صحة الأطفال ووفياتهم والفقر الحضري :

دراسة تطبيقية في بعض المناطق الطرفية بمدينة الخرطوم الكبرى

أ.د. عثمان الحسن محمد نور

كلية الآداب ـ جامعة الملك سعود ـ الرياض

ملخص

يعود الاهتمام بدراسة صحة ووفيات الأطفال في المجتمعات الحضرية والريفية لأسباب عديدة، أهمها أن فئة الرضع والأطفال دون الخامسة من أكثر الفئات العمرية تعرضاً للأمراض، وأقل مقاومة للأمراض المعدية والمستوطنة. كما أن لصحة الأطفال ووفياتهم علاقة وثيقة بمستويات النمو الاقتصادي والتغير الاجتماعي، وما يرتبط بذلك من مستويات الفقر.

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على الجوانب والأوضاع السكنية والصحية والاجتماعية والاقتصادية للأسر التي تعيش في مناطق الفقر الحضري على أطراف مدينة الخرطوم الكبرى. كما هدفت إلى معرفة صحة الأطفال ووفياتهم في مناطق الفقر الحضري. واعتمدت الدراسة على نتائج المقابلات التي أجراها الباحث مع بعض أرباب الأسر في مناطق النازحين حول مدينة الخرطوم الكبرى، كما اعتمدت على نتائج المسوحات الخاصة بإنفاذ الأمومة والمسح السوداني لصحة الطفل، الذي أجرى ضمن المشروع العربي للنهوض بالطفولة.

أوضحت الدراسة أن مدينة الخرطوم الكبرى، قد شهدت نمواً سكانياً متسارعاً خلال العقدين الأخيرين، حتى أصبح سكانها يمثلون نحو ٢٥% من إجمالي سكان السودان، وذلك لارتفاع معدلات الهجرة الوافدة لمدينة الخرطوم الكبرى نتيجة التصحر والجفاف وضعف الانتاج الزراعي والحرب الأهلية الدائرة في جنوب السودان منذ بداية النصف الثاني من القرن العشرين. كما أوضحت نتائج الدراسة الحالية أن عدد النازحين، الذين يعيشون في مناطق الفقر الحضري بولاية الخرطوم يقدرون بنحو مليون نسمة. كما كشفت نتائج هذه الدراسة أن سكان مناطق الفقر الحضري بولاية الخرطوم يعيشون حياة صعبة، من حيث سوء التغذية والنقص الحاد في الخدمات الصحية والتعليمية، وتدهور صحة البيئة وعدم توفر مياه الشرب النقية، وارتفاع درجة تزاحم السكان في المنازل والغرف، وقلة فرص العمل.

وأوضحت نتائج هذه الدراسة أن الأطفال في مناطق الفقر الحضري، أكثر الفئات العمرية تضرراً من ظاهرة النزوح، حيث تعرضوا لمخاطر وأمراض أعاقت نموهم الجسماني وتنمية قدراتهم العقلية، كما تعرضوا لويلات الفقر والأزمات الاقتصادية والجوع والتشرد والمرض، مما أدى إلى ارتفاع معدلات وفيات الأطفال والرضع في تلك المناطق، حيث بلغت معدلات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة نحو ٩٥ في الألف و ١٣٥ في الألف على التوالي.

تقديـم

يعود الاهتمام بدراسة صحة الأطفال ووفياتهم في المجتمعات الحضرية والريفية ، على حدٍ سواء ، لأسباب عديدة أهمها أن فئة الرضع والأطفال من أكثر الفئات العمرية تعرضاً للأمراض ، وأقل مقاومة للأمراض المعدية والمستوطنة (نور ، ١٤٠٩هـ). كما أن أهمية دراسة صحة الأطفال ووفياتهم تظهر من علاقتها الوثيقة بمستويات النمو الاقتصادي والتغير الاجتماعي، وما يرتبط بذلك من مستويات الفقر ، ولذلك تعد معدلات وفيات الأطفال والرضع أحد المعايير الأساسية ، لتحديد درجة التقدم الاقتصادي والاجتماعي للدول والمجتمعات.

وخلال النصف الثاني من القرن العشرين ، بدأ الاهتمام بصحة الطفل ورعايته وصون حقوقه ، يتزايد من قبل الدول والمنظمات العالمية والإقليمية ، حيث أشارت موجهات الإستراتيجية القومية الشاملة (١٩٩٢ –٢٠٠٢م) ، التي أعدتها جمهورية السودان ، إلى تنمية الطفولة ورعايتها وصون حقوقها وتلبية حاجاتها الأساسية والروحية والنفسية والبيولوجية والثقافية. وبناء على ذلك أنشأت ولاية الخرطوم مجلساً لرعاية الطفولة في عام ١٩٩٧م ، ليقوم بوضع السياسات والتخطيط والتنفيذ والتنسيق بين المنظمات والهيئات في الولاية لتأمين حق الطفل في الحياة والحماية والتنمية ، وإثارة الوعي بقضايا الطفولة. كما أكد مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل ، الذي انعقد في الثلاثين من أيلول/سبتمبر ١٩٩٠م ، على ضرورة خفض معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة بنسبة الثلث خلال عشر سنوات. كما أقر المؤتمر خفض معدلات وفيات الأمهات إلى النصف ، وخفض حالات سوء التغذية الحادة والمعتدلة إلى النصف بالنسبة للأطفال دون سن الخامسة.

وتعد جامعة الدول العربية من المنظمات الإقليمية ، التي اهتمت بقضايا الطفولة والأمومة. فأجرت بالتعاون مع المشروع العربي للنهوض بالطفولة المسح العربي لصحة الأم والطفل ، في معظم الدول العربية. كما أشرفت الجامعة العربية من خلال إداراتها المتخصصة على عقد الندوات والمؤتمرات لمناقشة قضايا الطفولة ومشكلاتها. كما أعلنت الجامعة العربية في يوليو من عام ٢٠٠١م اعتبار عام ٢٠٠٢م عاماً للطفل في الوطن العربي.

على الرغم من الانخفاض ، الذي بدأت تشهده معدلات وفيات الأطفال والرضع في آسيا وإفريقيا ، إلا أن تلك المعدلات ما زالت مرتفعة في معظم مناطق السودان ، خاصة إذا قورنت بمثيلاتها في الدول العربية والإفريقية المجاورة ، حيث تشير تقديرات الأمم المتحدة لعام ١٩٩٩م إلى أن معدلات وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون الخامسة تبلغ ٦٧ في الألف و١٠٩ في الألف على التوالي ، مقارنة بـ ٣٦ في الألف و٤١ في الألف في الجزائر (UNDP, 2001: 167 – 168).

ويلاحظ ارتفاع هذه المعدلات في معسكرات النازحين والمناطق الطرفية ، التي تحيط بمدينة الخرطوم الكبرى[1] لأسباب عديدة ترتبط بتدني صحة البيئة وارتفاع نسبة الفقر الحضري ، والنقص الحاد في الخدمات الصحية ، وعدم توفر مياه الشرب النقية ، وسوء التغذية ، وتدني المستويات التعليمية للأمهات ،

---

(١) مدينة الخرطوم الكبرى تضم مدينة الخرطوم والخرطوم بحري وأم درمان وما حولها من الامتدادات السكنية المجاورة لتلك المدن بما في ذلك مناطق النازحين ، وتسمى العاصمة المثلثة.

وغيرها من العوامل الاجتماعية والاقتصادية.

وتعاني مدينة الخرطوم الكبرى ، مثل غيرها من المراكز الحضرية الكبيرة في الدول النامية ، من ظاهرة الفقر الحضري ، الذي أصبحت معدلاته تتزايد وخاصة على أطراف الخرطوم والخرطوم بحري وأم درمان. ويشير التقرير الاستراتيجي السوداني لعام ١٩٩٧م إلى أن نسبة عدد الفقراء في ولاية الخرطوم قد ارتفعت من ٧١.% عام ١٩٩٠م إلى ٧٥.٤% لعام ١٩٩٦م. وقد ارتبط الفقر الحضري في ولاية الخرطوم بتيارات الهجرة الريفية لمدينة الخرطوم الكبرى ، نتيجة للجفاف والتصحر والمجاعة التي شهدتها البلاد خلال العقدين الأخيرين ، والحروب الأهلية الدائرة منذ بداية النصف الثاني من القرن العشرين.

وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على صحة الأطفال ووفياتهم في المناطق الطرفية لمدينة الخرطوم الكبرى ، من حيث مستوياتها وأسبابها. كما تهدف إلى التعرف على الجوانب والأوضاع السكنية والاجتماعية والاقتصادية والصحية التي تعيشها الأسر في المناطق الفقيرة. وتعتمد هذه الدراسة على نتائج المقابلات التي أجراها الباحث في مناطق النازحين بولاية الخرطوم ، مع بعض أرباب الأسر ، وذلك خلال شهر يوليو من عام ٢٠٠٢م. كما تعتمد الدراسة على بيانات الدراسات الخاصة بتقييم الفقر الحضري في مناطق النازحين والمسوحات الخاصة بإنقاذ الأمومة لعام ١٩٩٩م Safe Motherhood Survey 1999 والمسح العنقودي للمؤشرات المتعددة Multiple Indicators Cluster Survey والمسح السوداني لصحة الأم والطفل ، ضمن المشروع العربي للنهوض بالطفولة ، وغير ذلك من الإحصاءات المتوفرة لدى المصالح الحكومية والمنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية العاملة في مجال الطفولة والأمومة بالسودان.

وتكتسب هذه الدراسة أهميتها العملية في تحليل الواقع الصحي والاجتماعي والاقتصادي لسكان المناطق الطرفية والنازحين لمدينة الخرطوم الكبرى ، التي أصبح نموها السكاني يزداد بمعدلات تفوق بكثير معدلات النمو في الخدمات الصحية والسكنية والتعليمية والأمنية وغيرها. وقد تساعد نتائج مثل هذه الدراسات في معرفة الاحتياجات الفعلية لسكان تلك المناطق الطرفية ، وفي رسم البرامج والسياسات لعلاج المشكلات الناتجة عن هجرات الأسر الفقيرة من الريف لأطراف المدينة.

النمو الحضري والنزوح لمدينة الخرطوم الكبرى:

على الرغم من تدني نسبة سكان الحضر في السودان ، إلا أن النصف الثاني من القرن العشرين شهد نمواً متزايداً لسكان الحضر ، خاصة في العاصمة المثلثة. فخلال سبعة عشر عاماً (١٩٥٥ – ١٩٧٣م) ازداد سكان المراكز الحضرية في السودان بأكثر من ثلاثة أضعاف. كما أن نسبة سكان الحضر قد ازدادت من ٨.٣% عام ١٩٥٥م إلى ٢١.٢% عام ١٩٨٣م ، كما يلاحظ أن نحو ٦٠% من سكان الحضر في السودان يقيمون في العاصمة المثلثة (نور ، ١٩٨٦م). وخلال العقدين الأخيرين ارتفع سكان ولاية الخرطوم من ١.٨ مليون نسمة عام ١٩٨٣م إلى ٧.٦ مليون نسمة عام ١٩٩٩م (FMOH, &CBS & UNFA, 1999: 10). والجدير بالذكر أن هذا النمو الحضري المتسارع لمدينة الخرطوم الكبرى يشكل عبئاً ثقيلاً على مواردها الاقتصادية

المحدودة. كما أنه يجعل بعض التنظيمات الهيكلية والمؤسسات الخدمية بالعاصمة المثلثة ، غير قادرة على تحقيق أهدافها التنموية في المجالات الاجتماعية والاقتصادية. ومن الملاحظ أن معدلات النمو السكاني بمدينة الخرطوم الكبرى ، تفوق معدلات النمو في المرافق والخدمات العامة. ولم تستطع مدينة الخرطوم الكبرى استيعاب الجحافل الضخمة من المهاجرين والنازحين من المتأثرين بالجفاف والتصحر والمجاعة والحروب الأهلية ، والذين فاقت أعدادهم فرص العمل المتوفرة بالمدن ، مما أدى إلى مشكلات البطالة السافرة والمقنعة ، وزيادة أعداد المشردين ، وما يتبع ذلك من انحراف الأحداث وانتشار الجريمة. كما أدت تلك الهجرات إلى العاصمة المثلثة إلى ظهور مشكلة السكن العشوائي ، وانتشار مدن الأكواخ والصفيح ،حول أطراف العاصمة المثلثة.

وقد أشارت دراسة منطقة "دار السلام" بمحافظة أمبدة (منطقة أم درمان) إلى أن الحرب الأهلية في جنوب السودان أدت إلى نزوح نحو ١.٥ مليون نسمة إلى خارج البلاد ، وثلاثة مليون نسمة لداخل البلاد ، والغالبية العظمى من المجموعة الأخيرة قد نزحت لمدينة الخرطوم الكبرى بحثاً عن فرص العمل ، وبحثاً عن الإغاثة من المنظمات الخيرية ، ومنظمات الإغاثة العالمية ، التي تمركزت بولاية الخرطوم (MOSCH & UNDP & UNCHS, 2000: 10).

ويعد الأطفال من أولى ضحايا النزوح ، وهم أكثر الفئات تأثراً بهذه الظاهرة، فهم يتعرضون لمخاطر تعيق نموهم الجسماني وتنمية قدراتهم العقلية ، وكثيراً ما يكونون ضحايا الإعاقة والإهمال والقسوة والاستغلال. ويعاني الأطفال النازحون لولاية الخرطوم من ويلات الفقر والأزمات الاقتصادية ، كالجوع والتشرد. كما يعانون من الأوبئة وتدهور صحة البيئة ، مما يزيد من معدلات وفيات الأطفال والرضع. وقد أوضحت نتائج مسح منظمة شريان الحياة ، الذي أجري في "معسكر السلام" الذي يعد من أكبر معسكرات النازحين بولاية الخرطوم أن ٢٢.٥% من الأطفال يعانون من سوء التغذية. كما أن هنالك حالات "نقص الحديد" ونقص فيتامين (أ) وحالات الأنيميا (MOSCH & UNDP & UNHS, 2000). وقدرت كل من الأمم المتحدة ومنظمة شريان الحياة النقص في الغذاء وسط النازحين لولاية الخرطوم بنحو ٢٠% ، مما يؤثر سلباً على مستويات الصحة لسكان تلك المناطق ويرفع من معدلات الوفيات لشرائح المجتمع المختلفة.

النزوح والفقر الحضري:

تطلق كلمة "فقراء" على الأفراد والأسر أو الجماعات ، التي تفقد الموارد التي تمكنها من الحصول على أنواع الغذاء الملائمة والمألوفة في المجتمعات التي ينتمون إليها (Alcock, 1977: 67). كما يعرف "باقر" الفقر بأنه " حالة من الحرمان المادي التي تتجلى أهم مظاهرها في انخفاض استهلاك الغذاء كماً ونوعاً ، وتدني الحالة الصحية والمستوى التعليمي والوضع السكني ، والحرمان من السلع الضرورية والأصول المادية الأخرى ، وفقدان الاحتياطي أو الضمان لمواجهة الحالات الصعبة كالمرض والإعاقة والبطالة والكوارث والأزمات" (باقر ، ١٩٩٩: ٤٤).

ويعد الفقر ظاهرة مركبة تنشأ بسبب عوامل متعددة اقتصادية ، واجتماعية وثقافية وسياسية ، ولذلك تناول الباحثون معالجة ظاهرة الفقر حسب تخصصاتهم العلمية واهتماماتهم البحثية. وقد استحوذ التفسير الثقافي على معظم الدراسات السوسيولوجية ، التي تناقش الفقر ، حيث ورد مصطلح "ثقافة الفقر" لأول مرة في دراسة "أوسكار لويس" ، التي أشار فيها إلى قائمة من السمات الخاصة بالفقر. وأوضح لويس "أن الفقر ليس مجرد نقص وحرمان اقتصادي وسوء تنظيم ، وإنما هو طريقة في الحياة ، حيث تظهر في فترات التغير السريع والنمو الحضري المتسارع والحروب (Leeds, 1971: 226). ولذا فإن لويس لم يلغ العوامل الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والنفسية ، التي تتضمنها ثقافة الفقر ، التي تنتج عن جهود الفئات الدنيا في التغلب على المشاكل والشعور باليأس الناجم عن عدم قدرة هذه الفئات على تحقيق النجاح في إطار قيم المجتمع. ومع مرور الزمن يتشرب أطفال المناطق الفقيرة اتجاهات وقيم وثقافة الفقر ، وتصبح طريقة الحياة هذه هي التي تحقق لهم التكيف والاستمرار في العيش في بيئتهم (حسين ، ١٩٩٩: ٣٤٢).

قد طالت ظاهرة الفقر العديد من دول العالم وبصفة خاصة الدول النامية ، وفتكت بفئات كثيرة من أفراد مجتمعاتها كالنازحين والأطفال. وقد حاولت الكاتبة "سوينا لوثر" في كتابها عن تكيف الأطفال مع الفقر ، إيجاد آليات تربوية ونفسية للتخفيف من حدة ووطأة الفقر على الأطفال وترى الكاتبة أن الاهتمام بتنمية الطفل وتكيفه أمر ليس بجديد ، ولكن الجديد في الأمر أن دراسات الطفولة أفادت كثيراً من التقدم في الأبحاث العلمية والتحليلية ، إضافة إلى التقدم الحادث في العلوم الاجتماعية والبيولوجية ، وظهور نظريات فرعية تركز على الطفولة والمراهقة (Luther, 1999). وتضيف "لوثر" أن نسبة الفقر بين الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية آخذة في الازدياد ، حيث ارتفعت من ١٤% في عام ١٩٧٩ إلى ٢٥% في عام ١٩٩٦ ، حيث أصبح بعض الأطفال يعيشون في ظروف اجتماعية واقتصادية صعبة.

