

الهدف ٣: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار
الغاية ١-٣: خفض النسبة العالمية للوفيات النفاسية إلى أقل من ٧٠ حالة لكل ١٠٠ ٠٠٠ من المواليد الأحياء

المؤشر ١-١: نسبة الوفيات النفاسية

المعلومات المؤسسية

المنظمة/ المنظمات:

منظمة الصحة العالمية

المفاهيم والتعاريف

التعريف:

تُعرف نسبة الوفيات النفاسية بعد الولادة النفاسية خلال فترة زمنية محددة لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي خلال الفترة الزمنية نفسها. إنّها تمثل مخاطر الوفيات النفاسية المرتبطة بعدد الولادات الحية وتعكس بشكل أساسى مخاطر الوفاة في الحمل الواحد أو الولادة الحية الواحدة.

الوفاة النفاسية: العدد السنوي للوفيات من النساء جراء علة مرتبطة بالحمل أو متفاقمة بسببه أو بكيفية إدارته (باستثناء الأسباب العرضية أو الطارئة) خلال فترة الحمل والولادة أو خلال ٤٢ يوماً من انتهاء الحمل، لكل ١٠٠٠٠ ولادة حية لفترة محددة، بغض النظر عن مدة الحمل أو وضعه.

الأساس المنطقي:

تضمن كافة مؤشرات الوفيات النفاسية المستمدّة من تقديرات سنة ٢٠١٥ تقديرًا آنيًا و٨٠٪ من فترات عدم اليقين. أما بالنسبة للمؤشرات التي يتم فيها الإبلاغ عن التقديرات الآنية فقط في النص أو في الجداول، فيمكن الحصول على فترات عدم اليقين من المواد التكميلية عبر الانترنت على الرابط التالي

(<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>)

ويجب أن تؤخذ التقديرات الآنية ونسبة ٨٠٪ من فترات عدم اليقين بعين الاعتبار عند تقييم التقديرات.

مثلاً:

إنّ معدل الوفيات النفاسية العالمية المقدّرة لسنة ٢٠١٥ هو ٢١٦ (فترات عدم اليقين ٢٠٧ إلى ٢٤٩)

مما يعني:

- إن التقدير الآني هو ٢١٦ ونسبة ٨٠% من فترة عدم اليقين تتراوح بين ٢٠٧ و ٢٤٩.
- هناك احتمال ٥٥% أن تكون النسبة العالمية الحقيقية للوفيات النفاسية لسنة ٢٠١٥ أكثر من ٢١٦ و ٥٥% أن تكون القيمة الحقيقة أقلّ من ٢١٦.
- هناك احتمال ٨٠% أن تتراوح النسبة العالمية الحقيقية للوفيات النفاسية لسنة ٢٠١٥ بين ٢٠٧ و ٢٤٩.
- يبقى احتمال ١٠% أن تكون النسبة العالمية الحقيقية للوفيات النفاسية لسنة ٢٠١٥ أكثر من ٢٤٩ و ١٠% أن تكون القيمة الحقيقة أقلّ من ٢٠٧.

وتشمل التفسيرات الدقيقة الأخرى:

- أننا متأكدون بنسبة ٩٠% بأن المعدل العالمي الحقيقى للوفيات النفاسية لسنة ٢٠١٥ يبلغ ٢٠١٥ على الأقل.
- أننا متأكدون بنسبة ٩٠% بأن المعدل العالمي الحقيقى للوفيات النفاسية لسنة ٢٠١٥ يبلغ ٢٤٩ أو أقل.

وتحدد كمية البيانات المتوفرة لتقدير مؤشر ما ونوعيتها فترات عدم اليقين في المؤشر. وما ان تتحسن نوعية البيانات وإمكانية توفرها حتى تصبح القيمة الحقيقية للمؤشر قريبة من التقدير الآني.

المفاهيم:

التعريف المرتبطة بالوفيات النفاسية في التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض (ICD-10)

الوفاة النفاسية: وفاة امرأة أثناء حملها أو خلال ٤٢ يوماً من انتهاء الحمل، بغض النظر عن مدة الحمل ووضعه، جراء علة مرتبطة بالحمل أو متفاقمة بسببه أو بكيفية إدارته (بسبب وفاة توليدية مباشرة أو غير مباشرة) وليس لأسباب عرضية أو طارئة.

الوفاة المرتبطة بالحمل: وفاة امرأة أثناء حملها أو خلال ٤٢ يوماً من انتهاء الحمل، بغض النظر عن سبب الوفاة.

الوفاة النفاسية المتأخرة: وفاة امرأة بسبب توليدي مباشر أو غير مباشر، بعد أكثر من ٤٢ يوماً وأقلّ من سنة على انتهاء الحمل.

التعليقات والقيود:

يعود امتداد الوفيات النفاسية بين السكان أساساً لدمج عاملين هما:

- i. خطر الوفاة في الحمل الواحد أو الولادة الحية الواحدة.
- ii. مستوى الخصوبة (أي عدد الحمل أو عدد الولادات عند النساء في سن الإنجاب)

إنّ نسبة الوفيات النفاسية هي عدد الوفيات النفاسية خلال فترة زمنية محددة لكل ١٠٠٠٠ ولادة حية خلال الفترة الزمنية عينها. إنّها تمثل مخاطر الوفيات النفاسية المرتبطة بالولادات الحية لا سيّما كما ورد آنفاً (ا).

وخلال ذلك، يتم احتساب معدل الوفيات النفاسية من خلال تقسيم عدد الوفيات النفاسية على عدد السنوات التي تعيشها النساء في سن الإنجاب. ويمثل هذا المعدل خطر الوفيات النفاسية في كل حمل أو كل ولادة (مولود حي أو مولود ميت)، ومستوى الخصوبة عند السكان. وبالإضافة إلى نسبة الوفيات النفاسية ومعدل الوفيات النفاسية، يمكن احتساب خطر الوفيات النفاسية عند النساء البالغات (العودة إلى الوحدة ٢-٢). ويتم احتساب وحدة قياس بديلة للوفيات النفاسية، أي معدل الوفيات النفاسية بين النساء في سن الإنجاب، وهو عدد الوفيات النفاسية مقسوماً على مجموع الوفيات بين النساء التي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة.

وحدات القياس الإحصائية للوفيات النفاسية ذات الصلة:

نسبة الوفيات النفاسية (MMR): عدد الوفيات النفاسية خلال فترة زمنية محددة لكل 100000 ولادة حية في الفترة نفسها.

معدل الوفيات النفاسية (MMRate): عدد الوفيات النفاسية مقسوماً على عدد السنوات التي تعيشها المرأة في سن الإنجاب.

خطر الوفيات النفاسية عند البالغين: احتمال وفاة امرأة في سن ١٥ لسبب أمومي.

نسبة الوفاة بين النساء في سن الإنجاب التي تسببها الأمومة: عدد الوفيات النفاسية خلال فترة زمنية محددة مقسوماً على مجموع الوفيات بين النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

يمكن احتساب نسبة الوفيات النفاسية من خلال تقسيم وفيات النفاسية المسجلة (أو المقترنة) على مجموع الولادات الحية المسجلة (أو المقترنة) في الفترة الزمنية نفسها وضربها بمئة ألف. ويتطّلّب القياس معلومات حول حالة الحمل، وتوقّت الوفاة (أثناء الحمل، عند الولادة أو خلال ٤٢ يوماً من انتهاء الحمل)، وسبب الوفاة.

ويمكن احتساب نسبة الوفيات النفاسية مباشرةً من البيانات التي تم جمعها من نظم تسجيل الأحوال الشخصية والمسوح الأسريّة أو من مصادر أخرى. بيد أنه غالباً ما تظهر مشاكل حول جودة البيانات، تتعلّق خاصّةً بالتقدير في الإبلاغ عن وفيات الأمهات والخطأ في تصنيفها. لذلك تُعدّل البيانات في كثير من الأحيان كي تؤخذ بعين الاعتبار هذه المسائل المتعلقة بجودة البيانات. وتقوم بعض البلدان

بهذه التعديلات أو الإصلاحات كجزء من التحقيقات المتخصصة/السرية أو الجهود الإدارية ضمن برامج رصد الوفيات النفايسية.

التفصيل:

يتم الإبلاغ عن تقديرات نسبة الوفيات النفايسية الحالية على المستوى القطري، الإقليمي والعالمي. وتنمّي التقديرات الإقليمية بطبقات دخل لكل تصنيف خاص بالبنك الدولي.

معالجة القيم الناقصة:

• على مستوى البلد

يستخدم الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأمومة (MMEIG) نموذج "BMAg" لتقدير نسبة الوفيات النفايسية عند تواجد قيم مفقودة (العودة الى الصفحة ١٢ من التقرير http://app.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf?ua=1)

المعادلة:

$$\log(PM_{i,a}) = \alpha_i - \beta_1 \log(GDP_i) + \beta_2 \log(GFR_i) - \beta_3 SAB_i$$

حيث تبدو نقاط التقاطع القطرية بشكل هرمي داخل الأقاليم:

α_i ~ $N(a_{region}, s^2_{country})$, $ar \sim N(a_{world}, s^2_{region})$
 مما يعني بأنّ نقاط التقاطع القطرية (α_i) موزّعة بشكل طبيعي مع تباين قطري ($s^2_{country}$) حول نقاط التقاطع الإقليمية العشوائية (a_{region}), ونقاط التقاطع الإقليمية العشوائية (s_{region}) موزّعة بشكل طبيعي مع تباين إقليمي (a_{region}) حول نقطة تقاطع عالمية (a_{world}); و:

$GDPI =$ الناتج المحلي الإجمالي للفرد الواحد (تعادل القوة الشرائية [PPP] للدولار في سنة 2011)

$GFRi =$ معدل الخصوبة الإجمالي (الولادات الحية لكل امرأة بين 15 و49 من العمر)

$SABI =$ المشرف الصحي المتخصص عند الولادة (كنسبة الولادات الحية)

• على المستويين الإقليمي والعالمي

للإبلاغ عن توقعات الاتجاهات خلال الفترات التي تكون فيها البيانات ضئيلة، أو للبلدان التي تملك بيانات قليلة أو التي تغيب فيها البيانات، يتم اللجوء إلى النموذج الإحصائي BMaT لتقدير الوفيات النفايسية. ويتضمن هذا النموذج عوامل مرتبطة بالوفيات النفايسية كالمتغيرات المؤشرة (الناتج المحلي الإجمالي، معدل الخصوبة الإجمالي والمشرف الصحي المتخصص عند الولادة).

المجاميع الإقليمية:

يمكن احتساب نسبة الوفيات النفايسية من خلال تقسيم الوفيات النفايسية المسجلة (أو المقدرة) على مجموع الولادات الحية المسجلة (أو المقدرة) في الفترة الزمنية نفسها وضربها بعشرة ألف. ويتطلب القياس معلومات حول حالة الحمل، وتوقيت الوفاة (أثناء الحمل، عند الولادة أو خلال ٤٢ ساعة من انتهاء الحمل)، وسبب الوفاة.

ويمكن احتساب نسبة الوفيات النفايسية مباشرةً من البيانات التي تم جمعها من نظم تسجيل الأحوال الشخصية والمسوح الأسرية أو من مصادر أخرى. بيد أنه غالباً ما تظهر مشاكل حول جودة البيانات، تتعلق خاصةً بالتقدير في الإبلاغ عن وفيات الأمهات والخطأ في تصنيفها. لذلك تُعدّ البيانات في كثير من الأحيان كي تؤخذ هذه المسائل المتعلقة بجودة البيانات بعين الاعتبار.

وبما أنّ الوفيات النفايسية نادرة نسبياً، فهناك حاجة إلى العينات الكبيرة اذا استُخدمت المسوح الأسرية لتحديد الوفيات النفايسية الحالية في الأسرة (مثلاً السنة السابقة). مما قد يولد تقديرات جديرة بالثقة، ويحدّ من جدو المقارنات بين البلدان وعبر الزمن.

وللتقليل من حجم العينات، يتم اللجوء إلى طريقة السؤال عن الأخوات المستخدمة في الاستقصاء demografique والصحي والمسح العنقودي متعدد المؤشرات لقياس الوفيات النفايسية من خلال طرح الأسئلة على المجيب حول بقاء الأخوات على قيد الحياة. وتتجدر الإشارة إلى أنّ هذه الطريقة تؤدي إلى معدل الوفيات المرتبط بالحمل: تدخل كلّ الوفيات التي تحصل خلال فترة الحمل أو عند الولادة أو خلال 6 أسابيع من انتهاء الحمل ضمن نسبة الوفيات النفايسية، بعض النظر عن أسباب الوفاة .

وقد تضمنت التعدادات أسئلة حول الوفيات النفايسية محققة بعض النجاح.

وتعتبر دراسات معدل الوفيات في سن الإنجاب دراسة خاصة تعتمد على مصادر عدّة وفق الحالة المطروحة، لتحديد وفيات الأمهات؛ ويستحيل تحديد مصدر واحد لكافة الوفيات. وُتستخدم المقابلات مع الأعضاء الأسرية والجهات التي تقدم الرعاية الطبية ومراجعة سجلات المرافق لتصنيف الوفيات أكانت نفاسية أو غير نفاسية. ويُقدم هذا النهج اذا أجري بشكل صحيح تقييمات كاملة ومنصفة للوفيات النفاسية (في ظل غياب نظم التسجيل الروتينية الموثوقة) كما قد يؤمن نسبة وفيات نفاسية شبه وطنية. بيد أن تحديد كافة وفيات النساء في سن الإنجاب بطريقة غير مناسبة يؤدي الى الاستخفاف بمستويات الوفيات النفاسية. وقد يكون هذا النهج معقداً ومكلفاً، ويستهلك الكثير من الوقت، وخصوصاً على النطاق الواسع. وكما أن عدد الولادات الحية المستخدمة في الاحتساب قد يبدو غير دقيق، خاصةً عندما تجري معظم الولادات في المنزل.

وطورت منظمة الصحة العالمية إضافةً إلى اليونيسف وصندوق الأمم المتحدة للسكان وشعبة السكان والبنك الدولي طريقة لتعديل البيانات الموجودة لأخذ المسائل المتعلقة بجودة البيانات بعين الاعتبار وضمان المقارنة بين مختلف مصادر البيانات. وتتطلب هذه الطريقة تقييم البيانات لإتمام الوفيات التي لم يتم الإبلاغ عنها بشكل صحيح وصنفت بطريقة خاطئة، وتعديلها عند الضرورة. كما تهدف الى تطوير التقديرات من خلال النمذجة الإحصائية للبلدان التي تفتقد الى بيانات وطنية موثوقة.

ويتم الحصول على بيانات الوفيات النفاسية والمتغيرة المتعلقة بها من قواعد البيانات التي تحتفظ بها منظمة الصحة العالمية وشعبة السكان واليونيسف بالإضافة الى البنك الدولي. أما البيانات التي تؤمنها البلدان فتختلف من حيث المصدر والطريقة. ونظراً لتنوع مصادر البيانات، ثُتمتد طرق عدّة لكل مصدر للتمكن من الحصول على تقديرات قطرية قابلة للمقارنة وتسمح بالتجمّع الإقليمي والعالمي.

يملك حالياً ثلث البلدان/الأقاليم فقط بيانات موثوقة ولا تحتاج للمزيد من التقديرات. ويتم تعديل التقديرات القطرية للوفيات النفاسية لحوالي نصف البلدان المدرجة ضمن عملية التقدير للتمكن من مقارنة المنهجيات. أما بالنسبة لبقية البلدان/الأقاليم - وهي البلدان التي تفتقد الى بيانات مناسبة للوفيات النفاسية - فيُستخدم نهج إحصائي للتنبؤ بمستويات الوفيات النفاسية. بيد أن التقديرات المحسوبة بواسطة هذه المنهجية قد لا تمثل المستويات الحقيقية للوفيات النفاسية. لذلك يُنصحأخذ هامش عدم اليقين الذي يسود التقديرات بعين الاعتبار.

إن تفاصيل التعديلات والصيغ منشورة ومتوفّرة:

- http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf?ua=1
- Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A, Gemmill A et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. Published online 12 November 2015. doi:10.1016/S0140-6736(15)00838-7.
- Alkema L, Zhang S, Chou D, Gemmill A, Moller A, Ma Fat D et al. A Bayesian approach to the global estimation of maternal mortality. 2015 (submitted for peer review; <http://arxiv.org/abs/1511.03330>).

مصادر التفاوت:

إن نسبة الوفيات النفاسية هي عدد الوفيات النفاسية مقسوم على الولادات الحية. بيد أنه لتفسير عدم اكتمال تسجيل الوفاة المحتمل في مختلف مصادر البيانات، يقوم الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأمومة باحتساب أولاً كسر الوفيات الناتجة من الأسباب النفاسية من مصادر البيانات الأساسية (يشار إليها "كمعدل الوفيات النفاسية") ومن ثم يُطبق هذا الكسر على تقديرات منظمة الصحة العالمية لمجموع الوفيات بين النساء في سن الإنجاب للحصول على تقدير عدد الوفيات النفاسية.

بمعنى آخر، يُحتسب أولاً الكسر التالي من مصادر بيانات البلدان:

معدل الوفيات النفاسية = عدد الوفيات النفاسية بين ١٥ - ٤٩ / مجموع وفيات النساء بين ١٥ و ٤٩ من العمر

ومن ثم يتم الاعتماد على هذا المعدل لاحتساب نسبة الوفيات النفاسية:

نسبة الوفيات النفاسية = معدل الوفيات النفاسية × (مجموع وفيات النساء بين ١٥ و ٤٩ / عدد الولادات الحية)

ويتم الحصول على تقدير كل الوفيات بين عمر 15 و 49 في المعادلة الثانية من جدول حياة منظمة الصحة العالمية، وعلى عدد الولادات الحية من التوقعات السكانية في العالم لسنة 2015.

بذلك، قد تختلف تقديرات الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأمومة عن الإحصاءات الوطنية لعدة أسباب وهي:

1. عدم اكتمال السجل المدني ونظم الإحصاءات الحيوية دائماً (أي لا يمثل دائماً كل الوفيات 100%) وقد يتغير اكتماله مع الزمن (وقد يكتمل مع الزمن). ويحاول الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأمومة من خلال نهجه تصحيح ذلك باستعماله النهج المذكور آنفًا، الذي يعتمد أولاً على احتساب معدل الوفيات النفاسية.

2. تعديل الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأمومة معدل الوفيات النفاسية الذي تم احتسابه من البيانات الأصلية لتفسير مسائل تتعلق بالقياس (تعريف البلد للوفيات "النفاسية" مثلاً، الخطأ في التصنيف؛ أو الإهمال في العد).

3. اعتماد الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأمومة على مجموعات الولادات الحية الموحدة من شعبة السكان، كما نشرت في التوقعات السكانية في العالم لسنة 2015، في قاسم معادلة نسبة الوفيات النفاسية. لذلك، يجب على البلدان مناقشة الفروقات مباشرةً مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي لتزويد التوقعات السكانية في العالم بأفضل المعلومات. ويمكن التواصل عبر البريد الإلكتروني population@un.org؛ وتتم مراجعة هذا البريد بانتظام كما ترسل الرسائل إلى المحليين المناسبين لكل بلد أو مؤسسة.

4. بما أن الوفيات النفاسية حدث نادر نسبياً من الناحية الإحصائية، فقد يؤدي ذلك إلى تقلبات في اتجاهات البيانات مع الزمن. ونظرًا إلى أن هدف تقريرات الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأمومة يمكن في السعي على المدى الطويل إلى خفض الوفيات النفاسية، فإن عملية التقدير تتطلب بعض التمهيد لتوليد منعطف يمثل التغيرات في المخاطر الأساسية بشكل أفضل.

مصدر البيانات

الوصف:

الرجاء العودة إلى الصفحة الخامسة من التقرير

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf?ua=1

عملية الجمع:

يحتفظ الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأمومة بقاعدة بيانات المدخلات تتألف من بيانات الوفيات النفاسية من السجل المدني والمسوح السكانية ونظم المراقبة والتعدادات بالإضافة إلى دراسات /مسوح متخصصة أخرى. وتشتمل قاعدة البيانات هذه لتحديد عدد الوفيات النفاسية وعدد الوفيات، إذا أمكن، بين كل النساء في سن الإنجاب لاحتساب "نسبة الوفيات النفاسية" بين النساء في سن الإنجاب. تُحسب عندها نسبة الوفيات النفاسية على أنها متساوية لمعدل الوفيات النفاسية (MMR=PM/(D/B))؛ ويُمثل "D" عدد الوفيات بين النساء التي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 في حين يرمز حرف "B" إلى عدد الولادات الحية. ويعتمد عدد الولادات الحية على التوقعات السكانية في العالم.

ويتم الاعتماد على النمذجة الإحصائية لتأمين تقديرات قطرية وإقليمية وعالمية. ويتم تقييم النموذج من خلال التحقق من صحته. ومن ثم تراجع التقديرات مع الدول الأعضاء من خلال عملية الاستشارات بين البلد ومنظمة الصحة العالمية. وقد أيد المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية عام 2001 قراراً (EB.107.R8) "لإنشاء استشارات تقنية تجمع وجهات نظر الدول الأعضاء في مختلف أقاليم منظمة الصحة العالمية". أما الهدف الرئيس من هذه الاستشارات فيكمن في "استشارة كل دولة

عضو حول أفضل البيانات ليتم استخدامها". وبما أن عملية الاستشارات تعدّ جزءاً لا يتجزأ من استراتيجية التقدير بأكملها، وُصفت هنا باختصار.

وتتطلب عملية الاستشارات القطرية تبادل بين منظمة الصحة العالمية وجهات التنسيق التقنية في كل بلد. وينفذ التبادل قبل نشر التقديرات. وتطلب منظمة الصحة العالمية خلال فترة الاستشارات من جهات التنسيق مراجعة مصادر بيانات المدخلات، وطرق التقدير والتقديرات الأولية. كما يتم تشجيع جهات التنسيق على تسليم بيانات إضافية لم تؤخذ بعين الاعتبار في التقديرات الأولية.

أما التعديلات فتتم وفقاً لنوع مصدر البيانات:

- (1) السجل المدني وإحصاءات الأحوال المدنية، لكل ما يتعلق بالتقدير في الإبلاغ عن الوفيات النفاسية أو الخطأ في تصنيفها.
- (2) التقارير التي تزود الوفيات "المتعلقة بالحمل"، لكل ما يتعلق بالتقدير في الإبلاغ عن هذه الوفيات والبالغة في الإبلاغ عن الوفيات النفاسية بسبب إدراج الوفيات الطارئة أو العرضية ضمن الحمل (وهذا ما لا تشمله الوفيات النفاسية).

وتأخذ التحاليل بعين الاعتبار الأخطاء العشوائية لندرة الوفيات النفاسية عامّةً، والخطأ في عينات مصدر البيانات، والأخطاء التي تنتج خلال جمع البيانات ومعالجتها، بالإضافة إلى أخطاء عشوائية أخرى.

توافر البيانات

الوصف:

إن نسبة الوفيات النفاسية محصورة بالبلدان التي يفوق عدد سكانها ١٠٠٠٠٠. ويتمتع ١٧١ بلداً من أصل ١٨٣ ببيانات وطنية.

الجدول الزمني

جمع البيانات:

تقوم البلدان عادةً بجمع البيانات المصدرية سنويًا لمصادر التسجيل المدني واحصاءات الأحوال المدنية، وكل ٣ إلى ٥ سنوات للمراجعات المتخصصة، وكل ٥ إلى ٧ سنوات للمسوح السكانية وكل ١٠ سنوات للتعدادات.

إصدار البيانات:

من المقرر نشر الدفعه التالية من تقديرات الوفيات النفاسية في أواخر سنة ٢٠١٨/بداية سنة ٢٠١٧ (أواخر ٢٠١٧/بداية ٢٠١٨)

الجهات المزودة بالبيانات

قد تكون الجهات المزودة بالبيانات الوطنية المكاتب الإحصائية، وهيئات الرصد المتخصصة.

الجهات المجمعة للبيانات

الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأمومة المؤلف من: منظمة الصحة العالمية واليونيسف وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي وشعبة السكان التابعة للأمم المتحدة

المراجع

دليل الموارد الموحد:

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>

المراجع

(1) Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf?ua=1

(2) Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A, Gemmill A et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. Published online 12 November 2015. doi:10.1016/S0140-6736(15)00838-7. ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00838-7/references](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00838-7/references))

(3) Alkema L, Zhang S, Chou D, Gemmill A, Moller A, Ma Fat D et al. A Bayesian approach to the global estimation of maternal mortality. 2015 (submitted for peer review; <http://arxiv.org/abs/1511.03330>).

المؤشرات ذات الصلة

2-1-3: نسبة الولادات التي يشرف عليها أخصائيون صحبيون ماهرون

الهدف ٣: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار
الغاية ١-٣: خفض النسبة العالمية للوفيات النفاسية إلى أقل من ٧٠ حالة لكل ١٠٠ ٠٠٠ من
المواليد الأحياء

المؤشر ٢-١-٣: نسبة الولادات التي يشرف عليها أخصائيون صحّيون مهرة

المعلومات المؤسّية

المنظمة/ المنظمات:

منظمة الأمم المتحدة لطفولة اليونيسيف (اليونيسيف)

المفاهيم والتعريف

التعريف:

إنّ النسبة المئوية للولادات التي يشرف عليها أخصائيون صحّيون ماهرّون (أي الأطباء أو الممرضات أو القابلات عموماً) هي النسبة المئوية للولادات التي يشرف عليها أخصائيون صحّيون مدربون في مجال الرعاية التوليدية التي تُنفذ الحياة والتي تتضمّن الإشراف على النساء والاهتمام بهنّ وإرشادهنّ خلال فترة الحمل والمخاض وما بعد الولادة، فيتولّون مسؤولية الولادة ويؤمنون الرعاية لحديثي الولادة. بيد أنّ ذلك لا يشمل القابلة التقليدية حتّى إذا خضعت لدورة تدريبية قصيرة.

الأساس المنطقي:

يعتبر وجود المشرف الصحي الذي يتمتع بالمهارة أثناء الولادة لتدخل مهمّ يُنفذ حياة الأمّهات والأطفال. وعدم توفر هذه المساعدة الأساسية يُضرّ بصحة المرأة وتمكنها لأنّه قد يتسبّب بوفاة الأمّ أو يؤدّي إلى إعاقة طويلة الأمد، وخاصة في الأماكن المهمشة.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

تمثّل النسبة المئوية لعدد النساء اللواتي تتراوح أعمارهنّ بين ١٥ و٤٩ والتي أشرف على ولادتهنّ أخصائيون صحّيون ماهرّون (أي الأطباء أو الممرضات أو القابلات) وأدت إلى ولادات حيّة، من مجموع النساء بين ١٥ و٤٩ من العمر مع مولود حي في الفترة الزمنية نفسها.

التفصيل:

عندما يتم الحصول على البيانات من المسوح الأسرية، يعتبر التفصيل بالنسبة لهذا المؤشر متوفراً للإقامة (الحضرية/ الريفية) والثروة الأسرية وسنّ الأمومة والمناطق الجغرافية. أمّا إذا تم الإبلاغ عن البيانات من المصادر الإدارية، يُصبح التفصيل أكثر محدودية ليشمل الإقامة فقط.

معالجة القيم الناقصة:

- **على مستوى البلد**
ما من معالجة لأي قيمة مفقودة على مستوى البلد. وإذا فقدت القيمة لسنة معينة، يغيب أي تقرير عن هذه القيمة.
- **على المستويين الإقليمي والعالمي**
لا تُحتسب القيم المفقودة على المستويين الإقليمي والعالمي. وتُستعمل السنة الأخيرة المتوفرة ضمن كلّ فترة لحساب المتوسط الإقليمي والعالمي.

المجاميع الإقليمية:

تحسب التقديرات الإقليمية والعالمية بواسطة المتوسط المرجح. ويُستخدم العدد السنوي للولادات الذي تؤمنه التوقعات السكانية في العالم التابعة لشعبة السكان كمؤشر مرجح. وتحسب القيم الإقليمية للسنة المرجعية، بحيث تضم كلّ سنة مرجعية فترة تتراوح بين 4 و5 سنوات. فلسنة ٢٠١٦ مثلاً، تم اعتماد السنة الأخيرة المتوفّرة للفترة الممتدة بين ٢٠١٣ و٢٠١٦ لتقديرات السنة المرجعية ٢٠١٦.

مصادر التفاوت:

قد تظهر بعض الاختلافات إذا جمعت الأرقام القومية على مستوى المرفق الصحي، إذ أنها تختلف عن الأرقام العالمية التي ترتكز عادةً على بيانات المسوح التي يتم جمعها على المستوى الأسري. أمّا بالنسبة لبيانات المسوح، فقد تتضمن بعض تقارير المسوح نسبة مئوية إجمالية للولادات التي يحضرها العاملون في القطاع الصحي ذوو الكفاءة لا تتطابق مع تعريف الأهداف الإنمائية للألفية (يتضمن المجموع مقدم الرعاية الصحية الذي لا يتمتع بالكفاءة المطلوبة كإخصائين الصحيين في المجتمعات المحلية مثلاً). ثُجمع في هذه الحالة النسبة المئوية التي يقدمها الطبيب أو الممرضة أو القابلة وتدخل ضمن قاعدة البيانات العالمية كتقدير الأهداف الإنمائية للألفية. أمّا في بعض البلدان التي لا يتواجد فيها المشرفون الصحيون ذوو الكفاءة عند الولادة، يتم اللجوء إلى الولادة في مرافق صحي (الولادات في المؤسسات). وهذا ما نراه يتكرّر في بلدان أمريكا اللاتينية حيث أنّ معدل الولادات في المؤسسات مرتفع جداً. ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أنّ الولادات في المؤسسات قد تُقلّل في تقديرها للنسبة المئوية للولادات بحضور مشرفين يتمتعون بمهارات.

الوسائل والمبادئ التوجيهية المتوفرة للبلدان من أجل تجميع البيانات على المستوى الوطني:

تحتفظ اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية بقاعدة بيانات مشتركة بشأن الولادة بإشراف عناصر مدربة (من أطباء وممرضات وقابلات). وتعاون المنظمتان لضمان تطابق مصادر البيانات. تعتبر المسح الأسري القومية مصادر أساسية للبيانات التي يتم استخدامها لجمع البيانات لمؤشرات الرعاية التي تسبق الولادة. وتشمل هذه المسح المسوح الديمografique والصحية (DHS)، المسوح العنقودية متعددة المؤشرات (MICS)، مسوح الصحة الإنجابية (RHS)، والمسوح الوطنية المبنية على منهجيات مشابهة. وتُجرى هذه المسح كل ٣ إلى ٥ سنوات. وتتضمن مصادر البيانات بالنسبة للبلدان الصناعية أساساً (التي تكون فيها التغطية عالية) إحصاءات الخدمات الروتينية.

و قبل القبول ضمن قاعدة البيانات العالمية المشتركة، تُجري اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية عملية تحقق تتضمن مراسلات مع المكاتب الميدانية بهدف توضيح بعض المسائل المتعلقة بالتقديرات. ويتم التحقق خلال هذه العملية من الفئات القومية التي تضم العاملين في مجال الصحة ذوي الكفاءة. وقد تشمل عندئذ تقديرات بعض البلدان فئات إضافية من العاملين المدربين في المجال الصحي غير الأطباء والممرضات والقابلات.

ضمان الجودة

يتم رفع البيانات إلى اليونيسف بشكل سنوي. كما تتم مراجعة القيم وتقييمها للتأكد من أن المؤشر المبلغ عنه يتناسب مع التعريف والطريقة المتعارف عليهما. وتُجمع البيانات الإضافية حول البلدان ذات الدخل المرتفع بالدرجة الأولى من المصادر الرئيسية وتزود من منظمة الصحة العالمية.

يرفع المكتب القطري التابع لليونيسف البيانات إلى مقر اليونيسف للتجميع العالمي. وتبقى المكاتب القطرية على اتصال بالسلطات الوطنية على المستويات الوطنية بغية تجميع البيانات المطلوبة وتزويدها. ومن ثم تقوم السلطات الوطنية بالمصادقة على القيم المبلغ عنها في قاعدة البيانات العالمية.

مصادر البيانات:

الوصف:

تُعتبر المسح الأسري القومية مصادر أساسية للبيانات التي يتم استخدامها لجمع البيانات لمؤشرات الرعاية التي تسبق الولادة. وتشمل هذه المسح المسوح الديمografique والصحية (DHS)، المسوح العنقودية متعددة المؤشرات (MICS)، مسوح الصحة الإنجابية (RHS)، والمسوح الوطنية المبنية على منهجيات مشابهة. وتُجرى هذه المسح كل ٣ إلى ٥ سنوات. وتتضمن مصادر البيانات بالنسبة للبلدان الصناعية أساساً (التي تكون فيها التغطية عالية) إحصاءات الخدمات الروتينية.

عملية الجمع:

تحتفظ اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية بقاعدة بيانات مشتركة بشأن الولادة بحضور عناصر مدربة (من أطباء وممرضات وقابلات). وتعاون المنظمتان لضمان تطابق مصادر البيانات. تعتبر المسح الأسري القومية مصادر أساسية للبيانات التي يتم استخدامها لجمع البيانات لمؤشرات الرعاية التي تسبق الولادة. وتشمل هذه المسح المسوح الديمografique والصحية (DHS)، المسوح العنقودية متعددة المؤشرات (MICS)، مسوح الصحة الإنجابية (RHS)، والمسوح الوطنية المبنية على منهجيات مشابهة. وتُجرى هذه المسح كل

٣ إلى ٥ سنوات. وتتضمن مصادر البيانات بالنسبة للبلدان الصناعية أساساً (التي تكون فيها التغطية عالية) إحصاءات الخدمات الروتينية.

و قبل القبول ضمن قاعدة البيانات العالمية المشتركة، تجري اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية عملية تحقق تتضمن مراسلات مع المكاتب الميدانية بهدف توضيح بعض المسائل المتعلقة بالتقديرات. ويتم التحقق خلال هذه العملية من الفئات القومية التي تضم الأخصائيين الصحيين ذوي المهارات. وقد تشمل عندئذ تقديرات بعض البلدان فئات إضافية من العاملين المدربين في المجال الصحي غير الأطباء والممرضات والقابلات.

توافر البيانات

الوصف:

إن البيانات متوفّرة لأكثر من ١٧٠ بلداً.

يعتمد التفاوت بين السنة المرجعية والإنتاج الفعلي لسلسلة البيانات على توفر المسح الأسري لكل بلد. و تجري هذه المسح عادةً في الدول النامية كل ثلاثة إلى خمس سنوات، بحيث تنشر النتائج في غضون عام من جمع البيانات الميدانية.

السلسل الزمنية:

٢٠١٦ - ١٩٩٠

الجدول الزمني

جمع البيانات:

بما أن المصدر الرئيس للبيانات هو المسح الأسري الذي تجري كل ٣ إلى ٥ سنوات، يبقى جمع البيانات ضمن هذا الجدول الزمني. أما حين تُقْدَم البيانات من مصدر إداري، فيمكن أن تتوفر بشكل سنوي.

إصدار البيانات:

تُنشر التقديرات سنويًا، خلال شهر أيار / مايو، من قبل منظمة الصحة العالمية في الإحصاءات الصحية العالمية

(<http://www.who.int/whosis/whostat/en/>)

ومن قبل اليونيسف في وضع الأطفال في العالم وهي متوفّرة على الموقع الإلكتروني التالي:

www.data.unicef.org

الجهات المزودة بالبيانات

وزارات الصحة ومكاتب الإحصاءات الوطنية أكان من خلال المسوح الأسرية أو المصادر الروتينية.

