

البيانات الوصفية لمؤشر أهداف التنمية المستدامة

(Harmonized metadata template - format version 1.1)

0. معلومات المؤشر (SDG_INDICATOR_INFO)

0.a. الهدف (SDG_GOAL)

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

0.b. الغاية (SDG_TARGET)

الغاية ٣-١: خفض النسبة العالمية للوفيات النفسية إلى أقل من ٧٠ حالة وفاة لكل ١٠٠٠٠٠٠ مولود حي

0.c. المؤشر (SDG_INDICATOR)

المؤشر ٣-١-١: نسبة الوفيات النفسية

0.d. السلسلة (SDG_SERIES_DESCR)

ينطبق على كل السلاسل

0.e. تحديث البيانات الوصفية (META_LAST_UPDATE)

31 مارس/أذار 2023

0.f. المؤشرات ذات الصلة (SDG_RELATED_INDICATORS)

المؤشر ٣-١-٢: نسبة الولادات التي يشرف عليها أخصائيوون صحيون مهرة

0.g. المنظمات الدولية المسؤولة عن الرصد العالمي (SDG_CUSTODIAN_AGENCIES)

منظمة الصحة العالمية (WHO). إدارة شؤون الصحة والبحوث الإنجابية.

1. الإبلاغ عن البيانات (CONTACT)

1.A. المنظمة (CONTACT_ORGANISATION)

منظمة الصحة العالمية (WHO). إدارة شؤون الصحة والبحوث الإنجابية.

2. التعريف والمفاهيم والتصنيفات (IND_DEF_CON_CLASS)

2.A. التعريف والمفاهيم (STAT_CONC_DEF)

التعريف:

تُعرف نسبة الوفيات النفسية بعدد الوفيات النفسية خلال فترة زمنية محددة لكل ١٠٠٠٠٠٠ مولود حي خلال الفترة الزمنية نفسها. إنها تمثل مخاطر الوفيات النفسية المرتبطة بعدد الولادات الحية وتعكس بشكل أساسي مخاطر الوفاة في الحمل الواحد (أو الولادة الحية الواحدة).

المفاهيم:

وفي التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة، تعرف منظمة الصحة العالمية ما يلي:

الوفاة النفسية: وفاة امرأة أثناء حملها أو خلال ٤٢ يوماً من انتهاء الحمل، بغض النظر عن مدة الحمل ووضعها، جزاءً علةً مرتبطة بالحمل أو متفاجئة بسببه أو بكيفية إدارته (بسبب وفاة توليدية مباشرة أو غير مباشرة) وليس لأسباب عرضية أو غير مقصودة.

حالة وفاة تحدث أثناء الحمل والولادة والنفس (تُعرف أيضاً **كالوفاة مرتبطة بالحمل**): وفاة امرأة أثناء حملها أو خلال ٤٢ يوماً من انتهاء الحمل، بغض النظر عن سبب الوفاة.

B.2. وحدة القياس (UNIT_MEASURE)

الوفيات النفاسية لكل 100 000 مولود حي.

C.2. التصنيفات (CLASS_SYSTEM)

تصنف الوفيات النفاسية وفقاً للتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة. والرموز المحددة المستخدمة في إطار التصنيف الدولي للأمراض (ICD) (التنقيح العاشر للتصنيف الدولي للأمراض) لتحديد وفيات الأمهات هي: O96-O99 و O99 و A34.

واعتمدت جمعية الصحة العالمية في أيار/مايو 2019 التصنيف الدولي للأمراض - 11 (التنقيح الحادي عشر للتصنيف الدولي للأمراض) وبدأ نفاذه في 1 كانون الثاني/يناير 2022. ويمكن الاطلاع على مزيد من المعلومات في ما يلي:

www.who.int/classifications/icd/en.

