

3



الدليل الموجز لمؤشرات أهداف التنمية المستدامة

الهدف الثالث الصحة الجيدة والرفاه

3



تم إعداد هذا الاصدار استناداً الى دليل الإصدارات الإحصائية المعتمد من قبل المركز الإحصائي لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية

نسخة الكترونية من الاصدار متاحة على الموقع الإلكتروني للمركز
©جمادي الآخر 1445هـ، ديسمبر 2023م
جميع الحقوق محفوظة

في حالة الاقتباس يرجى الإشارة إلى هذا الاصدار كما يلي:

المركز الإحصائي لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية GCC-STAT ، 2023م،
الدليل الموجز **لمؤشرات أهداف التنمية المستدامة -2023م**، مسقط – سلطنة
عمان.

جميع المراسلات توجه إلى :
المركز الإحصائي لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية
ص.ب. 840، مسقط – سلطنة عمان
هاتف: + 968 24346499
فاكس: + 968 24343228
البريد الإلكتروني : info@gccstat.org
الصفحة الإلكترونية: www.gccstat.org

3

مقدمة

يسر المركز الإحصائي لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية أن يصدر العدد الثاني من " **الدليل الموجز لمؤشرات أهداف التنمية المستدامة** "

ويهدف هذا الدليل إلى تقديم الدعم الفني للعاملين في مجال مؤشرات التنمية المستدامة والمعنيين برصد التقدم المحرز في الأهداف والغايات وغيرهم من المهتمين من خلال التعرف على البيانات الوصفية للمؤشرات بما فيها المنهجيات المعتمدة في احتساب مؤشرات أهداف التنمية المستدامة. كما يهدف أيضا إلى خلق فهم مشترك وموحد حول هذه المؤشرات وأهميتها و الجهات المصدرية المزودة للبيانات إضافة للأدوات المستخدمة في جمع هذه البيانات، ويستعرض هذا العدد من الدليل مؤشرات الهدف الثالث : الصحة الجيدة والرفاه على أن يتولى إصدار الأعداد للأهداف الأخرى تباعا.

اعتمدت منهجية اعداد الدليل على البيانات الوصفية لمؤشرات أهداف التنمية المستدامة التي وضعها فريق الخبراء الدوليين المشترك بين وكالات منظمة الأمم المتحدة. ويمثل الدليل مرجعا فنيا مختصرا لأهم البيانات الوصفية الأساسية التي يُحتاج إليها في احتساب وتوظيف هذه المؤشرات دون الرجوع إلى البيانات التفصيلية والمعقدة، وقد تمت إضافة الرابط الإلكتروني لكل مؤشر على حدة عند الحاجة لمزيد من التفاصيل حول البيانات الوصفية للمؤشر.

واستفادة من جهود المنظمات الدولية العاملة في هذا المجال وبناءً على ما هو متوفر في المنطقة العربية فقد استفاد المركز من الترجمة العربية للدليل الإلكتروني لإطار أهداف التنمية المستدامة والبيانات الوصفية الذي اصدرته شعبة الإحصاء في اللجنة الاجتماعية والاقتصادية لغربي آسيا (الاسكوا). ختاماً يؤكد المركز الإحصائي لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية رغبتة في تقديم ما يعزز المعرفة بمؤشرات أهداف التنمية المستدامة و يحسّن من وتيرة توفير البيانات ذات الجودة والقابلة للمقارنة والتي تساهم في رصد التقدم المحرز في هذا الملف الحيوي والهام للتنمية الوطنية والإقليمية في كافة جوانبها.



الهدف 3 :

ضمان تمتّع الجميع
بأنماط عيش صحية
وبالرفاهية في جميع
الأعمار



الغاية 3-1

خفض النسبة العالمية
للوفيات النفاسية الى أقلّ من
70 حالة وفاة لكلّ 100,000
مولود حي بحلول عام 2030م





تفاصيل اضافية

المؤشر 3-1-1

تخفيض وفيات الأمهات



الغاية 3-1

يتم تعريف نسبة وفيات الأمهات على أنها عدد وفيات الأمهات خلال فترة زمنية معينة لكل 100000 ولادة حية خلال نفس الفترة الزمنية. وهو يعبر عن خطر وفاة الأمهات نسبة إلى عدد الولادات الحية و بشكل أساسي خطر الوفاة في حمل واحد (يعادله ولادة حية واحدة).
التعاريف المرتبطة بالوفيات النفاسية في التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض (ICD):

- الوفاة النفاسية: وفاة امرأة أثناء حملها أو خلال 42 يوماً من انتهاء الحمل، بغض النظر عن مدة الحمل ووضعه، جزاءً علّة 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 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.

تعريف المؤشر

عدد وفيات الامهات ، اعدد المواليد الاحياء

المتغيرات

تقسيم الوفيات النفاسية المسجلة (أو المقدّرة) على مجموع الولادات الحية المسجلة (أو المقدّرة) في الفترة الزمنية نفسها وضرها بمائة ألف. ويتطلّب القياس معلومات حول حالة الحمل، وتوقيت الوفاة (أثناء الحمل، عند الولادة أو خلال ٤٢ يوماً من انتهاء الحمل)، وسبب الوفاة.

طريقة الاحتساب



تفاصيل اضافية

المؤشر 1-1-3 (تابع)

تخفيض وفيات الأمهات



الغاية 1-3

| | |
|---|--------------------------|
| المستوى الوطني ، الأقاليم الوطنية | مستوى التفصيل الموصى به |
| وزارات الصحة، أجهزة الإحصاءات الوطنية ، الأحوال المدنية | مصادر البيانات |
| سجلات المواليد والوفيات، المسوح الصحية الأسرية | أداة جمع البيانات |
| يساهم حساب المؤشر في الحد من وفيات الأمهات التي يمكن الوقاية منها من خلال التقصي حول أوجه عدم المساواة في إتاحة خدمات الرعاية الصحية الإنجابية وخدمات الرعاية الصحية للأمهات والمواليد وفي جودة هذه الخدمات؛ وضمان التغطية الصحية للجميع بشأن الخدمات الشاملة للرعاية الصحية الإنجابية ورعاية صحة الأم والوليد؛ و معالجة جميع أسباب الوفيات النفاسية، وحالات المراضة الإنجابية ومراضة الأمهات | أهمية المؤشر |
| 2-1-3 | المؤشرات ذات العلاقة |
| منظمة الصحة العالمية | المنظمة الدولية المسؤولة |

المؤشر 3-1-2

نسبة الولادات التي يشرف عليها
أخصائيو صحتيون ماهرون



تفاصيل إضافية



الغاية 3-1

إنّ النسبة المئوية للولادات التي يشرف عليها أخصائيو صحتيون ماهرون (أي الأطباء أو الممرضات أو القابلات عموماً) هي النسبة المئوية للولادات التي يشرف عليها أخصائيو صحتيون مدربون في مجال الرعاية التوليدية التي تُنقذ الحياة والتي تتضمن 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.

تعريف المؤشر

عدد الولادات التي تتم تحت إشراف طبي، إجمالي أعداد الولادات

المتغيرات

تُمثّل النسبة المئوية لعدد النساء اللواتي تتراوح أعمارهنّ بين 15 و49 والتي أشرف على ولادتهنّ أخصائيو صحتيون ماهرون (أي الأطباء أو الممرضات أو القابلات) وأدّت الى ولادات حيّة، من مجموع النساء بين 15 و 49 من العمر مع مولود حي في الفترة الزمنية نفسها

طريقة الاحتساب

المستوى الوطني ، الأقاليم الوطنية

مستوى التفصيل
الموصى به

وزارات الصحة، أجهزة الإحصاءات الوطنية ، الأحوال المدنية

مصادر البيانات

سجلات المواليد والوفيات، المسوح الصحية الأسريّة

أداة جمع البيانات



تفاصيل اضافية

المؤشر 2-1-3 (تابع)

نسبة الولادات التي يشرف عليها
أخصائيون صحيون ماهرون



الغاية 1-3

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

أهمية المؤشر

1-1-3، 1-2-3، 2-2-3

المؤشرات ذات العلاقة

منظمة الصحة العالمية، منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)

المنظمة الدولية
المسؤولة



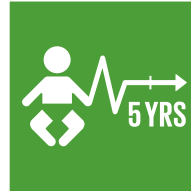
الهدف 3 :

ضمان تمتّع الجميع
بأنماط عيش صحية
وبالرفاهية في جميع
الأعمار



الغاية 3-2

وضع نهاية لوفيات المواليد
والأطفال دون سن الخامسة
التي يمكن تفاديها بحلول
عام 2030





تفاصيل اضافية

المؤشر 3-2-1

معدل وفيات الأطفال دون
سن الخامسة



الغاية 2-3

إنّ معدّل وفيات الأطفال دون سن الخامسة هي احتمال وفاة طفل، من بين كل 1,000 مولود حي، وُلد في سنة أو فترة زمنية معيّنة قبل بلوغه سن الخامسة، إذا ما أتى في سياق قياس لمعدل الوفيات الخاص بالسّن والمحدّد خلال هذه الفترة.

تعريف المؤشر

عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة، المواليد الاحياء

المتغيرات

يتم احتساب المؤشر من عدة مصادر:

السجل المدني: عدد وفيات الأطفال ما دون الخامسة ويتمّ استخدام السكان الذين ينتمون الى الفئة العمرية نفسها لحساب معدلات الوفيات التي تحوّل بعدئذٍ الى 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 أنجبهم والعدد الذي ما زال على قيد الحياة. ويُستعمل بعدئذٍ نموذج براس وجداول الحياة النموذجية للحصول على تقدير معدلات وفيات الأطفال ما دون الخامسة والرضع. وتتضمّن التعدادات غالباً أسئلة حول الوفيات الأسرية خلال الأشهر الاثني عشر الماضية والتي تُستعمل لاحتماب تقديرات الوفيات.

طريقة الاحتساب

المسوح: يتمّ استخدام طريقة مباشرة مبنية على تاريخ الولادة وتعتمد على مجموعة من الأسئلة المفصّلة 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.

المستوى الوطني، الأقاليم الوطنية، الأطفال الموتي دون السنة الأولى (الرضع)، الأطفال الموتي بين سن 1-5 سنة، الجنس

مستوى التفصيل
الموصى به



تفاصيل اضافية

المؤشر 1-2-3 (تابع)

معدل وفيات الأطفال دون
سن الخامسة



الغاية 2-3

| | |
|--|--------------------------|
| وزارات الصحة، أجهزة الإحصاءات الوطنية، الأحوال المدنية | مصادر البيانات |
| سجلات المواليد والوفيات، المسوح الصحية الأُسريّة، السجلات الطبية | أداة جمع البيانات |
| يُعتبر معدّل الوفيات عند الأطفال مؤشّر الإنتاج الأساس لصحة الأطفال ورفاههم، وللنمو الاقتصادي والاجتماعي بشكل عام. إنّه مؤشر دقيق للصحة العامّة لأنّه يعكس مدى تمكّن الأطفال والمجتمعات من الاستفادة من التدخلات الصحية الأساسية كالتلقيح والعلاج الطبي للأمراض المعدية والتغذية الكافية. | أهمية المؤشر |
| 1-2-3 | المؤشرات ذات العلاقة |
| منظمة الصحة العالمية، منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) | المنظمة الدولية المسؤولة |

المؤشر 2-2-3

معدل وفيات حديثي الولادة



تفاصيل اضافية



الغاية 2-3

إن معدّل 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 إلى :

الوفيات المبكرة لحديثي الولادة التي تحصل خلال الأيام السبعة الأولى بعد الولادة

الوفيات المتأخّرة لحديثي الولادة التي تحصل بعد مرور اليوم السابع على الولادة وقبل إتمام اليوم الثامن والعشرين من الولادة.