الجهات المجمعة للبيانات

منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، منظمة الصحة العالمية

المراجع

دليل الموارد الموحد:

<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/#>

المراجع

قاعدة البيانات المشتركة لسنة ٢٠١٦ بين اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية المتعلقة بالأشخاصين الصحيين ذوي المهارات، والمبنية على بيانات المسوح الأسرية القومية المرتكزة على السكان والنظم الصحية الروتينية.

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

الغاية ٢-٣: إنهاء وفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة التي يمكن تفاديها، بحلول عام ٢٠٣٠، بسعى جميع البلدان إلى بلوغ هدف خفض وفيات المواليد على الأقل إلى ١٢ حالة وفاة في كل ١ ٠٠٠ مولود حي، وخفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى ٢٥ حالة وفاة على الأقل في كل ١ ٠٠٠ مولود حي

المؤشر ١-٢-٣: معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة

المعلومات المؤسسية

المنظمة/ المنظمات:

منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف)

المفاهيم والتعريف

التعريف:

إنّ معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة هي احتمال وفاة طفل، من بين كل ١ ٠٠٠ مولود حي، ولد في سنة أو فترة زمنية معينة قبل بلوغه سن الخامسة، إذا ما أتى في سياق قياس لمعدل الوفيات الخاص بالسن والمحدد خلال هذه الفترة.

الأساس المنطقي:

يعتبر معدل الوفيات عند الأطفال مؤشر الإنتاج الأساس لصحة الأطفال ورفاههم، وللنموا الاقتصادي والاجتماعي بشكل عام. إنّه مؤشر دقيق للصحة العامة لأنّه يعكس مدى تمكّن الأطفال والمجتمعات من الاستفادة من التدخلات الصحية الأساسية كالتلقيح والعلاج الطبي للأمراض المعدية والتغذية الكافية.

المفاهيم:

إنّ معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة كما حدد هنا ليس معدلاً بالمعنى الدقيق للكلمة (مثلاً عدد الوفيات مقسوماً على عدد السكان المعرضين للخطر خلال فترة زمنية محددة) بل هو احتمال وفاة مستمد من جدول الحياة ويُشار إليه كمعدل في كل ١ ٠٠٠ مولود حي.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

تُستمدّ تقديرات الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة، من البيانات الوطنية الناتجة من التعدادات أو المسوح أو نظم التسجيل الحيوية. ولا يستخدم هذا الفريق متغيرات مشتركة

ليستمدّ تقديراته، بل يُطبق فقط طريقة تركيب منحنية للبيانات التجريبية الجيدة ليستمدّ تقديرات الاتجاه بعد تقييم نوعية البيانات. وتكون تقديرات الفريق في معظم الأحيان أقرب إلى البيانات الأساسية. كما يسعى الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأم المتحدة إلى خفض عدد الأخطاء الواردة في كلّ تقدير، والتوفيق بين الاتجاهات مع مرور الزمن وإنما تقديرات جديدة يتمّ تقييمها بشكل صحيح. ويُطبّق النموذج الافتراضي لمنحنيات B أو B-splines التنازليّة على البيانات التجريبية ليستمدّ تقديرات الاتجاه لوفيات الأطفال دون سن الخامسة لكلّ البلدان.

أمّا بالنسبة للبيانات الأساسية المذكورة آنفًا، فإنّ الطرق الأكثر استخدامًا هي التالية:

السجل المدني: عدد وفيات الأطفال ما دون الخامسة ويتمّ استخدام السكان الذين ينتسون إلى الفئة العمرية نفسها لحساب معدلات الوفيات التي تحول بعدها إلى احتمال الوفيات حسب العمر.

التعدادات والمسوح: يتمّ استخدام طريقة غير مباشرة مبنية على أسئلة تُطرح على كلّ امرأة في سن الإنجاب لمعرفة عدد الأطفال الذين أنجبتهم والعدد الذي ما زال على قيد الحياة. ويُستعمل بعدها نموذج برايس وجداول الحياة النموذجية للحصول على تقدير معدلات وفيات الأطفال ما دون الخامسة والرضع. وتتضمن التعدادات غالباً أسئلة حول الوفيات الأسرية خلال الأشهر الاثني عشر الماضية والتي تُستعمل لاحتساب تقديرات الوفيات.

المسوح: يتمّ استخدام طريقة مباشرة مبنية على تاريخ الولادة وتعتمد على مجموعة من الأسئلة المفصلة حول كلّ طفل تضعه المرأة في حياتها. ويمكن أن تُستمدّ تقديرات حديثي الولادة وما بعد الولادة والرضع والأطفال وما دون الخامسة من وحدة التاريخ الكامل للولادة.

التفصيل:

يشمل التفصيل العامّ لمؤشرات معدل الوفيات التفصيل بحسب الجنس والفئة العمرية (حديثي الولادة، الرضاع والأطفال)، وخمس الثروة ومحل الإقامة ومستوى تعليم الأم. بيد أنّ البيانات المفصلة لا تتوفر دائمًا. أمّا التفصيل بحسب الموقع الجغرافي فيكون عادةً على المستوى الإقليمي أو على مستوى المقاطعات الأدنى للمسوح أو بيانات تعداد السكان. توسيع البيانات الناتجة من النظم الجيدة لتسجيل الأحوال المدنية التوزيع الجغرافي.

معالجة القيم الناقصة:

• على مستوى البلد

ترتکز تقدیرات الفريق المشترك بين الوکالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأم المتحدة على البيانات التجريبية الأساسية. واذا كانت البيانات التجريبية تشير إلى فترة مرجعية تسبق نهاية عام الفترة التي أبلغ فيها عن التقدیرات، يمدد عندئذ الفريق المشترك بين الوکالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأم المتحدة التقدیرات لنهاية السنة المرجعية المشتركة. ولا يستخدم هذا الفريق أيّاً من المتغيرات المشتركة ليستمدّ التقدیرات.

• على المستويين الإقليمي وال العالمي

تم استخدام متوسطات إقليمية لمعدلات الوفيات لبناء تقديرات كلية لوفيات الأطفال ما دون الخامسة خلال السنوات التي سبقت عام ١٩٩٠ وذلك لعدة سنوات وفي بلدان عدّة تملك معلومات مفقودة وقدّرها سكان البلد خلال السنة المحدّدة.

المجاميع الإقليمية:

تُستمد التقديرات الإقليمية والعالمية لمعدلات وفيات الأطفال ما دون الخامسة عبر جمع عدد الوفيات الخاصة بالبلد لأطفال ما دون الخامسة والمقدرة من الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة، وعدد السكان الخاص بالبلد الذي تزوّده شعبة السكان بالأمم المتحدة، من خلال الاعتماد على نهج جدول الحياة الجاري.

مصادر التفاوت:

إن تقديرات الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة مستمدّة من البيانات الوطنية. غالباً ما تعتمد البلدان على مصدر واحد فقط كتقديرات رسمية لها، أو تعمد إلى تطبيق طرق تختلف عن تلك التي يعتمدها الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة ل تستمد التقديرات. وتظهر فروقات بسيطة بين تقديرات هذا الفريق والتقديرات الرسمية الوطنية إذا كانت البيانات التجريبية جيدة.

بيد أن العديد من البلدان يفتقد إلى مصدر واحد من البيانات ذات الجودة العالمية يغطي العقود الأخيرة. وتنطلب البيانات الناتجة من مصادر مختلفة طرق حساب مختلفة وقد تواجهه بعض الأخطاء كالأخطاء العشوائية في عيّنات المسح أو أخطاء منهاجية بسبب سوء الإبلاغ. نتيجةً لذلك، غالباً ما تؤدي المسوح المختلفة إلى تقديرات مختلفة لوفيات ما دون الخامسة خلال فترة محدّدة من الزمن وتكون البيانات المتوفّرة التي قامت البلدان بجمعها متضاربة في معظم الأحيان. لذلك من المهمّ تحليل مصادر البيانات جمعها والتوفيق بينها وتقييمها معاً لكل بلد. ويجب أن تتم دراسة كلّ مسح جديد أو كلّ نقطة بيانيّة ضمن كلّ المصادر الأخرى، بما فيها البيانات السابقة. وتعاني البيانات من الأخطاء الناتجة من أخذ العينات أو عدم أخذها (كالإبلاغ الخاطئ عن العمر وزرعة اختيار الباقين على قيد الحياة؛ كما أنّ عدم الإبلاغ عن وفاة الأطفال لأمر شائع أيضاً). ويقوم الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة بتقييم جودة مصادر البيانات الأساسية وتعديل البيانات عند الضرورة. إضافةً إلى ذلك، لا تعتبر آخر البيانات التي تنتجهما البلدان تقديرات حالية في كثير من الأحيان بل تشير إلى فترة مرجعية سابقة. وهكذا، يقوم الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة بنقل التقديرات إلى سنة مرجعية مشتركة. وبهدف التوفيق بين هذه الاختلافات والاستفادة من الانحيازات المنهجية المرتبطة بأنواع مختلفة من مدخلات البيانات، طور هذا الفريق طريقة تقييم لإدخال مجموعة بسيطة من التحليلات ولتحويل هذا الاتجاه إلى نقطة زمنية محدّدة. كما يسعى

إلى تخفيض عدد الأخطاء في كلّ تقدير ، والتوفيق بين الاتجاهات مع مرور الزمن وإنما تقديرات جديدة لوفيات الأطفال يتمّ تقييمها بشكل صحيح. ونظراً لعدم توفر بيانات خالية من الأخطاء، سيبقى الشك قائماً حول البيانات والتقديرات، أكانت وطنية أو بين الوكالات. ويُنتج الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة تقديرات مماثلة تحمل معها الشك للسماح بالمزيد من المقارنة. كما أنّ تطبيق منهجية متناسبة يتيح فرصة المقارنة بين الدول على الرغم من تنوع مصادر البيانات. يُطبق اذاً الفريق منهجية مشتركة عبر الدول ويستخدم بيانات تجريبية أصلية يحصل عليها من كلّ بلد لكنه لا يُبلغ عن الأرقام التي تُنتجها الدول الفردية مستخدمةً طرق مختلفة، لأنّه لا يمكن مقارنتها مع تقديرات الدول الأخرى.

مصدر البيانات:

الوصف:

قد يجوز استمداد التقديرات النموذجية الوطنية لوفيات الأطفال من مختلف المصادر، بما فيها السجل المدني ومسوح العينات. بيد أنها لا تشمل موقع المراقبة الديمغرافية وبيانات المستشفى، لأنّها نادراً ما تكون نموذجية. إنّ مصدر البيانات المفضل هو نظام السجل المدني الذي يُسجل الولادات والوفيات باستمرار. وإذا جاء التسجيل كاملاً وكان النظام يعمل بطريقة فعالة، تأتي التقديرات التي تم التوصل إليها دقيقة ومناسبة. بيد أنّ بعض البلدان لا يملك نظاماً فعالاً لتسجيل الأحوال الشخصية. فتصبح عندئذ المسح الأسري كالمسح العنقودي متعدد المؤشرات المدعوم من اليونيسيف والاستقصاء الديمغرافي والصحي المدعوم من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، إضافةً إلى تعدادات السكان الدورية، هي المصدر الرئيسي لبيانات وفيات الأطفال دون سن الخامسة. وتطرح هذه المسح أسئلة للنساء تتعلق ببقاء أطفالهنّ على قيد الحياة، لتشكل هذه التقارير أساس تقديرات وفيات الأطفال لأكثرية البلدان ذات الدخل المنخفض أو المتوسط. إلاّ أنّ هذه البيانات غالباً ما تتعرض لأخطاء نتيجةأخذ العينات أو عدم أخذها، وقد تكون هذه الأخطاء جسيمة.

السجل المدني

تعتبر بيانات السجل المدني هي المصدر الأفضل لتقدير وفيات الأطفال دون سن الخامسة والرضع وحديثي الولادة. إنّ عملية حساب معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة والرضع الناتجة من بيانات السجل المدني، مستمدّة من جدول حياة مختصر وموحد. وقد تم الاعتماد بدايةً على الملاحظات السنوية لكلّ سنوات المراقبة في البلد لتأمين بيانات السجل المدني (مع بيانات متوفّرة حول عدد الوفيات ومتوسط عدد السكان).

تعداد السكان وبيانات المسح الأسري

تأتي أغلبية بيانات المسح وفق نموذج من النموذجين التاليين: تاريخ الولادة الكامل، الذي تُسأل بموجبه النساء عن تاريخ ولادة كلّ طفل اذا بقي على قيد الحياة، أو عن عمره عند لحظة وفاته؛ ومختصر تاريخ الولادة الذي تُسأل بموجبه النساء عن عدد الأطفال الذي أنجبته كلّ امرأة والعدد الذي فارق الحياة فقط (أو العدد الذي بقي على قيد الحياة).

عملية الجمع:

يقوم كلّ من اليونيسف والفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة بجمع البيانات لوفيات الأطفال دون الخامسة من كافة مصادر البيانات المتوفرة، بما فيها المسح الأسرية والتعدادات وبيانات سجل الأحوال المدنية الخ. وما ان تتوفر هذه البيانات حتّى يجمعها هذا الفريق واليونيسف ويقيّما جودتها. وتلجأ اليونيسف إلى تجميع البيانات من خلال المكاتب القطرية التابعة لها عن طريق الوصول إلى نظرائهم الوطنيين. كما تجمع بيانات سجل الأحوال الشخصية التي رفعتها وزارة الصحة إلى منظمة الصحة العالمية.

تتم تعديلات البيانات التجريبية في ظل ارتفاع معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية نظراً لعدم الإبلاغ عن وفيات الأطفال دون الخامسة بسبب غياب بعض الأمهات في بيانات المسح. ويُطبق الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة طريقة المنحنى على هذه البيانات التجريبية ليستمدّ تقديرات اتجاه الفريق لمعدلات وفيات الأطفال دون الخامسة. ونظراً لصعوبة ضبط الوفيات الناتجة من الأزمات في المسح الأسرية أو في تعدادات المسح، يقوم هذا الفريق بتعديل تقديرات هذه الوفيات.

ومن ثم يُجري الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة مشاورات على صعيد البلد عبر إرسال تقديراته والبيانات التجريبية المستخدمة لاستخلاص هذه التقديرات واللاحظات حول المنهجية الخ، إلى المكتب الإحصائي الوطني عبر اليونيسف وإلى وزارة الصحة عبر وزارة الصحة العالمية لمعرفة ردود الفعل حول تقديرات الفريق والبيانات التجريبية. بدورهما يقوم كلّ من المكتب الإحصائي الوطني ووزارة الصحة بمراجعة هذه التقديرات والبيانات للمرسل بعدد التعقيبات والتعليقات، يضاف إليها أحياناً بعض البيانات التجريبية في حال لم ترد ضمن قاعدة بيانات الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة.

وقد طور الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة قاعدة بيانات وفيات الأطفال بهدف زيادة الشفافية في عملية التقدير وهي: معلومات حول تقدير وفيات الأطفال أو CME (www.childmortality.org). وتتضمن كلّ البيانات المتوفرة وتنظر التقديرات لكل بلد. وما ان تصبح التقديرات الجديدة نهائية حتّى يتم تحديث المعلومات حول تقدير وفيات الأطفال لتشمل كلّ البيانات المتوفرة والتقديرات الجديدة.

توافر البيانات

يتوفّر المؤشر لكافة البلدان بدءاً من العام ١٩٩٠ (أو السنوات السابقة) إلى العام ٢٠٠٥، اعتماداً على توفر البيانات التجريبية لكل بلد قبل العام ١٩٩٠.

الجدول الزمني

جمع البيانات:

يتم تحديث قاعدة البيانات الأساسية لفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة باستمرار ما ان تتوفر البيانات التجريبية الجديدة.

إصدار البيانات:

سيتم إصدار سلسلة جديدة من التقديرات المتعلقة بالفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة خلال عام ٢٠١٧. أما تاريخ إصدارها فيكون عادةً خلال شهر أيلول / سبتمبر.

الجهات المزودة بالبيانات

يقوم عامّة المكتب الإحصائي الأول أو وزارة الصحة بتوفير بيانات وفيات الأطفال دون سن الخامسة على المستوى الوطني.

الجهات المجمعة للبيانات

اليونيسف

المراجع

دليل الموارد الموحد:

Childmortality.org

data.unicef.org

المراجع:

United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels & trends in child mortality. Report 2015. New York: UNICEF, 2015. Available at
http://childmortality.org/files_v20/download/IGME%20report%202015%20child%20mortality%20final.pdf

Alkema L, New JR. Global estimation of child mortality using a Bayesian B-spline bias-reduction method. *The Annals of Applied Statistics*. 2014; 8(4): 2122–2149. Available at:
<http://arxiv.org/abs/1309.1602>

Alkema L, Chao F, You D, Pedersen J, Sawyer CC. National, regional, and global sex ratios of infant, child, and under-5 mortality and identification of countries with outlying ratios: a systematic assessment. *The Lancet Global Health*. 2014; 2(9): e521–e530.

Pedersen J, Liu J. Child Mortality Estimation: Appropriate Time Periods for Child Mortality Estimates from Full Birth Histories. Plos Medicine. 2012;9(8). Available at:
<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001289>

Silva R. Child Mortality Estimation: Consistency of Under-Five Mortality Rate Estimates Using Full Birth Histories and Summary Birth Histories. Plos Medicine. 2012;9(8). Available at:
<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001296>

Walker N, Hill K, Zhao FM. Child Mortality Estimation: Methods Used to Adjust for Bias due to AIDS in Estimating Trends in Under-Five Mortality. Plos Medicine. 2012;9(8). Available at:
<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001298>

المؤشرات ذات الصلة

:2-2-٣

معدل وفيات حديثي الولادة

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

الغاية ٢-٣: إنهاء وفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة التي يمكن تفاديتها، بحلول عام ٢٠٣٠، بسعى جميع البلدان إلى بلوغ هدف خفض وفيات المواليد على الأقل إلى ١٢ حالة وفاة في كل ١ ٠٠٠ مولود حي، وخفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى ٢٥ حالة وفاة على الأقل في كل ١ ٠٠٠ مولود حي

المؤشر ٢-٢-٣: معدل وفيات المواليد

المعلومات المؤسسية

المنظمة/ المنظمات:

منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف)

المفاهيم والتعريف

التعريف:

إن معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة هو احتمال أن يموت الطفل المولود في سنة أو فترة محددة خلال الأيام الـ 28 المكتملة من العمر إذا خضع لمعدلات الوفيات الخاصة بالسن في تلك الفترة، مقاساً بالنسبة لكل 1000 مولود حي.

يمكن تقسيم وفيات حديثي الولادة (الوفيات بين الولادات الحية خلال الأيام الثمانى والعشرين الأولى من الحياة) إلى الوفيات المبكرة لحديثي الولادة التي تحصل خلال الأيام السبعة الأولى بعد الولادة، والوفيات المتأخرة لحديثي الولادة التي تحصل بعد مرور اليوم السابع على الولادة وقبل إتمام اليوم الثامن والعشرين من تاريخ الولادة.

الأساس المنطقي:

يعتبر معدل الوفيات عند الأطفال مؤشراً رئيساً لصحة الأطفال ورفاههم، وللنمو الاقتصادي والاجتماعي بشكل عام. إنه مؤشر دقيق للصحة العامة لأنه يعكس مدى تمكن الأطفال والمجتمعات من الاستفادة من التدخلات الصحية الأساسية كالتلقيح والعلاج الطبي للأمراض المعدية والتغذية الكافية.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

تُستمدّ تقديرات الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة، من البيانات الوطنية الناتجة من التعدادات أو المسوح أو نظم التسجيل الحيوية. ولا يستخدم هذا الفريق متغيرات مشتركة ليستمدّ تقاديراته، بل يُطبق فقط طريقة تركيب منحنية للبيانات التجريبية الجديدة ليستمدّ تقديرات الاتجاه بعد تقييم نوعية البيانات. وتكون تقديرات الفريق في معظم الأحيان أقرب إلى البيانات الأساسية. كما يسعى الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة إلى خفض عدد الأخطاء الواردة في

كلّ تقدير ، والتوفيق بين الاتجاهات مع مرور الزمن وإنّاج تقديرات جديدة يتمّ تقييمها بشكل صحيح. ويُنبع هذا الفريق تقديرات معدل وفيات حديثي الولادة مستخدماً نموذج المنحنى التنازلي الافتراضي الذي يُجسّد نسبة معدل وفيات حديثي الولادة / (معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر - معدل وفيات حديثي الولادة). ويتمّ الحصول على معدل وفيات حديثي الولادة من خلال إعادة توحيد تقديرات النسبة مع المعدل الذي قرّره الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة لوفيات الأطفال دون الخامسة. ويمكن العودة إلى رابط الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة للحصول على المزيد من التفاصيل.

أمّا بالنسبة للبيانات الأساسية المذكورة آنفاً، فإنّ الطرق الأكثر استخداماً هي التالية:

السجل المدني: عدد الأطفال الذين فارقوا الحياة خلال ٢٨ يوماً من تاريخ الولادة وعدد الولادات الذي يستخدم لحساب معدلات وفيات حديثي الولادة.

تعداد السكان: غالباً ما يضمّ تعداد السكان أسئلة حول الوفيات الأسرية خلال الأشهر ١٢ الماضية، ويمكن استخدامه لحساب تقديرات الوفيات.

المسوح: يتمّ استخدام طريقة مباشرة مبنية على تاريخ الولادة وتعتمد على مجموعة من الأسئلة المفصلة حول كلّ طفل تتضمنه المرأة في حياتها. ويمكن أن تستمدّ تقديرات حديثي الولادة وما بعد الولادة والرضع والأطفال وما دون الخامسة من وحدة التاريخ الكامل للولادة.

التفصيل:

يشمل التفصيل العام لمؤشرات معدل الوفيات التفصيل بحسب الجنس والفئة العمرية (حديثي الولادة، الرضع والأطفال)، وخمس الثروة ومحل الإقامة ومستوى تعليم الأم. بيد أنّ البيانات المفصلة لا تتوفر دائماً. أمّا التفصيل بحسب الموقع الجغرافي فيكون عادةً على المستوى الإقليمي أو على مستوى المقاطعات الأندي للمسوح أو بيانات تعداد السكان. ويمكن للبيانات الناتجة عن النظم الجيدة لتسجيل الأحوال المدنية أن تومن المزيد من التفصيل الجغرافي.

ويمكن تفصيل معدلات وفيات حديثي الولادة بحسب الأسباب، بما في ذلك مضاعفات الولادة المبكرة، الالتهاب الرئوي والإسهال.

معالجة القيم المفقودة:

• على مستوى البلد

ترتّكز تقديرات الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة على البيانات التجريبية الأساسية. وإذا كانت البيانات التجريبية تشير إلى فترة مرجعية تسبق نهاية عام الفترة التي أبلغ فيها عن التقديرات، يمدّ عندهُ الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة التقديرات لنهاية السنة المرجعية المشتركة. ولا يستخدم هذا الفريق أيّاً من المتغيرات المشتركة لاستمدّ التقديرات.

• على المستويين الإقليمي والعالمي

تم استخدام متوسّطات إقليمية لمعدّلات الوفيات لبناء تقديرات كلية لوفيات الأطفال ما دون الخامسة خلال السنوات التي سبقت العام ١٩٩٠ وذلك بعدة سنوات وفي بلدان عدّة تملك معلومات مفقودة وقدّرها سكان البلد خلال السنة المحدّدة.

المجاميع الإقليمية:

تُسْتَمدَّ التقديرات الإقليمية والعالمية لمعدّلات وفيات حديثي الولادة عبر جمع عدد الوفيات من بين حديثي الولادة الخاصة بالبلد والمقدّرة من الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة، وعدد السكان الخاص البلد الذي من شعبة السكان بالأمم المتحدة.

مصادر التفاوت:

تُسْتَمدَّ تقديرات الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة من البيانات الوطنية. وغالباً ما تعتمد البلدان على مصدر واحد فقط كتقديرات رسمية لها، أو تعتمد إلى تطبيق طرق تختلف عن تلك التي يعتمدها الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة ليستمدَّ التقديرات. وتظهر فروقات بسيطة بين تقديرات هذا الفريق والتقديرات الرسمية الوطنية إذا كانت البيانات التجريبية جيّدة.

بيد أنَّ العديد من البلدان يفقد إلى مصدر واحد من البيانات ذات الجودة العالية يغطي العقود الأخيرة. وتتطابق البيانات الناتجة من مصادر مختلفة طرق حساب مختلفة وقد تواجه بعض الأخطاء كالإخطاء العشوائית في عيّنات المسح أو أخطاء منهجية بسبب سوء الإبلاغ. نتيجةً لذلك، غالباً ما تؤدي المسوح المختلفة إلى تقديرات مختلفة لوفيات ما دون الخامسة خلال فترة محدّدة من الزمن وتكون البيانات المتوفّرة التي قامت البلدان بجمعها متضاربة في معظم الأحيان. لذلك من المهم تحليل مصادر البيانات جميعها والتوفيق بينها وتقييمها معاً لكل بلد. ويجب أن تتم دراسة كل مسح جديد أو كل نقطة بيانية ضمن كل المصادر الأخرى، بما فيها البيانات السابقة. وتعاني البيانات من الأخطاء الناتجة منأخذ العينات أو عدم أخذها (الإبلاغ الخاطئ عن العمر ونزعه اختيار الباقين على قيد الحياة؛ كما أن عدم الإبلاغ عن وفاة الأطفال لأمر شائع أيضاً). ويقوم الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة بتقييم جودة مصادر البيانات الأساسية وتعديل البيانات عند الضرورة. إضافةً إلى ذلك، لا تُعتبر آخر البيانات التي تنتجهما البلدان تقديرات حالية في كثير من الأحيان بل تُشير إلى فترة مرجعية سابقة. وهذا، يقوم الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة بنقل التقديرات إلى سنة مرجعية مشتركة. وبهدف التوفيق بين هذه الاختلافات والاستفادة من الانحيازات المنهجية المرتبطة بأنواع مختلفة من مدخلات البيانات، طور هذا الفريق طريقة تقييم لإدخال مجموعة بسيطة من التحليلات ولتحويل هذا الاتجاه إلى نقطة زمنية محدّدة. كما سعى إلى تخفيض عدد الأخطاء في كل تقيير، والتوفيق بين الاتجاهات مع مرور الزمن وإنجاح تقديرات جديدة لوفيات الأطفال يتم تقييمها بشكل صحيح. ونظراً لعدم توفر بيانات خالية من الأخطاء، سيفقى الشك

قائماً حول البيانات والتقديرات، أكانت وطنية أو بين الوكالات. ويُنتج الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة تقديرات مماثلة تحمل معها الشك للسماح بالمزيد من المقارنة. كما أنّ تطبيق منهجية متناسقة يُتيح فرصة المقارنة بين الدول على الرغم من تنوع مصادر البيانات. يُطبق إذاً الفريق منهجية مشتركة عبر الدول ويستخدم بيانات تجريبية أصلية يحصل عليها من كل بلد لكنه لا يُبلغ عن الأرقام التي تنتجهما الدول الفردية مستخدمةً طرق مختلفة، لأنّه لا يمكن مقارنتها مع تقديرات الدول الأخرى.

مصادر البيانات:

الوصف:

قد يجوز استمداد التقديرات النموذجية الوطنية لوفيات الأطفال من مختلف المصادر، بما فيها السجل المدني ومسوح العينات. بيد أنها لا تشمل موقع المراقبة الديمografية وبيانات المستشفى، لأنّها نادراً ما تكون نموذجية. إنّ مصدر البيانات المفضل هو نظام السجل المدني الذي يُسجل الولادات والوفيات باستمرار. وإذا جاء التسجيل كاملاً وكان النظام يعمل بطريقة فعالة، تأتي التقديرات التي تم التوصل إليها دقةً و المناسبة. بيد أن بعض البلدان لا يملك نظاماً فعالاً لتسجيل الأحوال الشخصية. فتتصبح عددي المسوح الأسرية كالمسح العنقيدي متعدد المؤشرات المدعوم من اليونيسيف والاستقصاء الديمografي والصحي المدعوم من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، إضافةً إلى تعدادات السكان الدورية، هي المصدر الرئيسي لبيانات وفيات الأطفال دون سن الخامسة وحديثي الولادة. وتطرح هذه المسوح أسئلة للنساء تتعلق ببقاء أطفالهن على قيد الحياة، لتشكل هذه التقارير أساس تقديرات وفيات الأطفال لأكثرية البلدان ذات الدخل المنخفض أو المتوسط. إلا أنّ هذه البيانات غالباً ما تتعرّض لأخطاء نتيجة أخذ العينات أو عدم أخذها، وقد تكون هذه الأخطاء جسيمة.

السجل المدني

تعتبر بيانات السجل المدني هي المصدر الأفضل لتقدير وفيات الأطفال دون سن الخامسة والرضع وحديثي الولادة. إنّ عملية حساب معدلات وفيات حديثي الولادة مستمدّة من عدد وفيات حديثي الولادة وعدد الولادات خلال فترة معينة. وقد تم الاعتماد بدايةً على الملاحظات السنوية لكل سنوات المراقبة في البلد لتأمين بيانات السجل المدني (مع بيانات متوفّرة حول عدد الوفيات وعدد السكان المتوسط).

تعداد السكان وبيانات المسوح الأسري

تأتي غالبية بيانات المسوح من تاريخ الولادة الكامل، الذي تُسأل بموجبه النساء عن تاريخ ولادة كل طفل إذا بقي على قيد الحياة، أو عن عمره عند لحظة وفاته.

عملية الجمع:

يقوم كلّ من اليونيسف والفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة بجمع البيانات لوفيات حديثي الولادة من كافة مصادر البيانات المتوفّرة، بما فيها المسح الأسرية والتعدادات وبيانات سجل الأحوال المدنية الخ. وما ان تتوفر هذه البيانات حتّى يجمعها هذا الفريق واليونيسف ويقيّما جودتها. وتلّاجأ اليونيسف إلى تجميع البيانات من خلال المكاتب القطرية التابعة لها عن طريق الوصول إلى نظرائها الوطنيين. كما تجمع بيانات سجل الأحوال الشخصية التي رفعتها وزارة الصحة إلى منظمة الصحة العالمية.

تتم تعديلات البيانات التجريبية في ظل ارتفاع معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية نظراً لعدم الإبلاغ عن وفيات الأطفال دون الخامسة بسبب غياب بعض الأمهات في بيانات المسح. ويُطبق الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة طريقة المنحى على هذه البيانات التجريبية ليستمدّ تقديرات اتجاه الفريق لمعدلات وفيات الأطفال دون الخامسة. ونظراً لصعوبة ضبط الوفيات الناتجة من الأزمات في المسح الأسرية أو في تعدادات المسح، يقوم هذا الفريق بتعديل تقديرات هذه الوفيات.

ومن ثم يجري الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة مشاورات على صعيد البلد عبر إرسال تقديراته والبيانات التجريبية المستخدمة لاستخلاص هذه التقديرات واللاحظات حول المنهجية الخ، إلى المكتب الإحصائي الوطني عبر اليونيسف وإلى وزارة الصحة عبر وزارة الصحة العالمية لمعرفة ردود الفعل حول تقديرات الفريق والبيانات التجريبية. بدورهما يقوم كلّ من المكتب الإحصائي الوطني ووزارة الصحة بمراجعة هذه التقديرات والبيانات للرسل بعدن التعقيبات والتعليقات، يُضاف إليها أحياناً بعض البيانات التجريبية في حال لم ترد ضمن قاعدة بيانات الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة.

وقد طور الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة قاعدة بيانات وفيات الأطفال بهدف زيادة الشفافية في عملية التقدير وهي: معلومات حول تقدير وفيات الأطفال أو CME (www.childmortality.org). وتتضمن كلّ البيانات المتوفّرة وتُظهر التقديرات لكلّ بلد. وما ان تصبح التقديرات الجديدة نهائية حتّى يتم تحديث المعلومات حول تقدير وفيات الأطفال لتشمل كلّ البيانات المتوفّرة والتقديرات الجديدة.

توفّر البيانات

الوصف:

إنّ المؤشر متوفّر لكافة البلدان بدءاً من العام ١٩٩٠ (أو السنوات السابقة) إلى العام ٢٠٠٥، اعتماداً على توفر البيانات التجريبية لكلّ بلد قبل العام ١٩٩٠.

الجدول الزمني

جمع البيانات:

يتم تحديث قاعدة البيانات الأساسية لفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة باستمرار ما ان تتوفر البيانات التجريبية الجديدة.

إصدار البيانات:

سيتم إصدار سلسلة جديدة من التقديرات المتعلقة بالفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة خلال عام ٢٠١٧. أما تاريخ إصدارها فيكون عادةً خلال شهر أيلول / سبتمبر.

الجهات المزودة بالبيانات

يقوم عامّة المكتب الإحصائي الأول أو وزارة الصحة بتوفير بيانات وفيات حديثي الولادة على المستوى الوطني.

الجهات المجمعة للبيانات

اليونيسيف

المراجع

دليل الموارد الموحدة:

Childmortality.org و www.data.unicef.org/child-mortality/neonatal

المراجع:

United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels & trends in child mortality. Report 2015. New York: UNICEF, 2015. Available at http://childmortality.org/files_v20/download/IGME%20report%202015%20child%20mortality%20final.pdf

Alexander M, Alkema L. Estimating Neonatal Mortality. Annual Meeting of the Population Association of America. 2015. (Available at <http://paa2015.princeton.edu/uploads/151676>)

Alkema L, New JR. Global estimation of child mortality using a Bayesian B-spline bias-reduction method. The Annals of Applied Statistics. 2014; 8(4): 2122–2149. Available at: <http://arxiv.org/abs/1309.1602>

Alkema L, Chao F, You D, Pedersen J, Sawyer CC. National, regional, and global sex ratios of infant, child, and under-5 mortality and identification of countries with outlying ratios: a systematic assessment. The Lancet Global Health. 2014; 2(9): e521–e530.

Pedersen J, Liu J. Child Mortality Estimation: Appropriate Time Periods for Child Mortality Estimates from Full Birth Histories. Plos Medicine. 2012;9(8). Available at:
<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001289>

Silva R. Child Mortality Estimation: Consistency of Under-Five Mortality Rate Estimates Using Full Birth Histories and Summary Birth Histories. Plos Medicine. 2012;9(8). Available at:
<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001296>

Walker N, Hill K, Zhao FM. Child Mortality Estimation: Methods Used to Adjust for Bias due to AIDS in Estimating Trends in Under-Five Mortality. Plos Medicine. 2012;9(8). Available at:
<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001298>

المؤشرات ذات الصلة

:1-2-٣

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة

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

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

المؤشر ١-٣-٣: عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل ١٠٠٠ شخص غير مصاب من السكان بحسب الجنس والعمر والفئات الرئيسية من السكان

المعلومات المؤسسية

المنظمة/ المنظمات:

برنامج الأمم المتحدة المشترك المعنى بفيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب/الإيدز (UNAIDS)

المفاهيم والتعريف

التعريف:

إنّ عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل ١٠٠٠ شخص غير مصاب بحسب الجنس والعمر والفئات الرئيسية من السكان هو عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل ١٠٠٠ شخص خلال سنوات معينة بين السكان غير المصابين.

