# الفقر والجهل والمرض في دول حوض النيل

**أ.د. ماجدة إبراهيم عامر***

## مقدمة :

من المعروف أن الفقر، والجهل، والمرض تمثل ثلاثياً لا ينفصل أي ركن من أركانه عن الركنين الأخريين، ولكن الركن الذي يمثل الفقر هو الركن الأساسي الذي يستند عليه الركنان الآخران بحيث يمكن أن يختفيا بسهولة في حالة اختفائه. وينطبق هذا على الأفراد والشعوب سواء، ولهذا فإن المستوى الاقتصادي لأي شعب من الشعوب له علاقة مباشرة بأحواله الصحية، إذ إن نقص الإمكانات المالية يعتبر العقبة الرئيسة في سبيل تنفيذ البرامج الخاصة بمقاومة الأمراض، وعلاج المرضى، وتطوير الخدمات الصحية المختلفة، كما يعتبر العقبة الرئيسة في طريق رفع المستوى المعيشي للشعب، وكذلك مستواه الحضاري، مما يؤدي إلى بقاء قطاع كبير منه فريسة للجهل، والذي يعتبر بدوره حليفاً قوياً للمرض (محمد عبد الغني سعودي، ٢٠٠٤، ص ١١٦).

---

* قسم الجغرافيا – معهد البحوث والدراسات الافريقية (جامعة القاهرة).

وسوف تركز الدراسة على الفقر وبصفة خاصة فقر الدخل وذلك من خلال دراسة توزيع السكان حسب نصيب الفرد من الناتج المحلى، والتوزيع الجغرافى للسكان تحت خط فقر الدخل. ثم يلى ذلك دراسة الأمية وتطورها لدى الكبار.ثم تنتهى الدراسة بأهم الأمراض التى تعانى منها دول حوض النيل وخاصة أمراض الإيدز والسل.

أولاً : الفقر.

الفقر ظاهرة معقدة ذات أبعاد متعددة اقتصادية، واجتماعية، وربما سياسية، وتاريخية. ويختلف مفهوم الفقر باختلاف البلدان، والثقافات والأزمنة. ولكن من المتفق عليه أن الفقر هو حالة من الحرمان المادي من دخل، وصحة، وتعليم، والمعاناة من التعرض للمخاطر كالمرض وقلة الدخل، والعنف، والجريمة، والكوارث، وعدم قدرة الشخص على إسماع صوته، وانعدام حيلته، وانعدام أو نقص الحريات المدنية، والسياسية. ويعيش حوالي نصف سكان العالم البالغ عددهم ستة مليارات نسمة على أقل من دولارين يومياً للفرد الواحد، وهذا معيار الفقر المطلق العائد إلى نقص الدخل. ويعيش حوالي خمس سكان العالم على أقل من دولار وربع يومياً للفرد، وهذا حد الفقر المدقع.

ولقد أصبح من الأمور الشائعة بالنسبة لبلدان كثيرة أن تحدد خطاً للفقر استناداً إلى مستوى الدخول، أو مستوى الاستهلاك.

وسوف يتم تناول الفقر حسب نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالى وكذلك التوزيع الجغرافي للسكان تحت خط الفقر، وذلك لأهميته وتأثيره في انتشار الجهل والمرض.

## ١) توزيع السكان حسب نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي:

ينتشر الفقر بصفة عامة بين دول حوض النيل، التي تتألف في معظمها من الدول المنخفضة الدخل، حيث بلغ متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي نحو ٥٤٨ دولار في مقابل ٨٢٥٧ دولار للفرد على مستوى العالم، كما يتضح أيضاً اتساع الفجوة بين نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي حسب تعادل القوة الشرائية في دول حوض النيل والذي بلغ نحو ١٤١٥ دولار وبين إفريقيا جنوب الصحراء (٢٠٣١ دولار)، جنوب آسيا (٢٩٠٥ دولار) في حين تبلغ الفجوة أوجها بين دول حوض النيل والدول العربية (٨٢٠٢ دولار) وحتى بالنسبة للعالم (٩٩٧٢ دولار)، أما في الاتحاد الأوروبي (٢٩٩٥٦ دولار)، فنجد أن متوسط نصيب الفرد يماثل ما يزيد عن ٢١ ضعف متوسط نصيب الفرد في دول حوض النيل.

ويتباين نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بين دول حوض النيل بين الحد الأعلى للفرد في مصر، والذي يصل إلى ١٧٢٩ دولار عام ٢٠٠٧ إلى الحد الأدنى والذي تمثله بوروندي، والذي بلغ نحو ١١٥ دولار خلال نفس العام، كما يتباين نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي حسب تعادل القوة الشرائية بين الحد الأعلى للفرد في مصر والذي بلغ ٥٣٤٩ دولار إلى الحد الأدنى في جمهورية الكنغو الديمقراطية والذي بلغ نحو ٢٩٨ دولار عام ٢٠٠٧، وذلك كما يوضحه جدول (١) ومنه يتضح الآتي:

١- **مجموعة الدول التي يقل فيها نصيب الفرد عن المتوسط العام لدول حوض النيل**، وهي تضم سبع دول هي بوروندي، ج. الكنغو الديمقراطية، أثيوبيا، اريتريا، رواندا، أوغندا، وتنزانيا، وتشكل الزراعة هيكل الإنتاج في معظم هذه الدول، حيث تتراوح نسبة القوى العاملة الزراعية بين ٥٧.٥% من إجمالي القوى العاملة في ج. الكنغو الديمقراطية إلى أكثر من ٩١% في بوروندي، وذلك في عام ٢٠٠٥ (UN, Economic Commission For Africa, 2006, Different Pages). في حين نجد انخفاض مساهمة الزراعة في الناتج المحلي الإجمالي، فهي تتراوح بين ١٨%

في اريتريا إلى ٤٦% في أثيوبيا وذلك في عام ٢٠٠٧ (The World Bank, 2009, pp. 356-357)، بالإضافة إلى تأثير الحروب الأهلية، وارتفاع أسعار المواد الغذائية، وزيادة التعرض للتهديدات المتكررة مثل الفيضانات، والجفاف، والانهيارات الأرضية، وتأثير تغير المناخ كما في بوروندي حيث يعيش ما يقدر بنحو ١٠٠ ألف أسرة في خطر دائم (http://www.ruralpovertyportal.org/web/guest/country/home/tags/burundi)، كما تأثرت كل من جمهورية الكنغو الديمقراطية، ورواندا أيضاً بالحروب التي أدت إلى تدمير البني التحتية، وارتفاع معدلات الفقر.

وترجع مشكلة الفقر في أثيوبيا إلى الجفاف، وتقلص مساحات المزارع، وإزالة الغابات وتآكل التربة، والحشرات، وارتفاع أسعار الأسمدة، أما في المناطق الحضرية فإن المشكلة الرئيسة هي البطالة المزمنة (Bevan, 2000, p. 8) ويعمل نحو ٦٥% من القوى العاملة في الزراعة التي تساهم بنحو ٤٦% من الناتج المحلي الإجمالي، وتعاني أثيوبيا من حالات الجفاف الدورية، وتفشي الأمراض، والعديد من الصراعات الداخلية، والعابرة للحدود والتي تهدد سبل العيش بالإضافة إلى النمو السكاني، وانخفاض فرص الحصول على الأراضي على مستوى الأسرة، وتدهور التربة، وفقدان خصوبتها وانخفاض غلة الهكتار، وعدم كفاية البنية التحتية مثل الطرق (Brown and Teshome, 2007, pp. 11-12).

وفي اريتريا يعمل ما يقرب من ثلثي السكان في الزراعة التي تساهم بنحو ١٨% فقط من الناتج المحلي الإجمالي مما ينعكس على دخل غالبية السكان حيث تعاني الزراعة من تذبذب كميات الأمطار من عام إلى آخر، وتزايد معدلات التصحر (مني محمود بهي، ٢٠٠٢، ص ص ٢٠٠-٢٠٢).

**جدول (١)** : السكان تحت خط فقر الدخل ونصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة (٢٠٠٠-٢٠٠٧).

| الدولة | نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي عام ٢٠٠٧ | | نسبة الدخل التقديري للإناث إلى دخل الذكور | السكان الذين يعيشون أدنى خط للفقر % | | | الترتيب حسب دليل الفقر البشري |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | بالدولار الأمريكي | تعادل القوة الشرائية بالدولار | | ١,٢٥ دولار (٢٠٠٠-٢٠٠٧) | دولاران في اليوم (٢٠٠٠-٢٠٠٧) | خط الفقر على الصعيد الوطني (٢٠٠٠-٢٠٠٦) | |
| مصر | ١٧٢٩ | ٥٣٤٩ | ٠,٢٧ | ٢> | ١٨,٤ | ١٦,٧ | ٨٢ |
| كينيا | ٦٤٥ | ١٥٤٢ | ٠,٦٥ | ١٩,٧ | ٣٩,٩ | ٥٢ | ٩٢ |
| السودان | ١١٩٩ | ٢٠٨٦ | ٠,٣٣ | --- | --- | --- | ١٠٤ |
| تنزانيا | ٤٠٠ | ١٢٠٨ | ٠,٧٤ | ٨٨,٥ | ٩٦,٦ | ٣٥,٧ | ٩٣ |
| أوغندا | ٣٨١ | ١٠٥٩ | ٠,٦٩ | ٥١,٥ | ٧٥,٦ | ٣٧,٧ | ٩١ |
| اريتريا | ٢٨٤ | ٦٢٦ | ٠,٥٠ | --- | --- | ٥٣ | ١٠٣ |
| رواندا | ٣٤٣ | ٨٦٦ | ٠,٧٩ | ٧٦,٦ | ٩٠,٣ | ٦٠,٣ | ١٠٠ |
| إثيوبيا | ٢٤٥ | ٧٧٩ | ٠,٦٧ | ٣٩ | ٧٧,٥ | ٤٤,٢ | ١٣٠ |
| بوروندي | ١١٥ | ٣٤١ | ٠,٧٧ | ٨١,٣ | ٩٣,٤ | ٦٨ | ١١٦ |
| ج.الكنغو الديمقراطية | ١٤٣ | ٢٩٨ | ٠,٤٦ | ٥٩,٢ | ٧٩,٥ | --- | ١٢٠ |
| **المتوسط** | **٥٤٨,٤** | **١٤١٥,٤** | **٠,٥٩** | --- | --- | --- | --- |
| **الدول العربية** | --- | **٨٢٠٢** | --- | --- | --- | --- | --- |
| **إفريقيا جنوب الصحراء** | --- | **٢٠٣١** | --- | --- | --- | --- | --- |
| **جنوب آسيا** | --- | **٢٩٠٥** | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الاتحاد الأوروبي** | --- | **٢٩٩٥٦** | --- | --- | --- | --- | --- |
| **العالم** | **٨٢٥٧** | **٩٩٧٢** | --- | --- | --- | --- | --- |

**Source:** UNDP, 2009, pp. 173-197.

وفي أوغندا يرجع الفقر إلى مجموعة من العوامل في مقدمتها مشكلة الديون، وانحسار المساعدات الإنمائية، والاضطرابات السياسية، وسوء الإدارة المالية (علي عيد علام، ٢٠٠٤، ص ٩٣)، بالإضافة إلى ارتفاع نسبة العاملين في الزراعة (٧٢.٦% من إجمالي القوى العاملة) التي لا تساهم سوى بـ٢٩% من الدخل القومي لأوغندا عام ٢٠٠٧.

وفي تنزانيا ينتشر الفقر على نطاق واسع في المناطق الريفية حيث زراعة الكفاف، كما يتركز في المناطق الحضرية في القطاع غير الرسمي، بالإضافة إلى الانخفاض النسبي في معدل النمو الاقتصادي ولاسيما في المناطق الريفية (International Monetary Fund, 2000, PP.6-7)، وتذبذب الأمطار وتأثيرها على الزراعة، حيث يعمل بها نحو ٧١.٧% من إجمالي القوى العاملة في حين نجد أن مساهمة الزراعة في الناتج المحلي الإجمالي تبلغ نحو ٤٥%.

٢- **مجموعة الدول التي يزيد فيها نصيب الفرد عن المتوسط العام لدول حوض النيل:** وهي تضم باقي الدول وعددها ثلاث هي: مصر، والسودان، وكينيا، ومع ذلك يقل نصيب الفرد فيها عن المتوسط العام للدول العربية، وعن المتوسط العام بالنسبة للعالم. كما تقع كلها ضمن الدول ذات معدلات التنمية البشرية المتوسطة.

وتعتبر مصر هي الدولة الوحيدة بين دول حوض النيل التي يزيد فيها متوسط دخل الفرد عن باقي دول حوض النيل، كما أنه يزيد على مرة ونصف عن متوسط دخل الفرد في السودان وعن ثلاثة أمثال المتوسط العام لدول حوض النيل، ويرجع ذلك إلى زيادة قيمة الصادرات غير النفطية وانتعاش السياحة، وارتفاع حصيلة إيرادات قناة السويس، وتحسن القوة الشرائية، والمناخ الاستثماري عموماً، كما ساهمت

قطاعات التصنيع والصناعات الاستخراجية من بينها النفطية، وصناعات الغاز الطبيعي، والزراعة، والقطاعات المرتبطة بها، وتجارة الجملة، والتجزئة في الناتج المحلي الإجمالي لمصر، مما نتج عنه ارتفاع متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (مجلس الوزراء، ٢٠٠٧، ص ٣).

