

الهدف ٣: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار
الغاية ٣-١: خفض النسبة العالمية للوفيات النفاسية إلى أقل من ٧٠ حالة لكل 100 000 من
المواليد الأحياء

المؤشر ٣-١-١: نسبة الوفيات النفاسية

المعلومات المؤسسية

المنظمة/ المنظمات:

منظمة الصحة العالمية

المفاهيم والتعريف

التعريف:

تُعرّف نسبة الوفيات النفاسية بعدد الوفيات النفاسية خلال فترة زمنية محددة لكل ١٠٠٠٠٠٠ مولود حيّ خلال الفترة الزمنية نفسها. إنها تُمثّل مخاطر الوفيات النفاسية المرتبطة بعدد الولادات الحية وتعكس بشكل أساسي مخاطر الوفاة في الحمل الواحد أو الولادة الحية الواحدة.

الوفاة النفاسية: العدد السنوي للوفيات من النساء جرّاء علّة مرتبطة بالحمل أو متفاقمة بسببه أو بکیفیه إدارته (باستثناء الأسباب العرضية أو الطارئة) خلال فترة الحمل والولادة أو خلال ٤٢ يوماً من انتهاء الحمل، لكلّ ١٠٠٠٠٠٠ ولادة حية لفترة محددة، بغض النظر عن مدّة الحمل أو وضعه.

الأساس المنطقي:

تتضمّن كآفة مؤشرات الوفيات النفاسية المستمّدة من تقديرات سنة ٢٠١٥ تقديراً آنياً و٨٠% من فترات عدم اليقين. أمّا بالنسبة للمؤشرات التي يتمّ فيها الإبلاغ عن التقديرات الآنية فقط في النصّ 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 تُؤخذ التقديرات الآنية ونسبة 80% من فترات عدم اليقين بعين الاعتبار عند تقييم التقديرات.

مثلاً:

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

مما يعني:

- أنّ التقدير الآني هو ٢١٦ ونسبة ٨٠% من فترة عدم اليقين تتراوح بين ٢٠٧ و ٢٤٩.
- هناك احتمال ٥٠% أن تكون النسبة العالمية الحقيقية للوفيات النفاسية لسنة ٢٠١٥ أكثر من ٢١٦ و ٥٠% أن تكون القيمة الحقيقية 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 الحقيقية أقلّ من ٢٠٧.

وتشمل التفسيرات الدقيقة الأخرى:

- أننا متأكدون بنسبة ٩٠% بأنّ المعدّل العالمي الحقيقي للوفيات النفاسية لسنة ٢٠١٥ يبلغ ٢٠٧ على الأقلّ.
- أننا متأكدون بنسبة ٩٠% بأنّ المعدّل العالمي الحقيقي للوفيات النفاسية لسنة ٢٠١٥ يبلغ ٢٤٩ أو أقلّ.

وتحدّد كمية البيانات المتوفرة لتقدير مؤشّر ما ونوعيتها فترات عدم اليقين في المؤشّر. وما ان تتحسنّ نوعية البيانات وإمكانية توفرها حتّى تصبح القيمة الحقيقية للمؤشّر قريبة من التقدير الآني.

المفاهيم:

التعاريف 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 مدّة الحمل ووضعها، جرّاء علّة مرتبطة بالحمل أو متفاكمة 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 42 يوماً من انتهاء الحمل، بغض النظر عن سبب الوفاة.

الوفاة النفاسية المتأخرة: وفاة امرأة لسبب توليدي مباشر أو غير مباشر، بعد أكثر من 42 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 سنّ الإنجاب)

إنّ نسبة الوفيات النفاسية هي عدد الوفيات النفاسية خلال فترة زمنية محدّدة لكل ١٠٠٠٠٠ ولادة حية خلال الفترة الزمنية عينها. إنّها تُمثّل مخاطر الوفيات النفاسية المرتبطة بالولادات الحيّة لا سيّما كما ورد آنفاً (i).