الأساس المنطقي:

يُشكّل معدل الإصابة مقياساً للسعي باتجاه منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

تُعتبر البيانات الطولية المتعلقة بالأفراد المصدر الأفضل للبيانات بيد أنها نادراً ما تتوفر عند وجود كثافة سكانية. ويمكن اللجوء إلى الاختبارات التشخيصية الخاصة بالمسوح أو التي تؤمنها المرافق الصحية للحصول على بيانات تتعلق بمعدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. فيُصبح عندئذ هذا المعيار نموذجاً يستخدم برنامج spectrum أو الطيف الضوئي.

التفصيل:

السكان بشكل عام، الفئات الرئيسية من السكان (الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والعاملون في مجال الجنس، والأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بواسطة الحقن، والمتحوّلون جنسياً والسجناء)، الفئات العمرية (من ١٤ إلى ٥٠ - من ١٥ إلى ٤٩ - من ١٥ إلى ٥٠ وما فوق) وللسكان الرئيسيين (ما دون ٢٥ وما فوق ٢٥ سنة) طريقة الانتقال (بما فيها الانتقال من الأم إلى الطفل)، مكان الإقامة، الجنس.

معالجة القيم الناقصة:

• على مستوى البلد

لا يتم جمع التقديرات من البلدان التي يبلغ عدد سكانها أقل من ٢٥٠٠٠٠ إضافة إلى ذلك، لا وجود لأي تقديرات في ١٠ بلدان يظهر فيها فيروس نقص المناعة البشرية بنسبة ضئيلة. كما بدت بعض التقديرات في بعض البلدان غير نهائية عند نشرها. لذلك تغيب القيم الخاصة بالبلد عن بيانات هذه البلدان.

• على المستويين الإقليمي والعالمي

لا تدخل البلدان التي يبلغ عدد سكانها أقل من ٢٥٠٠٠٠ إضافة إلى البلدان العشر التي لا تنتج تقديرات، ضمن التقديرات الإقليمية والعالمية. أمّا بالنسبة للبلدان التي بدت فيها التقديرات غير نهائية عند نشرها، فإن التقديرات غير الرسمية الأفضل هي التي تضم إلى القيم الإقليمية والعالمية.

المجاميع الإقليمية:

لا ينطبق

مصادر التفاوت:

ستختلف هذه التغييرات وفق البلد

الوسائل والمبادئ التوجيهية المتاحة للبلدان من أجل تجميع البيانات على المستوى الوطني:

يتوفر وصف المنهجية على الرابط التالي:

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016_methods-for-deriving-UNAIDS-estimates_en.pdf

يتم توفير حلقات عمل حول بناء القرارات بشأن الوسائل كل سنتين للبلدان. وإضافة إلى ورشات العمل هذه، يتم تقديم الدعم لها من قبل أخصائيين داخل البلد في ٤٥ بلد تقريباً. أمّا في حال لم يتوفّر الأخصائيون داخل البلد، يتم توفير المساعدة عن بعد. ويمكن الاطلاع على المبادئ التوجيهية على الرابطين التاليين:

<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/spectrumpp>

ضمان الجودة

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016_methods-for-deriving-UNAIDS-estimates_en.pdf

تشارك البلدان بشكل كامل في عملية تطوير التقديرات. وتنتمي مراجعة القيم النهائية لضمان الجودة من قبل برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب/الإيدز وبموافقة كبار المدراء في وزارات الصحة الوطنية.

مصادر البيانات:

الوصف:

نماذج برنامج spectrum أو الطيف الضوئي، المسح الأسري أو مسح الفئات السكانية الرئيسية التي تتضمن اختبار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية

ومن مصادر البيانات المحتملة الأخرى: نظام المراقبة المنتظم بين الفئات الرئيسية من السكان.

عملية الجمع:

تستخدم أفرقة البلد البرامج التي يدعمها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب/الإيدز بهدف تطوير التقديرات سنويًا. وتضم هذه الأفرقة بالدرجة الأولى اختصاصيين في علم الأوبئة وأخصائيين ديمografيين بالإضافة إلى اصحاب اهتمامات في الرصد والتقييم وشركاء تقنيين.

أما البرنامج المستخدم لتأمين التقديرات فهو برنامج spectrum، الذي طوره موقع Avenir Health (www.avenirhealth.org) ومجموعة التقديرات والإسقاطات التي طورها مركز الشرق والغرب (www.eastwestcenter.org). ويُزود الفريق المعني بالتقديرات والنماذج والإسقاطات التابع لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز الإرشادات التقنية حول تطوير مكون البرنامج الخاص بفيروس نقص المناعة البشرية (www.epidem.org)

توافر البيانات

الوصف:

٢٠١٦ بلداً في عام ٢٠١٦

السلسل الزمنية:

٢٠١٥ إلى ١٩٩٠ من

الجدول الزمني

جمع البيانات:

يتتم تجميع مصادر البيانات طوال السنة. وتنشأ نماذج spectrum في الأشهر الثلاثة الأولى من كل سنة وتُنجز خلال شهر حزيران/يونيو. أما التقرير المُقبل فسيكون في حزيران/يونيو ٢٠١٧.

إصدار البيانات:

حزيران/يونيو ٢٠١٦، حزيران/يونيو ٢٠١٧، الخ.

الجهات المزودة بالبيانات

يقوم فريق يضم وزارة الصحة ومجموعات استشارية وطنية معنية بالإيدز وشركاء التنمية بإعداد التقديرات. ويُوَقِّع على النتائج كبار المدراء في وزارات الصحة.

الجهات المجمعة للبيانات

برنامج الأمم المتحدة المشترك المعنى بفيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب/الإيدز

المراجع

دليل الموارد الموحد:

unaids.org

المراجع:

<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/spectrumepp>

UNAIDS Global AIDS response progress reporting 2015: construction of core indicators for monitoring the 2011

United Nations political declaration on HIV/AIDS. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2702_GARPR2015guidelines_en.pdf 2015.

UNAIDS website for relevant data and national Spectrum files <http://aidsinfo.unaids.org/>

Consolidated Strategic Information Guidelines for HIV in the Health Sector. Geneva: World Health Organization;

2015.<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en/> accessed on 7 October 2015

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

الغاية ٣-٣: القضاء على أوبئة الإيدز والسل والمalaria والأمراض المدارية المهمة، ومكافحة الالتهاب الكبدي الوبائي، والأمراض المنقوله بالمياه، والأمراض المعديه الأخرى بحلول عام ٢٠٣٠

المؤشر ٢-٣-٣: معدل انتشار السل لكل ١٠٠ ٠٠٠ شخص

المعلومات المؤسسية

المنظمة/ المنظمات:

منظمة الصحة العالمية (WHO)

المفاهيم والتعريف

التعريف:

يُعرف معدل انتشار السل لكل ١٠٠ ٠٠٠ شخص على أنه العدد المقدر لحالات السل الجديدة والحالات التي يُعاني فيها المصابون من انتكاس (ويشمل كل أنواع السل بما فيه حالات الأشخاص الذين يتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرية) والتي تظهر في سنة محددة، ويُشار إليها كمعدل لكل ١٠٠ ٠٠٠ شخص.

الأساس المنطقي:

بعد سنتين من المشاورات، أقرّت جمعية الصحة العالمية في أيار/مايو ٢٠١٤ استراتيجية عالمية جديدة لمكافحة السل بعد عام ٢٠١٥، عُرفت باستراتيجية دحر السل وتحطيم السنوات الممتدة بين ٢٠١٦ و٢٠٣٥. ويُمكن الهدف العام في القضاء على وباء السل العالمي. وفي المقابل حُدّدت الغايات التي تطمح إلى الحد من الوفيات الناجمة عن السل والإصابات بهذا المرض بحلول عام ٢٠٣٠ (تخفيض معدل الإصابة بنسبة ٨٠٪ مقارنة بمعدلات سنة ٢٠١٥) وسنة ٢٠٣٥ (تخفيض معدل الإصابة بنسبة ٩٠٪) ضمن أهداف التنمية المستدامة.

وتم اختيار معدل الإصابة بالسل كمؤشر لقياس مستوى تخفيض عدد الحالات التي تُعاني من عباء المرض. وعلى الرغم من أن هذا المؤشر قدّر بطريقة مثيرة للشك بشكل ملحوظ في معظم البلدان سنة ٢٠١٤، إلا أن إبلاغ السلطات الوطنية عن الحالات يؤمّن مؤشرًا جيًّا إذا ما تواجد تقصير محدود في الإبلاغ عن الحالات التي اكتُشفت وتقصير أو إفراط محدود في تشخيص الحالات.

المفاهيم:

يتطلّب القياس المباشر نظم مراقبة عالية الجودة يكون فيها التقصير في الإبلاغ ضئيل بالإضافة إلى نظم صحية قوية تضع حدًا للنقصير في التشخيص؛ وإلا تُبني التقديرات غير المباشرة على بيانات الإبلاغ وعلى تقديرات مستويات التقصير في الإبلاغ والتشخيص.

التعليقات والقيود:

تم اعتماد معدل الإصابة بالسل لأكثر من قرن كمؤشر أساسى لعبء السل مع وفيات السل. ويسمح المؤشر بالمقارنة أكانت عبر الزمن أو بين الدول. ويؤدى تحسين نوعية مراقبة بيانات السل الى التقلص من نسبة الشك في قيم المؤشر.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

يتم وضع تقديرات الإصابة بالسل من خلال عملية تشاور وتحليل تقوم بها منظمة الصحة العالمية، وتُنشر هذه التقديرات سنويًا. كما ترتكز على تقارير سنوية عن الحالات، وتقدير الجودة وتحفيظية بيانات الإبلاغ عن السل، والمسوح الوطنية حول انتشار مرض السل والمعلومات من نظم تسجيل الوفيات (الحيوية).

يتم الحصول على تقديرات الإصابة لكل بلد باللجوء إلى مقاربة أو أكثر من المقاربـات التالية، اعتماداً على البيانات المتوفـرة:

- i. الإصابة = الإبلاغ عن الحالات / النسبة المقدّرة للحالات التي تم اكتشافها
- ii. أسلوب المعاينة والمقارنة
- iii. الإصابة = الانتشار / مدة الحالة

كما تُقدم حدود عدم اليقين إضافة إلى التقديرات الأفضل.

وتتوفر التفاصيل من خلال قياس مدى تأثير السل: السياسات والتوصيات حول كيفية تقييم عبء الوبائي للسل وتأثير مكافحة السل، ومن خلال الملحق التقني المنشور عبر الانترنت للتقرير العالمي للسل لسنة ٢٠١٥ الصادر عن منظمة الصحة العالمية على الرابط التالي: <https://arxiv.org/abs/1603.00278>

التفصيل:

يُفصّل هذا المؤشر بحسب البلد والعمر والجنس (الأطفال مقابل البالغين).

معالجة القيم الناقصة:

• على المستوى البلدي

يمكن الاطلاع على التفاصيل من خلال المقالة المنشورة على الرابط التالي:
<http://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/1603/1603.00278.pdf>

• على المستويين الإقليمي وال العالمي

يمكن الاطلاع على التفاصيل من خلال المقالة المنشورة على الرابط التالي:
<http://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/1603/1603.00278.pdf>

المجاميع الإقليمية:

تجمع التقديرات القطرية لعدد الحالات. وينشر الشك الذي يفترض استقلالية التقديرات القطرية.

مصادر التفاوت:

قد تختلف القواسم السكانية بين المصادر الوطنية وشعبة السكان. وتعتمد منظمة الصحة العالمية على التقديرات السكانية لشعبة السكان.

مصادر البيانات

الوصف:

يمكن الاطلاع على مصادر البيانات والطرق من خلال المقالة المنشورة على الرابط التالي:

<http://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/1603/1603.00278.pdf>

عملية الجمع:

تقديم البرامج الوطنية للسل كلّ بياناتها السنوية حول السلّ بين آذار/مارس وحزيران/يونيو إلى منظمة الصحة العالمية مستخدمةً نظام الإبلاغ عن البيانات الموحد عبر الانترن特 المحفوظ عند منظمة الصحة العالمية. يتضمن النظام مراقبة آنية لمدى اتساق البيانات. ويتم إعداد تقديرات عبء السل والإبلاغ عنها بين البلدان خلال شهري تموز وآب. ويجري تحديث التقديرات كلّ على حدة خلال السنة في بلدان معينة تمتلك بيانات مسح جديدة. كما يبلغ عن كلّ التقديرات خلال شهري آب وأيلول وتجري المراجعات بناءً على ردود الفعل. وتتمّ مراجعة المجموعة النهائية من التقديرات في منظمة الصحة العالمية قبل نشرها في تشرين الأول للالتزام بالمعايير الدولية الموحدة ومواءمة توزيع العمر والجنس.

توافر البيانات

الوصف:

جميع البلدان

السلسل الزمنية:

٢٠٠٠ وما بعد

الجدول الزمني

جمع البيانات:

الحالية: من آذار/مارس إلى حزيران/يونيو ٢٠١٦ التالية: من آذار/مارس إلى حزيران/يونيو ٢٠١٧

إصدار البيانات:

تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٦ ، للسنوات الممتدة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠١٥ (تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٦)

الجهات المزودة بالبيانات

البرامج الوطنية للسل، وزارات الصحة

الجهات المجمعة للبيانات

منظمة الصحة العالمية

المراجع

دليل الموارد الموحدة:

<http://www.who.int/tb/country/data/download/en/>

المراجع:

Global TB Report 2015: 2015.(http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, accessed 21 June 2016).

Methods used by WHO to estimate the Global burden of TB disease:

<https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/1603/1603.00278.pdf>

Definitions and reporting framework for tuberculosis – 2013 revision (WHO/HTM/TB/2013.2).

Geneva: World Health Organization; 2013

(<http://www.who.int/tb/publications/definitions/en/>, accessed 21 June 2016).

World Health Assembly governing body documentation: official records. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/gb/or/>, accessed 21 June 2016).

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

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

المؤشر ٥-٣-٣: عدد الأشخاص الذين يستلزمون تدخلات لمكافحة الأمراض المدارية المهمة

المعلومات المؤسسية

المنظمة/ المنظمات:

منظمة الصحة العالمية (WHO)

المفاهيم والتعاريف

التعريف:

عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى علاج ورعاية بسبب الإصابة بأي مرض من أمراض المناطق المدارية المهمة التي تشملها خارطة طريق منظمة الصحة العالمية المعنية بالوقاية من أمراض المناطق المدارية وقرارات جمعية الصحة العالمية والتي يتم الإبلاغ عنها إلى منظمة الصحة العالمية.

الأساس المنطقي:

إن متوسط العدد السنوي للأشخاص الذين يحتاجون إلى علاج ورعاية بسبب الإصابة بأي مرض من أمراض المناطق المدارية المهمة هو العدد الذي يتوقع أن ينخفض إلى أن يتم "وضع حد لهذه الأمراض" بحلول عام ٢٠٣٠ (الغاية ٣-٣)، من خلال القضاء عليها أو استئصالها أو ضبطها. أما عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى تدخلات أخرى لمكافحة أمراض المناطق المدارية المهمة (كمكافحة الحشرات الناقلة للأمراض والصحة العامة البيطرية والمياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية) فيتوقع أن يبقى كما هو عليه إلى ما بعد ٢٠٣٠ ويوجّه ضمن غايات ومؤشرات أخرى أي التغطية الصحية للجميع واستفادة الجميع من المياه وخدمات الصرف الصحي.

غير أنه يجب ألا يُفسّر هذا العدد على أنه يمثل عدد الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بأمراض المناطق المدارية المهمة. إنه يرمز في الواقع إلى مجموعة فرعية من العدد الأكبر للأشخاص المعرضين لخطر. ويقتصر العلاج الجماعي على الأشخاص الذين يعيشون في المناطق التي تخطّت الحد الأدنى من الانتشار؛ وهو لا يتضمن كل الأشخاص الذين يقيمون في المناطق المعرضة للإصابة بالعدوى. في حين يُكرّس العلاج الفردي والرعاية الخاصة للمصابين أو الذين أصيبوا سابقاً، فلا يشمل كل المحتكرين أو المعرضين للعدوى. لذلك يُفضل تفسير هذا العدد على أنه عدد الأشخاص الذين وصلوا إلى درجة من الخطورة تتطلب تدخلاً طبياً – هذا ما يُسمى العلاج والرعاية بسبب الإصابة بأمراض المناطق المدارية المهمة.

المفاهيم:

يتم تعریف العلاج والرعاية بشكل عام بهدف السماح للرعاية والعلاج الوقائي والشفائي والجراحي أو التأهيلي. ويتضمن بشكل خاص كلاً من:

١- متوسط العدد السنوي للأشخاص الذين يحتاجون إلى علاج جماعي يُعرف بالعلاج الكيميائي الوقائي (PC) لمرض واحد على الأقل من الأمراض الخاضعة للعلاج الكيميائي.

٢- عدد الحالات الجديدة التي تتطلب علاجاً فردياً ورعاية خاصة لأمراض المناطق المدارية المهمة الأخرى. أمّا التدخلات الأساسية الأخرى لمكافحة أمراض المناطق المدارية المهمة (كمكافحة الحشرات الناقلة للأمراض والصحة العامة البيطرية والمياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية) فتُعالج ضمن غایات ومؤشرات أخرى أي التغطية الصحية للجميع واستفادة الجميع من المياه وخدمات الصرف الصحي.

التعليقات والقيود:

قد تكون تقارير البلدان غير قابلة للمقارنة بشكل التام على مر السنين. ومن الممكن أن يؤدي تحسين المراقبة وتقصي الحالات إلى ارتفاع ظاهر في عدد الأشخاص الذين باتت حاجتهم إلى العلاج والرعاية معروفة. كما قد يتطلب تعديل بعض التقديرات لتتماشى مع التغيرات الحاصلة في المراقبة وتقصي الحالات. ومن الممكن أن تُحسب التقارير القطرية المفقودة لبعض الأمراض في بعض السنوات.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

إن توفر بعض التقديرات هو لأمر ضروري بهدف جمع البيانات عبر التدخلات والأمراض وفق منهجية متبعة تم اختبارها ومعيار دولي متفق عليه.

[<http://www.who.int/wer/2012/wer8702.pdf?ua=1>]

١- متوسط العدد السنوي للأشخاص الذين يحتاجون إلى علاج جماعي يُعرف بالعلاج الكيميائي الوقائي (PC) لمرض واحد على الأقل من الأمراض الخاضعة للعلاج الكيميائي : قد يحتاج الأشخاص إلى علاج كيميائي وقائي لأكثر من مرض من الأمراض الخاضعة للعلاج الكيميائي . وتنتم مقارنة عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى علاج كيميائي عبر أمراض المناطق المدارية المهمة التي تتطلب علاجاً كيميائياً حسب الفئة العمرية ووحدة التنفيذ (مثلاً المنطقة). وتشكل وحدة تنفيذ خاصة لكل فئة عمرية لتضم العدد الأكبر من الأشخاص الذين يحتاجون إلى علاج كيميائي. ويُعتبر المجموع كتقدير معتدل للأشخاص الذي يحتاجون إلى علاج كيميائي لمعالجة مرض على الأقل من أمراض المناطق المدارية المهمة الخاضعة لهذا العلاج. وتحدد مساحة الانتشار متى تم القضاء على مرض من أمراض المناطق المدارية المهمة أو السيطرة عليه فيمكن عندئذٍ

وقف العلاج الكيميائي الوقائي أو التخفيف من تواتره، لينخفض متوسّط العدد السنوي للأشخاص الذين يحتاجون إلى هذا العلاج.

٢- عدد الحالات الجديدة التي تتطلّب علاجاً فريدياً ورعاية خاصة لأمراض المناطق المدارية المهمة الأخرى: إنّ عدد الحالات الجديدة مبني على التقارير القطرية اذا ما تواجدت حول الحالات المعروفة والجديدة للأمراض التالية: قرحة بورولي، وداء شاغاس أو داء المتقيبات الأمريكي، وداء الكيسات المذنبة وحمى الضنك وداء التنيبات أو داء الدودة الغينية، وداء المشوّكات وداء المتقيبات الافريقي البشري أو مرض النوم ومرض الجذام وداء الليشمانيات وداء الكلب وداء الغلقي. واذا ما تم الإبلاغ عن عدد الأشخاص الذين يحتاجون ويطلبون جراحة لمعالجة أمراض المناطق المدارية المهمة الخاضعة للعلاج الكيميائي (داء الشعيرات أو جراحة القيلة)، يجوز إضافة هذا العدد هنا. ويمكن إضافة أيضاً الحالات الجديدة التي تحتاج وتتطلّب إعادة تأهيل (كمرض الجذام والوذمة اللمفية) كلّما توفرت.

أمّا الأعداد السكانية التي ذكرت في ١ و ٢ فقد تتناقض؛ اذ انّ المجموع قد يُبالغ في تقدير العدد الإجمالي للأشخاص الذين يحتاجون إلى علاج ورعاية. وبالتالي يُحتفظ بالحد الأقصى للرقمين ١ و ٢ في أدنى وحدة تنفيذ مشتركة ويتم جمعهما للحصول على المجاميع الوطنية والإقليمية والعالمية. وستثبت بيانات ونماذج التوطن المشترك التي جرى تحسينها بحلول عام ٢٠٣٠ صحة الاتجاهات التي تم الحصول عليها باعتماد هذا النهج البسيط.

التفصيل:

إنّ التفصيل وفق المرض مطلوب؛ يتطلّب إنهاء وباء أمراض المناطق المدارية المهمة تخفيفاً في عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى تدخلات لكل مرض من هذه الأمراض.

إنّ التفصيل وفق العمر مطلوب للعلاج الكيميائي الوقائي: الأطفال في سن ما قبل المدرسة (سنة الى ٤ سنوات)، الأولاد في سن ارتياح المدرسة (٥ الى ١٤ سنة) والبالغون (= ١٥ سنة)

معالجة القيم الناقصة:

• على مستوى البلد

لا تُحسب القيم المفقودة في البلدان التي لم تبلغ أبداً عن بيانات تتعلق بأمراض المناطق المدارية المهمة. أمّا بالنسبة للبلدان التي أبلغت عن بيانات في الماضي، فإنّا نحسب القيم الناقصة المتعلقة فقط بأمراض المناطق المدارية المهمة التي تم الإبلاغ عنها في الماضي وليس خلال السنة الحالية.

بالإضافة إلى أننا نستخدم تقنيات احتساب متعددة لإعادة الإنتاج اعتماداً على برنامج أميليا المتوفر مجاناً. نقوم باحتساب ١٠٠ مجموعة كاملة من البيانات اعتماداً على البيانات المقطوعية (وفق البلدان والسنوات)،

• على المستويين الإقليمي والعالمي

نقوم بالتجميع عبر الأمراض والمناطق مستخدمين مجموعات البيانات المحسبة التي يبلغ عددها المئة، ونستخلص القيم المئوية المتوسطة و٢,٥ و٩٧,٥ للإبلاغ عن التقديرات الأفضل وفترات عدم اليقين على المستويين الإقليمي والعالمي.

المجاميع الإقليمية:

تعتبر التقديرات الإقليمية والعالمية مجاميع بسيطة لقيم البلد، بلا أي ترجيح. وما من أي تعديل إضافي في هذه التقديرات.

مصدر التفاوت:

لا تقوم البلدان عادة بتجميع بياناتها عبر مختلف أمراض المناطق المدارية المهمة، بيد أنها لو طبقت طريقة التجميع المذكورة آنفًا، لحصلت على الرقم نفسه. أما الاستثناءات الوحيدة فتمثل البلدان التي تملك قيمة مفقودة واحدة أو أكثر لأمراض المناطق المدارية الفردية، لتكون عندئذً المجاميع المقدرة دوليًّا أعلى من المجاميع التي ينتجهما البلد والتي تفترض أن القيم المفقودة معروفة. لذلك نقدم التقديرات الأفضل مع حدود من الشك لسلط الضوء على هذه القيم التي ترك تأثيراً كبيراً على مجاميع البلد، إلى أن يتم الإبلاغ عن القيم المفقودة.

الوسائل والمبادئ التوجيهية المتاحة للبلدان من أجل تجميع البيانات على المستوى الوطني

يرتكز هذا المؤشر على بيانات وطنية تم الإبلاغ عنها إلى منظمة الصحة العالمية من قبل دولها الأعضاء ونشرت عبر المرصد الصحي العالمي (http://www.who.int/gho/neglected_diseases/en/) ومصرف بيانات الكيميائي العلاج الواقعي (http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/databank/en/). ويتطابق تجميع البيانات حول أمراض المناطق المدارية المهمة الفردية التي يُبلغ عنها كل البلد، بعض التعديلات عبر كل الأمراض المذكورة ضمن هذا المؤشر. وتم وضع منهجية لتوحيد عملية التجميع.

<http://www.who.int/wer/2012/wer8702.pdf?ua=1>

وعملًا بالوصية الصادرة عن الفريق العامل المعنى بالمراقبة والتقييم التابع للفريق الاستشاري الاستراتيجي والتقني لأمراض المناطق المدارية المهمة، قامت منظمة الصحة العالمية بتطوير قاعدة بيانات متكاملة حول أمراض المناطق المدارية المهمة بهدف تحسين التخطيط القائم على الأدلة وإدارة برامج هذه الأمراض على المستويين الوطني والفرعي. ويمكن العودة إلى قاعدة البيانات المتكاملة الخاصة بأمراض المناطق المدارية المهمة على الرابط التالي:

http://www.who.int/neglected_diseases/data/ntddatabase/en/

أمّا بالنسبة للأمراض التي تتطلب علاجاً كيميائياً وقائياً، فتم تطوير آلية إبلاغ مشتركة ومجموعة من استمرارات الإبلاغ لتسهيل عملية طلب الأدوية المترّبع بها وتقدّم الإبلاغ إضافةً إلى تحسين مدى التنسيق والتكمال بين البرامج. ويمكن الاطلاع على المعلومات الإضافية على الرابط التالي،

http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/reporting/en/

ضمان الجودة:

إنّ مواد التدريب الخاصة بقاعدة البيانات المتكاملة حول أمراض المناطق المدارية متوفّرة على الرابط التالي: http://www.who.int/neglected_diseases/data/ntddatabase/en/. كما يمكن الاطلاع على دليل المستخدم وفيديو توجيهي حول آلية الإبلاغ المشتركة ومجموعة من استمرارات الإبلاغ على الرابط التالي:

http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/reporting/en/

أمّا المعلومات الخاصة بالبيانات الفردية لأمراض المناطق المدارية المهمّلة فهي متوفّرة على الرابط التالي: http://www.who.int/gho/neglected_diseases/en/. ويتم توقيع التقارير المتعلقة بأمراض المناطق المدارية المهمّلة التي تحتاج إلى علاج كيميائي وقائي من قبل منسق هذه الأمراض أو ممثل عن وزارة الصحة لتأييد طلب البلد للأدوية (عند الاقتضاء) والبيانات رسميّاً. وتُسلّم هذه التقارير إلى ممثل منظمة الصحة العالمية للمكتب القطري المعنى التابع لمنظمة الصحة العالمية.

مصادر البيانات

الوصف:

يتم قياس عدد الأشخاص الذين يحتاجون لعلاج ورعاية ضد أمراض المناطق المدارية المهمّلة بواسطة النظم القطرية القائمة، ويُبلغ عنها إلى منظمة الصحة العالمية من خلال طلب مشترك واستمرارات إبلاغ للأدوية المترّبع بها وقاعدة البيانات المتكاملة حول هذه الأمراض إضافةً إلى تقارير أخرى.

http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/reporting/en/

http://www.who.int/neglected_diseases/data/ntddatabase/en/

يتم نشر البيانات القطرية عبر المرصد الصحي العالمي ومصرف بيانات العلاج الكيميائي الوقائي.

http://www.who.int/gho/neglected_diseases/en/

http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/databank/en

عملية الجمع:

تعمد منظمة الصحة العالمية، كجزء من الجهود العالمية لتسريع عملية توسيع نطاق العلاج الكيميائي الوقائي بهدف وضع حد للسيطرة على داء الخيطيات وداء المنشقات والديدان الطفيلية التي تنتقل عن طريق التربة،

إلى تسهيل توريد الأدوية التالية التي تتبرّع بها المؤسّسات المعنية بصناعة الأدوية: دياتيلكاربامازين سيترات diethylcarbamazine citrate وألبيندازول albendazole وميبيندازول mebendazole وبرازيكانتيل praziquantel. وتشارك منظمة الصحة العالمية بتزويد دواء الإيفيرمكتين لبرامج وضع حد لداء كلابية الذنب أو العمى النهي وداء الخيطيات.

كما تمّ تطوير آلية مشتركة ومجموعة من الاستمرارات لتسهيل عملية التطبيق والمراجعة والإبلاغ إضافة إلى تحسين التنسيق والتكميل بين مختلف البرامج.

الطلب المشترك للأدوية العلاج الكيميائي الوقائي التي تمّ اختيارها - إنّ هذا الطلب مصمّم لمساعدة البلدان في تحديد كمية أقراص الأدوية المناسبة والمطلوبة للسكان والمناطق المستهدفة بطريقة منسقة ومتكاملة بهدف مكافحة الأمراض المتعددة خلال السنة التي تمّ فيها طلب هذه الأدوية.

استماراة الإبلاغ المشتركة - إنّ هذه الاستماراة مصمّمة لمساعدة البلدان في الإبلاغ عن التقدم السنوي في التوزيع المنسق والمتكامل للأدوية عبر مختلف الأمراض خلال سنة الإبلاغ ووفق شكل موحد.

استماراة الإبلاغ عن البيانات الوبائية للعلاج الكيميائي الوقائي - إنّ هذه الاستماراة مصمّمة لتوحيد الإبلاغ الوطني عن البيانات الوبائية حول داء كلابية الذنب والديدان الطفيلي الذي تنتقل عن طريق التربة وداء المنشقات. ويتمّ تشجيع السلطات الوطنية على إنهاء هذه الاستماراة وتسلیمها إلى منظمة الصحة العالمية سنويّاً مرفقة باستماراة الإبلاغ المشتركة.

وينبغي طباعة تقارير الطلب المشترك للأدوية العلاج الكيميائي الوقائي التي تمّ اختيارها واستماراة الإبلاغ المشتركة (وفق أوراق عمل موجزة) وتوقيعها من قبل منسق أمراض المناطق المدارية المهمة أو ممثل عن وزارة الصحة للمصادقة رسمياً على طلب البلد لهذه الأدوية وتقدّم البرنامج (البرامج) الوطني السنوي المبلغ عنه. كما يجدر ذكر تاريخ التوقيع. وما إن يتمّ الحصول على التوقيع، حتى تسلّم النسخ الممسوحة لورقتي العمل، مرفقة بالطلب المشترك للأدوية العلاج الكيميائي الوقائي التي تمّ اختيارها واستماراة الإبلاغ المشتركة واستماراة الإبلاغ عن البيانات الوبائية للعلاج الكيميائي الوقائي، بنسخة اكسيل excel، إلى منظمة الصحة العالمية.

تسلّم الاستمرارات إلى مثل منظمة الصحة العالمية للمكتب القطري المعنى التابع لمنظمة الصحة العالمية مرفقة بنسخ الكترونية عبر العنوان الإلكتروني التالي: PC_JointForms@who.int والمنسق الإقليمي المعنى، خلال مدة أقصاها ١٥ آب من السنة التي تسبق سنة استعمال الأدوية (كمدة أقصاها مثلاً ١٥ آب ٢٠١٥ لل مباشرة بتنفيذ العلاج الكيميائي الوقائي خلال سنة ٢٠١٦) ولكن قبل ٦ أو ٨ أشهر على الأقلّ من البدء بالعلاج الكيميائي الوقائي للتمكن من مراجعة الطلب والموافقة عليه، ومن ثم إرسال طلب الحصول على أدوية العلاج الكيميائي الوقائي وتصنيعها وشحنها إلى البلد.

http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/reporting/en/

توفّر البيانات

يجري الإبلاغ حالياً عن البيانات من قبل ١٨٥ بلداً، مع تغطية جيّدة لكافة المناطق

الجدول الزمني

جمع البيانات:

يتّم جمع البيانات لعام ٢٠١٥ طوال الربع الثاني والربع الثالث من العام ٢٠١٦

إصدار البيانات:

خلال الربع الأول من العام ٢٠١٧ لبيانات العام ٢٠١٥

الجهات المزودة بالبيانات

برامج مكافحة أمراض المناطق المدارية المهمّلة داخل وزارات الصحة

الجهات المجمعة للبيانات

منظمة الصحة العالمية (WHO).

المراجع

دليل الموارد الموحدة:

http://www.who.int/neglected_diseases/en/

المراجع:

الخطة العالمية لمقاومة أمراض المناطق المدارية المهمّلة، ٢٠١٥-٢٠٠٨ . جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٠٧؛

(٢٠١٥) ، وُنشرت في ٢٩ آذار http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/who_cds_ntd_2007.3_eng.pdf

تسريع العمل للتغلب على التأثير العالمي لأمراض المناطق المدارية المهمّلة: خارطة طريق للتنفيذ. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٢

٢٩ ، وُنشر المقال في http://www.who.int/neglected_diseases/NTD_roadMap_2012_Fullversion.pdf آذار (٢٠١٥)

الاستثمار للتغلب على التأثير العالمي لأمراض المناطق المدارية المهمّلة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٥

(٢٠١٥ آذار ٢٩) ونشر المقال في (http://www.who.int/neglected_diseases/9789241564861/en/)

الهدف ٣: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار
الغاية ٤-٣: خفض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية بمقدار الثالث بتوفير الوقاية
والعلاج وتعزيز الصحة والسلامة العقلية، بحلول عام ٢٠٣٠
المؤشر ١-٤-٣: معدل الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان داء السكري
والأمراض التنفسية المزمنة

المعلومات المؤسسية

المنظمة/ المنظمات:

منظمة الصحة العالمية (WHO)

المفاهيم والتعريف

التعريف:

معدل الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية، أو السرطان، أو داء السكري أو الأمراض التنفسية المزمنة. إن احتمال الوفاة بين 30 و70 من العمر جراء الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية أو السرطان أو داء السكري أو أي مرض تنفسي مزمن هو النسبة المئوية من الناس في الثلاثين من العمر الذين سيموتون قبل بلوغ السبعين نتيجة الإصابة بهذه الأمراض، مع الافتراض بأنهم سيختبرون معدلات الوفيات الحالية الخاصة بكل عمر وبأنهم لن يموتوا جراء أي سبب آخر يُسبب الوفاة (كالإصابات أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز). ويتم احتساب هذا المؤشر من خلال استخدام وسائل جدول الحياة (العودة الى القسم 3-3 للمزيد من التفاصيل).

الأساس المنطقي

يتزايد عبء المرض الناجم عن الأمراض غير المعدية بشكل سريع بين البالغين في البلدان النامية بسبب الشيخوخة. وتعتبر أمراض القلب والأوعية الدموية، أو السرطان، أو داء السكري أو الأمراض التنفسية المزمنة الأسباب الأساسية الأربع لعبء الأمراض غير المعدية. إن قياس خطر الوفاة جراء هذه الأسباب الأساسية مهم لتقدير امتداد عبء الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية بين السكان.

