

A photograph of a woman with dark skin and hair, wearing a yellow lace-trimmed top, holding a newborn baby wrapped in a white blanket. They are in a hospital bed with various items like a yellow blanket and a patterned pillow. The background is a mix of red and orange tones.

مبادئ توجيهية عملية  
لتحسين صحة المواليد  
في عمليات اللاجئين

## مبادئ توجيهية عملية لتحسين صحة المواليد في عمليات اللاجئين

تتوفر نسخة الإلكترونيّة عن هذا الإصدار على  
موقع UNHCR.

بالإمكان الحصول على نسخة مطبوعة  
بالإتصال مع قسم الصحة العامة على  
HQP@unhcr.org.

أخذ مكتب المفوضية العليا لشؤون اللاجئين  
لدى الأمم المتحدة (UNHCR)، كافة الاحتياطات  
المعقولة للتحقق من صحة المعلومات التي  
يحتويها هذا المنشور. غير أنّ هذه المادة  
المنشورة يجري توزيعها دون أي ضمان من أي  
نوع. صراحةً أو ضمناً.

## المختصرات

ANC	antenatal care
ART	antiretroviral therapy
ARVs	antiretroviral drugs
AZT	zidovudine
BEmOC	basic emergency obstetric care
CEmOC	comprehensive emergency obstetric care
EmOC	emergency obstetric care
EPI	expanded programme on immunization
HIS	health information system
HIV	human immunodeficiency virus
ICU	intensive care unit
IPTp	intermittent preventative treatment of malaria in pregnancy
MOH	ministries of health
NVP	nevirapine
PPROM	pre-term pre-labour rupture of membranes
Rh	rhesus
SP	sulfadoxine-pyrimethamine
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees
WHO	World Health Organization

## المحتوى

3	1. الهدف
3	2. النطاق
4	3. أهمية هذه المبادئ توجيهية
4	4. التوجيهات
4	4.1. معلومات أساسية
6	4.2. كيفية تحسين تخطيط وتطبيق برامج صحة الأطفال حديثي الولادة
15	4.3. كيفية تحسين مراقبة البرامج الصحية التي تُعنى بحديثي الولادة
20	5. ملاحق
22	6. المراجع المُقتبسة

### صفحة الغلاف

من الأعلى: جمهورية أفريقيا الوسطى / UNHCR / س.  
فيليبس / ديسمبر 2013؛ الأردن / UNHCR / ج.ج. كوهلر /  
سبتمبر 2013

الغلاف الخلفي: س. هويباك / UNHCR لبنان / 2014  
التصميم: أليساندرو مانوتشي / روما





تانزانيا / أنفدوا الأطفال / ج. ماتاس / نوفمبر 2013

## 1. الهدف

توفّر هذه الوثيقة توجيهًا عمليًا لموظفي شركاء UNHCR العاملين في الميدان وتتناول موضوع تحسين صحة الأطفال حديثي الولادة في العمليات الخاصة باللاجئين. تقدم الوثيقة معلومات أساسية عن الموضوع وتعريفات، وتلقي الضوء على نقاط محددة عن الممارسة الجيدة التي يجب أخذها بعين الاعتبار عند التخطيط لبرامج تخص صحة الأم والطفل. كما تُقدّم التّصائح للتعامل مع بعض التّحديات الشائعة في مجالات عديدة حيث تعمل UNHCR وشركاؤها.

## 2. النّطاق

تسري هذه المبادئ التوجيهية على كافة عمليات UNHCR وفي كافة مراحل نزوح اللاجئين. تستهدف هذه المبادئ التوجيهية، بشكل أولي، الطاقم الطبي العامل لدى الشركاء في ظروف اللجوء وموظفي الصحة العامة التابعين لـ UNHCR. تستند هذه الدلائل إلى سياسات واستراتيجيات قائمة، مثل:

Every Newborn Action Plan, UN Commission on Information and Accountability for Women and Children's Health, UN Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children's Health, Child Survival Call to Action: A Promise Renewed, and Partnership for Maternal, Newborn and Child Health

وذلك مع الاهتمام بشكل خاص بالاحتياجات الفريدة للسكان الذي يعيشون في ظروف اللجوء (أنظر الملحقات). تستند هذه المبادئ التوجيهية على البرهان العلمي المتزايد الذي يتناول صحة المواليد كما تشير إليه توصيات منظمة الصحة العالمية الصادرة عام 2013، حول صحة المواليد، التحديات في وضع البرامج وتطبيقها والتي تمّ تحديدها في دراسات أجريت عن وفيات الأطفال حديثي الولادة في مخيم فرنانة للاجئين في تشاد عام 2012 وفي مخيم نياروغوسو للاجئين في تانزانيا عام 2013، ودراسة حول موت الأطفال حديثي الولادة في الأردن عام 2013 بالإضافة إلى استشارات قدمها موظفو UNHCR للصحة العامة. يُرجى الامتثال لهذه المبادئ التوجيهية.

### 3. أهمية هذه المبادئ التوجيهية

يتطلب خفض نسب وفيات الأطفال بعد الولادة تخطيط وتطبيق البرامج الصحية على مستوى المجتمع ومستوى المرفق الصحي. سواء تم إحضار المواليد الجدد الذين هم بحاجة للعناية إلى المرفق الصحي من البيت، أو تم نقلهم من مؤسسة صحية أخرى أو قسم آخر أو من غرفة الولادة بعد عملية ولادة متعسرة، تتطلب إدارة العناية بهم التخطيط لضمان توفر عاملي صحة مؤهلين وتوفير الموارد المطلوبة لتقييم حالة المواليد واتخاذ الخطوات اللازمة بسرعة للتعامل مع أي أحداث خطيرة. الهدف من هذه الوثيقة هو توفير توجيهات عامة لتحسين برامج صحة المواليد الجدد في المرافق الصحية في ظروف اللجوء، وتوفير أدوات لجمع المعلومات الخاصة بالسياق من أجل ملاءمة الاستراتيجيات للتمكن من تلبية احتياجات السكان اللاجئين بشكل أكبر. وتيقن UNHCR بأهمية استمرارية العناية بالصحة الإيجابية وصحة الأمومة والمواليد في كافة المستويات، بدءاً من المجتمع وحتى المرافق الصحية والمستشفيات. وتركز هذه الوثيقة، بشكل أولي، على البرامج التي تركز عليها المرافق الصحية حول وقت الولادة، حيث بالإمكان إنقاذ معظم الولادات. هذه المبادئ التوجيهية مرتبة كالآتي:

4.1: معلومات أساسية

4.2: كيفية تحسين تخطيط وتطبيق برامج صحة

الأطفال حديثي الولادة

4.3: كيفية تحسين مراقبة البرامج الصحية الخاصة

بحديثي الولادة

ويرد في نهاية الوثيقة ملاحق لمصادر إضافية. تشمل مراجع عامة، مبادئ توجيهية سريرية وأدوات تقييم العينات.

### 4. المبادئ التوجيهية

استناداً للتعريف المُصادق عليه من قبل نظام التوجيه الإداري لـ UNHCR، يجب اعتبار هذه الوثيقة كـ "مبادئ توجيهية عملية". هذه المبادئ التوجيهية قابلة للتطبيق في البلدان ذات الدخل المتدني-المتوسط وفي مخيمات اللاجئين وفي المناطق المدنية وفي المناطق خارج الخيمات حيث تنشط UNHCR بتعزيز برامج الصحة العامة.

#### 4.1 معلومات أساسية

إنّ فهم أسباب وفاة الأطفال حديثي الولادة والعوامل التي تحول دون الوصول لخدمات الرعاية الصحية أو التي تؤثر على جودة الرعاية، قبل الولادة وأثناء عملية الولادة وبعدها، هو أمر هام للغاية في السعي لتحسين برامج صحة المواليد الجدد في أي سياق. تلخص الأقسام التالية المعلومات المتوفرة التي تبين اتساع حجم ظاهرة وفاة حديثي الولادة حول العالم، وكذلك الاكتشافات التي أظهرتها الدراسات الحديثة حول موت حديثي الولادة في سياقات لجوء محمية.

#### 4.1.1 حجم الظاهرة واتجاهاتها على الصعيد

##### العالمي

وفيات الأطفال حديثي الولادة (أو وفيات المواليد)، هي كل وفاة تقع لطفل حديث الولادة خلال 28 يوماً من يوم ولادته، وتقدر نسبتها حالياً بنحو 44% من مجمل وفيات الأطفال تحت سن الخامسة في البلدان ذات الدخل المتدني وفي البلدان ذات الدخل المتوسط. نحو ثلاثة أرباع هذه الوفيات هي وفيات أطفال حديثي الولادة تقع في وقت مبكر. خلال الأسبوع الأول منذ الولادة، بما فيها 36% تقع خلال أول 24 ساعة من الولادة. وتشير التقديرات التي تم التوصل إليها مؤخراً بأنّه في كل عام، تقع نحو 2.9 مليون حالة وفاة طفل حديث الولادة، إلى جانب 1.2 مليون حالة يولد فيها الجنين ميتاً (وفيات تقع أثناء عمليات الولادة). وحدث أكثر من نصف مجمل حالات الوفاة لحديثي الولادة في البلدان التي تبلغ فيها نسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة 30 حالة أو أكثر لكل 1,000 ولادة حيّة. وقد تأثرت العديد من هذه البلدان بصراعات أو أزمات طوارئ إنسانية وعلى ضوء ذلك تأوي لاجئين على أراضيها<sup>12</sup>.\*

#### 4.1.2 أسباب وفيات الأطفال حديثي الولادة

مضاعفات الولادة المبكرة وولادة المواليد بوزن متدني وإصابة المولود بالعدوى والمضاعفات التي تنشأ أثناء عملية الوضع (كانت تُعرف في السابق بالاختناق أثناء عملية الولادة). هي أهم ثلاثة مسببات لوفاة الأطفال حديثي الولادة، وتعتبر هذه الأسباب مسؤولة عن 85% من وفيات حديثي الولادة.

\* أفغانستان، أنغولا، بروندي، جمهورية أفريقيا الوسطى، تشاد، جزر القمر، الكونغو، ساحل العاج، جمهورية الكونغو الديمقراطية، جيبوتي، غينيا الاستوائية، إثيوبيا، غينيا، غينيا-بيساو، الهند، ليسوتو، مالي، موريتانيا، موزمبيق، نيجيريا، باكستان، سيراليون، الصومال، جنوب السودان وزيمبابوي.

ظروف تغذية الأم، وعندما تكون الإمكانية محدودة لإشراف عاملي صحة مؤهلين على عملية الولادة. ونقص القدرة على العناية بالوليد في الـ 24-48 ساعة الأولى من الوضع. وتدني نسب الرضاعة الطبيعية من الأم في الساعة الأولى من الولادة والرضاعة الطبيعية في فترة ما بعد الولادة.