وخلافاً لذلك، يتمّ احتساب معدل الوفيات النفاسية من خلال تقسيم عدد الوفيات النفاسية على عدد السنوات التي تعيشها النساء في سنّ الإنجاب. ويُمثّل هذا المعدل خطر الوفيات النفاسية في كل حمل أو كل ولادة (مولود حي أو مولود ميت)، ومستوى الخصوبة عند السكان. وبالإضافة الى نسبة الوفيات النفاسية ومعدل الوفيات النفاسية، يمكن احتساب خطر الوفيات النفاسية عند النساء البالغات (العودة الى الوحدة 2-2). ويتمّ 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 15 و 49 سنة.

وحدات القياس الإحصائية للوفيات النفاسية ذات الصلة:

نسبة الوفيات النفاسية (MMR): عدد الوفيات النفاسية خلال فترة زمنية محدّدة 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 15 لسبب أمومي.

نسبة الوفاة بين النساء في سن الإنجاب التي تسببها الامومة: عدد الوفيات النفاسية خلال فترة زمنية محدّدة مقسوماً على مجموع الوفيات بين النساء اللاتي تتراوح أعمارهنّ بين 15 و 49 سنة.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

يمكن احتساب نسبة الوفيات النفاسية من خلال تقسيم وفيات النفاسية المسجّلة (أو المقدّرة) على مجموع الولادات الحيّة المسجّلة (أو المقدّرة) في الفترة الزمنية نفسها وضربها بمئة ألف. ويتطلّب القياس معلومات حول حالة الحمل، وتوقيت الوفاة (أثناء الحمل، عند الولادة أو خلال ٤٢ يوماً من انتهاء الحمل)، وسبب الوفاة.

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

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

التفصيل:

يتمّ الإبلاغ عن تقديرات نسبة الوفيات النفاسية الحالية على المستوى القطري، الإقليمي والعالمي. وتتمتع التقديرات الإقليمية بطبقات دخل لكل تصنيف خاص بالبنك الدولي.

معالجة القيم الناقصة:

• على مستوى البلد

يستخدم الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة (MMEIG) نموذج "BMaT" لتقدير نسبة الوفيات النفاسية 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:

$$\log(\text{PMina}) = a_i - \beta_1 \log(\text{GDP}_i) + \beta_2 \log(\text{GFR}_i) - \beta_3 \text{SAB}_i$$

بحيث تبدو نقاط التقاطع القطرية بشكل هرمي داخل الأقاليم:

$$a_i \sim N(a_{\text{region}}, s2_{\text{country}}), a_r \sim N(a_{\text{world}}, s2_{\text{region}})$$

مما يعني بأنّ نقاط التقاطع القطرية (a_i) موزّعة بشكل طبيعي مع تباين قطري ($s2_{\text{country}}$) حول نقاط التقاطع الإقليمية العشوائية (a_{region})، ونقاط التقاطع الإقليمية العشوائية (a_{region}) موزّعة بشكل طبيعي مع تباين إقليمي (s_{region}) حول نقطة تقاطع عالمية (a_{world})؛ و:

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

GFR_i = معدل الخصوبة الإجمالي (الولادات الحية لكل امرأة بين 15 و 49 من العمر)

SAB_i = المشرف الصحي المتخصّص 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 الى النموذج الإحصائي BMat لتقدير الوفيات النفاسية. ويتضمن هذا النموذج عوامل مرتبطة بالوفيات النفاسية كالمغيرات المؤثرة (الناتج المحلي الإجمالي، معدل الخصوبة الإجمالي والمشرف الصحي المتخصص عند الولادة).

المجاميع الإقليمية:

يمكن احتساب نسبة الوفيات النفاسية من خلال تقسيم الوفيات النفاسية المسجلة (أو المقدرة) على مجموع الولادات الحية المسجلة (أو المقدرة) في الفترة الزمنية نفسها وضربها بمئة 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 النفاسية مباشرة 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 بالتقصير في الإبلاغ عن وفيات الأمهات والخطأ في تصنيفها. لذلك تُعدّل البيانات في كثير من الأحيان كي تؤخذ هذه المسائل المتعلقة بجودة البيانات بعين الاعتبار.

