

الأمن الصحي فى أفريقيا

أ.د. ماجدة إبراهيم عامر*

يعنى الأمن الصحي الحق فى التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه بحيث تتحقق المساواة والاستجابة لاحتياجات الناس، ولا بد من التحرك نحو توفير الصحة للجميع، والصحة هدف حيوي لأمن الإنسان، حيث أنها تتدرج فى صلب الأهداف الإنمائية للألفية، وإذا كانت الأهداف الرابعة، والخامسة، والسادسة تركز على الصحة بصفة خاصة، فإن جميع الأهداف الأخرى تتضمن جوانب ذات علاقة بالصحة (ماجدة إبراهيم عامر، ٢٠١٠، ٥١٨).

وترتبط الصحة والتنمية والأمن العالمي ببعضها ارتباطاً وثيقاً ويعد الاستثمار فى الصحة حجر الزاوية للنمو الاقتصادي والتنمية ومطلباً أساسياً لتحقيق العديد من الأهداف الإنمائية للألفية، وقد أصدرت لجنة أمن الإنسان تقرير متابعة بعنوان "أمن الإنسان الآن: حماية الناس وتمكينهم" وأكدت جهود اللجنة أن التهديدات الصحية الأشد خطورة بالنسبة إلى أمن الإنسان تتمثل فى:

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

- أ- الأمراض المعدية على الصعيد العالمي، بما فيها الأوبئة، مثل مرض نقص المناعة المكتسب/الإيدز والمتلازمة الرئوية الحادة الوخيمة (SARS).
- ب- الأزمات الصحية التي تسببها النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الإنسانية.
- ج- المشكلات الصحية الناجمة عن الفقر والتي قد تزعزع استقرار العائلات والجماعات بل بلداناً بأكملها (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، المكتب الإقليمي للدول العربية، ٢٠١٠، ص ١٤٦).

أولاً : المؤشرات الصحية في أفريقيا :

رغم التقدم الكبير في الصحة على مدى العقود الأخيرة، إذ حدث تحسن كبير في الأحوال الصحية في قسم كبير من العالم، ولكن في الوقت نفسه ظل عدد كبير من البلدان في حالة تخلف وبصفة خاصة في أفريقيا ككل، وعجزت عن توفير الرعاية الصحية بشكل ملائم، فهي في أغلب الأحوال أقل من المطلوب، ومتأخرة أكثر من اللازم، والمشاكل في مجال الموارد البشرية اللازمة للصحة العمومية، والرعاية الصحية، والتمويل والبنى التحتية، أو نظم المعلومات مازالت تقف عائقاً أمام تقدم هذه الدول (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨، الرعاية الصحية الأولية، ص ٤).

(١) العمر المتوقع 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 ويتضح من قراءة جدول (١) وشكل (١) الآتي:

* ارتفع العمر المتوقع عند الميلاد في أفريقيا من ٥٠ عاماً عام ١٩٩٠ إلى ٥٨ عاماً عام ٢٠١٣ ورغم ذلك فإن أفريقيا من أقل قارات العالم في العمر المتوقع حيث حققت جميع قارات العالم تحسن في العمر المتوقع لأبنائها حيث لم ينخفض في أي قارة أخرى عن ٦٨ عاماً في عام ٢٠١٣ وبمتوسط عالمي بلغ ٧١ عاماً في حين سجلت الأمريكيتين أعلى عمر متوقع بلغ ٧٧ عاماً.

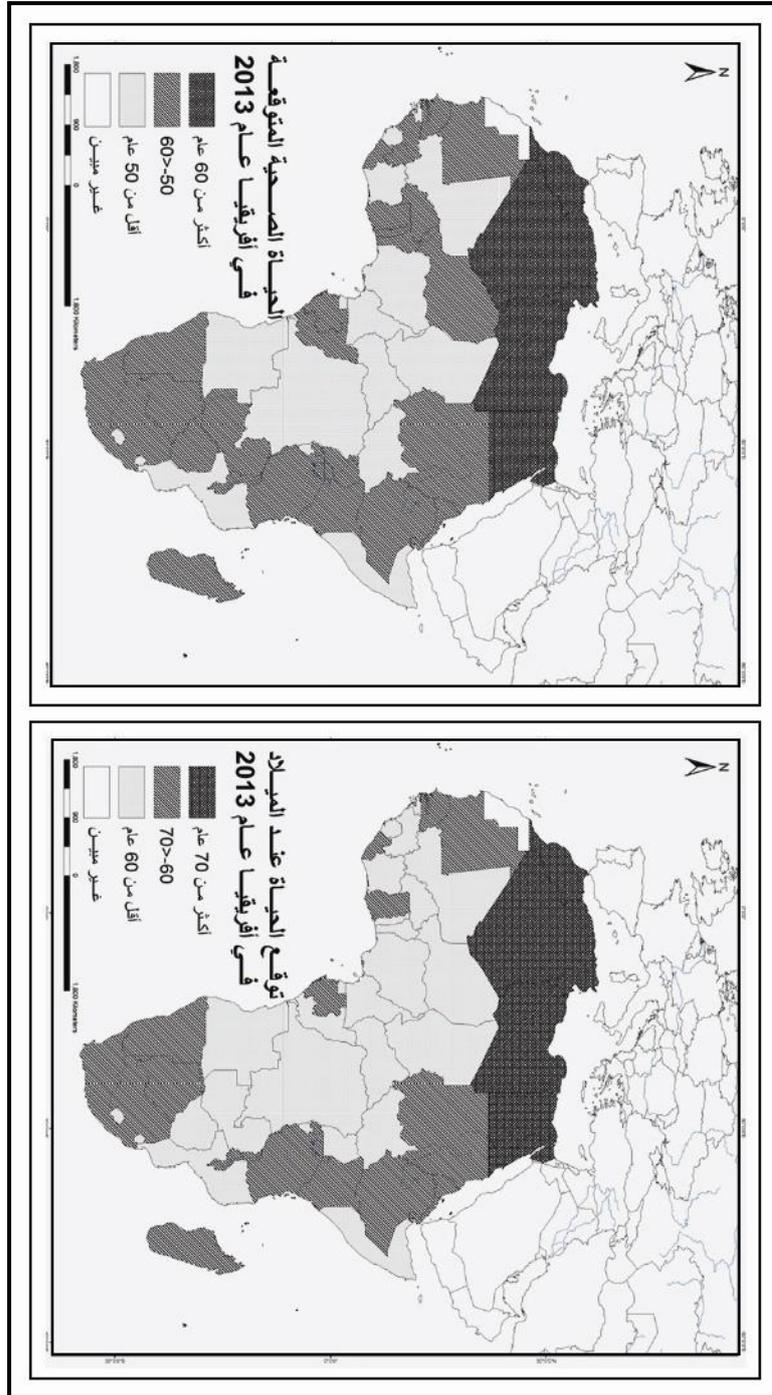
* على الرغم من انخفاض العمر المتوقع في أفريقيا مقارنة بباقي مناطق العالم والعالم إلا أنه نلاحظ تفاوتاً أساسياً بين أقاليم القارة الأفريقية ففي إقليم جنوب أفريقيا نجد انخفاض العمر المتوقع من ٦٢ عاماً عام ١٩٩٠ إلى ٥٩ عاماً عام ٢٠١٣، إلا أن باقي الأقاليم شهدت ارتفاع في العمر المتوقع خلال نفس الفترة ويعتبر إقليم شمال أفريقيا هو الأفضل من حيث توقع الحياة عند الميلاد والذي ارتفع من ٦٥ عاماً إلى ٧١ عاماً، يليه إقليم شرق أفريقيا حيث ارتفع العمر المتوقع بمقدار عشر سنوات من ٥٢ إلى ٦٢ عاماً، ورغم ارتفاع العمر المتوقع في إقليمي غرب أفريقيا ووسطها إلا أنه لا زال دون الستين عاماً.

ونلاحظ تفاوتاً شاسعاً بين دول القارة الأفريقية من حيث توقع الحياة عند الميلاد حيث زاد أمد الحياة عن سبعين عاماً في ثمان دول هي: ليبيا والرأس الأخضر (٧٥ عاماً لكل منها)، وتونس (٧٦ عاماً) جزيرتي سيشل وموريشيوس (٧٤ عاماً لكل منها)، الجزائر (٧٢ عاماً)، مصر والمغرب (٧١ عاماً لكل منها) عام ٢٠١٣، كما حققت ٢٠ دولة توقع للحياة تراوح بين ٦٠-٧٠ عاماً وهي: السودان في إقليم شمال أفريقيا، خمسة دول في إقليم غرب أفريقيا (غمبيا، غانا، ليبيريا، موريتانيا والسنغال)، وتسع دول في إقليم شرق أفريقيا (جزر القمر، جيبوتي، اريتريا، أثيوبيا، كينيا، مدغشقر، ملاوي، رواندا وتنزانيا)، ودولتان في إقليم وسط أفريقيا (جابون، وساوتومي) وثلاثة دول في إقليم جنوب أفريقيا (بتسوانا، ناميبيا، ج. جنوب أفريقيا)، وقد تراوحت دول هذه المجموعة بين الحد الأعلى في ناميبيا (٦٨ عاماً) والحد الأدنى في ملاوي (٦٠ عاماً) وذلك في عام ٢٠١٣، كما شهدت معظم هذه الدول ارتفاع في العمر المتوقع عند الميلاد خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠١٣) وقد حققت رواندا أعلى الفترة (١٩٩٠-٢٠١٣) وقد حققت رواندا أعلى نسبة ارتفاع في العمر المتوقع الذي ارتفع من ٤٨ عاماً عام ١٩٩٠ إلى ٦٥ عاماً عام ٢٠١٣ وبنسبة بلغت ١٣٥.٤%، أما في بتسوانا وج. جنوب أفريقيا فقد شهدتا تناقص أمد الحياة لسكانها خلال نفس الفترة ويرجع ذلك إلى انتشار مرض الإيدز بمعدلات مرتفعة في إقليم جنوب أفريقيا.

جدول (١) : العمر المتوقع عند الميلاد والعمر الصحي المتوقع عام ١٩٩٠-٢٠١٣ م.

الحياة الصحية المتوقعة	توقع الحياة عند الميلاد		الدولة	الحياة الصحية المتوقعة	توقع الحياة عند الميلاد		الدولة	الحياة الصحية المتوقعة	توقع الحياة عند الميلاد		الدولة	توقع الحياة عند الميلاد	١٩٩٠	الدولة
	٢٠١٣	١٩٩٠			٢٠١٣	١٩٩٠			٢٠١٣	١٩٩٠				
٤٤	٥١	٤٨	ج. أفريقيا الوسطى	٥١	٥٩	٥١	إقليم غرب أفريقيا	٦٢	٧٢	٦٨	الجزائر			
٤٤	٥٢	٤٥	تشاد	٤٨	٥٦	٤٩	بوروندي	٦٢	٧١	٦٥	مصر			
٥٠	٥٩	٥٦	الكونغو	٥٤	٦٢	٥٦	جزر القمر	٦٤	٧٥	٦٨	ليبيا			
٤٤	٥٢	٤٩	ج. الكونغو الديمقراطية	٥٣	٦٢	٥٧	جيبوتي	٦١	٧١	٦٤	المغرب			
٤٧	٥٦	٤٨	غينيا الاستوائية	٥٥	٦٤	٤٨	ارتريا	٥٣	٦٣	٥٥	السودان			
٥٤	٦٤	٦١	جاпон	٥٦	٦٥	٤٥	أثيوبيا	٦٦	٧٦	٧٠	تونس			
٥٧	٦٧	٦١	ساوتومي وبرنسيب	٥٣	٦١	٦٠	كينيا	-	-	-	الصحراء الغربية			
٤٨	٥٧	٥٢	وسط أفريقيا	٥٥	٦٤	٥١	مدغشقر	٦١	٧١	٦٥	شمال أفريقيا			
٥٤	٦٤	٦٥	بنسوا	٥١	٦٠	٤٥	ملاوي	٥٠	٥٩	٥٣	بنين			
٤٣	٥٠	٦١	ليسوتو	٦٥	٧٤	٧٠	موريشيوس	٥١	٥٩	٥٠	بوركينافاسو			
٥٨	٦٨	٦٣	ناميبيا	-	-	-	مايوتي	٦٤	٧٥	٦٦	الرأس الأخضر			
٥٢	٦٠	٦٢	ج. جنوب أفريقيا	٤٦	٥٤	٤٣	موزمبيق	٤٦	٥٣	٥١	كوت ديفوار			
٤٥	٥٣	٦١	سوزيلاند	-	-	-	ريونيون	٥٣	٦١	٥٢	غينيا			
٥٠	٥٩	٦٢	إقليم جنوب أفريقيا	٥٦	٦٥	٤٨	رواندا	٥٤	٦٣	٥٧	غانا			
٥٠	٥٨	٥٠	أفريقيا	٦٧	٧٤	٦٩	سينيل	٥٠	٥٨	٤٧	غينيا			
٦٧	٧٧	٧١	الأمريكتان	٤٨	٥٦	٤٢	جنوب السودان	٤٦	٥٤	٤٩	غينيا بيساو			
٦٧	٧٦	٧٢	أوروبا	٤٦	٥٤	٤٧	الصومال	٥٢	٦٢	٤٢	ليبيريا			
٥٩	٦٨	٥٩	جنوب شرق آسيا	٥٣	٦٣	٥١	تنزانيا	٤٩	٥٧	٤٦	مالي			
٥٩	٦٨	٦٢	شرق البحر المتوسط	٥٠	٥٩	٤٧	أوغندا	٥٤	٦٣	٥٨	موريتانيا			
٦٨	٧٦	٦٩	غرب المحيط الهادي	٥٠	٥٨	٤٣	زامبيا	٥١	٥٩	٤٣	النيجر			
-	-	-	تسمية بشرية مرتفعة	٥٠	٥٩	٦٢	زيمبابوي	٤٧	٥٥	٤٦	نيجيريا			
-	-	-	تسمية بشرية متوسطة	٥٣	٦٢	٥٢	شرق أفريقيا	٥٥	٦٤	٥٧	السنغال			
-	-	-	تسمية بشرية منخفضة	٤٤	٥٢	٤٣	أنجولا	٣٩	٤٦	٣٨	سيراليون			
٦٢	٧١	٦٤	العالم	٤٩	٥٧	٥٤	الكاميرون	٥٠	٥٨	٥٥	توجو			

Source: WHO, WHIS, 2015, pp. 44-54.



شكل (١)

* في حين حققت ٢٥ دولة توقع للحياة يقل عن ٦٠ عاماً وهي تقع جميعها في وسط أفريقيا وغربها وشرقها وليسوتو وسوازيلاند في إقليم جنوب أفريقيا وقد تباينت دول هذه المجموعة بين الحد الأعلى في الكونغو وأوغندا (٥٩ عاماً) والحد الأدنى في بنين، غينيا، توجو وليسوتو (٥٠ عاماً)، وقد شهدت معظمها ارتفاع أمد الحياة خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠١٣)، حيث حققت زامبيا أعلى نسبة ارتفاع حيث ارتفع العمر المتوقع من ٤٣ عاماً إلى ٥٨ عاماً وبنسبة بلغت ١٣٤.٩%، في حين حققت ليسوتو وسوازيلاند تناقص أمد الحياة لسكانها من أكثر من ٦٠ عاماً إلى ما يزيد قليلاً عن الخمسين عاماً. والوضع أسوأ في سيراليون حيث أنه رغم ارتفاع أمد الحياة فيها من ٣٨ عاماً عام ١٩٩٠ إلى ٤٦ عاماً عام ٢٠١٣ إلا أنها أقل الدول الإفريقية من حيث توقع الحياة لأبنائها ويرجع ذلك إلى الحروب الأهلية التي استمرت لمدة عشر سنوات، وما يزيد عن ٣.٥ مليون مشرد وأكثر من نصف مليون هارب إلى الدول المجاورة، وما لا يقل عن ٥٠ ألف شخص لقي حتفه في القتال ونحو ١٠٠ ألف أنثى ضحايا، كما يوجد فيها أعلى نسبة حرمان في طول العمر للذكور والإناث (ماجدة إبراهيم عامر، ٢٠١٠، الفقر في غرب أفريقيا، ٦٣).

مما سبق يتضح تدني أمد الحياة في أفريقيا نتيجة لما تشهده القارة من الصراعات والجفاف وانخفاض في مستوى المعيشة وارتفاع في معدلات الأمية وارتفاع نسبة الفقر وانتشار الأمراض المعدية وخاصة الإيدز، الملاريا، الإيبولا، وغيرها من الأمراض الفتاكة مما انعكس على عمر أبنائها. وتتجلى نواحي التفاوت بين الدول الأفريقية في الحياة الصحية المتوقعة حيث حقق إقليم شمال أفريقيا أعلى توقع للحياة التي يمكن أن يعيشها الفرد في صحة والتي بلغت ٦١ عاماً في حين حقق إقليم وسط أفريقيا أدنى توقع لحياة صحية بلغ ٤٨ عاماً عام ٢٠١٣، كما تباينت دول القارة الأفريقية من حيث الحياة الصحية المتوقعة حيث حققت الدول الثمانية الأولى في

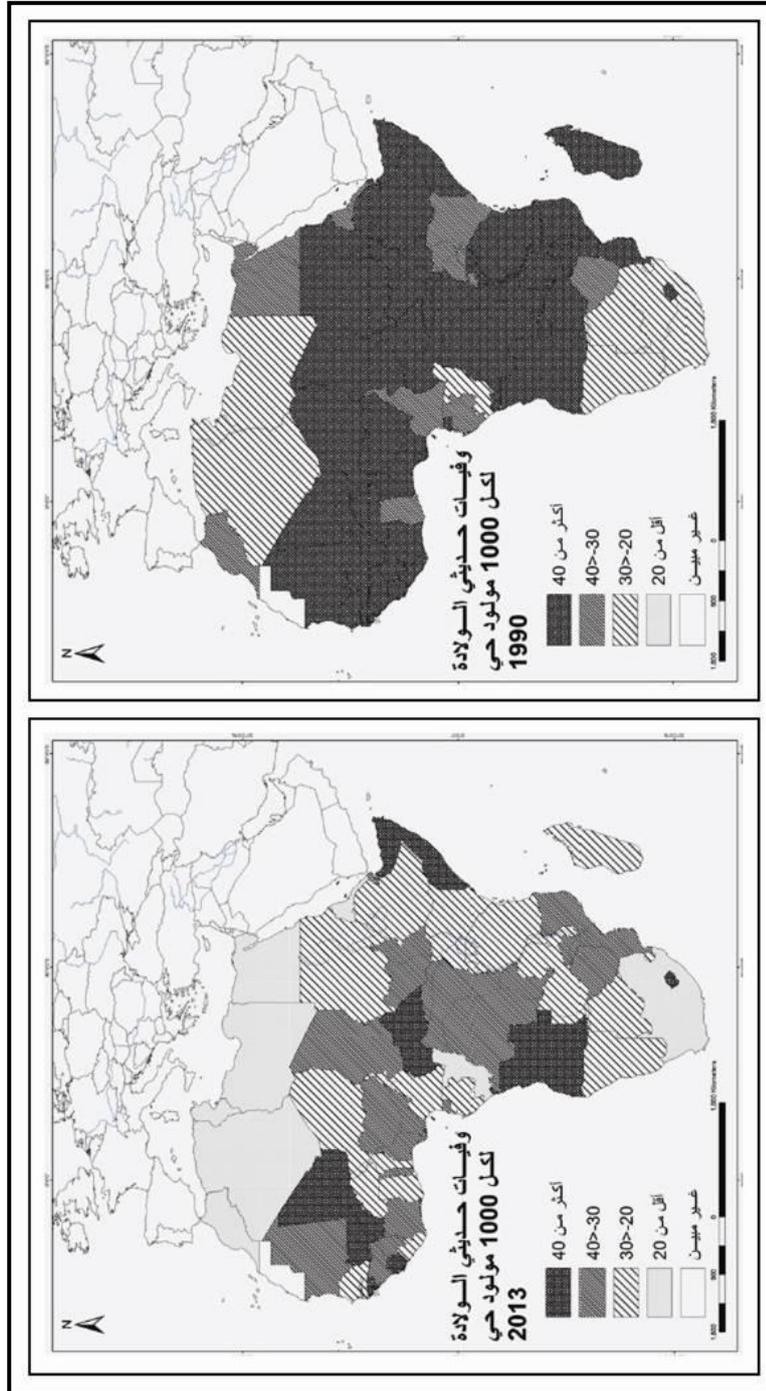
توقع الحياة عند الميلاد توقع للحياة الصحية يزيد عن ٦٠ عاماً، في حين حققت تسع وعشرين دولة توقع لحياة صحية تتراوح بين ٥٠-٦٠ عاماً تتركز جميعها في أفريقيا جنوب الصحراء، أما أدنى عمر صحي فيوجد في ١٧ دولة تتركز جميعها في أفريقيا جنوب الصحراء أيضاً. ونجد أن سيراليون سجلت أدنى عمر صحي بين دول القارة الأفريقية بلغ ٣٨ عاماً في حين سجلت سيشل أعلى عمر صحي بلغ ٦٧ عاماً وذلك عام ٢٠١٣.

