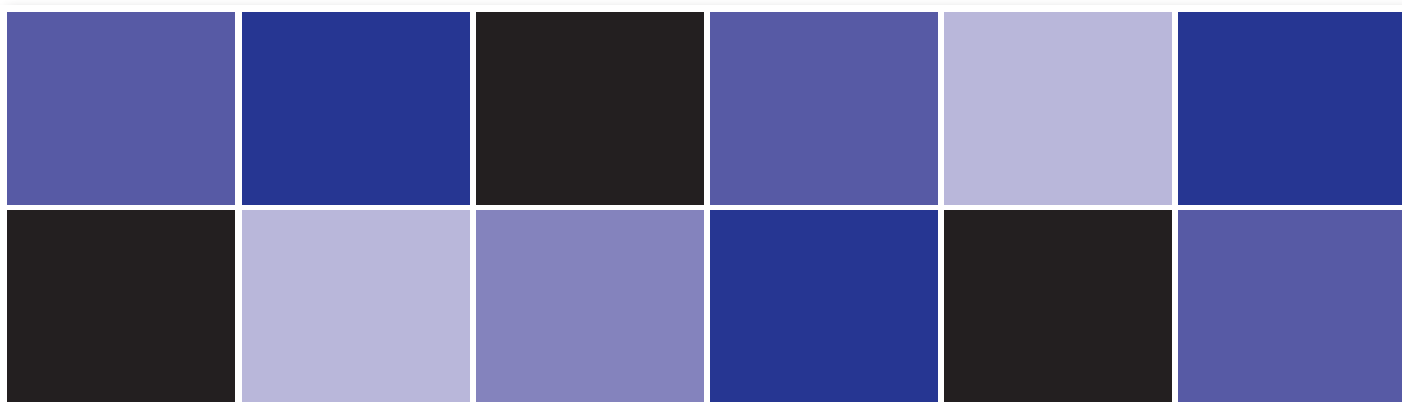


نسخة قبل النشر

Pre-press copy

# تحسين جودة واستخدامات المعلومات الخاصة بالميلاد والوفاة وسبب الوفاة: دليل المراجعة المعيارية للممارسات القطرية



منظمة  
الصحة العالمية



HMN

نظم المعلومات الصحية  
مركز  
المعلومات  
كلية الصحة السكانية  
جامعة كوينز لاند





# تحسين جودة واستخدامات المعلومات الخاصة بالميلاد والوفاة وسبب الوفاة: دليل المراجعة المعيارية للممارسات القطرية



WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Improving the quality and use of birth<sup>1</sup> death and cause-of-death information: guidance for a standards-based review of country practices.

1.Civil registration. 2.Vital statistics. 3.Birth rate. 4.Mortality. 5.Cause of death. 6.Pregnancy rate.  
7.Data collection – standards. 8.National health programs – standards. I.World Health Organization.

ISBN 978 92 4 654797 5

(NLM classification: WA 900)

© منظمة الصحة العالمية 2012

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من على موقع المنظمة الإلكتروني (www.who.int) أو شراءها من قسم الطباعة والنشر، منظمة الصحة العالمية 20 Avenue Appia 1211 Geneva 27 Switzerland (هاتف رقم: +41 22 791 3264؛ فاكس رقم: +41 22 791 4857؛ عنوان البريد الإلكتروني: bookorders@who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية – سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري – إلى قسم الطباعة والنشر عبر موقع المنظمة الإلكتروني ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

والتسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر إطلافاً عن رأي منظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تحومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

وذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك فإن المواد المنشورة توزع دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمنياً. والقارئ هو المسؤول عن تفسير واستعمال المواد المنشورة. والمنظمة ليست مسؤولة بأي حال عن الأضرار التي تترتب على استعمال هذه المواد.

## شكر وتقدير

هذه الوثيقة هي ثمرة التعاون التي جمعت طيفاً واسعاً من خبراء الصحة العمومية. ولقد قام كل من لين ميكلسن وآلان لوبيز - من كلية الصحة السكانية، جامعة كوينزلاند، استراليا - بالاشتراك في تحرير النص الأصلي. ثم اثنى عدد من المشاركين المسودات الأولى بمدخولات قيمة، وهم:

Vicki Bennett (School of Population Health, University of Queensland, Australia), Debbie Bradshaw (Medical Research Council, Cape Town, South Africa), John Cleland (London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, United Kingdom), Francesca Grum (United Nations Statistics Division, New York, United States), Rafael Lozano (Institute for Health Metrics and Evaluation at the University of Washington, United States); Prasantha Mahapatra (Institute of Health Systems, Hyderabad, Andhra Pradesh, India), Cleone Rooney (Office of National Statistics, London, United Kingdom), Kenji Shibuya (University of Tokyo, Tokyo, Japan), Sue Walker (School of Public Health, Queensland University of Technology, Australia) and Eduardo Zacca (Ministry of Health, Havana, Cuba).

وهناك شكر خاص موجه إلى الشركاء من الأقطار الذين قاموا بتجربة الأسلوب وقدموا آراء عالية القيمة حوله وهم: Estuardo Albán (Instituto Nacional de Estadística y Censos, Ecuador), Lourdes J Hufana (National Statistical Office, Manila), Charity Tan (Department of Health, the Philippines) and Rasika Rampatige (Ministry of Health, Sri Lanka).

وكانت هناك مساهمات على قدر كبير من الأهمية قدمها العاملون بمنظمة الصحة العالمية وهم كما يلي: Mohamed Ali (WHO Eastern Mediterranean Region, Cairo, Egypt), Mark Amexo (Health Metrics Network, WHO, Geneva, Switzerland), Jun Gao (WHO Western Pacific Region, Manila, Philippines), Alejandro Giusti (WHO Region of the Americas, Santiago, Chile), Fiona Gore (WHO, Geneva, Switzerland), Mie Inoue (WHO, Geneva, Switzerland), Robert Jakob (WHO, Geneva, Switzerland), Enrique Loyola (WHO European Region, Copenhagen, Denmark), Doris MaFat (WHO, Geneva, Switzerland), Fatima Marinho (WHO/Pan American Health Organization, Washington DC, United States), Lucille Nievera (WHO Country Office, Manila, the Philippines), Sunil Senanayake (WHO South-East Asia Region, Delhi, India) and William Soubey-Alley (WHO African Region, Brazzaville, Congo).

وقام كارلا أبو زهر (من منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا) بالإشراف على إعداد الأداة، بمساعدة إدارية من قبل سو بيكولو وبيترا شوستر. وكان هناك دعم مالي قدمته كل من الحكومة اليابانية، وشبكة القياسات الصحية التابعة لمنظمة الصحة العالمية، ومركز نظم المعلومات الصحية بكلية الصحة السكانية، جامعة كوينزلاند.

## الاختصارات والترخيمات (الحروف الأوائل لعبارة ما)

التصنيف الآلي للكيانات الطبية	ACME
متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز)	AIDS
المسوحات الديموغرافية والصحية	DHS
مولود ميت	DOA
فيروس العوز المناعي البشري	HIV
شبكة القياسات الصحية	HMN
التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات العلاقة، المراجعة العاشرة	ICD-10
مسح عنقودي متعدد المؤشرات	MICS
الأهداف الإنمائية للألفية	MDG
رصد الأحداث الحيوية	MoVE
منظمة غير حكومية	NGO
منظمة الصحة للبلدان الأمريكية	PAHO
مشروع الدول العربية للنهوض بالطفولة	PAPCHILD
نموذج تسجيل الأحوال المدنية مع الصفة التشريحية اللفظية	SAVVY
الأمم المتحدة	UN
صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)	UNICEF
صندوق الأمم المتحدة للسكان	UNFPA
الشعبة الإحصائية بالأمم المتحدة	UNSD
منظمة الصحة العالمية	WHO



## المحتويات

iii	شكر وتقدير .....
iv	الاختصارات والترخيمات (الحروف والأوائل لعبارة ما).....
ix	خلاصة تنفيذية.....
1	المقدمة .....
1-1	1-1 ما المقصود بنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية؟.....
2-1	2-1 ماهي الأداة الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية؟.....
3-1	3-1 فوائد استخدام الأداة الإرشادية .....
4-1	4-1 النطاق .....
5-1	5-1 الجمهور المستهدف .....
6-1	6-1 فوائد تسجيل الأحوال المدنية ومسؤولياته.....
1-6-1	1-6-1 الأفراد .....
2-6-1	2-6-1 البلدان .....
3-6-1	3-6-1 موجز للاستخدامات والفوائد .....
7-1	7-1 الوضع العالمي لنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية .....
7	7 الأفراد .....
9	9-2 عملية مراجعة نظم السجلات المدنية والإحصاءات الحيوية .....
9	9 الخطوات.....
9	9 الإجراءات .....
9	9 النتائج .....
10	10-2 المرحلة الأولى: الخطوة الأولى - تشكيل لجنة المراجعة وإذكاء الوعي .....
10	10-1-2 1-1-2 تحديد الوكالة الرائدة .....
10	10-1-2 2-1-2 تشكيل لجنة للمراجعة .....
10	10 المشاركة المحلية .....
11	11-1-2 3-1-2 تقديم الحالة للحكومة .....
11	11-2 2-2 الخطوة الثانية - إجراء تقييم سريع .....
12	12-2 3-2 الخطوة الثالثة - بدء المراجعة.....
12	12-2 1-3-2 بدء الاجتماع .....
13	13-2 2-3-2 المجموعات الفرعية .....
13	13-2 4-2 الخطوة الرابعة - عقد اجتماع مبدئي للجنة .....
13	13 تقوم لجنة المراجعة بالتخطيط لإجراء المراجعة، وعقد الاجتماعات، وكتابة مسودة خطة الإصلاح.....





14	5-2	الخطوة الخامسة - عقد جلسات عمل مع المجموعات الفرعية .....
14	6-2	المرحلة الثانية: الخطوة السادسة - عقد اجتماع حول النتائج .....
15	7-2	الخطوة السابعة - عقد اجتماع للجنة المراجعة لكتابة مسودة الخطة الاستراتيجية .....
15	8-2	الخطوة الثامنة - عقد اجتماع نهائي للأطراف المعنية .....
15	9-2	المرحلة الثالثة - التنفيذ .....
15	1-9-2	نحو نظم مستدامة لتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية .....
16	2-9-2	رصد التقدم المحرز .....
17	3-3	إطار التقييم لمنظمة الصحة العالمية .....
17	1-3	الإعداد والبنية .....
18	2-3	نظرة عامة على مكونات إطار التقييم الذي أعدته منظمة الصحة العالمية ومكوناته الفرعية .....
18	3-3	المكون أ - الأساس القانوني لتسجيل الأحوال المدنية وموارده .....
26	4-3	المكون ب - ممارسات التسجيل، والتغطية، والاستكمال .....
39	5-3	المكون ج - شهادة الوفاة وسبب الوفاة .....
40		شكل الشهادة الطبية الدولية حول سبب الوفاة .....
48	6-3	المكون د - ممارسات ترميز الوفيات وفقاً لتصنيف الدولي للأمراض .....
53	7-3	المكون هـ - الوصول إلى المعطيات واستخدامها والتحقق من جودتها .....
65		الملحق أ التخطيط الاستراتيجي لتعزيز نظام الإحصاءات الحيوية .....
65		الملحق ب نموذج لإطلاق جدول أعمال الاجتماع .....
67		الملحق ج المؤشرات المقترحة لرصد التقدم المحرز في النظم الوطنية لتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية .....
68		الملحق د الأسباب الرئيسية للوفيات وفقاً للفئة العمرية وفئة الدخل لكلا الجنسين .....
74		المسرد .....
78		المراجع .....
		الجدول
12	1-2	الجدول 1-2 الدرجات، والتصنيفات، والإجراءات اللازمة للتقييم السريع .....
17	1-3	الجدول 1-3 المدخلات، والإجراءات، والنتائج .....
67		الجدول ج 1 المؤشرات المقترحة .....
69		الجدول د 1 جميع الأعمار .....
70		الجدول د 2 الأعمار من صفر إلى 9 أعوام .....
71		الجدول د 3 الأعمار من 10 إلى 19 عاماً .....
72		الجدول د 4 الأعمار من 20 إلى 59 عاماً .....
73		الجدول د 5 الأعمار من 60 عاماً فأكثر .....







## الشكل

- الشكل 1-1 معدل وفيات الرضع وفق كل إقليم أو مقاطعة، كوستاريكا 2000 ..... 6
- الشكل 1-2 جودة المعلومات المتاحة عالمياً حول أسباب الوفاة ..... 8
- الشكل 1-3 عرض تخطيطي لنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية ..... 20
- الشكل 2-3 تسجيل الوفيات وعملية اعتمادها في المكسيك ..... 27
- الشكل 3-3 عملية تسجيل المواليد واعتمادها في المكسيك ..... 28
- الشكل 11 عملية إعداد خطة لتعزيز نظام الإحصاءات الحيوية ..... 28

## الإطار

- الإطار 1-1 موجز لاستخدامات معلومات تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية ..... 7
- الإطار 1-2 خريطة طريق لإجراءات المراجعة ونتائجها ..... 9
- الإطار 2-2 مثال على توزيع مهام التقييم بين المجموعات الفرعية ..... 13
- الإطار 1-3 إطار التقييم الذي أعدته منظمة الصحة العالمية ..... 18
- الإطار 2-3 قائمة يوصى بها للخصائص ذات الأولوية العالية لدمجها في المعلومات الخاصة بتسجيل المواليد والوفيات ..... 33
- الإطار 3-3 الوصول إلى تسجيل الأحوال المدنية واستكمال التسجيلات الحيوية ..... 34
- الإطار 3-4 شكل الشهادة الطبية الدولية حول سبب الوفاة ..... 40
- الإطار 3-5 نظم التحقيق الخاصة ..... 42
- الإطار 3-6 التشريح اللفظي ..... 45
- الإطار 3-7 منهج تدريبي موجز للمرمزين ..... 51
- الإطار 3-8 وفيات الأطفال في تايلاند ..... 54
- الإطار 3-9 معايير التدقيق في الأساس المنطقي والاتساق ..... 58
- الإطار 3-10 النسبة المئوية للوفيات المتوقعة من المجموعات الثلاث العريضة الخاصة بأسباب الوفاة (الأولى إلى الثالثة) كدلالة على الارتفاع في توقع الحياة ..... 60
- الإطار 3-11 نمط العمر النموذجي للمجموعات الكبيرة الخاصة بأسباب الوفاة (المجموعة الأولى، والثانية، والثالثة) ..... 61

## المكون الفرعي

- المكون الفرعي أ1: إطار العمل الوطني القانوني لنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية ..... 21
- المكون الفرعي أ2: البنية الأساسية للتسجيل وموارده ..... 24
- المكون الفرعي ب1: الترتيبات النظامية وسير العمل في نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية ..... 29
- المكون الفرعي ب2: مراجعة الاستمارات المستخدمة في تسجيل المواليد والوفيات ..... 32
- المكون الفرعي ب3: تغطية واستكمال التسجيل ..... 35
- المكون الفرعي ب4: تخزين المعلومات ونقلها ..... 38
- المكون الفرعي ج1: الممارسات المتوافقة مع التصنيف الدولي للأمراض لشهادة الوفاة ..... 42
- المكون الفرعي ج2: شهادة الوفاة المستخرجة من المستشفى ..... 44





- 45 .....المكون الفرعي ج 3: الوفيات التي تحدث خارج المستشفيات
- 46 .....المكون الفرعي ج 4: الممارسات التي تؤثر على جودة المعلومات الخاصة بسبب الوفاة
- 49 .....المكون الفرعي د1: ممارسات ترميز الوفيات
- 50 .....المكون الفرعي د2: مؤهلات القائم بترميز الوفيات والتدريب الحاصل عليه
- 52 .....المكون الفرعي د3: جودة ترميز الوفيات
- 57 .....المكون الفرعي هـ1: التحقق من جودة المعلومات ومعقوليتها
- 57 .....المكون الفرعي هـ1 (أ): مستويات الخصوبة والوفيات
- 59 .....المكون الفرعي هـ1 (ب): سبب الوفاة
- 62 .....المكون الفرعي هـ2: جدولة المعلومات
- 63 .....المكون الفرعي هـ3: الحصول على المعلومات ونشرها





تُستخدَم نظم تسجيل الأحوال المدنية لتسجيل الأحداث الحيوية - بما في ذلك المواليد، والوفيات، والزواج - ولديها القدرة لتكون بمثابة المصدر الرئيسي للإحصاءات الوطنية الحيوية. ومع ذلك، في العديد من البلدان النامية، تكون نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية ضعيفة أو غير قائمة؛ مما يؤدي إلى عدم توافر الإحصاءات الديموغرافية الرئيسية، والإحصاءات الخاصة بالخصوبة والوفيات على نحو مستمر ولا تشمل قطاعات عريضة من السكان. وتتمثل الخطوة الأولى للتصدي لهذا الضعف في مراجعة الوضع الراهن بغية تحديد المجالات التي تحتاج إلى التحسين وتحديد أولويات العمل.

هذه الحزمة من المواد - التي يشار إليها على أنها الأداة الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية - تقدم توجيهها شاملاً حول كيفية إجراء تقييم منهجي لمدى جودة وأداء نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية. وتتكون الحزمة من مكونين هما: أداة للتقييم التفصيلي، بالإضافة إلى التقييم السريع، ويتوافران في شكل نص مكتوب أو جدول شامل للبيانات، من أجل تيسير تجميع المعلومات. ولقد مر المكونان بمراجعة مكثفة من قبل الأقران من الخبراء التقنيين، وجرى اختبارهما ميدانياً في ثلاثة بلدان. أما الهدف من تقديم هذه الحزمة من المواد فهو مساعدة السلطات المسؤولة على الفهم الواضح والشامل لنقاط الضعف والقوة في نظمها الخاصة بتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، واستنباط قاعدة للأدلة لاتخاذ الإجراء الصحيح.

وتقوم أداة التقييم التفصيلي بمراجعة السمات الأساسية لنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية. وهذا يتضمن الإطار القانوني والتنظيمي، والتسجيل، وممارسات الإشهاد والتميز؛ وتجميع المعطيات المنبثقة منه وتبويبها واستخدامها. كما تشمل أداة التقييم على كل من خريطة الطريق التي تحدد الخطوات الرئيسية لإجراء المراجعة، بدءاً من تشكيل لجنة المراجعة التي تتكون من الأطراف المعنية الرئيسية، وإطار التقييم، الذي يستخدم كنموذج للمراجعة التفصيلية. سيتم التركيز خلال هذه المراجعة على المواليد، والوفيات، وأسباب الوفاة، لما تمثله من أحداث أساسية تحتاج البلدان إلى معرفتها من أجل الاسترشاد بها في برامج الصحة العمومية، ورصد ديناميكيات السكان، وقياس المؤشرات الصحية الرئيسية.

إن الأسلوب المذكور في هذه الأداة الإرشادية هو أسلوب موجه إلى حد كبير نحو تلك البلدان التي يكون فيها تسجيل الأحوال المدنية نظاماً قائماً إلا أنه يعاني من أوجه قصور من حيث التغطية أو الجودة أو كليهما. أما البلدان، حيث لم يتم تأسيس تسجيل الأحوال المدنية بها، قد تجد هذا الأسلوب مفيداً، حتى لو لم تكن جميع أقسام إطار التقييم ذات علاقة بها. وجدير بالذكر أنه في حال معرفة مدى اكتمال معطيات الإحصاءات الحيوية أو تغطيتها، فإن المعلومات غير المكتملة يمكنها أن تسفر عن أفكار قيمة حول أنماط الوفيات، والأسباب الرئيسية للوفاة.

وتشدد الأداة الإرشادية على أهمية التقييم النقدي لجودة المعلومات من خلال، على سبيل المثال، إجراء تدقيقات متسقة ومنطقية، والمقارنة بين نواتج النظم مع المعلومات المستقاة من سائر المصادر حول مستويات وأنماط الوفيات والخصوبة. ويتعين تشجيع ومساعدة الإحصائيين، ومخططي الشؤون الصحية، وغيرهم على جمع وتحليل الإحصاءات الحيوية من أجل تنمية مهارات التقييم الهامة كمكون أساسي من عملية تطوير النظام بشكل عام.

إن البلدان أو الحكومات المحلية التي تستخدم هذه المواد سوف تكون أفضل إماماً بنقاط الضعف والقوة في نظمها القائمة، وأكثر قدرة على تحديد الإجراءات أو الجوانب التي تحتاج إلى إدخال التحسينات عليها. كما يجب تحسين النتيجة واستخلاص إحصاءات حيوية أكثر فائدة لدعم إصلاحات القطاع الصحي وسياسات وبرامج التنمية.





يعرض هذا الفصل سياق حزمة المواد من خلال التعريف بـ «تسجيل الأحوال المدنية» و«نظم الإحصاءات الحيوية» ولماذا تكون هناك حاجة إليها.<sup>1</sup> كما يحدد هذا الفصل أيضاً الغرض والنطاق والجمهور المستهدف لهذه المواد. وأخيراً، يقدم موجزاً للفوائد المكتسبة الناجمة عن نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية على نحو فعال، كما يناقش الفصل وضع مثل هذه الأنظمة على الصعيد العالمي.

## 1-1

وترتيب الأولويات، علاوة على رصد التوجهات وتقييم تأثير وفعالية البرامج الصحية؛

■ عند تسجيلها كاملةً في الوقت المناسب تصبح وسيلة موثوقة لقياس المستويات الأساسية ورصد ما يجرى من تقدم نحو المرامي العالمية، مثل الأهداف الإنمائية للألفية (MDGs) التي أطلقتها الأمم المتحدة؛ ولها أهمية أخرى تتمثل في تفهم التحديات الصحية الناشئة الناجمة، على سبيل المثال، عن الأمراض غير السارية، والإصابات، والإيدز والعدوى بفيروسه (HIV/AIDS)؛

■ تسمح بتتبع الاستراتيجيات الوطنية مثل الاستراتيجيات المعنية بإصلاح القطاع الصحي، وتخفيف وطأة الفقر، والجهود الإنمائية؛

■ تقدم معلومات حول الأوضاع الصحية على المستويين الإقليمي والمحلي مما يسمح بدعم التخطيط والرصد والتقييم للنظم الصحية اللامركزية.

وتمثل سجلات الأحوال المدنية أفضل مصدر للإحصاءات الحيوية لما ينتج عنها من معلومات مستمرة لكامل الدولة على المستويين الوطني والمحلي. بيد أنه في البلدان النامية غالباً ما تعاني تلك النظم من الضعف أو عدم الاكتمال. وفي البلدان التي تفتقر فيها نظم تسجيل الأحوال المدنية إلى التغطية الكاملة، أو تعاني من قصور جوهري بسبب أمور الجودة أو التوقيت المناسب، قد يكون من الضروري، بصورة مؤقتة، استخدام مصادر بديلة لإعداد الإحصاءات الحيوية. وتتضمن مصادر مثل هذه المعطيات المؤقتة «التعدادات السكانية»، و«المسوحات الاستقصائية لعينات من الأسر المعيشية»، و«الترصد الديموغرافي» وذلك في مواقع الرصد ونظم تسجيل العينات. ورغم أن هذه المصادر يمكنها توفير القياسات الخاصة بالأحداث الحيوية، إلا أنه لا يمكن إحلالها محل تسجيل الأحوال المدنية، التي تُعد الوسيلة الوحيدة التي تجمع مثل هذه

في معظم البلدان، يستخدم نظام تسجيل الأحوال المدنية لتسجيل إحصاءات حول «الأحداث الحيوية» مثل «المواليد»، والوفيات، وحالات الزواج، والطلاق، و«وفيات الأجنة». وابتكر هذا النظام الإداري الحكومي سجلاً دائماً لكل حدث. أما السجلات المنبثقة عن نظم تسجيل الأحوال المدنية فلها استخدامين رئيسيين كما يلي:

- فهي وثائق قانونية شخصية، يحتاجها «المواطنون» لإثبات الوقائع المحيطة بالأحداث (مثل العمر والهوية)؛ وتستخدم مثل هذه الوثائق على سبيل المثال في ما يلي:
- توطيد العلاقات العائلية وحقوق الميراث؛
- تقديم ما يثبت العمر وتوطيد الحقوق المستندة على العمر (مثل الالتحاق بالمدارس، وامتحانات القيادة)؛
- تقديم ما يثبت الزواج أو الطلاق والحق في الزواج؛
- تقديم ما يثبت الوفاة

■ كما أنها تقدم المعطيات التي تشكل الأساس الذي يرتكز عليه نظام الإحصاءات الحيوية القطرية.

وتستخدم «الإحصاءات الحيوية» لاستخلاص القياسات الديموغرافية والوبائية الأساسية والضرورية للتخطيط الوطني للعديد من القطاعات، مثل التعليم، والعمل، والصحة. ولها أيضاً أهمية كبيرة بالنسبة لطيف واسع من الأنشطة الحكومية (مثل «السجلات المتعلقة بالسكان»، وغيرها من السجلات الإدارية) والشركات التجارية (مثل التأمين على الحياة وتسويق المنتجات).

وفي القطاع الصحي، تمثل الإحصاءات الحيوية جوهر نظام المعلومات الصحية القطرية، لأنها:

■ تسمح بتفهم مدى انتشار وتوزيع الوفيات الناجمة عن الأمراض والإصابات، وتحديد أوجه عدم المساواة،

<sup>1</sup> المصطلحات الموضوعية بين قوسين مشروحة في المسرد

المعلومات بصورة مستمرة، كما أنها المصدر الوحيد الذي يوفر للأفراد الوثائق القانونية الخاصة بأي حدث حيوي.

تعريف الأمم المتحدة لتسجيل الأحوال المدنية كما يلي (1):

....التسجيل المتواصل، والدائم، والإلزامي، والشامل للأحداث الحيوية وخصائصها (المواليد الأحياء، والوفيات، ووفيات الأجنة، وحالات الزواج والطلاق) وسائر الأحداث الخاصة بالأحوال المدنية المتعلقة بالسكان كما هو منصوص عليها في المراسيم، أو القوانين، أو اللوائح وفق المتطلبات القانونية في كل بلد.

إن تطوير وتعزيز نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية أمر ضروري لتحسين جودة الإحصاءات الحيوية القطرية، واستخدام هذه المعلومات لتوجيه السياسات والبرامج. و انعكس هذا المفهوم الأشمل في تعريف الأمم المتحدة لنظام الإحصاءات الحيوية كما يلي (1):

... العملية الكاملة المتمثلة في :

(أ) تقوم مصلحة الأحوال المدنية بجمع وتسجيل المعلومات أو تعداد مدى تكرار أو وقوع أحداث حيوية معينة ومحددة، وكذلك الخصائص المتعلقة بالأحداث نفسها والشخص أو الأشخاص المعنيين. (ب) تجميع هذه لبيانات، ومعالجتها، وتحليلها، وتقييمها، وعرضها ونشرها في شكل إحصائيات.

لا يمكن إنشاء نظام فعال للإحصاءات الحيوية بين ليلة وضحاها؛ فهو يتطلب إرادة سياسية، وإدارة سليمة، وقوامة من قبل السلطات الوطنية، وثقة وتعاون «المجتمع المدني»، والأسر المعيشية، والمهن الطبية. لذا، يجب على البلدان التي تعاني فيها نظم الإحصاءات الحيوية من الضعف وسوء الأداء، أن تدرس تحسين هذه النظم باعتبارها استثمارات ضرورية طويلة الأمد، وهدف لن يتسنى بلوغه إلا من خلال التزام سياسي مستدام.

كثيرا ما كانت قلة الموارد هي الحجة التي تساق كسبب رئيسي وراء سوء أداء نظم تسجيل الأحوال المدنية في بعض البلدان المنخفضة الدخل. وعلى الرغم أن التكلفة لها أهميتها التي يجب وضعها في الاعتبار، إلا أنها عقبة يمكن تجاوزها والمضي في طريق التحسين، كما أثبت ذلك عدد من البلدان المنخفضة الدخل نسبيا (مثل كوبا، وسري لانكا، وأوروغواي) التي تمتلك نظماً لتسجيل الأحوال المدنية تعمل بصورة جيدة وترصد النتائج الصحية معلومت سكانية ذات مصداقية.

في حال افتقاد أي بلد لنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، أو لديها أنظمة لا تصدر معلومات ذات جودة كافية، فيرجح أن تكون تكاليف البرامج الاجتماعية والاقتصادية فيها أعلى بسبب عدم الكفاءة وسائر صور الإسراف المهدر للموارد. بدون الإحصاءات الحيوية ذات المصداقية يصعب على المجتمعات، والحكومات، والجهات المانحة، والمنظمات المتعددة الأطراف أن تقوم بالتخطيط ورصد تأثير طيف واسع من البرامج الاجتماعية والمبادرات الصحية. وتعد الإحصاءات الحيوية هي الأساس الذي يركز عليه نظام المعلومات الصحية القطري. إن انعدام المعلومات المتعلقة بأعداد المواليد والوفيات، والجنس والعمر و«سبب الوفاة»، يؤدي إلى صعوبة إحراز تقدم ملموس نحو الهدف الرئيسي لأي نظام صحي، ألا وهو إبقاء الناس على قيد الحياة لفترة أطول مع تمتعهم بالصحة والعافية.

## 2-1

1

في إطار الجهود التي تبذلها شبكة القياسات الصحية التابعة لمنظمة الصحة العالمية لتعزيز المعلومات الصحية الوطنية، عبّر عدد من البلدان عن حاجتهم إلى أداة يمكنهم استخدامها لمراجعة مدى قدرة نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية فيها على إنتاج إحصاءات حيوية مفيدة وتحديد الجزء أو الأجزاء التي لا تعمل بكفاءة في نظامهم الوطني وتحتاج إلى التحسين. واستجابة لهذا المطلب، قامت منظمة الصحة العالمية، بمشاركة جامعة كوينزلاند باستراليا، بإعداد هذه الحزمة من المواد - وهي الأداة الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية - للاسترشاد بها في المراجعة المعيارية للممارسات القطرية المتعلقة بتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية.

وتتضمن هذه الوثيقة - أداة التقييم التفصيلي - ما يلي:

- مقدمة حول نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية (الفصل الأول)؛
- خارطة طريق، توضح عملية مراجعة النظم الحالية (الفصل الثاني)؛
- إطار للتقييم، يوفر البنية للمراجعة التفصيلية (الفصل الثالث).

أما فيما يتعلق بالوثيقة المصاحبة - وثيقة التقييم السريع للنظم الوطنية لتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات

الحيوية - فهي توفر أداة للتقييم السريع ترمي إلى سرعة تقييم وضع النظم الحالية، وإعداد الحالة لإجراء تقييم أكثر تفصيلاً. هذه الوثيقة متاحة على شكل نص مكتوب أو جداول للبيانات، من أجل تيسير تجميع المعلومات.

لقد تم إعداد أداة التقييم السريع بعد أن اقترح عدد من البلدان أنه من المفيد الحصول على بعض الأدلة، وإطلاع كبار الإداريين عليها قبل الشروع في المراجعة التفصيلية. ولقد مرت هاتان الأداتان بمراجعة مكثفة من قبل الأقران من الخبراء التقنيين، وجرى اختبارهما ميدانياً في ثلاثة بلدان.

لا يتمثل الغرض من مراجعة النظم القائمة في مساءلة الأفراد حول سوء أداء هذه النظم أو المشكلات التشغيلية المتعلقة بها، كما أنه بعيد تماماً عن تصيد أخطاء المسؤولين عن الأداء الوظيفي لتشغيل أنظمة الإحصاءات الحيوية وتسجيل الأحوال المدنية. ولكن الغاية هي تقديم البيئة التي يمكن للبلدان استخدامها للاسترشاد بها في وضع خطط الإصلاح. ويمكن استخدام هذه البيئة، على سبيل المثال، في المناقشات مع الجهات المانحة، والحكومات، والشركاء في عملية التطوير، عند البحث عن التمويل اللازم من أجل تعزيز النظام الوطني لتسجيل الأحوال المدنية.

### 3-1

من شأن استخدام الأداة الإرشادية معاونة البلدان على الوصول إلى تفهم واضح وشامل للأساليب الحالية، وتوفير قاعدة الأدلة لاتخاذ إجراءات تصحيحية. مع ذلك، لا تكفي هذه الأداة الإرشادية منفردة في تمكين البلدان من حل مشكلاتها المتعلقة بنظمها في تسجيل الأحوال المدنية أو جودة الإحصاءات الحيوية. والفوائد الرئيسية لاستخدام هذه الأداة الإرشادية هي كما يلي:

■ التوجيه نحو أفضل الممارسات، المستمدة من الخبرة المكثفة لمنظمة الصحة العالمية وسائر وكالات الأمم المتحدة في مساعدة البلدان على تطوير النظم الصحية والإحصائية؛

■ التوافق التام لنظم المعلومات الصحية القطرية مع الإطار الأوسع لشبكة القياسات الصحية (2)؛

■ التوافق مع المبادرة المتعددة الشركاء بشأن رصد الأحداث الحيوية (مبادرة رصد الأحداث الحيوية MOVE- وهي مبادرة بحثية أطلقها شركاء شبكة القياسات الصحية عام 2006 من أجل تعزيز نظم التسجيل وغيرها

من الوسائل البديلة لجمع المعلومات حول الأحداث الحيوية)، ودمج الدروس القيمة المستفادة من البحوث التطبيقية في العديد من البلدان النامية (3-7)؛

■ تقديم نظرة ثاقبة حول وجود الإحصاءات الروتينية المجمعة حول المواليد، والوفيات، وأسباب الوفاة؛

■ وسيلة للحصول على الأدلة اللازمة لتحسين النظامي للإحصاءات الحيوية والنتائج المتعلقة بها الصادرة عن نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية؛

■ استخدام عملية المراجعة (الفصل الثاني) في الحث على الوصول إلى توافق في الآراء بين «الأطراف المعنية» الرئيسية حول الاحتياجات المحددة ذات الأولوية.

### 4-1

هذه الأداة الإرشادية تستهدف فقط تقييم الإحصاءات الحيوية الأساسية المنبثقة عن تسجيل الأحوال المدنية؛ ولا ينبغي استخدامها في تقييم الممارسات وجودة المعطيات المأخوذة من الدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية، أو التعدادات السكانية، أو تسجيل العينات. وتعزز الأداة المعايير والممارسات الدولية غير أنها لا توصي بأية تدابير أو ممارسات يتعين على البلدان اعتمادها لتحقيق الأداء الكامل لنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية. ويتم تحديد هذه التدابير والممارسات على نحو أفضل محلياً، لاعتمادها على السياق والقدرة والموارد والعادات على المستوى المحلي.

على الرغم أن الأمم المتحدة ترى أن الأحداث الحيوية تتضمن «المواليد الأحياء»، والوفيات، ووفيات الأجنة، وحالات الزواج والطلاق، إلا أن هذه الأداة الإرشادية لا تهتم سوى بالمواليد، والوفيات وأسباب الوفاة (أي أنها لا تشمل وفيات الأجنة، أو حالات الزواج والطلاق). وهذا التركيز يشير إلى حقيقة أن المواليد، والوفيات وأسباب الوفاة هي الأحداث الرئيسية التي تحتاج البلدان إلى معرفتها للاسترشاد بها في البرامج الصحية، ورصد ديناميكية السكان، وقياس المؤشرات الصحية الرئيسية. وبرغم أن تسجيل وفيات الأجنة له أهمية واضحة في قياس «معدل وفيات الفترة المحيطة بالولادة»، ونتيجة الحمل، ومدى جودة الخدمات الصحية أثناء الفترة المحيطة بالولادة، إلا أن وفيات الأجنة لا تدخل في نطاق هذه الأداة الإرشادية بسبب قلة عدد البلدان التي يمكنها جمع المعطيات الضرورية بصورة مرضية. مع ذلك، في البلدان

تحسين جودة واستخدامات المعلومات الخاصة بالميلاد والوفاة وسبب الوفاة 3

التي يجري فيها، بصورة روتينية، جمع بيانات حول وفيات الأجنة والوفيات أثناء الفترة المحيطة بالولادة، يتعين إضافة المزيد من الأسئلة في عملية مراجعة نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، من أجل التصدي للمشاكل المتعلقة بجودة البيانات ومصداقيتها.

## 5-1

إن القصد من الأداة الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية هو استخدامها من قبل المسؤولين عن جمع الإحصاءات الحيوية وتجميعها والاستفادة منها. والاستفادة الكبرى منها ستظهر في البلدان (أو الأقاليم داخل البلدان) التي لها بالفعل نظام لتسجيل الأحوال المدنية لكنها تعجز عن الحصول على أقصى استفادة من نظمها الخاصة بالإحصاءات الحيوية. ولتلك البلدان تحدياً فإن الحالة التي تستدعي الاستثمار في نظام فعال للإحصاءات الحيوية تكون على وجه الخصوص حالة قوية بسبب ما يتم دفعه بالفعل سنوياً من مبالغ مالية ضخمة، على سبيل المثال ما يدفع لرواتب القائمين بالتسجيل وترميز البيانات، علاوة على تكلفة البنية الأساسية والمعدات والإمدادات. وبعض البلدان لديها حالياً نظم لتسجيل الأحوال المدنية لا تستخرج سوى الوثائق القانونية، بينما يتم جمع الإحصاءات الحيوية من قبل نظام مواز، غالباً ما يخضع لسلطة وزارة الصحة.

يمكن أيضاً الاستفادة من الأداة الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية من قبل البلدان التي تتمتع بنظم كاملة للتسجيل؛ فمثل هذه البلدان تستخدم هذه الأداة في التقييم الدوري لأداء نظمها، وتقييم جودة ما تنتجه من معلومات، ومن ثم اتخاذ الإجراءات التصحيحية عند الضرورة.

إن البلدان التي يقل أو ينعدم فيها تسجيل الأحوال المدنية، قد تجد صعوبة في استكمال عدة أقسام في أداة التقييم نظراً لقلة المعلومات التي يجري تقييمها. مع ذلك، يمكن لهذه البلدان استخدام تلك الأجزاء من الأداة الإرشادية التي تكون لها علاقة بها، لاسيما في ما يتعلق بالإطار القانوني. علاوة على ذلك، فإن تلك البلدان يمكنها الاستفادة من اضطلاعها بدراسة سائر المصادر التي قامت شبكة القياسات الصحية بإعدادها، مثل مجموعة الموارد لرصد الأحداث الحيوية الخاصة بمبادرة MOVE، وهي متاحة على الشبكة العنكبوتية (الإنترنت)، وعلى الأقراص المدمجة (CD 8). وهذه المجموعة عبارة عن تجميع للوثائق التقنية التي تستهدف تسهيل إنشاء مواقع للرصد الديموغرافي. وهي تحتوي على تعليمات حول كيفية إعداد «نموذج للتسجيل الحيوي مع الصفة التشريحية اللفظية»

(SAVVY). الجمع بين الترصد الديموغرافي ونموذج «التسجيل الحيوي» ليس بديلاً عن نظام تسجيل الأحوال المدني، لكن يمكنه تقديم قياسات مفيدة مؤقتة للخصوبة والوفيات، والمساعدة في بناء المهارات والموارد البشرية الضرورية اللازمة لضمان أداء نظام تسجيل الأحوال المدنية.

## 6-1

### 1-6-1 الأفراد

عندما تكون نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية ذات جودة عالية، ومستمرة ويتم الحفاظ عليها، يمكنها عندئذ تقديم فوائد عديدة للأفراد، والمجتمعات، والبلدان، والأقاليم، والمجتمع الدولي.

فيما يخص الأفراد، تتمثل الفوائد الرئيسية لنظام تسجيل الأحوال المدنية في توفير الوضع القانوني والتوثيق الرسمي للأحداث الحياتية الهامة. على سبيل المثال، تسجيل المواليد يصادق على الهوية ويقدم إثباتاً قانونياً باسم الشخص، واسمي والديه وتاريخ ومكان ميلادهما. كوثيقة قانونية، تقيّد شهادة الميلاد في تحديد وحماية الحقوق الإنسانية والمدنية لأي إنسان في المجتمع. ولقد قام صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، بتوثيق تأثير عدم تسجيل المواليد على نطاق واسع، كما كان لها الحق في تسجيل المواليد الذي يُعتبر الاعتراف القانوني الأول بالطفل كما جاء في المادة السابعة من اتفاقية حقوق الطفل، الذي ينص على:

... يُسَجَّلُ الطفل فور ولادته ويكون له الحق منذ ولادته في الحصول على اسم، والحق في اكتساب جنسية، ويكون له قدر الإمكان، الحق في معرفة والديه، وتلقي رعايتها.

عدم تسجيل أي طفل له عواقب سلبية وخيمة تؤثر على اكتسابه لحقوقه الرئيسية التي تتمثل في الهوية، والميراث، والتعليم، والخدمات الصحية والاجتماعية. لذلك، فإن تسجيل الميلاد هو جزء من استراتيجية أكبر لضمان الحد من تعرض الأطفال للانتهاك والاستغلال، لاسيما إذا كانوا منفصلين عن والديهم. وفي غياب نظام فاعل لتسجيل المواليد، يصعب على أي بلد تعزيز الحقوق القانونية المتعلقة بالعمّر والخاصة بالتعليم، وعمالة الأطفال، وقضاء الأحداث، والزواج المبكر، والاستغلال الجنسي، والحقوق الانتخابية، والتجنيد العسكري. إن الاستجابة الفعالة للكوارث الطبيعية غالباً ما تتميز بقدرتها على لم شمل



الأطفال الضائعين بذويهم، مما يوضح مدى أهمية شهادات الميلاد.

من المتوقع أن تقوم البلدان التي وقعت على اتفاقية حقوق الطفل بوضع نظم لتسجيل جميع المواليد دون أي شكل من أشكال التمييز. ويتعين على البلدان ضمان التسجيل الإلزامي لجميع المواليد داخل الحدود الوطنية، وذلك في التوقيت المناسب. كما يجب، على وجه الخصوص، أن تركز البلدان اهتمامها على الأطفال في المناطق الريفية والمناطق النائية، والأطفال في الفئات المستضعفة والمهمشة؛ مثل الأطفال المولودين لآباء أجنب، ولاجئين، ومهاجرين، وطالبي اللجوء السياسي، والمشردين داخل البلد (أطفال الشوارع).

عملت منظمة اليونيسف، بصورة نشطة، مع بعض المنظمات غير الحكومية (NGOs) مثل منظمة التخطيط الدولي، وصندوق إنقاذ الأطفال، ومنظمة الرؤية العالمية، في تعزيز جوانب الحقوق الإنسانية والفردية في تسجيل الأحوال المدنية، وتنظيم حملات ناجحة في العديد من البلدان من أجل تسجيل المواليد على المستوى العالمي. كما قاموا أيضا بإذكاء الوعي حول أهمية إثبات الهوية لتأمين الاعتراف بها أمام القانون، من أجل حماية الحقوق (مثل الميراث)، وتوفير سبل الوصول إلى الخدمات العامة.

## 1-6-2 البلدان

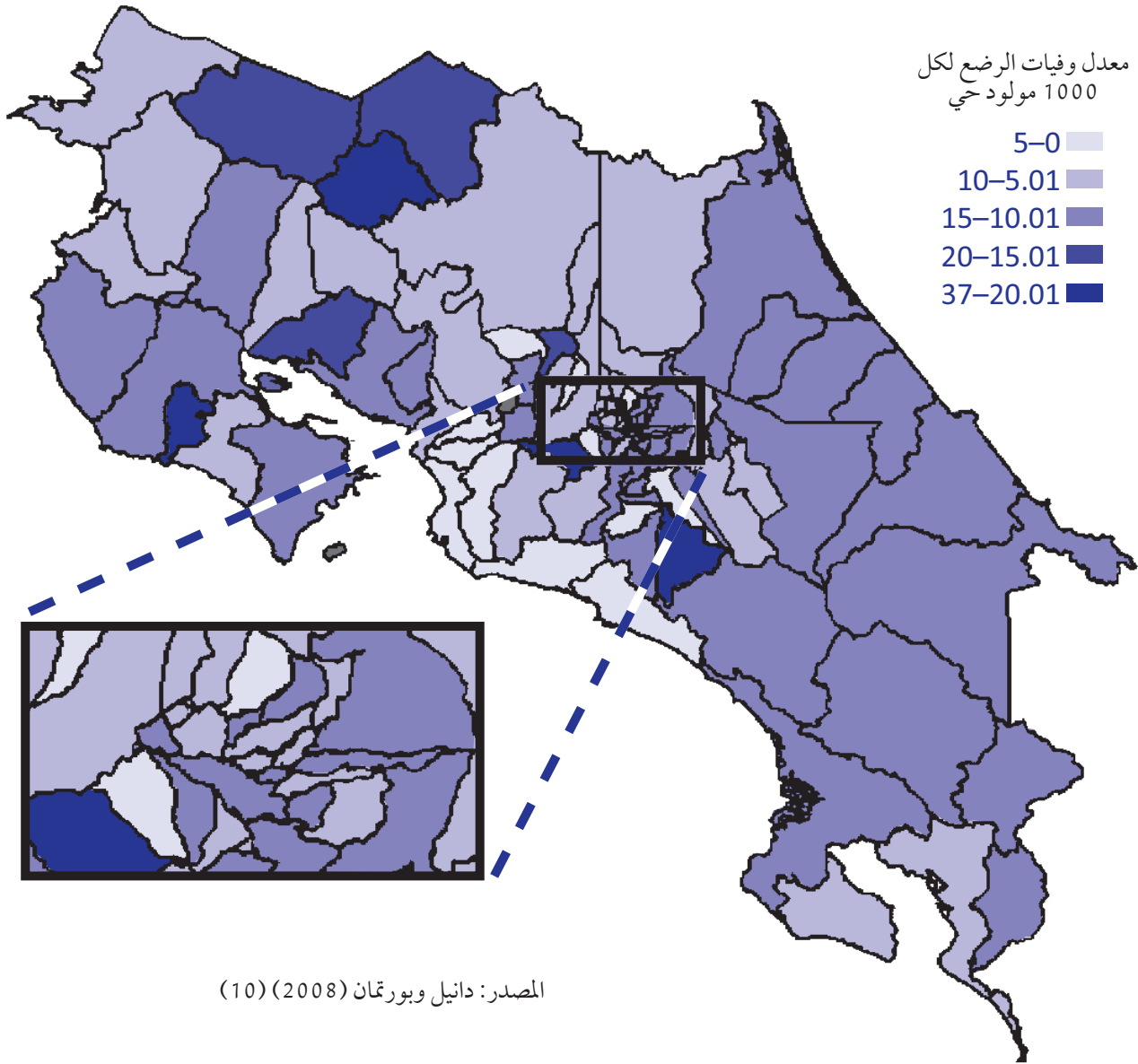
أما بالنسبة للبلدان، فإن الفائدة الرئيسية لنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية الفعالة تتمثل في الدور الذي تلعبه هذه النظم في تقديم الدعم وتوفير المعلومات عند التخطيط بفعالية من أجل التنمية الاجتماعية والاقتصادية. إذا جُمعت الإحصاءات الحيوية من نظام تسجيل الأحوال المدنية الذي يشمل جميع الأحداث ( وليس مجرد عينة)، فإنها تستطيع تقديم أسس موثوق بها لمعلومات خاصة بمجال صغير له أهميته في رسم وتنفيذ السياسات الخاصة بالصحة العمومية، ورعاية الأمومة والطفولة، وتنظيم الأسرة، والضمان الاجتماعي، والتعليم، والإسكان، والتنمية الاقتصادية. أما على المستوى المحلي، فإن المعلومات السكانية الدقيقة ضرورية لتخطيط احتياجات المجتمع، ومعالجة ورصد عدم المساواة في المنطقة. يستخدم الشكل 1-1 مثال كوستاريكا لتوضيح استخدام الإحصاءات الحيوية لرصد الاختلافات في «معدل وفيات الرضع» على المستويات المحلية. ومثل هذه

الإحصاءات الحيوية على درجة كبيرة من الأهمية لإعداد البرامج التي تستهدف تحسين معدل بقاء الأطفال وتوجيه الموارد إلى حيث تشتد الحاجة إليها.