### 4.1.3 وفاة حديثي الولادة في ظروف اللجوء

قليلة هي الدراسات المتوفرة التي تتناول عبء وفاة حديثي الولادة في ظروف الطوارئ الإنسانية المعقدة وحتى أنّ هنالك عدد أقل من الدراسات التي توفر معلومات حول تحسين تقديم الخدمات في مثل هذه الظروف الإنسانية.<sup>3</sup>

كجزء من الجهود التي تبذلها UNHCR لتطوير استراتيجيات مُحسنة لترصد وفيات حديثي الولادة ونشاطات البقاء، تم إجراء دراسات في مخيم فرشانة في تشاد عام 2012 وفي مخيم نياروغوسو في تنزانيا عام 2013 لتقييم دقة نظام المعلومات الصحية الخاص بـ UNHCR في جمع المعلومات الخاصة بوفيات حديثي الولادة. تحسين فهم أسباب وفاة حديثي الولادة في مخيمات اللاجئين وتقديم التوصيات لكيفية منع الوفيات الممكن تجنبها لدى المواليد الجدد. وتوظّف هذه الدراسات أسلوب البحث الذي يعتمد على الالتقاط-إعادة الالتقاط (capture-recapture) لقياس وفيات حديثي الولادة، ولادة الأجنة الميتة والولادات الحية، واعتمدت أسلوب التشريح اللفظي الخاص بمنظمة الصحة العالمية WHO للتحقق من الأسباب الضمنية لوفاة حديثي الولادة التي يتم الوصول إليها. بينما كانت أسباب الوفاة متوافقة في كلا السياقين. مع تلك التي وجدت في الدراسات التي تم إجراؤها في الدول متدنية ومتوسطة الدخل - كانت معظم الوفيات نتيجة الخداجة (الولادة المبكرة) أو العدوى أو كلاهما وحدثت في الأسبوع الأول من الولادة- تنوّعت المواقع والظروف التي أحاطت بحالات الوفاة. كما تم إنشاء عملية تدقيق للوفيات حديثة الولادة في مخيم الزعتري للاجئين في الأردن لبحث أسباب زيادة عدد وفيات حديثي الولادة التي تم اكتشافها من معطيات نظام المعلومات الصحية في عام 2013. وبيّنت التّدقيقات الأولية بأنّ معظم الوفيات حدثت نتيجة الخداجة أو العدوى أو العيوب الخلقية، وبأنّ أهمّ العوامل التي أسهمت في ذلك كانت المعرفة الضئيلة بالظروف التي تستلزم تقديم عناية طارئة وتردّي أنظمة التّقل في حالات الطوارئ.

• ويعتبر الأطفال الذين يولدون قبل إتمام 37 أسبوعاً للحمل أطفالاً خُدجاً. ولادة الأطفال الخُدج من أكثر أسباب وفاة حديثي الولادة انتشاراً حول العالم، وهو مسؤول عن نحو 1.1 مليون وفاة كل عام، 75% من هذه الوفيات بالإمكان منع وقوعها. الكثير من عوامل الخطر معروفة، ولكن هنالك أيضاً أسباب مُبهمة تؤدي لبعض حالات الوفاة للولادات المبكرة. وتشمل الأسباب الأربعة الأكثر انتشاراً لحدوث ولادة مبكرة: مخاض مبكر، تمزّق للأغشية قبل الحماض وقبل موعد الولادة، حدوث نزيف قبل الوضع وحدوث تسوّم حمل حاد.

• يُحتسب الأطفال الذين يولدون بوزن دون 2500 غرام، مواليد متدنيّ الوزن. وقد ينجم تدني وزن الولادة بسبب الولادة المبكرة أو بسبب صغر الحجم بالنسبة للعمر الحُملي للجنين (عادةً، يعود ذلك لتعوّق نمو الجنين داخل الرحم)، أو باجتماع السببين معاً. ويسهم تدني وزن الولادة، بشكل مباشر أو غير مباشر، إلى وقوع نحو 60-80% من مجمل وفيات حديثي الولادة.

• قد تنشأ العدوى البكتيرية الحادة لدى حديثي الولادة نتيجة للإصابة بعدد من عوامل العدوى التي قد يلتقطها الوليد داخل الرحم أو خلال الوضع أو بعد الولادة. وقد تنتقل بعض أنواع العدوى، مثل الزهري، من الأم للمولود خلال الحمل أو أثناء عملية الوضع. بينما قد تنشأ أنواع أخرى من العدوى كالكزاز، نتيجة لتسببات بيئية أو ممارسات سلوكية حديثة العهد بعد الولادة، ومن الصعب تمييز بعض أنواع العدوى الهامة، مثل تسوّم الدّم والتهاب السحايا والالتهاب الرئوي، لدى حديثي الولادة، وبالتالي يتم ضمها في مجموعة واحدة مثل أنواع العدوى البكتيرية الحادة المحتملة. وتسهم أنواع العدوى هذه بالتسبب بنحو ثلث حالات وفيات حديثي الولادة حول العالم، وبنحو 50% من وفيات حديثي الولادة في مناطق تتسم بارتفاع نسب الوفيات فيها.

• تسهم وفيات حديثي الولادة المرتبطة بعملية الوضع (الاختناق عند الولادة) بالتسبب بنحو الربع من مجمل حالات وفيات حديثي الولادة، وتقع هذه الوفيات إثر نقص الأكسجين لدى الوليد أثناء عملية الوضع. وتحدث بشكل شائع أيضاً بسبب هبوط ضغط الدم لدى الأم أو تدفق دم الأم لدماع المولود أثناء عملية الوضع.

وهناك أسباب أخرى، أقل انتشاراً، لوفاة حديثي الولادة وتشمل العيوب الخلقية مثل نشوء عيوب في القلب وعيوب في الأنبوب العصبي واضطرابات الأيض. ولا تختلف أسباب وفاة حديثي الولادة في ظروف اللاجئين عن أسباب وفاة حديثي الولادة حول العالم، إلا أنّ عوامل الاختطار الضمنية والظروف التي تساهم في وفاة حديثي الولادة قد تكون أكثر تفاقماً في حالات الطوارئ في ظروف اللجوء؛ يعود ذلك لعدم توفر المأوى المناسب والظروف الصحية المقبولة، وتردي





تيمور لسته / UNHCR / ن. إن جي / يونيو 2006

## المصادر الأساسية - مبادئ توجيهية للخدمات الصحية

### الرعاية الصحية في فترة الحمل

[UNHCR Strategic Plan for Anaemia Prevention, Control and Reduction \(2008\)](#)

[UNHCR Policy Statement of HIV Testing and Counselling in Health Facilities for Refugees \(2014\)](#)

### الرعاية أثناء المخاض والوضع

[WHO Managing Complications in Pregnancy and Childbirth \(2003\)](#)

[UNHCR Principles and Guidance for Referral Health Care \(2009\)](#)

[Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings \(2010\)](#)

### الرعاية الأساسية للأطفال حديثي الولادة

[UNICEF Toolkit for Setting Up Special Care Newborn Units, Stabilization Units and Newborn Care Corners \(2011\)](#)

UNHCR Standard Operating Procedures for the Handling of Breast Milk Substitutes in Refugee Situations (*forthcoming*)

### برامج الصحة العامة

[Malaria Prevention: Quick Checklist \(2013\)](#)

إنّ فهم الاحتياجات الخاصّة بالسياق، هي بمثابة الخطوة الأولى نحو تحسين إنشاء البرامج الخاصة بصحة المواليد. ولأنّ العمليات التي تُعنى باللاجئين تختلف بشكل كبير، من حيث القوّة ومدى التغطية للخدمات الصحية، لا بد أن تكون البرامج مصممة لتناسب مع المميزات الخاصّة بالوضع. ومع الفرص التي يعرضها هذا الوضع والقيود التي يفرضها لتكون هذه البرامج نافعة. ويجب الاهتمام بالتعرّف على ممارسات إيجابية محددة بالإمكان تحويلها إلى خدمات تصل استمرارية الرعاية الصحية المجتمعية بالرعاية الصحية في المستشفى. وفي الوقت نفسه الاهتمام بترك الممارسات السلبية الشائعة التي قد تزيد الخطر لوقوع عواقب سيئة.

## 4.2 كيفية تحسين تخطيط وتطبيق برامج صحة الأطفال حديثي الولادة

قد يكون ترتيب الأولويات مسألة صعبة في السياقات التي تتسم بمحدودية الموارد. بوسع UNHCR تحسين برامج صحة الأطفال حديثي الولادة عبر زيادة الوعي للحاجة لتدخلات قد يكون بالإمكان دمجها في الخدمات الروتينية لتشمل الصحة الإيجابية وصحة الأمومة وصحة حديثي الولادة ولتستمر مع صحة الأطفال واليافعين. وعبر تعزيز ودعم الشركاء العاملين في الميدان الصحي لتحديد

الاستراتيجيات الواعدة، وإلقاء نظرة على الأوضاع والحالات الخاصة التي يواجهونها. ومن ذلك معلومات توزيع السكان والمعلومات الوبائية المحلية، أنماط الانتفاع من الخدمات، المعوقات التي تحول دون الوصول للخدمات، توفر الموارد ومثانة أنظمة الدعم.

وكنقطة بداية، يتعيّن على UNHCR وشركائها مراجعة البرامج الصحية الحالية لتحديد المعوقات التي تعرقل تقديم الخدمات الصحية وتدارك الفرص الضائعة لإنقاذ حياة الأطفال حديثي الولادة. ويجب التركيز على تحديد مجموعة من التدخلات (التدابير) الجوهرية بغرض تحسين توافر وجودة الرعاية بحديثي الولادة في يوم الولادة. حيث تقع 46% من مجمل وفيات الأمهات و 40% من مجمل حالات موت الأجنة ووفاة حديثي الولادة. ولا بد من أخذ هذه التدخلات بالحسبان عند تخطيط ووضع الميزانية وتكوين طواقم العمل وتنفيذ ومراقبة برامج صحة اللاجئين.

ومن ثمّ بالإمكان إنشاء المبادرات التكميلية لتحيط بهذه المجموعة الجوهرية من التدخلات لتقوية الروابط بين التجمعات السكانية والمرافق الصحية في فترة ما قبل الولادة وبعدها، وزيادة الوعي لعلامات الخطر المرتبطة بتعقيدات التوليد وتلك المرتبطة بحديثي الولادة، وذلك للتشجيع على طلب الرعاية الصحية في الوقت المناسب، مع الحرص على مراقبة تأثير هذه التدخلات.

#### 4.2.1 تركيز الاستجابة العملية على التدخلات منخفضة- التكلفة وعالية- التأثير

هنالك دليل قوي على أنّه من الممكن منع معظم وفيات حديثي الولادة بتدخلات صحية منخفضة-التكلفة وعالية-التأثير، التي بالإمكان تقديمها عبر أنظمة الصحة التي تتسم بسلامة الأداء، وتشمل هذه:

##### أ. الرعاية قبل الحمل

الرعاية الوقائية والمعززة والعلاجية في فترة ما قبل الحمل- أو الرعاية ما قبل الحمل والتي تهدف إلى تقليل السلوكيات والعوامل الفردية والبيئية التي تسهم بنتائج سيئة على صحة الأم والطفل.

وتشمل التدخلات الأساسية:

##### • فحص وعلاج فقر الدم

تُظهر الأبحاث بأنّ وجود فقر الدم (الأنيميا) قبل الحمل يزيد من خطر تدني وزن المولود. لذلك يجب إدراج فحص الفتيات والنساء، للكشف عن الإصابة بفقر الدم، ضمن الفحوصات الروتينية في كل زيارات الرعاية الصحية للعيادات الخارجية في مناطق مخيمات اللاجئين. كما يجب توفير العلاج للواتي يتبيّن أنّهن يعانين من نقص الحديد. حتى عند عدم وجود حمل.

• التشجيع على تنظيم الحمل والمباعدة بين حمل وآخر، وتوفير خدمات التنظيم الأسري.

