مؤشرات البقاء والصحة في دول حوض النيل

أ.د. ماجدة إبراهيم عامر*

مقدمة

المؤشرات التي تشنق من معدلات الوفيات تعطي صورة عامة جيدة عن صحة السكان، والصحة هدف حيوي لأمن الإنسان، حيث أنها تتدرج في صلب الأهداف الإنمائية للألفية، وإذا كانت الأهداف الرابعة، والخامسة، والسادسة تركز على الصحة بصفة خاصة، فإن جميع الأهداف الأخرى تتضمن جوانب ذات علاقة بالصحة، وأصبح من الواضح بجلاء أن النظم الصحية لا تؤدي عملها بأفضل ما تستطيع كما ينبغي لها، ويتزايد نفاد صبر الناس أمام عدم قدرة المرافق الصحية على تقديم مستويات من التغطية الصحية تلبي الطلبات المتزايدة، والاحتياجات المتغيرة وإزاء عجزها عن تقديم الخدمات بالشكل المتوقع منها (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨، الرعاية الصحية الأولية، ص ٤).

* أستاذ بقسم الجغرافيا - معهد البحوث والدراسات الأفريقية (جامعة القاهرة).

ويعنى الأمن الصحى الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه بحيث تتحقق المساواة، والاستجابة لاحتياجات الناس، ولابد من التحرك نحو توفير الصحة للجميع لذلك يجب أن تستجيب النظم الصحية لتحديات هذا العالم المتغير، وللتوقعات المتزايدة لأداء أفضل. وهذا ينطوى على إعادة توجيه جوهريّة، وإصلاح لطرق عمل النظم الصحية خاصة في الدول النامية. حيث إن الصحة تشكل ركناً أساسياً من أركان التنمية البشرية، كما إنها تمثل عنصراً جوهرياً لأمن الإنسان، لأن البقاء، والحماية من المرض هما في صلب مفاهيم الرفاه البشري، فالصحة الجيدة هي التي تمكن المرء من الاختيار، والتمتع بالحرية، وإحراز التقدم. أما تردي الصحة في حالات المرض، والإصابة، والعجز؛ فإنه يقوض هذه القدرات الإنسانية الأساسية، وقد يفضي إلى انتكاسات كارثية للأفراد، والجماعات، والاقتصاديات. من هنا تتداخل الصحة، وتترابط مع مقومات أمن الإنسان الأخرى في المجالات السياسية، والاقتصادية، والبيئية والغذائية (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، المكتب الإقليمي للدول العربية، ٢٠٠٩، ص ١٤٥).

ويضم حوض النيل عشر دول بمساحة تبلغ نحو ٨.٨٩٤١ مليون كم^٢ بنسبة ٢٩.٦% من إجمالي مساحة إفريقيا. ويعيش في هذه المنطقة نحو ٤١٣.٧٤ مليون نسمة بنسبة ٤١% من إجمالي سكان القارة عام ٢٠٠٩، ومن المتوقع أن يرتفع عدد سكان حوض النيل إلى ٥٨٧.٤ مليون نسمة بحلول عام ٢٠١٥، وبنسبة ٤٢.٤% من إجمالي سكان إفريقيا، ولكن هذا الحجم المتزايد للسكان يفرض ضغوطاً شديدة على تحقيق الأمن الصحي للسكان، وسوف تعالج هذه الدراسة توقع الحياة عند الميلاد، ومعدلات الوفيات الخام، ومعدل وفيات الأطفال حديثي الولادة، ووفيات الأطفال الرضع، ووفيات الأطفال دون الخامسة، ووفيات البالغين ووفيات الأمهات ثم تفسير لأهم المشاكل الصحية في دول حوض النيل. توقع الحياة عند الميلاد

هناك اختلاف كبير في متوسط العمر المتوقع في جميع أنحاء العالم، بسبب الاختلافات في الصحة العامة، والرعاية الطبية، والغذاء من دولة إلى أخرى، ففي إفريقيا ينخفض توقع الحياة عند الميلاد مقارنة بباقي قارات العالم، والمتوسط العالمي. حيث بلغ متوسط العمر المتوقع للأفريقي ٥٤ عاماً في مقابل ٧٤ عاماً للأوروبي، ٧٦ عاماً للأمريكي، ٦٨ عاماً على مستوى العالم، وذلك في عام ٢٠٠٧، ويرجع ذلك إلى الحروب، والجوع، والأمراض (الإيدز والملاريا وغيرها) فخلال الـ ٢٠٠ عاماً الماضية، ليس لدى الأفارقة عموماً نفس التحسن في معدلات الوفيات التي يتمتع بها السكان من أصل أوروبي.

ويوضح جدول (١) وشكل (١) الآتي:

- يرتفع توقع الحياة في دول حوض النيل (٥٤.١ سنة) مقارنة بأفريقيا (٥٤ سنة) عام (٢٠٠٧)، رغم أنه كان يقل عن المتوسط العام لأفريقيا عام ١٩٩٠، ويرجع ذلك إلى التحسن الذي طرأ على توقع الحياة في معظم دول حوض النيل خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠٠٧).
- تأتي مصر في المرتبة الأولى بين دول حوض النيل حيث ارتفع العمر المتوقع بها من ٦٢.١ سنة عام ١٩٩٠ إلى ٧١.٣ سنة عام ٢٠٠٧، ويرجع ذلك إلى انخفاض معدلات وفيات الأطفال الرضع، والأطفال، ومعدل وفيات الأمهات (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، معهد التخطيط القومي، ٢٠٠٤، ص ص ٢٠-٢١).
- حققت معظم دول حوض النيل ارتفاعاً في متوسط العمر المتوقع من الميلاد بين عامي ١٩٩٠، ٢٠٠٧ باستثناء كينيا التي انخفض بها العمر المتوقع من ٥٩.٣ سنة عام ١٩٩٠ إلى ٥٤.١ سنة عام ٢٠٠٧، ويرجع ذلك إلى ارتفاع معدلات الإصابة بمرض الإيدز حيث يقدر معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في كينيا بنحو ١٣.٩% بين جميع البالغين (Doctor and Sweinreb, 2002, p. 4) بالإضافة إلى انتشار الملاريا، وارتفاع معدلات الجوع، وسيادة الجفاف.

جدول (١) : مؤشرات البقاء والصحة وسنوات العمر الضائعة وتوزعها حسب الأسباب الأعم في دول حوض النيل خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠١٠).

الدولة	توقع الحياة عند الولادة (بالسنوات) (٢٠٠٧-١٩٩٠)				معدل مأمول الحياة مع التنوع بالصحة عند الميلاد (بالسنوات) ٢٠٠٧			احتمال عدم البقاء على قيد الحياة حتى ٢٠١٠-٢٠٥٥ سن (%)	سنوات العمر الضائعة بسبب المرض والإصابة (٢٠٠٧)			توزع سنوات العمر المفقودة % حسب الأسباب الأعم عام ٢٠٠٤		
	نكور ٢٠٠٧	ثلاث ٢٠٠٧	جملة ١٩٩٠	جملة ٢٠٠٧	جملة ٢٠٠٧	ثلاث ٢٠٠٧	نكور ٢٠٠٧		جملة	ثلاث	نكور	غير السارية	الأمراض الإصابات	
مصر	٢٠٠٧	٢٠٠٧	١٩٩٠	٢٠٠٧	٦٠	٦٢	٥٩	٧,٢	١١,٣	١١,٦	١٠,١	٦١	٣١	٨
كينيا	٥٣	٥٥,٢	٥٩,٣	٥٤,١	٤٨	٤٨	٤٧	٣٠,٣	٦,١	٧,٢	٦	١٠	٨٢	٨
السودان	٥٧,١	٦٠,١	٥٢,٨	٥٨,٦	٥٠	٥٠	٥٠	٢٣,٩	٨,٦	١٠,١	٧,١	٢١	٥٧	٢٣
تنزانيا	٥١,٤	٥٣,٦	٥٠,٩	٥٢,٥	٤٥	٤٥	٤٥	٢٨,٢	٧,٥	٨,٦	٦,٤	١٣	٧٩	٨
أوغندا	٥٠,٨	٥٢,٢	٤٩,٩	٥١,٥	٤٢	٤٤	٤١	٣١,٤	٩,٥	٨,٢	٩,٨	١٠	٨٠	١٠
إريتريا	٥٥,٦	٦٠,٣	٤٨,٦	٥٨	٥٥	٥٦	٥٤	١٨,٢	٣	٤,٣	١,٦	١٦	٧٣	١١
رواندا	٤٤,٦	٤٧,٨	٣١,٨	٤٦,٢	٤٣	٤٤	٤٣	٣٤,٢	٣,٢	٣,٨	١,٦	١٠	٨٣	٧
إثيوبيا	٥١,٧	٥٤,٣	٤٧,٥	٥٢,٩	٥٠	٥١	٤٩	٢٧,٧	٢,٩	٣,٣	٢,٧	١٢	٨٢	٦
بوروندي	٤٨,١	٥١	٤٦,١	٤٩,٦	٤٣	٤٣	٤٢	٣٣,٧	٦,٦	٨	٦,١	١١	٨٠	٩
ج. الكونغو الديمقراطية	٤٥,٢	٤٧,٧	٤٦,٣	٤٦,٥	٤٥	٤٦	٤٤	٣٧,٣	١,٥	١,٧	١,٢	١٠	٨١	٩
المتوسط	٥٢,٧	٥٥,٦	٤٩,٥	٥٤,١	٤٨,١	٤٨,٩	٤٧,٤	---	٦	٦,٧	٥,٣	١٧	٧٣	١٠
أفريقيا	٥١	٥٤	٥١	٥٤	٤٥	٤٦	٤٥	---	٧	٨	٦	١٣	٨٠	٧
الأمريكتين	٧٣	٧٨	٧١	٧٦	٦٧	٦٩	٦٥	---	٩	٩	٨	٥٥	٢٥	٢٠
أوروبا	٧٠	٧٨	٧٢	٧٤	٦٧	٧٠	٦٤	---	٣	٨	٦	٣٠	٥٦	١٤
العالم	٦٥	٧٠	٦٤	٦٨	٥٩	٦١	٥٨	---	٩	٩	٧	٣٤	٥١	١٤

Sources: WHO, 2009, pp.36-56; African Development Bank, 2008, pp. 100-283; UNDP, 2009, pp. 177-178.

