

المرأة والصحة في منطقة الإسكوا

مشاكل صحية



الإسكوا

الأمم المتحدة - اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا

Photo Credits:

Cover: ©WHO, © Assafir Newspaper



شهدت البلدان الأعضاء في اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، في الأعوام القليلة الماضية، (الإسكوا) تحسناً عاماً في صحة السكان. غير أن المرأة لا تزال تعاني من ظروف وممارسات معينة، منها ختان الإناث، والإصابة بناسور الولادة، والافتقار إلى الرعاية أثناء الولادة، والإجهاض غير المأمون، والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، وفقر الدم. وهذه المشاكل كلها تؤدي إلى ارتفاع معدلات وفيات الأمهات ووفيات الأطفال.

I. وفيات الأمهات

سجلت مجموعة البلدان الأعضاء في الإسكوا خلال الأعوام القليلة الماضية زيادة عامة في متوسط العمر المتوقع، وانخفاضاً في معدل الخصوبة، فمع ارتفاع مستوى الوعي بتنظيم الأسرة وصحتها⁽¹⁾، انخفض معدل الخصوبة الكلي في المنطقة بين عامي ١٩٩٠ و٢٠٠٥ من ٤,٩٠ إلى ٣,٨٤ طفلاً للمرأة الواحدة. أما متوسط العمر المتوقع لدى النساء والرجال في البلدان الأعضاء في الإسكوا فهو يتجاوز، عموماً، بنحو عشر سنوات متوسط العمر المتوقع لدى نظرائهم في البلدان العربية غير الأعضاء في الإسكوا^(٢). بين عامي ١٩٩٠ و٢٠٠٥، ارتفع متوسط العمر المتوقع في المنطقة العربية من ٦٦ إلى ٦٩,٣ عاماً لدى النساء، ومن ٦٢,٦ إلى ٦٥,٧ عاماً لدى الرجال. كما سجلت المنطقة تراجعاً في معدلات وفيات الأمهات، أصبحت هذه المعدلات، بحسب التقديرات، أقل من المتوسط العالمي البالغ ٤٠٠ حالة وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ ولادة حية^(٣). غير أن أرقام معدلات وفيات الأمهات تسجل مستويات متفاوتة في المنطقة، أدناها في بلدان مجلس التعاون الخليجي، تليها منطقة المشرق العربي، ثم أقل البلدان نمواً، فالإمارات العربية المتحدة والكويت مثلاً حققنا الهدف المعني بخفض وفيات الأمهات بثلاثة أرباع لا بل جاوزناه، أما العراق واليمن، فلم يشهدا تحسناً على هذا الصعيد منذ تسعينات القرن الماضي. فبين عامي ١٩٩٠ و٢٠٠٣، ارتفع معدل الوفيات من النساء أثناء الحمل، أو الولادة أو خلال ٤٢ يوماً من انتهاء فترة الحمل، من ١١٧ إلى ١٩٣ حالة وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ ولادة حية في العراق، ومن ٣٥١ إلى ٣٦٥ حالة وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ ولادة حية في اليمن^(٤).

ويعزى ارتفاع معدلات وفيات الأمهات في أقل البلدان نمواً إلى انعدام الاستقرار السياسي وسوء الظروف الاجتماعية والاقتصادية، وللإشراف الطبي على الولادة أثر كبير في تخفيض معدل وفيات الأمهات. ففي الفترة ١٩٩٥-٢٠٠١، لم تتجاوز نسبة الولادات التي أجريت تحت إشراف طبي ٦٧ في المائة من مجموع الولادات في المنطقة العربية، وهذه النسبة، التي جاوزت ٩٠ في المائة في بلدان مجلس التعاون الخليجي، كادت لا تتجاوز ٥٠ في المائة في أقل البلدان نمواً، وبلغت هذه النسبة (٦٧,١) في المائة في مجموعة بلدان المشرق العربي، و٧١,٧ في المائة في مجموعة بلدان المغرب العربي^(٥).

(١) الإسكوا، وضع المرأة العربية في سياق الصكوك الدولية، ٢٠٠٦، E/ESCWA/ECW/2006/WP.1.

(٢) المرجع نفسه.

(٣) ESCWA, 2007, Health and Millennium Development Goals in the ESCWA Region. E/ESCWA/SCU/2007/Technical Paper.2.

(٤) المرجع نفسه.

(٥) الإسكوا، ٢٠٠٦، مرجع سبق ذكره.