إنّ النساء اللواتي يُقاربن بين كل حمل وآخر، ولا يحرصن على المباعدة بين فترات الحمل، هنّ أكثر عرضة للولادة المبكرة أو لولادة طفل بوزن متدني، كم أنّ موالييد الفتيات اليافعات، هم أكثر عرضة للولادة بصحة سيئة.<sup>4</sup> لذلك بالإمكان تحسين النتائج الصحية لحديثي الولادة عبر تشجيع النساء على تنظيم الحمل والمباعدة بين حمل وآخر، وبالإمكان تحقيق ذلك عبر تعزيز المعلومات، وجهود التعليم والتواصل الإعلامي التي توضح فوائد تنظيم الأسرة وأماكن طلب الخدمات، وإشراك القادة المجتمعيين والأشخاص ذوي التأثير، والتبني من سهولة وصول الفتيات اليافعات والنساء والرجال والأزواج للخدمات في المرافق الصحية وفي التجمعات السكنية.

##### II. الرعاية في فترة ما قبل الولادة

تُوفّر الرعاية الصحية ما قبل الولادة، الفرصة لفحص احتمال حدوث تعقيدات الحمل قليلة الانتشار وشديدة الخطورة المرتبطة بظهور مضاعفات عقب الولادة والوفاة، وبالتالي الاستعداد لمعالجتها. لا بد من توفير الخدمات اللازمة والحرص على جهوزيتها تحسباً لحدوث حالات الطوارئ، كما لا بد من تشجيع النساء الحوامل على زيارة عيادة رعاية الحوامل مبكراً قدر المستطاع خلال الشهر الثالث الأولى من الحمل.

من الحثّذ توفير مجموعة خدمات الرعاية، المبينة فيما يلي، في فترة ما قبل الولادة:

##### • فحص وعلاج فرط ارتفاع الضغط

قد تؤدي اضطرابات ارتفاع الضغط المرتبطة بالحمل إلى نشوء مضاعفات في 8% من حالات الحمل وتعتبر ثاني أكثر الأسباب انتشاراً لوفيات حديثي الولادة حول العالم. بإمكان كشف ومعالجة أمراض ارتفاع ضغط الدم المرتبطة بالحمل (بما فيه العلاج بسولفات المغنيسيوم)، خفض ولادة الأجنة الميتة قبل الوضع بنسبة 20%.

##### • فحص وعلاج فقر الدم (الأنيميا)

يعرّض فقر الدم خلال الحمل الأطفال لخطر نشوء ضرر عقلي مستديم وخطر الوفاة، وقد تبين أنّ إعطاء مكملات الحديد وحمض الفوليك بشكل روتيني، جنباً إلى جنب مع الوقاية من الملاريا ومكافحة ديدان الأنكلستوما، قادر على الوقاية من فقر الدم في المناطق التي يتسع فيها انتشار فقر الدم. ولا بد من فحص إصابة النساء بفقر الدم في كافة المناطق في مرحلة مبكرة قدر المستطاع خلال الحمل وكل ثلاثة أشهر من الحمل، بما في ذلك عند الولادة. ويجب علاج النساء الحوامل اللواتي يتم تشخيص إصابتهن بفقر الدم، حسب البروتوكولات السريرية المعيارية.

- **الكشف عن فئة الدم**  
قد ينشأ لدى الطفل حديث الولادة مرض خُلل الدم الذي قد يؤدي إلى الإصابة باليرقان والوذمة وصعوبة التنفس عندما يكون هنالك تنافر بين زمر الدم الريسوسية (Rh) للأم والجنين. وبالإمكان تجنب ذلك بفحص فئة دم الأم خلال فترة الرعاية السابقة للولادة وإعطاء الأمهات اللواتي يتبين أن فئة الدم لديهن ذات Rh- (سلبية). بحقن من الجلوبيين المناعي Rho (D) (يُعرف بـ anti-D) في الأسبوع 28 من الحمل وذلك لمنع جسم الأم من تطوير أجسام مضادة لدم الجنين: وإعطاء الأم جرعة ثانية من الجلوبيين المناعي عند الولادة إذا تبين أن فئة دم الطفل ذات Rh+ (موجب). في ظروف اللجوء، يجب اتباع البروتوكولات المحلية للتعامل مع تنافر الـ Rh. بالإضافة إلى بذل الجهود لتوفير الجلوبيين المناعي لكافة النساء اللواتي تحتجنه.
- **التقديم المشورة حول الزهري (السفلس)، الفحص والعلاج**  
لقد أظهرت الاختبارات العالمية للفحص عن الإصابة بالزهري بأنها فعالة وغير ومكلفة. حتى في المناطق التي لا ينتشر فيها الزهري<sup>5</sup> وقد تساعد اختبارات فحص الزهري. في المناطق التي يتوطن فيها الزهري في مرحلة ما قبل الولادة وعلاج حالات الإصابة التي يتم اكتشافها بالبنسولين. في خفض الولادات المبكرة بنسبة 64% وخفض وفيات حديثي الولادة بنسبة 80%.<sup>6</sup> ولتحقيق أقصى تأثير للعلاج. يجب أن تحصل كافة النساء الحوامل على المشورة حول الزهري مع الخضوع لفحص الكشف في مرحلة مبكرة قدر المستطاع خلال الحمل.
- **التطعيم بلقاح ذوفان الكزاز (تيتانوس توكسويد) تبين الدراسات بأن تطعيم النساء الحوامل بجرعتين أو أكثر من لقاح ذوفان الكزاز مع الحفاظ على فاصل زمني مدته 4 أسابيع بين كل جرعة. بإمكانه المساهمة في تقليل خطر إصابة حديثي الولادة بالكزاز بنسبة 65% وبتقليل وفيات الأطفال الناجمة عن الكزاز بنسبة 94%.<sup>6</sup>**
- **العلاج الوقائي المتقطع للملاريا وتوفير الشباك المعالجة بمبيدات الناموس**  
أظهرت الدراسات بأن العلاج الوقائي المتقطع للملاريا أثناء الحمل قد يساعد في خفض وفيات المواليد بنسبة 31%. وبأن استخدام الشباك المعالجة بمبيدات الناموس أثناء الحمل. بوسعه أن يساهم في خفض تدني وزن المواليد في 20% من الحالات.<sup>6</sup> أما النظام الموصى به في العلاج الوقائي المتقطع خلال الحمل. هو العلاج بالإشراف المباشر المكوّن من ثلاثة أقراص 500ملغم/25 ملغم من سولفادوكسين-بيريميثامين في كل زيارة لعيادة رعاية الحوامل. مع الحرص على إعطاء جرعتين. على الأقل. خلال الستة شهور الأولى من الحمل.
- **المشورة حول فيروس نقص المناعي البشري HIV، الفحص والعلاج (وفق البروتوكولات المحلية)**  
تقلل الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية (ARVs) من كمية الفيروس في جسم المصاب وبالتالي تقلل نقل فيروس نقص المناعة البشري (HIV) من الأم للطفل. وقد صدرت توجيهات حديثة عن منظمة الصحة العالمية توصي بأن تلتزم الأم الحامل أو المرضعة المصابة بفيروس نقص المناعة البشري. بنظام علاجي مركب من ثلاثة أنواع من مضادات الفيروسات القهقرية في أقرب وقت ممكن. وأن تلتزم بنظام العلاج بشكل دائم طيلة حياتها. يجب أن تحصل كافة النساء الحوامل على المشورة وأن تُعرض عليهن إمكانية الخضوع للكشف عن الإصابة بالفيروس. مع التزام المصابات به بالعلاج بما يتوافق مع البروتوكولات المحلية.
- **التعامل مع الولادات المبكرة المُهدّدة بالخطر والتعقيدات التوليدية**  
تهدف التدخّلات أو التدابير المُخصصة للتعامل مع المخاض المبكر للتقليل من التعقيدات الخطرة التي تنشأ عن الولادات المبكرة. والتي تعتبر السبب الأوسع انتشاراً لوفاة حديثي الولادة. وتتطلب هذه التدخّلات التوجه لطلب الرعاية الصحية مع بدء أوجاع المخاض. توفّر الأدوية الأساسية. وتوفّر الكادر الصحي المؤهل لتمييز المؤشرات الدالة على المخاض المبكر وتوفير الرعاية المناسبة:
- **إعطاء أدوية وقف المخاض للنساء الحوامل اللواتي يبدأ لديهن المخاض المبكر**  
بالإمكان إعطاء الأدوية التي توقف تقلّصات الرحم لإطالة فترة الحمل بمدة قصيرة (حتى 48 ساعة) للسماح بإعطاء أدوية كورتيكوستيرويد قبل الولادة من أجل إتاحة نقل الحامل لمرفق صحي أفضل. عند الحاجة. وتشمل أدوية وقف تقلصات الرحم. سالبوتامول ونيفديبين أو إندوميثاسين.
- **إعطاء أدوية كورتيكوستيرويد قبل الولادة لكل امرأة لم تصل بعد للأسبوع الـ 34 من حملها. ولديها وضع يزيد من احتمال الولادة المبكرة.**  
يجب إعطاء كورتيكوستيرويدات قبل الولادة لكل أم حامل لم تصل في حملها للأسبوع الـ 34 بعد. وتظهر لديها إشارات تدل على المخاض المبكر. تمرّق الأغشية قبل المخاض. نزيف قبل الولادة أو تظهر لديها مُقدّمات تسمم الحمل أو وجود تسمم الحمل. وهذه الكورتيكوستيرويدات تُسرّع تطوّر الرئة لدى الجنين وهو ما زال في رحم أمه. ويتكوّن النظام الدوائي الموصى به من 4 حقن من ديكساميثازون 6ملغم. وهو دواء جِنّيس منخفض التكلفة ولا يتأثر بالحرارة. يُعتبر إعطاء كورتيكوستيرويدات قبل الولادة المبكرة. التحدّل الأكثر فعالية لمنع نشوء متلازمة الضائقة التنفسية.



يجب الترويج لإجراء 100% من عمليات الولادة داخل المؤسسات الصحية.

• **الحرص على أن تتلقى كافة النساء الحوامل، عند تعسر الولادة، رعاية توليدية سريعة في الحالات الطارئة**

بتوفير الرعاية التوليدية السريعة في الحالات الطارئة، بالإمكان منع وفيات حديثي الولادة الناجمة عن نقص الأكسجين الجنيني المرتبط بتعسر عملية التوليد. في المرافق الصحية التي تفتقر إلى وجود غرف عمليات، بالإمكان توفير رعاية أساسية في حالات الطوارئ التوليدية والتي تشمل إعطاء مضادات حيوية قبل الولادة، إعطاء أدوية مضادة للتشنج قبل الولادة (مثل كبريتات المغنيسيوم)، إزالة المشيمة يدويًا. الولادة المهبلية المُساعدة، إزالة بقايا المشيمة يدويًا وإجراء الإنعاش الأساسي للمولود. أما المرافق الصحية التي تتوفر فيها غرف عمليات، فيجب الحرص على جهورنة الموارد اللازمة والطاقم الطبي المؤهل لتقديم كافة هذه الخدمات، بالإضافة إلى جهورنتها لإجراء عمليات التوليد القيصرية وضمان نقل آمن للدم. هذا وقد تبين أنّ توفير الرعاية الأساسية في حالات الطوارئ التوليدية تساهم في خفض وفيات حديثي الولادة بنسبة 40% وبأنّ توفير الرعاية التوليدية الشاملة في حالات الطوارئ تساهم في خفض وفيات حديثي الولادة بنسبة 85%<sup>5</sup>. وفي الظروف التي تواجه فيها الحوامل احتمالات تعسر الولادة، يجب إحالتهم لمرافق الطوارئ المحلية للرعاية الصحية، وهنا لا بد من وجود بروتوكولات واضحة تحدد مواصفات ومرات النقل للمرفق الصحي، وكذلك تبين كيفية بدء تقديم العلاج اللازم لتحقيق استقرار الحالة الصحية للأم والطفل قبل الشروع في نقلهم للمرفق الصحي.