المصدر: اعتماداً على بيانات جدول (١).

شكل (١) : (أ) توقع الحياة عند الولادة بالسنوات خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠٠٧)، (ب) احتمال عدم البقاء على قيد الحياة حتى سن ٤٠ سنة خلال الفترة (٢٠٠٥-٢٠١٠).

- سجلت رواندا وجمهورية الكونغو الديمقراطية أعلى نسبة حرمان في طول العمر بين دول حوض النيل عام ٢٠٠٧، ففي رواندا نجد أن انخفاض العمر المتوقع (٤٦.٢ سنة عام ٢٠٠٧) يرجع إلى انتشار فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز)، والمalaria في البلاد، حيث بلغ معدل الانتشار لمرض الإيدز بين البالغين نحو ٥.١%، كما إن هناك نحو ٢٥٠ ألف يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية بالإضافة إلى عدد وفيات بسبب الإيدز بلغ ٢٢ ألف وفاة (http://rwanda.wikispaces.com/notes). كما عانت رواندا من الحروب الأهلية، والإبادة في منتصف التسعينات، وتراوح عدد القتلى حسب التقديرات ما بين نصف مليون ومليون شخص، وتبع ذلك تشريد أعداد ضخمة من السكان، كما أجبرت الحرب ما يقرب من نصف سكان الدولة البالغ عددهم آنذاك ٧.١ مليون نسمة على الفرار من أوطانهم (ماجدة إبراهيم عامر، اللاجئين في إفريقيا، ١٩٩٧، ص ٢٣٦).
- أما جمهورية الكونغو الديمقراطية فنجد أن متوسط العمر المتوقع ارتفع من ٤٦.٣ سنة عام ١٩٩٠ إلى ٤٦.٥ سنة عام ٢٠٠٧، أي أنه زاد بمقدار ٠.٢ سنة خلال ١٧ عاماً، ويرجع ذلك إلى الحروب الأهلية التي استمرت لمدة عشر سنوات مما دمر اقتصاده وبنيت التحتية، وقتل أكثر من ٣ مليون بالإضافة إلى انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وسوء التغذية حيث يقدر أن هناك ١٦ مليون شخص هم في حالة من انعدام الأمن الغذائي (African Economic Outlook, 2004/2005, pp. 179-188)، وهناك أكثر من مليون شخص يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (African Action, p. 3)، وبمعدل انتشار بين البالغين نحو ٤.٢% حسب تقديرات عام ٢٠٠٣.
- يرتفع العمر المتوقع للإناث مقارنة بالذكور في جميع دول حوض النيل، حيث يصل المدى بينهما من ١.٤ سنة في أوغندا إلى ٤.٧ سنة في إريتريا. بمتوسط ٢.٩ سنة لدول حوض النيل مجتمعة.

- ينخفض العمر المتوقع في معظم دول حوض النيل عن المتوسط العام وعددها ست دول هي: تنزانيا، أوغندا، رواندا، أثيوبيا، بوروندي، وجمهورية الكونغو الديمقراطية ومعظمها تعاني من ارتفاع معدلات الفقر، وانتشار مرض الإيدز، وعدم الاستقرار السياسي. في حين يتفق العمر المتوقع في كينيا مع المتوسط العام لدول حوض النيل.
- يرتفع العمر المتوقع في كل من مصر، والسودان، وإريتريا عن المتوسط العام لدول حوض النيل، ويكمل صورة العمر المتوقع، والبقاء مؤشر الاحتمال عند الميلاد بعدم البقاء على قيد الحياة حتى ٤٠ عاماً وأكثر كنسبة من السكان بين عامي ٢٠٠٥-٢٠١٠، حيث نجد أن أكثر من ٣٠% من سكان كل من جمهورية الكونغو الديمقراطية، رواندا، بوروندي، أوغندا، وكينيا لا يتوقع لهم أن يعيشوا أكثر من ٤٠ عاماً، في حين سجلت مصر أدنى نسبة بلغت ٧.٢%.
- وذلك كما يوضحه جدول (١) وشكل (١).
- أما بالنسبة للعمر الصحي المتوقع، فقد سجلت أوغندا أدنى متوسط للعمر الصحي بين دول حوض النيل بلغ ٤١ عاماً، ويرجع ذلك إلى النقص الحاد في عدد العاملين في الرعاية الصحية، وانتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وارتفاع معدلات الفقر، في حين سجلت مصر أعلى متوسط بلغ ٦٠ عاماً عام ٢٠٠٧ وذلك كما يوضحه جدول (١).

ويلاحظ ارتفاع عدد السنوات الضائعة بسبب المرض، والإصابات في الدول الأفريقية عنها في أوروبا، وإن كانت أقل منها في الأمريكتين، والعالم، كما تتباين دول حوض النيل من حيث سنوات العمر الضائعة بين الحد الأعلى في مصر والذي بلغ ١١.٣ سنة، والحد الأدنى في جمهورية الكونغو والذي بلغ ١.٥ سنة، ويرجع ذلك إلى ارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض السارية (المعدية) والتي تؤدي إلى ارتفاع معدلات الوفيات، وانخفاض العمر المتوقع عند الميلاد، وعلى العكس من ذلك في مصر حيث ترتفع معدلات الإصابة بالأمراض غير المعدية والتي لا تؤدي إلى الوفاة، ولكنها تؤدي إلى العيش فترة طويلة بأمراض مزمنة.

ويوضح الجدول السابق أن الأمراض المعدية (السارية) تعتبر السبب الأول للوفاة في معظم دول حوض النيل، فهي تزيد على ٨٠% من أسباب الوفيات في كل من رواندا، كينيا، أثيوبيا، ج.الكنغو الديمقراطية، أوغندا، وبوروندي، أما باقي دول حوض النيل فلا تنخفض فيها نسب الوفيات الناتجة عن الأمراض السارية عن ٥٧%، باستثناء مصر التي سجلت أدنى نسبة للوفيات بسبب الأمراض المعدية بلغت ٣١% في عام ٢٠٠٤. أما بالنسبة للوفيات الناتجة عن الأمراض غير السارية، فقد سجلت مصر أعلى نسبة بلغت ٦١%، في حين سجلت كينيا، أوغندا، رواندا، وجمهورية الكونغو أدنى نسبة للوفيات بالأمراض غير السارية (١٠% لكل منهم)، أما بالنسبة للإصابات فقد سجلت السودان أعلى نسبة (٢٣%)، في حين سجلت أثيوبيا أدنى نسبة (٦%).

مما سبق يتضح تدني أمد الحياة في دول حوض النيل نتيجة لما تشهده هذه المنطقة من ارتفاع نسبة الفقر، والأمية، والزيادة الطبيعية للسكان، والصراعات، والجفاف، وانخفاض مستوى المعيشة. فقائمة الأسباب الرئيسة للوفاة تختلف بين الدول النامية، والدول المتقدمة فالإلى جانب أمراض الطفولة السائدة في الدول النامية، نجد أن الأمراض المستوطنة في المناطق الحارة مثل الملاريا، ومرض النوم، مسئولة عن نسبة كبيرة من الوفيات، في حين نجد أنه في الدول الصناعية ترتفع نسبة الوفيات الناجمة عن أمراض القلب، والكلى، والسرطان.

معدلات الوفيات الخام

تعتبر نسبة الوفيات من وجهة النظر الديموغرافية، أهم من نسبة المواليد لأنها الفيصل في تقدير حجم السكان في مجتمع ما زالت نسبة المواليد به عالية. ولا تقتصر أهمية الوفيات في تقدير عدد السكان النهائي فقط، بل تتعدى ذلك إلى تكوين السكان أنفسهم من حيث فئات السن والنوع. كما أن لها أثرها الكبير في تقدير مستقبل السكان. ومن استقراء بيانات الجدول رقم (٢) والشكل (٢) يتضح الآتي:

- ترتفع معدلات الوفيات في دول حوض النيل وفي إفريقيا جنوب الصحراء عنها في الدول الصناعية والدول النامية وحتى بالنسبة للعالم. فقد سجل الشرق الأوسط وشمال إفريقيا أدنى معدل للوفيات.
- انخفضت معدلات الوفيات في معظم دول حوض النيل وفي جميع المناطق خلال عام ١٩٩٠ عما كانت عليه في عام ١٩٧٠، وقد بلغت نسبة الانخفاض أقصاها في الدول النامية في حين سجلت الدول الصناعية أقل نسبة انخفاض، أما بالنسبة لدول حوض النيل فقد سجلت مصر أعلى نسبة انخفاض بلغت ٤٧%، في حين سجلت بوروندي أدنى نسبة انخفاض بلغت ٥% خلال الفترة (١٩٩٠-١٩٧٠).
- ارتفعت معدلات الوفيات في رواندا خلال عام ١٩٩٠ عما كانت عليه في عام ١٩٧٠.
- أما في الفترة التالية (١٩٩٠-٢٠٠٩) فقد انخفضت معدلات الوفيات في جميع المناطق الجغرافية، وفي جميع دول حوض النيل باستثناء كينيا التي ظلت معدلات الوفيات ثابتة خلال نفس الفترة. أما أعلى نسبة انخفاض فقد سجلتها رواندا (-٥٧.٦%) في حين سجلت ج. الكونغو الديمقراطية أدنى نسبة انخفاض بلغت (-٥٧.٦%)، أما على مستوى المناطق فقد سجلت منطقة حوض النيل أعلى نسبة انخفاض بلغت (-٢٩.٤%) في حين سجلت الدول النامية والعالم أدنى نسبة انخفاض بلغت (-١١.١%)، في حين ارتفعت معدلات الوفيات في الدول الصناعية من ٩-١٠ في الألف ونسبة ١١.١% خلال نفس الفترة.
- ترتفع معدلات الوفيات عن ١٥ في الألف في دولتين هما : بوروندي، وجمهورية الكونغو الديمقراطية عام ٢٠٠٩ ، وقد شهدت هذه الدول صراعات أهلية مما أدى إلى نقص الغذاء، وتدمير البنى التحتية، ونقص الرعاية الصحية، وانتشار الأمراض. ففي جمهورية الكونغو الديمقراطية كان هناك جبهتين للصراع: الجبهة الشرقية تحت سيطرة التجمع الكونغولي المدعوم من رواندا، والآخر في الشمال الشرقي تحت سيطرة حركة تحرير الكونغو المدعوم من أوغندا، وقد كانت