وتتجلى نواحي التفاوت في القارة الأفريقية في بقية المؤشرات وذلك على النحو

التالي:

(٢) وفيات الأطفال حديثي الولادة :

تعتبر وفيات حديثي الولادة مؤشراً مفيداً على صحة الأم والوليد بصفة عامة، وعلى الرعاية التي تحصل عليها الأمهات الرضع ويتضح من قراءة ملحق (١) وشكل (٢) ارتفاع معدلات وفيات حديثي الولادة في قارة أفريقيا مقارنة بجميع مناطق العالم والعالم وذلك رغم انخفاضها من ٤٤.٧ وفاة لكل ألف مولود حي عام ١٩٩٠ إلى ٣٠.٥ وفاة لكل ألف مولود حي عام ٢٠١٣، حيث يلاحظ اتساع الفجوة في عدد وفيات حديثي الولادة بين أفريقيا وجميع مناطق العالم الأخرى ويرجع ذلك إلى صعوبة الوصول إلى العديد من الأطفال الرضع الذين يولدون في البيوت وتنفيذ تدخلات فعالة وموقوتة للمواليد الجديدة، حيث يقع حوالي ٨٦% من وفيات حديثي الولادة على الصعيد العالمي كنتيجة مباشرة لثلاثة أسباب رئيسية هي: حالات العدوى الحادة بما في ذلك العفن والالتهاب الرئوي، والكزاز والإسهال، والاسفكسيا (صعوبة أو طبيعة التنفس بعد الولادة، والولادة قبل الأوان). وتشير التقديرات إلى أن العدوى الحادة تتسبب في ٣٦% من جميع وفيات المواليد الجديدة (اليونسيف، ٢٠٠٩، ٣-١٣).



شكل (٢)

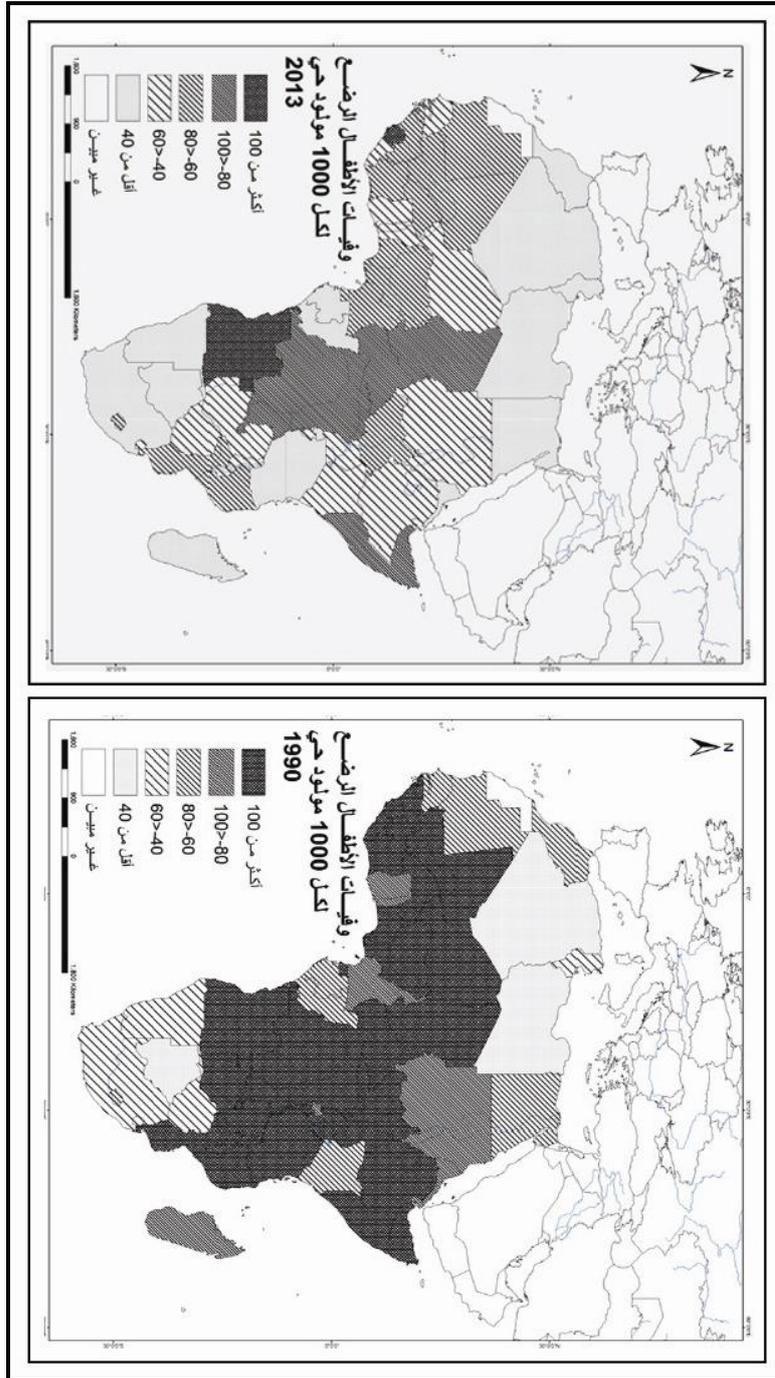
- * ويعتبر إقليم وسط أفريقيا هو الأسوأ بين أقاليم القارة الأفريقية من حيث معدلات وفيات حديثي الولادة رغم انخفاضها من ٤١.٩ وفاة لكل ألف مولود حي عام ١٩٩٠ إلى ٣٢.٣ وفاة لكل ألف مولود حي عام ٢٠١٣، ويليه إقليم غرب أفريقيا (٤٦.٦ إلى ٣١.٣)، ثم إقليم شرق أفريقيا (٤١.١ إلى ٢٦.٣)، ثم إقليم جنوب أفريقيا (٢٩.٦ إلى ٢٧)، والوضع أفضل حالاً في إقليم شمال أفريقيا حيث انخفضت معدلات وفيات حديثي الولادة من ٢٩.٥ وفاة لكل ألف مولود حي عام ١٩٩٠ إلى ١٥.٢ وفاة لكل ألف مولود حي عام ٢٠١٣، كما تباينت دول القارة الأفريقية من حيث معدلات وفيات حديثي الولادة عام ٢٠١٣ وذلك على النحو التالي.
- * ارتفعت وفيات حديثي الولادة عن ٤٠ وفاة لكل ألف ولادة حية في سبعة دول هي: ثلاثة دول في إقليم غرب أفريقيا (سيراليون، غينيا بيساو، مالي)، والصومال في إقليم شرق أفريقيا، ودولتان في إقليم وسط أفريقيا (أنجولا وجمهورية أفريقيا الوسطى) وليسوتو في جنوب أفريقيا.
- * تراوحت وفيات حديثي الولادة بين ٣٠-٤٠ وفاة لكل ألف ولادة حية في ثلاثة عشر دولة هي خمسة دول في إقليم غرب أفريقيا (كوت ديفوار، غينيا، موريتانيا، نيجيريا وتوجو)، وخمسة دول في إقليم شرق أفريقيا (جزر القمر، جيبوتي، موزمبيق، جنوب السودان وزيمبابوي)، وثلاثة دول في إقليم وسط أفريقيا (تشاد، ج.الكنغو الديمقراطية وغينيا الاستوائية).
- * تراوحت وفيات حديثي الولادة بين ٢٠-٣٠ وفاة لكل ألف ولادة حية في ٢٢ دولة هي: السودان في إقليم شمال أفريقيا، وسبعة دول في إقليم غرب أفريقيا (بنين، بوركينا فاسو، غمبيا، غانا، ليبيريا، النيجر والسنغال)، وتسعة دول في إقليم شرق أفريقيا (بوروندي، أثيوبيا، كينيا، مدغشقر، ملاوي، رواندا، تنزانيا، أوغندا وزامبيا) ودولتان في إقليم وسط أفريقيا (الكاميرون وجابون) وثلاثة دول في إقليم جنوب أفريقيا (بتسوانا، ناميبيا، وسوازيلاند) وقد تباينت دول هذه المجموعة بين الحد الأعلى في السودان (٢٩.٩ وفاة لكل ألف مولود حي) والحد الأدنى في رواندا (٢٠.١).

* انخفضت وفيات حديثي الولادة عن ٢٠ وفاة لكل ألف مولود حي هي: جميع دول إقليم شمال أفريقيا باستثناء السودان، والرأس الأخضر في إقليم غرب أفريقيا وثلاثة دول في إقليم شرق أفريقيا (ارتيريا، موريشيوس وسيشل) ودولتان في إقليم وسط أفريقيا (الكنغو، ساوتومي وبرنسيب)، وج. جنوب أفريقيا في إقليم جنوب أفريقيا. وتتباين دول هذه المجموعة بين الحد الأعلى في ساوتومي وبرنسيب (١٩.٤) والحد الأدنى في ليبيا (٨.٧ وفاة).

مما سبق يتضح أن أفريقيا جنوب الصحراء من أسوأ المناطق على مستوى العالم من حيث ارتفاع معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة والتي ترجع في الغالب إلى أسباب يمكن تجنبها وما زال أمامها بعض الوقت حتى تستطيع بلوغ الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية.

(٣) وفيات الأطفال الرضع Infant Mortality Rate :

يعكس معدل وفيات الأطفال الرضع ما تقدمه الدول من خدمات صحية لمواطنيها، ويكون هبوطه أول خطوة في هبوط مستوى الوفيات ككل في المجتمع ويدل ارتفاعه على مدى الحرمان الذي يعانيه أفراد الدولة نتيجة لعدم إمكانها توفير الرعاية الصحية الأولية لأطفالها بسبب فقرها ويوضح ملحق (١) والشكل (٣) ارتفاع معدلات وفيات الأطفال الرضع في أفريقيا مقارنة بجميع مناطق العالم والعالم رغم انخفاضها بمقدار النصف تقريباً بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠١٣، حيث انخفضت من ١٠٥.٩ في الألف إلى ٥٩.٩ في الألف خلال نفس الفترة. وهي تكاد تقترب من ضعف معدل وفيات الأطفال الرضع في جنوب شرق آسيا وشرق البحر المتوسط والمتوسط العالمي ونحو ستة أمثال وفيات الأطفال الرضع في أوروبا وتزيد على أربعة أمثالها في الأمريكيتين وغرب المحيط الهادي وذلك في عام ٢٠١٣ ويرجع ارتفاع معدل وفيات الأطفال الرضع في أفريقيا إلى ارتفاع نسبة السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر وارتفاع نسبة الأمية بين النساء.



شكل (٣)

يأتي إقليمى وسط أفريقيا وغربها في مقدمة أقاليم القارة الأفريقية من حيث ارتفاع معدل وفيات الأطفال الرضع رغم انخفاضه من ٩٧.٧، ١٠٩.٦ لكل ألف مولود حي عام ١٩٩٠ إلى ٦٨.٢، ٦٢.٣ لكل ألف مولود حي عام ٢٠١٣ لكل منها على الترتيب، يليهما إقليم شرق أفريقيا حيث انخفض المعدل من ٩٥.٥ في الألف إلى ٤٧.٢ في الألف، ثم إقليم جنوب أفريقيا (٥٢.١ في الألف إلى ٤٦.٦ في الألف) وأخيراً الوضع أفضل حالاً في إقليم شمال أفريقيا الذي حقق الهدف الإنمائي الخاص بخفض معدل وفيات الأطفال الرضع بمقدار الثلثين بين عامي ١٩٩٠-٢٠١٥ حيث انخفض معدل وفيات الأطفال الرضع من ٥٣.٩ لكل ألف مولود حي عام ١٩٩٠ إلى ٢٣.٨ لكل ألف مولود حي عام ٢٠١٣.

أما بالنسبة لدول القارة الأفريقية فيمكن تقسيمها إلى الفئات التالية حسب معدل وفيات الأطفال الرضع عامي ١٩٩٠-٢٠١٣ وذلك على النحو الآتي:

- الفئة الأولى: وتضم الدول التي يرتفع فيها معدل وفيات الأطفال الرضع عن ١٠٠ وفاة لكل ألف مولود حي وكانت تضم ٢٣ دولة في عام ١٩٩٠ تقع معظمها في شرق أفريقيا وغربها ووسطها حيث سجلت سيراليون وليبيريا أعلى معدل بلغ ١٦٥.٣، ١٥٨.١ وفاة لكل ألف مولود حي عام ١٩٩٠، واستطاعت الغالبية العظمى من هذه الدول أن تخفض من معدل وفيات أطفالها خلال عام ٢٠١٣ حيث اقتصرت فقط على دولتين هما سيراليون وأنجولا بمعدل وفاة بلغ ١٠٧.٢، ١٠١.٦ وفاة لكل مولود حي. ويرجع هذا التحسن الملحوظ في خفض معدلات وفيات الأطفال الرضع في هذه الدول إلى السياسات الحكومية السليمة والاستثمارات ذات الأولوية وإجراءات معالجة الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال والوصول حتى لمجموعات السكان الأصعب في الوصول إليها (www.unicef.org/arabic/media/24327_70378.html).

- **الفئة الثانية:** وتضم الدول التي تراوح فيها معدل وفيات الأطفال الرضع بين ٨٠-١٠٠ وفاة لكل ألف مولود حي وكان عددها تسعة دول في عام ١٩٩٠ هي السودان، غانا، توجو، جزر القمر، جيبوتي، اريتريا، مدغشقر، رواندا والكاميرون. حيث سجلت مدغشقر أعلى معدل بلغ ٩٨.١ وفاة لكل ألف مولود حي في حين سجلت السودان أدنى معدل بلغ ٨٠.٢ وفاة لكل ألف مولود حي خلال عام ١٩٩٠ وقد استطاعت جميع هذه الدول تخفيض معدلات وفياتها خلال عام ٢٠١٣ ولكن دخلتها بعض الدول من الفئة السابقة وهي الصومال، ج.أفريقيا الوسطى، تشاد، ج.الكنغو الديمقراطية. وما زال أمام هذه الدول وقت حتى تستطيع الوصول إلى الأهداف الإنمائية للألفية.
- **الفئة الثالثة:** وتضم الدول التي تراوح فيها معدل وفيات الأطفال الرضع بين ٦٠-٨٠ وفاة لكل ألف مولود حي وكانت تضم عشرة دول في عام ١٩٩٠ هي مصر، المغرب، غمبيا، موريتانيا، السنغال، كينيا، الكونغو، جابون، ساوتومي وبرنسيب وج.جنوب أفريقيا وقد خفضت جميعها من معدل وفيات أطفالها وخرجت من هذه الفئة وانضمت إليها مجموعة الدول التي استطاعت أن تخفض من وفياتها المرتفعة وهي: بوركينا فاسو، كوت ديفوار، غينيا، غينيا بيساو، مالي، موريتانيا، نيجيريا، موزمبيق، جنوب السودان، الكاميرون، غينيا الإستوائية وليسوتو.
- **الفئة الرابعة:** وتضم الدول التي تراوحت معدلات وفيات الأطفال الرضع فيها بين ٤٠-٦٠ وفاة لكل ألف مولود وقد اقتصررت فقط على ستة دول في عام ١٩٩٠ هي تونس، الرأس الأخضر، زيمبابوي، ناميبيا، ج.جنوب أفريقيا وسوازيلاند وقد خفضت من معدلات وفيات أطفالها وانضمت إلى الفئة الخامسة ودخلتها بعض الدول التي كانت في الفئات السابقة عام ٢٠١٣ وهي: السودان، بنين، غمبيا، غانا، ليبيريا، النيجر، السنغال، توجو، بوروندي، جزر القمر، جيبوتي، أثيوبيا، كينيا، ملاوي، أوغندا، زامبيا، زيمبابوي وسوازيلاند.

وجميع هذه الدول انخفضت فيها معدلات وفيات الأطفال الرضع بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠١٣ باستثناء زيمبابوي التي ارتفعت فيها معدلات وفيات الأطفال الرضع من ٥٠.٤ إلى ٥٥ وفاة لكل ألف مولود حي وسوازيلاند من ٥٥.٤ إلى ٥٥.٩ وفاة لكل ألف مولود حي. ويرجع ذلك إلى عجز الفئات الضعيفة من السكان عن الحصول على المياه المأمونة وإمدادات الصرف الصحي مما أدى إلى تفشي أمراض الاسهال والكوليرا على نحو متكرر بالإضافة إلى تراجع الاستثمارات الزراعية وارتفاع في مستويات الفقر وبالتالي انتشار معدلات سوء التغذية في زيمبابوي (الأمم المتحدة، الجمعية العامة، ٢٠١١، ١١).

- **الفئة الخامسة:** وتضم الدول التي تتخفف فيها معدلات وفيات الأطفال الرضع عن ٤٠ وفاة لكل ألف مولود حي اقتصر على خمسة دول في عام ١٩٩٠ هي الجزائر، ليبيا، موريشيوس، سيشل وبتسوانا. وانضمت إليها مصر، المغرب وتونس من إقليم شمال أفريقيا والرأس الأخضر من إقليم غرب أفريقيا، اريتريا، مدغشقر، تنزانيا في إقليم شرق أفريقيا، الكونغو، جابون وساوتومي وبرنسيب من إقليم وسط أفريقيا وناميبيا وجنوب أفريقيا من إقليم جنوب أفريقيا ليصبح عددها سبعة عشر دولة عام ٢٠١٣.

مما سبق يتضح أنه ما زال أمام أفريقيا الكثير لكي تخفف من معدلات وفيات أطفالها الرضع.