وزيادة الاستفادة منه في حالات المخاض المبكر في المرفق الصحي التوليدي، وبوسعه تخفيض وفاة حديثي الولادة بنسبة 53%<sup>6</sup>.

• **إعطاء المضادات الحيوية للنساء عند تمزق الأغشية قبل موعد الولادة السابق للمخاض (PPROM)**  
يجب إعطاء النساء الحوامل في حالة تمزق الأغشية قبل موعد الولادة - السابق للمخاض، المضادات الحيوية لأنها تؤخر المخاض وتقلل من مخاطر متلازمة الضائقة التنفسية والالتهابات لدى المواليد. وتفيد التوصيات الحديثة بإعطاء 2 ملغم أمبيسيلين في الوريد مرتين يوميًا و 250 ملغم إريثروميسين عبر الفم ثلاث مرات يوميًا لتكملة دورة علاجية من 7 أيام. إنّ زيادة الانتفاع من استخدام المضادات الحيوية في حالة تمزق الأغشية قبل الولادة - السابق للمخاض، قد يساهم في تقليل وفيات المواليد الناجمة عن الخداج بنسبة 12% ووفيات المواليد الناجمة عن تسمم الدم بنسبة 8%<sup>6</sup>.

#### IV . إدارة التّوليد

إنّ الرّعاية الجيدة خلال التوليد، بما فيه المراقبة الحذرة لسرعة نبض قلب الجنين واتخاذ الإجراءات اللازمة في الوقت المناسب عند ظهور أمارات تدل على نشوء ضائقة لدى الجنين، قد يساهم في منع 43% من وفيات المواليد. وهذه التدابير ضرورية في شتى الظروف:

• **توليد آمن ونظيف في المرافق الصحية بإشراف طاقم توليد مؤهل**

تبيّن الدراسات بأنّ التوليد بإشراف مختص قبالة مؤهل يقلل من خطر وفاة المواليد بنسبة 25%، وبأنّ الممارسات النظيفة داخل مرافق التوليد تقلل من خطر وفاة المواليد الناجمة عن العدوى بنسبة 27%<sup>6</sup>. إنّ الحرص على أن تتوفر لدى عاملي الصحة الموارد اللازمة لتسهيل عملية توليد آمنة ونظيفة هي مسألة شديدة الأهمية لوقاية المواليد من التقاط أنواع العدوى. وتشمل التوصية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، "الخمسة النظيفة" - (five cleans)، غسل اليدين (قبل، أثناء وبعد عملية التوليد)، الحفاظ على نظافة الأسطح في مكان عملية التوليد، الحفاظ على النظافة عند قطع الحبل السري، الحفاظ على نظافة أربطة الحبل السري والحفاظ على النظافة عند العناية بعقب الحبل السري. كما أنّ استخدام جهاز مخطط الولادة "بارتوغرام" لمراقبة وتسجيل تقدّم المخاض ومراقبة قلب الجنين والتّصرف في الوقت المناسب عند ظهور اشارات تدل على نشوء ضائقة لدى الجنين أو عُسّر ولادة والحرص على الامتناع عن الإتيان بممارسات ضارة مثل الضغط بشكل خطير على قاع الرحم خلال عملية التوليد، قد يمنع إصابة المولود باختناق مهدد لحياته، وعبر التوعية المجتمعية الفاعلة،

- توفير رعاية حرارية مناسبة لكافة المواليد يجب الحرص على تنشيف جسم المولود بشكل مع المواليد الذين يولدون دون ظهور أي مضاعفات، ثم تغطيتهم (بما فيه قبعة أو غطاء للرأس) والحرص على أن يبقى جسم المولود ملاصقا لجسم أمه خلال الساعة الأولى عقب الولادة وذلك لمنع هبوط درجة حرارة جسمه وكذلك لتشجيع الرضاعة الطبيعية. كما يجب تأجيل غسل المواليد إلى ما بعد 24 ساعة من الولادة، على الأقل. قد تساهم الرعاية بالحفاظ على حرارة الجسم المناسبة للمواليد في منع 20% من وفيات حديثي الولادة التي قد تكون ناجمة عن تعقيدات الولادة المبكرة. ومنع 10% من الوفيات لدى الأطفال الذين يولدون في الموعد المحدد.<sup>6</sup>
- تحفيز المولود للتنفس، وعند الحاجة، استخدام كيس وقناع إنعاش مع لمواليد الذين لا يتنفسون عند الولادة تستدعي الحاجة لدى نحو 10% من المواليد إلى توفير نوع من المساعدة للبدء في التنفس بعد الولادة، إلا أن أقل من 1% من المواليد قد يكونون بحاجة لتدابير متقدمة مثل تزويدهم بالأكسجين. أما بالنسبة للمواليد اللذين لا يبدؤون بالتنفس تلقائياً بعد التنشيف الجيد، يجب تحفيز المولود بواسطة فرك ظهره مرتين أو ثلاث.

- V . الرعاية الأساسية للمواليد تساعد تقديم الرعاية الأساسية للمواليد، بما فيه العناية السليمة بالحبل السري، والحفاظ على حرارة جسم المولود والانتباه للتنفس والإنعاش وبدء الرضاعة الطبيعية الخالصة بوقت مبكر والرعاية بالعينين، في منع إضافي لـ 10% من وفيات حديثي الولادة.<sup>6</sup>
- التأخر في قشط الحبل السري إنّ التأخر في قشط الحبل يسمح باستمرار انتقال الدم من المشيمة إلى المولود لـدقائق قليلة (1-3 دقائق إضافية) بعد الولادة، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة مخازن الحديد بشكل كبير لدى المولود ويمنع إصابته بفقر الدم. كما تنصح منظمة الصحة العالمية بتأخير قشط الحبل السري كذلك لدى مواليد الأمهات المصابات بفيروس نقص المناعة البشري HIV أو النساء اللواتي لا تُعرف حالتهنّ من حيث الإصابة بالفيروس.<sup>7</sup>
- الحرص على النظافة عند الرعاية بالحبل السري لا بد من الحرص على النظافة عند الرعاية بالحبل السري للمواليد، بما فيه استخدام ثنائي غلوكونات الكلوروهيكسيدين بتركيز 7.1% لمنع التلوثات في الظروف التي تتسم بمحدودية الموارد. إذ قد يساهم استخدام ثنائي غلوكونات الكلوروهيكسيدين بالتركيز المذكور على عقب الحبل السري في خفض 12% من وفيات حديثي الولادة.<sup>6</sup>



الإمكان بعد ملاحظة هذه الإشارات. وتشمل إشارات الخطر هذه، تغيير مفاجئ في إطعام الطفل، إي عندما يتوقف الطفل عن أخذ الطعام بشكل جيد، انخفاض في نشاط حركة الطفل أو انعدام حركته، صعوبة التنفس، انكماش الصدر، الحمى أو برودة جسم الطفل، نوبات أو اختلاجات واصفرار باطن أكف اليدين أو باطن أكف القدمين.

#### VI . الولادة المبكرة وتدني وزن المواليد

قد يساهم توسيع مدى تغطية التدخلات الصحية المخصصة للمواليد المرضى ولصغيري الحجم في تقليل وفيات حديثي الولادة بنسبة 30%. وتشمل هذه:

- توفير رعاية الأم لوليدها على طريقة الكنغر- للمواليد المستقرين سريريًا، الذين تقل أوزانهم عن 2,500غم، في الأسبوع الأول بعد الولادة
- عناية الأم بوليدها على طريقة الكنغر هي بالحرص على تلامس البشرة المبكر، المتواصل والمطول بين الأم (أو بديل) ووليدها. مع الحفاظ على توفير الدعم بتعديل الوضعية، الإطعام والوقاية من التلوثات (العدوى) وصعوبات التنفس وعلاجها. يجب الحرص على تلامس البشرة بين الأم والوليد الذي يُولد دون مضاعفات بوزن أقل من 1,200غم. وإذا كان وضعه السريري مستقرًا، فوراً بعد الولادة وبعد تنشيفه بشكل جيد لوقايته من الإصابة بانخفاض حرارة الجسم. وقد أظهرت هذه الطريقة في العناية بالمواليد الذين يولدون قبل أوانهم، أنها تساهم في تخفيض وفيات حديثي الولادة بنسبة 40% وتؤدي إلى نتائج أفضل من رعاية الحضّانة.<sup>8</sup>



يوصى إطعام الوليد حليب الأم المستحلب بواسطة الكأس في الحالات التي لا ينجح فيها الإرضاع.  
تنزانيا/ أنقذوا الأطفال / كولن كرولي / ديسمبر 2010

بتوفير هذه الرعاية، سيبدأ معظم المواليد بالتنفس في "الدقيقة الذهبية" بعد الولادة ومن ثمّ الحفاظ على التنفس. أما المواليد الذين لا يبدوون بالتنفس تلقائيًا بعد تنشيفهم جيدًا وبعد التحفيز الإضافي، فيجب البدء بمساعدتهم بالتنفس الصناعي وذلك باستخدام كيس الانتفاخ الذاتي والفتاح. في الدقيقة الأولى بعد الولادة، لا بدّ أن يكون طاقم عاملي الصحة المشرفين على عملية الولادة متأهبين، وعليهم التعرف على الأطفال الذين لا يبدوون بالتنفس تلقائيًا ليسرعوا فوراً بتطبيق خطوات إنعاش الوليد. وتقييم ملاءمة التنفس بواسطة قياس سرعة نبض القلب بمرور كل 60 ثانية من التنفس الصناعي وملاحظة حركة الصدر. تطبيق هذه الخطوات البسيطة بشكل جيد، كفيل بمنع نحو 30% من وفيات المواليد الذين يولدون في الموعد المحدد للولادة ومنع 5-10% من وفيات المواليد الذين يولدون قبل الأوان.<sup>6</sup>

#### • تشجيع بدء الرضاعة الطبيعية الخالصة، مبكرًا لدى كافة المواليد

يجب الحرص على أن تقوم الأم بإرضاع وليدها طبيعيًا خلال الساعة الأولى من الولادة، إذ تبين أن الرضاعة الطبيعية تساهم بتقليل حتى 40% من وفيات المواليد. كما تقي الرضاعة الطبيعية الخالصة من نقل فيروس نقص المناعة البشري HIV للرضع و تحمّز تقلصات الرحم التي تقلل من شدة نزف دم الأم.

#### • إعطاء علاج معقم للعينين لكافة المواليد

يجب أن يتلقّى كافة المواليد قطرات عيون مضادة للجراثيم أو مرهم، بعد الولادة فور المستطاع، ويُفضّل القيام بذلك في غضون الساعة الأولى من الولادة وبعد أن يتم إرضاع الطفل من ثدي أمه. ويحمي هذا العلاج الوليد من الالتهابات الخطيرة التي تُصيب العينين والتي قد تتسبب بإصابته بالعمى أو حتى بوفاته.

#### • إعطاء فيتامين "ك-ك" لكافة المواليد

يجب أن يحصل كافة المواليد على 1 ملغم من فيتامين "ك-ك" في العضل في غضون الساعة الثانية بعد الولادة (خلال الساعة الأولى للولادة، يجب الحرص على أن يبقى جسم الوليد ملاصقًا لجسم أمه مع المباشرة بالرضاعة الطبيعية).