المحافظات الشمالية والشرقية هي أكثر المناطق تأثراً بالصراعات، حيث تفاقمت الأوضاع الغذائية والصحية العامة، وانتشار حمى التيفوئيد، وتقصي وباء الكوليرا مما أدى إلى ارتفاع معدلات الوفيات (Democratic Republic of Congo, 2005, pp. 1-4) وقد سجلت جمهورية الكونغو الديمقراطية أعلى معدلات للوفيات بين دول حوض النيل، بالإضافة إلى تدهور الحالة الاقتصادية والاجتماعية الشاملة في البلاد وخصوصاً في المناطق الريفية (Shapiro and Stambashe, 2001, p. 3).

- أما في بوروندي، فقد أدت الحرب الأهلية إلى زيادة معدلات الفقر من ٤٨% إلى ٦٧% من إجمالي السكان بين عامي ١٩٩٤ و ٢٠٠٦، بالإضافة إلى ارتفاع أسعار المواد الغذائية (٢٨% زيادة في ٢٠٠٧/٢٠٠٨) التي أثرت على الأسر، وزيادة التعرض للفيضانات، والجفاف، والانهيئات الأرضية، بالإضافة إلى انتشار الملاريا، والإسهال والانخفاض العام في النظام الصحي (UNICEF, 2009, Burund)، ونقص الكوادر الطبية وعدم كفاية نظم المراقبة الوبائية، وصعوبة الحصول على الخدمات الصحية، حيث تعتبر المؤشرات الصحية في بوروندي من بين الأسوأ في العالم (WHO, 2007, Burundi, p. 1).
- تتراوح معدلات الوفيات بين ١٠-١٥ في الألف في ست دول هي أوغندا، تنزانيا، أثيوبيا، كينيا، والسودان، ورواندا، ويرجع ذلك إلى انتشار امراض الإسهال، والملاريا، والالتهاب الرئوي التي تعتبر أهم أسباب الوفاة بالإضافة إلى انعدام الأمن الغذائي وارتفاع معدلات الفقر.
- أما أدنى معدلات للوفيات والتي تقل عن ١٠ في الألف فهي توجد في كل من مصر واريتريا، ويرجع انخفاض معدلات الوفيات هنا إلى تزايد نشر الوعي الصحي، ومد الخدمات الطبية والصحية، ودور وسائل الإعلام في نشر الوعي بالنظافة، وازدياد السيطرة على الأمراض الأساسية للطفولة، والأمراض المنقولة، والتحسين الواسع النطاق في خدمات صحة الأم.

جدول (٢) : معدلات الوفيات الخام في دول حوض النيل خلال الفترة (١٩٧٠-٢٠٠٩).

الدولة	معدلات الوفيات الخام في الألف			نسبة التغير % ١٩٩٠-١٩٧٠	نسبة التغير % ٢٠٠٩-١٩٩٠
	١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠٩		
مصر	١٧	٩	٦	٤٧-	٣٣.٣-
كينيا	١٥	١٠	١٠	٣٣.٣-	صفر
السودان	٢٠	١٤	١١	٣٠-	٢١.٤-
تنزانيا	١٨	١٥	١٢	١٦.٧-	٢٠-
أوغندا	١٦	١٥	١٣	٦.٣-	١٣.٣-
إريتريا	٢١	١٦	٩	٢٣.٨-	٤٣.٨-
رواندا	٢٠	٣٣	١٤	٣٩.٤	٥٧.٦-
أثيوبيا	٢١	١٨	١٢	١٤.٣-	٣٣.٣-
بوروندي	٢٠	١٩	١٥	٥-	٢١.١-
ج.الكنغو الديمقراطية	٢٠	١٨	١٧	١٠-	٥.٦-
المتوسط	١٩	١٧	١٣	١٠.٥-	٢٩.٤-
إفريقيا جنوب الصحراء	٢٠	١٦	١٤	٢٠-	١٢.٥-
الدول الصناعية	١٠	٩	١٠	١٠-	١١.١
الدول النامية	١٣	٩	٨	٣٠.٨-	١١.١-
العالم	١٢	٩	٨	٢٥-	١١.١-

Source:

- UNICEF, 2008. pp. 138-140.
- Population Reference Bureau, 2010, pp. 10-12.

المصدر: اعتماداً على بيانات جدول (٣).

شكل (٣) : معدلات الوفيات الخام في دول حوض النيل عام ٢٠٠٩ (في الألف).

معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة

تعتبر معدلات وفيات الولدان مؤشراً مفيداً على صحة الأم، والوليد بصفة عامة، وعلى الرعاية التي تحصل عليها الأمهات الرضع، حيث لقي حوالي ٣.٧ مليون مولود جديد حتقهم خلال ٢٨ يوماً من تاريخ ولادتهم، فحسب آخر تقديرات أعدتها منظمة الصحة العالمية، فإن ٤٠% تقريباً من الوفيات دون الخامسة تحدث في الأيام الثمانية والعشرين الأولى من الحياة. وتحدث ثلاثة أرباع وفيات هؤلاء الأطفال في أول سبعة أيام من أعمارهم (UNICEF, 2008, p. 2) وإن احتمال موت الطفل في اليوم الأول من حياته أكبر ٥٠٠ مرة من احتمال موته في الشهر الأول من عمره (UNICEF, 2007, p. 4). ويوضح جدول رقم (٣) وشكل (٣) معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة في دول حوض النيل ومنهما يتضح الآتي:

جدول (٣) : معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة عام ٢٠٠٨ ووفيات الرضع (١٩٩٠-٢٠٠٨).

الدولة	معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة (لكل ١٠٠٠ مولود حي) ٢٠٠٨	معدلات وفيات الأطفال الرضع في الألف			
		جملة		إناث	ذكور
		١٩٩٠	٢٠٠٨		
مصر	١٣		١٨	٢١	٢٩,٧-
كينيا	٣٣		٧١	٨٩	١٩,١
السودان	٤١		٧٢	٦٧	١٠,٣-
تنزانيا	٣٣		٦٥	٦٩	٣٠,٩-
أوغندا	٣١		٧٤	٩٥	٢٦,٣-
ارتيريا	١٧		٣٦	٤٦	٥٥,٤-
رواندا	٣٥		٦٦	٧٧	٣٨,٥-
إثيوبيا	٣٩		٦٠	٧٨	٤٤,٤-
بوروندي	٤٢		٩٢	١١٢	٩,٧-
ج. الكونغو الديمقراطية	٥٦		١١٩	١٣٣	صفر
المتوسط	٣٤		٦٧,٣	٧٨,٧	٢٦,٤-
إفريقيا	٤٠		٧٩	٩١	٢١,٣-
الأمريكتين	٩		١٤	١٧	٥٤,٥-
جنوب شرق آسيا	٣٤		٤٧	٤٩	٤٠-
أوروبا	٧		١٠	١٣	٥٥,٦-
العالم	٢٦		٤٣	٤٦	٢٧,٤-

Source: WHO, 2010, pp. 48-57.

المصدر: اعتماداً على بيانات جدول (٣).

شكل (٣): (أ) معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة عام ٢٠٠٨، (ب) معدل وفيات الأطفال الرضع عام ٢٠٠٨.

- ترتفع معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة في إفريقيا عن باقي قارات العالم الأخرى فهي تزيد عن خمسة أمثالها في أوروبا، وأكثر من أربعة أمثالها في الأمريكيتين، كما أنها ترتفع عنها في جنوب شرق آسيا وتزيد عن المتوسط العالمي، حيث يتضح أن الفجوة في عدد الوفيات بين المواليد الجديدة في الدول الصناعية، والمناطق النامية واسعة جداً، واستناداً إلى بيانات عام ٢٠٠٤، فإن تعرض الطفل المولود في دولة من الدول الأقل نمواً للوفاة، خلال الثمانية والعشرين يوماً الأولى، من المحتمل كثيراً أن يفوق بمقدار ١٤ ضعفاً، تعرض الطفل المولود في دولة صناعية للوفاة، ويرجع ذلك بصفة أساسية إلى صعوبة الوصول إلى العديد من الأطفال الرضع الذين يولدون في البيوت، وتنفيذ تدخلات فعالة وموقوتة للمواليد الجديدة، حيث يقع حوالي ٨٦% من وفيات المواليد الجديدة على الصعيد العالمي كنتيجة مباشرة لثلاثة أسباب رئيسة هي: حالات العدوى الحادة بما في ذلك العفن والالتهاب الرئوي، والكزاز، والإسهال والإسفسكسيا (صعوبة أو طبيعة التنفس بعد الولادة، والولادة قبل الأوان)، وتشير التقديرات إلى أن العدوى الحادة تتسبب في ٣٦% من جميع وفيات المواليد الجديدة (UNICEF, 2008, pp. 3-13).
- ينخفض متوسط معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة في دول حوض النيل عنها في إفريقيا في حين يتساوى مع جنوب شرق آسيا، ويزيد عن المتوسط العالمي كما أنه أكثر من أربعة أمثال وفيات الأطفال حديثي الولادة في أوروبا، وأكثر من ثلاثة أمثاله في الأمريكيتين، مما يدل على أنه ما زال أمام دول حوض النيل الكثير لكي تبلغ الأهداف الإنمائية للألفية.
- تتباين دول حوض النيل من حيث اختلاف معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة بين الحد الأدنى في مصر (١٣ في الألف)، والحد الأعلى في ج.الكنغو الديمقراطية (٥٦ في الألف)، فقد حققت خمس دول معدلات تفوق المتوسط العام لدول حوض النيل (٣٤ في الألف) وهي: جمهورية الكونغو الديمقراطية،

