

دليل حول

رصد أوجه عدم المساواة في الصحة

مع التركيز بوجه خاص على البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط



دليل حول

رصد أوجه عدم المساواة في الصحة

مع التركيز بوجه خاص على البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط

بيانات الفهرسة أثناء النشر

منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
دليل حول رصد أوجه عدم المساواة في الصحة: مع التركيز بوجه خاص على البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط / منظمة الصحة العالمية.
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
ص.

صدرت الطبعة الإنجليزية في جنيف 1320 (ISBN: 978-92-4-154863-2)

1. مؤشرات الوضع الصحي 2. تباين الوضع الصحي 3. سهولة الوصول إلى الخدمات الصحية
4. حقوق الإنسان 5. البلدان النامية 6. أدلة موضوعية أ. العنوان ب. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

(ISBN: 978-92-9022-102-9)

(تصنيف المكتبة الطبية القومية: WA 300)

(ISBN: 978-92-9022-103-6)

(متاح على شبكة الإنترنت)

© منظمة الصحة العالمية 2017

بعض الحقوق محفوظة. هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص المشاع الإبداعي "نسب المصنف - غير تجاري - المشاركة بالمثل 3.0 لفائدة المنظمات الحكومية الدولية" (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

وبمقتضى هذا الترخيص يجوز أن تنسخوا المصنف وتعيدوا توزيعه وتحوروه للأغراض غير التجارية، وذلك شريطة أن يتم اقتباس المصنف على النحو الملائم. ولا ينبغي في أي استخدام لهذا المصنف الإيحاء بأن المنظمة (WHO) تعتمد أي منظمة أو منتجات أو خدمات محددة. ولا يُسمح باستخدام شعار المنظمة (WHO). وإذا قمتم بتعديل المصنف فيجب عندئذ أن تحصلوا على ترخيص لمصنّفكم بمقتضى نفس ترخيص المشاع الإبداعي (Creative Commons licence) أو ترخيص يعادله. وإذا قمتم بترجمة المصنف فينبغي أن تدرجوا بيان إخلاء المسؤولية التالي مع الاقتباس المقترح: "هذه الترجمة ليست من إعداد منظمة الصحة العالمية (WHO). والمنظمة (WHO) غير مسؤولة عن محتوى هذه الترجمة أو دقتها. ويجب أن يكون إصدار الأصل الإنكليزي هو الإصدار الملزم وذو الحجية".

ويجب أن تتم أية وساطة فيما يتعلق بالمنازعات التي تنشأ في إطار هذا الترخيص وفقاً لقواعد الوساطة للمنظمة العالمية للملكية الفكرية.

الاقتباس المقترح [العنوان]. القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2017. الترخيص CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

المبيعات والحقوق والترخيص. لشراء مطبوعات المنظمة (WHO) انظر الرابط <http://apps.who.int/bookorders>. ولتقديم طلبات الاستخدام التجاري والاستفسارات الخاصة بالحقوق والترخيص انظر الرابط <http://www.who.int/about/licensing>.

مواد الطرف الثالث. إذا كنتم ترغبون في إعادة استخدام مواد واردة في هذا المصنف ومسبوبة إلى طرف ثالث، مثل الجداول أو الأشكال أو الصور فإنكم تتحملون مسؤولية تحديد ما إذا كان يلزم الحصول على إذن لإعادة الاستخدام هذه أم لا، وعن الحصول على الإذن من صاحب حقوق المؤلف. ويتحمل المستخدم وحده أية مخاطر لحدوث مطالبات نتيجة انتهاك أي عنصر يملكه طرف ثالث في المصنف.

بيانات عامة لإخلاء المسؤولية. التسميات المستعملة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر ضمناً عن أي رأي كان من جانب المنظمة (WHO) بشأن الوضع القانوني لأي بلد أو أرض 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 بشأنها.

كما أن ذكر شركات محددة أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة أو موصى بها من جانب المنظمة (WHO)، تفضيلاً لها على سواها مما يمثّلها في الطابع ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بالأحرف الاستهلاكية (في النص الإنكليزي).

وقد اتخذت المنظمة (WHO) كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك فإن المواد المنشورة تُوزع دون أي ضمان من أي نوع، سواء أكان بشكل صريح أم بشكل ضمني. والقارئ هو المسؤول عن تفسير واستعمال المواد. والمنظمة (WHO) ليست مسؤولة بأي حال عن الأضرار التي قد تترتب على استعمالها.

شكر وعرفان

أعدّ هذا الدليل بتنسيق وإرشاد كاملين من أحمد رزا حسينبور (منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا)، وبمساعدة جينيفر هـ. لي (استشارية، لوس أنجلوس، الولايات المتحدة الأمريكية) ونيكول برجن (استشارية، جنيف، سويسرا). وقد أعد كل من أحمد رزا حسينبور ونيكول برجن وكيل ريجنس (متدربة بمنظمة الصحة العالمية) مسودة الدليل. وراجع تيزير بويرما (منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا) العمل وقدم تعليقاته القيمة عليه.

وقد استعان هذا العمل بشكل كبير بالمداخلات والاقتراحات المقدمة من المساهمين الأكاديميين ذوي الخبرة في رصد أوجه عدم المساواة في الصحة - ألويزيو باروس (جامعة بيلوتاس الاتحادية، البرازيل) و سام هاربر (جامعة ماك جل، كندا) وسيزر فيكتورا (جامعة بيلوتاس الاتحادية، البرازيل).

