

البيانات الوصفية لمؤشر أهداف التنمية المستدامة

(Harmonized metadata template - format version 1.1)

0. معلومات المؤشر

0.a. الهدف

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

0.b. الغاية

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

0.c. المؤشر

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

0.d. السلسلة SH_STA_BRTC - نسبة الولادات التي تمت بإشراف كادر طبي مؤهل [٣-١-٢]

0.e. تحديث البيانات الوصفية

28 آذار/مارس 2025

0.f. المؤشرات ذات الصلة

تتعلق بالغاية ٣-١ بشأن خفض وفيات النفاسية، و ٣-٢ بشأن خفض وفيات المواليد، و ٣-٨ بشأن تحقيق التغطية الصحية الشاملة (تغطية الخدمات الصحية الأساسية)

0.g. المنظمات الدولية المسؤولة عن الرصد العالمي

منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) ومنظمة الصحة العالمية (WHO)

1. الإبلاغ عن البيانات

1.A. المنظمة

منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) ومنظمة الصحة العالمية (WHO)

2. التعريف والمفاهيم والتصنيفات

2.A. التعريف والمفاهيم

التعريف:

إنّ النسبة الولادات التي يشرف عليها أخصائيون صحيون ماهرون (أي الأطباء أو الممرضات أو القابلات ولكن بالإمكان الرجوع إلى المهنيين الصحيين الآخرين الذين يقدمون الرعاية أثناء الولادة) هي النسبة الولادات التي يشرف عليها أخصائيون صحيون مهرة. ووفقاً للتعريف الحالي¹، فإن هؤلاء متخصصون مختصون في صحة الأم والموليد (MNH) تلقوا تعليمهم وتدريبهم وتنظيمهم وفقاً للمعايير الوطنية والدولية². وهم مختصون بما يلي: (i) توفير وتعزيز الرعاية القائمة على الأدلة، والقائمة على حقوق الإنسان والنوعية، والحساسية اجتماعياً وثقافياً، والرعاية الكريمة للنساء والأطفال حديثي الولادة؛ (ii) تسهيل العمليات الفسيولوجية أثناء المخاض/عملية الانجاب والولادة لضمان تجربة ولادة نظيفة وإيجابية؛ و (iii) تحديد وإدارة أو إحالة النساء و/أو الأطفال حديثي الولادة الذين يعانون من مضاعفات.

2.B. وحدة القياس

¹ تعريف العاملين الصحيين المهرة الذين يقدمون الرعاية أثناء الولادة 2018 بيان مشترك صادر عن منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسف والاتحاد الدولي للقابلات والمجلس الدولي للممرضات والاتحاد الدولي لأمراض النساء وجمعية التوليد والجمعية الدولية لطب الأطفال. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/statement-competent-mnh-professionals/en>.

يتم الإبلاغ عن هذا المؤشر بالنسبة (أو النسبة المئوية (%))

c.2. التصنيفات

أحد الجوانب المهمة لهذا المؤشر يتمثل في الإبلاغ عن فئات أو الألقاب الوظيفية مقدمي الخدمات الصحية على المستوى الوطني. وتشمل الفئات القياسية للمؤشر الطبيب والممرضة والقابلة. ومع ذلك، يتم حالياً الإبلاغ عن بعض الفئات الإضافية من قبل بعض البلدان. وعندما يكون الأمر كذلك، يتم إجراء عملية تحقق يتم فيها تقييم مستوى كفاءة الفئات الأخرى من مقدمي الرعاية الصحية من خلال المصادر الوطنية وبالتواصل مع النظراء الوطنيين.

3. نوع مصدر البيانات وطريقة جمع البيانات

A.3. مصادر البيانات

تُعتبر مسوح الأسر المعيشية الوطنية مصادرًا أساسياً للبيانات التي يتم استخدامها لجمع البيانات العاملين الصحيين المهرة توفير رعاية الولادة. وتشمل هذه المسوح، المسوح الديمغرافية والصحية (DHS)، المسوح العنقودية متعددة المؤشرات (MICS)، مسوح الصحة الإنجابية (RHS)، والمسوح الوطنية المبنية على منهجيات مشابهة. في هذه المسوح، يُسأل المستجيب عن آخر ولادة/ولادات حية ومن ساعد أثناء الولادة لفترة تصل إلى خمس سنوات قبل المقابلة.

يتم إجراء المسوح بشكل عام كل ثلاث إلى خمس سنوات. والمسوح السكانية هي مصدر البيانات المفضل في البلدان ذات الاستخدام المنخفض لخدمات الولادة، حيث تُستبعد بيانات القطاع الخاص من جمع البيانات الروتينية، و/أو ذات أنظمة المعلومات الصحية الضعيفة.