وهناك ميزة أخرى لفعالية نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية وهي قياس مدى نجاح الجهود المبذولة دولياً في مكافحة أمراض معينة من خلال الانخفاض في معدلات الوفيات الناجمة عن تدخلات البرامج في أغلب الأحيان. فمثلاً، ستة على الأقل من الأهداف الإنمائية للألفية تعتمد على المعلومات الدقيقة حول الوفيات وأسباب الوفاة في رصد التقدم المحرز (3). ولقد أشار تقرير صدر حديثاً عن البنك الدولي إلى أن العائق الرئيسي أمام تحقيق الأهداف الإنمائية للصحة للألفية في أمريكا اللاتينية هو عدم اكتمال المعلومات الخاصة بوفيات الطفولة والأمومة (10). وهناك أدلة تزايدة على أن إدخال التحسينات طويلة الأمد على نظم تسجيل الأحوال المدنية سوف توفر وسيلة أكثر فعالية من حيث التكلفة للقياس الدقيق للانخفاض في معدلات الوفيات من الاعتماد على الأساليب المنفصلة التي تركز على الأمراض، والتي تجتمع فيها معطيات خاصة بمجالات هامة محددة (مثل فيروس العوز المناعي البشري ومرض الإيدز، والملاريا، والسل، والأمراض التي يمكن توقيها باللقاحات) (7).

وتقوم معظم نظم تسجيل الأحوال المدنية بجمع المعلومات حول أسباب الوفاة مع أن هذه المعلومات غالباً ما يتم التعامل معها من قبل وزارة الصحة القطرية. وتعود الأهمية الخاصة للإحصاءات المرتكزة على سجلات الوفيات إلى مساهمتها في تحديد حجم الأمراض الرئيسية وتوزعها، كما أن هذه الإحصاءات ضرورية لتصميم البرامج والسياسات الصحية، وتنفيذها، ورصدها، وتقييمها. فمثلاً، الإحصاءات الخاصة بالوفيات الناجمة عن سرطان الرئة، وأمراض الكبد المرتبطة بالكحوليات، والوفيات الناجمة من حوادث المرور المرتبطة بتناول الكحوليات، كانت على درجة كبيرة من الأهمية في عدد من البلدان، وقد أسفرت عن سن تشريعات للحد من التعرض للآثار الضارة للتبغ والكحوليات. علاوة على ما تقدم، فإن جمع الإحصاءات الحيوية بصورة مستمرة له أهمية قصوى في الكشف عن التحديات الصحية الجديدة (مثل الأمراض غير السارية الرئيسية، والإصابات، والعنف) التي تؤثر على السكان، ومعالجتها.

## الشكل 1-1 معدل وفيات الرضع وفق كل إقليم أو مقاطعة، كوستاريكا 2000



المصدر: دانييل وبورتمان (2008) (10)

يمكن للرصد الدقيق للإحصاءات الحيوية أن يحدد بفاعلية المجموعات السكانية التي تزيد فيها معدلات الوفيات بصورة مكثفة، أو تلك التي تحتاج على نحو عاجل إلى برامج محددة لمكافحة الأمراض أو تعزيز الصحة. الإحصاءات الحيوية هي الأساس التجريبي الوحيد الذي يمكن من خلاله رصد التقدم المحرز سنوياً في مجموعة متنوعة من برامج الصحة العمومية على الأصعدة دون الوطنية والوطنية والعالمية. في البلدان التي بها نظم جيدة الإعداد، يتم الاسترشاد بالإحصاءات الحيوية في السياسات والبرامج الوقائية، ويتم استخدامها أيضاً في دعم البحوث الوبائية الهامة، بدءاً من الدراسات البيئية والوبائيات الوصفية إلى الدراسات المعنية بكيفية تأثير الأمراض المهنية والوراثية على المجموعات السكانية المختلفة.

استخدم عدد من البلدان النامية تسجيل المواليد في تحديد الاختلافات الجغرافية للخصوبة، ومن ثم تمكنوا من إدخال برامج تنظيم الأسرة في المواقع الأشد احتياجاً لها. وقد ساعد رصد المواليد في إلقاء الضوء على بعض التداعيات السلبية للتقنيات الطبية الجديدة، لاسيما في مجال اختيار جنس المولود قبل الولادة (11). وفي العديد من البلدان، توفر معطيات التسجيل نقطة البداية لإجراء دراسات حول وفيات النساء في سن الإنجاب؛ ومن ثم، يكون تسجيل الأحوال المدنية أداة رئيسية للحصول على تقديرات أكثر فعالية للبعد الواقعي لمعدل وفيات الأمهات، كما أنها تزيد من تفهم الأسباب والظروف وراء هذه الوفيات والإلمام بها.

### 1-6-3 موجز للاستخدامات والفوائد

في العديد من البلدان التي يكون فيها تسجيل المواليد والوفيات إجبارياً، تفرض القوانين نشر الإحصاءات السنوية (وفق الجنس والعمر) على المستويين الوطني ودون الوطني. ويوجز الإطار 1-1 الاستخدامات المتعددة للإحصاءات الحيوية في مجال التنمية البشرية والاجتماعية.

### 7-1

وصف الإهمال الذي تعرضت له نظم تسجيل الأحوال المدنية بأنه «الفشل الوحيد والأكثر أهمية الذي اقترفته جهود التنمية على مدى الثلاثة عقود الماضية» (11). وعلى الصعيد العالمي، فإن المعلومات ذات الصلة بالإحصاءات الحيوية تتسم بالضعف والسوء مقارنة بما يتوافر من معلومات اقتصادية تفصيلية لدى معظم البلدان. ويتعين إعطاء المعلومات الصحية نفس الدرجة من الأهمية مثل المعلومات الاقتصادية، لما تقدمه من دعم لسياسات التنمية البشرية. وبسبب غياب الإحصاءات الحيوية الموثوقة، يواجه العديد من البلدان النامية، في الوقت الراهن، تحولات سريعة في المجال الصحي، إلا أنها لا تملك أية معلومات موثوقة ذات صلة في التوقيت المناسب للاسترشاد بها في وضع الأولويات الصحية الخاصة بسكانها.

يجب على المجتمع العالمي المعني بالصحة العمومية، والجهات المانحة، والشركاء في التنمية تقديم الدعم للبلدان في ما تبذله من جهود تهدف إلى تعزيز نظمها الخاصة بتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية. ونظراً لما تبذله البلدان من جهود حثيثة وما تتكبده من تكلفة للمحافظة على نظم تسجيل الأحوال المدنية، يصبح من غير المقبول أن تصدر عنها معطيات متحيزة، أو غير مكتملة، أو لم يتم تحديثها، وبالتالي، لا يمكن الاستفادة منها في أغراض التخطيط. وفي نفس الوقت، يتعين على الحكومات الوطنية إدراك مسؤوليتها نحو تحسين أنظمتها، ويجب أن تأخذ بزمام المبادرة في الجهود المبذولة في تسجيل جميع المواليد والوفيات، والتصديق الطبي على جميع أسباب الوفيات. إن ضمان قيام نظم تسجيل الأحوال المدنية بتعداد كل شخص - وأخذ الجميع في الحسبان، إنما هو أمر في صالح الحكومات الوطنية وصالح مواطنيها.

ورغم الفوائد التي لا شك فيها لتسجيل الأحداث الحيوية، إلا أن حوالي الثلث فقط من البلدان الأعضاء في منظمة الصحة العالمية لديها أنظمة تعتبر كاملة بصورة أساسية ويمكنها إعطاء معطيات موثوقة (12). أما في الثلثين الآخرين، فإن الكثير من المواليد والوفيات لا يتم تسجيلها، كما أن المعلومات حول سبب الوفاة هي معلومات تفتقد المصدقية في أغلب الأحيان، وذلك في حال ما إذا تم جمعها على الإطلاق.

### الإطار 1-1 موجز لاستخدامات معلومات تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية

#### الأفراد

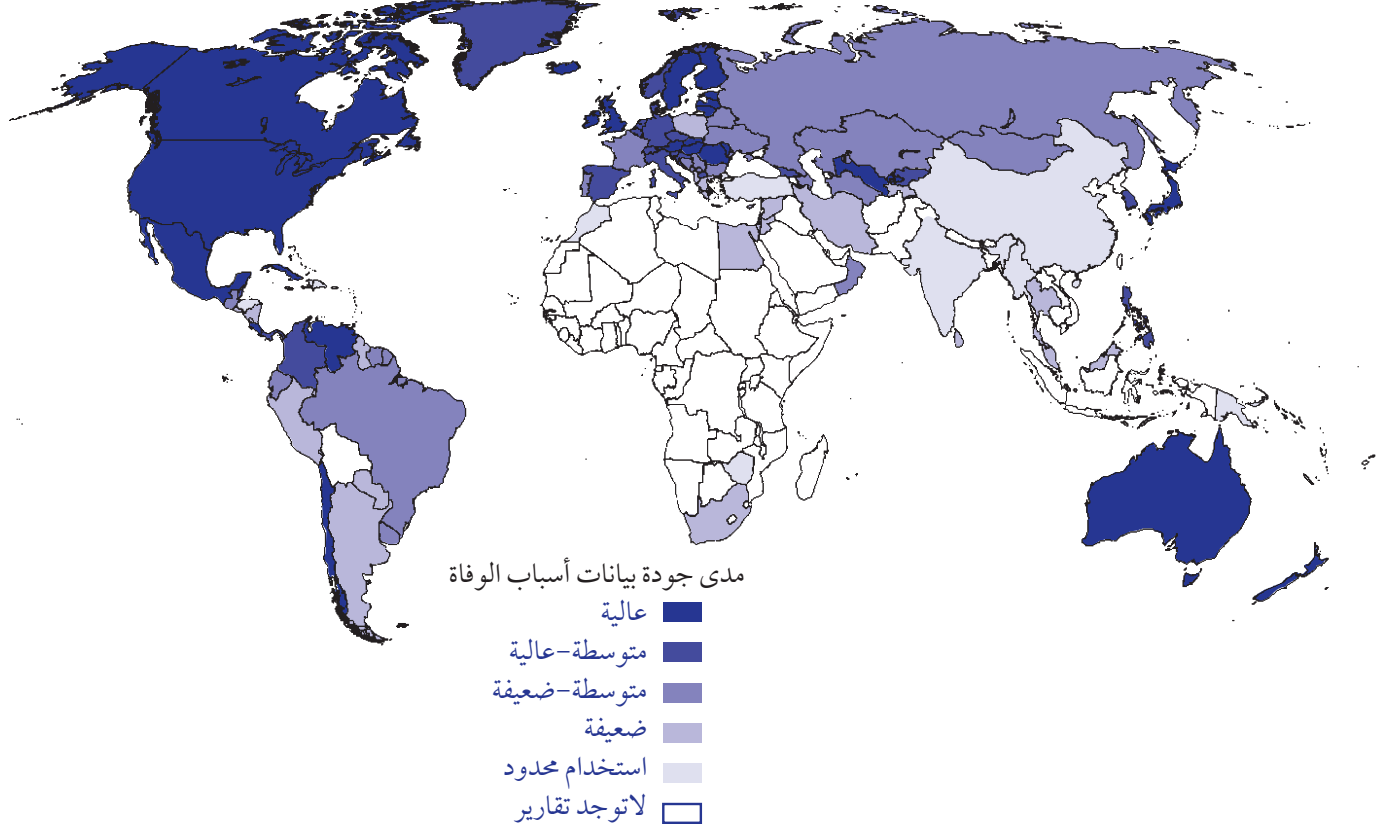
- يستخدم الأفراد شهادات الميلاد وشهادات الوفاة المستخرجة من السجلات المدنية لإثبات ما يلي:
- الهوية والعمر؛ على سبيل المثال، لاستخراج جواز سفر، وفتح حسابات مصرفية، والحصول على التعليم والتوظيف، وحماية حقوق الملكية، والحصول على الخدمات الطبية والاجتماعية، والمطالبة بالتأمين والاشتراك في التصويت وسائر الإجراءات القانونية؛
- الأصل والجنسية عند التعامل مع الحكومة أو قطاع الأعمال الخاص.

#### السلطات الحكومية المحلية والوطنية

- تستخدم السلطات الحكومية المحلية والوطنية سجلات المواليد والوفيات المنبثقة عن سجلات الأحوال المدنية في ما يلي:
- حساب عدد المواطنين في كل عام للمناطق الإدارية بحسب العمر والجنس؛
- توفير المعلومات التي سيتم وضعها في مقام الكسر لحساب المؤشرات المتعلقة بالصحة؛
- وضع توقعات سكانية للتخطيط المستقبلي؛
- المساعدة في توجيه تخصيص الموارد بكفاءة؛
- القيام برسم السياسات على المستويات المحلية في ما يخص التخطيط الصحي، والخدمات التعليمية، والإسكان، وغيرها؛
- معالجة المظالم الصحية الناجمة عن الأمراض السارية، والأمراض المزمنة، والإصابات؛
- وضع "جداول مجريات للحياة" وتوقعات الحياة للعديد من أغراض التخطيط الصحي؛
- قياس التقدم المحرز في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وسائر المرامي الصحية الدولية؛
- إعداد قوائم الاقتراح للناخبين المؤهلين لأغراض الانتخابات؛
- حساب عدد أعضاء مجلس الشعب لكل ولاية أو منطقة؛
- تخصيص ميزانيات من أجل التنمية والموارد البشرية.

تحسين جودة واستخدامات المعلومات الخاصة بالميلاد والوفاة وسبب الوفاة 7

## الشكل 1-2 جودة المعلومات المتاحة عالمياً حول أسباب الوفاة



لا تعبر الحدود والأسماء والتعيينات المستخدمة في هذه الخريطة عن أية آراء من قبل منظمة الصحة العالمية في ما يخص الوضع القانوني لأي قطر، أو مقاطعة، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تعيين حدود أي منها.

إنتاج الخريطة: القسم المعني بوضع خرائط الصحة العمومية ونظام المعلومات الجغرافية حول الأمراض السارية (مركز الدراسات الإنشائية)، منظمة الصحة العالمية

© منظمة الصحة العالمية 2007، جميع الحقوق محفوظة

يقدم هذا الفصل خريطة طريق لكيفية استخدام الأداة الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية الخاصة بمراجعة نظم السجلات الصحية والإحصاءات الحيوية وتقويتها. وهذه العملية تكون من ثلاث مراحل:

- المرحلة الأولى - تنسيق القيادة والمراجعة (مثل الإعداد للمراجعة وتنفيذها)
- المرحلة الثانية - ترتيب الأولويات والتخطيط (مثل إعداد خطة عمل استراتيجية لتقوية النظم)،
- المرحلة الثالثة - التنفيذ (مثل وضع خطة العمل الاستراتيجية موضع التنفيذ).

لكل بلد حرية تكييف خريطة الطريق المقترحة تبعاً للوضع الخاص به، غير أنه من الأهمية بمكان الالتزام بالعملية في مجملها لما تقدمه من رؤية وتبصر بالآلية التي تعمل بها نظم السجلات المدنية والإحصاءات الحيوية، وهو أمر لا غنى عنه لتحسين هذه النظم.

تقتصر خريطة الطريق على تقديم الخطوات الرئيسية والتسلسل الموصى به لاتباعهم من قبل أي بلد تقوم بمراجعة نظمها الخاصة بالسجلات المدنية والإحصاءات الحيوية. وقد تضيف كل بلد خطوات مؤقتة في هذا السياق، إذا اقتضى الأمر، لتضمن تفهم كل شخص معني بهذه العملية بكيفية إجراء المراجعة وإجابة أسئلة التقييم الواردة في الفصل الثالث.

تناقش الأقسام التالية أدناه، من القسم 1-2 إلى 2-8، الخطوات التي تشتمل عليها المرحلتين الأولى والثانية.

ويلخص الإطار 1-2 هذه المراحل الثلاث، كما تتوافر في صورة شكل مخطط في الملحق (أ). وهذه المراحل تتماشى مع المراحل المحددة في وثيقة شبكة القياسات الصحية العنونة - إطار عمل نظم المعلومات الصحية القطرية ومعاييرها (2). وبالتالي يمكن للبلدان، بسهولة، إدماج هذه المراحل الثلاث في خطة عمل تنمية استراتيجية أوسع نطاقاً وشمولاً.

تقدم هذه الوثيقة أسلوباً إرشادياً مفصلاً للمرحلتين الأولى والثانية، أما المرحلة الثالثة فتقل تفاصيلها نظراً لاحتمال تنوعها من بلد لآخر، وفقاً للإجراءات الوطنية والبيئة المحيطة بالتنمية. وهناك معلومات تفصيلية حول التخطيط الاستراتيجي في وثيقة شبكة القياسات الصحية والمعنونة دليل عملية التخطيط الاستراتيجي لنظم المعلومات الصحية (13).

الإطار 1-2 خريطة طريق لإجراءات المراجعة ونتائجها	
الخطوات	الإجراءات
المرحلة الأولى - تنسيق القيادة والمراجعة وتحديد وكالة رائدة تبدأ في عملية تشكيل لجنة المراجعة؛	
1	تحديد الأطراف المعنية ودعوتهم، وتقديم الحالة للحكومة لتوضيح مدى الحاجة إلى تحسين نظام الإحصاءات الحيوية.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ تحديد الوكالة الرائدة</li> <li>■ تحديد ودعوة الأطراف المعنية</li> <li>■ تشكيل لجنة المراجعة</li> <li>■ تقديم الحالة إلى الحكومة</li> </ul>
2	إجراء تقييم سريع للنظام الحالي، من أجل بناء الحالة والاستعداد لبدء المراجعة
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ إجراء لجنة المراجعة للتقييم السريع</li> <li>■ وضع جدول أعمال الاجتماع</li> </ul>
3	عقد اجتماع استهلاكي (لإذكاء الوعي، والتوسع في حجم اللجنة، وتشكيل المجموعات الفرعية)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ دعوة الأطراف المعنية لاجتماع استهلاكي</li> <li>■ إذكاء الوعي بين الأطراف المعنية حول ضرورة تحسين الإحصاءات الحيوية</li> <li>■ تقديم إطار التقييم وعملية المراجعة إلى المشاركين</li> <li>■ التوسع في حجم لجنة المراجعة (إذا اقتضى الأمر)</li> <li>■ تشكيل المجموعات الفرعية</li> </ul>

## الإطار 1-2 خريطة طريق لإجراءات المراجعة ونتائجها

الخطوات	الإجراءات	النتائج
4	عقد اجتماع أولي للجنة (بدون المجموعات الفرعية)	<ul style="list-style-type: none"> <li>إعداد خطة العمل وجدول المراجعة</li> <li>وضع الدلائل الإرشادية ونموذج التقرير لاستخدامها من قبل المجموعات الفرعية</li> </ul>
5	إجراء المراجعة من خلال جلسات عمل المجموعات الفرعية	<ul style="list-style-type: none"> <li>مراجعة الأسئلة بعد تعديلها</li> <li>إصدار المراجعة التفصيلية للمكونات الفرعية</li> <li>إعداد تقارير المجموعات الفرعية مع التوصيات لعرضها على لجنة المراجعة</li> </ul>
<b>المرحلة الثانية - ترتيب الأولويات والتخطيط</b>		
6	عقد اجتماع مع المجموعات الفرعية لعرض نتائج لجنة المراجعة	<ul style="list-style-type: none"> <li>عرض التقرير ومناقشة توصياته بشكل جماعي</li> <li>التوصيات من أجل اتخاذ الإجراءات المتفق عليها وترتيب أولوياتها</li> <li>تقديم الحالة إلى الحكومة</li> </ul>
7	عقد اجتماع للجنة المراجعة أو عقد اجتماعات بدون مشاركة المجموعات الفرعية، من أجل إعداد خطة استراتيجية	<ul style="list-style-type: none"> <li>ترتيب الأولويات والتكلفة الخاصة بالخطة الاستراتيجية لتحسين نظام الإحصاءات الحيوية الحالية</li> </ul>
8	عقد اجتماع على نطاق واسع للأطراف المعنية لتقديم خطة التحسين	<ul style="list-style-type: none"> <li>موافقة مجموعة أكبر من الأطراف المعنية على خطة تعزيز نظام الإحصاءات الحيوية</li> </ul>
<b>المرحلة الثالثة - التنفيذ</b>		
	لا توجد خطوات محددة لهذه المرحلة، بسبب تنوع عملية تحقيق النتائج المختلفة حسب البلد	<ul style="list-style-type: none"> <li>تخصيص الموارد وحشد الأموال</li> <li>بدء التنفيذ</li> <li>بدء الرصد</li> <li>إجراء إعادة البرمجة عند الضرورة</li> </ul>

وإنتاجها واستخدامها. وبصورة عامة، يحتاج الأمر إلى عشرة أعضاء على الأقل لضمان تمثيل جميع الأطراف المعنية الرئيسيين في اللجنة. وفي بعض البلدان، قد يكون بالفعل تم تشكيل لجنة مشتركة بين الحكومات أو بين المؤسسات تضم الأطراف المعنية لتنسيق إصدار الإحصاءات الحيوية. فإذا كانت مثل هذه اللجنة قائمة بالفعل، فقد تكون هي نواة للجنة المراجعة.

أما تشكيل المجموعة نفسها فسوف يتباين بحسب الدولة، غير أنه لن يكون بعيداً بصورة نمطية عن الشكل التالي:

- عاملون من الجهات التالية:
- مكتب تسجيل الأحوال المدنية (السجل المدني)؛
- وزارة الصحة؛
- المكتب الوطني للإحصاء؛
- مكتب "الإدارة العامة للسجلات" أو مكتب مشابه؛
- الحكومة المحلية؛

## 1-2

### 1-1-2 تحديد الوكالة الرائدة

من أجل البدء في العملية وتشكيل لجنة المراجعة، من الضروري ترشيح وكالة يمكنها قيادة عملية المراجعة، وتحديد سائر الأطراف المعنية ودعوتهم للمشاركة. في العديد من المواقع، يأتي الدافع الأولي لهذه المرحلة من إحدى الوكالات الحكومية، أو من فرد واحد أو أكثر من الأفراد الملتزمين أو من المتميزين في البلد من العاملين في مجال الصحة والإحصاءات الحيوية، ولديهم رغبة جامحة لتحسين جودة الإحصاءات الحيوية وإتاحتها.

### 2-1-2 تشكيل لجنة للمراجعة

#### المشاركة المحلية

يجب أن يكون في لجنة المراجعة تمثيل قوي من جميع الوزارات والأقسام المعنية بجمع الإحصاءات الحيوية،

10 تحسين جودة واستخدامات المعلومات الخاصة بالميلاد والوفاة وسبب الوفاة



- السلطات القضائية والسلطات المسؤولة عن التخطيط؛
- أي إدارات حكومية أخرى مسؤولة عن جمع أو استخدام الإحصاءات الحيوية.

قد تفيد أيضاً بعض الإجراءات التيسيرية في مراجعة النتائج. مع ذلك، تعتمد فعالية المراجعة بشكل أساسي على المشاركة النشطة لجميع الأطراف المعنية الرئيسيين، وقدرتهم على بناء التوافق حول المتطلبات ذات الأولوية من أجل الإصلاح. وهناك بعض البلدان التي تلتزم المساعدة التقنية من وكالات التنمية أو المنظمات الدولية بهدف تعزيز نظم المعلومات الصحية الخاصة بها. وقد ترغب هذه البلدان في إدراج تقديرات التكلفة الخاصة بتعزيز مختلف المكونات ذات الأولوية، كما حددتها عملية المراجعة.

### 2-1-3 تقديم الحالة للحكومة

قبل أن تبدأ المراجعة، قد تحتاج لجنة المراجعة أن تقوم برفع الوعي بين كبار صانعي السياسات الحكوميين، سعياً لاكتساب دعمهم. ولما كانت السلطات الحكومية تقوم بتشغيل وتمويل تسجيل الأحوال المدنية، فإنه يصبح الالتزام السياسي المرتفع المستوى أمراً ضرورياً إذا ما تم تنفيذ ما تسفر عنه نتائج المراجعة واستمرار ما يتم من تحسينات. أما إذا شعرت لجنة المراجعة أن هناك تفهم محدود لأهمية الإحصاءات الحيوية، فيجب عليها عندئذ أن تعمل على رفع الوعي بين العاملين الرئيسيين في الحكومة حول أهمية المعلومات ذات المصدقية بالمواليد، والوفيات، وأسباب الوفاة في رسم السياسات والتخطيط، علاوة على حماية الصحة وتعزيزها.

يمكن لفئات المجتمع المدني أن تكون حليفاً مفيداً في توجيه الاهتمام نحو السمات الهامة للحقوق الإنسانية والمدنية لتسجيل الأحوال المدنية. كما يمكن للجنة المراجعة أن تشرك هذه المجموعات لتساعد على حشد الأطراف المعنية حول أهمية جودة الإحصاءات الحيوية لجميع القطاعات، دون الاقتصار على قطاع الصحة وحده.

### 2-2

قبل الشروع في المراجعة التفصيلية، قد ترى لجنة المراجعة أنه من المفيد إجراء تقييم سريع كوسيلة سريعة لتقييم حالة النظم القائمة لتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية. وتحتوي الوثيقة المرافقة والمعونة - التقييم السريع للنظم الوطنية لتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية - على أداة التقييم السريع، التي صممت لذلك الغرض وتساعد في إلقاء الضوء على مواضع الضعف أو القوة. ورغم ما يقدمه التقييم السريع من لمحة عامة سريعة على مدى قوة أو ضعف أداء النظام القطري في مجمله، إلا أن أداة التقييم السريع ليست بديلاً للإجراءات التفصيلية

■ سائر الأطراف المعنية ومستخدمي المعلومات من ذوي الشأن (مثل المستشفيات، ومؤسسات الصحة العمومية، والجمعيات الطبية، والمؤسسات الأكاديمية)؛

■ ممثلون محليون من اليونيسف UNICEF، وصندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA، ومنظمة الصحة العالمية WHO؛

■ المنظمات غير الحكومية النشطة في مجال حقوق الإنسان وتسجيل المواليد (مثل منظمة التخطيط الدولي، ومنظمة الرؤية العالمية، ومنظمة إنقاذ الأطفال).

على الرغم من الأهمية القصوى للدعم المقدم من المسؤولين الحكوميين في إنجاح المراجعة، إلا أن تنفيذ عملية التقييم الفعلية يكون أفضل إذا قام به المسؤولون عن تسجيل وتجميع وتحليل المعلومات على المستويين الوطني ودون الوطني. وقد يكون من بينهم إحصائيون من المستوى المتوسط عاملين بالمكتب الوطني للإحصاء، ومسؤولون في نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية؛ ومحللون، وتقنيون، وممارسون في القطاع الصحي. ولما كانت المراجعة بالضرورة ستتضمن أحكاماً إكلينيكية تتعلق بالتشخيص الدقيق لسبب الوفاة، لذا يجب أن يشتمل الفريق على أطباء بشريين للاضطلاع بمهام محددة.

### المساعدة الخارجية

رغم أنه قد تم إعداد هذه الأداة الإرشادية لتستخدمها البلدان بدون "مساعدة تقنية" خارجية، إلا أن بعض البلدان قد تجد أنه من المفيد الاعتماد على الخبراء الذين يمكنهم تقديم توجيهات أولية إلى المشاركين في هذه المراجعة. على سبيل المثال، قد يكون من المفيد تعيين منسق للمراجعة يقوم بما يلي:

■ المساعدة في بدء عملية المراجعة؛

■ شرح ما يتعين إنجازه من أعمال؛

■ الاجتماع بمن سيتولون إجراء المراجعة؛

■ التأكد من التفهم الكامل لجميع أسئلة المراجعة.

تحسين جودة واستخدامات المعلومات الخاصة بالميلاد والوفاة وسبب الوفاة 11



الواردة في هذه الوثيقة. لكن يمكن للجنة المراجعة استخدام ما ينبثق عن هذا التقييم السريع من نتائج لإذكاء الوعي وتقرير ما إذا كانت هناك حاجة إلى إجراء تقييم كامل باستخدام أداة تقييم تفصيلي.

تتكون الأداة الخاصة بالتقييم السريع من 25 سؤالاً، مجمعة في 11 مجالاً متوافقاً مع العوامل الأساسية لإطار التقييم الكامل (الفصل الثالث). وكل سؤال في التقييم السريع يتيح للبلدان انتقاء سيناريو واحد من أربعة سيناريوهات (مرتبة أبجدياً من أ إلى د) يصف كل منها مجموعة نمطية من الأوضاع الافتراضية. ومرفق بكل سيناريو قيم رقمية (من صفر إلى 3) تسمح بالحصول على الدرجات الإجمالية التي تشير بدورها بوضوح إلى مدى الحاجة إلى إجراء التقييم التفصيلي.

يجب على لجنة المراجعة أو المجموعة الأساسية المكونة من الأطراف المعنية الرئيسية إجراء التقييم السريع، ووضع الدرجات بعد المناقشة والتفكير ملياً في الأسئلة من قبل المجموعة. ولا يتم وضع الدرجات إلا بعد التوصل إلى اتفاق في الآراء حول كل سؤال وتخصيص درجة واحدة له، أو قيام مجموعة مستقلة من الأعضاء بوضع الدرجات لكل سؤال (بعد المناقشات)؛ ويجب عندئذ استخراج متوسط الدرجات لوضع الدرجة النهائية للسؤال. ووفقاً للدرجة النهائية المتحصل عليها، يتم تصنيف أداء النظام الوطني. ويوضح الجدول 1-2 ترتيب مجموعات الدرجات الممكنة، ويحدد الإجراءات العملية اللازمة لكل تصنيف.

ينصح بشدة أن تقوم جميع البلدان الحاصلة على نسبة تقل عن 85% في التقييم السريع بإجراء تقييم كامل، وإعداد وتنفيذ خطة الإصلاح.

## 3-2

### 1-3-2 بدء الاجتماع

إذا ما قررت لجنة المراجعة، بناءً على النتائج المستقاة من التقييم السريع، أن يبدأ البلد في إجراء المراجعة التفصيلية، فسوف يتعين أن تقوم اللجنة بتنظيم اجتماع استهلاكي حول المراجعة. ويجب أن يشارك في هذا الاجتماع عدد كبير من جميع المشاركين في جمع الإحصاءات الحيوية، وإنتاجها واستخدامها - حيث أن المراجعة الفعالة تعتمد على حضور الأطراف الرئيسية في المرحلة الأولى ومشاركتهم الفعالة فيها.

إن التنظيم الجيد والدقيق للاجتماع الذي يناقش إجراءات بدء المراجعة تعود أهميته إلى ما يحققه من نجاح في تحقيق التعاون التام بين جميع الأطراف المعنية الرئيسية، وذلك من خلال التقديم الجيد لعملية المراجعة وشرحها بصورة واضحة. ويقدم الملحق (ب) نموذجاً لجدول أعمال الاجتماع الاستهلاكي.

تتمثل أهداف الاجتماع الاستهلاكي في ما يلي:

- إذكاء الوعي بأهمية الإحصاءات الحيوية والحاجة إلى تحسين النظام الحالي؛
- تحقيق صور التعاون من أجل إجراء المراجعة التفصيلية؛
- إعلام الأطراف المعنية بإطار التقييم وشرح عملية المراجعة؛
- إضفاء الطابع الرسمي على عضوية لجنة المراجعة؛
- تشكيل مجموعات فرعية للاضطلاع بالأعمال التفصيلية المتعلقة بالمراجعة.

### الجدول 1-2 الدرجات، والتصنيفات، والإجراءات اللازمة للتقييم السريع

الدرجة (%)	التصنيف	الإجراءات اللازمة
>34	اختلال وظيفي	يحتاج النظام إلى تحسين جوهري في جميع المجالات
35-64	ضعيف	جوانب متعددة من النظام لا تعمل بصورة جيدة، ومشاكل كثيرة تحتاج إلى الاهتمام
65-84	يؤدي وظائفه ولكن بصورة غير كافية	النظام يعمل ولكن هناك بعض العناصر لا تعمل بصورة جيدة وتحتاج إلى الاهتمام؛ ويجب تحديد نقاط ضعف النظام النوعية من خلال استكمال المراجعة الشاملة
85-100	يؤدي وظائفه بصورة مرضية	هناك حاجة إلى بعض التعديلات الطفيفة غير أن أداء النظام يعمل بصورة مرضية.





ICD، التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشكلات الصحية ذات العلاقة.

الرواميز من أ1 إلى ه3 تتعلق بأجزاء من إطار التقييم كما وردت بإيجاز في الإطار 3-1، ونوقشت بصورة كاملة في الفصل الثالث.

### 2-3-2 المجموعات الفرعية

يمكن استخدام الاجتماع الاستهلاكي لتوسيع نطاق اللجنة (إذا اقتضى الأمر)، وتشكيل مجموعات فرعية تعني بالجوانب التقنية للمراجعة وفقاً لإطار التقييم الوارد في الفصل الثالث. وسوف يختلف عدد المجموعات الفرعية اللازمة وتخصيص المهام فيما بينها؛ وبصورة نموذجية، يحتاج الأمر من خمس إلى عشر مجموعات فرعية، كما يتضح من المثال الوارد في الإطار 2-2. أما الرموز (من أ1 إلى ه3)، الموضوعية بين قوسين في الإطار 2-2، فتمثل المكونات الفرعية المختلفة التي تكمل إطار التقييم (انظر الإطار 3-1). ويناقش الفصل الثالث مجمل إطار العمل بالتفصيل.

إن استخدام الاجتماع الاستهلاكي أيضاً في تحديد المجموعات الفرعية والمهام يسمح للمشاركين باختيار الانضمام إلى مجموعة فرعية محددة أو اقتراح زملاء لهم لدعوتهم للعمل

في مجموعة فرعية معينة للاستفادة بما لديهم من خبرات. أما معيار المشاركة في أي من هذه المجموعات الفرعية فيجب أن يكون الخبرة والمعرفة بالموضوع المطلوب مراجعته. ويجب أن تتكون مجموعة الأعضاء، ولا تقتصر بالضرورة عليهم، من ممثلين من مكتب تسجيل الأحوال المدنية (أو غيرها من الوكالات المعنية بجمع المعلومات)، والوزارة المسؤولة عن التسجيل، ووزارة الصحة، والمكتب الوطني للإحصاء.

### 4-2

عقب عقد الاجتماع الاستهلاكي، يجب أن تقوم اللجنة التي تم تشكيلها رسمياً بعقد اجتماع لا تحضره المجموعات الفرعية، من أجل وضع خطة العمل، وإعداد جدول أعمال للمجموعات الفرعية. وقد ترغب اللجنة أيضاً في إعداد بعض الدلائل الإرشادية، أو وضع نموذج يحدد ما يجب



أن تحتوي التقارير الصادرة عن المجموعات الفرعية، مما يسر عمل هذه المجموعات ويفيد في المناقشة العامة خلال الاجتماع الخاص بمناقشة النتائج.

## 5-2

تتمثل الخطوة النهائية للمرحلة الأولى في قيام المجموعات الفرعية بإجراء مراجعات تفصيلية لجوانب محددة في نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، باستخدام إطار التقييم الوارد بالفصل الثالث. ويجب أن يقود كل مجموعة فرعية شخص له خبرة كافية في الموضوع الذي تتم مراجعته لتوجيه المناقشة، وتبليغ لجنة المراجعة بالنتائج والتوصيات. قد يكون من المناسب أن يتولى هذه المهمة القيادية أحد أعضاء لجنة المراجعة ممن لهم خبرة في الموضوع أو التقييم. ومن المحتمل أن يكون هناك قادة آخرون من بين العاملين التقنيين من مكتب تسجيل الأحوال المدنية، والمكتب الوطني للإحصاء أو وزارة الصحة، أو خبراء ذوي معرفة تقنية محددة من الجامعات أو المعاهد المتخصصة.

ترجع مهمة دراسة أسئلة المراجعة وإعداد خطة عمل من أجل المجموعة الفرعية إلى القائد الذي تم تحديده. ويوصى خلال الاجتماع الأول للمجموعة الفرعية بقيام الأعضاء بمراجعة وتعديل الأسئلة المقترحة لتقييم المجال المحدد. وبسبب التنوع الواسع في الجوانب القانونية، والتنظيمية، والتقنية لمختلف النظم الوطنية لتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، فإن أسئلة التقييم المقترحة لكل مكون (كما ورد في الفصل الثالث) لا يمكنها تغطية جميع الأوضاع الوطنية.

يجب على المجموعات الفرعية، كلما اقتضت الضرورة، الاجتماع لاستكمال المهام الموكلة إليها، ثم إعداد تقرير حول النتائج التي توصلت إليها. ويجب أن يشمل التقرير على دراسة حول القضية أو القضايا التي أثارها أسئلة المراجعة، وأن يتضمن موجزاً للمناقشات التي دارت حول كل سؤال، كلما أمكن، بدلا من تقديم مجرد إجابة بسيطة على كل سؤال. فمثلا، إذا ما أسفرت مناقشات المجموعة الفرعية عن وجود مشكلة أو سوء أداء، فيجب أن يشمل الجزء الخاص بهذا السؤال في التقرير على ما يلي:

■ بيان موجز للمشكلة، ومقترحات لما يحتاج إلى تحسين أو تغيير؛

■ فوائد محددة يمكن توقعها من أي تحسين أو تغيير؛

■ توصية واحدة محددة أو أكثر للتغييرات المطلوبة؛

■ مقترحات محددة لتنفيذ التوصيات.

بمعنى آخر، لا يجب أن يقتصر الأمر على تحديد المشكلة- بل يجب تقديم حلول عملية حول كيفية حل المشكلة. إن وجود عدد من المجموعات الفرعية تعمل بصورة متوازية يعني أن هذه المجموعات يمكنها استكشاف مجالات محددة بالتفصيل، دون أن تستغرق العملية وقتا طويلا أو تكون مهدرة للجهود. ويبدو من التجارب التي خاضتها البلدان أن معظم المجموعات الفرعية لا تحتاج لأكثر من اجتماعين لإنجاز مهامها.

## 6-2

فور انتهاء المجموعات الفرعية من إعداد تقاريرها، تكون الخطوة الأولى في المرحلة الثانية من العملية هي قيام لجنة المراجعة بعقد اجتماع حول النتائج حيث تقدم فيه جميع المجموعات الفرعية ما توصلت إليه من نتائج وتوصيات من أجل التحسين. والهدف من هذا الإجراء هو الوصول إلى مجموعة من التوصيات المتفق عليها خاصة بالأنشطة ذات الأولوية التي تشمل نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية بالكامل.

عند انتهاء جميع المجموعات الفرعية من تقديم ما توصلوا إليه من نتائج ومناقشتها باستفاضة ومراجعتها في الاجتماع، ستحتاج التوصيات التي تم التوصل إليها إلى ترتيبها حسب الأولوية. وهذا يمكن إنجازها في نهاية الاجتماع، من خلال وضع التوصيات في قوائم وترتيب أولوياتها من أولوية عالية إلى متوسطة إلى منخفضة، وذلك وفقا للمعايير المناسبة. ويمكن للجنة المراجعة اقتراح بعض المعايير أثناء مناقشة التوصيات، والسماح للمشاركين في الاجتماع بالانضمام لعملية ترتيب أولويات جميع التوصيات. وقد تتضمن المعايير ما يلي:

■ مطالب عاجلة- هل للنشاط أهمية حاسمة في ما تتضمنه خطة تعزيز الإحصاءات الحيوية من أنشطة لاحقة بحيث يحتاج إلى التصدي لها على الفور، أم يمكن تأخيرها لفترة محددة (12 شهرا أو أكثر مثلا)

■ الجدوى - ما مدى سهولة تنفيذ هذا النشاط؟ هل يتطلب التوافق بين إدارات متعددة، أو موافقة من المستويات العليا أو حتى تغيير في التشريعات؟



■ التكلفة - ما هي الآثار المترتبة على التكلفة؟ وهل يمكن تمويل النشاط من الميزانية الحالية أو هناك ضرورة لتمويل إضافي؟

■ الوقت - ما هي المدة الزمنية التي يستغرقها إنجاز هذا النشاط؟

يجب أن يخرج الاجتماع بقائمة للتوصيات التي نالت الموافقة وتحدد أولوياتها، والتي ستكون هي أساس خطة تحسين نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية القطرية.

## 7-2

بعد مرور فترة قصيرة على انعقاد الاجتماع الخاص بالنتائج، ستحتاج لجنة المراجعة إلى الاجتماع لاستكمال التفاصيل المعنية بالمقترحات الأولية الخاصة بالتحسينات المتفق عليها في الاجتماع الخاص بمناقشة النتائج الذي أجري مع المجموعات الفرعية. والهدف من هذا الاجتماع هو بدء صياغة خطة استراتيجية تفصيلية لتحسين نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، واشتمالها على تقديرات التكلفة، وجدول زمني، ومسؤوليات واضحة مسندة إلى كل طرف من الأطراف المعنية لتنفيذ الإجراءات. ويتعين على اللجنة أيضا مناقشة ما إذا كانت هناك حاجة إلى المساعدات التقنية لأداء مهام محددة، وما إذا كان الأمر يحتاج إلى تمويل من الجهات المانحة الخارجية لتنفيذ بعض الإجراءات.

## 8-2

فور انتهاء لجنة المراجعة من إعداد الخطة الاستراتيجية للتحسين، يجب عقد اجتماع نهائي لعرض الخطة على مجموعة كبيرة من الأطراف المعنية، بما في ذلك المنظمات الدولية والجهات المانحة. كما يجب أن يكون الهدف من هذا الاجتماع هو اكتساب الموافقة على الخطة الاستراتيجية ودعمها على نطاق واسع، بحيث يمكن البدء في تنفيذ إجراءات تحسين النظام الحالي للإحصاءات الحيوية.

## 9-2

حسبما تم توضيحه أعلاه، لا يوجد أي توجيه تفصيلي في التقرير الحالي لهذه المرحلة نظرا لاختلاف الإجراءات

المحددة وأسلوب تنفيذ الخطة الاستراتيجية بين البلدان. مع ذلك، هناك بعض الأمور المشتركة في تنفيذ نتائج هذه المراجعة، ويتم مناقشتها هنا بإيجاز.

## 2-9-1 نحو نظم مستدامة لتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية

بالنسبة لجميع البلدان، يُعد نظام تسجيل الأحوال المدنية استثمار طويل الأمد، وهو عكس المسوحات المتخصصة، يحتاج إلى المحافظة عليه ليعمل بصورة متواصلة، وهو الأمر الذي يتعين توضيحه في الخطة الاستراتيجية (والتي يجب أن تمتد من خمس إلى عشر سنوات على الأقل) وتطبيقه في تنفيذ التحسينات (التي يجب أن تكون تدريجية). إن جمع وإنتاج الإحصاءات الحيوية ينطوي عادةً على عدة إدارات؛ لذا ينبغي أن تكون تكاليف الصيانة والتنمية مشتركة. أما المعلومات المنبثقة فلن يقتصر دورها على دعم الإحصاءات الحيوية بل سوف يمتد إلى سائر الوظائف الحكومية مثل الوثائق القانونية، وقوائم الناخبين، والتوقعات السكانية، ورصد النتائج الصحية.

إن السلطات المحلية تعتبر أطراف أساسية في عملية تنفيذ التغييرات؛ ومن ثم يجب أن تقتنع بأن شهادات الميلاد وشهادات الوفاة تشكل جانبا لا غنى عنه من المواطنة والإدارة الجيدة، وأن تسجيل المواليذ والوفيات بشكل صحيح أمر ضروري. وفي البلدان التي تكون فيها العمليات الحكومية لامركزية، قد تكون هناك حاجة قوية إلى معلومات عن الإحصاءات الحيوية المحلية لأغراض التخطيط، ويجب التعامل معها بحذر أثناء التنفيذ. غير أن هناك حاجة إلى أسلوب معياري لجمع المعلومات حول الأحداث الحيوية حتى تتم الاستفادة من المعطيات على المستوى الوطني؛ ومن ثم فمن الضروري أن تكون هناك إدارة مركزية دقيقة لتنفيذ التغييرات والتوصيات التي تم الاتفاق عليها

أما البلدان التي لا تزال في المراحل الأولى من بناء نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية فيجب أن تدرك أن استكمال النظم وقيامها بوظائفها بشكل كامل يستغرق وقتاً طويلاً. مع ذلك، فهناك إمكانية لتحقيق تقدم ثابت في مجالي الوصول إلى سجلات الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية واستكمالها إذا تم دمجها بالكامل في عملية التنمية. أما في البلدان التي تفتقد إلى مكاتب التسجيل ولا يوجد بها بنية أساسية، فيمكن الاستعاضة عنها باستخدام المدارس ومرافق الرعاية الصحية الأولية

تحسين جودة واستخدامات المعلومات الخاصة بالميلاد والوفاة وسبب الوفاة 15



ثلاث أو أربع سنوات. على سبيل المثال، يمكن تقييم نظم الإحصاءات الحيوية فيما يتعلق بالتغطية، والكمال، وجودة المعلومات (من حيث الدقة والأهمية)، ومن حيث توقيت تسجيل البيانات وكيفية استخدامها؛ ويمكن تقييم نظم تسجيل الأحوال المدنية من خلال ما تقوم به من أداء. ويحتوي الملحق (ج) على مزيد من الاقتراحات الخاصة بالمؤشرات التي يمكن استخدامها لتقييم التقدم المحرز بصورة دورية. وبطبيعة الحال، يمكن للبلدان اختيار مؤشرات أخرى تعبر بشكل أفضل عن حالة تطوير النظم الخاصة بها.

كأماكن مؤقتة للتسجيل حتى تتوافر الموارد للحكومة من أجل التوسع في البنية التحتية اللازمة لتنفيذ إجراءات التسجيل.