وإضافة إلى عدم توفر الإشراف الطبي على الولادات، يبقى الإجهاد غير المأمون، وختان الإناث، والزواج المبكر، والحمل في سن مبكرة، وتعدد الولادات وتقاربها، من العوامل المسببة لوفاة الأمهات.

II . ناسور الولادة

(أ) ما هو ناسور الولادة؟

ناسور الولادة هو ثقب في قناة الولادة يمكن أن يظهر لدى النساء اللواتي يواجهن تعقيدات أثناء الولادة ولا تتوفر لهن الرعاية اللازمة. ويمكن تفادي الإصابة بناسور الولادة إذا تمت الولادة القيصرية في أوانها. والمرأة الصغيرة في السن هي أكثر تعرضاً من غيرها للإصابة بهذه الحالة لأن أعضائها غير مكتملة. وفي حال لم تتوفر المعالجة اللازمة لهذه الإصابة، تؤدي إلى مشاكل صحية مزمنة منها التقرح، وأمراض الكلى. وضعف أعصاب الأرجل، كما تؤدي في حالات عديدة إلى موت الجنين أثناء الولادة^(١).

وإضافة إلى المشاكل الصحية التي تواجهها المرأة بسبب إصابتها بناسور الولادة، كثيراً ما تتعرض المرأة المصابة للنبيذ من أسرتها ومجتمعها. نتيجة لعدم قدرتها على التحكم بالبول والتجرح، وفي حال عدم توفر المعالجة للمرأة المصابة، قد لا تحظى بما يتاح لغيرها من فرص للحصول على عمل أو لعيش حياة عادية.

وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن أكثر من ٣٠٠ مليون امرأة في العالم يعانين حالياً من تعقيدات آنية ومزمنة في الحمل والولادة، تنضم إليها سنوياً ٢٠ مليون حالة جديدة. وتشير بيانات منظمة الصحة العالمية إلى أن ٨ في المائة من حالات وفيات الأمهات في العالم^(٢) ناجمة عن الإصابة بناسور الولادة. وتشير تقديرات صندوق الأمم المتحدة للسكان إلى أن مليوني امرأة على الأقل في أفريقيا وآسيا والمنطقة العربية (لا سيما في جيبوتي، والسودان، والصومال، واليمن) يعانين من هذه الإصابة. وأن عدد الحالات المستجدة سنوياً يتراوح بين ٥٠٠٠٠ و١٠٠٠٠٠٠ حالة^(٣). وتبلغ نسب هذه الإصابة مستويات مرتفعة جداً بين النساء في الأرياف، ولا سيما حيث عدم توفر الخدمات الطبية.

وكانت الإصابة بناسور الولادة منتشرة في أوروبا في الماضي، إلا أنها أصبحت اليوم غير معروفة في البلدان المتقدمة، والوقاية منها كاملة. ويمكن معالجة هذه الإصابة بعملية جراحية بسيطة تصل نسبة نجاحها، إذا تمت على يد جراحين من ذوي الخبرة إلى ٩٠ في المائة. وذلك وفقاً لأرقام صندوق الأمم المتحدة للسكان. ويبلغ متوسط كلفة العلاج بما في ذلك الرعاية التي تلي إجراء العملية الجراحية، ٣٠٠ دولار أمريكي فقط^(٤). والمؤسف أن معظم النساء المصابات لا يعلمن بوجود هذا العلاج أو يعجزن عن تحمل تكاليفه. واستمرار وقوع إصابات بهذا المرض في بعض البلدان العربية هو دليل واضح على ضرورة

(١) انظر http://www.endfistula.org/fistula_brief.htm

(٢) انظر <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr45/en/index.html>

(٣) انظر http://www.endfistula.org/fistula_brief.htm

(٤) المرجع نفسه.

بذل جهود إضافية من أجل تعميم مراعاة منظور النوع الاجتماعي لدى وضع السياسات، ولا سيما سياسات الرعاية الصحية. وإن الممارسات المؤذية الأخرى التي تتعرض لها المرأة في المنطقة. وارتفاع نسبة النساء اللواتي يخضعن للختان في سن الطفولة، كما هو الحال في جيبوتي والسودان والصومال ومصر. كلها تساهم في زيادة احتمال حصول تعقيدات عند الولادة ووقوع إصابات بناسور الولادة.

