وضع الأطفال في العالم ٢٠٠٨

بقاء الأطفال على قيد الحياة

معاً من أجل الأطفال

يونيسف

وضع الأطفال في العالم ٢٠٠٨

شـكـــراً وتقدير

يعود الفضل في إعداد هذا التقرير إلى المشورة والمساهمات القيمة التي قدمها عدد كبير من الأشخاص المعنيين من داخل اليونيسف وخارجها. وقد قُدمت هذه المساهمات الكبيرة عن طريق المكاتب الميدانية لليونيسف في كل من: أفغانستان وأنغولا والأرجنتين وبنغلادش وبنن وبوليفيا والبوسنة والهرسك والبرازيل وكمبوديا والكاميرون وتشيلي والصين وكولومبيا والكونغو وساحل العاج وجمهورية الدومينيكان والإكوادور ومصر وإريتيريا وغامبيا وغانا وهاييتي والهند وإيران وجمايكا والأردن وكازاخستان وكينيا ومنغوليا والمغرب وموزامبيق ونيكاراغوا والنيجر ونيجيريا وباكستان وبابوا غينيا الجديدة والبيرو وسانت لوشيا والسنغال والصومال وجنوب إفريقيا والسودان وسورينام وطاجكستان وجمهورية تنزانيا المتحدة وتيمور الشرقية وتركمنستان وأوغندا وأوروغواي وجمهورية فنزويلا (جمهورية بوليفيا) واليمن وزامبيا وزيمبابوي كما وأسهمت كل من المكاتب الإقليمية لليونيسف ومركز إنوشينتي للأبحاث في هذا التقرير.

ونخص بالشكر الرئيسة إيلين جونسون سيرليف، وتيدروس أدانوم، وبوب فارمر، وبول فريمان، وميلندا فرنش غيتس، وجيم يونغ كيم، وإليزابيث آن ماتاكا، وهنري بيري.

قسم الإرشاد الخاص بالأبحاث والسياسات
قسم البرامج، وقسم السياسات والتخطيط

الجداول الإحصائية
قسم المعلومات الإستراتيجية، وقسم التخطيط والسياسات

التصميم والإنتاج
شركة بروغرافيكس

طباعة النسخة العربية
المطبعة الوطنية

تم إنتاج هذا التقرير وترجمته وتوزيعه في قسم التحرير والتصميم والنشر، إدارة الإعلام.

© منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) ديسمبر ٢٠٠٧

يُشترط الحصول على إذن لإعادة إنتاج أي جزءٍ من هذا الإصدار. الرجاء الإتصال على العنوان التالي:
قسم التحرير والتصميم والنشر
إدارة الإعلام، اليونيسف
United Nations Plaza، New York 3
New York. NY 10017 USA
هاتف: ٣٢٦-٧٤٣٤ (٢١٢-١+)
فاكس: ٧٩٨٥ - ٣٠٣ (٢١٢-١+)
البريد إلكتروني: nyhqdoc-permit@unicef.org
عنوان الموقع على الإنترنت: www.unicef.org

يُعطى الإذن مجاناً للمؤسسات التعليمية والمنظمات غير الربحية إذا ما أرادت إعادة إنتاج هذا التقرير. أما الأطراف الأخرى، فيترتّب عليها أن تدفع مبلغاً رمزياً مقابل ذلك.

تعبر المعلومات الواردة في هذا التقرير عن الآراء الشخصية لكَاتبها، ولا تعكس، بالضرورة، موقف منظمة الأمم المتحدة للطفولة.

الرقم العياري الدولي للنشر – النسخة العربية: 978-92-806-4240-7

أصدر النسخة العربية من هذا التقرير: **وضع الأطفال في العالم ٢٠٠٨:**

قسم الإعلام، مكتب اليونيسف الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا

ص.ب: ١٥٥١ عمان ١١٨٢١ – الأردن

هاتف: ٥٥٠٢٤٠٠ – ٦ – ٩٦٢+

فاكس: ٥٥١٨١٠٣ – ٦ – ٩٦٢+

البريد إلكتروني: menaro@unicef.org

عنوان الموقع على الإنترنت: www.unicef.org

صورة الغلاف: ©UNICEF/HQ07-0108/Thierry Delvigne Jean

أعد الترجمة الى العربية: شركة روزيتا انترناشيونال، عمان – الأردن

المراجعة: شركة الكلمة، عمان – الأردن

تصـــديـــر

شهد عام ٢٠٠٦، وللمرة الأولى في التاريخ، انخفاض العدد الإجمالي للوفيات السنوية بين الأطفال دون سن الخامسة إلى أقل من ١٠ ملايين، حيث بلغ ٩,٧ مليون، وهذا يشكل انخفاضاً نسبته ٦٠ في المئة في معدل وفيات الأطفال عما كان عليه في عام ١٩٦٠.

بيد أن هذا لا يعني الرضا الزائف عن النفس، فإزهاق ٩,٧ مليون روح من الأطفال سنوياً أمر غير مقبول، خاصَةً وأن بالإمكان الوقاية من الكثير من هذه الوفيات. ورغم التقدم الذي تم إحرازه، إلّا أن العالم ما زال بعيداً عن المسار الصحيح لتحقيق الهدف الإنمائي المتمثل في الحد من وفيات الأطفال بمقدار الثلثين بحلول عام ٢٠١٥.

© UNICEF/HQ07-1608/Georgina Cranston

وتظهر البيانات التي جمعتها مجموعة الوكالات الخاصة بتقديرات وفيات الأطفال أن هناك تقدم أحرز في بلدان مختلفة في كل منطقة من مناطق العالم. فمنذ عام ١٩٩٠، انخفضت وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الصين من ٤٥ حالة وفاة لكل ألف مولود حي إلى ٢٤، أي ما نسبته ٤٧ في المئة. وفي الهند انخفضت هذه النسبة بمقدار ٣٤ في المئة، كما انخفضت معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في ست دول هي: بنغلادش وبوتان وبوليفيا وإرتيريا وجمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية ونيبال، بنسبة ٥٠ في المئة أو أكثر منذ عام ١٩٩٠، ورغم هذا الإنخفاض، تظل هذه المعدّلات في هذه الدول عالية. وقد حققت إثيوبيا انخفاضاً مقداره ٤٠ في المئة منذ عام ١٩٩٠.

ومن الدول الإثنتين والستين (٦٢) التي لم تحرز تقدماً، أو أحرزت تقدماً غير كاف، على طريق تحقيق الهدف الإنمائي للألفية الخاص ببقاء الأطفال على قيد الحياة، ثمة حوالي ٧٥ في المئة منها في إفريقيا. وفي بعض الدول الواقعة في المناطق الجنوبية للقارة الإفريقية، قوّض انتشار فيروس نقص نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز التقدم الذي تم إحرازه سابقاً في الحد من وفيات الأطفال، ويتطلب تحقيق الهدف المذكور في هذه الدول جهوداً متناسقة.

إن تبني التدخلات الصحية الأولية على نطاق واسع، بما في ذلك الرضاعة الطبيعية الخالصة والمبكرة والتطعيم ومكملات فيتامين A، واستخدام الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية لمكافحة الملاريا، مهم جداً لزيادة التقدم في دول إفريقيا جنوب الصحراء وغيرها.

ويجب بذل المزيد من الجهود لزيادة القدرة على الوصول إلى المعالجة ووسائل الوقاية، ولمعالجة الأثر المدمر لذات الرئة، والإسهال والملاريا وسوء التغذية الحاد، وفيروس نقص نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز.

نحن على يقين بالقدرة على إنقاذ الأرواح عندما يتمتع الأطفال بالخدمات الصحية المجتمعية المدعومة بنظام إحالة قوي.

بَيدَ أن هناك حاجة إلى التركيز على تقديم تدخلات أساسية على مستوى المجتمع المحلي كجزء من الجهود المتكاملة لدعم تأسيس أنظمة صحية وطنية قويه، مع إيلاء انتباه خاص إلى الإحتياجات الخاصة للنساء والأمهات والمواليد الجدد.

وقد قامت منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي واليونيسف بدعوة الإتحاد الإفريقي لوضع إطار عمل خاضع للتمحيص في تقرير "وضع الأطفال في العالم" لهذا العام، بغية مساعدة الدول الإفريقية على تحقيق الهدف الإنمائي للألفية المتمثل في بقاء الأطفال على قيد الحياة.

ومما يدعو إلى الأمل الزخم المتجدد الذي نشهده بشأن الصحة في العالم، والإهتمام المتعاظم على المستويين العام والخاص. ويجري حالياً إرساء الشراكات وتعزيزها، مستفيدين من هذا الزخم المُتعاظم.

وتحمل الشراكات في طياتها أملاً كبيراً في تسريع التقدم نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. وتعمل اليونيسف، بشكل وثيق، مع الحكومات والمنظمات الإقليمية والمنظمات غير الحكومية ومؤسسات القطاع الخاص لتنسيق النشاطات لجمع الخبرة والمعرفة .

ويتمثل التحدي الماثل أمامنا الآن في العمل بحس جماعي، وفي الضرورة العاجلة والملحة لتوسيع نطاق التدخلات التي أثبتت نجاحها.

آن. م. فينيمان
المدير التنفيذي
منظمة الأمم المتحدة للطفولة

المحتويات

شكر وتقدير ..... ب

تصدير

آن. إم. فينيمان

المدير التنفيذي ، منظمة الأمم المتحدة للطفولة ..... ج

١ بقاء الأطفال على قيد الحياة: أين وصلنا

ملخص ..... ز

الجداول

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة: المقياس الذي لا غنى عنه في صحة الطفل ٢

الأسباب الأساسية والهيكلية لوفيات الأمهات والأطفال ٣

بقاء حديثي الولادة ٤

الأسباب الرئيسية الأقرب لوفيات الأطفال ٨

ذات الرئة: قاتل الأطفال المنسي ١٠

الرعاية الصحية المستمرة للأمهات وحديثي الولادة والأطفال عبر الزمان والمكان ١٧

صحة الطفل في حالات الطوارئ المركبة ١٨

تمكين النساء لاحراز تقدم في صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال ٢٠

تسجيل الولادات: خطوة مهمة نحو الوصول إلى الخدمات الأساسية ٢٢

بقاء الأطفال في بيئات ما بعد الصراع: ليبريا تتحدى وتنتصر ٢٤

الأشكال

١–١ فوائد تحقيق هدف الألفية الإنمائي الرابع وعواقب الفشل في تحقيق الهدف ٢

١–٢ المعدلات العالمية لوفيات حديثي الولادة، ٢٠٠٠ ..... ٤

١–٣ التدخلات البسيطة المؤثرة لإنقاذ أرواح حديثي الولادة ضمن الرعاية المستمرة لصحة الأم والطفل ٥

١–٤ انخفض معدل وفيات الأطفال العالمي ٦

١–٥ مات أقل من ١٠ ملايين طفل دون سن الخامسة في ٢٠٠٦ ..... ٦

١–٦ التقدم العالمي في تخفيض وفيات الأطفال غير كافي لبلوغ هدف الألفية الإنمائي الرابع* ٧

١–٧ استطاع ما يقارب الثلث من الدول الـ٥٠ الأقل نمواً تخفيض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة ٤٠ بالمئة أو أكثر منذ عام ١٩٩٠. ..... ٨

١–٨ التوزيع العالمي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة وفق الأسباب ٨

١–٩ الصحة والأهداف الإنمائية للألفية ٩

١–١٠ يُعرض أكثر من نصف الأطفال دون سن الخامسة المشتبه بإصابتهم بذات الرئة على مقدم صحة ملائم ١٠

١–١١ تسجل جنوب آسيا أعلى معدل سوء تغذية بين المناطق ١١

١–١٢ احتمالية وفيات الأمهات في الدول النامية تسجل نسباً أعلى كثيراً منها في الدول الصناعية ١٢

١–١٣ تساهم المستويات المتدنية لرعاية الأمهات في ارتفاع معدلات وفيات الأمهات في جنوب آسيا ودول إفريقيا جنوب الصحراء ١٢

١–١٤ تشكلل دول إفريقيا جنوب الصحراء حوالى ٩٠ بالمئة من التهابات فيروس نقص المناعة لدى الأطفال ١٣

١–١٥ حوالى ٨٠ بالمئة من دول العالم النامية يحصلون على مصادر مياه صالحة للشرب ١٤

١–١٦ نصف سكان العالم النامي فقط يحصلون على مرافق صحية كافية ١٤

١–١٧ دول الأولوية الـ٦٠ لبقاء الأطفال التي يستهدفها العد التنازلي إلى عام ٢٠١٥ ..... ١٦

١–١٨ ربط تقديم الرعاية على مدى السلسلة المستمرة للرعاية الصحية للأمهات وحديثي الولادة والأطفال ١٧

١–١٩ ربط تقديم الرعاية بين المنازل والمراكز الصحية لتخفيض وفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال ١٧

١–٢٠ معدلات تسجيل الولادات* منخفضة في جنوب آسيا ودول إفريقيا جنوب الصحراء ٢٢

٢ الدروس المستفادة من تطوير أنظمة الرعاية والممارسات الصحية

ملخص ٢٦

الجداول

مبادرات الحصبة ٢٨

أيام التطعيم الوطنية وأيام صحة الطفل ٣٢

تمويل القطاع الصحي: النُهج شاملة القطاعات ومبادرة الدول الفقيرة المثقلة بالديون ٣٣

الإدارة المتكاملة لأمراض حديثي الولادة والطفولة في الهند ٣٥

مبادرة باماكو ٣٦

نهج الخط المائل : الطريقة المكسيكية ٣٨

بقاء وتنمية الأطفال المعجل في غرب إفريقيا ٤٠

مرض فيروس نقص المناعة المكتسبة والإيدز في إفريقيا وأثره على النساء والأطفال ٤٢

الشراكة الشراكة لأجل صحة الأم وحديثي الولادة والأطفال ٤٣

الأشكال

٢–١ العبء العالمي لوفيات الأطفال ٢٩

٢–٢ معدلات الرعاية الصحية الأولية الانتقائية والتوجهات السائدة في التطعيم منذ عام ١٩٨٠ ..... ٣٥

٢–٣ إدارة الحالة في الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة في مرفق صحة المرضى الخارجين ومرفق إحالة المرضى من المستوى الأول وفي البيت للطفل من عمر شهرين إلى ٥ سنوات. ٣٧

٢–٤ إطار عمل مفاهيمي لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة. ٣٩

بقاء الأطفال: أين وصلنا

٣ شراكات المجتمع المحلي في الرعاية الصحية الأولية للأمهات وحديثي الولادة والأطفال

ملخص ٤٤

الجداول

المارسات الأساسية للمبادرات المجتمعية الخاصة بالرعاية الصحية ٤٧

الأوجه والتحديات الشائعة لشراكات المجتمع المحلي في الصحة والتغذية ٤٨

الهند تخفيض سوء التغذية من خلال شراكات المجتمع المحلي ٥٠

منع انتقال فيروس نقص المناعة المكتسبة من الأم إلى الطفل: أثر برامج "من الأمهات إلى الأمهات" في شرق وجنوب إفريقيا ٥٢

القيادة تجلب التغيير للأمهات والأطفال في إثيوبيا ٥٤

(نقطة تركيز) موزمبيق: تخفيض وفيات الأطفال دون سن الخامسة من خلال برنامج مجتمعي ٥٩

شراكات المجتمع المحلي في أنظمة المياه ومرافق الصرف الصحي في المدارس ٦٠

الأشكال

٣–١ انتشار التقزم حسب السن (بالأشهر) ٥١

٤ تعزيز الشراكات المجتمعية، استمرار الرعاية وأنظمة الصحة

ملخص ٦٢

الجداول

توسيع نطاق الخدمات: التغذية الكافية للأمهات والمواليد الجدد والأطفال ٦٦

وضع الميزانية الهامشية لمعالجة الاحتقانات. ٧٠

توسيع نطاق الخدمات: المياه النقية، والصرف الصحي الكافي وتحسين ممارسات الصحة العامة ٧٤

الحاجة العاجلة إلى معالجة أزمة عمال الصحة في إفريقيا ٧٦

حالة الاستثمار في مجال بقاء الأطفال على قيد الحياة وأهداف أخرى مرتبطة بالصحة ضمن الأهداف الإنمائية للألفية في الدول الواقعة جنوب الصحراء الإفريقية. ٧٨

نقطة تركيز: بوتسوانا: توسيع مكافحة وعلاج فيروس نقص نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز باستخدام شراكات المجتمع المحلي. ٨١

إحكام المساءلة والإدارة في تقديم الخدمات الصحية ٨٣

التمويل المرهون بالأداء في رواندا ٨٤

نقطة تركيز: البرازيل: إنشاء شبكة وطنية مجتمعية للنظام الصحي ٨٦

طريقة جديدة للتعاون مقدمة إلى المؤسسات متعددة الجهات ٨٨

حقوق الإنسان والرعاية الصحية المجتمعية وبقاء الأطفال على قيد الحياة ٩٠

الأشكال

٤–١ إطار عمل تصوّري لتوسيع نطاق الرعاية الصحية الأولية في الدول النامية ٦٤

٤–٢ طرق معالجة الاحتقانات في تقديم الخدمات الصحية ٦٩

٤–٣ التأثير والتكلفة المقدّرين لمجموعات التدخلات ذات الحد الأدنى، والموسعة، وذات الحد الأقصى الخاصة بإطار العمل الإستراتيجي لإفريقيا ٧٨

٤–٤ مصادر التمويل ٢٠٠٧–٢٠١٥ ..... ٧٩

٤–٥ البرازيل تفاوتات شاسعة في معدلات وفيات الأطفال بين مناطق مختارة وفي داخل كل منطقة حسب الدخل والأصل العرقي للأم ٨٧

٥ مُتحدون من أجل بقاء الأطفال على قيد الحياة

ملخص ٩٤

الجداول

تقوية جمع البيانات والمراقبة لغايات قرارات الصحة العامة تقوية جمع البيانات والمراقبة لغايات قرارات الصحة العامة ١٠٠

الجانب الآخر من الحصيرة: الاتحاد من أجل بقاء الأمهات، حديثي الولادة، والأطفال على الحياة والمحافظة على صحتهم بقلم: ميلندا فرينش جيتس ١٠٢

الأشكال

٥–١ بعض التدفقات المالية للدول النامية ٩٩

المراجع ١٠٤

الجداول الإحصائية ١٠٩

ترتيب الدول حسب معّل وفيات الأطفال دون سن الخامسة ١١٣

الجدول ١: مؤشرات أساسية ١١٤

الجدول ٢: التغذية ١١٨

الجدول ٣: الصحة ١٢٢

الجدول ٤: فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز ١٢٦

الجدول ٥: التعليم ١٣٠

الجدول ٦: مؤشرات سكانية ١٣٤

الجدول ٧: مؤشرات اقتصادية ١٣٨

الجدول ٨: النساء ١٤٢

الجدول ٩: حماية الطفل ١٤٦

الجدول ١٠: معدل التقدم ١٥٠

الاختصارات ١٥٤

ملخـــــص

تُعد معدلات وفيات الأطفال مؤشراً حساساً لتطور بلد ما، ودليلًا معبراً عن أولوياتها وقيمها. والاستثمار في صحة الأطفال وأمهاتهم ليس متطلباً أساسياً لحقوق الإنسان فحسب، بل هو قرار اقتصادي سليم وهو من أضمن الطرق التي يمكن لبلد ما الانطلاق منها نحو مستقبل أفضل.

ولا شك أن التقدم الذي تم إحرازه في مجال تحسين معدلات بقاء الأطفال وصحتهم، هو إنجاز باهر، لكن تحقيق هدف الألفية الإنمائي الرابع والذي يسعى إلى تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة الثلثين ما بين الأعوام ١٩٩٠ و٢٠١٥ سيتطلب جهداً إضافياً. إن تحقيق الهدف ما زال ممكناً، لكن التحدي هائل وكبير.

وبلوغ هذا الهدف يعني تخفيض عدد وفيات الأطفال من ٩,٧ مليون في عام ٢٠٠٦ إلى حوالى ٤ ملايين طفل في عام ٢٠١٥. ولتحقيق هذا، سيتطلب الأمر إجراءاً عاجلًا على عدة جبهات: تخفيض الفقر والجوع (هدف الألفية الإنمائي الأول) وتحسين صحة الأمهات (هدف الألفية الإنمائي الخامس) ومكافحة فيروس نقص نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز والملاريا والأمراض الرئيسية الأخرى (هدف الألفية الإنمائي السادس) وزيادة الاستخدام الآمن والمحسن للمياه ومرافق الصرف الصحي (هدف الألفية الإنمائي السابع) وتوفير العقاقير الأساسية الرخيصة على أساس دائم (هدف الألفية الإنمائي الثامن)، كما سيتطلب الأمر إعادة دراسة الإستراتيجيات التي وُضعت للوصول إلى أفقر المجتمعات وأكثرها تهميشاً.

لكل طفل الحق في أن يعيش سليم الصحة، مجموعة أطفال في مركز أطفال محلي، مالاوي

ولا شك أن مجالات التقدم الباهرة التي حققتها العديد من الدول النامية خلال العقود الأخيرة في تخفيض وفيات الأطفال تدعو إلى التفاؤل. فقد أصبحت أسباب وفيات الأطفال وحلولها معروفة، وأصبحت التدخلات البسيطة التي يمكن الاعتماد عليها وتحمل نفقاتها والتي تؤدي إلى إنقاذ حياة ملايين الأطفال متوافرة بسهولة، لكن التحدي يتمثل في ضمان وصول هذه الحلول والعلاجات– التي يتم توفيرها من خلال سلسلة الرعاية الصحية المستمرة للأمهات وحديثي الولادة والأطفال– إلى ملايين الأطفال والعائلات الذين تم تجاهلهم حتى الآن.

١

بقاء الأطفال على قيد الحياة: أين وصلنا

© UNICEF/2007/David Anthony

الوضع الحالي

ماذا تساوي الحياة؟ لا شك أن معظمنا مستعد للتضحية بالكثير لإنقاذ حياة طفل واحد. ولكن على المستوى العالمي، أصبحت أولوياتنا غير واضحة، ففي كل يوم يموت ما متوسطه ٢٦,٠٠٠ طفل دون سن الخامسة في أنحاء العالم، وغالباً لأسباب يمكن الوقاية منها. ويعيش جميع هؤلاء الأطفال تقريباً في الدول النامية، وعلى وجه التحديد، في ٦٠ دولة نامية، ويموت أكثر من ثلث هؤلاء الأطفال خلال الشهر الأول من حياتهم، وعادة ما تحصل هذه الوفيات في البيت، حيث يُحرمون من الحصول على الخدمات الصحية والسلع الأساسية التي قد تنقذ حياتهم، ويُصاب بعض الأطفال بالإلتهابات التنفسية الحادة أو الإسهالات التي لم تعد تشكل تهديداً في الدول الصناعية، أو بأمراض الطفولة المبكرة التي يمكن منعها بسهولة من خلال المطاعيم، كالحصبة. وتحدث نصف الوفيات دون سن الخامسة نتيجة سوء التغذية الذي يحرم جسم الطفل وعقله من المغذيات اللازمة للنمو والتطور. كما تسهم المياه غير الصالحة للشرب ورداءة المرافق الصحية وعدم توفر النظافة الصحية الكافية في وفيات الأطفال وأمراضهم.

في عام ٢٠٠٦، وحسب آخر الإحصائيات، توفي ما يقارب ٩,٧ مليون طفل قبل بلوغهم سن الخامسة، ورغم أن الأرقام تغيرت، إلّا أن المشكلة ما زالت كبيرة ومؤثرة اليوم كما كانت قبل ٢٥ سنة عندما أطلقت منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) حملة "ثورة بقاء الأطفال ونمائهم". ويتمحور التركيز الحالي لمجتمع التطوير فيما يتعلق ببقاء الأطفال على هدف الألفية الإنمائي الرابع الذي يهدف إلى تخفيض المعدل العالمي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة الثلثين بين الأعوام ١٩٩٠ و٢٠١٥. ونظراً لأن عدد وفيات الأطفال في عام ١٩٩٠ بلغ ١٣ مليوناً، فإن تحقيق هدف الألفية الإنمائي الرابع يعني أن عدد وفيات الأطفال خلال السنوات السبع التالية يجب أن ينخفض إلى النصف، أي أقل من ١٣٠٠٠ وفاة يومياً أو أقل من ٥ ملايين وفاة سنوياً[١].

ويجب ألا نستهين بضخامة هذا التحدي، فالعالم مكلف بتخفيض عدد وفيات الأطفال بين الأعوام ٢٠٠٨ و٢٠١٥ بمعدل أسرع كثيراً مما حقق منذ عام ١٩٩٠ (انظر الشكل ١–٦، صفحة ٧). وعلاوة على ذلك، يجب تركيز الجزء الأعظم من الجهود على أصعب الأوضاع والظروف: في الدول الفقيرة بين مناطق المجتمعات الأشد فقراً وعزلة وجهلاً وتهميشاً، وفي الأمم التي أنهكها الإيدز والصراع وغياب القيادة الرشيدة والإهمال المزمن لأنظمة الصحة العامة والبنية التحتية المادية.

وكالعادة، ستكون الجهود غير كافية لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة، وهذا واضح في دول إفريقيا جنوب الصحراء، وهي أكثر المناطق تخلفاً عن تحقيق معظم أهداف الألفية المتعلقة بالصحة، وهو واضح أيضاً في عدة دول في جنوب آسيا وغيرها من الدول النامية، وإذا ما استمرت التوجيهات التالية، فسيكون من الممكن تفادي ٤,٣ مليون وفاة في عام ٢٠١٥ لو تحقق هدف الألفية الإنمائي الرابع (انظر الشكل ١–١، صفحة ٢).

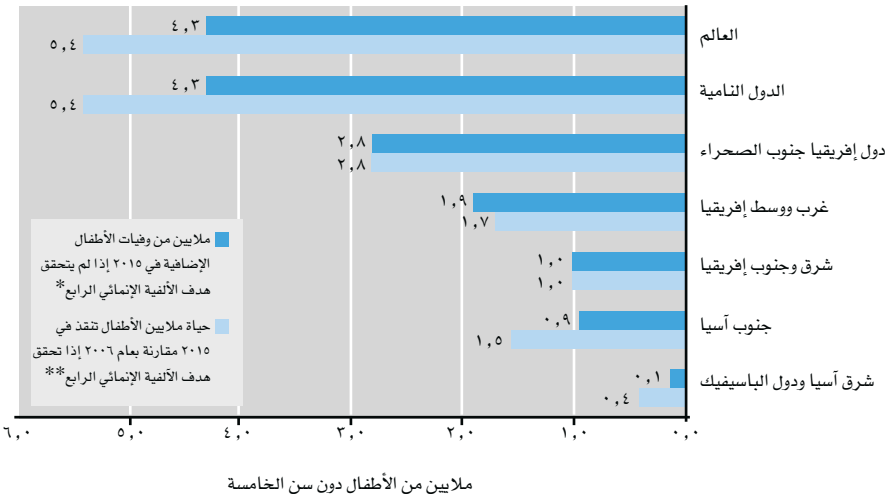
وللتأكيد على الحاجة لوضع قضايا الأطفال على رأس الأجندة العالمية، يعود تقرير "وضع الأطفال في العالم ٢٠٠٨" إلى فكرة رئيسية اتسم بها إطلاق هذه السلسلة في أوائل الثمانينيات، ففي ذلك الوقت، كما هو الحال الآن، طمحت اليونيسف إلى تخفيض عدد وفيات الأطفال إلى النصف تقريباً ضمن تاريخ محدد. وفي ذلك الوقت، كما هو الحال الآن، اقترحت حلولاً واستراتيجيات بسيطة وفعالة وقليلة الكلفة لتخفيض وفيات الأطفال وتحسين صحة الطفل. والآن، وكما كان سابقاً، تدعو اليونيسف شركاءها من جميع مناحي الحياة

من الزعماء الدينيين إلى سفراء النوايا الحسنة، ومن المحافظين إلى رؤساء الدول، ومن الشخصيات الرياضية إلى أعضاء البرلمانات، ومن الاتحادات المهنية إلى النقابات العمالية– للانضمام إلى حركة بقاء الأطفال ونمائهم وتطورهم.

وعوضاً عن نضال اليونيسف وحدها كما كانت تفعل في الثمانينيات، فهي تترأس اليوم بقاء الأطفال باعتبارها طرفاً من مجتمع كبير تهمه قضايا الطفل، وقد أثبتت الشراكات التي تطورت خلال العقدين الماضيين دورها الحيوي في معالجة المشاكل التي تتطلب تغييرات اجتماعية ثقافية أكثر تنظيماً وتعقيداً مما أدركه مصممو "ثورة بقاء الطفل ونمائه" الأولى، ويورد تقرير "وضع الأطفال في العالم ٢٠٠٨" النتائج المنبثقة عن هذه الشراكات وعن التجارب والمناهج التي كان لها دور في قضية صحة الأطفال وبقائهم في العقود الأخيرة.

الشكل ١-١

فوائد تحقيق هدف الألفية الإنمائي الرابع وعواقب الفشل في تحقيق الهدف



* عدد الوفيات الإضافية بين الأطفال دون سن الخامسة التي ستحدث في عام ٢٠١٥ إذا استمرت المعدلات السنوية الحالية لتخفيض وفيات الأطفال دون سن الخامسة.

** عدد الوفيات التي سيتم تجنبها بين الأطفال دون سن الخامسة في عام ٢٠١٥ وحده، مقارنة بعدد الوفيات في عام ٢٠٠٦ إذا تحقق هدف الألفيةالإنمائي الرابع بتخفيض وفيات الأطفال دون سن الخامسة التي شهدها عام ١٩٩٠ بنسبة الثلثين.

المصدر: تقديرات اليونيسف بناءاً على البيانات الواردة في جدولي الإحصاءات ١ و١٠، الصفحتين ١١٤ و١٥٠ من هذا التقرير.

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة: مقياس لا غنى عنه لقياس صحة الطفل

يشير معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، الذي غالباً ما يُختصر بـ(U5MR) أو يُعرف ببساطة بمعدل وفيات الأطفال، إلى احتمالية الوفاة بين الولادة وسن الخمس سنوات تماماً، والمعبر عنه بنسبة الوفيات لكل ألف ولادة حية، إذا كان خاضعاً لمعدلات الوفاة الحالية، ولهذا المعدل عدة فوائد نظراً لدوره في مقياس رفاه الأطفال بشكل عام وصحة الطفل بشكل خاص.

فهو أولاً، يقيس "نتيجة" عملية التطوير وليس "مدخلاتها"، كتوافر السعرات الحرارية للفرد أو عدد الأطباء لكل ألف نسمة– وهي كلها وسائل للوصول إلى غاية محددة.

وثانياً، يُعتبر معدل وفيات الأطفال نتيجة لمجموعة واسعة من المدخلات: الوضع الغذائي والمعرفة الصحية للأمهات ومستوى التطعيم وعلاج الجفاف عن طريق الفم وتوفر خدمات رعاية صحة الأم والطفل (بما في ذلك رعاية الحامل قبل الولادة) وتوفر الدخل والطعام في العائلة وتوفر مياه صالحة للشرب ووسائل الصحة البيئية الأساسية والسلامة العامة لبيئة الطفل، بالاضافة إلى عوامل أخرى.

ثالثاً، يعتبر معدل وفيات الأطفال أقل عرضة للخطأ من معدل إجمالي الدخل القومي للفرد على سبيل المثال، ويعود سبب ذلك لأن المقياس الطبيعي لا يأخذ بعين الاعتبار أن احتمالية بقاء أطفال الأغنياء ألف مرة أكثر حتى لو كان المقياس الذي وضعه البشر يسمح بأن يكون دخلهم أكثر ألف مرة. وبمعنى آخر، فإن من الصعب أن تؤثر أقلية ثرية على معدل وفيات الأطفال، ولهذا فهو يقدم صورة أكثر دقة، أو الصورة المثالية، للوضع الصحي لأغلبية الأطفال (وللمجتمع ككل).

انظر المراجع، صفحة ١٠٤.

يبدأ التقرير بدراسة حالة بقاء الأطفال والرعاية الصحية الأولية للأطفال مع التركيز على الاتجاهات في وفيات الأطفال. بعد ذلك، يقيم التقرير الدروس المستفادة من الإخفاقات والنجاحات في بقاء الأطفال خلال القرن الماضي، ويبحث الموضوع الأساسي في التقرير في عدة مناهج واعدة– شراكات المجتمع المحلي واستمرارية إطار الرعاية وتقوية النظام الصحي للحصول على نتائج – للوصول إلى الأمهات وحديثي الولادة والأطفال المقصون حالياً من التدخلات الضرورية. ويقدم هذا التقرير طرقاً لبدء العملية وذلك من خلال إلقاء الضوء على أمثلة من بلدان ومناطق نجحت فيها هذه المناهج، ومن خلال استكشاف التحديات الرئيسة أمام توسيعها.

لماذا نولي هذه الأهمية لبقاء الأطفال

إن الاستثمار في صحة الأطفال أمر منطقي لعدد من الأسباب تتجاوز الألم والمعاناة التي تسببها وفاة الأطفال، حتى ولو كان طفل واحد. ولا شك أن حرمان الرضع والأطفال من الرعاية الصحية الأولية ومن المغذيات التي يحتاجون إليها لكي ينمو ويتطوروا كفيل بجعلهم يفشلون في الحياة، ولكن إذا حصل الأطفال على التغذية والرعاية الجيدة وتوفرت لهم البيئة الآمنة المحفزة، فستزداد احتمالات بقائهم على قيد الحياة وتقل احتمالات إصابتهم بالأمراض والآفات، وسيكونون أكثر قدرة على تطوير تفكيرهم ولغتهم وعواطفهم ومهاراتهم الاجتماعية، وعند التحاقهم بالمدارس سينجحون في دراستهم على الأرجح، وبالتالي ستُتاح لهم فرص أكثر في المراحل اللاحقة من حياتهم ليكونوا أعضاءً مبدعين ومنتجين في المجتمع.

كما أن الاستثمار في الأطفال هو قرار حكيم أيضاً من منظور اقتصادي، فطبقاً للبنك الدولي، يعتبر التطعيم وفيتامين A التكميلي هما اليوم من أكثر الصحة العامة فاعليةً وأقلها كلفة.

وتتمثل أهمية تحسين وضع فيتامين A في أنه يقوي مقاومة الطفل للأمراض ويقلل احتمالية وفيات الأطفال[٢]. فمقابل مبلغ بسيط، يمكن حماية الطفل من نقص فيتامين A وعدد من الأمراض الفتاكة، بما في ذلك الإسهال والسعال الديكي والكزاز وشلل الأطفال والحصبة والسل والتهاب الكبد الوبائي B وهيموفيلس انفلونزا نوع "ب"، وهو سبب رئيسي للالتهاب الرئوي والسحايا[٣]، كما أن توفير الكوتريموكسازول، وهو مضاد حيوي قليل الكلفة، للأطفال الحاملين لفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز يقلل إلى حد كبير الوفاة إثر الأمراض الانتهازية.

كما قد تشجع التحسينات في صحة الأطفال وبقائهم على القيام بأنشطة سكانية أكثر توازناً، فعندما يقتنع الأبوان بأن أطفالهما سيبقون على قيد الحياة يصبح لديهم استعداد لإنجاب عدد أقل من الأطفال وتوفير رعاية أفضل لهم، وتستطيع الدول الاستثمار بشكل أكبر في كل طفل[٤].

الأسباب الأساسية والهيكلية لوفيات الأمهات والأطفال

تحدث وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة والأطفال دون الخامسة وسوء التغذية نتيجة لعدد من الأسباب الهيكلية والأساسية، ومنها:

- شُح الموارد المتوافرة للخدمات الصحية والتغذية وعدم ملائمتها ثقافياً.
- انعدام الأمن الغذائي.
- الممارسات الغذائية غير الوافية.
- الافتقار إلى المرافق الصحية الكافية والنظافة الصحية وعدم توفر مياه صالحة للشرب.
- انتشار الأمية بين الإناث.
- الحمل المبكر.
- التمييز واستبعاد الأمهات والأطفال من فرص الحصول على الخدمات والسلع الصحية الأولية والتغذية بسبب الفقر والتهميش الجغرافي والسياسي.

تؤدي كل هذه العوامل إلى ملايين الوفيات غير الضرورية سنوياً، وتتطلب بحكم طبيعتها واسعة النطاق وعلاقتها المتبادلة أن يتم التعامل معها على مستويات متعددة– المجتمع المحلي والمنزل ومزودي الخدمات الحكومية والدولية– وبطريقة متكاملة للحصول على الحد الأعلى من الفعالية والقدرة على الوصول إليها.

إن حلول هذه العوائق معروفة جيداً، خاصة تلك المتعلقة بالأسباب المباشرة لوفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال، وتنطوي التدخلات الضرورية على توفير مجموعات من الخدمات الصحية الأولية الضرورية للأطفال، عبر الرعاية المستمرة التي تشمل الحمل والولادة وما بعد الولادة، ويمتد هذا إلى رعاية الأطفال في السنوات الأولى المهمة من الحياة (انظر الجدول، صفحة ١٧، للحصول على تعريف كامل للرعاية المتصلة).

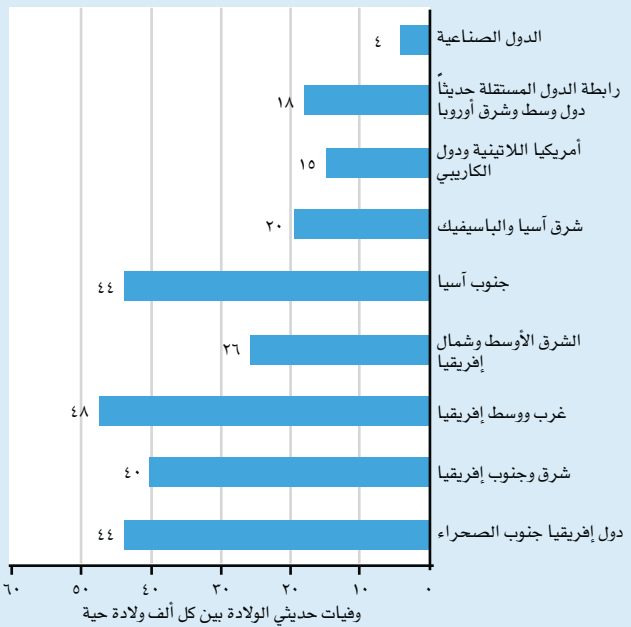
أنظر المراجع، صفحة ١٠٤.

حتى منتصف أواخر التسعينيات، كان يتم الحصول على تقديرات عدد وفيات الأطفال التي تحدث بين المواليد الجدد (الشهر الأول في الحياة) من البيانات التاريخية التقديرية، وليس عن طريق مسوحات مخصصة. وفي عامي ١٩٩٥ و٢٠٠٠، ظهرت تقديرات أكثر دقة لوفيات الأطفال حديثي الولادة، كما توفرت البيانات من خلال المسوحات المنزلية الموثقة، وأوضح تحليل هذه البيانات أن التقديرات السابقة أساءت تقدير حجم المشكلة. ورغم أن المعدل العالمي لوفيات حديثي الولادة قد انخفض انخفاضاً طفيفاً منذ عام ١٩٨٠، إلّا أن وفيات حديثي الولادة أصبحت أكثر أهمية نسبياً لأن انخفاض وفيات حديثي الولادة كان أبطأ من تخفيض وفيات الأطفال دون سن الخامسة: بين ١٩٨٠ و٢٠٠٠، انخفضت وفيات الأطفال في الشهر الأول من الحياة بنسبة الربع، فيما انخفضت الوفيات بين سن شهر وخمس سنوات بنسبة الثلث.

وتشير الأدلة الأخيرة إلى أن ٤ ملايين طفل يموتون كل سنة في الشهر الأول من حياتهم، حيث يموت نصفهم في الـ٢٤ ساعة الأولى من حياتهم– وإن احتمال موت الطفل في اليوم الأول من حياته أكبر ٥٠٠ مرة من احتمال موته في الشهر الأول من عمره، وتشكل وفيات

الشكل ١-٢

المعدلات العالمية لوفيات حديثي الولادة، ٢٠٠٠



المصدر: منظمة الصحة العالمية، باستخدام أنظمة تسجيل الولادة والمسوح المنزلية. يمكن الحصول على البيانات القطرية والاقليمية لمعدلات وفيات حديثي الولادة عام ٢٠٠٠ من الجدول الاحصائي ١، صفحة ١١٤ من هذا التقرير.

حديثي الولادة حوالى ٤٠ بالمئة من مجموع إجمالي وفيات الأطفال دون سن الخامسة وحوالى ٦٠ بالمئة من وفيات الرضع "تحت عمر السنة". ويحدث العدد الأكبر من وفيات حديثي الولادة في جنوب آسيا– حيث تشهد الهند ربع إجمالي الوفيات العالمي– لكن أعلى المعدلات الوطنية لوفيات حديثي الولادة تحدث في دول إفريقيا جنوب الصحراء. ومن العوامل الشائعة في هذه الوفيات صحة الأم– حيث تموت أكثر من ٥٠٠,٠٠٠ إمرأة سنوياً أثناء الولادة أو نتيجة لمضاعفات الحمل. ومن البديهي أن يكون احتمال موت الأطفال الذين تموت أمهاتهم أثناء ولادتهم في العام الأول من حياتهم أكبر منه لدى الأطفال الذين تبقى أمهاتهم على قيد الحياة.

ولكن هذه الأرقام لا تظهر النطاق الواسع الحقيقي للمشاكل التي تؤثر على صحة الطفل خلال الشهر الأول بعد الولادة. فعلى سبيل المثال، ينجو أكثر من مليون طفل من اختناق الولادة سنويًا، لكنهم يعانوا مشاكل أخرى كالشلل الدماغي وصعوبات التعلم أو إعاقات أخرى، ومقابل موت كل طفل حديث الولادة، يعاني ٢٠ آخرون من إصابات الولادة أو المضاعفات الناجمة عن الولادة قبل الأوان أو حالات أخرى تصيب حديثي الولادة.

وستعتمد التحسينات المهمة في الفترة المبكرة لحديثي الولادة على تدخلات ضرورية للأمهات والأطفال قبل وأثناء وبعد الولادة فوراً، ووفقاً للتقديرات الأخيرة للأعوام ٢٠٠٠–٢٠٠٦، في الدول النامية في الوقت الحاضر، لا تتلقى ربع النساء الحوامل حتى زيارة واحدة من العاملين الصحيين المهرة (طبيب، ممرضة، قابلة)، كما أن ٩٥ بالمئة فقط من الولادات تحدث بمساعدة قابلة متمرسة ويحدث أكثر من نصفها بقليل في المرافق الصحية.

إن تجنب وفيات حديثي الولادة ضروري لتخفيض وفيات الأطفال. وقد قدرت "سلسلة بقاء حديثي الولادة" الصادرة عن صحيفة "ذا لانسيت"، والتي ذكرت عام ٢٠٠٥ أن ٣ ملايين من الـ٤ ملايين وفاة يمكن منعها سنوياً إذا تحققت تغطية عالية (٩٠ بالمئة) لمجموعة من التدخلات الفعالة وغير المكلفة التي أثبتت نجاحها، والتي يتم تقديمها من خلال الرعاية المتنقلة لتوسيع نطاق الخدمة والعائلات والمجتمعات المحلية والرعاية السريرية في المرافق الصحية عبر الرعاية المتواصلة لحديثي الولادة (رعاية الحوامل قبل وأثناء الولادة وبعد الولادة)، وفيما تعتبر زيادة الرعاية الإحترافية ضرورية، تؤكد "سلسلة بقاء حديثي الولادة" أهمية الحلول المؤقتة التي تستطيع إنقاذ ٤٠ بالمئة تقريباً من حديثي الولادة في المجتمعات المحلية، كما يعتبر توسيع البرامج التي تمنع انتقال فيروس نقص المناعة المكتسب من الأم إلى الطفل ضرورة أساسية.

وتتضمن الأنشطة اللازمة لإنقاذ حديثي الولادة وضع خطط مبنية على الأدلة وموجهة حسب النتائج على المستوى الوطني، مصحوبة باستراتيجيات محددة للوصول إلى الفئات الأكثر فقراً، وتوفير التمويل اللازم ووضع أهداف متفق عليها لتخفيض وفيات حديثي الولادة، وتعزيز التنسيق وتحمل مسؤولية أكبر من جانب المساهمين على المستوى الدولي.

الشكل ١-٣

التدخلات البسيطة المؤثرة لإنقاذ أرواح حديثي الولادة ضمن الرعاية المستمرة لصحة الأم والطفل

* تدخلات إضافية للبيئات التي تتميز بأنظمة صحية ومعدلات وفاة أقل.

** التدخلات الموضعية الضرورية في بعض المواقع، كالمناطق التي تتفشى فيها الملاريا بمعدلات عالية.

ملاحظة: يتضمن هذا الشكل ١٦ تدخلاً ذات فعالية مثبتة في تخفيض وفيات حديثي الولادة، وسيتم تقديم تدخلات مهمة أخرى خلال هذه الفترة، لكنها ليست مقدمة هنا لأن تأثيرها الرئيسي ليس على وفيات حديثي الولادة (مثال، منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز من الأم إلى الطفل)، وبالنسبة إلى بعض التدخلات المدرجة، قد تختلف طريقة تقديم الخدمة باختلاف البيئات.

المصدر: فريق سلسلة صحيفة "ذا لانسيت"، 'سلسلة ذا لانسيت حول الملخص التنفيذي لوفيات حديثي الولادة'، ذا لانسيت، ٣مارس ٢٠٠٥، صفحة ٣.

انظر المراجع، صفحة ١٠٤.

الأعداد

انخفض عدد وفيات الأطفال كثيراً عما كان عليه في عام ١٩٦٠، وهو أقدم عام تتوفر عنه أعداد وفيات الأطفال السنوية حالياً، فعلى مدى الـ٤٦ سنة الماضية، تناقص عدد وفيات الأطفال السنوي إلى النصف حيث تراجعت من ٢٠ مليون وفاة تقريباً في ١٩٦٠ إلى أقل من ١٠ ملايين في عام ٢٠٠٦. وقد شهدت السنوات الأخيرة تقدماً مهماً، وفي بعض الأحيان باهراً، في مجال بقاء الأطفال. ورغم العقبات الكبيرة، وعلى الأخص الهجوم الضاري للإيدز في شرق وجنوب أفريقيا والصراع الضروس في الدول التي تشهد معدلات وفيات عالية، انخفض معدل وفيات الأطفال العالمي بثبات منذ عام ١٩٩٠. وفي عام ٢٠٠٦، أشارت التقديرات إلى أن الوفيات بلغت ٧٢ وفاة بين كل ألف ولادة حية، أي أقل مما كانت عليه في عام ١٩٩٠ بنسبة ٢٣ بالمئة.

وفي عدد من المناطق، كانت نسبة تخفيض معدل وفيات الأطفال منذ عام ١٩٩٠ مذهلة جداً، حيث انخفضت إلى النصف تقريباً في شرق آسيا والباسيفيك ووسط وشرق أوروبا والدول المستقلة حديثاً في وسط وشرق أوروبا وأمريكا اللاتينية والكاريبي – مما جعل معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في هذه المناطق يتراجع إلى ما دون ٣٠ وفاة بين كل ألف ولادة حية في عام ٢٠٠٦. ورغم أن هناك حاجة إلى تحقيق تقدم أكثر لمضاهاة المعدل المتدني في الدول الصناعية (٦ وفيات بين كل ألف ولادة حية في عام ٢٠٠٦)، حيث يموت حوالى طفل واحد فقط من ٣٦ طفل يولدون في هذه المناطق الثلاثة قبل بلوغ سن الخامسة.

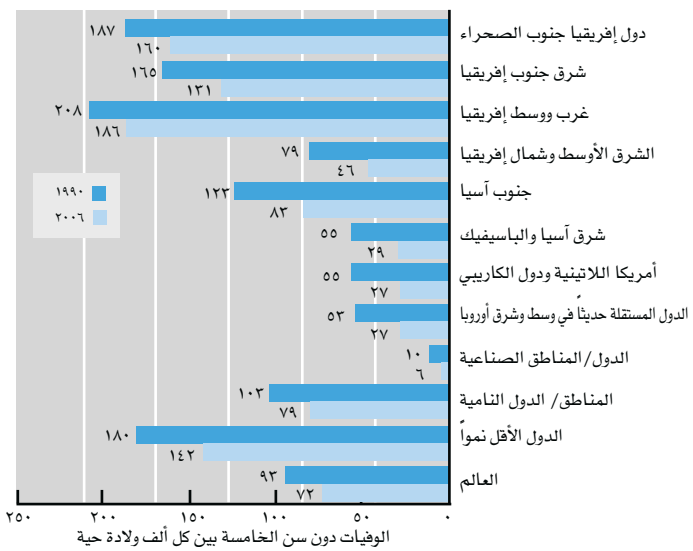
وتتلوها مناطق أخرى، وقد شهدت منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تقدماً ثابتاً

© UNICEF/HQ04-0675/Giacomo Pirozzi

يوفر التطعيم ومكملات المغذيات الدقيقة حماية فعالة وغير مكلفة، بل ومنقذة للحياة ضد الأمراض. طفل يتلقى جرعة من فيتامين A، طاجكستان

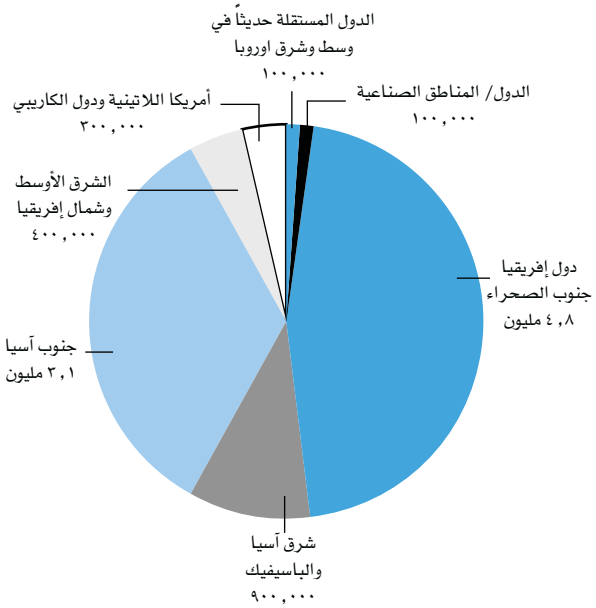
الشكل ١-٤

انخفض معدل وفيات الأطفال العالمي بنسبة الربع تقريباً بين الأعوام ١٩٩٠ و٢٠٠٦



الشكل ١-٥

تُوفي أقل من ١٠ ملايين طفل دون سن الخامسة في ٢٠٠٦



المصدر: اليونيسف، منظمة الصحة العالمية، قسم السكان في الأمم المتحدة ودائرة الإحصاء في الأمم المتحدة، يمكن الحصول على البيانات القطرية والاقليمية من جدولي الإحصاءات ١ و١٠، الصفحتين ١١٤ و١٥٠ في هذا التقرير.

في تخفيض معدلات الوفيات، بَيد أن معدل الوفيات دون سن الخامسة ظل ٤٦ وفاة لكل ألف ولادة حية في عام ٢٠٠٦– حيث يموت طفل من بين كل ٢٢ طفلاً قبل بلوغ سن الخامسة، كما تحقق منطقة جنوب آسيا أيضاً تقدماً، رغم ارتفاع عدد وفيات الأطفال فيها، حيث تحتفظ بثاني أعلى عدد في وفيات الأطفال دون سن الخامسة في المنطقة، وتشكل ٣٢ بالمئة من الإجمالي العالمي. وفي عام ١٩٩٠، مات ١ من كل ٨ أطفال في جنوب آسيا قبل بلوغ سن الخامسة، وبحلول عام ٢٠٠٦، انخفضت النسبة إلى ١ من بين كل ١٢ طفل.

وتبقى دول إفريقيا جنوب الصحراء المنطقة الجغرافية الأكثر إثارة للقلق، فبالاضافة إلى أنها تسجل أعلى معدل لوفيات الأطفال– في المتوسط، ١ من كل ٦ أطفال يموتون قبل بلوغ الخامسة– أظهرت المنطقة ككل أقل تقدم منذ عام ١٩٩٠، حيث استطاعت تخفيض عبء وفيات الأطفال بنسبة ١٤ بالمئة فقط بين الأعوام ١٩٩٠و ٢٠٠٦، ومازالت بعض دول المنطقة تسجل ارتفاعات في معدلات الوفيات دون سن الخامسة. ففي عام ٢٠٠٦، حدثت ٤٩ بالمئة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة في دول إفريقيا جنوب الصحراء رغم أن ٢٢ بالمئة فقط من أطفال العالم يولدون هناك.

بقاء الأطفال والأهداف الإنمائية للألفية

نصف دول العالم لا تتقدم بالقدر الكافي نحو تحقيق هدف الألفية الإنمائي الرابع

رغم أن المكاسب العامة في مجال بقاء الأطفال باهرة، إلّا أنها لم تكن كافية، في عدة مناطق، لتحقيق هدف الألفية الإنمائي الرابع، ومع أن هناك أربع مناطق تسير نحو تحقيق الهدف إلّا أن التقدم في تخفيض وفيات الأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وجنوب آسيا ودول إفريقيا جنوب الصحراء (المناطق الثانوية لشرق وجنوب أفريقيا وغربها ووسطها) غير كافٍ في الوقت الحالي.

وإذا نظرنا إلى الأمر على أساس كل دولة على حدة، فسنجد أن دلائل التقدم مختلطة، فعلى المستوى العالمي، من بين الـ١٩١ دولة التي تتوافر لديها بيانات وافية للمقارنة بين الأعوام ١٩٩٠– ٢٠٠٦ في وفيات الأطفال، تقدر اليونيسف أن ١٢٩ دولة تسير على الطريق الصحيح– حيث استطاعت تخفيض معدل الوفيات دون سن الخامسة إلى أقل من ٤٠ بالمئة بين كل ألف ولادة حية أو حققت معدل تخفيض سنوي يبلغ متوسطه ٣,٩ بالمئة أو أكثر منذ عام ١٩٩٠– أو أنها حققت هدف العام ٢٠١٥ في مجال تخفيض وفيات الأطفال منذ الآن، وكما أن ١٨ بالمئة، أو ٣٥ دولة، تحرز بعض التقدم الآن، لكن بمعدل لا يكفي لتحقيق

الشكل ١-٦

التقدم العالمي في تخفيض وفيات الأطفال غير كاف لبلوغ هدف الألفية الإنمائي الرابع*

معدل التخفيض السنوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة ٢٠٠٧–٢٠١٥ لبلوغ هدف الألفية الإنمائي الرابع والمطلوب تحقيقه خلال الأعوام ١٩٩٠– ٢٠٠٦.

	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة عدد الوفيات بين كل ألف ولادة حية ١٩٩٠	٢٠٠٦	معدل التخفيض السنوي لوفيات الأطفال النسبة المئوية الملاحظة ١٩٩٠ - ٢٠٠٦	النسبة المئوية المطلوبة ٢٠٠٧ - ٢٠١٥	التقدم نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية
دول إفريقيا جنوب الصحراء	١٨٧	١٦٠	١,٠	١٠,٥	تقدم غير كافي
شرق جنوب إفريقيا	١٦٥	١٣١	١,٤	٩,٦	تقدم غير كافي
غرب ووسط إفريقيا	٢٠٨	١٨٦	٠,٧	١١,٠	لا تقدم
الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	٧٩	٤٦	٣,٤	٦,٢	تقدم غير كافي
جنوب آسيا	١٢٣	٨٣	٢,٥	٧,٨	تقدم غير كافي
شرق آسيا والباسيفيك	٥٥	٢٩	٤,٠	٥,١	على الدرب
أمريكا اللاتينية ودول الكاريبي	٥٥	٢٧	٤,٤	٤,٣	على الدرب
الدول المستقلة حديثاً في وسط وشرق أوروبا	٥٣	٢٧	٤,٢	٤,٧	على الدرب
الدول/المناطق الصناعية	١٠	٦	٣,٢	٦,٦	على الدرب
المناطق/ الدول النامية	١٠٣	٧٩	١,٧	٩,٣	تقدم غير كافي
العالم	**٩٣**	**٧٢**	**١,٦**	**٩,٤**	تقدم غير كافي

* التقدم نحو تحقيق هدف الألفية الإنمائي الرابع، حيث الدول مصنفة وفقاً للحدود التالية:

على الدرب– معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة أقل أو أكثر من ٤٠، ومعدل التخفيض السنوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة الذي لوحظ من عام ١٩٩٠ إلى عام ٢٠٠٦ هو ٤,٠ بالمئة أو أكثر.

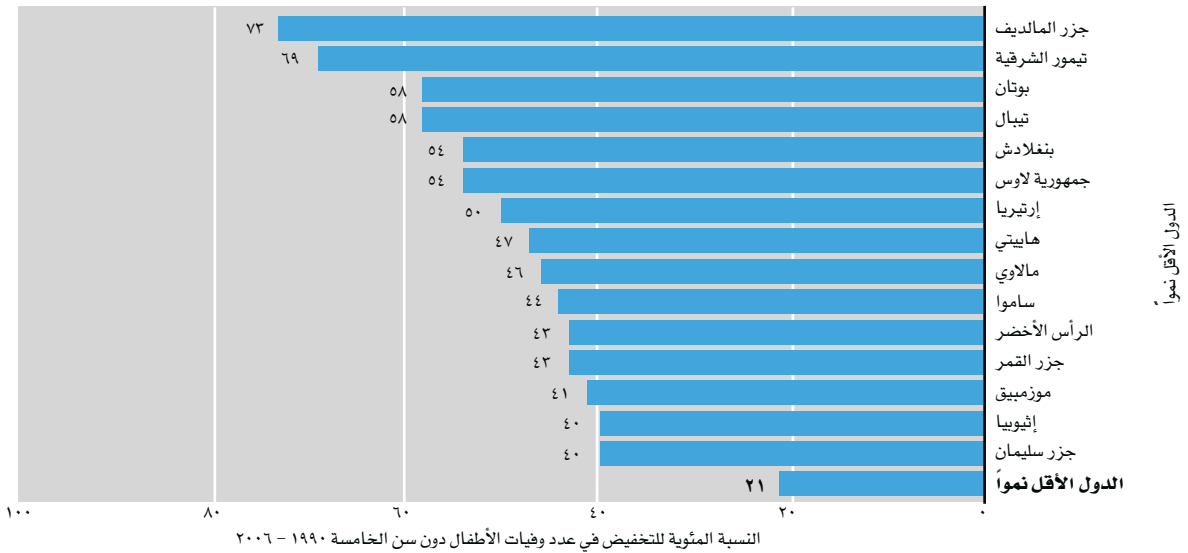
تقدم غير كافي– معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة ٤٠ أو أكثر ومعدل التخفيض السنوي الملاحظ للفترة من ١٩٩٠–٢٠٠٦ يتراوح ما بين ١,٠ بالمئة و٣,٩ بالمئة.

لا تقدم– معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة ٤٠ أو أكثر ومعدل التخفيض السنوي للفترة من ١٩٩٠–٢٠٠٦ أقل من ١,٠ بالمئة.

المصدر: تقديرات اليونيسف مبنية على عمل مجموعة الوكالات المشتركة لتقدير وفيات الأطفال.

الشكل ١-٧

استطاع ما يقارب ثلث الدول الـ٥٠ الأقل نمواً خفض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة ٤٠ بالمئة أو أكثر منذ عام ١٩٩٠.



المصدر: اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية ودائرة السكان التابعة للأمم المتحدة ودائرة الاحصاء التابعة للأمم المتحدة، يمكن الحصول على البيانات القطرية والاقليمية من الجدولين الاحصائيين ١ و١٠، الصفحتين ١١٤ و١٥٠ من هذا التقرير.

الأسباب الرئيسية الأقرب لوفيات الأطفال

الدول والمناطق التي يموت فيها الأطفال دون سن الخامسة بأعداد كبيرة معروفة جيداً، والأسباب الرئيسة الأقرب للوفيات التي تحدث قبل أوانها واعتلال الصحة راسخة.

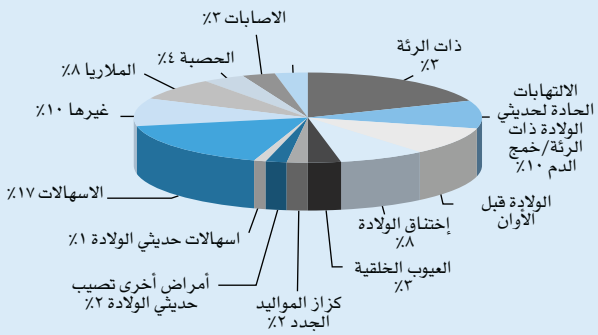
وتحدث ٤٠ بالمئة تقريباً من وفيات الأطفال خلال الشهر الأول من الحياة – جراء مجموعة من المضاعفات (انظر الجدول، صفحة ٤)، ومن وفيات حديثي الولادة هذه، يحدث حوالى ٢٦ بالمئة – أي ما يشكل ١٠ بالمئة من إجمالي وفيات الأطفال دون سن الخامسة – نتيجة التهابات حادة، وتنتج نسبة كبيرة من هذه الالتهابات عن ذات الرئة وخمج الدم (التهاب بكتيري خطير في الدم يُعالج بالمضادات الحيوية)، ويموت سنوياً حوالى مليوني طفل دون سن الخامسة بسبب ذات الرئة – أي حالة من ٥ وفيات عالمياً، وبالإضافة إلى هذا، يموت مليون رضيع متأثرين بالتهابات حادة، ومنها ذات الرئة. ورغم التقدم الذي تم إحرازه منذ الثمانينيات، ما زالت الإسهالات تتسبب في وفاة ١٧ بالمئة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة، بينما تتسبب الملاريا والحصبة والإيدز مجتمعة في ١٥ بالمئة من وفيات الأطفال.

وتتفاعل الكثير من الظروف والأمراض معاً، مما يجعل تأثير وفيات الأطفال يتجاوز التأثيرات الفردية، حيث يساهم سوء التغذية بنسبة ٥٠ بالمئة من وفيات الأطفال، ولا تعتبر المياه غير الصالحة للشرب ورداءة العادات الصحية ومرافق الصرف الصحي غير الكافية أسباباً لارتفاع معدل الإسهالات

الشكل ١-٨

التوزيع العالمي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة وفق الأسباب

يتحمل سوء التغذية ٥٠ بالمئة من إجمالي وفيات الأطفال دون سن الخامسة.



المصدر: منظمة الصحة العالمية واليونيسف

الدائمة فحسب، بل هي أيضاً عاملاً مساهماً مهماً في وفيات الأطفال دون سن الخامسة الناتجة عن مرض ذات الرئة واضطرابات حديثي الولادة وسوء التغذية.

انظر المراجع، صفحة ١٠٤

هدف الألفية الإنمائي الرابع بالكامل وفي الموعد المحدد.

وأكثر ما يثير القلق هو الدول الـ٢٧ التي سجلت تقدماً شحيحاً منذ عام ١٩٩٠ أو الدول التي ما زال معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة فيها على حاله أو ارتفع عما كان عليه في عام ١٩٩٠. ومن دول إفريقيا جنوب الصحراء الـ٤٦، نجد أن الرأس الأخضر وإريتيريا وسيشلس هي فقط التي تسير على الدرب لتحقيق هدف الألفية الإنمائي الرابع، بينما أظهرت نصف الدول تقريباً إما عدم تغيير أو زيادة في معدلات وفيات الأطفال منذ عام ١٩٩٠، وقد تمكنت المنطقة ككل من تخفيض المعدل السنوي لوفيات الأطفال بنسبة ١ بالمئة فقط من عام ١٩٩٠ إلى عام ٢٠٠٦، وإذا ما أردنا أن يتحقق هدف الألفية الإنمائي الرابع، فيجب أن ترتفع نسبة التخفيض إلى خانتين رقميتين لكل سنة من السنوات المتبقية[٥].

وتواجه كل دولة تحديات مختلفة في بقاء الأطفال، ولا شك أن هذه التحديات تتفاوت بين الدول، لكن الإنجازات البارزة تشير إلى أن الطبيعة الجغرافية لا تشكل حاجزاً أمام انقاذ حياة الأطفال، ولعل أهم ما في الأمر أن هذه المكاسب جلية في بعض أفقر دول العالم وفي المناطق النامية كما يبين الشكل ١–٧، وتوحي هذه المكاسب أن إحراز تقدم كبير أمر ممكن رغم بعض العقبات مثل الموقع الجغرافي أو العوائق الاجتماعية والاقتصادية، حيث يمكن تحقيق التقدم عندما تسخر الأدلة الاستراتيجيات المتينة والموارد الكافية والإدارة السياسية والتوجه نحو تحقيق النتائج في سبيل تحسين حياة الأطفال.

وبالإضافة إلى هذا، فمن الممكن تحقيق تحسينات هائلة في وفيات الأطفال وصحتهم بسرعة كبيرة، فمنذ عام ١٩٩٠، استطاعت أكثر من ٦٠ دولة تخفيض معدل وفيات الأطفال فيها بنسبة ٥٠ بالمئة.

الشكل ١-٩

الصحة والأهداف الإنمائية للألفية

أهداف الألفية	الأهداف الصحية	المؤشرات الصحية
هدف الألفية الإنمائي الاول **استئصال الفقر والجوع الشديدين**	**الهدف ٢** تخفيض نسبة الناس الذين يعانون الجوع إلى النصف بين الأعوام ١٩٩٠–٢٠١٥.	انتشار انخفاض وزن الأطفال دون سن الخامسة. نسبة السكان دون الحد الأدنى لاستهلاك الطاقة الغذائية.
هدف الألفية الإنمائي الرابع **تخفيض وفيات الأطفال**	**الهدف ٥** تخفيض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة بنسبة الثلثين بين الأعوام ١٩٩٠ و٢٠١٥.	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة. معدل وفيات الرضع. نسبة الأطفال البالغة أعمارهم عاماً واحداً والمحصنين ضد الحصبة.
هدف الألفية الإنمائي الخامس **تحسين صحة الأم**	**الهدف ٦** تخفيض نسبة وفيات الأمهات بنسبة ثلاثة أرباع بين الأعوام ١٩٩٠–٢٠١٥.	نسبة وفيات الأمهات. نسبة الولادات التي تمت بحضور عاملين صحيين مدربين.
هدف الألفية الإنمائي السادس **مكافحة فيروس نقص نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز والملاريا والأمراض الأخرى**	**الهدف ٧** بدء مراجعة انتشار فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز وبحلول عام ٢٠١٥.	انتشار فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز بين الحوامل اللواتي تتراوح أعمارهن ما بين ١٥–٢٤. معدل استخدام الواقيات الذكرية في معدل انتشار موانع الحمل. نسبة حضور الأيتام في المدارس إلى نسبة حضور غير الأيتام الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠–١٤.
	الهدف ٨ التوقف وبدء مراجعة حدوث حالات الملاريا والأمراض الخطيرة الأخرى بحلول عام ٢٠١٥.	معدلات الانتشار والوفاة الناتجة عن الملاريا. نسبة السكان الذين يستخدمون إجراءات الوقاية والعلاج الفعالة ضد الملاريا في المناطق المهددة بالملاريا. معدلات الانتشار والوفاة المصاحبة للسل. نسبة حالات السل المكتشفة والمعالجة تحت الدورة العلاجية القصيرة بنظام العلاج الخاضع لمراقبة مباشرة.
هدف الألفية الإنمائي السابع **ضمان الاستدامة البيئية**	**الهدف ١٠** تخفيض نسبة الأشخاص المحرومين من سبل الوصول إلى مياه صالحة للشرب ومرافق الصرف الصحي الأساسية إلى النصف بحلول عام ٢٠١٥.	نسبة السكان الذين يستخدمون مصادر مياه صالحة للشرب في المناطق الريفية والحضرية.
	الهدف ١٠ تحقيق تحسن كبير في حياة ١٠٠ مليون، على الأقل، من سكان المناطق الفقيرة بحلول عام ٢٠٢٠.	نسبة السكان الذين يستخدمون مرافق صرف صحي محسنة في المناطق الريفية والحضرية.
هدف الألفية الإنمائي الثامن **تطوير شراكة عالمية**	**الهدف ١٧** تسهيل سبل الوصول إلى العقاقير الأساسية الرخيصة في الدول النامية، بالتعاون مع شركات الأدوية.	نسبة السكان الذين يستطيعون الوصول إلى العقاقير الأساسية الرخيصة بشكل دائم.

المصدر: مأخوذ عن منظمة الصحة العالمية، الصحة والأهداف الإنمائية للألفية، منظمة الصحة العالمية، جنيف ٢٠٠٥، صفحة ١١

ذات الرئة: قاتل الأطفال المنسي

ذات الرئة هو المرض الأكثر فتكاً بالأطفال، فهو يقتل أكثر مما يقتله الإيدز والملاريا والحصبة مجتمعة، وهو سبب رئيس في وفيات الأطفال في جميع المناطق، وقد تظهر على الأطفال المصابين بذات الرئة مجموعة كبيرة من الأعراض وفقاً للعمر وسبب الإصابة، ومن هذه الأعراض الشائعة صعوبة أو سرعة التنفس والسعال والحمى والقشعريرة والصداع وفقدان الشهية وإصدار صفير عند التنفس، وقد تؤدي الحالات المتقدمة من ذات الرئة لدى الرضع إلى التشنجات وانخفاض درجة الحرارة والكسل ومشاكل في التغذية.

وفي أمراض الطفولة، هناك تداخلات كبيرة بين أعراض ذات الرئة والملاريا ومتطلبات إدارتهما الفعالة وإمكانية تقديم الرعاية في المجتمع المحلي. وفي الواقع ، وخاصة لدى الأطفال الصغار جداً، قد يكون من المستحيل معرفة ما إن كانت الحمى الشديدة والسعال وصعوبة التنفس دليلاً على ذات الرئة أم الملاريا، وفي مثل هذه الحالات غالباً ما يتلقى الأطفال علاجاً للمرض، وما أن يصاب طفلٌ ما بذات الرئة، حتى يبادر مقدم الرعاية بالتعرف على الأعراض وطلب الرعاية الملائمة على الفور.

ويتمتع الأطفال الأصحاء بدفاعات طبيعية تحمي رئاتهم من مسببات الأمراض التي تسبب ذات الرئة، بينما يكون الأطفال الذين يعانون نقصاً في التغذية، خاصة أولئك الذين لا يتلقون رضاعة طبيعية خالصة أو الذين لا تستوعب أجسامهم الزنك الكافي أو الأطفال ذوي أجهزة المناعة الضعيفة، أكثر عرضة للإصابة بذات الرئة، كما أن الأطفال الذين يعانون أمراضاً أخرى كالحصبة أو الأطفال الذين يحملون فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب أكثر عرضة للإصابة بذات الرئة. وبالإضافة إلى هذا، فإن العوامل البيئية، كالعيش في بيوت مزدحمة والتعرض للتدخين من قبل الوالدين أو للهواء الملوث داخل البيوت، قد تلعب دوراً في زيادة قابلية الأطفال للإصابة بذات الرئة ومضاعفاته.

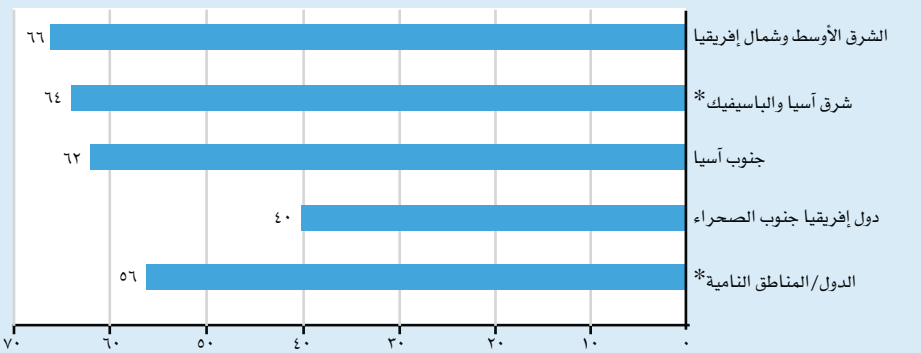
وتعتبر الوقاية على القدر ذاته من الأهمية كالعلاج لتخفيض وفيات الأطفال الناتجة عن ذات الرئة، وتتمثل إجراءات الوقاية الرئيسة للأطفال في توفير التغذية الكافية (بما في ذلك الرضاعة الطبيعية الخالصة والتزود بفيتامين A التكميلي واستيعاب الجسم للزنك) وتخفيض تلوث الهواء داخل البيوت وزيادة معدلات التطعيم بمطاعيم تساعد على وقاية الأطفال من الاصابة بالالتهابات التي تسبب ذات الرئة بشكل مباشر، مثل هيموفيلس انفلونزا نوع "ب"، وأيضاً بالمطاعيم التي تمنع الالتهابات التي قد تسبب مضاعفاتها ذات الرئة (مثال، الحصبة والسعال الديكي)، وتجدر الإشارة إلى أن مطاعيم الوقاية ضد المكورات الرئوية، وهي المسبب الأكثر شيوعاً لذات الرئة بين الأطفال في الدول النامية، ستصبح متوافرة على نحو متزايد للأطفال والرضع.

ونظراً إلى أن نسبة كبيرة من حالات ذات الرئة الحادة لدى أطفال الدول النامية ناشئة عن التهابات بكتيرية، في الأصل– وعلى الأغلب بكتيريا المكورات الرئوية أو هيموفيلس الانفلونزا، فمن الممكن علاجها بفعالية باستخدام مضادات حيوية غير مكلفة في البيت، شريطة أن تتقيد العائلات ومقدمي الرعاية بالنصيحة التي يتلقونها، ويعالجون الطفل بالطريقة الصحيحة، بما في ذلك طلب المساعدة عند الضرورة، وتشير الدلائل من جميع أنحاء العالم النامي إلى أنه إذا ما توفرت هذه الشروط، فإن الإدارة المجتمعية لمرض ذات الرئة تكون فعالة جداً، وقد كشف تحليل للنتائج من تسع دراسات أجريت في سبع دول، بما فيها جمهورية تنزانيا المتحدة، وبحثت في أثر الإدارة المجتمعية لذات الرئة، عن انخفاض كبير، ليس فقط في الوفيات الناجمة عن ذات الرئة بل أيضاً في وفيات الأطفال بشكل عام. وقد أدت التجارب إلى انخفاض في وفيات الأطفال بلغ ٢٦ بالمئة وإنخفاض في الوفيات الناتجة عن ذات الرئة بلغ ٣٧ بالمئة.

انظر المراجع، صفحة ١٠٤.

الشكل ١-١٠

يُعرض أكثر من نصف الأطفال دون سن الخامسة المشتبه بإصابتهم بذات الرئة على مقدمي خدمات صحية متمرسين



النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة المشتبه بإصابتهم بذات الرئة الذين يعرضون على مزود رعاية صحية، ٢٠٠٠-٢٠٠٦.** مناطق متنوعة

* باستثناء الصين

** تشير البيانات إلى آخر سنة متوفرة خلال الفترة المحددة

المصدر: المسوح السكانية والصحية والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات ومسوح وطنية أخرى.

تفاوت التقدم نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة

رغم أن التقدم على طريق تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية الثمانية مهم لبقاء الأطفال ورفاههم، إلاّ أن أهداف الألفية الإنمائي الاول والخامس والسادس والسابع والثامن، بالاضافة إلى هدف الألفية الإنمائي الرابع يتضمن أهدافاً ذات تأثير مباشر على صحة الأطفال. ومن الجلي أن التقدم في المجالات التي تستهدفها هذه الأهداف قد يكون لها تأثير هائل على حياة الأطفال وفرص نجاحهم.

تعزيز الوضع الغذائي (هدف الألفية الإنمائي الأول)

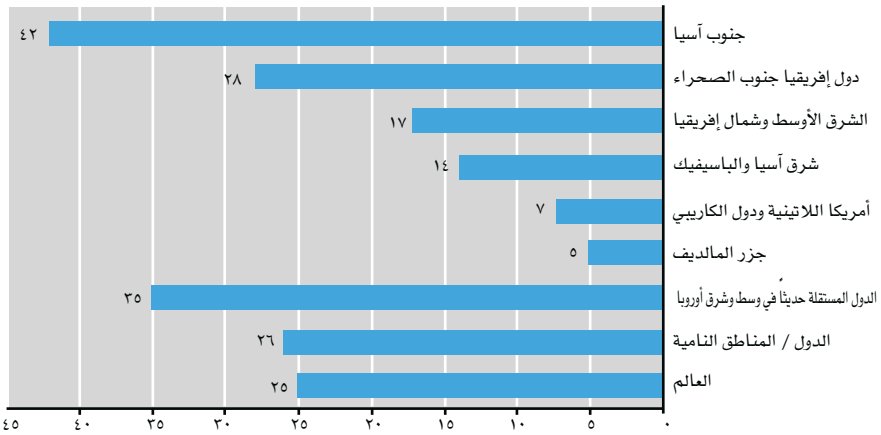
يعتبر سوء التغذية العامل الرئيس في أكثر من نصف إجمالي وفيات الأطفال دون سن الخامسة، ومن المؤكد أن تحسين التغذية وتحقيق هدف الألفية الإنمائي الأول، والذي يهدف إلى تخفيض الجوع والفقر، سيساعد على تجنب وفيات الأطفال الناجمة عن الإسهال وذات الرئة والملاريا وفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز والحصبة، كما أنه سيخفض وفيات حديثي الولادة، وبمعنى آخر، يعتبر تحسين تغذية الأم والطفل متطلباً لتحقيق هدف الألفية الإنمائي الرابع.

كانت المؤشرات القياسية تقيس مدى التنمية التي حققتها الألفية، لكنها لا تكشف المدى الكامل لسوء التغذية بين الأطفال في الدول النامية، ويركز أحد المؤشرات على الجوع الذي يُقاس بنسبة الأطفال دون سن الخامسة ممن يعانون انخفاضاً في الوزن، لكن هذا يتناول بعدًا واحدًا فقط في التغذية، وقد يموت الطفل بسبب ضعف جهاز المناعة عند نقص فيتامين A مثلاً من دون أن تبدو عليه أعراض المرض أو انخفاض الوزن.

ويجب أن تبدأ التغذية الكافية أثناء حمل الأم وتستمر عند ولادة الطفل، وتعتبر الرضاعة الطبيعية الخالصة أفضل مصدر للتغذية للطفل، حيث تزوده بالدفء البدني

الشكل ١-١١

تسجل جنوب آسيا أعلى معدلات سوء التغذية بين المناطق



النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة اللذين يعانون انخفاض الوزن الى درجة خطيرة او متوسطة ٢٠٠٠ - ٢٠٠٦

* تشير البيانات إلى آخر سنة متوافرة خلال الفترة المحددة.

المصدر: المسوح السكانية والصحية والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات ومنظمة الصحة العالمية واليونيسف، ويمكن الحصول على البيانات القطرية والإقليمية في الجدول الاحصائي ٢، صفحة ١١٨ من هذا التقرير.

وتقوي جهاز المناعة، كما أن للمغذيات الدقيقة كالحديد وفيتامين A أثراً عميقاً على تطور الطفل وصحة الأم، وفي حالات سوء التغذية الحاد الخطيرة، يُنصح بالغذاء العلاجي وعلى الرغم من أن هذه العلاجات منخفضة الكلفة وعالية الفعالية، ما زالت ملايين الأمهات والأطفال لا يستطيعون الوصول إليها أو لا يتبنونها. وفي الدول النامية، هناك أكثر من ٣٠٪ من العائلات لا تستخدم الملح المعالج باليود، كما أن أكثر من ٦٠ بالمئة من الرضع لم يتلقوا رضاعة طبيعية خالصة خلال الأشهر الستة الأولى من حياتهم، كما افتقر ٢٨ بالمئة للتغطية الكاملة (جرعتين) من فيتامين A التكميلي في عام ٢٠٠٥.

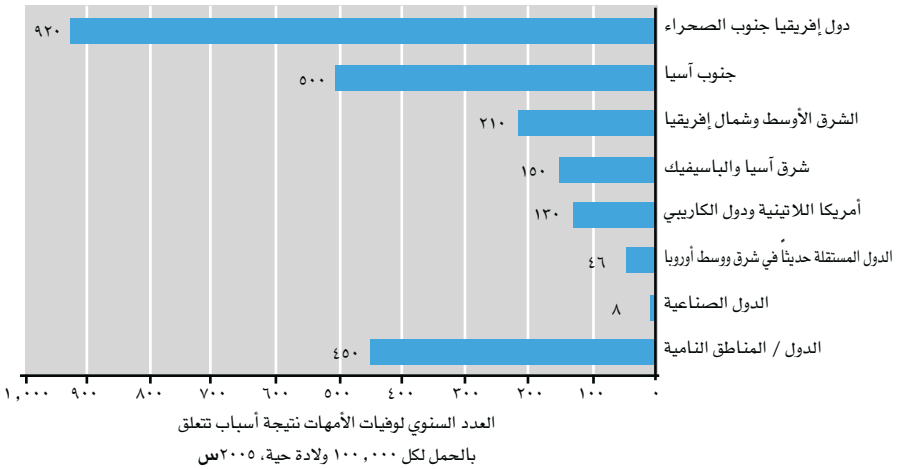
تحسين صحة الأم (هدف الألفية الإنمائي الخامس)

بغية تخفيض وفيات الأطفال، لا بد من تحسين صحة النساء الحوامل وحديثي الولادة، حيث تموت أكثر من نصف مليون إمرأة سنوياً نتيجة أسباب متعلقة بالحمل، ويعاني أكثر من هذا العدد آثاراً موهنة طويلة الأجل، مثل الناسور الذي يمكن تفاديه بسهولة عن طريق تقديم الرعاية الكافية للأمهات. وبالإضافة إلى هذا، فإن تحسين صحة الأم مهمة جدًا في تحسين احتمالات بقاء الطفل على قيد الحياة. وتبين الأدلة أن احتمال موت الطفل الذي لا أم له قبل بلوغ السنتين أكبر منه لدى الأطفال الذين تبقى أمهاتهم على قيد الحياة[٦].

إن تحسين صحة النساء الحوامل وتوفير خدمات الصحة الانجابية الجيدة ضروريان لمعالجة العديد من الأسباب الأساسية لوفيات الأطفال، حيث أن ضعف التغذية لدى النساء قد يؤدي إلى الولادة قبل الأوان، وإلى انخفاض وزن المواليد عند الولادة، ومن خلال زيارة مقدمي الرعاية الصحية المدربين أو تلقي زياراتهم خلال فترة الحمل، من الممكن تجنب الولادات المبكرة وكزاز المواليد الجدد الذي يؤدي دائماً إلى الوفاة،

الشكل ١-١٢

احتمالية وفيات الأمهات في الدول النامية تسجل نسباً أعلى كثيراً منها في الدول الصناعية

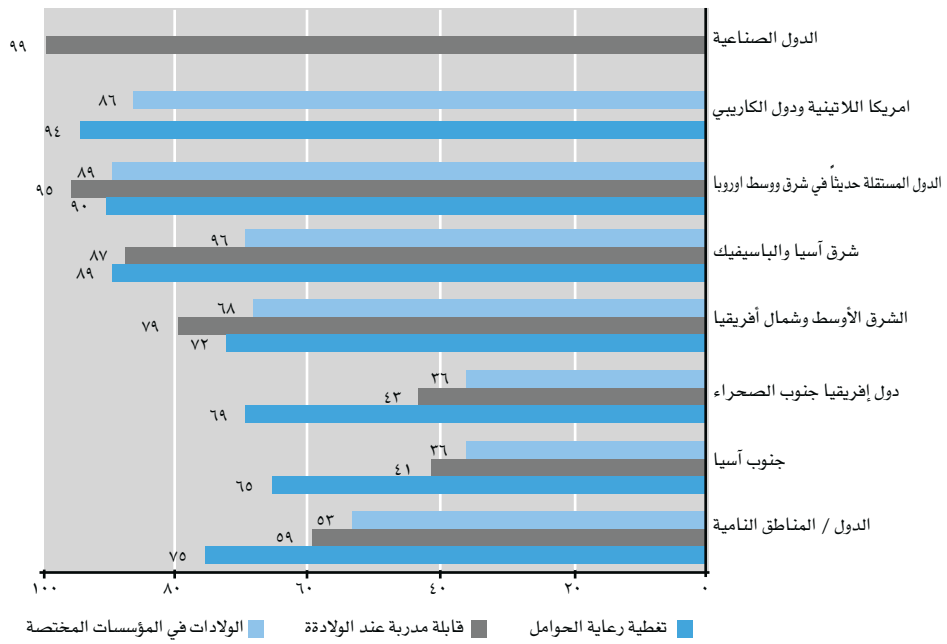


العدد السنوي لوفيات الأمهات نتيجة أسباب تتعلق بالحمل لكل ١٠٠,٠٠٠ ولادة حية، ٢٠٠٥س

* تعكس هذه التقديرات تعديلات دورية تجريها اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي على البيانات الوطنية لتحل محل المشاكل الموثقة، مثل قلة التقارير وسوء تصنيف وفيات الأمهات، ولتطوير تقديرات للدول التي تفتقر إلى البيانات. وبالتالي، فقد تختلف بشكل واضح عن التقديرات الوطنية المبلغ عنها.

الشكل ١-١٣

تساهم المستويات المتدنية لرعاية الأمهات في ارتفاع معدلات وفيات الأمهات في جنوب آسيا ودول إفريقيا جنوب الصحراء



* تشير البيانات إلى آخر سنة متوفرة خلال الفترة المحددة.

تغطية رعاية الحوامل – النسبة المئوية للنساء من ١٥–٤٩ عاماً اللاتي تلقين رعاية لمرة واحدة، على الأقل، عن طريق موظف صحة مدرب (أطباء، ممرضات، قابلات).

حضور قابلة مدربة أثناء الولادة– النسبة المئوية للولادات التي تمت بحضور عامل صحة مدرب (أطباء، ممرضات، قابلات).

الولادات في المؤسسات المختصة – النسبة المئوية للنساء من ١٥–٤٩ عاماً اللاتي أنجبن في السنتين السابقتين للمسح في مراكز صحية.

المصدر: الجدول رقم ٨، النساء، صفحة رقم ١٤٢ من هذا التقرير.

كما أن حضور قابلة ماهرة عند الولادة مدعومة بالرعاية الطارئة للولادة يقلل من مخاطر موت المرأة أثناء الولادة ويساعد على منع الالتهابات والمضاعفات. وبالاضافة إلى هذا، تلعب رعاية الأمهات بعد الولادة دوراً مهماً في تشجيع الأمهات الجدد على الرضاعة الطبيعية وفي إنعاش حديثي الولادة، إذا لزم الأمر، وتجنب انخفاض درجة حرارة الجسم و الإصابة بذات الرئة.

وعلى الرغم من أهمية صحة الأم، تشير البيانات المتوفرة الى الانخفاض المزري في فرص الحصول على الرعاية. ففي جميع الدول والمناطق، هناك أمرأة حامل من كل أربع نساء حوامل لا تتلقى الرعاية الضرورية، وأكثر من ٤٠ بالمئة يلدن من دون مساعدة قابلةٍ مدربة.

مكافحة الإيدز والملاريا وأمراض خطيرة أخرى (هدف الألفية الإنمائي السادس)

يركز هدف الألفية الإنمائي السادس على تخفيض العبء الضخم الذي يسببه فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز، والملاريا وأمراض خطيرة أخرى، ومع أن عدداً قليلاً من المؤشرات تركز على الأطفال بشكل محدد، إلا أن الأثر المباشر وغير المباشر للأمراض الخطيرة على الأطفال يشكل نسبة مخيفة، حيث سيموت نصف الرضع المصابين، متأثرين بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب قبل بلوغ سن الثانية،[٧] بينما فقد أكثر من ١٥ مليون طفل دون سن الثامنة عشرة أحد الأبوين أو كليهما بسبب الإيدز أو لأسباب متصلة به. وجدير بالذكر أن الوفيات الناجمة عن الملاريا تشكل ٨ بالمئة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة فيما تشكل الحصبة ٤ بالمئة منها.

فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز

في كافة أنحاء العالم، يعيش ٢,٣ مليون طفل دون سن الـ١٥ عاماً حاملين لفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب، كما أصيب ٥٣٠,٠٠٠ طفل مؤخراً بالفيروس في عام ٢٠٠٦– وحدث هذا غالباً نتيجة انتقاله من الأم للطفل، وتعتبر الفتيات عرضة، بشكل خاص، لخطر التقاط فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب بسبب طبيعة أجسامهن

وبسبب اختلال موازين القوى الاجتماعية والثقافية في علاقتهن بالرجال والأولاد. ويعتبر منع حدوث إصابات جديدة خط الدفاع الأول ضد الإيدز، كما أنه أفضل طريقة لحماية الجيل التالي.

عندما تصاب امرأة حامل بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب، هناك احتمال بنسبة ٣٥ بالمئة على أنها ستنقل الفيروس إلى وليدها أثناء الحمل أو الولادة أو الرضاعة الطبيعية[٨]، إذا لم يحدث تدخّل. ويستطيع علاج الإيدز تخفيض احتمالات انتقال الفيروس بدرجة عالية جداً. وهو ضروري لوقف الزيادة في معدلات وفيات الأطفال في الدول التي وصل فيها الإيدز مستويات وبائية، وبتلقي الدواء الملائم والرعاية الصحيحة، يستطيع الرضَع الحاملين لفيروس نقص المناعة البقاء بصحة جيدة إلى ما لانهاية، لكن احتمالات بقائهم على قيد الحياة على المدى الطويل غير معروفة[٩]، ورغم الفوائد الواضحة لدواء علاج الإيدز وكلفته المنخفضة نسبياً، في عام ٢٠٠٥، ١١ بالمئة فقط من النساء الحوامل الحاملات لفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب من الدول منخفضة الدخل والدول متوسطة الدخل تلقين الخدمات لمنع انتقال الفيروس الى مواليدهن، وتشير التقديرات الأولية لعام ٢٠٠٦ التي لم تكن قد أطلقت بعد عند طباعة هذا التقرير إلى أن معدلات التغطية ارتفعت إلى ٢٠ بالمئة في عام ٢٠٠٦[١٠]، وتعيش الأغلبية العظمى من هؤلاء النساء في دول إفريقيا جنوب الصحراء.

الملاريا

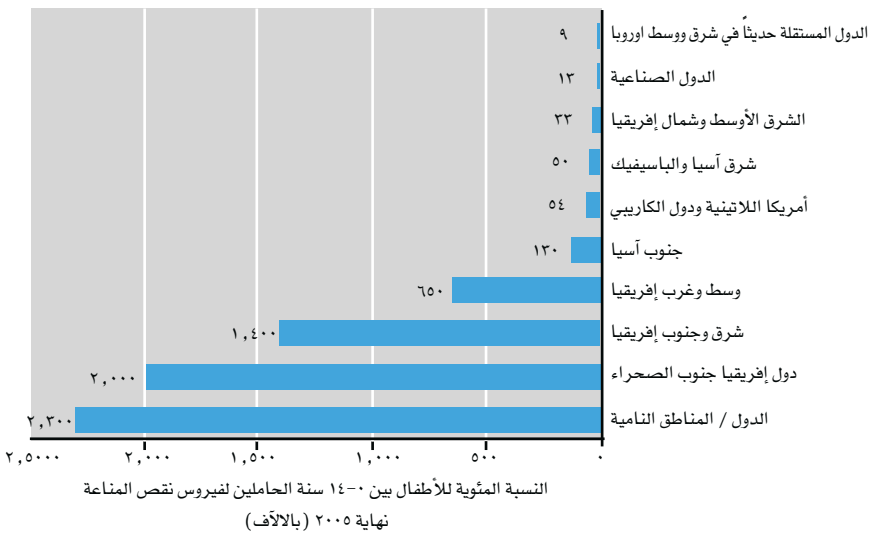
تتسبب الملاريا في أكثر من مليون وفاة سنوياً، ويشكل الأطفال دون سن الخامسة ٨٠ بالمئة منها[١١]، وتعتبر النساء الحوامل وأطفالهن الذين لم يولدوا بعد عرضة بشكل خاص للمرض الذي يعتبر السبب الرئيسي لانخفاض وزن الطفل عند الولادة والأنيميا ووفيات الرضع.

© UNICEF/HQ06-2770/Bruno Brioni

تتسبب الملاريا في مرض وموت العديد من الأطفال سنوياً.
أم تنام مع طفلها تحت ناموسية معالجة بالمبيدات الحشرية، ساحل العاج

الشكل ١-١٤

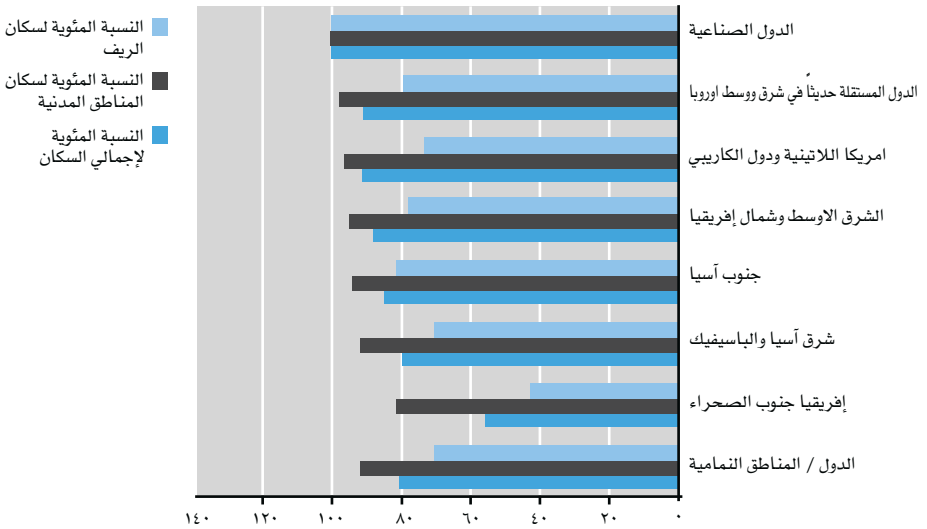
تضم دول إفريقيا جنوب الصحراء حوالى ٩٠ بالمئة من التهابات فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب لدى الأطفال



المصدر: برنامج الأمم المتحدة لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز، تقرير حول وباء الإيدز العالمي، ٢٠٠٦.

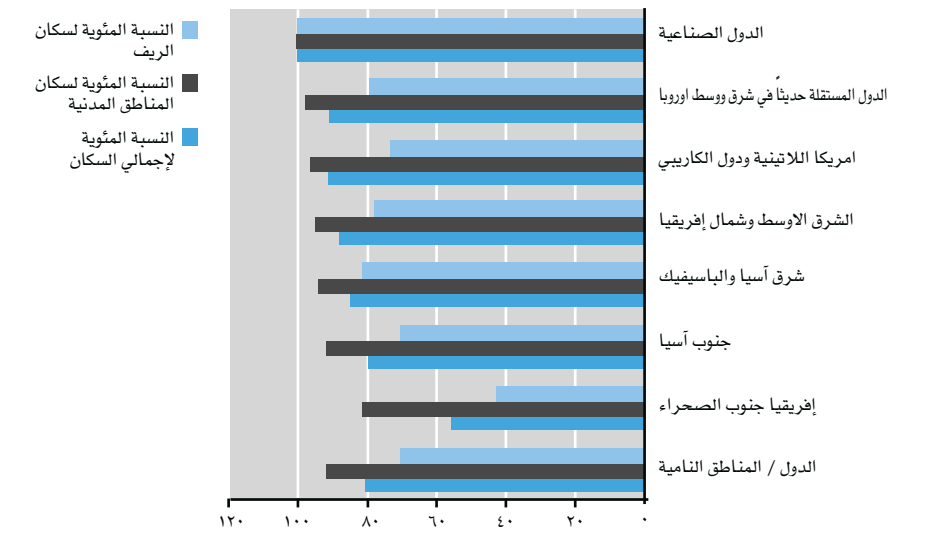
الشكل ١-١٥

حوالى ٨٠ بالمئة من دول العالم النامية يحصلون على مصادر مياه صالحة للشرب



الشكل ١-١٦

نصف سكان العالم النامي فقط يحصلون على مرافق صحية كافية



المصدر: اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات والمسوح السكانية والصحية

في دول إفريقيا جنوب الصحراء وحدها، يموت أكثر من ٢٠٠٠ طفل دون سن الخامسة يومياً متأثرين بالملاريا[١٢]، وينتاب أولئك الناجون منها نوبات من الحمى والأنيميا التي قد تعيق تطور الطفل العقلي والبدني.

يتطلب منع ومعالجة الملاريا عدد من التدخلات الأساسية من بينها النوم تحت الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية وتزويد النساء الحوامل والأطفال الذين تظهر عليهم علامات المرض بالأدوية المضادة للملاريا. ومن الجدير بالذكر، أن التغطية بالناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية تزداد بسرعة، ويعود السبب في هذا جزئياً إلى ارتفاع التمويل العالمي للسيطرة على الملاريا إلى عشرة أضعافه. وتشير بيانات التوجهات السائدة لدول إفريقيا جنوب الصحراء إلى ارتفاع نسبة استخدام الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية في جميع الدول، ففي ١٦ من ٢٠ دولة تتوفر فيها هذه البيانات، أشارت الأرقام إلى تزايد معدلات التغطية بنحو ثلاثة أضعاف منذ عام ٢٠٠٠. وعلى الرغم من هذه المكاسب الأخيرة ما زالت المعدلات العامة متدنية، ومازالت معظم الدول بعيدة عن تحقيق الأهداف العالمية الخاصة بالملاريا.

ويَستخدم في دول إفريقيا جنوب الصحراء أكثر من ثلث الأطفال المصابين بالحمى الأدوية المضادة للملاريا، وبالإضافة إلى هذا فإن استخدام الأدوية المضادة للملاريا في ازدياد، ومن التطورات المحتملة في علاج المرض العلاج المركب المستند إلى الارتيميسين، وهو علاج آمن وفعال وسريع المفعول لأنواع الملاريا ذات المقاومة المتعددة للأدوية، كما يساعد العلاج المركب المستند إلى الأرتيميسين على منع تكرر الاصابة بالمرض[١٣].

الاستخدام المتزايد للمياه الصالحة للشرب والمرافق الصحية الأولية (هدف الألفية الإنمائي السابع)

وفقاً لأحدث البيانات، يسير العالم ككل على الدرب لتحقيق هدف الألفية الإنمائي الخاص بتوفير المياه الصالحة للشرب، إلاَ أن

٢٣ دولة نامية فقط قد تخلفت عن تحقيق ذلك الهدف، لكن التقدم نحو توفير مرافق الصرف الصحي المحسنة ليس كافياً، حيث أن هناك ٤١ دولة من غير المحتمل أن تحقق هذا الهدف [١٤].

وفي دول العالم النامي، هناك ١ من كل ٥ أشخاص لا يستخدم المياه الصالحة للشرب، وحوالى النصف تقريباً يفتقرون إلى مرافق الصرف الصحي الكافية، وغالباً ما تكون مضاعفات ذلك مميتة، حيث تشير التقديرات إلى أن عدد الأطفال دون سن الخامسة الذين يموتون في أنحاء العالم نتيجة الإسهال يبلغ حوالى مليوني طفل سنوياً، ومن الجدير بالذكر أن نسبة وفيات الأطفال الناتجة عن الإسهال في العديد من الدول تبلغ حوالى ٢٠ بالمئة[١٥]. وتُعزى ٨٨ بالمئة تقريباً من الوفيات الناجمة عن الإسهال إلى عدم اتباع عادات النظافة والمياه غير الصالحة للشرب وعدم توافر المرافق الصحية الكافية [١٦].

© UNICEF/HQ06-1450/Ninfa Bito

الوصول الى مرافق صحية مناسبة تساعد على مكافحة الاسهال، وهو القاتل الأكبر للأطفال في مختلف انحاء العالم والتدريب على العادات الصحية السليمة، الفلبين

تقدم متسارع في تحقيق أهداف الألفية المتعلقة بالصحة

التدخلات الرئيسية اللازمة لمعالجة الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال محددة ومقبولة. وفي الحقيقة، كشفت الأبحاث أن ١ بالمئة فقط من وفيات الأطفال دون سن الخامسة ناجم عن أسباب غير معروفة، وأن ثلثي الوفيات يمكن منعها بسهولة[١٧].

وتتضمن الخدمات والممارسات الأساسية المهمة المعروفة: حضور قابلات مدربات عند الولادة ورعاية حديثي الولادة ورعاية الرضع الذين يولدون وأوزانهم منخفضة والترويج للنظافة الصحية ومنع انتقال مرض فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب من الأم إلى الطفل وتوفر طب الأطفال لمعالجة الإيدز والتغذية الكافية، خاصة عن طريق الرضاعة الطبيعية المبكرة والخالصة خلال الستة أشهر الأولى من عمر الطفل، والتغذية التكميلية مصحوبة بالرضاعة الطبيعية لمدة سنتين على الأقل،والتزويد بالمغذيات الدقيقة لتعزيز أجهزة المناعة والتطعيم لحماية الأطفال من ستة أمراض رئيسية يمكن الوقاية منها بالتطعيم، وعلاج الجفاف عن طريق الفم، والزنك لمكافحة الإسهالات، والمضادات الحيوية لمكافحة ذات الرئة، والناموسيات والمعالجة بالمبيدات الحشرية والأدوية الفعالة للوقاية من الملاريا وعلاجها[١٨].

وعلى الرغم من أن العالم قد حقق تقدماً كبيراً حتى الآن، إلا أنه ثبت أن تطبيق هذه الحلول البسيطة أكثر صعوبة مما توقع الخبراء في بداية ثورة بقاء الأطفال ونمائهم. وأن النتائج أكثر مدعاة للحيرة، ويتفق مجتمع التطوير بشكل متزايد حول عدد من الأولويات مرتبة حسب الفئات التالية، وهذا قد يوفر الدافع والزخم اللازم لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة:

- التركيز على ٦٠ دولة تعاني من وفيات الأطفال.
- توفير رعاية مستمرة للأمهات وحديثي الولادة والأطفال من خلال تحضير تدخلات يتم تقديمها في مراحل مهمة في دورة الحياة.
- تعزيز شراكات المجتمعات المحلية والأنظمة الصحية .

وكما تبين الأقسام التالية، أن العمل جارٍ على تنفيذ الأولوية الأولى، كما تبين أنه تم تحقيق تقدم في الأولوية الثانية، لكن ما زال هناك الكثير مما يجب إنجازه. وفي الأولوية الثالثة، ورغم العديد من المشاريع التجريبية

الشكل ١-١٧

دول الأولوية الـ٦٠ لبقاء الأطفال التي يستهدفها العد التنازلي إلى عام ٢٠١٥

المصدر: العد التنازلي ٢٠١٥، تتبع التقدم في بقاء الأطفال : تقرير ٢٠٠٥ ، قسم الصحة التابع لليونيسف ، نيويورك ، ٢٠٠٦، صفحة ٣٧.

والبرامج المثبتة، هناك حاجة ملحة إلى المزيد من العمل الدؤوب.

الأولوية ١ : التركيز على الدول حيث يقع عبء لوفيات الأطفال أعلى

في عام ٢٠٠٣، وخوفاً من إبطاء التقدم على طريق تحقيق بقاء الأطفال، اجتمعت مجموعة من الخبراء الفنيين في ورشة عمل حول بقاء الأطفال في بيلاجيو في إيطاليا برعاية مؤسسة روكفيلر، وفي وقت لاحق من ذلك العام، نشرت مجموعة بيلاجيو لبقاء الأطفال سلسلة من المقالات حول بقاء الأطفال وصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال في المجلة الطبية البريطانية "ذا لانسيت"، وقد ساعدت المقالات التي أطلق عليها عنوان "سلسلة بقاء الأطفال" في تعزيز الوعي ودعت إلى إجراء فوري لترجمة المعرفة إلى عمل. وتواصل المجموعة عملها الآن بواسطة تآلف جديد من العلماء وصناع السياسة والناشطين ومديري البرامج الصحية الذين يشاركون في العد التنازلي إلى ٢٠١٥: حيث تتابع التقدم في وفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال، وتقوم مبادرة العد التنازلي برعاية مجموعة من المؤتمرات التي بدأت في ديسمبر ٢٠٠٥، والتي ستُعقد كل سنتين تقريباً حتى عام ٢٠١٥ (سيُعقد المؤتمر القادم في إبريل ٢٠٠٨ في كيب تاون، جنوب إفريقيا)[١٩].

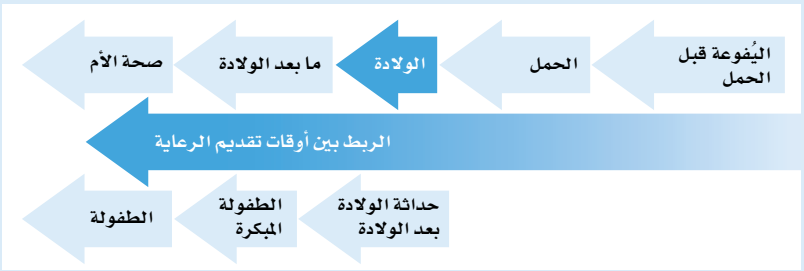
ويجمع العد التنازلي بيانات حول التقدم الذي تحرزه الدول من خلال توسيع تغطية التدخلات التي ثبتت فعاليتها في تخفيض وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وقد عُرف في مرحلة مبكرة أنه رغم أن كل منطقة من مناطق العالم تحتاج إلى تعجيل التقدم، إلا أن الدول التي تُظهر أكبر عدد أو أعلى نسب لوفيات الأطفال دون سن الخامسة يجب أن تُعطى الأولوية. ولتحقيق هذا، حدد شركاء العد التنازلي إلى ٢٠١٥، بمن فيهم اليونيسف، ٦٠ دولة لها الأولوية في مبادرات بقاء الأطفال بناء على فئتين: الدول التي تتجاوز وفيات الأطفال دون سن الخامسة فيها ٥٠,٠٠٠ وفاة والدول التي يبلغ المعدل السنوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة فيها أقل من ٩٠ لكل

تركز الرعاية الصحية المتواصلة للأمهات وحديثي الولادة والأطفال على العلاقات المتداخلة بين سوء التغذية ووفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال، وتركز السلسلة المستمرة على بُعدين في توفير رزم خدمات الرعاية الصحية الأولوية:

- **الزمان**: الحاجة إلى تأمين الخدمات الضرورية للأمهات والأطفال أثناء الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة وفترة الرضاعة والطفولة المبكرة (انظر الشكل ١–١٨)، وقد نجم التركيز على هذا العامل عن الإدراك بأن فترة الولادة– وما قبلها وأثناءها وما بعدها– هي الفترة التي تزداد فيها مخاطر موت لأمهات والأطفال على حد سواء ومرضهم.

الشكل ١-١٨

ربط تقديم الرعاية على مدى السلسلة المستمرة للرعاية الصحية للأمهات وحديثي الولادة والأطفال



المصدر: الشراكة من أجل صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال، www.who.int/pmnch/about/continuum_of_care/en/index.html تم الإدخال في ٣٠ سبتمبر ٢٠٠٧.

- **المكان**: ربط تقديم الخدمات الضرورية في نظام فعال للرعاية الصحية الأولية يدمج بين البيت والمجتمع والرعاية المتنقلة والرعاية في المرافق المتخصصة (أنظر الشكل ١–١٩)، والدافع وراء هذا التركيز هو الإدراك أن الثغرات في تقديم الرعاية غالباً ما تنتشر في المواقع التي تشتد فيها الحاجة إلى الرعاية – المنزل والمجتمع.

وقد نشأ مبدأ سلسلة الرعاية المستمرة اعترافاً بحقيقة أن وفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال تشترك في عدد من الأسباب الهيكلية المتشابهة والمتداخلة مع سوء التغذية. وتتضمن هذه الأسباب عوامل مثل: انعدام الأمن الغذائي وانتشار الأمية بين الإناث والحمل المبكر ونتائج الولادة غير الصحية، بما في ذلك انخفاض وزن المواليد والممارسات الغذائية غير الصحيحة، والافتقار إلى النظافة والحصول على المياه الآمنة أو مرافق الصرف الصحي الكافية والحرمان من الحصول على الخدمات الصحية والغذائية نتيجة الفقر والتهميش الجغرافي أو السياسي والخدمات الغذائية والصحية شحيحة الموارد وغير المستجيبة وغير الملائمة ثقافيا.

كما تعكس سلسلة الرعاية المستمرة أيضاً الدروس المستفادة من الأدلة والخبرات المتراكمة في مجال صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال خلال العقود الأخيرة. ففي الماضي، كانت برامج الأمومة الآمنة وبقاء الأطفال غالباً ما تعمل بشكل منفصل، الأمر الذي كان يترك فجوة في الرعاية أثرت على الأمهات وعلى حديثي الولادة، ، لكن المعنيين أدركوا الآن أن تقديم تدخلات معينة في مراحل محورية مهمة في سلسلة الرعاية المستمرة تؤتي أُكلها على شكل فوائد مضاعفة. كما أن ربط التدخلات على شكل رزم يعمل على رفع مستوى كفاءتها وفاعليتها وتخفيض كلفتها. وبالإضافة إلى هذا، يشجع دمج الخدمات على استيعابها ويوفر الفرص لتعزيز تغطيتها. ويتمثل التركيز الرئيسي في توفير تغطية شاملة للتدخلات الضرورية على مدى دورة الحياة في نظام رعاية صحية أولية متكامل.

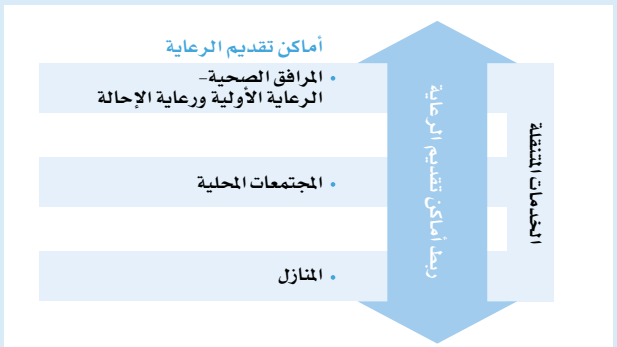
وقد يكون التأثير المتوقع من تحقيق نسبة تغطية مرتفعة في سلسلة الرعاية المستمرة عميقا. ففي دول إفريقيا جنوب الصحراء، أدى تحقيق سلسلة رعاية متصلة شملت ٩٠ بالمئة من الأمهات وحديثي الولادة إلى تجنب ثلثي وفيات الأطفال منقذاً بذلك حياة ٨٠٠,٠٠٠ طفل سنوياً.

ويتم تبني هذا النموذج على نحو متزايد في سياسات وبرامج الصحة العامة العالمية، وهو يشكل أساس عمل "شراكة من أجل صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال" (انظر الفصل٢، صفحة ٤٣ لمعرفة تفاصيل الشراكة).

انظر المراجع، صفحة ١٠٤.

الشكل ١-١٩

ربط تقديم الرعاية بين المنازل والمراكز الصحية لتخفيض وفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال



المصدر: شراكة من أجل صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال، www.who.int/pmnch/about/continuum-of-care/en/index.html تم الإدخال في ٣٠ سبتمبر ٢٠٠٧.

ألف ولادة حية ومن الجدير بالذكر أن هذه الدول الـ٦٠ في عام ٢٠٠٥ كانت تحتضن ٩٣ بالمئة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة في جميع أنحاء العالم، ويمكن اعتبار سبعة فقط من هذه الدول– بنغلادش والبرازيل ومصر وأندونيسيا والمكسيك ونيبال والفلبين– تسير على الدرب لتحقيق هدف الألفية الإنمائي الرابع. وعلى النقيض، كان على ١٩ من الدول ذات الأولوية تحقيق تخفيضات سنوية بنسبة ١٠ بالمئة أو أكثر سنوياً لتحقيق هدف ٢٠١٥ [٢٠].

الأولوية ٢: توفير سلسلة رعاية متصلة من خلال جمع التدخلات وتقديمها في مراحل رئيسية في دورة الحياة

حققت بعض برامج صحة الطفل التي استهدفت أمراض وحالات معينة نتائج مذهلة، وهذه التدخلات "العمودية" كما تُسمى، تكون عادة أحداثاً لمرة واحدة أو خاصة بمرض معين، مثل حملات التطعيم التي تغطي مرضاً واحد. وتبين الدروس المستقاة من الماضي، والواردة بتفصيل أكثر في الفصل ٢، أن مثل هذه البرامج غير مناسبة لتوفير الرعاية الأكثر شمولية واستدامة التي تحتاج إليها الأمهات وحديثي الولادة والأطفال، وتوحي أحدث التجارب أن من الممكن تحقيق تقدم أكبر إذا تم دمج هذه التدخلات المنقذة للحياة في رزم للرعاية وتقديمها في مراحل رئيسية من الحياة.

صحة الطفل في حالات الطوارئ المركبة

تواجه تلبية الاحتياجات الصحية للأطفال والنساء والعائلات تحديات ضخمة في أوقات السلم، لكن هذه التحديات تتضاعف خلال حالات الطوارئ الناجمة عن الكوارث الطبيعية أو الإنسانية، لكن تقديم الخدمات الصحية للسكان بوجه عام وللأطفال بشكل خاص ضروري جداً في هذه الظروف. وفي الحقيقة، يعيش عدد كبير من الأطفال الذين يتعذر الوصول إليهم حالياً بالتدخلات المتاحة حالياً في دول واجه تقديم الخدمات الصحية فيها عقبات كأداء. فبين الأعوام ١٩٨٩ و٢٠٠٠، وقعت ١١٠ صراعات منها ١٠٣ حروب أهلية، وقد دام الكثير منها لمدة طويلة وصاحبها الانهيار المؤسسي والعنف الموجه ضد المدنيين، وفي الوقت الحالي، هناك أكثر من ٤٠ دولة، ٩٠ بالمئة منها ذات دخل منخفض، تخوض صراعات مسلحة، وقد ألقى تقرير العمل الإنساني الصادر عن اليونيسف ٢٠٠٦ الضوء على ٢٩ وضعاً طارئاً يؤثر على الأطفال والنساء.

وتُعرف حالة الطوارئ المركبة بأنها حالة صراع مسلح ونزوح سكاني و/أو انعدام الأمن الغذائي يصاحبها ارتفاع في أعداد الوفيات وحالات سوء التغذية، ومعظم الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال في حالات الطوارئ المركبة هي الأسباب ذاتها التي تؤدي إلى وفاة الأطفال بشكل عام، وهي الحصبة والملاريا والإسهالات والالتهابات التنفسية الحادة وسوء التغذية، وغالباً ما تتضاعف هذه الأمراض باندلاع أمراض أخرى سارية كالتهاب السحايا والنقص الغذائي، حيث تساهم بشكل كبير في أمراض لوفيات الأطفال. وتحدث أعلى نسب الوفيات بين اللاجئين، على سبيل المثال، بين الأطفال دون سن الخامسة.

وعادة ما تكون معدلات وفيات الأطفال في أقصاها خلال المرحلة الأولى من الطوارئ المركبة، وعند المقارنة، نجد أنه في فترة ما بعد الطوارئ حيث يكون الأطفال قد عاشوا في معسكرات لاجئين مستقرة لفترات طويلة، تكون وفيات الأطفال في مجتمع اللاجئين أقل من وفيات الأطفال المقيمين في المناطق المجاورة، وتتضمن العقبات أمام تقديم الرعاية الصحية للأطفال في حالات الطوارئ المركبة: محدودية سبل الوصول والحواجز الثقافية وانعدام الأمن ومحدودية الموارد، كالأدوية والإمدادات وقلة الاتصال بين عدد من المنظمات التي تقدم خدمات الأغاثة.

وتعتبر قيادة المجتمع المحلي وانخراطه ضروريان بشكل خاص في هذه الظروف، فعلى خلاف الاعتقاد بأن المجتمعات المحلية في أوضاع الطوارئ تكون ضعيفة وقد تنهار تحت ضغط الحرب أو المجاعة أو النزوح الجماعي، تشير الأبحاث إلى أنه من الممكن دائماً حشد المجتمع المحلي وأن عناصر مهمة من المجتمع المحلي تبقى سليمة، بل وتكتسب أهمية أكبر تحت الضغط، كما تشير الأدلة من إثيوبيا ومالاوي وجنوب السودان، التي تركز على التحديات التي تواجهها في معالجة سوء التغذية في حالات الطوارئ المعقدة. إلاّ أن نجاح تدخل ما يعتمد بشكل كبير على إشراك الشخصيات الرئيسة في المجتمع المحلي (مثل القادة الشعبين والمعلمين والعمال الصحيين في المجتمع،) بالإضافة إلى منظمات المجتمع المحلي وشبكات المتطوعين والمنظمات النسائية، وبالإضافة إلى هذا، قد يكون إشراك الأطباء الشعبيين على درجة مساوية من الأهمية، لأنهم في حالات كثيرة، أول من يلجأ إليهم أفراد المجتمع في السلوكيات الصحية، ولهذا فهم يستطيعون أن يلعبوا دوراً حساساً في تحديد الأطفال الذين يعانون من سوء تغذية شديد في مرحلة مبكرة.

انظر المراجع، صفحة ١٠٥.

إن دمج التدخلات المثبتة والفعالة وغير المكلفة، كالتطعيم وفيتامين A التكميلي على سبيل المثال، هو أسلوب فعال جداً، كما أنه يضمن رعاية أكثر شمولية للأطفال المخدومين. وقد تم مؤخراً تحديد رزمة تتكون من ١٦ تدخلاً من الممكن أن تؤدي إلى تفادي ٧٢ بالمئة من وفيات حديثي الولادة، ويتضمن هذا: التطعيم ضد الكزاز، وحضور قابلة مدربة أثناء الولادة، والوصول إلى الرعاية الملائمة أثناء الولادة، والرضاعة الطبيعية الفورية والخالصة، وتدفئة حديثي الولادة وإمكانية الوصول إلى الإنعاش، إذا احتاج الأمر ذلك، والرعاية الخاصة للمواليد الذين يعانون من انخفاض الوزن، والعلاج من الإلتهابات[٢١].

ولا شك أن وقت تقديم رزم التدخلات هذه في غاية الأهمية، حيث أن أكثر من نصف إجمالي وفيات الأمهات وحديثي الولادة تحدث عند الولادة وخلال الأيام الأولى من الولادة، لكن هذه الفترة أيضاً هي الفترة التي تكون فيها التغطية الصحية في أدنى مستوياتها. وإن وجود سلسلة رعاية متصلة فعالة (انظر الجدول، صفحة ١٧) سيعمل على ربط صحة الأم وحديثي الولادة والأطفال، خلال فترات الحمل والولادة وبعد الولادة، وتوصيلهم إلى الطفولة واليُفوعة، والميزة في هذا أن كل مرحلة تبني على نجاح المرحلة السابقة لها، فعلى سبيل المثال، يؤدي تزويد الفتيات اليافعات بخدمات متكاملة إلى تقليل فرص الحمل في غير أوانه والحمل غير المقصود، كما أن زيارة العامل الصحي قد تمنع حدوث مشاكل أثناء الحمل وتزيد احتمالية حصول الأمهات على الرعاية الملائمة وقت الولادة، كما أن الرعاية الجيدة قبل الولادة وأثناءها وبعدها مباشرة تقلل من خطر وفاة الأم والطفل. إن سلسلة الرعاية المستمرة تدعم حقهما في التمتع بصحة جيدة.

كما أن سلسلة الرعاية المستمرة الفعالة تعالج الفجوات في الرعاية، سواء في البيت أوفي المجتمع المحلي أو في المركز الصحي أو المستشفى. فالأطفال الذين يصابون بالاختناق أو خمج الدم أو مضاعفات الولادة المبكرة أثناء الولادة قد يموتون خلال ساعات إذا لم تقدم لهم الرعاية الملائمة، ولأن أكثر من ٦٠ مليون امرأة في العالم النامي يلدن أولادهن في البيوت[٢٢] فمن الضروري جداً حضور قابلة مدربة أثناء الولادة، مع دعم جيد توفره العيادة الصحية المحلية أو مرفق أخر من المستوى الأول أو مستشفى تحسباً لحدوث مضاعفات تجفيف ولا شك أن جودة الرعاية في جميع هذه المستويات ضروري جداً.

الأولوية ٣: تقوية الأنظمة الصحية وشراكات المجتمع المحلي

تقديم الرعاية الصحية الشاملة للأطفال يتطلب إجراءات وقائية، بالإضافة إلى علاج الأمراض، ويتطلب منع الأمراض عادة تغيير العادات السلوكية التي تبدأ في المنزل وتتلقى الدعم بواسطة المجتمع المحلي، فالتحسينات في التغذية على سبيل المثال غالباً ما تكون ناتجة عن ممارسات أفضل في تغذية الرضع من جانب الأمهات أو مقدمي الرعاية الآخرين، سواءً من خلال الرضاعة الطبيعية أو فيما بعد، بتزويد غذاء متنوع من حدائق المطبخ أو المجتمع، ومثل هذه الممارسات يجب أن يتعلمها الفرد ويدعمها المجتمع المحلي، وتعتبر الآبار والمضخات والمراحيض عناصر مهمة لضمان النظافة العامة، لكن فعاليتها تعتمد على مجتمع محلي مستعد للحفاظ عليها واستخدامها، وعلى الأطفال أن يتعلموا غسل أيديهم وممارسة العادات الصحية الجيدة، وهذه عادات يتم صقلها في البيت وفي المدرسة وبين الجيران والأصدقاء.

وكجزء مكمل في النظام الصحي الأشمل، تستطيع شراكات المجتمع المحلي في الرعاية الصحية الأولية أداء وظيفة ثنائية: إشراك أفراد المجتمع المحلي بفاعليته بكوادر صحية وحشد دعم المجتمع المحلي لإيجاد عادات صحية جيدة، كما أنهم يستطيعون أيضاً تحفيز الطلب على خدمات صحية جيدة من الحكومات. وانخراط المجتمع المحلي يشجع الشراكة المجتمعية ويضفي حيوية على نظام الصحة المليء بالاجراءات الروتينية، وهو ضروري للوصول إلى الفئات الأكثر انعزالاً واستبعاداً. وكما سيبين الفصل التالي من هذا التقرير، فقد طبقت العديد من الدول، بما فيها بعض أفقر دول العالم برامج مجتمعية ناجحة، ويتمثل التحدي الآن في التعلم من تجاربهم، وايصال البرامج إلى مستويات أعلى والوصول إلى ملايين الأطفال الذين نسيهم النظام الصحي حتى الآن.

إيجاد بيئة داعمة لاستراتيجيات بقاء الأطفال

تتعزز إمكانيات بقاء الأطفال من خلال السياق المؤسسي والبيئي الذي يعيش فيه هؤلاء الأطفال وعائلاتهم. فعلى سبيل المثال، ليس غريباً أن تبلغ معدلات وفيات الأطفال والرضع أعلى معدلاتها في الدول الأكثر فقراً بين المناطق والمجتمعات الأكثر فقراً وعزلة وجهلاً وتهميشاً، وفي الدول التي أنهكها الصراع المدني والإدارة الضعيفة وقلة الاستثمار لمدة طويلة في أنظمة الصحة العامة والبنية التحتية المادية، ومن الـ١١ دولة التي يموت فيها ٢٠ بالمئة أو أكثر من الأطفال قبل سن الخامسة– أفغانستان وأنغولا وبوركينا فاسو وتشاد وجمهورية الكونغو الديمقراطية وغينيا الاستوائية وغينيا بيساو وليبريا ومالي

تمكين النساء لاحراز تقدم في صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال

إن تمكين النساء خاصةً على مستوى المجتمع، ضروري أولاً لتخفيض عدد الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة، وثانياً لبلوغ هدف الألفية الإنمائي الخامس، الذي يهدف إلى تخفيض وفيات الأمهات بنسبة الثلثين بحلول عام ٢٠١٥. ولكن وضع النساء المتدني في العديد من المجتمعات وسلطتهن المحدودة في اتخاذ القرارات داخل المنزل غالباً ما يضع تحديات خطيرة أمام تحقيق تقدم كبير في أي من المجالين. فعلى سبيل المثال، يشير تحليل البيانات الناتجة عن المسوح السكانية والصحية الأخيرة في ٣٠ دولة، خاصة في جنوب آسيا ودول إفريقيا جنوب الصحراء، أنه ليس لدى النساء النفوذ الكافي لاتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة في المنزل، سواء بخصوص صحتهن أو صحة أطفالهن، وفي بوركينا فاسو ومالي ونيجيريا، قالت ٧٥ بالمئة تقريباً من النساء اللاتي أجبن على استجواب المسح أن الأزواج وحدهم يتخذون القرارات الخاصة بالرعاية الصحية للنساء. وفي دولتين شملها المسح في جنوب آسيا هما بنغلادش ونيبال، كانت هذه النسبة حوالى ٥٠ بالمئة.

لاشك أن استبعاد النساء هذا يعرض صحة ورفاه جميع أفراد العائلة، خاصة النساء والأطفال، للخطر، وغالباً ما يُربط بمعدلات الوفيات المرتفعة للنساء والأطفال– الدول الخمسة المذكورة أعلاه هي من بين ٦٠ دولة تم اختيارها كدول ذات أولوية لبقاء الأطفال من خلال مبادرة العد التنازلي إلى ٢٠١٥ (انظر الشكل ١– ١٧، صفحة ١٦ لمزيد من التفاصيل)، ويتفاقم هذا الوضع غالباً في المناطق الريفية أو في المناطق المدنية الفقيرة، حيث ترتفع نسبة الأمية بين النساء وتزداد المعاناة من الحواجز الاجتماعية الثقافية التي تحول دون حصولهن على الخدمات الصحية، مثل منعهن من مغادرة بيوتهن أو التعامل مع الغرباء، بالإضافة إلى أنهن، في الغالب، لا يستطعن الوصول إلى مركز صحي أو عيادة صحية.

فعلى سبيل المثال، في أفغانستان، تُمنع النساء من تلقي رعاية صحية في المستشفيات التي يتألف طاقمها من الرجال فقط، بينما، في الوقت ذاته، تمنع الأعراف الثقافية النساء من العمل وتلقي التدريب الطبي المتقدم.

لقد نجح عدد من برامج العاملين الصحيين المحليين التي تدرب النساء بشكل رئيسي في المراوغة حول الحواجز المبنية على الجنس للإنتفاع من الخدمات الصحية. ففي بنغلادش، نجد أن العاملات الصحيات المحليات واللاتي تلقين التدريب من لجنة التقدم الريفي البنغلاديشية متزوجات وفي منتصف العمر، وتتيح خدماتهن الصحية التي تُقدم في البيوت للنساء الالتفاف حول القيود التقليدية التي تقضي باحتجابهن عن الرجال وتمنعهن من مغادرة بيوتهن للوصول إلى المرافق الصحية بمفردهن. وفي باكستان، حيث تلقت نصف النساء فقط في سن الحمل التطعيم ضد الكزاز في عام ١٩٩٩، نجحت حملة أقامتها وزارة الصحة في رفع النسبة إلى ٨٠ بالمئة لمجموعة مستهدفة تتكون من ٥ ملايين امرأة، وذلك بالاعتماد على الزيارات المنزلية التي تقوم بها العاملات الصحيات اللاتي لقين قبولاً لدى النساء أكثر من المطعمين من الرجال.

وبالاضافة إلى هذا، كانت التدخلات التي عززت تمكين النساء وقيادتهن على المستوى المحلي، على القدر ذاته من الأهمية في تحسين الوضع الصحي للنساء والأطفال، ففي غانا، تطلّب انتشار داء الحييات (دودة غينيا)، الذي ينتقل بواسطة المياه ويؤدي إلى عجز ووهن الشخص المصاب به على مدى أشهر، تطلب إطلاق حملة استئصال شاملة، حيث قامت متطوعات من النساء اللاتي كن أكثر اطلاعاً على مصادر المياه المحسنة من الرجال بزيارات إشراف منزلية وتوزيع الفلاتر وتحديد مصادر المياه الملوثة وتقديم التعليم المحلي، وأثمر هذا عن انخفاض في حالات حدوث المرض بنسبة ٣٦ بالمئة بين ٢٠٠٢ و٢٠٠٣. وعلى نحو مماثل، في بورتوريكو، اعتمد برنامج لمنع مرض "حُمى دنغو"، أطلقته منظمة الصحة العالمية ومراكز مكافحة الأمراض والسيطرة عليها التابعة للولايات المتحدة، شاركت فيه نساء رشحهن المجتمع المحلي للعمل كمروجات، حيث قامت النساء بزيارات منزلية لمقابلة أرباب البيوت وتفتيش المنازل بحثاً عن مواقع تكاثر الجراثيم الناقلة للمرض، كما انخرطن في أنشطة التوعية المحلية، بما في ذلك إنشاء معرض عن منع "حمى دنغو" في المتاجر المحلية، ومن خلال هذه الاستراتيجية، انضمت ٢٠ بالمئة من الأسر إلى الحملة.

انظر المراجع صفحة ١٠٥.

والنيجر وسيراليون [٢٣]، قد عانى أكثر من نصفها صراعاً مسلحاً كبيراً منذ ١٩٨٩. وعلى نحو مماثل، فإن الدول الضعيفة التي تضم مؤسسات ضعيفة ترتفع فيها معدلات الفساد ويسودها عدم الاستقرار السياسي وتحكمها قواعد قانونية متزعزعة غالباً ما تكون غير قادرة على توفير الخدمات الأساسية لمواطنيها.

وفي بعض الأحيان، تكون العوامل المؤسسية والبيئية هي العامل المسيطر في بقاء الطفل. ففي الدول التي وصل فيها الإيدز إلى مستويات وبائية على سبيل المثال، تعتبر مكافحة الأعراض هي التحدي الرئيسي أمام بقاء الأطفال. إن حجم وطبيعة الوباء هائلان جداً إلى درجة أن جميع التدخلات الأخرى لن تكون فعالة ما لم يتم التعامل مع الإيدز، كما أن الدول التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي أو قد تعاني من الجفاف معرضة لعدم إحراز نتائج جيدة في بقاء الأطفال. إن عدم القدرة على تنويع الغذاء يؤدي إلى إصابة الأطفال بسوء تغذية مزمن، مما يزيد فرص اعتلال صحتهم وبالتالي موتهم.

© UNICEF/HQ06-2640/Tom Pietrasik

سماع صوت المرأة في صناعة القرارات المتعلقة بالصحة تترجم إلى رعاية أفضل لأطفالهم. مناقشة الأوضاع الصحية في اجتماع، بالهند

إن تحدي بلوغ الأطفال في الدول التي تعاني مثل هذه المشاكل والتي يتعسر علاجها هو تحدٍ كبير ومروع، ولكن إذا توافرت الإدارة السياسية، فإن هذه الدول تستطيع اتخاذ خطوات لخلق بيئة داعمة لبقاء الأطفال ونمائهم.

سن قوانين لحماية الأطفال من العنف والعمل على تقويتهم

تشير البيانات المتوافرة من الدول الأعضاء في المنظمة الدولية للتعاون الاقتصادي والتنمية أنه بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن الـ١٨ عاماً، يواجه الرضّع الذين تقل أعمارهم عن السنة ثاني أكبر خطر يتهدد حياتهم نتيجة القتل، حيث يبلغ خطر موت الأطفال دون العام ثلاثة أضعاف خطر موت الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين عام وأربعة أعوام، وكلما كان الطفل أصغر زاد احتمال وفاته بسبب أحد أفراد الأسرة، وفي الأماكن التي لا يتم فيها تسجيل الوفيات أو التحقيق فيها لا يُعرف مدى انتشار العنف القاتل تجاه الأطفال بدقة، وقد تحجبه معدلات الوفيات المرتفعة بشكل عام بين الأطفال دون سن الخامسة، ومن المعروف أن العنف بأي شكل كان—بما في ذلك الإهمال— قد يلعب غالباً دوراً في وفيات الأطفال والرضع التي لا يتم تسجيلها كجرائم قتل، أو ربما لا يتم تسجيلها مطلقاً. وهناك إجماع واسع على أن العنف ضد الأطفال الذي يمارسه أفراد العائلة يؤدي إلى وفيات تتجاوز تلك التي تفصح عنها السجلات الرسمية بأعداد كبيرة [٢٤].

