

البحث

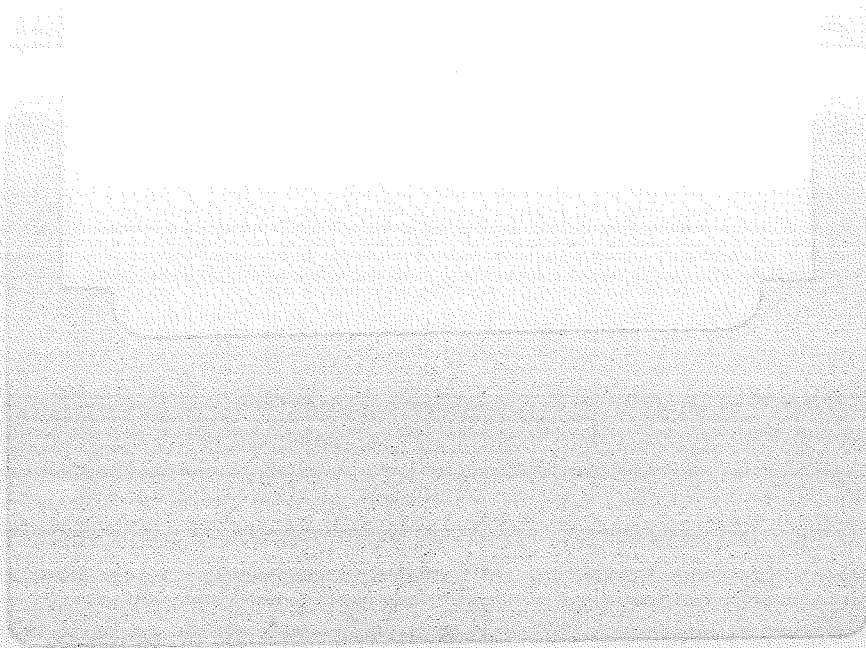
٣

الابعاد الجغرافية لمرض الإيدز في قارة إفريقيا

دكتورة/ فاتن محمد البنا

مدرس بمعهد البحوث والدراسات الأفريقية

جامعة القاهرة



شهدت بدايات العقد الثمانيني ظهور مرض الإيدز كمشكلة تهدد العالم أجمع، وكلمة إيدز AIDS هي إختصار للإسم الكامل للمرض وهو أعراض نقص المناعة المكتسبه The Acquired immuno deficiency syndrome وقد اكتشف المرض لأول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية في بداية الثمانينات، والتي حظيت بأكثر من نصف حالات الإيدز المبلغة لمنظمة الصحة العالمية WHO سنة ١٩٩٠ من بين ١٥٢ دولة في العالم (Shannon, Pyle, and Bashahur, 1991)

وتجدر الإشارة إلى وجود جدل حول من إكتشف الفيروس أولاً، هل هم العلماء الأمريكان، أم علماء معهد باستير في باريس؟ وتجدر الإشارة إلى أن الإيدز لا يظهر مباشرة بعد الإصابة بالفيروس المسبب له وهو ما يطلق عليه فيروس نقص المناعة البشري HIV إنما بعد فترة قد تطول (على أية حال)، فبعد مرور عقد ونيف على ظهور الإيدز، لا يزال بدون علاج ناجح حتى الآن، وتيقنت معظم الدول أكثر عن ذي قبل من خطورته مع تزايد أعداد ضحاياه على مستوى العالم أجمع، والتحليل المتبع في هذه الدراسة سيوضح أن الخطورة الناجمة عن الإيدز في أفريقيا تفوق غيرها ويهدف هذا البحث إلى إبراز وضع الإيدز في القارة الإفريقية ومدى خطورته عليها أخذاً في الاعتبار الخلفية الجغرافية للقارة بجانبها الطبيعي والبشري، ومن ثم إبراز الأبعاد الجغرافية المختلفة للمرض في القارة ذات الارتباط بالفيروس المسبب للمرض، ولاسيما الأبعاد العمرانية والاقتصادية والاجتماعية، كذلك التركيز على أبعاد جغرافية خاصة مكانية وزمانية.

تهدف الدراسة أيضاً إلى إبراز التباينات الجغرافية في انتشار المرض سواء على مستوى القارة الإفريقية أو على مستوى العالم Intra and Inter-Continental Variations ومدى ارتباط ذلك بتطور المرض في أفريقيا.

وحرصت الباحثة على أختتام دراستها بالإشارة إلى ضرورة وضع استراتيجيات خاصة بمواجهة المرض في القارة تكون مختلفة بالضرورة عنها في الدول المتقدمة التي اكتشفت بها الحالات الأولى للمرض، وضرورة فهم الجوانب الجغرافية للقارة نفسها قبل

الاستعانة بأجانب لوضع هذه الاستراتيجية، وذلك لأنه ثبت كما سيتضح ذلك في الصفحات المقبلة فشل بعض التجارب المستوحاه من خارج القارة ومحاولة تطبيقها على أفريقيا، بعبارة أخرى فإن فهم نمط المرض في أفريقيا هو ضروري لمكافحته.

وقد اتبعت الباحثة في دراستها منهجا تحليليا إقليميا يركز على البعد المكاني، وتأمل الباحثة أن تكون قد نجحت في إلقاء الضوء على مشكلة أفريقية خطيرة تستحق الدراسة، كذا تأمل أن تكون دراستها تدعيا للدراسات الجغرافية التطبيقية ذات الفائدة والمتعة الممكنة البعيدة عن الدراسات النظرية التصنيفية البحتة كذلك تأمل أن تكون قد أسهمت في الاهتمام بموضوع لم يلق بعد العناية الكافية من الباحثين في مجال الجغرافيا، وأعني به الجغرافيا الطبية التي لايزال الكتابات فيه محدودة للغاية (عبد العزيز شرف ١٩٨٦) (محمد جابر - ١٩٨٨) وقد تتطلب ذلك الاعتماد على مراجع أصلية عديدة باللغة الإنجليزية أثبتتها الباحثة في نهاية البحث

منشأ وأصل فيروس مرض الإيدز:

يسبب فيروس نقص المناعة البشري HIV الإصابة بالمرض ولكن بعد فترة تطول أو تقصر، وإذا فقد يبقى الفيروس في أجساد المصابين لفترة تزيد على عشر سنوات، فمن أن تبدو على المصابين أعراض مرض الإيدز.

وقد تعددت النظريات المفسرة لأصل الفيروس، فقد أرجع البعض أصله إلى القارة الإفريقية ووجوده أولا في القرود الخضراء، لأن بها أنواع فيروسية قريبة من عائلة الفيروس المسبب للإيدز وهو HIV بأنواعه وهذه الفيروسات موجودة في أجساد أقارقه وقرود أيضا ولكن لم يثبت للآن صحة الأصل الأفريقي للفيروس HIV (Essex, M., 1988: 3-9)

يضاف إلى ما سبق ذكره، إلى أن بعض الحشرات (وهي كثيرة في أفريقيا) يمكن لها (نظريا) نقل العدوى إما بطريقة بيولوجية، أو ميكانيكية، إلا أنه لم يثبت للآن نقل العدوى بهذه الطريقة في أفريقيا أو في غيرها (Lifson, A. R., 92: 116) والنوعين الرئيسيين للفيروس الناقل للمرض هما ما يطلق عليهما HIV-1 , HIV-2 والأول هو الأكثر شيوعا

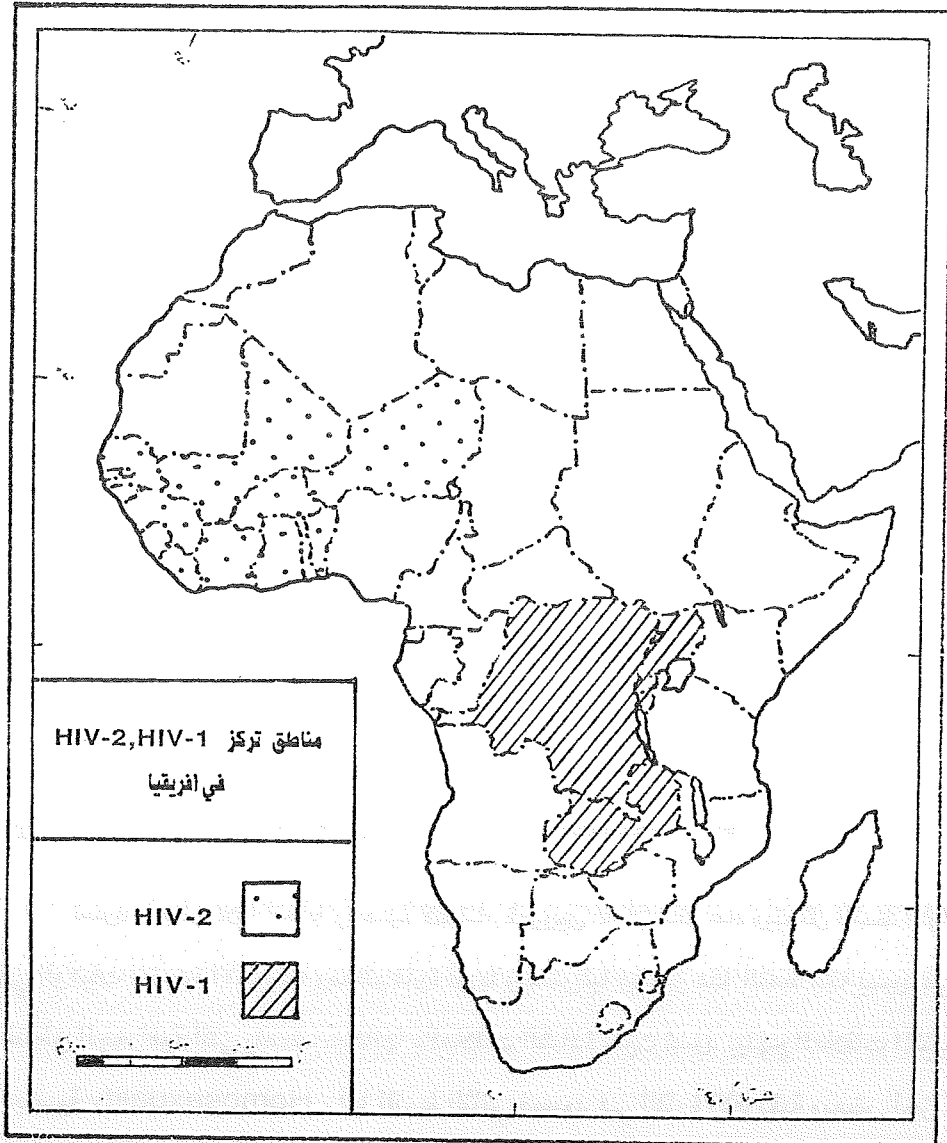
في العالم، وظل هو السائد عالميا حتى ١٩٨٨ حين تم كشف فيروس HIV-2 والذي جرى إبلاغه لمنظمة الصحة العالمية من قبل دول أفريقية وغير أفريقية وأنه نفس التأثير وسرعة الانتشار لكنه لا يزال متمركزا في مناطق بعينها من أفريقية، لاسيما غرب أفريقية (Panos Institute, 1989 : 33) شكل (١) .

وهكذا وجد فيروس الإيدز بنوعيه HIV-1 , HIV-2 في أفريقية وأن تركيز الثاني في غرب القارة وحاول Gallo وضع نموذج Model لانتقال فيروس HIV-1 من وسط أفريقيا وذلك عن طريق سكان هايتي Haiti عادوا إلى بلادهم في الكاريبي من أفريقيا في السبعينات وبعدها ، كما يرى Gallo انتشر المرض من الكاريبي إلى أوروبا وغيرها، ولكن لم تثبت صحة ذلك التحليل حتى الوقت الحاضر. (Gallo, R. C., 1987 : 39 - 48) Shannon, G, Pyle, G., and Bashshus, R. L., 1991 : 48-56)

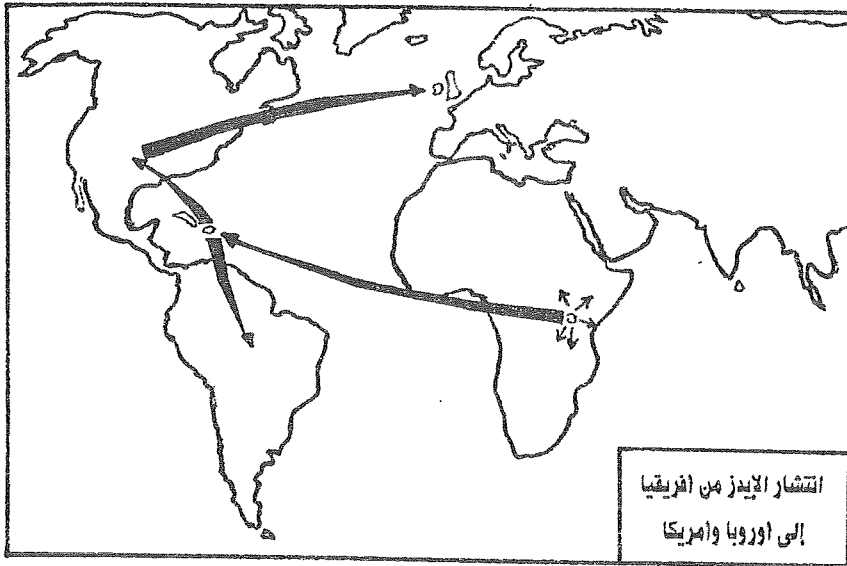
ويوضح الشكل (٢) التصور الخاص بانتقال الإيدز من أفريقيا إلى غيرها ويرى البعض انتشار المرض من أوروبا وأمريكا إلى أفريقيا عن طريق الدم المصدر إليها ، والشكل (٣) يوضح تصور شانون الخاص بانتقال الإيدز إلى أفريقيا: (Shannon G. W. 1991)

