؤلا، بان تصل إلى حالة الاكتفاء الذاتي قبل العام
٢٠٠٠. تشير التقديرات إلى ان استيراد الحبوب سيزداد بنسبة ٨٠٠ في المئة حينئذ
وستصل كلفة ذلك إلى ٤ بلايين دولار. واستنادا إلى منظمة الاغذية والزراعة
الدولية (الفاو) فان احتمال ان تتمكن جنوب افريقيا من الاستمرار في استيراد
الاغذية لتلبية حاجاتها المستقبلية يبدو قائما. وتقدر الفاو ايضا بان دولا أخرى
كانغولا وبتسوانا وموزمبيق وتانزانيا وزامبيا وزيمبابوي لن تتمكن من توفير المبالغ
التي تحتاجها لاستثمارها كي تصل لمرحلة الاكتفاء الغذائي الذاتي والتي تقدر بما
يزيد عن بليون دولار في العام. وفي الحقيقة فان المنظمة تصف الوضع الحالي بـ
«اتجاه نحو يوم القيامة»^(٢٩).

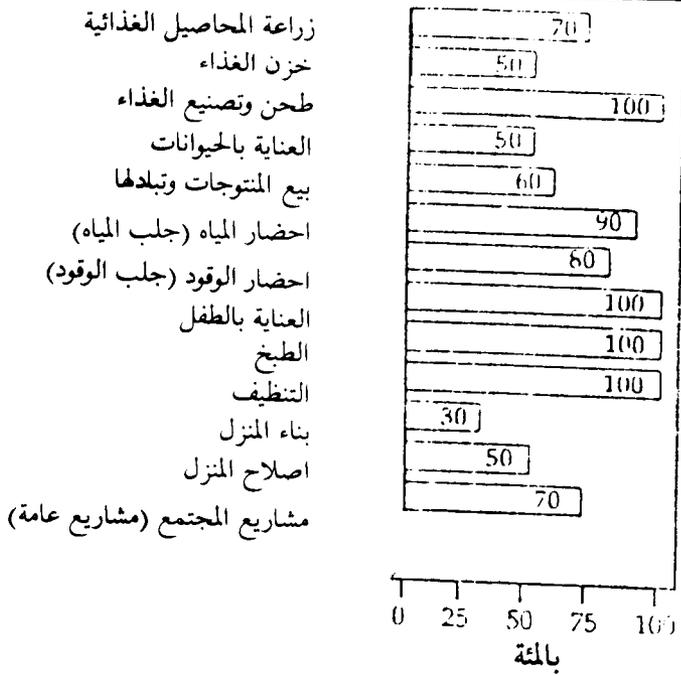
تواجه شرق افريقيا وغربها وضعا (سيناريو) مشابها. (انظر الفصل العاشر)
كذلك هو الحال بالنسبة لمعظم دول جنوب افريقيا. تهدد المجاعة اثني عشر من
مجموع ٢٨ اقليما في افغانستان وتساهم في ذلك جزئيا الحرب الدائرة هناك. وبلغ
عدد الاشخاص المعرضين لخطر المجاعة في تلك البلاد نصف مليون انسان. ولا
يزال ثلاثة ارباع الاطفال في بنغلادش يعانون من سوء التغذية الحاد حيث
انخفضت كمية الغذاء التي يتناولها الفرد الواحد منذ اوائل الستينات. ويعود سبب
ذلك إلى انخفاض الانتاج الغذائي بالمقارنة مع عدد السكان. ارتفع انتاج الحبوب

بمعدل واحد في المئة فقط في عام ١٩٦٥ بينما بلغ معدل النمو السكاني ٦, ٢ في المئة. ان المزارعين في بنغلادش يفتقرون إلى البذور ومياه الري في موسم الجفاف وإلى وسائل منع انجراف التربة والمال اللازم لتحسين الانتاج، هذا وتخضع اسعار المواد الغذائية للرقابة من اجل حماية الطبقة المتوسطة التي تعيش في المدن. ويقترح المحللون طرقا لمعالجة الامر مماثلة لما اقترح لافريقيا: آبار صغيرة للري اليدوي، مشاريع تشجير محلية، قروض للمزارعين بدون ضمانات وحواجز واسواق افضل للمزارعين^(٣٠).

لا بد من اعطاء النساء اولوية اكبر للحصول على الخدمات الصحية والماء والانماء الزراعي، فالنساء يقمن بما يزيد عن نصف العمل المطلوب لانتاج الغذاء في المناطق غير المسلمة من الهند ونيبال و ٩٠ في المئة في افريقيا. (انظر الشكل ٩ - ٢) وبالرغم من ذلك فان الخدمات الارشادية الزراعية والقروض ومعونات الاسمدة ومعظم المشاريع الاخرى التي تهدف إلى تحسين الانتاج الزراعي موجهة جميعها للرجال. ان تزويد النساء بادوات بسيطة يمكن تصنيعها محليا كالمجارف والدلاء والسماد ومدافع الخشب ذات الفعالية الجيدة، يمكن ان تقلل من العبء الذي تحمله النساء وتؤدي إلى زيادة القوة الشرائية لديهن خاصة اذا تمكن من تسويق ما ينتجونه^(٣١).

وجدت بعض النسوة طريقة لتحسين اوضاعهن وذلك باقناع ازواجهن بحفر عدة آبار مكشوفة وتسييج القطع الزراعية واعداد الارض للزراعة، ويقمن هن بما يتبقى؛ فيزرعن البندورة والخس والحبوب والفاصوليا وما شابه الموز والفواكه الاخرى، ويحتفظن بنصف عائدات قطعهن الزراعية ويعطين الباقي إلى صندوق مخصص للفائدة العامة. وقد تمكنت بعض المجموعات من استغلال تلك الاموال في بناء مراكز امومة ومدارس جديدة وقامت، بدعم بسيط، بتأثيرها وتشغيلها^(٣٢).