## 2-9-2 رصد التقدم المحرز

تحتاج البلدان إلى رصد ما تحرزه من تقدم كجزء من خطة التحسين وذلك من خلال التقييم الدوري لنظمها الخاصة بتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية. وهذا الرصد المنتظم للتقدم المحرز في خطة التنمية يجب ألا يكون عملية مرهقة ومعقدة، وتقتصر هذه الأداة الإرشادية النظر في بعض مؤشرات الأداء لقياس التقدم المحرز كل



يصف هذا الفصل إطار التقييم الذي وضعته منظمة الصحة العالمية لتستخدمه المجموعات الفرعية عند المراجعة التفصيلية لنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية القطرية. كما يصف كيفية إعداد وبناء الإطار، ويحدد المكونات والمكونات الفرعية المختلفة.

## 1-3

جعله يتماشى تماماً مع هذه الدلائل والتوصيات (1، 19-22).

ركزت معظم البحوث السابقة على تقييم التغطية أو اكتمال البيانات المستخرجة. غير أن هذا الإطار يذهب إلى أبعد من ذلك بتقييمه لأمر متعلقة بأداء النظام الذي يستخرج البيانات، ومن ثم تشخيص جوانب المشكلة المحتملة. الأساس المنطقي وراء استخدام هذا الأسلوب يتمثل في أن طريقة أداء النظم الفرعية هي التي تحدد مصداقية واكتمال البيانات المستخرجة. بمعنى آخر، يجب أن يكون هناك تفهم كامل لنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية إذا ما أريد إدراج التحسينات الدائمة ضمن النتيجة. لذا، تكون هذه السمات الثلاث - المدخلات، والإجراءات، والنتائج - كلها أمور جوهرية تتعلق بأداء نظام الإحصاءات الحيوية، ويجب أن تكون جزءاً من أي مراجعة متعمقة للوضع.

إن ما قدمته شبكة القياسات الصحية من إطار للعمل ومن معايير متعلقة بنظم المعلومات الصحية القطرية (2) علاوة على الأداة المرتبطة به حول تقييم النظام الوطني للمعلومات الصحية (23) تناقش بإيجاز الإحصاءات الحيوية وتسجيل الأحوال المدنية. مع ذلك، فإن الأسلوب المستخدم في هذه الأداة الإرشادية، على الرغم من اتساقه مع هذه الوثائق، يكون أكثر تفصيلاً وأكثر شمولية.

يرتكز إطار التقييم الذي وضعته منظمة الصحة العالمية على ما تم مسبقاً من بحوث حول الإحصاءات الحيوية، لاسيما على مختلف أطر ومؤشرات التقييم (4، 12، 14-17). كما اعتمد على خبرات الكثير من المساهمين الذين قاموا بإجراء تقييمات تجريبية في بلدان عدد من الأقاليم في العالم. على سبيل المثال، قامت منظمة الصحة للبلدان الأمريكية PAHO بإعداد استبيان لجمع معلومات من البلدان الأعضاء بها حول الإحصاءات الحيوية، والمراضة، والموارد الصحية (18). وكثير من بلدان أمريكا اللاتينية على دراية جيدة بهذا الاستبيان الصادر عن منظمة الصحة للبلدان الأمريكية PAHO. تحديداً، جمع الاستبيان معلومات حول التنظيم العام لنظم الإحصاءات الحيوية في البلدان الأعضاء، وحول إجراءات استخراج وإنتاج البيانات على مختلف المستويات، والأسباب وراء عدم اكتمال هذه البيانات. وقد نجم عن تطبيق واستخدام هذا الاستبيان مواد مرجعية كانت نواة لوضع خطة عمل إقليمية لتعزيز الإحصاءات الحيوية والصحية في إقليم منظمة الصحة للبلدان الأمريكية PAHO.

ولقد كان للدلائل الإرشادية والتوصيات الصادرة عن الأمم المتحدة بإقامة وتشغيل نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، فوائد كثيرة تم الاستعانة بها في إعداد إطار التقييم الذي وضعته منظمة الصحة العالمية، مما

## الجدول 3-1 المدخلات، والإجراءات، والنتائج

السمة	المكونات	المجالات المغطاة
المدخلات	أ	<ul style="list-style-type: none"> <li>أطر العمل التشريعية والتنظيمية التي تدعم وجود وعمل نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، وكذلك الموارد المالية والبشرية والتقنية اللازمة للأداء الجيد لهذه النظم.</li> </ul>
الإجراءات	ب - د	<ul style="list-style-type: none"> <li>الإجراءات اللازمة للحصول على المعلومات وتجميعها مثل ممارسات التسجيل واستخراج الشهادات</li> <li>الاستمارات، والتصنيفات وممارسات الترميز المستخدمة للحصول على المعلومات وتجميعها</li> <li>إجراءات إدارة ونقل البيانات.</li> </ul>
النتائج	هـ	<ul style="list-style-type: none"> <li>نمط وجودة الإحصاءات المنتجة، وطرق نشرها، وسبل الوصول إلى هذه الإحصاءات واستخدامها.</li> </ul>

تحسين جودة واستخدامات المعلومات الخاصة بالميلاد والوفاة وسبب الوفاة 17

يغطي هذا القسم المكون أ - الأساس القانوني لتسجيل الأحوال المدنية ومصادره - والتي تدخل في إطاره المكونات الفرعية التالية:

■ أ1 - إطار العمل الوطني القانوني لنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية؛

■ أ2 - البنية الأساسية للتسجيل والموارد.

تنبثق الإحصاءات الحيوية عن السجلات التي تم جمعها من خلال نظام تسجيل الأحوال المدنية وتحتاج إلى تثبيتها في إطار عمل قانوني ونظامي وطيد. وتتضح أهمية التشريعات في ما يلي:

■ ضمان شمولية واستمرارية نظام تسجيل الأحوال المدنية؛

■ ضمان النشر المنتظم للبيانات وضمان سرية المعلومات الشخصية؛

يتكون إطار العمل من خمسة عناصر رئيسية (من أ إلى هـ) لنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية. وهو يغطي بصورة شاملة المدخلات والإجراءات والنتائج الصادرة عن هذه المكونات، كما هو موضح في الجدول 1-3.

ويوضح الإطار 1-3 تفاصيل إطار عمل التقييم، مع المكونات من أ إلى هـ مفندة في 16 مكون فرعي (أ-1 هـ 3). أما الأقسام التالية فتقدم شرحا لكل مكون فرعي من خلال مناقشة بعض الأسئلة والأمور المحددة وسبل تقصيصها. أما الأعمال التحضيرية اللازمة لتسهيل المناقشات والمراجعة فموضحة كلها في بداية المكون الفرعي. وهناك أيضا، عند الاقتضاء، المزيد من الشرح والتوجيه لبعض أسئلة المراجعة المحددة، لتوفير سياق إضافي أو إلقاء الضوء على البنود الهامة.

الإطار 1-3 إطار التقييم الذي أعدته منظمة الصحة العالمية	
المدخلات أ	الأسس القانونية وموارد تسجيل الأحوال المدنية ■ أ1 - إطار العمل القانوني لنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية ■ أ2 - البنية الأساسية للتسجيل والموارد
الإجراءات ب	ممارسات التسجيل، والتغطية والاكتمال ■ ب1 - تنظيم نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية وتشغيلها ■ ب2 - مراجعة الاستمارات المستخدمة في تسجيل المواليد والوفيات ■ ب3 - تغطية و"اكتمال التسجيل" ■ ب4 - تخزين البيانات ونقلها
ج	شهادة الوفاة وسبب الوفاة ■ ج1 - الممارسات المتسقة مع التصنيف الدولي للأمراض في شهادات الوفاة (24) ■ ج2 - شهادات الوفاة الخاصة بالمستشفيات ■ ج3 - الوفيات التي تحدث خارج المستشفيات ■ ج4 - الممارسات التي تؤثر على جودة البيانات الخاصة بسبب الوفاة
د	ممارسات التصنيف الدولي للأمراض في ترميز الوفيات ■ د1 - ممارسات ترميز الوفيات ■ د2 - مؤهلات من يقوم بترميز الوفيات والتدريب على هذه المهمة ■ د3 - جودة ترميز الوفيات
النتائج هـ	الوصول إلى البيانات، واستخدامها، والتدقيق في مدى جودتها ■ هـ1 - جودة البيانات والتدقيق في مدى منطقيتها ■ هـ2 - جدولة البيانات ■ هـ3 - الوصول إلى البيانات ونشرها

■ توضيح وظائف ومسؤوليات الوكالات الحكومية المعنية المختلفة.

من الأهمية بمكان إصدار قانون وطني، أو ما يماثل، معني بتسجيل الأحوال المدنية من أجل استمرارية نظام تسجيل الأحوال المدنية وتشغيله. ويجب أن يترافق القانون بقواعد ولوائح تحدد ما يلي:

■ ما هي المعلومات التي يتعين جمعها، ومن الذي يقوم بالمهمة، ومن تؤخذ المعلومات، ومتى تؤخذ؟

■ من هو المسؤول عن تجميع المعلومات وتحويلها إلى إحصاءات؟

■ من يتولى مهمة إدارة ونشر المعلومات.

على الرغم من أن معظم البلدان لها قانون أو تشريع مشابه يختص بتسجيل الأحوال المدنية، إلا أنه غالباً ما يكون قد عفى عليه الزمن، أو لا يغطي السمات الرئيسية، أو لا يمكن تطبيق هذا القانون لعدم تفعيله.<sup>2</sup>

تنوع النظم والممارسات القانونية من بلد لآخر، مما يعني أن التشريعات أيضاً تتباين. غير أن القوانين الأساسية يجب أن تكون متشابهة، ويجب قدر الإمكان أن تتوافق مع مبادئ الأمم المتحدة والمعايير الدولية لتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية (1-22). من مسؤولية إدارة الإحصاء بالأمم المتحدة مساعدة البلدان على تعزيز نظمها الخاصة بتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، ولهذا الإدارة خبرة كبيرة في توفير توجيهات للبلدان بشأن الجوانب القانونية والتنظيمية والتقنية لهذه النظم.

لقد تم إعداد الدلائل الإرشادية للأمم المتحدة حول ترسيخ الأسس القانونية لتسجيل الأحوال المدنية منذ أكثر من عشر سنوات. مع ذلك، لا تزال تفيذ البلدان في تعزيز أطرها القانونية، وفي تطوير اللوائح ذات العلاقة التي تغطي جميع الجوانب الهامة للنظام الوطني لتسجيل الأحوال المدنية، بما في ذلك وظيفته الإحصائية. أما الإرشاد التي تحتويه هذه الوثيقة فيلتزم بشدة بالتوصيات والمعايير الواردة في كتيب الأمم المتحدة حول إعداد إطار العمل القانوني لتسجيل الأحوال المدنية (21).<sup>3</sup>

وتعتمد نظم تسجيل الأحوال المدنية، حتى تعمل بصورة فعالة، أيضاً على ميزانيات سنوية مناسبة تقدمها الحكومات، من أجل دفع نفقات العاملين بها، وإنشاء مرافق كافية للتسجيل، وصيانتها. أما المتطلبات الأخرى فتتمثل في توافر العاملين المدربين على تسجيل الأحداث

وتجميع المعلومات في بيانات إحصائية، إضافة إلى الأدوات والإمدادات اللازمة للاضطلاع بمهام العمل. أما بالنسبة للنظم المحوسبة، فمن الأهمية بمكان توافر الميزانيات من أجل شراء المعدات، والصيانة واستمرارية تدريب العاملين.

أما المكونان الفرعيان 1أ و 2أ، فيغطيان معظم القضايا ذات الصلة التي يتعين تقييمها في إطار هذا المكون، وهما مفندان بصورة تفصيلية في الأطر التالية. كل بلد من البلدان التي تجري مراجعة تفصيلية يجب أن تقرر مدى ملاءمة جميع الأسئلة، وما إذا كانت هناك حاجة لإضافة المزيد من الأسئلة. ومن خلال استقصاء كل سؤال أو قضية تثار، يمكن استخراج قائمة بنقاط الضعف الموجودة في إطار العمل القانوني الوطني لتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، والوصول إلى اتفاق حول القضايا الرئيسية التي تحتاج إلى الاهتمام بها. إن ضمان وجود التشريعات المناسبة في المكان المناسب هو الخطوة الأولى الحاسمة في الخطة الشاملة لتعزيز نظام تسجيل الأحوال المدنية القطرية.

يمكن بعدة طرق تشكيل النظام الذي سيقوم باستخراج الإحصاءات الحيوية من السجلات المدنية، أما مسؤولية جمع البيانات، ومعالجتها، والمحافظة عليها، فتختلف من بلد لآخر. واعتماداً على هيكلية البلدان وعاداتها، فإن النظام الوطني لتسجيل الأحوال المدنية قد يكون مركزياً ويعمل من خلال وكالة وحيدة مسؤولة عن استخراج الشهادات وتنسيق جميع الجهود الخاصة بالتسجيل على المستوى الوطني. عوضاً عن ذلك، يمكن أن يتحول النظام إلى نظام لا مركزي، وتكون كل دولة أو منطقة إدارية على حدة مسؤولة عن تسجيل الأحداث الحيوية في مناطقهم. ويحتاج إطار العمل القانوني أن يعكس النظام الوطني لتسجيل المواليد والوفيات في نفس أماكنها، والممارسات المحلية لاستخراج شهادات الوفاة وكيفية التخلص من الجثث، والأسلوب الذي يتم به جمع المعلومات وتحويلها إلى إحصاءات حيوية وتحديد المسؤول عن نشرها.

في العديد من البلدان تكون البنية الشائعة هي اضطلاع الإدارة العامة للسجلات أو ما يماثلها من كبار المسؤولين في تسجيل الأحوال المدنية (يكون في وزارة الداخلية أو أي وزارة أخرى لها نفس المسؤوليات) بمسؤولية التسجيل الوطني للأحداث الحيوية. وبغض النظر عن ما إذا كانت هذه البنية الإدارية مركزية أو لامركزية، فإن المعلومات الخاصة بالمواليد والوفيات يتم جمعها من خلال شبكة من مكاتب التسجيل المحلية يدعم عملها وحدات أخرى

<sup>2</sup> هذه الحقيقة أثبتتها التقارير القطرية الخاصة بنظم المعلومات الصحية والتي نشرت على الموقع الإلكتروني لشبكة القياسات الصحية: <http://www.who.int/healthmetrics/support/en>

<sup>3</sup> يمكن الحصول على نموذج لقانون شامل للسجلات المدنية مع تشريعات مصممة خصيصاً للعلاء (ونماذج للاستشارات) في كتيب الأمم المتحدة، الصفحات 144 - [http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF\\_71E.pdf](http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_71E.pdf). 208

للتبليغ مثل الشرطة، والمستشفيات، والعيادات الصحية، والمشارح، وقادة المجتمع. أما مسؤولية تجميع المعلومات وتحويلها إلى إحصاءات حيوية فغالبا ما يضطلع بها المكتب الوطني للإحصاء، والذي قد يتلقى دعما من وزارة الصحة فيما يخص الترميز ومعالجة البيانات المتعلقة بسبب الوفاة. ويوضح الشكل 1-3 هذا النظام (وهذا مثال نموذجي حيث يفترض أن يتم تسجيل جميع المواليد والوفيات).

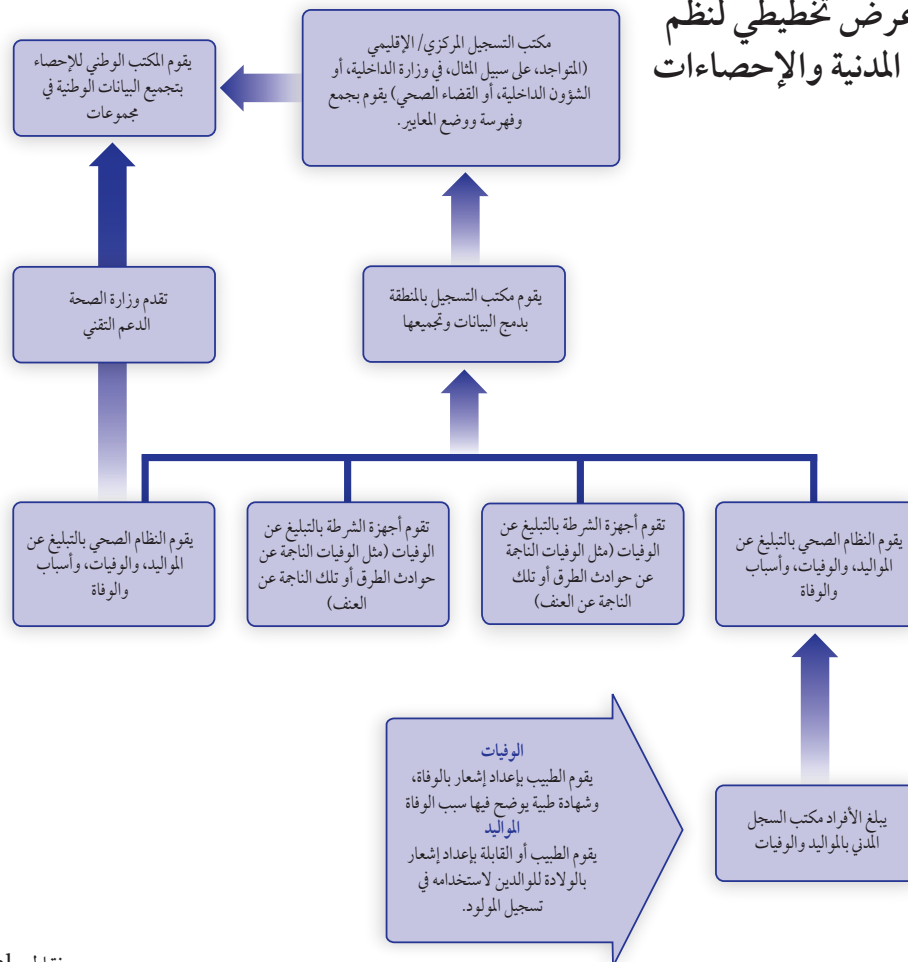
وفي كثير من الحالات، يكون هناك تنسيق وثيق بين جميع الوكالات الحكومية المعنية غير أن هذا التنسيق في حد ذاته يمثل تحدياً كبيراً. وهناك بعض البلدان التي تستخدم نظامين أحدهما يختص بالتسجيل فقط، ويقوم بإصدار شهادات الميلاد وشهادات الوفاة للأفراد؛ والآخر يقوم بتجميع الإحصاءات الحيوية من خلال النظام الصحي. وتنتشر مثل هذه النظم الثنائية بصورة خاصة في أمريكا اللاتينية، حيث يحتاج تشغيل مثل هذه النظم وتوزيع المسؤوليات فيها إلى النظر إليها بعين الاعتبار لتجنب الازدواج غير المطلوب وعدم الاتساق في أعداد المواليد والوفيات المبلغ عنها.

تحتاج نظم تسجيل الأحوال المدنية إلى موارد كافية لدعم المهام المطلوبة منها، والتي تتمثل في تسجيل الأحداث،

واستخراج وفهرسة السجلات. وبالمثل، الوكالات المضطلة بإعداد الإحصاءات الحيوية من السجلات الخاصة بالمواليد والوفيات، تحتاج هي أيضا إلى موارد كافية لجمع البيانات من نقاط التسجيل المحلية، وإلى تنقيح، وتخزين وربط المعلومات ببعضها بصورة تسمح بنشرها بصورة مفيدة. كما تحتاج هذه الوكالات إلى توظيف العاملين وتعليمهم كيفية الاضطلاع بالمهام الموكلة إليهم؛ وهي تتحمل أيضا تكاليف الصيانة ونفقات الاستثمار. عند إدراج تقنيات جديدة وتوعية العاملين بشأن عملهم. وتتنوع الميزانية المطلوبة لتمويل نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية التي تؤدي عملها بشكل كامل، طبقاً للمستويات السائدة في تطوير النظام، غير أنها دائما تكون ميزانيات كبيرة.

وكما جاء بالفصل الأول، هناك تكاليف متعلقة بعدم وجود إحصاءات حيوية جيدة؛ وتظهر في شكل موارد تم تخصيصها على نحو سيئ، وسياسات وبرامج سيئة التوجه تعتمد على معلومات خاطئة. كما أن أية بدائل وسيطة لنظام الإحصاءات الحيوية، مثل نظم تسجيل المسوحات والنماذج، تتطلب تكلفة عالية لتنفيذها والمحافظة عليها.

### الشكل 1-3 عرض تخطيطي لنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية



وفقا لـ Select at al. (2007) (3)

20 تحسين جودة واستخدامات المعلومات الخاصة بالميلاد والوفاة وسبب الوفاة



## المكون الفرعي 1: إطار العمل الوطني القانوني لنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية

مواد داعمة تعد مسبقاً:

- رسم تخطيطي يصف بالتفصيل النظم الكاملة لتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية المستخدمة حالياً في الدولة (انظر الشكل 3-1 كمثال).
- حصر لكل الأدوات القانونية (من قوانين، وقواعد، ولوائح) المتعلقة بتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، بما في ذلك، اللوائح التي تنظم المقابر، وساحات الجنائز، والإصحاح (مثل نقل الجثث ودفنها)، والمستشفيات. تحديد تاريخ تنفيذ كل قانون. وصف موجز ومبسط للعناصر الرئيسية للقانون أو اللائحة (وهو أمر يمكن أن يقوم به شخص لديه خبرة قانونية من مكتب الإدارة العامة للسجلات). سوف تستخدم المجموعة الفرعية هذه المواد عند مناقشة الأسئلة والقضايا الواردة أدناه حول القوانين واللوائح التي تحكم نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية.

تسجيل الأحوال المدنية هو النظام الذي تقوم الحكومة بموجبه بتسجيل الأحداث الحيوية لمواطنيها. ويتمثل الهدف الأساسي لتسجيل الأحوال المدنية في إيجاد وثائق قانونية تستخدم لإرساء وحماية الحقوق المدنية للأفراد. أما الهدف الثانوي فيتمثل في إيجاد البيانات التي تستخدم في تجميع الإحصاءات الحيوية. والنظام الذي يشار إليه بأنه نظام الإحصاءات الحيوية هو النظام الذي يستخدم السجلات المدنية من أجل استخراج إحصاءات حول الأحداث الحيوية والصفات التي تميزها.

أ1-1 هل للدولة قانون يحدد نظام تسجيل الأحوال المدنية؟

أ2-2 هل للدولة قانون يحدد نظام الإحصاءات الحيوية؟

وحتى تكون الإحصاءات الحيوية مفيدة، يتعين أن تنبثق هذه الإحصاءات من خلال التسجيل الشامل والمتواصل. ويدعم القانون تسجيل الأحداث الحيوية وفق النص الصريح الذي ينص بوضوح على أن يكون التسجيل إلزامياً، مع فرض عقوبات على عدم التسجيل. وفي الوقت الذي يتم فيه تشجيع التسجيل في الوقت المناسب، تخفف العقوبات المفروضة على تسجيل كبار الأطفال حتى لا تعوق «التسجيل المتأخر».

أ1-3 هل ينص القانون بوضوح على التسجيل الإلزامي للمواليد والوفيات؟

أ4-4 هل هناك عقوبات على عدم تسجيل:

■ المواليد؟

■ الوفيات؟

أ5-5 إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى بيان طبيعة هذه العقوبة.

فإذا كانت العقوبة مالية، فرجاء تحديد قيمتها.

أ6-6 هل تطبق هذه العقوبة بصورة روتينية؟

اتفقت كل من منظمة الصحة العالمية والأمم المتحدة على تعريفات لكل من المولود حي والمولود ميت. وقد أُدرجت هذه التعريفات في المسرد، أما إذا لم توجد فيه، فيجب إدراجها.

أ7-7 هل يقدم قانون تسجيل المواليد تعريفات واضحة وصرحة لاستخدامها فيما يلي:

■ المواليد أحياء؟

■ وفاة الجنين أو مولود ميت؟

أ8-8 هل تتوافق هذه التعريفات مع المعايير الدولية في المسرد؟

عادة ما تقع مسؤولية تسجيل المواليد على عاتق الآباء. وعادةً يتعين على القابلة أو المؤسسة التي تتم فيها الولادة بكتابة «إشعار بالولادة» يستخدمها الآباء في تسجيل الطفل، كما يجب أحياناً تبليغ حالة الولادة إلى إحدى السلطات الرسمية. وبالنسبة للوفاة، فتقع مسؤولية التسجيل على أحد الأقرباء القريبين من المتوفى. وتقع مسؤولية التبليغ عن الوفاة على من شهد الوفاة أو على طبيب العائلة، أو، إذا لم يكن هناك أي شاهد على الوفاة، يقوم من اكتشف الجثة بالتبليغ.

أ9-9 هل يحدد القانون من المسؤول عن تسجيل المواليد والوفيات، ومن تقع عليه مسؤولية الإعلان أو التبليغ عن المواليد والوفيات؟

أ10-10 إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى تقديم التفاصيل حول من يحتمل قيامه بتقديم المعلومات.

## المكون الفرعي 1: إطار العمل الوطني القانوني لتنظيم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية (تابع)

عند وقوع حدث حيوي في إحدى المرافق الصحية، غالباً ما يكون على المرفق التبليغ بهذا الحدث. وهذه البيانات التي تبلغ من قبل المرفق يمكن استخدامها في التدقيق في أرقام التسجيل.

وفي العديد من البلدان، يكون القطاع الخاص هو المقدم الأساسي للرعاية الصحية؛ ومن ثم تقع نسبة كبيرة من المواليد والوفيات في المؤسسات غير الحكومية. ولذا يجب أن يطالب القانون هذه المؤسسات أن تقوم بالتبليغ عن الأحداث الحيوية.

11-أ هل هناك قانون أو لوائح تطالب المستشفيات والمرافق الصحية بالتبليغ عن المواليد والوفيات؟ وإذا كان الأمر كذلك، فإلى أي سلطة من السلطات يتم التبليغ عن المواليد والوفيات؟

12-أ إذا كانت الإجابة نعم، فإلى أي سلطة يتوجهون بالتبليغ عن المواليد والوفيات؟

13-أ هل يشمل القانون أو اللائحة القطاع الخاص؟

هل يشمل القانون أو اللائحة أيضاً الضمان الاجتماعي وسائر المرافق غير الحكومية؟

يجب أن يحدد قانون تسجيل الأحوال المدنية الفترة الزمنية التي يتوجب خلالها التبليغ بالحدث الحيوي. وقد تختلف هذه الفترة بين البلدان، غير أنها يجب أن تكون متسقة في جميع أنحاء البلد. والفترة الزمنية القصيرة للإشعار أفضل من الفترة الطويلة.

14-أ هل ينص القانون على الفترة الزمنية التي يتم خلالها تسجيل المواليد والوفيات؟

15-أ إذا كانت الإجابة نعم، ما طول الفترة الزمنية للتبليغ؟

16-أ هل الفترة الزمنية للتبليغ مناسبة، وهل تحترم في جميع أنحاء البلد؟

معظم البلدان بها فترة سماح لمدة سنة واحدة يقبل فيها «التسجيل المتأخر» قبل تطبيق العقوبة. ويجب على القانون وضع أحكام محددة للتعامل مع التسجيل المتأخر للأحداث الحيوية أو الذي تم تأخيره. كما يجب بذل كل الجهود الممكنة لتجنب تأخير التسجيل.

17-أ هل ينص القانون على استعداد مسبق يخص ما يلي:

■ التسجيل المتأخر؟

■ تأخير التسجيل؟

18-أ هل هناك إجراءات واضحة للتعامل مع هذه الحالات؟

اعتمدت معظم البلدان مكان الولادة أو الوفاة على أنه المكان الذي يتم فيه التسجيل، غير أنها تطلب أيضاً معلومات خاصة «بمكان الإقامة المعتاد» حتي يتم جمع الإحصاءات الخاصة بالمواليد والوفيات في كلا الاتجاهين، ووفقاً للاستخدام المقصود.

19-أ هل ينص على مكان تسجيل المواليد والوفيات؛ مثلاً، وفقاً لمكان وقوع الحدث، أو مكان الإقامة المعتاد؟

أفضل الطرق لتجنب الازدواج غير الضروري ولضمان التعاون الجيد هو الحصول على قانون واضح فيما يخص المهام التي تضطلع بها كل إدارة حكومية معنية. إن الرسم التخطيطي الخاص بنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية والذي تم إعداده لمناقشة هذا السؤال، يمكن استخدامه لدراسة دور كل وكالة حكومية أو مكتب حكومي.

20-أ هل يحدد القانون بوضوح مهام، وواجبات ومسؤوليات كل إدارة حكومية معنية؟

تسجيل الأحداث الحيوية يجب أن يكون مجاناً؛ ومن ثم فإن تكلفة التسجيل يجب أن تدفع من مخصصات مالية من الميزانية الحكومية (وطنية كانت أم محلية). ويجب أن يكون ذلك منصوباً عليه في القانون. إن استمرار عملية التسجيل جزء ضروري للحصول على نتائج مفيدة، ويتطلب وجود وكالة تتمتع باستقرار إداري كاف ومخصصات مالية سنوية مناسبة.

21-أ هل يحدد القانون كيفية تمويل نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية؟

22-أ هل ينص القانون على وجوب مجانية التسجيل للجميع؟

23-أ إذا لم يكن التسجيل بالمجان، فما هي نفقات تسجيل:

■ المولود؟

■ الوفاة؟



## المكون الفرعي 1: إطار العمل الوطني القانوني لنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية (تابع)

بصفة عامة فإن تسجيل جميع السكان هو في صالح كل من الدولة والأفراد، بما في ذلك المواطنين المقيمين خارج البلاد أو النازحين، والرعايا الأجانب (بما في ذلك اللاجئيين وطالبي اللجوء السياسي المقيمين في البلاد)، غير أنه قد يكون من المفيد تحديد هذه المجموعات بصورة مستقلة لغرض بعض الاستخدامات للبيانات.

أ1-24 هل السكان الذي يشملهم قانون تسجيل الأحوال المدنية محددين بصورة واضحة؟ هل هم على سبيل المثال:

■ جميع السكان الذين يعيشون في البلد؟

■ المواطنون فقط الذين يعيشون في البلد؟

■ بعض المجموعات الفرعية الأخرى من السكان؟

أ1-25 ما هي متطلبات القانون بالنسبة لتسجيل المواليد والوفيات للمواطنين المقيمين في الخارج؟

أ1-26 ما هي متطلبات القانون بالنسبة لتسجيل مواليد ووفيات:

■ الرعايا الأجانب المقيمين في الدولة؟

■ البدو الرحل أو السكان النازحين؟

■ اللاجئيين وطالبي اللجوء السياسي؟

يجب حماية سرية وخصوصية المعلومات التي تحتويها سجلات الأفراد. كما يجب أن ينص القانون على من يستطيع الوصول إلى المعلومات ولأي غرض، بصورة تحمي سرية المعلومات من سوء الاستخدام.

أ1-27 هل يشتمل القانون على تدابير للحفاظ على السرية لحماية الأفراد؟

أ1-28 هل تم تحديد من يمكنه الحصول على نسخ من شهادات ميلاد أو وفاة الأفراد؟

الشهادة الطبية الخاصة بسبب الوفاة لها أهمية كبيرة للأهداف الخاصة بالصحة العمومية، حيث انعدامها يؤثر على الثقة في دقة الإحصاءات الخاصة بأسباب الوفاة. وفي البلدان التي يحدث فيها العديد من الولادات والوفيات في المنازل، يتولى مهمة تحديد أسباب الوفاة أشخاص غير مدربين طبياً. مع ذلك، فإن البيانات غير المعتمدة طبياً حول أسباب الوفاة تكون لها قيمة محدودة بالنسبة للصحة العمومية.

أ1-29 هل ينص القانون على من الذي يقوم باعتماد الوفاة أو سبب الوفاة؟

للعديد من البلدان قوانين خاصة بالتخلص من الجثث. أما الأسلوب الفعال لضمان تسجيل الوفيات فيتمثل في طلب وثائق تسجيل الوفاة قبل استكمال الدفن أو الحرق. وبالفعل، غالباً ما تقع مسؤولية التسجيل على المتعهد، وفي هذه الحالة يقوم المتعهد بمساعدة الأقرباء، بإعداد الأوراق الضرورية لتسجيل الوفاة، ويجب تضمين هذا في ملفات مكتب تسجيل الأحوال المدنية قبل نقل جثة المتوفى لمثواه الأخير.

أ1-30 هل يحدد القانون الوثائق الرسمية الضرورية قبل استكمال عملية الدفن أو الحرق؟



## المكون الفرعي 2: البنية الأساسية للتسجيل وموارده

مواد داعمة تعد مسبقاً:

- خريطة توضح المواقع التي تتواجد بها جميع مكاتب السجلات المدنية في الدولة والمناطق الإدارية التي تغطيها. وهي تشير بصورة منفصلة إلى جميع أماكن التسجيل الأخرى (مثل المستشفيات أو المسجلين المحليين).
- مخصصات الميزانية الحالية للوظائف المتعلقة بتسجيل الأحوال المدنية على جميع المستويات الحكومية، عند توافرها (في حالة عدم توافر هذه المعلومات، استخدم التقديرات).

يجب أن تتضمن ميزانية تسجيل الأحوال المدنية جميع التكاليف السنوية مثل الرواتب، والمساهمات الاجتماعية، وصيانة المباني والمعدات، والكهرباء وتكاليف التشغيل الأخرى، وتدريب العاملين والإمدادات. وفي حالة ما إذا تضمنت الميزانية تكاليف نظام الإحصاءات الحيوية فيجب الإشارة إلى ذلك بصورة منفصلة. كما يجب إخضاع كل من التكلفة الواقعية (أو التقديرات) وتكلفة الفرد، للمناقشة.

- أ1-2 ما هي الميزانية الوطنية السنوية للتسجيل فيما يخص تسجيل الأحوال المدنية؟  
أ2-2 هل يمكن تحديد هذه الميزانية بصورة منفصلة على مستوى الدولة ومستوى المديرية؟  
هل يمكن تحديد الميزانيات الخاصة بالمستوى الوطني، ومستوى الدولة ومستوى المديرية، بصورة منفصلة؟

من الأهمية بمكان مناقشة مدى كفاية المخصصات المالية السنوية الخاصة بتشغيل نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية. ومنها في هذا السياق، الوسائل الكافية لتحقيق المهام المنشودة في إطار فترة زمنية محددة بما يرضي المستخدمين، لاسيما الإدارات الحكومية المعنية بالتخطيط.

- أ3-2 هل هذه الأموال كافية لضمان الأداء الجيد للنظام؟  
أ4-2 أين يرجح أن تحدث هذه الأموال الإضافية أكبر فرق؟

«مديرو إدارات السجل المدني» المحلية هم أناس لديهم سلطة تسجيل الأحداث الحيوية، بغض النظر عما إذا كانوا من العاملين المدنيين أو كانوا ممن يقومون بهذه الوظيفة تحت وضع آخر يختلف عن وظيفتهم الأساسية.

- أ5-2 ما عدد إدارات السجل المدني المحلية التابعة للدولة، في الوقت الحالي؟  
أ6-2 هل تدفع رواتبهم من:  
■ الحكومة المركزية؟  
■ الحكومة المحلية؟  
■ رسوم مقابل الخدمة؟  
■ مصادر أخرى؟  
أ7-2 هل هناك اختلافات في طريقة صرف المبالغ المالية التي تدفع إلى المسجلين وحجمها؟ اشرح هذه الاختلافات.

إن أكثر العقبات شيوعاً التي تم الإبلاغ عنها هي البعد الشديد لمكتب التسجيل. ولذا فمن شأن إدماج نقاط التسجيل في المستشفيات أن يوفر طريقة فعالة لتحسين عدد التسجيلات. ويمكن استخدام الخريطة التي تم إعدادها لمناقشة هذا السؤال في الإجابة على ما يلي من أسئلة - حيث أنها توضح مواقع المكاتب المحلية لتسجيل الأحوال المدنية والوحدات الفرعية للتسجيل.

- أ8-2 هل عدد المكاتب المحلية لتسجيل الأحوال المدنية أو نقاط التسجيل وتوزيعها كاف لتغطية الدولة بأكملها؟  
أ9-2 هل هناك وحدات تليغ أو تسجيل فرعية تضطلع بمهام التسجيل، مثل المستشفيات أو المسؤولين بالقرى؟  
أ10-2 هل يمكن الوصول إلى مكاتب التسجيل طوال الأربع وعشرين ساعة يومياً على مدار أيام الأسبوع السبعة؟

إذا كان ضعف سبل الوصول إلى نقاط السجلات المدنية يساهم في انخفاض تغطية التسجيل، فيجب مناقشة ما إذا كانت مرافق التسجيل المتنقلة مفيدة أو فعالة. ففي كثير من البلدان، كان للتسجيل المتنقل الفضل في تحسين تسجيل الأحوال المدنية بين القطاعات السكنية النائية والتي يصعب الوصول إليها.

- أ11-2 هل هناك مرافق متنقلة للتسجيل تعمل في المناطق النائية أو المحرومة من الخدمات؟  
أ12-2 إذا كانت الإجابة نعم، فكم عددها؟ وهل عدد خدمات التسجيل المتنقلة عدد كاف؟  
أ13-2 هل هناك ميزانية منفصلة للتسجيل الخارجي؟

## المكون الفرعي 2: البنية الأساسية للتسجيل وموارده (تابع)

إذا لم تكن هناك خطة شاملة لتطوير التسجيل الوطني وتغطية مستمرة لجميع الأقاليم، فإن ذلك سوف يصعب من ممارسة الضغط للحصول على أموال إضافية لتحقيق التغطية الشاملة. لذا يجب مناقشة الأساليب الممكنة لتحقيق أفضل تغطية لتسجيل المواليد والوفيات، بما في ذلك استخدام سائر المرافق العامة مثل المدارس والعيادات الصحية.

أ2-14 هل هناك خطة وطنية لتحقيق التغطية الكاملة للدولة من خلال مكاتب أو نقاط التسجيل؟

أ2-15 ماهي الفترة الزمنية التي تغطيها هذه الخطة؟

استناداً إلى بنية نظام تسجيل الأحوال المدنية، يجب إعداد مصفوفة تعبر فيها الصفوف عن أنماط مرافق التسجيل (مثل مكتب حضري، أو مرفق تسجيل في الريف أو في المناطق النائية)، وتعبر أعمدة المصفوفة عن أنماط المعدات. أجب عن السؤال التالي بصورة منفصلة لكل فئة من المعدات. أ2-16 في كل نمط من أنماط النقاط التي تقوم بتسجيل الأحوال المدنية، صف المعدات التقنية المتوفرة في جميع المكاتب أو في معظمها؛ مثل الهواتف، وآلات التصوير، والمساحات الضوئية، والحواسيب، والإنترنت.

إن المواد التدريبية والمعايير المطبوعة لها أهمية كبيرة في ضمان استخدام نفس الأسلوب في تسجيل جميع الأحوال المدنية، بغض النظر عن المكتب أو الشخص الذي يقوم بتسجيل الحدث. أما العاملين غير المدربين بصورة جيدة أو يفتقدون الحافز فلا ينتظر منهم الإسهام في تحسين جودة البيانات في مواقع جمعها. لذا من الضروري تدريب العاملين باستخدام ميزانية كافية، لاسيما عند إدخال إجراءات جديدة للتسجيل.

أ2-17 كيف يتم انتقاء المسجلين المدنيين؟

أ2-18 ما هي المؤهلات التي يجب توافرها في المسجلين المدنيين؟

أ2-19 هل هناك ميزانية لتدريب المسجلين المدنيين والعاملين المعنيين بعملية التسجيل؟

أ2-20 هل هناك ميزانية لإعداد ونشر المواد التدريبية المكتوبة، مثل الكتيبات الخاصة بتسجيل الأحوال المدنية؟

في معظم البلدان، تستخرج الإحصاءات الحيوية الرسمية من قبل وحدة منفصلة عن مكتب تسجيل الأحوال المدنية؛ وغالبا ما توجد هذه الوحدة في مكتب الإحصاءات الوطنية أو في وزارة الصحة. وفي هذه الحالة، عادةً ما تكون هناك ميزانية منفصلة لاستخراج هذه الإحصاءات ونشرها، مع اشتراك هذه الميزانية أيضاً على بنود متعلقة بتكاليف العاملين، وتكاليف صيانة المكتب والمعدات، وتكلفة الإمدادات، وتكاليف النشر وتدريب العاملين.

أ2-21 ماهي الميزانية الحالية لوحدة الإحصاءات الحيوية؟ (إذا كان هناك أكثر من مكتب مشارك، ضع رقماً تقريبياً يغطي جميع الإحصاءات الحيوية التي يجري جمعها، بما في ذلك البيانات الخاصة بسبب الوفاة).

يغطي هذا القسم المكون ب - ممارسات التسجيل، والتغطية، والاستكمال - وتدخّل في إطاره المكونات الفرعية التالية:

- ب-1 الترتيبات النظامية وسير العمل في نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية؛
- ب-2 مراجعة الاستثمارات المستخدمة في تسجيل المواليد والوفيات؛
- ب-3 تغطية واستكمال التسجيل؛
- ب-4 تخزين المعلومات ونقلها.

المكون ب هو مكون من مكونات العملية التي يتضمنها إطار عمل التقييم، ويبحث في ما يلي:

- النظم القائمة بجمع المعلومات حول الأحداث الحيوية وإنتاج الإحصاءات الحيوية؛
- نوع المعلومات المجمعة؛
- آلية تدفق البيانات بين مختلف قطاعات النظام؛
- استكمال عملية تسجيل البيانات والإحصاءات الحيوية؛
- العقبات التي تواجه النظام، والمجتمع بصورة عامة، من أجل تحسين عملية استكمال التسجيل.

هناك العديد من الخطوات ما بين لحظة الميلاد أو الوفاة وبين تضمينها في الإحصاءات الحيوية للدولة. ولا يعتمد التوقيت المناسب للبيانات على سرعة تسجيل الحدث فحسب، بل على سرعة التعامل مع المعلومة وإحالتها إلى الوكالة المعنية بالإحصاءات الحيوية. إن فهم طبيعة البيانات التي يتم تجميعها من الأفراد، وكيفية كتابتها، وجمعها، ونقلها، وتدقيقها، وتخزينها في الأرشيف وفي قواعد البيانات قبل أن تتحول إلى إحصاءات حيوية، سوف يساعد في تحديد مواضع المشكلات المحتملة داخل النظام. وهذه المعرفة ضرورية أيضاً لفهم كيفية التخفيف من حدة المشاكل وتحسين جودة المعلومات المنتجة.

كما يستعرض هذا المكون كيفية توزيع المهام بين السلطات المعنية بتسجيل الأحوال المدنية، والنظام الصحي، والمكتب

الوطني للإحصاء (أو أي مؤسسة أخرى مشاركة)، وكيف تتعاون هذه الأطراف مع بعضها البعض. أما مجالات الازدواجية - مثل مهام التجميع أو المحافظة على قواعد البيانات - فقد لا تتميز بالكفاءة ويتعين تقصيرها بدقة للتأكد من إمكانية القضاء على هذه الازدواجية من خلال إجراءات تحسين سبل التعاون.

يجب مناقشة جميع الإجراءات التشغيلية بالتفصيل، من أجل تحديد الاختناقات أو الثغرات، بدءاً من وقوع الأحداث - المواليد، والوفيات، ووفيات الأجنة (إذا تم تسجيلها) - من خلال جميع الخطوات المتخذة في عملية التسجيل برمتها. ويجب أن يتم ذلك بصورة منفصلة لكل حدث من الأحداث التي تقع خارج أو داخل المستشفيات (كل من العامة والخاصة). وإذا كانت هناك إجراءات خاصة لاعتماد الوفاة الناجمة عن الحوادث (مثل إبلاغ قاضي التحقيق أو ما شابه)، فيجب وصف ومناقشة الإجراءات الخاصة بتسجيل مثل هذه الأحداث.

هناك فرق هام بين الإبلاغ عن الوفاة واعتماد الطبيب لسبب الوفاة. وتقع مسؤولية هاتين الوظيفتين على الطبيب الشاهد على الحدث، أو طبيب العائلة إذا ما كانت الوفاة قد حدثت في المنزل. أما بالنسبة للمواليد، فعادة ما تقوم القابلة بإصدار الإخطار بالولادة. مع ذلك، في معظم البلدان النامية، تقع مسؤولية تسجيل المواليد والوفيات على عاتق العائلة، التي قد لا تدرك الاختلاف بين استمارة الإبلاغ التي يقوم الطبيب باستيفائها، وبين ورقة التسجيل القانونية، ومن ثم لا تذهب العائلة لتسجيل الحدث في مكتب تسجيل الأحوال المدنية. على النقيض، يقع عبء التسجيل، في البلدان المتقدمة، على المستشفى أو المؤسسة الصحية أو الخانوتي، ويتم الانتهاء من أوراق التسجيل الرسمي قبل الإفراج عن الجثة أو قبل مغادرة الوليد للمؤسسة. ومهما كانت الممارسات المتبعة، فيجب وضع وصف تفصيلي لها من أجل إلقاء الضوء على أوجه القصور والعقبات المتضمنة في إجراءات تسجيل المواليد والوفيات.

في البلدان التي يقع فيها عبء تسجيل المواليد والوفيات على الأفراد والعائلات، يكون من المهم ضمان أن تكون عملية التسجيل عملية سهلة وغير مرهقة. ومن أجل تقصي مدى صعوبة تسجيل مولود أو حالة وفاة والوقت الذي يستغرقه ذلك، يجب أن تقوم مجموعة صغيرة (مكونة من عضوين أو ثلاثة أعضاء) من المجموعة الفرعية بمحاولة جمع معلومات من مجموعة منتقاة من مكاتب التسجيل المختلفة الأحجام

وهذا ما يحدث مع تسجيل الوفيات وإجراءات اعتمادها في المكسيك (الشكل 3-2). بالمثل، وعلى الرغم من أن أكثر من 90% من الولادات في المكسيك تحدث في المنشآت الطبية، ومن ثم تكون معتمدة، إلا أن العائلات في بعض الأحيان لا تقوم بتسجيل المولود في مكتب السجلات المدنية (الشكل 3-3). أما الفشل في تسجيل المولود فهو أكثر شيوعاً في الولادات التي تحدث خارج المنشآت الطبية، لاسيما إذا ما توفي المولود بعد ولادته بفترة قصيرة. ويجب على البلدان ضمان استخدام الآليات المناسبة للحد أو على الأقل خفضاً من إمكانية عدم تسجيل المواليد وحالات وفيات الأطفال الذين يتوفون بعد ولادتهم بوقت قصير. وهذه المعلومات ضرورية في توجيه السياسات التي تهدف إلى خفض معدلات وفيات الأطفال وتحسين خدمات صحة الطفل.

