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 تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار.

0.b الغاية (SDG_TARGET)

الغاية 3-3- القضاء على أوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المُهمَلة، ومكافحة الالتهاب الكبدي الوبائي، والأمراض المنقولة بالمياه، والأمراض المعدية الأخرى بحلول عام 2030

0.c المؤشر (SDG_INDICATOR)

المؤشر ٣-٣-٣: عدد حالات الإصابة بالملاريا لكل 1,000 شخص

0.d السلسلة (SDG_SERIES_DESCR)

SH_STA_MALR - عدد حالات الإصابة بالملاريا لكل ١,٠٠٠ من السكان المعرضين للخطر [٣-٣-٣]

0.e تحديث البيانات الوصفية (META_LAST_UPDATE)

28 مارس/أذار 4202

0.f المؤشرات ذات الصلة (SDG_RELATED_INDICATORS)

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

البرنامج العالمي لمكافحة الملاريا في منظمة الصحة العالمية

1. الإبلاغ عن البيانات (CONTACT)

1.A. المنظمة (CONTACT_ORGANISATION)

البرنامج العالمي لمكافحة الملاريا في منظمة الصحة العالمية

2. التعريف والمفاهيم والتصنيفات (IND_DEF_CON_CLASS)

2.A. التعريف والمفاهيم (STAT_CONC_DEF)

التعريف:

يعرَّف معدّل الإصابة بالملاريا بأنه عدد حالات الإصابة الجديدة بالملاريا لكل 1,000 شخص من الأشخاص المعرَّضين لخطر الإصابة كل عام.

المفاهيم:

تُعرَّف حالة الملاريا على أنها ظهور عدوى الملاريا لدى شخص رُصدت طفيليات الملاريا في دمه عن طريق الاختبار التشخيصي. السكان المشمولون بالدراسة هم السكان المعرَّضون لخطر الإصابة بالمرض.

2.B. وحدة القياس (UNIT_MEASURE)

الحالات لكل 1,000 شخص من الأشخاص المعرَّضين لخطر الإصابة.

C.2. التصنيفات (CLASS_SYSTEM)

لا ينطبق.

3. نوع مصدر البيانات وطريقة جمع البيانات (SRC_TYPE_COLL_METHOD)

A.3. مصادر البيانات (SOURCE_TYPE)

تُجمع المعلومات الخاصة بالحالات التي يبلّغ عنها البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا من نظام الترصُّد الخاص بكل من البلدان المعنيّة. ويشمل ذلك، في جملة أمور، معلومات عن عدد الحالات المشتبه بإصابتها وعدد الحالات التي خضعت للاختبارات اللازمة وعدد الحالات الإيجابية، حسب طريقة الكشف وحسب الأنواع، بالإضافة إلى عدد المرافق الصحية التي تبلِّغ عن تلك الحالات. ويرد عرض موجز لهذه المعلومات في تطبيق أُعِدَّ لهذا الغرض ويُعرف بمنصَّة المعلومات الصحية على مستوى المناطق .DHIS2 والبيانات الخاصة بالمسوح التمثيلية للأسر المعيشية متاحة للاطّلاع العام، وتشمل مسوح الأسر المعيشية أو المسوح الخاصة بمؤشِّرات الملاريا.

B.3. طريقة جمع البيانات (COLL_METHOD)

النظير الرسمي لكل من البلدان المعنيّة هو البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا في وزارة الصحة.

C.3. الجدول الزمني لجمع البيانات (FREQ_COLL)

تُجمع البيانات سنوياً.

D.3.الجدول الزمني لنشر البيانات (REL_CAL_POLICY)

تصدر البيانات سنوياً.

E.3. الجهات المزودة للبيانات (DATA_SOURCE)

يضطلع البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا بمسؤولية جمع المعلومات في كل من البلدان المعنيّة.

F.3. الجهات المجّمعة للبيانات (COMPILING_ORG)

تتولى وحدة المراقبة والرصد والتقييم التابعة للبرنامج العالمي لمكافحة الملاريا مسؤولية جمع المعلومات اللازمة لهذا المؤشِّر ومعالجتها. وتُستخلَص بعض التقديرات الوطنية لعدد من البلدان بالتعاون مع مشروع أطلس الملاريا الذي عُيِّن كمركزٍ متعاون مع منظمة الصحة العالمية في النمذجة الجغرافية المكانية للأمراض .