تم توفير الموارد المالية جزئياً من قبل وكالة الصحة العامة بكندا ومؤسسة روكفيلر. ونقدم بالشكر الجزيل للتعاون الذي أبداه أعضاء فريق مشروع التنسيق من وكالة الصحة العامة ونخص بالذكر جين ليشيز وجيمس ماكدونالد وأندريا لونغ.

والشكر موصول كذلك للدكتورة شيرين محمد شوقي، الأستاذة بمركز البحوث الاجتماعية، الجامعة الأمريكية بالقاهرة، والدكتورة هالة أبو طالب، المسؤولة الطبية، بوحدة السياسات والتخطيط الصحي، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، والسيدة سناء خليل، المساعدة الإدارية، بالمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، على مساهمتهن في الترجمة العربية ومراجعة الجانب التقني منها.

المحتويات

ب.....	شكر وعرفان
ك.....	تصدير
م.....	مقدمة
س.....	الملخص التنفيذي
1-1.....	1- رصد أوجه عدم المساواة في الصحة: نظرة عامة
1-1.....	1-1 ما المقصود بالرصد؟
1-2.....	1-2 ما الذي يشتمل عليه الرصد الصحي؟
1-3.....	1-3 ما المقصود برصد أوجه عدم المساواة في الصحة؟
1-4.....	1-4 ما أسباب إجراء رصد أوجه عدم المساواة في الصحة؟
1-5.....	1-5 كيف يمكن أن يؤدي رصد عدم المساواة في الصحة إلى التغيير/الاصلاح؟
1-6.....	1-6 كيف ترتبط المحددات الاجتماعية للصحة برصد عدم المساواة في الصحة؟
2-1.....	2- مصادر المعطيات
2-1.....	2-1 أنواع مصادر المعطيات
2-2.....	2-2 مصادر المعطيات سكانية
2-3.....	2-3 مصادر المعطيات المؤسسية
2-4.....	2-4 المزايا والمساوئ الخاصة بمصادر المعطيات الرئيسية
2-5.....	2-5 خارطة مصدر المعطيات
3-1.....	3- قياس رصد عدم المساواة في الصحة
3-1.....	3-1 كيف يمكن قياس عدم المساواة في الصحة؟
3-2.....	3-2 مقاييس عدم المساواة البسيطة (المقارنات الزوجية)
3-3.....	3-3 تحديدات مقاييس عدم المساواة البسيطة
3-4.....	3-4 مقاييس عدم المساواة المركبة
3-5.....	3-5 مقاييس عدم المساواة المركبة في المجموعات المرتبة
3-6.....	3-6 المقاييس المركبة لعدم المساواة للفئات غير المرتبة
3-7.....	3-7 الخطر المعزول للسكان

57.....	4- نشر نتائج عدم المساواة في الصحة.....
57.....	4-1 التقارير الواعية بالجمهور.....
57.....	4-2 أساليب عرض المعطيات.....
60.....	4-3 الجوانب الأساسية للإبلاغ عن عدم المساواة في الصحة.....
68.....	4-4 اختيار مقاييس عدم المساواة في الصحة التي يجب الإبلاغ عنها.....
75.....	4-5 اعتبارات خاصة.....
79.....	4-6 الإبلاغ عن الاتجاهات الزمنية.....
84.....	4-7 تعريف المجالات ذات الأولوية.....
	5- تقييم عدم المساواة في الصحة خطوة بخطوة: الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال في الفلبين.....
87.....	5-1 اختيار مؤشرات الصحة وعوامل التصنيف الملائمة.....
89.....	5-2 وضع خارطة مصدر المعطيات.....
91.....	5-3 تحليل المعطيات.....
92.....	5-4 تقارير عدم المساواة.....
99.....	5-5 تحديد المجالات ذات الأولوية.....
103.....	الخاتمة.....
105.....	ملحق: تعريفات مؤشرات الصحة.....

الأشكال

- الشكل 1-1 1 دورة الرصد الصحي 2
- الشكل 2-1 2 مكونات إطار رصد وتقييم ومراجعة القطاع الصحي الوطني 3
- الشكل 3-1 3 مثال على مؤشرات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال موضحة في إطار الرصد والتقييم والمراجعة 5
- الشكل 1-2 1 مصادر المعطيات الخاصة برصد عدم المساواة في الصحة 18
- الشكل 1-3 1 الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة في غانا وفقا لخمس الثروة، المسح الديموغرافي والصحي 2003 و 2008 34
- الشكل 2-3 2 انتشار وسائل تنظيم الأسرة (الأساليب الحديثة) في الفلبين، حسب مستوى التعليم، المسح الديموغرافي والصحي 1993 و 2008 35
- الشكل 3-3 3 نسبة النساء في سن الإنجاب وفقا لمستوى التعليم في الفلبين، المسح الديموغرافي والصحي لعامي 1993 و 2008 36
- الشكل 4-3 4 مقياس انحدار عدم المساواة: عدم المساواة المطلق في انتشار التدخين بين السكان الرجال الذين يعيشون في 27 بلدا ذات الدخل المتوسط، المسح الصحي العالمي 2002-2004 40
- الشكل 5-3 5 عدم المساواة النسبي القائم على الثروة في الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة في بنغلاديش ومصر وممثلة باستخدام منحنيات التركيز، المسح الديموغرافي والصحي 2007 و 2008 43
- الشكل 6-3 6 عدم المساواة القائم على المنطقة في تغطية التطعيم الثلاثي ضد الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي (DPT3) للأطفال في عمر سنة واحدة في الفلبين، المسح الديموغرافي والصحي 2003 و 2008 48
- الشكل 7-3 7 عدم المساواة النسبي القائم على المنطقة في المؤشرات المختارة للصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال في مصر التي توضح استخدام النسبة (أ) ومعامل ثيل (ب) المسح الديموغرافي والصحي 1995 و 2008 51
- الشكل 8-3 8 متوسط الفجوة الوطنية في تغطية خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال وعدم المساواة القائم على الثروة ضمن البلد في فجوة التغطية في 24 من البلدان الأفريقية ذات الدخل المنخفض والمتوسط، المسح الديموغرافي والصحي والعنقودي متعدد المؤشرات 2005-2011 54
- الشكل 1-4 1 انتشار وسائل تنظيم الأسرة (الأساليب الحديثة) في مصر، وفقا لخمس الثروة، المسح الديموغرافي والصحي 1995 و 2000 و 2005 60