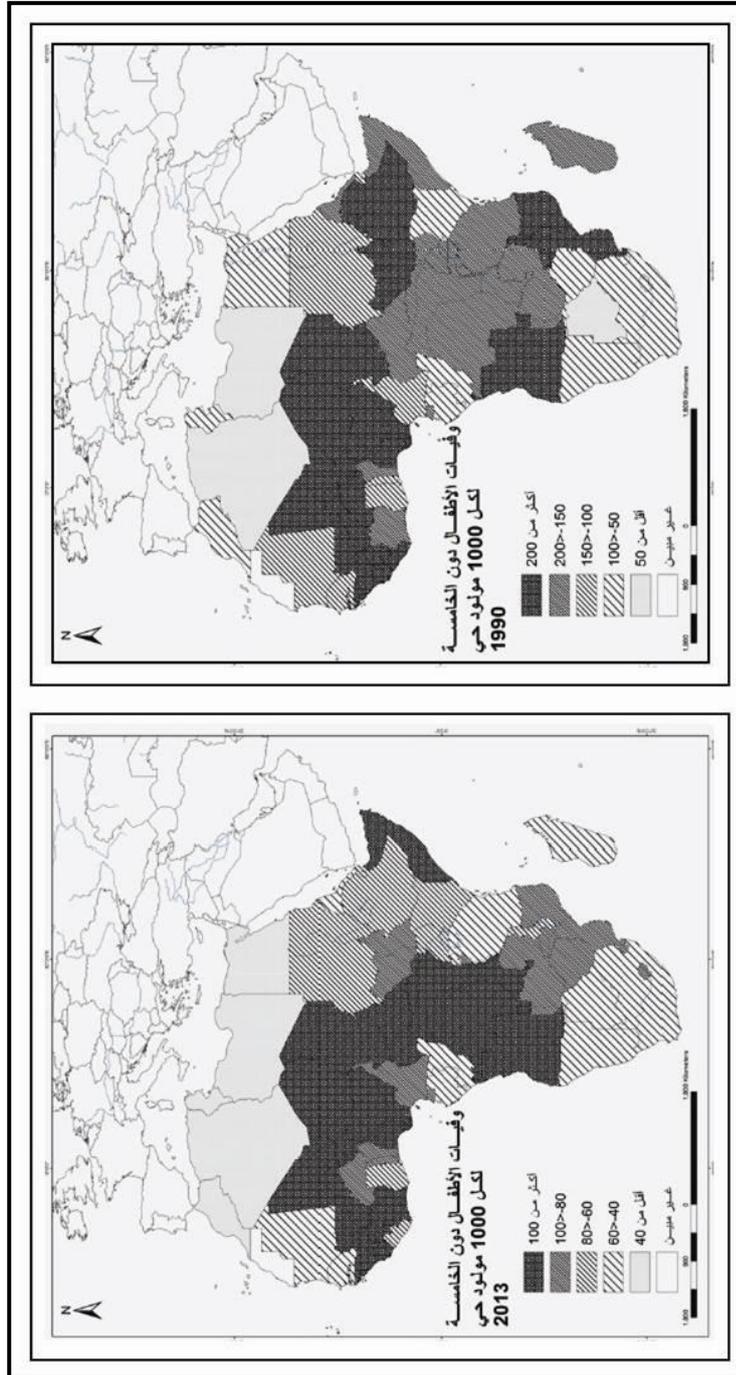
٤) وفيات الأطفال دون الخامسة : Under 5 Mortality Rates

انخفضت معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة ٤٩.٤% بين عامي ١٩٩٠ إلى ٢٠١٣ حيث انخفضت من ٩٠.٢ وفاة إلى ٤٥.٦ وفاة لكل ألف مولود حي، وفي الفترة ما بين ١٩٩٠ إلى ٢٠١٥، انخفض عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمر في جميع أنحاء العالم من ١٢.٧ مليون

إلى ما يقرب من ستة ملايين. ويعد معدل وفيات أطفال أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أعلى المعدلات في العالم ولكن شهدت المنطقة أكبر معدل لانخفاض وفيات الأطفال خلال العقدین الماضیین، ويومياً في عام ٢٠١٥ يموت ١٦ ألف طفل دون سن الخامسة من العمر، معظمهم لأسباب يمكن الوقاية منها. لذا يجب أن يظل خفض معدل وفيات الطفل أحد أهداف جدول أعمال التنمية المستدامة الجديد (www.un.org/ar/millenniumgoals/childhealth.html).

ويتضح من قراءة ملحق (١) وشكل (٤) الآتي:

- * ترتفع معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة في أفريقيا عن المعدل العالمي بنحو مرتين، وتقترب من ضعف معدل جنوب شرق آسيا وشرق البحر المتوسط وتزيد على خمسة أمثال المعدل في باقي المناطق الجغرافية عام ٢٠١٣، ويأتي إقليم وسط أفريقيا في مقدمة أقاليم القارة الأفريقية من حيث ارتفاع معدل وفيات الأطفال دون الخامسة رغم انخفاضها من ١٥٦.٦ وفاة لكل ألف مولود حي عام ١٩٩٠ إلى ١٠٢.١ وفاة لكل ألف مولود حي عام ٢٠١٣ وما زال أمام هذا الإقليم الكثير حتى يستطيع بلوغ الغاية الرابعة أ من الهدف الرابع والقاضي بتخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين في الفترة (١٩٩٠-٢٠١٥)، يليه إقليم غرب أفريقيا (١٩٢ إلى ٩٣.٢ وفاة لكل ألف مولود حي) ثم إقليم شرق أفريقيا (١٥٢.٧ إلى ٦٩.٢) ثم إقليم جنوب أفريقيا (من ٦٨.٩ إلى ٦٣.٧) ويعتبر إقليم شمال أفريقيا هو الأفضل حالياً من حيث معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة والتي انخفضت من ٧٢.٦ إلى ٣٠.٦ وفاة لكل ألف مولود حي خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠١٣).
- * وتتباين دول القارة الأفريقية من حيث معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة وذلك على النحو الآتي:



شكل (٤)

- حققت جميع دول القارة الأفريقية انخفاض معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة بين عامي ١٩٩٠-٢٠١٣ باستثناء ثلاثة دول التي ارتفعت فيها معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة وهي زيمبابوي، وليسوتو وسوازيلاند مما يدل على تأخر الرعاية الصحية الأولية في هذه الدول فهي لا تزال تعاني من ارتفاع معدلات الإصابة بالالتهاب الرئوي والاسهال والملاريا والإيدز.
- سجلت اثني عشرة دولة معدلات وفيات للأطفال دون الخامسة تزيد عن ١٠٠ وفاة لكل ألف مولود حي عام ٢٠١٣ وتتركز معظمها في إقليمي غرب أفريقيا ووسطها وهي سبعة دول في إقليم غرب أفريقيا (كوت ديفوار، غينيا، غينيا بيساو، مالي، النيجر، نيجيريا وسيراليون) والصومال في إقليم شرق أفريقيا، وأربعة دول في إقليم وسط أفريقيا (أنجولا، ج. أفريقيا الوسطى، تشاد وج. الكونغو الديمقراطية)، وتتباين دول هذه المجموعة بين الحد الأعلى في أنجولا (١٦٧.٤ وفاة لكل ألف مولود حي) والحد الأدنى في كوت ديفوار (١٠٠ لكل ألف مولود حي).
- سجلت ثلاثة عشر دولة معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة تراوحت بين ٨٠-١٠٠ وفاة لكل ألف مولود حي في هي: أربعة دول في إقليم غرب أفريقيا (بنين، بوركينا فاسو، موريتانيا، توجو)، وخمسة دول في إقليم شرق أفريقيا (بوروندي، موزمبيق، جنوب السودان، زامبيا وزيمبابوي)، ودولتان في إقليم وسط أفريقيا (الكاميرون وغينيا الإستوائية)، ودولتان في إقليم جنوب أفريقيا (ليسوتو، وسوازيلاند). وتتباين دول هذه المجموعة بين الحد الأعلى في جنوب السودان (٩٩.٢ وفاة) والحد الأدنى سوازيلاند (٨٠ وفاة).
- تراوحت معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة بين ٦٠-٨٠ وفاة كل ألف مولود حي في عشرة دول تتركز في غرب أفريقيا وشرقها وهي السودان في إقليم شمال أفريقيا، وثلاثة دول في إقليم غرب أفريقيا (غينيا، غانا، ليبيريا)، وستة دول في إقليم شرق أفريقيا (جزر القمر، جيبوتي، أثيوبيا، كينيا، ملاوي،

- أوغندا) وتراوح دول هذه المجموعة بين الحد الأعلى في غانا (٧٨.٤ وفاة) والحد الأدنى في أثيوبيا (٦٤.٤ وفاة لكل ألف مولود حي).
- سجلت إحدى عشرة دولة معدلات لوفيات الأطفال دون الخامسة تراوحت بين ٤٠-٦٠ وفاة لكل ألف مولود حي وهي:- السنغال في إقليم غرب أفريقيا، وأربعة دول في إقليم شرق أفريقيا (اريتريا، مدغشقر، رواندا، تنزانيا)، وثلاثة دول في إقليم جنوب أفريقيا (بتسوانا، ناميبيا، وج.جنوب أفريقيا). وتباينت دول هذه المجموعة بين الحد الأدنى في ج. جنوب أفريقيا (٤٣.٩ وفاة) والحد الأعلى في جابون (٥٦.١ وفاة لكل ألف مولود حي).
- تتخفف معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة عن ٤٠ وفاة لكل ألف مولود حي في ثمان دول تتركز معظمها في شمال أفريقيا وشرقها وهي جميع دول إقليم شمال أفريقيا باستثناء السودان، والرأس الأخضر في إقليم غرب أفريقيا وجزيرتي موريشيوس وسيشل في إقليم شرق أفريقيا. وتباينت دول هذه المجموعة بين الحد الأعلى في المغرب (٣٠.٤ وفاة) والحد الأدنى في جزيرتي سيشل وموريشيوس (١٤.٢، ١٤.٣ وفاة لكل ألف مولود حي لكل منها على الترتيب).

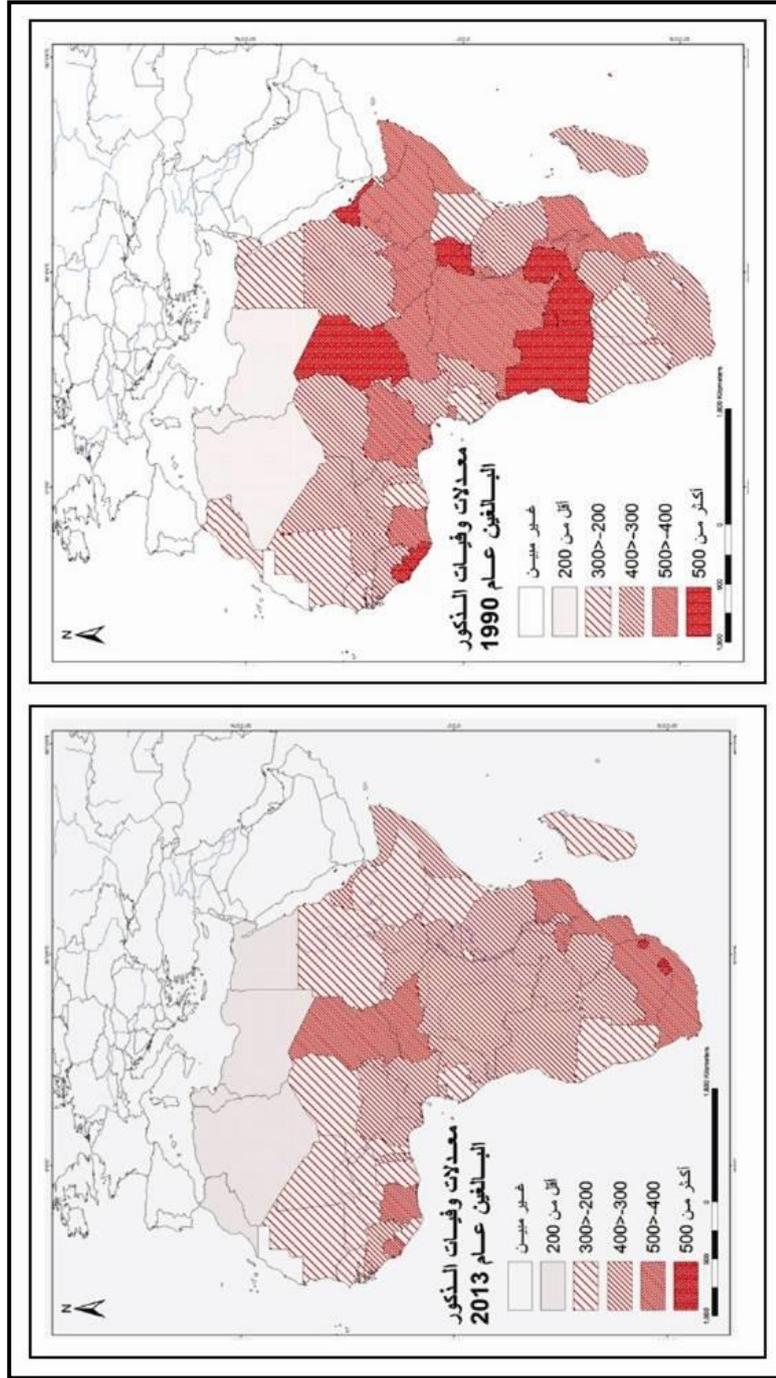
مما سبق يتضح ارتفاع معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في أفريقيا وبصفة خاصة أفريقيا جنوب الصحراء حيث يموت طفل واحد من بين كل ١٠ أطفال قبل بلوغ سن الخامسة بما يزيد بمعدل ١٥ مرة عن المتوسط في المناطق المتقدمة النمو وتعزى الأسباب الرئيسية للوفاة إلى الالتهاب الرئوي ومضاعفات الولادة المبكرة والاسهال، والمضاعفات أثناء الولادة والملاريا ورغم التحديات التي تواجه القارة الأفريقية فإن كثيراً من البلدان الأفريقية ذات المعدلات العالية لوفيات الأطفال في عام ١٩٩٠ أبلت بلاء حسناً وتمكنت من تخفيض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة مما يثبت أنه يمكن إحراز تقدم بالنسبة لجميع الأطفال، حيث أنه منذ عام

١٩٩٠ تمكنت ليبيريا، النيجر، مصر، تونس، اريتريا، أثيوبيا، مدغشقر، ملاوي، موزمبيق، رواندا وتنزانيا من تخفيض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين تقريباً أو أكثر. ويلاحظ أن هناك استجابات بسيطة وغير مكلفة يمكن بها إنقاذ حياة الأطفال وذلك عن طريق الوقاية وعلاج الأمراض وينبغي أن تتاح هذه التدخلات لمن هم في أشد الحاجة لها وخاصة في المناطق الفقيرة والمحرومة.

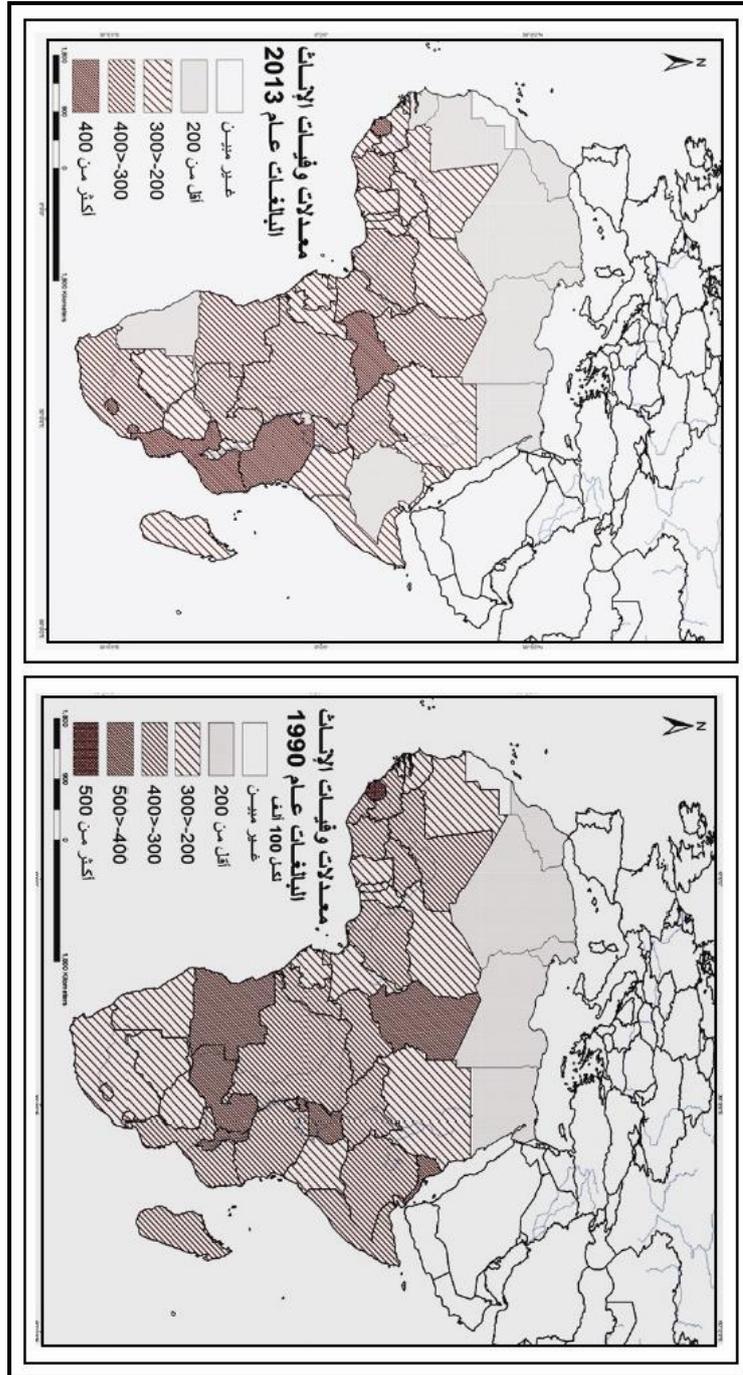
(٥) معدلات وفيات البالغين :

ترتفع معدلات وفيات البالغين في أفريقيا بصفة عامة عنها في جميع المناطق الجغرافية الأخرى حيث أنها تقترب من ضعف المعدل العالمي بالنسبة للذكور وأكثر من ضعف المعدل العالمي بالنسبة للإناث وذلك في عام ٢٠١٣. كما أنها تزيد على مرة ونصف المرة في جنوب شرق آسيا والأقليم الأوروبي وشرق البحر المتوسط بالنسبة للذكور في حين أنها تزيد على ضعف المعدل السائد في الأمريكيتين وغرب المحيط الهادي بالنسبة للذكور، في حين أنها تبلغ ثلاثة أمثال أو أكثر بالمقارنة بمعدلات وفيات الإناث البالغات في الأمريكيتين والإقليم الأوروبي وغرب المحيط الهادي، وذلك كما يوضحه ملحق (١) وشكلي (٥، ٦). كما يتضح منهما الآتي:

* حققت جميع الأقاليم الأفريقية انخفاضاً في معدلات وفيات البالغين خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠١٣) باستثناء إقليم جنوب أفريقيا الذي ارتفعت فيه معدلات وفيات الذكور البالغين من ٢٨١ في الألف عام ١٩٩٠ إلى ٤٢٢ في الألف عام ٢٠١٣، كما ارتفعت معدلات وفيات الإناث البالغات من ٢٤٥ في الألف إلى ٣٤٨ في الألف خلال نفس الفترة. ويرجع ذلك إلى انتشار مرض الإيدز. وبذلك يأتي إقليم جنوب أفريقيا في مقدمة أقاليم القارة الأفريقية من حيث ارتفاع معدلات وفيات البالغين يليه إقليم وسط أفريقيا ثم إقليم شرق أفريقيا وغربها وأخيراً يأتي إقليم شمال أفريقيا الذي سجل أدنى معدل لوفيات البالغين ورغم ذلك فهو يرتفع عن معدلات وفيات البالغين في الأمريكيتين وغرب المحيط الهادي في حين أنه ينخفض عنه في باقي المناطق الجغرافية الأخرى والمتوسط العالمي.



شكل (٥)



شكل (٦)

* حققت معظم دول القارة الأفريقية انخفاض في معدل وفيات البالغين خلال عام ٢٠١٣ مقارنة بعام ١٩٩٠ فيما عدا غينيا بيساو، توجو، كينيا، زيمبابوي، الكاميرون، جابون وجميع دول إقليم جنوب أفريقيا باستثناء ناميبيا حيث يلاحظ في هذه الدول ارتفاع معدلات وفيات الذكور والإناث البالغين عام ٢٠١٣ مقارنة بعام ١٩٩٠ بالإضافة إلى كوت ديفوار، موزمبيق، ج. أفريقيا الوسطى حيث نلاحظ في هذه الدول انخفاض بطيء في معدلات وفيات الذكور البالغين خلال نفس الفترة السابقة وعلى العكس من ذلك نلاحظ ارتفاع معدلات وفيات الإناث البالغات خلال نفس الفترة.