G.3. التفويض المؤسسي (INST_MANDATE)

اعتمدت جمعية الصحة العالمية في دورتها الـ68 الاستراتيجية التقنية العالمية والأهداف المتعلقة بالملاريا 2016-2030 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253469/A68_R1_REC1-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y). وقد طلبت الجمعية إلى منظمة الصحة العالمية رصد التقدُّم المُحرَز نحو تحقيق المراحل الرئيسية والأهداف المحدَّدة لهذه الاستراتيجية. والتقرير المعني بالملاريا في العالم هو العملية التي تُرصد من خلالها الاستراتيجية التقنية العالمية في كل من البلدان المعنيّة وأقاليم منظمة الصحة العالمية وعلى مستوى العالم.

4. اعتبارات منهجية أخرى (OTHER_METHOD)

A.4. الأساس المنطقي (RATIONALE)

قياس اتجاهات الاعتلال الناجمة عن الإصابة بالملاريا، وتحديد المواقع التي يرتفع فيها خطر الإصابة بالمرض. بهذه المعلومات، يمكن للبرامج أن تستجيب للاتجاهات غير العادية، مثل الأوبئة، وأن تعيد توجيه الموارد المتاحة نحو السكان الأكثر احتياجاً لها. ويُستَرشَد بهذه البيانات أيضاً لتوجيه عملية تخصيص الموارد العالمية لمكافحة الملاريا، كما هو الحال مثلاً عند تحديد معايير أهلية الحصول على تمويل الصندوق العالمي.

B.4. التعليقات والقيود (REC_USE_LIM)

يمكن لمعدّل الإصابة المقدَّر أن يختلف عن معدّل الإصابة الذي تبلِّغ عنه وزارة الصحة والذي يمكن أن يتأثر بالعوامل التالية:

- اكتمال الإبلاغ: قد يكون عدد الحالات المبلَّغ عنها أقلّ من الحالات المقدَّرة إذا كانت النسبة المئوية للمرافق الصحية المبلَّغ عنها في شهرٍ ما تقلّ عن نسبة 100 في المائة.
- مدى إجراء اختبارات تشخيص الملاريا، أي عدد الشرائح التي خضعت إلى الاختبار أو اختبارات التشخيص السريعة التي أُجريت.
- استخدام المرافق الصحية الخاصة التي عادةً ما تكون غير مدرجة في نُظُم الإبلاغ.
- عدم تقدير المؤشِّر إلا في الحالات التي يَحْدُث فيها انتقال لعدوى الملاريا.

C.4. طريقة الاحتساب (DATA_COMP)

يُعبَّر عن حالات الإصابة بالملاريا (1) على أنها عدد الحالات الجديدة لكل 100,000 شخص من السكان سنوياً، مع استخراج عدد سكان البلد المعني من التوقعات الصادرة عن شعبة السكان في الأمم المتحدة والنسبة الإجمالية المقدَّرة من قِبل البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا للسكان المعرَّضين للخطر في البلد. وبشكل أكثر تحديداً، يقدِّر البلد المعني النسبة الإجمالية للسكان المعرَّضين لخطر الإصابة بالملاريا، ثم يُقدَّر إجمالي السكان المعرَّضين للخطر كل عام على أنه عدد السكان الصادر عن الأمم المتحدة لتلك السنة، مضروباً في نسبة السكان المعرَّضين للخطر عند خط الأساس. وتُستَخدم نفس نسبة السكان المعرَّضين للخطر لكامل السلاسل الزمنية لضمان إمكانية مقارنة التقديرات عبر الزمن.

ولكل بلد أو منطقة، استُخدِمَت واحدة من النُّهُج الثلاثة المبيَّنة أدناه لتقدير عدد حالات الملاريا.