(بما في ذلك المكاتب التي تعمل خارج المدن الكبيرة) فيما يخص الجوانب التالية من عملية التسجيل:

■ ماهي المدة الزمنية التي تستغرقها عملية تسجيل مولود أو حالة وفاة؟

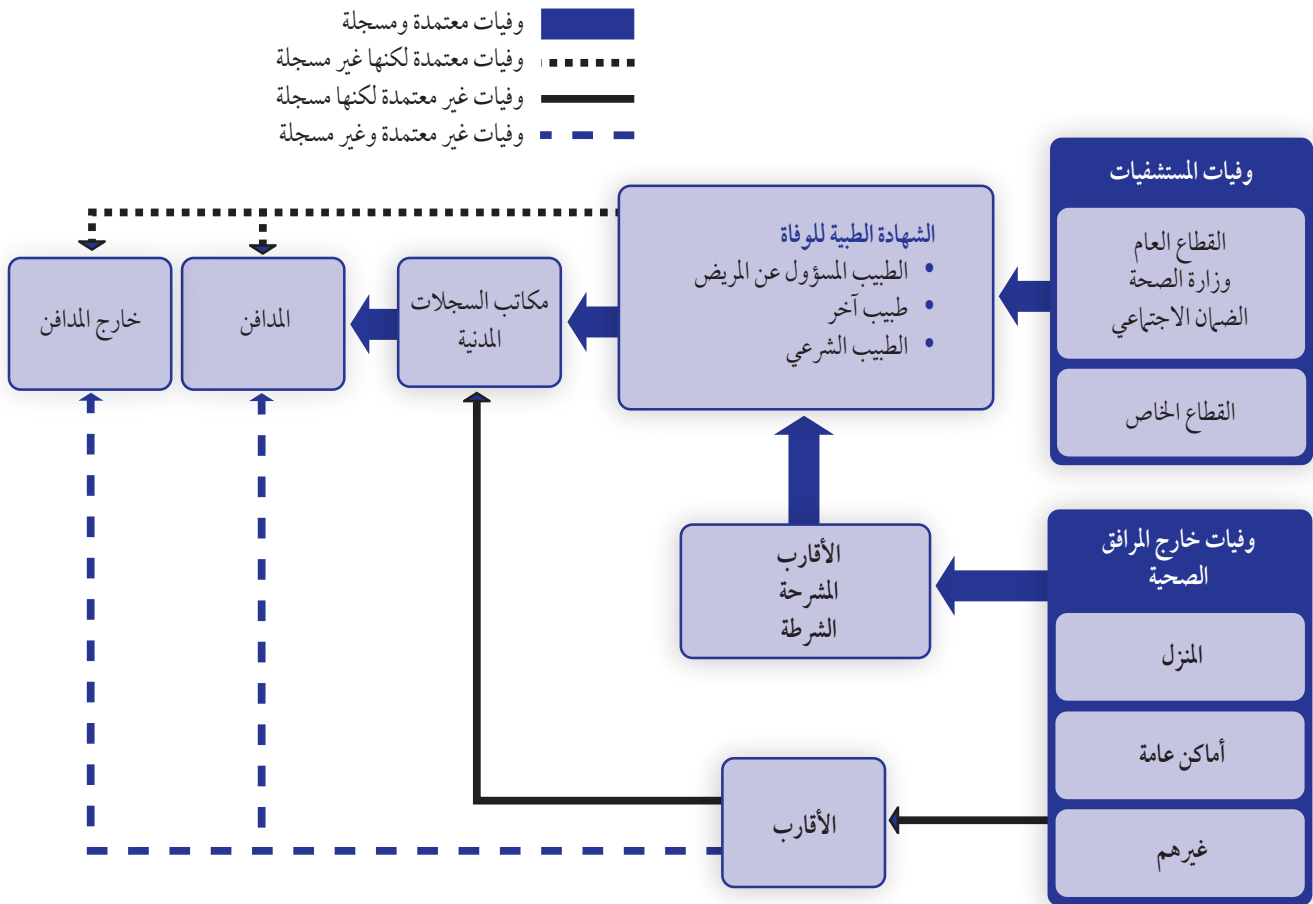
■ هل يكفي ما يقدم من توجيه؟

■ هل المواطنون راضون عن الخدمة؟

■ ماهي المشكلات التي يواجهها العاملون عند محاولتهم التسجيل الصائب للمواليد والوفيات؟

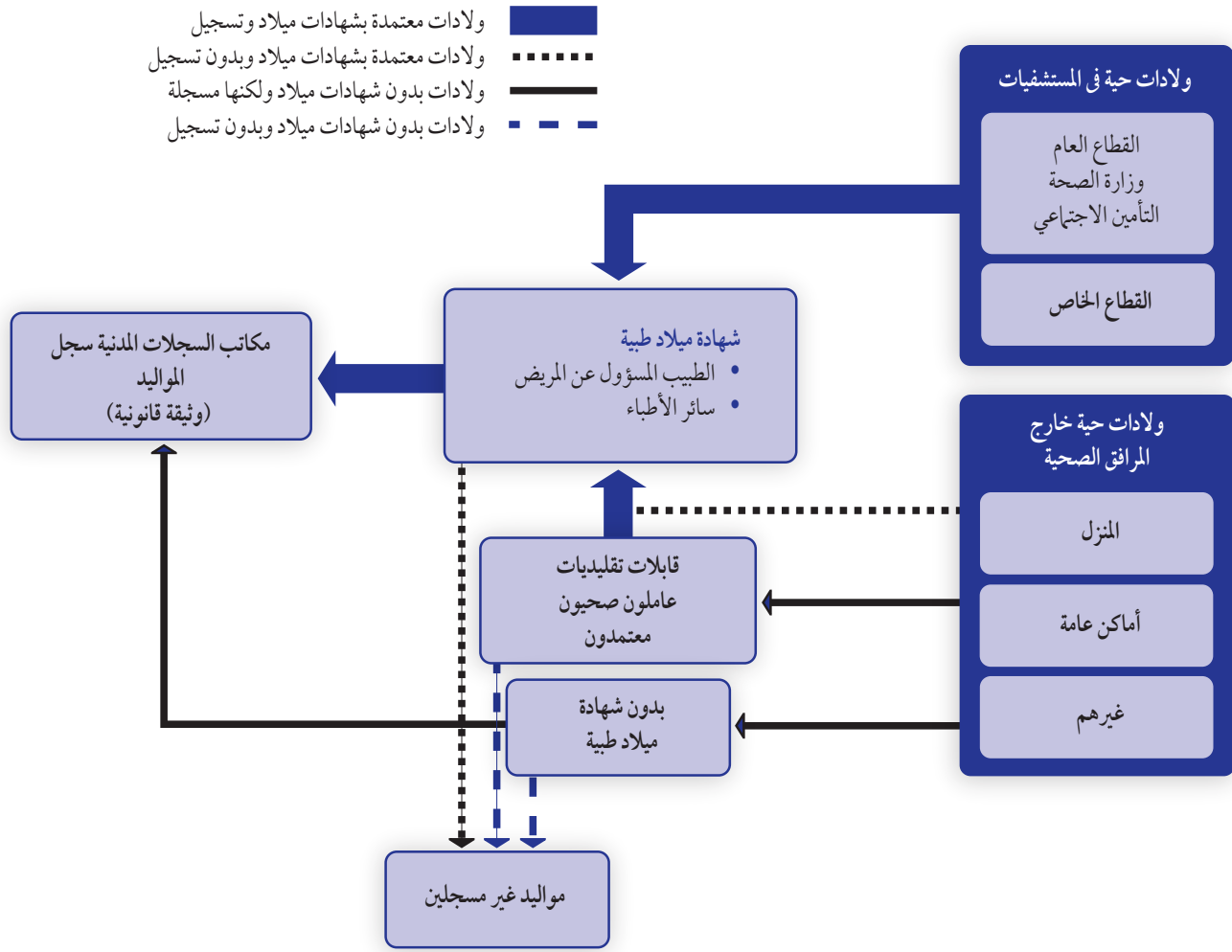
في بعض المواقع، قد لا يتم تسجيل الوفيات التي تعتمد في المستشفيات إذا أمكن دفن أو حرق الجثة بدون الحصول على تصريح من السلطات المعنية بتسجيل الأحوال المدنية.

### الشكل 3-2 تسجيل الوفيات وعملية اعتمادها في المكسيك



المصدر: ر. لوزانو\_ معهد القياسات الصحية والتقييم، جامعة واشنطن، التواصل الشخصي، 2009

### الشكل 3-3 عملية تسجيل المواليد واعتمادها في المكسيك



المصدر: ر. لوزانو\_ معهد القياسات الصحية والتقييم، جامعة واشنطن، التواصل الشخصي، 2009

معينة. على سبيل المثال، الأسئلة اللازمة لتحديد العقبات الشائعة التي تحول دون تحقيق التسجيل الشامل، يمكن أن تختلف تبعاً للسياق الثقافي.

يمكن تقييم المكونات الفرعية الأربعة للمكون ب من قبل ثلاث مجموعات فرعية مختلفة إذا ما كانت هناك رغبة في ذلك (انظر الإطار 2-2). وهناك بعض الأسئلة التي قد تحتاج إلى إعادة صياغتها وتعديلها لتناسب أوضاع قطرية



## المكون الفرعي ب1: الترتيبات النظامية وسير العمل في نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية

مواد داخلة تعد مسبقاً:

- رسم توضيحي يبين البنية الإدارية لنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، وكيفية تدفق البيانات بينها، وآلية التأثر بينهما.
  - رسم توضيحي لإجراءات تسجيل الوفيات والمواليد داخل وخارج المستشفيات، علاوة على الوفيات التي تتعامل معها الشرطة، أو قضاة التحقيق، أو القائمون بالفحص الطبي الخاص (انظر الشكلين 2-3 و 3-3 للاطلاع على أمثلة من المكسيك لإجراءات تسجيل الوفيات والمواليد).
- قد يكون من الضروري إجراء تعديل محلي لصياغة بعض الأسئلة ومحتواها لجعلها أكثر ملاءمة لعملية تقييم النظام. وهذا الأمر له أهمية كبيرة لاسيما في البلدان التي لا يقوم فيها نظام تسجيل الأحوال المدنية بجمع الإحصاءات الحيوية، لكن تتم هذه العملية من خلال نظام مواز آخر.

الخطوات العديدة التي تتم منذ وقوع الأحداث الحيوية ثم تسجيلها وتضمينها في الإحصاءات الوطنية، تتطلب تنسيق جيد بين المكونات المتباينة للنظام. ويتمثل الهدف من المراجعة في مناقشة أية قيود أو معوقات تنظيمية أو إدارية قد تؤثر على آليات عمل النظام. ومن الأهمية بمكان التركيز على الأجزاء الضعيفة أو الاختناقات التي قد تقلل من جودة الإحصاءات الحيوية أو تؤثر على إصدارها في الوقت المناسب.

ب1-1 ماهي الترتيبات التنظيمية والإدارية لنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية (مراجعة باستخدام الرسوم البيانية التي تم إعدادها)؟

ب1-2 ماهي التغيرات الرئيسية التي حدثت في آليات عمل النظم على مدى العشر سنوات المنصرمة؟

ب1-3 كيف أثرت هذه التغيرات على آليات عمل النظام أو النظم؟

ب1-4 ماهي المجالات التي تحتاج إلى تحسين؟

معظم البلدان لها وكالات منفصلة مسؤولة عن جمع المعلومات حول الأحداث الحيوية (مثل السجل المدني)، واستخراج الإحصاءات الحيوية (مثل المكتب الوطني للإحصاء أو وزارة الصحة). وهناك العديد من البلدان لها آليات تواصل رسمية بين هذه الوكالات لضمان التنسيق السلس والتعاون بينها. كما أن بعض البلدان لها لجان تنسيق أوسع نطاقاً تجتمع بصورة دورية ويشارك فيها ممثلون من الإدارة الصحية، والمستشفيات، وقضاة التحقيق، والشرطة، ومنظمي الجنازات، والسلطات الدينية. ومثل هذه الاجتماعات لها أهمية خاصة تتجلى عند الحاجة إلى تغيير الإجراءات.

ب1-5 ماهي آليات التواصل الحالية بين سلطة تسجيل الأحوال المدنية وغيرها من المعنيين بجمع واستخراج الإحصاءات الحيوية؟

إن عدم وضوح المسؤوليات وتداخلها بين الوكالات يمكن أن يمثل عقبة تعوق جودة وسهولة سير النظام، وغالباً ما يؤدي إلى إهدار في الموارد. فمثلاً، هل من الواضح من هو المسؤول عن نقل السجلات من وحدة إلى أخرى، أو من يقوم بتدقيق البيانات؟ في حالة غياب أحد العاملين عن العمل، هل هناك إجراءات راسخة لتأمين من يقوم بأداء مهامه في الوقت المناسب؟

ب1-6 هل هناك أية مجالات تكون فيها المسؤوليات الخاصة بمهام محددة، متداخلة أو مبهمه؟

ب1-7 هل يتم تحديد المسؤوليات بوضوح على المستويات الوطنية، أو على مستوى الولاية أو المنطقة، أو على المستوى المحلي؟

ب1-8 هل هناك مناطق تحدث فيها اختناقات بشكل منتظم؟

يجب أن تكون المخططات البيانية التي تم إعدادها هي أساس المناقشات (وتتضمن المخططات الخاصة بتفاصيل ممارسات تسجيل المواليد والوفيات). كما يجب تضمين جميع الخطوات التي تمر بها مختلف إجراءات التسجيل (مثل تغطية الأحداث التي تقع داخل وخارج المستشفيات)، مع التركيز على محاولة الإشارة إلى مكان الثغرات في الإجراءات التي تؤدي إلى عدم تسجيل الأحداث. على سبيل المثال، في بعض البلدان، قد لا تشجع القواعد على تسجيل الأطفال الذين تحلى ذوهم عنهم، أو الأطفال من أمهات دون السن (قاصرات) أو غير متزوجات.

ب1-9 راجع بالتفصيل الممارسات القطرية الخاصة بتسجيل المواليد والوفيات. أي من أنماط المواليد والوفيات التي يحتتمل ألا يتم تسجيلها في نظام تسجيل الأحوال المدنية؟

ب1-10 هل هذه الأنماط من المواليد والوفيات لا يتم تسجيلها أيضاً في نظام الإحصاءات الحيوية؟

ب1-11 هل هناك بعض الأحداث الحيوية التي لا يمكن تسجيلها من خلال نظام التسجيل المعتاد؟

## المكون الفرعي ب 1: الترتيبات النظامية وسير العمل في نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية (تابع)

يجب أن تستخدم جميع الكيانات الفرعية الوطنية شكلاً معيارياً موحداً عند جمع المعلومات؛ فمن شأن هذا أن يسمح بعقد مقارنات للأرقام الوطنية التي يتم تجميعها. وهذا يتطلب بصورة عامة أن يكون هناك كياناً وطنياً محدداً يتولى مهمة وضع المعايير وتنسيق جمع البيانات. ومثل هذا التنسيق هو أمر مطلوب في البلدان ذات النظم المنفصلة لجمع هذه المعلومات على مستوى الدولة أو مستوى المنطقة.

ب1-12 هل يتم جمع نفس البيانات حول المواليد والوفيات في الدولة بأكملها على كافة مستويات النظام (وتشمل مستويات الولايات أو المناطق، أو المستويات الوطنية أو المحلية)؟

ب1-13 هل هناك كيان مسؤول عن المعايير الوطنية للإحصاءات الحيوية وتنسيقها؟

تركز نظم تسجيل الأحوال المدنية على حدث الولادة أو الوفاة في حد ذاته، غير أن المعلومات الخاصة بالظروف المحيطة بالولادة أو بسبب الوفاة لها قدر كبير من الأهمية لأغراض الصحة العمومية. وغالباً ما تجمع المعلومات الخاصة بسبب الوفاة في استمارة منفصلة، وترسل إلى وزارة الصحة بوصفها المستخدم الرئيسي لهذه المعلومات. أما التفاصيل الطبية الخاصة بالولادات فلها أهمية كبيرة في تحديد الجمهرة السكانية الفرعية المكونة من الأطفال أو الأمهات المعرضات للخطر. وتمثل التفاصيل المتعلقة بصورة خاصة بالصحة العمومية، في الوزن عند الولادة، والابتسار (الخداج)، وتشوه الوليد، وترتيب الولادة (في حالة الولادات المتعددة)، بالإضافة إلى طرق التوليد ومضاعفاتها.

ب1-14 هل يدخل سبب الوفاة في استمارة تسجيل الوفاة؟

ب1-15 إذا لم يكن الأمر كذلك، هل تجمع المعلومات حول سبب الوفاة في نفس توقيت تسجيل حالة الوفاة ولكن باستخدام استمارة أخرى؟ ناقش أيضاً ماذا يحدث في الحالات والوفيات التي يتولاها قاضي التحقيق والوفيات التي يشتهب في أنها ناجمة عن أسباب غير طبيعية.

ب1-16 من الذي يقرر التفاصيل التي يتعين جمعها حول المواليد وحول أسباب الوفاة؟

ب1-17 كيف يتم تبادل المعلومات الطبية حول المواليد والوفيات بين مختلف الوكالات الحكومية المعنية؟

ب1-18 هل هذا الإجراء القائم يعمل جيداً أم يحتاج إلى تحسين؟

في العديد من البلدان كان إنشاء «سجل للسكان» هو امتداد طبيعي لحوسبة السجلات المدنية، والرغبة في تنسيق وتيسير أعمال الوكالات الحكومية وخفض الأزدواجية. وينتج سجل السكان من البيانات التي يقوم بجمعها نظام السجلات المدنية، ويتضمن جميع المعلومات الخاصة بالأفراد في ملف خاص بكل شخص، يتم التعرف عليه من خلال رقم تعريف شخصي ((PIN

ب1-19 هل هناك سجل وطني للسكان؟

ب1-20 إذا كان الأمر كذلك، كيف تتدفق المعلومات بين السجل الوطني للسكان، ونظام السجلات المدنية، وأي من الوكالات الحكومية هي المسؤولة عن المحافظة على السجل الوطني للسكان؟

ب1-21 هل يتم إعطاء رقم شخصي لكل شخص عند ولادته أو أثناء استلامه للأوراق الخاصة بهويته، وهل هذا الرقم يستخدم في كافة قواعد البيانات الإدارية التابعة للحكومة؟

ب1-22 إذا لم يكن هناك رقم سري بين السجلات، فكيف سيتم الاتساق بين السجلات من مختلف نظم المعلومات، وكيف يتم تحديث السجل السكاني؟

لا يمكن لحوسبة السجلات المدنية والإحصاءات الحيوية أن تحسن بمفردها من جودة البيانات التي توحىها هذه السجلات، لكن لها عدد من الميزات التي تعين ذكرها. على سبيل المثال، تساعد الحوسبة على تعزيز استكمال مختلف الإجراءات في الوقت المناسب، وتتضمن إجراءات استخراج المعلومات وتنظيمها؛ كما أنها تسهل من عملية التدقيق والمراجعة، والتحقق من صحة بيانات الإحصاءات الحيوية والمشاركة فيها. وفي حالة وجود خطط للتوسع في حوسبة نظام المعلومات في المستقبل القريب، فمن الأهمية بمكان مناقشة تأثير التوسع في الحوسبة على جودة الإحصاءات واستخراجها في التوقيت المناسب.

ب1-23 هل تستخدم الحواسيب في أي مرحلة من مراحل عملية تسجيل المواليد والوفيات؟

ب1-24 هل تستخدم الحواسيب في أي مما يلي أو فيها جميعاً:

■ تجميع المعلومات؟

■ نقل المعلومات؟

■ التحقق من مصداقية المعلومات؟

■ تخزين المعلومات؟

ب1-25 هل هناك أية خطط لتحقيق المزيد من التوسع في استخدام الحاسوب في المستقبل القريب؟

ب1-26 إذا كان الأمر كذلك، فما هي الأولويات؟

كان من نتيجة الحوسبة، قيام العديد من البلدان بإنشاء قاعدة بيانات وطنية لاستخراج الأوراق الخاصة بالهوية، والتي قد تستخدم للتعريف الشخصي، غير أن معظم قواعد البيانات هذه لا تتضمن سوى الجمهرة السكانية البالغة ولا تتصل بالسجلات المدنية. وقد تم إنشاءها لأغراض الأمن الوطني ولا تماثل سجل السكان



## المكون الفرعي ب7: الترتيبات النظامية وسير العمل في نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية (تابع)

يجب أن تكون هناك نظام لمراجعة المعلومات تجنباً لتفادي أية أخطاء أو عدم اتساق وذلك على جميع مستويات نظم الإحصاءات الحيوية، بدءاً من نقطة جمع البيانات. وبصورة مثالية، يجب أن يتم، مركزياً، تحديد مجموعة من الإجراءات الموحدة والمعيارية لمراجعة هذه البيانات، يتم توزيعها لتستخدم من قبل كل مكتب من المكاتب المعنية بجمع البيانات. ويتعين أن تتضمن هذه الإجراءات تدقيق للأساس المنطقي للبيانات الخام واستكمالها، وعمليات تدقيقية أخرى للحسابات ومنطقية الإحصاءات الحيوية فور جمعها.

ب7-1 ما هي الإجراءات المستخدمة حالياً في نقاط التسجيل لمراجعة استكمال واتساق المعلومات المجمعة في نقاط التسجيل؟

ب7-1 ما هي الإجراءات المستخدمة حالياً على المستوى المركزي وسائر المستويات لمراجعة استكمال واتساق المعلومات المجمعة في نقاط التسجيل؟

يجب أن لا تكون هناك تفاوتات كبيرة في أعداد المواليد والوفيات المسجلين من عام لآخر، أو في أسباب الوفاة، بما فيها الوفيات بدون سبب محدد. وفي حالة وجود تفاوتات كبيرة فيجب إجراء استقصاء يتضمن أيضاً الاستفسار عن القائمين بجمع البيانات.

ب1-29 هل يتم الفحص الروتيني لتسجيل البيانات بصورة شهرية أو ربع سنوية لضمان مقارنتها بالأعوام المنصرمة؟

ب1-30 على المستوى المركزي، هل يتم، بصورة روتينية، تقدير أعداد المواليد والوفيات المتوقع حدوثها كل عام، لكل منطقة من مناطق التسجيل، ثم مقارنتها مع الأعداد الفعلية للأحداث المسجلة؟



الاستمارات. ويجب النظر في تعديل كلمات ومحتوى الأسئلة قبل بدء المراجعة.

على الرغم من قلة الأسئلة المقترحة للمكون الفرعي ب2، إلا أن المهمة نفسها قد تشتمل على مراجعة عدد كبير من

#### المكون الفرعي ب2: مراجعة الاستمارات المستخدمة في تسجيل المواليد والوفيات

مواد داعمة تعد مسبقاً:

- جميع الاستمارات المتعلقة بتسجيل واعتماد المواليد والوفيات؛
- نسخة من الإطار 2-3 (انظر أدناه)، توضح قائمة بالمواضيع التي توصي الأمم المتحدة بتضمينها عند تسجيل المواليد والوفيات.

ب2-1 أي من البنود التي توصي بها الأمم المتحدة تتضمنها استمارات تسجيل المواليد والوفيات؟ استخدم الإطار 2-3 وضع علامة على البنود التي تم جمعها.

ب2-2 أي من البنود التي توصي بها الأمم المتحدة، وقد تكون ذات فائدة، لا تتضمنها استمارات تسجيل المواليد والوفيات؟

ب2-3 ماهي البنود الإضافية التي تتضمنها استمارات تسجيل المواليد والوفيات؟ اكتب قائمة بهذه البنود وناقشها.

نظراً لتزايد أعداد الولادات التي تتم بمساعدة طبية، لذا يوصي بأن يلحق باستمارة تسجيل الولادة لجمع التفاصيل الطبية حول الولادة والمولود والأم. وتتجلى أهمية هذه المعلومات في تحسين الرعاية الصحية المقدمة لكل من الأم والطفل، حيث يمكن استخدام سجلات المواليد في تحديد الأطفال والأمهات المعرضين لمخاطر عالية، ومن ثم متابعتهم لاحقاً. أما المعلومات الإضافية علاوة على الوزن عند الولادة فتتضمن الابتسار، وترتيب الولادة (في حال تعدد الولادات)، وطريقة الولادة ومضاعفاتها، والإملاص (ولادة مولود ميت)، وتاريخ آخر ولادة للأم.

ب2-4 هل جمعت أي تفاصيل طبية أخرى تتعلق بصحة الطفل أو عملية الولادة (سواء في استمارة تسجيل الولادة أو استمارة منفصلة أخرى)؟

تتأثر جودة المعلومات المتحصل عليها بمدى وضوح السؤال، وتنسيق الاستمارة (يجب أن تكون الاستمارة منظمة وبها مساحات كافية لإضافة التعليقات)، وكمية المعلومات المطلوبة. وهناك احتمالية لاقتراح الأخطاء في كل مرة تنقل فيها المعلومات من استمارة إلى أخرى.

ب2-5 راجع جميع الاستمارات المستخدمة في تسجيل واعتماد المواليد والوفيات ثم أجب على الأسئلة التالية الخاصة بكل مجموعة من الاستمارات:

- هل يُستفاد من جميع المعلومات المجمعة؟
- ما الوقت الذي يستغرقه، في المتوسط، استيفاء كل مجموعة من الاستمارات؟
- هل تنسيق الاستمارات يراعي المستخدم؟ وشرح لماذا؟
- هل تتوافر الاستمارة بجميع اللغات الوطنية الرئيسية؟
- ماهي البنود التي تأتي من «القائم بالتصريح»، و ماهي البنود التي تنقل من سائر الوثائق؛ على سبيل المثال، هل ينقل سبب الوفاة من الاستمارة الخاصة بشهادة الوفاة؟

### الإطار 3-2 قائمة يوصى بها للخصائص ذات الأولوية العالية لدمجها في المعلومات الخاصة بتسجيل المواليد والوفيات

توصي الأمم المتحدة بوجوب إدراج المعلومات المجمعة أثناء تسجيل المواليد والوفيات على خصائص محددة للحدث، والوالدين (إذا كانت حالة ولادة)، أو حول المتوفي (إذا كانت حالة وفاة). والخصائص الواردة في ما يلي تم اختيارها بسبب فائدتها المحتملة في دعم تطوير السياسات والبرامج، وفي عقد المقارنات الإقليمية والعالمية والمحافظة عليها.

على الرغم من توضيح هذه القائمة للخصائص العالية الأولوية (والتي يجب أن تشكل هدفاً فورياً)، إلا أن البلدان قد ترغب في البدء بقائمة أقصر. فمثلاً، قد تكون القائمة الطويلة لخصائص الوالدين في غير محلها بالنسبة لبعض البلدان، أو تمثل عبئاً كبيراً. علاوة على ذلك فقد تكون هناك معلومات يمكن استخلاصها من معلومات أخرى ولا تحتاج إلى السؤال عنها مرة ثانية. وتشجع البلدان على تحديد أولوياتها من القائمة الواردة أدناه، غير أن كل بلد سوف يحتاج إلى إضافة رقم مسلسل للتسجيل، ومساحة لمكان التسجيل (أو الرمز الخاص بمكتب التسجيل)، وأسماء المعنيين بصورة مباشرة بالحدث (1).

#### الولادات الحية (المواليد الأحياء)

##### خصائص الحدث:

- تاريخ وقوع الحدث
- تاريخ التسجيل
- مكان وقوع الحدث
- مكان التسجيل
- موقع الحدث (مشتق)
- حدث بالحضر أم بالريف (مشتق)
- نمط الولادة (أي وليد واحد، توأم أو ثلاثة توأم، وغير ذلك)

##### خصائص الطفل:

- الجنس
- الوزن عند الولادة

##### خصائص الوالدين:

- تاريخ الميلاد وعمر الوالدين (مشتق)
- الحالة الاجتماعية لكلا الوالدين
- درجة التعليم المتحصل عليها لكلا الوالدين
- مكان الإقامة المعتاد لكلا الوالدين
- محل الإقامة (مشتق)
- محل إقامة حضري أم ريفي (مشتق)
- أطفال ولدوا أحياء لأم طوال حياتها (وحتى تاريخه)
- الأطفال الذين ولدوا للأم وما زالوا أحياء
- وفيات أجنة للأم
- تاريخ آخر ولادة حية
- تاريخ الزواج ومدته (مشتق)

#### الوفيات

##### خصائص الحدث:

- تاريخ وقوع الحدث
- تاريخ التسجيل
- مكان وقوع الحدث
- مكان التسجيل
- موقع الحدث (مشتق)
- حدث بالحضر أم بالريف (مشتق)
- سبب (أسباب) الوفاة
- القائم باستخراج الشهادة ونوع الشهادة (مشتق)

##### خصائص المتوفي:

- تاريخ الميلاد والعمر (مشتق)
- الجنس
- الحالة الاجتماعية
- مكان الإقامة المعتاد (بالنسبة للوفيات أقل من عمر عام واحداً يذكر عنوان الأم)
- n محل الإقامة (مشتق)
- n محل إقامة حضري أم ريفي (مشتق)

### الإطار 3-3 الوصول إلى تسجيل الأحوال المدنية واستكمال التسجيلات الحيوية

من الأهمية بمكان، عند اضطلاع أي بلد بتطوير نظام تسجيل الأحوال المدنية، أن يقوم برصد التقدم المحرز بانتظام. وتمثل إحدى طرق هذه المهمة، رغم صعوبتها، في قياس السبل المتوافرة أمام السكان للوصول إلى السجلات المدنية، ومدى استكمال عملية تسجيل المعلومات. على سبيل المثال، كلمة الوصول لها مفهوم معقد يغلف طيفاً من القضايا، منها توافر نقاط التسجيل، والمسافة المقطوعة، والقدرة على تحمل التكاليف، والتقبل الثقافي والاجتماعي. ويصف هذه الإطار قياسين، أحدهما الوصول والآخر استكمال عملية التسجيل.

#### الوصول

يمكن حساب الوصول، عند قياسه بالتوافر، بقسمة عدد السكان الذين يعيشون في إطار التعداد السكاني للمناطق، والذين يتوافر لهم، على الأقل، مكتب واحد لتسجيل الأحوال المدنية أو أي مرفق آخر يقوم بتسجيل المواليد والوفيات (البسط في المعادلة المذكورة أدناه) على إجمالي السكان الوطنيين (المقام) لنفس العام، ثم الضرب في 100 للحصول على النسبة المئوية.

ومن ثم، يمكن حساب مستوى الوصول (بالنسبة المئوية) كما يلي:  $X = C/P \times 100$

X	النسبة المئوية لمستوى الوصول
C	حجم السكان في المناطق التي بها نقاط تسجيل
P	إجمالي السكان في الدولة

#### استكمال الإجراءات

استكمال الإجراءات هو قياس مدى قيام نظام تسجيل الأحوال المدنية بتسجيل ما يقع من ولادات ووفيات في أي دولة خلال سنة من السنين. ولقد تم وضع العديد من التقنيات الديموغرافية لتقييم وضبط المعلومات التي تدور حول المواليد والوفيات المنبثقة عن تسجيل الأحوال المدنية. وهناك بعض الطرق التي تقوم على مقارنة المعلومات من مصادر مستقلة (الأساليب المباشرة «الرصد وإعادة الرصد»)، بينما هناك طرق أخرى غير مباشرة للتحليل، استناداً إلى الافتراضات الخاصة بالتوزيع العمري للسكان. وتوجد تقنيات ديموغرافية غير مباشرة ومتنوعة لتقدير استكمال إجراءات تسجيل الوفيات؛ على سبيل المثال، طرق بينيت هوريوشي Bennett-Horiuchi، واشتراكاران-دمينغ Chanrasekaran-Deming، وبراس لقياس النمو (Brass Growth Balance methods). وهذه طرق لا يرد وصفها بالتفصيل هنا، ولكنها غالباً ما تستخدم من قبل المكاتب الوطنية للإحصاءات أو المؤسسات الأكاديمية لتقدير مدى استكمال إجراءات التسجيل.

أما إذا لم تكن هذه الطرق قد طبقت، فهناك أسلوب أكثر أساسية يتمثل في تقدير عملية استكمال الإجراءات بقسمة العدد الفعلي للمواليد (أو الوفيات) المسجلة في الدولة على الإجمالي التقديري لعدد المواليد (أو الوفيات) في البلد لنفس المدة الزمنية، ثم ضربه في 100 للحصول على النسبة المئوية. كما يمكن استخدام طريقة بسيطة لقياس مدى استكمال الإجراءات باستخدام تقديرات مستقلة لإجمالي عدد المواليد (أو الوفيات) في البلد. أما إذا لم تتوافر التقديرات الوطنية الموثوقة، فيمكن عندئذ استخدام التقديرات الدولية. مثلاً، تقوم الأمم المتحدة كل عام بتقدير معدلات المواليد والوفيات في بلدانها الأعضاء باستخدام مصادر متنوعة وتقنيات خاصة بالتقدير الديموغرافي (19). وتعتمد موثوقية مثل هذه الحسابات الخاصة باستكمال إجراءات التسجيل، بجلاء، على مدى موثوقية التقديرات المستقلة لمعدلات المواليد الخام ومعدلات الوفيات الخام.

يمكن حساب استكمال إجراءات تسجيل المواليد كما يلي:  $100 \times (P \times CBR / RB) = Yb$

Yb	النسبة المئوية المقدرة لمدى استكمال إجراءات تسجيل المواليد (%)
RB	العدد الفعلي للمواليد المسجلة
CBR	معدلات المواليد الخام بحسب تقديرات الأمم المتحدة (لكل 1000 مولود)
P	إجمالي حجم السكان

ويمكن حساب استكمال إجراءات تسجيل الوفيات كما يلي:  $100 \times (P \times CRD / RD) = Yd$

Yd	النسبة المئوية المقدرة لمدى استكمال إجراءات تسجيل الوفيات (%)
RD	العدد الفعلي للوفيات المسجلة
RDC	معدلات الوفيات الخام بحسب تقديرات الأمم المتحدة (لكل 1000 وفاة)
P	إجمالي حجم السكان.

#### مثال

قدرت الأمم المتحدة أن معدلات الوفيات الخام CDR في البلد أ عام 2005 كان 5.4 لكل ألف نسمة. وكان عدد السكان الذي سجل للبلد أ في ذلك العام هو 69.421.000.

إذا كان نظام تسجيل الأحوال المدنية قد سجل 280.510 وفاة في عام 2005، تصبح التقديرات الخاصة بمدى استكمال إجراءات تسجيل الوفيات في البلد أ كما يلي:

$$Yd = (69.421 \times 5.4 / 280.510) = 374.873 / 280.510 = 74.8\%$$

### المكون الفرعي ب3: تغطية واستكمال التسجيل

مواد داعمة تعد مسبقاً:

- حسابات وصول السكان إلى نظام تسجيل الأحوال المدنية (الإطار 3-3)
- حسابات استكمال بيانات تسجيل الأحوال المدنية (الإطار 3-3).

إن استكمال إجراءات التسجيل مرتبط بصورة وثيقة بمدى وصول السكان إلى النقاط التي تقوم بالتسجيل. ومن ثم، فكلما زادت نسب الوصول، زاد احتمال استكمال إجراءات التسجيل. ومن أجل حساب وصول السكان إلى خدمات تسجيل الإحصاءات الحيوية، تحتاج البلدان إلى استخدام المعلومات المستمدة من التعدادات السكانية. ويمكن حساب التغيرات في الوصول من التعدادين السكانيين أو الثلاثة السابقة (يوضح الإطار 3-3 مثلاً لكيفية حساب مدى الوصول).

ب3-1 ماهي نسبة السكان الذين تتوافر لهم سبل الوصول إلى السجلات المدنية حيث يعيشون؟

ب3-2 هل سبل الوصول مرت بما يلي مع مرور الوقت:

- تحسنت؟ إذا كان الأمر كذلك، فلماذا؟
- ظلت مستقرة؟ إذا كان الأمر كذلك، فلماذا؟
- انخفضت؟ إذا كان الأمر كذلك، فلماذا؟

ب3-3 إذا كانت سبل الوصول قد تحسنت، فما الذي أدى إلى هذه التحسينات؟

تعتمد المنفعة الناتجة عن نظام الإحصاءات الحيوية على مدى تسجيل جميع الأحداث. فإذا لم تكن البلد قد قامت مؤخراً بتقييم مدى استكمال إجراءات الإحصاءات الحيوية للمعطيات، فيجب أن يتم ذلك باستخدام الطريقة البسيطة الموضحة في الإطار 3-3. أما إذا تم، مؤخراً، تقييم أكثر اكتمالاً (مثل استكمال الإجراءات وفقاً للمجموعات العمرية باستخدام طريقة الرصد - وإعادة الرصد)، فيجب عندئذ استخدام نتائج هذا التقييم.

إن تحليل التوجهات في عدد المواليد والوفيات المسجلة يمكن أن تضيء رؤى مهمة للجهود المبذولة في الدولة والمتعلقة بحالة السجلات الحيوية. كما يجب تحليل التوجهات على المستوى دون الوطني لتوضيح الاختلافات في التغطية بالتسجيل في مختلف أجزاء الدولة.

ب3-4 ما مدى استكمال المعلومات الخاصة بتسجيل المواليد (أي، ما هي النسبة المئوية لمستوى الاستكمال)؟ يرجى توضيح الطريقة التي تستخدمها لتقدير الاكتمال.

ب3-5 ما مدى استكمال المعلومات الخاصة بتسجيل الوفيات (أي، ما هي النسبة المئوية لمستوى الاستكمال)؟

ب3-6 خلال العقد المنصرم، هل كانت إجراءات الاستكمال قد:

- تحسنت؟ إذا كان الأمر كذلك، فلماذا؟
- ظلت مستقرة؟ إذا كان الأمر كذلك، فلماذا؟
- انخفضت؟ إذا كان الأمر كذلك، فلماذا؟

لا يمكن افتراض أن يشمل القصور في التسجيل البلد بأكمله. ويقل احتمال تسجيل المواليد والوفيات في المناطق الريفية وفي بعض المجموعات السكانية. كما يقل، في بعض المواقع، تسجيل الوفيات بين الإناث عنه بين الرجال. ومن المفيد ذكر أي مجموعات سكانية فرعية قد لا يتم تسجيلها من قبل في نظام الإحصاءات الحيوية؛ مثل السكان الذين يعيشون في المناطق الريفية النائية، والسكان الأصليين، والبدو الرحل، وفئات عمرية معينة، لاسيما الوالدان.

قامت بعض البلدان بتنظيم حملات إعلامية حول التسجيل، أو إقامة التسجيل المتنقل، أو إرساء سبل تبليغ غير رسمية مستقاة من العاملين بالرعاية الصحية الأولية لزيادة استكمال إجراءات التسجيل.

ب3-7 ماهي المجموعات السكانية الفرعية التي على الأرجح يقل احتسابها في التسجيلات الحيوية؟ (ملاحظة: قد يكون النخعي في العد مختلفاً بالنسبة المواليد والوفيات)

ب3-8 إذا كانت التغطية تقتصر على جزء من البلد (مثل المناطق الحضرية)، هل تم النظر في الطرق البديلة للحصول على الإحصاءات الحيوية الخاصة بالسكان الذين لا تشملهم التغطية أو تنفيذ أي من هذه الطرق؛ مثل «نظام تسجيل العينات» (SRS) أو نظام الترصد الديموغرافي (DSS)؟

ب3-9 ما الذي حدث خلال العقد المنصرم من أجل زيادة:

- تسجيل المواليد؟
- تسجيل الوفيات؟

### المكون الفرعي ب3: تغطية واستكمال التسجيل (تابع)

يمثل التسجيل المتأخر مشكلة فقط عند اختلاف سنة الحدث عن سنة التسجيل. غير أنه يجب تتبع ورصد المدة الزمنية لهذا التأخير لضمان تراجعه والحد من انتشاره.

ب3-10 هل يتم تتبع ورصد التسجيل المتأخر مع مرور الوقت وعلى المستوى دون الوطني؟

ب3-11 هل التسجيل المتأخر أكثر شيوعاً في بعض المناطق عنه في مناطق أخرى؟

يزيد احتمال التبليغ بالمواليد والوفيات التي تحدث في المرافق الصحية، ولذا يتعين أن يترافق هذا مع زيادة سبل استكمال إجراءات التسجيل. فالبلدان التي ألحقت المسجلين المدنيين بالمستشفيات وأدخلت نظام التبليغ من قبل القابلات التقليديات، حققت تحسناً ملموساً في تسجيل المواليد والوفيات. وبصورة أكثر عمومية، فإن تطابق الأحداث المسجلة من المستشفيات والمرافق الصحية مع الأحداث الحيوية المسجلة يقدم تقديراً يوضح مدى الحالات التي لم يتم تسجيلها.

ب3-12 ما هي نسبة المواليد المسجلة التي تتم في المرافق الصحية؟

ب3-13 ماهي نسبة الوفيات المسجلة التي تتم في المرافق الصحية؟

ب3-14 ماهي نسبة المستشفيات أو سائر المرافق الصحية التي يتواجد بها مسؤولو التسجيل في نفس المبنى؟

ب3-15 هل القابلات التقليديات أو سائر العاملين الصحيين الذين يحضرون الولادات بالمنزل يقومون بالتبليغ أيضاً عن هذه المواليد؟ وإذا كان الأمر كذلك، لمن يتم التبليغ؟

ب3-16 هل يتم، بصورة روتينية، مقارنة المواليد المبلغ عنها من مثل هذه المصادر مع المواليد المسجلة؟

قد يكون التبليغ عن المواليد والوفيات التي تحدث في المؤسسات الخاصة ضعيفاً إن لم يكن إلزامياً ومحددًا بنص القانون.

ب3-17 ما هي نسبة المواليد التي تحدث في «المرافق الصحية غير الحكومية»؟

ب3-18 ما هي نسبة الوفيات التي تحدث في «المرافق الصحية غير الحكومية»؟

يوصى بصفة عامة بعدم فرض أية رسوم على التسجيل الأولي للمواليد والوفيات، واستخراج أصول الشهادات. وعادة ما تفرض الرسوم على استخراج النسخ اللاحقة من شهادات الميلاد والوفيات.

ب3-19 هل يشتمل التسجيل على فرض أية نفقات مالية على العائلة أو من يدي بالمعلومة:

■ بالنسبة للمواليد؟

■ بالنسبة للوفيات؟

بعض البلدان بها نظم للحوافز خاصة بالأمومة والطفولة يمكن للأولاد الحصول عليها، شريطة تقديمها لشهادة الميلاد. وبالمثل، فإن شهادة الوفاة ضرورية للمطالبة بالتأمين، والفوائد المتعلقة بالتقاعد والمعاشات والميراث. ناقش كيف أن الحصول على سائر الفوائد قد يزيد من احتمال استكمال إجراءات التسجيل.

أدخل عدد متزايد من البلدان نظام البطاقات الشخصية الإلزامية للسكان البالغين، وغالباً ما تكون شهادة الميلاد ضرورية لإثبات الهوية وللحصول على البطاقة. ومما لاشك فيه أن هذا قد رفع من وعي السكان من حيث الفائدة العائدة من تسجيل المولود.

ب3-20 ماهي الخدمات الاجتماعية أو الفوائد التي ترتبط بتسجيل المولود؟

ب3-21 ماهي الخدمات الاجتماعية، والفوائد العائدة من التأمين أو انتقال الإرث المرتبطة بتسجيل الوفاة؟

ب3-22 إذا كانت البلد تستخدم بطاقات الهوية، فكيف يؤثر هذا النظام على تسجيل الأحداث الحيوية؟



### المكون الفرعي ب3: تغطية واستكمال التسجيل (تابع)

من المفيد إعداد قائمة بالعقبات والروادع التي تقلل من رغبة السكان في تسجيل المواليد والوفيات، ثم مناقشة كل منها واقتراح كيفية التغلب عليها أو الإقلال منها.

ب3-23 ماهي العقبات الرئيسية التي تحول دون تحسين تسجيل الأحوال المدنية؟ ومنها على سبيل المثال:

- نقص في المسجلين أو أماكن التسجيل؛
- نقص في سبل الوصول إلى المرافق الصحية؛
- نقص في المعرفة بضرورة تسجيل المواليد والوفيات؛
- الوصمة الاجتماعية التي تلحق بالأطفال غير الشرعيين؛
- العوائق الثقافية؛
- العوائق المالية؛
- الأمية؛
- نقص الأطباء والقابلات؛
- وغير ذلك من العقبات ( رجاء التحديد )

من المفيد أيضا مناقشة أية تحسينات نجمت عن آخر الحملات الإعلامية التي نظمت ودارت حول زيادة الوعي العام بفائدة تسجيل الأحوال المدنية، وإلقاء الضوء على ما يمكن تحقيقه بصورة أكبر من تحسينات.

ب3-24 متى نظمت البلد آخر حملة إعلامية بهدف زيادة الوعي العام بضرورة تسجيل الأحداث الحيوية؟

ب3-25 هل تم تقييم النتائج؟

ب3-26 هل هناك لجنة تقوم برصد وتقييم مدى استكمال إجراءات تسجيل الأحوال المدنية، بصورة منتظمة؟

مواد داعمة تعد مسبقاً:

- رسوم توضيحية منفصلة حول سير العمليات المتعلقة بنقل بيانات تسجيل المواليد والوفيات من المستوى المحلي إلى المستويات الأعلى، وإلى المرفق المركزي للتخزين (بما في ذلك عدد المرات التي تنقل فيها المعلومات وكيفية نقلها).
- رسم توضيحي مستقل حول سير العمليات المتعلقة بآلية نقل المعلومات من السجلات المدنية (وغيرها من مصادر تسجيل الأحداث الحيوية)، إلى الوحدة المعنية بإعداد الإحصاءات الحيوية. (ملاحظة: إن المدى الذي يتكامل فيه نظام تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية أو تعمل فيه كنظامين منفصلين، يختلف بين البلدان وهو الذي سيحدد ما إذا كان هناك حاجة لازدواجية الأسئلة لتغطية التدفقات الكاملة للمعلومات في كل من النظامين).

أصدرت الأمم المتحدة سلسلة من الكتيبات لتوجيه البلدان في الأمور الخاصة بتسجيل الأحوال المدنية؛ وهناك اثنان من تلك الكتيبات لها صلة بصفة خاصة بإدارة البيانات والمحافظة على سجلات الأحوال المدنية (20،25).

ب4-1 هل تقوم مكاتب التسجيل المحلية بتسجيل وتخزين المعلومات المجمعة حول المواليد والوفيات باستخدام:

■ دفاتر تسجيل؟

■ دفاتر إلكترونية؟

■ غيرها (رجاء التحديد)؟

ب4-2 هل يتم الاحتفاظ بسجلات المواليد والوفيات في ملفات طبقاً لما يلي:

■ تاريخ التسجيل؟

■ الاسم؟

■ نظام رقمي أو فهرس رقمي آخر؟

■ غير ذلك (رجاء التحديد)؟

هنالك طرق مختلفة لتخزين وفهرسة السجلات. ويتمثل المطلب الرئيسي لأي نظام في ضمان قدرة المسجلين على استرداد سجلات الأفراد لاستخراج نسخ منها، وإصدار الشهادات. ومن ثم، يصبح من الأهمية بمكان أن يكون هناك نظام صحيح للحفظ والفهرسة (الأرشيف). وعادةً ما تكون أفضل طرق التخزين والحفظ الطويل الأمد، هي التي تجرى على المستوى الوطني، وتكون أكثر سهولة إذا ما استخدمت فيها السجلات الإلكترونية. أما في حالة عدم حوسبة سجلات التسجيل، فيحتاج الأمر إلى تخزين النسخ على المستوى المحلي حتى يتيسر على السلطات المحلية والأفراد الوصول إليها. وفي حالة حوسبة السجلات، يوصى بعمل نسخ احتياطية للملفات الإلكترونية، بصورة يومية، لضمان عدم ضياع السجلات في حالة فشل المعدات وعدم تأديتها لوظيفتها.