أما السودان فهي تشغل المرتبة الثانية من حيث نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي الذي يزيد على ضعف نصيب الفرد على مستوى دول حوض النيل، ويرجع ذلك إلى ارتفاع معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية من ٨.١% عام ٢٠٠٥ إلى ٩.٣% عام ٢٠٠٦، كما ارتفعت معدلات النمو للقطاعات الرئيسة التي ساهمت في نمو الناتج المحلي الإجمالي، مثل القطاع الزراعي، والصناعي، والخدمي، كما انخفض المتوسط السنوي لمعدل التضخم من ٨.٤% عام ٢٠٠٥ إلى ٥.٤% عام ٢٠٠٧ (الرؤية الاقتصادية، ٢٠٠٩)، حيث أدى اكتشاف الموارد النفطية واستغلالها إلى زيادة الثروة على المستوى الوطني، وقد بدأت عملية إنتاج النفط في عام ١٩٩٩، وأصبح حالياً ثالث أكبر بلد منتج للنفط في إفريقيا جنوب الصحراء بعد كل من نيجيريا وأنجولا (مكتب إدارة إفريقيا، ٢٠٠٧، ص٩).

وفي كينيا يزيد متوسط دخل الفرد فيها قليلاً عن المتوسط العام لدول حوض النيل، فهو يصل إلى نحو ثلث دخل الفرد في مصر ونصف دخل الفرد في السودان، ويعمل أكثر من ٧٠% من القوى العاملة في الزراعة التي تساهم بنحو ٢٣% من الناتج المحلي الإجمالي عام ٢٠٠٧. وتعاني كينيا من الفساد، والجفاف الذي تسبب في خفض الإنتاجية الزراعية، وفشل المحاصيل الزراعية بالإضافة إلى التأثيرات الجانبية من التباطؤ الاقتصادي العالمي على التحويلات المالية، والصادرات مما أدى إلى انخفاض معدلات النمو في الناتج المحلي الإجمالي من ٧% عام ٢٠٠٧ إلى ٢.٢% عام ٢٠٠٨ (Global Economic Analysis, 2009).

ويوضح الجدول أيضا ارتفاع الفجوة بين الذكور والإناث في الدخل، وتبلغ الفجوة أقصاها في مصر حيث تبلغ نسبة الدخل التقديري للإناث نحو ٠.٢٧ من الدخل التقديري للذكور، في حين سجلت رواندا أدنى نسبة من التفاوت في الدخل بين الإناث والذكور، حيث بلغت نسبة الدخل التقديري للإناث نحو ٠.٧٩ من الدخل التقديري للذكور، ويرجع ذلك إلى سيادة النشاط الزراعي والذي تساهم المرأة بجزء كبير منه.

مما سبق يتضح انتشار الفقر بصفة عامة في دول حوض النيل، حيث ينخفض متوسط دخل الفرد في معظمها عن ٦٠٠ دولار وهو الحد الأدنى الذي عرفه البنك الدولي للدول المنخفضة الدخل.

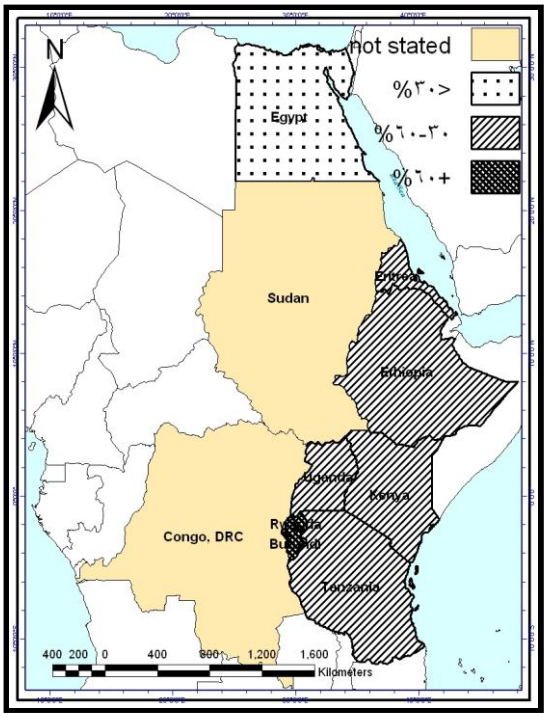
## ٢) التوزيع الجغرافي للسكان تحت خط فقر الدخل :

ويعتبر الفقر مشكلة متشعبة تمد يدها إلى كل ناحية من نواحي نمو المجتمع وازدهاره، وتنخر في جسده وكيانه، لأنها تمس العماد الأساسي في بناء هذا المجتمع ألا وهو الإنسان. ويوضح الجدول السابق وشكل (١)، التوزيع النسبي للسكان تحت خط فقر الدخل خلال الفترة (٢٠٠٠-٢٠٠٦) ومنهما يتضح أن دول حوض النيل تنقسم إلى ثلاث فئات هي:

* **الفئة الأولى:** وتضم مجموعة الدول التي يزيد فيها نسبة السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر على الصعيد الوطني خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠٠٦) عن ٦٠% وهي تضم دولتان هما بوروندي (٦٨%)، ورواندا (٦٠.٣%). وترتفع نسبة السكان الذين يعيشون في فقر مدقع في بوروندي حيث تبلغ نسبتهم نحو ٨١.٣% من إجمالي عدد السكان، ومن ثم فهي تحتل المركز الثاني بين دول حوض النيل من حيث نسبة السكان الذين يعيشون في فقر مدقع، كما أنها تأتي في المرتبة الثانية بين دول حوض النيل من حيث نسبة السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر الدولي المقدر بدولارين في اليوم والتي بلغت نسبتهم ٩٣.٤%

من إجمالي سكان بوروندي. ويرجع ذلك إلى ارتفاع نسبة السكان العاملين في الزراعة والتي لا تسهم سوى بقدر محدود من الناتج المحلي الإجمالي كما سبق القول.

وتأتي رواندا في المرتبة الثالثة بين دول حوض النيل من حيث نسبة السكان الذين يعيشون في فقر مدقع، والتي بلغت نحو ٧٦.٦% من إجمالي عدد السكان، كما أنها تأتي في المركز الثالث من حيث نسبة السكان الذين يعيشون على أقل من دولارين في اليوم، والتي تصل إلى ٩٠.٣% من إجمالي عدد السكان. ويرجع ذلك إلى أن الزراعة تعتبر هي النشاط الرئيسي للسكان حيث يعمل بها نحو ٩١% من إجمالي القوى العاملة في رواندا في حين انخفاض مساهمتها في الناتج المحلي الإجمالي نحو ٣٦% فقط عام ٢٠٠٧، وتعاني الزراعة من تفتيت الملكيات الزراعية، والزراعة الكثيفة للأرض، وانخفاض الإنتاجية الزراعية، بالإضافة إلى التغيرات المناخية، والتعرية البيئية، كما أدت الزيادة السكانية إلى زيادة أعداد الفقراء بنحو نصف مليون منذ عام ٢٠٠١، حيث ارتفع عدد السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر من ٤.٨ مليون عام ٢٠٠١ إلى ٥.٤ مليون في عام ٢٠٠٦ (Population institute, 2009, p. 2). كما نتج عن الحروب الأهلية أن أصبحت رواندا واحدة من أكبر دول العالم من حيث عدد الأيتام والذي بلغ ١.٢٦ مليون طبقاً لتعداد ٢٠٠٢، كما أنها تعد واحدة من أكبر دول العالم من حيث نسبة الأسر التي ترأسها إناث والتي بلغت ٣٥.٢% حسب تعداد ٢٠٠٢ (أغلبهم من الأرامل ٥٦%)، وينتشر الفقر في المناطق الريفية، حيث يعيش نحو ٦٢% من سكان الريف تحت عتبة الفقر وبمتوسط دخل للفرد يبلغ ٠.٤٤ دولار في اليوم، في حين تبلغ نسبة الفقراء في الحضر نحو ٢٣.٣% من إجمالي سكان الحضر وذلك في عام ٢٠٠٦ (UNDP, Rwanda, 2007, pp. 5-9).




**المصدر**: اعتماداً على بيانات جدول (١).

**شكل (١)** : التوزيع النسبي للسكان تحت خط فقر الدخل خلال الفترة (٢٠٠٠-٢٠٠٦).

* **الفئـة الثانيـة** : وتضـم مجموعـة الـدول التـي يتـراوح فيهـا نسـبة السـكان الـذين يعيشون تحت خط الفقر على الصعيد الوطني بين ٣٠-٦٠% وهي تضم خمس دول هـــي: اريتريـــا (٥٣%)، كينيـــا (٥٢%) وأثيوبيـــا (٤٤.٢%)، وأوغنـــدا (٣٧.٧%)، وتنزانيا (٣٥,٧%)، ففي أوغندا يعيش أكثر من نصف السكان في فقر مدقع، في حين يعيش أكثر من ثلاثة أربـاع السكان علـى دولارين فـي اليوم، وقد انخفضت معدلات الفقر في أوغندا من ٥٦% عام ١٩٩٢ إلى ٣١% عام ٢٠٠٥، وترتفع معدلات الفقر في المناطق الريفية عنها في المناطق الحضرية، وقد سجلت أعلى مستويات للفقر في الريف في الإقليم الشمالي بنسبة بلغت

٦٨% عام (٢٠٠٦/٢٠٠٥)، وقد انخفضت معدلات الفقر في المناطق الريفية من ٤٢.٧٥% عام ١٩٩٢ إلى ٣٤.٢% عام ٢٠٠٥، كما انخفضت الأعداد المطلقة من ٩.٣ مليون إلى ٧.٩ مليون. فقد أوضح مسح ٢٠٠٦/٢٠٠٥ النمو القوي للإنفاق على الأسرة وبصفة خاصة في المناطق الريفية، أما في المناطق الحضرية رغم انخفاض معدلات الفقر من ١٤.١% إلى ١٣.٧% إلا أن الأعداد المطلقة ظلت كما هي. وما زالت الإنتاجية الزراعية المنخفضة، وانخفاض أسعار المحاصيل الزراعية، وتناقص خصوبة التربة، وفقر الأغذية، وانتشار الأمراض كلها تعوق تنمية الريف (UNDP,Uganda, 2007, pp. 25-26).

أما تنزانيا التي تحتل المرتبة الأولى بين دول حوض النيل من حيث نسبة السكان الذين يعيشون في فقر مدقع (٨٨.٥%)، ونسبة السكان الذين يعيشون على دولارين في اليوم (٩٦.٦%) خلال الفترة (٢٠٠٠-٢٠٠٦)، ويرجع ذلك إلي ظروف الجفاف التي سادت تنزانيا خلال عام ٢٠٠٦/٢٠٠٥ وكانت قطاعات الزراعة، والصناعة أكثر القطاعات التي تأثرت بشدة، حيث يعيش ٧٥% من السكان على زراعة الكفاف واستخدام الآلات الزراعية اليدوية. والتي تكون عرضة لتقلبات الأمطار (United Republic of Tanzania, 2007, pp. 5-14).

كما تبلغ نسبة السكان الذين يعيشون في فقر مدقع نحو ٣٩% في أثيوبيا، ١٩.٧% في كينيا، ولا تتوفر بيانات عن اريتريا. أما بالنسبة للسكان الذين يعيشون تحت خط فقر دولارين في اليوم فتصل إلى ٧٧.٥% في أثيوبيا، وما يقترب من خمس سكان كينيا.

وفي اريتريا لا يزال المأزق الحدودي بينها وبين أثيوبيا يعيق الوضع الاقتصادي في البلد، في حين يشكل عدم هطول الأمطار، وارتفاع أسعار المواد

الغذائية عبئاً إضافياً على الوضع في البلد بالإضافة إلى الجفاف الذي حدث في عام ٢٠٠٦ وما زالت تعاني منه. وأكثر الفئات تعرضاً للخطر هم الأطفال المصابون بسوء التغذية الذين يقدر عددهم بـ ٨٥.٥ ألف طفل و ٣٠٠ ألف امرأة حامل ومرضعة ونحو ٨٠٠ ألف فقيراً يعيشون في المناطق الحضرية، والسكان الذين يعيشون في المناطق المتأثرة بالجفاف، حيث يحتاج نحو ٢٢.٣ ألف شخص مشرد داخلياً إلى مساعدة مستمرة في مجال الخدمات الاجتماعية الأساسية (UNICEF, 2009, p. 75).

وفي كينيا سجلت الولاية الشمالية الشرقية أعلى معدل للفقر بلغ ٥٠.٥% من إجمالي سكان الولاية تليها الساحل (٤٢.٥%)، والوادي الأخدودي (٤٠.٥%)، أما أقل الولايات من حيث نسبة الفقر هي نيانزا (٣٧.٤%)، والولاية الغربية (٣٦.١%)، والولاية الوسطى (٣٢.٣%)، ونيروبي (٢٩.٩%)، وقد ارتفعت معدلات الفقر في جميع الولايات ما عدا ولايات نيانزا، والغربية والساحل، أما أقصى ارتفاع للفقر فكان في الولاية الشمالية بسبب نقص فرص المعيشة بسبب ظروف الجفاف المتعاقبة التي أودت بحياة الكثير من الماشية وزيادة انعدام الأمن (UNDP, 2006, p. 18).