النَّهج 1

استُخدِم النَّهج الأول في البلدان والمناطق الواقعة خارج الإقليم الأفريقي لمنظمة الصحة العالمية، ولبلدان ومناطق الإقليم الأفريقي التي ينخفض فيها معدّل انتقال العدوى، وهي: إثيوبيا، وإريتريا، وأفغانستان، وإندونيسيا، وبابوا غينيا الجديدة، وباكستان، والبرازيل، وبنغلاديش، وبنما، وبوتسوانا، ودولة بوليفيا المتعددة القوميات، وبيرو، وتيمور الشرقية (حتى عام 2016)، والجمهورية الدومينيكية (حتى عام 2020)، ورواندا، وزيمبابوي، وجزر سليمان، والسنغال، وغامبيا، وغواتيمالا (حتى عام 2020)، وغيانا، وغيانا الفرنسية (حتى عام 2020) وفانواتو، والفلبين، وجمهورية فنزويلا البوليفارية، وفييت نام (حتى عام 2020)، وكمبوديا، وكولومبيا، وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، ومدغشقر، وموريتانيا، وميانمار، وناميبيا، ونيبال (حتى عام 2020)، ونيكاراغوا (حتى عام 2020)، وهايتي، والهند، وهندوراس (حتى عام 2020)، واليمن. . وقد استُخلِصت التقديرات من خلال تعديل عدد حالات الملاريا المبلَّغ عنها للتأكد من اكتمال الإبلاغ، واحتمال أن تكون الحالات إيجابية للطفيليات، ومدى استخدام الخدمات الصحية. وقد تضمن تقرير العام 2008[1] عن الملاريا في العالم2 وصفاً للإجراء الذي يجمع بين البيانات الوطنية التي تبلِّغ عنها سنوياً البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا (أي الحالات المبلَّغ عنها، واكتمال الإبلاغ واحتمال أن تكون الحالات إيجابية لوجود طفيليات الملاريا) والبيانات المستخلصة من مسوح الأسر المعيشية الممثِلة وطنياً بشأن اللجوء إلى الخدمات الصحية للأطفال الذين تقلّ أعمارهم عن 5 سنوات، والتي افتُرض أنها تمثِّل الاستفادة من هذه الخدمات في جميع الأعمار. بإيجاز:

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

حيث أن:

(أ) هي حالات الملاريا المؤكدة في القطاع العام.

(ب) هي الحالات المشتبه بإصابتها التي خضعت للاختبار.

(ج) هي الحالات المفترضة (لم تخضع للاختبار ولكنها تُعامل على أنها ملاريا).

(د) هو اكتمال الإبلاغ.

(ه) هو معدل الاختبارات الإيجابية (جزء الحالات الإيجابية للملاريا).a/b =

(و) هو جزء الحالات التي تطلب الحصول على العلاج في القطاع الخاص.

(ز) هو جزء الحالات التي تطلب الحصول على العلاج في القطاع العام.

عامل يجب ضبطه لأولئك الذين لا يطلبون العلاج.(1-g-f) :

[1] World malaria report 2008. Geneva: World Health Organization; 2008 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/43939).

الحالات في القطاع العام: (a + (c x e))/d
الحالات في القطاع الخاص: (a + (c x e))/d x f/g.

لتقدير هامش الخطأ بشأن عدد، افتُرِض أن لمعدل الحالات الإيجابية توزيعٌ طبيعيٌ يركز على قيمة معدل إيجابية الاختبارات والانحراف المعياري، المحدَّد على أنه 0.244 f0.5547 × واقتُطِع ليكون في نطاق 0،1. وقد افتُرِض أن اكتمال الإبلاغ(d) ، عند الإبلاغ بأنه في نطاق 80 في المائة أو أقلّ، أنه يشمل توزيعاً واحداً من ثلاثة توزيعات، اعتماداً على القيمة التي أبلَغ عنها البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا. إذا أُبلِغ عن قيمة تفوق 80 في المائة، يُفترض أن التوزيع مثلث، في حدود تتراوح بين 0.8 و1.0، مع 0.8 كحدّ أقصى. إذا أُبلِغ عن قيمة تفوق 50 في المائة، ولكنها أقلّ من 80 في المائة أو تساويها، يُفترض أن التوزيع مستطيل، في حدود تتراوح بين 0.5 و0.8. وأخيراً، إذا أُبلِغ عن قيمة تقلّ عن 50 في المائة أو تساويها، يُفترض أن التوزيع مثلث، في حدود تتراوح بين 0 و0.5، مع 0.5 كحدّ أقصى (9). إذا أُبلِغ عن اكتمال الإبلاغ كقيمة تفوق 80 في المائة، فقد افتُرِض أن التوزيع هو توزيع بيتا، مع متوسط القيمة المبلَّغ عنها 95 في المائة كحدٍّ أقصى وحدود ثقة (CIs)بنسبة 5 في المائة تقريباً من القيمة المتوسطة. وقد افتُرِض أن توزيع نسبة الأطفال الذين أُحضِروا لتلقي الرعاية اللازمة في كل من القطاعين العام والخاص هو توزيع بيتا، حيث القيمة المتوسطة هي القيمة المقدَّرة في المسح والانحراف المعياري محسوباً من نطاق حدود الثقة المقدَّرة بنسبة 95 في المائة. وافتُرِض أن توزيع نسبة الأطفال الذين لم يُحضَروا لتلقي الرعاية اللازمة هو توزيع مستطيل، حيث الحدّ الأدنى 0 والحدّ الأقصى محسوباً على أنه 1 مطروحاً منه نسبة الأطفال الذين أُحضِروا لتلقي الرعاية اللازمة في كل من القطاعين العام والخاص. وقُيِّدت التوزيعات الثلاثة (جزء الذين يطلبون العلاج في القطاع العام، وجزء الذين يطلبون العلاج في القطاع الخاص فقط، وجزء الذين لم يطلبوا العلاج) ليصل مجموعها إلى 1.