ويجري تنقيح قواعد الترميز المتعلقة بوفيات الأمهات لكي تتوافق تماماً مع الهيكل الجديد للتصنيف الدولي للأمراض - 11، ولكن دون تغيير الإحصاءات الناتجة عنها. ويمكن الاطلاع على قواعد التصنيف الدولي للأمراض (ICD-11) في الدليل المرجعي للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-11)، في <https://icd.who.int>. يتم تعديل قواعد الترميز المتعلقة بالوفيات النفاسية لتناسب تماماً مع الهيكل الجديد للتصنيف الدولي للأمراض - 11، ولكن دون تغيير الإحصائيات الناتجة. يمكن الوصول إلى قواعد ICD-11 في الدليل المرجعي لـ ICD-11، على <https://icd.who.int>. وسوف تنتقل النشرات القادمة من عام 2022 فصاعداً إلى استخدام الترميز رقم 11 للتصنيف الدولي للأمراض. وقد تم الحرص على أن يظل تعريف الوفيات النفاسية المستخدم في المقارنة الدولية لإحصاءات الوفيات مستقراً مع مرور الوقت، ولكن كلمة "غير المقصودة" استخدمت في تعريف التصنيف الدولي للأمراض - 11 بدلاً من كلمة "العرضية" المستخدمة سابقاً في التصنيف الدولي للأمراض - 10.

3. نوع مصدر البيانات وطريقة جمع البيانات (SRC_TYPE_COLL_METHOD)

A.3. مصادر البيانات (SOURCE_TYPE)

الرجاء الاطلاع على القسم 3.1 و 3.2 من التقرير: الاتجاهات في نسبة وفيات النفاسية 2000 إلى 2020: تقديرات منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومجموعة البنك الدولي وإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية /شعبة السكان. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2023.

B.3. طريقة جمع البيانات (COLL_METHOD)

يحفظ 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. ويتم تحديث قاعدة البيانات هذه قبل إصدار كل جولة جديدة من التقديرات وتستخدم لاحتساب "نسبة الوفيات النفاسية" (PM) بين النساء في سن الإنجاب (WRA). تُحتسب عندئذٍ نسبة الوفيات النفاسية على أنها مساوية لمعدل الوفيات النفاسية (MMR=PM (D/B)؛ ويُمثل "D" عدد الوفيات بين النساء التي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 في حين يرمز حرف "B" إلى عدد الولادات الحية. ويعتمد عدد الولادات الحية على التوقعات السكانية في العالم التي نشرها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي.

ويتم الاعتماد على النمذجة الإحصائية لتأمين تقديرات وطنية وإقليمية وعالمية. أما التعديلات فتتم وفقاً لنوع مصدر البيانات (انظر القسم 4 e أدناه). وتأخذ التحاليل بعين الاعتبار الأخطاء العشوائية والخطأ في عينات مصدر البيانات، والأخطاء التي تنتج خلال جمع البيانات ومعالجتها، بالإضافة إلى أخطاء عشوائية أخرى. ويتم تقييم ملاءمة النموذج من خلال التحقق من الصحة.

C.3. الجدول الزمني لجمع البيانات (FREQ_COLL)

يتم تحديث مجموعات البيانات المدخلة قبل كل جولة نشر جديدة لتقديرات معدل وفيات النفاسية. تقوم البلدان عادةً بجمع البيانات المصدرية سنوياً لمصادر التسجيل المدني وإحصاءات الأحوال المدنية، وكلّ 3 إلى 5 سنوات للمراجعات المتخصصة، وكلّ 5 إلى 7 سنوات للمسوح السكانية وكلّ 10 سنوات للتعدادات.

D.3. الجدول الزمني لنشر البيانات (REL_CAL_POLICY)

يتم تحديث تقديرات الوفيات النفاسية كل 2-3 سنوات تقريباً.

E.3. الجهات المزودة للبيانات (DATA_SOURCE)

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

F.3. الجهات المجمعّة للبيانات (COMPILING_ORG)

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

G.3. التفويض المؤسسي (INST_MANDATE)

منظمة الصحة العالمية هي الوكالة الراعية للأمم المتحدة المسؤولة عن نسبة الوفيات النفاسية.

4. اعتبارات منهجية أخرى (OTHER_METHOD)

A.4. الأساس المنطقي (RATIONALE)

تتضمّن كافة مؤشرات الوفيات النفاسية المستمّدة تقديراً أنياً و80% من قرات عدم اليقين. ويجب أن تُؤخذ التقديرات الأنية ونسبة 80% من قرات عدم اليقين بعين الاعتبار عند تقييم التقديرات.