تشكل مشاريع البساتين الجماعية هدفا مثاليا للمساعدة الانمائية، فهي لا توفر للنساء الغذاء فقط بل وتزيد من قوتهن الاقتصادية مما يعني في الغالب زيادة



الشكل ٩ - ٢ نصيب النساء من العمل في افريقيا

في المكانة الاجتماعية وقدرة اتخاذ القرار. يعني التقدم الزراعي ايضا بيئة افضل، ويؤدي على المدى البعيد إلى التقليل من عمليات قطع الاشجار التي تزيد من خطر الجفاف. يرفع زعيم افريقي شعار «امرأة واحدة، شجرة واحدة». وسواء أكان قول هذا الزعيم اعترافا بواقع عمل المرأة او استمرار لتحيز الرجال ضد هذا النوع من العمل فانه يشكل بداية جديدة، مع ان الافضل هو رفع الصيغة الصينية الاصلية لهذا الشعار وهي «شخص واحد، شجرة واحدة» (٣٣).

ان العائق الاساسي لتحسين انتاجية الفلاحين، سواء في الزراعة او مصادر المياه او الاعمال المنزلية، هو الحصول على التمويل اللازم. فغالبا لا يملك الفلاحون اراضاً مشاعاً ذات قيمة تذكر لوضعها كضمانة لديونهم. حال النساء اسوأ من حال الرجال، فالاراضي التي تملكها عائلاتهم لا تسجل بالعادة باسمائهن. وللتغلب على صعوبة الحصول على التمويل يقوم الصندوق الدولي

للإنهاء الزراعي ، كاحد المجموعات المهمة بالتنمية ، باعطاء قروض لمثل هؤلاء الأشخاص غير القادرين على الاقتراض وذلك بشرط او حافز بسيط: ان عدم تسديد هذه القروض يعني عدم الحصول على غيرها . وغالبا ما تعطي القروض لمجموعة متضامنة بحيث يقوم افراد المجموعة بالضغط على اترابهم المتخلفين عن الدفع خوف ان يحرموهم ايضا من الاقتراض لاحقا . لذلك فان نسبة تسديد ديون هذا الصندوق تصل إلى ٩٩ في المئة . وتصل اموال الصندوق إلى ١ بليون دولار فقط . وبالرغم من ذلك فقد تفقد هذه المبالغ نتيجة التخفيضات الجارية على ميزانيات الدول المانحة لها(٣٤) .

ان التنمية المتكاملة القادرة على وقف تدهور الظروف المعيشية مكلفة نسبيا . فمشاريع المياه والاصحاح البيئي التي تهدف إلى تزويد مياه صالحة خلال عشر سنوات ، لثلث سكان العالم المحرومين منها تكلف ٥٠ بليون دولار سنويا . وان اعطاء قروض بقيمة ٥٠٠ دولار لكل عائلة من مجموع ١٥٠ مليون عائلة من العائلات الفلاحية في العالم الثالث يستدعي توفر قرضا بمبلغ ٧٥ بليون دولار . هذا وتصل الفوائد المستحقة عليها مبلغ ٧,٥ بليونا كل عام ، معظمها قابل للاسترداد . ولا بد ان تأتي معظم المبالغ المطلوبة من الدول النامية نفسها ويمكن ان تعطي المساعدات الانائية دفعة كبيرة للامام اذا احسن استغلالها(٣٥) .

ان مساعدة صغار المزارعين لزيادة انتاجهم الزراعي ولتقليل الضرر بالبيئة هو استثمار جيد في حد ذاته وغالبا ما تكون الزيادة في الانتاج الزراعي كبيرة وذات مردود سريع . ومن الممكن جعل القروض الممنوحة للفلاحين الذين لا يملكون اية ضمانات قروضا مأمونة للمقرض . كما ويمكن ربط القروض التي تمنحها جهات ثنائية او متعددة بسياسة الاصلاح الزراعي . لكن الاهم من ذلك كله هي حقيقة ان الاستثمار في الزراعة هو استثمار جيد في الطفولة . لانه بدون قاعدة زراعية صلبة لن تستطيع المجتمعات مواجهة وضبط الاكتظاظ السكاني والتقهقر الاقتصادي مما يمهد لانتشار سوء التغذية والفقر وحتى المجاعة .

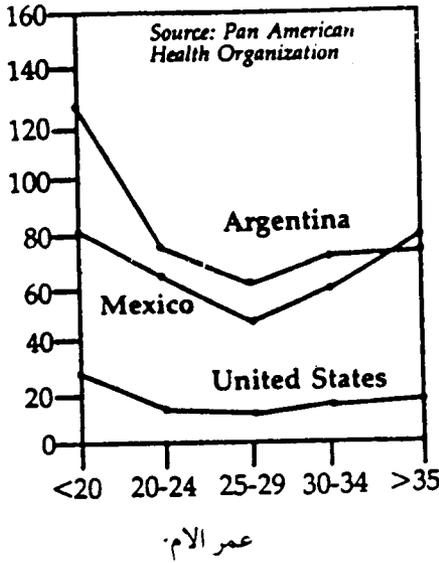
تنظيم السكان :

إن موقف العائلات الفقيرة حرج، وهي كمن وقع في فخ؛ فمن جهة فهي بحاجة إلى العديد من الأبناء للمساعدة في العمل وكضمانة للوالدين عند الشيخوخة، ومن جهة أخرى فوجود عدد كبير من الأبناء يعني أن نصيب الفرد الواحد من الأراضي الزراعية وليترات الماء والدخل سيكون أقل. والمخرج الوحيد من هذا الفخ هو وجود عدد أقل من الأبناء ذوي كفاءة أعلى. يعمل تنظيم السكان على رفع مستوى حياة الأطفال بطريقتين: زيادة الرعاية الصحية والخدمات التعليمية وزيادة فرص البقاء على قيد الحياة لكل طفل.