ارتبط الفقر بعمل الأطفال ، خاصة في غياب التشريعات التي تمنع عملهم في بعض الأحيان ، وعدم تطبيقها في حالات عديدة فعمل الأطفال يرتبط عضوياً بفقر الأسرة ، وعدم التحاق أبنائها بالمؤسسات التعليمية. وقد يكون عمل الأطفال مكملاً لدخول الأسرة أو عائداً أساسياً يعتمد عليه ، خاصة في مناطق النازحين. وتشير إحصاءات الأمم المتحدة إلى أن نسبة عمل الأطفال في المنطقة العربية يتراوح بين ٦% في سوريا و٣٠% لجزر القمر (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ، ١٩٩٦: ٢٦). وتتصف الأسر الفقيرة بارتفاع متوسط عدد أفرادها، وبالتالي زيادة عدد المعالين ، حيث أوضحت "الليثي" في دراسة عن جمهورية مصر العربية أن كل عشرة أشخاص فقراء يعولون سبعة أشخاص آخرين ، بينما كل عشرة أشخاص غير فقراء يعولون خمسة أشخاص فقط (الليثي ، ١٩٩٩: ٥٣٩). وتكشف دراسة الليثي عن ارتفاع نسبة التسرب من التعليم للأطفال وسط الأسر الفقيرة ، حيث تصل النسبة إلى ٢١% مقارنة بنحو ١١% لأطفال الأسر غير الفقيرة ، ويعزى ذلك لارتفاع تكلفة التعليم والحاجة إلى عمالة الأطفال.

ويشير "التقرير الاستراتيجي السوداني" إلى أن البلاد شهدت خلال العقدين الأخيرين ازدياداً مطرداً لظاهرة

الفقر، حيث بلغت نسبة الفقر ٩٤% من إجمالي السكان ، وتتراوح هذه النسبة بين ٧٥.٤% لولاية الخرطوم ، ٩٥.٤% لولاية غرب دار فور (مركز الدراسات الاستراتيجية ، ١٩٩٧: ٣٢٢).

وقد نالت ظاهرة الفقر ، خلال العقدين الأخيرين في السودان ، اهتماماً من قبل الباحثين والدارسين والمخططين في المجالات الاجتماعية والاقتصادية ، حيث عقدت المؤتمرات والندوات ، ونظمت ورش العمل ، كالورشة التي أقامتها وزارة التخطيط الاجتماعي بالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة الإنمائي في عام ١٩٩٧ عن الفقر وأسبابه وآثاره ومستقبل السياسات لمحاربته. وهدفت تلك الورشة لوضع إطار للسياسات المستقبلية ، وإعداد الإستراتيجيات المناسبة لمحاربة الفقر وتخفيف حدته. كما نظمت مجموعة "أبحاث الفقر" بالتعاون مع مؤسسة "فريد ريش أيبرت" الألمانية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي ورشة عمل أخرى عن الفقر في السودان مع نهاية عام ١٩٩٨.

ويعزى انتشار الفقر في السودان لأسباب عديدة ، أهمها:

(أ) الفشل المتوالي للسياسات الاقتصادية الكلية ، خاصة سياسة تحرير الاقتصاد، التي تبنتها الدولة منذ التسعينات.

(ب) حدوث الكوارث الطبيعية كالجفاف والتصحر والفيضانات بصورة متكررة.

(ج) الحروب الأهلية وعدم الاستقرار السياسي .

(د) نزوح سكان الريف المنتجين إلى المدن والمراكز الحضرية الكبرى.

(هـ) فساد الإدارة وأجهزة الحكم وغياب الشفافية والمسؤولية.

(و) فشل السياسات الزراعية لأسباب ترتبط بمشاكل الري وارتفاع تكلفة الإنتاج وإعسار المزارعين.

وقد زادت نسبة الفقر في ولاية الخرطوم نتيجة للأسباب أعلاه ، وبسبب ما نتج عن ذلك من هجرة ونزوح الأسر والأفراد ، الذين تأثروا كثيراً بالجفاف والتصحر والحروب الأهلية. وتشير تقديرات المجلس القومي للسكان ، بأن نسبة الفقراء في ولاية الخرطوم تبلغ ٧٠% من إجمالي السكان لعام ٢٠٠٢م (وزارة الشئون الاجتماعية والثقافية ، ٢٠٠٢م). والجدير بالذكر أن حد الفقر في السودان يقدر بنحو ٢٦١ دولاراً في السنة للأسرة الواحدة. وتشير تقديرات ديوان الزكاة إلى أن عدد الأسر الفقيرة التي تم حصرها في ولاية الخرطوم تبلغ نحو ٢٤٠.٠٠٠ أسرة ، وهي تمثل نحو ٣٥.٦% من إجمالي الأسر بالولاية (وزارة الشئون الاجتماعية والثقافية ، ٢٠٠٢) . وقد يعزى انخفاض تقديرات ديوان الزكاة لعدد الأسر الفقيرة بولاية الخرطوم إلى عدم دقة الإحصائيات ، وعدم شمولها لجميع المحليات والمحافظات بولاية الخرطوم ، وغالباً ما تعتمد تقديرات ديوان الزكاة على الأسر الفقيرة التي تستطيع الوصول لإدارات ديوان الزكاة ، فهنالك الكثير من الأسر الفقيرة على أطراف المدن ، التي لم تسمع بمساعدات ديوان الزكاة. وتشير خطة ولاية الخرطوم لمحاربة الفقر إلى أن المناطق الطرفية ومناطق السكن العشوائي حول العاصمة المثلثة التي تستقطب المجموعات النازحة، تتمدد فيها مساحة الفقر بمعدلات متزايدة ، ومن الجانب الآخر يلاحظ أن آليات مكافحة الفقر ليست بالفعالية المطلوبة

لتتمكن من تخفيف حدة الظاهرة ، ناهيك عن القضاء عليها.

لقد أقيم " مشروع الترقية الحضرية ومحاربة الفقر" في عام ١٩٩٧م ، بطلب تقدمت به حكومة السودان لمكتب الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP) لمساعدتها في القضاء على الفقر الحضري ، ووضع الإستراتيجيات الاقتصادية والاجتماعية لتحسين مستوى معيشة السكان وتحسين صحة البيئة وصحة المجتمع، للمجموعات التي تعيش في مناطق الفقر المطلق. وقد أشرف مكتب الترقية الحضرية ومحاربة الفقر على العديد من المسوحات والدراسات الخاصة بتقييم الفقر الحضري في ولاية الخرطوم. وكشفت نتائج المسح ، الذي أجري في المناطق المستهدفة لبرنامج مكافحة الفقر (خلال الفترة من ديسمبر ١٩٩٨ – فبراير ١٩٩٩) عن أن عدد السكان الذين يعيشون في مناطق الفقر يبلغ ١.٠٢٢.٠٠٠ نسمة ، ويمثل هؤلاء نحو ١٤% من إجمالي سكان ولاية الخرطوم في ذلك الوقت. كما أوضحت نتائج تلك الدراسة أن نحو ٤٧% من إجمالي هؤلاء الفقراء من النازحين ، وأن ٤٣% من هؤلاء النازحين لولاية الخرطوم كانوا عاطلين عن العمل. كما أوضحت تلك الدراسة أن وظائف معظم الذين يعملون من هؤلاء النازحين تنحصر في الأعمال غير الإنتاجية كغسيل السيارات والأعمال المنزلية والباعة المتجولين وغير ذلك من الأعمال الهامشية. وفي المقابل يلاحظ أن معظم النازحين الذين يقيمون حالياً بمنطقة دار السلام (غرب مدينة أم درمان) كانوا يعملون قبل نزوحهم للعاصمة المثلثة في الإنتاج الزراعي (٦٩%) والإنتاج الحيواني ١٣.٦% والعمل الحرفي ٨.٨٠% (MOSCA, UNDP, UNCHS, 1999). كما أوضحت نتائج ذلك المسح تدني متوسط الدخل الشهري للأسرة النازحة ، حيث لا يتعدى ٦١٠٠ ديناراً (٢٤ دولاراً) ، وينفق نحو ٤٤% من هذا الدخل على الطعام ، ونحو ٣٢% على شراء مياه الشرب وعلى المواصلات مما يترك نسبة قليلة من دخل الأسرة لضروريات الحياة الأخرى المتعددة ، كالعلاج والتعليم والمسكن والملبس وخلافه. ومعظم هذه الأسر تعاني من فجوة كبيرة بين الدخل والمنصرف قد تبلغ ٣٠% من إجمالي متوسط دخل الأسرة. وتلجأ معظم هذه الأسر إلى ديوان الزكاة وإعانات الكنيسة والمساعدات التي تقدمها المنظمات غير الحكومية لتغطية العجز في الميزانية الشهرية للأسرة.