أنماط فيروس HIV وموقع أفريقيا منها: HIV Patterns

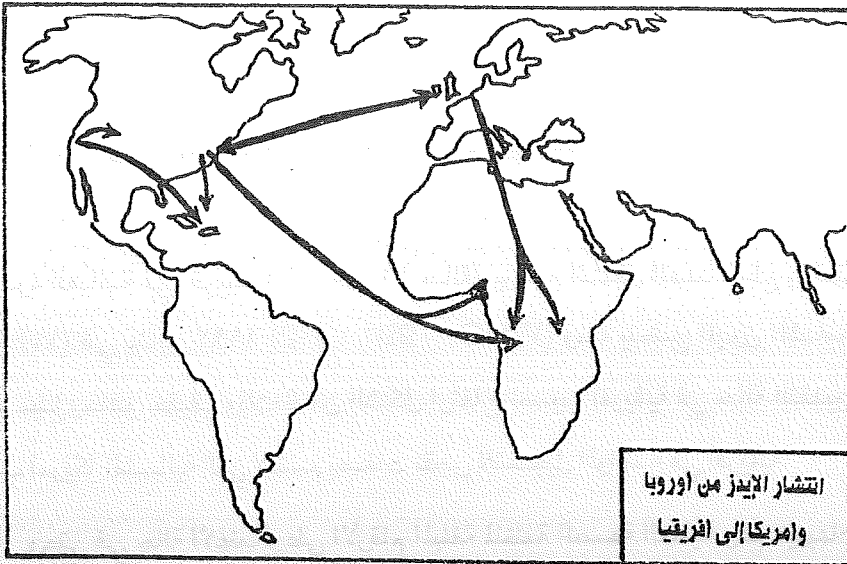
تسود العالم ثلاثة أنماط رئيسية لانتشار فيروس HIV بأنواعه، ويتمثل النمط الأول في الولايات المتحدة الأمريكية ومعظم قارة أوروبا وأستراليا ويتميز هذا النمط بأنه يسود في المناطق الجغرافية التي يتصف سكانها بالعلاقات الشاذة حيث تسود بينهم العلاقات المثلية الجنسية Homosexuality ، أما النمط الثاني فيسود في القارة الأفريقية وبعض أجزاء من أمريكا اللاتينية وينتقل المرض بين سكان هذا النمط من خلال العلاقات الجنسية المغايرة Heterosexuality أما النمط الثالث فيسود في بلاد الشرق الأوسط وشرق أوروبا ومعظم آسيا وجزر المحيط الهادي، ويتم الإصابة بالفيروس في المناطق الجغرافية المتمثل بها هذا النمط من خلال نقل الدم Blood Transfusion أو الاتصال بأشخاص ينتمون جغرافيا إلى بلاد النمطين السابقين، كذلك قد يساعد على ظهور المرض لدى أشخاص من



شكل (1)



شكل (٢)



Shannon G., et al., 1991: 46

شكل (٣)

مناطق جغرافية تنتمي للنمط الثالث عملية تعاطي المخدرات عن طريق الحقن الوريدي
Intravaeous drug addiction (Martin, S., et al., 1992: 148,
Moss, 1988 : 59-63, Shannon, G., et al., 1991 : 37-40, Muller,
et al., 1990 : 283)

وهكذا نجد أن الفيروس الذي يصيب معظم أفريقيا يتم من خلال نمط مجدد يختلف
جذريا عن النمطين الآخرين السائدين في العالم، وهى نقطة هامة لا بد أن توظف حين نبحث
عن استراتيجية لمواجهة المرض في القارة والتي يجب أن تختلف عن استراتيجية لمواجهة
في البقاع الجغرافية التي يسود بها النمطين الآخرين
نسب الإصابة بفيروس الإيدز في أفريقيا مقارنة ببقية العالم.

توضح بيانات WHO أنه مع حلول يناير ١٩٩٢ كانت الأعداد التراكمية لحالات
الإيدز في العالم والمبلغة للمنظمة قد زادت من ٢٥,٠٠٠ حالة سنة ١٩٨٥ إلى أكثر من
٤٦٠,٠٠٠ حالة من البالغين في التاريخ المذكور. مع الأخذ في الاعتبار أن هذه الأعداد
لاتمت للحقيقة بصفة نظرا لنقص التسجيل، وسوء التشخيص وقلة التبليغ أو التأخر فيه، وعلى
ذلك فالمنظمة تقدر العدد بحوالي ١,٥ مليون بالغ تطور الفيروس لديهم ليصبحوا مرضى
إيدز حقيقيين، ويتباين التوزيع جغرافيا بين القلة الواضحة في الأوقيانوسية (٥٠٠٠ حالة)
والكثرة الغالبة في أفريقيا (٩٧٠,٠٠٠ حالة) ويوضح الشكل العدد المبلغ والتقديرى
(WHO) في يناير ١٩٩٢ (WHO, 1991 : 1-2) ومنه يتضح البون الشاسع بين
ماهو مبلغ وماهو حقيقي ويلاحظ من الشكل ارتفاع نصيب أفريقية في حالة التقدير، وقلة
نصيب أمريكا الشمالية التي لاتتسم بصفات نقص التسجيل الواضح في أفريقيا.

وحتى في حالة الاعتماد على الأرقام المبلغة لمنظمة الصحة العالمية رغم عيوبها- نجد
أن أفريقيا تتميز بحضور واضح على خريطة الإيدز العالمية.

والجدول التالي يوضح النول الأكثر تضررا بالإيدز في العالم سنة ١٩٨٨ وعدد
الحالات المبلغة (رسميا) وعدد سكان كل دولة في التاريخ المذكور ومعدل الإصابة لكل
١٠٠٠,٠٠٠ من سكانها. (Panos Institute, 1989 : 31)

عدد الحالات في الجيوب	عدد حالات الإيدز	عدد السكان	الدولة
١٣٧٨	١١٣	٨٢,٠٠٠	جويانا الغربية
١٣٣٩	٧٥	٥٦,٠٠٠	برمودا
٨٠٠	١٨٨	٢٣٥,٠٠٠	بهاما
٥٩٥	١٢٥٠	٢,١٠٠,٠٠٠	الكتفوي
٢٧٠	٦٥٧٨٠	٢٤٣,٨٠٠,٠٠٠	الولايات المتحدة الأمريكية
٢٤٧	٧٤	٣٠٠,٠٠٠	جوادلب
٢٣١	١١٥٦	٥,٠٠٠,٠٠٠	بودوندي
٢٢٢	١٣٧٤	٦,٢٠٠,٠٠٠	هايتي
١٨٣	٥٥	٣٠٠,٠٠٠	بارياموس
١٧٥	٢٢٧	١,٣٠٠,٠٠٠	توتداد
١٤٩	٢٣٦٩	١٥,٩٠٠,٠٠٠	أوغندا
١٣٣	٩٠١	٦,٨٠٠,٠٠٠	رواندا
١٢٧	٢٨	٣٠٠,٠٠٠	مارتينيك
١٠٧	٣٢	٣٠٠,٠٠٠	قطر
١٠٦	٧٥٤	٧,١٠٠,٠٠٠	زامبيا
١٠٠	١٠	١٠٠,٠٠٠	سانتالوتشيا
٩٤	٢٥٤	٢,٧٠٠,٠٠٠	ج.وسط أفريقيا
٩٠	١٨	٢٠٠,٠٠٠	جزر الأنتيل
٧٩	٥٨٣	٧,٤٠٠,٠٠٠	مالاوي
٧٨	٥٠٤	٦,٥٠٠,٠٠٠	اللوومنيكان

ويعكس الجدول خطورة الوضع في أفريقيا التي تأتي بعض دولها على رأس قائمة أكثر الدول في العالم تضررا بالإيدز، والفيصل كما يبدو من الجدول هو في معدل الإصابة الذي يقيس خطورة الصورة برغم قلة عدد سكان بعض الدول في أفريقيا وغيرها.

ومكثا يعكس الجدول خطورة الوضع بالنسبة للإيدز في أفريقيا رغم المحاذير حول التعويل على الأرقام الرسمية، فنجد أن المعدلات للإصابة كبيرة ومرتفعة في العديد من دول أفريقيا. وإذا أخذنا في الاعتبار أن WHO ترى أن نسبة التبليغ في أفريقيا هي ١٠٪ فقط من الحالات الموجودة بالفعل لعلمنا قدر خطورة الأيدز في القارة.

كما سيتضح في صفحات أخرى من هذه الدراسة، فليس الوضع كذلك في دول القارة التي تربو على الخمسين دولة، فيوجد التباين الواضح بين دول شبه خالية من المرض في شمال القارة، ودول أخرى تجاوز الإصابة بالإيدز فيها نسبتها في بعض الدول المتقدمة عدة مرات (Miller & Rockwell, 1988 : XXV)

ومع وضوح خطورة الأيدز في الوقت الحالي، إلا أن خطورته المستقبلية هي أضعاف الآن وذلك لأن الإصابة بـ HIV غير مقدرة حاليا تماما في أفريقية، ويبدو الفرد في صحة رغم أنه يحمل الفيروس ولذلك لا يمكن كشفه بسهولة، والصعوبة تتضح في أن الفترة بين الإصابة بالفيروس وظهور المرض قد تطول لأكثر من ١٠ سنوات ولذلك يوضح Hag أن النسب المنشورة للإصابة بالفيروس HIV ماهي إلا قمة جبل الجليد Ice berg ، ففي سنة ١٩٨٧ كان هناك من ٥-١٠ ملايين محتمل أنهم مصابون بالفيروس، ولكن العدد المسجل دوليا كان ٦٢٤٠٠ حالة إيدز فقط .

(Torrey, B., Way, P., and Rowe, P., 1988, PP. 31-54)

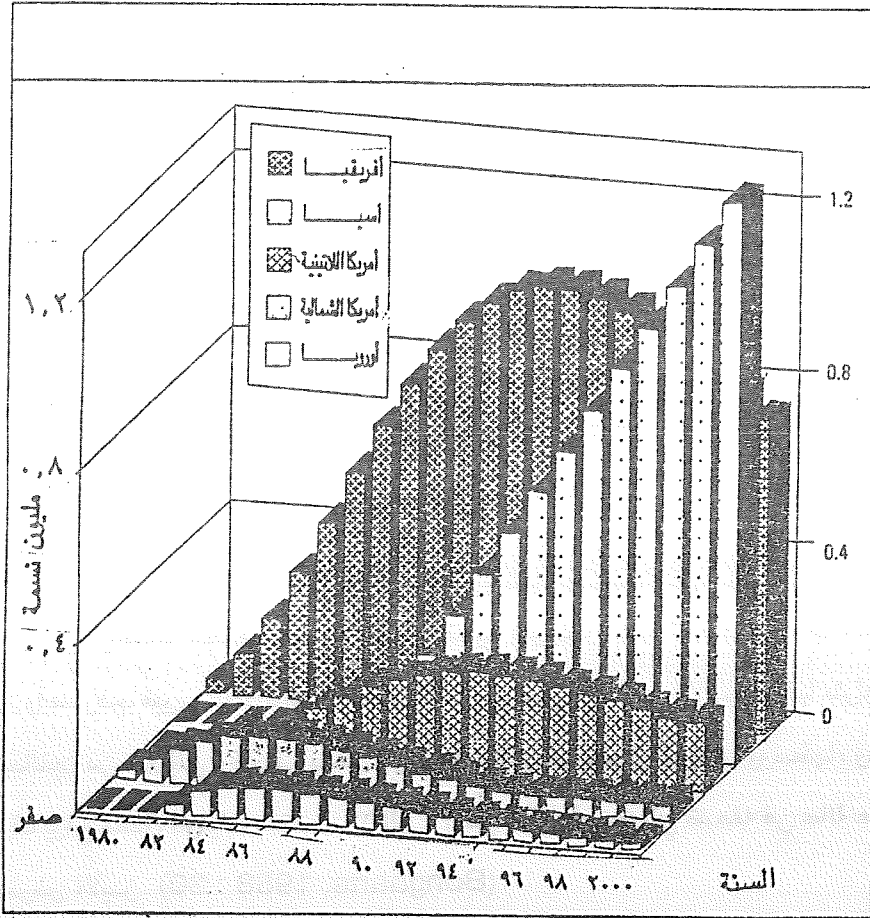
ويمكن أن نشبه وباء HIV ومرض الأيدز في أفريقيا حاليا، بالوضع في أوروبا فترة ما كان يعرف بالموت الأسود في القرن ١٤م، أو الوضع في الهند أثناء وباء الانفلونزا العظيم بعد الحرب العالمية الأولى.

وكما سبقت الإشارة فإنه من المعتقد أن عدد حالات الإيدز هي ١,٥ مليون بالغ سنة

١٩٩٢ أي أن هذا الرقم هو فعلا قمة جبل الجليد، وعلى ذلك فإن عدد حالات الإيدز العالمية في أي منطقة جغرافية في العالم، تعكس الوضع في نفس منطقة منذ عقد من الزمان، وفي أفريقية ونظرا للعقبات التي تقف أمام التعرف على رقم حقيقي سواء لنسب الإصابة بـ HIV أو لعدد حالات الإيدز الفعلية، فإن التنبؤ الصحيح بالأعداد المستقبلية لن يتم قبل عمل المسوح الشاملة للتعرف على وبائية المرض Epidemiology لاسيما وقد علمنا أن الأرقام الحالية في نظر (WHO) لا تمثل سوى ١٠٪ من الواقع، وأن الوضع في القارة والعالم سنة ٢٠٠٠ يبنى بأنه سيكون هناك بين ٣٠ - ٤٠ مليون مصاب HIV وأن ٩٠٪ منهم في دول العالم الثالث كذلك تتنبأ WHO بأنه رغم تفوق أفريقيا الحالي في نسب الإصابة HIV وعدد حالات الإيدز AIDS إلا أن مع منتصف التسعينات أو قبل نهايتها سيكون هناك نسبة إصابة بـ HIV وعدد حالات إيدز في آسيا ستكون أكثر من أفريقيا لأول مرة (2 : WHO, G. P. A., 1992) والشكل (٤) يوضح هذه الحقيقة ، ومرجع هذا التغير إلى أن نسب الإصابة حاليا في بعض الدول الآسيوية تأخذ شكلا وبائيا في حالة HIV ولم تتطور بعد إلى حالات إيدز وهو ما تعتقد WHO أنه سيحدث مع نهاية العقد الحالي.