مثلاً:

إنّ معدل الوفيات النفاسية العالمية المقدّرة لسنة 2020 هو 223 (قرات عدم اليقين 202 إلى 255).

مما يعني:

- أنّ التقدير الأني هو 23 ونسبة 80% من فترة عدم اليقين تتراوح من 202 إلى 255.
- هناك احتمال 50% أن تكون النسبة العالمية الحقيقية للوفيات النفاسية لسنة 2020 أكثر من 223، و 50% أن تكون القيمة الحقيقية أقلّ من 223.
- هناك احتمال 80% أن تتراوح النسبة العالمية الحقيقية للوفيات النفاسية لسنة 2020 بين 202 و 255.
- يبقى احتمال 10% أن تكون النسبة العالمية الحقيقية للوفيات النفاسية لسنة 2020 أكثر من 255 و 10% أن تكون القيمة الحقيقية أقلّ من 202.

وتشمل التفسيرات الدقيقة الأخرى:

- أننا متأكدون بنسبة 90% بأنّ المعدّل العالمي الحقيقي للوفيات النفاسية لسنة 2020 يبلغ 202 على الأقلّ.
- أننا متأكدون بنسبة 90% بأنّ المعدّل العالمي الحقيقي للوفيات النفاسية لسنة 2020 يبلغ 255 أو أقلّ.

وتحدّد كمية البيانات المتوفرة لتقدير مؤشر ما ونوعيتها قرات عدم اليقين في المؤشر. وما ان تحسّن نوعية البيانات وإمكانية توفرها حتّى تصبح القيمة الحقيقية للمؤشر قريبة من التقدير الأني.

B.4. التعليقات والقيود (REC_USE_LIM)

يعود امتداد الوفيات النفاسية بين السكان أساساً لدمج عاملين هما:

1. خطر الوفاة في الحمل الواحد أو الولادة الحية الواحدة.
2. مستوى الخصوبة (أي عدد الحمل أو عدد الولادات عند النساء في سنّ الإنجاب)

إن نسبة الوفيات النفاسية هي عدد الوفيات النفاسية خلال فترة زمنية محددة لكل ١٠٠٠٠٠٠ ولادة حية خلال الفترة الزمنية عينها. إنها تُمثل مخاطر الوفيات النفاسية المرتبطة بالولادات الحية لا سيما كما ورد آنفاً (1).

وخلافاً لذلك، يتم احتساب معدل الوفيات النفاسية من خلال تقسيم عدد الوفيات النفاسية على عدد السنوات التي تعيشها النساء في سن الإنجاب. ويُمثل 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 2-2). 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 15 و 49 سنة.

4.c. طريقة الاحتساب (DATA_COMP)

يمكن احتساب نسبة الوفيات النفاسية من خلال تقسيم وفيات النفاسية المسجلة (أو المقتررة) على مجموع الولادات الحية المسجلة (أو المقتررة) في الفترة الزمنية نفسها وضربها بمئة ألف. ويتطلب 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 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 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 النفاسية.

نموذج بايزي لتقدير معدل وفيات الأمهات (الوفيات النفاسية) (نموذج BMat)

يتم تقدير وإسقاط مؤشرات وفيات الأمهات باستخدام نموذج BMat. يهدف هذا النموذج إلى التأكد من أن نهج تقدير معدل وفيات الأمهات متسق في جميع البلدان ولكنه يظل مرناً من حيث أنه يعتمد على اتجاهات مدفوعة بالمتغير المشترك لإبلاغ التقديرات في البلدان أو قترات البلدان ذات المعلومات المحدودة يلتقط الاتجاهات الملحوظة في البلدان التي لديها سلاسل زمنية أطول من الملاحظات؛ ويأخذ في الاعتبار الاختلافات في الأخطاء العشوائية وأخذ العينات عبر الملاحظات.

