

لكل طفل، فرصة للعيش

الحاجة الملحة لإنهاء وفيات المواليد الجدد

كلمة شكر

مسئول الإنتاج: غاي تايلور

الكتاب الرئيسيون: سيوبهان ديفيان، غاي تايلور

البيانات والتحليل: ليليانا كارفاجال-آغيري، لوسيا هُغ، تايلر بورث ودانزهاين يو

التحليل والمراجعة التقنية: مايكي آرتس، فرانس بيغن، تيد شايبان، لورانس شاندي، شيكا هاياشي،
مارك هيروارد، فريندا ميهر، أناستاسيا مشفيدوبادزي، لوي بيرسون، ستيفان بيترسون، كاترين روجرز،
ديفيد شارو، إيروم تقي، نبيلة زاكا وويليبلاذ زيك.

والشكر موصول لسينا لي، وبادريك مورفي وماريا إيلانور ريسيرفا لتقديمهم الدعم الإضافي
في تحليل البيانات ومراجعتها.

التحرير: تارار دولي، ميغ فرينتس وكاترين روجرز.

تحرير الطباعة: كريستين مويهلمان

تدقيق الحقائق: شين بي وياسمين هاغي

التصميم الطباعي: Quo Global

يُعرَّب مؤلِّفو هذا التقرير عن امتنانهم الخاص للزملاء في مكاتب اليونيسف القطرية وبصفةٍ خاصة
مكتب اليونيسف في إثيوبيا ومكتب اليونيسف في ملاوي على ما قدَّماه من دعم، وللدكتورة مارغريت إي.
كوك من كلية تي. إتش. تشان للصحة العامة في جامعة هارفارد، والبروفيسور جوي لاون من كلية لندن
للنظافة الصحية والطب المداري في لندن وذلك على آرائهم القيِّمة.

لكل طفل، فرصة للعيش الحاجة الملحة لإنهاء وفيات المواليد الجدد

الحقوق محفوظة لليونيسف، 2018.

مصادر الصور

- الغلاف: © UNICEF/UN0157449/Ayene
الصفحة 4: © UNICEF/UNI39905/Chute
الصفحة 7: © UNICEF/UNI150965/Asselin
الصفحة 9: © UNICEF/UN0157425/Ayene
الصفحة 10: © UNICEF/UNI139096/Chute
الصفحة 15: © UNICEF/UNI100595/Asselin
الصفحة 17: © UNICEF/UN0147842/BOSCH/AFP
الصفحة 18: © UNICEF/UN0155830/Zammit
الصفحة 23: © UNICEF/UN0157421/Ayene
الصفحة 24: © UNICEF/UNI100590/Asselin
الصفحة 27: © UNICEF/UN0146977/Voronin
الصفحة 28: © UNICEF/UNI182031/Rich
الصفحة 30: © UNICEF/UNI100801/Asselin

يجب الحصول على إذن من أجل استنساخ
أي جزء من هذا المنشور، وسيتم منح الإذن مجاناً
للمؤسسات التعليمية وغير الربحية.

يرجى الاتصال بـ:

Private Fundraising and Partnerships
UNICEF, Palais des Nations
1211 Genève 10, Switzerland

المحتويات

1	ملخص تنفيذي
5	تحدي الحفاظ على فرصة كل طفل بالعيش
6	ولادة الأجنة ميتين: مأساة يكتنفها الصمت
11	أين يموت الأطفال الصغار؟
11	أكثر أماكن الولادة خطرًا
13	أكثر أماكن الولادة أمانًا
14	تفاوت المخاطر التي يتعرض لها المواليد حديثو الولادة تفاوتًا كبيرًا بين البلدان وفي داخلها
19	برنامج للعمل
19	توسيع إتاحة الخدمات الصحية أمرٌ بالغ الأهمية
19	الإتاحة لا تكفي – الجودة أمرٌ رئيسي
20	الطريق نحو المستقبل
20	1. المكان: مرافق صحية نظيفة وتؤدي وظيفتها
21	2. الأشخاص: العاملون المدربون تدريبًا جيدًا في مجال الرعاية الصحية
21	3. المنتجات: الأدوية والمعدات المنقذة للأرواح
22	4. القدرة: الكرامة والاحترام والمساءلة
25	لكل طفل فرصة للعيش
29	الحواشي
31	المرفق معدلات وفيات المواليد الجدد وترتيب البلدان طبقًا لفتات الدخل

تخيّلِي للحظة أنك على وشك الولادة. أنتِ في المنزل، ولا يوجد معك سوى عدد قليل من أفراد أسرتك. إنك تتألّمين ولكنك لا تستطيعين الوصول لطبيب أو ممرضة أو قابلة. وأنت تعلمين أن هناك خطراً حقيقياً يتمثل في عدم نجاةك من الولادة أنتِ وطفلك الذي انتظرته طويلاً. وحتى إن نجوتِ أنتِ وطفلك، فإنك تعلمين أن الأيام والأسابيع التالية ستكون محفوفةً بالمخاطر.

والآن تخيلي أنك قابلة تستعدين لاستقبال طفل غير مكتمل النمو، المركز الصحي الذي تعملين فيه لا توجد فيه مياه جارية ولا كهرباء ويوجد به قدر قليل من المستلزمات. أنت تقفين في الظلام، تعصّين هاتفك المحمول بأسنانك وَصَووّه الخافت هو الضوء الوحيد المتاح لك. الأم التي بين يديك عمرها 16 عامًا وقد دخلت في المرحلة النشطة من المخاض وأنت مصدر المساعدة الطبية الوحيد بالنسبة لها وأملها الوحيد.

تُظهر هذه السيناريوهات الواقع القاسي الذي يواجه ملايين الأمهات والأطفال والعاملين في مجال الصحة في شتى أنحاء العالم.

لكل طفل، فرصة للعيش.

ملخص تنفيذي

في كل عام يموت 2.6 مليون طفل رضيع قبل إتمام شهرهم الأول،¹ مليون منهم يتنفسون أول وآخر نفس لهم في اليوم الذي يولدون فيه. وهناك 2.6 مليون طفل يولدون ميتين.

كل وفاة من هذه الوفيات هي مأساة، خاصة وأنَّ بالإمكان منع معظمها. تحدث أكثر من 80 في المئة من وفيات المواليد الجدد نتيجة الولادة قبل الأوان، ونتيجة المضاعفات التي تحدث أثناء المخاض والولادة والعدوى مثل الإبتان والالتهاب السحائي والالتهاب الرئوي. وتمثل أسباب مماثلة، وبخاصة المضاعفات أثناء المخاض، نسبة كبيرة من حالات الإجهاض.

يمكن إنقاذ ملايين الأرواح سنويًا إذا أُتيح للأمهات والأطفال الرضع الوصول إلى الرعاية الصحية عالية الجودة، والتغذية الجيدة والمياه النظيفة. ولكن غالبًا ما تكون هذه الأساسيات بعيدًا عن متناول الأمهات والأطفال الرضع وهم الأشد احتياجًا إليها.

انخفضت الوفيات بين الأطفال ممن تبلغ أعمارهم شهرًا واحدًا إلى 5 أعوام انخفاضًا كبيرًا في العقود الأخيرة. ولكن التقدم المحرز في خفض وفيات المواليد الجدد – البالغين من العمر أقل من شهر واحد – كان أقل إثارة للإعجاب، حيث لا يزال 7,000 مولود جديد يموتون يوميًا. ويرجع هذا بصورة جزئية إلى صعوبة معالجة وفيات حديثي الولادة بدواء أو تدخل واحد – فهي تتطلب نهجًا على مستوى المنظومة بأسرها. كما يزدُّ ذلك أيضًا إلى انعدام الزخم والالتزام العالمي بنجاة المواليد الجدد. إننا نخذل أصغر وأضعف أناسٍ على وجه الكوكب – ومع تعرُّض ملايين الأرواح للخطر، فإن عامل الوقت أصبح حاسمًا.

وكما يُظهر هذا التقرير، يتفاوت خطر الوفاة كمولود جديد تفاوتًا كبيرًا طبقًا للمكان الذي يولد فيه الطفل. فالأطفال الذين يولدون في اليابان تتاح لهم أكبر فرص البقاء، حيث لا يموت سوى 1 لكل 1,000 في أثناء الأيام الـ 28 الأولى،² أما الأطفال الذين يولدون في باكستان فيواجهون أسوأ الاحتمالات: فمن بين كل 1,000 طفل يولدون، يموت 46 منهم بنهاية شهرهم الأول – أي ما يقرب من 1 لكل 20.

يرتبط بقاء المواليد الجدد ارتباطًا وثيقًا بمستوى دخل البلد. يبلغ متوسط معدل وفيات المواليد الجدد (عدد الوفيات لكل ألف مولود حي) للبلدان مرتفعة الدخل 3 فقط.³ وبالمقارنة، يبلغ معدل وفيات المواليد الجدد في البلدان منخفضة الدخل 27. هذه الفجوة كبيرة: فإذا خفضت كل البلدان معدل وفيات المواليد الجدد إلى متوسط البلدان مرتفعة الدخل أو أقل بحلول عام 2030، يمكن إنقاذ حياة 17 مليون مولود جديد.

ولكن مستوى الدخل لبلدٍ ما لا يُفسر سوى جزء من القصة. في الكويت والولايات المتحدة الأمريكية، وكلاهما من البلدان مرتفعة الدخل، يبلغ معدل وفيات المواليد الجدد 4. وهذا أحسن قليلاً من بلدان الدخل المتوسط الأدنى مثل سريلانكا وأوكرانيا، حيث يبلغ معدل وفيات المواليد الجدد 5. خفضت رواندا، وهي من البلدان منخفضة الدخل، معدل وفيات المواليد الجدد إلى أقل من النصف في العقود الأخيرة، حيث خفضته من 41 في عام 1990 إلى 17 في عام 2016، مما يضعها أمام بلدان الدخل المتوسط الأعلى مثل جمهورية الدومينيكان، حيث يبلغ معدل وفيات المواليد الجدد 21. ويبين هذا أن وجود الإرادة السياسية للاستثمار في أنظمة صحية قوية تعطي الأولوية لحديثي الولادة وتصل إلى الفئات الأشد فقرًا وتهميشًا يُعد أمرًا حاسمًا ويمكن أن يصنع فرقًا كبيرًا، حتى حين تكون الموارد محدودة.

وبالإضافة إلى ذلك، فإن معدلات الوفيات الوطنية غالبًا ما تُخفي التفاوتات داخل البلدان: فالأطفال الذين يولدون لأمهاتٍ غير متعلّقات يواجهون ما يقرب من ضعف خطر الموت أثناء فترة حديثي الولادة بالمقارنة بالأطفال الذين يولدون لأمهات تلقين تعليمًا ثانويًا على الأقل. يزداد احتمال وفاة الأطفال من الأسر الأكثر فقرًا في أثناء فترة حديثي الولادة بأكثر من 40 في المئة بالمقارنة بالأطفال الذين يولدون في أسر أقل فقرًا.⁴

وإذا وضعنا في الاعتبار الأسباب الجذرية، فإن هؤلاء الأطفال لا يموتون نتيجة الأسباب الطبية مثل الخداج أو الالتهاب الرئوي، بل يموتون لأنّ أسرهم تعاني من الفقر أو التهميش إلى درجة لا تسمح لها بالوصول إلى الرعاية التي تحتاجها. ومن بين جميع أوجه الظلم في العالم، يعد هذا أكثرها جوهريةً.