* سجلت سيراليون (٥٢٥%)، ليبيريا (٥٤٤%)، أوغندا (٥٠٣%)، زامبيا (٦٣٤%)، أنجولا (٥٠٥%)، تشاد (٥٠١ في الألف) أعلى معدلات لوفيات البالغين الذكور عام ١٩٩٠، في حين سجلت سيراليون (٥١٢%) أعلى معدل وفيات الإناث عام ١٩٩٠، أما في عام ٢٠١٣ فقد سجلت ليسوتو (٥٧٧%) وسوازيلاند (٥١٥%) أعلى معدل لوفيات الذكور البالغين والإناث البالغات والذي قدر بـ ٤٩٢%، ٤٩٦% لكل منها على الترتيب.

* أما أدنى معدل لوفيات الذكور والإناث البالغين فقد سجلته ليبيا وتونس حيث انخفض معدل وفيات الذكور البالغين من ١٩٤، ١٤٦ في الألف عام ١٩٩٠ إلى ١١٧، ١٣٠ في الألف عام ٢٠١٣ لكل منها على الترتيب، كما انخفضت معدلات وفيات الإناث البالغات من ١٤٢ إلى ٨٠ في الألف في ليبيا. ومن ١٠٢ إلى ٦٩ في الألف في تونس خلال نفس الفترة السابقة.

وترجع معظم وفيات البالغين في أفريقيا إلى انتشار مرض الإيدز والذي يأتي في مقدمة أسباب الوفاة في أفريقيا، حيث أدى انتشار هذا المرض إلى تراجع العمر المتوقع في كثير من دول القارة الأفريقية خاصة في جنوب القارة ووسطها حيث أظهرت البيانات الحالية في عام ٢٠١٢ أن إقليم أفريقيا جنوب الصحراء هو الأكثر تضرراً بين أقاليم العالم الصحية نتيجة انتشار فيروس نقص المناعة البشرية وإذا كانت أفريقيا جنوب الصحراء قد

استحوذت على ٧٢% من جملة المصابين في العالم في ٢٠١٢ فإن نيجيريا وجنوب أفريقيا تضم ٥٠% من جملة المصابين في جنوب الصحراء مما يضعهما على قمة أكثر الدول تهديداً بهذا الوباء (فاتن محمد البناء، إيناس غبور، ٢٠١٥، ص ٦٣٨).

ويرتفع عدد السنوات المفقودة في أفريقيا والناجمة عن الأمراض المعدية وغير المعدية والاصابات عنها في باقي قارات العالم والعالم حيث قدر بنحو ٦٣.٢ ألف سنة لكل ١٠٠ ألف مواطن عام ٢٠١٢ ويرجع ما يزيد عن ثلثي عدد السنوات المفقودة نتيجة انتشار الأمراض المعدية والتي قدرت بنحو ٤٤.٦ ألف سنة لكل ١٠٠ ألف ساكن، كما تقترب عدد السنوات المفقودة في أفريقيا على ضعف عددها في إقليم جنوب شرق آسيا وإقليم شرق البحر المتوسط ونحو ثلاثة أمثال السنوات المفقودة في الإقليم الأوروبي وما يزيد عن ثلاثة أمثالها في الأمريكيتين وغرب الباسيفيك (WHO, 2015, P.72).

٦) معدلات وفيات الأمهات :

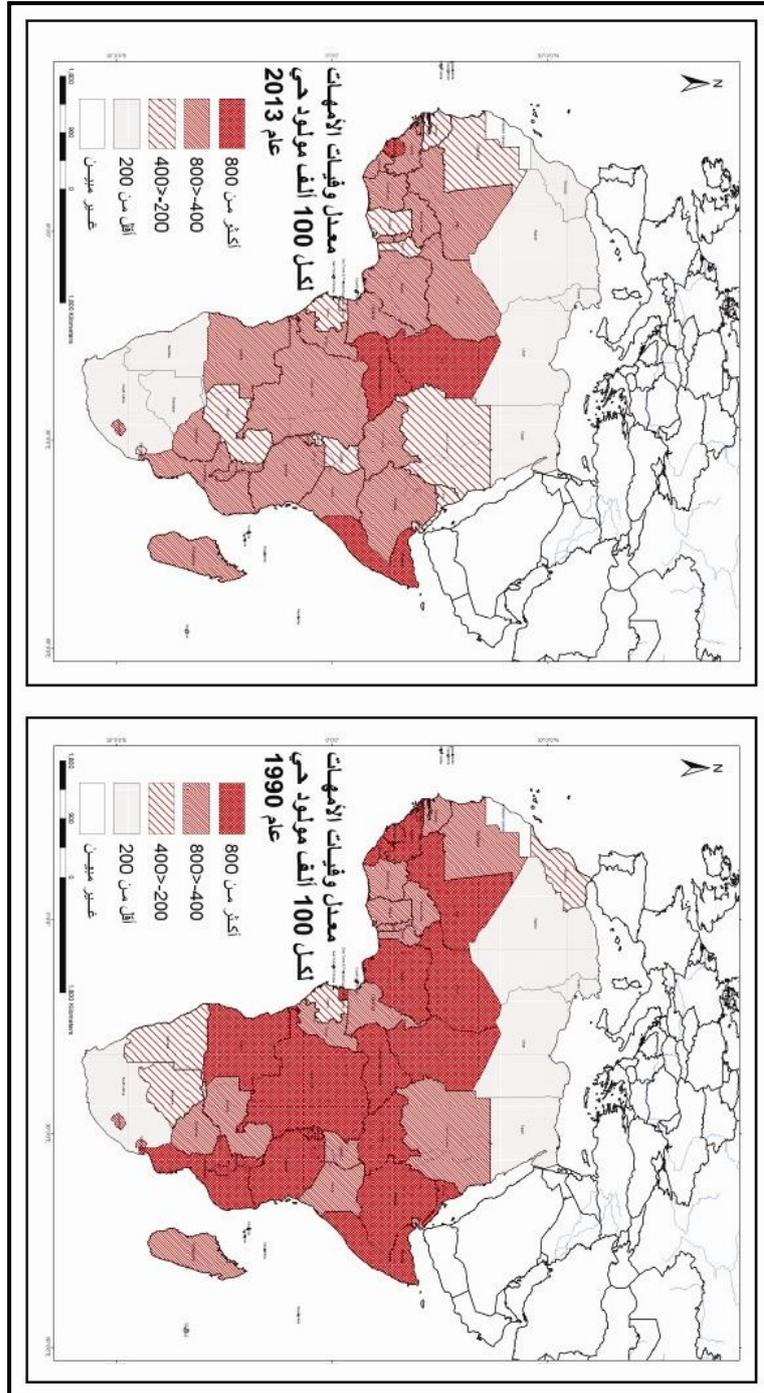
نسبة وفيات الأمهات هي العدد السنوي لوفيات الأمهات من أي علة سببها أو فاقمها الحمل أو إدارته خلال فترة الحمل والولادة أو في غضون ٤٢ يوماً من انتهاء الحمل بصرف النظر عن مدة ومكان الحمل لكل ١٠٠ ألف ولادة حية لسنة محددة. وتهدف الغاية ٥ من الهدف الخامس تخفيض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع في الفترة ما بين ١٩٩٠ و ٢٠١٥، ويعد الوضع الاجتماعي والاقتصادي المتدني للفتيات والنساء هو أحد المحددات الأساسية لوفيات الأمهات في كثير من البلدان خاصة أفريقيا جنوب الصحراء. فالوضع المتدني يحد من حصول الفتيات والنساء على التعليم والتغذية الجيدة وبرامج تنظيم الأسرة وهي محددات رئيسية لحالات الحمل المبكرة جداً والمحفوفة بالمخاطر كما يحد من حصولهن على الخدمات الصحية الضرورية للحيلولة دون مضاعفات الحمل والولادة (css.escwa.org.ib>mdgindicators5.1PDF).

ويوضح ملحق (١) وشكل (٧) 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 (٥٠٠، ٢١٠ لكل منها على الترتيب) وتقترب من ثلاثة أمثال وفيات الأمهات في كل من جنوب شرق آسيا وشرق البحر المتوسط، وتزيد على سبعة أمثال وفيات الأمهات في الأمريكيتين، وتزيد على نحو ١١ مرة مثل غرب المحيط الهادي، وأكثر من ٢٩ مرة عن وفيات الأمهات في الإقليم الأوروبي. ويرجع ارتفاع المعدل في أفريقيا إلى قلة فرص الوصول إلى الخدمات الأساسية للأمومة والخدمات الأساسية للرعاية الصحية حيث أظهرت الأبحاث أن حوالي ٨٠% من وفيات الأمهات يمكن تجنبها إذا توفرت الخدمات الأساسية (اليونسيف، ٢٠٠٩، ص ٢).

* انخفاض نسبة وفيات الأمهات في جميع المناطق عام ٢٠١٣ مقارنة بعام ١٩٩٠ حيث حقق إقليم جنوب شرق آسيا (٦٣%) والإقليم الأوروبي (٦٠%) أعلى نسبة انخفاض في حين حققت الأمريكيتين (٣٨%) وأفريقيا (٤٨%) أدنى نسبة انخفاض ورغم أن الأمريكيتين حققت أدنى نسبة انخفاض إلا أنه يلاحظ انخفاض نسبة وفيات الأمهات فيها من نحو ١١٠ وفاة إلى ٦٨ وفاة لكل ١٠٠ ألف مولود حي، أما الوضع في أفريقيا مختلف حيث ترتفع وفيات الأمهات في أفريقيا مقارنة بجميع المناطق كما سبق القول حيث أنها قاربت من خفض معدلات وفيات الأمهات بمقدار النصف، 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 (ماجدة إبراهيم عامر، ٢٠١٠، ص ٥٥٧).



شكل (٧)

- * يعتبر إقليم وسط أفريقيا من أسوأ أقاليم القارة الأفريقية من حيث ارتفاع معدل وفيات الأمهات خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠١٣) رغم انخفاضه من ١٠٠٩ حالة وفاة إلى ٥٣٢ وفاة لكل ١٠٠ ألف مولود حي وبنسبة انخفاض بلغت ٤٧%، وجاء إقليم شرق أفريقيا في المركز الثاني من حيث نسبة وفيات الأمهات عام ١٩٩٠ والتي بلغت ٩٦٦ وفاة ثم تأخر ترتيبها إلى المركز الثالث عام ٢٠١٣ وبمعدل وفاة بلغ ٤٣٨ محققاً أعلى نسبة انخفاض على مستوى الأقاليم الأفريقية بلغت ٥٥%، يليه إقليم غرب أفريقيا الذي كان يشغل الترتيب الثالث عام ١٩٩٠ ثم تقدم إلى الترتيب الثاني عام ٢٠١٣ حيث انخفضت وفيات الأمهات من ٧٠٢ وفاة إلى ٥٠٦ وفاة محققاً أدنى نسبة انخفاض بلغت ٢٨% خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠١٣).
- * وجاء إقليم جنوب أفريقيا في المركز الرابع خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠١٣) وبمعدل بلغ ٤٢٠، ٢٤٨ وفاة وبنسبة انخفاض بلغت ٤١% خلال نفس الفترة، ويعتبر إقليم شمال أفريقيا هو أفضل الأقاليم من حيث معدل وفيات الأمهات والتي انخفضت من ٢٣٩ وفاة إلى ١١٣ وفاة وبنسبة انخفاض بلغت ٥٣%.

وتتباين دول القارة الأفريقية من حيث معدل وفيات الأمهات خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠١٣) وذلك على النحو التالي:

- الفئة الأولى : مجموعة الدول التي تزيد فيها معدل وفيات الأمهات عن ٨٠٠ وفاة لكل ١٠٠ ألف مولود حي وكان عددها ٢٠ دولة عام ١٩٩٠ تقع جميعها في وسط وشرق وغرب القارة وقد حققت سيراليون أعلى معدل بلغ ٢٣٠٠ وفاة في حين حققت تنزانيا أدنى معدل بلغ ٩١٠ وفاة لكل ١٠٠ ألف ولادة حية عام (١٩٩٠) وقد استطاعت معظم هذه الدول أن تخفض من معدلات وفيات الأمهات فيها واقتصرت فقط على أربعة دول في عام ٢٠١٣ هي سيراليون (١١٠٠ وفاة)، الصومال (٨٥٠ وفاة)، ج.أفريقيا الوسطى (٨٨٠ وفاة) وتشاد (٩٨٠ وفاة).

- **الفئة الثانية :** وتضم مجموعة الدول التي تراوح معدل وفيات الأمهات فيها بين ٤٠٠-٨٠٠ وفاة لكل ١٠٠ ألف ولادة حية وكان عددها ١٨ دولة عام ١٩٩٠ وترتكز معظمها في أقاليم شرق أفريقيا وغربها ووسطها، بالإضافة إلى السودان في إقليم شمال أفريقيا وليسوتو وسوازيلاند في إقليم جنوب أفريقيا كما تباينت دولها بين الحد الأعلى في أوغندا (٧٨٠ وفاة) والحد الأدنى في جيبوتي (٤٠٠ وفاة) وقد خفضت جميعها من معدلات وفياتها خلال الفترة التالية حيث اقتصرت على عشرة دول هي بوركينا فاسو، كوت ديفوار، غمبيا، توجو، كينيا، مدغشقر، زيمبابوي، الكاميرون، الكونغو، وليسوتو كما انضم إليها أربعة عشرة دولة من الفئة السابقة التي خفضت من وفياتها وهي ستة دول في إقليم غرب أفريقيا (غينيا، غينيا بيساو، ليبيريا، مالي، النيجر ونيجيريا) وستة دول في إقليم شرق أفريقيا (بوروندي، أثيوبيا، ملاوي، موزمبيق، جنوب السودان وتنزانيا) ودولتان في إقليم وسط أفريقيا (أنجولا وج. الكونغو الديمقراطية).
- **الفئة الثالثة :** وتضم مجموعة الدول التي تراوح معدل وفيات الأمهات فيها بين ٢٠٠-٤٠٠ وفاة لكل ١٠٠ ألف ولادة حية وبلغ عددها خمسة دول فقط عام ١٩٩٠ هي المغرب، الرأس الأخضر، جابون، بتسوانا وناميبيا، وقد خرجت جميعها من هذه الفئة بعد نقص معدلات وفيات الأمهات فيها باستثناء جابون وانضم إليها السودان، بنين، غانا، موريتانيا، السنغال، جزر القمر، جيبوتي، اريتريا، رواندا، أوغندا، زامبيا، غينيا الإستوائية، جابون، ساوتومي وبرنسيب وسوازيلاند.
- **الفئة الرابعة :** وتضم الدول التي تقل فيها معدلات وفيات الأمهات عن ٢٠٠ وفاة لكل ١٠٠ ألف مولود حي وكان عددها ستة دول عام ١٩٩٠ هي: الجزائر، مصر، ليبيا، تونس، موريشيوس وج. جنوب أفريقيا وانضم إليها في عام ٢٠١٣ أربعة دول هي المغرب، الرأس الأخضر، وبتسوانا وناميبيا، وتتباين دول هذه المجموعة بين الحد الأدنى في ليبيا ١٥ وفاة عام ٢٠١٣ والحد الأعلى في بتسوانا (١٧٠ وفاة) خلال نفس العام.

كما تتباين دول القارة من حيث تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية الخاص بخفض معدلات وفيات الأمهات حيث حققت أربعة دول هذا الهدف وهي غينيا الإستوائية، الرأس الأخضر، اريتريا ورواندا حيث استطاعت خفض معدلات وفيات الأمهات بمعدل أكثر من ثلاثة أرباع معدل وفيات الأمهات المسجل في عام ١٩٩٠، في حين ما زالت ثلاثة عشرة دولة بعيدة عن تحقيق هذا الهدف وهي كوت ديفوار، غمبيا، النيجر، توجو، كينيا، موريشيوس، الصومال، زيمبابوي، الكاميرون، ج. أفريقيا الوسطى، الكونغو، ج. الكونغو الديمقراطية، جابون، ليسوتو، وج. جنوب أفريقيا وقد حققت جميع هذه الدول نسبة انخفاض تقل عن ٤٠% خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠١٣) بل أنه في موريشيوس زاد معدل وفيات الأمهات من ٧٠ وفاة عام ١٩٩٠ إلى ٧٣ وفاة عام ٢٠١٣ وتباينت دول هذه المجموعة بين الحد الأدنى في موريشيوس (-٤%) والحد الأعلى في الكونغو وغامبيا (٣٩%). أما باقي الدول فقد قاربت من تحقيق هذا الهدف وبنسبة انخفاض تراوحت بين ٤٠-٧٥% وتباينت دولها بين الحد الأدنى في السنغال وغينيا بيساو (٤٠%) والحد الأعلى في أنجولا (٦٧%).

مما سبق يتضح ارتفاع معدلات وفيات الأمهات في أفريقيا مقارنة بجميع المناطق وبالمتوسط العالمي وما زال أمام دولها تحدياً كبيراً للوصول إلى الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية، خاصة وأن معظم هذه الوفيات يمكن تفاديها إذا ما تم اتخاذ بعض التدابير الوقائية وإتاحة الرعاية الصحية الكافية، ولكن هناك العديد من الأسباب التي تقف عائقاً أمام بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية منها زيادة السكان الناتجة عن ارتفاع معدلات الخصوبة، والفقر والأمية 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.

ثانياً : المشكلات الصحية الرئيسية في أفريقيا.

بالرغم من التقدم الذي أحرزته بعض دول أفريقيا في محاولتها لرفع المستويات الصحية لسكانها إلا أن هناك الكثير من المشاكل التي تواجهها ويمكن تصنيفها إلى الآتي:

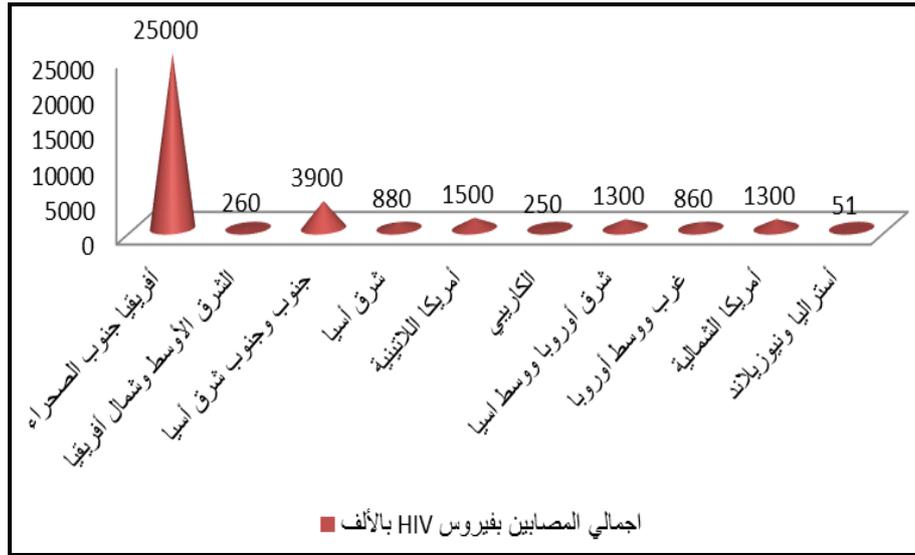
(١) مشاكل الأمراض المعدية :

تظل آثار العنف والأمراض المعدية هي السبب الأول للوفاة في القارة الأفريقية حيث تعد القارة الأفريقية من أكثر مناطق العالم تفشياً للعديد من الأمراض المعدية القاتلة وللكثير من الأمراض غير المنقولة والتي لا تقل خطورة عن الأولى. ومن أبرز المشكلات الصحية في هذه القارة انتشار العديد من الأمراض المتوطنة مثل الإيدز والملاريا والسل.