وخلال أغسطس/ سبتمبر من عام ٢٠٠٠م أجريت دراسة مسحية لمنطقة "دار السلام" (غرب أم درمان) لتقييم الوضع الاجتماعي والاقتصادي والصحي وتحديد المخاطر الصحية التي يتعرض لها سكان المنطقة التي يقدر عدد سكانها بنحو نصف مليون نسمة ، ومعظمهم من النازحين الذين قدموا من كردفان ودار فور بسبب الجفاف والتصحر ، الذي أصاب المنطقة في منتصف الثمانينات. وعلى الرغم من أن غالبية سكان المنطقة من إقليمي كردفان ودار فور ، إلا أن المنطقة يسكنها نحو سبع وعشرين قبيلة من مناطق كردفان (٥٨.٢%) ودار فور (٣١.٨%) ، وأواسط السودان (٥.٥)% وجنوب السودان (٤.٥%) وتنحصر أسباب نزوح سكان منطقة "دار السلام في الجفاف والتصحر (٤٢.٨%) والحرب الأهلية (١٠.٩%) والبحث عن فرص عمل (٣٠%) وعدم توفر الخدمات في المناطق التي نزحوا منها (٣.٦%) (MOSCA, UNDP & UNCHS, 2000). كما اتضح من نتائج مسح منطقة "دار السلام" أن متوسط دخل الأسرة يعد أعلى نسبياً من متوسط دخل الأسرة في

معسكرات النازحين ، كمعسكر "السلام" ومعسكرات منطقة جبل أولياء ومعسكرات منطقة شرق النيل ، حيث يبلغ متوسط دخل الأسرة الشهري في منطقة دار السلام نحو ١٤٦٠٤ ديناراً (٥٦ دولاراً) مقارنة بنحو ٧٢٠٠ ديناراً (٢٧ دولاراً) في معسكرات النازحين. وعلى الرغم من الارتفاع النسبي لمتوسط الدخل الشهري للأسر في منطقة "دار السلام" ، إلا أن هذا الدخل يقل عن إنفاق الأسرة بنحو ٧٨٥٥ ديناراً شهرياً (٣٠ دولاراً). وتحاول هذه الأسر تغطية هذه الفجوة بين الدخل والإنفاق بالاستدانة ، والبحث عن أعمال إضافية ، وبيع بعض الأصول والممتلكات والبحث عن المساعدات من ديوان الزكاة ومنظمات الإغاثة.

مستويات وفيات الأطفال والرضع في السودان

إن تسجيل المواليد والوفيات ، لا سيما وفيات الأطفال والرضع في السودان، يتصف بالكثير من النقص ، مما لا يمكن الاعتماد عليه لتقدير معدلات المواليد والوفيات ، ناهيك عن تحديد مساراتها خلال فترة زمنية معينة. ولقد أوضح مسح المؤشرات المتعددة الذي أجري عام ٢٠٠٠م في جميع الولايات الشمالية وعدد من المدن الجنوبية ، أن ٥٨% فقط من الأطفال لديهم شهادات ميلاد (FMOH & CBS & UNICEF, 2000: 3). وحتى بعض المناطق التي تتوفر فيها بعض إحصاءات المواليد والوفيات ، فإن استخداماتها لتحديد مستقبل وفيات الأطفال والرضع واتجاهاتها تظل محدودة ، بسبب صعوبات ومشكلات عديدة ، أهمها أن الرضع الذين يموتون بعد ولادتهم بوقت قصير لا يسجلون كمواليد ، ولا يسجلون كوفيات ، مما قد يشير إلى تقديرات تقل عن المستوى الحقيقي لمعدلات وفيات الأطفال والرضع. كما يلاحظ أن التعدادات السكانية ، التي أجريت في السودان في فترات متباعدة ، ليست هي الأخرى مؤهلة بحكم طبيعة بياناتها لتوفير الإحصاءات اللازمة لتقدير وفيات الأطفال والرضع. إضافة إلى ذلك فإن بياناتها ، التي مضى عليها نحو عقد من الزمان ، لا تصلح لتحديد المستويات الحالية لوفيات الأطفال والرضع ، خاصة في ظل التغيرات التي شهدتها البلاد من جفاف وتصحر وحروب أهلية وارتفاع تكاليف المعيشة ، واتساع دائرة الفقر. وعليه ، فقد اعتمدت معظم تقديرات وفيات الأطفال والرضع لأقاليم السودان المختلفة على الطرق غير المباشرة Indirect Techniques ، التي تستخدم نسب الأبناء المتوفين لإجمالي المواليد المولودين أحياء ، حسب الفئات العمرية الخمسية للأمهات من الفئة العمرية (١٥ – ١٩) ، وحتى الفئة العمرية (٣٥ – ٣٩) للحصول على احتمالات وفيات الرضع والأطفال منذ الميلاد ، وحتى بلوغ الأعمار ١ ، ٢ ، ٣ ، ٥ ، ١٠ (Brass, 1975).

توضح بيانات الجدول رقم (١) ارتفاع معدلات وفيات الأطفال الرضع ووفيات الأطفال دون الخامسة بالسودان من عدة مصادر إحصائية. وعلى الرغم من الاختلافات الواضحة بين التقديرات الثلاثة ، إلا أنها جميعاً تشير إلى ارتفاع تلك المعدلات ، خاصة إذا ما قورنت بالعديد من الدول النامية. فقد بلغت معدلات وفيات الأطفال الرضع ووفيات الأطفال دون الخامسة خلال الفترة ١٩٩٠ – ١٩٩٥م ٨٢ في الألف و ١٣٢ في الألف على التوالي. وتبلغ هذه المعدلات ٤١ في الألف و ٥٢ في الألف لجمهورية مصر العربية لعام ١٩٩٩م (UNDP, 2001:168).

جدول رقم (١)

التقديرات غير المباشرة لمعدلات وفيات الأطفال الرضع ووفيات الأطفال دون الخامسة في الألف للسودان من واقع بيانات المسح الديموجرافي (١٩٩٠م) ومسح إنقاذ الأمومة (١٩٩٩م) والتعداد السكاني (١٩٩٣م):

المعدل	مسح إنقاذ الأمومة للفترة (١٩٩٠-١٩٩٥)	المسح الديموجرافي ١٩٩٠	التعداد السكاني لعام ١٩٩٣
معدل وفيات الأطفال الرضع	٨٢ في الألف	٩٢في الألف	٩٥ في الألف
معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة	١٣٢ في الألف	١٥٠في الألف	١٥٥ في الألف

Source: Federal Ministry of Health & Central Bureau of Statistics & UNFPA, Safe Motherhood Survey: National Report – 1999 pp. 130 – 135.

جدول رقم (٢)

التقديرات المباشرة لمعدلات وفيات الرضع ووفيات الأطفال دون الخامسة في الألف للولايات الشمالية من واقع بيانات مسح إنقاذ الأمومة لعام ١٩٩٩م.

الولايـــة	معدلات وفيات الأطفال الرضع خلال الفترة (١٩٩٠ – ١٩٩٩م)	معدلا وفيات الأطفال دون الخامسة خلال الفترة (١٩٩٠ – ١٩٩٩م)
الخرطوم	٦٩	١٠٣
الشمالية	٥٦	٧٨
نهر النيل	٥٧	٨١
البحر الأحمر	١١٦	١٦٥
كسلا	١٠١	١٤٨
القضارف	٦٧	١١٧
الجزيرة	٤٣	٥٩
سنار	٥١	٩٨
النيل الأبيض	٧٠	١١١
النيل الأزرق	١٠١	١٧٢
شمال كردفان	٦٠	٩٤
جنوب كردفان	٩٥	١٤٧
غرب كردفان	٧٢	٩٥
شمال دار فور	٦١	١٠١
جنوب دار فور	٦٤	٩٦
غرب دار فور	٧١	١٠٤

Source: Federal Ministry of Health & Central Bureau of Statistics & UNFPA, Safe Motherhood Survey: National Report – 1999 pp. 130 – 135.