غير أنّ ما يُبسّر بالخير هو أن هذا التقدم قابلٌ للإنجاز، حتى في ظل شح الموارد. فالنجاحات في بلدان مثل رواندا تعطي أملاً ودروسًا لغيرها من البلدان الملتزمة بالحفاظ على كل طفلٍ حي، وعلى وجه التحديد، فإنها تُظهر أن هناك خطوتين حاسمتين:

1. زيادة إتاحة الرعاية الصحية المعقولة التكلفة

2. تحسين جودة هذه الرعاية

ترتبط المستويات المنخفضة من إتاحة الخدمات الصحية للأم والوليد عن طريق مقدمي خدمات صحية مهرة ارتباطًا وثيقًا بمعدلات وفيات المواليد الجدد. ففي الصومال، وهو أحد أعلى بلدان العالم في معدلات وفيات المواليد الجدد (39)، هناك طبيب واحد أو ممرضة أو قابلة لكل 10,000 شخص. وفي جمهورية أفريقيا الوسطى، حيث يبلغ معدل وفيات المواليد الجدد 42، لا يوجد سوى 3. وبالمقارنة، فإن النرويج التي يبلغ معدل وفيات المواليد الجدد فيها 2، لديها 218 من العاملين المهرة في مجال الصحة لكل 10,000 شخص. أما البرازيل، وهي إحدى البلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى، ويبلغ معدل وفيات المواليد الجدد فيها 8، فيوجد لديها 93 عامل صحي.

لذا فإن تحسين إتاحة الخدمات الصحية للأمهات والمواليد الجدد يُعدّ بمثابة خطوة أولى لازمة لخفض معدلات وفيات المواليد الجدد. وبرغم ذلك، فإن جودة الخدمات غير مناسبة، ومُجَرّد وجود مُنشأة صحية أو عامل صحي لا يكفي لإحداث الفرق بين الحياة والموت.

ليس إنقاذ الأرواح أمرًا هينًا على الإطلاق، ولن تستطيع حكومة أو مؤسسة واحدة تعمل بمفردها مواجهة تحدي إنهاء وفيات المواليد الجدد التي يمكن منعها. وفعليًا، فإن توفير الرعاية الصحية ذات التكلفة المقبولة والجودة العالية لكل أم ولكل رضيع، بدءًا من الأكثر عرضة للخطر، سوف يتطلب ما يلي:

• **المكان:** ضمان وجود المنشآت الصحية النظيفة والصالحة للعمل، المجهزة بالمياه والصابون والكهرباء في مُتناول كل امرأة وطفل رضيع.

• **الأشخاص:** توظيف أعداد كافية من الأطباء والممرضات والقابلات وتدريبهم والحفاظ عليهم وإدارتهم، ممّن يمتلكون الكفاءة والمهارات اللازمة لإنقاذ حياة المواليد الجدد.

• **المنتجات:** إتاحة أكثر من 10 منتجات وأدوية ولوازم ومعدات منقذة للأرواح لكل أم وطفل (انظر الشكل رقم 6).

• **القدرة:** تمكين المراهقات والأمهات والأسر من المطالبة بالرعاية عالية الجودة وتلقّيها.

جودة الرعاية

تُعرّف جودة الرعاية بمدى تحسين خدمات الرعاية الصحية للنواتج الصحية المرغوبة. لتحقيق رعاية عالية الجودة وتحسين النواتج يجب أن يتوفر للأطباء والممرضين والقابلات التدريب والموارد والحوافز التي تمكنهم من تقديم علاج موقوت وفعال ومُحترم لكل أم ولكل طفل.

ولتحفيز التقدم في جودة الرعاية وخفض اعتلال وفيات الأمهات والمواليد الجدد التي يمكن الوقاية منها، ولتحسين تجربة الرعاية لكل أم، أطلقت منظمة الصحة العالمية واليونيسف في عام 2017 شبكة جودة الرعاية، المخصصة لتحسين جودة الرعاية للأمهات والأطفال والمواليد الجدد.

تُمثّل حملة اليونيسف العالمية التي تحمل اسم "لكل طفل، فرصة للعيش" نداءً عاجلاً إلى الحكومات والأعمال التجارية ومقدمي الرعاية الصحية والمجتمعات المحلية والأفراد للوفاء بوعود التغطية الصحية الشاملة والحفاظ على كل طفل حي. تدعم الحملة التي تهدف إلى بناء التوافق بشأن مبدأ استحقاق كل أم وكل طفل للرعاية المعقولة والتكلفة العالية الجودة اليونيسف وشركائها في عملنا المشترك للوفاء بوعود تأمين المكان والأشخاص والمنتجات والقدرة في 10 بلدان ينصبُّ التركيز عليها: بنغلاديش وإثيوبيا وغينيا بيساو والهند وإندونيسيا ومالawi ومالي ونيجيريا وباكستان وجمهورية تنزانيا المتحدة. وتمثّل هذه البلدان معاً أكثر من نصف وفيات المواليد الجدد في العالم.

يمكنك معرفة المزيد عن الحملة وكيف يمكنك المساعدة في إنقاذ الأرواح من خلال زيارة هذا الرابط: unicef.org/arabic/every-child-alive ويستحق كل جهد يُبذل في اتجاه تحقيق هذا الهدف أن يُبدل مهما كان صغيراً، نظراً لأنه لا ينبغي أن يفقد أي طفل فرصته في البقاء والازدهار في مثل هذا الوقت المبكر من حياته. ولا يجب أن يضطر أي من الوالدين إلى مشاهدة طفله يُعاني أو يموت - وبخاصة في ظل وجود وسائل للحفاظ على الطفل حيّاً وبصحة جيدة.

التغطية الصحية الشاملة

تُعزّف التغطية الصحية الشاملة على أنها الوضع الذي يُتاح فيه لكافة الأشخاص الخدمات الصحية التي لا تعالج المرض فحسب بل وتعزز أيضاً الصحة الجيدة وتحول دون مرض الأشخاص في المقام الأول. كما أن التغطية الصحية الشاملة تتعلق بضمان أن تكون الخدمات عالية الجودة وألا يعاني الأشخاص من المصاعب المالية عند دفع مقابلها.



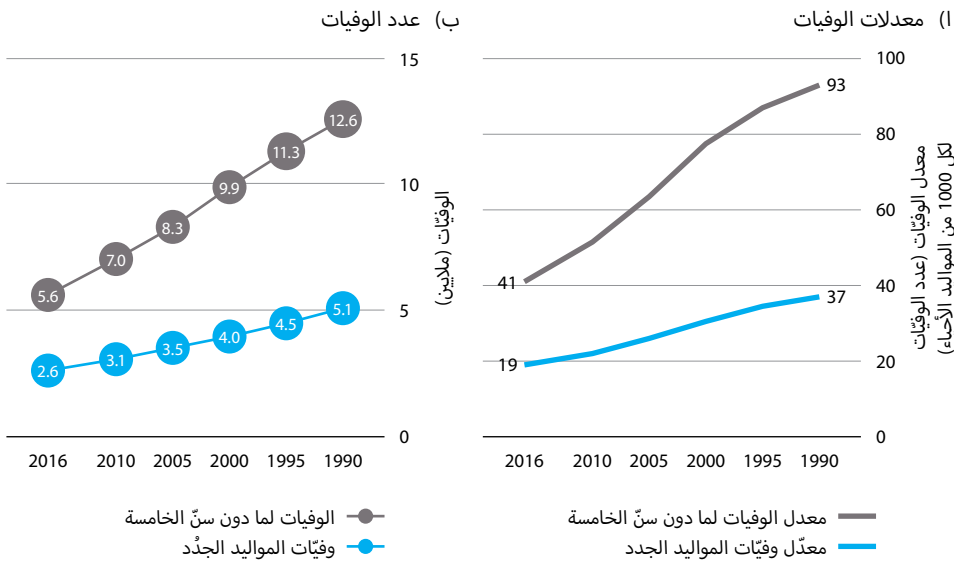
تحدي الحفاظ على فرصة كل طفلٍ بالعيش

في شتى أنحاء العالم، يموت ما يُقدَّر بنحو 7,000 مولود جديد يوميًا، ويحدث أكثر من 80 في المئة من هذه الوفيات نتيجة أسباب يمكن الوقاية منها باستخدام حلول بسيطة مثل الرعاية الصحية ذات التكلفة المناسبة والجودة العالية التي يقدمها أطباء وممرضون وقابلات مديون جيدًا، وتغذية الأم والطفل في مرحلتها ما قبل الولادة وما بعدها، والمياه النظيفة. رغم انخفاض معدلات وفيات المواليد الجدد في العقود الأخيرة، إلا أنها لا تزال متخلفة عن الركب بالمقارنة بالمكاسب المذهلة التي تحققت للأطفال البالغين من العمر 1 إلى 5 أعوام. فيما بين عامي 1990 و 2016، انخفض معدل الوفيات في هذه الفئة العمرية بمقدار 62 في المئة - أي ما يقرب من الثلثين. وبالمقارنة، فإن معدلات وفيات المواليد الجدد انخفضت بنسبة 49 في المئة فقط. ونتيجة لذلك، فإن وفيات المواليد الجدد تمثل الآن النسبة الأكبر من كافة الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة، وتزايدت نسبتها.

تمثل وفيات المواليد الجدد الآن النسبة الأكبر من جميع الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة وتزايدت نسبتها.

الشكل 1

معدلات الوفيات وحالات الوفاة
2016-1990



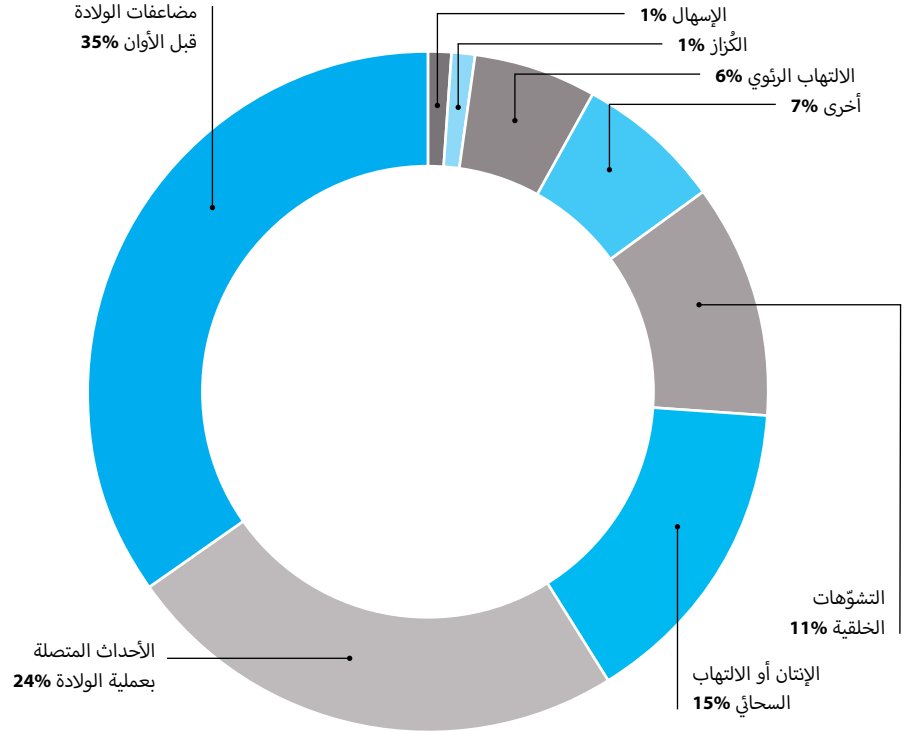
ملاحظة: وتجرى التقديرات التي يصدرها فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (IGME) بعد مشاورات سنوية مع الدول الأعضاء، وقد تختلف عن الإحصاءات الرسمية للدول، لأن تقديرات الفريق موحدة وتستمد من جميع مصادر البيانات المتاحة عن الدولة في تموز / يوليو 2017، ويتم استقرارها لعام 2016.

المصدر: فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال، 2017.