أ - الإيدز :

يعتبر مرض الإيدز من أهم أسباب الموت في أفريقيا وقد خلف خسائر بشرية واقتصادية أكثر مما خلفته الحروب الأهلية والإقليمية، حيث يتسبب الإيدز والعدوى بفيروسه في تدمير الأسر والمجتمعات وتقويض اقتصاديات الدول. وطبقاً لما أظهرته البيانات المتاحة من اتجاه الانخفاض في حجم الحاملين للمرض والذي وصل على مستوى العالم عام ٢٠١٢ نحو ٣٥ مليون نسمة وأستمر انخفاضه في عام ٢٠١٣ إلى نحو ٣٤ مليون نسمة. وكذلك انخفاض أعداد الأشخاص المصابين حديثاً بفيروس نقص المناعة البشرية في معظم أنحاء العالم، حيث وصل حجم الإصابات الجديدة بالفيروس على مستوى العالم عام ٢٠١٣ نحو ٢.١ مليون نسبة ونسبة انخفاض بلغت ٣٨% عن عام ٢٠٠١ (فاتن البناء، إيناس غبور، ٢٠١٥، ص ٦٣٠)، ويتضح من قراءة (شكل ٨) الذي يوضح توزيع الإصابة بفيروس HIV والوفيات الناجمة على مستوى أقاليم العالم الصحية في عام ٢٠١٢ ومنها يتضح الآتي:

- جاءت أفريقيا جنوب الصحراء من أسوأ المناطق الجغرافية الأخرى من حيث معدلات الإصابة بمرض الإيدز والتي بلغت نحو ٢٥ مليون حالة من إجمالي ٣٥.٣ مليون حالة على مستوى العالم وبنسبة ٧٠.٨% من إجمالي الحالات على مستوى العالم عام ٢٠١٢، وجاء إقليم جنوب وجنوب شرق آسيا في المركز الثاني ويعد بلغ ٣.٩ مليون حالة، وبنسبة ١١%، يليه إقليم أمريكا اللاتينية بعدد حالات إصابة بلغت ١.٥ مليون حالة وبنسبة ٤.٢%، وشغلت أقاليم شرق أوروبا ووسط آسيا وأمريكا الشمالية المركز الرابع ويعدد حالات بلغ ١.٣ مليون لكل منها، ثم جاء إقليم شرق آسيا في المركز الخامس بعدد حالات بلغ ٨٦٠ ألف حالة، يليهما إقليمي والشرق الأوسط وشمال أفريقيا والكاريفي في المركز السابع والثامن بعدد حالات بلغ ٢٦٠ ألف، ٢٥٠ ألف حالة لكل منها على الترتيب وجاءت أستراليا ونيوزيلندا في المركز الأخير بعدد حالات بلغ ٥١ ألف حالة.



Source: UNADIS, 2013, A.10-A.15, A.40-45

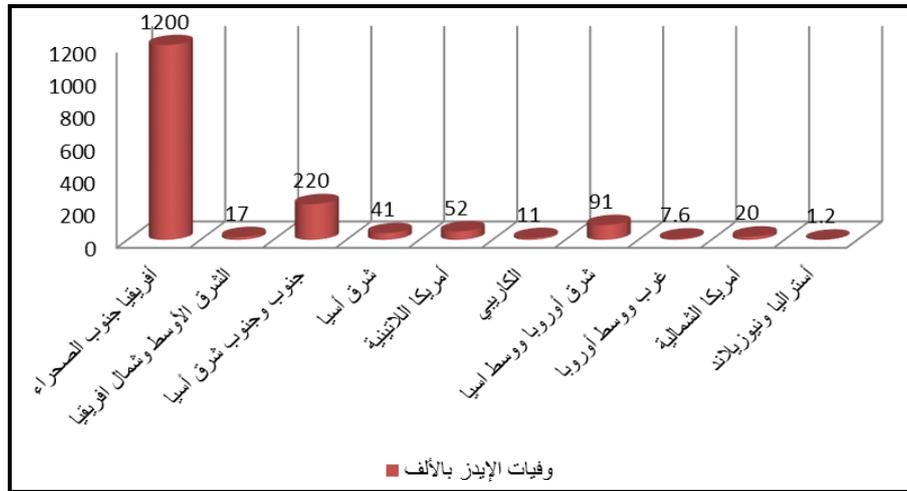
شكل (٨) : إجمالي المصابين بفيروس HIV في العالم عام ٢٠١٢.

- ضمت عشرة دول فقط في أفريقيا جنوب الصحراء نحو ٨١% من إجمالي الحاملين لفيروس نقص المناعة البشرية في الإقليم ممن يتعايشون معه وهي: أثيوبيا، كينيا، ملاوي، موزمبيق، نيجيريا، ج.جنوب أفريقيا، أوغندا، تنزانيا، زامبيا، وزيمبابوي، وتركزت نصف هذه النسبة في دولتين فقط وهما نيجيريا وج.جنوب أفريقيا (فاتن البناء، إيناس غبور، ٢٠١٥، ص ٦٣٥).
- انخفاض معدلات الإصابة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا نظراً لسيادة تعاليم الدين الإسلامي.

وبالنسبة لحالات الوفاة الناتجة عن الإيدز فيتضح من قراءة شكل (٩) الآتي:

- جاءت أفريقيا جنوب الصحراء في مقدمة أقاليم العالم من حيث عدد الوفيات الناجمة عن مرض الإيدز والتي بلغت ١.٢ مليون وفاة من إجمالي ١.٦ مليون على مستوى العالم ونسبة ٧٥% من إجمالي حالات الوفاة بسبب الإيدز في العالم بينما سجل إقليم جنوب وجنوب شرق آسيا نحو ٢٢٠ ألف حالة وفاة بسبب الإيدز محتلاً بذلك المركز الثاني ونسبة ١٣.٨% من إجمالي عدد الحالات على مستوى العالم عام ٢٠١٢، وجاء إقليم شرق أوروبا ووسط آسيا في المركز الثالث وبعده حالات وفاة بلغ ٩١ ألف حالة ونسبة ٥.٧%، وشغل إقليم أمريكا اللاتينية المركز الرابع وتلاه إقليم شرق آسيا، أما أمريكا الشمالية فقد شغلت المركز السادس وبعده حالات بلغ ٢٠ ألف حالة، وجاء الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في المركز السابع وبعده حالات وفاة بلغ ١٧ ألف حالة، وشغل إقليم غرب ووسط أوروبا في المركز الثامن وبعده حالات وفاة بلغت ٧.٦ ألف حالة وأخيراً سجلت أستراليا أدنى عدد وفيات بسبب الإيدز بلغ ١٢٠٠ حالة وفاة.
- أما بالنسبة لمعدل انتشار الإيدز عام ٢٠١٣ فقد حققت تسعة دول أفريقية أعلى معدل لانتشار الإيدز في أفريقيا وجميعها تقع في أفريقيا جنوب الصحراء وهي: سوازيلاند التي سجلت أعلى معدل لانتشار الإيدز بلغ ١٦٦٣٢٠ حالة لكل ١٠٠

ألف نسمة، تليها بتسوانا بمعدل ١٥٨١٧ حالة، ثم ج.جنوب أفريقيا ١١٨٨٨ حالة، وشغلت ناميبيا المركز الرابع (١٠٦٥٢ حالة)، في حين احتلت زيمبابوي المركز الخامس (٩٨٢٦ حالة)، وجاءت زامبيا في المركز السادس (٧٦٣٨ حالة) وسجلت ملاوي وموزمبيق وأوغندا المراكز من السابع إلى التاسع وبمعدل انتشار بلغ ٦٢٤٦، ٦٠٦٦، ٤١٥٦ حالة لكل ١٠٠ ألف نسمة على الترتيب (WHO, 2015, 59-72).



Source: UNADIS, 2013, A.10-A.15, A.40-.45

شكل (٩) : وفيات الإيدز فى العالم عام ٢٠١٢م.

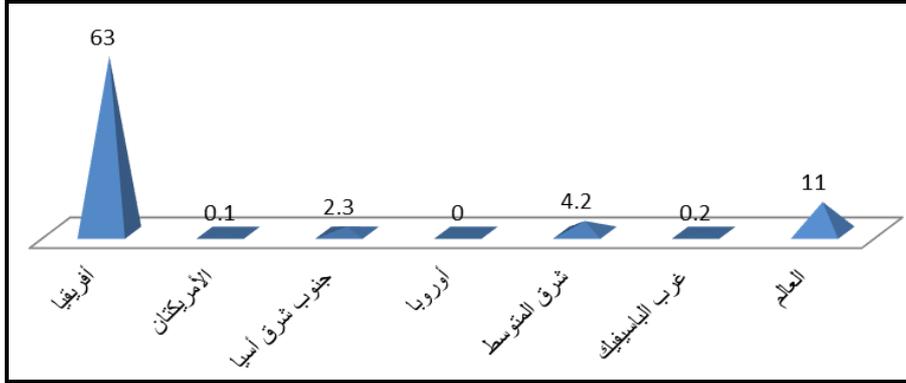
مما سبق يتضح ارتفاع معدلات الإصابة بمرض الإيدز فى أفريقيا خاصة جنوب الصحراء وهو ما يمثل تحدياً بالغاً للتنمية والأمن الصحي لدول القارة الأفريقية لأنه يؤدي إلى إضاعة المكاسب التي تحققت في معدل العمر المتوقع عند الميلاد، وإلى انخفاض الانتاجية وارتفاع تكاليف الإنتاج، ومن ثم فقدان القدرة على المنافسة التي 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.

ب- الملاريا :

تعد الملاريا أحد أهم أسباب الوفيات بأفريقيا وأحد العقبات أمام التنمية الاقتصادية للقارة ويقدر أن عدد الأشخاص المعرضون لخطر الإصابة بالملاريا يبلغ نحو ٣.٣ مليار شخص و ١.٢ مليار هم في خطر كبير، وتشير آخر التقديرات إلى أن عدد حالات الملاريا بلغ ١٩٨ مليون حالة في عام ٢٠١٣، في حين بلغ عدد الوفيات نحو ٥٨٤ ألف حالة في العام نفسه، والعبء أثقل ما يكون في الإقليم الأفريقي والتي تحدث فيها ما يقدر بنحو ٩٠% من جميع الوفيات الناجمة عن الملاريا، والأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات الذين يشكلون ٧٨% من مجموع الوفيات، كما انخفضت معدلات الإصابة والوفيات بالملاريا بنسبة ٣٠%، ٤٧% منذ عام ٢٠٠٠ على التوالي على مستوى العالم (WHO, 2014, P.1).

كما انخفضت معدلات الإصابة بالملاريا والوفيات الناجمة عنها في الإقليم الأفريقي بنسبة ٣٤%، ٥٤% على التوالي، ويتضح من قراءة الأشكال (١٠، ١١، ١٢) اللذان يوضحان معدلات الوفيات الناجمة عن الملاريا ومعدل الحدوث والإصابة عام ٢٠١٢ في أفريقيا مقارنة بباقي مناطق العالم الآتي: سجل الإقليم الأفريقي أعلى معدل لوفيات الملاريا بلغ ٦٣ حالة لكل ١٠٠ ألف ساكن وهو يقترب من ستة أمثال معدل الإصابة على مستوى العالم ونحو ١٥ مرة مثل إقليم شرق المتوسط ونحو ٢٧ مرة مثل إقليم جنوب شرق آسيا ونحو ٣١٥ مثل إقليم غرب الباسيفيك ونحو ٦٣٠ مرة مثل الأمريكتان في حين لم تسجل أي وفيات ناتجة عن الملاريا في الإقليم الأوروبي ويرجع ذلك لعدم ملائمة الظروف المناخية لانتشار مرض الملاريا، وقد سجل أعلى معدل للوفيات الناجمة عن الملاريا في أفريقيا والتي تزيد عن المتوسط العام للقارة في أربع وعشرين دولة هي: ملاوي، مالي، موزمبيق، النيجر، نيجيريا، غينيا الإستوائية، جابون، غمبيا، غانا، غينيا، غينيا بيساو، ليبيريا، أنجولا، بنين، بوركينا فاسو، ج. أفريقيا الوسطى، تشاد، جزر القمر، الكونغو، كوت ديفوار، ج.الكنغو الديمقراطية،

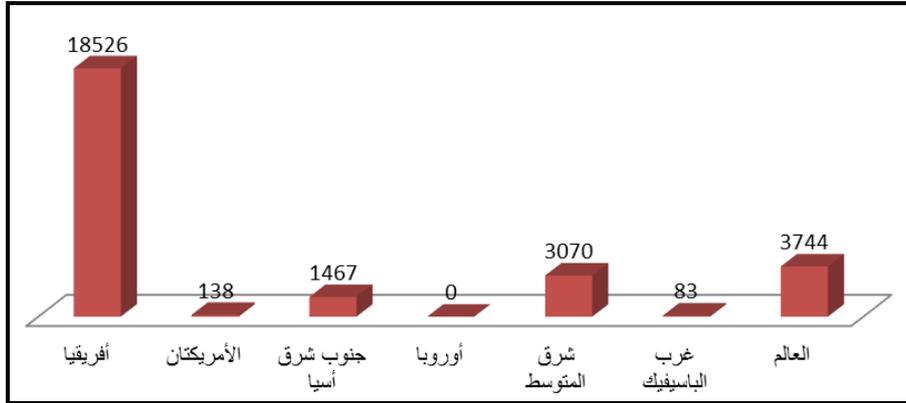
سيراليون، توجو، وزامبيا. وتتباين هذه الدول بين الحد الأقصى لمعدلات الوفيات في تشاد (١٣٧ وفاة لكل ١٠٠ ألف نسمة) والحد الأدنى في ملاوي (٦٣ وفاة لكل ١٠٠ ساكن) عام ٢٠١٢ (WHO, WHS, 2015, pp. 58-74).



Source: WHO, WHS, 2015, pp. 75-86.

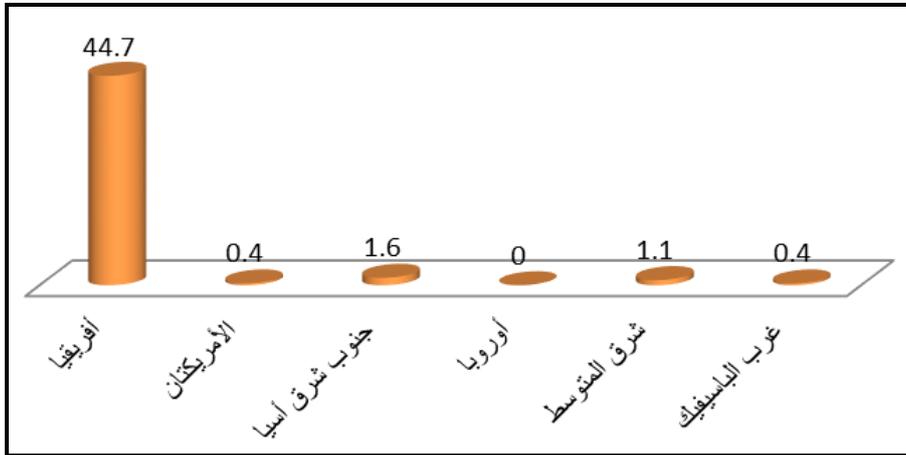
شكل (١٠) : معدل الوفيات الناجمة عن الملاريا لكل ١٠٠ ألف عام ٢٠١٢م.

أما بالنسبة لمعدلات حدوث الملاريا في أفريقيا فقد سجلت أفريقيا ما يقرب من خمسة أمثال معدل الحدوث على مستوى العالم، وما يزيد على ستة أمثال معدلات حدوثها في إقليم شرق البحر المتوسط، وما يقرب من ثلاثة عشر مثل معدل حدوثها في إقليم جنوب شرق آسيا وأكثر من ١٣٤ مثل معدلات حدوثها في الأمريكيتين، وأكثر من ٢٢٣ مثل معدل حدوثها في إقليم غرب الباسيفيك ولم تسجل في أوروبا أي حالة عام ٢٠١٢، وقد سجل أعلى معدل لحدوث الملاريا في ثلاثين دولة وهي نفس الدول التي سجلت أعلى معدل للوفيات بالإضافة إلى جنوب السودان والسنغال وأوغندا وموريتانيا، الكاميرون وتنزانيا، وقد سجلت غينيا أعلى معدل لحدوث الملاريا بلغ ٣٨٤٢٤ حالة لكل ١٠٠ ألف نسمة، في حين سجلت الكاميرون أدنى معدل بلغ ١٧٠٥١ حالة لكل ١٠٠ ألف نسمة (WHO, WHS, 2015, pp. 58-74).



Source: WHO, WHS, 2015, pp. 75-86.

شكل (١١) : معدل حدوث الملاريا لكل ١٠٠ ألف عام ٢٠١٢م.



Source: WHO, WHS, 2015, pp. 75-86.

شكل (١٢) : عدد الحالات المسجلة بالإصابة بالملاريا بالمليون عام ٢٠١٣م.

أما بالنسبة لعدد الحالات المسجلة بالإصابة بالملاريا فقد سجلت ٢٥ دولة أعلى معدل للإصابة بالملاريا حيث بلغت عدد الحالات المسجلة فيها عام ٢٠١٣ نحو ٤٣.١٨ مليون حالة ونسبة ٩٦.٥% من إجمالي الحالات المسجلة في أفريقيا ونحو ٨٩.٥% من إجمالي الحالات المسجلة على مستوى العالم وهذه الدول هي:

(٢١٣)

ملاوي، مالي، موزمبيق، النيجر، غمبيا، غانا، غينيا، ليبيريا، أنجولا، بنين، بوركينا فاسو، بوروندي، ج. أفريقيا الوسطى، تشاد، جزر القمر، الكونغو، كوت ديفوار، ج. الكونغو الديمقراطية، سيراليون، توجو، أوغندا، تنزانيا، أثيوبيا، كينيا، رواندا. وقد سجل أعلى معدل للإصابة في بوروندي بلغ نحو ٤.١٤ مليون نسمة في حين سجل أدنى معدل للإصابة في الكونغو بلغ ٤٣.٢ ألف نسمة (WHO, WHS, 2015, pp. 76-86).

ج- السل :

يحتل السل المرتبة الثانية بعد فيروس العوز المناعي البشري/الإيدز كأهم سبب للوفاة نتيجة لعامل وحيد سبب للعدوى، وفي عام ٢٠١٣ أصيب ٩ ملايين شخص بالسل ومات ١.٥ مليون شخص من جراء هذا المرض، وتحدثت نسبة تتجاوز ٩٥% من الوفيات الناجمة عن السل في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، وهو من بين الأسباب الرئيسية الخمسة لوفاة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٤ عاماً وقدر أن الأطفال الذين أصيبوا بالسل في عام ٢٠١٣ بلغ ٥٥٠ ألف طفل وأن ٨٠ ألف طفل من غير الحاملين لفيروس العوز المناعي البشري ماتوا جراء السل. ويسبب السل ربع جميع الوفيات ذات الصلة بفيروس الإيدز، وينخفض العدد المقدر للأشخاص الذين يصابون بالسل كل عام ولكن ببطء شديد، وهو ما يعني أن العالم في سبيله إلى تحقيق الهدف الإنمائي للألفية المتمثل في عكس انتشار السل بحلول عام ٢٠١٥، حيث انخفض معدل الوفاة من جراء السل بنسبة ٤٥% فيما بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠١٣، كما جرى إنقاذ حياة ٣٧ مليون شخص من خلال تشخيص السل وعلاجه فيما بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٣ (WHO, 2014 TB, P. 1).

ومعظم عدد الحالات التي قدرت في عام ٢٠١٣ حدثت في آسيا (٥٦%) وأفريقيا (٢٩%) في حين نلاحظ معدلات صغيرة لحدوث السل حدثت في إقليم شرق المتوسط (٨%)، الإقليم الأوروبي (٤%)، والأمريكيتان (٣%)، وقد سجلت نيجيريا

(٣٤٠-٨٨٠ ألف) وج. جنوب أفريقيا (٤١٠-٥٢٠ ألف) أكبر عدد لحالات الإصابة بالسل في أفريقيا وهي من ضمن الدول العشرة الأولى في الإصابة بالسل على مستوى العالم (WHO, 2014 TB, P. 8).