ويعتبر الزواج الإجباري نوعاً آخر من العنف الذي يمارس على الأطفال، وغالباً ما يكون مسموحاً به اجتماعياً، ويؤثر على بقائهم، فعندما تلد الفتيات قبل اكتمال نمو أجسامهن، تتضاعف احتمالات موت الأم والطفل. وتعتبر الوفيات المستمرة بالولادة هي السبب الأول في وفيات الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ١٥—١٩ سنة في أنحاء العالم، سواءً أكُن متزوجات أم لا [٢٥]. والفتيات اللاتي تقل أعمارهن عن ١٥ سنة هنَ أكثر عرضة للموت أثناء الولادة بخمسة أضعاف النساء اللواتي تتراوح

أعمارهن في العشرينيات[٢٦]، كما أن احتمال بقاء أطفالهن على قيد الحياة أقل، وإذا كانت الأم لم تبلغ سن الـ١٨ من عمرها بعد، فستكون فرصة موت طفلها خلال العام الأول من عمره أعلى بنسبة ٦٠ بالمئة من طفل وُلد لأم تجاوز عمرها الـ ١٩ [٢٧].

وبالإضافة إلى القوانين التي تحظر زواج الأطفال وأشكال العنف الأخرى ضد الأطفال، يجب تبني سياسة عدم التسامح في الدول التي تسعى إلى خلق بيئة يستطيع الأطفال البقاء والازدهار فيها. ومن أشكال الحماية الأخرى الضرورية تسجيل جميع الولادات ، ويعتبر هذا الاعتراف القانوني بوجود الطفل أمراً ضرورياً للحصول على الخدمات الصحية الأولية كالتطعيم والتزود بفيتامين A التكميلي، كما أنه يرسي الروابط الأسرية في المناطق التي تعتبر الوراثة قضية مهمة فيها[٢٨].

تعليم النساء وتمكينهن

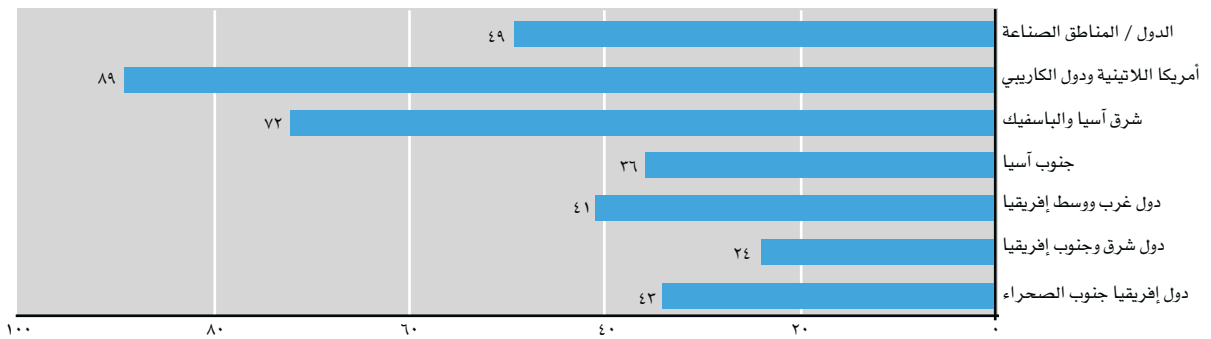
تشير أحدث التقديرات إلى أن بالغاً من كل ٤ بالغين (محددين هنا بـ ١٥ سنة أو أكثر) هم من الأميين، وتشير أحدث البيانات من معهد الاحصاءات التابع لليونيسكو[٢٩]، أن ثلثي هذا العدد تقريباً من النساء. وتُظهر الأبحاث أن فرص وصول مقدمي الرعاية الأقل تعليماً إلى معلومات حول الرعاية الصحية الأولية أقل منها لدى أترابهم الأكثر تعليماً[٣٠]، وهذا بدوره قد يؤدي إلى اتخاذ قرارات غير نابعة عن معرفة بشأن الكيفية والوقت المناسب لطلب الرعاية للأطفال المرضى[٣١]، وعلى النقيض من هذا، تشير الأدلة الواردة من بنغلادش أن فرصة بقاء الطفل الذي يولد لأم تلقت التعليم الابتدائي على قيد الحياة هي في

تسجيل الولادات: خطوة مهمة نحو الوصول إلى الخدمات الأساسية

الحق في الحصول على اسم وجنسية هوحق راسخ في الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل التي تدعو بوضوح في المادة ٧ إلى تسجيل الطفل فوراً بعد ولادته. وعلى الرغم من هذا، تمر حوالى ٥١ مليون ولادة سنوياً بلا تسجيل، وغالباً ما يكون هؤلاء الأطفال من عائلات فقيرة أو مهمشة أو نازحة أو من دول لا يكون نظام تسجيل المواليد فيها فاعلاً، وغالباً ما يكون لهذا عواقب وخيمة ودائمة على صحتهم ورفاههم.

الشكل ١-٢٠

معدلات تسجيل الولادات* منخفضة في جنوب آسيا ودول إفريقيا جنوب الصحراء



* يشير تسجيل الوفيات إلى النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة الذين تم تسجيلهم عند وقت المسح، ويتضمن إحصاء هذا المؤشر الأطفال الذين رأى مجري المقابلة شهادات ميلادهم أو الذين قالت أمهاتهم أوالقائمين على رعاتهم أنهم سجلوا الولادة، وتشير بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات إلى الأطفال الذين كانوا أحياء عندما أجري المسح.

المصدر: المسوح العنقودية متعددة المؤشرات والمسوح السكانية والصحية ومسوح وطنية أخرى وأنظمة تسجيل الولادات، يمكن الحصول على البيانات القطرية والاقليمية في الجدول الاحصائي٩، صفحة ١٤٦ من هذا التقرير.

حدود ٢٠ بالمئة مقارنةً بطفل يولد لأم لم تتلقى التعليم، وتزداد هذه النسبة إلى ٨٠ بالمئة حين تكون الأم قد تلقت التعليم الثانوي.[٣٢]

إن تمكين النساء اجتماعياً واقتصادياً قد يرسي طريقاً آخر نحو تحسين بقاء الأطفال. ففي العديد من الدول، تُحرم النساء من المسؤوليات الأساسية لاتخاذ القرارات، حتى تلك التي تخص صحتهن أو صحة أطفالهن.

كما أن من المعروف أنه عندما تكون النساء مسؤولات عن الشؤون المالية المنزلية يملن إلى إنفاق نسبة أكبر من الميزانية المنزلية على الطعام والضروريات الأخرى للأطفال. لهذه الأسباب، فإن من المرجح أن يترك منح النساء الوسيلة ليصبحن أكثر اعتماداً على أنفسهم اقتصادياً أثراً إيجابياً على الأطفال.

الترويج للمساواة الاجتماعية

في العقود الأخيرة، استُبعدت ملايين النساء والأطفال من التقدم نتيجة فقرهم وحرمانهم من حقوقهم الشرعية، فالتباينات في احتمالات بقاء الأطفال الفقراء والأطفال الأفضل حظاً ووضعاً تقع وقع الصاعقة على الأطفال الأقل حظاً، وهذا ليس فقط بين الدول بل في داخلها أيضاً. فعلى سبيل المثال، في كل دولة تتوافر عنها البيانات، يظهر أن احتمال موت الأطفال الذين يعيشون في أفقر ٢٠ بالمئة من المنازل قبل بلوغ سن الخامسة يفوق ذلك السائد لدى الأطفال الذين يعيشون في الخُمس الأكثر ثراءً من السكان،

وعلى الرغم من أن دول إفريقيا جنوب الصحراء لديها أعلى نسبة (٦٦ بالمئة) من الأطفال الذين لم يتم تسجيلهم عند الولادة، إلا أن جنوب آسيا، التي تحتفظ بنسبة تبلغ ٦٤ بالمئة، لديها أعلى عدد، والتحديات مثبطة للهمة في بعض الدول مثل أفغانستان وبنغلادش وجمهورية تنزانيا المتحدة وزامبيا، حيث معدلات تسجيل الولادات متدنية جداً نتيجة غياب أنظمة تسجيل الولادة الفعالة والعاملة. وتقدر اليونيسف أنه في بنغلادش وزامبيا يتم تسجيل ١٠ بالمئة فقط من الولادات، بينما يهبط معدل التسجيل في جمهورية تنزانيا إلى ٨ بالمئة فقط.

ومن الجدير بالذكر أن تسجيل الولادات والوصول إلى الرعاية الصحية على وجه الخصوص مرتبطان ببعضهما ، خاصة بالنسبة إلى الأطفال دون سن الخامسة. فعلى سبيل المثال، تشير البيانات من عدة دول إفريقية إلى وجود علاقة متبادلة وثيقة بين النسبة المئوية لحضور قابلة مدربة عند الولادة وتسجيل الأطفال. ففي بنن مثلاً، يظهر أن ٧٤ بالمئة من الأطفال الذين وُلدوا بحضور قابلة مدربة تم تسجيلهم، مقارنة بـ٢٨ بالمئة من الأطفال الذين لم يُسجلوا. وبالإضافة إلى هذا، توحي البيانات أيضاً بأن معدلات تسجيل الولادة مرتبطة بعدد المطاعيم التي يتلقاها الطفل وبالتزود بفيتامين A التكميلي، وأيضاً بمستوى الرعاية الصحية المتوفرة. فعلى سبيل المثال، في تشاد، تم تسجيل ٣٨ بالمئة من الأطفال الذين يتلقون فيتامين A التكميلي، مقارنة بـ ١٥ بالمئة من الأطفال الذين لا يتلقون الفيتامين التكميلي. وعلى عكس ذلك، ففي غياب تسجيل الولادات، يُحرم الأطفال في عديد من الدول من الوصول إلى التدخلات أو البرامج الضرورية.

وغالباً ما تُظهر التحديات التي يواجهها الآباء في تسجيل ولادة أطفالهم أنماطاً أكبر من الإقصاء الاجتماعي والافتقار إلى سبل الوصول إلى الخدمات الاجتماعية والتداخل معها. وهكذا، وبشكل خاص في المناطق النائية، لا يرى الآباء فوائد مواطنتهم، ناهيك عن الفوائد التي يمنحها تسجيل الولادات لأطفالهم. وعلاوة على هذا، فعندما يخطط الآباء لتسجيل ولادات أطفالهم، فإن تكاليف التسجيل المرتفعة وبُعد مراكز التسجيل تردعهم عن القيام بذلك، وقد كشف تحليل أجرته اليونيسف مؤخراً أن ارتفاع تكاليف التسجيل بشكل خاص هو السبب الرئيسي لعدم تسجيل الولادات في ٢٠ دولة نامية على الأقل، مما يؤدي إلى تباينات كبيرة في التسجيل بين الأطفال الفقراء والأغنياء. وفي جمهورية تنزانيا المتحدة، حيث التسجيل العام للمواليد منخفض جداً، هناك تباين قوي بين الأغنياء والفقراء، حيث ٢ بالمئة فقط من الخمس الأفقر من الأطفال يتم تسجيلهم مقارنة بـ٢٥ بالمئة من الخمس الأغنى.

ويتطلب التسجيل الشامل للولادات أن تعمل الحكومات والشركاء والمجتمعات معاً لجعل تسجيل الولادة أولوية، وغالباً ما يعتبر النُهج المتكامل– كدمج حملات التطعيم الوطنية مع حملات تسجيل الولادة– أفضل إستراتيجية، وفي الأماكن التي تم فيها تحقيق هذا التعاون ظهرت نتائج باهرة، حتى في أصعب الظروف، ففي عام ٢٠٠٣ شهدت أفغانستان دمج حملة شملت البلاد كلها لتسجيل الأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنة مع الأيام الوطنية للتطعيم ضد شلل الأطفال"، وتوسعت هذه الحملة في عام ٢٠٠٤ حتى وصلت مليوني طفل دون سن الخامسة بحلول منتصف شهر تشرين الأول/ أكتوبر من ذلك العام.

انظر المراجع، صفحة ١٠٥

بقاء الأطفال في بيئات ما بعد الصراع: ليبريا تتحدى وتنتصر

بقلم إيلين جونسون سيرليف، رئيسة جمهورية ليبريا

وفقاً للّجنة النسائية للأطفال والنساء اللاجئين الواقعة في نيويورك، تعكس معاملة المجتمع للأطفال قيمة هذا المجتمع وجدارته بالاحترام. وفي حالة ليبريا بعد الصراع، يرتبط مصير البلاد ارتباطاً لا فكاك منه بمصير سكانها الأشد ضعفاً، إن بقاء الأطفال في ليبريا، هوعنصر جوهري في أجندة التطور التي وضعناها لأنه يشكل الطريقة التي سنتقدم بها كأمة .

وإن أثر الصراع على بقاء أطفال ليبريا صاعق: فبمعدل ٢٣٥ وفاة من كل ألف ولادة حية يصبح معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في ليبريا خامس أعلى معدل في العالم، ومعدل وفيات الرضع فيها ثالث أعلى معدل، بينما يحتل معدل وفيات الأمهات في المركز الخامس والعشرين. وتعتبر التوجهات السائدة في وفيات الأمهات أساساً مهماً لتحقيق هدف الألفية الإنمائي الرابع وغيره من أهداف الألفية الإنمائية الأخرى المتعلقة بالصحة والخاصة بالأطفال، وذلك لأن صحة الأم تدعم بقاء الطفل، وفي غياب سياسة سليمة ومتينة لتطوير النساءوتمكينهن، سيذكرنا وضع الأطفال في فترة ما بعد الصراع في أي بلد بفشل البلاد في معالجة أوضاعهم.

إنه لأمر محبط ومقلق أنه على الرغم من التطورات الكبيرة التي شهدها الطب الحديث، فإن أطفال ليبريا دون سن الخامسة ما زالوا يموتون بسبب الملاريا (١٨ بالمئة من إجمالي الوفيات) والإسهال وأمراض يمكن الوقاية منها بالتطعيم، كالحصبة وكزاز المواليد الجدد والإسهالات والسعال الديكي والالتهابات التنفسية الحادة. وهذه الأمراض ناتجة عن سوء التغذية المزمن ونقص الفيتامينات والمعادن الشائعة بين الأطفال دون سن الخامسة، حيث أن ٥١ بالمئة من السكان يعانون من انعدام الأمن الغذائي. وتشير التقديرات إلى أن حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب لدى النساء الحوامل في عام ٢٠٠٧ بلغ ٥,٧ بالمئة مقارنة بـ٤ بالمئة في عام ٢٠٠٤، وهذا دليل آخر على أثر ١٥ عاماً من الصراع والمشاكل الهيكلية في الاقتصاد الذي يلحق الأذى بالنساء والفتيات.

ورغم أن سبل الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية آخذٌ في التحسن، إلا أن التغطية والتوزيع ما زالا غير كافيين، خاصة في المناطق الريفية، ولا ريب أن مهمة تحقيق سبل الوصول الشامل هي مهمة ضخمة، نظراً للآثار المدمرةالذي يخلفها الصراع المسلح كتدمير البنية التحتية الصحية وعدم توفر العدد الكافي من العاملين الصحيين المدربين وانخفاض موارد القطاع العام الصحية. وتبذل حكومة ليبريا جهوداً حثيثة لتخفيض وفيات وأمراض الأطفال انخفاضاً كبيراً بحلول عام ٢٠١١. وقد تم وضع سياسة وطنية للصحة وخطة عمل للوصول الشامل للخدمات الصحية ،وهي الآن قيد التطبيق، كما تم وضع استراتيجية وخطة وطنية لتسريع إجراءات بقاء الأطفال، ويجري العمل على وضع استراتيجية وخطة عمل لتكون بمثابة خريطة لتخفيض وفيات الأمهات. وتجدر الإشارة إلى أن إحلال السلام أسهم في ارتفاع معدل التطعيم للأطفال والنساء الحوامل إلى درجة كبيرة.

لكن التحديات باقيةٌ.

فبالنسبة إلى المياه الآمنة الضرورية للبقاء، تم توفيرها في المراكز المكتظة بالسكان، بما فيها منروفيا عاصمة ليبريا قبل الصراع. لكن معظم شبكات الأنابيب دُمرت أثناء الحرب. وفي الوقت الحالي، وباستثناء منروفيا حيث يُعاد إصلاح شبكات الأنابيب، تفتقر المناطق المدنية إلى المياه المنقولة بالأنابيب، والأطفال لا يستطيعون البقاء، ناهيك عن الازدهار، من دون مياه شرب آمنة صالحة للشرب. وهذه المياه متوافرة بنسبة منخفضة حالياً في ليبريا، حيث تبلغ النسبة ٣٢ بالمئة.

أما الصحة والتعليم فهما العمود الفقري لأية استراتيجية متينة لبقاء الأطفال،ذلك أنهما وجهان لعملة واحدة ويجب التعامل معهما في وقت واحد في ليبريا لضمان تحقيق هدف التنمية الرابع للألفية، لكن معدلات الأمية مرتفعة بين السكان، حيث تقدر بـ ٦٨ بالمئة (٥٥ للذكور و ٨١ للإناث)، وإن محو الأمية والتعليم، وخاصة تعليم الفتيات، ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمعدلات محسنة لبقاء الأطفال، وتهدف "سياسة تعليم الفتيات ٢٠٠٦" إلى توفير التعليم لجميع الفتيات. ولكي نضمن بقاء الأطفال، يجب حماية الطفلات أيضاً، وقد خلف الصراع كثيراً من الفتيات الحوامل أو الأمهات، ولهذا فنحن بحاجة إلى جهود خاصة لحماية الفتيات في سن المراهقة من الاستغلال الجنسي والإساءة، ومن الحمل والإيدز لنضمن لهن التمتع بحقوقهن في البقاء وتأمين حقوق أطفالهن.

ولا بد من الحفاظ على زخم متجدد يكتنف قضية بقاء الأطفال، ولليبريا تستجيب لهذا النداء العالي الواضح، نريد أن نضمن تقدم أطفالنا إلى ما وراء البقاء ودخول مرحلة التطور الذي يمكنِهم من الازدهار والتحول إلى مواطنين منتجين.

وفي بعض الدول، يرتفع الخطر إلى خمسة أضعافه[٣٣]، ولا شك أن التدخلات السياسية للتخلص من هذه الأوضاع الجائرة – أي تحقيق التكافؤ بين معدلات وفيات الأطفال في أوساط الـ٨٠ بالمئة الأفقر من السكان والـ٢٠ بالمئة الأغنى– سيكون له تأثير كبير على معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لدولة ما ككل[٣٤]. وفي أنحاء العالم، من الممكن تفادي حوالى ٤٠ بالمئة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة بهذه الطريقة[٣٥].

كما أن الأطفال المقصون من الخدمات الصحية بسبب التمييز والعزلة الجغرافية وانخفاض مستوى تعليم الأهل وانتشار الايدز على مستويات وبائية وحالات الطوارئ المركبة، كالصراع المسلح والكوارث الطبيعية، وهذه الظروف تؤثر على العديد من الأطفال في آن واحد، مما يزيد من تخفيض احتمال وصول التدخلات المنقذة للحياة إليهم.

وتتضمن النُهج الناجحة المستخدمة للتعامل مع هذه الأوضاع الجائرة البرامج التي توصل التدخلات الصحية إلى الفئات التي يصعب الوصول إليها، كما أن دعم الرعاية الصحية للفقراء وتوجيه التسويق الاجتماعي للفئات التي كانت مستبعدة هما خياران آخران، ولعل أهمها هو ضمان المساواه في إعطاء الأولوية لتصميم تدخلات بقاء الأطفال واستراتيجيات التقديم، ويتطلب هذا العمل معرفة دقيقة بالوضع من خلال جمع بيانات المسوح التي يمكن استخدامها أيضاً للتعليم والمناصرة، ويجب إرساء نظام مراقبة منتظمة يشتمل على الآليات الضرورية لضمان المحاسبة على الصعيدين الدولي والعالمي.

الرقي إلى مستوى التحدي لتقديم رعاية مستمرة للأمهات وحديثي الولادة والأطفال

هذه هي التحديات التي يواجهها مزودي الرعاية الصحية في الوصول إلى الأطفال المقصون حالياً عن الخدمات الأساسية، و لم يعد التحدي الرئيسي لبقاء الأطفال يكمن فقط في تحديد الأسباب التقريبية لوفيات الأطفال أو الحلول لها، بل يشمل أيضاً ضمان وصول الخدمات والتعليم المطلوبين لهذه الحلول إلى المجتمعات والدول الأكثر تهميشاً، وكما سيبن باقي التقرير، أحرزت العديد من الدول، بما فيها بعض أفقر الدول في العالم خطىً كبيرة لإيصال الخدمات الأساسية إلى عدد أكبر من الأطفال والعائلات، لكن تحقيق ذلك يتطلب منا أن نتعلم من دروس الماضي – مع تركيز خاص على تقوية النهوج المتكاملة لأجل صحة الطفل على مستوى المجتمع المحلي.

ملخـــــص

إن الانخفاض الملحوظ في وفيات الرضع والأطفال في مناطق عديدة من العالم خلال القرن الماضي يعد أحد أعظم قصص النجاح في مجال الصحة العامة على المستوى العالمي. كما كان لهذا الانخفاض أثر إيجابي عميق على ارتفاع متوسط أعمار الأطفال، ولكن عند إمعان النظر في هذه التوجهات السائدة التي تبعث على الإطراء بشكل عام، نكتشف أن التقدم ليس متساوياً في جميع البلدان. ففي بعض الدول والمناطق، تباطأ التقدم بدرجة كبيرة منذ التسعينات: ففي جنوب إفريقيا، ارتفعت معدلات وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة، حيث خفَض الإيدز متوسط الأعمار وزاد من عدد الوفيات الناجمة عن الأمراض الانتهازية والسل والملاريا وسوء التغذية، كما بقى معدل وفيات الأمهات مرتفعاً إلى درجة غير مقبولة في إفريقيا وجنوب آسيا، حيث التقدم الذي أحرز في العقود الماضية طفيف جداً.

ومع دنو حلول الموعد المحدد لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في ٢٠١٥، ومع التقدم غير الكافي الذي حققته العديد من الدول في جميع الأهداف تبرز أسئلة حساسة أهمها: كيف يمكن استعادة الزخم في بقاء الأمهات وحديثي الولادة والأطفال وتسريع التقدم في السنوات الثمان القادمة؟ ما مستويات تخفيض وفيات الأمهات التي يمكن تحقيقها على أرض الواقع في هذه الفترة؟ وكيف يجب على الدول أن ترتب أولوياتها في مجال صحة الأم وحديثي الولادة والأطفال؟

فبعد تفحص النُهج المختلفة لتقديم الخدمات الأساسية منذ بداية القرن العشرين وحتى وقتنا الحاضر، تبين أن هناك مجموعة من التدخلات والسياسات الفعالة لديها القدرة على تسريع التقدم، وتتضمن هذه الإجراءات المنقذة للحياة: تطبيق تدخلات مجربة وفعالة وغير مكلفة في مجالات الصحة والتغذية والماء والصرف الصحي والنظافة الصحية الشخصية وفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز عبر نطاق أوسع من البيئات وذلك لتقديم رعاية صحية جيدة للنساء والأطفال. كما تتضمن تذليل العقبات التي تحول دون حشد موارد مالية وبشرية إضافية. ويتطلب التركيز على إحراز نتائج استراتيجية تبنى على المعرفة الجماعية حول صحة وبقاء الأمهات وحديثي الولادة والأطفال لتحديد الحلول التي تصب في مصلحة كل دولة ومجتمع.

هناك حاجة إلى التركيز على استراتيجيات لتسريع التقدم في سلسلة الرعاية الصحية المستمرة للأمهات وحديثي الولادة والأطفال، عيادة في مخيم لاجئين، جمهورية مقدونيا اليوغسلافية سابقاً

٢

الدروس المستفادة من تطوير أنظمة الرعاية والممارسات الصحية

إذا ما أُريد تطوير نَهج موجّه وفقاً للنتائج ومبني على الأدلة لصياغة سلسلة رعاية صحية متصلة وجيدة للأمهات وحديثي الولادة والأطفال، فإن ثمة حاجة لمراجعة أفضل المعلومات والبيانات والتحليلات للوصول إلى الدروس التي يمكن الاستفادة منها لوضع الأنشطة الحالية والمستقبلية. ومن الخطوات الضرورية لتحقيق هذا الإجراء: وضع دراسة دقيقة للنهج المتنوعة الموظفة حالياً في تقديم الخدمات الصحية الأولية للأطفال والأمهات.

وتتراوح هذه النُهج بين مبادرات موجهة نحو مرض أو حالة واحدة كالحصبة أو سوء التغذية، أو توفير سلسلة متصلة من الخدمات الصحية الأولية الشاملة التي تدمج خدمات المستشفيات والعيادات والمرضى الخارجين والخدمات المتنقلة، والرعاية المنزلية والمجتمعية.

وعلى مدى السنوات، دار نقاش مكثف حول المزايا النسبية لكل من التدخلات الرئيسة والتغيرات السياسية، خاصة فيما يتعلق بالفوائد والقيود المرجوَة من أكثر الاستراتيجيات شمولية مقارنة بالاستراتيجيات الأكثر انتقائية. وقد أدى هذا النقاش إلى كتابات مستفيضة، إذ إن الاختلافات بين أي اثنتين من هذه الاستراتيجيات ليست كبيرة لأن كل منها نشأ جزئياً كاستجابة لقصور الاستراتيجية السابقة. وتوفر المراجعة التاريخية اللاحقة للإنجازات والتحديات الباقية والناشئة لأنظمة الرعاية الصحية وممارسات الصحة العامة خلال القرن الماضي، رغم قصرها، منظوراً وفهماً جيداً للوضع الحالي، كما تساعد على تمهيد الطريق إلى الأمام.

الحقبة الاستعمارية ١٩٠٠–١٩٤٩

حتى فجر القرن العشرين، كانت وفيات الرضع والأطفال شائعة جداً في مختلف أنحاء العالم، وكانت الوفيات والإعاقات المرتفعة التي أثرت على نسبة ضخمة من سكان العالم ناجمة عن أسباب من مثل الاسهال والملاريا والحصبة وذات الرئة والجدري والسل وأشكال متعددة من سوء التغذية.

وفي عام ١٩٠٠، كان عدد سكان العالم يبلغ حوالى ١,٦٥ مليار نسمة، في ذلك الوقت، ورغم أنه لوحظ تحقيق بعض المكاسب في متوسط الأعمار في عدة أماكن– مثل إنجلترا والدول الإسكندنافية– إلاّ أن المعدل العالمي المقدر لمتوسط العمر بلغ فقط ٣٠ عاماً[١].

وفي باكورة القرن العشرين، بُذلت جهود للسيطرة على الأمراض المعدية، مثل مرض الديدان الخطافية والملاريا والحمى الصفراء. وقد أرست تلك الجهود الأساس للتدخلات المستقبلية للسيطرة على الأمراض. وفي النصف الأول من القرن، تم تطوير بضعة برامج رئيسة لمكافحة الملاريا وربطت تلك البرامج الأبحاث حول المرض بالسيطرة عليه في القارة الإفريقية، وكانت تلك الجهود التمهيدية مجزأة وتقوم بها الحكومات الاستعمارية التي تركز على المناطق الاستعمارية والقوى العاملة. ورغم التركيز الضيق، استطاعت بعض المبادرات تحقيق النجاح، ومنها، على سبيل المثال، مبادرة السيطرة على الملاريا من ١٩٣٠–١٩٥٠ في مناجم النحاس وحولها في المنطقة المعروفة الآن بزامبيا.

وكانت جميع دوائر الخدمات الصحية في المناطق الاستعمارية تقيم مراكز صحية منفصلة تماماً بحيث تعطي الأولوية لمواطنيها المغتربين وأفراد الجيش. وفي إفريقيا الناطقة باللغة الإنجليزية، أدت الأبحاث على الأمراض الغريبة إلى ظهور تخصصات وبرامج خاصة بالأمراض الإستوائية، وكان عدد قليل فقط من كليات الطب يقبل الطلاب المحليين، وكان هذا جزءاً من (فترة المصالحة الذهبية) التي صاحبت استقلال العديد من الدول النامية في خمسينيات وستينيات القرن العشرين.

وكانت الإرساليات غالباً هي الرائدة في تقديم الخدمات الصحية للناس، وكانت

© UNICEF/HQ99-0390/Mark Thomas

هذه الخدمات تُقدم في الغالب من خلال مرافق صحية، وبدأ تدريب الكوادر المحلية بمدارس التمريض. وبسبب عبء العمل الهائل، أصبح الممرضون والممرضات بعد وقت قصير يديرون معظم الخدمات الهامشية. وقد أنشأت حكومات المقاطعات في بعض الدول عيادات ومستشفيات صغيرة، ولكن في معظم الدول كانت مستشفيات الإرساليات تقدم ٥٠–٨٠ بالمئة من أسرة المستشفيات، وكانت الصحة العامة تركز على الحماية البيئية، خاصة في الجهود المبكرة لتوفير المياه الآمنة والمرافق الصحية المحسنة في المناطق المدنية.

وقد كانت الخدمات الصحية في المستعمرات الناطقة باللغة الفرنسية والمستعمرات الأوروبية الأخرى مختلفة كثيراً عن تلك المقدمة في المستعمرات الناطقة باللغة الانجليزية، لأن الأخيرة ركزت كثيراً على برنامج الوحدة الاقليمية للسيطرة على البرامج الوبائية (Grades Endemics). وفي هذا البرنامج، ركزت مستويات منفصلة من شبكة عالمية على مرض واحد، مثل النوّام وداء الفيل والجذام وأمراض أخرى واسعة الانتشار تؤثر على القدرة على العمل. وكان يتم تزويد الرعاية الجماعية بواسطة وحدات متنقلة مزودة غالباً بتسهيلات التنقل الكامل، وكانت الفكرة الأساسية هي أن الاعتماد على النشاط الخارجي لتوسيع دائرة الوصول لمعالجة المرضى في التجمعات الجماهيرية كان أكثر فعالية في الوصول إلى أعداد أكبر من الناس مما لو قُدمت الخدمات في مرافق ثابتة. وقد ركزت الدورات العلاجية المتكررة على التدخلات العلاجية البسيطة وليس على منعه أو السيطرة عليه.

وكما في إفريقيا، تم تأسيس أول المستشفيات الصينية بواسطة الإرساليات بشكل رئيسي. وقد بدأ نظام وطني للصحة العامة في عشرينيات القرن العشرين رافقته جهود للسيطرة على الوباء الرئوي سريع الانتشار في مقاطعة منتشوريا.

ولعل من الملاحظات التاريخية المهمة هنا هو أن أول دراسة حالة منشورة عن الرعاية الأولية المجتمعية الناجحة كانت لمشروع في هذه الفترة. وقد نُفذ المشروع في دنغ زيان (تنغ هيسن سابقاً) التي تقع على بعد ٢٠٠ كيلومتر تقريباً عن بكين. ففي هذه المقاطعة التي يبلغ عدد سكانها حوالى نصف مليون شخص تقريباً، كان يتم تقديم الرعاية الصحية بواسطة عاملين صحيين من الرواد الأوائل لمبادرة الصين "الأطباء الحفاة". وطوال ربع قرن، ولأكثر من خُمس سكان العالم، كان لدى الصين واحداً من

مبادرات الحصبة

تبين مبادرة الحصبة كيف يمكن لمبادرة عمودية عالمية حسنة التوجيه ووافرة الموارد أن تصل إلى المستوى المطلوب بسرعة وتؤدي إلى نتائج باهرة. والمبادرة هي شراكة تجمع بين اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية مع وكالات عالمية كبرى ومنظمات خاصة بارزة. وقد تبنت مبادرة الحصبة التي أطلقت في عام ٢٠٠١ الهدف الذي وُضع في الجلسة الخاصة للجمعية العامة للأمم المتحدة حول الأطفال في مايو ٢٠٠٢ لتخفيض الوفيات الناجمة عن الحصبة بين الأعوام ١٩٩٩ و٢٠٠٥. وكانت هذه الحملة الراعي الرئيس للحملة الجماعية لرفع مستوى التطعيم ضد الحصبة، والتي أدت إلى تطعيم أكثر من ٢١٧ مليون طفل بين الأعوام ٢٠٠١ و٢٠٠٥– معظمهم في إفريقيا.

وقد تجاوزت النتائج هدف الأمم المتحدة: حيث انخفضت وفيات الحصبة بنسبة ٦٠ بالمئة بين ١٩٩٩–٢٠٠٥، حيث ساهمت إفريقيا في ٧٢ بالمئة من التخفيض الأقصى في الوفيات، وقد أشارت التقديرات إلى أن التحصين ساعد على تجنب حوالى ٧,٥ مليون وفاة نتيجة الحصبة.

ويعكس الانخفاض في وفيات الحصبة دعم حملة الحصبة والتزامها برفع مستوى تغطية التطعيم والتزام الحكومات الوطنية في التقيد بالاستراتيجية الشاملة لتخفيض وفيات الحصبة التي وضعتها منظمة الصحة العالمية واليونيسف، وتتكون الاستراتيجية من أربعة عناصر رئيسية:

- إعطاء جرعة واحدة على الأقل من مطعوم الحصبة للطفل في الشهر التاسع من عمره أو بعده بقليل، وذلك من خلال تغطية تطعيم روتينية تشمل ٩٠ بالمئة، على الأقل، من الأطفال في كل منطقة وعلى المستوى الوطني.
- إعطاء جميع الأطفال فرصة ثانية للتطعيم ضد الحصبة.
- إرساء مراقبة فعالة.
- تحسين الإدارة السريرية للحالات المعقدة –بما في ذلك التزويد بفيتامين A التكميلي.

وتساهم أنشطة السيطرة على الحصبة في تطور النظام الصحي بعدة طرق– على سبيل المثال، من خلال الترويج لممارسات الحقن الآمنة التي أدت بدورها إلى تطوير طاقة سلسلة أجهزة التبريد لتخزين المطاعيم وتطوير شبكة مختبرات عالمية للصحة العامة. وبالإضافة إلى هذا، غالباً ما يتم دمج حملات التطعيم مع تدخلات أساسية أخرى مثل تزويد فيتامين A التكميلي وأدوية إزالة الديدان من الجسم وتوزيع الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية.

وفي مايو ٢٠٠٥، وضعت جمعية الصحة العالمية هدفاً عالمياً جديداً هو: تخفيض وفيات الحصبة بنسبة ٩٠ بالمئة بحلول العام ٢٠١٠

أعدل الأنظمة الصحية التي تم تصميمها على الإطلاق، وقد وفرت هذه الخبرة دروساً مهمة لتخطيط المؤتمر العالمي للرعاية الصحية الأولية عام ١٩٧٨ الذي عُقد في " ألما أتا" (Alma Ata)، اتحاد الجمهوريات السوفياتية الاشتراكية (حالياً ألماتي– كازاخستان).

في أوائل القرن، استطاعت دول مثل الدانمارك وهولندا والنرويج والسويد تخفيض وفيات الأمهات في وقت سريع جداً، ويبدو أن الطريقة التي تم بها ترتيب حضور قابلات مدربات عند الولادة كانت العامل الرئيس الذي أسهم في تلك المكاسب، ففي هذه الدول الأربع، تركزت الجهود على توفير رعاية محترفة قريباً من المناطق التي تعيش فيها النساء، خاصة بتعزيز مهارات القابلات المحليات[٢].

الحملات الجماعية للسيطرة على الأمراض ١٩٥٠–١٩٧٧

بحلول عام ١٩٥٠، كان عدد سكان العالم يتجاوز ٢,٥ مليار، وارتفع المتوسط العالمي لعمر الإنسان إلى ٤٧ عاماً.

وقد شهدت خمسينيات وستينيات وسبعينيات القرن العشرين جهوداً مكثفةً للسيطرة على الأمراض، التي تمثلت غالباً في "الحملات الجماعية" أو "الاستجابات المكرسة للأمراض"، وقد وظفت هذه الجهود تدخلات سليمة علمياً ومثبتة بعلم الأوبئة وذلك من خلال برامج مستقلة صُممت لمكافحة مرض أو حالة معينة، وهذه التدخلات التي كانت تتصف غالباً بأهداف محددة بوضوح تضمنت أهدافاً زمنية إما لتخفيض المرض أو استئصاله، باستخدام تقنية محددة عاملون صحيون متفانون[٣].

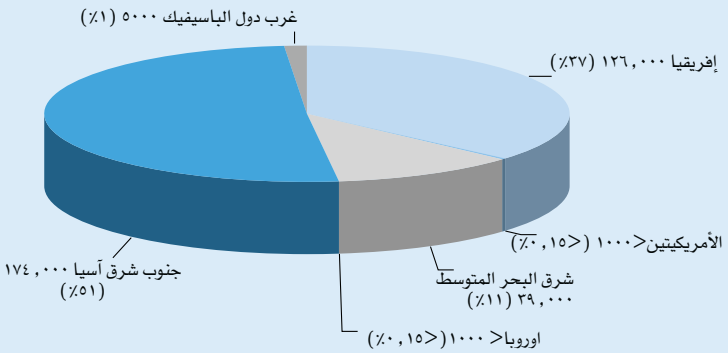
وكانت أنجح هذه الحملات "مبادرة استئصال الجدري"، الذي أبلغ عن آخر حالة انتقال له بين البشر في عام ١٩٧٧، كما حققت حملات جماعية أخرى نجاحاً في استئصال، أو تخفيض أمراض مثل داء الحييات (دودة غينيا) والتراخوما والمصع بدرجة كبيرة.

ولقد كان نجاح حملة استئصال الحصبة عاملاً رئيسياً في التأثير على تصميم أنجح برنامج وقائي للصحة العامة في التاريخ– برنامج التحصين الموسع، الذي أُطلق في عام ١٩٧٤. وقد هدف برنامج التحصين الموسع في البداية إلى تطعيم الأطفال يقدمها

الشكل ٢-١

العبء العالمي لوفيات الأطفال *

يشكل الأطفال دون سن الخامسة ٩٠ بالمئة من وفيات الحصبة



* يشير مصطلح المناطق إلى مناطق منظمة الصحة العالمية

المصدر: تقديرات منظمة الصحة العالمية المنشورة في" ذا لانسيت"، مجلد ٣٦٩، ٢٠ يناير ٢٠٠٧، صفحة ١٩٤

مقارنة ببيانات عام ٢٠٠٠. ويعتبر هذا الهدف صعباً ويتطلب تحقيقه الحفاظ على التقدم الذي أحرزته الدول ذات الأداء الجيد، وتحقيق نجاحات أكبر في الدول التي تسجل أعداداً مرتفعة من وفيات الحصبة، مثل الهند وباكستان. وهناك دافع قوي لخوض المعركة ضد الحصبة– فقد مات ٣٤٥,٠٠٠ شخص نتيجة هذا المرض في عام ٢٠٠٥، وكان ٩٠ بالمائة منهم من الأطفال دون سن الخامسة. وما زال هذا المرض شديد العدوى سبباً مهماً في وفيات الأطفال دون سن الخامسة، حيث يشكل حوالى ٤ بالمئة من عبء الوفيات العالمي. فهو يهدد حصانة الأطفال ضد الأمراض وحالات أخرى مهددة للحياة، بما فيها ذات الرئة والاسهال والتهاب الدماغ، ويبقى هذا المرض أحد الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال، التي يمكن الوقاية منها بالتطعيم.

أظهر نجاح الجهود المبذولة لتخفيض الحصبة بين الأعوام ١٩٩٩– ٢٠٠٥ ما يمكن انجازه إذا تم توظيف الإرادة السياسية والالتزام المالي والاستراتيجيات السليمة من جانب الشركاء العالميين والحكومات الوطنية لتقديم علاجات مجربة وفعالة وغير مكلفة. وإذا ما تم الإبقاء على هذه الدرجة من الالتزام، فإن لدينا الكثير مما يجعلنا نعتقد أن من الممكن تحقيق الهدف الجديد ودفع التقدم أكثر نحو تحقيق هدف الألفية الإنمائي الرابع.

انظر المراجع، صفحة ١٠٦

ضد ستة أمراض مستهدفة– الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي وشلل الأطفال والحصبة والسل– خلال العام الأول من اعمارهم، وعندما بدأ البرنامج، كان أقل من ٥ بالمئة من أطفال العالم محصنين ضد هذه الأمراض، وتشير آخر الأحصاءات إلى أن معدلات التطعيم العالمية، كما قيست في تغطية الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي، تتجاوز الآن ٧٥ بالمئة.

في بداية تاريخ الحملات الجماعية، كانت النُهج المتنوعة المستخدمة لتقديم الخدمات الصحية غالباً ما توصف بأنها "عمودية" (أو مطلقة) أو أفقية وكان هذان التمييزين، في الأساس، عبارة عن قياسين لبعدين في هيكلية البرنامج:

- درجة اندماج إدارة البرنامج في إدارة النظام الصحي العام، خاصة على المستويات الإدارية المنخفضة (أفقية)، مقابل الأوضاع الإدارية المنفصلة تماماً (عمودية).
- إلى أي درجة يضطلع العاملون الصحيون بوظيفة واحدة (عمودي)، مقابل عدة وظائف (أفقي)[٤].

وقد تم توثيق المزايا والقيود النسبية للنهجين العمودي والأفقي على نحو جيد، لكن المراجعة الشاملة للحوار لا تقع ضمن نطاق بحثنا الاسترجاعي هذا، وحسبنا القول إن مزايا كل من النُهجين تعكس قيود الآخر.

الرعاية الصحية الأولية:

١٩٧٨–١٩٨٩

نشأ المؤتمر العالمي حول الرعاية الصحية الأولية، والذي عُقد في ألما أتا في عام ١٩٧٨ نتيجة الابتكارات الناجمة عن الرعاية الصحية المجتمعية التي طُورت بعد الحرب العالمية الثانية في الأماكن شحيحة الموارد. وقد تضمنت هذه الأماكن عيادات الأطفال دون سن الخامسة في نيجيريا والعاملين الصحيين المحليين في أندونيسيا والأطباء الحفاة في الصين والأنظمة الصحية في كوبا وفيتنام،[٥] وقد كان مؤتمر ألما أتا والإعلان الذي صاحبه معلمان على درجة كبيرة من الأهمية. فقد كان المؤتمر في ذلك الحين أكبر مؤتمر يُعقد حول موضوع واحد في التطوير والصحة العالمية – وقد حضره ١٣٤ دولة وممثلين من ٦٧ منظمة غير حكومية ومن الأمم المتحدة، ومن خلال بلورة المبادئ الحديثة التي ستصبح فيما بعد منهجاً راسخاً، مهّد المؤتمر الطريق لالتزامات عالمية كبيرة "كالصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠"، والذي اتُفق عليه في مؤتمر ألما أتا، والالتزامات التي تم التعهد بها في القمة العالمية للأطفال في عام ١٩٩٠، ومؤخراً، إعلان الألفية والأهداف الإنمائية للألفية.

ويشمل نهج الرعاية الصحية الأولية الذي انبثق من ألما أتا موضوعات من مثل المساواة ومشاركة المجتمع المحلي والتعاون بين القطاعات واستخدام التقنية الملائمة و القدرة المالية لتوفير الخدمات وتعزيز الصحة، وقد أصبحت هذه بمثابة مبادئ إرشادية لتطوير الأنظمة الصحية التي تأخذ في الحسبان القضايا الصحية التي تؤثر على عدد أكبر من السكان لتعكس وتقوي وظائف الصحة العامة التي تركز على تكامل الرعاية عبر المكان والزمان، وتربط الوقاية والرعاية المكثفة والرعاية المزمنة عبر كافة عناصر النظام، وتقيم الأداء وتعمل جاهدةً لتحسينه، وأخيراً، تلك التي تتخذ من فئات الصحة العامة أساساً لاتخاذ القرارات التي تؤثر على كيفية تنظيم خدمات الرعاية الصحية وتمويلها وتقديمها إلى الأفراد والمجتمعات[٦].

وقد أوصى إعلان ألما أتا بأن تتضمن الرعاية الصحية الأولية الأنشطة التالية، كحد أدنى:

- التثقيف الصحي.
- الترويج لإمدادات كافية من الطعام والتغذية السليمة.
- المياه الآمنة والصرف الصحي الأساسي.
- رعاية الأم والطفل.
- التطعيم ضد أمراض الطفولة الرئيسية.
- العلاج الملائم للأمراض والاصابات الشائعة.
- الوقاية والسيطرة على الأمراض المحلية المستوطنة.
- توفير الأدوية الأساسية.

وقد تم لاحقاً تطوير مفهوم نظام الصحة القائم على تقسيم المناطق، والمعروف أيضاً بنهج "التركيز على مناطق التجمع" أو "المساحة الصغيرة" أو "الجماعة المتوسطة" في أوروبا ودول أخرى بواسطة منظمة الصحة العالمية كنموذج لتطبيق الرعاية الصحية الأولية[٧].

ورغم المنافع الكثيرة للرعاية الصحية الأولية، إلاّ أن تطبيقها يعاني بسبب الأحوال الاقتصادية غير الملائمة– خاصة في ثمانينيات القرن العشرين– التي نتج

عنها تراجع كبير بين الدول عن توفير الخدمات العامة مثل الرعاية الصحية وتوزيع المياه والتخلص من النفايات ومراقبة جودة الطعام،وقد أدى هذا الوضع إلى إنهيار وشيك للخدمات الصحية الهامشية في العديد من الدول النامية، بالإضافة إلى تدن في مستوى دعم العاملين الصحيين المحليين[٨].

الرعاية الصحية الأولية الانتقائية وثورة بقاء الأطفال:

منذ بداية الثمانينيات القرن العشرين، كانت صحة الطفل وما زالت تشكل حالة طوارئ "صامته"، حيث أن ما يقارب الـ ١٥ مليون طفل ما زالوا يموتون سنوياً قبل بلوغ سن الخامسة، وفي أواخر السبعينيات، نشر عالمان، هما: جوليا والش وكينيث وارين كتاب "الرعاية الصحية الأولية الانتقائية: استراتيجية مؤقتة للسيطرة على الأمراض في الدول النامية"– وهو تقرير مهم اقترح استراتيجية بديلة لتخفيض وفيات الأطفال والرضع بسرعة وبكلفة معقولة[٩]، فبعد أن حللا الدور النسبي لكل سبب رئيسي في وفيات الأطفال ووضعا قائمة بالتدخلات التي أثبتت فعاليتها في معالجة هذه الأمراض، استنتجا أن عدداً قليلاً من الأسباب (الاسهال والملاريا والالتهابات التنفسية والحصبة وغيرها) مسؤول عن الأغلبية العظمى من وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وأن هذه الوفيات كان من الممكن منعها بسهولة عن طريق التطعيم (١٥ بالمئة فقط من أطفال العالم كانوا يتلقون التطعيم في ذلك الوقت) ومعالجة الجفاف عن طريق الفم والرضاعة الطبيعية والأدوية المقاومة للملاريا،[١٠] وقد ظهر بحثهما في مرحلة حساسة في النقاش حول الفوائد النسبية للنهج الأفقية في مقابل النُهج العمودية، وحول ما إذا كان ممكناً ترجمة مبادئ الرعاية الصحية الأولية الشاملة إلى برامج فعالة.

وكانت النتيجة استراتيجية جديدة تُعرف بـ "الرعاية الصحية الأولية الانتقائية"[١١] .

وقد اعتبرت هذه الاستراتيجية التي تم تقديمها بعد عام من "إعلان ألما أتا"، خطوة أولى نحو تطبيق الرعاية الصحية الأولية الشاملة، لكنها أصبحت فيما بعد أنموذجاً مستقلاً بذاته، وحيث أنه يدمج العناصر الرئيسة للبرامج العمودية، من خلال استهداف الأمراض التي تُعتبر من أهم الأسباب المؤدية إلى ارتفاع معدل وفيات الرضع والأطفال، كان الهدف المرجو منها أن تصبح أكثر تركيزاً وأكثر قابلية للتنفيذ من الرعاية الصحية الأولية[١٢] .

وقد كان هذا هو الأساس الذي بنيت عليه "ثورة بقاء الطفل"، التي أطلقت في عام ١٩٨٢، والتي ترأستها اليونيسف. وقد ركزت ثورة بقاء الطفل على أربعة تدخلات منخفضة الكلفة يُشار إليها مجتمعة بـ GOBI– مراقبة النمو لمعالجة سوء التغذية، ومعالجة الجفاف عن طريق الفم لعلاج الاسهال، والرضاعة الطبيعية لتأمين صحة الأطفال، والتطعيم ضد ستة أمراض فتاكة للأطفال، وقد تم دعم GOBI ببرامج رئيسية قادتها منظمة الصحة العالمية، بما فيها برنامج التحصين الموسع وبرامج السيطرة على الاسهالات والالتهابات التنفسية الحادة.

وفيما بعد، أضافت GOBI ثلاثة عناصر أخرى– الأغذية التكميلية ومباعدة الولادات في الأسرة وتعليم الفتيات – وأصبحت GOB IFFF[١٣]، وقد نجحت جهود المناصرة العالمية الخاصة بأهمية هذه التدخلات الأساسية لبقاء الأطفال في تشجيع عدد كبير من الدول على وضع أنظمتهم الوطنية الخاصة لترويج التدخلات

© UNICEF/HQ06-2765/Bruno Brioni

أثبت التطعيم أنه يحمي الأطفال من أمراض الطفولة الرئيسة، طفلة تتلقى اللقاح الثلاثي، ساحل العاج.

الرئيسة وتقديمها[١٤]، ومنذ البداية، تلقت الرعاية الصحية الأولية الانتقائية دعماً متيناً من المانحين المتحمسين لتوصيل الموارد إلى برامج "بقاء الأطفال"، وقد حافظت هذه المبادرات على جذور الرعاية الصحية الأولية الموجهة مجتمعياً، لكنها في الوقت ذاته حافظت على الميزة المحبذة، ألّا وهي استخدام تقنيات طبية غير مكلفة لبلوغ أهداف محددة .

لقد أثبتت مبادرات الرعاية الأولية الانتقائية أنها ناجحة نسبياً في العقود الأخيرة، ويُعزى نجاحها إلى مبادرات GOB IFFF ومنظمة الصحة العالمية التي يعود لها الفضل في المساهمة في تحسينات بارزة في مجالات تغطية الرعاية الصحية الأولية، خاصة التطعيم وعلاج الجفاف عن طريق الفم.

وهذه الجهود تسهم، بلا شك، في الهبوط الحاد في معدل الوفيات العالمي للأطفال دون سن الخامسة من ١١٥ وفاة لكل ولادة حية في عام ١٩٨٠ إلى ٩٣ وفاة في عام ١٩٩٠– أي بنسبة ١٩ بالمئة خلال العقد.

التركيز على نهج وأنظمة صحية متكاملة تشمل كافة القطاعات: التسعينيات

رغم المكاسب التي حققتها مبادرة الرعاية الصحية الانتقائية بحلول أواخر الثمانينيات، كانت الأنظمة الصحية في العديد من الدول النامية تئنُ تحت وطأة ضغوط شديدة، حيث كان النمو السكاني وأزمة الديون في كثير من دول أمريكا اللاتينية ودول إفريقيا جنوب الصحراء، والتحول السياسي والإقتصادي في الاتحاد السوفيتي سابقاً ووسط وشرق أوروبا ليس إلّا ثلاثة من العوامل التي أسهمت في ذلك.

واستجابة لذلك، بذل عدد من الدول جهوداً لإصلاح الأنظمة الصحية المتردية والشحيحة الموارد وزيادة فاعليتها وكفاءتها وطاقتها المالية ورفع المساواة فيها.

مبادرة باماكو

من النُهج التي استخدمتها العديد من الدول "مبادرة باماكو" التي أطلقت عام ١٩٨٧ في اجتماع منظمة الصحة العالمية لوزراء الصحة الأفارقة في باماكو/مالي. وقد ركزت هذه الاستراتيجية على زيادة فرص الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية وتلبية احتياجات المجتمع المحلي الأساسية في دول إفريقيا جنوب الصحراء، وذلك بتقديم رزمة من التدخلات تضمن توفير الحد الأدنى من الرعاية الصحية المتكاملة من خلال المراكز الصحية. وقد تم التركيز على فرص الوصول إلى الأدوية والتواصل المنتظم بين مزودي الرعاية الصحية والمجتمعات المحلية. (للتعرف على المزيد من التفاصيل عن مبادرة باماكو)، انظر الجدول، صفحة ٣٦.

التكامل

في التسعينيات، أصبح التركيز على دمج الخدمات الأساسية التي كانت الميزة الرئيسية لمبادرة باماكو هو القوة المحركة للنهج. فقد سعت النُهج المتكاملة إلى دمج مزايا الرعاية الصحية الأولية الانتقائية والرعاية الصحية الأولية، وقد ركزت كثيراً، شأنها في ذلك شأن النُهج الانتقائية، على توفير مجموعة رئيسية من الحلول منخفضة الكلفة في الوقت المناسب لمواجهة تحديات صحية معينة، كالرعاية الصحية الأولية، كما ركزت

أيام التطعيم الوطنية وأيام صحة الطفل

برزت أيام التطعيم الوطنية في شكل حملات تطعيم جماعية ضد شلل الأطفال تُقام في يوم واحد، وتشمل جميع دول العالم النامي. وتعتبر أيام التطعيم الوطنية، التي ما زالت تُقام في عدة دول، إجراءات تكميلية لا تغني عن التطعيم الروتيني. وقد كان هدفها الأصلي منع انتشار شلل الأطفال من خلال تطعيم جميع الأطفال دون سن الخامسة، بغض النظر عن سجلهم السابق في التطعيم ضد شلل الأطفال.

ولا يعتبر مبدأ تحديد يوم للتدخلات الجماعية في صحة الأطفال أمراً جديداً، فقد أقيمت تجارب ناجحة لأيام التطعيم الوطنية في الثمانينيات في بلاد مثل بوركينيا فاسو وكولومبيا وتركيا. ومؤخراً، تم إيقاف حروب مدنية لتوفير أيام هدوء وطمأنينة تتيح تطعيم الأطفال بأمان في دول مثل أنغولا وسيراليون والصومال. ويتيح التطعيم الجماعي المجال لاقتصاديات التوسع الحجمي، حيث يستطيع محترفون مهرة الاشراف على كادر من المتطوعين، وبخاصة للتطعيم ضد شلل الأطفال عن طريق الفم الذي لا يتطلب الحقن الوريدي أو العضلي.

وقد وسعّت أيام صحة الطفل نطاق التدخلات بحيث تشمل فيتامين A التكميلي، إلى جانب شلل الأطفال. وفي حالة زيمبابوي، تم توزيع الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية وتنفيذ حملات تطعيم أخرى. ومن الدول الأخرى التي قامت بإجراءات مماثلة نيبال ونيجيريا.

ولعل برنامج نيبال الوطني لفيتامين A جدير بالملاحظة بشكل خاص لأنه يوظف شبكة عمل قائمة من متطوعات الصحة المحليات لتزويد الفيتامين التكميلي، وقد وُجد أن البرنامج فعال وغير مكلف إلى درجة كبيرة، حيث تُقدر كلفة أي حالة وفاة يتم تجنبها بـ٣٢٧–٤٩٧ دولار أمريكي، في حين بلغت تكلفة الحد من كل سنة ضائعة بسبب الموت أو الاعاقة ١١–١٢ دولار أمريكي. وقد تم توسيع البرنامج بشكل ثابت من مناطق الأولوية الأصلية الـ ٣٢ ليشمل المناطق الـ٧٥ بزيادة سنوية من ٨–١٠ مناطق على مدى ٨ سنوات، وقد ساعد على هذا التوسع استخدام أيام التطعيم الوطنية لتطوير التغطية.

وحيث أن أيام صحة الطفل تدمج تقديم سلسلة من التدخلات في موقع واحد وفي مرحلة زمنية واحدة فهي فعالة لكل من المنازل ومزودي الخدمات الصناعية. كما أنها تعزز المبادئ الأخرى ذات العلاقة، كأسابيع صحة الطفل، وخلق الفرص لشمول عدد أكبر من الأطفال المقصون عادة من التدخلات الأساسية.

انظر المراجع، صفحة ١٠٦

الاهتمام على المشاركة المجتمعية والتعاون بين مختلف القطاعات والتكامل في النظام العام لتقديم الخدمات الصحية.

ومن الأمثلة الهامة للتركيز الكبير على التكامل خلال التسعينيات: الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة، وتبنى برنامج الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة الذي طورته اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية في عام ١٩٩٢ وتم تطبيقه في أكثر من ١٠٠ دولة منذ ذلك الحين، وتبني نهج واسع وشامل لإدارة الحالة في أمراض الطفولة، نابع عن الإدراك بأن هناك أكثر من سبب يسهم[١٥] في أمراض الطفولة. وفي العديد من الحالات، يبدي الأطفال المرضى أعراضاً مرضية متداخلة، مما يعقد الجهود لتحديد تشخيص واحد، حتى في المجتمعات التي تتوفر لديها إمكانيات الفحص المتطورة، ناهيك عن المجتمعات التي تواجه ظروفاً أكثر تحدياً.

وتتألف استراتيجيات الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة من ثلاثة عناصر رئيسة يتطلب كل منها تكييفه حسب الدولة:

- تحسين أداء العاملين الصحيين: وينطوي هذا على تدريب الكوادر الصحية لتقييم أعراض الأمراض والتخطيط الصحيح من بداية المرض إلى تقديم العلاج، وتزويد العلاج الملائم للأطفال والمعلومات الملائمة لمقدمي الرعاية. ومن خلال توفير ارشادات مكيفة محلياً، يتم تعليم الكادر الصحي مهارات إدارة الحالة لخمس مسببات رئيسة لوفيات الأطفال، هي: الالتهابات التنفسية الحادة، وخاصة ذات الرئة والاسهالات والحصبة والملاريا وسوء التغذية.
- تحسين الأنظمة الصحية: يسعى هذا العنصر إلى تعزيز الأنظمة الصحية لتحقيق إدارة فعالة لأمراض الطفولة. وتتضمن الإجراءات الموظفة لتحقيق هذا: دعم عملية توفير الأدوية وتعزيز الإشراف وتقوية نظام الإحالة وتعميق أنظمة المعلومات الصحية. ويتم تزويد المديرين بأدلة التخطيط على المستويين الوطني والإقليمي .
- تحسين الممارسات المحلية والعائلية: غالباً ما يُشار إلى العنصر الأخير بالإدارة المحلية المتكاملة لأمراض الطفولة (C–IMCI)،

تمويل القطاع الصحي: النُهج متعددة القطاعات ومبادرة الدول الفقيرة المثقلة بالديون

خلال تسعينيات القرن العشرين، تصاعدت المخاوف بشأن سيطرة النُهج العمودية التي تميل إلى انشاء الهياكل الخاصة بالإدارة والعمليات والتجهيزات المنفصلة عن هياكل النظام الصحي الوطني والانتفاع منها في التعامل مع الأمراض، وقد ساهمت هذه المخاوف في تطوير طريقة جديدة للتمويل الصحي هي النُهج متعددة القطاعات. ووفق هذه النُهج، تدعم المساهمات التمويلية الكبيرة لقطاع الصحة خطة واحدة لسياسة واستراتيجية ونفقات القطاع بمساندة قيادة حكومية، ويتم تبني نهج مشتركة لتقديم الخدمات الصحية على مستوى القطاع كله، حيث تسيطر الإجراءات الحكومية بشكل متزايد على توزيع التمويل وبيان أوجه الصرف.

وقد تم إنشاء النُهج متعددة القطاعات لعدة أسباب، هي: التعامل مع قيود المعونات التي يقدمها المانحون على شكل مشاريع، وضمان تحقيق أهداف الإصلاح الصحية الشاملة وتخفيض تكاليف المعاملات التجارية المرتفعة وتأسيس شراكات حقيقية بين المانحين والدول يكون للطرفين فيها حقوق ومسؤوليات، وتغيير النُهج متعددة القطاعات هي عملية ديناميكية وليست نهاية المطاف، كما أنها تظهر تفاوتاً كبيراً بين الدول، وقد قادت النُهج شاملة القطاعات إلى حوار وثقة أكبر، وتركيز أقوى على عدد منتقى من أولويات القطاع الرئيسية، وإنشاء حلقات وصل وثيقة بين السياسة والتطبيق. بيد أن القيود تركز بشكل مفرط على تفاصيل التخطيط وتطوير الإجراءات، ومحدودية مشاركة المجتمع المدني، والإدارة ضعيفة الأداء، والتحول البطيء من التركيز على تنسيق المانحين إلى التفكير في تحسين الخدمات والنتائج.

في نهاية التسعينيات من القرن العشرين، وفي سياق مبادرة الدول الفقيرة المثقلة بالديون، التي طبقها صندوق النقد الدولي والبنك الدولي، ازداد التركيز على القطاع الصحي والإصلاح التمويلي في العديد من الدول ذوي الدخل المنخفض ليشمل تقارير استراتيجية تخفيض الفقر، حيث تُستخدم أُطر عملٍ متوسطة الأجل للانفاق ووسائل التخطيط الشعبي لعدة سنوات، مصحوبة بتقارير عن استراتيجية تخفيض الفقر، وذلك لوضع متطلبات الميزانيات المستقبلية للخدمات العامة وتقدير التأثيرات على الموارد الناتجة عن التغييرات السياسية والبرامج الجديدة.

انظر المراجع، صفحة ١٠٦.

© UNICEF/HQ06-2720/Shehzad Noorani

يجب تصميم نهج تقديم الرعاية الصحية الأولية حسب احتياجات وموارد كل دولة ومجتمع على حدة. ممرضة تقيس ضغط الدم لامرأة حامل، بنغلادش

وهو مبني على الممارسات المنزلية الأساسية للعائلات والمجتمعات المحلية الموضحة في المخطط في الفصل ٣، صفحة ٤٧[١٦].

ويسعى تكامل إدارة الحالة إلى حماية الأطفال من جميع الأمراض الرئيسية وليس واحداً أو اثنين فقط وتقديم العلاج لهم، كما يركز على تهيئة حلول علاجية لطاقات ووظائف الأنظمة الصحية، بالإضافة إلى الترويج للوقاية من الأمراض من خلال تثقيف العاملين الصحيين ومقدمي الرعاية حول أهمية الخدمات الأساسية. كما أن دور الآباء ومقدمي الرعاية الرئيسة في اكتشاف الأعراض الشائعة لاعتلال الصحة واصطحاب الأطفال إلى المراكز الصحية وتطبيق الإجراءات الوقائية كالتغذية الملائمة وعادات النظافة الصحية أمر ضروري.

وتخضع الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة لتقييم دقيق وصارم منذ بدئها في تسعينيات القرن العشرين. وفي أوائل القرن الواحد والعشرين، أجرت عدة وكالات تقييماً شمل عدة دول، وهذه الوكالات هي منظمة الصحة العالمية واليونيسف ودائرة التنمية الدولية التابعة للمملكة المتحدة والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية. وفي عام ٢٠٠٤ و٢٠٠٥، راجعت اليونيسف عنصر العائلة والمجتمع[١٧]، ومع أن النتائج الأولية كانت مخيبة للآمال بسبب التطبيق غير الكامل للعناصر الأساسية الثلاثة في الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة، إلّا أن النتائج اللاحقة أظهرت بعض النجاحات البارزه . فوفقاً للدراسات، عمل تعزيز إدارة الحالة لأمراض الطفولة المبكرة على تعزيز نوعية الرعاية الصحية المقدمة في المراكز الصحية ذات المستوى الأول، وحفزت العاملين والمديرين الصحيين، وحسنت من أداء العاملين الصحيين، وقد تم تطبيقها بتكاليف مساوية لتكاليف الخدمات القائمة أو بأقل منها[١٨].

وقد لوحظت نتائج إيجابية للإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة في عدد من دول من إفريقيا جنوب الصحراء فعلى سبيل المثال، وجدت دراسة أجريت في المناطق الريفية من جمهورية تنزانيا المتحدة أن المناطق التي تطبق مبادرة لتقوية النظام الصحي وبرنامج الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة أظهرت انخفاضاً في وفيات الأطفال يفوق ما تحقق في المناطق الخاضعة لخدمات الحكومة بنسبة ١٣ بالمئة[١٩].

وقد أشارت نتائج المسوح في ملاوي وجنوب إفريقيا وجمهورية تنزانيا المتحدة وأوغندا إلى أن تطبيق استراتيجية الإدارة المحلية المتكاملة لأمراض الطفولة على نطاق واسع قد يؤدي إلى تحسينات كبيرة في بعض الممارسات العائلية الرئيسة، مثل تحسين التغذية وبقاء الطفولة المبكرة ومنع الأمراض والرعاية الأسرية للأطفال المرضى أو طلب الرعاية لهم وتوفير البيئة الداعمة لنمو وتطور الطفل[٢٠].

وقد جعلت مثل هذه النجاحات خبراء السياسات الصحية يوصون بتطوير سياسات وطنية مبنية على أولويات الدولة، مصحوبة

الإدارة المتكاملة لأمراض حديثي الولادة والطفولة في الهند

خلال تسعينيات القرن العشرين، شهدت الهند انخفاضاً ملحوظاً في معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة والرضع، لكن هذا الانخفاض لم يصاحبه انخفاض في معدل وفيات حديثي الولادة، وبحلول عام ٢٠٠٠، بلغت وفيات حديثي الولادة حوالى ثلثي إجمالي وفيات الرضع في الدولة، وحوالى ٤٥ بالمئة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة. ويحدث ما يقارب نصف وفيات حديثي الولادة في الأسبوع الأول من الحياة رغم أن العديد منها يمكن تجنبه إذا استطاع الآباء والأمهات تمييز العلامات التحذيرية وتبني عادات التغذية الملائمة، أو إتاحة الفرص لهم للوصول إلى العمال الصحيين المدربين ومراكز الرعاية الصحية .

في عام ٢٠٠٠، عدّلت حكومة الهند استراتيجية الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة للتركيز بشكل أكبر على رعاية حديثي الولادة. وقد نتج عن هذا نهج الإدراة المتكاملة لأمراض حديثي الولادة والأطفال، وهو نهج يعدّل الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة، عبر إضافة بنود محددة للترويج لصحة وبقاء حديثي الولادة. وكما هو الحال بالنسبة لنهج الأمراض المتكاملة لأمراض الطفولة، يدعم نهج الإدارة المتكاملة لأمراض حديثي الولادة والطفولة ثلاثة أعمدة لتوفير الخدمات الأساسية لحديثي الولادة والرضع والأطفال على نحو فعّال من خلال تقوية البنية التحتية للنظام الصحي وتعزيز مهارات العاملين الصحيين وتشجيع المشاركة المجتمعية المحلية– مع التركيز على صحة الأطفال حديثي الولادة وبقائهم.

ويشتمل نهج الأدارة المتكاملة لأمراض حديثي الولادة والطفولة على ثلاث زيارات منزلية في العشرة أيام الأولى بعد الولادة، بهدف الترويج لأفضل الممارسات في رعاية الطفل الصغير. ويتضمن هذا عناية خاصة على المستوى القروي لمتابعة الرضع الذين يعانون من انخفاض الوزن عند الولادة وتعزيز الرسائل عبر اجتماعات المجموعات النسائية وتأسيس رابطة بين القرية والبيت وتقييم حالة الطفل في المرافق الصحية المحلية بناءاً على الاحالة.

وقد تم دمج الإدارة المتكاملة لأمراض حديثي الولادة والطفولة كجزء من المرحلة الثانية لبرنامج الصحة الانجابية وصحة الطفل، ، وهو نهج متكامل لصحة المرأة يهدف إلى توفير سلسلة رعاية متصلة منذ الولادة وحتى البلوغ. وتبلغ الكلفة الإضافية لإضافة حديثي الولادة، وعلى الأخص الزيارات المنزلية، ١٠ دولارات أمريكية فقط لكل طفل.

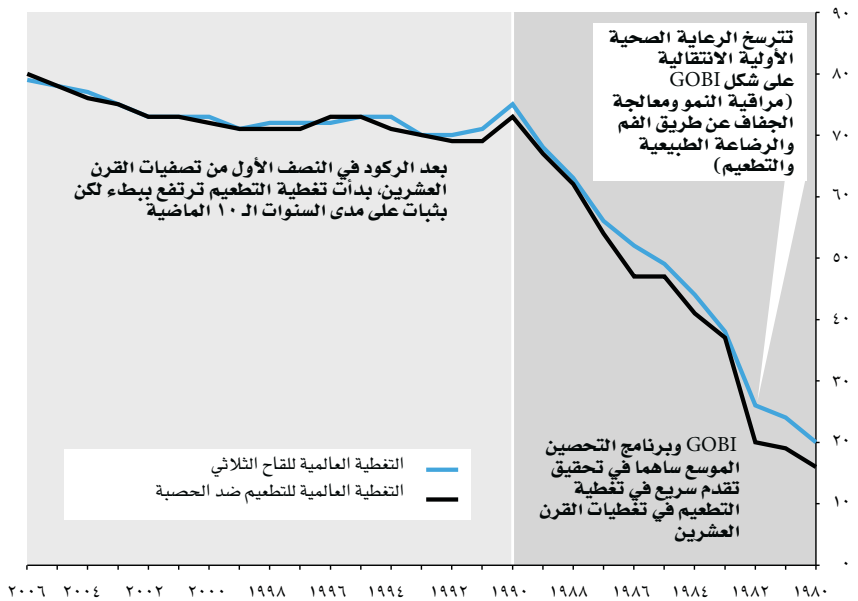
انظر المراجع، صفحة ١٠٦

بأدوار محددة وواضحة للإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة وغيرها من التدخلات الخاصة بصحة الأطفال، كما أوصوا بالحاجة إلى تحليل ومعالجة قيود النظام[٢١].

وبتحفيز من سلسلة دراسات تناولت بقاء الأمهات وحديثي الولادة والأطفال نشرتها "ذا لانسيت"، تم تطوير نماذج متكاملة ضمن نطاق السلسلة المتعلقة لرعاية الأمهات وحديثي الولادة والأطفال (انظر الفصل الأول صفحة ١٧ لمزيد من التفاصيل عن سلسلة الرعاية المتعلقة والشراكة)، وفي الحقيقة، يجري توسيع مفهوم سلسلة الرعاية المستمرة الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة لتشمل الإدراة المتكاملة لأمراض حديثي الولادة[٢٢]، وجدير بالذكر أن تجربة تمهيدية ناجحة للنهج الجديد تُسمى الإدراة المتكاملة لأمراض الطفولة وحديثي الولادة قد طُبقت بالكامل في الهند (انظر الجدول في الأعلى).

الشكل ٢-٢

معدلات الرعاية الصحية الأولية الانتقائية والتوجهات السائدة في التطعيم منذ عام ١٩٨٠



المصدر: البيانات مقدمة من قسم المعلومات الإستراتيجية، اليونيسف.

مبادرة باماكو

مبادرة باماكو التي رعتها اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية وتبناها وزراء الصحة الأفارقة في عام ١٩٨٧ بُنيت على حقيقة مفادها أنه على الرغم من القبول بالمبادئ الأساسية للرعاية الصحية الأولية الشاملة، إلّا أن دولاً عديدة في الثمانينيات– خاصة في دول إفريقيا جنوب الصحراء– أثقل كاهلها شح الموارد والافتقار إلى استراتيجيات التطبيق العملي. وقد افتقر الكثير من المرافق الصحية، على وجه الخصوص، إلى الموارد والامدادات اللازمة للعمل بفاعلية. ونتيجة لهذا، كان العاملون الصحيون أحياناً يصفون أدوية تُشترى من أماكن خاصة غير مرخصة أو غيرمراقبة، في الغالب، في حين فقد العديد من المرضى الثقة في المرافق الصحية غير الكفوءة وشحيحة الموارد. وقد هددت كل هذه التطورات بتقويض المكاسب التي تم تحقيقها في الثمانينيات، وأصبحت التحديات الرئيسة هي الترويج لاستثمار إضافي للمانحين ووقف انخفاض المخصصات الحكومية اللازمة للانفاق الاجتماعي بشكل عام والصحي بشكل خاص، بالإضافة إلى إعادة الأموال المنفقة في القطاعين الخاص وغير الرسمي إلى النظام العام.

وقد هدفت مبادرة باماكو إلى زيادة سبل الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية من خلال زيادة فاعلية الخدمات الصحية وكفاءتها وقدرتها المالية وعدالتها، حيث نفذت المراكز الصحية في باماكو رزمة متكاملة من الخدمات الصحية لتلبية الاحتياجات الصحية الأولية للمجتمع المحلي من خلال التركيز على الحصول على الأدوية والتعاون المنتظم بين مزودي الرعاية الصحية والمجتمعات المحلية. وبناء على المفهوم القائل إن على المجتمعات المحلية أن تشارك بشكل مباشرفي إدارة وتمويل الامدادات الأساسية من الأدوية، انخرطت اللجان القروية في إدارة المرافق الصحية، وأدى هذا إلى نتائج إيجابية لصحة الطفل في شرق إفريقيا على وجه الخصوص.

وكان الغرض من تمويل المجتمع المحلي الحصول على جزء من الأموال التي كانت المنازل تنفقها في القطاع غير الرسمي، ودمجها مع التمويل الحكومي وتمويل المانحين وإحياء الخدمات الصحية وتحسين نوعيتها. وتم تسعير أكثر التدخلات فاعلية بأسعار أقل من أسعار القطاع الخاص والتعويض من خلال النسب المضافة والمشاركة في تمويل التدخلات ذات الأولوية الأقل. وتجدر الإشارة إلى أن التطعيم وعلاج الجفاف عن طريق الفم كانا يُقدَمان مجاناً، كما أسست المجتمعات المحلية معايير محلية لإعفاء الفقراء.

ورغم أن الدول اتبعت طرقاً مختلفة في تطبيق مبادرة باماكو، إلّا أنها، في الأساس، كان لديها أهداف مشتركة: توفير رزمة أساسية من الخدمات المتكاملة من خلال إحياء المراكز الصحية التي تفرض أجور المستخدم ومشاركة المجتمع المحلي في إدارة الأموال. وقد تم استقطاب عدد من هياكل الدعم المشتركة حول هذه الأجندة الأساسية، بما في ذلك التزويد بالعقاقير الأساسية والتدريب والاشراف والمراقبة.

وقد كان "توسيع النطاق" خطوة مهمة في عملية التطبيق، حيث تفاوتت سرعة التوسع اعتماداً على توافر الموارد الداخلية والخارجية أو الطاقة المحلية والحاجة إلى العمل حسب إلحاحية الحصول على الاحتياجات المجتمعية والضغط من الحكومات والمانحين. وقد وظفت معظم دول إفريقيا جنوب الصحراء التي تبنت مبادرة باماكو طريقة التوسع على مراحل، وحقق العديد من هذه الدول نتائج كبيرة، وعلى الأخص بنين ومالي ورواندا.

وكان تطبيق مبادرة باماكو بمثابة عملية سياسية تضمنت تغيير النماذج السائدة للسلطة والنفوذ، وكانت مشاركة المجتمع المحلي في إدارة وضبط الموارد على مستوى المرافق الصحية هي الآلية الرئيسة لضمان المساءلة في مجال الخدمات الصحية العامة للمستخدم، وقد استطاعت اللجان الصحية التي تمثل المجتمعات المحلية عقد جلسات مراقبة تم خلالها وضع أهداف التغطية ومدخلاتها ونفقاتها، ومراجعتها وتحليلها ومقارنتها. وتشير التقديرات إلى أن المبادرة حسّنت سبل الوصول إلى الخدمات الصحية وتوافرها والقدرة على دفع نفقاتها واستخدامها في أنحاء كثيرة من إفريقيا، كما زادت تغطية التطعيم وحافظت عليها وزادت من استخدام الخدمات بين الأطفال والنساء في الخمس الأكثر فقراً من السكان.

لكن مبادرة باماكو لم تكن بلا نواقص، فتطبيق أجور المستخدم على المنازل الفقيرة ومبادئ استعادة النفقات أثارت انتقاداً قوياً. ومع أن العديد من الدول الإفريقية تبنت هذا النُهج، إلّا أن القليل منها نجح في توسيع المبادرات. وحتى في الدول التي طبّقت مبادرة باماكو بنجاح، أعتبر الفقراء السعر حاجزاً في أوائل عام ٢٠٠٠، ولم يستخدم جزء كبير منهم الخدمات الصحية الأولية رغم الإعفاءات والإعانات الحكومية. ويتمثل التحدي الذي ما زالت تواجهه بنين وغينيا ومالي، بالإضافة إلى الدول الأفريقية الأخرى التي تبنت مبادرة باماكو، في حماية الفئات الأشد فقراً أن الكلفة في المجتمعات الفقيرة والمهمشة لا تحول دون الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية.

انظر المراجع، صفحة ١٠٦.

الأهداف الإنمائية للألفية والنُهج المبنية على النتائج: ٢٠٠٠ وما بعد

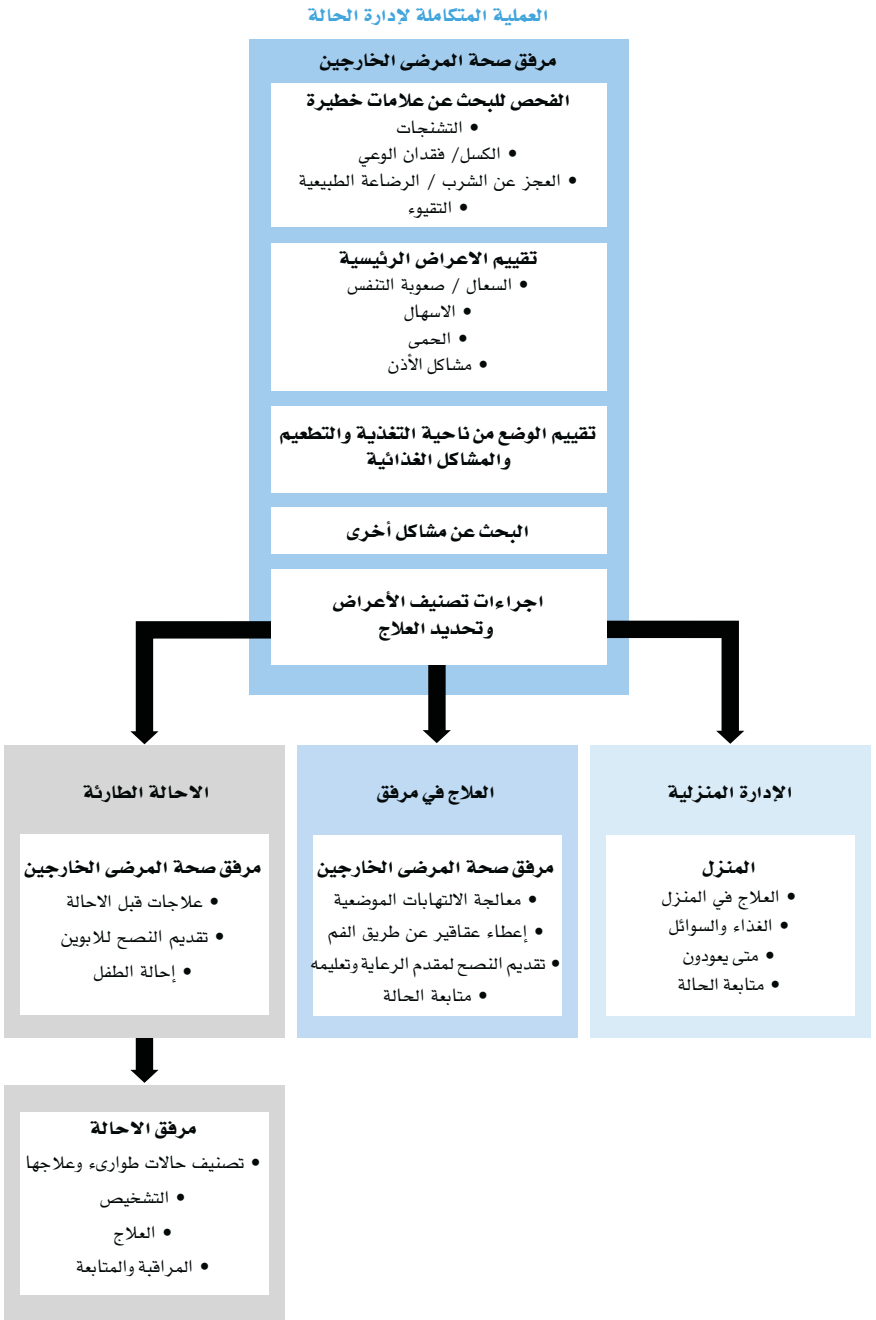
بحلول عام ٢٠٠٠، ارتفع متوسط الأعمار من ٤٧ عاماً في أوائل الخمسينيات من القرن التاسع عشر إلى ٦٥ عاماً، لكن العديد من الدول فشلت في إحراز المكاسب الصحية التي ساهمت في زيادة الأعمار، وهدد وباء الإيدز بعكس المكاسب في المناطق التي تشهد انتشاراً واسعاً للإيدز. وكان هذا دافعاً لاحتواء ثلاثة أهداف ذات علاقة بالصحة في الأهداف الإنمائية للألفية الثمانية التي تبنتها ١٨٩ دولة في عام ٢٠٠٠، وحددت موعداً أقصاه ٢٠١٥ (انظر الشكل ١–٩، صفحة ٤٩ للحصول على القائمة الكاملة للأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة والمؤشرات المصاحبة لها).

وكما تم التوضيح في الفصل الأول، كان التقدم نحو الأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة أقل سرعة مما توقع واضعوا الأهداف الإنمائية للألفية، وهناك مخاوف كبيرة مفادها أنه من دون وجود دافع مستدام ومتفق عليه لتوسيع سبل الوصول إلى التدخلات الأساسية أمام ملايين الأمهات والأطفال الذين لا تشملهم التدخلات حالياً، فلن يتحقق هامش كبير في هذه الأهداف، خاصة في دول إفريقيا جنوب الصحراء.

وفي السنوات الأخيرة، عُقد عدد من الاجتماعات رفيعة المستوى لمعرفة احتمالات تحقق الأهداف الإنمائية للألفية واستكشاف أفضل الممارسات والإلتزام بتحقيق نتائج جيدة على المستوى القطري ودعم التعديلات المؤسسية وثيقة الصلة على المستويات القطرية أو الاقليمية أو العالمية. ومن الاهتمامات الرئيسة في هذه الاجتماعات التقدم في دول إفريقيا جنوب الصحراء، وهي المنطقة التي تعاني أعلى معدلات لوفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال، وهي ذاتها المنطقة التي تحقق أقل

الشكل ٢-٣

إدارة الحالة في الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة في مرفق صحة المرضى الخارجين ومرفق إحالة المرضى من المستوى الأول وفي البيت للطفل من عمر شهرين إلى ٥ سنوات. العملية المتكاملة لإدارة الحالة



المصدر: منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للأطفال (يونيسف)، فصل نموذجي للكتب المقررة: الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة ومنظمة الصحة العالمية واليونيسف، جنيف ونيويورك، ٢٠٠١، صفحة ٦.

قدر من التقدم نحو الأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة. فإذا ما استمرت خطى التقدم على حالها، فإن معظم دول إفريقيا جنوب الصحراء الـ٤٦– ومعها السودان– ستفشل في تحقيق معظم الأهداف الإنمائية للألفية. وتشير التوقعات الحالية إلى أن معدل الفقر في دول إفريقيا جنوب الصحراء، كما قيس حسب نسبة الناس الذين يعيشون على أقل من دولار يومياً، ستصل إلى ٤٠ بالمئة تقريباً في عام ٢٠١٥[٢٣]. وفي بعض الدول، راوحت معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة مكانها ، بل وتراجعت. وتستمر وفيات الأطفال الناجمة عن الإيدز بالتزايد.

ورغم هذه الدلائل المثيرة للتشاؤم، إلاّ أن هناك أملاً من تجارب دول أخرى حققت نهجها المستهدفة انخفاضاً كبيراً في معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة[٢٤]، وفي السنوات الأخيرة، أكدت عدة مراجعات شاملة لتدخلات بقاء الأطفال المبنية على الأدلة، أن التدخلات القائمة منخفضة الكلفة وتستطيع تجنب ثلثي وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وأكثر من نصف وفيات حديثي الولادة[٢٥]، وبالإضافة إلى هذا، يمكن منع ٨٨ إلى ٩٨ بالمئة من وفيات الأطفال[٢٦].

نهج الخط المائل : الطريقة المكسيكية

وفقاً لـ "جيمي سيبولفيدا" من المعهد الوطني للصحة في المكسيك وأحد أبرز مناصريه، "نهج الخط المائل" عبارة عن توفير فعّال مدعوم بالامدادات لمجموعة من التدخلات الفعالة منخفضة الكلفة على نطاق واسع يربط العيادات الصحية بالبيوت".

وغالباً ما تكون التدخلات العمودية نقطة انطلاق لنهج الخط المائل، علماً بأن عدد هذه التدخلات سيتوسع مع الوقت بدعم من المرافق القائمة والعاملين الميدانيين، ويؤكد النُهج على أهمية التكامل والتنسيق بين التدخلات العمودية والمبادرات المجتمعية والمرافق الصحية أو الخدمات الاستشارية. وهو يتناول عدداً من القضايا الرئيسة من خلال تطبيق أولويات معينة للتدخلات، بما في ذلك إمدادات الأدوية وتخطيط المرافق والتمويل وتنمية الموارد البشرية وضمان الجودة وترشيد استعمال الأدوية.

ففي السنوات الـ٢٥ ابتداءً من ١٩٨٠ وحتى ٢٠٠٥، طبقت المكسيك عدداً من البرامج العمودية الناجحة التي تم تعزيزها لاحقاً، وقد استهدفت هذه البرامج الإسهالات (برامج توزيع أملاح معالجة الجفاف عن طريق الفم والمياه النظيفة) والأمراض التي يمكن الوقاية منها بالتطعيم (أيام التطعيم الوطنية وحملات التطعيم ضد الحصبة وبرنامج التطعيم العالمي وأسابيع الصحة الوطنية) وفيتامين A التكميلي وعلاج إزالة الديدان (أسابيع التطعيم الوطنية).

وقدم PROGRESA– وهو برنامج تحويل أموال مشروط تم تصميمه لإشراك أفقر العائلات في البلاد– الحوافز المالية– للحفاظ على الممارسات الصحية والغذائية المحسنة ولابقاء الأطفال في المدرسة، وهذه الحوافز المالية مشروطة بالحضور المنتظم إلى العيادات الصحية التي تقدم الخدمات الأساسية: الصحية والتغذوية، ويتم توزيع المكملات الغذائية لجميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٦– ٢٣ شهراً والأطفال الذين يعانون انخفاض الوزن ممن تتراوح أعمارهم ما بين ٢–٤ سنوات في المنازل المستهدفة. وقد ترك البرنامج تأثيراً إيجابياً قوياً على الوضع الغذائي للأطفال.

ولعل من أكثر الرزم شمولية، والتي تغطي الرعاية المستمرة للأمهات وحديثي الولادة والأطفال هي الرزمة التي أطلقتها وزارة الصحة منذ عام ٢٠٠١، Arranaque Parejo en la Vida (بداية متساوية في الحياة)، وتروج هذه المبادرة للمشاركة الإجتماعية والمحلية، وتقوي وتوسّع دائرة رعاية الحوامل والأطفال حديثي الولادة، "كما تقدم حمض الفوليك التكميلي للنساء، بالإضافة إلى عوامل أخرى. وقد وصلت إلى مستوى عالٍ من التغطية، ومن خلال Seguro popular، وهي مبادرة تأمين صحيّ عام، أصبحت صحة الأم والطفل حقاً قانونياً.

وقد نشأ نهج الخط المائل جزئياً نتيجة للأبحاث التي أُجريت على نظام المكسيك الصحي وتطوره خلال الـ٢٥ سنة الماضية، وبخلاف نهج أخرى، يبدو أن أصوله نشأت كاستجابة عملية للتعقيد المتزايد لطبيعة الأمراض والضغط الذي تواجهه الدولة لتطوير التدخلات والأنظمة الصحية التي توفر خدمات جيدة يمكن دفع أجورها وإيصالها إلى الفئات الأكثر فقراً وتهميشاً.

وقد أدى تطبيقها إلى جعل المكسيك واحدة من سبع دول فقط تسير على الدرب لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية من بين الـ٦٠ دولة التي تم اختيارها في عام ٢٠٠٥ لتحظى بالأولوية في العد التنازلي إلى عام ٢٠١٥ لبقاء الأطفال، وأصبح نهج الخط المائل الآن رسمياً، حيث بات يرأسه وزير الصحة المكسيكي السابق جوليو فرنك، الذي يعتبر أن إطار العمل يجب أن يُدمج في سياسية صحية أوسع. وهو يهدف إلى جسر الهوة بين النُهج الأفقية والعمودية، والسياسات التي تجمع عدة قطاعات وتلك التي تشمل قطاعاً واحداً، والجهود الوطنية والدولية، وذلك بتقديم "طريقة ثالثة" تصبح من خلالها التدخلات الفعالة هي الحافز لتطوير النظام الصحي.

انظر المراجع، صفحة ١٠٦.

الشكل ٢-٤

إطار عمل مفاهيمي لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة

تستهدف الصحة والتغذية والنتائج السكانية: الأهداف الإنمائية للألفية	الأنشطة المنفذة على نطاق ضيق: المنازل والمجتمعات المحلية	الأنشطة المنفذة على المستوى المتوسط: نظام الصحة وقطاعات أخرى	الأنشطة المنفذة على مستوى واسع النطاق: السياسات والتمويل
تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة ١– استئصال الجوع ٢– تخفيض وفيات الأطفال دون سن الخامسة ٣– تحسين صحة الأم ٤– مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز والملاريا وأمراض أخرى ٥– ضمان الاستدامة البيئية **تحمي دخل الأسرة** **هدف الألفية الإنمائي الأول:** استئصال الفقر الشديد	**الرعاية على مستوى الأسرة والمجتمع المحلي** **الخدمات الموجهة لأكبر عدد من السكان** **الرعاية الفردية (السريرية)**	**أنظمة المراقبة والمعلومات** **التدريب والاشراف** **التعبئة الجماهيرية** **آليات تمويل عادلة** **تدبير الموارد والامدادات** **البنية التحتية والتجهيزات**	**تركز على الأهداف الإنمائية للألفية ومبنية على الأدلة** **السياسات والاستراتيجيات والخطط الوطنية** **تقارير استراتيجية تخفيض الفقر** **النُهج متعددة القطاعات** **دعم الميزانية** **إطار النفقات متوسطة الأجل**

نحو إطار عمل موحد لضمان نتائج صحية للأمهات وحديثي الولادة والأطفال

في السنوات الأخيرة، جددت الحكومات والشركاء في التنمية التزامهم بتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة، والتأكد بأن قرارهم المتجدد سيُترجم إلى إستراتيجيات إقليمية مشتركة أو منسقة. وفي الوقت ذاته، يتجمع خبراء في صحة الأم وحديثي الولادة والطفل بشكل متزايد حول مجموعة من المبادئ الاستراتيجية القائمة على الدروس المستفادة من القرن الماضي، وهذه المبادئ ثلاثية وأهمها:

اعتراف متجدد بمبادئ الرعاية لصحية الأولية، وهو يؤكد على أهمية شراكة الأسرة والمجتمع المحلي في بقاء ونمو الأطفال وتطورهم[٢٧]، وقد أثار هذا اهتماماً متجدداً بمبدأ آخر للرعاية الصحية الأولية، وعلى نحو رئيسي الحاجة إلى شراكات المجتمع المحلي لدعم العائلات في تحسين ممارساتها في رعاية الأطفال وتحميل الأنظمة الصحية مسؤولية توفير خدمات صحية تستطيع العائلات تحمل كلفتها، (يدرس الفصل ٣ شراكات المجتمع المحلي دعماً لصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال وممارسات العائلات الصحية.)

نهج "تطوير الأنظمة الصحية للحصول على نتائج" في تقديم الخدمة الصحية يدمج النُهج الانتقائية/ العمودية والشاملة/ الأفقية، وتم تبني هذا النُهج الجديد كإطار عمل لتطوير مستوى التدخلات الفعالة غير المكلفة ودمجها في سلسلة رعاية متصلة للأمهات وحديثي الولادة والأطفال. وهو يركز على توسيع التدخلات شديدة التأثير المبنية على الأدلة المتعلقة بالصحة والتغذية وفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز والمياه وصحة البيئة والنظافة الصحية، ويركز على أهمية إزالة العقبات أمام توفير واستخدام الرعاية الصحية في شتى قطاعات النظام.

بقاء ونماء الأطفال المعجل في غرب إفريقيا

من الأمثلة الحديثة لنُهج متكامل للرعاية الصحية الأولية المبادرة المعجلة لبقاء وتنمية الأطفال، وقد أطلقت هذه المبادرة من جانب الحكومات الوطنية بالتعاون مع اليونيسف في وسط إفريقيا. وهي تهدف إلى تخفيض معدلات وفيات الرضع (أقل من سنة) ودون سن الخامسة وحديثي الولادة، وقد نشأ البرنامج عندما طلبت وكالة التنمية العالمية الكندية من اليونيسف تطوير مشروع جديد يحدُ من وفيات الأطفال. وقد بدأ هذا المشروع في عام ٢٠٠٢ في أربع دول، حيث شمل ١٦ مقاطعة و٣ ملايين شخص. ومنذ ذلك الحين، نمت المبادرة المعجلة لبقاء وتنمية الأطفال وتنميتهم بسرعة كبيرة وأصبحت في عام ٢٠٠٤ تستهدف أكثر من ١٦ مليون شخص في مقاطعات منتقاة في ١١ دولة في غرب ووسط إفريقيا تعاني من معدلات عالية في وفيات الأطفال دون سن الخامسة. وتركز المبادرة المعجلة لبقاء الأطفال وتنميتهم على ثلاث استراتيجيات لتقديم الخدمات لتوسيع حجم التغطية للنساء والأطفال:

- الترويج المجتمعي لرزمة خاصة بصحة الأسرة والعادات الغذائية، توظف، في الغالب، متطوعين.
- تنظيم حملات وتوسيع رقعة الخدمات لتوفير خدمات ومنتجات أساسية، كالتطعيم وفيتامين A وعلاج إزالة الديدان وخدمات حديثي الولادة المنتقاة.
- توفير رزمة متكاملة للحد الأدنى من الرعاية في المرافق الصحية، وتتألف من جميع التدخلات المنتقاة ذات الأولوية.

وتنتظم هذه التدخلات ذات الأولوية حول ثلاثة مجالات تبنى على قوة البرامج والنُهج القائمة:

- الرعاية ما قبل الولادة وبعدها، وهي توفر علاجاً وقائياً متقطعاً ضد الملاريا أثناء الحمل، ومكملات الحديد وحمض الفوليك ومطعوم الكزاز ومنع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب من الأم إلى الطفل.
- برنامج التحصين الموسع وما بعده، وهو يتضمن التطعيم والتزويد بفيتامين A التكميلي وعلاج إزالة الديدان.
- الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة وما بعدها، وهي تشمل الترويج للناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية وعلاج الجفاف عن طريق الفم والأدوية المضادة للملاريا والرضاعة الطبيعية الخالصة والغذاء التكميلي.

ويتم دعم إطار العمل الثلاثي للتدخلات وتقديم الخدمات من خلال استراتيجيات للتعامل مع القيود السلوكية والمؤسسية والبيئية، وتتضمن هذه الاستراتيجيات:

- المناصرة والتعبئة الجماهيرية والاتصال من أجل تغيير السلوك.
- نهج مبني على النتائج لتقديم الخدمات على مستوى المجتمع المحلي.
- المراقبة والتخطيط ضيق النطاق، حسب المنطقة/المقاطعة.
- التدريب المتكامل.
- أنظمة الإمدادات المحسنة.

وتتبنى مبادرة بقاء الطفل ونماءه إطار عمل متكامل يبنى على التدخلات القائمة مع الشركاء العالميين والمحليين، ويركز البرنامج على دمج إطار العمل في الاتجاه السائد للسياسات والبرامج الوطنية، كالمبادرات الصحية الشاملة للقطاع، واستراتيجيات تخفيض الفقر وأُطر العمل الخاصة بالنفقات متوسطة الأجل المصاحبة لها، والتمويل الجماعي ودعم الميزانية، كما تركزعلى بناء القدرات على مستوى الأقاليم والمقاطعات والمجتمع المحلي.

وتتميز المبادرة المعجلة لبقاء الطفل ونماءه بعنصر مجتمعي قوي، وتُعتبر برنامجاً "سلوكياً" لأن أغلبية التدخلات– مثل استخدام الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية في المجتمعات التي تتأصل فيها الملاريا، وتحسين رعاية الأطفال وحديثي الولادة المرضى، وترويج الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية– تشجع كلها على التغير السلوكي، كما أن المبادرة المعجلة لبقاء الطفل ونمائه تتضمن استراتيجيات فعالة لتوسيع نطاق الخدمات التي تعتبر ضرورية للوصول إلى المناطق النائية.

وبناءاً على البيانات التمهيدية التي قدمتها فرق صحة المقاطعات في غانا، فإن هذا النُهج المتكامل، الذي يتضمن التطعيم وتغذية الرضع والأطفال، والإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة ورعاية حديثي الولادة، يعطي أثراً إيجابياً في التغطية الروتينية للتطعيم. ويتم توزيع الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية المدعومة حكومياً بالتزامن مع الأنشطة اللاحقة للتطعيم.

انظر المراجع، صفحة ١٠٦.

وإذا ما تم تطوير هذه التدخلات بشكل مشترك وتطبيقها على نطاق واسع، فمن المتوقع أن يكون لها أثر متدائب ومزدوج، ليس على بقاء الأطفال فحسب، بل وعلى نماء وتطور الأطفال.

ويتحدى هذا النُهج الانقسام الذي طال بقاؤه بين النُهج العمودية لتحقيق النتائج والنُهج التكاملية لتقوية الأنظمة، حيث يجادل بأنه من الممكن تحقيق الهدفين من خلال تعديل الأنظمة الصحية لتحقق النتائج، كما أن هذا النُهج يدرك أن هناك فرصة أكبر لضمان بقاء الأطفال ونموهم وتطورهم والمحافظة عليه، إذا ما توافرت الإجراءات الوقائية لأمهات المستقبل (اي اليافعات والشابات) قبل ولادة أطفالهن، وإذا ما انتفعن من سلسلة رعاية مستمرة كجزء من منهج متطور متكامل للصحة الإنجابية، وصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال (يتوسع الفصل الرابع في كيفية تطوير هذه الاستراتيجيات).

تعزيز طرق العمل على المستويين الوطني والعالمي مع التركيزعلى التنسيق والمناغمة والنتائج هناك حاجة إلى ارتياد طريقة جديدة للعمل من أجل مجتمع عالمي لدعم الدول في توسيع نُهج الخط المائل ليشمل الرعاية الصحية الأولية،. إن المناغمة بين تعدد التدخلات والشراكات العالمية المرتبطة بالصحة ودعم المانحين للأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة أمر بالغ الأهمية للحصول على نموذج موحد، وتتضمن الضروريات الأخرى:

- دعم أقوى للدول النامية في مجالات التخطيط والسياسة ووضع الميزانيات للأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة.
- حفز المانحين لدعم أولويات وخطط الدول وتوفير تمويل طويل الأجل للأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة.
- تقوية الأنظمة الصحية والقطاعات الأخرى للحصول على نتائج الأهداف الإنمائية للألفية.
- تحسين فاعلية وكفاءة الدعم متعدد الجوانب في سياق المناغمة بين وكالات الأمم المتحدة، وذلك بتحفيز الشعور الجماعي العالمي بضرورة تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة.
- تغيير الأساليب المؤسسية في العمل لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، وتطوير نهج أكثر منهجية ونشاطاً لإدارة المعرفة والتعلم.
- انتهاز الفرصة التي يتيحها الإهتمام المتجدد بنتائج الصحة.
- الاعتراف بأهمية الدور الذي يلعبه المجتمع المدني والقطاع الخاص (يناقش الفصل الخامس طريقة العمل الجديدة).

© UNICEF/HQ05-2059/Donna DeCesare

يحتاج الأطفال الصغار الى تغطية كافية ليبدأوا حياتهم بصحة سليمة، أطفال يتناولون وجبة معاً، هندوراس

ويبين الشكل ٢–٤ أهمية هذه المبادئ الاستراتيجية الجديدة لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة. وهي تؤكد أن الأهداف الإنمائية للألفية ستتقرر بشكل رئيسي على مستوى المنزل والمجتمع المحلي، إلّا أن تحقيقها يتطلب تقديم الدعم للعائلات والمجتمعات المحلية من قِبَل الأنظمة الصحية وقطاعات أخرى، وهناك حاجة إلى السياسات والتمويل على المستويين العالمي والوطني لتمكين الأنظمة الصحية والقطاعات الأخرى من دعم العائلات والمجتمعات المحلية وضمان المساءلة عن النتائج[٢٨].

البناء على الدروس المستفادة

كما بينت هذه المراجعات الموجزة، فإن مجتمع الصحة العامة يتعلم ويتطور باستمرار، وهناك حاجة للتركيز على

مرض فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز في إفريقيا وأثره على النساء والأطفال

أليزابيث ن. ماتاكا، المبعوثة الخاصة للأمين العام للأمم المتحدة لفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز في إفريقيا

إنه لأمر مثبط للهمة أن نلاحظ أن نصف جميع البالغين تقريباً ممن يحملون فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب في أنحاء العالم هم من النساء، ففي دول إفريقيا جنوب الصحراء وحدها، ومن بين ٢٣ مليون بالغ تتراوح أعمارهم بين ١٥–٤٩ مصابين بفيروس نقص المناعة، هناك ١٣,١ مليون، أو ٥٧ بالمئة، من النساء. وفي زامبيا على سبيل المثال، تعتبر النساء والفتيات عرضة، إلى درجة كبيرة، لفيروس نقص المناعة والإيدز، والنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥–٢٤ أكثر عرضة للإصابة بثلاثة أضعاف الرجال الذين ينتمون إلى الفئة العمرية ذاتها. وقد استُخف بوطأة فيروس نقص المناعة على النساء، خاصة نساء إفريقيا، كما أن الأطفال أيضاً لم يسلموا من تأثير الإيدز، وهو تأثير مدمر، حيث تشير التقديرات إلى أنه في نهاية ٢٠٠٦، كان هناك ٢,٣ مليون طفل تقل أعمارهم عن ١٥ سنة يحملون فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز.

ما زال كثير من الأطفال يفقدون آباءهم بسبب الإيدز، ما أدى إلى تزايد عدد الأطفال الأيتام الضعفاء، ويُتوقع أنه بحلول عام ٢٠١٠، سيكون هناك حوالى ١٥,٧ مليون طفل يتيم بسبب الإيدز في دول إفريقيا جنوب الصحراء. ومن البديهي أن الأطفال يعانون طويلاً قبل موت ذويهم، خاصة الفتيات، اللاتي قد يتم إخراجهن من المدرسة للاعتناء بالأب أو الأم المريضة، وخاصة الأم. وفي غياب الدعم، يفقد الأطفال الفرصة في التعليم وفي تطوير إمكانياتهم إلى الحد الأقصى، وحين يموت الآباء، قد يضطر الأطفال إلى تغيير أماكن إقامتهم– فيفقدون أصدقاءهم ويبتعدون عن البيئة التي ألفوها وشعروا بالراحة فيها، وتبقى المعاناة الحقيقية لهؤلاء الأطفال مجهولة لأن خدمات الرعاية النفسية للأطفال ليست متطورة في إفريقيا. وفي رأيي، فإن التركيز انصبَ على الاحتياجات البدنية المرئية على حساب إهمال احتياجات الأطفال النفسية الأكثر تعقيداً وتحدياً.

لن يستطيع الأطفال الاعتماد بعد الآن على دعم النظام التقليدي للعائلة الكبيرة، الذي كان يوفر الرعاية والدعم للمسنين والأيتام وأي فرد محروم وضعيف في الأسرة، حيث أن هذه الآلية لمعالجة المشاكل استهلكها الفقر وارتفاع عدد الأطفال الذين يحتاجون إلى الرعاية، مع العلم أن الإيدز يؤثر على أكثر أفراد العائلة إنتاجيةً في عنفوان حياتهم الإنتاجية والإنجابية. ونتيجة لهذا، كان الأطفال يذهبون أحياناً إلى بيوت استُهلكت مواردها وأصبح وجودهم فيها غير مرحب به، وبالتالي يصبح بعضهم مشرداً ويعيش على قارعة شوارع المدن الكبيرة في إفريقيا.

يحتاج جميع الأطفال إلى سقف يقي رؤوسهم وتغذية جيدة وأبوين وأنظمة دعم تساعد على تغذيتهم ومنحهم أملاً متجدداً للمستقبل، ومن دون التعليم والاختلاط الاجتماعي اللذين يوفرهما الآباء والأوصياء، لا يستطيع الأطفال اكتساب المهارات والمعرفة التي يحتاجون إليها ليصبحوا أعضاء راشدين منتجين في المجتمع. إن فيروس نقص المناعة والإيدز يخلفان جيلاً من الأطفال الذين يربيهم أجدادهم ،الذين يحتاجون بدورهم إلى الرعاية لكبر سنهم.

وتثير معدلات الإصابة بين النساء والفتيات قلقاً عميقاً، وعند دمجها بعبء العمل الذي تقوم به النساء– في الاعتناء بمرضى الإيدز والأطفال الذين تركهم الإيدز أيتاماً وعائلاتهم– يصبح حل المشكلة متعذراً، خاصة في جنوب إفريقيا.

ولا شك أن التباين في الوضع الاجتماعي والاقتصادي بين الرجال والنساء له دور كبير في المساعدة على انتشار فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب بين النساء والفتيات بشكل خاص، حيث أن العادات الاجتماعية والزواج المبكر تزيد من تعريض الفتيات للإصابة، كما أن عدم تناول مواضيع الجنس بالنقاش يحدّ من قدرتهن على التحاور حول الممارسات الآمنة، وقد يجبر النساء على الاستمرار في علاقات خطيرة، وقد تحد المشاكل الإجتماعية والإقتصادية من قدرة النساء على الحصول على الاستشارة والعلاج. وفي مثل هذه البيئات، لا يحق للنساء التملك أو الوصول إلى الموارد المالية، لذا فإنهن يعتمدن على أزواجهن وآبائهن وإخوانهن وأبنائهن، ومن دون حصولهن على الموارد، يصبحن عرضة للعنف الجنسي، وتهديد حدوث هذا العنف يحد من قدرتهن على حماية أنفسهن من فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز.

وإن القضاء على هذه الأزمة ما زال بعيداً، وعلى الحكومات الإفريقية الالتزام بتعزيز المبادرات التي تزيد من قدرات الأفراد، خاصة النساء والأطفال، على حماية أنفسهم، كما يجب ألا يستمر التعامل مع تمكين النساء تحت عنوان "إدراج قضية الجنسين في جميع مناحي التطور"، حيث يجب تمكين النساء ودعم الأطفال الأيتام والضعفاء للوصول إلى المستوى التالي في برامج جيدة التوجيه، ومحكومة بالوقت وممولة جيداً للحصول على نتائج كبيرة.

وهناك حاجة إلى دعم متزايد لمبادرات "ما بعد التوعية" تركز على تطوير المهارات والترويج للصحة المجتمعية والعيش الإيجابي والمساواة بين الجنسين والحصول على الوقاية والرعاية والعلاج اللازمة.

إن مضاعفات الإيدز متعددة وتؤثر سلباً على كل نواحي التطور، وهناك حاجة الى عمل الكثير في إفريقيا لضمان الاستجابة المتناسبة مع التحديات البشرية والمالية التي يفرضها فيروس نقص المناعة والإيدز. نحن بحاجة إلى برامج رعاية ودعم ووقاية طويلة الأجل، وإلى توفير الموارد بشكل متسق ومدروس ومستدام، كما أننا بحاجة إلى تمكين النساء، وإلى إحداث تغيير في العادات الثقافية التي تميز ضد النساء. إن الاستجابات الدائمة وطويلة الأجل ضرورية، ويمكن تحقيقها فقط إذا ما عمل ذوي العلاقة معاً.

شراكة من أجل صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال

تضم الشراكة من أجل تحسين صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال (PMNCH)، التي أطلقت في سبتمبر ٢٠٠٥، تجمعاً قوامه ١٨٠ عضواً من مجتمعات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال في تحالف لتخفيض الوفيات والأمراض. وهذه الشراكة هي نتاج تحالف بين الشراكات الرئيسة الثلاث في صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال وهي: شراكة من أجل صحة آمنة للأمومة وحديثي الولادة والتي استضافتها منظمة الصحة العالمية في جنيف، "وشراكة من أجل أطفال حديثي الولادة أصحاء" وهي مبنية على مبادرة "منظمة انقذوا الأطفال" في الولايات المتحدة الأمريكية، "وشراكة من أجل بقاء الأطفال" التي ترعاها اليونيسف في نيويورك.

وتركز الشراكة على أربعة مجالات عمل رئيسية:

- **المناصرة والتأييد**، وهدفها الرئيسي هو فتح ملف صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال ووضعه على الأجندات السياسية والصحفية لحشد المزيد من الموارد المالية وغيرها.
- ترويج وتقييم **تدخلات فاعلة مبنية على الأدلة** لرفع مستوى الأنشطة، مع التركيز على المساواة في فرص الوصول إلى الرعاية الصحية.
- **الدعم القطري** لإدخال الرعاية الصحية للأمهات وحديثي الولادة والأطفال في خطط التنمية والاستثمار الوطنية وتقوية الأنظمة الصحية وتحسين المساواة في التغطية.
- **مراقبة وتقييم** تغطية التدخلات ذات الأولوية والتقدم نحو تحقيق الهدفين الأنمائيين للألفية الرابع والخامس وتوخي العدالة في التغطية لمساءلة المساهمين.

وتنقسم الشراكة من أجل صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال إلى ستة مجموعات متآلفة، هي: معاهد الأوبئة والأبحاث، ومحترفي الرعاية الصحية، ووكالات الأمم المتحدة، والمنظمات غير الحكومية والمانحين والمؤسسات والحكومات.

وتهدف الشراكة إلى وضع ٥٠ بالمئة، على الأقل، من الـ٦٠ دولة التي حددها العد التنازلي للعام ٢٠١٥ لبقاء الأطفال سعياً لتحقيق الهدفين الأنمائيين للألفية الرابع والخامس بحلول العام ٢٠١٠. ومن المبادئ المحددة لعملها وضع سلسلة رعاية متصلة للتعامل مع الأمهات وحديثي الولادة والأطفال بطريقة متكاملة، تشمل الزمان (فترات الحمل والولادة وحداثة الولادة والطفولة) والمكان (البيت والمجتمع المحلي والمرافق الصحية).

انظر المراجع، صفحة ١٠٦

الاستراتيجيات الموجهة نحو التخلص من الأسباب الرئيسة لوفيات الأطفال، والتي أثبتت فاعليتها. ولتنفيذ ذلك بطريقة فعالة، ينبغي تقديم التدخلات ضمن سلسلة صحية متصلة تتضمن المجتمعات المحلية والمنازل وتوسيع سبل الوصول والرعاية المقدمة في المرافق الصحية. ويجب تعزيز الأنظمة الصحية وتوسيعها لتتمكن من تقديم الدعم لمبادرات جديدة، بما في ذلك شراكات المجتمع المحلي الجديدة، ويجب أن يشمل الدعم توفير قيادة رائدة والحصول على التزام أكيد على المستويين الوطني والعالمي. وبالإضافة إلى هذا، يجب على المؤسسات المتعددة المنضوية تحت لواء "بقاء الأم والطفل والصحة والتغذية" العمل معاً بفاعلية. وإثر مراجعة نهج دام ستة عقود حول بقاء وصحة الأطفال، تبين أنه ليس هناك نهج واحد يمكن تطبيقه في جميع الظروف، لذلك يجب تكثيف نظام خدمات الرعاية الصحية ومراجعة طريقة تقديمها وكيفية توجيه التدخلات بحيث تتعامل مع قيود الموارد البشرية والمالية، والسياق الاجتماعي الاقتصادي، والطاقة الكامنة للنظام الصحي، وأخيراً الحاجة الملحة إلى تحقيق نتائج.

وفي الفصل الثالث، الذي يبرز الحاجة إلى تطوير أنظمة صحية لتقديم سلسلة متصلة من الرعاية الجيدة، ويركز على منافع توظيف شراكات المجتمع المحلي في الدول التي يعاني النظام الصحي فيها من الضعف، سنرى كيف يتم استخدام المعرفة التي تم اكتسابها. وغالباً ما تكون النتائج واعدة، بل ومبهرة أحياناً، لكن هناك حاجة لعمل الكثير– وتعلُم الكثير– عن رفع مستوى هذه النُهج لتصل إلى ملايين الأمهات وحديثي الولادة والأطفال الذين يعيشون أو يموتون حالياً دون أن تُتاح لهم فرصة الحصول على رعاية صحية ذات جودة.

ملخـــــص

لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية الخاصة بالصحة، يستلزم تعزيز الأنظمة الصحية على كافة المستويات– الخدمات المقدمة في المرافق الصحية وبرامج الصحة العامة الرسمية والشراكات المجتمعية، وتبين الأدلة أن الممارسات الصحية المحسنة في المجتمع المحلي والمنزل، مصحوبة بفرص الإحالة في النظام الصحي قد يكون لها أثر قوي على تخفيض وفيات الأطفال دون سن الخامسة، ونتيجة لهذا، تحظى الأنظمة الصحية المتكاملة والرعاية الصحية الأولية المجتمعية باهتمام وتركيز كبيرين في السياسات الوطنية وشراكات وبرامج الصحة العالمية.

وتبين الخبرات في هذا المجال أن شراكات المجتمع المحلي الناجحة قائمة على عدة عوامل مشتركة، هي: تنظيم وشراكة مجتمعية متماسكين وشاملين، ونظام دعم وحوافز للعاملين الصحيين المحليين، والإشراف والدعم الكافيان للبرامج وأنظمة الإحالة الفعالة إلى مرافق الرعاية الصحية والتعاون والتنسيق مع البرامج والقطاعات الأخرى وتأمين التمويل والتكامل مع البرامج والسياسات الوطنية المتعلقة بالمناطق.

ولا شك أن القيادة والملكية الوطنية لشراكات المجتمع المحلي ضرورية لضمان الإستدامة وتشجيع التوسع، حيث أن للحكومات دوراً مهماً في تطوير وتطبيق السياسات الهادفة إلى تقليل الحواجز أمام الرعاية الصحية الأولية، وفي تحسين جودة وكفاءة مقدمي الخدمات وفي تعزيز المسؤولية العامة.

شراكات المجتمع المحلي ضرورية لتخفيض وفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال دون سن الخامسة، داعية إلى تطور المجتمع المحلي، الهند

إن تطوير سياسات صحية فعالة تركز على الطفل، وبناء مؤسسات قوية تربط المجتمعات المحلية والأنظمة الصحية هما خطوتان هامتان نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة، وذلك لأنه في العديد من البلدان، تقتضي الزيادات في النفقات الصحية أن تقترن بتحسينات جوهرية في بيئة السياسات لتحقيق تقدم ملموس، وعلى المانحين بدورهم حشد الدعم اللازم للسياسات والاستراتيجيات الوطنية الداعية لتحسين بقاء الأمهات والأطفال وصحتهم وتغذيتهم. وعلى المانحين العمل معاً مع الحكومات لاستثمار الموارد البشرية والمالية الكافية لتقوية شراكات المجتمع المحلي ورفع مستواها.

٣

شراكات المجتمع المحلي في الرعاية الصحية الأولية للأمهات وحديثي الولادة والأطفال

© UNICEF/HQ06-2052/Pablo Bartholomew

دور شراكات المجتمع المحلي وأهميتها

عندما يمرض الرضع والأطفال، فإن عائلاتهم، وخاصة الأبوين ومقدمي الرعاية الرئيسيين هم الذين يشكلون الخط الأول للرعاية، ويتولى أفراد الأسرة، خاصة الأمهات، التشخيص الأول للمرض وتقييم خطورته ونتائجه المحتملة واختيار العلاج وخيارات الرعاية– بما في ذلك العلاج المنزلي– وشراء الأدوية والعلاجات الأخرى وتقديمها للمريض، وتتخذ العائلات ومقدمو الرعاية القرارات بشأن الحصول على رعاية صحية رسمية للنساء الحوامل أو الأطفال المرضى، ويقررون ما إذا كان عليهم أن يتبنوا تنويع الغذاء وممارسات النظافة الصحية.

ويعتبر تمكين المجتمعات والأُسَر من المشاركة في الرعاية الصحية وفي تغذية الأمهات وحديثي الولادة والأطفال طريقة منطقية لتعزيز الرعاية، خاصة في الدول والمجتمعات المحلية التي تفتقر إلى الرعاية الصحية الأساسية والخدمات البيئية. وقد تم التأكيد على ضرورة إشراك المجتمع المحلي في الرعاية الصحية والتغذية للأفراد والعائلات منذ ثلاثة عقود تقريباً، إلى جانب التأكيد على مفهوم الرعاية الصحية الأولية الشاملة التي تضمنها إعلان ألما أتا في ١٩٧٨[١]. وقد أصبح جلياً منذ فترة طويلة أنه من دون مشاركة المجتمعات المحلية، سيبقى هدف «الرعاية الصحية للجميع» بعيد المنال، خاصة في المناطق الأكثر تهميشاً وفقراً[٢].

وتشكل الفوائد المعروفة لشراكات المجتمع المحلي جزءاً من خبرة التعلم اللازمة لتحسين الرعاية الصحية على المدى الطويل، حيث يُنظر إلى شراكة المجتمع المحلي على أنها آلية لتخفيض، وبالتالي إزالة، الفجوة العميقة بين المعرفة والعمل والسياسة، التي تعيق جهود التعاطي مع جانبي العرض والطلب في الرعاية[٣].

إن أهمية المشاركة في الرعاية الصحية وعادات النظافة الصحية والتغذية وخدمات المياه والصرف الصحي تتجاوز الفوائد المباشرة التي تعود على أفراد المجتمع المحلي عندما ينخرطون في الأنشطة التي قد تؤثر إيجابياً على صحتهم. فهي تشكل بؤرة لنهج مبني على الحقوق يهدف إلى تحقيق التقدم البشري، وتعتبر المشاركة ضرورية لتمكين الناس من تحقيق قدراتهم الكاملة وممارسة حقوقهم، عبر الانخراط في الشؤون العامة والمجتمعية. كما أنها تشجع المساواة والعدالة والتمكين– وهي أمورٌ جوهرية لتحقيق التنمية البشرية المستدامة وأهداف مواثيق مثل إعلان حقوق الإنسان والاتفاقية الدولية لحقوق الطفل واتفاقية إنهاء كافة أشكال التمييز ضد المرأة وإعلان الألفية، بالإضافة إلى مواثيق عديدة أخرى.

التعددية في شراكات المجتمع المحلي

ليس هناك تعريف عالمي للمجتمع المحلي في ملفات الصحة العامة، ويمكن تعريفه على نطاق واسع أو ضيق اعتماداً على الظروف. وغالباً ما يشير مصطلح «المجتمع المحلي» إلى مجموعة من الناس يقيمون في منطقة جغرافية معينة وتجمعهم اهتمامات مشتركة ومواريث وقيم مشتركة، كما أنهم قد يعيشون محرومين من حقوقهم في رعاية صحية جيدة وتغذية كافية ومياه آمنة وخدمات الصرف الصحي آمنة[٤].

© UNICEF/ HQ05-2186/Giacomo Pirozzi

دعم النساء الحوامل عبر توسيع نطاق خدمات المجتمع المحلي يعزز رعاية الأم والطفل، تقديم المشورة حول فيروس نقص المناعة المكتسبة للنساء الحوامل في مركز صحي محلي، جمهورية الكونغو الديمقراطية

وبناءاً على هذا التعريف الواسع للمجتمع المحلي، فإن شراكات المجتمع المحلي هي نُهج واستراتيجيات تسعى إلى إشراك أفراد المجتمع المحلي بنشاط في توفير الرعاية الصحية والرفاه لهم ولأطفالهم ومن يعتمدون عليهم.

وشراكات المجتمع المحلي في صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال متنوعة جداً، فبعضها يشمل بضع الآف أو حتى بضع مئات من الناس، وبعضها الآخر على شكل مبادرات تشمل آلاف العاملين الذين يغطون ملايين الأطفال والنساء، مثل شبكة العاملين الصحيين المحليين البرازيلية أو برنامج العاملات الصحيات في باكستان. كما أن بعض البرامج تركز على جانب العرض، كتقديم الخدمة من خلال العاملين الصحيين المحليين، بينما تركز أخرى على المبادرات المتعلقة بالطلب وذلك لحشد الطلب والحاجة الاجتماعية للمساءلة والحصول على نتائج من الحكومات، وتعتمد بعض مبادرات العاملين الصحيين على المشاركة الطوعية، بينما تتضمن أخرى الدفع على شكل سِلع أو جزئياً أو نقداً. إن بعض البرامج المجتمعية مدعومة وطنياً ومدمجة في سياسات شاملة لجميع مستويات قطاع الصحة والنظام الصحي الأوسع، بينما هناك برامج أخرى سيتم دمجها جزئياً أو كلياً[٥].

إن تعددية البرامج والنُهج الخاصة بمشاركة المجتمع المحلي تعكس، جزئياً على الأقل، تنوع المجتمعات المحلية، فلكل من هذه المجتمعات المحلية صفاته الاجتماعية الخاصة وهيكله التنظيمي الخاص به وروابطه الخاصة مع جماعات أخرى. ولكي تكون هذه البرامج والنُهج الموجهة إلى المجتمعات المحلية فعالة، يجب تكييفها حسب الإحتياجات والبيئة المحلية، وأن تكون ملكاً للمجتمع المحلي.

وتعتبر عملية تكييف الاستراتيجيات حسب البيئات الفردية عملية معقدة لأن المجتمعات المحلية، شأنها شأن الدول والمناطق، غالباً ما تكون كيانات متباينة الخواص، وليس هناك اختلافات بارزة بين المجتمعات المحلية في دولة أو منطقة محددة فحسب، بل من المرجح أن نجد تباينات داخل هذه المجتمعات المحلية أيضاً. ورغم أن أعضاء المجتمع المحلي قد يكون لهم مواريث واهتمامات مشتركة ويعانون أوجه التمييز أو الحرمان ذاتها، إلا أن الأفراد لديهم احتياجات وهموم وآمال خاصة بهم فيما يتعلق بالرعاية الصحية. وغالباً ما تضم المجتمعات المحلية أفراداً متنفذين ولديهم القدرة على مساعدة أو عرقَلة البرنامج الصحي، بناءً على وجهات نظرهم أو مصالحهم.

ورغم هذه التفاوتات، إلاَ أن الأدلة والمراقبة تتيح فرص التعرف على العوامل المشتركة في النُهج المجتمعية الخاصة بالرعاية الصحية والتغذية. ومن الأهداف المرجوة واسعة النطاق للبرامج المجتمعية ما يلي: أن تعمل على زيادة قدرة السكان المحليين على الوصول إلى الخدمات والمبادرات الصحية، وأن تكون قادرة على تسريع التقدم في التغيير السلوكي وممارسات الرعاية والسعي للحصول على الرعاية وتمكين المجتمعات المحلية والأسر من المطالبة بخدمات جيدة[٦]، ويوضح الجدول الوارد في صفحة ٤٨ بعض النواحي الأخرى الشائعة في النهُج المجتمعية الخاصة بالرعاية الصحية والتغذية.

عوامل النجاح في شراكات المجتمع المحلي

يُلاحظ وجود عدة عوامل في النهج المجتمعية الناجحة، ويعتمد التطبيق في أي بيئة على السياق المحلي. ولا يعتبر تحديد العوامل الناجحة طريقة إيجابية

الممارسات الأساسية للمبادرات المجتمعية الخاصة بالرعاية الصحية

- اتفق عدد من الوكالات، بما فيها اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية، على ١٢ ممارسة منزلية رئيسة لحديثي الولادة والرضع تساعد على ترويج بقاء الأطفال وصحتهم وتغذيتهم في المجتمعات المحلية:
- **الرضاعة الطبيعية الخالصة:** الرضاعة الطبيعية الخالصة منذ الولادة وحتى بلوغ ستة أشهر، (الأمهات الحاملات لفيروس نقص المناعة يتعين عليهن الاستشارة بشأن البدائل الممكنة للرضاعة الطبيعية).
- **التغذية التكميلية:** تغذية الأطفال بالأغذية التكميلية الغنية بالطاقة والمغذيات ابتداءً من الشهر السادس من العمر، مع الإستمرار في الرضاعة الطبيعية لمدة سنتين، على الأقل، قد يمنع أكثر من ١٠ بالمئة من الوفيات الناتجة عن الاسهال والإلتهابات التنفسية الحادة، وخاصة ذات الرئة، ويزيد مقاومتهم للحصبة وغيرها من الأمراض.
- **التزويد بالمغذيات الدقيقة:** تحسين استيعاب فيتامين A من خلال الغذاء أو الأغذية التكميلية في المجتمعات المحلية التي تعاني نقص هذا الفيتامين قد يخفض الوفيات بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٦ أشهر و٥ سنوات بنسبة ٢٠ بالمئة.
- **النظافة الصحية الشخصية:** تحسين عادات النظافة الصحية، خاصة غسل اليدين بالصابون (أو الرماد) والتخلص من المفرزات السائلة بطريقة آمنة قد يخفض حالات الإسهال بنسبة ٣٥ بالمئة.
- **التطعيم:** تطعيم الأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنة ضد الحصبة قد يمنع معظم حالات الوفاة الناجمة عن الحصبة سنوياً، وعلى مقدمي الرعاية التأكد من إتمام الأطفال الجرعات الكاملة للتطعيم (لقاح السل "التدرن الرئوي"، ولقاح الدفتيريا والسعال الديكي والكزاز، ولقاح شلل الأطفال عن طريق الفم ولقاح الحصبة)، قبل بلوغ عامهم الأول.
- **منع الملاريا:** استخدام الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية في المنازل في المناطق التي تستوطن فيها الملاريا قد يؤدي إلى خفض وفيات الأطفال الناجمة عن الملاريا بنسبة ٢٣ بالمئة.
- **الرعاية والتنمية النفسية:** الترويج للتطور النفسي والاجتماعي عن طريق الإستجابة لحاجة الطفل إلى الرعاية، وعن طريق التحدث واللعب وتوفير بيئة محفزة.
- **الغذاء والسوائل للأطفال المرضى:** استمرار تغذية الأطفال المرضى وتقديم السوائل لهم، بما في ذلك حليب الأم.
- **العلاج المنزلي:** معالجة الأطفال المرضى علاجاً منزلياً صحيحاً ضد الالتهابات.
- **طلب الرعاية:** معرفة متى يحتاج الأطفال المرضى إلى العلاج خارج المنزل وطلب الرعاية من مقدمي الرعاية المناسبين.
- **الممارسات الملائمة:** التقيد بنصيحة العامل الصحي حول العلاج والمتابعة والإحالة.
- **رعاية الحوامل:** يجب أن تحصل كل إمرأة حامل على الرعاية الكافية قبل الولادة، ويتضمن هذا أربع زيارات، على الأقل، قبل الولادة لمقدم الرعاية الصحية المناسب، وتلقي جرعات الكزاز الموصى به. كما تستحق الأم الدعم من عائلتها ومجتمعها في طلب الرعاية عند الولادة وبعدها وأثناء الإرضاع.

وتتضمن الممارسات الأخرى التي تحمي الأطفال ما يلي: توفير الرعاية الملائمة للمتأثرين بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/الإيدز، خاصة الأطفال الأيتام والضعفاء، وحماية الأطفال من الاصابات والحوادث والإساءة والإهمال، وإشراك الآباء في رعاية أطفالهم .

ومن الممكن القيام بالعديد من هذه الممارسات بواسطة العاملين الصحيين المحليين أو أفراد المجتمع المحلي شرط توفر الدعم المناسب وتوزيع المنتجات والخدمات. ولعل المشاركة المباشرة للمجتمع المحلي أكثر ملاءمةً لمجالات الرعاية الصحية والتغذية التي تؤثر على أعضاء المجتمع بشكل يومي، ويتضمن هذا تغذية الرضع والأطفال الصغار وممارسات الرعاية الأخرى والمياه والصرف الصحي.

أنظر المراجع، صفحة ١٠٧.

لتقييم البرامج و «التعلم عن طريق العمل» فحسب، بل هي أيضاً أسهل من محاولة فصل العناصر التي لم تنجح في برنامج مجتمعي عن العوامل المتناغمة. فبينما يدرج الجدول المبين في صفحة ٤٨ عدداً من التحديات الشائعة أمام شراكات المجتمع المحلي في الرعاية الصحية الأولية، سيركز الفصل، في معظمه، على تعريف وتوضيح المبادئ الشائعة للمبادرات الناجحة.

وفيما يلي بعض عوامل النجاح المستمدة من الأدلة والخبرة، وهي تتضمن:

- التنظيم والمشاركة المجتمعية المتناغمان والشاملان.
- الدعم والحوافز للعاملين الصحيين المحليين.
- الإشراف والدعم الكافيان للبرامج.

- أنظمة إحالة فعالة إلى مرافق الرعاية الصحية.
- التعاون والتنسيق مع البرامج والقطاعات الأخرى.
- تأمين التمويل.
- دمج البرامج المجتمعية في خدمات المناطق والسياسات الوطنية.

وتشتمل الصفحات التالية على ملخص موجز لكل من هذه المبادئ.

التنظيم والمشاركة المجتمعية المتناغمة والشاملة

يعتبر التنظيم المتناغم الشامل صفة جوهرية لشراكات المجتمع المحلي الناجحة، فالمجتمعات المحلية التي تعمل ضمن عادات وتقاليد راسخة مقيدةٌ، في الغالب، بالإرث الاجتماعي أو الديني أو الثقافي. وقد وُجد أن البرامج التي تحترم هذا الإرث هي من بين أنجح النُهج المجتمعية الخاصة بالرعاية الصحية والتغذية. ففي آسيا، على سبيل المثال، تولت منظمات محلية قيادة مبادرات واسعة النطاق في بنغلادش (لجنة التقدم الريفي البنغلاديشية)، والهند (جامخيد وغيرها)، وباكستان (العاملات الصحيات)، ودول أخرى. وغالباً ما كانت هذه المنظمات تتكون من مجموعات نسائية. وقد بنت هذه المجموعات على الهياكل الراسخة داخل المجتمعات المحلية والتي تمتد إلى مجالات أخرى للتطور، وتتضمن التعليم والإقراض والصحة.[٧]

الأوجه والتحديات الشائعة لشراكات المجتمع المحلي في الصحة والتغذية

الهدف الرئيس والأشمل:
- تخفيض وفيات وأمراض الأمهات وحديثي الولادة والأطفال

الأهداف:
- تحسين فرص وسبل الوصول للخدمات الوقائية والعلاجية الأساسية.
- تشجيع التواصل بين العاملين الصحيين ومقدمي الرعاية والأمهات والأطفال.
- تشجيع التغيير السلوكي المستدام.
- دعم ممارسات الرعاية.
- تحفيز دَور التعبئة الجماهيرية بواسطة المجتمع المحلي للمطالبة بخدمات ومساءلة أفضل.

الخصائص الرئيسة
- أنشطة الرعاية الصحية والتغذية تحدث خارج مرافق الخدمة الصحية الرسمية.
- يعتبر العاملون الصحيون المحليون، وهم غالباً من المتطوعين أو العاملين بدوام جزئي، مشاركين فاعلين رئيسيين في تقديم الخدمات الأساسية والترويج لممارسات الرعاية الصحية الأفضل.
- يعتبر التدريب والدعم والإشراف على العاملين الصحيين المحليين خصائص شائعة في البرامج.
- غالبا ما تكون هناك نقطة مركزية ضمن المنطقة الجغرافية تقوم بتقديم الخدمات أو بالزيارات المنزلية.
- منظمة محلية تدعم البرامج وتساهم في الإدارة والتطبيق، وغالباً ما تشارك في التصميم والتقييم أيضاً.
- هناك أوجه أخرى للرعاية الصحية الأولية– خاصة المياه والصرف الصحي والتدخلات الزراعية– تعتبر جزءاً من البرنامج.

خصائص إضافية شائعة لبعض شراكات المجتمع المحلي، وليس كلها:
- التحويل لمرافق الرعاية الصحية.
- الدعم من عاملين صحيين من مناطق بعيدة.
- دمج البرامج في القطاع الصحي الأوسع.
- الدمج في برامج وسياسات التطوير الوطنية.
- إجراءات لتعزيز البيئة الداعمة، مِثل مبادرات المساواة بين الجنسين.

القيود الشائعة التي تحول دون اشراك المجتمع المحلي:
- نقص العاملين الصحيين المحليين الكافيين لتقديم خدمات جيدة.
- التنسيق غير الكافي بين الشراكات المتنوعة.
- التمويل غير الكافي للأنشطة المجتمعية.
- الإمداد غير المنتظم للأدوية والسلع.
- الدعم والإشراف الضعيف للعاملين الصحيين المحليين.
- ممارسات الرعاية الصحية المقيدة بالتقاليد.
- الوضع الاقتصادي المتدني للمرأة.

أنظر المراجع، صفحة ١٠٧.