ونسب الإصابة تختلف كما ذكرنا بين أقاليم أفريقية، كما تختلف بحسب فئات السكان وأعمارهم، فيرى Bongaarts أن انتشار فيروس HIV في أقاليم أفريقيا يتراوح بين البالغين من ١٪ إلى ١٠٪ في بعض مراكز الحضر في شرق أفريقيا ووسطها، وهو ماسوف يرفع معدل الوفيات سنة ٢٠٠٠ إلى ٢٦ في الألف أي حوالي ضعفه في حالة عدم وجود مرض الإيدز (30 : Bongaarts, 1988)

وأكثر مناطق أفريقيا حاليا تتأثر بالإصابة بـ HIV والإيدز هي شرق ووسط أفريقيا، وفي رأي كالنويل وزملاؤه أن ذلك ليس فقط بسبب سلوك السكان ولكن أيضا بسبب عدم معالجة الأمراض الجنسية الأخرى والتي تسهل الإصابة بالإيدز وهذه الأمراض يطلق عليها STD (Sexual Transmitted Diseases) وهو ما يعكس ضرورة كفاءة النظام الصحي ككل لمواجهة الإيدز (45 : Caldwell et al., 1989)



WHO. Global Program on AIDS, 1991, P.2

حالات الإصابة بفيروس HIV في قارات العالم حتى 2000 م

شكل (4)

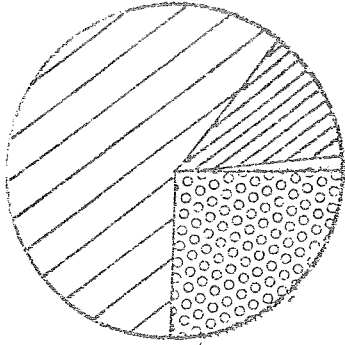
البيانات الأفريقية- العالمية والأفريقية-الأفريقية في معدلات الإصابة:

قدرت WHO عد المصابين بـ HIV في العالم سنة ١٩٩١ بين ٩-١١ مليون شخصاً، وقدرت أيضاً أن هذا الرقم ينتظر أن يتضاعف ٤ مرات بحلول سنة ٢٠٠٠ وقررت المنظمة أيضاً اعتماداً على الوضع الحالي للإيدز وخاصة عدم علاج ناجح له، أن $\frac{1}{3}$ هذه الزيادة في الإصابة يمكن منعها بواسطة التعاون الدولي وجهود المكافحة، ولذلك فإن ما بين ٥-٦ ملايين سوف يتطور الفيروس لديهم إلى مرض قاتل.

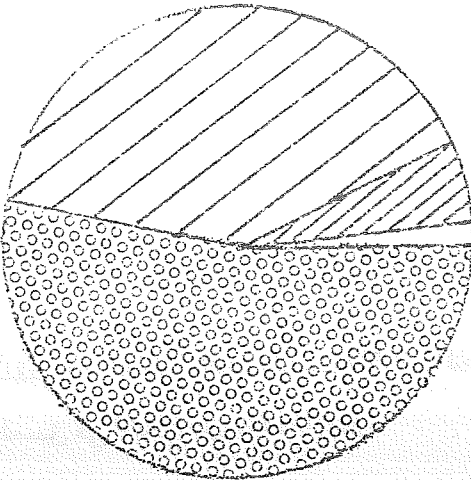
ومع نهاية ١٩٩٠ وبعد مرور عقد من الزمان على ظهور المرض لأول مرة فإن أقل من ٢٠٠,٠٠٠ حالة إيدز تم إبلاغها رسمياً لـ WHO أجمع وكانت الأغلبية في الأمريكيين (١٨٠,٦٦٣ حالة) وذلك نظراً لارتفاع نسبة الصدق والدقة في الإبلاغ، وأما في أفريقية فكان بها (٧٥٦٤٢ حالة)، وهو ما لا يمثل الحقيقة لقلّة نسبة الدقة والصدق في الإبلاغ ومعظم الباقي (٣٩٥٢٦ حالة) كان في أوروبا، أما في آسيا والأوقيانوسية، والتي تكون معاً $\frac{2}{3}$ سكان العالم فقد سجلت فقط أقل من ٣٠٠٠ حالة وهو ما يوحي بشئ كبير من التفريط في التسجيل، وقد حدا ذلك بمنظمة الصحة العالمية إلى تقدير حالات الإيدز في نهاية سنة ١٩٩١ بحوالي مليون حالة (شكل ٥ أ)

والجدول التالي يوضح التقديرات العالمية للإيدز بحسب الأقاليم المحددة بواسطة WHO في سنة ١٩٩١ ونسبة الصدق في الإبلاغ عن حالات الإيدز.

حاصلات التربة



حاصلات التربة



حاصلات التربة (سليبي) والبيات التربة عام 1991



عام (٢٥)

تقديرات WHO لحالات الايدز في العالم، ونسبة الصدق في الابلاغ

ومعدل الإصابة / ١٠٠,٠٠٠ من السكان عام ١٩٩١

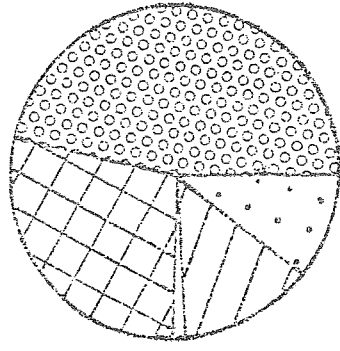
معدل الإصابة بالإيدز في كل ١٠٠,٠٠٠ من السكان	نسبة الصدق في الإبلاغ عن حالات مرض الإيدز %	تقديرات WHO لحالات الإيدز في أقاليم العالم	الإقليم
٩٤,٣	١٠,٥	٥٧٥,٠٠٠	أفريقيا
٦٠,٢	٦٢,٥	٤٢٥,٠٠٠	الأمريكتين
٠٠,٢	٥٧,٠	٥,٠٠٠	آسيا
١٢,٨	٦٧,٥	٦٩,٠٠٠	أوروبا
٢٣,٣	٧٨,٧	٦,٠٠٠	الأوقيانوسية
٢١,٧	٢٥,٣	١,٠٨٠,٠٠٠	الجملة

ويتضح من الجدول (Cliff, A. D & Smallman -Raynor 1992 : 183)

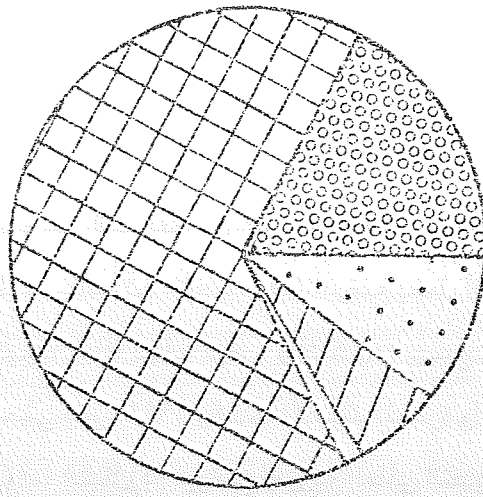
وقوع أفريقيا على رأس أقاليم العالم من حيث عدد المصابين فعلا بالإيدز، وأيضاً على رأس أقاليم العالم من حيث معدل الإصابة لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان ويوضح الجدول كذلك أن الحالات المبلغه رسمياً تریو عن الثلث فقط من الحالات الفعلية ويزداد الموقف في أفريقيا سوء إذ أن المبلغ هو فقط عشر الحالات الفعلية، وهذا الوضع يجعل أفريقيا أولى أقاليم العالم بسرعة وضع استراتيجية فعالة تجاه المرض، والشكل (٥) يوضح عدد حالات الإيدز المبلغه رسمياً (WHO) حتى يناير ١٩٩٢ وكذلك الأعداد المقدرة والأقرب إلى الحقيقة (WHO, G. P. A : 2) أما الشكل (٥) فيوضح التوزيع العالمي التقديري لحالات الإصابة بالإيدز لدى البالغين في يناير ١٩٩٢ (WHO, G. P. A : 3)

ولعل أكثر ما يلفت النظر أن نسبة النوع Sex Ratio في أفريقيا وجد أنها تصل إلى درجة متساوية مختلفة عن كل أقاليم العالم إذ يصل إلى ١:١ بمعنى أن إصابة الذكور والإناث هي بقدر متساو.





مخالفات بوليفيا



مخالفات فنزويلا



مخالفات الإيجز المتفاداة رسمياً التي من شأنها الصحة النهائية والمخالفات المتغيرة عام ١٩٩٣

- أفريكا الشمالية 
- الأرجنتين 
- أستراليا الغربية 
- أستراليا الشرقية 

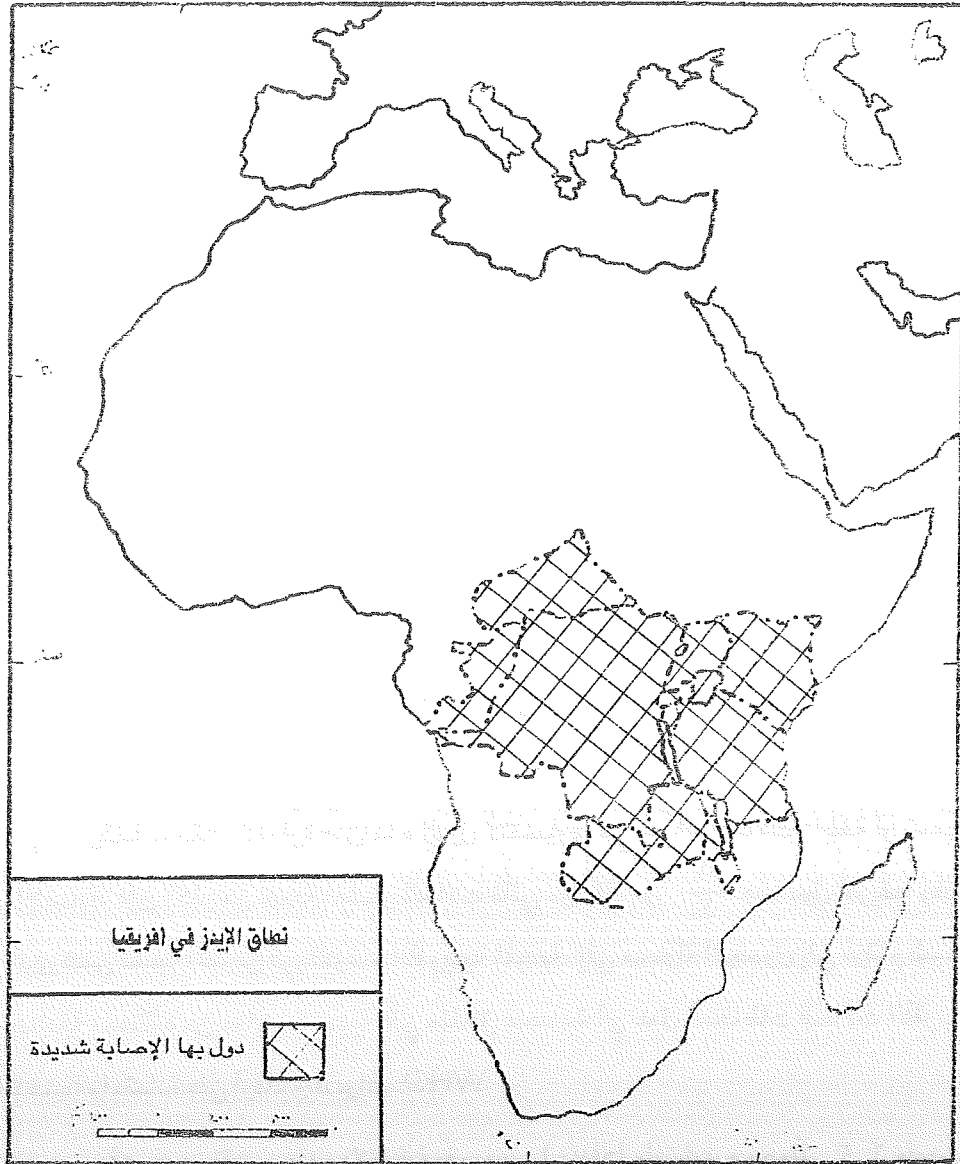
شكل (٥)

وكما تتباين نسبة الإصابة في أفريقيا عنها في بقية العالم، فإن هناك تباينات إقليمية داخلية في أفريقية ذاتها، فنجد أن وسط وشرق أفريقيا أكثر في معدلات الإصابة من غيرهما وأكثر شدة، يليها جنوب وغرب القارة، ثم يأتي شمال القارة في أدنى مستويات الإصابة، ومن هنا نلاحظ تباينا في شدة الإصابة على مستوى أقاليم القارة - Inter Regional Variations وعلى ذلك نلاحظ نوعا من الانحدار Gradient في نسب الإصابة بـ HIV والإيدز بالبعث عن بؤر الإصابة الشديدة في وسط وشرق أفريقية، وفي منتصف ١٩٩٠ كان هناك ٧ دول أفريقية تتركز بها معظم حالات الأيدز وأهمها هي أوغندا وكينيا وزائير ورواندا وبوروندي وهي ما يطلق عليها حزام الإيدز AIDS Belt وبها ما يقرب من ٧٥٪ من إيدز أفريقيا. ويمكن أن نطلق على تلك المنطقة بالإيدز منطقة القلب Core area من الوجهة الجغرافية، ويحيط بمنطقة القلب هذه مكان هامشي يتجه نحو غرب أفريقيا في الكونغو وغانا وكوت دي شوار، وجنوبا نحو جنوب القارة في زيمبابوي ومالابوي حيث تضم هذه الهوامش مع دول القلب Core and Prephery areas حوالي أكثر من ٩٠٪ من حالات الإيدز، وفي سنة ١٩٩٢ كانت الأرقام الرسمية المبلغه من أفريقيا عن حالات الإيدز من ٥٢ دولة أفريقية هي ١٤٤٨٦٣ حالة. شكل (٦) شكل (٧).