- ويتضح من قراءة جدول (٢) وشكل (١٣، ١٤، ١٥) الذي يوضح معدلات الإصابة والانتشار والوفيات في أفريقيا مقارنة بباقي مناطق العالم الآتي:
- سجل الإقليم الأفريقي أعلى معدل للوفاة بسبب السل خلال الفترة (٢٠٠٠-٢٠١٣) فهو يقترب من ثلاثة أمثال معدل الوفيات على مستوى العالم، ويقترب من ضعف معدل الوفيات في كل من جنوب شرق آسيا وشرق البحر المتوسط، وأكثر من سبعة أمثال معدل وفيات إقليم غرب الباسيفيك، ونحو ٢٨ مثل معدل الوفيات التي نجمت عن السل في الأمريكيتان. وقد سجلت ستة عشرة دولة أفريقية أعلى معدل للوفاة بسبب السل يزيد عن متوسط الإقليم الأفريقي وهي: ج. أفريقيا الوسطى، الكونغو، ج. الكونغو الديمقراطية، جيبوتي، جابون، غينيا بيساو، ليسوتو، ليبيريا، مدغشقر، موزمبيق، ناميبيا، نيجيريا، سيراليون، الصومال، ج. جنوب أفريقيا، سوازيلاند، وقد تباينت دول هذه المجموعة بين الحد الأعلى في جيبوتي (١٠٠ وفاة/١٠٠ ألف شخص) والحد الأدنى في سيراليون (٤٣ وفاة/١٠٠ ألف شخص).
 - ويلاحظ من الجدول انخفاض معدل الوفيات الناتجة عن السل في جميع الأقاليم حيث سجل إقليم جنوب شرق آسيا أعلى نسبة انخفاض بلغت ٥٣.١% في حين سجل الإقليم الأفريقي أدنى نسبة بلغت ٣٣.٣% وبمتوسط عالمي بلغ ٤٢.٨% خلال الفترة (٢٠٠٠-٢٠١٣) (WHO, WHS, 2015, pp. 58-71).
 - أما بالنسبة لمعدل الإصابة بالسل فقد حقق الإقليم الأفريقي أعلى معدل للإصابة بالسل بلغ ٢٨٠ حالة لكل ١٠٠ ألف شخص عام ٢٠١٣ وهي تزيد على معدل الإصابة في إقليم جنوب شرق آسيا بنحو مرة ونصف وأكثر من ضعف معدل

الإصابة في غرب الباسيفيك وأكثر من سبعة أمثال الإقليم الأوروبي وما يقترب من عشرة أمثال معدل الإصابة في الأمريكيتين وذلك عام ٢٠١٣، كما انخفضت معدلات الإصابة في جميع الأقاليم وقد سجل إقليم شرق البحر المتوسط أدنى نسبة انخفاض بلغت ٧.٦% في حين سجل الإقليم الأوروبي أعلى نسبة انخفاض بلغت ٤٣.٥% وبمتوسط عالمي بلغ ١٧.١% أما في أفريقيا فقد بلغت نسبة الانخفاض في معدلات الإصابة بنحو ١٧.١%.

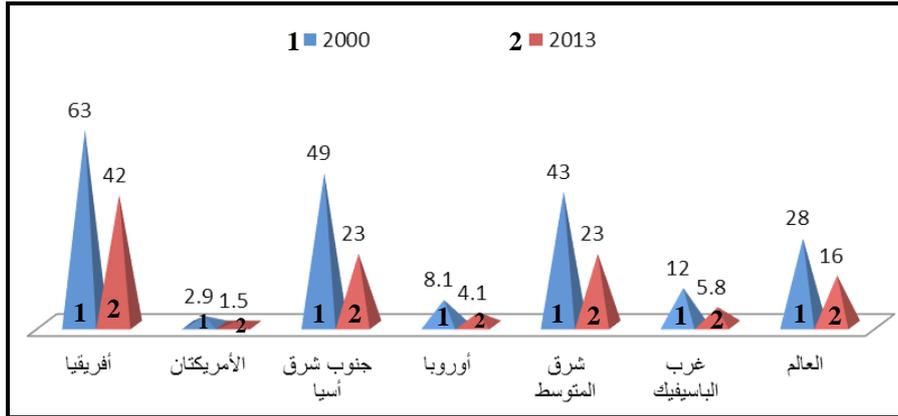
جدول (٢) : معدل الوفيات الناتجة عن السل في أفريقيا مقارنة بباقي المناطق في العالم.

الإقليم	معدل الوفيات لكل ١٠٠ ألف			معدل الإصابة لكل ١٠٠ ألف			معدل الانتشار لكل ١٠٠ ألف		
	نسبة الإنخفاض	٢٠١٢	٢٠١٠	نسبة الإنخفاض	٢٠١٢	٢٠١٠	نسبة الإنخفاض	٢٠١٢	٢٠١٠
أفريقيا	٦٣	٤٢	٣٣.٣	٣٣٧	٢٨٠	١٦.٩	٣٨٨	٣٠٠	٢٢.٧
الأمريكتان	٢.٩	١.٥	٤٨.٣	٤٠	٢٩	٢٧.٥	٥٥	٣٨	٣٠.٩
جنوب شرق آسيا	٤٩	٢٣	٥٣.١	٢١٩	١٨٣	١٦.٤	٤٤٣	٢٤٤	٤٤.٩
أوروبا	٨.١	٤.١	٤٩.٤	٦٩	٣٩	٤٣.٥	١٠.٨	٥١	٥٢.٨
شرق المتوسط	٤٣	٢٣	٤٦.٥	١٣١	١٢١	٧.٦	٢٢٨	١٦٥	٢٧.٦
غرب الباسيفيك	١٢	٥.٨	٥١.٧	١٢٢	٨٧	٢٨.٧	٢٠.٨	١٢١	٤١.٨
العالم	٢٨	١٦	٤٢.٩	١٥٢	١٢٦	١٧.١	٢٥٣	١٥٩	٣٧.٢

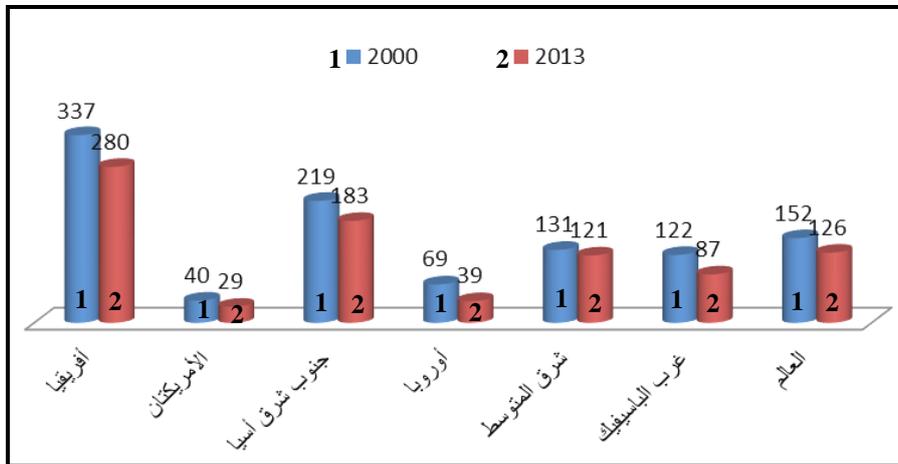
Source: WHO, WHS, 2015, pp. 74-75.

- سجلت تسعة عشر دولة أعلى معدل للإصابة بالسل يزيد عن متوسط الإقليم الإفريقي (٢٨٠ حالة/ ١٠٠ ألف شخص) وهي: ج. أفريقيا الوسطى، الكونغو، ج. الكونغو الديمقراطية، أنجولا، بتسوانا، جيبوتي، جابون، غينيا بيساو، ليسوتو، ليبيريا،

موزمبيق، ناميبيا، نيجيريا، سيراليون، الصومال، ج. جنوب أفريقيا، سوازيلاند، زامبيا، وزيمبابوي، وقد سجلت سوازيلاند أعلى معدل للإصابة بالسل بلغ ١٣٨٢ حالة لكل ١٠٠ ألف شخص، في حين سجلت الصومال أدنى معدل إصابة بلغ ٢٨٥ حالة لكل ١٠٠ ألف شخص (WHO, WHS, 2015, pp. 58-71).

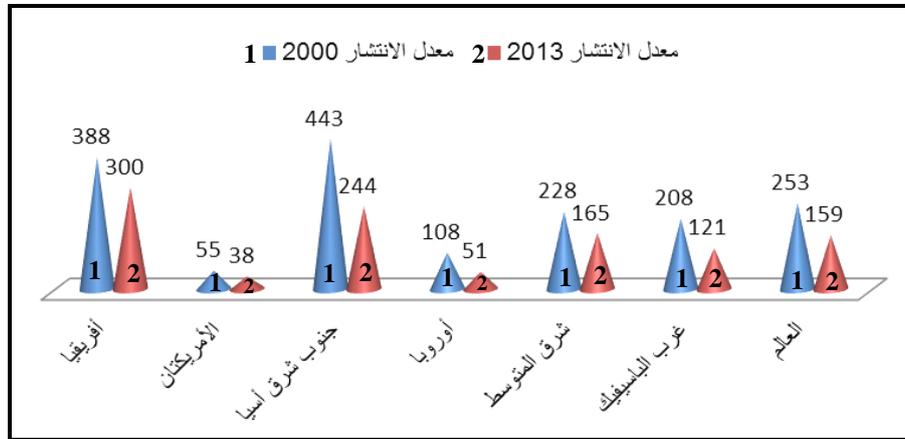


شكل (١٣) : معدل الوفيات الناجمة عن السل لكل ١٠٠ ألف نسمة.



شكل (١٤) : معدل الأصابة بالسل لكل ١٠٠ ألف نسمة.

- أما بالنسبة لمعدل انتشار السل فقد شكل الإقليم الأفريقي أعلى معدل لانتشار السل بلغ ٣٠٠ حالة لكل ١٠٠ ألف شخص وهو يقترب من ضعف المعدل العالمي وإقليم شرق البحر المتوسط ويزيد قليلاً على معدل انتشار السل في إقليم جنوب شرق آسيا، ويقترب من مرتين ونصف معدل انتشار السل في إقليم غرب الباسيفيك، ويقترب من ستة أمثال معدل انتشار السل في الإقليم الأوروبي، ومن ثمانية أمثال انتشار السل في الأمريكيتين عام ٢٠١٣، وقد حققت جميع الأقاليم انخفاض في معدل انتشار السل خلال الفترة (٢٠١٣-٢٠٠٠) حيث سجل الإقليم الأوروبي أعلى نسبة انخفاض بلغت ٥٢.٨% في حين سجل الإقليم الأفريقي أدنى نسبة انخفاض بلغت ٢٢.٧% وبمتوسط عالمي بلغ -٣٧.٢%.
- سجلت عشرون دولة أفريقية أعلى معدل لانتشار السل يزيد عن متوسط الإقليم الأفريقي (٣٠٠ حالة لكل ١٠٠ ألف شخص) عام ٢٠١٣ وهي جميع الدول السابقة وتتباين معدلات الانتشار بين الحد الأعلى في سوازيلاند (٩٤٥ حالة لكل ١٠٠ ألف نسمة) والحد الأدنى في نيجيريا (٣٢٦ حالة لكل ١٠٠ ألف نسمة) (WHO, WHS, 2015, pp. 58-71).



شكل (١٥) : معدل انتشار السل لكل ١٠٠ ألف نسمة.

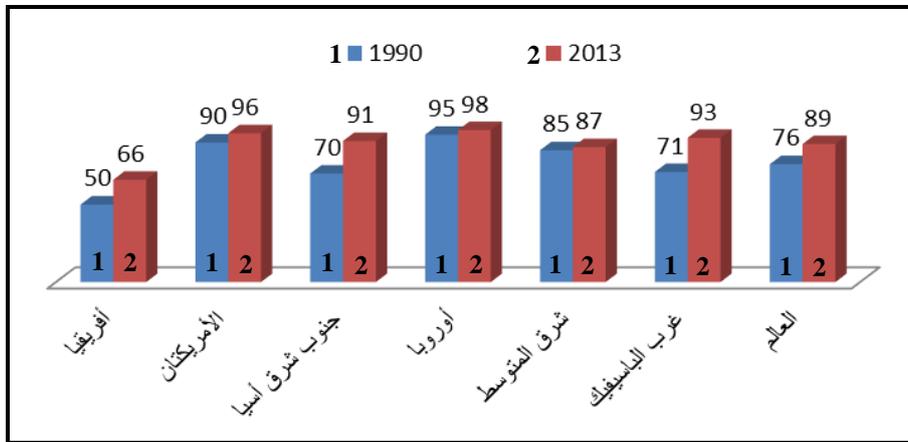
مما سبق يتضح ارتفاع عبء الإصابة والوفيات وانتشار السل في أفريقيا خاصة في أفريقيا المدارية، ويضاف إلى هذه الأمراض المعدية التي تنتشر بصورة واسعة في أفريقيا أمراض أخرى هي: الكوليرا حيث تبلغ عدد الحالات المسجلة في أفريقيا بنحو ٤٩٤٦٥ وبنسبة ٣٨.٣% من إجمالي عدد الحالات المبلغ عنها في العالم، كما بلغت نسبة الإصابة بالحصبة في أفريقيا نحو ٢٣.٣% من إجمالي عدد الحالات المبلغ عنها في العالم (WHO, WHS, 2015, pp. 86-87).

(٢) 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. وسوف يتم التركيز على المياه الآمنة والصرف الصحي حيث أن فرص الحصول عليها له تأثير مباشر على الحالة الصحية، حيث ذكر المؤتمر العالمي عن الرعاية الصحية الأولية الذي عقد في ألمانيا بكازاخستان ١٩٧٨ أن العناصر الأساسية للصحة الأولية هي إمدادات المياه النقية والصرف الصحي الجيد، فالعديد من الأمراض الجلدية وأمراض العيون التي تسببها البكتيريا والأتربة والفطريات تزول عن طريق غسل الجسم بالمياه والصابون، كما أن كمية المياه المستخدمة في غسل الأيدي مثلاً لها علاقة مباشرة بخفض نسب انتشار الأمراض خاصة المعوية مثل الإسهال، ويؤدي وجود المياه الحسنة إلى خفض نسبة الإصابة بالإسهال بمقدار ٦-١٠% بين الأطفال دون الثالثة من العمر، وكذلك بالنسبة للأسر التي تتوفر لها وسائل الصرف الصحي (آمال حلمي سليمان، ٢٠١٤، ص ٢٨٢).

أ - المياه المأمونة :

ويتضح من قراءة وشكل (١٦) أن الحصول على المياه المأمونة أسوأ ما يكون في أفريقيا مقارنة بباقي المناطق الجغرافية الأخرى رغم ارتفاعها في عام ٢٠١٢ مقارنة بما كان عليه الوضع عام ١٩٩٠، حيث ارتفعت نسبة السكان الذين يحصلون على مياه مأمونة من نصفهم عام ١٩٩٠ إلى ما يقرب من ثلثي السكان عام ٢٠١٢ محتلة بذلك المركز السادس، وهو يعتبر من أقل النسب على مستوى الأقاليم الجغرافية حيث جاء الإقليم الأوروبي في مقدمة أقاليم منظمة الصحة العالمية من حيث الحصول على المياه المأمونة والتي ارتفعت نسبتهم من ٩٥% عام ١٩٩٠ إلى ٩٨% عام ٢٠١٣، وجاءت الأمريكيتين في المركز الثاني وبنسبة (٩٠%، ٩٦%) خلال عامي ١٩٩٠ و ٢٠١٣ على الترتيب، يليهما إقليم غرب الباسيفيك حيث ارتفعت نسبة السكان من ٧١% عام ١٩٩٠ إلى ٩١% عام ٢٠١٣، وجاء إقليم شرق المتوسط في المركز الخامس محققاً تقدم طفيف في نسبة السكان الحاصلين على المياه المأمونة بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠١٣ والتي ارتفعت من ٨٥% إلى ٨٧% على الترتيب، أما المتوسط العالمي فقد ارتفعت نسبة الحاصلين على مياه مأمونة من ٧٦% عام ١٩٩٠ إلى ٨٩% عام ٢٠١٣.



Source: WHO, WHS, 2015, pp. 74-75.

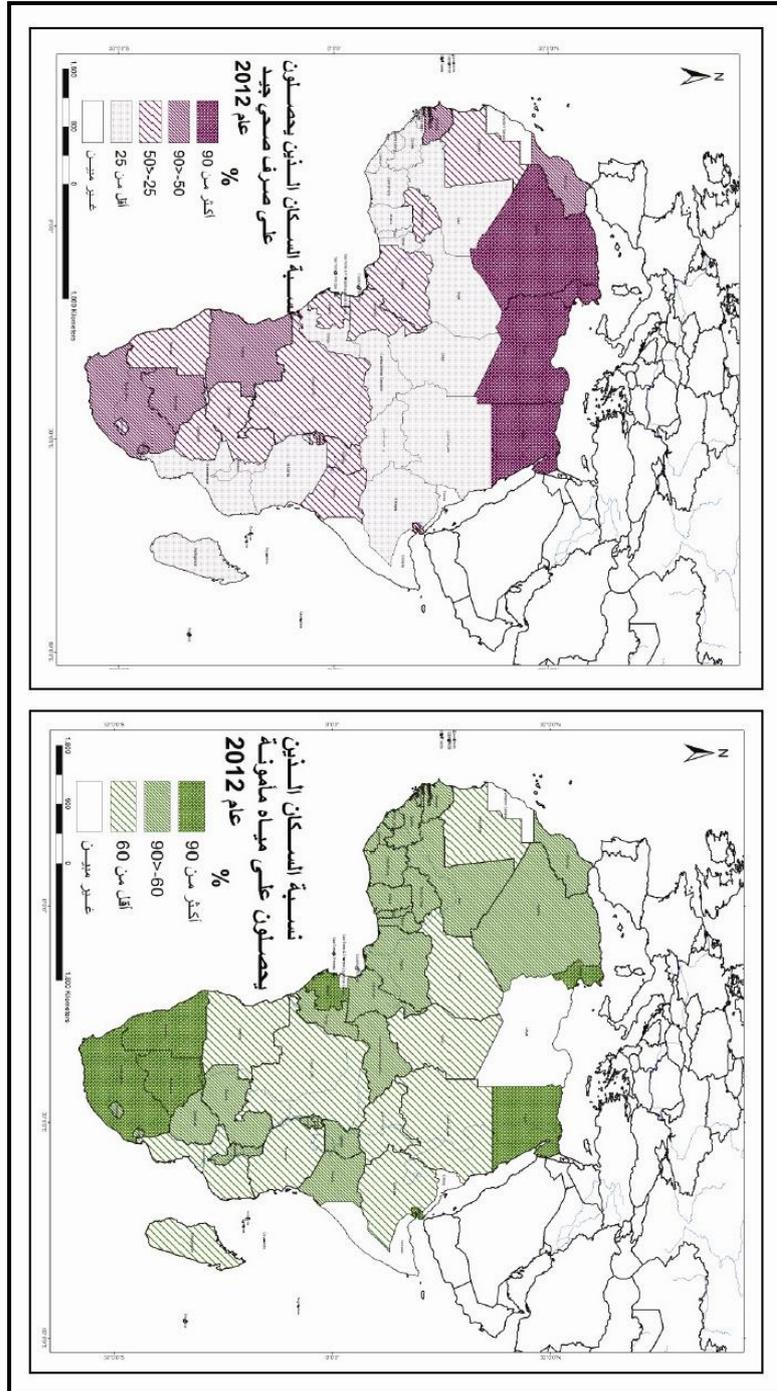
شكل (١٦) : نسبة السكان الحاصلين على المياه المأمونة في الأقاليم الصحية بالعالم.