لا يكفي التنظيم وحده لإحداث تغيير دائم، ولكي تكون شراكة المجتمع المحلي فاعلة حقاً وشاملة، يجب أن تكون شاملة اجتماعياً. وبما أن المجتمعات المحلية غالباً ما تكون متغايرة في التركيب والبنية، فقد يكون إرساء شراكة شاملة إجتماعياً أمراً صعباً. وقد تؤدي الأنماط العريقة للإستبعاد والتمييز حسب الجنس أو الدين أو العرق أو الإعاقة، إلى تقييد حجم التدخلات، وربما يكون الشقاق بين أعضاء المجتمع المحلي قد تأصل بعد الأحداث والظروف الأخيرة كالصراع المدني ووصمة العار التي تلحق بالمصابين بفيروس نقص المناعة والإيدز[٨].

وحتى عندما يكون في المجتمعات منظمات شاملة تحظى بالاحترام، فإن مشاركتها في البرامج لا تكون تلقائية، حيث يتطلب الأمر المناصرة والإتصال للسماح للمنظمات المجتمعية بالتصريح باختياراتها واحتياجاتها إلى خدمات الرعاية الصحية والتغذية والمياه والصرف الصحي. وحالما يتم إطلاق البرنامج وتطبيقه، يحتاج أعضاء المجتمع المحلي إلى أن يرَوا أن هذا البرنامج يسهم في تقدمهم نحو أهدافهم على المستويين الفردي والجماعي، ومع تقدم البرامج يجب تقييم علاقتها الدائمة بالأهداف بشكل منتظم[٩].

وتواجه البرامج التي تحد من مشاركة المجتمع المحلي في التطبيق خطر ضعف الملكية المحلية. ونتيجة لذلك، تكون المشاركة غير نهائية وغير واضحة[١٠]، وتعتبر الاجتماعات الدورية لمنظمات المجتمع المحلي المنخرطة في برامج المجتمع المحلي جزءاً مهماً في المشاركة. وفي هذه الاجتماعات، يمكن مناقشة النتائج والأدلة كجزء من التخطيط والمراقبة والتقييم.

© UNICEF/HQ07-0463/Christine Nesbitt

قادة المجتمع دعاة أقوياء لترويج التدخلات الصحية الأساسية داخل المجتمعات المحلية، قائد منطقة يطعم ابنه ضد شلل الأطفال، نيجيريا.

دعم العاملين الصحيين المحليين وتقديم الحوافز لهم

يعتبر العاملون الصحيون المحليون جزءاً لا يتجزأ في البرامج المجتمعية، يحيث يضطلعون بدورهم كجسر بين الكادر الصحي المحترف والمجتمع المحلي، ويساعدون المجتمعات المحلية على التعرف على احتياجاتها الصحية الخاصة والتعامل معها.

ويضطلع العاملون الصحيون المحليون بدور محوري في تقديم خدمات العلاج والتعليم والاستشارة المجتمعية التي تتم عادة من خلال الزيارات المنزلية. كما أنهم يشرفون على المرافق الصحة المحلية، ويحصلون على الأدوية والمنتجات الأساسية الأخرى ويصرفونها ويشاركون في اجتماعات المجتمع المحلي ويقومون بمسؤولياتهم في إدارة البرامج. وتتضمن واجباتهم الأخرى حضور الاجتماعات المحلية والإقليمية الخاصة بالتدريب والتغذية الراجعة وتمثيل المجتمع المحلي في حوار مع المجتمعات المحلية الأخرى والعاملين الصحيين الحكوميين.

ونظراً لأن العاملين الصحيين يستطيعون الوصول للأطفال الضعفاء الذين لم يكن ممكناً إيصال الخدمات الصحية الأساسية لهم وبدونهم. فهم فاعلون، بشكل خاص، في تحسين بقاء الطفل على مستوى المشاريع في دول شديدة التنوع، كالإكوادور وأثيوبيا وكولومبيا ونيبال. وتؤكد جهود تحسين مستوى الخدمات الناجحة في دول العالم النامي قدرة العاملين الصحيين المحليين على تقديم خدمات صحية ملائمة للأطفال الذين يعيشون في المناطق البعيدة، والمساعدة في تلبية الحاجة غير الملباة للخدمات الصحية النظامية في الدول ذات الأنظمة الصحية الضعيفة.

وقد تواجه الجهود المبذولة لرفع مستوى برامج العاملين الصحيين المحليين، والتي يتناولها الفصل ٤ بمزيد من التفصيل، عقبات وعوائق. وفي الحقيقة، فإن مجرد القدرة على المحافظة على البنية والعدد الكافي من المشاركين يعتبر أحد أكبر التحديات. فالبرامج القائمة، بغض النظر عن نطاقها، تحاول معالجة أمور، كضعف التدريب والمراقبة غير الكافية والافتقار إلى الامدادات، والعلاقات الضعيفة مع المجتمعات التي صُممت لخدمتها. وعادة ما تكون معدلات الاستنزاف في برامج العاملين الصحيين عالية، فقد وجدت إحدى المراجعات، على سبيل المثال، أن معدلات الاستنزاف خلال تسعة أشهر في السنغال بلغت ٣٠ بالمئة، وفي نيجيريا أكثر من ٥٠ بالمئة خلال سنتين، وقد تم التعرف على تحديات مشابهة في الهند وسيريلانكا وجمهورية تنزانيا المتحدة.[١١]

ويرجع الاستنزاف لعدة عوامل، فقيام العامل الصحي المحلي بمسؤولياته يستهلك الوقت والموارد المالية، وقد ينطوي على تكاليف الفرصة البديلة. وقد تترتب على العاملين الصحيين المحليين، خاصة أولئك المتطوعين أو الذين يُدفع لهم سلعاً، إلتزامات ينبغي الوفاء بها، ويتطلبون دخلاً لإعالة عائلاتهم، فإذا وجدوا أن هذا يستهلك جزءاً كبيراً من وقتهم ومواردهم، فهناك خطر يتمثل في أنهم لن يعملوا بفعاعلية كعاملين صحيين، أو ربما ينسحبون من شراكات المجتمع المحلي.

وتعتمد استدامة برامج العاملين الصحيين المحليين على توفير رزمة من الحوافز المغرية إلى حد كافي لمنع الاستنزاف. وتتفاوت هذه الرزم بين البيئات المختلفة، حيث تعكس الوظائف المختلفة التي يقوم بها العاملون الصحيون المحليون في المجتمعات المحلية المختلفة، لكن على جميع هذه الرزم التركيز على الأولويات التي تتضمن تعويض العاملين الصحيين المحليين عن الفرص الاقتصادية الضائعة، وتوفير المراقبة الكافية ودعم النُظراء، وإتاحة فرص النمو والتطور الشخصي وإنشاء نظام دعم قوي داخل المجتمع[١٢] .

الهند: تخفيض نسب سوء التغذية من خلال شراكات المجتمع المحلي

التحدي

رغم ما شهدته الهند من تحسن كبير في اقتصادها، ما زالت تعاني من مشكلة سوء التغذية. ففي عام ١٩٩٩، وجد مسح صحة العائلة الوطني أن ٤٧ بالمئة من جميع الأطفال الذين تقل أعمارهم عن الثالثة يعانون انخفاض الوزن– وهذا الرقم يزيد عن مثيلاته في دول إفريقيا الصحرواية. وتظهر البيانات وفق أحدث دورة للمسح اكتملت في ٢٠٠٦، انخفاضاً طفيفاً جداً، حيث تبقى معدلات سوء التغذية حوالى ٤٥ بالمئة للأطفال الذين تقل أعمارهم عن ثلاث سنوات. وفي عدة ولايات، مثل ماديا براديش وبيهار، ارتفعت معدلات سوء التغذية منذ المسح السابق. وتتضمن أسباب هذه المعدلات العالية للانتشار افتقار مقدمي الرعاية للمعرفة الكافية فيما يتعلق بالتغذية الصحيحة للرضع والأطفال الصغار، والالتهابات الكثيرة التي تتفاقم نتيجة انعدام النظافة الصحية والضغوط التي تمليها الكثافة السكانية، ووضع النساء والفتيات المتدني وعدم الكفاءة في تقديم الخدمات الصحية.

وفي سعيها لمكافحة سوء التغذية لدى الأطفال الصغار، تعتمد حكومة الهند بدرجة كبيرة على خطة التنمية المتكاملة للأطفال التي استُهلت عام ١٩٧٥. وتوفر هذه الخطة فرصاً للتعلم عن الصحة والتغذية للأمهات الرضع والأطفال الصغار، بالإضافة إلى خدمات أخرى كالتغذية التكميلية، والرعاية الصحية الأساسية ورعاية الحوامل، ومراقبة النمو والترويج له، وتعليم الروضة غير النظامي، والمغذيات الدقيقة التكميلية والتطعيم. ويتم تقديم هذه الخدمات عبر شبكة عمل تضم ٧٠٠,٠٠٠ عامل صحي من أنغانوادي، لكن نجاح خطة التنمية المتكاملة للأطفال كان محدوداً بسبب عدد من العوامل التي تتراوح ما بين المعرفة والمهارات المحدودة لعمال أنغانوادي والإفتقار إلى الإشراف والمطاعيم والأخطاء في سياسة البرامج كعدم كفاية التركيز على الأطفال الصغار.

الاستراتيجية والنهج

تتعاون اليونيسف مع حكومة الهند لزيادة فعالية خطة التنمية المتكاملة للأطفال، وتتضمن التدخلات المدعومة: تقوية نظام الإدارة والإشراف، وتحسين معرفة ومهارات عمال أنغانوادي، وزيادة الوقت الذي تمنحه للرضع، وتحسين انخراط المجتمع المحلي، من خلال تحليل وضع الصحة المشتركة، وتحديد متطوعين قرويين وتزويدهم بتدريب أساسي لرعاية الرضع وزيادة عدد الزيارات المنتظمة التي يقوم بها عمال ومتطوعو أنغانوادي لزيادة سلوك الرعاية لدى الآباء وتحسين أتساع دائرة وصول الخدمات الصحية.

النتائج

وقد تم التقيد بهذه الاستراتيجيات في ستِ ولايات، تمَ في كل منها تغطية ألف قرية على الأقل، وأثرت على أكثر من مليون شخص في كل ولاية. وبعد أن بقيت التدخلات عاملة لمدة ثلاث سنوات تقريباً، أجرى تقييم لمعرفة الأثر في عدد من الولايات باستخدام مسوح منزلية تمثيلية لمقارنة قرى التدخلات مع قرى التحكم المتشابهة اقتصادياً واجتماعياً وجغرافياً. وفي راجاستان، على سبيل المثال، وُجد أن البدء المبكر بالرضاعة الطبيعية كان أعلى، وأن انتشار التقزم في القرى التي شملتها التدخلات أقل كثيراً

والحوافز اللازمة لاستبقاء وتحفيز العمال الصحيين ليست مالية بالضرورة، حيث أن النتائج المخيبة للآمال لتقييم التدريب والنشر الواسع النطاق للعاملين الصحيين المحليين بعد ألما أتا تؤكد أن الإدارة السليمة للبرنامج والتدريب المتجدد لإنعاش الذاكرة أكثر فاعلية في الحفاظ على فاعلية العاملين من التدريب الأولي، وتعتبر المشاركة والدعم المجتمعي النشط عنصران حيويان في برامج العاملين الصحيين المحليين الناجحة والمستدامة في أنحاء العالم. ففي الفلبين ، على سبيل المثال، أصبح العاملون الصحيون على مستوى بارانغي، وهي أصغر وحدة سياسية في البلاد، قوة دافعة مهمة لتحسين بقاء الأطفال. وقد شجع هذا النجاح قانون المزايا والحوافز للعمال الصحيين لبارانغي عام ١٩٩٥. وهو يتضمن تزويدهم بعلاوات للإعاشة وإثراء الحياة المهنية وبرامج تدريب خاصة وفرص تسهيل القروض. وعلى نحو مماثل، في سيارا بالبرازيل، أدى برنامج يستخدم نهجاً لامركزياً، ويسمح للعاملين الصحيين بكسب دخل شهري جيد (ضعف المعدل المحلي مرتين) إلى تحسن كبير في صحة الطفل، بما في ذلك تخفيض وفيات الأطفال بنسبة ٣٢ بالمئة[١٣].

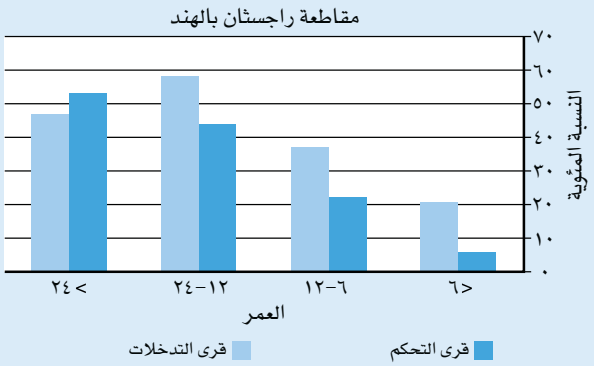
الإشراف والدعم الكافيين للبرامج

أنظمة الإشراف والدعم لشراكات المجتمع المحلي في الرعاية الصحية الأولية قد تمحو إحساس العمال الصحيين المحليين بالعزلة وتساعد على استدامة الاهتمام والتشجيع، مما يقلل من خطر الاستنزاف. وبشكل عام، يتولى العاملون الصحيون المهرة، المتمركزون في أو المرتبطون بمرافق الخدمة الصحية القريبة، وظيفة الإشراف، مما يزيد عبء عملهم الثقيل بطبيعة الحال. ويحتاج المشرفون أنفسهم إلى التدريب لاكتساب المهارات الملائمة للإشراف على البرامج المجتمعية. كما أن القيود التي تفرضها الموارد– البشرية

مما هو عليه في قرى التحكم (انظر الشكل ٣–١). وفي غرب البنغال، كان البدء المبكر للرضاعة الطبيعية (٧٦ بالمئة في قرى التدخلات مقابل ٤٤ بالمئة في قرى التحكم)، والتزود بفيتامين A التكميلي (٥٠ بالمئة مقابل ٣٣ بالمئة) ومعدلات التطعيم (٨٩ بالمئة مقابل ٧٧ بالمئة للحصبة) أعلى في قرى التدخلات منه في قرى التحكم، وكانت معدلات سوء التغذية أقل (٢٧ بالمئة مصابين بالتقزم مقابل ٣٢ بالمئة)، وكلفة هذه التدخلات متواضعة، حيث بلغت ١٥٠–٢٠٠ دولار أمريكي لكل قرية سنوياً، وهذا يمثل ٩–١٠٪ من تكاليف الخطة الحكومية المستمرة للتنمية المتكاملة للطفولة لكل قرية سنوياً.

الشكل ٣-١

انتشار التقزم حسب السن (بالأشهر)



المصدر: اليونيسف، الهند، التقرير السنوي عام ٢٠٠٦، صفحة ٤٧.

الدروس المستفادة

بالنظر إلى المعدل العالي لسوء تغذية الأطفال في الهند، بات من المهم التأكيد على أهمية إدخال تغيرات منخفضة الكلفة على الخطة المتكاملة لتنمية الطفولة بُغية تحسين الرعاية الصحية للرضع والأطفال الصغار بشكل ملحوظ، ومن شأن هذه التغييرات أن تؤدي إلى تحسينات غذائية في فترة زمنية محدودة. وفي الهند، هناك حوالى ٤٣ بالمئة من الأطفال دون سن الخامسة يعانون انخفاض الوزن ، لذلك فإن نجاح الحلول منخفضة الكلفة لسوء التغذية في الولايات التي تحظى بأولوية كبرى في هذا البلد سيكون لها أثر عالمي.

التحديات المتبقية

قررت حكومات الولايات التي يتم تطبيق هذه التدخلات فيها نقلها إلى نطاق أوسع، باستخدام مواردها الخاصة، وستستمر اليونيسف في تعاونها لضمان التنفيذ الجيد، ولمناقشة بعض السلوكيات التي يشكل تغييرها صعوبة أكبر، كتوجُه مقدمي الرعاية إلى تأخير البدء بالتغذية التكميلية (بعد وقت طويل من بلوغ الرضع ٦ أشهر). ورغم أن الوضع الغذائي للأطفال والرضع في الولايات المعنية قد تحسن، إلّا أن من الواضح أن الحاجة إلى المزيد من التقدم في المستقبل ما زالت ماسة.

أنظر المراجع، صفحة ١٠٧.

أو المالية أو التنظيمية– قد تحد من اتساع وعمق التدريب، مما يؤدي إلى تدني كفاءة المشرفين والعاملين الصحيين المحليين في تطبيق وإدارة البرامج. ومن الجدير بالذكر أن زيارات المشرفين إلى المجتمعات المحلية، بشكل خاص، مهمة جداً للتدريب الميداني والتعلم عن طريق الممارسة لكل من الجانبين، لكن هذه الزيارات غالباً ما تتعذر بسبب شح الموارد المالية أو بسبب رداءة البنية التحتية لوسائل التنقل.

وتساعد الإدارة الفعالة لبرامج المجتمع المحلي عملية التقييم، وتستطيع المراقبة الدائمة المساعدة على ضمان شمولية التغطية، قدر الإمكان. ويجب تحديث سجلات المرضى والعلاج والنتائج، كما يجب عقد الإجتماعات بشكل منتظم بُغية بناء علاقات تعاونية بين العاملين الصحيين والمشرفين، والإستفادة من المعلومات في تقييم البرنامج وإجراء التعديلات عليه. كما أن توظيف التقنيات، كتأسيس قواعد بيانات على الكمبيوتر والبريد الإلكتروني والهواتف الخلوية يساعد على تنظيم وتبسيط عملية جمع المعلومات ونشرها، وفي الوقت ذاته يوفر الوقت للباحثين الإجتماعيين والمشرفين لزيارة المجتمعات المحلية والمنازل وعقد اللقاءات معاً.

وتتضمن أنواع الدعم الأخرى للبرامج: التجهيزات والإمدادات والمعدات، ويجب تزويد العاملين الصحيين المحليين بالأدوات الكافية، بما فيها التدريب والمنتجات، ليتمكنوا من تأدية وظيفتهم والمحافظة على مكانتهم في المجتمع المحلي. وتبين عمليات تقييم برامج العاملين الصحيين المحليين المذكورة سابقاً، والتي نُفذت في الثمانينيات أنه عندما تكون هذه الأدوات والمنتجات– وخاصة الأدوية– غير ملائمة أو لا يتم توفيرها بشكل منتظم، تتضاءل فاعلية العاملين الصحيين. وتبين الأدلة أنه عندما تكون المجتمعات المحلية بعيدة عن مرافق الصحة الداعمة، فإن البرامج تكون أكثر فاعلية إذا وُضع جدول واضح لزيارات المشرفين والعاملين الصحيين،

منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب من الأم إلى الطفل: أثر برامج "من الأمهات إلى الأمهات" في شرق وجنوب إفريقيا

إن ضرورة منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب من الأم إلى الطفل (PMTCT) جليّة، فكما تشير التقديرات، أصيب ٥٣٠,٠٠٠ طفل جديد في عام ٢٠٠٦، معظمهم عن طريق انتقال المرض من الأم إلى الطفل. ومن دون توفير العلاج، سيموت نصف الرضّع الذين وُلدوا وهم يحملون الفيروس قبل سن الثانية.

لكن من الممكن تحقيق انخفاض كبير في انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل من خلال تطبيق إجراءات أساسية مهمة، مثل التعرف على النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة عن طريق الفحص الروتيني لاكتشاف المرض وإلحاقهنَ ببرامج منع انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل، والتأكد من أن الأنظمة الصحية قادرة تماماً على تقديم الأنظمة المضادة للفيروسات الإرتجاعية لكل من المعالجة الوقائية وللعلاج، ودعم النساء في التقيد بتغذية الرضع المثلى والآمنة.

وحتى عندما تكون هذه الخدمات والتدخلات متوافرة، لا تصلها العديد من الحوامل لأنهن لا يتلقين المعلومات الضرورية، ويخشين وصمة العار التي ستلحق بهن، أو لأن العاملين الصحيين ليسوا متوافرين. ويُعتبر غياب المشاركة في البرامج المرتبطة بمنع انتقال الفيروس من الأم للطفل في فترة ما بعد الولادة أمراً شائعاً في العديد من الدول، حتى إذا تلقت النساء خدمات منع انتقال الفيروس من الأم للطفل أثناء فترة الحمل.

ويعتبر برنامج "من الأمهات إلى الأمهات" (m2m) أحد البرامج الحديثة التي تُقدم في المراكز الصحية. ويعمل هذا البرنامج حالياً في ٧٣ موقعاً في جنوب إفريقيا و١٥ موقعاً في ليسوثو. ويتبنى البرنامج نهجاً يستخدم التعليم والتمكين لمنع انتقال فيروس نقص المناعة من الأم إلى الطفل، وإزالة وصمة العار التي تلحق بحامله داخل العائلات والمجتمعات، والحفاظ على حياة الأمهات من خلال التقيد بالعلاج. ويعتمد برنامج "من الأمهات إلى الأمهات"، الذي أسسه دكتور "ميتش بيسار" في عام ٢٠٠١ على فكرة أن الأمهات أنفسهن من أقوى المرشدات والداعمات للأمهات الحوامل.

ويهدف برنامج "من الأمهات إلى الأمهات" إلى جمع النساء في فترة ما قبل الولادة مع مستشارات ومرشدات من أندادهن لمناقشة الشئون الصحية ومكافحة فيروس نقص المناعة ورعاية الطفل بعد الولادة، ويقوم البرنامج بتدريب وتوظيف الأمهات المصابات بفيروس نقص المناعة، واللاتي انتفعن مسبقاً من المشاركة في برنامج منع انتقال فيروس نقص المناعة من الأم إلى الطفل كمعلمات أنداد أو "أمهات مرشدات"، حيث يعملن مع مرافق الرعاية الصحية المحلية والمنظمات غير الحكومية لتطبيق نموذج يمكن دمجه مع جهود منع انتقال فيروس نقص المناعة من الأم إلى الطفل في دول إفريقيا الصحراوية. وتعتبر الأمهات المرشدات أنداداً للنساء الحوامل، حيث يسمح لهن تدريبهم وتقديم النصح حول الإصابة بفيروس نقص المناعة والعلاج المضاد للفيروسات الإرتجاعية، والترويج للسلوكيات الجيدة للمساعدة في منع انتقال المرض من الأم إلى الطفل، ومناقشة أهمية المتابعة الصحيحة للأم والطفل بعد الولادة، وتقديم طرق لمناقشة الممارسات الصحية الآمنة والإرشادات الغذائية للنساء اللاتي يحملن فيروس نقص المناعة.

وتتوسع منظمة "من الأمهات إلى الأمهات" بشكل سريع، حيث أصبح لها شراكات عالمية في بتسوانيا وأثيوبيا، وهي تعمل على وضع برامج جديدة في كينيا وروندا وزامبيا.

وتم الإعداد لوسائل النقل من وإلى هذه المجتمعات.

غير أن الإشراف لا يجب أن يكون محصوراً في السلطات الصحية الرسمية، بل يجب أن يكون لمنظمات المجتمع المحلي دور في الإشراف على العاملين الصحيين ونتائج البرامج. ومن حيث المبادئ المقبولة على نطاق واسع بين ممارسي المهنة، يُوصى بأن ينخرط المجتمع المحلي في الاختيار الأول للعاملين الصحيين، وأن يقبل العاملون الصحيون بمشاركة أفراد المجتمع المحلي في تحديد الأولويات وتخطيط المشاريع[١٤].

أنظمة الإحالة الفاعلة

تعتبر أنظمة الإحالة الفاعلة مُكملاً أساسياً للبرامج المجتمعية الناجحة لضمان الرعاية الصحية المتصلة (انظر الفصل الرابع)، وتقدم المستشفيات خدمات لا تُضاهى على نحو آمن في مكان آخر، كالعمليات القيصرية وغيرها من إجراءات الولادة الطارئة. أما في البلاد الأشد فقراً، والتي تعاني من معدلات عالية في وفيات الأمهات والأطفال، فغالباً ما تكون موارد الرعاية الصحية محدودة وفرص الإحالة إلى المستشفيات منخفضة. في هذه الأوضاع، يمكن مساعدة ملايين الأطفال سريعاً من خلال رفع مستوى التدخلات المثبتة والفعالة وغير المكلفة في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وخاصة المحلية منها.

وفي الوقت ذاته، هناك حاجة للإستثمار في تقوية الأنظمة الصحية في المناطق لتوفير «رعاية إحالة أساسية» ولدعم توسيع خدمات الرعاية الصحية الأولية الأساسية. وقد أثبت العاملون الصحيون المحليون فاعليتهم في إدارة العديد من أمراض الطفولة الخطيرة، مثل الإسهال والملاريا وسوء التغذية الحاد وذات الرئة، ومن المؤكد أن الإشراف وتوافر خدمات الإحالة يعززان من جودة هذه الأنشطة.

وتحتل برامج مثل "من الأمهات إلى الأمهات" أهمية كبيرة، نظراً للتزايد المستمر لأنظمة العلاج والموارد المبعثرة للعديد من المرافق الصحية في أماكن انتشار مرض فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب بمعدلات عالية. وتدعو إرشادات منع انتقال فيروس نقص المناعة من الأم إلى الطفل، التي وضعتها منظمة الصحة العالمية، إلى تقديم المزيد من الأنظمة المركبة للعلاج المضاد للفيروسات الإرتجاعية في محاولة لتخفيض معدلات انتقال المرض من الأم إلى الطفل. وهناك تركيز أكبر على زيادة سبل وصول النساء الحوامل الحاملات لفيروس نقص المناعة المكتسبة إلى مراكز العلاج، وحثٌ لضمان تحويل عدد أكبر من الأطفال، الذين خضعوا لبرنامج منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب من الأم إلى الطفل، لإجراء تشخيص مبكر. وتعتبر برامج مثل "من الأمهات إلى الأمهات"، التي تضم أعضاء ملتزمين ومطلعين من المجتمع المحلي يروجون لنجاح مبادرات منع انتقال فيروس نقص المناعة من الأم إلى الطفل، ضَرورية جدا لدعم مقدمي الخدمات الصحية في منع الإيدز وعلاجه.

ويؤمن برنامج "من الأمهات إلى الأمهات" بأن الأمهات المرشدات يجب أن يحظين بالتقدير لمساهمتهن المهمة، ووفقاً للدكتور بيسار "الأمهات المرشدات اللاتي تلقين خدمات برامج منع انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل يتم توظيفهن محلياً، ويُدفع لهن رواتب مقابل العمل الذي يقمن به، مما يجعلهن أعضاء محترفات في فريق الرعاية الصحية".

وقد أُجري مؤخراً تقييم مستقل لبرنامج "من الأمهات إلى الأمهات" بواسطة برنامج آفاق التابع لمجلس السكان، وقد لوحظت عدة نتائج مشجعة تصاحب عملية المشاركة في البرنامج، منها ما يلي:

- النساء في فترة ما بعد الوضع، ممن تواصلن مرتين أو أكثر مع برنامج "من الأمهات إلى الأمهات" كن أكثر استعداداً للكشف عن وضعهن كمصابات بفيروس نقص المناعة لشخص ما، أكثر من النساء اللاتي لم يشاركن (٩٧ بالمئة من المشاركات مقابل ٩٥ بالمئة من غير المشاركات: قيمة p–value < ٠,٠١).
- كان تلقى النساء المشاركات في برنامج فترة ما بعد الوضع لعقار نفيرابين الخاص بمنع انتقال مرض فيروس نقص المناعة المكتسبة من الأم إلى الطفل أكثر من تلقي النساء غير المشاركات (٩٥ بالمئة للمشاركات مقابل ٨٦ لغير المشاركات، قيمة p–value <٠,٠٥).
- كانت المشاركات في برنامج "من الأمهات إلى الأمهات" أكثر استخداماً لطريقة التغذية الخالصة (إما الرضاعة الطبيعية الخالصة وإما وصفة غذاء الرضع، لكن من دون حليب الأم) من غير المشاركات.
- كانت المشاركات في برنامج "من الأمهات إلى الأمهات" أكثر استعداداً للخضوع لفحص خلايا CD4 أثناء حملهن الأخير من النساء غير المشاركات (٧٩ بالمئة مقابل ٥٧ بالمئة: قيمة p–value < ٠,٠١)، (وخلايا CD4 هي خلايا دم بيضاء تشكل جزءاً رئيساً من جهاز المناعة البشري، وهي أيضاً الخلايا الأكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب، وكلما كان عدد خلايا CD4 أقل، أصبح جهاز المناعة أضعف وزاد خطر التعرض للأمراض الانتهازية).

أنظر المراجع، صفحة ١٠٧.

القيادة تجلب التغيير للأمهات والأطفال في أثيوبيا

بقلم تيدروس أدهانوم، وزير الصحة في أثيوبيا

تبين تجربة إثيوبيا مع بقاء الأطفال أن القيادة السياسية القوية تستطيع أن تؤدي إلى نتائج باهرة. ففي عام ٢٠٠٤، تحدى رئيس الوزراء "ميليس زيناوي" الحكومة وشركاءها أن ينضموا إليه في رسم خطة لرعاية صحية شاملة رغم العقبات الضخمة التي كانت تقف في طريق ذلك. فعلى الرغم من أن أكثر من ٨٠ بالمئة من وفيات الأطفال كان من الممكن منعها، بقيت التغطية والانتفاع بالخدمات الوقائية متدنيين، حيث أن أقل من ٣٠ بالمئة من النساء فقط يتلقين رعاية ما قبل الولادة و٤٩ بالمئة فقط من الأطفال يتلقون جرعات التطعيم الكاملة قبل بلوغ السنة من أعمارهم.

برنامج توسيع نطاق الخدمات الصحية

تتعامل الحكومة وشركاؤها مع هذه التحديات مباشرةً من خلال برنامج توسيع نطاق الخدمات الصحية، وهي استراتيجية وطنية مصممة للترويج لصحة الأم والطفل في المجتمعات المحلية. ويعمل برنامج توسيع نطاق الخدمات الصحية، المبني على فلسفة أن الصحة منتجٌ يمكن انتاجه بواسطة الأفراد، على تمكين المجتمعات المحلية لاتخاذ قرارات نابعة من معرفةٍ حول صحتهم، وذلك عبر تسليحهم بالمهارات والمعرفة الملائمه.

ولتحرز هذه الخطة النجاح، وظفت الحكومة ٣٠,٠٠٠ عاملة صحية لتوسيع نطاق الخدمات– وهو التزام ضخم للموارد المالية والبشرية– لترويج ١٦ تدخلاً تتعاطى مع الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال والأمهات. وقد تم توظيف أكثر من ١٧,٠٠٠ عاملة صحية لتوسيع نطاق الخدمات حتى الآن، بينما تتلقى ٧٠٠٠ عاملة أخرى التدريب. وقد تم تزويد كل "كبيلي" (أقل وحدة إدارية) بالعاملات الصحيات اللاتي تم توظيفهن وتدريبهن محلياً من وزارة الصحة، كما وضعت الحكومة استراتيجيةً معززة لتوسيع نطاق الخدمات، وهو برنامج مؤقت يقدم الرعاية الطارئه والرعاية الأساسية للجمعيات المحلية في انتظار وصول العاملات الصحيات المدربات.

وفي الوقت ذاته، يجري العمل على مبادرات لتقوية البنية التحتية الداعمة للمستشفيات التي يمكن إحالة المرضى إليها، وتستثمر الحكومة في نظام معلومات للإدارة الصحية، مصمم لجمع بيانات على جميع المستويات، بما في ذلك المراكز الصحية. وفي أكتوبر ٢٠٠٦، تبنت الحكومة نظاماً وطنياً للإمداد بالسلع الصحية لضمان سرعة توافر المطاعيم والأدوية الأساسية والسلع الصحية الأخرى للمرافق الصحية في القطاع العام. وهذه التدخلات ضرورية لضمان المحافظة على التقدم الذي تم إحرازه حتى الآن من خلال المبادرات الصحية العمودية والمجتمعية.

الدروس المستفادة

أثمر برنامج توسيع نطاق الخدمات الصحية عدداً من الدروس القيمة، أولها أن رفع المستوى يتطلب السرعة والزخم والجودة، وقد ساعدت عمليات التخطيط الشاقة على ضمان السرعة والزخم. فعلى سبيل المثال، عندما نظمت الحكومة حملة وطنية لتوزيع الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية، قام الشركاء المانحون، خاصة مركز كارتر والصندوق العالمي واليونيسف والبنك الدولي، بتنسيق دعمهم للحملة الوطنية وساعدوا على تحقيق هدف توزيع ٢٠ مليون ناموسية خلال سنتين. وقد تلقى كل منزل ناموسيتين تُستخدمان بشكل رئيسي لحماية النساء والأطفال من الملاريا.

والدرس الثاني هو أن السرعة والزخم لا يضمنان بالضرورة تحقيق الجودة، فهناك حاجة إلى بذل جهود إضافية للتأكد من أن الأسر تعرف متى وكيف تستخدم الموارد الصحية، بما في ذلك الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية. وتعمل عاملات الصحة في برنامج توسيع نطاق الخدمات الصحية على جَسر الهوة في التواصل بين القطاع الصحي والمجتمعات التي تخدمها، للفوز بثقة المجتمعات المحلية والتحدث مباشرة إلى الأمهات.

أما الدرس الثالث، وربما الأكثر أهمية، فهو الأهمية الكبيرة للقيادة السياسية. فالقيادة السياسية الحقيقية تتطلب انخراطا فعالاً وذا مغزى في كل خطوة من العملية– من تحديد المشكلة ووضع الأهداف إلى حشد الموارد وتشجيع مشاركة المجتمع المحلي. وقد ساعد النقاش العام حول احتياجات الرعاية الصحية وأولوياتها، بالإضافة إلى التعاون بين جميع المساهمين، بمن فيهم المانحين ومقدمي الرعاية والمجتمعات المحلية، على تشجيع الملكية الواسعة لبرنامج توسيع نطاق الخدمات الصحية.

ويدعم شركاؤنا، بمن فيهم اليونيسف وغيرها من المانحين، عملية التخطيط الوطنية من خلال مناغمة أنشطتهم ودعمهم لأولويات أثيوبيا. وإنه لإنجاز ضخم أن ترى جميع الشركاء المانحين وقد وقعوا على ميثاق تحمّل المسؤولية ،وصادقوا على نموذج تناغم واحد يهدف إلى وضع خطة واحدة وميزانية واحدة وتقرير نهائي واحّد، وهذا هدف طموح نعمل معاً لتحقيقه على المدى الطويل.

مازالت خطة إثيوبيا لتحقيق هدف الألفية الإنمائي الرابع تواجه عدداً من العقبات، لكن التقدم الذي تم إحرازه حتى اليوم يبين أن حلمنا بشمولية وصول الرعاية الصحية غير المكلفة قد يصبح واقعاً.

© UNICEF/HQ06-1855/Josh Estey

التغيرات السلوكية الإيجابية في المنزل والمجتمع المحلي تؤدي إلى تحسن في صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال، عامل صحي محلي يعرض كيفية استخدام مواد معالجة المياه، إندونيسيا.

كان العاملون الصحيون المحليون أقل فاعلية في التعرف على إدارة المضاعفات التي تحدث أثناء الولادة، ولذلك، تطلَب تخفيض وفيات الأمهات رفع مستوى مهارات القابلات ومستوى أنظمة الإحالة لرعاية حالات الولادة الطارئة.

كما تخدم الأنظمة الصحية في المناطق كحلقة اتصال لتنسيق برامج الصحة العامة، حيث تُدمج الرعاية المباشرة للمرضى مع الحملات السكانية والتنسيق والإشراف على الرعاية المجتمعية والخدمات الصحية الأخرى منخفضة المستوى. وعلى صعيد الإحالة الأعلى مستوىً (المستشفيات الإقليمية والوطنية)، غالباً ما يتوسع هذا المستوى ليتضمن وظائف كالتدريب والبحوث والدعم الفني وضمان الجودة للمستويات المنخفضة.

ويعتبر التواصل الجيد بين المشاركين في برامج المجتمع المحلي وطواقم العمل في مرافق الخدمة الصحية عنصراً مهماً لنظام الإحالة الفعال. وللتأكيد على نقاط ذُكرت في القسم السابق، يجب أن تنخرط مستشفيات الإحالة مع برامج المجتمع المحلي، وتوفر دعماً قوياً للعاملين الصحيين المحليين، وتنفق وقتاً طويلاً في تقديم النصح من خلال التواصل «من شخص إلى آخر» أو عبر أشكال التواصل الأخرى، ولا شك أن رفع مستوى المعلومات وتكنولوجيا الإتصالات سيسهل الحوار والإحالة، حتى في الدول منخفضة الدخل[١٥].

التعاون والتنسيق مع البرامج والقطاعات الأخرى

وكما تعتبر أنظمة الإحالة ضرورية لدعم وتنسيق الأنشطة على مستوى المجتمع المحلي، فإن التعاون والتواصل فيما بين البرامج على مستوى المنطقة، والتعاون بين القطاعات المختلفة ضروريان أيضاً. وهناك أشكال عديدة للتنسيق مع الخدمات الصحية الأخرى، والفوائد الممكنة لهذا متعددة، وتتضمن تبادل أفكار جديدة والتدريب ومهارات الموارد والتقييم والإنذار المبكر وإدارة واحتواء اندلاع الأمراض[١٦].

وفي كمبوديا ،على سبيل المثال، تشارك

© UNICEF/MENA06218/Shehzad Noorani

العاملون الصحيون قوى دافعة اشتراكات المجتمع المحلي في الرعاية الصحية الأولية، عامل صحي يزن طفلًا ويراقب نموه في مجتمع محلي ريفي، العراق.

المنظمات غير الحكومية في الموارد من خلال مجموعة منظمات وطنية غير حكومية لبقاء الأطفال. وهذه المنظمات تجتمع بانتظام في فنوم بنه. ويزور أعضاء هذه المجموعة والممثلون من وزارة الصحة مشاريع بعضهم البعض لدراستها والتعلم من تقديم وتكييف النُهج الخاصة والرعاية الصحية للأمهات وحديثي الولادة والأطفال[١٧]، ومن خلال مثل هذه المجموعات، استطاعت المنظمات العالمية تبادل أفضل الممارسات حول العالم. فعلى سبيل المثال، يتم تطبيق طرق مجموعة الرعاية المذكورة في الجدول الذي يتناول موزمبيق في صفحة ٥٩ في كمبوديا وملاوي ورواندا[١٨].

وأما داخل المجتمعات المحلية، فتعتبر حلقات الوصل بين الجماعات مهمة لاستدامة البرامج الصحية. فقد أجريت سلسلة من المسوح المنزلية واسعة النطاق في سبعة مناطق في كولومبيا والإكوادور ونيكاراغوا وبيرو لتقييم قضايا عملية في توزيع واستخدام الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية. وقد كشفت المسوح تفاوتاً واسعاً في استخدام الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية، من ٢٥ بالمئة من المنازل في مناطق نيكاراغوا إلى ٩٠ بالمئة في مناطق بيرو الواقعة على الأمازون. وفي أربع من المناطق التي تناولتها الدراسة، صنعت النوادى النسائية المحلية الناموسيات، ثم باعها العاملون الصحيّون القرويون في المجتمعات المحلية ووضعوا ريعها في صندوق دوّار[١٩].

وينطوي التعاون بين القطاعات المختلفة على العمل مع جميع القطاعات التي تؤثر على النتائج الصحية في المنازل والمجتمعات المحلية. وبالإضافة إلى أن هذا التعاون يوفر قاعدة متكاملة وأكثر استدامة للتقدم في النتائج الصحية، فهو أيضاً يمكن المجتمعات المحلية من بناء قاعدة لمَدخلاتها على مدى أوسع للقضايا التي تؤثر على صحتها، ومن دون أنشطة التعاون، قد تعمل القطاعات منعزلة عن بعضها أو لتحقيق أهداف متداخلة، مغفلة بذلك التعاون الذي سيعطي نتائجاً مضاعفة.

ويستلزم النُهج المتكامل لصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال نشاطاً تعاونياً بين البرامج والقطاعات التي تتعامل مع الصحة والغذاء والصحة البيئية والأمراض الرئيسية والأمن الغذائي، بالإضافة إلى المبادرات الخاصة بمعالجة البنية التحتية لوسائل التنقل، والوصول إلى الماء ومرافق الصرف الصحي[٢٠].

ومن الأسباب الأخرى التي تدعو إلى التعاون ما بين القطاعات المختلفة: ارتفاع انتشار إصابة الطفل بأكثر من حالة مرضية في وقت واحد، ورغم أن هذا مشمول في الإدارة المجتمعية المتكاملة لأمراض الطفولة، إلا أن الأنشطة لمكافحة المرض تتعزز بتحسين الظروف البيئية على نحو متزامن. فعلى سبيل المثال، في

حالة مرض الإسهال– الذي يبقى سبباً رئيساً لوفيات الأطفال– قد يعاني الطفل أيضاً من سوء التغذية، لذلك فالتعاون بين قطاع العاملين الصحيين المحليين والمسؤولين عن تحسين المياه ومرافق الصرف الصحي ضروري. إن الإجراءات لتحسين العادات الغذائية– عل سبيل المثال، من خلال إبداء اهتمام أكبر بنظافة الطعام– غالباً ما تقوضها المياه الرديئة والملوثة وعدم كفاية وكفاءة مرافق الصرف الصحي[٢١]، وعلى نحو مماثل، ستنتفع الإجراءات الهادفة إلى تقوية أنظمة التمويل من تحسين البنية التحتية للطرق، والتي ستسهل عمليات التنقل من وإلى المرافق الصحية للمرضى والعاملين الصحيين والإمدادات الطبية والغذائية الضرورية.

تأمين التمويل

قد يأتي تمويل البرامج الصحية المجتمعية من عدة مصادر، بما في ذلك أعضاء المجتمع المحلي أنفسهم، وهيئات البلديات أو المقاطعات عبر المرافق الصحية المحلية، والشركاء من القطاع الخاص أو منظمات المجتمع المحلي والحكومات المحلية أو المنظمات غير الحكومية على مستويات إدارية عالية داخل البلاد أو خارجها.

وتعتبر عملية تأمين التمويل للبرامج المجتمعية أحياناً عملية مجهدة، واستعراض هذا الموضوع بتعمق يعتبر خارج نطاق هذا التقرير، لكن جزءاً كبيراً من التمويل لبرامج صحة الطفل في الدول منخفضة الدخل يأتي من المانحين الخارجيين، ولكي يكون البرنامج المجتمعي ناجحاً، يجب أن يدوم على المدى البعيد، مع الافتراض بأنه سيتطلب قاعدة تمويل ثابته عندما تسحب الجهة المانحة تمويلها.

وهذا صعب جداً، فالدول والمناطق ذات الأنظمة الصحية منخفضة القدرة ومحدودة الموارد المالية ستكافح للحفاظ على البرامج، ولو كانت متوسطة الحجم في غياب تمويل المانحين. وبالإضافة إلى هذا، ليس هناك إجابات بسيطة بشأن تطوير هياكل مالية سليمة ومكتفية ذاتياً. وبشكل خاص، يتطلب العاملون الصحيون على المستوى المحلي نوعاً من الحوافز المالية لإعالة عائلاتهم وضمان استمرار مشاركتهم وحافزهم في البرنامج. وعلى نحو مماثل، قد يتطلب المحترفون الذين غالباً ما تكون أجورهم متدنية تعويضاً مالياً لقاء العمل في المناطق المحرومة ومع البرامج المجتمعية.

ويعني التفكير في الاستدامة والعدل أن تدرس المجتمعات المحلية نفسها قضية اقتسام التكاليف على شكل أجور يدفعها المستخدم مقابل الرعاية الصحية والخدمات الأساسية الأخرى ضمن المجتمع المحلي. وعند طلب أجور من المستخدمين، يجب أن يتم تحديدها بحيث لا تعيق حضور المستخدم لتلقي الخدمات المهمة. ويجب أن تبقى مثل هذه الخدمات، كالتطعيم والرعاية الطارئة، مجانية. ومن المحبذ أن أية مبالغ يتم تلقيها نتيجة خطط اقتسام التكاليف مقابل خدمات داخل المجتمع المحلي يجب استيفاؤها وإدارتها بواسطة المجتمعات المحلية نفسها بحيث تستخدمها في الأنشطة التي تفيدهم بشكل مباشر، كشراء الأدوية أو كحوافز للأداء الجيد للعاملين الصحيين. ويجب أن تكون لجان الصحة المجتمعية، التي تتألف عادة من أفراد المجتمع المحلي ومدراء المرافق الصحية المحلية، هي القناة التي يتم من خلالها دفع أجور العاملين الصحيين المحليين، وعندما يقرر المجتمع المدني قبض أجور مقابل الخدمات الصحية، يجب وضع نظام يتيح لمن لا يستطيعون الدفع ، وفق ما سيقرره المجتمع المحلي، أن يحصلوا على جميع الخدمات من دون تكاليف[٢٢].

دمج البرامج المجتمعية في خدمات المناطق والسياسات الوطنية

تنتشر شراكات المجتمع المحلي في الصحة والتغذية والماء والصرف الصحي والإيدز في كافة أنحاء العالم النامي، وليس هناك شك في إمكانيات هذه الشراكات، لكن نجاحها ينطوي على عناصر كثيرة، وهناك تهديدات كثيرة أمام استدامتها ومداها. وهناك عاملان رئيسيان قد يساعدان على استدامة ودعم المبادرات المجتمعية، وهُما الدعم الفعال من الحكومات المركزية والمحلية ودمجها في السياسات والخطط والميزانيات الحكومية.

يجب أن يكون لبقاء وصحة وتغذية الأمهات والأطفال مكانة بارزة في الخطط والميزانيات الوطنية واللامركزية، كما يجب أن تكون لها أهداف واضحة وأسس قوية. ويجب صياغة الإستراتيجيات الخاصة ببقاء الأطفال من خلال عمليات استشارية يشارك فيها ممثلون على مستوى المجتمع المحلي والمناطق والمستوى الوطني، بالإضافة إلى مجتمع المانحين. ويعتبر فهم التفاوت في ملف الأمراض الوبائية داخل دولة ما خطوة أولى ضرورية نحو تطوير استراتيجية مستهدفة، ويساوي هذا أهمية التقييمات التفضيلية للحقائق المالية والمستويات القائمة للبنية التحتية على مستوى المجتمع المحلي، والمنطقة وعلى المستوى الوطني لتقديم خدمات الرعاية الصحية. وتعتبر هذه النواحي ضرورية لتنفيذ الإستراتيجية الوطنية لصحة الأم والطفل بنجاح. ولذلك، يجب أخذها بعين الاعتبار عند البدء بأي عملية تخطيط.

© UNICEF/HQ97-1086/Giacomo Pirozzi

تصبح البرامج المجتمعية أقوى عند توفير الوصول إلى الرعاية في المراكز الصحية، عاملة صحية تجهز محلول ملحي لمعالجة الجفاف عن طريق الفم، إريتريا.

ويجب أن تُعطى الاستراتيجيات الوطنية أولويةً لإزالة العقبات أمام تحسين مستوى الخدمات وتطبيقها على مختلف الأنظمة الصحية (انظر الفصل ٤ لمزيد من التفاصيل حول إجراءات مواجهة العقبات في تقديم الخدمات الصحية). وتتضمن العقبات المعروفة: جلسات التطعيم غير المنتظمة، والتجارب السلبية مع النظام الصحي، والبعد عن المراكز الصحية ونقص المعلومات. أما على مستوى العائلة والمجتمع المحلي، فغالباً ما تتعرقل التغطية الفعالة لخدمات الرعاية الصحية الأولية بسبب نقص الإمدادات الأساسية التي يمكن دفع ثمنها، وانخفاض الطلب وغيرها من التحديات الجوهرية كعدم معالجة الناموسيات المضادة للبعوض بالمبيدات الحشرية[٢٣].

ومن المرجح أن تستمر كل المبادرات قصيرة الأجل المخصصة لمرض معين– والتي تتلقى الدعم بشكل متزايد من الشراكات العالمية الجديدة المانحة– وبرامج تطوير القطاع الصحي طويلة الأجل، في العمل في وقت واحد، ويجب استثمار الموارد المالية والبشرية الكافية في كل من هاتين المجموعتين من المبادرات للحصول على مكاسب دائمة لصحة الطفل. ويجب أن تفكر الشراكات المدفوعة بالمانحين، والمخصصة لمرض معين، في تكييف نهجها في إطارات عمل متعددة القطاعات تدعم الأولويات الصحية الوطنية، وتعود بفوائد عادلة على النظام الصحي الوطني بأكمله[٢٤].

وتتوقف المسؤولية الكبرى لضمان حقوق الأطفال في الصحة والتغذية على الحكومات التي تشارك المجتمع المدني. فللحكومات دور مهم في تطوير وتطبيق السياسات لتذليل الحواجز أمام الرعاية الصحية الأولية وتحسين جودة وكفاءة مقدمي الخدمات وزيادة المساءلة العامة. وفي الوقت ذاته، يجب أن تكون السياسات الصحية مسؤولة أمام المجتمعات المحلية والمناطق التي تخدمها، كما يجب أن تكون الحكومات والأنظمة الصحية واعية لاحتياجات السكان واهتماماتهم، وإن تطوير سياسات صحية فعالة تركز على الأطفال وعلى بناء مؤسسات قوية بين المجتمعات المحلية والأنظمة الصحية أمران على درجة كبيرة من الأهمية. وفي معظم الدول، يجب أن تُرافق الزيادة في النفقات الصحية تحسينات أساسية على نوعية السياسات إذا ما أُريد تحقيق تقدم كبير نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة[٢٥].

العثور على المزيج الملائم من الحلول لتحقيق نتائج معززة في الصحة والتغذية

لكل دولة من الدول النامية مزيج فريد من الفرص والقيود فيما يتعلق بتطوير نظامها الصحي، ويرجع هذا إلى المستويات المختلفة في التقدم الاقتصادي والظروف البيئية والمؤسسية والوضع السياسي وطاقة النظام الصحي الحالي. ونتيجة لهذا، ليست هناك وسيلة قابلة للتطبيق على نحو شامل لتشجيع التحسن. فقد ترى بعض الدول أن أكبر تحدياتها لا يكمن في رفع مستوى النُهج المجتمعية لرزم الرعاية الصحية الأساسية في أنحاء البلاد، بل في تقوية وتوسيع تقديم الخدمات من خلال البرامج القائمة في المراكز الصحية، ولامركزية الخدمات الصحية ومعالجة الأمراض والحالات غير السارية كداء السكري والبدانة[٢٦].

وبالنسبة إلى الدول منخفضة الدخل – وخاصة تلك التي ما زالت نسبة كبيرة

نقطة تركيز

موزامبيق: تخفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة من خلال برنامج مجتمعي

السياق والتحدي: موزمبيق دولة من أفقر دول العالم، حيث بلغ إجمالي الدخل القومي للفرد ٣٤٠ دولار أمريكي في عام ٢٠٠٦، ويبلغ معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة ١٣٨ وفاة لكل ألف ولادة حية، بينما يبلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة ٤٢ سنة، ويعاني أكثر من ٤٠ بالمئة من الأطفال دون سن الخامسة من تقزم متوسط أو شديد، ويستخدم ثلث السكان فقط مرافق الصرف الصحي الكافية، كما أن الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية محدود، حيث ٢٣ بالمئة من الرضع ينقصهم مطعوم الحصبة، وينام ١٠ بالمئة فقط من الأطفال تحت الناموسيات المضادة للبعوض (المعالجة بالمبيدات الحشرية وغير المعالجة)، وبالإضافة إلى هذا، يعيش ثلثا السكان في مناطق ريفية، حيث يصل ١ فقط من كل ٤ أشخاص إلى مصادر مياه الشرب المحسنة.

تمثل التحدي في تقديم برنامج مجتمعي لبقاء الأطفال في المجتمعات المحلية الريفية التي تعاني من بنية تحتية مادية وبيئية ضعيفة، والتأكد من أن البرنامج المجتمعي ساهم في تخفيض الوفيات.

النهج: استخدم مشروع شراكة وزارة الصحة في تشوكوي ومنظمة الإغاثة العالمية الذي كان عاملاً خلال ١٩٩٩–٢٠٠٣، نهج "جماعة الرعاية" لتنفيذ برنامج لبقاء الأطفال يهدف إلى معالجة ثلاثة عناصر للإدارة المجتمعية المتكاملة لأمراض الطفولة:

- تحسين الشراكات بين النظام الصحي والمجتمع.
- زيادة سبل الوصول للرعاية لمقدمي الخدمة المحليين.
- ترويج الممارسات المنزلية الأساسية الخاصة بصحة الأطفال.

يدرب نهج مجموعة الرعاية معلمات من المجتمع المحلي من خلال التفاعل بين المجموعة، حيث تقدم معلمة متطوعة التعليم الصحي لأندادها في ١٥ منزلاً من المنازل المحيطة، وتشكل ١٠ معلمات صحيات مجموعة رعاية تجتمع مرة شهرياً مع مشرف يعمل مقابل أجر. وأثناء اجتماعات مجموعة الرعاية الشهرية، يقدم عضو نسائي من الكادر الصحي الميداني أو مشرف في مجموعة معلمات الصحه رسائل صحية حول بقاء الأطفال وصحة المرأة. بعد ذلك، تتدرب عضوات مجموعة الرعاية معاً، ويتبادلن المعلومات التي تم تقديمها. وقبل اجتماع مجموعة الرعاية التالية، تكون كل متطوعة مسؤولة عن زيارة المنازل التي تقع ضمن صلاحيتها لنقل الرسائل التي تعلمتها.

وقد تم تصميم برنامج بقاء الأطفال بحيث يكون شاملاً ويدمج الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية واستخدام علاج الجفاف عن طريق الفم والناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية. وقد عمل البرنامج على تقوية عملية الإحالة إلى مراكز الرعاية الصحية المحلية وإدارة الحالة للأمراض الشائعة في المرافق الصحية.

وقد سهلت شراكات اليونيسف واللجنة الدولية للصليب الأحمر توفير الناموسيات المجانية المعالجة بالمبيدات الحشرية والمطاعيم وفيتامين A التكميلي، كما وفر التعاون الوثيق مع اللجان الصحية القروية والقساوسة المحليين الدعم للمتطوعين للقيام بالترويج الصحي وتعبئة المجتمع المحلي لتنفيذ أنشطة مثل توزيع الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية وإقامة حملات التطعيم.

النتائج: نفذ المشروع نظام تسجيل ومعلومات صحية مجتمعي حيوي من خلال متطوعي المجتمع المحلي البالغ عددهم ٢٣٠٠، والذين جمعوا بيانات حول الولادات والوفيات وأمراض الطفولة كل شهر. وتم تجميع هذه البيانات خلال الاجتماعات الشهرية وإرسال السجلات إلى المراكز الصحية التي يديرها مزودو الخدمة المحليون أو "سوكوريستاس"، الذين تلقوا تدريباً من وزارة الصحة في المنطقة، وقد تم إرسال المعلومات التي تم جمعها إلى لجان الصحة القروية المحلية والمراكز الصحية ووزارة الصحة.

وقد بين نظام المعلومات الصحية والتسجيل المجتمعي انخفاضاً في وفيات الرضع بنسبة ٦٦ بالمئة، وانخفاضاً في وفيات الأطفال دون سن الخامسة بلغ ٦٢ بالمئة. وللتحقق من صحة وموثوقية هذه النتائج، أجري تقييم مستقل للوفيات قام به باحثون خبراء باستخدام مسح لتاريخ الحمل، بناءً على المنهجيات القياسية في المسح السكاني والصحي. وقد وجد مسح الوفيات هذا انخفاضاً بنسبة ٤٩ بالمئة و٤٢ بالمئة في وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة على التوالي.

بينت هذه النتائج فاعلية الإدارة المجتمعية المتكاملة لأمراض الطفولة (IMCI)، وأكدت حقيقة أن العمال الصحيين المحليين يستطيعون جمع بيانات صحية يُعتمد عليها في رصد الوفيات.

أنظر المراجع، صفحة ١٠٧.

شراكات المجتمع المحلي في أنظمة المياه ومرافق الصرف الصحي في المدارس

أنظمة المياه الآمنة في أفغانستان

اعتُبر توفير المياه الآمنة منذ سنوات عديدة أولوية في برامج الطوارئ وبرامج التطوير الدائمة في أنحاء العالم. وقد أشاد الكثيرون بتحسين نوعية مياه الشرب على مستوى المنازل من خلال معالجة مصدر المياه المستخدمة وتحسين طرق التخزين باعتباره نهجاً بسيطاً ومنخفض الكلفة لتفادي الأمراض التي تنتقل عن طريق الماء. وقد نشأت شراكة بين مراكز السيطرة على الأمراض ومنعها، ومنظمة الخدمات السكانية العالمية واليونيسف والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية ومنظمة الصحة العالمية؛ بالإضافة إلى مؤسسات أخرى بُغية إنتاج وتوزيع المنتجات التي تحتاج إليها العائلات للحصول على مياه آمنة في المنزل، وتسمى هذه المنتجات معاً أنظمة المياه الآمنة.

وتضم أنظمة المياه الآمنة ثلاثة عناصر:

- معالجة مصادر المياه المستخدمة بواسطة المستهلكين، وذلك باستخدام محلول هيبوكلورايت الصوديوم المخفف والمصنَع محلياً.
- التخزين الآمن للمياه المعالجة في حاويات مصممة لمنع إعادة التلوث.
- التغير السلوكي فيما يتعلق بالتعامل المناسب مع المياه والغذاء والصرف الصحي وعادات النظافة الصحية في المنزل والمجتمع المحلي.

يتم الحصول على منتجات أنظمة المياه الآمنة وتوزيعها من خلال الشراكات الخاصة والعامة والنُهج الخاصة بالسوق عن طريق دمج مهارات وموارد عدة شركاء، مع قيام المنظمات غير الحكومية بالتعبئة المجتمعية لتشجيع الاستخدام الصحيح والثابت، والوصول إلى الجماعات السكانية المعرضة للخطر.

ويتم الترويج لأنظمة المياه الآمنة الآن وتقديمها في ٢٣ دولة من مختلف أنحاء العالم، وقد أثبت أنها تقلل حالات الإسهال بنسبة ٢٥–٨٤ بالمئة، كما أثبتت فعاليتها، بشكل خاص، في حماية الفئات الأكثر ضعفاً: الرضَع، والأشخاص المعرضين لخطر فشل جهاز المناعة وعائلاتهم والمجتمعات التي تشهد اندلاع مرض الكوليرا. وفي أفغانستان، التي تعاني ارتفاعاً في وفيات الأمهات وانخفاضاً في الحضور إلى المرافق الصحية قبل وبعد الولادة، تم تقديم أنظمة المياه الآمنة كجزء من برنامج صحة الأم، ولاجتذاب عدد أكبر من الحضور إلى المرافق الصحية، تم تقديم أنظمة المياه الآمنة ومعدات النظافة الصحية للنساء الحوامل والأمهات الجدد وتعليمهن كيفية استخدام هذه التقنيات البسيطة لحماية أنفسهن وعائلاتهن.

بنغلادش : البيئة الصحية في المدارس والتثقيف حول النظافة الصحية

يسهم مشروع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في قرية نائية في بنغلادش، مصحوب بالتعليم المدرسي للصرف الصحي والنظافة الصحية في المدرسة الثانوية، في توضيح أهمية مشاركة وعمل المجتمع المحلي والأثر الايجابي لهذا على المجتمع. وفي قرية غافا الواقعة جنوب غرب بنغلادش، قرر منتدى المنظمات غير الحكومية إعادة التفكير في نهجه المتعلق بالماء والصرف الصحي، وتعليم النظافة الشخصية على المستوى القروي. ومن النُهج التي بدت واعدة : البدء بمدارس القرية.

من الأمهات والأطفال فيها مستبعدين من البرامج القائمة في المراكز الصحية التي تعاني أنظمتها الصحية من الضعف بسبب سنواتٍ من إهمال الاستثمار فيه، بسبب سوء إدارتها أو غياب القيادة الرشيدة، أو الهجرة الجماعية للعاملين الصحيين المحترفين، أو الطوارئ المركبة، أو وباء الإيدز– فإن تقرير أفضل استراتيجية لا يكون مباشراً ولا بلا مخاطر. أحد الاعتبارات المهمة، وربما الطاغية في هذه الدول هو إمكانية تطبيق مضامين هذا السؤال: ما هي الاستراتيجية الأنسب والأكثر فاعلية والأقل كلفة والأكثر استدامة لتحسين بقاء وصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال وزيادة تغطية الخدمات والسلع الأساسية، بالنظر إلى الوضع الحالي للبلاد من حيث الصحة والغذاء وأنظمة الصحة البيئية[٢٧]؟

ويهدف نموذج قابلية التطبيق إلى التعامل مع الاحتياجات الطارئة للمجتمعات الأكثر فقراً وتهميشاً– حيث معدلات وفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال هي الأعلى– والأشد افتقاراً إلى الخدمات الوقائية، مثل التطعيم والحصول على الأدوية والرعاية الطارئة. وفي الدول التي تُعتبر أنظمة الصحة والغذاء والمياه والصرف الصحي فيها ضعيفة نسبياً وقدرة النظام الصحي متدنية، تستطيع النُهُج المجتمعية، التي لا تعتمد كثيراً على المرافق الصحية والخدمات الخارجية، المساعدة في توسيع تغطية الخدمات والمنتجات والممارسات الأساسية– خاصة إذا كانت الخدمات الوقائية الأساسية مثل التطعيم منظمة فيها[٢٨]، ولكن يجب التأكيد هنا على أن التركيز على الاستدامة يتطلب العمل

فالشباب في عمر المدرسة مستعدون لتقبل معلومات جديدة، ويمكن تحفيزهم بسهولة. وهذا جعل المنظمة متلهفة للانتفاع بهذه الميزة.

تم تشكيل لجان "واتسان WatSan" (المياه والصرف الصحي) على مستوى المدرسة ككل وعلى مستوى كل صف، وتم اختيار مدير المدرسة رئيساً للجنة المياه والصرف الصحي في المدرسة. وكانت لجان الصف تتكون من مدرسين وطلاب ومن الفتيات والفتيان لكل صف في المدرسة. وتم تنظيم جلسات توجيهية لهذه اللجان لتغطية مواضيع، من مثل الترويج لاستخدام المياه الآمنة ومرافق الصرف الصحي، وعادات النظافة الصحية الأفضل والتواصل الفعال بين الطلاب والآباء والتعبئة المجتمعية. كما تم تنظيم أفلام محفزة وتوزيع معلومات عن التغيير السلوكي ومواد التعليم والاتصال بين المعلمين والطلاب لاستخدامها في عقد المناقشات الجماعية في المجتمع المحلي.

وقد نظم الطلاب تجمعات ومسيرات، مستخدمين أنواعاً مختلفةً من الملصقات الدعائية واللافتات والهتاف بالشعارات حول أهمية استخدام المياه الآمنة والمراحيض النظيفة ومراعاة عادات النظافة الصحية المحسنة. وقد أدى هذا إلى رفع مستوى الوعي في أنحاء القرية كلها. وبالإضافة إلى اللجان، نظم الطلاب مجموعات تتألف من خمسة أولاد وبنات في كل صف، وقامت هذه المجموعات بمراقبة الممارسات الآمنة في المياه والصرف الصحي والنظافة الشخصية على مستوى المنازل، كما قدموا المساعدة في مجالات الرعاية الصحية التي لا تتطلب مهارات فنية، كعلاج الجفاف عن طريق الفم، كما وضعت المجموعات خططاً للاستجابة للكوارث الطبيعية.

وبالإضافة إلى هذا، تم إنشاء لجنة أخرى هي "منتدى المعلمين والآباء" وكانت تعقد اجتماعات ربع سنوية لمراجعة التقدم.

وقد أظهرت مراجعة أُجريت لهذا المشروع أن التعليم المدرسي للصرف الصحي والنظافة الشخصية يستطيع المساهمة في تحسين أداء الطلاب ورفاههم. فقد ساعد، على سبيل المثال، على إبقاء الفتيات في المدارس، ولا شك أن إشراك المدارس والطلاب كمحفزين للمجتمع المحلي وسيلةً قوية لتحسين ممارسات المياه والصرف الصحي والنظافة الشخصية. وتُبين الدراسات في "قرية غافا" – قبل المشروع وبعده – تزايد المعرفة بالأمراض المتعلقة بالمياه والصرف الصحي والنظافة الشخصة، وزيادة في بناء واستخدام المراحيض الصحية وزيادة استخدام مياه الشرب الآمنة، وغسل الأيدي بشكل متكرر من قبل أرباب المنازل. لقد بدأت عملية التحفيز من الأعلى وتدرجت إلى الأسفل.

وقد توسع منتدى المنظمات غير الحكومية من بضع قرى تجريبية ليشمل قرى كثيرة أخرى، تحتاج كل منها إلى نهج برامجي. ويواجه هذا المنتدى قضيتان رئيسيتان: الأولى هي تحسين الموارد المالية لهذه المشاريع القروية بحيث تصبح مكتفية ذاتياً، والأخرى هي تحقيق الأثر نفسه في كثير من القرى بمدخلات أقل. ولكن على الرغم من هذا، هناك فوائد كثيرة من هذه البرامج للطلاب والمجتمعات المحلية التي يعيشون فيها، حيث أن مشاريع تجريبية كهذا المشروع في "غافا" تبين أن من الممكن تحقيق الفوائد.

انظر المراجع، صفحة ١٠٧

على توسيع شراكات المجتمع المحلي، جنبا إلى جنب مع بذل الجهود للتغلب على العقبات التي تعترض خدمات صحة وتغذية الأم والطفل في المرافق الصحية والتعامل مع القيود السلوكية والمؤسسية والبيئية الأخرى.

ويركز الفصل التالي على رفع مستوى شراكات المجتمع المحلي في مجالات الرعاية الصحية والغذائية والصحة البيئية. ورغم أن الكثير من الجدل الدائر قد ينطبق، في الغالب، على الدول منخفضة الدخل والمجتمعات المهمشة والفقيرة، إلّا أن معظم ما ذُكر ينطبق أيضاً على دول ومجتمعات تعيش ظروفاً أقل تحدياً.

ملخـــــــص

سيتطلب تسريع التقدم في مجال بقاء الأطفال على قيد الحياة تطبيق الدروس المستفادة عبر قرن من الزمان في ميدان تنمية القطاع الصحي، واتخاذ المقاربات الفعالة لتعزيز الشراكات المجتمعية، واستمرار متوالية أنظمة الرعاية والصحة.

يجمع هذا الفصل بين عنصرين، هما العمل والشراكات، ضمن إطار عمل يهدف إلى توسيع نطاق متوالية الرعاية المقدمة للأمهات والمواليد الجدد وصحة الطفل، باعتبارها الوسيلة الرئيسية لضمان تطوير الأنظمة الصحية للحصول على النتائج المطلوبة، حيث يحدد خمسة أعمال مميزة، لكنها مترابطة ومطلوبة لبرامج وسياسات وشراكات العقد القادم.

العمل الأول: تعديل البرامج بحيث تتحول من كونها تدخلات مختصة بأمراض معينة إلى جعلها مجموعات متكاملة، قائمة على الأدلة وذات تأثير كبير لضمان استمرار متوالية الرعاية.

العمل الثاني: جعل صحة الأمهات والأطفال ركناً أساسياً في عمليات التخطيط الوطني لرفع مستوى الخدمات الأساسية.

العمل الثالث: تحسين جودة الخدمات وضمان التمويل اللازم لتحسين الأنظمة الصحية.

العمل الرابع: تعزيز ودعم الإلتزام السياسي، والقيادة الوطنية والدولية، والتمويل الثابت لتطوير الأنظمة الصحية.

العمل الخامس: خلق الظروف الملائمة لتعزيز التناغم بين برامج الصحة العالمية والشراكات الخاصة بها.

يتطلب توسيع نطاق النُهج تدخلات الرعاية الصحية الأساسية فهماً شاملًا لكل من الإستراتيجيات التي تسرّع التقدم، والتحديات التي تعيقه، ظهر في الصورة موظفة صحة تزن طفلًا بهدف مراقبة نموه في الفلبين.

أما بالنسبة للحكومات والمانحين والمنظمات الدولية والشراكات الصحية العالمية، فسيتطلب رفع المستوى بشكل فعّال طريقة جديدة للعمل في مجال الرعاية الصحية الاولية بين المعنيين الرئيسيين. إن الفكرة التي تشكل حجر الأساس في هذا النموذج هي الوحدة، فالمبادرات والشراكات الموجهة نحو تحسين أوجه الرعاية الصحية للأمهات والأطفال زاخرة، وفي تزايد مستمر. بَيد أنها بحاجة إلى تماسك وانسجام أكبر لتلبية الأهداف الإنمائية للألفية، الخاصة بصحة الأمهات والأطفال.

٤

تعزيز الشراكات المجتمعية، استمرار الرعاية وأنظمة الصحة

تركز مراجعة الشراكات المجتمعية المبينة في الفصل الثالث على قدرتها على تسريع التحسينات في مجال صحة الأمهات والمواليد الجدد وصحة الطفل. فعلى سبيل المثال، تبين الأدلة أن استخدام مزيج من البرامج الهادفة إلى مد المعونة المجتمعية واستراتيجيات الرعاية العائلية– المجتمعية بنسبة تغطية تبلغ ٩٠ في المئة، يمكن أن يحد من وفيات حديثي الولادة بنسبة ١٨–٣٧ في المئة، حتى في حال غياب التحسينات في خدمات الرعاية الصحية المتمركزة في المرافق الصحية[١]. وإن ما نحتاج إليه فعلاً هو استراتيجيات خلاقة لاستغلال الطاقة القصوى للشراكات المجتمعية في الرعاية الصحية على مستوى واسع، وجعلها جزءاً من جهد عام لتعزيز أنظمة الصحة الوطنية.

ويجري حالياً تطبيق الدروس المستفادة من تبني مقاربات فاعلة بشكل متزايد، علماً بأن الوكالات الدولية الرئيسة العاملة لصالح صحة الأطفال والأمهات وبقائهم على قيد الحياة – ألا وهي اليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان وأنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي– تعمل مع المانحين والحكومات ومنظمات دولية رائدة أخرى، مثل الإتحاد الإفريقي، على تطوير أطر عملٍ وإستراتيجيات لتحسين وزيادة سبل الوصول إلى الرعاية الصحية الأساسية .

ماذا يتطلب توسيع نطاق الخدمات؟

إن توسيع نطاق التدخلات القائمة مهم جداً لتسريع التقدم على طريق تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، المتعلقة بصحة الأطفال والنساء، خصوصاً في دول إفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا، حيث وقع في هاتين المنطقتين أكثر من ٨٠ في المئة من وفيات الأطفال في عام ٢٠٠٦.

وقد تم الإجماع على توسيع نطاق الخدمات بشكل كبير، لكن الأقوال أسهل من الأفعال، حيث يتطلب توسيع نطاق الخدمات مجموعةً معقدةً من الأعمال، والكثير منها مترابط، وذلك لتحقيق هدفين معاً، أولهما تحقيق التوسع، وثانيهما ضمان الإستدامة طويلة الأمد .

وعلى المستوى البرامجي ومستوى وضع السياسات، لن يكون التوسع في تقديم مجموعات تدخلات رخيصة ومثبتة كافياً، فمن الضرورة بمكان معالجة العقبات السلوكية والمؤسسية والبيئية التي تعيق سبل الوصول إلى هذه التدخلات كجزء من عملية توسيع نطاق الخدمات، ويقتضي تحقيق النجاح فهماً عميقاً لهذه العقبات وللإستراتيجيات المطلوبة للتغلب عليها.

أما بالنسبة إلى الحكومات والمانحين والوكالات الدولية والشراكات العالمية، فسيتطلب توسيع النطاق بشكل فاعل طريقة جديدة للعمل في مجال الرعاية الصحية بين المعنيين الأساسيين. فالمبادرات والشراكات المسخّرة لتحسين جوانب صحة الأطفال والأمهات كثيرة وآخذة في الانتشار. ولكن في غياب قدر أكبر من التماسك والتناغم، ستواجه هذه الجهود المتفرقة خطر الفشل في تحقيق الأهداف المرتبطة بالصحة في الأهداف الإنمائية للألفية في السنوات القادمة.

يجمع هذا الفصل بين هذين العنصرين –العمل والشراكات– ضمن إطار عمل يهدف إلى توسيع نطاق متوالية رعاية الأمهات والمواليد الجدد والأطفال. ويحدد خمسة أعمال مميزة، لكنها مترابطة ومطلوبة للبرامج والشراكات والسياسات في العقد القادم:

العمل الأول: تعديل البرامج بحيث تعدو كونها مجرد تدخلات مختصة بأمراض

© UNICEF/HQ96-1005/Shehzad Noorani

معينة إلى جعلها مجموعة متكاملة قائمة على الأدلة، وذات تأثير كبير نهاية صفحة لضمان استمرار متوالية الرعاية عبر الزمان والمكان.

العمل الثاني: جعل صحة الأمهات والمواليد الجدد وصحة الطفل ركناً أساسياً في التخطيط الوطني الإستراتيجي لتوسيع نطاق الخدمات وتعزيز الأنظمة الصحية.

العمل الثالث: تحسين ودعم فرص التمويل وتماسكها لتسهم في تعزيز الأنظمة الصحية.

العمل الرابع: تعزيز ودعم الإلتزام السياسي والقيادة الوطنية والدولية والتمويل المستدام لضمان الوصول إلى متوالية الرعاية[٢].

العمل الخامس: خلق الظروف الملائمة لتحقيق المزيد من الانسجام بين البرامج والشراكات العالمية في مجال الصحة.

١- تعديل البرامج

تحويلها من مجرد تدخلات إلى رعاية مستمرة

حتى يومنا هذا، ركّز الكثير من العمل والدعم المقدم من مجتمع الصحة الدولي إلى صحة الأمهات والمواليد الجدد وصحة الطفل، على النهُج الخاصة بمرض معين، وهي نهُج تستند إلى قاعدة راسخة من الأدلة، وسجل من عمليات توسيع النطاق، وعندما تمتاز التدخلات المحددة يساهم في حشد الموارد، وحسن التوجيه والإدارة الرشيدة ووفرة التمويل وحسن التنفيذ على مستوى كبير، فإن هذه التدخلات ستسهم، في الغالب، في الحد من وقوع الأمراض ووفيات الأطفال.

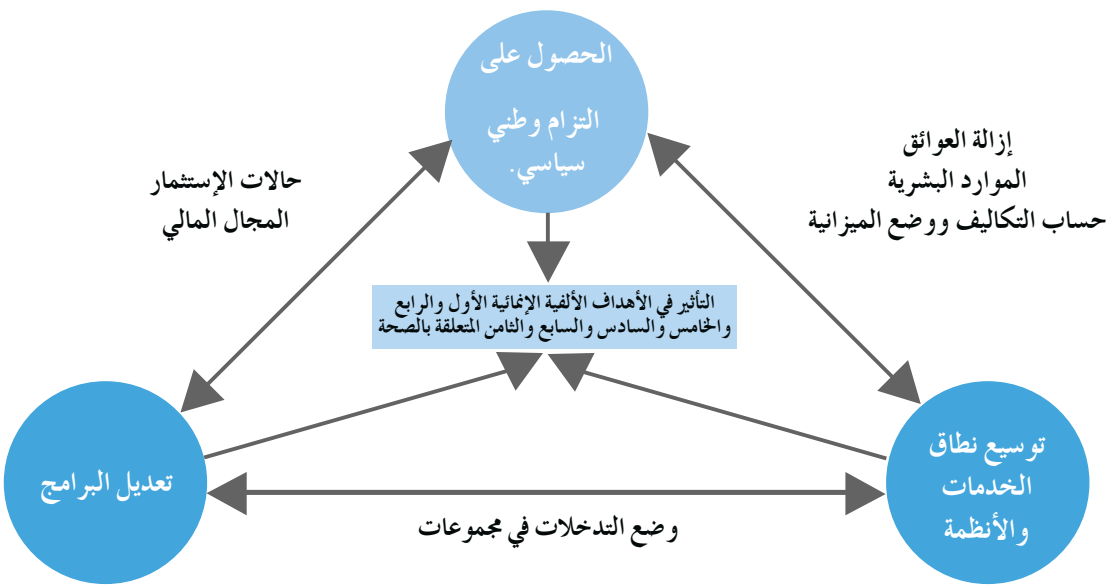
بيد أن هذه التدخلات لا تخلو من القصور، وليس أدل على ذلك من أنها عجزت غالباً في التعامل مع قيود الإدارة العليا، مثل الإدارة والتدبير وقيود الموارد البشرية، ناهيك عن أن التركيز الموجه لمقاربات تختص بمرض ما، قد تحدّ من التوافق الذي يعزز النظام الصحي الأشمل.

إن توسيع النطاق لتحقيق دائم عبر الزمان والمكان يعتبر أكبر الطرق الواعدة لتسريع التقدم نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، إلا أن قاعدة الأدلة حول فاعلية وجدوى متوالية الرعاية أقل تطوراً من نظيراتها الخاصة بالتدخلات المختصة بالأمراض. وهناك حاجة متزايدة إلى جمع الأدلة عن كيفية تطبيق المقاربة الأخيرة عملياً، وستتطلب أطر عمل وعمليات جديدة، خصوصاً فيما يتعلق بتنظيم البرامج، كما ستستدعي العديد من التغييرات، ألا وهي:

- تحديد مجموعات التدخلات.
- تحديد المعايير.
- دمج إستراتيجيات تقديم الخدمة.

الشكل ٤-١

إطار عمل تصوّري لتوسيع نطاق الرعاية الصحية الاولية في الدول النامية.



المصدر: مشتقة من "الإستراتيجية المشتركة للصحة والتغذية لعام ٢٠٠٦–٢٠١٥"، يونيسف، نيويورك، نوفمبر ٢٠٠٥ صفحة ١٠.

كما سيتطلب توسيع نطاق الرعاية المستمرة تعديل هياكل إدارة البرامج لتعكس تكامل المقومات العديدة لمجموعات التدخلات، الأمر الذي يقتضي تعزيز القدرات المؤسسية والفردية، والتغلب على مقاومة التغيير، ودبّ التكامل والتنسيق في مصادر التمويل المتشرذمة، خصوصاً تلك المقدمة من المانحين الدوليين والشراكات الدولية[٣].

تجميع التدخلات بأسلوب تقديم الخدمات

يرجح أن يكون تجميع باقة من التدخلات الفاعلة وغير المكلفة، والمستندة إلى الأدلة، من أقوى الطرق لتسريع التحسينات في صحة الأمهات والمواليد الجدد وصحة الطفل، ويتطلب توسيع نطاق الخدمات أن تحدد الدول للرعاية الدائمة، استناداً إلى أساليب تقديم الخدمات التالية:

- الخدمات المجتمعية الموجهة إلى العائلات: والتي تقدم بانتظام من خلال مشجعي صحة المجتمع/التغذية، مع إشراف دوري يتولاه المحترفون المهرة.
- الخدمات المعدّة وفق جدول زمني والموجهة إلى السكان: يقدم هذه الخدمات طاقم صحي ماهر أو شبه ماهر، كالممرضات المساعدات أو القابلات، وأي طاقم إسعاف آخر، سواء في المرافق أو عبر نقل الخدمات إلى خارج المرافق.
- خدمات العيادات الموجهة إلى الفرد: التدخلات التي تقتضي عناية عمال الصحة المهرة، مثل القابلات والممرضات أو الأطباء المتوفرين بشكل دائم[٤].

ستعتمد الخدمات المقدمة على ظروف البلد وقدرة نظامه الصحي، وقد تهيئ إزالة الاحتقانات المجال لتحقيق نطاق التغطية الموسعة.

إن الجمع بين تقديم الخدمات، وفقاً لمعلومات خاصة بالعمر، مع خدمات الصحة والتغذية قد يولّد اقتصاديات التوسع الحجمي، من حيث التكلفة والوقت، ويدعم عدداً من الخدمات التي يستطيع الأطفال والأمهات الوصول إليها. ومن الإجراءات التي يمكنها زيادة نطاق تغطية الخدمة، بشكل ملحوظ، تجميع تدخلات رخيصة الثمن، مثل اللقاحات والمضادات الحيوية والناموسيات المعالجة بالمبيدات ومكمّلات فيتامين A، وترويج التغذية المحسنة والممارسات الصحية العامة[٥].

وتنطوي الشراكات المجتمعية على أهمية كبيرة لنجاح المجموعات المتكاملة، حيث غالباً ما يوفر التدخل الفاعل مدخلاً للتكامل الناجح للعديد من الإجراءات، ضمن مجموعة صحة الطفل.

وفي نيبال، على سبيل المثال، درّبت الحملة الوطنية لفيتامين A متطوعين من المجتمع المحلي لبناء قدراتهم، مما أدى إلى إنشاء كادر موثوق يحظى بالاحترام. ومع اكتساب المتطوعين التدريب اللازم لتقويم ومعالجة الأطفال الذين يعانون من الالتهابات التنفسية الحادة، فقد نالوا ثقة الآباء واكتسبوا ثقةً بأنفسهم لأداء هذه المهمة المعقدة.

هناك تجربة مشابهة في مدغشقر، حيث يتم تثقيف العائلات بأهمية اعتماد ممارسات صحية محسَنة وعديدة في الوقت ذاته، وجعل التطعيم نقطة دخول للخدمات الأخرى، كما يؤدي البرنامج المكثف لتعبئة المجتمع المحلي إلى جذب الإنتباه بشكل متواصل إلى الأعمال الأساسية المطلوبة من العائلات لتشجيع صحة الأطفال[٦].

كما أن هناك حاجة إلى المساواة عند تقديم التدخلات بغية الوصول إلى الأمهات الأكثر فقراً وتهميشاً. ورغم أن أسلوب الخدمات المجمّعة سيزيد من سبل الوصول إلى خدمات أكثر بالنسبة إلى العديد من الأمهات والأطفال في كل مرحلة من مراحل تقديم الخدمات، إلا أنه قد يوسع الهوة في التغطية بين مَن يستطيعون الوصول إلى الخدمات وأولئك الذين يبقون محرومين منها[٧].

٢- التخطيط الإستراتيجي الوطني لتوسيع نطاق الخدمات ودعم الأنظمة الصحية

إن تحويل الرعاية الصحية الاولية من تدخلات خاصة بمرض ما إلى متوالية رعاية مستمرة، وتوسيع نطاق تغطية التدخلات المجمّعة، يتطلب أساساً سليماً صلباً للسياسات المتبعة في هذا المجال. وقد لاقت هذه الحقيقة اعترافاً متزايداً في مجموعة من المنتديات رفيعة المستوى التي عقدت منذ عام ٢٠٠٣ لتقويم طرق تسريع التقدم نحو الأهداف المرتبطة بالصحة ضمن الأهداف الإنمائية للألفية[٨]. وعلى مر الزمان، حددت هذه الاجتماعات قيوداً كبيرة في الإدارة العليا على مستوى السياسات التي يجب معالجتها بشكل عاجل، لدعم التوسيع الفعال لنطاق الخدمات. وإحدى الاستنتاجات الرئيسية لهذه الاجتماعات هي أن ضعف الأنظمة الصحية وقلة التمويل اللازم لتطويرها يهددان بالحد من تأثير توسيع الجهود لمكافحة أمراض معينة، وترك الأطفال والأمهات عرضةً لعبء المرض الذي يثقل كاهل بلادهم.

وسيتطلب توسيع نطاق الخدمات استراتيجيات عملية وفعالة، على المستوى الوطني، مع الأخذ في الحسبان القدرة المحتملة للتدخلات، والقيود والعقبات التي قد تعيق التقدم، مع تحديد طرقٍ للتغلب على العقبات.

توسيع نطاق الخدمات: التغذية الكافية للأمهات والمواليد الجدد والأطفال

يُعدُ نقص التغذية العامل الأساسي في ما يصل إلى ٥٠ في المئة من الوفيات دون الخامسة. وهناك دليل على العلاقات بين الوضع الغذائي للأم وخطر موتها أو موت طفلها، وبين الدول والمناطق النامية، إذ إن أكثر من ربع الأطفال دون سن الخامسة عانوا من نقص الوزن المعتدل أو الحاد، أومن التقزم بين عامي ٢٠٠٤–٢٠٠٦، وإن ٢٨ في المئة من الأطفال البالغة أعمارهم ٦–٥٩شهراً لم يتلقوا مكمّلات فيتامين A في عام ٢٠٠٥.

ورغم ضرورة الأمن الغذائي، إلا أنه ليس كافياً وحده لمجابهة نقص التغذية، وهذا ما يثبته الكثيرون من الأطفال، الذين يعانون من نقص التغذية، أو التقزم في بيئات آمنة غذائياً أو ليست فقيرة، علماً أن نقص التغذية ينتج عن مجموعة من العوامل المترابطة، منها الغذاء غير الصحي، وممارسات الرعاية غير الملائمة والصرف الصحي غير الكافي، والمرض وقلة سبل الوصول إلى الخدمات الصحية، وقلة المعرفة بفوائد الرضاعة الطبيعية الخالصة، وممارسات التغذية التكميلية ودور المغذيات الصغيرة. أما الإسهال الذي ينجم غالباً عن ضعف مرافق الصرف الصحي ورداءة الممارسات الصحية العامة، فهو أحد العوامل التي تسهم في نقص التغذية، ومن العوامل الأخرى التي تسهم في في نقص التغذية بين الرضع والأطفال: قلة البيئات المساندة للكثير من الأمهات اللواتي يعانين نقص الوقت للاعتناء بأنفسهن خلال الحمل، أو بأطفالهن بسبب المتطلبات المنزلية، وقلة سبل الوصول إلى الخدمات الصحية.

إن توسيع نطاق استراتيجيات التغذية الفاعلة عبر استمرارية رعاية الأمهات والمواليد الجدد والأطفال يتطلب مقاربة متكاملة، كما يقتضي الإنخراط المتواصل للآباء، مع دعم التنمية المحلية والوطنية للرعاية الصحية الأساسية والخدمات البيئية الصحية، خصوصاً المياه والصرف الصحي. وعند تلبية هذه المتطلبات، قد تؤدي إلى نتائج مذهلة في وقت قصير نسبياً. ففي تايلند مثلاً، تم تخفيض حالات نقص التغذية الحادة والمعتدلة بهذه الوسائل بنسبة ٧٥ في المئة أو أكثر خلال عقد واحد. ورغم الإنتكاسات الإقتصادية الكبيرة، إلا أن الكثير من الدول النامية حققت تقدماً مذهلاً في توفير الفيتامينات والأملاح المعدنية الأساسية لمواطنيها، حيث يستهلك حوالي ٧٠ في المئة من المنازل في الدول النامية الملح المعالج باليود، ويتلقى حوالي ٤٥٠ مليون طفل كبسولات فيتامين A، كما توظف إستراتيجيات الصحة، خصوصاً الشراكات المجتمعية، طرقاً جديدة خلاقة لتشجيع الرضاعة الطبيعية ودعمها.

ويبلغ نقص التغذية في الدول النامية ذروته في جنوب آسيا، وفيها أيضاً أعلى نسبة من المواليد الذين يعانون انخفاض الوزن عند الولادة، وكذلك الأطفال دون الخامسة ممن يعانون انخفاض الوزن الحاد أو المعتدل، أو الهزال أو التقزم، وفيها أيضاً أدنى نسبة من استخدام مكمّلات فيتامين A. ورغم أن الدول الواقعة جنوب الصحراء الإفريقية تظهر أرقاماً أفضل في هذه المؤشرات، إلا أن نسب الرضاعة الخالصة للرضع دون سن ستة أشهر هي الأدنى. ويبقى نقص التغذية الحاد مشكلةً ملحةً. وتبين الأمثلة القطرية أدناه طرقاً تم من خلالها معالجة هذه القضايا بنجاح في المنطقة.

بينين: تثقيف الأمهات بأهمية الرضاعة الطبيعية

في بينين، كشف المسح السكاني الصحي لعام ١٩٩٦ أن حوالي ١٦ في المئة فقط من المواليد الجدد في منطقة بورغو تم إرضاعهم رضاعة طبيعية خلال الساعة الأولى من أعمارهم. وفي عام ١٩٩٨، استفاد أقل من ١ من كل خمسة رُضَع دون سن الأربعة أشهر– أو ١٤ في المئة– من الرضاعة الطبيعية الخالصة. وللتصدي لهذا التحدي، وتحديات غذائية أخرى مرتبطة بارتفاع نسب سوء التغذية ووفيات الرضع، تم إطلاق برنامج أعمال التغذية الأساسية عام ١٩٩٧. وبغية تعزيز السلوكيات المرتبطة بالتغذية الأساسية، ركز البرنامج على ستة إجراءات في المرافق الصحية والمجتمعات:

- الرضاعة الطبيعية الخالصة للمواليد حتى سن ٦ أشهر.
- التغذية التكميلية الملائمة مع الرضاعة الطبيعية من٦–٢٤ شهراً.
- مكمّلات فيتامين A للأطفال.
- مكملات الحديد وحمض الفوليك للنساء الحوامل.
- مكملات الملح المعالج باليود.
- الدعم والإرشاد للأطفال المرضى والذين يعانون نقص التغذية.

وشمل برنامج أعمال التغذية الأساسية إجراءات مصممة لتعزيز النظام الصحي، مثل تدريب عمال الصحة وحشد المجتمع المحلي وحملات التواصل الكبيرة، المصممة حسب الظروف المحددة للسكان المستهدفين.

كما تم إشراك وجهاء المجتمع المحلي في اختيار متطوعين من المجتمع الذين عرفوا باسم فرق الحشد الاجتماعي، الذين وفروا صلةً بين المجتمعات المحلية ومرافق الصحة، وتلقوا التدريب في فعاليات التغذية. وقد شارك الشباب والمغنون التقليديون والفرق المسرحية في المجتمع المحلي والنساء ومجموعات أخرى من المجتمع المحلي

في ورشات العمل لوضع الرسائل والمواد اللازمة. وقد قدمت الفرق المسرحية التابعة للمجتمع المحلي عروضاً مسرحيةً في القرى والأحياء، في حين بثت محطات الإذاعة فقرات وألعاب ومسرحيات أُنتجت في ورشات العمل.

هذه التعبئة واسعة النطاق للمجتمع المحلي أدت إلى تغير حقيقي في السلوك المتبع في الرضاعة الطبيعية بين الأمهات. وفي عام ٢٠٠١، أفاد حوالي ٥٠ من الأمهات اللواتي لديهن أطفال رضع دون سن الأربعة أشهر في تلك المنطقة أن أطفالهن يتلقون رضاعة طبيعية خالصة. وعلاوةً على ذلك، أفادت بعض المجتمعات المحلية المنتقاة في عام ٢٠٠٢ بأن نسبة الرضاعة الطبيعية الخالصة للأطفال الرضع تحت سن أربعة أشهر بلغت ٦١ في المئة، مقارنةً بما نسبته ٤٠ في المئة عام ١٩٩٩.

الإدارة المجتمعية لنقص التغذية الحاد الشديد في أثيوبيا وملاوي والسودان

يبقى نقص التغذية الحاد أحد أهم أسباب وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر. وإلى وقت قريب، اقتصرت المعالجة على الأساليب المتمركزة في المرافق، مما حدّ، بشكل كبير، من سعة تغطيتها وفائدتها لأن واقع الحال في الكثير من الدول الفقيرة أن الأطفال الذين يعانون سوء التغذية الحاد لا يؤخذون إلى مرفق صحي. هذا، وتبين الأدلة الجديدة أن أعداداً كبيرة من هؤلاء الأطفال يمكن أن يعالجوا في مجتمعاتهم المحلية دون الحاجة إلى إدخالهم إلى مرفق صحي أو مركز تغذية علاجي، علماً أن النهج المجتمعي يشمل الرصد، في الوقت الملائم، لنقص التغذية الحاد في المجتمع المحلي وتوفير العلاج للمرضى الذين لا يواجهون خطر حدوث مضاعفات طبية مع الأطعمة العلاجية الجاهزة للإستخدام، أو أية أطعمة أخرى زاخرة بالمواد المغذية في البيت. وإذا عززنا الإدارة المجتمعية لنقص التغذية بمقاربة متمركزة في المرافق لصالح الأطفال الذين يعانون نقص التغذية مع مضاعفات طبية، مع تنفيذ هذه المقاربة ،على نطاق واسع، فإنها قد تؤدي إلى تلافي وفيات مئات الآلاف من الأطفال.

وتبين الأدلة الأخيرة من إثيوبيا وملاوي والسودان الأثر العميق والإجراءات الفعالة وغير المكلفة للإدارة المجتمعية لنقص التغذية الحاد. وبالمقارنة مع العلاج في المرافق الصحية –حيث بقيت معدلات الوفيات في معظم الدول النامية على حالها على مدى العقود الخمسة الماضية – فإن الرعاية العلاجية المجتمعية أحدثت تحولاً جوهرياً في فهم المرض وتنفيذ العلاجات. وحتى هذا اليوم، تشير البيانات إلى أكثر من ٢٠ برنامجاً تم تنفيذها في أثيوبيا وملاوي وشمال السودان وجنوبه بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠٠٥. إلا أن هذه البرامج حققت نسبة تعافي بلغت ٨٠ في المئة تقريباً، وبلغت نسب التغطية ٧٣ في المئة، في حين تم علاج أكثر من ثلاثة أرباع الأطفال الذين يعانون نقص التغذية الحاد، الذين ظهروا، على أنهم مرضى خارجيين فقط، ناهيك عن أن البيانات الأولية تشير إلى أن هذه البرامج معقولة التكلفة، حيث تتراوح التكاليف من ١٢ دولاراً أمريكياً إلى ١٣٢ دولاراً أمريكياً لكل سنة حياتية تم اكتسابها.

وتستخدم برامج الرعاية العلاجية المجتمعية أطعمة جديدة وجاهزة للإستخدام، تُصنع في الكثير من الحالات محلياً ومن محاصيل محلية. ويستند استخدامها إلى ثلاث مقدمات:

- ثمة تركيز قوي في جميع البرامج على أهمية الرعاية المبكرة في مراحل نشوء سوء التغذية، والحاجة إلى برنامج تغذية للمرضى حتى شفائهم.
- تنطلق البرامج من فرضية مفادها أن على العائلات والمجتمعات المحلية فهم البرامج وتقبّلها والمشاركة فيها لكي يتم الكشف عن المرضى والإلتزام بالعلاج.
- تركز البرامج على إشراك المعنيين الأساسيين الذين ينتفعون بالتغذية الراجعة، والانتباه الذي تولّده هذه البرامج، وبالتالي الاستفادة من إدامة واستمرارية هذه البرامج.

توحي نتائج البرامج المجتمعية لمعالجة نقص التغذية الحاد والشديد أنه على الرغم من عجزها عن استبعاد الحاجة إلى المعونة الخارجية، إلا أن توسيع نطاق العلاج يُحدث تأثيراً كبيراً في القطاع الصحي العام، وبالتالي يؤدي إلى منع مئات آلاف الوفيات بين الأطفال.

انظر المراجع صفحة ١٠٨

تشمل الإجراءات الأساسية المطلوبة في الخطط الوطنية الإستراتيجية لتوسيع نطاق التدخلات المجمّعة والمبينة في القسم السابق ما يلي:

- تحديد الاحتقانات في النظام الصحي وإزالتها.
- مراقبة التقدم والمشاكل في التغطية.
- الاستخدام التدريجي لمجموعات التدخلات وتعزيز النظام الصحي.
- معالجة مشكلة الموارد البشرية في الرعاية الصحية.
- تطوير الأنظمة الصحية لتحقيق النتائج.
- دعم الأنظمة الصحية على مستوى المنطقة.

تحديد الاحتقانات في النظام الصحي وإزالتها

ثمة ضرورة لشبكات وظيفية لتقديم الخدمة لتوفير متوالية رعاية تستند إلى مستويات تقديم الخدمةً الثلاثة المبينة في القسم السابق، ألا وهي: العائلة والمجتمع، والخدمات الأساسية اللامركزية القريبة من المستفيد، والإحالة إلى المرافق والخدمات الوقائية المتخصصة، وتشمل الخطوة الأولى جمع البيانات والمعلومات النوعية عن جميع مزودي خدمة الصحة المتوفرين (العامة والخاصة وغير الرسمية)، والمنظمات (بما فيها المنظمات غير الحكومية) التي يمكن حشدها دعماً لجهود توسيع نطاق الخدمات.

ومن الأمثلة على هذه العملية ما نجده في أعالي شرق غانا، حيث تكثر المنظمات غير الحكومية التي تدعم تدخلات صحية مختلفة، وحيث نجح التعاون بين أندية الأمهات الغانيّات التابعة للصليب الأحمر والخدمات الصحية الوطنية واليونيسف تحت لواء البرنامج المعجّل لنماء الطفل وبقائه على قيد الحياة في تكامل جهود جميع هذه المنظمات، وتركيز دعمها على توسيع نطاق مجموعة من التدخلات، مستندة إلى الأدلة، وعالية التأثير وفعالة وغير مكلفة[٩].

ومن الخطوات الأخرى المهمة تحديد الإحتقانات والقيود وتحليلها في النظام كله، وتشكيل الإستراتيجيات لإزالتها والتغلب عليها[١٠]. وقد تنشأ هذه الإستراتيجيات على مستوى المرافق الصحية، أو المجتمعات المحلية والعائلات، أو تقديم الخدمة خارج المرافق أو من أجهزة إستراتيجية وبيروقراطية تضع السياسات وتتحكم بالتجهيزات والإمدادات، وتضع التعليمات وتنفذها. ويبين الشكل رقم ٤,٢ في الصفحة ٦٩ الاحتقانات الرئيسة التي يواجهها تقديم الخدمات على جميع مستويات النظام الصحي للبلد المعني، وظروف السياسات وإدارته. ومن الأدوات الجديدة لتحليل هذه القيود: وضع ميزانية هامشية لمواجهة الاحتقانات المبينة في اللوحة في الصفحة ٧٠.

ستتطلب احتقانات كثيرة حلاً محدداً يشمل معالجة القيود على مستويات متعددة من توصيل الخدمة. فعلى سبيل المثال، قد يؤدي ضعف الطلب على الخدمات الصحية عالية الجودة بين أعضاء المجتمع المحلي، أو محدودية قدرة مرافق الصحة والمرشدين الزراعيين على تقديم الخدمات الأساسية، إلى الحد من تغطية مجموعات التدخلات، وكذلك العقبات المالية والاجتماعية والطبيعية. وهنا، يمكن للشراكات المجتمعية الواردة في الفصل الثالث أن تلعب دوراً فريداً وحيوياً في تعزيز الاتصال بين عمال الصحة المكرسين–بما في ذلك عمال الصحة التابعين للمجتمع المحلي– والخدمات والمنازل والمجتمعات المحلي، التي تفتقر إلى هذه التدخلات الأساسية. لكن عمال الرعاية المتمركزة في المرافق وعمال المعونة الخارجية سيُستدعون لدعم عمال الصحة التابعين للمجتمع المحلي، ولتوفير الخدمات للكثير من التدخلات التي تتطلب المزيد من المعونة المختصة[١١].

ويُعد تحسين الأداء وتحفيز عمال الصحة وضمان تجهيز المرافق بمعدات وأدوية كافية من الصف الثاني من المتطلبات لدعم الشراكات المجتمعية في الصحة والتغذية ولتعزيز جودة تقديم الخدمات. ويشمل جزء من الحل لتحسين جودة الخدمة زيادة الموارد البشرية والمالية والإدارية، وتوفير التدريب، لكن قد تظهر الحاجة إلى حوافز أخرى ولتحسين إدارة الموارد البشرية أيضاً.

وتقع المحددات العليا للأداء الصحي – كالسياسات والإدارة الإستراتيجية والسياسات متعددة القطاعات والتغير البيئي وتغيُر السياق – ضمن التحديات المعقدة الماثلة أمام تنمية النظام الصحي، لأنها تشكل جزءاً من السياق السياسي والمؤسسي، الذين قد لا يتغير فوراً أو بسهولة [١٢]، إلا أن القيادة الرشيدة والمناصرة والمعونة الفنية والشراكات تستطيع المساعدة لتحفيز التغيير.

مراقبة التقدم والعقبات في توسيع نطاق التغطية

إن المراقبة المنتظمة والتغذية الراجعة وتعديل البرامج على أساس التقويم والأدلة، تعتبر جزءاً لا يتجزأ من النظام الصحي الذي يعمل بفعالية ونجاح، فبدونها، سيكون من المحال إجراء تقويم دقيق لفاعلية البرامج. وتستوجب الخدمة الصحية السليمة المستندة إلى الأدلة وجود قاعدة معرفية راسخة عن تكرار الأمراض

وتوزيعها، ومحددات المرض وعواقبه وظروفه، وكذلك عن سلامة التدخلات وفاعليتها ونجاحاتها وتكاليفها. ولا يمكن الإستغناء عن المسوحات والأبحاث الصحية حول تأثير المقاربات والإستراتيجيات، لفحص الأدلة الأساسية وتعلم الدروس الرئيسة، وتطوير أفضل الممارسات.

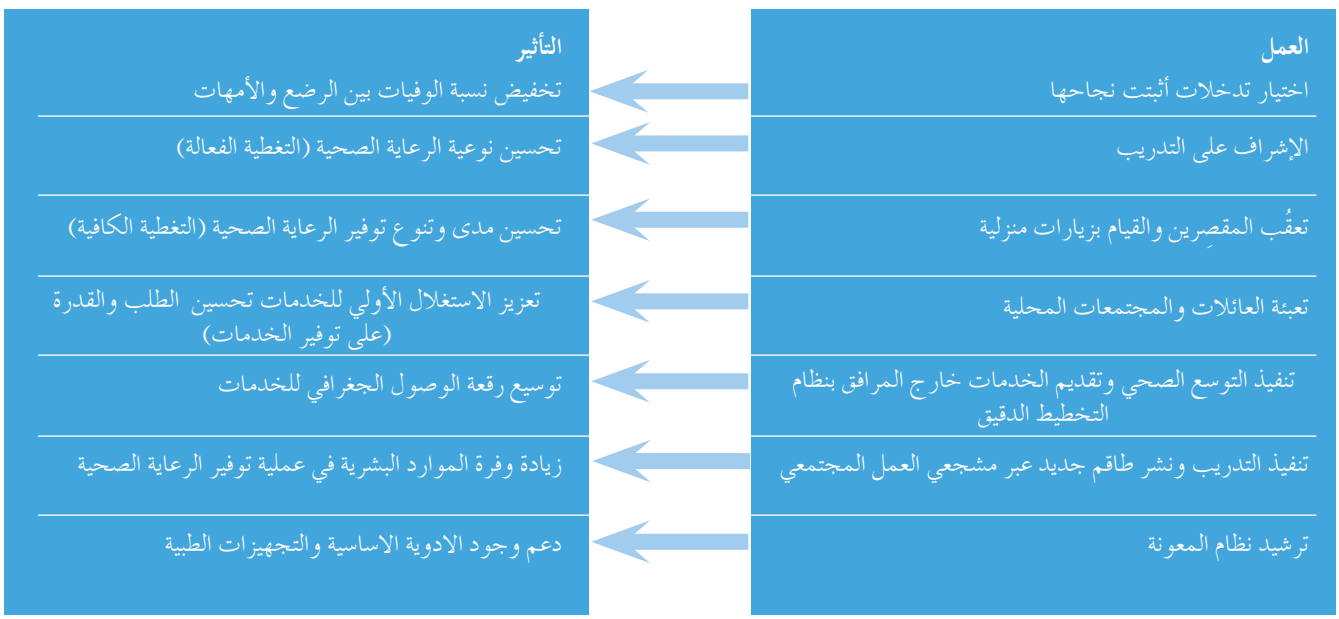
ومن المهم أيضاً تغطية المراقبة للتمكن من إجراء التعديلات السريعة في السياسات والتدخلات، حيث تعتمد قياسات الأهداف الإنمائية للألفية، إلى حد كبير، على أدوات من مثل المسوحات السكانية الصحية، والمسوحات العنقودية متعددة المؤشرات. هذا وتوفر مؤشرات الأهداف الإنمائية للألفية مقاييس جوهرية يمكن من خلالها قياس التقدم نحو الأهداف المرتبطة بالصحة. والكثير من هذه المقاييس تتوافر كجزء من مجموعة تحتوي على الحد الأدنى من المؤشرات ذات الأولوية القصوى لبقاء الأطفال على قيد الحياة. وقد أقرتها اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية، بالتعاون مع شركاء في سياق عملية العد التنازلي الخاصة ببقاء الأمهات والمواليد الجدد والأطفال على قيد الحياة.

وتوفر المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوحات السكانية الصحية بيانات لتحديد التغطية الفعالة مع المجموعة الأقل من التدخلات الأساسية. وبُغية تعزيز المراقبة، يجري حالياً تخفيض الفترة الزمنية الفاصلة بين هذه المسوحات من خمس سنوات إلى ثلاث سنوات. كما أن العمليات الوطنية، والفرعية والمجتمعية مهمة جداً لتحليل التقدم والمشاكل التي تعترض عملية توسيع نطاق التدخلات ذات التأثير الفعال.

وهناك دول نامية عدة تستخدم إجراءات خلاّقة لمراقبة تأثير البرامج الصحية على السكان وتحليل المعلومات الصحية الحيوية، ومن هذه الدول بوليفيا، حيث استُخدمت مقاربة قائمة على الإحصاء لتحديد كافة السكان الذين يشملهم البرنامج، من خلال زيارات بيتية بواقع مرتين في السنة لجميع البيوت. وقد استُخدم هذا الإحصاء لاستهداف تدخلات منتقاة عالية التأثير وتسخيرها لصالح الأطفال الذين يواجهون خطر الموت بشكل أكبر. ونتيجة لهذه المقاربة، فإن مستوى الوفيات بين الأطفال دون الخامسة في المناطق، التي كانت تطبق فيها البرامج الصحية،

الشكل ٤-٢

طرق معالجة الإحتقانات في تقديم الخدمات الصحية



المصدر: اليونيسف، والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية، من مسودة بعنوان:" إطار عمل إستراتيجي لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في إفريقيا من خلال تعزيز الأنظمة الصحية وتنفيذ مجموعات متكاملة من التدخلات الرخيصة وعالية التأثير في مجالي الصحة والتغذية"، وقد أعدّت المسودة بناءً على طلب الإتحاد الإفريقي على يد اليونيسف، ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، سبتمبر ٢٠٠٦، صفحة ٢٥.

وضع ميزانية هامشية لمعالجة الإحتقانات

إن وضع ميزانية هامشية لمعالجة الاحتقانات هو أداة تخطيطية مصممة لوضع الميزانية، تستند إلى النتائج وتستغل المعرفة المتوافرة عن تأثير التدخلات حول وفيات الأطفال والأمهات في بلد ما، وتحدد العقبات الماثلة أمام التنفيذ، وتقدَر التكاليف الهامشية للتغلب على هذه العقبات. هذه الأداة، التي استخدمت في تحضير أطر العمل الأساسية لصحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال في الدول الواقعة جنوب الصحراء الإفريقية، تم تطويرها بشكل مشترك على يد اليونيسف والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية. وهي تستخدم حالياً للمساعدة في تحديد أهداف التدخلات عالية التأثير، وتقدير تأثيرها المتوقع وتكلفتها حسب الأرواح التي يتم إنقاذها، ومتطلبات التمويل الإضافية، وكذلك كاستقراء للفضاء المالي المطلوب لتمويل هذه التكاليف الإضافية. (يمكن تعريف الفضاء المالي على أنه توفر حيز ميزاني يتيح للحكومة توفير موارد لغرض مرغوب، مثل التغلب على العقبات الماثلة أمام الرعاية الصحية الخاصة بالأمهات والمواليد والأطفال دون الإضرار باستدامة الوضع المالي للحكومة).

تتكون هذه الأداة من خمس خطوات رئيسة هي:

- تقويم للمؤشرات والإتجاهات الرئيسية في سبب وفيات ومرض الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والوصول إلى الخدمات الأساسية، واختيار وتجميع تدخلات عالية التأثير، مستندة إلى الأدلة لمعالجة الأسباب التقريبية من خلال أسلوب تقديم الخدمة، أي الرعاية العائلية/المجتمعية، والخدمات الموجهة إلى السكان، والتي يمكن جدولتها والإستراتيجيات المتحركة أو الرعاية الموجهة إلى الأفراد في المرافق الصحية على المستوى الأساسي – أو إحالة الحالات.
- تحديد الاحتقانات في الطلب والعرض، والتي تعطل التغطية الكافية والفعالة لخدمات الصحة الأساسية، والعقبات الماثلة أمام تطبيق مجموعات تدخلات عالية التأثير في كل من الأساليب الرئيسة لتقديم الخدمة. وتشمل التغطية الكافية عوامل مثل توافر الأدوية الأساسية والإمدادات والوصول إلى الخدمات الصحية وعمال الصحة، والإستغلال الأولي لخدمات الرعاية الصحية، علماً بأن الفحص اللاحق للأسباب التي تقف وراء الإحتقانات وتطوير إستراتيجيات واعدة للتغلب عليها يتيح الفرصة لوضع"حدود"–أي مستويات تغطية كافية من التدخلات، بحيث تكون فعالة وقابلة للتحقيق فور إزالة الاحتقانات.
- تقدير التأثير المتوقع على معدلات البقاء على قيد الحياة لكل واحدٍ من هذه التدخلات، حيث تستند هذه التقديرات على التحليلات الحديثة والعميقة للأدلة على فعلية التدخلات عالية التأثير في تحديد النتائج المرتبطة بصحة الأمهات والأطفال، وبقائهم على قيد الحياة.
- اختيار أنواع المدخلات الإضافية وكمياتها وتكاليفها، مثل الرواتب والأدوية والتدريب وغيرها من الأشياء المطلوبة لرفع مستوى حدود التغطية الفعالة لمجموعات التدخلات لتشملها.
- تحليل التداعيات على الميزانية، وتحديد مصادر محتملة للتمويل ومقارنة التكاليف الهامشية والاحتياجات التمويلية "بالفضاء المالي"

تراوحت ما بين ثلث ونصف معدل الوفيات دون الخامسة في مناطق التحكم[١٣].

استخدام مجموعات التدخل بالتدريج ودعم الأنظمة الصحية

من الحقائق التي تحظى باعتراف متزايد أن الأعمال الهادفة إلى توسيع نطاق مجموعات التدخلات يجب أن تُقدم بالتدريج وفق شروط معينة، مثل توافر الميزانية والقيود المرتبطة بالتجهيزات والقدرة الفنية أو العوامل الاقتصادية والثقافية. وفي حين يمكن توسيع بعض التدخلات بسرعة، إلا أن التدخلات الأخرى ستتطلب فترة زمنية أطول. كما يشكل توسيع الحد الأدنى من مجموعات التدخلات مقوماً أساسياً للإستراتيجيات الجديدة بهدف تحقيق أهداف تغطية محددة. ويجري حالياً تحضير مجموعات التدخلات لتحقيق هذه الأهداف من خلال ثلاثة أساليب رئيسية في تقديم الخدمات تم بيانها آنفاً، وهي تقدم على ثلاثة مراحل[١٤].

وسوف يتيح الأسلوب المتدرج في تقديم الخدمات الصحية لكل بلد تحديد وتنفيذ مجموعة أساسية من التدخلات التي يمكن توسيعها بمرور الوقت.

وسيعتمد كلٌ من تجميع التدخلات ذات الأولوية وتقديمها على قدرة النظام الصحي للبلد، كما سيسهل التخلص التدريجي من الاحتقانات عملية توسيع نطاق الخدمات، بما في ذلك في المواقف الطارئة المعقدة، وبما أن أسلوب تجميع التدخلات معني بالنتائج، فإن تنفيذ التدخلات ذات الأولوية يمكن تخطيطه ومراقبته بطريقة تقوم على التدريج.

أمّا المراحل الثلاث الموصى بها لتوسيع نطاق تغطية تقديم الخدمات للدول ذات الأنظمة الصحية قليلة القدرة فهي:

للإنفاق الصحي (يقدّر البنك الدولي وصندوق النقد الدولي الفضاء المالي للإنفاق الصحي في كل بلد).

أمثلة قطرية لتحليل الاحتقانات

تم تحليل الاحتقانات في حوالي ٢٥ بلداً نامياً، وعبر مجموعة من أنماط تقديم الخدمة. وتشمل التفويضات المستخدمة لتقويم محددات التغطية لكل من الأنماط الثلاثة لتقديم الخدمة المعايير التالية (القائمة ليست مستنفدة):

- الرعاية العائلية والمجتمعية: وتشمل المؤشرات استخدام مرافق مياه آمنة ومرافق صرف صحي، واستخدام الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية، وتغذية الرضع ورعاية الأطفال والمواليد المرضى.
- الخدمات الموجهة إلى السكان والقابلة للجدولة: تشمل المؤشرات مستويات التطعيم والرعاية للحوامل .
- الرعاية في العيادات: تشمل المؤشرات المساعدة الإحترافية الضرورية عند الولادة والرعاية الطارئة عند التوليد ورعاية المواليد الجدد.

وقد كشفت النتائج الواردة من الدول التي استُخدمت فيها هذه الأداة عن احتقانات لم تكن جليّة من فحص المستويات أو بيانات الاتجاهات.

تفيد التقارير الواردة من ورشات العمل التي عقد ت مؤخراً بما يلي:

هندوراس: أظهر تحليل الاحتقانات في خدمات المياه والصرف الصحي والصحة العامة أنه رغم توافر سبل الوصول الكافية إلى مياه الشرب المحسنة، إلا أن أقل من نصف المنازل تستخدم مياهاً معالجةً لجعلها أكثر أماناً. وتشمل الإستراتيجيات المنتقاة لمعالجة هذا الاحتقان توسيع نطاق معالجة المياه، وتوفير المبادرات الإعلامية والتثقيفية والتواصلية لترويج استخدام المياه الصالحة للشرب فقط.

غينيا: في عام ٢٠٠٦، حظيت ٧٠ في المئة من القرى في المناطق التي نُفذ فيها البرنامج المسرّع لبقاء الأطفال على قيد الحياة وتنميتهم، يعجل في مجال الصحة والتغذية من المجتمع المحلي. وامتلكت ٥٠ في المئة من العائلات ناموسية، و٢٥ في المئة من النساء الحوامل نمن تحت ناموسية، إلا أن التغطية كانت أقل من ٥ في المئة لان الأفراد الذين كانوا ينامون تحت ناموسية عولجت مؤخراً بالمبيدات الحشرية. وهذا الإحتقان الذي يعيق الحماية من الملاريا خضع للمعالجة المجانية لجميع الناموسيات بالمبيدات الحشرية، مقرونة بتوزيع الناموسيات المعالجة بالمبيدات، مع التركيز على النساء الحوامل اللواتي كن يستفدن من رعاية الحوامل وطعّمن أطفالهن بالكامل. وبحلول عام ٢٠٠٤ أدت هذه المقاربة المتكاملة في معالجة الإحتقانات إلى رفع التغطية الفعالة للناموسيات المعالجة بالمبيدات بنسبة ٤٠ في المئة، كما زادت التغطية الفعالة للتطعيم (جرعة كاملة للأطفال تحت سن الخامسة)، والتغطية الفعالة لرعاية الحوامل (على الأقل ثلاث زيارات) من ٤٠ في المئة في عام ٢٠٠٢ إلى ٧٠ في المئة بعد عامين

انظر المراجع في صفحة ١٠٨.

المرحلة الأولى: تركز المرحلة الأولى على تخفيض الحد الأدنى من أعداد الإحتقانات بمقدار النصف في النظام الصحي، فيما يتعلق بالرعاية العائلية/ المجتمعية والخدمات الموجهة إلى السكان، والتي تُقدَم خارج المرافق. كما تركز على دعم الطلب على الخدمات النوعية للعيادات وتوفير حد أدنى من التدخلات رخيصة الكلفة وعالية التأثير التي يمكن تنفيذها على ضوء السياسات القائمة، والموارد البشرية والقدرة على التنفيذ.

وتشمل الإستراتيجيات التشغيلية تدريب وتوزيع مشجعي الصحة والتغذية التابعين للمجتمع المحلي ليقوموا على تحسين ممارسات الرعاية العائلية. وتشمل مجموعة الحد الأدنى من التدخلات المقومات التالية:

- التدخلات المضادة للملاريا
- التغذية
- تشجيع النظافة العامة
- التطعيم الهادف إلى الحد من وفيات الحصبة.
- الإدارة المتكاملة لأمراض المواليد الجدد وأمراض الطفولة .
- تقديم الرعاية للمواليد الجدد وتقديم الرعاية لحالات التوليد الطارئة.
- الرعاية المقدمة في المرافق.

المرحلة الثانية: تحتوي المرحلة الثانية على مجموعة موسعة تشمل المزيد من التدخلات الخاصة بالمواليد الجدد والأمهات، وإمدادات المياه المحسنة والصرف الصحي الكافي، من خلال السياسات الوطنية وحشد التمويل الإضافي. وتهدف هذه المرحلة إلى دعم وتقوية أنماط تقديم الخدمة الثلاثة من خلال الحد من احتقانات الإمداد والطلب.

المرحلة الثالثة: وتشمل تقديم تدخلات خلاقة وتوسيعها، مثل لقاحات فيروس ذات الرئة وفيروس الروتا، وتعزيز الإمداد والطلب لهذه المجموعة ذات الحد الأعلى[١٥].

معالجة مشكلة الموارد البشرية في الرعاية الصحية في الدول النامية

أدت الصعوبات الاقتصادية والأزمات المالية في الكثير من الدول إلى قلقلة الكادر الصحي وتعطيل عمله، مما أدى إلى حلقة مفرغة من ضعف الدافعية، وقلة الإنتاجية وقلة الإستثمار في الموارد البشرية.

وستتطلب معالجة أزمة عمال الصحه في الدول النامية مزيجاً من الإجراءات على مدى فترات زمنية محددة.

المدى القصير: من الأولويات الفورية ضمان توسيع المبادرات الوطنية والعالمية لصالح صحة الأمهات والأطفال بحيث لا تؤدي إلى مزيد من التعطيل في النظام الصحي أو إلى خسائر كبيرة في الموظفين.

مدى قصير إلى متوسط: يجب تحسين إنتاجية المسؤولين الصحيين الحاليين ورفع معنوياتهم، بوسائل من مثل الحوافز، كالعلاوات والإشراف الأفضل، علماً بأن الكوادر الصحية، – بمن فيها عمال الصحة– التابعين للمجتمع المحلي، يجب توسيعها ضمن قيود إطار العمل الاقتصادي الكلي الكبير وإستراتيجيات الحد من الفقر.

المدى الطويل: ستتطلب معالجة أزمة عمال الصحة أيضاً زيادات كبيرة في مجالي التعليم والتدريب لمحترفي الخدمات الصحية. فبدون تحسين التدريب وزيادة التمويل قد تتفاقم الأزمة وتؤدي إلى عواقب مدمَرة على صحة الأمهات والمواليد الجدد وعلى بقاء الأطفال على قيد الحياة.

هذه الإجراءات تتطلب قيادة وطنية قوية تستنير بالإحصاءات الواسعة ضمن مجتمع يضع جودة الرعاية الصحية ضمن أولوياته. وهناك حاجة إلى خطط شاملة لمعالجة أزمة عمال الصحة لدفع الدول قدماً نحو الوصول العالمي لمتوالية الصحة. وعلاوة على ذلك، يجب أن تتخطى هذه الخطط القطاع الصحي لتشمل أيضاً قضايا أخرى، مثل إصلاح الخدمة المدنية، واللامركزية والبيئة الاقتصادية الشاملة.

على أنه يجب عدم الاستخفاف بجسامة هذا التحدي، حيث ستتطلب معالجة أزمة عمال الصحة في الدول الواقعة جنوب الصحراء الإفريقية وحدها زيادة غير مسبوقة في مستويات توفير الطاقم في العقد القادم. ويجب أن يكون أكثر من نصف عمال الصحة الإضافيين، المقدر عددهم بنحو ٨٦٠,٠٠٠ المطلوبين لتوسيع نطاق الرعاية الصحية لتحقيق الأهداف المرتبطة بالصحة ضمن الأهداف الإنمائية للألفية في تلك المنطقة، من مشجعي الصحة والتغذية في المجتمع المحلي.

وتُبذل حالياً الجهود لزيادة أعداد عمال الصحة التابعين للمجتمع المحلي في الكثير من الدول النامية، ولوضع مجموعات حوافز من شأنها أن تقلل من نسب الاستنزاف. وهناك دول عدة، مثل الهند وكينيا وجنوب إفريقيا وأوغندا تدرس وضع برامج وطنية لعمال الصحة التابعين للمجتمع المحلي، في حين تُدرب إثيوبيا ٣٠,٠٠٠ موظفة صحية مجتمعية، إضافية للتركيز على صحة الأمهات والمواليد الجدد وصحة الطفل والملاريا وفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز[١٦]، كما يجري إعداد برامج لعمال الصحة التابعين للمجتمع كما في أفغانستان، اندونيسيا، نيبال وباكستان.

تقوية البرامج للعاملين في مجال الصحة والتركيز على صحة المجتمع بُغية تعزيز تقديم الخدمات في ثلاثة مجالات:

- تحسين ممارسات الرعاية العائلية من خلال الزيارات المنزلية.
- توزيع السلع الصحية والغذائية الأساسية للإستخدام المنزلي في المجتمعات المحلية التي تعاني من قلة سبل الوصول إلى الرعاية داخل المرافق الصحية.
- توفير رعاية أولية للأطفال المرضى.

ويمكن استخدام الحوافز المبنية على الأداء، مثل دفع مبالغ مالية لقاء التغيرات السلوكية في المجتمعات المحلية بغية تحفيز العمال، بدلاً من الرواتب الثابتة.

توحي الأدلة بأن المجموعات متعددة الحوافز– والتي تجمع عادة حوافز نقدية بسيطة أو دفعات "عينية"، مع التركيز على اعتراف المجتمع المحلي وإشرافه، وفرص التنمية والارتقاء الشخصيين–ذات أثر كبير في الحد من نسب الاستنزاف

© UNICEF/ HQ03-0459/Shehzad Noorani

يمكن التحقق من فعالية تدخلات الرعاية الصحية من خلال المراقبة والتقييم الدوريين، ويظهر في الصورة أطفال يخضعون لفحص سوء التغذية قبل توزيع بسكويت غني بالبروتين في العراق

بين عمال الصحة التابعين للمجتمع المحلي. ففي غواتيمالا مثلاً كانت نسب الاستنزاف بين عمال الصحة التابعين للمجتمع المحلي والخاضعين للإشراف أقل مرتين أو ثلاث مرَات من نظرائهم غير الخاضعين للإشراف لأنّ صلتهم بالخبراء الخارجيين أعطتهم مكانة أسمى[١٧].

وتعد عملية رفع مهارات عمال الصحة الحاليين جزءاً لا يتجزأ من عملية توسيع الخدمات الفاعلة، حيث يؤدي تحسين الإشراف والمراقبة، بالإضافة إلى الحوافز والعقود المستندة إلى الأداء والنتائج، إلى تشجيع عمال الصحة الحاليين، ناهيك عن كونها عناصر جذابة للموظفين المحتملين.

تطوير الأنظمة الصحية لتحقيق النتائج المرجوة

إن الجهود الرامية إلى تحسين تجانس الخدمة وتوسيع نطاق النشاطات، خصوصاً في إفريقيا ركزت بشكل متزايد على استغلال الأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة ومؤشرات أخرى على أنها مقاييس لكشف نتائج عملية تعزيز الأنظمة الصحية، على أن التركيز على النتائج يهدف إلى إيجاد تناغم بين النتائج و المدخلات. وعلى نحو متزايد، يعتبر تطوير النظام الصحي جزءاً من عملية تحقيق الأهداف، وليس بمعزل عنها.

هذه الصلة بين الأنظمة والنتائج نالت قسطاً وافراً من الأهمية في إطار العمل الإستراتيجي الهادف لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية رقم ٤ و ٥، من خلال تعزيز الأنظمة الصحية، والذي أعدته اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي بناءاً على طلب الإتحاد الإفريقي، حيث يحلل إطار العمل الإحتقانات في أنظمة ١٦ دولة إفريقية، ويحفز التأثير المتوقع لعملية إزالة هذه الاحتقانات على الأهداف الإنمائية للألفية في كل دولة على حدة. واستناداً إلى إطار العمل هذا، ثمة أكثر من ١٠ دول في إفريقيا تراجع حالياً خططها وآليات الميزانية، مثل وثائق استراتيجية مكافحة الفقر، وخطط تنمية القطاع الصحي والمقاربات الشاملة للنظام كله وأطر العمل الخاصة بالإنفاق متوسط المدى لتعزيز الأنظمة الصحية، بغية تحقيق نتائج صحية ملموسة لصالح الأمهات والأطفال.

توسيع نطاق الخدمات: المياه النقية، والصرف الصحي الملائم وتحسين ممارسات الصحة العامة

يمكن لتوفير مياه نقية ومراحيض مأمونة أن تحول حياة الأطفال برمتها، ولا يخفى أن الأطفال أكثر عرضة من غيرهم لمخاطر، مثل المياه الملوثة وسوء الصرف الصحي وقلة نشاطات حفظ الصحة، علماً بأن مياه الشرب غير النقية، وقلة توافر المياه للغسل والطهو، وقلة سبل الوصول إلى الصرف الصحي تساهم بنحو ٨٨ في المئة من حالات الوفاة الناتجة عن مرض الإسهال، أي ما يبلغ ١,٥ مليون وفاة سنوياً.

وتحسين الصرف الصحي ومده يستطيع الحد من المراضة المرتبطة بالإسهال بنسبة تفوق الثلث، وإذا اقترن تحسين الصرف الصحي بممارسات أفضل لحفظ الصحة، فقد تنخفض هذه النسبة بمقدار الثلثين. كما أن غسل اليدين بالصابون أو الرماد سيمنع ٠,٥ إلى ١,٤ مليون وفاة سنوياً. وتشمل الممارسات المنزلية المحسنة: الاستخدام للمرحاض عن طريق كل شخص في المنزل، والتخلص الآمن من فضلات الأطفال، وغسل اليدين بالصابون أو بالرماد بعد التغوط وقبل الأكل، وإيجاد مصادر مياه نقية في المنازل والمجمعات المحلية. ومن الخطوات المهمة في سبيل تحسين الصرف الصحي وممارسات حفظ الصحة تزويد المجتمعات المحلية بالمعرفة والمواد لتنفيذ هذه الممارسات المنزلية الأساسية.

نيكاراغوا والبيرو: تشجيع تحسين إجراءات حفظ الصحة للحد من الإسهال

كما هو الحال في جنوب آسيا، شهدت منطقة أميركا اللاتينية والكاريبي تقدماً كبيراً في مجالات المياه والصرف الصحي. فمن دول المنطقة البالغ عددها ٣٣ دولة، هناك ١٦ دولة على المسار الصحيح لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، بيد أن التفاوتات المستمرة مازالت ماثلة، وخصوصاً بين المناطق الريفية والحضرية.

وفي عام ٢٠٠٢، أُطلق مشروع الصحة البيئية المشترك–منظمة الصحة للدول الأمريكية "مشروع تغيير سلوك حفظ الصحة– إستراتيجيات مجتمعية للمنطقة التي تعاني ما مجموعه ١٥,٠٠٠ وفاة و ٧٥,٠٠٠ حالة إدخال إلى المستشفى بسبب فيروس الإسهال سنوياً، رغم تمتع المنطقة ببنية تحتية سليمة من المراحيض وأنابيب المياه. وفي البيرو، انخفضت حالات الإصابة بالإسهال المبلَغ عنها إلى ٩ في المئة بعد التنفيذ، وفي نيكاراغوا لم يُبلَغ تقريباً عن أية حالة إسهال بين الأطفال البالغة أعمارهم ثلاث سنوات، وكذلك ولا عن أية إصابة بين الأطفال البالغة أعمارهم ٤ و ٥، علماً بأن الكثير من ممارسات حفظ الصحة، التي تم تشجيعها كجزء من التدخلات في كلا البلدين، مثل تحسين غسل اليدين والإستخدام والتخزين الآمنيين للمياه، وقد أظهرت تحسينات مهمة إحصائياً من مرحلة ما قبل التدخلات إلى المرحلة المتوسطة.

موزمبيق: لجان الصرف الصحي المؤلفة من الأطفال والتي تخاطب الأطفال

يستطيع الأطفال العمل كمناصرين أقوياء للتغيير في مجتمعاتهم المحلية. ففي موزمبيق، تعمل لجان الصرف الصحي المؤلفة من الأطفال كأساس للبرامج التثقيفية الصحية التي تركز على أطفال المدارس. وتهدف إلى العمل كمنطلق للوصول إلى المجتمعات المحلية لتبني ممارسات حفظ الصحة على المستوى المنزلي ، من خلال قنوات تواصل بين الأطفال من ١٥ ولداً وفتاة مدربين على التعليم التشاركي في حفظ الصحة، بما في ذلك توزيع المعلومات في الطرق وعند الحواجز عن انتقال الأمراض المرتبطة بالمياه والصرف الصحي، وغسل اليدين بالصابون (أو الرماد) والإستخدام الصحيح للمراحيض.هذا، وينطوي إشراك فتيات المدارس في هذه اللجان على أهمية خاصة لأن التحاق الفتيات بالمدارس يتأثر بعدم توافر مرافق كافية للمياه والصرف الصحي، وبالوقت الذي يضيع في الترحال لمسافات طويلة للوصول إلى مصادر مياه الشرب. وبالاقتران مع الإستراتيجيات التشاركية للشباب، ساعدت هذه الجهود على زيادة نسبة التحاق الفتيات بالمدارس بمقدار ١٥–٢٠ في المئة على مستوى البلاد منذ عامي ٢٠٠٢–٢٠٠٣.

وفي سعيها لجذب انتباه الأطفال الآخرين، تستخدم اللجنة نقاشات ضمن مجموعات التركيز وملصقات وأغانٍ معبرة، كما تستخدم المسارح والرقص والمقابلات والرسومات والمسابقات. وسيراً على نهج هذه المقابلة، تم تشكيل لجان صرف صحي من الأطفال إلى الأطفال، وهي تعمل في ٢٥١ مدرسة.

جنوب السودان: مقاربات مجتمعية في مجال المياه والصرف الصحي في بيئات معقدة

الصراع المسلح أو الكوارث الطبيعية أو غيرها من الحالات الطارئة المعقدة ، بيد أن الأدلة الواردة من جنوب السودان تبين أنه عند تنفيذ المقاربات المجتمعية بنجاح، فإنها تلعب دوراً مهماً في البيئات الصعبة. ففي جنوب السودان، يُشرك مشروع المياه والصرف الصحي فرق مياه محلية متخصصة في الحفر اليدوي للآبار، ويتكون كل فريق من ١٠ أعضاء يُختارون عادةً من المجتمعات المحلية، ومن هؤلاء العشرة، سبعة حفارين ، وثلاثة مسؤولين عن صيانة المضخات اليدوية، ومشرف عليهم، علماً أن الحفر اليدوي يوفر نهج رخيص لا تتطلب تكنولوجيا متقدمة لتوفير سبل الوصول إلى الماء، حيث تستطيع المجتمعات المحلية أنفسها تفكيك العدة ونقلها بين المواقع. فإمكانية حملها تتيح المجال للمجتمعات لنقلها، حتى عبر طرق وعرة، ولها ميزة مهمة أخرى، وهي أنها تمكن المجتمعات من مواصلة الحفر خلال موسم الأمطار، ناهيك

عن أهمية رخص أسعار العدة وإمكانية حملها بالنسبة إلى المناطق غير الآمنة. ومن خلال العمل المشترك مع المجتمعات المحلية، نجح هذا المشروع في تمديد أنابيب للآبار عبر مناطق شاسعة من شمال بحر الغزال.

بنغلادش والهند: "الصرف الصحي الشامل" تحت قيادة المجتمع المحلي

رغم أهمية الاستثمار في إنشاء المراحيض كأحد متطلبات زيادة تغطية الصرف الصحي، إلا أن الأدلة الواردة من جنوب آسيا تشير إلى أنه ليس كافياً دائماً لتحقيق نتائج مرغوبة في تحسين الصحة العامة. وتظهر دراسات تقويم القطاع الحكومي بأسره في الهند مثلاً أن معظم الناس يواصلون التغوط في العراء لا لقلة سبل الوصول إلى المراحيض، بل لأنهم لا يرون داعياً لتغيير سلوكهم، حيث يجهلون أو يتجاهلون المخاطر الصحية المرتبطة بذلك. ويبلغ استخدام المراحيض ذروته عندما تدرك الأسر الحاجة إلى المرحاض وتَبني واحداً خاصاً بها.