وفي أثيوبيا أدى عدم سقوط الأمطار بشكلٍ متتالٍ إلى تدني حالة الأمن الغذائي في البلد مما أسفر عن تدهور الوضع الغذائي للأطفال، ووجود أكبر عدد من الأشخاص المتضررين من الكوارث منذ آخر أزمة كبيرة وقعت في عام ٢٠٠٣. ولا يزال نحو ٢.٤ مليون طفل عرضة لآثار الأسعار الغذائية العالية، والأوبئة، التي فاقت آثارها الفيضانات، والتشرد والنزاعات، ومن المرجح أن يعاني ما لا يقل عن ١٠٠ ألف طفل من سوء التغذية الحاد شهرياً (UNICEF, 2009, p. 79).

* **الفئة الثالثة** : وتضم مجموعة الدول التي تقل فيها نسبة السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر على الصعيد الوطني عن ٣٠%، وهي تضم مصر حيث بلغت نسبة السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر على الصعيد الوطنى نحو (١٦.٧%) خلال الفترة (٢٠٠٠-٢٠٠٦). ورغم إنها تحتل المرتبة الأخيرة بين دول حوض النيل من حيث معدلات الفقر المدقع (<٢%) والسكان الذين يعيشون على دولارين إلا أنه يوجد تباين بين المحافظات المصرية من حيث انتشار الفقر حيث تتراوح معدلات الفقر في الخمس محافظات الأولى من حيث انخفاض معدلات الفقر بين ٢.٤-٨% وكانت محافظة بورسعيد تحتل المرتبة الأولى في كل سنة تليها السويس، والقاهرة، والإسكندرية، ودمياط، وعلى الطرف الآخر تماماً، يأتي في ذيل القائمة محافظات الفيوم، والمنيا، وأسيوط، وسوهاج، وبني سويف، حيث تصل معدلات الفقر إلى مستوى مرتفع يبلغ ٦١% في أسيوط، ويتركز الفقر بشدة في محافظات الصعيد حيث تتركز ٧٦٢ قرية من أفقر ١٠٠٠ قرية، في المنيا، وسوهاج، وأسيوط، بينما نجد أن ٥٩ قرية من أفقر ١٠٠ قرية، توجد في محافظة سوهاج وحدها. ويبلغ متوسط معدل الفقر في أفقر ١٠٠٠ قرية في مصر نحو ٥٢%، (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، معهد التخطيط القومي، ٢٠٠٨، ص ص ١٣-١٤).

ورغم عدم توفر بيانات دقيقة عن السودان وجمهورية الكنغو الديمقراطية، ففي السودان يمكن القول بأن الفقر ربما يكون واقعاً في المدى ٥٠-٦٠%، وتشير العديد من المسوحات انتشار الفقر على نطاق واسع في السودان، ولكنه أكثر انتشاراً في الريف، ويرجع ذلك إلي الانحياز المستمر للحضر في إستراتيجيات التنمية التي تم وضعها منذ الاستقلال، وقد أدى ذلك إلي إهمال القطاع الزراعي التقليدي، حيث يعيش غالبية السكان وهو المصدر الرئيسي لمعيشتهم الريفية. وقد نتج عن ذلك هجرة مرتفعة من الريف إلى الحضر ولم يصاحب ذلك أي زيادة في الإنتاجية في هذا القطاع أو

تنمية حضرية كافية لخلق فرص العمل اللازمة في الحضر، ويعاني القطاع الزراعي من الطبيعة المزدوجة حيث توجد مجموعة من الجزر في الزراعة المروية الحديثة جنباً إلى جنب مع الزراعة المطرية التقليدية الواسعة. وكنتيجة لهذا الهيكل غير المتوازن للتنمية الحضرية/الريفية، فإن القطاع الزراعي التقليدي قد استمر بأن يكون المصدر الرئيسي للعرض غير المحدود للعمالة غير الماهرة إلى المراكز الحضرية وبالتالي التضخم الكبير في أسواق العمالة غير الرسمية التي تعطي أجوراً تعادل أو أقل من حد الكفاف. كما تتعرض الزراعة إلى تقلبات الظروف المناخية، بالإضافة إلى الصراعات الأهلية والتي تؤثر على متوسط دخل الفرد (http://www.sudaneconomy.com/Development/politics/poverty.htm).

ورغم أن جمهورية الكنغو الديمقراطية غنية بمواردها إلا إن ظاهرة الفقر المدقع منتشرة في ربوعها ويرجع ذلك إلى انهيار الاقتصاد الرسمي بها بصورة تامة في العقود القليلة الأخيرة (البنك الدولي، ٢٠٠٩) وتعتبر منطقة بول الأكثر تضرراً من النزاعات المسلحة فالحصول على الخدمات الاجتماعية لا يزال متدنياً إلى درجة كبيرة، مما أدى إلى استمرار انتشار الأمراض المنقولة بالمياه التي لا تزال تؤثر سلباً على الوضع الصحي والغذائي بالإضافة إلى انتشار وباء الكوليرا بين الحين والآخر في المناطق المتاخمة لها نتيجة استخدام الآبار غير المحمية ومياه الأمطار، والأنهار، باعتبارها المصادر الرئيسة لمياه الشرب (UNICEF, 2009, p. 197).

مما سبق يتضح انتشار الفقر بصورة واسعة بين دول حوض النيل حيث تحتل المراتب من ٨٢-١٢٠ من ١٣٥ دولة حسب دليل الفقر البشري، مما يدل على أن أمامها الكثير للخروج بسكانها من دائرة الفقر، ورفع مستوى معيشة السكان بها. وتحقيق الأمن الصحي لهم.

ثانياً : الجهل.

وللأمية انعكاساً سلبياً على أي مجتمع باعتبارها من أهم معوقات التنمية الشاملة فضلاً على أنها القاسم المشترك في كافة القضايا المجتمعية الأخرى (الزيادة السكانية- البطالة- الفقر...ألخ)، وهناك ما يقرب من ٧٧٦ مليون أمي (ثلثاهم من النساء) في العالم في الفترة (٢٠٠٠/٢٠٠٦)، يتركز معظمهم في جنوب وغرب آسيا (٥٠.٦%)، وفي أفريقيا جنوب الصحراء (٢٠.٨%)، وشرق آسيا (١٤.٣%)، والدول العربية (٧.٤%) خلال نفس الفترة (UNESCO, 2008, p. 274). ويوضح جدول (٢) وشكل (٢) تطور الأمية لدى الكبار في دول حوض النيل، ومنهما يتضح الآتي:

- تتباين معدلات الأمية في دول حوض النيل ما بين الحد الأعلى في أثيوبيا (٧٣%، ٦٤%) خلال الفترة (١٩٨٥/١٩٩٤-٢٠٠٠/٢٠٠٦)، والحد الأدنى في كينيا (٢٩.٢%، ٢٦%) خلال نفس الفترة.
- حققت معظم دول حوض النيل انخفاضاً في معدلات الأمية لدى الكبار خلال الفترة (١٩٨٥/١٩٩٤-٢٠٠٠/٢٠٠٦)، وقد سجلت كل من مصر، أوغندا، وج.الكنغو الديمقراطية أعلى نسبة انخفاض بلغت ٤٨.٢%، ٣٨.٦%، ٣٧.١%، في حين سجلت أثيوبيا وكينيا أدنى نسبة انخفاض بلغت ١٢.٣%، ١١% خلال نفس الفترة، ويرجع ذلك في كينيا إلى عدم الاهتمام من جانب الحكومة، ونقص التزامها بمحو أمية الكبار كما كان سابقاً بسبب عدم كفاية الموارد، وعدم كفاية المعلمين، واستخدام طرق غير ملائمة في التدريس مما أدى إلى انخفاض التسجيل في فصول محو الأمية إلى أقل من نصف ما كان عليه في عام ١٩٨٠ (Bunyi, 2006, p. 9)، وفي أثيوبيا أدى عدم وجود استعدادات كافية لمرحلة ما بعد الأمية، ونقص المدربين في ارتداد مجموعة كبيرة من المتعلمين الجدد إلى الأمية (Shenkut, 2006, p. 13).

**جدول (٢)** : تطور الأمية لدى الكبار في دول حوض النيل خلال الفترة (١٩٨٥-٢٠٠٧).

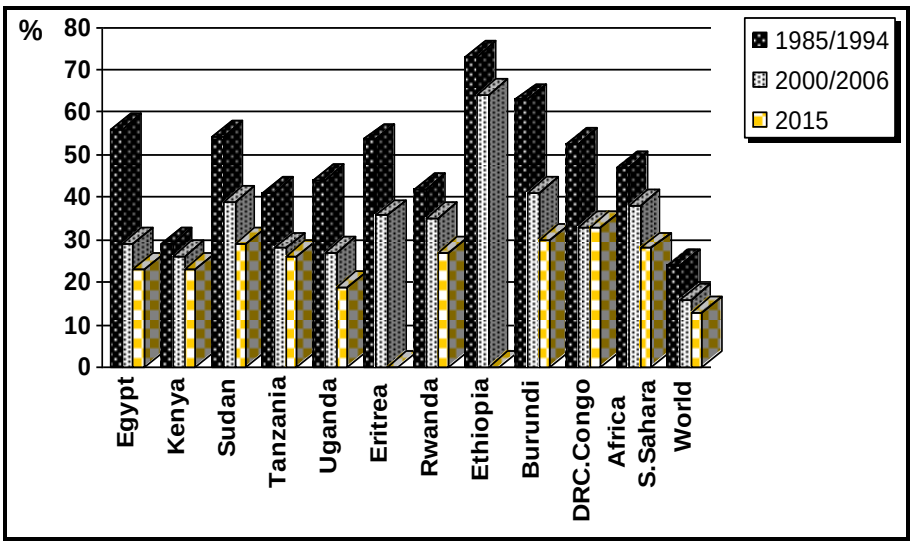
| الدولة | | ١٩٩٤/١٩٨٥ | | ٢٠٠٦/٢٠٠٠ | | ٢٠١٥ | | نسبة الانخفاض |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | الحجم بالألف | % | الحجم بالألف | % | الحجم بالألف | % | ٢٠٠٦/١٩٨٥ |
| مصر | ذكور | ٦٢٤٣ | ٤٣ | ٤١٢٢ | ١٧ | ٤١٦٧ | ١٤ | |
| | إناث | ١٠١٨٥ | ٦٩ | ١٠٠٩١ | ٤٠ | ٩٦٧٥ | ٣٢ | |
| | جملة | ١٦٤٢٨ | ٥٦ | ١٤٢١٣ | ٢٩ | ١٣٨٢٢ | ٢٣ | -٤٨,٢ |
| كينيا | ذكور | ١١١٩(أ) | ١٩,١ | ٢٢٩٩ | ٢٢ | ٢٨٢٠ | ٢٢ | |
| | إناث | ٢٣٦٧(أ) | ٣٩,٢ | ٣١٧٤ | ٣٠ | ٢٩٣٥ | ٢٣ | |
| | جملة | ٣٤٧٩(أ) | ٢٩,٢ | ٥٤٧٣ | ٢٦ | ٥٧٥٥ | ٢٣ | ١١,٠ |
| السودان | ذكور | ٢٨٥٩(أ) | ٤٠ | ٣٢٠٩ | ٢٩ | ٢٩٣١ | ٣٧ | |
| | إناث | ٤٩٤٨(أ) | ٦٨,٥ | ٥٤٦٥ | ٤٨ | ٥٢١٢ | ٢١ | |
| | جملة | ٧٧٩٢(أ) | ٥٤,٢ | ٨٦٧٤ | ٣٩ | ٨١٤٣ | ٢٩ | ٢٨ |
| تنزانيا | ذكور | ١٨٢٦ | ٢٩ | ٢٢٧٨ | ٢١ | ٢٩٤٦ | ٢١ | |
| | إناث | ٣٣٩١ | ٥٢ | ٣٨٧٩ | ٣٥ | ٤٢٣٩ | ٣٠ | |
| | جملة | ٥٢١٧ | ٤١ | ٦١٥٧ | ٢٨ | ٧١٨٥ | ٢٦ | ٣١,٧ |
| أوغندا | ذكور | ١٥٠٧ | ٣٢ | ١٤١٢ | ١٩ | ١٤٥٦ | ١٤ | |
| | إناث | ٢٦٧٨ | ٥٥ | ٢٧٤٢ | ٣٦ | ٢٥٨٩ | ٢٥ | |
| | جملة | ٤١٨٥ | ٤٤ | ٤١٥٤ | ٢٧ | ٤٠٤٥ | ١٩ | ٣٨,٦ |
| اريتريا | ذكور | ٣٥٥(أ) | ٤١,٥ | ٣١٧(ب) | ٢٣,٨ | --- | -- | |
| | إناث | ٥٧٥(أ) | ٦٥,٢ | ٦٧٦(ب) | ٤٧ | --- | -- | |
| | جملة | ٩٣٠(أ) | ٥٣,٦ | ٩٩٣(ب) | ٣٥,٨ | --- | -- | ٣٣,٢ |
| رواندا | ذكور | --- | --- | ٧٣٠ | ٢٩ | ٧٥٦ | ٢٤ | |
| | إناث | --- | --- | ١١٤١ | ٤٠ | ١٠٠١ | ٢٩ | |
| | جملة | ١٤٦٨ | ٤٢ | ١٨٧١ | ٣٥ | ١٧٥٧ | ٢٧ | ١٦,٧ |