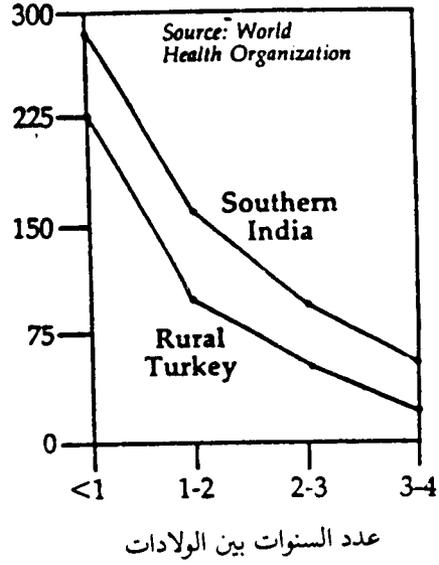
ويكون التأثير الأكبر لتنظيم الأسرة على وفيات الرضع حين يمارس لمنع حالات الحمل الخطرة للأمهات دون سن العشرين أو أكثر من ٣٥ عاماً، أو حالات الحمل المتقاربة من بعضها البعض أو حمل أمهات انجبين العديد من الأطفال (انظر الأشكال ٩ - ٣، ٩ - ٤ و ٩ - ٥). تفقد الأسرة التي تقلل من حالات الحمل الخطرة أعداد أقل من الأبناء، وبذلك تنتفي الحاجة لانجاب طفل أو طفلين ليكونا «ضمانة» للمستقبل.

يزداد خطر وفيات الرضع عندما ينجبون من قبل أمهات صغيرات السن لأن أجسامهن لم تكتمل في الغالب بما فيه الكفاية، لانجاب أطفال أصحاء. ويشير الباحثان جيمس تروسل وأن بيلى من جامعة برنستون إلى أنه من المستبعد أن يقلل تنظيم الأسرة من الحمل المبكر إلا إذا تزوجت الفتيات في سن متأخرة. إن عمر الفتاة عند الزواج الأول يختلف من منطقة إلى أخرى في أفريقيا، فهو أقل في الغرب وأعلى في الشرق. وفي العديد من الدول الأفريقية تستطيع الفتاة أن تتزوج قانونياً عند بلوغها العام الثاني عشر. ففي غينيا والنيجر، على سبيل المثال، تتزوج معظم الفتيات قبل سن السابعة عشرة، وفي السنغال وموريتانيا ومالي ونيجيريا وتشاد تتزوج معظم الفتيات قبل بلوغهن العام الثامن عشر، وفي كينيا ارتفع سن

وفيات الرضع (لكل الف ولاده)

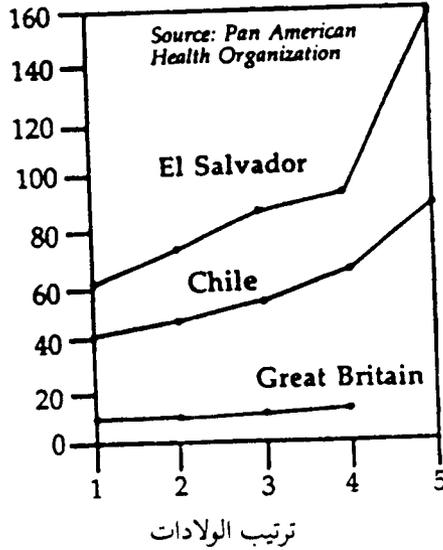


وفيات الرضع (لكل الف ولاده)



شكل ٩ - ٤، وفيات الرضع والسنوات بين الولادات شكل ٩ - ٣، وفيات الرضع وعمر الام

وفيات الرضع (لكل الف ولادة)



شكل ٩ - ٥، وفيات الرضع وترتيب الولادات

المتزوجات للمرة الاولى من ١٨,٥ عام إلى اكثر من ٢٠ ما بين عام ١٩٦٢ وعام ١٩٧٩، ومع هذا ازداد معدل الولادات هناك. وفي المعدل، تتزوج الاناث في بنغلادش قبل ان يصلن العام السادس عشر بالرغم من ان اعمار الاسويين عند الزواج تكون اعلى منها عند الافريقيين. اما في امريكا الجنوبية فتؤجل معظم الاناث الزواج حتى يبلغن العام العشرين او اكثر. ويمكن القول بان ادنى عمر لزواج الفتيات في معظم الدول النامية هو ستة عشر عاما^(٣٦).

ان لطول الفترة الواقعة بين حملين تأثيرا حاسما على الحمل عند النساء من جميع الاعمار، حيث تقل فرص الطفل للبقاء على قيد الحياة اذا حملت الام تباعا، الامر الذي يفقد جسمها مخزونه الغذائي ويضعف من حالتها العامة كما ويتنافس الاطفال المتقاربون في السن على عناية الام وعلى الموارد المتاحة لها. ويزداد احتمال الخطر على حياة الطفل الاكبر اذ تضطر الام لفظامه عن الرضاعة الطبيعية مبكرا.