المفاهيم:

احتمال الوفاة: أرجحية احتمال وفاة فرد بين عمرين نظراً لمعدلات الوفيات الحالية في كلّ عمر، وهو يُحسب باستخدام وسائل جدول الحياة. وقد يُسمى احتمال الوفاة بين عمرين معدل الوفيات.

جدول الحياة: هو جدول يُظهر تجربة الوفيات عند مجموعة افتراضية من الرضع ولدوا في الفترة الزمنية نفسها وقضوا خلال حياتهم لمجموعة من معدلات الوفيات حسب العمر.

أمراض القلب والأوعية الدموية، أو السرطان، أو داء السكري أو الأمراض التنفسية المزمنة: الأسباب الأساسية للوفاة في التصنيف الدولي للأمراض COO-C97, E10-E14 100-199 و J98-J30

التعليقات والقيود:

إنّ تقديرات سبب الوفاة تحمل في طياتها نسبة كبيرة من عدم اليقين حول بعض الأسباب وفي بعض المناطق. وتنطلب التغرات الموجودة في البيانات في المناطق التي تكون فيها الوفيات مرتفعة المزدوجة من الحذر عند تفسير التقييم النسبي العالمي لسبب الوفاة، بالإضافة إلى الحاجة لزيادة الاستثمار في نظم قياس صحة السكان. ويؤمن استخدام طرق التشريح الفعلي للجثة في نظم تسجيل العينات ونظم المراقبة الديمografية والمسوح الأسرية، بعض المعلومات حول أسباب الوفاة في المجتمعات التي تفقد إلى نظم جيدة لتسجيل الوفاة، في حين يظهر الكثير من التحديات في المصادقة على صحة هذه البيانات وتفسيرها، وفي تقييم الشك المرتبط بتشخيص السبب الأساسي للوفاة.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

يعتمد احتساب هذا المؤشر على أربع خطوات وهي:

1. تقدير جداول الوفيات الخاصة بمنظمة الصحة العالمية، المبني على تنقيح سنة 2012 للتوقعات السكانية في العالم التابع للأمم المتحدة.
2. تقدير توزيعات سبب الوفاة.
3. احتساب معدلات الوفيات حسب العمر من الأمراض غير المعدية الأساسية الأربع لكل فئة تتتألف من خمس سنوات بين عمر 30 و 70.
4. احتساب احتمال الوفاة بين 30 و 70 من العمر جراء الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، أو السرطان، أو داء السكري أو الأمراض التنفسية المزمنة.

أما الطرق المستعملة لتحليل أسباب الوفاة فتعتمد على نوع البيانات التي توفرها البلدان:

تم استخدام سجل الأحوال المدنية الذي تقدمه الدول الأعضاء إلى قاعدة بيانات الوفيات الخاصة بمنظمة الصحة العالمية، في البلدان التي تمتلك بنظام تسجيل خاص بالأحوال المدنية ذات جودة عالية

ويتضمن معلومات حول سبب الوفاة. ويمكن تعديل السجل عند الضرورة، كالقصير في الإبلاغ عن الوفيات مثلًا.

أما في البلدان التي تفتقد إلى تسجيل بيانات الوفيات بجودة عالية، فيتم احتساب تقديرات سبب الوفاة من خلال الاستناد إلى بيانات أخرى، بما فيها المسوح الأسرية مع التسريح الفعلي للجثة، ونظم تسجيل العيّنات المرضية، والدراسات الخاصة ونظم المراقبة. وتُجمع في معظم الأحيان مصادر البيانات هذه في نماذج.

وقد تم تقدير احتمال الوفاة بين 30 و 70 من العمر جراء الإصابة بالأمراض غير المعدية الأساسية الأربع عبر استخدام معدلات الوفيات حسب العمر لفئات هذه الأمراض. وبالاعتماد على طريقة جدول الوفيات، احتسب خطر الوفاة بين عمر 30 و 70 نتيجة الإصابة بأي من الأسباب الأربع وغياب أسباب أخرى للوفاة بواسطة المعادلة أدناه. أما رموز التصنيف الدولي للأمراض فهي: أمراض القلب والأوعية الدموية: 199-100، السرطان: C00-C97، داء السكري: E10-E14، والأمراض التنفسية المزمنة: 30-39J. الصيغة L (1) احتساب معدل الوفيات حسب العمر لكل فئة تتألف من خمس سنوات بين 30 و 70 من العمر، (2) تفسير معدل وفاة الخمس سنوات باحتمال وفاة لكل فئة تتضمن خمس سنوات و(3) احتساب احتمال الوفاة من عمر 30 إلى 70، بعيداً عن الأسباب الأخرى للوفاة، متوفّر في الصفحة 6 من هذه الوثيقة.

الإطار العالمي لرصد الأمراض غير المعدية: تعريفات المؤشر ومواصفاته. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2014
http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF_Indicator_Definitions_FinalNOV2014.pdf?ua=1

التفصيل:

الجنس

معالجة القيم الناقصة:

• على مستوى البلد

يتّم الاعتماد على الاستكمال/الاستقراء للبلدان-السنوات المفقودة في البلدان التي تملك إحصاءات عالية الجودة حول سبب الوفاة. أما في البلدان التي تملك بيانات قليلة الجودة أو تفتقد إلى بيانات حول أسباب الوفاة، فتُعتمد النماذج. ويمكن الاطلاع على المنهجية الكاملة عبر المرجع:

طرق ومصادر بيانات منظمة الصحة العالمية حول الأسباب العالمية للوفاة، ٢٠٠٠ - ٢٠١٥
[http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000\(_2015.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000(_2015.pdf)

• على المستويين الإقليمي وال العالمي
غير متوفر

المجاميع الإقليمية:

تجميع تقديرات الوفيات بحسب السبب، والعمر والجنس وفق البلد.

مصادر التفاوت:

تختلف بالدرجة الأولى التقديرات الآنية أحياناً في البلدان التي تتمتع بنظم تسجيل الأحوال المدنية ذات الجودة العالية الجودة لسبعين: 1) تُعيد منظمة الصحة العالمية توزيع الوفيات التي لم تُحدد أسبابها؛ و2) تُصحح منظمة الصحة سجل الوفيات غير المكتمل.

مصدر البيانات

الوصف:

إنّ مصدر البيانات المفضل هو نظم تسجيل الوفيات مع التغطية الكاملة لسبب الوفاة وشهادة طبية. وتتضمن البيانات المحتملة الأخرى المسوح الأسرية مع التشريح الفعلي للجثة، ونظم تسجيل مؤشر العينات المرضية، والدراسات الخاصة ونظم المراقبة.

عملية الجمع:

تُجري منظمة الصحة العالمية تشاورات قطرية قبل إصدار تقديراتها حول سبب الوفاة.

توافر البيانات

الوصف:

يقوم حالياً حوالي 70 بلداً بتأمين بيانات وفيات عالية الجودة بشكل منتظم إلى منظمة الصحة العالمية بحسب العمر والجنس وأسباب الوفاة، كما يُقدم حوالي 40 بلداً آخر بيانات أقل جودة. بيد أنّ منظمة الصحة العالمية تقوم باحتساب التقديرات الشاملة لسبب الوفاة بطريقة منهجية لكلّ دولها الأعضاء (ذات عدد معين من السكان) كل 3 سنوات.

الجدول الزمني

جمع البيانات:

تُرسل منظمة الصحة العالمية بريداً الكترونياً مررتين في السنة تطلب فيه من الدول الأعضاء بيانات مجدولة لتسجيل الوفيات (تتضمن كلّ أسباب الوفاة). وتقدّم البلدان إلى منظمة الصحة العالمية إحصاءات سنوية لسبب الوفاة باستمرار.

إصدار البيانات:

نهاية 2016

الجهات المزودة بالبيانات

مكاتب الإحصاءات الوطنية و/أو وزارات الصحة

الجهات المجمعة للبيانات

منظمة الصحة العالمية

المراجع

دليل الموارد الموحدة:

<http://www.who.int/gho/en/>

المراجع

الإطار العالمي لرصد الأمراض غير المعدية: تعريفات المؤشر ومواصفاته. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2014
http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF_Indicator_Definitions_FinalNOV2014.pdf?ua=1

تعريف مؤشر منظمة الصحة العالمية

(http://apps.who.int/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=3354)

طرق ومصادر بيانات منظمة الصحة العالمية حول الأسباب العالمية للوفاة، 2000 – 2015

(http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000_2015.pdf)

قرار جمعية الصحة العالمية، WHA66.10 (2014): متابعة الإعلان السياسي لاجتماع الجمعية العامة الرفيع المستوى المعني بالوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها. ويشمل الملحق 2: إطار الرصد العالمي الشامل، ويشمل 25 مؤشر ومجموعة من 9 أهداف عالمية طوعية للوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها.

(http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf?ua=1)

خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية للوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها 2013 - 2020

(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1)

الهدف ٣: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار
الغاية ٤-٣: خفض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية بمقدار الثلث بتوفير الوقاية
والعلاج وتعزيز الصحة والسلامة العقلية، بحلول عام ٢٠٣٠

المؤشر ٤-٣: معدل وفيات الانتحار

المعلومات المؤسسية

المنظمة/ المنظمات:

منظمة الصحة العالمية (WHO)

المفاهيم والتعاريف

التعريف:

إنّ معدل وفيات الانتحار هو عدد الوفيات الناجمة عن الانتحار خلال سنة واحدة، مقسوماً على عدد السكان ومضروباً بـ 100000.

الأساس المنطقي:

تحصل الاضطرابات العقلية في كلّ المناطق وكلّ الحضارات. أمّا الأكثر انتشاراً فهي الكآبة والقلق وتصيب شخصاً من بين 10 أشخاص تقريباً. وقد تؤدي الكآبة في أسوأ حالاتها إلى الانتحار. وقُدرت الوفيات الناجمة عن الانتحار سنة 2012 بأكثر من 800000 حالة في العالم، ليعتبر الانتحار السبب الرئيس الثاني للوفيات عند الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و29 سنة، بعد الإصابات الناجمة عن حوادث المرور.

التعليقات والقيود:

يتطلب التسجيل الكامل للوفيات الناجمة عن الانتحار في نظم تسجيل الوفيات روابط جيدة مع أنظمة الشرطة والطب الشرعي، بيد أنّ الوصمة الإجتماعية والاعتبارات القانونية والإجتماعية والتأخير في تحديد سبب الوفاة قد يعيق جدياً التسجيل. ويتمتّع أقلّ من نصف الدول الأعضاء بنظم جيدة لتسجيل الوفيات تُسجّل أسباب الوفاة.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

معدل الوفيات الناجمة عن الانتحار (لكل 100000 شخص) = (معدل وفيات الناجمة عن الانتحار في سنة واحدة × 100000) / عدد السكان المتوسط للسنة التقويمية نفسها.

تعتمد الطرق المتبعة لتحليل أسباب الوفاة على نوع البيانات التي توفرها البلدان:

تم استخدام سجل الأحوال المدنية الذي تقدمه الدول الأعضاء إلى قاعدة بيانات الوفيات الخاصة بمنظمة الصحة العالمية، في البلدان التي تتمتع بنظام تسجيل الأحوال المدنية ذات الجودة العالمية ويتضمن معلومات حول سبب الوفاة. ويمكن تعديل السجل عند الضرورة، كالتصصير في الإبلاغ عن الوفيات مثلًا.

أما في البلدان التي تفتقد إلى بيانات تسجيل الوفيات عالية الجودة (التي تفتقد إلى بيانات جيدة لتسجيل الوفيات)، فيتم احتساب تقديرات سبب الوفاة من خلال الاستناد إلى بيانات أخرى، بما فيها المسوح الأسرية مع التشريح اللغطي للجثة، ونظم تسجيل مؤشر العينات المرضية والدراسات الخاصة ونظم المراقبة. وتُجمع في معظم الأحيان مصادر البيانات هذه في نماذج.

التفصيل:

بحسب الجنس والعمر والفئة.

معالجة القيم الناقصة:

• على مستوى البلد

يتم الاعتماد على الاستكمال/الاستقراء للبلدان-السنوات المفقودة في البلدان التي تملك إحصاءات عالية الجودة حول سبب الوفاة. أما في البلدان التي تملك بيانات أقل جودة أو البلدان التي تفتقد إلى بيانات حول أسباب الوفاة، فتُعتمد النماذج. ويمكن الاطلاع على المنهجية الكاملة عبر المرجع:

طرق ومصادر بيانات منظمة الصحة العالمية حول الأسباب العالمية للوفاة، ٢٠١٥ - ٢٠٠٠

(http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000_2015.pdf)

• على المستويين الإقليمي وال العالمي غير متوفر

المجاميع الإقليمية:

يتم جمع التقديرات القطرية لعدد الوفيات بحسب سبب الوفاة للحصول على المجاميع الإقليمية والعالمية.

مصادر التفاوت:

تختلف بالدرجة الأولى التقديرات الآنية أحياناً في البلدان التي تمتلك بنظم تسجيل الأحوال المدنية ذات الجودة العالية لسبعين: 1) تُعَد منظمة الصحة العالمية توزيع الوفيات التي لم تُحدّد أسبابها (كالإصابات غير المعروفة، رموز الانتحار في التصنيف الدولي للأمراض ٢٣٤-٢١٠٢ و٢٨٧٢)، و 2) تُصحّ منظمة الصحة سجل الوفيات غير المكتمل.

مصادر البيانات

الوصف:

إنّ مصدر البيانات المفضل هو نظم تسجيل الوفيات مع التغطية الكاملة لسبب الوفاة وشهادة طبية، المشفرة وفق التصنيف الدولي للأمراض. أمّا رموز الانتحار في التصنيف الدولي للأمراض فهي: ٢٨٧٠-X8٠, X6٠-٢٩٠. وتتضمن البيانات المحتملة الأخرى المسوح الأسرية مع التشريح الفعلي للجثة، ونظم تسجيل مؤشر العينة المرضية، والدراسات الخاصة ونظم المراقبة.

عملية الجمع:

تُجري منظمة الصحة العالمية تشاورات قطرية قبل إصدار تقديراتها حول سبب الوفاة.

توافر البيانات

الوصف:

يقوم حالياً حوالي ٧٠ بلداً بتأمين بيانات وفيات عالية الجودة بشكل منتظم إلى منظمة الصحة العالمية بحسب العمر والجنس وأسباب الوفاة، كما يُقدم حوالي ٤٠ بلداً آخر بيانات أقلّ جودة. بيد أنّ منظمة الصحة العالمية تقوم باحتساب التقديرات الشاملة لسبب الوفاة بطريقة منهجية لكلّ دولها الأعضاء (ذات عدد معين من السكان) كلّ ٣ سنوات.

الجدول الزمني

جمع البيانات:

تُرسل منظمة الصحة العالمية بريداً الكترونياً مرتين في السنة تطلب فيه من الدول الأعضاء بيانات مجدولة لتسجيل الوفيات (تتضمن كلّ أسباب الوفاة). وتقديم البلدان إلى منظمة الصحة العالمية إحصاءات سنوية لسبب الوفاة باستمرار.

إصدار البيانات:

نهاية 2016

الجهات المزودة بالبيانات

مكاتب الإحصاءات الوطنية و/أو وزارات الصحة

الجهات المجمعة للبيانات

منظمة الصحة العالمية

المراجع

دليل الموارد الموحدة:

<http://www.who.int/gho/en/>

المراجع:

تعريف مؤشر منظمة الصحة العالمية

(http://apps.who.int/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?id=4664)

طرق ومصادر بيانات منظمة الصحة العالمية حول الأسباب العالمية للوفاة، 2000 – 2015

(http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000_2015.pdf)

جمعية الصحة العالمية قرار WHA66.8 (2013): خطة عمل شاملة للصحة العقلية 2013-2020، تشمل الملحق 1: المؤشرات لقياس التقدم نحو الأهداف المحددة لخطة العمل الشاملة للصحة العقلية 2013-2020

(http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf?ua=1)

الهدف ٣: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالفاہية في جميع الأعمار
الغاية ٥-٣: تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد المخدرة، بما في ذلك تعاطي المخدرات وتناول الكحول على نحو يضر بالصحة، وعلاج ذلك
المؤشر ٢-٥-٣: الاستعمال الضار للكحول، محدداً وفقاً للظروف الوطنية في إطار استهلاك الفرد الواحد من الكحول (سن ١٥ سنة فأكثر) في سنة تقويمية، باللترات من الكحول الصافي

المعلومات المؤسسية

المنظمة/ المنظمات:

منظمة الصحة العالمية (WHO)

المفاهيم والتعاريف

التعريف:

إن تناول الكحول على نحو يضر بالصحة، المحدد وفقاً للسياق الوطني في إطار استهلاك الفرد الواحد للكحول (١٥ سنة وأكثر) في سنة تقويمية، باللترات من الكحول الصافي.

إن إجمالي استهلاك الفرد للكحول (APC) هو إجمالي (مجموع متوسط ثلاث سنوات من استهلاك الفرد للكحول المسجل واستهلاك الكحول غير المسجل) كمية الكحول المستهلكة لكل راشد (١٥ سنة وأكثر) من الكحول الصافي باللترات خلال سنة تقويمية واحدة.

ويشير استهلاك الكحول المسجل إلى إحصاءات رسمية قطرية (إنتاج، واستيراد وتصدير ومبيعات أو بيانات الضرائب)، في حين يرمز استهلاك الكحول غير المسجل إلى الكحول الذي لا يخضع للضريبة ولا يدخل ضمن نظام مراقبة الحكومة المعتمد كالكحول المصنّع في المنزل أو الكحول المنتج بشكل غير رسمي، الكحول المهرّب، الكحول البديل (غير مخصص للاستهلاك البشري)، أو الكحول الذي يتم شراؤه عبر الحدود (الذي يُسجل في ولاية قضائية أخرى).

أما عندما يساوي عدد السياح عدد السكان على الأقل، يؤخذ أيضاً الاستهلاك السياحي بعين الاعتبار ويُخصّ من استهلاك الفرد للكحول المسجل في البلد. ويتم الحصول على بيانات عدد السياح من الإحصاءات السياحية الخاصة بالأمم المتحدة.

الأساس المنطقي:

قد يؤدي استهلاك الكحول، بالإضافة إلى الامراض، والإصابات والظروف الصحية الأخرى، إلى سلسلة من الأضطرابات التي يكون لها نتائج سلبية على الأفراد. فهو ينسبب بأكثر من 200 مرض وإصابة وظروف صحية أخرى. إن استهلاك الفرد للكحول هو المؤشر الأفضل لتناول السكان للكحول والمؤشر الأساسي لتقدير عبء المرض المنسوب إلى الكحول والوفيات المنسوبة إليه. كما يتطلب تفسيره الاعتماد على مؤشرات إضافية ترتكز على السكان كانتشار الشرب، وذلك بهدف تطوير النظم الوطنية لرصد الكحول والصحة التي تتطلب مساهمات من أصحاب المصلحة تشمل إنتاج الكحول وقطاعات التجارة.

المفاهيم:

يتم احتساب استهلاك الفرد (15 سنة وما فوق) للكحول المسجل الذي يحتوي على كحول صافي كمجموع استهلاك المشروبات الكحولية التي تحتوي على الكحول الصافي (البييرة، النبيذ، المشروبات الروحية وغيرها). وتعطى الأولوية في شجرة القرار إلى الإحصاءات الوطنية للحكومة؛ يلي ذلك الإحصاءات القطرية لصناعة الكحول في المجال العام المرتكزة على المقابلات أو العمل الميداني (أبحاث النبيذ والمشروبات الروحية الدولية، الكندية، معهد النبيذ؛ الاتجاهات العالمية للشرب عبر الزمن) أو البيانات من المنظمة الدولية للكرمة والنبيذ (OIV)؛ وتأتي ثالثاً قاعدة البيانات الإحصائية الموضوعية في منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، والبيانات من إحصاءات صناعة الكحول في المجال العام المرتكزة على المستندات المكتبية رابعاً. وقد يتضمن الاستهلاك المسجل الاستهلاك غير المسجل في البلدان التي يكون فيها مصدر البيانات قاعدة البيانات الإحصائية الموضوعية في منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة. وانطلاقاً من تعريف فئة المشروبات "الأخرى"، تشمل البييرة بيرة الشعير، ويشمل النبيذ النبيذ المصنوع من العنب، في حين تضم المشروبات الروحية جميع المشروبات المقطرة، وتتضمن المشروبات الأخرى مشروب واحد أو أكثر من المشروبات الكحولية كالمشروبات المخمر المصنوعة من السورغم، والذرة، والدخن، والأرز، أو عصير التفاح، ونبيذ الفاكهة، ونبيذ النبيذ المحسن الخ. أما بالنسبة لاستهلاك الفرد للكحول غير المسجل، فتكرّس الأولوية في شجرة القرار للبيانات التجريبية الوطنية، التي غالباً ما تكون مسحوباً سكانية عامّة في البلدان التي يُشرع فيها الكحول. وتأتي في المرتبة الثانية التحقيقات التجريبية الأخرى، ليحتلّ رأي الخبراء المدعوم من المسح الدوري للخبراء على المستوى القطري المرتبة الثالثة (50 بلد مع تقديرات ملحوظة لاستهلاك الكحول غير المسجل) الذي يعتمد على تقنية دلفي القياسية.

أما بالنسبة لاستهلاك الفرد للكحول المسجل، وبهدف تحويل الكحول الصافي إلى لتر، سيكون محتوى (نسبة) الكحول (نسبة كمية الكحول) كالتالي: البييرة (بييرة الشعير 5%)، النبيذ (نبيذ العنب 12%)، سلافة العنب 9%， خمر فيرمونت 16%， المشروبات الروحية (المشروبات الروحية المقطرة 40%， المشروبات شبه الروحية؟؟ 30%)، والمشروبات الأخرى (السورغم، الدخن، الذرة، البييرة 5%， عصير التفاح 5%， النبيذ المحسن 17% و 18%， القمح المخمر والأرز المخمر 9%)

والمشروبات المخمرة الأخرى 9%). ويتم تحويل أسئلة المسوح حول استهلاك الكحول غير المسجل إلى تقديرات سنوية. ويُقدر الكحول غير المسجل في بعض البلدان بالارتكاز على الكحول المصادر من الجمارك أو الشرطة.

التعليقات والقيود:

إن المؤشر ممكّن ومناسب لرصد الأهداف كما ثبّته البيانات المتوفّرة من 190 بلد بالإضافة إلى إدراج هذا المؤشر ضمن إطار الرصد الوطني والإقليمي والعالمي. كما أنه المؤشر الرئيس لتناول السكان للكحول. بيد أن البيانات المتوفّرة (المبنية على الإنتاج والاستيراد والتصدير والمبيعات أو الضرائب) لا تسمح بتصنيف استهلاك الفرد للكحول بحسب الجنس أو العمر؛ لذلك لا بدّ من توافد مصادر بيانات أخرى، كبيانات المسوح. ويبقى تقدير استهلاك الفرد للكحول غير المسجل تحدياً، ويُستخدم تثبيت البيانات من المصادر المختلفة إضافة إلى تقنية القياس دلفي لزيادة صلاحية التقديرات. وقد ارتفع مؤخراً عدد أنشطة البحث التي ترتكز على تحسين تقديرات استهلاك الكحول غير المسجل فعليّاً بالإضافة إلى تعطيطها الجغرافية، مما يؤدي إلى تقييم أكثر للكمية الإجمالية من استهلاك الكحول لكل شخص خلال سنة واحدة في بلد معين.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

المقسم: مجموع كمية الكحول المسجل التي يستهلكها الفرد (15 سنة وأكثر)، المتوسط خلال ثلاث سنوات تقويمية، بالتراث من الكحول الصافي، وكمية الكحول غير المسجل التي يستهلكها الفرد (15 سنة وأكثر)، خلال سنة تقويمية، بالتراث من الكحول الصافي.

القاسم: السكان المقيمين (15 سنة وأكثر) في منتصف السنة للسنة التقويمية نفسها، التوقعات السكانية في العالم التابعة لمنظمة الصحة العالمية، المتغير المتوسط.

التفصيل:

بحسب الجنس والอายุ.

معالجة القيم الناقصة:

• على مستوى البلد

إن قيم البلدان الناقصة (كموناكو وسان مارينو) هي ضئيلة لدرجة أنها لا تؤثّر على الأرقام العالمية والإقليمية.

• على المستويين الإقليمي وال العالمي

إنّ قيم البلدان المفقودة (كموناكو وسان مارينو) هي ضئيلة لدرجة أنها لا تؤثّر على الأرقام العالمية والإقليمية.

المجاميع الإقليمية:

تُمثل المجاميع الإقليمية والعالمية المتوسطات المرجحة للسكان من قيم البلد (الموزونة من المقيمين الذين بلغوا 15 سنة وأكثر في البلدان المعنية).

مصادر التفاوت:

تقديرات السكان، محتوى الكحول من حيث الحجم في مختلف فئات المشروبات الكحولية، توزيع الأعمار، متطلبات بيانات المسح لإنتاج التقديرات، تقديرات استهلاك الكحول غير المسجل.

مصادر البيانات

الوصف:

المسجل: إحصاءات الحكومة أو، بدلاً من ذلك، إحصاءات صناعة الكحول في المجال العام، قاعدة البيانات الإحصائية الموضوعة في منظمة الأغذية والزراعة.

غير المسجل: البيانات التجريبية الوطنية أو بدلاً من ذلك، التحقيقات التجريبية المحددة، رأي الخبراء.

عملية الجمع:

يتم إجراء المسح العالمي حول الكحول والصحة دوريًا (الإحصاء التالي سنة 2016) بالتعاون مع المكاتب الإقليمية الست التابعة لمنظمة الصحة العالمية. ويعين النظّراء الوطنيون أو جهات التنسيق رسميًا في كل الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية من قبل وزارات الصحة المعنية. كما يزورونها بأدلة لجمع بيانات المسح الإلكترونية لإنجازه. وفي حال تعذر القيام بذلك، ترسل نسخة مطبوعة من الأداة مباشرةً إلى من طلبها. كما يتم التحقق من عمليات المسح ويُعاد الاستطلاع إلى جهة التنسيق أو النظير الوطني في البلد المعنى بالمراجعة إذا كانت المعلومات ناقصة أو تحتاج إلى توضيح. كذلك تُقدم التعديلات على استجابات المسح من جديد بواسطة البريد الإلكتروني أو الكترونياً. أمّا البيانات التي تسلّمها البلدان فهي مماثلة مع بيانات الجهات الأساسية المؤمنة للبيانات المدعومة من الصناعة في المجتمعات السنوية التي تنظمها منظمة الصحة العالمية وتهدف إلى تحديد الفروقات والحلول. وتجمّع تقديرات المؤشرات الرئيسية في بيانات قطرية وتُرسل إلى جهة التنسيق أو النظير الوطني في البلد للمصادقة على صحتها وإقرارها.

تواتر البيانات

الوصف:

على المستوى العالمي، حسب مناطق منظمة الصحة العالمية، وحسب فئات دخل البنك الدولي، وحسب البلد. إن البيانات متوفّرة لـ 190 دولة عضو في منظمة الصحة العالمية.

السلالس الزمنية:

استهلاك الفرد للكحول المسجّل منذ 1960، وإجمالي استهلاك الفرد للكحول منذ 2005، مع تقديرات لاستهلاك الكحول غير المسجّل للسنوات 2005 و2010 و2015.

الجدول الزمني

جمع البيانات:

المراقبة السلبية المستمرة. المسوح العالمي المسبق لمنظمة الصحة العالمية حول الكحول والصحة التي تتطلّب جمع بيانات من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية عام 2016 وعام 2019.

إصدار البيانات:

2016 و 2018

الجهات المزودة بالبيانات

وزارات الصحة؛ الوكالات/مكتب الإحصاءات الوطنية (بيانات حول إنتاج وتجارة/مبيعات الكحول)؛ مراكز الرصد الوطنية لتعاطي الكحول والمخدرات، المراكز الأكاديمية والرقابية الوطنية التي تُعنى بالمسوح السكانية المتعلقة بعوامل الخطر على الصحة.

الجهات المجمعة للبيانات

منظمة الصحة العالمية (WHO)

المراجع

دليل الموارد الموحدة:

<http://apps.who.int/gho/data/?showonly=GISAH&theme=main>

المراجع

<http://apps.who.int/gho/data/?showonly=GISAH&theme=main>

<http://www.who.int/gho/alcohol/en/>

http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en

المؤشرات ذات الصلة

الهدف 8؛ الغايات 3-4، 6-3

الهدف ٣: ضمان تمتع الجميع بأنمط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار
الغاية ٦-٣: خفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الصعيد العالمي إلى
النصف بحلول عام 2020
المؤشر ٦-٣-١: معدلات الوفيات الناجمة عن الإصابات جراء حوادث المرور على الطرق

المعلومات المؤسسية

المنظمة/ المنظمات:

منظمة الصحة العالمية

المفاهيم والتعاريف

التعريف:

معدل الوفيات الناجمة عن إصابات حوادث المرور هو عدد الوفيات الناجمة عن إصابات حوادث المرور المميتة لكل 100000 شخص.

المفاهيم:

المقسوم: عدد الوفيات الناجمة عن حوادث المرور
الرقم المطلق الذي يدلّ على عدد الأشخاص الذين يتوفون نتيجة حوادث المرور.
القاسم: عدد السكان (عدد الأشخاص بحسب البلد)

التعليقات والقيود:

تغيب في كلّ البلدان بيانات سجل الأحوال المدنية لمقارنتها مع البيانات الواردة في المسح. وقد نشرنا الفترات الموثوقة فقط للبلدان التي تعاني من ضعف (من نقص كبير) في بيانات سجل الأحوال المدنية. كما يستحيل علينا جمع بيانات حوادث المرور سنويّاً اعتماداً على المنهجية المحدّدة في التقرير العالمي.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

إن النموذج الذي نعتمد مبني على جودة البيانات التي نتلقاها. ونعتمد أولاً، بصفتنا منظمة صحة، على تسليم وزارات الصحة في البلدان بيانات سجل الأحوال المدنية إلى منظمة الصحة العالمية (من خلال القنوات الرسمية). بعدئذ، يتم تحليل هذه البيانات المتعلقة بكلّ أسباب الوفاة من قبل الزملاء في إدارة نظم معلومات الصحة لاتخاذ القرار المناسب حول مدى جودتها لتحديد ما إذا تم إكمال الوفيات الناجمة عن كلّ الأسباب وتغطيتها بشكل جيد.

وقد صنفنا البلدان وفق 4 فئات أو مجموعات وهي:

المجموعة الأولى: البلدان التي تملك بيانات تسجيل الوفيات (بيانات جيدة لتسجيل الأحوال المدنية/ الوفيات)

المجموعة الثانية: البلدان التي تملك مصادر معلومات أخرى عن أسباب الوفاة

المجموعة الثالثة: البلدان التي يقل عدد سكانها عن 150000

المجموعة الرابعة: البلدان التي تفتقد إلى بيانات تسجيل الوفيات تستوفي الشروط

وتقوم إدارة نظم معلومات الصحة بتحليل جودة البيانات واحتلالها. أما بالنسبة لنموذج السلامة المرورية، فإذا كانت منظمة الصحة العالمية تعتبر بأنّ البلد يمتلك بيانات جيدة لتسجيل الأحوال المدنية، هذا يعني بأنّ هذا البلد يتبع إلى المجموعة 1، وبالتالي لا يُطبق نموذج الانحدار للتوصّل إلى تقدير ما (ولكننا قد خطّوا إلى الأمام) إذا تم تأريخ بيانات تسجيل الأحوال المدنية. وإذا كان البلد يتبع إلى المجموعة 4 فتطبق عندئذ الانحدار السلبي (المعكوس) ذو الحدين حيث يدلّ N على مجموع الوفيات الناجمة عن حوادث المرور، وحرف C هو المصطلح الثابت، في حين يرمي Xi إلى مجموعة من المتغيرات المشتركة التوضيحية، وال Pop إلى عدد السكان في البلد خلال سنة، وتشير نقطة الاستفهام؟ إلى المصطلح المعكوس ذو الحدين الخطأ

أما بالنسبة للبلدان التي تتبع إلى المجموعة الثانية فقد تم الاعتماد على نموذج الانحدار الذي وصف آنفاً لتقديم أحدث سنة تم فيها تقدير إجمالي الوفيات.

أخيراً، لم يتم استخدام تقديرات الانحدار في بلدان الفئة الثالثة التي يقل عدد سكانها عن 150000 والتي تفتقد إلى بيانات تسجيل الوفيات تستوفي الشروط. وتم الاعتماد فقط على الوفيات المبلغ عنها من دون أي تعديل.

وللمزيد من التفاصيل حول عملية التقدير العودة إلى التقدير العالمي عن حالة السلامة على الطرق .2015

التفصيل:

قمنا بتفصيل البيانات بحسب أنواع مستخدمي الطرقات والفنات العمرية والجنس ومجموعات الدخل وأقاليم منظمة الصحة العالمية.

معالجة القيم الناقصة:

• على مستوى البلد

تمّت معالجة البيانات المفقودة كالتالي:

- 1) قمنا بتحديد القيم المفقودة (أو السنوات) في بيانات سجل الأحوال المدنية وبحثنا عن مصادر أخرى خاصة ببيانات حالتنا في الاستبيانات/المسوح (المبلغ عنها) لهذه السنوات. ثم احتسبنا عامل سجل الأحوال المدنية/المبلغ عنه للسنوات الثلاث الأخيرة حيث توفر. واستخدمنا هذا العامل لتعديل البيانات المبلغ عنها لتحل محل قيم بيانات سجل الأحوال المدنية المفقودة.
- 2) وعند نقص البيانات في سجل الأحوال المدنية والبيانات المبلغ عنها، تم احتساب القيم المفقودة مع انحدار سلبي ذو حدين للمعدل في كل بلد في حال كان الانحدار متقارباً أو كبيراً. وإنما اعتمدنا على متوسط معدل السنوات التي توجد فيها البيانات.

• على المستويين الإقليمي والعالمي

الإجراء نفسه الذي اعتمد للغاية 2-11

المجاميع الإقليمية:

استخدمنا التجميع الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية والمتوسط لاحتساب معدل كل منطقة. وهذا يعني مجموع وفيات حوادث المرور (i) مضروباً ب 100000 ومقسوماً على عدد السكان في المنطقة (i).

مصادر التفاوت:

يختلف تقدير منظمة الصحة العالمية لمعدلات حوادث المرور عن التقديرات الرسمية في عدد من البلدان للأسباب المذكورة آنفًا وال المتعلقة بمنهجيتنا.

كما نرى اختلافات أيضاً في البيانات السكانية بين البيانات الوطنية وتقديرات إدارة السكان التابعة للأمم المتحدة.

مصادر البيانات

الوصف:

نعتمد على مصدرين لبيانات وفيات حوادث المرور. البيانات من التقرير العالمي حول مسح السلامة المرورية والأحوال المدنية أو بيانات شهادة الوفاة التي تقدمها الدول الأعضاء (وزارات الصحة) سنوياً إلى منظمة الصحة العالمية.

أما بالنسبة للسكان فقد استخدمنا بيانات الأمم المتحدة/ إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية/ شعبة السكان.