## تابع جدول (٢)

| الدولة | | ١٩٩٤/١٩٨٥ | | ٢٠٠٦/٢٠٠٠ | | ٢٠١٥ | | نسبة الانخفاض |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | الحجم بالألف | % | الحجم بالألف | % | الحجم بالألف | % | ٢٠٠٦/١٩٨٥ |
| إثيوبيا | ذكور | ٩٩٠٩ | ٦٤ | ١٠٣٨٩ | ٥٠ | --- | -- | |
| | إناث | ١٣١٣٦ | ٨١ | ١٨٤٧٠ | ٧٧ | --- | -- | |
| | جملة | ٢٣٠٤٥ | ٧٣ | ٢٨٨٥٩ | ٦٤ | --- | -- | ١٢,٣ |
| بوروندي | ذكور | ٧٥٩ | ٥٢ | ٧١٤ | ٣٣ | ٧٢٤ | ٢٦ | |
| | إناث | ١١٨٦ | ٧٢ | ١١١٧ | ٤٨ | ١٠٠٠ | ٣٤ | |
| | جملة | ١٩٤٥ | ٦٣ | ١٨٣١ | ٤١ | ١٧٢٤ | ٣٠ | ٣٤,٩ |
| ج.الكنغو الديمقراطية | ذكور | ٣٦٥٣(أ) | ٣٨,٦ | ٣٠٤١ | ١٩ | ٤٨٠٧ | ٢٤ | |
| | إناث | ٦٦٠٢(أ) | ٣٥,٦ | ٧٤٤٥ | ٤٤ | ٨٥٤٦ | ٤٢ | |
| | جملة | ١٠٢٥٦(أ) | ٥٢,٥ | ١٠٤٨٦ | ٣٣ | ١٣٣٥٣ | ٣٣ | ٣٧,١ |
| إفريقيا جنوب الصحراء | ذكور | ٥١٨٧٥ | ٣٧ | ٦١٢١٣ | ٢٩ | ٥٩٠٦٨ | ٢٢ | |
| | إناث | ٨١١٣٨ | ٥٥ | ٩٩٨٧٥ | ٤٧ | ٨٨٦٠١ | ٣٣ | |
| | جملة | ١٣٣٠١٣ | ٤٧ | ١٦١٠٨٨ | ٣٨ | ١٤٧٦٦٩ | ٢٨ | |
| العالم | ذكور | ٣٢٢٣٠٦ | ١٨ | ٢٧٩٣٢٢ | ١٢ | ٢٥٤٢٠٧ | ١٠ | |
| | إناث | ٥٤٨٧٩٠ | ٣٠ | ٤٩٦٥٧٢ | ٢١ | ٤٥١٩٢٣ | ١٧ | |
| | جملة | ٨٧١٠٩٦ | ٢٤ | ٧٧٥٨٩٤ | ١٦ | ٧٠٦١٣٠ | ١٣ | |

**المصدر:** من حساب الباحثة عن : UNESCO, 2008, pp. 268-274، UNESCO, 2002, pp. 206-221، UNESCO, 2005, pp. 234-236، UNESCO, 2009, p. 192.

(أ) تشير الأرقام إلى عام ١٩٩٠، (ب) تشير الأرقام إلى (٢٠٠٧/٢٠٠٥).




**المصدر**: اعتماداً على بيانات جدول (٢).

**شكل (٢)** : تطور نسبة الأمية في دول حوض النيل خلال الفترة (١٩٨٥-٢٠١٥).

- يتضح ارتفاع نسبة الأمية عند الإناث أعلى منها بكثير عند الذكور، حيث نجد أن الفجوة بين الذكور، والإناث أكثر اتساعاً في كل من أثيوبيا، واريتريا، وجمهورية الكنغو الديمقراطية، ومصر، في حين أنها تقل في تنزانيا، ورواندا، وبوروندي. ويرجع هذا التفاوت بين دول حوض النيل حسب مستوى النجاح الذي أحزرته في معدلات تعليم الكبار، فنجد في كينيا أن مستوى التحسن في محو أمية الكبار بلغ ٧٤%، أما بالنسبة للنوع؛ فنجد أن نسبة محو أمية الإناث بلغ ٩٠ أنثى/١٠٠ ذكر، وفي أوغندا ٧٣%، ٧٩ أنثى/١٠٠ ذكر، تنزانيا ٧٢%، ٨٣ أنثى/١٠٠ ذكر، مصر ٧١%، ٧٢ أنثى/١٠٠ ذكر، رواندا ٦٥%، ٨٤ أنثى/١٠٠ ذكر، في حين سجلت أثيوبيا أقل نسبة لمحو أمية الكبار بلغت ٣٦%، ٤٦ أنثى/١٠٠ ذكر (UNESCO, 2008, pp. 373-379).

- يوضح الجدول أيضاً أنه رغم الانخفاض المتوقع في معدلات الأمية في جميع دول حوض النيل في عام ٢٠١٥ عما كان عليه في الفترة (٢٠٠٠/٢٠٠٦)، يظل عدد الأميين الكبار مرتفعاً جداً، ولم ينخفض سوى بنسب ضئيلة تقريباً بسبب أثر زيادة السكان، بل ومن المتوقع أن ترتفع أعداد الأميين في كل من كينيا، وتنزانيا، وجمهورية الكنغو الديمقراطية في عام ٢٠١٥ عما كان عليه في الفترة السابقة (٢٠٠٠/٢٠٠٦) مما يمثل عائقاً كبيراً، ويحتاج إلى بذل المزيد من الجهد لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، والتي تهدف إلى خفض نسبة الأمية إلى النصف بحلول عام ٢٠١٥.

ثالثاً : المرض.

هناك العديد من الأمراض المعدية التي تسببها كائنات حية دقيقة مثل: البكتيريا، والفيروسات، وتنتقل من مصدر العدوى سواء كان مصدر إنساني، أو حيواني إلى الإنسان فتصيبه بالمرض، وتنتقل الأمراض المعدية إما عن طريق التنفس مباشرة بواسطة استنشاق رذاذ المريض الذي يخرج منه أثناء السعال، أو التنفس، أو غير مباشر عن طريق استخدام أدوات المريض. مثل المناديل أو أغطية الفراش الخاصة به. (الحصبة، الحمى القرمزية، الدرن، الجدري المائي، الدفتريا، التهاب الغدة النكفية، والسعال الديكي)، أو عن طريق تناول طعام، وشراب ملوث بمسببات المرض (حمى التيفود، الحمى المالطية، الدوسنتاريا، شلل الأطفال، التسمم الغذائي البكتيري، التهاب الكبد الوبائي)، أو عن طريق الجلد، وتسمى أحياناً بأمراض الملامسة (الجرب)، أو عن طريق الدم (الالتهاب الكبدي (ب)، والإيدز)، وسوف نتناول هنا أهم الأمراض التي لها أثر كبير على صحة الإنسان في دول حوض النيل وهي: الإيدز، السل، مع الإشارة إلى الملاريا، والكوليرا، والحصبة.

١) **الإيدز** AIDS:

ظهرت أول حالات الإيدز بأفريقيا في أوائل الثمانينات، ويعد أخطر الأمراض المعدية حالياً، وفي أفريقيا الغالبية العظمى سواء من المصابين بفيروس .H.I.V، أو بحالات الإيدز، والأعداد المبلغة بالإيدز تمثل قمة جبل الجليد لأن حاملي الفيروس قد يكونوا غير معروفين، أو هم أنفسهم لا يعلمون بالإصابة، كما أن كل حامل للفيروس لا تظهر عليه أعراض الإيدز إلا بعد عدة سنوات. وفي بعض الدراسات وجد أن حالات الإيدز تظهر على المصابين في خلال خمس سنوات لحوالي ١٥-٢٠% من حاملي الفيروس، وفي خلال عشر سنوات لحوالي ٥٠% منهم، وهذا في حد ذاته يعد مشكلة كبرى في إفريقيا (محمد مدحت جابر عبد الجليل، ١٩٩٧، ص ٥٨٢).

إن الإيدز والعدوى بفيروس H.I.V يؤثران في أعداد من الناس في شرق وجنوبي أفريقيا لا قبل للنظم الصحية في البلدان الموبوءة بعلاجهم، وهما يصيبان بالقنوط أعداداً من الأطفال تفوق الأعداد التي تقدر نظمنا التعليمية على إشاعة الأمل في نفوسهم ويؤديان إلى تيتيم المزيد من الأطفال الذين تفوق أعدادهم ما للمجتمعات من طاقة بخصوص رعايتهم، وإلي تصدع الأسر وتهديد النظم الغذائية وزيادة الفقر (منظمة الصحة العالمية، مايو ٢٠٠٥، ص ٣).

ويرتفع معدل انتشار العدوى بفيروس عوز المناعة البشري في الإقليم الإفريقي إلي أعلى المستويات. لأن ثلثي العدد الإجمالي للمصابين بهذا المرض في العالم، وهم ٣٣ مليون نسمة، يعيش في هذا الإقليم (WHO, 2009, p. 47).

ويوضح جدول (٣) وشكل (٣) معدل انتشار فيروس الإيدز في دول حوض النيل ومنهما يتضح ارتفاع معدلات انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في أفريقيا ودول حوض النيل مقارنة بالعالم وبباقي القارات الأخرى، حيث إن كل مصاب في العالم يقابله أكثر من سبعة مصابين في أفريقيا، ونحو أربعة مصابين في دول حوض النيل،

وتتزايد الفجوة كثيراً بين أفريقيا، وحوض النيل، وباقي قارات العالم، فكل مصاب في الأمريكيتين يقابله أكثر من عشرة مصابين في أفريقيا، وأكثر من خمسة مصابين في دول حوض النيل، وكل مصاب في أوربا يقابله أكثر من أربعة عشر مصاباً في أفريقيا وأكثر من سبعة مصابين في دول حوض النيل، كما أن كل مصاب في جنوب شرق آسيا يقابله أكثر من ستة عشر مصاباً في أفريقيا، وأكثر من ثمانية مصابين في دول حوض النيل، وذلك في عام ٢٠٠٧. ويبلغ عدد المصابين بالفيروس في دول حوض النيل نحو ١٨.٦% من إجمالي المصابين في العالم، و٢٧.٩% من إجمالي المصابين في أفريقيا جنوب الصحراء.

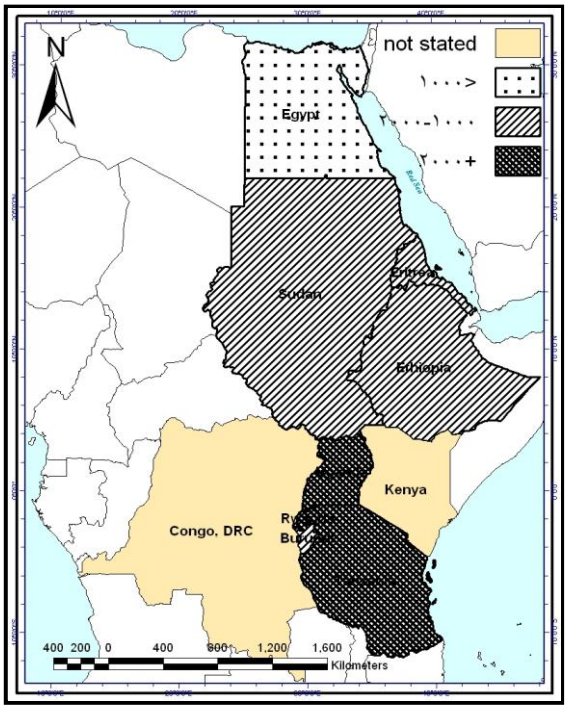
وتحمل النساء على وجه الخصوص جزءاً غير متناسب من عبء مرض الإيدز في إفريقيا جنوب الصحراء، ودول حوض النيل. إذ أنهن يشكلن غالبية المصابين بفيروس الإيدز (٥٤.٥% لأفريقيا جنوب الصحراء، ٥٣.١%* لدول حوض النيل) كما بلغت نسبة الأطفال المصابين بفيروس الإيدز ٨.٢% لأفريقيا جنوب الصحراء، ونحو ١٠.٨% لدول حوض النيل (باستثناء مصر، كينيا، جمهورية الكنغو الديمقراطية)، (UNICEF, 2008, p. 133)، كما كشفت أحدث دراسة أجرتها الفاو حول مرض الإيدز في عدد من المجتمعات الريفية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، أن فيروس "HIV" الذي يسبب مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) لدى الإنسان يواصل دوره المدمر في إفريقيا ليطمر الأسر الريفية في هُوة الفقر والجوع. حيث تتجسد الآثار المعقدة لهذا الوباء الشامل في أوساط المجتمعات الريفية وأسرها بين ازدياد حدة الديون بالنسبة للأسر، وإجبار الأطفال على التخلي عن المدارس بالإضافة إلى تغيير الأساليب الزراعية، والنظام الغذائي الأساسي (منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، ٢٠٠٣). ويمكن تقسيم دول حوض النيل إلى ثلاث فئات حسب معدل الانتشار لفيروس نقص المناعة البشري بين الكبار البالغين ١٥ عاماً فأكثر كالتالي:

* تم استبعاد العدد التقديري للأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية في كينيا وجمهورية الكنغو الديمقراطية. لعدم وجود بيانات عن عدد النساء المصابات في هاتين الدولتين.

