

البيانات الوصفية لمؤشر أهداف التنمية المستدامة

(Harmonized metadata template - format version 1.0)

0. معلومات المؤشر

0.a. الهدف

الهدف ٣: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار.

0.b. الغاية

الغاية ٣-٣: القضاء على أوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة، ومكافحة الالتهاب الكبدي الوبائي، والأمراض المنقولة بالمياه، والأمراض المعدية الأخرى بحلول عام ٢٠٣٠

0.c. المؤشر

المؤشر ٣-٣-٣: عدد حالات الإصابة بالملاريا لكل ١,٠٠٠ من السكان

0.d. السلسلة

لا ينطبق

0.e. تحديث البيانات الوصفية

31 آذار/مارس 2022

0.f. المؤشرات ذات الصلة

0.g. المنظمات الدولية المسؤولة عن الرصد العالمي

برنامج الملاريا العالمي في منظمة الصحة العالمية (WHO)

1. الإبلاغ عن البيانات

1.A. المنظمة

برنامج الملاريا العالمي في منظمة الصحة العالمية (WHO)

2. التعريف والمفاهيم والتصنيفات

2.A. التعريف والمفاهيم

التعريف:

يتم تعريف حالات الإصابة بالملاريا على أنه عدد الحالات الجديدة المعرضة للإصابة بالملاريا لكل ١,٠٠٠ شخص في كل عام.

المفاهيم:

يتم تعريف حالة الملاريا على أنها إصابة شخص ما بعدوى الملاريا مع تأكيد وجود طفيليات الملاريا في دمه من خلال إجراء اختبار تشخيصي. والسكان المستهدفون هم السكان المعرضون لخطر الإصابة بالمرض.

2.B. وحدة القياس

الحالات لكل ١,٠٠٠ من السكان المعرضين لخطر الإصابة بالملاريا.

2.c. التصنيفات

لا ينطبق

3. نوع مصدر البيانات وطريقة جمع البيانات

3.A. مصادر البيانات

يتم الحصول على الحالات التي يبلغ عنها البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا من نظام المراقبة الخاص بكل بلدٍ الأمر الذي يشمل، من بين أمور أخرى، معلومات عن عدد الحالات المشتبه فيها، وعدد الحالات التي تم اختبارها، وعدد الحالات الإيجابية بحسب طريقة الكشف وبحسب الأنواع وكذلك عدد المنشآت الصحية التي تبليغ عن هذه الحالات. يتم تلخيص هذه المعلومات في تطبيق DHIS2 الذي تم تطويره لهذا الغرض. تتوفر بيانات المسوح الأسرية الممثلة للبلد أمام العموم وتشمل المسوح الأسرية الديموغرافية الوطنية (DHS) أو مسح مؤشرات الملاريا (MIS).

3.B. طريقة جمع البيانات

يتمثل النضير الرسمي لكل بلد في البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا في وزارة الصحة.

3.C. الجدول الزمني لجمع البيانات

يتم جمع البيانات سنوياً.

3.D. الجدول الزمني لنشر البيانات

يتم إصدار البيانات سنوياً.

3.E. الجهات المزودة للبيانات

البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا هو المسؤول عن جمع المعلومات في كل بلد.

3.F. الجهات المجمعّة للبيانات

إن وحدة المراقبة والرصد والتقييم التابعة للبرنامج العالمي لمكافحة الملاريا هي المسؤولة عن جمع ومعالجة كافة المعلومات ذات الصلة. ويتم تقدير التقديرات الوطنية لبعض الدول بالتعاون مع مشروع أطلس الخاص بالملاريا، التي تم تعيينها كمركز متعاون مع منظمة الصحة العالمية في نموذجة الأمراض الجغرافية المكانية.

3.G. التفويض المؤسسي

تم اعتماد أهداف الاستراتيجية التقنية العالمية لمكافحة الملاريا 2030-2016 من قبل جمعية الصحة العالمية رقم https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253469/A68_R1_REC1-18-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

وطلبت الجمعية من منظمة الصحة العالمية رصد التقدم المحرز في تحقيق أهداف الاستراتيجية التقنية العالمية (GTS). تقرير الملاريا في العالم هو العملية التي يتم من خلالها رصد الاستراتيجية التقنية العالمية (GTS) لكل بلد ولكل والأقاليم حسب منظمة الصحة العالمية والعالم.