ب4-3 ماهي الطريقة المستخدمة للاحتفاظ بالسجلات الاحتياطية، وما مدى تكرار اللجوء إلى هذه الطريقة؟

ب4-4 كيف يتم حفظ سجلات المواليد والوفيات في الأرشيف؟

ب4-5 هل سبق وضاعت السجلات أو أُلقت؟

ب4-6 كيف يمكن تجنب ضياع أو تلف السجلات في المستقبل؟

ب4-7 هل يمكن، بسهولة، استرداد سجلات الأفراد الخاصة بالمواليد أو الوفيات؟

لما كانت سجلات المواليد تستخدم في العديد من البلدان لاستخراج بطاقات إثبات الهوية وغيرها من الوثائق القانونية، فغالباً ما تكون عرضة للتزوير. وينبغي عدم التعامل مع السجلات الحيوية على أنها وثائق عامة، وعدم استخراج الشهادات إلا لذوي الأهلية. وقد قامت بعض البلدان، تفادياً لسوء الاستخدام، بإنشاء برنامج ترصد يتطلب معلومات حول سجل الولادة لا تتوافر، عادةً، سوى لصاحب السجل نفسه؛ مثل، اسم الأم قبل الزواج. كما تقوم العديد من البلدان بتعليم سجلات المواليد بكلمة «توفي» في حالة وفاة صاحب السجل.

ب4-8 هل حدثت حالات تزوير أو حالات تسجيل متعددة؟

ب4-9 ما هي الإجراءات الاحترازية المتوافرة في النظام لتجنب التزوير أو تجنب تعدد التسجيل؟

هنالك طرق عديدة ممكنة لدمج المعلومات ونقلها من استمارات تسجيل المواليد والوفيات لإعداد الإحصاءات الحيوية، وذلك استناداً إلى نمط النظام والبنية الأساسية المتاحة. ورغم ذلك، فعند إجراء عملية دمج البيانات - سواء كان ذلك يتم يدوياً أو آلياً أو إلكترونياً - يكون هناك احتمال لحدوث بعض الأخطاء؛ لذا يوصى بإجراء تدقيق روتيني لنتائج المعلومات.

ب4-10 باستخدام الرسوم التوضيحية لسير العمليات المعدة حول نقل المعلومات الخاصة بالمواليد والوفيات، اشرح أين وكيف يتم دمج المعطيات قبل أن تُخضع لعملية النقل.

## المكون الفرعي ب4: تخزين المعلومات ونقلها (تابع)

يمثل تبليغ الأحداث الحيوية وفقاً لجدول زمني محدد حجر الأساس في نجاح نظامي السجلات المدنية والإحصاءات الحيوية. ولذا وجبت المتابعة الروتينية لمكاتب السجلات المدنية في حال إخفاقها في التبليغ في الوقت المحدد. إن أي تأخير في التبليغ يؤثر على خروج المعلومات الوطنية في الوقت المناسب، ويقلل من الكفاءة المحتملة لأي استفسار حول هذه المعلومات في الحالات التي تكون فيها المعلومات ناقصة أو مشكوك في صحتها.

ب4-11 بحسب لوحة مجريات العمليات التي تم إعدادها حول المعلومات، هل هناك جدول محدد لنقل هذه المعلومات في الوقت المناسب؟

ب4-12 هل يتم الالتزام بدقة بهذا الجدول؟

ب4-13 هل يتم مراقبة هذا الجدول بصورة روتينية من قبل أولئك المتلقين للبيانات؟

ب4-14 هل هناك إجراءات قائمة للتعامل مع التبليغ المتأخر أو عدم التبليغ من المكاتب المحلية للسجلات المدنية؟

ب4-15 إذا كانت هناك إجراءات قائمة بالفعل، فما هي؟

قد يتخاذل الناس عن تسجيل المواليد والوفيات إذا كان هناك مفهوم عام بعدم ضمان سرية المعلومات المبلغة في استمارات تسجيل المواليد والوفيات. كما أن الأطباء قد لا يشعرون بالراحة عند قيامهم بالإبلاغ بمعلومات حول السبب الحقيقي وراء الوفاة إذا لم تكن السجلات تحظى بالسرية.

ب4-16 هل يحتفظ بسرية المعلومات الواردة في استمارات تسجيل المواليد والوفيات؟

ب4-17 كيف تتم المحافظة على السرية؟

ب4-18 من الذي يمكنه الوصول إلى المعلومات ولأي غرض؟

يمكن أن تحدث الأخطاء في وقت تسجيل الحدث أو عند دمج المعلومات، أو نسخها، أو نقلها. لذا يوصى بأن يقوم المكتب المتلقي للإحصاءات، بصورة روتينية، بالتدقيق ومراجعة البيانات. ويكون هذا الإجراء أسهل كثيراً إذا ما كانت المعلومات محوسبة. أما في الحالات التي تكون فيها استفسارات خاصة بالمعلومات المنقولة، يصبح من الأهمية بمكان أن يكون هناك رد فعل سريع تجاه المكاتب المحلية للتسجيل لتصحيح البيانات، وهو الأمر الذي يشجع المكاتب المحلية أيضاً على تحسين جودة معطياتها.

ب4-19 ماهي المراجعات والتدقيقات التي تتم على السجلات الفردية للمواليد والوفيات لضمان دقتها واكتمالها عند نقلها؟

ب4-20 هل يتم الاتصال، بصورة روتينية، بمكاتب التسجيل المحلية سعياً للحصول على إيضاحات للإحصاءات على المستوى الإقليمي أو المركزي؟

ب4-21 وإذا كان الأمر كذلك، ما مدى تكرار طلبات التوضيح؟

يجب على المكاتب المحلية أن تكون قادرة على تقديم المعلومات التي تجمعها إلى السلطات المحلية لأغراض التخطيط المحلي؛ ويتعين عليها الإلمام بكيفية مقارنة المعطيات وفق الوضع الوطني. ولذا على المكتب المركزي الذي يصدر الإحصاءات الحيوية القطرية أن يبقي المكاتب المحلية على علم بأداء المناطق التابعة لها من حيث معدلات المواليد والوفيات، مقارنة بالسياق الوطني.

ب4-22 هل هناك طريق مفتوح للتواصل ونقل المعلومات بين المكاتب المركزية والفرعية؟

ب4-23 هل تتلقى سلطات التسجيل الإقليمية، بصورة روتينية، التقارير حول خصائص المجموعات السكانية التي تدخل في نطاقها، مقارنة بالمعدلات الوطنية.

## 3-5

ج-3 الوفيات التي تحدث خارج المستشفيات؛

ج-4 الممارسات التي تؤثر على جودة المعلومات المتعلقة بسبب الوفاة.

في نظم السجلات المدنية والإحصاءات الحيوية التي تؤدي وظائفها بصورة جيدة، يكون قد تم تسجيل جميع المواليد والوفيات التي تحدث بين السكان. أما بالنسبة للإحصاءات الخاصة بسبب الوفاة، فإن المعيار الذهبي (أو الوضع المثالي)

يغطي هذا القسم المكون ج - شهادة الوفاة وسبب الوفاة - ويدخل في نطاقه المكونات الفرعية التالية:

ج-1 الممارسات المتوافقة مع التصنيف الدولي للأمراض (ICD) فيما يخص شهادة الوفاة (24)؛

ج-2 شهادة الوفاة المستخرجة من المستشفى؛

تحسين جودة واستخدامات المعلومات الخاصة بالميلاد والوفاة وسبب الوفاة 39

يتمثل في وجود سجل مدني كامل، حيث تترافق كل حالة وفاة بالسبب الرئيسي لها، الذي يحدده طبيب مؤهل، ويكون له رمز أعطي له من قبل شخص مدرب جيداً على استخدام قواعد ومبادئ التصنيف الدولي للأمراض (27)، ( ) للاطلاع على أفضل الممارسات الخاصة بشهادة الوفاة، انظر إلى مراكز الوقاية من الأمراض ومكافحتها، 2007

(26)). إن المبدأ الخاص باستخدام السبب الرئيسي للوفاة" بغرض جدولة الإحصاءات الخاصة به، يمكن تطبيقه بصورة موحدة باستخدام شكل الشهادة الطبية الدولية حول سبب الوفاة، الواردة في الإطار 3-4. وقد صممت هذه الاستمارة لتسهيل اختيار السبب الرئيسي للوفاة عندما يكون هناك سببان أو أكثر تم تسجيلهم في شهادة الوفاة.

#### الإطار 3-4 شكل الشهادة الطبية الدولية حول سبب الوفاة

الشهادات الطبية هي المصدر الرئيسي للمعلومات حول الوفيات. وتوضح شهادة الوفاة المستوفاة بشكل صحيح، سبب الوفاة وكيفية حدوثه بوضوح؛ كما أنها تحتوي على الخصائص الشخصية الرئيسية للشخص المتوفى. وفي ما يلي أجزاء شهادة الوفاة التي تقدم معلومات حول سبب الوفاة (الجزءان الأول والثاني)، والقسم الخاص بتسجيل الفترة الزمنية التي مرت بين بدء كل حالة وبين تاريخ الوفاة. وعند ملء الاستمارة، يجب على القائم بالشهادة أن يبلغ عن أي مرض، أو تشوه، أو إصابة، أو سبب خارجي، يعتقد أنه ساهم في الوفاة. أما نمط الوفاة (مثل الفشل التنفسي والفشل القلبي) فلا تعتبر سبباً للوفاة.

#### شكل الشهادة الطبية الدولية حول سبب الوفاة

الفترة الزمنية التقريبية بين البداية والوفاة	سبب الوفاة
.....	1 المرض أو الحالة المتسببة بصورة مباشرة في الوفاة* بسبب (أ)..... (أو نتيجة لـ)
.....	أسباب سابقة حالات مرضية، إن وجدت، تسببت في ظهور السبب أنف الذكر، مع ذكر آخر حالة رئيسية بسبب (ب)..... (أو نتيجة لـ)
.....	بسبب (ج)..... (أو نتيجة لـ)
.....	بسبب (د).....
.....	2 حالات هامة أخرى ساهمت في الوفاة، ولكنها غير مرتبطة بالمرض أو الحالة التي تسببت فيها * لا يعني هذا نمط الوفاة، مثل الفشل القلبي، أو الفشل التنفسي، ولكنه يعني المرض أو الإصابة أو المضاعفات التي تسببت في الوفاة.

المصدر: منظمة الصحة العالمية (2007) (28)

ومن بين البلدان الأعضاء بمنظمة الصحة العالمية، سبعون فقط هم من يستخرجون معطيات مقبولة الجودة، حول سبب الوفاة، من نظمهم الخاصة بتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية (12). أما البلدان الخمسون الباقية تقريباً، فمنها من يستخرج بعض المعلومات المتعلقة بسبب الوفاة، تكون فيها جودة المعلومات متدنية بسبب سوء ممارسات الإسهاد والترميز. كما أن معظم وفيات هذه

تبحث المكونات الفرعية الأربعة للمكون "ج" مدى تسجيل النظام الحالي، بصورة صحيحة، لأسباب الوفاة، وكذلك الممارسات الوطنية التي قد تؤثر على جودة التبليغ. ونظراً لما تتطلبه الإجابة على بعض الأسئلة من معرفة معينة، فيجب أن تتضمن المجموعة الفرعية أطباء لهم خبرة في تحرير شهادات الوفاة.

البلدان تحدث خارج المستشفيات ولا يتم اعتمادها طبيًا، ونسبة عالية من تلك الوفيات تعزى إلى أسباب غير محددة أو "أسباب سيئة التحديد" (مثل الشيخوخة، والحمى، وتوقف التنفس، وغير ذلك). ومثل هذه التشخيصات المبهمة لا تفيد في أغراض الصحة العمومية.

يندر في البلدان النامية وجود أية دراسات حول أسباب سوء الإسهاد أو سوء اعتماد سبب الوفاة، غير أن النذر اليسير المتوافر من المعلومات يشير إلى أن عدم دقة المعلومات يعود، غالبًا، إلى خصائص من يتولى اعتماد (الإسهاد) الوفاة (مثل انعدام التدريب)، وإلى شهادة الوفاة نفسها (مثل، عدم تطابقها مع ممارسات التصنيف الدولي للأمراض)، والشخص المتوفى (مثل الفئات العمرية الأكبر سنًا)، وسبب الوفاة (مثل الوفاة المفاجئة) (29). إضافة إلى ذلك، في العديد من البلدان لا يكون هناك تقدير للجمع الروتيني للبيانات في رصد ما يجرى من تقدم في الصحة العمومية، ولا تنال صحة المواطنين أي اهتمام؛ ومن ثم، لا توجد لوائح وإجراءات كافية لضمان إجراء الاعتماد (الإسهاد) الطبي لسبب الوفاة أو ترميزه، بصورة صحيحة.

من الأهمية بمكان أن يكون هناك تعاون وامتثال بين الممارسين الصحيين والمستشفيات بغرض الإسناد الصائب لسبب الوفاة. غير أن هناك صعوبة في تحقيق التعاون والامتثال في البلدان التي تعاني من ضعف في أطر العمل القانوني أو ضعف الإدارة. وفي حالات الوفاة المفاجئة، تكون هناك ضرورة أيضًا لوجود شخص مدرب طبيًا لتقييم ما إذا كانت الوفاة طبيعية (بسبب مرض ما)، أو بسبب بعض الأسباب الخارجية (حادثة، أو انتحار، أو قتل). وفي العديد من البلدان، تحال الوفيات الناجمة عن أسباب خارجية إلى قاضي التحقيق أو فاحص طبي متخصص، أو يتم التعامل معها من قبل الشرطة، التي تكون هي المسؤولة عندئذ عن تعيين سبب الوفاة.

عند حدوث حالة وفاة في أي مؤسسة طبية أو أي موقع يكون فيه طبيب يعتمد سبب الوفاة، وتبدأ الإجراءات بقيام الطبيب باستيفاء شهادة الوفاة. وقد تقوم عائلة المتوفى بعد ذلك باستخدام هذه الشهادة لتسجيل الوفاة والحصول على تصريح بالدفن. وفي العديد من البلدان المتقدمة، يرسل الطبيب نسخة من شهادة الوفاة إلى المسؤول عن التصرف في الجثة (الخانوتي) الذي يتعين عليه تسجيل الوفاة لدى السلطات المعنية بتسجيل الأحوال المدنية، من أجل الحصول على تصريح بنقل الجثة ودفنها.

أما في البلدان التي تعاني من قصور في الأطباء في المناطق الريفية، فغالبًا ما يكون رئيس البلدة هو الذي يعطي الرأي

حول سبب الوفاة. وهو ليس بأفضل إجراء، ولا يجب جمع هذه المعلومات مع المعلومات التي تعتمد طبيًا والخاصة بسبب الوفاة. ولما كانت حالة الوفاة نفسها يمكن لأي شخص عادي التعرف عليها، إلا أن سبب الوفاة يجب أن يشخص من قبل طبيب مؤهل.

وحيثما يكون الاعتماد الطبي لسبب الوفاة ممارسة شائعة، فلا يعني بالضرورة أن سبب الوفاة الحقيقي قد تمت كتابته في شهادة الوفاة بطريقة صحيحة. وأغلب الأطباء لا يقومون بصورة متكررة باعتماد الوفيات، بل قد يكون ما مروا به من تدريب بالكليات الطبية قد تعرض للنسيان، أو عفى عليه الزمن. إن النقص في المرافق التشخيصية والأخطاء البشرية، وانعدام الخبرة، وانعدام الوعي بأهمية البيانات الخاصة بسبب الوفاة، كلها عوامل تساهم في المستوى المتدني لدقة التشخيص. إضافة إلى ذلك، قد تكون هناك عواقب مالية أو اجتماعية بالنسبة للعائلة تحول دون اشتغال الوثيقة على السبب الحقيقي للوفاة. ومن أمثلة ذلك، اقتصار جداول التأمين على الحياة على صرف تعويض عن بعض النفقات الطبية لبعض الحالات دون غيرها، أو الوصمة الاجتماعية المترافقة مع الإصابة بمرض الإيدز وفيروسه، أو الجرعة المفرطة من المخدرات.

في أغلب الأوقات، لا يتم التبليغ بصورة حقيقية عن الوفيات الناجمة عن أسباب خارجية. وعلى الرغم من أن الحوادث وممارسات العنف هي السبب، نمطياً، وراء حوالي 10٪ من إجمالي الوفيات (بل أحياناً تزيد هذه النسبة في بعض البلدان)، فهي غالباً لا تحتسب بصورة منهجية في نظم تسجيل الأحوال المدنية (30). ومن بين الأسباب الأكثر أهمية وراء القصور في احتساب هذه الوفيات هو ما تحتاجه من متطلبات قانونية تتعلق بتقصيات الشرطة أو قاضي التحقيق حول تلك الوفيات الناجمة عن الحوادث والعنف (الإطار 3-5). وفي مثل هذه الحالات، يسجل سبب الوفاة بصورة مبدئية على أنه غير محدد أو غير معروف، انتظاراً لما تسفر عنه التحقيقات. ومن الشائع أن يكون هناك بعض التأخير الملموس في الانتهاء من جمع المعلومات، وقد لا يتم تصويب السبب الحقيقي وراء الوفاة في نظام الإحصاءات الحيوية. أيضاً، قد لا تحتسب الوفيات الناجمة عن الحوادث إذا لم يتم الالتزام الصحيح بقواعد التصنيف الدولي للأمراض، وقد يعزى سبب الوفاة إلى الحالة الفورية التي أدت إليه (مثل الالتهاب الرئوي)، عوضاً عن الإشارة إلى الإصابة التي سارعت بتوابع الحالة المرضية التي أسفرت عنها الوفاة. وهذه القضايا كلها مدروسة بصورة أكبر في الأسئلة الخاصة بهذا المكون.

### الإطار 3-5 نظم التحقيق الخاصة

تتضمن أنماط الوفيات غير الطبيعية تلك الوفيات الناجمة عن الحوادث، والانتحار والقتل؛ والوفيات الناجمة عن أسباب غير معروفة؛ وتلك التي يكون فيها المتوفي لم يعرض على طبيب خلال الثلاثة أشهر السابقة على الوفاة؛ وبعض الحالات الخاصة (مثل الوفيات التي تحدث في السجن أو أثناء التخدير). وتحال جميع الوفيات غير الطبيعية إلى تحقيقي خاص، غالباً ما يقوم به قاضي تحقيق أو فاحص طبي خاص يقوم بالتحقيق في ملابسات الوفاة. وتخضع أنماط الوفيات التي تتطلب تحقيقاً خاصاً لقانون قضاة التحقيق أو للوائح أخرى. في بعض البلدان، يكون قضاة التحقيق من القضاة، ومن ثم، معينين من قبل وزارة العدل. ويساعد ضباط الشرطة قضاة التحقيق أو المضطلعون بالفحوصات الخاصة في تحرياتهم حول سبب الوفاة. وغالباً ما يكون هناك طلب خاص بتشريح الجثة لتحري السبب الطبي للوفاة. وتشريح الجثة هو فحص دقيق للجثة داخلياً وخارجياً يقوم به أحد اختصاصي الباثولوجيا أو ضابط طبي حكومي. ويجري فحص الجثة بالكامل، أثناء عملية التشريح، لتحديد وجود، وطبيعة، ومدى أي مرض أو إصابة. وفي معظم الحالات، يحتاج الأمر، أيضاً، إلى إجراء فحوصات مخبرية. وقد تشمل هذه الفحوصات على فحص مجهري لعينات من الأنسجة من الأعضاء الرئيسية، وقد تشمل أيضاً على تحليل كيميائي للأدوية أو الكحوليات أو السموم.

بالذكر أن القرارات الهامة المتعلقة بالصحة العمومية تكون مبنية على المعلومات الخاصة بسبب الوفاة، ومن الأهمية بمكان أن تكون المعلومات المقدمة من الأطباء في شهادات الوفاة معلومات دقيقة وذات مصداقية.

إن الدراسة المنهجية للأسئلة والقضايا المثارة ومناقشتها في المكونات الفرعية الأربعة (ج-1 ج-4) سوف تلقي الضوء على الممارسات الطبية المتعلقة بالإشهاد وسوف تساعد في تحديد ما الذي يحتاج إلى تغيير لتحسين جودة الإحصاءات الخاصة بسبب الوفاة، والفائدة المرجوة منها. وجدير

### المكون الفرعي ج1: الممارسات المتوافقة مع التصنيف الدولي للأمراض لشهادة الوفاة

مواد داعمة تعد مسبقاً:

- نسخة من الاستمارة الدولية للشهادة الطبية حول سبب الوفاة (الإطار 3-4)
- نسخ من جميع الاستمارات المستخدمة لجمع المعلومات حول الوفاة وسبب الوفاة (مثل استمارات الوفيات التي تحدث داخل وخارج المستشفيات، والاستمارات المستخدمة من قبل الشرطة، وقضاة التحقيق، والمسجلين المدنيين، وغير ذلك)
- رسم تخطيطي يشرح كيفية التعاطي مع الوفيات غير الطبيعية الناجمة عن الحوادث، أو الانتحار أو القتل، وآلية إدخال هذه المعطيات إلى قاعدة البيانات الخاصة بسبب الوفاة.

إذا ما اعتمد سبب الوفاة طبيًا، مع قيام الطبيب باستيفاء شهادة الوفاة وبيان سببه، يكون هذا معياراً ذهبياً للحصول على معلومات حول سبب الوفاة. وكقاعدة عامة، كلما زادت نسبة الوفيات المعتمدة طبيًا، زادت مصداقية الإحصاءات الناجمة عنها حول سبب الوفاة. ويمكن حساب النسبة المئوية للوفيات المسجلة والمعتمدة طبيًا، بقسمة عدد هذه الحالات على إجمالي حالات الوفيات المسجلة وضربها في 100.

ج1-1 كم عدد الوفيات المسجلة (كنسبة مئوية) التي كان لها سبب طبي معتمد؟

إن الأسباب العادية التي يتم التبليغ عنها هي تلك التي يقوم بالتبليغ عنها شخص آخر غير الطبيب، مثل رئيس القرية أو قائد المجموعة، أو ضابط الشرطة أو المسجل. ويجب الإبلاغ عن هذه الحالات دائماً في صورة منفصلة في الجداول الخاصة بسبب الوفاة. وترجع أهمية ذلك إلى اختلاف قيمة هذه المعلومات، حيث أن الأسباب المعتمدة طبيًا تتيح فرصة التصنيف والتحليل بصورة أكثر تفصيلاً.

ج1-2 في المعلومات الخاصة بسبب الوفاة، هل يمكن الفصل بين الوفيات المعتمدة طبيًا وتلك المعتمدة من أي شخص عادي؟

ج1-3 هل تجمع هذه المعلومات حول سبب الوفاة بصورة منفصلة في الإحصاءات الخاصة بالدولة؟

## المكون الفرعي ج 1: الممارسات المتوافقة مع التصنيف الدولي للأمراض لشهادة الوفاة (تابع)

يقدم المجلد الثاني من التصنيف الدولي للأمراض دلائل إرشادية ومعايير عالمية لشهادة الوفاة علاوة على قواعد وإجراءات انتقاء السبب الرئيسي للوفاة (28). كما تشرح لماذا يجب اختيار السبب الرئيسي للوفاة وليس السبب المباشر، عند جدولة سبب الوفاة. ولقد صممت الاستشارة الدولية للإشهاد الطبي حول سبب الوفاة (الإطار 3-4) حتى يمكن تطبيق هذه المبادئ بصورة موحدة في جميع المواقع، وحتى يمكن مقارنة الإحصاءات المنبثقة عنها والخاصة بأسباب الوفاة عبر الزمان والمكان.

- ج 1-4 هل تستخدم الممارسات المتوافقة مع التصنيف الدولي للأمراض في الدولة؟
- ج 1-5 هل تستخدم الاستشارة الدولية المعيارية للإشهاد الطبي حول سبب الوفاة (الإطار 3-4) في ما يلي:
- جميع الوفيات؟
  - يقتصر استخدامها على الوفيات التي تحدث داخل المستشفيات وليس تلك التي تحدث خارجها؟
  - يقتصر استخدامها على الوفيات التي تحدث في بعض المستشفيات المحددة، مثل المستشفيات الجامعية أو الإقليمية؟
  - وفيات أخرى (رجاء التحديد)؟

يحتاج إدخال استخدام الاستشارة الدولية للإشهاد الطبي حول سبب الوفاة، إلى التنسيق من خلال حملة إعلامية واسعة النطاق تستهدف الممارسين الطبيين وإحصائيي الصحة، لضمان الفهم الجيد لمفاهيم الشهادة وأسباب جمع المعلومات الواردة فيها.

ج 1-6 إذا لم يكن البلد يستخدم الاستشارة المعيارية الدولية للإشهاد الطبي حول سبب الوفاة، فكيف يمكن إدخال استخدامها ( حدد الخطوات)؟ وما هي الإجراءات المحتملة التي قد تكون مطلوبة (تحفيز المؤسسة الطبية مثلا)؟

من الأهمية بمكان تفهم السبب وراء تحديد السبب الرئيسي للوفاة لإصدار شهادات وفاة صحيحة وإخراج إحصاءات تفيد في عمليات التخطيط الصحية والوقاية من الأمراض.

ج 1-7 هل الأطباء على علم بكيفية استيفاء شهادة الوفاة بصورة صحيحة، بما في ذلك التسلسل السببي والسبب الرئيسي؟

- نعم، بصورة عامة.
- نعم، بصورة دائمة.
- لا، لا يعلمون.

بعض البلدان قامت بإعداد مواد مكتوبة (كتيبات ونشرات) توفر وسيلة زهيدة الثمن لمساعدة الأطباء على استيفاء شهادة الوفاة بصورة صحيحة.

ج 1-8 هل هناك كتيب، أو نشرة أو دلائل إرشادية أخرى تشرح للأطباء كيفية اعتماد سبب الوفاة واستيفاء الاستشارة الدولية بصورة صحيحة؟

ج 1-9 إذا لم تتوفر هذه المواد، فما الذي يمكن أن يساعد في إعدادها، وكيف يمكن توزيعها؟

باستثناء الوفيات التي تنجم جراء الحوادث أو الإصابات، حيث في العادة لا يكون هناك سوى سبب واحد للوفاة، فإن أغلب الوفيات تكون بسبب أحداث متتالية تتضمن أكثر من مرض أو وضع واحد. وحتى لو كان السبب الرئيسي للوفاة هو السبب الوحيد الذي تم ترميزه، فإن الطبيب المسؤول عن كتابة شهادة الوفاة يجب أن يشير إلى جميع الأمراض الرئيسية والحالات التي ساهمت في الوفاة، حتى يتيح للمرمز (من يقوم بالترميز) اختيار السبب الرئيسي والصائب للوفاة. كما أن تضمين معلومات حول المدة الزمنية التي عانى فيها المتوفى من بعض الحالات المرضية المحددة سوف يساعد في الإشهاد والترميز بأسلوب صحيح. ويجب عدم الخلط بين سبب الوفاة و «طريقة الوفاة» (مثل الفشل القلبي، أو الفشل التنفسي، وغير ذلك). وعادة، كلما زادت نسبة شهادات الوفاة المحتوية على سبب واحد للوفاة، أو طريقة واحدة للوفاة، كلما تدنت جودة المعلومات حول الوفاة. وقد يكون من الضروري استعراض عينة من شهادات الوفاة لدراسة هذه القضايا.

- ج 1-10 ماهي نسبة شهادات الوفاة التي لا يرد فيها سوى سبب واحد فقط للوفاة؟ (انظر الإطار 3-4 حول أهمية بيان السبب الرئيسي والمباشر للوفاة، علاوة على الإشارة إلى الحالات أو الأوضاع التي بدونها قد يكون المتوفى لا يزال على قيد الحياة؟)
- ج 1-11 ما هي نسبة شهادات الوفاة التي تحتوي على طريقة الوفاة بدلاً من تحديدها لسبب الوفاة؟
- ج 1-12 ما هي نسبة شهادات الوفاة التي لا تشير إلى المدة الزمنية بين بدء المرض والوفاة؟

## المكون الفرعي ج 2: شهادة الوفاة المستخرجة من المستشفى

تعتمد جودة المعلومات الخاصة بسبب الوفاة على قدرة كاتب الشهادة على تشخيص الأمراض، ومعرفة التاريخ المرضي للمتوفى، ومهارته في تضمين هذه المعلومات، بصورة صحيحة، في شهادة الوفاة. ويحتاج اعتماد السبب الصحيح للوفاة إلى اكتساب الخبرة؛ لذا يجب عدم اضطلاع الأطباء تحت التدريب وصغار الأطباء بكتابة شهادات الوفاة إلا تحت إشراف أطباء متمرسين لديهم خبرة واسعة.

ج 2-1 في المستشفيات، من الذي يقوم بكتابة شهادة الوفاة:

- الطبيب المعالج؟
- طبيب آخر لم يقم بمعالجة المتوفى قبل وفاته؟
- ممرض / ممرضة؟
- مسؤول السجلات الطبية؟
- أناس آخرون (رجاء التحديد)؟

يصعب التحديد الصحيح لسبب الوفاة في الحالات التي يحتضر فيها المتوفى عند وصوله إلى المستشفى (المتوفى عند الوصول هي تلك الحالة التي تصل إلى المستشفى إلا أنه تحدث الوفاة قبل تلقي أي تدخل طبي). لذا، فإن تلك الوفيات غالباً ما تعزى إلى أسباب غير محددة. وهناك بعض المستشفيات ترفض اعتماد تلك الوفيات وتحيلها إلى قضاة التحقيق أو أطباء متخصصين. ولتقييم جودة المعلومات، من الضروري الإلمام بكيفية إشهاد المستشفيات على الحالات المتوفاة عند الوصول، ومدى شيوع هذه الحالات.

ج 2-2 كيف يتم اعتماد الحالات المتوفاة عند الوصول إلى المستشفى؟

ج 2-3 ما مدى شيوع حالات الوفاة عند الوصول في المستشفيات، وهل تشكل:

- أقل من 10% من الوفيات؟
- 10-20% من الوفيات؟
- أكثر من 20% من الوفيات؟

في بعض البلدان، يمكن تسجيل حالات الوفاة بالمستشفى، سواء في نقاط التسجيل بالمستشفى أو لأن المستشفى تقوم بإرسال الأوراق الخاصة بالتسجيل مستوفاة إلى مكتب تسجيل الأحوال المدنية. ويفضل استخدام هذه الأساليب عوضاً عن الاعتماد على قيام الأفراد بالذهاب إلى السجل المدني للتسجيل. ويوضح الشكل 2-3 هذه النقطة، ويشرح كيف أن شهادات الوفاة لا يجري دائماً تسجيلها.

ج 2-4 هل الأحداث الحيوية التي تحدث في المستشفيات، يتم تسجيلها في البلد:

- في النقاط التابعة للسجل المدني المتواجدة بالمستشفيات؟
- عن طريق قيام المستشفيات بإرسال الاستمارات إلى مكتب السجل المدني؟
- عن طريق قيام أفراد العائلة بالتسجيل بعد حدوث الولادة أو الوفاة؟



### المكون الفرعي ج 3: الوفيات التي تحدث خارج المستشفيات

تعتمد جودة المعلومات حول سبب الوفيات التي تحدث في المنزل، بصورة كبيرة، على ما إذا كان الطبيب هو نفسه من يقوم بكتابة شهادة الوفاة. ففي بعض البلدان، يقوم أطباء العائلة باعتماد الوفاة بكتابة سبب الوفاة على مجرد ورقة عادية بيضاء؛ وهي ممارسة سيئة. ومن أجل سرد المعلومات حول سبب الوفاة بشكل معياري، يتعين على جميع الأطباء استخدام نفس الاستمارة، والتي يتعين إصدارها مجاناً من قبل المكتب المعتمد المسؤول عن جمع المعلومات حول أسباب الوفاة.

- ج 3-1 هل يتحتم استخراج شهادة وفاة متضمنة سبب الوفاة لمن يتوفون في المنزل؟  
ج 3-2 وإن كان الأمر كذلك، فهل هناك مشكلات معنية بالجودة تؤثر في مثل هذه الشهادات، وهل تتم مراجعتها؟  
ج 3-3 هل تستخدم نفس الاستمارة الخاصة بسبب الوفاة في جميع الوفيات التي تحدث داخل وخارج المستشفيات؟  
ج 3-4 هل هناك استمارة مختلفة تستخدم للوفيات التي تحدث خارج المستشفيات، وماهي المعلومات المسجلة حول سبب الوفاة؟

إذا أمكن استيفاء الاستمارات الخاصة بسبب الوفاة من قبل أي شخص عادي (مثل المسؤولين بالقرية)، أو من قبل أطباء لم يشهدوا الوفاة، فسوف يكون هناك شك في مصداقية سبب الوفاة التي عزيت الوفاة إليه.

- ج 3-5 من الذي يقوم بإعداد شهادة الوفاة، ويعتمد سبب الوفاة لأولئك المتوفين خارج المستشفى:  
■ ممارس عام؟  
■ قاضي تحقيق، أو ماشابه؟  
■ مسؤول صحي؟  
■ مسجل مدني؟  
■ غيرهم (رجاء التحديد)؟

- ج 3-6 في حالة الاحتياج إلى طبيب، هل يطالب هذه الشخص بالكشف على المتوفي قبل احتضاره؟  
ج 3-7 كيف تستخرج شهادة الوفاة في الحالات التي يختلف فيها الطبيب الذي يتولى كتابة شهادة الوفاة عن الطبيب المعالج؟

من شأن الوصول إلى السجلات الطبية الخاصة بالمتوفي أن يساعد الأطباء على تشخيص سبب الوفاة بمصداقية أكبر، لاسيما فيما يتعلق بالمتوفين بعد معاناتهم من أمراض طويلة الأمد.

- ج 3-8 هل متاح للممارسين في العادة، فرصة الاطلاع على السجلات الطبية للمستشفى والخاصة بأحد مرضاهم عند وفاته في المنزل؟

عند تعذر إصدار شهادة الوفاة الطبية، يكون «التشريح اللفظي» (انظر الإطار 3-6 أدناه) هو الوسيلة القابلة للتطبيق للحصول على معلومات حول الأسباب الهامة للوفاة، وذلك في بعض أجزاء من الدولة.

- ج 3-9 هل يستخدم «التشريح اللفظي» بصورة روتينية لمعرفة سبب الوفاة لأي حالة وفاة لم تُعتمد طبيياً في الدولة؟  
ج 3-10 هل تستخدم إجراءات التشريح اللفظي، بصورة روتينية، وهل تتوافق مع معايير منظمة الصحة العالمية (31)؟  
ج 3-11 هل أدخلت أية تعديلات على الإجراءات المعيارية لمنظمة الصحة العالمية بحيث يمكن تطبيقها بصورة أكبر في الدولة؟ (إذا كان الأمر كذلك، رجاء تحديد التعديلات)

### الإطار 3-6 التشريح اللفظي

التشريح اللفظي هو طريقة لتحديد سبب الوفاة بسؤال مقدمي الرعاية، والأصدقاء، وأفراد العائلة حول العلامات والأعراض التي تعرض لها المتوفي في الفترة التي سبقت احتضاره. وهي طريقة عادة ما تتم من خلال استبيان معياري يجمع التفاصيل الخاصة بالعلامات، والأعراض وأي تاريخ طبي أو أحداث سبقت الوفاة.

ويجب أن يضطلع أحد الأطباء بتعيين سبب الوفاة أو تسلسل الأسباب التي أدت إلى الوفاة، وفقاً لهذا الاستبيان، ولجميع المعلومات المتوافرة كافة. كما تتوفر الدلائل الإرشادية والخوارزميات التشخيصية للمساعدة في تقييم المعلومات وفي التشخيص الدقيق لسبب الوفاة (31).

أما الغرض من التشريح اللفظي فيتمثل في الحصول على معلومات حول سبب الوفاة على مستوى المجتمع أو المستوى السكاني حيث السجلات الحيوية المصحوبة بشهادات طبية محدودة أو لا وجود لها.

#### المكون الفرعي ج 4: الممارسات التي تؤثر على جودة المعلومات الخاصة بسبب الوفاة

تختلف الممارسات القطرية حسب من يمكنه الوصول إلى معلومات حول سبب الوفاة. في بعض الأحيان، يتم إرسال، جزء الاستمارة المحتوي على سبب الوفاة إلى وحدة الإحصاءات الحيوية بوزارة الصحة مباشرةً أو إلى المكتب الوطني للإحصاء للتعامل معها، ولا تحفظ التفاصيل في مكاتب السجلات المدنية. وفي حالات أخرى، يقوم نظام تسجيل الأحوال المدنية بتسجيل أسباب الوفاة بصفة عامة، ويقوم بإرسال تفاصيل البيانات حول سبب الوفاة إلى المكتب المسؤول عن الإحصاءات الحيوية. وهناك أيضاً اختلافات بين البلدان من حيث مدى تعاملها مع سبب الوفاة على أنه من المعلومات السرية. ففي بعض البلدان، تكون امتداداً للعلاقة بين الطبيب والمريض ولا يتشارك فيها سوى الأقارب المقربون في العائلة، والسلطات الطبية؛ وفي البعض الآخر، تتوافر هذه المعلومات بحرية كاملة وبدون مقابل.

ج 4-1 لمن، سوى العائلة، تتوافر المعلومات الخاصة بسبب الوفاة (بها في ذلك توفرها عند الطلب)؟

ج 4-2 ما هي المعلومات المتوافرة للعائلة في شهادة الوفاة:

- جميع المعلومات المتوافرة في الاستمارة الخاصة بسبب الوفاة؟
- مقتطفات من أجل الأشخاص العاديين حول سبب الوفاة؟
- غيرها (رجاء التحديد)؟

في العديد من البلدان توجد بعض أسباب للوفاة غير مقبولة على نحو كبير، إما بسبب الوصمة، أو الخرافات، أو مخاطر تتعلق بعدم دفع شركات التأمين للتعويضات. وقد يتأثر الطبيب الذي يقوم بكتابة الشهادة، بضغط تمارسها عائلة المتوفى، لاسيما إذا كان هذا الطبيب هو أيضاً طبيب العائلة. ولما كان من الصعب تجنب مثل هذه التأثيرات، إلا أنه من المهم تفهم مدى تأثيرها على جودة المعلومات الخاصة بسبب الوفاة.

ج 4-3 هل هناك احتمال تحديد سبب وفاة أكثر مقبولة اجتماعياً في العديد من الحالات التي يكون فيها السبب حساساً أو مشوباً بالوصمة (مثل الانتحار أو الإصابة بمرض الإيدز وفيروسه)؟

تستخدم وفيات الأطفال والأمهات بصورة واسعة كمؤشرات لتقييم الوضع الصحي بالدولة وأداء نظامه الصحي. ويصعب بصورة خاصة قياس معدلات وفيات الأمهات بدقة بسبب الندرة النسبية لحدوث الوفيات أثناء الحمل، وغالباً لا يذكر الحمل أو يُساء تصنيف الوفاة جراء أسباب أخرى. ومن المرجح أن يحدث هذا بصورة خاصة عندما تحدث الوفاة في بداية الحمل (قبل أن تدرك الأم أنها حامل)، أو أحياناً، تحدث الوفاة بعد الولادة (فقد لا يذكر في السجلات أن المتوفاة كانت حاملاً). ومن أجل تفادي عدم احتساب مثل هذه الوفيات، يجب أن تتضمن شهادة الوفاة أطر تدقيق للتأشير عليها تساعد الطبيب المعني بالإشهاد الطبي أن يوضح ما إذا كانت المتوفاة في سن الإنجاب كانت حاملاً في وقت الوفاة أو كانت حاملاً في الأونة الأخيرة. ويتضمن المسرد تعريفات خاصة حول «معدل وفيات الأمهات» و« وفيات الأمومة».

ج 4-4 هل توضح شهادة الوفاة ما إذا كانت السيدة حاملاً، أو كانت حاملاً في الأونة الأخيرة؟

في بعض البلدان، يقدم نظام تسجيل الوفيات نقطة البداية لإجراء مراجعات خاصة للوفيات التي تحدث بين النساء في سن الإنجاب، بهدف تحديد جميع الوفيات التي قد تكون تراكمت مع الحمل ولكنها لم تصنف على هذا الأساس في شهادة الوفاة. إن مراجعات السجلات الطبية وإجراء المقابلات مع مقدمي الرعاية وأفراد العائلة، تستخدم كلها في بناء صورة أكثر اكتمالاً للظروف التي أدت إلى الوفاة، وتسمح بإعادة تصنيف بعض وفيات النساء في سن الإنجاب على أنها وفيات نجمت جراء الأمومة (32).

وفي العديد من المستشفيات، يجري تدقيق طبي مفصل لجميع وفيات الأمهات لتقصي أسباب وفاتهن والظروف المحيطة بها، وتحديد احتمال عدم توافر الرعاية أو ضمان جودتها. وقد كانت لهذه التدقيقات فعاليتها في تحديد وفيات الأمهات وأسبابها؛ وقدمت أيضاً معلومات هامة للاسترشاد بها في البرامج الوطنية التي تستهدف خفض معدل وفيات الأمومة. ولما كانت وفيات الأمومة مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بوفيات الفترة المحيطة بالولادة، فإن القياسات التي أجريت على وفيات الأمومة ساعدت أيضاً في تعزيز الإجراءات الخاصة بقياس الوفيات المحيطة بالولادة.

ج 4-5 هل تتم مراجعة وفيات الأمومة بصورة منفصلة عن سائر الوفيات؟

ج 4-6 هل يتم رصد الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة باستخدام استمارة خاصة، وفقاً لتوصيات منظمة الصحة العالمية؟

## المكون الفرعي ج 4: الممارسات التي تؤثر على جودة المعلومات الخاصة بسبب الوفاة (تابع)

إذا لم يحصل الأطباء على تدريبات بسيطة حول كيفية استيفاء شهادة الوفاة بالطريقة الصحيحة، ولم يكونوا على وعي بأهميتها لأغراض الصحة العمومية، فلن يتمكنوا من كتابة شهادات الوفاة بمصداقية وبدقة.

ج 4-7 ما الذي يتلقاه الأطباء من تدريب وممارسات بشأن اعتماد سبب الوفاة:  
■ لا شيء؟

- محاضرة واحدة في كلية الطب أو في المستشفى؟
- دورة تدريبية بشأن إصدار الشهادات التي تتوافق مع التصنيف الدولي للأمراض؟
- تدريب على رئاسة العمل؟
- غير ذلك (برجاء التحديد)

ج 4-8 هل يدرك معظم الأطباء أهمية المعلومات التي يقدمونها في شهادات الوفاة بالنسبة للصحة العمومية؟

تتمثل إحدى طرق تقييم جودة شهادة الوفاة في انتقاء عينة عشوائية تقدر بحوالي 1٪ من شهادات الوفاة الخاصة بإحدى المستشفيات، ثم إجراء مراجعة مستقلة حول سبب الوفاة باستخدام مجموعة كاملة من السجلات الطبية الخاصة بالمتوفين بالمستشفى. فإذا كانت هناك اختلافات ملموسة في الأسباب الرئيسية للوفاة بين المصادر الأصلية والمصادر اللاحقة، يعتبر هذا مؤشراً على ضرورة إعادة تدريب الأطباء وفرض إجراءات أكثر حزمًا في المستشفى عند إصدار الشهادة التي تحتوي على سبب الوفاة. ويجب أن تترافق مثل هذه التقييمات بتحليل لأنماط ما يقع من أخطاء، حتى يمكن استهدافها في تدريبات المتابعة.

ج 4-9 هل قامت الدولة بتقييم جودة الشهادات الطبية؟

ج 4-10 في حالة الإجابة بنعم:

- متى أجري هذا التقييم؟
- كيف أجري؟
- ماذا كانت نتيجته؟
- ما هي إجراءات المتابعة المتخذة لتحسين الممارسات المتبعة في إصدار هذه الشهادات؟

غالباً ما يكون هناك أكثر من حالة واحدة فقط ظاهرة في وقت الوفاة، لذا يحتاج الأطباء إلى الاطلاع الكامل على السجلات الطبية الخاصة بالمريض، وغيرها من المساعدات التقنية والتشخيصية لمساعدته في التشخيص الصائب للسبب الرئيسي للوفاة.

ج 4-11 هل السجلات الطبية للمستشفى بصفة عامة:

- كاملة؟
  - موثوقة؟
  - يسهل الوصول إليها بالنسبة لمن يقوم بتحرير شهادة الوفاة؟
- ج 4-12 هل سائر السجلات الصحية، مثل تلك الخاصة بالعيادات الصحية أو الممارسين العامين، أو أطباء العائلة:
- كاملة؟
  - موثوقة؟
  - يسهل الوصول إليها بالنسبة لمن يقوم بتحرير شهادة الوفاة؟

على الرغم من تقديم التصنيف الدولي للأمراض لتعليقات خاصة بتصنيف الوفيات غير الطبيعية، إلا أن البلدان هي التي تقرر، بصورة منفردة، المسؤول عن استخراج الشهادات الخاصة بمثل هذه الوفيات. ولما كانت شهادات الوفاة الخاصة بمثل هذه الوفيات غالباً ما تتأخر بسبب مرورها بتحقيقات قضائية (انظر الإطار 3-4)، فعالباً ما يخطئ نظام الإحصاءات الحيوية ولا يتم حسابها.

ويجب استخدام الرسم البياني الذي أعد من أجل هذا الموضوع أثناء المناقشة (انظر المكون الفرعي ج 1).

ج 4-13 من الذي يشهد بأن سبب الوفاة غير طبيعي (مثلاً بسبب حادثة، أو انتحار، أو قتل)؟

ج 4-14 إذا كان هناك نظام خاص باستخراج مثل هذه الشهادات الخاصة بالوفيات، فرجاء وصف آلية العمل به، ومدى جودته.

<sup>5</sup> انظر المنهج الدراسي الأساسي لمن يقومون بكتابة أسباب الوفاة الرئيسية في شهادة الوفاة على الموقع [http://www.cdc.gov/nchs/injury/injury\\_matrices.htm](http://www.cdc.gov/nchs/injury/injury_matrices.htm)

#### المكون الفرعي ج 4: الممارسات التي تؤثر على جودة المعلومات الخاصة بسبب الوفاة (تابع)

عندما تكون الإصابة، أو التسمم، أو بعض العواقب الأخرى للأسباب الخارجية هي السبب في الوفاة، فيجب على من يقوم بإعداد شهادة الوفاة أن يصف الظروف التي أحاطت بهذه الواقعة أو الحادثة التي تسببت في الوفاة. يجب عليه أيضاً انتقاء هذه الواقعة أو الحادثة الأصلية ووضعها في خانة السبب الرئيسي للوفاة وترميزها وفقاً للفصل العشرين من التصنيف الدولي للأمراض (النسخة -1 لعام 89). ويمكن أيضاً استخدام نوع الإصابة أو التسمم الوارد في (الفصل XLIX من رموز التصنيف الدولي للأمراض S00-T98) كترميز إضافي، ولكن يتعين التبليغ على أنه السبب الرئيسي. وهناك بعض البلدان التي تضع إطاراً منفصلاً في شهادة الوفاة للتبليغ بالملاسات التي أحاطت بأي وفاة نجمت عن العنف أو التبليغ عن أي وفاة غير طبيعية.