ب) كيف يمكن القضاء على احتمال الإصابة بناسور الولادة؟

خلال الأعوام القليلة الماضية، ضاعفت الوكالات التابعة للأمم المتحدة، منها صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية، جهودها من أجل القضاء على احتمال الإصابة بناسور الولادة. ففي عام ٢٠٠٣، أطلق صندوق الأمم المتحدة للسكان حملة عالمية للقضاء على احتمال وقوع هذه الإصابة في أكثر من ٤٠ بلداً في أفريقيا وآسيا والمنطقة العربية. بما فيها السودان واليمن. وفي عام ٢٠٠٦، نشرت منظمة الصحة العالمية دليلاً بعنوان «ناسور الولادة: المبادئ التوجيهية للإدارة السريرية وتطوير البرامج من أجل مساعدة البلدان على صياغة نهج وطني للقضاء على احتمال الإصابة بناسور الولادة».

فالوقاية والعلاج وإعادة التأهيل هي العناصر الأساسية في أي حملة تهدف إلى القضاء على احتمال وقوع هذه الإصابة. فتيسير الحصول على خدمات تنظيم الأسرة، وتوفير فرص حصول المرأة الحامل على الرعاية الطبية لا يكفيان للوقاية من الإصابة. ما لم يترافقا مع معالجة للظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تعيشها المرأة في المناطق الفقيرة والريفية. فالوقاية لا يمكن أن تكتمل من غير أن تشمل قضايا الفقر ورفع السن القانوني الأدنى للزواج، وتأخير الحمل لدى الفتيات الصغيرات في السن. ومن الضروري رفع مستوى الوعي في البلدان التي تكثر فيها الإصابات بوجود علاج لا يقتصر عند رفع الأذى الجسدي عن طريق الجراحة، بل يشمل إعادة التأهيل النفسي عبر توفير خدمات استشارية وإتاحة إمكانية الحصول عليها.

III. ختان الإناث

أ) ختان الإناث عبر التاريخ

يعود ختان الإناث إلى القرن الثاني قبل المسيح عند القبائل التي كانت تسكن الساحل الغربي للبحر الأحمر. ويعتقد أن هذه الممارسة نشأت في مصر وانتشرت جنوباً وغرباً. ومع استمرار هذه الممارسة، يسود الاعتقاد بأن ممارستها يبعثون التحكم بعامل الإثارة الجنسية لدى المرأة، و«تطهير» عضوها التناسلي بنزع البظر الذي يعتبرونه «جسماً». ومع ربط هذه المسألة بالطهارة، قد لا حظى المرأة الفتية التي لم تختن بفرص للزواج في البلدان التي تمارس هذه العادة. لذلك ينبغي أن تهدف الجهود المبذولة للقضاء على هذه الممارسة إلى معالجة الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية، والمعتقدات الثقافية الراسخة في المجتمعات المحلية التي تمارس الختان.

لقد ثبت أن لختان الذكور فائدته. إذ يخفف خطر الإصابة بمرض الإيدز بحوالي ٦٠ في المائة^(١٠). أما ختان الإناث فيمكن أن يزيد من خطر تعرض المرأة للإصابة بهذا المرض. وأن يعرض المرأة للعديد من المشاكل الصحية الجسدية والنفسية الآنية والمزمنة.

(ب) انتشار ختان الإناث في منطقة الإسكوا: الوضع القانوني والإحصاءات

ختان الإناث هو بحسب تعريف منظمة الصحة العالمية «مجموع الإجراءات التي تؤدي إلى انتزاع الأعضاء التناسلية للأنثى بشكل جزئي أو كلي. أو أي جرح آخر يصيب الأعضاء التناسلية للأنثى لأسباب غير طبية»^(١١). وهذه الممارسة تتسبب بمشاكل صحية خطيرة آنية ومزمنة. وتعاني المرأة التي تخضع للختان المأحداً في معظم الحالات خلال تعرضهن لهذه العملية حيث يجري بتر أطراف الأعصاب وخلايا تناسلية حساسة. من غير تخدير في أكثر الحالات. ومن المشاكل الصحية المباشرة لهذه العملية النزيف. وصعوبة التبول. والالتهاب. وغيرها بالإضافة إلى العواقب النفسية. والنساء والفتيات اللواتي يخضعن للختان يصبحن عرضة للإصابة بمرض الإيدز بسبب تكرار استعمال أدوات كشفرات موسى الخلاقة والمقص. وعدم تعقيمها بين استعمال وآخر. ويمكن أن تؤدي هذه الممارسة إلى حصول حالات وفاة بسبب النزيف أو الالتهابات (بما فيها الكزاز) أو تحت تأثير الصدمة.