اضافة على ذلك، يمكن ان يقلل الفطام المبكر من طول الفترة الواقعة ما بين حملين؛ فالرضاعة الطبيعية تؤدي إلى افراز هرمونات في الجسم من شأنها ان تقلل من نضوج البويضات (الاباضة) وامكانية الحمل، وتحمي هذه الطريقة الطبيعية صحة الام وطفلها. وقد ثبت في المناطق التي تراجع فيها الرضاعة الطبيعية بان فترات ما بين الحملين تكون قصيرة جدا. وفي مسح جرى على ست وعشرين دولة تبين انه في ٣٠ في المئة من الولادات كانت فترة ما بين الحملين اقل من ٢٤ شهرا. وفي افريقيا تكون فترات ما بين الحملين اطول من ذلك بسبب استمرار عادات الارضاع الطبيعي وعادات الامتناع عن الممارسات الجنسية بعد الولادة لفترات قد تزيد عن العام. وتبين في المسح الذي اجرى على الدول الست والعشرين بان ما لا يقل عن ١٥ في المئة من الولادات كانت الفترات بينها متقاربة جدا^(٣٧).

تقل فرص النجاة للطفل كلما ازداد عدد الاطفال الذين تنجبهم الام. مرة أخرى، فان الانهك الذي يصيب الام والتنافس بين الابناء على الموارد هما سببا

ذلك . تقترح دراسة مبنية على نتائج مسح الخصوبة العالمية بان تنظيم الاسرة للامهات ما بين سن العشرين و ٣٤ عاما يخفض وفيات الرضع بنحو ٥٠ في المئة ؛ كما ان المحافظة على فترة عامين بين كل ولادتين تخفض وفيات الرضع بنسبة ١١ في المئة . ان الامتناع عن انجاب اكثر من اربعة اطفال لكل ام يقلل معدل الوفيات بين الرضع بحوالي ٨ في المئة ، كما تنخفض ايضا نسبة الوفيات بين الاطفال وبين الامهات ، إلا انه لا يمكن تقدير الانخفاض الاجمالي في عدد الوفيات لارتباط ذلك باكثر من عامل (٣٨) .

من المحتمل ان تكون المساهمة الاكبر لبرامج تنظيم الاسرة هي في تنمية الطفل اجتماعيا لان الخصوبة العالية تعني انخفاض مستويات المعيشة . ان التعليم الابتدائي والتغذية والماء والاصحاح البيئي نشاطات ضرورية لبقاء الطفل ونمائه ، إلا ان النمو السكاني السريع قد يرهق المجتمع ويقلل من قدراته على تأمين غرف التدريس والمأكل . ان الخسارة الثقافية للأشخاص الذين ينشأون في دولة نامية خسارة كبيرة وتزايد باضطراد . يقدر البنك الدولي بان ما تصرفه الدول الغربية على كل طالب في المرحلة الابتدائية يزيد ٥٠ مرة عما تنفقه اقل الدول تقدما ، ومع هذا فان عدد الكسان الذين هم في المرحلة الدراسية في بلد مثل كينيا سيتضاعف مرتين او ثلاث مرات بحلول العام ٢٠٠٠ . واذا عملت دول كهذه على تخفيض نسبة النمو السكاني وبسرعة فان تكلفة تعليم الاطفال فيها ستخفض إلى النصف خلال الاعوام الخمس وعشرين القادمة . ويمكن ان يستغل ما يتوفر من ذلك في تحسين نوعية التعليم بحيث تضيق الفجوة الهائلة بين دول العالم (٣٩) .

عناصر برامج تنظيم الاسرة معروفة جيدا ، لكن تبقى التساؤلات حول كيفية تحسينها وتقديمها للناس . ان الزواج والانجاب المبكرين في العالم الثالث امران مرتبطان ، وبإحكام ، فيما تعلقه تلك المجتمعات على الفوائد الاقتصادية والاجتماعية لانجاب الاطفال . وبدون القيام باجراءات لتحسين اوضاع النساء وزيادة التأمينات الاقتصادية للعائلات ، والتقليل من الاعتماد على الاطفال لزيادة

الانتاج الغذائي ، فلا يمكن لبرامج تنظيم الاسرة من تحقيق النجاح الكامل . ومع ذلك فانه بدون تنظيم فعال للاسرة لن تنجح الجهود التي تبذل لتحسين نوعية الحياة في تلك الدول .

تعكس التغييرات التي تطرأ على المواقف الاجتماعية من برامج تنظيم الاسرة في العالم الثالث وجود قيادة حكومية . يشير معظم محلي السياسة السكانية إلى ان اكبر عامل يساعد على الانخفاض السريع في الخصوبة هو وجود سياسة حكومية تقدمية في هذا المجال . كانت الدول الافريقية هي الاكثر ترددا بين دول العالم في دعم سياسات تنظيم الاسرة ، ولهذا تدفع الثمن الان . وبالرغم من ذلك فقد اظهر قادة افريقيا وعيا متزايدا للدور الخطر الذي يلعبه النمو السكاني في تخفيض النمو الاقتصادي ومستويات المعيشة ؛ فالزخم الذي اكتسبته الجهود المبذولة لتنظيم الاسرة في زامبيا وكينيا وزيمبابوي ، على سبيل المثال ، قد جاء من وزارات المالية حيث تنبه واضعو الميزانيات المسؤولون عن تقدير الاحتياجات المالية المستقبلية إلى اين ستقودهم معدلات النمو الحالية . واستنادا إلى نانسي هارس من مؤسسة المساعدة الدولية لتنظيم الاسرة فان «افريقيا قد خطت ما يعادل الثلاثين عاما من التقدم في مجال تنظيم الاسرة خلال السنوات الخمس الاخيرة»^(٤٠) .