وبوروندي، والسودان، أثيوبيا، ورواندا، ويرجع ذلك إلى ضعف المرافق الصحية البيئية، وعدم تلبية خدمات الرعاية الصحية، ومحدودية الحصول على الرعاية التوليدية الفاتكة، وتلك الخاصة بالمواليد الجديدة، والفقر، والافتقار إلى التعليم. حيث يقوض الفقر صحة الأم ووليدها بطرق عديدة. إذ يستطيع الفقر أن يرفع معدلات حدوث الأسباب المباشرة للوفيات، وذلك عن طريق العدوى التي تصيب الأمهات ونقص تغذيتهم، فقد اتضح أن الوزن المنخفض عند الولادة، الذي يتصل بسوء تغذية الأمهات عامل مسبب لنسبة ٦٠-٨٠% من وفيات المواليد الجديدة، وعدم التشجيع على السعي إلى الحصول على الرعاية، وإضعاف نوعية الخدمات المقدمة، حيث تعاني هذه الدول من أدنى معدلات إشراف كوادر الرعاية الصحية الماهرة على حالات الولادة، وأدنى معدلات توافر مؤسسات التوليد لديها.

- حققت الخمس دول الباقية معدلات تقل عن المتوسط العام لدول حوض النيل ويرجع ذلك إلى التحسن في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية. ففي مصر التي سجلت أدنى معدل لوفيات الأطفال حديثي الولادة بين دول حوض النيل تم تحسين وتطوير نظام الإحالة بالإسعاف، حيث تم تزويد سيارات الإسعاف بعدد ١٢٠ حضانة متنقلة، والإبلاغ اليومي عن الحضانات الشاغرة بالمستشفيات إلى غرفة العمليات المركزية بمرفق الإسعاف بكل محافظة، وارتفاع عدد المواليد الذين تمت رعايتهم في وحدات رعاية حديثي الولادة من ٢٦.٣% عام ١٩٩٥ إلى ٨٦% عام ٢٠٠١، وارتفاع عدد الأطباء، والممرضات الذين تم تدريبهم على أعمال الحضانات، والعناية المركزة لحديثي الولادة، وتطبيق نظام التأمين الصحي على المواليد الجدد اعتباراً من أول أكتوبر ١٩٩٧ (<http://www.mohp.gov.eg/sec/about/engzat/2.doc>).

- أما في اريتريا، وأوغندا، وكينيا، وتنزانيا، فيرجع انخفاض معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة إلى تحسين الرعاية الصحية الأولية الذي ساعد على تخفيض

نسبة وفيات حديثي الولادة بنحو ٣٠% خلال العقد الماضي، وذلك بفضل زيادة الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية الأساسية.

معدل وفيات الأطفال الرضع

يعكس معدل وفيات الأطفال الرضع ما تقدمه الدولة من خدمات صحية لمواطنيها، ويكون هبوطه أول خطوة في هبوط مستوى الوفيات ككل في المجتمع. ويدل ارتفاع هذا المعدل على مدى الحرمان الذي يعانيه أفراد الدولة نتيجة لعدم إمكانها توفير الرعاية الصحية الأولية لأطفالها بسبب فقرها. ويوضح الجدول والشكل السابقين معدلات وفيات الرضع في دول حوض النيل ومنهما يتضح الآتي:

- ترتفع معدلات وفيات الرضع في دول حوض النيل وفي إفريقيا عنها بالنسبة للعالم وباقي القارات الأخرى حيث بلغت نحو ٧٣.٢ و ٨٥ في الألف في دول حوض النيل وإفريقيا على الترتيب في مقابل ٤٨ في الألف لجنوب شرق آسيا، و ١٥ في الألف للأمريكتين، ١٢ في الألف لأوروبا، ٤٥ في الألف على مستوى العالم وذلك في عام ٢٠٠٨، ويرجع ذلك إلى ارتفاع معدلات سوء التغذية، وانتشار الملاريا، والإسهال، والحصبة، والتهابات الجهاز التنفسي الحادة، وفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/الإيدز.
- انخفاض معدلات وفيات الأطفال الرضع في دول حوض النيل، وفي جميع قارات العالم وفي العالم فيما بين عامي ١٩٩٠، ٢٠٠٨، حيث سجلت أوروبا أعلى نسبة انخفاض بلغت ٥٥.٦%، في حين سجلت إفريقيا، ودول حوض النيل أدنى نسبة انخفاض بلغت (٢١.٣%، -٢٦.٤%) على الترتيب، ويرجع ذلك إلى ارتفاع نسبة السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر، وارتفاع نسبة الأمية بين النساء. ويمكن تقسيم دول حوض النيل إلى ثلاث فئات حسب معدل وفيات الأطفال الرضع عام ٢٠٠٨ هي:

٠ **الفئة الأولى:** وتضم مجموعة الدول التي ترتفع بها معدلات وفيات الأطفال الرضع عن ١٠٠ في الألف وتضم دولتان فقط هما: جمهورية الكونغو الديمقراطية، وبوروندي، وتأتي جمهورية الكونغو الديمقراطية في المركز الثاني من حيث ارتفاع معدل وفيات الأطفال الرضع عام ٢٠٠٨، والذي بلغ ١٢٦ في الألف، ويرجع ذلك إلى انتشار العديد من الأمراض التي تؤدي بحياة الأطفال وأهمها الالتهاب الرئوي ويعد مسئول عن وفاة ٢٣% من الأطفال، والإسهال (١٨%)، الملاريا (٢٣%)، بالإضافة إلى الحصبة وفيرس نقص المناعة البشرية (WHO, 2006, p. 2) كما أنها تعتبر مسئولة عن وفيات الأطفال الرضع في بوروندي، حيث تؤدي الملاريا، والإسهال والتهابات الجهاز التنفسي إلى مضاعفة أثر سوء التغذية، بالإضافة إلى تدني جودة النظام الغذائي، وسوء ممارسات تغذية الرضع، وسوء إدارة الأسرة المعيشية لأمراض الطفولة، والانخفاض العام في النظام الصحي (<http://www.unicef.org/infobycountry/burundi-2774.html>).

٠ **الفئة الثانية :** وتضم مجموعة الدول التي تتراوح بها معدلات وفيات الأطفال الرضع بين ٥٠-١٠٠ في الألف وعددها ست دول هي: أوغندا، وكينيا، ورواندا، تنزانيا، والسودان، وأثيوبيا، ويلاحظ أنه رغم انخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع في عام ٢٠٠٨ عما كان عليه في عام ١٩٩٠ في معظم دول هذه المجموعة باستثناء كينيا التي ارتفعت بها نسبة وفيات الأطفال الرضع من ٦٨ في الألف إلى ٨١ في الألف، ويرجع ذلك إلى نقص الرعاية الصحية الأساسية، والمرافق الصحية، وعدم القدرة على الحصول على الخدمات الصحية بسبب سوء حالة الطرق، ونقص المعدات، والتجهيزات، والموظفين المؤهلين، وعدم إعطاء الأولوية لقضايا الأطفال، والأمهات في الميزانية الوطنية، وعدم المساواة في تقديم الخدمات في جميع أنحاء البلاد (IRIN, 2008). ومعظم هذه الدول لن تتمكن من تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية

(الهدف الرابع) والذي يرمي إلى تخفيض معدل وفيات الأطفال بمقدار الثلثين في عام ٢٠١٥، ويرجع ذلك إلى ارتفاع معدلات الفقر بين السكان وبصفة خاصة في المناطق الريفية بالإضافة إلى انتشار العديد من الأمراض خاصة الملاريا، والإسهال، والحصبة، وارتفاع نسبة ناقصي التغذية خاصة بين الأطفال.

• **الفئة الثالثة :** وتضم مجموعة الدول التي تنخفض بها معدلات وفيات الأطفال الرضع عن ٥٠ في الألف، وهي تضم دولتان فقط هما: مصر، وإريتريا، ويرجع ذلك إلى تحسن مستوى الرعاية الصحية الأولية، حيث اتبعت إريتريا برنامجاً موسعاً لتحسين الأطفال الإريتريين فقد ارتفعت معدلات التحسين من ٩.٦% عام ١٩٩١ إلى ٧٦% في عام ٢٠٠٢ (IRIN, 2010).

وفي مصر حدث تقدم ملحوظ ومستمر في الارتقاء بالحالة الصحية، وذلك عن طريق تطبيق سياسة الإصلاح الاقتصادي، والاجتماعي، حيث تم تنفيذ العديد من المشروعات والبرامج الخاصة بصحة الطفل، ونجاح برنامج التطعيمات ومكافحة الإسهال، والجفاف (مجلس الوزراء، مارس ٢٠٠٥، ص ٣).

معدل وفيات الأطفال دون الخامسة

تحدث حوالي ٢٠% من جميع الوفيات للأطفال دون سن الخامسة، وتوفي في عام ٢٠٠٧ نحو ٩.٢ مليون طفل قبل بلوغ سن الخامسة، وشكلت قارتا إفريقيا، وآسيا مجتمعين معاً نسبة ٩٢% من هذه الوفيات، حيث بلغ نصيب إفريقيا نحو نصف عدد وفيات الأطفال دون الخامسة في العالم، وهي بذلك تظل المكان الأكثر صعوبة بالنسبة إلى الطفل لكي يبقى على قيد الحياة حتى بلوغ سن الخامسة. ويتضح من قراءة جدول (٤) وشكل (٤) الآتي:

جدول (٤) : معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة والعامل المؤثرة بها وأسبابها.