4. اعتبارات منهجية أخرى

4.A. الأساس المنطقي

لقياس اتجاهات الإصابة بالملاريا وتحديد المواقع التي يكون فيها خطر الإصابة بالأمراض أعلى. باستخدام هذه المعلومات، يمكن أن تستجيب البرامج للاتجاهات غير العادية، مثل الأوبئة، وتوجيه الموارد إلى السكان الأكثر احتياجاً. كما تعمل هذه البيانات على إعلام تخصيص الموارد العالمية للملاريا، مثلاً عند تحديد معايير الأهلية لتمويل الصندوق العالمي.

4.B. التعليقات والقيود

- يمكن أن يختلف تقدير حالات الإصابة عن الحالات التي تبلغ عنها وزارة الصحة، الأمر الذي يمكن أن يتأثر بما يلي:
- مدى اكتمال الإبلاغ: يمكن أن يكون عدد الحالات المبلغ عنها أقل من الحالات المقدره إذا كانت النسبة المئوية للمرافق الصحية التي تقدم البلاغات في الشهر الواحد أقل من 100٪.
- مدى اختبار تشخيص الملاريا (عدد الشرائح التي يتم فحصها أو فحص التشخيص السريع الذي تم إجراؤه)
- استخدام المرافق الصحية الخاصة غير المدرجة في العادة في أنظمة الإبلاغ.
- تقدير المؤشر فقط عند انتقال عدوى الملاريا.

4.C. طريقة الاحتساب

إن الإصابة بالملاريا (1) هي عدد الحالات الجديدة لكل 100,000 شخص في السنة مع استثناء عدد سكان بلد ما من التوقعات التي تقوم بها شعبة السكان في الأمم المتحدة وتقدير النسبة المعرضة لخطر الإصابة من قبل البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا في بلد ما. وبشكل أكثر تحديداً، يقوم البلد بتقدير إجمالي نسبة السكان المعرضين لخطر الإصابة بالملاريا، وبعد ذلك، في كل عام، يتم تقدير إجمالي عدد السكان المعرضين للخطر على أنه عدد سكان الأمم المتحدة لذلك العام، مضروباً في نسبة السكان المعرضين للخطر عند خط الأساس. ويتم استخدام ذات النسبة من السكان المعرضين للخطر للسلسلة الزمنية بأكملها لضمان إمكانية مقارنة التقديرات عبر الزمن.

يتم تقدير عدد الحالات الجديدة، T، من عدد حالات الملاريا التي أبلغت عنها وزارة الصحة والتي تم تعديلها لتأخذ في الاعتبار (أ) اكتمال نظم الإبلاغ (ب) المرضى الذين يبحثون عن العلاج في القطاع الخاص، أو الطبيب الذاتي أو لا تسعى للحصول على العلاج على الإطلاق، و (ج) احتمال المغالاة في التشخيص بسبب عدم تأكيد المختبر للحالات. الإجراء الموصوف في تقرير الملاريا العالمي لعام 2009 (2)، يجمع بين البيانات التي أبلغت عنها البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا NMCPs (الحالات المبلغ عنها، واكمال الإبلاغ واحتمال أن تظهر الحالات استجابة للطبليات) مع البيانات التي تم الحصول عليها من المسوح الأسرية الممثلة وطنياً بشأن استخدام الخدمات الصحية. أي ببايجاز:

$$T=(a+(c \times e)/d) \times (1+h/g+((1-g-h)/2)/g)$$

حيث:

- a هو عدد حالات الملاريا المؤكدة في القطاع العام
- b هو عدد الحالات المشتبه فيها التي تم فحصها
- c هو عدد الحالات المفترضة (التي لم يتم اختبارها، ولكنها عولجت على أنها ملاريا)
- d هو معامل اكتمال الإبلاغ
- e هو معدل إيجابية الاختبار (جزء إيجابي من الملاريا) b/a
- f هي الحالات المقدره في القطاع العام، محسوبة على أساس $d/((c \times e) + a)$
- g هو الجزء الذي يسعى للعلاج في القطاع العام
- h هو الجزء الذي يسعى للعلاج في القطاع الخاص
- i هي الجزء الذي لا يحتاج إلى علاج، محسوباً بواسطة $(1-g-h)/2$
- j هي الحالات في القطاع الخاص، محسوبة على أنها $f \times h/g$
- k هي الحالات ليست في القطاع الخاص وليست في القطاع العام، محسوبة بواسطة $f \times i/g$
- T هي مجموع الحالات، محسوبة بواسطة $f + j + k$.