- الشكل 2-4** الاتجاه الزمني في التطعيم ضد الحصبة في كولومبيا، وفقا لمكان الإقامة، المسح الديموغرافي والصحي 1993 و 1998 و 2003 و 2008.....62
- الشكل 3-4** المعايير النموذجية لأحدث تطورات أوضاع الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة وفقا لخمس الثروة في مالواي مقابل 22 بلداً من البلدان الأفريقية الأخرى ذات الدخل المنخفض، المسح الديموغرافي والصحي 2005-2010.....64
- الشكل 4-4** معايير أحدث تطورات أوضاع عدم المساواة المطلق القائم على الثروة في الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة في فانواتو مقابل دول آسيا والمحيط الهادئ ذات الدخل المنخفض والمتوسط، المسح الديموغرافي والصحي والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2005-2010.....66
- الشكل 5-4** معايير الاتجاه الزمني في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة وفقا لمكان الإقامة في زامبيا مقابل 12 بلداً من البلدان ذات الدخل المتوسط الأخرى، المسح الديموغرافي والصحي السنوات 1996-2000، و 2006-2010.....67
- الشكل 6-4** تغطية الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة في بنغلاديش وغامبيا والأردن وفيت-نام، وفقا لشرائح الثروة الخمسية، المسح الديموغرافي والصحي والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2005-2007.....69
- الشكل 7-4** التغطية بالخدمات المختارة لصحة الأمهات في الفلبين، وفقا لخمس الثروة، المسح الديموغرافي والصحي 2008.....70
- الشكل 8-4** عدم المساواة القائم على الثروة في التقرم بين الأطفال دون سن الخامسة في 70 بلداً، المسح الديموغرافي والصحي والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2005-2011.....75
- الشكل 9-4** عدم المساواة القائم على الثروة والمعدل الوطني في التقرم بين الأطفال دون سن الخامسة في 70 بلداً، المسح الديموغرافي والصحي والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2005-2011.....76
- الشكل 10-4** عدم المساواة النسبي القائم على الثروة والانتشار الوطني (%). في التدخين في الفقرة (أ) من الرجال و (ب) النساء في 48 بلداً ذات الدخل المنخفض والمتوسط، المسح الصحي العالمي، 2002-2004.....78
- الشكل 11-4** الوفيات دون سن الخامسة في نيجيريا، وفقا لمكان الإقامة والثروة، المسح الديموغرافي والصحي 2008.....79
- الشكل 12-4** منظر أربعة أرباع الدائرة لمعايير الاتجاه الزمني في معدل وفيات الرضع في 20 بلداً أفريقيا على مدى فترة خمس سنوات، وعدم المساواة القائم على الثروة مقابل المتوسط الوطني.....81

- الشكل 4-13** الاتجاهات الزمنية في عدم المساواة بالمجموعات الفرعية في حالة (أ) زيادة الانتشار و (ب) تناقص انتشار مؤشر الصحة، وتسليط الضوء على سيناريوهات مختلفة عن عدم المساواة النسبي والمطلق. 82
- الشكل 4-14** الاتجاهات الزمنية في الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة، وفقا للشريحة الخمسية للثروة في (أ) كمبوديا و(ب) نيبال و(ج) الكاميرون، المسح الديموغرافي والصحي والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 1996-2010 83
- الشكل 5-1** الاتجاه الزمني لمؤشرات خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات وصحة الأطفال وفقا لخمس الثروة المختارة في الفلبين، المسح الديموغرافي والصحي 1998 و 2003 و 2008 95
- الشكل 5-2** الاتجاه الزمني لـ (أ) الرعاية الحمل (أربع زيارات على الأقل) و (ب) الرعاية الحمل (زيارة واحدة على الأقل) و(ج) تلبية احتياجات تنظيم الأسرة و (د) مكملات فيتامين ألف بين الأطفال دون سن الخامسة وفقا للشريحة الخمسية للثروة في الفلبين، المسح الديموغرافي والصحي 1998 و 2003 و 2008 96
- الشكل 5-3** المعايير النموذجية: الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة في الفلبين و 11 بلدا أخرى من آسيا والمحيط الهادئ، المسح الديموغرافي والصحي والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2005-2010 98