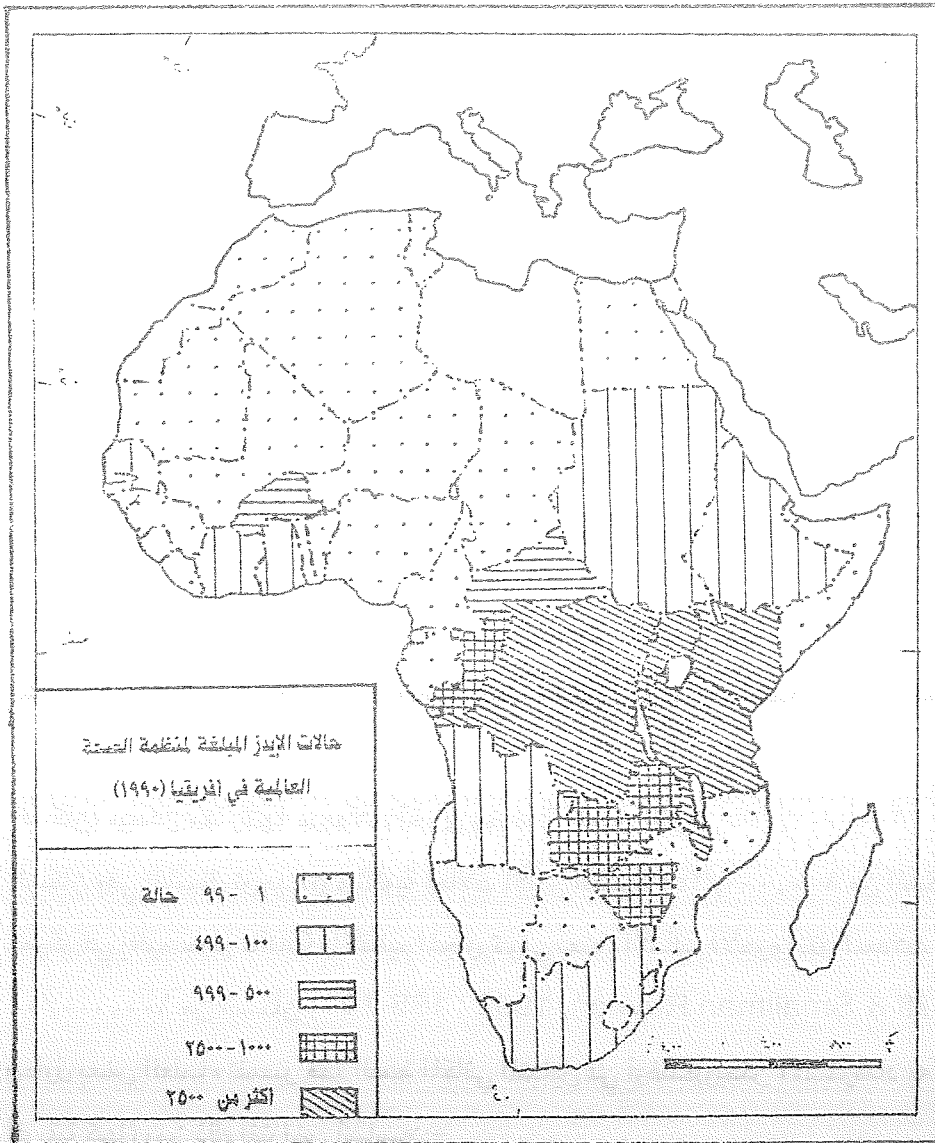
(Piot, P., et al., 1992 : 15)

وكما سبقنا الإشارة فإن هذه الدول لا تتساوى في أعداد الحالات المبلغه أو نسب الإصابة، فإن أكثر من تسعة أمشار الحالات تأتي من أقل من $\frac{1}{11}$ عدد دول أفريقيا وقد أدى تدني نسبة الصدق في الأرقام الأفريقية المبلغه، إلى محاولة الوصول إلى أرقام شبه صادقة مستقاه من دراسات جديدة علي مناطق محدودة أي عمل اسقاطات للحالات الأقرب للصحة واعتمادا على أرقام وتقدرات WHO.

وقد جرى تقدير حجم الإصابة بفيروس HIV-1 وانتشاره بحوالي ٢,٢ مليون حالة في وسط أفريقيا أي ٥,٨٪ من جملة السكان سنة ١٩٩٠، ومع ذلك فالوباء لا يتوزع بشكل متساو وكما أسلفنا نقول، وتوضح الدراسات العديدة إلى أن نسب الإصابة الكبيرة توجد عند الشعوب الغربية لبعيرة فنكتوريا (في أوغندا وشمال غرب تنزانيا) كذلك في الدول



شكل (٦)



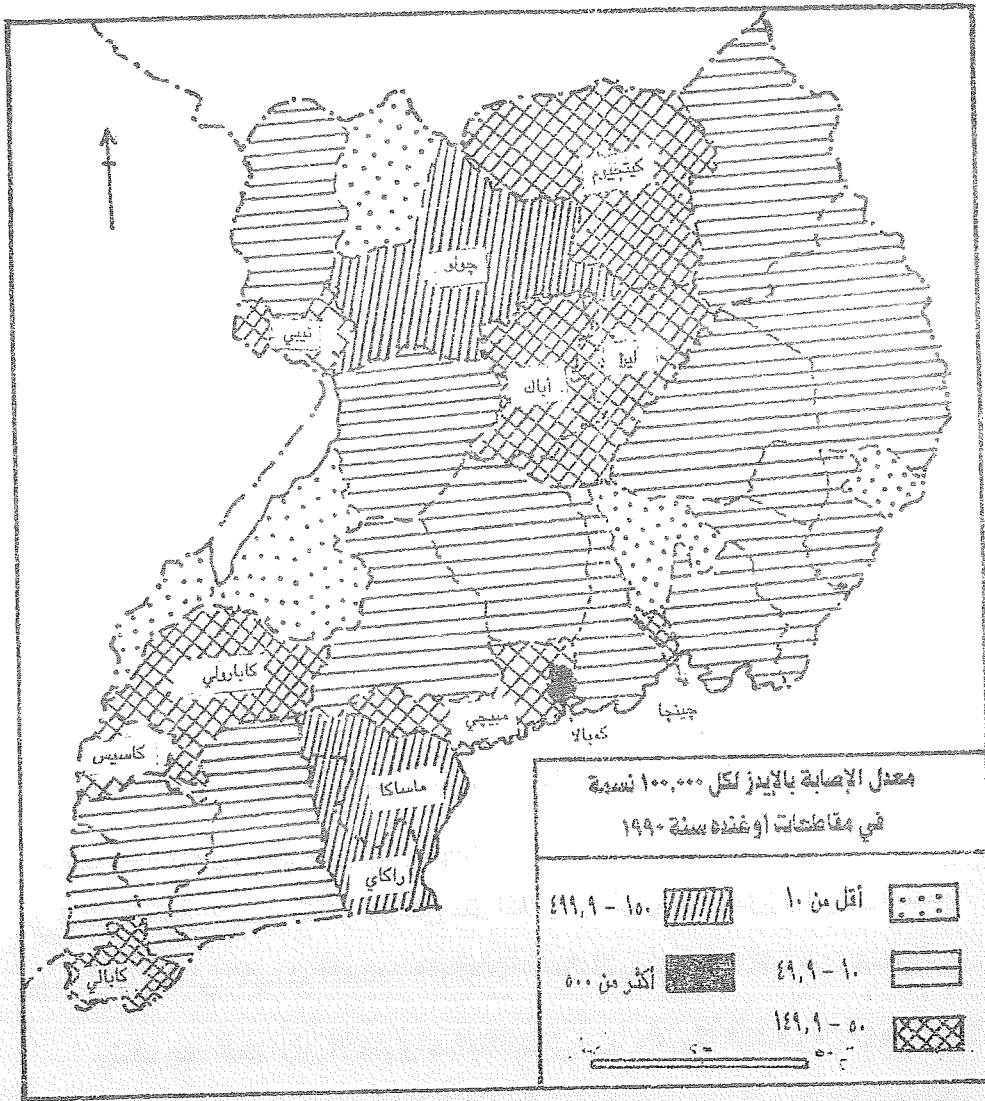
شكل (٧)

المجاورة مثل رواندا وبوروندي إلى الغرب، وإلى الجنوب في مالوي وزامبيا.

وتأتي أوغندا بين أكثر دول أفريقيا في نسب الإصابة سواء بفيروس HIV أو مرض الإيدز نفسه. وفي هذه الدولة وحدها فإن الإحصاءات تحدد عدد المصابين بـ HIV بحوالي مليون حالة (٦٪ من سكان أوغنده) وذلك في نهاية عام ١٩٨٩ (لاشك أنها زادت الآن) وذلك فإن رقم ١٢٤٤٤ حالة إيدز في أوغنده رسميا لا يطابق الواقع بالنظر للتقارير المتعددة عن نقص التسجيل في أفريقيا.

وكما لاحظنا في السياق السابق الذكر وضح تباين نسب الإصابة بين الأقاليم والدول الأفريقية Inter-Regional Variation فإنه يتضح أيضا من السياق التالي أن هناك تباينا داخل نفس الإقليم Intra-Regional Variation ويتضح ذلك بجلاء من الشكل (٨) الذي يوضح تباين معدل الإصابة بالإيدز في كل من ٣٤ قسما إداريا في أوغنده وهذه المعدلات مقدره على أساس تقدير السكان في أوغندا وأقاليمها في منتصف ١٩٨٩ (Cliff, A. D. & Smallman-Raynor, M. R. : 1992 : 191) والشكل (٨) يوضح أن الأقاليم الخمسة الجنوبية مثل أقاليم راكاي Rakai وماساكا Masaka وكمبالا والواقعة على شواطئ البحيرة تمثل البؤرة الأساسية للحالات المبلغة، وفي هذه الأقاليم فإن حالات الإيدز التراكمية بين ١٦٧-٥١٧ لكل حالة ١٠٠,٠٠٠ من السكان، ويمكن مقارنتها بمعدلات أخرى وخاصة المعدل القومي ٧٤/١٠٠,٠٠٠ من السكان وفي الشمال توجد بؤرة ثانوية لحالات الإيدز الكثيرة ٢٥٥/١٠٠,٠٠٠ من السكان تتركز في إقليم جولو Guiu والأقاليم المجاورة وفي بعض الأقاليم الأخرى تقل المعدلات عن ٥٠/١٠٠,٠٠٠ من السكان (Cliff & Smallman Raynos, 1992 : 185-191) وحاول بعض العلماء تفسير هذا النمط المكاني المتباين في أوغنده (ويمكن الاسترشاد به في أفريقيا كلها) ومن ذلك إقتراض أساسين:-

الأول هو تفسير Hunt ١٩٨٩، وكذا تفسير لارسون ١٩٩٠ اللذان أشارا إلى انتشار المرض بدءا من بؤر حضرية جاذبة للعمالة الريفية ودور الهجرة الراجعة Return migration وهذه المناطق الجاذبة تقع بالمقاطعات الجنوبية على طول شاطئ بحيرة



Small man - Raynor and Cliffe, 1991 : 72

شكل (٨)

فيكتوريا، بينما مناطق العمالة المغذية تشمل معظم مقاطعات شمال وجنوب غرب أوغندا /

(Hunt, P. J., 1989 : 353-73) ; (Larson, A., 1990 : 5-25).

أما الافتراض الثاني، فيعتمد على أن الوباء وتوزيعه تم من خلال أنه يعكس عملية الانتشار Difussion Process والتي من خلالها تجد أن الطرق الرئيسية تعمل كممرات ومسالك رئيسية لممر الفيروس وتشره بين المناطق الحضرية وغيرها وبينها وبين المناطق الريفية وقد قاد هذا التفسير والفرص العالم Wood (Wood, W.B., 1988:266-269)

وهكذا يتضح أن قارة أفريقية برغم خطورة وضع الإيدز بها تتباين أقاليمها في شدة الإصابة وكذا تتباين المناطق الداخلية في نسب الإصابة، والحقيقة أن مرجع الصعوبة في الوصول إلى نسب دقيقة للإصابة يعود إلى تردّي النظام الصحي وضعف البناء الاقتصادي والخلفية الاجتماعية لسكان أفريقيا وهو ما سيجري توضيحه مستقبلا.

وإحدى أكبر المشكلات أمام دقة تسجيل كلاً من HIV والإيدز هي النتائج الزائفة التي تحدث في المناطق المدارية وخاصة في أفريقيا، إذ يؤدي المناخ الحار إلى فساد أو تلوث عينات الدم عن غير قصد والتي تعطي نتائج غير حقيقية، أكثر من ذلك فإن تلوث عينات الدم عن غير قصد والتي تعطي نتائج غير حقيقية، (أكثر من ذلك) فإن الحصول على نتائج سليمة في المناطق المدارية حيث تنتشر أمراض مثل الملاريا والبلهارسيا والدرن والديدان الطفيلية، يجعل التعرف على الأجسام المضادة Anti Bodies لفيروس HIV غاية في الصعوبة.

ولذلك وجد العلماء أن الاختبارات المعتادة في أوروبا وأمريكا للكشف عن الإيدز أو عن الفيروس هي ذات قيمة محدودة في أفريقيا، وهو أمر خطير يدعو إلى مراعاة ذلك وتأثير العوامل الجوية والمناخية على إجراءات الكشف والاختبار المستوحاه والمجولية من بلاد معتدلة وباردة أصلاً.

كما أن الأحوال الطبيعية والاقتصادية في القارة لا تساعد على إجراء مسح شاملة لمناطق شاسعة للكشف عن الفيروس ووجد أن اختبارا لكشف أجسام مضادة لـ HIV

يتكلف من ١-٥ دولارا، وأن الاختبار الذي يؤكد الكشف يتكلف بين ٣٥-٧٥ دولارا أمريكيا لكل مريض، وذلك بخلاف التكلفة الإضافية المتمثلة في المعامل والأجور. وللمقارنة فإنه وجد أنه في الولايات المتحدة الأمريكية أن اختيار ٢,٣ مليون متطوع عسكري خلال سنتين تكلف ٤٣ مليون دولارا، ومثل هذه التكلفة الاقتصادية تقصر عنها معظم دول أفريقيا، فضلا عن أن معظمها قد يكون محدود القيمة، بالنظر للفروق التي تبو في القارة الأفريقية والتي تحتم تعاون العلماء لاختيار أفضل الاختبارات التي تناسب الخلفية الطبيعية للقارة، بمثل ما تتفق مع الخلفية الاجتماعية للسكان. (9 : 1989 The Panos Institute)

كذلك التركيز على دراسة الخلفية الطبيعية والبشرية لبعض المناطق في داخل أفريقيا وداخل بعض الدول الأفريقية لمعرفة الأسباب الكامنة وراء التباين الإقليمي والداخلي في الإصابة بفيروس HIV والإيدز.