وقد استوفيَت نسب الذين طلبوا الرعاية في كل من القطاع العام والخاص استيفاءً خطياً بين السنوات التي أُجريت فيها مسوح، واستُقرِأت للسنوات التي سبقت المسح الأول أو التي تلت المسح الأخير. وتُحتَسَب المعايير المستخدمة لهوامش الخطأ الشائعة حول هذه النسب بطريقة مماثلة أو، إذا لم تتوفر أي قيمة لأي سنة في البلد أو المنطقة، تُحتَسَب كمزيج من التوزيعات الخاصة بالمنطقة لتلك السنة. استُخلصت حدود الثقة من 10,000 اختيار عشوائي من التوزيعات المعقّدة. وقد جرى تحليل البيانات باستخدام برنامج آر R الإحصائي، باستخدام حزمة convdistr Rلهوامش الخطأ الشائعة وإدارة االتوزيعات[3].

وبالنسبة إلى الهند، استُخلصت القِيَم على المستوى دون الوطني باعتماد نفس المنهجية، ولكن مع تعديل قِيَم القطاع الخاص للأخذ بالعامل الإضافي المتمثل بأنشطة الكشف عن الحالات النشطة، والتي تقدر بنسبة الاختبارات الإيجابية في الكشف عن الحالات النشطة مقسومة على معدّل الاختبارات الإيجابية في الكشف عن الحالات غير النشطة. وقد افتُرِض أن لهذا العامل توزيع طبيعي، مع حساب متوسط القيمة والانحراف المعياري من خلال القِيَم المبلَّغ عنها في عام 2010. وبين عامي 2020 و2022، أدخلت العديد من الولايات الهندية تعديلاً إضافياً لتحييد أثر تراجع معدلات الاختبار المبلَّغ عنها، والناجم عن تعطُّل الخدمات الصحية من جراء جائحة كوفيد-19. أما الولايات التي شهدت انخفاضاً في معدلات الاختبار إلى مستويات أقلّ من تلك المتوقعة (التي تُعرف بأنها تغيير في معدلات الاختبار بأكثر من 10 في المائة بين عامي 2018 و2019) في عام 2020 فهي أوتارانتشال، وأوتار براديش، والبنجاب، والبنغال الغربية، وبودوتشيري، وبيهار، وتشاتيسجاره، وجهارخاند، ودادرا وناجار هافلي، ودلهي، وشانديغار، وغوا، وكارناتاكا. في عام 2021، سُجِلَ تراجعٌ في معدلات الاختبار في ولايات آسام، وأوتار براديش، وأوتارانتشال، والبنجاب، والبنغال الغربية، وبودوتشيري، وتشاتيسجاره، ودامان، ودلهي، وديو، وشانديغار، وغوا، كارناتاكا، وكيرالا، ومانيبور، وهيماشال براديش. في عام 2022، أُدخِل تصحيحٌ على الحالات في ولايات آسام، والبنجاب، والبنغال الغربية، وبودوتشيري، وبيهار، وتشاتيسجاره، ودلهي، وسيكيم، وشانديغار، وغوجارات ومانيبور، وهيماشال براديش. ففي هذه الولايات، حسِب العدد الزائد من الحالات المحلية المنشأ المتوقعة في غياب أي خلل في التشخيص من خلال تقدير عدد الاختبارات الإضافية التي كان يمكن إجراؤها إذا كانت معدلات الاختبار مماثلة لتلك المسجَّلة في عام 2019، ثم تطبيق معدّل الاختبارات الإيجابية المسجَّلة في عام 2019 (أو في عام 2020 لدلهي وجهارخاند، أو في عامي 2021 و2022 لدلهي وبودوتشيري) إلى هذا الرقم. لقد اختلف تأثير جائحة كوفيد-19 على عبء الملاريا في البلدان الواقعة خارج الإقليم الأفريقي لمنظمة الصحة العالمية. ففي العديد من البلدان، ساهم تعطُّل حركة التنقُّل في الحدّ من انتقال العدوى؛ فيما بقيت معدلات إجراء الاختبارات على حالها في بلدان أخرى. لذلك، بات من الصعب تطبيق مصدر واحد من البيانات للتصحيح في جميع البلدان، مع الإشارة أيضاً إلى صعوبة ربط البيانات المبلَّغ عنها باستجابة الخدمات الصحية الأساسية. لم يجرِ أي تعديل على الحالات التي تطلب الحصول على العلاج في القطاع الخاص في البلدان والمناطق التالية لأنها تبلّغ عن حالات من القطاعين الخاص والعام معاً: إندونيسيا (منذ عام 2017)، والبرازيل، وبنغلاديش، وبنما، وبوتسوانا، ودولة بوليفيا المتعددة القوميات، وبيرو (منذ 2019)، والجمهورية الدومينيكية، ورواندا، وغواتيمالا، وغيانا، وغيانا الفرنسية، وجمهورية فنزويلا البوليفارية، وكولومبيا، وميانمار (منذ عام 2013) ونيكاراغوا، ونيبال، وهندوراس، وهايتي.