الجداول

- الجدول 1-2 مزايا ومساوىء والمجالات المحتملة لتحسين مصادر المعطيات الرئيسية عند رصد عدم المساواة في الصحة.....24
- الجدول 1-3 عدم المساواة في الرعاية أثناء فترة الحمل (أربع زيارات على الأقل) على أساس المناطق في كولومبيا، المسح الديموغرافي والصحي 1995 و 2000 و 2005 و 201030
- الجدول 2-3 عدم المساواة في معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في مصر على أساس النوع الاجتماعي، المسح الديموغرافي والصحي 1995 و 2000 و 2005 و 200831
- الجدول 3-3 عدم المساواة في الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة على أساس الثروة في الفلبين، المسح الديموغرافي والصحي 1998 و 2003 و 200831
- الجدول 4-3 عدم المساواة القائم على الثروة في الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة في غانا، المسح الديموغرافي والصحي 2003 و 200833
- الجدول 5-3 عدم المساواة في انتشار وسائل تنظيم الأسرة (الأساليب الحديثة) على أساس التعليم في الفلبين، المسح الديموغرافي والصحي 1993 و 200834
- الجدول 6-3 التوصل لقيم المنتصف للمجال التراكمي على أساس مجموعات التعليم الفرعية بالنسبة للسكان من الرجال الذين يعيشون في 27 بلدا ذات الدخل المتوسط وانتشار التدخين المرتبط بها، المسح الصحي العالمي 2002-200440
- الجدول 7-3 التوصل إلى قيم الكسر التراكمي للولادات والولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة باستخدام المعطيات المصنفة حسب الثروة من بنغلاديش ومصر، المسح الديموغرافي والصحي 2007 و 200842
- الجدول 8-3 عدم المساواة النسبي القائم على الثروة في الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة في بلدان مختارة، المسح الديموغرافي والصحي 2006-201044
- الجدول 9-3 عدم المساواة القائم على التعليم في انتشار وسائل تنظيم الأسرة (الأساليب الحديثة) في الفلبين، المسح الديموغرافي والصحي 1993 و 200845
- جدول 10-3 عدم المساواة القائم على المنطقة في تغطية التطعيم الثلاثي ضد الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي بين الأطفال في عمر سنة واحدة في الفلبين، المسح الديموغرافي والصحي 2003 و 200847
- الجدول 11-3 التوصل إلى قيم مُعامل ثيل لرعاية الحمل (أربع زيارات على الأقل)، باستخدام المعطيات المصنفة حسب نوع المنطقة في مصر، المسح الديموغرافي والصحي 1995 و 2000 و 2005 و 200850

- الجدول 3-12** عدم المساواة القائم على الثروة في فجوة التغطية في تلبية احتياجات تنظيم الأسرة في بلدان أفريقية مختارة، المسح الديموغرافي والصحي 2000-2008..... 53
- الجدول 4-1** عدم المساواة القائم على الثروة في انتشار وسائل تنظيم الأسرة (الأساليب الحديثة) في مصر، المسح الديموغرافي والصحي 1995 و 2000 و 2005..... 58
- الجدول 4-2** آخر تطورات حالة عدم المساواة على أساس الثروة في مؤشرات الخدمات الصحية المختارة في رواندا، المسح الديموغرافي والصحي 2010..... 61
- الجدول 4-3** عدم المساواة القائم على الثروة في الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة فيبلدان آسيا والمحيط الهادئ ذات الدخل المنخفض والمتوسطة، المسح الديموغرافي والصحي والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2005-2010..... 65
- الجدول 4-4** عدم المساواة القائم على الثروة في تغطية خدمات صحة الأمهات المختارة في الفلبين، المسح الديموغرافي والصحي 2008..... 71
- الجدول 4-5** عدم المساواة القائم على الثروة في مؤشرات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال المختارة في غانا، المسح الديموغرافي والصحي 1998-2008..... 72
- الجدول 4-6** منظر أربعة أرباع الدائرة للاتجاه الزمني في العديد من مؤشرات الصحة في الكاميرون، وعدم المساواة القائم على الثروة مقابل المتوسط الوطني، المسح الديموغرافي والصحي 1998-2004..... 80
- الجدول 5-1** مؤشرات خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال لرصد عدم المساواة في الصحة بالفلبين..... 88
- الجدول 5-2** المقاييس المستخدمة لقياس عدم المساواة في الصحة، من خلال خمسة عوامل تصنيف..... 91
- الجدول 5-3** أحدث تطورات حالة عدم المساواة القائم على الثروة في مؤشرات خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال المختارة في الفلبين، المسح الديموغرافي والصحي 2008..... 94
- الجدول 5-4** تقييم أحدث تطورات حالة عدم المساواة والمتوسط الوطني في خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال المختلفة في الفلبين مع ميزان عددي بسيط..... 100
- الجدول 5-5** تحديد أولويات أحدث تطورات حالة عدم المساواة والمتوسط الوطني في العديد من خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال في الفلبين، وذلك باستخدام الدرجات الوسطية لمؤشرات الصحة وعوامل التصنيف..... 101

تصدير

أرحب بهذا الدليل الشامل حول رصد أوجه عدم المساواة في الصحة في وقت تستمر فيه تلك الأوجه بشكل عام في مختلف أنحاء العالم، وفي البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط على وجه الخصوص. وتتضح أوجه عدم المساواة في الصحة بشكل ملحوظ عند دراسة المحددات الاجتماعية، وتبرز جلية في الطريقة غير المتكافئة التي يتمكن بها الناس الذين تختلف مستوياتهم من حيث الدخل والنوع الاجتماعي والطبقات الاجتماعية والمجموعات العرقية من الوصول إلى الخدمات الصحية؛ وهي واضحة في اختلاف الحالة الصحية وفق مستوى التعليم وفي النزعة لامتلاك الأنظمة الصحية التي تلبى احتياجات السكان بشكل أفضل في



مناطق جغرافية معينة دون غيرها.