وسجلات الخدمة/المرفق الروتينية هي مصدر البيانات الأكثر انتشاراً في البلدان التي تحدث فيها نسبة عالية من الولادات في المرافق الصحية، والتي بالتالي يتم تسجيلها. ويمكن استخدام هذه البيانات لتتبع المؤشر على أساس سنوي.

B.3. طريقة جمع البيانات

تحتفظ اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية بقاعدة بيانات مشتركة عن المؤشر أهداف التنمية المستدامة 3-1-2 عن نسبة الولادات التي يشرف عليها أخصائيو صحتيون مهرة، وتتعاون على ضمان جودة مصادر البيانات واتساقها. وفي إطار عملية موازنة البيانات والتفاعل مع البلدان، تقوم اليونيسيف بإجراء مشاورات وطنية سنوية. وخلال هذه المشاورات الوطنية، يجري الاتصال بمراكز التنسيق الوطنية التابعة للفريق المعني بأهداف التنمية المستدامة من أجل تحديث القيم الواردة في قاعدة البيانات والتحقق منها والحصول على مصادر جديدة للبيانات. كما يجري استعراض مصادر البيانات الجديدة وتقييمها بالاشتراك مع منظمة الصحة العالمية. وفي إطار هذه العملية، يتم التحقق من الفئات الوطنية من العاملين الصحيين المهرة أو الألقاب الوظيفية. وقد تشمل البيانات المبلغ عنها لبعض البلدان فئات إضافية من الموظفين المدربين بما يتجاوز الأطباء والممرضين والقابلات.

c.3. الجدول الزمني لجمع البيانات

يتم تحديث قاعدة بيانات اليونيسيف/منظمة الصحة العالمية على أساس سنوي. ومع ذلك، لا تقدم جميع البلدان بيانات جديدة على أساس سنوي. وقد تقوم البلدان التي تبلغ عن بيانات من المسوح الأسرية بالإبلاغ عن قيمة جديدة كل 3-5 سنوات، وفقاً لجدول جمع البيانات الخاص بها. والبيانات المبلغ عنها من المصدر الإداري الروتيني متاحة بانتظام على أساس سنوي.

D.3. الجدول الزمني لنشر البيانات

تُنشر البيانات الوطنية المبلغة والتقديرات العالمية والإقليمية سنوياً؛ في نيسان/أفريل من قبل اليونيسيف على موقع البيانات <http://www.who.int> ومن قبل منظمة الصحة العالمية في مايو/أيار في تقرير إحصاءات الصحة العالمية <http://www.who.int/data/gho>. كما تُبلّغ يونيسيف www.data.unicef.org ومن قبل منظمة الصحة العالمية في تقرير إحصاءات الصحة العالمية <http://www.who.int/data/gho>. أيضاً عن هذا المؤشر في تقرير حالة الأطفال في العالم والذي يتم تقديمه في جدول التقارير نصف السنوي (<https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children>).

E.3. الجهات المزودة للبيانات

³ قاعدة بيانات مشتركة بين اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية للعاملين الصحيين المهرة، استناداً إلى بيانات المسح الأسري الوطني القائم على السكان والنظم الصحية الروتينية. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>

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

F.3. الجهات المّجّعة للبيانات

منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، منظمة الصحة العالمية.

G.3. التفويض المؤسسي

اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية هما المنظمتان القيمتان على تجميع هذا المؤشر والإبلاغ عنه.

4. اعتبارات منهجية أخرى

A.4. الأساس المنطقي

يُعتبر وجود المشرف الصحي الذي يتمتّع بالمهارة أثناء الولادة لتدخّل مهمّ يُنقذ حياة النساء والموليد الجدد. وعدم توفّر هذه المساعدة الأساسية يُضّرّ بصحة المرأة والموليد الجدد وقد يتسبّب بنتائج صحية ضارة مثل وفاة الأمّ و/أو الموليد الجدد أو يُؤدّي إلى إعاقة طويلة الأمد. وبالتالي، فإن تحقيق التغطية الشاملة ضروري للحد من وفيات النفاسية والموليد الجدد و المرض/الاعتلال.

B.4. التعليقات والقيود

الولادات التي تتم تحت إشراف موظفين صحيين مهرة هي مؤشر على الاستفادة من الرعاية الصحية. وإنه مقياس لعمل النظام الصحي وإمكانية توفير تغطية مناسبة للولادة. ومع ذلك، لا يوفر هذا المؤشر في حد ذاته نظرة ثاقبة لتوافر الخدمات أو إمكانية الوصول إليها، على سبيل المثال في الحالات التي تكون فيها رعاية الطوارئ عندما لزم الأمر. كما لا يوضح هذا المؤشر جودة الرعاية المقدمة. ويواجه جمع البيانات وتفسيرها في العديد من البلدان تحدياً بسبب عدم وجود مبادئ توجيهية، وتوحيد المسمّيات الوظيفية ومهام مقدم الرعاية الصحية، وفي بعض البلدان عدم وجود طريق لنقل المهام. وبالإضافة إلى ذلك، وجد العديد من البلدان أن هناك فجوات كبيرة بين المعايير الدولية واختصاصات المهنيين العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يقدمون الرعاية أثناء الولادة. وكثيراً ما يعوق الافتقار إلى التدريب والبيئة التمكينية الإدارة القائمة على الأدلة لمضاعفات إنجابية مشتركة للتوليد وإنجاب حديثي الولادات.