الدولة	معدل وفيات الأطفال		معدل الوفيات للأطفال دون الخامسة لكل ١٠٠٠ مولود حي	معدل الوفيات للأطفال دون الخامسة حسب المستوى		معدلات الوفيات حسب مستويات الصحة مقسمة لولايات خسية في الألف		توزع أسباب الوفيات بين الأطفال دون الخامسة % عام ٢٠٠٨			إصابات وأخرى			
	١٩٩٠	٢٠٠٨		غير منظمة	تعليم ثانوي وما فوقه	أقل مستوى	أعلى مستوى	الإنزيم والعدوى وبغريوسه	الإسهال	الملاريا		الالتهاب الرئوي		
													فترة الولادة الحديثة	
مصر	٨٩	٢٣	٦٨	٣١	٧٥	٢٥	٥٨	-	٥	-	١١	-	١١	٢٦
كينيا	١٠٥	١٢٨	١٢٧	٦٣	١٤٩	٩١	٢٣	٥	٢١	١١	١٦	١١	١٦	٢٤
السودان	١٢٤	١٠٩	١٥٢	٨٤	---	---	٣٠	٢	١١	٢٥	١٦	٢٥	١٦	١٦
تنزانيا	١٥٧	١٠٣	١٦٠	٧٦	١٣٧	٩٣	٣٠	٩	١٢	١٦	١٤	١٦	١٤	١٩
أوغندا	١٨٦	١٣٥	١٦٤	٩١	١٧٢	١٠٨	٢١	٥	١٦	٢٢	١٤	٢٢	١٤	٢٢
إريتريا	١٥٠	٥٨	١٢١	٥٩	١٠٠	٦٥	٣٥	٤	٢١	-	١٩	-	١٩	٢١
رواندا	١٧٤	١١٢	٢١٠	٩٥	٢١١	١٢٢	٣٠	١	٢٣	٦	١٥	٦	١٥	٢٥
إثيوبيا	٢١٠	١٠٩	١٣٩	٥٤	١٣٠	٩٢	٣٠	٣	٢٣	٧	١٥	٧	١٥	٢٢
بوروندي	١٨٩	١٦٨	---	---	---	---	٢٣	٢	٢٤	٩	١٧	٩	١٧	٢٥
ج. الكونغو الديمقراطية	١٩٩	١٩٩	٢٠٩	١١٢	١٨٤	٩٧	٢٣	١	١٩	١٧	٢٠	١٧	٢٠	٢٠
المتوسط	١٥٨,٣	١١٤,٤	١٥٠	٧٤	١٤٥	٨٧	٣٠,٣	٣,٢	١٧,٥	١١,٣	١٥,٧	١١,٣	١٥,٧	٢٢
إفريقيا	١٨٢	١٤٢	---	---	---	---	٢٥	٤	١٨	١٦	١٧	١٦	١٧	٢٠
الأمريكيين	٤١	١٨	---	---	---	---	٥١	١	٧	-	١٢	-	١٢	٢٩
جنوب شرق آسيا	١١٣	٦٣	---	---	---	---	٣٦	-	١٣	١	١٩	١	١٩	٣١
أوروبا	٣٢	١٤	---	---	---	---	٥٠	-	٥	-	١٤	-	١٤	٣١
العالم	٩٠	٦٥	---	---	---	---	٣٣	٢	١٥	٨	١٨	٨	١٨	٢٤

Sources: - WHO, 2010, pp. 48-57, 63-71; - UNDP, 2009, p. 201.

المصدر: اعتماداً على بيانات جدول (٤).

شكل (٤) : معدل وفيات الأطفال دون الخامسة خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠٠٨).

- ترتفع معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة في إفريقيا على ضعف المعدل العالمي ومعدل جنوب شرق آسيا، وتزيد عن أوروبا بنحو عشر مرات، وعن الأمريكيتين بأكثر من سبع مرات.
- تنخفض معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة في دول حوض النيل عن قارة إفريقيا، ولكنها تقترب من ضعف المعدل العالمي، وجنوب شرق آسيا، وتزيد عن أوروبا بأكثر من ثمان مرات، والأمريكيتين بأكثر من ست مرات.
- يتباين معدل وفيات الأطفال دون الخامسة بين دول حوض النيل، بين الحد الأعلى في جمهورية الكونغو الديمقراطية (١٩٩ في الألف)، ورواندي (١٦٨ في الألف)، وأوغندا (١٣٥ في الألف) وكينيا (١٢٨ في الألف)، مما يدل على تأخر الرعاية الصحية الأولية

في هذه الدول، فهي لا تزال تعاني من ارتفاع معدلات الإصابة بالالتهاب الرئوي، والإسهال، والملاريا، والحد الأدنى في مصر والذي بلغ ٢٣ في الألف، في حين أنها لم تنخفض عن ٥٨ في الألف في باقي دول حوض النيل.

- انخفضت معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة في معظم دول حوض النيل عام ٢٠٠٨ عما كانت عليه في عام ١٩٩٠ باستثناء كينيا التي ارتفعت بها معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة من ١٠٥ في الألف عام ١٩٩٠ إلى ١٢٨ في الألف عام ٢٠٠٨.

- ترجع معظم وفيات الأطفال دون الخامسة في دول حوض النيل إلى الأخطار التي يتعرض لها المواليد الجدد في الأيام الأولى من ولادتهم، والتي يعود إليها وفاة ما يقرب من ثلث الأطفال دون الخامسة، في حين يساهم الالتهاب الرئوي والإسهال في وفاة أكثر من سدسهم. ويتوفى أكثر من عُشر الأطفال دون الخامسة بسبب الملاريا.

- تتباين أسباب وفيات الأطفال دون الخامسة في دول حوض النيل، حيث سجلت جمهورية الكونغو الديمقراطية وأريتريا أعلى معدلات للوفيات بالالتهاب الرئوي بنسبة تبلغ (٢٠%، ١٩%) لكل منهما على الترتيب، في حين سجلت مصر أدنى نسبة وفاة بسبب الالتهاب الرئوي بلغت ١١% عام ٢٠٠٨، كما تتباين نسبة الوفيات بالإسهال بين الحد الأعلى في بروندي (٢٤%) والحد الأدنى في مصر (٥%)، أما الملاريا فقد سجلت السودان أعلى نسبة وفيات بلغت ٢٥%، في حين سجلت مصر وأريتريا أدنى نسبة وفيات بسبب الملاريا بلغت صفر% خلال نفس العام. أما بالنسبة للوفيات الناتجة عن الإيدز فقد سجلت تنزانيا أعلى نسبة (٩%) في حين سجلت مصر أدنى نسبة بلغت صفر%.

- يلاحظ وجود علاقة بين درجة تعليم الأم ووفيات الأطفال دون الخامسة، حيث ترتفع وفيات الأطفال للأمهات غير المتعلّمات إلى ضعف وفيات الأطفال للأمهات المتعلّمات في دول حوض النيل، حيث بلغت النسبة ١٥٠ في الألف للأم غير المتعلّمة في مقابل ٧٤ في الألف للأم المتعلّمة.

- تتباين وفيات الأطفال دون الخامسة لأمهات غير متعلّقات بين دول حوض النيل حيث سجلت رواندا (٢١٠ في الألف)، وجمهورية الكونغو الديمقراطية (٢٠٩ في الألف) أعلى معدل للوفيات، في حين سجلت مصر أدنى معدل لوفيات الأطفال لأمهات غير متعلّقات بلغ ٦٨ في الألف، في حين لم تنخفض المعدلات عن ١٢١ في الألف في باقي دول حوض النيل. أما بالنسبة للأمهات المتعلّقات فتتفاوت المعدلات بين الحد الأعلى في جمهورية الكونغو الديمقراطية (١١٢ في الألف)، والحد الأدنى في مصر (٣١ في الألف). مما يدل على أهمية تعليم الأم، فقد أثبتت الدراسة ثلّو الأخرى أن تعليم الفتيات هو أفضل الاستثمارات المتاحة للبلدان النامية؛ فهو يؤدي إلى زيادة الدخل، ويساعد على تحرير المرأة من التبعية، والاعتماد على الغير، ويسهم في تحسين صحة الطفل، وتغذيته، فكلما زادت ثقافة الأم ارتفع إمكان بلوغ طفلها عامه الخامس (ماجدة إبراهيم عامر، النمو السكاني في إفريقيا، ١٩٩٧، ص ٢٠٤). كما يلاحظ وجود علاقة بين مستوى الحصول على الخدمات الصحية، وارتفاع معدل وفيات الأطفال دون الخامسة، حيث ترتفع معدلات الوفيات بين الأطفال الذين يتلقون مستوى أدنى من الصحة إلى ما يقرب من ضعف مثيله للأطفال الذين يتلقون أعلى مستوى من الصحة حيث بلغت النسب ١٤٥ في الألف، ٨٧ في الألف على التوالي.
- تتباين معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة والذين يتلقون أدنى مستوى من الصحة بين دول حوض النيل، حيث سجلت رواندا أعلى معدل وفيات بلغ (٢١١ في الألف) في حين سجلت مصر أدنى معدل (٧٥ في الألف)، في حين لا تنخفض المعدلات عن ١٠٠ في الألف في باقي دول حوض النيل، كما سجلت رواندا أعلى معدل وفيات للأطفال الذين يتلقون أعلى مستوى من الصحة بلغ ١٢٢ في الألف، في حين سجلت مصر أدنى معدل للوفيات بلغ ٢٥ في الألف، كما لا تنخفض المعدلات عن ٦٥ في الألف في باقي دول حوض النيل وذلك كما يوضحه جدول (٤).