- ويأتي إقليم جنوب أفريقيا في مقدمة أقاليم القارة الأفريقية من حيث الحصول على المياه المأمونة ونسبة بلغت ٨٨% من إجمالي سكانه، يليه إقليم شمال أفريقيا ونسبة بلغت ٨٤%، في حين جاء إقليم غرب أفريقيا في المركز الثالث من حيث حصول السكان على المياه المأمونة والتي بلغت ٧٢%، وجاء إقليم شرق أفريقيا في المركز الرابع (٧١%)، وإقليم وسط أفريقيا في المركز الأخير بنسبة بلغت ٧٠%. أما على مستوى دول القارة الأفريقية فيتضح من قراءة جدول (٣) وشكل (١٧) الآتي:
- حققت إحدى عشرة دولة نسبة السكان الذين يحصلون على مياه مأمونة بلغت ٩٠% فأكثر وهي مصر، تونس، غمبيا، جيبوتي، موريشيوس، سيشل، جابون، ساوتومي وبرنسيب، بتسوانا، ناميبيا، ج. جنوب أفريقيا، وقد تباينت دول هذه المجموعة بين الحد الأعلى في موريشيوس (١٠٠%) والحد الأدنى في غمبيا (٩٠%).
 - تراوحت نسبة الحصول على المياه المأمونة بين ٦٠-٩٠% في سبع وعشرين دولة هي دولتان في إقليم شمال أفريقيا (الجزائر والمغرب)، وثلاثة عشرة دولة في إقليم غرب أفريقيا (بنين، بوركينا فاسو، الرأس الأخضر، كوت ديفوار، غانا، غمبيا، غينيا بيساو، ليبيريا، مالي، نيجيريا، السنغال، سيراليون، وتوجو)، وسبعة دول في إقليم شرق أفريقيا (بوروندي، كينيا، ملاوي، رواندا، أوغندا، زامبيا، زيمبابوي)، وثلاثة دول في إقليم وسط أفريقيا (الكاميرون، ج. أفريقيا الوسطى، الكونغو) ودولتان في إقليم جنوب أفريقيا (ليسوتو، وسوازيلاند)، وقد تباينت دول هذه المجموعة بين الحد الأعلى في الرأس الأخضر (٨٩%) والحد الأدنى في سيراليون (٦٠%).
 - أما باقي الدول فقد حققت نسبة الحصول على المياه المأمونة أقل من ٦٠% وعددها إحدى عشرة دولة هي:- السودان في إقليم شمال أفريقيا ودولتان في إقليم غرب أفريقيا (موريتانيا والنيجر)، وخمسة دول في إقليم شرق أفريقيا (جنوب السودان، أثيوبيا، مدغشقر، موزمبيق، تنزانيا) وثلاثة دول في إقليم وسط أفريقيا (أنجولا وتشاد وج. الكونغو الديمقراطية)، وتباينت دول هذه المجموعة بين الحد الأعلى في جنوب السودان (٥٧%) والحد الأدنى في ج. الكونغو الديمقراطية (٤٦%).

جدول (٣) : الحصول على المياه المأمونة والصرف الصحي في أفريقيا عام ٢٠١٢.

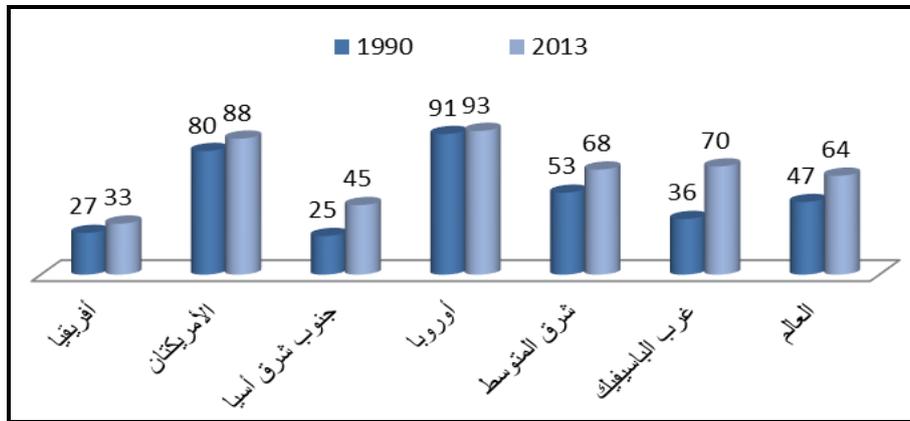
النسبة المئوية الجيد	النسبة المئوية المأمونة	الدولة والإقليم	النسبة المئوية الجيد	النسبة المئوية المأمونة	الدولة والإقليم	النسبة المئوية الجيد	النسبة المئوية المأمونة	الدولة والإقليم
٤٣	٦٣	زامبيا	٥٢	٧٤	السنغال	٩٥	٨٤	الجزائر
٤٠	٨٠	زيمبابوي	١٣	٦٠	سيراليون	٩٥	٩٩	مصر
٤٠	٧١	شرق أفريقيا	١١	٦١	توجو	٩٧	-	ليبيا
٦٠	٥٤	التجول	٢٨	٧٢	غرب أفريقيا	٧٥	٨٤	المغرب
٤٥	٧٤	الكاميرون	٤٧	٧٥	بوروندي	٢٤	٥٥	السودان
٢٢	٦٨	ج أفريقيا الوسطى	٦١	٩٢	جيبوتي	٩٠	٩٧	تونس
١٢	٥١	تشاد	-	-	ارتريا	٧٩	٨٤	شمال أفريقيا
١٥	٧٥	الكونغو	٢٤	٥٢	إثيوبيا	١٤	٧٦	بنين
٣١	٤٦	الكونغو الديمقراطية	٣٠	٦٢	كينيا	٤٧	٨٢	بوركينافاسو
-	-	غينيا الاستوائية	١٤	٥٠	مدغشقر	٦٥	٨٩	الرأس الأخضر
٤١	٩٢	جابون	١٠	٨٥	ملاوي	٢٢	٨٠	كوت ديفوار
٣٤	٩٧	ساوتومي وبرنسيب	٩١	١٠٠	موريشيوس	٦٠	٩٠	غينيا
٣٣	٧٠	وسط أفريقيا	٢١	٤٩	موزمبيق	١٤	٨٧	غانا
٦٤	٩٧	بتسوانا	-	-	ريونيون	١٩	٧٥	غينيا
٣٠	٨١	ليسوتو	٦٤	٧١	رواندا	٢٠	٧٤	غينيا بيساو
٣٢	٩٢	ناميبيا	٩٧	٩٦	سيشل	١٧	٧٥	ليبيريا
٧٤	٩٥	ج جنوب أفريقيا	-	-	الصومال	٢٢	٦٧	مالي
٥٧	٧٤	سوازيلاند	٩	٥٧	جنوب السودان	٢٧	٥٠	موريتانيا
٥١	٨٨	جنوب أفريقيا	١٢	٥٣	تنزانيا	٩	٥٢	النيجر
			٣٤	٧٥	أوغندا	٢٨	٦٤	نيجيريا

Source: WHO, WHS, 2015, pp. 102-108.



ب- الصرف الصحي :

يلاحظ انخفاض نسبة السكان الذين يحصلون على خدمات الصرف الصحي عن الذين يحصلون على خدمات المياه النقية في جميع دول القارة الأفريقية ما عدا الجزائر وذلك كما يتضح من قراءة جدول (٩) السابق وشكل (١٨). وتنخفض نسبة السكان الذين يحصلون على خدمات الصرف الصحي عن ثلث السكان عام ٢٠١٢ وهي مرتفعة عما كان عليه الحال عام ١٩٩٠ والتي كانت تزيد قليلاً عن ربع سكان القارة الأفريقية، وقد جاء الإقليم الأوروبي في مقدمة أقاليم العالم من حيث نسبة السكان الذين يحصلون على صرف صحي جيد والتي ارتفعت من ٩١% عام ١٩٩٠ إلى ٩٣% عام ٢٠١٢، ويليه الأمريكيتان حيث ارتفعت نسبة السكان الحاصلين على الصرف الصحي الجيد من ٨٠ إلى ٨٨%، وجاء إقليم غرب الباسيفيك في المركز الثالث حيث ارتفعت نسبة السكان الحاصلين على صرف صحي جيد من ٥٣ إلى ٦٨%، وهذه الأقاليم هي التي حققت نسبة أعلى من المتوسط العالمي الذي ارتفع من ٤٧% عام ١٩٩٠ إلى ٦٤% عام ٢٠١٢، في حين سجل إقليم جنوب شرق آسيا وأفريقيا نسباً تقل عن المتوسط العالمي خلال نفس الفترة.



Source: WHO, WHS, 2015, pp. 74-75.

شكل (١٨) : نسبة السكان الحاصلين على الصرف الصحي الجيد في الأقاليم الصحية بالعالم.

ويأتي إقليمي شمال أفريقيا وجنوبها في مقدمة أقاليم القارة الأفريقية من حيث نسبة السكان الذين يحصلون على صرف صحي جيد وبنسبة بلغت ٧٩%، ٥١% لكل منها على الترتيب، وجاء إقليم شرق أفريقيا في المركز الثالث بنسبة بلغت ٤٠% ثم إقليم وسط أفريقيا وبنسبة بلغت ٣٣%، في حين سجل إقليم غرب أفريقيا أدنى نسبة للسكان الذين يحصلون على صرف صحي وبنسبة بلغت ٢٨% (أنظر جدول ٢).

ويتضح من دراسة جدول (٢) وشكل (١٧) السابقين تباين دول القارة الأفريقية من حيث نسبة السكان الذين يحصلون على صرف صحي جيد حيث حققت معظم دول إقليم شمال أفريقيا نسباً للسكان الذين يحصلون على صرف صحي جيد تزيد على ٩٠% بالإضافة إلى دولتين في إقليم شرق أفريقيا وهما جزيرتي سيشل وموريشيوس. حيث حققت سيشل وليبيا أعلى نسبة للسكان الذين يحصلون على صرف صحي بلغت ٩٧% في حين سجلت تونس أدنى نسبة بلغت ٩٠%.

في حين حققت عشرة دول نسباً للسكان الذين يحصلون على صرف صحي تتراوح بين ٥٠-٩٠% وهي: المغرب، الرأس الأخضر، غمبيا، جيبوتي، رواندا، أنجولا، بتسوانا، وج. جنوب أفريقيا، السنغال، وسوازيلاند، وقد تباينت دول هذه المجموعة بين الحد الأعلى في المغرب (٧٥%) والحد الأدنى في السنغال (٥٢%).

سجلت ثلاثة عشر دولة نسباً للسكان الذين يحصلون على صرف صحي بين ٢٥-٥٠% وهي: بوركينا فاسو، موريتانيا، نيجيريا، بروندي، كينيا، أوغندا، زامبيا، وزيمبابوي، الكاميرون، ج. الكونغو الديمقراطية، ساوتومي ورنسيب، ليسوتو، وناميبيا، وتباينت دول هذه المجموعة بين الحد الأعلى في بروندي وبوركينا فاسو (٤٧%) والحد الأدنى في موريتانيا (٢٧%).

أما أقل نسبة للسكان الذين يحصلون على صرف جيد تقل عن ٢٥% فقد سجلتها عشرين دولة هي: السودان، بنين، كوت ديفوار، غانا، غينيا، غينيا بيساو، ليبيريا، مالي، النيجر، سيراليون، توجو، أثيوبيا، مدغشقر، ملاوي، موزمبيق، جنوب السودان، تنزانيا، ج. أفريقيا الوسطى، تشاد، الكونغو، وقد تباينت دول هذه المجموعة بين الحد الأعلى في السودان وأثيوبيا (٢٤%) والحد الأدنى في النيجر وجنوب السودان (٩%).

مما سبق يتضح أنه ما زال أمام أفريقيا الكثير لكي تبلغ الأهداف الإنمائية للألفية والخاصة بتوفير مياه الشرب المأمونة، والصرف الصحي الجيد، فما زال هناك نسبة كبيرة من سكانها محرومة من الحصول عليهما مما يؤدي إلى تزايد معدلات انتشار الأمراض المعدية والأمراض المرتبطة بتلوث المياه.

٣) المشاكل الخاصة بالرعاية الطبية والإدارة الصحية :

تتمثل المشاكل الخاصة بالرعاية الطبية والإدارة الصحية في ضآلة حجم الإنفاق الصحي، ونقص العاملين المدربين في المجال الطبي خاصة الأطباء والممرضات وعدم كفاية برامج التأهيل والتدريب المستمر لبناء القدرات والمهارات اللازمة لمقدمي الخدمات الصحية، وسوء توزيع الخدمات الصحية وتركزها في المدن بصفة أساسية، وعدم التثقيف الصحي. وحققت النظم الحالية للرقابة على الجودة. وتحمل المواطن العبء الأكبر من الإنفاق على الخدمات الصحية، وعدم التمييز في تقديم الدعم الصحي بين الأغنياء والفقراء حيث يوجد الدعم الأكبر للأغنياء.

أ- الموارد البشرية :

تشير البيانات إلى ارتفاع عدد السكان الذين يخدمهم الطبيب في أفريقيا مقارنة بباقي المناطق الجغرافية والعالم، ففي الإقليم الأوروبي يخدم كل عشرة آلاف نسمة نحو ٢٣.١ طبيب، وبنسبة ٣١٢ نسمة لكل طبيب، وفي الأمريكيتين يخدم كل عشرة آلاف نسمة

٢١.٥ طبيب، ونسبة ٤٦٥ نسمة لكل طبيب، وفي إقليم غرب الباسيفيك يخدم كل عشرة آلاف نسمة نحو ١٥.٥ طبيب ونسبة ٦٤٥ نسمة لكل طبيب، أما في إقليم شرق المتوسط فيخدم كل عشرة آلاف نسمة نحو ١٢.٧ طبيب ونسبة ٧٨٧ نسمة لكل طبيب، والوضع اسوأ في إقليمي جنوب شرق آسيا وأفريقيا حيث يخدم الطبيب نحو ١٧٨٦، ٣٧٠٤ نسمة لكل منها على الترتيب، وعلى مستوى العالم نجد أن نصيب الطبيب بلغ ٧١٩ نسمة وذلك خلال الفترة (٢٠٠٧-٢٠١٢) (WHO, WHS, 2015, P.122).

أما بالنسبة للعاملين في طب الأسنان، فنجد أن هناك تعاوناً واضحاً بين المناطق المتقدمة والنامية، حيث تنخفض نسبة السكان الذين يخدمهم كل طبيب أسنان في الأمريكيتين (١٤٤٩ نسمة)، وفي أوروبا (١٧٥٤ نسمة)، والعالم (٣٥٧١ نسمة)، في حين ترتفع نسبة السكان لكل عامل في طب الأسنان في الإقليم الأفريقي (٢٠٠٠٠ نسمة) وفي جنوب شرق آسيا بلغ عدد السكان لكل عامل في طب الأسنان نحو (١٠ آلاف نسمة) وفي إقليم شرق البحر المتوسط (٥٢٦٣ نسمة) ولم تتوفر بيانات عن إقليم غرب الباسيفيك (WHO, WHS, 2015, P. 122).

ويرتفع عدد السكان الذين يخدمهم الممرضين والقابلات في الدول النامية مقارنة بالدول المتقدمة، ففي أوروبا يخدم الممرض نحو ١٢٥ نسمة، وفي الأمريكيتين نحو ٢٢٣ نسمة، وفي إقليم غرب الباسيفيك يخدم الممرض نحو ٣٨٢ نسمة، وعلى المستوى العالمي ٣٥٠ نسمة، وعلى العكس من ذلك يخدم الممرض في إقليم شرق المتوسط نحو ٥٥٦ نسمة، وفي جنوب شرق آسيا نحو ٦٥٤ نسمة، وفي أفريقيا نحو ٨٠٦ نسمة (WHO, WHS, 2015, P.122).

ويتضح أيضاً التفاوت الصارخ بين أفريقيا وباقي قارات العالم والعالم عند ملاحظة عدد السكان لكل سرير في مناطق العالم المختلفة، حيث تحقق أوروبا تقدماً ملحوظاً في توفير الرعاية الصحية لأبنائها فقد بلغ عدد السكان لكل سرير نحو

١٧٤٢ نسمة في مقابل ٢٣٨١ نسمة/سرير في إقليم غرب الباسيفيك، ونحو ٤٤٦٤ نسمة/سرير في الأمريكيتين، ٤٣٦٧ نسمة/سرير على المستوى العالمي، ولكن الوضع اسوأ ما يكون في إقليم شرق المتوسط (١٤٢٨٦ نسمة/سرير) وفي جنوب شرق آسيا (٤١٦٦٧ نسمة/سرير) وفي الإقليم الأفريقي (٢٩٤١٢ نسمة/سرير) عام (WHO, WHS, 2015, P.122).

والى جانب هذا التفاوت في أفريقيا، نجد تفاوتاً صارخاً بين توفير الموارد البشرية في كل من الحضر والريف، حيث تستأثر المناطق الحضرية بأعلى نسبة من الكوادر البشرية العاملة والمراكز الصحية تاركة المناطق الريفية التي تشهد أعلى معدلات لوفيات الرضع والأمهات تثن تحت وطأة انتشار الأمراض والفقر والجهل.

ب- الانفاق الصحي :

يعد التعرف على معدلات الانفاق على الصحة باعتبارها أحد المحددات الأساسية التي تساهم في زيادة فرص الحصول على الخدمات الصحية إلى جانب ما تقوم به جهود حكومية وأهلية متعددة تسهم في توفير موارد بطريقة مباشرة أو غير مباشرة للخدمات الصحية الوقائية والعلاجية، حيث تمثل المعوقات التمويلية أحد أهم العقبات التي تؤدي إلى انخفاض أداء قطاع الخدمات الصحية ويلاحظ انخفاض الانفاق على الصحة في الإقليم الأفريقي مقارنة بالأمريكيتين وأوروبا وحتى على المستوى العالمي، وإن كان يزيد عن نسبة الإنفاق على الصحة في جنوب شرق آسيا وإقليم شرق المتوسط وذلك خلال الفترة (٢٠٠٠-٢٠١٢).

تأتي الأمريكيتان في المرتبة الأولى على مستوى العالم من حيث نسبة الانفاق على الصحة والتي ارتفعت من ١١% عام ٢٠٠٠ إلى ١٣.٦% من الناتج المحلي الإجمالي عام ٢٠١٢، تليها أوروبا والتي ارتفعت فيها نسبة الإنفاق على الصحة من ٧.٩% عام ٢٠٠٠ إلى ٨.٩% من الناتج المحلي الإجمالي عام ٢٠١٢، وجاء إقليم

غرب الباسيفيك في المركز الثالث وقد ارتفع معدل الانفاق من ٥.٨% إلى ٦.٦%، ثم الإقليم الأفريقي حيث ارتفع حجم الاتفاق من ٤.٢% عام ٢٠٠٠ إلى ٥.٦% عام ٢٠١٢، وجاء إقليم شرق البحر المتوسط في المركز الخامس وارتفع حجم الانفاق على الصحة من ٤% من الناتج المحلي الإجمالي عام ٢٠٠٠ إلى ٤.٦% عام ٢٠١٢، وسجل إقليم جنوب شرق آسيا أدنى معدل انفاق على الصحة وبنسبة ٣.٦%، ٣.٧% خلال عامي ٢٠٠٠، ٢٠١٢ على الترتيب (WHO, WHS, 2015, P.134).

وارتفع المتوسط العالمي للانفاق على الصحة من ٧.٧% عام ٢٠٠٠ إلى ٨.٦% عام ٢٠١٢.