ومن المشاكل المزمنة التي تنجم عن هذه الممارسة الالتهابات في الجهازين التناسلي والبولي. والالتهابات المنتقلة جنسياً وصعوبات الولادة. فقد أظهرت الدراسات أن التكميم. وهو أكثر الطرق أذية في ختان الإناث^(١٢). وهو يشكل خطراً شديداً على المرأة أثناء الولادة. فهو يعرضها لخاص طويل. مما يؤدي إلى تضرر دماغ الجنين أو وفاته. ويمكن أن يكون ختان الإناث أيضاً من أسباب العقم. حيث تشير التقديرات إلى أن نسبة تتراوح بين ٢٠ و٢٥ في المائة من حالات العقم في شمال السودان قد تُعزى إلى التكميم^(١٣).

وينتشر ختان الإناث في أجزاء من أفريقيا. وآسيا وفي بعض المجتمعات المحلية لعدد من البلدان العربية. ويمارس كذلك ضمن بعض المجموعات الإثنية وبعض المجتمعات المحلية من المهاجرين في أوروبا وأستراليا وكندا والولايات المتحدة الأمريكية^(١٤).

وتشير تقديرات الوكالات التابعة للأمم المتحدة إلى أن عدد النساء والفتيات اللواتي خضعن للختان في العالم يتراوح بين مائة مليون ومائة وأربعين مليون. وإلى أن ٣ ملايين معرضات لهذه الممارسة سنوياً^(١٥). وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن انتشار ممارسة ختان الإناث في البلدان الأعضاء في الإسكوا كان بنسبة ٩٥.٨ في المائة في مصر في عام ٢٠٠٥. و٩٠ في المائة في شمال السودان في عام ٢٠٠٠. و٢٢ في المائة في اليمن في عام ١٩٩٧^(١٦).

(١٠) World Health Organization. 2008. *Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement*

(١١) المرجع نفسه.

(١٢) Castledine, J., *Female Genital Mutilation: An Issue of Cultural Relativism or Human Rights*

لمزيد من المعلومات: <http://www.mtholyoke.edu/acad/intrel/jc.htm>

(١٣) المرجع نفسه.

(١٤) انظر 12.htm#12. <http://www.unfpa.org/gender/practices2.htm>

(١٥) المرجع نفسه.

(١٦) منظمة الصحة العالمية. ٢٠٠٨. مرجع سبق ذكره. البيانات المتعلقة بانتشار ختان الإناث مستقاة من البيانات الواردة في المسح الوطني.

وأوردت منظمة الأمم المتحدة للطفولة في عام ٢٠٠٥ أن ٩٧ في المائة من المصريات العازبات اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٤٩ سنة قد خضعن للختان. وتشير إحدى الدراسات الحكومية إلى أن ٥٠.٣ في المائة من الأطفال اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٠ و١٨ عاماً في مصر قد خضعن للختان^(١٧).

وأظهر مسح صحي أجرته الحكومة اليمنية في عام ٢٠٠٣ أن أكثر من ٢١ في المائة من اليمنيات تعرضن لهذه الممارسة المؤذية. ففي اليمن لا تزال خمس محافظات رئيسية تمارس ختان الإناث بالنسب التالية: الحديدة (٩٣.٧ في المائة). والمهرة (٩٦.٦ في المائة). وحضرموت (٩٦.٥ في المائة). وعدن (٨٢.٢ في المائة). وأمانة العاصمة صنعاء (٤٥.٥ في المائة)^(١٨). وقد أظهرت الدراسات التي أجرتها وزارة الصحة العامة والسكان في اليمن أن ١٠ في المائة فقط من هذه العمليات تجرى على يد جهاز طبي متدرب. وتشير الدراسة إلى أن ٩٥ في المائة من هذه العمليات تتم في المنازل. وأن الأم هي التي تقرر ما إذا كانت ابنتها ستخضع لهذه الممارسة.

ويشير تقرير صادر عن منظمة الأمم المتحدة للطفولة بعنوان «تطور الأمم»^(١٩) إلى أن ٨٩ في المائة من النساء والفتيات في شمال السودان (ومجموعتهن حوالي ١٠ ملايين امرأة) قد خضعن للختان. وجاء في مسح أجرته اللجنة السودانية الوطنية المعنية بالممارسات التقليدية بالمشاركة مع منظمة أنقذوا الأطفال - السويد بين عامي ١٩٩٦ و٢٠٠٠ أن الختان يظل ٨٧ في المائة من النساء في المدن و٩١ في المائة من النساء في الريف^(٢٠).