عملية الجمع:

إن المنهجية المتبعة في جمع البيانات من مختلف القطاعات وأصحاب المصلحة في كل بلد هي كالتالي. تم تدريب منسقي البيانات الوطنيين الذين عيّن لهم حوكماً لهم في منهجية المشروع. وطلب منهم بصفتهم ممثّلين عن وزاراتهم، تحديد ما يصل إلى ثمانين خبراء آخرين معنيين بسلامة المرور على الطرق وينتمون إلى مختلف القطاعات (الصحة مثلاً والشرطة والمواصلات والمنظمات غير الحكومية وأو الأكاديمية) داخل بلادهم، وتسهيل اجتماع توافقى للمبلغين. وفي حين يُجِب كل مبلغ على الاستطلاع انطلاقاً من تجربته ، يسمح الاجتماع التوافقى الذي سهل له منسقى البيانات الوطنيون بمناقشة كل الأوجه. وتناقشت هذه المجموعة لموافقة على السلسلة النهاية للمعلومات التي مثّلت آنذاك وضع بلدتهم على أفضل وجه (حتى عام 2014 ، مستخدمةً أحدث البيانات المتوفرة) لتسليم بعدها إلى منظمة الصحة العالمية. ويمكن العودة إلى التقرير العالمي عن حالة السلامة على الطريق 2015 للمزيد من التفاصيل. كما زوّد كل بلد بدليل لاستطلاعنا يصف الفئات العمرية والأبعاد الأخرى بهدف توحيد البيانات التي تم جمعها.

تواتر البيانات

الوصف:

نملك بيانات لـ 194 بلدًا.

السلسلة الزمنية:

من 2000 إلى 2013

الجدول الزمني

جمع البيانات:

من المقرر أن تتم عملية جمع البيانات التالية عام 2017 ، على الرغم أن البيانات التي تم جمعها عن الوفيات قد تكون للعام 2015 أو 2016 (سنطلب أحدث البيانات القطرية المتوفرة)

إصدار البيانات:

سيتم نشر البيانات الجديدة لهذا المؤشر في أوائل عام 2019

الجهات المزودة بالبيانات

تم تأمين بيانات الوفيات الناجمة عن حوادث المرور على الصعيد الوطني وفي الدرجة الأولى من قبل ثلاثة وزارات وهي وزارة الصحة ووزارة الداخلية ووزارة النقل

الجهات المجمعة للبيانات

إنّ منظمة الصحة العالمية هي المنظمة المسؤولة عن التجميع والإبلاغ عن هذا المؤشر على المستوى العالمي

المراجع

دليل الموارد الموحدة:

http://www.who.int/violence_injury_prevention

المراجع:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/

المؤشرات ذات الصلة

2-11؛ 5-3

الهدف ٣: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار
الغاية ٧-٣: ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات
ومعلومات تنظيم الأسرة والتثقيف بشأنها، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية،
بحلول عام ٢٠٣٠

المؤشر ١-٧-٣: نسبة النساء اللاتي في سن الإنجاب (٤٩-١٥ سنة) واللاتي تلبيت حاجتهن إلى تنظيم
الأسرة بطرق حديثة

المعلومات المؤسسية

المنظمة/ المنظمات:

شعبة السكان، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية (DESA)

صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA)

المفاهيم والتعريف

التعريف:

النسبة المئوية من النساء في سن الإنجاب (١٥-٤٩ سنة) اللواتي يرغبن بعدم الانجاب (مجددًا) أو بتأجيل
إنجاب الطفل التالي ويستخدمن حالياً وسيلة حديثة لمنع الحمل.

الأساس المنطقي:

إن نسبة الطلب على خدمات تنظيم الأسرة التي تتم تلبيتها بالطرق الحديثة هي لأمر مفيد في تقييم مستويات
التغطية الشاملة لبرامج وخدمات تنظيم الأسرة. ويساعد الوصول إلى واستخدام وسائل فعالة لمنع الحمل على
تمكين النساء وشركائهن من ممارسة حقوقهن في تقرير عدد أطفالهن والمساعدة بين الولادات بحرية
ومسؤولية، والحصول على المعلومات والتعليم والوسائل للقيام بذلك. كما ومن شأن تلبية طلب تنظيم الأسرة
بالطرق الحديثة أن يساهم في صحة الأم والطفل من خلال منع الحمل غير المقصود والحمل المتقارب، والذي
يكون أكثر عرضة لضعف نتائج الولادة. وفي العادة تعتبر مستويات الطلب على خدمات تنظيم الأسرة التي
تم تلبيتها بالطرق الحديثة التي تبلغ نسبتها 75 % أو أكثر عالية عموماً، وتعتبر النسبة البالغة 50 % أو أقل
نسبة منخفضة عموماً.

المفاهيم:

يشار أيضاً إلى النسبة المئوية للنساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) اللواتي تُبَيَّن حاجاتهن إلى تنظيم أسرة بطرق حديثة كنسبة الطلب على هذه الخدمات التي تُلْبَى بالطرق الحديثة. وتتمثل مكونات المؤشر من شيوخ وسائل منع الحمل (أي طريقة أو الطرق الحديثة) وال الحاجة غير الملبة لتنظيم الأسرة.

انتشار وسائل منع الحمل هي النسبة المئوية للنساء اللواتي يستخدمن حالياً، أو اللواتي يستخدمن شريken الجنسي حالياً، وسيلة واحدة على الأقل لمنع الحمل، بغض النظر عن الوسيلة المستخدمة. يتم تعريف الحاجة غير الملبة لتنظيم الأسرة على أنها النسبة المئوية للنساء في سن الإنجاب، سواء المتزوجات أو المفترنات، اللواتي يرغبن في إيقاف أو تأخير الإنجاب ولكنهن لا يستخدمن أي وسيلة لمنع الحمل.

غالباً ما يتم تصنيف وسائل منع الحمل على أنها إما حديثة أو تقليدية، لأغراض التحليل. إذ تشمل الطرق الحديثة لوسائل منع الحمل التعقيم بين الإناث والذكور والجهاز الرحمي وعملية الزرع والحقن وحبوب منع الحمل الفموية والواقيات الذكرية والأثنوية والوسائل العازلة المهبلية (بما في ذلك الحجاب العازل الأنثوي وغطاء عنق الرحم ورغوة قاتلة للحيوانات المنوية والهلام ومرهم وإسفنج)، وسيلة انقطاع الطمث الإرضاعي، ووسائل منع الحمل الطارئة والطرق الحديثة الأخرى التي لا يتم الإبلاغ عنها بشكل منفصل (على سبيل المثال، رقعة منع الحمل أو الحلقة المهبلية). في حين تشمل الطرق التقليدية لمنع الحمل طريقة النظم (على سبيل المثال، الأساليب القائمة على الوعي بالخصوصية والإمتناع الدوري)، الإنقطاع والأساليب التقليدية التي لم يبلغ عنها بشكل منفصل.

التعليقات والقيود:

يمكن أن يؤثر الاختلاف في تصميم المسوح وتنفيذها، وكذلك الاختلاف الحاصل بالطريقة التي تصاغ وتدار استبيانات المسوح بها، على قابلية مقارنة البيانات. وترتبط الاختلافات الأكثر شيوعاً بمجموعة وسائل منع الحمل المدرجة وخصائص (العمر والجنس والحالة الزوجية أو الإرتباط) الأشخاص الذين يقدر معدل انتشار وسائل منع الحمل لديهم (السكان الأساسيين). كما يمكن أن يختلف الإطار الزمني المستخدم لنقديم انتشار وسائل منع الحمل. ففي معظم المسوح لا يوجد تعريف لمقصود بـ "تستخدم حالياً" وسيلة لمنع الحمل. وفي بعض المسوح، يمكن أن تؤدي قلة الأسئلة الإستقصائية، المطروحة لضمان فهم المجيب لمعنى وسائل منع الحمل المختلفة، إلى سوء تقدير انتشار وسائل منع الحمل، لا سيما في ما خصّ الأساليب التقليدية. ويمكن أن يشكل اختلاف أخذ العينات مشكلة أيضاً، خاصةً عندما يتم قياس انتشار وسائل منع الحمل لفئة فرعية محددة (وفقاً للطريقة والمجموعة العمرية والمستوى، إلخ) أو عند تحليل الإتجاهات على مدار الوقت.

يتم الإبلاغ عن المعلومات الخاصة بمجموعة الأشخاص الأكثر قابلية للمقارنة، عندما لا تتوفر بيانات عن النساء المتزوجات أو اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة. أما الرسوم التوضيحية لقاعدة السكان التي يتم تقديمها في بعض الأحيان فهي: النساء المتزوجات أو المرتبطات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-44 سنة، والنساء النشيطات جنسياً (بغض النظر عن الحالة الزوجية)، أو النساء المتزوجات من قبل أو الرجال والنساء المتزوجين أو في حالة ارتباط. تشير الملاحظات في مجموعة البيانات إلى أي اختلافات بين البيانات المقدمة والتعاريف الموحدة لانتشار وسائل منع الحمل أو الحاجة غير الملبة لتنظيم الأسرة أو عندما تتعلق البيانات بالسكن غير الممتلكين لجميع النساء المتزوجات أو المرتبطات في سن الإنجاب.

طريقة الإحتساب:

المقسم هو النسبة المئوية للنساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) اللواتي يستخدمن حالياً، أو اللواتي يستخدمن حالياً شريكهن الجنسي، وسيلة حديثة واحدة على الأقل لمنع الحمل. والقاسم هو إجمالي الطلب على تنظيم الأسرة (مجموع انتشار وسائل منع الحمل (أي طريقة) والحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة). وترتبط التقديرات بالنساء المتزوجات أو المرتبطات.

التفصيل:

العمر والموقع الجغرافي والحالة الزوجية والحالة الإجتماعية-الاقتصادية وفئات أخرى، وفقاً لمصدر البيانات وعدد الملاحظات.

معالجة القيم الناقصة:

• على مستوى البلد

لا توجد محاولة لتقديم تقديرات للبلدان أو المناطق الفردية عندما لا تتوفر بيانات البلد أو المنطقة.

• على المستويين الإقليمي والعالمي

من أجل تحقيق تقديرات إقليمية وعالمية لأي سنة مرجعية معينة، تستخدم شعبة السكان التابعة لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية نموذج بايزى هرمى، تم وصفه بالتفصيل في: ليونتين ألكما وفي. كانتوروفا وسى. مينوزي وأن بيدلكام (2013). المعدلات والإتجاهات الوطنية والإقليمية والعالمية في انتشار وسائل منع الحمل والحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة بين عامي 1990 و2015: تحليل منهجهي وشامل. مجلة لانست. المجلد 381، المسألة 9878، الصفحات 1642 – 1652.

تُستخدم التقديرات على مستوى البلد والقائمة على النموذج فقط لحساب المتوسطات الإقليمية والعالمية ولا تُستخدم في إعداد تقارير أهداف التنمية المستدامة العالمية للإتجاهات على المستوى القطري. وكلما قل عدد الملاحظات بالنسبة للبلد المعنى، كلما زادت تقديراته مدفوعة بتجارب البلدان الأخرى، بينما بالنسبة للبلدان ذات الملاحظات العديدة، فتتحدد النتائج بدرجة أكبر بحسب تلك الملاحظات.

المجاميع الإقليمية:

يستخدم نموذج بايزى الهرمى لتحقيق تقديرات وإسقاطات إقليمية وعالمية للمؤشر. التقديرات والإسقاطات الإجمالية هي متوسطات مرجحة لتقديرات البلدان القائمة على النموذج، باستخدام عدد النساء المتزوجات أو المرتبطات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة للسنة المرجعية في كل بلد. يتم توفير المتوسطات الإقليمية فقط إذا كانت البيانات متاحة بشأن انتشار وسائل منع الحمل لما لا يقل عن 50% من النساء في سن الإنجاب اللواتي يتزوجن أو يرتبطن في المنطقة. وتم وصف التفاصيل عن المنهجية في: ليونتين ألكما

وفي. كانتوروفا وسي. مينوزي وأن بيدلكام (2013). المعدلات والإتجاهات الوطنية والإقليمية والعالمية في انتشار وسائل منع الحمل وال الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة بين عامي 1990 و2015: تحليل منهجي شامل. مجلة لانست. المجلد 381، المسألة 9878، الصفحات 1642 – 1652.

بدءً من عام 2017، تعدل التقديرات المقدمة متوسط القيم المستمدة من التوزيعات الخافية للنموذج. لإجراء التعديلات، تم الإبقاء على المتوسطات القائمة على نموذج خلفيات بايزي لانتشار وسائل منع الحمل الإجمالي، وانتشار وسائل منع الحمل الحديثة نسبةً لإجمالي انتشار وسائل منع الحمل، والاحتياجات غير الملباة نسبةً لغير مستخدمي وسائل منع الحمل، على النحو المقدر في النموذج. استخدمت هذه القيم لتعديل جميع القيم الوسطية الأخرى، أي، أن انتشار وسائل منع الحمل الحديثة وانتشار وسائل منع الحمل التقليدية وال الحاجة غير الملباة وإجمالي الطلب على تنظيم الأسرة، والأهم من ذلك، المؤشر ١-٧-٣ نفسه، نسبة انتشار الطرق الحديثة إلى إجمالي الطلب على تنظيم الأسرة. والعمليات الحسابية التي تم القيام بها هي:

$$CPmod^* = CPany \times \left(\frac{CPmod}{CPany} \right)$$

$$CPtrad^* = CPany - CPmod^*$$

$$UnmetNeed^* = (1 - CPany) \times \left(\frac{UnmetNeed}{1 - CPany} \right)$$

$$TotalDemand^* = CPany + UnmetNeed^*$$

$$DemandSatbyMod^* = \left(\frac{CPmod^*}{TotalDemand^*} \right)$$

حيث يمثل المتغير x القيمة المعدلة لـ x . وتتضمن هذه التعديلات أن تتطابق القيم المبلغة مع الهويات المطلوبة بحسب تعاريفها، وخاصةً:
 نسبة انتشار وسائل منع الحمل الحديثة + نسبة انتشار وسائل منع الحمل التقليدية = إجمالي انتشار وسائل منع الحمل؛ إجمالي انتشار وسائل منع الحمل + نسبة الاحتياجات غير الملباة = إجمالي الطلب على تنظيم الأسرة؛ ونسبة انتشار الأساليب الحديثة إلى إجمالي الطلب على تنظيم الأسرة = نسبة انتشار وسائل منع الحمل الحديثة / إجمالي الطلب على تنظيم الأسرة.

مصادر التفاوت:

بشكل عام، لا يوجد تفاوت بين البيانات المقدمة والبيانات المنشورة في تقارير المسح. ومع ذلك، قامت شعبة السكان بتعديل بعض البيانات الوطنية المنشورة لتحسين قابلية المقارنة. وتستخدم الملاحظات في مجموعة البيانات لتوضيح متى تم إجراء التعديلات وحيث تكون البيانات مختلفة عن التعاريف الموحدة.

مصادر البيانات

يتم حساب هذا المؤشر من بيانات المسح الأسرية الممثلة على الصعيد الوطني. تمثل برامج المسح ذات البلدان المتعددة التي تشمل البيانات ذات الصلة بهذا المؤشر في: المسح الخاصة بانتشار وسائل منع الحمل والدراسات الاستقصائية الديموغرافية والصحية والمسوح الخاصة بالخصوصية والصحة الإنجابية والدراسات الإستقصائية العنقدية متعددة المؤشرات والدراسات الإستقصائية لأداء الرصد والمساءلة لعام 2020 والدراسات الإستقصائية للخصوصية في العالم وبرامج المسح الدولي الأخرى والمسوح الوطنية.

للحصول على معلومات عن مصدر كل تقدير، انظر الأمم المتحدة وإدارة الشؤون الاقتصادية والإجتماعية وشعبة السكان (2017). الإستخدام العالمي لوسائل منع الحمل لعام 2016.

تواتر البيانات

تتوافر بيانات النسبة المئوية للنساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) اللواتي لبّيت حاجتهن إلى تنظيم الأسرة بالطرق الحديثة في 131 بلداً أو منطقة للفترة الزمنية 2000 – 2016. توجد نقطتين متاحتين من البيانات على الأقل، بالنسبة إلى 86 بلداً أو منطقة.

التوزيع الإقليمي لتواتر البيانات هو كما يلي:

بين عامي 2000 و2016		أهداف التنمية المستدامة للأقاليم والعالم
نقطتان أو أكثر من البيانات	نقطة واحدة من البيانات على الأقل	
86	131	العالم
6	13	أمريكا الشمالية وأوروبا
1	1	أمريكا الشمالية
5	12	أوروبا
17	23	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
6	13	آسيا الوسطى والجنوبية
1	4	آسيا الوسطى
5	9	آسيا الجنوبية
10	11	آسيا الشرقية وجنوب شرق آسيا
2	3	آسيا الشرقية
8	8	جنوب شرق آسيا
10	17	آسيا الغربية وأفريقيا الشمالية
7	11	آسيا الغربية
3	6	أفريقيا الشمالية
36	45	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
1	9	أوقيانيا

1	9	أوقيانوسيا باستثناء أستراليا ونيوزيلندا
0	0	أستراليا ونيوزيلندا
22	31	البلدان النامية غير الساحلية
34	46	أقل البلدان نمواً
11	26	الدول الجزرية الصغيرة النامية

الجدول الزمني

جمع البيانات:

يتم تجميع البيانات وتحديثها سنويًا في الربع الأول من العام.

إصدار البيانات:

تقوم شعبة السكان بإصدار البيانات المحدثة عن المؤشر في الربع الثاني من كل عام. ومن المتوقع صدور الإصدار التالي في الربع الثاني من عام 2017. تنشر شعبة السكان سنويًا مجموعة شاملة من البيانات. وتشير هذه البيانات حالياً إلى النساء المتزوجات أو المرتبطات في سن الإنجاب (15-49 سنة). انظر: الأمم المتحدة وإدارة الشؤون الاقتصادية والإجتماعية وشعبة السكان (2016). الإستخدام العالمي لوسائل منع الحمل لعام 2017.

الجهات المزودة بالبيانات

يتم الحصول على بيانات المسح من المسح الأسرية المنسقة دولياً – مثل المسح الديموغرافية والصحية والمسوح الخاصة بالصحة الإنجابية والدراسات الإستقصائية العنقودية متعددة المؤشرات - وغيرها من المسوح التي ترعاها الدول. وتدير منظمة أمم المتحدة للطفولة (القارير القطرية بشأن مؤشرات الأهداف) ومعلومات من المكاتب الميدانية للصندوق، عمليات بحث منهجية لبرامج المسح الدولي وقاعادات البيانات المتعلقة بها (مثل قاعدة بيانات شبكة المسح الأسرية) واستفسارات مخصصة بالإضافة إلى استخدام الردود الخاصة بكل بلد على الاستبيانات الخاصة بالبيانات.

الجهات المجمعة للبيانات

يتم إعداد هذا المؤشر على المستوى العالمي من قبل شعبة السكان وإدارة الشؤون الاقتصادية والإجتماعية والأمم المتحدة بالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة للسكان.

المراجع

دليل الموارد الموحدة:

<http://www.un.org/en/development/desa/population/> ; www.UnfpaOpenData.org

المراجع:

أ.إي ألكما وأخرون (2013). المعدلات والإتجاهات الوطنية والإقليمية والعالمية في انتشار وسائل منع الحمل وال الحاجة غير الملبة لتنظيم الأسرة بين عامي 1990 و2015: تحليل منهجي وشامل. مجلة لانست، المجلد 381، المسألة 9878، الصفحتان 1642 – 1652. انظر أيضاً الملحق على شبكة الإنترن特 مع تفاصيل تقنية متاحة على الرابط التالي:

<http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/index.shtml>

برادلي وأخرون (2012). مراجعة الحاجة غير الملبة لتنظيم الأسرة. الدراسات التحليلية للإستقصاءات الديمografية والصحية رقم 25، كالفيرتون ومريلاند: التصنيف الدولي لتؤدية الوظائف والعجز والصحة.

[http://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25\[12June2012\].pdf](http://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25[12June2012].pdf)

كتيب عن مؤشرات رصد الأهداف الإنمائية للألفية، الأمم المتحدة،
<http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.ashx>

رصد التقدم في تنظيم الأسرة. المؤشرات الأساسية لتنظيم الأسرة لعام 2020. جلاستبري (كونيكت): مشروع مسار 20
<http://www.track20.org/pages/data/indicators>

منظمة الصحة العالمية (2011). رصد صحة الأم والوليد والطفل: فهم مؤشرات التقدم الرئيسية. جنيف: منظمة الصحة العالمية.

http://www.who.int/entity/healthmetrics/news/monitoring_maternal_newborn_child_health.pdf

منظمة الصحة العالمية (2015). القائمة المرجعية العالمية لـ 100 من المؤشرات الصحية الأساسية، 2015: بيانات وصفية،
http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/chi_2015_74_family_planning.pdf?ua=1

منظمة الصحة العالمية (2011). رصد صحة الأم والوليد والطفل: فهم مؤشرات التقدم الرئيسية. جنيف: منظمة الصحة العالمية.

http://www.who.int/entity/healthmetrics/news/monitoring_maternal_newborn_child_health.pdf

منظمة الصحة العالمية (2015). القائمة المرجعية العالمية لـ 100 من المؤشرات الصحية الأساسية، 2015: بيانات وصفية،

http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/chi_2015_74_family_planning.pdf?ua=1

مؤشرات ذات صلة

يرتبط هذا المؤشر بالغاية ٣-٨ (تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الجيدة والفعالة والميسورة التكلفة) لأن توفير معلومات تتعلق بتنظيم الأسرة لجميع الأفراد الذين يرغبون في منع الحمل يشكل عنصراً هاماً في تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

كما يرتبط هذا المؤشر أيضاً بالغاية ٥-٦ (ضمان حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وعلى الحقوق الإنجابية، على النحو المنتفق عليه وفقاً لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ومنهاج عمل بيكون والوثائق الختامية لمؤتمرات استعراضهما) لأن تلبية الطلب على خدمات تنظيم الأسرة يتم تسهيلها من خلال زيادة فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، وكذلك تحسين الصحة الجنسية والإنجابية والقدرة على ممارسة الحقوق الإنجابية.

الهدف ٣: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار
الغاية ٧-٣: ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات
ومعلومات تنظيم الأسرة والتنقيف بشأنها، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية،
بحلول عام ٢٠٣٠

المؤشر ٢-٧-٣: معدل الولادات لدى المراهقات (١٤-١٥ سنة، و ١٥-١٩ سنة) لكل ١٠٠٠ امرأة في
تلك الفئة العمرية

المعلومات المؤسسية

المنظمة/ المنظمات:

شعبة السكان، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية (DESA)
صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA)

المفاهيم والتعريف

التعريف:

العدد السنوي للولادات لدى الإناث اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٤-١٥ سنة أو ١٥-١٩ سنة لكل ١٠٠٠
أنثى في الفئة العمرية المعنية.

الأساس المنطقي:

إن الحد من خصوبة المراهقات ومعالجة العوامل المتعددة الكامنة وراءه هو لأمر ضروري لتحسين الصحة
الجنسية والإنجابية والرفاه الاجتماعي والإقتصادي للمراهقات. هناك اتفاق كبير في الأدبيات على أن النساء
اللواتي يحملن وينجبن في سن مبكرة جداً في حياتهن الإنجابية يتعرضن لمخاطر أكبر من المضاعفات أو
حتى الوفاة أثناء الحمل والولادة وأن أطفالهن أيضاً أكثر عرضة للخطر. ولذلك، فإن منع الولادة في سن
مبكرة جداً في حياة المرأة يعد تدبيراً هاماً لتحسين صحة الأم وتخفيف معدل الوفيات بين الرضع. علاوة
على ذلك، تواجه النساء اللواتي لديهن أطفال في سن مبكرة تقليص فرصهن في التحسن الاجتماعي-
الاقتصادي، ولا سيما لأن الأم الشابة من غير المرجح أن تستمر في الدراسة، وإذا ما احتاجت إلى العمل، قد
تجد صعوبة خاصة في الجمع بين مسؤوليات الأسرة والعمل. كما يوفر معدل الولادات لدى المراهقات دليلاً
غير مباشر على الوصول إلى الخدمات الصحية ذات الصلة لأن الشباب، وخاصة المراهقات غير المتزوجات،
غالباً ما يواجهن صعوبات في الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

المفاهيم:

يمثل معدل الولادات لدى المراهقات خطر الإنجاب بين الإناث في الفئة العمرية الخاصة. ويشار أيضاً إلى معدل الولادات لدى المراهقات بين النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة كمعدل الخصوبة حسب العمر للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة.

التعليقات والقيود:

إن التفاوت بين مصادر البيانات على المستوى القطري شائع، ويعتمد مستوى معدل الولادات لدى المراهقات جزئياً على مصدر البيانات المختار.

بالنسبة للتسجيل المدني، تخضع المعدلات لقيود تعتمد على اكتمال تسجيل المواليد، ومعاملة الرضع المولودين أحياء ولكنهم يموتون قبل التسجيل أو خلال الأربع وعشرين ساعة الأولى من العمر، جودة المعلومات المبلغة المتعلقة بسن الأم، وإدراج الولادات من الفترات السابقة. قد تعاني التقديرات السكانية من قيود مرتبطة بعمر الإبلاغ الخاطئ والتغطية.

بالنسبة لبيانات المسح والتعدادات، فينتمي القاسم والمقسوم إلى المجموعة عينها. تتعلق القيود الرئيسية بعمر الإبلاغ الخاطئ والإغفال عن الولادة والإبلاغ عن تاريخ ميلاد الطفل بشكل خاطئ وتقلبات أخذ العينات في حالة الدراسات الإستقصائية.

وأما فيما يتعلق بتقديرات معدل المواليد بين الإناث في الفئة العمرية 10-14 سنة، فتشير الأدلة المقارنة إلى أن نسبة صغيرة جداً من الولادات في هذه الفئة العمرية تحدث للإناث دون عمر 12 سنة. وتشير أدلة أخرى تستند إلى بيانات تاريخ الولادة بأثر رجعي من الدراسات الإستقصائية إلى أن النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة هي أقل احتمالاً للولادات الأولى قبل سن 15 سنة من النساء من نفس مجموعة الولادة عندما تطلب بعد خمس سنوات في سن 20-24 سنة.

ويشار عادة إلى معدل الولادات لدى المراهقات على أنه معدل الخصوبة حسب العمر للأعمار من 15 إلى 19 سنة في سياق حساب تقديرات الخصوبة الإجمالية. وقد سمى أيضاً معدل خصوبة المراهقين. والتدبر ذو الصلة هو نسبة خصوبة المراهقين التي تفاص كنسبة من الخصوبة الكلية التي تسهم بها النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

يتم احتساب معدل الولادات لدى المراهقات كنسبة. المقسوم هو عدد المواليد الأحياء للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة، والقاسم هو تقدير نسبة العرضة للإنجاب من قبل النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة. عملية الاحتساب هي نفسها بالنسبة للفئة العمرية 10-14 سنة. يتم حساب المقسوم والقاسم بشكل مختلف لبيانات السجل المدني والمسح والتعدادات.

في حالة بيانات السجل المدني، يمثل المقسوم العدد المسجل للمواليد الأحياء الذين تلدهم نساء تتراوح أعمارهن بين 15 و 19 سنة خلال سنة معينة، ويمثل القاسم عدد السكان المقدر أو المعدود من النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 19 سنة.

وأما في حالة بيانات المسوح، فإن المقسم هو عدد المواليد الأحياء الذي تم الحصول عليه من تواريخ الولادة بأثر رجعي من النساء اللواتي تمت مقابلتهن ولكن يبلغن بين 15-19 سنة من العمر في وقت الولادة خلال فترة مرجعية قبل المقابلة، والقاسم هو عدد سنوات الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و19 سنة والتي عاشتها النساء اللواتي تمت مقابلتهن خلال نفس الفترة المرجعية. وتتوافق سنة المراقبة المبلغة مع منتصف الفترة المرجعية. بالنسبة لبعض المسوح التي لا تحتوي على بيانات عن تاريخ الولادة بأثر رجعي، يستند حساب معدل الولادات لدى المراهقات إلى تاريخ آخر ولادة أو عدد المواليد في الأشهر الاثنتي عشر السابقة للمسح.

بالنسبة لبيانات التعدادات، يتم احتساب معدل الولادات لدى المراهقات على أساس تاريخ الولادة الأخيرة أو عدد الولادات في الأشهر الإثنى عشر السابقة للتعداد. يوفر التعداد كل من المقسم والقاسم للنسب. في بعض الحالات، يتم تعديل المعدلات المبنية على التعدادات في إطار التسجيل استناداً إلى طرق التقدير غير المباشرة. وبالنسبة لبعض البلدان التي لا توجد لديها بيانات موثوقة أخرى، توفر طريقة الطفل الخاص للتقدير غير المباشر تقديرات لمعدل الولادات لدى المراهقات لعدد من السنوات قبل التعداد.

إذا كانت البيانات متاحة، يمكن أيضاً احتساب خصوبة المراهقات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 10 و14 عاماً.

من أجل معالجة شاملة للطرق المختلفة للاحتساب، انظر دليل جمع بيانات الخصوبة والوفيات، منشور الأمم المتحدة، رقم المبيع E.03.XVII.11،

(http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_92E.pdf).

يتضمن تحليل طرق التقدير غير المباشرة في الدليل العاشر: الأساليب غير المباشرة للتقدير الديموغرافي، منشور الأمم المتحدة، رقم المبيع E.83.XIII.2.

(http://www.un.org/esa/population/publications/Manual_X/Manual_X.htm).

التفصيل:

العمر والتعليم وعدد الأطفال الأحياء والحالة الزوجية والوضع الاجتماعي الاقتصادي والموقع الجغرافي وفئات أخرى، وفقاً لمصدر البيانات وعدد الملاحظات.

معالجة القيم الناقصة:

• على المستوى البلدي

لا توجد محاولة لتقديرات للبلدان أو المناطق الفردية عندما لا تتوفر بيانات البلد أو المنطقة.

• على المستويين الإقليمي والعالمي

إن المجاميع الإقليمية أو العالمية لمعدل الولادات لدى المراهقات بالنسبة للفئة العمرية 15-19 سنة هي من آخر مراجعة للتوقعات السكانية العالمية التي تنتجهها شعبة السكان. بالنظر إلى الحالات التي تكون فيها البيانات مفقودة أو يتم تقييمها على أنها غير موثوقة، يتم إعداد التقديرات الخاصة بالبلدان أو المناطق المنفردة إما من خلال مراجعة الآراء المستندة إلى الخبرة وترجيح كل ملاحظة تحليلية، أو، في السنوات الأخيرة، باستخدام الأساليب الإحصائية الآلية أو باستخدام نموذج بيانات متخيّر للسيطرة على التحيزات المنهجية بين الأنواع المختلفة للبيانات. انظر الأمم المتحدة وإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية وشعبة السكان (2015). التوقعات السكانية في العالم: تنفيج عام 2015 ومنهجية تقديرات وإسقاطات الأمم المتحدة للسكان وورقة العمل رقم

ESA/P/WP.242.

https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2015_Methodology.pdf

المجاميع الإقليمية:

تستند معدلات الولادات لدى المراهقات المبلغ عنها للمجاميع الإقليمية أو العالمية إلى متوسط معدلات الولادات لدى المراهقات المقدر لفترتين متتاليتين خلال خمس سنوات (على سبيل المثال، 2010-2015 و 2015-2020 للعام 2015) المنصورة في الأمم المتحدة وإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية وشعبة السكان (2015). التوقعات السكانية في العالم: تنفيج عام 2015، نسخة قرص الفيديو الرقمي.

<http://esa.un.org/unpd/wpp/>

تستند معدلات الخصوبة المحددة بحسب العمر للمجاميع العالمية والإقليمية من التوقعات السكانية في العالم إلى إعادة الإعمار السكانية على المستوى القطري وتقدم أفضل تقدير يستند إلى جميع المعلومات демография المتاحة. تعتبر التوقعات السكانية في العالم أكبر عدد ممكّن من أنواع ومصادر عديدة لتقديرات تجريبية (بما في ذلك تواريخ الولادة بأثر رجعي وتقديرات الخصوبة المباشرة وغير المباشرة)، وتستمد التقديرات النهائية لضمان أكبر قدر ممكّن من الاتساق الداخلي مع جميع المكونات الديموغرافية الأخرى والمجموعات بين التعدادات السكانية المعددة في التعدادات المتتالية.

مصدر التفاوت:

يتم تقديم التقديرات المستندة إلى السجل المدني فقط عندما يشير البلد إلى تغطية لا تقل عن 90 % وعندما يكون هناك اتفاق معقول بين تقديرات السجل المدني والمسوح. قد تظهر تفاوتات صغيرة بسبب القواسم المختلفة أو إدراج الولادات للنساء دون سن 15 سنة. ويتم تقديم تقديرات المسوح فقط في حالة عدم وجود سجل مدني موثوق به. كما قد تبرز تفاوتات في التاريخ والرقم الفعلي إذا ما تم استخدام فترة مرتجعية مختلفة. على وجه الخصوص، تشير العديد من المسوح إلى معدلات لكل من فترة مرتجعية مدتها ثلاثة سنوات وخمس سنوات. بالنسبة إلى البلدان التي تكون فيها البيانات قليلة، يتم تحديد فترات مرتجعة لأكثر من خمس سنوات قبل استخدام المسح.

الوصف:

السجل المدني هو مصدر البيانات المفضل. وتشكل التعدادات والمسوح الأسرية مصادر بديلة عند الافتقار إلى سجل مدنى موثوق.

يتم الحصول على البيانات الخاصة بالمواليد بحسب عمر الأم من أنظمة السجل المدني التي تغطي 90 % أو أكثر من جميع المواليد الأحياء، تكملها في نهاية المطاف تقديرات التعدادات أو المسوح لفترات التي لا تتوفر فيها بيانات السجل. وفيما يتعلق بالمقسم، فإن الأرقام التي تبلغ عنها مكاتب الإحصاءات الوطنية في شعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة هي التي تحظى بالأولوية. وعند عدم توفرها أو وجود مشاكل فيها، يتم استخدام البيانات من الوحدات الإحصائية الإقليمية أو مباشرةً من مكاتب الإحصاءات الوطنية. أما بالنسبة للقاسم، تعطى الأولوية الأولى لآخر مراجعة للتوقعات السكانية في العالم التي تنتجهها شعبة السكان وإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية والأمم المتحدة. في الحالات التي لا يغطي فيها المقسم عدد السكان الفعلى، يتم استخدام تقدير سكاني بديل مناسب إذا كان متاحاً. عند فقدان المقسم أو القاسم، يتم استخدام التقدير المباشر للمعدل الذي ينتجه مكتب الإحصاءات الوطني. ويتم توفير المعلومات عن المصادر على مستوى الخلية. عندما يأتي المقسم والقاسم من مصادرين مختلفين، يتم إدراجهما بهذا الترتيب.

وفي البلدان التي تفتقر إلى نظام السجل المدني أو حيث تكون تغطية ذلك النظام أقل من 90 % من نسبة جميع الولادات الحية، يتم الحصول على معدل الولادات لدى المراهقات من المسوح والتعدادات الأسرية. وتستخدم بيانات السجل التي تعتبر غير مكتملة بنسبة أقل من 90% بصورة استثنائية للبلدان حيث تمثل المصادر البديلة مشكلات تتعلق ببيانات التوافق والتسجيل، ويمكن أن توفر تقييماً للإتجاهات. في البلدان التي لديها برامج مسحية متعددة، تعطى مسح العينات الكبيرة، التي تقاد على أساس سنوي أو كل سنتين، الأسبقية عند وجودها.

للحصول على معلومات عن مصدر كل تقدير، راجع الأمم المتحدة وإدارة الشؤون الاقتصادية والإجتماعية وشعبة السكان (2015). بيانات الخصوبة العالمية لعام 2015.