**جدول (٣)** : معدل انتشار فيروس الإيدز بين الكبار البالغين من العمر ١٥ سنة فأكثر (لكل ١٠٠ ألف ساكن).

| الدولة | معدل الانتشار ٢٠٠٧ | العدد التقديري للأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري ٢٠٠٧ بالألف | المعدل التقديري لانتشار فيروس نقص المناعة البشري% بين الكبار (١٥-٤٩ سنة) في نهاية ٢٠٠٧ | العدد التقديري للنساء (١٥ سنة فأكبر) المتعايشات مع الفيروس ٢٠٠٧ بالألف | العدد التقديري للأطفال (٠-١٤ سنة) المتعايشين مع الفيروس بالألف |
|---|---|---|---|---|---|
| مصر | ١٨ | ٩,٢ | --- | ٣ | --- |
| كينيا | --- | ١٧٥٠ | --- | --- | --- |
| السودان | ١,٢٥٣ | ٣٢٠ | ١,٤ | ١٧٠ | ٢٥ |
| تنزانيا | ٥,٧٧١ | ١٤٠٠ | ٦,٢ | ٧٦٠ | ١٤٠ |
| أوغندا | ٥١٥٥ | ٩٤٠ | ٥,٤ | ٤٨٠ | ١٣٠ |
| اريتريا | ١٢٦٤ | ٣٨ | ١,٣ | ٢١ | ٣,١ |
| رواندا | ٢٣٤٢ | ١٥٠ | ٢,٨ | ٧٨ | ١٩ |
| أثيوبيا | ١٩٠٧ | ٩٨٠ | ٢,١ | ٥٣٠ | ٩٢ |
| بوروندي | ١٩٠٣ | ١١٠ | ٢ | ٥٣ | ١٥ |
| ج.الكنغو الديمقراطية | --- | ٤٥٠ | --- | --- | --- |
| المتوسط | ٢٤٥٢ | ٦١٤٧ | ٣,٠٣ | ٢٠٩٥ | ٤٢٤,١ |
| إفريقيا | ٤٧٣٥ | --- | --- | --- | --- |
| الأمريكيتين | ٤٤٨ | --- | --- | --- | --- |
| جنوب شرق آسيا | ٢٩٥ | --- | --- | --- | --- |
| أوربا | ٣٣٦ | --- | --- | --- | --- |
| العالم | ٦٤٤ | ٣٣٠٠٠ | ٠,٨ | ١٥٥٠٠ | ٢٠٠٠ |

**المصدر:** من حساب الباحثة عن : WHO, 2009, pp. 47-57، UNICEF, 2008, pp.130-133.




**المصدر**: اعتماداً على بيانات جدول (٣).

**شكل (٣)** : معدل انتشار الإيدز وعدد الأشخاص المتعايشين معهم في دول حوض النيل عام ٢٠٠٧.

* **الفئـة الأولـى** : وتضم مجموعة الدول التي تزيد فيها معدلات الانتشار عن ٢٠٠٠ مصاب/١٠٠ ألف ساكن وهي تضم ثلاث دول فقط هي: تنزانيا (٥٧٧١/١٠٠ ألف ساكن)، وأوغندا (٥١٥٥/١٠٠ ألف ساكن)، ورواندا (٢٣٤٢/١٠٠ ألف ساكن)، ويقدر العدد التقديري للأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري بنحو ٢.٥ مليون مصاب عام ٢٠٠٧، وبنسبة ٤٠.٥% من إجمالي عدد المصابين في دول حوض النيل (The Henry J., Kaiser Family Foundation, October 2005, p. 1).

وتأتي تنزانيا في المرتبة الأولى بين دول حوض النيل من حيث معدل انتشار فيروس الإيدز، وقد ظهرت أولى حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز عام ١٩٨٣ وقد تطور هذا الوباء في تنزانيا بحيث أصبح يؤثر على معظم الأسر، وأصبح له تأثير واضح على جميع قطاعات التنمية من خلال إضعاف، واستنزاف السكان النشيطين اقتصادياً وخاصة الشابات والرجال، وكان سكان المدن والبلدات التي تقع على طول الطرق السريعة الأكثر تضرراً، كما أن الوباء ينتشر بسرعة في المناطق الريفية (http://www.tanzania.go.tz/hiv_aids.html)، وقد بلغ عدد المصابين بالإيدز في تنزانيا نحو ١.٤ مليون مصاب بنسبة ٢٢.٨% من إجمالي عدد المصابين في دول حوض النيل عام ٢٠٠٧. كما بلغ المعدل التقديري لانتشار الإيدز بين الكبار في تنزانيا (١٥-٤٩ سنة) نحو ٦.٢%، كما أنه ينتشر بين النساء بصورة أكبر منه بين الذكور، حيث بلغت نسبة الإناث المصابات به نحو ٥٤.٣% من إجمالي عدد المصابين في تنزانيا عام ٢٠٠٧، كما بلغت نسبة الأطفال (٠-١٤) المصابين بالمرض نحو ١٠%. كما بلغ عدد الأطفال الذين تيتموا بسبب مرض الإيدز في تنزانيا نحو ٩٧٠ ألف طفل (UNICEF, 2008, p. 131).

وتأتي أوغندا في المرتبة الثانية، حيث بلغ عدد المصابين بها نحو ٩٤٠ ألف مصاب وبنسبة ١٥.٣% من إجمالي عدد المصابين في دول حوض النيل عام ٢٠٠٧، كما بلغ المعدل التقديري لانتشار الإيدز بين الكبار (١٥-٤٩ سنة) نحو ٥.٤%، وبلغت نسبة النساء المصابات نحو ٥١.١%، كما بلغت نسبة الإصابة بين الأطفال نحو ١٣.٨% من إجمالي عدد المصابين في أوغندا، وبلغ عدد الأطفال الذين تيتموا بسبب مرض الإيدز في أوغندا نحو ١.٢ مليون طفل (UNICEF, 2008, p. 130)، وقد حدثت أولى حالات الإيدز في عام ١٩٨٢ في حي بجنوب راكاى على ضفاف بحيرة فيكتوريا، وبحلول عام ١٩٩٠ كانت حالات الإصابة المبلغ عنها تشمل جميع المقاطعات، وكانت أكثر المناطق تضرراً هي المراكز الحضرية على طول محاور الطرق الرئيسة، وقد شهد الجزء الشمالي من البلاد

زيادة في معدلات الإصابة منذ التسعينات بسبب انهيار البنية الاجتماعية السكانية والنزوح بسبب الصراعات المسلحة. وقد بلغت معدلات العدوى ذروتها في عام ١٩٩٢، حيث سجلت بعض المناطق الحضرية معدلات تجاوزت ٣٠%، ثم أخذت المعدلات في الانخفاض بصورة كبيرة حتى عام ١٩٩٨، ومنذ ذلك الحين بدأ معدل الانخفاض يسير ببطء، ومعظم حالات الإصابات الجديدة تنتقل من الأم إلى الطفل (٧٥-٨٠%) بما في ذلك الرضاعة الطبيعية، واستخدام ١٥-٢٥% من المصابين الدم ومشتقاته، وانتقال العدوى من مرافق الرعاية الصحية ٣-٤%. ويعتبر الإيدز السبب الرئيسي للوفاة لدى البالغين، ورابع سبب رئيسي للوفاة بين الأطفال دون سن الخامسة (Uganda AIDS Commission Secretariat, 2002, pp. 2-3).

وتأتي رواندا في المركز الثالث من حيث معدل الانتشار بفيروس الإيدز بين دول حوض النيل، وقد بلغ عدد المصابين بها نحو ١٥٠ ألف مصاب، بنسبة ٢.٠٤% من إجمالي عدد المصابين بدول حوض النيل، كما بلغ المعدل التقديري لانتشار الفيروس بين الكبار (١٥-٤٩ سنة) نحو ٢.٨%، وبلغت نسبة النساء المصابات نحو ٥٢%، كما بلغت نسبة الأطفال المصابين نحو ١٢.٧% من إجمالي عدد المصابين، وبلغ عدد الأطفال الذين تيتموا بسبب مرض الإيدز نحو ٢٢٠ ألف طفل عام ٢٠٠٧، وقد تم تحديد أولى حالات الإيدز في رواندا في عام ١٩٨٣ في مستشفى في كيفالي، كما نفذت أول دراسة حول انتشار الإيدز في عام ١٩٨٦. وكشفت عن معدل انتشار ١٧.٨% في المناطق الحضرية و١.٣% في المناطق الريفية، كما أجريت دراسة ثانية عام ٢٠٠٥، بين الإناث من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥-٤٩ سنة، والسكان الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥-٥٩ سنة، أظهرت وجود معدل انتشار يبلغ ٣% على المستوى الوطني، ومعدل انتشار في المناطق الحضرية هو ٧.٧% و٢.٣% للمناطق الريفية (National AIDS Control Commission, 2005).

* **الفئة الثانية** : وتضم مجموعة الدول التي تتراوح بها معدلات الانتشار بين ١٠٠٠-٢٠٠٠ مصاب/لكل ١٠٠ ألف ساكن. وعددها أربع دول هي: أثيوبيا (١٩٠٧/مائة ألف ساكن)، بوروندي (١٩٠٣)، اريتريا (١٢٦٣)، والسودان (١٢٥٣)، ويقدر العدد التقديري للأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري بنحو ١.٤٥ مليون مصاب، بنسبة ٢٣.٦% من إجمالي المصابين بدول حوض النيل. وقد بلغ عدد المصابين بالإيدز في أثيوبيا نحو ٩٨٠ ألف مصاب، وبنسبة ١٥.٩% من إجمالي عدد المصابين في دول حوض النيل، ويقدر معدل انتشار الفيروس بين الكبار نحو ٢.١%، وبلغت نسبة النساء المصابات نحو ٥٤.١٥%، كما بلغت نسبة الأطفال (٠-١٤) نحو ٩.٤%، وبلغ عدد الأطفال الذين يتيموا بسبب الإيدز في أثيوبيا نحو ٦٥٠ ألف عام ٢٠٠٧. وقد بدأت أولى حالات الإيدز في أثيوبيا في أواخر السبعينات أو أوائل الثمانينات، وينتشر الوباء بصورة سريعة في المدن الصغيرة، ومراكز التسوق. كما أنه أكثر انتشاراً في المناطق الحضرية عنه في المناطق الريفية (٥.٥% للحضر في مقابل ٠.٧% للريف)، وقد سجلت Gambela أعلى معدل لانتشار المرض في أثيوبيا عام ٢٠٠٥، بمعدل انتشار ٥.٨% (ذكور ٥.٨%، إناث ٥.٩%) يليها Tigray (١.٣%)، (ذكور ١.٤ وإناث ١.٢%)، ثم أمهرا (١.١%)، (ذكور ١.٣% وإناث ٠.٨%). كما سجلت أعلى معدل انتشار للفيروس في المناطق الريفية في Atat (SNNPR) بلغ ٣.٥% عام ٢٠٠٥، و Ayra (Oromia) ١.٥%، Dadim (Oromia) ١.٢%، Gambo (Oromia) ١.١% وذلك في عام ٢٠٠٥. ويلاحظ حدوث انخفاض في معدلات المرض بين النساء (١٥-٢٤ سنة) في أديس أبابا بنسبة ٣٥% بين عامي ١٩٩٦-٢٠٠٥، حيث هبط معدل الانتشار من ٢٠.٧% إلى ١٣.٥% عام ٢٠٠٥ ( World Bank Global HIV/AIDS Program, 2008, pp. 4-15).

ويعتبر فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في بوروندي من أخطر المشاكل التي تهدد الأوضاع الصحية في هذا البلد، ويقدرعدد المصابين به نحو ١١٠ ألف، وبلغت نسبة الإناث ٤٨.٢%، ونسبة الأطفال ١٣.٦%، وبلغ عدد من تيتموا بسبب الإيدزفي بوروندي نحو ١٢٠ ألف طفل عام ٢٠٠٧، وقد تم تشخيص أول حالة للإيدز في عام ١٩٨٣، وانتشر الوباء بسرعة وقد ساعد على ذلك الفقر، والتشريد الواسع النطاق من السكان (WHO, December 2005, p. 1)، وقد كان معدل الانتشار بين السكان يبلغ ٣.٢% عام ٢٠٠٢ (٩.٤% للمناطق الحضرية، ١٠.٥% للمناطق شبه الحضرية، و٢.٥% للمناطق الريفية)، وكان أكثرمن نصف المصابين بالإيدزيعمل في قطاع الزراعة.وقد انخفض معدل الانتشارإلي ٢.١% عام ٢٠٠٧، ويرجع ذلك إلي إن الحكومة البوروندية وضعت خطة للعمل للفترة (٢٠٠٢-٢٠٠٦)، شملت ثلاثة أهداف رئيسة هي: منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية، وتحسين رفاه الناس الذين يعيشون مع فيروس المناعة البشرية/الإيدز، والتخفيف من تأثير الفيروس (USAID, Burundi, 2007, p. 6).