ويساعد عاملان رئيسيان في تفسير هذا النمط المقلق. أولاً، تتضمن الأسباب الأولية لوفيات المواليد الجدد الخداج والمضاعفات التي تحدث قُبيل وقت الولادة والعدوى مثل الإلتان والالتهاب السحائي والالتهاب الرئوي. ومعظم هذه الأسباب يمكن منعها، ولكن غالباً لا يمكن معالجتها بدواء أو دخلٍ واحد، فهي تتطلب نهجاً على مستوى المنظومة بأسرها.

ثانياً، وعلى نفس القدر من الأهمية، هناك نقص مستمر في التركيز العالمي على تحدي إنهاء وفيات المواليد الجدد.

الشكل 2
أسباب وفيات المواليد الجدد،
عام 2016



ملاحظة: التقديرات مُقَرَّبَة وبالتالي فقد لا يبلغ مجموعها 100 في المئة. تشير مضاعفات الولادة قبل اكتمال الحمل إلى المضاعفات التي تحدث قبل الولادة؛ بينما يشير مصطلح الأحداث المتعلقة بما يحدث أثناء الولادة إلى المضاعفات التي تحدث في أثناء عملية الوضع.

المصدر: منظمة الصحة العالمية، الفريق المعني بتقديرات علم الأوبئة للأم والطفل (MCEE) التقديرات المؤقتة 2000-2016.

الاهتمام بالرضع

صغار الحجم والمرضى

في كل عام، يولد ما يقدر بنحو 15 مليون طفل رضيع قبل اكتمال نموهم، أي قبل أن يصل عمرهم الجيني إلى 37 أسبوعًا.

تُعَرِّض الولادة قبل اكتمال الحمل الأمهات والأطفال الرضع لمجموعة من المضاعفات التي يمكن أن تكون مميتة، بما في ذلك انخفاض الوزن عند الولادة. وعادة ما يتعرض الأطفال المولودون قبل اكتمال الحمل، والذين يتجاوزون مرحلة المواليد الجدد مضاعفات تمتد طيلة حياتهم، بما في ذلك النمو المتقطع وإعاقات التعلم.

وتظهر البيانات من شتى أنحاء العالم ترابطاً قوياً بين جودة الرعاية بعد الولادة وبين نجاة المواليد الجدد المعرضين لمخاطر كبيرة. ومن الأمثلة التي يكثر ذكرها للتدخلات التي تزيد من احتمالات النجاة 'رعاية الأمومة على غرار الكنغر' أو التلامس المبكر والمنتظم بين جلد الأم وجلد الطفل الرضيع.

وسوف يؤدي تدريب العاملين في مجال الصحة وتنفيذ النهج القائمة على الأدلة مثل 'رعاية الأمومة على غرار الكنغر' إلى خفض مخاطر الأطفال المولودين قبل اكتمال الحمل بصورة كبيرة والمساعدة على الحفاظ على كل طفل حي.

ولادة الأجنة ميتين: مأساة يكتنفها الصمت

مثلما أنّ أعداد المواليد الجدد الذين يتوفون خلال الشهر الأول مرتفعة للغاية، فإن أعداد المواليد الذين يولدون ميتين (أي يولدون دون علامات الحياة) مرتفعة أيضاً. في كل عام يولد ما يقرب من 2.6 مليون طفل ميتين، وأغليبتهم في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. نصف المواليد الذين يولدون ميتين يكونون أحياء في بداية المخاض.⁶

ولا تُحصي أنظمة الصحة العامة أو صنّاع السياسات هذه الوفيات في غالب الأمر. في معظم الحالات، لا يحصل المواليد الذين يولدون ميتين على شهادة ميلاد أو وفاة رسمية. وعلى الرغم من عدم وجود سجل رسمي إلا أن كل خسارة تترك بصمة لا تُمحي في قلوب الوالدين والأسر.

وعلى الرغم من وجود أهداف عالمية تخص بقاء المواليد الجدد والأطفال ضمن أهداف التنمية المستدامة، إلا أنه لا توجد غاية محددة لمسألة ولادة الجنين ميتاً. ويستحق المواليد الذين يولدون ميتين والدوهم ما هو أفضل من ذلك. وإدراكاً منها لوجوب تصحيح هذا الوضع، تدعو اليونيسف زعماء العالم لاتخاذ خطوات للتأكد من إحصاء كل المواليد الذين يولدون ميتين، وتحديد غايات طموحة لخفض حالات ولادة الأجنة المتوفين والالتزام بتحقيقها.

يمكن للعديد من التدخلات والنُهُج التي تمنع وفيات المواليد الجدد أن تمنع أيضاً حالات ولادة المواليد الميتين. وتشير تقديرات خطة عمل الحفاظ كل مولود جديد، وهي مبادرة شاملة أطلقت عام 2014 لمنع وفيات المواليد الجدد والميتين، إلى إمكانية إنقاذ حياة 3 ملايين من الأمهات والمواليد الجدد والمواليد الذين يولدون ميتين سنوياً من خلال تحسين الرعاية المحيطة بوقت الولادة وتوفير الرعاية الخاصة للمواليد الجدد صغار الحجم والمرضى.⁷



إثيوبيا

تحتضن حواء مصطفى، البالغة من العمر 29 عامًا، ابنتها منى إبراهيم، التي تبلغ من العمر 6 أشهر، في مركز صحي تدعمه اليونيسف في منطقة بينيشانغول-غوموز النائبة في إثيوبيا. وضعت حواء مولودها الأول في المنزل وقد توفي على الفور بعد ولادته تقريباً. وُلد أبنائها الأربعة الآخرون، ومنهم منى، في المركز الصحي. ورغم أن معدل وفيات المواليد الجدد في بينيشانغول - غوموز لا يزال أعلى من المتوسط الوطني، إلا أنه انخفض بما يقرب من 50 في المئة ما بين عامي 2000 و 2016 من 65 حالة وفاة لكل 1,000 مولود حي إلى 35 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي. ويُعزى التحسن جزئياً إلى زيادة أعداد النساء اللاتي يضعن أطفالهن في مراكز مثل هذا المركز.

قصة حواء كما روتها لموظفي اليونيسف: منذ عشرة أعوام، كنت حُبلى بطفلي الأول. عانيت من آلام المخاض الشديدة لمدة يومين ووضعت طفلاً اسمه محمود. ولكنه مات على الفور. كانت حسرتي لا تحتمل. ولمدة ستة أشهر، لم أستطع الخروج من البيت. وكان على زوجي وأسرتي إحضار الحطب والمياه. كنت أعرف أنني لو كنت وضعت محمود في المركز الصحي لكان بإمكانهم إنقاذه. لدي الآن أربعة أطفال، وقد وضعتهم جميعاً هنا، ورؤيتهم أحياء تفعمني بالبهجة. لا يهم إن كانوا يصرخون أو يتدمرون — فأنا مُمتنة لأنهم أحياء... ويومًا ما، قد يصبح أحدهم طبيباً.





أين يموت الأطفال الصغار؟

تتفاوت وفيات المواليد الجدد تفاوتاً كبيراً بين البلدان. في العديد من البلدان، يعد خطر وفاة الأم أو المولود أثناء الولادة أو بعدها مباشرة خطراً محدوداً. بينما في بلدان أخرى، تكون الأيام السابقة للولادة وفي أثنائها وبعدها محفوفة بالمخاطر.

أكثر أماكن الولادة خطراً

تعد باكستان أكثر أماكن الولادة خطراً طبقاً لقياس معدل وفيات المواليد الجدد لديها. فمن بين كل 1,000 طفل ولدوا في باكستان عام 2016، مات 46 منهم قبل نهاية شهرهم الأول - وهي نسبة هائلة تبلغ 1 لكل 22. ومن بين البلدان العشرة ذات أعلى معدلات وفيات المواليد الجدد، هناك ثمانية بلدان في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وإثان في جنوب آسيا.

عدد الأخصائيين الصحيين المهرة لكل 10,000 نسمة.	معدّل وفيات المواليد الجدد (عدد الوفيات لكل ألف من المواليد الأحياء)	البلدان ذات المعدلات الأعلى في عدد وفيات المواليد الجدد عام 2016
14 (2014)	45.6 [33.9, 61.5]	باكستان
3 (2009)	42.3 [25.7, 68.6]	جمهورية أفريقيا الوسطى
7 (2014)	40.0 [31.6, 48.9]	أفغانستان
1 (2014)	38.8 [19.0, 80.0]	الصومال
6 (2003)	38.5 [25.5, 55.6]	ليسوتو
7 (2009)	38.2 [25.8, 55.2]	غينيا بيساو
no data	37.9 [20.5, 67.3]	جنوب السودان
6 (2008)	36.6 [26.3, 50.3]	كوت ديفوار
5 (2010)	35.7 [20.1, 60.7]	مالي
4 (2013)	35.1 [27.4, 44.3]	تشاد

الشكل 3-أ
البلدان العشرة ذات أعلى وأقل معدلات وفيات المواليد الجدد في عام 2016، وعدد مختصي الصحة المهرة لكل 10,000 نسمة

ملاحظة: معدلات وفيات المواليد الجدد عبارة عن تقديرات مصحوبة بنطاقات من عدم اليقين. يمثل الرقمان بين القوسين المربعين الحدّين الأدنى والأقصى لمجال عدم اليقين (بمعدل ثقة 90 في المئة) لمعدل وفيات المواليد الجدد. يستند الترتيب إلى تقديرات القيمة المتوسطة لمعدل وفيات المواليد الجدد (الوفيات لكل 1,000 مولود حي) والتي لا تأخذ في الاعتبار أوجه عدم اليقين؛ وبالتالي فإن مراكز الترتيب تخضع للتغيير. كما لا يتضمن الجدول البلدان التي كان عدد المواليد الأحياء فيها أقل من 1000 في عام 2016 أو يقل تعدادها الإجمالي عن 90 ألف نسمة. يتضمن الجدول 11 بلداً، حيث إن لجمهورية بيلاروس وجمهورية كوريا والنرويج وكسمبرغ معدل وفيات المواليد الجدد نفسه وهو (1.5). وتجرى التقديرات التي يصدرها فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (IGME) بعد مشاورات سنوية مع الدول الأعضاء، وقد تختلف عن الإحصاءات الرسمية للدول، لأن تقديرات الفريق موحدة وتستمد من جميع مصادر البيانات المتاحة عن الدولة في تموز / يوليو 2017، ويتم استقرؤها لعام 2016.

المصدر: فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال، 2017، WHO Global Health Workforce، <http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en> Statistics 2016 Update، تمّ آخر دخول للموقع بتاريخ 30 كانون الثاني/يناير 2018.