ونظراً لأن المحددات الاجتماعية للصحة والتقدم نحو بلوغ التغطية الصحية الشاملة تبرز باعتبارها من أولويات الوصول إلى الصحة الشاملة، فقد حان الوقت لمعالجة أوجه عدم المساواة في الصحة. وهذا يعني التأكد من أن جميع الناس بإمكانهم الحصول على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دون تكبد عناء الصعوبات المالية أو مواجهة عراقيل أخرى ترتبط غالباً بالمحددات الاجتماعية للصحة. ويعتبر توافر أنظمة فعّالة لرصد أوجه عدم المساواة أمراً أساسياً لتحقيق تقدم هادف عند تناول مشكلة عدم المساواة في الصحة ولتعزيز المساءلة عند رسم السياسات العامة. وتمثل الخطوة الأولى الضرورية لخلق قطاع صحي له توجهاته العادلة في تحديد أماكن وجود أوجه عدم المساواة بشكل منهجي، ثم رصد كيفية تغيير هذه الأوجه بمرور الوقت.

وتسهم البيانات والبراهين التي تنشأ عن الرصد في وضع السياسات والبرامج والممارسات الأكثر استنارة وتوفير الآراء والملاحظات الضرورية لتحديد ما إذا كانت الإجراءات المتبعة في القطاع الصحي وما وراءه تعتبر ناجحة في الحد من أوجه عدم المساواة. وفي محاولة لتلبية الطلب على النتائج المسندة بالبيانات والمساءلة، فإن منظمة الصحة العالمية، بالتعاون مع سبع وكالات أخرى تعمل في مجال الصحة العامة، قامت بإصدار دعوة للعمل من أجل تعزيز إمكانيات تحليل المعطيات الصحية وتجميعها وتوثيق مصداقيتها واستخدامها في البلدان¹ المختلفة. ويشمل ذلك التأكد من أن تقديرات مؤشرات الصحة الشائعة والقابلة للمقارنة يتم إنجازها باستخدام أفضل المعطيات المتاحة وأكثر الطرق ملاءمة مع الإقرار بالحاجة للتنسيق عبر البيئات المختلفة.

ويعدُّ هذا الدليل مورداً يمكن البلدان من القيام بهذا الرصد. فهو يقدم استعراضاً شاملاً وواضحاً في الوقت ذاته لرصد أوجه عدم المساواة في الصحة بأسلوب سهل وميسور. وينجح هذا الدليل في مساعدة المشاركين في رصد أوجه عدم المساواة في الصحة على فهم تعقيدات هذا الإجراء، علاوة على تعزيز المعرفة والمهارات العملية للرصد المنهجي لأوجه عدم المساواة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. ومع الاستعانة بهذا الدليل، سوف تتمكن البلدان من رصد وتقييم مدى تقدمها وأدائها بشكل أفضل وبدرجة عالية من المساءلة والشفافية، ويمكنهم من استخدام النتائج لصياغة السياسات والبرامج والممارسات المسندة بالبيانات لتناول مشكلات أوجه عدم المساواة بطريقة فعالة.

¹ إم تشان وآخرون. تلبية الطلب على النتائج والمساءلة: دعوة للعمل على المعطيات الصحية من ثماني وكالات صحية عالمية. المكتبة العامة للعلوم، 2010، 7 (1): 1000223 إي

وبفضل الالتزام بالأهداف الصحية الرئيسية مثل التغطية الصحية الشاملة ومعالجة المحددات الاجتماعية للصحة، فإن البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط تمضي في طريقها للحد من أوجه عدم المساواة في الصحة. وتحقيقاً لهذه الغاية، فإن رصد أوجه عدم المساواة بشكل أفضل في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط يعد من الأولويات الهامة والمناسبة من حيث التوقيت لضمان تحسين الصحة لجميع أفراد المجتمع لاسيما الفئات الأكثر حرماناً.

ماري بول كيني

المديرة العامة المساعدة

مجموعة الأنظمة والابتكارات الصحية



منظمة الصحة العالمية

مقدمة

وضعت منظمة الصحة العالمية الدليل الخاص برصد أوجه عدم المساواة في الصحة: مع التركيز بوجه خاص على البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط وذلك لتقديم استعراض عام عن رصد أوجه عدم المساواة في الصحة بالبلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. ويعتبر الدليل مورداً للمعنيين بتطوير نظماً لرصد وتعزيزها والحفاظ عليها. وقد تم تصميم هذا الدليل في المقام الأول لاستخدامه من جانب الموظفين التقنيين في وزارات الصحة لبناء القدرات في مجال رصد أوجه عدم المساواة في الصحة بالدول الأعضاء بمنظمة الصحة العالمية، إلا أنه قد يكون ذا أهمية أيضاً للمهنيين في مجال الصحة العامة والباحثين والطلاب وغيرهم. ونحسب أن مستخدمي هذا الدليل لديهم معرفة إحصائية أساسية وبعض الإلمام بالقضايا المرتبطة بالرصد. ويتمثل الهدف من هذا الدليل في اعتبارهم ورداً شاملاً لتوضيح المفاهيم المرتبطة برصد أوجه عدم المساواة في المجال الصحي وعرض الإجراءات من خلال الأمثلة وتعزيز دمج إجراءات رصد أوجه عدم المساواة في تقديم الرعاية الصحية ضمن نظم المعلومات الصحية في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.