معدل وفيات البالغين (١٥-٦٠ سنة)

توجد أعلى معدلات وفيات في أي مجموعة من السكان بين الأطفال والشيخوخة، أي فئات السن الصغيرة، وفئات السن المرتفعة، وتقل الوفيات بين الشباب إلا في حالات شاذة مثل الحرب، وانتشار الأوبئة، والمجاعات (محمد صبحي عبد الحكيم، محمد السيد غلاب، ١٩٩٨، ص ٥٠). ويوضح جدول (٥) وشكل (٥) معدل وفيات البالغين في دول حوض النيل ومنهما يتضح الآتي:

جدول (٥) : معدل وفيات البالغين (١٥-٦٠ سنة).

الدولة	معدل وفيات البالغين (١٥-٦٠) في الألف ١٩٩٠-٢٠٠٨			نسبة التغير ١٩٩٠- ٢٠٠٨%	
	ذكور ٢٠٠٨	إناث ٢٠٠٨	جملة السكان		
			١٩٩٠		٢٠٠٨
مصر	٢٢٢	١٥١	٢١٠	١٨٧	١١-
كينيا	٣٨٢	٣٦٤	٢٦٧	٣٧١	٣٩
السودان	٣٣٥	٣٠٤	٢٨٨	٣١٩	١٠.٨
تنزانيا	٤٧٥	٤٤٤	٣٨٥	٤٥٨	١٩
أوغندا	٤٥١	٤٢٤	٤٧٥	٤٣٦	٨.٢
إريتريا	٢٦٦	١٩٧	٧٧٤	٢٢٨	٧٠.٥-
رواندا	٣٣٠	٢٨١	٤٠٨	٣٠٣	٢٥.٧-
أثيوبيا	٣٢٩	٢٨٦	٣٨٩	٣٠٧	٢١.١-
بوروندي	٤٢٥	٤٠١	٣٧٧	٤١١	٩
ج. الكونغو الديمقراطية	٤٤٣	٣٧٣	٣٨٤	٤٠٧	٦
المتوسط	٣٦٦	٣٢٣	٣٩٦	٣٤٣	١٣.٤-
إفريقيا	٤١٢	٣٧٤	٣٧١	٣٩٢	٥.٧
الأمريكيتين	١٦٢	٩٠	١٦٢	١٢٦	٢٢.٢-
جنوب شرق آسيا	٢٥٢	١٨٣	٢٧٤	٢١٨	٢٠.٤-
أوربا	٢٠٨	٩٠	١٥٧	١٤٩	٥.١-
العالم	٢١٣	١٤٦	٢١٠	١٨٠	١٤.٣-

WHO, 2010, pp. 48-57, 63-71

المصدر: اعتماداً على بيانات جدول (٥).

شكل (٥) : معدل وفيات البالغين (١٥-٦٠ سنة) خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠٠٧)

- ترتفع معدلات وفيات البالغين في إفريقيا بصفة عامة، ودول حوض النيل بصفة خاصة عن معدلات الوفيات في جميع الأقاليم الجغرافية الأخرى فهي تقترب من ضعف معدل الوفيات على مستوى العالم، حيث بلغت (٣٩٢ في الألف في إفريقيا، ٣٤٣ في الألف لدول حوض النيل) في مقابل ١٨٠ في الألف على مستوى العالم، كما أنها تزيد على معدل جنوب شرق آسيا (٢١٨ في الألف)، والأمريكيتين (١٢٦ في الألف)، وأوروبا (١٤٩ في الألف) وذلك في عام ٢٠٠٨، ويرجع ذلك إلى انتشار الأمراض المعدية وبصفة خاصة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والحروب الأهلية.

- سجلت اريتريا أعلى معدلات لوفيات البالغين في عام ١٩٩٠، بلغ ٧٧٤ في الألف بين دول حوض النيل، ويرجع ذلك إلى تعدد جبهات الكفاح المسلح. في اريتريا لمحاربة الوجود الأثيوبي بعد قرار أثيوبيا بإلغاء الاتحاد الفيدرالي من جانب واحد، وضم اريتريا إلى الإمبراطورية الأثيوبية، وفي عام ١٩٩٠ سيطرت قوات الجيش الشعبي لتحرير اريتريا، علي مدينة "أفغيت" مركز قيادة الجيش الأثيوبي، وفي عام ١٩٩٠ حررت تلك الجبهة ميناء مصوع، وفي سنة ١٩٩١ تم تحرير البلاد من أثيوبيا. (مني محمود بهي، ٢٠٠٢، ص ص ١٦-١٨). أما في عام ٢٠٠٨ فقد سجلت تنزانيا (٤٥٨ في الألف)، أوغندا (٤٣٦ في الألف) وبوروندي (٤١١ في الألف) أعلى معدلات لوفيات البالغين، ويرجع ذلك إلى ارتفاع معدلات الأمراض المعدية، وبصفة خاصة الإيدز، والسل، وسوء الخدمات الصحية وارتفاع معدلات الفقر.
- سجلت خمس دول ارتفاع في معدلات وفيات البالغين عام ٢٠٠٨ عما كان عليه في عام ١٩٩٠ هي: كينيا، السودان، وتنزانيا وبوروندي، وج. الكنگو الديمقراطية، وقد سجلت كينيا أعلى نسبة ارتفاع بلغت ٣٩%، في حين حققت ج. الكنگو الديمقراطية أدنى نسبة ارتفاع بلغت ٦% خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠٠٨)، في حين سجلت باقي الدول انخفاض في معدلات وفيات البالغين عام ٢٠٠٨ عما كانت عليه في عام ١٩٩٠، وقد سجلت اريتريا أعلى نسبة انخفاض بلغت -٧٠.٥%، في حين سجلت مصر أدنى نسبة انخفاض بلغت -١١% خلال نفس الفترة.
- سجلت مصر أدنى معدلات لوفيات البالغين بين جميع دول حوض النيل، حيث تمثل الخدمات الصحية أولوية متقدمة في جهود الدولة للارتفاع بمستوى الحالة الصحية للمواطنين باعتبارها أحد أهم ركائز التنمية الشاملة بصفة عامة، والتنمية البشرية بصفة خاصة (مجلس الوزراء، يناير ٢٠٠٣، ص ١).

- ترتفع معدلات وفيات الذكور البالغين عن الإناث البالغات في معظم دول حوض النيل، ويصل الفرق بينهما أقصاه في مصر، حيث بلغ المعدل ٢٢٢ في الألف للذكور في مقابل ١٥١ في الألف للإناث.

وفيات الأمهات

بالرغم من أن وفيات الأمهات نادرة الحدوث الآن في الدول المتقدمة، إلا إنها ما زالت أحداثاً عادية في الدول النامية فمعدل المخاطرة التي تتعرض لها حياة امرأة تعيش في إحدى الدول الأقل نمواً، وتتوفى نتيجة المضاعفات المتعلقة بالحمل والولادة، يزيد بأكثر من ٣٠٠ ضعف على هذا المعدل بالنسبة إلى امرأة تعيش في دولة صناعية. ولا يوجد أي معدل للوفيات على هذا القدر من التفاوت (UNICEF, 2008, p. 2)، ففي البلدان النامية تتوفى امرأة من كل ١٦ من مضاعفات تتعلق بالحمل مقارنة بامرأة من كل ٢٨٠٠ في البلدان المتقدمة. (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٦، ص ١١). وهي أهم مشكلة صحية تواجه السيدات في الفئة العمرية (١٥-٤٤ عاماً) في الدول النامية، ولها آثار صحية، واجتماعية مدمرة على أسرهن، وتعتبر وفيات الأمهات في الدول النامية مأساة تتعلق بالمساواة، والعدالة الاجتماعية. ويوضح جدول (٦) وشكل (٦) نسبة وفيات الأمهات لكل ١٠٠ ألف مولود حي ومنهما يتضح الآتي:

- تعتبر أفريقيا من أسوأ مناطق العالم من حيث نسبة وفيات الأمهات فهي تزيد على ضعف النسبة على مستوى العالم، وتزيد على تسعة أمثال وفيات الأمهات في الأمريكيتين، وأكثر من ٣٣ مرة عن وفيات الأمهات في أوروبا، كما يرتفع معدل وفيات الأمهات في دول حوض النيل عن جميع الأقاليم الأخرى باستثناء إفريقيا، فهو يقترب من ضعف المعدل العالمي، ومعدل جنوب شرق آسيا، كما أنه يزيد على سبعة أمثال نسبة وفيات الأمهات في الأمريكيتين، وأكثر من ٢٧ مرة عن وفيات الأمهات في أوروبا. ويرجع ارتفاع المعدل في إفريقيا، ودول حوض النيل إلى قلة فرصة الوصول إلى الخدمات الأساسية للأمومة والخدمات

الأساسية للرعاية الصحية، حيث أظهرت الأبحاث أن حوالي ٨٠% من وفيات الأمهات يمكن تجنبها إذا توفرت الخدمات الأساسية (UNICEF, 2008, p. 2).
جدول (٦) : نسبة وفيات الأمهات (لكل ١٠٠ ألف مولود حي) (٢٠٠٥-٢٠٠٠).