النَّهج 2

[3] The R Project for statistical computing [website]. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2022 (https://www.R-project.org/).

استُخدم النَّهج 2 في بلدان الإقليم الأفريقي وإقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية التي ترتفع فيها معدلات انتقال العدوى، والتي لا تتيح فيها جودة بيانات الترصُّد تقديراً دقيقاً لعدد الحالات المبلَّغ عنها. وهذه البلدان هي جمهورية أفريقيا الوسطى، وأنغولا، وأوغندا، وبنن، وبوركينا فاسو، وبوروندي، وتشاد، وتوغو، وجمهورية تنزانيا المتحدة، وجنوب السودان، وزامبيا، والسودان، وسيراليون، والصومال، وغابون، وغانا، وغينيا، وغينيا الاستوائية، وغينيا-بيساو، والكاميرون، وكوت ديفوار، والكونغو، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وكينيا، وليبريا، ومالي، وملاوي، وموزامبيق، والنيجر، ونيجيريا. وفي هذا النَّهج، استُمِدت التقديرات الخاصة بعدد حالات الملاريا من المعلومات المستخلصة من مسوح الأسر المعيشية المعنيّة بانتشار الطفيليات.

أولاً، جُمِعَت البيانات المتعلقة بانتشار الطفيليات من حوالي 60,000 سجل مسح ضمن نموذج جغرافي إحصائي لبيزان للإحصاء المكاني والزماني، إضافة إلى المتغيّرات البيئية والاجتماعية الديمغرافية، وتوزيع البيانات اللازمة بشأن بعض التدخلات مثل الناموسيات المُعالَجة بمبيدات الحشرات والأدوية المضادة للملاريا والرش الموضعي للأماكن المغلقة، وهي بيانات تخضع إلى تحديث سنوي لمراجعة النموذج [4]. وقد أتاح النموذج الجغرافي المكاني توقُّع انتشار المتصورة المنجلية لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 2 و10 سنوات، باستبانة قدرها 5 × 5 كم2، في جميع بلدان الإقليم الأفريقي لمنظمة الصحة العالمية التي تستوطن فيها الملاريا لكل سنة من عام 2000 إلى عام 2020. ثانياً، استُحدِث نموذج جماعي لتوقُّع حدوث إصابات بالملاريا كدالة لانتشار الطفيليات[5] ، ثم طُبِّق هذا النموذج على الانتشار التقديري للطفيليات، للحصول على تقديرات لحالات الإصابة السنوية بالملاريا باستبانة قدرها 5 × 5 كم2 من عام 2000 إلى عام 2021. بعد ذلك، جُمِعَت البيانات الخاصة بكل منطقة باستبانة قدرها 5 × 5 كم2 ضمن الحدود القُطرية والإقليمية، للحصول على تقديرات وطنية وإقليمية لحالات الملاريا.[6]