عدد وفيات المواليد حديثي الولادة دون 28 يوماً، المواليد الاحياء

يتم احتساب المؤشر من عدة مصادر :

السجل المدني: عدد الأطفال الذين فارقوا الحياة خلال 28 يوماً من تاريخ الولادة وعدد الولادات الذي يُستخدم لحساب معدلات وفيات حديثي الولادة.

التعدادات والمسوح: يضمّ تعداد السكان أسئلة حول الوفيات الأسرية خلال الأشهر 12 الماضية، ويمكن استخدامه لحساب تقديرات الوفيات.

المسوح: يتمّ استخدام طريقة مباشرة مبنية على تاريخ الولادة وتعتمد على مجموعة من الأسئلة المفصّلة 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.

المستوى الوطني ، الأقاليم الوطنية ، وفيات حديثي الولادة خلال السبعة أيام الأولى، وفيات حديثي الولادة بعد اليوم السابع على الولادة وقبل إتمام اليوم الثامن والعشرين بعد الولادة والمواليد (الرضع)، الجنس

تعريف المؤشر

المتغيرات

طريقة الاحتساب

مستوى التفصيل
الموصى به



تفاصيل اضافية

المؤشر 2-3-2 (تابع)

معدل وفيات حديثي الولادة



الغاية 2-3

| | |
|--|--------------------------|
| وزارات الصحة، أجهزة الإحصاءات الوطنية، الأحوال المدنية | مصادر البيانات |
| سجلات المواليد والوفيات، المسوح الصحية الأسريّة، السجلات الطبية | أداة جمع البيانات |
| يُعد هذا المؤشر رئيساً لصحة الأطفال ورفاههم، وللنمو الاقتصادي والاجتماعي بشكل عام. وهو مؤشّر دقيق للصحة العامّة لأنّه يعكس مدى تمكّن الأطفال والمجتمعات من الاستفادة من التدخلات الصحية الأساسية لاسيما خلال فترة الحمل واثناء الولادة وبعدها مباشرة كالولادة تحت اشراف طبي والاهتمام بالتدخلات الأخرى مثل التطعيم والعلاج الطبي للأمراض المعدية والتغذية الكافية. | أهمية المؤشر |
| 1-2-3 | المؤشرات ذات العلاقة |
| منظمة الصحة العالمية، منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) | المنظمة الدولية المسؤولة |



الهدف 3 :

ضمان تمتّع الجميع بأنماط
عيش صحية وبالرفاهية في
جميع الأعمار



الغاية 3 - 3

وضع نهاية لأوبئة الإيدز
والسل والملاريا والأمراض
المدارية المهملة ومكافحة
الالتهاب الكبدي الوبائي
والأمراض المنقولة بالمياه
والأمراض المعدية الأخرى
بحلول عام 2030





تفاصيل اضافية

المؤشر 3-3-1

عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1000 شخص غير مصاب من السكان حسب الجنس والعمر والفئات الرئيسية من السكان



الغاية 3-3

| | |
|--|--------------------------------|
| <p>عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1000 من السكان غير المصابين، كما يتم تعريفها على أنها عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1000 شخص بين السكان غير المصابين.</p> | <p>تعريف المؤشر</p> |
| <p>عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية ، عدد السكان غير المصابين</p> | <p>المتغيرات</p> |
| <p>ستكون البيانات الطولية عن الأفراد المصابين حديثًا بفيروس نقص المناعة البشرية هي المصدر الأكثر دقة للبيانات لقياس معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، ولكن نادرًا ما تكون هذه البيانات متاحة لمجموعات سكانية ممثلة. عليه يمكن أيضًا استخدام اختبارات تشخيصية خاصة في المسوحات أو من المرافق الصحية للحصول على بيانات حول الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، ولكنها تتطلب عينات كبيرة جدًا لتقدير حدوث فيروس نقص المناعة البشرية بدقة، كما أن الأخيرة نادرًا ما تكون ممثلة.</p> | <p>طريقة الاحتماب</p> |
| <p>المستوى الوطني ، الأقاليم الوطنية ، حسب الجنس والعمر والمجموعات السكانية الرئيسية</p> | <p>مستوى التفصيل الموصى به</p> |
| <p>وزارة الصحة والسجلات الوطنية الخاصة بالإبلاغ عن الأمراض المعدية وغيرها من بيانات التقصي الوبائي .</p> | <p>مصادر البيانات</p> |



تفاصيل اضافية

المؤشر 1-3-3 (تابع)

عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1000 شخص غير مصاب من السكان حسب الجنس والعمر والفئات الرئيسية من السكان



الغاية 3-3

| | |
|--|--------------------------|
| سجلات المواليد والوفيات، المسوح الصحية الأسرية، السجلات الطبية | أداة جمع البيانات |
| يوفر معدل الإصابة مقياسًا للتقدم نحو منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية. وعلى الرغم من أن المؤشرات الأخرى لها أهمية كبيرة أيضًا بالنسبة لوباء فيروس نقص المناعة البشرية، فإن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية تعكس النجاح في برامج الوقاية، وإلى حد ما، برامج العلاج الناجحة، حيث أن تلك البرامج ستؤدي أيضًا إلى انخفاض معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. | أهمية المؤشر |
| 2-3-3، 3-3-3، 4-3-3، 5-3-3 | المؤشرات ذات العلاقة |
| منظمة الصحة العالمية، برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب/الإيدز (UNAIDS) | المنظمة الدولية المسؤولة |



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-3-2

معدّل انتشار داء السل
لكل 100,000 شخص



الغاية 3-3

العدد المقدّر 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 محدّدة، ويُشار إليهما كمعدل لكل 100,000 شخص.

عدد الإصابات الجديدة بحالات السل، الحالات التي يُعاني فيها المصابون من انتكاس، عدد السكان

يتم إعداد تقديرات معدل الإصابة بالسل من خلال عملية تشاورية وتحليلية تقودها منظمة الصحة العالمية، ويتم نشرها سنويًا. وتستند هذه التقديرات إخطارات الإبلاغ السنوية عن الحالات، وتقييمات جودة وتغطية بيانات الإبلاغ عن إخطارات مرض السل، والمسوحات الوطنية لانتشار مرض السل، وعلى المعلومات المستمدة من أنظمة تسجيل الوفيات (الحيوية). يتم استخلاص تقديرات معدل الإصابة لكل بلد باستخدام واحد أو أكثر من الأساليب التالية، اعتمادًا على البيانات المتاحة: 1. معدل الإصابة = إخطارات الحالة / النسبة المقدرة للحالات المكتشفة 2. معدل الإصابة = انتشار / مدة الحالة 3. معدل الإصابة = الوفيات / نسبة حالات الوفاة التي تموت تم توفير حدود عدم اليقين بالإضافة إلى أفضل التقديرات

المستوى الوطني، الأقاليم الوطنية، حسب الجنس والعمر والمجموعات السكانية الرئيسية

وزارة الصحة والسجلات الوطنية الخاصة بالإبلاغ عن الأمراض المعدية وغيرها من بيانات التقصي الوبائي.

تعريف المؤشر

المتغيرات

طريقة الحساب

مستوى التفصيل
الموصى به

مصادر البيانات



تفاصيل اضافية

المؤشر 2-3-3 (تابع)

معدّل انتشار داء السلّ
لكل 100,000 شخص



الغاية 3-3

وزارة الصحة والسجلات الوطنية الخاصة بالإبلاغ عن الأمراض المعدية وغيرها من بيانات التقصي الوبائي . سجلات البرنامج الوطني لمكافحة السل . المسوح الصحية الأسرية، السجلات الطبية

أداة جمع البيانات

أقرت جمعية الصحة العالمية في مايو/أيار 2014 استراتيجية عالمية لمكافحة السل لما بعد عام 2015. وهي تغطي الفترة من 2016 إلى 2035، المعروفة باسم استراتيجية القضاء على السل. الهدف العام هو "القضاء على وباء السل العالمي"، ومن ثم تم وضع أهداف طموحة مقابلة لخفض الوفيات وحالات السل بحلول عام 2030 (انخفاض بنسبة 80% في معدل الإصابة مقارنة بمستوى عام 2015) و2035 (انخفاض بنسبة 90% في معدل الإصابة معدل) في سياق أهداف التنمية المستدامة. وقد تم اختيار معدل الإصابة بالسل كمؤشر لقياس الانخفاض في عدد حالات عبء المرض. على الرغم من أن هذا المؤشر تم تقديره بقدر كبير من عدم اليقين في معظم البلدان في عام 2014، فإن إخطار السلطات الوطنية بالحالات يوفر بديلاً جيداً إذا كان هناك نقص محدود في الإبلاغ عن الحالات المكتشفة ومحدودية في تشخيص الحالات أو الإفراط في تشخيصها.

أهمية المؤشر

1-3-3، 3-3-3، 4-3-3، 5-3-3

المؤشرات ذات
العلاقة

منظمة الصحة العالمية

المنظمة الدولية
المسؤولة



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-3-3

عدد حالات الإصابة بالمalaria لكل
1,000 شخص



الغاية 3-3

يتم تعريف حالة المalaria على أنها إصابة شخص ما بعدوى المalaria مع تأكيد وجود طفيليات المalaria في دمه من خلال إجراء اختبار تشخيصي. والسكان المستهدفون هم السكان المعرضون لخطر الإصابة بالمرض. و يتم تعريف معدل الإصابة بالمalaria على أنها عدد حالات المalaria الجديدة لكل 1000 شخص معرضين للخطر كل عام.

تعريف المؤشر

عدد الإصابات الجديدة بحالات المalaria، عدد السكان

المتغيرات

الإصابة بالمalaria هي عدد الحالات الجديدة لكل 1,000 شخص في السنة. ويتم تقدير النسبة المعرضة لخطر الإصابة من قبل البرنامج الوطني لمكافحة المalaria في البلد الذي يقدر النسبة الأكثر تعرضاً (H) والأقل تعرضاً لخطر الإصابة (L) ويتم تقدير السكان المعرضين للإصابة .

عدد الحالات الجديدة، M، يتم تقديرها من خلال عدد حالات المalaria التي أبلغت عنها وزارة الصحة والتي تم تعديلها لتأخذ في الاعتبار (أ) اكتمال نظم الإبلاغ.

طريقة الاحتساب

(ب) المرضى الذين يبحثون عن العلاج في القطاع الخاص، أو العلاج الذاتي أو لا تسعى للحصول على العلاج على الإطلاق.
(ج) احتمال المغالاة في التشخيص بسبب عدم تأكيد المختبر للحالات.

المستوى الوطني، الأقاليم الوطنية، حسب الجنس والعمر والمجموعات السكانية الرئيسية.

مستوى التفصيل
الموصى به

وزارة الصحة، البرنامج الوطني لمكافحة المalaria، المسوح الصحية الأسرية

مصادر البيانات



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-3-3 (تابع)

عدد حالات الإصابة بالمalaria لكل
1,000 شخص



الغاية 3-3

وزارة الصحة والسجلات الوطنية الخاصة بالابلاغ عن الامراض المعدية وغيرها من بيانات التقصي الوبائي . سجلات البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا. المسوح الصحية الأسرية، السجلات الطبية

أداة جمع البيانات

لقياس اتجاهات الإصابة بالملاريا وتحديد المواقع التي يكون فيها خطر الإصابة بالأمراض أعلى. باستخدام هذه المعلومات، يمكن أن تستجيب البرامج للاتجاهات غير العادية، مثل الأوبئة، وتوجيه الموارد إلى السكان الأكثر احتياجًا. كما تعمل هذه البيانات على توفير المعلومات اللازمة من أجل تخصيص وحشد الموارد العالمية للملاريا، مثلاً عند تحديد معايير الأهلية لتمويل الصندوق العالمي.