ج 4-15 هل الأطباء المطلعين باعتماد شهادات الوفاة على دراية بكيفية التبليغ عن الوفيات الناجمة عن الإصابات أو الأسباب الخارجية، وفقاً لقواعد التصنيف الدولي للأمراض؟

الرئيسي الذي يكشف عن سلسلة من الأوضاع الأخرى التي ترافقت مع الوفاة. إن الاختيار الصائب للسبب الرئيسي للوفاة وترميزه وفقاً لقواعد وإجراءات التصنيف الدولي للأمراض ليس بالعملية الهينة؛ فذلك يحتاج إلى التدريب وتنمية المهارات. وفي حال عدم تفهم أهمية ترميز معطيات الوفيات بصورة صحيحة، فإن المعلومات اللازمة لتطوير السياسات الصحية قد تفقد وتضيع.

تتمثل أفضل طريقة لتقييم ممارسات الترميز التي تستخدم حالياً، في أن تتولاها مجموعة فرعية من أشخاص مؤهلين من الناحية التقنية، ولديهم الإلمام الواسع بالممارسات الوطنية للترميز والتصنيف الدولي للأمراض. وعند تقديم هذه المجموعة لاستنتاجاتها، يتعين عليها توضيح أن الترميز الصحيح للسبب الرئيسي للوفاة يعتمد على جودة الشهادة الطبية للوفاة. وهذه العلاقة الوثيقة يجب أن يتم شرحها باستفاضة لأكثر مجموعة من الأطراف المعنية حتى تتم مناقشة أوجه القصور في الإحصاءات المتعلقة بسبب الوفاة بوصفها جزءاً من المراجعة العامة المعنية باعتماد سبب الوفاة والإشهاد عليه. ومن شأن الأسئلة الوارد في المجموعات الفرعية الثلاث التالية (د-1 و د-3) أن تساعد البلدان على تقييم مدى جودة إجراءاتها الخاصة بترميز أسباب الوفاة، والوقوف على نقاط الضعف فيها.

### 6-3

يغطي هذا القسم المكون د- ترميز الوفيات وفقاً لتصنيف الدولي للأمراض - والذي تدخل المكونات الفرعية التالية في نطاقه:

■ د-1 ممارسات ترميز الوفيات؛

■ د-2 مؤهلات القائم بترميز الوفيات والتدريب الحاصل عليه؛

■ د-3 جودة ترميز الوفيات.

لا يكفي أن يكون سبب الوفاة في شهادة الوفاة موضوعاً بصورة صحيحة وفقاً لقواعد التصنيف الدولي للأمراض، بل من الأهمية بمكان أن يكون ترميز هذا السبب صحيحاً ومتوافقاً مع قواعد ومعايير التصنيف الدولي للأمراض.

معظم الوفيات تكون مترافقة مع أوضاع طبية متعددة، قد تساهم جميعها في حدوث الوفاة. وتتيح المعايير الدولية قواعداً لاختيار أكثر أسباب الوفاة أهمية ومناسبة من ناحية الصحة العمومية؛ وهذه الأسباب تمثل أيضاً السبب

## المكون الفرعي 1د: ممارسات ترميز الوفيات

تنصح البلدان بقوة استخدام الرموز الأبجدية الرقمية للتصنيف الدولي للأمراض بهدف ترميز وتصنيف الوفيات، واستخدام أحدث طبعة منه، وهي في الوقت الحالي النسخة المنقحة العاشرة، المجلد الثاني (التصنيف الدولي العاشر للأمراض) (28). وفي حال عدم استخدام هذه النسخة من التصنيف الدولي للأمراض، يصبح من الأهمية بمكان مناقشة الخطوات المحددة المطلوبة لتحديث التصنيف الدولي العاشر للأمراض. وسوف يكون التطبيق الصحيح لهذا التصنيف أسهل إذا ما توافرت نسخة (أو أكثر) منه باللغات الوطنية. وهناك أهمية خاصة لتجميع قائمة بالمصطلحات الطبية المستخدمة محلياً، وإدخالها في مجلد الفهرس الأبجدي (انظر المجلد الثالث من التصنيف الدولي العاشر للأمراض).

- 1د-1 هل يستخدم التصنيف الدولي للأمراض في الإحصاءات الخاصة بسبب الوفاة؟
- 1د-2 إذا كان الأمر كذلك، فأى مراجعة وطبعة منه هي التي تستخدم في الوقت الحالي؟
- 1د-3 هل تستخدم نسخة من التصنيف الدولي للأمراض باللغة الوطنية؟
- 1د-4 من المسؤول عن تنسيق تطبيق التصنيف الدولي للأمراض؟
- 1د-5 من المسؤول عن تدريب من يقومون بالترميز (المميزين) وفقاً للتصنيف الدولي للأمراض؟

التصنيف الدولي الأساسي للأمراض عبارة عن قائمة من الفئات من ثلاثة أحرف، وكل فئة تنقسم إلى عشر فئات فرعية تتشكل من أربعة أحرف. وعندما تكون مهارات الترميز وموارده محدودة، يكون من المفيد، بل ومن الضروري في بعض الأحيان، الترميز باستخدام قائمة موجزة أقل تفصيلاً لهذه الفئات. وعلى الرغم من أن استخدام هذه القوائم الموجزة قد يقلل من دقة الترميز (حيث أن كل فئة تمثل مجموعة من الأمراض وليس مرضاً أو إصابة واحدة)، إلا أن استخدام هذه التصنيفات الأوسع نطاقاً قد يقلل من التأثيرات التي تقع في مجال الصحة العمومية بسبب الأخطاء في التشخيص والترميز، ويعمل على تحسين عقد المقارنات. ويحتوي الجزء الأول من التصنيف الدولي العاشر للأمراض على قائمة بالجدول الموصى باستخدامها في الحالات التي تكون فيها القوائم الثلاثية الأحرف كثيرة التفاصيل.

- 1د-6 هل الرموز المنتقاة للتبليغ حول سبب الوفاة مأخوذة من القائمة الكاملة للتصنيف الدولي للأمراض، أم أن الترميز تم باستخدام قائمة الجداول الموجزة للتصنيف الدولي للأمراض؟
- 1د-7 في حال استخدام قائمة موجزة، فأى قائمة هي التي تستخدم؟

إن المعرفة المتعمقة للغرض من التصنيف الدولي للأمراض، والتفهم الكامل لبنيته هو أمر بالغ الأهمية بالنسبة للإحصائيين، والمحللين والمميزين، إذا ما كانوا في وضع يتعين عليهم فيه أن يقوموا بتفسير وترميز المعلومات الواردة في شهادات الوفاة بصورة صحيحة. كما أن تطبيق مبادئ التصنيف الدولي للأمراض، والاستخدام الصحيح لقواعد الانتقاء من قبل جميع المميزين هو أمر شديد الأهمية لتحديد الصائب للأسباب الرئيسية للوفاة بين السكان ومن ثم إجراء المقارنات الدولية.

- 1د-8 هل تطبق قواعد الترميز والاختيار الخاصة بالتصنيف الدولي للأمراض لتحديد المعلومات حول السبب الرئيسي للوفاة؟

في بعض البلدان، يكون ترميز الوفيات مركزياً، غالباً في وزارة الصحة أو المكتب الوطني للإحصاءات؛ وفي بلدان أخرى، يتم الترميز في المستشفيات التي حدثت بها الوفاة. غير أن الترميز المركزي لسبب الوفاة يسهل من عملية تطبيق المعايير والإجراءات الشائعة، وقد يزيد من سهولة اكتشاف الأخطاء وتصويبها. أما في نظم الترميز اللامركزية التي تتم بالمستشفيات، فيسهل فيها الوصول إلى السجلات الخاصة بالمرضى في حال الشك في شهادة الوفاة، إلا أنه يصعب تجنب بعض التفسيرات المحلية التي قد تتسبب لاحقاً في عدم اتساق المعطيات الوطنية.

- 1د-9 هل ترميز الوفيات يتم بصورة مركزية أم لامركزية؟
- 1د-10 في حال ما إذا كان الترميز لامركزياً، ماهي نوعية التدابير والإجراءات المستخدمة لضمان الاتساق الوطني عند تطبيق قواعد الترميز وفقاً للتصنيف الدولي للأمراض؟

يجب أن تكون للمميزين حرية الاطلاع على جميع المعلومات الواردة في شهادة الوفاة حتى يمكنهم التدقيق واختيار السبب الرئيسي والصائب للوفاة. كما يجب عدم الاقتصار على إمداد المميزين بسبب الوفاة الذي استخلصه من قام بتحرير شهادة الوفاة، حيث أن هذا يدخل في إطار الممارسات السيئة. وبالتالي، فيجب أن تفتح أمام المميز (من يقوم بالترميز) سبل الاطلاع على الاستمارة الأصلية لشهادة الوفاة، والإمام بها تحويه بالكامل من أمراض وإصابات. وهذا الأمر من شأنه تسهيل اختيار السبب الرئيسي للوفاة، مع إمكانية استخدام جداول التعديلات المنبثقة عن التصنيف الآلي للكيانات الطبية (ACME). كما يسمح بتحليل الأسباب المتعددة للوفاة.

- 1د-11 هل تم ترميز سبب الوفاة اعتماداً على النسخة الأصلية من شهادة الوفاة، أم من قائمة مكتوبة قدمت من قبل مكتب السجل المدني، أم من بعض الوثائق الموجزة الأخرى؟
- 1د-12 هل كانت جميع المعلومات الواردة في شهادة الوفاة، مرمزة، أم اقتصر الترميز على السبب الرئيسي المفترض للوفاة؟

## المكون الفرعي د1: ممارسات ترميز الوفيات (تابع)

في حالة عدم احتواء شهادة الوفاة على معلومات كافية للمرمز تسمح له باختيار السبب الرئيسي للوفاة، أو كانت المعلومات المبلغ عنها غير صحيحة، فسوف تكون هناك حاجة إلى نظام يسمح للأطباء بالاستعلام عن المزيد من المعلومات.

د1-13 هل هناك آلية راسخة للاستعلام من محرر الشهادة (الطبيب) في حالة عدم تفهم أو تفسير المرمز للأسباب الواردة حول سبب الوفاة في الشهادة؟

د1-14 وإذا كان الأمر كذلك، فيرجى وصف هذه الإجراءات ومناقشة مدى نجاعتها؟

## المكون الفرعي د2: مؤهلات القائم بترميز الوفيات والتدريب الحاصل عليه

كون قائمة بالدورات التدريبية التي عقدت حول التصنيف الدولي للأمراض خلال الثلاث سنوات المنصرمة. وإذا أمكن، ارفق معها قائمة موجزة بالمواضيع التي شملتها هذه الدورات التدريبية (انظر الإطار 3-7).

في بعض البلدان، يتولى مهمة الترميز نفس الأطباء المعنيون بكتابة شهادة الوفاة. كما يشيع بصورة أكبر أن يقوم بالترميز كتبة إداريون وإحصائيون تلقوا تدريباً خاصاً حول هذه المهمة؛ وهو الأمر الأكثر تفضيلاً لأنه يعزز من تنمية كادر متخصص في الترميز، يتميز بإلمامه العميق بقواعد وإجراءات التصنيف الدولي للأمراض.

- د2-1 ما هي فئات العاملين الذين يتولون ترميز الوفيات في الدولة (هل هم مثلاً أطباء، أم إحصائيون، أم مهنيون صحيون)؟
- د2-2 ما هو مستوى التعليم الذي حصل عليه، بصورة نمطية، القائمون بترميز الوفيات؟

يجب التحاق جميع المرمزين بإحدى الدورات التدريبية الرسمية حول الترميز الصائب لشهادات الوفاة. ولا شك في أن التدريب على رأس العمل له أهميته، لكن الدورات التدريبية ذات المناهج الدراسية المعيارية تضمن الاتساق في نقل المعرفة. ومن المفيد عقد مقارنة بين التدريب الذي يتلقاه المرمز في الدولة وبين نموذج المنهج الدراسي المين في الإطار 3-7. ويجب استخدام المواد الخاصة بالتدريب والتي تم إعدادها مسبقاً، في المناقشة التي تدور حول هذه الأسئلة.

يجب تطوير المناهج الدراسية التدريبية والدورات التدريبية، على المستوى الوطني، من أجل ضمان اتساق مستوى المهارات. ولذا فهناك حاجة إلى كبار المدربين على التصنيف الدولي للأمراض من أجل ضمان الاستمرارية المحلية لمهارات الترميز.

- د2-3 هل تتوافر الدورات التدريبية النوعية لمرمزي الوفيات أم أنهم يتعلمون أثناء الخدمة؟
- د2-4 إذا كان المرمزون يتدربون بصورة خاصة على الترميز:
- فهل هناك مدربون محليون على دراية كاملة بالتصنيف الدولي للأمراض لتلبية الاحتياجات؟
  - من المسؤول عن تقديم التدريب؟
  - ماهي مدة التدريب وهل هناك منهج دراسي معياري؟
  - كم مرة يتم تدريب المرمز (القائم بمهمة الترميز)؟

تجنباً للدوران (تبادل الأدوار) السريع للمرمزين، يجب الاعتراف رسمياً بمهاراتهم ومؤهلاتهم، وذلك من خلال استخراج شهادات بألقاب مهنية كمكافأة لهم نتيجة لنجاح التدريب. كما أن المسارات المهنية لها أهمية كبيرة في الاحتفاظ بالمرمزين المدربين.

- د2-5 هل هناك دوران (تبادل الأدوار والمهام) ملحوظ بين المرمزين؟
- د2-6 هل يعترف بالمرمزين في نطاق الهيكل الوظيفي على أن لهم كادر منفصل، وهل يعترف بمؤهلات الترميز بوصفها مؤهلات منفصلة عن مؤهلات سائر المسؤولين الإداريين؟

تقدم شبكة المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية والخاصة بمجموعة التصنيفات الدولية<sup>6</sup> (”WHO-FIC“) دورات تدريبية، بصورة منتظمة، حول ترميز التصنيف الدولي للأمراض. ويمكن للتدريبات الإضافية حول المصطلحات الطبية والعلوم الطبية أن تحسن من مهارات المرمزين. كما أن التدريب مطلوب لهم عند تطبيق الطبقات الجديدة للتصنيف الدولي للأمراض، أو عند تغيير التعديلات المحلية المجراة على التصنيف الدولي للأمراض.

- د2-7 هل يوجد مدربون محليون كباراً تم تدريبهم من خلال الدورات التدريبية المدعومة من قبل مجموعة التصنيفات الدولية لمنظمة الصحة العالمية؟
- د2-8 هل تتوافر للمرمزين فرص التعليم المستمر؟

<sup>6</sup><http://www.who.int/classifications/network/en/>

### الإطار 3-7 منهج تدريبي موجز للمرمزين

نتيجة للتعاون بين مجموعة التصنيفات الدولية للأمراض لمنظمة الصحة العالمية والاتحاد الدولي لمنظمات السجلات الصحية، تم إعداد منهج دراسي أساسي لاستخدامه في تدريب المرمزين. ويقدم المنهج أساساً معيارياً للتعليم في جميع البلدان. ويوصى باستخدام دورة تدريبية تتكون من تسع وحدات تدريبية كما هو موضح أدناه.

الوحدة التدريبية	الهدف منها
1- المعرفة بالعلوم الطبية الأساسية	تكوين تفهم للمصطلحات الطبية التي قد تظهر في البيانات الخاصة بسبب الوفاة، وبنية ووظيفة الجسم البشري، وطبيعة الأمراض
2- القضايا القانونية والأخلاقية المتعلقة بالدولة المستخدم فيه الترميز.	إدراج القضايا القانونية والأخلاقية المنطبقة على المعلومات الصحية، وجمعها، والتصريح بها.
3- الاستخدام العام للمعلومات الخاصة بالسبب الرئيسي للوفاة	شرح الهدف وراء جمع الأسباب الرئيسية للوفاة وكيفية استخدامها
4- الاستخدام المحدد للمعلومات المتعلقة بالسبب الرئيسي للوفاة	إدراج الاستخدام المحدد للمعلومات المرمزة حول الوفيات
5- مستخدمو المعلومات الخاصة بالوفيات	شرح مختلف المجموعات والأطراف المعنية مستخدمي المعلومات الخاصة بالوفيات.
6- مصادر المعلومات الخاصة بالوفيات	شرح الأدوار التي يقوم بها مختلف الأفراد المسؤولين عن تبليغ المعلومات الخاصة بالمتوفى، ومصادر هذه البيانات
7- التصنيف الدولي للأمراض	تكوين تفهم للتصنيف الدولي للأمراض وتنمية المعارف والمهارات اللازمة لتحديد الرموز الحقيقية لسبب الوفاة
8- آلية الترميز	تقديم إرشادات تفصيلية وممارسات حول كيفية تطبيق قواعد الترميز وتعيين الرموز.
9- ضمان الجودة	إذكاء الوعي بالعوامل المختلفة المؤثرة في جودة البيانات المرمزة، ووصف آليات لضمان بلوغ أعلى مستوى ممكن من جودة المعلومات.

### المكون الفرعي 3: جودة ترميز الوفيات

من الأمور الجوهرية أن تتوفر الأدوات الصحيحة للترميز الجيد. ويجب أن يعود المرزون في عملهم إلى نسخة من المجلدات الثلاث للتصنيف الدولي للأمراض - القائمة المجدولة 7، ودليل التعليمات، والفهرس الأبجدي - لضمان التخصيص الصائب للرموز. وهناك العديد من البلدان التي تستخدم جداول القرارات التابعة للتصنيف الآلي للكيانات الطبية لمساعدة المرزین على الاختيار الصائب للسبب الرئيسي. كما أن استخدام هذه الأدوات يضمن تخصيص جميع المرزین لنفس الرموز بصورة متسقة بالنسبة للمصطلحات المستخدمة في شهادات الوفاة.

د3-1 هل تتوفر مجموعة كاملة من مجلدات التصنيف الدولي للأمراض لجميع المرزین عند اضطلاعهم بمهمة الترميز؟

د3-2 هل تتوفر مجموعة من جداول قرارات التصنيف الآلي للكيانات الطبية لجميع المرزین؟

تحدد مجموعة من التصنيفات الدولية لمنظمة الصحة العالمية ما يتم من تحديثات سنوية على ممارسات رموز وترميز التصنيف الدولي للأمراض، وتنتشر بصورة روتينية على الموقع الإلكتروني الخاص بمنظمة الصحة العالمية في القسم الخاص بالتصنيف الدولي للأمراض. إن المحافظة على تحديث هذه المراجعات يساعد على ضمان عقد المقارنات الدولية للمعلومات.

د3-3 هل تقوم بالتدقيق بصورة منتظمة في:

▪ الموقع الإلكتروني<sup>7</sup> للتصنيف الدولي للأمراض لتحديث ممارسات الرموز والترميز؟

▪ الموقع الإلكتروني الخاص بالإدارة الصحية من أجل تحديث ممارسات الترميز؟

إن الممارسات السيئة للترميز تحد من فائدة المعلومات المتعلقة بسبب الوفاة، ويعتبر إهداراً للموارد. لضمان نوعية جيدة من الترميز، يجب أن يكون عمل المرزین منهجياً وأن يجري تقييمه دورياً لتحديد الأخطاء أو المشكلات التي قد تظهر أثناء ممارسات الترميز وتصويبها.

د3-4 ما هي الإجراءات المتوافرة لتقييم جودة ترميز سبب الوفاة، وكم عدد مرات تقييمه؟

د3-5 هل تم تقييم جودة ترميز الوفيات في أي وقت مضى؟

د3-6 إذا كان الأمر كذلك، فهل كان مستوى الدقة مرضياً؟ وماهي القضايا المنهجية التي تم تحديدها؟

د3-7 ما هي الآليات المتاحة لتقديم وجهات النظر إلى المرزین حول جودة الترميز، وحل المشكلات والقضايا التي تم تحديدها من خلال التقييمات والممارسات؟

<sup>7</sup><http://www.who.int/classifications/icd/en/>



يغطي هذا القسم المكون هـ - الوصول إلى المعلومات، واستخدامها والتحقق من جودتها- الذي تدخل المكونات الفرعية التالية في نطاقه:

■ هـ-1 جودة المعلومات والتدقيق في أساسها المنطقي؛

■ هـ-2 جدولة المعلومات؛

■ هـ-3 الوصول إلى المعلومات ونشرها.

من المقترح أن تضم المجموعة الفرعية المعنية بمراجعة هـ-1 هـ-3، محللين صحيين، وإحصائيين ديموغرافيين، وإحصائيين، وغيرهم من المعنيين بتحليل، وجمع، ونشر المعلومات المتعلقة بالمواليد، والوفيات، وأسباب الوفاة.

إن جودة المعلومات والوصول إليها واستخدامها تمثل جميعها مكونات عالية الأهمية لأي نظام إحصائي، غير أنها غالباً ما تهمل. وتكون النتيجة هي أن المعلومات التي تجمع بتكلفة عالية حول المواليد والوفيات لا تستخدم كما يجب، ولا تتم مكافأة من يقوم بجمع هذه المعلومات على ما يبذله من جهد.

إن الفائدة المنشودة من جمع المعلومات المتعلقة بالصحة العمومية والتخطيط السكاني لن تؤتي ثمارها إلا إذا جمعت هذه المعلومات على المستوى الفردي، بصورة تعظم من ترابطها مع الصحة العمومية. وهناك معايير دولية لأكثر الطرق منفعة لجمع وتبويب المعلومات والتي يمكن من خلالها مساعدة البلدان على استخدام الإحصاءات المتعلقة بالصحة والسياسات الاجتماعية والتخطيط. على سبيل المثال، تقدم الأمم المتحدة قائمة بالحد الأدنى من السمات الموصى بها لتبويب إحصاءات المواليد والوفيات (1). يقدم التصنيف الدولي للأمراض أربع قوائم مكثفة ومختلفة لتبويب أسباب الوفاة، كما يقدم الفئات العمرية الموصى بها (27). كما قامت منظمة الصحة العالمية مؤخراً بتقديم النصح للبلدان حول كيفية تجميع القوائم بأسباب الوفاة (33).

في البلدان التي تتمتع بنظام إلزامي شامل لتسجيل الأحداث الحيوية، يجب أن يكون نظامها الوطني للإحصاءات الحيوية قادراً على تقديم معلومات سنوية تظهر مدى تكرار توزيعات المواليد والوفيات وأسباب الوفاة؛ والاختلافات الجغرافية لأكثر الخصائص أهمية، والتسلسل الزمني الذي يوضح الاتجاهات الرئيسية (على الأقل خلال آخر عقد أو عقدين). مع ذلك، فإن المنفعة التامة للإحصاءات الحيوية

لن تكون واضحة للمخططين الحكوميين إلا إذا كانت الإحصاءات المجمعة مقدمة بصورة مفهومة وواضحة لغير الإحصائيين. كما يجدر التنويه بأن أصحاب القرار السياسي دائمو البحث عن البيئة التي يمكن دمجها في إجراءات اتخاذ القرارات الخاصة بالأولويات الصحية للسكان. أما قيمة هذه المعلومات لغالبية الأغراض الخاصة بالصحة العمومية فستكون أكبر وأكثر جدوى إذا ما تحولت الجداول الخاصة بتكرار الأحداث إلى معدلات للمواليد والوفيات، وإذا ما جمعت أسباب الوفيات ورتبت وفقاً للأسباب الرئيسية للوفاة.

إن معدلات الوفيات ستستخدم بصورة أكبر كثيراً في مجال الصحة العمومية إذا ما تم حسابها بصورة منفصلة تبعاً لمختلف الفئات العمرية (عادةً من الفئات العمرية التي تضم الخمس سنوات الأولى من العمر وحتى عمر 85 عاماً فأكثر على أقل تقدير، لكن يفضل أن تمتد إلى عمر 100 عام فأكثر). وهناك مبررات وبائية قوية لذلك. فأسباب وفيات الأطفال تختلف كثيراً عن أسباب وفيات البالغين. فعلى سبيل المثال، الأوضاع الشائعة حول الفترة المحيطة بالولادة (مثل اختناق المولود ورضح الولادة) تتسبب في قتل كثيرين من صغار الأطفال ولكنها لا تقتل البالغين، كما أن الالتهاب الرئوي، والإسهال، والحصبة هي كلها أسباب أكثر شيوعاً لوفيات الطفولة مقارنةً بالمرحلة المتأخرة من العمر. وعلى النقيض، فإن البالغين هم عرضة للوفاة أكثر من الأطفال من جراء أمراض مزمنة مثل السرطان أو الأمراض القلبية.

توافر إحصائية واحدة تلخص معدلات الوفيات في جميع الفئات العمرية، مثل "جدول الحياة"، قد يكون هو ما يفضله بعض متخذي القرار من أجل بعض الأهداف المنشودة. وعادةً ما تكون معدلات الوفيات مقيسة وفق العمر، من أجل فصل تأثير التركيبة العمرية للسكان عن التأثيرات الحقيقية للوفيات. وهناك دلائل إرشادية حول آلية اختيار التركيبة العمرية المعيارية لتحديد "المعدلات المقيسة وفق العمر"، وكذلك حول توفير النصح بشأن كيفية حساب النتائج وتفسيرها (30).

وتماماً كما هو حاصل مع العمر فإن المعطيات والتحليل الخاصة بأسباب الوفاة يجب، دائماً، تقديمها بصورة منفصلة لكل من الرجال والنساء، تعظيماً لقيمتها الصحية العمومية. بعض أسباب الوفاة (مثل حوادث الطرق المرورية) تكون شائعة أكثر بين الرجال عنها بين النساء. وعلى النقيض، لا يموت سوى النساء لأسباب خاصة بالأمومة، كما أن هناك بعض السرطانات (مثل سرطان عنق الرحم في النساء،

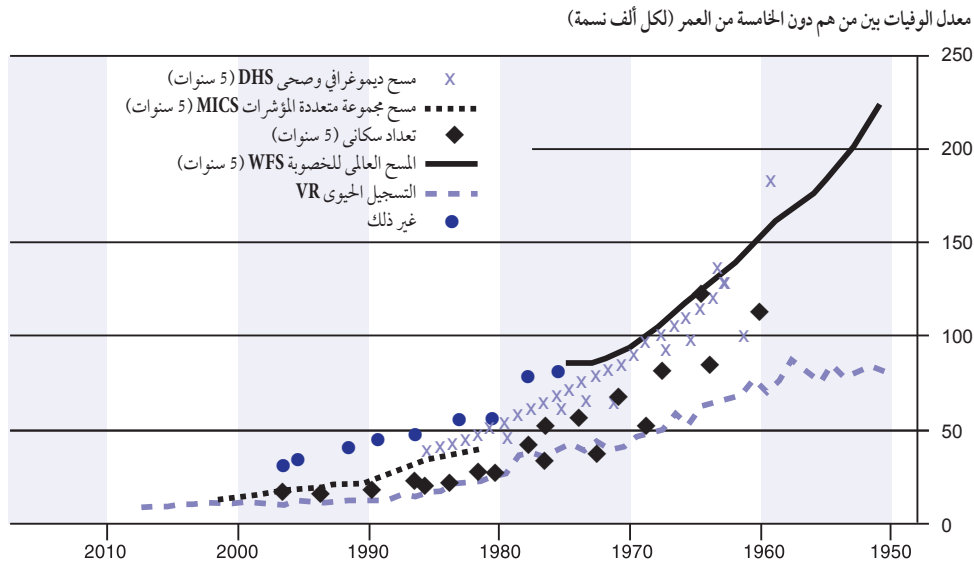
تحسين جودة واستخدامات المعلومات الخاصة بالميلاد والوفاة وسبب الوفاة 53

وسرطان البروستاتا في الرجال) تكون محددة بصورة واضحة بحسب الجنس.

من الأهمية بمكان، عند مراجعة أسلوب تبويب وجدولة المعلومات، ضمان استخدام إجراءات شفافة وجيدة التوثيق في حساب المعدلات الحيوية وسائر المؤشرات، وأن تكون هذه المعلومات قد تم ادراجها مع المعطيات. فمثلاً، عند تحويل إحصاءات الوفيات إلى "معدلات الوفيات"، يجب مراعاة أن المعلومات السكانية العامة (المقام) تعكس بصورة دقيقة السكان الذين تم تسجيل عدد الوفيات منهم (البسط). وهناك خطأ شائع يتمثل في إدخال وفيات غير المقيمين في البسط، مع إغفالها في حساب السكان المقيمين المعرضين لخطر الموت (المقام). وعادة ما تستبعد الوفيات التي تقع بين غير المقيمين من البسط، حيث أن الهدف من حساب هذه المعدلات هو التحديد الدقيق لخطر الموت الذي يتعرض له السكان المقيمون وهذا هو محور استجابات السياسات العامة. وعلى النقيض، في نظم الترصد الوبائي، لاسيما في مجال مكافحة فاشيات الأمراض، يجب حساب جميع الوفيات أينما وقعت، بغض النظر عن الوضع الخاص بالإقامة.

لما كان تسجيل الأحوال المدنية هو أهم مصادر المعلومات الخاصة بمستويات الخصوبة والوفيات، إلا أنها لا تمثل المصدر الوحيد. فعادةً ما تكون البلدان قد أجرت عدداً من التعدادات السكانية والمسوحات (غالباً من قبل مكتب الإحصاء الوطني). وفي كثير من الأحيان، تكون هذه التعدادات والمسوحات اشتملت على أسئلة حول الأحداث الحيوية التي تقع بين السكان، والتي من خلالها يمكن تقدير مستويات الخصوبة والوفيات، بحسب العمر والجنس. ولقد قام المتخصصون في مجال الديموغرافيا بإعداد وسائل متعددة لتقدير الوفيات والخصوبة من التعدادات والمسوحات، ويجب، إجراء مقارنات بشكل روتيني بين هذه التقديرات وبين مستويات الوفيات والخصوبة بحسب العمر والجنس الصادرة عن التسجيل الحيوي. وعادةً ما تكون المعدلات الحيوية المنبثقة من التعدادات والمسوحات أعلى من المعدلات المقارنة في التسجيل الحيوي في البلدان التي تجرى فيها هذه المقارنات، مما يؤدي إلى تدني مستويات الإبلاغ عن المواليد والوفيات في نظام تسجيل الأحوال المدنية (الإطار 3-8).

#### الإطار 3-8 وفيات الأطفال في تايلاند



يوضح الرسم البياني كيف تستخدم تقديرات "وفيات الأطفال" (الوفيات دون الخامسة من العمر، مثلاً) في تايلاند، وهي التقديرات المنبثقة عن التعدادات السكانية أو المسوحات في بيان درجة قلة التيليج عن وفيات الأطفال في نظام السجلات الحيوية (الأكتمال)، وكيف تغير هذا مع مرور الزمن. وتتم هذه العملية من خلال مقارنة المقياس الخاص بأكثر المعدلات "صلاحية" وهي معدلات وفيات الأطفال التي لوحظت والمنبثقة عن التعدادات السكانية والمسوحات التي أجريت في تايلاند، مع القيم الواقعية الملاحظة والمحسوبة من بيانات التسجيل الحيوي لنفس السنة أو نفس السنوات. ومن خلال هذا التحليل يمكن استنتاج قلة الإبلاغ الملموس عن وفيات الأطفال، في النظم الوطنية للتسجيل الحيوي في السبعينيات والثمانينيات، ولكن يبدو أن هذه المستويات قد تحسنت بصورة كبيرة خلال العقد المنصرم. وهناك دعوة قوية لحث البلدان على إعداد مواد مساعدة مرئية مشابهة لمستويات وفيات الأطفال القابلة للمقارنة والمنبثقة عن مختلف المصادر كمعلومات أساسية لها أهميتها فيما يخص أداء نظام تسجيل الوفيات.



في حالة الإحصاءات المعنية بسبب الوفاة، يكون الأمر أكثر صعوبة من ناحية التبويب والتدقيق في مصداقية البيانات. قبل الإفراج عن المعلومات، يجب دوماً إجراء عدد من التدقيقات البسيطة حول الأساس المنطقي لهذه المعلومات واتساقها من أجل تقييم مدى قوة هذه المعلومات ومصداقيتها، والغرض الذي يمكن استخدامها فيه. على سبيل المثال، هناك اعتبارات هامة تخص تقييم جودة الإحصاءات المعنية بسبب الوفاة، تتمثل في الحاجة إلى تحديد وتحليل نسبة الوفيات الخاصة بالفئات التي يكون فيها سبب الوفاة مبهماً. ويجب، مع مرور الوقت، رصد هذه النسبة حيث أن أي تغيير يحدث في نسبة الوفيات الخاصة بتلك الفئات سوف يؤثر على تفسير الاتجاهات في أسباب محددة للوفاة. أما الوفيات التي يتم ترميزها تحت هذه الفئات فليس لها أي منفعة في مجال الصحة العمومية، ويجب بذل جهود كثيرة للحد من هذه الممارسة. وعند مناقشة هذه المشكلة، يتعين أن يقوم المشاركون في التقييم بالاستفسار حول ما إذا كان العجز في تشخيص هذه الوفيات الرمزية تحت أسباب مبهمه تم بسبب سوء إجراءات الترميز، أم سوء تحرير شهادة الوفاة، أم كليهما. وهذا الأمر له أهميته حيث أن تصويب كل من تلك الأسباب يتم باستخدام أساليب متنوعة.

والذي يحتوي على عدة رموز يمكن استخدامها عند عدم وضوح الرؤية بالنسبة للإصابة (في أي جزء من الجسم)، أو ما الذي تسبب فيها، أو هل كانت إصابة عرضية أم مقصودة (انتحار أم قتل). ومرة ثانية، فإن الوفيات الناجمة عن مثل هذه الإصابات تعطى لها رموز من هذه الفئة، ولا قيمة لها في توجيه جهود المكافحة حيث هناك استراتيجيات مكافحة مختلفة يتعين تنفيذها، وفقاً للسبب وراء الإصابة والمقصود منها.

وربما يكون الأمر الأهم، هو العناية الشديدة بترميز الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية بالرموز الخاصة بحالات محددة (مثل الداء القلبي الإقفاري) عوضاً عن استخدام رموز ملائمة لكن بصورة مبهمه مثل "الفشل القلبي" (الرموز 150) أو "اضطرابات النظم القلبية" (الرموز 149). وإذا ما استخدمت هذه الرموز بصورة مفترقة، فسوف يؤدي ذلك إلى تدني أهمية الداء القلبي الإقفاري (وهو داء تتوافر له برامج مكافحة ومعالجة) بصورة شديدة. إن تجنب هذه التشخيصات السيئة التحديد والمبهمه كلما أمكن، يتطلب عناية أكبر وتقدير من قبل الأطباء الذين يتولون كتابة شهادات الوفاة، للقيمة الحقيقية للإحصاءات الدقيقة المتعلقة بأسباب الوفاة.

وحتى مع تعيين سبب محدد للوفاة، لا بد من التشكك والاستفسار حول ما إذا كان التكرار الدائم لسبب ما يعود إلى سبب حقيقي أم أنها تأثرت بتشخيصات جرت العادة على تداولها. وفي العديد من البلدان، يبدو أن هناك مصطلحاً واحداً مبهماً أو اثنين يستخدم بصورة مكثفة من الأطباء محرري شهادات الوفاة، مما قد ينجم عنه تفسيرات خطيرة للأهمية الواقعية لمختلف الأمراض والإصابات. على سبيل المثال، في المملكة المتحدة، يستخدم مصطلح "الالتهاب القلبي الرئوي" لوصف هذه الحالة، بينما في روسيا، يشيع استخدام مصطلح "تنكس عضلة القلب" لوصف ما يحتمل أن تكون حالات حقيقية من الداء القلبي الإقفاري.

كما يجب إجراء تدقيقات منطقية حول أسباب الوفاة التي تتوافر لها مصادر بديلة للمعلومات (مصادر أخرى سوى التسجيل الحيوي). مثلاً، عادةً ما تحتوي سجلات الشرطة على معلومات حول الوفيات الناجمة عن الحوادث المرورية، وحوادث الانتحار والقتل. ويمكن للسجلات الخاصة بحالات السرطان، وكذلك تسجيل الحالات العارضة (الجديدة) (والتي من أجلها، تم تصميم هذه السجلات أصلاً)، القيام بتسجيل الوفيات الناجمة عن السرطان والتي يمكن مقارنتها بالوفيات جراء السرطان المدرجة في السجلات الحيوية (على الرغم من كون سجلات حالات السرطان، بصفة عامة، ليست مصادر جيدة للمعلومات

وهناك أهمية أخرى تتجلى في أن بعض الفئات الرئيسية المتعلقة بأسباب الوفاة في التصنيف الدولي للأمراض تتضمن رموزاً متعددة لأمراض غير محددة، وتستخدم بإفراط في البلدان التي تعاني من سوء الترميز وسوء إعداد شهادات الوفاة. وهذه الرموز "الملائمة" قيمتها هي أيضاً محدودة جداً في أغراض الصحة العمومية. على سبيل المثال، في نطاق الفئة الواسعة الخاصة بالسرطانات (الأورام الخبيثة)، هناك رموز خاصة بسبب الوفاة في التصنيف الدولي العاشر للأمراض - وهو ج-80 يمكن استخدامه عند عدم معرفة الموضع الأولي للسرطان. ولا تستخدم هذه الرموز إلا في الحالات الاستثنائية عند عدم إلمام الطبيب بالتاريخ الطبي للمريض أو عند عجزه عن استنتاج الموضع الأولي لنمط من أنماط السرطانات. وفي بعض البلدان، تصل نسبة الوفيات الرمزية بهذه الرموز الخاصة بالفئة غير المحددة إلى 50% من الوفيات الناجمة عن السرطان، مع انعدام الدلالات التي تشير إلى الموضع الأولي للمرض. ومثل هذه المعلومات محدودة القيمة في توجيه جهود مكافحة السرطان، نظراً للتباين الشديد في برامج مكافحة السرطان والذي يعود إلى الموضع الأولي لتطور المرض.

وينطبق نفس الشيء على الفئة الخاصة بالإصابات - الفصل التاسع عشر من التصنيف الدولي للأمراض -



الخاصة بالوفيات). وقد تكون هناك استقصاءات سرية أو دراسات أخرى قد أجريت لتقدير معدلات وفيات الأمومة. لذا، يجب بذل كل الجهود الممكنة من أجل تحديد هذه السجلات والمصادر البديلة، ومقارنة معدلات الوفيات المنبثقة عنها مع تلك المسجلة في نظام التسجيل الحيوي لكل سبب من الأسباب الهامة.

تجد العديد من البلدان أنه من المفيد ترتيب أسباب الوفاة من حيث مدى تكرارها وأهميتها للصحة العمومية، بهدف تكوين نظرة عامة على أنماط الوفيات في أي مجتمع سكاني. أما الميزة التي يتحلل بها أسلوب ترتيب أسباب الوفاة فهي في اقتصار اعتماده على عدد الوفيات، دون ضرورة لوجود المقام الخاص بالسكان. إن ترتيب أسباب الوفاة الرئيسية يمكن أن يتم للسكان كافة ولكن يصبح له معنى أكبر إذا ما تمت حساباته بصورة منفصلة بالنسبة للرجال والنساء، والأطفال والبالغين (كما تم وصفه آنفاً). ويمكن إجراء مقارنات للأسباب الرئيسية للوفاة على مدى فترات زمنية للتحقق من اتساق البيانات؛ فالأغلب أن لا تكون هناك تغيرات جوهرية من سنة إلى أخرى، إلا أنه أمر يجب دراسته. كما تستطيع البلدان مقارنة أنماطها الوطنية لأسباب الوفاة الرئيسية مع تقديرات منظمة الصحة العالمية (انظر الملحق د) لفئات واسعة من البلدان ذات مستويات التنمية الاجتماعية والاقتصادية المشابهة أو المختلفة. ويقدم الملحق د معلومات حول توزيع الأسباب الرئيسية للوفاة بحسب العمر وفئات الدخل. ولما كانت هذه الأنماط المعيارية نادراً ما تتطابق تماماً مع أي من البلدان، فهي تعتبر مؤشراً على مدى تغير أهمية سبب الوفاة وفقاً للتنمية الاقتصادية والفئات العمرية.

عند مقارنة توزيع الأسباب الرئيسية للوفاة، يكون من الأهمية بمكان الإشارة إلى أن طريقة تجميع الأسباب أو وضعها في مجموعات فرعية سوف يؤثر بصورة مباشرة على الترتيب. ومن ثم، يصبح من الضروري قبل استخلاص أية نتائج، التحقق من أن الترتيب الجاري مقارنته كان نتاج استخدام نفس القائمة المختصرة لأسباب الوفاة. وإذا لم يتم ذلك، فإن ترتيب أسباب الوفاة يكون غير قابل للمقارنة. ولقد قامت منظمة الصحة العالمية باقتراح قائمة معيارية تستخدم لاستخلاص الأسباب الرئيسية للوفاة (33) للمساعدة في ضمان عقد المقارنات عند ترتيب أسباب الوفاة. وتتكون القائمة المقترحة من 65 فئة من الأمراض والإصابات يمكن منها استخلاص عشرة (أو اختيار عدد آخر) أسباب رئيسية للوفاة. وهذه المجموعات من الأمراض لها أساس وبائي مرتبط بتدابير المكافحة وقد جرى اختبارها من حيث التطبيق في طيف واسع من البلدان. كما تشمل القائمة فئة واحدة متبقية هي (فئة تشمل "جميع الأسباب المتبقية") والتي يجب أن يتم إقصاءها من

الترتيب، ونفس الشيء ينطبق على الفئات المبهمة التحديد والتي جاء وصفها آنفاً. وقد اقترحت ترتيبات أخرى للأسباب الرئيسية للوفاة، مثل تلك المستخدمة في الدراسة العالمية لعبء الأمراض (30).

ويمكن إجراء تدقيق بسيط آخر حول الوضع الوبائي لبلد ما ويتمثل في التحقق من أن الخمسة أسباب الرئيسية الأولى هي وراء حدوث 40-50٪ من الوفيات، بينما تكون عادة العشرة أسباب الأولى هي المسؤولة عن وقوع 55-65٪ من جميع الوفيات المحددة (أي، الوفيات التي لا تدخل ضمن الوفيات المرمزة في فئة "الأسباب المتبقية" وفئة "الأسباب المبهمة" المشار إليها آنفاً). ورغم ما تقدم، فإن تحليل الأسباب الرئيسية للوفيات لا يمثل سوى نقطة البداية لتحليل أكثر شمولية للوضع الوطني للوفيات، مع ضرورة إجراء تحليل لاحقة للأسباب الرئيسية للوفاة مثل التحاليل التفصيلية للأسباب المحددة. وبصورة خاصة، يجب أن تقوم البلدان بحساب التوزيع العمري للوفاة جراء الأسباب العشرة الأولى للوفاة، ومقارنتها مع التوزيع الملاحظ في إحدى البلدان أو في البلدان التي تتمتع بمعلومات جيدة حول أسباب الوفاة. ومن شأن هذا أن يساعد على التحقق من صحة الربط بين العمر عند الوفاة والسبب الرئيسي لها، وعدم شيوع التشخيص الخاطئ لسبب الوفاة في المراحل العمرية المختلفة. أما إذا ظهرت مجموعات للأسباب الخارجية ضمن الأسباب الرئيسية للوفاة فيكون من المهم، على وجه الخصوص، تحليلها بصورة مفصلة، باستخدام، مثلاً، مصفوفة الإصابات التي أعدها جهود التعاون الدولي حول إحصاءات الإصابات (34). أما مصفوفة التصنيف الدولي العاشر للأمراض والمتعلقة بالوفيات الناجمة عن الإصابات، فتتظم عملية تشخيص الإصابات لكل نمط من أنماط الأسباب الخارجية في إطار مجموعات لها أساس منطقي بحسب منطقة الجسم المصابة وطبيعة الإصابة.

وفي النهاية، فإن استعراض المعطيات، والتقييم الجيد يجب أن يكونا جزءاً لا يتجزأ من نظم الإحصاءات الحيوية بمجملها. أما الطريقة الأكثر مردودية (فائدتها تفوق تكلفتها) للقيام بذلك فتتمثل في استخدام تدقيقات بسيطة متسقة ومنطقية، مثل تلك المقترحة في المكون الفرعي هـ-1، ومقارنة المعلومات المنبثقة عن نظام الإحصاءات الحيوية، بصورة منتظمة، مع المعلومات الواردة من مختلف المصادر. لذا، فمن الضروري أن تكون البلدان على دراية بتوافر أي مصادر أخرى للمعلومات حول مستويات الخصوبة والوفيات. وفي واقع الأمر، يجب استخدام جميع المصادر القائمة، المستمرة منها أو غير المستمرة، للمساعدة في تقييم جودة المعلومات المنبثقة عن نظام التسجيل الحيوي.

## المكون الفرعي هـ1: التحقق من جودة المعلومات ومعقوليتها

مواد داعمة تعد مسبقاً:

- تبويب وجدولة معطيات الأحداث الحيوية ذات العلاقة من سائر المصادر (مثل التعدادات السكانية المصحوبة بأسئلة حول المواليد والوفيات، والمسوحات الديموغرافية والصحية (DHS)، وسائر المسوحات الوطنية). حسابات معدلات المواليد والوفيات من هذه المصادر بالمقارنة مع معدلات المواليد والوفيات المنبثقة عن السجل المدني (انظر الإطار 3-8).
- حسابات النسبة المئوية لتوزيع الوفيات عن آخر سنة متاحة وفقاً للمجموعات الثلاث لأسباب الوفاة، المجموعة الأولى والثانية والثالثة، كما هو موضح في الإطار 3-10.
- حسابات النسبة المئوية لتوزيع الوفيات عن آخر سنة متاحة وفقاً للمجموعات الثلاث لأسباب الوفاة، المجموعة الأولى والثانية والثالثة وعلى فترات زمنية عمرية تتراوح بين خمس وعشر سنوات. (انظر الإطار 3-11).
- حساب النسبة المئوية للوفيات بحسب العمر والجنس والتي عزيت إلى الفئات الخاصة بالأسباب غير المحددة للوفاة.

## المكون الفرعي هـ1 (أ): مستويات الخصوبة والوفيات

إن أفضل طريقة لمراجعة الأساس المنطقي للإحصاءات الحيوية هي في تحويلها إلى معدلات للمواليد والوفيات أو تحويلها إلى نسب مئوية. ويجب، دائماً، إجراء التدقيق المتناسق للمعطيات الخام والمؤشرات الرئيسية (مثل معدلات المواليد والوفيات) قبل استخدامها أو قبل توافرها على نطاق واسع. ويمكن إجراء هذا بطريقة بسيطة تتمثل في مقارنة البيانات الخام وما انبثق عنها من معدلات مع الأرقام المقابلة لها في السنوات المنصرمة. ويندر حدوث تغيرات جوهرية في الأعداد أو المعدلات من سنة إلى سنة غير أنه إذا كان هناك أي تغيير فيجب تصحيحه.