وفي منطقة راجشاهي في بنغلادش، تم تجريب نهج فريد لتعبئة المجتمع المحلي في عام ٢٠٠١ لتحقيق نسبة تغطية مقدارها ١٠٠ في المئة في مجال الصرف الصحي، هذا ويقوم" الصرف الصحي الشامل" تحت قيادة المجتمع المحلي" على مبدأ استنفار التغير السلوكي الجماعي. وتساعد هذه المقاربة المجتمعات المحلية على فهم الآثار السلبية للصرف الصحي الرديء، وتمكنهم من إيجاد الحلول بشكل جماعي. وفي راجشاهي، قادت هذه المقاربة المجتمع المحلي إلى تنفيذ حظر عام للتغوط في الأماكن العامة في القرية. وقد تم تحقيق الحظر بدون أيّ دعم خارجي، حيث استند تماماً إلى تعبئة المجتمع، وقد استخدمت المجتمعات المحلية مواردها الخاصة وأسست لجان عمل وراقبت التقدم.

مثلت مبادرة راجشا هي تحولاً نموذجياً في تشجيع ممارسات أفضل في مجال الصرف الصحي، من خلال استراتيجية تركز على المجتمع المحلي. لكن توسيع نطاق الخدمات في المنطقة اقتصر على مقاربة تعالج الوضع في قرية تلو قرية، إلا أن تجربة راجشاهي ولّدت اهتماماً في الهند، مما أدى إلى زيارات قام بها واضعو السياسات، بما في ذلك مسؤولين من حكومة ماهاراتشترا، التي استنارت بالتجربة البنغلاديشية ووضعت استراتيجية لحظر التغوط في العراء في الولاية. وقد هدفت السمات الأساسية في هذه الإستراتيجية إلى وضع الحكومات المحلية في الواجهة، وتوفير المعونة المالية للفقراء ووضع أنظمة قوية للمراقبة والتقويم. وشملت الحملة تركيزاً قوياً على النشاطات الإعلامية والتثقيفية والتواصلية وزيارات أفضل أداءً. ونتيجة لذلك، حققت ماهاراشترا انجازاً كبيراً بين عامي ٢٠٠٢ و٢٠٠٦ ،

فبعد أن كانت جميع قراها تعاني من مشكلة التغوط في العراء، أصبح لديها ٣٨٠٠ قرية خالية من هذه العادة، أي أن أكثر من ٥ ملايين أسرة تعيش الآن في بيئة تخلو من التغوط في العراء.

وقد أدى النجاح الذي تحقق في ماهاراشترا بدوره إلى مراجعة لإرشادات الصرف الصحي الوطنية في الهند، وإلى الإعلان عنً "جائزة القرية النظيفة"، التي أعدتها حكومة الهند في عام ٢٠٠٤. وبموجب هذه الخطة، يتم منح جوائز نقدية إلى الحكومات المحلية التي تحقق صرفاً صحياً بنسبة ١٠٠ في المئة. وكانت الاستجابة هائلة. ففي شباط/فبراير ٢٠٠٥، حصلت ٣٨ حكومة محلية ريفية صغرى على الجائزة. ومع حلول فبراير٢٠٠٦، ارتفع العدد إلى ٧٦٠، بالإضافة إلى ٩ حكومات محلية ريفية وسطى.

غانا: رأب الصدع بين الأرياف والمدن

من بين أكبر التفاوتات في مجال المياه النقية والصرف الصحي الأساسي هي تلك الواقعة بين سكان المدن والقرى. عالمياً، تبلغ نسبة الوصول إلى مصادر مياه شرب محسنة ٩٥ في المئة في المدن، مقارنةً بما نسبته ٧٣ في المناطق الريفية. وتبلغ الهوة بين المناطق الريفية والمدن أوجَها في الدول الواقعة جنوب الصحراء الإفريقية، حيث تصل الخدمة في المدن إلى ٨١ في المئة من السكان، مقارنة بما نسبته ٤١ في المئة في المناطق الريفية.

في غانا، كانت تغطية الصرف الصحي والمياه في المناطق الريفية، إلى وقت قريب، متخلفةً عن الدول الواقعة جنوب الصحراء الإفريقية، لكنها حالياً تشهد توسعاً كبيراً، حيث باتت تصل إلى حوالي ٢٠٠,٠٠٠ شخص، أو أكثر من ١ في المئة من السكان سنوياً. هذا التغيير الهائل يعكس برنامج إصلاح قوي وضعته الحكومة في أوائل تسعينيات القرن العشرين لمعالجة النقص في نظام يقوم تماماً على توجيه الأوامر من الأعلى إلى الأدنى. وقد فشل هذا النظام بسبب عدم تجاوبه فشلاً ذريعاً، خصوصاً في القرى. ونتيجة لعملية الإصلاح، تم تحويل مسؤوليات إمدادات المياه إلى الحكومات المحلية والمجتمعات الريفية المحلية، مع تطوير هياكل سياسات جديدة لإدارة المياه. وتعتبر الهياكل الإدارية الفردية جزءاً من النظام الجديد. وللتقدم بطلب للحصول على منح كبيرة، على المجتمعات المحلية أن تشكل لجاناً قروية للمياه وأنً تضع الخطط التفصيلية لكيفية إدارة الأنظمة الخاصة بهم، وتقديم مساهمة نقدية مقدارها ٥ في المئة من تكاليف رأس المال، إضافةً إلى تكاليف الصيانة. وقد أدت هذه المقاربة التشاركية إلى زيادة كبيرة في سبل الوصول إلى المياه، تراوحت ما بين ٥٥ في المئة عام١٩٩٠ و ٧٥ في المئة في عام ٢٠٠٤، والوصول الآن يشهد تسريعاً كبيراً.

انظر المراجع في صفحة١٠٨

كما تقوم هذه الدول بإدخال الاحتقانات التي تواجهها، والإستراتيجيات والنتائج الصحية المتوقعة والتمويل الإضافي ضمن "حالات استثمار" لزيادة الدعم السياسي والمالي خططها الوطنية.

دعم الأنظمة الصحية على مستوى المناطق

يبقى تعزيز الأنظمة الصحية مهمة عسيرة ومعقدة، خصوصاً في الكثير من الدول التي تحرز تقدماً غير كاف نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفيّة المرتبطة بالصحة. وتعد لامركزية الأنظمة الصحية، مقرونةً بزيادة التركيز على مستوى المناطق وسيلة فعالة لتقديم الرعاية الصحية الأساسية إلى الأطفال والعائلات المهمشة على مستوى المجتمع المحلي[١٨]. لكن التحول إلى اللامركزية لا يخلو من المخاطر، فقد تكون له عواقب غير مقصودة، مثل تعميق حالات اللامساواة القائمة في المجتمعات المحلية، بناء على عوامل مثل الفقر والجنس واللغة والعرق[١٩]. وحتى في ظل وجود اللامركزية، تبين التجارب أن تحويل منطقة إدارية إلى نظام صحي فعال يتطلب وقتا. ففي عام ٢٠٠٠ مثلاً، كان هناك ما مجموعه ١٣مستشفىً فقط من مستشفيات المناطق في النيجر مزودة بالمعدات اللازمة لإجراء الولادة القيصرية، و١٧ مستشفى من أصل ٥٣ في بوركينا فاسو مزودة بمرافق ملائمة بعد ١٠سنوات من تأسيس نظام المناطق، و٥ مستشفيات فقط من المستشفيات الـ ١٧ كان فيها الأطباء الثلاثة المطلوبون لضمان تواصل الرعاية على مدى العام[٢٠].

رغم ذلك، توحي تجربة اللامركزية خلال العقد الماضي، وبعد دراسة جميع الجوانب، أن المناطق الصحية تبقى طريقة عقلانية للحكومات لتقديم شبكات الرعاية الصحية الأساسية من مراكز صحية وممارسات عائلية، أو أية هياكل أخرى غير مركزية مدعومة بمستشفيات لإحالة المرضى إليها.

الحاجة العاجلة إلى معالجة أزمة عمال الصحة في إفريقيا

تقف قلة الموارد البشرية حائلاً دون توسيع نطاق المقاربات المتكاملة الخاصة بصحة الأمهات والمواليد الجدد، والأطفال وتغذيتهم، وبقائهم على قيد الحياة على مستوى المجتمع المحلي، وتبين التجربة الحالية أن محدودية الفاعلية وكثرة الاستقالات بين صفوف الموظفين، وقلة الإشراف هي بمجملها مشاكل تواجه معظم البرامج في الدول النامية. فالهجرة الكبيرة لموظفي الصحة، ووطأة الإيدز الذي دمر قوى العمل في الدول التي اقتحمها، وكذلك الصراع المسلح كلها عوامل تؤدي إلى تهديد القوى العاملة في مجال الصحة الوطنية في الكثير من الدول النامية التي لا تحقق تقدماً، أو ربما تحقق تقدماً بطيئاً في الحد من وفيات الأطفال. وضمن هذه السياقات، يلعب عمال الصحة التابعين للمجتمع المحلي دوراً مهماً في تحسين الصحة في المجتمع المحلي بشكل عام، وصحة الأطفال بشكل خاص. ولا بد من التنويه إلى أن عمال الصحة التابعين للمجتمع المحلي يكمّلون محترفي الصحة المدرّبين ولا يحلّون محلهم.

الكوادر الصحية على مستوى المنطقة والمجتمع المحلي

يعتبر عدد عمّال الصحة لكل ألف طفل، وخصوصاً الأطباء والممرضين، مُحدداً مهماً للتفاوت في نسب وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة والأمهات. فعلى سبيل المثال، تبين الأبحاث أن احتمالات تحقيق نسبة تغطية مقدارها ٨٠ في المئة في التطعيم ضد الحصبة، والمرافقين المحترفين عند الولادة تعزز، بشكل كبير، عندما تتجاوز كثافة عمال الصحة ٢,٥ لكل ألف ساكن، إلا أن دولاً كثيرة نامية، وخصوصاً تلك الواقعة جنوب الصحراء الإفريقية، تواجه نقصاً حاداً في الكوادر الصحية.

إن هجرة الكوادر الصحية الماهرة تسبب قلقاً عميقاً في الكثير من الدول النامية. ومن المسائل التي تثير قلقاً خاصاً: هجرة الكوادر الصحية الكفؤة من الدول الفقيرة إلى الغنية (ما يسمى بـ "هجرة العقول")، لكن أنماطاً أخرى من حركة كوادر الصحة الكفؤة داخل بلد ما – أي من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية، ومن القطاع العام إلى الخاص، ومن القطاع الصحي إلى غيره – تعدُ عوامل تحُدُ من وفرة الكوادر الصحية المهرة، المنخرطين في الرعاية الأساسية في الدول النامية.

وتبدو الأسباب التي تدفع الأطباء والممرضات إلى ترك القطاع الصحي برمته متشابهة في أماكن متنوعة، مثل جزر المحيط الهادئ ودول الاتحاد الأوروبي. وهي تشمل الرواتب، وساعات الدوام غير المرنة والمثقلة بواجبات إضافية، ونقص الفرص التعليمية وظروف العمل الصعبة، ومتطلبات المرضى ونقص الإمدادات والمعدات. وتشير الإحصاءات الأخيرة، مثلاً، إلى أن نصف خريجي الكليات الطبية من غانا يهاجرون خلال ٤ سنوات ونصف من تخرجهم، و ٣٠٠ ممرض مختص كل شهر، و٧٥ منهم لا يعودون أبداً. والوجهتان الرئيستان لهجرة عمال الصحة هما: أوروبا وأمريكا الشمالية، وتنطبق الحالة هذه تماماً على المملكة المتحدة، حيث ثلث الكادر الصحي من دول أخرى. وتبين الأبحاث أن كثافة عمال الصحة (من أطباء وممرضين وقابلات) في أوروبا وأمريكا الشمالية تفوق نظيراتها في دول جنوب الصحراء الإفريقية بأكثر من عشرة أضعاف. هذه الهجرة لها تأثير سلبي حاد في عملية تقديم الخدمات الصحية في الدول النامية،لأن حركة الكوادر البشرية تؤثر

وفي الأماكن التي تحولت فيها المناطق الإدارية إلى هياكل مستقرة وقابلة للحياة، فقد تحققت نتائج ملحوظة، حتى في ظل ظروف طارئة معقدة، كما حدث في جمهورية الكونغو الديمقراطية وغينيا. وبالمثل، وسَعت مالي شبكات المراكز الصحية والخدمات فيها للأمهات والأطفال [٢١]. وفي الدول التي اقترنت اللامركزية فيها بإصلاحات في الإدارة العامة، حدث تقدم كبير خلال سنوات قليلة. ومن الأمثلة على ذلك موزمبيق ورواندا وأوغندا، وهي دول خاضت سنوات طويلة من الصراع والإنهيار الاقتصادي، لكنها حققت تقدماً كبيراً في إصلاح المؤسسات الحكومية وأدائها، بما في ذلك أنظمتها الصحية[٢٢].

وفي العقود الأخيرة، تزايدت الأدلة على أداء الأنظمة الصحية في المناطق، إلا أن قاعدة الأدلة ما زالت صغيرة نسبياً، وتغطية الدراسة غير متساوقة، والمقاربات التي يناصرها الممارسون لا تتمتع بالمستوى ذاته من الإجماع والوضوح في أوساط العلماء مثل نظيراتها الخاصة.

إن العمل على المقاربة المستندة إلى المناطق لتوصيل متوالية الرعاية الصحية للأمهات والمواليد الجدد وصحة الطفل يتطلب زخماً جديداً وطرقاً أدق في وضع الأنظمة. ويجب أن يركز البحث، على وجه الخصوص، على إعادة توجيه الأنظمة الصحية الوطنية لخلق الظروف التي يمكن في ظلها لأنظمة الصحة والتغذية، التي تقدم خدمات الرعاية حسب نظام المناطق، أن تنتعش. وإن التحليل المنهجي والحالات الدراسية في الدول التي جِربت هذه المقاربة،

في الكوادر المتخصصة ممن يتمتعون بأرفع مستوى من التدريب، وممن أنفقت الحكومة مبالغ طائلة على تدريبهم وتنميتهم المهنية.

وبالإضافة إلى هذه الأسباب العامة، كان تفشي الإيدز والصراع المسلح سببين قويين في خسارة الكوادر الصحة المؤهلة في دول جنوب الصحراء الإفريقية، على وجه الخصوص.

وفي حالات الصراع، كما في عملية إعادة الإعمار التي تلي الصراع، يكون لمزودي الخدمة الصحة المؤهلين أهمية كبيرة لتوفير خدمات عامة وتخصصية للسكان الضعاف، الذين ربما تعرضوا للتهجير والإصابات نتيجة للصراع. وفي الكثير من الدول المتضررة من الصراعات، أدت سنوات، وأحياناً عقود، من الصراع إلى نقص حاد في محترفي الصحة المؤهلين.

ولمواجهة هذا النقص في أخصائيي الصحة المهرة، على الأقل في المدى القصير والمتوسط، يجب أن ترسي الأنظمة الصحية الوطنية حوافز لقاء ممارسة الرعاية الصحية في الوطن، ولمواجهة هذا التحديّ، نجح عدد من الدول في حشد وتدريب عمال الصحة، حتى في المناطق الريفية حيث تزداد حدة النقص. ويجري حالياً إعداد مجموعات حوافز للإحتفاظ بعمال الصحة أو لعكس الهجرة لمعالجة الأزمة. ومن الأمثلة على ذلك ما يحدث في مالي، حيث تشجع وزارة الصحة الأطباء الخريجين الجدد على العمل في الأرياف، من خلال تزويدهم بالتدريب والسكن والمعدات والمواصلات، إذا اقتضت الحاجة.

التدريب الذي يركز على الظروف المحلية يمكنه المساعدة في الحد من استنزاف القوى العاملة. ويتبين من الجهود التي تبذل منذ وقت طويل لزيادة أعداد عمال الصحة في المناطق الريفية أن تدريب عمال محليين– باستخدام اللغات المحلية وبمهارات تلائم الظروف المحلية– يسهِل عملية الاحتفاظ بالعمال، وتؤدي مثل هذه المقاربات الخاصة بالتدريب عادةً إلى شهادات اعتماد لا تحظى باعتراف دولي. وهذا يزيد من الحد من الهجرة، بيد أن النجاح مرهون بتوفير الحوافز والدعم على المستوى المحلي.

وهناك قلق متزايد من أن الدول الغنية تستفيد من هجرة العقول على حساب إفريقيا، ونتيجة لذلك، هناك حركة متزايدة تطالب بوضع نهاية لتوظيف عمال الصحة الوافدين من إفريقيا أو، في حال عدم واقعية هذا الحل كما هو مرجَح، القيام بتوظيفهم بطريقة تعود بالنفع على الطرفين. ففي السنوات الخمس الماضية، ظهرت حوالي ١٢ وثيقة دولية من سلطات وطنية واتحادات مهنية وأجهزة دولية وضعت معايير للسلوك بين المعنيين الرئيسيين المنخرطين في التوظيف الدولي لعمال الصحة واعتبارات أخرى مشابهة كانت موضع تركيز اتفاقيات ثنائية.

انظر المراجع في الصفحة ١٠٨

حالة الاستثمار في مجال بقاء الأطفال على قيد الحياة وأهداف أخرى مرتبطة بالصحة ضمن الأهداف الإنمائية للألفية في الدول الإفريقية جنوب الصحراء

يُتوقع من الإستراتيجيات المبينة في «إطار العمل الإستراتيجي الهادف إلى تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، الخاصة ببقاء الأطفال على قيد الحياة في إفريقيا»، والذي أُعد لصالح الاتحاد الإفريقي في يوليو ٢٠٠٥ أن توفر، في وقت قصير نسبياً، الحد الأدنى من الظروف اللازمة لزيادة التغطية الفعالة للرعاية الصحية في دول إفريقيا جنوب الصحراء، بما في ذلك الحد الأدنى من الخدمات الرخيصة ذات التأثير العالي، والمبنية على الأدلة، والتي يمكن تقديمها من خلال العائلة والرعاية المجتمعية، ومن خلال الخدمات الموجهة إلى السكان والرعاية في العيادات.

ويُتوقع أن تكون التدخلات الرئيسية: مضادات حيوية لمكافحة ذات الرئة والإصابات التي تهدد المواليد الجدد، والأدوية المضادة للملاريا، وتغذية الرضع وتشجيع حفظ الصحه، والناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية ومحلول معالجة الجفاف عن طريق الفم، والمساعدة اللازمة عند الولادة، ومكملات فيتامين A، ومكافحة الإيدز لدى الأطفال، وتوفير الرعاية للمصابين، ورعاية حالات التوليد الطارئة لحديثي الولادة. ومن المأمول أن يكون لهذه الإستراتيجيات والتدخلات تأثير كبير في تحسين تغذية الأطفال والحد من وفيات الأمهات، وتحسين وضع النساء والحد من الفقر من خلال تمكين النساء. (مراحل التنفيذ الثلاثة مبينة في الصفحتين ٧١و٧٢).

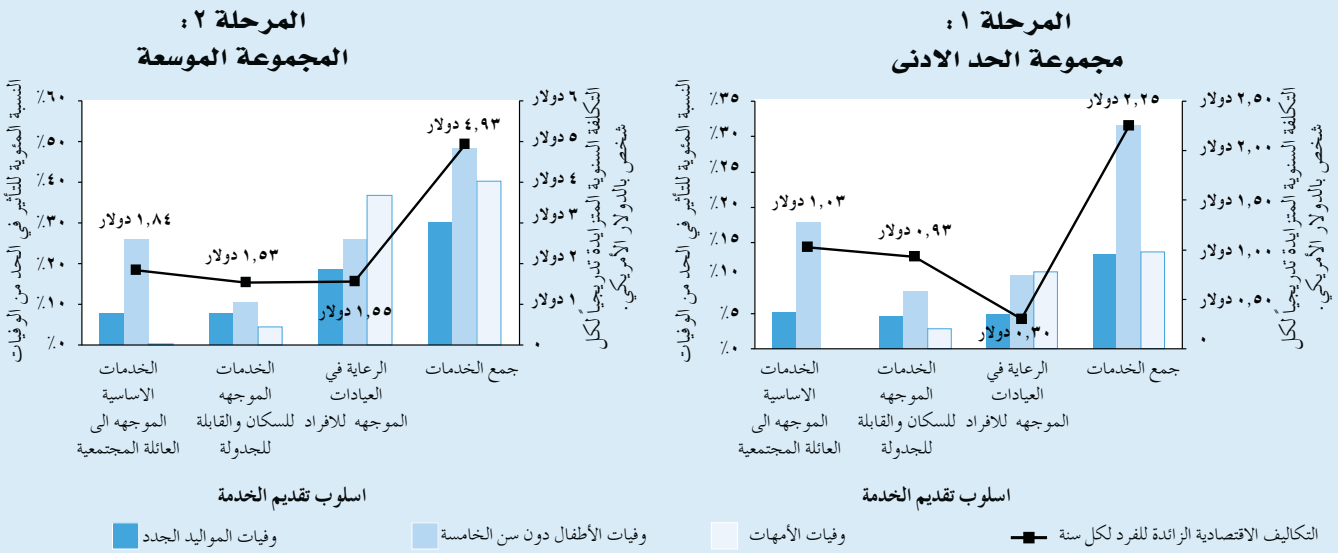
في المرحلة الأولى، يقدّر أن تحد هذه الإستراتيجية من معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في إفريقيا بأكثر من ٣٠ في المئة، وأن تحد مبدئياً من وفيات الأمهات بنسبة ١٥ في المئة بكلفة سنوية مقدَرة ومتزايدة تدريجياً بواقع دولارين–ثلاثة دولارات أمريكية، أو حوالي ألف دولار أمريكي لكل حياة يتم إنقاذها.

وفي المرحلة الثانية، سيؤدي التنفيذ إلى تخفيض في نسبة وفيات الأطفال دون الخامسة يُقدَر بنسبة تزيد عن ٤٥ في المئة، وسيحد من وفاة الأمهات بنسبة ٤٠ في المئة. وتقدر الكلفة الإقتصادية السنوية المتزايدة بنحو ٥ دولارات أمريكية، أو أقل من ١٥٠٠ دولار أمريكي لكل حياة يتم إنقاذها.

وفي المرحلة الثالثة، يُقدَر أن يتيح الوصول إلى حدود التغطية الفعالة، مقروناً بالحد الأعلى من التدخلات، لتحقيق أو قرب تحقيق هدف الألفية الإنمائي الأول

الشكل ٤-٤

التأثير والتكلفة المقدّرين لمجموعات تدخلات الحد الأدنى، والموسعة، وذات الحد الأقصى الخاصة بإطار العمل الإستراتيجي لإفريقيا.



* على اعتبار أن الرعاية في العيادات، والموجهة إلى الأفراد متوفرة بشكل دائم.

والرابع والخامس والسادس، من خلال الحد من وفيات الأطفال دون الخامسة بأكثر من ٦٠ في المئة، والحد من معدلات وفيات الأمهات بنسبة ٥٠ في المئة، مع تخفيض الإصابة بالملاريا ونقص التغذية إلى النصف. وتقدر الكلفة السنوية المتزايدة تدريجياً لتحقيق المرحلة الثالثة بنحو ١٢–١٥ دولاراً أمريكياً، أو حوالي ٢,٥٠٠ دولار أمريكي لكل حياة يتم إنقاذها.

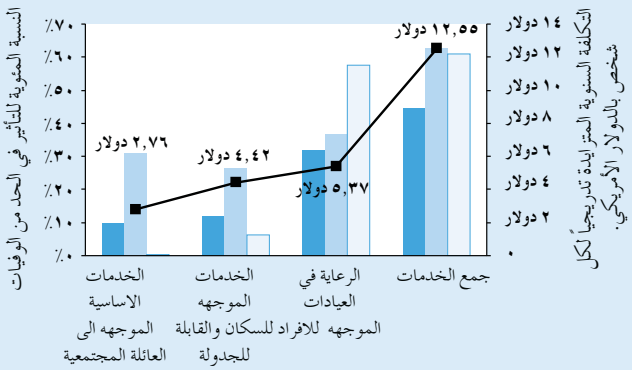
وإذا افترضنا سرعة متدرِجة للتنفيذ، فإن التمويل السنوي الإضافي المطلوب للتسريع المقترح، الذي سيتم على مراحل، سيرتفع بين دولارين وثلاثة دولارات لكل فرد سنوياً لتوسيع نطاق مجموعة الحد الأدنى في المرحلة الأولى، حيث سيزداد بأكثر من ١٢–١٥ دولاراً للفرد سنوياً، لتوسيع نطاق مجموعة الحد الأعلى بحلول عام ٢٠١٥ في المرحلة الثالثة. وتجدر الإشارة إلى أن هذه التكاليف الإضافية قُدرت مؤخراً، عبر استخدام أدوات مختلفة لحساب التكاليف، حيث أعطى كل منها توقعات مشابهة، مما يوحي بدقة التقديرات، علماً بأن هذه التكاليف خاصة بالسلع والأدوية والإمدادات. وتأخذ الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية حصة كبيرة من هذه التكلفة، ومثلها الأدوية. كما يخصص جزء من التكلفة للموارد البشرية والمرافق الصحية والمعدات، وكذلك لعمليات المراقبة والتقويم.

وفي سياق إطار العمل الإستراتيجي، يُقترح سيناريو التمويل المشترك ما يلي: في المراحل الثلاثة كلها، سيأتي حوالي نصف التمويل الإضافي لعملية توسيع مجموعة الحد الأدنى من الميزانيات الوطنية، بما في ذلك مخصصات دعم الميزانية، مع توفير ١٥ في المئة من المصاريف البسيطة المباشرة، وثلث من الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا واليونيسيف والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية ومن متبرعين آخرين.

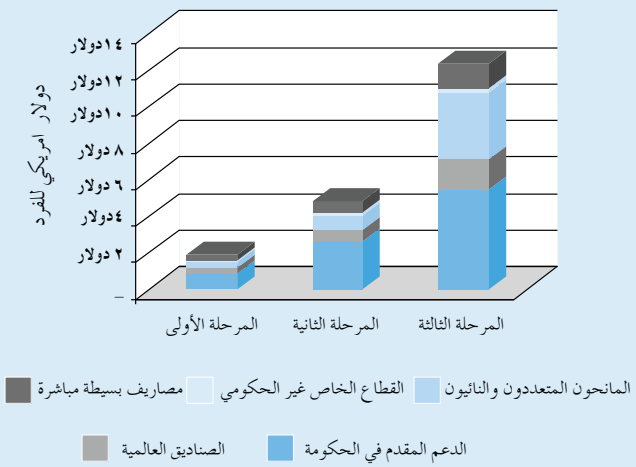
انظر المراجع، صفحة ١٠٨

الشكل ٤-٤

المرحلة ٣:
مجموعة الحد الأعلى



مصادر التمويل ٢٠٠٧-٢٠١٥



الشكلان اللذان يوضحان مصادر التمويل ٤–٣ و٤–٤ الصفحتان ٧٨–٧٩: التقديرات الأولية تستند إلى النسخة المنقحة من المسودة التي أعدتها اليونيسف والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية تحت عنوان «إطار العمل الإستراتيجي لتحقيق الأهداف الانمائية للألفية في إفريقيا» من خلال دعم الأنظمة الصحية، والتنفيذ واسع النطاق لمجموعات كاملة من التدخلات الرخيصة وذات التأثير في الصحة والتغذية»، والتي اعدَت بناءاً على طلب الاتحاد الإفريقي بواسطة اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، وتم تنقيحها في أكتوبر تشرين الأول عام ٢٠٠٧.

© UNICEF/HQ04-0689/Giacomo Pirozzi

يجب معالجة النقص في أعداد عمال الصحة في الدول النامية في الخطط الوطنية لدرء آثاره السلبية على صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال. وتظهر في الصورة عاملة صحية تفحص طفلاً في المركز الإقليمي لمكافحة الإيدز، والوقاية منه في الاتحاد الروسي.

يمكنها تقديم معلومات مهمة عن الطرق التي تعمل فيها السياسات الحالية، والطرق التي تكفل تحسينها. وهناك بعض المشاكل الكبيرة—مثل بناء القدرة المؤسسية والحصول على المعلومات الإستراتيجية لتوجيه ومراقبة تدفق الموارد وأداء النظام— والتي يعرفها الممارسون تماماً.

ومن الجليّ أن هناك عملاً كثيراً يجب إنجازه في مجال جمع الأدلة والمعرفة حول طرق بناء القدرات لوضع السياسات وتشكيل التنظيمات والتوجيه الذي يثقف القسم الإداري للقطاع الصحي ككل، وكذلك تنظيم متوالية الرعاية الصحية لصالح الأمهات والمواليد الجدد والأطفال على مستوى المنطقة الإدارية.

٣- تحسين الجودة وثبات التمويل لتعزيز النظام الصحي

يُعدُ توفير المال لتمويل الرعاية الصحية عقبة كأداء أمام توسيع نطاق الخدمات في الدول ذات الدخل المتدني، حيث تواجه القطاعات الصحية عجزاً هائلاً في ميزانياتها. ولا يخفى أن للسياسات التي تحدد التمويل الحكومي للصحة تأثير كبير على النتائج التي تطال صحة الأطفال والنساء من خلال دعم، أو فرض ضرائب على الخدمات المهمة التي تؤثر في بقاء الأمهات والمواليد الجدد والأطفال على قيد الحياة، وفي صحتهم وتغذيتهم، أو من خلال دعم آليات عادلة في تحمل التكاليف.

إن التمويل الكافي للقطاع الصحي، ولتمويل عمليات مكافحة أمراض معينة لا مفر منه إذا أردنا توسيع الخدمات بشكل فاعل ومستدام، وتحسين النواتج التي لم تكن في أفضل أحوالها منذ الدعم المبكر والحالي للقطاع الصحي، والتي ساهمت في عوامل كثيرة هي:

قلة الأدلة وقلة الميزانيات القُطرية للنتائج الصحية. وإذا أخذنا بالاعتبار هيمنة المبادرات الخاصة بالأمراض، فإن الإستراتيجيات الوطنية الخاصة بصحة الأمهات والمواليد الجدد وصحة الطفل لا تعطي اهتماماً كافياً للمقاربات متعددة القطاعات لتحقيق نتائج صحية، أو إزالة الاحتقانات التي تعيق تقديم الخدمات، أو وضع ميزانية كافية للاستراتيجيات الخاصة بالصحة، بما في ذلك تكاليف إزالة الاحتقانات المعيقة للإمدادات والطلب على خدمات الرعاية الصحية.

تباطؤ خطى التقدم وضعف الإرتباط بالعمليات القطرية والتناغم. غالباً ما تبقى الصلات بين القطاع الصحي وعمليات التنمية الأشمل على المستوى القطري (القطاع العام وإصلاح الميزانية، وإستراتيجيات الحد من الفقر، والتخطيط المالي والاقتصادي الأشمل)، ضعيفة في الدول ذات الدخل المتدني، ناهيك عن أن أنظمة المراقبة لتتبع تدفقات الموارد والتقدم والنتائج، غير كافية إلى حد كبير. وقد حصل تقدمٌ طفيف في ترجمة الإلتزامات العالمية حيال فعالية المساعدات إلى عمل ملموس على المستوى القطري، وعلى الأخص فيما يتعلق بتوفير التمويل طويل الأمد، والحد من المساعدات المشرذمة، مما يؤدي إلى تكاليف باهظة في المعاملات، وهذا يخالف إعلان باريس الخاص بالتناغم وفعالية المساعدات.

قلة التركيز في عملية التمويل على معالجة العقبات التي تعيق تعزيز الأنظمة الصحية. رغم الالتزام المتزايد الذي يبديه المجتمع الدولي للأهداف الصحية، إلا أن الدول ما زالت تواجه نقصاً حاداً في التمويل لبناء أنظمتها الصحية، بما في ذلك تمويل تأهيل موارد بشرية مهمة والاحتفاظ بها، وتوفير الحوافز للأداء، وبناء أنظمة توريد وإمدادات وتسهيل عمليات الانتقال إلى الأسر الفقيرة لمعالجة عقبات الطلب في مجال تحسين الصحة. ومع حشد المزيد من الأموال لأمراض محددة مثل فيروس نقص المناعة المكتسب والإيدز، إلا أن هناك اختلالاً ملحوظاً آخذاً في الاتساع على المستوى القطري، في ظل غياب آليات تقديم الخدمات الصحية، والتمويل الضرورية لاستيعاب الأموال المقدمة لمبادرات خاصة. ونتيجة لذلك، بدا واضحاً للعيان أن هناك مستويات

متدنية من التنفيذ وفعالية برامج مكافحة الأمراض. ومن العوامل التي تقوّض التنفيذ الفعال: غياب أو ضعف الرقابة الحكومية على سلوك مزودي الخدمات الصحية، وكذلك رقابة المستفيدين من الخدمات الصحية على استخدام الأموال العامة[٢٣].

تقترح الشراكات الدولية، التي أرسيت مؤخراً، العمل على زيادة الموارد لتوسيع نطاق الخدمات، سعياً لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. وتسعى هذه المبادرات إلى التركيز على النتائج وإرساء علاقة واضحة بين الموارد المخصصة والنتائج الصحية. ولتنفيذ هذا، ينبغي تعزيز الأنظمة الصحية كوسيلة لتحقيق نتائج تنموية بشكل مباشر، أو من خلال التأثير على مانحين آخرين، والدعوة إلى تحقيق المزيد من التماسك في بناء المعونات الصحية[٢٤].

وهناك اتفاق متنام حول أهمية دعم الخطط القطاعية الراسخة والرغبة في ضمان تضافر الجهود الحالية المبذولة لتعزيز الأنظمة الصحية. وتشمل القضايا الرئيسة المرتبطة بهذه المبادرات الجديدة: تطوير خطط التوسعة وجودتها، ومراقبة العمليات واختيار البلدان، وكذلك تدفق الأموال وإدارتها[٢٥].

وفي هذا السياق، يتبلور إجماع على خمسة مبادئ للمساعدة:

- مكافأة الأداء بطريقة متوقعة من خلال الاتفاقيات.
- مواءمة المعونة التنموية مع الأنظمة القطرية.
- التمويل المرهون بالنتائج.
- إرساء معايير ومؤشرات لتطوير النظام الصحي.
- تطوير إستراتيجيات تمويل خلاقة وعادلة.

مكافأة الأداء بطريقة متوقعة من خلال الاتفاقيات.

وبالإضافة إلى التركيز المتجدد على النتائج، يتبلور الآن إجماع على وجوب

نقطة تركيز

بوتسوانا: التوسيع في مكافحة وعلاج فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب باستخدام شراكات المجتمع المحلي

السياق والتحدي: يُعد الإيدز السبب الأول في وفيات الأمهات والمواليد الجدد والأطفال في المناطق الواقعة جنوب القارة الإفريقية. ففي بوتسوانا، تبلغ نسبة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز ١ من كل ٤ أشخاص ممن تتراوح أعمارهم بين ١٥–٤٩. وتبدأ المخاطر على الأطفال قبل الولادة، فثلث النساء الحوامل، البالغة أعمارهم ١٥–٢٤، في بوتسوانا مصابات بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب. وهذا يؤدي إلى ارتفاع حالات ولادة الجنين ميتاً، والوفيات في مرحلة الولادة الحديثة والأطفال الرضع، حتى ولو لم ينتقل الفيروس خلال فترة الحمل أو أثناء فترة الرضاعة الطبيعية. وتتعرض الأمهات لخطر كبير يتمثل في نقلهن الإصابة إلى مواليدهن الجدد. وعلاوة على ذلك، تواجه الأمهات خطراً متزايداً، ألا وهو الموت وترك أطفالهن على نحو يقلل من فرص بقائهم على قيد الحياة، كما أن الإيدز سبب كبير في الإعاقات والوفاة بين الأطفال ممن تزيد أعمارهم عن شهر.

التدخلات والنهُج: أطلقت بوتسوانا مبادرة الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل في عام ١٩٩٩، مدعومة بالتزام سياسي قوي ومخصصات كبيرة للموارد المطلوبة. ومنذ البداية، خططت حكومة بوتسوانا لتغطية وطنية للتدخلات، وقدمت الخدمات مجاناً للنساء والأطفال، وأدخلتها في خدمات صحة الأمهات والأطفال. وتشمل هذه التدخلات ممارسات التوليد الآمنة، والاستشارة، والفحص للكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب، والمعالجة الوقائية أو معالجة الإصابات بالفيروس، وفحص الأطفال عندما يبلغون من العمر ستة أسابيع. كما توفر الحكومة دواء الإيدز للأمهات المؤهلات والعائلات، وهذا كله خاضع لمراقبة وتقويم دقيقين مع إدارة دقيقة لسلاسل الإمداد.

ومن العوامل الجوهرية للنجاح في بوتسوانا آلية التنسيق الموحدة التي شملت خطة توسيع وطنية واحدة، حيث أدمجت مبادرة الوقاية من الفيروس من الأم إلى الطفل بكاملها في الخدمات الصحية المقدمة إلى الأمهات والأطفال. وقد تم إجراء تعديلات مستمرة لتحسين الجودة وزيادة عدد المنتفعين من الخدمة. ومن العوامل المهمة أيضاً الالتزام السياسي والإدارة المتماسكة للبرنامج، والمشاركة المجتمعية، وانخراط الذكور في العملية لدعم النساء اللواتي اخترن ألا يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية، وتسهيل متابعة الرعاية الطبية للأطفال ودعمها.

النتائج: في بوتسوانا، اتسع البرنامج ليبلغ نسبة التغطية الوطنية الشاملة بحلول عام ٢٠٠٤، وبحلول عام ٢٠٠٥، كان ٥٤ في المئة من الأمهات المصابات بالفيروس يتلقين العلاج المضاد أثناء فترة الحمل.

انظر المراجع في الصفحة ١٠٨

© UNICEF/HQ05-1876/Donna DeCesare

ينطوي تعزيز الإلتزام السياسي وتوفير التمويل الكافي من الحكومات على أهمية كبيرة لضمان وصول الأمهات والمواليد الجدد والأطفال الى متوالية الرعاية الصحية، ويظهر في الصورة طفل يُمسك أخته الصغيرة في غواتيمالا.

تخصيص الموارد على أساس معايير، مثل: (مؤشرات عن عدد السكان، ومستويات الفقر والوضع الحالي للصحة الوطنية) والأداء (النتائج الصحية والقدرة على استيعاب الأموال بفعالية). ويجب أن يرتبط الأداء بالنتائج الرئيسة وإجراءات السياسات المتفق عليها على المستوى القطري، ضمن «اتفاقية» تستفيد من أطر العمل الهادفة لتحقيق النتائج، كتلك التي طورتها المفوضية الأوروبية، والبنك الدولي، وبنك التنمية الإفريقية، والمانحين الثنائيين[٢٦].

تشكل هذه الاتفاقيات معاهدات مشتركة بين الدول النامية والمانحين، استناداً إلى المساءلات وتحقيق معايير الأداء من قبل المتلقين، وتوفير تمويل متوقع من جانب المانحين.

مواءمة المعونة التنموية مع الأنظمة القطرية

إن مواءمة المصروفات والتنفيذ مع الأنظمة القطرية مهم جداً لتعزيز فعالية المساعدات، وفي الدول ذات البيئات الائتمانية (الإدارة المالية العامة والتوريد)، التي يعتبرها المانحون المتعددون والثنائيون كافيةً ومراقبةً بشكل مشترك من قبل الشركاء، من خلال الإنفاق العام وآلية المساءلة المالية، فإن تمويل التوسيع الفعال قد يتدفق على شكل دعم من الميزانية إلى القطاع، مع توفير تمويل متزايد تدريجياً لتنفيذ مقوم القطاع الصحي في الميزانية الوطنية ونشاطات أخرى مرتبطة به. كما يجب دمج عمليات مراقبة فاعلية هذه الأموال في عملية مراقبة الدعم المقدَم من الميزانية بشكل خاص. ويمكن استخدام آلية مشابهة في الدول التي تنتهج مقاربات شاملة للقطاع وآليات الأموال الجماعية، لتكمّل بذلك آليات التقويم القائمة.

وهناك إجماع متنام على أن الموارد المخصصة للقطاع الصحي يجب أن تمر عبر مؤسسات تهدف إلى توفير تغطية عامة، وليس عبر المشاريع والبرامج. ويجب أن تكون الخدمات الصحية المقدمة إلى الأمهات والمواليد الجدد والأطفال جزءاً من مجموعة التدخلات الصحية الأساسية المشمولة في أي مجموعة فوائد ممولة من خلال هذه المؤسسات. وقد يتطلب تعزيز الموارد المصروفة على صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال مقايضات في الإنفاق الحكومي، إما داخل ميزانية الصحة ذاتها أو داخل الميزانية الوطنية العامة. ويجب أن تخضع هذه المقايضات إلى تفاوض في سياق البيئة الاقتصادية الأشمل، والتي يمكنها أن تتيح المجال للإنفاق المتزايد تدريجياً، ضمن القطاع، إذا ما كانت متطلبات الرعاية الصحية مدعومة بالحجج المقنعة على المستوى القطري، يجب حشد الموارد خارج القطاع العام من خلال انخراط القطاع الخاص ومنظمات المجتمع المدني والمجتمعات المحلية والأسر.

التمويل المرهون بالنتائج

يُعدُ التمويل المرهون بالنتائج أحد أهم المجالات التي تدعمها مبادرات توسيع نطاق الخدمات، وهو رديفٌ مهم للتدفقات المالية الحالية، ومقاربة واعدة للتغلب على العقبات القائمة داخل الأنظمة الصحية لتحقيق نتائج إيجابية في مجالات الصحة والتغذية والسكان. وقد أفرزت التجارب الأخيرة في أفغانستان والأرجنتين وكمبوديا ورواندا (انظر اللوحة في الصفحة ٨٤ حول التمويل المرهون بالأداء

إحكام المساءلة والإدارة في تقديم الخدمات الصحية

من الممكن تصوُر المساءلة في تقديم الخدمات كعملية تستطيع، من خلالها، المجتمعات المحلية والأسر محاسبة المزودين على «كفاية وفعالية الخدمات» التي يقدمونها. وبالنسبة إلى المجتمعات المحلية والأسر الفقيرة والمهمشة، يمكن تحقيق المساءلة من خلال تمكينهم من التعبير عن آرائهم. أما بالنسبة إلى واضعي السياسات، فيمكن طلب المساءلة من خلال اتفاقية اجتماعية تقوم الحكومات، من خلالها، بمساعدة وتمويل وتنظيم مزودي الرعاية الصحية والتغذية والخدمات الصحية البيئية. وعندما تطلب المجتمعات المحلية خدمات كافية وفعالة، سيتم إعلام العائلات بالخدمات التي التزمت الدولة بتوفيرها، والحد الأدنى من المستويات التي يطبقونها.

إن تأصيل المشاركة في الحياة العامة والتعليم المدني في جميع برامج تنمية الأمهات والمواليد الجدد والأطفال وبقائهم على قيد الحياة يضمن تمكين العائلات بالمعرفة المتعلقة بالإجراءات التي يمكنها اتخاذها لحماية حياة أطفالها وتعزيز تنميتهم المبكرة. كما أن معرفة الأسر والمجتمعات المحلية بالخدمات المتوفرة ومقاييس الجودة المطلوبة لهذه الخدمات تعزز قدرتها على محاسبة الحكومات ومقدمي الخدمات.

ويمكن أن تكون الاتفاقيات الاجتماعية بين الحكومات والمزودين أدوات فاعلة للمساءلة في مجال صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال وبقائهم على قيد الحياة، عندما تعطي الحكومات هذه القضايا الأولوية في التشريعات والميزانيات والبرامج والأبحاث، مع مراقبة الأداء في مجال تقديم الخدمات.

ويجب أن يواكب تعزيز المساءلة أنماط مختلفة لتقديم الخدمات. فعلى المستوى الأساسي للمجتمع المحلي والخدمات العائلية–بما في ذلك مؤشرات، من مثل الدعم الإعلامي والاجتماعي لتشجيع خدمات الرضاعة الطبيعية وخدمات المواليد الجدد– فإن قدرة الأسر على شراء السلع والوصول إلى المعلومات عن الخدمات وتحويلها إلى نتائج صحية أفضل تعد مسألة جوهرية لتعزيز المسائلة في الطلب، علماً بأن المجتمعات المحلية ومنظمات المجتمع المدني وشبكات العمل التجارية تكون، عادةً، في موقع ممتاز لتوفير الآليات للأسر الفقير والمهمشة لتستطيع مراقبة فعالية الخدمات مباشرة وممارسة المساءلة.

انظر المراجع في الصفحة ١٠٨

في رواندا) نتائج إيجابية، وهناك تخطيط لإجراء تقويم أكثر دقة للأخيرة.

يتسم التمويل المرهون بالنتائج بمزايا عديدة تفتقر إليها المقاربات التقليدية القائمة على المدخلات، ومن هذه المزايا:

- التركيز على تحقيق النتائج بشكل أسرع نسبياً خلال فترة زمنية محددة جيداً.
- حوافز للأداء في المراحل الأساسية في سلسلة تقديم الخدمات.
- معالجة فجوات التمويل المهمة تزود الحكومات بالتمويل المرن لمواجهة الإختلالات التمويلية، وتعطيها الفرصة للتركيز على الأولويات، مثل استهداف الفقراء.
- بحُكم تصميمه، يعد التمويل المرهون بالنتائج أساساً وأداة مراقبة وتقويم مبنية على إستراتيجية موجهة، وقابلة للقياس تتطلب خطاً قاعدياً وهدفاً وبيانات عن التقدم على المستويات ذات الصلة. وستتيح الجهود المبنية على النتائج المراجعة المنتظمة للنجاحات والإخفاقات والإحتقانات التي تفتح المجال لإجراء تعديلات أثناء سير العمل على خطط التنفيذ.
- وبالإضافة إلى ذلك، فإن هذا النظام يدعم مجموعة أوسع من الحلول لمشاكل الصحة تفوق تلك الخاضعة رسمياً للقطاع الصحي، مثل تحسين الطرق وإمدادات المياه والصرف الصحي.
- ولعل الأهم من ذلك كله، أن التمويل المرهون بالنتائج يوفر الفرصة لترسيخ المعونة المجزأة، وبالتالي يحد من المعاملات الباهظة. ويمكن تحقيق هذا من خلال تدابير التمويل المرهون بالنتائج، مع التركيز على المخرجات التي يستطيع الكثير من المانحين المساهمة فيها في آن واحد[٢٧].

إرساء معايير ومؤشرات النتائج لتنمية النظام الصحي

ويمكن أن تعمل المؤشرات المتعلقة بالأهداف المرتبطة بالصحة، ضمن الأهداف الإنمائية للألفية، كمتتبعات ملائمة أو إجراءات بالنيابة لأداء الأنظمة الصحية، حيث تخطط المبادرات الجديدة لتقديم الدعم للحكومات لتحقيق النتائج المتفق عليها في المجالات المستهدفة المنتقاة من خلال التمويل المرهون بالنتائج، ووضع أطر العمل الملائمة للحوافز. والهدف من هذا كله، هو تحقيق أهداف مخرجات محددة، لتغطية الخدمات المرتبطة ارتباطاً وثيقاً

مع النتائج الإيجابية في مجال صحة الأمهات والمواليد الجدد ولأطفال وبقائهم على قيد الحياة. فمثلاً، نسبة الولادات في مرفق معتمد، ونسبة التغطية التحصينية للجرعات الثلاثية: الخانوق والكزاز والسعال الديكي، أو نسبة التغطية في مجال الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية في المناطق الموبوءة بالملاريا. وهذه المخرجات والأهداف تُنتقى بناءً على عوامل المخاطر المساهمة في الوفيات والمرضية لكل بلد.

يمكن إعداد مؤشرات النتائج الرئيسة في صيغ متعددة، حيث يمكن لهذه المعايير قياس النتائج المباشرة، مثل العدد المطلق للأطفال المطعّمين، ونسب التغطية، مثل النسبة المئوية للسكان المستهدفين الذين تم تطعيمهم في منطقة تجمُع معينة، أو الاتجاهات مثل التغطية، التي تم إنجازها على مر الزمان. كما يمكن وضع مجموعة من المؤشرات الأساسية لجميع المشاريع لإتاحة المجال أمام إجراء مقارنات بين الدول وتبادل التعليم بينها. وتستطيع الدول شمول مؤشرات لمراقبة العناصر المهمة لبرامجها الخاصة بصحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال.

تطوير إستراتيجيات تمويل خلاقة وعادلة

يتطلب الاستثمار في الموارد البشرية وتعزيز الأنظمة الصحية موارد كبير. وفي الدول التي تلعب فيها معونات المانحين دوراً جوهرياً في تمويل هذه البرامج، لا يمكن التخطيط للنشاطات بعيد المدى إلا إذ كان التمويل مضموناً. إلا أن الأبحاث التي تتبع المعونة المقدمة من المانحين لصالح صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال وجدت أن الدول الستين، صاحبة الأولوية، والتي تحدث فيها أكثر من ٩٠ في المئة من وفيات الأطفال، تلقت فقط ١,٤ بليون دولار أمريكي من خلال المعونة التنموية الرسمية في عام ٢٠٠٤، أو ما يعادل ٣,١٠ دولار أمريكي لكل طفل [٢٨].

التمويل المرهون بالأداء في رواندا

قامت حكومة رواندا بدعم من المانحين بتوسيع نطاق برامج خلاقة، تُحوّل منحاً مشروطة من الحكومة المركزية إلى البلديات، لشراء اللوازم الصحية الأساسية، وتشمل برامج الصحة ثلاث عناصر رئيسية هي:

الشراكات المجتمعية في مجال الصحة: تمثل هذه الشراكات تحويل موارد (حوالي ٠,٢٥ دولار أمريكي للفرد) مباشرة إلى البلديات للاشتراك، وذلك عبر عقد يستند إلى الأداء، ومؤسسات مجتمعية، ومنظمات غير حكومية ومروجي الصحة، ومروجي رعاية صحية من القطاع الخاص، وخدمات أخرى ذات صلة لتقديم التدخلات الأساسية على مستوى الأسر والمجتمعات المحلية. وهناك عقد أداء اسمه «إيميهيغو»– وهي كلمة تقليدية صارت مرادفة للمساءلة في الخدمات الحكومية في أرجاء البلاد– يتم توقيعه بين رئيس رواندا ومحافظي المناطق، بالنيابة عن مناطقهم كل سنة. والخدمات المقدمة بموجب هذه المقاربة بسيطة ورخيصة، وتركز على تشجيع تحسين ممارسات الصحة، وحفظ الصحة، وتدخلات تغيير السلوك، وبعض الخدمات الوقائية مثل توزيع الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية وعلاجات الجفاف عن طريق الفم، والمكمّلات الغذائية وأنظمة المياه النقية.

قُدمت هذه الشراكات في مناطق عدة خلال عام ٢٠٠٥. وقد وسعت إلى المستوى الوطني منذ عام ٢٠٠٦ باستخدام أموال الخزينة، ووقعت الحكومة المركزية عقوداً مع ٣٠ بلدية في أبريل ٢٠٠٦، واختارت الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية كمؤشر رئيسي، وتم تحقيق نتائج ملحوظة منذ البداية. فقد كشف تقويمُ أجري في يونيو ٢٠٠٧ أن استخدام الناموسيات من قبل الأطفال دون الخامسة من العمر ارتفع من ٤ في المئة في عام ٢٠٠٤ إلى أكثر من ٧٠ في المئة في عام ٢٠٠٧، وانخفضت حالات الإصابة بالملاريا بشكل كبير، وأن تفريغ اقسام الاطفال ونتائج الدراسات المجتمعية باستخدام فحص الدم اظهر انخفاضاً هائلاً في انتشار الملاريا، ويصف واضعو السياسات الوضع بأنه غير مسبوق، ويعملون الآن على وضع إستراتيجية مبتكره للتخلص من الملاريا نهائياً.

المراكز الصحية: تحوّل هذه المصادر موارد مالية (حوالي دولار أمريكي لكل فرد في عام ٢٠٠٧ أو حوالي ١٥ في المئة من الموارد الحكومية المخصصة للصحة) إلى مراكز الرعاية الأساسية من خلال العقود المبنية على الأداء. وقد جُربت الخطة مبدئياً في إقليمين هما: بوتاري وكيانغوغو بدعم من المنظمات غير الحكومية والمساعدات الثنائية من عام ٢٠٠٢، هذا، ويشمل العقد المستند إلى الأداء مؤشرات مرتبطة بالتغطية الكافية (الكم) والتغطية الفاعلة (النوع) للخدمات. وقد أظهرت عملية التقويم ارتفاعاً كبيراً في استغلال الخدمات الصحية، بما في ذلك التطعيم والمساعدة عند الولادة في المناطق التي نُفذت فيها العقود مقارنةً بالمناطق التي لم تشملها العقود.

وفي حين يوحي إطار العمل الإستراتيجي بإمكانية ردم الهوة بين المستويات الحالية والتغطية الشاملة بحلول عام ٢٠١٥، إلا أنه يبين أن تدخلات توسيع نطاق الخدمات لن تكون ممكنة دون زيادة الاستثمار، بشكل كبير، في مجال صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال [٢٩].

إن المضي قدماً نحو الوصول العالمي الشامل إلى متوالية رعاية صحية جيدة للأمهات والمواليد الجدد والأطفال لا يقتصر على توفير المال لتوسيع نطاق الخدمات أو الدفع لمزودي الخدمات، فتحقيق الأهداف المرتبطة بالصحة' ضمن الأهداف الإنمائية للألفية سيتطلب تركيز إستراتيجيات التمويل للتغلب على العقبات المالية التي تحول دون وصول النساء والأطفال إلى الخدمات، وإعطاء المستخدمين الحماية المتوقعة من الصعوبات المالية التي تنجم عن دفع تكاليف الرعاية.

هذا الأمر له تداعيات مهمة، فالدعوات إلى الإلغاء الفوري والشامل والعالمي لرسوم استخدام خدمات الرعاية الصحية قد تبدو غير واقعية، بل وسطحية، حيث يجب التعامل مع قرارات السياسات الخاصة برسوم المستخدم ضمن الإطار الأعم لميزانية القطاع الصحي، وإطار العمل الوطني للميزانية.

وعلى مر الوقت، يمكن التخلص تدريجياً من رسوم المستخدم لصالح نظام الدفع المقدم وخطط التجميع، شريطة أن يقترن هذا النظام منذ بدايته بتغيرات هيكلية تضمن الإستدامة طويلة الأمد للتمويل الخاص بالصحة.

٤ – الحصول على التزام سياسي وطني

نظراً لمستويات الموارد المطلوبة لضمان سبل الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية الجيدة والحماية المالية، فإن

وقررت حكومة رواند، نتيجة لذلك، توسيع البرنامج تدريجياً ليشمل أقاليم أخرى، مع الاستفادة من الدروس التي تعلمتها من التجربتين. وفي عام ٢٠٠٥، تم تخصيص حصص من الميزانية للبرامج لتخدم الإقليمين الذين خاضا التجربة. وفي العام التالي، تم توسيع البرنامج على المستوى الوطني وتحويله بالكامل إلى الميزانية الوطنية، حيث ربط مباشرة بين تقديم الخدمات والنتائج والدفعات.

تم تأسيس لجنة توجيهية في كل إقليم بشكل مستقل بمراقبة أداء المراكز الصحية، باستخدام تقنيات عينات الجودة، ومسوحات قياس مدى الرضى، حيث تؤثر نتائج التحقق المستقل في كمية الأموال المستلمة في كل مركز، ومرةً أخرى، كانت النتائج الواردة من المراكز مذهلة، حيث بلغت معدلات التغطية بالتطعيم ٩٥ في المئة، مع زيادات في الاستخدام السنوي للخدمات من ٠,٤ زيارات لكل فرد في عام ٢٠٠٤ إلى ٠,٧ لكل فرد في عام ٢٠٠٦، وارتفاع معدلات المساعدة أثناء الولادة من ٢٩ في المئة في عام ٢٠٠٠ إلى ٥٢ في المئة في عام ٢٠٠٦. ويجري حالياً تقويم الأثر الكلي لهذه الخطط على نتائج الخدمات الصحية من خلال تصميم استشرافي عشوائي مضبوط. وقد تم توسيع البرنامج ليشمل جميع مستشفيات المناطق الإدارية كلها في البلاد.

خطط التأمين الصحي المصغر: تم تجريب خطط Mutuelles– وهي خطط تأمين مصغر تجمع الأموال من أعضاء المجتمع المحلي لتغطية مجموعة من الخدمات الصحية المقدمة من المراكز الصحية ولتحويل المرضى، عند الضرورة، إلى المستشفيات – خلال العقد الماضي. وهي تهدف إلى التخفيف من تكلفة الخدمات الصحية للأعضاء، وإزالة الصعوبات الماثلة من دفع مبالغ بسيطة مباشرة.

وتضطلع خطط Mutuelles بدور مهم في الوساطة بين المراكز الصحية والمستشفيات التابعة للمناطق الإدارية، والسكان عموماً. وتظهر عمليات التقويم أنها تكون أكثر فعالية عندما تكون مدعومة بمشاركة المجتمع المحلي بهياكله الإدارية، وتدفع المبالغ إلى المراكز الصحية على أساس فردي، مما يحوّل جميع مخاطر التأمين إلى المراكز الصحية.

مبدئياً، كان التركيز على حشد الدعم الإداري والتدبيري وبناء القدرات الفنية، بما في ذلك التدريب وتطوير أدوات ملائمة. ولكن منذ عام ٢٠٠٦، قامت الحكومة الرواندية بتحويل أموال (حوالي ٠,١٥ دولار أمريكي لكل فرد) لتغطية المنح المقدمة للسكان الأشد فقراً في المجتمع المحلي، والذين تم تحديدهم على أساس تقويم تشاركي للفقر، يدعى «أبوديهب». وقد دعمت رواند بشكل منهجي توسيع استخدام خطط Mutuelles ، التي غطت حوالي ٧٠ في المئة من السكان في عام ٢٠٠٧ بعد أن كانت ٧ في المئة في عام ٢٠٠٣، علماً أن التحاق الفقراء بهذه الخطط يُعد مؤشراً أساسياً في العقد المستند إلى الأداء، والذي وقعه المحافظ مع الرئيس. كما انخرطت الحكومة في جمع أموال لصالح البلديات، وكذلك في صندوق وطني لإعادة التأمين الممول من خلال مساهمات العمال الرسميين.

أنظر المراجع في الصفحة ١٠٨

عملية توسيع نطاق عد تحدياً سياسياً، إضافةً إلى كونه تحدياً فنياً. وستتطلب التحسينات المستدامة في مجال صحة الأمهات والأطفال والمواليد الجدد وصحة الطفل التزامات طويلة المدى، تتجاوز بكثير فترة الخدمة السياسية للكثير من صانعي القرار، وقد رسخّت دولٌ مثل البرازيل وسري لانكا وتايلند نتائجها المبهرة ضمن سعيها لتوسيع تغطية النظام الصحي والخدمات التغذوية بشكل تدريجي على مدى سنوات كثيرة. وخلال العقود الأخيرة، كان أداء أمريكا اللاتينية ملفتاً للأنظار في مجال تغطية الخدمات الصحية، رغم الأزمات الاقتصادية الدورية والعجز المؤسسي والتفاوتات الاجتماعية والاقتصادية الشاسعة، وقد مرَت جميع الدول المذكورة في مراحل محددة عدة، هي:

- بناء كادر من عمال الصحة المحترفين ليكونوا أساساً للعملية.
- تطوير شبكة يمكن الوصول إليها من الخدمات المجتمعية والأساسية وخدمات الإحالة إلى المستشفيات.
- ترسيخ التقدم من خلال تحسين نوعية الرعاية، ويتم ذلك بالاقتران مع تحسينات في الظروف المعيشية ووضع النساء.

نقطة تركيز — البرازيل: تكوين خدمات مجتمعية صحية وشبه نظامية

مضمون وتحديات

تعد البرازيل إحدى الدول الستين التي اختارتها مجموعة «العد التنازلي لعام ٢٠١٥» كدول لها الأولوية في مجال بقاء الأطفال على قيد الحياة لإدراك الموعد النهائي للأهداف الإنمائية للألفية . (للإطلاع على الشرح المفصل لمجموعة«العد التنازلي لعام ٢٠١٥» انظر الفصل ١ الصفحة ١٦)، وتحدث في هذه الدول ٥٠,٠٠٠ حالة وفاة بين الأطفال، أي ما نسبته ٩٠ حالة من وفيات الأطفال دون الخامسة أو أكثر لكل ألف مولود حي، وفي عام ٢٠٠٦، مات ٧٤,٠٠٠ طفل قبل بلوغ عيد ميلادهم الخامس، وفقاً لآخر التقديرات التي نشرتها اليونيسف.

ورغم أن البرازيل حققت تقدماً قوياً وثابتاً في الحد من وفيات الأطفال دون الخامسة، إلا أن هناك تفاوتات جغرافية وعرقية واضحة في معدلات وفيات الرضع. فوفقاً للبيانات التي أعدت عام ٢٠٠٢، بلغ معدل الوفيات الإجمالي للرضَع في المنطقة الشمالية الشرقية ضعف المعدلات في الجنوب، والجنوب الشرقي، والمنطقة الوسطى الغربية. وفي ألاغواس، وهي الولاية الأكثر تضرراً في المنطقة الشمالية الشرقية، بلغت نسبة وفيات الرضع لعام ٢٠٠٢ «٥٨» وفاة لكل ألف مولود حي، مقارنة بمعدل وطني عام يبلغ حوالي ٢٨ وفاة لكل ألف مولود حيّ في ذلك العام. كما تتّجلى التفاوتات العرقية في مخاطر وفيات الأطفال أيضاً. فالأطفال الذين تنتمي أمهاتهم إلى السكان الأصليين، أو ينتمين إلى أصول إفريقية يتعرضون إلى خطر أكبر من الأخطار التي يتعرض لها أطفال الأمهات المنحدرات من أصول أوروبية.

والتحدي الماثل أمام البرازيل هو الحفاظ على معدل انخفاض وفيات الأطفال عموماً، وفي الوقت ذاته، التركيز على توفير الرعاية الصحية للفئات العرقية.

المقاربة والتدخلات: بعد المشاريع التجريبية في المدن البرازيلية خلال أوائل ثمانينات القرن العشرين، تم إنشاء شبكة من عمال الصحة التابعين للمجتمع المحلي بدعم من اليونيسف كجزء من مبادرة الرعاية الصحية الأساسية الشاملة، والمعروفة باسم «برنامج الرعاية العائلية»، وكان كل عامل صحة تابع للمجتمع المحلي مسؤولاً عن زيارة العائلات في المجتمع المحلي، وتزويدهم بمعلومات حديثة عن الصحة وحفظ الصحة ورعاية الأطفال، مصحوبة بمراقبة وتقويم لنمو وصحة الأطفال دون السادسة من العمر والنساء الحوامل. كما يقوم عمال الصحة بإحالة السكان إلى الوحدات الصحية المحلية، وإخطار الفرق الصحية العائلية–التي تشمل عادة طبيباً وممرضاً وفني تمريض ومساعد اجتماعي وطبيب أسنان – عن الظروف أو الأزمات المحلية. ويتلقى الأطباء والممرضون المشاركون في برنامج الرعاية العائلية رواتب تنافسية لتشجيعهم على العمل في المناطق الفقيرة والقروية. ويتحمل كل فريق المسؤولية عن حوالي ألف عائلة، علماً بأن الفرق تتلقى تمويلاً مشتركاً من الحكومة الاتحادية وحكومة الولاية والبلديات.

وتشمل نشاطات عمال الصحة في برنامج الرعاية العائلية توفير التعليم عن تنمية الأطفال وحمايتهم، حيث تقوم اليونيسيف بتزويد العمال بملفات معلومات عائلية، تشمل بيانات توضيحية عن الرضاعة الطبيعية ودور أعضاء العائلة في تشجيع الحياة الصحية لدى الأمهات والأطفال. ويقوم أكثر من ٢٢٢,٢٨٠ عامل صحة تابع للمجتمع المحلي على خدمة حوالي ١١٠ مليون نسمة في أرجاء البرازيل، مما يجعل هذه الشبكة من أكبر شبكات الخدمات الصحية في العالم. كما أُدخلت هذه الشبكة في النظام الوطني في البرازيل، وتضطلع الحكومة الفدرالية وحكومة الولايات والبلديات بالمسؤولية الكاملة عن تمويل وإدارة البرنامج في جميع أنحاء البرازيل.

أثبت استخدام التجارب الميدانية قبل تنفيذ البرنامج قدرته على تحقيق تحسينات ملحوظة على الصحة، كما ضمن الالتزام السياسي لخدمة الشبكة ودوامها. ويجدر التنويه هنا إلى أن أدوار عمال الصحة التابعين للمجتمع المحلي محددة تماماً، بما في ذلك تعيينهم كجزء من وحدات

- منح الأولوية لشبكات الأمان الاجتماعي الواسعة التي ضمنت الوصول العادل إلى الصحة والتغذية المتاحة على نطاق واسع
- الحد من العوائق الماثلة أمام الخدمات الرئيسة وتوفير الدراسة الابتدائية الثانوية للأطفال.

في بعض أفقر بلدان أميركا اللاتينية، حيث تتواصل الأزمات الاقتصادية وحالات العجز المؤسسي والتفاوتات الاجتماعية والاقتصادية الواسعة وإعاقة التقدم، تم تحقيق تقدم ملحوظ في الوصول إلى الرعاية الصحية الجيدة.

وتستطيع الملكية القطرية وقيادة القطاع العام زيادة فرص التوسع الناجح إلى حد كبير، فقد ثبت مراراً وتكراراً أنه عندما تمسك الحكومات بزمام القيادة، وتلتزم بتوسيع التجارب الناجحة والمشاريع الصغيرة، فإن هذه المبادرات تكتسب بسرعة تغطية تعم البلاد. فبرنامج عمال الصحة التابعين للمجتمع المحلي في البرازيل(انظر اللوحة في الصفحة ٨٦)، ومبادرة بولسا فاميليا، وبرنامج الصحة والتغذية والتعليم في المكسيك، وبرنامج عمال الصحة التابعين للمجتمع المحلي في أندونيسيا، ومبادرات إعادة التمييه الصحة المحلية، مع وضوح تام في خطوط الإحالة والإشراف. فالوحدات تدعم عمال الصحة، وهم بدورهم يقدمون الخدمة خارج المرافق في المجتمعات المحلية. وقد أصبح عمال الصحة التابعين للمجتمع المحلي لبنةً أساسيةً في مجتمعاتهم ويساعد اندماج شبكتهم في الحكومة الوطنية وحكومة الولاية والبلديات على ضمان استدامة البرنامج وتوسيعه ليشمل مناطق جديدة تابعة للنظام الصحي الوطني.

النتائج: ساهم إدخال برنامج عمال الصحة التابعين للمجتمع المحلي في الحد من وفيات الرضع في مختلف أنحاء البلاد منذ عام ١٩٩٠، كما أن الحكومة ركزت على المنطقة الشمالية الشرقية وعلى المجموعات العرقية المهمشة خلال السنوات الأخيرة. كما ركزت تركيزاً إقليمياً قوياً على رعاية الأطفال والأمهات، علماً بأن حوالي نصف المشاركين الذين تلقوا مبالغ نقدية من البرنامج يعيشون في المنطقة الشمالية الشرقية.

الشكل ٥-٤

البرازيل: تفاوتات شاسعة في معدلات وفيات الأطفال بين مناطق مختارة، وفي كل منطقة حسب الدخل والأصل العرقي للأم لعام ٢٠٠٢

معدل وفيات الرضع (لكل ١٠٠٠ مولود حي)

	٢٠٠٠
التفاوتات حسب دخل العائلة	
٢٠ في المئة من أغنى الأسر	١٥,٨
٢٠ في المئة من أفقر الأسر	٣٤,٩
التفاوتات حسب الأصل العرقي للأم	
الأمهات البيضاوات	٢٢,٩
الأمهات من أصل إفريقي	٣٨
الأمهات الهنديات	٩٤
المعدل الوطني	**٣٠,٢**
	٢٠٠٢
المناطق/الولايات المنتقاة	
المنطقة الوسطى الغربية	٢٠,٤
المنطقة الاتحادية	١٧,٥
المنطقة الشمالية الشرقية	٤١,٤
ألاغواس	٥٧,٧
الشمال	٢٧,٧
المنطقة الجنوبية الشرقية	٢٠,٢
ساوباولو	١٧,٤
الجنوب	١٧,٩
ريو غراند دوسول	١٥,٤
المعدل الوطني	**٢٨,٤**

المصدر: منظمة الأمم المتحدة للطفولة، أطفال دولة البرازيل لعام ٢٠٠٦: حق البقاء على قيد الحياة، يونيسف، برازيليا ٢٠٠٥، الصفحتان ١٠-١١.

انظر المراجع في الصفحة ١٠٨

في مصر، وأمثلة كثيرة أخرى تبرهن على القدرة الكامنة لعملية توسيع نطاق الخدمات، عندما تكون الحكومات مستعدة للالتزام بالتمويل، وإن قل، لبرامج الصحة والرفاه الاجتماعي.

بيد أن الملكية لا تقتصر على التمويل فحسب، فعلى الحكومات الإلتزام بتوفير القدرات الفنية والإدارية المطلوبة، والعمل على استدامتها. فهناك حاجة إلى الدعم على كافة مستويات إدارة النظام الصحي–الإتحادية والإقليمية والمنطقة الإدارية–لتنسيق التوسع والإشراف عليه، ويجب معالجة قضايا الإستدامة على المستوى الوطني، وأن يحظى البرنامج بمصداقية كاملة من النظام السياسي، بما في ذلك التشريع بغية ضمان استمراريته بعد التغيرات والتحولات السياسية.

وتستطيع الحكومات توفير القدرة والإدارة اللازمة لبناء شبكة وطنية قائمة على صحة المجتمع المحلي. وفي الحالات التي حدث فيها هذا، كانت النتائج باهرة. في حالة الصين مثلاً، وضعت الحكومة نصب عينها هدف إطلاق البرنامج الوطني للتخلص من الاختلال الناجم عن نقص اليود. وهي عبارة عن إستراتيجية لضمان توفير إمدادات الملح المعالج باليود على المستوى الوطني وتسويقه تجارياً، مع تشجيع الالتزام من المواطنين كافة. وفي ذلك الوقت، كان في الصين أكبر عدد من الأطفال غير المحميين من نقص اليود،

طريقة جديدة للتعاون مقدمة إلى المؤسسات متعددة الجهات

في نيويورك ١٩ يوليو ٢٠٠٧، عقد خبراء صحيّون عالميون من ثماني منظمات دولية لقاءً غير رسمي لمناقشة طرق تعزيز التعاون فيما بينهم لتحقيق نتائج صحية أفضل في الدول النامية. وبالاستفادة من التعيينات الحديثة لعدد من القادة، تمثّل هدف اللقاء في مراجعة التقدم الذي تم إحرازه خلال السنوات الأخيرة، وتقويم الإتجاهات الحالية والتحديات المستقبلية أمام الصحة في العالم، والاتفاق على العمل الجماعي في سياق الفرص الحالية، وأوصوا بعدة التزامات أساسية، منها:

- **استنفار الحسّ العالمي بالضرورة الملحة لتحقيق الأهداف المرتبطة بالصحة ضمن الأهداف الإنمائية للألفية:** إتفق المشاركون على أنه رغم حالات التقدم المهمة في الرعاية الصحية المقدمة إلى الأمهات والمواليد الجدد والأطفال في بعض البلدان، وفي المجتمع الدولي، كما تشير بعض المؤشرات، –ضمن شراكة مع الحكومات الوطنية– يجب تسريع وتكثيف الجهود لتحقيق جميع الأهداف المذكورة في الأهداف الإنمائية للألفية. وللمنظمات الثماني الممثّلة دور مهم في تحفيز هذا العمل، فقد اتفق المشاركون على محاسبة أنفسهم وعلى توفير الدعم المطلوب للدول لتحقيق الأهداف وتسريع العمل على جميع المستويات داخل منظماتهم.

  العمل: اتفق قادة الصحة العالميين على استنفار حسّ أكبر بالضرورة الملحة في منظماتهم ودعمها من خلال القرارات الخاصة بالميزانية والموارد البشرية.

- **تعديل الطرق المؤسسية في العمل:** سيتطلب تحقيق الأهداف الصحية، ضمن الأهداف الإنمائية للألفية، زيادة التعاون والعمل كفريقان وتم التركيز على توضيح المسؤوليات الجوهرية لكل وكالة، والحاجة إلى مقاربة بين الوكالات لتوفير معونة فنية عالية الجودة ومحكومة بالطلب، وتنفيذ نظام مراقبة وتقويم قوي يحظى بدعم من الجميع. ومثل هذه المقاربات يجب أن تستغل الهياكل والبرامج القائمة على المستويات العالمية والإقليمية والقطرية. وقد وافقت كل منظمة على تقويم طاقمها، وبرامج التدريب وهياكل الحوافز فيها لتحقيق المساءلة المشتركة، وتحقيق قدر أكبر من الوضوح فيما يتعلق بالأدوار والمسؤوليات والمعالم ووضع نظام لمراقبة الالتزامات.

  العمل: اتفق قادة الصحة العالميين على التعاون لتحديد مسؤولياتهم الفردية والجماعية عن تحقيق نتائج أسرع وأفضل.

- **دعم مقاربة أقوى وأكثر منهجية في الإدارة المعرفية والتعليم:**

نظراً إلى الاستثمارات الكبيرة والجديدة في الصحة العالمية، تتوافر الفرص لاكتساب المعرفة والدروس المستفادة، ووضعها في البرامج الصحية. وقد ركز المشاركون على إتاحة الفرصة لوضع تخطيط أكثر منهجية للقطاع الصحي على المستوى القطري، بما في ذلك الدور الذي يلعبه القطاع الخاص.

العمل: اتفق قادة الصحة العالميون على بحث سبل استغلال المعرفة المكتسبة في البرامج الصحية، وتطوير مقاربة أقوى وأكثر منهجية في الإدارة المعرفية بشكل عام. وأخيراً، اتفقت المجموعة على جمع الموارد عندما تقوم منظماتهم بتخطيط النشاطات وتقويم القطاع الصحي.

علماً بأنه السبب الرئيس للتلف العقلي في العالم، وهو سبب يمكن الوقاية منه من خلال تناول ملعقة صغيرة من اليود على فترة معينة. وكان التحدي يكمن في زيادة الوعي العام بالأهمية القصوى للملح المعالج باليود، خصوصاً في المناطق التي تنتج الملح، حيث قاوم السكان فكرة الدفع مقابل الملح.

مع الدعم السياسي الذي قدمه محافظو الأقاليم، والمراقبة الدقيقة، وفرض اللوائح الخاصة بالملح المعالج باليود، والحملة الوطنية للصحة العامة التي استخدمت ملصقات على الحافلات ومقالات في الصحف والبرامج التلفزيونية الوثائقية، لإعلام المستهلكين وترويج الطلب على الملح المحصن باليود، وصل الملح المعالج باليود إلى ٩٠ في المئة من الأسر في عام ٢٠٠٥، مرتفعاً من ٥١ في المئة في عام ١٩٩٥ [٣٠].

إن معالجة البعد السياسي في خلق متواليات مستدامة في الرعاية الصحية الجيدة تتطلب حججاً تقنية أكثر إقناعاً، كما تقتضي فهماً أوسع للقيود والفرص لدعم الإدارة والالتزام بين السياسيين الرئيسين.

وقد يطلب السياسيون أسباباً تقنعهم بأن الأعمال الداعمة لمتوالية الرعاية تلبي معايير طارئة عدة، منها:

- أن تحقق هذه الأعمال نتائج واضحة وملموسة في فترة زمنية قصيرة نسبياً.

- **الاعتراف بالفرصة المهمة السانحة لتجدد الاهتمام بالأنظمة الصحية:** رحب المشاركون بالالتزام بتحقيق الأهداف المرتبطة بالصحة، ضمن الأهداف الإنمائية للألفية، كما هو مبين في عدة مبادرات عالمية جديدة يتم تطويرها لتحسين النظام الصحي. وهذا الدعم موائم تماماً للأولويات المعتبرة لدى المنظمات المشاركة. وكان هناك اتفاق قوي على تبني مقاربة «أنظمة لتحقيق النتائج»، وفيها يتم تقويم عملية التعزيز من خلال قدرتها على الإنجاز حسب النتائج المرغوبة في الصحة. كما اعترفت المجموعة بالدور الأساسي التنسيقي لوكالات الأمم المتحدة في ردم الهوة بين الحاجة إلى المساءلة ورغبات الدول في قيادة عمليات التنمية الخاصة بها بنفسها. وكانت الحاجة الملحة إلى وضع معايير لأداء النظام الصحي محط اهتمام خاص. ونظراً للعدد المتزايد من المعنيين العاملين في الصحة العالمية، تم التركيز على الحاجة إلى تقارب حول إستراتيجية تشمل القطاع الصحي على المستوى القطري. وفي هذا الصدد، ناقش قادة الصحة العالميين تجربة وضع برامج لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز، التي يمكن الاستفادة من دروسها.

العمل: اتفق قادة الصحة العالميين على إشراك مبادرات عالمية مستجدة بطريقة متناسقة لضمان الدعم الفاعل لمنظماتهم من خلال التمويل و/أو المعونة الفنية أو المعونة في مجال السياسات. وبالإضافة إلى ذلك، التزمت منظمة الصحة العالمية

والبنك الدولي بتسريع عملية وضع معايير لأداء الأنظمة الصحية.

- **الاعتراف بالأهمية القصوى لدور المجتمع المدني والقطاع الخاص في تحقيق النجاح.** يضطلع القطاع الخاص بأدوار عدة في تقديم الخدمات الصحية، وفي تمويل الرعاية الصحية وفي اجتذاب التقنيات الجديدة إلى السوق. ويمكن أن تساعد الإبتكارات على تسريع التقدم سواء كانت تكنولوجية الاهتمام أو أنماط جديدة في البرامج، مثل تمويل المشاريع الصغيرة والتمويل المرهون بالأداء. وتتمتع المنظمات غير الحكومية بتاريخ طويل من تقديم الخدمات في الدول النامية. وتشكل تجاربها الميدانية في هذا المضمار معيناً زاخراً بالدروس المهمة، وسيتطلب دعم الدول النامية في تحقيق الأهداف المرتبطة بالصحة ضمن الأهداف الإنمائية للألفية: تعزيز الأنظمة المتكاملة في تقديم الخدمة عبر القطاعين الخاص والعام، وخلق فرص عمل في القطاع الخاص والاستثمار فيه.

العمل: أعرب قادة الصحة العالميين عن التزامهم بإشراك القطاع الخاص والمجتمع المدني بشكل أكثر منهجية، مع تكثيف العمل على تحقيق الأهداف المرتبطة بالصحة، ضمن الأهداف الإنمائية للألفية على المستويات العالمية والإقليمية والقطرية.

وقد وافقت المجموعة على مراقبة التقدم نحو تحقيق الالتزامات التي أبرمت في الاجتماع.

أنظر المراجع في الصفحة ١٠٨

حقوق الإنسان والرعاية الصحية المجتمعية وبقاء الأطفال على قيد الحياة

بقلم: بول فارمر وجيم يونغ كيم.

بحكم خبرتنا الطويلة التي تناهز ٢٠ عاماً في المناطق الريفية في هاييتي في مجال تقديم الرعاية الطبية الحديثة إلى ملايين الناس الذين حرموا منها سابقاً، فإننا نعرف الكثير من المتطلبات الضرورية لتحقيق النجاح في برامج الرعاية الصحية في المناطق التي دمرتها الأمراض والفقر. ولتوفير الرعاية الأولية والمعالجة المتخصصة للأمراض المعدية، إلى جانب تحسين صحة النساء والأطفال، يجب تدريب عمال الصحة التابعين للمجتمع المحلي وحشدهم لمكافحة الأمراض وتقديم رعاية صحية جيدة. ومع عملية التوسع التي أجريت مؤخراً، وشملت ليسوثو وملاوي ورواندا، تجلّى لنا أن الكثير من الدروس المستفادة في هاييتي هي دروس عالمية، من حيث دورها في تحسين صحة الأطفال والبالغين في كافة أرجاء العالم.

وفي كل من المواقف والأماكن التي تعمل فيها منظمة «شركاء في الصحة»، يتمثل هدفنا في «فعل ما يتطلبه الأمر» لتحسين صحة ورفاه السكان الذين نخدمهم، وكلهم تقريباً يعانون الفقر، وفي كل مكان، تعلمنا أن المشاكل الصحية لا تحدث في معزل عن حاجات أساسية أخرى، مثل التغذية الكافية والمياه النقية والصرف الصحي والإسكان والتعليم الأساسي، كما تعلمنا أن المنظمات غير الحكومية لا يمكنها العمل وحدها، بل يجب أن تتآزر مع المجتمعات المحلية التي تتلقى الخدمة ومع السلطات المحلية لدعم الصحة العامة، ليتسنى للأجيال القادمة أن تعتبر هذه الخدمات حقوقاً لا امتيازات.

هذه المقاربة المجتمعية القائمة على الحقوق لتشجيع الصحة تؤدي إلى رؤيا واضحة بشأن صحة الأطفال

ففي هاييتي وملاوي ورواندا، قامت منظمة «شركاء في الصحة» بالتعاون مع المجتمعات المحلية ومجموعة كبيرة من المنظمات الشريكة، بما فيها صندوق كلينتون، ووزارات الصحة، واليونيسف ومركز «فرانسوا خفاير باغنود للصحة وحقوق الإنسان»، بتجديد خمسة مقومات لإعداد برنامج مجتمعي شامل لبقاء الأطفال على قيد الحياة .

أولاً، إننا نعمل مع سلطات الصحة العامة لتقديم التدخلات التي تمت برمَتها على أنها مهمة جداً لتحسين بقاء الأطفال، وهي تشمل حملات التطعيم الموسعة، وتوزيع فيتامين A واستخدام محلول الجفاف عن طريق الفم لمعالجة مرض الإسهال وبرامج المياه النقية لمكافحته، وبرنامج قوي لمكافحة انتقال فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب من الأم إلى طفلها، ومكافحة الملاريا باستخدام الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية، مدعومة برعاية مجتمعية، ومعونة تغذوية للأطفال الذين يعانون من نقص التغذية أو يواجهون خطر الإصابة به، وتوفير الرعاية الطبية الجيدة للأطفال المرضى، سواء كانوا في المستشفى أو خارجها. وحالياً، نحن نعمل مع حكومة رواندا وشركاء آخرين لنبرهن كيف يمكننا أن ننشر مجموعة متكاملة من التدخلات الأساسية بسرعة في مجال بقاء الأطفال على قيد الحياة، بما في ذلك مكافحة انتقال فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب من الأم إلى طفلها، في إطار نموذج تدعمه الحكومة في مجال الرعاية الصحية في الأرياف، وبدعم من المبادرة الدولية المشتركة الخاصة بالأطفال وفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز. ثمة نشاط بين القطاعات متعددة المجالات بين الممارسين الرياديين وواضعي السياسات والعلماء. ويقوم الممارسون الذين يوسعون نطاق التدخلات الخاصة بإبقاء الأطفال على قيد الحياة في المناطق الريفية، بالتشارك في الابتكارات والنتائج من خلال شبكة تعاونية ستمكنهم من تحسين جودة الخدمة، حتى عندما يصلون أعداداً أكبر من الأطفال والعائلات في مناطق حُرمت سابقاً من الخدمة الكافية.

ثانياً، بما أن صحة ورفاه الأمهات محددين أساسيين لبقاء الأطفال على قيد الحياة، إلا أن جهودنا ترمي إلى تشَجيع الصحة المتكاملة للأمهات وأطفالهن، ويرتبط عملنا، بالنيابة عن أمهاتهم وأعضاء عائلاتهم، من خلال برامج التخطيط العائلي ورعاية الحوامل وأساليب التوليد الحديثة كجزء من البرامج الصحية النسائية، والجهود التي تهدف إلى تشجيع تعلم الكتابة والقراءة لدى البالغين وتخفيف الفقر بشكل عام.

- أن تكون رخيصة وغير مكلفة.
- أن تتلائم مع الهياكل وانظمة الترتب القائمة وأن تحظ بدعم الجماعات المهنية وجماعات الضغط.

يرجح أن هذه الاعتبارات السياسية تعيق بعض الخيارات الفنية التي يفضلها مناصرو المتوالية، لكن، ما لم يتم الاعتراف بهذه الاهتمامات السياسية ومعالجتها، فليس من المرجح أن تنجح الإستراتيجيات التي يشجعونها.

فالاستقرار من حيث السياسة والاقتصاديات الأشمل، والوضع الصحيح للميزانية متطلبان أساسيان لحشد الموارد المؤسسية والبشرية والمالية المطلوبة لتعزيز الأنظمة الصحية وخدمات التغذية، والكثير من الدول التي تكافح لتحقيق

ثالثاً، نحن نطلق، أو نعزز، برامج مكافحة إصابة الأطفال بالإيدز، وكجزء من حملة قادمة، نحن بصدد إطلاق مبادرة كبيرة لمكافحة الإيدز لدى الأطفال في رواندا، بالتنسيق مع صندوق كلينتون ومسؤولي ومزودي الخدمات الصحية في رواندا. وستؤسس المبادرة مركزاً وطنياً للتميز في تقديم الرعاية في مجال الإيدز بين الأطفال، وسترتبط جودة الخدمات الطبية للأطفال بالرعاية المجتمعية المقدمة إلى الأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب، كما سترتبط بجهود الوقاية في المدارس الإبتدائية والثانوية في المناطق القروية في رواندا.

رابعاً، إننا بحاجة إلى إطلاق برامج أبحاث وتدريب مصممة لتحسين جودة الرعاية المتوافرة للأطفال في القرى، وسيفحص هذا البحث السمات البرامجية للجهود الناجحة لمكافحة انتقال فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب بين الرضع، وتشخيص داء السل لدى الأطفال وتقديم الرعاية لهم، ودور عمال الصحة التابعيين في تحسين الرعاية للحالات المرضية المزمنة لدى الأطفال، بما في ذلك الإيدز والسل، وكذلك مكافحة أمراض شائعة، مثل الملاريا والإسهال وتشخيصها وتوفير المعالجة المنزلية لها، وتقويم أثر التدخلات الاجتماعية، بما في ذلك تلك المصممة للحد من الأمية وانعدام الأمن الغذائي، وأثر ذلك كله على صحة الأطفال ورفاههم في العالم أجمع.

خامساً، إننا نعمل على دفع هذه الجهود قدماً بالتناسق مع الجهود الرامية إلى تشجيع الحقوق الأساسية، وعلى رأسها الحقوق الاجتماعية والاقتصادية للأطفال، وبرنامج منظمتنا الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية، ينشر عبر مشاريع ملموسة ومدعومة بالمناصرة نموذجاً قائماً على الحقوق للتخفيف من الفقر باستخدام الوصول إلى الرعاية الصحية كوسيلة للقاء الأطفال والعائلات الأشد فقراً والعمل معهم في المجتمعات التي نخدمها، علماً أن هذا البرنامج يدعم التعليم والزراعة ومشاريع الإسكان والمشاريع المائية لضمان توفير الحقوق الاجتماعية والاقتصادية لكل طفل وعائلة. فإذا علمنا أن الجوع وسوء التغذية هما السبب الرئيسي وراء ملايين الوفيات بين الأطفال سنوياً–ونحن نعلم هذا يقيناً– فإن علينا الارتقاء لمواجهة التحدي المتمثل في وصف الطعام كأنه دواء للتطعيم ورعاية الأطفال المرضى. وبالمثل، إذا ما أظهرت الدراسات أن التعليم يحدُ من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب– وهي تثبت ذلك قطعاً– فعلينا الاستعداد للاستثمار في توفير سبل الوصول إلى المدارس كعنصر قوي وفعال وغير مكلف في وصفتنا لمكافحة الفيروس والأمراض الأخرى التي يسببها الفقر.

إننا نعلم يقيناً أنه بدون إستراتيجية مجتمعية شاملة، فإن جهود معالجة الأطفال–وبالتالي الأمهات والآباء والإخوة– ستفشل في تحقيق النتائج المرغوبة. ومن خلال العمل بالتعاون مع وزارات الصحة والمؤسسات الدولية ومنظمات غير ربحية أخرى، نحن ملتزمون بمكافحة وفيات وأمراض الأطفال في المناطق التي نخدمها، وبحكم تجربتنا في هاييتي وامتداد هذه التجربة حول العالم، نعلم أن الخدمات المجتمعية لتحسين الصحة والحد من الفقر مقترنة، عند الضرورة، بالموارد العيادية الممتازة، تقدم أعلى مستوى من الرعاية الصحية في عالمنا اليوم، وهي المفتاح لدعم بقاء الأطفال على قيد الحياة.

الدكتور بول فارمر والدكتور جيم يونج كيم هما المؤسسان لمنظمة «شركاء في الصحة»، وهي منظمة دولية متخصصة في الصحة والعدالة الاجتماعية تعمل في هاييتي وليسوثو وملاوي والبيرو والإتحاد الروسي ورواندا والولايات المتحدة الأمريكية، وبول فارمر يحمل درجة بروفيسور يرسلي في علم الإنسان الطبي في جامعة هارفارد، وطبيب مقيم في مستشفى برغهام والنساء في بوسطن. أما جيم يونغ كيم فهو رئيس قسم الطب الإجتماعي في كلية الطب في جامعة هارفارد، ورئيس قسم الطب الإجتماعي وغياب العدالة الصحية في مستشفى برغهام والنساء. وهو أيضاً مدير مركز فرنسوا خفاير باغنود للصحة وحقوق الإنسان، والمدير السابق لقسم مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/الايدز في منظمة الصحة العالمية.

الأهداف الإنمائية للألفية، خصوصاً في دول إفريقيا جنوب الصحراء، التي لا تتمتع بالاستقرار السياسي أو الاقتصادي. وفي ظل هذه الظروف، من المهم حشد جميع أشكال القيادة الفاعلة في المجتمع، سواء على الصعيد الوطني العام، حيث تتخذ القرارات الشاملة الخاصة بالقطاعات، أو على الأصعدة الوطنية الفرعية (أي مستوى الأقاليم أو المناطق الإدارية)، حيث يتم التفاعل مع المجتمعات المحلية.

وبعكس المعرفة الواسعة المتوافرة عن التدخلات الفنية والسياقية المطلوبة لتحسين صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال، لا يُعرف إلا النزر اليسير عن طريقة تنفيذ وإبقاء الالتزام السياسي بمقاربة تهمُها النتائج في مجال تقديم الخدمات الصحية، خصوصاً في المواقف التي تكون فيها قدرات الأنظمة الصحية متدنية.

فالمجتمع الدولي يعرف كيف يحدد الأهداف، ويشهد كيفية اشتقاق الأهداف الإنمائية للألفية من إعلان الألفية، والتي أصبحت معيار التنمية البشرية في مطلع سنوات الألفية، لكن وسط هذه الأهداف ما زالت هناك فجوة بين النية والفعل.

القيادة القوية والأبطال عوامل مهمة للنجاح في توسيع نطاق الخدمات

من أهم النتائج الملفتة التي خلصت إليها الدراسة التي تناولت عملية توسيع نطاق الخدمات، والتي أجراها مشروع أولويات مكافحة الأمراض – وهي عبارة عن جهد متواصل يمسك بزمامه أخصائيو الصحة الرواد في العالم لتقويم مكافحة الأمراض – هو العامل المهم المتمثل في دور شخصية بطل قومي في توليد الإرادة السياسية واستدامتها، وفي تحقيق الالتزام السياسي بتوسيع نطاق البرامج الصحية. فهؤلاء الأبطال ليسوا مجرد مناصرين للمبادرات، بل استطاعوا أيضاً جمع المعنيين الرئيسيين وتنسيق المبادرات والحفاظ على زخم عملية توسيع نطاق الخدمات.

هذا وللقيادة أشكال متنوعة، فمنها ما هو فردي، مثل فاضل حسن عبد مؤسس برنامج BRAC، وهو برنامج صحة مجتمعي ناجح يوفر خدمات الرعاية الصحية الأساسية للملايين في بنغلادش، وهناك القيادة المتمثلة في أعلى مستويات الحكومة الوطنية، كما هو الحال في المكسيك، التي تلقى فيها برنامج PROGRESA دعماً من الرئيس إرنستو زيديليو دي ليون، ونال الرعاية والتوسعة على يد خَلَفيه «فينسنت فوكس وفيليب كاديرون»، وهناك القيادة في المحافل الدولية، مثل برنامج التحصين الموسع، وبرنامج ثورة بقاء الطفل ونمائه، وبرنامج مراقبة النمو ومعالجة الجفاف عن طريق الفم والرضاعة الطبيعية والتطعيم، وعدد كبير من الشراكات والبرامج العالمية المكرسة لمكافحة الأمراض على مدى العقود الستة الماضية. ومن الأمثلة الحديثة على ذلك برنامج الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة، ومبادرة تسريع بقاء الأطفال على قيد الحياة وتنميتهم.

ومن بين النقاط التي تبرز من مراجعة الأدلة والتجارب الخاصة بتوسيع نطاق الخدمات هي تلك التي تقول إن المناصرة تتطلب وقتاً والتزاماً، وهناك حاجة إلى الاستثمار المستدام في الوقت والموارد على مدى سنوات كثيرة لتوسيع البرامج. ومن الأمثلة الرئيسة على مثل هذا الإلتزام «البرنامج الذي أطلقته سيريلانكا»، والذي يستمر ٥٠ عاماً لإنشاء شبكة عمل صحية في المناطق الريفية، والحملات الطويلة التي أطلقتها نيبال بخصوص المكملات الغذائية [٣١].

إن احترام الالتزامات الوطنية بإدراجها ضمن إطار عمل قانوني يمكن أن يوفر لها الإستمرارية الضرورية دعماً لتوسيع نطاق متوالية الرعاية لتستمر فترة أطول من الحياة السياسية لمناصريها. ومثل هذا الإطار يتيح المجال لترجمة الإلتزامات السياسية إلى إجراءات لحشد الموارد والميزانيات. وتتطلب هذه الأهداف السياسية بعيدة المدى شراكات بين الحكومة ومنظمات المجتمع المدني ووكالات التنمية للحفاظ على الزخم السياسي والتغلب على المقاومة التي يواجهها التغيير وحشد الموارد، كما تتطلب آليات مساءلة وتدقيق وتوازنات لإبقاء النظام على المسار الصحيح.

٥– تعزيز التناغم بين الشراكات والبرامج العالمية في مجال الصحة

على مدى العقد الماضي، أضحى تنظيم المساعدات في مجال الصحة أكثر تعقيداً مع ظهور الشراكات العالمية، وبناء على التعريف المستخدم يُقدّر أن هناك أكثر من ١٠٠ شراكة عالمية في مجال الصحة[٣٢]، وهو مجموعة متنوعة تتراوح وظائفها من المناصرة إلى التنفيذ، كما تختلف في طبيعتها وحجمها ومداها، والأغلبية الساحقة فيها تركز على الأمراض السارية، وخصوصاً الإيدز والسل والملاريا، كما تشجع بعض هذه الشراكات العالمية تدخلات التغذية، مثل الرضاعة الطبيعية الخالصة والمبكرة، ومكمّلات فيتامينA وتحسين مياه الصرف الصحي. وفي السنوات الأخيرة، ازداد الإهتمام المنصب على النشاطات التي تركز على تحقيق هدف الألفية الإنمائي الأول، الذي يرمي إلى الحد من الفقر والجوع بمقدار النصف بحلول عام ٢٠١٥ من خلال مبادرات، مثل مبادرة إنهاء جوع الأطفال ونقصً التغذية، والتحالف العالمي لتحسين التغذية ومبادرة المغذيات الدقيقة ومبادرة إثراء الطحين بالفيتامينات.

ورغم أن هناك أعداداً كبيرة من المبادرات العالمية الخاصة بالصحة، إلا أن قلةً منها هي التي أحدثت أثراً في توفير التمويل اللازم للخدمات الصحية، وعلى رأس هذه المبادرات التي نجحت في ذلك تحالف GAVI، والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا. لقد حشدت المبادرات العالمية الخاصة بالصحة موارد جديدة مهمة لمجابهة التهديدات الصحية الكبيرة، وأدت إلى إيجاد التركيز السياسي والفني المطلوب بشدة على الأمراض أو التدخلات ذات الأولوية، كما بثت طاقة جديدة في المعونة التنموية، من خلال دعم القطاع الخاص وتشجيع الشراكات المجتمعية للاضطلاع بدور اكبر في توفير الرعاية الصحية.

ويشكل الإرساء السريع لمؤسسات جديدة تحدياً أمام الدول النامية لمتابعته، ناهيك عن إدارته وتنسيقه.

وعلاوة على ذلك، قد تؤدي المبادرات الجديدة إلى تعقيد الجهود المبذولة في سبيل تنسيق ومجانسة الأعمال على المستوى العالمي دعماً لصحة الأمهات والمواليد الجدد وبقائهم على قيد الحياة. ونظرا لتركيزها الشديد على تحقيق نتائج سريعة وفعالة وغير مكلفة ويمكن قياسها، فإن انتشار المبادرات العالمية الخاصة بالصحة يهدد بخطر ترسيخ الطبيعة «العمودية» لتمويل الخدمات الصحية، بفعل تركيز مبالغ كبيرة من الأموال على البرامج والتدخلات المعنية بمرض معين، مما يؤدي إلى صوامع مغلقة في التمويل وتقديم الخدمات، ويقلل من المرونة أمام الحكومات المتلقية للتمويل لتخصيص الأموال وفق أولوياتها ، أو لتمويل التكاليف والاستثمارات في النظام الصحي، مثل الرواتب والمرافق.

خلق الظروف الملائمة لزيادة الوحدة في البرامج والشراكات العالمية في الصحة

رداً على انتشار المبادرات والشراكات العالمية في مجال الصحة، تم تطوير مجموعة من مبادئ أفضل الممارسات للشراكات العالمية في مجال الصحة، واستناداً إلى إعلان باريس حول فعالية المساعدات، تمت المصادقة على المبادئ من قبل المشاركين، وتبناها عدد من الشراكات العالمية الخاصة بالصحة، كما راجعت لجنة المعونة التنموية في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية «إرشادات الممارسة الجيدة لمواءمة البرامج العالمة على المستوى القطري». وهذا يلبي الحاجة الموضحة في إعلان باريس، والمتمثلة في اتخاذ إجراءات ملموسة وفعالة لمعالجة مشكلة نقص دمج وتكامل البرامج والمبادرات العالمية ضمن الأهداف القطرية الأشمل. أما فيما يتعلق بإدارة وتنفيذ البرامج العالمية، فهي تعالج الممارسات الجيدة الأدوار المتشابكة للممولين، (من مانحين ثنائيين ومؤسسات متعددة الأطراف، والمؤسسات الخاصة) والدول الشريكة والبرامج العالمية.

لقد أصبحت البرامج العالمية في مجال الصحة، سواء كانت شراكات أو أعمالاً منفردة لمانحين ومؤسسات فردية، أداة مهمة للمعونة التنموية، فقدت أدت ، مع المانحين الثنائيين والمؤسسات متعددة الأطراف والمؤسسات الخاصة، إلى مستويات متصاعدة في التمويل وتقديم الخدمات على المستوى القطري. وهذه البرامج، التي تحظى بدعم شعبي قوي، تلفت الإهتمام الدولي إلى قضايا ذات أهمية عالمية، وتشجع ابتكار الممارسات الفضلى ونشرها، كما توفر تمويلاً متعدداً وتجميعياً (المجانسة الإدارية).

تنطبق مبادئ باريس الخاصة بفاعلية المساعدات – بفعل تركيزها على الملكية القطرية، والمجانسة والمواءمة والمساءلة المشتركة – على البرامج القطرية والعالمية. وتؤكد الدراسات القطرية أن قضايا التنفيذ هي ذاتها في كلتا الحالتين، لكن الكثير من البرامج العالمية تواجه تحديات خاصة بها، ومنها قلة التمثيل الميداني والغياب المرتبط بذلك، عن مجانسة الجهود التي يبذلها المانحون، وعدم التساوق مع أولويات الحكومات وميزانياتها، والآليات الموازية في التنسيق والتنفيذ، والطرد المركزي نحو الموارد البشرية والمالية من البرامج الوطنية المرتبطة بها.

تُقوَم الممارسات الجيدة على مبادئ إعلان باريس والمؤشرات المرتبطة به، وتطبقها وتوسع نطاق تنفيذها بغية التعبير عن الحالة الخاصة التي تتسم بها البرامج العالمية، والهدف الأساسي منها هو تحسين فاعلية البرامج العالمية، سواء الحالية أو المقترحة، والتي توفر تمويلاً كبيراً على المستوى القطري، إلا أن بعض الممارسات الجيدة، بما فيها تلك الخاصة بالانتقائية والإدارة، لها تداعيات بالنسبة إلى البرامج العالمية عموماً.

هناك دعوة حالياً للمُمولين والدول الشريكة والبرامج العالَمية والمانحين من القطاع الخاص إلى تنفيذ الإرشادات على أساس تجريبي. وستتم مراقبة تجربة من تجارب تنفيذ الممارسات الجدية كجزء من استخدام الصحة كقطاع يتبع لمراقبة التنفيذ الفعال لإعلان باريس الخاص بفاعلية المساعدات، مع رفع تقرير، في ذلك الصدد، إلى المنتدى رفيع المستوى حول فاعلية المساعدات، الذي سيعقد في أكرا في غانا في سبتمبر ٢٠٠٨.

ملخـــــص

لا يمكننا اعتبار الأهداف الإنمائية للألفية مجرد مجموعة من الأهداف المثالية التي لا يمكن تحقيقها، بل هي نتاج تفكير شاق وحسابات صعبة قام بها أبرز سياسيو العالم، وخبراء التنمية، وعلماء الإقتصاد، وعلماء آخرون. وتمثل تلك المجموعة من الأهداف حالياً آمال العالم في تسريع عملية التقدم الإنساني.

إنّ تحقيق هذه الأهداف سينتج عنها إنقاذ مئات للملايين من الأطفال والنساء والرجال من الجوع، وتمكينهم من الاستخدام الآمن لمصادر المياه ومرافق الصرف الصحي، والحصول على التعليم والتمتع بالمزايا الاقتصادية والفرص السياسية المتاحة لغيرهم، وعلى الرغم من أنّ عدداً من المناطق والدول ما تزال متأخرة، إلا أن تحقيق هذه الأهداف ما يزال ممكناً في الوقت المتبقي إذا ما توافرت الإرادة السياسية، والموارد اللازمة، والإستراتيجيات المطلوبة لذلك.

أمِنَ الممكن حشد الإرادة السياسية؟ وهل من الممكن صهر جميع أطر العمل، والإستراتيجيات، والخطط في حملة موحدة للوصول إلى الأهداف الإنمائية للألفية بكاملها وضمن الوقت المحدد؟ بالطبع ستكون الإجابة المختصرة على ذلك هي "نعم"، إذا ما توّحدت الحكومات، والمانحون، والمجتمع المدني، وغيرهم من

يتطلب الوصول لأهداف الألفية للتنمية المرتبطة بالصحة توحيد الأعمال والشراكات لدعم الإبقاء على حياة الأمهات، وحديثي الولادة، والأطفال، والمحافظة على صحتهم، أطفال يصطفون في موقع للتطعيم في بنغلاديش

أصحاب القرار حول قضايا بقاء الطفل على قيد الحياة، وإذا ما التزم هؤلاء بضمان تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة.

ويتمثل التحدي الأكبر في زعزعة السخرية واللامبالاة، وفي نسيان وعود الماضي التي أخلفت والتطلع للأمام، وفي نهاية الأمر، ما من مشروع أكثر أهمية أو هدية أعظم إسعاداً من إنقاذ حياة طفل.

٥

مُتحدون من أجل بقاء الأطفال على قيد الحياة

لن يصبح عالمنا مثالياً حتى بعد تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، فسيظل الفقر موجوداً، وسيستمر حدوث الوفيات بين الأمهات والأطفال بلا مبرر، وستبقى البيئة تستحوذ على جل اهتمامنا، مع هذا كله. وبحسب التقديرات الصادرة عن مشروع الألفية، وهو المجلس الاستشاري المستقل الذي تقدم بالتوصيات المتعلقة بتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية للقمة العالمية لعام ٢٠٠٥، فإنّ تحقيق هذه الأهداف يعني الإبقاء على حياة أكثر من ٣٠ مليون طفل ومليونيي أم، كما أن أكثر من ٣٠٠ مليون شخص سيتخلصون من المجاعات، وسيستطيع مئات الملايين من الأشخاص الوصول إلى مرافق صحية أساسية ومصادر مائية مأمونة للحصول على مياه الشرب، وسيحظى المزيد من ملايين الأطفال بفرص التعليم ،وكذلك ستحظى ملايين النساء بمزايا وفرص اقتصادية وسياسية[١].

لم تكن الأهداف الإنمائية للألفية مجرد حلم لمجموعة من الأشخاص المثاليين، بل هي نتاج تفكير شاق وحسابات صعبة قام بها أبرز سياسيو العالم، وخبراء التنمية، وعلماء الاقتصاد، والعلماء الآخرين. وتمثل تلك المجموعة من الأهداف حالياً آمال البشرية في توجيه مسيرة العالم في مسار ثابت. إنها أهداف قابلة للتحقيق، ضمن نطاق المعقول– إذا ما توافرت لذلك الإرادة السياسية، والموارد اللازمة، والإستراتيجيات المطلوبة. ويُعّد اتخاذ القرار لتحقيق هذه الأهداف هو الخطوة الأساسية الأولى. أما العمل المرتبط باتخاذ الخطوات اللاحقة اللازمة لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة – والمبينة تالياً – فيمكن التصدي لها غالباً ضمن إطار عمل الأساليب المتبعة في الرعاية الصحية للأمهات، حديثي الولادة، والأطفال.

هل يمكن حشد الإرادة السياسية؟ هل من الممكن صهر أطر العمل، والإستراتيجيات، والخطط الفردية والجماعية في حملة موحدة للوصول إلى الأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة بالكامل وبالوقت المحدد؟ بيّنت وثيقة وضع الأطفال في العالم لسنة ٢٠٠٨ ستة أعمال محورية وأساسية على المستوى الكلي تتطلب، وبشكل عاجل، مشاركة موحدة لتكثيف جهود الإبقاء على حياة الأمهات، وحديثي الولادة، والأطفال لتأمين حق هؤلاء في العيش الكريم والتمتع بصحة سليمة، وفيما يلي هذه الأعمال:

- العمل على إنشاء بيئة داعمة للإبقاء على حياة الأمهات، وحديثي الولادة، والأطفال والمحافظة على صحتهم.
- تنمية وتعزيز سلسلة متصلة من الرعاية في الزمان والمكان.
- رفع سوية حزمة الخدمات الضرورية من خلال تقوية الأنظمة الصحية والشراكات المجتمعية.
- توسيع قاعدة البيانات، والأبحاث، والأدلة.
- تفعيل المصادر المتوافرة للأمهات، وحديثي الولادة، والأطفال وتقويتها.
- جعل الأمور المتعلقة بصحة الأمهات، وحديثي الولادة، والأطفال مطلباً إلزامياً.

توفير بيئة داعمة لبقاء الأطفال والمحافظة على صحتهم.

وعلى الرغم من أنّ تقرير وضع الأطفال في العالم لسنة ٢٠٠٨ركز بشكل أساسي على أساليب التدخل التي أثبتت فعاليتها في إنقاذ حياة الأطفال، إلا أن هناك حاجة لمزيد من التغييرات النظامية والبعيدة المدى. فتوفير رعاية صحية جيدة للأمهات والأطفال يتطلب وجود بيئة يستطيعون العيش والنمو فيها. ولعل من أهم المتطلبات لهذه البيئة: غياب النزاعات، فالاستقرار والسلام أمران هامان لتمكين البرامج الصحية من أداء عملها بشكل صحيح، سواء كانت

© UNICEF/HQ06-0963/Shehzad Noorani

© UNICEF/HQ05-1173/Roger LeMoyne

البيئة الصحية والآمنة شرط أساسي للحفاظ على حياة الأمهات والأطفال وتوفير العيش الكريم لهم. امرأة تتلقى شهادة دبلوم بعد إنهائها دورة حول رعاية الطفل – تركيا

برامج مؤسسية، أو برامج توسعية، أو برامج شراكات مجتمعية. وإذا كان من الصعب إيجاد السبل الكفيلة بفض النزاع، فعندئذ لا بد من الوصول إلى الأطفال والعائلات التي تعيش تحت ظروف معقدة وحمايتهم، ومع أنّ مفهوم "الأطفال كنقاط للسلام" لم يُدمج بعد في القانون الدولي، إلا أنّ "أيام الهدنة" التي يتوقف فيها القتال لتتمكن ألوية من العاملين في خدمات الرعاية الصحية من إعطاء التلقيح لمن يحتاجونه، قد تم بالفعل إعلانها في العقود القريبة، وفي بلدان متنوعة، مثل أفغانستان، أنجولا، جمهورية الكونغو الديمقراطية، السلفادور، لبنان، الصومال، سيري لانكا، والسودان[٢].

وعلى نفس القدر من الأهمية، يبرز شعور الطفل الداخلي بالأمان، والذي يفتقده في ظل النزاع المسلح أو بوجود مستويات عالية من العنف والجرائم في المجتمع أو عند العيش في بيت غير مستقر. إن الأطفال والرضع شديدي الحساسية للعالم من حولهم، لذا فإن توقع الأزمة المقبلة سواء كانت على شكل انفجار للغم أرضي أو اعتداء جنسي من قبل فرد في العائلة أو صديق لها، قد يكون مؤثراً ومزعزعاً للشعور بالأمان كالفعل نفسه، ومن المهم الاعتراف بحق الأطفال بالعيش في بيئة آمنة تضمن لهم الحماية، وذلك لمنع وقوع أعمال العنف عليهم، كما ويجب أن يُتبع هذا الاعتراف بتشريعات مناسبة وتنفيذ فعلي لها.

أما المساواة، فهي جانب آخر هام في توفير بيئة داعمة للأطفال، ففي العديد من الدول، أن تكون فقيراً يعني أن تصبح مهملاً و مهمشاً من قبل النظام الصحي للدولة، والبعض الآخر يتم استثنائهم من الحصول على خدمات حيوية بناءً على أسس معينة كالجنس، والإعاقة، والعرق. لذا يعتبر توفير أنظمة صحية وبرامَج للمحافظة على صحة الأمهات والأطفال مبنية على أساس حقوق هؤلاء الأفراد وموجهة نحو معالجة المظالم لمطلب ملّحٌ وضروري. وبالإضافة لذلك، لا بد من دمج البرامج الصحية بالإستراتيجيات الموجهة نحو الأسباب الجذرية للتهميش والعزل الإجتماعي والآثار المترتبة عليهما من أجل الوصول إلى أولئك الذين يفتقدون هذا الأمر حالياً.

كما أنّ التحسينات الثابتة على صحة المرأة والطفل تتطلب أيضاً قدراً اكبر من المساواة بين الجنسين ومنح المرأة سلطة أكبر، فسيفتقد الكثير من الأطفال للخدمات الصحية المتوفرة، بغض النظر عن ماهية وكيفية توافر هذه الخدمات، إلا إذا أصبحت للمرأة سلطةٌ أكبر في صناعة القرار في المنزل، وقد أكدت عدد من الدراسات على الآثار الإيجابية والقوية للمزايا التعليمية والاقتصادية في العيش الكريم للنساء، والتي تُترجم إلى رعاية صحية أفضل ونظرة حياتية أحسن لأطفالهن.

تنمية وتقوية الرعاية المستمرة عبر الزمان والمكان

يكون الأطفال في أضعف حالاتهم عند الولادة، وبالتحديد في الأيام الأولى من حياتهم. لذا تُعد الرعاية الصحية أثناء الحمل، وعند الولادة، وفي فترة الرضاعة

أمراً في غاية الأهمية، ويجب أن تتسع هذه الحلقة المستمرة من الرعاية لتشمل فترتي الرضاعة والطفولة المبكرة، مع تقديم حزمة من الخدمات الحيوية لكل من الطفل والأم في مراحل أساسية خلال دورة الحياة، ويعترف منهج دورة الحياة بأن هذه السلسلة المستمرة من الخدمات تتطلب التعليم، منح القوة والمعرفة وخدمات الصحة الإنجابية للفتيات اليافعات، على اعتبار أنّ العديد منهن سيصبحن عما قريب أمهات – حوالي ١٣٪ من أمهات الأطفال المولودين حديثاً هن فتيات يافعات تتراوح أعمارهن بين ١٥–١٩ عام في ٢٠٠٥[٣]، أو نساء واعيات. وحتى تصبح هذه السلسلة المستمرة من الرعاية فاعلة، لا بد من تأسيس علاقات قوية بين المنزل، والمجتمع المحلي، والخدمات الطبية بعيدة المدى وذات الجودة العالية في مراكز الرعاية الأولية، والمرتبطة بدورها بعلاقات قوية مع مستشفى المقاطعة. حقاً، إن بناء مثل هذه الارتباطات ينتج عنه استفادة أكبر من الخدمات، كما أنه يعني عدداً أقل من النساء والأطفال الذين قد يتم نسيانهم أو تجاهلهم.

إنّ تعليم ممارسات رعاية الطفل وسلوكيات التماس الرعاية ودعمها يتم في المنزل والمجتمع المحلي، حيث يمكن تقديم هذه الخدمات خلال الزيارات التي تقوم بها المرأة للعيادة الطبية أثناء فترة الحمل. وهذه الزيارة هي بمثابة الإتصال الأول بين المرأة والنظام الصحي الرسمي، ورعاية الجنين هامة جداً لأنها تساعد المرأة الحامل على تحديد أية مخاطر محتملة والتخطيط لحمل آمن، وفي حال عدم وجود عيادة طبية قريبة، لا بد من توفير خدمات ممتدة من خلال وجود طاقم عمل من المرافق المنتشرة في المقاطعة. هذه الخدمات من شأنها توفير مزيج من خدمات رعاية الجنين، والرعاية ما بعد الولادة، ورعاية الطفل.

ويأتي مستشفى المقاطعة على رأس النظام الصحي للمجتمعات المحلية والمنازل. وعليه، لا بد أن يكون مجهزاً على الوجه الصحيح، بطواقم العمل والمعدات لمواجهة أية تعقيدات أو صعوبات أثناء عملية الولادة. أما على مستوى الرعاية الأولية، فيجب أن تكون المرافق وطاقم العمل مستعدان للمساعدة في عمليات الولادة غير المعقدة وتوفير رعاية توليدية عاجلة وبسيطة، بالإضافة إلى توفير رعاية مباشرة لحديثي الولادة بما فيها خدمة الإنعاش. إنّ جودة الرعاية المقدمة على المستويات الثلاثة، والعلاقات القوية بينها هما أمران أساسيان لتقديم سلسلة متصلة من الرعاية عبر الزمان والموقع[٤].

رفع سوية حزمة الخدمات الضرورية من خلال تقوية الأنظمة الصحية والشراكات المجتمعية

توصف الأنظمة الصحية في أفقر دول العالم بأنها ضعيفة وهشة، ومجزأة، كما أنها مثقلة بالمشاكل التي تتدرج من نقص حاد في كوادر العمل المدربة، والافتقار للتمويل، والمعدات واللوازم إلى عدم القدرة على استحداث المعلومات واستخدامها. ونتيجة لهذه الأسباب، فإن أنجع الطرق–على المدى المتوسط والطويل– لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة تكمن في تقوية الأنظمة الصحية الوطنية. ويمكن للشراكات المجتمعية في الرعاية الصحية الأولية أن تكون فعالة في رفع سوية الخدمات المقدمة في تلك المناطق التي يصعب الوصول إليها، وفي تقوية الأنظمة الصحية، وكما يُظهر هذا التقرير، هناك عدد متزايد من الأدلة على أن أساليب التدخل المصحوبة بحزم خدماتية يمكن إيصالها بنجاح على مستوى المجتمع المحلي طوال دورة الحياة. وعلاوة على ذلك، فإن تمكين الأفراد ومنحهم جزءاً من المسؤولية عن صحتهم الشخصية– وصحة عائلاتهم أيضًا– له أثر عميق وثابت في عملية التنمية.

ويمكن تعزيز دور الأفراد في إحداث تغييرات في حياتهم بعد تزويدهم بالمعلومات اللازمة لذلك، عن طريق وسائل الإعلام التي يمكنها إيصال رسائل صحية أساسية وبتكلفة منخفضة، بالإضافة إلى مؤسسات المجتمع المدني المتخصصة بالأساليب التشاركية، والتي يمكن توظيفها لتعزيز جوانب محددة من بقاء الأطفال وصحتهم إذا ما زُودت بالإرشادات الصحيحة وتم مراقبتها بحذر، حيث لا يمكن أن يكون حشد المجتمع مسؤولية وزارات الصحة الممتدة بشكل كبير، حقاً باستطاعة الحكومات المحلية والوزارات المعنية بالتنمية النسائية أن تلعب دوراً محورياً جنباً إلى جنب مع المنظمات النسائية وقادة مؤسسات المجتمع المدني إذا ما تم إشراكهم في العملية مع بداية انطلاقها.

وعلى الرغم من أنّ برامج بقاء الطفل الحالية تركز على الحلول ذات التقنية البسيطة، إلا أن التقنيات المتقدمة يمكنها أن تكون بمثابة هدية للوصول لأولئك الذين يصعب الوصول إليهم. فعلى سبيل المثال، طُورت أجهزة الفحص البسيطة لاختبارات الكشف عن الملاريا، والإيدز، وتحليل نوعية المياه. ومن خلال تدريب بسيط، يمكن القيام بهذه الاختبارات حتى خارج أكثر العيادات بدائية. وبفضل التقنية الحيوية الحديثة التي تنتج مطاعيم مركبة وراثياً أكثر أماناً، كما أن الأبحاث الجارية حالياً توفر مطاعيم لا تحتاج للتبريد، ويمكن إعطاؤها عن طريق رقع جلدية أو كبخاخ أنفي أو بطرق أخرى عوضاً عن الحقن. وقد يكون لهذين الانجازين أصداء هائلة لتوسيع خدمات التحصين والمناعة[٥].

كما تلعب تكنولوجيا المعلومات دوراً في مجال بقاء الطفل وصحته في البلدان النامية على الرغم من أن تطبيقها في هذا المجال لا يزال في مراحله المبكرة، وإن الاستخدام المتزايد لأجهزة الخلوي، والإنترنت، والبريد الإلكتروني يعني أن خدمات الصحة الإلكترونية والطب الاتصالي يمكن

© UNICEF/HQ06-2402/Susan Markisz

المنهج الدامج لتطوير الأنظمة الصحية هو أمر أساسي لتطوير بقاء وصحة الطفل، هذه العائلة تشارك في برنامج "تريو فور لايف" والذي يشجع على تسجيل الولادات، الرضاعة الطبيعية، والتحصين ضد الأمراض – فنزويلا.

أن تصل للقاطنين في المناطق البعيدة ، ويمكن كذلك توسيع نطاق تطبيقها، بالإضافة إلى أن العاملين في مجال الرعاية الصحية يمكنهم التواصل بسهولة مع مراكز الرعاية الأولية، ومع الأقسام والمراكز المرجعية في المستشفيات، إذا ما اقتضت الحاجة ذلك[٦].

توسيع قاعدة الأدلة

فهم المشكلة هو نصف الحل، فبينما تمكننا من تحديد الخطوط العريضة لأوضاع الأطفال حول العالم، إلا أن التفاصيل مبهمة في بعض الأحيان، فقلة الإحصاءات الموثوق بها في بعض الدول تجعل من الصعب على صناع القرار تحديد الأولويات، وقياس مدى فعالية البرامج، أو مراقبة التقدم الذي تم إحرازه، فحتى على مستوى أنظمة التسجيل والتقييد الحيوية – التي تسجل الأحداث الحياتية الأساسية، بما فيها الولادة والوفاة– فقد تغطي هذه مناطق معينة من البلاد أحيانا، إذا توفرت في المقام الأول. ويُعدُ تسجيل الولادة، على وجه الخصوص، أمراً هاماً لحماية حقوق الأطفال وتوثيق معلومات دقيقة عن التعداد السكاني للدولة (انظر الفصل الأول، ص ٢٢).

ومن المحاور الأساسية في صياغة الإستراتيجيات الهادفة لرفع سوية شراكات المجتمع وسلسلة الرعاية والأنظمة الصحية المعلومات الدقيقة، تحليل الوضع من حيث الصحة، التغذية، المياه والصرف الصحي، النظافة، نقص المناعة المكتسب والإيدز بين أطفال العالم. وجاءت القاعدة لجمع البيانات، وتقييم النتائج، والتخطيط الإستراتيجي في البلدان النامية من مجموعة غنية من المصادر، بما فيها: الاستبانات المنزلية مثل الإستبانات العنقودية متعددة المؤشرات، والمراجعات الإحصائية، مثل سلسلة بطاقات تقاريرعن تقدم الأطفال، الصادرة عن اليونيسف، وسلسلة لانسيت التي غطت قضايا بقاء وصحة الأمهات، وحديثي الولادة، والأطفال، والمنشورات التقيمية للتقدم نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، التي أنتجها برنامج الأمم المتحدة للتنمية، والبنك الدولي، ومنظمة الصحة

العالمية والعديد من المنظمات الأخرى. جاءت جميع هذه المبادرات لتكمل الجهود الوطنية المبذولة في العالم النامي لإستحداث، وتحليل ونشر بيانات ومعلومات صحية رئيسة تتعلق بالمدخلات والمخرجات الخاصة بالأمهات، وحديثي الولادة، والأطفال.

ومع التركيز على الدقة والمسؤولية كنتيجة للأهداف الإنمائية للألفية ومبادرات الصحة العالمية، ظهرت الحاجة الملحة لوجود قاعدة قوية من الأدلة. وحتى مع توافر معلومات كافية للبدء بالتحرك والعمل، إلا أننا في حقيقة الأمر ما نزال بحاجة للمزيد من البحث الدقيق، والتقييم للنجاحات، والمشاركة المنتظمة للممارسات الناجحة، والمشاركة الأعظم بأية معلومات جديدة.

تفعيل المصادر المتوفرة للأمهات، وحديثي الولادة، والأطفال وتقويتها

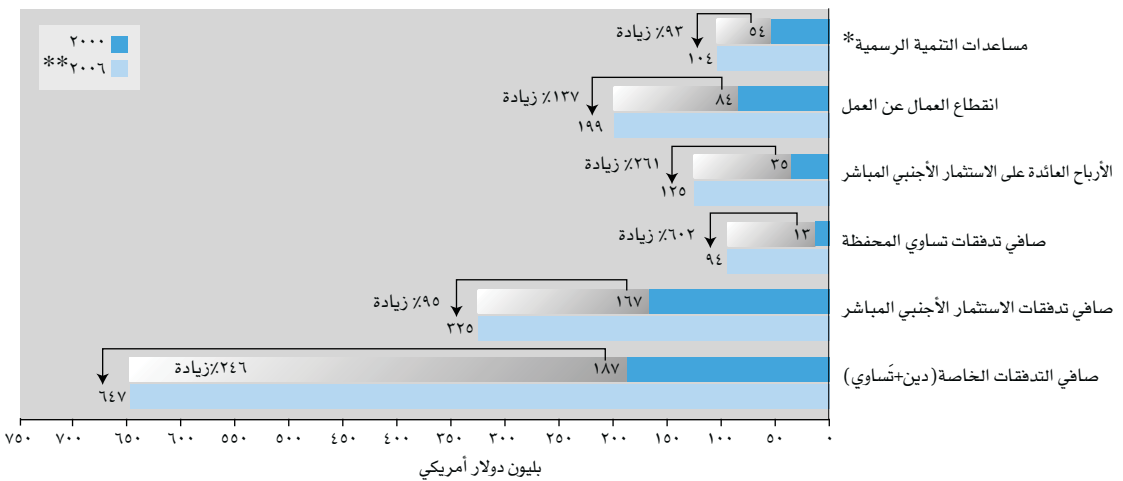
من المعروف أن أكثر الدول فقراً تحتاج لمساعدة جوهرية من الأمم الغنية، بالإضافة إلى حشد مواردها المحلية لتحقيق للأهداف الإنمائية للألفية، ووفقاً لإحصاءات مشروع الألفية، بلغت كامل مساعدات التنمية الرسمية المطلوبة للأهداف الإنمائية للألفية ١٣٥ بليون دولار لسنة ٢٠٠٦، لكنَ ما تم منحه فعلاً في ٢٠٠٦ لم يتجاوز ١٠٤ بليون دولار[٧] (انظر الرسم ٥,١). ونظراً للمجريات الحالية، يبدو أن مساعدات التنمية الرسمية ستزداد إلى حوالي ٢٠٠ بليون دولار في عام ٢٠١٥. تأتي هذه الأرقام مساوية إلى ما نسبته ٠,٥ ٪ من الناتج المحلي الإجمالي للدول المانحة– ٠,٤٤ ٪ في سنة ٢٠٠٦ و ٠,٥٤ ٪ لسنة ٢٠١٥، وعند تحليل أية تكاليف إضافية – تكاليف مشاريع بنية تحتية رئيسية، والتكيف مع التغيرات المناخية، وإعادة البناء بعد انتهاء النزاع المسلح مثلاً – فعلى الأغلب أن ترتفع نسبة الناتج المحلي الإجمالي للدول المانحة لتصل إلى ٠,٧ ٪، ومن المثير للسخرية أن هذه النسبة يمكن منحها من خلال الالتزامات التي قطعتها تلك الدول المانحة على نفسها، فقبل ٣٥ عاماً، قطعت الدول الصناعية الكبرى وعوداً بتخصيص ما نسبته ٠،٧ ٪ من ناتجها المحلي الإجمالي لمساعدات التنمية الرسمية[٨]، وقد تم التأكيد من جديد على هذه النسبة في العام ٢٠٠٢ من قبل دول صندوق النقد الدولي.

كيف هو أداؤنا حتى الآن؟ ستة عشر دولة من أصل الاثنين وعشرين دولة الأعضاء في لجنة مساعدات التنمية في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية حققت أهداف مساعدات التنمية الرسمية لسنة ٢٠٠٦، التي حددها الصندوق، فيما بقيت ست دول يجري تشجيعها وحثها على الوفاء بوعودها[٩].

وبالطبع، تختلف حاجات الدول الساعية لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، وبناءاً على أفضل الأدلة المتوافرة، تقوم اليونيسف حالياً بتطوير قائمة خاصة بكل دولة حول خيارات السياسات اللازمة لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفيةالمرتبطة بالصحة ليتم أخذها بعين الاعتبار من قبل الحكومات وشركائها في المحافظة على صحة الأمهات والأطفال، كما وأنها تساعد الدول على تحديد الثغرات في الدعم المالي وملئها.

الشكل ٥-١

بعض التدفقات المالية للدول النامية



* تعني مساعدات التنمية الرسمية التي توفرها الدول الأعضاء في لجنة مساعدات التنمية الرسمية في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية

المصدر:البنك الدولي، تمويل التنمية العالمية ٢٠٠٧: عولمة التمويل المشترك في الدول النامية، واشنطن، ٢٠٠٧، ص ٣٧، ٥٥.

تعاونت اليونيسف مع منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي في العام ٢٠٠٦ في القيام بتحليل تكلفة تخفيض معدل الوفيات في المناطق المنخفضة من الصحارى الأفريقية، حيث أوضاع الأطفال رهيبة (انظر اللائحة، الفصل الرابع، ص٧٨). وفي حال زيادة التدخلات القائمة والموضحة في هذا التقرير، عندئذ يمكن تخفيض وفيات الأطفال ما دون سن الخامسة بما نسبته ٣٥٪ بحلول عام ٢٠٠٩، وبتكلفة إضافية تصل إلى ٢,٥ دولار لكل فرد (أو حوالي ٨٠٠دولار لكل حياة يتم انقاذها). ولتحقيق هدف الألفية الإنمائي الرابع بالكامل، وتخفيض معدل وفيات الأطفال تحت سن الخامسة بمقدار الثلثين بحلول عام ٢٠١٥، سيتطلب هذا الأمر تعزيز الأنظمة الصحية في أفريقيا على نحو أكبر وإدخال أساليب تدخل جديدة مثل المطاعيم ضد فيروس الروتا، والتهابات ذات الرئة، كما وأظهر التحليل أنه من الممكن إنقاذ حياة أكثر من ٥ ملايين طفل وما يقارب ٢٠٠ ألف امرأة سنوياً، فكم ستكلف هذه العملية؟ ١٠ دولارات إضافية لكل فرد (أو أقل من ٢٠٠٠ دولار لكل حياة يتم إنقاذها)[١٠].

في عام ٢٠٠٥ قطعت الأمم الصناعية العظمى أثناء قمة الدول الثماني العظمى في جلين ايجليز، سكوتلندا، على نفسها

تعزيز عملية جمع البيانات والمراقبة لغايات قرارات الصحة العامة

"نظراً لأن هذه الدول فقيرة، فهي غير قادرة على الحصول على معلومات صحية جيدة، ولأنها فقيرة، فهي غير قادرة على تدبر الأمر بدونها" – شبكة المقاييس الصحية، منظمة الصحة العالمية.

تأتي المعلومات الصحيحة والدقيقة في صلب قرارات الصحة العامة، والسياسية الإعلامية، والبرامج، والميزانيات، والتقييم. وهي تشكل الأساس الذي تبنى عليه مسؤولية الحكومات تجاه التزاماتها ومواطنيها، غير أنّ ضعف الإستثمار في أنظمة المعلومات الصحية في الكثير من الدول النامية أحدث ثغرات في جمع البيانات ونشرها وتحليلها. ومع تزايد التحديات الصحية واقترابنا أكثر من الموعد النهائي لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة، أصبحت الحاجة للحصول على معلومات صحيحة ودقيقة ملحةً.

فقبل منتصف التسعينات من القرن الماضي، حالت ثغرات خطيرة في البيانات دون إجراء تحليل دقيق وفعال لغايات اتخاذ قرارات تتناول الصحة العامة. فعلى سبيل المثال، توافرت لدى ٣٨ دولة نامية فقط بيانات حول ما إذا كانت معدلات نقص التغذية بين الأطفال في ارتفاع أو انخفاض–وهذا مؤشر أساسي على صحة الأطفال ومستوى حياتهم– وللمساعدة في ملئ هذه الثغرات ولتسهيل مراقبة تحقق أهداف القمة العالمية للطفل لسنة ١٩٩٠، بدأت اليونيسيف في وضع وتصميم إستبانات العناقيد متعددة المؤشرات في عام ١٩٩٥، بهدف توفير بيانات كمية عن العديد من الموضوعات، مثل صحة الطفل وتغذيته وحمايته، وتعليم الأطفال، ونقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز، وصحة الأمومة.

ومنذ العام ١٩٩٥، تم تنفيذ ما يقارب ٢٠٠ إستبانة في حوالي ١٠٠ دولة ومنطقة، وتوفر جولة الإستبانات المطبقة حالياً في أكثر من ٥٠ دولة بين ٢٠٠٥–٢٠٠٦ معلومات حول ٢١–٥٣ مؤشر فرعي للأهداف الإنمائية للألفية. وتشكل هذه البيانات مع البيانات الناتجة عن الإستبانات الصحية والديموغرافية–وهي مبادرة قامت بها الوكالة الأمريكية للإنماء الدولي– أكبر مصدر وحيد للمعلومات حول مراقبة تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

وإن مراقبة التقدم نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية قد دفع إلى تشكيل سلسلة من مجموعات الوكالات المشتركة تهتم بقضايا تقنية وإجرائية، بما فيها توحيد المؤشرات وأدوات المراقبة ومطابقتها للمعايير، وبناء قدرات إحصائية على مستوى البلاد، ووضع تقديرات مشتركة والتوفيق بين الشركاء فيما يتعلق بالعمل الرقابي. كما وتركز هذه المجموعات على مجالات، مثل معدلات وفيات الأمهات والأطفال تحت سن الخامسة، والماء والصرف الصحي، والتحصين، والملاريا، ونقص المناعة المكتسب/الايدز.

وهناك حاجة ملحة أيضاً لتحسين أنظمة المعلومات الكلية على المستوى الوطني حتى يتسنى نقل معلومات جيدة في حينها، تتمتع بمصداقية أكبر لتستخدم هذه البيانات فيما بعد في قرارات الصحة العامة. هذه الجهود هي جهود طويلة الأمد، وتعمل كل من منظمة الصحة العالمية وشبكة المقاييس الصحية، من بين عدة منظمات أخرى، جنباً إلى جنب مع الدول، على وضع مبادرات لتحسين أنظمة المعلومات الصحية، بهدف تطوير نظام شامل يضم جميع الأنظمة الفرعية ومصادر المعلومات،التي إذا ما أُخذت مع بعضها البعض، فإنها ستسهم في توفير معلومات صحية: الإستبيانات، التسجيل الحيوي، الاتفاقيات، مراقبة الأمراض والتعامل معها، إحصائيات الخدمة، ومعلومات عن إدارة الصحة، والبيانات المالية، ومتابعة المصادر. ويتطلب تطوير مثل هذا النظام الشامل تعزيز التنسيق والتعاون بين الدول والشركاء الدوليين، والعمل معاً ،بناءً على خطة متناغمة مع نظام موحد. وبالتالي، فإن نظام المعلومات الموحد سيقلل من التكرار، والتجزئة، والتداخل في عمليات جمع ونقل البيانات.