يتمثل الوعي الجديد لدى القادة الافريقين في خطبة حديثة لرئيس النيجر السيد كونتشة ذكر فيها بانه «من المؤكد . . . ان معدل نمونا السكاني لا يتماشى قط مع معدل نمونا الاقتصادي . بعبارة أخرى ، فان ميلنا لخلق احتياجات جديدة هو اكبر بكثير من قدرتنا على انتاج الموارد الحيوية اللازمة . . . فكيف يمكننا التوفيق بين النمو السكاني والنمو الاقتصادي آخذين بعين الاعتبار طبعاً احكام الاسلام المقدسة والقيم التقليدية التي ورثناها؟ كيف يمكننا تحرير مجتمعا من الركود الاجتماعي - الثقافي ، ومن القدرية ، واللامبالاة والهروب من تحمل المسؤولية وجميعها عقبات في طريق نضوج المجتمع وتوازنه؟ هل من الطبيعي ان تفرض على المرأة الحمل المتتابع الذي يفسد حياة الام وحياة الطفل؟ وهل من الطبيعي ان نحمل اخواتنا في المدن والريف خاصة من الاعباء ما سيؤدى بهن إلى الشيخوخة

المبكرة، وليتحظمن تحت عبء العمل اليومي ويستنفذن قواهن نتيجة العناية المستمرة بعائلاتهم؟ . . . ان علينا ان نؤمن المستقبل الافضل لابنائنا»(٤١).

مثل هذا الدعم امر حيوي كي يتوافق النمو السكاني في افريقيا مع امكانياتها. فلو كان لافريقيا القوة المالية لاوروبا او لليابان والموارد الزراعية والفنية للولايات المتحدة لاستطاعت اعادة اربعة امثال عدد سكانها. يمكن اطعام الافواه الاضافية عن طريق زيادة منتج الهكتار من القمح، والذي يبلغ ربع مردود الهكتار في اوروبا والولايات المتحدة. هذا ولا تلوح في الافق اي معجزة، وعلى افريقيا خلال فترة المستقبل القريب ان تكافح من خلال واقعه الزراعي المعتمد على الفلاح ومداخلها العالمية المتواضعة. ينطبق ذلك على بنغلادش والهند ومعظم دول العالم الثالث الاخرى. ان وجود قادة حكوميين يدركون هذه الحقيقة ويدخلونها ضمن تخطيطهم القومي امر حيوي لنجاح برامج تنظيم الاسرة في العالم الثالث.

ان تكاليف خدمات تنظيم الاسرة ليست باهظة. استنادا لجوزيف سييدل من «لجنة الازمة السكانية» والتي مقرها واشنطن، فان تكاليف خدمات الاسرة المقدمة لزوجين في العالم الثالث تصل إلى حوالي ١٠ دولارات في العام. ويقدر سييدل بان برامج تنظيم الاسرة التي نفذت خلال الخمسة عشر عاما الماضية قد خفضت عدد سكان العالم بمئة وثلاثين مليونا مما نتج عنه وفرا في الغذاء والملابس والرعاية الصحية والتعليم تعادل قيمته ١٧٥ بليوناً من الدولارات. وبتكلفة لا تتعدى اربعة بلايين دولار في العام يستطيع العالم تقديم خدمات تنظيم الاسرة لجميع من يحتاج إليها. ان المبلغ الذي تقدمه المؤسسات الدولية الان لهذه الاغراض يصل إلى حوالي ٥٠٠ مليون دولار(٤٢).

تحتاج الاهداف العامة لتحسين غذاء الانسان وصحته وكيانه، وتحسين مكانة المرأة إلى جهود اكبر ضمن برامج تنظيم الاسرة. لقد اثبتت الانجازات التي تمت في الصين واندونيسيا وتايلاند بان من الممكن تحقيق ذلك. وبالرغم من الحملات

الحديثة في الولايات المتحدة على برامج تنظيم الاسرة فان العبء يقع على عاتق المتقدمين ليثبتوا كيف يمكن تلبية احتياجات الناس في افريقيا وآسيا بدون التخفيض السريع والدائم لمعدلات النمو السكاني .

انهاء دائرة الازمة :

لقد نبهت المجاعة في افريقيا العالم، على الاقل، إلى وجود اناس هناك يعيشون بين الحياة والموت . إلا ان الكارثة تهدد ايضا ملايين الناس في بنغلادش والهند والباكستان وتركيا ومناطق أخرى من آسيا وامريكا اللاتينية . وبوجه عام، هناك ما يقرب من ٤ , ١ بليون انسان في العالم يعيشون في بلاد يموت فيها الاطفال اكثر مما يموت الكبار ويعاني فيها ١٤٥ مليون طفل من سوء التغذية، ويزيد عدد الاميين فيها عن ثلثي السكان . ان اي تقييم لثورة انقاذ الطفل لا بد وان يتطرق للسؤال : «انقاذ، لماذا؟»، وجواب ذلك ان الاطفال لا يحتاجون إلى الانقاذ فقط بل وإلى النماء والتقدم بحيث يساعدهم ذلك على جعل حمايتهم اكثر من مجرد سلسلة من الازمات المتتالية .