وفي السودان واليمن ما من قوانين وطنية تحظر ختان الإناث. ففي تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٨ صدر قانون واحد يحظر هذه الممارسة في محافظة جنوب كوردوفان في السودان. وفي اليمن. صدر مرسوم وزاري يحظر هذه الممارسة في المؤسسات الصحية في القطاعين العام والخاص. وقد أصبح نافذاً في كانون الثاني/يناير ٢٠٠١. وفي تموز/يوليو ١٩٩٦. حظرت وزارة الصحة المصرية ختان الإناث: ثم صدر قرار مناقض بهذا الخصوص عن محكمة الدرجة الأولى الإدارية في القاهرة ولكنه استؤنف أمام المحكمة العليا التي أصدرت بدورها قراراً قضى بتأييد الحظر الكلي لختان الإناث. وقد حظرت الحكومة المصرية هذه الممارسة. وإن كانت تتم بالاتفاق بين الأهل والطفلة. ويُسمح لإطباء الأمراض النسائية بإجراء الجراحة في حالات الضرورة الطبية. غير أن الآليات اللازمة لإنفاذ حظر الختان لا تزال غير متوفرة في مصر.

ج) ولاية الأمم المتحدة وقراراتها وأنشطتها للقضاء على ختان الإناث

تقود الأمم المتحدة الجهود الرامية إلى القضاء على ممارسة ختان الإناث من خلال المعايير القانونية التي تتضمنها معاهدات المنظمة وقراراتها. ومن خلال مجموعة من الأنشطة العملية التي تنفذها بالاشتراك مع المجتمعات المحلية والحكومات الوطنية. ففي مطلع

(١٧) Black, I., *The Guardian*, 30 June 2007. Available at: http://www.religioustolerance.org/fem_cirm3.htm

(١٨) Al-Thaibani, 27 June 2008. *Yemen Times*. Available at: <http://yementimes.com/article.shtml?i=1167&p=local&a=1>

(١٩) يمكن الاطلاع على الدراسة على العنوان التالي: <http://www.state.gov/g/wirls/rep/crfgm/10110.htm>

(٢٠) المرجع نفسه.

ثمانينات القرن الماضي. أطلقت منظمة الأمم المتحدة للطفولة أولى حملاتها العديدة لمكافحة ممارسة ختان الإناث. وفي عام ١٩٨٩. اعتمدت منظمة الصحة العالمية قراراً بشأن القضاء على هذه الممارسة. ويتمثل الإطار القانوني الرئيسي لمكافحة ختان الإناث في الصكوك والوثائق التالية:

- ◀ اتفاقية حقوق الطفل (١٩٨٩)
- ◀ اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (١٩٧٩)
- ◀ إعلان ومنهاج عمل بيجين (ولا سيما مجال الاهتمام الرابع المتعلق بالعنف ضد المرأة. ومجال الاهتمام الثاني عشر المتعلق بالتمييز المستمر ضد الطفلة وانتهاك حقوقها) (١٩٩٥)
- ◀ الأهداف الإنمائية للألفية (٢٠٠٠)
- ◀ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (١٩٩٤)
- ◀ الإعلان بشأن القضاء على العنف ضد المرأة (١٩٩٣)
- ◀ الدورة الاستثنائية للجمعية العامة المعنية بالطفل (٢٠٠٢)
- ◀ التوصيات الواردة في الوثيقة الختامية الصادرة عن القمة العالمية لعام ٢٠٠٥ (٢٠٠٥)
- ◀ التعليقات والتوصيات العامة الصادرة عن اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة (التوصية العامة رقم ١٤ المتعلقة بختان الإناث) (١٩٩٠)
- ◀ التوصيات المتعلقة بالقضاء على تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى الصادرة عن لجنة وضع المرأة (٢٠٠٨)

د) النهج الشامل للقضاء على ختان الإناث

ينبغي أن يركز النهج الشامل للقضاء على هذه الممارسة على العناصر الثلاثة التالية: التشريع، وأنشطة بناء القدرات التي تشمل جميع أصحاب المصلحة؛ وحملات التوعية التي تستهدف عامة الناس.