ويتضح من بيانات الجدول رقم (٢) ، أن معدلات وفيات الأطفال الرضع ومعدلات وفيات الأطفال دون الخامسة، تختلف اختلافاً واضحاً بين ولايات السودان المختلفة ، حيث تتراوح معدلات وفيات الأطفال الرضع بين ٤٣ في

الألف لولاية الجزيرة و١١٦ في الألف لولاية البحر الأحمر. أما المعدلات الخاصة بولاية الخرطوم كأكبر مركز حضري ، فإنها تتوسط معدلات ولايات السودان الشمالية ، بعد أن كانت ولاية الخرطوم تتميز بأدنى معدلات لوفيات الأطفال والرضع قبل الفترة التي شهدت نزوح العديد من الأسر والأفراد للعاصمة المثلثة من أقاليم كردفان ودار فور وجنوب السودان وشرقه.

وتكشف إحصاءات وزارة الصحة أن أكثر الأمراض سبباً لوفيات الأطفال الرضع في ولاية الخرطوم ، تنحصر بالترتيب في سوء التغذية ، والملاريا ، وتسمم الدم ، والالتهاب الرئوي وفقدان السوائل والنزلات المعوية والأنيميا وأمراض القلب. ولا تختلف هذه الأسباب كثيراً عن أسباب وفيات الأطفال دون سن الخامسة ، ولكنها تختلف في ترتيبها ، حيث تأتي الملاريا في المرتبة الأولى ، يليها الالتهاب الرئوي ، وحالات نقص التغذية ، وفقدان السوائل ، والإسهالات ، والنزلات المعوية ، والالتهاب السحائي (وزارة الصحة بولاية الخرطوم ، ٢٠٠١م).

الوضع الصحي والاجتماعي والاقتصادي في مناطق الفقر الحضري

سبقت الإشارة في المبحث الأول من هذه الدراسة ، إلى أن تقييم الوضع الصحي والاجتماعي والاقتصادي للأطفال في المناطق الطرفية سيعتمد على نتائج المسح الديموجرافي ، الذي أجراه الباحث خلال شهر يوليو ٢٠٠٢م على عينة من مائة وست عشرة أسرة من النازحين بمنطقة "الحاج يوسف" (محافظة شرق النيل). واعتمد الباحث على عينة كرة الثلج[1] لاختيار الأسر من بين النازحين ، الذين لا تقل إقامتهم بولاية الخرطوم عن خمس سنوات. واشتملت صحيفة الاستبيان ، التي استخدمها الباحث ، على بيانات ديموجرافية عن أفراد الأسرة المعيشية. هذا بالإضافة لبيانات لتقييم الوضع الصحي والاجتماعي والاقتصادي والبيئي والسكني للأسر المبحوثة . وأجرى الباحث المقابلات مع أرباب الأسر للحصول على البيانات اللازمة بمتوسط عشر مقابلات يومياً. كما جمع الباحث بيانات عن الخدمات والمرافق المتوافرة بالمنطقة ، ومدى كفايتها وكفاءتها لتلبية الاحتياجات الضرورية لسكان المنطقة ، ويشمل ذلك: الخدمات الصحية والتعليمية ، ومياه الشرب ، والمواصلات وغيرها.

١- الخصائص الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية لأفراد العينة:

إن تحليل الخصائص الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية لأفراد العينة ، يساعد على معرفة العوامل والمحددات الرئيسة لمستويات وفيات الأطفال والرضع. كما يساعد على تفسير اختلافات الوفيات بين الأنماط المعيشية والمجموعات السكانية المختلفة ، فتعليم الأم ، على سبيل المثال يعطيها القدرة الكافية على استيعاب

---

[1] عينة كرة الثلج (Snowball sampling) هي عينة كرة الثلج من العينات غير الاحتمالية التي غالباً ما تستخدم في الدراسات التي تتطلب تجميع البيانات في حالة عينة كرة ثلج من الأسر أو الأفراد القلائل من مجتمع البحث ممن يمكن التعرف على أماكنهم ، ثم يطلب من هؤلاء الأفراد إعطاء معلومات عن أماكن تواجد زملائهم المعروفين لديهم. وهكذا تستمر عملية التعرف على المزيد من المبحوثين ، إن فكرة عينة كرة الثلج تعني أنها عملية تراكمية لمفردات العينة.

أهمية تطعيم الطفل. إضافة إلى أن المرأة المتعلمة تستطيع تقدير ما إذا كانت أعراض مرض الطفل تستدعي نقله لمراكز علاجية. كما أن دخل الأسرة يعد من المؤشرات التي تحدد مستوى معيشة أفراد الأسرة وإمكانياتهم المادية ، لمقابلة نفقات العلاج.

وتوضح بيانات الجدول رقم (٣) بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية لعينة الدراسة ، وتشير نتائج الدراسة إلى أن نسبة السكان ، الذين تقل أعمارهم عن خمسة عشر عاماً تبلغ ٤٦% ، مما يدل على أن مجتمع النازحين مجتمع فتي ، وبأن هرمه السكاني ذو قاعدة عريضة ، وقمة ضيقة ، وذلك لارتفاع معدلات الخصوبة ومعدلات الوفيات. وتتصف الأسرة في مناطق النازحين بارتفاع متوسط عدد أفرادها ، حيث يبلغ متوسط أفراد الأسرة في عينة الدراسة ٧.٢ ، مما يزيد من عبء الإعالة ، خاصة وأن معظم أفراد الأسر من صغار السن ، ومن غير المنتجين.

جدول رقم (٣)

بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية لأفراد العينة

الخصائص الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية	قيم المؤشرات للجنسين	قيم المؤشرات	
		الذكور	الإناث
١- نسبة السكان الذين تقل أعمارهم عن ١٥ سنة	٤٦%	٤٧%	٤٥%
٢- متوسط عدد أفراد الأسرة	٧.٢	٣.٨	٣.٤
٣- نسبة الذكور لإجمالي أفراد العينة	٥٦%	-	-
٤- نسبة الأسر التي يرأسها الذكور	٨١%	-	-
٥- نسبة الأسر التي ترأسها الإناث	١٩%	-	-
٦- متوسط السن عند الزواج	-	٢٥	١٩
٧- الحالة الزواجية:			
- نسبة المتزوجين	٦٦%	٦٤%	٦٧%
- نسبة الذين لم يسبق لهم الزواج	١٤%	١٧%	٩%
- نسبة المطلقين	٩%	٥%	١٧%
- نسبة الأرامل	١١%	١٤%	٧%
٨- المستوى التعليمي:			
- نسبة الأمية	-	٥٣%	٧٢%
- نسبة الذين يقرأون ويكتبون	-	١٦%	١٤%
- نسبة الذين أكملوا المرحلة الابتدائية	-	١٣%	١٠%
- نسبة الذين أكملوا المرحلة المتوسطة فأعلى	-	١٨%	٤%
٩- متوسط الدخل الشهري للأسرة بالدينار	١٦٥٢٠	-	-
١٠- متوسط الإنفاق الشهري للأسرة بالدينار	٢١٥٩٠		
١١- متوسط الفرق بين دخل الأسرة وأنفاقها في الشهر بالدينار.	٥٠٧٠	-	-
١٢- متوسط عدد سنوات الإقامة بولاية الخرطوم لرب الأسرة	٨	-	-

وتكشف بيانات الجدول رقم (٣) عن ارتفاع نسبة الذكور وسط عينة الدراسة ، حيث بلغت ٥٦% من إجمالي أفراد العينة. وقد يعزى ارتفاع نسبة الذكور وسط السكان ، إلى أن الهجرة في المجتمعات المحافظة تقل بين النساء ، وعادة ما تبدأ الهجرة من المناطق الريفية للمراكز الحضرية برب الأسر ، ثم يعقبه بقية أفراد الأسرة

بعد حصوله على عمل ، وعلى مكانٍ للإقامة ، وتأمين مصادر الدخل لمقابلة احتياجات الأسرة القادمة للمدينة.