الإصابة الزمنية للإيدز في أفريقيا:

تختلف الأمراض فيما بينها في أنها تعكس أبعادا زمنية متباينة من ناحية، وأن المرض الواحد يعكس تغيرات متباينة في تاريخين مختلفين وقد اعتم بعض الباحثين في الجغرافيا الطبية بذلك البعد كما جاء في دراسة عن مرض السرطان في دول الخليج العربية (محمد مدحت جابر، ١٩٨٨: ٧٧-٨٨).

وتل أهم الأبعاد الزمنية لفيروس HIV والإيدز هي طول فترة الحضانة للفيروس في جسد حامل الفيروس والتي تطول إلى أكثر من ١٠ سنوات، وبالتالي فالإصابة الحالية بالفيروس قد لا تتطور إلى مرض الإيدز قبل عقد من الزمان، أو بمعنى آخر أن حالات الإيدز الحالية في منطقة جغرافية تعكس وضع الإصابة في نفس المنطقة منذ عقد مضى من الزمان، هذا بالإضافة إلى التزايد المستمر حاليا سواء حاملي الفيروس HIV أو في مرض الإيدز.

ويبرز ذلك البعد الزمني أن حالات الأيدز سنة ١٩٨٥ كانت ٢٥ ألف حالة وصلت إلى ٤٦٠,٠٠٠ حالة في أوائل ١٩٩٢ أي بنسبة زيادة كلية قدرها ١٧٤٠٪ ونسبة زيادة سنوية

قدرها ٢٩٠٪ وهذه الحسابات للأرقام الرسمية وسبق الإشارة إلى أن تقديرات WHO هي أكثر بكثير وخاصة في قارة أفريقية.

ومن الأبعاد الزمنية مقارنة البعض لحجم الوباء بحجم بعض الأوبئة التاريخية في العالم، فقد كان ضحايا الطاعون سنة ١٩١٧ وما بعدها ٢٠ مليوناً من البشر ومن هنا قد يقول البعض أن الإيدز لا يقارن بهذه الخسارة الجسيمة الناتجة عن هذه الأوبئة التاريخية، وذلك قول غير صحيح لأن الأرقام الحالية لمصابي فيروس HIV والإيدز ما هي إلا قمة جبل جليدي، وسبقت الإشارة إلى أن طول فترة حضانة المرض من ٨- ١٠ سنوات تجعل ظهور المرض يتأخر، ولكن هذه الحالات ستتراكم وتحدث فجأة بشكل متفجر، وبالمقارنة مع بقية الأمراض المعدية والوبائية الأخرى نجد أن فترة الحضانة قصيرة للغاية بين ١- ٦ أيام -

ويلاحظ نظراً لاختلاف الظروف الاجتماعية والاقتصادية وكفاءة النظام الصحي أن حاملتي فيروس HIV يموتون أسرع في أفريقيا بالمقارنة بالدول المتقدمة، وجاء في إحدى الدراسات المستقاه من تسجيلات إحدى المستشفيات الإفريقية الكبرى، أن ٣٥٪ من الداخلين إليها هم من المصابين بفيروس HIV من البالغين والأطفال، وأن ٣٠- ٥٠٪ منهم يموتون في خلال من ٥- ١٠ سنوات.

ومن الأبعاد الزمنية للإيدز أيضاً أن بينما اكتشف المرض في U.S.A أولاً في أوائل الثمانينات وكان نصيبها آنذاك من حالات الإيدز ٨٠٪ سنة ٨٣/ ٨٤، نجد أن هذه النسبة هبطت إلى ٦٥٪ سنة ١٩٨٨ (The Panos Institute, 1989: 29) مع ملاحظة أن هذه النسب مستقاه من الأرقام الرسمية وهي كما علمنا غير دقيقة وخاصة في قارة كإفريقيا، ومع ذلك تظهر الأرقام والنسب الطبيعية الدينامية المتغيرة للفيروس والإيدز عبر الزمن، وهناك حقيقة هامة أن نسب الإصابة بالفيروس والمرض تسارعت كثيراً في أفريقيا بدءاً من سنة ١٩٨٥ سواء بسبب تحسين وسائل التشخيص أو اقتناع الدول الأفريقية بأن من الأسلم أن تبلغ عن الحالات لديها لتضمن مساعدة الهيئات الدولية، وبسبب الوعي بضرورة مكافحة وباء خطير.

ويذكر Biggar أن حوالي ٢٠٪ من بعض سكان المدن الأفريقية هم إيجابين للفيروس في مصل الدم، ويرى قياسا على تصاعد نسبة الإيجابية هذه عبر الزمن، وباستخدام نموذج أسّي Exponential Model ، فإنه يمكن حساب عدد حاملي الفيروس من النساء يتضاعف كل ٧,٤ سنة علما بأن الباحث استقى بياناته من سجلات (Biggar, R. J., 1989:5) النساء المترددات على إحدى مستشفيات النساء في زانير.

الإبادة العمرانية للإيدز:

يتفق التوزيع لفيروس نقص المناعة البشري Hiv في أفريقيا، وكذا الإيدز AIDS مع توزيعه في العالم- بصفة عامة- من كونه مرض حضري أساسا، ولكن هذا لا يمنع من أن بعض مناطق الريف الأفريقية تحظى بإصابة مرتفعة كثيرا عن مناطق الريف في معظم أنحاء العالم.

وتتميز أفريقيا عموما بانخفاض درجة الحضرية Degree of urbanism عن غيرها من قارات العالم، ولكنها تتميز أيضا بسرعة النمو الحضري، وإذا ما ركزنا فقط على النول الأفريقية الواقعة في نطاق الإيدز AIDS belt ونعني بها تلك الواقعة في وسط وشرق أفريقيا فإننا نجد أن درجة الحضرية في أوغندا كانت سنة ١٩٧٠ / ٨٪ أصبحت ١١٪ سنة ١٩٩١، وفي تنزانيا ٧٪، ٣٤٪، وفي بوروندي ٢٪، ٦٪ من التاريخين على التوالي، ورواندا ٣٪، ٨٪، وفي كينيا ١٠٪، ٢٤٪ وفي أفريقيا الوسطى ٣٠٪، ٤٨٪ على التوالي وفي زيمبابوي ١٧٪، ٢٨٪ وفي زامبيا ٣٠٪، ٥١٪ في ١٩٧٠، ١٩٩١ على التوالي، ووصل متوسط معدل النمو في السكان الحضريين سنويا بين سنة ١٩٨٠ - ١٩٩٠، في تنزانيا ١٠,١٪ سنويا وفي أوغنده ٤,٥٪، وفي بوروندي ٥,٧٪ وفي مالاوي ٦٪ ورواندا ٧,٧٪ وفي أفريقيا الوسطى ٤,٨٪ وفي زيمبابوي ٥,٨٪ وفي زامبيا ٦٪ سنويا (The world Bank, 1993:398) ،

وثمة ملمح عمراني هام تتميز به أفريقيا ألا وهو وضوح الهيمنة الحضرية في دولها بمعنى تركز نسبة كبيرة من السكان في مدينة واحدة هي العاصمة غالبا The primate city أو في مدينتين على الأكثر، فتصل نسبة سكان الحضر في المدينة العاصمة سنة

١٩٩٠ في بعض دول أفريقيا كما يلي:

تنزانيا ٢١٪، وفي أوغنده ٤١٪، وفي بوروندي ٨١٪ وفي مالاوي ٣١٪ وفي رواندا ٥٦٪ وفي جمهورية وسط أفريقيا ٥٢٪ وفي زيمبابوي ٣١٪ أما في زامبيا فكانت ٢٥٪ وهكذا نجد أن معظم الدول سالفة الذكر يتركز ما بين خمس، وأربع أخماس سكان الحضر بها في العاصمة، ولذلك علاقة هامة بمرض الأيدز الذي يتركز وينتشر إنطلاقاً من هذه المراكز الحضرية الكبيرة (The world Bank, 1993: 398).

وقد لاحظ Torrey, woy, Rowe أن الإيدز وفيروس HIV هو مرض حضري في أفريقيا، كما هو كذلك في العالم، وأن المناطق الحضرية ستكون أكثر تضراً، وبأن هذه المراكز هي في دولها مراكز التنمية والاقتصاد ولذا فإن الضسارة ستكون باهظة في هذه المدن الموبوءة، ولذا يجب التركيز على منع انتقال العدوى من المدن إلى الريف (Torrey, woy, and Rowe, 1989; 44-45)

وقد لاحظ بعض الباحثين أن التحضر في أفريقيا هو من عوامل ضعف الضبط الاجتماعي Social control من قبل الأسرة تجاه الأفراد، كذلك لاحظوا أن النزوح من الريف إلى المدن يؤدي إلى تأخير سن الزواج، ولاحظ أيضاً أن الإصابة ب HIV ومن ثم الإيدز يرتبط أساساً بالمدن الكبرى في أفريقيا، والتي ينتشر بها البغاء والدعارة، والتميزة بارتفاع نسبة النوع Sex Ratio عن الريف المحيط بها لذلك تعد مشكلة الاختلاط Pramiscuity من مشكلات الحضر الأفريقي ومن خلال هذا الاختلاط وتعدد الشركاء للبقايا ينتقل فيروس الإيدز HIV مما يزيد من احتمالات الإصابة بالمرض وفي دراسة جرت في كيجالي (رواندا) وجد أن حوالي ٨٠٪ من عينة الدراسة من الذكور غير المتزوجين، ٢٠٪ من المتزوجين قد أقنوا باتصالهم بالبقايا مرة على الأقل في العامين السابقين على هذه الدراسة (Corael, M. etal., 1985: Abstract)

ولاشك أن هذه الصورة، مع الأخذ في الاعتبار تزايد نسبة سكان الحضر كما لاحظنا في التحليل السابق توضح سرعة الإصابة بالمرض مواكبة في ذلك تزايد الحضرية

وتبدي بعض المدن في زائير وتنزانيا اعترافا وتسامحا كبيرين للعلاقات الجنسية بون تحريم كبير مما يساعد في نشر المرض (Piot, P. and carael, M., 1988:83). يضاف إلى ما سبق أن معظم مدن أفريقيا نتيجة الحروب والمجاعات والكوارث الطبيعية هي الملاذ لدى سكان الريف، لذا تشهد هجرة مكثفة ريفية- حضرية وتنتشر بها المناطق العشوائية المتدهورة Slum areas هي مرتع للتشرد والجريمة والمخدرات وكلها ظروف تهيب السلوك غير السوي مما ينشر المرض بها أكثر من غيرها، وقد وضح من بعض الدراسات أن بعضا من مدن أفريقيا يقطن ٤٠٪ من سكانها في مثل هذه المناطق المتدهورة والموبوءة وبها ظاهرة ما يطلق عليه أطفال الشوارع Street children وهم عرضة للإصابة بالفيروس والمرض من خلال اجبارهم على تعاطي المخدرات وممارسة الدعارة

وقد قدر أنه في سنة ٢٠٢٠ سوف يكون هناك في أفريقيا ٣٠ مدينة مليونية أفريقية، والعديد من المدن التي يتجاوز سكان كل منها ١٠ ملايين نسمة (Mc Namara, R., 1990; 38). وهو وضع ينبئ بصورة مستقبلية قاتمة لإفريقيا إذا ما استمر المرض على ما هو عليه من سرعة الانتشار في القارة في ظل ظروفها الاجتماعية والاقتصادية الصعبة، وفي ظل عدم اكتشاف علاج ناجح للإن رغم مرور أكثر من عقد من الزمان على ظهور المرض.

وفي تفسير ارتباط الإيدز بالحضرية اشرت سابقا إلى تفسيرات Hunt و lasson المتمثلة بالإصابة عن طريق هجرة العمالة من الريف للمدن (Hunt, 1989, lasson, 1990). كذلك تفسير Wood (Wood, w.B., 1988:266-69) المتمثل في نقل المرض HIV والإيدز من خلال عملية الانتشار diffusion process والكامنة في أن الطرق الرئيسية القاتمة بين مراكز الحضر الكبرى والمدن الأخرى والمناطق الريفية تعمل كمسارات لنقل المرض عن طريق وسائل المواصلات وخاصة عربات النقل الكبيرة ومن أمثلة تلك الطرق منها ما يلي:-

١- الطريق الغربي الشرقي لسيارات النقل والذي يربط دول زائير ورواندا وتنزانيا وأقاليم جنوب أوغندا وميناء ممباسا الكيني.

٢- الطريق الذي يربط جنوب شرقي أوغندا مع المقاطعات الوسطى والشمالية منها في Lira وجولو Gulu .

٣- الطريق الذي يربط كنبالا مع جولو عن طريق شواطئ بحيرة البرت.

٤- الطريق الذي يربط زائير مع جنوب غرب أوغنده والذي يجري في الحد الغربي لأوغندا من نيببي Nebbi شي الشمال الغربي إلى جولو Gulu ثم إلى بحيرة البرت إلى كيارولي Kabarole وكاسيس Kasese وكابالي.

وينبغي أنه مع مرور هذه الطرق بالمدن والمناطق الريفية أصبحت عاملا من عوامل نقل المرض.

ويشير cliff & smallman- Raynor إلى عامل ثالث قد يكون له أثره في نشر الإيدز في أوغندا خصوصا وفي معسكرات التجنيد والتعبئة العسكرية الخاصة بالجيش الأوغندي واختلاف نسبة المجندين بحسب التوزيع القبلي والإثني وتوز ذلك في نشر الفيروس والمرض (cliff & smallman- Raynor, 1992: 191- 94) ولاشك أنه مع زيادة نسبة المصنق في الإبلاغ عن مصابي HIV والإيدز في أفريقية سيوضح بصورة أكثر أسباب ارتباط المرض بالمدن أكثر من المناطق الريفية.