ان جهود التنمية الفاشلة في اية دولة ستحول البلاد إلى ركاب مثلها مثل المصانع المهجورة والخزانات المملوءة بالطين . هذا وتفترض معظم برامج المعونات التنموية ان النمو الاقتصادي وحده قادر على رفع المستويات الصحية والغذائية والتعليمية اعتمادا على ان المعونة الخارجية وخفض الاستهلاك المحلي وزيادة المدخرات ستنشط عملية النمو الاقتصادي . لقد حققت الملاوى نموا اقتصاديا سنويا يعادل ٨ في المئة خلال السبعينات لكنها تحتل المركز الرابع في العالم من حيث سوء خدمات صحة الاطفال . وتظهر مثل هذه الامثلة، وبوضوح، ان النمو الاقتصادي السريع لن يؤدي بالضرورة لتحسين ظروف الحياة لاغلبية السكان في الدول النامية^(٤٣) .

ان تحسين التعليم والصحة ومقاومة الاستثمار الاجنبي، وخاصة من الدول الغربية، يمكن ان تشكل استراتيجية تنموية بديلة لما ذكر اعلاه . لقد عملت

تانزانيا بجديفة لزيادة نسبة المتعلمين فيها وتحسين صحة الطفل . إلا انها مع العديد من الدول الاخرى التي اتبعت مثل هذه الاستراتيجية قد توقفت عن النمو الاقتصادي بسبب الغائها للحوافز التشجيعية في مجالات الانتاج الزراعي والصناعي وحرمت نفسها من رأس المال الاجنبي الذي تحتاج إليه بشده .

لقد اظهرت الصين كيف يمكن دمج هاتين الاستراتيجيتين بنجاحة . حيث وفر قادتها الاستثمار الضروري من اجل تحسين نوعية الحياة ، مما ادى إلى انخفاض الوفيات بين الرضع وارتفاع نسبة التعليم هناك . إلا ان هذه الاجراءات وحدها لم تكن كافية لتنشيط عملية النمو الاقتصادي وبالتالي فقد منحت الحوافز لتشجيع الانتاج الزراعي الفردي الامر الذي يحقق الان انجازات كبيرة .

لقد كانت الصين في السابق مثالا للدول النامية في الرعاية الصحية الاساسية والتعليم الابتدائي وغدت اليوم ايضا مثالا للنمو الاقتصادي ، فهي تثبت صحة ما قاله اقتصاديون امثال ثيودور شولتز الحائز على جائزة نوبل من ان الاستثمار في الناس اهم بكثير من الاستثمار في الالات^(٤٤) . لقد اثبتت الصين كذلك بان وجود تسعيرات للبضائع وحوافز مالية هي من العوامل القوية في تحسين الاوضاع الاقتصادية ، واذا ما تبنت دول العالم الثالث ذلك فان الثالث الصيني المكون من الرعاية الصحية الاساسية والتعليم الابتدائي والاصلاح الزراعي يمكن ان يكون حافظا لثورة مستمرة تهدف بقاء الطفل ونموه .

لا يمكن لشعوب العالم الفقيرة ان تزيد من مدخراتها لتستغلها في التنمية ؛ فمن الصعب بمكان خفض الانفاق الحالي إلى مستويات أقل . ان هناك هدرا وفسادا في دول العالم الثالث ولا مجال للاصلاح بدون الضغوط الخارجية التي يمكن ان تمارس مع الدعم المقدم . هذا ولا بد ان يأتي قسم كبير من الاموال الاضافية اللازمة للتنمية من الدول الصناعية . ان الولايات المتحدة ، وهي بالمعايير المجردة ، الدولة التي تقدم اكبر قدر من المساعدة في العالم ، تعطي - قياسا مع انتاجها القومي الاجمالي - اقل مما تعطيه الاعضاء الستة عشر في منظمة التعاون

الاقتصادي والانهائي باستثناء دولتين . كما تقدم دول المعسكر الشرقي قياسا مع انتاجها القومي الاجمالي معونات تقل ٣٠ في المئة عما تقدمه الولايات المتحدة . ان القسم الاكبر من المعونة الرسمية الطارئة التي قدمها العالم لضحايا المجاعة في افريقيا قد تم تحويله وببساطة لتمويل برامج اخرى قائمة(٤٥) .

واذا كانت مثل هذه الاستثمارات - اي الاستثمارات في الاجيال القادمة - معقولة ومفيدة فلماذا لم تتم استثمارات اخرى؟ تعود الاسباب إلى عوامل مختلفة لكنها تشتمل على حقيقة ان ما تم انجازه قد ضاع هباء نتيجة الكوارث الطبيعية والكوارث التي سببها الانسان . كما وان مردود الاستثمار في الاطفال مردود بعيد المدى والحاجات الانية لمعظم الناس كبيرة . ان الناس في العالم الثالث مستعدون للتضحية لمساعدة ابنائهم ، لكن طبيعة الحياة وظروفها هناك صعبة بحيث ان عليهم احيانا الاختيار بين حياتهم وبين حياة ابنائهم . ان سوء صحة الامهات في العديد من دول العالم الثالث تعكس واقع هذه الحياة وواقع الاختيار المطروح امامهن .

تستطيع الدول الصناعية ، في مثل هذه الحالات ، سحب جزء من فائضها لتساعد به الذين لا فائض عندهم . ان المعونات الخاصة التي تدفقت على ضحايا المجاعة تشير إلى شعور الناس واثمانهم بضرورة المشاركة في اعمال الاغاثة ضد الكوارث . واذا لم يتم الاستثمار في برامج تنظيم الاسرة والرعاية الصحية والتعليم فان الكوارث ستزداد وتزداد معها تكاليف الاغاثة من هذه الكوارث . وعندما تعمل المعونات الانهائية على ما هو اكثر من درء خطر المجاعة وتستثمر فيما سيفيد في السنوات القادمة ، عندها يمكن انقاذ حياة الكثيرين بالاضافة إلى التوفير المادي . ان نمو العالم الثالث سيعني مزيدا من الازدهار في العالم الصناعي من خلال زيادة التبادل التجاري ، لكن عبئا اخلاقيا يقع ايضا على عاتق اولئك الذين كان بإمكانهم ان يقدموا الكثير لمساعدة العديد من الناس وبشمن زهيد ، لكنهم لم يفعلوا .