وقد تم التوصل إلى صياغة المفاهيم بهذا الدليل في وقت مبكر من خلال خبرات عمل سابقة مع موظفي وزارات الصحة في البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض لدعم الكفاءات في مجال رصد أوجه عدم المساواة في الصحة. وشملت هذه الخبرات تطوير وتقديم مقررات وتطبيقات تدريبية وورش عمل تدريبية. وقد وفر ذلك الأساس لوضع الأسلوب العام لهذا الدليل: وهو التعريف بمراحل رصد أوجه عدم المساواة في الصحة وتفصيلها مع التركيز المستمر على تطبيقاً لمفاهيم بطريقة عملية ومفيدة على المستوى المحلي.

ويعرض هذا الدليل المعلومات الأساسية والإجراءات الخاصة برصد أوجه عدم المساواة في الصحة في خمسة أقسام؛ فيعرض القسم الأول لمحة عامة عن عملية رصد أوجه عدم المساواة في الصحة ومقتضياتها، ويسلط الضوء على الاعتبارات التي تكمن وراء اختيار مؤشرات الصحة ومصنفاتها الاجتماعية. ويناقش القسم الثاني الأمور المتعلقة بإيجاد مصادر المعطيات المناسبة لرصد أوجه عدم المساواة، بما في ذلك أنماط مصادر المعطيات ومدى قوتها وتحدياتها ومجالات تحسينها؛ علاوة على عملية وضع خارطة مصادر المعطيات. ويعرض القسم الثالث مجموعة من المقاييس المستخدمة لحساب أوجه عدم المساواة في الصحة والتحديات التي تنشأ عند تطبيقها والأساليب الرامية إلى التغلب على هذه التحديات بشكل مفصل، في حين يبحث القسم الرابع المبادئ الإرشادية لتوجيه نشر نتائج رصد أوجه عدم المساواة. وأخيراً، يقدم القسم الخامس مثالاً على رصد أوجه عدم المساواة في الصحة في الفلبين، بشكل يبرهن على طريقة تطبيق المفاهيم الواردة بالأقسام الأول إلى الرابع في سياق البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.

ومن السمات الهامة في شتى أقسام هذا الدليل استخدام أمثلة حقيقية من البلد ذات الدخل المنخفض والمتوسط، وذلك لشرح وتطبيق المفاهيم الرئيسية. وتأتي الأمثلة في المقام الأول من مجال الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال، وذلك لأن المعطيات القابلة للمقارنة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط متاحة للرصد فيما يتعلق بأوجه عدم المساواة، إلا أنه يمكن تطبيق ذات التقنيات والأساليب المذكورة على أي موضوع متعلق بالصحة في أي بلد أو أي مستوى إداري. وما لم يرد خلاف ذلك، فإن

معطيات الأمثلة الواردة في هذا الدليل فيرصد العدالة الصحية يتم نشرها بالمرصد الصحي العالمي: رصد الإنصاف في الصحة.¹

سوف يجد قراء هذا الدليل ملامح إرشادية في صفحاته. وتظهر هذه المواد التكميلية جنباً إلى جنب مع تفسيرات المفاهيم النظرية لتعريف القارئ بتطبيقاتها وعلاقتها بالبلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.

• معلومات سريعة: تفسيرات قصيرة توضح تفاصيل كيفية تطبيق المفاهيم عند الممارسة الفعلية لرصد أوجه عدم المساواة في الصحة.

• معلومات إضافية: الإضافة والتوسع في المادة الواردة بالنص الأصلي، وتعمل هذه المعلومات التكميلية على أن يستوعب القراء تعقيدات الموضوع والمواضيع ذات الصلة بشكل أعمق.

• اقرأ المزيد: قراءات موصى بها تعمل على توفير تفسيرات وأمثلة ومناقشات إضافية تعزز وتكمل المواضيع المتعلقة برصد أوجه عدم المساواة في الصحة.

• أبرز النقاط: تم توفير الملخصات للقارئ وذلك لاستدكار ومراجعة أهم المعلومات الواردة بالقسم السابق.

• الجداول والأشكال: تساعد تقنيات العرض المختلفة للقارئ على إتقان تفسير الأنماط المختلفة من عرض المعطيات. وتم تصميم الرسوم البيانية والجداول والوسائل البصرية الأخرى التي تظهر في ثنايا النص باستخدام برامج الحاسوب الآلي المختلفة، بما في ذلك كل من البرامج البسيطة والمتاحة على نطاق واسع والبرامج الإحصائية والبصرية الأكثر تخصصاً.

وتم وضع هذا الدليل بحيث يتقن الأفراد خطوات رصد أوجه عدم المساواة في الصحة، وتفسير الأدبيات الهائلة المتاحة حول هذا الموضوع بشكل أفضل. ومجدونا الأمل في أن يساعد ذلك على إدخال عملية رصد أوجه عدم المساواة في الصحة إلى مجالات لا يتم فيها ذلك الرصد في الوقت الراهن، وتعزيز عملية تحسين الجهود الراهنة لرصد أوجه عدم المساواة في الصحة.

1 منظمة الصحة العالمية، المرصد الصحي العالمي: رصد الإنصاف في الصحة.

http://www.who.int/gho/health_equity/en/index.html وتم استخلاص المعطيات الواردة بهذا الكتيب من رصد الإنصاف في الصحة في نيسان/ أبريل 2013، ومن المحتمل حدوث مستجدات لاحقة لهذا التاريخ.