الإيدز والأبحاث الاجتماعية والهيكلية في أفريقية:

أدت العوامل الاجتماعية والحضارية المتدنية في معظم أرجاء أفريقيا إلى تدني مستوى السكان حضاريا واجتماعيا واقتصاديا مما سهل انتشار فيروس HIV والإيدز بينهم وساعدت الحروب والصراعات والديون على استنزاف نسبة كبيرة من دخل هذه الدول فلم تستطع إقامة نظام صحي كفاء. وتدل على ذلك نجد أنه بين سنة ١٩٦٩-١٩٨٨ كان من أهم النول المستوردة للسلاح في العالم ٥ نول أفريقية انقلقت على استيراده مجتمعه ٧٢,٨ ملياراً من الدولارات الأمريكية (sivord, R.L., 1991: 17) وتوضح الأبحاث الاجتماعية والاقتصادية Socio- economic dimension في أفريقيا أنها متدنية، فتوضح احصاءات البنك الدولي أن نصيب الفرد في أفريقيا جنوب الصحراء من الناتج

القومي الخام G.N.P. ٣٥٠ دولارا سنويا بينما هو ٢٠٥٧٠ في الدول ذات الاقتصاد المتقدم، ويزيد معدل النمو السنوي في أفريقيا جنوب الصحراء عن ٣٪ ونسب الأطفال في الإقليم أكثر من ٤٦٪ (السكان أقل من ١٥ سنة) بل تصل إلى ٥٠٪ في كينيا سنة ١٩٩٠، كذلك فإن أمد الحياة في الإقليم هو ٥٢ سنة (٧٦ سنة في الدول المتقدمة) ونسبة الأطفال المعتمدين على الرضاعة الطبيعية للفترة (٨٥- ١٩٩٠) ٦٣٪ فقط، ونسبة الأنيميا بين الحوامل ٤١٪، ومعدل الإصابة السنوي بالذئب سنة ١٩٩٠ هو ٢٢٠ / ١٠٠,٠٠٠ من السكان ويرتفع في بعض دول أفريقيا ليصل إلى ٣٥٧ في بوروندي، ٢٠٠ في أوغندا و ٣١٠ في مدغشقر بينما هو ٩٩ في الشرق الأوسط و ٥٢ في الدول الاشتراكية السابقة (The world Bank, 1993)

وأدى سوء الأحوال الاجتماعية والاقتصادية لمعظم السكان إلى تدني مستوي الذكور والإناث ولذا يصل معدل الإصابة إلى كل من الذكور والإناث بشكل متساو كما لاحظ Hag في دراسات جرت في زائير وزامبيا (Hag. o., 1988) ويمكن أن يغزي نمط الإيدز في أفريقيا إلى سلوك معين يعكس ثقافة حضارية معينة في منطقة جغرافية معينة، ومن هنا كان نمط الإيدز في القارة مختلفا عن نسبية الآخرين السائدين في أوروبا وأمريكا والشرق الأوسط وسبقت الإشارة إليها جديعا.

وبهنا بالنسبة لأفريقية أن تقدر أن الوضع الاجتماعي والحضاري له علاقة قوية بهذا النمط المرضي، فأفريقيا قارة ذات حجم كبير يبلغ ٤ أضعاف USA ، يوجد بها ٩٠٠ مجموعة عرقية و ٣٠٠ لغة ولهجة وأكثر من خمسين دولة ولكل دولة عاداتها وتقاليدها وتاريخها الثري وكل ذلك يجعل البحث عن حل لمشكلة الإيدز صعبا (Miller, N.& Rockwell, R.c., 1988: x x III) وهذا التسبب الحضاري المعقد يضامف من صعوبة حل مشكلة الإيدز، فشيوع البغاء في المدن الأفريقية، وعادات أفريقية مثل ختان اليئات، واستخدام الآلات البدائية في ذلك يسهل انتقال الفيروس عن طريق تلوث مجرى الدم، ومثل ذلك ينطبق على ختان الذكور أيضا وهي عملية تتم بطرق بدائية في معظم أفريقيا (Shannon, G. pyie, G., and Boshshus, R: 1991: 84- 88) .

كذلك فإن استجابة السكان الأفارقة لحملة التوعية ضد المرض محدودة والبعض يتنظر للأيدز على أنه مشكلة خاصة بالأجانب لاشأن لهم بها، أو يقرنونها بالأجانب والسلوك الشائن، وتسود بينهم معلومات مغلوطة عن الفيروس والمرض مما يزيد من انتشاره لعدم اتخاذ الحيطة الواجبة ويرى البعض أن الغربيين يضخمون كل ما يتعلق بأفريقيا، وعلى ذلك فالإيدز ليس استثناء من ذلك وقد قام بعض الباحثين بمعارضة معظم ما تعرضه وسائل الاعلام Mass media في الغرب عن الأيدز في أفريقيا ووصفه بالتحيز والعنصرية Racism وعدم الدقة (Chirimuuta, R. C. & Chirimuuta, R. J., 1989: 1-2) ، ولكن مثل هذه النظرة إن وجدت فلن تغير من خطورة الإيدز في أفريقيا، والتي يرى بعض سكانها أن المرض جنس فقط لذا لا يحتاجون لمثل نقل الدم، واتخاذ إجراءات صحية عند زيارة طبيب الأسنان أو الحلاق، أو أثناء إجراءات الطقوس القبلية، فضلا عن أن البعض يرى أنه ضرب من السحر، أو أن المضادات الحيوية تشفيه.

وإنكار المرض في أفريقية يرجع إلى أسباب تتعلق بالكرامة والشرف إذ يشيع ارتباطه بالنشاط الجنسي غير الشرعي، كذلك يرجع إلى العزل والمقاطعة والخسارة الاقتصادية مثل فقدان العمل وعدم الترحيب بالتعامل مع مريض الأيدز وأيضا فقدان عوائد السياحة فيروس HIV والأيدز في أفريقيا جنوب الصحراء ونتج عن ذلك وجود العديد من الأطفال اليتامى يطلق عليهم يتامى الإيدز AIDS Orphans ، وفي أوغندا تصل نسبة هؤلاء الأطفال إلى ١٧٪ من جملة الأطفال بالدولة وتقديرات سنة ٢٠٠٠ توضح أنهم سيبلغون عدة ملايين. وفي دراسة جرت في ٤ أقسام إدارية فقط من أوغندا وجد أن عدد الأيتام الكلي يتراوح بين ٦٢٠,٠٠٠ و ١,٢٠٠,٠٠٠ يحتاجون إلى الرعاية والتوجيه بعد فقدانهم أحد الوالدين (Hunter, s.s., 1990:681) .

الابعاد الديموجرافية للإيدز في افريقية:

تفصح الإصابة بفيروس HIV ومرض الأيدز في أفريقيا والعالم عن العديد من الجوانب الديموجرافية وتتبعي الإشارة قبل الخوض في هذا السياق الديموجرافي أن بيانات الأيدز وفيروس HIV تحيط بها محاذير عديدة وخاصة من حيث التقديرات التي تتباين كثيرا ومرجع ذلك أن البعض يعتمد على تقديرات رسمية والأخر على تقديرات تقترب من الأرقام شبه الصحيحة، وفي أفريقيا جنوب الصحراء يقطن أكثر قليلا من ٩٪ من سكان العالم ومع ذلك يوجد بالإقليم ٥٥٪ من حاملي الفيروس HIV المسبب للإيدز. ولاحظ أن التأثير المستقبلي أو بمعنى آخر أن الاسقاط الديموجرافي سيكون مدمرا. وقد قدر البعض أن الزيادة السكانية في وسط وشرق أفريقيا ستخفض من ٣,٥٪ سنويا إلى ١,٥٪ سنويا بسبب شيوع الفيروس والمرض، كذلك فإن معدل الوفيات في هذه المناطق الأفريقية، الذي هو في حدود ١٠ في الألف حاليا سوف يرتفع إلى أكثر من ٢٠ في الألف مستقبلا (Caldwell, J.C., caldwell, P., 1992, 1169). وأن الزيادة في الوفيات في

نفس هذه الجهات ستصل إلى ٥-٧ ملايين شخصا اضافية

ويلتقط السكان الأفارقة في المنطقة جنوب الصحراء الفيروس بسرعة شديدة، فقد كان أعداد هولاء سنة ١٩٨٧ ٢,٥ مليونا وصلوا إلى ٦,٥ مليون ١٩٩٢، وطبقا لتقديرات WHO المتخفضة أصلا والمتحفظة أن ١٨ مليون أفريقي يتوقع إصابتهم بالفيروس سنة ٢٠٠٠. وقدّر بعض الباحثين أنه لو افترض أن ١٠٪ من الحوامل في أفريقيا مصابات بفيروس HIV فإن الوفيات الإضافية للأطفال أقل من ٥ سنوات بسبب HIV والإيدز ستكون مساوية لوفيات الأطفال أقل من ٥ سنوات بسبب كافة الأسباب جميعا في البلاد الصناعية.

والصورة النهائية لـ (HIV-1) والإيدز في أوائل سنة ١٩٩١ أن هناك ١,٥ مليون في المراحل النهائية من مرض الأيدز في العالم وما بين ٨-١٠ مليون حامل للفيروس كذلك هناك حوالي مليون طفل ولدوا حاملين للفيروس في أفريقيا عن طريق الأم وأن نسبة الأطفال المصابين عن هذا الطريق بين ٢٥-٣٥٪ وأن نصف هولاء قد أصيب بالأيدز أوماتوا فعلا.

وبالمقارنة نجد أن الأطفال المصابين HIV في أمريكا اللاتينية هم ١٠,٠٠٠ فقط مما يعكس خطورة الوضع في أفريقيا بالنسبة لهذه الفئة الديموجرافية ويعني ذلك أن المكاسب التي جنتها أفريقيا في العقدين الآخرين قد أزيحت وفقدت بزيادة الوفيات بين الأمهات والأطفال وعادت إلى مستوياتها في السبعينات (Mortin, S. 1992, 146- 48) ومن أدلة خطورة HIV والإيدز على الأطفال أن أوغندا كان بها سنة ١٩٩٠ / ١٠,٠٠٠ حالة إيدز ١٢٪ منهم أطفال دون الثانية عشرة.

ويرى كالدويل وزملاؤه أنه في خلال عقد من الزمن أو أكثر قليلا سوف تكون نصف الوفيات في أفريقيا جنوب الصحراء هي بسبب الإيدز، وأن المرض سوف يسود ويؤثر في العلاقات السياسية والاجتماعية والاعتبارات المجتمعية (Coldwell, J.C. et al., 1989:46). وتختلف الإصابة بحسب النوع والمهنة وأيضا بحسب المنطقة الجغرافية فوجد مصلى الدم إيجابي للفيروس بنسبة تتراوح بين ١- ٢٠٪ من دولة لأخرى ومن منطقة لأخرى ولكنها تراوحت بين ٢٧- ٨٨٪ بين البغايا من الإناث في المدن الكبرى في شرق أفريقيا ووسطها، وبذلك تأخذ شكلا وبائيا لدى بعض الفئات الديموجرافية تشابه وبائيات أمراض أخرى مثل الملاريا وسوء التغذية وأمراض الجهاز التنفسي والاسهال (Piot, P. et al., 1992: 1-2) وتجدر الإشارة إلى أن دراسة جرت في نيويورك على ٨٣٣ مريضا بالإيدز أكدت أن البيئة الصحية للمريض تلعب دورا في طول عمر المريض حتى مع تمكن المرض منه، وفي الدراسة المطبقة على أفراد من بيئات اجتماعية وعرفية وعمرية متباينة فإن ١٥٪ منهم بقوا على قيد الحياة لمدة ٥ سنوات، ووجد أن أكثر الباقين على قيد الحياة هم الأصغر سنا، ومن البيض الذكور، ووجد أن المرضى من كبار السن أو الإناث أو السود أو من أصل لاتيني كانوا جميعا أقصر عمرا (The panos Institute, 1989; 18- 19). ومن أوجه الاختلافات الديموجرافية بين أفريقيا وغيرها، فإنه كما سبقت الإشارة نجد أن مصدر إصابة الأطفال بالفيروس HIV أساسا عن طريق امهاتهم إذ وجد أن ٢- ١٥٪ من النساء الحوامل في بعض نواحي وسط أفريقيا هم إيجابيين في مصلى الدم للفيروس HIV. وفي ذلك تختلف أفريقيا عن أوروبا وأمريكا حيث نجد أن

مصدر إصابة الأطفال هناك بصفة رئيسية هو النساء المستخدمات للمخدرات عن طريق الحقن الوريدي (The panos Institute, 1989:41) .

وبالنسبة لدى شيوع فيروس نقص المناعة البشر HIV والإيدز AIDS بحسب النوع، نجد أن أفريقيا تنفرد بين قارات العالم في تصاعد الإصابة بمعنى أن نسبة النوع هي ١:١ أي تساوي المصابين من الذكور والنساء تقريبا، وهو ما سيهل زيادة نسبة الأطفال المصابين عن طريق الأم، بصورة مختلفة عن دول الغرب، حتى أنه وجد في أوغندا أن أغلب الأطفال جرى تشخيص المرض لديهم قبل بلوغهم السنة الثانية (٨٧٪) والأغلبية اكتسبت المرض قبل الولادة (Muller, O. et al., 1990:283) . وتوضيح الصورة الصارخة التي عليها نسبة النوع في أفريقيا بالنسبة للإصابة ب HIV ، والإيدز نجد أنه في الولايات المتحدة هناك ١٩ نكرا مقابل كل أنثى مصابة (Piot, p., et al., 1992:15) ، وعلى خلاف الوضع في المناطق الجغرافية خارج أفريقية، نجد أن معظم (حوالي نصف) حالات الإيدز لدى النساء الأمريكيات ترجع إلى إدمان المخدرات (عكس الحال في أفريقيا) (Heise, L., 1989:117) .