لتقدير عدم اليقين في عدد الحالات، كان من المفترض أن يكون لمعدل اختبار الإيجابية توزيع طبيعي يركز على قيمة معدل إيجابية الاختبار وانحراف معياري معرف على أنه 0.244 × معدل إيجابية الاختبار 0.5547

$$0.244 \times \text{Test positivity rate}^{0.5547}$$

وتم اقتطاعه ليكون في النطاق 0، 1. تم اقتراض أن اكتمال الإبلاغ يحتوي على واحد من ثلاثة توزيعات، اعتماداً على القيمة التي يبلغ عنها البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا NMCP. إذا كانت القيمة أكبر من 80٪، يفترض أن يكون التوزيع مثلثاً، بحدود 0.8 و 1 ويكون الحد الأقصى عند 0.8. إذا كانت القيمة أكبر من 50٪ ولكن أقل من أو تساوي 80٪، يفترض أن يكون التوزيع مستطيلاً، بحدود 0.5 و 0.8. أخيراً، إذا كانت القيمة أقل من 50٪، فمن المفترض أن يكون التوزيع مثلثاً، بحدود 0 و 0.5 ويكون الحد الأقصى عند 0.5 (3). ويتم اقتراض أن نسبة الأطفال الذين سعوا للحصول على الرعاية في القطاع الخاص وفي القطاع العام لديهم توزيع بيتا، حيث تكون القيمة المتوسطة هي القيمة

المقدرة في المسح ويتم حساب الانحراف المعياري من نطاق قترات الثقة (CI) المقدرة بـ 95% مقسومة على 4. يفترض أن يكون توزيع نسبة الأطفال الذين لم يتم طلب الرعاية لهم توزيعاً مستطيل الشكل، مع الحد الأدنى 0 والحد الأقصى يُحسب على النحو التالي:

1 - نسبة من يطلبون الرعاية الصحية القطاع العام - نسبة من يطلبون الرعاية الصحية القطاع الخاص

تم استيفاء قيم نسبة من يطلبون الرعاية الصحية بشكل خطي بين السنوات التي أجري فيها المسح، وتم استقرارها للسنوات السابقة للمسح الأول أو السنوات التي تلت المسح الأخير. تم احتساب القيم الناقصة للتوزيعات باستخدام مزيج من توزيع البلد، مع احتمال متساو للسنوات التي كانت فيها القيم موجودة، أو في حالة عدم وجود قيمة على الإطلاق لأي عام في البلد، يتم استخدام مزيج من توزيع المنطقة لتلك السنة. وتم تحليل البيانات باستخدام البرمجية الاحصائية R (4). تتم عملية تليف التوزيعات باستخدام حزمة "distr" (5، 6) (أفغانستان، أنغولا، أرمينيا، أذربيجان، بنغلاديش، بوليفيا (دولة - متعددة القوميات)، بوتسوانا، البرازيل، بوركينا فاسو، بوروندي، كمبوديا، جمهورية الدومينيكان، إثيوبيا، غيانا الفرنسية، غامبيا، جورجيا، غانا، غواتيمالا، غينيا بيساو، غيانا، هايتي، هندوراس، اندونيسيا، قرغيزستان، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، ليبيريا، مدغشقر، موريتانيا، ميانمار، ناميبيا، باكستان، باناما، بابوا غينيا الجديدة، بير، الفلبين، رواندا، السنغال، سيراليون، جزر سليمان، سريلانكا، طاجيكستان، تيمور الشرقية، تركيا، تركمانستان، أوغندا، جمهورية تنزانيا المتحدة، أوزبكستان، فانواتو، قزويلا (جمهورية قزويلا البوليفارية)، فيتنام واليمن وزيمبابوي. بنغلاديش، بوليفيا (دولة - متعددة القوميات)، بوتسوانا، البرازيل، كولومبيا، جمهورية الدومينيكان، غيانا الفرنسية، غواتيمالا، غيانا أبلغت كل من هايتي وهندوراس وميانمار (منذ 2013) ورواندا وقزويلا (جمهورية - البوليفارية) عن حالات من القطاعين العام والخاص معاً؛ لذلك، لم يتم إجراء أي تعديل على القطاع الخاص الذي يلتزم العلاج بينما في إندونيسيا، كان من المفترض أن يتم الإبلاغ عن 25% من القطاع الخاص في القطاع العام منذ عام 2017. بالنسبة للهند، يتم تقدير القيم على المستوى دون الوطني ولكن مع تكييف القطاع الخاص لعامل إضافي جرّاء اكتشاف الحالات النشط. تم اقراض أن هذا العامل له توزيع طبيعي، مع متوسط القيمة والانحراف المعياري المحتسب من القيم المبلغ عنها في عام 2010.