أهمية المؤشر

1-3-3، 2-3-3، 4-3-3، 5-3-3

المؤشرات ذات
العلاقة

منظمة الصحة العالمية

المنظمة الدولية
المسؤولة



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-3-4

عدد الإصابات بأمراض
التهاب الكبد الوبائي باء
لكل 100,000 من السكان



الغاية 3-3

| | |
|--|--------------------------------|
| <p>التهاب الكبد الوبائي - باء هو مرض الكبد المعدي الناجم عن فيروس التهاب الكبد B من النوع B. ومن المرجح أن ينتقل الفيروس من الأم إلى الطفل وعن طريق الاتصال بالدم أو سوائل الجسم الأخرى. عدد الحالات التي تم تشخيصها لأول مرة هو عدد الحالات المسجلة حديثاً في سنة معينة. يتم استخدام متوسط عدد السكان السنوي للسكان لحساب معدل الإصابة النسبي بالتهاب الكبد B.</p> | <p>تعريف المؤشر</p> |
| <p>عدد الإصابات الجديدة بحالات الالتهاب الكبد الوبائي باء- HBsAg، عدد السكان</p> | <p>المتغيرات</p> |
| <p>يُقاس هذا المؤشر بشكل غير مباشر من خلال حساب نسبة الأطفال في سن الخامسة المصابين بعدوى فيروس التهاب الكبد الوبائي باء المزمن، أي نسبة الحالات الإيجابية وفقاً لمؤشر العدوى الذي يُعرَّف بثبوت وجود المستضد السطحي لالتهاب الكبد البائي أو المستضد HBsAg. كما يتم احتسابه أيضاً بالطرق المباشرة أنه نسبة حالات التهاب الكبد الوبائي (ب) التي تم تشخيصها خلال العام إلى المتوسط السنوي للسكان مضمرة في 100000. يتم حساب معدل الإصابة بالتهاب الكبد الوبائي - باء (HI) بالمعادلة:</p> $HI = N * 100000 / P1$ <p>حيث - N عدد الحالات المشخصة حديثاً والمسجلة في سنة معينة؛ - P1 متوسط عدد السكان السنوي</p> | <p>طريقة الاحتساب</p> |
| <p>المستوى الوطني، الأقاليم الوطنية، حسب الجنس والعمر والمجموعات السكانية الرئيسية.</p> | <p>مستوى التفصيل الموصى به</p> |
| <p>وزارة الصحة، سجلات الامراض المعدية والتقصي الوبائي، المسوح الصحية الأسرية</p> | <p>مصادر البيانات</p> |



المؤشر 4-3-3 (تابع)

عدد الإصابات بأمراض
التهاب الكبد الوبائي ب
لكل 100,000 من السكان



الغاية 2-3

وزارة الصحة والسجلات الوطنية الخاصة بالابلاغ عن الامراض المعدية وغيرها من بيانات التقصي الوبائي. المسوح الصحية الأسرية، السجلات الطبية

ويتيح تحليل حالات الإصابة بالتهاب الكبد B الوبائي باء بتقييم الوضع الوبائي في البلد ككل وحسب المنطقة، فضلا عن مدى فعالية العلاج والتدابير الوقائية المتخذة لمكافحة الوباء. ويستخدم هذا المؤشر أيضًا لتقييم الصحة العامة والرفاهية الاجتماعية وجودة العلاج والتدابير الوقائية. يمكن الوقاية من التهاب الكبد B باستخدام لقاحات آمنة وبأسعار معقولة وفعالة.

1-3-3، 2-3-3، 3-3-3، 5-3-3

منظمة الصحة العالمية

أداة جمع البيانات

أهمية المؤشر

المؤشرات ذات العلاقة

المنظمة الدولية المسؤولة



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-3-5

عدد الأشخاص الذين
يستلزمون تدخّلات لمكافحة
الأمراض المدارية المهملة



الغاية 3-3

الأمراض المدارية المهملة هي مجموعة متنوعة من 20 حالة مرضية تنتشر بشكل أساسي في المناطق المدارية، وتنتج هذه الأمراض عن مجموعة متنوعة من العوامل المرضية، بما فيها الفيروسات والجراثيم والطفيليات والفطريات والسموم، كما أنها تخلف عواقب صحية واجتماعية واقتصادية وخيمة لما يزيد على مليار شخص. وتعد وبائيات أمراض المناطق المدارية المهملة معقدة وغالبًا ما ترتبط بالظروف البيئية. وينتقل العديد من هذه الأمراض عن طريق النواقل، وترتبط بدورات حياة معقدة. وتشمل الأمراض المدارية المهملة ما يلي: قرحة بورولي، ومرض شاغاس، وحمى الضنك، وداء الشيكونغونيا، وداء الحبيبات، وداء المُشوكات، وحالات عدوى المثقوبات المنقولة بالأغذية، وداء المثقبات الأفريقي البشري، وداء الليشمانيات، ومرض الجذام، وداء الفيلاريات اللمفي، والورم الفطري، والفُطار الاصطبائي وغيره من حالات العدوى الفطرية العميقة، وداء كلابية الذنب، وداء الكلب، والجرب وغيره من الأمراض الطفيلية البرّانية، وداء البلهارسيات، والأدواء الديدانية المنقولة بالتربة، والتسمّم الناجم عن لدغ الثعابين، وداء الشريطيات/ داء الكيسات المُدَنَّبَة، والتراخوما، ومرض التوت.

تعريف المؤشر

عدد الإصابات الجديدة بالأمراض المدارية المهملة ، عدد السكان

المتغيرات

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

طريقة الاحتساب

المستوى الوطني ، الأقاليم الوطنية ، حسب قائمة الامراض المدارية المهملة حسب الجنس والعمر والمجموعات السكانية الرئيسية.

مستوى التفصيل
الموصى به

عدد الأشخاص الذين يستلزمون تدخّلات لمكافحة الأمراض المدارية المهملة
وزارة الصحة ، البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا ، المسوح الصحية الأسرية

مصادر البيانات



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-3-5 (تابع)

عدد الأشخاص الذين
يستلزمون تدخلات لمكافحة
الأمراض المدارية المهملة



الغاية 3-3

وزارة الصحة والسجلات الوطنية الخاصة بالابلاغ عن الامراض المعدية وغيرها
من بيانات التقصي الوبائي. المسوح الصحية الأسرية، السجلات الطبية

أداة جمع البيانات

العدد الذي يُتَوَقَّع أن ينخفض الى أن يتمّ "وضع حد لهذه الأمراض" بحلول عام
2030م من خلال القضاء عليها أو استئصالها أو ضبطها. أمّا عدد الأشخاص
الذين يحتاجون الى تدخلات أخرى لمكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة
فيُتَوَقَّع أن يبقى كما هو عليه الى ما بعد 2030م.

أهمية المؤشر

ويتم تفسير هذا الرقم على أنه عدد الأشخاص المعرضين لمستوى خطر يتطلب
التدخل الطبي - أي العلاج والرعاية لأمراض المناطق المدارية المهملة

تساهم أنشطة مكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة بشكل غير مباشر في
العديد من أهداف التنمية المستدامة الأخرى (الأهداف 1 و2 و4 و5 و8 و10 و
17)، في حين أن إحراز تقدم صوب تحقيق بعض أهداف التنمية المستدامة
(الأهداف 6 و9 و11 و13) أمر بالغ الأهمية للتصدي لأمراض المناطق المدارية
المهملة.

المؤشرات ذات
العلاقة

منظمة الصحة العالمية

المنظمة الدولية
المسؤولة



الهدف 3 :

ضمان تمتّع الجميع بأنماط
عيش صحية وبالرفاهية في
جميع الأعمار



الغاية 3 - 4

تخفيض الوفيات المبكرة
الناجمة عن الأمراض غير
المعدية بمقدار الثلث من خلال
الوقاية والعلاج وتعزيز الصحة
والسلامة العقليتين بحلول
عام 2030





تفاصيل اضافية

المؤشر 3-4-1

معدل الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية، أو السرطان، أو داء السكري أو الأمراض التنفسية المزمنة



الغاية 4-3

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 جرّاء 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 جرّاء أي سبب آخر يُسبّب الوفاة (كالإصابات أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز). ويتمّ احتساب هذا المؤشر من خلال استخدام جدول الحياة .

تعريف المؤشر

عدد الوفيات حسب أسباب الوفيات والعمر والجنس ، عدد السكان حسب العمر والجنس

المتغيرات

يعتمد احتساب هذا المؤشر على أربع خطوات وهي:

1- تقدير جداول الوفيات الخاصّة 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 الأربعة لكلّ فئة تتألف من خمس سنوات بين عمر 30 و70.

4- احتساب احتمال الوفاة بين 30 و70 من العمر جرّاء الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، أو السرطان، أو داء السكري أو الأمراض التنفسية المزمنة.

طريقة الاحتساب

المستوى الوطني ، الأقاليم الوطنية ، حسب الجنس والعمر والمجموعات السكانية الرئيسية و أسباب الوفاة الرئيسية الأربعة

مستوى التفصيل الموصى به

سجل الأحوال المدنية ، جهاز الإحصاءات الوطنية ، وزارة الصحة

مصادر البيانات



تفاصيل اضافية

المؤشر 1-4-3 (تابع)

معدل الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية، أو السرطان، أو داء السكري أو الأمراض التنفسية المزمنة



الغاية 4-3

| | |
|--|--------------------------|
| سجلات المواليد والوفيات، المسوح الصحية الأسرية، السجلات الطبية، إحصاءات السكان حسب العمر والجنس والجنسية | أداة جمع البيانات |
| يتزايد عبء المرض الناجم عن الأمراض غير المعدية بشكل سريع بين البالغين في البلدان النامية بسبب الشيخوخة. وتُعتبر أمراض القلب والأوعية الدموية، أو السرطان، أو داء السكري أو الأمراض التنفسية المزمنة الأسباب الأساسية الأربعة لعبء الأمراض غير المعدية. إنّ قياس خطر الوفاة جزاء هذه الأسباب الأساسية مهمّ لتقييم امتداد عبء الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية بين السكان. | أهمية المؤشر |
| الغاية 3-3 | المؤشرات ذات العلاقة |
| منظمة الصحة العالمية، | المنظمة الدولية المسؤولة |



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-4-2

معدل وفيات الانتحار



الغاية 4-3

| | |
|---|-------------------------|
| عدد الوفيات الناجمة عن الانتحار خلال سنة واحدة، مقسوماً على عدد السكان ومضروباً ب 100000 | تعريف المؤشر |
| عدد الوفيات بسبب الانتحار و عدد السكان حسب العمر والجنس | المتغيرات |
| 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 فمثلاً تم استخدام سجل الأحوال المدنية الذي تُقدّمه الدول الأعضاء الى قاعدة بيانات الوفيات الخاصة بمنظمة الصحة العالمية، في البلدان التي تتمتع بنظام تسجيل الأحوال المدنية ذات الجودة العالية ويتضمّن معلومات حول سبب الوفاة. ويُمكن تعديل السجل عند الضرورة، مثل عدم اكتمال وقصور جودة الإبلاغ عن الوفيات. | طريقة الاحتساب |
| المستوى الوطني ، الأقاليم الوطنية ، حسب الجنس والعمر والمجموعات السكانية الرئيسية | مستوى التفصيل الموصى به |
| سجل الأحوال المدنية ، جهاز الإحصاءات الوطنية ، وزارة الصحة | مصادر البيانات |