ولن يكون سن التشريعات لحظر ختان الإناث وحده كافياً. بل ينبغي أن يترافق مع استحداث آليات فعالة لإنفاذ هذه التشريعات. فيجب مكافحة الختان بطريقة منظمة عبر وضع خطط عمل. وتخصيص موارد كافية للقضاء على هذه الممارسة. وتقع محاربة

العنف ضد المرأة عموماً، ومكافحة ختان الإناث خصوصاً في صلب المعاهدات والقرارات الصادرة عن الأمم المتحدة. لذلك فالدول الأعضاء مدعوة إلى الوفاء بالتزاماتها الدولية عبر تطبيق صكوك حقوق الإنسان، مثل اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة واتفاقية حقوق الطفل.

وينبغي أن تستهدف أنشطة بناء القدرات جميع الجهات الفاعلة في المجتمع، والتي تشمل المسؤولين الحكوميين والقيمين على إنفاذ القوانين، والعاملين في السلك القضائي، ومقدمي خدمات الرعاية الصحية، والمعلمين، والمتخصصين في المجال الإعلامي. وينبغي للحكومات أن تضاعف جهودها في مجال محو أمية المرأة لأن نسبة الختان تقل في الأسر التي على رأسها أم متعلمة، وينبغي أن تترافق الجهود مع تعديل المناهج الدراسية، بما في ذلك القضاء على النظرة التمييزية ضد المرأة والفتاة.

وينبغي أن تضمن البلدان الأعضاء جودة نظم الرعاية الصحية وتوفرها، وتتخذ التدابير اللازمة لتحسين الصحة، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية، وختان المرأة أو الفتاة التي خضعت للختان إلى دعم اجتماعي ونفسي تؤمنه مؤسسات الدولة والمجتمع المحلي.

أما العنصر الضروري النهائي في أي نهج شامل للقضاء على ختان الإناث فيتمثل في إطلاق حملات لرفع مستوى الوعي بحقوق المرأة والفتاة، وقد اعتمدت منظمات عديدة تابعة للأمم المتحدة، ومنظمات غير حكومية إقليمية ومحلية استراتيجية ناجحة من عناصرها إشراك الرجال والفتيان في الدعوة إلى القضاء على هذه الممارسة.

IV. المرأة والإيدز في منطقة الإسكوا

تعد النساء نصف المصابين بالإيدز في العالم، فالمرأة في الغالب أكثر عرضة للإصابة بالمرض بسبب الجهل بالمسائل الجنسية، ومحدودية المعلومات المتاحة لها حول الحياة الجنسية الآمنة، وفي الكثير من الأحيان، يصعب على المرأة مناقشة هذه المسائل مع شريكها بسبب عدم المساواة بين الجنسين، والتبعية المادية، والخوف من العنف الجسدي.

ولا تتوفر في منطقة الإسكوا بيانات واقية حول انتشار الإيدز بين النساء، فقد أفادت تقارير صادرة في عام ٢٠٠٣ عن ظهور ٨٣ ٠٠٠ إصابة جديدة بالإيدز (وسط الرجال والنساء) في منطقة الإسكوا، مقابل خمسة ملايين إصابة في العالم^(٢١).

فالمنطقة تعاني من عدم الإبلاغ عن هذه الإصابات أو التقصير في الإبلاغ عنها بسبب اعتبار هذا الموضوع من المواضيع الحساسة والمحظورة في معظم المجتمعات المحلية.

ولذلك من الضروري أن تدرج الحكومات منظور النوع الاجتماعي في سياساتها لدى معالجتها قضية الإيدز لأن الفقر والتمييز بين الجنسين وممارسة العنف ضد المرأة، لا سيما

ESCWA. 2007. *Health and Millennium Development Goals in the ESCWA Region*. E/ESCWA/ (٢١) SCU/2007/Technical Paper.2

في المناطق التي تعيش حالة قتال. هي من العوامل التي تؤدي إلى تفشي الوباء. ويظهر تحليل عواقب الإيدز تأثر المرأة الشديد بالمرض. فالمرأة هي التي تعتني بالمرضى والمسنين. وهي التي تعاني من فقدان الدخل عندما يمرض فرد ذكر في الأسرة. فينبغي أن تتنبه البلدان الأعضاء إلى أن المرأة تتأثر إلى حد كبير بعواقب الإيدز حتى وإن لم تكن هي المصابة بالمرض.