الآثار الاقتصادية للإيدز:

للإيدز آثاره الاقتصادية المدمرة في القارة الأفريقية مثله في ذلك مثل بقية الأمراض الشائعة بها، إلا أن هناك ثمة اختلافات جوهرية بينه وبين الأمراض التقليدية الشائعة، وأول هذه الاختلافات أنه مرض بلا علاج فعال حتى الآن وبالتالي فخصائره لانهائية لا يمكن ضبطها، و فرق آخر، أن الإيدز لم يفصح بعد عن آثاره المدمرة كما تفعل بعض الأمراض التي تنتشر في شكل وبائي يتخذ بعدا زمنيا وتخف حدته كالانفلونزا، ونظرا لطول الفترة بين اكتساب الفيروس وظهور المرض فإن المستقبل يخفى؛ أثارا مدمرة على الاقتصاد الأفريقي بسبب تزايد حالات الإيدز آنذاك، ولما كان الإيدز يتركز أساسا في مراكز الحضر الأفريقي، وياعتبار أن هذه هي أيضا مراكز التنمية بأنواعها، فإنه يمكن لنا أن نستنتج أن هذه البقاع ستكون أكثر تأثرا من الناحية الاقتصادية. وكما لاحظنا في الصفحات السابقة يصيب المرض الفئة الديقوجرافية المنتجة اقتصاديا من السكان وهذا بدوره يضيف خسارة

اقتصادية هائلة فضلا عن الخسارة السكانية.

نقطة هامة أخرى، هي أن الخسارة بسبب الإيدز في بلد غني كالولايات المتحدة الأمريكية يمكن أن تتحملها ظروفها الاقتصادية الجيدة، وكذا الحال في بلاد غرب أوروبا، وبالمقارنة فإن الحال جد مختلف في أفريقيا، التي تجابهها المشكلات ونقص الموارد والكوارث الطبيعية وغير الطبيعية والعجز الاقتصادي الذي لايسهم في تحسين النظام الصحي بعامة ومكافحة الإيدز بخاصة.

وتذكر لورا هينري أنه في بعض بلدان أفريقية يخص الفرد من الانفاق على الصحة ١,٦ دولارا أمريكيا، وكما تقول هذا مبلغ لا يكفي لشراء «الاسبيرين» في الدول الغنية! ويضاعف من صعوبة الوضع، أن الدواء الأكثر فعالية في تأخير آثار الأيدز المدمرة والمسمى AZT والمكتشف في نهاية الثمانينات يكلف المريض الواحد ٨,٠٠٠ دولارا سنويا وهو مبلغ يعجز الكثرة الغالبة من دول القارة وسكانها، ليس هذا فحسب، ولكن الدواء له آثاره الجانبية التي تحدث الأنيميا في الأفراد المعالجن به مما يستدعى نقل الدم إليهم وتعاطي أدوية أخرى وهو أمر يزيد من كلفة علاج المرضى ويور الجدل في كثير من دول أفريقيا حول من أولى بالعلاج والرعاية، المرضى من ذوي الأمراض التقليدية والطفيلية والمعدية في أفريقيا ممن يسهل علاجهم ولايحتاج الأمر سوى اعتماد الأموال، أم مرضى الإيدز؟ (Heise, L., 1989:118).

وعند حساب تكلفة الأيدز يفرق العلماء بين تكلفته المباشرة وغير المباشرة والأول هي تكلفة العلاج والأدوية وأجور الأطباء وبقية الجهاز الصحي والمستشفيات وغيرها مما يدخل تحت عنوان رؤوس الأموال الثابتة. أما الكلفة غير المباشرة، فهي الفاقد بسبب المرض من عمر المريض الافتراضي بحسب مستوى أمد الحياة في المنطقة الجغرافية التي يعيش فيها وما كان سوف يكسبه من خلال العمل لو قدر له عدم الإصابة بالإيدز.

وفي دراسة للباحثين في معهد هارفارد للتنمية حاول العلماء التعرف على التكلفة غير المباشرة للإيدز Indirect costs وعمل نماذج Models وتطبيقها على دول أفريقية بعينها. وطبقا لاستقائاتهم فإنه مع حلول سنة ١٩٩٥ فإن الخسارة السنوية لاقتصاد زائير نظرا للموت المبكر Inmature death ونقص الإيدخار سوف تكون بين ٣٥٠ - ٦٧٠

مليون دولارا أمريكيا، وهو ما يعادل ١٦-١٨٪ من الناتج المحلي الخام GNP سنة ٨٤. وحتى مع عدم إدراج التكلفة الفعلية Direct costs الخاصة بالعلاج من المرض، فإن مثل هذه الأرقام للخسارة تفوق كل مساعدات التنمية التي تلقتها زائير من كل المصادر سنة ١٩٨٤ وكان مقدارها ٣١٤ مليون دولارا (Heise, L., 1989:120-121). وعلى مستوى العالم، فقد جرى حساب تكلفة الإيدز الكلية (مباشرة وغير مباشرة) بحوالي ٢٤٠ مليار من الدولارات وكان عبء USA من هذه الكلفة هو الأكبر (حوالي ٧٠٪). وقرر العلماء أن معظم هذه الخسارة ترجع إلى فقد الأموال التي كان يمكن الحصول عليها لو لم يتوفى المريض.

وبالمقارنة نجد أن نصيب الفرد في USA من تكلفة الأيدز ٦٠ دولارا، وفي أفريقيا حوالي دولارا واحدا وهو ما يعكس تواضع النظام الاقتصادي والصحي في القارة.

وقد جرت محاولة لحساب تكلفة كل منطقة بطريقة مباشرة وغير مباشرة فوجد أن أفريقيا في العقد ١٩٨١-١٩٩١ تكلفت نصف بليون دولار أمريكي تكلفة مباشرة و ٨,٨ بليون غير مباشرة والجملة ٩,٣ بليون دولار، وبالمقارنة بأمريكا اللاتينية كانت الأرقام المقابلة هي ٢,١ بليون، ١٧,٩ بليون على التوالي والجملة ٢٠ بليون، أما في الولايات المتحدة الأمريكية فكانت جملة التكلفة المباشرة ٢٢ بليون وغير المباشرة ١٤٦ بليون دولار أمريكي على التوالي. وفي أوروبا كانت الأرقام المقابلة ٢٢ بليون ٢٧,٢ بليون دولار أمريكي والجملة ٤٢,٨ بليون دولار أمريكي وجملة العالم كانت التكلفة بالنسبة له ٣٠,١ بليون دولار أمريكي تكلفة مباشرة، ٢١٠ بليون دولار تكلفة غير مباشرة والجملة ٢٤٠,١ دولارا أمريكيا (Celiff, A., D., smallman- Saynor, and Smallnan 1992:196) ومن البديهي إن اختلاف الكلفة الاقتصادية بين المناطق الجغرافية في العالم لا يرجع إلى اختلاف أعداد مرضى الإيدز وحاملي فيروس HIV بقدر ما يرجع إلى تفاوت الإمكانيات الاقتصادية بينها، وينعكس ذلك على نصيب كل فرد في هذه المناطق الجغرافية من هذه التكلفة، وفي أفريقيا كان نصيبها من الكلفة الاجمالية ٣,٨٪ منها في العالم والجنوب التالي التكلفة الاقتصادية التراكمية للإيدز في أفريقيا، والأمريكتين وأوروبا في الفترة ١٩٨١-١٩٩١، وذلك بحسب أسعار عام ١٩٨٦ بالدولار الأمريكي.

القارة	عدد مرضى الإيدز	تكلفة مرض الإيدز للفرد الواحد	
		مباشرة	غير مباشرة
أفريقيا	٥٧٥,٠٠٠	٨٥٠	١٥,٠٠٠
أمريكا اللاتينية	١٥٥,٠٠٠	١٣,٣٠٠	١١٥,٧٠٠
الولايات المتحدة	٢٧٠,٠٠٠	٨٠,٠٠٠	٥٤١,٠٠٠
أوروبا	٦٩,٠٠٠	٨٠,٠٠٠	٥٤١,٠٠٠

ويعكس الجدول تدني قيمة ما يتكلفه مريض الإيدز الأفريقي بالمقارنة بالمناطق الأخرى (Cliff, A.D. Smallman, Roynor, 1992:196) ومن الجدول يتضح أن المريض الأمريكي يتكلف تكلفة مباشرة قدرها ٩٥ عند الأفريقي، وغير المباشرة لدى الأمريكي قدرها لدى الأفريقي ٣٦ مرة وذلك لضعف إنتاجية الفرد الأفريقي وتواضع إنتاجية وقلة قيمته ومعظمه من المواد الخام رخيصة الثمن، إضافة إلى العوامل التي سبق ذكرها.

ولاشك أنه مع تفاقم الأحوال في المستقبل ستزيد التكلفة. وفي دراسة كينية من قبل البرنامج الوطني لمواقبة مرض قصور المناعة المكتسبة وجد أن حوالي مليوني كيني سوف يصابون بالإيدز في الأربع سنوات القادمة (تعتقد الباحثة أن المقصود هو الإصابة بفيروس HIV) وجاء في الدراسة أيضا أن حاملي الفيروس سوف يرتفع عددهم من ٧٥٠,٠٠٠ حاليا إلى ١,٧ مليون بينهم ١٥٠,٠٠٠ طفل من الآن وحتى سنة ١٩٩٦ (جريدة الخليج - دولة الإمارات العربية المتحدة - ١٩٩٢/١١/٢٥).

والمثال السابق يعكس مقدار الخسارة الاقتصادية والديموغرافية المحتملة بسبب فيروس HIV والإيدز وذلك في بلدنا مثل كينيا إذا علمنا أن معظم الخسارة البشرية ستكون بين المنتجين اقتصاديا من متوسطي العمر أو المنتجين مستقبلا من الأطفال

وفي الولايات المتحدة الأمريكية، وفي تقرير على الكونجرس الأمريكي، وجد أن تكلفة العلاج لمرضى الإيدز سوف تزداد بنسبة ٤٨٪ بين ١٩٩٢ - ١٩٩٥ لترتفع من ١٠,٣ مليار إلى ١٥,٢ مليار دولار سنويا. وحددت تكلفة علاج مريض أو مصاب بفيروس HIV

بحوالي ١٠,٠٠٠ دولار سنويا. وتكلفة مريض الإيدز ٣٨٢٠٠ دولار سنويا (جريدة الخليج - ١٦/٢/١٩٩٢).

والأرقام السابقة تناسب دولة غنية مثل USA ولكن أين أفريقيا من هذه التكلفة الفائقة؟ إن معظم دول القارة أن لم يكن كلها تقف عاجزة عن مجاراة هذه التكلفة، وهما يزيد من مشكلة الإيدز خطورة بها.

وللتدليل على هذه الخطورة، أن الامكانيات الاقتصادية الأفريقية قاصرة، كما أن من التحديات أن الإيدز قرب أفريقيا في فترة تميزت بالانحسار الاقتصادي وتدني أسعار المنتجات الزراعية والخامات بها، وواكب ذلك تزايد الديون الخارجية على معظم الدول الأفريقية. وعلى سبيل المثال، يوضح الجدول التالي قيمة الدين الخارجي لبعض الدول الأفريقية بالمليون دولار بين ١٩٨٠ - ١٩٩٠

١٩٩٠	١٩٨٠	الدولة	١٩٩٠	١٩٨٠	الدولة
٤٢٠٩	١٤٠٧	غانا	٤٧٠٠	-	موزمبيق
٣٤٢٩	٧٨٦	زيمبابوي	٦٤٦٠	٢٤٧٦	تنزانيا
١٥٩٠٧	٥١٦٣	السودان	٣٤٧٥	٨٠٤	أثيوبيا
٧٢٧٩	٣٢٦١	زامبيا	٢٨٣٠	٦٩٥	أوغندا
١٨٨٤٧	٥٨٤٨	كوت ديفوار	١٦٧٦	٨٢١	مالاوي
٦٢٧٨	٢٥١٣	الكاميرون	٨٤٥	١٩٠	رواندا
٤٧٤٤	١٥٢٦	الكنغو	٧٠١٤	٣٤٤٩	كينيا
١٣٠٠	٤٢٤	بنين	٣٤٤٩٧	٨٩٣٤	نيجيريا
٦٠٦	٢٢٩	تشاد	٨٨٤	١٩٥	جمهورية أفريقيا الوسطى

(THE world Banks, 1992:278)

ومن الجدول نلاحظ أن معظم نول أفريقيا وخاصة الموبوءة منها بالإيدز تضاعفت ديونها الخارجية خلال العقد الموضح بالجدول وهو ما يلقي بتبعات جسام على حكوماتها ويمثل تحدياً لنظم الرعاية الصحية و الصحة في هذه الأقطار.

ويلاحظ ارتفاع معدلات الإعالة سواء للصغار أو الكبار، ويقع العبء أساساً على القطاع السكاني الشاب وهو القطاع المنتج والأكثر عرضة للإيدز كما لاحظنا في التحليل الديموجرافي السابق.

وإذ نجد أن أفريقيا تمثل نمطاً فريداً من حيث معدل الإعالة dependency statis ، وإذا فإلخسارة هنا ليست ما يفقده المريض الشاب من كسب مادي محتمل بدون الإيدز، وفقد الحياة فحسب، بل أيضاً تتمثل في الخسارة في نقص وانعدام الدعم الاقتصادي الذي كانت الفئات الشابة المريضة بالإيدز ستقدمه وتكفئه في إعالة الفئات الأخرى الصغيرة والكبيرة السن والمعتمدة عليها اقتصادياً (Bigger, R.J., 1988:1-8). وقدرة أنه في أفريقيا عامة، وأقطارها الموبوءة بالإيدز خاصة، سوف ينخفض دخل المواطن نظراً لزيادة الإصابة بالإيدز، وقدرة أن المواطن الزائري في سنة ١٩٩٥ سوف ينخفض دخله ١٨ دولاراً أمريكياً سنوياً عما لو كان يعيش في مجتمع خال من الإيدز (Heise, 1989:121). أما في أوغنده وهي من أهم وأكثر نول القارة إصابة بالمرض، وطبقاً لتقديرات WHO المتسمة بالتحفظ والانخفاض وبحسب أسعار ١٩٨٥/١٩٨٦، وأيضاً طبقاً لدراسات Over وزملائه سنة ١٩٨٨ (Over, M., et al., 1988) قدر أن الخسارة المباشرة بحوالي ١٥٢٠٠ دولاراً وبالنسبة لأوغنده فيوضح الجدول التالي التكلفة المقدرة التراكمية للإيدز في أوغنده حتى سن ٢٠٠٠ بالدولار الأمريكي.