يتم تلخيص النموذج على النحو التالي:

$$(EPM^{NA}) = b_0 + b_1(GDP) + b_2(GFR) + b_3SBA + \gamma_j + \varphi_k$$

حيث:

EPM^{NA} = النسبة المتوقعة للوفيات غير المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية بين النساء في الفئة العمرية 15-49 سنة والتي

تعود لأسباب تتعلق بالأمومة/النفاس [NA = non-HIV؛ كانت تشير سابقاً إلى "غير الإيدز"]

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

GFR = معدل الخصوبة العام (الولادات الحية لكل امرأة بين 15 و 49 من العمر)

SBA = نسبة الولادات التي تمت بإشراف كادر طبي مؤهل

γ_j = مصطلح اعتراض عشوائي للبلد j

φ_k = مصطلح اعتراض عشوائي للمنطقة k

بالنسبة إلى البلدان التي تتوفر فيها بيانات حول الوفيات النفاسية، استندت النسبة المتوقعة للوفيات النفاسية غير المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية إلى الآثار العشوائية على مستوى البلد والمنطقة، في حين استُخدمت التنبؤات في البلدان التي لا تتوفر فيها بيانات بالاعتماد على الآثار العشوائية على مستوى المنطقة فقط.

واستُخدمت التقديرات حول النسبة المتوقعة للوفيات النفاسية غير المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية (EPM^{NA}) لدى النساء من الفئة العمرية 15-49 سنة من أجل استخلاص النسبة المتوقعة للوفيات النفاسية غير المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية، وذلك من خلال المعادلة التالية:

$$EPM^{NA} * (1-a) * E/B = \text{النسبة المتوقعة للوفيات النفاسية غير المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية}$$

حيث:

a = نسبة الوفيات المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية من بين جميع أنواع الوفيات لدى النساء من الفئة العمرية 15-49 سنة.

E = إجمالي عدد وفيات النساء اللواتي بلغن سن الإنجاب.

B = عدد المواليد.

تقدير عدد الوفيات النفاسية المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية بشكل غير مباشر:

بالنسبة إلى البلدان التي تعلق فيها نسبة انتشار أوبئة فيروس نقص المناعة البشرية المعممة، يُعد هذا الفيروس أو الإيدز سبباً رئيساً للوفاة أثناء الحمل وبعد الولادة. وتشير أيضاً بعض الأدلة المستقاة من دراسات المجتمع إلى أنّ النساء المصابات بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية هن أكثر عرضةً للوفاة النفاسية، على الرغم من أنه يسبب انخفاضاً محتملاً في نسبة الخصوبة في المقابل. وفي حال انتشار فيروس نقص المناعة البشرية، ترتفع أيضاً نسبة الوفيات العرضية بسبب الفيروس لدى النساء الحوامل وبعد أن يلدن. بالتالي، عند تقدير معدل الوفيات النفاسية في هذه البلدان، من المهم التفريق بين الوفيات العرضية بسبب فيروس نقص المناعة البشرية (الوفيات غير النفاسية) والوفيات النفاسية المرتبطة بالفيروس بشكل غير مباشر (الوفيات النفاسية بسبب آثار الحمل التي تزيد من حدة فيروس نقص المناعة البشرية) بين النساء المصابات بالفيروس من الحوامل واللواتي توفين بعد أن وضعن مولودهن (أي من بين جميع الوفيات المرتبطة بالفيروس التي تحدث أثناء الحمل والولادة وخلال فترة النفاس).

يُقدّر عدد الوفيات النفاسية المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية بشكل غير مباشر D^{HIV} ، على النحو التالي:

$$D^{HIV} = a \cdot E \cdot v \cdot u$$

حيث:

$a * E$ = إجمالي عدد الوفيات المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية من بين جميع أنواع الوفيات لدى النساء من الفئة العمرية 15-49 سنة.

v = نسبة الوفيات المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية لدى النساء من الفئة العمرية 15-49 سنة التي تحدث أثناء الحمل. ويُمكن احتساب قيمة v كما يلي: $GFR / [1 + c(k-1) GFR]$ ، حيث يشير GFR إلى معدل الخصوبة العام، ويشير c إلى معدل وقت التعرض (بالسنوات) للوفيات المرتبطة بالحمل لكل ولادة حية (تساوي المجموعة 1 في هذا التحليل)، وحيث يشير k إلى الخطر النسبي للوفاة من الإيدز بالنسبة إلى المرأة الحامل مقارنةً بالمرأة غير الحامل (ما يعكس كل من انخفاض خصوبة النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية وارتفاع خطر الوفاة لدى النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية). وقد حُدّدت قيمة k على أنّها تساوي 0.3.