ومن الملاحظ أن توزيعات السكان حسب الحالة الزواجية ، تؤثر تأثيراً مباشراً على مستويات معدلات المواليد واتجاهاتها واختلافاتها. فالعمر عند الزواج ونسبة المتزوجين والمطلقين والأرامل بين السكان ، تحدد طول الفترة الزواجية التي ترتبط ارتباطاً طردياً مع معدلات الولادات. وتكشف بيانات الجدول رقم (٣) أن متوسط سن الزواج لدى الإناث يقل كثيراً عن متوسطه لدى الذكور ، حيث تبلغ تلك المتوسطات ١٩ سنة و٢٥ سنة على التوالي. وقد تعزى ظاهرة الزواج المبكر في أوساط عينة البحث ، وخاصة بالنسبة للإناث لأن العلاقات الجنسية في المجتمعات المحافظة تنحصر داخل الحياة الزوجية. هذا بالإضافة إلى أن معظم القبائل تتعجل الزواج المبكر للإناث صوناً لشرف البنت وسمعة القبيلة، ولقفل الأبواب أمام المتقدمين لزواجها من غير الأقارب ، أو من خارج القبيلة. وتوضح بيانات الجدول رقم (٣) انخفاض نسبة الذين لم يسبق لهم الزواج ، بين الذين لا تقل أعمارهم عن ١٥ سنة للإناث و١٨ سنة للذكور ، حيث لا تتعدى هذه النسبة ١٤% للذكور و١٧% للإناث. كما يلاحظ أن النسب المئوية للمتزوجين حالياً لا تقل عن ٦٦% للذكور و٦٤% للإناث ، مما يعكس مدى انتشار ظاهرة الزواج المبكر وسط النازحين. وتزيد نسبة المطلقات بثلاثة أضعاف مثيلاتها عن الذكور ، حيث بلغت النسب المئوية ١٧% و٥% على التوالي. ويعزى ذلك لزيادة احتمال فرص الزواج مرة أخرى للرجال المطلقين مقارنة بنظرائهم من النساء المطلقات.

وتكشف بيانات الجدول رقم (٣) عن تدني المستويات التعليمية بين النازحين ، الذين تزيد أعمارهم عن عشر سنوات ، حيث بلغت نسب الأمية ٥٣% و٧٢% لكل من الذكور والإناث على التوالي. أما نسب الذين سبق لهم الالتحاق بالمدارس النظامية فلا تتعدى ٣١% للذكور و١٤% للإناث. واتضح من زيارات الباحث للمؤسسات التعليمية في المنطقة ، أن أعدادها لا تفي باحتياجات المواطنين، وخاصة الإناث. كما أنها تفتقر للعدد اللازم من المدرسين والوسائل التعليمية والكتب المدرسية ، حيث يشترك أكثر من طالبين في الكتاب المدرسي. كما اتضح للباحث محدودية مراكز تعليم الكبار التابعة للحكومة ، وافتقارها للمعلمين ، باستثناء مراكز تعليم الكبار ، التي تشرف عليها المنظمات الخيرية. وتفتقر منطقة "الحاج يوسف" لمراكز التدريب المهني والحرفي لاستيعاب الطلاب الذين تسربوا من المدارس بسبب الظروف الاقتصادية لأسر النازحين ، ورغبتهم في البحث عن عمل يساعد في زيادة دخل الأسرة. وكشفت نتائج مسح المؤشرات المتعددة أن نحو ١٥% من الأطفال في الفئة العمرية (٦ – ١٤) في ولايات السودان الشمالية يعملون بأجر ، وهذا يحرمهم من التعليم ، كما أنه يخالف قوانين العمل التي تمنع عمل الأطفال (FMOH, CBS & UNICEF, 2000).

وتوضح بيانات الجدول رقم (٣) انخفاض متوسط دخل الأسرة الشهري ، خاصة إذا ما قورن بمتوسط الإنفاق الشهري للأسرة ، حيث تبلغ تلك المتوسطات ١٦٥٢٠ ديناراً (٦٣ دولاراً) و٢١٥٩٠ ديناراً (٨٣ دولاراً) وتكشف هذه الأرقام عن وجود فجوة كبيرة بين الدخل والمنصرف ، تبلغ ٥٠٧٠ ديناراً ، وتحاول الأسر تغطية هذه الفجوة عن طريق الاستدانة ، والبحث عن مصادر دخل إضافية من عمل الأطفال ، وبيع الأصول والممتلكات

واللجوء إلى ديوان الزكاة ، ومنظمات الإغاثة ، التي غالباً ما تقدم مساعدات عينية. وتقدر دراسة عبد الحي الإعانات التي يحصل عليها سكان مناطق الفقر الحضري بولاية الخرطوم ، من ديوان الزكاة أو الكنائس أو المنظمات الإنسانية بنحو ٣٥% من إجمالي دخل الأسرة (Abdul Hai, 2001).

وعند سؤال أرباب الأسر عن المهن التي كانوا يمارسونها قبل نزوحهم ، اتضح أن غالبيتهم كانوا يعملون في الإنتاج الزراعي (٦٥%) وتربية المواشي (١٣.٦%). هذا بالإضافة إلى أن ٨.٩% و٣.٢% كانوا يعملون في أعمال حرفية وفي التجارة على التوالي. وعلى الرغم من أن نحو ٧٩% من أرباب الأسر قد اكتسبوا بعض المهارات اليدوية ، في مجالات النجارة والبناء والميكانيكا والحدادة وغيرها ، إلا أننا لاحظنا أن ٣٥% فقط من هؤلاء يستغلون هذه المهارات لكسب العيش ، والبقية تعتمد على أعمال هامشية غير إنتاجية ، وعلى الإعانات والمساعدات والإغاثة ، التي تقدمها المنظمات الخيرية.

٢- الوضع الصحي في مناطق الفقر الحضري:

على الرغم من أن البيانات التي جمعت عن وفيات الأطفال والرضع لا تساعد على استخدام الطرق المباشرة وغير المباشرة لتقدير معدلات الوفيات لصغر حجم عينة الدراسة ، إلا أن نتائج هذه الدراسة أوضحت أن نحو ١١% من الأسر في مناطق النازحين ، قد فقدت بالوفاة طفلاً رضيعاً خلال العام الذي سبق إجراء المسح. كما أوضحت نتائج الدراسة أن نحو ١٦% من هذه الأسر قد فقدت نتيجة للوفاة طفلاً أو أكثر دون سن الخامسة خلال العام الماضي. وتعكس هذه النسب العالية مؤشرات واضحة لارتفاع معدلات وفيات الأطفال والرضع ، وتتفق هذه المؤشرات مع نتائج المسوحات التي أجريت أخيراً في مناطق النازحين بشرق النيل وغرب أم درمان ومنطقة جبل الأولياء (جنوب مدينة الخرطوم) ، والتي سبقت الإشارة إليها في المبحث الثالث من هذه الدراسة.

وقد تضمنت صحيفة استبيان هذه الدراسة سؤالاً عن أسباب الوفيات لآخر مولدين ، للنساء اللائى سبق لهن الزواج. وعلى الرغم من أن بعض الإجابات لم توضح حقيقة أسباب وفيات الأطفال الرضع ، إلا أن تلك الإجابات يمكن أن تعطي مؤشراً لطبيعة الأمراض ، التي تنتشر وسط مناطق النازحين. كما استعان الباحث في التعرف على أسباب وفيات الأطفال والرضع في تلك المنطقة ، بتقارير المراكز الصحية والمنظمات الإنسانية العاملة وسط النازحين. فقد كشفت الدراسة أن أكثر الأمراض سبباً لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في منطقة النازحين كانت على النحو الآتي: سوء التغذية (١٤.٨%) ، ملاريا (١٢%) تسمم في الدم (١١%) ، والتهاب رئوي (١٠.٢%) ، فقدان سوائل (٥.٢%) ، سحائي (٤.٩%) ، نزلات معوية (٤.٤%) أنيميا (٣.٨%). وتجدر الإشارة إلى أن نتائج مسح المؤشرات المتعددة أوضحت أن ١١% من إجمالي الأطفال في ولايات السودان الشمالية يعانون من مظاهر سوء التغذية ، وأن نحو ٣١% من الأطفال الرضع تقل أوزانهم عن ٢٥٠٠ جرام عند الولادة ، وأن ٢٢.٨% من الأطفال دون سن الخامسة كانوا يشكون من الملاريا خلال فترة الأسبوعين التي سبقت الدراسة ، وأن ١٧% من الأطفال دون الخامسة من العمر قد أصيبوا بالتهابات حادة في التنفس خلال الأسبوعين التي سبقت الدراسة (FMOH, CBS &UNICEF, 2000).

كما أوضحت الدراسة أن نسبة النساء الحوامل اللائى تلقين كشفاً شبه دوري لا تتعدى ٧% فقط ، من إجمالي النساء الحوامل. ولا تختلف هذه النسبة المتدنية عن نسبة الأمهات اللائى يراجعن مراكز الرعاية الصحية الأولية بعد الولادة ، حيث لا تزيد النسبة عن ٨.٥% من إجمالي النساء اللائى أنجبن أطفالاً خلال السنة التي سبقت الدراسة. وتؤدي هذه النسب المتدنية لمشاكل الحمل ، وتزيد من معدلات وفيات الأطفال والأمهات. وتجدر الإشارة إلى أن معظم النساء اللائى تلقين الرعاية الصحية في منطقة الدراسة لم يذهبن لمراكز الرعاية الصحية الأولية أو للمستشفيات ، إما لعدم توافرها في المنطقة المجاورة ، أو لبعد تلك المرافق الصحية عن مناطق سكن النازحين ، حيث تتلقى النساء الحوامل والمرضعات تلك الرعاية الصحية من الزائرات الصحيات ومن الخدمات الصحية، التي تقدمها بعض المنظمات الخيرية والإنسانية العاملة في المنطقة.