وفي اريتريا ظهرت أولى حالات الإصابة بالإيدز في عام ١٩٨٨، حيث سجلت أكثر من ١٧ ألف حالة وقدر معدل الانتشار في عام ٢٠٠٣ بنحو ٢.٤% بين الشباب، وقد تباينت نسبة المصابين بالإيدز حسب المناطق الجغرافية بين الحد الأعلى (٧.٢%) في نطاق إقليم البحر الأحمر الجنوبي، والحد الأدنى (١.١%) في Debub، ويرجع الانتشار السريع إلى الفقر وحركة السكان (USAID, Eritrea, 2007, p. 7) وقد بلغ عدد حالات الإصابة بالإيدز نحو ٣٨ ألف عام ٢٠٠٧، معظمهم من الإناث ٥٥.٣%، كما بلغ عدد الأطفال الذين تيتموا بسبب الإيدز نحو ١٨ ألف طفل عام ٢٠٠٧.

أما في السودان فقد بلغ عدد المصابين بالإيدز نحو ٣٢٠ ألف مصاب، معظمهم من النساء (٥٣.١%)، كما بلغ عدد الأطفال المصابين بالإيدز نحو ٢٥

ألف بنسبة ٧.٨% من إجمالي المصابين في السودان، وعلى الرغم من أن تفشي مرض الإيدز في السودان ليس على نطاق واسع مثل كينيا، وأوغندا، وج.الكنغو الديمقراطية، إلا أنه أخذ في الانتشار في الشمال حيث تسجل الإحصاءات زيادة مطردة في الحالات المبلغ عنها ويرجع ذلك إلى الفقر، والحروب الأهلية التي عانى منها السودان، وارتفاع العدد الإجمالي للمشردين داخلياً والذي قدر بنحو ٣.٥-٤ مليون، والتصحر، والجفاف، والمجاعات التي أجبرت الشباب على الهجرة إلى المدن، والمراكز الحضرية في الشمال، وصعوبة الحصول على عمل، مما يجعلهن يقدمن على البغاء، وخاصة النساء في المناطق الحضرية المعرضون بشكل أكبر للإصابة بمرض الإيدز (El-Battahani, pp. 301-306).

* **الفئة الثالثة :** وتضم مجموعة الدول التي يقل فيها معدل انتشار الإيدز عن ١٠٠/١٠٠٠ ألف ساكن، وهي لا تضم سوى دولة واحدة هي مصر، فقد بلغ معدل انتشار الفيروس نحو ١٨ لكل مائة ألف ساكن، كما قدر العدد التقديري للمصابين بالإيدز نحو ٩.٢ ألف عام ٢٠٠٧، ثلثهم من النساء، وتعتبر مصر من أقل دول حوض النيل من حيث انتشار مرض الإيدز.

ورغم عدم توفر بيانات عن معدل انتشار فيروس الإيدز في كل من كينيا، وجمهورية الكنغو الديمقراطية، إلا إن هناك نحو ١.٧٥ مليون مصابين بالفيروس في كينيا، ونحو ٤٥٠ ألف في جمهورية الكنغو الديمقراطية.

مما سبق يتضح انتشار فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز بمعدلات مرتفعة، في معظم دول حوض النيل، وهو ما يمثل تحدياً بالغاً للتنمية، لأنه يؤدي إلى إضاعة المكاسب التي تحققت في معدل العمر المتوقع عند الميلاد، وإلى انخفاض الإنتاجية، وارتفاع تكاليف الإنتاج، ومن ثم فقدان القدرة على المنافسة التي يمكن أن تسبب

نقص في النقد الأجنبي، والقضاء على قوة العمل بسبب ارتفاع معدلات الإصابة بين الشباب، وتبديد المدخرات، ومن ثم إضعاف الجهود الرامية إلى مكافحة الفقر.

**٢) السل :**

اختفى مرض السل (الدرن) سنوات ثم عاود الظهور مع مرض الإيدز وهو أهم عارض سارع في انتشار مرض الدرن، وينتشر المرض سريعاً في البيئات الفقيرة ذات المساكن السيئة والتزاحم في السكن، وسوء التغذية الناتج عن انخفاض دخل الفرد. (ماجدة إبراهيم عامر، ٢٠٠٣، ص ٤٣٧) ويقدر أن يكون انتشار السل في العالم قد انخفض بين سنة ١٩٩٠-٢٠٠٧ بفضل تحسين العلاج، ومع ذلك ازداد معدل الإصابة به على مدى هذه الفترة بسبب أساسي وهو عودة ظهور هذا المرض في الإقليمين الأفريقي والأوربي. لكن هذه الأرقام يحوم حولها شك كبير لعدم وجود بيانات ديموغرافية مؤكدة سريرياً عن معدلات الإصابة بالسل. وفي معظم البلدان تعتمد تقديرات اكتشاف حالات السل في المقام الأول على عدد المصابين بالسل الرئوي الذين يرتادون مرافق الرعاية الصحية، أما الذين لا يزورون هذه المرافق فلا سبيل إلى عدهم (WHO, 2009, p. 47) وقد قدر عدد حالات الإصابة بالسل على مستوى العالم في عام ٢٠٠٨ بنحو ٩.٤ مليون حالة عارضة Incident Cases من ١١.١ مليون حالة متفشية، ونحو ١.٤ مليون حالة وفاة بالسل، بالإضافة إلى ٠.٥٢ مليون وفاة لمصاب بمرض السل والإيدز. وقد بلغ عدد الحالات المبلغ عنها نحو ٥.٧ مليون، إي ما يعادل نحو ٦١% من إجمالي عدد الحالات ( WHO, Global TB Report, 2009, p. 1).

ومن دراسة الجدول رقم (٤) وشكل (٤) عن معدل انتشار وحدوث السل، وعدد الحالات المبلغ عنها في دول حوض النيل يتضح الآتي:

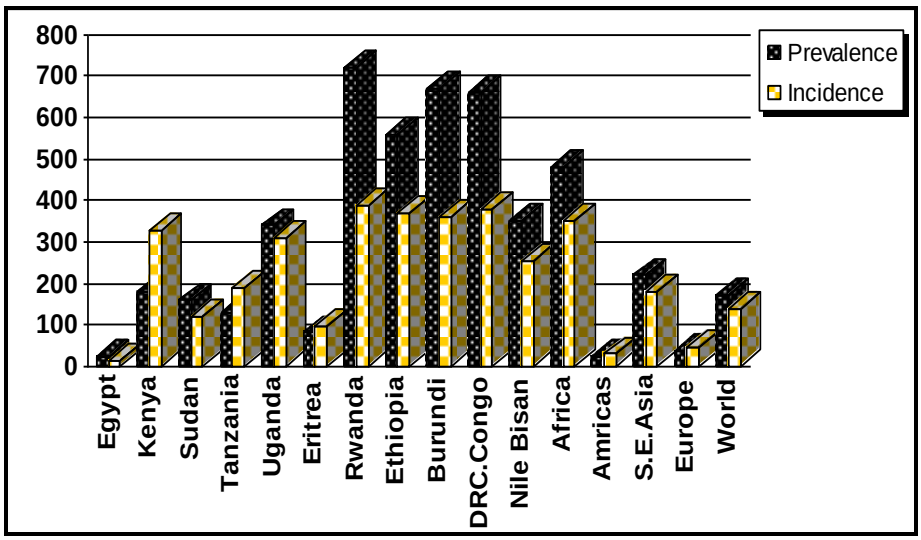
**جدول (٤)** : معدل انتشار وحدوث السل لكل مائة ألف ساكن خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠٠٨) في دول حوض النيل.

| الدولة | معدل انتشار السل* Prevalence | | | معدل حدوث السل** Incidence | | | عدد الحالات المبلغ عنها عام ٢٠٠٨ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ١٩٩٠ | ٢٠٠٨ | نسبة التغير % | ١٩٩٠ | ٢٠٠٨ | نسبة التغير % | العدد | % |
| مصر | ٤٨ | ٢٤ | -٥٠ | ٣٧ | ١٣ | -٦٤,٩ | ٥١٠٢ | ٢,٣ |
| كينيا | ١٢٥ | ١٨٠ | ٤٤ | ١١٢ | ٣٣٠ | ١٩٤,٦ | ٣٦٨١١ | ١٦,٨ |
| السودان | ٤٠٩ | ١٦٠ | -٦٠,٩ | ١٧٤ | ١٢٠ | -٣١ | ١٠٨٠٠ | ٤,٩٠ |
| تنزانيا | ٢١٥ | ١٣٠ | -٣٩,٥ | ١٧٨ | ١٩٠ | ٦,٧ | ٢٤١٧١ | ١١,١ |
| أوغندا | ٢٠٦ | ٣٤٠ | ٦٥ | ١٦٣ | ٣١٠ | ٩٠,٢ | ٢٢٧٦٦ | ١٠,٤ |
| اريتريا | ٢٤٥ | ٨٢ | -٦٦,٥ | ٧٢ | ٩٧ | ٣٤,٧ | ٨٣٩ | ٠,٤ |
| رواندا | ١٩٠ | ٧٢٠ | ٢٧٨,٩ | ١٦٧ | ٣٩٠ | ١٣٣,٥ | ٤١٧٣ | ١,٩ |
| إثيوبيا | ٣١٢ | ٥٦٠ | ٧٩,٥ | ١٥٩ | ٣٧٠ | ١٣٢,٧ | ٤٠٧٩٤ | ١٨,٧ |
| بوروندي | ٢٨٨ | ٦٧٠ | ١٣٢,٦ | ١٥٤ | ٣٦٠ | ١٣٣,٨ | ٣٦١٠ | ١,٧ |
| ج.الكنغو الديمقراطية | ٢٧٥ | ٦٦٠ | ١٤٠ | ١٦٥ | ٣٨٠ | ١٣٠,٣ | ٦٩٤٧٧ | ٣١,٨ |
| دول حوض النيل | ٢٣١ | ٣٥٣ | ٥٢,٨ | ١٣٨ | ٢٥٦ | ٨٥,٥ | ٢١٨٥٤٣ | ٣٦,٧٢ |
| إفريقيا | ٣٢٤ | ٤٨٠ | ٤٨,١ | ١٦٨ | ٣٥٠ | ١٠٨,٣ | ٥٩٥١٨٤ | ٢٢,٤٢ |
| الأمريكيتين | ٨٢ | ٢٥ | -٦٩,٥ | ٥٧ | ٣١ | -٤٥,٦ | ١١٩٨١٠ | ٤,٥١ |
| جنوب شرق آسيا | ٥٥٤ | ٢٢٠ | -٦٠,٣ | ٢٠٢ | ١٨٠ | -١٠,٩ | ١٠٠٧٣٨٢ | ٣٧,٩٥ |
| أوربا | ٥٢ | ٣٩ | -٢٥ | ٣٧ | ٤٨ | ٢٩,٧ | ١٠٥٢٤٠ | ٣,٩٦ |
| العالم | ٢٩٦ | ١٧٠ | -٤٢,٦ | ١٢٥ | ١٤٠ | ١٢ | ٢٦٥٤٤١٠ | ١٠٠ |

**المصدر:** من حساب الباحثة عن: WHO, 2010, pp. 63-71.

* يقصد بمعدل الانتشار عدد الأفراد المصابين بالمرض أو الحالة في زمن معين/عدد أفراد الجمهرة المعرضين للخطر في الزمن نفسه (الحالات الموجودة).

** معدل الحدوث يقصد به عدد الأفراد الذين أصيبوا بالمرض في فترة معينة/مجمل طول الفترات التي كان فيها كل شخص معرضاً للخطر (الحالات الجديدة).