تفاصيل اضافية

المؤشر 2-4-3 (تابع)

معدل وفيات الانتحار



الغاية 4-3

| | |
|--|--------------------------|
| سجلات المواليد والوفيات، المسوح الصحية الأسرية، السجلات الطبية، إحصاءات السكان حسب العمر والجنس والجنسية | أداة جمع البيانات |
| تحصل الاضطرابات العقلية في كل المناطق وكل الحضارات. أما الأكثر انتشاراً فهي الكآبة والقلق وتُصيب شخصاً من بين 10 أشخاص تقريباً. وقد تؤدي الكآبة في أسوأ حالاتها الى الانتحار. وقُدّرت الوفيات الناجمة عن الانتحار سنة 2012م بأكثر من 800,000 حالة في العالم، ليُعتبر الانتحار السبب الرئيس الثاني للوفيات عند الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 29 سنة، بعد الإصابات الناجمة عن حوادث المرور. | أهمية المؤشر |
| المؤشر 1-5-3، 2-5-3 | المؤشرات ذات العلاقة |
| منظمة الصحة العالمية، | المنظمة الدولية المسؤولة |



الهدف 3 :

ضمان تمتّع الجميع بأنماط
عيش صحية وبالرفاهية في
جميع الأعمار



الغاية 3 - 5

تعزيز الوقاية من إساءة استعمال
المواد، بما يشمل تعاطي
المخدرات وتناول الكحول على
نحو يضر بالصحة، وعلاج ذلك





تفاصيل اضافية

المؤشر 3-5-1

نطاق تغطية التدخلات العلاجية
(الخدمات الدوائية والنفسانية
وخدمات إعادة التأهيل والرعاية
اللاحقة) لمعالجة الاضطرابات الناشئة
عن تعاطي المواد المخدرة



الغاية 3-5

| | |
|---|-------------------------|
| <p>يُعرف هذا المؤشر بأنه عدد الأشخاص الذين تلقوا علاجًا في خلال سنة مقسومًا على العدد الإجمالي للأشخاص الذين يعانون اضطرابات ناشئة عن تعاطي المواد المخدرة في السنة نفسها. يُصنف هذا المؤشر حسب مجموعتين كبيرتين من المؤثرات النفسانية: (1) المخدرات و(2) الكحول وغيرها من المؤثرات النفسانية الأخرى.</p> | تعريف المؤشر |
| <p>عدد الأشخاص الذين يتلقون الخدمات العلاجية ، العدد الإجمالي للأشخاص الذين يعانون اضطرابات ناشئة عن تعاطي المواد المخدرة</p> | المتغيرات |
| <p>يُحسب المؤشر بقسمة عدد الأشخاص الذين يتلقون الخدمات العلاجية مرة واحدة في السنة على الأقل على العدد الإجمالي للأشخاص الذين يعانون اضطرابات ناشئة عن تعاطي المواد المخدرة في السنة نفسها.</p> | طريقة الاحتساب |
| <p>المستوى الوطني ، الأقاليم الوطنية ، حسب الجنس والعمر والمجموعات السكانية الرئيسية ومجموعات المؤثرات النفسانية</p> | مستوى التفصيل الموصى به |
| <p>مؤسسات مراقبة المخدرات / مرصد المخدرات الوطنية ، وزارة الصحة ، الأجهزة الإحصائية الوطنية.</p> | مصادر البيانات |



رابط المؤشر

المؤشر 1-5-3 (تابع)

نطاق تغطية التدخلات العلاجية
(الخدمات الدوائية والنفسانية
وخدمات إعادة التأهيل والرعاية
اللاحقة) لمعالجة الاضطرابات الناشئة
عن تعاطي المواد المخدرة



الغاية 3-5

| | |
|---|--------------------------|
| <p>المسوح الصحية الأسريّة، السجلات الطبية ، إحصاءات السكان حسب العمر والجنس والجنسية</p> | أداة جمع البيانات |
| <p>الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدرة هي أوضاع صحية تشكل عبئاً ثقيلاً على الأشخاص المتضررين وعائلاتهم ومجتمعاتهم. ويترتب على الاضطرابات غير المعالجة تكاليف باهظة على المجتمع، بما في ذلك انخفاض الإنتاجية وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية والتكاليف المتعلقة بالعدالة الجنائية والرعاية الاجتماعية وغيرها من العواقب الاجتماعية الأخرى. وينطوي تعزيز الخدمات العلاجية على توفير الوصول إلى مجموعة شاملة من التدخلات القائمة على الأدلة (المنصوص عليها في المعايير والتوجهات الدولية) ويجب أن تتوفر لكافة فئات السكان التي تحتاج إليها. ويعكس المؤشر إلى أيّ مدى تبقى التدخلات القائمة على الأدلة لمعالجة الاضطرابات الناتجة عن تعاطي المواد المخدرة متوقّرة، وإلى أيّ مدى يمكن للسكان أن يصلوا إليها على المستويات القطرية والإقليمية والعالمية.</p> | أهمية المؤشر |
| <p>الغاية 3-4</p> | المؤشرات ذات العلاقة |
| <p>منظمة الصحة العالمية،</p> | المنظمة الدولية المسؤولة |



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-5-2

تناول الكحول على نحو يضر بالصحة، المحدد وفقاً للسياق الوطني في إطار استهلاك الفرد الواحد للكحول (15 سنة وأكثر) في سنة تقويمية، باللترات من الكحول الصافي



الغاية 3-5

| | |
|--|--------------------------------|
| <p>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 (15 سنة وأكثر) من الكحول الصافي باللترات خلال سنة تقويمية واحدة.</p> | <p>تعريف المؤشر</p> |
| <p>كميات الكحول المستهلكة باللتر (مصنف مسجل وغير مسجل)، عدد السكان حسب العمر والجنس (15 سنة وأكثر)</p> | <p>المتغيرات</p> |
| <p>يُحسب بقسمة مجموع كمية الكحول المسجل التي يستهلكها الفرد (15 سنة وأكثر)، المتوسط خلال ثلاث سنوات تقويمية، باللترات من الكحول الصافي، وكمية الكحول غير المسجل التي يستهلكها الفرد (15 سنة وأكثر)، خلال سنة تقويمية، باللترات من الكحول الصافي. على السكان (15 سنة وأكثر) في منتصف السنة للسنة التقويمية نفسها.</p> | <p>طريقة الاحتساب</p> |
| <p>المستوى الوطني، الأقاليم الوطنية، حسب الجنس والعمر والمجموعات السكانية الرئيسية ومجموعات المؤثرات النفسانية</p> | <p>مستوى التفصيل الموصى به</p> |
| <p>مؤسسات مراقبة المخدرات / مرصد المخدرات الوطنية، وزارة الصحة، الأجهزة الإحصائية الوطنية.</p> | <p>مصادر البيانات</p> |



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-5-2 (تابع)

تناول الكحول على نحو يضر بالصحة، المحدد وفقاً للسياق الوطني في إطار استهلاك الفرد الواحد للكحول (15 سنة وأكثر) في سنة تقويمية، باللترات من الكحول الصافي



الغاية 3-5

المسوح الصحية الأسرية، السجلات الطبية ، إحصاءات السكان حسب العمر والجنس والجنسية (15 سنة وأكثر)

أداة جمع البيانات

قد يؤدي استهلاك الكحول إلى سلسلة من الاضطرابات التي يكون لها نتائج سلبية على الافراد. فهو يتسبب بأكثر من 200 مرض وإصابة وظروف صحية أخرى. إنَّ استهلاك الفرد للكحول هو المؤشر الأفضل لتناول السكان للكحول والمؤشر الأساسي لتقدير عبء المرض المنسوب الى الكحول والوفيات المنسوبة إليه. كما يتطلّب تفسيره الاعتماد على مؤشرات إضافية تركز على السكان كانتشار الشرب، وذلك بهدف تطوير النظم الوطنية لرصد الكحول والصحة التي تتطلّب مساهمات من أصحاب المصلحة تشمل إنتاج الكحول وقطاعات التجارة.

أهمية المؤشر

الهدف؛ الغايات 3-4، 3-6

المؤشرات ذات العلاقة

منظمة الصحة العالمية (WHO)

المنظمة الدولية المسؤولة



الهدف 3 :

ضمان تمتّع الجميع بأنماط
عيش صحية وبالرفاهية في
جميع الأعمار



الغاية 3 - 6

خفض عدد الوفيات والإصابات
الناجمة عن حوادث المرور على
الصعيد العالمي إلى النصف ،
بحلول عام 2030





تفاصيل اضافية

المؤشر 3-6-1

معدلات الوفيات الناجمة عن
الإصابات جراء حوادث المرور
على الطرق



الغاية 3-6

| | |
|--|--------------------------|
| عدد الوفيات الناجمة عن إصابات حوادث المرور المميتة لكل 100000 شخص | تعريف المؤشر |
| عدد الوفيات نتيجة حوادث المرور على الطرق، عدد السكان | المتغيرات |
| يحسب بقسمة عدد الوفيات الناجمة عن حوادث المرور الرقم المطلق الذي يدلّ على عدد الأشخاص الذين يتوفون نتيجة حوادث المرور على عدد السكان | طريقة الاحتساب |
| المستوى الوطني، الأقاليم الوطنية، حسب الجنس والعمر، حسب نوع الحادث، | مستوى التفصيل الموصى به |
| وزارة الصحة، ووزارة الداخلية (الجهات المعنية بالمرور)، وزارة النقل | مصادر البيانات |
| السجلات الطبية، إحصاءات السكان حسب العمر والجنس والجنسية (15 سنة وأكثر) | أداة جمع البيانات |
| تظل الإصابات الناجمة عن حوادث المرور مشكلة صحية عامة مهمة، ولا سيما في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل. | أهمية المؤشر |
| الهدف 11، 8؛ الغايات 3-5 | المؤشرات ذات العلاقة |
| منظمة الصحة العالمية (WHO) | المنظمة الدولية المسؤولة |



الهدف 3 :

ضمان تمتّع الجميع بأنماط
عيش صحية وبالرفاهية في
جميع الأعمار



الغاية 3 - 7

ضمان حصول الجميع علي
خدمات رعاية الصحة الجنسية
والإنجابية، بما في ذلك خدمات
ومعلومات تنظيم الأسرة
والتثقيف بشأنها، وإدماج
الصحة الإنجابية في
الاستراتيجيات والبرامج
الوطنية، بحلول عام 2030.