u = نسبة الوفيات بسبب الإيدز المرتبطة بالحمل ويُفترض أنّها جزء من الوفيات النفاسية غير المباشرة. واستعرض الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة/ الفريق الاستشاري التقني التابع للأمم المتحدة بيانات الدراسة المتاحة حول الوفيات الناجمة عن الإيدز لدى النساء الحوامل، فأوصى باعتماد قيمة $u = 0.3$.

في ما يتعلّق بنسبة الوفيات لأسباب نفاسية التي سُجّلت، افترضنا أنّ إجمالي الوفيات النفاسية المبلّغ عنها تضم نسبة الوفيات النفاسية المبلّغ عنها غير المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية ونسبة الوفيات النفاسية (غير المباشرة) المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية، حيث نستحصل على الأخيرة من خلال $a * v$ بالنسبة إلى الوفيات المعرّفة على أنّها "وفيات مرتبطة بالحمل" ومن خلال $a * v * u$ بالنسبة إلى الوفيات المعرّفة على أنّها "وفيات نفاسية".

4.D. التحقق (DATA_VALIDATION)

ومن ثمّ تُراجع التقديرات مع الدول الأعضاء من خلال عملية الاستشارات بين البلد ومنظمة الصحة العالمية. وقد أيد المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية ونقاط الاتصال الخاصة بأهداف التنمية المستدامة. في 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 ليتمّ استخدامها". وبما أنّ عملية الاستشارات تعدّ جزءاً لا يتجزأ من استراتيجية التقدير بأكملها، وُصفت هنا باختصار.

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

4.E. التعديلات (ADJUSTMENT)

إنّ تفاصيل التعديلات والصيغ منشورة ومتوفّرة:

(1) Peterson E, Chou D, Gemmill A, Moller AB, Say L, Alkema L. Estimating maternal mortality using vital registration data: a Bayesian hierarchical bivariate random walk model to estimate sensitivity and specificity of reporting for population-periods without validation data. 2019 (<https://arxiv.org/abs/1909.08578>)

(2) Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2023.2019 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>).

لتلخيص التعديلات الرئيسية باختصار:

- التعديلات المتعلقة بالتباين في تعاريف بيانات المدخلات:
تتبع الدراسات السابقة حدوث وفيات عرضية أو ناجمة عن حادث (تشمل 10 في المائة من الوفيات المرتبطة بالحمل) باستثناء الوفيات المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية) في بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، و 15 في المائة في بلدان أخرى منخفضة ومتوسطة الدخل. وتطبق التعديلات على الوفيات المرتبطة بالحمل لمراعاة هذه الوفيات غير النفاسية.
- التعديلات مع سنوات الأزمة
ويُفترض أن تكون نسبة الوفيات المرتبطة بالحمل بين الوفيات الناجمة عن صدمة الوفيات بسبب الأزمة مساوية لنسبة النساء في السكان الحوامل أو بعد الولادة وقت الأزمة. وتتساوى نسبة النساء الحوامل في السكان مع معدل الخصوبة العام، على أساس اقتران قرّة سنة واحدة مرتبطة بولادة حية. ويُضاف قر إضافي من عدم اليقين إلى تقديرات سنوات الأزمة.
- التعديلات من أجل موازنة الانقطاعات:
وتحصل مسوح سكانية مثل المسح الديمغرافي والصحي والمسح العنقودي المتعدد المؤشرات على معلومات من خلال إجراء مقابلات مع المجيبين بشأن بقاء أشقائهم على قيد الحياة. وهذا النهج، الذي يشار إليه عادة باسم أسلوب الأخوية المباشرة. وبالنظر إلى تصميم الدراسة (استناداً إلى أخوات المجيبين)، فإن السكان المعرضين للخطر قد يكونون غير قادرين على فهم السكان عموماً. لذلك، نحسب القيمة المعيارية للعمر لنسبة الوفيات النفاسية، بناءً على عدد الإناث في الأسر في وقت المسح
- تعديلات نقص الإبلاغ (غير المسجلة) وسوء التصنيف في نظم التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية:
ويخضع نقص الإبلاغ وسوء التصنيف في نظم التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية للدراسات المتخصصة. ويتم الحصول على نماذج تقدير محددة لكل بلد على حدة وتطبيقها على بيانات التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية.
- تعديلات عدم الإبلاغ في حالات التسجيل غير المدني والإحصاءات الحيوية والمصادر غير المتخصصة:

من المعتقد على نطاق واسع أن شكلاً من أشكال التعديل التصاعدي مطلوب للمسوحات السكانية لحساب الوفيات المبكرة في الحمل التي قد لا يتم تسجيلها. ولذلك طُبق تعديل تصاعدي نسبته 10 في المائة على الوفيات النفاسية التي لم يتم الحصول عليها من نظم التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية أو الدراسات المتخصصة.

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

- على المستوى البلد تُعامل القيم المفقودة على المستوى الوطني. ويتم ذلك على النحو التالي. لا يوجد علاج للقيم المفقودة على الصعيد الإقليمي.

البيانات المتغيرة التي يمكن التنبؤ بها:

- يتم الحصول على بيانات تنبؤية كاملة وقابلة للمقارنة عن طريق وضع تقديرات سلاسل زمنية للمتغيرات التنبؤية (covariates):
- قد تم توليد نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (GDP)، المقاس في تعادل القوة الشرائية (PPP) بدولارات العالمية باستخدام عام 2017 كخط أساس
- معدل الخصوبة العام (GFR)
- الولادات التي يشرف عليها أخصائيوون صحّيون (SBA).

بيانات متغيرة الاستجابة:

- تُنسب كل الوفيات التي تتسبب في وفاة النساء في سن الإنجاب، التي تستخدم في حالات الوفيات النفاسية في النسبة الإحصائية للوفيات النفاسية، عند فقدانها وفي بعض الحالات يتم تجاوزها.
- قد استخدمت تقديرات الوفيات الناجمة من قبل برنامج الأمم المتحدة الإنمائي للتوقعات السكانية في العالم 2022 في نسب الوفيات التي تتسبب فيها جميع الأسباب في الدراسات المتخصصة التي يتجاوز البحث فيها نظم التسجيل.
- تم استخدام التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية التي تفيد بأن جميع الوفيات الناجمة عن سبب الوفاة قد استخدمت لإسناد حالات الوفاة المفقودة إلى جميع الأسباب في الدراسات المتخصصة التي كان البحث فيها داخل نظم التسجيل.
- قد استخدمت تقديرات جميع أسباب الوفيات من قبل برنامج الأمم المتحدة الإنمائي للتوقعات السكانية في العالم 2022 لإسناد حالات الوفاة المفقودة في جميع الحالات في دراسات متنوعة.

4.G. المجاميع الإقليمية (REG_AGG)

تُحسب المجاميع الإقليمية بتجميع التقديرات على الصعيد الوطني. ويحدد حجم البلد من خلال الولادات الحية التي تقدر من قبل برنامج الأمم المتحدة الإنمائي للتوقعات السكانية في العالم. ويجري حالياً تجميع تجميعات لكل وكالة من وكالات الأمم المتحدة التي تضم الفريق المشترك بين وكالات الأمم المتحدة المعني بتقدير وفيات الأمومة

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

تعتمد المنهجية التي تستخدمها البلدان في جمع البيانات على نوع مدخلات المصدر (التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية، والدراسة المتخصصة، وما إلى ذلك). ومن المراجع المفيدة ما يلي:

- منظمة الصحة العالمية التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية أدوات ومصادر: [https://www.who.int/data/collection-tools/civil-registration-and-vital-statistics-\(crvs\)](https://www.who.int/data/collection-tools/civil-registration-and-vital-statistics-(crvs))
- منظمة الصحة العالمية. (2013). توجيهات منظمة الصحة العالمية لقياس معدل وفيات النفاسية أثناء تعداد السكان. منظمة الصحة العالمية. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/87982>
- منظمة الصحة العالمية. (2004). وراء الأرقام: استعراض وفيات النفاسية ومضاعفاتها من أجل جعل الحمل أكثر أماناً. منظمة الصحة العالمية. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42984>
- منظمة الصحة العالمية. (2022). قياس وفيات النفاسية: إرشادات لتحسين التقارير الوطنية. منظمة الصحة العالمية. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052376>