**المصدر**: اعتماداً على بيانات جدول (٤).

**شكل (٤)** : معدل انتشار وحدوث السل لكل مئة ألف ساكن
فى دول حوض النيل عام ٢٠٠٨.

- سجلت معظم قارات العالم انخفاض معدل انتشار السل خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠٠٨)، وقد بلغت نسبة الانخفاض أقصاها في الأمريكيتين (-٦٩.٥%)، في حين سجلت أوربا أدنى نسبة انخفاض بلغت (-٢.٥ %)، وعلى العكس من ذلك ارتفعت معدلات انتشار السل في إفريقيا، ودول حوض النيل، حيث زاد معدل انتشار السل في إفريقيا من ٣٢٤ لكل مائة ألف ساكن إلى ٤٨٠ لكل مائة ألف ساكن، وبنسبة تغير بلغت ٤٨.١% خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠٠٨)، كما ارتفع معدل انتشار السل في دول حوض النيل من ٢٣١ لكل مائة ألف ساكن إلى ٣٥٣ لكل مائة ألف ساكن خلال الفترة نفسها. وبنسبة تغير بلغت ٥٢.٨%.
- زاد معدل انتشار السل في معظم دول حوض النيل وقد سجلت رواندا أعلى نسبة زيادة بلغت ٢٧٨.٩% خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠٠٨)، في حين سجلت كينيا

أدنى نسبة زيادة (٤٤%)، وعلى العكس من ذلك نلاحظ انخفاض معدل انتشار السل في كل من مصر، السودان،وتنزانيا، واريتريا، وقد حققت اريتريا أعلى نسبة انخفاض بلغت (-٦٦.٥%) في حين سجلت تنزانيا أدنى نسبة انخفاض بلغت (-٣٩.٥%) خلال الفترة نفسها. أما بالنسبة لمعدل حدوث السل فقد سجلت معظم المناطق الجغرافية ارتفاعاً في معدل حدوث المرض خلال عام ٢٠٠٨ عما كان عليه عام ١٩٩٠، وقد سجلت إفريقيا أعلى نسبة زيادة في حدوث المرض بلغت ١٠٨.٣%، في حين سجلت أوربا أدنى نسبة زيادة بلغت (٢٩.٧%)، وبمتوسط زيادة عالمي يبلغ (١٢%) خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠٠٨) وعلى العكس من ذلك نجد انخفاض معدل حدوث السل في الأمريكيتين (نسبة تغير -٤٥.٦%)، وجنوب شرق آسيا (-١٠.٩%). أما بالنسبة لدول حوض النيل فقد حققت معظم الدول زيادة في معدل حدوث السل وقد بلغت الزيادة أقصاها في كينيا ١٩٤.٦%، في حين سجلت اريتريا أدنى نسبة زيادة بلغت ٣٤.٧%، في حين انخفض معدل حدوث السل في مصر من ٣٧ لكل مائة ألف إلى ١٣ لكل مائة ألف ساكن وبنسبة انخفاض بلغت (-٦٤.٩%)، كما انخفض فى السودان بنسبة(-٣١%) خلال الفترة نفسها.

- تأتي أفريقيا في المركز الثاني بعد جنوب شرق آسيا من حيث عدد الحالات المبلغ عنها، فقد بلغ عدد الحالات المبلغ عنها في أفريقيا نحو ٥٩٥.٢ ألف حالة بنسبة ٢٢.٤٢% من إجمالي عدد الحالات المبلغ عنها في العالم، أما في جنوب شرق آسيا، فقد بلغ عدد الحالات المبلغ عنها نحو ١.٠١ مليون وبنسبة ٣٧.٩٥%، في حين بلغ عدد الحالات المبلغ عنها في دول حوض النيل نحو ٢١٨.٥ ألف حالة وبنسبة ٣٦.٧% من إجمالي عدد الحالات في أفريقيا، ونحو ٨.٣% من إجمالي عدد الحالات في العالم عام ٢٠٠٨.
- تأتي جمهورية الكنغو الديمقراطية في المركز الأول من حيث عدد الحالات المبلغ عنها والذي بلغ ٦٩.٥ ألف حالة وبنسبة ٣١.٨% من إجمالي عدد الحالات في

دول حوض النيل عام ٢٠٠٨، وإن كانت تأتي في المرتبة الثانية من حيث معدل انتشار وحدوث السل (٣٨٠.٦٦٠/مائة ألف ساكن) خلال نفس العام. وتحتل جمهورية الكنغو الديمقراطية المرتبة العاشرة على مستوى العالم، حيث قدر عدد حالات السل بنحو ٢٤٥.٣٣ ألف عام ٢٠٠٧، وهو أحد الأسباب الرئيسة للوفاة في البلد. ولاسيما التي تؤثر على الأفراد في سنواتهم المنتجة حيث قدر عدد المتوفين بنحو ٤٩.٤ ألف وفاة عام ٢٠٠٨ (Who, Global TB Report 2009, p. 5). ومنذ عام ١٩٨١ تم دمج مكافحة السل في جمهورية الكنغو الديمقراطية في نظام خدمات الرعاية الصحية الأولية مع المساعدة الدولية، ولكن نظراً لاتساع مساحة البلاد وضعف النظام الصحي الوطني، ويكاد توريد الأدوية المضادة للسل يعتمد كلياً على النقل الجوي، كل ذلك أدى إلى ظهور حالات إصابة جديدة (USAID, D.R. of Congo, 2009, p. 1).

- تأتي رواندا في المركز الأول من حيث معدل انتشار السل، وقد ارتفع معدل الانتشار من ١٩٠ لكل مائة ألف ساكن عام ١٩٩٠ إلى ٧٢٠ لكل مائة ألف ساكن عام ٢٠٠٨ وبنسبة تغير بلغت ٢٧٨.٩%، كما ارتفع معدل حدوث السل من ١٦٧ إلى ٣٩٠ لكل مائة ألف ساكن خلال الفترة نفسها، كما قدر عدد الحالات المبلغ عنها بنحو ٤.٢ ألف حالة، وهي بذلك تشغل المركز الثامن بين دول حوض النيل من حيث عدد الحالات المبلغ عنها.
- تأتي أثيوبيا في المرتبة الثانية من حيث عدد الحالات المبلغ عنها والذي بلغ نحو ٤٠.٨ ألف حالة وبنسبة ١٨.٧% من إجمالي عدد الحالات المبلغ عنها في دول حوض النيل، وقد ارتفع معدل انتشار المرض من ٣١٢ إلى ٥٦٠ لكل مائة ألف ساكن خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠٠٨) وبمعدل زيادة بلغ ٧٩.٥% خلال الفترة نفسها، كما ارتفع معدل حدوث السل من ١٥٩ إلى ٣٧٠، وبنسبة تغير بلغت ١٣٢.٧% خلال الفترة نفسها، كما أنها تأتي في المرتبة السابعة بين دول العالم ذات العبء الكبير للسل حيث قدر عدد الحالات بنحو ٣١٤.٣ ألف

حالة عام ٢٠٠٧. ويرجع ذلك إلى محدودية البنية التحتية الصحية في البلد، فلا يحصل على خدمات المعالجة القصيرة الأمد سوى نسبة تتراوح بين ٦٠-٧٠%، كما تشكل القدرة المحدودة لتشخيص السل في البلاد تحدياً لتحسين معدلات الكشف عن الحالات، فقد بلغ معدل الكشف عن الحالات نحو ٢٨% فقط، وقد وجد تزايد معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين المصابين بالسل (٤٠%) بالإضافة إلى انتشار أنواع السل المقاوم للأدوية والتي بلغت نسبتهم ٢٠% بين حالات السل الجديدة (USAID, Ethiopia, 2009, p. 1) وبلغ عدد حالات الوفاة بسبب السل في أثيوبيا نحو ٥١٥٣٢ وفاة عام ٢٠٠٨ (Who, Global TB Report 2009, p. 5).

- تأتي كينيا في المركز الثالث بين دول حوض النيل من حيث عدد الحالات المبلغ عنها ونسبتها، والتي بلغت ٣٦.٨ ألف حالة وبنسبة ١٦.٨% من إجمالي عدد الحالات المبلغ عنها في دول حوض النيل، كما ارتفع معدل انتشار السل من ١٢٥ إلي ١٨٠ مصاب لكل مائة ألف ساكن وبمعدل زيادة بلغ ٤٤% خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠٠٨)، كما ارتفع معدل حدوث المرض من ١١٢ إلى ٣٣٠ مصاب لكل مائة ألف ساكن وبمعدل زيادة بلغ ١٩٤.٦% خلال الفترة نفسها، كما تأتي كينيا في المرتبة الثالثة عشر بين دول العالم ذات المعدلات العالمية في الإصابة بالسل وعددها ٢٢ دولة، كما أنها تأتي في المرتبة الخامسة على مستوى القارة الإفريقية حيث قدر عدد حالات الإصابة الجديدة في كينيا بنحو ١٤٢ ألف (USAID, Infectious Diseases Kenya, 2009, p. 1). ويرجع صعوبة علاج السل في كينيا إلى تزايد معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين المصابين بالسل (٤٨% من حالات مرض السل الجديدة) (USAID, Tuberculosis Profile Kenya, 2009, p.1). وبلغ عدد الوفيات بسبب السل نحو ٧٣٦٥ وفاة عام ٢٠٠٨ (Who, Global TB Report 2009, p. 5).

- تأتي تنزانيا في المركز الرابع بين دول حوض النيل من حيث عدد الحالات المبلغ عنها والذي بلغ نحو ٢٤.٢ ألف مصاب، وبنسبة ١١.١% من إجمالي عدد الحالات المبلغ عنها، وإن انخفض معدل انتشار المرض من ٢١٥ إلى ١٣٠ مصاب لكل مائة ألف ساكن،وبنسبة تغير بلغت-٣٩.٥%، ولكن ارتفع معدل حدوث السل من ١٧٨ إلى ١٩٠ مصاب لكل مائة ألف ساكن خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠٠٨)، ويقدر انتشار عدوى فيروس نقص المناعة بين مرضى السل بنحو ٤٧%، وتأتي تنزانيا في المرتبة الخامسة عشر بين دول العالم من حيث عدد الحالات الجديدة المصابة بالسل والتي قدرت بنحو ١٢٠.٢ ألف حالة، وقد تم علاج ما يقرب من ٥٦.٢ ألف حالة نتيجة تحسين نوعية الخدمات وتقييمها. وقد وضعت تنزانيا خطط لتحسين مكافحة السل، وتحسين نظم متابعة الإبلاغ، والحد من معدلات تخلف المريض، مما ساهم في خفض معدلات انتشار السل المقاوم للأدوية المتعددة (USAID, Tanzania, 2009) وبلغ عدد الوفيات بسبب السل في تنزانيا نحو ٥٤٤٧٠ وفاة عام ٢٠٠٨ (Who, Global TB Report 2009, p. 5)، وتساهم الوكالة الأمريكية للتنمية في تنزانيا ودول شرق إفريقيا للعمل على تعزيز قدرات الموارد البشرية، والتوسع في إدخال الأنشطة المتكاملة TB-Hiv/AIDS، وحفز الوعي المجتمعي للسل، وخاصة للمصابين بفيروس الإيدز، وتعبئة المجتمعات المحلية للحد من وصمة العار بين مرضى السل لتلقي خدمات المشورة والفحص الطوعي ولمنع انتقال العدوى من الأم إلى الطفل (USAID, Tanzania, 2009, p. 1).
- تأتي أوغندا في المركز الخامس بين دول حوض النيل من حيث عدد الحالات المبلغ عنها ونسبتهم، حيث بلغ عدد الحالات نحو ٢٢.٨ ألف عام ٢٠٠٨ وبنسبة ١٠.٤% من إجمالى عدد الحالات في دول حوض النيل. كما ارتفع معدل انتشار السل من ٢٠٦ إلى ٣٤٠ لكل مائة ألف ساكن، وارتفع معدل حدوث المرض من ١٦٣ إلى ٣١٠ لكل مائة ألف ساكن خلال الفترة (١٩٩٠-

٢٠٠٨)، كما بلغ معدل الزيادة نحو٦٥ %، ٩٠.٢% لمعدل انتشار المرض، ومعدل حدوثه على الترتيب، وتأتي أوغندا في المرتبة السادسة عشر بين دول العالم من حيث معدل الإصابة بالمرض في عام ٢٠٠٧ والتي قدرت بنحو ١٠٢ ألف، ويرجع صعوبة علاج المرض في أوغندا إلى عدم كفاية الإبلاغ عن الحالات وصعوبة وصول الفقراء إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية، والعددالمحدود للموظفين المهرة، ومرافق التشخيص ويزيد من تفاقم مشكلة السل انتشارفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والتي بلغت نحو ٣٨.٧% بين مرضى السل الجديدة (USAID, Uganda, 2009, p. 1). وقد بلغ عدد الوفيات بسبب السل نحو ٨٥٢٦ وفاة عام ٢٠٠٨ (Who, Global TB Report 2009, p. 5).

- ساهمت الدول الست السابقة بنحو ٨٨.٨% من إجمالي عدد الحالات المبلغ عنها في دول حوض النيل أما النسبة الباقية فتتوزع على باقي دول حوض النيل وهي السودان (٤.٩%)، مصر (٢.٣%)، رواندا (١.٩ %) واريتريا (٠.٤%).

ويضاف إلى هذه الأمراض المعدية التي تنتشر بصورة واسعة في دول حوض النيل امراض آخرى هى: الملاريا التى تعتبر واحدة من المشكلات الصحية الرئيسة في العالم اليوم، وهي أخطر الأمراض الاستوائية، وتنتشر الملاريا بين السكان الأشد فقراً في دول العالم، وقد ارتفع عدد المصابين بالملاريا من نحو ١٧.٧ مليون مصاب عام ١٩٩٦ إلى نحو ٤٥.٩ مليون مصاب عام ٢٠٠٦، وبنسبة تبلغ نحو ١٣% من إجمالي عدد سكان دول حوض النيل عام ٢٠٠٦. كما زاد عدد الوفيات الناتجة عن الملاريا من ٣١.٢ ألف وفاة عام ٢٠٠٣ إلى ٧٢ ألف عام ٢٠٠٦ وبنسبة ١٥.٧% من إجمالي عدد الحالات عام ٢٠٠٦.