وتشير إحصاءات منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونسيف) ، إلى أن تطعيم الأطفال ضد الأمراض يمكن أن ينقذ نحو مليون طفل سنوياً. وعلى الرغم من المجهودات التي تقوم بها وزارة الصحة بولاية الخرطوم لتحصين الأطفال ضد الأمراض ، إلا أن هنالك نسبة كبيرة من الأطفال في مناطق الفقر الحضري لم يكملوا معظم التطعيمات اللازمة ، وترتفع نسبة التطعيم للثلاثي المتمثل في الدفتيريا والسعال الديكي والتيتانوس (DPT) ، التي بلغت ٣٩%. كما أوضحت نتائج الدراسة أن ٣٥% فقط من الأطفال اكتفوا بالجرعة الأولى من شلل الأطفال و٢٩% فقط أكملوا الجرعة الثانية و١٢% فقط أكملوا الجرعة الثالثة. أما الأطفال الذين تحصنوا ضد الحصبة ، فلم تتعد نسبتهم ١٧%. ويلاحظ أن نسبة شمول التطعيم ترتفع لدى أطفال الأمهات اللائى أكملن بعض المراحل التعليمية ، مقارنة بأطفال الأمهات الأميات.

وقد اتضح من نتائج الدراسة أن نحو ٣٢% من الأطفال الرضع قد أصيبوا بإسهالات خلال الشهر الذي سبق الدراسة ، وأن ٣٧% فقط من الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال أعطوا علاجات من الإسهال. ويعزى ذلك لعدم معرفة معظم الأمهات في مناطق النازحين بكيفية إسعاف فاقدي السوائل من الأطفال ، ولعدم توفر الخدمات الصحية الكافية حول المناطق السكنية. وتبين للباحث أن المنطقة التي يقيم فيها النازحون تعاني من نقص حاد في الخدمات الصحية والكوادر الصحية ، ويلاحظ أن معظم المراكز الصحية بالمنطقة ، خاصة بالمنظمات غير الحكومية ، التي تحاول تقديم الخدمات الصحية والأدوية للأعداد المتزايدة من المحتاجين. ويلاحظ أن المراكز الصحية في المنطقة تفتقر للمعامل الطبية ، مما يضطر العاملون بتلك المراكز إلى إحالة المرضى للمستشفيات البعيدة. كما أوضحت نتائج الدراسة أن أكثر من نصف الأسر تعتمد على نفسها في تشخيص المرض والبحث عن علاج ، وذلك نسبة لارتفاع تكاليف العلاج في المستوصفات الخاصة.

٣- مياه الشرب والمساكن وصحة البيئة في مناطق الفقر الحضري:

تُعد مشكلة نقص المياه من أكبر المشكلات ، التي تواجه سكان مناطق الفقر الحضري بولاية الخرطوم ، حيث أوضحت دراسة "عبد الحي" أن ٨٠% من سكان تلك المناطق يعتبرون عطشى لعدم توفر مياه الشرب الكافية. وتضيف دراسة عبد الحي أن ٢٧% من المياه المتوفرة في تلك المناطق لا تتفق مع المعايير الخاصة بصلاحية

مياه الشرب (Abdul Hai, 2000). كما أوضحت دراسة وزارة الشئون الاجتماعية والثقافية بولاية الخرطوم أن نحو ٦٩% من سكان مناطق الفقر الحضري يشترون المياه من أصحاب العربات بأسعار عالية. وفي منطقة "دار السلام" على سبيل المثال نلاحظ أن أسعار المياه تزيد بنحو ٣٧% عن أسعارها في المناطق الطرفية الأخرى. كما تزيد بنسبة خرافية تصل إلى ٩٧٥% عن أسعار المياه في وسط العاصمة المثلثة (MOSCA, UNDP & UNCHS, 2000).

ويلاحظ أن معظم المباني في مناطق الفقر الحضري مشيدة من الطين ، وتتكون من حجرة أو حجرتين بمساحة صغيرة ، لا تتعدى ستة عشر متراً مربعاً للحجرة الواحدة. وتفتقر معظم المنازل في المنطقة للتخطيط العمراني. لقد تم بناء بعض المنازل على مجرى السيول والأمطار ، مما يعرضها باستمرار للهدم. ويلاحظ أن مساكن منطقة الفقر الحضري تفتقر للتيار الكهربائي وللقواعد الأساسية لصحة البيئة ، كما أن جميع الطرق الرئيسة والداخلية وعرة وغير معبدة ، ويصعب استخدامها عند هطول الأمطار.

وتشير دراسة وزارة الشئون الاجتماعية والثقافية إلى أن شبكة الصرف الصحي بولاية الخرطوم لا تغطي سوى ٣% من المساكن. وتعتمد بعض المنازل على آبار "السايفن" التي يتحمل تكلفتها أصحاب المنازل. وهنالك نسبة كبيرة من المنازل بولاية الخرطوم تعتمد على المراحيض البلدية ، وتبلغ هذه النسبة نحو ٧٠% من إجمالي المساكن بالولاية وهنالك نحو ٢٥% يستخدمون آبار السايفن (وزارة الشئون الاجتماعية والثقافية ، ٢٠٠٢م).

وتفتقر جميع المساكن في مناطق الفقر الحضري لخدمات شبكة الصرف الصحي ، كما أن سكان تلك المناطق لا يستطيعون تحمل تكلفة حفر آبار "السايفن" ، وتشير دراسة عبد الحي إلى أن ٦٨% من أفراد الأسر في تلك المناطق يستعملون المراحيض البلدية ، وأن ٥% يستعملون مراحيض مشتركة ، وأن ٢٧% لا توجد في مساكنهم أي نوع من أنواع المراحيض. كما أوضحت دراسة عبد الحي أن ٣٩% فقط من سكان مناطق الفقر الحضري تتوفر لديهم خدمات لجمع القمامة ، هذا بالإضافة إلى أن ٢٣% من سكان تلك المناطق يعتمدون على أنفسهم في جمع القمامة وحرقها.

ملاحظات ختامية وتوصيات

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الوضع الصحي والاجتماعي والاقتصادي والبيئي لسكان مناطق الفقر الحضري في ولاية الخرطوم ، ومعرفة مدى تأثير ذلك على صحة ووفيات الأطفال والرضع في مناطق النازحين. واعتمدت الدراسة على نتائج المسح الديموجرافي ، الذي أجراه الباحث في بعض مناطق الفقر الحضري ، وعلى نتائج المسوحات التي أجرتها وزارة الشئون الاجتماعية والثقافية بولاية الخرطوم ، ومصلحة الإحصاءات العامة بالتعاون مع منظمات الأمم المتحدة المتخصصة والعاملة بالسودان. وقد أوضحت نتائج الدراسة أن مدينة الخرطوم الكبرى ، قد شهدت نمواً متسارعاً خلال العقدين الأخيرين، حتى أصبح سكانها يمثلون نحو ٢٥% من إجمالي سكان السودان ، وذلك نتيجة لهجرة العديد من الأفراد والأسر من معظم ولايات السودان ، بسبب

التصحر والجفاف وضعف الإنتاج الزراعي وقلة الأجور للعمال الزراعيين ، وبسبب الحرب الأهلية الدائرة بجنوب البلاد منذ بداية النصف الثاني من القرن العشرين. كما أوضحت الدراسة أن عدد النازحين ، الذين يعيشون في مناطق الفقر الحضري بولاية الخرطوم ، يقدرون بنحو مليون نسمة (يمثلون نحو ١٤% من سكان الخرطوم عام ١٩٩٨م). وكشفت نتائج الدراسة الحالية عن أن سكان مناطق الفقر الحضري بولاية الخرطوم يعيشون حياة صعبة من حيث سوء التغذية والنقص الحاد في الخدمات الصحية والتعليمية وتدهور صحة البيئة وعدم توفر مياه الشرب النقية ، وارتفاع درجة تزاحم السكان في المنازل والغرف ، وقلة فرص العمل.