Chapter 9. Investing in Children

- 1- Kathleen Newland, Infant Mortality and the Health of Societies (Washington, D.C.: Worldwatch Institute, March 1981). For an excellent Analysis of the effect of population growth on economic development, see World Bank, World Development Report 1984 (New York: Oxford University Press, 1984).
- 2- Paul Streeten et al., First Things First: Meeting Basic Human Needs in the Developing Countries (New York: Oxford University Press, 1981); Theodore Schultz, Investing in People (Berkeley, Calif.: University of California Press, 1981).
- 3- United Nations Children's Fund (UNICEF), State of the World's Children 1985 (New York: Oxford University Press, 1984); World Bank, World Bank Atlas 1985 (Washington, D.C.: 1985); UNICEF, State of the World's Children 1984 (New York: Oxford University Press, 1983); World Health Organization, Development of indicators for Monitoring Progress Towards Health For All by the Year 2000 (Geneva: 1981); «The Major Public Health Killers,» International Health Magazine (International Drinking Water and Sanitation Decade), No. 10, 1984.
- 4- For a discussion of this potential, see William U. Chandler, Improving World Health: A Least Cost Strategy (Washington, D.C.: Worldwatch Institute, July 1984).
- 5- United Nations, Department of International Economic and Social Affairs, Demographic Yearbook (New York: 1982); Population Reference Bureau, 1985 World Population Data Sheet (Washington, D.C.: 1985).
- 6- World Health Organization press releases; UNICEF, State of the World's Children 1984.
- 7- Derived from World Bank, World Development Report 1984.
- 8- «Diarrhoea, Dehydration, and Drugs,» British Medical Journal, November 10, 1985; UNICEF, State of the World's Children 1984; Jean Paul Beau, L'Organisation de Science et Technologie D'Outre Mer, Pikine, Senegal, Private communication, March 6, 1985.
- 9- J. Welsh and J. May, «Anti-infective Properties of Breast Milk,» Journal of Pediatrics, Vol. 94, No. 1, 1979; I. Bravo et al., «Breast-feeding, Weight Gains, Diarrhea, and Malnutrition in the First Year of Life,» Bulletin of the Pan American Health Organization, Vol. 18, No. 2, 1984.
- 10- Margaret Cameron and Yngve Hofvander, Manual on Feeding Infants and Young Children (New York: Oxford University Press, 1984).
- 11- Poster displayed at UNICEF office in Dakar, Senegal, March 1985.

12- «Food Program for Pregnant Women Raises Infant Birth Weight, Gestational Age, Reduces Mortality,» Family Planning Perspectives, Vol. 17, No. 1, 1985.

13- UNICEF, State of the World's Children 1985.

14- R. Feachem and M. Koblinsky, «Interventions for the Control of Diarrhoeal Diseases Among Young Children: Measles Immunization,» Bulletin of the World Health Organization, Vol. 61, No. 4, 1983; UNICEF, State of the World's Children 1984.

15- Jean-Hubert Thieffry, «Un Thesis de Medicine,» Universite d Anies, France; Michelle Thieffry, Voluntaire du cooperation, Thies, Senegal, private communication, March 1985.

16- «One Way to Get Results,» World Development Forum, October 15, 1984; «Vaccination Blitz,» China Daily, February 5, 1985.

17- R. N. Basu, «India's Immunization Programme,» World Health Forum, Vol. 6, No. 1, 1985; Population Reference Bureau, 1985 World Population Data Sheet.

18- W. Henry Mošely and Lincoln Chen, eds., Child Survival: Strategies for Research, reprinted in Population and Development Review, Supplement to Vol. 10, 1984.

19- Hattib N-Jie, Deputy Director, Medical and Health Ministry, The Gambia, private communication, March 12, 1985.

20- Norbert Engel, UNICEF Information Officer, Dakar, Senegal, private communication, March 14, 1985.

21- Curt Fischer, Regional Medical Director, Ministry of Health, The Gambia, private communication, March 16, 1985; Engel, private communication; N-Jie, private communication.

22- Dean T. Jamison et al., China: The Health Sector (Washington, D.C.: World Bank, 1984).

23- Peter Bourne, President, Global Water, Inc., Washington, D.C., private communication, April 3, 1984.

24- U.S. Agency for International Development (AID), Safe Water and Waste Disposal for Human Health: A Program Guide (Washington, D.C.: 1982); Pan American Health Organization, Health Conditions in the Americas 1977-1980 (Washington, D.C.: 1982); World Bank, Health Sector Policy Paper (Washington, D.C.: 1980); World Bank, «Water Supply and Waste Disposal,» Poverty and Basic Needs Series, Washington, D.C., 1983.