الشكل 3-ب
وتملك البلدان العشرة الأولى أدنى معدلات وفيات المواليد 2016، وعدد المهنيين الصحيين المهرة لكل 10,000 نسمة

البلدان ذات المعدلات الأدنى في وفيات المواليد الجدد عام 2016	معدّل وفيات المواليد الجدد (عدد الوفيات لكل ألف من المواليد الأحياء)	عدد الأخصائيين الصحيين المهرة لكل 10,000 نسمة.
اليابان	0.9 [1.0, 0.8]	131 (2012)
آيسلندا	1.0 [1.4, 0.7]	201 (2015)
سنغافورة	1.1 [1.3, 1.0]	76 (2013)
فنلندا	1.2 [1.4, 0.9]	175 (2012)
إستونيا	1.3 [1.6, 1.1]	93 (2014)
سلوفينيا	1.3 [1.6, 1.1]	114 (2014)
قبرص	1.4 [1.9, 1.1]	64 (2014)
بيلاروس	1.5 [1.8, 1.2]	150 (2014)
جمهورية كوريا	1.5 [1.7, 1.4]	79 (2014)
النرويج	1.5 [1.8, 1.3]	218 (2014)
لكسمبرغ	1.5 [2.0, 1.1]	152 (2015)

ملاحظة: معدلات وفيات المواليد الجدد عبارة عن تقديرات مصحوبة بنطاقات من عدم اليقين. يمثل الرقمان بين القوسين المرعيين الحدّين الأدنى والأقصى لمجال عدم اليقين (بمعدل ثقة 90 في المئة) لمعدل وفيات المواليد الجدد. يستند الترتيب إلى تقديرات القيمة المتوسطة لمعدل وفيات المواليد الجدد (الوفيات لكل 1,000 مولود حي) والتي لا تأخذ في الاعتبار أوجه عدم اليقين؛ وبالتالي فإن مراكز الترتيب تخضع للتغيير. كما لا يتضمن الجدول البلدان التي كان عدد المواليد الأحياء فيها أقل من 1000 في عام 2016 أو يقل تعدادها الإجمالي عن 90 ألف نسمة. يتضمن الجدول 11 بلداً، حيث إن لجمهورية بيلاروس وجمهورية كوريا والنرويج ولكسمبرغ معدل وفيات المواليد الجدد نفسه وهو (1.5). وتجرى التقديرات التي يصدرها فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (IGME) بعد مشاورات سنوية مع الدول الأعضاء، وقد تختلف عن الإحصاءات الرسمية للدول، لأن تقديرات الفريق موحدة وتستمد من جميع مصادر البيانات المتاحة عن الدولة في تموز / يوليو 2017، ويتم استقراؤها لعام 2016.

المصدر: فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال، 2017، WHO Global Health Workforce Statistics 2016 Update <http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en>، تمّ آخر دخول للموقع بتاريخ 30 كانون الثاني/يناير 2018.

تعتبر ثمانية بلدان من بين البلدان ذات أعلى معدلات وفيات المواليد الجدد من البلدان الهشة.⁸ وفي هذه البلدان، عادة ما تعوق الأزمات، بما في ذلك النزاعات والكوارث الطبيعية وعدم الاستقرار وضعف الحكم، عمل الأنظمة الصحية وتحد من قدرة صنّاع السياسات على صياغة وتنفيذ السياسات التي تعزز من بقاء المواليد الجدد.

ولكن هناك فارقاً بين معدلات وأعداد وفيات المواليد الجدد. في البلدان ذات الأعداد الكبيرة من المواليد الجدد، قد تكون معدلات الوفيات أقل من البلدان ذات الأعداد الأقل من المواليد الجدد، ولكن عدد الوفيات أكبر. وفي هذه البلدان، سوف تكون زيادة نطاق العمل لمنع وفيات المواليد الجدد، مع التركيز بصفة خاصة على الفئات الأكثر فقراً وتهميماً، أمراً حاسماً لنجاح الجهود العالمية لإنهاء وفيات المواليد الجدد التي يمكن تجنّبها.

معدل وفيات المواليد الجدد (الوفيات لكل ألف مولود حي)	النسبة من إجمالي وفيات حديثي الولادة على مستوى العالم (%)	عدد وفيات المواليد الجدد (بالآلاف)	البلدان ذات العدد الأكبر في وفيات المواليد الجدد عام 2016
25.4 [28.4, 22.6]	24	640	الهند
45.6 [61.5, 33.9]	10	248	باكستا
34.1 [46.3, 24.7]	9	247	نيجيريا
28.8 [41.5, 19.5]	4	96	جمهورية الكونغو الديمقراطية
27.6 [35.2, 21.7]	3	90	ثيوي
5.1 [6.0, 4.3]	3	86	إندونيسيا
13.7 [17.5, 10.7]	3	68	إندونيسيا
20.1 [22.5, 17.7]	2	62	بنغلاديش
21.7 [27.6, 17.2]	2	46	جمهورية تنزانيا المتحدة
40.0 [48.9, 31.6]	2	46	أفغانستان

ملاحظة: يمثل الرقمان بين القوسين المربعين الحد الأدنى والأقصى لمجال عدم اليقين (بمعدل ثقة 90 في المئة) لمعدل وفيات المواليد الجدد. باستثناء البلدان التي كان عدد المواليد الأحياء فيها أقل من 1000 في عام 2016 أو يقل تعدادها الإجمالي عن 90 ألف نسمة. المصدر: فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال، 2017. وتجرى التقديرات التي يصدرها فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (IGME) بعد مشاورات سنوية مع الدول الأعضاء، وقد تختلف عن الإحصاءات الرسمية للدول، لأن تقديرات الفريق موحدة وتستمد من جميع مصادر البيانات المتاحة عن الدولة في تموز / يوليو 2017، ويتم استقراؤها لعام 2016.

أكثر أماكن الولادة أمناً

في الجانب الآخر من الطيف، تعد اليابان وأيسلندا وسنغافورة أكثر ثلاثة بلدان أمناً للولادة، طبقاً لمعدلات وفيات المواليد الجدد. في هذه البلدان، يموت طفل رضيع واحد من بين كل 1,000 طفل رضيع في خلال الأيام الـ 28 الأولى. واحتمال وفاة طفل مولود في باكستان أثناء شهره الأول هو 50 ضعفاً مقارنةً بمن يولدون في هذه البلدان.

تمتلك بلدان مثل اليابان وأيسلندا وسنغافورة أنظمة صحية قوية وذات موارد جيدة، وأعداداً كافية من العاملين المهرة للغاية في مجال الصحة، وبنية تحتية متطورة ومياه نظيفة متاحة ومعايير عالية للصرف الصحي والنظافة الصحية في المنشآت الصحية. يضمن التثقيف في مجال الصحة العامة، مصحوباً بمعايير عالية للغاية للرعاية الصحية، الإتاحة الشاملة للرعاية الصحية عالية الجودة لكافة الأعمار، والمعايير العامة للتغذية والتعليم والسلامة البيئية مرتفعة أيضاً. ومن المحتمل أن تسهم جميع هذه العوامل في تحقيق معدلات وفيات منخفضة للغاية في المواليد الجدد.

في المتوسط، يبلغ معدل وفيات المواليد الجدد في البلدان مرتفعة الدخل 3، بالمقارنة بالبلدان منخفضة الدخل حيث يصل المعدل إلى 27. إن هذه الفجوة هي فجوة كبيرة: إذا استطاع كل بلد خفض معدل وفيات المواليد الجدد إلى مستوى البلدان ذات متوسط الدخل المرتفع أو ما دونه، فيمكن أن يُنقذ العالم حياة 16 مليون مولود جديد قبل عام 2030.

ولكن مستوى الدخل لبلدٍ ما لا يُفسّر القصة بأكملها. يبلغ معدل وفيات المواليد الجدد في ترينداد وتوباغو، وهي من البلدان مرتفعة الدخل، 13، وهو قريب من معدلات الوفيات في البلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى والبلدان منخفضة الدخل. ويبلغ معدل وفيات المواليد الجدد في الكويت والولايات المتحدة الأمريكية، وهما من البلدان مرتفعة الدخل، 4، وهذا أحسن قليلاً من المعدلات في بلدان الدخل المتوسط الأدنى مثل أوكرانيا وسريلانكا، والتي يبلغ فيها معدل وفيات المواليد الجدد 5. ويبلغ معدل وفيات المواليد الجدد في غينيا الاستوائية، وهي من البلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى، 32، مما يضعها بين البلدان الـ 20 ذات أعلى معدلات وفيات المواليد الجدد. وبالرغم من أن مستويات الدخل المرتفعة تعني وجود الموارد التي يمكن استثمارها في منظومات الصحة القوية، إلا أن هناك حاجة لإزادة سياسية قوية توجّه هذه الاستثمارات.

غير أنّ هذه الإرادة السياسية لا تتوفر دائماً. وبنفس القدر، حين تكون الموارد شحيحة، فإن الالتزام السياسي القوي يمكن أن يضمن استثمار الموارد المحدودة بالفعل بحكمة لبناء أنظمة صحية قوية تعطي الأولوية لحديثي الولادة وتصل إلى الفئات الأشد فقراً وتهميشاً.

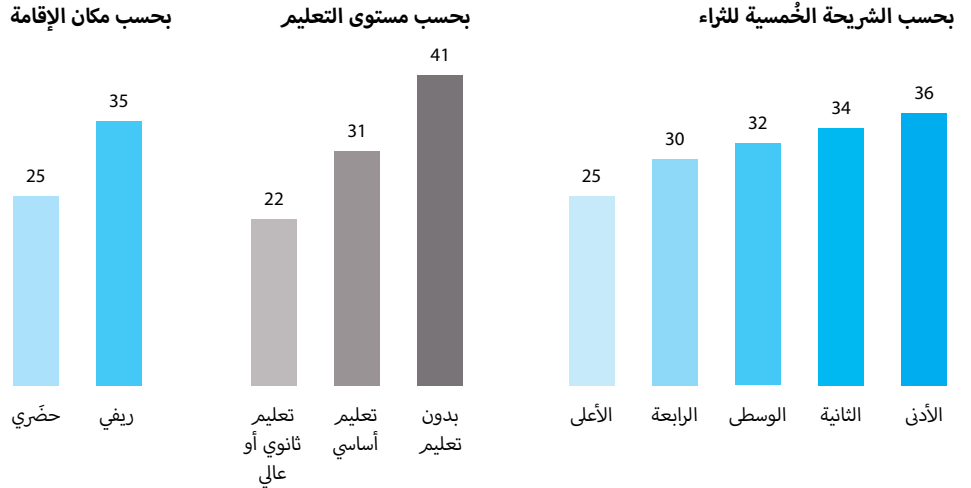
وكما تتفاوت معدلات وفيات المواليد الجدد بين البلدان، يتفاوت كذلك التقدم المحرز في خفض هذه المعدلات. إذ حققت بعض البلدان منخفضة الدخل والبلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى انخفاضات مبهرة في معدلات الوفيات على الرغم من محدودية الموارد. وقد تحقق إنجاز رواندا، وهي من البلدان منخفضة الدخل، في خفض معدل وفيات المواليد الجدد لديها من 41 في عام 1990 إلى 17 في عام 2016 بفضل حكومة ملتزمة لعبت دوراً فعالاً في تنفيذ خطة تأمين وطنية تمكنت من الوصول إلى الأمهات الأشد فقراً والأكثر ضعفاً. كما أسست رواندا نظاماً شاملاً لاعتماد المنشآت الصحية وهو مخصص ليناسب احتياجات المجتمعات المحلية ويخضع للمساءلة أمام السلطات المحلية.^{9,10,11}

تفاوت المخاطر التي يتعرض لها المواليد حديثو الولادة تفاوتاً كبيراً بين البلدان وفي داخلها

تتفاوت المخاطر التي يتعرض لها المواليد حديثو الولادة تفاوتاً كبيراً داخل البلدان تُخفي المتوسطات الوطنية التفاوتات داخل البلدان. يزداد احتمال وفاة الأطفال من الأسر الأكثر فقراً أثناء فترة حديثي الولادة بأكثر من 1.4 مرة مقارنةً بالأطفال الذين يولدون في الأسر الأكثر ثراءً.¹² فالأطفال الذين يولدون لأمهاتٍ غير متعلّقات يواجهون ما يقرب من ضعف خطر الموت وهم حديثو الولادة بالمقارنة بالأطفال الذين يولدون لأمهاتٍ تلقين تعليمًا ثانويًا على الأقل.

ويعبارة أخرى، فإن الأطفال الرضع لا يموتون نتيجة الأسباب الطبية مثل الولادة قبل اكتمال الحمل والالتهاب الرئوي فحسب. بل يموتون نتيجة أوضاع والديهم ونتيجة الأماكن التي يولدون فيها – نظرًا لأن أسرهم تعاني من الفقر أو التهميش إلى درجة تحول دون وصولهم للرعاية التي يحتاجونها.