#### • مراقبة المواليد لظهور أي إشارات خطيرة

يجب إجراء فحص جسماني لكافة المواليد للبحث عن أي إشارات تدل على ظروف صحية مهددة لحياة الوليد، فوراً بعد الولادة وأثناء الفترة القريبة من الولادة (الـ 28 يوماً الأولى بعد الولادة). كما يجب أن يقوم الطاقم الصحي بإرشاد العائلات على كيفية التنبيه لإشارات الخطر المرتبطة بالمضاعفات التي قد تطرأ لدى المواليد وطلب الرعاية الصحية سريعاً قدر



بالمولود لأسباب مثل: صعوبة الإطعام، الاختلاجات، التنفس السريع، انكماش حاد للصدر، الحمى، تدني درجة الحرارة، انعدام الحركة أو اليرقان.

• **تطعيم كافة المواليد بلقاحات فموية لمرض شلل الأطفال وفيروس التهاب الكبد الوبائي "ب"، فوراً بعد الولادة**

يوصى تطعيم المواليد باللقاح الفموي لفيروس شلل الأطفال، بما فيه جرعة الولادة (تُعرف بـ "جرعة الصفر") لأنها غير محسوبة من ضمن سلسلة التحصين الأساسية للوقاية من شلل الأطفال) في كافة المناطق التي يتوطن فيها فيروس شلل الأطفال وفي مناطق الاختطار العالي لحالات استقدام الفيروس وانتشاره. بالإمكان إيجاد خطوط عملية موجهة على:

[WHO Position paper on polio vaccines and polio immunization \(January 2014\).](http://www.who.int/publications/m/item/who-position-paper-on-polio-vaccines-and-polio-immunization-january-2014)

يجب تطعيم كافة الرضع بالجرعة الأولى من لقاح فيروس التهاب الكبد الوبائي "ب" أيضاً وذلك حسب البروتوكولات المحلية. ويفضّل خلال الـ 24 ساعة الأولى بعد الولادة، كما تُوفّر جرعات التطعيم هذه التي تُعطى عند الولادة فرصة لإدخال الرضع في برامج التحصين الروتينية الموسّعة (EPI) واستشارة مانحي الرعاية حول أهميّة اتمام جدول تحصين للأطفال.

• **تشجيع الرضاعة الطبيعية**

هنالك توصيات قوية ببدء الرضاعة الطبيعية في الساعة الأولى من الولادة، وارضاع المولود رضاعة طبيعية خالصة في الستة شهور الأولى بعد الولادة واستمرار إرضاع المولود حتى بلوغه عامه الثاني، وذلك لأنها تساهم في الوقاية من الالتهابات وفي التغذية السليمة لحديثي الولادة والرضع والأطفال الصغار. يجب إرضاع جميع الأطفال الرضع من الثدي عند طلبهم للرضاعة خلال ساعات النهار والليل (8 مرات أو أكثر كل 24 ساعة)، بالفدر الذي يطلبه الرضيع. خلال الستة شهور الأولى من حياة المواليد، على الأم أن تمتنع عن محاولة إرضاع وليدها عنوةً، وكذلك أن تحرص على أن تمنح طفلها الوقت اللازم للاكتفاء من الرضاعة، كما عليها أن تمتنع عن إعطاء طفلها أي أطعمة أو مشاريب أخرى طوال الستة شهور الأولى. كما يُوصى بمتابعة حديثي الولادة غير القادرين على الرضاعة الطبيعية متابعة مكثّفة، بما فيه إسداء المشورة للأشخاص القائمين على رعاية الطفل، والدعم بالنسبة لأساليب إطعام بديلة (مثل الإطعام بالكأس أو المعلقة) ومراقبة التّمو الطبيعي.

• **الحرص على وجود واتباع بروتوكول "واضح التعريف" لإحالة المواليد الذين تقل أوزانهم عن 2,500 غم عندما تكون الحالة السريرية مستقرة للمواليد الذين يولدون بوزن بين 1,500 غم و1,750 غم ولا يتغذون بشكل جيد. يجب إطعامهم حليب مُستحلب من ثدي الأم باستخدام وسيلة بديلة في الإطعام، والسماح لهم بمغادرة المستشفى بعد أن تزيد أوزانهم على 1,750 غم، وذلك طالما كان المواليد يتنفسون بسهولة وقادرين على الحفاظ على درجة حرارة أجسامهم، وكذلك إذا كانت الأمهات واثقات من مقدرتهنّ على رعاية مواليدهنّ. أمّا المواليد الذين يولدون بأوزان تتراوح بين 1,000 غم و 1,499 غم، فلا بد من إدخالهم لتلقي الرعاية في وحدة العناية المكثفة والسماح لهم بمغادرة العناية المكثفة فقط بعد أن تتجاوز أوزانهم 1,750 غم، إذا لم تكن هناك أي مضاعفات، يجب أن يتم تحديد المكوث في وحدة العناية المكثفة في كافة الحالات الأخرى حسب توقعات سير الحالة الصحية للمواليد والتكلفة بما يتماشى مع "مبادئ وتوجيهات UNHCR للإحالة لتلقي الرعاية الصحية" (2009) [UNHCR's Principles and Guidance for Referral Health Care \(2009\).](http://www.unhcr.org/refugees/pdf/unhcr-principles-guidance-referral-health-care-2009.pdf)**

• **اكتشاف حالات اليرقان الوليدي وعلاجها**  
قد ينشأ اليرقان لدى العديد من الرضع في الأسبوع الأول من الولادة، خاصة لدى الأطفال الذين يولدون قبل الأوان أو الذين يولدون بوزن متدني. في معظم الحالات، لا يكون مستوى البيليروبين الذي يُسبب اليرقان ضاراً ولا يتطلب أي علاج. ولكن إذا ظهر اليرقان خلال الـ 24 ساعة الأولى من الولادة، يجب أخذ ذلك على محمل الجد. بشكل روتيني، يجب مراقبة كافة المواليد للانتباه لظهور يرقان، ويجب قياس مصّل البيليروبين لدى كافة المواليد الذين يظهر لديهم اليرقان في غضون الـ 24 ساعة الأولى من الولادة، أو إذا ظهر اصفرار في باطن أكف اليدين أو باطن أكف القدمين في أي نقطة زمنية.

VII . رعاية المواليد ما بعد الولادة

إنّ الرعاية في الفترة المبكرة ما بعد الولادة بالغة الأهمية لخفض نسبة كبيرة من وفيات المواليد التي تحدث في اليوم الأول بعد الولادة، إذا تمّت عملية التوليد داخل مرفق صحي، فيجب الحرص على أن تحصل الأم ووليدها على رعاية لاحقة للولادة داخل المرفق الصحي لـ 24 ساعة بعد الولادة على الأقل. إمّا إذا تمّت عملية التوليد في البيت أو مرفق مجتمعي، فيتعيّن على الأم زيارة المرفق الصحي مع وليدها في أسرع وقت ممكن خلال 24 ساعة من الولادة (بتبعها زيارتان إضافيتان في اليوم الثالث وفي الأسبوع الثاني من الولادة). كما يُوصى بزيارة العاملين الصحيين إلى بيت الأم في الأسبوع الأول لتحديد الحاجة لأي رعاية إضافيّة

• إعطاء علاج وقائي مضاد للفيروسات القهقرية، لكافة المواليد الذي يولدون لأمهات مصابات بفيروس نقص المناعة البشري (HIV) اللواتي يتلقين العلاج المعياري المضاد للفيروسات القهقرية (ART)

جب إعطاء كافة المواليد المعرضين لفيروس نقص المناعة البشري (HIV) أدوية مضادة للفيروسات القهقرية في فترة ما بعد الولادة وذلك لتقليل احتمال انتقال فيروس HIV للطفل، بما يتفق مع البروتوكولات المحلية، وتوصي المبادئ التوجيهية الزاهنة بخصوص استخدام الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية للعلاج والوقاية من فيروس HIV:

[Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection 2013](#)

بلزوم إعطاء الرضع المعرضين لفيروس HIV نيفيرابين (NVP) أو زيدوفودين (AZT) يوميًا من بعد الولادة وحتى بلوغ عمر 4-6 أسابيع بغض النظر عن أسلوب إطعام الرضيع.

• العلاج بالمضاد الحيوي لكافة المواليد الذين تظهر لديهم علامات تشير إلى إصابتهم بالتهاب بكتيري خطر

إنّ الكشف والعلاج السريعين عند الاشتباه بإصابة المواليد بالالتهابات، مثل التهاب الرئة والتهاب الدم، هو أمر في غاية الأهمية. وتشمل علامات الخطر التي تدل على نشوء التهابات بكتيرية خطيرة، يرقان حاد وانتفاخ البطن، ولكن قد تضم علامات أخرى مثل انتفاخ اليافوخ واحمرار السرة وتمدد الاحمرار الى الجلد في المنطقة المحيطة بالسرة وألم وتورم المفاصل.

أمّا النظام الدوائي الموصى به لعلاج الالتهابات لدى حديثي الولادة، فمكوّن من دورة علاجية لمدة 10 - 14 يوما، يتلقى فيها الطفل حقن المضادات الحيوية في المرفق الصحي، ويقلل العلاج بالمضادات الحيوية لدى حديثي الولادة الذين تظهر لديهم علامات لالتهابات بكتيرية خطيرة، من وفيات المواليد الناجمة عن الالتهاب الرئوي بنسبة 75% والوفيات الناجمة عن تسهم الدم بنسبة 65%.



على التنبيه للمضاعفات لدى المواليد واتباع البروتوكولات في تشخيص والتعامل مع هذه المضاعفات، هو مطلب ضروري.

ولضمان اشتغال برامج صحة المواليد على خطط ملائمة لدفع جهود التوظيف وبناء الكفاءات. يجب على UNHCR وشركائها استشارة الطاقم الحالي للعاملين الصحيين في المرفق الصحي لتقييم مدى إحصاتهم بالمعرفة المهنية المطلوبة ومواقفهم والممارسات المعمول بها والتحديات المرتبطة بخدمات صحة المواليد. بوسع هذا النوع من التحليلات أن يساعد في ملاءمة خطط تدريبية لتناسب مع احتياجات البرنامج وبوسعه كذلك تحديد وجود أية معوقات في البنية أو في تخطيط البرامج قد تكون سببا في الحد من كفاءة الطاقم الصحي لتقديم خدمات نوعية عند الحاجة لها.

IX. ضمان توفير الحد الأدنى من المستلزمات والمعدات الطبية.

حددت مفوضية الأمم المتحدة بعض المستلزمات فيما سمته "المستلزمات المنقذة للحياة" (Life-Saving Commodities) وصادقت على قائمة أولية تحتوي على 13 منها. والتي إذا تم توفيرها بشكل أوسع وعند ترشيد استخدامها. فإنها قد تساهم في إنقاذ حياة أكثر من 6 مليون امرأة وطفل. وتشمل هذه القائمة المستلزمات التالية لصحة المواليد:

المستلزمات	الهدف
المضادات الحيوية التي تُعطى بالحقن (مثل أمبيسيلين، بينزويل-بنسيلين، بروكايين بينزويل البنسيلين، جينتاميسين وسيفترياكسون)	علاج تسمم الدم لدى حديثي الولادة والتهابات أخرى (بما فيه التهاب الرئة وتسمم الدم لدى الأم والزهرى وما إلى ذلك)
كورتيكوستيرويدات قبل الولادة (مثل ديكساميثازون 6ملغم)	علاج متلازمة الضائقة التنفسية لحديثي الولادة المبكرة
ثنائي جلوكونات الكلوروهيكسيدين 7.1%	للعناية بالحبل السري للوليد
معدات الإنعاش (أكياس بحجم الأطفال حديثي الولادة وأقنعة، جهاز شفط ودمية للتدريب على الإنعاش)	علاج اختناق (أسفكسيا) حديثي الولادة

هذه المنتجات الأربعة نافعة جداً وقليلة التكلفة نسبياً. ولكن هنالك تحديات على مستويات عديدة من شأنها أن تحد من استخدام هذه المنتجات أو في بعض الأحيان قد تقلل من جاعتها. ومن هذه التحديات. المعوقات التنظيمية. بما فيه اسقاط هذه المنتجات من قوائم الأدوية والأجهزة الأساسية المحلية أو إدراجها بكميات محدودة وغياب الوعي الكافي لدى المزود والمستخدم وغياب التدريب الصحيح على طرق استخدامها. بوسع UNHCR تحسين وضع برامج صحة المواليد عبر ضمان توفير هذه المستلزمات والمعدات الأساسية في غرف الولادة أو بمقرية منها في كل مرفق صحي. وضمان وجود النظم الإدارية في موضعها الصحيح لضمان حسن إدارة هذه المستلزمات. والحرص على أن يكون لدى العاملين

VIII. الحرص على وجود طاقم عمل مؤهل وبناء الكفاءات

بالإمكان خفض نصف عبء وفيات حديثي الولادة تقريباً عبر توسيع انتشار التدخلات الصحية المقدمة للأمهات وتوسيع انتشار نصف التدخلات الصحية المقدمة للمواليد. على UNHCR وشركائها التأكد من توفر طواقم العمل المؤهلة في كل المرافق الصحية داخل الحميم لتوفير الرعاية المطلوبة للأم والوليد على مدار 24 ساعة في اليوم. 7 أيام في الأسبوع.