وبين عامي 2020 و2022، أُضيف المزيد من الحالات المقدَّرة باتباع هذا النَّهج، وذلك لمراعاة انقطاع خدمات الوقاية من الملاريا وتشخيصها وعلاجها من جراء جائحة كوفيد-19، وغيرها من الأحداث التي وقعت خلال هذه الفترة. وقد أُبلغ عن المعلومات الخاصة بهذا الانقطاع لكل بلد بعد جمعها من المسوح الوطنية التي أجرتها منظمة الصحة العالمية عن استمرارية الخدمات الصحية الأساسية أثناء جائحة كوفيد-19 (الجولة الأولى من أيار/مايو إلى تموز/يوليو 2020، والثانية من كانون الثاني/يناير إلى آذار/مارس 2021، والثالثة من تشرين الثاني/نوفمبر إلى كانون الأول/ديسمبر)[7] والتي امتدت إلى عام 2022 . واستخدمت القِيَم المتوسطة والدنيا والقصوى (بحد أقصى قدره 50 في المائة) للنطاقات التي توفرها البلدان لتحديد حالات الانقطاع لتحديد النسبة المئوية لانقطاع الخدمات المرتبطة بالملاريا. وقد أُدمجت هذه المعلومات في التقديرات بتطبيق نَهجٍ كان يستخدم سابقاً لتقييم آثار التدخلات على عبء الملاريا من خلال وضع تقديرات افتراضية لهذا العبء لسيناريوهات عن مستوياتٍ متفاوتة من التغطية بالتدخلات. وقد افتُرِض أن انقطاع خدمات الرعاية الصحية من جراء كوفيد -19 ينعكس في انخفاض الطلب على علاجٍ للملاريا، وتراجُع العلاج الفعّال بعقار مضاد للملاريا. بعد ذلك، تمت مواءمة التحليلات الافتراضية لكل من البلدان المعنيّة مع التقديرات المستخلصة من مسوح جس النبض لإنتاج مجموعة من التقديرات المعدَّلة وفقاً لكوفيد-19 وللأعوام 2020 و2021 و2022. وبالنسبة للبلدان التي كانت التقديرات مع النموذج المكاني والزماني المحدَّث تختلف اختلافاً كبيراً عن التقديرات السابقة، من دون إضافة بيانات أو أدلّة جديدة تفسر التغييرات الجذرية التي يقدرها النموذج، (في أوغندا، وبنن، وبوركينا فاسو، والسودان، وغابون، وغينيا، وليبريا، ومالي، وملاوي، والنيجر، ونيجيريا)، فقد استُخدمت سلسلة الحالات المنشورة في التقرير العالمي عن الملاريا لعام 2022 (14) حتى عام 2021، مع تعديل القِيَم وفقاً للتغييرات الحاصلة في السكان المعرَّضين للخطر. وقُدِرَت قِيَم عام 2022 من خلال تطبيق معدل التغيير بين الحالات المقدَّرة باستخدام النموذج المكاني والزماني لحدوث الإصابة بالملاريا بين عامي 2021 و2022، وإجراء التعديلات اللازمة لمراعاة التغيُّرات السكانية بين هذين العامين.

---

[4] Weiss DJ, Mappin B, Dalrymple U, Bhatt S, Cameron E, Hay SI et al. Re-examining environmental correlates of Plasmodium falciparum malaria endemicity: a data-intensive variable selection approach. Malar J. 2015;14:68. doi: https://doi.org/10.1186/s12936-015-0574-x

[5] Cameron E, Battle KE, Bhatt S, Weiss DJ, Bisanzio D, Mappin B et al. Defining the relationship between infection prevalence and clinical incidence of Plasmodium falciparum malaria. Nat Commun. 2015;6:8170. doi: https://doi.org/10.1038/ncomms9170

[6] World malaria report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240015791).

[7] Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, 27 August 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1).Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January−March 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340937/WHO-2019-nCoV-EHS-continuity-survey-2021.1- eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1).

النَّهج 3

بالنسبة لمعظم البلدان في مرحلة القضاء على الملاريا والبلدان في مرحلة الوقاية من انتشارها مجدّداً، يبلَّغ عن عدد الحالات الداخلية المنشأ والحالات المُدخلة التي سجلتها البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا من دون إجراء تعديلات إضافية. الدول التي تدخل في هذه الفئة هي أذربيجان، والأرجنتين، وأرمينيا، وإسواتيني، والإمارات العربية المتحدة، وإكوادور، وأوزبكستان، وجمهورية إيران الإسلامية، وباراغواي، وبليز، وبنما، وبوتان، وتايلند، وتركمانستان، وتركيا، وتيمور-ليشتي(منذ 2017)، والجزائر، وجزر القمر، وجنوب أفريقيا، وجورجيا، وجيبوتي، والجمهورية الدومينيكية (منذ 2021)، وسان تومي وبرينسيبي، وسري لانكا (منذ 2017)، والمملكة العربية السعودية، والسلفادور، والجمهورية العربية السورية، وسورينام، والصين (منذ 2021) وطاجيكستان، وعُمان، والعراق، وغيانا الفرنسية (منذ 2021)، وغواتيمالا (منذ 2021) وفييت نام (منذ 2021)، وقيرغيزستان، وكابو فيردي، وكازاخستان، وجمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، وكوستاريكا، وماليزيا، ومصر، والمغرب، والمكسيك، ونيبال (منذ 2021)، وهندوراس (منذ 2021).