وبما أنّ الوفيات النفاسية نادرة نسبياً، فهناك حاجة الى العينات الكبيرة اذا استخدمت المسوح الأسرية لتحديد الوفيات النفاسية الحالية في الأسرة (مثلاً السنة السابقة). مما قد يولد تقديرات جديدة بالثقة، ويحدّ من جدوى المقارنات بين البلدان وعبر الزمن.

وللتقليص من حجم العينات، يتم اللجوء الى طريقة السؤال عن الأخوات المستخدمة في الاستقصاء الديمغرافي والصحي والمسح العنقودي متعدّد المؤشرات لقياس الوفيات النفاسية من خلال طرح الأسئلة على المجيب حول بقاء الأخوات على قيد الحياة. وتجدر الإشارة الى أنّ هذه الطريقة تؤدي الى 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 النفاسية، بغض النظر عن أسباب الوفاة .

وقد تضمّنت التعدادات أسئلة حول الوفيات النفاسية محقّقة بعض النجاح.

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

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

ويتمّ الحصول على بيانات الوفيات النفاسية والمتغيرات المتعلقة بها من قواعد البيانات التي تحتفظ بها منظمة الصحة العالمية وشعبة السكان واليونيسف بالإضافة إلى البنك الدولي. أمّا البيانات التي تؤمّنّها البلدان فتختلف من حيث المصدر والطريقة. ونظراً لتنوّع مصادر البيانات، تُعتمد طرق عدّة لكلّ مصدر للتمكّن من الحصول على تقديرات قطرية قابلة للمقارنة وتسمح بالتجميع الإقليمي والعالمي.

يملك حالياً ثلث البلدان/الأقاليم فقط بيانات موثوقة ولا تحتاج للمزيد من التقديرات. ويتمّ تعديل التقديرات القطرية للوفيات النفاسية لحوالي نصف البلدان المدرجة ضمن عملية التقدير للتمكن من مقارنة المنهجيات. أمّا بالنسبة لبقية البلدان/الأقاليم - وهي البلدان التي تفتقد إلى بيانات مناسبة للوفيات النفاسية - فيُستخدم نهج إحصائي للتنبؤ بمستويات الوفيات النفاسية. بيد أنّ التقديرات المحتسبة بواسطة هذه المنهجية قد لا تُمثّل المستويات الحقيقية للوفيات النفاسية. لذلك يُنصح أخذ هوامش عدم اليقين الذي يسود التقديرات بعين الاعتبار.

إنّ تفاصيل التعديلات والصيغ منشورة ومتوفرة:

- 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:

إنّ نسبة الوفيات النفاسية هي عدد الوفيات النفاسية مقسومٌ على الولادات الحية. بيد أنّه لتفسير عدم اكتمال تسجيل الوفاة المحتمل في مختلف مصادر البيانات، يقوم الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة باحتساب أولاً كسر الوفيات الناتجة من الأسباب النفاسية من مصادر البيانات الأساسية (يُشار إليها "كمعدل الوفيات النفاسية") ومن ثم يُطبق هذا الكسر على تقديرات منظمة الصحة العالمية لمجموع الوفيات بين النساء في سنّ 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 ثمّ يتمّ الاعتماد على هذا المعدل لاحتساب نسبة الوفيات النفاسية:

نسبة الوفيات النفاسية = معدل الوفيات النفاسية × (مجموع وفيات النساء بين 15 و 49/عدد الولادات الحية)

ويتمّ الحصول على تقدير كلّ 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 المعني بتقدير وفيات الأمومة عن الإحصاءات الوطنية لعدّة أسباب وهي:

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

2. تعديل الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة معدل الوفيات النفاسية الذي تمّ احتسابه من البيانات الأصلية لتفسير مسائل تتعلّق بالقياس (كتعريف البلد للوفيات "النفاسية" مثلاً؛ الخطأ في التصنيف؛ أو الإهمال في العد).
3. اعتماد الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة على مجموعات الولادات الحية الموحّدة من شعبة السكان، كما نُشرت في التوقعات السكانية في العالم لسنة 2015، في قاسم معادلة نسبة الوفيات النفاسية. لذلك، يجب على البلدان مناقشة الفروقات مباشرة مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي لتزويد التوقعات السكانية في العالم بأفضل المعلومات. ويمكن التواصل عبر البريد الإلكتروني population@un.org؛ وتتمّ مراجعة هذا البريد بانتظام كما تُرسل الرسائل الى المحللين المناسبين لكلّ بلد أو مؤسسة.
4. بما أنّ الوفيات النفاسية حدث نادر نسبياً من الناحية الإحصائية، فقد يؤدّي ذلك الى تقلّبات في اتجاهات البيانات مع الزمن. ونظراً الى أنّ هدف تقديرات الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة يكمن في السعي على المدى الطويل الى خفض الوفيات النفاسية، فإنّ عملية التقدير تتطلّب بعض التمهيد لتوليد منعطف يُمثّل التغيرات في المخاطر الأساسية بشكل أفضل.

مصادر البيانات

الوصف:

الرجاء العودة الى 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 المعني بتقدير وفيات الأمومة بقاعدة بيانات المدخلات تتألّف من بيانات الوفيات النفاسية من السجل المدني والمسوح السكانية ونظم المراقبة والتعدادات بالإضافة الى دراسات /مسوح متخصصة أخرى. وتُستخدم قاعدة البيانات هذه لتحديد عدد الوفيات النفاسية وعدد الوفيات، اذا أمكن، بين كلّ النساء في سنّ الإنجاب لاحتساب "نسبة الوفيات النفاسية" بين النساء في سنّ الإنجاب. تُحتسب عندئذٍ نسبة الوفيات النفاسية على أنّها مساوية لمعدل الوفيات النفاسية (MMR=PM (D/B)؛ ويُمثّل "D" عدد الوفيات بين النساء التي تتراوح أعمارهنّ بين 15 و49 في حين يرمز حرف "B" الى عدد الولادات الحية. ويعتمد عدد الولادات الحية على التوقعات السكانية في العالم.

ويتمّ الاعتماد على النمذجة الإحصائية لتأمين تقديرات قطرية وإقليمية وعالمية. ويتمّ تقييم النموذج من خلال التحقق من صحّته. ومن ثمّ تُراجع التقديرات مع الدول الأعضاء من خلال عملية الاستشارات بين البلد ومنظمة الصحة العالمية. وقد أيدّ 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". أمّا الهدف الرئيس من هذه الاستشارات فيكمن في "استشارة كلّ دولة

عضو حول أفضل البيانات ليتم استخدامها". وبما أنّ 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 كلّ بلد. ويُنفذ 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 فتمّ وفقاً لنوع مصدر البيانات:

(1) السجل المدني وإحصاءات الأحوال المدنية، لكلّ ما يتعلّق بالتقصير في الإبلاغ عن الوفيات النفاسية أو الخطأ في تصنيفها.

(2) التقارير التي تزوّد الوفيات "المتعلّقة بالحمل"، لكلّ ما يتعلّق بالتقصير في الإبلاغ عن هذه الوفيات والمبالغة 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:

إنّ نسبة الوفيات النفاسية محصورة بالبلدان التي يفوق عدد سكانها ١.٠٠٠.٠٠٠. ويتمتع ١٧١ بلداً من أصل ١٨٣ ببيانات وطنية.

الجدول الزمني

جمع البيانات:

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

إصدار البيانات:

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

الجهات المزودة بالبيانات

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

الجهات المجمعّة للبيانات

الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة المؤلّف 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 أخصائون صحيون ماهرون