انظر المراجع، ص ١٠٨

بمضاعفة مساعداتها لأفريقيا بحلول ٢٠١٠. وعلى الرغم من هذه الوعود، وحتى منتصف ٢٠٠٧، كان هناك تحرك بسيط في هذا الاتجاه[١١]. وقد أهملت الدول الأفريقية كذلك تنفيذ التزاماتها لأبنائها. ففي إعلان إيبوجا الذي تبنته قمة منظمة الوحدة الأفريقية حول الإيدز لسنة ٢٠٠١، تعهد القادة الأفارقة بتخصيص ما نسبته ١٥٪ من ميزانيات بلادهم الوطنية لصالح قضايا الصحة. ولكن بعد مرور ست سنوات، استطاعت بضع دولٍ فقط القيام بذلك فعلاً[١٢].

تتوافر المصادر لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، فقد أصبح العالم أغنى بكثير مما كان عليه من قبل، وبلغت التدفقات المالية مستويات قياسية في الدول النامية فيما يتعلق بتدفق الدين الخاص، والاستثمار الأجنبي المباشر، وتساوي المحفظة المالية والانقطاعات. وعلى الرغم من أن مقدار المساعدات المالية الرسمية قد تضاعف منذ العام ٢٠٠٠، لكنه جاء متأخراً وهامشياً بالمقارنة مع تدفقات مالية أخرى (انظر الرسم ٥–١، ص ٩٩)، فإذن على الدول ان تعمل على تنفيذ وعودها بزيادة المساعدة لأفريقيا، وأن ترقى بجهودها بشكل ملحوظ في السنوات القادمة.

جعل بقاء الأمهات، وحديثي الولادة، والأطفال مطلباً إلزامياً

سمع الكثير منا استغاثة الأطفال والأمهات للبقاء على الحياة. ومنذ السنوات الأولى من عمر ثورة بقاء الطفل ونمائه، تكاثرت، بل وتعاظمت الشراكات العالمية من أجل الصحة، والممولة من مصادر خاصة في هذا المجال، مثل: مبادرة تحصين الطحين، الاتحاد العالمي لتحسين التغذية، اتحاد GAVI، والشراكة من أجل صحة الأم، وحديثي الولادة، والأطفال، وحملة "استبعاد

© UNICEF/HQ00-0001/Giacomo Pirozzi

إن شركات جميع صُناع القرار والتزامهم المتجدد ضروري للوقوف على الاحتياجات الصحية للأمهات، وحديثي الولادة والأطفال. موظف طاقم صحي يشرح أهمية التحصين لإحدى الأمهات، جمهورية تنزانيا الديمقراطية.

الملاريا"، والبرنامج الخاص للبحث والتدريب في الأمراض الإستوائية وغيرها.

ونتيجة لهذه الاتحادات، أصبح الاهتمام العام بقضايا الصحة العالمية كبيراً ودائماً. كما أن أعمال البحث والتنمية الممولة من هذه الشراكات بدأت فعلاً بإعطاء بعض النتائج، مثل إنتاج لخمس وعشرين دواء، منها ثمانية عقاقير قاتلة للجراثيم، وخمسين مطعوماً في سياق القضاء على الأمراض التي تؤثر على الفقراء بشكل رئيسي. كما أثبت عدد من هذه الشراكات نجاحاً باهراً في تقديم أدوية مجانية أو بتكلفة بسيطة وبجودة عالية، ومطاعيم أيضاً إلى المجتمعات المحلية، بينما تقوم شراكات أخرى بتطوير سياسات صنع القرار محلياً ودعم الإصلاحات المؤسسية، علاوة على تلك الشراكات التي ما تزال تسهم في تأسيس لقواعد ومعايير في بروتوكولات العلاج[١٣].

ومع هذا كله، هناك حديث عن أن هذه الشراكات العالمية الساعية لإحداث نتائج فقط إنما تعمل من منطلق المانح–البضاعة وليس من منطلق الدولة–الناس، كما أن التركيز المتكرر على أمراض بمفردها كان يعني في بعض الأحيان زيادة الإعتماد على أساليب التدخل العمودية وعدم التأكيد على دمج الخدمات أو تقوية أنظمة الصحة الوطنية[١٤]. إن الرسالة التي تم الاستماع إليها والالتفات لها على نطاق واسع هي أن الدول النامية يجب أن تتولى زمام الأمور وأن "تمتلك" الحلول لمشاكلها الصحية. وهذا بالطبع يتطلب المزيد من التوافق والموازاة بين جميع أولويات وأنظمة وإجراءات الدول النامية نفسها. وبالفعل، كان هذا هو الموقف الذي تم تبنيه في إعلان باريس حول فعالية المساعدات في مارس ٢٠٠٥، والذي وفر إطار عمل يمّكن شراكات الدول المانحة والدول

وعلى الجانب الآخر: الاتحاد من أجل بقاء الأمهات، وحديثي الولادة، والأطفال على قيدالحياة والمحافظة على صحتهم

بقلم: ميلندا فرينش جيتس، الرئيس المشارك
مؤسسة بيل و ميلندا جيتس

عندما نقابل أنا وبيل أناساً من الدول النامية التي نزورها، فمن السهل أن نرى الأمور المشتركة بيننا على الرغم من اختلاف الظروف، فهم مثلنا، يأملون بمستقبل أفضل، ولهم أباء وأمهات يحبونهم ويحنون عليهم، ولهم أبناء هم دوماً بحاجة إليهم، يملكون فضولاً فكرياً، وروحاً مغامِرة، وإصراراً على جعل الحياة أفضل لهم ولأولادهم من بعدهم.

أنا أتأثر كثيراً بالأمهات اللاتي أقابلهن، فهن يدعونني إلى منازلهن، حيث غالباً ما نجلس على الأرض متقابلين أمام حصيرة صغيرة، ونبدأ بالتحدث، عندي أطفال صغار وأحاول أن أضع نفسي في مكانهم، ماذا لو كنت أنا على الجانب الآخر من الحصيرة؟ ماذا كنت أريد لأطفالي؟

لو كنت أماً حاملاً في بنغلاديش، لأردتُ مشرفاً ماهراً ليساعدني على ولادة طفلي بأمان، ولو كنت أماً يافعة في الهند، لطلبتُ معرفة الحقائق: أن الرضاعة الطبيعية، بدلاً من الحليب الصناعي، هي من أفضل الوسائل لحماية طفلي الرضيع من الكوليرا، أما إذا كنت أماً في مالاوي وعندي طفلة مصابة بالإسهال، لأملتُ بأن تحصل على الأملاح التي تحتاجها قبل فوات الأوان.

وستكون تلك جميعها آمالي، وأحلامي وأمنياتي. ولكن حتى للبعض، لن تكون هذه الأمور جزءا من واقع حياتهم اليومية. فالواقع هو ما يلي: في عام ٢٠٠٦، مات ٩,٧ مليون طفل دون سن الخامسة–معظمهم من أسباب يمكن تفاديها أو تسهل معالجتها.

ففي بعض البلدان التي زرتها، تُحجم الأمهات عن تسمية أطفالهن حتى بعد مرور أيام، بل أسابيع على ولادتهم لأنهن لا يردن أن يشعرن بالاهتمام بهم نظراً لأن نسبة حدوث الوفاة في الأسابيع الأولى عالية جداً، وعندما أسمع مثل هذه القصص، أرتُج عائدة إلى جانبي من الحصيرة، كيف يمكن لمثل هذه المآسي المنتشرة أن تكون شيئاً عادياً في العالم النامي؟

على جانبي من الحصيرة، عندما يمرض أطفالي، يحصلون على دوائهم، أما على الجانب الآخر من الحصيرة، فعندما يمرض أطفالهم، فربما يكونون كمن تلقى حكماً بالموت . لذا، يتوجب على من هم مثلنا من الأغنياء أن نحاول أن نضع أنفسنا مكانهم على الجانب الآخر من الحصيرة.

لحسن الحظ، بدأت الأمور تتغير، فالحكومات في جميع أنحاء العالم أصبحت تعمل بشكل أكبر من أجل صحة الطفل، وقد أسهمت الجهود المبذولة للقضاء على معظم أمراض العالم الفتاكة والوقاية منها في تحسين فرص ملايين الأطفال في التمتع بصحة جيدة وحياة أفضل.

ولكي نحافظ على هذا الزخم، علينا أن نتذكر أن هؤلاء الأمهات يحببن أطفالهن تماماً كما نحب نحن أطفالنا، وعلينا أن نرى في هؤلاء الأطفال إمكانات لا محدودة، ويتوجب علينا مساعدتهم في توظيف هذه الإمكانات من خلال حشد دعم المزيد من الحكومات والشركات والأفراد لهذه المهمة– الاتحاد من أجل بقاء الأمهات، وحديثي الولادة، والأطفال والحفاظ على صحتهم. فعندما نقوم بهذا الجهد، ستحظى جميع الأمهات بفرصة مشاهدة أبنائهن يكبرون وهم متمتعين بالصحة والسعادة، وستكون هناك فرصة أيضاً للأطفال لتحقيق أحلامهم.

النامية من استغلال كافة إمكاناتهم المتاحة.

إذاً، أين يجد العالم نفسه اليوم بعد أن قطع نصف الطريق نحو الموعد المحدد لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية؟ يمكن القول إن معظم مناطق العالم تسير بخطى صحيحة للوصول إلى هدف الألفية الإنمائي الرابع : تخفيض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين بين عامي ١٩٩٠ و٢٠١٥، وهذا، بلا شك، سيناريو غير مسبوق يعكس التحسينات التي طرأت على صحة الأمهات والأطفال خلال القرن الماضي، والتزام الدول المانحة والحكومات الوطنية بالاتحاد لضمان بقاء الأطفال على نمائهم وإزدهارهم.

لقد خطت العديد من الأمم النامية خطوات كبيرة على طريق تخفيض معدلات الوفيات إلى مستويات مقاربة لتلك التي حققتها الدول الصناعية، بالرغم من انخفاض مستوى دخل الفرد فيها. فقد تمكنت ثلاث مناطق حول العالم– أميركا اللاتينية والكاريبي، شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادي، وأواسط وشرق أوروبا ورابطة الولايات المستقلة كومونويلث – من تخفيض وفيات الأطفال بشكل جذري منذ العام ١٩٦٠ على الرغم من فترات عدم الاستقرار والاضطراب الاقتصادي والسياسي التي مرت بها. إن هذا النجاح يبعث على الأمل باستمرار انخفاض معدلات وفيات الأطفال عالمياً بخطى سريعة إذا ما وُجدت الوسائل المناسبة لتعزيز سبل وصول الأمهات وأطفالهم إلى مرافق الرعاية الصحية الجيدة في العالم النامي.

يتمثل التحدي بالبناء على التقدم الذي تم إحرازه عبر أقطار العالم النامي في أساليب التدخل الوقائية المقدمة من قبل الخدمات الممتدة، وخصوصاً في السنوات الأخيرة، فقد عززت بعض أساليب التدخل التوسعية المقدمة من الخدمات الممتدة– تحديداً برامج التحصين الموسعة، والتوزيع المحسن لمبيدات الحشرات، والناموسيات المعالجة، وتوزيع محلول الجفاف على نحو أكبر، ومكملات فيتامين A مدخلات صحة الأمهات والأطفال في الموازنة. ويعدنا تحليل هذه النتائج مع عمليات جمع البيانات المنتظمة بإظهار الأثر الواضح على مخرجات بقاء الأطفال وأمهاتهم على قيد الحياة في السنوات القادمة.

ومع كل المبادرات والبرامج والسياسات التي تكاثرت منذ السنة الأولى للألفية الجديدة، لم تكن الفرصة لتخفيض وفيات الأطفال دون سن الخامسة أكثر وضوحاً مما هي عليه الآن. وكذلك الحال بالنسبة لما يمكن عمله من أجل إحراز تقدم في الإبقاء على حياة الأطفال، مع مراعاة الوقت والأشخاص المعنيين بهذا التقدم. لكن الأوضح من كل هذا وذاك هو الحاجة للاتحاد–قولاً وفعلاً– لضمان حق الأمهات، وحديثي الولادة، والأطفال في رعاية صحية أولية عالية الجودة.

ويتمثل التحدي، إذن، في زعزعة السخرية واللامبالاة، وفي نسيان وعود الماضي التي لم تتحقق. ففي نقطة الوسط بين الإعلان عن الأهداف الإنمائية للألفية في سنة ٢٠٠٠ وموعد استحقاقها في عام ٢٠١٥، تم إنجاز الكثير، فقد بني أساس العمل من بيانات، وبحث وتقييم، ولقد حان الوقت لاستجماع القوة والسعي لتحقيق أهداف بقاء و صحة الأمهات والرضع والأطفال بطاقة متجددة ونظرة ثاقبة. ولوضع هذه الأهداف في صلب الأجندة الدولية لتحقيق العدالة الاجتماعية واحترام قدسية الحياة.

نحن نمتلك الوسائل. لكن المسألة الآن هي مسألة امتلاك الإرادة والعزم– لأنه ما من مشروع أنبل ولا من هدية أغلى من إنقاذ حياة طفل .

المراجع

CHAPTER 1 PANELS

The under-five mortality rate: The indispensable gauge of child health

United Nation's Children's Fund, The State of the World's Children 2007: Women and children – The double dividend of gender equality, UNICEF, New York, Dec. 2006, pp. 137, 141.

Underlying and structural causes of maternal and child mortality

United Nations Children's Fund, 'UNICEF Joint Health and Nutrition Strategy for 2006-2015 (E/ICEF/2006/8)', UN Economic and Social Council, New York, 15 Nov. 2005, pp. 3-4.

Newborn survival

Darmstadt, Gary L., 'Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many newborn babies can we save?', The Lancet, vol. 365, no. 9463, 12 March 2005, pp. 977-988; The Lancet Series Team, 'Executive Summary of The Lancet Neonatal Survival Series', The Lancet, 3 March 2005, p. 1; Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?', The Lancet, 5 March 2005, vol. 365, no. 9462, pp. 891-900; Save the Children, State of the World's Mothers 2006: Saving the lives of mothers and newborns, Save the Children, Westport, CT, May 2006, pp. 3, 8; 'Table 8. Women', pp. 142-145 of this report; World Health Organization, World Health Report 2005: Make every mother and child count, WHO, Geneva, 2005, pp. 9-10.

The main proximate causes of child deaths

Mulholland, Kim, 'Childhood Pneumonia Mortality: A permanent global emergency', The Lancet, vol. 370, no. 9583, 21 July 2007, pp. 285-289; United Nations Children's Fund, Progress for Children: A report card on water and sanitation, Number 5, UNICEF, New York, Sept. 2006, p. 2, and Progress for Children: A World Fit for Children statistical review, Number 6, Dec. 2007, pp. 19, 24; UNICEF and World Health Organization, Pneumonia: The forgotten killer of children, UNICEF and WHO, New York and Geneva, 2006, p. 5.

Pneumonia: The forgotten killer of children

Mulholland, Kim, 'Childhood Pneumonia Mortality: A permanent global emergency', The Lancet, vol. 370, no. 9583, 21 July 2007, pp. 285-289; Sazawal, Sunil, and Robert E. Black, 'Effect of Pneumonia Case Management on Mortality in Neonates, Infants, and Preschool Children: A meta-analysis of community-based trials', The Lancet Infectious Diseases, vol. 3, no. 9, Sept. 2003, pp. 547-556; United Nations Children's Fund and World Health Organization, Pneumonia: The forgotten killer of children, UNICEF and WHO, New York, and Geneva, 2006, p. 5, 7-9, 14, 26, 27; World Health Organization, 'Evidence Base for the Community Management of Pneumonia (WHO/FCH/CAH/02.23)', WHO Dept. of Child and Adolescent Health and Development, Stockholm, June 2002, pp. 2, 5-6.

The continuum of maternal, newborn and child health care across time and place

Lawn, Joy, and Kate Kerber, editors, Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa, Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Geneva, 2006, p. 3, 5, 9, 24; Le Galès-Camus, Catherine, 'UNICEF Joint Health and Nutrition Strategy for 2006-2015', statement at Executive Board meeting first regular session, New York, 17 Jan. 2006, pp. 3-4; United

[16] United Nations Children's Fund, Progress for Children: A report card on water and sanitation, Number 5, UNICEF, New York, Sept. 2006, p. 3.

[17] Black, Robert E., Saul S. Morris and Jennifer Bryce, 'Where and Why Are 10 Million Children Dying Every Year?', The Lancet, vol. 361, no. 9376, 28 June 2003, p. 2230.

[18] World Health Organization, 'Improving Child Health in the Community', WHO, Geneva, Dec. 2002, p. 7.

[19] Countdown to 2015: Child Survival, Tracking Progress in Child Survival: 2005 report, UNICEF Health Section, New York, 2005, p. 9.

[20] UNICEF estimate, based on data provided by the Inter-agency Child Mortality Estimation Group.

[21] Darmstadt, Gary L., et al., 'Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many lives of newborn babies can we save?', The Lancet, <www.thelancet.com>, 3 March 2005, p. 11.

[22] World Health Organization, Making a Difference in Countries: Strategic approach to improving maternal and newborn survival and health, WHO, Geneva, 2006, p. 9.

[23] 'Table 1. Basic Indicators', pp. 114-117 of this report.

[24] Pinheiro, Paulo Sérgio, World Report on Violence Against Children, UN Secretary-General's Study on Violence against Children, New York, 2006, p. 51.

[25] United Nations Children's Fund, 'Early Marriage: Child spouses', Innocenti Digest, no. 7, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence, March 2001, p. 11.

[26] Ibid.

[27] Ibid.

[28] United Nations Children's Fund, The 'Rights' Start to Life: A statistical analysis of birth registration, UNICEF, New York, 2005, pp. 1, 13.

[29] United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, EFA Global Monitoring Report 2007: Strong foundations – Early childhood care and education, UNESCO, Paris, 2006, p. 2.

[30] Porterfield, Shirley L., and Timothy D. McBride, 'The Effect of Poverty and Caregiver Education on Perceived Need and Access to Health Services among Children with Special Health Care Needs', American Journal of Public Health, vol. 97, no. 2, Feb. 2007, p. 323.

[31] Ibid.

[32] White, Howard, Maintaining Momentum to 2015? An impact evaluation of interventions to improve maternal and child health and nutrition in Bangladesh, World Bank, Washington, D.C., Sept. 2005, p. 25.

[33] United Nations Children's Fund, The State of the World's Children 2006: Excluded and invisible, UNICEF, New York, Dec. 2005, p. 18.

[34] Victora, Cesar G., et al., 'Applying an Equity Lens to Child Health and Mortality: More of the same is not enough', The Lancet, vol. 362, no. 9379, 19 July 2003, p. 234.

[35] Ibid.

CHAPTER 1

[1] UNICEF estimates, based on the work of the Inter-agency Child Mortality Estimation Group.

[2] World Health Organization and United Nations Children's Fund, 'Integration of Vitamin A Supplementation with Immunization: Policy and programme implications, Meeting report (WHO/EPI/GEN/98.07)' WHO, Geneva, 1998, pp. 4-12.

[3] Darmstadt, Gary L., et al., 'Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many newborn babies can we save?', The Lancet, vol. 365, no. 9463, 12 March 2005, pp. 977-988.

[4] Phillips, James F., Ayaga A. Bawah and Fred N. Binka, 'Accelerating Reproductive and Child Health Programme Impact with Community-Based Services: The Navrongo experiment in Ghana', Bulletin of the World Health Organization, vol. 84, no. 12, Dec. 2006, pp. 949-953.

[5] United Nations Children's Fund, Progress for Children: A World Fit for Children statistical review, Number 6, UNICEF, New York, Dec. 2007, p. 19.

[6] WHO Regional Office for Africa, The Health of the People: The African regional health report, WHO Press, Geneva, 2006, p. 19.

[7] Newell, Marie-Louise, et al., 'Mortality of Infected and Uninfected Infants Born to HIV-Infected Mothers in Africa: A pooled analysis', The Lancet, vol. 364, no. 9441, 2 Oct. 2004, pp. 1236-1243.

[8] De Cock, Kevin M., et al., 'Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission in Resource-Poor Countries: Translating research into policy and practice', Journal of the American Medical Association, vol. 283, no. 9, 1 March 2000, pp. 1175-1182.

[9] World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and United Nations Children's Fund, Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – Progress report, April 2007, WHO, Geneva, 2007, pp. 6, 30.

[10] Ngongo, Ngashi, 'PMTCT Report Card 2005: Monitoring progress on the implementation of programs to prevent mother to child transmission of HIV', UNICEF, New York, p. 5.

[11] United Nations Children's Fund, Progress for Children: A World Fit for Children statistical review, Number 6, UNICEF, New York, Dec. 2007, p. 36.

[12] United Nations Children's Fund and Roll Back Malaria Partnership, 'Malaria & Children: Progress in intervention coverage', UNICEF and RBM, New York, 2007, pp. 1, 7.

[13] Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria: The status and impact of the three diseases, GFATM, Geneva, 2005, p. 39.

[14] United Nations Children's Fund, Progress for Children: A World Fit for Children statistical review, Number 6, UNICEF, New York, Dec. 2007, pp. 39-41.

[15] World Health Organization, 'Health Status: Mortality', World Health Statistics 2006, WHO, Geneva, 2007, pp. 29-31.

IMCI Information (WHO/CHS/CAH/98.1A Rev. 1), WHO, Geneva, 1999, p. 3.

[17] Bryce, Jennifer, et al., 'The Multi-Country Evaluation of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy: Lessons for the evaluation of public health interventions', American Journal of Public Health, vol. 94, no. 3, March 2004, pp. 406-415; Lucas, Jane E., et al., Implementing the Household and Community Component of IMCI in the Eastern and Southern Africa Region (ESAR): A state-of-the art review of the human-rights-based approach to programming in the context of accelerated child survival, UNICEF New York and UNICEF ESARO, 2005, p. xii.

[18] Victora, Cesar G., et al., 'Integrated Management of the Sick Child', Chapter 63, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press and the World Bank, Washington, D.C., 2006, p. 1189.

[19] Armstrong Schellenberg, Joanna R. M., et al., 'Effectiveness and Cost of Facility-Based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania', The Lancet, vol. 364, no. 9445, 30 Oct. 2004, p. 1583.

[20] Lucas, Jane E., et al., Implementing the Household and Community Component of IMCI in the Eastern and Southern Africa Region (ESAR): A state-of-the art review of the human-rights-based approach to programming in the context of accelerated child survival, UNICEF New York and UNICEF ESARO, 2005, p. 86.

[21] Victora, Cesar G., et al., 'Integrated Management of the Sick Child', Chapter 63, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press and the World Bank, Washington, D.C., 2006, pp. 1188-1189.

[22] Martines, Jose, et al., 'Neonatal Survival: A call for action', The Lancet, vol. 365, no. 9465, 26 March 2005, p. 1191.

[23] Chen, Shaohua, and Martin Ravallion, 'Absolute Poverty Measures for the Developing World, 1981-2004', Development Research Group, World Bank, Washington, D.C., March 2007, p. 12.

[24] Bryce, Jennifer, et al., 'Countdown to 2015: Tracking intervention coverage for child survival', The Lancet, vol. 368, no. 9541, 23 Sept. 2006, pp. 1070-1071.

[25] Jones, Gareth, et al., 'How Many Child Deaths Can We Prevent this Year?', The Lancet, vol. 362, no. 9377, 5 July 2003, p. 65; and Lawn, Joy E., et al., 'Newborn Survival', Chapter 27, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press and the World Bank, Washington, D.C., 2006, p. 547.

[26] Campbell, Oona M. R., and Wendy J. Graham, 'Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting on with what works', The Lancet, vol. 368, no. 9543, 28 Sept. 2006, p. 1297.

[27] Hill, Zelee, Betty Kirkwood and Karen Edmond, Family and Community Practices that Promote Child Survival, Growth and Development: A review of the evidence, World Health Organization, Geneva, 2004, p. 1.

[28] Wagstaff, Adam, et al., 'Millennium Development Goals for Health: What will it take to accelerate progress?', Chapter 9, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press and the World Bank, Washington, D.C., 2006, pp. 181-194.

[3] Claeson, Mariam, and Ronald J. Waldman, 'The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people', Bulletin of the World Health Organization, vol. 78, no. 10, 2000, p. 1235; Oliveira-Cruz, Valeria, Christoph Kurowski and Anne Mills, 'Delivery of Priority Health Services: Searching for synergies within the vertical versus horizontal debate', Journal of International Development, vol. 15, 2003, p. 68; and United Nations Children's Fund, 1946-2006: Sixty Years for Children, UNICEF, New York, 2006, pp. 7-9.

[4] Mills, Anne, Fawzia Rasheed and Stephen Tollman, 'Strengthening Health Systems', Chapter 3, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press and the World Bank, Washington, D.C., 2006, p. 88.

[5] Green, Andrew, An Introduction to Health Planning in Developing Countries, 2nd ed., Oxford University Press, New York, 1999; and Morley, David, 'Under-Five Clinics', Medical Care in Developing Countries: A primer on the medicine of poverty and a symposium from Makerere, edited by Maurice H. King, Oxford University Press, New York, 1966.

[6] Basch, Paul F., Textbook of International Health, 2nd ed., Oxford University Press, New York, July 1999.

[7] Thieren, Michel, 'Background Paper on the Concept of Universal Access', Technical Meeting for the Development of a Framework for Universal Access to HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in the Health Sector', WHO, Geneva, Oct. 2005; and Vaccine Safety Datalink Group, 'The Use of a Computerized Database to Monitor Vaccine Safety in Viet Nam', Bulletin of the World Health Organization, vol. 83, no. 8, Aug. 2005, p. 605.

[8] Knippenberg, Rudolf, et al., 'Implementation of the Bamako Initiative: Strategies in Benin and Guinea', The International Journal of Health Planning and Management, vol. 12, no. S1, 12 June 1997, pp. S29-S47.

[9] Walsh, J. A., and K. S. Warren, 'Selective Primary Health Care: An interim strategy for disease control in developing countries', New England Journal of Medicine, vol. 301, no. 18, 1 Nov. 1979, pp. 967-974.

[10] Ibid.

[11] Claeson, Mariam, and Ronald J. Waldman, 'The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people', Bulletin of the World Health Organization, vol. 78, no. 10, 2000, p. 1235.

[12] Ibid.

[13] Black, Maggie, 'Children First: The story of UNICEF, past and present', Oxford University Press, New York, 1996, p. 19.

[14] Claeson, Mariam, and Ronald J. Waldman, 'The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people', Bulletin of the World Health Organization, vol. 78, no. 10, 2000, p. 1235.

[15] UNICEF Statistics, 'Integrated Management of Childhood Illness: An initiative for effective case management', UNICEF End Decade Databases: IMCI, <www.childinfo.org/eddb/imci/>, accessed 15 Nov. 2007.

[16] World Health Organization and UNICEF, 'Management of Childhood Illness in Developing Countries: Rationale for an integrated strategy', Nations Children's Fund, UNICEF Joint Health and Nutrition Strategy for 2006-2015 (E/ICEF/ 2006/8), UN Economic and Social Council, New York, 15 Nov. 2005, p. 3.

Child health in complex emergencies

CIEDRS Working Group, 'Building the Evidence Base on the Provision of Health Care to Children in Complex Emergencies, Draft 4.0', Center for International Emergency, Disaster and Refugee Studies, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, Sept. 2003, pp. 3-4, 11, 14-15; Collins, Steve, 'Community-Based Therapeutic Care: A new paradigm for selective feeding in nutritional crises – Network paper no. 48', Humanitarian Practice Network, Overseas Development Institute, London, Nov. 2004, p. 24; Collins, Steve, et. al., 'Key Issues in the Success of Community-Based Management of Severe Malnutrition', Food and Nutrition Bulletin, vol. 27, no. 3 (suppl.), Sept. 2006, p. 58; UN Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health, Who's Got the Power? Transforming health systems for women and children, Earthscan, London, 2005, p. 77; World Health Organization, Guide to Health Work-Force Development in Post-Conflict Environments, WHO, Geneva, 2005, p. 2.

Empowering women to advance maternal, newborn and child health

Perry, Henry, et al., 'Barriers to Immunization among Women and Children in Slums of Zone 3 of Dhaka City, Bangladesh: A qualitative assessment', International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Dhaka, April 2007, pp. 16-19; Seidel, Renata, Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival Interventions, Academy for Educational Development and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Washington, D.C., Dec. 2005, p. 20; UN Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health, Who's Got the Power? Transforming health systems for women and children, Earthscan, London, 2005, p. 36; WHO Centre for Health Development, 'A Toolkit for Women's Empowerment and Leadership in Health and Welfare', Kobe, Japan, 2005, pp. 26-28; World Health Organization, 'Women's Health in Afghanistan', WHO Dept. of Gender and Women's Health, Family and Community Health Cluster, Geneva, March 2002, pp. 1-2.

Birth registration: An important step towards accessing essential services

'Table 9. Child Protection', pp. 146-147 of this report; UNICEF Innocenti Research Centre, 'Birth Registration and Armed Conflict', Innocenti Insight, UNICEF IRC, Florence, 2005, p. vii; United Nations Children's Fund, 'Birth Registration', Child Protection Information Sheets, UNICEF, New York, May 2007, pp. 13-14; United Nations Children's Fund, Progress for Children: A World Fit for Children statistical review, Number 6, UNICEF, New York, Dec. 2007, p. 42, and The 'Rights' Start to Life: A statistical analysis of birth registration, 2005, pp. 2, 15-16.

CHAPTER 2

[1] Lee, Ronald, 'The Demographic Transition: Three centuries of fundamental change', Journal of Economic Perspectives, vol. 17, no. 4, 2003, pp. 167-190.

[2] Van Lerberghe, Wim, and Vincent De Brouwere, 'Of Blind Alleys and Things that Have Worked: History's lessons on reducing maternal mortality', Safe Motherhood Strategies: A review of the evidence, edited by Wim Van Lerberghe and Vincent De Brouwere, Studies in Health Services Organisation & Policy, vol. 17, 2001, pp. 7-34.

WHO Europe, Health Evidence Network, Copenhagen, Feb. 2006, p. 5.

10 Rifkin, Susan B., 'Paradigms Lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes', Acta Tropica, vol. 61, 1996, pp. 88-90.

11 Bhattacharyya, Karabi, et al., Community Health Worker Incentives and Disincentives: How they affect motivation, retention and sustainability, Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II), United States Agency for International Development, Arlington, VA, Oct. 2001, pp. 1-3, 20-21.

12 Haines, Andy, et al., 'Achieving Child Survival Goals: Potential contribution of community health workers', The Lancet, vol. 369, no. 9579, 23 June 2007, p. 2121.

13 Bhattacharyya, Karabi, et al., Community Health Worker Incentives and Disincentives: How they affect motivation, retention and sustainability, Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II), United States Agency for International Development, Arlington, VA, Oct. 2001, p. 6.

14 Lehmann, Uta, and David Sanders, 'Community Health Workers: What do we know about them?' World Health Organization, Geneva, Jan. 2007, pp. 21-22.

15 Hensher, Martin, Max Price and Sarah Adomakoh, 'Referral Hospitals', Chapter 66, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison et al., Oxford University Press and the World Bank, New York, 2006, p. 1233.

16 Seidel, Renata, Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival Interventions, Academy for Educational Development and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Washington, D.C., Dec. 2005.

17 Adventist Development and Relief Agency International, Final Evaluation Child Survival XVII Baray-Santuk Operational District Kampong Thom Province, ADRA, Silver Spring, MD, 2006, p. 26.

18 Laughlin, Megan, The Care Group Difference: A guide to mobilizing community-based volunteer health educators, World Relief, Baltimore, MD, 2004, p. 5.

19 Kroeger, A., et al., 'Operational Aspects of Bednet Impregnation for Community-Based Malaria Control in Nicaragua, Ecuador, Peru and Colombia', Tropical Medicine & International Health, vol. 2, no. 6, June 1997, pp. 590, 593.

20 Perlman, Daniel, Bertha Pooley and Alejandra Villafuerte, 'Como Sera, Pues?: The NGO contribution to neonatal health in Bolivia', The CORE Group, Washington, D.C., April 2006, pp. 1-26.

21 Perry, Henry B., David S. Shanklin and Dirk G. Schroeder, 'Impact of a Community-based Comprehensive Primary Healthcare Programme on Infant and Child Mortality in Bolivia,' Journal of Health, Population and Nutrition, vol. 21, no. 4, Dec. 2003, p. 386.

22 England, Sarah, et al., 'Practice and Policies on User Fees for Immunization in Developing Countries', Department of Vaccines and Biologicals, World Health Organization, Geneva, 2001, pp. 10-11.

23 UN Millennium Project, Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals, United Nations Development Programme, New York, p. 34; and United Nations Children's Fund, World Bank and World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goal on Child

Accelerated Child Survival and Development in West Africa

Bryce, Jennifer, et al., 'A Retrospective Evaluation of the Accelerated Child Survival and Development Project in West Africa: Inception Report', submitted to UNICEF and Canadian International Development Agency, 15 Jan. 2007; Bryce, Jennifer, et al., 'Independent Evaluation of Accelerated Child Survival and Development (ACSD)', presentation to the 2nd Global Immunization Meeting, New York, 13-15 Feb. 2007; United Nations Children's Fund, Accelerated Child Survival and Development in Ghana, UNICEF Ghana, March 2005, pp. 1-2.

HIV and AIDS in Africa and its impact on women and children

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Children's Fund and United States Agency for International Development, Children on the Brink 2004: A joint report of new orphan estimates and a framework for action, USAID, Washington, D.C., 2004, p. 10; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Population Fund and United Nations Development Fund for Women, Women and HIV/AIDS: Confronting the crisis, UNAIDS, UNFPA and UNIFEM, Geneva and New York, 2004, p. 2; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, 'AIDS Epidemic Update', UNAIDS and WHO, Geneva, Dec. 2006, p. 1.

Partnership for Maternal, Newborn & Child Health

Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, <www.who.int/pmnch/en>, accessed 24 Aug. 2007.

CHAPTER 3

1 Declaration of Alma-Ata, articles 6-8, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sept. 1978, <www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>, accessed 15 Oct. 2007.

2 Adapted from Claeson, Mariam, et al., 'Health, Nutrition and Population', Chapter 18, A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies, vol. 2, edited by Jeni Klugman, World Bank, Washington, D.C., 2002, pp. 211-212.

3 Zakus, J. David L., and Catherine L. Lysack, 'Revisiting Community Participation', Health Policy and Planning, vol. 13, no. 1, Oxford University Press, New York, 1998, pp. 1-12.

4 Gryboski, Kristina, et al., 'Working with the Community for Improved Health', Health Bulletin No. 3, Population Reference Bureau, Washington, D.C., June 2006, pp. 1-3.

5 Lehmann, Uta, and David Sanders, 'Community Health Workers: What do we know about them?', World Health Organization, Geneva, Jan. 2007, p. 26.

6 Mason, John B., et al., 'Community Health and Nutrition Programs', Chapter 56, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison et al., Oxford University Press and the World Bank, New York, 2006, pp. 1053.

7 BRAC, <www.brac.net/history.htm>, accessed 22 Oct. 2007; Comprehensive Rural Health Project: Jamkhed, <www.jamkhed.org>, accessed 22 Oct. 2007; and World Health Organization, 'Pakistan's experience in Lady Health Workers (LHWs) Programme (EM/RC51/12)', 51st session, WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean, Cairo, 3-6 Oct. 2004.

8 Wallerstein, Nina B., and Bonnie Duran, 'Using Community-Based Participatory Research to Address Health Disparities', Health Promotion Practice, vol. 7, no. 3, July 2006, pp. 312-323.

9 World Health Organization, 'What Is the Effectiveness of Empowerment to Improve Health?'

CHAPTER 2 PANELS

The Measles Initiative

United Nations Children's Fund, A World Fit for Children, UNICEF, New York, 2006, p. 29; Wolfson, Lara J., et al., 'Has the 2005 Measles Mortality Reduction Goal Been Achieved?: A natural history modelling study', The Lancet, vol. 369, no. 9557, 20 Jan. 2007, pp. 191-192; World Health Organization, 'World Health Assembly Resolution WHA 52.20: Reducing global measles mortality', WHO, Geneva, 28 May 2003; World Health Organization and United Nations Children's Fund, Measles: Mortality Reduction and Regional Elimination – Strategic plan 2001-2005, WHO, Geneva, 2001, pp. 6-7.

National immunization days and child health days

Levine, Ruth, 'Case 4: Reducing Child Mortality with Vitamin A in Nepal', Chapter 4, Case Studies in Global Health: Millions saved, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, MA, 2007; Global Polio Eradication Initiative, 'National Immunization Days', <www.polioeradication.org/content/fixed/national.shtml>, accessed 24 Aug. 2007; United Nations Children's Fund, Annual Report 2006, UNICEF, New York, June 2007, p. 12, and 1946–2006: Sixty Years for Children, Nov. 2006, pp. 18-19.

Health sector financing: Sector-wide approaches and the Heavily Indebted Poor Countries Initiative

Gottret, Pablo, and George Schieber, Health Financing Revisited: A practitioner's guide, World Bank, Washington, D.C., 2006; Schieber, George, et al., 'Financing Health Systems in the 21st Century', Chapter 12, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press and the World Bank, Washington, D.C., 2006, pp. 225-242; World Bank, 'Health and Nutrition Services', Chapter 8, World Development Report 2004: Making services work for poor people, World Bank and Oxford University Press, Washington, D.C., 2003, pp. 133-156.

Integrated management of Neonatal and Childhood Illnesses in India

Ramji, Siddarth, 'Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness (IMNCI): Implementation challenges in India', Indian Pediatrics, vol. 43, no. 12, 17 Dec., 2006, pp. 1029-1031; Sines, Erin, Anne Tinker and Julia Ruben, 'The Maternal-Newborn-Child Health Continuum of Care: A collective effort to save lives', Policy Perspectives on Newborn Health, Save the Children and Population Reference Bureau, Washington, D.C., March 2006, p. 2.

The Bamako Initiative

Ebrahim, G. J., 'The Bamako Initiative', Journal of Tropical Pediatrics, vol. 39, no. 2, 1993, pp. 66-67; Knippenberg, Rudolf, et al., 'Implementation of the Bamako Initiative: Strategies in Benin and Guinea', International Journal of Health Planning and Management, vol. 12, no. S1, 1997, pp. S29-S47; Küchler, Von Felix, 'Manageable Bamako Initiative Schemes', Bulletin von Medicus Mundi Schweiz, no. 84, April 2002; Paganini, Agostino, 'The Bamako Initiative Was Not about Money', Health Policy and Development, vol. 2, no. 1, 2004, pp. 11-13; World Bank, World Development Report 2004: Making services work for poor people, World Bank and Oxford University Press, Washington, D.C., 2003, pp. 72-73, 76-77.

Diagonal approaches: The Mexican way

Frenk, Julio, 'Bridging the Divide: Comprehensive reform to improve health in Mexico', Commission on Social Determinants of Health, Nairobi, 29 June 2006, pp. 4-5; Frenk, Julio, 'Bridging the Divide: Global lessons from evidence-based health policy in Mexico', The Lancet, vol. 368, no. 9539, 9 Sept. 2006, pp. 954, 957; Sepúlveda, Jaime, et al., 'Improvement of Child Survival in Mexico: The diagonal approach', The Lancet, vol. 368, no. 9551, 2 Dec. 2006, pp. 2017-2027.

child health in Bolivia', Health Policy and Planning, vol. 13, no. 2, 1998, p. 140.

[14] United Nations Children's Fund, World Bank and World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', Draft prepared on request of the African Union, 27 Sept. 2006, p. 5.

[15] Ibid., pp. 5, 28-30.

[16] Haines, Andy, et al., 'Achieving Child Survival Goals: Potential contribution of community health workers', The Lancet, vol. 369, no. 9579, 23 June 2007, p. 2121.

[17] Bhattacharyya, Karabi, et al., 'Community Health Worker Incentives and Disincentives: How they affect motivation, retention and sustainability', Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASIC II) for USAID, Arlington, VA, Oct. 2001, p. 19.

[18] World Health Organization, World Health Report 2005: Make every mother and child count, WHO, Geneva, 2005, pp. 21-22.

[19] Ibid., pp. 25-30.

[20] Bodart, Claude, 'The Influence of Health Sector Reform and External Assistance in Burkina Faso', Health Policy and Planning, vol. 16, no. 1, March 2001, p. 74.

[21] World Health Organization, World Health Report 2005: Make every mother and child count, WHO, Geneva, 2005, p. 33.

[22] Mills, Anne, Fawzia Rasheed and Stephen Tollman, 'Strengthening Health Systems', Chapter 3, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press and the World Bank, Washington, D.C., p. 91.

[23] United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund, World Bank and World Health Organization, 'Building Strategies to Scale-up Access: A discussion paper for the Oslo debate on the Global Business Plan', UNFPA, UNICEF, World Bank and WHO, New York, 24 March 2007, pp. 4-8.

[24] World Bank, The Millennium Development Goals for Health: Rising to the challenges, World Bank, Geneva, 2004, p. ix.

[25] United Nations Children's Fund, World Bank and World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', Draft prepared on request of the African Union, 27 Sept. 2006, p. 40.

[26] 'International Health Partnership: A global ' compact' for achieving the health Millennium Development Goals', agreement signed by all partners at the launch of the International Health Partnership, London, 5 Sept. 2007.

[27] Soeters, Robert, Christian Habineza and Peter Bob Peerenboom, 'Performance-Based Financing and Changing the District Health System: Experience from Rwanda', Bulletin of the World Health Organization, vol. 84, no. 11, Nov. 2006, pp. 885, 887.

[28] Powell-Jackson, Timothy, et al., 'Countdown to 2015: Tracking donor assistance to maternal,newborn, and child health', The Lancet, vol. 368, no. 9541, Sept. 2006, p. 25.

[29] United Nations Children's Fund, World Bank and World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', Draft prepared on request of the African Union, 27 Sept. 2006.

[30] Center for Global Development, 'Case 15: Preventing iodine deficiency disease in China',

Community partnerships in water systems and school sanitation

Rashid, S. M. A., 'Bangladesh: School sanitation and hygiene education – The story of its impact on one village and its school', NGO Forum, <www.schools.watsan.net/redir/content/download/219/1923/file/Bangladesh.doc>, accessed 2 Nov. 2007; 'Safe Water System: A low-cost technology for safe drinking water', March 2006, World Water Forum 4 update, Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, D.C., pp. 1-2; 'Safe Water System (SWS): Where has the SWS been used? – Afghanistan', Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, <www.cdc.gov/safewater/where_pages/where_afghanistan.htm>, accessed 23 Sept. 2007; Snel, Marielle, The Worth of School Sanitation and Hygiene Education (SSHE), IRC International Water and Sanitation Centre, Delft, the Netherlands, 2004, pp. 57-64.

CHAPTER 4

[1] Dormstadt, Gary, et al, 'Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many newborn babies can we save?', The Lancet, vol. 265, no. 9463, 12 March 2005, p. 977.

[2] United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund, World Bank and World Health Organization, 'Building Strategies to Scale-up Access: A discussion paper for the Oslo debate on the Global Business Plan', UNFPA, UNICEF, World Bank and WHO, New York, 24 March 2007, pp. 4-5, 10-11.

[3] Ibid., p. 5.

[4] United Nations Children's Fund, World Bank and World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', Draft prepared on request of the African Union, 27 Sept. 2006 , p. 18.

[5] Ibid., p. 24.

[6] Seidel, Renata, Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival Interventions, Academy for Educational Development and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Washington, D.C., Dec. 2005, p. 10.

[7] United Nations Children's Fund, World Bank and World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', Draft prepared on request of the African Union, 27 Sept. 2006, p. 24.

[8] High-Level Forum Secretariat, 'High-Level Forum on the Health MDGs', World Health Organization and World Bank, Geneva and Washington, D.C., <www.hlfhealthmdgs.org>, accessed 16 Nov. 2007.

[9] United Nations Children's Fund, Accelerated Child Survival and Development in Ghana, UNICEF Ghana, Accra-North, March 2005, pp. 1-2.

[10] United Nations Children's Fund, World Bank and World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', Draft prepared on request of the African Union, 27 Sept. 2006, pp. 24-28.

[11] Mills, Anne, Fawzia Rasheed and Stephen Tollman, 'Strengthening Health Systems', Chapter 3, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press and the World Bank, Washington, D.C., 2006, p. 101.

[12] Ibid., p. 90.

[13] Perry, Henry, et al., 'The Census-Based Impact-Oriented Approach: Its effectiveness in promoting Survival in Africa', Draft prepared on request of the African Union, 27 Sept. 2006, pp. 25, 26.

[24] Claeson, Mariam, and Ronald J. Waldman, 'The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people', Bulletin of the World Health Organization, vol. 78, no. 10, 2000, p. 1238.

[25] Wagstaff, Adam, and Mariam Claeson, The Millennium Development Goals for Health: Rising to the challenges, World Bank, Washington, D.C., 2004, p. 132.

[26] Tollman, Stephen, Jane Doherty and Jo-Ann Mulligan, 'General Primary Care', Chapter 64, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison et al., Oxford University Press and the World Bank, New York, 2006, p. 1195.

[27] United Nations Children's Fund, 'UNICEF Joint Health and Nutrition Strategy for 2006-2015 (E/ICEF/20006/8)', UN Economic and Social Council, New York, 15 Nov. 2005, pp. 1-13.

[28] Mason, John B., et al., 'Community Health and Nutrition Programs', Chapter 56, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison et al., Oxford University Press and the World Bank, New York, 2006, p. 1056.

CHAPTER 3 PANELS

Basic practices for community-based health-care interventions

World Health Organization, Improving Child Health in the Community, WHO, Geneva, 2002, pp. 7-8.

Common aspects and challenges of community partnerships in health and nutrition

Mason, John B., et al., 'Community Health and Nutrition Programs', Chapter 56, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press and the World Bank, New York, 2006, pp. 1054-1055.

India: Reducing undernutrition through community partnerships

UNICEF India, Annual Report 2006, pp. 46-47.

Preventing mother-to-child transmission of HIV: Impact of mothers2mothers programmes in eastern and southern Africa

Baek, Carolyn, et al., Key Findings from an Evaluation of mothers2mothers in KwaZulu-Natal, South Africa, Horizons/Population Council, Washington, D.C., 2007, p. 4; mothers2mothers, <www.m2m.org/programmes/where-we-work.html>, accessed 11 Sept. 2007; Population Council, 'Helping Mothers Saving Babies: mothers2mothers initiative,' <www.popcouncil.org/pdfs/m2m/m2mDescription.pdf>, accessed 15 Oct. 2007; United Nations Children's Fund, Children and AIDS: A stocktaking report, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNICEF and World Health Organization, New York, 2007, p. 6; United Nations Children's Fund, Children: The missing face of AIDS, UNICEF, New York, 2005, p. 7.

Focus on Mozambique: Reducing under-five mortality through a community-based programme

Bradbury, Kathryn, and Anbrasi Edward, 'Community-Based Solutions for Effective Malaria Control: Lessons from Mozambique', World Relief, The CORE Group and United States Agency for International Development, Washington, D.C., 2005, p. 7; Edward, Anbrasi, et al., 'Examining the Evidence of Under-Five Mortality Reduction in a Community-Based Programme in Gaza, Mozambique', Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, vol. 101, no. 8, Aug. 2007, pp. 816-819; 'Table 1. Basic Indicators', 'Table 2. Nutrition', 'Table 3. Health' and 'Table 6. Demographic Indicators', pp. 114-117, 120-121, 122-125 and 134-137 of this report.

[3] Derived from UN Department of Economic and Social Affairs, Population Division databases, World Population Prospects: The 2006 revision and World Urbanization Prospects: The 2005 revision, <http://esa.un.org/unpp>, accessed 30 Sept. 2007.

[4] World Health Organization, World Health Report 2006: Working together for health, WHO, Geneva, 2006, p. 119; Sines, Erin, Anne Tinker and Julia Ruben, 'The Maternal-Newborn-Child Health Continuum of Care: A collective effort to save lives', Policy Perspectives on Newborn Health, Save the Children and Population Reference Bureau, Washington, D.C., March 2006, pp. 2-3.

[5] Juma, Calestous, and Lee Yee-Cheong, 'Reinventing Global Health: The role of science, technology, and innovation', The Lancet, vol. 365, no. 9464, 19 March 2005, pp. 1105-1106; Acharya, Tara, Abdallah S. Daar and Peter A. Singer, 'Biotechnology and the UN's Millennium Development Goals', Nature Biotechnology, vol. 21, no. 12, Dec. 2003, pp. 1434-1436.

[6] Department of Essential Health Technologies, World Health Organization, 'Strategy for 2004-2007: eHealth for health-care delivery', WHO, Geneva, 2004, p. 2.

[7] UN Millennium Project, Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals', Earthscan, London, 2005, p. 240; United Nations, The Millennium Development Goals Report 2007, UN, New York, June 2007, p. 28.

[8] United Nations, Report on the World Social Situation 2005: The inequality predicament, UN, New York, 2005, p. 114.

[9] United Nations, The Millennium Development Goals Report 2007, UN, New York, June 2007, p. 28.

[10] Gautum, Kul C., 'Pre-Conference Report on Diseases of Poverty, Child Survival and MDGs', presented at the BioVision 2007 Pre-Conference on Diseases of Poverty, Lyon, France, 12 March 2007.

[11] United Nations, The Millennium Development Goals Report 2007, UN, New York, June 2007, p. 29.

[12] Martines, Jose, et al., 'Neonatal Survival: A call for action', The Lancet, vol. 365, no. 9465, 26 March 2005, pp. 1193-1194.

[13] Buse, Kent, and Andrew M. Harmer, 'Seven Habits of Highly Effective Global Public-Private Health Partnerships: Practice and potential', Social Science & Medicine, vol. 64, no. 2, Jan. 2007, p. 261.

CHAPTER 5 PANEL

Strengthening data collection and monitoring for public health decisions

United Nations Children's Fund, Progress for Children: A World Fit for Children statistical review, Number 6, UNICEF, New York, Dec. 2007, p. 68; Health Metrics Network, Framework and Standards for Country Health Information Systems, 2nd ed., WHO, Geneva, 2007, pp. 5, 17, 60.

United Nations Children's Fund, Progress for Children: A report card on water and sanitation, Number 5, UNICEF, New York, Sept. 2006, pp. 3, 22, 30; Water and Sanitation Program, 'Community-Led Total Sanitation in Rural Areas: An approach that works', WSP, New Delhi, Feb. 2007, pp. 4, 6-9.

The urgent need to address the health worker crisis in Africa

The Health Workforce in Africa, Challenges and Prospects, ' A Report of the Africa Working Group of the Joint Learning Initiative on Human Resources for Health and Development', Sept. 2006, p. 3; UN Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health, Who's Got the Power? Transforming health systems for women and children, Earthscan, London, 2005, p. 77; World Health Organization, 'Guide to Health Work-Force Development in Post-Conflict Environments', WHO, Geneva, 2005, pp. 6-13, 52- 77, 119-122; World Health Organization, 'Working together for health', The World Health Report 2006, WHO, Geneva, 2006.

The investment case for child survival and other health-related Millennium Development Goals in sub-Saharan Africa

United Nations Children's Fund, World Bank and World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', Draft prepared on request of the African Union, 27 Sept. 2006, pp. 5-6, 38-43.

Focus on Botswana: Going to scale with HIV prevention and treatment using community partnerships

Botswana Progress Report, 'A World Fit for Children 2007', Government of Botswana, July 2007, pp. 11-12, 15, 18; Kak, Lily, et al., 'Prevention of Mother-to-Child transmission of HIV/AIDS Programmes', Chapter 7, Opportunities for Africa's Newborns, Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Cape Town, 2006, pp. 113-127; and United Nations Children's Fund, Progress for Children: A statistical review, Number 6, UNICEF, New York, Dec. 2007, pp. 30, 34, 60.

Strengthening accountability and governance in health-service delivery

World Bank, World Development Report 2004: Making services work for poor people, World Bank, Washington, D.C., 2003, pp. 133-156.

Performance-based financing in Rwanda

Sekabaraga, Claude, Louis Rusa and Agnes Soucat, 'What it Takes to Scale up for Better Health: The experience of Rwanda 2004-2007', Background paper to 'Innovations in service delivery', 2007.

Focus on Brazil: Creating a national community based health system network

United Nations Children's Fund, The State of Brazil's Children 2006: The right to survival and development, UNICEF, Brasilia, 2005, pp. 10-11.

A new way of working together for multilateral institutions

United Nations Children's Fund, 'Informal Meeting of Global Health Leaders: Final summary', UNICEF, New York, July 2007.

CHAPTER 5

[1] UN Millennium Project, Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals, Earthscan, London, 2005, pp. 1-2.

[2] United Nations Children's Fund, The State of the World's Children 2005: Childhood under threat, UNICEF, New York, 2004, pp. 57-58; UNICEF, Children Affected by Armed Conflict: UNICEF actions, May 2002, p. 15; and UNICEF, Outlook Special Edition: Crisis in Middle East, Aug. 2006, p. 2.

Millions Saved: Proven successes in global health, <www.cgdev.org> accessed 16 Nov. 2007; and United Nations Children's Fund, Progress for Children: A World Fit for Children statistical review, UNICEF, New York, Dec. 2007, p. 8.

[31] Levine, Ruth, 'Case 6: Saving mothers' lives in Sri Lanka', Case Studies in Global Health: Millions saved, Jones and Bartlett Publisher, Sudbury, MA, 2007, pp. 41-48; and MOST: The USAID Micronutrient Program, Cost Analysis of the National Vitamin A Supplementation Programs in Ghana, Nepal, and Zambia: Synthesis of three studies, USAID, Washington, D.C., 2004, p. 4.

[32] Overseas Development Institute, 'Global Health: Making partnerships work', Briefing paper no. 15, ODI, London, Jan. 2007, p. 1.

CHAPTER 4 PANELS

Scaling up: Adequate nutrition for mothers, newborns and children

Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project, Basics II Country Report: Benin, BASICS II, United States Agency for International Development, Arlington, VA, 2004, pp. 7-15; Collins, Steve, et al., 'Key Issues in the Success of Community-Based Management of Severe Malnutrition', Food and Nutrition Bulletin, vol. 27, no. 3, 2006, pp. S49-S51; Collins, Steve, et al., 'Management of severe acute malnutrition in children', The Lancet, vol. 368, no. 9551, 2 Dec. 2006, p. 1992; World Bank, Repositioning Nutrition as Central to Development: A strategy for large-scale action, World Bank, Washington, D.C., 2006, pp. 10-11; and World Health Organization, World Food Programme, United Nations System Standing Committee on Nutrition and United Nations Children's Fund, 'Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition', WHO, WFP, SCN and UNICEF, Geneva, Rome, New York, May 2007, p. 2.

'Marginal Budgeting for Bottlenecks'

United Nations Children's Fund, World Bank and World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', draft prepared on request of the African Union, 27 Sept. 2006, p. 25.

Scaling up: Safe water, adequate sanitation and improved hygiene practices

Black, Robert E., Saul S. Morris and Jennifer Bryce, ' Where and why are 10 million children dying every year?', The Lancet, vol. 361, 28 June 2003, p. 2227; Curtis, Val, and Sandy Cairncross, 'Effect of Washing Hands with Soap on Diarrhoea Risk in the Community: A systematic review', The Lancet Infectious Diseases, vol. 3, no. 5, May 2003, p. 275; Favin, Michael, Promoting Hygiene Behavior Change within C-IMCI: The Peru and Nicaragua experience, Activity Report 143, Environmental Health Project, Washington, D.C., Oct. 2004, p. xi; IRC International Water and Sanitation Centre and United Nations Children's Fund, Water, Sanitation and Hygiene Education for Schools, final report from Oxford Roundtable, 24-26 Jan. 2005, UNICEF and IRC, New York, p. 32; Lane, Jon, 'Ghana, Lesotho and South Africa: Regional expansion of water supply in rural areas', case study from 'Reducing Poverty, Sustaining Growth: What works, what doesn't, and why – A global exchange for scaling up success', paper offered at Scaling Up Poverty Reduction conference in Shanghai, 25-27 May 2004, World Bank Group, 2004, pp. 1-10; Pan American Health Organization, 'Rotavirus Update', Immunization Newsletter, vol. 27, no. 3, June 2005, pp. 1-2; Slaymaker, Tom, and Karin Christiansen, 'Community- Based Approaches and Service Delivery: Issues and options in difficult environments and partnerships', Overseas Development Institute, London, Feb. 2005, p. 26;

الجداول الإحصائية

إحصاءات اقتصادية واجتماعية لدول العالم وأقاليمه، مع إشارة خاصة إلى رفاه الأطفال.

ملاحظة عامة عن البيانات		صفحة ١١٠
تفسير الرموز		صفحة ١١٢
مراتب الدول حسب معدل وفيات الأطفال دون سِنِّ الخامسة		صفحة ١١٣
ملخصات إقليمية للمؤشرات		صفحة ١٤٨
قياس التنمية البشرية:		
مقدمة للجدول ١٠		صفحة ١٤٩
الجداول ١	مؤشرات أساسية	صفحة ١١٤
٢	التغذية	صفحة ١١٨
٣	الصحة	صفحة ١٢٢
٤	فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/إيدز	صفحة ١٢٦
٥	التعليم	صفحة ١٣٠
٦	مؤشرات سكانية	صفحة ١٣٤
٧	مؤشرات اقتصادية	صفحة ١٣٨
٨	النساء	صفحة ١٤٢
٩	حماية الطفل	صفحة ١٤٦
١٠	معدل التقدم	صفحة ١٥٠

ملاحظات عامة عن البيانات

البياناتُ المعروضة في الجداول الإحصائية التالية مبنية على بيانات سليمة إحصائياً ويمكن مقارنتها عالمياً ومصحوبة بعدد من التعريفات والمصادر والتفسيرات للرموز الواردة فيها. وقد تم استخدام بيانات مأخوذة من وكالات الأمم المتحدة المعنية، حيثما كان ذلك ممكناً مثل استخدامها للمؤشرات الاقتصادية والسكنية. وحيثما كانت هذه التقديرات المعيارية الموحّدة دولياً غير متوافرة، اعتمدت الجداول الإحصائية على مصادر أخرى، لا سيما على البيانات الواردة من مكاتب اليونيسف الميدانية المعنية بهذه البيانات، ويتوافر المزيد من المعلومات التفصيلية حول أساليب الحصول على البيانات ومصادرها في الموقع الإليكتروني التالي على الإنترنت: www.childinfo.org

إن العديد من المؤشرات، مثل البيانات الخاصة بالعمر المتوقع عند الولادة، والمعدلات الإجمالية للخصوبة، والمعدلات الخام للولادات والوفيات، تشكّل جزءاً من العمل الدوري المنتظم في مجال التقديرات والتوقّعات، التي يقوم بها قسم السكان لدى الأمم المتحدة، إذ تتم، بصورة دورية، مراجعة هذه البيانات وغيرها من التقديرات الصادرة على المستوى الدولي، مما يفسّر السبب في اختلاف بعض البيانات عن مثيلاتها في المطبوعات التي نشرتها منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) في وقت سابق، ويتضمن هذا التقدير آخر التقديرات والتوقعات من "التوقعات السكانية العالمية" ٢٠٠٦.

ومن المحتمل أن تتأثر نوعية البيانات بصورة عكسية بالنسبة للدول التي عانت في الآونة الأخيرة من كوارث بشرية أو طبيعية. ويصحّ ذلك، على وجه الخصوص، في الدول التي تعرّضت بنيتها التحتية الأساسية للتفكك، أو شهدت تحركات سكانية كبيرة الحجم.

تقديرات معدلات الوفيات

تقوم اليونيسف في كل عام بإدراج تقديرات لمعدلات الوفيات ضمن تقرير وضع الأطفال في العالم، مثل معدل وفيات الرضّع، ومعدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة، وعدد وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة، وذلك لسنتين مرجعيتين على الأقل إذا أمكن، وكانت هذه الأرقام تمثّل أفضل التقديرات التي كانت متوفرة عندما تم إعداد التقرير، وهي تستند إلى العمل الذي قامت به "المجموعة متعددة الأطراف لتقدير الوفيات"، وتضم المجموعة اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي وقسم السكان التابع للأمم المتحدة، علماً بأن هذه المجموعة تقوم بتحديث هذه التقديرات سنوياً عبر إجراء مراجعة تفصيلية لجميع نقاط البيانات التي تتوافر حديثاً. وسينتج عن هذه المراجعة، من حين إلى آخر، بعض التعديلات على التقديرات التي وردت في تقارير سابقة. وبناءً على ذلك، فإن التقديرات المنشورة في الطبعات المتتالية من تقرير وضع الأطفال في العالم ربما لا تكون قابلةً للمقارنة، ومن ثَمَ يجب أن عدم استخدامها في تحليل اتجاهات الوفيات على مرّ الزمان، ومن المهم الاشارة إلى أنّ تقديرات الوفيات دون سنّ الخامسة القابلة للمقارنة للفترات ١٩٧٠ و١٩٩٠ والسنة الأخيرة متوفرة في الجدول ١٠، وبالإضافة إلى هذا، تتوفر المتوالية الزمنية الكاملة لجميع الدول على الموقع الالكتروني: www.childinfo.org، وأنّ هذه المتوالية الزمنية تستند إلى أحدث التقديرات والتي تنتجها "المجموعة متعددة الأطراف لتقدير وفيات الأطفال".

بالإضافة إلى هذا، يضم هذا التقرير التقديرات وفيات الأمهات المحدثة لعام ٢٠٠٥، وهذه التقديرات المتسندة إلى عمل المجموعة متعددة الوكالات التي تضم منظمة الصحة العالمية واليونيسف وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي، تم نشرها بشكل مشترك في "وفيات الأمهات في عام ٢٠٠٥، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ٢٠٠٧"، وتستخدم هذه التقديرات المبنية على نماذج مقاربة مزدوجة لتعديل هذه البيانات بحيث تأخذ في عين الاعتبار ضعف الإبلاغ المتكرر وسوء تصنيف وفيات الأمهات.

المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات:

على مدى أكثر من عقد، دعت اليونيسف الدول في جمع بيانات إحصائية دقيقة وقابلة للمقارنة على المستوى الدولي من خلال المسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومنذ عام ١٩٩٠، تم إجراء ٢٠٠ مسح في ١٠٠ دولة تقريباً، وأجريت آخر جولة للمسوح العنقودية متعددة المؤشرات في أكثر من ٥٠ دولة في ٢٠٠٥–٢٠٠٦، مما أتاح تقديراً جديداً وأكثر شمولية لوضع الأطفال والنساء في العالم، وتعتبر المسوح العنقودية متعددة المؤشرات لوضع الأطفال والنساء في العالم بالإضافة إلى المسوح الصحية والسكانية التي تدعمها اليونيسف من أكبر مصادر البيانات لمراقبة التقدم نحو تحقيق أهداف تنمية الألفية ومن الممكن استخدامها للإبلاغ عن ٢١ من مؤشرات أهداف تنمية الألفية الـ٥٣، كما تُستخدم هذه البيانات لمراقبة إلتزامات أخرى متفق عليها عالمياً مثل خطة عمل "عالم ملائم للأطفال" والأهداف العالمية الخاصة بالإيدز والملاريا، وقد تم دمجها في الجداول الإحصائية الواردة في هذا التقرير، كما تم استخدامها في تحليل التقرير، ويتوفر مزيد من المعلومات على الموقع الإلكتروني: www.childinfo.org

التعديلات:

لقد تم تعديل العديد من الجداول الإحصائية في هذا العام.

الجدول ٢، التغذية: يتم الآن الإبلاغ عن تغطية فيتامين A التكميلي للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦–٥٩ شهراً ويتلقون جرعتين كبيرتين من فيتامين A التكميلي، بالإضافة إلى المؤشر الذي تم الإبلاغ عنه في وقت سابق عن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦–٥٩ شهراً ويتلقون جرعة واحدة على الأقل خلال الأشهر الستة الماضية، وتُعرف التغطية الكاملة بأنها تلقي جرعتين كبيرتين من فيتامين A التكميلي في السنة السابقة.

الجدول ٣– الصحة: هناك تغيران رئيسيان في المؤشرات المتعلقة بصحة الطفل لهذا العام.

التطعيم– قامت منظمة الصحة العالمية واليونيسف بتطوير منهجية جديدة لتقدير الحماية عند الولادة ضد الكزاز، وبهذا، فإن الأرقام المقدمة في تقرير هذا العام لا يمكن مقارنتها بالتقديرات المنشورة في الطبعات السابقة.

وتتتبع هذه المنهجية الجديدة مجموعة من النساء من مرحلة الرضاعة وعلى مدى الحياة وذلك باستخدام كل من تقديرات منظمة الصحة العالمية واليونيسف للتغطية بثلاث جرعات من اللقاح الثلاثي الموحد (الخانوق والسعال الديكي والكزاز) والتقديرات المبلغ عنها المستندة على المسوح لنسبة النساء الحوامل اللاتي يتلقين مطعوم تيتانوس توكسيد، وبعد ذلك، يتم إجراء بعض التعديلات للأخذ بعين الاعتبار نسبة النساء اللاتي وصلتهن أنشطة التطعيم التكميلية، ومن الممكن أيضاً تعديل البيانات المبلغ عنها لتأخذ في عين الاعتبار أنماط التغطية في السنوات الأخرى و/أو النتائج المتوفرة من خلال المسوح، وبعد ذلك، يتم حساب مدة دوام الحماية بناءً على تقديرات منظمة الصحة العالمية المنشورة لمدة دوام الحماية التي توفرها جميع الجرعات التي تم تلقيها، والنتيجة النهائية هي احتمالية أن الطفل يُحمى ضد التيتانوس نتيجة تطعيم الأم إذا وُلد هذا الطفل أو الطفلة في سنة محددة.

استخدام المضادات الحيوية للاشتباه بذات الرئة– تتضمن البيانات الآن تقديرات للنسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة المشتبه بإصابتهم بذات الرئة ويتلقون المضادات الحيوية، هذا بالإضافة إلى التقديرات السابقة المبلغ عنها للأطفال المشتبه بإصابتهم بذات الرئة وعُرضوا على مقدمي الرعاية الصحية المناسبين، لقد قدمت المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات التي تم تنفيذها مؤخراً ثروة من البيانات الخاصة باستخدام المضادات الحيوية لذات الرئة لدى الأطفال.

الجدول ٤، فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة والإيدز: تستند البيانات حول الانتشار التقديري لفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة بين البالغين والرقم التقديري للاشخاص الذين يعيشون مع مرض فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة إلى تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة فيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز ومنظمة الصحة العالمية التي صدرت في عام ٢٠٠٥، وقد تم التخطيط لتحديث هذه التقديرات في نهاية عام ٢٠٠٧، لكن الأرقام الجديدة لم تكن متوفرة في الوقت الذي تم فيه نشر هذا التقرير.

وتعتبر المراقبة العالمية لفيروس نقص المناعة المكتسبة البشرية والإيدز والأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس جهداً مشتركاً لمنظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة لمكافحة مرض فيروس نقص المناعة المكتسبة، وفي الدول التي تعاني وباءً عاماً، تستند التقديرات الوطنية لانتشار مرض فيروس نقص المناعة المكتسبة على البيانات الصادرة عن أنظمة المراقبة التي تركز على النساء الحوامل اللاتي يحضرن إلى العيادات المراقبة المنتقاه في فترة ما قبل الولادة، ومؤخراً، يطبق عدد متزايد من الدول فحص مرض فيروس نقص المناعة المكتسبة كجزء من مسوحهم التمثيلية المبنية على السكان، وعند توفر هذا، يتم إدراج نتائج هذا المسح السكاني في تقدير انتشار فيروس نقص المناعة المكتسبة بين البالغين في البلد، وفي الدول التي تتميز بمعدل منخفض أو متركز للوباء تستند التقديرات الوطنية بشكل رئيسي على بيانات المراقبة التي يتم جمعها من السكان الذين يواجهون خطورة عالية (العاملين في تجارة الجنس والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال ومتعاطي المخدرات عن طريق الحقن) وعلى تقديرات حجم السكان الذين يواجهون خطورة عالية ومنخفضة، يتوفر مزيد من المعلومات عن هذه التقديرات على الموقع الالكتروني: www.epidem.org

الجدول ٥، التعليم: تم تبديل معدل الإلمام بالقراءة والكتابة للبالغين بمعدل الإلمام بالقراءة والكتابة للشباب (الأعمار من ١٥–٢٤ سنة) مقسمين حسب الجنس.

الجدول ٨، النساء: هناك ثلاثة تغييرات رئيسية على جدول هذا العام:

التحاق/ حضور الإناث في المرحلتين الابتدائية والثانوية– كان هذا الجدول في السابق يبين معدل الالتحاق الإجمالي (الإناث كنسبة مئوية من الذكور) للتعليم الإبتدائي والثانوي، لكن هذا العام، استُبدلت هذه الأرقام بمعدل الحضور الصافي (الإناث كنسبة مئوية من الذكور) للمرحلتين التعليميتين، ويتم تقديم هذه البيانات إلى جانب معدل الالتحاق الصافي (الإناث كنسبة مئوية من الذكور) لكلا المرحلتين، وتعكس معدلات الالتحاق/ الحضور الصافي بشكل أفضل مستويات المشاركة المدرسية في كل من التعليم الإبتدائي والثانوي.

الولادات في المؤسسات المتخصصة– بالإضافة إلى تقديم نسبة الولادات التي يحضرها عمال صحيين مدربين، يقدم جدول هذا العام نسبة الولادات التي تحدث في مرافق الرعاية الصحية.

وفيات الأمهات– كما ذُكر أعلاه، تستند تقديرات وفيات الأمهات المحدثة للعام ٢٠٠٥ المقدمة في هذا التقرير على عمل مجموعة متعددة الوكالات تتضمن منظمة الصحة العالمية واليونيسف وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي وهي منشورة في "وفيات الأمهات في ٢٠٠٥، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ٢٠٠٧" وقد تم تعديل تقديرات وفيات الأمهات هذه لتأخذ في الحسبان سوء التبليغ والتصنيف لوفيات الأمهات، ويتوفر مزيد من المعلومات على الموقع اللاكتروني: www.childinfo.org.org

الجدول ٩، حماية الأطفال: تم إدراج ثلاثة مؤشرات جديدة في هذا الجدول، وهي تستند بشكل كبير على ثروة البيانات الجديدة

ملاحظات عامة عن البيانات (تابع)

حول حماية الأطفال التي أصبحت متوفرة مؤخراً من خلال المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات والمسح الديموغرافي الصحي وغيرها من المسوح التي تُجرى على المستوى الوطني.

المواقف نحو العنف المنزلي– يُعرف هذا المؤشر بأنه النسبة المئوية للفتيات والنساء اللاتي تتراوح أعمارهن من ١٥–٤٩ اللاتي كان ردهن أن الزوج أو الشريك له الحق في ضرب زوجته في ظروف معينة، وكانت المجيبات قد سُئلن ما إذا كان الزوج أو الشريك له الحق في ضرب زوجته في ظروف معينة، أي إذا أهملت زوجته الأطفال أو خرجت بلا إذن منه أو تجادلت معه أو رفضت العلاقات الجنسية أو أحرقت الطعام.

إعاقة الأطفال– يُعرف هذا المؤشر بأنه النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٢–٩ سنوات الذين كانت علاقتهم إيجابية على سؤال واحد على الأقل عن الإعاقة (أي، الإدراك أو الحركة أو النوبة المرضية أو الإبصار أو السمع)، وتُوجه الأسئلة حول الإعاقة إلى والد الطفل أو مقدم الرعاية له، حيث يُطلب منه تقديم تقييم شخصي لتطور الطفل العقلي والبدني وكيفية عمله، وتشير بيانات انتشار الإعاقة إلى النسبة المئوية للأطفال الذين كانت علاماتهم إيجابية على هذه الأسئلة، ولذلك يجب أن يُعتبر دليلاً على النسبة المئوية للأطفال الذين يُحتمل أنهم يعانون إعاقة وقد يحتاجون إلى تقييم أكثر حول الحالة الطبية والتطور.

تأديب الأطفال– يُعرف هذا المؤشر على أنه النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٢–١٤ سنة الذين خضعوا لعقاب نفسي أو بدني، ويتضمن العقاب النفسي الصراخ والصياح على الأطفال وتعنيفهم أو مخاطبتهم بألقاب مهينة، ويتألف العقاب البدني من الأعمال المقصود منها التسبب بألم أو إزعاج بدني لكن بلا جروح، ويتضمن العقاب البدني البسيط هز الطفل و صفعه أو ضربه على يده أو ذراعه أو ساقه أو مؤخرته، ويتضمن العقاب البدني الشديد ضرب الطفل على الوجه أو الرأس أو الأذنين أو ضربه ضرباً مبرحاً أو متكرراً.

تفسير الرموز

نظراً لأن الهدف من هذه الجداول الإحصائية يتمثّل في تقديم صورة واسعة عن وضع الأطفال والنساء في أنحاء العالم كافةً، فإن إدراجَ حواشي ومحدِّدات البيانات التفصيلية والحواشي في مكان آخر يُعتبر أمراً أكثر ملاءمة. والرموزُ التالية هي رموزٌ عامةٌ مشتركة عَبْرَ الجداول كلها، أما الرموز المعنية بجدولٍ بعينه، فهي مشمولة في حواشي الجدول نفسه.

– البيانات غير متوافرة.

× البيانات تشير إلى سنوات أو فترات خلاف تلك المحددة في عنوان العمود، أو تختلف عن التعريف المعياري، أو تشير إلى جزء واحد فقط من الدولة المعنية. وهذه البيانات غير مشمولة في المتوسطات أو المجاميع الإقليمية.

y تشير البيانات إلى فترات أو سنوات غير تلك المحددة في عنوان العمود ٤ أو تختلف عن التعريف القياسي أو تشير إلى جزء من البلد فقط، وتُدرج هذه البيانات في حساب المتوسطات الإقليمية والعالمية.

* البيانات تشير إلى السنة الأحدث المتوافرة عنها البيانات خلال المدة المحدّدة في عنوان العمود.

§ تشمل المناطق ضمن الفئة أو المجموعة الإقليمية لكل دولة، ويرد في الصفحة ١٤٨ الدول والمناطق في الفئة أو المجموعة الإقليمية لكل دولة.

ترتيب الدول حسب معدّل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة

تبيِّنُ القائمة التالية مَرْتَبات الدول والأقاليم؛ مُرتَّبةً ترتيباً تنازلياً وفقاً لتقديرات مؤشر معدلات وفيات الأطفال دون سنِّ الخامسة فيها عام ٢٠٠٦، وهو مؤشر حاسم بالنسبة لرفاه الأطفال ونمائهم. وتم ترتيب هذه الدول والأقاليم ترتيباً هجائياً في الجداول التالية:

	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (٢٠٠٦)	
	القيمة	المرتبة
سيراليون	٢٧٠	١
أنغولا	٢٦٠	٢
أفغانستان	٢٥٧	٣
النيجر	٢٥٣	٤
ليبيريا	٢٣٥	٥
مالي	٢١٧	٦
تشاد	٢٠٩	٧
غينيا الاستوائية	٢٠٦	٨
ج. الكنغو الديمقراطية	٢٠٥	٩
بوركينا فاسو	٢٠٤	١٠
غينيا – بيساو	٢٠٠	١١
نيجيريا	١٩١	١٢
زامبيا	١٨٢	١٣
بروندي	١٨١	١٤
ج. إفريقيا الوسطى	١٧٥	١٥
سوازيلاند	١٦٤	١٦
غينيا	١٦١	١٧
رواندا	١٦٠	١٨
الكاميرون	١٤٩	١٩
بنن	١٤٨	٢٠
الصومال	١٤٥	٢١
موزامبيق	١٣٨	٢٢
أوغندا	١٣٤	٢٣
لسوتو	١٣٢	٢٤
جيبوتي	١٣٠	٢٥
ساحل العاج–كوت ديفوار	١٢٧	٢٦
الكنغو	١٢٦	٢٧
موريتانيا	١٢٥	٢٨
بوتسوانا	١٢٤	٢٩
أثيوبيا	١٢٣	٣٠
كينيا	١٢١	٣١
غانا	١٢٠	٣٢
ملاوي	١٢٠	٣٣
تنزانيا	١١٨	٣٤
السنغال	١١٦	٣٥
مدغشقر	١١٥	٣٦
غامبيا	١١٣	٣٧
توغو	١٠٨	٣٨
زيمبابوي	١٠٥	٣٩
مايانمار	١٠٤	٤٠
اليمن	١٠٠	٤١
باكستان	٩٧	٤٢
ساوتومي وبرنسيبي	٩٦	٤٣
الغابون	٩١	٤٤
السودان	٨٩	٤٥
أذربيجان	٨٨	٤٦
كمبوديا	٨٢	٤٧
هاييتي	٨٠	٤٨
الهند	٧٦	٤٩
ج. لاوس الديمقراطية	٧٥	٥٠
إريتريا	٧٤	٥١
بابوا غينيا الجديدة	٧٣	٥٢
جزر سليمان	٧٣	٥٢
بوتان	٧٠	٥٤
بنغلاديش	٦٩	٥٥
جنوب افريقيا	٦٩	٥٥
كوموروس	٦٨	٥٧
طاجيكستان	٦٨	٥٧
كيريباتي	٦٤	٥٩
غوايانا	٦٢	٦٠
بوليفيا	٦١	٦١
ناميبيا	٦١	٦١
نيبال	٥٩	٦٣
جزر المارشال	٥٦	٦٤
ج. كوريا الديمقراطية	٥٥	٦٥
تيمور الشرقية	٥٥	٦٥

	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (٢٠٠٦)	
	القيمة	المرتبة
تركمنستان	٥١	٦٧
العراق	٤٦	٦٨
منغوليا	٤٣	٦٩
أوزبكستان	٤٣	٦٩
جواتيمالا	٤١	٧١
قيرقيزستان	٤١	٧١
ميكرونيسيا الاتحادية	٤١	٧١
سورينام	٣٩	٧٤
الجزائر	٣٨	٧٥
ترينيداد وتوباغو	٣٨	٧٥
توفالو	٣٨	٧٥
المغرب	٣٧	٧٨
نيكاراغوا	٣٦	٧٩
فانواتو	٣٦	٧٩
مصر	٣٥	٨١
المكسيك	٣٥	٨١
كيب فيردي	٣٤	٨٣
اندونيسيا	٣٤	٨٣
جمهورية إيران الإسلامية	٣٤	٨٣
جورجيا	٣٢	٨٦
الفلبين	٣٢	٨٦
جمايكا	٣١	٨٨
لبنان	٣٠	٨٩
المالديف	٣٠	٨٩
ناورو	٣٠	٨٩
جمهورية الدومنيكان	٢٩	٩٢
كازاخستان	٢٩	٩٢
ساموا	٢٨	٩٤
هندوراس	٢٧	٩٥
تركيا	٢٦	٩٦
السلفادور	٢٥	٩٧
الأردن	٢٥	٩٧
بيرو	٢٥	٩٧
السعودية	٢٥	٩٧
أرمينيا	٢٤	١٠١
الصين	٢٤	١٠١
الإكوادور	٢٤	١٠١
تونغا	٢٤	١٠١
أكرانيا	٢٤	١٠١
بنما	٢٣	١٠٦
تونس	٢٣	١٠٦
الأرض الفلسطينية المحتلة	٢٢	١٠٨
براغواي	٢٢	١٠٨
كولومبيا	٢١	١١٠
قطر	٢١	١١٠
فنزويلا	٢١	١١٠
البرازيل	٢٠	١١٣
غرينادا	٢٠	١١٣
سانت فينسنت وغرينادين	٢٠	١١٣
جزر الكوك	١٩	١١٦
ج. مالدوفا	١٩	١١٦
سانت كيتس ونيفيس	١٩	١١٦
فيجي	١٨	١١٩
الجماهيرية الليبية المتحدة	١٨	١١٩
رومانيا	١٨	١١٩
البانيا	١٧	١٢٢
مقدونيا (يوغسلافيا سابقاً)	١٧	١٢٢
فيتنام	١٧	١٢٢
الأرجنتين	١٦	١٢٥
بيليز	١٦	١٢٥
الاتحاد الروسي	١٦	١٢٥
البوسنه والهرسك	١٥	١٢٨
دومينيكا	١٥	١٢٨
جزر البهاما	١٤	١٣٠
بلغاريا	١٤	١٣٠
موريشيوس	١٤	١٣٠

	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (٢٠٠٦)	
	القيمة	المرتبة
سانت لوتشيا	١٤	١٣٠
سوريا	١٤	١٣٠
بيلا روسيا	١٣	١٣٥
جزر سيشل	١٣	١٣٥
سري لانكا	١٣	١٣٥
باربادوس	١٢	١٣٨
كوستاريكا	١٢	١٣٨
ماليزيا	١٢	١٣٨
سلطنة عُمان	١٢	١٣٨
أورغواي	١٢	١٣٨
أنتيغوا وباربودا	١١	١٤٣
الكويت	١١	١٤٣
بالاو	١١	١٤٣
البحرين	١٠	١٤٦
مونتنيغرو	١٠	١٤٦
بروناي / دار السلام	٩	١٤٨
تشيلي	٩	١٤٨
لاتفيا	٩	١٤٨
لتوانيا	٨	١٥١
صربيا	٨	١٥١
سلوفاكيا	٨	١٥١
تايلاند	٨	١٥١
الإمارات العربية المتحدة	٨	١٥١
الولايات المتحدة	٨	١٥١
كوبا	٧	١٥٧
إستونيا	٧	١٥٧
هنغاريا	٧	١٥٧
بولندا	٧	١٥٧
استراليا	٦	١٦١
كندا	٦	١٦١
كرواتيا	٦	١٦١
مالطا	٦	١٦١
نيوزيلاندا	٦	١٦١
المملكة المتحدة	٦	١٦١
النمسا	٥	١٦٧
الدنمارك	٥	١٦٧
إيرلندا	٥	١٦٧
اسرائيل	٥	١٦٧
كوريا الديمقراطية	٥	١٦٧
هولندا	٥	١٦٧
البرتغال	٥	١٦٧
سويسرا	٥	١٦٧
بلجيكا	٤	١٧٥
قبرص	٤	١٧٥
جمهورية التشيك	٤	١٧٥
فنلندا	٤	١٧٥
فرنسا	٤	١٧٥
المانيا	٤	١٧٥
اليونان	٤	١٧٥
ايطاليا	٤	١٧٥
اليابان	٤	١٧٥
لوكسمبورغ	٤	١٧٥
موناكو	٤	١٧٥
النرويج	٤	١٧٥
سلوفانيا	٤	١٧٥
اسبانيا	٤	١٧٥
اندورا	٣	١٨٩
آيسلاندا	٣	١٨٩
ليشتنشتاين	٣	١٨٩
سان مارينو	٣	١٨٩
سينغافوره	٣	١٨٩
السويد	٣	١٨٩
الفاتيكان	–	–
نيو	–	–

الجدول ١. المؤشرات الأساسية

الدول والأقاليم	ترتيب الدولة بالنسبة للوفيات دون سن الخامسة	معدل الوفيات دون سن الخامسة		معدل وفيات الرضع (أقل من سنة)		معدل وفيات المواليد الجدد	مجموع السكان (بالآلاف)	العدد السنوي للولادات (بالآلاف)	العدد السنوي للوفيات دون سن الخامسة (بالآلاف)	حصة الفرد من الدخل القومي الاجمالي (بالدولار الأمريكي)	العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)	المعدل الاجمالي لمعرفة القراءة والكتابة بين الكبار	نسبة الالتحاق الصافية في المدارس الابتدائية	النسبة المئوية لحصة دخل الأسرة ١٩٩٥ – ٢٠٠٤*	
		١٩٩٠	٢٠٠٦	١٩٩٠	٢٠٠٦	٢٠٠٠	٢٠٠٦	٢٠٠٦	٢٠٠٦	٢٠٠٦	٢٠٠٦	٢٠٠٥–٢٠٠٠*	٢٠٠٦ – ٢٠٠٠*	أدنى ٤٠٪	أعلى ٢٠٪
أفغانستان	٣	٢٦٠	٢٥٧	١٦٨	١٦٥	٦٠	٢٦٠٨٨	١٢٧٢	٣٢٧	x٢٥٠	٤٣	٢٨	s ٥٣	–	–
ألبانيا	١٢٢	٤٥	١٧	٣٧	١٥	١٢	٣١٧٢	٥٢	١	٢٩٦٠	٧٦	٩٩	٩٤	٢١	٤٠
الجزائر	٧٥	٦٩	٣٨	٥٤	٣٣	٢٠	٣٣٣٥١	٦٩٤	٢٦	٣٠٣٠	٧٢	٧٠	٩٧	١٩	٤٣
أندورا	١٨٩	٦	٣	٥	٣	٤	٧٤	٠	٠	d	–	–	٨٠	–	٠
أنغولا	٢	٢٦٠	٢٦٠	١٥٤	١٥٤	٥٤	١٦٥٥٧	٧٩٢	٢٠٦	١٩٨٠	٤٢	٦٧	s ٥٨	–	–
أنتيغوا وباربودا	١٤٣	–	١١	–	١٠	٨	٨٤	٠	٠	١١٢١٠	–	–	–	–	–
الأرجنتين	١٢٥	٢٩	١٦	٢٥	١٤	١٠	٣٩١٣٤	٦٩٠	١١	٥١٥٠	٧٥	٩٧	٩٩	١١	٥٥
أرمينيا	١٠١	٥٦	٢٤	٤٧	٢١	١٧	٣٠١٠	٣٦	١	١٩٣٠	٧٢	٩٩	s ٩٩	٢١	٤٣
أستراليا	١٦١	١٠	٦	٨	٥	٣	٢٠٥٣٠	٢٥٥	٢	٣٥٩٩٠	٨١	–	٩٧	x١٨	x ٤١
النمسا	١٦٧	١٠	٥	٨	٤	٣	٨٣٢٧	٧٧	٠	٣٩٥٩٠	٨٠	–	٩٧	٢٢	٣٨
أذربيجان	٤٦	١٠٥	٨٨	٨٤	٧٣	٣٦	٨٤٠٦	١٢٩	١١	١٨٥٠	٦٧	٩٩x	٨٥	١٩	٤٥
جزر البهاما	١٣٠	٢٩	١٤	٢٢	١٣	١٠	٣٢٧	٦	٠	x١٤٩٢٠	٧٣	–	٩١	–	–
البحرين	١٤٦	١٩	١٠	١٥	٩	١١	٧٣٩	١٣	٠	x١٤٣٧٠	٧٥	٨٧	٩٧	–	–
بنغلاديش	٥٥	١٤٩	٦٩	١٠٠	٥٢	٣٦	١٥٥٩٩١	٤٠١٣	٢٧٧	٤٨٠	٦٣	٤٨	s ٨١	٢١	٤٣
باربادوس	١٣٨	١٧	١٢	١٥	١١	٨	٢٩٣	٣	٠	d	٧٧	–	٩٨	–	–
بيلاروسيا	١٣٥	٢٤	١٣	٢٠	١٢	٥	٩٧٤٢	٩١	١	٣٣٨٠	٦٩	x١٠٠	٨٩	٢٢	٣٨
بلجيكا	١٧٥	١٠	٤	٨	٤	٣	١٠٤٣٠	١١٠	٠	٣٨٦٠٠	٧٩	–	٩٩	٢١	٤١
بيليز	١٢٥	٤٣	١٦	٣٥	١٤	١٨	٢٨٢	٧	٠	٣٦٥٠	٧٦	x٧٠	٩٥	–	–
بنن	٢٠	١٨٥	١٤٨	١١١	٨٨	٣٨	٨٧٦٠	٣٥٨	٥٣	٥٤٠	٥٦	٣٥	s ٥٤	١٩	٤٤
بوتان	٥٤	١٦٦	٧٠	١٠٧	٦٣	٣٨	٦٤٩	١٢	١	١٤١٠	٦٥	–	s ٧٠	–	–
بوليفيا	٦١	١٢٥	٦١	٨٩	٥٠	٢٧	٩٣٥٤	٢٦٤	١٦	١١٠٠	٦٥	٨٧	s ٧٨	٧	٦٣
البوسنه والهرسك	١٢٨	٢٢	١٥	١٨	١٣	١١	٣٩٢٦	٣٥	١	٢٩٨٠	٧٥	٩٧	s ٩١	٢٤	٣٦
بوتسوانا	٢٩	٥٨	١٢٤	٤٥	٩٠	٤٠	١٨٥٨	٤٧	٦	٥٩٠٠	٤٩	٨١	٨٥	x ٧	x ٧٠
البرازيل	١١٣	٥٧	٢٠	٤٨	١٩	١٥	١٨٩٣٢٣	٣٧٢٠	٧٤	٤٧٣٠	٧٢	٨٩	٩٥	٩	٦١
بروني / دار السلام	١٤٨	١١	٩	١٠	٨	٤	٣٨٢	٨	٠	x٢٤١٠٠	٧٧	٩٣	٩٣	–	–
بلغاريا	١٣٠	١٨	١٤	١٤	١٢	٨	٧٦٩٣	٦٩	١	٣٩٩٠	٧٣	٩٨	٩٣	٢٢	٣٨
بوركينا فاسو	١٠	٢٠٦	٢٠٤	١٢٣	١٢٢	٣٦	١٤٣٥٩	٦٤١	١٣١	٤٦٠	٥٢	٢٤	٤٥	١٨	٤٧
بوروندي	١٤	١٩٠	١٨١	١١٤	١٠٩	٤١	٨١٧٣	٣٨١	٦٩	١٠٠	٤٩	٥٩	s ٧١	١٥	٤٨
كمبوديا	٤٧	١١٦	٨٢	٨٥	٦٥	٤٠	١٤١٩٧	٣٧٧	٣١	٤٨٠	٥٩	٧٤	s ٧٥	١٧	٥٠
الكاميرون	١٩	١٣٩	١٤٩	٨٥	٨٧	٤٠	١٨١٧٥	٦٤٩	٩٧	١٠٨٠	٥٠	٦٨	s ٨٤	١٥	٥١
كندا	١٦١	٨	٦	٧	٥	٤	٣٢٥٧٧	٣٣٨	٢	٣٦١٧٠	٨٠	–	١٠٠	٢٠	٤٠
كيب فيردي	٨٣	٦٠	٣٤	٤٥	٢٥	١٠	٥١٩	١٥	١	٢١٣٠	٧١	٨١	٩٠	–	–
جمهورية إفريقيا الوسطى	١٥	١٧٣	١٧٥	١١٤	١١٥	٤٨	٤٢٦٥	١٥٧	٢٧	٣٦٠	٤٤	٤٩	s ٥٩	x ٧	x ٦٥
تشاد	٧	٢٠١	٢٠٩	١٢٠	١٢٤	٤٥	١٠٤٦٨	٤٨٢	١٠١	٤٨٠	٥٠	٢٦	s ٣٦	–	–
تشيلي	١٤٨	٢١	٩	١٨	٨	٦	١٦٤٦٥	٢٤٩	٢	٦٩٨٠	٧٨	٩٦	٩٠	١١	٦٠
الصين	١٠١	٤٥	٢٤	٣٦	٢٠	٢١	١٣٢٠٨٦٤	١٧٣٠٩	٤١٥	٢٠١٠	٧٣	٩١	٩٩	١٣	٥٢
كولومبيا	١١٠	٣٥	٢١	٢٦	١٧	١٤	٤٥٥٥٨	٨٨٤	١٩	٢٧٤٠	٧٣	٩٣	٨٧	٩	٦٣
جزر القمر	٥٧	١٢٠	٦٨	٨٨	٥١	٢٩	٨١٨	٢٨	٢	٦٦٠	٦٥	–	٧٢	–	–
الكنغو	٢٧	١٠٣	١٢٦	٦٧	٧٩	٣٢	٣٦٨٩	١٣٢	١٧	x٩٥٠	٥٤	٨٥	s ٨٦	–	–
جمهورية الكونغو الديمقراطية	٩	٢٠٥	٢٠٥	١٢٩	١٢٩	٤٧	٦٠٦٤٤	٣٠٢٦	٦٢٠	١٣٠	٤٦	٦٧	s ٥٢	–	–
جزر الكوك	١١٦	٣٢	١٩	٢٦	١٦	١٢	١٤	٠	٠	–	–	–	٧٧	–	–
كوستاريكا	١٣٨	١٨	١٢	١٦	١١	٧	٤٣٩٩	٨٠	١	٤٩٨٠	٧٩	٩٥	٩٢	١٢	٥٤
كوت ديفوار	٢٦	١٥٣	١٢٧	١٠٥	٩٠	٦٥	١٨٩١٤	٦٨٤	٨٧	٨٧٠	٤٨	٤٩	s ٦٢	١٤	٥١
كرواتيا	١٦١	١٢	٦	١٠	٥	٥	٤٥٥٦	٤١	٠	٩٣٣٠	٧٦	٩٨	٨٧	٢١	٤٠
كوبا	١٥٧	١٣	٧	١١	٥	٤	١١٢٦٧	١٢١	١	x١١٧٠	٧٨	١٠٠	٩٧	–	–
قبرص	١٧٥	١٢	٤	١١	٣	٤	٨٤٦	١٠	٠	x١٨٤٣٠	٧٩	٨٧	٩٩	–	–
جمهورية التشيك	١٧٥	١٣	٤	١١	٣	٢	١٠١٨٩	٩٣	٠	١٢٦٨٠	٧٦	–	٩٢	٢٥	٣٦
الدنمارك	١٦٧	٩	٥	٧	٤	٤	٥٤٣٠	٦٢	٠	٥١٧٠٠	٧٨	–	٩٥	٢٣	٣٦
جيبوتي	٢٥	١٧٥	١٣٠	١١٦	٨٦	٣٨	٨١٩	٢٤	٣	١٠٦٠	٥٤	–	s ٧٩	–	–
الدومينيكا	١٢٨	١٧	١٥	١٥	١٣	٧	٦٨	٠	٠	٣٩٦٠	–	–	٨٤	–	–
جمهورية الدومينيكان	٩٢	٦٥	٢٩	٥٠	٢٥	١٩	٩٦١٥	٢٣١	٧	٢٨٥٠	٧٢	٨٧	٨٨	١٢	٥٧
الإكوادور	١٠١	٥٧	٢٤	٤٣	٢١	١٦	١٣٢٠٢	٢٨٥	٧	٢٨٤٠	٧٥	٩١	٩٨	١١	٥٨
مصر	٨١	٩١	٣٥	٦٧	٢٩	٢١	٧٤١٦٦	١٨٢٨	٦٤	١٣٥٠	٧١	٧١	٩٤	٢١	٤٤
السلفادور	٩٧	٦٠	٢٥	٤٧	٢٢	١٦	٦٧٦٢	١٥٩	٤	٢٥٤٠	٧٢	٨١	٩٣	١٠	٥٦
غينيا – الإستوائية	٨	١٧٠	٢٠٦	١٠٣	١٢٤	٤٠	٤٩٦	١٩	٤	٨٢٥٠	٥١	٨٧	٨١	–	–
إريتريا	٥١	١٤٧	٧٤	٨٨	٤٨	٢٥	٤٦٩٢	١٨٦	١٤	٢٠٠	٥٧	–	s ٦٧	–	–
إستونيا	١٥٧	١٦	٧	١٢	٥	٦	١٣٤٠	١٤	٠	١١٤١٠	٧١	١٠٠	٩٥	١٨	٤٣
إثيوبيا	٣٠	٢٠٤	١٢٣	١٢٢	٧٧	٥١	٨١٠٢١	٣١٥٩	٣٨٩	١٨٠	٥٢	٣٦	s ٤٥	٢٢	٣٩
فيجي	١١٩	٢٢	١٨	١٩	١٦	٩	٨٣٣	١٨	٠	٣٣٠٠	٦٩	–	٩٦	–	–
فنلندا	١٧٥	٧	٤	٦	٣	٢	٥٢٦١	٥٨	٠	٤٠٦٥٠	٧٩	–	٩٨	٢٤	٣٧
فرنسا	١٧٥	٩	٤	٧	٤	٣	٦١٣٣٠	٧٦٣	٣	٣٦٥٥٠	٨٠	–	٩٩	٢٠	٤٠
الغابون	٤٤	٩٢	٩١	٦٠	٦٠	٣١	١٣١١	٣٤	٣	٥٠٠٠	٥٦	٨٤	s ٩٤	–	–
غامبيا	٣٧	١٥٣	١١٣	١٠٣	٨٤	٤٦	١٦٦٣	٦٠	٧	٣١٠	٥٩	–	s ٦١	١٣	٥٣

الدول والأقاليم	ترتيب الدولة بالنسبة للوفيات دون سن الخامسة	معدل الوفيات دون سن الخامسة ١٩٩٠	معدل الوفيات دون سن الخامسة ٢٠٠٦	معدل وفيات الرضع (أقل من سنة) ١٩٩٠	معدل وفيات الرضع (أقل من سنة) ٢٠٠٦	معدل وفيات المواليد الجدد ٢٠٠٠	مجموع السكان (بالآلاف) ٢٠٠٦	العدد السنوي للولادات (بالآلاف) ٢٠٠٦	العدد السنوي للوفيات دون سن الخامسة (بالآلاف) ٢٠٠٦	حصة الفرد من الدخل القومي الاجمالي (بالدولار الأمريكي) ٢٠٠٦	العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات) ٢٠٠٦	المعدل الاجمالي لمعرفة القراءة والكتابة بين الكبار ٢٠٠٥-٢٠٠٠*	نسبة الالتحاق الصافية في المدارس الابتدائية ٢٠٠٠ – ٢٠٠٦*	النسبة المئوية لحصة دخل الأسرة ١٩٩٥ – ٢٠٠٤* أدنى٤٠٪	أعلى٢٠٪
جورجيا	٨٦	٤٦	٣٢	٣٩	٢٨	٢٥	٤٤٣٣	٤٨	٢	١٥٦٠	٧١	–	٩٣	١٦	٤٦
ألمانيا	١٧٥	٩	٤	٧	٤	٣	٨٢٦٤١	٦٨٣	٣	٣٦٦٢٠	٧٩	–	٩٦	٢٢	٣٧
غانا	٣٢	١٢٠	١٢٠	٧٦	٧٦	٢٧	٢٣٠٠٨	٧٠٠	٨٤	٥٢٠	٥٩	٥٨	s ٧٥	١٦	٤٧
اليونان	١٧٥	١١	٤	٩	٤	٤	١١١٢٣	١٠٣	٠	٢١٦٩٠	٧٩	٩٦	٩٩	١٩	٤١
غرينادا	١١٣	٣٧	٢٠	٣٠	١٦	١٣	١٠٦	٢	٠	٤٤٢٠	٦٨	–	٨٤	–	–
غواتيمالا	٧١	٨٢	٤١	٦٠	٣١	١٩	١٣٠٢٩	٤٤٥	١٨	٢٦٤٠	٧٠	٦٩	٩٤	١٠	٥٩
غينيا	١٧	٢٣٥	١٦١	١٣٩	٩٨	٤٨	٩١٨١	٣٧٤	٦٠	٤١٠	٥٥	٣٠	s ٥١	١٨	٤٦
غينيا – بيساو	١١	٢٤٠	٢٠٠	١٤٢	١١٩	٤٨	١٦٤٦	٨٢	١٦	١٩٠	٤٦	–	s ٥٤	x١٤	x٥٣
غوايانا	٦٠	٨٨	٦٢	٦٤	٤٦	٢٥	٧٣٩	١٣	١	١١٣٠	٦٦	–	s ٩٦	١٤	٥٠
هاييتي	٤٨	١٥٢	٨٠	١٠٥	٦٠	٣٤	٩٤٤٦	٢٦٩	٢٢	٤٨٠	٦٠	–	s ٥٠	٩	٦٣
الفاتيكان	–	–	–	–	–	–	١	–	–	–	–	–	–	–	–
هندوراس	٩٥	٥٨	٢٧	٤٥	٢٣	١٨	٦٩٦٩	١٩٩	٥	١٢٠٠	٧٠	٨٠	s ٧٩	١١	٥٨
هنغاريا	١٥٧	١٧	٧	١٥	٦	٦	١٠٠٥٨	٩٣	١	١٠٩٥٠	٧٣	–	٨٩	٢٣	٣٧
آيسلندا	١٨٩	٧	٣	٥	٢	٢	٢٩٨	٤	٠	٥٠٥٨٠	٨٢	–	٩٩	–	–
الهند	٤٩	١١٥	٧٦	٨٢	٥٧	٤٣	١١٥١٧٥١	٢٧١٩٥	٢٠٦٧	٨٢٠	٦٤	٦١	s ٨٤	١٩	٤٥
إندونيسيا	٨٣	٩١	٣٤	٦٠	٢٦	١٨	٢٢٨٨٦٤	٤٤٢٧	١٥١	١٤٢٠	٧٠	٩٠	٩٦	٢٠	٤٣
جمهورية إيران الإسلامية	٨٣	٧٢	٣٤	٥٤	٣٠	٢٢	٧٠٢٧٠	١٤٠٧	٤٨	٣٠٠٠	٧١	٨٢	٩٥	١٥	٥٠
العراق	٦٨	٥٣	٤٦	٤٢	٣٧	٦٣	٢٨٥٠٦	٩٣٧	٤٣	x٢١٧٠	٥٨	٧٤	٨٨	–	–
إيرلندا	١٦٧	١٠	٥	٨	٤	٤	٤٢٢١	٦٦	٠	٤٥٥٨٠	٧٩	–	٩٦	٢٠	٤٢
إسرائيل	١٦٧	١٢	٥	١٠	٤	٤	٦٨١٠	١٣٧	١	x١٨٥٨٠	٨٠	–	٩٧	١٦	٤٥
إيطاليا	١٧٥	٩	٤	٨	٤	٣	٥٨٧٧٩	٥٤٤	٢	٣٢٠٢٠	٨٠	٩٨	٩٩	١٨	٤٢
جمايكا	٨٨	٣٣	٣١	٢٨	٢٦	١٠	٢٦٩٩	٥٥	٢	٣٤٨٠	٧٢	٨٠	s ٩٧	١٤	٥٢
اليابان	١٧٥	٦	٤	٥	٣	٢	١٢٧٩٥٣	١٠٨٧	٤	٣٨٤١٠	٨٢	–	١٠٠	x٢٥	x٣٦
الأردن	٩٧	٤٠	٢٥	٣٣	٢١	١٧	٥٧٢٩	١٥٢	٤	٢٦٦٠	٧٢	٩١	s ٩٩	١٨	٤٦
كازاخستان	٩٢	٦٠	٢٩	٥١	٢٦	٣٢	١٥٣١٤	٢٨٩	٨	٣٧٩٠	٦٦	x١٠٠	s ٩٨	١٩	٤١
كينيا	٣١	٩٧	١٢١	٦٤	٧٩	٢٩	٣٦٥٥٣	١٤٤٧	١٧٥	٥٨٠	٥٣	٧٤	٧٩	١٦	٤٩
كيريباتي	٥٩	٨٨	٦٤	٦٥	٤٧	٢٧	٩٤	٠	٠	١٢٣٠	–	–	٩٧	–	–
كوريا الديمقراطية	٦٥	٥٥	٥٥	٤٢	٤٢	٢٢	٢٣٧٠٨	٣٢١	١٨	a	٦٧	–	–	–	–
جمهورية كوريا	١٦٧	٩	٥	٨	٥	٣	٤٨٠٥٠	٤٥٥	٢	١٧٦٩٠	٧٨	–	١٠٠	٢١	٣٧
الكويت	١٤٣	١٦	١١	١٤	٩	٦	٢٧٧٩	٥٠	١	x٣٠٦٣٠	٧٧	٩٣	٨٧	–	–
قيرغيزستان	٧١	٧٥	٤١	٦٣	٣٦	٣١	٥٢٥٩	١١٣	٥	٤٩٠	٦٦	x٩٩	s ٩٢	٢٢	٣٩
جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية	٥٠	١٦٣	٧٥	١٢٠	٥٩	٣٥	٥٧٥٩	١٥٦	١٢	٥٠٠	٦٤	٦٩	٨٤	٢٠	٤٣
لاتفيا	١٤٨	١٨	٩	١٤	٨	٧	٢٢٨٩	٢١	٠	٨١٠٠	٧٢	١٠٠	٨٨	١٨	٤٥
لبنان	٨٩	٣٧	٣٠	٣٢	٢٦	٢٠	٤٠٥٥	٧٤	٢	٥٤٩٠	٧٢	–	٩٢	–	–
ليسوتو	٢٤	١٠١	١٣٢	٨١	١٠٢	٢٨	١٩٩٥	٥٩	٨	١٠٣٠	٤٢	٨٢	٨٧	٦	٦٦
ليبيريا	٥	٢٣٥	٢٣٥	١٥٧	١٥٧	٦٦	٣٥٧٩	١٨٤	٤٣	١٤٠	٤٥	٥٢	٦٦	–	–
الجماهيرية العربية الليبية	١١٩	٤١	١٨	٣٥	١٧	١١	٦٠٣٩	١٤٤	٣	٧٣٨٠	٧٤	٨٤	–	–	–
ليشتنشتاين	١٨٩	١٠	٣	٩	٣	–	٣٥	٠	٠	d	–	–	٨٨	–	–
لتوانيا	١٥١	١٣	٨	١٠	٧	٥	٣٤٠٨	٣٠	٠	٧٨٧٠	٧٣	١٠٠	٨٩	١٨	٤٣
لوكسمبورغ	١٧٥	١٠	٤	٨	٤	٤	٤٦١	٥	٠	٧٦٠٤٠	٧٩	–	٩٥	٢١	٣٩
مدغشقر	٣٦	١٦٨	١١٥	١٠٣	٧٢	٣٣	١٩١٥٩	٧١٤	٨٢	٢٨٠	٥٩	٥٩	s ٧٦	١٣	٥٤
ملاوي	٣٢	٢٢١	١٢٠	١٣١	٧٦	٤٠	١٣٥٧١	٥٦٦	٦٨	١٧٠	٤٧	x٦٤	s ٨٧	١٨	٤٧
ماليزيا	١٣٨	٢٢	١٢	١٦	١٠	٥	٢٦١١٤	٥٥٦	٧	٥٤٩٠	٧٤	٨٩	٩٥	١٣	٥٤
مليديف	٨٩	١١١	٣٠	٧٨	٢٦	٣٧	٣٠٠	٧	٠	٢٦٨٠	٦٨	٩٦	٧٩	–	–
مالي	٦	٢٥٠	٢١٧	١٤٠	١١٩	٥٥	١١٩٦٨	٥٧٩	١٢٦	٤٤٠	٥٤	٢٤	٥١	١٦	٤٧
مالطا	١٦١	١١	٦	١٠	٥	٥	٤٠٥	٤	٠	x١٣٦١٠	٧٩	x٨٨	٨٦	–	–
جزر مارشال	٦٤	٩٢	٥٦	٦٣	٥٠	٢٦	٥٨	٠	٠	٣٠٠٠	–	–	٩٠	–	–
موريتانيا	٢٨	١٣٣	١٢٥	٨٥	٧٨	٧٠	٣٠٤٤	١٠٢	١٣	٧٤٠	٦٤	٥١	٧٢	١٧	٤٦
موريشيوس	١٣٠	٢٣	١٤	٢١	١٣	١٢	١٢٥٢	١٩	٠	٥٤٥٠	٧٣	٨٤	٩٥	–	–
المكسيك	٨١	٥٣	٣٥	٤٢	٢٩	١٥	١٠٥٣٤٢	٢١٠٩	٧٤	٧٨٧٠	٧٦	٩٢	٩٨	١٣	٥٥
ميكرونيسيا الاتحادية	٧١	٥٨	٤١	٤٥	٣٣	١٢	١١١	٣	٠	٢٣٨٠	٦٨	–	٩٢	–	–
جمهورية مولدوفا	١١٦	٣٧	١٩	٣٠	١٦	١٦	٣٨٣٣	٤٤	١	١١٠٠	٦٩	٩٩	٨٦	٢٠	٤١
موناكو	١٧٥	٩	٤	٧	٣	٣	٣٣	٠	٠	d	–	–	–	–	–
منغوليا	٦٩	١٠٩	٤٣	٧٩	٣٤	٢٦	٢٦٠٥	٤٩	٢	٨٨٠	٦٦	٩٨	s ٩٧	٢٠	٤٠
مونتانيغرو	١٤٦	١٦	١٠	١٥	٩	–	٦٠١	٨	٠	٣٨٦٠	٧٤	٩٦	s ٩٧	–	–
المغرب	٧٨	٨٩	٣٧	٦٩	٣٤	٢١	٣٠٨٥٣	٦٣٥	٢٣	١٩٠٠	٧١	٥٢	٨٦	١٧	٤٧
موزامبيق	٢٢	٢٣٥	١٣٨	١٥٨	٩٦	٤٨	٢٠٩٧١	٨٥٦	١١٨	٣٤٠	٤٢	x٣٩	s ٦٠	١٥	٥٤
مايانمار	٤٠	١٣٠	١٠٤	٩١	٧٤	٤٠	٤٨٣٧٩	٨٩٧	٩٣	x٢٢٠	٦١	٩٠	s ٨٤	–	–
ناميبيا	٦١	٨٦	٦١	٦٠	٤٥	٢٥	٢٠٤٧	٥٣	٣	٣٢٣٠	٥٢	٨٥	٧٢	x٤	xv٩
ناورو	٨٩	–	٣٠	–	٢٥	١٤	١٠	٠	٠	–	–	–	٦٠	–	–
نيبال	٦٣	١٤٢	٥٩	٩٩	٤٦	٤٠	٢٧٦٤١	٧٩١	٤٧	٢٩٠	٦٣	٤٩	٨٧	١٥	٥٥

الجدول ١ . المؤشرات الأساسية

الدول والأقاليم	ترتيب الدولة بالنسبة للوفيات دون سن الخامسة	معدل الوفيات دون سن الخامسة		معدل وفيات الرضع (أقل من سنة)		معدل وفيات المواليد الجدد	مجموع السكان (بالآلاف)	العدد السنوي للولادات (بالآلاف)	العدد السنوي للوفيات دون سن الخامسة (بالآلاف)	حصة الفرد من الدخل القومي الاجمالي (بالدولار الأمريكي)	العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)	المعدل الاجمالي لمعرفة القراءة والكتابة بين الكبار	نسبة الالتحاق الصافية في المدارس الابتدائية	النسبة المئوية لحصة دخل الأسرة	
		١٩٩٠	٢٠٠٦	١٩٩٠	٢٠٠٦	٢٠٠٠	٢٠٠٦	٢٠٠٦	٢٠٠٦	٢٠٠٦	٢٠٠٦	٢٠٠٠–٢٠٠٥*	٢٠٠٠ – ٢٠٠٦*	أعلى ٢٠٪	أدنى ٤٠٪
هولندا	١٦٧	٩	٥	٧	٤	٤	١٦٣٧٩	١٨٨	١	٤٢٦٧٠	٧٩	–	٩٩	٣٩	٢١
نيوزيلانده	١٦١	١١	٦	٩	٥	٤	٤١٤٠	٥٧	٠	٢٧٢٥٠	٨٠	–	٩٩	٤٤	١٨
نيكاراغوا	٧٩	٦٨	٣٦	٥٢	٢٩	١٨	٥٥٣٢	١٣٩	٥	١٠٠٠	٧٢	٧٧	٨٧	٤٩	١٥
النيجر	٤	٣٢٠	٢٥٣	١٩١	١٤٨	٤٣	١٣٧٣٧	٦٨٣	١٧٣	٢٦٠	٥٦	٢٩	٤٠	٥٣	١٠
نيجيريا	١٢	٢٣٠	١٩١	١٢٠	٩٩	٥٣	١٤٤٧٢٠	٥٩٠٩	١١٢٩	٦٤٠	٤٧	٦٩	٦٨	٤٩	١٥
نيو	–	–	–	–	–	١٣	٢	٠	–	–	–	–	٩٠	–	–
النرويج	١٧٥	٩	٤	٧	٣	٣	٤٦٦٩	٥٦	٠	٦٦٥٣٠	٨٠	–	٩٨	٣٧	٢٤
الأرض الفلسطينية المحتلة	١٠٨	٤٠	٢٢	٣٤	٢٠	–	٣٨٨٩	١٤٣	٣	x١٢٣٠	٧٣	٩٢	٨٠	–	–
سلطنة عُمان	١٣٨	٣٢	١٢	٢٥	١٠	٦	٢٥٤٦	٥٧	١	x٩٠٧٠	٧٥	٨١	٧٣	–	–
الباكستان	٤٢	١٣٠	٩٧	١٠٠	٧٨	٥٧	١٦٠٩٤٣	٤٣٥٨	٤٢٣	٧٧٠	٦٥	٥٠	٦٨	٤٠	٢٢
بالاو	١٤٣	٢١	١١	١٨	١٠	١٤	٢٠	٠	٠	٧٩٩٠	–	–	٩٦	–	–
بنما	١٠٦	٣٤	٢٣	٢٧	١٨	١١	٣٢٨٨	٧٠	٢	٤٨٩٠	٧٥	٩٢	٩٩	٦٠	٩
بابوا غينيا الجديدة	٥٢	٩٤	٧٣	٦٩	٥٤	٣٢	٦٢٠٢	١٩١	١٤	٧٧٠	٥٧	٥٧	–	٥٧	١٢
باراغواي	١٠٨	٤١	٢٢	٣٣	١٩	١٦	٦٠١٦	١٥٣	٣	١٤٠٠	٧١	٩٤	٨٨	٦٢	٩
بيرو	٩٧	٧٨	٢٥	٥٨	٢١	١٦	٢٧٥٨٩	٥٨٤	١٥	٢٩٢٠	٧١	٨٨	٩٧	٥٧	١١
الفلبين	٨٦	٦٢	٣٢	٤١	٢٤	١٥	٨٦٢٦٤	٢٢٩٥	٧٣	١٤٢٠	٧١	٩٣	٩٤	٥١	١٥
بولندا	١٥٧	١٨	٧	١٦	٦	٦	٣٨١٤٠	٣٥٨	٣	٨١٩٠	٧٥	–	٩٦	٤٢	١٩
البرتغال	١٦٧	١٤	٥	١١	٣	٣	١٠٥٧٩	١١٣	١	١٨١٠٠	٧٨	٩٤	٩٨	٤٦	١٧
قطر	١١٠	٢٦	٢١	٢١	١٨	٥	٨٢١	١٣	٠	x١٢٠٠٠	٧٥	٨٩	٩٦	–	–
رومانيا	١١٩	٣١	١٨	٢٣	١٦	٩	٢١٥٣٢	٢١٣	٤	٤٨٥٠	٧٢	٩٧	٩٣	٣٩	٢١
الاتحاد الروسي	١٢٥	٢٧	١٦	٢٣	١٤	٩	١٤٣٢٢١	١٥٠٦	٢٤	٥٧٨٠	٦٥	٩٩	٩٢	٤٧	١٧
رواندا	١٨	١٧٦	١٦٠	١٠٦	٩٨	٤٥	٩٤٦٤	٤٢٠	٦٧	٢٥٠	٤٦	٦٥	s ٨٦	٥٣	١٤
سانت كيتس ونيفيس	١١٦	٣٦	١٩	٣٠	١٧	١٢	٥٠	١	٠	٨٨٤٠	–	–	٩٣	–	–
سانت لوتشيا	١٣٠	٢١	١٤	١٧	١٢	١٠	١٦٣	٣	٠	٥١١٠	٧٣	–	٩٧	٤٨	١٥
سانت فينسنت وغرينادين	١١٣	٢٥	٢٠	٢٠	١٧	١١	١٢٠	٢	٠	٣٩٣٠	٧١	–	٩٠	–	–
ساموا	٩٤	٥٠	٢٨	٤٠	٢٣	١٣	١٨٥	٥	٠	٢٢٧٠	٧١	٩٩	٩٠	–	–
سان مارينو	١٨٩	١٤	٣	١٣	٣	٢	٣١	٠	٠	d	–	–	–	–	–
ساو تومي وبرنسيبي	٤٣	١٠٠	٩٦	٦٥	٦٣	٣٨	١٥٥	٥	٠	٧٨٠	٦٥	٨٥	٩٧	–	–
السعودية	٩٧	٤٤	٢٥	٣٥	٢١	١٢	٢٤١٧٥	٦١٢	١٥	x١٢٥١٠	٧٢	٨٣	٧٨	–	–
السنغال	٣٥	١٤٩	١١٦	٧٢	٦٠	٣١	١٢٠٧٢	٤٣٥	٥٠	٧٥٠	٦٣	٣٩	s ٥٨	٤٨	١٧
الصرب	١٥١	–	٨	–	٧	–	٩٨٥١	١٢٦	١	٣٩١٠	٧٤	٩٦	٩٦	–	–
سيشلز	١٣٥	١٩	١٣	١٧	١٢	٩	٨٦	٣	٠	٨٦٥٠	–	٩٢	٩٩	–	–
سيراليون	١	٢٩٠	٢٧٠	١٦٩	١٥٩	٥٦	٥٧٤٣	٢٦٢	٧١	٢٤٠	٤٢	٣٥	s ٦٩	x ٦٣	x٣
سنغافوره	١٨٩	٩	٣	٧	٢	١	٤٣٨٢	٣٧	٠	٢٩٣٢٠	٨٠	x٨٩	–	٤٩	١٤
سلوفاكيا	١٥١	١٤	٨	١٢	٧	٥	٥٣٨٨	٥٣	٠	٩٨٧٠	٧٤	–	٩٢	٣٥	٢٤
سلوفينيا	١٧٥	١٠	٤	٨	٣	٤	٢٠٠١	١٨	٠	١٨٨٩٠	٧٨	١٠٠	٩٨	٣٦	٢٣
جزر سليمان	٥٢	١٢١	٧٣	٨٦	٥٥	١٢	٤٨٤	١٥	١	٦٨٠	٦٣	–	٦٣	–	–
الصومال	٢١	٢٠٣	١٤٥	١٢١	٩٠	٤٩	٨٤٤٥	٣٧١	٥٤	x١٣٠	٤٧	–	s ٢٢	–	–
جنوب إفريقيا	٥٥	٦٠	٦٩	٤٥	٥٦	٢١	٤٨٢٨٢	١١٠٢	٧٦	٥٣٩٠	٥٠	x٨٢	٨٧	٦٢	١٠
إسبانيا	١٧٥	٩	٤	٧	٤	٣	٤٣٨٨٧	٤٦٨	٢	٢٧٥٧٠	٨١	x٩٧	٩٩	٤٢	١٩
سري لانكا	١٣٥	٣٢	١٣	٢٦	١١	١١	١٩٢٠٧	٢٩٥	٤	١٣٠٠	٧٢	٩١	٩٧	٤٨	١٧
السودان	٤٥	١٢٠	٨٩	٧٤	٦١	٢٩	٣٧٧٠٧	١٢٢٥	١٠٩	٨١٠	٥٨	٦١	s ٥٨	–	–
سورينام	٧٤	٤٨	٣٩	٣٥	٢٩	١٨	٤٥٥	٩	٠	٣٢٠٠	٧٠	٩٠	٩٤	–	–
سوازيلاند	١٦	١١٠	١٦٤	٧٨	١١٢	٣٨	١١٣٤	٣٣	٥	٢٤٣٠	٤٠	٨٠	٨٠	٥٦	١٣
السويد	١٨٩	٧	٣	٦	٣	٢	٩٠٧٨	١٠١	٠	٤٣٥٨٠	٨١	–	٩٦	٣٧	٢٣
سويسرا	١٦٧	٩	٥	٧	٤	٣	٧٤٥٥	٦٩	٠	٥٧٢٣٠	٨١	–	٩٣	٤١	٢٠
الجمهورية العربية السورية	١٣٠	٣٨	١٤	٣١	١٢	٩	١٩٤٠٨	٥٢٩	٧	١٥٧٠	٧٤	٨١	٩٥	–	–
طاجكيستان	٥٧	١١٥	٦٨	٩١	٥٦	٣٨	٦٦٤٠	١٨٥	١٣	٣٩٠	٦٦	١٠٠	٨٩	٤١	٢٠
تنزانيا	٣٤	١٦١	١١٨	١٠٢	٧٤	٤٣	٣٩٤٥٩	١٥٨٩	١٨٨	٣٥٠	٥٢	٦٩	٧٣	٤٢	١٩
تايلاند	١٥١	٣١	٨	٢٦	٧	١٣	٦٣٤٤٤	٩٣٦	٧	٢٩٩٠	٧٠	٩٣	٩٨	٤٩	١٦
مقدونيا (يوغسلافيا سابقاً)	١٢٢	٣٨	١٧	٣٣	١٥	٩	٢٠٣٦	٢٣	٠	٣٠٦٠	٧٤	٩٦	٩٢ s	٤٦	١٧
تيمور الشرقية	٦٥	١٧٧	٥٥	١٣٣	٤٧	٤٠	١١١٤	٤٦	٣	٨٤٠	٦٠	–	s ٧٥	–	–
توغو	٣٨	١٤٩	١٠٨	٨٨	٦٩	٤٠	٦٤١٠	٢٤٢	٢٦	٣٥٠	٥٨	٥٣	s ٧٨	–	–
تونغا	١٠١	٣٢	٢٤	٢٦	٢٠	١٠	١٠٠	٣	٠	٢١٧٠	٧٣	x٩٩	٩٥	–	–
ترينيداد وتوباغو	٧٥	٣٤	٣٨	٣٠	٣٣	١٣	١٣٢٨	٢٠	١	١٣٣٤٠	٦٩	٩٨	٩٨	x ٤٦	x١٦
تونس	١٠٦	٥٢	٢٣	٤١	١٩	١٤	١٠٢١٥	١٧٢	٤	٢٩٧٠	٧٤	٧٤	٩٧ y.s	٤٧	١٦
تركيا	٩٦	٨٢	٢٦	٦٧	٢٤	٢٢	٧٣٩٢٢	١٣٧٨	٣٦	٥٤٠٠	٧٢	٨٧	٨٩	٥٠	١٥
تركمانستان	٦٧	٩٩	٥١	٨١	٤٥	٣٥	٤٨٩٩	١٠٨	٦	x١٣٤٠	٦٣	x٩٩	٩٩	٤٧	١٦
توفالو	٧٥	٥٤	٣٨	٤٢	٣١	٢٢	١٠	٠	٠	–	–	–	s١٠٠	–	–
أوغندا	٢٣	١٦٠	١٣٤	٩٣	٧٨	٣٢	٢٩٨٩٩	١٤٠٦	١٨٨	٣٠٠	٥٠	٦٧	٨٢	٥٣	١٥
أوكرانيا	١٠١	٢٥	٢٤	٢٢	٢٠	٩	٤٦٥٥٧	٤١٧	١٠	١٩٥٠	٦٨	٩٩	٩٧	٣٨	٢٣

الدول والأقاليم	ترتيب الدولة بالنسبة للوفيات دون سن الخامسة	معدل الوفيات دون سن الخامسة ١٩٩٠	معدل الوفيات دون سن الخامسة ٢٠٠٦	معدل وفيات الرضع (أقل من سنة) ١٩٩٠	معدل وفيات الرضع (أقل من سنة) ٢٠٠٦	معدل وفيات المواليد الجدد ٢٠٠٠	مجموع السكان (بالآلاف) ٢٠٠٦	العدد السنوي للولادات (بالآلاف) ٢٠٠٦	العدد السنوي للوفيات دون سن الخامسة (بالآلاف) ٢٠٠٦	حصة الفرد من الدخل القومي الاجمالي (بالدولار الأمريكي) ٢٠٠٦	العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات) ٢٠٠٦	المعدل الاجمالي لمعرفة القراءة والكتابة بين الكبار ٢٠٠٠-٢٠٠٥*	نسبة الالتحاق الصافية في المدارس الابتدائية ٢٠٠٠ - ٢٠٠٦*	النسبة المئوية لحصة دخل الأسرة ١٩٩٥ - ٢٠٠٤* أدنى ٢٠٪	النسبة المئوية لحصة دخل الأسرة ١٩٩٥ - ٢٠٠٤* أعلى ٢٠٪
الإمارات العربية المتحدة	١٥١	١٥	٨	١٣	٨	٥	٤٢٤٨	٦٩	١	X٢٣٩٥٠	٧٨	٨٩	٧١	–	–
المملكة المتحدة	١٦١	١٠	٦	٨	٥	٤	٦٠٥١٢	٧١٥	٤	٤٠١٨٠	٧٩	–	٩٩	١٨	٤٤
الولايات المتحدة الأمريكية	١٥١	١٢	٨	١٠	٦	٥	٣٠٢٨٤١	٤٢٤٨	٣٤	٤٤٩٧٠	٧٨	–	٩٢	١٦	٤٦
أوروغواي	١٣٨	٢٣	١٢	٢٠	١١	٧	٣٣٣١	٥١	١	٥٣١٠	٧٦	X٩٧	٩٣	١٤	٥٠
أوزبكستان	٦٩	٧٤	٤٣	٦١	٣٨	٢٧	٢٦٩٨١	٦١٩	٢٧	٦١٠	٦٧	–	S١٠٠	١٩	٤٥
فانواتو	٧٩	٦٢	٣٦	٤٨	٣٠	١٩	٢٢١	٦	٠	١٧١٠	٧٠	٧٤	٩٤	–	–
فنزويلا (ج. بوليفيا)	١١٠	٣٣	٢١	٢٧	١٨	١٢	٢٧١٩١	٥٩٥	١٢	٦٠٧٠	٧٣	٩٣	٩١	١٢	٥٢
فيتنام	١٢٢	٥٣	١٧	٣٨	١٥	١٥	٨٦٢٠٦	١٦٥٤	٢٨	٦٩٠	٧٤	X٩٠	S ٩٤	٢٠	٤٤
اليمن	٤١	١٣٩	١٠٠	٩٨	٧٥	٣٧	٢١٧٣٢	٨٣٩	٨٤	٧٦٠	٦٢	٥٤	٧٥	٢٠	٤١
زامبيا	١٣	١٨٠	١٨٢	١٠١	١٠٢	٤٠	١١٦٩٦	٤٧٠	٨٦	٦٣٠	٤١	X٦٨	S ٥٧	١١	٥٥
زيمبابوي	٣٩	٧٦	١٠٥	٥٢	٦٨	٣٣	١٣٢٢٨	٣٧٢	٣٩	X٣٤٠	٤٢	٨٩	٨٢	١٣	٥٦
ملخصات إقليمية															
إفريقيا جنوب الصحراء	١٨٧	١٦٠	١١١	٩٥	٤٤	٧٤٨٨٨٦	٢٩٨٨٩	٤٧٨٦	٨٥١	٥٠	٥٨	٦٦	١٣	٥٥	
شرق وجنوب إفريقيا	١٦٥	١٣١	١٠٢	٨٣	٤٠	٣٧٠٣٦١	١٤٠٧٤	١٨٤٤	١١٧١	٥٠	٦٠	٧٠	١١	٥٨	
غرب ووسط إفريقيا	٢٠٨	١٨٦	١١٩	١٠٧	٤٨	٣٧٨٥٢٥	١٥٨١٥	٢٩٤٢	٥٥٣	٥٠	٥٧	٦٢	١٦	٤٩	
الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	٧٩	٤٦	٥٨	٣٦	٢٦	٣٨٢٠٤٨	٩٦١٧	٤٤٢	٢١٠٤	٦٩	٧٣	٨٥	١٧	٤٦	
جنوب آسيا	١٢٣	٨٣	٨٧	٦٢	٤٤	١٥٤٢٥٧١	٣٧٩٤٢	٣١٤٩	٧٧٧	٦٤	٥٨	٨٢	١٩	٤٦	
شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادي	٥٥	٢٩	٤١	٢٣	٢٠	١٩٦٨٦٧٥	٢٩٧٦٤	٨٦٣	٢٣٧١	٧٢	٩١	٩٧	١٧	٤٦	
أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي	٥٥	٢٧	٤٣	٢٢	١٥	٥٥٩٥٢٥	١١٤١٨	٣٠٨	٤٨٤٧	٧٣	٩٠	٩٣	١٢	٥٦	
دول وسط وشرق أوروبا – رابطة الدول المستقلة حديثا	٥٣	٢٧	٤٣	٢٤	١٨	٤٠٥٥٨٤	٥٥٢٩	١٤٩	٤٢٦٤	٦٨	٩٧	٩٢	٢٠	٤٢	
الدول الصناعية §	١٠	٦	٩	٥	٤	٩٦٩٩٤٩	١١٠٠٣	٦٦	٣٧٢١٧	٧٩	–	٩٦	٢١	٤٠	
الدول الآخذة في النمو §	١٠٣	٦٩	٧٠	٥٤	٣٣	٥٣٥٨٢٢٣	١٢١٦٨٥	٩٦١٤	١٩٦٧	٦٦	٧٦	٨٤	١٥	٥٠	
الدول الأقل نموا §	١٨٠	١٤٢	١١٣	٩٠	٤٣	٧٨٥٤٤٤	٢٨٦٦١	٤٠٧٠	٤٣٨	٥٥	٥٥	٦٥	١٥	٥٠	
العالم	٩٣	٧٢	٦٤	٤٩	٣٠	٦٥٧٧٢٣٦	١٣٥١٦٣	٩٧٣٣	٧٤٠٦	٦٨	٧٨	٨٦	٢٠	٤٢	

§ تشمل أيضاً الأقاليم ضمن كل فئة من الدول أو مجموعة إقليمية. والدول والأقاليم الموجودة في كل فئة من الدول أو مجموعة إقليمية معروضة في الصفحة رقم ١٤٨

تعريف المؤشرات

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة – احتمال الوفاة في الفترة ما بين ولادة الطفل وبلوغه سن الخامسة تماماً، معبّر عنه بعدد الوفيات في كل ١٠٠٠ ولادة حية.

معدل وفيات الرضع – احتمال الوفاة في الفترة ما بين الولادة وإتمام سنة واحدة من العمر، ومعبر عنه بعدد الوفيات في كل ١٠٠٠ ولادة حية.

معدل وفيات المواليد الجدد – احتمال الوفاة خلال أول ٢٨ يوماً أتمها المولود من حياته، ومعبر عنه بعدد الوفيات في كل ١٠٠٠ ولادة حية.

حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي – الدخل القومي الإجمالي هو مجموع القيمة المضافة من قبل جميع المنتجين المقيمين، زائداً أية ضرائب مفروضة على المنتجات (مطروحاً منها الدعم الحكومي) غير المشمولة في تخمين المخرجات، زائداً المقبوضات الصافية من الدخل الأساسي (أجور الموظفين والدخل من الممتلكات) الواردة من الخارج. وحصة الفرد من الدخل القومي الاجمالي هي الدخل القومي الإجمالي مقسوماً على عدد السكان في منتصف السنة. ويتم تحويل حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي بالدولار الأمريكي باستخدام أسلوب أطلس Atlas المتبع لدى البنك الدولي.

العمر المتوقع عند الولادة – عدد السنوات التي يمكن أن يعيشها المواليد الجدد إذا ما تعرضوا لمخاطر الوفاة السائدة بالنسبة لعينة ممثلة للسكان، وقت ولادتهم.

معدل معرفة القراءة والكتابة بين الكبار – النسبة المئوية للأشخاص في سن الخامسة عشرة فأكثر الذين يستطيعون القراءة والكتابة.

صافي نسب الالتحاق/الانتظام في المدارس الابتدائية – يُستخرج من معدلات الالتحاق الصافية بالمدارس الابتدائية كما تفيد تقارير منظمة اليونسكو/معهد اليونسكو للإحصاءات، ومن تقارير المسح الوطني للأسرة عن الانتظام في المدارس الابتدائية، وفي مستوى التعليم الأعلى. وتُعرف النسبة الصافية للانتظام في المدارس الابتدائية بأنها النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية التي تتوافق رسمياً مع الأطفال المؤهلين عُمريا للتعليم الابتدائي، والذين ينتظمون في المدارس الابتدائية، أو في المستوى التعليمي الأعلى، كما هو في الجدول رقم ٥ صفحه ١٣٠.

حصة الدخل – النسبة المئوية من الدخل الذي تحصل عليه نسبة ٢٠ في المئة من الأسر ذات الدخل الأعلى، والذي تحصل عليه نسبة ٤٠ في المئة من الأسر ذات الدخل الأدنى.

مصادر البيانات الأساسية

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة ومعدل وفيات الرضع – اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية، وقسم السكان لدى الأمم المتحدة وقسم الإحصاءات لدى الأمم المتحدة.

معدل وفيات المواليد الجدد – تستخدم منظمة الصحة العالمية أنظمة تسجيل الواقعات الحيوية والمسوحات الأسرية.

مجموع السكان – قسم السكان لدى الأمم المتحدة.

الولادات – قسم السكان لدى الأمم المتحدة.

وفيات الأطفال دون سن الخامسة – منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف).

حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي – البنك الدولي.