الشكل 5
معدّل وفيات الأطفال بحسب الشريحة الخُصية لثراء الأسر المعيشية، والمستوى التعليمي ومكان الإقامة.



ملاحظة: تستند البيانات إلى المسح العنقودي متعدد المؤشرات أو الاستقصاء الديمغرافي والصحي الذي جرى في البلد منذ عام 2005. وفي حالة البلدان متعددة الاستقصاءات فإن البيانات تُستقى من آخر استقصاء محدث. وتُستند بيانات الشريحة الخُصية للثراء إلى 57 استقصاء، فيما تستند بيانات مستوى التعليم إلى 64 استقصاء وبيانات مكان الإقامة إلى 65 استقصاء.

المصدر: تحليل اليونسيف استناداً إلى المسح العنقودي متعدد المؤشرات والاستقصاء الديمغرافي والصحي



مالاوي

تعيش ماري جيمس، البالغة من العمر 18 عامًا، في ليكانغالا، أحد المجتمعات الريفية في مالاوي. وفي 16 آب/أغسطس 2017، ولد طفلها - ومات.

قصة ماري كما روتها لموظفي اليونيسف: شعرت أن قلبي ينفطر. كان لدي اسم للطفل، ولكنه لم يفتح عينيه أبدًا ولم يصرخ لذا فقد احتفظنا بالاسم لأنفسنا.

أخبرت أختي أن آلام المخاض قد بدأت ولذلك مشينا إلى المركز الصحي. إنها رحلة طويلة من هنا إلى المستشفى وقد ذهبنا سيرًا على الأقدام. وحين ولد الطفل كان ضعيفًا للغاية لدرجة أنه لم يصرخ. فعل طاقم العمل كل ما في وسعهم لإنقاذه. ولكن في المساء أخبرونا أن الطفل يحتضر. أعتقد أن هذا حدث نتيجة عدم وجود طاقم طبي بالعدد الكافي. حين أرى أطفال صديقاتي، أمل أن أتمكن يومًا ما من أن يكون لي طفل.





برنامج للعمل

يعطي التقدم الذي أحرز بصعوبة في العديد من البلدان ذات الدخل المنخفض والدخل المتوسط الأدنى فهماً قيماً عما يتطلبه الحفاظ على كل طفلٍ على قيد الحياة.

توسيع إتاحة الخدمات الصحية أمرٌ بالغ الأهمية

يُعدّ تحسين إتاحة الخدمات الصحية للأمهات وحديثي الولادة خطوة أولى ضرورية لخفض معدلات وفيات المواليد الجدد. على سبيل المثال، من المهم وجود عدد مناسب من العاملين الأكفاء في مجال الرعاية الصحية، مدعومين بمرافق لها القدرة على التعامل مع الأسباب الرئيسية لوفيات المواليد الجدد ويسهل وصول المجتمعات المحلية إليها. وفي معظم الحالات، تزداد احتمالات البقاء حين تلد المرأة بدعم من مرافقة صحية ماهرة أو في مرفق صحي. في جمهورية أفريقيا الوسطى، وهي من البلدان التي عانت طويلاً من النزاعات، وانعدام الاستقرار السياسي وشح الموارد، تصل نسبة الأمهات اللاتي لا يلدن في منشآت صحية إلى النصف تقريباً. وتظل معدلات وفيات المواليد الجدد في البلاد مرتفعة، رغم انخفاضها قليلاً من 49 في عام 2000 إلى 42 في عام 2016.

وفي المقابل، حسّنت مالوي، وهي من البلدان منخفضة الدخل، بصورة كبيرة إتاحة الخدمات الصحية لجميع الأمهات والمواليد الجدد، وحققت تحسناً يتناسب مع تلك الجهود في الحفاظ على المواليد الجدد. في عام 2000، تجاوزت نسبة النساء في مالوي اللاتي وضعن مواليدهن بدعم من طبيب أو ممرضة أو قابلة النصف بقليل. ومع الدعم المستمر من صنّاع السياسات والشركاء والتأكيد على بناء أنظمة صحية قوية للمجتمعات المحلية، زاد هذا الرقم إلى 90 في المئة في عام 2016.¹³ كما انخفض معدل وفيات المواليد الجدد في مالوي أيضاً، في الفترة ما بين عامي 2000 إلى 2016 من 41 إلى 23 وهو انخفاض يبلغ 44 في المئة.¹⁴

الإتاحة لا تكفي – الجودة أمرٌ رئيسي

ولكن إتاحة الخدمات الصحية ليست كافية. فجودة الرعاية على نفس القدر من الأهمية. يُعدّ دعم البدء المبكر للرضاعة الطبيعية أحد الطرق التي يمكن أن يساعد بها العاملون في مجال الرعاية الصحية على حماية حياة المواليد الجدد. في بلدان مثل رواندا ونيبال، التي تحسنت فيها معدلات بدء الرضاعة الطبيعية بصورة كبيرة، انخفضت معدلات وفيات المواليد الجدد بسرعة.¹⁶

في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، على سبيل المثال، يبلغ معدل البدء المبكر للرضاعة الطبيعية بالنسبة لحالات الولادة التي يحضرها عامل ماهر في مجال الصحة 45 في المئة مقارنةً بنسبة 58 في المئة بالنسبة لحالات الولادة التي لا يحضرها عامل صحي ماهر.¹⁷ هناك أسباب مختلفة وراء هذه النتيجة: لا يتوفر للعاملين في مجال الرعاية الصحية في غالب الأمر الوقت أو المعرفة أو المهارات اللازمة للتغلب على المفاهيم الخاطئة بشأن الرضاعة الطبيعية أو دعم الأمهات اللاتي يجدن صعوبة في الإرضاع. وبالإضافة إلى ذلك، فإنهم قد يتبعون ممارسات تجعل من الرضاعة الطبيعية أمراً أكثر صعوبة، مثل الفصل الروتيني للمواليد الجدد عن أمهاتهم بعد الولادة مباشرة لأسباب مثل التقييم أو التنظيف، أو إطعام الطفل طعاماً أو سائلاً آخر بدلاً من لبن الأم. وعلى أي حال، فإن العواقب وخيمة: إذ يؤدي تأخير الرضاعة الطبيعية بمقدار 2-23 ساعة بعد الولادة إلى زيادة خطر وفاة المولود الجديد بأكثر من حُمسَيْن. بينما يزيد تأخيرها بمقدار 24 ساعة أو أكثر إلى زيادة الخطر بنسبة تصل إلى 80 في المئة.¹⁸

لا تتعلق الجودة بما إذا كانت الموارد والخدمات موجودة فحسب، ولكنها تتعلق أيضاً بكيفية توزيعها. هل المرافق نظيفة، ومجهزة بالماء الجاري والكهرباء؟ هل يتلقى العاملون في مجال الصحة التدريب والرواتب الملائمين ويخضعون للإشراف على نحو مناسب؟ هل تتوفر لهم إمدادات كافية من الأدوية والمعدات المُنفذة للأرواح، ويُرَوِّدون بها في الوقت المناسب؟ وهل الأمهات – وبخاصة المراهقات منهن – يعالجن بكرامة واحترام؟ في كثير من الأحيان، تتعامل المجتمعات المحلية الفقيرة والمهمشة مع خدماتٍ صحية متدنية الجودة. ويقوّض هذا بالتالي ثقتهم في المنظومة الصحية المحلية ويُخفض الطلب على الخدمات.

أهمية التغذية

تدخل ملايين النساء في الحمل وهنّ يعانين من سوء التغذية. وبالإضافة إلى ما يمثله هذا من خطر على صحة الأم، فإن نقص المغذيات يمكن أن يهدد نمو طفلها وبقائه. في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، يولد واحد من كل خمسة أطفال أصغر بكثير من عمره المفترض للمولود الجديد أو بوزنٍ أقل من الموصى به. ويرتبط هذا النوع من سوء التغذية بأكثر من 20 في المئة من وفيات المواليد الجدد في تلك البلدان.¹⁵

بعد الولادة، يمثل لبن الأم أول لقاح يُعطى للطفل – أول وأفضل حماية ضد العلل والأمراض. ومن المهم للغاية أن يقدم العاملون في مجال الصحة استشارات التغذية المناسبة للأمهات أثناء الحمل. ويمكن أيضاً للعاملين في مجال الصحة أن يوفرُوا الدعم الأساسي الذي تحتاجه الأمهات لبدء الرضاعة الطبيعية بعد الولادة مباشرة والاستمرار فيها حصرياً طوال الأشهر الستة الأولى من عمر أطفالهن.

كما تتعلق الجودة بإيمان العاملين في مجال الصحة بأن حياة كل أم وكل طفل رضيع تستحق الحفاظ عليها، بغض النظر عن الدخل والعرق والدين والمعايير الاجتماعية أو الثقافية. وهي تعتمد على اشتراك المجتمعات المحلية والأسر في هذا الاعتقاد وتوقعهم أن يقوم مقدمو الرعاية الصحية بكل ما في وسعهم للحفاظ على صحة الأمهات والأطفال الصغار.

ما لم تُمنح الأولوية لجودة الرعاية، فإن مُجرّد وجود مُنشأة صحية أو عامل صحي لن يكفي في غالب الأمر لصناعة الفارق بين الحياة والموت. في باكستان، على سبيل المثال، زادت النسبة المئوية للأمهات اللاتي يلدن في مُنشأة صحية من 21 إلى 48 في المئة ما بين عامي 2001 و2013، كما زادت نسبة النساء اللاتي يلدن بوجود عامل صحي ماهر بأكثر من الضعف، من 23 في المئة إلى 55 في المئة في الفترة نفسها.¹⁹ ولكن، على الرغم من هذه الزيادات الملحوظة، والتي جاءت في المقام الأول نتيجة التوسع الحضري السريع وانتشار مقدمي الرعاية من القطاع الخاص غير الخاضعين للرقابة المُرضية، فقد انخفض معدل وفيات المواليد الجدد المرتفع للغاية في باكستان بأقل من الربع، من 60 في عام 2000 إلى 46 في عام 2016.

الطريق نحو المستقبل

يتطلب إعطاء كل مولود جديد فرصة عادلة للبقاء والازدهار تعاونًا قويًا بين الحكومات والشركات ومقدمي الرعاية الصحية والمجتمعات المحلية والأسر. وينبغي على هذه الجهات الفاعلة أن تجتمع لكي تطالب وتوفر رعاية صحية معقولة التكلفة وعالية الجودة لكل أم وطفل رضيع، بدءًا من الأكثر ضعفًا. وفي أثناء الحمل والولادة والأيام والأسابيع الأولى من العمر، يجب أن تتضمن هذه الرعاية إتاحة مُنشآت صحية نظيفة وصالحة للعمل، مزودة بطاقر عمل من العاملين المهرة في مجال الصحة الذين تتوافر لهم الأدوية والمعدات الأساسية. المطلوب هو **الأماكن والأشخاص والمنتجات والقدرة** لتوفير التغطية الصحية الشاملة ومساءلة صنّاع السياسات ومقدمي الرعاية عن جودة الخدمات.

1. المكان: مرافق صحية نظيفة وتؤدي وظيفتها

يمكن أن تكون المرافق الصحية القائمة على المجتمع المحلي بمثابة العمود الفقري لأنظمة صحية وطنية قوية. ومن أجل ذلك، يجب أن تكون متاحة وترحب بجميع أفراد المجتمع المحلي 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. وهي بحاجة إلى مياه نظيفة ومرافق صحية وكهرباء بلا انقطاع. ويجب أن تخضع لإشراف مستمر على نظافتها وأداء موظفيها وصحتها المالية.