<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/fertility/wfd2015.shtml>

عملية الجمع:

بالنسبة لبيانات السجل المدني، يتم الحصول على البيانات المتعلقة بالولادات أو بمعدل الولادات لدى المراهقات من البيانات القطرية التي تم الإبلاغ عنها من شعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة أو من الشعب الإحصائية الإقليمية أو الوحدات الإحصائية (اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا (اسكوا) واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادئ (اسكاب) والمجموعة الكاريبيّة (كاريكوم) ولجنة جنوب المحيط الهادئ (SPC)). ويتم الحصول على الأرقام المتعلقة بالسكان من آخر مراجعة لشعبة السكان في الأمم المتحدة والتوقعات السكانية في العالم وبصورة استثنائية فقط من مصادر أخرى. يتم الحصول على بيانات المسوح من المسوح الأسرية الوطنية المنسقة دولياً – مثل الدراسات الاستقصائية الديموغرافية والصحية DHS والمسوح الخاصة بالصحة الإنجابية RHS والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات MICS، وغيرها من المسوح التي ترعاها الدول. ويمكن أيضاً اعتبار المسوح الوطنية الأخرى التي أجريت كجزء من المسوح

الأوروبية الخاصة بالخصوصية والأسرة FFS أو المشروع العربي لصحة الأسرة PAPFAM. وتؤخذ البيانات من تقارير المسوح المنشورة أو، في حالات إستثنائية، تقارير تحليلية أخرى منشورة. كلما كانت التقديرات متوفرة في التقرير المحسي، يتم أخذها مباشرة منها. إذا كانت هناك حاجة إلى توضيح، يتم الإتصال مع الجهات الراعية للمسح أو منظمة التأليف، والتي قد تقوم أحياناً بتزويد التقديرات المصححة أو المعدلة في إطار الاستجابة. وفي حالات أخرى، إذا كانت البيانات الجزئية متاحة، فإن التقديرات تصدر عن شعبة السكان استناداً إلى البيانات الوطنية.

بالنسبة لبيانات التعداد، يفضل الحصول على التقديرات مباشرةً من تقارير التعدادات. في مثل هذه الحالات، تُستخدم المعدلات المعدلة عند الإبلاغ عنها من قبل مكتب الإحصاءات الوطنية. وفي حالات أخرى، يُحسب معدل الولادات لدى المراهقات من جداول الولادات في الأشهر الـ 12 السابقة حسب عمر الأم وتعداد التوزيع السكاني حسب الجنس والسن.

بالإضافة إلى الحصول على البيانات والتقديرات مباشرةً من الواقع الإلكتروني لمكاتب الإحصاءات الوطنية، يتم استخدام قاعدات البيانات والواقع الإلكترونية التالية: الدراسات الإستقصائية الديموغرافية والصحية (<http://api.dhsprogram.com/#/index.html>)،

قاعدة بيانات الحولية الديمografie لشعبة الإحصاءات التابعة لإدارة الشؤون الاقتصادية والإجتماعية بالأمانة العامة للأمم المتحدة (<http://data.un.org>)،

قاعادات البيانات الداخلية لشعبة الإحصاءات التابعة لإدارة الشؤون الاقتصادية والإجتماعية بالأمانة العامة للأمم المتحدة (انظر أحد الإصدارات العامة على الرابط التالي:

<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/fertility/wfd2015.shtml>),

المكتب الإحصائي للاتحاد الأوروبي

(<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>),

قاعدة بيانات الخصوبة البشرية

(<http://www.humanfertility.org>),

مجموعة الخصوبة البشرية

(<http://www.fertilitydata.org>),

والدراسات الإستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات

(<http://mics.unicef.org>).).

كما تتم استشارة قاعدات البيانات المتعلقة بالمسوح (مثل قاعدة بيانات الشبكة المتكاملة للمسوح الأسرية IHSN) بالإضافة إلى البحث عن البيانات على الواقع الإلكتروني لمكاتب الإحصاءات الوطنية والاستفسارات ذات الصلة.

تواتر البيانات

تتوفر بيانات معدل الولادات لدى المراهقات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة في 219 بلداً أو منطقة لفترة زمنية الممتدة بين العامين 2000 و2014. توجد نقطتا بيانات متاحتان على الأقل، بالنسبة إلى 216 بلداً أو منطقة.

ويأتي التوزيع الإقليمي لتواتر البيانات على النحو الآتي:

بين عامي 2000 و 2014

العالم ومناطق أهداف التنمية المستدامة، نقطة بيانات واحدة على الأقل (الرقم الأول) نقطتا بيانات أو أكثر (الرقم الثاني)

العالم	216
المناطق النامية	167
أفريقيا الشمالية	5
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	51
أميركا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	43
آسيا الشرقية	6
آسيا الجنوبية	9
جنوب شرق آسيا	11
آسيا الغربية	13
أوقيانيا	19
القوقاز وآسيا الوسطى	8
المناطق المتقدمة النمو	52
أقل البلدان نمواً	48
البلدان النامية غير الساحلية	32
الدول الجزرية الصغيرة النامية	49

الجدول الزمني

جمع البيانات:

يتم تجميع البيانات وتحديثها سنويًا في الربع الأول من العام.

إصدار البيانات:

يتم إصدار البيانات المحدثة عن معدل الولادات لدى المراهقات من قبل شعبة السكان في الربع الثاني من كل عام. من المتوقع صدور الإصدار التالي في الربع الثاني من عام 2017.

الجهات المزودة بالبيانات

الإسم:

بالنسبة لبيانات السجل المدني، يتم الحصول على البيانات المتعلقة بالولادات أو بمعدل الولادات لدى المراهقات من البيانات القطرية التي تم الإبلاغ عنها من شعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة أو من الشعب الإحصائية الإقليمية أو الوحدات الإحصائية (اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا (اسكوا) واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادئ (اسكاب) والمجموعة الكاريبيّة (كاريكوم) ولجنة جنوب المحيط الهادئ (SPC)). ويتم الحصول على الأرقام المتعلقة بالسكان من آخر مراجعة لشعبة السكان في الأمم المتحدة

والتوقعات السكانية في العالم وبصورة استثنائية فقط من مصادر أخرى. يتم الحصول على بيانات المسح من المسح الأسري الوطنية المنسقة دولياً – مثل الدراسات الاستقصائية الديموغرافية والصحية DHS والمسوح الخاصة بالصحة الإنجابية RHS والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات MICS، وغيرها من المسوح التي ترعاها الدول. ويتم الحصول على البيانات من التعدادات من البيانات القطرية التي تم الإبلاغ عنها من شعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة أو من الشعب الإحصائية الإقليمية أو الوحدات الإحصائية (إسكوا واسكاب وكاريكوم وSPC) أو مباشرةً من تقارير التعدادات.

الجهات المجمعّة للبيانات

يتم إنتاج هذا المؤشر على المستوى العالمي من قبل شعبة السكان وإدارة الشؤون الاقتصادية والإجتماعية والأمم المتحدة بالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة للسكان.

المراجع

دليل الموارد الموحدة:

<http://www.un.org/en/development/desa/population/> ; www.UnfpaOpenData.org

المراجع:

بيانات الخصوبة العالمية لعام 2015، منشورات الأمم المتحدة،
(<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/fertility/wfd2015.shtml>)

التوقعات السكانية في العالم: تنفيج عام 2015، طبعة قرص الفيديو الرقمي، منشورات الأمم المتحدة،
(<http://esa.un.org/unpd/wpp/>)

التوقعات السكانية في العالم: تنفيج عام 2015، منهجهية الأمم المتحدة، التقديرات والتوقعات السكانية، ورقة العمل رقم ESA/P/WP.242، منشورات الأمم المتحدة،
(https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2015_Methodology.pdf)

كتيب عن مؤشرات رصد الأهداف الإنمائية للألفية، الأمم المتحدة،
<http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.ashx>

كتيب عن جمع بيانات الخصوبة والوفيات، منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع

E.03.XVII.11,
(http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_92E.pdf)

الدليل العاشر: الأساليب غير المباشرة للتقييم الديمغرافي، منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.83.XIII.2.
(http://www.un.org/esa/population/publications/Manual_X/Manual_X.htm)

إطار المؤشرات والرصد للإستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل والمرأة (2030-2016)،
http://www.everywomaneverychild.org/images/content/files/EWEC_INDICATOR_MONITORING_FRAMEWORK_2016.pdf

المؤشرات ذات الصلة

يرتبط المؤشر بالغاية 6-5 (ضمان حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وعلى الحقوق الإنجابية، على النحو المتفق عليه وفقاً لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ومنهاج عمل بيكون والوثائق الختامية لمؤتمرات استعراضهما) لأن انخفاض معدلات الحمل لدى المراهقات الذي يمكن تحقيقه عن طريق زيادة إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية يعكس أيضاً التحسينات في الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية في حد ذاته.

ويرتبط المؤشر أيضاً بالغاية 17-19(الاستفادة من المبادرات القائمة لوضع مقاييس للتقدم المحرز في تحقيق التنمية المستدامة التي تكمل الناتج المحلي الإجمالي ودعم بناء القدرات الإحصائية في البلدان النامية، بحلول عام 2030) لأن معدل الولادات لدى المراهقات يعتمد على جزء من تسجيل الولادات وبيانات التعداد. إن أنظمة السجل المدني والإحصاءات الحيوية في البلدان التي يمكن أن تصل إلى 100 % من تغطية الولادات وتوفيقها هي ذات صلة بقياس التقدم المحرز في الغاية 7-3.

الهدف ٣: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار
الغاية ٨-٣: تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة، وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الأساسية المأمونة والجيدة والفعالة والميسورة التكلفة

المؤشر ٢-٨-٣: نسبة السكان الذين تصرف أسرهم المعيشية نفقات كبيرة على الصحة محسوبة كحصة من مجموع إنفاق الأسر المعيشية أو دخلها

المعلومات المؤسسية

المنظمة/ المنظمات:

منظمة الصحة العالمية (WHO)

المفاهيم والتعريف

التعريف:

نسبة السكان الذين تصرف أسرهم المعيشية نفقات كبيرة على الصحة كحصة من مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري.

يتم استخدام عتبتين لتحديد " الإنفاق الأسري الكبير على الصحة": أكبر من 10% وأكبر من 25% من مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري.

الأساس المنطقي:

يتم تعريف الغاية ٨-٣ على أنها " تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الأساسية المأمونة والجيدة والفعالة والميسورة التكلفة". ويتمثل القلق مع جميع الأشخاص والمجتمعات التي تتلقى الخدمات الصحية الجيدة التي تحتاجها (بما في ذلك الأدوية والمنتجات الصحية الأخرى)، من دون أي مصاعب مادية. تم اختيار مؤشرين لرصد الغاية ٣-٨ ضمن إطار أهداف التنمية المستدامة. يعطي المؤشر ٣-٨-١ الخدمات الصحية، ويتم تفعيله مع دليل يجمع 16 مؤشراً لتغطية الخدمات الصحية الخاصة بالصحة الإنجابية وصحة الأم والطفل والأمراض المعدية والأمراض غير المعدية ومدى قدرة الخدمة والوصول إلى مقياس واحد موجز. ويركز المؤشر ٣-٨-٢ على النفقات الصحية فيما يتعلق بميزانية الأسر المعيشية لتحديد المصاعب المادية الناجمة عن مدفوعات الرعاية الصحية المباشرة. تم وضع المؤشرين ٣-٨-١ و ٣-٨-٢ معاً من أجل الحصول على تغطية الخدمة وأبعاد الحماية المالية، على التوالي، للغاية ٣-٨. يجب رصد هذين المؤشرين دائمًا على نحو مشترك.

المؤشر ٣-٨-٢ مستمد من المنهجيات التي يعود تاريخها إلى التسعينيات، وقد تم تطويرها بالتعاون مع أكاديميين من البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية. ويشير المؤشر ٣-٨-٢ إلى تحديد الأشخاص الذين

يحتاجون إلى تخصيص حصة كبيرة من إجمالي إنفاقهم أو دخلهم الأسري أو للرعاية الصحية. وينصب التركيز على المدفوعات التي تتم في مرحلة الاستخدام للحصول على أي نوع من أنواع العلاج، ومن أنواع مقدمي الخدمة، لأي نوع من أنواع المشاكل المرضية أو الصحية، بعد خصم أي تعويضات للفرد الذي قام بالدفع ولكن باستثناء الدفعات المسبقة للخدمات الصحية؛ على سبيل المثال، على شكل ضرائب أو أقساط التأمين أو مساهمات محددة. هذه المدفوعات المباشرة هي الطريقة الأقل إنصافاً لتمويل الأنظمة الصحية نظراً إلى أنها تحدد مدى تلقي الرعاية.

ومن الواضح أن هذا يتعارض مع روحية هذه الغاية، التي تدعو إلى منح إمكانية النفاذ على أساس الاحتياجات الصحية، وليس قدرة الأسر على تجميع كل مواردها المالية لتلبية الاحتياجات الصحية لأفرادها. قد تكون هناك حاجة إلى بعض المدفوعات المباشرة ولكن المؤشر ٣-٨-٢ يرتكز على الاعتقاد بأنه لا ينبغي على أي شخص، مهما كان مستوى دخله، أن يختار بين الإنفاق على الصحة والإنفاق على سلع وخدمات أساسية أخرى مثل التعليم والضروريات الغذائية والإسكان والمرافق العامة. تتمثل إحدى طرق تقييم المدى الذي تؤدي به الأنظمة الصحية إلى الصعوبات المالية في احتساب نسبة السكان ذات الإنفاق الأسري الكبير على الصحة كحصة من مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري.

المفاهيم:

يُعرف المؤشر ٣-٨-٢ على أنه "نسبة السكان ذات الإنفاق الأسري الكبير على الصحة كحصة من مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري". وهو في الواقع يعتمد على نسبة تتجاوز العتبة. المفهومان الرئيسيان ذات أهمية وراء هذه النسبة هما الإنفاق الأسري على الصحة (المقسم) ومجموع الإنفاق الأسري الاستهلاكي أو الدخل عند عدم توفره (القاسم).

المقسوم

يُعرف الإنفاق الأسري على الصحة بأنه أي نفقات يتم تكبدتها في وقت استخدام الخدمة للحصول على أي نوع من الرعاية (التعزيزية أو الوقائية أو العلاجية أو التأهيلية أو الملطفة أو الرعاية طويلة الأجل) بما في ذلك جميع الأدوية واللقاحات والمستحضرات الصيدلانية الأخرى وكذلك جميع المنتجات الصحية، من أي نوع من الموردين ولجميع أفراد الأسرة. تتسم هذه النفقات الصحية بمدفوعات مباشرة يتم تمويلها من دخل الأسرة المعيشية (بما في ذلك التحويلات) أو المدخرات أو القروض، ولكنها لا تشمل أي مدفوعات من طرف ثالث. على هذا النحو، فإنها تمنح فقط إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية والمنتجات الصحية التي يمكن للأفراد دفع ثمنها، دون أي تضامن بين الأصحاء والمرضى خارج نطاق الأسرة المعيشية¹، ويعتمد ذلك فقط على استعداد الأسرة وقدرتها على الدفع. توصف مدفوعات الرعاية الصحية المباشرة بأنها المدفوعات من الأموال الخاصة في تصنيف خطط تمويل الرعاية الصحية من التصنيف الدولي للحسابات الصحية. تعتبر المدفوعات من الأموال الخاصة للنفقات الصحية أكثر مصادر التمويل غير المنصف بالنسبة للنظام الصحي.

¹ http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf_9789264116016-9-en

يجب أن تكون مكونات الإنفاق الاستهلاكي للرعاية الصحية للأسرة المعيشية متسقة مع القسم 06 من تصنيف الأمم المتحدة للاستهلاك الفردي وفقاً للغرض² وتتضمن النفقات على الأدوية والمنتجات الطبية (06.1)، خدمات الرعاية الخارجية للمرضى (06.2) وخدمات الرعاية الداخلية للمرضى (06.3).

يجب أن تكون المعلومات الإضافية عن التعريف والتصنيفات (على سبيل المثال، من قبل الجهة المزودة وخصائص المستفيدين) للنفقات الصحية متسقة مع [التصنيف الدولي للحسابات الصحية](#) وأسرة تصنيفها. ينتج التصنيف الدولي للحسابات الصحية من التعاون بين منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي والمكتب الإحصائي للاتحاد الأوروبي ومنظمة الصحة العالمية.

القاسم

إن الإنفاق على الاستهلاك الأسري والدخل الأسري هو على حد سواء تدابير الرعاية النقدية. إن استهلاك الأسرة المعيشية هو دالة الدخل الدائم، وهو مقياس للموارد الاقتصادية طويلة الأجل للأسرة التي تحدد مستويات المعيشة. يتم تعريف الاستهلاك بشكل عام على أنه مجموع القيم النقدية لجميع البنود (السلع والخدمات) التي تستهلكها الأسرة في الحساب المحلي خلال فترة مرجعية. وهو يشمل القيمة المحتسبة للسلع والخدمات التي لم يتم شراؤها ولكن تم تحصيلها بطريقة أخرى للاستهلاك. عادة ما يتم جمع المعلومات عن استهلاك الأسر المعيشية في المسح الأسري الذي قد تستخدم نهجاً مختلفاً لقياس درجة "الاستهلاك" اعتماداً على ما إذا كانت البنود تشير إلى سلع دائمة أو غير دائمة و / أو يتم إنتاجها بشكل مباشر من قبل الأسر المعيشية.

إن مقياس الدخل الأكثر أهمية هو الدخل المتاح لأنه قريب من الحد الأقصى المتاح للأسرة المعيشية لإنفاق الاستهلاك خلال فترة المحاسبة. يتم تعريف الدخل المتاح على أنه إجمالي الدخل ناقصاً الضرائب المباشرة (صافي المبالغ المسترددة)، والرسوم الإلزامية والغرامات. ويكون إجمالي الدخل بصفة عامة من دخل الوظيفة ودخل الملكية والدخل الناجم عن الإنتاج الأسري للخدمات من أجل الاستهلاك الذاتي والتحويلات النقدية والعينية والتحويلات المستلمة كخدمات³.

من الصعب قياس الدخل بدقة بسبب تقلبه الكبير بمرور الوقت. في حين أن الاستهلاك أقل تغيراً بمرور الوقت وأسهل للفياس. لذلك يوصى باستخدام الاستهلاك كلما توافرت المعلومات الخاصة بالاثنين أي الاستهلاك الأسري والدخل ([انظر مصادر البيانات](#)).

العتبة

² <http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=5&Lg=1&Co=06.1>

³ <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/17thicls/r2hies.pdf>

من المستحسن استخدام عتبتين لإعداد التقارير العالمية لتحديد إنفاق الأسرة المعيشية الكبير على الصحة كحصة من مجموع الاستهلاك الأسري أو الدخل: عتبة أقل بنسبة 10% وعتبة أعلى بنسبة 25%. مع هاتين العتبتين، يقيس المؤشر الصعوبات المادية (راجع فقرة التعليقات والقيود).

التعليقات والقيود:

من الممكن رصد المؤشر 3-8-2 على أساس منتظم باستخدام نفس بيانات المسح الأسرية التي يتم استخدامها لرصد الغاية 1-1 و 2-2 من أهداف التنمية المستدامة الخاصة بالفقر⁴. كما يتم إجراء هذه المسح بانتظام لأغراض أخرى مثل احتساب الأوزان لمؤشر أسعار المستهلك. وعادةً ما تُجرى هذه المسح بواسطة المكاتب الإحصائية الوطنية. وبالتالي، فإن رصد نسبة السكان الذين لديهم نفقات أسرية كبيرة على الصحة كحصة من مجموع الاستهلاك والدخل الأسري لا يضيف أي عبء إضافي لجمع البيانات ما دام يمكن تحديد عنصر الإنفاق الصحي في بيانات الاستهلاك غير الغذائي للأسر. وعلى الرغم من أن هذا يمثل ميزة، إلا أن المؤشر 2-8-3 يعني من نفس التحديات التي تواجه المؤشر 1-1-1 من أهداف التنمية المستدامة الناجمة عن حسن توقيت المسح وتوافرها وجودة بياناتها وقابلية مقارنتها. ومع ذلك فإن المؤشر 2-8-3 له حدود المفاهيمية والتجريبية الخاصة به.

أولاً، يحاول المؤشر 3-8-2 تحديد الصعوبات المادية التي يواجهها الأفراد عند استخدام دخلهم أو مدخولاتهم أو الحصول على قروض لدفع تكاليف الرعاية الصحية. ومع ذلك، فشلت معظم المسح الأسرية في تحديد مصدر التمويل الذي تستخدمه الأسرة المعيشية التي تبلغ عن الإنفاق الصحي. في البلدان التي لا يوجد فيها استرداد بأثر رجعي لإنفاق الأسرة المعيشية على الصحة، هذه ليست مشكلة. إذا أبلغت إحدى الأسر المعيشية عن أي نفقات على الصحة، فسيكون ذلك بسبب عدم سداد أي مدفوّعات من طرف ثالث. ومن ثم فهي متسبة مع التعريف المعطى لمدفوّعات الرعاية الصحية المباشرة (المقسم).

من ناحية أخرى، بالنسبة لتلك البلدان التي يكون فيها استرداد بأثر رجعي -على سبيل المثال، من خلال نظام التأمين الصحي- قد يتم تسديد المبلغ الذي أبلغت عنه الأسرة عن النفقات الصحية كلياً أو جزئياً في وقت لاحق، ربما خارج فترة اجراء المسح الأسري.

ومن الواضح أن هناك حاجة إلى مزيد من العمل لضمان أن تقوم أدوات المسح بجمع معلومات عن مصادر التمويل التي تستخدمها الأسرة لدفع تكاليف الرعاية الصحية، أو أن أداة المسح الأسري تحدد دائماً أن النفقات الصحية ينبغي أن تكون صافية من أي تعويض.

ثانياً، يعتمد المؤشر 3-8-2 على نقطة فصل واحدة لتحديد ماهية "الإنفاق الصحي الكبير كحصة من مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري". لا يؤخذ بعين الاعتبار الأشخاص الذين يعيشون تحت هذه العتبات أو فوقها، الأمر الذي دائماً ما يسبب مشكلة بالتدابير القائمة على وقف الإنفاق. يتم تجنب هذا ببساطة عن طريق تحديد وظيفة التوزيع التراكمي لنسبة الإنفاق على الصحة وراء المؤشر 2-8-3. ومن خلال القيام بذلك، من الممكن تحديد نسبة السكان الذين يكرسون أي حصة من ميزانية أسرتهم للصحة.

⁴ <http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf>

ثالثاً، يعتمد مؤشر 3-8-2 على مقاييس الإنفاق اللاحق على الرعاية الصحية. يمكن أن تكون مستويات الإنفاق المنخفضة سبباً لأخطاء القياس نتيجة لأخطاء غير متعلقة بأخذ العينات، إنما مثل فترة المسح القصيرة التي لا تسمح بجمع المعلومات عن الرعاية الصحية التي تتطلب المبيت؛ أو أخطاء خاصة بأخذ العينات مثلأخذ عينات كبيرة من منطقة ذات نسبة أمراض قليلة. كما أن عدم الإنفاق قد يكون جرّاء عدم قدرة الأشخاص على إنفاق أي مبلغ على الصحة، على الأقل الإنفاق على الخدمات المشمولة في المؤشر 3-8-1، يجب أن يؤدي إلى مستويات منخفضة من التغطية.

هناك مؤشرات أخرى تستخدم لقياس المصاعب المادية. تستخدم الوكالات المتخصصة مثل منظمة الصحة العالمية إطاراً أوسع يتضمن تعريفاً للإنفاق الكبير على الصحة فيما يتعلق بالحد الأدنى من الإنفاق بالإضافة إلى المؤشر 2-8-3⁵¹⁰⁹⁸⁷⁶⁵.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

متوسط عدد السكان الموزون ذات الإنفاق الأسري الكبير على الصحة كحصة من مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري.

$$\sum_i w_i 1\left(\frac{\text{household health expenditure}}{\text{total household expenditure}} > \tau\right)$$

حيث تدل " τ " على أسرة معيشية، w_i هي دالة المؤشر، وتناسب w_i ترجيحات عينة الأسرة المعيشية مضروبة بحجم الأسرة للحصول على أرقام تمثيلية لكل شخص، τ هي عتبة تحدد إنفاق الأسرة المعيشية الكبير على الصحة كنسبة من إجمالي استهلاك الأسرة المعيشية أو دخلها (أي 10 % و 25 %). يتم تعريف إنفاق الأسرة المعيشية على الصحة وإنفاق الأسرة المعيشية أو الدخل على النحو الموضح في قسم "المفهوم".

⁵ Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., and Evans, T. (2007), "Protecting Households From Catastrophic Health Spending," *Health Affairs*, 26, 972–983. Xu, L., Evans, D., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., and Murray, C. (2003), "Households Catastrophic Health Expenditure: A Multi-Country Analysis," *The Lancet*, 326, 111–117. Wagstaff, A. and van Doorslaer, E. (2003), "Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: with applications to Vietnam 1993–98," *Health Economics*, 12, 921–934.

⁶ <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/>; http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/en/

⁷ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/clusters/universal-health-coverage-financial-protection>

⁸ http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11065%3A2015-universal-health-coverage-latin-america-caribbean&catid=3316%3Apublications&Itemid=3562&lang=en

⁹ http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_19169.pdf?ua=1

¹⁰ <http://apps.searo.who.int/uhc>

التفصيل:

- التفصيل التالي ممكن حتى الآن وقد تم تصميم المسح لتقديم تقديرات تمثيلية على هذا المستوى:
- النوع الاجتماعي لرب الأسرة وعمره
 - الموقع الجغرافي (ريفي / حضري)
 - خمسيات تدابير الرعاية للأسر المعيشية (مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري)

معالجة القيم الناقصة:

على المستوى القطري لا توجد نية في الوقت الحالي لمعالجة القيم الناقصة في غياب أي معلومات سابقة عن هذا المؤشر. ويجري العمل بصورة مشتركة بين منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي بشأن معالجة القيم الناقصة على المستويين الإقليمي والعالمي على نفس الافتراض الذي يقضي بعدم إجراء أي إسناد في غياب أي معلومات سابقة على هذا المستوى.

المجاميع الإقليمية:

سوف تستند المجاميع الإقليمية والعالمية إلى القيم الوسطية المرجحة للسكان من نسبة الأشخاص الذين لديهم إنفاق أسري كبير على الصحة كنسبة من إجمالي إنفاق أو دخل الأسرة المعيشية.

سيستخدم البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية مجموعتهما الإقليمية الخاصة بهما، بالإضافة إلى التوزيع الإقليمي المقترن لأهداف التنمية المستدامة من قبل شعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة.

مصادر التفاوت:

في بعض الحالات، يتم إنتاج نفقات الاستهلاك بعد عملية توحيد موحدة تهدف إلى جعل البيانات قابلة للمقارنة عبر البلدان. على سبيل المثال، تنتج الفرق الإقليمية من البنك الدولي نسخاً منسقة من مجموعات البيانات الأولية وفقاً للإجراءات الإقليمية المشتركة. وقد ينتج عن ذلك تباينات بين متغيرات الإنفاق المتولدة باستخدام البيانات الأولية، ومتغيرات الإنفاق المتولدة باستخدام إجراءات التنسيق. تستند مجموعة البيانات للجنة الاقتصادية لأفريقيا في حالة الفقر على دراسة قياس مستويات المعيشة LSMS أو مسح خاصة بميزانيات الأسر المعيشية HBS، تم جمعها في منطقة أوروبا وأسيا الوسطى، في حين ترتكز مجموعة SHIP على منطقة أفريقيا. تتوفر وثائق مفصلة تصف إجراءات التنسيق في الوثائق المرفقة.

تجري منظمة الصحة العالمية حالياً مشاورات قطرية للإبلاغ عن التقديرات القطرية ومصادر البيانات والأساليب المستخدمة لرصد المؤشر 3-8-2 من أهداف التنمية المستدامة. وينبغي أن يساعد ذلك على اكتساب فهم أفضل فيما يتعلق بالمصادر المحتملة للتفاوتات.

الوصف:

تتمثل مصادر البيانات الموصى بها لرصد "نسبة السكان ذات الإنفاق الأسري الكبير على الصحة كحصة من مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري" بالمسوح الأسرية التي تحتوي على معلومات عن إنفاق استهلاك الأسرة المعيشية على الصحة ومجموع نفقات استهلاك الأسر المعيشية، ويتم إجراؤها بشكل روتيني من قبل مكاتب الإحصاءات الوطنية. وعادةً ما تقوم هذه المسوح بجمع هذه الدراسات لأنها تجري بالدرجة الأولى لتوفير مدخلات لحساب مؤشرات أسعار الاستهلاك أو تجميع الحسابات القومية. ومن المصادر المحتملة الأخرى للمعلومات المسوح الاجتماعية -الاقتصادية أو دراسات مستويات المعيشة؛ ومع ذلك، قد لا تقوم بعض هذه الدراسات بجمع معلومات عن إجمالي نفقات الاستهلاك الأسري -على سبيل المثال، عندما يقيس بلد ما الفقر باستخدام الدخل كتذكرة¹¹ للرفاهية. أهم معيار لاختيار مصدر بيانات لقياس المؤشر 3-2-8 لأهداف التنمية المستدامة هو توافر كل من إنفاق استهلاك الأسر على الصحة وإجمالي نفقات الاستهلاك الأسري.

عندما يتم استخدام المسوح الاجتماعي -الاقتصادية أو دراسة مستويات المعيشة لقياس المؤشر 3-2-8 لأهداف التنمية المستدامة، فإن أي تحدي للمقارنة بين البلدان في المؤشر 1-1-1 ينطبق أيضاً على رصد المؤشر 3-8-2. بالنسبة لأي نوع من المسوح الأسرية، نظراً للتركيز على إنفاق الأسر المعيشية على الصحة، هناك حاجة إلى تحسين أدوات المسوح الحالية للمقارنة بين البلدان. وتعاون منظمة الصحة العالمية مع مختلف وكالات الأمم المتحدة وغيرها من أصحاب المصلحة المهمين لضمان حدوث¹² ذلك.

عملية الجمع:

تحصل منظمة الصحة العالمية على بيانات المسوح الأسرية من مكاتب الإحصاءات الوطنية التي يتم فيها وضع مقسم وقاسٍ لنسبة الإنفاق على الصحة وفقاً لمبادئها التوجيهية الخاصة إما مباشرةً من جانبها أو من قبل الاستشاريين التابعين للمنظمة. تعمل منظمة الصحة العالمية من خلال مكاتبها الإقليمية أو مكاتبها القطرية لدعم وزارات الصحة. لا يتم إجراء أي تعديل منهجي.

كما يتلقى البنك الدولي عادةً بيانات من مكاتب الإحصاءات الوطنية بشكل مباشر. في حالات أخرى، يستخدم بيانات المكاتب الإحصائية الوطنية الواردة بشكل غير مباشر. على سبيل المثال، تتلقى البيانات من المكتب الإحصائي للاتحاد الأوروبي ومن دراسة الدخل في لوسمبورج، التي تقدم بيانات البنك الدولي ومكاتب الإحصاءات الوطنية التي تلقّتها. وتحتفظ جامعة دي لا بلاتا الوطنية في الأرجنتين والبنك الدولي بصورة مشتركة بقاعدة البيانات الاجتماعية الاقتصادية لأميركا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي التي تشمل إحصاءات متقدمة عن الفقر وغيره من المتغيرات التوزيعية والاجتماعية من 24 بلداً من بلدان أميركا اللاتينية ومنطقة

¹¹ <http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf>

¹² One example is the WHO engagement in the ongoing revision of COICOP by UNSD http://unstats.un.org/unsd/class/intercop/expertgroup/tor_tsg-coicop-2013.pdf. Another example is a BMGF project WHO is supporting to improve the measurement of household health expenditures <http://www.indepth-network.org/projects/ihope>

البحر الكاريبي، استناداً إلى البيانات الجزئية من المسوح التي أجرتها مكاتب الإحصاءات الوطنية. يتم الحصول على البيانات من خلال البرامج الخاصة بكل بلد، بما في ذلك برامج المساعدة التقنية وأنشطة التحليل وبناء القدرات المشتركة. لدى البنك الدولي علاقات مع مكاتب الإحصاءات الوطنية بشأن برامج العمل التي تشمل النظم الإحصائية وتحليل البيانات. وعادة ما يشارك الأخصائيون الاقتصاديون في مجال الفقر من البنك الدولي مع مكاتب الإحصاءات الوطنية على نطاق واسع في قياس الفقر وتحليله كجزء من أنشطة المساعدة التقنية.

تقوم منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي بتوليد المؤشر ٣-٨ باتباع نفس النهج. فقد جمعت كلتا المؤسسات التقديرات على المستوى المتوسط. وتستند أهلية التقديرات المدرجة في قاعدة بيانات نهاية مشتركة لإنتاج تقديرات إقليمية وعالمية إلى فحوصات الجودة التالية:

بالنسبة للقاسم نسبة الإنفاق على الصحة

- التحقق من توزيع نصيب الفرد من الاستهلاك بشكل طبيعي
- المقارنة بين اللوغرارتم في استهلاك الفرد مع الأرقام المتاحة في بوفكالنت
- مقارنة نسبة الفقراء عند 1.90 دولار أمريكي يومياً مع أرقام بوفكالنت

بالنسبة للمقسم نسبة الإنفاق على الصحة

- مقارنة متوسط نسبة الإنفاق الصحي في المسح بمتوسط نصيب الميزانية المشكل كنسبة تابعة لتدبير اقتصادي كلّي لنفقات الأسرة المعيشية من الأموال الخاصة بالعملة المحلية الحالية؛ وهذا متاح من قاعدة بيانات الإنفاق الصحي العالمي من خلال قاعدة البيانات المتعلقة بمؤشرات التنمية العالمية والإنفاق الاستهلاكي النهائي للأسر المعيشية بالعملة المحلية الحالية المستخرجة من قاعدة البيانات المتعلقة بمؤشرات التنمية العالمية.

وتشتمل هذه المعايير أيضاً لتحديد ما بين التقديرتين لتلك البلدان وتلك السنوات التي تستمد كلاً المؤسسات منها مصدر البيانات نفسه. هذا العمل مستمر، ويمكن إضافة المزيد من فحص النوعية.

على المستوى القطري، تجمع منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي تقديرات غير متكررة عن نسبة السكان الذين يتبعون النهج الوارد وصفه في "المجاميع الإقليمية"؛ وتتخذ منظمة الصحة العالمية عملية تشاور قطبية. بعد صدور القرار رقم EB107.R8 للجنة التنفيذية لمنظمة الصحة العالمية، يُطلب من منظمة الصحة العالمية القيام بذلك قبل نشر التقديرات على المستوى القطري بالنيابة عن الدول الأعضاء. بالنسبة لأي مؤشر معين، تبدأ هذه العملية بإرسال منظمة الصحة العالمية طلباً رسمياً إلى وزارات الصحة لتعيين مركز تنسيق للتشاور بشأن المؤشر. حالما تعيّن الدول الأعضاء مراكز تنسيق، ترسل منظمة الصحة العالمية بعد ذلك مسودة تقديرات وتوصيّفاً للمنهجية. ثم ترسل مراكز التنسيق لمنظمة الصحة العالمية تعليقاتها، التي غالباً ما تتضمن بيانات جديدة تُستخدم لتحديث تقديرات البلد.