الملخص التنفيذي

يعتبر الرصد عملية مراقبة مستمرة لأحد الأوضاع بغرض مراقبة التغيرات بمرور الوقت. ويساعد رصد الوضع الصحي على مستوى السكان في إظهار ما إذا كانت الحالة الصحية آخذة في التحسن أو في التدهور أو باقية على حالها. وتشير نتائج الرصد إلى مدى تحقق السياسات والبرامج والممارسات الأغراض التي صممت من أجل إنجازها. وفي قطاع الصحة، يمكن اعتبار الرصد بمثابة دورة مستمرة. وبالنسبة لأي وضع صحي معين، يمكن تقسيم دورة الرصد إلى خمس خطوات عامة: (1) تحديد مؤشرات الصحة ذات الصلة، و (2) الحصول على المعطيات الخاصة بالمؤشرات، و (3) تحليل المعطيات، و (4) الإبلاغ عن النتائج، و (5) تنفيذ التغيرات، عند الضرورة، من أجل تحسين السياسات والبرامج والممارسات ذات الصلة. وعندما تتكشف نتائج هذه التغيرات لتشكل بيئة صحية جديدة، تبدأ الدورة من جديد.

ويستطلع هذا الدليل عمليات رصد أوجه عدم المساواة في الصحة، وهو نوع محدد من الرصد في مجال الصحة. ويعتبر رصد أوجه عدم المساواة في الصحة بمثابة القياس الذي يمكن من خلاله تقييم أوجه عدم المساواة في تقديم الرعاية الصحية. وعلى سبيل الاستزادة، يخصص رصد أوجه عدم المساواة في الصحة بغرض معين يتمثل في تعميم السياسات والبرامج والممارسات للحد من الفوارق التي تتسم بعدم العدالة وعدم الإنصاف في مجال الصحة. وتوفر المعطيات حول أوجه عدم المساواة في الصحة الأساس الخاص بإدراج العدالة ضمن التخطيط الصحي المسند بالبيانات، علاوة على تقييم ما إذا كانت المبادرات الصحية الحالية تعمل على تعزيز العدالة. وطيلة هذا الدليل، تم عرض الأسس النظرية ومنهجيات رصد أوجه عدم المساواة في الصحة، مع التركيز على تطبيق خطوات دورة الرصد على المستوى المحلي.

وقبل البدء في رصد أوجه عدم المساواة في الصحة، يجب تعريف مفهومي الصحة وأوجه عدم المساواة. فمن الناحية المثلى، ينبغي أن يفسر هذا على نطاق واسع، بما يشمل مجموعة واسعة من المؤشرات المستخدمة في مجال الصحة وأبعاد كثيرة لعدم المساواة. يتولى إطار الرصد والتقييم والمراجعة الخاص بمنظمة الصحة العالمية تصنيف مؤشرات الصحة إلى أربعة مكونات تغطي مختلف مستويات القطاع الصحي: ألا وهي المدخلات والعمليات والمخرجات والنتائج والآثار الصحية على المستوى الفردي. وبناء على النطاق الخاص بنشاط الرصد، يمكن تحديد مؤشرات الصحة وذلك لتغطية القطاع الصحي بأكمله أو قد يكون هناك تركيز أضيق على أجزاء من القطاع الصحي والتي ترتبط مباشرة بمرض أو موضوع صحي معين. ويجب أن ترتبط عوامل التصنيف - أو أبعاد عدم المساواة المختارة - بكل من السكان والقياس في مجال الصحة. وتشمل بعض عوامل التصنيف الشائعة الاستخدام الوضع الاقتصادي ومستوى التعليم والنوع الاجتماعي والمنطقة ومكان الإقامة والأصل العرقي أو السلالة. ويمكن أن يكون تحديد المجموعات الفرعية على أساس أحد عوامل التصنيف للعدالة مهمة معقدة؛ وإذا أمكن، ينبغي أن يتم ذلك باستخدام أساليب منهجية وراسخة.

ويحتاج رصد أوجه عدم المساواة في الصحة إلى معطيات متصلة عن مؤشرات الصحة وعوامل التصنيف (أي: إمكانية اقتران معطيات مؤشر الصحة بأحد الأفراد أو طبقة من السكان). وقد تكون مصادر المعطيات السكانية، مثل مسوح الأسر المعيشية والتعداد ونظم التسجيل الحيوي؛ أو قد تقوم على أساس مؤسسي، مثل سجلات المورد والسجلات الخدمية وسجلات الأفراد؛ أو قد تقوم على أساس أنظمة الرصد والتي هي مزيج من المعطيات السكانية والمعطيات المؤسسية. وكل من هذه المصادر له مزاياه وعيوبه الضمنية والمتعلقة بتوافر المعطيات ونطاقها ونوعيتها ومدى تمثيلها. وعادة ما تعتبر مسوح الأسر المعيشية في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، افتراضياً، مصدر المعطيات الأكثر موثوقية من تلك المتاحة

لرصد أوجه عدم المساواة في الصحة، وبالتالي الأكثر استخداما. وتبدأ عملية تقييم مصادر المعطيات بوضع خارطة مصدر المعطيات، والتي تعمل على فهرسة جميع مصادر المعطيات المتاحة لرصد أوجه عدم المساواة في الصحة وفقا لنوع المعلومات الواردة في كل مصدر. وتؤدي الاستعانة بوضع خارطة مصدر المعطيات إلى تحديد الأماكن التي يمكن الحصول منها على مؤشرات الصحة وعوامل التصنيف الجديرة بالاهتمام. ويمكن أن تكشف خارطة مصدر المعطيات عن الثغرات التي تفتقر إلى المعلومات.