التعديلات الخاصة بكل بلد

لسنوات عديدة، كانت المعلومات المطلوبة بشأن بعض البلدان غير متاحة أو غير قابلة للاستخدام لافتقارها إلى الجودة اللازمة. وبالنسبة إلى البلدان التي تصنَّف ضمن هذه الفئة، يُحتَسَب عدد الحالات من السنوات التي توفرت فيها بيانات بجودة أفضل (مع إدخال التعديل اللازم وفقاً للنمو السكاني)، على النحو التالي: بالنسبة إلى إثيوبيا، أُخذَت القِيَم الخاصة بفترة 2000 إلى 2019 من توزيع مختلط بين القِيَم المحتسبة وباتباع النَّهج الأول والنَّهج 2 (50 في المائة من كل نَهج). بالنسبة إلى أفغانستان، احتُسبت القِيَم الخاصة بعامي 2000-2001 من فترة 2002-2003؛ لإندونيسيا، احتُسبت القِيَم الخاصة بالفترتين 2000 إلى 2003 و2007 إلى 2009 من فترة 2004 إلى 2006؛ وبالنسبة إلى بابوا غينيا الجديدة، احتُسِبَت القِيَم الخاصة بعام 2012 من فترة 2009 إلى 2011؛ لباكستان، احتُسِبَت القِيَم الخاصة بعام 2000 من الفترة الممتدة بين عامي 2001 و2003؛ لبنغلاديش، احتسبت القِيَم الخاصة بالفترة الممتدة بين عامي 2001 إلى 2005 من فترة 2006 إلى 2008. بالنسبة إلى تايلاند، احتُسِبَت القِيَم الخاصة بعام 2000 من الفترة الممتدة بين عامي 2001 و2003؛ لجمهورية تيمور-ليشتي الديمقراطية، احتُسِبَت القِيَم الخاصة بعامي 2000 و2001 من الفترة الممتدة بين عامي 2003 و2004؛ بالنسبة إلى رواندا، احتسبت القِيَم الخاصة بالفترة الممتدة بين عامي 2000 و2006 من مزيج من النَّهج الأول والنَّهج 2، بدءاً من 100 في المائة من القِيَم من النَّهج 2 لعام 2000، مع خفض هذه النسبة للنَّهج 1 إلى 10 في المائة لعام 2006؛ بالنسبة إلى زمبابوي، احتسبت القِيَم الخاصة بالفترة الممتدة بين عامي 2000 و2006 من فترة 2007 إلى 2009. للسنغال، احتُسبت القِيَم الخاصة بالفترة الممتدة بين عامي 2000 و2006 من مزيج من النَّهج 1 والنَّهج 2، بدءاً من 90 في المائة من القِيَم من النَّهج 2 لعام 2000، مع خفض هذه النسبة للنَّهج 1 إلى 10 في المائة لعام 2006. لغامبيا، احتُسبت القِيَم الخاصة بالفترة الممتدة بين عامي 2000 و2010 من فترة 2011 إلى 2013؛ بالنسبة إلى موريتانيا، احتُسبت القِيَم الخاصة بالفترة الممتدة بين عامي 2000 و2010 من مزيج من النَّهج 1 والنَّهج 2، بدءاً من 100 في المائة من القِيَم استناداً إلى النَّهج 2 لعامي 2001 و2002، مع خفض هذه النسبة للنَّهج 1 إلى 10 في المائة لعام 2010. لميانمار، احتُسبت القِيَم الخاصة بالفترة الممتدة بين عامي 2000 و2005 من فترة 2007 إلى 2009. بالنسبة لناميبيا، احتُسبت القِيَم الخاصة بعام 2000 من الفترة الممتدة بين عامي2001 و2003 واحتُسِبَت قِيَم عام 2012 من عامي 2011 و2013. بالنسبة لهايتي، احتُسبت القِيَم الخاصة بالفترة الممتدة بين عامي 2000 و2005 ولعامي 2009 و2010 من فترة 2006 إلى 2008.

D.4. التحقق (DATA_VALIDATION)

تُرسل التقديرات عن عبء الملاريا الواردة في التقرير العالمي عن الملاريا إلى البلدان عبر المكاتب الإقليمية للتشاور بشأنها والموافقة عليها.

E.4. التعديلات (ADJUSTMENT)

لا ينطبق.