وبإضافة إلى هذه المشاورات، تنظم منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي بانتظام مناسبات تدريبية بشأن قياس انعدام تغطية الحماية المالية، تشمل مشاركين من وزارة الصحة وكذلك من مكاتب الإحصاءات الوطنية.

توافر البيانات

الوصف:

يعتمد هذا المؤشر بالدرجة الأولى على مصادر البيانات نفسها المستخدمة لرصد المؤشر 1-1-1 لأهداف التنمية المستدامة مع الاحتياجات الإضافية لتوافر المعلومات المتعلقة بالنفقات الصحية. ومعأخذ ذلك في الحسبان، حدد البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية 1526 مجموعة بيانات مسحية مناسبة ومحمولة للأسر المععيشية من 151 بلداً. 168 من مجموعات البيانات هذه يتعدى وصول البنك الدولي أو منظمة الصحة العالمية حالياً إليها، و 450 مجموعة ليس لديهم جميع المتغيرات الأساسية اللازمة للتحليل. لذا تم تحطيل مجموعة البيانات الـ 911 المتبقية. وهكذا أتي توافر البيانات المقاسة من حيث عدد البلدان التي قامت منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي بمراجعةها والاحتفاظ بها حالياً لتقدير "نسبة السكان ذات الإنفاق الأسري الكبير على الصحة كحصة من مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري" على النحو التالي في خاص السنة الأحدث:

اختارته منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي لتقدير " نسبة السكان ذات الإنفاق الأسري الكبير على الصحة كحصة من مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري " اعتباراً من شباط/فبراير 2017

التوزيع الإقليمي لأهداف التنمية المستدامة				
المجموع	العام	النوع	القيمة	البيان
				عدد الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية
				المجموع
%50	1	1	0	أستراليا ونيوزيلندا (م 49)
%71.4	10	10	0	وآسيا الجنوبية (الأهداف الإنمائية للألفية = م 49) آسيا الوسطى (م 49)
%75	12	11	1	آسيا الشرقية (م 49) وجنوب شرق آسيا (الأهداف الإنمائية للألفية = م 49)
%42.4	14	8	6	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (الأهداف الإنمائية للألفية = م 49)
%72.7	32	25	7	أمريكا الشمالية (م 49) وأوروبا (م 49)
%7.1	1	0	1	باستثناء أستراليا ونيوزيلندا (م 49) أوقيانيا (م 49)
%72.9	35	27	8	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (م 49)
%47.8	11	10	1	آسيا الغربية (م 49) وأفريقيا الشمالية (م 49)
%59.8	116	92	24	194

يغطي توافر البيانات ما لا يقل عن 50 % من جميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية للأهداف الإنمائية للألفية في جميع المناطق باستثناء أميركا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (42.4 %) وأقيانوسيا (7.1 %) وآسيا الغربية وأفريقيا الشمالية. تعقد منظمة الصحة العالمية حالياً عملية تشاور قطري تنتهي في الثاني من نيسان / أبريل 2017. كما سيقوم البنك الدولي بإجراء تشاور مع الموظفين القطريين للبنك الدولي في آذار / مارس. من خلال هذه العملية، من المتوقع أن يتم تحديد المزيد من البيانات.

للمزيد من المعلومات، يرجى الاطلاع على الرابط التالي:

http://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/monitoring-data/en/

السلسل الزمنية:

يتشبه توافر هذه البيانات مع توافر البيانات المستخدمة لإنتاج المؤشر 1-1-1. ويختلف ذلك عبر البلدان ولكن في المتوسط يتراوح بين سنة واحدة و3 إلى 5 سنوات.

الجدول الزمني

جمع البيانات:

يتبع جمع البيانات خطة للبلد لإجراء مسوح عن الإنفاق الاستهلاكي للأسر وعن الميزانية وعن الدخل والإنفاق.

إصدار البيانات:

سيتم إصدار تقديرات حول نسبة السكان ذات الإنفاق الأسري الكبير على الصحة كحصة من مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري بحلول حزيران / يونيو 2017. ومن الآن فصاعداً، ستتم إضافة المزيد من البيانات الجديدة كلما زادت المعلومات التي يتم تلقيها من مراكز التنسيق المعينة (راجع عملية الجمع). يتم التخطيط لإجراء تحديثات للتقديرات الإقليمية والعالمية كل عامين.

الجهات المزودة بالبيانات

مكاتب الإحصاءات الوطنية بالتعاون مع وزارات الصحة. انظر مصادر البيانات لمزيد من التفاصيل.

الجهات المجمعة للبيانات

منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي.

المراجع

دليل الموارد الموحدة:

http://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/monitoring-sdg/en/

المراجع:

فيما يتعلّق بالنهج الأساسية وراء التعريف الحالي للإنفاق الأسري الكبير على الصحة كحصة من مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري - الفصل 18 من "تحليل الإنصاف في مجال الصحة باستخدام بيانات المسح الأسري". واشنطن العاصمة: مجموعة البنك الدولي؛ 2008،

<http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/analyzing-health-equity-using-household-survey-data>

تعريف النفقات الصحية

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf_9789264116016-9-en

لعناصر النفقات الصحية

- القسم 06 من تصنیف الأمم المتحدة للاستهلاك الفردي حسب الغرض

<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=5&Lg=1&Co=06.1>

المؤشرات ذات الصلة

مؤشرات أهداف التنمية المستدامة: 1-1-1؛ 1-8-3؛ 1-2-1.

لمزيد من المعلومات حول هذه المؤشرات، يرجى الاطلاع على الصفحة الإلكترونية التالية:

<http://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/metadata-compilation/>

الهدف ٣: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار
الغاية ٩-٣: الحد بقدر كبير من عدد الوفيات والأمراض الناجمة عن التعرض للمواد الكيميائية
الخطيرة، وتلوث الهواء والماء والتربة، بحلول عام ٢٠٣٠

المؤشر ١-٩-٣: معدل الوفيات المنسوبة إلى الأسر المعيشية وتلوث الهواء المحيط

المعلومات المؤسسية

المنظمة/ المنظمات:

منظمة الصحة العالمية (WHO)

المفاهيم والتعاريف

التعريف:

يُشار إلى الوفيات الناجمة عن الآثار المشتركة للتلوث داخل الأسر المعيشية وتلوث الهواء المحيط كالتالي: عدد الوفيات، معدل الوفيات. ويتم احتساب معدلات الوفيات عبر قسمة عدد الوفيات على مجموع السكان (أو يُشار إليها إذا استعملت فئة سكانية مختلفة كالأطفال ما دون الخامسة).

وأظهرت الدراسات الوبائية بأنّ التعرّض للتلوث الهواء، من بين أمور أخرى، متعلق بالأمراض التي يشملها هذا التقدير:

- التهاب الجهاز التنفسي الحاد عند الأطفال (دون الخامسة)
- الأمراض القلبية الوعائية (السكتة الدماغية) عند البالغين (فوق 25 سنة)
- أمراض نقص تروية القلب (IHD) عند البالغين (فوق 25 سنة)
- مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) عند البالغين (فوق 25 سنة)؛ و
- سرطان الرئة عند البالغين (فوق 25 سنة)

الأساس المنطقي:

تم تقييم الوفيات الناجمة عن التعرّض للتلوث الهواء المحيط (الخارجي) والتلوث داخل الأسر المعيشية (الداخلي) نتيجة استخدام الوقود الملوث الخاص بالطهي، كجزء من مشروع أكثر شمولية يتعلّق بتقييم عوامل الخطر الرئيسية للصحة. وينتج تلوث الهواء المحيط عن الانبعاثات الناجمة عن المصانع والأماكن المغلقة والسيارات والشاحنات وهي مزيج من ملوثات الهواء، يضر العديد منها بالصحة. وتُعتبر الجسيمات الصغيرة والدقيقة من الملوثات الأكثر تأثيراً على صحة الإنسان. ويضمّ الوقود الملوث الخشب والفحm وروث الحيوانات وفحم الحطب ونفايات المحاصيل والكيروسين. ويشكل تلوث

الهواء الخطر البيئي الأكبر على الصحة. ويتحمّل سكان البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل أكثرية العباء.

المفاهيم:

تمّ تقييم الوفيات الناجمة عن التعرّض لتلوّث الهواء المحيط (الهواء الطلق، الخارجي) وتلوّث الهواء داخل الأسر المعيشية (تلوّث الهواء الداخلي، أو داخل المنزل) نتيجة استخدام الوقود الملوث الخاص بالطهي. وينتج تلوّث الهواء المحيط عن الانبعاثات الناجمة عن المصانع والأماكن المغلقة والسيارات والشاحنات وهي مزيج من ملوثات الهواء، يُضرّ العديد منها بالصحة. وتُعتبر الجسيمات الصغيرة والدقيقة من الملوثات الأكثر تأثيراً على صحة الإنسان. ويضمّ الوقود الملوث الخشب والفحm وروث الحيوانات وفحm الحطب ونفايات المحاصيل.

التعليقات والقيود:

يجوز تقرّيب الآثار الموحدة (المشتركة) لعوامل الخطر اذا افترضنا وجود الاستقلال والارتباط البسيط بين عوامل الخطر والأثر على الأمراض نفسها. بيد أنّ تقدير الآثار المشتركة المتعلقة بتلوّث الهواء يخضع لبعض القيود وهي: المعرفة المحدودة حول توزيع السكان المعرضين لتلوّث الهواء الطلق والداخلي، وارتباط حالات التعرّض (المخاطر) على المستوى الفردي نظراً الى أنّ تلوّث الهواء داخل الأسر المعيشية يؤدي الى تلوّث الهواء الخارجي، بالإضافة الى التفاعلات غير الخطية (Lim et al, 2012; Smith et al, 2014). بيد أنّ تلوّث الهواء داخل الأماكن المغلقة يبقى بالدرجة الأولى في العديد من المناطق مسألة ريفية في حين يُشكّل تلوّث الهواء الخارجي مشكلة حضرية في الأغليبية. وتجدر الإشارة الى أنّ العديد من القرارات لا تتأثر نسبياً بالتلوّث الداخلي بل تولي أهمية كبيرة لتلوّث الهواء المحيط. وإذا ما افترضنا وجود الاستقلال والارتباط البسيط، يمكن احتساب التقدير التقريري للأثر الكلي، وهو أقلّ من مجموع أثر عاملي الخطر.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

يتّم احتساب الوفيات المنسوبة من خلال جمع المعلومات أولاً حول ارتفاع خطر (أو الخطر النسبي) المرض الناجم عن التعرّض، ومعلومات تتعلّق بمدى تعرّض السكان (متوسّط التركيز السنوي للجسيمات التي يتعرّض لها السكان، النسبة السكانية التي تعتمد أساساً على الوقود الملوث الخاص بالطهي).

مما يسمح باحتساب الجزء المنسوب للسكان (PAF)، وهو جزء المرض الذي يمكن نسبه الى التعرّض في مجتمع معين (كمتوسّط التركيز السنوي للجسيمات والتعرّض للوقود الملوث الخاص بالطهي).

إن تطبيق هذه النسبة على العبء الكلي للمرض (ويذكر مرض القلب والرئة مثلاً كوفيات)، يؤمن العدد الكلي للوفيات الذي ينتج من التعرض لعامل الخطر هذا (ويرمز في المثل المذكور آنفاً إلى تلوث الهواء المحيط والأماكن المغلقة).

ويتم احتساب النسبة المشتركة المنسوبة للسكان كما وردت في إزاتي وآخرون (2003) لتقدير الآثار المشتركة لعوامل الخطر.

وقدّرت الوفيات المرتبطة بتلوث الهواء المحيط والأماكن المغلقة بناءً على حساب النسب المشتركة المنسوبة للسكان التي تفترض مخاطر موزعة بشكل مستقل في مرجع إزاتي وآخرون 2003.

وتم احتساب النسبة المنسوبة للسكان من خلال المعادلة التالية:

$$PAF=1-\text{PRODUCT}(1-PAFi)$$

PAFi هي النسبة المنسوبة للسكان المتعلقة بعوامل الخطر الفردية.

وقدّرت النسبة المنسوبة للسكان الخاصة بتلوث الهواء المحيط والسبة الخاصة بتلوث الهواء داخل الأسر المعيشية بشكل منفصل، وفق التقييم المقارن للمخاطر (Ezzati et al, 2002) والدراسة التي قام بها فريق الخبراء (Lim et al, 2012; Smith et al, 2014) حول العبء العالمي للمرض (GBD).

وقد تمت نمذجة تقديرات المتوسط السنوي للجسيمات التي لا يتجاوز قطرها $2.5 \mu\text{m}$ (PM25) بالنسبة للتعرض لتلوث الهواء المحيط، كما وردت في (منظمة الصحة العالمية 2016، سينشر قريباً)، أو في المؤشر 2-6-11.

كما تمت نمذجة النسبة السكانية التي تعتمد أساساً على الوقود الملوث الخاص بالطهي (العودة إلى المؤشر 7-1-2) [استخدام الوقود الملوث=1 - استخدام الوقود النظيف]، بالنسبة لتلوث الهواء في الأماكن المغلقة. ونشرت تفاصيل النموذج في (Bonjour et al, 2013).

وقد استُخدمت النسب المتكاملة بين التعرض والاستجابة (IER) التي تم تطويرها للعبء العالمي للمرض 2010 (Burnett et al, 2014) والدراسة المحدثة الخاصة بالعبء العالمي للمرض 2013 (Forouzanfar et al, 2015).

أما النسبة المئوية للسكان المعرضين لعامل خطر معين (وهو تلوث الهواء الطلق هنا، أي قطر الجسيمات $2.5 \mu\text{m}$ PM2.5)، فزُوّدت حسب البلد وحسب زيادة 1 ميكروغرام/ m^3 ؛ في حين احتسبت المخاطر النسبية لكل زيادة من 2.5 في الجسيمات، بناءً على النسب المتكاملة بين التعرض والاستجابة. وتم اختيار تركيز التحليل الافتراضي ليكون بين 5.6 و 8.8 ميكروغرام/ m^3 كما ورد في (Ezzati et al, 2002; Lim et al, 2012).

بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة ومرض الانسداد الرئوي المزمن و أمراض نقص تروية القلب والسكتة الدماغية و سرطان الرئة بالإضافة على المعادلة التالية:

$$PAF = \frac{\sum(P_i(RR-1))}{\sum(RR-1)+1}$$

ويرمز α إلى مستوى الجسيمات أو $PM_{2.5}$ التي يبلغ قطرها 2.5 في ميكروغرام/ m^3 ، و P_i إلى النسبة المئوية للسكان المعرضين لهذا المستوى من تلوث الهواء، أمّا RR فهو الخطر النسبي.

إنّ حسابات تلوث الهواء المحيط متشابهة وتمّ شرحها بالتفصيل في (منظمة الصحة العالمية، 2014)

التفصيل:

تتوفر البيانات بحسب البلد، والجنس، والمرض، والعمر.

معالجة القيم الناقصة:

- على مستوى البلد

يتم الإبلاغ عن البلدان التي لا تملك بيانات بفراغ.

- على المستويين الإقليمي والعالمي

لا يُبلغ عن البلدان التي لا تملك بيانات في المتوسطات الإقليمية والعالمية.

المجاميع الإقليمية:

يُجمع عدد الوفيات بحسب البلد ويُقسم على عدد سكان بلدان الإقليم (المجاميع الإقليمية) أو على مجموع السكان (المجاميع العالمية).

مصادر التفاوت:

تعود أسباب الاختلافات الأساسية بين البيانات القطرية والبيانات المقدّرة دولياً إلى:

- اختلاف بيانات التعرض (متوسط التركيز السنوي للجسيمات التي يقلّ قطرها عن $2.5 \mu m$ ، النسبة السكانية التي تستخدم الوقود النظيف والتكنولوجيا للطهي)
- اختلاف تقديرات مخاطر التعرض
- اختلاف بيانات الوفيات الأساسية

مصدر البيانات

التعرّض: تمّ اعتماد المؤشر 2-1-7 كمؤشر التعرض لتلوّث الهواء داخل الأماكن المغلقة.

وقد استُخدم متوسط التركيز السنوي للجسيمات التي يقلّ قطرها عن 2.5 um كمؤشر التعرض لتلوّث الهواء المحيط. وتتمّ نمذجة البيانات وفق الطرق المذكورة في المؤشر 2-6-11.

نسبة مخاطر التعرّض: استُخدمت النسب المتكاملة بين التعرّض والاستجابة (IER) التي تمّ تطويرها والخاصة بالألعاب العالمي للمرض 2010 (Burnett et al, 2014) والدراسة المحدثة للألعاب العالمي للمرض 2013 (Forouzanfar et al, 2015)

البيانات الصحية: قامت منظمة الصحة العالمية (WHO 2014b) بتطوير العدد الكلي لوفيات بحسب المرض، البلد، الجنس والفئة العمرية.

توافر البيانات

إنّ البيانات متوفّرة حسب البلد والجنس والمرض والفئة العمرية.

الجدول الزمني

غير متوفّر

الجهات المزوّدة بالبيانات

وزارة الصحة، وزارة البيئة.

الجهات المجمّعة للبيانات

منظمة الصحة العالمية

المراجع

دليل الموارد الموحدة:

www.who.int/gho/phe

المراجع

Bonjour et al (2013). Environ Health Perspect, doi:10.1289/ehp.1205987.

Burnett et al (2014). Environ Health Perspect, Vol 122, Issue 4.

Ezzati et al (2003). The Lancet, 362:271-80.

Ezzati et al (2002). The Lancet. 360(9343):1347-60.

Forouzanfar et al (2015). The Lancet, 386:2287-323.

Lim et al (2012). The Lancet, 380(9859):2224-60.

Smith et al (2014). Annu.Rev.Public Health, Vol 35.

WHO (2014a). Methods description for the burden of disease attributable to household air pollution.

http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/database/HAP_BoD_methods_March2014.pdf?ua=1

WHO (2014b). Global Health Estimates 2013: Deaths by Cause, Age and Sex, by Country, 2000-2012 (provisional estimates). Geneva, World Health Organization, 2014.

WHO (2016, forthcoming). Air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease, WHO Geneva.

المؤشرات ذات الصلة

:2-6-11

المتوسط السنوي لمستويات الجسيمات (على سبيل المثال الجسيمات من الفئة 2.5 والجسيمات من الفئة 10) في المدن (المرجح حسب السكان)

:2-1-7

نسبة السكان الذين يعتمدون أساساً على الوقود والتكنولوجيا النظيفتين
التعليقات:

الهدف ٣: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالفاہية في جميع الأعمار
الغاية ٩-٣: الحد بقدر كبير من عدد الوفيات والأمراض الناجمة عن التعرّض للمواد الكيميائية الخطيرة، وتلوّث الهواء والماء والتربة، بحلول عام ٢٠٣٠

المؤشر ٢-٩-٣: معدل الوفيات المنسوب إلى المياه غير المأمونة، وخدمات الصرف الصحي غير المأمونة والافتقار إلى المرافق الصحية (التعرّض لخدمات غير مأمونة في توفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية للجميع)

المعلومات المؤسسية

المنظمة/ المنظمات:

منظمة الصحة العالمية

المفاهيم والتعاريف

التعريف:

إنّ معدل الوفيات المنسوب إلى المياه غير المأمونة، وخدمات الصرف الصحي غير المأمونة والافتقار إلى المرافق الصحية (التعرّض لخدمات غير مأمونة في توفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية للجميع) هو عدد الوفيات المنسوب إلى المياه غير المأمونة، وخدمات الصرف الصحي غير المأمونة والافتقار إلى المرافق الصحية (التعرّض لخدمات غير مأمونة في توفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية للجميع) خلال سنة واحدة، مقسوم على عدد السكان ومضروب ب 100000.

الأساس المنطقي:

يُشير المؤشر إلى عدد الوفيات الناجمة عن المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية غير الملائمة (والتركيز على خدمات توفير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية للجميع) التي يمكن تفاديهما من خلال تحسين هذه الخدمات وممارستها. إنّه مبني على توفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية للجميع في البلد، وعلى النتائج الصحية المرتبطة بذلك. وبالتالي، إنّه يقدّم معلومات مهمة حول المرض الفعلى الناجم عن المخاطر المقدرة في الغايات ١-٦، و ٦-٢، و ٦-٣.

المفاهيم:

الوفيات المنسوبة إلى المياه غير المأمونة وسوء خدمات الصرف الصحي وانعدام النظافة الصحية والمرتكزة على الخدمات غير الكافية لتوفير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية للجميع، لكل 100000 شخص: إنّ الأمراض المشمولة هي الاسهال (رمز A00, A01, A03, A04, A06-A09) التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض)، والتهابات الديدان المعوية (ICD-10 رمز B76-B77, B79) ونقص طاقة البروتين (ICD-10 رمز E40-E46)

التعليقات والقيود:

تعتمد البيانات على (أ) الإحصاءات حول توفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية للجميع (1-6 ، 2-6 ، 3-6)، التي يجري تقييمها جيداً في كلّ البلدان تقريباً، وعلى (ب) بيانات الوفيات التي توفرها البلدان من بيانات تسجيل الوفاة ومن نظم تسجيل العينات، وهي حتماً نظم عملية. إنّ هذه البيانات مهمة لتحسين الصحة والحدّ من الوفيات التي يمكن تجنبها في البلدان. ونظراً إلى أنّ العديد من البلدان يفتقر إلى نظم تسجيل مشابهة، تحتاج البيانات لمعلومات مختلفة لاكمالها (لاكتمالها، لأنجازها)

المنهجية

طريقة الاحتساب:

تمّ تطوير الطرق التابعة للمعايير الدولية المتّقى عليها، ومراجعتها ونشرها في وثائق مختلفة:

http://www.who.int/water_sanitation_health/gbd_poor_water/en/

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4255749/>

التفصيل:

بما أنّ هذا المؤشر يرتكز على السكان، يُعتبر الموقع الجغرافي التفصيل الأكثر طبيعية. تتوفر البيانات أيضاً للفئات العمرية والجنس. ويمكن تفصيل البيانات أكثر فأكثر بحسب خمس الثروة، على غرار عمل برنامج الرصد المشترك (بين منظمة الصحة العالمية واليونيسف) لإمدادات المياه والمرافق الصحية المتعلقة بالتفصيل حسب فئات أصحاب الدخل (خمس الثروة).

معالجة القيم الناقصة:

• على مستوى البلد

إن البيانات متوفّرة لكافة البلدان تقريباً. بيد أنّها ترتكز أحياناً على إحصاءات صحية تؤمنها الوكالات الدوليّة نظراً إلى أنّ البيانات الوطنيّة ناقصة، وقد خضعت للاستكمال والاستقراء والتعديل وأضيفت إليها البيانات ونماذج أسباب الوفاة لإنجازها.

وللاطلاع على المزيد من الوصف حول الطرق العودة إلى الرابط التالي:

(http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000_2012.pdf)

• على المستويين الإقليمي والعالمي

غير متوفر

المجاميع الإقليمية:

يتم جمع التقديرات القطرية لعدد الوفيات بحسب السبب للحصول على المجاميع الإقليمية والعالمية.

مصادر التفاوت:

يُطلب من منظمة الصحة العالمية بقرار من جمعية الصحة العالمية التشاور بشأن كلّ إحصاءات هذه المنظمة وطلب ردود فعل البلدان حول البيانات عن البلدان والأقاليم. فتخضع كلّ التقديرات لتشاورات قطرية قبل نشرها.

مصدر البيانات

الوصف:

يتم في الدرجة الأولى تجميع البيانات من البلد ومن قاعدات البيانات الأخرى مباشرةً. كما تُستخدم بيانات تكميلية من مختلف قاعدات البيانات بهدف زيادة البيانات للحصول على تقديرات متينة، والحد من استنساخ البيانات لتفادي المزيد من عباء الإبلاغ عن البيانات على البلدان.

عملية الجمع:

تُجري منظمة الصحة العالمية تشاورات قطرية قبل إصدار تقديراتها حول سبب الوفاة.

توافر البيانات

الوصف:

إن البيانات متوفّرة لكافة البلدان تقريباً. بيد أنّها ترتكز أحياناً على إحصاءات صحية تؤمنها الوكالات الدوليّة نظراً إلى أنّ البيانات الوطنيّة ناقصة.

البيانات القطرية الفعلية لسنة 2010 فصاعداً

آسيا والمحيط الهادئ -27% من البلدان (16 من أصل 59 بلد، بما فيها نظم أخذ العينات في الصين والهند)

افريقيا-6% من البلدان (3 من 54 بلد)

أميركا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي -56% من البلدان (19 من 34 بلد)

أوروبا، أميركا الشمالية، استراليا، نيوزيلاندا واليابان -94% من البلدان (44 من 47 بلد، البلدان الناقصة هي أساساً صغيرة جداً)

وتوفر البيانات للفترة الممتدة بين 2000 و2009

آسيا والمحيط الهادئ -27% من البلدان (16 من أصل 59 بلد، بما فيها نظم أخذ العينات في الصين والهند)

افريقيا-6% من البلدان (3 من 54 بلد)

أميركا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي -56% من البلدان (19 من 34 بلد)

أوروبا، أميركا الشمالية، استراليا، نيوزيلاندا واليابان -94% من البلدان (44 من 47 بلد، البلدان الناقصة هي أساساً صغيرة جداً)

رابط موقع قاعدة البيانات:

<http://apps.who.int/gho/data/node.home>

تم وضع هذا المؤشر وأصبح متوفراً منذ أكثر من عقد.

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.INADEQUATEWSH?lang=en>

http://www.who.int/water_sanitation_health/gbd_poor_water/en/

وقد قامت منظمة الصحة العالمية بتجميع الأرقام القطرية واستخدمتها لإنتاج تقديرات إقليمية وعالمية مقابل هذا المؤشر.

السلسل الزمنية:

إن بيانات السلسلة الزمنية المحدودة متوفّرة (السلسلة القابلة للمقابلة لعام 2012 وعام 2015 قريباً، كما أنّ بيانات العام 2002 متوفّرة أيضاً لكن مقارنتها محدودة أكثر)

الجدول الزمني

جمع البيانات:

مستمر

إصدار البيانات:

الربع الأول من عام 2017

الجهات المزودة بالبيانات

مكاتب الإحصاءات الوطنية، الوزارات التنفيذية المختلفة وقاعادات البيانات التي تغطي التسجيل المدني وتغطية كاملة لسبب الوفاة وشهادة طبية.

الجهات المجمعة للبيانات

منظمة الصحة العالمية

المراجع

دليل الموارد الموحدة:

http://www.who.int/water_sanitation_health/gbd_poor_water/en/

المراجع

تعريف مؤشر منظمة الصحة العالمية

<http://apps.who.int/gho/data/node.imr.SDGWSHBOD?lang=en>

http://www.who.int/water_sanitation_health/gbd_poor_water/en/

وسائل ومصادر بيانات منظمة الصحة العالمية حول الأسباب العالمية للوفاة، 2000-2012
(http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000_2012.pdf?ua=1)

المؤشرات ذات الصلة

المؤشر 7-1-2: نسبة السكان الذين يعتمدون أساساً على الوقود والتكنولوجيا النظيفتين

لهدف ٣: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار
الغاية ٩-٣: الحد بقدر كبير من عدد الوفيات والأمراض الناجمة عن التعرض للمواد الكيميائية
الخطيرة، وتلوث الهواء والماء والتربة، بحلول عام ٢٠٣٠
المؤشر ٣-٩-٣: معدل الوفيات المنسوب إلى التسمم غير المعتمد

المعلومات المؤسسية

المنظمة/ المنظمات:

منظمة الصحة العالمية (WHO)

المفاهيم والتعاريف

التعريف:

إنّ معدل الوفيات المنسوبة إلى التسمم غير المعتمد هو عدد الوفيات الناجمة عن التسميم العرضي خلال سنة واحدة، مقسوماً على عدد السكان، ومضرباً ب 100000

الأساس المنطقي:

يُشير معدل الوفيات المنسوبة إلى التسمم غير المعتمد إلى مدى سوء إدارة المواد الكيميائية الخطيرة والتلوث والى فعالية النظام الصحي للبلد.

المفاهيم:

معدل الوفيات الناجمة عن التسميم العرضي في البلد خلال سنة واحدة. وتشمل رموز التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض ICD-10 المماثلة لهذا المؤشر X40, X43-X44, X46-X49

التعليقات والقيود:

تؤمن البلدان بيانات الوفيات بشكل كبير من بيانات تسجيل الوفاة أو من نظم تسجيل العينة، وهي نظم مجيدة، بيد أنّ البيانات الجيدة غير متوفرة في كلّ البلدان، وهي ضرورية لتحسين الصحة والحدّ من الوفيات التي يمكن تفاديتها. أمّا في البلدان التي تفقد إلى نظم تسجيل مشابهة، تحتاج البيانات لمعلومات مختلفة لاتمامها.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

تم تطوير الطرق التابعة للمعايير الدولية المتفق عليها، ومراجعتها ونشرها في وثائق مختلفة.

وتعتمد الطرق المستعملة في تحليل أسباب الوفاة على نوع البيانات التي تقدمها البلدان.

واستُخدم سجل الأحوال المدنية الذي تقدّمه الدول الأعضاء إلى قاعدة بيانات الوفيات الخاصة بمنظمة الصحة العالمية، في البلدان التي تمتّ بنظام تسجيل الأحوال المدنية ذي الجودة العالية ويتضمّن معلومات حول سبب الوفاة. ويمكن تعديل السجل عند الضرورة، كالقصیر في الإبلاغ عن الوفيات مثلًا.

أمّا في البلدان التي تفتقد إلى بيانات تسجيل الوفيات ذات الجودة العالية، فيتم احتساب تقديرات سبب الوفاة من خلال الاستناد إلى بيانات أخرى، بما فيها المسوح الأسرية مع التشريح الفعلي للجثة، ونظم تسجيل مؤشر العينات المرضية، والدراسات الخاصة ونظم المراقبة. وتُجمع في معظم الأحيان مصادر البيانات هذه في نماذج.

ويمكن العودة إلى المنهجية الكاملة على الرابط التالي:

(http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000_2012.pdf?ua=1)

التفصيل:

يمكن تفصيل البيانات بحسب الفئة العمرية والجنس والمرض.

معالجة القيم الناقصة:

• على مستوى البلد

يتم استكمال بيانات البلد الناقصة خلال عدّة سنوات، وفق البيانات المتوفرة. وتقوم الوكالات الدولية بتوفيرها للبلدان التي تفتقر إليها. وقد تم استكمالها واستقراءها وتعديلها وأضيفت عليها بيانات ونماذج أسباب الوفاة لإنجازها. وللاطلاع على المزيد من الوصف حول الوسائل العودة إلى الرابط التالي:

(http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000_2012.pdf?ua=1)

• على المستويين الإقليمي والعالمي

لا ينطبق

المجاميع الإقليمية:

يتم جمع التقديرات القطرية لعدد الوفيات بحسب السبب للحصول على المجاميع الإقليمية والعالمية.

مصادر التفاوت:

يُطلب من منظمة الصحة العالمية بقرار من جمعية الصحة العالمية التشاور بشأن كل إحصاءات هذه المنظمة وطلب ردود فعل البلدان والأقاليم حول البيانات عن البلدان والأقاليم. فتخضع كل التقديرات لمشاورات قطرية قبل نشرها.

مصدر البيانات

الوصف:

تتضمن مدخلات البيانات للتقدير (أ) بيانات حول توفير المياه وخدمات الصرف الصحي والمرافق الصحية للجميع وممارساتها، و(ب) بيانات حول سبب الوفاة، يكون فيها المصدر الأفضل للبيانات نظم تسجيل الوفاة مع تغطية كاملة وشهادة طبية لسبب الوفاة. وتضمّ مصادر البيانات المحتملة الأخرى المسح الأسري مع التسريح الفعلي للجثة، ونظم تسجيل مؤشر العينة المرضية والدراسات الخاصة ونظم المراقبة.

عملية الجمع:

تقوم منظمة الصحة العالمية بجمع البيانات مباشرةً من مصادر البلد، كما تشارك التقديرات مع البلدان، وفقاً للطريقة المحددة، للحصول على ردود فعل كل بلد قبل عملية النشر. ولمزيد من التفاصيل العودة إلى المؤشر 1-6 الوارد آنفًا.

توافر البيانات

الوصف:

توافر البيانات للفترة الممتدة من 2010 فصاعداً:

آسيا والمحيط الهادئ -27% من البلدان (16 من أصل 59 بلداً، بما فيها نظم أخذ العينات في الصين والهند)

افريقيا -6% من البلدان (3 من 54 بلداً)

أميركا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي - 56% من البلدان (19 من 34 بلداً)
أوروبا، أميركا الشمالية، استراليا، نيوزيلاندا واليابان - 94% من البلدان (44 من 47 بلد، البلدان الناقصة هي أساساً صغيرة جداً)

توافر البيانات (2000 – 2009)
آسيا والمحيط الهادئ - 27% من البلدان (16 من أصل 59 بلداً، بما فيها نظم أخذ العينات في الصين والهند)
افريقيا - 6% من البلدان (3 من 54 بلداً)

أميركا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي - 56% من البلدان (19 من 34 بلداً)
أوروبا، أميركا الشمالية، استراليا، نيوزيلاندا واليابان - 94% من البلدان (44 من 47 بلداً، البلدان الناقصة هي أساساً صغيرة جداً)

رابط موقع قاعدة البيانات:

يمكن تنزيل التقديرات الأخيرة العالمية والإقليمية والقطبية للوفاة بحسب السبب، التي تشمل التسمم غير المتعمم لسنة 2000 وسنة 2012 (نشرت سنة 2014) عبر الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html.
كما يمكن الحصول على التقديرات بشكل تفاعلي عبر المرصد الصحي العالمي http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/en/

السلسلة الزمنية:

إنّ بيانات السلسلة الزمنية المحدودة متوفرة (السلسلة القابلة للمقارنة لعامي 2012 و2015 قريباً، كما أنّ بيانات العام 2000 متوفرة أيضاً لكن مقارنتها محدودة أكثر)

الجدول الزمني

جمع البيانات:

مستمر

إصدار البيانات:

نهاية عام 2016

الجهات المزرودة بالبيانات

مكاتب الإحصاءات الوطنية، الوزارات التنفيذية المختلفة وقاعادات البيانات التي تغطي التسجيل المدني مع تغطية كاملة لسبب الوفاة وشهادة طبية.

الجهات المجمعة للبيانات

منظمة الصحة العالمية

المراجع

دليل الموارد الموحدة:

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

المراجع

تحديد مؤشر منظمة الصحة العالمية
(<http://apps.who.int/gho/data/node.imr.SDGPOISON?lang=en>)

طرق ومصادر بيانات منظمة الصحة العالمية حول الأسباب العالمية للوفاة، 2000-2012
(http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000_2012.pdf?ua=1)

المؤشرات ذات الصلة

المؤشر 7-1-2: نسبة السكان الذين يعتمدون أساساً على الوقود والتكنولوجيا النظيفين

الهدف ٣: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار
الغاية ٣(أ): تعزيز تنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ في جميع البلدان، حسب
الاقتضاء

المؤشر ٣(أ) ١: معدل الانتشار الموحد السن لاستعمال التبغ حالياً لدى الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ١٥ سنة فأكثر

المعلومات المؤسسية

المنظمات:

منظمة الصحة العالمية؛
أمانة منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ

المفاهيم والتعاريف

التعريف:

يرمز المؤشر إلى نسبة السكان الذين تبلغ أعمارهم ١٥ سنة فأكثر والذين يستعملون حالياً أيّ منتج من منتجات التبغ (أكان مدخناً أو غير مدخن) بشكل يومي أو غير يومي.