وأوضحت نتائج الدراسة أن الأطفال في مناطق الفقر الحضري كانوا أكثر الفئات العمرية تضرراً من ظاهرة النزوح ، حيث تعرضوا لمخاطر وأمراض أعاقت نموهم الجسماني وتنمية قدراتهم العقلية ، كما تعرضوا لويلات الفقر والأزمات الاقتصادية والجوع والتشرد والمرض ، مما أدى إلى ارتفاع معدلات وفيات الأطفال والرضع في تلك المناطق ، حيث أوضحت نتائج الدراسة الحالية أن نحو ١١% من الأسر في مناطق النازحين قد فقدت بالوفاة طفلاً رضيعاً خلال العام الذي سبق إجراء المسح. كما أوضحت الدراسة الحالية أن ١٦% من هذه الأسر قد فقدت طفلاً أو أكثر دون سن الخامسة خلال نفس الفترة ولخفض هذه المعدلات العالية نرى ضرورة الاهتمام بتوسيع حملات تحصين الأطفال ضد أمراض الطفولة والعناية بصحة الأمومة والطفولة من خلال توفير الإمكانات لبرامج الرعاية الصحية الأولية في مناطق الفقر الحضري. كما نوصي بضرورة تدريب الأمهات على كيفية إسعاف الأطفال فاقدي السوائل ضمن برنامج شامل للتثقيف الصحي في مناطق الفقر الحضري. هذا بالإضافة لتوفير الإمكانات اللازمة للتوسع في المرافق الصحية بحيث تصبح على مقربة من سكان المناطق الطرفية ، لتفادي تكلفة المواصلات وتأمين الإسعافات السريعة ، كما نرى ضرورة تخفيض تكاليف العلاج للفقراء عن طريق تقديم الإعانات العينية والمادية المباشرة لسكان مناطق الفقر الحضري.

لقد أوضحت الدراسة الحالية أن نحو ربع الأطفال في مناطق الفقر الحضري يعانون من سوء التغذية ونقص الحديد مما يتطلب تكثيف جهود وزارة الصحة الولائية والمنظمات العاملة في الحقل الصحي لتوفير الإمكانات المادية والبشرية لتحسين الوضع الغذائي للأطفال. كما كشفت الدراسة الحالية عن نقص حاد في مياه الشرب وعن تدهور في صحة البيئة في مناطق الفقر الحضري مما يتطلب تكثيف الجهود بين المحافظات والمحليات ومنظمات المجتمع المدني والمنظمات الإقليمية والدولية للعمل على التخلص من النفايات وتصريف المياه الراكدة، وإصحاح البيئة من التلوث ، وذلك بتحديد الأدوار ورصد الميزانيات اللازمة ، كل ذلك تحت إشراف وزارة الصحة.

أوضحت نتائج الدراسة الحالية أن نحو ٤٣% من النازحين لولاية الخرطوم ، وأغلبيتهم يسكنون في مناطق الفقر الحضري ، عاطلون عن العمل مما أدى إلى وجود فجوة بين مداخيل ومنصرفات تلك الأسر ، الأمر الذي يتطلب تخصيص المبالغ والمعدات اللازمة لمشروع الأسر المنتجة الذي تشرف عليه وزارة الشؤون الاجتماعية والثقافية بولاية الخرطوم ، وتوسيع قاعدته ليشمل معظم مناطق الفقر الحضري بالولاية.

كما كشفت الدراسة الحالية عن نقص حاد في المدارس والمعدات والوسائل التعليمية وعن ارتفاع في نسبة الأمية وسط سكان مناطق الفقر الحضري ، حيث بلغت النسب ٥٣% للذكور و٧٢% للإناث ، مما يستلزم تنفيذ برامج لمحو الأمية وتعليم الكبار وإنشاء مراكز للتدريب المهني والحرفي ليستوعب الأعداد المتزايدة من الأطفال المتسربين من المدارس.

وأخيراً نوصي بضرورة الاهتمام بالبحوث والدراسات الخاصة بصحة الأطفال في المناطق الطرفية ، مع التركيز على البحوث المرتبطة بتقويم الخدمات الصحية والاجتماعية والتعليمية المقدمة للأطفال في تلك المناطق.

المراجع العربية

١- باقر ، محمد حسين ،

١٩٩٩ ، قياس وتحليل الفقر مع التركيز على الأساليب غير التقليدية في تحسين مستويات المعيشة في دول المشرق العربي ، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لعربي آسيا ، بيروت ، لبنان.

٢- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ،

١٩٩٨م ، مكافحة وإزالة الفقر ، العناصر الرئيسة لاستراتيجية القضاء على الفقر في البلدان العربية. نيويورك – الولايات المتحدة.

٣- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ،

١٩٩٦م ، مناهضة وإزالة الفقر ، تقرير عن القضاء على ظاهرة الفقر ، وتوفير سبل العيش المستدام في الدول العربية ، دمشق ، سوريا.

٤- حسين ، عبلة ،

١٩٩٩م ، "الفقر والإعاقة ، منظور انثروبولوجي للفقر في جمهورية مصر العربية ، جامعة القاهرة ، القاهرة.

٥- الليثي ، هبة ،

١٩٩٩م ، "أبعاد ظاهرة الفقر في مصر واستراتيجية مكافحته" في كتاب الفقر في مصر ، جامعة القاهرة – القاهرة.

٦- مركز الدراسات الاستراتيجية ،

١٩٩٧م ، التقرير الاستراتيجي السوداني – الخرطوم – السودان.

٧- نور ، عثمان الحسن

١٤٢٠هـ ، العينات أهميتها واستخداماتها ، دراسة غير منشورة – قسم الدراسات الاجتماعية – جامعة الملك سعود – الرياض.

٨- نور ، عثمان الحسن

١٤١٨هـ ، السياسات السكانية: إطارها النظري وواقعها التنموي في بعض الدول العربية ، مجلة جامعة الملك سعود ، المجلد العاشر ، كلية الآداب – جامعة الملك سعود ، الرياض.

٩- نور ، عثمان الحسن

١٩٨٦ ، "النمو الحضري المتسارع بمدينة الخرطوم الكبرى: نشأته ، مكوناته ودوافعه" ، المجلة العربية

للعلوم الإنسانية ، العدد (٢٤) ، المجلد السادس ، جامعة الكويت ، الكويت.

١٠- نور ، عثمان الحسن

١٤٠٩هـ ، صحة الأطفال ووفياتهم في إطار التغير الاجتماعي والاقتصادي في المملكة العربية السعودية ، مركز البحوث ، كلية الآداب ، جامعة الملك سعود ، الرياض.

١١- وزارة الشئون الاجتماعية والثقافية ،

٢٠٠٢م ، "خطة ولاية الخرطوم لمحاربة الفقر (١٩٩٩ – ٢٠٠٢)": الخرطوم ، ولاية الخرطوم ، الخرطوم.

١٢- وزارة الرعاية والتنمية الاجتماعية ومنظمة اليونسيف ،

١٩٩١ ، المسح الاجتماعي الصحي للأطفال المشردين بولاية الخرطوم ، الخرطوم ، السودان.

١٣- وزارة الصحة الاتحادية ،

١٩٩٥ ، التقرير الإحصائي السنوي ، المركز القومي للمعلومات الصحية ، وزارة الصحة ، الخرطوم.

١٤- وزارة الصحة بولاية الخرطوم ،

٢٠٠١ ، التقرير الإحصائي السنوي ، الإدارة العامة للتخطيط ، إدارة الإحصاء والمعلومات ، الخرطوم.

المراجع الأجنبية

1- Abdul Hai, Saad Al Din, 2001 "Rapid Urban Poverty Assessment Study, in Khartoum State, A Review of Indictor Strategy and Profile", Development Studies and Research Center, University of Khartoum, Khartoum, Sudan.
2- Alcock, Pete, 1997, Understanding Poverty, 2nd edition, Macmillan Press, Ltd. U.K.
3- Brass, William, 1975, "Methods for Estimating Fertility and Mortality form Defecting Data", Laboratory for Population Statistics, University of North Carolina, Chapel Hill, U.S.A.
4- Fellowship for African Relief (FAR), 2001, Past and Present livelihood Strategies conducted in Omdurman, Es-Salaam IDP's camp between November 2000 and February 2001.
5- Federal Ministry of Health (FMOH), CBS and UNFPA, 1999, Safe Motherhood Survey in Khartoum State, Khartoum, Sudan.
6- Federal Ministry of Heath (FMOH), CBS and UNICEF,, 2000, Multiple Indicators Cluster Survey, Khartoum, Sudan.
7- Federal Ministry of Health, CBS and UNFPA, Safe Motherhood Survey, National Report, Khartoum.
8- Leeds, Athony, 1971, the Concept of the Culture of Poverty, edited

by Eleanor Lnc. New York, U.S.A.

9- Luther, S. Sunya, 1999, Poverty and Children's Adjustment, vol. 11, development clinical physiology and psychiatry, Sage publication, London, U.K.

10-Ministry of Social and Culture Affairs (MOSCA), UNDP and UNCHS, 1999, Area Profile Survey Report, Khartoum, Sudan.

11-Ministry of Social and Cultural Affairs (MOSCA), UNDP and UNCHS, 200, Dar Es-Salam (Omdurman) Resettlement area: Livelihood assessment survey, Khartoum, Sudan.

12-UNDP, Human Development Report 2001, New York, U.S.A.