العمر المتوقع عند الولادة – قسم السكان لدى الأمم المتحدة .

معرفة القراءة والكتابة بين الكبار – منظمة اليونسكو، ومعهد اليونسكو للإحصاءات، بما في ذلك تقييم مبادرة التعليم للجميع ٢٠٠٠.

الالتحاق/الانتظام في المدرسة – معهد اليونسكو للإحصاءات، والمسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات، والمسوحات السكانية والصحية.

دخل الأسرة – البنك الدولي.

ملاحظات

a مدى الدخل المحدود (٩٠٥ دولاراً أمريكياً أو أقل).

b مدى الدخل المتوسط الأدنى (٩٠٦ دولاراً أمريكياً إلى ٣٫٥٩٥ دولاراً أمريكياً).

c مدى الدخل المتوسط الأعلى (٣٫٥٩٦ دولاراً أمريكياً إلى ١١٫١١٥ دولاراً أمريكياً).

d مدى الدخل العالي (١١٫١١٦ دولاراً أمريكياً أو أكثر).

– البيانات غير متوافرة

x البيانات التي تشير إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود، تختلف عن التعريف المعياري، أو تشير إلى جزء واحد فقط من الدولة.

y البيانات تختلف عن التعريف المعياري أو تشير إلى جزء واحد فقط من الدولة، ولكنها مشمولة في حساب المتوسطات الإقليمية والعالمية.

* البيانات تشير إلى أحدث سنة تتوافر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.

s بيانات المسح الوطني للأسرة.

الجدول ٢. التغذية

الدول والأقاليم	النسبة المئوية للرضع منخفضي الوزن عند الولادة ١٩٩٩ – ٢٠٠٦*	٪ للأطفال اللذين (٢٠٠٠ – ٢٠٠٦*) يرضعون رضاعة طبيعية خالصة (أقل من ٦ أشهر)	يرضعون رضاعة طبيعية ويعطون غذاءا مكملا (٦ – ٩ أشهر)	ما يزالون يرضعون رضاعة طبيعية (٢٠ – ٢٣ شهراً)	٪ للأطفال دون سن الخامسة (٢٠٠٠–٢٠٠٦*) الذين يعانون من: وزن منخفض معتدل وحاد	وزن منخفض حاد	هُزال معتدل وحاد	تقزم معتدل وحاد	معدل التغطية بجرعات مكملة من فيتامين (أ) (٦–٥٩ شهراً) ٢٠٠٥ على الأقل جرعة ‡ واحدة	(٪) تغطية كاملة Δ	٪ للأسر التي تستهلك الملح المدعوم باليود ٢٠٠٠–٢٠٠٦*
أفغانستان	–	–	٢٩	٥٤	٣٩	١٢	٧	٥٤	٩٥	٩١	٢٨
ألبانيا	٧	٢	٣٨	٢٠	٨	١	٧	٢٢	–	–	٢٦
الجزائر	٦	٧	٣٩	٢٢	٤	١	٣	١١	–	–	٦١
أندورا	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
أنغولا	١٢	١١	٧٧	٣٧	٣١	٨	٦	٤٥	٧٩	٦٥	٣٥
أنتيغوا وباربودا	٥	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الأرجنتين	٧	–	–	–	٤	–	١	٤	–	–	x ٩٠
أرمينيا	٨	٣٣	٥٧	١٥	٤	٠	٥	١٣	–	–	٩٧
أستراليا	٧	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
النمسا	٧	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
أذربيجان	١٢	٧	٣٩	١٦	٧	١	٢	١٣	٢٩	w ٢٩	٢٦
جزر البهاما	٧	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
البحرين	٨	x,k ٣٤	x ٦٥	x ٤١	x ٩	x ٢	x ٥	x١٠	–	–	–
بنغلاديش	٢٢	٣٧	٥٢	٨٩	٤٨	١٣	١٣	٤٣	٨٣	٨٢	٨٤
بارباروس	١٣	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
بيلاروسيا	٤	٩	٣٨	٤	١	٠	١	٣	–	–	٥٥
بلجيكا	٨	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
بيليز	٦	x,k ٢٤	x ٥٤	x ٢٣	٧	–	١	١٨	–	–	x ٩٠
بنن	١٦	٧٠	٥٠	٥٧	٢٣	٥	٧	٣٨	٩٤	٩٢	٧٢
بوتان	١٥	–	–	–	x ١٩	x ٣	x ٣	x٤٠	–	–	٩٦
بوليفيا	٧	٥٤	٧٤	٤٦	٨	١	١	٢٧	٣٩	٣٩	٩٠
البوسنه والهرسك	٥	١٨	٢٩	١٠	٢	٠	٣	٧	–	–	٦٢
بوتسوانا	١٠	٣٤	٥٧	١١	١٣	٢	٥	٢٣	–	–	٦٦
البرازيل	٨	–	x ٣٠	x ١٧	x ٦	x ١	x ٢	x١١	–	–	٨٨
بروني / دار السلام	١٠	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
بلغاريا	١٠	–	–	–	–	–	–	–	–	–	١٠٠
بوركينا فاسو	١٦	٧	٥٠	٨٥	٣٧	١٤	٢٣	٣٥	٩٥	٩٥	٣٤
بوروندي	١١	٤٥	٨٨	–	٣٩	١٤	٧	٥٣	٦٩	١٧	٩٨
كمبوديا	١١	٦٠	٨٢	٥٤	٣٦	٧	٧	٣٧	٧٩	٦٥	٧٣
الكاميرون	١١	٢١	٦٤	٢١	١٩	٥	٦	٣٠	٩٥	٩٥	٤٩
كندا	٦	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
كيب فيردي	١٣	x,k ٥٧	x ٦٤	x ١٣	–	–	–	–	–	–	x ٠
جمهورية إفريقيا الوسطى	١٣	٢٣	٥٥	٤٧	٢٩	٨	١٠	٣٨	–	–	٦٢
تشاد	٢٢	٢	٧٧	٦٥	٣٧	١٤	١٤	٤١	٩٥	٩٣	٥٦
تشيلي	٦	٦٣	٤٧	–	١	–	٠	١	–	–	١٠٠
الصين	٢	٥١	٣٢	١٥	٧	–	–	١١	–	–	٩٠
كولومبيا	٩	٤٧	٦٥	٣٢	٧	١	١	١٢	–	–	x ٩٢
جزر القمر	٢٥	٢١	٣٤	٤٥	٢٥	–	٨	٤٤	–	–	٨٢
الكنغو	١٣	١٩	٧٨	٢١	١٤	٣	٧	٢٦	٩٠	٩	٨٢
جمهورية الكونغو الديمقراطية	١٢	٢٤	٧٩	٥٢	٣١	٩	١٣	٣٨	٩٢	٨٧	٧٢
جزر الكوك	٣	x,k ١٩	–	–	x ١٠	–	–	–	–	–	–
كوستاريكا	٧	x,k ٣٥	x ٤٧	x ١٢	x ٥	x ٠	x ٢	x ٦	–	–	x ٩٧
كوت ديفوار	١٧	٤	٥٤	٣٧	٢٠	٤	٧	٣٤	٩٥	٨٩	٨٤
كرواتيا	٦	x ٢٣	–	–	x ١	–	x ١	x ١	–	–	x ٩٠
كوبا	٥	٤١	٤٢	٩	٤	٠	٢	٥	–	–	٨٨
قبرص	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
جمهورية التشيك	٧	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الدنمارك	٥	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
جيبوتي	١٠	١	٢٣	١٨	٢٩	١٠	٢١	٣٣	٥٢	٠	٠
الدومينيكا	١٠	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
جمهورية الدومينيكان	١١	٤	٣٦	١٥	٥	١	١	٧	–	–	١٩
الإكوادور	١٦	٤٠	٧٧	٢٣	٩	١	٢	٢٣	–	–	x ٩٩
مصر	١٤	٣٨	٦٧	٣٧	٦	١	٤	١٨	–	–	٧٨
السلفادور	٧	٢٤	٧٦	٤٣	١٠	١	١	١٩	–	–	٦٢
غينيا – الإستوائية	١٣	٢٤	–	–	١٩	٤	٧	٣٩	–	–	٣٣
إريتريا	١٤	٥٢	٤٣	٦٢	٤٠	١٢	١٣	٣٨	٥٧	٥٠	٦٨
إستونيا	٤	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
إثيوبيا	٢٠	٤٩	٥٤	–	٣٨	١١	١١	٤٧	٥٩	٥٩	٢٠
فيجي	١٠	x,k ٤٧	–	–	–	–	–	–	–	–	x ٣١
فنلندا	٤	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
فرنسا	٧	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

الدول والأقاليم	النسبة المئوية للرضع منخفضي الوزن عند الولادة ١٩٩٩ – ٢٠٠٦*	٪ للأطفال اللذين (٢٠٠٠ – ٢٠٠٦*) يرضعون رضاعة طبيعية خالصة (أقل من ٦ أشهر)	يرضعون رضاعة طبيعية ويعطون غذاءاً مكملا (٦ – ٩ أشهر)	ما يزالون يرضعون رضاعة طبيعية (٢٠ – ٢٣ شهراً)	٪ للأطفال دون سن الخامسة (٢٠٠٠–٢٠٠٦*) الذين يعانون من: وزن منخفض معتدل وحاد	حاد	هُزال معتدل وحاد	تقزم معتدل وحاد	معدل التغطية بجرعات مكملة من فيتامين (أ) (٦–٥٩ شهراً) ٢٠٠٥ على الأقل جرعة ‡ واحدة	(٪) تغطية كاملة Δ	٪ للأسر التي تستهلك الملح المدعوم باليود ٢٠٠٠–٢٠٠٦*
الغابون	١٤	٦	٦٢	٩	١٢	٢	٣	٢١	–	–	٣٦
غامبيا	٢٠	٤١	٤٤	٥٣	٢٠	٤	٦	٢٢	٩٥	١٦	٧
جورجيا	٧	١٨ x.k	١٢ x	١٢ x	٣ x	٠ x	٢	x١٢	–	–	٩١
ألمانيا	٧	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
غانا	٩	٥٤	٥٨	٥٦	١٨	٣	٥	٢٢	٩٥	٩٥	٣٢
اليونان	٨	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
غرينادا	٩	٣٩ x.k	–	–	–	–	–	–	–	–	–
غواتيمالا	١٢	٥١	٦٧	٤٧	٢٣	٤	٢	٤٩	٤٤	٣٦ w	٦٧
غينيا	١٢	٢٧	٤١	٧١	٢٦	٧	٩	٣٥	٩٥	٩٥	٥١
غينيا – بيساو	٢٤	١٦	٣٥	٦١	١٩	٤	٧	٤١	–	–	١
غوايانا	١٣	١١	٤٢	٣١	١٤	٣	١١	١١	–	–	–
هاييتي	٢٥	٤١	٨٧	٣٥	٢٢	٦	٩	٢٤	٤٢	٤٢	٣
الفاتيكان	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
هندوراس	١٠	٣٠	٦٩	٤٨	١١	١	١	٢٥	٤٠	٤٠	٨٠ x
هنغاريا	٩	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
آيسلندا	٤	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الهند	٣٠	٤٦	٥٦	–	٤٣	١٦	٢٠	٤٨	٦٤	٦٤ w	٥١
إندونيسيا	٩	٤٠	٧٥	٥٩	٢٨	٩	–	–	٧٦	٧٦	٧٣
جمهورية إيران الإسلامية	٧	٤٤	–	٠	١١ x	٢ x	٥ x	x١٥	–	–	٩٩
العراق	١٥	٢٥	٥١	٣٦	٨	١	٥	٢١	–	–	٢٨
إيرلندا	٦	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
إسرائيل	٨	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
إيطاليا	٦	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
جمايكا	١٢	١٥	٣٦	٢٤	٤	–	٤	٣	–	–	x١٠٠
اليابان	٨	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الأردن	١٢	٢٧	٧٠	١٢	٤	١	٢	٩	–	–	٨٨
كازاخستان	٦	١٧	٣٩	١٦	٤	١	٤	١٣	–	–	٩٢
كينيا	١٠	١٣	٨٤	٥٧	٢٠	٤	٦	٣٠	٦٩	٦٩	٩١
كيريباتي	٥	٨٠ x.k	–	–	١٣ x	–	–	–	٦٢	٦٠	–
كوريا الديمقراطية	٧	٦٥	٣١	٣٧	٢٣	٨	٧	٣٧	٩٥	٩٥	٤٠
جمهورية كوريا	٤	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الكويت	٧	١٢ x.k	٢٦ x	٩ x	١٠ x	٣ x	١١ x	٢٤ x	–	–	–
قيرغيزستان	٥	٣٢	٤٩	٢٦	٣	٠	٤	١٤	٨٨	٨٧	٧٦
ج. لاوس الديمقراطية الشعبية	١٤	٢٣	١٠	٤٧	٤٠	١٣	١٥	٤٢	٦٣	٦٢	٧٥
لاتفيا	٥	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
لبنان	٦	٢٧ k	٣٥	١١	٤	–	٥	١١	–	–	٩٢
ليسوتو	١٣	٣٦	٧٩	٦٠	٢٠	٤	٤	٣٨	٩	٢	٩١
ليبيريا	–	٣٥	٧٠	٤٥	٢٦	٨	٦	٣٩	٩٥	٧٩	–
الجماهيرية العربية الليبية	٧	–	–	٢٣ x	٥ x	١ x	٣ x	x١٥	–	–	٩٠ x
ليشتنشتاين	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
لتوانيا	٤	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
لوكسمبورغ	٨	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
مدغشقر	١٧	٦٧	٧٨	٦٤	٤٢	١١	١٣	٤٨	٩٥	٩٥	٧٥
ملاوي	١٣	٥٦	٨٩	٧٣	١٩	٣	٣	٤٦	٩٤	٨٦	٤٨
ماليزيا	٩	٢٩ x.k	–	١٢ x	٨	١	–	–	–	–	–
ملديف	٢٢	١٠	٨٥	–	٣٠	٧	١٣	٢٥	–	–	٤٤
مالي	٢٣	٢٥	٣٢	٦٩	٣٣	١١	١١	٣٨	٦٦	٦٦	٧٤
مالطا	٦	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
جزر مارشال	١٢	٦٣ x.k	–	–	–	–	–	–	٦	٦	–
موريتانيا	–	٢٠	٧٨	٥٧	٣٢	١٠	١٣	٣٥	٩٦	٥٧	٢
موريشيوس	١٤	٢١ k	–	–	١٥ x	٢ x	x١٤	x١٠	–	–	٠ x
المكسيك	٨	٣٨ x.k	٣٦ x	٢١ x	٥	–	٢	١٣	٦٨	٦٣	٩١
ميكرونيسيا الاتحادية	١٨	٦٠ x.k	–	–	١٥ x	–	–	–	٨٩	٧٣	–
جمهورية مولدوفا	٦	٤٦	١٨	٢	٤	١	٤	٨	–	–	٦٠
موناكو	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
منغوليا	٦	٥٧	٥٧٥	٦٥	٦	١	٢	٢١	٩٢	٩٢	٨٣
مونتانيغرو	٤	١٩	٣٥	١٣	٣	١	٣	٥	–	–	٧١
المغرب	١٥	٣١	٦٦	١٥	١٠	٢	٩	١٨	–	–	٥٩
موزامبيق	١٥	٣٠	٨٠	٦٥	٢٤	٦	٤	٤١	٩٥	١٦	٥٤
مايانمار	١٥	١٥ k	٦٦	٦٧	٣٢	٧	٩	٣٢	٩٥	٩٥	٦٠
ناميبيا	١٤	١٩	٥٧	٣٧	٢٤	٥	٩	٢٤	٦٨	٠	٦٣

الجدول ٢. التغذية

الدول والأقاليم	النسبة المئوية للرضع منخفضي الوزن عند الولادة ١٩٩٩ – ٢٠٠٦*	٪ للأطفال اللذين (٢٠٠٠ – ٢٠٠٦*)			٪ للأطفال دون سن الخامسة (٢٠٠٠–٢٠٠٦*) الذين يعانون من:				معدل التغطية بجرعات مكملة من فيتامين (أ) (٦–٥٩ شهراً) ٢٠٠٥		٪ للأسر التي تستهلك الملح المدعوم باليود ٢٠٠٠– ٢٠٠٦*
		يرضعون رضاعة طبيعية خالصة (أقل من ٦ أشهر)	يرضعون رضاعة طبيعية ويعطون غذاءاً مكملاً (٦ – ٩ أشهر)	ما يزالون يرضعون رضاعة طبيعية (٢٠ – ٢٣ شهراً)	وزن منخفض		هُزال	تقزم	على الأقل جرعة ‡ واحدة	(٪) تغطية كاملة Δ	
					معتدل وحاد	حاد	معتدل وحاد	معتدل وحاد			
ناورو	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
نيبال	٢١	٥٣	٧٥	٩٥	٣٩	١١	١٣	٤٩	٩٦	٩٦	٦٣
هولندا	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
نيوزيلانده	٦	–	–	–	–	–	–	–	–	–	x ٨٣
نيكاراغوا	١٢	٣١	٦٨	٣٩	١٠	٢	٢	٢٠	٩٨	٠	٩٧
النيجر	١٣	١٤	٦٢	٦٢	٤٤	١٥	١٠	٥٠	٩٤	٩٤	٤٦
نيجيريا	١٤	١٧	٦٤	٣٤	٢٩	٩	٩	٣٨	٧٣	٧٣	٧٩
نيو	٠	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
النرويج	٥	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الأرض الفلسطينية المحتلة	٧	٢٧	–	–	٣	٠	١	١٠	–	–	٨٦
سلطنة عُمان	٨	–	٩٢	٧٣	x ١٨	x ١	x ٧	x١٠	–	–	x ٦١
الباكستان	١٩	x.k ١٦	x ٣١	x ٥٦	٣٨	١٣	١٣	٣٧	٩٥	٩٥	١٧
بالاو	٩	x.k ٥٩	–	–	–	–	–	–	–	–	–
بنما	١٠	x ٢٥	x ٣٨	x ٢١	x ٨	x ١	x ١	x١٨	٤	٤	x ٩٥
بابوا غينيا الجديدة	١١	x ٥٩	x ٧٤	x ٦٦	–	–	–	–	٩٠	٠	–
باراغواي	٩	٢٢	٦٠	–	٥	–	١	١٤	–	–	٨٨
بيرو	١١	٦٤	٨١	٤١	٨	٠	١	٢٤	–	–	٩١
الفلبين	٢٠	٣٤	٥٨	٣٢	٢٨	–	٦	٣٠	٨٥	٨٥	٥٦
بولندا	٦	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
البرتغال	٨	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
قطر	١٠	x.k ١٢	x ٤٨	x ٢١	x ٦	–	x ٢	x ٨	–	–	–
رومانيا	٨	١٦	٤١	–	٣	٠	٢	١٠	–	–	٧٤
الاتحاد الروسي	٦	–	–	–	x ٣	x ١	x ٤	x١٣	–	–	٣٥
رواندا	٦	٨٨	٦٩	٧٧	٢٣	٤	٤	٤٥	١٠٠	٩٩	٨٨
سانت كيتس ونيفيس	٩	x.k ٥٦	–	–	–	–	–	–	–	–	–
سانت لوتشيا	١٢	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
سانت فينسنت وغرينادين	٥	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ساموا	٤	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
سان مارينو	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ساو تومي وبرنسيبي	٨	٦٠	٦٠	١٨	٩	١	٨	٢٣	٣٣	٢٨	٣٧
السعودية	١١	x.k ٣١	x ٦٠	x ٣٠	x ١٤	x ٣	x١١	x٢٠	–	–	–
السنغال	١٩	٣٤	٦١	٤٢	١٧	٣	٨	١٦	٩٥	٨٦	٤١
الصرب ‡	٥	١٥	٣٩	٨	٢	٠	٣	٦	–	–	٧٣
سيشلز	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
سيراليون	٢٤	٨	٥٢	٥٧	٣٠	٨	٩	٤٠	٩٥	٩٥	٤٥
سنغافوره	٨	–	–	–	٣	٠	٢	٢	–	–	–
سلوفاكيا	٧	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
سلوفينيا	٦	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
جزر سليمان	١٣	k ٦٥	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الصومال	١١	٩	١٥	٣٥	٣٦	١٢	١١	٣٨	–	–	١
جنوب إفريقيا	١٥	y ٧	y ٤٦	–	x ١٢	x ٢	x ٣	x٢٥	٣٣	٢٩	x ٦٢
إسبانيا	٦	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
سري لانكا	٢٢	٥٣	–	٧٣	٢٩	–	١٤	١٤	٦٤	w٦١	٩٤
السودان	٣١	١٦	٤٧	٤٠	٤١	١٥	١٦	٤٣	٩٠	٩٠	١
سورينام	١٣	٩	٢٥	١١	١٣	٢	٧	١٠	–	–	–
سوازيلاند	٩	٢٤	٦٠	٢٥	١٠	٢	١	٣٠	٥٩	٤٠	٥٩
السويد	٤	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
سويسرا	٦	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الجمهورية العربية السورية	٩	٢٩	٣٧	١٦	١٠	٢	٩	٢٢	–	–	٧٩
طاجكيستان	١٠	٢٥	١٥	٣٤	١٧	٤	٧	٢٧	٩٨	٩٨	٤٦
تنزانيا	١٠	٤١	٩١	٥٥	٢٢	٤	٣	٣٨	٩٥	٩٥	٤٣
تايلاند	٩	٥	٤٣	١٩	٩	٠	٤	١٢	–	–	٥٨
مقدونيا (يوغسلافيا سابقاً)	٦	x ٣٧	x ٨	x ١٠	٢	٠	٢	٩	–	–	٩٤
تيمور الشرقية	١٢	٣١	٨٢	٣٥	٤٦	١٥	١٢	٤٩	٩١	٣٥	٧٢
توغو	١٢	٢٨	٣٥	٤٤	٢٦	٧	١٤	٢٤	٩٥	٩٢	٢٥
تونغا	٣	x.k ٦٢	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ترينيداد وتوباغو	١٩	١٣	٤٣	٢٢	٦	١	٤	٤	–	–	٢٨
تونس	٧	٤٧	–	٢٢	٤	١	٢	١٢	–	–	٩٧
تركيا	١٦	٢١	٣٨	٢٤	٤	١	١	١٢	–	–	٦٤
تركمانستان	٤	١١	٥٤	٣٧	١١	٢	٦	١٥	–	–	٨٧
توفالو	٥	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

الدول والأقاليم	النسبة المئوية للرضع منخفضي الوزن عند الولادة ١٩٩٩ – ٢٠٠٦*	٪ للأطفال اللذين (٢٠٠٠ – ٢٠٠٦*) يرضعون رضاعة طبيعية خالصة (أقل من ٦ أشهر)	يرضعون رضاعة طبيعية ويعطون غذاءاً مكملاً (٦ – ٩ أشهر)	ما يزالون يرضعون رضاعة طبيعية (٢٠ – ٢٣ شهراً)	٪ للأطفال دون سن الخامسة (٢٠٠٠–٢٠٠٦*) الذين يعانون من: وزن منخفض معتدل وحاد	حاد	هُزال معتدل وحاد	تقزم معتدل وحاد	معدل التغطية بجرعات مكملة من فيتامين (أ) (٦–٥٩ شهراً) ٢٠٠٥ على الأقل جرعة ‡ واحدة	(٪) تغطية كاملة Δ	٪ للأسر التي تستهلك الملح المدعوم باليود ٢٠٠٠–٢٠٠٦*
أوغندا	١٢	٦٠	٨٠	٥٤	٢٠	٥	٥	٣٢	٧٨	٧٨	٩٥
أوكرانيا	٤	٦	٨٣	١١	١	٠	٠	٣	–	–	١٨
الإمارات العربية المتحدة	١٥	٣٤ x,k	٥٢ x	٢٩ x	١٤ x	٣ x	x١٥	x١٧	–	–	–
المملكة المتحدة	٨	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الولايات المتحدة الأمريكية	٨	–	–	–	٢	٠	٠	١	–	–	–
أوروغواي	٨	–	–	–	٥	١	٢	١١	–	–	–
أوزبكستان	٥	٢٦	٤٥	٣٨	٥	١	٣	١٥	٨٢	٨٢	٥٣
فانواتو	٦	٥٠ x,k	–	–	–	–	–	–	–	–	–
فنزويلا (ج. بوليفيا)	٩	٧ x,k	٥٠ x	٣١ x	٥	١	٤	١٣	–	–	٩٠ x
فيتنام	٧	١٧	٧٠	٢٣	٢٥	٣	٧	٣٠	٩٩	٩٩ w	٩٣
اليمن	٣٢	١٢	٧٦	–	٤٦	١٥	١٢	٥٣	١٥	١٥ w	٣٠
زامبيا	١٢	٤٠	٨٧	٥٨	٢٠	–	٦	٥٠	٦٦	٦٦	٧٧
زيمبابوي	١١	٢٢	٧٩	٢٨	١٧	٣	٦	٢٩	٨١	٨١	٩٣ x
ملخصات إقليمية											
إفريقيا جنوب الصحراء	١٤	٣٠	٦٧	٥٠	٢٨	٨	٩	٣٨	٧٩	٧٣	٦٤
شرق وجنوب إفريقيا	١٤	٣٨	٧١	٥٦	٢٨	٧	٧	٤١	٧٣	٦٤	٥٤
غرب ووسط إفريقيا	١٤	٢١	٦٣	٤٦	٢٨	٩	١٠	٣٦	٨٥	٨٢	٧٢
الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	١٦	٢٨	٥٧	٢٥	١٧	٥	٨	٢٥	–	–	٦٤
جنوب آسيا	٢٩	٤٥	٥٥	–	٤٢	١٥	١٨	٤٦	٧١	٧١	٥١
شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادي	٦	٤٣	٤٥	٢٧	١٤	–	–	١٦	٨٤	٨٢ **	٨٤
أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي	٩	–	–	–	٧	–	٢	١٦	–	–	٨٥
دول وسط وشرق أوروبا – رابطة الدول المستقلة حديثا	٦	١٩	٤٤	٢٣	٥	١	٢	١٢	–	–	٥٠
الدول الصناعية §	٧	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الدول الآخذة في النمو §	١٦	٣٨	٥٦	٤٠	٢٦	١٠	١١	٣٢	٧٥	٧٢ **	٦٩
الدول الأقل نمواً §	١٧	٣٥	٦٤	٦٣	٣٥	١٠	١٠	٤٢	٨٢	٧٧	٥٥
العالم	١٥	٣٨	٥٦	٣٩	٢٥	٩	١١	٣١	٧٥	٧٢ **	٦٨

§ تشمل أيضاً الأقاليم ضمن كل فئة من الدول أو مجموعة إقليمية. والدول والأقاليم الموجودة في كل فئة من الدول أو مجموعة إقليمية معروضة في الصفحة رقم ١٤٨

تعريف المؤشرات

الرضع المنخفضو الوزن عند الولادة – هم الذين يزن كل منهم أقل من ٢٫٥٠٠ غرام

الوزن المنخفض – المعتدل والحاد – أدنى من ناقص انحرافين معياريين عن الوزن الأوسط للطفل قياساً بعمره في المجموعة السكانية المرجعية. والحاد – أدنى من ناقص ثلاثة انحرافات معيارية عن الوزن الأوسط للطفل قياساً بعمره في المجموعة السكانية المرجعية.

الهزال – المعتدل والحاد – أدنى من ناقص انحرافين معياريين عن الوزن الأوسط للطفل قياساً بطوله في المجموعة السكانية المرجعية.

التقزم – المعتدل والحاد – أدنى من ناقص انحرافين معياريين عن الطول الأوسط للطفل قياساً بعمره في المجموعة السكانية المرجعية.

فيتامين (أ) – النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية ٦ – ٥٩ شهراً، الذين حصلوا على جرعة عالية واحدة على الأقل من كبسولات فيتامين (أ) في عام ٢٠٠٥.

استهلاك الملح المدعوم باليود – النسبة المئوية للأُسر التي تستهلك الملح المدعوم باليود بكمية ملائمة (١٥ جزء لكل مليون ppm أو أكثر).

مصادر البيانات الأساسية

الرضع المنخفضو الوزن عند الولادة – المسوحات السكانية والصحية، المسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات، المسوحات الوطنية الأخرى للأسرة، والبيانات المأخوذة من الأنظمة التي تُصدر تقارير دورية.

الرضاعة الطبيعية – المسوحات السكانية والصحية، المسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات، اليونيسف.

الوزن المنخفض، الهُزال، والتقزم – المسوحات السكانية والصحية، المسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات، اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية.

فيتامين (أ) – اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية.

دعم الملح باليود – المسوحات السكانية والصحية، المسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات، اليونيسف.

ملاحظات

– البيانات غير متوافرة.
x البيانات التي تشير إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود، تختلف عن التعريف المعياري، أو تشير إلى جزء واحد فقط من الدولة.
y البيانات تختلف عن التعريف المعياري أو تشير إلى جزء واحد فقط من الدولة، ولكنها مشمولة في حساب المتوسطات الإقليمية والعالمية.
* البيانات تشير إلى أحدث سنة تتوافر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.
k تشير إلى الرضاعة الطبيعية الخالصة لفترة تقل عن ٤ أشهر.
w تُحدد الدول التي لديها برامج للتغذية التكميلية باستعمال فيتامين (أ) ولا تستهدف الأطفال طوال فترة بقائهم حتى بلوغهم ٥٩ شهراً من العمر.
‡ تعود بالنسبة المئوية إلى الأطفال الذين أخذوا جرعة واحد على الأقل في عام ٢٠٠٥ (تعتمد التغطية على ما أشير في التقرير في ذلك الوقت)
Δ النسبة المئوية من الأطفال الذين اخذوا جرعتين في ٢٠٠٥ اعتبرت النسبة الأدنى ما بين نقطتين. وتشير درجة "صفر" إلى أنه تم إعطاء جرعة واحدة عام ٢٠٠٥
** البيانات تستثني الصين

الجدول ٣. الصحة

الدول والأقاليم	النسبة المئوية للسكان الذين يستخدمون مصادر محسنة لمياه الشرب في ٢٠٠٤			النسبة المئوية للسكان الذين يستخدمون مرافق ملائمة للصرف الصحي في ٢٠٠٤			النسبة المئوية للقاحات برنامج التحصين الموسع العادي المول من الحكومة ٢٠٠٦	النسبة المئوية للتغطية التحصينية في عام ٢٠٠٦ λ											النسبة المئوية للمواليد المحصنين ضد الكزاز	النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة المشتبه بإصابتهم بالتهاب رئوي والذين أخذوا إلى أحد مقدمي الرعاية الصحية ± ٢٠٠٠ – ٢٠٠٦*	النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة المشتبه بإصابتهم بالتهاب رئوي ومضاد حيوي ± ٢٠٠٠ – ٢٠٠٦*	النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة المصابين بالإسهال والذين حصلوا على علاج الجفاف عن طريق الفم واستمروا في تناول الغذاء ٢٠٠٠–٢٠٠٦*	الملاريا ٢٠٠٣–٢٠٠٦*			
	المجموع	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المجموع	المناطق الحضرية	المناطق الريفية		الثلاثي	الحصبة	الثلاثي ٣	الثلاثي ٣ الهيموفيلس	الثلاثي ٣ الهيموفيلس والتهاب الكبد ب	الثلاثي ٣ الهيموفيلس والتهاب الكبد ب والشلل	الثلاثي ٣ الهيموفيلس والتهاب الكبد ب والشلل ٣	الثلاثي ٣ الهيموفيلس والتهاب الكبد ب والشلل ٣ والحصبة	الثلاثي ٣ الهيموفيلس والتهاب الكبد ب والشلل ٣ والحصبة ٢	الثلاثي ٣ الهيموفيلس والتهاب الكبد ب والشلل ٣ والحصبة ٢ والصفراء				النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة ينامون تحت ناموسية مقاومة للبعوض	النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة الذين ينامون تحت ناموسية مقاومة لمكافحة البعوض	النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة المصابين بالحمى ويعطون أدوية مضادة للملاريا
أفغانستان	٣٩	٦٣	٣١	٣٤	٤٩	٢٩	٠	٩٠	٩٠	٧٧	٧٧	٧٧	٦٨	–	–	٨٨	٢٨	–	٤٨	–	–	–
ألبانيا	٩٦	٩٩	٩٤	٩١	٩٩	٨٤	–	٩٨	٩٨	٩٨	٩٧	٩٧	٩٧	٩٨	–	٨٧	٤٥	٣٨	٥٠	–	–	–
الجزائر	٨٥	٨٨	٨٠	٩٢	٩٩	٨٢	١٠٠	٩٩	٩٨	٩٥	٩٥	٩١	٩٠	–	٨٠	٧٠	٥٣	٥٩	٢٤	–	–	–
أندورا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–	٩٧	٩٣	٩٣	٩٣	٩١	٨٤	٩٣	–	–	–	–	–	–	–	–
أنغولا	٥٣	٧٥	٤٠	٣١	٥٦	١٦	٦٧	٦٥	٦٦	٤٤	٤٤	٤٨	–	–	٨٠	٥٨	–	٣٢	–	–	–	
أنتيغوا وباربودا	٩١	٩٥	٨٩	٩٥	٩٨	٩٤	١٠٠	–	٩٦	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	–	–	–	–	–	–	–	–
الأرجنتين	٩٦	٩٨	٨٠	٩١	٩٢	٨٣	–	٩٩	٩٣	٩١	٩٢	٩٧	٨٤	٩١	–	–	–	–	–	–	–	–
أرمينيا	٩٢	٩٩	٨٠	٨٣	٩٦	٦١	٣٠	٩١	٩٥	٨٧	٨٧	٩٢	٧٨	–	–	٥٩	٣٦	١١	٥٩	–	–	–
أستراليا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–	–	٩٧	٩٢	٩٢	٩٤	٩٤	٩٤	–	–	–	–	–	–	–	–
النمسا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٨٨	–	٩٤	٨٣	٨٣	٨٠	٨٣	٨٣	–	–	–	–	–	–	–	–
أذربيجان	٧٧	٩٥	٥٩	٥٤	٧٣	٣٦	٧٠	٩٩	٩٧	٩٥	٩٧	٩٦	٩٣	–	–	٦٥	٣٦	–	٤٠	X١٢	X١	X١
جزر البهاما	٩٧	٩٨	٨٦	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–	٩٥	٩٥	٩٤	٨٨	٩٦	٩٥	٩٢	٩٧	٩٨	٩٩	٩٨	٩٨	٩٧	٩٦	٩٥	٩٤	٩٣	٩٢	٩١	٩٠	٨٩	٨٨	٨٧	٨٦	٨٥	٨٤	٨٣	٨٢	٨١	٨٠	٧٩	٧٨	٧٧	٧٦	٧٥	٧٤	٧٣	٧٢	٧١	٧٠	٦٩	٦٨	٦٧	٦٦	٦٥	٦٤	٦٣	٦٢	٦١	٦٠	٥٩	٥٨	٥٧	٥٦	٥٥	٥٤	٥٣	٥٢	٥١	٥٠	٤٩	٤٨	٤٧	٤٦	٤٥	٤٤	٤٣	٤٢	٤١	٤٠	٣٩	٣٨	٣٧	٣٦	٣٥	٣٤	٣٣	٣٢	٣١	٣٠	٢٩	٢٨	٢٧	٢٦	٢٥	٢٤	٢٣	٢٢	٢١	٢٠	١٩	١٨	١٧	١٦	١٥	١٤	١٣	١٢	١١	١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠	–	X	٢٠٠٦–٢٠٠٠*	٢٠٠٦*	٢٠٠٠ – ٢٠٠٦*	٢٠٠٦–٢٠٠٠*	٢٠٠٣–٢٠٠٦*			
بنغلاديش	٧٤	٨٢	٧٢	٣٩	٥١	٣٥	٦٣	٩٦	٩٦	٨٨	٨٨	٨١	٨٨	–	٩٢	٤٩	٣٠	٢٢	٤٩	–	–	–
باربادوس	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٩	١٠٠	١٠٠	–	٨١	٨٤	٨٥	٩٢	٨٤	٨٤	–	٥٤	–	–	–	–	–	–
بيلاروسيا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٨٤	٩٣	٦١	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٩	٩٧	٩٧	٩٨	–	٩٠	٥٤	٩٠	٦٧	٥٤	–	–	–
بلجيكا	–	١٠٠	–	–	–	–	–	–	٩٨	٩٧	٩٧	٨٨	٧٨	٩٥	٩٤	٩٤	–	–	–	–	–	–
بيليز	٩١	١٠٠	٨٢	٤٧	٧١	٢٥	١٠٠	٩٧	٩٦	٩٨	٩٨	٩٩	٩٨	٩٨	٩٨	٨٠	X٦٦	–	–	–	–	–
بنن	٦٧	٧٨	٥٧	٣٣	٥٩	١١	١٠	٩٩	٩٩	٩٣	٩٣	٨٩	٩٣	٩٣	٩٣	٨٤	٣٥	–	٤٢	٤٧	٢٠	٥٤
بوتان	٦٢	٨٦	٦٠	٧٠	٦٥	٧٠	–	٩٢	٩٨	٩٥	٩٦	٩٠	٩٥	–	٨٨	–	–	–	–	–	–	–
بوليفيا	٨٥	٩٥	٦٨	٤٦	٦٠	٢٢	٦٩	٩٣	٩٤	٨١	٧٩	٨١	٨١	٨١	–	٥٤	٥٢	–	٥٤	–	–	–
البوسنه والهرسك	٧٩	٩٩	٩٦	٩٥	٩٩	٩٢	٨٥	٩٧	٩٤	٨٧	٩١	٩٠	٨٢	٨٥	٨٥	٥٣	٩١	٧٣	٥٣	–	–	–
بوتسوانا	٩٥	١٠٠	٩٠	٤٢	٥٧	٢٥	١٠٠	٩٩	٩٨	٩٧	٩٧	٩٠	٨٥	–	٧١	٧	١٤	–	٧	–	–	–
البرازيل	٩٠	٩٦	٥٧	٧٥	٨٣	٣٧	–	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٧	٩٧	٨٤	X٢٨	X٤٦	X١٥	X٢٨	–	–	–
بروني / دار السلام	–	–	–	–	–	–	–	٩٦	٩٩	٩٩	٩٩	٩٧	٩٩	٩٩	٩٢	–	–	–	–	–	–	–
بلغاريا	٩٩	١٠٠	٩٧	٩٩	١٠٠	٩٦	١٠٠	٩٨	٩٧	٩٥	٩٦	٩٦	٩٦	٩٦	٦٥	–	٣٩	١٥	٤٢	١٨	١٠	٤٨
بوركينا فاسو	٦١	٩٤	٥٤	١٣	٤٢	٦	١٧	٩٩	٩٩	٩٥	٩٤	٨٨	٧٦	٧٦	–	٤٨	٣٨	٢٦	٢٣	١٣	٨	٣٠
بوروندي	٧٩	٩٢	٧٧	٣٦	٤٧	٣٥	١	٨٤	٨٦	٧٤	٦٤	٧٥	٧٤	٧٤	٨٤	٥٩	٤٨	–	٥٩	٨٨	٤	٠
كمبوديا	٤١	٦٤	٣٥	١٧	٥٣	٨	٠	٨٧	٨٥	٨٠	٨٠	٧٨	٨٠	–	٨٠	٥٢	٣٥	٣٨	٢٢	٢٧	١٣	٥٨
الكاميرون	٦٦	٨٦	٤٤	٥١	٥٨	٤٣	٢٠	٨٥	٨٧	٨١	٧٨	٧٣	٨١	–	٨٢	٥٢	٣٥	٣٨	٢٢	٢٧	١٣	٥٨
كندا	١٠٠	١٠٠	٩٩	١٠٠	١٠٠	٩٩	–	–	٩٧	٩٤	٩٤	٩٤	١٤	٩٤	٨٢	–	–	–	–	–	–	–
كيب فيردي	٨٠	٨٦	٧٣	٤٣	٦١	١٩	٩٠	٧٠	٧٤	٧٢	٧٢	٦٥	٦٩	–	–	–	–	–	–	–	–	–
جمهورية إفريقيا الوسطى	٧٥	٩٣	٦١	٢٧	٤٧	١٢	٠	٧٠	٦٥	٤٠	٤٠	٣٥	–	–	٧٤	٤٧	٣٢	٣٩	٢٧	٣٣	١٥	٥٧
تشاد	٤٢	٤١	٤٣	٩	٢٤	٤	٥٥	٤٠	٤٥	٢٠	٣٦	٢٣	–	–	٦٠	٢٧	١٢	–	٢٧	X٢٧	X١	X٣٢
تشيلي	٩٥	١٠٠	٥٨	٩١	٩٥	٦٢	١٠٠	٩٨	٩٥	٩٤	٩٤	٩١	٩٤	٩٤	–	–	–	–	–	–	–	–
الصين	٧٧	٩٣	٦٧	٤٤	٦٩	٢٨	–	٩٢	٩٤	٩٣	٩٤	٩٣	٩١	–	–	–	–	–	–	–	–	–
كولومبيا	٩٣	٩٩	٧١	٨٦	٩٦	٥٤	١٠٠	٨٨	٩٥	٨٦	٨٦	٨٨	٨٦	٨٦	٨٨	٣٩	٦٢	–	٣٩	X٢٤	–	–
جزر القمر	٨٦	٩٢	٨٢	٣٣	٤١	٢٩	٠	٨٤	٧٨	٦٩	٦٩	٦٦	٦٩	–	٧٧	٣١	٤٩	–	٣١	X٣٦	X٩	X٦٣
الكنغو	٥٨	٨٤	٢٧	٢٧	٢٨	٢٥	٧٥	٨٤	٨١	٧٩	٧٩	٦٦	–	–	٨٤	٣٩	٤٨	–	٣٩	٦٨	٦	٤٨
جكهورية الكونغو الديمقراطية	٤٦	٨٢	٢٩	٣٠	٤٢	٢٥	٠	٨٧	٨٧	٧٧	٧٧	٧٣	–	–	٧٧	١٧	٣٦	–	١٧	X١٢	X١	X٥٢
جزر الكوك	٩٤	٩٨	٨٨	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	–	–	–	–	–	–	–	–	–
كوستاريكا	٩٧	١٠٠	٩٢	٩٢	٨٩	٩٧	–	٨٨	٨٩	٩١	٩١	٨٩	٩٠	٨٩	–	–	–	–	–	–	–	–
كوت ديفوار	٨٤	٩٧	٧٤	٣٧	٤٦	٢٩	٢٨	٧٧	٩٥	٧٧	٧٦	٧٣	٧٧	–	٩٦	٤٥	٣٥	١٩	٤٥	١٧	٦	٣٦
كرواتيا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٨	٩٦	٩٦	٩٦	٩٦	–	٩٦	–	–	–	–	–	–	–	–
كوبا	٩١	٩٥	٧٨	٩٨	٩٩	٩٥	٩٩	٩٩	٩٦	٨٩	٩٩	٩٦	٨٩	٩٧	–	–	–	–	–	–	–	–
قبرص	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٣٦	–	٩٩	٩٧	٩٧	٨٧	٩٣	٩٠	–	–	–	–	–	–	–	–
جمهورية التشيك	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٨	٩٩	٩٧	٩٧	٩٩	٩٨	٩٨	٩٨	٩٧	٩٨	٩٧	–	–	–	–	–	–	–	–
الدنمارك	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–	–	–	١٠٠	–	٩٣	٩٣	٩٣	٩٩	–	٩٣	–	–	–	–	–	–	–	–
جيبوتي	٧٣	٧٦	٥٩	٨٢	٨٨	٥٠	–	٨٨	٧٦	٧٢	٧٢	٦٧	–	–	٧٧	٣٣	٦٢	٤٣	٣٣	٩	١	١٠
الدومينيكا	٩٧	١٠٠	٩٠	٨٤	٨٦	٧٥	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٥	٨٨	٩٩	٧	٧	–	–	–	–	–	–	–	–
جمهورية الدومينيكان	٩٥	٩٧	٩١	٧٨	٨١	٧٣	٦٩	٩٥	٩٣	٨١	٨٥	٩٩	٧٤	٦٩	٨٥	٤٢	٦٣	–	٤٢	–	–	–
الإكوادور	٩٤	٩٧	٨٩	٨٩	٩٤	٨٢	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٨	٩٧	٩٧	٩٨	٩٨	٦٦	–	–	–	–	–	–	–
مصر	٩٨	٩٩	٩٧	٧٠	٨٦	٥٨	١٠٠	٩٩	٩٨	٩٨	٩٨	٩٨	–	٩٨	٨٦	٢٧	٦٣	–	٢٧	–	–	–
السلفادور	٨٤	٩٤	٧٠	٦٢	٧٧	٣٩	١٠٠	٩٣	٩٨	٩٦	٩٦	٩٨	٩٦	٩٦	٩١	–	٦٢	–	–	–	–	–
غينيا – الإستوائية	٤٣	٤٥	٤٢	٥٣	٦٠	٤٦	٠	٧٣	٦٥	٣٣	٣٩	٥١	–	–	٥٩	٣٦	–	–	٣٦	X١٥	X١	X٤٩
إريتريا	٦٠	٧٤	٥٧	٩	٣٢	٣	١٠	٩٩	٩٩	٩٧	٩٦	٩٥	٩٧	–	٧٩	٥٤	٤٤	–	٥٤	X١٢	X٤	X٤
إستونيا	١٠٠	١٠٠	٩٩	٩٧	٩٧	٩٦	١٠٠	٩٩	٩٨	٩٥	٩٥	٩٦	٩٥	٨٨	–	–	–	–	–	–	–	–
إثيوبيا	٢٢	٨١	١١	١٣	٤٤	٧	٠	٧٢	٨٠	٧٢	٦٩	٦٣	–	–	٨٠	١٥	١٩	–	١٥	٢	٢	٣
فيجي	٤٧	٤٣	٥١	٧٢	٨٧	٥٥	١٠٠	٩٣	٨٤	٨١	٨٣	٩٩	٨١	٨١	٩٣	٥٤	٨٠	–	١٥	٢	٢	٣
فنلندا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٨	٩٩	٩٧	٩٧	٩٧	–	٩٨	–	–	–	–	–	–	–	–
فرنسا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–	–	–	–	٨٤	٩٨	٩٨	٨٧	٢٩	٩٨	٨٧	–	–	–	–	–	–	–	–

الدول والأقاليم	النسبة المئوية للسكان الذين يستخدمون مصادر محسنة لمياه الشرب في ٢٠٠٤			النسبة المئوية للسكان الذين يستخدمون مرافق ملائمة للصرف الصحي في ٢٠٠٤			النسبة المئوية للقاحات برنامج التحصين الموسع العادي المول من الحكومة ٢٠٠٦ المجموع	النسبة المئوية للتغطية التحصينية في عام ٢٠٠٦ λ																النسبة المئوية للأطفال دون الخامسة من العمر المشتبه بإصابتهم بالتهاب رئوي والذين أخذوا إلى أحد مقدمي الرعاية الصحية ± ٢٠٠٠ – ٢٠٠٦*	النسبة المئوية للأطفال دون الخامسة من العمر المشتبه بإصابتهم بالتهاب رئوي ويأخذون مضاد حيوي ±	النسبة المئوية للأطفال دون الخامسة من العمر المصابين بالإسهال والذين حصلوا على علاج الجفاف عن طريق الفم واستمروا في تناول الغذاء ٢٠٠٠–٢٠٠٦*	الملاريا ٢٠٠٣–٢٠٠٦*		
	المجموع	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المجموع	المناطق الحضرية	المناطق الريفية		الأطفال في عمر سنة واحدة المحصنون ضد								للملاقحات المناقرة							النسبة المئوية للمواليد المحصنين ضد الكزاز														
الغابون	٨٨	٩٥	٤٧	٣٦	٣٧	٣٠	١٠٠	٨٩	٦٩	٣٨	٣١	٥٥	٣٨	–	٦٣	٤٨	–	٤٤	–	–	–
غامبيا	٨٢	٩٥	٧٧	٥٣	٧٢	٤٦	٣٥	٩٩	٩٥	٩٥	٩٥	٩٥	٩٥	٩٥	٩٤	٦٩	٦١	٣٨	٦٣	٤٩	٦٣
جورجيا	٨٢	٩٦	٦٧	٩٤	٩٦	٩١	٧١	٩٥	٩٩	٨٧	٨٨	٩٥	٨٣	–	٨٧	٩٩	–	–	–	–	–
ألمانيا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–	٩٦	٩٠	٩٦	٩٤	٨٦	٩٤	–	–	–	–	–	–	–	–
غانا	٧٥	٨٨	٦٤	١٨	٢٧	١١	–	٩٩	٨٧	٨٤	٨٤	٨٥	٨٤	٨٤	–	٥٩	٣٣	٢٩	٣٣	٢٢	٦١
اليونان	–	–	–	–	–	–	–	٨٨	٩٦	٨٨	٨٧	٨٨	٨٨	٨٨	٦٩	–	–	–	–	–	–
غرينادا	٩٥	٩٧	٩٣	٩٦	٩٦	٩٧	١٠٠	–	٨٧	٩١	٩١	٩٨	٩١	٩١	–	–	–	–	–	–	–
غواتيمالا	٩٥	٩٩	٩٢	٨٦	٩٠	٨٢	–	٩٦	٩٣	٨٠	٨١	٩٥	٨٠	٨٠	٩١	٦٤	–	X٢٢	X٦	X١	–
غينيا	٥٠	٧٨	٣٥	١٨	٣١	١١	٤٠	٩٠	٩٩	٧١	٧٠	٦٧	–	–	٧٩	٤٢	–	٣٨	١٢	٠	٤٤
غينيا – بيساو	٥٩	٧٩	٤٩	٣٥	٥٧	٢٣	–	٨٧	٨٥	٧٧	٧٤	٦٠	–	–	٩١	٥٧	٤٢	٢٥	٧٣	٣٩	٤٦
غوايانا	٨٣	٨٣	٨٣	٧٠	٨٦	٦٠	١٠٠	٩٦	٩٥	٩٣	٩٢	٩٠	٩٣	٩٣	٣١	٧٨	–	٤٠	٧٤	٦	١
هايتي	٥٤	٥٢	٥٦	٣٠	٥٧	١٤	–	٧٥	٨٣	٥٣	٥٢	٥٨	–	–	٩٤	٣١	٣	٤٣	–	–	٥
الفاتيكان	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
هندوراس	٨٧	٩٥	٨١	٦٩	٨٧	٥٤	١٠٠	٩٠	٩٥	٨٧	٨٧	٩١	٨٧	٨٧	–	٥٦	٥٤	٤٩	–	–	١
هنغاريا	٩٩	١٠٠	٩٨	٩٥	١٠٠	٨٥	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	–	٩٩	–	–	–	–	–	–	–
آيسلندا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–	–	٩٧	٩٧	٩٧	٩٥	–	٩٧	٨٦	–	–	–	–	–	–
الهند	٨٦	٩٥	٨٣	٣٣	٥٩	٢٢	١٠٠	٧٨	٧٨	٥٥	٥٨	٥٩	٦	–	٨٣	٦٩	–	٣٢	–	–	X١٢
إندونيسيا	٧٧	٨٧	٦٩	٥٥	٧٣	٤٠	٨٧	٨٢	٨٨	٧٠	٧٠	٧٢	٧٠	–	٨٧	٦١	–	٥٦	X٣٢	X٠	١
ج. إيران الإسلامية	٩٤	٩٩	٨٤	–	–	–	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	–	٩٣	–	–	–	–	–	–
العراق	٨١	٩٧	٥٠	٧٩	٩٥	٤٨	١٠٠	٩١	٨٣	٦٠	٦٣	٦٠	٧٥	–	٨٩	٨٢	٨٢	٦٤	X٧	X٠	X١
إيرلندا	–	١٠٠	–	–	–	–	١٠٠	٩٣	٩٧	٩١	٩١	٨٦	–	٩١	–	–	–	–	–	–	–
إسرائيل	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–	١٠٠	–	–	–	٩٨	٩٥	٩٣	٩٥	٩٥	٩٦	–	–	–	–	–	–	–
إيطاليا	–	–	–	–	–	–	–	–	٩٧	٩٦	٩٧	٨٧	٩٦	٩٥	٥٢	–	–	–	–	–	–
جمايكا	٩٣	٩٨	٨٨	٨٠	٩١	٦٩	١٠٠	٩٠	٨٦	٨٥	٨٧	٨٧	٨٦	٨٧	٧٢	٧٥	٥٢	٣٩	–	–	–
اليابان	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–	–	٩٩	٩٩	٩٧	٩٩	–	–	٨٦	–	–	–	–	–	–
الأردن	٩٧	٩٩	٩١	٩٣	٩٤	٨٧	١٠٠	٩٥	٩٩	٩٨	٩٨	٩٩	٩٨	٩٨	–	٧٨	–	٤٤	–	–	–
كازاخستان	٨٦	٩٧	٧٣	٧٢	٨٧	٥٢	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	–	–	٧١	٣٢	٤٨	–	–	–
كينيا	٦١	٨٣	٤٦	٤٣	٤٦	٤١	٨٠	٩٢	٩٠	٨٠	٧٧	٧٧	٨٠	٨٠	٧٤	٤٩	–	٣٣	١٥	٥	٢٧
كيريباتي	٦٥	٧٧	٥٣	٤٠	٥٩	٢٢	١٠٠	٩٩	٩٨	٨٦	٨٦	٦١	٨٨	–	–	–	–	–	–	–	–
كوريا الديمقراطية	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٥٩	٥٨	٦٠	–	٩٦	٩١	٨٩	٩٨	٩٦	٩٦	٩٦	–	٩٣	–	–	–	–	–
جمهورية كوريا	٩٢	٩٧	٧١	–	–	–	–	٩٨	٩٨	٩٨	٩٨	٩٩	–	٩٩	–	–	–	–	–	–	–
الكويت	–	–	–	–	–	–	–	–	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٠	–	–	–	–	–	–
قيرغيزستان	٧٧	٩٨	٦٦	٥٩	٧٥	٥١	٤٠	٩٩	٩٦	٩٣	٩٧	٩٠	–	٨٢	٧٤	٦٢	٤٥	٢٢	–	–	–
ج. لاوس الديمقراطية الشعبية	٥١	٧٩	٤٣	٣٠	٦٧	٢٠	٠	٦١	٦٨	٥٧	٥٦	٤٨	٥٧	–	٥٢	٣٦	–	٣٧	X٨٢	X١٨	X٩
لاتفيا	٩٩	١٠٠	٩٦	٧٨	٨٢	٧١	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٨	٩٨	٩٥	٩٧	٩٩	–	–	–	–	–	–	–
لبنان	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٨	١٠٠	٨٧	١٠٠	–	٩٨	٩٢	٩٢	٩٦	٨٨	٩٢	٧٢	٧٤	–	–	–	–	–
ليسوتو	٧٩	٩٢	٧٦	٣٧	٦١	٣٢	١	٩٦	٩٥	٨٣	٨٠	٨٥	٨٥	–	٧٢	٥٩	–	٥٣	–	–	–
ليبيريا	٦١	٧٢	٥٢	٢٧	٤٩	٧	٠	٨٩	٩٩	٨٨	٨٧	٩٤	–	–	–	٧٠	–	–	١١	٣	–
ج. العربية الليبية	–	–	–	٩٧	٩٧	٩٦	١٠٠	٩٩	٩٨	٩٨	٩٨	٩٨	٩٨	–	٩٨	–	–	–	–	–	–
ليشتنشتاين	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
لتوانيا	–	–	–	–	–	–	١٠٠	٩٩	٩٨	٩٤	٩٤	٩٧	٩٥	٩٤	–	–	–	–	–	–	–
لوكسمبورغ	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–	–	–	–	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٥	٩٥	٩٨	–	–	–	–	–	–	–
مدغشقر	٥٠	٧٧	٣٥	٣٤	٤٨	٢٦	١٨	٧٢	٧١	٦١	٦٣	٥٩	٦١	–	٦٧	٤٨	–	٤٧	X٣٠	X٠	٣٤
ملاوي	٧٣	٩٨	٦٨	٦١	٦٢	٦١	٢٠	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٨٥	٩٩	٩٩	٨٤	٥١	٢٩	٢٦	٢٩	٢٣	٢٤
ماليزيا	٩٩	١٠٠	٩٦	٩٤	٩٥	٩٣	١٠٠	٩٩	٨٨	٩٦	٩٦	٩٠	٨٧	٨٩	٨٨	–	–	–	–	–	–
ملديف	٨٣	٩٨	٧٦	٥٩	١٠٠	٤٢	٧٥	٩٩	٩٩	٩٨	٩٨	٩٧	٩٨	–	٨٥	٢٢	–	–	–	–	–
مالي	٥٠	٧٨	٣٦	٤٦	٥٩	٣٩	٧٧	٨٥	٩٥	٨٥	٨٣	٨٦	٩٠	١٦	–	٣٦	–	–	–	–	–
مالطا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–	١٠٠	–	٧٠	–	٨٥	٨٥	٨٣	٩٤	٨٦	٨٣	٦٢	–	–	–	–	–	–
جزر مارشال	٨٧	٨٢	٩٦	٨٢	٩٣	٥٨	١٠٠	٩٢	٩٠	٧٤	٩٥	٩٦	٩٧	٦٠	–	–	–	–	–	–	–
موريتانيا	٥٣	٥٩	٤٤	٣٤	٤٩	٨	١٠٠	٨٦	٨٥	٦٨	٦٨	٦٢	٦٨	–	٩٤	٤١	–	٩	٣١	٢	٣٣
موريشيوس	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٤	٩٥	٩٤	١٠٠	٩٧	٩٦	٩٧	٩٨	٩٩	٩٧	٩٦	–	–	–	–	–	–	–
المكسيك	٩٧	١٠٠	٨٧	٧٩	٩١	٤١	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٨	٩٨	٩٦	٩٨	٩٨	٨٧	–	–	–	–	–	–
ميكرونيسيا الاتحادية	٩٤	٩٥	٩٤	٢٨	٦١	١٤	١٠٠	٥٥	٨٦	٦٧	٨١	٨٣	٨٤	٥٩	–	–	–	–	–	–	–
جمهورية مولدوفا	٩٢	٩٧	٨٨	٦٨	٨٦	٥٢	–	٩٩	٩٧	٩٧	٩٨	٩٦	–	٩٨	–	٦٠	–	٤٨	–	–	–
موناكو	١٠٠	١٠٠	–	١٠٠	١٠٠	–	–	٩٠	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	–	–	–	–	–	–	–
منغوليا	٦٢	٨٧	٣٠	٥٩	٧٥	٣٧	–	٩٨	٩٩	٩٨	٩٩	٩٩	٩٨	٥٦	٨٧	٦٣	٧١	٤٧	–	–	–
مونتانيغرو	–	–	–	–	–	–	–	٩٨	٩٥	٩٠	٩٠	٩٠	٩٠	٩٠	٨٥	٨٩	٥٧	٦٤	–	–	–
المغرب	٨١	٩٩	٥٦	٧٣	٨٨	٥٢	١٠٠	٩٥	٩٧	٩٧	٩٩	٩٥	٩٥	١٠	–	٣٨	–	٤٦	–	–	–
موزامبيق	٤٣	٧٢	٢٦	٣٢	٥٣	١٩	١٠٠	٨٧	٨٨	٧٠	٧٢	٧٧	٧٢	–	٨٥	٥٥	–	٤٧	١٠	–	١٥
مايانمار	٧٨	٨٠	٧٧	٧٧	٨٨	٧٢	–	٨٥	٨٦	٨٢	٨٢	٧٥	–	٨٧	٨٥	٦٦	–	٦٥	–	–	–
ناميبيا	٨٧	٩٨	٨١	٢٥	٥٠	١٣	١٠٠	٨٨	٩٠	٧٤	٧٤	٦٣	–	–	٨١	٥٣	–	٣٩	X٧	–	X١٤

الجدول ٣. الصحة

الدول والأقاليم	النسبة المئوية للسكان الذين يستخدمون مصادر مُحسنة لمياه الشرب في ٢٠٠٤			النسبة المئوية للسكان الذين يستخدمون مرافق ملائمة للصرف الصحي في ٢٠٠٤			النسبة المئوية للقاحات برنامج التحصين الموسع العادي الممول من الحكومة ٢٠٠٦ المجموع	النسبة المئوية للتغطية التحصينية في عام ٢٠٠٦ λ												النسبة المئوية للمواليد الجدد المحصنين ضد الكزاز	النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة بإصابتهم بالتهاب رئوي والذين أخذوا إلى أحد مقدمي الرعاية الصحية ± ٢٠٠٠	النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة المشتبه بإصابتهم بالتهاب رئوي ويأخذون مضاد حيوي ± ٢٠٠٦*	النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة المصابين بالإسهال والذين حصلوا على علاج الجفاف عن طريق الفم واستمروا في تناول الغذاء ٢٠٠٠-٢٠٠٦*	الملاريا ٢٠٠٣-٢٠٠٦*			
								الأطفال في عمر سنة واحدة المحصنون ضد							للقاحات المناظرة									
	المجموع	المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المجموع	المناطق الريفية	المناطق الحضرية		السل	الثلاثي: الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي	الثلاثي: الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي	الثلاثي: الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي	الثلاثي: الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي	الحصبة	الحصبة	الحصبة	الحصبة	الحصبة	الحصبة	الحصبة					
ناورو	–	–	–	–	–	–	٠	٩٩	٩٨	٧٢	٤٥	٩٩	٩٩	–	–	٨٣								
نيبال	٩٠	٩٦	٨٩	٣٥	٦٢	٣٠	١٨	٩٣	٩٣	٨٩	٩١	٨٥	٦٩	–	٩٩	٩٨	٩٣	٩٣	٩٣	٩٣	٨٣	٤٣	٢٥	٤٣
هولندا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–	٩٨	٩٨	٩٨	٩٦	–	٩٧	١٠٠	٩٨	٩٨	٩٨	٩٨	٩٨	–	–	–	–
نيوزيلانده	–	١٠٠	–	–	–	–	١٠٠	–	٩٢	٨٩	٨٩	٨٢	٨٧	٨٠	١٠٠	٩٢	٨٩	٨٩	٨٩	٨٩	–	–	–	–
نيكاراغوا	٧٩	٩٠	٦٣	٤٧	٥٦	٣٤	٨٣	٩٩	٩٤	٨٧	٨٨	٩٩	٨٧	٨٧	٩٤	٩٤	٩٤	٩٤	٩٤	٩٤	٥٧	–	–	X٢
النيجر	٤٦	٨٠	٣٦	١٣	٤٣	٤	١٩	٦٤	٥٨	٣٩	٥٥	٤٧	–	–	٥٣	٦٩	٧٢	٥٤	٦١	٦٢	٢٧	٤٣	١٥	٣٣
نيجيريا	٤٨	٦٧	٣١	٤٤	٥٣	٣٦	١٠٠	٦٩	٧٢	٥٤	٦١	٦٢	٤١	–	٧١	٦٩	٧٢	٥٤	٦١	٦٢	٣٣	٢٨	٦	٣٤
نيو	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	–	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	–	–	–	–
النرويج	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–	–	–	١٠٠	–	٩٧	٩٣	٩٣	٩١	–	٩٤	١٠٠	٩٧	٩٣	٩٣	٩٣	٩٣	–	–	–	–
الأرض الفلسطينية المحتلة	٩٢	٩٤	٨٨	٧٣	٧٨	٦١	–	٩٩	٩٨	٩٦	٩٦	٩٧	–	–	٩٩	٩٩	٩٨	٩٦	٩٦	٩٦	٦٥	–	–	–
سلطنة عُمان	–	–	–	–	٩٧	–	–	٩٩	٩٨	٩٨	٩٨	٩٦	٩٩	٩٨	٩٤	٩٩	٩٨	٩٨	٩٨	٩٨	–	–	–	–
الباكستان	٩١	٩٦	٨٩	٥٩	٩٢	٤١	١٠٠	٨٩	٩٠	٨٣	٨٣	٨٠	٨٣	–	٨٠	X٦٦	X١٦	–	–	–	–	–	–	–
بالاو	٨٥	٧٩	٩٤	٨٠	٩٦	٥٢	١٠٠	٩٨	٩٨	٩٨	٩٨	٩٨	٩٨	٩٨	٩٨	–	–	–	–	–	–	–	–	–
بنما	٩٠	٩٩	٧٩	٧٣	٨٩	٥١	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٤	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	–	–	–	–
بابوا غينيا الجديدة	٣٩	٨٨	٣٢	٤٤	٦٧	٤١	١٠٠	٧٥	٨٥	٧٥	٧٥	٧٠	–	٨١	١٠٠	٧٥	٨٥	٧٥	٧٥	٧٠	X٧٥	–	–	–
باراغواي	٨٦	٩٩	٦٨	٨٠	٩٤	٦١	١٠٠	٧٥	٩٠	٧٣	٧٢	٨٨	٧٣	٨٢	١٠٠	٧٥	٩٠	٧٣	٧٢	٨٨	X٥١	X٢٩	–	–
بيرو	٨٣	٨٩	٦٥	٦٣	٧٤	٣٢	٩٦	٩٩	٩٨	٩٤	٩٥	٩٩	٩٤	٩٤	٦٤	٩٩	٩٨	٩٤	٩٥	٩٤	٦٨	–	–	٥٧
الفلبين	٨٥	٨٧	٨٢	٧٢	٨٠	٥٩	١٠٠	٩١	٩٠	٨٨	٨٨	٩٢	٧٧	–	٥٧	٩١	٩٠	٨٨	٨٨	٩٢	٥٥	–	–	٧٦
بولندا	–	–	–	–	–	–	–	٩٤	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٨	٣١	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
البرتغال	–	–	–	–	–	–	–	٨٩	٩٤	٩٣	٩٣	٩٣	٩٤	٩٣	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
قطر	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٩	٩٦	٩٥	٩٩	٩٦	–	٩٩	٩٩	٩٩	٩٦	٩٦	–	–	–	–
رومانيا	٥٧	٩١	١٦	–	٨٩	–	١٠٠	٩٩	٩٨	٩٧	٩٧	٩٥	٩٩	–	–	٩٩	٩٨	٩٧	٩٧	٩٥	–	–	–	–
الاتحاد الروسي	٩٧	١٠٠	٨٨	٨٧	٩٣	٧٠	–	٩٧	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٨	–	–	٩٧	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٢٨	–	–	–
رواندا	٧٤	٩٢	٦٩	٤٢	٥٦	٣٨	٢٨	٩٨	٩٩	٩٩	٩٩	٩٥	٩٩	٩٩	٨٢	٩٨	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٢٨	–	١٦	١٢
سانت كيتس ونيفيس	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٥	٩٦	٩٦	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	–	–	–	–
سانت لوتشيا	٩٨	٩٨	٩٨	٨٩	٨٩	٨٩	–	٩٤	٩٤	٨٥	٨٥	٩٤	٨٥	٨٥	٩٤	٩٤	٩٤	٨٥	٨٥	٩٤	–	–	–	–
سانت فينسنت وغرينادين	–	–	٩٣	–	–	٩٦	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	–	–	–	–
ساموا	٨٨	٩٠	٨٧	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٨٤	٨٠	٥٦	٥٧	٥٤	٥٦	–	١٠٠	٨٤	٨٠	٥٦	٥٧	٥٤	–	–	–	–
سان مارينو	–	–	–	–	–	–	–	–	٩٤	٩٥	٩٥	٩٤	٩٥	٩٥	–	٩٤	٩٥	٩٥	٩٥	٩٤	–	–	–	–
ساو تومي وبرنسيبي	٧٩	٨٩	٧٣	٢٥	٣٢	٢٠	٠	٩٨	٩٩	٩٩	٩٧	٨٥	٧٥	–	–	٩٨	٩٩	٩٩	٩٧	٨٥	٤٧	–	٥٣	٢٥
السعودية	–	٩٧	–	–	١٠٠	–	١٠٠	٩٥	٩٧	٩٦	٩٦	٩٥	٩٦	٩٦	٥٦	٩٥	٩٧	٩٦	٩٦	٩٦	–	–	–	–
السنغال	٧٦	٩٢	٦٠	٥٧	٧٩	٣٤	٣٧	٩٩	٩٩	٨٩	٨٠	٨٩	٨٩	٨٦	٨٦	٩٩	٩٩	٨٩	٨٩	٨٠	٤٧	–	١٤	٢٧
الصرب	–	–	–	–	–	–	–	٩٩	٩٧	٩٢	٩٧	٩٣	٤٢	–	–	٩٩	٩٧	٩٢	٩٧	٩٣	٩٣	٥٧	–	٣١
سيشلز	٨٨	١٠٠	٧٥	–	–	١٠٠	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	–	–	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	–	–	–	–
سيراليون	٥٧	٧٥	٤٦	٣٩	٥٣	٣٠	–	٨٢	٧٧	٦٤	٦٧	–	–	–	٨٦	٨٢	٧٧	٦٤	٦٧	–	٤٨	٢١	٢٠	٥٢
سنغافوره	١٠٠	١٠٠	–	١٠٠	١٠٠	–	–	٩٨	٩٦	٩٥	٩٥	٩٣	٩٤	–	٤	٩٨	٩٦	٩٥	٩٥	٩٣	–	–	–	–
سلوفاكيا	١٠٠	١٠٠	٩٩	٩٩	١٠٠	٩٨	١٠٠	٩٨	٩٩	٩٩	٩٩	٩٨	٩٩	٧٣	٧٣	٩٨	٩٩	٩٩	٩٩	٩٨	–	–	–	–
سلوفينيا	–	–	–	–	–	–	٧٠	–	٩٨	٩٧	٩٧	٩٦	–	٧٤	٧٤	–	٩٨	٩٧	٩٧	٩٦	–	–	–	–
جزر سليمان	٧٠	٩٤	٦٥	٣١	٩٨	١٨	–	٨٤	٩٦	٩١	٩١	٨٤	٩٣	–	٧٤	٨٤	٩٦	٩١	٩١	٨٤	–	–	–	–
الصومال	٢٩	٣٢	٢٧	٢٦	٤٨	١٤	٠	٥٠	٤٠	٣٥	٣٥	٣٥	–	–	–	٥٠	٤٠	٣٥	٣٥	٣٥	١٣	٣٢	١٨	٨
جنوب إفريقيا	٨٨	٩٩	٧٣	٦٥	٧٩	٤٦	١٠٠	٩٧	٩٩	٩٩	٩٩	٨٥	٩٩	٨٨	٨٨	٩٧	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	X٧٥	–	–	X٣٧
إسبانيا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–	٩٨	٩٨	٩٨	٩٧	٩٨	٧٢	٧٢	–	٩٨	٩٨	٩٨	٩٧	–	–	–	–
سري لانكا	٧٩	٩٨	٧٤	٩١	٩٨	٨٩	٦٨	٩٩	٩٩	٩٨	٩٩	٩٨	٩٩	٩٣	٩٣	٩٩	٩٩	٩٨	٩٩	٩٨	–	–	–	–
السودان	٧٠	٧٨	٦٤	٣٤	٥٠	٢٤	٠	٧٧	٩١	٧٨	٧٧	٧٣	٦٠	–	٦٠	٧٧	٩١	٧٨	٧٧	٧٣	٥٧	–	٢٣X	٥٠X
سورينام	٩٢	٩٨	٧٣	٩٤	٩٩	٧٦	–	–	٩٤	٨٤	٨٤	٨٣	٨٤	٨٤	–	–	٩٤	٨٤	٨٤	٨٣	٥٨	–	٧٧X	٣X
سوازيلاند	٦٢	٨٧	٥٤	٤٨	٥٩	٤٤	١٠٠	٧٨	٧٣	٦٨	٦٧	٥٧	٦٨	–	–	٧٨	٧٣	٦٨	٦٧	٥٧	٦٠	–	٠X	٢٦X
السويد	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–	١٧	٩٩	٩٩	٩٩	٩٥	–	٨٦	٨٦	١٧	٩٩	٩٩	٩٩	٩٥	–	–	–	–
سويسرا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٥	–	٩٨	٩٥	٩٤	٨٦	–	٩٣	٩٣	–	٩٨	٩٥	٩٤	٨٦	–	–	–	–
ج. العربية السورية	٩٣	٩٨	٨٧	٩٠	٩٩	٨١	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٨	٩٨	٨٧	٨٧	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٨	٧٧	٧١	–	٣٤
طاجكستان	٥٩	٩٢	٤٨	٥١	٧٠	٤٥	٥	٩٤	٩٣	٨٦	٨١	٨٧	٨٦	٨٨	–	٩٤	٩٣	٨٦	٨١	٨٧	٦٤	٤١	٢	٢٢
تنزانيا	٦٢	٨٥	٤٩	٤٧	٥٣	٤٣	٨٣	٩٩	٩٤	٩٠	٩١	٩٣	٩٠	–	٥٣	٩٩	٩٤	٩٠	٩١	٩٣	٥٩	–	٢	٥٣
تايلاند	٩٩	٩٨	١٠٠	٩٩	٩٨	٩٩	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٩	٩٨	٩٦	٩٦	–	٤٦	٩٩	٩٩	٩٨	٩٨	٩٦	٨٤	٦٥	–	٤٦
مقدونيا (يوغسلافيا) سابقاً	–	–	–	–	–	–	–	٩٢	٩٥	٩٣	٩٢	٩٤	٨٩	–	٨٨	٩٢	٩٥	٩٣	٩٢	٩٤	٩٣	٧٤	–	٤٥
تيمور الشرقية	٥٨	٧٧	٥٦	٣٦	٦٦	٣٣	٠	٧٢	٧٥	٦٧	٦٦	٦٤	–	–	٦٣	٧٢	٧٥	٦٧	٦٦	٦٤	٢٤	–	X٤٨	X٤٧
توغو	٥٢	٨٠	٣٦	٣٣٥	٧١	١٥	١٠٠	٩٦	٩١	٨٧	٨٧	٨٣	–	–	٨٤	٩٦	٩١	٨٧	٨٧	٨٣	٢٣	٢٦	٤١	٢٢
تونغا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٦	٩٨	٩٦	٧٥	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	–	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	–	–	–	–
ترينيداد وتوباغو	٩١	٩٢	٨٨	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–	٩٣	٩٢	٨٩	٨٩	٨٩	٨٩	–	٧٤	٣٤	–	–	–	–	–	–	٣٢
تونس	٩٣	٩٩	٨٢	٨٥	٩٦	٦٥	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٨	٩٩	–	٨٩	٤٣	–	–	–	–	–	–	–	–
تركيا	٩٦	٩٨	٩٣	٨٨	٩٦	٧٢	–	٨٨	٩٢	٩٠	٩٠	٩٨	٨٢	–	٦٧	٤١	–	–	–	–	–	–	–	X١٩
تركمانستان	٧٢	٩٣	٥٤	٦٢	٧٧	٥٠	–	٩٩	٩٨	٩٨	٩٩	٩٨	–	–	–	٨٣	٥٠	–	–	–	–	–	–	٢٥
توفالو	١٠٠	٩٤	٩٢	٩٠	٩٣	٨٤	١٠	٩٩	٩٩	٩٧	٩٧	٨٤	٩٧	–	٩٧	٩٩	٩٩	٩٧	٩٧	٨٤	–	–	–	–

الدول والأقاليم	النسبة المئوية للسكان الذين يستخدمون مصادر مُحسنة لمياه الشرب في ٢٠٠٤			النسبة المئوية للسكان الذين يستخدمون مرافق ملائمة للصرف الصحي في ٢٠٠٤			النسبة المئوية للقاحات برنامج التحصين الموسع العادي الممول من الحكومة ٢٠٠٦ المجموع	النسبة المئوية للتغطية التحصينية في عام ٢٠٠٦ λ																	النسبة المئوية للمواليد الجدد المحصنين ضد الكزاز	النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة بإصابتهم بالتهاب رئوي والذين أخذوا إلى أحد مقدمي الرعاية الصحية ± ٢٠٠٠	النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة المشتبه بإصابتهم بالتهاب رئوي ويأخذون مضاد حيوي ± ٢٠٠٦ – ٢٠٠٠*	النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة المصابين بالإسهال والذين حصلوا على علاج الجفاف عن طريق الفم واستمروا في تناول الغذاء ٢٠٠٠–٢٠٠٦*	الملاريا ٢٠٠٣–٢٠٠٦*			
	المجموع	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المجموع	المناطق الحضرية	المناطق الريفية		الأطفال في عمر سنة واحدة المحصنون ضد								للقاحات المناظرة												
								الدفتيريا والشاهوق والكزاز (DTP3)	شلل الأطفال (IPV)	الحصبة	الحمى الصفراء	التهاب الكبد الوبائي "ب" (HepB3)	الإنفلونزا من نوع ب (Hib3)	الالتهاب الرئوي (PCV)	الروتا (Rota)	الدفتيريا والشاهوق والكزاز (DTP)	شلل الأطفال (IPV)	الحصبة	الحمى الصفراء	التهاب الكبد الوبائي "ب" (HepB)	الإنفلونزا من نوع ب (Hib)	الالتهاب الرئوي (PCV)	الروتا (Rota)						
أوغندا	٦٠	٨٧	٥٦	٤٣	٥٤	٤١	٨	٨٥	٨٩	٨٠	٨١	٨٩	٨٠	٨٠	٨٨	٦٧	–	٢٢	٢٩	٦٢
أوكرانيا	٩٦	٩٩	٩١	٩٦	٩٨	٩٣	٩٩	٩٧	٩٨	٩٨	٩٩	٩٨	٩٦	١١	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الإمارات العربية المتحدة	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٨	٩٨	٩٥	–	٩٨	٩٧	٩٤	٩٤	٩٢	٩٢	٩٤	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
المملكة المتحدة	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–	–	–	١٠٠	–	٩٧	٩٢	٩٢	٨٥	–	٩٢	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الولايات المتحدة الأمريكية	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–	–	٩٩	٩٦	٩٢	٩٣	٩٢	٩٤	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
أوروغواي	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٩	١٠٠	٩٩	٩٩	٩٥	٩٥	٩٤	٩٥	٩٥	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
أوزبكستان	٨٢	٩٥	٧٥	٦٧	٧٨	٦١	٦٤	٩٨	٩٦	٩٥	٩٤	٩٥	٩٧	–	٨٧	٦٨	٥٦	–	٢٨	–	–	–	–	–	–	–	–	–
فانواتو	٦٠	٨٦	٥٢	٥٠	٧٨	٤٢	١٠٠	٩٢	٩٠	٨٥	٨٥	٩٩	٨٥	–	٨٢	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
فنزويلا (ج. بوليفيا)	٨٣	٨٥	٧٠	٦٨	٧١	٤٨	–	٨٣	٧٨	٧١	٧٣	٥٥	٧١	٧١	٨٨	٧٢	–	–	٥١	–	–	–	–	–	–	–	–	–
فيتنام	٨٥	٩٩	٨٠	٦١	٩٢	٥٠	٨٠	٩٥	٩٤	٩٤	٩٤	٩٣	٩٣	–	٦١	٧١	–	–	٦٥	٩٤	٥	٣	–	–	–	–	–	–
اليمن	٦٧	٧١	٦٥	٤٣	٨٦	٢٨	١٠٠	٧٠	٩٢	٨٥	٨٥	٨٠	٨٥	٨٥	–	٤٧	–	–	X١٨	–	–	–	–	–	–	–	–	–
زامبيا	٥٨	٩٠	٤٠	٥٥	٥٩	٥٢	٨٥	٩٤	٩٤	٨٠	٨٠	٨٤	٨٠	٨٠	٩٠	٦٩	–	٢٧	٤٨	٢٣	٣	٥٨	–	–	–	–	–	–
زيمبابوي	٨١	٩٨	٧٢	٥٣	٦٣	٤٧	٠	٩٩	٩٥	٩٠	٩٠	٩٠	٩٠	–	٨٠	X٥٠	–	٧	X٨٠	٣	٥	–	–	–	–	–	–	–

ملخصات إقليمية

إفريقيا جنوب الصحراء	٥٥	٨١	٤١	٣٧	٥٣	٢٨	٤٩	٨٢	٨٣	٧٢	٧٤	٧٢	٤٨	٢٤	٧٧	٤٠	–	١٥	٣٠	٨	٣٤							
شرق وجنوب إفريقيا	٥٦	٨٦	٤٢	٣٨	٥٨	٣٠	٤٣	٨٥	٨٦	٧٨	٧٧	٧٦	٥٨	٣٦	٨١	٤٤	–	١٥	٣٢	٩	٢٨							
غرب ووسط إفريقيا	٥٥	٧٦	٤٠	٣٦	٤٩	٢٦	٥٥	٧٩	٨١	٦٧	٧٠	٦٨	٣٨	١٣	٧٢	٣٦	–	١٦	٢٩	٧	٤٠							
الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	٨٨	٩٥	٧٨	٧٤	٩٠	٥٣	٨٨	٩٢	٩٥	٩١	٩١	٨٩	٨٨	٢٤	٨١	٦٦	–	–	٣٨	–	–							
جنوب آسيا	٨٥	٩٤	٨١	٣٧	٦٣	٢٧	٩١	٨٢	٨٢	٦٣	٦٦	٦٥	٢٥	–	٨٤	٦٢	–	–	٣٥	–	–							
شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادي	٧٩	٩٢	٧٠	٥١	٧٣	٣٦	–	٩١	٩٢	٨٩	٨٩	٨٩	٨٦	٢	–	٦٤ **	–	–	٦١ **	–	–							
أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي	٩١	٩٦	٧٣	٧٧	٨٦	٤٩	٩٦	٩٦	٩٦	٩٢	٩٢	٩٣	٨٩	٩٠	٨٤	–	–	–	–	–	–							
دول وسط وشرق أوروبا – رابطة الدول المستقلة حديثا	٩١	٩٨	٧٩	٨٤	٩٣	٧٠	–	٩٥	٩٦	٩٥	٩٥	٩٧	٩٢	٣	–	٥٧	–	–	–	–	–							
الدول الصناعية §	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٩	–	–	٩٨	٩٦	٩٤	٩٣	٦٤	٨٢	–	–	–	–	–	–	–							
الدول الآخذة في النمو §	٨٠	٩٢	٧٠	٥٠	٧٣	٣٣	٧٨	٨٦	٨٨	٧٨	٧٩	٧٨	٥٩	١٧	٨٠	٥٦ **	–	–	٣٨ **	–	–							
الدول الأقل نموا §	٥٩	٧٩	٥١	٣٦	٥٥	٢٩	٣٣	٨٥	٨٧	٧٧	٧٧	٧٤	٥٠	١٧	٨٢	٤٠	–	–	٣٧	–	–							
العالم	٨٣	٩٥	٧٣	٥٩	٨٠	٣٩	٧٨	٨٧	٨٩	٧٩	٨٠	٨٠	٦٠	٢٢	٨٠	٥٦ **	–	–	٣٨ **	–	–							

§ تشمل أيضاً الأقاليم ضمن كل فئة من الدول أو مجموعة إقليمية. والدول والأقاليم الموجودة في كل فئة من الدول أو مجموعة إقليمية معروضة في الصفحة رقم ١٤٨

تعريف المؤشرات

التمويل الحكومي للقاحات – النسبة المئوية للقاحات التي تعطى بصورة اعتيادية في أية دولة بهدف حماية الأطفال، والتي تمولها الحكومة القومية (بما في ذلك عن طريق القروض).
برنامج التحصين الموسع – تشمل التحصينات في هذا البرنامج تلك المضادة للتدرن، واللقاح الثلاثي الموحد (الدفتيريا والشاهوق (السعال الديكي) والكزاز)، وشلل الأطفال، والحصبة فضلا عن حماية الرضع من الكزاز الذي يصيب المواليد الجدد عن طريق تحصين النساء الحوامل. وقد تضاف لقاحات أخرى إلى هذا البرنامج في بعض الدول. مثل اللقاحات المضادة لالتهاب الكبد الوبائي "ب" HepB أو إنفلونزا هيموفيلوس نوع (ب) Hib أو الحمى الصفراء.
التدرن – النسبة المئوية للرضع الذين حصلوا على اللقاح المضاد للتدرن (باسيل كاليتي غيورين).
اللقاح الثلاثي الموحد (جرعة واحدة) – النسبة المئوية للرضع الذين حصلوا على الجرعة الأولى من لقاح الدفتيريا والشاهوق (السعال الديكي) والكزاز.
اللقاح الثلاثي الموحد (٣ جرعات) – النسبة المئوية للرضع الذين حصلوا على ثلاث جرعات من لقاح الدفتيريا والشاهوق (السعال الديكي) والكزاز.
التهاب الكبد الوبائي (ب٣) – النسبة المئوية للرضع الذين حصلوا على ثلاث جرعات من اللقاح المضاد لالتهاب الكبد الوبائي "ب".
إنفلونزا هيموفيلوس نوع (ب) – النسبة المئوية للرضع الذين حصلوا على ثلاث جرعات من لقاح إنفلونزا هيموفيلوس نوع (ب).
النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة المشتبه بإصابتهم بالالتهاب الرئوي – النسبة المئوية للأطفال (منذ الولادة – ٤ سنوات) المشتبه بإصابتهم بالالتهاب الرئوي الحاد أثناء الأسبوعين الماضيين.
النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة المشتبه بإصابتهم بالالتهاب الرئوي، والذين أخذوا إلى أحد مقدمي خدمات الرعاية الصحية – النسبة المئوية للأطفال (منذ الولادة – ٤ سنوات) المشتبه بإصابتهم بالالتهاب الرئوي أثناء الأسبوعين الماضيين، والذين أخذوا إلى أحد مقدمي خدمات الرعاية الصحية الملائمين.
النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة المصابين بالاسهال والذين حصلوا على علاج الجفاف عن طريق الفم، واستمروا في تناول الغذاء – النسبة المئوية للأطفال (منذ الولادة – ٤ سنوات) المصابين بالاسهال (في الأسبوعين الماضيين اللذين سبقا إجراء المسح)، والذين تلقوا إما علاج الجفاف عن طريق الفم (محاليل معالجة الجفاف عن طريق الفم أو السوائل الموصى بتحضيرها في المنزل)، أو سوائل إضافية، واستمروا في تناول الغذاء.
الملاريا
النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة ممن ينامون تحت ناموسية مقاومة للبعوض – النسبة المئوية للأطفال (منذ الولادة – ٤ سنوات) الذين ناموا تحت ناموسية مقاومة للبعوض.
النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة ممن ينامون تحت ناموسية مُعالجة لمقاومة البعوض – النسبة المئوية للأطفال (منذ الولادة – ٤ سنوات) ممن ناموا تحت ناموسية مقاومة للبعوض، مُعالجة بالمبيدات الحشرية.
النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة المصابين بالحمى ويعطون أدوية مضادة للملاريا – النسبة المئوية للأطفال (منذ الولادة – ٤ سنوات) الذين كانوا مرضى بالحمى أثناء الأسبوعين الماضيين وتلقوا أية أدوية ملائمة مضادة للملاريا (معرفة محلياً).

مصادر البيانات الأساسية

استخدام المصادر المُحسنة لمياه الشرب ومرافق الصرف الصحي الملائمة – اليونيسف، ومنظمة الصحة العالمية، والمسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات والمسوحات السكانية والصحية.
التمويل الحكومي للقاحات – اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية.
التحصين – اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية.
التهابات الجهاز التنفسي الحادة – المسوحات السكانية والصحية، المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوحات الوطنية الأخرى للأسرة.
علاج الجفاف عن طريق الفم – المسوحات السكانية والصحية والمسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات.
الملاريا – المسوحات السكانية والصحية والمسوحات العنقودية متعددة المؤشرات

ملاحظات

– البيانات غير متوافرة.
x البيانات التي تشير إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود، تختلف عن التعريف المعياري، أو تشير إلى جزء واحد فقط من الدولة.
* البيانات تشير إلى أحدث سنة تتوافر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.
β مدى التغطية التحصينية بالجرعة الأولى من اللقاح الثلاثي الموحد: الدفتيريا والشاهوق (السعال الديكي) والكزاز يجب أن يساوي على الأقل مدى التغطية بالجرعة الثالثة منه. وتبين التناقضات، التي تكون فيها التغطية بالجرعة الأولى أقل من التغطية بالجرعة الثالثة (من اللقاح الموحد: الدفتيريا والشاهوق "السعال الديكي" الكزاز)، وجود نواقص في جمع البيانات وعملية التبليغ وإعداد التقارير. وتعمل اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية مع الأنظمة الوطنية والأقاليمية للقضاء على هذه التناقضات.
± نستخدم في تقرير هذا العام، مصطلح "الالتهاب الرئوي المشتبه به" بدلاً من مصطلح "التهابات الجهاز التنفسي الحادة"، الذي تم استخدامه في الطبعات السابقة. غير أن أسلوب جمع البيانات لم يتغير، والتقديرات المقدمة هنا يمكن مقارنتها بالتقديرات الواردة في التقارير السابقة. وللحصول على نقاش تفصيلي بشأن هذا التحديث، يرجى الرجوع إلى عنوان "الملاحظة العامة عن البيانات" في الصفحة ١١٠.
λ في تقرير هذا العام، تم تقديم التقديرات الخاصة بالتغطية التحصينية، وتحديداً لالتهاب الكبد الوبائي ب، وإنفلونزا هيموفيلوس نوع ب (Hib)، للدول التي تم إدخال هذه التحصينات إليها جزئياً فقط (الهند مثلاً). و لم يتم في التقارير السابقة، تقديم أية قيم عن الدول التي تم إدخال هذه اللقاحات إليها جزئياً فقط.
** البيانات تستثني الصين.

الجدول ٤. فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز

الدول والأقاليم	المعدل التقديري لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين الكبار (١٥– ٤٩) في نهاية عام ٢٠٠٥	العدد التقديري للأشخاص (في كل الأعمار) الذين يعيشون مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، ٢٠٠٥ (بالآلاف)			انتقال العدوى من الأم إلى الطفل			الأطفال المصابون بالعدوى	الوقاية بين اليافعين والشباب				الأيتام		
		النسبة التقديرية	نسبة منخفضة– نسبة مرتفعة		العدد التقديري للنساء (١٥+ سنة) اللواتي يعشن مصابات بفيروس نقص المناعة البشرية، ٢٠٠٥ (بالآلاف)	معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين النساء الحوامل (١٥–٢٤ سنة) في العاصمة		العدد التقديري للأطفال (منذ الولادة – ١٤سنة) الذين يعيشون مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، ٢٠٠٥ (بالآلاف)	معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين اليافعين والشباب (١٥–٢٤ سنة)، ٢٠٠٥		النسبة المئوية لمن لديهم معرفة شاملة عن فيروس نقص المناعة البشرية ٢٠٠٠–٢٠٠٦*		النسبة المئوية لمن استخدموا الواقي في آخر اتصال جنسي عالي الخطورة ٢٠٠٠–٢٠٠٦*		الأطفال من (منذ الولادة – ١٧ سنة) تيتموا بسبب مرض الإيدز، ٢٠٠٥	الأطفال الذين نتيجة لجميع الأسباب، ٢٠٠٥	نسبة انتظام الأيتام في المدارس ٢٠٠٠–٢٠٠٦*
						السنة	العدد الأوسط		ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	النسبة التقديرية (بالآلاف)	النسبة التقديرية (بالآلاف)	
أفغانستان	<٠,١	<١,٠	<٢,٠		<٠,١	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ألبانيا	–	–	<١,٠		–	–	–	–	–	–	–	٦	–	–	–	–	–
الجزائر	٠,١	١٩	٩,٠ – ٥٩		٤,١	–	–	–	–	–	–	١٣	–	–	–	–	–
أندورا	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
أنغولا	٣,٧	٣٢٠	٢٠٠ – ٤٥٠		١٧٠	٢٠٠٤	٢,٨	٣٥	٠,٩	٢,٥	–	–	–	–	١٦٠	١٢٠٠	٩٠
أنتيغوا وباربودا	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الأرجنتين	٠,٦	١٣٠	٨٠ – ٢٢٠		٣٦	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٦٩٠	–
أرمينيا	٠,١	٢,٩	١,٨ – ٥,٨		١,٠>	–	–	–	–	–	١٥	٢٣	٨٦	–	–	–	–
أستراليا	٠,١	١٦	٩,٧ – ٢٧		١,٠>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
النمسا	٠,٣	١٢	٧,٢ – ٢٠		٢,٣	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
أذربيجان	٠,١	٥,٤	٢,٦ – ١٧		١,٠>	–	–	–	–	–	–	٢	–	–	–	–	–
جزر البهاما	٣,٣	٦,٨	٣,٣ – ٢٢		٣,٨	–	–	٠,٥>	–	–	–	–	–	–	–	٨	–
البحرين	–	١,٠>	<٢,٠		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
بنغلاديش	٠,١>	١١	٦,٤ – ١٨		١,٤	–	–	–	–	–	–	١٦	–	–	–	٤٤٠٠	–
باربادوس	١,٥	٢,٧	١,٥ – ٤,٢		١,٠>	–	–	٠,١>	–	–	–	–	–	–	–	٣	–
بيلاروسيا	٠,٣	٢٠	١١ – ٤٧		٥,١	–	–	–	–	–	–	٣٤	–	–	–	–	–
بلجيكا	٠,٣	١٤	٨,١ – ٢٢		٥,٤	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
بيليز	٢,٥	٣,٧	٢,٠ – ٥,٧		١,٠	–	–	٠,١>	–	–	–	–	–	–	–	٥	–
بنن	١,٨	٨٧	٥٧ – ١٢٠		٤٥	٢٠٠٣	٢,١–١,٧	٩,٨	٠,٤	١,١	١٤	٨	٤٤	١٧	٦٢	٣٧٠	–
بوتان	٠,١>	٠,٥>	<٢,٠		٠,١>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٧٨	–
بوليفيا	٠,١	٧,٠	٣,٨ – ١٧		١,٩	–	–	–	–	–	١٨	١٥	٣٧	٢٠	–	٣١٠	٧٤
البوسنه والهرسك	٠,١>	٠,٥>	<١,٠		–	–	–	–	–	–	–	٤٨	–	٧١	–	–	–
بوتسوانا	٢٤,١	٢٧٠	٢٦٠ – ٣٥٠		١٤٠	٢٠٠٥	٣٣,٥	١٤	٥,٧	١٥,٣	٣٣	٤٠	٨٨	٧٥	١٢٠	١٥٠	٩٩
البرازيل	٠,٥	٦٢٠	٣٧٠ – ١٠٠٠		٢٢٠	–	–	–	–	–	٦٧	٦٧	٧١	٥٨	–	٣٧٠٠	–
بروني / دار السلام	٠,١>	٠,١>	<٠,٢		٠,١>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٤	–	–
بلغاريا	٠,١>	٠,٥>	<١,٠		–	–	–	–	–	–	١٥	١٧	٧٠	٥٧	–	–	–
بوركينا فاسو	٢,٠	١٥٠	١٢٠ – ١٩٠		٨٠	٢٠٠٥	١,٨	١٧	٠,٥	١,٤	٢٣	r١٩	٦٧	r٦٤	١٢٠	٧١٠	٧١
بوروندي	٣,٣	١٥٠	١٣٠ – ١٨٠		٧٩	٢٠٠٤	٨,٦	٢٠	٠,٨	٢,٣	–	٣٠	–	٢٥	١٢٠	٦٠٠	٨٦
كمبوديا	١,٦	١٣٠	٧٤ – ٢١٠		٥٩	٢٠٠٢	٢,٧	–	h٠,١	h٠,٣	٤٥	٥٠	٨٤	–	–	٤٧٠	٨٠
الكاميرون	٥,٤	٥١٠	٤٦٠ – ٥٦٠		٢٩٠	٢٠٠٢	٧,٠	٤٣	h١,٤	h٤,٨	٣٤	r٣٢	٥٧	r٦٢	٢٤٠	١٠٠٠	٨٧
كندا	٠,٣	٦٠	٤٨ – ٧٢		٩,٦	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
كيب فيردي	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
جمهورية إفريقيا الوسطى	١٠,٧	٢٥٠	١١٠ – ٣٩٠		١٣٠	٢٠٠٢	١٤,٠	٢٤	٢,٥	٧,٣	–	١٧	–	٤١	١٤٠	٣٣٠	٩٦
تشاد	٣,٥	١٨٠	٨٨ – ٣٠٠		٩٠	٢٠٠٥	٣,٦	١٦	٠,٩	٢,٢	٢٠	٨	٢٥	١٧	٥٧	٦٠٠	١٠٥
تشيلي	٠,٣	٢٨	١٧ – ٥٦		٧,٦	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٢٠٠	–
الصين	٠,١	٦٥٠	٣٩٠ – ١١٠٠		١٨٠	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٢٠٦٠٠	–
كولومبيا	٠,٦	١٦٠	١٠٠ – ٣٢٠		٤٥	–	–	–	–	–	–	–	–	٣٠	–	٨٧٠	–
جزر القمر	٠,١>	٠,٥>	<١,٠		٠,١>	–	–	٠,١>	٠,١>	٠,١>	–	١٠	–	–	–	٣٣	٥٩
الكنغو	٥,٣	١٢٠	٧٥ – ١٦٠		٦١	٢٠٠٢	٣,٠	١٥	١,٢	٣,٧	٢٢	١٠	٣٨	٢٠	١١٠	٢٧٠	٩٠
جمهورية الكونغو الديمقراطية	٣,٢	١٠٠٠	٥٦٠ – ١٥٠٠		٥٢٠	٢٠٠٣	٣,٢	١٢٠	٠,٨	٢,٢	–	–	–	–	٦٨٠	٤٢٠٠	٧٢
جزر الكوك	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
كوستاريكا	٠,٣	٧,٤	٣,٦ – ٢٤		٢,٠	٢٠٠٢	٥,٢	–	–	–	–	–	–	–	–	٤٤	–
كوت ديفوار	٧,١	٧٥٠	٤٧٠ – ١٠٠٠		٤٠٠	٢٠٠٢	٥,٢	٧٤	h٠,٣	h٢,٤	٢٨	١٨	٥٣	٣٩	٤٥٠	١٤٠٠	١٢١
كرواتيا	٠,١>	٠,٥>	<١,٠		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
كوبا	٠,١	٤,٨	٢,٣ – ١٥		٢,٦	–	–	–	–	–	–	٥٢	–	–	–	١٢٠	–
قبرص	–	٠,٥>	<١,٠		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
جمهورية التشيك	٠,١	١,٥	٠,٩ – ٢,٥		١,٠>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الدنمارك	٠,٢	٥,٦	٣,٤ – ٩,٣		١,٣	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
جيبوتي	٣,١	١٥	٣,٩ – ٣٤		٨,٤	–	–	١,٢	٠,٧	٢,١	٢٢	١٨	٥٠	٢٦	٦	٤٨	٨٢
الدومينيكا	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
جمهورية الدومينيكان	١,١	٦٦	٥٦ – ٧٧		٣١	–	–	٣,٦	h٠,٤	h٠,٧	–	٣٦	٥٢	٢٩	–	٢٢٠	٩٣
الإكوادور	٠,٣	٢٣	١١ – ٧٤		١٢	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٢٣٠	–
مصر	٠,١>	٥,٣	٢,٩ – ١٣		١,٠>	–	–	–	–	–	–	٤	–	–	–	–	–
السلفادور	٠,٩	٣٦	٢٢ – ٧٢		٩,٩	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	١٥٠	–
غينيا – الإستوائية	٣,٢	٨,٩	٧,٣ – ١١		٤,٧	–	–	١,٠>	٠,٧	٢,٣	–	٤	–	–	٥	٢٩	٩٥
إريتريا	٢,٤	٥٩	٣٣ – ٩٥		٣١	–	–	٦,٦	٠,٦	١,٦	–	٣٧	–	–	٣٦	٢٨٠	٨٣
إستونيا	١,٣	١٠	٤,٨ – ٣٢		٢,٤	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
إثيوبيا	–	–	٤٢٠ – ١٣٠٠		–	٢٠٠٣	١١,٥	–	h٠,٣	h١,٢	٣٣	٢١	٥٠	٢٨	–	٤٨٠٠	٦٠
فيجي	٠,١	١,٠>	<٠,٣		٠,٥>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٢٥	–
فنلندا	٠,١	١,٩	١,١ – ٣,١		١,٠>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
فرنسا	٠,٤	١٣٠	٧٨ – ٢١٠		٤٥	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الغابون	٧,٩	٦٠	٤٠ – ٨٧		٣٣	–	–	٣,٩	١,٨	٥,٤	٢٢	٢٤	٤٨	٣٣	٢٠	٦٥	٩٨
غامبيا	٢,٤	٢٠	١٠ – ٣٣		١١	–	–	١,٢	٠,٦	١,٧	–	٣٩	–	٥٤	٤	٦٤	٨٧

الدول والأقاليم	المعدل التقديري لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين الكبار (١٥– ٤٩) في نهاية عام ٢٠٠٥	العدد التقديري للأشخاص (في كل الأعمار) الذين يعيشون مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، ٢٠٠٥ (بالآلاف)			انتقال العدوى من الأم إلى الطفل			الأطفال المصابون بالعدوى	الوفاية بين اليافعين والشباب				الأيتام			
		النسبة التقديرية	نسبة منخفضة– نسبة مرتفعة		العدد التقديري للنساء (١٥+ سنة) اللواتي يعشن مصابات بفيروس نقص المناعة البشرية، ٢٠٠٥ (بالآلاف)	معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين النساء الحوامل (١٥–٢٤ سنة) في العاصمة		العدد التقديري للأطفال (منذ الولادة – ١٤سنة) الذين يعيشون مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، ٢٠٠٥ (بالآلاف)	معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين اليافعين والشباب (١٥–٢٤ سنة)، ٢٠٠٥		النسبة المئوية لمن لديهم معرفة شاملة عن فيروس نقص المناعة البشرية ٢٠٠٠–٢٠٠٦*		النسبة المئوية لمن استخدموا الواقي في آخر اتصال جنسي عالي الخطورة ٢٠٠٠–٢٠٠٦*		الأطفال من (منذ الولادة – ١٧ سنة) تيتموا بسبب مرض الإيدز، ٢٠٠٥	الأطفال الأيتام نتيجة لجميع الأسباب، ٢٠٠٥	نسبة انتظام الأيتام في المدارس
						السنة	العدد الأوسط		ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	النسبة التقديرية (بالآلاف)	النسبة التقديرية (بالآلاف)	٢٠٠٠–٢٠٠٦*
جورجيا	٠,٢	٥,٦	٢,٧ – ١٨		١,٠>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ألمانيا	٠,١	٤٩	٢٩ – ٨١		١٥	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
غانا	٢,٣	٣٢٠	٢٧٠ – ٣٨٠		١٨٠	٢٠٠٣	٣,٩	٢٥	h٠,١	h١,٢	٤٤	٣٤ر	٥٢	٤٢ر	١٧٠	١٠٠٠	٧٩p
اليونان	٠,٢	٩,٣	٥,٦ – ١٥		٢,٠	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
غرينادا	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
غواتيمالا	٠,٩	٦١	٣٧ – ١٠٠		١٦	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٩٨	٣٧٠	
غينيا	١,٥	٨٥	٦٩ – ١٠٠		٥٣	٢٠٠٤	٤,٤	٧,٠	h٠,٦	h١,٢	٢٣	١٧	٣٧	٢٦	٢٨	٣٧٠	٧٣
غينيا – بيساو	٣,٨	٣٢	١٨ – ٥٠		١٧	–	–	٣,٢	٠,٩	٢,٥	–	١٨	–	٣٩	١١	١٠٠	٩٧
غوايانا	٢,٤	١٢	٤,٧ – ٢٣		٦,٦	–	–	١,٠>	–	–	٤٧	٥٣	٦٨	٦٢	–	٢٦	–
هايتي	٣,٨	١٩٠	١٢٠ – ٢٧٠		٩٦	٢٠٠٠	٣,٧	١٧	h٠,٦	h١,٥	٤٠	٣٢	٤٣	٢٩	–	٤٩٠	٨٦
الفاتيكان	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
هندوراس	١,٥	٦٣	٣٥ – ٩٩		١٦	–	–	٢,٤	–	–	–	٣٠	–	٢٤	–	١٨٠	–
هنغاريا	٠,١	٣,٢	١,٩ – ٥,٣		١,٠>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
آيسلندا	٠,٢	٠,٥>	١,٠>		٠,١>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الهند	٠,٩	٢٥٠٠	٢٠٠٠ – ٣١٠٠		١٦٠٠	–	–	–	–	–	٤٣	٢٤	٣٧	٢٢	–	٢٥٧٠٠	٨٤
إندونيسيا	٠,١	١٧٠	١٠٠ – ٢٩٠		٢٩	–	–	–	–	–	–	٧	–	–	–	٥٣٠٠	٨٢
جمهورية إيران الإسلامية	٠,٢	٦٦	٣٦ – ١٦٠		١١	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	١٥٠٠	–
العراق	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	٣	–	–	–	–	٨٤
إيرلندا	٠,٢	٥,٠	٣,٠ – ٨,٣		١,٨	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
إسرائيل	–	٤,٠	٢,٢ – ٩,٨		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
إيطاليا	٠,٥	١٥٠	٩٠ – ٢٥٠		٥٠	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
جامايكا	١,٥	٢٥	١٤ – ٣٩		٦,٩	–	–	٠,٥>	–	–	–	٦٠	–	–	–	٥٥	١٠١
اليابان	٠,١>	١٧	١٠ – ٢٩		٩,٩	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الأردن	–	١,٠>	٢,٠>		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
كازاخستان	٠,١	١٢	١١ – ٧٧		٦,٨	–	–	–	–	–	–	٢٢	٦٥	٣٢	–	–	٩٨
كينيا	٦,١	١٣٠٠	١١٠٠ – ١٥٠٠		٧٤٠	–	–	١٥٠	h١,٣	h٥,٩	٤٧	٣٤	٤٧	٢٥	١١٠٠	٢٣٠٠	٩٥
كيريباتي	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
كوريا الديمقراطية	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
جمهورية كوريا	٠,١>	١٣	٧,٩ – ٢٥		٧,٤	–	–	–	–	–	–	٢٢	٦٥	٣٢	–	٤٥٠	–
الكويت	–	١,٠>	٢,٠>		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
قيرغيزستان	٠,١	٤,٠	١,٩ – ١٣		١,٠>	–	–	–	–	–	–	٢٠	–	٥٦	–	–	–
جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية	٠,١	٣,٧	١,٨ – ١٢		١,٠>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٢٩٠	–
لاتفيا	٠,٨	١٠	٦,١ – ١٧		٢,٢	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
لبنان	٠,١	٢,٩	١,٤ – ٩,٢		١,٠>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ليسوتو	٢٣,٢	٢٧٠	٢٥٠ – ٢٩٠		١٥٠	٢٠٠٤	٢٧,٣	١٨	h٦,٠	h١٥,٤	١٨	٢٦	٥٣	٥٣	٩٧	١٥٠	٩٥
ليبيريا	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٢٥٠	–
الجماهيرية العربية الليبية	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ليشتنشتاين	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
لتوانيا	٠,٢	٣,٣	١,٦ – ١٠		١,٠>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
لوكسمبورغ	٠,٢	١,٠>	١,٠>		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
مدغشقر	٠,٥	٤٩	١٦ – ١١٠		١٣	–	–	١,٦	٠,٦	٠,٣	١٦	١٩	١٢	٥	١٣	٩٠٠	٧٦
ملاوي	١٤,١	٩٤٠	٤٨٠ – ١٤٠٠		٥٠٠	٢٠٠١	١٥,٠	٩١	h٢,١	h٩,١	٣٦	٤١ر	٤٧	٤٠ر	٥٥٠	٩٥٠	٩٦
ماليزيا	٠,٥	٦٩	٣٣ – ٢٢٠		١٧	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٤٨٠	–
مليديف	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
مالي	١,٧	١٣٠	٩٦ – ١٦٠		٦٦	٢٠٠٢	٢,٥	١٦	٠,٤	١,٢	١٥	٩	٥٣	١٧	٩٤	٧١٠	١٠٤
مالطا	٠,١	٠,٥>	١,٠>		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
جزر مارشال	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
موريتانيا	٠,٧	١٢	٧,٣ – ٢٣		٦,٣	–	–	١,١	٠,٢	٠,٥	–	–	–	–	٧	١٧٠	–
موريشيوس	٠,٦	٤,١	١,٩ – ١٣		١,٠>	–	–	–	...	...	–	–	–	–	–	٢٣	–
المكسيك	٠,٣	١٨٠	٩٩ – ٤٤٠		٤٢	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	١٦٠٠	–
ميكرونيسيا الاتحادية	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
جمهورية مولدوفا	١,١	٢٩	١٥ – ٦٩		١٦	–	–	–	–	–	٥٤	٤٢	٦٣	٤٤	–	–	–
موناكو	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
منغوليا	٠,١>	٠,٥>	٢,٠>		٠,١>	–	–	–	–	–	–	٣٥	–	–	–	٧٩	٩٦
مونتانيغرو	–	–	– – –		–	–	–	–	–	–	–	٣٠	–	٦٦	–	–	–
المغرب	٠,١	١٩	١٢ – ٣٨		٤,٠	–	–	–	–	–	–	١٢	–	–	–	–	–
موزامبيق	١٦,١	١٨٠٠	١٤٠٠ – ٢٢٠٠		٩٦٠	٢٠٠٢	١٤,٧	١٤٠	٣,٦	١٠,٧	٣٣	٢٠	٣٣	٢٩	٥١٠	١٥٠٠	٨٠
مايانمار	١,٣	٣٦٠	٢٠٠ – ٥٧٠		١١٠	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	١٧٠٠	–
ناميبيا	١٩,٦	٢٣٠	١١٠ – ٣٦٠		١٣٠	٢٠٠٤	٧,٥	١٧	٤,٤	١٣,٤	٤١	٣١	٦٩	٤٨	٨٥	١٤٠	٩٢
ناورو	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
نيبال	٠,٥	٧٥	٤١ – ١٨٠		١٦	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٩٧٠	–

الجدول ٤. فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز

الدول والأقاليم	المعدل التقديري لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين الكبار (١٥– ٤٩) في نهاية عام ٢٠٠٥	العدد التقديري للأشخاص (في كل الأعمار) الذين يعيشون مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، ٢٠٠٥ (بالآلاف)			انتقال العدوى من الأم إلى الطفل		الأطفال المصابون بالعدوى	الوقاية بين اليافعين والشباب				الأيتام			
		النسبة التقديرية	نسبة منخفضة– نسبة مرتفعة		العدد التقديري للنساء (١٥+ سنة) اللواتي يعشن مصابات بفيروس نقص المناعة البشرية، ٢٠٠٥ (بالآلاف)	معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين النساء الحوامل (١٥–٢٤ سنة) في العاصمة	العدد التقديري للأطفال (منذ الولادة – ١٤سنة) الذين يعيشون مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، ٢٠٠٥ (بالآلاف)	معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين اليافعين (١٥–٢٤ سنة)، ٢٠٠٥		النسبة المئوية لمن لديهم معرفة شاملة عن فيروس نقص المناعة البشرية ٢٠٠٦–٢٠٠٠*		النسبة المئوية لمن استخدموا الواقي في آخر اتصال جنسي عالي الخطورة ٢٠٠٦–٢٠٠٠*		الأطفال من (منذ الولادة – ١٧ سنة) الأطفال الأيتام نتيجة لجميع الأسباب، ٢٠٠٥	الأطفال الذين اليتموا بسبب مرض الإيدز، ٢٠٠٥	نسبة انتظام الأيتام في المدارس
								ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	النسبة التقديرية (بالآلاف)	النسبة التقديرية (بالآلاف)	٢٠٠٦–٢٠٠٠*
هولندا	٠,٢	١٨	١١	٢٩ –	٥,٩	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
نيوزيلانده	٠,١	١,٤	٠,٨	٢,٣ –	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
نيكاراغوا	٠,٢	٧,٣	٣,٩	١٨ –	١,٧	–	–	–	–	–	–	١٧	–	١٣٠	–
النيجر	١,١	٧٩	٣٩	١٣٠ –	٤٢	–	٨,٩	h٠,١	h٠,٥	١٦	١٣	٣٧	١٨	٤٦	–
نيجيريا	٣,٩	٢٩٠٠	١٧٠٠	٤٢٠٠ –	١٦٠٠	–	٢٤٠	٠,٩	٢,٧	٢١	١٨	٤٦	٢٤	٩٣٠	p٦٤
نيو	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
النرويج	٠,١	٢,٥	١,٥	٤,١ –	١,٠>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الأرض الفلسطينية المحتلة	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
سلطنة عُمان	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الباكستان	٠,١	٨٥	٤٦	٢١٠ –	١٤	–	–	–	–	–	–	–	–	٤٤٠٠	–
بالاو	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
بنما	٠,٩	١٧	١١	٣٤ –	٤,٣	–	–	–	–	–	–	–	–	٥٣	–
بابوا غينيا الجديدة	١,٨	٦٠	٣٢	١٤٠ –	٣٤	–	–	–	–	–	–	–	–	٣٥٠	–
باراغواي	٠,٤	١٣	٦,٢	٤١ –	٣,٥	–	–	–	–	–	–	–	–	١٥٠	–
بيرو	٠,٦	٩٣	٥٦	١٥٠ –	٢٦	–	–	–	–	–	–	٣٢	–	٦٦٠	p٨٥
الفلبين	٠,١>	١٢	٧,٣	٢٠ –	٣,٤	–	–	–	–	–	–	–	–	٢٠٠٠	–
بولندا	٠,١	٢٥	١٥	٤١ –	٧,٥	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
البرتغال	٠,٤	٣٢	١٩	٥٣ –	١,٣	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
قطر	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
رومانيا	٠,١>	٧,٠	٣,٤	٢٢ –	–	–	–	–	–	٣	٦	–	–	–	–
الاتحاد الروسي	١,١	٩٤٠	٥٦٠	١٦٠٠ –	٢١٠	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
رواندا	٣,١	١٩٠	١٨٠	٢١٠ –	٩١	٢٠٠٣	٢٧	h٠,٤	h١,٥	٥٤	٥١	٤٠	٢٦	٢١٠	٨٢
سانت كيتس ونيفيس	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
سانت لوتشيا	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
سانت فينسنت وغرينادين	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ساموا	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
سان مارينو	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ساو تومي وبرنسيبي	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٤٤	–	٥٦	–	١٠٩
السعودية	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
السنغال	٠,٩	٦١	٢٩	١٠٠ –	٣٣	٢٠٠٥	٥,٠	h٠,٢	h٠,٦	٢٤	١٩	٥٢	٣٦	٢٥	p٨٣
الصرب	–	–	–	– –	–	–	–	–	–	–	٤٢	–	٧٤	–	–
سيشلز	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
سيراليون	١,٦	٤٨	٢٧	٧٣ –	٢٦	٢٠٠٣	٥,٢	٠,٤	١,١	–	١٧	–	٢٠	٣١	٨٣
سنغافوره	٠,٣	٥,٥	٣,١	١٤ –	١,٥	–	–	–	–	–	–	–	–	٢٦	–
سلوفاكيا	٠,١>	٠,٥>		١,٠>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
سلوفينيا	٠,١>	٠,٥>		١,٠>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
جزر سليمان	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الصومال	٠,٩	٤٤	٢٣	٨١ –	٢٣	–	٤,٥	٠,٢	٠,٦	–	٤	–	–	٢٣	٨٧
جنوب إفريقيا	١٨,٨	٥٥٠٠	٤٩٠٠	٦١٠٠ –	٣١٠٠	٢٠٠٤	٢٤٠	h٤,٤	h١٦,٩	–	–	–	–	١٢٠٠	–
إسبانيا	٠,٦	١٤٠	٨٤	٢٣٠ –	٣٢	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
سري لانكا	٠,١>	٥,٠	٣,٠	٨,٣ –	١,٠>	–	–	–	–	–	–	–	–	٣١٠	–
السودان	١,٦	٣٥٠	١٧٠	٥٨٠ –	١٨٠	–	٣٠	–	–	–	–	–	–	١٧٠٠	٩٦
سورينام	١,٩	٥,٢	٢,٨	٨,١ –	١,٤	–	٠,١>	–	–	–	٤١	–	٤٩	–	٩٧
سوازيلاند	٣٣,٤	٢٢٠	١٥٠	٢٩٠ –	١٢٠	٢٠٠٤	١٥	٧,٧	٢٢,٧	٥٢	٥٢	٧٠	٥٤	٦٣	٩٧
السويد	٠,٢	٨,٠	٤,٨	١٣ –	٢,٥	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
سويسرا	٠,٤	١٧	٩,٩	٢٧ –	٥,٩	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الجمهورية العربية السورية	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٧	–	–	–	١٠٦
طاجكيستان	٠,١	٤,٩	٢,٤	١٦ –	٠,٥>	–	–	–	–	–	٢	–	–	–	–
تنزانيا	٦,٥	١٤٠٠	١٣٠٠	١٦٠٠ –	٧١٠	٢٠٠٣	١١٠	h٣,٠	h٤,٠	٤٠	٤٥	٤٦	٣٤	١١٠٠	١٠٢
تايلاند	١,٤	٥٨٠	٣٣٠	٩٢٠ –	٢٢٠	–	١٦	–	–	–	٤٦	–	–	–	٩٩
مقدونيا (يوغسلافيا سابقاً)	٠,١>	٠,٥>		١,٠>	–	–	–	–	–	–	٢٧	–	٧٠	–	–
تيمور الشرقية	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
توغو	٣,٢	١١٠	٦٥	١٦٠ –	٦١	٢٠٠٤	٩,٣	٩,٧	٠,٨	–	٢٨	–	٥٠	٨٨	٩٤
تونغا	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ترينيداد وتوباغو	٢,٦	٢٧	١٥	٤٢ –	١٥	–	١,٠>	–	–	–	٥٤	–	٥١	–	١٠١
تونس	٠,١	٨,٧	٤,٧	٢١ –	١,٩	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
تركيا	–	٢,٠>		٥,٠>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
تركمانستان	٠,١>	٠,٥>		١,٠>	–	–	–	–	–	–	٥	–	–	–	–
توفالو	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
أوغندا	٦,٧	١٠٠٠	٨٥٠	١٢٠٠ –	٥٢٠	٢٠٠٥	١١٠	h١,١	h٤,٣	٣٥	٣٠	٥٥	٥٣	١٠٠٠	٩٤
أوكرانيا	١,٤	٤١٠	٢٥٠	٦٨٠ –	٢٠٠	–	–	–	–	–	٢٨	–	–	–	٩٨

الدول والأقاليم	المعدل التقديري لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين الكبار (١٥– ٤٩) في نهاية عام ٢٠٠٥	العدد التقديري للأشخاص (في كل الأعمار) الذين يعيشون مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، ٢٠٠٥ (بالآلاف)			انتقال العدوى من الأم إلى الطفل			الأطفال المصابون بالعدوى	الوقاية بين اليافعين والشباب				الأيتام			
		النسبة التقديرية	نسبة منخفضة– نسبة مرتفعة		العدد التقديري للنساء (١٥+ سنة) اللواتي يعشن مصابات بفيروس نقص المناعة البشرية، ٢٠٠٥ (بالآلاف)	معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين النساء الحوامل (١٥–٢٤ سنة) في العاصمة		العدد التقديري للأطفال (منذ الولادة – ١٤سنة) الذين يعيشون مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، ٢٠٠٥ (بالآلاف)	معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين اليافعين والشباب (١٥–٢٤ سنة)، ٢٠٠٥		النسبة المئوية لمن لديهم معرفة شاملة عن فيروس نقص المناعة البشرية ٢٠٠٠–٢٠٠٦*		النسبة المئوية لمن استخدموا الواقي في آخر اتصال جنسي عالي الخطورة ٢٠٠٠–٢٠٠٦*		الأطفال من (منذ الولادة – ١٧ سنة) الذين تيتموا بسبب مرض الإيدز، ٢٠٠٥	الأطفال الأيتام نتيجة لجميع الأسباب، ٢٠٠٥	نسبة انتظام الأيتام في المدارس
						السنة	العدد الأوسط		ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث		النسبة التقديرية (بالآلاف)	النسبة التقديرية (بالآلاف)	٢٠٠٠–٢٠٠٦*
الإمارات العربية المتحدة	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
المملكة المتحدة	٠,٢	٦٨	٤١ – ١١٠		٢١	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الولايات المتحدة الأمريكية	٠,٦	١٢٠٠	٧٢٠ – ٢٠٠٠		٣٠٠	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
أوروغواي	٠,٥	٩,٦	٤,٦ – ٣٠		٥,٣	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٥٥	–
أوزبكستان	٠,٢	٣١	١٥ – ٩٩		٤,١	–	–	–	–	–	٧	r٣١	٥٠	r٦١	–	–	–	–
فانواتو	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
فنزويلا (ج. بوليفيا)	٠,٧	١١٠	٥٤ – ٣٥٠		٣١	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٤٨٠	–
فيتنام	٠,٥	٢٦٠	١٥٠ – ٤٣٠		٨٤	–	–	–	–	h٠,٨	٥٠	r٤٢	٦٨	–	٨٤	–	١٨٠٠	٨٤
اليمن	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
زامبيا	١٧,٠	١١٠٠	١١٠٠ – ١٢٠٠		٥٧٠	٢٠٠٤	٢٠,٧	١٣٠	h٣,٠	h١١,١	٤٦	٤١	٣٨	٢٦	١٠٣	٧١٠	١٢٠٠	١٠٣
زيمبابوي	٢٠,١	١٧٠٠	١١٠٠ – ٢٢٠٠		٨٩٠	٢٠٠٤	١٨,٦	١٦٠	h٤,٢	h١١,٠	٤٦	٤٤	٦٨	٤٢	٩٥	١١٠٠	١٤٠٠	٩٥

ملخصات إقليمية

إفريقيا جنوب الصحراء	٦,١	٢٤٥٠٠	٢١٦٠٠ – ٢٧٤٠٠	١٣٢٠٠		٩,٧	٢٠٠٠	١,٤	٤,٣	٣١	٢٥	٤٧	٣١	١٢٠٠٠	٤٦٦٠٠	٨٠
شرق وجنوب إفريقيا	٨,٦	١٧٥٠٠	١٥٨٠٠ – ١٩٢٠٠	٩٤٠٠	–	١٣,٥	١٤٠٠	٢,١	٦,٢	٣٧	٣١	٤٦	٣٢	٨٧٠٠	٢٤٣٠٠	٨٤
غرب ووسط إفريقيا	٣,٥	٦٩٠٠	٥٣٠٠ – ٨٧٠٠	٣٧٠٠	–	٤,٠	٦٥٠	٠,٧	٢,٣	٢٤	١٩	٤٧	٣١	٣٣٠٠	٢٢٢٠٠	٧٦
الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	٠,٢	٥١٠	٣٢٠ – ٨٣٠	٢١٠	–	–	٣٣	–	–	–	–	–	–	–	–	–
جنوب آسيا #	٠,٧	٥٩٠٠	٣٦٠٠ – ٩٧٠٠	١٦٠٠	–	–	١٣٠	–	–	٤٣	٢٣	٣٨	٢٢	–	٣٧٥٠٠	٨٤
شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادي	٠,٢	٢٣٠٠	١٨٠٠ – ٣٢٠٠	٧٥٠	–	–	٥٠	–	–	–	–	–	–	–	٣٤٨٠٠	–
أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي	٠,٦	١٩٠٠	١٥٠٠ – ٢٨٠٠	٦٤٠	–	–	٥٤	–	–	–	–	–	٤٧	–	١٠٧٠٠	–
دول وسط وشرق أوروبا – رابطة الدول المستقلة حديثا	٠,٦	١٥٠٠	١٠٠٠ – ٢٣٠٠	٤٥٠	–	–	٩	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الدول الصناعية §	٠,٤	٢٠٠٠	١٤٠٠ – ٣٠٠٠	٥٣٠	–	–	١٣	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الدول الآخذة في النمو §	١,١	٣٥١٠٠	٣٠٣٠٠ – ٤١٩٠٠	١٦٤٠٠	–	–	٢٣٠٠	–	–	–	٢٥	–	–	–	–	–
الدول الأقل نموا §	٢,٧	١١٧٠٠	١٠١٠٠ – ١٣٥٠٠	٦٠٠٠	–	٧,٥	١١٠٠	١,١	٢,٩	–	٢٤	–	–	–	٨٢	–
العالم	١,٠	٣٨٦٠٠	٣٣٤٠٠ – ٤٦٠٠٠	١٧٣٠٠	–	–	٢٣٠٠	–	–	–	٢٥	–	–	١٥٢٠٠	١٣٢٧٠٠	–

§ تشمل أيضاً الأقاليم ضمن كل فئة من الدول أو مجموعة إقليمية. والدول والأقاليم الموجودة في كل فئة من الدول أو مجموعة إقليمية معروضة في الصفحة رقم ١٤٨

تعريف المؤشرات

المعدل التقديري لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين الكبار – النسبة المئوية للكبار (١٥ – ٤٩ عاماً) الذين يعيشون مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية بنهاية عام ٢٠٠٥.

العدد التقديري للأشخاص (في جميع الأعمار) الذين يعيشون مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية – العدد التقديري للأشخاص (في جميع الأعمار) الذين يعيشون مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ابتداءً من نهاية عام ٢٠٠٥.

العدد التقديري للنساء في سن (١٥ سنة فأكثر) اللواتي يعشن مصابات بفيروس نقص المناعة البشرية – العدد التقديري للنساء اللواتي يعشن مصابات بفيروس نقص المناعة البشرية ابتداءً من نهاية عام ٢٠٠٥.

معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين النساء الحوامل في العاصمة – النسبة المئوية لعينات الدم المأخوذة من النساء الحوامل في سن (١٥ – ٢٤ عاماً) والتي أثبتت نتيجة الفحص أنها إيجابية دلالة على الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية خلال عملية مراقبة "منفصلة ومُغفلة الاسم"، أجريت تحت الحراسة في عيادات منتقاة للحوامل.

العدد التقديري للأطفال (منذ الولادة – ١٤ سنة) الذين يعيشون مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية – العدد التقديري للأطفال في سن (منذ الولادة – ١٤ عاماً) الذين يعيشون مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ابتداء من نهاية عام ٢٠٠٥.

معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين اليافعين والشباب – النسبة المئوية لليافعين والشباب والشابات في سن (١٥ – ٢٤ عاماً) الذين يعيشون مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ابتداءً من نهاية عام ٢٠٠٥.

المعرفة الشاملة عن فيروس نقص المناعة البشرية – النسبة المئوية لليافعين والشباب رجالاً ونساءً في سن (١٥ – ٢٤ عاماً) الذين يعرفون، بطريقة صحيحة"، الطريقتين الرئيستين للوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية عن طريق الاتصال الجنسي (استخدام الواقي، واقتصار ممارسة الاتصال الجنسي على شريك مخلص غير مصاب بهذا الفيروس)، والذين يرفضون الفكرتين الخاطئتين الأكثر شيوعاً على الصعيد المحلي عن انتقال فيروس نقص المناعة البشرية، والذين يعرفون أن الشخص السليم ظاهرياً قد يكون حاملاً لفيروس متلازمة نقص المناعة البشرية المكتسب / الإيدز.

استخدام الواقي في آخر اتصال جنسي عالي الخطورة – النسبة المئوية لليافعين والشباب، رجالاً ونساء، في سن (١٥ – ٢٤ عاماً) ممن قالوا أنهم استخدموا الواقي في المرة الأخيرة التي مارسوا فيها الجنس مع شريك من دون زواج، ولا يتعايشان معاً عيشة الأزواج، من بين أولئك الذين مارسوا الجنس مع هذا الشريك في الإثني عشر شهرا الماضية.

الأطفال الذين تيتموا بسبب مرض الإيدز – العدد التقديري للأطفال في سن (منذ الولادة – ١٧ عاماً) ابتداءً من نهاية عام ٢٠٠٥، الذين فقدوا أحد والديهما أو كلاهما بسبب الإيدز.

الأطفال الأيتام نتيجة لجميع الأسباب – العدد التقديري للأطفال في سن (منذ الولادة – ١٧ عاماً) ابتداءً من نهاية عام ٢٠٠٥، الذين فقدوا أحد والديهم أو كليهما لأي سبب من الأسباب.

نسبة انتظام الأطفال الأيتام في المدارس – النسبة المئوية للأطفال في سن (١٠ – ١٤ عاماً) الذين فقدوا والديهما الطبيعيين، والذين ينتظمون في المدارس في الوقت الحاضر كنسبة مئوية من الأطفال غير الأيتام في العمر نفسه، الذين يعيشون مع أحد الوالدين على الأقل وينتظمون في المدارس.

مصادر البيانات الأساسية

المعدل التقديري لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين الكبار – برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة فيروس ومرض الإيدز، تقرير عن الوضع العالمي لوباء الإيدز، ٢٠٠٦.

العدد التقديري للأشخاص الذين يعيشون مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية – برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة فيروس ومرض الإيدز، تقرير عن الوضع العالمي لوباء الإيدز، ٢٠٠٦.

العدد التقديري للنساء في سن (١٥ سنة فأكثر) اللواتي يعشن مصابات بفيروس نقص المناعة البشرية – برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة فيروس ومرض الإيدز، تقرير عن الوضع العالمي لوباء الإيدز، ٢٠٠٦.

معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين اليافعان والشابات من النساء الحوامل في العاصمة – برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة فيروس ومرض الإيدز، تقرير عن الوضع العالمي لوباء الإيدز، ٢٠٠٦.

العدد التقديري للأطفال في سن (منذ الولادة – ١٤ عاماً) الذين يعيشون مصابين بفيروس نقص **المناعة البشرية** – برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة فيروس ومرض الإيدز، تقرير عن الوضع العالمي لوباء الإيدز، ٢٠٠٦.

معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين اليافعين والشباب من الرجال والنساء – برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة فيروس ومرض الإيدز، تقرير عن الوضع العالمي لوباء الإيدز، ٢٠٠١– ٢٠٠٦.

المعرفة الشاملة عن فيروس نقص المناعة البشرية – المسوحات السكانية والصحية، والمسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات، ومسوحات رقابة السلوك، ومسوحات الصحة الإنجابية، (٢٠٠٠–٢٠٠٦) والموقع الإلكتروني www.measuredhs.com/hivdata

استخدام الواقي في آخر اتصال جنسي عالي الخطورة – المسوحات السكانية والصحية، ومسوحات رقابة السلوك، ومسوحات الصحة الإنجابية، (٢٠٠٠–٢٠٠٦) والموقع الإلكتروني:
www.measuredhs.com/hivdata

الأطفال الذين تيتموا بسبب مرض الإيدز – اليونيسف، برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة فيروس ومرض الإيدز، والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، الأيتام والأجيال المعرضة للخطر في إفريقيا: الأطفال المتأثرون بمرض الإيدز، ٢٠٠٦.

الأطفال الأيتام نتيجة لجميع الأسباب – اليونيسف، برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة فيروس ومرض الإيدز، والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، الأيتام والأجيال المعرضة للخطر في إفريقيا: الأطفال المتأثرون بمرض الإيدز، ٢٠٠٦.

نسبة انتظام الأطفال الأيتام في المدارس – المسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات والمسوحات السكانية والصحية (٢٠٠٠–٢٠٠٦) والموقع الإلكتروني: www.measuredhs.com/hivdata

ملاحظات

– البيانات غير متوافرة.

* البيانات تشير إلى أحدث سنة تتوافر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.

p نسبة انتظام الأطفال الأيتام في المدارس في سن (١٠ – ١٤ سنة) استنادا إلى الحالات من ٢٥ إلى ٤٩.