ويعني هذا أنه يجب أن يتوفر في كل مرفق صحي مؤلدة (قابلة) واحدة على الأقل، إلى جانب الأطباء، مرضات-القابلات أو توفر كوادرات ماثلة تكون متأهبة للحضور عند الطلب في كافة الأوقات. إضافة لذلك، من المهم تحديد المسؤوليات المترتبة على الكوادرات والأفراد في تنفيذ تدخلات صحية منخفضة التكلفة وعالية التأثير في إنقاذ حياة المواليد خلال فترة الرعاية ما قبل الولادة وأثناء المخاض وعمليات التوليد وفي فترة ما بعد الولادة. ومن المهم كذلك الحرص على أن يتم تحديد هذه المسؤوليات في الوصف الوظيفي للكوادرات والأفراد.

يجب تدريب كافة العاملين الصحيين الذين يتم تعيينهم، أو المناوبين. في أقسام الأمومة وطب الأطفال. على الرعاية الأساسية بحديثي الولادة. وتزويدهم بمبادئ توجيهية أو وسائل وظيفية مساعدة لضمان حياتهم للمعرفة والثقة اللازمين لتقديم تدخلات منخفضة التكلفة وعالية التأثير التي تساهم في إنقاذ حياة المواليد. كما قد تكون هنالك حاجة لإجراء تدريبات إضافية وتوفير إشراف مهني دايم. بناءً على مستوى التأهيل والخبرة للطواقم الصحية الموجودة. وكذلك بناءً على وتيرة دوران العاملين الصحيين أو تغيير واجباتهم ومهامهم الوظيفية.

في بعض السياقات. قد تكون هنالك حاجة لبذل جهود إضافية لمساعدة الطاقم في التغلب على أفكار مسبقة تدفع إلى الاعتقاد بأن هنالك حاجة لتوفير الرعاية المكثفة لكافة حديثي الولادة الذين يجدون صعوبة في التنفس أو الحفاظ على حرارة أجسامهم. يجب تبديد هذه الاعتقادات الخاطئة ببذل الجهود اللازمة في توصيل وتثبيت المعلومات الصحيحة عبر الدعوة والتدريب والتعليم والتغيير السلوكي. التي توضح بأن التدخلات الصحية التي لا تعتمد على استخدام التكنولوجيا- مثل خفيز المواليد الذين لا يبدؤون بالتنفس تلقائياً بعد الولادة أو نظام رعاية الأم لوليدها بطريقة الكنغر للمواليد متدني الوزن- هي تدخلات ناجعة. ولأن "رعاية الحضانة" مرتبطة بنشوء مضاعفات تفوق المضاعفات التي قد تنشأ عند اتباع نظام رعاية الأم لوليدها بطريقة الكنغر. قد تستدعي الحاجة فقط. إحالة المواليد الذين ما زالوا يعانون من أمراض شديدة أو للذين ما زالت أحجامهم صغيرة جداً للحفاظ على درجة حرارة أجسامهم أو الحفاظ على التنفس أو أخذ الطعام بشكل فاعل. إن تحسين كفاءة طواقم العاملين الصحيين. في مرافق الرعاية الصحية الأولية. لتأهيلهم



يجب أن يُشكّل جُنْد عاملي الصحة المجتمعية وتدريبهم على تنفيذ الزيارات المنزلية قبل وبعد الولادة، جزءاً أساسياً في أي جهود يتم بذلها لتحسين وضع برامج صحة المواليد. إنَّ ضمان وجود التَّدريب الملائم، لدى هؤلاء العاملين الصحيين- الذين يعملون في الخطوط الأمامية في المجتمع- ليؤهلهم على إرشاد العائلات للانتباه لظهور أي إشارات تدل على مخاطر تعسر الولادة أو لمضاعفات على صحة حديثي الولادة وعلى تشجيع وتسهيل طلب الرعاية الصحية في الوقت المناسب، حيثما أمكن، وعلى التنبيه من خطورة الممارسات التَّقليديَّة الضارة، هو مطلب ضروري في أي سياق.

إضافةً إلى ذلك، في الظروف التي تكون فيها حالات الطوارئ متفاقمة، حيث حُدث معظم عمليات التَّوليد في البيت دون إشراف قابلة مؤهلة، وحيث تكون نسب التَّوجُّه لطلب الرعاية متدنيَّة، بالإمكان تشجيع وترويج بعض البرامج والتدابير الوقائية على المستوى المجتمعي، ومن هذه التدابير الوقائية، تشجيع بدء الرضاعة الطبيعيَّة المُكرِّة، والحرص على الحفاظ على اتصال جسم الطفل بجسم أمه، وتأخير غسل المولود لتجنُّب هبوط حرارة جسمه، والحرص على النَّظافة عند العناية بالجنين السري للمولود، ولكن يجب الحرص على إنشاء مرافق الخدمات الصحية وتشجيع عمليات الولادة في إطار المؤسسة الصحية، مبكراً قدر المُستطاع في حالات الطوارئ.

مصادر رئيسية - إشراك مجتمعي

[UNHCR Community-Based Approach Manual \(2006\)](#)

[UNHCR Tool for Participatory Assessments in Operations \(2006\)](#)

UNHCR Community-Based Health Workforce Guidelines (forthcoming)

#### 4.3 كيفية تحسين مراقبة البرامج الصحية التي تُعنى بحديثي الولادة

إنَّ تحسين جمع المعطيات في الأماكن التي يموت فيها الأطفال حديثو الولادة وفهم أسباب التأخير في تلقي الرعاية، هي من أولويات تصميم استراتيجيات مجتمعيَّة خاصَّة بالسياق واستراتيجيات النظام الصحي، لتحسين وضع برامج الصحة التي تُعنى بحديثي الولادة في ظروف اللجوء، على UNHCR وشركائها أن تحسن استخدام المعطيات المتوفرة وأن تحسِّن من جودة المعطيات التي يتم جمعها وأن تصل هذه المعطيات بتخطيط البرامج وتنفيذها.

##### 4.3.1 استخدام معطيات نظام المعلومات الصحية لمراقبة مدى تغطية الخدمات وتأثيرها

بالإمكان استخدام نظام المعلومات الصحية التابع لـ UNHCR لمراقبة نسب الوفيات ومدى تغطية الخدمات الصحية الأساسية لحديثي الولادة.

الصحيين المهارات والثقة المطلوبة لضمان استخدامها بالشكل السليم.

هنالك حاجة لتوفير أدوية ومستلزمات ومعدات إضافية لتقديم تدخّلات صحية منخفضة التكلفة وعالية التأثير، والتي ورد وصفها أعلاه (مثل مكملات الحديد وحمض الفوليك، لقاح ذوفان الكُزاز، العلاج الوقائي المتقطَّع خلال الحمل باستخدام سولفادوكسين-بيريميثامين-PTp-SP، الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية ARV، أدوية وقف التَّقَلُّصات لتأخير الولادات المُكَّرة، سماعات طبية لفحص الأم والجنين وأطقم التسريب داخل الوريد) بالإمكان إيجادها على قائمة UNHCR للأدوية الأساسية والمستلزمات الطبية (2013): [UNHCR list of essential medicines and medical supplies \(2013\)](#).

X. إشراك أفراد المجتمع في الجهود من أجل تحسين الوصول للخدمات الصحية واستخدامها بالإمكان استدامة التَّحسينات في وضع برامج صحة المواليد، فقط عند إشراك أفراد المجتمع في تحسين مدى تغطية الخدمات، بإمكان تعبئة المجتمع وتنفيذ عملي الصحة المجتمعيَّة زيارات قبل الولادة وبعدها، أن تكمل الرعاية التي تُعطى في المرفق الصحي وذلك بواسطة زيادة الوعي للانتباه لعلامات الخطر التي تدل على احتمال تعسر الولادة ونشوء مضاعفات لدى حديثي الولادة، وبتشجيع أهميَّة تواصل العائلة بالنظام الصحي، وبمراقبة تأثير التَّدخلات الصحية.



أوغندا / UNHCR / ف. نوي / نوفمبر 2012

تشمل المؤشرات الرئيسية لدى تغطية الخدمات الصحية لحديثي الولادة التي بالإمكان الحصول عليها باستخدام تقارير نظام المعلومات الصحية :