تفاصيل اضافية

المؤشر 3-7-1

نسبة النساء في سن الإنجاب
(بين 15 و49 سنة) اللواتي لُبَّيت
حاجاتهن إلى تنظيم الأسرة
بطرق حديثة



الغاية 3-7

| | |
|--|-------------------------|
| النسبة المئوية من النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) اللواتي يرغبن بعدم الانجاب (مجدداً) أو بتأجيل إنجاب الطفل التالي ويستخدمن حالياً وسيلة حديثة لمنع الحمل. | تعريف المؤشر |
| عدد النساء المتزوجات اللواتي لا يرغبن في الانجاب ويستخدمن وسائل حديثة لمنع الحمل، عدد النساء في سن الانجاب | المتغيرات |
| يحسب بقسمة عدد للنساء المتزوجات في سن الإنجاب (15-49 سنة) اللواتي يستخدمن حالياً، أو اللواتي يستخدم حالياً شريكهن، وسيلة حديثة واحدة على الأقل لمنع الحمل، على إجمالي الطلب على تنظيم الأسرة ، وتكون التقديرات للنساء المتزوجات. | طريقة الاحتساب |
| التوزيع حسب الفئات العمرية ، حسب الوسائل المستخدم | مستوى التفصيل الموصى به |
| بيانات وزارة الصحة السجلية ، المسوح الاسرية ، قواعد بيانات المؤسسات الصحية والصيدلانية | مصادر البيانات |
| المسوح الأسرية مثل المسوح الديموغرافية والصحية والمسوح الخاصة بالصحة الإنجابية والدراسات الإستقصائية العنقودية متعددة المؤشرات | أداة جمع البيانات |



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-7-1 (تابع)

نسبة الطلب على خدمات تنظيم الأسرة التي تتم تلبيةها بالطرق الحديثة تفيد 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 والمباعدة بين الولادات بحرية ومسؤولية، والحصول على المعلومات والتعليم والوسائل للقيام بذلك. كما 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 تتم تلبيةها بالطرق الحديثة التي تبلغ نسبتها 75 % أو أكثر عالية عموماً، وتعتبر النسبة البالغة 50 % أو أقل نسبة منخفضة عموماً.



الغاية 3-7

نسبة الطلب على خدمات تنظيم الأسرة التي تتم تلبيةها بالطرق الحديثة تفيد 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 والمباعدة بين الولادات بحرية ومسؤولية، والحصول على المعلومات والتعليم والوسائل للقيام بذلك. كما 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 تتم تلبيةها بالطرق الحديثة التي تبلغ نسبتها 75 % أو أكثر عالية عموماً، وتعتبر النسبة البالغة 50 % أو أقل نسبة منخفضة عموماً.

أهمية المؤشر

الهدف 5؛ الغايات 1-3، 2-3

المؤشرات ذات العلاقة

منظمة الصحة العالمية (WHO)، شعبة السكان، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية (DESA)

المنظمة الدولية المسؤولة

صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA)
منظمة الأمم المتحدة للمرأة (UN-WOMAN)



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-7-2

معدل المواليد لدى المراهقات
(الذين تتراوح أعمارهم بين 10-
14 سنة؛ والذين تتراوح
أعمارهم بين 15-19 سنة) لكل
1000 امرأة في تلك الفئة
العمرية



الغاية 3-7

| | |
|--|-------------------------|
| ويمثل معدل الولادات لدى المراهقات مستوى الإنجاب بين الإناث في فئة عمرية معينة. ويُشار أيضًا إلى معدل الولادات لدى المراهقات بين النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 عامًا على أنه معدل الخصوبة الخاص بالعمر للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 عامًا. | تعريف المؤشر |
| عدد المواليد بين الإناث اللواتي تتراوح أعمارهن بين 14-10 عامًا أو 19-15 عامًا اجمال اعداد السكان الاناث اللواتي تتراوح أعمارهن بين 14-10 عامًا أو 15-19 عامًا | المتغيرات |
| يتم حساب معدل المواليد بين الاناث في سن المراهقة بقسمة عدد المواليد الأحياء للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 عامًا على عدد النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 عامًا للإنجاب. الحساب هو نفسه للفئة العمرية 14-10 سنة . | طريقة الاحتساب |
| الفئات العمرية 15 و19 عامًا و 14-10 سنة | مستوى التفصيل الموصى به |
| المستوى الوطني والاقليمي | مصادر البيانات |
| سجلات المواليد والوفيات، بيانات وزارة الصحة السجلية ، المسوح الاسرية ، بيانات التعداد | أداة جمع البيانات |
| سجلات المواليد والوفيات، المسوح الصحية الأسرية، السجلات الطبية ، التعداد | |



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-7-2 (تابع)

معدل المواليد لدى المراهقات
(الذين تتراوح أعمارهم بين 10-
14 سنة، والذين تتراوح
أعمارهم بين 15-19 سنة) لكل
1000 امرأة في تلك الفئة
العمرية



الغاية 3-7

أن النساء اللاتي يحملن ويلدن في وقت مبكر جدا من حياتهن الإنجابية يتعرضن لمخاطر أكبر من المضاعفات أو حتى الوفاة أثناء الحمل والولادة وأن أطفالهن هم أيضا أكثر عرضة للخطر. ولذلك، فإن منع الولادات في وقت مبكر جدا من حياة المرأة تدير هام لتحسين صحة الأم والحد من وفيات الرضع. علاوة على ذلك، فإن النساء اللاتي لديهن أطفال في سن مبكرة يعانين من تقليل الفرص الاجتماعية، التقدم الاقتصادي، لا سيما لأن الأمهات الشابات أقل احتمالا لإكمال تعليمهن، وإذا احتجن إلى العمل، فقد يجدن صعوبة خاصة في الجمع بين مسؤوليات الأسرة والعمل. ويوفر معدل الولادات بين المراهقات أيضا أدلة غير مباشرة على إمكانية الحصول على الخدمات الصحية ذات الصلة لأن الشباب، ولا سيما المراهقات غير المتزوجات، كثيرا ما يواجهون صعوبات في الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

أهمية المؤشر

الغايات 5-6، 17-19 و الغايات 3-1 و 3-2

المؤشرات ذات
العلاقة

منظمة الصحة العالمية (WHO)، شعبة السكان، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية (DESA)
صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA)
منظمة الأمم المتحدة للمرأة (UN-WOMAN)

المنظمة الدولية
المسؤولة



الهدف 3 :

ضمان تمتّع الجميع بأنماط
عيش صحية وبالرفاهية في
جميع الأعمار



الغاية 3 - 8

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.





تفاصيل اضافية

المؤشر 3-8-1

نسبة السكان
المستهدفين
المشمولين بالخدمات
الصحية الأساسية
(التغطية الصحية
الشاملة)



الخاية 3-8

تغطية الخدمات الصحية الأساسية (تُعرف بأنها متوسط تغطية الخدمات الأساسية استناداً إلى التدخلات التي تشمل الصحة الإنجابية، وصحة الأم والوليد والطفل، والأمراض المعدية، والأمراض غير المعدية، والقدرة على تقديم الخدمات وإمكانية الوصول إليها، بين عامة السكان والفئات الأكثر حرماناً).

تعريف المؤشر

يتم احتساب دليل تغطية الخدمات الصحية كمتوسط هندسي لـ 14 مؤشراً من مؤشرات التتبع خاضعة بتغطية الخدمات الصحية وبها الكثير من المتغيرات طبقاً لهذه المؤشرات ، ويتم إعطاء بيانات وصفية تفصيلية عن كل عنصر من العناصر على الرابط

المتغيرات

النالي http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/UHC_Tracer_Indicators_Metadata.pdf

يتم حساب مؤشر تغطية الخدمات الصحية على أساس المتوسط الهندسي لـ 14 مؤشر تتبع. وترد أدناه المؤشرات الأربعة عشر،. وفيما يلي مؤشرات التتبع، وهي منظمة حسب أربع فئات واسعة لتغطية الخدمة:
الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل (1. تنظيم الأسرة، 2. رعاية الحمل، 3. تحصين الأطفال ، 4. علاج الأطفال)
أمراض معدية (5. مرض السل، 6. فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، 7. الملاريا، 8. المياه والصرف الصحي والنظافة)
أمراض غير معدية (9. ارتفاع ضغط الدم، 10. مرض السكري، 11. التبغ)
القدرة على الخدمة والوصول إليها (12. إمكانية الوصول إلى المستشفيات، 13. القوى العاملة في مجال الصحة
14. الأمن الصحي)

طريقة الاحتساب



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-8-1 (تابع)

نسبة السكان
المستهدفين
المشمولين بالخدمات
الصحية الأساسية
(التغطية الصحية
الشاملة)



الغاية 3-8

| | |
|---|--------------------------|
| المستوى الوطني والإقليمي والتوزيع الجغرافي | مستوى التفصيل الموصى به |
| وزارات الصحة ومكاتب الإحصاءات الوطنية ، مؤشرات تغطية الخدمات الصحية | مصادر البيانات |
| سجلات المواليد والوفيات، المسوح الصحية الأسريّة، السجلات الطبية ، التعداد والسجل السكاني، السجلات الخاصة بالموارد المالية واللبشرية وتوزيع الخدمات الصحية ومستوياتها | أداة جمع البيانات |
| أفضل طريقة لتتبع التقدم المحرز في تأمين الخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة (UHC). نظرًا لأن مؤشر خدمة صحية واحد لا يكفي لرصد التغطية الصحية الشاملة، تم إنشاء دليل من 14 مؤشر تتبع تم اختيارها استناداً إلى المعايير الوبائية والإحصائية. الأمر الذي يشمل العديد من المؤشرات التي تتضمنها غايات أخرى من أهداف التنمية المستدامة، وبالتالي يخفّف من عبء جمع البيانات وإعداد التقارير. يتم الإبلاغ عن هذا الدليل بمقياس من 0 إلى 100، باعتبار 100 هي الحالة المثلى. | أهمية المؤشر |
| 1-7-3 ، 1-2-3 ، 3-أ-1 ، 3-ب-1 ، 3-ج-1 ، 3-د-1 ، | المؤشرات ذات العلاقة |
| منظمة الصحة العالمية | المنظمة الدولية المسؤولة |



تفاصيل إضافية

المؤشر 3-8-2

تسبة السكان الذين تصرف
أسرهم المعيشية نفقات
كبيرة على الصحة محسوبة
كحصة من مجموع إنفاق
الأسر المعيشية أو دخلها



الغاية 3-8

النفقات التي يتم تكبدها 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 أو المدخرات أو القروض، ولكنها لا تشمل أي مدفوعات من طرف ثالث، فإنها تمنح فقط إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية والمنتجات الصحية التي يمكن للأفراد دفع ثمنها، دون أي تضامن بين الأصحاء والمرضى خارج نطاق الأسرة المعيشية، ويعتمد ذلك فقط على استعداد الأسرة وقدرتها على الدفع.

تعريف المؤشر

إنفاق الأسرة على الصحة (البسط) وإجمالي الإنفاق الاستهلاكي للأسرة أو الدخل (المقام)

المتغيرات

الانفاق الاسري على الصحة كحصة من مجموع الإنفاق الاسري الاستهلاكي أو الدخل.