الفترة	التكلفة بملايين الدولارات		حالات الإيدز المتوقعة
	مباشرة	غير مباشرة	
١٩٨١ - ١٩٩٤	١٦٩	٥٩٨,٤	٢٠٠,٠٠٠
١٩٨١ - ١٩٩٩	٤٢٢,٥	١٤٩٦,٠	٥٠٠,٠٠٠
١٩٩٥ - ١٩٩٩	٢٥٢,٥	٨٩٧,٦	٣٠٠,٠٠٠

وهكذا تتكلف أوغنده حوالى ١٩١٩ مليون دولاراً (حوالى ٢ بليون دولار) وهو ما يوازي ٢.٤ ٪ من الناتج القومي المحلي بأسعار ١٩٨٦. (cliff, A.d., 1992:196). وهو يوازي أيضا قيمة القطاع الصناعي الأوغندي الحديث في نهاية القرن الحالي، وبافتراض عدم وجود الإيدز فإنه كان يتوقع بالنسبة للناتج القومي المحلي سنة ١٩٩٩، أن يكون ٤٦٠٠ مليون دولارا، وبافتراض أن الإيدز سيكلف الدولة سنة ١٩٩٩-١٢٪ من GOP فإن قيمة الناتج القومي المحلي سينخفض إلى ٤٠٥٠ مليون دولارا فقط، وهو تقدير أقل منه سنة ١٩٩١ إذ كان ٤١٠٠ مليون دولار وعلى ذلك ورغم الطبيعة الخام لهذه الأرقام والتقديرات، يتضح ما سوف تكون عليه الأحوال الاقتصادية لواحدة من أفقر دول العالم بسبب الإيدز (Rothermell, T.S, 89) ،

ومن العرض السابق لأبعاد الإيدز الاقتصادية وتأثيراتها على الدول الأفريقية، تبين الحاجة ملحة لسرعة إنجاز استراتيجيات فعالة لمواجهة أكثر تحديات التنمية في القارة الأفريقية في العقد الأخير من القرن العشرين.

استراتيجية مواجهة مرض الإيدز في قارة افريقية:

في الصفحات السابقة تبين أن الإيدز سيواصل تقدمه عالميا، وإفريقيا، وأنه الآن يكسب أرضا جديدة لم تكن مهددة به بنفس الدرجة في أفريقيا أو أمريكا الشمالية، وأهم هذه المناطق الجديدة هي قارة آسيا التي ينتشر بها الإيدز الآن بمعدلات كبيرة قد تؤدي في نهاية التسعينات إلى تخلي إفريقيا عن مركز الصدارة سواء في عدد المصابين بفيروس VIH بأنواعه أو المرضى بالإيدز فعلا.

وفي ظل مثل تلك الصورة القاتمة، يحتاج الأمر إلى تضافر الجهود العالمية والإقليمية للوقوف أمام انتشار طاعون العصر كما يسمى الإيدز أحيانا .

ويحتاج الأمر إلى جهود مضاعفة لعدة أسباب :-

أولها أن أفريقيا فقيرة في نطاقها وسياساتها الصحية فأفريقيا جنوب الصحراء نجد أن كل ١٠٠٠ مواطن نصيبهم ٠,١٢ طبيب بينما هو ١,٣٤ طبيب على مستوى العالم

٢٠٥، ٠٧-٤، ٠٤-١، ٠٤ في العالم الغني والدول الاشتراكية السابقة والشرق الأوسط على التوالي.

ونصيب كل ١٠٠٠ مواطن أيضا من أسرة المستشفيات ٠٩، وسرير، والرقم العالي المقابل ٦، ٣ سرير. ويصل الانفاق على الصحة سنة ١٩٩٠ لكل فرد، ٤ دولارا بينما هو في العالم ٨ دولارات (THE world Banks, 1998:199-211) .

وهذا الواضع يحتم تضافر الدول الغنية مع أفريقية لأن تدعيم ومكافحة الإيدز بها مكافحة له على مستوى العالم ، بالنظر إلى سهولة الاتصال المستمر بين القارات وسفر الأفراد. ولا يتم ذلك إلا بتدعيم التنمية الشاملة للدول الأفريقية والقضاء على مشكلاتها العديدة من تدهور البيئة والتصحر والكوارث، ونفسي أمراض المناطق الحارة وأمراض أخرى تكاد تكون قد استئصلت من بلاد الغرب، كذلك ضرورة حل النزاعات العسكرية وخلافات الحدود والمشاكل العنصرية والقبلية السائدة وتدعيم الاقتصاد الأفريقي والقضاء على ما يهدد البيئة والانتاج الاقتصادي ومكافحة الأمية، وتنظيم الأسرة الأفريقية، وتدعيم الولاء القومي وتنمية النزعة الوطنية والقومية، والتخلص من الولاءات القبلية التي تسبب في كثير من المشكلات.

لكن ما نود الإشارة إليه بخصوص مشكلة مرض الإيدز في أفريقيا، هو أن التعاون بين الجغرافيين بنظرتهم الكلية الشاملة لمختلف الموضوعات وبين الأطباء المتخصصين يمكن أن يضيف إلى فاعلية وكفاءة أية استراتيجية توضع لمواجهة مرض الإيدز، والتي أدت في كثير من الحالات إلى مزيد من الفهم للوباء وتوزيعه والصورة المكانية Spatial التي يبدي عليها ونمطه ومستوى انتشاره وكل ذلك يمكن من احتواء المرض (Cliff, A., and smallman- Raynor, 1992: 196- 197)

ويرى أندرو موس إلى التركيز في محاربة الإيدز على حملات تعليمية مختارة بعناية، ومداخلات أخرى مشابهة ناجحة وأيضا يركز على التقدم التطوعي لفحص الأجساد المضادة واكتشاف المرض (Moss, A., 1988:65) وقد أشار شانون وزميلاه في

دراستين عن جغرافية الإيدز، إلى عدة نماذج أكدوا على ايجاد استراتيجيات لمواجهة تستقى من الظروف الخاصة لكل منطقة جغرافية فالنموذج الخاص بالبلدان الغربية لا بد أن يأخذ في اعتباره أمور لصيقة بسكان هذه البلاد مثل السلوك غير السوي، والخلفية الحضارية والاجتماعية وتصور وتقدير النظام الصحي، أما النموذج المختار لأفريقيا وما شابهها من دول نامية فإطلاق عليه النموذج المناسب لنمط الانتشار الجنوبي THE south diffusion pattern. فيأخذ في اعتباره مسائل خاصة بأفريقيا مثل تركيز الحالات في المدن، وبالتالي وجود تركيز في مدن شرق ووسط أفريقيا للعاهرات ونورهن في نشر المرض وضرورة وضع ذلك في الحسبان عند وضع استراتيجية لمكافحة المرض. كذلك يأخذ النموذج في حسبانته دور الطرق الخاصة بالنقل في شرق أفريقيا في نقل المرض وكذا الهجرة الريفية الحضرية ووجود بعض العسكرات الحربية القريبة من المدن ونور ذلك في انتشار المرض (Shannon, G., Pyle, G., and Bashshur, R. 1991:164-66)

بمعنى آخر أن الاستراتيجية المناسبة لمكافحة HIV ومرض الإيدز AIDS المناسبة لمنطقة زائير بعينها لاتناسب بالضرورة منقعة لكل من سوف يناط به وضع تلك الاستراتيجيات في قارة أفريقيا وفي النهاية تأمل الباحثة أن تكون قد نجحت في إلقاء الضوء على مشكلة خطيرة تواجه أفريقيا لم تحظ بما هي أهل له من التصدي اللازم وأن تكون قد وفقت في عرض المشكلة واقتراح الحلول لها.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- ١- جريدة الخليج- الشارقة- دولة الإمارات العربية المتحدة ١٩٩٢/١١/٢٥
- ٢- جريدة الخليج- الشارقة- دولة الإمارات العربية المتحدة ١٩٩٢/٢/١٦
- ٣- عبد العزيز طريح شرف- البيئة وصحة الانسان في الجغرافيا الطبية دار الجامعات المصرية- الاسكندرية- ١٩٨٦.
- ٤- محمد صادق صبور- مرض نقص المناعة المكتسب «إيدز» مركز الأهرام- القاهرة- ١٩٨٧.
- ٥- محمد مدحت جابر عبد الجليل مرض السرطان في دول الخليج العربية دراسة في الجغرافية الطبية- نشرة قسم الجغرافيا جامعة الكويت- رقم ١١٣- جامعة الكويت ١٩٨٨.

ثانياً: المراجع الاجنبية:

- 1- Biggar, R.J., Overview: Africa, AIDS, And Epidemiology, in Miller, N., & Rockwell, R.C., eds, AIDS in Africa: The social and policy impact, The Edwin Mellen press, Lewiston, New York, 1988, pp. 1-8.
- 2- Bongaarts, J., Modeling the spread of HIV and the demographic impact of AIDS in Africa, Center for the policy studies working papers No. 140, New York. 1988.
- 3- Caldwell, J.C., et al., AIDS and Sub- Saharan Africa, populi, Vol. 16. No. 4, 1989, pp. 31-51.
- 4- Caldwell, J.C., et al., underreaction to AIDS in sub-saharan Africa, social science and Medicine, Vol. 34, No. 11, 1992, pp. 1169-82

- 5- Carael,..., et al., Socio-cultural factors in relation to HTLVIII transmission in urban areas in central Africa, Abetsact, international symposium on African AIDS, Brussels, 1985.
- 6- Chirimuunta, R.C., & Chirimuunta, R., AIDS, Africa and racism, free Association books, London, 1989.
- 7- Cliff, A.D., & Smallman-Raynor, M.R., The AIDS panademic: Global Geographical petterns and local spatial processes, The Geographical Journal, No. 2 July, 1992, pp. 182-98.
- 8- Devita, V.T., et al., (eds) AIDS: Etiology, Diagnosis, Treatment, and prevention, Lippincot, philadelphia, 1992.
- 9- Essex, M., Origin of AIDS, in devita, V.T. et al., , 1988, pp. 3-9.
- 10- Flaskerud, J.H., AIDS/HIV infection, Saunders company 1989
- 11- Fleming, A.F., et al., The Global impact of AiDS, New York, Alanliss inc., 1983.
- 12- Friedman, S.R., et al., AIDS among drug injectors: The first decade, in deveta, etal., opcit, 1988, pp. 453-461.
- 13- Gaber, M.M., The Geographical Enuironment as a carcinogenesis with special referance to some Arab countries, Geographical Studeis, Vol. 10, special issue 1992.
- 14- Gallo, R.C., The AIDS Virus, scientific American, 256, 1987, P.P. 39-48.
- 15- Hag, C., Data on AIDS in Africa, in Miller, N., & Rock well, R.C., eds. AIDS in Africa, The Edwin Mellen press Lewiston, New York, 1988, pp. 9-29.
- 16- Hiese, L., Responding to AIDS, in Brown, L., et al., State of the world, Norton comp. New York, 1989.

- 17- Hunts C.W., Migrant Labour and sexually transmitted diseases: AIDS in Africa, J.Health soc. Behav. 30, 1989, pp. 353-73.
- 18- Hunter, S.S., orphans as window of the AIDS epidemic in sub- saharan Africa: Initial results and implications of a study in Uganda, soc. sci. Med., Vol. 31, No. 6, 1990, pp. 681-690.
- 19- Larson, A., The Social epidemiology of Africa, AIDS epidemic, African affairs, Vol. 89. 1990, pp. 5-25.
- 20- Lifson, A.R., Transmission of the human immunodeficiency Virus, in Devita, V.T. et al., (eds) op.cit. 1992. pp. 111-117.
- 21- MC Namara, R.S., population and African development crisis, populi, Vol. 17, No. 4. 1990, pp. 35-43.
- 22- Martin, S., et al., HIV. infection-10 years on, editorial, J. of tropical pediatrics, Vol. 38., August 1992, pp. 147-48.
- 23- Miller N., & Rockwell, R.,C., eds. AIDS in Africa: The Social and Policy impact, The Edwin Mellen Press, Lewiston. New York, 1988.
- 24- Moss, A.R., Epidemiology of AIDS in developed countries, British Medical Bulletin, Vol. 44. No. 1, 1988, pp. 56-67.
- 25- Muller, O, et al., Pediatric HIV-1 Disease in a Kampala Hospital, Journal of tropical pediatrics, Vol. 36, December 1990, pp. 283-86.
- 26- Over, M., et al., The Global impact of AIDS, New York, Alan lisa inc., 1988.
- 27- The Panos Institute, AIDS and the Third world, New Society publishers, London-Paris-Woshigton, Philidelphia, pA., Santa cruz. C.A., 1989.

- 28- Piot, P., & Carael, M., Epidemiological and sociological aspects of HIV-infection in developing countries in, B.M.B. Vol. 44. No. 1, 1988, pp. 68-88.
- 29- Piot, p., et al., eds, AIDS in Africa: A manual for physicians, Geneva, 1992.
- 30- Rothermell, T.S., AIDS: its impact on development programmes, in Fleming, A.F., et al., eds. The Global impact of AIDS, New York, 1988.
- 31- Scopper, D., Research on AIDS interventions in developing countries: State of the Art. soc. sci. Med., Vol. 30, No. 12, 1990, pp. 1265-72.
- 32- Shannon, G.W., Pyle, G.F., & Bashshur, R.L., The Geography of AIDS: origins and course of an Epidemic, The Guilford press, New York 1991.
- 33- Sivard, R.L., World Military and Social Expenditures 1991. 14 Th ed. world periorities inc. woshington D.C., 1991.
- 34- WHO, Global programme on AIDS, 1991, progress report, Geneva, 1992.
- 35- The World Bank, world development report 1993, Oxford university press. 1993.
- 36- Wood, W.B., AIDS north and South: Diffusion patterns of a Global epidemic and research agenda for Geographers prof. Geogr. 40, 1988, pp. 266-89.

1997