المجال	المؤشر	التعريف
الرعاية- فترة ما قبل الولادة		
الرعاية ما قبل الولادة (نظام المعلومات الصحية - القسم 9.1)	نسبة الزيارات التي تندرج تحت الزيارة الأولى للرعاية ما قبل الولادة خلال الثلاثة شهور الأولى من الحمل	عدد الزيارات الأولى للرعاية قبل الولادة التي تمت في الثلاث شهور الأولى/ مجمل عدد الزيارات الأولى ما قبل الولادة × 100
	مدى تغطية خدمة فحص الزهري خلال الحمل	عدد النساء الحوامل اللواتي خضعن لفحص الزهري خلال الحمل/ مجمل عدد الولادات الحية × 100
	مدى تغطية التطعيم للكزاز قبل الولادة	عدد النساء الحوامل اللواتي تلقين جرعتين على الأقل من لقاح ذوفان الكزاز خلال الحمل/ مجمل عدد الولادات الحية × 100
	مدى تغطية العلاج الوقائي المتقطع للعلاج من الملاريا أثناء الحمل	عدد النساء الحوامل اللواتي تلقين جرعتين من سولفادوكسين-بيريميثامين خلال الحمل/ مجمل الولادات الحية × 100
الرعاية أثناء التوليد		
الرعاية أثناء التوليد (نظام المعلومات الصحية - القسم 9.2)	نسب الولادات التي تمت بإشراف مختص قبالة مؤهل	عدد الولادات التي تمت بإشراف دكتور، قابلات أو مرضات لديهن مهارات توليد/ مجمل عدد الولادات × 100
	نسب الولادات التي تمت في مرفق صحي بتوفر خدمات رعاية التوليد في حالات الطوارئ (EmOC)	عدد الولادات في مركز صحي داخل الحميم أو في مستشفى حكومي تتوفر به خدمات رعاية التوليد في حالات الطوارئ/ مجمل عدد الولادات × 100
الرعاية بعد الولادة		
توزيع فيتامين "أ" (نظام المعلومات الصحية - القسم 7.3)	مدى تغطية خدمة توزيع فيتامين "أ" بعد الولادة	عدد النساء اللواتي تلقين جرعة واحدة من فيتامين "أ" الوقائي خلال 6 أسابيع من الإيجاب/ مجمل عدد الولادات الحية × 100
الرعاية بعد الولادة (نظام المعلومات الصحية - القسم 9.3)	مدى تغطية خدمات الرعاية الشاملة في مرحلة ما بعد الولادة	عدد النساء اللواتي حضرن إلى خدمات الرعاية بعد الولادة 3 مرات خلال ستة أسابيع بعد الإيجاب/ مجمل الولادات الحية × 100
منع نقل فيروس نقص المناعة البشري HIV من الأم لطفلها		
منع نقل فيروس HIV من الأم لجنتها قبل الولادة (نظام المعلومات الصحية - القسم 10.3)	مدى تغطية الخدمة الاستشارية قبل الخضوع للفحص (مدى تغطية خدمة منع نقل فيروس HIV من الأم لطفلها)	عدد الزيارات الأولى لخدمات الرعاية قبل الولادة التي تلقت فيها الأم خدمة استشارية قبل الفحص/ مجمل عدد الزيارات الأولى لخدمات الرعاية قبل الولادة
منع نقل فيروس HIV من الأم لجنتها أثناء المخاض وأثناء عملية الإيجاب (نظام المعلومات الصحية - القسم 10.4)	نسبة الأمهات التي تناولن دواء مضاد للفيروسات القهقرية ARV خلال المخاض/ عملية الإيجاب	عدد الأمهات المصابات بفيروس HIV اللواتي تناولن أدوية ARV خلال المخاض وأثناء عملية الإيجاب/ مجمل عدد الأمهات المنجبات المصابات بـ HIV × 100
	نسبة حديثي الولادة الذين تم إعطائهم ARV بعد مرور أقل من 72 ساعة من الولادة	عدد مواليد الأمهات المصابات بـ HIV الذين تم إعطائهم ARV خلال 72 ساعة من الولادة/ مجمل عدد الأطفال الذين ولدوا لأمهات مصابات بـ HIV
منع نقل فيروس HIV من الأم لطفلها بعد الولادة (نظام المعلومات الصحية - القسم 10.5)	نسبة النساء المصابات بفيروس HIV واللواتي تلقين زيارة رعاية بيتية واحدة على الأقل	عدد الأمهات المصابات بفيروس HIV اللواتي تلقين زيارة استشارية بيتية بعد الولادة/ مجمل عدد الأمهات المنجبات المصابات بـ HIV × 100
	نسبة المواليد الرضع الذين بدأوا بتلقي كوتريموكسازول	عدد الأمهات المصابات بـ HIV اللواتي بدأن بتلقي علاج وقائي بكوتريموكسازول / مجمل عدد الأمهات المنجبات المصابات بـ HIV × 100

#### 4.3.2 استعمال سجلات المرفق الصحي ومصادر أخرى للمعطيات الروتينية لتقييم الاحتياجات ومراقبة جودة البرامج

عند إجراء فحص دقيق لسجلات المرفق الصحي . بالإمكان التوصل إلى مفاهيم إضافية فيما يتعلق بعبء الوفيات لدى السكان بواسطة تحديد الحالات التي وقعت فيها أخطاء في تحديد/تصنيف أسباب وفيات حديثي الولادة ووفيات الأجنة. وبالتالي المساهمة في تحسين إسناد سبب الوفاة.

مثلاً، بالإمكان أيضاً مراجعة سجل عمليات الإيجاب لتحديد نسبة وفيات حديثي الولادة التي تقع لدى الأطفال متدني الوزن (يورد نظام المعلومات الصحية نسبة الولادات الحية متدنية الوزن فقط).

المؤشر	التعريف
نسبة وفيات حديثي الولادة بوزن متدني	عدد وفيات حديثي الولادة الذين تقل أعمارهم عن 28 يوماً بوزن أقل من 2,500 غم/ مجمل عدد وفيات حديثي الولادة الذين تقل أعمارهم عن 28 يوماً

قد تساعد مراقبة هذا المؤشر في قياس التّقدم في الوقاية من تعقيدات الولادة المبكرة وعلاجها. وكذلك مراقبة التّقدم في الجهود التي تُبذل من أجل تحسين الرعاية لحديثي الولادة متدني الوزن. مثل رعاية الأم لوليدها على طريقة الكنغر.

إضافةً إلى ذلك، بالإمكان مراجعة سجلات عمليات الولادة لتقييم نسبة الأطفال الذين تنجح جهود الإنعاش في إنقاذهم.

المؤشر	التعريف
نسبة حديثي الولادة مع علامة أبجار (APGAR) الأولى > 3 وعلامة أبجار التالية < 7	عدد الولادات مع علامة أبجار > 3 وعلامة أبجار التالية < 7 عدد الولادات مع علامة أبجار الأولى > 3

قد تُساهم مراقبة هذا المؤشر في قياس تحسين كفاءة عملي الصحة في تنفيذ الإنعاش لحديثي الولادة بما في ذلك تخفيف الوليد وإجراء التنفس الصناعي له بواسطة الكيس والقناع.

قد توفر الاستقصاءات المعيارية للتغذية الموسّعة [Standardized Expanded Nutrition Surveys](#) فهم إضافي بالنسبة لدى تغطية خدمات الصحة الأساسية. لصحة وإنقاذ حديثي الولادة. مثل استخدام شباك الناموس المعالجة بمبيدات الناموس. مدى تغطية مكملات الحديد- حمض الفوليك وممارسات الرضاعة الطبيعية المبكرة والخالصة.

ولأنّ تقارير نظام المعلومات الصحية التي يتم إصدارها تعتمد على معطيات يتم توثيقها في سجلات المرفق الصحي، فإنّه من الضروري بذل كافة الجهود الممكنة لضمان دقة هذه السجلات واشتمالها على معطيات كاملة. في بعض الظروف، قد تكون هنالك تحديات منهجية تساهم في خلق فجوات معلوماتية، في كثير من الحالات، لا يكون عدم/ أو التغاضي عن الإبلاغ متعمّداً، بل قد يكون ذلك ناجماً عن عدم وجود نظام واضح للإبلاغ عن الوفيات التي تحدث في البيت أو في المراكز المجتمعية، أو أنه لا يتم مشاركة السجلات التي بحوزة المسؤولين المجتمعيين مع جهات رسمية هامة. وفي المناطق التي تتسم بمستوى عالٍ من التقلبات السكانية، أو بتعدّد مزوّدي الخدمات الصحية، أو باعتماد كثيف على إحالة المرضى لمرافق الخدمات الصحية المحلية، فقد يكون من الصعب الحصول على تقييمات شاملة ودقيقة لاحتياجات السكان. من المصادر الروتينية للمعطيات.

لو كان بالإمكان توثيق كافة الولادات والوفيات التي تحدث في المجتمع والمرافق الصحية في سجلات مركزية، تُستخدم لإصدار تقارير نظام المعلومات الصحية، لكان بالإمكان استخدام هذه التّقارير كأداة قيّمة لمراقبة تأثير برامج الصحة التي تُعنى بحديثي الولادة. وتشمل المؤشرات الخاصة التي بالإمكان تعقبها:

النطاق	المؤشر	التعريف	ملاحظات
الوفاة حسب السبب (نظام المعلومات الصحية - القسم 2.2)	معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة (NNMR)	عدد وفيات الأطفال حديثي الولادة في خلال 28 يوماً من الولادة/ مجمل الولادات الحية × المرفق الصحي: تعتمد الدقة على تسجيل المعطيات في المرفق بشكل دقيق وتأم	محاولة رصد كافة الوفيات التي تحدث في التجمع السكاني أو في المرفق الصحي: تعتمد الدقة على تسجيل المعطيات في المرفق بشكل دقيق وتأم
الرعاية عند الولادة (نظام المعلومات الصحية - القسم 9.2)	معدل ولادة الأجنة الميتة	عدد الأجنة الميتة/ العدد الإجمالي للولادات الحية × 1000 (الحمل)	ولادة الأجنة الميتة (موت الجنين بعد 22 أسبوعاً من الحمل)
	نسبة المواليد متدنيي الوزن	عدد الولادات الحية التي يقل فيها وزن المولود عن 2,500 غم/ مجمل عدد الولادات الحية × 100	عدد الولادات الحية التي يقل فيها وزن المولود عن 2,500 غم/ مجمل عدد الولادات الحية × 100





الأردن / UNHCR / أ. بورفيز / أكتوبر 2012

### 4.3.3 استخدام بطاقة الأداء الموزونة لمراقبة كفاءة

#### المرفق الصحي في توفير الخدمات

بالإضافة إلى تقديم البرامج الصحية، على UNHCR وشركائها أن تقيّم بانتظام. جاهزية المرفق الصحي لتوفير خدمات الصحة للمواليد. بالرغم من أن بطاقة الأداء الموزونة الخاصة بـ [UNHCR Balanced Scorecard](#) مصممة لتقييم الجودة الإجمالية للرعاية التي توفرها مرافق الرعاية الصحية الأولية، وليس الرعاية النوعية لحديثي الولادة. إلا أنها تحتوي على عدد من المؤشرات المرتبطة بالرعاية قبل الولادة والرعاية عند التوليد بشكل خاص. كما أنها تحتوي على مقاييس عامة أخرى عن كفاءة توفير الخدمات ومدى رضى مزود الخدمات والمرضى. ما قد ينتج عنها بعض المعلومات المفيدة في تحسين برامج صحة المواليد.

تشمل بطاقة الأداء الموزونة مؤشرات مرتبطة مباشرة ببرامج صحة حديثي الولادة:

القسم	المجال	الأسلوب	المؤشر
1. كفاءة تقديم الخدمات: مستلزمات	مستلزمات الرعاية السابقة للولادة (بطاقة الأداء الموزونة - قسم 1.4)	مراقبة المرفق الصحي	1.4.1 يحتوى المرفق الصحي على 4 مستلزمات أساسية لدعم الرعاية السابقة لفترة الولادة، متوفر في يوم التقييم (معقم يعمل بالحرارة الجافة، جهاز قياس ضغط الدم، طقم فحص الزهري، ألبوستيكس لفحص البروتين)
	أدوية الرعاية السابقة للولادة (بطاقة الأداء الموزونة - قسم 1.6)	مراقبة المرفق الصحي	1.6.1 في المرفق الصحي 3 أدوية أساسية خاصة بالعناية السابقة للولادة، متوفرة في يوم التقييم (حديد، حمض الفوليك، العلاج الوقائي المتقطع للحوامل (IPT)
2. كفاءة توفير الخدمات: العمليّة	التدريب في رعاية الأمومة/حديثي الولادة (بطاقة الأداء الموزونة - القسم 2.6)	مقابلة عامل صحي	2.6.1 عندما تمت مقابلة العامل الصحي أخبر بأنه تلقى تدريب قبل الخدمة أو أثناء تقديم الخدمة في مجال صحة الأمومة وحديثي الولادة (مثال تدريب EmONC) في الـ 12 شهر الأخيرة.