الخلاصة :

أوضحت الدراسة السابقة أن هناك العديد من التحديات التي تواجه الأمن الصحي في أفريقيا وهي كالتالي:

- ١- انخفاض العمر المتوقع في أفريقيا مقارنة بباقي مناطق العالم والعالم، ونلاحظ تفاوتاً أساسياً بين أقاليم القارة الأفريقية ففي إقليم جنوب أفريقيا نجد انخفاض العمر المتوقع من ٦٢ عاماً عام ١٩٩٠ إلى ٥٩ عاماً عام ٢٠١٣، إلا أن باقي الأقاليم شهدت ارتفاع في العمر المتوقع خلال نفس الفترة ويعتبر إقليم شمال أفريقيا هو الأفضل من حيث توقع الحياة عند الميلاد والذي ارتفع من ٦٥ عاماً إلى ٧١ عاماً. نتيجة لما تشهده القارة من الصراعات والجفاف وانخفاض في مستوى المعيشة وارتفاع في معدلات الأمية وارتفاع نسبة الفقر وانتشار الأمراض المعدية وخاصة الإيدز، الملاريا، الإيبولا، وغيرها من الأمراض الفتاكة مما انعكس على عمر أبنائها.
- ١- تتجلى نواحي التفاوت بين الدول الأفريقية في الحياة الصحية المتوقعة حيث حقق إقليم شمال أفريقيا أعلى توقع للحياة التي يمكن أن يعيشها الفرد في صحة والتي بلغت ٦١ عاماً في حين حقق إقليم وسط أفريقيا أدنى توقع لحياة صحية

بلغ ٤٨ عاماً عام ٢٠١٣، كما تباينت دول القارة الأفريقية من حيث الحياة الصحية المتوقعة حيث حققت الدول الثمانية الأولى في توقع الحياة عند الميلاد توقع للحياة الصحية يزيد عن ٦٠ عاماً، في حين حققت تسع وعشرين دولة توقع لحياة صحية تتراوح بين ٥٠-٦٠ عاماً تتركز جميعها في أفريقيا جنوب الصحراء، أما أدنى عمر صحي فيوجد في ١٧ دولة تتركز جميعها في أفريقيا جنوب الصحراء أيضاً. ونجد أن سيراليون سجلت أدنى عمر صحي بين دول القارة الأفريقية بلغ ٣٨ عاماً في حين سجلت سيشل أعلى عمر صحي بلغ ٦٧ عاماً وذلك عام ٢٠١٣.

- ٢- ارتفاع معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة، ومعدلات وفيات الأطفال الرضع، معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة، ومعدلات وفيات البالغين، معدل وفيات الأمهات في 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 للأمم المتحدة والخدمات الأساسية للرعاية الصحية. مما يمثل تحدياً صحياً رئيساً لدول القارة الأفريقية.
- ٣- هناك العديد من المشاكل التي تواجه القطاع الصحي في دول القارة الأفريقية.

لذا يجب على دول القارة الأفريقية 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- 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 القارة والقضاء على هذه المشاكل.

ملحق (١) : بعض المؤشرات الصحية لكل ١٠٠٠ مولود حتى خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠١٣).

نسبة الانخفاض %	وفيات الأمهات لكل ١٠٠ ألف ولادة حية		وفيات الإناث البالغات		وفيات الإناث البالغين		وفيات الذكور البالغين		وفيات الأطفال دون الخامسة	وفيات الأطفال الرضع	وفيات حديثي الولادة	الدولة
	٢٠١٣	١٩٩٠	٢٠١٣	١٩٩٠	٢٠١٣	١٩٩٠	٢٠١٣	١٩٩٠	٢٠١٣	٢٠١٣	٢٠١٣	
٤٤	٨٩	١٦٠	١٢١	١٥٢	١٦٤	١٩٩	٢٥٢	٢٧٠	٢٧٠	٢٧٠	١٣٠	الجزائر
٦٣	٤٥	١٢٠	١١٧	١٤٥	١٩٣	٢٣٢	٢١٠	٢١٠	٢١٠	٢١٠	١١٠	مصر
٥٢	١٥	٣١	٨٠	١٤٢	١١٧	١٩٤	١٤٥	١٤٥	١٤٥	١٤٥	٨٠	نيجيريا
٦١	١٢٠	٣١٠	١٢١	١٧٢	١٧٠	٢٢٤	٣٠٤	٣٠٤	٣٠٤	٣٠٤	١٧٠	المغرب
٥٠	٣٦٠	٧٢٠	٢١٢	٢٧٦	٢٧٤	٣٤٢	٧٦٠	٧٦٠	٧٦٠	٧٦٠	٢٩٠	السودان
٤٩	٤٦	٩١	٦٩	١٠٢	١٣٠	١٤٦	١٥٢	١٥٢	١٥٢	١٥٢	٩	تونس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الصحراء الغربية
٥٣	١١٣	٢٢٩	١٢٠	١٦٥	١٧٥	٢٢٣	٣٠٦	٣٠٦	٣٠٦	٣٠٦	١٥٠	الشمال الأفريقي
٤٣	٣٤٠	٦٠٠	٢٢٨	٢٤٦	٢٨٤	٣١٨	٨٥٣	٨٥٣	٨٥٣	٨٥٣	٢٦٠	بنين
٤٨	٤٠٠	٧٧٠	٢٥٦	٣١٣	٢٩٨	٣٧١	٩٧٠	٩٧٠	٩٧٠	٩٧٠	٢٦٠	بوركينافاسو
٧٧	٥٣	٢٣٠	٦٨	١٦٧	١٤٤	٢٤٠	٢٦	٢٦	٢٦	٢٦	١١٠	الرأس الأخضر
٣	٧٢٠	٧٤٠	٣٩٨	٣٥١	٤١٠	٤١٢	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٣٧٠	كوت ديفوار
٣٩	٤٣٠	٧١٠	٢٤٠	٣٠٠	٢٩٥	٣٤٨	٧٣٠	٧٣٠	٧٣٠	٧٣٠	٢٨٠	غينيا
٥٠	٣٨٠	٧٦٠	٢٢٢	٢٦٠	٢٦١	٢٩٩	٧٨٠	٧٨٠	٧٨٠	٧٨٠	٢٩٠	غانا
٤١	٦٥٠	١١٠٠	٢٦٧	٣٠٧	٣٠١	٣٥٥	١٠٠٧	١٠٠٧	١٠٠٧	١٠٠٧	٣٢٠	غينيا
٤٠	٥٦٠	٩٣٠	٣٢٥	٢٨٦	٢٩٣	٣٦٥	١٢٣٠	١٢٣٠	١٢٣٠	١٢٣٠	٤٤	غينيا بيساو
٤٧	٦٤٠	١٢٠٠	٢٤٠	٣٧٦	٢٧٩	٥٤٤	٧١٠	٧١٠	٧١٠	٧١٠	٢٥٠	ليبيريا
٥٠	٥٥٠	١١٠٠	٢٧٥	٣٤٠	٢٧٧	٣٤٨	١٢٢٠	١٢٢٠	١٢٢٠	١٢٢٠	٤٠٠	مالي
٤٩	٣٢٠	٦٣٠	١٨٧	٢٢٣	٢٣٤	٢٧٠	٩٠٠	٩٠٠	٩٠٠	٩٠٠	٣٤٠	موريتانيا
٣٧	٦٣٠	١٠٠٠	٢٤١	٢٩٥	٢٥٢	٣١٧	١٠٤٠	١٠٤٠	١٠٤٠	١٠٤٠	٢٧٠	النيجر
٥٣	٥٦٠	١٢٠٠	٣٢٥	٣٦٤	٣٥٧	٤٠٨	١١٧٠	١١٧٠	١١٧٠	١١٧٠	٣٧٠	نيجيريا
٤٠	٣٢٠	٥٣٠	١٩٢	٢٢٠	٢٤٤	٢٨٢	٥٥٣	٥٥٣	٥٥٣	٥٥٣	٢٣	السنغال
٥٢	١١٠٠	٢٣٠٠	٤٢٣	٥١٢	٤٤٤	٥٢٥	١٦٠٠	١٦٠٠	١٦٠٠	١٦٠٠	٤٤٠	سيراليون

تابع ملحق (١)

نسبة الاحتياط %	وفيات الأمراض تحت ١٠٠ ألف وولاية حية		وفيات الإناث البالغات		وفيات الذكور البالغين		وفيات الأطفال دون الخامسة ٢٠١٣	وفيات الأطفال الرضع ٢٠١٣	وفيات حديثي الولادة ٢٠١٣	الولاية
	٢٠١٣	١٩٩٠	٢٠١٣	١٩٩٠	٢٠١٣	١٩٩٠				
٣٢	٤٥٠	٦٦٠	٢٧٩	٢٥٩	٣٢٣	٣٠٤	٨٤,٧	٥٥,٨	٣٠,٤	تنجو
٧٨	٥٠٦	٧٠٢	٢٦١	٣٠١	٣٠٠	٣٥٧	٩٣,٢	٦٢,٣	٣١,٣	غرب أفريقيا
٤٣	٧٤٠	١٣٠٠	٣٠٠	٣٥٦	٣٥٩	٤١٧	٨٢,٩	٥٤,٨	٢٩,٨	بوروندي
٤٤	٣٥٠	٦٣٠	٢٣٤	٢٨٣	٢٨١	٣٤٧	٧٧,٩	٥٧,٩	٣٠,٨	جزر القمر
٤٣	٢٣٠	٤٠٠	٢٤٥	٢٦٩	٢٨٦	٣٢٤	٦٩,٦	٥٧,٤	٣١,٢	جيبوتي
٧٨	٣٨٠	١٧٠٠	٢٢٩	٤٤٧	٣٠١	٥٣٤	٤٩,٩	٣٦,١	١٧,٧	إريتريا
٧٠	٤٢٠	١٤٠٠	١٩٨	٣٦٦	٢٣٩	٤٧٨	٦٤,٤	٤٤,٤	٢٧,٥	أنجولا
١٨	٤٠٠	٤٩٠	٢٥٠	٢٢٨	٢٩٩	٢٨٧	٧٠,٧	٤٧,٥	٢٦,٣	كينيا
٤١	٤٤٠	٧٤٠	٢٠٨	٣٢٠	٢٥٧	٣٧٠	٥٦	٣٩,٦	٢١,٤	مدغشقر
٥٤	٥١٠	١١٠٠	٢٩٠	٤٠٧	٣٦٢	٤٦٧	٦٧,٩	٤٤,٢	٢٣,٢	ملاوي
٤٤	٧٣	٧٠	٩٥	١٢١	٢٠٢	٢٦٤	١٤,٣	١٢,٥	٨,٨	موريشيوس
٦٣	٤٨٠	١٣٠٠	٤٣٢	٣٨٤	٤٣٨	٤٥٩	٨٧,٢	٦١,٥	٣٠,٤	موزمبيق
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ريونيون
٧٧	٣٢٠	١٤٠٠	١٩٦	٤٠٦	٢٤٦	٤٨٧	٥٢	٣٧,١	٢٠,١	رواندا
-	-	-	٩٩	١٢٧	٢١٤	٣١٨	١٤,٢	١٢,٢	٨,٩	سيشل
٣٥	٨٥٠	١٣٠٠	٧٨٩	٣٦٤	٣٣٩	٤٧٣	١٤٥,٦	٨٩,٨	٤٦,٢	الصومال
٥٩	٧٣٠	١٨٠٠	٣٧٣	٣٩١	٣٥٣	٤٤٨	٩٩,٢	٦٤,١	٣٩	ج.السودان
٥٥	٤١٠	٩١٠	٢٤٤	٣٢٨	٣١٤	٣٨٨	٥١,٨	٣٦,٤	٢٠,٧	تنزانيا
٥٤	٣٦٠	٧٨٠	٣٠٧	٤١٨	٣٨٠	٥٠٣	٦٦,١	٤٣,٨	٢٢,١	أوغندا
٥٢	٢٨٠	٥٨٠	٣٠٣	٤٥٢	٣٥٦	٦٣٤	٨٧,٤	٥٥,٨	٢٩,٣	زامبيا
١٠	٤٧٠	٥٢٠	٧٨٨	٢٥٥	٣٨٥	٣٠٨	٨٨,٥	٥٥	٣٩,٢	زيمبابوي
٥٥	٤٣٨	٩٦٦	٢٥٢	٣٢٩	٣١٢	٤١٧	٦٩,٢	٤٧,٢	٢٦,٣	شرق أفريقيا
٦٧	٤٦٠	١٤٠٠	٣٢٢	٤٠٩	٣٧٢	٥٠٥	١٦٧,٤	١٠١,٦	٤٦,٦	أنجولا

تابع ملحق (1)

الدولة	وفيات حديثى الولادة ٢٠١٣		وفيات الأطفال الرضع ٢٠١٣	وفيات الأطفال دون الخامسة ٢٠١٣	وفيات الذكور البالغين		وفيات الإناث البالغات		وفيات الأمهات لكل ١٠٠ ألف ولادة حية	
	٢٠١٣	١٩٩٠			٢٠١٣	١٩٩٠	٢٠١٣	١٩٩٠	٢٠١٣	١٩٩٠
الكامبيرون	٢٨,٢	٦٠,٨	٦٠,٨	٩٤,٥	٣٤٠	٣٧٠	٣٤١	٢٨٧	٧٢٠	٥٩٠
ج. أفريقيا الوسطى	٤٣	٩٦,١	٩٦,١	١٣٩,٢	٤٤٧	٤٣٣	٤١٢	٣٧٦	١٢٠٠	٨٨٠
تشاد	٣٩,٨	٨٨,٥	٨٨,٥	١٤٧,٥	٥٠١	٤١٠	٣٧٧	٤٠١	١٧٠٠	٩٨٠
الكونغو	١٩,٤	٣٥,٦	٣٥,٦	٤٩,١	٣٧٩	٣٢٣	٢٨٠	٣٢٥	٦٧٠	٤١٠
ج. الكونغو الديمقراطية	٣٨,٢	٨٦,١	٨٦,١	١١٨,٥	٤٠١	٣٧٩	٣٢٠	٣٤٥	١٠٠٠	٧٣٠
غينيا الاستوائية	٣٣,٢	٦٩,٣	٦٩,٣	٩٥,٨	٤١١	٣٦٨	٣١٩	٣٥٣	١٦٠٠	٢٩٠
جاون	٢٢,٨	٣٩,١	٣٩,١	٥٦,١	٢٦٧	٢٩٦	٢٣٥	٢٢١	٣٨٠	٢٤٠
ساوتومي وبرنسيب	١٩,٤	٣٦,٧	٣٦,٧	٥١	٢٦٤	٢٢١	١٦٨	٢١٠	٤١٠	٢١٠
وسط أفريقيا	٣٢,٣	٦٨,٢	٦٨,٢	١٠٢,١	٣٩١	٣٥٢	٣٠٨	٣٢٥	١٠٠٩	٥٣٢
بوتسوانا	٢٤,٩	٣٦,٣	٣٦,٣	٤٦,٦	٢٤٣	٣٢١	٢٥٤	٢٤٢	٣٦٠	١٧٠
ليسوتو	٤٣,٩	٧٣	٧٣	٩٨	٢٩٧	٥٧٧	٤٩٢	٢٤٧	٧٢٠	٤٩٠
ناميبيا	٢١,٨	٣٥,٢	٣٥,٢	٤٩,٨	٢٦٨	٢٥٥	١٧٧	٢٣٠	٣٢٠	١٣٠
ج. جنوب أفريقيا	١٤,٨	٣٢,٨	٣٢,٨	٤٣,٩	٣٤٤	٤٤١	٣٢٠	٢١٩	١٥٠	١٤٠
سوازيلاند	٢٩,٨	٥٥,٩	٥٥,٩	٨٠	٢٥٣	٥١٥	٤٩٦	٢٨٨	٥٥٠	٣١٠
إقليم جنوب أفريقيا	٢٧	٤٦,٦	٤٦,٦	٦٣,٧	٢٨١	٤٢٢	٣٤٨	٢٤٥	٤٢٠	٢٤٨
أفريقيا	٣٠,٥	٥٩,٩	٥٩,٩	٩٠,١	٣٩٥	٣٣٢	٢٨١	٣٢٦	٩٦٠	٥٠٠
الأمريكتان	٧,٦	١٢,٤	١٢,٤	١٤,٧	٢٠٥	١٥٧	٨٧	١١٥	١١٠	٦٨
جنوب شرق آسيا	٢٥,٩	٣٧,٣	٣٧,٣	٤٦,٩	٢٧٦	٢١٩	١٤٦	٢٢٦	٥٢٠	١٩٠
الإقليم الأوروى	٦,١	١٠,٥	١٠,٥	١٢,٢	٢١٦	١٧٨	٧٩	٩٦	٤٢	١٧
شرق البحر المتوسط	٢٥,٨	٤٢,٥	٤٢,٥	٥٥,٢	٢٣٩	١٨١	١٣٥	١٩٦	٣٤٠	١٧٠
غرب المحيط الهادى	٨,٤	١٢,٧	١٢,٧	١٥,٣	١٧٤	١١٤	٧٦	١١٩	١١٠	٤٥
العالم	٢٠	٣٣,٦	٣٣,٦	٤٥,٦	٢٣٣	١٨٢	١٢١	١٦١	٣٨٠	٢١٠

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإقليمى، ٢٠١٤، ص ٤٤-٤٥.

WHO, WHS.2015, pp. 27-28, 34-35, 58-73.

المصادر والمراجع

أولاً : المراجع العربية.

١. الأمم المتحدة، الجمعية العامة، مجلس حقوق الانسان، تجميع للمعلومات أعدته المفوضية السامية لحقوق الانسان وفقاً للفقرة ١٥ (ب) من مرفق قرار مجلس حقوق الانسان ١١٥ زمبابوي، الفريق العامل المعني بالاستعراض الدوري الشامل، الدورة الثانية عشرة جنيف ١٣-١٤ أكتوبر ٢٠١١. على موقع: Opendocpdf./rwwmain/www.refworld.org
٢. الأمم المتحدة، تقرير عن الاهداف الإنمائية لللفية عام ٢٠٠٥، نيويورك، ٢٠٠٦.
٣. أمال حلمي سليمان، جغرافية الامراض والرعاية الصحية في افريقيا، دار اقليم النشر، ٢٠١٤.
٤. اليونيسيف، وضع الاطفال في العالم ٢٠٠٩، المطبعة العربية، عمان، الاردن.
٥. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، المكتب الاقليمي للدول العربية، تقرير التنمية الانسانية العربية للعام ٢٠٠٩، تحديات امن الانسان في البلدان العربية، بيروت، لبنان، ٢٠١٠.
٦. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية ٢٠١٤، المضى في التقدم: بناء المنعة لدرء المخاطر، نيويورك ٢٠١٤.
٧. فاتن محمد البناء، ايناس فؤاد غبور، الايدز بين التغير الزماني والمكاني في افريقيا، افريقيا قارة المستقبل الواعد تأليف نخبة من اساتذة قسم الجغرافيا معهد البحوث والدراسات الافريقية، تحرير السعيد ابراهيم البدوي، مطبعة الرسالة، ٢٠١٥.
٨. ماجدة إبراهيم عامر، الفقر في غرب أفريقيا "دراسة جغرافية تحليلية"، الجمعية الجغرافية المصرية، سلسلة بحوث جغرافية، العدد الثلاثون، ٢٠١٠.
٩. ماجدة إبراهيم عامر، التحديات السكانية والأمن الصحي في دول حوض النيل المؤتمر الدولي السنوي حول آفاق التعاون والتكامل بين دول حوض النيل الغربي والتحديات، ٢٥-٢٦ مايو ٢٠١٠، تحرير محمود أبو العينين، عباس محمد شراقي، معهد البحوث والدراسات الأفريقية، جامعة القاهرة، ٢٠١٠.

١٠. منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨، الرعاية الصحية الأولية الآن أكثر من أى وقت مضى، جنيف، ٢٠٠٨.

ثانياً : المراجع غير العربية.

1. UNADIS, Global Report, Report on the global AIDS epidemic 2013, UNADIS, 2013.
2. WHO, World Malaria Report, 2014, Geneva, 2014.
3. WHO, Global Tuberculosis Report, 2014, Geneva, 2014.
4. WHO, World Health Statistics, Geneva, 2015.
5. www.unicef.org/arabic/media/24327_70378.html
6. www.un.org/ar/millenniumgoals/childhealth.html
7. css.escwa.org.ib>mdgindicators5.1PDF

* * *