الدولة	٢٠٠٠	٢٠٠٥	نسبة التغير % ٢٠٠٥-٢٠٠٠	المعدل الإجمالي للخصوية ٢٠٠٧
مصر	٨٤	١٣٠	٥٤.٨	٢.٩
كينيا	١٠٠٠	٥٦٠	٤٤-	٥
السودان	٥٩٠	٤٥٠	٢٣.٧-	٤.٣
تنزانيا	١٥٠٠	٩٥٠	٣٦.٧-	٥.٢
أوغندا	٨٨٠	٥٥٠	٣٧.٥-	٦.٥
إريتريا	٦٣٠	٤٥٠	٢٨.٦-	٥.١
رواندا	١٤٠٠	١٣٠٠	٧.١-	٥.٩
أنثيوبيا	٨٥٠	٧٢٠	١٥.٣-	٥.٣
بوروندي	١٠٠٠	١١٠٠	١٠	٦.٨
ج.الكنغو الديمقراطية	٩٩٠	١١٠٠	١١.١	٦.٧
المتوسط	٧٩٣	٧٣١	٧.٨-	٥.٤
إفريقيا	٩١٠	٩٠٠	١.١-	---
الأمريكتين	١٤٠	٩٩	٢٩.٣-	---
جنوب شرق آسيا	٤٦٠	٤٥٠	٢.٢-	---
أوروبا	٣٩	٢٧	٣٠.٨-	---
العالم	٤٠٠	٤٠٠	صفر	٢.٦

Source:

- WHO, 2009, pp. 47-56.

- WHO, 2007, pp. 22-30.

- UNICEF, 2008, pp.138-140.

المصدر: اعتماداً على بيانات جدول (١٠).

شكل (٦) : معدل وفيات الأمهات خلال الفترة (٢٠٠٥-٢٠٠٠).

- رغم انخفاض معدلات وفيات الأمهات في الدول المتقدمة (أوروبا والأمريكتين) خلال الفترة (٢٠٠٥-٢٠٠٠)، إلا إنها ظلت ثابتة على المستوى العالمي، في حين لم تحقق دول حوض النيل، وإفريقيا، وجنوب شرق آسيا سوى تقدم محدود تجاه خفض معدلات وفيات الأمهات خلال نفس الفترة، وهذا يتعارض مع الغاية الأولى من الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية، الذي يهدف إلى خفض نسبة وفيات الأمهات، السائدة في عام ١٩٩٠، بمقدار ثلاثة أرباع، مع حلول عام ٢٠١٥ (الأمم المتحدة، ٢٠٠٦، ص ٢٢) وهذا يعكس مستوى الفعالية للأنظمة الصحية في الدول النامية، والتي تعاني من ضعف القدرات

الإدارية والتقنية، وعدم كفاية الاستثمار المالي، والافتقار إلى الكوادر الصحية الماهرة.

- تتباين دول حوض النيل من حيث معدل وفيات الأمهات بين الحد الأعلى في رواندا (١٣٠٠/١٠٠ ألف ولادة حية)، جمهورية الكونغو الديمقراطية وبوروندي (١١٠٠/١٠٠ ألف ولادة حية)، والحد الأدنى في مصر (١٣٠/١٠٠ ألف ولادة حية) ولا تنخفض معدلات وفيات الأمهات عن ٤٥٠/١٠٠ ألف ولادة حية في باقي دول حوض النيل. وهذا يعكس ضآلة الخدمات الصحية لرعاية الأمومة كماً ونوعاً، فالنظم الصحية غير مؤهلة للإحالة، ولمعالجة حالات المضاعفات، ونقص في الدعم للقابلات، ونقص تغذية المرأة، وارتفاع معدلات الفقر، وبذلك تمثل وفيات الأمهات تحدياً صحياً رئيساً لدول حوض النيل، مما يتطلب اتخاذ إجراءات عاجلة وفاعلة لخفضها حيث يعتبر تمكين المرأة في النيل من حقوقها شرطاً أساسياً لصحتها، ومن ثم الإفلات من دوامة الفقر، واعتلال الصحة، وحماية صحتها، وسلامتها، وسلامة أسرتها. فحصول المرأة على التعليم يحسن من مكانتها اقتصادياً، واجتماعياً، وعامل مهم في التنمية البشرية.
- سجلت مصر أعلى نسبة ارتفاع لوفيات الأمهات، والتي ارتفعت من ٨٤/١٠٠ ألف ولادة عام ٢٠٠٠ إلى ١٣٠/١٠٠ ألف ولادة عام ٢٠٠٥، وبنسبة ارتفاع بلغت ٥٤.٨% خلال تلك الفترة، ويرجع ذلك إلى زيادة السكان، ونقص الوعي الصحي بالحمل، والولادة خاصة في الطبقات الدنيا، وعدم إدراك النساء وأسرهن علامات الخطر للمضاعفات الناتجة عن الحمل والولادة، في حين سجلت بوروندي أدنى نسبة ارتفاع بلغت ١٠% خلال نفس الفترة.
- شهدت معظم دول حوض النيل (٧ دول) انخفاض في نسبة وفيات الأمهات عام ٢٠٠٥ عما كانت عليه في عام ٢٠٠٠، وقد سجلت كينيا أعلى نسبة

انخفاض بلغت ٤٤%، في حين سجلت رواندا أدنى نسبة انخفاض بلغت ٧.١% خلال نفس الفترة.

- يتضح من دراسة الجدول السابق أن معظم دول حوض النيل ذات وفيات أمهات عالية، وخصوبة عالية، ولا توجد أي دولة فيها وفيات أمهات عالية، وخصوبة منخفضة. وتعتبر مصر هي الدولة الوحيدة التي توجد بها وفيات أمهات منخفضة، وخصوبة منخفضة. مما يدل على أن الدول التي تعاني من نسبة عالية في وفيات الأمهات تعاني أيضاً من خصوبة عالية.

مما سبق يتضح ارتفاع معدلات وفيات الأمهات في دول حوض النيل بالمقارنة بالمتوسط العالمي، وببإقي قارات العالم الأخرى، لذلك فإن أمام دول حوض النيل تحدياً كبيراً للوصول إلى الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية، خاصة وإن معظم هذه الوفيات يمكن تفاديها إذا ما تم اتخاذ بعض التدابير الوقائية، وإتاحة الرعاية الصحية الكافية. وقد لوحظ أنه في مقابل كل حادثة وفاة لحامل؛ فإن عديداً من النساء الأخريات يعانين من مضاعفات حمل شديدة قد تؤثر عليهن مدى الحياة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٦، ص ٩). ولكن هناك العديد من الأسباب التي تقف عائقاً أمام بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية منها زيادة السكان الناتجة عن ارتفاع معدلات الخصوبة، وارتفاع معدلات الفقر، والأمية، وبصفة خاصة بين الإناث. بالإضافة إلى نقص المعلومات التي يمكن استخدامها كقاعدة للانطلاق بالأعمال التي تساهم في خفض وفيات الأمهات، وذلك عن طريق فهم أسباب حدوثها ومن ثم تفادي مثل هذه الوفيات غير الضرورية.

المشاكل الصحية في دول حوض النيل

بالرغم من التقدم الذي أحرزته بعض دول حوض النيل في محاولتها لرفع المستويات الصحية لسكانها، إلا أن هناك الكثير من المشاكل التي تواجهها، وتؤدي

إلى تدنى مؤشرات البقاء والصحة في دول حوض النيل بصفة خاصة وأفريقيا بصفة عامة مقارنة بالمناطق الجغرافية الأخرى ويمكن تصنيفها إلى الآتي :

- **التحديات السكانية والاجتماعية المتعلقة بالصحة :** هناك العديد من التحديات السكانية التي تواجهها دول حوض النيل يمكن تلخيصها في النمو السكاني السريع الذي يلتهم ما تسهم به برامج الرعاية الطبية. الخصوبة المرتفعة، وارتفاع معدلات الفقر، وانتشار الأمية، التركيب السكاني الفتي والذي ترتفع فيه نسبة السكان دون الخامسة عشرة وهو السن الذي يزيد فيه التعرض للمرض من جراء العدوى أو سوء التغذية، وسوء توزيع السكان، مما يعوق تقديم الخدمات الصحية وتوزيعها العادل بين جميع أجزاء الدولة.
- **مشاكل الوفيات العالية :** بالرغم من التحسن في الأحوال الصحية، وبالرغم من انخفاض معدلات الوفيات إلا أن المستوي الحالي للوفيات سواء وفيات الأطفال حديثي الولادة، أو وفيات الأطفال الرضع، أو وفيات الأطفال دون الخامسة، أو وفيات البالغين، أو وفيات الأمهات فهي الأعلى علي مستوي قارات العالم الأخرى.
- **مشاكل الأمراض السائدة :** حيث لا تزال الأمراض المعدية هي الأسباب الأولى للوفيات في معظم دول حوض النيل، مما يؤثر علي معدلات الالتحاق، ونقص الإنتاجية وتشمل هذه الأمراض: (الإسهال، وأمراض الجهاز التنفسي كالسل والالتهاب الرئوي، وأمراض الأطفال، وحديثي الولادة، والإيدز، والكوليرا.... الخ).
- **مشاكل صحة البيئة :** وتتمثل في عدم توفر المياه الصالحة للشرب، ورداءة الصرف الصحي، ونقص المرافق الصحية، وسوء البيئة السكنية، ونقص وسائل النقل والمواصلات، ونقص العناية الصحية الخاصة بالمواد الغذائية وسوء الرقابة عليها، وانتشار الحشرات الناقلة للأمراض وغيرها من مصادر العدوى.
- **المشاكل الخاصة بالرعاية الطبية والإدارة الصحية :** وتتمثل في ضآلة حجم الإنفاق الصحي، ونقص العاملين المدربين في المجال الطبي خاصة الأطباء

والمرضات وعدم كفاية برامج التأهيل والتدريب المستمر لبناء القدرات والمهارات اللازمة لمقدمي الخدمات الصحية، وسوء توزيع الخدمات الصحية وتركزها في المدن بصفة أساسية، وعدم التنقيف الصحي، وضعف النظم الحالية للرقابة علي الجودة، وتحمل المواطن العبء الأكبر من الإنفاق علي الخدمات الصحية، وعدم التمييز في تقديم الدعم الصحي بين الأغنياء والفقراء حيث يوجه الدعم الأكبر للأغنياء.