- منظمة الصحة العالمية. (2022). شهادة الوفاة أثناء الحمل أو الولادة أو النفاس حيث يكون COVID-19 المؤكد أو المشتبه فيه سبباً للوفاة. منظمة الصحة العالمية. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049314>

كما يمكن طلب الدعم والتوجيه للسلطات الوطنية من أمانة منظمة الصحة العالمية.

4.1. إدارة الجودة (QUALITY_MGMNT)

للحصول على معلومات عن إدارة جودة البيانات وضمانها، وعمليات التقييم في منظمة الصحة العالمية، يرجى الرجوع إلى ما يلي:
<https://www.who.int/data/ddi>

4.2. ضمان الجودة (QUALITY_ASSURE)

للحصول على معلومات عن إدارة جودة البيانات وضمانها، وعمليات التقييم في منظمة الصحة العالمية، يرجى الرجوع إلى ما يلي:
<https://www.who.int/data/ddi>

4.3. تقييم الجودة (QUALITY_ASSMNT)

للحصول على معلومات عن إدارة جودة البيانات وضمانها، وعمليات التقييم في منظمة الصحة العالمية، يرجى الرجوع إلى ما يلي:
<https://www.who.int/data/ddi>

5. توافر البيانات والتفصيل (COVERAGE)

توافر البيانات:

يتم تقديم البيانات المتوفرة حسب البلد مع الملامح الوطنية، يرجى الاطلاع هنا:

<https://www.who.int/data/gho/data/themes/maternal-and-reproductive-health/maternal-mortality-country-profiles>
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>

التفصيل:

يتم الإبلاغ عن تقديرات نسبة الوفيات النفاسية الحالية على المستوى القطري، الإقليمي والعالمي. البلدان والأقاليم المدرجة في التحليلات هي الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية التي تضم أكثر من 100 000 نسمة، بالإضافة إلى إقليمين (بورتوريكو، والأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية).

السلسلة الزمنية متاحة حالياً من 2000 إلى 2020.

6. المقارنة/الانحراف عن المعايير الدولية (COMPARABILITY)

مصادر التباين:

إن نسبة الوفيات النفاسية هي عدد الوفيات النفاسية مقسوماً على الولادات الحية. بيد أنه 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 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 15-49 / مجموع وفيات النساء بين 15 و 49 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 من العمر/عدد الولادات الحية)

ويتم الحصول على تقدير كلّ الوفيات بين ١٥ و ٤٩ من العمر في المعادلة الثانية من جدول حياة منظمة الصحة العالمية، وعلى عدد الولادات الحية من التوقعات السكانية في العالم لسنة 2019.

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

1. عدم اكتمال السجل المدني ونظم الإحصاءات الحيوية دائماً (أي لا يُمثل دائماً كلّ الوفيات 100%) وقد يتغير 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 تم احتسابه من البيانات الأصلية لتفسير مسائل تتعلق بالقياس (كتعريف البلد للوفيات "النفاسية" مثلاً؛ الخطأ في التصنيف؛ أو عدم الاكتمال).
3. اعتماد الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة على مجموعات الولادات الحية الموحدة من شعبة السكان، كما نُشرت في التوقعات السكانية في العالم لسنة 2022، 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؛ وتتم 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 يؤدي ذلك الى تقلبات 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 تتطلب بعض التمهيدي لتوليد منعطف يُمثل التغيرات في المخاطر الأساسية بشكل أفضل.

7. المراجع والوثائق (OTHER_DOC)

الرابط:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>

المراجع:

- (1) Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2023.
- (2) Peterson E, Chou D, Gemmill A, Moller AB, Say L, Alkema L. Estimating maternal mortality using vital registration data: a Bayesian hierarchical bivariate random walk model to estimate sensitivity and specificity of reporting for population-periods without validation data. 2019 (<https://arxiv.org/abs/1909.08578>).