بالنسبة إلى بعض البلدان الأفريقية ذات نسبة انتقال العدوى المرتفعة، تعتبر جودة الإبلاغ عن الحالات غير كافية لتطبيق الصيغ أعلاه. في مثل هذه الحالات، تُستقّ تقدير عدد حالات الإصابة بالمalaria من معلومات المسوح الأسرية الخاصة بانتشار الطفيليات. أولاً، تمّ جمع البيانات عن انتشار الطفيليات من حوالي 6000 سجل مسحيّ في نموذج إحصائيّ جيولوجي بايزي مكانيّ زمنيّ، إلى جانب المتغيرات البيئية والاجتماعية والديموغرافية، وتوزيع البيانات على التداخلات مثل **شبيكات** تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، والأدوية المضادة للمalaria، وIRS. وقد سمح النموذج الجغرافي المكانيّ التنبؤ بانتشار المalaria المنجلية عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 2-10 سنوات، بمعدل 5 × 5 كيلومتر مربع، في جميع البلدان الأفريقية الموبوءة بالمalaria لكل عام منذ عام 2000 إلى عام 2016 (انظر <http://www.map.ox.ac.uk/making-maps>) لأساليب تطوير الخرائط من خلال مشروع أطلس المalaria). ثانياً، تم تطوير نموذج فرقة للتنبؤ بحدوث المalaria كدالة لانتشار الطفيليات. تم تطبيق النموذج بعد ذلك على معدل انتشار الطفيليات من أجل الحصول على تقديرات لحدوث حالات المalaria بدقة 5 × 5 كم 2 لكل عام منذ عام 2000 إلى عام 2016. ثم تم تجميع بيانات كل 5 × 5 كيلومتر مربع داخل البلد والحدود الإقليمية للحصول على تقديرات وطنية وإقليمية لحالات المalaria (5). (أنغولا، بنن، بوركينا فاسو، بوروندي، الكاميرون، جمهورية إفريقيا الوسطى، تشاد، الكونغو، كوت ديفوار، جمهورية الكونغو الديمقراطية، جيبوتي، غينيا الاستوائية، الغابون، غانا، غينيا، غينيا بيساو، كينيا، ليبيريا، ملاوي، مالي، موزمبيق، النيجر، سيراليون، نيجيريا، الصومال، جنوب السودان، السودان وتوغو أوغندا، جمهورية تنزانيا المتحدة وزامبيا)

بالنسبة لمعظم البلدان الاستبعاد، يتم الإبلاغ عن عدد الحالات الأصلية المسجلة بواسطة البرامج الوطنية لمكافحة المalaria NMCPs دون مزيد من التعديلات. (الجزائر، الأرجنتين، أرمينيا، أذربيجان، بلير، بوتان، كابو فيردي، الصين، جزر القمر، كوستاريكا، جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، جيبوتي، جيبوتي، إكوادور، مصر، السلفادور، إيسواتيني، جورجيا، إيران (جمهورية - الإسلامية)، العراق، كازاخستان، قرغيزستان، ماليزيا، المكسيك، المغرب، عمان، باراغواي، جمهورية كوريا، سان تومي وبرينسيبي، المملكة العربية السعودية، جنوب أفريقيا، سري لانكا، سورينام، سوازيلند والجمهورية العربية السورية، تايلاند، تركيا، تركمانستان، الإمارات العربية المتحدة و أوزبكستان).

4.D. التحقق

يتم إرسال تقديرات الأعباء الواردة في تقرير المalaria في العالم إلى البلدان عبر المكاتب الإقليمية للتشاور والمواهة عليها.