الخلاصة

خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

١. حققت معظم دول حوض النيل ارتفاعاً في متوسط العمر المتوقع من الميلاد بين عامي ١٩٩٠، ٢٠٠٧ باستثناء كينيا التي انخفض بها العمر المتوقع بسبب انتشار مرض الإيدز والملاريا وارتفاع معدلات الجوع. وقد سجلت رواندا وجمهورية الكونغو الديمقراطية أعلى نسبة حرمان في طول العمر بين دول حوض النيل بسبب الصراعات الأهلية والإيدز.
٢. سجلت أوغندا أدنى متوسط للعمر الصحي بين دول حوض النيل في حين سجلت مصر أعلى متوسط.
٣. ارتفاع عدد السنوات الضائعة بسبب المرض والإصابات خاصة الأمراض المعدية والتي تؤدي إلى ارتفاع معدلات الوفيات وانخفاض العمر المتوقع عند الميلاد.
٤. ارتفاع معدلات الوفيات الخام، ومعدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة، ومعدلات وفيات الأطفال الرضع، ومعدلات وفيات الأطفال دون الخامسة، ومعدلات وفيات البالغين، معدل وفيات الأمهات في دول حوض النيل وفي إفريقيا عن معدلات الوفيات في جميع الأقاليم الجغرافية الأخرى، ويرجع ذلك إلى انتشار الأمراض المعدية خاصة الإيدز، وارتفاع معدلات سوء التغذية، وانتشار الملاريا، والإسهال،

والحصبة، والتهابات الجهاز التنفسي الحادة، والحروب الأهلية، وقلة فرص الوصول إلى الخدمات الأساسية للأمومة والخدمات الأساسية للرعاية الصحية. مما يمثل تحدياً صحياً رئيساً لدول حوض النيل.

٥. هناك العديد من المشاكل التي تواجه القطاع الصحي في دول حوض النيل.

لذا يجب على دول حوض النيل أن تسعى إلى تحقيق الآتي:

١. زيادة الموارد المالية المخصصة للإنفاق الصحي، وتوفير الميزانيات اللازمة لتطوير القطاع الصحي وبصفة خاصة الخدمات الصحية. حيث اتضح أن كل ١٠٠ دولار تتفق على صحة الفرد يقابلها زيادة في أمد الحياة بمقدار ١.١ سنة.
٢. الاهتمام بمجال الرعاية الصحية الأساسية وخاصة المقدمة للأطفال والأمهات.
٣. خفض عبء الحصول على الخدمات الطبية للمواطنين وخاصة الفقراء ومحدودي الدخل وتحمل الدولة للعبء الأكبر من الإنفاق الصحي.
٤. وضع نظام تأمين صحي يشمل جميع أفراد المجتمع ولا يفرق بين الأغنياء والفقراء، وإنما يوجه الدعم الأكبر للفقراء الذين يتحملون عبء مادي كبير للحصول على الخدمات الصحية يفوق ما يتحمله الأغنياء.
٥. القضاء على التباينات الحالية في المؤشرات الصحية بين المناطق الجغرافية المختلفة داخل الدولة الواحدة.
٦. زيادة أعداد الموارد البشرية في القطاع الصحي والاهتمام بتدريب ورفع كفاءة مقدمي الخدمات الصحية.
٧. تقديم الحوافز اللازمة والارتقاء بمستوى مقدمي الخدمات الصحية للتقليل من هجرة الكفاءات البشرية.
٨. تعزيز برامج الحد من انتشار الأمراض المعدية والمتوطنة كالمalaria، والدرن، والكوليرا، والأمراض الجنسية كالإيدز، وذلك عن طريق نشر الوعي الصحي.

٩. الاهتمام بتغذية الأطفال وتحسين وضعهم الغذائي، وما يترتب عليه من تحسين للوضع الصحي.
١٠. الاهتمام بالطب الوقائي في المقام الأول مع ربطه بالطب العلاجي.
١١. دراسة المشاكل الصحية وعمل المسوح الميدانية لتقدير حجمها، وتوفير قاعدة بيانات شاملة لجميع المشاكل الصحية وذلك للاستفادة منها في وضع خطط صحية هدفها الارتقاء بصحة الأفراد وتحقيق الأمن الصحي لشعوب وادي النيل والقضاء على هذه المشاكل.
١٢. تبادل الخبرات في المجال الطبي بين مصر وباقي دول حوض النيل.
١٣. العمل على الاستقرار السياسي في جميع دول حوض النيل والاتجاه إلى تنمية وتطوير البنى التحتية التي دمرتها الحروب والصراعات الأهلية والتي تركت أثراً سلبياً على الأمن الصحي لشعوب وادي النيل.
١٤. تقليل معدلات الزيادة الطبيعية للسكان والتي تلتهم أي جهد يبذل من أجل التنمية في دول حوض النيل.

المصادر والمراجع

أولاً : المراجع العربية.

١. الأمم المتحدة، تقرير عن الأهداف الإنمائية للألفية عام ٢٠٠٥، نيويورك، ٢٠٠٦.
٢. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، معهد التخطيط القومي، تقرير التنمية البشرية ٢٠٠٤، للامركزية من أجل الحكم الرشيد، معهد التخطيط القومي، ٢٠٠٤.
٣. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، المكتب الإقليمي للدول العربية، تقرير التنمية الإنسانية العربية لعام ٢٠٠٩، تحديات أمن الإنسان في البلدان العربية، نيويورك، ٢٠٠٩.
٤. جمهورية السودان، وزارة المالية والاقتصاد الوطني، الإدارة العامة للسياسات الاقتصادية الكلية والبرامج، تقرير الأداء الاقتصادي للعام ٢٠٠٥.
٥. عبد العزيز طريح شرف، البيئة وصحة الإنسان في الجغرافيا الطبية، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، ١٩٩٥.
٦. ماجدة إبراهيم عامر، اللاجئين في إفريقيا "دراسة جغرافية"، مؤتمر إفريقيا وتحديات القرن الحادي والعشرين ٢٧-٢٩ مايو ١٩٩٧، معهد البحوث والدراسات الإفريقية، المجلد الثاني، ١٩٩٧.
٧. ماجدة إبراهيم عامر، النمو السكاني ومكوناته في إفريقيا، الموسوعة الإفريقية، المجلد الأول، الجغرافيا، معهد البحوث والدراسات الإفريقية، جامعة القاهرة، ١٩٩٧.
٨. مجلس الوزراء، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، قطاع المعلومات المحلية، تقرير معلومات عن الخدمات الصحية بالجمهورية، يناير ٢٠٠٣.
٩. مجلس الوزراء، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، قطاع المتابعة الخارجية، التحديات التي تواجه قطاع الصحة في مصر وسياسة التغلب عليها، مارس، ٢٠٠٥.
١٠. محمد صبحي عبد الحكيم، محمد السيد غلاب، السكان ديموغرافيا وجغرافياً، مكتبة الأنجلو المصرية ٢٠٠٥.
١١. منى محمود بهي، إريتريا، دراسة في الجغرافيا السياسية، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد البحوث والدراسات الإفريقية، قسم الجغرافيا، ٢٠٠٢.

١٢. منظمة الصحة العالمية، إدارة الصحة الإنجابية والبحوث، ما وراء الأرقام: مراجعة مضاعفات الأمومة ووفياتها لجعل الحمل أكثر مأمونية، جنيف، ٢٠٠٦.
١٣. منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٨، الرعاية الصحية الأولية الآن أكثر من أي وقت مضى، جنيف، ٢٠٠٨.

ثانياً : المراجع غير العربية.

1. African Action, illegitimate Debt After Decades of Turmoil, The Case of the Democratic Republic of The Congo, at website: http://www.africaaction.org/campaign_new/docs/DrcDebts spotlight.pdf
2. African Economic Outlook 2004/2005, Democratic Republic of Congo at website: <http://www.oecd.org/dataoecd/42/46/34871479.pdf>.
3. African Development Bank, Selected Statistics on African Countries, Vol. XXVII, 2008, Statistics Department, Tunis, 2008.
4. Democratic Republic of Congo, Brief, Analysis of Mortality and Nutrition Surveys, (2000-2004), Brussels, February, 2005.
5. Doctor, H.V., Sweinreb, A.A., Mortality Among Married Men in Rural Kenya and Malawi: A Life Table Analysis, 2002 at website: <http://www.malawi.pop-upenn.edu/level%203/papers/PDF>
6. IRIN, Eritrea: Mortality rates decrease by 30 Percent, 2010, at website: <http://www.irinnews.org/report.aspx?reportid=53801>
7. IRIN, Kenya: Leaders Urged to Act on It Mortality Rate, 26 October 2008 at website: nfan <http://allafrica.com/Stories/2008/0270396.html>
8. Population Refrence Bureau, 2010 World Population Data Sheet.
9. Shapiro, D., Stambashe, B.O., Fertility in The Democratic Republic of Congo, workshop on prospects For Fertility Decline in High Fertility Countries, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, UN, New York, 9-11 July 2001.
10. UNDP, Human Development Report 2009, Overcoming Barriers: Human Mobility and Development, USA, 2009.
11. UNICEF, The State of The World Children 2008, Child Survival, December, 2007.
12. UNICEF, The State of The World Children 2009, Maternal and Newborn Health, December, 2008.
13. UNICEF, Burundi, 2009 at web site: http://www.unicef.org/infobycountry/burundi_2774.html
14. UNICEF, UNICEF Humanitarian Action Report 2009, New York, 2009.
15. WHO, World Health Statistics 2007, Geneva, 2007.
16. WHO, World Health Statistics 2009, Geneva, 2009.

17. WHO, World Health Statistics 2010, Geneva, 2010.
18. WHO, Health Action in Crises, Burundi, May 2007.
19. WHO, Mortality Country Fact Sheet 2006, Democratic Republic of the Congo, 2006.
20. <http://www.sudaneconomy.com/Deveopment/Politics/Proverty.htm>.
21. <http://rwanda.wikispaces.com/notes>.
22. <http://www.mohp.gov.eg/sec/About/engazat/2.doc>.
23. http://www.unicef.org/infobycountry/burundi_2774.html.

* * *