طريقة الاحتساب

المستوى الوطني والإقليمي والتوزيع الجغرافي ومستويات الدخل

مستوى التفصيل
الموصى به



تفاصيل اضافية

المؤشر 2-8-3 (تابع)

تسبة السكان الذين تصرف
أسرهم المعيشية نفقات
كبيرة على الصحة محسوبة
كحصة من مجموع إنفاق
الأسر المعيشية أو دخلها



الغاية 8-3

| | |
|---|-----------------------------|
| وزارة الصحة مركز الإحصاء الوطني | مصادر البيانات |
| مسوح دخل ونفقات الاسر المسوح الصحية الحسابات الصحية | أداة جمع البيانات |
| يقيس المؤشر إمكانية النفاذ على أساس الاحتياجات الصحية، وليس قدرة الأسر على تجميع كل مواردها المالية لتلبية الاحتياجات الصحية لأفرادها. أي أنه لا ينبغي على الشخص، مهما كان مستوى دخله، أن يختار بين الإنفاق على الصحة والإنفاق على سلع وخدمات أساسية أخرى مثل التعليم والضروريات الغذائية والإسكان والمرافق العامة. | أهمية المؤشر |
| 1-1-1، 1-8-3 | المؤشرات ذات العلاقة |
| منظمة الصحة العالمية | المنظمة الدولية المسؤولة |



الهدف 3 :

ضمان تمتّع الجميع بأنماط
عيش صحية وبالرفاهية في
جميع الأعمار



الغاية 3 - 9

الحد بدرجة كبيرة من عدد
الوفيات والأمراض الناجمة
عن التعرّض للمواد
الكيميائية الخطرة وتلويث
وتلوّث الهواء والماء والتربة
بحلول عام 2030





تفاصيل اضافية

المؤشر 3-9-1

معدل الوفيات المنسوبة
إلى الأسر المعيشية
وتلوث الهواء المحيط



الغاية 3-9

الوفيات الناجمة عن التعرّض لتلوث الهواء المحيط (الهواء الطلق، الخارجي) وتلوث الهواء داخل الأسر المعيشية (تلوث الهواء الداخلي، أو داخل المنزل) نتيجة استخدام الوقود الملوّث الخاص بالطهي. وينتج تلوث الهواء المحيط عن الانبعاثات الناجمة عن المصانع والأماكن المغلقة والسيارات والشاحنات وهي مزيج من ملوثات الهواء، يُضّر العديد منها بالصحة. وتُعتبر الجسيمات الصغيرة والدقيقة من الملوثات الأكثر تأثيراً على صحة الإنسان. ويضمّ الوقود الملوّث الخشب والفحم وروث الحيوانات وفحم الحطب ونفايات المحاصيل والكبروسين.

تعريف المؤشر

أعداد الوفيات حسب أسباب الوفاة الأمراض الناتجة عن تلوث الهواء، تصنيف الأسر حسب حسب نسب تلوث الهواء، عدد السكان

المتغيرات

يتمّ احتساب الوفيات المنسوبة من خلال جمع المعلومات أولاً حول ارتفاع خطر (أو الخطر النسبي) المرض الناجم عن التعرض، ومعلومات تتعلق بمدى تعرّض السكان (متوسط التركيز السنوي للجسيمات التي يتعرّض لها السكان، النسبة السكانية التي تعتمد أساساً على الوقود الملوّث الخاص بالطهي).

طريقة الاحتساب

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



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-9-1 (تابع)

معدل الوفيات المنسوبة
إلى الأسر المعيشية
وتلوث الهواء المحيط



الغاية 3-9

المستوى الوطني والإقليمي والتوزيع الجغرافي ، الجنس والعمر وأسباب الوفاة/
الأمراض الناتجة عن تلوث الهواء

مستوى التفصيل
الموصى به

وزارات الصحة والمؤسسات الرسمية المعنية بالبيئة ، مراكز الإحصاء الوطنية

مصادر البيانات

المسوح ذات العلاقة برصد تلوث الهواء والمسوح الاسرية وسجلات الوفيات
والمراسة

أداة جمع البيانات

تقييم الوفيات الناجمة عن التعرّض لتلوث الهواء المحيط (الخارجي) والتلوث
داخل الأسر المعيشية (الداخلي) نتيجة استخدام الوقود الملوث الخاص
بالطهي، هو جزء من مشروع أكثر شمولية يتعلّق بتقييم عوامل الخطر
الرئيسة للصحة. و ينجم تلوث الهواء المحيط عن الانبعاثات الصادرة عن
النشاط الصناعي والمنازل والسيارات والشاحنات، وهي عبارة عن خليط معقد
من ملوثات الهواء، والعديد منها ضار بالصحة. ومن بين كل هذه الملوثات، فإن
الجسيمات الدقيقة لها التأثير الأكبر على صحة الإنسان. و يُقصد بالوقود
الملوث الخشب والفحم وروث الحيوانات والفحم النباتي ومخلفات المحاصيل
وكذلك الكيروسين. ويعد تلوث الهواء من أكبر المخاطر البيئية على الصحة.

أهمية المؤشر

المؤشرات ذات العلاقة 2-6-11 ، 2-1-7

المؤشرات ذات
العلاقة

منظمة الصحة العالمية

المنظمة الدولية
المسؤولة



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-9-2

معدل الوفيات المنسوب إلى المياه غير الآمنة، وخدمات الصرف الصحي غير الآمنة والافتقار إلى المرافق الصحية (التعرض لخدمات غير آمنة في توفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية للجميع)



الغاية 3-9

| | |
|--|-------------------------|
| عدد الوفيات المنسوب إلى المياه غير الآمنة، وخدمات الصرف الصحي غير الآمنة والافتقار إلى المرافق الصحية (التعرض لخدمات غير آمنة في توفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية للجميع) خلال سنة واحدة، مقسوم على عدد السكان ومضروب ب 100000. | تعريف المؤشر |
| أعداد الوفيات حسب أسباب الوفاة الأمراض الناتجة عن تلوث المياه، تصنيف الأسر حسب حسب نسب تلوث الهواء، عدد السكان | المتغيرات |
| يعدد الوفيات الناجمة عن المياه غير الآمنة والصرف الصحي غير الآمن ونقص النظافة (التعرض لخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية غير الآمنة) خلال عام، التقدير الحالي. محسوبة لـ 100.000 نسمة. | طريقة الاحتساب |
| المستوى الوطني والإقليمي والتوزيع الجغرافي، الجنس والعمر وأسباب الوفاة/ الأمراض الناتجة عن تلوث الهواء | مستوى التفصيل الموصى به |
| وزارات الصحة والمؤسسات الرسمية المعنية بالبيئة ومراكز الإحصاء الوطنية | مصادر البيانات |
| يتم الحصول على بيانات الوفيات من التجميع الإحصائي السنوي للسجلات الرسمية للوفيات التي أعددتها مكاتب التسجيل المدني، ويتم جمع البيانات المجمعة ومعالجتها من قبل المراكز الإحصائية الوطنية. | أداة جمع البيانات |



تفاصيل إضافية

المؤشر 2-9-3 (تابع)

معدل الوفيات المنسوب إلى المياه غير الآمنة، وخدمات الصرف الصحي غير الآمنة والافتقار إلى المرافق الصحية (التعرض لخدمات غير آمنة في توفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية للجميع)



الغاية 9-3

تقييم الوفيات الناجمة عن التعرّض لتلوث الهواء المحيط (الخارجي) والتلوث داخل الأسر المعيشية (الداخلي) نتيجة استخدام الوقود الملوث الخاص بالطهي، هو جزء من مشروع أكثر شمولية يتعلّق بتقييم عوامل الخطر الرئيسية للصحة. و ينجم تلوث الهواء المحيط عن الانبعاثات الصادرة عن النشاط الصناعي والمنازل والسيارات والشاحنات، وهي عبارة عن خليط معقد من ملوثات الهواء، والعديد منها ضار بالصحة. ومن بين كل هذه الملوثات، فإن الجسيمات الدقيقة لها التأثير الأكبر على صحة الإنسان. و يُقصد بالوقود الملوث الخشب والفحم وروث الحيوانات والفحم النباتي ومخلفات المحاصيل وكذلك الكيروسين. ويعد تلوث الهواء من أكبر المخاطر البيئية على الصحة.

أهمية المؤشر

المؤشرات 2-1-7

المؤشرات ذات العلاقة

منظمة الصحة العالمية

المنظمة الدولية المسؤولة



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-9-3

معدل الوفيات المنسوب إلى
التسمم غير المتعمد



الغاية 3-9

| | |
|---|--------------------------|
| إن قياس مدى معدل الوفيات الناجمة عن حالات التسمم غير المتعمد يوفر مؤشرا لمدى الإدارة غير الكافية للمواد الكيميائية الخطرة والتلوث، وفعالية النظام الصحي في أي بلد. | تعريف المؤشر |
| أعداد الوفيات حسب أسباب الوفاة المنسوبة إلى التسمم غير المتعمد، عدد السكان | المتغيرات |
| يعد عدد الوفيات المنسوبة إلى التسمم غير المتعمد كما هو محدد بأنه عدد الوفيات الناجمة عن التسمم غير المتعمد لكل 100000 نسمة من السكان | طريقة الاحتساب |
| المستوى الوطني والإقليمي والتوزيع الجغرافي، الجنس والعمر وأسباب الوفاة/ الأمراض الناجمة عن حالات التسمم غير المتعمد | مستوى التفصيل الموصى به |
| وزارات الصحة والمؤسسات الرسمية المعنية بالابلاغ عن الوفيات وتحديد اسبابها ومراكز الإحصاء الوطنية | مصادر البيانات |
| يتم الحصول على بيانات الوفيات من التجميع الإحصائي السنوي للسجلات الرسمية للوفيات التي أعدها مكاتب التسجيل المدني، و يتم جمع البيانات المجمعة ومعالجتها من قبل المراكز الإحصائية الوطنية أو وزارة الصحة. | أداة جمع البيانات |
| يوفر قياس معدل الوفيات الناجمة عن حالات التسمم غير المتعمد مؤشرا على مدى عدم كفاية إدارة المواد الكيميائية الخطرة والتلوث، وعلى فعالية النظام الصحي في البلد. | أهمية المؤشر |
| المؤشرات 2-1-7 | المؤشرات ذات العلاقة |
| منظمة الصحة العالمية | المنظمة الدولية المسؤولة |



الهدف 3 :

ضمان تمتّع الجميع بأنماط
عيش صحية وبالرفاهية في
جميع الأعمار



الغاية 3 - أ

تنفيذ اتفاقية منظمة
الصحة العالمية الإطارية
بشأن مكافحة التبغ



المؤشر 3-أ-1

معدل الانتشار الموحد
السن للاستعمال التبغ
حالياً لدى الأشخاص الذين
تبلغ أعمارهم 15 سنة
فأكثر



الغاية 3-أ



تفاصيل اضافية

يتم تعريف المؤشر على أنه النسبة المئوية للسكان الذين تبلغ أعمارهم 15 عاماً فأكثر والذين يستخدمون حالياً أي منتج من منتجات التبغ (التبغ المدخن و/أو التبغ الذي لا يدخن (بشكل يومي أو غير يومي

تعريف المؤشر

اعداد مستخدمي التبغ حسب النوع
أعداد السكان في الفئات المستهدفة حسب التفصيل المطلوب

المتغيرات

يتم الاعتماد على نموذج إحصائي مبني على نظرية الانحدار العكسي ذات الحدين الافتراضية لنمذجة انتشار تدخين التبغ الحالي لكل بلد، للرجال والنساء بشكل منفصل. يتألف هذا النموذج من مكونين أساسيين: (أ) التكيف مع المؤشرات المفقودة والفئات العمرية، و(ب) إنتاج تقدير للاتجاهات مع الوقت بنسبة 95% من المصادقية.

طريقة الاحساب

الجنس ، العمر ، التوزيع الجغرافي ، ونوع التبغ المستخدم (سجائر، سجائر الكترونية ، الشيشة، التبغ الممضوغ الخ)

مستوى التفصيل
الموصى به

أجهزة الإحصاء الوطنية، وزارة الصحة

مصادر البيانات

المسوحات الخاصة بقياس معدلات انتشار التبغ مثل:

- المسوحات العالمية لمراقبة استخدام التبغ GTSS، GATS GYTS.
- المسوحات الأخرى التي يتم إجراؤها بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية مثل المسوحات المتدرجة والمسوحات الصحية العالمية.
- مسح قواعد بيانات المراقبة الدولية مثل تلك الخاصة بالمشح الديموغرافي والصحي ((DHS، والمسح العنقودي متعدد المؤشرات ((MICS، ومسح البنك الدولي لقياس مستويات المعيشة ((LSMS؛
- المسوحات الخاصة بكل بلد والتي لا تشكل جزءاً من أنظمة المراقبة الدولية.