وفي أحيان كثيرة، تعاني المرافق الصحية ويعاني العاملون في مجال الرعاية الصحية من قيود نتيجة عوامل تبدو بسيطة، مثل المياه والصرف الصحي غير المناسبين. وقد وجدت إحدى الدراسات أن 35 في المئة من المرافق الصحية في 54 بلدًا لا يوجد بها مياه وصابون لغسيل الأيدي.²⁰ وبدون أبسط معايير النظافة الصحية، تتعرض الأمهات والأطفال الرضع لخطر المرض والعدوى. ويمكن لبعض التحديثات البسيطة مثل المراحيض النظيفة ومحطات غسيل الأيدي الفعالة أن تجعل الأسر أكثر استعدادًا لزيارة المرافق الصحية للوصول إلى الخدمات مع ضرب مثل هام لهم ليكرروه في بيوتهم.²¹

وفيما تعمل البلدان للحفاظ على حياة كل طفل، فإن ضمان جعل المُنشآت الصحية النظيفة والصالحة للعمل، المجهزة بالمياه والصابون والكهرباء في مُتناول كل امرأة وطفل رضيع، ينبغي أن يعطى الأولوية الأولى.

2. الأشخاص: العاملون المدربون تدريبًا جيدًا في مجال الرعاية الصحية

في أثناء الحمل والولادة وما بعد ذلك. وتتضمن هذه الخدمات: الرعاية قبل الولادة والمكملات من المغذيات الدقيقة ودعم الولادة والرعاية التوليدية في حالات الطوارئ، والرعاية بعد الولادة، وعلاج المواليد الجدد من صغار الحجم والمرضى، ودعم الرضاعة الطبيعية المبكرة والحصرية والتطعيمات.

خلص تحليل قامت به منظمة الصحة العالمية إلى أن تحقيق هدف التنمية المستدامة الخاص بالصحة والرفاه قد يتطلب أن يكون لدى البلدان ما يُقدَّر بـ 44.5 طبيب أو ممرضة أو قابلة لكل 10,000 شخص.²² إلا أنه في البلدان العشرة ذات أعلى معدلات وفيات للمواليد الجدد، يتوقَّر في المتوسط 11 عامل ماهر في مجال الصحة لكل 10,000 شخص – وهذا أقل بكثير من الحد الأدنى الموصى به. وفي الصومال، لا يوجد سوى طبيب واحد أو ممرضة أو قابلة لكل 10,000 شخص. وفي المقابل، في البلدان ذات أقل معدلات وفيات للمواليد الجدد، هناك في المتوسط 120 عامل ماهر في مجال الصحة لكل 10,000 شخص، وهو أكثر بكثير من الحد الأدنى الموصى به. في النرويج، يوجد 218 طبيب أو ممرضة أو قابلة لكل 10,000 شخص. ويوجد لدى البرازيل، وهي من البلدان متوسطة الدخل، 93.

وبالإضافة إلى امتلاك أعداد كافية من العاملين المهرة في مجال الصحة، يجب أن يتلقَّى هؤلاء العاملين التدريب والرواتب الملائمين وأن يخضعوا للإشراف على نحو مناسب – كما يبيِّن هذا مثال الرضاعة الطبيعية (انظر الصفحة 19).

3. المُنتجات: الأدوية والمعدات المُنقذة للأرواح

لتوفير الرعاية عالية الجودة، يحتاج العاملون المهرة في مجال الصحة إلى الأدوية والمنتجات والمعدات لمُعالجة أكثر أسباب الإجهاض وحالات وفيات المواليد الجدد شيوعًا. وبعض هذه المستلزمات معقدة، ولكن الكثير منها بسيط. إذ يمكن، على سبيل المثال، استخدام قطعة من القماش لربط مولود جديد حول أمه، مما يجعل الطفل يشعر بالدفء ويعزز من الرضاعة الطبيعية. وبدون هذا المنتج البسيط، قد لا يحصل الطفل الذي يولد قبل أوانه على الدفء والتغذية اللازمين لكي ينمو ويقوى في الأيام الأولى من حياته. ونتيجة لذلك، قد يودع الطفل والأم في مُنشأة صحية لفترة أطول من اللازم، مما يزيد من مخاطر العدوى. ولكن كثيرًا ما تكون هذه المستلزمات الصحية قد نفذت عند الحاجة إليها. ويمكن للحكومات والأعمال التجارية معًا أن تساعد في إتاحة أكثر من 10 منتجات وأدوية وأشياء منقذة للأرواح لكل أم وطفل (انظر الشكل 6).

يمكن لبيِّن مدرِّبَيِّن الحفاظ
على حياة مولود جديد.

الشكل 6
أكثر 10 منتجات أهمية لبقاء المولود
الجديد على قيد الحياة

مجموعة أكياس التنفس التي تستخدم لإنعاش الأطفال الذين لا يستطيعون التنفس بعد الولادة.
المضادات الحيوية لعلاج الأمهات والمواليد الجدد المصابين بالعدوى.
البطانيات والملابس للحفاظ على دفء الطفل ودعم التلامس بين جلد الأم والطفل الرضيع أثناء الرضاعة الطبيعية.
الكلورهيكسيدين، وهو مطهر واسع الطيف يستخدم لمنع إصابة الحبل السري بالعدوى، والتي يمكن أن تؤدي إلى الإنتان.
آلات CPAP (الضغط الإيجابي المستمر في مجرى الهواء) للمواليد الخُدج الذين يعانون من صعوبة التنفس نتيجة عدم اكتمال نمو رئتيهم.
معدات تركيز الأكسجين، المستخدمة لمساعدة الأطفال الرضع ذوي الأوزان شديدة الانخفاض على التنفس.
آلات العلاج الضوئي لخفض البيرقان بين المواليد الجدد.
مُكمّلات التغذية الدقيقة، وبخاصة الحديد وحمض الفوليك، لمنع إصابة الحوامل بأنيميا نقص الحديد وخفض مخاطر الأطفال الرضع ذوي الوزن المنخفض، ومضاعفات الولادة.
لقاح الكزاز لمنع الإصابة بعدوى الكزاز التي يمكن أن تحدث نتيجة ظروف الولادة غير النظيفة.
موازين الحرارة، وتستخدم لرصد درجة حرارة الأطفال المرضى من حديثي الولادة عن كثب.

4. القدرة: الكرامة والاحترام والمساءلة

يُعتبر تمكين النساء والفتيات من اتخاذ أفضل القرارات لأنفسهن ولأسرهن وعلاجهن بكرامة واحترام أثناء الحمل والولادة وما بعد ذلك من المكونات بالغة الأهمية بالنسبة للرعاية عالية الجودة. وبالفعل، هناك رابط قوي بين وفيات المواليد الجدد وبين تمكين الفتيات والنساء. في البلدان ذات أعلى معدلات وفيات المواليد الجدد، غالبًا ما تحصل النساء على مستويات منخفضة من التعليم والمشاركة السياسية والتمكين الاقتصادي بالمقارنة مع الرجال. والفتيات المراهقات معرضات للخطر على وجه الخصوص: فمن المرجح أكثر أن يكون أطفالهن الرضع صغار الحجم ومعرضين بنسبة أعلى لخطر الوفاة في أثناء فترة حديثي الولادة.²³

يمكن لنطاق من السياسات والتدخلات أن يساعد في تمكين الفتيات المراهقات والأمهات والأسر من المطالبة بالرعاية عالية الجودة والحصول عليها. وهي تتضمن التثقيف في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، والتحويلات النقدية لتعزيز إتاحة خدمات الصحة والتغذية، وجهود استقاء التعليقات من الفتيات والنساء بشأن خدمات الصحة والتغذية التي يتلقينها والسياسات المُلمّنة قانونًا للحصول على إجازة أسرية بعد ولادة الطفل.





لكلّ طفل، فرصة للعيش

حين نتحدث بلغة الإحصائيات الباردة (عن المعدلات والمتوسطات والنسب المئوية والمؤشرات) فإن من السهل أن ننسى أننا نتحدث عن حياة أطفال حقيقيين وموتهم – أطفال يستحقون البقاء لينموا متمتعين بالصحة ويسهموا في مجتمعاتهم. يلقي هذا التقرير الضوء على حقيقة أن ملايين المواليد الجدد يُحرمون من هذه الفرصة، ويموتون في وقت مبكر للغاية نتيجة أسباب يمكن تجنب جميعها تقريبًا.

يجب اعتبار الإجراءات في المجالات الأربعة المبيّنة في هذا التقرير – وهي المكان والأشخاص والمنتجات والقدرة – أولوية عاجلة لكل حكومة، مما يدفع بالتقدم إلى الأمام نحو عالم يتمتع بالتغطية الصحية الشاملة، حيث لا يموت الأطفال حديثو الولادة نتيجة أسباب يمكن تجنبها.

قرغيزستان

د. باكتيغول تنظر إلى جيديغول ووليدها نوردان. بعد يومين في المستشفى، ستكون الأم وابنها مستعدين للعودة إلى المنزل.

قصة د. باكتيغول كما روتها لموظفي اليونيسف: نحن مستعدون للولادة لأننا اليوم في المستشفى والظروف جيدة للغاية. لقد دُرِّبنا ونحن الآن متصلون بشبكة المياه. لدينا نوافذ جديدة ومُدَفَّات كهربائية لتدفئة غرفة الولادة، ويجب أن نكون مستعدين دومًا بغض النظر عن الظروف؛ فنحن مسؤولون عن حياتين - حياة الأم وحياة الطفل.