البيانات الخاصة بمرض الإيدز بين البالغين في الهند غير متوفرة بتاريخه، وأحدث البيانات المتوفرة في الهند هي حول العدد التقريبي للأشخاص المتعايشين بمرض الإيدز من مختلف الأعمار، وهذا العدد مستثنى من الملخصات الإقليمية.

r تعود إلى بيانات حول الاناث والتي تعتبر أحدث منها حول الذكور.

h البيانات مأخوذة من المسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات والمسوحات السكانية والصحية (٢٠٠١–٢٠٠٦)

الجدول ٥. التعليم

الدول والأقاليم	معدل معرفة اليافعين(١٥-٢٤) للقراءة والكتابة ٢٠٠٠*-٢٠٠٦		العدد لكل ١٠٠ شخص من السكان ٢٠٠٥			نسبة الالتحاق بالمدارس الابتدائية (٢٠٠٠-٢٠٠٦*)				نسبة الانتظام في المدارس الابتدائية (٢٠٠٠-٢٠٠٦*)		النسبة المئوية للداخلين إلى المدارس الابتدائية الذين يكملون تعليمهم حتى الصف الخامس ٢٠٠٠-٢٠٠٦*		نسبة الالتحاق بالمدارس الثانوية (٢٠٠٠-٢٠٠٦*)				نسبة الانتظام في المدارس الثانوية (٢٠٠٠-٢٠٠٦*)	
						إجمالي		صافي		صافي				إجمالي		صافي		صافي	
	ذكور	إناث	هواتف	مستخدمو الإنترنت		ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	بيانات إدارية	بيانات المسوحات	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
أفغانستان	٥١	١٨	٤	١		١٠٨	٦٤	–	–	٦٦	٤٠	–	٩٢	٢٤	٨	–	–	١٨	٦
ألبانيا	٩٩	١٠٠	٦٠	٦		١٠٦	١٠٥	٩٤	٩٤	٩٢	٩٢	y٩٠	٩	٧٩	٧٧	٧٥	٧٣	٧٩	٧٧
الجزائر	٩٤	٨٦	٤٩	٦		١١٦	١٠٧	٩٨	٩٥	٩٧	٩٦	٩٦	٩٥	٨٠	٨٦	٦٥	٦٨	٥٧	٦٥
أندورا	–	–	١٤٩	٣٣		٨٩	٨٥	٨٢	٧٩	–	–	–	–	٨٤	٩٣	٧٣	٨٠	–	–
أنغولا	٨٤	٦٣	١١	١		x٦٩	x٥٩	–	–	٥٨	٥٩	–	٧٥	١٩	١٥	–	–	٢٢	٢٠
أنتيغوا وباربودا	–	–	١٥٠	٣٦		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الأرجنتين	٩٩	٩٩	٨٢	١٨		١١٣	١١٢	٩٩	٩٨	–	–	٩٧	–	٨٣	٨٩	٧٦	٨٢	–	–
أرمينيا	١٠٠	١٠٠	٣٠	٥		٩٢	٩٦	٧٧	٨١	٩٩	٩٨	–	١٠٠	٨٧	٨٩	٨٣	٨٦	٩٣	٩٥
أستراليا	–	–	١٤٢	٧٠		١٠٤	١٠٤	٩٦	٩٧	–	–	–	–	١٥٢	١٤٥	٨٦	٨٧	–	–
النمسا	–	–	١٥٢	٤٩		١٠٦	١٠٦	٩٦	٩٨	–	–	y٩٩	–	١٠٥	١٠٠	–	–	–	–
أذربيجان	x١٠٠	x١٠٠	٤٠	٨		٩٧	٩٦	٨٥	٨٤	٩١	٩١	y٩٨	٩٩	٨٤	٨١	٧٩	٧٦	٨٧	٨٤
جزر البهاما	–	–	١١٢	٣٢		١٠١	١٠١	٩٠	٩٢	–	–	٩٩	–	٩٠	٩١	٨٣	٨٥	–	–
البحرين	٩٧	٩٧	١٣٠	٢١		١٠٥	١٠٤	٩٧	٩٧	٨٦	٨٧	٩٩	٩٩	٩٦	١٠٢	٨٧	٩٣	٧٧	٨٥
بنغلاديش	٦٧	٦٠	٧	٠		١٠٧	١١١	٩٣	٩٦	٧٩	٨٤	٦٥	٩٤	٤٧	٤٨	٤٤	٤٥	٣٦	٤١
باربادوس	–	–	١٢٧	٥٩		١٠٨	١٠٨	٩٨	٩٨	–	–	٩٨	–	١١٣	١١٣	٩٦	٩٧	–	–
بيلاروسيا	x١٠٠	x١٠٠	٧٦	٣٥		١٠٣	١٠٠	٩١	٨٨	٩٣	٩٤	y٩٩	١٠٠	٩٥	٩٦	٨٨	٨٩	٩٥	٩٧
بلجيكا	–	–	١٣٥	٤٦		١٠٤	١٠٤	٩٩	٩٩	–	–	–	–	١١٢	١٠٨	٩٧	٩٨	–	–
بيليز	x٧٦	x٧٧	٥٧	١٤		١٣٠	١٢٥	٩٣	٩٦	–	–	٩١	–	٨٤	٨٥	٧١	٧٢	–	–
بنن	٥٩	٣٣	١١	٦		١٠٧	٨٥	٨٦	٧٠	٦٠	٤٧	٥٢	٩٢	٤١	٢٣	٢٣	١١	١٩	١٢
بوتان	–	–	٩	٣		–	–	٨٠	٧٩	٧٤	٦٧	٩٣	–	–	–	–	–	–	–
بوليفيا	٩٩	٩٦	٣٣	٥		١١٣	١١٣	٩٤	٩٦	٧٨	٧٧	٨٥	٥٠	٩٠	٨٧	٧٣	٧٢	٥٧	٥٦
البوسنه والهرسك	١٠٠	١٠٠	٦٦	٢١		–	–	–	–	٩٢	٨٩	–	١٠٠	–	–	–	–	٨٩	٨٩
بوتسوانا	٩٢	٩٦	٥٤	٣		١٠٧	١٠٥	٨٥	٨٤	٨٣	٨٦	y٩٦	٩١	٧٢	٧٥	٥٧	٦٢	٣٦	٤٤
البرازيل	٩٦	٩٨	٦٨	٢١		١٤٦	١٣٥	٩٥	٩٥	٩٥	٩٥	y٨١	y.x٨٤	١٠١	١١١	٧٥	٨١	٤٢	٥٠
بروني / دار السلام	٩٩	٩٩	٨٥	٣٦		١٠٨	١٠٧	٩٣	٩٤	–	–	١٠٠	–	٩٤	٩٨	٨٥	٩٠	–	–
بلغاريا	٩٨	٩٨	١١٣	٢١		١٠٣	١٠٢	٩٤	٩٣	–	–	y٩٢	–	١٠٦	١٠١	٨٩	٨٧	–	–
بوركينا فاسو	٤٠	٢٧	٥	٠		٦٤	٥١	٥٠	٤٠	٤٩	٤٤	٧٦	٩١	١٦	١٢	١٣	٩	١٧	١٥
بوروندي	٧٧	٧٠	٢	١		٩١	٧٨	٦٣	٥٨	٧٢	٧٠	٦٧	٨٧	١٦	١٢	–	–	٨	٦
كمبوديا	٨٨	٧٩	٨	٠		١٣٩	١٢٩	٩٣	٩٠	٧٣	٧٦	٥٦	٩٥	٣٥	٢٤	٢٧	٢٢	٢٤	٢١
الكاميرون	–	–	١٤	٢		١٢٦	١٠٧	–	–	٨٦	٨١	٦٤	٩١	٤٩	٣٩	–	–	٤٥	٤٢
كندا	–	–	١١٧	٦٨		١٠٠	٩٩	٩٩	١٠٠	–	–	٩٣	–	١١٩	١١٦	–	–	–	–
كيب فيردي	٩٦	٩٧	٣٢	٦		١١١	١٠٥	٩١	٨٩	٩٧	٩٦	٧٨	–	٦٥	٧٠	٥٥	٦٠	–	–
جمهورية إفريقيا الوسطى	٧٠	٤٧	٣	٠		٦٧	٤٤	٤٤	٣٧	٦٤	٥٤	–	٧٣	–	–	١٣	٩	١٦	١٠
تشاد	٥٦	٢٣	٢	٠		٩٢	٦٢	٧٢	٥٠	٤١	٣١	٣٣	y٦٤	٢٣	٨	١٦	٥	١٣	٧
تشيلي	٩٩	٩٩	٩٠	٢٩		١٠٦	١٠١	٩١	٨٩	–	–	١٠٠	–	٩٠	٩١	–	–	–	–
الصين	٩٩	٩٩	٥٧	٨		١١٤	١١٢	٩٩	٩٩	–	–	–	–	٧٤	٧٥	–	–	–	–
كولومبيا	٩٨	٩٨	٦٥	١٠		١١٣	١١١	٨٧	٨٧	٩٠	٩٢	٨١	٨٩	٧٤	٨٢	٥٣	٥٨	٦٤	٧٢
جزر القمر	–	–	٤	٣		٩١	٨٠	٨٠	٦٥	٣١	٣١	٨٠	٢٥	٤٠	٣٠	–	–	١٠	١١
الكنغو	٩٨	٩٧	١٣	١		٩١	٨٤	٤٠	٤٨	٨٦	٨٧	٦٦	٩٥	٤٢	٣٥	–	–	٣٩	٤٢
جمهورية الكونغو الديمقراطية	٧٨	٦٣	٥	٠		٦٩	٥٤	–	–	٥٥	٤٩	–	٥٤	٢٨	١٦	–	–	١٨	١٥
جزر الكوك	–	–	–	–		٨٣	٨١	٧٨	٧٧	–	–	–	–	٧٢	٧٣	٦٢	٦٨	–	–
كوستاريكا	٩٧	٩٨	٥٨	٢١		١١٠	١٠٩	٩١	٩٣	٨٧	٨٩	٨٧	–	٧٧	٨٢	٥٨	٦٤	٥٩	٦٥
كوت ديفوار	٧١	٥٢	١٤	١		٨٠	٦٣	٦٢	٥٠	٦٦	٥٧	٨٨	٩٢	٣٢	١٨	٢٦	١٥	٣٢	٢٢
كرواتيا	١٠٠	١٠٠	١٢٢	٣٢		٩٥	٩٤	٨٨	٨٧	–	–	y١٠٠	–	٨٨	٨٩	٨٤	٨٦	–	–
كوبا	١٠٠	١٠٠	٩	٢		١٠٤	٩٩	٩٨	٩٦	–	–	٩٧	y٩٩	٩٤	٩٤	٨٧	٨٨	–	–
قبرص	١٠٠	١٠٠	١٣٦	٣٩		١٠١	١٠١	٩٩	٩٩	–	–	٩٩	–	٩٦	٩٨	٩٣	٩٥	–	–
جمهورية التشيك	–	–	١٤٧	٢٧		١٠٢	١٠٠	٩١	٩٣	–	–	٩٨	–	٩٥	٩٧	–	–	–	–
الدنمارك	–	–	١٦٢	٥٣		٩٨	٩٩	٩٥	٩٦	–	–	٩٣	–	١٢٢	١٢٦	٩١	٩٣	–	–
جيبوتي	–	–	٨	١		٤٤	٣٦	٣٧	٣٠	٨٠	٧٨	x٧٧	٩٦	٢٩	١٩	٢٧	١٨	٥٠	٤٢
الدومينيكا	–	–	٨٨	–		٩٣	٩٢	٨٣	٨٥	–	–	٩٣	–	١٠٩	١٠٦	٩٢	٩٢	–	–
جمهورية الدومينيكان	٩٣	٩٥	٥١	١٧		١١٦	١١٠	٨٧	٨٨	٨٤	٨٨	٨٦	٩١	٦٤	٧٨	٤٧	٥٩	٢٧	٣٩
الإكوادور	٩٦	٩٧	٦٠	٧		١١٧	١١٧	٩٧	٩٨	–	–	٧٦	–	٦١	٦١	٥٢	٥٣	–	–
مصر	٩٠	٧٩	٣٤	٧		١٠٤	٩٧	٩٦	٩١	٩٦	٩٤	٩٥	٩٩	٨٩	٨٢	٨٥	٧٩	٧٢	٦٧
السلفادور	٨٧	٩٠	٤٩	٩		١١٥	١١١	٩٣	٩٣	–	–	٦٩	–	٦٢	٦٤	٥٢	٥٤	–	–
غينيا – الإستوائية	٩٥	٩٥	٢١	١		١١٧	١١١	٨٥	٧٧	٦١	٦٠	٣٣	yv٢	٣٨	٢٢	–	–	٢٣	٢٢
إريتريا	–	–	٢	٢		٧١	٥٧	٥١	٤٣	٦٩	٦٤	٧٩	y٨٢	٤٠	٢٣	٣٠	٢٠	٢٣	٢١
إستونيا	١٠٠	١٠٠	١٤٢	٥٢		١٠٢	٩٩	٩٥	٩٥	–	–	٩٩	–	١٠٠	١٠١	٩٠	٩٣	–	–
إثيوبيا	٦٢	٣٩	١	٠		١٠٧	٩٤	٧١	٦٦	٤٥	٤٥	y٦٨	٧٨	٤١	٢٨	٣٨	٢٦	٣٠	٢٣
فيجي	–	–	٣٧	٨		١٠٧	١٠٥	٩٧	٩٦	–	–	٩٩	–	٨٥	٩١	٨٠	٨٥	–	–
فنلندا	–	–	١٤١	٥٣		١٠٠	٩٩	٩٨	٩٨	–	–	١٠٠	–	١٠٨	١١٣	٩٥	٩٥	–	–
فرنسا	–	–	١٣٥	٤٣		١١٢	١١٠	٩٩	٩٩	–	–	x٩٨	–	١١٦	١١٦	٩٨	١٠٠	–	–

الدول والأقاليم	معدل معرفة اليافعين(١٥-٢٤) للقراءة والكتابة ٢٠٠٠*-٢٠٠٦		العدد لكل ١٠٠ شخص من السكان ٢٠٠٥		نسبة الالتحاق بالمدارس الابتدائية (٢٠٠٠-٢٠٠٦*)				نسبة الانتظام في المدارس الإبتدائية (٢٠٠٠-٢٠٠٦*)		النسبة المئوية للداخلين إلى المدارس الإبتدائية الذين يكملون تعليمهم حتى الصف الخامس ٢٠٠٠-٢٠٠٦*		نسبة الالتحاق بالمدارس الثانوية (٢٠٠٠-٢٠٠٦*)				نسبة الانتظام في المدارس الثانوية (٢٠٠٠-٢٠٠٦*)	
					إجمالي		صافي		صافي				إجمالي		صافي		صافي	
	ذكور	إناث	هواتف	مستخدمو الإنترنت	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	بيانات إدارية	بيانات المسوحات	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
الغابون	٩٧	٩٥	٥٠	٥	١٣٠	١٢٩	٧٧	٧٧	٩٤	٩٤	٦٩	y٩١	٤٩	٤٢	–	–	٣٤	٣٦
غامبيا	–	–	١٩	٤	٧٩	٨٤	٧٨	٧٧	٦٠	٦٢	–	٩٧	٥١	٤٢	٤٩	٤١	٣٩	٣٤
جورجيا	–	–	٣٩	٦	٩٣	٩٤	٩٣	٩٣	y٩٩	y١٠٠	y٩٨	–	٨٢	٨٣	٨١	٨١	–	–
ألمانيا	–	–	١٦٢	٤٣	١٠١	١٠١	٩٦	٩٦	–	–	y٩٩	–	١٠١	٩٩	–	–	–	–
غانا	٧٦	٦٦	١٤	٢	٩٤	٩٣	٦٩	٧٠	٧٥	٧٥	٦٣	٩٠	٥٠	٤٣	٤٠	٣٦	٤٥	٤٥
اليونان	٩٩	٩٩	١٤٩	١٨	١٠١	١٠١	٩٩	٩٩	–	–	٩٩	–	١٠٣	١٠١	٩٠	٩٢	–	–
غرينادا	–	–	٧٢	١٩	٩٤	٩١	٨٤	٨٣	–	–	٧٩	–	٩٩	١٠٢	٧٨	٨٠	–	–
غواتيمالا	٨٦	٧٨	٤٦	٨	١١٨	١٠٩	٩٦	٩٢	٨٠	٧٦	٦٨	y.x ٧٣	٥٤	٤٩	٣٥	٣٢	x٢٣	x٢٤
غينيا	٥٩	٣٤	٣	١	٨٨	٧٤	٧٠	٦١	٥٥	٤٨	٧٦	٩٧	٣٩	٢١	٣١	١٧	٢٧	١٧
غينيا – بيساو	–	–	٨	٢	٨٤	٥٦	٥٣	٣٨	٥٤	٥٣	–	٨٠	٢٣	١٣	١١	٦	٨	٧
غوايانا	–	–	٥٢	٢١	١٣٣	١٣١	–	–	٩٦	٩٦	٦٤	٩٧	١٠١	١٠٣	–	–	٦٦	٧٣
هاييتي	–	–	٨	٧	–	–	–	–	٤٨	٥١	–	٨٩	–	–	–	–	١٨	٢١
الفاتيكان	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
هندوراس	٨٧	٩١	٢٥	٤	١١٣	١١٣	٩٠	٩٢	٧٧	٨٠	٧٠	٨٣	٥٩	٧٣	–	–	٢٩	٣٦
هنغاريا	–	–	١٢٦	٣٠	٩٧	٩٩	٩٠	٨٨	–	–	y٩٨	–	٩٧	٩٦	٩٠	٩٠	–	–
آيسلندا	–	–	١٦٩	٦٢	٩٨	١٠١	١٠٠	٩٧	–	–	١٠٠	–	١٠٧	١٠٩	٨٧	٨٩	–	–
الهند	٨٤	٦٨	١٣	٥	١١٦	١٢٣	٩٢	٨٦	٨٤	٨٥	٧٣	y٩٥	٦٣	٥٠	–	–	٦٤	٥٨
إندونيسيا	٩٩	٩٩	٢٧	٧	١١٥	١١٩	٩٧	٩٤	٩٤	٩٥	٩٠	y٩٦	٦٤	٦٣	٥٩	٥٨	٥٤	٥٦
جمهورية إيران الإسلامية	٩٨	٩٧	٣٨	١١	١٢٢	١٠٠	٩١	١٠٠	٩٤	٩١	٨٨	–	٨٣	٧٨	٧٩	٧٥	–	–
العراق	٨٩	٨١	٦	٠	٨٩	١٠٨	٩٤	٨١	٩١	٨٠	٨١	٩٥	٥٤	٣٦	٤٤	٣١	٤٦	٣٤
إيرلندا	–	–	١٥٢	٣٤	١٠٨	١٠٨	٩٦	٩٦	–	–	١٠٠	–	١٠٨	١١٨	٨٥	٩١	–	–
إسرائيل	–	–	١٥٥	٢٤	١٠٩	١١٠	٩٧	٩٨	–	–	١٠٠	–	٩٣	٩٢	٨٩	٨٩	–	–
إيطاليا	١٠٠	١٠٠	١٦٧	٤٨	١٠٣	١٠٢	٩٩	٩٨	–	–	١٠٠	–	١٠٠	٩٩	٩٢	٩٣	–	–
جمايكا	–	–	١١٨	٤٦	٩٥	٩٤	٩٠	٩٠	٩٧	٩٨	٩٠	٩٩	٨٦	٨٩	٧٧	٨٠	٨٨	٩٢
اليابان	–	–	١٢١	٦٧	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–	–	–	–	١٠٢	١٠٢	٩٩	١٠٠	–	–
الأردن	٩٩	٩٩	٦٦	١٣	٩٦	٩٦	٨٨	٩٠	٩٩	٩٩	٩٦	y٩٩	٨٧	٨٨	٧٧	٨٠	٨٥	٨٩
كازاخستان	x١٠٠	x١٠٠	٥٥	٤	١١٠	١٠٨	٩٢	٩٠	٩٩	٩٨	y١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٧	٩٢	٩١	٩٧	٩٧
كينيا	٨٠	٨١	١٤	٣	١١٤	١١٠	٧٨	٧٩	٧٩	٧٩	٨٣	٩٨	٥٠	٤٨	٤٢	٤٢	١٢	١٣
كيريباتي	–	–	–	٢	١١١	١١٣	٩٦	٩٨	–	–	٨٢	–	٨٢	٩٣	٦٥	٧١	–	–
كوريا الديمقراطية	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
جمهورية كوريا	–	–	١٣٥	٦٨	١٠٥	١٠٤	١٠٠	٩٩	–	–	٩٩	–	٩٦	٩٦	٩٤	٩٤	–	–
الكويت	١٠٠	١٠٠	١٠٨	٢٦	٩٩	٩٧	٨٧	٨٦	–	–	y٩٩	–	٩٢	٩٨	٧٦	٨٠	–	–
قيرغيزستان	x١٠٠	x١٠٠	١٩	٥	٩٨	٩٧	٨٧	٨٦	٩١	٩٣	y٩٧	٩٩	٨٦	٨٧	٨٠	٨١	٩٠	٩٢
جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية	٨٣	٧٥	١٢	٠	١٢٣	١٠٨	٨٦	٨١	٨١	٧٧	٦٣	٩٢	٥٣	٤٠	٤١	٣٥	٤٠	٣٣
لاتفيا	١٠٠	١٠٠	١١٣	٤٥	٩٤	٩٠	٨٦	٨٩	–	–	y٩٨	–	٩٨	٩٩	–	–	–	–
لبنان	–	–	٤٦	٢٠	١٠٨	١٠٥	٩٣	٩٢	٩٧	٩٧	٩٣	٩٦	٨٥	٩٣	–	–	٦١	٦٨
ليسوتو	–	–	١٧	٣	١٣٢	١٣٢	٨٤	٨٩	٨٢	٨٨	٧٣	٩١	٣٤	٤٣	١٩	٣٠	١٦	٢٧
ليبيريا	٦٥	٧٠	–	–	١١٥	٨٣	٧٤	٥٨	–	–	–	–	٣٧	٢٧	٢٢	١٢	–	–
الجماهيرية العربية الليبية	١٠٠	٩٧	٢٠	٤	١٠٦	١٠٥	–	–	–	–	–	–	٩٦	١١٥	–	–	–	–
ليشتنشتاين	–	–	١٣٧	٦٣	١٠٦	١٠٧	٨٧	٨٩	–	–	–	–	١٢٠	١٠٤	٦٢	٦٩	–	–
لتوانيا	١٠٠	١٠٠	١٥٠	٢٦	٩٥	٩٥	٨٩	٨٩	–	–	y٩٨	–	٩٧	٩٦	٩١	٩١	–	–
لوكسمبورغ	–	–	٢٠٧	٦٨	١٠٠	١٠٠	٩٥	٩٥	–	–	٩٢	–	٩١	٩٧	٧٩	٨٥	–	–
مدغشقر	٥٩	٥٧	٣	١	١٤١	١٣٦	٩٣	٩٢	٧٤	٧٧	٤٣	٩٣	x ١٤	x ١٤	x ١١	١١	١٧	٢١
ملاوي	x٨٢	xV١	٤	٠	١٢١	١٢٤	٩٢	٩٧	y٨٦	٨٨	٤٢	٨٧	٣١	٢٥	٢٥	٢٢	٢٧	٢٦
ماليزيا	٩٧	٧٩	٩٢	٤٢	٩٦	٩٦	٩٦	٩٥	–	–	٩٨	–	٧٢	٨١	٧١	٨١	–	–
ملديف	٩٨	٩٨	–	–	٩٥	٩٣	٧٩	٧٩	–	–	٩٢	–	٦٨	٧٨	٦٠	٦٦	–	–
مالي	x٣٢	x١٧	٨	١	٧٤	٥٩	٥٦	٤٥	٣٣	٤٥	٨٧	٩٣	٢٩	١٨	–	–	١٥	١١
مالطا	x٩٤	x٩٨	١٣١	٣٢	١٠١	٩٥	٨٨	٨٤	–	–	٩٩	–	٩٨	١٠١	٨٤	٨٣	–	–
جزر مارشال	–	–	٩	–	١٠٥	١٠١	٩٠	٨٩	–	–	–	–	٧٥	٧٨	٧٢	٧٧	–	–
موريتانيا	٦٨	٥٦	٢٦	١	٩٣	٩٤	٧٢	٧٢	٤٦	٤٢	٥٧	y٦٩	٢٢	١٩	١٧	١٤	١٥	٩
موريشيوس	٩٤	٩٥	٨١	٢٤	١٠٢	١٠٢	٩٤	٩٦	–	–	٩٧	–	٨٩	٨٨	٨١	٨٢	–	–
المكسيك	٩٨	٩٨	٦٢	١٧	١١٠	١٠٨	٩٨	٩٨	٩٧	٩٧	٩٤	–	٧٨	٨٣	٦٤	٦٦	–	–
ميكرونيسيا الاتحادية	–	–	٢٤	١٣	١١٦	١١٣	–	–	–	–	–	–	٨٣	٨٨	–	–	–	–
جمهورية مولدوفا	١٠٠	١٠٠	٤٨	١٣	٩٣	٩٢	٨٦	٨٦	٨٤	٨٥	y٩١	١٠٠	٨٠	٨٣	٧٥	٧٧	٨٢	٨٥
موناكو	–	–	١٤٥	٥١	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
منغوليا	٩٧	٩٨	٢٧	١٠	٩٢	٩٤	٨٣	٨٥	٩٦	٩٨	y٩١	٩٦	٨٦	٩٨	٧٩	٩٠	٨٥	٩١
مونتانيغرو	–	–	–	–	٩٨	٩٨	–	–	٩٨	٩٧	–	٩٧	٨٨	٨٩	–	–	٩٠	٩٢
المغرب	٨١	٦١	٤٥	١٥	١١١	٩٩	٨٩	٨٣	٩١	٨٧	٧٩	y٨٦	٥٤	٤٦	٣٨	٣٢	٣٩	٣٦
موزامبيق	x٦٠	x٣٧	٨	١	١١١	٩٤	٨١	٧٤	٦٣	٥٧	٦٢	٨٤	١٦	١١	٨	٦	٨	٧

الجدول ٥. التعليم

الدول والأقاليم	معدل معرفة اليافعين(١٥-٢٤) للقراءة والكتابة ٢٠٠٠*-٢٠٠٦		العدد الشخصي لكل شخص من السكان ٢٠٠٥			نسبة الالتحاق بالمدارس الابتدائية (٢٠٠٠-٢٠٠٦*)				نسبة الانتظام في المدارس الإبتدائية (٢٠٠٠-٢٠٠٦*)		النسبة المئوية للداخلين إلى المدارس الإبتدائية الذين يكملون تعليمهم حتى الصف الخامس ٢٠٠٠-٢٠٠٦*		نسبة الالتحاق بالمدارس الثانوية (٢٠٠٠-٢٠٠٦*)				نسبة الانتظام في المدارس الثانوية (٢٠٠٠-٢٠٠٦*)	
			هواتف	مستخدمو الإنترنت		إجمالي		صافي		صافي		بيانات إدارية	بيانات المسوحات	إجمالي		صافي		صافي	
	ذكور	إناث				ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث			ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
مايانمار	٩٦	٩٣	١	٠		٩٩	١٠١	٨٩	٩١	٨٣	٨٤	٧٠	١٠٠	٤١	٤٠	٣٨	٣٧	٥١	٤٨
ناميبيا	٩١	٩٤	٣١	٤		٩٩	١٠٠	٦٩	٧٤	٧٨	٧٨	٨٦	٩٥	٥٢	٦٠	٣٣	٤٤	٢٩	٤٠
ناورو	–	–	–	–		٨٤	٨٣	–	–	–	–	٣١	–	٤٦	٥٠	–	–	–	–
نيبال	٨١	٦٠	٣	١		١٢٩	١٢٣	٩٠	٨٣	٨٦	٨٢	٧٩	٩٥	٤٦	٤٠	–	–	٤٦	٣٨
هولندا	–	–	١٤٤	٧٤		١٠٨	١٠٦	٩٩	٩٨	–	–	٩٩	–	١٢٠	١١٧	٨٦	٨٨	–	–
نيوزيلانده	–	–	١٣١	٦٨		١٠٢	١٠٢	٩٩	٩٩	–	–	–	–	١١٩	١٢٧	٩٠	٩٣	–	–
نيكاراغوا	٨٤	٨٩	٢٣	٢		١١٣	١١٠	٨٨	٨٦	٧٧	٨٤	٥٤	٦٣	٦٢	٧١	٤٠	٤٦	٣٥	٤٧
النيجر	٥٢	٢٣	٢	٠		٥٤	٣٩	٤٦	٣٣	٣٦	٢٥	٦٥	٨٩	١٠	٧	٩	٦	٦	٦
نيجيريا	٨٧	٨١	١٥	٤		١١١	٩٥	٧٢	٦٤	٦٦	٥٨	٧٣	٩٧	٣٧	٣١	٢٩	٢٥	٣٨	٣٣
نيو	–	–	–	–		٧٨	٩٧	–	–	–	–	–	–	١٠٤	٩٤	x ٩١	٩٦	–	–
النرويج	–	–	١٤٩	٥٨		٩٨	٩٨	٩٨	٩٨	–	–	١٠٠	–	١١٤	١١٤	٩٧	٩٧	–	–
الأرض الفلسطينية المحتلة	٩٩	٩٩	٣٩	٧		٨٩	٨٨	٨٠	٨٠	٩١	٩٢	y٩٨	٩٩	٩٦	١٠٣	٩٢	٩٨	–	–
سلطنة عُمان	٩٨	٩٧	٦٢	١١		٨١	٨٢	٧٣	٧٤	–	–	١٠٠	–	٩٠	٨٦	٧٧	٧٧	–	–
الباكستان	٧٧	٥٣	١٢	٧		٩٩	٧٥	٧٧	٥٩	٦٢	٥١	٧٠	٩٠	٣١	٢٣	٢٤	١٨	٢٣	١٨
بالاو	–	–	–	–		١٠٨	١٠١	٩٨	٩٥	–	–	–	–	٩٧	١٠٥	–	–	–	–
بنما	٩٧	٩٦	٦٧	٦		١١٣	١٠٩	٩٩	٩٨	–	–	٨٥	–	٦٨	٧٣	٦١	٦٧	–	–
بابوا غينيا الجديدة	٦٩	٦٤	٢	٢		٨٠	٧٠	–	–	–	–	٦٨	–	٢٩	٢٣	–	–	–	–
باراغواي	٩٦	٩٦	٣٦	٣		١٠٦	١٠٣	٨٧	٨٨	٩٥	٩٦	٨١	y٩٠ x	٦٣	٦٤	–	–	٨١	٨٠
بيرو	٩٨	٩٦	٢٨	١٦		١١٣	١١٢	٩٦	٩٧	٩٤	٩٤	٩٠	٩٥	٩١	٩٢	٧٠	٦٩	٧٠	٧٠
الفلبين	٩٤	٩٧	٤٥	٥		١١٣	١١٢	٩٣	٩٥	٨٨	٨٩	٧٥	٩٣	٨١	٩٠	٥٥	٦٦	٥٥	٧٠
بولندا	–	–	١٠٦	٢٦		٩٨	٩٨	٩٦	٩٧	–	–	٩٩	–	١٠٠	٩٠	٩٢	٩٤	–	–
البرتغال	١٠٠	١٠٠	١٤٩	٢٧		١١٧	١١٢	٩٨	٩٨	–	–	–	–	٩٤	١٠٤	٧٩	٨٧	–	–
قطر	٩٥	٩٨	١١٩	٢٨		١٠٧	١٠٦	٩٦	٩٦	–	–	–	–	١٠١	٩٩	٩١	٨٩	–	–
رومانيا	٩٨	٩٨	٨٢	٢٢		١٠٨	١٠٦	٩٣	٩٢	–	–	y٩٥	–	٨٥	٨٦	٧٩	٨٢	–	–
الاتحاد الروسي	١٠٠	١٠٠	١١٢	١٥		١٢٩	١٢٩	٩٢	٩٣	–	–	–	–	٩٣	٩١	–	–	–	–
رواندا	٧٩	٧٧	٣	١		١١٩	١٢١	٧٢	٧٥	٨٤	٨٧	٤٦	٨٤	١٥	١٣	١١	١٠	٥	٥
سانت كيتس ونيفيس	–	–	٨٣	–		٩٧	١٠٢	٩١	٩٦	–	–	٨٧	–	٩٥	٩٣	٨٧	٨٥	–	–
سانت لوتشيا	–	–	–	٣٤		١١١	١٠٧	٩٨	٩٦	–	–	٩٦	–	٧١	٨٥	٦١	٧٦	–	–
سانت فينسنت وغرينادين	–	–	٧٨	٨		١١٧	١٠٥	٩٢	٨٨	–	–	٨٨	–	٦٧	٨٣	٥٧	٧١	–	–
ساموا	٩٩	٩٩	٢٤	٣		١٠٠	١٠٠	٩٠	٩١	–	–	٩٤	–	٧٦	٨٥	٦٢	٧٠	–	–
سان مارينو	–	–	–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ساو تومي وبرنسيبي	٩٦	٩٥	١٢	١٥		١٣٥	١٣٢	٩٧	٩٦	٩٤	٩٥	٧٦	٨٧	٤٣	٤٦	٣٠	٣٤	٣٩	٤١
السعودية	٩٧	٩٥	٧٣	١٢		٩١	٩١	٧٧	٧٩	–	–	٩٦	–	٨٩	٨٦	٦٣	٦٨	–	–
السنغال	٥٩	٤١	١٧	٥		٨٠	٧٧	٧٠	٦٧	٥٨	٥٩	٧٣	٩٥	٢٤	١٨	١٩	١٥	٢٠	١٦
الصرب	–	–	–	–		٩٨	٩٨	–	–	٩٨	٩٨	–	١٠٠	٨٨	٨٩	–	–	٩٠	٩٣
سيشلز	٩٩	٩٩	٩٧	٢٦		١١٥	١١٦	٩٩	١٠٠	–	–	٩٩	–	١٠٦	١٠٥	٩٤	١٠٠	–	–
سيراليون	٦٠	٣٧	–	٠		١٧١	١٣٩	–	–	٦٩	٦٩	٩٢	–	٣٥	٢٦	–	–	٢٢	١٧
سنغافوره	x٩٩	x٩٩	١٤٣	٤٠		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
سلوفاكيا	–	–	١٠٦	٣٥		٩٩	٩٨	٩١	٩٢	–	–	y٩٧	–	٩٤	٩٥	–	–	–	–
سلوفينيا	١٠٠	١٠٠	١٣١	٥٥		١٠٢	١٠١	٩٩	٩٨	–	–	y٩٩	–	١٠٠	١٠٠	٩٤	٩٥	–	–
جزر سليمان	–	–	٣	١		٩٩	٩٤	٦٥	٦٢	–	–	–	–	٣٢	٢٧	٢٨	٢٤	–	–
الصومال	–	–	٧	١		–	–	–	–	٢٤	٢٠	y٥٦	٩٢	–	–	–	–	٨	٤
جنوب إفريقيا	x٩٤	x٩٤	٨٢	١١		١٠٦	١٠٢	٨٧	٨٧	٨٠	٨٣	٨٢	y.x ٩٨	٩٠	٩٧	٥٨	٦٥	٤١	٤٨
إسبانيا	x١٠٠	x١٠٠	١٤٢	٤٠		١٠٨	١٠٥	١٠٠	٩٩	–	–	١٠٠	–	١٢١	١٢٧	٩٧	١٠٠	–	–
سري لانكا	٩٥	٩٦	٢٢	٢		١٠٢	١٠١	٩٩	٩٨	–	–	١٠٠	–	٨٢	٨٣	–	–	–	–
السودان	٨٥	٧١	٧	٨		٦٥	٥٦	٤٧	٣٩	٦٠	٥٧	٧٩	٧١	٣٦	٣٣	–	–	١٩	٢٠
سورينام	٩٦	٩٤	٧٠	٧		١٢٠	١٢٠	٩٣	٩٦	٩٤	٩٣	–	٩٣	٧٥	١٠٠	٦٣	٨٧	٥٥	٦٦
سوازيلاند	٨٧	٩٠	٢٣	٤		١١١	١٠٤	٨٠	٨١	٧٣	٧٢	٧٧	٨٩	٤٦	٤٤	٣١	٣٥	٢٤	٣٣
السويد	–	–	١٧١	٧٦		٩٧	٩٧	٩٦	٩٦	–	–	–	–	١٠٣	١٠٣	٩٩	١٠٠	–	–
سويسرا	–	–	١٦١	٥١		١٠٢	١٠١	٩٣	٩٣	–	–	–	–	٩٨	٩١	٨٧	٨١	–	–
الجمهورية العربية السورية	٩٥	٩٠	٣١	٦		١٢٧	١٢١	٩٧	٩٢	٩٧	٩٦	٩٢	٩٩	٧٠	٦٥	٦٤	٦٠	٦٤	٦٥
طاجكيستان	١٠٠	١٠٠	٨	٠		١٠٣	٩٩	٩٩	٩٦	٨٩	٨٨	y٩٨	٩٩	٨٩	٧٤	٨٦	٧٣	٨٩	٧٤
تنزانيا	٨١	٧٦	٩	١		١١٢	١٠٩	٩	٩٧	٧١	٧٥	٨٥	٩٦	x ٧	x ٥	–	–	٨	٨
تايلاند	٩٨	٩٨	٥٩	١١		٩٨	٩٤	٩٠	٨٦	٩٨	٩٨	–	٩٩	٦٩	٧٢	٦٢	٦٦	٧٧	٨٤
مقدونيا (يوغسلافيا سابقاً)	٩٩	٩٩	٨٨	٨		٩٨	٩٨	٩٢	٩٢	٩٧	٩٣	y٩٨	١٠٠	٨٥	٨٣	٨٣	٨١	٧٩	٧٨
تيمور الشرقية	–	–	–	–		١٥٧	١٤٥	–	–	y٧٦	y٧٤	–	–	٥٢	٥٢	–	–	–	–
توغو	٨٤	٦٤	١٠	٦		١٠٩	٩٢	٨٤	٧٢	٨٢	٧٦	٧٥	٩٢	٥٤	٢٧	٣٠	١٤	٤٥	٣٢
تونغا	x٩٩	x٩٩	٤٤	٣		١١٨	١١٢	٩٧	٩٣	–	–	٨٩	–	٩٤	١٠٢	٦١	٧٥	–	–
ترينيداد وتوباغو	١٠٠	١٠٠	٨٦	١٢		١٠٢	٩٩	٩٠	٩٠	٩٨	٩٨	٩١	٩٩	٧٩	٨٢	٦٨	٧٠	٨٤	٩٠
تونس	٩٦	٩٢	٦٩	٩		١١١	١٠٨	٩٧	٨٧	٩٥	٩٣	٩٧	y٩٢	٨٠	٨٨	٦٢	٦٨	–	–
تركيا	٩٨	٩٣	٨٦	١٥		٩٦	٩١	٩٢	٨٧	٩١	٨٧	٩٧	y.x ٩٧	٨٣	٦٨	٧٢	٦١	٥٣	٤٧

الدول والأقاليم	معدل معرفة اليافعين(١٥-٢٤) للقراءة والكتابة ٢٠٠٠*-٢٠٠٦		العدد لكل ١٠٠ شخص من السكان ٢٠٠٥		نسبة الالتحاق بالمدارس الابتدائية (٢٠٠٠-٢٠٠٦*)				نسبة الانتظام في المدارس الإبتدائية (٢٠٠٠-٢٠٠٦*)		النسبة المئوية للداخلين إلى المدارس الإبتدائية الذين يكملون تعليمهم حتى الصف الخامس ٢٠٠٠-٢٠٠٦*		نسبة الالتحاق بالمدارس الثانوية (٢٠٠٠-٢٠٠٦*)				نسبة الانتظام في المدارس الثانوية (٢٠٠٠-٢٠٠٦*)	
			هواتف مستخدمو الإنترنت		إجمالي		صافي		صافي		بيانات إدارية	بيانات المسوحات	إجمالي		صافي		صافي	
	ذكور	إناث			ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث			ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
تركمانستان	x١٠٠	x١٠٠	١٠	١	–	–	–	–	٩٩	٩٩	–	١٠٠	–	–	–	–	٨٤	٨٤
توفالو	–	–	–	–	٩٥	١٠٢	–	–	–	–	٧٠	١٠٠	٨٧	٨١	–	–	–	–
أوغندا	٨٣	٧١	٥	٢	١١٩	١١٩	–	–	٨٢	٨١	٤٨	٨٩	٢١	١٧	١٦	١٤	١٦	١٦
أوكرانيا	١٠٠	١٠٠	٩٠	١٠	١٠٧	١٠٧	٨٣	٨٣	٩٦	٩٨	–	١٠٠	٩٢	٨٥	٨٢	٧٧	٩٠	٩٣
الإمارات العربية المتحدة	٩٨	٩٦	١٢٨	٢٩	٨٥	٨٢	٧١	٧٠	–	–	٩٧	–	٦٢	٦٦	٥٦	٥٩	–	–
المملكة المتحدة	–	–	١٦٧	٥٤	١٠٧	١٠٧	٩٩	٩٩	–	–	–	–	١٠٤	١٠٧	٩٤	٩٧	–	–
الولايات المتحدة الأمريكية	–	–	١٣٠	٦٦	١٠٠	٩٩	٩٢	٩٣	–	–	–	–	٩٤	٩٦	٨٨	٩٠	–	–
أوروغواي	x٩٨	x٩٩	٦٦	٢١	١١٠	١٠٨	٩٢	٩٣	–	–	٩١	–	٩٨	١١٣	–	–	–	–
أوزبكستان	–	–	٩	٣	١٠٠	٩٩	–	–	١٠٠	١٠٠	y٩٦	١٠٠	٩٦	٩٣	–	–	٩١	٩٠
فانواتو	–	–	٩	٣	١٢٠	١١٦	٩٥	٩٣	–	–	٧٨	–	٤٤	٣٨	٤٢	٣٦	–	–
فنزويلا (ج. بوليفيا)	٩٦	٩٨	٦٠	١٣	١٠٦	١٠٤	٩١	٩٢	٩١	٩٣	٩١	٩٦	٧٠	٧٩	٥٩	٦٨	٣٠	٤٣
فيتنام	x٩٤	x٩٤	٣٠	١٣	٩٨	٩١	٩٧	٩٢	٩٤	٩٤	٨٧	٩٨	٧٧	٧٥	٧١	٦٨	٧٧	٧٨
اليمن	٩١	٥٩	١٤	١	١٠٢	٧٥	٨٧	٦٣	٦٨	٤١	٧٣	y,x ٨٨	٦٢	٣١	٤٦	٢١	x٣٥	x١٣
زامبيا	x٧٣	x٦٦	٩	٣	١١٤	١٠٨	٨٩	٨٩	٥٥	٥٨	٩٤	٨٨	٣١	٢٥	٢٩	٢٣	١٧	١٩
زيمبابوي	٩٨	٩٨	٨	٨	٩٧	٩٥	٨١	٨٢	٨٥	٨٧	٧٠	٨٨	٣٨	٣٥	٣٥	٣٣	٤٥	٤٥

ملخصات إقليمية

إفريقيا جنوب الصحراء	٧٦	٦٤	١٤	٣	١٠٢	٩١	٧٥	٧٠	٦٤	٦٠	٧٠	٨٦	٣٧	٣٠	٣٠	٢٥	٢٥	٢٢
شرق وجنوب إفريقيا	٧٥	٦٤	١٧	٣	١١٠	١٠٤	٨٣	٨١	٦٦	٦٧	٦٩	٨٧	٤١	٣٥	٣٥	٣٠	٢٠	١٩
غرب ووسط إفريقيا	٧٦	٦٤	١١	٢	٩٥	٧٩	٦٨	٥٩	٦٢	٥٥	٧١	٨٦	٣٤	٢٥	٢٦	٢٠	٣٠	٢٥
الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	٩٢	٨٣	٣٧	٩	١٠٠	٩٤	٨٦	٨١	٨٩	٨٦	٨٨	٩١	٧٤	٦٨	٦٧	٦٢	٥٤	٥٢
جنوب آسيا #	٨١	٦٥	١٢	٥	١١٨	١٠٩	٩٠	٨٣	٨١	٧٩	٧٢	٩٤	٥٦	٤٦	–	–	٥٥	٥٠
شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادي	٩٩	٩٨	٥٢	١٠	١١٢	١١٠	٩٨	٩٧	٩١	٩٢	**٨٤	**٩٦	٧٢	٧٢	**٦١	**٦٢	**٦٠	**٦٣
أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي	٩٦	٩٧	٦١	١٦	١٢٠	١١٥	٩٥	٩٤	٩٠	٩١	٨٥	–	٨٥	٩٢	٦٧	٧١	–	–
دول وسط وشرق أوروبا – رابطة الدول المستقلة حديثا	٩٩	٩٨	٨٤	١٤	١٠٥	١٠٢	٩١	٨٩	٩٣	٩١	٩٧	–	٩٠	٨٦	٨٠	٧٥	٨٠	٧٨
الدول الصناعية §	–	–	١٣٨	٥٥	١٠٢	١٠١	٩٥	٩٦	–	–	–	–	١٠٢	١٠٣	٩٢	٩٣	–	–
الدول الآخذة في النمو §	٩٠	٨٤	٣٥	٨	١١١	١٠٥	٩٠	٨٦	٨٠	٧٨	**٧٧	**٩٢	٦٣	٥٩	**٥٢	**٥٠	**٥٠	**٤٦
الدول الأقل نموا §	٧٤	٥٩	٦	١	١٠٠	٩١	٨٠	٧٥	٦٥	٦٣	٦٧	٨٥	٣٦	٢٩	٣٣	٢٨	٢٦	٢٤
العالم	٩١	٨٥	٥٣	١٥	١١٠	١٠٤	٩١	٨٧	٨٠	٧٨	**٧٨	**٩٢	٦٨	٦٤	**٥٩	**٥٨	**٥٠	**٤٧

§ تشمل أيضاً الأقاليم ضمن كل فئة من الدول أو مجموعة إقليمية. والدول والأقاليم الموجودة في كل فئة من الدول أو مجموعة إقليمية معروضة في الصفحة رقم ١٤٨

تعريف المؤشرات

معدل معرفة الكبار للقراءة والكتابة – النسبة المئوية للأشخاص في سن ١٥ – ٢٤ عاماً، الذين يستطيعون القراءة والكتابة.

النسبة الإجمالية للالتحاق بالمدارس الابتدائية – عدد الأطفال الملتحقين بالمدارس الابتدائية، بصرف النظر عن السن، معبرٌ عنه كنسبة مئوية من مجموع الأطفال في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدارس الابتدائية.

النسبة الإجمالية للالتحاق بالمدارس الثانوية – عدد الأطفال الملتحقين بالمدارس الثانوية، بصرف النظر عن السن، معبرٌ عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدارس الثانوية.

النسبة الصافية للالتحاق بالمدارس الابتدائية – عدد الأطفال الملتحقين بالمدارس الابتدائية الذين هم في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدارس الابتدائية، معبرٌ عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدارس الابتدائية.

النسبة الصافية للالتحاق بالمدارس الثانوية – عدد الأطفال الملتحقين بالمدارس الثانوية، الذين هم في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدارس الثانوية، معبرٌ عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدارس الثانوية.

نسبة الانتظام الصافي في المدارس الابتدائية – عدد الأطفال المنتظمين في المدارس الابتدائية أو الثانوية، الذين هم في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدارس الابتدائية، معبرٌ عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدارس الابتدائية.

نسبة الانتظام الصافي في المدارس الثانوية – عدد الأطفال المنتظمين في المدارس الثانوية أو الكليات والجامعات، الذين هم في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدارس الثانوية، معبرٌ عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدارس الثانوية.

الداخلون إلى المدارس الابتدائية الذين يكملون تعليمهم حتى الصف الخامس – النسبة المئوية للأطفال الذين يدخلون الصف الأول في المدارس الابتدائية، والذين يكملون تعليمهم، حتى الصف الخامس، في نهاية المطاف.

مصادر البيانات الأساسية

معرفة الكبار للقراءة والكتابة – معهد اليونسكو للإحصاءات.

استخدام الهاتف والإنترنت – الاتحاد الدولي للاتصالات (جنيف).

الالتحاق بالمدارس الابتدائية والمدارس الثانوية – معهد اليونسكو للإحصاءات.

الانتظام في المدارس الابتدائية والمدارس الثانوية – المسوحات السكانية والصحية والمسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات.

الداخلون الذين يكملون تعليمهم حتى الصف الخامس – البيانات الإدارية: معهد اليونسكو للإحصاءات. بيانات المسوحات: المسوحات السكانية والصحية والمسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات.

ملاحظات

– البيانات غير متوافرة.

x البيانات التي تشير إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود، تختلف عن التعريف المعياري، أو تشير إلى جزء واحد فقط من الدولة، وهي لا تدخل في حساب المتوسطات الإقليمية والعالمية.

y البيانات التي تشير إلى سنوات أو فترات تختلف عن تلك المحددة في عنوان العمود تختلف عن التعريف المعياري، أو تشير إلى جزء واحد فقط من الدولة، ولكنها تدخل في حساب المتوسطات الإقليمية والعالمية.

* البيانات تشير إلى أحدث سنة تتوافر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.

** البيانات تستثني الصين.

الجدول ٦. المؤشرات السكانية

الدول والأقاليم	عدد السكان (بالآلاف) ٢٠٠٦		معدل النمو السنوي للسكان (٪)			معدل الوفيات الخام			معدل الولادات الخام			العمر المتوقع عند الولادة			المعدل الإجمالي للخصوبة	٪ للسكان في المناطق الحضرية	متوسط معدل النمو السنوي للسكان في المناطق الحضرية (٪)	
	دون ١٨ سنة	دون ٥ سنوات	١٩٧٠–١٩٩٠	١٩٩٠–٢٠٠٦	١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠٦	١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠٦	١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠٦	٢٠٠٦	٢٠٠٦	١٩٧٠–١٩٩٠	١٩٩٠–٢٠٠٦
أفغانستان	١٣٩٨٢	٤٨٢٣	٠,٣	٤,٥	٢٩	٢٣	٢٠	٥٢	٥٢	٤٩	٣٥	٤١	٤٣	٧,٢	٢٣	٢,٩	٦,٠
ألبانيا	١٠٠٣	٢٥٠	٢,٢	٠,٢–	٨	٦	٦	٣٣	٢٤	١٦	٦٧	٧٢	٧٦	٢,١	٤٦	٢,٩	١,٢
الجزائر	١١٨٧٠	٣٢١٣	٣,٠	١,٧	١٦	٧	٥	٤٩	٣٢	٢١	٥٣	٦٧	٧٢	٢,٤	٦٤	٤,٤	٣,٠
أندورا	١٤	٤	٣,٩	٢,١	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٦,٥	٩١	٣,٨	١,٩
أنغولا	٨٧٩٧	٣٠٨٢	٢,٧	٢,٨	٢٧	٢٤	٢١	٥٢	٥٣	٤٨	٣٧	٤٠	٤	٦,٥	٥٤	٧,٣	٥,٢
أنتيغوا وباربودا	٢٨	٨	٠,٦–	١,٩	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٣٨	٠,٣–	٢,٤
الأرجنتين	١٢٢٧٧	٣٣٤٦	١,٥	١,١	٩	٨	٨	٢٣	٢٢	١٨	٦٦	٧١	٧٥	٢,٣	٩٠	٢,٠	١,٤
أرمينيا	٧٨٩	١٦٤	١,٧	١,٠–	٥	٨	٩	٢٣	٢١	١٢	٧٠	٦٨	٧٢	١,٣	٦٤	٢,٣	١,٤–
أستراليا	٤٨٠٣	١٢٦٧	١,٤	١,٢	٩	٧	٧	٢٠	١٥	١٢	٧١	٧٧	٨١	١,٨	٨٨	١,٤	١,٤
النمسا	١٥٨٤	٣٩٤	٠,٢	٠,٥	١٣	١١	٩	١٥	١٢	٩	٧٠	٧٦	٨٠	١,٤	٦٦	٠,٢	٠,٥
أذربيجان	٢٦٠٤	٥٤٧	١,٧	١,٠	٧	٧	٧	٢٩	٢٧	١٥	٦٥	٦٦	٦٧	١,٧	٥٢	٢,٠	٠,٧
جزر البهاما	١٠٦	٢٨	٢,٠	١,٦	٧	٦	٦	٣١	٢٤	١٧	٦٦	٧٠	٧٣	٢,٠	٩١	٣,١	٢,١
البحرين	٢٢٦	٦٥	٤,٠	٢,٥	٩	٤	٣	٤٠	٢٩	١٨	٦٢	٧٢	٧٥	٢,٤	٩٧	٤,٣	٣,١
بنغلاديش	٦٤١٩٤	١٨٩٥١	٢,٤	٢,٠	٢٠	١٢	٨	٤٥	٣٥	٢٦	٤٤	٥٤	٦٣	٢,٩	٢٥	٧,٢	٣,٦
بربادوس	٦٧	١٧	٠,٦	٠,٥	٩	٨	٧	٢٢	١٦	١١	٦٩	٧٥	٧٧	١,٥	٥٣	١,٠	١,٦
بيلاروسيا	١٩٣٦	٤٥٥	٠,٦	٠,٣–	٧	١١	١٥	١٦	١٤	٩	٧١	٧١	٦٩	١,٢	٧٣	٢,٧	٠,٢
بلجيكا	٢١٣٨	٥٦١	٠,٢	٠,٣	١٢	١١	١٠	١٤	١٢	١١	٧١	٧٦	٧٩	١,٦	٩٧	٠,٣	٠,٤
بيليز	١٢٣	٣٦	٢,١	٢,٦	٨	٥	٤	٤٠	٣٥	٢٦	٦٦	٧٢	٧٦	٣,٠	٤٨	١,٧	٢,٧
بنن	٤٤٣٧	١٤٨٨	٣,٠	٣,٣	٢٢	١٥	١٢	٤٧	٤٧	٤١	٤٦	٥٣	٥٦	٥,٦	٤٠	٦,٧	٤,٣
بوتان	٢٥٢	٦١	٣,٠	١,١	٢٣	١٤	٧	٤٧	٣٩	١٩	٤١	٥٢	٦٥	٢,٣	١١	٦,١	٥,٠
بوليفيا	٤١٣١	١٢٤٣	٢,٣	٢,١	٢٠	١١	٨	٤٦	٣٦	٢٨	٤٦	٥٩	٦٥	٣,٦	٦٥	٤,٠	٣,١
البوسنه والهرسك	٨٤٢	١٩٥	٠,٩	٠,٦–	٧	٧	٩	٢٣	١٥	٩	٦٦	٧٢	٧٥	١,٢	٤٦	٢,٨	٠,٥
بوتسوانا	٧٨٤	٢١٦	٣,٣	١,٩	١٣	٧	١٥	٤٥	٣٥	٢٥	٥٥	٦٤	٤٩	٣,٠	٥٨	١١,٨	٤,٠
البرازيل	٦٢٤٠٨	١٨٠٩٢	٢,٢	١,٥	١٠	٧	٦	٣٥	٢٤	٢٠	٥٩	٦٦	٧٢	٢,٣	٨٥	٣,٧	٢,٣
بروني / دار السلام	١٣١	٤٠	٣,٤	٢,٥	٧	٣	٣	٣٦	٢٨	٢٢	٦٧	٧٤	٧٧	٢,٤	٧٤	٣,٧	٣,٢
بلغاريا	١٣٣١	٣٤١	٠,٢	٠,٩–	٩	١٢	١٥	١٦	١٢	٩	٧١	٧١	٧٣	١,٣	٧٠	١,٤	٠,٥–
بوركينا فاسو	٧٥٧٣	٢٦٠٥	٢,٤	٣,٠	٢٤	١٧	١٥	٥١	٤٩	٤٥	٤٢	٥٠	٥٢	٦,١	١٩	٦,٨	٤,٩
بوروندي	٤٢٤٩	١٤٦١	٢,٤	٢,٣	٢٠	١٩	١٦	٤٤	٤٨	٤٦	٤٤	٤٦	٤٩	٦,٨	١٠	٧,٣	٥,٤
كمبوديا	٦٢٦١	١٦٩٠	١,٧	٢,٤	٢٠	١٢	٩	٤٢	٤٤	٢٦	٤٤	٥٥	٥٩	٣,٣	٢٠	٢,٠	٥,٤
الكاميرون	٨٧٩١	٢٨٥١	٢,٩	٢,٥	١٩	١٣	١٥	٤٥	٤٢	٣٦	٤٦	٥٠	٥٠	٤,٥	٥٦	٦,٤	٤,٤
كندا	٦٩٤٨	١٧١٦	١,٢	١,٠	٧	٧	٧	١٧	١٤	١٠	٧٣	٧٧	٨٠	١,٥	٨٠	١,٣	١,٣
كيب فيردي	٢٤٠	٧٣	١,٤	٢,٤	١٢	٨	٥	٤٠	٣٩	٣٠	٥٦	٦٥	٧١	٣,٥	٥٨	٥,٥	٤,١
جمهورية إفريقيا الوسطى	٢١٠٧	٦٦٨	٢,٤	٢,٢	٢٢	١٦	١٩	٤٢	٤٢	٣٧	٤٢	٥٠	٤٤	٤,٧	٣٨	٣,٩	٢,٤
تشاد	٥٥٢٨	١٩٤٣	٢,٥	٣,٤	٢١	١٦	١٦	٤٦	٤٨	٤٦	٤٥	٥٢	٥٠	٦,٣	٢٦	٥,٥	٤,٧
تشيلي	٤٨٩٧	١٢٣٣	١,٦	١,٤	١٠	٦	٥	٢٩	٢٣	١٥	٦٢	٧٣	٧٨	١,٩	٨٨	٢,١	١,٧
الصين	٣٤٨٢٧٦	٨٤٣٩٠	١,٦	٠,٩	٨	٧	٧	٣٣	٢١	١٣	٦٢	٦٨	٧٣	١,٧	٤١	٣,٩	٣,٤
كولومبيا	١٦٢٣٣	٤٤٣٨	٢,٢	١,٧	٩	٦	٦	٣٨	٢٧	١٩	٦١	٦٨	٧٣	٢,٣	٧٣	٣,٢	٢,٠
جزر القمر	٣٩٥	١٢٩	٣,٣	٢,٨	١٨	١١	٧	٥٠	٤١	٣٤	٤٨	٥٦	٦٥	٤,٥	٣٨	٥,١	٤,٦
الكنغو	١٧٨٨	٥٨٧	٣,٠	٢,٦	١٤	١١	١٢	٤٤	٣٩	٣٦	٥٤	٥٧	٥٤	٤,٦	٦١	٤,٧	٣,٣
جمهورية الكونغو الديمقراطية	٣٢٦٧١	١١٨٤٣	٣,١	٢,٩	٢٠	١٨	١٨	٤٨	٤٩	٥٠	٤٥	٤٧	٤٦	٦,٧	٣٣	٢,٦	٣,٩
جزر الكوك	٥	٢	٠,٩–	١,٧–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٧٣	٠,٥–	٠,٢–
كوستاريكا	١٤٩٠	٣٩٣	٢,٦	٢,٢	٧	٤	٤	٣٣	٢٧	١٨	٦٧	٧٥	٧٩	٢,١	٦٢	٤,٠	٣,٥
كوت ديفوار	٩١٧٩	٢٨٤٩	٤,٤	٢,٥	١٨	١٣	١٦	٥١	٤٥	٣٦	٤٩	٥٤	٤٨	٤,٦	٤٥	٦,١	٣,٣
كرواتيا	٨٥٩	٢٠٥	٠,٤	٠,١	١٠	١١	١٢	١٥	١٢	٩	٦٩	٧٢	٧٦	١,٣	٥٧	١,٩	٠,٤
كوبا	٢٦٣٠	٦٥٢	١,٠	٠,٤	٧	٧	٨	٢٩	١٧	١١	٧٠	٧٤	٧٨	١,٥	٧٥	٢,٠	٠,٥
قبرص	٢٠٢	٤٩	٠,٥	١,٤	١٠	٨	٧	١٩	١٩	١٢	٧١	٧٦	٧٩	١,٦	٦٩	٣,٠	١,٦
جمهورية التشيك	١٨٥٧	٤٦٦	٠,٢	٠,١–	١٢	١٢	١١	١٦	١٢	٩	٧٠	٧٢	٧٦	١,٢	٧٣	٢,١	٠,٢–
الدنمارك	١٢١٠	٣٢١	٠,٢	٠,٣	١٠	١٢	١٠	١٦	١٢	١١	٧٣	٧٥	٧٨	١,٨	٨٦	٠,٥	٠,٤
جيبوتي	٣٦٨	١٠٧	٦,٢	٢,٤	٢١	١٤	١٢	٤٩	٤٢	٢٩	٤٣	٥١	٥٤	٤,١	٨٧	٧,٣	٣,٢
الدومينيكا	٢٣	٦	٠,٣	٠,١–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٧٣	٢,١	٠,٣
جمهورية الدومينيكان	٣٧٦٠	١١١٠	٢,٣	١,٧	١١	٦	٦	٤٢	٢٩	٢٤	٥٨	٦٧	٧٢	٢,٩	٦٨	٣,٩	٣,٠
الإكوادور	٥٠٦٤	١٤١٤	٢,٧	١,٦	١٢	٦	٥	٤٢	٢٩	٢٢	٥٨	٦٨	٧٥	٢,٦	٦٣	٤,٤	٢,٤
مصر	٢٩٢٦٣	٨٦٣٤	٢,٢	١,٩	١٧	٩	٦	٤١	٣٢	٢٥	٥٠	٦٢	٧١	٣,٠	٤٣	٢,٤	١,٨
السلفادور	٢٦٨٥	٧٧٥	١,٨	١,٨	١٢	٧	٦	٤٤	٣٠	٢٣	٥٧	٦٥	٧٢	٢,٧	٦٠	٢,٩	٣,٠
غينيا – الإستوائية	٢٤١	٨١	٠,٨	٢,٤	٢٥	١٩	١٥	٤١	٤٢	٣٩	٤٠	٤٧	٥١	٥,٤	٣٩	٢,٠	٣,١
إريتريا	٢٣٣٠	٨٠٨	٢,٧	٢,٥	٢١	١٦	١٠	٤٧	٤١	٤٠	٤٣	٤٨	٥٧	٥,٢	٢٠	٣,٨	٣,٩
إستونيا	٢٦١	٦٧	٠,٧	١,٠–	١١	١٣	١٤	١٥	١٤	١١	٧١	٦٩	٧١	١,٥	٦٩	١,١	١,٢–
إثيوبيا	٤١٢٩٩	١٣٤٣٩	٢,٧	٢,٩	٢١	١٨	١٣	٤٩	٤٧	٣٩	٤٣	٤٧	٥٢	٥,٤	١٦	٤,٦	٤,٤
فيجي	٣٢١	٩٠	١,٦	٠,٩	٨	٦	٧	٣٤	٢٩	٢٢	٦٠	٦٧	٦٩	٢,٨	٥١	٢,٥	٢,٢

الدول والأقاليم	عدد السكان (بالآلاف) ٢٠٠٦		معدل النمو السنوي للسكان (٪)		معدل الوفيات الخام			معدل الولادات الخام			العمر المتوقع عند الولادة			المعدل الإجمالي للخصوبة	٪ للسكان في المناطق الحضرية	متوسط معدل النمو السنوي للسكان في المناطق الحضرية (٪)	
	دون ١٨ سنة	دون ٥ سنوات	١٩٧٠-١٩٩٠	١٩٩٠-٢٠٠٦	١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠٦	١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠٦	١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠٦	٢٠٠٦	٢٠٠٦	١٩٧٠-١٩٩٠	١٩٩٠-٢٠٠٦
فنلندا	١٠٩٧	٢٨٦	٠,٤	٠,٣	١٠	١٠	١٠	١٤	١٣	١١	٧٠	٧٥	٧٩	١,٨	٦١	١,٤	٠,٣
فرنسا	١٣٥٥٥	٣٨٣٤	٠,٦	٠,٥	١١	٩	٩	١٧	١٣	١٢	٧٢	٧٧	٨٠	١,٩	٧٧	٠,٨	٠,٧
الغابون	٥٥٤	١٥٨	٢,٨	٢,٢	٢٠	١١	١٢	٣٤	٣٦	٢٦	٤٧	٦١	٥٦	٣,١	٨٤	٦,٦	٣,٥
غامبيا	٧٨٤	٢٦١	٣,٥	٣,٤	٢٨	١٥	١١	٥٠	٤٣	٣٦	٣٧	٥١	٥٩	٤,٨	٥٥	٦,٨	٥,٧
جورجيا	١٠٤٣	٢٣٧	٠,٧	١,٣-	٩	٩	١٢	١٩	١٦	١١	٦٧	٧١	٧١	١,٤	٥٢	١,٥	١,٦-
ألمانيا	١٤٥١٧	٣٥٤٨	٠,١	٠,٢	١٢	١١	١٠	١٤	١١	٨	٧١	٧٥	٧٩	١,٤	٧٥	٠,١	٠,٤
غانا	١٠٤٥٢	٣١٩٥	٢,٧	٢,٤	١٦	١١	١٠	٤٥	٤٠	٣٠	٤٩	٥٧	٥٩	٤,٠	٤٩	٣,٩	٤,٢
اليونان	١٩١٧	٥١٣	٠,٧	٠,٦	٨	٩	١٠	١٧	١٠	٩	٧٢	٧٧	٧٩	١,٣	٥٩	١,٣	٠,٦
غرينادا	٤٣	١٠	٠,١	٠,٦	٩	١٠	٨	٢٨	٢٨	١٨	٦٤	٦٦	٦٨	٢,٣	٣١	٠,١	٠,٣
غواتيمالا	٦٤٦٣	٢٠٦٦	٢,٥	٢,٤	١٥	٩	٦	٤٤	٣٩	٣٤	٥٢	٦٢	٧٠	٤,٣	٤٨	٣,٢	٣,٣
غينيا	٤٥٧٦	١٥٤٤	٢,٣	٢,٦	٢٧	١٩	١٢	٥٠	٤٧	٤١	٣٨	٤٧	٥٥	٥,٦	٣٣	٥,١	٣,٧
غينيا - بيساو	٨٨٩	٣٢٢	٢,٨	٣,٠	٢٩	٢٣	١٩	٤٩	٥٠	٥٠	٣٦	٤٢	٤٦	٧,١	٣٠	٥,٩	٣,٣
غوايانا	٢٦٨	٧٣	٠,١	٠,١	١١	٩	٩	٣٨	٢٥	١٨	٦٠	٦٢	٦٦	٢,٤	٢٨	٠,٢	٠,٢-
هايتي	٤١٩٠	١٢٤٤	٢,١	١,٠	١٨	١٣	١٠	٣٩	٣٧	٢٨	٤٧	٥٤	٦٠	٣,٧	٣٩	٤,١	٣,٦
الفاتيكان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
هندوراس	٣٢٣٥	٩٤٣	٣,٠	٢,٢	١٥	٧	٦	٤٧	٣٨	٢٨	٥٢	٦٦	٧٠	٣,٤	٤٧	٤,٦	٣,٢
هنغاريا	١٩٣٥	٤٧٥	٠,٠	٠,٢-	١١	١٤	١٣	١٥	١٢	٩	٦٩	٦٩	٧٣	١,٣	٦٧	٠,٥	٠,١-
آيسلندا	٧٨	٢١	١,١	١,٠	٧	٧	٦	٢١	١٧	١٤	٧٤	٧٨	٨٢	٢,٠	٩٣	١,٤	١,١
الهند	٤٤٥٣٦١	١٢٦٨٤٣	٢,٢	١,٨	١٦	١٠	٨	٣٨	٣٢	٢٤	٤٩	٥٩	٦٤	٢,٩	٢٩	٣,٥	٢,٦
إندونيسيا	٧٦٨٧٠	٢١٧٢٠	٢,١	١,٤	١٧	٩	٦	٤١	٢٦	١٩	٤٨	٦١	٧٠	٢,٢	٤٩	٥,٠	٤,٤
جمهورية إيران الإسلامية	٢٤٦٨٢	٦٢٧٠	٣,٤	١,٣	١٤	٧	٥	٤٣	٣٥	٢٠	٥٤	٦٤	٧١	٢,٠	٦٧	٤,٩	٢,٥
العراق	١٣٦٩١	٤٢٢٣	٣,٠	٢,٧	١٢	٨	١٠	٤٦	٣٩	٣٣	٥٦	٦٣	٥٨	٤,٤	٦٧	٤,١	٢,٤
إيرلندا	١٠٤٧	٣١٥	٠,٩	١,١	١١	٩	٧	٢٢	١٥	١٦	٧١	٧٥	٧٩	٢,٠	٦١	١,٣	١,٦
إسرائيل	٢٢٣١	٦٧٩	٢,٢	٢,٦	٧	٦	٥	٢٧	٢٢	٢٠	٧١	٧٦	٨٠	٢,٨	٩٢	٢,٦	٢,٧
إيطاليا	٩٨٨٦	٢٧٢٩	٠,٣	٠,٢	١٠	١٠	١٠	١٧	١٠	٩	٧٢	٧٧	٨٠	١,٤	٦٨	٠,٤	٠,٣
جمايكا	١٠١١	٢٧٧	١,٢	٠,٨	٨	٧	٧	٣٥	٢٥	٢٠	٦٨	٧٢	٧٢	٢,٥	٥٣	٢,١	١,٣
اليابان	٢١٣٩٣	٥٦٢٢	٠,٨	٠,٢	٧	٧	٩	١٩	١٠	٩	٧٢	٧٩	٨٢	١,٣	٦٦	١,٧	٠,٥
الأردن	٢٤٦٠	٧١٨	٣,٥	٣,٥	١٦	٦	٤	٥٢	٣٦	٢٦	٥٤	٦٧	٧٢	٣,٢	٨٣	٤,٨	٤,٤
كازاخستان	٤٥٩٥	١٢٥٣	١,٢	٠,٥-	٩	٩	١٠	٢٦	٢٣	١٩	٦٢	٦٧	٦٦	٢,٢	٥٨	١,٧	٠,٣-
كينيا	١٨١٥٥	٦١٦١	٣,٧	٢,٨	١٥	١٠	١٢	٥١	٤٢	٣٩	٥٢	٦٠	٥٣	٥,٠	٢١	٦,٥	٣,٧
كيريباتي	٣٥	١٠	٢,٥	١,٧	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٥٠	٤,٠	٤,٠
كوريا الديمقراطية	٦٧٤٤	١٦٠٦	١,٧	١,٠	٧	٦	١٠	٣٥	٢١	١٤	٦٢	٧١	٦٧	١,٩	٦٢	٢,١	١,٤
جمهورية كوريا	١٠٦١٦	٢٣٦٩	١,٥	٠,٧	٩	٦	٦	٣١	١٦	٩	٦٠	٧١	٧٨	١,٢	٨١	٤,٥	١,٣
الكويت	٧٦٩	٢٣٦	٥,٣	١,٦	٦	٢	٢	٤٨	٢٤	١٨	٦٦	٧٥	٧٧	٢,٢	٩٨	٦,٠	١,٦
قيرغيزستان	١٩٥٩	٥٠٤	٢,٠	١,١	١١	٨	٨	٣١	٣١	٢١	٦٠	٦٦	٦٦	٢,٥	٣٦	٢,٠	٠,٨
جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية	٢٦٨٢	٧١٥	٢,٣	٢,٢	١٩	١٣	٧	٤٤	٤٣	٢٧	٤٦	٥٤	٦٤	٣,٣	٢١	٤,٧	٤,١
لاتفيا	٤٢٧	١٠٢	٠,٦	٠,٩-	١١	١٣	١٤	١٤	١٤	٩	٧٠	٦٩	٧٢	١,٣	٦٨	١,٣	١,١-
لبنان	١٣٦٧	٣٦٣	١,٠	١,٩	٩	٧	٧	٣٣	٢٦	١٨	٦٥	٦٩	٧٢	٢,٢	٨٧	٢,٧	٢,٢
ليسوتو	٩٥٢	٢٧٢	٢,٢	١,٤	١٧	١١	١٩	٤٣	٣٦	٣٠	٤٩	٥٩	٤٢	٣,٥	١٩	٥,٧	٢,٠
ليبيريا	١٩٢٢	٦٩٠	٢,٢	٣,٢	٢٢	٢١	١٩	٤٩	٥٠	٥٠	٤٢	٤٣	٤٥	٦,٨	٥٩	٤,٩	٤,٩
الجماهيرية العربية الليبية	٢١٥٤	٦٧٦	٣,٩	٢,٠	١٦	٥	٤	٤٩	٢٦	٢٤	٥١	٦٨	٧٤	٢,٨	٨٥	٦,٧	٢,٥
ليشتنشتاين	٧	٢	١,٥	١,٢	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٢٢	١,٦	١,٥
لتوانيا	٧١٣	١٥١	٠,٨	٠,٥-	٩	١١	١٢	١٧	١٥	٩	٧١	٧١	٧٣	١,٣	٦٦	٢,٤	٠,٦-
لوكسمبورغ	١٠١	٢٧	٠,٦	١,٢	١٢	١١	٩	١٣	١٣	١٢	٧٠	٧٥	٧٩	١,٧	٨٣	١,٠	١,٣
مدغشقر	٩٦١٣	٣١٤٢	٢,٨	٢,٩	٢١	١٥	١٠	٤٧	٤٤	٣٧	٤٤	٥١	٥٩	٤,٩	٢٧	٥,٣	٣,٨
ملاوي	٧٢٨٦	٢٤٢٥	٣,٧	٢,٣	٢٤	١٨	١٦	٥٦	٥٠	٤٢	٤١	٤٩	٤٧	٥,٧	١٨	٧,٠	٤,٨
ماليزيا	٩٦٢٣	٢٧٥٨	٢,٦	٢,٣	٩	٥	٤	٣٧	٣٠	٢١	٦١	٧٠	٧٤	٢,٧	٦٨	٤,٥	٤,٣
ملديف	١٢٣	٣٠	٢,٩	٢,١	١٧	٩	٦	٤٠	٤٠	٢٣	٥٠	٦٠	٦٨	٢,٦	٣٠	٦,٨	٣,٠
مالي	٦٥٢٨	٢٢٤٧	٢,٣	٢,٨	٢٦	٢٠	١٥	٥٢	٥٢	٤٨	٣٩	٤٧	٥٤	٦,٦	٣١	٤,٧	٤,٦
مالطا	٨٥	٢٠	٠,٩	٠,٧	٩	٨	٨	١٧	١٥	١٠	٧٠	٧٦	٧٩	١,٤	٩٦	٠,٩	١,١
جزر مارشال	٢٢	٦	٤,٢	١,٣	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٦٧	٤,٣	١,٥
موريتانيا	١٤١٥	٤٥٦	٢,٦	٢,٨	١٨	١١	٨	٤٦	٤٠	٣٣	٤٢	٥٧	٦٤	٤,٥	٤١	٧,٦	٢,٩
موريشيوس	٣٦٠	٩٤	١,٢	١,١	٧	٦	٧	٢٨	٢٠	١٥	٦٢	٦٩	٧٣	١,٩	٤٢	١,٤	٠,٨
المكسيك	٣٧٩١١	١٠٤٤٥	٢,٤	١,٤	١٠	٥	٥	٤٤	٢٨	٢٠	٦١	٧٠	٧٦	٢,٣	٧٦	٣,٤	١,٧
ميكرونيسيا الاتحادية	٥٠	١٤	٢,٢	٠,٩	٩	٧	٦	٤١	٣٤	٢٧	٦٢	٦٦	٦٨	٣,٩	٢٢	٢,٤	٠,٠
جمهورية مولدوفا	٩٧٥	٢١٣	١,٠	٠,٨-	١٠	١٠	١٠	١٨	١٩	١١	٦٥	٦٨	٦٩	١,٤	٤٧	٢,٩	٠,٨-
موناكو	٦	٢	١,٢	٠,٥	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١٠٠	١,٢	٠,٥
منغوليا	٩١٨	٢٣٣	٢,٨	١,٠	١٤	٩	٧	٤٢	٣٣	١٩	٥٣	٦١	٦٦	١,٩	٥٧	٤,٠	١,٠
مونتانيغرو	١٤٥	٣٨	٠,٦	٠,١	٣	٥	٩	١٠	١١	١٣	٦٩	٧٥	٧٤	١,٨	-	-	-

الجدول ٦. المؤشرات السكانية

الدول والأقاليم	عدد السكان (بالآلاف) ٢٠٠٦		معدل النمو السنوي للسكان (٪)		معدل الوفيات الخام			معدل الولادات الخام			العمر المتوقع عند الولادة			المعدل الإجمالي للخصوبة	٪ للسكان في المناطق الحضرية	متوسط معدل النمو السنوي للسكان في المناطق الحضرية (٪)	
	دون ١٨ سنة	دون ٥ سنوات	١٩٩٠-١٩٧٠	٢٠٠٦-١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠٦	١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠٦	١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠٦	٢٠٠٦	٢٠٠٦	١٩٩٠-١٩٧٠	٢٠٠٦-١٩٩٠
المغرب	١١١٣٥	٢٩٧٨	٢,٤	١,٤	١٧	٨	٦	٤٧	٣٠	٢١	٥٢	٦٤	٧١	٢,٤	٥٩	٤,١	٢,٦
موزامبيق	١٠٦٧٤	٣٦٧٠	١,٨	٢,٧	٢٥	٢٠	٢٠	٤٨	٤٣	٤١	٣٩	٤٣	٤٢	٥,٢	٣٥	٨,٣	٥,٩
مايانمار	١٥٧٧٢	٤١٤٦	٢,١	١,٢	١٥	١١	١٠	٤٠	٢٧	١٩	٥١	٥٩	٦١	٢,١	٣١	٢,٥	٢,٦
ناميبيا	٩٤٢	٢٤٨	٣,٠	٢,٣	١٥	٩	١٣	٤٣	٤٢	٢٦	٥٣	٦٢	٥٢	٣,٣	٣٦	٤,١	٣,٩
ناورو	٤	١	١,٧	٠,٦	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	١٠٠	١,٧	٠,٦
نيبال	١٢٤٨٧	٣٦٢٦	٢,٣	٢,٣	٢١	١٣	٨	٤٢	٣٩	٢٩	٤٣	٥٤	٦٣	٣,٤	١٦	٦,٣	٦,١
هولندا	٣٥٩٢	٩٨٧	٠,٧	٠,٦	٨	٩	٩	١٧	١٣	١٢	٧٤	٧٧	٧٩	١,٧	٨١	١,٢	١,٦
نيوزيلانده	١٠٦٦	٢٨٤	١,٠	١,٢	٩	٨	٧	٢٢	١٧	١٤	٧١	٧٥	٨٠	٢,٠	٨٦	١,٢	١,٣
نيكاراغوا	٢٤٤٦	٦٧١	٢,٧	١,٨	١٣	٧	٥	٤٧	٣٧	٢٥	٥٤	٦٤	٧٢	٢,٨	٥٩	٣,٣	٢,٥
النيجر	٧٤٥٥	٢٧١٣	٣,١	٣,٥	٢٦	٢٢	١٤	٥٨	٥٦	٥٠	٤٠	٤٦	٥٦	٧,٣	١٧	٥,٩	٤,١
نيجيريا	٧٣٧٠٣	٢٤٥٠٣	٢,٨	٢,٧	٢٢	١٨	١٧	٤٧	٤٧	٤١	٤٢	٤٧	٤٧	٥,٥	٤٩	٥,٣	٤,٨
نيو	١	٠	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٣٧	–	–
النرويج	١٠٩٢	٢٨٤	٠,٤	٠,٦	١٠	١١	١٧	١٧	١٤	١٢	٧٤	٧٧	٨٠	١,٨	٧٧	٠,٩	١,١
الأرض الفلسطينية المحتلة	٢٠٣٩	٦٧٣	٣,٤	٣,٧	١٩	٧	٤	٤٩	٤٦	٣٧	٥٤	٦٨	٧٣	٥,٣	٧٢	٤,٥	٤,٠
سلطنة عُمان	١٠١٤	٢٦٩	٤,٥	٢,٠	١٧	٤	٣	٥٠	٣٨	٢٢	٤٩	٧٠	٧٥	٣,١	٧١	٩,٣	٢,٦
الباكستان	٧٠٦٧٣	١٩٠١٢	٣,٢	٢,٢	١٦	١١	٧	٤٣	٤٢	٢٧	٥١	٦٠	٦٥	٣,٦	٣٥	٤,٢	٣,١
بالاو	٨	٢	١,٤	١,٩	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٦٨	٢,٢	١,٨
بنما	١١٧٢	٣٤٤	٢,٤	١,٩	٨	٥	٥	٣٨	٢٦	٢١	٦٥	٧٢	٧٥	٢,٦	٧٢	٣,٠	٣,٧
بابوا غينيا الجديدة	٢٨٩٩	٨٩٨	٢,٤	٢,٥	١٩	١١	١٠	٤٢	٣٧	٣١	٤٣	٥٤	٥٧	٤,٠	١٣	٣,٩	٢,٧
باراغواي	٢٥٢٢	٧٣١	٢,٧	٢,٢	٧	٦	٦	٣٧	٣٣	٢٥	٦٥	٦٨	٧١	٣,٢	٥٩	٤,٠	٣,٤
بيرو	١٠٣١٨	٢٨١٥	٢,٥	١,٥	١٤	٧	٦	٤٢	٣٠	٢١	٥٣	٦٥	٧١	٢,٥	٧٣	٣,٤	١,٨
الفلبين	٣٦٤٣٠	١١٠٢٧	٢,٦	٢,١	١١	٧	٥	٤٠	٣٣	٢٧	٥٧	٦٥	٧١	٣,٣	٦٣	٤,٥	٣,٨
بولندا	٧٦٨٤	١٧٦٥	٠,٨	٠,٠	٨	١٠	١٠	١٧	١٥	٩	٧٠	٧١	٧٥	١,٢	٦٢	١,٦	٠,١
البرتغال	١٩٩٦	٥٥٧	٠,٧	٠,٤	١١	١٠	١١	٢١	١٢	١١	٦٧	٧٤	٧٨	١,٥	٥٨	١,٨	١,٦
قطر	٢٠٤	٦٤	٧,٢	٣,٥	١٣	٣	٢	٣٤	٢٣	١٧	٦٠	٦٩	٧٥	٢,٧	٩٦	٧,٤	٣,٧
رومانيا	٤٢٧٦	١٠٥٨	٠,٧	–٠,٥	٩	١١	١٢	٢١	١٤	١٠	٦٨	٦٩	٧٢	١,٣	٥٤	٢,٢	–٠,٥
الاتحاد الروسي	٢٧٨٣٩	٧١٩٥	٠,٧	–٠,٢	٩	١٢	١٦	١٤	١٤	١١	٦٩	٦٨	٦٥	١,٣	٧٣	١,٥	–٠,٣
رواندا	٤٨٤٤	١٦١٧	٣,٣	١,٦	٢٠	٣٣	١٧	٥٣	٤٩	٤٤	٤٤	٣٣	٤٦	٦,٠	٢٠	٥,٩	٩,٩
سانت كيتس ونيفيس	١٧	٥	–٠,٥	١,٣	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٣٢	–٠,٤	٠,٧
سانت لوتشيا	٥٥	١٥	١,٤	١,١	٨	٧	٧	٤١	٢٥	١٩	٦٤	٧١	٧٣	٢,٢	٢٨	٢,٤	٠,٧
سانت فينسنت وغرينادين	٤٢	١٢	٠,٩	٠,٦	١١	٧	٧	٤٠	٢٥	٢٠	٦١	٦٩	٧١	٢,٢	٤٦	٣,٠	١,٤
ساموا	٨٨	٢٥	٠,٦	٠,٩	١٠	٧	٥	٣٩	٣٤	٢٦	٥٥	٦٥	٧١	٤,١	٢٣	٠,٨	١,٣
سان مارينو	٦	٢	١,٢	١,٥	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٨٩	٣,١	١,٤
ساو تومي وبرنسيبي	٧٥	٢٣	٢,٣	١,٨	١٣	١٠	٨	٤٧	٣٨	٣٣	٥٥	٦٢	٦٥	٤,٠	٥٩	٤,٢	٣,٧
السعودية	٩٦٧١	٢٨٧٩	٥,٢	٢,٥	١٨	٥	٤	٤٨	٣٦	٢٥	٥٢	٦٨	٧٢	٣,٥	٨١	٧,٥	٢,٨
السنغال	٥٨٨٨	١٩١٣	٢,٩	٢,٧	٢١	١٢	٩	٤٨	٤٣	٣٦	٤٥	٥٧	٦٣	٤,٩	٤٢	٤,٢	٣,١
الصرب	٢٢٢٢	٦٠٥	٠,٨	٠,٢	٩	١٠	١١	١٨	١٥	١٣	٦٨	٧١	٧٤	١,٨	–	–	–
سيشلز	٤٤	١٥	١,٦	١,١	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٥٠	٤,٨	١,٢
سيراليون	٢٨٢٧	٩٩٩	٢,١	٢,١	٢٩	٢٦	٢٣	٤٧	٤٨	٤٦	٣٥	٣٩	٤٢	٦,٥	٤١	٤,٨	٤,١
سنغافوره	١٠١٠	٢٠٧	١,٩	٢,٣	٥	٥	٥	٢٣	١٨	٩	٦٩	٧٥	٨٠	١,٣	١٠٠	١,٩	٢,٣
سلوفاكيا	١١١٤	٢٥٩	٠,٧	٠,٢	١٠	١٠	١٠	١٩	١٥	١٠	٧٠	٧٢	٧٤	١,٢	٥٦	٢,٣	٠,١
سلوفينيا	٣٤٩	٨٩	٠,٧	٠,٢	١٠	١٠	١٠	١٧	١١	٩	٦٩	٧٣	٧٨	١,٣	٥١	٢,٣	٠,٣
جزر سليمان	٢٢٦	٧٠	٣,٣	٢,٧	١٠	١٢	٧	٤٦	٤٠	٣١	٥٤	٥٧	٦٣	٤,٠	١٧	٥,٥	٤,٢
الصومال	٤٢٦١	١٥٠٧	٣,١	١,٤	٢٤	٢٢	١٧	٥١	٤٦	٤٤	٤٠	٤٢	٤٧	٦,٢	٣٦	٤,٥	٢,٦
جنوب إفريقيا	١٨٣٤٩	٥٢٥٤	٢,٤	١,٧	١٤	٨	١٦	٣٨	٢٩	٢٣	٥٣	٦٢	٥٠	٢,٧	٦٠	٢,٩	٢,٦
إسبانيا	٧٦٧١	٢٢٦٨	٠,٧	٠,٨	٩	٨	٩	٢٠	١٠	١١	٧٢	٧٧	٨١	١,٤	٧٧	١,٤	٠,٩
سري لانكا	٥٥٧٦	١٤٨٣	١,٦	٠,٧	٨	٧	٧	٣١	٢١	١٥	٦٥	٧٠	٧٢	١,٩	١٥	١,٠	–٠,١
السودان	١٧٦٩٧	٥٤٨٣	٢,٩	٢,٣	٢٠	١٤	١٠	٤٧	٤١	٣٢	٤٤	٥٣	٥٨	٤,٤	٤٢	٥,٣	٥,١
سورينام	١٦٠	٤٥	٠,٤	٠,٨	٨	٦	٧	٣٧	٢٤	٢٠	٦٣	٦٨	٧٠	٢,٥	٧٤	٢,٤	١,٣
سوازيلاند	٥٣٦	١٤٧	٣,٢	١,٧	١٨	١٠	٢٠	٥٠	٤١	٢٩	٤٨	٥٩	٤٠	٣,٦	٢٤	٧,٥	٢,١
السويد	١٩٢٥	٤٩٩	٠,٣	٠,٤	١٠	١١	١٠	١٤	١٤	١١	٧٤	٧٨	٨١	١,٨	٨٤	٠,٤	٠,٥
سويسرا	١٥٠٠	٣٦٢	٠,٥	٠,٥	٩	٩	٨	١٦	١٢	٩	٧٣	٧٨	٨١	١,٤	٧٦	١,٦	١,٢
الجمهورية العربية السورية	٨٣٤٢	٢٥٠٠	٣,٥	٢,٦	١٣	٥	٣	٤٧	٣٧	٢٧	٥٥	٦٨	٧٤	٣,٢	٥١	٤,١	٢,٩
طاجكيستان	٣٠٩٠	٨٥٨	٢,٩	١,٤	١٠	٨	٦	٤٠	٣٩	٢٨	٦٠	٦٣	٦٦	٣,٥	٢٥	٢,٢	–٠,٢
تنزانيا	٢٠١٧١	٦٩٥٣	٣,١	٢,٧	١٨	١٥	١٣	٤٨	٤٤	٤٠	٤٧	٥١	٥٢	٥,٣	٢٥	٧,٥	٤,٤
تايلاند	١٦٥٢٢	٤٥١٤	١,٩	١,٠	١٠	٧	٩	٣٧	١٩	١٥	٥٩	٦٧	٧٠	١,٨	٣٣	٣,٦	١,٦
مقدونيا (يوغسلافيا سابقاً)	٤٨٦	١١٧	١,٠	٠,٤	٨	٨	٩	٢٤	١٧	١١	٦٦	٧١	٧٤	١,٥	٧٠	٢,٠	١,٦
تيمور الشرقية	٥٧٠	١٩٠	١,٠	٢,٦	٢٢	١٨	٩	٤٦	٤٣	٤٢	٤٠	٤٦	٦٠	٦,٧	٢٧	٣,٤	٤,١
توغو	٣١٩٢	١٠٤٥	٣,١	٣,٠	١٨	١٢	١٠	٤٨	٤٤	٣٨	٤٨	٥٨	٥٨	٥,٠	٤١	٤,٩	٤,٩

الدول والأقاليم	عدد السكان (بالآلاف) ٢٠٠٦		معدل النمو السنوي للسكان (٪)		معدل الوفيات الخام			معدل الولادات الخام			العمر المتوقع عند الولادة			المعدل الإجمالي للخصوبة	٪ للسكان في المناطق الحضرية	متوسط معدل النمو السنوي للسكان في المناطق الحضرية (٪)	
	دون ١٨ سنة	دون ٥ سنوات	١٩٩٠-١٩٧٠	٢٠٠٦-١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠٦	١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠٦	١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠٦	٢٠٠٦	٢٠٠٦	١٩٩٠-١٩٧٠	٢٠٠٦-١٩٩٠
تونغا	٤٤	١٢	-٠,٢	٠,٣	٦	٦	٦	٣٧	٣٠	٢٥	٦٥	٧٠	٧٣	٣,٨	٢٤	٠,٤	٠,٧
ترينيداد وتوباغو	٣٦٥	٩٣	١,٢	٠,٥	٧	٧	٨	٢٧	٢١	١٥	٦٦	٧٠	٦٩	١,٦	١٣	-٠,٥	٢,٩
تونس	٣٢٢٥	٨٢٣	٢,٤	١,٤	١٤	٦	٦	٣٩	٢٧	١٧	٥٤	٦٩	٧٤	١,٩	٦٦	٣,٨	٢,٠
تركيا	٢٤٦٣٢	٦٦٣٠	٢,٣	١,٦	١٢	٨	٦	٣٩	٢٦	١٩	٥٦	٦٥	٧٢	٢,٢	٦٨	٤,٥	٢,٤
تركمانستان	١٨٦٥	٤٩١	٢,٦	١,٨	١١	٨	٨	٣٧	٣٥	٢٢	٥٨	٦٣	٦٣	٢,٦	٤٧	٢,٣	٢,٠
توفالو	٤	١	١,٣	٠,٧	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٥٧	٤,٦	٢,٧
أوغندا	١٦٨٢٨	٥٨٤٠	٣,٢	٣,٢	١٦	١٥	١٤	٤٩	٥٠	٤٧	٥٠	٥١	٥٠	٦,٦	١٣	٥,٧	٤,١
أوكرانيا	٨٦٧٦	٢٠٠١	٠,٤	-٠,٦	٩	١٣	١٦	١٥	١٣	٩	٧١	٧٠	٦٨	١,٢	٦٨	١,٤	-٠,٥
الإمارات العربية المتحدة	٩٧٦	٣١٥	١٠,٦	٥,١	١١	٣	١	٣٦	٢٧	١٦	٦١	٧٣	٧٨	٢,٣	٧٧	١٠,٥	٥,٠
المملكة المتحدة	١٣١٥٥	٣٤٦٧	٠,١	٠,٣	١٢	١١	١٠	١٦	١٤	١٢	٧٢	٧٦	٧٩	١,٨	٩٠	٠,٨	٠,٤
الولايات المتحدة الأمريكية	٧٥٧٥٧	٢٠٧٧٦	١,٠	١,٠	٩	٩	٨	١٦	١٦	١٤	٧١	٧٥	٧٨	٢,١	٨١	١,١	١,٥
أوروغواي	٩٤٣	٢٥٤	٠,٥	٠,٤	١٠	١٠	٩	٢١	١٨	١٥	٦٩	٧٢	٧٦	٢,١	٩٢	٠,٩	٠,٧
أوزبكستان	١٠٦٧٣	٢٨٦١	٢,٧	١,٧	١٠	٧	٧	٣٦	٣٥	٢٣	٦٣	٦٧	٦٧	٢,٦	٣٧	٣,١	١,٢
فانواتو	١٠٢	٣١	٢,٨	٢,٤	١٤	٧	٥	٤٣	٣٧	٢٩	٥٣	٦٤	٧٠	٣,٩	٢٤	٤,٩	٤,٠
فنزويلا (ج. بوليفيا)	١٠٠٥٢	٢٨٨٠	٣,٠	٢,٠	٧	٥	٥	٣٧	٢٩	٢٢	٦٥	٧١	٧٣	٢,٦	٩٤	٣,٨	٢,٧
فيتنام	٣٠٥٧٠	٨١٠١	٢,٢	١,٧	١٨	٨	٥	٤١	٣١	١٩	٤٩	٦٥	٧٤	٢,٢	٢٧	٢,٧	٣,٤
اليمن	١١٤٨٢	٣٦٣٩	٣,٣	٣,٦	٢٧	١٣	٨	٥٦	٥١	٣٨	٣٨	٥٤	٦٢	٥,٦	٢٨	٥,٥	٥,٣
زامبيا	٦١٦٤	٢٠١٢	٣,٢	٢,٣	١٧	١٦	٢٠	٤٩	٤٤	٤٠	٤٩	٤٩	٤١	٥,٣	٣٥	٤,٥	١,٦
زيمبابوي	٦١٩٩	١٧٠٣	٣,٥	١,٥	١٣	٨	١٩	٤٨	٣٧	٢٨	٥٥	٦٣	٤٢	٣,٣	٣٦	٦,١	٢,٩

ملخصات إقليمية

إفريقيا جنوب الصحراء	٣٧٦٠٤٧	١٢٥٢٥٤	٢,٩	٢,٦	٢٠	١٦	١٥	٤٨	٤٥	٤٠	٤٥	٥٠	٥٠	٥,٣	٣٥	٤,٧	٤,١
شرق وجنوب إفريقيا	١٨٣٢٣٢	٦٠١٩٧	٢,٩	٢,٥	١٩	١٥	١٥	٤٧	٤٣	٣٨	٤٦	٥١	٥٠	٥,٠	٢٩	٤,٧	٣,٧
غرب ووسط إفريقيا	١٩٢٨١٦	٦٥٠٥٧	٢,٩	٢,٧	٢٢	١٧	١٦	٤٨	٤٧	٤٢	٤٣	٤٩	٥٠	٤,٦	٤٢	٤,٨	٤,٣
الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	١٥٢٦٣٢	٤٤١٢٦	٣,٠	٢,٠	١٦	٨	٦	٤٥	٣٥	٢٥	٥١	٦٣	٦٩	٣,١	٥٨	٤,٤	٢,٨
جنوب آسيا #	٦١٢٦٤٧	١٧٤٨٣٠	٢,٣	١,٩	١٧	١١	٨	٣٩	٣٣	٢٥	٤٩	٥٩	٦٤	٣,٠	٢٩	٣,٨	٢,٨
شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادي	٥٦٦٨٠٤	١٤٤٨٧٠	١,٨	١,١	١٠	٧	٧	٣٥	٢٢	١٥	٥٩	٦٧	٧٢	١,٩	٤٣	٣,٩	٣,٤
أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي	١٩٧١٣٤	٥٥٧١٥	٢,٢	١,٥	١٠	٧	٦	٣٧	٢٧	٢٠	٦٠	٦٨	٧٣	٢,٤	٧٨	٣,٣	٢,١
دول وسط وشرق أوروبا – رابطة الدول المستقلة حديثا	١٠١٨٣٧	٢٦٢١٨	١,٠	٠,٢	٩	١١	١٢	٢٠	١٨	١٤	٦٧	٦٨	٦٨	١,٧	٦٢	٢,٠	٠,٢
الدول الصناعية §	٢٠٤٩٢٠	٥٤٧٦٨	٠,٧	٠,٦	١٠	٩	٩	١٧	١٣	١١	٧١	٧٦	٧٩	١,٧	٧٦	١,٠	٠,٩
الدول الآخذة في النمو §	١٩٥٨٩٤٨	٥٥٩٠٦٩	٢,٢	١,٦	١٣	٩	٨	٣٨	٢٩	٢٣	٥٥	٦٣	٦٦	٢,٨	٤٣	٣,٨	٢,٩
الدول الأقل نموا §	٣٧٦٧٢٧	١٢٢١١٤	٢,٥	٢,٥	٢١	١٦	١٣	٤٧	٤٢	٣٦	٤٤	٥١	٥٥	٤,٧	٢٧	٤,٩	٤,١
العالم	٢٢١٢٠٢٤	٦٢٥٧٨١	١,٨	١,٤	١٢	٩	٩	٣٢	٢٦	٢١	٥٩	٦٥	٦٨	٢,٦	٤٩	٢,٧	٢,٢

§ تشمل أيضاً الأقاليم ضمن كل فئة من الدول أو مجموعة إقليمية. والدول والأقاليم الموجودة في كل فئة من الدول أو مجموعة إقليمية معروضة في الصفحة رقم ١٤٨

تعريف المؤشرات

العمر المتوقع عند الولادة – عدد السنوات التي يمكن أن يعيشها المواليد الجدد إذا ما تعرضوا لمخاطر الوفاة السائدة بالنسبة لعينة ممثلة للسكان، وقت ولادتهم.

معدل الوفيات الخام – العدد السنوي للوفيات لكل ١٠٠٠ من السكان.

معدل الولادات الخام – العدد السنوي للولادات لكل ١٠٠٠ من السكان.

المعدل الإجمالي للخصوبة – عدد الأطفال الذين يمكن أن يولدوا لكل امرأة لو قُدر لها أن تعيش حتى انتهاء سنوات الإنجاب الخاصة بها، وأن تنجب أطفالاً في كل مرحلة عمرية وفقاً لمعدلات الخصوبة السائدة لكل مرحلة عمرية بعينها.

سكان المناطق الحضرية – النسبة المئوية للسكان الذين يعيشون في المناطق الحضرية كما هي معرفة وفقاً للتعريف الوطني المستخدم في أحدث الإحصاءات السكانية.

مصادر البيانات الأساسية

عدد السكان الأطفال – قسم السكان لدى الأمم المتحدة.

المعدلات الخام للوفيات والولادات – قسم السكان لدى الأمم المتحدة.

العمر المتوقع عند الولادة – قسم السكان لدى الأمم المتحدة.

الخصوبة – قسم السكان لدى الأمم المتحدة.

سكان المناطق الحضرية – قسم السكان لدى الأمم المتحدة .

ملاحظات – البيانات غير متوافرة.

الجدول ٧. مؤشرات إقتتصادية

الدول والأقاليم	حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي (بالدولار الأمريكي) ٢٠٠٦	متوسط معدل النمو السنوي لحصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (٪) ١٩٧٠–١٩٩٠	١٩٩٠–٢٠٠٦	متوسط المعدل السنوي للتضخم (٪) ١٩٩٠–٢٠٠٦	النسبة المئوية للسكان الذين يقل دخلهم اليومي عن دولار واحد* ١٩٩٥–٢٠٠٦	النسبة المئوية لإنفاق لحكومة المركزية (١٩٩٥–٢٠٠٥*) المخصص لمجالات: الصحة	التعليم	الدفاع	تدفق مساعدات التنمية الرسمية بملايين الدولارات الأمريكية ٢٠٠٥	تدفق مساعدات التنمية الرسمية كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي المتلقين ٢٠٠٥	خدمة الدين كنسبة مئوية من صادرات السلع والخدمات ١٩٩٠	٢٠٠٥
أفغانستان	x٢٥٠	x١,٦	–	–	–	–	–	–	٢٧٧٥	٤٠	–	–
ألبانيا	٢٩٦٠	x٠,٧–	٥,٢	٢٠	<٢	٤	٢	٤	٣١٩	٤	x٤	x٢
الجزائر	٣٠٣٠	٢	١,٣	١٣	<٢	٤	٢٤	١٧	٣٧١	٠	٦٢	x١٩
أندورا	d	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
أنغولا	١٩٨٠	x٠,٤	٢,١	٣٦١	–	x٦	x١٥	x٣٤	٤٤٢	٢	٧	٩
أنتيغوا وباربودا	١١٢١٠	x٦,٥	١,٨	٢	–	–	–	–	٧	١	–	–
الأرجنتين	٥١٥٠	١	١,٣	٦	٧	٥	٥	٣	١٠٠	٠	٣٠	١٢
أرمينيا	١٩٣٠	–	٥,٢	٧٨	<٢	–	–	–	١٩٣	٤	–	x٥
أستراليا	٣٥٩٩٠	٢	٢,٥	٢	–	١٥	١٠	٦	–	–	–	–
النمسا	٣٩٥٩٠	٢	١,٩	١	–	١٤	١٠	٢	–	–	–	–
أذربيجان	١٨٥٠	–	١,٥	٧٨	٤	١	٤	١٢	٢٢٣	٢	–	x٤
جزر البهاما	x ١٤٩٢٠	٢	x٠,٤	x٣	–	١٦	٢٠	٣	–	–	–	–
البحرين	x ١٤٣٧٠	x١,٣–	x٢,٣	x٢	–	٨	١٥	١٤	٠	٠	–	–
بنغلاديش	٤٨٠	١	٣	٤	٤١	٧	١٧	١٠	١٣٢١	٢	١٧	٥
باربادوس	d	٢	x١,٥	x٣	–	–	–	–	٢	٠	١٤	٥
بيلاروسيا	٣٣٨٠	–	٢,٨	١٨٠	<٢	٣	٤	٣	٥٤	٠	–	x١
بلجيكا	٣٨٦٠٠	٢	١,٨	٢	–	١٦	٣	٣	–	–	–	–
بليز	٣٦٥٠	٣	٢,٣	١	–	٨	٢٠	٥	١٣	١	٥	٣٤
بنن	٥٤٠	٠	١,٤	٦	٣١	x٦	x٣١	x١٧	٣٤٩	٨	٧	x٦
بوتان	١٤١٠	x٤,٧	٤,٨	٨	–	٩	١٣	–	٩٠	١١	x٥	x٥
بوليفيا	١١٠٠	١	١,٣	٧	٢٣	١٠	٢١	٥	٥٨٣	٦	٣١	١٣
البوسنه والهرسك	٢٩٨٠	–	x١١,٦	x٥	–	–	–	–	٥٤٦	٥	–	x٣
بوتسوانا	٥٩٠٠	٨	٤,٨	٨	x٢٨	٥	٢٦	٨	٧١	١	٤	١
البرازيل	٤٧٣٠	٢	١,١	٨١	٨	٦	٦	٣	١٩٢	٠	١٩	٢٦
بروني / دار السلام	x ٢٤١٠٠	x٢,١–	x٠,٨–	x٠	–	–	–	–	–	–	–	–
بلغاريا	٣٩٩٠	x٣,٤	٢	٥٥	<٢	١٢	٥	٦	–	–	١٩	٢٨
بوركينا فاسو	٤٦٠	١	١,٥	٥	٢٧	x٧	x١٧	x١٤	٦٦٠	١٣	٦	x١٠
بوروندي	١٠٠	١	٢,٦–	١٢	٥٥	٢	١٥	٢٣	٣٦٥	٥٠	٤١	٤١
كمبوديا	٤٨٠	–	x٥,٨	x٣	٣٤	–	–	–	٥٣٨	٩	–	x ٠
الكاميرون	١٠٨٠	٣	٠,٧	x٤	١٧	٣	١٢	١٠	٤١٤	٣	١٨	x١١
كندا	٣٦١٧٠	٢	٢,٢	٢	–	٩	٢	٦	–	–	–	–
كيب فيردي	٢١٣٠	–	٣,٣	٤	–	–	–	–	١٦١	١٦	٥	x٦
جمهورية إفريقيا الوسطى	٣٦٠	١	٠,٦–	٣	x٦٧	–	–	–	٩٥	٧	٨	x١٢
تشاد	٤٨٠	١	٢,٤	٧	–	x٨	x٨	–	٣٨٠	١٠	٢	xv
تشيلي	٦٩٨٠	٢	٣,٧	٦	<٢	١٤	١٧	٧	١٥٢	٠	٢٠	١٥
الصين	٢٠١٠	٧	٨,٨	٥	١٠	٠	٢	١٢	١٧٥٧	٠	١٠	٣
كولومبيا	٢٧٤٠	٢	٠,٨	١٥	٧	٩	٢٠	١٣	٥١١	٠	٣٩	٣٤
جزر القمر	٦٦٠	x٠,١	٠,٤–	٤	–	–	–	–	٢٥	٦	٢	x٣
الكنغو	x٩٥٠	٣	٠,٨–	٨	–	٤	٤	١٠	١٤٤٩	٣٨	٣٢	x٢
جمهورية الكونغو الديمقراطية	١٣٠	٢	٤,٧–	٣٨٥	–	٠	٠	١٨	١٨٢٨	٢٦	x٥	x٠
جزر الكوك	–	–	–	–	–	–	–	–	٨	٠	–	–
كوستاريكا	٤٩٨٠	١	٢,٤	١٣	٣	٢١	٢٢	٠	٣٠	٠	٢١	٥
كوت ديفوار	٨٧٠	٢	٠,٥–	٦	١٥	x٤	x٢١	x٤	١١٩	١	٢٦	٤
كرواتيا	٩٣٣٠	–	٢,٨	٣٧	<٢	١٣	٨	٤	١٢٥	٠	–	x٢٧
كوبا	x١١٧٠	–	x٣,٥	x٤	–	x٢٣	x١٠	–	٨٨	٠	–	–
قبرص	x ١٨٤٣٠	x٥,٩	x٢,٣	x٤	–	٦	١٢	٤	–	–	–	–
جمهورية التشيك	١٢٦٨٠	–	٢,١	٨	<٢	١٦	١٠	٤	–	–	–	x١٠
الدنمارك	٥١٧٠٠	٢	١,٩	٢	–	١	١٢	٥	–	–	–	–
جيبوتي	١٠٦٠	–	٢,٤–	٣	–	–	–	–	٧٩	١٠	–	x٤
الدومينيكا	٣٩٦٠	x٤,٧	١,٤	٢	–	–	–	–	١٥	٥	٤	x١٣
جمهورية الدومينيكان	٢٨٥٠	٢	٣,٧	١١	٣	١٠	١٣	٤	٧٧	٠	٧	٦
الإكوادور	٢٨٤٠	١	١	٥	١٨	x١١	x١٨	x١٣	٢١٠	١	٢٧	٢٨
مصر	١٣٥٠	٤	٢,٤	٧	٣	٣	١٥	٩	٩٢٦	١	١٨	٦
السلفادور	٢٥٤٠	٢	١,٦	٥	١٩	١٣	١٥	٣	١٩٩	١	١٤	٧
غينيا – الإستوائية	٨٢٥٠	–	x٢١,٦	x١٣	–	–	–	–	٣٩	١	٢	x٠
إريتريا	٢٠٠	–	x٠	x١٢	–	–	–	–	٣٥٥	٤٧	–	x١٣
إستونيا	١١٤١٠	x١,٥	٤,٩	٢٦	<٢	١٦	٧	٥	–	–	–	١٥
إثيوبيا	١٨٠	–	١,٩	٤	٢٣	١	٥	١٧	١٩٣٧	١٧	٣٣	٤
فيجي	٣٣٠٠	x٠,٦	x١,٤	x٣	–	٩	١٨	٦	٦٤	٢	١٢	x٦
فنلندا	٤٠٦٥٠	٣	٢,٦	٢	–	٣	١٠	٤	–	–	–	–
فرنسا	٣٦٥٥٠	٢	١,٦	١	–	x١٦	xv	x٦	–	–	–	–

الدول والأقاليم	حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي (بالدولار الأمريكي) ٢٠٠٦	متوسط معدل النمو السنوي لحصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (٪) ١٩٧٠–١٩٩٠	١٩٩٠–٢٠٠٦	متوسط المعدل السنوي للتضخم (٪) ١٩٩٠–٢٠٠٦	النسبة المئوية للسكان الذين يقل دخلهم اليومي عن دولار واحد ١٩٩٥–٢٠٠٦*	النسبة المئوية لإنفاق لحكومة المركزية (١٩٩٥–٢٠٠٥*) المخصص لمجالات: الصحة	التعليم	الدفاع	تدفق مساعدات التنمية الرسمية بملايين الدولارات الأمريكية ٢٠٠٥	تدفق مساعدات التنمية الرسمية كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي المتلقين ٢٠٠٥	خدمة الدين كنسبة مئوية من صادرات السلع والخدمات ١٩٩٠	٢٠٠٥
الغابون	٥٠٠٠	٠	١–	٦	–	–	–	–	٥٤	١	٤	x١١
غامبيا	٣١٠	١	٠,٣	٨	٥٩	x٧	x١٢	x٤	٥٨	١٣	١٨	١١
جورجيا	١٥٦٠	٣	١	١١٦	٧	٣	٤	٩	x١٠	٥	–	x٨
ألمانيا	٣٦٦٢٠	x٢,٢	١,٤	١	–	١٩	١	٤	–	–	–	–
غانا	٥٢٠	٢–	٢,١	٢٥	٤٥	x٧	x٢٢	x٥	x١١٢٠	١١	٢١	٦
اليونان	٢١٦٩٠	١	٢,٧	٦	–	٧	١١	٨	–	–	–	–
غرينادا	٤٤٢٠	x٤,٩	٢,٣	٢	–	x١٠	x١٧	–	٤٥	٩	٢	٦
غواتيمالا	٢٦٤٠	٠	١,٢	٩	١٤	x١١	x١٧	x١١	٢٥٤	١	١١	٥
غينيا	٤١٠	x٠,٣	١,٣	٨	–	x٣	x١١	x٢٩	١٨٢	٥	١٨	x١٧
غينيا – بيساو	١٩٠	٠	٢,٥–	١٧	–	x١	x٣	x٤	٧٩	٢٨	٢١	x١١
غوايانا	١١٣٠	٢–	٣	٨	x٢>	–	–	–	١٣٧	١٨	–	x٥
هايتي	٤٨٠	٠	٢–	١٩	٥٤	–	–	–	٥١٥	١٣	٥	٣
الفاتيكان	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
هندوراس	١٢٠٠	١	٠,٦	١٤	١٥	x١٠	x١٩	x٧	٦٨١	٨	٣٠	٧
هنغاريا	١٠٩٥٠	٣	٣,٢	١٤	x٢>	٦	٥	٣	–	–	٣٠	٣٠
آيسلندا	٥٠٥٨٠	٣	٢,٣	٤	–	٢٦	١٠	–	–	–	–	–
الهند	٨٢٠	٢	٤,٤	٦	٣٤	٢	٢	١٣	١٧٢٤	٠	٢٥	x١٨
إندونيسيا	١٤٢٠	٥	٢,٢	١٥	٨	١	٤	٧	٢٥٢٤	١	٣١	x٢٠
جمهورية إيران الإسلامية	٣٠٠٠	٢–	٢,٥	٢٣	x٢>	٦	٧	١٤	١٠٤	٠	١	x٤
العراق	x٢١٧٠	x٤,٣–	–	–	–	–	–	–	٢١٦٥٤	٠	–	–
إيرلندا	٤٥٥٨٠	٣	٦	٤	–	١٦	١٤	٣	–	–	–	–
إسرائيل	x١٨٥٨٠	٢	x١,٥	x٧	–	١٣	١٥	١٩	–	–	–	–
إيطاليا	٣٢٠٢٠	٣	١,٣	٣	–	٣	١٠	٣	–	–	–	–
جمايكا	٣٤٨٠	١–	٠,٧	١٦	x٢>	٧	١٥	٢	٣٦	٠	٢٠	١٦
اليابان	٣٨٤١٠	٣	٠,٩	١–	–	x٢	x٦	x٤	–	–	١٨	٥
الأردن	٢٦٦٠	x٢,٥	١,٨	٢	x٢>	١٠	١٦	١٩	٦٢٢	٥	x١٨	x٧
كازاخستان	٣٧٩٠	–	٢,٦	٨٣	x٢>	٣	٤	٥	٢٢٩	١	–	x٣٨
كينيا	٥٨٠	١	٠	١١	٢٣	٧	٢٦	٦	٧٦٨	٤	٢٦	٤
كيريباتي	١٢٣٠	٥–	١,٩	٢	–	–	–	–	٢٨	٢٢	–	x٢٢
كوريا الديمقراطية	a	–	–	–	–	–	–	–	٨١	٠	–	–
جمهورية كوريا	١٧٦٩٠	٦	٤,٥	٤	x٢>	٠	١٤	١٠	–	–	x١٠	x١٠
الكويت	x٣٠٦٣٠	x٦,٨–	x٠,٦	x٤	–	٦	١٢	١٥	–	–	–	–
قيرغيزستان	٤٩٠	–	٠,٩–	٥١	x٢>	١١	٢٠	١٠	٢٦٨	١٢	–	x١١
ج. لاوس الديمقراطية الشعبية	٥٠٠	–	٤,١	٢٦	٢٧	–	–	–	٢٩٦	١٢	٨	x٨
لاتفيا	٨١٠٠	٣	٤,٢	٢٣	x٢>	١١	٦	٤	–	–	–	x١٨
لبنان	٥٤٩٠	–	٢,٥	٩	–	٢	٧	١١	٢٤٣	١	x١	x٦٣
ليسوتو	١٠٣٠	٣	٢,٣	٨	٣٦	٦	٢٥	٥	٦٩	٤	٤	٥
ليبيريا	١٤٠	٤–	٢,٢	٤٤	x٣٦	x٥	x١١	x٩	٢٣٦	٥٤	–	x٠
الجماهيرية العربية الليبية	٧٣٨٠	x٤,٨–	–	–	–	–	–	–	٢٤	٠	–	–
ليشتنشتاين	d	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
لتوانيا	٧٨٧٠	–	٢,٥	٣٢	x٢>	١٠	٧	٤	–	–	–	x١٣
لوكسمبورغ	٧٦٠٤٠	٣	٣,٣	٢	–	١٣	١٠	١	–	–	–	–
مدغشقر	٢٨٠	٢–	٠,٥–	١٥	٦١	٨	١٣	٥	٩٢٩	١٧	٣٢	١٤
ملاوي	١٧٠	٠	١,١	٢٨	٢١	x٧	x١٢	x٥	٥٧٥	٢٨	٢٣	x٦
ماليزيا	٥٤٩٠	٤	٣,٢	٣	x٢>	٦	٢٣	١١	٣٢	٠	١٢	x٥
ملديف	٢٦٨٠	–	x٤,٢	x١	–	٩	١٤	١٠	٦٧	٩	٤	٧
مالي	٤٤٠	١–	٢,٢	٥	٣٦	x٢	x ٩	x٨	٦٩١	١٣	٨	x٥
مالطا	x١٣٦١٠	٧	x٢,٧	٣	–	١٤	١٣	٢	٠	٠	x٠	x٣
جزر مارشال	٣٠٠٠	–	٢,٢–	٥	–	–	–	–	٥٧	٣١	–	–
موريتانيا	٧٤٠	١–	٠,٥	٨	٢٦	x٤	x٢٣	–	١٩٠	١١	٢٤	x٢٠
موريشيوس	٥٤٥٠	x٥,١	٣,٧	٦	–	٩	١٦	١	٣٢	٠	٦	٦
المكسيك	٧٨٧٠	٢	١,٥	١٤	٣	٥	٢٥	٣	١٨٩	٠	١٦	١٧
ميكرونيسيا الاتحادية	٢٣٨٠	–	٠,٢–	٢	–	–	–	–	١٠٦	٤٢	–	–
جمهورية مولدوفا	١١٠٠	x١,٨	٢–	٥٧	x٢>	١٣	٩	١	١٩٢	٦	–	x١٠
موناكو	d	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
منغوليا	٨٨٠	–	x٣,٣	x١١	١١	٦	٩	٩	٢١٢	١٢	–	x٢
مونتانيغرو	٣٨٦٠	–	x٢,٦	–	–	–	–	–	–	–	–	–
المغرب	١٩٠٠	٢	١,٦	٢	x٢>	٣	١٨	١٣	٦٥٢	١	١٨	١١
موزامبيق	٣٤٠	x ١–	٤,٤	٢١	٣٦	x٥	x١٠	x٣٥	١٢٨٦	٢١	٢١	٣
مايانمار	x٢٢٠	٢	x٦,٦	x٢٤	–	٥	١٥	٢٢	١٤٥	٠	١٧	x٣
ناميبيا	٣٢٣٠	x٢,٣–	١,٥	٩	x٣٥	x١٠	x٢٢	x٧	١٢٣	٢	١٢	٤

الجدول ٧. مؤشرات إقتتصادية

الدول والأقاليم	حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي (بالدولار الأمريكي) ٢٠٠٦	متوسط معدل النمو السنوي لحصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (٪) ١٩٧٠–١٩٩٠	١٩٩٠–٢٠٠٦	متوسط المعدل السنوي للتضخم (٪) ١٩٩٠–٢٠٠٦	النسبة المئوية للسكان الذين يقل دخلهم اليومي عن دولار واحد ١٩٩٥ – ٢٠٠٦*	النسبة المئوية لإنفاق الحكومة المركزية (١٩٩٥–٢٠٠٥*) المخصص لمجالات: الصحة	التعليم	الدفاع	تدفق مساعدات التنمية الرسمية بملايين الدولارات الأمريكية ٢٠٠٥	تدفق مساعدات التنمية الرسمية كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي المتلقين ٢٠٠٥	خدمة الدين كنسبة مئوية من صادرات السلع والخدمات ١٩٩٠	٢٠٠٥
ناورو	–	–	–	–	–	–	–	–	٩	٠	–	–
نيبال	٢٩٠	١	١,٩	٦	٢٤	٥	١٨	١١	٤٢٨	٦	x١٢	x٥
هولندا	٤٢٦٧٠	٢	١,٨	٢	–	١٠	١١	٤	–	–	–	–
نيوزيلانده	٢٧٢٥٠	١	٢,١	٢	–	١٨	٢٠	٣	–	–	–	–
نيكاراغوا	١٠٠٠	–٤	١,٩	٢٢	٤٥	x١٣	x١٥	x٦	٧٤٠	١٥	٢	٦
النيجر	٢٦٠	–٢	–٠,٥	٤	٦١	–	–	–	٥١٥	١٥	١٢	x٦
نيجيريا	٦٤٠	–١	٠,٧	٢٢	٧١	x١	x٣	x٣	٦٤٣٧	٩	٢٢	١٦
نيو	–	–	–	–	–	–	–	–	٢١	٠	–	–
النرويج	٦٦٥٣٠	٣	٢,٦	٣	–	١٦	٦	٥	–	–	–	–
الأرض الفلسطينية المحتلة	x١٢٣٠	–	–x٢,٨	x٤	–	–	–	–	١١٠٢	٢٥	–	–
سلطنة عُمان	x٩٠٧٠	٣	x١,٨	x١	–	٧	١٥	٣٣	٣١	٠	١٢	٧
الباكستان	٧٧٠	٣	١,٤	١٠	١٧	١	١	٢٠	١٦٦٦	٢	١٦	٩
بالاو	٧٩٩٠	–	–	x٣	–	–	–	–	٢٣	١٥	–	–
بنما	٤٨٩٠	٠	٢,٣	٢	٧	١٨	١٦	–	٢٠	٠	٣	١٧
بابوا غينيا الجديدة	٧٧٠	–١	٠,٢	٨	–	٧	٢٢	٤	٢٦٦	٦	٣٧	٩
باراغواي	١٤٠٠	٣	–٠,٥	١١	١٤	x٧	x٢٢	x١١	٥١	١	١٢	١١
بيرو	٢٩٢٠	–١	٢,٣	١٤	١١	١٣	٧	–	٣٩٨	١	٦	٢٥
الفلبين	١٤٢٠	١	١,٧	٧	١٥	٢	١٩	٥	٥٦٢	١	٢٣	١٦
بولندا	٨١٩٠	–	٤,٣	١٤	٢>	١١	١٢	٤	–	–	٤	٢٨
البرتغال	١٨١٠٠	٣	١,٩	٤	x٢>	١٦	١٦	٣	–	–	–	–
قطر	x١٢٠٠٠	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
رومانيا	٤٨٥٠	x٠,٩	٢	٦٢	٢>	١٤	٧	٥	–	–	٠	١٧
الاتحاد الروسي	٥٧٨٠	–	٠,٦	٧٨	٢>	٩	x٤	١٣	–	–	–	x٩
رواندا	٢٥٠	x١	٠,٣	٩	٦٠	x٥	٢٦	–	٥٧٦	٢٨	١٠	٧
سانت كيتس ونيفيس	٨٨٤٠	x٦,٣	٢,٨	٣	–	–	–	–	٤	١	٣	٢٣
سانت لوتشيا	٥١١٠	٥,٣	١,١	٢	–	–	–	–	١١	١	٢	٦
سانت فينسنت وغرينادين	٣٩٣٠	x٣	١,٧	٣	–	١٢	١٦	–	٥	١	٣	١١
ساموا	٢٢٧٠	–٠,١	٢,٥	٦	–	–	–	–	٤٤	١٢	٥	٥
سان مارينو	d	–	–	–	–	١٨	٩	–	–	–	–	–
ساو تومي وبرنسيبي	٧٨٠	–	x٠,٥	x٣٤	–	–	–	–	٣٢	٤٧	٢٨	x٣١
السعودية	x١٢٥١٠	–٢	x٠,١	x٣	–	x٦	x١٤	x٣٦	٢٦	٠	–	–
السنغال	٧٥٠	٠	١,٢	٤	١٧	٣	١٤	٧	٦٨٩	٨	١٤	x٩
الصرب	٣٩١٠	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
سيشلز	٨٦٥٠	٣	١,٤	٢	–	١٠	٩	٤	١٩	٣	٧	٦
سيراليون	٢٤٠	٠	–٠,٨	٢٠	x٥٧	x١٠	x١٣	x١٠	٣٤٣	٢٨	٨	٨
سنغافوره	٢٩٣٢٠	٦	٣,٧	٠	–	٦	٢٢	٢٩	–	–	–	–
سلوفاكيا	٩٨٧٠	–	٢,٩	٨	٢>	١٨	٤	٥	–	–	–	x١٣
سلوفينيا	١٨٨٩٠	–	٣,٣	١٦	٢>	١٥	١٣	٣	٠	٠	x١٠	x١٦
جزر سليمان	٦٨٠	٣	–٢,٣	٨	–	–	–	–	١٩٨	٦٧	١٠	x٧
الصومال	x١٣٠	–١	–	–	–	x١	x٢	x٣٨	٢٣٦	٠	x٢٥	–
جنوب إفريقيا	٥٣٩٠	٠	٠,٨	٩	١١	–	–	–	٧٠٠	٠	–	x٦
إسبانيا	٢٧٥٧٠	٢	٢,٥	٤	–	١٥	٢	٤	–	–	–	–
سري لانكا	١٣٠٠	٣	٣,٨	٩	٦	٦	١٠	١٨	١١٨٩	٥	١٠	٤
السودان	٨١٠	x٠	٣,٧	٣٧	–	١	٨	٢٨	١٨٢٩	٨	٤	٦
سورينام	٣٢٠٠	–٢,٢	١,٤	٥٥	–	–	–	–	٤٤	٤	–	–
سوازيلاند	٢٤٣٠	٢	٠,٤	١١	٤٨	٨	٢٠	٨	٤٦	٢	٦	٢
السويد	٤٣٥٨٠	٢	٢,٢	٢	–	٣	٦	٥	–	–	–	–
سويسرا	٥٧٢٣٠	١	٠,٧	١	–	٠	٤	٦	–	–	–	–
الجمهورية العربية السورية	١٥٧٠	٢	١,٤	٧	–	٢	٩	٢٤	٧٨	٠	٢٠	٢
طاجكيستان	٣٩٠	–	–٣,١	١٠٩	٧	٢	٤	٩	٢٤١	١١	–	x٦
تنزانيا	٣٥٠	–	١,٦	١٥	٥٨	x٦	x٨	x١٦	١٥٠٥	١٢	٢٥	٢
تايلاند	٢٩٩٠	٥	٢,٨	٣	٢>	٨	٢٠	٦	–١٧١	٠	١٤	١٤
مقدونيا (يوغسلافيا سابقاً)	٣٠٦٠	–	٠,٢	٣٤	٢>	–	–	–	٢٣٠	٤	–	x٩
تيمور الشرقية	٨٤٠	–	–	–	–	–	–	–	١٨٥	٣١	–	–
توغو	٣٥٠	–١	–٠,١	٤	–	x٥	x٢٠	x١١	٨٧	٤	٨	x٠
تونغا	٢١٧٠	–	١,٩	٤	–	x٧	x١٣	–	٣٢	١٤	٢	x٢
ترينيداد وتوباغو	١٣٣٤٠	١	٤,٧	٥	x١٢	٨	١٧	٢	–٢	٠	١٨	x٤
تونس	٢٩٧٠	٣	٣,٣	٤	٢>	٥	٢٠	٥	٣٧٦	١	٢٢	١٢
تركيا	٥٤٠٠	٢	١,٩	٥٧	٣	٣	١٠	٨	٤٦٤	٠	٢٧	٢٩
تركمانستان	x١٣٤٠	–	–x٦,٨	x٤٠٨	x١٢	–	–	–	٢٨	٠	–	x٣٠
توفالو	–	–	–	–	–	–	–	–	٩	٠	–	–

الدول والأقاليم	حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي (بالدولار الأمريكي) ٢٠٠٦	متوسط معدل النمو السنوي لحصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (٪) ١٩٧٠–١٩٩٠	١٩٩٠–٢٠٠٦	متوسط المعدل السنوي للتضخم (٪) ١٩٩٠–٢٠٠٦	النسبة المئوية للسكان الذين يقل دخلهم اليومي عن دولار واحد* ١٩٩٥–٢٠٠٦	النسبة المئوية لإنفاق لحكومة المركزية (١٩٩٥–٢٠٠٥*) المخصص لمجالات: الصحة	التعليم	الدفاع	تدفق مساعدات التنمية الرسمية بملايين الدولارات الأمريكية ٢٠٠٥	تدفق مساعدات التنمية الرسمية كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي المتلقين ٢٠٠٥	خدمة الدين كنسبة مئوية من صادرات السلع والخدمات ١٩٩٠	٢٠٠٥
أوغندا	٣٠٠	–	٣,١	٨	X٨٥	X٢	X١٥	X٢٦	١١٩٨	١٥	٤٧	٧
أوكرانيا	١٩٥٠	–	١,٥–	١٠٤	>٢	٣	٦	٣	٤١٠	١	–	X١٠
الإمارات العربية المتحدة	X٢٣٩٥٠	X٤,٨–	X٠,٩–	X٣	–	٧	١٧	٣٠	–	–	–	–
المملكة المتحدة	٤٠١٨٠	٢	٢,٥	٣	–	١٥	٤	٧	–	–	–	–
الولايات المتحدة الأمريكية	٤٤٩٧٠	٢	٢,١	٢	–	٢٤	٣	٢٠	–	–	–	–
أوروغواي	٥٣١٠	١	١,٢	٢٠	>٢	٧	٨	٤	١٥	٠	٣١	٢٧
أوزبكستان	٦١٠	–	٠,٧	١١٧	>٢	–	–	–	١٧٢	١	–	X٢١
فانواتو	١٧١٠	X٠,٥–	٠,٣–	٣	–	–	–	–	٣٩	١٢	٢	١
فنزويلا (ج. بوليفيا)	٦٠٧٠	٢–	٠,٦–	٣٦	١٩	٨	٢١	٥	٤٩	٠	٢٢	٩
فيتنام	٦٩٠	–	٦	١٠	X٢>	٤	١٤	–	١٩٠٥	٤	X ٧	X ٣
اليمن	٧٦٠	–	١,٥	١٨	١٦	٤	٢٢	١٩	٣٣٦	٣	٤	٢
زامبيا	٦٣٠	٢–	٠	٣٥	٦٤	١٣	١٤	٤	٩٤٥	١٦	١٣	X٢٢
زيمبابوي	X٣٤٠	٠	٢,٤–	٧٦	٥٦	٨	٢٤	٧	٣٦٨	٨	١٩	X ٦

ملخصات إقليمية

إفريقيا جنوب الصحراء	٨٥١	–	١,١	٣٥	٤٣	–	–	–	٢٨٧٧٩	٥	١١	١٠
شرق وجنوب إفريقيا	١١٧١	–	١,٢	٣٨	٣٤	–	–	–	١٢٥٧١	٤	٦	٦
غرب ووسط إفريقيا	٥٥٣	–	١	٢٩	٥٢	–	–	–	١٦٢٠٨	٩	٢٠	١٥
الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	٢١٠٤	٠	٢,٢	١٥	٤	٥	١٣	١٥	٢٨٤٥١	٣	٢١	١٤
جنوب آسيا #	٧٧٧	٢	٣,٩	٦	٣٢	٢	٣	١٤	٩٢٦٠	١	٢١	–
شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادي	٢٣٧١	٦	٦,٧	٥	٩	١	٧	١١	٨٩٦٨	٠	١٦	٦
أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي	٤٨٤٧	١	١,٤	٣٧	٩	٧	١٥	٤	٥٣٦٣	٠	٢٠	١٨
دول وسط وشرق أوروبا – رابطة الدول المستقلة حديثا	٤٢٦٤	–	١,١	٧٤	٢	٧	٦	٩	٤٠٠٦	٠	–	١٨
الدول الصناعية §	٣٧٢١٧	٢	١,٩	٢	–	١٨	٤	١٢	–	–	–	–
الدول الآخذة في النمو §	١٩٦٧	٣	٤,١	١٩	٢٠	٣	٩	١٠	٨٢٩٥٢	١	١٨	١٣
الدول الأقل نموا §	٤٣٨	–	٢,٣	٦٢	٣٨	٥	١٤	١٤	٢٥٩٧٩	١٠	١٣	٨
العالم	٧٤٠٦	٢	٢,٣	٨	١٩	١٤	٥	١١	٨٤٨٢٨	٠	١٨	١٤

§ تشمل أيضاً الأقاليم ضمن كل فئة من الدول أو مجموعة إقليمية. والدول والأقاليم الموجودة في كل فئة من الدول أو مجموعة إقليمية معروضة في الصفحة رقم ١٤٨

تعريف المؤشرات

حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي – الدخل القومي الإجمالي هو مجموع القيمة المضافة من قبل جميع المنتجين المقيمين، زائداً أية ضرائب تفرض على المنتجات (مطروحاً منها الدعم الحكومي) وغير المشمولة في تخمين المخرجات، زائداً المقبوضات الصافية من الدخل الأساس (أجور الموظفين والدخل من الممتلكات) الواردة من الخارج. وحصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي هي الدخل القومي الإجمالي مقسوماً على عدد السكان في منتصف السنة. ويتم تحويل حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي بالدولار الأمريكي باستخدام أسلوب أطلس Atlas المتبع لدى البنك الدولي.

حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي – الناتج المحلي الإجمالي هو مجموع القيمة المضافة من قبل جميع المنتجين المقيمين، زائداً أية ضرائب تفرض على المنتجات (مطروحاً منها الدعم الحكومي) وغير المشمولة في تخمين المخرجات. وحصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي هي الناتج المحلي الإجمالي مقسوماً على عدد السكان في منتصف السنة. ويحسب النمو في هذه الحصة من بيانات الناتج المحلي الإجمالي للسعر الثابت بالعملة المحلية.

النسبة المئوية للسكان الذين يقل دخلهم اليومي عن دولار أمريكي واحد – النسبة المئوية للسكان الذين يعيشون بأقل من (٠٨ر١) دولار يومياً بالأسعار الدولية لعام ١٩٩٣ (ما يعادل دولار واحد يومياً بأسعار ١٩٨٥، والمعدلة بتعادل القيمة في القوة الشرائية). ونتيجة للتعديلات في أسعار تبادل العملات لتعادل القيمة في القوة الشرائية، فلا يمكن مقارنة معدلات الفقر للدول منفردة مع معدلات الفقر التي وردت في الإصدارات السابقة من هذا التقرير.

مساعدات التنمية الرسمية – صافي مساعدات التنمية الرسمية.

خدمة الدين – مجموع مدفوعات الفائدة وتسديدات أصل الدين الخاصة بالديون العامة الخارجية، والديون الطويلة الأجل المضمونة من الدولة.

مصادر البيانات الأساسية

حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي – البنك الدولي.

حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي – البنك الدولي.

معدل التضخم – البنك الدولي.

النسبة المئوية للسكان الذين يقل دخلهم اليومي عن دولار أمريكي واحد – البنك الدولي.

الإنفاق على الصحة والتعليم والدفاع – صندوق النقد الدولي.

مساعدات التنمية الرسمية – منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية.

خدمة الدين – البنك الدولي.

ملاحظات

a مدى الدخل المحدود: (٩٠٥ دولاراً أمريكياً أو أقل).

b مدى الدخل المتوسط الأدنى: (٩٠٦ دولاراً أمريكياً إلى ٣ر٥٩٥ دولاراً أمريكياً).

c مدى الدخل المتوسط الأعلى: (٣ر٥٩٦ دولاراً أمريكياً إلى ١١٥ر١١ دولاراً أمريكياً).

d مدى الدخل العالي: (١١٦ر١١ دولاراً أمريكياً أو أكثر).