ويتركز نحو ٨٧.٣١% من إجمالي عدد الحالات المسجلة في خمس دول هي: أوغندا (٢٧.٨٦%)، تنزانيا (٢٣.٠١%)، كينيا (١٧.٣٤%)، وجمهورية الكنغو

الديمقراطيـة (١٠.٩١%) وأثيوبيـا (٨.١٩%)، ويرجـع ذلـك إلـى ملائمـة الظـروف المناخيـة لتكـاثر البعـوض، ومـن ثـم انتشـار المـرض مـن حيـث ارتفـاع درجـة الحـرارة وزيادة معدلات الأمطار (ماجدة إبراهيم عامر، السكان والمياه في دول حوض النيل، ٢٠٠٩، ص ص ٧٦- ٨٠).

وترتفع نسبة الإصابة بالكوليرا في أفريقيا والتي بلغت نحو ٦٢.٣% من إجمالي عدد الحالات المبلغ عنها في العالم. كما يرتفع عدد حالات الكوليرا المبلغ عنها في دول حوض النيل والتي قدرت بنحو ٦٤.٢% من إجمالي عدد الحالات المبلغ عنها في إفريقيا. ويتركز نحو ٩٢.٩% من إجمالى عدد الحالات المبلغ عنها عام ٢٠٠٧ فى ثلاث دول هى: جمهورية الكنغو الديمقراطية (٣٩.٧%)، وأثيوبيا (٣٣.٩%)، والسودان (١٩.٣%) وذلك بسبب صعوبة الحصول على مياه الشرب وسوء الأحوال الصحية ولاسيما في المناطق الفقيرة (WHO, 2009, pp. 60-68).

وسجلت معظم حالات الإصابة بالحصبة في أفريقيا في دول حوض النيل (٩٤% من إجمالي عدد الحالات في أفريقيا)، ويتركز نحو ٩٣.٥% من الإصابات في ثلاث دول هي: جمهورية الكنغو الديمقراطية (٧٧.٤%)، تنزانيا (١٠.٨%)، وأوغندا (٥.٣%) وذلك في عام ٢٠٠٧، (Who, 2009, pp.60-68).

الخلاصة :

**خلصت الدراسة إلى النتائج التالية :**

١- انتشار الفقر بصفة عامة بين دول حوض النيل التي تتألف في معظمها من الدول المنخفضة الدخل حيث ينخفض متوسط دخل الفرد في معظمها عن ٦٠٠ دولار وهو الحد الأدنى الذي عرفه البنك الدولي للدول المنخفضة الدخل. ما يدل على أن أمامها الكثير للخروج بسكانها من دائرة الفقر، ورفع مستوى معيشة السكان بها. وتحقيق الأمن الصحي لهم.

٢- رغم الانخفاض المتوقع في معدلات الأمية في جميع دول حوض النيل في عام ٢٠١٥ عما كان عليه في الفترة (٢٠٠٠/٢٠٠٦)، يظل عدد الأميين الكبار مرتفعاً جداً ولم ينخفض سوى بنسب ضئيلة تقريباً بسبب زيادة السكان مما يمثل عائقاً كبيراً يحتاج إلى بذل المزيد من الجهد لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

٣- ارتفاع معدلات انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في إفريقيا ودول حوض النيل مقارنة بالعالم وبباقي القارات الأخرى، حيث إن كل مصاب في العالم يقابله أكثر من سبعة مصابين في أفريقيا ونحو أربعة مصابين في دول حوض النيل. وتتزايد الفجوة كثيراً بين إفريقيا، وحوض النيل، وباقي قارات العالم.

٤- تشكل النساء غالبية المصابين بفيروس الإيدز، ويمثل فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز تحدياً بالغاً للأمن الصحي لدول حوض النيل لأنه يؤدي إلي إضاعة المكاسب التي تحققت في معدل العمر المتوقع عند الميلاد، وانخفاض الإنتاجية، وارتفاع تكاليف الإنتاج، والقضاء على قوة العمل، ومن ثم إضعاف الجهود الرامية إلي مكافحة الفقر.

٥- زاد معدل انتشار السل في دول حوض النيل بين عامي ١٩٩٠-٢٠٠٨ وذلك عكس معظم قارات العالم التي سجلت انخفاض معدل انتشار السل خلال الفترة نفسها، ويرجع ذلك إلي ضعف النظم الصحية ومحدودية البنى التحتية الصحية،

وعدم كفاية الإبلاغ عن الحالات وصعوبة وصول الفقراء إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية.

٦- ارتفاع معدلات الإصابة بالملاريا في دول حوض النيل، خاصة في دول شرق أفريقيا.

٧- ارتفاع نسبة الإصابة بالكوليرا في دول حوض النيل والتي قدرت بنحو ٦٤.٢% من إجمالى عدد الحالات المبلغ عنها في أفريقيا.

**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 تنفق 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- تعزيز برامج الحد من انتشار الأمراض المعدية والمتوطنة كالملاريا، والدرن، والكوليرا، والأمراض الجنسية كالإيدز، وذلك عن طريق نشر الوعي الصحي.

٥- القضاء على الفقر والأمية المنتشرة بصورة واسعة بين دول حوض النيل حيث اتضح أن هناك علاقة بينهما وبين صحة الإنسان.

٦- تقليل معدلات الزيادة الطبيعية للسكان والتي تلتهم أي جهد يبذل من أجل التنمية في دول حوض النيل.

## المصادر والمراجع

**أولاً : المراجع العربية.**


١. البنك الدولي، جمهورية الكنغو الديمقراطية تمضي قدماً – بعد انتهاء الصراع نحو إعادة إدماج الجنود السابقين وحماية الغابات، ٢٠٠٩.
http://web.worldbank.org/wbsite/External/BanComundial/Newsspanish/o,Contenent.

٢. الرؤية الاقتصادية، السودان يعد البيئة الملائمة لاستقطاب المستثمرين، ٢٠٠٩.
http://www.alrroya.com/node/3948/

٣. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، معهد التخطيط القومي، تقرير التنمية البشرية لمصر ٢٠٠٨، العقد الاجتماعي في مصر: دور المجتمع المدني، ٢٠٠٨.

٤. علي عيد علام محمد، السكان والغذاء في أوغندا، رسالة ماجستير غير منشورة معهد البحوث والدراسات الإفريقية، قسم الجغرافيا، ٢٠٠٤.

٥. ماجدة إبراهيم عامر، التنمية البشرية في شرق إفريقيا، ندوة قضايا التنمية والبيئة في إفريقيا، ١٨-١٩ نوفمبر ٢٠٠٠، معهد البحوث والدراسات الإفريقية، القاهرة ٢٠٠٣.

٦. ماجدة إبراهيم عامر، السكان والمياه في دول حوض النيل،المؤتمر الدولى الثانى للموارد الطبيعية فى إفريقيا حول التنمية المستدامة للموارد الطبيعية بدول حوض النيل ١١-١٢ مايو ٢٠٠٩، تحرير :السيد إبراهيم جابر، معهد البحوث والدراسات الإفريقية، جامعة القاهرة، ٢٠٠٩.

٧. مجلس الوزراء، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، تطور الناتج المحلي الإجمالي خلال السنوات الخمس الماضية، تقارير معلوماتية، السنة الأولى، العدد (٧)، يوليو ٢٠٠٧.

٨. محمد عبد الغني سعودي، إفريقيا في شخصية القارة وشخصية الأقاليم، الأنجلو المصرية ٢٠٠٥.

٩. محمد مدحت جابر عبد الجليل، الجغرافيا الطبية للقارة الإفريقية، الموسوعة الإفريقية، المجلد الأول، الجغرافيا، معهد البحوث والدراسات الإفريقية، مايو ١٩٩٧.

١٠. مكتب إدارة إفريقيا، وحدة تخفيض أعداد الفقراء وإدارة الاقتصاد، السودان مراجعة الإنفاق العام، تقرير تجميعي رقم SD-41840، ديسمبر ٢٠٠٧.

١١. منى محمود بهي، إريتريا، دراسة في الجغرافيا السياسية، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد البحوث والدراسات الإفريقية، قسم الجغرافيا، ٢٠٠٢.
١٢. منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، وضع خارطة لفيروس نقص المناعة/وباء الإيدز في إفريقيا، دراسة تخوض في العواقب الخطيرة للمرض المميت، ديسمبر ٢٠٠٣، على موقع:http://www.fao.org/arabic/newsroom/news/2003/25359.ar.html
١٣. منظمة الصحة العالمية، المجلس التنفيذي، التغذية والإيدز والعدوى بفيروس تقرير من الأمانة، الدورة السادسة عشرة بعد المائة، البند ٤-٣ من جدول الأعمال المؤقت، م ت ١٢/١١٦، ١٢ مايو ٢٠٠٥.

## ثانياً : المراجع غير العربية.

1. Bevan, Ph., Poverty in Ethiopia, Discussion Paper Prepared For DFID: Final draft, 6 Nov.2000, University of Bath.
2. Brown. T, Teshome, A., Implementing Policies For Chronic Poverty in Ethiopia, Background Paper For the Chronic Poverty Report 2008-09, Chronic Poverty Research Centre, 2007.
3. Bunyi, 6.w., Real Options For Literacy Policy and Practice in Kenya, Background Paper Prepared For the Education For All Global Monitoring Report 2006, Literacy For Life, 2006/ED/EFA/MRT/PI/18.
4. El-Battahani, A., AIDS and Politics in Sudan: Some reflections at website: www.codesria.org/links/Publications/aids/battahani.pdf
5. Global economic analysis, Kenya Economic statistics and Indicators, Dec. 2009. at website: http://www.economywatch.com/economic-statistics/country/Kenya
6. International Monetary Fund, The United Republic of Tanzania, Poverty Reduction Strategy Paper, 2000.
7. National AIDS Control Commission, The Current HIV epidemiological Situation in Rwanda, 2005. at website: http://www.cnls.gov.rw/vin_sida_Rwanda-en-php
8.. Population Institute, Population and Failing States: Rwanda,2009; at website: http://www.populationinstitute.org/external/files/Rwanda.pdf
9. Shenkut, M.K., Ethiopia: Where and Who are the World's illiterates, Background Paper Prepared for the Education for all Global Monitoring Report 2006, Litracy for life, 2006/ED/EFA/MRT/PI/57.
10. The Henry J-Kaiser Family Foundation, HIV/AIDS Policy Fact Sheet, The HIV/AIDS Epidemic in the United Republic of Tanzania, October 2005.
11. The World Bank, World development Report 2009, Reshaping Economic Geography, vol.2., Washington, 2009.

12. Uganda AIDS Commission Secretariat, HIV/AIDS in Uganda: The epidemic and the response, 2002.
13. UN, Economic Commission For Africa, African Statistical Yearbook 2006, Addis Ababa, 2006.
14. UNDP, Human Development Report 2009, Overcoming Barriers: Human Mobility and Development,USA, 2009.
15. UNDP, Kenya National Human Development Report 2006, Human Security and Human Development: A Deliberate Choice, 2006.
16. UNDP, Uganda Human Development Report 2007, Rediscovering Agriculture for Human Development.
17. UNDP, National Human Development Report. Rwanda 2007, Turning Vision 2020 into Reality From Recovery to Sustainable Human Development, 2007.
18. United Republic of Tanzania, Poverty and Human Development Report 2007, Dares Salaam, Tanzania, 2007.
19. UNICEF, The State of The World Children 2009,Maternal and Newborn Health,December,2008.
20. UNICEF, UNICEF Humanitarian Action Report 2009, New York, 2009.
21. UNESCO, Education For All, is The World on Track, Global Monitoring Report, 2002, France, 2002.
22. UNESCO, Education For All, Literacy For Life, Global Monitoring Report, 2006, France, 2005.
23. UNESCO, Overcoming Inequality: Why governance matters, Education For All, Global Monitoring Report 2009, Paris, 2008.
24. UNESCO, Global Education Digest 2009, Comparing Education Statistics Across the World, Canada Vis, 2009.
25. USAID, Burundi Final Report, September 2002- June 2007, US Aid's Implementing AIDS Prevention and Care (Impact) Project, Family Health International, December 2007.
26. USAID, Eritrea Final Report, September 1999- September 2005, US Aid's Implementing AIDs Prevention and Care (Impact) Project, Family Health International, December 2007.
27. USAID, Democratic Republic of Congo, Tuberculosis Profile, May 2009.
28. USAID, Infectious Diseases: Kenya, May 2009.
29. USAID, Kenya: Tuberculosis Profile, May 2009.
30. USAID, Infectious Diseases: Ethiopia, May 2009.
31. USAID, Infectious Diseases: Tanzania, May 2009.
32. USAID, Infectious Diseases: Uganda, May 2009.
33. Who, Burundi, Summary Country Profile For HIV/AIDS Treatment Scale-Up, December 2005.
34. Who, Global Tuberculosis Control: A short update to the 2009 report, 2009.
35. Who, World Health Statistics 2009,Geneva,2009.
36. Who, World Health Statistics 2010,Geneva,2010.
37. World Bank Global HIV/AIDS Program, Ethiopia HIV/AIDS Prevention & Control Office (HAPCO) and Global HIV/AIDS Monitoring and Evaluation

Team (GAMET), HIV/AIDS in Ethiopia: An Epidemiological Synthesis, Washington, 2008.
38. http://www.tanzania.go.tz/hiv_aids.html
39. http://www.ruralpovertyportal.org/web/guest/country/home/tags/burundi
40. http://www.sudaneconomy.com/Development/politics/poverty.htm

* * *