- 1 تمتد "فترة المولود الجديد" إلى 28 يومًا. وفي هذا التقرير، تستخدم فترة 'شهر' وفترة المولود الجديد بصورة متبادلة.
- 2 فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (UN IGME)، المستويات والاتجاهات في وفيات الأطفال: تقرير 2017، وُضعت التقديرات من قِبَل فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال وصندوق والأمم المتحدة للطفولة، نيويورك 2017
- 3 في متن هذا التقرير، تُقرب أرقام معدل وفيات المواليد الجدد إلى قيم صحيحة بغرض الاختصار وسهولة القراءة. تستخدم الأرقام غير المُقرّبة في الجداول ولأغراض تحديد المراكز في تصنيفات البلدان. ويرجع هذا إلى تكافؤ قيم معدل وفيات المواليد الجدد المُقرّبة لعدد من البلدان ذات معدلات الوفيات المنخفضة (فمثلًا اليابان وأيسلندا وسنغافورة جميعها يبلغ معدل وفيات المواليد الجدد المقرب لها 1) على الرغم من الفوارق الصغيرة في قيم معدل وفيات المواليد الجدد غير المُقرّبة (اليابان 0.9 وأيسلندا 1.0 وسنغافورة 1.1).
- 4 اليونيسف، الالتزام بفرصة العيش لكل طفل: وعد يتجدد – تقرير التقدم المُحرز 2014، اليونيسف، نيويورك، أيلول/سبتمبر 2014.
- 5 منظمة الصحة العالمية، www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/en، تم الدخول إلى الموقع في 23 كانون الثاني/يناير 2018.
- 6 Lawn, Joy E et al., Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030, The Lancet, Volume 387, Issue 10018, 587 – 603, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00837-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5)
- 7 المرجع السابق، صفحة 5
- 8 الدول الهشة هي تلك المدرجة في قائمة مجموعة البنك الدولي السنوية بعنوان 'القائمة المُنسقة للأوضاع الهشة'. معايير الإدراج في القائمة هي: أن يكون متوسط التقييم المُنسق لسياسات البلد وتقييمه المؤسسي 3.2 أو أقل، أو تواجد بعثة حفظ سلام تابعة للأمم المتحدة و/أو إقليمية أو وجود مهمة بناء سلام ومهمة سياسية تابعة للأمم المتحدة و/أو إقليمية. يمكن الاطلاع على قائمة كاملة تحتوي على التفاصيل من خلال الرابط التالي: <http://pubdocs.worldbank.org/en/189701503418416651/FY18FCSLIST-Final-July-2017.pdf>. تم الدخول إلى الموقع في 6 أيلول/سبتمبر 2017.
- 9 Makaka, Andrew, Sarah Breen and Agnes Binagwaho, Universal health coverage in Rwanda: a report of innovations to increase enrolment in community-based health insurance, The Lancet, vol. 380, Special Issue, S1–S22, 21 October 2012.
- 10 وزارة الصحة، جمهورية رواندا، وثيقة التأمين الصحي لرواندا القائمة على المجتمع المحلي، نيسان/أبريل 2010، صفحة 5، http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/Docs/Mutual_policy_document_final1.pdf
- 11 وزارة الصحة، جمهورية رواندا، معايير اعتماد المستشفيات في رواندا، تشرين الأول/أكتوبر 2014، صفحة 5، http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/Clinical/RWANDA_HOSPITAL_ACCREDITATION_STANDARDS-SIGNED-1.pdf
- 12 اليونيسف، الالتزام بفرصة العيش لكل طفل: وعد يتجدد – تقرير التقدم المُحرز 2014، اليونيسف، نيويورك، أيلول/سبتمبر 2014.
- 13 اليونيسف، قواعد بيانات اليونيسف العالمية: صحة الأم والوليد والطفل، شعبة البيانات والأبحاث والسياسات، نيويورك، كانون الثاني/يناير 2018.
- 14 فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال، تقرير مستويات واتجاهات وفيات الأطفال لعام 2017 صفحة 27.
- 15 Lee, A.C. et al., Estimates of burden and consequences of infants born small for gestational age in low and middle-income countries with INTERGROWTH-21st standard: Analysis of CHERG assets, BMJ, 2017, 358, p. j3677
- 16 منظمة الأمم المتحدة للطفولة، قواعد بيانات اليونيسف العالمية: دليل إطعام الرُضّع والأطفال الصغار: البدء المبكر للرضاعة الطبيعية، الأطفال الذين تلقوا الرضاعة الطبيعية، شعبة البيانات والأبحاث والسياسات، نيويورك، كانون الثاني/يناير 2018.
- 17 منظمة الأمم المتحدة للطفولة، بدءًا من الساعة الأولى في العُمُر: شرح أهمية تحسين تغذية الرُضّع والأطفال الصغار في كل مكان، اليونيسف، نيويورك، تشرين الأول/أكتوبر 2016، صفحة 38.
- 18 NEOVITA Study Group, 'Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials', The Lancet Global Health, vol. 4, pp. e266–275, April 2016.
- 19 اليونيسف، قواعد بيانات اليونيسف العالمية: صحة الأم والوليد والطفل، شعبة البيانات والأبحاث والسياسات، نيويورك، كانون الثاني/يناير 2018.
- 20 منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، المياه والصرف الصحي والنظافة العامة في مرافق الرعاية الصحية الوضع في البلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى والأعلى، والطريق للمضي قدمًا، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2016، صفحة 7.
- 21 تقرير منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، المياه والصرف الصحي والنظافة العامة في مرافق الرعاية الصحية الوضع في البلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى والأعلى، والطريق للمضي قدمًا، عشرة استنتاجات بارزة، منظمة الصحة العالمية، www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-hcf-10things.pdf، تم الدخول إلى الموقع في 24 كانون الثاني/يناير 2018.
- 22 منظمة الصحة العالمية 'متطلبات القوى العاملة في مجال الصحة من أجل التغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة'، الموارد البشرية لمراقبي الصحي، رقم 17، جنيف، 2016، صفحة 21، متاح من خلال الرابط، <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250330/1/9789241511407-eng.pdf?ua=1> تم الدخول إلى الموقع في 24 كانون الثاني/يناير 2018. الحد الأدنى الذي يحدده مؤشر هدف التنمية المستدامة البالغ 4.45 من الأطباء والممرضات والقابلات [لكل 1,000 شخص] "يمكن أن يدعم وضع التقديرات العالمية، والتحليلات المُجمّعة والمقاربات بين البلدان. ولكن لا ينبغي استخدامه كمعيار للتخطيط على المستوى الوطني، نظرًا لأنه لا يعكس اختلافات البلدان من حيث ظروف خط الأساس، واحتياجات النظام الصحي، وأفضل تكوين للقوى العاملة، وخليط المهارات. ومن المهم ألا يؤدي استخدام الحد الأدنى لمؤشر هدف التنمية المستدامة إلى التركيز الحصري على الأطباء والممرضات أو القابلات مع خفض الاستثمارات في المهن الصحية الأخرى ذات الأهمية البالغة لتحقيق أهداف التنمية المستدامة وأهداف التغطية الصحية الشاملة. وتوصي منظمة الصحة العالمية بأن "يضع كل بلد في الاعتبار ظروفه البوبائية والديموغرافية والمالية وظروفه منظومته الصحية الفريدة والأرقام والتوزيعات وخليط المهارات الموجود بالفعل من العاملين في مجال الصحة، أثناء التخطيط للقوى العاملة التي سوف يحتاجها لتحقيق أهداف التنمية المستدامة بحلول عام 2030".
- 23 منظمة الصحة العالمية، صحيفة وقائع حمل المراهقات، مُحدّثة في كانون الثاني/يناير 2018، <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en>



المرفق معدلات وفيات المواليد الجدد وترتيب البلدان طبقاً لفئات الدخل

الدخل المنخفض

معدل وفيات المواليد الجدد (الوفيات لكل ألف مولود حي)	ترتيب معدل وفيات المواليد الجدد باستخدام القيمة المتوسطة (من الأعلى إلى الأدنى)	البلد أو الإقليم
[34.8 ,18.7] 25.6	17	بوركينافاسو
[33.2 ,19.0] 25.1	18	غينيا
[34.9 ,17.2] 24.6	19	هايتي
[31.9 ,18.3] 24.2	20	بوروندي
[30.3 ,17.6] 23.1	21	مالاوي
[29.8 ,17.3] 22.9	22	زيمبابوي
[33.6 ,15.4] 22.8	23	ليبيريا
[27.6 ,17.2] 21.7	24	جمهورية تنزانيا المتحدة
[26.5 ,17.2] 21.4	25	أوغندا
[25.6 ,17.4] 21.1	26	نيبال
[26.7 ,15.9] 20.6	27	السنغال
[27.4 ,12.3] 18.6	28	مدغشقر
[29.2 ,10.8] 17.7	29	إريتريا
[26.4 ,10.4] 16.5	30	رواندا
[15.9 ,6.5] 10.7	31	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية

معدل وفيات المواليد الجدد (الوفيات لكل ألف مولود حي)	ترتيب معدل وفيات المواليد الجدد باستخدام القيمة المتوسطة (من الأعلى إلى الأدنى)	البلد أو الإقليم
[68.6 ,25.7] 42.3	1	جمهورية أفريقيا الوسطى
[48.9 ,31.6] 40.0	2	أفغانستان
[80.0 ,19.0] 38.8	3	الصومال
[55.2 ,25.8] 38.2	4	غينيا بيساو
[67.3 ,20.5] 37.9	5	جنوب السودان
[60.7 ,20.1] 35.7	6	مالي
[44.3 ,27.4] 35.1	7	تشاد
[44.0 ,24.2] 33.2	8	سيراليون
[71.5 ,13.8] 32.8	9	جزر القمر
[43.5 ,23.2] 31.4	10	بنين
[41.5 ,19.5] 28.8	11	جمهورية الكونغو الديمقراطية
[35.2 ,21.7] 27.6	12	إثيوبيا
[50.2 ,13.8] 27.5	13	غامبيا
[37.9 ,19.6] 27.1	14	موزمبيق
[33.6 ,19.6] 26.0	15	توغو
[36.9 ,17.5] 25.7	16	النيجر

ملاحظة: يمثل الرقمان بين القوسين المرعيين الحدّين الأدنى والأقصى لمجال عدم اليقين (بمعدل ثقة 90 في المئة) لمعدل وفيات المواليد الجدد. لا تتضمن الجداول البلدان التي كان عدد المواليد الأحياء فيها أقل من 1000 في عام 2016 أو يقل تعدادها الإجمالي عن 90 ألف نسمة. يستند تصنيف الدخل إلى تصنيف الدخل الصادر عن البنك الدولي لعام 2017. ويمكن الحصول على التفاصيل من خلال الرابط التالي: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>، تم دخول الموقع بتاريخ 30 كانون الثاني/يناير 2018. وتجرى التقديرات التي يصدرها فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (IGME) بعد مشاورات سنوية مع الدول الأعضاء، وقد تختلف عن الإحصاءات الرسمية للدول، لأن تقديرات الفريق موحدة وتستمد من جميع مصادر البيانات المتاحة عن الدولة في تموز / يوليو 2017، ويتم استقرؤها لعام 2016.

المصدر: فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (UN IGME)، 2017.

الدخل المتوسط الأدنى

معدل وفيات المواليد الجدد (الوفيات لكل ألف مولود حي)	ترتيب معدل وفيات المواليد الجدد باستخدام القيمة المتوسطة (من الأعلى إلى الأدنى)	البلد أو الإقليم	معدل وفيات المواليد الجدد (الوفيات لكل ألف مولود حي)	ترتيب معدل وفيات المواليد الجدد باستخدام القيمة المتوسطة (من الأعلى إلى الأدنى)	البلد أو الإقليم
[41.4, 6.7] 17.2	27	ولايات ميكرونيزيا الموحدة	[61.5, 33.9] 45.6	1	باكستان
[26.2, 9.9] 16.2	28	كمبوديا	[55.6, 25.5] 38.5	2	ليسوتو
[24.7, 9.4] 15.0	29	سان تومي وبرينسيبي	[50.3, 26.3] 36.6	3	كوت ديفوار
[17.5, 11.2] 14.0	30	غواتيمالا	[46.3, 24.7] 34.1	4	نيجيريا
[18.0, 10.1] 13.8	31	أوزبكستان	[64.4, 17.2] 33.7	5	موريتانيا
[17.5, 10.7] 13.7	32	إندونيسيا	[50.0, 20.7] 32.8	6	جيبوتي
[16.7, 9.8] 12.8	33	مصر	[37.5, 23.0] 29.4	7	السودان
[17.6, 9.0] 12.6	34	الفلبين	[54.1, 14.5] 29.3	8	أنغولا
[17.6, 8.3] 11.9	35	جمهورية مولدوفا	[40.8, 19.6] 28.7	9	جمهورية لاو الشعبية الديمقراطية
[19.4, 6.9] 11.8	36	فانواتو	[35.8, 20.2] 26.9	10	غانا
[13.5, 9.9] 11.6	37	قرغيزستان	[37.5, 19.0] 26.8	11	اليمن
[14.6, 8.9] 11.5	38	فيتنام	[28.4, 22.6] 25.4	12	الهند
[15.7, 7.5] 10.8	39	دولة فلسطين	[32.2, 18.0] 24.5	13	ميانمار
[15.2, 7.3] 10.6	40	الأردن	[32.6, 17.3] 23.9	14	الكاميرون
[14.5, 7.4] 10.4	41	هندوراس	[42.0, 13.3] 23.5	15	بابوا غينيا الجديدة
[14.4, 7.5] 10.4	41	جزر سليمان	[31.5, 16.2] 22.9	16	زامبيا
[13.8, 7.6] 10.2	43	الرأس الأخضر	[28.6, 17.8] 22.6	17	كينيا
[14.5, 6.3] 9.7	44	منغوليا	[38.3, 12.3] 22.6	17	كيريباتي
[12.8, 6.5] 8.9	45	الجمهورية العربية السورية	[34.1, 13.4] 21.6	19	تيمور الشرقية
[14.5, 5.3] 8.8	46	نيكاراغوا	[33.2, 13.6] 21.4	20	سوازيلاند
[11.7, 5.6] 8.1	47	تونس	[28.7, 14.3] 20.5	21	الكونغو
[11.4, 5.0] 7.5	48	السلفادور	[22.5, 17.7] 20.1	22	بنغلاديش
[10.4, 5.2] 7.4	49	أرمينيا	[35.9, 11.3] 19.9	23	طاجيكستان
[8.3, 6.2] 7.1	50	جورجيا	[27.9, 13.0] 19.0	24	دولة بوليفيا المتعددة القوميات
[7.0, 3.5] 5.4	51	أوكرانيا	[26.7, 12.0] 18.1	25	بوتان
[6.2, 4.6] 5.3	52	سريلانكا	[24.8, 12.7] 17.8	26	المغرب

ملاحظة: يمثل الرقمان بين القوسين المرعيين الحد الأدنى والأقصى لمجال عدم اليقين (بمعدل ثقة 90 في المئة) لمعدل وفيات المواليد الجدد. لا تتضمن الجداول البلدان التي كان عدد المواليد الأحياء فيها أقل من 1000 في عام 2016 أو يقل تعدادها الإجمالي عن 90 ألف نسمة. يستند تصنيف الدخل إلى تصنيف الدخل الصادر عن البنك الدولي لعام 2017. ويمكن الحصول على التفاصيل من خلال الرابط التالي: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>، تم دخول الموقع بتاريخ 30 كانون الثاني/يناير 2018. وتجرى التقديرات التي يصدرها فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (IGME) بعد مشاورات سنوية مع الدول الأعضاء، وقد تختلف عن الإحصاءات الرسمية للدول، لأن تقديرات الفريق موحدة وتستمد من جميع مصادر البيانات المتاحة عن الدولة في تموز / يوليو 2017، ويتم استقراؤها لعام 2016.