C.4. طريقة الاحتساب

البسيط:

عدد الولادات التي يشرف عليها موظفون صحيون مهرة (طبيب أو ممرضة أو قابلة) مدربين على توفير رعاية الولادة الجيدة، بما في ذلك تقديم الدعم والرعاية اللازمين في فترة ما بعد الولادة مباشرة. المقام: العدد الإجمالي للولادات الحية في الفترة نفسها.

الولادات التي تتم تحت إشراف أخصائيين صحيين مهرة = (عدد الولادات التي يشرف عليها موظفون صحيون مهرة) / (العدد الإجمالي للولادات الحية) × 100.

D.4. التحقق

كجزء من عملية مواعة البيانات، أجرت اليونيسيف مشاورات وطنية سنوية. ويجري استعراض المدخلات الوطنية وتقييمها بالاشتراك مع منظمة الصحة العالمية. وخلال هذه العملية، يجري الاتصال بمراكز التنسيق الوطنية التابعة لمجموعة التنمية المستدامة من أجل تحديث القيم الواردة في قاعدة البيانات والتحقق منها والحصول على مصادر جديدة للبيانات. ويتم التحقق من الفئات الوطنية من العاملين الصحيين المهرة، وقد تشمل التقديرات المتعلقة ببعض البلدان فئات إضافية من الموظفين المدربين بما يتجاوز الأطباء والممرضين والقابلات. تتشكّل هذه العملية وسيلة للتحقق من القيم المبلغ عنها.

وعلاوة على ذلك، وفيما يتعلّق بالبيانات التي يتم الحصول عليها من المسوح، فإن صكّة هذه البيانات تتوقف على التحديد الصحيح من جانب النساء لوثائق تفويض الشخص الذي يحضر عملية الإنجاب، وهو ما قد لا يكون واضحاً في بعض البلدان.

E.4. التعديلات

وفي الحالات التي لا يكون فيها الإبلاغ عن الفئات الماهرة متسقا أو الألقاب الوظيفية مع السنوات السابقة أو مع الفئات التي تعتبر من ذوي المهارات على المستوى الوطني، يمكن تعديل القيم المبلغ عنها. وعندما يتم ذلك، يجري التشاور مع البلدان بشأن هذه العملية.

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

- على مستوى البلد
ما من معالجة لأي قيم مفقودة على مستوى البلد. وإذا فقدت القيمة لسنة معينة، يغيب أي تقرير عن هذه القيمة.
- على المستويين الإقليمي والعالمي
لحساب المجاميع الإقليمية والعالمية، يتم استخدام التقديرات النمذجية السنوية على مستوى الدولة.

G.4. المجاميع الإقليمية

تُحتسب التقديرات الإقليمية والعالمية بواسطة المتوسط المُرجَّح. ويُستخدم العدد السنوي للولادات الحية الذي تُؤمَّنه التوقعات السكانية في العالم التابعة لشعبة السكان⁴ كمؤشر مُرجَّح. وتُحتسب القيم الإقليمية للسنة المرجعية باستخدام تقديرات السلاسل الزمنية السنوية النمذجية على مستوى الدولة. يتم حساب السلاسل الزمنية باستخدام نموذج السلسلة الزمنية الانحدار الذاتي (I) مع التقاطعات والمنحدرات الخاصة بالمنطقة والدولة.

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

ويختلف تعريف الموظفين الصحيين المهرة بين البلدان. وتُحسب نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف أخصائيين صحيين مهرة كعدد الولادات التي تتم تحت إشراف موظفين صحيين مهرة (أطباء أو ممرضات أو قابلات) معبراً عنها كنسبة من عدد المواليد الأحياء في الفترة نفسها.

وفي مسوح للأسر المعيشية، مثل المسوح الديمغرافية والصحية (DHS)، المسوح العنقودية متعددة المؤشرات (MICS)، مسوح الصحة الإنجابية (RHS)، يُسأل المجيب عن آخر الولادات ومن ساعد أثناء عملية الولادة لمدة تصل إلى خمس سنوات قبل المقابلة. ومن أجل تحقيق الاتساق في تقديم التقارير، تُشجع فرق إعادة تكييف تعديل المسح في البلد على استعراض فئات مقدمي الرعاية الصحية أو الألقاب الوظيفية المبلغ عنها في المسوح السابقة وضمان قابلية المقارنة.