الأساس المنطقي:

يعتبر استخدام التبغ المساهم الأساسي في الإصابة بالمرض و يؤدي إلى وفيات ناجمة من الأمراض غير المعدية. وما من مستوى آمن وموكّد لاستخدام التبغ أو للتدخين غير المباشر. إن كلّ من يستخدم التبغ أكان بشكل يومي أو غير يومي معرض لمشاكل صحية خلال حياته، بما فيها الأمراض غير المعدية. ويُساهِم الحد من انتشار الاستخدام الحالي للتبغ إلى حدّ بعيد في الحدّ من الوفيات المبكرة جراء الإصابة بالأمراض غير المعدية (الغاية ٣-٤). ومن الضروري رصد هذا المؤشر بشكل منتظم وروتيني لأنّه يسمح برصد وتقدير تأثير تطبيق اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ في جميع البلدان بدقة، أو سياسات مكافحة التبغ في البلدان التي لم تتضمّن هذه الاتفاقية. وتشكل مستويات انتشار استخدام التبغ مؤشراً مناسباً لتنفيذ الغاية ٣. ألف من أهداف التنمية المستدامة "تعزيز تنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ في جميع البلدان، حسب الاقتضاء".

المفاهيم

يشمل استخدام التبغ منتجات التدخين المدخنة وأو التبغ غير المدخن. ويعنى "بالاستخدام الحالى" الاستخدام الذى تم خلال الأيام الثلاثين التى سبقت المسح، أكان استخداماً يومياً أو غير يومي.

وتعنى منتجات التبغ المنتجات المصنوعة كلياً أو جزئياً من أوراق التبغ كمواد خام يستهلكها البشر من خلال التدخين، المص، المضغ أو الاستنشاق.

وتضم "منتجات التبغ المدخن" السجائر والسجائر الصغيرة والسيجار وسيجار الشيروت والبىدى والغليون والشيشة (النرجيلة) والسجائر الملفوفة يدوياً، وسجائر القرنفل أو الكريتيس وغيرها من أنواع التبغ الذى يستهلك عبر التدخين.

أما منتجات التبغ غير المدخن فتضم السعوط الرطب، والسعوط القشدي، والسعوط الجاف، وأفراد التبغ، والتبغ القابل للذوبان، والغل، وأوراق التبغ المفتلة، ودقيق السن الأحمر، والسنوس، والشيمو، والغونكا، والخابنی، والعوداكو، والزاردا، والخوام، والتوبور، والنسار، والشماش، والتباك، والبان (البيتل كويد مع التبغ) والعجميك، والمشرى، والتبغ الكريم، والتتبول وغيرها من منتجات التبغ التي يتم استهلاكها من خلال الاستنشاق أو المص أو المضغ.

وقد تم "توحيد معدلات الانتشار بحسب العمر" للتمكن من مقارنتها عبر كل البلدان بغض النظر عن خصائص البلد الديمografية. الأمر الذي يتم من خلال تطبيق معدلات الانتشار الخاصة بكل بلد بحسب العمر والجنس وفقاً لعدد السكان المعياري لمنظمة الصحة العالمية. وتبقى المعدلات التي تُنتج أرقاماً افتراضية اذا لا معنى لها إلا إذا تمت مقارنة المعدلات التي تم الحصول عليها لكل بلد مع بلد آخر.

التعليقات والقيود:

تُستخدم البيانات الأساسية التي تم جمعها في البلدان من خلال المسح السكاني القومي لاحتساب التقديرات القابلة للمقارنة لهذا المؤشر. أما المعلومات الناجمة عن المسح شبه القومية، فلا تُستخدم.

وفي حين يُبلغ حالياً أقل من بلد واحد من أصل ٥ عن كل أنواع التبغ المستهلكة، تملك ثلاثة أرباع البلدان بيانات وفيرة عن تدخين التبغ. وسيقى هذا المؤشر مرتبطةً بمعدلات تدخين التبغ إلى أن تقوم أكثرية البلدان بالإبلاغ عن كافة أنواع استخدام التبغ (المدخن أو غير المدخن). وقد تتعادل في بعض البلدان نسبة استخدام التبغ مع تدخين التبغ، إلا أن معدلات التدخين ستحافظ في العديد من البلدان على نسبة أقل من معدلات استخدام التبغ إلى حد ما.

وتشير مقارنة المسح الأسرية ونوعيتها وتوارتها على دقة التقديرات ونوعيتها. وتكمم مشكلة عدم إمكانية مقارنة البيانات في استخدام أدوات مختلفة للمسح، واللجوء إلى طرق متعددة لأخذ العينات والتحليل واعتماد تعريف متنوعة للمؤشر بين الدول الأعضاء. وقد تُعطى المسح مختلف الأعمار (ليس فقط ١٥ وأكثر) ويجوز تكرارها من وقت لآخر. كما أنها قد تشمل مجموعة مختلفة من منتجات التبغ أو تضم أحياناً منتج واحد فقط كالسجائر مثلاً وفق أهمية المنتجات التي يرید البلد رصدها. ويبقى التصريح عن انتشار استخدام التبغ ناقصاً إلا إذا تم رصد المنتجات المدخنة وغير المدخنة في الوقت عينه. وبذات البلدان برصد السجائر الالكترونية والمنتجات الناشئة الأخرى، مما قد يؤثر على تعريف البلدان لمفهوم استخدام التبغ. وبالتالي لا يمكن حصر تعريف مفهوم "الاستخدام الحالى" دائمًا بالأيام الثلاثين التي تسبق المسح. كما يُطلب في المسح من الأشخاص أن يقوموا بالإبلاغ شخصياً عن استهلاكهم للتبغ، مما يؤدى إلى تقصير في الإبلاغ.

بيد أنه ما من بروتوكول موحد بين الدول الأعضاء يسمح بطرح أسئلة حول استهلاك الأفراد للتبغ. لذلك تم الاعتماد على أسئلة منظمة الصحة العالمية المتعلقة بالتبغ في المسوح مما يحسن مقارنة المؤشرات بين البلدان.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

يتّم الاعتماد على نموذج إحصائي مبني على نظرية الانحدار العكسي ذات الحدين الافتراضية لنمذجة انتشار تدخين التبغ الحالي لكل بلد، للرجال والنساء بشكل منفصل. يتوفّر وصف هذه الطريقة بالكامل كمقال قام بمراجعته أخصائيون في المجال نفسه، في مجلة *The Lancet*، مجلد ٣٨٥، عدد ٩٩٧٢، ص. ٩٦٦-٩٧٦ (٢٠١٥). وما ان جُمعت معدلات الانتشار الخاصة بالعمر والجنس الناتجة من المسوح القومية في مجموعة بيانات، حتّى أصبح النموذج مناسباً لاحتساب تقديرات الاتجاه منذ العام ٢٠٠٠ حتّى ٢٠٣٠. يتّألف هذا النموذج من مكوّتين أساسين: (أ) التكيف مع المؤشرات المفقودة والفجوات العمرية، و(ب) إنتاج تقدير للاتجاهات مع الوقت بنسبة ٩٥٪ من المصداقية. ويلجا النموذج أحياناً إلى بيانات بلدان أخرى ليكمّل المعلومات الناقصة، اعتماداً على اكتمال شمولية بيانات المسح الخاصة ببلد معين. وبهدف سد النقص في البيانات "ستتمدّ" المعلومات من بلدان تتبع إلى أقاليم الأمم المتحدة الفرعية نفسها. وتشتمل خطوط الاتجاه التي تم الحصول عليها لاستخلاص التقديرات لسنة واحدة، مما يسمح بالإبلاغ عن عدد ما على الرغم من عدم إجراء البلد لأي مسح في السنة عينها. وتتوحد معدلات الانتشار وفق عدد السكان المعياري لمنظمة الصحة العالمية كي تُصبح النتائج قابلة للمقارنة بين البلدان. أمّا تقديرات البلدان التي تملك مسوح غير نظامية أو نقص في البيانات، فسيغلب عليها الشك، ويجب أن تُتّسّر نتائجها بحذرٍ.

التفصيل:

بحسب الجنس

معالجة القيم الناقصة:

• على مستوى البلد

ما من احتساب لأي تقدير في البلدان التي اكتفت بإنهاء أقل من مسحين خلال عدّة سنوات منذ ١٩٩٠، لأنّه يستحيل تحديد أي اتجاه. أمّا بالنسبة للدول التي تملك بيانات من مسحين أو أكثر، فيتم سد أي نقص في البيانات وفق ما ورد في طريقة الاحتساب.

• على المستوىين الإقليمي والعالمي

يتم ضم البلدان التي لا يمكن احتساب أي تقدير لديها إلى المتوسطات الإقليمية والعالمية من خلال الافتراض بأن معدلات الانتشار عند الرجال والنساء معادلة لمتوسط المعدلات عند الرجال والنساء في إقليم الأمم المتحدة الفرعى الذين ينتمون إليه¹. وحيث تم مسح أقل من ٥٥٪ من سكان إقليم فرعى للأمم المتحدة، جمعت إقليميات الأمم المتحدة الفرعية مع الأقاليم الفرعية المجاورة حتى ساهم ٥٠٪ على الأقل من السكان الذين تم جمعهم ببيانات متوسط معدلات الإقليم.

المجاميع الإقليمية:

يتم احتساب متوسط معدلات الانتشار في الأقاليم من خلال ترجيح السكان لمعدلات الانتشار حسب العمر في البلدان، ومن ثم توحيد متوسط معدلات العمر في الإقليم.

مصادر التفاوت:

تحتفل تقديرات منظمة الصحة العالمية عن التقديرات الوطنية من حيث أنها:

- i. موحدة على أساس السن لتحسين المقارنة الدولية و
- ii. تُحسب بالاعتماد على طرق مختلفة. وتؤدي المسح النادر أو غياب المسح الجديدة إلى زيادة الاعتماد على النمذجة.

وقد تتعارض التقديرات الأخيرة مع التقديرات التي سبقتها نظراً لتحسين بيانات كل بلد مع الوقت بسبب توفر مسح جديدة. وتفضي تقديرات منظمة الصحة العالمية لتشاور قطري قبل إطلاقها.

الوسائل والمبادئ التوجيهية المتاحة للبلدان من أجل تجميع البيانات على المستوى الوطني

- ما من معلومات متوفّرة

ضمان الجودة

- ما من معلومات متوفّرة

¹ الحصول على قائمة البلدان حسب إقليم الأمم المتحدة، يرجى العودة إلى الصفحات من ix إلى xiii من التوقعات السكانية في العالم: تقييم العام ٢٠١٥، التي نُشرت من قبل إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة سنة ٢٠١٥ على الرابط التالي: http://esa.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2015_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf (متوفّرة منذ أيار ٢٠١٧). وبهدف تحليل التدخين، تم تعديل ما يلي: (i) تم تقسيم الإقليم الفرعى لافريقيا الشرقية إلى إقليمين: جزر افريقيا الشرقية وما تبقى من افريقيا الشرقية؛ (ii) وصنفت كل أرمينيا، أذربيجان، استونيا، جورجيا، كازاخستان، قيرغيزستان، لاتفيا، ليتوانيا، طاجيكستان، أوزبكستان، تركمانستان ضمن أوروبا الشرقية؛ (iii) وضمت قبرص وتركيا وأسرائيل إلى أوروبا الجنوبية، في حين دمجت إقليمات الفرعية التالية ميلانيزيا، وميكرونيزيا وبولينيزيا في إقليم فرعى واحد.

مصادر البيانات

الوصف:

إنّ معدلات الانتشار حسب العمر والجنس التي تم الحصول عليها من مسوح سكانية وطنية أجريت منذ سنة ١٩٩٠:

- معترف بها رسمياً من السلطة الصحية الوطنية.
- لمجموعة من المشتركين تمثل عامة السكان وتم اختيارها بشكل عشوائي و
- تبلغ عن مؤشر واحد على الأقل لقياس الاستخدام الحالي للتبغ، أو استخدامه اليومي، وتدخين التبغ الحالي أو التدخين اليومي، وتدخين السجائر الحالي أو اليومي.

تقوم الدول الأعضاء بجمع تقارير المسوح الرسمية معتمدةً على طريقة أو أكثر من الطرق التالية:

- نظام الإبلاغ التابع لاتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ؛
- مراجعة المسوح التي أجريت تحت رعاية النظام العالمي لمراقبة التبغ؛
- مراجعة المسوح الأخرى التي أجريت بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية كمسوح تسخير العلم والتكنولوجيا لحماية البيئة والمسوح الصحية العالمية؛
- فحص قواعد البيانات الخاصة بالمراقبة الدولية بدقة كالمسح الديمغرافي والصحي، والمسح العنقودي المتعدد المؤشرات، ومسح البنك الدولي لقياس مستوى المعيشة؛ و
- تحديد المسوح القطرية التي لا تشملها أنظمة المراقبة الدولية ومراجعتها.

عملية الجمع:

يتم تحميل التقارير من الواقع أو إرسالها عبر البريد الإلكتروني من قبل النظارات الوطنية. وتنشر منظمة الصحة العالمية المنهجيات الخاصة بتقديراتها من خلال تقريرها العالمي حول تدخين التبغ بين ٢٠٢٥ و ٢٠٠٠ إضافة إلى تقريرها حول وباء التبغ العالمي. ويجري تشاور قطري حول تقديرات منظمة الصحة العالمية قبل نشرها.

توافر البيانات

الوصف:

إنّ هذا المؤشر متوفّر لكافة البلدان منذ سنة ٢٠٠٠ و حتّى اليوم، اعتماداً على البيانات التجريبية لكلّ بلد.

الجدول الزمني

جمع البيانات:

جمع مستمرّ للبيانات.

إصدار البيانات:

يتمّ إصدار البيانات مرّة كلّ سنتين عبر التقرير العالمي لمنظمة الصحة العالمية حول اتجاهات تدخين التبغ بين ٢٠٠٠ و ٢٠٢٥، و عبر المرصد الصحي العالمي لمنظمة الصحة العالمية، و عبر تنفيذ قاعدة بيانات اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ.

الجهات المزوّدة بالبيانات

الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، والأطراف في اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ.

الجهات المجمعة للبيانات

إدارة الوقاية من الأمراض غير المعدية التابعة لمنظمة الصحة العالمية؛ الأمانة العامة لاتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ.

المراجع

دليل الموارد الموحدة:

<http://www.who.int/tobacco/surveillance/tqs/en/>

<http://www.who.int/gho/en/>

<http://apps.who.int/fctc/implementation/database/>

المؤشرات ذات الصلة

المؤشر ٣-٤-١: معدل الوفيات المنسوب الى أمراض القلب والأوعية الدموية، والسرطان، وداء السكري، والأمراض التنفسية المزمنة.

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

الغاية ٣-ب: دعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية للأمراض المعدية وغير المعدية التي تتعرض لها البلدان النامية في المقام الأول، وتوفير إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار معقولة، وفقاً لإعلان الدوحة بشأن الاتفاق المتعلق بالجوانب المتعلقة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية وبالصحة العامة، الذي يؤكد حق البلدان النامية في الاستفادة بالكامل من الأحكام الواردة في الاتفاق بشأن الجوانب المتعلقة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بأوجه المرونة الضرورية لحماية الصحة العامة، ولا سيما العمل من أجل إمكانية حصول الجميع على الأدوية

المؤشر ٣-ب-٢: مجموع صافي المساعدة الإنمائية الرسمية المقدمة إلى القطاعات الصحية الأساسية والبحوث الطبية

المعلومات المؤسسية

المنظمة/ المنظمات:

منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (OECD)

المفاهيم والتعاريف

التعريف:

المدفوعات الإجمالية لمجموع المساعدة الإنمائية الرسمية التي تقدمها الجهات المانحة للبحوث الطبية والقطاعات الصحية الأساسية.

الأساس المنطقي:

يُحدّد تدفق مجموع المساعدة الإنمائية الرسمية للبلدان النامية مدى الجهد العام الذي تؤمنه الجهات المانحة إلى البلدان النامية للبحوث الطبية والقطاعات الصحية الأساسية.

المفاهيم:

المساعدة الإنمائية الرسمية: تُحدّد لجنة المساعدة الإنمائية مفهوم المساعدة الإنمائية الرسمية كالآتي "التدفقات للبلدان والأقاليم المدرجة على قائمة لجنة المساعدة الإنمائية للمستفيدين من المساعدة الإنمائية الرسمية من جهة وللمؤسسات المتعددة الأطراف من جهة أخرى والتي

- 1) تؤمنها الوكالات الرسمية بما فيها الحكومات المحلية وحكومات الولاية أو وكالاتها التنفيذية
- 2) تهدف إدارة كلّ معاملة بشكل أساسى إلى تعزيز التنمية الاقتصادية ورفاه البلدان النامية، كما ان لكلّ معاملة طابع تساهلي وتحمل معها عنصر المنحة بنسبة لا تقلّ عن ٢٥٪ (٢٥٪ بحسب معدل خصم ١٠٪) (العودة إلى الموقع الإلكتروني التالي:

<http://www.oecd.org/dac/stats/officialdevelopmentassistancedefinitionandcoverage.htm>)

أمّا البحوث الطبية وقطاعات الصحة الأساسية فوردت كما حددتها لجنة المساعدة الإنمائية. وتُشير البحوث الطبية إلى قانون قطاع نظام إبلاغ الدائنين المعتمد رقم ١٢١٨٢ ويُعطي قطاع الصحة الأساسية كل القوانين التي تشملها السلسلة رقم ١٢٢ . (العودة إلى الرابط الإلكتروني:

www.oecd.org/dac/stats/purposecodessectorclassification.htm)

التعليقات والقيود:

إن البيانات الواردة في نظام إبلاغ الدائنين المعتمد متوفّرة منذ سنة ١٩٧٣ . ومع ذلك، تُعتبر تغطية البيانات كاملة منذ سنة ١٩٩٥ في ما يتعلّق بالالتزامات المرتبطة بأي نشاط ومنذ ٢٠٠٢ في ما يتعلّق بالمدفوعات.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

مجموع تدفقات المساعدة الإنمائية الرسمية من الجهات المانحة إلى الدول النامية المختصة للبحوث الطبية والقطاعات الصحية الأساسية.

التفصيل:

يمكن تفصيل هذا المؤشر بحسب الجهة المانحة، البلد المستفيد، نوع التمويل، نوع المساعدة، القطاع الصحي الفرعي.

معالجة القيم الناقصة:

- على مستوى البلد
نظراً لجودة الإبلاغ العالية، ما من تقديرات للبيانات المفقودة.
- على المستوىين الإقليمي والعالمي
لا ينطبق

المجاميع الإقليمية:

إن الأرقام العالمية والإقليمية مبنية على مجموع تدفقات المساعدة الإنمائية الرسمية للبحوث الطبية والقطاعات الصحية الأساسية

مصادر التفاوت:

إن إحصاءات لجنة المساعدة الإنمائية موحدة وفق جدول زمني سنوي لكافة الجهات المانحة وقد تختلف عن بيانات السنة المالية المتوفرة في وثائق ميزانية بعض البلدان.

مصدر البيانات

الوصف:

بدأت كل من لجنة المساعدة الإنمائية ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي بتجميع البيانات المتعلقة بتدفقات الموارد الرسمية والخاصة منذ سنة ١٩٦٠ على المستوى الكلي ومنذ سنة ١٩٧٣ على مستوى النشاط من خلال نظام إبلاغ الدائنين المعتمد (تعتبر بيانات نظام إبلاغ الدائنين المعتمد منذ سنة ١٩٩٥ كاملة للالتزامات المرتبطة بأي نشاط ومنذ ٢٠٠٢ للمدفوعات).

وتقوم الجهات المانحة بالإبلاغ عن البيانات وفقاً للمعايير والمناهج نفسها (العودة إلى الرابط الإلكتروني التالي: <http://www.oecd.org/dac/stats/methodology.htm>).

ويتم الإبلاغ عن البيانات وفق تقويم سنوي بواسطة مراسلين إحصائيين في الإدارات الوطنية (وكالات المعونة، وزارة الشؤون الخارجية أو وزارة المالية، الخ).

عملية الجمع:

يقوم مراسل إحصائي بجمع إحصاءات لجنة المساعدة الإنمائية في كل بلد/ وكالة مزودة. ويتحدد هذا المراسل عادةً مقرًا له في وكالة المعونة الوطنية، أو وزارة الشؤون الخارجية أو المالية الخ.

توافق البيانات

الوصف:

على أساس الجهة المستفيدة لكافة البلدان النامية المؤهلة لتقديم المساعدة الإنمائية الرسمية.

السلسل الزمنية:

إن البيانات متوفّرة منذ سنة ١٩٧٣ وفق جدول زمني سنوي.

الجدول الزمني

جمع البيانات:

تُنشر بيانات تدفقات السنة السابقة سنويًا في كانون الأول/ديسمبر.

إصدار البيانات:

ستُنشر التدفقات المفصلة لسنة ٢٠١٥ في كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٦.

الجهات المزودة بالبيانات

الاسم:

يتم الإبلاغ عن البيانات سنويًا بواسطة مراسلين إحصائيين في الإدارات الوطنية (وكالات المعونة، وزارة الشؤون الخارجية أو وزارة المالية، الخ).

الجهات المجمعة للبيانات

منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (OECD)

المراجع

دليل الموارد الموحدة:

www.oecd.org/dac/stats

المراجع:

يمكن العودة إلى جميع الروابط من خلال الموقع التالي:
www.oecd.org/dac/stats/methodology.htm

المؤشرات ذات الصلة

مؤشرات المساعدة الإنمائية الرسمية الأخرى

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

الغاية ٣-ج: تحقيق زيادة كبيرة في تمويل قطاع الصحة، وتوظيف قوى عاملة في هذا القطاع وتطويرها وتدريبها واستبقائها في البلدان النامية، وبخاصة في أقل البلدان نموا والدول الجزرية الصغيرة النامية

المؤشر ٣-ج -١: معدل كثافة الأخصائيين الصحيين وتوزيعهم

المعلومات المؤسسية

المنظمة/ المنظمات:

منظمة الصحة العالمية (WHO)

المفاهيم والتعريف

التعريف:

كثافة الأطباء: تشمل عدد الأطباء، بما في ذلك الأطباء الأخصائيين وممارسي الطب العام لكل ١٠٠٠ نسمة في المنطقة الإقليمية الفرعية المحددة.

كثافة العاملين في مجال التمريض والقبالة: تشمل عدد العاملين في مجال التمريض والقبالة لكل ١٠٠٠ نسمة في المنطقة الإقليمية الفرعية المحددة.

كثافة العاملين في طب الأسنان: تشمل عدد أطباء الأسنان، والخبراء الفنيين ومساعدي أطباء الأسنان والعاملين في المهن المرتبطة بهذا الطب لكل ١٠٠٠ نسمة في المنطقة الإقليمية الفرعية المحددة.

كثافة العاملين في الصيدلة: تشمل عدد الصيادلة، والخبراء الفنيين ومساعدي الصيادلة والعاملين في المهن المرتبطة بها لكل ١٠٠٠ نسمة في المنطقة الإقليمية الفرعية المحددة.

التعليقات والقيود:

تبدو البيانات المتعلقة بالعاملين في مجال الصحة في القطاع العام شبه مكتملة، في حين أنها قد تقلل من شأن القوى العاملة الفاعلة في القطاع الخاص والقطاع العسكري والمنظمات غير الحكومية والقطاعات الصحية المرتكزة على الإيمان. ونظرًا إلى أنه لا يتم دائمًا نشر البيانات سنويًا لكل بلد، تُعتمد أحدث البيانات المتوفرة. وبسبب الاختلافات في مصادر البيانات، يبقى التغير كبيراً بين البلدان من حيث تغطية البيانات الأصلية ودوريتها وجودتها واقتدها.

طريقة الاحتساب:

لطالما جرى تقدير هذا المؤشر على نحو تقليدي باستخدام فياسين: كثافة الأطباء وكثافة العاملين في مجال التمريض وخدمات التوليد. وتمّ في سياق جدول أعمال التنمية المستدامة توسيع مجموعة البيانات لتشمل الأطباء، والعاملين في التمريض وخدمات التوليد وطب الأسنان والصيدلة. ومن المقرر أن تغطي تدريجياً كلّ ملأك الصحة.

أما طريقة تقدير عدد الأطباء (بمن فيهم الأطباء الأخصائيين وممارسي الطب العام) المستندة إلى طبيعة مصدر البيانات الأصلي، فقد تتضمن الأطباء الممارسين فقط أو كلّ الأطباء المسجلين.

وتتضمن الأرقام المتعلقة بالتمريض والقبالة العاملين في التمريض والقبالة، متى توفرت. وتعتبر كلّ ممرضة تملك مهارات القبالة ممرضة في عدد من البلدان. لذلك يصعب التمييز بين العاملين في مجال التمريض والعاملين في مجال القبالة.

وتتضمن الأرقام المتعلقة بعدد العاملين في طب الأسنان أطباء الأسنان وفنيي الأسنان ومساعدي أطباء الأسنان والمهن ذات الصلة بهذا الطب. ونظراً إلى التغير في مصادر البيانات، يستحيل التمييز أحياناً بين المهن المختصة للمحترفين والمهن المختصة لمساعديهن.

وتتضمن الأرقام المتعلقة بعدد العاملين في مجال الصيدلة، الصيادلة، والفنين ومساعدي الصيادلة والمهن ذات الصلة بها. ونظراً إلى التغير في مصادر البيانات، يستحيل التمييز أحياناً بين المهن المختصة للمحترفين والمهن المختصة لمساعديهن.

ويتمّ عموماً الحصول على بيانات القاسم المتعلقة بكثافة القوى العاملة (التقديرات السكانية القومية) من بيانات التوقعات السكانية في العالم التابعة لشعبة السكان في الأمم المتحدة. وإذا تضمن التقرير الرسمي حول القوى العاملة في المجال الصحي مؤشرات تدلّ على الكثافة بدلاً من الأعداد، يتمّ عندئذ احتساب تقديرات الرصيد عبر استخدام عدد السكان الذي قدرته بيانات التوقعات السكانية في العالم التابعة لشعبة السكان في الأمم المتحدة (٢٠١٥).

التفصيل:

بيانات على المستوى الوطني

مصدر البيانات

يتّم جمع البيانات من نظم المعلومات الإدارية الروتينية (بما في ذلك التقارير حول النفقات العامة، والتوظيف والأجور إضافة إلى التدريب المهني والتسجيل والترخيص) وإحصاء السكان والقوى العاملة ومسوح العمالة وتقييم التسهيلات الصحية. وستتمدّ معظم بيانات المصادر الإدارية من الاستعراضات المنشورة للقطاع الصحي الوطني وأو من التقارير الرسمية للبلد الموجهة إلى مكاتب منظمة الصحة العالمية.

ووفقاً لإقرار الاستراتيجية العالمية حول الموارد البشرية في مجال الصحة: القوى العاملة ٢٠٣٠ والقرار (جمعية الصحة العالمية ٦٩,١٩) بعرض تحديات الموارد البشرية في مجال الصحة على جمعية الصحة العالمية في دورتها التاسعة والستين، أيار/مايو ٢٠١٦، إن الدول الأعضاء مدعوة لتعزيز مجموعة أساسية من الموارد البشرية لبيانات الصحة ورفع تقارير سنوية إلى المرصد الصحي العالمي، إضافةً إلى تنفيذ الحسابات الوطنية للقوى العاملة في مجال الصحة بشكل تدريجي، لدعم السياسة الوطنية والتخطيط ورصد الاستراتيجية العالمية وهيكلية العمل.

توافر البيانات

لا ينطبق

السلسل الزمنية:

توفر البيانات من عام ٢٠٠٠ إلى عام ٢٠١٥

الجدول الزمني

جمع البيانات: عملية مستمرة

إصدار البيانات: الربع الأول من عام 2017

الجهات المزودة بالبيانات

لا ينطبق

الجهات المجمعة للبيانات

لا ينطبق

المراجع

دليل الموارد الموحدة:

<http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/>

المراجع:

- البند ١٦-١ من جدول أعمال جمعية الصحة العالمية التاسع والستون. الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠ (٢٠١٦)، متوفّر على الرابط التالي

- منظمة الصحة العالمية (٢٠١٤). الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠ http://who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/
- الإحصاءات العالمية لمنظمة الصحة العالمية حول القوى العاملة في مجال الصحة. "منظمة الإحصاءات العالمية" ، ٢٤ شباط/فبراير ٢٠١٧ <http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/>
- الإحصاءات العالمية لمنظمة الصحة العالمية حول القوى العاملة في مجال الصحة. "منظمة الصحة العالمية" ، ٢٤ شباط/فبراير ٢٠١٧ <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444?lang=en&showonly=HWF>
- منظمة الصحة العالمية، الحسابات الوطنية للقوى العاملة في مجال الصحة، دليل (مشروع للتشاور)، ٢٥ شباط/فبراير ٢٠١٧ http://who.int/hrh/documents/brief_nhwa_handbook/en/

الهدف ٣: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار
الغاية ٣-٤: تعزيز قدرات جميع البلدان، ولا سيما البلدان النامية، في مجال الإنذار المبكر والحد من المخاطر وإدارة المخاطر الصحية الوطنية والعالمية

المؤشر ٣-١: القدرة على تنفيذ اللوائح الصحية الدولية، والجاهزية لمواجهة حالات الطوارئ الصحية

المعلومات المؤسسية

المنظمة/ المنظمات:

منظمة الصحة العالمية (WHO)

المفاهيم والتعريف

التعريف:

النسبة المئوية لصفات ١٣ قدرة أساسية تم بلوغها في مرحلة معينة من الزمن. وهذه القدرات هي التالية: (١) التشريع والسياسة والتمويل الوطني؛ (٢) التنسيق واتصالات جهاز التنسيق الوطني؛ (٣) المراقبة؛ (٤) الاستجابة؛ (٥) الجهزية؛ (٦) الإبلاغ عن أوجه المخاطرة؛ (٧) الموارد البشرية؛ (٨) المختبر؛ (٩) نقاط الدخول؛ (١٠) الطواهر الحيوانية؛ (١١) السلامة الغذائية؛ (١٢) الطواهر كيميائية؛ (١٣) طوارئ الإشعاع النووي.

الأساس المنطقي:

المرفق ١ من اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) (اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥))

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43883/1/9789241580410_eng.pdf

المفاهيم:

الصفات: هي واحدة من مجموعة عناصر أو خصائص محددة تعكس مستوى أداء أو إنجاز مؤشر محدد.

القدرة الأساسية: القدرة الأساسية للصحة العامة التي يطلب من الدول الأطراف تنفيذها على جميع أراضيها، عملاً بالمواد ٥ و ١٢ إضافةً إلى المرفق ١١ من شروط اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥) بحلول العام ٢٠١٢. وسيتم تحديد ثمانى قدرات أساسية في هذه الوثيقة.

المؤشر: المتغير الذي يمكن قياسه مراراً (بطريقة مباشرة أو غير مباشرة) مع مرور الزمن ليكشف تغييراً ما في النظام. قد يكون نوعي أو كمي، يسمح بقياس تقدم برنامج أو حدث ما بطريقة موضوعية. وتحتاج

المقاييس الكمية الى تفسير ضمن السياق العام آخذةً بعين الاعتبار مصادر المعلومات الأخرى (كتقارير الإشراف والدراسات الخاصة) كما تُلحق بالمعلومات النوعية.

مستويات القدرة: **حُصص** لكل صفة مستوى معين من النضج أو ما يُسمى بـ "مستوى القدرة". ويتطابب بلوغ مستوى القدرة المحدد من كل الصفات في المستويات الأدنى أن تحافظ على موقعها. ويفاصل وضع نمو القدرة الأساسية في قائمة التدقيق وفق مستويات القدرة الأربع التالية: المستوى الأدنى من الأول: الشروط (المستوى التأسيسي)، المستوى ١: المدخلات والعمليات، المستوى ٢: المخرجات والنماذج، المستوى ٣: إضافي.

التعليقات والقيود:

- ١) مبنية على الإبلاغ الذاتي من قبل الدول الأطراف.
- ٢) يجري العمل على تنفيح الاستطلاع ومن المقرر تغييره بدءاً من العام ٢٠١٧.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

(عدد الإجابات بـ "نعم" على أسئلة المستوى ١ والمستوى ٢) / (مجموع عدد أسئلة المستوى ١ والمستوى ٢) لكل قدرة أساسية.

التفصيل:

ما من تفصيل متوفّر.

معالجة القيم الناقصة:

- على مستوى البلد
لا وجود لأي تقدير.

- على المستويين الإقليمي وال العالمي
لا وجود لأي تقدير.

المجاميع الإقليمية:

مجموع كل نتيجة وفق البلد/ عدد البلدان التي قدمت الاستبيان

مصادر التفاوت:

لا وجود لأي تقدير. إن كل النتائج الإقليمية والعالمية مبنية على الاستبيانات المقدمة.

مصادر البيانات

الوصف:

مسح المخبر الرئيس

عملية الجمع:

- i. جهات التنسيق الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية.
- ii. النقاش مع جهات التنسيق الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية، ومع نظارء المكتب القطري لمنظمة الصحة العالمية، ومع النظارء الإقليميين المعنيين باللوائح الصحية الدولية.
- iii. ما من تجزيء للبيانات

توافر البيانات

الوصف:

منذ إطلاقها عام ٢٠١٠، قدمت ١٩٤ دولة من أصل ١٩٦ دولة من الدول الأطراف، استطلاعاً كاملاً مرّةً على الأقل.

السلسل الزمنية:

سنوية

الجدول الزمني

جمع البيانات:

إنّ جمع البيانات لسنة ٢٠١٦ هو قيد التنفيذ حالياً. أمّا الموعد النهائي لتسلیم الاستبيان كامل فهو ٣١ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٦، على أن يُقدم التقرير الأول إلى المجلس التنفيذي في دورته الـ١٤٠، ويكون الموعد النهائي للتسلیم الثاني في ٣١ آذار/مارس ٢٠١٧، ويعود التقرير الثاني والنهائي إلى جمعية الصحة العالمية في دورتها السبعين ويتشر في المرصد الصحي العالمي.

إصدار البيانات:

إنّ جمع البيانات لسنة ٢٠١٦ هو قيد التنفيذ حالياً. أمّا الموعد النهائي لتسلیم الاستبيان كامل فهو ٣١ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٦، على أن يُقدم التقرير الأول إلى المجلس التنفيذي في دورته الـ١٤٠، ويكون الموعد النهائي للتسلیم الثاني في ٣١ آذار/مارس ٢٠١٧، ويعود التقرير الثاني والنهائي إلى جمعية الصحة العالمية في دورتها السبعين ويتشر في المرصد الصحي العالمي.

الجهات المزودة بالبيانات

جهات التنسيق الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية.

الجهات المجمعة للبيانات

منظمة الصحة العالمية

المراجع

دليل الموارد الموحد:

<http://www.who.int/ihr/procedures/monitoring/en>

المراجع:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43883/1/9789241580410_eng.pdf(Article54)

جمعية الصحة العالمية | ٦١/٧

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84933/1/WHO_HSE_GCR_2013.2_eng.pdf?ua=1

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/163737/1/WHO_HSE_GCR_2015.8_eng.pdf?ua=1&ua=1

<http://www.who.int/ihr/mande/en/>

المؤشرات ذات الصلة

تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)