4.E. التعديلات

لا ينطبق

4.F. معالجة القيم الناقصة (1) على مستوى البلد و (2) على المستوى الإقليمي

• على مستوى البلد

بالنسبة لقيم المعلمات الناقصة (معدل اختبار الإيجابية واكمال الإبلاغ)، يتم استخدام توزيع يعتمد على مزيج من توزيع القيم المتاحة، في حالة وجود أي قيمة للبلد وإلا من المنطقة. يتم احتساب قيم معلمات طلب الرعاية الصحية بواسطة الاستيفاء الخطي للقيم عند إجراء المسوح أو الاستقراء للمسح الأول أو المسح الأخير. عندما لا تتوفر البيانات المبلغ عنها، يتم استيفاء عدد الحالات مع مراعاة النمو السكاني.

- على المستويين الإقليمي والعالمي لا ينطبق

G.4. المجاميع الإقليمية

يتم تجميع عدد الحالات حسب المنطقة، وعدم اليقين من إجمالي توزيع كل بلد. كما يتم تجميع السكان المعرضين للخطر دون أي تعديل إضافي. يتم الحصول على التقدير على المستوى العالمي من تجميع قيم المنطقة.

H.4. المناهج والتوجيهات المتاحة للبلدان بشأن تجميع البيانات على الصعيد الوطني

تقوم البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا بتوفير المعلومات الخاصة بكل بلد باستخدام تطبيق مبادرة الصحة الرقمية DHIS2 الذي وُجد خصيصاً لهذا الغرض.

I.4. إدارة الجودة

تتم مراجعة أولية لتقديرات العبء داخلياً من قبل المكاتب الإقليمية والوطنية لبرنامج الرصد العالمي ومنظمة الصحة العالمية. ثم يتم مشاركة التقديرات مع البلد المعني للتحقق من صحتها. تسلم المواقعة النهائية من قبل قسم البيانات والتحليلات بمنظمة الصحة العالمية.

J.4. ضمان الجودة

تقوم بجمع البيانات باستخدام نموذج موحد اعتماداً على حالة مكافحة الملاريا أو القضاء عليها أو منع إعادة إدخالها. نحن نعمل بشكل وثيق مع مراكز المتعاونين والمراجعين الخارجيين لضمان الجودة.

K.4. تقييم الجودة

- لدينا شكل موحد ومحدد يعتمد على وضع مراقبة الملاريا أو القضاء عليه أو الوقاية من الإصابة مرة أخرى. كما نؤدي مهام التحقق من القيم الخارجة واكتمال البيانات، ونرفع أيضاً الاستفسارات للبلدان من خلال المكاتب الإقليمية من أجل التوضيح. عند الضرورة، نعتمد على معلومات تقييم جودة البيانات من مصادر خارجية مثل الشركاء العاملين في رصد وتقييم الملاريا.

5. توافر البيانات والتفصيل

توافر البيانات:

109 دولة

التسلسل الزمني:

سنوياً منذ عام ٢٠٠٠

التفصيل:

يجري تقدير المؤشر على مستوى البلد.

6. المقارنة/الانحراف عن المعايير الدولية

مصادر التباين:

- يمكن أن يختلف تقدير حالات الإصابة عن الحالات التي تبلغ عنها وزارة الصحة، الأمر الذي يمكن أن يتأثر بما يلي:
 - مدى اكتمال الإبلاغ: يمكن أن يكون عدد الحالات المبلغ عنها أقل من الحالات المقترنة إذا كانت النسبة السنوية للمرافق الصحية التي تقدم البلاغات في الشهر الواحد أقل من 100 %

- مدى اختبار تشخيص الملاريا (عدد الشرائح التي يتم فحصها أو فحص التشخيص السريع الذي تم إجراؤه)
- استخدام المرافق الصحية الخاصة غير المدرجة في العادة في أنظمة الإبلاغ.

7. المراجع والوثائق

الرابط:

<https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2021>

المراجع:

1. World Health Organization. World Malaria Report 2021.
2. World Health Organization. World Malaria Report 2008 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43939/1/9789241563697_eng.pdf
3. Cibulskis RE, Aregawi M, Williams R, Otten M, Dye C. Worldwide Incidence of Malaria in 2009: Estimates, Time Trends, and a Critique of Methods. Mueller I, editor. PLoS Med. 2011 Dec 20;8(12):e1001142.
4. R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing [Internet]. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2020. Available from: <http://www.R-project.org/>
5. Bhatt S, Weiss DJ, Cameron E, Bisanzio D, Mappin B, Dalrymple U, et al. The effect of malaria control on Plasmodium falciparum in Africa between 2000 and 2015. Nature. 2015 Oct 8;526(7572):207–11.