- 25- John M. Hunter, Luis Rey, and David Scott, «Man-made Lakes--Man-made Disasters,» World Health Forum, Vol. 3, No. 2, 1983; Paul L. Aspelin and Silvio Coelhodas Santos, Indian Areas Threatened by Hydro-electric Projects in Brazil (Copenhagen: International Working Group for Indigenous Affairs, 1981); AID, Safe Water and Waste Disposal.
- 26- AID, Safe Water and Waste Disposal; Environmental Sanitation Information Center, Human Waste Management For Low-Income Settlements (Bangkok: 1983); World Bank, «Water Supply and Waste Disposal»; John M. Kalbermatten et al., Appropriate Sanitation Alternatives (Baltimore, Md.: The Johns Hopkins University Press, 1982).
- 27- Chandler, Improving World Health.
- 28- Peter Morgan, Blair Research Laboratory, Harare, Zimbabwe, private communication, April 3, 1985; Peter Morgan, «Blair Research Bulletins for Rural Water Supply and Sanitation,» Blair Research Laboratory, Harare, Zimbabwe, March 1985.
- 29- Southern African Development Coordination Conference, SADCC, Agriculture Toward 2000 (Rome: Food and Agriculture Organization, 1984).
- 30- Edward Girardet, «Afghanistan: No. 1 Need is Food,» Christian Science Monitor, December 28, 1984; Institute of Nutrition and Food Science, «Nutrition Survey of Rural Bangladesh,» ADAB News (Association of Development Agencies in Bangladesh), May/ June 1984; Mushtaq Ahmed and D.J. Clements, «Problems Associated with Wheat Production in Bangladesh,» and «Food Policy,» editorial in ADAB News, September/ October 1984; Hugh Brammer, «Development Strategies in Famine Prone Areas,» ADAB News, November/ December 1984.
- 31- See Robert Orr Whyte and Pauline Whyte, The Women of Rural Asia (Boulder, Colo.: Westview Press, 1982); Edna G. Bay, ed., Women and Work in Africa (Boulder, Colo.: Westview Press, 1982); Catherine Overholt et al., eds., Gender Roles in Development Projects (West Hartford, Conn.: Kumarian Press, 1985); Karen Oppenheim Mason, The Status of Women (New York: The Rockefeller Foundation, 1984); Natalie Kaufman Hevener, International Law and the Status of Women (Boulder, Colo.: Westview Press, 1983); U.S. Bureau of the Census and AID, Women of the World: Sub-Saharan Africa (Washington, D.C.: U.S. Department of Commerce, 1984); U.S. Bureau of the Census and AID, Women of the World: Latin America and the Carribean (Washington, D.C.: U.S. Department of Commerce, 1984); Sue Ellen M. Charlton, Women in Third World Development (Boulder, Colo.: Westview Press, 1984).
- 32- Engel, private communication.

33- ENDA community worker, Dakar, Senegal, private communication regarding the senegalese Minister of Agriculture, March 10, 1985.

34- Ann Crittenden, «Shortchanging a Food Program That Works,» Wall Street Journal, February 28, 1985; International Fund for Agricultural Development (IFAD), A Fund For the Rural Poor (Rome: 1984).

35- The cost of providing agricultural productivity loans is a crude extrapolation from the experience of the International Fund for Agricultural Development (see IFAD, A Fund For the Rural Poor) and observations in Zimbabwe. Most estimates include a conservative assumption that the high end of the range of costs will be necessary for delivery of the services.

36- Bureau of the Census and AID, Women of the World: Sub-Saharan Africa; U.S. Bureau of the Census and AID, Women of the World: Latin America and the Caribbean; Whyte and Whyte, Women of Rural Asia; James Trussell and Anne R. Pebley, «The Potential Impact of Changes in Fertility on Infant, Child, and Maternal Mortality,» Studies in Family Planning, November/ December 1984; Marilyn Edmonds and John M. Paxman, «Early Pregnancy and Childbearing in Guatemala, Brazil, Nigeria, and Indonesia: Addressing the Consequences,» Pathpapers (Pathfinder Fund, Boston), September 1984.

37- UNICEF, State of the World's Children 1984; Cecile de Sweemer, «The Influence of Child Spacing on Child Survival,» Population Studies, Vol. 38 (1984), pp. 47-72; M. Potts, B.S. Janowitz, and J.A. Forney, eds., Childbirth In Developing Countries (Hingham, Mass.: MTP Press, 1983); Rudolfo A. Bulato and Ronald D. Lee, Determinants of Fertility in Developing Countries, Vols. 1 and 2 (New York: Academic Press, 1983).

38- Trussell and Pebley, «Potential Impact of Changes in Fertility.»

39- World Bank, World Development Report 1984; «In Kenya, Modernization, Drop in Breastfeeding and Low Contraceptive Use Bring Rising Fertility,» International Family Planning Perspectives, Vol. 10, No. 4, 1984; Maleba Gomes, «Family Size and Education Attainment in Kenya,» Population and Development Review, Vol. 10, No. 4, 1984.

40- Nancy Harris, Regional Director, African Region, International Family Planning Assistance, Nairobi, Kenya, private communication, March 1985; see also Chapter II in this volume.

41- As reported in Le Sahel, February 6, 1985, and translated by U.S. Department of State, March 1985.

42- David Willis, «Price Tag on Slowing World Population Growth: \$4 Billion a Year,» Christian Science Monitor, August 16, 1984; Joseph Speidel, «Cost Implications of Population Stabilization,» presented at the International Workshop on Cost-Effectiveness and Cost-Benefit Analysis in Family Planning Programs, St. Michael's Md., August 17-20, 1981; R.A. Bulatao, draft memorandum to the World Bank, April 9, 1984.

43- Michael P. Todaro, Economic Development in the Third World (London: Langman Group, 1977); World Bank, World Development Report 1983 (New York: Oxford University Press, 1983).

44- Schultz, Investing in People.

45- Organisation for Economic Co-operation and Development, Development Cooperation (Paris: 1984).