أداة جمع البيانات



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-أ-1 (تابع)

معدل الانتشار الموحد
السن للاستعمال التبغ
حالياً لدى الأشخاص الذين
تبلغ أعمارهم 15 سنة
فأكثر



الغاية 3-أ

يُعتبر استخدام التبغ المساهم الأساسي في الإصابة بالمرض ويؤدي الى وفيات ناجمة من الأمراض غير المعدية. وما من مستوى آمن وموكد لاستخدام التبغ أو للتدخين غير المباشر. إنّ كلّ من يستخدم التبغ أكان بشكل يومي أو غير يومي معرض لمشاكل صحّيّة خلال حياته، بما فيها الأمراض غير المعدية. ويساهم الحد من انتشار الاستخدام الحالي للتبغ الى حدّ بعيد في الحدّ من الوفيات المبكرة جزاء الإصابة بالأمراض غير المعدية (الغاية 3-4)

أهمية المؤشر

المؤشر 3-4-1

المؤشرات ذات
العلاقة

منظمة الصحة العالمية (WHO)، أمانة منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ

المنظمة الدولية
المسؤولة



الهدف 3 :

ضمان تمتّع الجميع بأنماط
عيش صحية وبالرفاهية في
جميع الأعمار



الغاية 3 – ب

دعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية للأمراض المعدية وغير المعدية، وتوفير إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار معقولة، وفقاً لإعلان الدوحة بشأن الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية وبالصحة العامة، الاستفادة بالكامل لجميع البلدان من الأحكام الواردة في الاتفاق بشأن الجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بأوجه المرونة اللازمة لحماية الصحة العامة، ولا سيما العمل من أجل إمكانية حصول الجميع على الأدوية





تفاصيل اضافية

المؤشر 3-ب-1

نسبة السكان
المستهدفين
المستفيدين من جميع
اللقاحات المشمولة
بالبرنامج الوطني
لبلدهم



الغاية 3-ب

تغطية اللقاح المحتوي على الثلاثي (الخنّاق والشاهوق والكزاز DTP) (الجرعة الثالثة): النسبة المئوية من الرضّع الأحياء الذين تلقوا الجرعات الثلاث من اللقاح المحتوي على الخناق والكزاز والشاهوق في سنة معينة.

تغطية اللقاح المحتوي على الحصبة (الجرعة الثانية): النسبة المئوية من الأطفال الذين تلقوا جرعتين من اللقاح المحتوي على الحصبة وفقاً لجدول اللقاحات الوطني من خلال خدمات التحصين الروتينية.

تغطية لقاح المكورات الرئوية (الجرعة الأخيرة في الجدول): النسبة المئوية من الرضّع الأحياء الذين تلقوا الجرعات الموصى بها من لقاح المكورات الرئوية. تغطية لقاح فيروس الورم الحليمي البشري HPV (الجرعة الأخيرة في الجدول): النسبة المئوية من الفتيات في الخامسة عشر من العمر اللواتي تلقين الجرعة الموصى بها من لقاح HPV.

تعريف المؤشر

عدد الأطفال متلقي اللقاحات التالية ضمن الفئات المستهدفة:

- متلقي اللقاح المحتوي على (DTP الجرعة الثالثة)
 - متلقي اللقاح المحتوي على الحصبة (الجرعة الثانية)
 - متلقي لقاح المكورات الرئوية
 - متلقي لقاح فيروس الورم الحليمي البشري
- عدد السكان حسب الفئات العمرية المستهدفة لكل لقاح

المتغيرات



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-ب-1 (تابع)

نسبة السكان
المستهدفين
المستفيدين من جميع
اللقاحات المشمولة
بالبرنامج الوطني
لبلدهم



الغاية 3-ب

عند توفر بيانات دقيقة من حيث الحداثة والاكتمال والجودة في سجلات التحصين وفي سجلات السكان يوصى باستخدام الطرق المباشرة لاحتساب معدلات التحصين

بينما تقوم منظمة الصحة العالمية بالاشتراك مع اليونيسف بوضع منهجية لتقدير تغطية التحصين الوطني من لقاحات مختارة في عام 2000. وقد جرى مع الوقت تنقيح واستعراض هذه المنهجية من قبل لجان خبراء. و تستخدم المنهجية البيانات التي تبلغ عنها السلطات الوطنية من الأنظمة الإدارية للبلدان وكذلك البيانات الواردة في المسوح الخاصة بالتحصين أو المسوح الأسرية المتعددة المؤشرات.

طريقة الاحتساب

الجنس والعمر والتوزيع الجغرافي

مستوى التفصيل
الموصى به

وزارات الصحة وبرامج التحصين الوطنية الموسعة والجهات المناط بها تنفيذ المسوح مثل أجهزة الإحصاء الوطنية

مصادر البيانات

نظم المعلومات الصحية الوطنية أو أنظمة التحصين الوطنية، سجلات التحصين الوطنية، مسوحات أسرية عالية الجودة مع وحدة التحصين (مثل المسوحات الديموغرافية والصحية ((DHS، والمسوحات الصحية متعددة المؤشرات ((MICS، والمسوحات الوطنية الأخرى).

أداة جمع البيانات

يهدف هذا المؤشر إلى قياس الوصول إلى اللقاحات ومن أجل رصد الأمراض وتأثير اللقاحات، من المهم قياس مدى التغطية لكل لقاح موجود في برنامج التحصين الوطني.

أهمية المؤشر

المؤشرات 3-ب-1-8

المؤشرات ذات
العلاقة

منظمة الصحة العالمية (WHO)، منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)

المنظمة الدولية
المسؤولة



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-ب-2

مجموع صافي المساعدة
الإنمائية الرسمية المقدّمة
إلى القطاعات الصحية
الأساسية والبحوث
الطبية



الغاية 3-ب

| | |
|---|--------------------------|
| المدفوعات الإجمالية لمجموع المساعدة الإنمائية الرسمية التي تقدمها الجهات المانحة للبحوث الطبية والقطاعات الصحية الأساسية. | تعريف المؤشر |
| مجموع تدفقات المساعدة الإنمائية الرسمية من الجهات المانحة الى الدول النامية المخصّصة للبحوث الطبية والقطاعات الصحية الأساسية | المتغيرات |
| مجموع تدفقات المساعدة الإنمائية الرسمية حسب البنود والقطاعات | طريقة الاحتساب |
| حسب المجالات والقطاعات الصحية والدول المستقبلة والجهات المانحة والبرامج التي وجهت لها المخصصات | مستوى التفصيل الموصى به |
| وزارة الخارجية ، الأجهزة الاحصائية الوطنية، الجهات الوطنية المعنية بالتعاون الدولي والمساعدات الإنمائية والاغاثية | مصادر البيانات |
| يتم جمع الإحصاءات من خلال وكالة وكالة المعنية بالمساعدات الوطنية أو وزارة الخارجية أو المالية في كل دولة/وكالة. | أداة جمع البيانات |
| يُحدّد تدفق مجموع المساعدة الإنمائية الرسمية للبلدان النامية مدى الجهد العام الذي تؤمّنه الجهات المانحة الى البلدان النامية للبحوث الطبية والقطاعات الصحية الأساسية | أهمية المؤشر |
| المؤشرات المرتبطة بالمساعدات الإنمائية الرسمية في الأهداف الغايات الاخرى | المؤشرات ذات العلاقة |
| منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (OECD) | المنظمة الدولية المسؤولة |



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-ب-3

نسبة المرافق الصحية المتاحة فيها مجموعة أساسية من الأدوية الضرورية التي تفي بالغرض بكلفة ميسورة على الدوام



الغاية 3-ب

نسبة المرافق الصحية المتاحة فيها مجموعة محددة أساسية من الأدوية التي تفي بالغرض بكلفة ميسورة بالنسبة للعدد الإجمالي للمرافق الصحية المشمولة بالدراسة الاستقصائية على المستوى الوطني. يُعتبر الدواء متوفرًا في مرافق عندما يجده الشخص الذي يُجري المقابلة في المرفق في اليوم الذي يتم فيه جمع البيانات. ويُقاس التوفر على أنه متغير ثنائي مع 1= الدواء متوفر و0= الدواء غير متوفر. تُعتبر كلفة الدواء ميسورة عندما لا تبرز حاجة إلى أجور يومية إضافية للعامل في القطاع الحكومي غير الماهر الأدنى أجرًا لشراء جرعة شهرية من هذا الدواء بعد تلبية الاحتياجات الأساسية التي يمثلها خط الفقر الوطني. المجموعة الأساسية من الأدوية الضرورية هي قائمة من 32 دواء أساسيًا معتمدًا لمعالجة الأمراض الحادة والمزمنة والأمراض المعدية وغير المعدية في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

تعريف المؤشر

-قائمة المؤسسات الصحية

-قائمة المؤسسات الصحية التي لديها ادوية أساسية وصلت عتبة 80%

-قائمة الادوية الأساسية المعتمدة في الدولة

المتغيرات

يحسب المؤشر كنسبة من المرافق التي لديها أدوية يمكن الوصول إليها في الدولة يتم حساب نسبة المرافق التي وصلت إلى عتبة 80% من إجمالي عدد المرافق التي شملتها الدراسة الاستقصائية

طريقة الاحتساب



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-ب-3 (تابع)

نسبة المرافق الصحية المتاحة فيها مجموعة أساسية من الأدوية الضرورية التي تفي بالغرض بكلفة ميسورة على الدوام



الغاية 3-ب

| | |
|--|--------------------------|
| حسب مستوى المؤسسة الصحية ، حسب مجموعات الادوية الاساسية، الموقع الجغرافي، المستوى الوطني | مستوى التفصيل الموصى به |
| وزارة الصحة | مصادر البيانات |
| وزارة الصحة ، فريق الدراسة الاستقصائية بشأن تقييم توفر الخدمات وجاهزيتها بما فيها قائمة الادوية الأساسية المعتمدة. | أداة جمع البيانات |
| يُحتسب المؤشر على أنه نسبة المرافق الصحية التي تكون فيها الأدوية متاحة و بكلفة ميسورة للرعاية الصحية الأولية مقسومة على المرافق الصحية المشمولة بالدراسة الاستقصائية | أهمية المؤشر |
| 1-8-3 ، 2-8-3 ، 3-ب-1 ، 3-ب-2 | المؤشرات ذات العلاقة |
| منظمة الصحة العالمية | المنظمة الدولية المسؤولة |



الهدف 3 :

ضمان تمتّع الجميع بأنماط
عيش صحية وبالرفاهية في
جميع الأعمار



الغاية 3 – ج

زيادة التمويل في قطاع الصحة
وتوظيف القوى العاملة في هذا
القطاع وتطويرها وتدريبها
واستبقائها في البلدان النامية،
وبخاصة في أقل البلدان نموا
والدول الجزرية الصغيرة النامية،
زيادة كبيرة





تفاصيل اضافية

المؤشر 3-ج-1 كثافة الأخصائيين الصحيين وتوزيعهم



الغاية 3-ج

كثافة الأطباء: تشمل عدد الأطباء، بما في ذلك الأطباء الأخصائيين وممارسي الطب العام لكلّ 1,000 نسمة في المنطقة الإقليمية الفرعية المحدّدة.