الجدول ٨. النساء

الدول والأقاليم	العمر المتوقع عند الولادة: الإناث كنسبة مئوية من الذكور ٢٠٠٦	معدل معرفة الكبار للقراءة والكتابة: الإناث كنسبة مئوية من الذكور ٢٠٠٠–٢٠٠٦*	نسب الإلتحاق بالمدارس: الإناث كنسبة مئوية من الذكور				انتشار استخدام وسائل منع الحمل (٪) ٢٠٠٠–٢٠٠٦*	تغطية الحوامل بالرعاية (٪) ٢٠٠٠–٢٠٠٦*	حضور شخص مدرب عند الولادة (٪) ٢٠٠٠–٢٠٠٦*	مراكز الولادة ٢٠٠٠–٢٠٠٦*	نسبة وفيات الأمهات أثناء الولادة †		
			صافي المدارس الإبتدائية (٢٠٠٠–٢٠٠٦*)		صافي المدارس الثانوية (٢٠٠٠–٢٠٠٦*)						المبلغ عنها في ٢٠٠٠–٢٠٠٦*	المعدلة	٢٠٠٥ خطر وفيات الأمهات على مدى الحياة ١ من كل:
			مسجل	ملتحق	مسجل	ملتحق							
أفغانستان	١٠٠	٣٠	–	٦١	–	٣٣	١٠	١٦	١٤	١٣	١٦٠٠	١٨٠٠	٨
ألبانيا	١٠٩	٩٩	١٠٠	١٠٠	٩٧	٩٧	٦٠	٩٧	١٠٠	٩٨	١٧	٩٢	٤٩٠
الجزائر	١٠٤	٧٥	٩٧	٩٩	١٠٥	١١٤	٦١	٨٩	٩٥	٩٥	X١٢٠	١٨٠	٢٢٠
أندورا	–	–	٩٦	–	١١٠	–	–	–	–	–	–	–	–
أنغولا	١٠٨	٦٥	–	١٠٢	–	٩١	٦	٦٦	٤٥	X١٦	–	١٤٠٠	١٢
أنتيغوا وباربودا	–	–	–	–	–	–	X٥٣	١٠٠	١٠٠	–	٠	–	–
الأرجنتين	١١١	١٠٠	٩٩	–	١٠٨	–	–	٩٩	٩٩	٩٩	٣٩	٧٧	٥٣٠
أرمينيا	١١٠	٩٩	١٠٥	٩٩	١٠٤	١٠٢	٥٣	٩٣	٩٨	٩٧	٢٧	٧٦	٩٨٠
أستراليا	١٠٦	–	١٠١	–	١٠١	–	–	X١٠٠	X١٠٠	–	–	٤	١٣٣٠٠
النمسا	١٠٧	–	١٠٢	–	–	–	X٥١	X١٠٠	X١٠٠	–	–	٤	٢١٥٠٠
أذربيجان	١١٢	X٩٨	٩٩	١٠٠	٩٦	٩٧	٥٥	٧٠	١٠٠	٧٤	٢٦	٨٢	٦٧٠
جزر البهاما	١٠٨	–	١٠٢	–	١٠٢	–	–	–	٩٩	–	–	١٦	٢٧٠٠
البحرين	١٠٤	٩٤	١٠٠	١٠١	١٠٧	١١٠	X٦٢	X٩٧	X٩٨	X٩٨	X٤٦	٣٢	١٣٠٠
بنغلاديش	١٠٣	٧٦	١٠٣	١٠٦	١٠٢	١١٤	٥٨	٤٨	٢٠	١٦	٣٢٠	٥٧٠	٥١
باربادوس	١٠٨	–	١٠٠	–	١٠١	–	X٥٥	١٠٠	١٠٠	–	X٠	١٦	٤٤٠٠
بيلاروسيا	١١٩	X٩٩	٩٧	١٠١	١٠١	١٠٢	٧٣	٩٩	١٠٠	١٠٠	١٠	١٨	٤٨٠٠
بلجيكا	١٠٨	–	١٠٠	–	١٠١	–	XV٨	–	–	–	–	٨	٧٨٠٠
بليز	١٠٨	X١٠٠	١٠٣	–	١٠١	–	X٥٦	٩٦	X٨٤	٧٧	١٣٠	٥٢	٥٦٠
بنن	١٠٤	٤٨	٨١	٧٨	٤٨	٦٣	١٧	٨٨	٧٨	٧٨	X٥٠٠	٨٤٠	٢٠
بوتان	١٠٥	–	٩٩	٩١	–	–	٣١	٥١	٥٦	٣٧	٢٦٠	٤٤٠	٥٥
بوليفيا	١٠٧	٨٧	١٠٢	٩٩	٩٩	٩٨	٥٨	٧٩	٦٧	٥٧	٢٣٠	٢٩٠	٨٩
البوسنه والهرسك	١٠٧	٩٥	–	٩٧	–	١٠٠	٣٦	٩٩	١٠٠	١٠٠	٣	٣	٢٩٠٠٠
بوتسوانا	١٠١	١٠٣	٩٩	١٠٤	١٠٩	١٢٢	٤٨	٩٧	٩٤	X٨٠	X٣٣٠	٣٨٠	١٣٠
البرازيل	١١١	١٠١	١٠٠	X١٠٠	١٠٨	X١١٩	XV٧	٩٧	X٨٨	٩٧	٧٦	١١٠	٣٧٠
بروني / دار السلام	١٠٦	٩٥	١٠١	–	١٠٦	–	–	X١٠٠	X٩٩	–	X٠	١٣	٢٩٠٠
بلغاريا	١١٠	٩٩	٩٩	–	٩٨	–	X٨٦	–	٩٩	–	١٠	١١	٧٤٠٠
بوركينا فاسو	١٠٦	٥٥	٨٠	٩٠	٦٩	٨٨	١٧	٨٥	٥٤	٥١	X٤٨٠	٧٠٠	٢٢
بوروندي	١٠٦	٧٨	٩٢	٩٧	–	٧٥	٩	٩٢	٣٤	٢٩	٦٢٠	١١٠٠	١٦
كمبوديا	١٠٩	٧٥	٩٧	١٠٤	٨١	٨٨	٤٠	٦٩	٤٤	٢٢	٤٧٠	٥٤٠	٤٨
الكاميرون	١٠٢	٧٨	–	٩٤	–	٩٣	٢٩	٨٢	٦٣	٦١	٦٧٠	١٠٠٠	٢٤
كندا	١٠٦	–	١٠١	–	–	–	X٧٥	–	٩٨	–	–	٧	١١٠٠٠
كيب فيردي	١٠٩	٨٦	٩٨	X٩٩	١٠٩	–	X٥٣	٩٩	X٨٩	X٤٩	٧٦	٢١٠	١٢٠
جمهورية إفريقيا الوسطى	١٠٦	٥٢	٨٤	٨٤	٦٩	٦٣	١٩	٦٩	٥٣	٥١	٥٤٠	٩٨٠	٢٥
تشاد	١٠٦	٣٢	٦٩	٧٦	٣١	٥٤	٣	٣٩	١٤	١٣	١١٠٠	١٥٠٠	١١
تشيلي	١٠٨	١٠٠	٩٨	–	–	–	X٥٦	X٩٥	١٠٠	١٠٠	١٧	١٦	٣٢٠٠
الصين	١٠٥	٩٢	١٠٠	–	–	–	٨٧	٩٠	٩٨	٨٣	٤٨	٤٥	١٣٠٠
كولومبيا	١١١	١٠٠	١٠٠	١٠٢	١٠٩	١١٣	٧٨	٩٤	٩٦	٩٢	٧٨	١٣٠	٢٩٠
جزر القمر	١٠٧	–	٨١	١٠٠	–	١١٠	٢٦	٧٥	٦٢	X٤٣	٣٨٠	٤٠٠	٥٢
الكنغو	١٠٥	٨٧	١٢٠	١٠١	–	١٠٨	٤٤	٨٦	٨٣	٨٢	٧٨٠	٧٤٠	٢٢
جمهورية الكونغو الديمقراطية	١٠٦	٦٧	–	٨٩	–	٨٣	٣١	٦٨	٦١	–	١٣٠٠	١١٠٠	١٣
جزر الكوك	–	–	٩٩	–	١١٠	–	٤٤	–	٩٨	–	X٦	–	–
كوستاريكا	١٠٦	١٠٠	١٠٢	١٠٢	١١٠	١١٠	٩٦	٩٢	٩٩	٩٤	٣٦	٣٠	١٤٠٠
كوت ديفوار	١٠٤	٦٤	٨١	٨٦	٥٨	٦٩	١٣	٨٥	٥٧	٥٤	٥٤٠	٨١٠	٢٧
كرواتيا	١١٠	٩٨	٩٩	–	١٠٢	–	–	–	١٠٠	–	٧	٧	١٠٥٠٠
كوبا	١٠٥	١٠٠	٩٨	–	١٠١	–	٧٧	١٠٠	١٠٠	–	٣٧	٤٥	١٤٠٠
قبرص	١٠٦	٩٦	١٠٠	–	١٠٢	–	–	–	–	–	X٠	١٠	٦٤٠٠
جمهورية التشيك	١٠٩	–	١٠٢	–	–	–	X٦٩	X٩٩	١٠٠	–	٥	٤	١٨١٠٠
الدنمارك	١٠٦	–	١٠١	–	١٠٢	–	–	–	–	–	X١٠	٣	١٧٨٠٠
جيبوتي	١٠٥	–	٨١	٩٨	٦٧	٨٤	٩	٦٧	٦١	٧٤	XV٤	٦٥٠	٣٥
الدومينيكا	–	–	١٠٢	–	١٠٠	–	X٥٠	١٠٠	١٠٠	–	٠	–	–
جمهورية الدومينيكان	١٠٩	١٠٠	١٠١	١٠٥	١٢٦	١٤٤	٦١	٩٩	٩٦	٩٥	٩٢	١٥٠	٢٣٠
الإكوادور	١٠٨	٩٨	١٠١	–	١٠٢	–	٧٣	٨٤	X٩٩	٧٤	١١٠	٢١٠	١٧٠
مصر	١٠٧	٧١	٩٥	٩٨	٩٣	٩٣	٥٩	٧٠	٧٤	٦٥	٨٤	١٣٠	٢٣٠
السلفادور	١٠٩	٩٦	١٠٠	–	١٠٤	–	٦٧	٨٦	٩٢	٦٩	٧١	١٧٠	٢٩٠
غينيا – الإستوائية	١٠٥	٨٧	٩١	٩٨	–	٩٦	–	٨٦	٦٥	–	–	٦٨٠	٢٨
إريتريا	١٠٩	–	٨٤	٩٣	٦٧	٩١	٨	٧٠	٢٨	٢٦	X١٠٠٠	٤٥٠	٤٤
إستونيا	١١٧	١٠٠	١٠٠	–	١٠٣	–	XV٠	–	١٠٠	–	٢٩	٢٥	٢٩٠٠
إثيوبيا	١٠٥	٤٦	٩٣	١٠٠	٦٨	٧٧	١٥	٢٨	٦	٥	٦٧٠	٧٢٠	٢٧
فيجي	١٠٧	–	٩٩	–	١٠٦	–	٤٤	–	٩٩	–	X٣٨	٢١٠	١٦٠
فنلندا	١٠٨	–	١٠٠		١٠٠	–	–	X١٠٠	X١٠٠	١٠٠	X٦	٧	٨٥٠٠
فرنسا	١٠٩	–	١٠٠	–	١٠٢	–	XV٥	X٩٩	X٩٩	–	X١٠	٨	٦٩٠٠

الدول والأقاليم	العمر المتوقع عند الولادة: الإناث كنسبة مئوية من الذكور ٢٠٠٦	معدل معرفة الكبار للقراءة والكتابة: الإناث كنسبة مئوية من الذكور ٢٠٠٠–٢٠٠٦*	نسب الإلتحاق بالمدارس: الإناث كنسبة مئوية من الذكور				انتشار استخدام وسائل منع الحمل (٪) ٢٠٠٠–٢٠٠٦*	تغطية الحوامل بالرعاية (٪) ٢٠٠٠–٢٠٠٦*	حضور شخص مدرب عند الولادة (٪) ٢٠٠٠–٢٠٠٦*	نسبة وفيات الأمهات أثناء الولادة †		
			صافي المدارس الإبتدائية (٢٠٠٠–٢٠٠٦*)		صافي المدارس الثانوية (٢٠٠٠–٢٠٠٦*)					مراكز الولادة ٢٠٠٠–٢٠٠٦*	المبلغ عنها في ٢٠٠٠–٢٠٠٦*	٢٠٠٥
			مسجل	ملتحق	مسجل	ملتحق						المعدلة
الغابون	١٠٢	٩١	١٠٠	١٠٠	–	١٠٦	٣٣	٩٤	٨٦	٨٥	٥٢٠	٥٢٠
غامبيا	١٠٤	–	٩٩	١٠٣	٨٤	٨٧	١٨	٩٨	٥٧	٥٥	٧٣٠	٦٩٠
جورجيا	١١٢	–	١٠٠	x,y ١٠١	١٠٠	–	٤٧	٩٤	٩٩	٩٢	٢٣	١١٠٠
ألمانيا	١٠٧	–	١٠٠	–	–	–	x٧٥	–	–	–	x٨	١٩٢٠٠
غانا	١٠١	٧٦	١٠١	١٠٠	٩٠	١٠٠	١٧	٩٢	٥٠	٤٩	x٢١٠	٥٦٠
اليونان	١٠٦	٩٦	١٠٠	–	١٠٢	–	–	–	–	–	x١	٢٥٩٠٠
غرينادا	١٠٥	–	٩٩	–	١٠٣	–	٥٤	١٠٠	١٠٠	–	٠	–
غواتيمالا	١١١	٨٤	٩٦	٩٥	٩١	x١٠٤	٤٣	٨٤	٤١	٤٢	١٥٠	٢٩٠
غينيا	١٠٦	٤٢	٨٧	٨٧	٥٥	٦٣	٩	٨٢	٣٨	٣١	٩٨٠	٩١٠
غينيا – بيساو	١٠٧	–	٧٢	٩٨	٥٥	٨٨	١٠	٧٨	٣٩	٣٦	٤١٠	١١٠٠
غوايانا	١٠٩	–	–	١٠٠	–	١١١	٣٥	٩٠	٩٤	–	١٢٠	٤٧٠
هايتي	١٠٦	–	–	١٠٦	–	١١٧	٣٢	٨٥	٢٦	٢٥	٦٣٠	٦٧٠
الفاتيكان	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
هندوراس	١١١	١٠٠	١٠٢	١٠٤	–	١٢٤	٦٥	٩٢	٦٧	٦٧	x١١٠	٢٨٠
هنغاريا	١١٢	–	٩٨	–	١٠٠	–	x٧٧	–	١٠٠	–	٤	٦
آيسلندا	١٠٤	–	٩٧	–	١٠٢	–	–	–	–	–	–	٤
الهند	١٠٥	٦٦	٩٣	١٠١	–	٩١	٥٦	٧٤	٤٧	٤١	٣٠٠	٤٥٠
إندونيسيا	١٠٦	٩٣	٩٧	١٠١	٩٨	١٠٤	٥٧	٩٢	٧٢	٤٠	٣١٠	٤٢٠
جمهورية إيران الإسلامية	١٠٥	٨٨	١١٠	٩٧	٩٥	–	٧٤	x٧٧	٩٠	٨٤	x٣٧	١٤٠
العراق	١٠٧	٧٦	٨٦	٨٨	٧٠	٧٤	٥٠	٨٤	٨٩	٦٣	x٢٩٠	٣٠٠
إيرلندا	١٠٦	–	١٠٠	–	١٠٧	–	–	–	١٠٠	١٠٠	x٦	١
إسرائيل	١٠٥	–	١٠١	–	١٠٠	–	–	–	–	–	x٥	٤
إيطاليا	١٠٨	٩٩	٩٩	–	١٠١	–	x٦٠	–	–	–	x٧	٣
جمايكا	١٠٨	١١٦	١٠٠	١٠١	١٠٤	١٠٥	٦٩	٩١	٩٧	٩٤	٩٥	١٧٠
اليابان	١٠٩	–	١٠٠	–	١٠١	–	٥٦	–	x١٠٠	–	x٨	٦
الأردن	١٠٥	٩٢	١٠٢	١٠٠	١٠٤	١٠٥	٥٦	٩٩	١٠٠	٩٧	x٤١	٦٢
كازاخستان	١١٨	x٩٩	٩٨	٩٩	٩٩	١٠٠	٥١	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٧٠	١٤٠
كينيا	١٠٤	٩٠	١٠١	١٠٠	١٠٠	١٠٨	٣٩	٨٨	٤٢	٤٠	٤١٠	٥٦٠
كيريباتي	–	–	١٠٢	–	١٠٩	–	x٢١	x٨٨	x٨٥	–	٥٦	–
كوريا الديمقراطية	١٠٦	–	–	–	–	–	x٦٢	–	٩٧	–	x١١٠	٣٧٠
جمهورية كوريا	١١٠	–	٩٩	–	١٠٠	–	x٨١	–	x١٠٠	–	x٢٠	١٤
الكويت	١٠٥	٩٧	٩٩	–	١٠٥	–	x٥٠	x٩٥	x٩٨	x٩٨	x٥	٤
قيرغيزستان	١١٣	x٩٩	٩٩	١٠٢	١٠١	١٠٢	٤٨	٩٧	٩٨	٩٧	١٠٠	١٥٠
جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية	١٠٤	٧٩	٩٤	٩٥	٨٥	٨٣	٣٢	٢٧	١٩	–	٤١٠	٦٦٠
لاتفيا	١١٦	١٠٠	١٠٣	–	–	–	x٤٨	–	١٠٠	–	١٠	١٠
لبنان	١٠٦	–	٩٩	١٠٠	–	١١١	٥٨	٩٦	x٩٨	–	x١٠٠	١٥٠
ليسوتو	١٠١	١٢٢	١٠٦	١٠٧	١٥٨	١٦٩	٣٧	٩٠	٥٥	٥٢	٧٦٠	٩٦٠
ليبيريا	١٠٤	٧٩	٧٨	–	٥٥	–	١٠	٨٥	٥١	٣٦	x٥٨٠	١٢٠٠
الجماهيرية العربية الليبية	١٠٧	٨١	–	–	–	–	x٤٥	x٨١	x٩٤	–	x٧٧	٩٧
ليشتنشتاين	–	–	١٠٢	–	١١١	–	–	–	–	–	–	–
لتوانيا	١١٧	١٠٠	١٠٠	–	١٠٠	–	x٤٧	–	١٠٠	–	١٦	١١
لوكسمبورغ	١٠٨	–	١٠٠	–	١٠٨	–	–	–	١٠٠	–	x٠	١٢
مدغشقر	١٠٦	٨٧	٩٩	١٠٤	x١٠٠	١٢٤	٢٧	٨٠	٥١	٣٢	٤٧٠	٥١٠
ملاوي	١٠١	x٧٢	١٠٥	١٠٢	٨٨	٩٦	٤٢	٩٢	٥٤	٥٤	٩٨٠	١١٠٠
ماليزيا	١٠٧	٩٢	٩٩	–	١١٤	–	x٥٥	٧٩	٩٨	٩٨	٢٨	٦٢
ملديف	١٠٢	١٠٠	١٠٠	–	١١٠	–	٣٩	٨١	٨٤	–	١٤٠	١٢٠
مالي	١٠٩	x٤٨	٨٠	٧٣	–	٧٣	٨	٥٧	٤١	٣٨	٥٨٠	٩٧٠
مالطا	١٠٥	x١٠٣	٩٥	–	٩٩	–	–	–	x٩٨	–	–	٨٣٠٠
جزر مارشال	–	–	٩٩	–	١٠٧	–	٣٤	–	x٩٥	–	٧٤	–
موريتانيا	١٠٦	٧٢	١٠٠	٩١	٨٢	٦٠	٨	٦٤	٥٧	٤٩	٧٥٠	٨٢٠
موريشيوس	١١٠	٩٢	١٠٢	–	١٠١	–	٧٦	–	٩٨	٩٨	٢٢	١٥
المكسيك	١٠٧	٩٧	١٠٠	١٠٠	١٠٣	–	٧٤	x٨٦	x٨٦	٨٦	٦٢	٦٠
ميكرونيسيا الاتحادية	١٠٢	–	–	–	–	–	x٤٥	–	–	–	x٢٧٠	–
جمهورية مولدوفا	١١١	٩٩	١٠٠	١٠١	١٠٣	١٠٤	٦٨	٩٨	١٠٠	٩٩	١٩	٢٢
موناكو	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
منغوليا	١١٠	١٠٠	١٠٢	١٠٢	١١٤	١٠٧	٦٦	٩٩	٩٩	٩٩	٩٣	٤٦
مونتانيغرو	١٠٦	٩٥	–	٩٩	–	١٠٢	٣٩	٩٧	٩٩	١٠٠	–	–
المغرب	١٠٦	٦١	٩٣	٩٦	٨٤	٩٢	٦٣	٦٨	٦٣	٦١	٢٣٠	٢٤٠
موزامبيق	١٠٣	x٤٥	٩١	٩٠	٧٥	٨٨	١٧	٨٥	٤٨	٤٨	٤١٠	٥٢٠
مايانمار	١١١	٩١	١٠٢	١٠١	٩٧	٩٤	٣٤	٧٦	٥٧	١٦	٣٢٠	٣٨٠
ناميبيا	١٠٢	٩٧	١٠٧	١٠٠	١٣٣	١٣٨	٤٤	٩١	٧٦	٧٥	٢٧٠	٢١٠

خطر وفيات الأمهات على مدى الحياة ١ من كل:
٥٣
٣٢
١١٠٠
١٩٢٠٠
٤٥
٢٥٩٠٠
–
٧١
١٩
١٣
٩٠
٤٤
–
٩٣
١٣٣٠٠
١٢٧٠٠
٧٠
٩٧
٣٠٠
٧٢
٤٧٦٠٠
٧٨٠٠
٢٦٦٠٠
٢٤٠
١١٦٠٠
٤٥٠
٣٦٠
٣٩
–
١٤٠
٦١٠٠
٩٦٠٠
٢٤٠
٣٣
٨٥٠٠
٢٩٠
٤٥
١٢
٣٥٠
–
٧٨٠٠
٥٠٠٠
٣٨
١٨
٥٦٠
٢٠٠
١٥
٨٣٠٠
–
٢٢
٣٣٠٠
٦٧٠
–
٣٧٠٠
–
٨٤٠
–
١٥٠
٤٥
١١٠
١٧٠

الجدول ٨. النساء

الدول والأقاليم	العمر المتوقع عند الولادة: الإناث كنسبة مئوية من الذكور ٢٠٠٦	معدل معرفة الكبار للقراءة والكتابة: الإناث كنسبة مئوية من الذكور ٢٠٠٠–٢٠٠٦*	نسب الإلتحاق بالمدارس: الإناث كنسبة مئوية من الذكور				انتشار استخدام وسائل منع الحمل (٪) ٢٠٠٠–٢٠٠٦*	تغطية الحوامل بالرعاية (٪) ٢٠٠٠–٢٠٠٦*	حضور شخص مدرب عند الولادة (٪) ٢٠٠٠–٢٠٠٦*	مراكز الولادة ٢٠٠٠–٢٠٠٦*	نسبة وفيات الأمهات أثناء الولادة †		
			صافي المدارس الإبتدائية (٢٠٠٠–٢٠٠٦*)		صافي المدارس الثانوية (٢٠٠٠–٢٠٠٦*)						المبلغ عنها في ٢٠٠٠–٢٠٠٦*	المعدلة ٢٠٠٥	خطر وفيات الأمهات على مدى الحياة ١ من كل:
			مسجل	ملتحق	مسجل	ملتحق							
ناورو	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
نيبال	١٠١	٥٦	٩٢	٩٥	–	٨٣	٤٨	٤٤	١٩	١٨	٢٨٠	٨٣٠	٣١
هولندا	١٠٦	–	٩٩	–	١٠٢	–	x٧٩	–	x١٠٠	–	x٧	٦	١٠٢٠٠
نيوزيلانده	١٠٥	–	١٠٠	–	١٠٣	–	x٧٥	x٩٥	x١٠٠	–	x١٥	٩	٥٩٠٠
نيكاراغوا	١٠٩	١٠٠	٩٨	١٠٩	١١٥	١٣٤	٦٩	٨٦	٦٧	٦٦	٨٧	١٧٠	١٥٠
النيجر	٩٧	٣٥	٧٢	٦٩	٦٧	١٠٠	١١	٤٦	٣٣	١٧	٦٥٠	١٨٠٠	٧
نيجيريا	١٠٢	٧٧	٨٩	٨٩	٨٦	٨٧	١٣	٥٨	٣٥	٣٣	–	١١٠٠	١٨
نيو	–	–	–	–	x١٠٥	–	–	–	١٠٠	–	–	–	–
النرويج	١٠٦	–	١٠٠	–	١٠٠	–	–	–	–	–	x٦	٧	٧٧٠٠
الأرض الفلسطينية المحتلة	١٠٤	٩١	١٠٠	١٠١	١٠٧	–	٥٠	٩٩	٩٩	٩٧	–	–	–
سلطنة عُمان	١٠٤	٨٥	١٠١	–	١٠٠	–	٣٢	١٠٠	٩٥	٩٤	١٥	٦٤	٤٢٠
الباكستان	١٠١	٥٥	٧٧	٨٢	٧٥	٧٨	٢٨	٣٦	٣١	٢٨	x٥٣٠	٣٢٠	٧٤
بالاو	–	–	٩٧	–	–	–	١٧	–	١٠٠	–	x٠	–	–
بنما	١٠٧	٩٨	٩٩	–	١١٠	–	–	٧٢	٩٣	٩٢	٤٠	١٣٠	٢٧٠
بابوا غينيا الجديدة	١١١	٨١	–	–	–	–	x٢٦	x٧٨	٤١	–	x٣٧٠	٤٧٠	٥٥
باراغواي	١٠٦	٩٩	١٠١	١٠١	–	٩٩	٧٣	٩٤	٧٧	٧٤	١٧٠	١٥٠	١٧٠
بيرو	١٠٧	٨٨	١٠١	١٠٠	٩٩	١٠٠	٧١	٩٢	٧٣	٧٠	١٩٠	٢٤٠	١٤٠
الفلبين	١٠٦	١٠٢	١٠٢	١٠١	١٢٠	١٢٧	٤٩	٨٨	٦٠	٣٨	x١٧٠	٢٣٠	١٤٠
بولندا	١١٢	–	١٠١	–	١٠٢	–	x٤٩	–	١٠٠	–	٤	٨	١٠٦٠٠
البرتغال	١٠٨	٩٦	١٠٠	–	١١٠	–	–	–	١٠٠	–	x٨	١١	٦٤٠٠
قطر	١٠٢	١٠٠	١٠٠	–	٩٨	–	x٤٣	–	x٩٩	x٩٨	x١٠	١٢	٢٧٠٠
رومانيا	١١٠	٩٨	٩٩	–	١٠٤	–	٧٠	٩٤	٩٩	٩٨	١٧	٢٤	٣٢٠٠
الاتحاد الروسي	١٢٣	٩٩	١٠١	–	–	–	–	–	٩٩	–	٢٣	٢٨	٢٧٠٠
رواندا	١٠٧	٨٥	١٠٤	١٠٤	٩١	١٠٠	١٧	٩٤	٣٩	٢٨	٧٥٠	١٣٠٠	١٦
سانت كيتس ونيفيس	–	–	١٠٥	–	٩٨	–	٥٤	١٠٠	١٠٠	–	٠	–	–
سانت لوتشيا	١٠٥	–	٩٨	–	١٢٥	–	x٤٧	٩٩	١٠٠	–	٣٥	–	–
سانت فينسنت وغرينادين	١٠٦	–	٩٦	–	١٢٥	–	٤٨	٩٥	١٠٠	–	٠	–	–
ساموا	١٠٩	٩٩	١٠١	–	١١٣	–	x٤٣	–	x١٠٠	–	٢٩	–	–
سان مارينو	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ساو تومي وبرنسيبي	١٠٦	٨٥	٩٩	١٠١	١١٣	١٠٥	٣٠	٩٧	٨١	٧٨	١٥٠	–	–
السعودية	١٠٦	٨٦	١٠٣	–	١٠٨	–	x٣٢	x٩٠	x٩١	x٩١	–	١٨	١٤٠٠
السنغال	١٠٧	٥٧	٩٦	١٠٢	٧٩	٨٠	١٢	٨٧	٥٢	٦٢	٤٣٠	٩٨٠	٢١
الصرب	١٠٧	٩٥	–	١٠٠	–	١٠٣	٤١	٩٨	٩٩	٩٩	–	–	–
سيشلز	–	١٠١	١٠١	–	١٠٦	–	–	–	–	–	٥٧	–	–
سيراليون	١٠٨	٥١	–	١٠٠	–	٧٧	٥	٨١	٤٣	١٩	١٨٠٠	٢١٠٠	٨
سنغافوره	١٠٥	x٨٧	–	–	–	–	x٦٢	–	x١٠٠	–	x٦	١٤	٦٢٠٠
سلوفاكيا	١١١	–	١٠١	–	–	–	x٧٤	–	١٠٠	–	٦	٦	١٣٨٠٠
سلوفينيا	١١٠	١٠٠	٩٩	–	١٠١	–	x٧٤	x٩٨	١٠٠	–	x١٧	٦	١٤٢٠٠
جزر سليمان	١٠٣	–	٩٥	–	٨٦	–	٧	–	x٨٥	–	x١٤٠	٢٢٠	١٠٠
الصومال	١٠٥	–	–	٨٣	–	٥٠	١٥	٢٦	٣٣	٩	١٠٠٠	١٤٠٠	١٢
جنوب إفريقيا	١٠٤	x٩٦	١٠٠	x١٠٤	١١٢	x١١٧	٦٠	٩٢	٩٢	–	x١٥٠	٤٠٠	١١٠
إسبانيا	١٠٩	x٩٧	٩٩	–	١٠٣	–	x٨١	–	–	–	x٦	٤	١٦٤٠٠
سري لانكا	١١١	٩٧	٩٩	–	–	–	٧٠	٩٥	٩٦	٩٧	٤٣	٥٨	٨٥٠
السودان	١٠٥	٧٣	٨٣	٩٥	–	١٠٥	٧	٦٠	٨٧	–	x٥٥٠	٤٥٠	٥٣
سورينام	١١٠	٩٥	١٠٣	٩٩	١٣٨	١٢٠	٤٢	٩١	٨٥	–	١٥٠	٧٢	٥٣٠
سوازيلاند	١٠١	٩٦	١٠١	٩٩	١١٣	١٣٨	٤٨	٩٠	٧٤	–	x٢٣٠	٣٩٠	١٢٠
السويد	١٠٦	–	١٠٠	–	١٠١	–	–	–	–	–	x٥	٣	١٧٤٠٠
سويسرا	١٠٧	–	١٠٠	–	٩٣	–	x٨٢	–	–	–	x٥	٥	١٣٨٠٠
الجمهورية العربية السورية	١٠٥	٨٤	٩٥	٩٩	٩٤	١٠٢	٥٨	٨٤	٩٣	٧٠	٦٥	١٣٠	٢١٠
طاجكيستان	١٠٨	٩٩	٩٧	٩٩	٨٥	٨٣	٣٨	٧٧	٨٣	٦٢	٩٧	١٧٠	١٦٠
تنزانيا	١٠٤	٧٩	٩٨	١٠٦	–	١٠٠	٢٦	٧٨	٤٣	٤٧	٥٨٠	٩٥٠	٢٤
تايلاند	١١٤	٩٦	٩٦	١٠٠	١٠٦	١٠٩	٧٧	٩٨	٩٧	٩٧	٢٤	١١٠	٥٠٠
مقدونيا (يوغسلافيا سابقاً)	١٠٧	٩٦	١٠٠	٩٦	٩٨	٩٩	–	٨١	٩٩	٩٨	١٣	١٠	٦٥٠٠
تيمور الشرقية	١٠٣	–	–	y ٩٧	–	–	١٠	٦١	١٨	١٠	–	٣٨٠	٣٥
توغو	١٠٦	٥٧	٨٦	٩٣	٤٧	٧١	١٧	٨٤	٦٢	٦٣	x٤٨٠	٥١٠	٣٨
تونغا	١٠٣	x١٠٠	٩٦	–	١٢٣	–	٣٣	–	٩٥	–	٧٨	–	–
ترينيداد وتوباغو	١٠٦	٩٩	١٠٠	١٠٠	١٠٣	١٠٧	٤٣	٩٦	٩٨	٩٧	x٤٥	٤٥	١٤٠٠
تونس	١٠٦	٧٨	١٠٠	٩٨	١١٠	–	٦٦	٩٢	٩٠	٨٩	x٦٩	١٠٠	٥٠٠
تركيا	١٠٧	٨٤	٩٥	٩٦	٨٥	٨٩	٧١	٨١	٨٣	٧٨	٢٩	٤٤	٨٨٠

الدول والأقاليم	العمر المتوقع عند الولادة: الإناث كنسبة مئوية من الذكور ٢٠٠٦	معدل معرفة الكبار للقراءة والكتابة: الإناث كنسبة مئوية من الذكور ٢٠٠٠-٢٠٠٦*	نسب الالتحاق بالمدارس: الإناث كنسبة مئوية من الذكور				انتشار استخدام وسائل منع الحمل (٪) ٢٠٠٠-٢٠٠٦*	تغطية الحوامل بالرعاية (٪) ٢٠٠٠-٢٠٠٦*	حضور شخص مدرب عند الولادة (٪) ٢٠٠٠-٢٠٠٦*	مراكز الولادة ٢٠٠٠-٢٠٠٦*	نسبة وفيات الأمهات أثناء الولادة †	
			صافي المدارس الإبتدائية (٢٠٠٠-٢٠٠٦*)		صافي المدارس الثانوية (٢٠٠٠-٢٠٠٦*)						المعدلة	٢٠٠٥ خطر وفيات الأمهات على مدى الحياة ١ من كل:
			مسجل	ملتحق	مسجل	ملتحق						المبلغ عنها في ٢٠٠٠-٢٠٠٦*
تركمانستان	١١٥	X٩٩	–	١٠٠	–	١٠٠	٤٨	٩٩	١٠٠	٩٨	١٣٠	١٤
توفالو	–	–	–	–	–	–	٣٢	–	١٠٠	–	–	–
أوغندا	١٠٢	٧٥	–	٩٩	٨٨	١٠٠	٢٤	٩٤	٤٢	٤١	٥٥٠	٥١٠
أوكرانيا	١١٩	٩٩	١٠٠	١٠٢	٩٤	١٠٣	٦٦	٩٩	١٠٠	١٠٠	١٨	١٣
الإمارات العربية المتحدة	١٠٦	٩٩	٩٩	–	١٠٥	–	X٢٨	X٩٧	X٩٩	X٩٩	٣٧	X٣
المملكة المتحدة	١٠٦	–	١٠٠	–	١٠٣	–	٨٤	–	X٩٩	–	٨	X٧
الولايات المتحدة الأمريكية	١٠٧	–	١٠١	–	١٠٢	–	X٧٦	–	X٩٩	–	١١	X٨
أوروغواي	١١٠	X١٠١	١٠١	–	–	–	X٨٤	X٩٤	X١٠٠	–	٢٠	X٢٦
أوزبكستان	١١٠	–	–	١٠٠	–	٩٩	٦٥	٩٩	١٠٠	٩٧	٢٤	٢٨
فانواتو	١٠٦	–	٩٨	–	٨٦	–	٢٨	–	X٨٨	–	–	X٦٨
فنزويلا (ج. بوليفيا)	١٠٨	١٠٠	١٠١	١٠٢	١١٥	١٤٣	X٧٧	٩٤	٩٥	٩٥	٥٧	٦٠
فيتنام	١٠٥	X٩٣	٩٥	١٠٠	٩٦	١٠١	٧٦	٩١	٨٨	٦٤	١٥٠	١٦٠
اليمن	١٠٥	٤٨	٧٢	X٦٠	٤٦	X٣٧	٢٣	٤١	٢٧	٢٠	٤٣٠	٣٧٠
زامبيا	١٠١	X٧٩	١٠٠	١٠٥	٧٩	١١٢	٣٤	٩٣	٤٣	٤٤	٨٣٠	٧٣٠
زيمبابوي	٩٧	٩٢	١٠١	١٠٢	٩٤	١٠٠	٦٠	٩٥	٨٠	٦٨	٨٨٠	٥٦٠
ملخصات إقليمية												
إفريقيا جنوب الصحراء	١٠٤	٧٢	٩٣	٩٥	٨٤	٨٧	٢٣	٦٩	٤٣	٣٦	٩٢٠	–
شرق وجنوب إفريقيا	١٠٤	٧٤	٩٨	١٠١	٨٨	٩١	٣٠	٧١	٤٠	٣٢	٧٦٠	–
غرب ووسط إفريقيا	١٠٤	٦٩	٨٧	٨٩	٧٨	٨٥	١٧	٦٧	٤٦	٣٩	١١٠٠	–
الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	١٠٥	٧٧	٩٤	٩٧	٩٣	٩٦	٥٥	٧٢	٧٩	٦٨	٢١٠	–
جنوب آسيا #	١٠٤	٦٦	٩٢	٩٨	–	٩٠	٥٣	٦٥	٤١	٣٦	٥٠٠	–
شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادي	١٠٦	٩٢	٩٩	**١٠١	**١٠٢	**١٠٥	٧٩	٨٩	٨٧	٦٩	١٥٠	–
أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي	١٠٩	٩٩	٩٩	١٠١	١٠٦	–	٧٠	٩٤	–	٨٦	١٣٠	–
دول وسط وشرق أوروبا – رابطة الدول المستقلة حديثا	١١٥	٩٦	٩٨	٩٨	٩٤	٩٧	٦٣	٩٠	٩٥	٨٩	٤٦	–
الدول الصناعية §	١٠٨	–	١٠١	–	١٠٢	–	–	–	٩٩	–	٨	–
الدول الآخذة في النمو §	١٠٥	٨٣	٩٦	**٩٨	**٩٧	**٩٣	٦١	٧٥	٥٩	٥٣	٤٥٠	–
الدول الأقل نموا §	١٠٥	٦٨	٩٤	٩٧	٨٥	٩٣	٣٠	٦١	٣٨	٢٧	٨٧٠	–
العالم	١٠٦	٨٦	٩٦	**٩٨	**٩٨	**٩٤	٦١	٧٥	٦٣	٥٣	٤٠٠	–

§ تشمل أيضاً الأقاليم ضمن كل فئة من الدول أو مجموعة إقليمية. والدول والأقاليم الموجودة في كل فئة من الدول أو مجموعة إقليمية معروضة في الصفحة رقم ١٤٨

تعريف المؤشرات

العمر المتوقع عند الولادة – عدد السنوات التي يمكن أن يعيشها المواليد الجدد إذا ما تعرضوا لمخاطر الوفاة السائدة بالنسبة لعينة ممثلة للسكان، وقت ولادتهم.

معدل معرفة الكبار للقراءة والكتابة – النسبة المئوية للأشخاص في سن الخامسة عشرة فأكثر الذين يستطيعون القراءة والكتابة.

نسبة الالتحاق بالمدارس – الإناث كنسبة مئوية من الذكور – النسبة (الإجمالية أو الصافية) لالتحاق البنات بالمدارس، مقسومة على النسبة (الإجمالية أو الصافية) لالتحاق الأولاد بالمدارس، كنسبة مئوية.

نسبة الالتحاق بالمدارس الإعدادية أو الثانوية – عدد الأطفال الملتحقين بالمدارس الإعدادية أو الثانوية والذين هم في سن الالتحاق بها، ويعبر عنه كنسبة مئوية من إجمالي عدد الأطفال الذين هم في نفس الفئة العمرية.

النسبة الإجمالية للالتحاق بالمدارس الإعدادية – عدد الأطفال الملتحقين بالمدارس الابتدائية أو بالمدارس الثانوية، بصرف النظر عن العمر، معبّر عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدارس الابتدائية أو الثانوية.

النسبة الصافية للالتحاق بالمدارس الثانوية – عدد الأطفال الملتحقين بالمدارس الابتدائية أو بالمدارس الثانوية، الذين هم في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدارس الابتدائية أو بالمدارس الثانوية، معبّر عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال في السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدارس الابتدائية أو بالمدارس الثانوية.

انتشار استخدام وسائل منع الحمل – النسبة المئوية للنساء اللواتي لهن اتصال جنسي من دون زواج، وتتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ عاماً، ويستخدمن أحد وسائل منع الحمل في الوقت الحاضر.

رعاية الحوامل – النسبة المئوية للنساء بين ١٥ و ٤٩ عاماً اللواتي تلقين الرعاية لمرة واحدة على الأقل خلال فترة الحمل من كوادر صحية ماهرة (أطباء أو ممرضات أو قابلات).

حضور شخص مدرب عند الولادة – النسبة المئوية لحالات الولادة بحضور كوادر صحية مدربة (أطباء أو ممرضات أو قابلات).

مؤسسات الولادة – معالجة النساء من عمر ١٥ – ٤٩ عاماً للواتي ولدن قبل سنتين من الإحصائية الخاصة بصحة الولادة.

نسبة وفيات الأمهات – البعد السنوي لوفيات النساء نتيجة لأسباب تتعلق بالحمل في كل ١٠٠,٠٠٠ حالة ولادة حية. وهذا العمود الذي عنوانه "المبلغ عنها" يبين الأرقام التي قامت الدولة بالتبليغ عنها، والتي لم يتم تعديلها بسبب النقص في الإبلاغ أو سوء التصنيف.

خطر وفيات الأمهات على مدى الحياة – خطر وفيات الأمهات على مدى الحياة يأخذ في الحسبان كلاً من احتمالية أن تُصبح المرأة حاملاً، واحتمالية أن تتوفى المرأة نتيجة لذلك الحمل، مع تراكم الاحتمالات على مدى سنوات الإنجاب لتلك المرأة.

مصادر البيانات الأساسية

العمر المتوقع عند الولادة – قسم السكان لدى الأمم المتحدة.

معرفة الكبار للقراءة والكتابة – منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة (يونسكو).

الالتحاق بالمدارس الابتدائية والثانوية – معهد اليونسكو للاحصاءات.

الحضور بالمدارس الثانوية – معهد اليونسكو للاحصاءات، ومنظمة اليونسكو.

انتشار استخدام وسائل منع الحمل – المسوحات السكانية والصحية، والمسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات، وقسم السكان لدى الأمم المتحدة واليونيسف.

رعاية الحوامل – المسوحات الصحية والسكانية، والمسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات، ومنظمة الصحة العالمية واليونسيف.

حضور شخص مدرب عند الولادة – المسوحات السكانية والصحية، والمسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات، ومنظمة الصحة العالمية واليونيسف.

مراكز الولادة – المسوحات السكانية والصحية، والمسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات، ومنظمة الصحة العالمية واليونسيف.

وفيات الأمهات – منظمة الصحة العالمية واليونسيف.

الخطر على مدى الحياة – منظمة الصحة العالمية واليونسيف.

† البيانات الخاصة بوفيات الأمهات في العمود المعنون "المبلغ عنها" هي البيانات التي أوردتها السلطات القومية. وتقوم اليونسيف ومنظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان، بصورة دورية، بتقييم هذه البيانات، وتجري تعديلات عليها من أجل تفسير المشكلات الموثقة جيداً، والتي تتعلق بالنقص في التبليغ عن وفيات الأمهات وسوء تصنيف هذه الوفيات، ومن أجل إعداد تقديرات للدول التي لا تتوافر عنها بيانات. والعمود المحتوي على التقديرات "المعدلة" لعام ٢٠٠٥، يُظهر أحدث هذه المراجعات

ملاحظات

– البيانات غير متوافرة.

x البيانات التي تشير إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود، تختلف عن التعريف المعياري، أو تُشير إلى جزء واحد فقط من الدولة.

y البيانات التي تشير إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود، تختلف عن التعريف المعياري، أو تُشير إلى جزء واحد فقط من الدولة.

* البيانات تُشير إلى أحدث سنة تتوافر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.

** البيات تستثني الصين.

الجدول ٩. حماية الطفل

الدول والأقاليم	عمل الأطفال (٥ سنوات – ١٤ سنة) ١٩٩٩–٢٠٠٦*			زواج الأطفال ١٩٨٧–٢٠٠٦*			تسجيل الولادات ١٩٩٩–٢٠٠٦*			ختان الإناث: بتر/قطع الأعضاء التناسلية الظاهرة ٢٠٠٠–٢٠٠٦*				التصرف حيال العنف العائلي ١٩٩٩–٢٠٠٦*	إعاقات الأطفال ١٩٩٩–٢٠٠٦*	انضباط الأطفال ٢٠٠٥–٢٠٠٦*
										النساء أ (١٥–٤٩ سنة)			البنات (b)			
	الإجمالي	ذكور	إناث	الإجمالي	الحضر	الريف	الإجمالي	الحضر	الريف	الإجمالي	الحضر	الريف	الإجمالي			
أفغانستان	٣٠	٢٨	٣٣	٤٣	–	–	٦	١٢	٤	–	–	–	–	–	–	–
ألبانيا	١٢	١٤	٩	٨	٧	٨	٩٨	٩٧	٩٨	–	–	–	–	٣٠	١١	٤٩
الجزائر	٥	٦	٤	٢	٢	٢	٩٩	٩٩	٩٩	–	–	–	–	٦٨	y١	٨٦
أنغولا	٢٤	٢٢	٢٥	–	–	–	٢٩	٣٤	١٩	–	–	–	–	–	–	–
الأرجنتين	y٧	y٨	y٥	–	–	–	y٩١	–	–	–	–	–	–	–	–	–
أرمينيا	–	–	–	١٠	٧	١٦	٩٦	٩٧	٩٥	–	–	–	–	٢٢	–	–
أذربيجان	١١	١١	١١	–	–	–	٩٧	٩٨	٩٦	–	–	–	–	–	–	–
البحرين	٥	٦	٣	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
بنغلاديش	١٣	١٨	٨	٦٤	٥٨	٦٩	١٠	١٣	٩	–	–	–	–	–	١٨	–
بيلاروس	٥	٦	٤	٧	٦	١٠	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٨٣
بيليز	٤٠	٣٩	٤٢	–	–	–	y٩٣	y٩٢	y٩٤	–	–	–	–	–	–	–
بنن	y٢٦	y٢٣	y٢٩	٣٧	٢٥	٤٥	٧٠	٧٨	٦٦	١٧	١٣	٢٠	٦	٦٠	–	–
بوتان	y١٩	y١٦	y٢٢	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
بوليفيا	٢٢	٢٢	٢٢	٢٦	٢٢	٣٧	٨٢	٨٣	٧٩	–	–	–	–	–	–	–
البوسنة والهرسك	٥	٧	٤	٦	٢	٧	١٠٠	٩٩	١٠٠	–	–	–	–	٥	٧	٣٦
بوتسوانا	–	–	–	١٠	١٣	٩	٥٨	٦٦	٥٢	–	–	–	–	–	–	–
البرازيل	y ٦	y٨	y٤	٢٤	٢٢	٣٠	y٨٩	–	–	–	–	–	–	–	–	–
بوركينا فاسو	y٤٧	y٤٦	y٤٨	٤٨	٢٩	٦١	٦٤	٨٦	٥٨	٧٣	٧٦	٧١	٢٥	٧١	–	٨٣
بوروندي	١٩	١٩	١٩	١٨	١٤	١٨	٦٠	٦٢	٦٠	–	–	–	–	–	–	–
كمبوديا	y٤٥	y٤٥	y٤٥	٢٣	–	–	٦٦	٧١	٦٦	–	–	–	–	٥٥	–	–
الكاميرون	٣١	٣١	٣٠	٣٦	٢٣	٥٧	٧٠	٨٦	٥٨	١	١	٢	١	٥٦	٢٣	٩٢
كيب فيردي	y ٣	y٤	y٣	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
جمهورية إفريقيا الوسطى	٤٧	٤٤	٤٩	٦١	٥٧	٦٤	٤٩	٧٢	٣٦	٢٦	٢١	٢٩	٧	–	٣١	٨٨
تشاد	٥٣	٥٤	٥١	٧٢	٦٥	٧٣	٩	٣٦	٣	٤٥	٤٧	٤٤	٢١	–	y٣	–
تشيلي	٣	٣	٢	–	–	–	y٩٦	–	–	–	–	–	–	–	–	–
الصين	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	y٣	–
كولومبيا	٥	٦	٤	٢٣	١٩	٣٨	٩٠	٩٧	٧٧	–	–	–	–	–	–	–
جزر القمر	٢٧	٢٦	٢٨	٣٠	٢٣	٣٣	٨٣	٨٧	٨٣	–	–	–	–	–	–	–
الكنغو	–	–	–	٣١	٢٤	٤٠	y٨١	y٨٨	y٧٥	–	–	–	–	٧٦	–	–
ج. الكونغو الديمقراطية	٣٢	٢٩	٣٤	–	–	–	٣٤	٣٠	٣٦	–	–	–	–	–	–	–
كوستاريكا	٥	٦	٣	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
كوت ديفوار	٣٥	٣٦	٣٤	٣٥	٢٧	٤٣	٥٥	٧٩	٤١	٣٦	٣٤	٣٩	٩	٦٥	–	٩٠
كوبا	–	–	–	–	–	–	y١٠٠	y١٠٠	y١٠٠	–	–	–	–	–	–	–
جيبوتي	٨	٨	٨	٥	٥	١٣	٨٩	٩٠	٨٢	٩٣	٩٣	٩٦	٤٩	–	٣٥	٧٠
جمهورية الدومينيكان	١٠	١٢	٧	٤١	–	–	٧٨	٨٢	٧٠	–	–	–	–	٩	–	–
الإكوادور	١٢	١٢	١٣	y٢٦	y٢١	y٣٤	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
مصر	٧	٨	٥	١٧	–	–	–	–	–	٩٦	٩٢	٩٨	y٢٨	٥٠	y٨	y٩٢
السلفادور	y٦	y٩	y٤	٢٧	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
غينيا – الإستوائية	٢٨	٢٨	٢٨	–	–	–	٣٢	٤٣	٢٤	–	–	–	–	–	–	–
إريتريا	–	–	–	٤٧	٣١	٦٠	–	–	–	٨٩	٨٦	٩١	٦٣	–	–	–
إثيوبيا	٥٣	٥٩	٤٦	٤٩	٢٧	٥٥	٧	٢٩	٥	٧٤	٦٩	٧٦	٣٨	٨١	–	–
الغابون	–	–	–	٣٤	٣٠	٤٩	٨٩	٩٠	٨٧	–	–	–	–	–	–	–
غامبيا	٢٥	٢٠	٢٩	٣٦	٢٤	٤٥	٥٥	٥٧	٥٤	٧٨	٧٢	٨٣	٦٤	٧٤	–	٨٤
جورجيا	–	–	–	١٦	–	–	y٩٣	y٩٧	y٨٩	–	–	–	–	y٣٠	–	–
غانا	٣٤	٣٤	٣٤	٢٢	١٥	٢٨	٥١	٦٩	٤٢	٤	٢	٦	١	٤٧	١٦	٨٩
غواتيمالا	٢٩	٢٥	٣٢	٣٤	٢٥	٤٤	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
غينيا	٢٥	٢٦	٢٤	٦٣	٤٥	٧٥	٤٣	٧٨	٣٣	٩٦	٩٤	٩٦	٥٧	٨٦	–	–
غينيا – بيساو	٣٩	٤١	٣٧	٢٤	١٤	٣٢	٣٩	٥٣	٣٣	٤٥	٣٩	٤٨	٣٥	٥٢	–	٨٠
غيانا	١٩	٢١	١٧	–	–	–	٩٧	٩٩	٩٦	–	–	–	–	–	–	–
هايبتي	–	–	–	٣٠	–	–	٨١	–	–	–	–	–	–	٢٩	–	–
هندوراس	١٦	١٦	١٥	٣٩	٣٣	٤٦	٩٤	٩٥	٩٣	–	–	–	–	١٦	–	–
الهند	١٢	–	–	٤٥	٢٨	٥٣	٤١	٥٩	٣٥	–	–	–	–	٥٤	–	–
إندونيسيا	y٤	y٥	y٤	٢٤	١٥	٣٣	٥٥	٦٩	٤٣	–	–	–	–	٢٥	–	–
العراق	١١	١٢	٩	١٧	١٦	١٩	٩٥	٩٥	٩٦	–	–	–	–	٥٩	١٥	٨٤
جمايكا	٦	٧	٥	٩	٧	١١	٨٩	٨٨	٨٩	–	–	–	–	٦	١٥	٨٧
الأردن	–	–	–	١١	١١	١٢	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
كازاخستان	٢	٢	٢	٧	٦	٩	٩٩	٩٩	٩٩	–	–	–	–	١٠	–	٥٢
كينيا	٢٦	٢٧	٢٥	٢٥	١٩	٢٧	y٤٨	y٦٤	y٤٤	٣٢	٢١	٣٦	٢١	٦٨	–	–
كوريا الديمقراطية	–	–	–	–	–	–	٩٩	٩٩	٩٩	–	–	–	–	–	–	–
قيرغيزستان	٤	٤	٣	١٠	٧	١٤	٩٤	٩٦	٩٣	–	–	–	–	٣٨	–	٥١
ج. لاوس الديمقراطية الشعبية	٢٥	٢٤	٢٦	–	–	–	٥٩	٧١	٥٦	–	–	–	–	–	–	–
لبنان	٧	٨	٦	١١	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ليسوتو	٢٣	٢٥	٢١	٢٣	١٣	٢٦	٢٦	٣٩	٢٤	–	–	–	–	–	–	–
ليبيريا	–	–	–	٤٠	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
مدغشقر	٣٢	٣٦	٢٨	٣٩	٢٩	٤٢	٧٥	٨٧	٧٢	–	–	–	–	٢٨	–	–
ملاوي	٢٩	٢٨	٢٩	٥١	٣٨	٥٣	–	–	–	–	–	–	–	٢٨	–	–
ماليف	–	–	–	–	–	–	٧٣	–	–	–	–	–	–	–	–	–
مالي	٣٤	٣٥	٣٣	٦٥	٤٦	٧٤	y٤٧	yA٤	y٣٤	٩٢	٩٠	٩٣	٧٣	٨٩	–	–
موريتانيا	y٤	y٥	y٣	٣٧	٣٢	٤٢	٥٥	٧٢	٤٢	٧١	٦٥	٧٧	٦٦	–	–	–
المكسيك	y١٦	y١٥	y١٦	y٢٨	y٣١	y٢١	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
جمهورية مولدوفا	٣٢	٣٢	٣٣	١٩	١٦	٢٢	٩٨	٩٦	٩٨	–	–	–	–	٢١	–	–
منغوليا	١٨	١٩	١٧	٩	٧	١٢	٩٨	٩٨	٩٩	–	–	–	–	٢٠	١٧	٧٩
مونتانيغرو	١٠	١٢	٨	٥	٥	٥	٩٨	٩٨	٩٩	–	–	–	–	١١	١٣	٦١
المغرب	y١١	y١٣	y٩	١٦	١٢	٢١	٨٥	٩٢	٨٠	–	–	–	–	–	–	–
موزامبيق	–	–	–	٥٦	٤١	٦٦	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
مايانمار	–	–	–	–	–	–	y٦٥	y٦٦	y٦٤	–	–	–	–	–	–	–
ناميبيا	y١٣	y١٥	y١٢	١٠	٩	١٠	٧١	٨٢	٦٤	–	–	–	–	–	–	–
نيبال	y٣١	y٣٠	y٣٣	٥١	–	–	٣٥	–	–	–	–	–	–	٢٣	–	–
نيكاراغوا	١٥	١٨	١١	٤٣	٣٦	٥٥	٨١	٩٠	٧٣	–	–	–	–	١٧	–	–
النيجر	y٣٨	y٣٩	y٣٨	٧٥	–	–	٣٢	٧١	٢٥	٢	٢	٢	١	٧٠	–	–
نيجيريا	y١٣	–	–	٤٣	٢٧	٥٢	y٣٣	y٥٢	y٢٥	١٩	٢٨	١٤	١٠	٦٥	–	–
الأرض الفلسطينية المحتلة	–	–	–	١٩	–	–	y٩٦	y٩٧	y٩٦	–	–	–	–	–	–	y٩٥
الباكستان	–	–	–	٣٢	٢١	٣٧	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

	عمل الأطفال (٥ سنوات – ١٤ سنة) *١٩٩٩–٢٠٠٦			زواج الأطفال *١٩٨٧–٢٠٠٦			تسجيل الولادات *١٩٩٩–٢٠٠٦			ختان الإناث: بتر/قطع الأعضاء التناسلية الظاهرة *٢٠٠٠–٢٠٠٦				التصرف حيال العنف العائلي *١٩٩٩–٢٠٠٦	إعاقات الأطفال *١٩٩٩–٢٠٠٦	انضباط الأطفال *٢٠٠٥–٢٠٠٦
										النساء أ (١٥–٤٩ سنة)			البنات (b)			
	الإجمالي	ذكور	إناث	الإجمالي	الحضر	الريف	الإجمالي	الحضر	الريف	الإجمالي	الحضر	الريف	الإجمالي			
بنما	٣	٥	٢	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		–	–
باراغواي	١٥	١٧	١٢	٢٤	١٨	٣٢	–	–	–	–	–	–	–		–	–
بيرو	١٩	٢٠	١٩	١٧	١٣	٣٠	٩٣	٩٣	٩٢	–	–	–	–		–	–
الفلبين	١٢	١٣	١١	١٤	١٠	٢٢	٨٣	٨٧	٧٨	–	–	–	–		٢٤	–
البرتغال	y٣	y٤	y٣	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		–	–
رومانيا	١	١	١	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		–	–
رواندا	٣٥	٣٦	٣٥	١٣	٩	١٤	٨٢	٧٩	٨٣	–	–	–	–		٤٨	y٢
ساو تومي وبرنسيبي	٨	٨	٧	٣٣	٣١	٣٧	٦٩	٧٠	٦٧	–	–	–	–		٣٢	١٦
السنغال	٢٢	٢٤	٢١	٣٩	٢٣	٥٥	٥٥	٧٥	٤٤	٢٨	٢٢	٣٤	٢٠		٦٥	–
الصرب	٤	٥	٤	٦	٤	٨	٩٩	٩٩	٩٩	–	–	–	–		٦	١١
سيراليون	٤٨	٤٩	٤٨	٥٦	٣٤	٦٦	٤٨	٦٢	٤٤	٩٤	٨٦	٩٧	٣٥		٨٥	٢٣
الصومال	٤٩	٤٥	٥٤	٤٥	٣٥	٥٢	٣	٦	٢	٩٨	٩٧	٩٨	٤٦		y٧٦	–
جنوب إفريقيا	–	–	–	٨	٥	١٢	–	–	–	–	–	–	–		–	–
سري لانكا	٨	٩	٧	y١٢	–	–	–	–	–	–	–	–	–		–	–
السودان	١٣	١٤	١٢	y٢٧	y١٩	y٣٤	٦٤	٨٢	٤٦	٩٠	٩٢	٨٨	٥٨		–	–
سورينام	–	–	–	–	–	–	٩٥	٩٤	٩٤	–	–	–	–		–	–
سويسرا	٩	٩	٩	–	–	–	٥٣	٧٢	٥٠	–	–	–	–		–	–
الجمهورية العربية السورية	٤	٥	٣	١٣	١٥	١٢	٩٥	٩٦	٩٥	–	–	–	–		–	٨٧
طاجيكستان	١٠	٩	١١	١٣	١٣	١٣	٨٨	٨٥	٩٠	–	–	–	–		y٧٤	–
تنزانيا	٣٦	٣٧	٣٤	٤١	٢٣	٤٩	٨	٢٢	٤	١٥	٧	١٨	٤		٦٠	–
تايلاند	٨	٨	٨	٢٠	١٢	٢٣	٩٩	١٠٠	٩٩	–	–	–	–		–	١٢
مقدونيا (يوغسلافيا سابقاً)	٦	٧	٥	٤	٣	٤	٩٤	٩٥	٩٣	–	–	–	–		٢١	١٠
تيمور الشرقية	٤	٤	٤	–	–	–	y٥٣	–	–	–	–	–	–		–	–
توغو	٢٩	٢٩	٣٠	٢٤	١٥	٣٦	٧٨	٩٣	٦٩	٦	٤	٧	١		٥٣	–
ترينيداد وتوباغو	١	١	١	٨	–	–	٩٦	–	–	–	–	–	–		٨	–
تونس	–	–	–	y١٠	y٧	y١٤	–	–	–	–	–	–	–		–	–
تركيا	٥	٤	٦	١٨	–	–	–	–	–	–	–	–	–		٣٩	–
تركمانستان	–	–	–	٧	٩	٦	٩٦	٩٦	٩٥	–	–	–	–		y٣٨	–
أوغندا	٣٦	٣٧	٣٦	٥٤	٣٤	٥٩	٤	١١	٣	–	–	–	–		٧٧	–
أوكرانيا	٧	٨	٧	٦	٦	١٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–	–	–	–		٥	–
أوزبكستان	٢	٢	٢	٧	٩	٧	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–	–	–	–		٧٠	٢
فنزويلا (ج. بوليفيا)	٨	٩	٦	–	–	–	٩٢	–	–	–	–	–	–		–	–
فيتنام	١٦	١٥	١٦	١٠	٣	١٣	٨٧	٩٤	٨٥	–	–	–	–		٦٤	–
اليمن	y١١	y١١	y١٢	٣٧	–	–	–	–	–	٢٣	٢٦	٢٢	٢٠		–	–
زامبيا	y١٢	y١١	y١٢	٤٢	٣٢	٤٩	١٠	١٦	٦	١	١	١	–		٨٥	–
زيمبابوي	y١٣	y١٢	y١٤	٢٩	٢١	٣٦	٤٢	٥٦	٣٥	–	–	–	–		٥١	–

ملخصات إقليمية

إفريقيا جنوب الصحراء	٣٥	٣٦	٣٤	٤٠	٢٤	٤٧	٣٤	٥٢	٢٨	٣٦	٣١	٤٠	١٩		٦٦	–
شرق وجنوب إفريقيا	٣٦	٣٨	٣٣	٣٦	٢٠	٤٤	٢٤	٣٩	٢١	–	–	–	–		٦٦	–
غرب ووسط إفريقيا	٣٤	٣٣	٣٤	٤٤	٢٧	٥٣	٤١	٥٨	٣٥	٢٨	٢٩	٢٩	١٥		٦٥	–
الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	٩	١٠	٨	١٧	١١	١٩	–	–	–	–	–	–	–		–	–
جنوب آسيا	١٣	–	–	٤٥	٣٠	٥٣	٣٦	٥٢	٣٠	–	–	–	–		٥٣	–
شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادي	**١٠	١١ **	**١٠	**١٩	**١٢	**٢٥	**٧٢	**٨٠	**٦٧	–	–	–	–		**٣٤	–
أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي	١١	١٢	١٠	٢٦	٢٤	٣١	٨٩	٩٣	٨٣	–	–	–	–		–	–
دول وسط وشرق أوروبا – رابطة الدول المستقلة حديثا	٥	٥	٥	١١	٧	٩	–	–	–	–	–	–	–		٣١	–
الدول الصناعية §	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		–	–
الدول الآخذة في النمو §	**١٦	١٩ **	**١٧	**٣٤	**٢٣	**٤٥	**٤٩	**٦٤	**٣٧	–	–	–	–		**٥١	–
الدول الأقل نمواً §	٢٩	٣١	٢٨	٤٩	٣٧	٥٧	٣٠	٤٣	٢٤	–	–	–	–		–	–
العالم	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		–	–

§ تشمل أيضاً الأقاليم ضمن كل فئة من الدول أو مجموعة إقليمية. والدول والأقاليم الموجودة في كل فئة من الدول أو مجموعة إقليمية معروضة في الصفحة رقم ١٤٨

تعريف المؤشرات

عمل الأطفال – النسبة المئوية للأطفال من سن ٥ أعوام إلى ١٤ عاماً الذين كانوا منخرطين في أنشطة عمل الأطفال وقت إجراء المسح. ويعتبر الطفل منخرطاً في هذه الأنشطة وفقاً للظروف التالية: (أ) الأطفال من سن ٥ أعوام إلى ١١ عاماً، الذين عملوا أثناء الأسبوع السابق للمسح لمدة ساعة واحدة على الأقل في النشاط الاقتصادي أو لمدة ٢٨ ساعة على الأقل في العمل المنزلي. (ب) الأطفال من سن ١٢ إلى ١٤ عاماً الذين عملوا أثناء الأسبوع السابق للمسح لمدة ١٤ ساعة على الأقل في النشاط الاقتصادي أو لمدة ٢٨ ساعة على الأقل في العمل المنزلي.

متغيرات خلفية عمل الأطفال – جنس الطفل، ومحل إقامته في المناطق الريفية أو الحضرية، وهل هو من أفقر ٢٠٪ أو أغنى ٢٠٪ من السكان مبنية من واقع ثروة الأسرة (يمكن الحصول على وصف تفصيلي بدرجة أكبر لطريقة تقدير ثروة الأسرة من الموقع الإلكتروني: www.childinfo.org، وتعليم الأم، الذي يُظهر الأمهات اللواتي حصلن أو لم يحصلن على مستوى من التعليم.

زواج الأطفال – النسبة المئوية للنساء من ٢٠ – ٢٤ عاماً اللواتي كن متزوجات أو كان لهن اتصال جنسي قبل أن يبلغن ١٨ عاماً.

تسجيل الولادات – النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة الذين كانوا مسجلين وقت إجراء المسح. بَسط هذا المؤشر يشتمل على الأطفال الذين شاهد من أجرى المقابلة معهم شهادات ميلادهم بنفسه أو من قالت أمهاتهم أو القائمين على رعايتهم أنهم قد سُجلوا. وتشير بيانات المسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات إلى الأطفال الذين كانوا أحياء وقت إجراء المسح.

ختان الإناث: بتر أو قطع الأعضاء التناسلية الظاهرة – (أ) النساء – النسبة المئوية للنساء من ١٥ إلى ٤٩ عاماً اللاتي جرى ختانهن. (ب) البنات – النسبة المئوية للنساء من ١٥ إلى ٤٩ عاماً واللاتي جرى ختان واحدة من بناتهن على الأقل بإحدى الطريقتين. ويتضمن ختان الإناث بتر أو قطع الأعضاء التناسلية الظاهرة لأسباب اجتماعية. وعموماً، هناك ٣ أنواع معروفة من ختان الإناث: استئصال البظر clitoridectomy، والاستئصال excision والتكميم infibulations. استئصال البظر هو إزالة القلفة مع أو من دون إزالة جزء من البظر أو كله. والاستئصال هو إزالة القلفة والبظر مع جزء من الشفرتين الصغيرتين أو كليهما. والتكميم، وهو الشكل الأشد حدة وتشويها، الذي تتم فيه إزالة كل الأعضاء التناسلية الظاهرة أو جزء منها، ثم ضم جانبي الشفرتين الصغيرتين بالخيوط أو الشوك أو المواد الأخرى لتضييق فتحة المهبل. ويمكن الحصول على تحليل أكثر تفصيلا لهذه البيانات في الموقع الإلكتروني: www.measuredhs.com وفي الموقع الإلكتروني www.prb.org.

التصرف حيال العنف العائلي – النسبة المئوية من النساء ما بين عمر ١٥ – ٤٩ سنة واللواتي يعتبرن أن الزوج يحق له ضرب زوجته لسبب واحد على الأقل من الأسباب المذكورة. ثم سؤال النساء حول ما إذا يحق للزوج ضرب زوجته بموجب سلسلة من الظروف مثل: إذا أحرقت الزوجة الطعام أو تجادلت معه أو خرجت من البيت دون علمه أو أهملت الأولاد أو رفضت الاتصال الجنسي معه.

إعاقات الأطفال – نسبة الأطفال من أعمار ٢ – ٩ سنوات والذين يعانون من إعاقة واحدة على الأقل (مثل: السمع أو الإبصار).

انضباط الأطفال – نسبة الأطفال من أعمار ٢ – ١٤ والذين تعرضوا لعقاب نفسي أو جسدي.

مصادر البيانات الأساسية

عمل الأطفال – المسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات والمسوحات السكانية والصحية.

زواج الأطفال – المسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات، والمسوحات السكانية والصحية والمسوحات الوطنية الأخرى.

تسجيل الولادات – المسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات، والمسوحات السكانية والصحية والمسوحات الوطنية الأخرى.

ختان الإناث – بتر أو قطع الأعضاء التناسلية الظاهرة – المسوحات السكانية والصحية، والمسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات والمسوحات الوطنية الأخرى .

إعاقات الأطفال – المسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات، والمسوحات السكانية والصحية والمسوحات الوطنية الأخرى.

إنضباط الأطفال – المسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات، والمسوحات السكانية والصحية والمسوحات الوطنية الأخرى.

ملاحظات

– البيانات غير متوافرة.

y البيانات التي تشير إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود، تختلف عن التعريف المعياري، أو تُشير إلى جزء واحد فقط من الدولة.

* البيانات تُشير إلى أحدث سنة تتوافر عنها البيانات خلال المدة المحددة في عنوان العمود.

** البيات تستثني الصين.

ملخص المؤشرات

تم احتساب المتوسطات المبينة في نهاية كل جدول باستخدام البيانات المستمدة من الدول والأقاليم حسبما تم ترتيبها في المجموعات أدناه:

إفريقيا جنوب الصحراء

أنغولا، بنن، بوتسوانا، بوركينا فاسو، بوروندي، الكاميرون، كيب فيردي، جمهورية إفريقيا الوسطى، تشاد، جزر القمر، الكونغو، جمهورية الكونغو الديمقراطية، كوت ديفوار، غينيا الإستوائية، إريتريا، إثيوبيا، الغابون، غامبيا، غانا، غينيا، غينيا–بيساو، كينيا، ليسوتو، ليبيريا، مدغشقر، ملاوي، مالي، موريتانيا، موريشيوس، موزامبيق، ناميبيا، النيجر، نيجيريا، رواندا، ساوتومي وبرنسيبي، السنغال، سيشلز، سيراليون، الصومال، جنوب إفريقيا، سوازيلاند، تنزانيا، جمهوريات: توغو، أوغندا، زامبيا، زيمباوي

الشرق الأوسط وشمال إفريقيا

الجزائر، البحرين، جيبوتي، مصر، جمهورية إيران الإسلامية، العراق، الأردن، الكويت، لبنان، الجماهيرية العربية الليبية، المغرب، الأرض الفلسطينية المحتلة، سلطنة عُمان، قطر، السعودية، السودان، الجمهورية العربية السورية، تونس، الإمارات العربية المتحدة، اليمن.

جنوب آسيا

أفغانستان، بنغلاديش، بوتان، الهند، جزر المالديف، نيبال، باكستان، سري لانكا.

شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادي

بروناي دار السلام، كمبوديا، الصين، جزر الكوك، فيجي، إندونيسيا، كيريباتي، كوريا الديمقراطية، جمهورية كوريا، جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية، ماليزيا، جزر مارشال، ميكرونيسيا الاتحادية، منغوليا، مايانمار، ناورو، نيو، بالاو، بابوا غينيا الجديدة، الفلبين، ساموا، سنغافوره، جزر سليمان، تايلاند، تيمور الشرقية، تونغا، توفالو، فانواتو، فيتنام

أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي

أنتيغوا وباربودا، الأرجنين، جزر البهاما، باربادوس، بيليز، بوليفيا، البرازيل، تشيلي، كولومبيا، كوستاريكا، كوبا، دومينيكا، جمهورية الدومينيكان، الإكوادور، السلفادور، غرينادا، غواتيمالا، غوايانا، هايتي، هندوراس، جمايكا، المكسيك، نيكاراغوا، بنما، باراغواي، بيرو، سانت كيتس ونيفيس، سانت لوتشيا، سانت فينسنت وغرينادين، سورينام، ترينيداد وتوباغو، أوروغواي، فنزويلا

دول وسط وشرق أوروبا / رابطة الدول المستقلة حديثاً

ألبانيا، أرمينيا، أذربيجان، بيلاروسيا، البوسنة والهرسك، بلغاريا، كرواتيا، جورجيا، كازاخستان، قيرقيزستان، مولدوفا، الجبل الأسود، رومانيا، الاتحاد الروسي، الصرب، طاجكيستان، مقدونيا (يوغسلافيا سابقاً)، تركيا، تركمانستان، أوكرانيا، أوزبكستان

الدول الصناعية

أندورا، أستراليا، النمسا، بلجيكا، كندا، قبرص، جمهورية التشيك، الدانمارك، إستونيا، فنلندا، فرنسا، ألمانيا، اليونان، الفاتيكان، هنغاريا، آيسلندا، إيرلندا، إسرائيل، إيطاليا، اليابان، لاتفيا، ليشتنشتاين، لتوانيا، لوكسمبورغ، مالطا، موناكو، هولندا، نيوزيلانده، النرويج، بولندا، البرتغال، سان مارينو، سلوفاكيا، سلوفينيا، إسبانيا، السويد، سويسرا، المملكة المتحدة، الولايات المتحدة الأمريكية

الدول الآخذة في النمو

أفغانستان، الجزائر، أنغولا، أنتيغوا وباربودا، الأرجنتين، أرمينيا، أذربيجان، جزر البهاما، البحرين، بنغلاديش، باربادوس، بيليز، بنن، بوتان، بوليفيا، بوتسوانا، البرازيل، بروناي دار السلام، بوركينا فاسو، بوروندي، كمبوديا، الكاميرون، كيب فيردي، جمهورية إفريقيا الوسطى، تشاد، تشيلي، الصين، كولومبيا، جزر القمر، الكونغو، جمهورية الكونغو الديمقراطية، جزر الكوك، الكونغو، جمهورية الكونغو الديمقراطية، جزر الكوك، كوستاريكا، كوت ديفوار، كوبا، قبرص، جيبوتي، دومينيكا، جمهورية الدومينيكان، الإكوادور، مصر، السلفادور، غينيا الاستوائية، إريتريا، إثيوبيا، فيجي، الغابون، غامبيا، جورجيا، غانا، غرينادا، غواتيمالا، غينيا، غينيا – بيساو، غوايانا، هايتي، هندوراس، الهند، إندونيسيا، جمهورية إيران الإسلامية، العراق، إسرائيل، جمايكا، الأردن، كازاخستان، كينيا، كيريباتي، كوريا الديمقراطية، جمهورية كوريا، الكويت، قيرقيزستان، جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية، لبنان، ليسوتو، ليبيريا، الجماهيرية العربية الليبية، مدغشقر، ملاوي، ماليزيا، جزر المالديف، مالي، جزر مارشال، موريتانيا، موريشيوس، المكسيك، ميكرونيسيا الاتحادية، منغوليا، المغرب، موزامبيق، مايانمار، ناميبيا، ناورو، نيبال، نيكاراغوا، النيجر، نيجيريا، نيو، الأرض الفلسطينية المحتلة، سلطنة عُمان، باكستان، بالاو، بنما، بابوا غينيا الجديدة، باراغواي، بيرو، الفلبين، قطر، رواندا، سانت كيتس ونيفيس، سانت لوتشيا، سانت فينسنت وغرينادين، ساموا، ساوتومي وبرنسيبي، السعودية، السنغال، سيشلز، سيراليون، سنغافوره، جزر سليمان، الصومال، جنوب إفريقيا، سري لانكا، السودان، سورينام، سوازيلاند، سوريا، طاجكيستان، تنزانيا، تايلاند، تيمور الشرقية، توغو، تونغا، ترينيداد وتوباغو، تونس، تركيا، تركمانستان، توفالو، أوغندا، الإمارات العربية المتحدة، أوروغواي، أوزبكستان، فانواتو، فنزويلا، فيتنام، اليمن، زامبيا، زيمبابوي

الدول/الأقاليم الأقل نمواً

أفغانستان، أنغولا، بنغلاديش، بنن، بوتان، بوركينا فاسو، بوروندي، كمبوديا، كيب فيردي، جمهورية إفريقيا الوسطى، تشاد، جزر القمر، جمهورية الكونغو الديمقراطية، جيبوتي، غينيا الاستوائية، إريتريا، إثيوبيا، غامبيا، غينيا – بيساو، هايتي، كيريباتي، جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية، ليسوتو، ليبيريا، مدغشقر، ملاوي، جزر المالديف، مالي، موريتانيا، موزامبيق، مايانمار، نيبال، النيجر، رواندا، ساموا، ساوتومي وبرنسيبي، السنغال، سيراليون، جزر سليمان، الصومال، السودان، تنزانيا، تيمور الشرقية، توغو، توفالو، أوغندا، فانواتو، اليمن، زامبيا

قياس التنمية البشرية

مقدمة للجدول ١٠

إذا ما أريد للتنمية أن تأخذ طابعاً إنسانياً أكبر، فإن الحاجة إلى وسيلة لقياس التقدم الإنساني والاقتصادي تبرز في مقابل ذلك. ومن وجهة نظر اليونيسف، فإن هناك حاجة إلى أسلوب متفق عليه لقياس مستوى رفاه الأطفال ومعدل التغير الذي طرأ عليه.

لقد استُخدم معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجدول ١٠ (الصفحات في ١٥٠ – ١٥٣) كمؤشر رئيس لقياس هذا التقدم. ولأول مرة منذ بداية الاحتفاظ بالسجلات كان عدد الأطفال الذين يموتون قبل بلوغ سن الخامسة أقل من ١٠ مليون وكان ذلك عام ٢٠٠٦ حيث كان العدد ٩٫٧ مليون – ويعتبر ذلك حجر أساس مهم في بقاء الأطفال. في الستينات كان عدد الوفيات السنوية من الأطفال حوالي ٢٠ مليون مما يسلط الضوء على انخفاض طويل الأمد في وفيات الأطفال دون الخامسة على المستوى الدولي.

إن لمعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة مزايا عديدة. أولاها: إنه يقيس نتيجة نهائية لعملية التنمية، بدلا من أن يقيس "مدخلاً" واحداً مثل مستوى الالتحاق بالمدارس، وعدد السُعرات الحرارية المتاحة لاستهلاك الفرد الواحد، أو عدد الأطباء لكل ألف نسمة من السكان، وهي جميعها وسائل لتحقيق غاية محددة.

وثانيها: إنه من المعروف أن معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة هو حصيلة تشكيلة واسعة من المدخلات: الصحة التغذوية والمعرفة الصحية لدى الأمهات، ومستوى التغطية التحصينية، واستخدام أملاح معالجة الجفاف عن طريق الفم، وتوافر خدمات الأمومة والطفولة (بما في ذلك رعاية الحوامل)، وتوافر الدخل والغذاء للأسرة، وتوافر مياه الشرب المأمونة ومرافق الصرف الصحي الأساسية) والسلامة العامة لبيئة الطفل.

وثالثها: إن مؤشر معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة أقل حساسية وتأثراً، على سبيل المثال، من مؤشر حصة الفرد من الدخل القومي الإجمالي من حيث مخاطر المغالطة في المتوسطات، ذلك لأن المقياس الطبيعي لا يسمح بأن تكون فرص بقاء أطفال الأغنياء أكثر بألف مرة من الفرص المتاحة لبقاء الأطفال الفقراء، حتى ولو سمحت المقاييس البشرية فعلاً بأن يفوق دخل الأغنياء دخل الفقراء بألف ضعف. وبعبارة أخرى، فإن من الصعوبة بمكان على الأقلية الثرية

أن تؤثر على المعدلات الوطنية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة، وبالتالي فإن هذا المؤشر يُعطي صورة أكثر دقة – حتى وإن كانت بعيدة عن الكمال – عن الوضع الصحي لغالبية الأطفال (وللمجتمع ككل).

لهذه الأسباب، اختارت اليونيسف معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة باعتباره مؤشرها الأكثر أهمية، كمؤشر وحيد بين جميع المؤشرات الأخرى، لقياس وضع الأطفال في أية دولة.

ويمكن قياس سرعة التقدم في تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بحساب متوسط معدل الخفض السنوي للوفيات. وبخلاف المقارنة بين التغيرات المطلقة، فإن متوسط معدل الخفض السنوي لهذه الوفيات يبين حقيقة مفادها أن الوصول إلى الحدود الدنيا لمعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لا يتم إلا بصعوبة متزايدة. فمثلاً، عندما يتم تحقيق المستويات الأدنى لوفيات الأطفال دون سن الخامسة، فمن الواضح أن الخفض المطلق ذاته يمثل نسبة مئوية أعلى لخفض الوفيات. وبناء على ذلك، فإن متوسط معدل الخفض السنوي يبين معدلاً أعلى للتقدم باتجاه تحقيق خفض بمقدار ١٠ نقاط مثلاً، إذا ما حدث ذلك الخفض عند مستوى أدنى لوفيات الأطفال دون سن الخامسة. كما أن خفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار ١٠ نقاط: من ١٠٠ نقطة إلى ٩٠ نقطة يمثل انخفاضاً بنسبة ١٠ بالمائة، في حين أن انخفاض العشر نقاط ذاتها من ٢٠ نقطة إلى ١٠ نقاط يمثل انخفاضاً بنسبة ٥٠ بالمائة. (وتشير أية قيمة سالبة لخفض النسبة المئوية إلى وجود زيادة في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة على مدى المدة المحددة).

وحينما نستخدم مؤشر معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة مع معدلات النمو في الناتج المحلي الإجمالي في آن معاً، فإن المؤشر ومعدل خفضه من شأنهما أن يُعطيا صورة عن التقدم الذي تحققه أية دولة أو إقليم، وأن يعطيا – خلال أية فترة من الزمن – صورة عن مدى تلبية بعض أهم الاحتياجات الإنسانية الأساسية.

وكما يوضح الجدول ١٠، لا توجد علاقة ثابتة بين معدل الخفض السنوي في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة وبين معدل النمو السنوي في حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي. إن مثل هذه المقارنات تساعد في تسليط الأضواء على العلاقة بين التقدم الاقتصادي والتنمية البشرية.

وأخيراً، يوضح الجدول المعدل الإجمالي للخصوبة لكل دولة وإقليم، ومتوسط المعدل السنوي المناظر له لخفض الوفيات. ومن الواضح أن العديد من الدول التي حققت خفضاً كبيراً مهماً في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة قد حققت كذلك خفضاً كبيراً مهماً في معدلات الخصوبة.

الجدول ١٠. معدل التقدم

الدول والأقاليم	ترتيب الدول بالنسبة للوفيات دون سن الخامسة	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة			متوسط المعدل السنوي لخفض الوفيات (٪)Θ		النسبة المئوية لخفض الوفيات منذ ١٩٩٠ (٪)Θ	متوسط معدل النمو السنوي لحصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (٪)		المعدل الإجمالي للخصوبة			متوسط المعدل السنوي للخفض (٪)	
		١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠٦	١٩٩٠–١٩٧٠	٢٠٠٦–١٩٩٠		١٩٩٠–١٩٧٠	٢٠٠٦–١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠٦	١٩٩٠–١٩٧٠	٢٠٠٦–١٩٩٠
أفغانستان	٣	٣٢٠	٢٦٠	٢٥٧	١,٠	٠,١	١	x١,٦	–	٧,٧	٨,٠	٧,٢	–٠,٢	٠,٦
ألبانيا	١٢٢	١٠٩	٤٥	١٧	٤,٤	٦,١	٦٢	x٠,٧–	٥,٢	٤,٩	٢,٩	٢,١	٢,٦	٢,٠
الجزائر	٧٥	٢٢٠	٦٩	٣٨	٥,٨	٣,٧	٤٥	٢	١,٣	٧,٤	٤,٧	٢,٤	٢,٣	٤,٢
أندورا	١٨٩	–	٦	٣	–	٤,٣	٥٠	–	–	–	–	–	–	–
أنغولا	٢	٣٠٠	٢٦٠	٢٦٠	٠,٧	٠,٠	٠	x٠,٤	٢,١	٧,٣	٧,٢	٦,٥	٠,١	٠,٦
أنتيغوا وباربودا	١٤٣	–	–	١١	–	–	–	٦,٥	١,٨	–	–	–	–	–
الأرجنتين	١٢٥	٧١	٢٩	١٦	٤,٥	٣,٧	٤٥	١–	١,٣	٣,١	٣,٠	٢,٣	٠,١	١,٧
أرمينيا	١٠١	–	٥٦	٢٤	–	٥,٣	٥٧	–	٥,٢	٣,٢	٢,٥	١,٣	١,٢	٤,٠
أستراليا	١٦١	٢٠	١٠	٦	٣,٥	٣,٢	٤٠	٢	٢,٥	٢,٧	١,٩	١,٨	١,٩	٠,٣
النمسا	١٦٧	٣٣	١٠	٥	٦,٠	٤,٣	٥٠	٢	١,٩	٢,٣	١,٥	١,٤	٢,٣	٠,٢
أذربيجان	٤٦	–	١٠٥	٨٨	–	١,١	١٦	–	١,٥	٤,٦	٣,٠	١,٧	٢,٢	٣,٤
جزر البهاما	١٣٠	٤٩	٢٩	١٤	٢,٦	٤,٦	٥٢	٢	x٠,٤	٣,٦	٢,٦	٢,٠	١,٦	١,٥
البحرين	١٤٦	٨٢	١٩	١٠	٧,٣	٤,٠	٤٧	x١,٣–	x٢,٣	٦,٥	٣,٧	٢,٤	٢,٨	٢,٩
بنغلاديش	٥٥	٢٣٩	١٤٩	٦٩	٢,٤	٤,٨	٥٤	١	٣	٦,٤	٤,٤	٢,٩	١,٩	٢,٥
باربادوس	١٣٨	٥٤	١٧	١٢	٥,٨	٢,٢	٢٩	٢	x١,٥	٣,١	١,٧	١,٥	٣,١	٠,٧
بيلاروسيا	١٣٥	–	٢٤	١٣	–	٣,٨	٤٦	–	٢,٨	٢,٣	١,٩	١,٢	١,٠	٢,٨
بلجيكا	١٧٥	٢٩	١٠	٤	٥,٣	٥,٧	٦٠	٢	١,٨	٢,٢	١,٦	١,٦	١,٧	٠,٢–
بيليز	١٢٥	–	٤٣	١٦	–	٦,٢	٦٣	٣	٢,٣	٦,٣	٤,٥	٣,٠	١,٧	٢,٤
بنن	٢٠	٢٥٢	١٨٥	١٤٨	١,٥	١,٤	٢٠	٠	١,٤	٧,٠	٦,٨	٥,٦	٠,٢	١,٢
بوتان	٥٤	٢٦٧	١٦٦	٧٠	٢,٤	٥,٤	٥٨	x٤,٧	٤,٨	٦,٧	٥,٩	٢,٣	٠,٦	٥,٨
بوليفيا	٦١	٢٤٣	١٢٥	٦١	٣,٣	٤,٥	٥١	١	١,٣	٦,٦	٤,٩	٣,٦	١,٥	١,٩
البوسنه والهرسك	١٢٨	٨٢	٢٢	١٥	٦,٦	٢,٤	٣٢	–	x١١,٦	٢,٩	١,٧	١,٢	٢,٦	٢,١
بوتسوانا	٢٩	١٤٢	٥٨	١٢٤	٤,٥	٤,٧–	١١٤–	٨	٤,٨	٦,٦	٤,٧	٣,٠	١,٧	٢,٩
البرازيل	١١٣	١٣٦	٥٧	٢٠	٤,٣	٦,٥	٦٥	٢	١,١	٥,٠	٢,٨	٢,٣	٢,٩	١,٣
بروني / دار السلام	١٤٨	٧٨	١١	٩	٩,٨	١,٣	١٨	x٢,١–	x٠,٨–	٥,٧	٣,٢	٢,٤	٢,٨	٢,٠
بلغاريا	١٣٠	٣٢	١٨	١٤	٢,٩	١,٦	٢٢	x٣,٤	٢	٢,٢	١,٧	١,٣	١,٢	١,٧
بوركينا فاسو	١٠	٢٨٧	٢٠٦	٢٠٤	١,٧	٠,١	١	١	١,٥	٧,٦	٧,٣	٦,١	٠,٢	١,١
بوروندي	١٤	٢٤٤	١٩٠	١٨١	١,٣	٠,٣	٥	١	٢,٦–	٦,٨	٦,٨	٦,٨	٠,٠	٠,٠
كمبوديا	٤٧	–	١١٦	٨٢	–	٢,٢	٢٩	–	x٥,٨	٥,٩	٥,٨	٣,٣	٠,١	٣,٦
الكاميرون	١٩	٢١٥	١٣٩	١٤٩	٢,٢	٠,٤–	٧–	٣	٠,٧	٦,٢	٥,٩	٤,٥	٠,٢	١,٧
كندا	١٦١	٢٣	٨	٦	٥,٣	١,٨	٢٥	٢	٢,٢	٢,٢	١,٧	١,٥	١,٥	٠,٦
كيب فيردي	٨٣	–	٦٠	٣٤	–	٣,٥	٤٣	–	٣,٣	٧,٠	٥,٥	٣,٥	١,٢	٢,٨
جمهورية إفريقيا الوسطى	١٥	٢٣٢	١٧٣	١٧٥	١,٥	٠,١–	١–	١	٠,٦	٥,٧	٥,٧	٤,٧	٠,٠	١,٢
تشاد	٧	–	٢٠١	٢٠٩	–	٠,٢–	٤–	١	٢,٤	٦,٥	٦,٧	٦,٣	٠,١–	٠,٣
تشيلي	١٤٨	٩٨	٢١	٩	٧,٧	٥,٣	٥٧	٢	٣,٧	٤,٠	٢,٦	١,٩	٢,١	١,٩
الصين	١٠١	١١٨	٤٥	٢٤	٤,٨	٣,٩	٤٧	٧	٨,٨	٥,٦	٢,٢	١,٧	٤,٧	١,٦
كولومبيا	١١٠	١٠٥	٣٥	٢١	٥,٥	٣,٢	٤٠	٢	٠,٨	٥,٦	٣,٠	٢,٣	٣,١	١,٧
جزر القمر	٥٧	٢١٥	١٢٠	٦٨	٢,٩	٣,٥	٤٣	x٠,١	٠,٤	٧,١	٦,١	٤,٥	٠,٧	٢,٠
الكنغو	٢٧	١٤٢	١٠٣	١٢٦	١,٦	١,٣–	٢٢–	٣	٠,٨	٦,٣	٥,٤	٤,٦	٠,٨	١,٠
جمهورية الكونغو الديمقراطية	٩	٢٤٥	٢٠٥	٢٠٥	٠,٩	٠,٠	٠	٢	٤,٧	٦,٤	٦,٧	٦,٧	٠,٣–	٠,٠
جزر الكوك	١١٦	–	٣٢	١٩	–	٣,٣	٤١	–	–	–	–	–	–	–
كوستاريكا	١٣٨	٨٣	١٨	١٢	٧,٦	٢,٥	٣٣	١	٢,٤	٥,٠	٣,٢	٢,١	٢,٣	٢,٣
كوت ديفوار	٢٦	٢٣٧	١٥٣	١٢٧	٢,٢	١,٢	١٧	٢–	٠,٥	٧,٤	٦,٦	٤,٦	٠,٥	٢,٢
كرواتيا	١٦١	٤٢	١٢	٦	٦,٣	٤,٣	٥٠	–	٢,٨	٢,٠	١,٧	١,٣	٠,٩	١,٤
كوبا	١٥٧	٤٣	١٣	٧	٦,٠	٣,٩	٤٦	–	x٣,٥	٤,٠	١,٨	١,٥	٤,٢	٠,٨
قبرص	١٧٥	٣٣	١٢	٤	٥,١	٦,٩	٦٧	x٥,٩	x٢,٣	٢,٦	٢,٤	١,٦	٠,٤	٢,٦
جمهورية التشيك	١٧٥	٢٤	١٣	٤	٣,١	٧,٤	٦٩	–	٢,١	٢,٠	١,٨	١,٢	٠,٥	٢,٥
الدنمارك	١٦٧	١٩	٩	٥	٣,٧	٣,٧	٤٤	٢	١,٩	٢,١	١,٧	١,٨	١,٢	٠,٥–
جيبوتي	٢٥	–	١٧٥	١٣٠	–	١,٩	٢٦	–	٢,٤	٧,٤	٦,٢	٤,١	٠,٩	٢,٥
الدومينيكا	١٢٨	–	١٧	١٥	–	٠,٨	١٢	x٤,٧	١,٤	–	–	–	–	–
جمهورية الدومينيكان	٩٢	١٢٧	٦٥	٢٩	٣,٣	٥,٠	٥٥	٢	٣,٧	٦,٢	٣,٣	٢,٩	٣,١	٠,٩
الإكوادور	١٠١	١٤٠	٥٧	٢٤	٤,٥	٥,٤	٥٨	١	١	٦,٣	٣,٧	٢,٦	٢,٧	٢,٠
مصر	٨١	٢٣٥	٩١	٣٥	٤,٧	٦,٠	٦٢	٤	٢,٤	٦,٢	٤,٤	٣,٠	١,٧	٢,٤
السلفادور	٩٧	١٦٢	٦٠	٢٥	٥,٠	٥,٥	٥٨	٢	١,٦	٦,٤	٣,٧	٢,٧	٢,٧	١,٩
غينيا – الإستوائية	٨	–	١٧٠	٢٠٦	–	١,٢–	٢١–	–	٢١,٦	٥,٧	٥,٩	٥,٤	٠,٢–	٠,٥
إريتريا	٥١	٢٣٧	١٤٧	٧٤	٢,٤	٤,٣	٥٠	–	x٠	٦,٦	٦,٢	٥,٢	٠,٣	١,١
إستونيا	١٥٧	٢٦	١٦	٧	٢,٤	٥,٢	٥٦	x١,٥	٤,٩	٢,١	١,٩	١,٥	٠,٤	١,٨
إثيوبيا	٣٠	٢٤١	٢٠٤	١٢٣	٠,٨	٣,٢	٤٠	–	١,٩	٦,٨	٦,٨	٥,٤	٠,٠	١,٤
فيجي	١١٩	٦٥	٢٢	١٨	٥,٤	١,٣	١٨	x٠,٦	x١,٤	٤,٥	٣,٤	٢,٨	١,٥	١,٢
فنلندا	١٧٥	١٦	٧	٤	٤,١	٣,٥	٤٣	٣	٢,٦	١,٩	١,٧	١,٨	٠,٣	٠,٢–
فرنسا	١٧٥	٢٤	٩	٤	٤,٩	٥,١	٥٦	٢	١,٦	٢,٥	١,٨	١,٩	١,٧	٠,٥–

الدول والأقاليم	ترتيب الدول بالنسبة للوفيات دون سن الخامسة	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة			متوسط المعدل السنوي لخفض الوفيات (٪)Θ		النسبة المئوية لخفض الوفيات منذ ١٩٩٠ (٪)Θ	متوسط معدل النمو السنوي لحصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (٪)		المعدل الإجمالي للخصوبة		متوسط المعدل السنوي للخفض (٪)	
		١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠٦	١٩٧٠–١٩٩٠	١٩٩٠–٢٠٠٦		١٩٧٠–١٩٩٠	١٩٩٠–٢٠٠٦	١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠٦	١٩٧٠–١٩٩٠	١٩٩٠–٢٠٠٦
الغابون	٤٤	–	٩٢	٩١	–	٠,١	١	٠	–١	٤,٨	٤,٨	٣,١	٠,٠	٢,٦
غامبيا	٣٧	٣١١	١٥٣	١١٣	٣,٥	١,٩	٢٦	١	٠,٣	٦,٧	٦,٠	٤,٨	٠,٥	١,٤
جورجيا	٨٦	–	٤٦	٣٢	–	٢,٣	٣٠	٣	١	٢,٦	٢,١	١,٤	١,٠	٢,٥
ألمانيا	١٧٥	٢٦	٩	٤	٥,٣	٥,١	٥٦	X٢٢	١,٤	٢,٠	١,٤	١,٤	١,٩	٠,١
غانا	٣٢	١٨٣	١٢٠	١٢٠	٢,١	٠	٠	٢	٢,١	٦,٧	٥,٨	٤,٠	٠,٧	٢,٣
اليونان	١٧٥	٥٤	١١	٤	٨,٠	٦,٣	٦٤	١	٢,٧	٢,٤	١,٤	١,٣	٢,٥	٠,٥
غرينادا	١١٣	–	٣٧	٢٠	–	٣,٨	٤٦	X٤,٩	٢,٣	٤,٦	٣,٧	٢,٣	١,١	٣,٠
غواتيمالا	٧١	١٦٨	٨٢	٤١	٣,٦	٤,٣	٥٠	٠	١,٢	٦,٢	٥,٦	٤,٣	٠,٦	١,٦
غينيا	١٧	٣٣٨	٢٣٥	١٦١	١,٨	٢,٤	٣١	X٠,٣	١,٣	٧,٠	٦,٧	٥,٦	٠,٢	١,١
غينيا – بيساو	١١	–	٢٤٠	٢٠٠	–	١,١	١٧	٠	٢,٥	٦,٨	٧,١	٧,١	٠,٢–	٠,٠
غوايانا	٦٠	–	٨٨	٦٢	–	٢,٢	٣٠	٢	٣	٥,٦	٢,٦	٢,٤	٣,٨	٠,٦
هايتي	٤٨	٢٢٢	١٥٢	٨٠	١,٩	٤	٤٧	٠	٢	٥,٨	٥,٤	٣,٧	٠,٣	٢,٥
الفاتيكان	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
هندوراس	٩٥	١٧٠	٥٨	٢٧	٥,٤	٤,٨	٥٣	١	٠,٦	٧,٣	٥,١	٣,٤	١,٧	٢,٦
هنغاريا	١٥٧	٣٩	١٧	٧	٤,٢	٥,٥	٥٩	٣	٣,٢	٢,٠	١,٨	١,٣	٠,٦	٢,٢
آيسلندا	١٨٩	١٤	٧	٣	٣,٥	٥,٣	٥٧	٣	٢,٣	٣,٠	٢,٢	٢,٠	١,٦	٠,٤
الهند	٤٩	١٩٢	١١٥	٧٦	٢,٦	٢,٦	٣٤	٢	٤,٤	٥,٤	٤,٠	٢,٩	١,٥	٢,٠
إندونيسيا	٨٣	١٧٢	٩١	٣٤	٣,٢	٦,٢	٦٣	٥	٢,٢	٥,٥	٣,١	٢,٢	٢,٨	٢,١
جمهورية إيران الإسلامية	٨٣	١٩١	٧٢	٣٤	٤,٩	٤,٧	٥٣	٢–	٢,٥	٦,٦	٥,٠	٢,٠	١,٣	٥,٦
العراق	٦٨	١٢٥	٥٣	٤٦	٤,٣	٠,٩	١٣	X٤,٣–	–	٧,٢	٥,٩	٤,٤	١,٠	١,٨
إيرلندا	١٦٧	٢٧	١٠	٥	٥,٠	٤,٣	٥٠	٣	٦,٠	٣,٩	٢,١	٢,٠	٣,١	٠,٤
إسرائيل	١٦٧	٢٧	١٢	٥	٤,١	٥,٥	٥٨	٢	X١,٥	٣,٨	٣,٠	٢,٨	١,٢	٠,٤
إيطاليا	١٧٥	٣٣	٩	٤	٦,٥	٥,١	٥٦	٣	١,٣	٢,٤	١,٣	١,٤	٣,١	٠,٢–
جمايكا	٨٨	٦٢	٣٣	٣١	٣,٢	٠,٤	٥	١	٠,٧	٥,٥	٢,٩	٢,٥	٣,١	١,٠
اليابان	١٧٥	٢١	٦	٤	٦,٣	٢,٥	٣٣	٣	٠,٩	٢,١	١,٦	١,٣	١,٣	١,٤
الأردن	٩٧	١٠٧	٤٠	٢٥	٤,٩	٢,٩	٣٨	X٢,٥	١,٨	٧,٩	٥,٥	٣,٢	١,٨	٣,٤
كازاخستان	٩٢	–	٦٠	٢٩	–	٤,٥	٥٢	–	٢,٦	٣,٥	٢,٨	٢,٢	١,١	١,٥
كينيا	٣١	١٥٦	٩٧	١٢١	٢,٤	١,٤–	٢٥–	١	٠,٠	٨,١	٥,٩	٥,٠	١,٦	١,١
كيريباتي	٥٩	–	٨٨	٦٤	–	٢,٠	٢٧	٥	١,٩	–	–	–	–	–
كوريا الديمقراطية	٦٥	٧٠	٥٥	٥٥	١,٢	٠,٠	٠	–	–	٤	٢,٤	١,٩	٢,٦	١,٦
جمهورية كوريا	١٦٧	٥٤	٩	٥	٩,٠	٣,٧	٤٤	٦	٤,٥	٤,٥	١,٦	١,٢	٥,٢	١,٩
الكويت	١٤٣	٥٩	١٦	١١	٦,٥	٢,٣	٣١	X٦,٨–	X٠,٦	٧,٢	٣,٥	٢,٢	٣,٦	٣,٠
قيرغيزستان	٧١	–	٧٥	٤١	–	٣,٨	٤٥	–	٠,٩–	٤,٩	٣,٩	٢,٥	١,٢	٢,٨
جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية	٥٠	٢١٨	١٦٣	٧٥	١,٥	٤,٩	٥٤	–	٤,١	٦,٤	٦,٢	٣,٣	٠,٢	٤,٠
لاتفيا	١٤٨	٢٦	١٨	٩	١,٨	٤,٣	٥٠	٣	٤,٢	١,٩	١,٩	١,٣	٠,٠	٢,٥
لبنان	٨٩	٥٤	٣٧	٣٠	١,٩	١,٣	١٩	–	٢,٥	٥,١	٣,١	٢,٢	٢,٤	٢,٢
ليسوتو	٢٤	١٨٦	١٠١	١٣٢	٣,١	١,٧–	٣١–	٣	٢,٣	٥,٨	٤,٩	٣,٥	٠,٨	٢,٢
ليبيريا	٥	٢٦٣	٢٣٥	٢٣٥	٠,٦	٠,٠	٠	٤	٢,٢	٦,٩	٦,٩	٦,٨	٠,٠	٠,١
الجماهيرية العربية الليبية	١١٩	١٦٠	٤١	١٨	٦,٨	٥,١	٥٦	X٤,٨–	–	٧,٦	٤,٨	٢,٨	٢,٣	٣,٤
ليشتنشتاين	١٨٩	–	١٠	٣	–	٧,٥	٧٠	–	–	–	–	–	–	–
لتوانيا	١٥١	٢٨	١٣	٨	٣,٨	٣,٠	٣٨	–	٢,٥	٢,٣	٢,٠	١,٣	٠,٧	٢,٩
لوكسمبورغ	١٧٥	٢٦	١٠	٤	٤,٨	٥,٧	٦٠	٣	٣,٣	٢,٠	١,٦	١,٧	١,١	٠,٤–
مدغشقر	٣٦	١٨٠	١٦٨	١١٥	٠,٣	٢,٤	٣٢	٢–	٠,٥–	٦,٨	٦,٢	٤,٩	٠,٤	١,٥
ملاوي	٣٢	٣٤١١	٢٢١	١٢٠	٢,٢	٣,٨	٤٦	٠	١١	٧,٣	٧,٠	٥,٧	٠,٢	١,٢
ماليزيا	١٣٨	٧٠	٢٢	١٢	٥,٨	٣,٨	٤٥	٤	٣,٢	٥,٦	٣,٧	٢,٧	٢,٠	٢,١
مليف	٨٩	٢٦٤	١١١	٣٠	٤,٣	٨,٢	٧٣	–	X٤,٢	٧,٠	٦,٢	٢,٦	٠,٦	٥,٤
مالي	٦	٤٠٠	٢٥٠	٢١٧	٢,٤	٠,٩	١٣	١–	٢,٢	٧,٥	٧,٤	٦,٦	٠,٠	٠,٨
مالطا	١٦١	٣٢	١١	٦	٥,٣	٣,٨	٤٥	٧	X٢,٧	٢,١	٢,٠	١,٤	٠,٠	٢,٥
جزر مارشال	٦٤	–	٩٢	٥٦	–	٣,١	٣٩	–	٢,٢	–	–	–	–	–
موريتانيا	٢٨	٢٥٠	١٣٣	١٢٥	٣,٢	٠,٤	٦	١–	٠,٥	٦,٦	٥,٨	٤,٥	٠,٦	١,٦
موريشيوس	١٣٠	٨٦	٢٣	١٤	٦,٦	٣,١	٣٩	X٥,١	٣,٧	٣,٧	٢,٢	١,٩	٢,٥	١,١
المكسيك	٨١	١١٠	٥٣	٣٥	٣,٧	٢,٦	٣٤	٢	١,٥	٦,٧	٣,٤	٢,٣	٣,٤	٢,٥
ميكرونيسيا الاتحادية	٧١	–	٥٨	٤١	–	٢,٢	٢٩	–	٠,٢	٦,٩	٥,٠	٣,٩	١,٧	١,٥
جمهورية مولدوفا	١١٦	٦٥	٣٧	١٩	٢,٨	٤,٢	٤٩	X١,٨	٢–	٢,٦	٢,٤	١,٤	٠,٣	٣,٣
موناكو	١٧٥	–	٩	٤	–	٥,١	٥٦	–	–	–	–	–	–	–
منغوليا	٦٩	–	١٠٩	٤٣	–	٥,٨	٦١	–	X٣,٣	٧,٥	٤,١	١,٩	٣,٠	٤,٨
مونتانيغرو	١٤٦	–	١٦	١٠	–	٢,٩	٣٨	–	X٢,٦	٢,٤	٢,٠	١,٨	٠,٩	٠,٦
المغرب	٧٨	١٨٤	٨٩	٣٧	٣,٦	٥,٥	٥٨	٢	١٠٦	٧,١	٤,٠	٢,٤	٢,٨	٣,٣
موزامبيق	٢٢	٢٧٨	٢٣٥	١٣٨	٠,٨	٣,٣	٤١	X١–	٤,٤	٦,٦	٦,٢	٥,٢	٠,٣	١,١

الجدول ١٠. معدل التقدم

الدول والأقاليم	ترتيب الدول بالنسبة للوفيات دون سن الخامسة	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة			متوسط المعدل السنوي لخفض الوفيات (٪)Θ		النسبة المئوية لخفض الوفيات منذ ١٩٩٠ (٪)Θ	متوسط معدل النمو السنوي لحصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (٪)		المعدل الإجمالي للخصوبة		متوسط المعدل السنوي للخفض (٪)	
		١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠٦	١٩٩٠–١٩٧٠	٢٠٠٦–١٩٩٠		١٩٩٠–١٩٧٠	٢٠٠٦–١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠٦	١٩٩٠–١٩٧٠	٢٠٠٦–١٩٩٠
مايانمار	٤٠	١٧٩	١٣٠	١٠٤	١,٦	١,٤	٢٠	٢	x٦,٦	٦,١	٣,٤	٢,١	٢,٨	٣,١
ناميبيا	٦١	١٣٥	٨٦	٦١	٢,٣	٢,١	٢٩	x٢,٣–	١,٥	٦,٥	٥,٨	٣,٣	٠,٥	٣,٦
ناورو	٨٩	–	–	٣٠	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
نيبال	٦٣	٢٣٨	١٤٢	٥٩	٢,٦	٥,٥	٥٨	١	١,٩	٥,٩	٥,٢	٣,٤	٠,٦	٢,٧
هولندا	١٦٧	١٥	٩	٥	٢,٦	٣,٧	٤٤	٢	١,٨	٢,٤	١,٦	١,٧	٢,٢	٠,٦–
نيوزيلانده	١٦١	٢٠	١١	٦	٣,٠	٣,٨	٤٥	١	٢,١	٣,١	٢,١	٢,٠	٢,٠	٠,٣
نيكاراغوا	٧٩	١٦٥	٦٨	٣٦	٤,٤	٤,٠	٤٧	٤	١,٩	٦,٩	٤,٨	٢,٨	١,٩	٣,٣
النيجر	٤	٣٣٠	٣٢٠	٢٥٣	٠,٢	١,٥	٢١	٢	٠,٥	٨,١	٧,٠	٧,٣	٠,١	٠,٥
نيجيريا	١٢	٢٦٥	٢٣٠	١٩١	٠,٧	١,٢	١٧	١	٠,٧	٦,٩	٦,٨	٥,٥	٠,١	١,٣
نيو	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
النرويج	١٧٥	١٥	٩	٤	٢,٦	٥,١	٥٦	٣	٢,٦	٢,٥	١,٩	١,٨	١,٥	٠,١
الأرض الفلسطينية المحتلة	١٠٨	–	٤٠	٢٢	–	٣,٧	٤٥	–	x٢٨–	٧,٩	٦,٤	٥,٣	١,٠	١,٣
سلطنة عُمان	١٣٨	٢٠٠	٣٢	١٢	٩,٢	٦,١	٦٣	٣	x١,٨	٧,٢	٦,٦	٣,١	٠,٤	٤,٧
الباكستان	٤٢	١٨١	١٣٠	٩٧	١,٧	١,٨	٢٥	٣	١,٤	٦,٦	٦,٣	٣,٦	٠,٢	٣,٥
بالاو	١٤٣	–	٢١	١١	–	٤,٠	٤٨	–	–	–	–	–	–	–
بنما	١٠٦	٦٨	٣٤	٢٣	٣,٥	٢,٤	٣٢	٠	٢,٣	٥,٣	٣,٠	٢,٦	٢,٨	٠,٩
بابوا غينيا الجديدة	٥٢	١٥٨	٩٤	٧٣	٢,٦	١,٦	٢٢	١	٠,٢	٦,٢	٤,٨	٤,٠	١,٢	١,٢
باراغواي	١٠٨	٧٨	٤١	٢٢	٣,٢	٣,٩	٤٦	٣	٠,٥	٥,٧	٤,٥	٣,٢	١,٢	٢,٢
بيرو	٩٧	١٧٤	٧٨	٢٥	٤,٠	٧,١	٦٨	١–	٢,٣	٦,٣	٣,٩	٢,٥	٢,٤	٢,٧
الفلبين	٨٦	٩٠	٦٢	٣٢	١,٩	٤,١	٤٨	١	١,٧	٦,٣	٤,٣	٣,٣	١,٨	١,٧
بولندا	١٥٧	٣٦	١٨	٧	٣,٥	٥,٩	٦١	–	٤,٣	٢,٢	٢,٠	١,٢	٠,٤	٣,٢
البرتغال	١٦٧	٦٢	١٤	٥	٧,٤	٦,٤	٦٤	٣	١,٩	٢,٨	١,٥	١,٥	١,٥	٠,٣
قطر	١١٠	٦٥	٢٦	٢١	٤,٦	١,٣	١٩	–	–	٦,٩	٤,٤	٢,٧	٢,٣	٣,٠
رومانيا	١١٩	٥٧	٣١	١٨	٣,٠	٣,٤	٤٢	x٠,٩	٢,٠	٢,٩	١,٩	١,٣	٢,٠	٢,٤
الاتحاد الروسي	١٢٥	٤٠	٢٧	١٦	٢,٠	٣,٣	٤١	–	٠,٦	٢,٠	١,٩	١,٣	٠,٣	٢,١
رواندا	١٨	٢,٩	١٧٦	١٦٠	٠,٩	٠,٦	٩	١	٠,٣	٨,٢	٧,٦	٦,٠	٠,٤	١,٥
سانت كيتس ونيفيس	١١٦	–	٣٦	١٩	–	٤,٠	٤٧	x٦,٣	٢,٨	–	–	–	–	–
سانت لوتشيا	١٣٠	–	٢١	١٤	–	٢,٥	٣٣	x٥,٣	١,١	٦,١	٣,٣	٢,٢	٣,٠	٢,٦
سانت فينسنت وغرينادين	١١٣	–	٢٥	٢٠	–	١,٤	٢٠	٣	١,٧	٦,٠	٣,٠	٢,٢	٣,٥	١,٩
ساموا	٩٤	١٠١	٥٠	٢٨	٣,٥	٣,٦	٤٤	x٠,١–	٢,٥	٦,١	٤,٨	٤,١	١,٢	١,٠
سان مارينو	١٨٩	–	١٤	٣	–	٩,٦	٧٩	–	–	–	–	–	–	–
ساو تومي وبرنسيبي	٤٣	١٠٦	١٠٠	٩٦	٠,٣	٠,٣	٤	–	x٠,٥	٦,٥	٥,٤	٤,٠	٠,٩	١,٩
السعودية	٩٧	١٨٥	٤٤	٢٥	٧,٢	٣,٥	٤٣	٢–	x٠,١	٧,٣	٥,٨	٣,٥	١,١	٣,٣
السنغال	٣٥	٢٧٦	١٤٩	١١٦	٣,١	١,٦	٢٢	٠	١,٢	٧,٠	٦,٦	٤,٩	٠,٣	١,٩
الصرب	١٥١	–	–	٨	–	–	–	–	–	٢,٤	٢,١	١,٨	٠,٦	١,١
سيشلز	١٣٥	٥٩	١٩	١٣	٥,٧	٢,٤	٣٢	٣	١,٤	–	–	–	–	–
سيراليون	١	٣٦٨	٢٩٠	٢٧٠	١,٢	٠,٤	٧	٠	٠,٨	٦,٥	٦,٥	٦,٥	٠,٠	٠,٠
سنغافوره	١٨٩	٢٧	٩	٣	٥,٥	٦,٩	٦٧	٦	٣,٧	٣,٠	١,٨	١,٣	٢,٧	٢,٠
سلوفاكيا	١٥١	٢٩	١٤	٨	٣,٦	٣,٥	٤٣	–	٢,٩	٢,٥	٢,٠	١,٢	١,٠	٣,٢
سلوفينيا	١٧٥	٢٩	١٠	٤	٥,٣	٥,٧	٦٠	–	٣,٣	٢,٣	١,٥	١,٣	٢,٠	١,١
جزر سليمان	٥٢	–	١٢١	٧٣	–	٣,٢	٤٠	٣	٢,٣	٦,٩	٥,٩	٤,٠	٠,٨	٢,٤
الصومال	٢١	–	٢٠٣	١٤٥	–	٢,١	٢٩	١–	–	٧,٣	٦,٨	٦,٢	٠,٣	٠,٦
جنوب إفريقيا	٥٥	–	٦٠	٦٩	–	٠,٩–	١٥–	٠,٠	٠,٨	٥,٦	٣,٦	٢,٧	٢,٢	١,٨
إسبانيا	١٧٥	٣٤	٩	٤	٦,٦	٥,١	٥٦	٢	٢,٥	٢,٩	١,٣	١,٤	٣,٩	٠,١–
سري لانكا	١٣٥	١٠٠	٣٢	١٣	٥,٧	٥,٦	٥٩	٣	٣,٨	٤,٤	٢,٥	١,٩	٢,٧	١,٨
السودان	٤٥	١٧٢	١٢٠	٨٩	١,٨	١,٩	٢٦	٠	٣,٧	٦,٦	٦,٠	٤,٤	٠,٥	١,٩
سورينام	٧٤	–	٤٨	٣٩	–	١,٣	١٩	x٢,٢–	١,٤	٥,٧	٢,٧	٢,٥	٣,٦	٠,٦
سوازيلاند	١٦	١٩٦	١١٠	١٦٤	٢,٩	٢,٥–	٤٩–	٢	٠,٤	٦,٩	٥,٧	٣,٦	٠,٩	٣,٠
السويد	١٨٩	١٥	٧	٣	٣,٨	٥,٣	٥٧	٢	٢,٢	٢,٠	٢,٠	١,٨	٠,١	٠,٨
سويسرا	١٦٧	١٨	٩	٥	٣,٥	٣,٧	٤٤	١	٠,٧	٢,٠	١,٥	١,٤	١,٤	٠,٥
الجمهورية العربية السورية	١٣٠	١٢٨	٣٨	١٤	٦,١	٦,٢	٦٣	٢	١,٤	٧,٦	٥,٥	٣,٢	١,٦	٣,٥
طاجكيستان	٥٧	١٤٠	١١٥	٦٨	١,٠	٣,٣	٤١	–	٣,١–	٦,٩	٥,٢	٣,٥	١,٤	٢,٥
تنزانيا	٣٤	٢١٨	١٦١	١١٨	١,٥	١,٩	٢٧	–	١,٦	٦,٨	٦,١	٥,٣	٠,٥	٠,٩
تايلاند	١٥١	١٠٢	٣١	٨	٦,٠	٨,٥	٧٤	٥	٢,٨	٥,٥	٢,١	١,٨	٤,٨	٠,٨
مقدونيا (يوغسلافيا سابقا)	١٢٢	١١٩	٣٨	١٧	٥,٧	٥,٠	٥٥	–	٠,٢	٣,٢	١,٩	١,٥	٢,٤	١,٨
تيمور الشرقية	٦٥	–	١٧٧	٥٥	–	٧,٣	٦٩	–	–	٦,٣	٥,٣	٦,٧	٠,٨	١,٤–
توغو	٣٨	٢١٩	١٤٩	١٠٨	١,٩	٢,٠	٢٨	١–	٠,١–	٧,٠	٦,٤	٥,٠	٠,٥	١,٦
تونغا	١٠١	٥٠	٣٢	٢٤	٢,٢	١,٨	٢٥	–	١,٩	٥,٩	٤,٦	٣,٨	١,٣	١,٢
ترينيداد وتوباغو	٧٥	٥٤	٣٤	٣٨	٢,٣	٠,٧–	١٢–	١	٤,٧	٣,٥	٢,٤	١,٦	١,٨	٢,٦

الدول والأقاليم	ترتيب الدول بالنسبة للوفيات دون سن الخامسة	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة ١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠٦	متوسط المعدل السنوي لخفض الوفيات (٪)Θ ١٩٧٠–١٩٩٠	٢٠٠٦–١٩٩٠	النسبة المئوية لخفض الوفيات منذ ١٩٩٠ Θ(٪)	متوسط معدل النمو السنوي لحصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (٪) ١٩٧٠–١٩٩٠	٢٠٠٦–١٩٩٠	المعدل الإجمالي للخصوبة ١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠٦	متوسط المعدل السنوي للخفض (٪) ١٩٧٠–١٩٩٠	١٩٩٠–٢٠٠٦
تونس	١٠٦	٢٠١	٥٢	٢٣	٦,٨	٥,١	٥٦	٣	٣,٣	٦,٦	٣,٦	١,٩	٣,٠	٣,٩
تركيا	٩٦	٢٠١	٨٢	٢٦	٤,٥	٧,٢	٦٨	٢	١,٩	٥,٥	٣,٠	٢,٢	٣,٠	٢,٢
تركمانستان	٦٧	–	٩٩	٥١	–	٤,١	٤٨	–	X٦,٨	٦,٣	٤,٣	٢,٦	١,٩	٣,٣
توفالو	٧٥	–	٥٤	٣٨	–	٢,٢	٣٠	–	–	–	–	–	–	–
أوغندا	٢٣	١٧٠	١٦٠	١٣٤	٠,٣	١,١	١٦	–	٣,١	٧,١	٧,١	٦,٦	٠,٠	٠,٥
أوكرانيا	١٠١	٣٦	٢٥	٢٤	١,٨	٠,٣	٤	–	١,٥	٢,١	١,٩	١,٢	٠,٦	٢,٨
الإمارات العربية المتحدة	١٥١	٨٤	١٥	٨	٨,٦	٣,٩	٤٧	X٤,٨–	X٠,٩–	٦,٦	٤,٤	٢,٣	٢,١	٣,٩
المملكة المتحدة	١٦١	٢٣	١٠	٦	٤,٢	٣,٢	٤٠	٢	٢,٥	٢,٣	١,٨	١,٨	١,٢	٠,١
الولايات المتحدة الأمريكية	١٥١	٢٦	١٢	٨	٣,٩	٢,٥	٣٣	٢	٢,١	٢,٢	٢,٠	٢,١	٠,٦	٠,٢–
أوروغواي	١٣٨	٥٦	٢٣	١٢	٤,٤	٤,١	٤٨	١	١,٢	٢,٩	٢,٥	٢,١	٠,٧	١,٠
أوزبكستان	٦٩	–	٧٤	٤٣	–	٣,٤	٤٢	–	٠,٧	٦,٥	٤,٢	٢,٦	٢,٢	٣,١
فانواتو	٧٩	١٥٥	٦٢	٣٦	٤,٦	٣,٤	٤٢	X٠,٥	٠,٣	٦,٣	٤,٩	٣,٩	١,٢	١,٥
فنزويلا (ج. بوليفيا)	١١٠	٦٢	٣٣	٢١	٣,٢	٢,٨	٣٦	٢	٦	٥,٤	٣,٤	٢,٦	٢,٢	١,٨
فيتنام	١٢٢	٨٧	٥٣	١٧	٢,٥	٧,١	٦٨	–	٦,٠	٧,٠	٣,٧	٢,٢	٣,٢	٣,٢
اليمن	٤١	٣٠٣	١٣٩	١٠٠	٣,٩	٢,١	٢٨	–	١,٥	٨,٦	٨,١	٥,٦	٠,٣	٢,٣
زامبيا	١٣	١٨١	١٨٠	١٨٢	٠,٠	٠,١–	١–	٢	٠	٧,٤	٦,٥	٥,٣	٠,٧	١,٢
زيمبابوي	٣٩	١٣٥	٧٦	١٠٥	٢,٩	٢,٠–	٣٨–	٠	٢,٤–	٧,٤	٥,٢	٣,٣	١,٨	٢,٩
ملخصات إقليمية														
إفريقيا جنوب الصحراء		٢٤٣	١٨٧	١٦٠	١,٣	١,٠	١٤	–	١,١	٦,٨	٦,٣	٥,٣	٠,٤	١,١
شرق وجنوب إفريقيا		٢٢٠	١٦٥	١٣١	١,٤	١,٤	٢١	–	١,٢	٦,٨	٦,٠	٥,٠	٠,٦	١,١
غرب ووسط إفريقيا		٢٦٤	٢٠٨	١٨٦	١,٢	٠,٧	١١	–	١,٠	٦,٨	٦,٦	٥,٦	٠,١	١,١
الشرق الأوسط وشمال إفريقيا		١٩٥	٧٩	٤٦	٤,٥	٣,٤	٤٢	٠	٢,٢	٦,٨	٥,٠	٣,١	١,٥	٣,١
جنوب آسيا #		١٩٩	١٢٣	٨٣	٢,٤	٢,٥	٣٣	٢	٣,٩	٥,٧	٤,٣	٣,٠	١,٤	٢,٢
شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادي		١٢١	٥٥	٢٩	٣,٩	٤,٠	٤٧	٦	٦,٧	٥,٦	٢,٥	١,٩	٤,١	١,٧
أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي		١٢٣	٥٥	٢٧	٤,٠	٤,٤	٥١	١	١,٤	٥,٣	٣,٢	٢,٤	٢,٥	١,٨
دول وسط وشرق أوروبا – رابطة الدول المستقلة حديثا		٩١	٥٣	٢٧	٢,٧	٤,٢	٤٩	–	١,١	٢,٨	٢,٣	١,٧	٠,٩	٢,١
الدول الصناعية §		٢٧	١٠	٦	٥,٠	٣,٢	٤٠	٢	١,٩	٢,٣	١,٧	١,٧	١,٣	٠,٢
الدول الآخذة في النمو §		١٦٤	١٠٣	٧٩	٢,٣	١,٧	٢٣	٣	٤,١	٥,٨	٣,٦	٢,٨	٢,٣	١,٦
الدول الأقل نموا §		٢٤٤	١٨٠	١٤٢	١,٥	١,٥	٢١	–	٢,٣	٦,٧	٥,٨	٤,٧	٠,٧	١,٣
العالم		١٤٥	٩٣	٧٢	٢,٢	١,٦	٢٣	٢	٢,٣	٤,٧	٣,٢	٢,٦	١,٩	١,٤

§ تشمل أيضاً الأقاليم ضمن كل فئة من الدول أو مجموعة إقليمية. والدول والأقاليم الموجودة في كل فئة من الدول أو مجموعة إقليمية معروضة في الصفحة رقم ١٤٨

تعريف المؤشرات

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة – احتمال الوفاة في الفترة بين ولادة الطفل وبلوغه سن الخامسة تماماً، معبّر عنها بعدد الوفيات ١٠٠٠ لكل ولادة حية.

خفض الوفيات منذ عام ١٩٩٠(٪) – النسبة المئوية للخفض في معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة من عام ١٩٩٠ إلى عام ٢٠٠٦. وكان إعلان الألفية الصادر عن الأمم المتحدة عام ٢٠٠٠ قد حدد هدفاً لخفض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين (٦٧٪)، خلال المدة من ١٩٩٠ إلى ٢٠١٥. وهذا المؤشر يقدم تقديراً حالياً للتقدم المتحقق تجاه تحقيق هذا الهدف.

حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي – الناتج المحلي الإجمالي هو مجموع القيمة المضافة من قبل جميع المنتجين المقيمين، زائداً أية ضرائب مفروضة على المنتجات (مطروحاً منه الدعم الحكومي) غير المشمولة في تقييم المخرجات. وحصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي هي الناتج المحلي الإجمالي مقسوماً على عدد السكان في منتصف السنة. ويُحسب النمو في هذه الحصة من بيانات الناتج المحلي الإجمالي للأسعار الثابتة بالعملة المحلية.

المعدل الإجمالي للخصوبة – عدد الأطفال الذين يمكن أن يولدوا لكل إمرأة لو قُدر لها أن تعيش حتى نهاية سنوات الإنجاب الخاصة بها، وأن تنجب أطفالاً في كل مرحلة عمرية وذلك وفقاً لمعدلات الخصوبة السائدة في كل مرحلة عمرية.

مصادر البيانات الأساسية

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة – اليونسيف، وقسم السكان لدى الأمم وقسم الإحصاءات لدى الأمم المتحدة.

حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي – البنك الدولي .

الخصوبة – قسم السكان لدى الأمم المتحدة.

ملاحظات

– البيانات غير متوافرة.

x البيانات التي تشير إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود، تختلف عن التعريف المعياري، أو تشير إلى جزء واحد فقط من الدولة.

Θ القيمة السلبية تشير إلى حدوث زيادة في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة منذ عام ١٩٩٠.

شرح الاختصارات

ACDS	تعجيل مبادرات بقاء ونماء الأطفال
ACT	العلاج المركب المستند الى
AIDS	متلازمة نقص المناعة البشرية المكتسبة/إيدز
AIS	مسوح مؤشرات الإيدز
AARR	معدل التخفيض السنوي لوفيات الأطفال
BCG	اللقاح المضاد للسل
BSS	مسوح مراقبة السلوك
C– IMCI	الإدارة المجتمعية المتكاملة لأمراض الطفولة
DAC	لجنة المساعدات الإنمائية (منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية)
DALY	الحدّ من كل سنة حياتية ضائعة بسبب الموت أو الإعاقة
DOTS	العلاج المراقب مباشرة والجرعة القصيرة
FFF	الأغذية التكميلية والمباعدة بين الولادات وتعليم الإناث
FGM/C	ختان الإناث
GDP	الناتج المحلي الإجمالي
GFATM	الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا
GNI	الدخل القومي الإجمالي
GNP	الناتج القومي الإجمالي
GOBI	مراقبة النمو ومعالجة الجفاف عن طريق الفم والرضاعة الطبيعية والتطعيم
HepB	مطعوم B لمكافحة التهاب الكبد الوبائي
Hib	هيموفيليس انفلونزا نوع "ب"
HIV	فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة
HMN	شبكة قياس الصحة
IMCI	الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة
IMNCI	الإدارة المتكاملة لأمراض المواليد الجدد والأطفال
ITN	الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية
MDG	هدف تنمية الألفية
MTEF	إطار الإنفاق متوسط الأجل
ODA	مساعدات التنمية الرسمية
OECD	منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية
PAB	الحماية عند الولادة
PMTCT	منع انتقال مرض فيروس نقص المناعة من الأم إلى الطفل
PMNCH	الشراكة لأجل صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال
PRSP	تقرير استراتيجية تخفيض الفقر
SSHE	التعليم المدرسي للصرف الصحي والنظافة الشخصية
SWAp	النهج شامل القطاع
SWS	نظام المياه الآمنة
TB	السل الرئوي
TT	مطعوم توكسين الكزاز
U5MR	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة
UIS	معهد الاحصاءات التابع لليونسكو
UNAIDS	برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة/ الإيدز
UNESCO	منظمة التربية والعلوم والثقافة التابعة للأمم المتحدة
UNFDA	صندوق الأمم المتحدة للسكان
UNICEF	صندوق رعاية الطفولة التابع للأمم المتحدة
USAID	الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية
WHO	منظمة الصحة العالمية

يونيسف

عناوين مكاتب اليونيسف

مكتب اليونيسف الرئيسي - نيويورك
UNICEF House
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, USA

مكتب اليونيسف الإقليمي لأوروبا
Palais des Nations
CH-1211 Geneva 10, Switzerland

مكتب اليونيسف الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا
تلاع العلي، شارع الضحاك بن سفيان،
ص.ب: ١٥٥١، عمان ١١٨٢١، الأردن
هاتف: ٥٥٣٩٩٧٧ (٦ ٩٦٢)
هاتف: ٥٥٠٢٤٠٠ (٦ ٩٦٢)

يونيسف – العراق
مكتب مساندة العراق
ص.ب: ١٥٥١، عمان ١١٨٢١، الأردن
هاتف: ٥٥١٥٩٢١ (٦ ٩٦٢) عمان
٩٦٤ ١ ٢٢٩٠٩٥٨٠١ بغداد

مكتب اليونيسف – الأردن
تلاع العلي، شارع الضحاك بن سفيان،
ص.ب: ١٥٥١، عمان ١١٨٢١، الأردن
هاتف: ٥٥٣٩٩٧٧ (٦ ٩٦٢)

مكتب اليونيسف للدول العربية في الخليج – السعودية
الحي الدبلوماسي، منطقة الفرازي، بناية رقم ٢
مكتب رقم ١٠، ص.ب: ١٨٠٠٩٩، الرياض
هاتف: ٤٨٨١٧١٥ (١ ٩٦٦)

مكتب اليونيسف – الأرض الفلسطينية المحتلة
شعفاط الشرقي، ص. ب: ٢٥١٤١ حزمة، بيت حنينا
هاتف:١٤/ ٥٨٣٠٠١٣ (٢ ٩٧٢)

مكتب اليونيسف – سوريا
شارع الشافي عمارة ٤ المزة الشرقية
ص.ب: ٩٤١٣ دمشق – سوريا
هاتف: ٦١٢٢٥٩٢، ٦١٢٢٥٩٣ (١١ ٩٦٣)

مكتب اليونيسف – الجزائر
٩أ، شارع اميلي باين، حيدرا
ص.ب: ٣٧٠، الجزائر
هاتف: ٦٩٢١٣٥ (٢١ ٢١٣)

مكتب اليونيسف – جيبوتي
ص.ب: ٥٨٣، جيبوتي
هاتف: ٣٥٤٩١١، ٣٥١٢٧٤ (٢٥٣)

مكتب اليونيسف – مصر
٨٧ مصر، شارع مصر حلوان الزراعي، المعادي، القاهرة
هاتف: ٧/٦/٥/٤/ ٥٢٦٥٠٨٣ (٢٠٢)

مكتب اليونيسف – لبنان
بناية الأمم المتحدة، ميدان رياض الصلح
ص.ب: ٥٩٠٢–١١، بيروت
هاتف: ٩٨١٣٠١، ٩٨١٣١١، ٩٨١٤٠١ (٩٦١)

مكتب اليونيسف – المغرب
٢٨ شارع بني بو عياش، السويسي، الرباط
هاتف: ٣/٢/٧٥٩٧٤١ (٣٧ ٢١٢)

مكتب اليونيسف – السودان
شارع رقم ٤٧ منزل رقم ٧٤
ص.ب: ١٣٥٨، الخرطوم ٢
هاتف: ٢١٣٠٥٣٢ (٩١٢ ٢٤٩)

مكتب اليونيسف – سلطنة عُمان
شارع رقم ٣٠٥٤، منزل رقم ٤٣٣٣، شط ألقرم
مسقط – عمان، ص.ب: ٣٧٨٧
هاتف: ٦٠٢٦٢٤، ٦٠١٣٩٨ (٢٤ ٩٦٨)

مكتب اليونيسف – تونس
٥٨ شارع طاهر بن عاشور
ص.ب: ٣٥، المهرجان، تونس ١٠٨٢
هاتف: ٨٠٢٧٠٠، ٧٩٨٢٩٢ (٧١ ٢١٦)

مكتب اليونيسف – اليمن
ص.ب: ٧٢٥، شارع منطقة عسير، صنعاء
مكتب رقم ٥
هاتف: ٣/٢/١/ ٢١١٤٠٠ (١ ٩٦٧)

منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف)
3 United Nation Plaza,
New York, NY 10071, USA,
pubdoc@unicef.org
www.unicef.org

الرقم المعياري الدولي للنشر– النسخة العربية :
٩٧٨–٩٢–٨٠٦–٤٢٤٠–٧

© منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف)
كانون الأول ٢٠٠٧