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

- على المستوى البلد

في ما يتعلق بقيم المعايير الناقصة (معدل الحالات الإيجابية واكتمال الإبلاغ)، يُعتَمَد توزيع قائم على مزيج من القِيَم المتاحة، إذا توفرت أي قيمة للبلد وإلا من المنطقة. تُحتَسب القِيَم الخاصة بمعايير طلب الحصول على الرعاية الصحية من خلال الاستيفاء الخطّي للقِيَم عند إجراء المسوح أو استقراء المسح الأول أو الأخير. وفي حالة عدم توفر بيانات مبلَّغ عنها، تُستوفى عدد الحالات مع مراعاة عامل النمو السكاني.

- على المستويين العالمي والإقليمي:

لا ينطبق.

4.G. المجاميع الإقليمية (REG_AGG)

تُجمَع عدد الحالات حسب المنطقة، ويُقدَّر هامش الخطأ من تجميع التوزيع الخاص بكل بلد. يُجمع عدد السكان المعرَّضين للخطر من دون أي تعديل إضافي. تُستخلص التقديرات على المستوى العالمي من تجميع القِيَم الإقليمية.

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

تقدَّم المعلومات المطلوبة من قِبل البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا في كل من البلدان المعنيّة باستخدام تطبيق DHIS 2 المُستَحدث خصيصاً لهذا الغرض.

4.I. إدارة الجودة (QUALITY_MGMNT)

تُستعرَض التقديرات الخاصة بعبء الملاريا أولاً داخلياً من قِبل البرنامج العالمي لمكافحة الملاريا والمكاتب الإقليمية والقُطرية لمنظمة الصحة العالمية. بعد ذلك، تتم مشاركة هذه البيانات مع البلد المعني للتحقُّق من صحتها. وتؤخَذ الموافقة النهائية من شعبة البيانات والتحليلات في منظمة الصحة العالمية.

4.J. ضمان الجودة (QUALITY_ASSURE)

تُجمَع البيانات باستخدام نموذج موحّد اعتماداً على حالة البلد من حيث مكافحة الملاريا أو القضاء عليها أو الوقاية من انتشارها مجدداً. ونحن نعمل بشكل وثيق مع المراكز المتعاونة والمراجعين الخارجيين لضمان الجودة.

4.K. تقييم الجودة (QUALITY_ASSMNT)

نقوم بإجراء التحقُّق الداخلي من القِيَم الخارجة واكتمال الإبلاغ، مع طرح الاستفسارات اللازمة من خلال المكاتب الإقليمية للحصول على أي توضيحات من البلدان. وعند الضرورة، نعتَمد على معلومات تقييم جودة البيانات الواردة من مصادر خارجية مثل الشركاء العاملين في رصد أوضاع الملاريا وتقييمها.

5. توافُر البيانات والتفصيل (COVERAGE)

توافر البيانات:
109 دول.

السلسلة الزمنية
سنوياً منذ عام 2000.

التفصيل:
يقدَّر هذا المؤشِّر على المستوى البلدان.

6. المقارنة/الانحراف عن المعايير الدولية (COMPARABILITY)

مصادر التباين:
يمكن لمعدّل الإصابة المقدَّر أن يختلف عن معدّل الإصابة الذي تبلِّغ عنه وزارة الصحة والذي يمكن أن يتأثر بالعوامل التالية:

- اكتمال الإبلاغ: قد يكون عدد الحالات المبلَّغ عنها أقلّ من الحالات المقدَّرة إذا كانت النسبة المئوية للمرافق الصحية المبلِّغ عنها في شهرٍ ما تقلّ عن نسبة 100 في المائة.

- مدى إجراء اختبارات تشخيص الملاريا، أي عدد الشرائح التي خضعت إلى الاختبار أو اختبارات التشخيص السريعة التي أُجريت.
- استخدام المرافق الصحية الخاصة التي عادةً ما تكون غير مدرجة في نُظُم الإبلاغ.

7. المراجع والوثائق (OTHER_DOC)

الرابط :
https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2023

المراجع:

1. World Health Organization. World Malaria Report 2021.

2. World Health Organization. World Malaria Report 2008 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43939/1/9789241563697_eng.pdf

3. Cibulskis RE, Aregawi M, Williams R, Otten M, Dye C. Worldwide Incidence of Malaria in 2009: Estimates, Time Trends, and a Critique of Methods. Mueller I, editor. PLoS Med. 2011 Dec 20;8(12):e1001142.

4. R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing [Internet]. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2020. Available from: http://www.R-project.org/

5. Bhatt S, Weiss DJ, Cameron E, Bisanzio D, Mappin B, Dalrymple U, et al. The effect of malaria control on Plasmodium falciparum in Africa between 2000 and 2015. Nature. 2015 Oct 8;526(7572):207–11.