المصدر: فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (UN IGME)، 2017

الدخل المتوسط الأعلى

معدل وفيات المواليد الجدد (الوفيات لكل ألف مولود حي)	ترتيب معدل وفيات المواليد الجدد باستخدام القيمة المتوسطة (من الأعلى إلى الأدنى)	البلد أو الإقليم
[13.3, 6.1] 8.3	26	جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة
[10.3, 5.4] 7.8	28	البرازيل
[8.4, 7.2] 7.8	28	المكسيك
[10.0, 5.7] 7.5	30	بيرو
[12.6, 3.9] 7.3	31	تايلاند
[10.5, 4.7] 7.1	32	ليبيا
[11.7, 3.7] 6.8	33	تونغا
[7.0, 6.1] 6.5	34	تركيا
[12.5, 3.0] 6.2	35	ألبانيا
[6.7, 5.8] 6.2	35	الأرجنتين
[7.3, 4.7] 5.9	37	كازاخستان
[7.8, 3.5] 5.7	38	كوستاريكا
[6.0, 4.3] 5.1	39	الصين
[6.4, 3.4] 4.8	40	جزر المالديف
[5.2, 4.2] 4.7	41	البوسنة والهرسك
[8.8, 2.2] 4.7	41	لبنان
[4.9, 3.9] 4.4	43	ماليزيا
[4.9, 3.8] 4.3	44	رومانيا
[4.2, 3.5] 3.8	45	بلغاريا
[4.2, 3.3] 3.7	46	صربيا
[4.5, 2.5] 3.4	47	الاتحاد الروسي
[3.3, 2.6] 2.9	48	كرواتيا
[2.6, 2.2] 2.4	49	كوبا
[2.9, 2.0] 2.4	49	الجبل الأسود
[1.8, 1.2] 1.5	51	بيلاروس

معدل وفيات المواليد الجدد (الوفيات لكل ألف مولود حي)	ترتيب معدل وفيات المواليد الجدد باستخدام القيمة المتوسطة (من الأعلى إلى الأدنى)	البلد أو الإقليم
[51.4, 18.6] 32.0	1	غينيا الاستوائية
[48.4, 11.3] 25.5	2	بوتسوانا
[49.9, 9.3] 22.3	3	تركمانستان
[33.2, 14.0] 21.8	4	الغابون
[27.9, 15.5] 20.8	5	جمهورية الدومينيكان
[30.5, 13.2] 20.0	6	غويانا
[25.1, 13.2] 18.2	7	العراق
[31.0, 10.7] 18.1	8	أذربيجان
[26.5, 12.0] 17.8	9	ناميبيا
[18.3, 13.5] 15.6	10	الجزائر
[15.2, 9.9] 12.4	11	جنوب أفريقيا
[19.1, 6.6] 11.2	12	الإكوادور
[18.4, 6.7] 11.1	13	باراغواي
[18.3, 6.4] 10.9	14	جامايكا
[23.5, 4.6] 10.6	15	سورينام
[11.8, 9.0] 10.3	16	بليز
[13.0, 8.0] 10.3	16	سانت فنسنت وجزر غرينادين
[11.9, 8.8] 10.3	16	جمهورية فنزويلا البوليفارية
[14.4, 6.3] 9.6	19	جمهورية إيران الإسلامية
[16.8, 5.2] 9.6	19	بنما
[11.7, 7.3] 9.2	21	سانت لوسيا
[14.6, 5.2] 9.2	21	ساموا
[11.7, 6.6] 8.8	23	فيجي
[11.1, 6.4] 8.5	24	كولومبيا
[9.5, 7.4] 8.4	25	موريشيوس
[10.5, 6.4] 8.3	26	غرينادا

ملاحظة: يمثل الرقمان بين القوسين المرعيين الحدّين الأدنى والأقصى لمجال عدم اليقين (بمعدل ثقة 90 في المئة) لمعدل وفيات المواليد الجدد. لا تتضمن الجداول البلدان التي كان عدد المواليد الأحياء فيها أقل من 1000 في عام 2016 أو يقل تعدادها الإجمالي عن 90 ألف نسمة. يستند تصنيف الدخل إلى تصنيف الدخل الصادر عن البنك الدولي لعام 2017. ويمكن الحصول على التفاصيل من خلال الرابط التالي: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>، تم دخول الموقع بتاريخ 30 كانون الثاني/يناير 2018. وتجرى التقديرات التي يصدرها فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (IGME) بعد مشاورات سنوية مع الدول الأعضاء، وقد تختلف عن الإحصاءات الرسمية للدول، لأن تقديرات الفريق موحدة وتستمد من جميع مصادر البيانات المتاحة عن الدولة في تموز / يوليو 2017، ويتم استقرؤها لعام 2016.

المصدر: فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (UN IGME)، 2017.

الدخل المرتفع

معدل وفيات المواليد الجدد (الوفيات لكل ألف مولود حي)	ترتيب معدل وفيات المواليد الجدد باستخدام القيمة المتوسطة (من الأعلى إلى الأدنى)	البلد أو الإقليم
[2.7, 2.3] 2.5	25	هولندا
[2.7, 2.1] 2.4	27	فرنسا
[2.8, 2.0] 2.4	27	لاتفيا
[2.5, 2.2] 2.3	29	ألمانيا
[2.8, 1.9] 2.3	29	اليونان
[2.4, 2.0] 2.2	31	أستراليا
[2.4, 1.9] 2.2	31	النمسا
[2.5, 1.9] 2.2	31	بلجيكا
[2.7, 1.9] 2.2	31	إيرلندا
[2.9, 1.5] 2.1	35	البرتغال
[2.2, 1.7] 2.0	36	إسرائيل
[2.3, 1.8] 2.0	36	إيطاليا
[2.4, 1.7] 2.0	36	إسبانيا
[1.8, 1.4] 1.6	39	الجمهورية التشيكية
[1.7, 1.4] 1.6	39	السويد
[2.0, 1.1] 1.5	41	لوكسمبورغ
[1.8, 1.3] 1.5	41	النرويج
[1.7, 1.4] 1.5	41	جمهورية كوريا
[1.9, 1.1] 1.4	44	قبرص
[1.6, 1.1] 1.3	45	إستونيا
[1.6, 1.1] 1.3	45	سلوفينيا
[1.4, 0.9] 1.2	47	فنلندا
[1.3, 1.0] 1.1	48	سنغافورة
[1.4, 0.7] 1.0	49	أيسلندا
[1.0, 0.8] 0.9	50	اليابان

معدل وفيات المواليد الجدد (الوفيات لكل ألف مولود حي)	ترتيب معدل وفيات المواليد الجدد باستخدام القيمة المتوسطة (من الأعلى إلى الأدنى)	البلد أو الإقليم
[29.4, 5.8] 12.6	1	ترينداد وتوباغو
[11.9, 6.7] 9.0	2	سيشيل
[10.3, 5.9] 7.9	3	باربادوس
[14.4, 3.4] 6.9	4	المملكة العربية السعودية
[7.5, 4.3] 5.8	5	الباهاما
[5.9, 4.9] 5.4	6	شيلي
[6.6, 3.4] 5.2	7	عمان
[5.5, 4.6] 5.0	8	أوروغواي
[5.5, 3.8] 4.6	9	مالطا
[5.1, 3.7] 4.4	10	بروناي دار السلام
[5.1, 3.9] 4.4	10	الكويت
[4.8, 3.4] 4.1	12	قطر
[5.7, 2.7] 4.0	13	الإمارات العربية المتحدة
[5.6, 2.5] 3.8	14	أنتيغوا وبربودا
[4.0, 3.4] 3.7	15	الولايات المتحدة
[3.9, 2.7] 3.2	16	كندا
[3.8, 2.7] 3.2	16	الدنمارك
[3.7, 2.5] 3.1	18	البحرين
[3.6, 2.6] 3.0	19	نيوزيلندا
[3.3, 2.7] 3.0	19	سولفاكيا
[3.2, 2.7] 2.9	21	سويسرا
[3.4, 2.3] 2.8	22	المجر
[3.0, 2.7] 2.8	22	بولندا
[3.1, 2.1] 2.6	24	المملكة المتحدة
[2.9, 2.1] 2.5	25	ليتوانيا

ملاحظة: يمثل الرقمان بين القوسين المرعيين الحد الأدنى والأقصى لمجال عدم اليقين (بمعدل ثقة 90 في المئة) لمعدل وفيات المواليد الجدد. لا تتضمن الجداول البلدان التي كان عدد المواليد الأحياء فيها أقل من 1000 في عام 2016 أو يقل تعدادها الإجمالي عن 90 ألف نسمة. يستند تصنيف الدخل إلى تصنيف الدخل الصادر عن البنك الدولي لعام 2017. ويمكن الحصول على التفاصيل من خلال الرابط التالي: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>، تم دخول الموقع بتاريخ 30 كانون الثاني/يناير 2018. وتجرى التقديرات التي يصدرها فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (IGME) بعد مشاورات سنوية مع الدول الأعضاء، وقد تختلف عن الإحصاءات الرسمية للدول، لأن تقديرات الفريق موحدة وتستمد من جميع مصادر البيانات المتاحة عن الدولة في تموز / يوليو 2017، ويتم استقرؤها لعام 2016.

المصدر: فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (UN IGME)، 2017

لكل طفل
أياً كانت.
وأينما كان يعيش.
كل طفل يستحق طفولة.
مستقبلاً.
فرصة عادلة.
لهذه الغاية وجدت اليونيسف.
لكل طفل.
نعمل يوماً بعد يوم.
في 190 بلداً وإقليماً.
نصل إلى أصعب الأماكن.
أبعدها عن المساعدة.
وأكثرها حرماناً.
نواصل مسيرتنا إلى النهاية.
ولن نستسلم أبداً.

الحقوق محفوظة لليونيسف، 2018.

يجب الحصول على إذن من أجل استنساخ
أي جزء من هذا المنشور، وسيتم منح الإذن مجاناً
للمؤسسات التعليمية وغير الربحية.

يرجى الاتصال بـ:

Private Fundraising and Partnerships

UNICEF, Palais des Nations

1211 Genève 10, Switzerland