ويمكن استخدام سجلات الخدمة/المرافق في الحالات التي تحدث فيها نسب عالية من الولادات في المرافق الصحية، والتي يتم تسجيلها.

I.4. إدارة الجودة

يتم رفع البيانات إلى اليونيسيف بشكل سنوي خلال المشاورات الوطنية. كما تتم مراجعة القيم وتقييمها للتأكد من أن المؤشر المُبلغ عنه يتماشى مع التعريف والطريقة المتعارف عليهما.

J.4. ضمان الجودة

في إطار عملية مواءمة البيانات، تقوم اليونيسيف بعملية تشاور وطنية سنوية. ويجري استعراض المدخلات الوطنية وتقييمها بالاشتراك مع منظمة الصحة العالمية. وخلال هذه العملية، يجري الاتصال بمراكز التنسيق الوطنية التابعة لمجموعة التنمية المستدامة من أجل تحديث القيم الواردة في قواعد البيانات والتحقق منها والحصول على مصادر جديدة للبيانات. ويتم التحقق من الفئات الوطنية من العاملين الصحيين المهرة، وقد تشمل البيانات المبلغ عنها لبعض البلدان فئات إضافية من الموظفين المدربين إلى ما بعد الأطباء والممرضين والقابلات.

K.4. تقييم الجودة

يتم التحقق من البيانات المدرجة في قاعدة البيانات من خلال عملية التشاور الوطني السنوية وعملية تنسيق البيانات التي تقوم بها الوكالتان الوصيتان: منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) ومنظمة الصحة العالمية. ويجري أيضاً تقييم جميع القيم من أجل الاتساق من حيث التعريف الموحد والتمثيل ومصدر المعلومات والجودة.

L.5. توافر البيانات والتفصيل

⁴ شعبة السكان بالأمم المتحدة، التوقعات السكانية في العالم 2022.

توافر البيانات:

إنّ البيانات متوفّرة لـ 192 دولة. يعتمد التفاوت بين السنة المرجعية والإنتاج الفعلي لسلسلة البيانات على توفّر المسوح الأسرية لكلّ بلد.

التسلسل الزمني:

2000-2024

التفصيل:

عندما يتمّ الحصول على البيانات من المسوح الأسرية، التفصيل متاح لمختلف الخصائص الاجتماعية والاقتصادية بما في ذلك عمر الأم، والإقامة (الحضرية/الريفية) والثروة الأسرية ومستوى تعليم الأم وسنّ الأمومة والمناطق الجغرافية. أما إذا تمّ الإبلاغ عن البيانات من المصادر الإدارية، يُصبح التفصيل أكثر محدودية ليشمل الإقامة فقط.

6. المقارنة/الانحراف عن المعايير الدولية

مصادر التباين:

قد تظهر بعض الاختلافات إذا جُمعت الأرقام القومية على مستوى المرفق الصحي، إذ أنّها تختلف عن الأرقام العالمية التي تركز عادةً على بيانات المسوح التي يتمّ 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 التعريف (يتضمّن المجموع مقدم الرعاية الصحية الذي لا يتمتّع بالكفاءة المطلوبة كالإخصائيين الصحيين في المجتمعات المحلية مثلاً). تُجمع في هذه الحالة نسبة مواليد الأطفال التي يُقدّمها الطبيب أو الممرضة أو القابلة وتقدم بمشاوره البلد وإدخالها إلى قاعدة البيانات العالمية كتقدير الأهداف التنموية المستدامة. أمّا في بعض البلدان التي لا يتواجد فيها مؤشر المشرفون الصحيون ذوو الكفاءة عند الولادة، يتمّ اللجوء إلى الولادة في مرفق صحي كمؤشر بديل (الولادات في المؤسسات). وهذا ما نراه يتكرّر في بلدان منطقة أميركا اللاتينية و في مناطق أوروبا وآسيا الوسطى حيث أنّ معدّل الولادات في المؤسسات مرتفع جدّاً. ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أنّ الولادات في المؤسسات قد تُقلّل في تقديرها للنسبة المئوية للولادات بحضور مشرفين يتمتّعون بالمهارات. والمهنيين الصحيين، ولا سيما في الحالات التي كانت الولادات المنزلية - بمساعدة المهنيين الصحيين المهرة - هي السائدة.

7. المراجع والوثائق

المراجع:

i Definition of skilled health personnel providing care during childbirth 2018 joint statement by WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO and IPA.

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/statementcompetent-mnh-professionals/en/>.

ii Joint UNICEF/WHO database of skilled health personnel, based on population-based national household survey data and routine health systems.

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

iii United Nations Population Division, World Population Prospects.

<https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>.