- هـ1-1 هل يتم، بصورة روتينية، حساب مؤشرات الخصوبة (مثل المعدلات الخام للمواليد والخصوبة، ومعدل الخصوبة بحسب العمر، ومعدل الخصوبة الكلي) من معطيات السجل المدني والإحصاءات الحيوية؟
- هـ1-2 وإذا كان الأمر كذلك، ما هي المؤشرات التي يتم حسابها؟
- هـ1-3 هل يتم، بصورة روتينية، حساب مؤشرات الوفيات (مثل المعدلات الخام للمواليد والوفيات، ومعدل الوفيات بحسب العمر، ومعدل وفيات الأطفال، ومعدل وفيات الرضع، ومعدل وفيات الأمهات) من معطيات السجل المدني والإحصاءات الحيوية؟
- هـ1-4 وإذا كان الأمر كذلك، ما هي المؤشرات التي يتم حسابها؟
- هـ1-5 ما هي مصادر البيانات المستخدمة كمقومات لحساب هذه المعدلات؟
- هـ1-6 صف منطقية واتساق التدقيقات التي تتم على المعلومات والمؤشرات قبل التصريح باستخدامها (انظر الإطار 3-9).

ينبغي عدم افتراض أنه طالما كان للبلد نظام للإحصاءات الحيوية، فإن البيانات التي تستخرجها الدولة هي معلومات دقيقة. فهناك العديد من المصادر التي يمكن أن تتسبب في وقوع أخطاء في الإحصاءات الحيوية، ومنها قلة التسجيل، وعدم التبليغ الصائب عن العمر عند الوفاة، وشهادات الوفاة المغلوطة، والترميز غير الصائب للسبب الرئيسي للوفاة. ولهذا يتعين على البلدان إجراء مجموعة من التدقيقات المتسقة لتحديد المصادر المحتملة لما يرد من أخطاء في المعطيات. وهذه المعلومات الخاصة بتدني معدلات التبليغ عن الوفيات) سوف توجه الجهود نحو حل المشكلات.

- هـ1-7 هل تستخدم معلومات السجلات المدنية والإحصاءات الحيوية لتقصي الاختلافات في معدلات الخصوبة والوفيات داخل البلد؟ فإذا كان الأمر كذلك، فصف كيف يتم ذلك؟
- هـ1-8 هل تتم مقارنة معدلات الخصوبة المنبثقة عن تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية مع المعدلات المنبثقة عن سائر المصادر؟
- هـ1-9 هل تتم مقارنة معدلات الوفيات المنبثقة عن السجلات المدنية والإحصاءات الحيوية مع المعدلات المنبثقة عن سائر المصادر؟

## المكون الفرعي هـ1 (أ): مستويات الخصوبة والوفيات (تابع)

في البلدان التي تفتقد إلى نظم الإحصاءات الحيوية الموثوقة، تصبح التقصيات حول معدلات الخصوبة والوفيات على درجة عالية من الأهمية. فإذا كانت نسبة اكتمال معلومات تسجيل الأحوال الحيوية أقل من 90٪، فإن الأمم المتحدة تنصح البلدان بإدخال الأسئلة التي تدور حول الخصوبة والوفيات في التعداد السكاني. مع ذلك، فإن تقديرات الخصوبة والوفيات المنبثقة عن بيانات التعداد هي تقديرات تقريبية وعرضة لأخطاء متباينة، ويجب تعديلها باستخدام تقنيات ديموغرافية معيارية (19). ومع ذلك، فإن هذه المعلومات يمكن أن تفيد في تقدير مدى اكتمال الأداء العام للتسجيل الحيوي.

هـ1-10 هل احتوى التعداد الأخير على سؤال حول المواليد أو الوفيات؛ على سبيل المثال:

- عدد الأطفال الذين وُلدوا أحياءً ولا زالوا على قيد الحياة؟
- تاريخ ميلاد آخر طفل وُلد حياً؟
- ما إذا كانت آخر ولادة قد سُجِّلت؟
- ما إذا كانت آخر وفاة قد سُجِّلت؟
- الوفيات التي حدثت بالمنزل خلال 12 إلى 24 شهراً السابقة؟

هـ1-11 إذا كان الأمر كذلك، فهل تم تحليل هذه البيانات ومقارنتها مع بيانات الإحصاءات الحيوية؟

يمكن استخدام مصادر أخرى (مثل الكنائس، والمدافن، والشرطة، وسجلات القرى، وقواعد البيانات الإدارية المختلفة) لاستكمال معلومات التسجيل الحيوي والتحقق منها من خلال التوفيق بين المواليد والوفيات.

هـ1-12 هل تستخدم سائر المصادر في استكمال بيانات المواليد والوفيات والتحقق منها؟

هـ1-13 وإذا كان الأمر كذلك، فصف هذا.

## الإطار 3-9 معايير التدقيق في الأساس المنطقي والاتساق

من المفيد إجراء تدقيقات معيارية للأساس المنطقي أو اتساق الإحصاءات الحيوية من خلال جمع المعلومات أو تجميعها في فئات عمرية معيارية مدتها خمس سنوات. وبالنسبة للخصوبة، يجب تجميع المواليد وفقاً لعمر الأم، وتحديدًا < 15 عاماً، و 15-19 عاماً، و 20-24 عاماً، ...، 45-49 عاماً و 50 عاماً فأكثر.

بالنسبة لمعدل الوفيات، يجب تجميع الوفيات في الفئات العمرية التالية: < عام واحد (أي توفي قبل بلوغه عام واحد من العمر)، عام واحد-4 أعوام، 5-9 أعوام، و 10-14 عاماً، و ...، و 80-84 عاماً و 85 عاماً فأكثر. وكلما أمكن، يجب جدولة الوفيات حتى عمر المئة في فئات عمرية كل فئة تشمل خمس سنوات.

إن معدلات الخصوبة المحددة حسب العمر (كما سبقت الإشارة إليه بالنسبة لعمر الأمهات) ومعدلات الوفيات المحددة حسب العمر (كما سبقت الإشارة إليه بالنسبة للأعمار وقت الوفاة) يجب أن تحسب بصورة منفصلة لكل من الذكور والإناث. من الضروري إجراء تقديرات نصف سنوية للسكان بحسب العمر والجنس من أجل حساب المعدلات.

واعتماداً على هذه الأعداد المجمعة للمواليد والوفيات بحسب العمر، وعلى معدلات المواليد والوفيات بحسب العمر، يجب على البلدان أن تقوم بحساب القياسات الواردة أدناه من البيانات التي تتضمنها إحصاءاتها الحيوية، وإجراء مراجعات دقيقة لما تتوصل إليه من نتائج لوضع تقديرات أولية لجودة البيانات الخاصة بإحصاءاتها الحيوية.

حساب نسبة النوع وهي عدد المواليد الذكور (Bm) إلى عدد المواليد الإناث (Bf) يجب أن تبلغ هذه النسبة حوالي 1.05. وهناك انحرافات ملموسة توضح تدني معدلات التبليغ عن المواليد الذكور والإناث على حد سواء، مع كون الأخير هو الأكثر احتمالاً. يجب أن يشير النمط الخاص بمعدلات الخصوبة بحسب العمر إلى أقصى مستوى للخصوبة تبلغه النساء في الفئتين العمريتين 25-29 أو 30-34، ثم معدلات تدني الخصوبة بعد ذلك.

حساب معدلات الوفيات الخام (الوفيات المبلغ عنها  $\times 1000$  / إجمالي عدد السكان). ويجب أن تتراوح هذه المعدلات بين 5-10 لكل ألف نسمة. كما يجب النظر بتوجس لمعدلات الوفيات الخام التي تقل عن 5 وفيات لكل ألف (ملاحظة: ينبغي عدم تغير معدل الوفيات الخام بأكثر من 3-5٪ كل عام. ويجب تقصي التغيرات السنوية التي قد تحدث أعلى من تلك المعدلات).

تعيين لوغاريتم معدل الوفيات بحسب العمر، لكل عمر من الأعمار. يجب أن يوضح الرسم البياني معدلاً عالياً عند عمر سنة واحدة من العمر، وبين الأعمار 1-4، وهبوط للمعدلات بين 5-14 عاماً، ثم ارتفاع طفيف عند الأعمار بين 15-34 (بسبب الحوادث التي تقع بين الذكور، ووفيات الأمومة والحوادث التي تقع بين الإناث)، ثم زيادة ثابتة بعد ذلك (ترى كخط مستقيم) بدءاً من عمر 35 عاماً تقريباً فأكثر. وانطلاقاً من هذا الاتجاه الخطي للعمر، يرجح أن يقل التبليغ بالعمر عند الوفاة أو أن يكون هناك قصور في أسلوب التبليغ.

من المهم تعيير التباينات في التوزعات العمرية من أجل إجراء مقارنات لمعدلات الخصوبة والوفيات داخل البلدان وفي ما بينها (24)<sup>8</sup> يجب اغتنام جميع الفرص لإجراء المزيد من التدقيق حول الأسس المنطقية لمعلومات الإحصاءات الحيوية، من خلال مقارنة معدلات الخصوبة والوفيات من المعلومات الواردة في السجل المدني مع تلك المنبثقة من غيره من المصادر. كما يتعين تقصي الاختلافات الكبيرة في المعدلات أو في النسب. ويجب استخدام سائر المصادر (مصادر مثل المسوحات الصحية الديموغرافية DHS، أو المسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات (MICS) التي تجريها منظمة اليونسيف، أو غيرها من المسوحات الصحية أو الديموغرافية) كأساس لعقد المقارنات. (انظر الإطار 3-8).

<sup>8</sup>See [www.who.int/healthinfo/paper31.pdf](http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf)

## المكون الفرعي هـ1 (ب): سبب الوفاة

هناك مؤشر يكثر استخدامه لقياس مدى جودة المعلومات الخاصة بسبب الوفاة، وهو نسبة جميع الوفيات التي تصنف تحت فئة الأسباب السيئة التحديد (الفصل 18 من التصنيف الدولي العاشر للأمراض). ولا قيمة لهذه الأسباب السيئة التحديد في مجال الصحة العمومية. علاوة على ذلك، فعند شيوع تصنيف أسباب الوفاة تحت هذه الفئة، لن يعول على المعلومات الخاصة بتوزيع أسباب الوفاة، نظراً لغياب الأسباب الحقيقية ومن ثم فسوف يستهان بها. وبصفة عامة، فإن النسبة المئوية للوفيات التي تصنف تحت فئة الأسباب السيئة التحديد يجب أن تكون أقل من 10٪ عند عمر 65 عاماً فأكثر، وأقل من 5٪ في الأعمار أدنى من 65 عاماً.

في حال حدوث انخفاض ملموس للنسبة المئوية للوفيات التي تصنف تحت فئة الأسباب السيئة التحديد، فيجب توخي الحذر عند تفسير الاتجاهات المتعلقة بالأسباب المحددة (مثل السرطانات أو الأمراض القلبية)، حيث أن التغيرات في معدلات الوفيات الناجمة عن هذه الأسباب قد تعود بصورة كبيرة إلى تأثير إعادة توزيعها من فئة الأسباب السيئة التحديد إلى تلك الفئات الأكثر تحديداً.

يجب أن لا يخضع الطبيب المكلف بتحرير شهادة الوفاة إلى الحاجة لخفض نسبة تصنيف الوفيات تحت فئة الأسباب السيئة التحديد، ومن ثم يقوم بكتابة سبب معين لكل الحالات، فهناك بدون شك وفيات لا مفر من عدم تحديدها بدقة. ومثل هذه الأسباب «غير المعروفة» (الرموز R99)، يجب أن يتم قياسها وتبويبها وجدولتها بصورة منفصلة، كما يجب أن لا تتجاوز نسبتها 2-3٪ من إجمالي الوفيات.

هـ1-14 ما هي نسبة جميع الوفيات المعزاة إلى فئات الأسباب سيئة التحديد؟ (انظر الملحق 1 من المجلد الثاني من التصنيف الدولي العاشر للأمراض، والقسم 4-1-10 منه، القاعدة أ حول الشيوخة والحالات سيئة التحديد).

هـ1-15 هل تغيرت نسبة الوفيات المعزاة إلى فئات الأسباب سيئة التحديد مع مرور الوقت؟

هـ1-16 ما هي نسبة الوفيات المعزاة إلى الأسباب غير المعروفة بين إجمالي الوفيات؟

إذا ما تم إبعاد الحالات الاستثنائية (مثل حالات الإصابة بمرض الأيدز وفيرس أو سائر الأوبئة التي تتسبب في معدلات مرتفعة للوفيات)، فإن الأنماط الوطنية لسبب الوفاة لا تتغير بصورة ملموسة في فترة زمنية قصيرة. إن التوزيع البسيط للوفيات بالنسب المئوية وبحسب السبب سوف يكشف تفاوتات غير متوقعة في أنماط أسباب الوفاة، يتعين إخضاعها لمزيد من التقصي. كما أن فواصل التسلسل الخاصة بالتغيرات التي اشتملت عليها نسخة التصنيف الدولي للأمراض، قد تسبب هي أيضاً حدوث بعض التفاوتات مجرد ملاحظتها. ولا يوجد الكثير مما يمكن عمله لتصويب عدم الاستمرارية التي تتسبب فيها التغيرات التي تحدث في التصنيف الدولي للأمراض، سوى إجراء دراسات مقارنة متعمقة، غير أنه يجب توخي الحرص والدقة عند تفسير مثل هذه التغيرات لأنه من غير المحتمل أن تكون جراء ارتفاع حقيقي (أو انخفاض) في معدلات الأمراض.

التدقيق في الأعداد السنوية للوفيات المعزاة إلى أسباب محددة يكفي للتعرف على التغيرات الجوهرية في استخدام الفئات المتعلقة بأسباب الوفاة من عام لآخر. مع العلم أن مثل هذه التغيرات لا تحدث إلا مع وجود سبب قوي لها (مثل وقوع كارثة طبيعية) ويجب تقصي أسبابها.

من المهم أيضاً إجراء هذا التدقيق المتسق على مستويات مختلفة عند جمع وتصنيف المعلومات وذلك بالنسبة للمجموعات الإدارية الرئيسية في الدولة، حيث يتيح هذا الإجراء للمستخدمين، معرفة ما إذا كانت جودة التبليغ على المستوى المحلي قد تعرضت لأي تغيير بين عام وآخر، وإذا ثبت التغيير فيجب تقصي أسبابه.

هـ1-17 هل يتم التدقيق في مدى اتساق النمط الوطني لأسباب الوفاة مع مرور الوقت، متضمناً أيضاً عقد مقارنات تصنيفية؟

هناك علاقة وثيقة يمكن التنبؤ بها بين أسباب الوفاة وبين توقع الحياة تثبت مصداقيتها على مدى سلسلة طويلة من الوقت ومن العديد من المواقع المختلفة. ومع ارتفاع توقع الحياة، تراجعت نسبة الأسباب المعزاة للأمراض السارية، وأمراض الأمومة وأمراض الفترة المحيطة بالولادة، ومن ناحية أخرى زادت نسبة الأمراض غير السارية (مثل أمراض القلب والسرطان). ويجب استخدام هذه العلاقات عند التدقيق في الأساس المنطقي لنمط أسباب الوفاة المنبثق عن نظام الإحصاءات الحيوية.

هـ1-18 هل يبدو توزيع أسباب الوفاة، بصورة عامة، منطقياً، فمثلاً، هل يتناسب مع الأنماط المتوقعة للمرض والإصابات مع المستويات الوطنية القائمة لتوقع الحياة (انظر الإطار 3-10)؟

تشير الأسباب الواسعة النطاق للوفاة، مثل تلك المتعلقة بالأمراض السارية وغير السارية، والإصابات، إلى نمط يمكن التنبؤ به لكل مرحلة من المراحل العمرية. والانحرافات الملموسة التي تبتعد عن هذا النمط تدل على وجود مشكلات خاصة بجودة الإحصاءات الحيوية، ويمكن استخدامها للتحقق من الأساس المنطقي لها.

هـ1-19 هل هناك اتساق بين النمط العمري لأسباب الوفاة والمستقى من السجل المدني الخاص بالفئات الأساسية من الأمراض والإصابات، وبين الأنماط المتوقعة؟ (انظر الإطار 3-11).

## المكون الفرعي هـ1 (ب): سبب الوفاة (تابع)

من الشائع للوفيات أن تعزى أسبابها في شهادات الوفاة إلى أسباب مبهمه من داخل الإطار الواسع للفئات الخاصة بها. فمثلاً، قد يشار في شهادة الوفاة إلى أن السبب هو الفشل القلبي، أو تصلب الشرايين، أو بعض التشخيصات المبهمه الأخرى. وقد تعزى الوفيات جراء السرطان إلى موضع أولي غير محدد للسرطان أو بدون حتى تحديده. لذا كانت أهمية تفهم أبعاد ممارسة تحرير وإصدار شهادات الوفاة. وعادةً ما يستخدم الأطباء والمزمون الفئات الثلاث الواردة أدناه في هـ1-20، غير أن قيمتها بالنسبة للصحة العمومية هي قيمة محدودة. وفي مثل هذه الظروف، يصبح من الأهمية بمكان الرجوع إلى السجلات الخاصة بالمريض ومراجعتها، أو الاستفسار من الطبيب المعالج للحصول على معلومات إضافية يمكن استخدامها لتحرير شهادة الوفاة وترميز المرض بصورة صحيحة.

هـ1-20 يمكن استخدام القياسات الثلاثة الواردة أدناه لإجراء المزيد من المراجعات حول جودة المعطيات الخاصة بأسباب الوفاة. وفي النظم التي تؤدي وظائفها بصورة جيدة من حيث شهادات الوفاة الصحيحة، يجب أن لا تزيد النسبة المئوية عن 10-15٪ تقريباً بالنسبة لجميع الوفيات المعزاة إلى الأمراض القلبية الوعائية، والسرطان، والإصابات والمرمزة تحت هذه الرموز.

- ما نسبة الوفيات المعزاة إلى فئة الفشل القلبي وسائر فئات الأمراض القلبية السيئة التحديد (روامز التصنيف الدولي العاشر للأمراض 1472، 1490، 146، 150، 1514، 1515، 1516، 1519، 1709)؟
- ما هي نسبة السرطانات المترافقة بتشخيص سىء التحديد للموضع الأولي لها (روامز التصنيف الدولي العاشر للأمراض C97، C80، C76)؟
- ما هي نسبة الوفيات الناجمة عن الإصابات غير محددة النوايا (روامز التصنيف الدولي العاشر للأمراض Y10-Y34)؟

## الإطار 3-10 النسبة المئوية للوفيات المتوقعة من المجموعات الثلاث العريضة الخاصة بأسباب الوفاة (الأولى إلى الثالثة) كدلالة على الارتفاع في توقع الحياة

المجموعات الثلاث العريضة الخاصة بأسباب الوفاة					توقع الحياة (بالسنوات)
المجموعة الأولى %	المجموعة الثانية %	المجموعة الثالثة %	الإجمالي %		
22	65	13	100	55	
16	70	14	100	60	
13	74	13	100	65	
11	78	11	100	70	

المجموعة الأولى: الأمراض السارية، والأحوال المحيطة بالأمومة، والفترة المحيطة بالولادة، والحالة الغذائية (روامز التصنيف الدولي العاشر للأمراض

A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, O00-O99, P00-P96, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-64)

المجموعة الثانية: الأمراض غير السارية (روامز التصنيف الدولي العاشر للأمراض C00-C97, D00-D48, D55-D64 (minus D 64.9) D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J3-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)

المجموعة الثالثة: الإصابات المقصودة وغير المقصودة (بها في ذلك القتل والانتحار) (روامز التصنيف الدولي العاشر للأمراض V01-Y89).

يوضح الجدول أعلاه الأهمية المتعلقة بتغير الأسباب المختلفة والواسعة النطاق للوفاة، مع زيادة معدلات توقع الحياة. وقد أشير في الجدول إلى ثلاث مجموعات واسعة النطاق لأسباب الوفاة وهي:

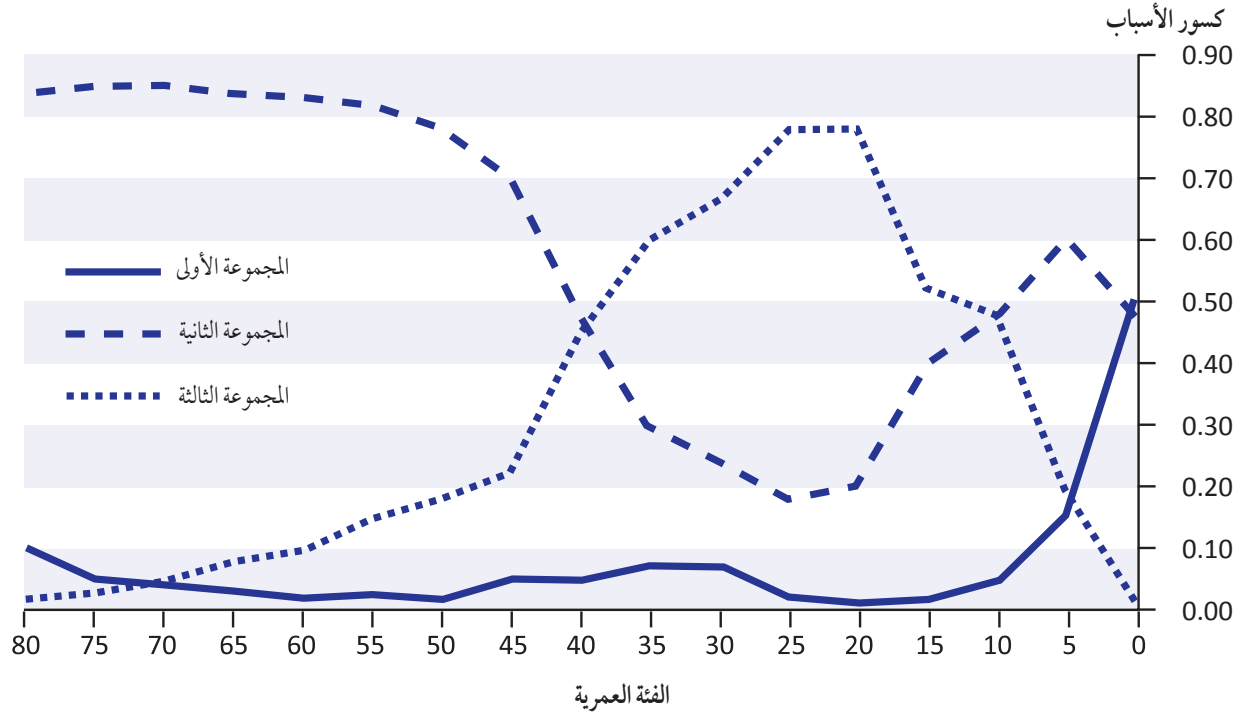
- المجموعة الأولى - الأمراض المعدية والأمراض الطفيلية، والأسباب المتعلقة بالأمومة، ومرحلة ما قبل الولادة، والحالة الغذائية
- المجموعة الثانية - السرطانات، وأمراض القلب، والسكتة، والأمراض الرئوية المزمنة، وأمراض الكبد وسائر الأمراض غير السارية، وحالات الصحة النفسية مثل الفصام.
- المجموعة الثالثة - الإصابات، مثل الحوادث، وحالات القتل والانتحار.

وعند كل مستوى من مستويات توقع الحياة، يوضح الجدول أنف الذكر التوزيع النمطي (كنسبة مئوية) من الوفيات المتوقع توأجدها عند هذا المستوى. على سبيل المثال، عندما يكون متوسط توقع الحياة في إحدى البلدان هو 55 عاماً، فسوف تكون نسب الوفيات، عادة، المعزاة لأمراض المجموعة الأولى هي 22٪، و65٪ للمجموعة الثانية (مثلاً الأمراض غير السارية، كالسرطان، وأمراض القلب والسكتة). أما إذا كانت معدلات الوفيات في الدولة متدنية مع ارتفاع في معدلات توقع الحياة (65 عاماً مثلاً)، فيتوقع أن تكون نسبة الوفيات أقل ضمن أسباب المجموعة الأولى (13٪) وأعلى ضمن أسباب المجموعة الثانية (74٪). بمعنى آخر، مع تحسن توقع الحياة في بلد ما، تتراجع الأهمية النسبية لأمراض المجموعة الأولى (النسبة المئوية للوفيات)، بسبب المكافحة الأفضل للأمراض المعدية؛ ومن ثم يتوقع أن تموت أعداد أكبر بسبب الأمراض غير السارية، أو حتى بسبب الإصابات.

وعند استخدام هذا الجدول، يجب تحديد موقف البلد من حيث أحدث التقديرات الخاصة بتوقع الحياة، ثم وضعها بين توزيع النسب المئوية في الجدول لتقدير نسبة الوفيات المتوقعة في كل مجموعة من المجموعات الثلاث. ويجب بعد ذلك مقارنة التوزيعات المتوقعة مع توزيعات الوفيات الملاحظة وفقاً لحساب الإحصاءات الحيوية، لتحديد مدى منطقية نمط أسباب الوفاة في إطار المجموعات الثلاث. كما يتعين إغفال جميع الأسباب السيئة التحديد عند عقد المقارنات.



### الإطار 3-11 نمط العمر النموذجي للمجموعات الكبيرة الخاصة بأسباب الوفاة (المجموعة الأولى، والثانية، والثالثة)



المصدر: (5) Lopez et al. (2007)

يوضح الرسم البياني توزيع العمر النموذجي للوفيات الناجمة عن الأسباب التي تتضمنها المجموعات الثلاث الكبيرة المذكورة في الإطار 10-3:

- المجموعة الأولى: الأمراض السارية، والأحوال المحيطة بالأمومة، ومرحلة ما قبل الولادة، والحالة التغذوية
- المجموعة الثانية: الأمراض غير السارية
- المجموعة الثالثة - الإصابات المقصودة وغير المقصودة، بما في ذلك القتل والانتحار.

يبين الرسم البياني مثلاً افتراضياً لدولة ما يصل توقع الحياة فيها إلى 65 عاماً. وينبغي أن يكون التوزيع النموذجي للنسب المئوية للأسباب في كل مرحلة مشابه لسائر مستويات توقع الحياة في الأعمار ما بين 55 و 75 عاماً. ومن شأن مقارنة هذا النمط النموذجي مع التوزيع العمري والسببي المنبثق عن نظام الإحصاءات الحيوية أن يتيح مراجعة النمط العمري لأسباب الوفاة، على أساس منطقي.

عند القيام بمراجعة الأساس المنطقي للنمط العمري لأسباب الوفاة، تكون الخطوة الأولى هي حساب توزع الوفيات في الثلاث مجموعات الخاصة بأسباب الوفاة في إطار كل مجموعة عمرية: أقل من عام واحد، ومن عام واحد-4 أعوام، ومن 5-9 أعوام، ومن 10-14 عاماً، ... ومن 80-84 عاماً، ومن 85 عاماً فأكثر. أما الخطوة الثانية فتتمثل في رسم كسور الأسباب (مثلاً النسب المئوية للوفيات الناجمة عن كل واحدة من المجموعات المتعلقة بأسباب الوفاة) وذلك بالنسبة لكل فئة عمرية، من أجل الخروج برسم بياني مشابه للمثال الوارد أعلاه.

كما يجب حساب رسومات بيانية منفصلة لوفيات كل من الذكور والإناث، غير أن مع غياب المعدلات العالية لوفيات الأمومة، يجب أن تتشابه كسور الأسباب المحسوبة بحسب العمر لكلا الجنسين. وبصورة نموذجية، فإن حوالي نصف أو ثلثي إجمالي الوفيات التي تحدث دون الخمس سنوات من العمر، تكون جراء الأسباب المتضمنة في المجموعة الأولى، وعلى وجه الخصوص، الأسباب الناجمة عن الأمراض المعدية والالتهاب الرئوي، وسائر الأمراض السارية مثل الملاريا. كما تشيع أسباب الوفيات التي تحدث في هذا العمر في الفترة المحيطة بالولادة، والناجمة مثلاً عن رضخ الولادة، واختناق المولود، بينما لا تكون الإصابات (لأسباب الحوادث) شائعة. وتندرج بعد ذلك أهمية الإصابات كسبب للوفاة في الأطفال الأكبر عمراً وفي الشباب حتى تصل في ما بين 20-24 عاماً، والتي يكون فيها السبب النمطي وراء 70-80٪ من إجمالي الوفيات جراء الحوادث، أو القتل أو الانتحار. وفي هذه الحالة فإن الأجزاء المعززة لسبب محدد، والناجمة عن الإصابات في تلك المجموعات العمرية، تكون أقل بصورة طفيفة في الإناث عنها في الذكور. أما بعد سن الأربعين، فإن نسبة الوفيات الناجمة عن الأسباب الواردة في المجموعة الثانية (الأمراض غير السارية) تشهد ارتفاعاً حاداً، حتى تكون هي السبب في 80٪ من إجمالي الوفيات التي تحدث في المجموعة العمرية التي تدور حول 60 عاماً. وقد يحدث انخفاض طفيف في الجزء المعززة بأمراض المجموعة الثانية عند 80 عاماً من العمر بسبب ما للالتهاب الرئوي من أهمية (أحد أمراض المجموعة الأولى) كسبب من أسباب الوفاة بين المسنين.

يوضح الرسم البياني مثلاً افتراضياً لنمط نموذجي لأسباب الوفاة في المراحل العمرية المختلفة. ومما لاشك فيه أن التوزيع الدقيق للأسباب سوف يختلف بين بلد وآخر، غير أن أية انحرافات ملموسة تتعد عن هذا النمط العمري يجب إخضاعها لتقنيات دقيقة، حيث أنها قد تشير إلى مشكلات في تحرير أسباب الوفاة في الشهادات أو أخطاء في ترميز هذه الأسباب، أو تبليغ خاطئ لعمر المتوفى، أو جميعهم.

على الرغم من وجوب تشابه النمط العمري لأسباب الوفاة في أي بلد مع هذا المثال الافتراضي المبين في الرسم البياني، إلا أنه يجتمل وقوع بعض الحالات الاستثنائية. على سبيل المثال، فقد تكون هناك بعض الانحرافات الشرعية والمفهومة لهذه الأنماط العمرية النموذجية تستمر لعام أو أكثر، وتكون ناجمة عن الوفيات جراء النزلة الجائحة، أو أوبئة معممة بفيروس العوز المناعي البشري، أو الحروب، أو الكوارث الطبيعية مثل الزلازل أو أمواج تسونامي. والمهم هو تفهم أسباب أية انحرافات تتعد عن النمط العمري النموذجي لتوزيع أسباب الوفيات. لاحظ أن الأرقام لا تتضمن الوفيات الناجمة عن أسباب مبهمة التحديد.

## المكون الفرعي هـ 2: جدول المعلومات

توصي الأمم المتحدة أن يتم جمع الإحصاءات الحيوية وفقاً لتاريخ وقوعها. غير أن في العديد من البلدان تجمع إحصاءات المواليد والوفيات وفقاً لتاريخ التسجيل لأنها عملية أبسط كثيراً من إعادة تخصيص الأحداث للعام الذي وقعت فيه. إن جدول الإحصاءات الحيوية وفقاً لتاريخ التسجيل يمكن أن يكون مضللاً، وبصورة خاصة عندما تكون هناك أعداد كبيرة من المواليد والوفيات التي تأخر تسجيلها بسبب حملات التسجيل الدورية.

هـ 2-1 هل تجمع المواليد والوفيات وفقاً لتاريخ وقوعها أم تاريخ التسجيل؟

عادةً ما يكون مكان وقوع الحدث هو المكان الجغرافي (المكان/ المدينة) الذي حدثت فيه الولادة أو الوفاة. ومن المهم، لأغراض خاصة بتخطيط السياسات والخدمات، معرفة المكان المعتاد لإقامة الوالدين، أو مكان إقامة المتوفى في حالة تسجيل حالة وفاة.

هـ 2-2 هل تجمع المواليد والوفيات وفقاً لمكان حدوثها وكذلك مكان الإقامة المعتاد؟

يجب جدول جميع معطيات الوفيات بصورة منفصلة بحسب العمر، والجنس، والسبب الرئيسي للوفاة. وتباين احتمالية الوفاة بصورة ملموسة باختلاف المرحلة العمرية في كل من الرجال والنساء ولكنها أيضاً قد تتنوع داخل البلد الواحد بين مختلف أقاليمه. ولذا يجب على كل بلد تقرير طريقة التصنيف الجغرافي المناسب لإحصاء المواليد والوفيات وفقاً لسياساتها واحتياجات التخطيط الخاصة بها.

هـ 2-3 في أي مستوى من مستويات التصنيف تتم عملية جدول المواليد؟ قم بتقديم تقرير منفصل عن كل مما يلي:

■ الجنس؛

■ الجنس وعمر الأم؛

■ الجنس، وعمر الأم، والإقليم الفرعي.

هـ 2-4 في أي مستوى من مستويات التصنيف تتم عملية جدول الوفيات وسبب الوفاة؟ قم بتقديم تقرير منفصل عن الوفيات وسبب الوفاة فيما يخص كل مما يلي:

■ الجنس؛

■ الجنس والعمر؛

■ الجنس والإقليم الفرعي؛

■ الجنس، والعمر، والإقليم الفرعي.

تباين مخاطر الوفاة بصورة ملموسة بحسب العمر، ولذا يجب تجميع إحصاءات الوفيات بحسب العمر الذي حدثت فيه الوفاة. ويجب على البلدان استخدام معايير منظمة الصحة العالمية حول المجموعات العمرية، في هذه العملية.

هـ 2-5 هل تستخدم معايير منظمة الصحة العالمية في جدول المعلومات الخاصة بالوفيات وأسباب الوفاة؟

الجدولة دون الوطنية لها أهميتها في الكشف عن عدم المساواة الجغرافية في الوضع الصحي، مؤثرة بذلك على التخطيط الخاص بالخدمات الصحية.

هـ 2-6 ما هو أصغر مستوى دون الوطني يتم استخدامه لجدولة الإحصاءات الحيوية؟ وهل يتناسب هذا مع الاستخدامات المحتملة للمعلومات المصنفة؟

القوائم المعيارية للجدولة مفيدة في مقارنة اتجاهات الأمراض والوضع الصحي بين السكان المختلفين وعبر الفترات الزمنية. 9 وتطلب منظمة الصحة العالمية من البلدان التبليغ بالمعلومات وفقاً للحروف الأربعة المستخدمة في التصنيف الدولي للأمراض.

هـ 2-7 هل تستخدم أي من القوائم المعيارية لجدولة الوفيات والخاصة بالتصنيف الدولي للأمراض في الأغراض الخاصة بتقديم المعلومات؟

هـ 2-8 فإن لم يكن الأمر كذلك، فأى القوائم المختصرة هي التي تستخدم؟ وكيف تم إعدادها؟

<sup>9</sup> انظر التصنيف الدولي العاشر للأمراض على الرابط: [http://www.who.int/classifications/icd/ICD-10\\_2nd\\_ed\\_volume2.pdf](http://www.who.int/classifications/icd/ICD-10_2nd_ed_volume2.pdf)

## المكون الفرعي هـ 2: جدول المعلومات (تابع)

عادةً ما تحتاج سلطات الصحة العمومية لمعلومات حول الأمراض التي تتسبب في أكثر الوفيات السابقة لأوانها. ويجب أن تظهر الإحصاءات الخاصة بالأسباب الرئيسية للوفاة بصورة تفصل بين الإحصاءات الخاصة بكل من الرجال والنساء. إن مستوى التصنيف المستخدم في المعلومات الخاصة بسبب الوفاة يكون له تأثير على ترتيب الأمراض والإصابات المحددة. وعند عقد المقارنات بين البلدان يجب الاقتصار على استخدام قوائم التصنيف للمقارنة. يجب عدم تضمين الأسباب السيئة التحديد عند ترتيب أسباب الوفاة ولكن توضع بصورة منفصلة ولا تندرج في الفئة الخاصة بالأسباب المتبقية أو الفئة التي تضم سائر الأسباب.

بعض البلدان تقوم بإدراج وفيات مواطنيها المقيمين خارج البلاد والذين يتوفون خارجها، في جداولها. فإذا كانت هذه الممارسة متعارف عليها، فيجب إدراج هذه الوفيات مع جميع المواطنين في التقديرات الوطنية للسكان عند حساب المعدلات.

هـ 2-9 هل تم جمع المعلومات في إطار العشرة أسباب الرئيسية (بشكل منفصل لكل من الرجال، والنساء، والأطفال)؟

هـ 2-10 من أي قائمة اختيرت العشرة أسباب الرئيسية؟

هـ 2-11 هل أدرجت الأسباب السيئة التحديد في الترتيب بوصفها فئة من الفئات؟

هـ 2-12 ما هي نسبة الوفيات المعزاة إلى العشرة أسباب الرئيسية للوفاة؟

## المكون الفرعي هـ 3: الحصول على المعلومات ونشرها

مواد مكملة تعد مسبقاً:

■ تجميع قائمة بالمطبوعات والمنتجات الإعلامية المتاحة التي تستخدم الإحصاءات الحيوية.

يجب أن يشترك المستخدمون الأساسيون للمعلومات في تحديد الجداول ذات الأعمدة والصفوف والأكثر ملاءمة، والانحرافات الإقليمية في معلومات الإحصاءات الحيوية، والتي تتناسب مع احتياجاتهم. ومن المهم التعرف على رأي مستخدمي البيانات حول مدى ملاءمتها بالنسبة للإحصاءات الحيوية وفائدتها، وجودتها، حيث لا أهمية تذكر لإنتاج معلومات لا يُستفاد منها، أو تُعتبر غير ضرورية.

هـ 3-1 من هم المستخدمون الأساسيون للإحصاءات الحيوية:

■ من داخل الحكومة؟

■ من خارج الحكومة؟

هـ 3-2 هل هناك استراتيجية مشاركة لإجراء مناقشات بصورة منتظمة حول الاحتياجات الخاصة بالمعلومات مع مستخدميها الرئيسيين؟ وإذا كان الأمر كذلك، رجاء وصف هذه الاستراتيجية.

هـ 3-3 هل في الإمكان سرد مثال حول الآلية التي استخدمت بها الإحصاءات الحيوية في توجيه السياسات والممارسات؟

يمثل توقيت إصدار البيانات أحد معايير الجودة التي يضعها المستخدمون في أعلى مراتب الأهمية. وهو أمر له أهميته على وجه الخصوص بالنسبة للمعلومات المحلية المستوى والتي تخص منطقة صغيرة. كما أن تواريخ نشر وإصدار البيانات لها أهمية لمن يصدرها ومن يستخدمها على حد سواء، حيث أن المحافظة على إصدار البيانات يتيح لمستخدميها تخطيط أعمالهم وفقاً لتوافر الإحصاءات الحيوية. يمكن تسهيل سبل تفهم الإحصاءات الحيوية من خلال إصدار تقارير تحليلية موجزة حول المعلومات. على سبيل المثال، التقارير التي تحتوي على وصف موجز للتغيرات الموسمية في مستويات الوفيات، أو الاختلافات بحسب الجنس، أو توجهات الأسباب الرئيسية للوفيات، ومثل هذه التقارير مفيدة للغاية. ويتمثل الغرض الأساسي من هذه التقارير في كونها تلخص الرسائل الأساسية المنبثقة عن الإحصاءات الحيوية وتقديمها لتستخدم في السياسات.

هـ 3-4 ماهي الفترة الزمنية بين نهاية فترة التبليغ (مثلاً، نهاية العام الذي حدثت فيه الوفاة) وإصدار ما يلي:

■ الإحصاءات الخاصة بالمواليد والوفيات؟

■ الإحصاءات الخاصة بأسباب الوفاة؟

هـ 3-5 هل يتم إصدار تقارير تحليلية حول الوفيات وأسباب الوفاة المأخوذة من السجل الحيوي؟ وإذا كان الأمر كذلك، فقم بسرد أمثلة على ذلك.

هـ 3-6 هل هناك جدول لإصدار المعلومات؟

### المكون الفرعي هـ3: الحصول على المعلومات ونشرها (تابع)

حتى تكون هناك فائدة مؤثرة من هذه المعلومات، يجب أن تتوافر سبل الوصول إليها لأكبر عدد ممكن ممن لهم أهلية استخدامها، ويفضل أن تتاح هذه المعلومات مطبوعة وفي شكلها الإلكتروني. ويجب بذل كل الجهد لضمان توافر هذه المعلومات للمستخدمين بأدنى تكلفة. فكلما زاد استخدام المعلومات، كلما ازدادت الآراء المتلقاة حول مدى جودتها.

هـ-3 7 هل تتوافر الإحصاءات الحيوية للمستخدمين في شكل:

- مطبوع؟
- ملفات إلكترونية؟
- مواقع إلكترونية؟
- ملفات pdf؟
- جداول تفاعلية؟

هـ-3 8 هل تتوافر الإحصاءات الحيوية مجاناً أم بتكلفة مالية؟ رجاء التفسير.

يجب أن يتولى مصدر حكومي مُعتمد مسؤولية نشر الإحصاءات الحيوية الرسمية بصورة رسمية سنوياً. أما الاستخدام الصحيح والتفهم الجيد للمعلومات فيعتمد على أسلوب تقديم المعلومات حول هذه المعطيات (البيانات الوصفية) إلى جانب المعطيات نفسها. وهذه البيانات الوصفية تضمن تفسير المستخدم النهائي لهذه المعلومات بشكل صحيح.

هـ-3 9 من هي الوكالة التي تقوم بنشر الإحصاءات الحيوية الرسمية؟

هـ-3 10 كيف يتم نشر البيانات أو إصدارها بصورة منتظمة؟

هـ-3 11 هل جميع المصطلحات والمفاهيم المستخدمة في مطبوعات الإحصاءات الحيوية مشروحة بصورة واضحة؟

من الأهمية بمكان أن يكون القائمون على نشر البيانات هم أيضاً مستخدميها. فهؤلاء من شأنهم، علاوة على بناء القدرات الأساسية على التحليل ( وإجراء تدقيقات جيدة)، المساعدة في تكوين الحالة المقدمة لتحسين نوعية الإحصاءات الحيوية، ومن ثم يزداد تقدير جامعي البيانات للقيمة المحتملة لها.

هـ-3 12 ماهي التحاليل التي تجرى بصورة روتينية للمعطيات (مثل أنماط الخصوبة، والفوارق في معدلات الوفيات، ورسم الخرائط للأمراض، وغير ذلك..)؟

هـ-3 13 هل يتم، بصورة منتظمة، نشر الجداول الإحصائية إلى جانب التحاليل المتعلقة بالبيانات؟

هـ-3 14 ما هي الآلية التي تستخدم بها هذه البيانات على مختلف المستويات؟

هـ-3 15 هل هناك محاولات لبناء القدرة التحليلية للعاملين القائمين بجمع وتجميع الإحصاءات الحيوية حتى يتولوا إجراء التحليلات الأساسية للبيانات، ولمساعدهم في تفهم الغرض من وراء ما يقومون بجمعه، وتقدير قيمته بصورة أفضل؟ فإذا لم يكن الأمر كذلك، فكيف يمكن تحقيق ذلك؟



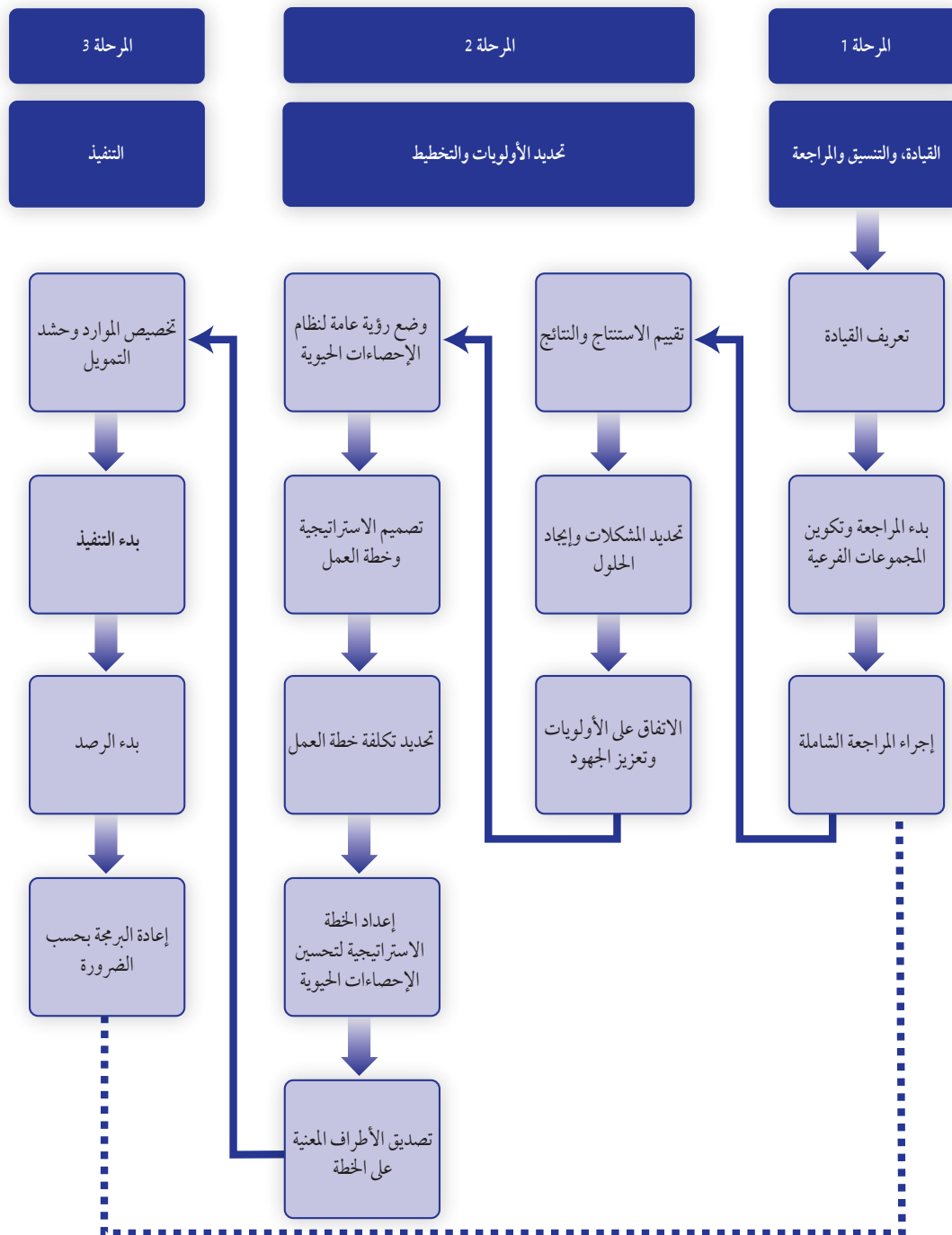
يوضح الشكل أ1 هذه العملية ويحدد العناصر الرئيسية المتعلقة بخريطة الطريق لمراجعة نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية القطرية، ومن ثم تقسيم هذه المراجعة في إطار المراحل المعيارية الثلاث الشائع استخدامها في عمليات التخطيط، وهو ما تم شرحه باستفاضة في الفصل الثاني.