كثافة العاملين في مجال التمريض والقبالة: تشمل عدد العاملين في مجال التمريض والقبالة لكلّ 1,000 نسمة في المنطقة الإقليمية الفرعية المحدّدة.

كثافة العاملين في طب الأسنان: تشمل عدد أطباء الأسنان، والخبراء الفنيين ومساعدى أطباء الأسنان والعاملين في المهن المرتبطة بهذا الطب لكلّ 1,000 نسمة في المنطقة الإقليمية الفرعية المحدّدة.

كثافة العاملين في الصيدلة: تشمل عدد الصيادلة، والخبراء الفنيين ومساعدى الصيادلة والعاملين في المهن المرتبطة بها لكلّ 1,000 نسمة في المنطقة الإقليمية الفرعية المحدّدة

تعريف المؤشر

اعداد الأطباء البشريون واعداد أطباء الاسنان واعداد طاقم التمريض واعداد الصيادلة وعدد السكان

المتغيرات

يتم تعريف كثافة الأطباء على أنها عدد جميع الأطباء، باستثناء أطباء الأسنان لكل 1000 من السكان. ويتم تعريف كثافة العاملين في التمريض والقبالة على أنها عدد العاملين في التمريض والقبالة لكل 1000 من السكان. كما يتم تعريف كثافة العاملين في طب الأسنان على أنها عدد أطباء الأسنان وفنيي / مساعدى الأسنان والعاملين في المهنة ذات الصلة لكل 1000 نسمة. وبالمثل بالنسبة للصيدلة

طريقة الاحتساب

الجنس والعمر والتوزيع الجغرافي ومستويات الرعاية الصحية

مستوى التفصيل الموصى به

وزارات الصحة ، المؤسسات الصحية ، مراكز الإحصاء الوطنية

مصادر البيانات



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-ج-1 (تابع) كثافة الأخصائيين الصحيين وتوزيعهم



الغاية 3-ج

- جمع البيانات من نظم المعلومات الإدارية الروتينية في وزارة الصحة أو الجهات الأخرى المعنية
- يتم الحصول على البيانات قواعد البيانات الخاصة بالموارد الصحية بالدولة
- يتم اعتماد استمارات إحصائية تبلغ عنها المؤسسات الصحية بصفة دورية حسب الفئات الطبية الرئيسية المشمولة في المؤشر

أداة جمع البيانات

المؤشر يعكس مدى توفر العاملين في مجال الرعاية الصحية في الدولة وبما يسمح بالتخطيط لتعزيز وتوجيه الموارد البشرية الصحية التوجيه الأمثل وبما يساهم في إعادة توزيع الطاقم الطبي الجديد (خريجي التعليم العالي / المؤسسات المهنية)، وتوزيع الأطباء والكوادر الطبية ، والتدريب المتقدم.

أهمية المؤشر

مؤشرات الهدف الثامن ذات العلاقة بالعمل اللائق.

المؤشرات ذات العلاقة

منظمة الصحة العالمية (WHO)

المنظمة الدولية المسؤولة



الهدف 3 :

ضمان تمتّع الجميع بأنماط
عيش صحية وبالرفاهية في
جميع الأعمار



الغاية 3 - د

تعزيز قدرات جميع البلدان، ولا سيما
البلدان النامية، في مجال الإنذار
المبكر والحد من المخاطر وإدارة
المخاطر الصحية الوطنية والعالمية





تفاصيل اضافية

المؤشر 3-د-1

القدرة على تنفيذ اللوائح الصحية الدولية، والجاهزية لمواجهة حالات الطوارئ الصحية



الغاية 3-د

تلتزم الدول بالعمل على تنفيذ اللوائح الصحية الدولية والتي يعبر عنها بعدد 13 من القدرات الأساسية التي تعتبر تحقيقها بحيث تعمل الدول على بلوغها في مرحلة معيّنة. وهذه القدرات هي التالية: (1) التشريع والسياسة والتمويل الوطني؛ (2) التنسيق واتصالات جهاز التنسيق الوطنية؛ (3) المراقبة؛ (4) الاستجابة؛ (5) الجهوية؛ (6) الإبلاغ عن أوجه المخاطرة؛ (7) الموارد البشرية؛ (8) المختبر؛ (9) نقاط الدخول؛ (10) الظواهر الحيوانية؛ (11) السلامة الغذائية؛ (12) الظواهر الكيميائية؛ (13) طوارئ الإشعاع النووي.

تعريف المؤشر

حالة تحقق ورصد 13 من القدرات الأساسية بالدولة إجمالي العصافي

المتغيرات

لكل من القدرات 13، يتم استخدام مؤشر إلى خمسة مؤشرات لقياس حالة التنفيذ. بالنسبة لكل مؤشر. يتم تصنيف درجة كل مستوى من مستويات المؤشر كنسبة مئوية من الأداء على مقياس من "1 إلى 5". على سبيل المثال بالنسبة لبلد يختار المستوى 3 للمؤشر 2.1، يتم التعبير عن مستوى المؤشر على النحو التالي: $100 \times \frac{3}{5} = 60\%$ مستوى الانجازو يتم التعبير عن مستوى القدرة كمتوسط لجميع المؤشرات. على سبيل المثال لبلد يختار المستوى 3 للمؤشر 2.1 والمستوى 4 للمؤشر 2.2. يتم التعبير عن مستوى المؤشر لـ 2.1 بـ $100 \times \frac{3}{5} = 60\%$ ، وسيتم التعبير عن مستوى المؤشر لـ 2.2 بـ $100 \times \frac{4}{5} = 80\%$ وسيتم التعبير عن مستوى القدرة لـ 2 بـ $2 / (80 + 60) = 70\%$

طريقة الاحساب



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-د-1 (تابع)

القدرة على تنفيذ اللوائح
الصحية الدولية،
والجاهزية لمواجهة حالات
الطوارئ الصحية



الغاية 3-د

حسب المؤشرات الفرعية والمستوى الوطني والاقليمي

مستوى التفصيل
الموصى به

جمع البيانات من نظم المعلومات الإدارية الروتينية في وزارة الصحة أو
الجهات الأخرى المعنية

مصادر البيانات

تمثل المؤشرات المستخدمة القدرات الأساسية في مجال الصحة العامة التي
يجب أن تتوافر لدى الدول الأطراف في جميع أنحاء أراضها بموجب المادتين
5 و12 والمرفق 1 ألف من متطلبات اللوائح الصحية الدولية (2005). يمكن
العثور على مزيد من المعلومات والإرشادات التفصيلية حول كيفية استخدام
أداة التقييم الذاتي وإعداد التقارير الخاصة بالدول الأطراف - مؤشرات
SPAR، في وثيقة توجيهية على الرابط التالي: <https://extranet.who.int/e-spar>

أهمية المؤشر

المؤشرات ذات
العلاقة

منظمة الصحة العالمية (WHO)

المنظمة الدولية
المسؤولة



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-د-2

النسبة المئوية لحالات
عدوى مجرى الدم الناجمة
عن بعض الكائنات
المختارة المقاومة
لمضادات الميكروبات



الغاية 3-د

نسبة حالات عدوى مجرى الدم الناجمة عن المكورات العنقودية الذهبية المقاومة للميثيسيلين (MRSA)، والإشريكية القولونية (*Escherichia coli*) المقاومة للجيل الثالث من السيفالوسبورين لدى المرضى الذين يطلبون الرعاية الصحية والذين تُؤخذ عَيِّنَةٌ من دمهم للفحص المخبري.

تعريف المؤشر

عدد المرضى الذين يعانون من نمو البكتريا المقاومة للميثيسيلين أو *E. coli* المقاومة لسيفالوسبورينات الجيل الثالث في عينات الدم التي تم اختبارها

المتغيرات

العدد الإجمالي للمرضى الذين يعانون من نمو بكتريا المكورات العنقودية الذهبية أو الإشريكية القولونية في عينات الدم التي تم فحصها

صياغة المؤشر الجديد المقترح: نسبة المرضى الذين يعانون من النسبة المئوية لالتهابات مجرى الدم بسبب كائنات مختارة مقاومة لمضادات الميكروبات. وهذا مشتق مما يلي وضربه في 100:

البسط: عدد المرضى الذين يعانون من نمو بكتيريا *S. aureus* المقاومة للميثيسيلين أو *E. coli* المقاومة لسيفالوسبورينات الجيل الثالث في عينات الدم التي تم اختبارها

طريقة الاحتساب

المقام: العدد الإجمالي للمرضى الذين يعانون من نمو بكتريا المكورات العنقودية الذهبية أو الإشريكية القولونية في عينات الدم التي تم فحصها

حسب الجنس والفئة العمرية. يكما تم تجميع البيانات على المستوى الوطنى والاقاليم ومستويات الخدمات الصحية. وكذلك ما إذا كانت العدوى من المجتمع أو من المستشفى.

مستوى التفصيل
الموصى به



تفاصيل اضافية

المؤشر 3-د-2 (تابع)

النسبة المئوية لحالات
عدوى مجرى الدم الناجمة
عن بعض الكائنات
المختارة المقاومة
لمضادات الميكروبات



الغاية 3-د

| | |
|---|--------------------------|
| يتم جمع البيانات الوطنية لمقاومة مضادات الميكروبات من خلال النظام الوطني لمراقبة مقاومة مضادات الميكروبات وإبلاغها إلى النظام العالمي لترصد مقاومة مضادات الميكروبات. | مصادر البيانات |
| إن السيطرة الفعالة على الميكروبات المقاومة لمضادات الميكروبات ستساعد في نهاية المطاف في الحفاظ على القدرة على علاج العدوى بمضادات الميكروبات المتاحة وسيساهم في تطوير حلول جديدة للوقاية والعلاج وبما يتوافق مع المعايير والاستراتيجيات العالمية لمنظمة الصحة العالمية التي وضعتها المنظمة بهدف السيطرة والوقاية من العدوى ومكافحتها. | أهمية المؤشر |
| لا يوجد | المؤشرات ذات العلاقة |
| منظمة الصحة العالمية (WHO) | المنظمة الدولية المسؤولة |

المصادر

| المصدر | الرابط |
|---|--------|
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-01-01.pdf | 1-1-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-01-02.pdf | 2-1-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-02-01.pdf | 1-2-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-02-02.pdf | 2-2-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-03-01.pdf | 1-3-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-03-02.pdf | 2-3-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-03-03.pdf | 3-3-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-03-04.pdf | 4-3-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-03-05.pdf | 5-3-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-04-01.pdf | 1-4-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-04-02.pdf | 2-4-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-05-01.pdf | 1-5-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-05-02.pdf | 2-5-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-06-01.pdf | 1-6-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-07-01.pdf | 1-7-3 |

المصادر – تابع

| المصدر | الرباط |
|---|--------|
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadatas-03-08-01.pdf | 1-8-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadatas-03-08-02.pdf | 2-8-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadatas-03-09-01.pdf | 1-9-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadatas-03-09-02.pdf | 2-9-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadatas-03-09-03.pdf | 3-9-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadatas-03-0a-01.pdf | 1-أ-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadatas-03-0b-01.pdf | 1-ب-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadatas-03-0B-02.pdf | 2-ب-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadatas-03-0B-03.pdf | 3-ب-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadatas-03-0C-01.pdf | 1-ج-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadatas-03-0D-01.pdf | 1-د-3 |
| https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadatas-03-0D-02.pdf | 2-د-3 |