### 4.3.3 نشاطات إضافية لتوجيه التحسينات لبرامج صحة المواليد

قد تساعد جهود إضافية على صعيد المراقبة أو التقييم أو نشاطات البحث في فهم العوامل الخاصة بالسباق والتي تسهم في وفيات الأطفال، مثل الحواجز الاجتماعية-الثقافية التي تحول دون طلب الرعاية الصحية أو المعينات المرتبطة بالنظام الصحي التي تحُد من كفاءات العاملين الصحيين في توفير الرعاية. فواحدة من هذه النشاطات، التي ساهمت بشكل كبير في توفير المعلومات لتطوير هذه المبادئ التوجيهية التي نحن بصددتها، هي إجراء تقييمات فاحصة لحوادث الوفاة لدى حديثي الولادة، إن هذه

إضافة إلى ذلك، قد يدل سوء الأداء بالنسبة لمؤشرات أخرى، على وجود مشاكل أوسع والتي قد يكون لها تأثير سلبي على الكفاءة في توفير خدمات الرعاية بحديثي الولادة في المرفق الصحي. مثلاً، نقص الأغراض اللازمة لمكافحة العدوى ووجود فجوات في سلسلة الإمدادات الباردة لأدوية ومستلزمات أساسية (بما فيه المضادات الحيوية) وانعدام وجود نظام فاعل في إحالة المرضى للعلاج، كل ذلك قد يحد من الكفاءة لتنفيذ عمليّات إجاب نظيفة وآمنة، كما يحد من إعطاء اللقاحات الضرورية وضمان وصول الأمهات والأطفال الذين يمرون بتعقيدات، لرعاية نوعيّة في الوقت المناسب.

مشاركة المهمات. كما قد يدفع وجود الفجوات في تزويد الخدمات. الجهود لتطوير برامج تدريبية مُستهدفة أو مبادئ توجيهية أو مساعدات وظيفية أو تقوية الإشراف الداعم أو الإرشاد في بعض الجوانب المحورية. لا بد من أن تكون عملية تحسين وضع برامج صحة المواليد عملية متواصلة. مع إجراء تقييمات فاحصة لحوادث الوفاة حيثما أمكن لتحديد العوامل التي تُسهم في كل وفاة وإنشاء حلقات التعقيب على المعلومات لضمان استخدام والاستفادة مما يتم اكتشافه من معلومات في هذه التقييمات. وبالتالي لتعزيز جهود تخطيط هذه الخدمات على مستوى المجتمع المحلي والمرفق الصحي.

التقييمات لحالات الوفاة التي تقع داخل المرفق الصحي والتشريح اللفظي المجتمعي هي أساليب مُختبرة لمعرفة أسباب الوفاة الطبية والتحقق من العوامل الشخصية والعائلية والظروف المجتمعية التي قد تكون أسهمت في الوفاة. والهدف من هذه الإجراءات هو زيادة الوعي لدى المختصين الصحيين والإداريين ومديري البرامج وأفراد المجتمع بشأن العوامل التي بالإمكان تغييرها داخل المرفق الصحي وفي المجتمع المحلي. وبالتالي خفض العمل للوقوف على هذه العوامل بغية منع المزيد من الوفيات لحديثي الولادة. لا بد من تطبيق هذه التدخلات منخفضة التكلفة وعالية التأثير. المقترحة في هذه المبادئ توجيهية. في كافة الحالات. ليست هنالك حاجة لإجراء تقييمات سابقة أو تشريعات لفظية لتطبيقها. نوصي بالنشاطات المبينة أدناه. فقط في المواقع التي تتوفر فيها موارد كافية لتطبيقها.

#### • التقييمات الفاحصة لحوادث الوفاة هي

حقيقات معتمّقة للوقوف على الأسباب والظروف التي تحيط بوفيات الأمهات ووفيات الأجنة قبل الولادة، التي تحدث في المرافق الصحية وفي المجتمع المحلي. وتتمحور هذه التقييمات عادة حول العوامل التي تتسبب بالوفاة والتي بالإمكان تجنبها أو منعها.

#### • التشريح اللفظي وهو أسلوب يعتمد على جمع

معلومات، داخل المجتمع المحلي، من الأشخاص الذين اعتنوا بالمتوفى أو الذين اعتنوا فيه قريبا من حدوث الوفاة وذلك بغية تحديد سبب الوفاة.

بالإمكان استخدام هاذين الأسلوبين كلّ على حدة أو بشكل مستقل أو معاً لتطوير فهم شامل للظروف التي تؤدي إلى/ أو المحيطة بكل وفاة لحديثي الولادة. سواء قام بهذه التقييمات مهنيون مختصون بالطب السريري ولهم علاقة بحالة الوفاة أو سواء قام بها فريق تقييمي مُستقل. يجب أن يقوم بهذا النوع من العمل أطباء مدربين على أدوات وإجراءات تقييمية لحوادث الوفاة. وذلك باستخدام أدوات وعمليات معيارية ومُطوّعة للسياق. إذا تمت هذه الإجراءات الفاحصة في نطاق العمل التقييمي بشكل سرّي. وبأسلوب خالٍ من التهديد. وتمت مناقشة النتائج بهدف تحسين تقديم خدمات الصحة. عوضاً عن توجيه اللوم. فإنّ المعلومات التي بالإمكان جمعها عبر تقييم حالات الوفاة والتشريح لفظي. قد تُساهم في دفع الجهود باتجاه تحسين الوصول للخدمات وتحسين جودتها. مثلاً إذا بيّنت تقييمات حادثة وفاة ما وجود حواجز حول دون الوصول الرعاية. فبالإمكان اقتراح استراتيجيات لتمكين أفراد المجتمع المحلي من الوصول إلى خدمات الرعاية. وبالمثل. إذا أظهرت التقييمات وجود معوّقات حول دون تقديم الخدمة. أو وجود فجوات في جودة الخدمات في المرفق الصحي. فبالإمكان بذل الجهود المطلوبة لزيادة أو تعزيز القوة العاملة. أو تحسين مهارات كوادر معينة من أجل تسهيل

## 5. ملاحق

### المصادر الرئيسية

#### المصادر العامة

- [Every Newborn Action Plan \(2014\)](#)
- [Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health: Recommendations \(2011\)](#)
- [Partnership for Maternal, Newborn and Child Health \(2005\)](#)
- [United Nations Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children \(2012\)](#)
- [Child Survival Call to Action: A Promise Renewed \(2012\)](#)
- [Lancet Every Newborn Series \(2014\)](#)
- [Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings \(2010\)](#)

#### مبادئ توجيهية للخدمات الصحية

- [UNHCR Strategic Plan for Anaemia Prevention, Control and Reduction \(2008\)](#)
- [UNHCR Policy Statement of HIV Testing and Counselling in Health Facilities for Refugees \(2014\)](#)
- [WHO Managing Complications in Pregnancy and Childbirth \(2003\)](#)
- [UNHCR Principles and Guidance for Referral Health Care \(2009\)](#)
- [UNICEF Toolkit for Setting Up Special Care Newborn Units, Stabilization Units and Newborn Care Corners \(2011\)](#)
- [UNHCR Malaria Prevention Quick Checklist \(2013\)](#)

#### مبادئ توجيهية الرضاعة الطبيعية

- [WHO Guidelines on improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition \(2013\)](#)
- [WHO Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low and middle income countries \(2011\)](#)
- [WHO Framework for Priority Action: HIV and Infant Feeding \(2012\)](#)



أثيوبيا/ أنقذوا الأطفال / ي. سيجورداردوتير / يناير 2013



- [Scaling Up Lifesaving Commodities for Women, Children and Newborns: An Advocacy Toolkit \(2013\)](#)
- **مبادئ توجيهية صادرة عن منظمة الصحة العالمية**
- [WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn \(2013\)](#)
- [WHO Guidelines on Basic Newborn Resuscitation \(2012\)](#)
- [WHO Brief on the Implementation of Intermittent Preventative Treatment of Malaria in Pregnancy \(2013\)](#)
- [WHO Recommendation on Optimal Timing of Cord Clamping for the Prevention of Iron Deficiency Anaemia in Infants \(2013\)](#)
- [WHO Programmatic Update on Use of Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants \(2012\)](#)
- [WHO Guidelines on Caring for Newborns and Children in the Community – Caring for Newborns at Home \(2012\)](#)
- [WHO Guidelines on Optimal Feeding of Low Birth-Weight Infants in Low- and Middle- Income Countries \(2011\)](#)
- [WHO Recommendations for Management of Common Childhood Conditions: Evidence for Technical Update of Pocket Book Recommendations: Newborn Conditions, Dysentery, Pneumonia, Oxygen Use and Delivery, Common Causes of Fever, Severe Acute Malnutrition and Supportive Care \(2011\)](#)
- [WHO Guidelines on HIV and Infant Feeding: an updated framework for priority action \(2010\)](#)
- [WHO Position paper on polio vaccines and polio immunization \(January 2014\).](#)
- [WHO and UNICEF Home Visits for the Newborn Child: A Strategy to Improve Survival \(2009\)](#)
- [WHO IMCI Chart Booklet \(2008\)](#)
- [WHO Standards for Maternal and Newborn Health \(2007\)](#)
- [WHO Guidelines on Managing Complications in Pregnancy and Childbirth \(2007\)](#)

- UNHCR Standard Operating Procedures for the Handling of Breast Milk Substitutes in Refugee Situations (*forthcoming*)

#### إشراك المجتمع المحلي

- [UNHCR Community-Based Approach Manual \(2008\)](#)
- [UNHCR Tool for Participatory Assessments in Operations \(2006\)](#)
- UNHCR Community-Based Health Workforce Guidelines (*forthcoming*)

#### الأدوية الأساسية ومُستلزمات

- [UNHCR Essential Medicine and Medical Supplies Policy and Guidance \(2013\)](#)
- [UNHCR List of Essential Medicines and Supplies \(intranet\) \(2013\)](#)

#### أدوات التقييم والمراقبة

- [UNHCR Health Information System](#)
- [UNHCR Balanced Scorecard](#)
- [UNHCR Maternal Death Review Tool](#)
- [WHO Verbal Autopsy Standards and Tools](#)

#### مصادر إضافية

##### مصادر عامة

- [Newborn Health Services Rapid Health Facility Assessment \(2012\)](#)
- [Priority life-saving medicines for women and children \(2012\)](#)
- [Global Review of the Key Interventions Related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health \(2011\)](#)
- [Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion Care, Maternal, Newborn and Child Health \(2010\)](#)
- [Working with Individuals, Families and Communities to Improve Maternal and Newborn Health \(2010\)](#)
- [WHO Essential Newborn Care Course \(2010\)](#)
- [Demand Generation I-Kit for Underutilized Commodities in RMNCH \(2014\)](#)

## 6. المراجع المُقتبسة

1. Liu L, Johnson H, Cousens S, et al. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet* 2012; 379(9832): 2151 - 61.
2. Save the Children. Surviving the First Day: State of the World's Mothers 2013: Save the Children, 2013. Available at: <http://www.refworld.org/docid/51a5ad654.html>
3. Morof DF, Kerber K, Tomczyk B, et al. Neonatal survival in complex humanitarian emergencies: setting an evidence-based research agenda. *Confl Health* 2014; 8(1): 8.
4. March of Dimes, Partnership for Maternal N, and Child Health, Save the Children, World Health Organization. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Geneva: World Health Organization, 2012. Available at: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/born\\_too\\_soon/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/)
5. Newman L, Kamb M, Hawkes S, et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med* 2013; 10(2): e1001396.
6. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *The Lancet* 2014.
7. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013.
8. Bergh A-M, Kerber K, Abwao S, et al. Implementing facility-based kangaroo mother care services: lessons from a multi-country study in Africa. *BMC Health Services Research* 2014; 14(1): 293.





مبادئ توجيهية عملية لتحسين  
صحة المواليد في عمليات اللاجئين

 **UNHCR**  
The UN Refugee Agency  
المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين

للإتصال: [HQPHN@unhcr.org](mailto:HQPHN@unhcr.org)