يصف الشكل أ1 الخطوات اللازمة لإعداد خطة استراتيجية لتعزيز نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية. ومن الضروري ضمان أن تكون الخطة الاستراتيجية كما يلي:

■ جزء من الجهود العامة التي تبذلها البلدان من أجل تحسين نظام المعلومات الصحية الخاص بها؛

■ متوافقة مع الجهود الراهنة الرامية إلى تعزيز النظام الوطني المعني بالمعلومات الإحصائية.

### الشكل أ1 إعداد خطة لتعزيز نظام الإحصاءات الحيوية



تحسين جودة واستخدامات المعلومات الخاصة بالميلاد والوفاة وسبب الوفاة 65

هذا النموذج هو مثال على جدول الأعمال الذي استخدم نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية. في الاجتماع الأول للأطراف المعنية الذي أطلق بدء مراجعة

الوقت	جدول الأعمال
9:00-8:30 ص	التسجيل
9:30-9:00 ص	كلمة الترحيب/ والملاحظات الافتتاحية خطة عمل اليوم وجدول الأعمال
10:00-9:30 ص	الكلمة الرئيسية: فوائد الإحصاءات الحيوية الجيدة للسلطات الحكومية المحلية والوطنية
10:30-10:00 ص	استراحة
11:30-10:30 ص	تاريخ وسياق تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية في الدولة نتائج التقييم السريع
11:30 ص-12:30 م	مقدمة لإطار عمل منظمة الصحة العالمية وأداة المراجعة
12:30-1:30 م	استراحة الغذاء
1:30-2:30 م	آلية إجراء المراجعة - الإجراءات والنتائج
2:30-3:30 م	تشكيل المجموعات الفرعية مناقشة عامة وتوضيحات حول أداة منظمة الصحة العالمية وإجراءات تطبيقها
3:30-4:00 م	استراحة
4:00-4:45 م	مناقشة بين المجموعات الفرعية لإلقاء المزيد من الضوء على عملية المراجعة والمواضيع المطروحة (يقوم أعضاء لجنة المراجعة بتيسير هذه المهمة)
4:45-5:00 م	إنهاء الاجتماع، والخطوات اللاحقة، والختام



وإتاحتها للجمهور العام، كما يجب التبليغ عن كل ما يحرز من تقدم على فترات منتظمة. ويتعين اشتغال تقارير الرصد على قيم كمية للمؤشرات، وكذلك بعض التحليل حول المعلومات النوعية. وسوف يساعد توثيق التقدم في استجلاب الدعم المتواصل لخطة التحسين، وفي الحصول على تمويل إضافي من المصادر الوطنية أو الخارجية.

إن عملية الرصد تصبح عملية سهلة وبسيطة إذا ما تم التخطيط لها من البداية، حيث يقتصر الأمر على انتقاء المجموعة الفرعية للمؤشرات المقترحة في الجدول ج 1. كما أن بعض المؤشرات قد تكون قائمة بالفعل أو تكون مستخدمة أصلاً في المراجعات السنوية التي يجريها القطاع الصحي.

تتطلب أي عملية خاصة بإجراءات التحسين أو أي خطة عمل أن تخضع للرصد لضمان تحقيق الأهداف المنشودة؛ ومن ثم يصبح من الأهمية بمكان تحديد قائمة قصيرة بمؤشرات رصد ما يحرز من تقدم (انظر الفصل الثاني والملحق أ). وفي ما يلي بعض المؤشرات المحتملة، غير أن على كل بلد تحديد المؤشرات الرئيسية الأجدد على رصد التقدم المحرز في مجالات معينة ذات أهمية بالنسبة لكل بلد. ويجب أن يستند تحديد المؤشرات على معايير واضحة مثل الارتباط، والقياس، والتفهم، والاستجابة للتغيير، وتوافر المعطيات.

يجب إنشاء قاعدة للبيانات خاصة بالمؤشرات الرئيسية - تتضمن القياسات الأساسية والبيانات الوصفية -

## الجدول ج 1 المؤشرات المقترحة

المجالات المشمولة	
المدخلات	<ul style="list-style-type: none"><li>ميزانيات نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية</li><li>مكون الموارد البشرية لهذه الميزانيات</li><li>عدد العاملين المطلعين بمهام التسجيل</li></ul>
الإجراءات	<ul style="list-style-type: none"><li>الوصول إلى السجلات المدنية (انظر الإطار 3-3 في النص الرئيسي)</li><li>إتاحة تسجيل الأحوال المدنية (عدد نقاط التسجيل)</li><li>عدد ونسبة المستشفيات التي بها مسجلين في الموقع</li><li>استكمال تسجيل المواليد، على المستوى الوطني وحسب كل إقليم</li><li>استكمال تسجيل الوفيات، على المستوى الوطني وحسب كل إقليم</li><li>الوفيات المصدقة عليها طبيياً كنسبة من إجمالي الوفيات سنوياً</li><li>عدد ونسبة نقاط تسجيل الأحوال المدنية التي تتأخر في الإبلاغ (أي، بعد التاريخ المنصوص عليه في الجدول)</li><li>نسبة جميع مكاتب التسجيل المتصلة بالحاسوب مع المستوى المركزي</li></ul>
النتائج	<ul style="list-style-type: none"><li>الفترة الزمنية الفاصلة بين جمع البيانات ونشرها (سنوات)</li><li>عدد الجداول المقدمة إلى الكتاب الديموغرافي السنوي للأمم المتحدة (تطلب الأمم المتحدة من البلدان تقديم 30 جدولاً حول الخصوبة والوفيات لهذا المنشور)</li><li>سوء تحديد أسباب الوفاة كنسبة من إجمالي الوفيات سنوياً</li><li>الوفيات الناجمة عن السرطان المصنفة تحت سوء تحديد الموقع كنسبة مئوية من مجموع وفيات السرطان سنوياً</li><li>الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية المصنفة تحت الأسباب السيئة التحديد كنسبة من الإجمالي السنوي للوفيات جراء تلك الأمراض</li><li>الوفيات الناجمة عن الإصابات المصنفة تحت الأسباب غير المحددة كنسبة مئوية من جميع الوفيات الناجمة عن الإصابات</li><li>الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية والطفيلية التي تعزو إلى الإلتان الدموي كنسبة مئوية من جميع الوفيات الناجمة عن تلك الأمراض</li></ul>



الجداول الخاصة بالدخل المعياري التي تتشابه بصورة كبيرة مع الدخل الخاص بها. ويجب تقصي حالات الاختلاف الجوهرى بصورة أكبر بمقارنة الأسباب الرئيسية في الفئات العمرية الأربع - من صفر 9- أعوام، و 10-19 عاماً، و 20-59 عاماً، و 60 عاماً فأكثر - مع المعايير المتاحة.

إن الجداول الأربعة التي توضح العشرة أسباب الرئيسية لبعض الفئات العمرية الأساسية، وللبلدان المرتفعة والمتوسطة والمنخفضة الدخل، انبثقت عن قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية المتعلقة بالوفيات المحددة السبب. من المقترح أن تقوم البلدان بإجراء مقارنات بين توزيع الأسباب الرئيسية لجميع الفئات العمرية فيها وبين





## الجدول د1 جميع الأعمار

## الدخل المنخفض

## في العالم

الترتيب	السبب	الوفيات لكل ألف نسمة (%)	الترتيب	السبب	الوفيات لكل ألف نسمة (%)
1	الداء القلبي الإقفاري	12.2	1	عداوى الجهاز التنفسي السفلي	11.2
2	المرض الوعائي الدماغى	9.7	2	الداء القلبي الإقفاري	9.4
3	عداوى الجهاز التنفسي السفلي	7.1	3	أمراض الإسهال	6.9
4	الداء الرئوي المُسَدُّ المزمن	5.1	4	المرض الوعائي الدماغى	5.6
5	أمراض الإسهال	3.7	5	الإيدز والعدوى بفيروسه	5.6
6	فيروس العوز المناعي البشري	3.5	6	الداء الرئوي المُسَدُّ المزمن	3.6
7	السل	2.5	7	السل	3.5
8	سرطان الرغامى، والقصبات، والرئة	2.3	8	العداوى الوليدية <sup>أ</sup>	3.4
9	حوادث الطرق المرورية	2.2	9	الابتسار ووزن الولادة المنخفض	3.2
10	الابتسار ووزن الولادة المنخفض	2.0	10	الملاريا	3.2

## الدخل المرتفع

## الدخل المتوسط

الترتيب	السبب	الوفيات لكل ألف نسمة (%)	الترتيب	السبب	الوفيات لكل ألف نسمة (%)
2	الداء القلبي الإقفاري	13.8	2	المرض الوعائي الدماغى	9.4
3	الداء الرئوي المُسَدُّ المزمن	7.3	3	سرطان الرغامى، والقصبات، والرئة	5.8
4	عداوى الجهاز التنفسي السفلي	3.9	4	عداوى الجهاز التنفسي السفلي	3.7
5	سرطان الرغامى، والقصبات، والرئة	2.8	5	الداء الرئوي المُسَدُّ المزمن	3.5
6	حوادث الطرق المرورية	2.8	6	ألزهايمر وسائر أنواع الخرف	3.4
7	مرض فرط ضغط الدم	2.5	7	سرطان القولون والمستقيم	3.3
8	الإيدز والعدوى بفيروسه سرطانات الرئة	2.3	8	السكري	2.8
9	السل	2.2	9	سرطان الثدي	2.0
10	سرطان المعدة	2.2	10	مرض فرط ضغط الدم	1.8

AIDS: الإيدز: متلازمة العوز المناعي المكتسب؛ HIV: فيروس العوز المناعي البشري  
<sup>أ</sup> وتشمل العداوى الوحيدة في الولدان وسائر الأسباب غير المعدية التي تظهر في الفترة المحيطة بالولادة.  
 المصدر: منظمة الصحة العالمية (2004) (27)

## الملحق د

### الجدول د2 الأعمار من صفر إلى 9 أعوام

#### الدخل المنخفض

#### في العالم

الوفيات (لكل ألف نسمة)		الترتيب	السبب	الوفيات (لكل ألف نسمة)		الترتيب	السبب
%				%			
16.9	1501	2	أمراض الإسهال	15.8	1789	2	أمراض الإسهال
10.0	889	3	العداوى الوليدية <sup>a</sup>	10.4	1179	3	الابتسار ووزن الولادة المنخفض
9.4	836	4	الابتسار ووزن الولادة المنخفض	10.1	1144	4	العداوى الوليدية <sup>a</sup>
8.6	766	5	الملاريا	7.6	856	5	اختناق الوليد ورضح الولادة
7.3	648	6	اختناق الوليد ورضح الولادة	7.2	817	6	الملاريا
4.4	388	7	الحصبة	3.7	418	7	الحصبة
2.7	240	8	الشاهوق (السعال الديكي)	3.4	382	8	الشذوذ الخلقي
2.6	230	9	الشذوذ الخلقي	2.5	279	9	الإيدز والعدوى بفيروسه
2.4	218	10	الإيدز والعدوى بفيروسه	2.2	254	10	الشاهوق (السعال الديكي)

#### الدخل المرتفع

#### الدخل المتوسط

الوفيات (لكل ألف نسمة)		الترتيب	السبب	الوفيات (لكل ألف نسمة)		الترتيب	السبب
%				%			
17.6	17	2	الابتسار ووزن الولادة المنخفض	12.5	288	2	عداوى الجهاز التنفسي السفلي
15.0	14	3	العداوى الوليدية <sup>a</sup>	12.4	285	3	أمراض الإسهال
7.7	7	4	اختناق الوليد ورضح الولادة	10.5	241	4	العداوى الوليدية <sup>a</sup>
4.1	4	5	حوادث الطرق المرورية	8.7	201	5	اختناق الوليد ورضح الولادة
3.6	3	6	عداوى الجهاز التنفسي السفلي	5.7	132	6	الشذوذ الخلقي
2.8	3	7	اضطرابات صمّائية	2.7	61	7	الإيدز والعدوى بفيروسه
2.7	3	8	أمراض الإسهال	2.2	52	8	الملاريا
1.8	2	9	الغرق	2.1	49	9	الغرق
1.5	1	10	العنف	1.9	44	10	التهاب السحايا

AIDS: الإيدز: متلازمة العوز المناعي المكتسب؛ HIV: فيروس العوز المناعي البشري  
<sup>a</sup> وتشمل العداوى الوحيدة في الولدان وسائر الأسباب غير المعدية التي تظهر في الفترة المحيطة بالولادة.  
 المصدر: منظمة الصحة العالمية (2004) (27)

## الجدول د3 الأعمار من 10 إلى 19 عاماً

الدخل المنخفض				في العالم			
الوفيات (لكل ألف نسمة)	الترتيب	السبب	%	الوفيات (لكل ألف نسمة)	الترتيب	السبب	%
49	2	حوادث الطرق المرورية	5.5	111	2	عداوى الجهاز التنفسي السفلي	7.8
41	3	السل	4.7	78	3	الغرق	5.5
40	4	الإصابات الذاتية	4.5	71	4	الإصابات الذاتية	5.0
36	5	الإيدز والعدوى بفيروسه	4.0	60	5	العنف	4.3
35	6	التهاب السحايا	3.9	57	6	السل	4.0
32	7	الغرق	3.6	41	7	الإيدز والعدوى بفيروسه	2.9
32	8	الملاريا	3.6	40	8	التهاب السحايا	2.8
28	9	الحرائق	3.2	35	9	الملاريا	2.4
22	10	العنف	2.5	33	10	الحرائق	2.4

الدخل المرتفع				الدخل المتوسط			
الوفيات (لكل ألف نسمة)	الترتيب	السبب	%	الوفيات (لكل ألف نسمة)	الترتيب	السبب	%
5	2	الإصابات الذاتية	11.2	45	2	الغرق	9.0
3	3	العنف	7.2	35	3	القتل	7.1
1	4	ابيضاض الدم	3.4	27	4	الإصابات الذاتية	5.5
1	5	الغرق	3.3	18	5	عداوى الجهاز التنفسي السفلي	3.6
1	6	الشدوذ الخلقي	3.1	17	6	ابيضاض الدم	3.5
1	7	التسمم	2.4	15	7	السل	3.1
1	8	اضطرابات صماوية	2.2	9	8	الشدوذ الخلقي	1.8
1	9	السقوط	1.2	8	9	السقوط	1.7
0	10	عداوى الجهاز التنفسي السفلي	1.1	8	10	الصرع	1.6

AIDS: الإيدز؛ متلازمة العوز المناعي المكتسب؛ HIV: فيروس العوز المناعي البشري  
المصدر: منظمة الصحة العالمية (2004) (27)

الملحق د

الجدول د4 الأعمار من 20 إلى 59 عاماً

الدخل المنخفض

في العالم

الوفيات (لكل ألف نسمة)		الترتيب		السبب		الوفيات (لكل ألف نسمة)		الترتيب		السبب	
%				%		%		%		%	
8.5	637	2	الداء القلبي الإقفاري	8.9	1405	2	الداء القلبي الإقفاري	8.2	615	3	السل
5.0	378	4	أوضاع متعلقة بالأمومة	5.4	857	4	المرض الوعائي الدماغية	4.2	318	5	حوادث الطرق المرورية
3.9	293	6	المرض الوعائي الدماغية	3.6	574	6	الإصابات الذاتية	3.7	281	7	حوادث الطرق المرورية
2.9	219	8	الداء الرئوي المسد المزمن	2.9	462	8	العنف	2.9	217	9	تشمع الكبد
2.5	186	10	العنف	2.3	369	10	الداء الرئوي المسد المزمن				

الدخل المرتفع

الدخل المتوسط

الوفيات (لكل ألف نسمة)		الترتيب		السبب		الوفيات (لكل ألف نسمة)		الترتيب		السبب	
%				%		%		%		%	
7.5	93	2	الإصابات الذاتية	7.3	512	2	المرض الوعائي الدماغية	6.9	85	3	سرطانات الرغامى، والقصبات، والرئة
5.6	70	4	حوادث الطرق المرورية	6.5	456	4	حوادث الطرق المرورية	4.3	53	5	تشمع الكبد
4.2	52	6	المرض الوعائي الدماغية	3.7	264	6	الإصابات الذاتية	4.0	49	7	سرطان الثدي
3.1	39	8	سرطان القولون والمستقيم	3.0	211	8	تشمع الكبد	2.3	28	9	سرطانات الرغامى، والقصبات، والرئة
2.2	27	10	التسمم	2.4	168	10	سرطان المعدة				

AIDS: الإيدز؛ متلازمة العوز المناعي المكتسب؛ HIV: فيروس العوز المناعي البشري  
المصدر: منظمة الصحة العالمية (2004) (27)

## الجدول 5 الأعمار من 60 عاماً فأكثر

الدخل المنخفض				في العالم			
الوفيات (لكل ألف نسمة)	الترتيب	السبب	%	الوفيات (لكل ألف نسمة)	الترتيب	السبب	%
1149	2	المرض الوعائي الدماغي	13.4	4822	2	المرض الوعائي الدماغي	16.0
830	3	عداوى الجهاز التنفسي السفلي	9.7	2651	3	الداء الرئوي المسد المزمن	8.8
712	4	الداء الرئوي المسد المزمن	8.3	1623	4	عداوى الجهاز التنفسي السفلي	5.4
264	5	السكري	3.1	990	5	سرطانات الرغامى، والقصبات، والرئة	3.3
194	6	السل	2.3	863	6	السكري	2.9
160	7	التهاب الكلية والكلاء	1.9	805	7	داء فرط ضغط الدم	2.7
156	8	داء فرط ضغط الدم	1.8	572	8	سرطان المعدة	1.9
138	9	أمراض الإسهال	1.6	491	9	سرطانات القولون والمستقيم	1.6
115	10	سرطانات الفم والبلعوم الفموي	1.3	478	10	التهاب الكلية والكلاء	1.6

الدخل المرتفع				الدخل المتوسط			
الوفيات (لكل ألف نسمة)	الترتيب	السبب	%	الوفيات (لكل ألف نسمة)	الترتيب	السبب	%
725	2	المرض الوعائي الدماغي	10.5	2762	2	الداء القلبي الإقفاري	18.7
399	3	سرطانات الرغامى، والقصبات، والرئة	5.8	1665	3	الداء الرئوي المسد المزمن	11.3
293	4	عداوى الجهاز التنفسي السفلي	4.2	516	4	داء فرط ضغط الدم	3.5
276	5	ألزهايمر وسائر أنواع الخرف	4.0	501	5	عداوى الجهاز التنفسي السفلي	3.4
275	6	الداء الرئوي المسد المزمن	4.0	486	6	سرطانات الرغامى، والقصبات، والرئة	3.3
232	7	سرطانات القولون والمستقيم	3.4	399	7	السكري	2.7
200	8	السكري	2.9	378	8	سرطان المعدة	2.6
132	9	داء فرط ضغط الدم	1.9	236	9	سرطان الكبد	1.6
123	10	سرطان المعدة	1.8	222	10	سرطان المريء	1.5

AIDS: الإيدز: متلازمة العوز المناعي المكتسب؛ HIV: فيروس العوز المناعي البشري  
المصدر: منظمة الصحة العالمية (2004) (27)



المعدل المُعَيَّر حسب العمر: معدل مصمم لخفض تأثيرات الاختلافات في التركيب العمري عند مقارنة المعدلات بالنسبة لمختلف المجموعات السكانية.

التصنيف الآلي للكيانات الطبية ACME: التصنيف الآلي للكيانات الطبية يضع قواعد ترميز الأسباب الرئيسية للوفاة في صورة إلكترونية. إن مدخلات التصنيف الآلي للكيانات الطبية تمثل الرموز المتعددة لأسباب الوفاة (من التصنيف الدولي للأمراض)، التي تُعطى لكل كيان (مثل حالات الوفاة جراء الأمراض أو الحوادث أو الإصابات)، وترد في شهادات الوفاة في خانة سبب الوفاة، مع الاحتفاظ بمكان الوفاة وترتيبه بحسب التبليغ الذي يرد من محرر الشهادة. ومن ثم فإن التصنيف الآلي للكيانات الطبية يطبق قواعد منظمة الصحة العالمية الخاصة برموز التصنيف الدولي للأمراض ويتتقي سبباً رئيسياً للوفاة. ولقد أصبح التصنيف الآلي للكيانات الطبية، في واقع الأمر، المعيار الدولي للاتقاء الآلي للسبب الرئيسي للوفاة.

المولود أو الولادة: انظر "المولود الحي" أو "الولادة الحية"

الرصد وإعادة الرصد: يمكن استخدام أساليب الرصد وإعادة الرصد لتقييم مدى اكتمال التسجيل. والفكرة الأساسية لهذه الأساليب تدور حول استخدام طريقتين أو مصدرين منفصلين لتحديد المواليد والوفيات، ودراسة نسبة الحالات التي حددتها الطريقة الثانية وهي في نفس الوقت الحالات التي تم تحديدها باستخدام الطريقة الأولى. ومن هذه المعلومات المنبثقة عن الطريقتين، يمكن (من خلال نماذج حسابية) تقدير إجمالي عدد الحالات.

يمكن استخدام طريقة "الرصد وإعادة الرصد" للمساعدة في رصد الاتجاهات مع مرور الوقت، مع افتراض أن هذه الاتجاهات تحدث في مجتمعات سكانية مغلقة.

أسباب الوفاة: "هي جميع الأمراض، والحالات المرضية أو الإصابات التي إما تسببت في الوفاة أو ساهمت في حدوثها، علاوة على الظروف المحيطة بالحادثة أو العنف مما أدى إلى أي من هذه الإصابات". (27)

التعداد: انظر "التعداد السكاني".

اعتماد سبب الوفاة: وهي العملية التي يقوم الطبيب من خلالها بتأكيد حالة الوفاة، وبيان الأسباب التي أدت إلى الوفاة، ثم يصدر شهادة تحدد السبب الرئيسي للوفاة وفقاً لقواعد وإجراءات التصنيف الدولي للأمراض.

وفيات الأطفال: وهي الوفيات التي تحدث بين الأطفال دون الخامسة من العمر (أي، في الفئة العمرية المحددة بين صفر - والرابعة من العمر)؛ وعادة ما تقاس باحتمال وفاة المولود قبل بلوغه العام الخامس من العمر.

المواطن: هو الشخص الذي يحمل الجنسية الشرعية للدولة التي يعيش فيها، ومن ثم له أن يتمتع بجميع الحقوق الدستورية للدولة مع التزامه أيضاً باللوائح والنظم المطبقة على المواطنين.

تسجيل الأحوال المدنية: هي "التسجيل المتواصل، والدائم، والإلزامي، والشامل للأحداث الحيوية وخصائصها (المواليد الأحياء، والوفيات، ووفيات الأجنة، وحالات الزواج والطلاق) وسائر الأحداث الخاصة بالحالة المدنية المتعلقة بالسكان كما تنص عليها المراسيم أو القوانين أو اللوائح تبعاً للمتطلبات القانونية لكل بلد. إن تسجيل الأحوال المدنية يؤسس ويوفر التوثيق القانوني لمثل هذه الأحداث. كما أن هذه السجلات تمثل أفضل المصادر للإحصاءات الحيوية" (1).

المسجل المدني: هو المسؤول المصطلح بمهمة تسجيل الأحداث الحيوية في منطقة محددة (على سبيل المثال، بلد، أو منطقة، أو محافظة، أو دائرة) والتبليغ عنها لأغراض قانونية أو إحصائية.

المجتمع المدني: المشاركة الطوعية للمواطنين في الهيئات المدنية والاجتماعية التي تشكل أساس المجتمع العامل، في مواجهة المؤسسات التابعة للدولة أو المؤسسات التجارية.

استكمال التسجيل: مدى تسجيل جميع حالات المواليد والوفيات في أحد المجموعات السكانية؛ وعادة ما يعبر عنها في شكل نسب مئوية لإجمالي الوفيات والمواليد في الجمهورية السكانية. ويشار إليه أحياناً بتغطية التسجيل، وأي انحراف يحدث في التغطية الكاملة يتم قياسه من خلال الخطأ في التغطية.

تأخير التسجيل: وهو تسجيل حدث حيوي بعد الفترة الزمنية التي حددتها القوانين القائمة، أو القواعد أو اللوائح (بها في ذلك أي فترة سماح محددة). وعادة يعتبر التسجيل متأخراً عندما يتم التسجيل بعد مرور عام واحد أو أكثر على وقوع الحدوث (ويجب عدم الخلط بينه وبين "التسجيل في وقت متأخر").

الترصد الديموغرافي: هو ممارسة التسجيل، على نحو متواصل، لجميع الأحداث الديموغرافية (بها في ذلك أسباب الوفاة والتي عادة ما يتم تقييمها من خلال التشريح اللفظي)، لمجموعة سكانية أو أكثر محددة جغرافياً. أما العيب الرئيسي للترصد



## المسرد

الديموغرافي فيتمثل في عدم إصداره لأية معطيات ممثلة وطنياً ولكنها تقتصر على الخروج بمعلومات حول المواقع التي اختيرت بصورة محددة لإجراء التردد بها.

وفاة الجنين: "الوفاة قبل خروج أو استخراج نتاج الحمل بالكامل من الأم بغض النظر عن فترة الحمل؛ وتتضح حالة الوفاة من خلال واقع الحالة بعد هذا الانفصال من عدم تنفس الجنين أو إظهاره لأي مظهر من مظاهر الحياة، مثل ضربات القلب، أو نبضات الحبل السري، أو الحركات المحددة للعضلات الطوعية" (27).

المسوحات المنزلية: المسوحات المنزلية هي، بصورة عامة، مصادر لا يعول عليها للمعلومات المتعلقة بوفيات البالغين والأسباب المحددة لها، حيث أن مثل هذه الوفيات نادرة نسبياً علاوة على محدودية حجم العينة. لهذا عادةً ما يقتصر إمكانية الحصول على تقديرات موثوقة، على المستوى الوطني ومستوى الأقاليم الفرعية الرئيسية. أما المسوحات المرتكزة على السكان، فتشتمل على أسئلة أكثر تفصيلاً حول الوفيات والخصوبة مقارنة بما يمكن توجيهه من أسئلة عند إجراء أي تعداد، ومن ثم يمكن استخدامها للخروج بتقديرات حول الخصوبة ومعدلات وفيات الأطفال والبالغين. أما المسوحات الديموغرافية والصحية DHS، ومشروع الدول العربية للنهوض بالطفولة PAPCHILD، والمسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS فكلها أمثلة على برامج المسح التي أسفرت عن تقديرات مفيدة لمعدلات الإحصاءات الحيوية، لاسيما في مجالي الخصوبة ووفيات الأطفال.

التصنيف الدولي العاشر للأمراض: وهو التصنيف الدولي للأمراض والمشكلات الصحية ذات العلاقة، المراجعة العاشرة (ويشار إليه أحياناً باختصار على أنه التصنيف الدولي العاشر للأمراض، أو ICD-10). وهذا التصنيف، ICD-10، هو تصنيف تحافظ عليه منظمة الصحة العالمية لترميز الأمراض، والعلامات، والأعراض، وسائر العوامل المسببة للمرض والوفيات. وهو يستخدم على نطاق عالمي لتصنيف الإحصاءات الخاصة بالمرضاة والوفيات، ومصمم بصورة تعزز عقد المقارنات الدولية في مجالات جمع الإحصاءات، ومعالجتها، وتصنيفها، وعرضها.

سبب الوفاة السبب التحديد: مجموعة من التشخيصات المهمة التي لا يتعين استخدامها كأسباب رئيسية للوفاة، وتتكون من: "الأعراض، والعلامات، والنتائج السريرية والمختبرية غير العادية، والتي لا يوجد لها تصنيف في أماكن أخرى" (الفصل 13 من التصنيف الدولي العاشر للأمراض). للمزيد من المعلومات، انظر القسم 4-1-10 في نسخة التصنيف الدولي العاشر للأمراض، المجلد الثاني.

معدل وفيات الأطفال: وهي الوفيات التي تحدث بين الأطفال قبل بلوغهم العام الأول من العمر، وعادةً ما تقاس كنسبة لوفيات الأطفال في كل ألف مولود حي (أو ولادة حية).

التسجيل في وقت متأخر: تسجيل حدث حيوي بعد انتهاء الوقت المخصص لتسجيله ولكن في حدود فترة السماح المحددة. ولما كانت فترة السماح عادةً ما تصل إلى سنة واحدة بعد وقوع الحدث الحيوي، فإن التسجيل في وقت متأخر يعني تسجيل الحدث الحيوي في غضون عام واحد من وقوع الحدث. (لا يجب الخلط بينه وبين تأخر التسجيل).

مأمول الحياة: متوسط عدد السنوات التي يتوقع المرء أن يعيشها إذا ما استمرت اتجاهات الوفيات الحالية كما هي خلال الفترة المتبقية من حياة هذا الشخص.

جدول مجريات الحياة: هو عرض مجدول لمأمول الحياة واحتمالية الوفاة عند كل عمر (أو فئة عمرية) بالنسبة لمجموعة سكانية ما، تم حسابها من معدلات الوفيات بحسب العمر والسائدة في هذا الوقت. ويقدم جدول مجريات الحياة صورة كاملة لمعدلات الوفيات في مجموعة سكانية ما.

مولود حي (أو ولادة حية): هو نتاج الخروج أو الاستخراج الكامل لنتاج الحمل من الأم بغض النظر عن فترة الحمل، والذي يقوم بعد هذا الانفصال بالتنفس أو إظهار أي مظهر من مظاهر الحياة، مثل ضربات القلب، أو نبضات الحبل السري، أو الحركات المحددة للعضلات الطوعية، بغض النظر عن ما إذا كان الحبل السري قد قطع أم لا، أو كانت المشيمة لا تزال متصلة به؛ وكل منتج ينجم عن هذه الولادة يسمى مولود حي.

وفيات الأمومة: هي وفاة أي سيدة أثناء حملها أو في غضون 42 يوماً من انتهاء الحمل (أياً كانت مدة الحمل أو مكان الحمل) بسبب يتعلق بالحمل أو بسبب مضاعفات نجمت عن الحمل أو التعاطي معه، ولكن ليس لأسباب عارضة أو عرضية.

المعطيات الوصفية: معلومات حول المعطيات يدخل في إطارها التعريفات، والسمات (مثل الاسم، والحجم، ونمط المعطيات)، والمصادر، وطرق التقييم وغيرها من الخصائص.

الأهداف الإنمائية للألفية (MDGs): هي الأهداف الإنمائية الأساسية الثمانية وما يتعلق بها من غايات ومؤشرات، قامت الدول الأعضاء بالأمم المتحدة بالتصديق عليها عام 2000.

## المسرد

- طريقة الوفاة: طريقة وفاة أي شخص؛ مثلاً "فشل تنفسي". وكتابة هذا السبب في شهادة الوفاة ليس كافياً حيث أنه لا يوضح على الأمراض أو الأوضاع هي التي تسببت في الوفاة.
- معدل الوفيات: نسبة عدد المتوفين خلال عام واحد إلى إجمالي عدد السكان في منتصف العام الذي وقعت فيه الوفيات. ويُطَلَق على هذه المعدلات أيضاً معدل الوفيات الخام. وقد يتم تقييس معدل الوفيات إذا ما قورن بمعدلات الوفيات على مر الزمن (أو بين البلدان)، للتعرف على الاختلافات التي تحدث في السكان؛ وفي هذه الحالة يُطَلَق عليه معدل الوفيات المقيس بحسب العمر.
- إشعار أو إبلاغ: الوثائق الورقية اللازمة للحصول على تصريح بدفن أي متوفى، والتي تساعد كبنية وثائقية على تسجيل الولادة أو الوفاة بالسجلات المدنية.
- معدل وفيات الفترة: المحيطة بالولادة: الوفيات التي تقع أثناء الفترة المحيطة بالولادة والتي تبدأ بعد انتهاء 22 أسبوعاً كاملاً (154 يوماً) من الحمل (في الوقت الذي عادةً ما يكون فيه وزن الجنين 500 غراماً)، وتنتهي هذه الفترة بعد مرور سبعة أيام على الولادة (28).
- التعداد السكاني: العملية الكاملة لجمع، وتجميع، وتقييم، وتحليل، ونشر أو بالأحرى بث المعطيات الديموغرافية، والاقتصادية والاجتماعية السائدة، في وقت معين، بين جميع أفراد بلد ما أو في جزء محدد بشكل جيد من البلد (35). ويمكن استخدام المعلومات المنبثقة من التعدادات السكانية في تقدير معدلات المواليد والوفيات. كما أنها قد توفر أفضل مصادر المعطيات حول السكان المعرضين للخطر (البسط والمقام) في مناطق جغرافية أو إدارية صغيرة، وتكون بمثابة أساس التسجيل الحيوي للعينات.
- سجل السكان: آلية التسجيل المستمر لمعلومات منتقاة تتعلق بكل فرد في جمهرة سكانية مقيمة في أحد البلدان أو منطقة ما، مما يجعل في الإمكان الحصول على معلومات حديثة حول حجم وخصائص السكان في أماكن محددة في الوقت المناسب. ونظراً للطبيعة الخاصة بسجل السكان، فإن تنظيمه وتشغيله يجب أن يركز على أساس قانوني. وتبدأ سجلات السكان بأساس يتكون من جرد لسكان منطقة ما وخصائصهم (مثل تاريخ الميلاد، والجنس، والحالة الاجتماعية، ومكان الميلاد، ومحل الإقامة، والمواطنة واللغة). ويعطى رقم وحيد للتعريف لكل كيان للمساعدة في تحديد سجل كل شخص على حدة، أو أسرة معيشية، أو عائلة مسجلة في السجل.
- وقد يشتمل سجل السكان على معلومات اجتماعية واقتصادية أخرى، مثل الوظيفة أو التعليم. ويجب تحديث هذا السجل بتغذيته بالمواليد، والوفيات، والزواج، والطلاق، التي تمثل جزءاً من نظام تسجيل الأحوال المدنية للدولة. كما يتم تحديثه بكل ما يتصل بأمر الهجرة. ومن ثم، فإن الإشعارات الخاصة بأحداث معينة التي قد تكون سجلت في الأساس في مختلف النظم الإدارية، يتم ربطها تلقائياً بسجل السكان على أساس الوضع الحالي. إن طريقة ومصادر التحديث يجب أن تغطي كل ما يحدث من تغيير حتى تظل خصائص الأفراد المسجلين في السجل هي نفس الخصائص الحالية لهم. (1)
- جودة البيانات: عادةً ما تقاس جودة البيانات، في أي نظام للإحصاءات الحيوية، وفقاً لدرجة الاكتمال، والدقة، والوقت، والإتاحة.
- المسجل العام: رئيس مكتب أو إدارة السجلات المدنية ذات الاختصاصات المحددة والتي عادة ما تنتشر في الأراض الوطنية كافة.
- التسجيل: الإجراء الرسمي للتبليغ بأي ولادة أو وفاة تحدث، والحصول على شهادة ميلاد أو وفاة مستخرجة من قبل سلطات السجلات المدنية.
- السجل الحيوي للنماذج (العينات): تسجيل جميع الأحداث الديموغرافية على أساس متواصل (مثل تسجيل الأحوال المدنية الكامل) ولكن يقتصر على نموذج أو عينة ممثلة وطنياً للمناطق الإدارية التي أجري فيها تعداد سكاني أساسي. ويتم فيه تقييم أسباب الوفاة من خلال الاطلاع على سجلات المستشفيات في حال توافرها. وفي جميع الحالات، يتم أولاً إشعار مكتب تسجيل النماذج بحالة الوفاة، تجرى بعدها زيارة للعائلة المنكوبة ثم يجري تشريح لفظي لتحديد سبب الوفاة. ويقوم هذا النظام بإصدار إحصاءات حيوية ممثلة وطنياً تتضمن الأسباب الرئيسية للوفيات. وإذا ما تم إدارة وتشغيل هذا السجل بصورة صحيحة مع التوسع في استخدامه، سيكون تسجيل العينات أفضل طريقة للتوسع التدريجي نحو نظام وطني لتسجيل الأحوال المدنية. أما إذا كانت المجموعة السكانية التي تخضع للرصد في غاية الصغر أو غير ممثلة، فسوف تخرج المعلومات منحاذاة أو ضئيلة جداً بحيث لا يمكن معها استخراج أية معدلات يعول عليها حول الأسباب المحددة للوفاة.
- نموذج تسجيل الأحوال المدنية مع الصفة التشريحية اللفظية SAVVY: قام مشروع تقييم القياسات التابع لجامعة شرق كارولينا في شابل هيل، بمشاركة مكتب التعداد السكاني للولايات المتحدة، بإعداد سلسلة من الكتيبات



## المسرد

التي تدور حول السجل الحيوي للنماذج المصحوبة بالتشريح اللفظي لاستخدامها عند إجراء ترصدات معدلات الوفيات.<sup>10</sup>

الأطراف المعنية: أشخاص أو مؤسسات لهم مصلحة مشتركة (مالية أو ما شابه) في حدث، أو عملية أو نتيجة ما.

إملاص (ولادة وليد ميت): انظر " وفاة الجنين "

المساعدة التقنية: المساعدات التنموية أو سبل التعاون المقدمة من قبل وكالات حكومية أو غير حكومية لدعم التنمية الاقتصادية، والاجتماعية، والسياسية للشعوب. وتشمل أيضا نقل المعرفة من الخبراء والعلماء إلى البلدان في إطار المشروعات التعاونية.

السبب الرئيسي للوفاة: إما أن يكون (أ) المرض أو الإصابة التي أشعلت فتيلة بداية الأحداث المرضية التي أدت مباشرة إلى الوفاة، أو (ب) الظروف التي أحاطت بالحادث أو العنف الذي أدى إلى الإصابة القاتلة. يستخدم السبب الرئيسي للوفاة كأساس لجدولة وتصنيف الإحصاءات المتعلقة بالوفيات.

محل الإقامة المعتاد: الموقع الجغرافي داخل بلد ما، أو المكان أو شعبة مدنية يقيم فيها، عادة، أي شخص بعينه (المتوفى أو الأم أو الأب). بالنسبة للأغراض الخاصة بالإحصاءات الحيوية، فإن محل الإقامة المعتاد للمولود أو الجنين المتوفى، عادة ما يكون هو محل إقامة الأم.

التشريح اللفظي: لقاء يتم تنظيمه مع مقدمي الرعاية أو أفراد العائلة في الأسرة المعيشية بعد حدوث الوفاة؛ ويستخدم لتحديد السبب أو الأسباب المحتملة للوفاة في جمهرة سكانية تحدث معظم وفياتها خارج إطار المرافق الصحية، وحيث ينذر توافر الإشهاد الطبي المباشر.

الحدث الحيوي: وقوع ولادة حية، أو حالة وفاة، أو وفاة جنين، أو حالة زواج، أو طلاق، أو التبني، أو الشرعية، أو اعتراف بالأبوة، أو إلغاء زواج أو انفصال قانوني<sup>(1)</sup>

التسجيل الحيوي: جميع الوسائل الخاصة بتسجيل الأفراد والتبليغ عن الأحداث الحيوية.

الإحصاءات الحيوية: الإحصاءات الخاصة بالأحداث الحيوية التي جمعت من جميع مصادر المعلومات المتعلقة بهذه الأحداث (وتشمل السجلات المدنية، والتعدادات السكانية، والترصدات).

نظام الإحصاءات الحيوية: "العملية الكاملة لـ (أ) قيام السجلات المدنية بجمع المعلومات أو تعداد مدى تكرار أو وقوع أحداث حيوية محددة ومعينة، علاوة على جمع الخصائص المتعلقة بهذه الأحداث والشخص أو الأشخاص المعنيين. و(ب) جمع المعلومات، ومعالجتها، وتحليلها، وتقييمها، وتقديمها ونشرها في شكل إحصائيات"<sup>(1)</sup>

شبكة المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية والخاصة بمجموعة التصنيفات الدولية. WHO-FIC

<sup>10</sup> تتوفر الكتيبات على الرابط التالي: <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/index.php>



- 1 United Nations (UN). *Principles and recommendations for a vital statistics system, Revision 2*. UN, 2001. [http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM\\_19rev2E.pdf](http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM_19rev2E.pdf)
- 2 Health Metrics Network (HMN). *Framework and standards for country health information systems*. Geneva, World Health Organization, 2008. [http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn\\_framework200803.pdf](http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf)
- 3 Setel PW, Macfarlane SB, Szreter S et al. A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone. *Lancet*, 2007, 370(9598):1569–1577. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=18029007](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18029007)
- 4 Mahapatra P, Shibuya K, Lopez AD et al. Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. *Lancet*, 2007, 370(9599):1653–1663. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=18029006](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18029006)
- 5 Lopez AD, AbouZahr C, Shibuya K et al. Keeping count: births, deaths, and causes of death. *Lancet*, 2007, 370(9601):1744–1746. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=18029004](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18029004)
- 6 Hill K, Lopez AD, Shibuya K et al. Interim measures for meeting needs for health sector data: births, deaths, and causes of death. *Lancet*, 2007. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=18029005](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18029005)
- 7 AbouZahr C, Cleland J, Coullare F et al. The way forward. *Lancet*, 2007, 370(9601):1791–1799. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=18029003](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18029003)
- 8 Health Metrics Network (HMN). *Monitoring vital events resource kit*. Geneva, World Health Organization, 2007. <http://www.who.int/healthmetrics/tools/logbook/en/move/web/index.html>
- 9 United Nations Children’s Fund (UNICEF). Birth registration: rights from the start. *Innocenti Digest*, 2002.
- 10 Danel I, Bortman M. *An assessment of LAC’s vital statistics system: the foundation of infant and maternal mortality*. World Bank, 2008. <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/LACVitalStat.pdf>
- 11 Horton R. Counting for health. *Lancet*, 2007, 370(9598):1526–1526. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=18029008](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18029008)
- 12 Mathers CD, Fat DM, Inoue M et al. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83(3):171–177. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=15798840](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15798840)
- 13 Health Metrics Network (HMN). *Guidance for the health information systems (HIS) strategic planning process* Geneva, World Health Organization, 2009.
- 14 Mahapatra P, Chalapati Rao PV. Cause of death reporting systems in India: a performance analysis. *National Medical Journal of India*, 2001, 14(3):154–162. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=11467144](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11467144)
- 15 Rao C, Bradshaw D, Mathers C. Improving death registration and statistics in developing countries: lessons from Sub-Saharan Africa. *Southern African Journal of Demography*, 2004, 9(2):79–97.
- 16 Rao C, Lopez AD, Yang G et al. Evaluating national cause-of-death statistics: principles and application to the case of China. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83(8):618–625. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=16184281](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16184281)
- 17 Ruzicka LT, Lopez AD. The use of cause-of-death statistics for health situation assessment: national and international experiences. *World Health Statistics Quarterly*, 1990, 43(4):249–258. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=2293493](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=2293493)
- 18 Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). *Guide for the analysis of vital, morbidity, and health resources statistics – questionnaire 2*. PAHO, 2007.
- 19 United Nations (UN). *World population prospects: The 2008 revision population database*. New York, UN Department of Economic and Social Affairs Statistics Division, 2008. <http://esa.un.org/unpp/>
- 20 United Nations (UN). *Handbook on civil registration and vital statistics systems: management, operation and maintenance, No. 72*. UN Department of Economic and Social Affairs Statistics Division, 1998. <http://unstats.un.org/unsd/pubs/gesgrid.asp?id=66>





- 21 United Nations (UN). *Handbook on civil registration and vital statistics systems: preparation of a legal framework, No. 71*. UN Department of Economic and Social Affairs Statistics Division, 1998. <http://unstats.un.org/unsd/pubs/gesgrid.asp?id=65>
- 22 United Nations (UN). *Fundamental principles of official statistics*. New York, UN Statistics Division, 1994. <http://unstats.un.org/unsd/dnss/gp/fundprinciples.aspx>
- 23 Health Metrics Network (HMN). *Assessing the national health information system. an assessment tool – Version 4*. Geneva, World Health Organization, 2008.
- 24 World Health Organization (WHO). *Age standardization of rates: a new WHO standard*. Geneva, EIP/GPE/EBD, WHO, 2001. <http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf>
- 25 United Nations (UN). *Handbook on civil registration and vital statistics systems: policies and protocols for the release and archiving of individual records*. New York, UN Department of Economic and Social Affairs Statistics Division, 1998. [http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF\\_70E.pdf](http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_70E.pdf)
- 26 Centres for Disease Control and Prevention (CDC). *Core curriculum for certifiers of underlying cause of death*. CDC, 2007. <http://www.cdc.gov/nchs/data/icd9/CurriculumCertification03-08-078.pdf>
- 27 World Health Organization (WHO). *International Classification of Diseases (ICD)*. Geneva, WHO, 2004. <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- 28 World Health Organization (WHO). *International statistical classification of diseases and related health problems* Geneva, WHO, 2007. <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
- 29 Sibai AM. Mortality certification and cause-of-death reporting in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82(2):83. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=15042227](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15042227)
- 30 Murray C, Lopez A. *Global health statistics*. Cambridge, MA, Harvard University Press, on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.
- 31 World Health Organization (WHO). *Verbal autopsy standards. Ascertaining and attributing cause of death*. Geneva, WHO, 2007. <http://www.who.int/whosis/mort/verbalautopsystandards/en/index.html>
- 32 World Health Organization (WHO). *Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*. Geneva, WHO, 2004. [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/documents/9241591838/en/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241591838/en/index.html)
- 33 Becker R, Silvi J, Ma Fat D et al. A method for deriving leading causes of death. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84(4):297–304. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=16628303](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16628303)
- 34 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Recommended framework for presenting injury mortality data*. 1997. <ftp://ftp.cdc.gov/pub/Publications/mmwr/rr/rr4614.pdf>
- 35 United Nations (UN). *Principles and recommendations for population and housing censuses, Revision 1*. UN 1997. <http://unstats.un.org/unsd/pubs/gesgrid.asp?ID=127>





# تحسين جودة واستخدامات المعلومات الخاصة بالميلاد والوفاة وسبب الوفاة: دليل المراجعة المعيارية للممارسات القطرية

تستخدم نظم السجلات المدنية لتسجيل الأحداث الحيوية - ومنها حالات الولادة، والوفيات، والزواج - وقد تمثل أيضا المصدر الرئيسي للإحصاءات الوطنية الحيوية. ورغم هذا، ففي العديد من البلدان النامية يتسم كلا النظامين، السجلات المدنية والإحصاءات الحيوية بالضعف وقد لا يتواجدا من الأساس؛ ومن ثم فإن الإحصاءات الديموغرافية الأساسية، أو تلك الخاصة بالخصوبة أو الوفيات، لا تتوافر بصورة متواصلة، ولا تغطي شرائح واسعة من الجمهرة السكانية. وتتمثل الخطوة الأولى في التصدي لهذا الضعف في إجراء مراجعة للوضع الحالي بهدف تحديد المجالات التي تتطلب إجراءات للتحسين ووضع الأولويات.

ISBN 978 92 4 654797 5



9 789246 547975