وعند الحصول على المعطيات ذات الصلة، تعمل خطوة التحليل على ضم مؤشر الصحة والمعلومات المتعلقة بعوامل التصنيف. ويتم حساب المستوى المتوسط للمؤشر الصحي داخل كل مجموعة فرعية، ومن هنا تبرز العديد من المقاييس المتنوعة التي يمكن استخدامها لتحليل أوجه عدم المساواة في الصحة. ويمكن حساب المقاييس البسيطة، مثل الفرق والنسبة، لإجراء مقارنات زوجية بين مجموعتين فرعيتين. وهذه المقاييس تستخدم بشكل شائع ويمكن تفسيرها بصورة يسيرة؛ إلا أنها لا يمكن أن تعبر عن عدم المساواة في أكثر من مجموعتين فرعيتين كما أنها لا تأخذ في الاعتبار حجم المجموعة الفرعية. أما المقاييس المركبة، مثل مؤشر منحدر عدم المساواة، ومعامل التركيز والفرق الوسطي من المتوسط الإجمالي ومؤشر ثيل والخطر المعزو للسكان فقد تكون مفيدة في حالات معينة للتغلب على تحديات المقاييس البسيطة. واختيار مجموعة مناسبة من المقاييس لوضع أفضل قياس كمي لعدم المساواة الصحي في حالة معينة يقتضي استيعاب الفوارق - ومقتضياتها - التي تكمن وراء هذه المقاييس. وتمثل الفوارق الهامة في:

- المقاييس التي تعقد المقارنات الزوجية بين مجموعتين فرعيتين مقابل الفروق الموجزة بعدد من المجموعات الفرعية؛
- مقاييس عدم المساواة المطلق مقابل عدم المساواة النسبي؛
- المقاييس التي تعرض عدم المساواة بالمجموعات الفرعية بترتيب طبيعي (مثل التصنيفات المبنية على الدخل وتلك المبنية على التعليم) مقابل المجموعات الفرعية غير المرتبة (مثل العرق والمنطقة)؛
- المقاييس التي تراعي حجم سكان المجموعات الفرعية (المعطيات المرجحة) مقابل المقاييس خلاف ذلك (معطيات غير مرجحة)؛
- اختيار المجموعة المرجعية (عند الاقتضاء).

ويهدف الإبلاغ عن نتائج رصد أوجه عدم المساواة في الصحة إلى عرض نظرة عامة واضحة وكاملة للوضع، والحفاظ على احتياجات الجمهور المستهدف ومدى معرفته التقنية كأولوية قصوى. وتشمل الطرق الرئيسية لعرض المعطيات الجداول والرسوم البيانية والخرائط. ويمكن أن تكون الجداول والرسوم البيانية والخرائط المصممة تصميما جيدا أدوات فعالة لإظهار الاستنتاجات الأبرز من خلال رصد عدم المساواة في الصحة. ويجب عند الإبلاغ عن عدم المساواة في الصحة على المستوى الوطني عرض المعطيات الخاصة بأحدث تطورات الحالة والاتجاه مع مرور الوقت والمعايرة النموذجية. وتوفر هذه الجوانب من التقارير الصحية انطباعا إجماليا عن كيفية أداء البلد، وربما تكون مفيدة للمساعدة في تحديد المجالات ذات الأولوية ضمن أحد الموضوعات الصحية. وعلى الرغم من أن التحليلات قد تنطوي على عدة مقاييس مركبة لتحديد عدم المساواة كميًا، إلا أنه ينبغي الإبلاغ عن الاستنتاجات الأساسية، عندما يكون ذلك ممكنا، باستخدام المقاييس البسيطة التي يسهل على الجمهور استيعابها. وينبغي دائما أن تعرض المعطيات الصحية المصنفة جنبا إلى جنب مع ملخص المقاييس الخاصة بعدم المساواة. وينبغي أن تشمل هذه التقارير كل مقاييس عدم المساواة المطلقة والنسبية، كما ينبغي أن تعرض المعدلات الوطنية جنبا إلى جنب مع بيانات

مفصلة لتوفير صورة أكثر اكتمالاً. ويمكن لراسمي السياسات وأصحاب المصلحة الآخرين الاستعانة بنتائج تقرير حول أوجه عدم المساواة في الصحة عند تحديد أولويات مجالات العمل. وأحد طرق القيام بذلك هو استخدام نظام اختزال المعطيات ونظام التسجيل الذي ينتج عنه بيانات تمكن أصحاب المصلحة الرئيسيين من الحكومة والمجتمع المدني والهيئات المهنية والمنظمات المانحة والمجتمعات والجماعات الأخرى من دمجها في عمليات اتخاذ القرار والتخطيط.

ويختتم الدليل بوضع مثال عن رصد أوجه عدم المساواة في الصحة خطوة بخطوة في الفلبين، وتطبيق مفاهيم رصد أوجه عدم المساواة. وقد تم اختيار المؤشرات من موضوع الصحة الإيجابية وصحة الأمهات والأطفال، علاوة على توضيح وتطبيق كل جانب من جوانب دورة رصد الصحة. وتوضح العملية برمتها من البداية إلى النهاية كيفية اختيار مؤشرات الصحة والحصول على المعطيات من المصادر المتاحة وقياس أوجه عدم المساواة وإعداد تقرير هادف يتعلق بأوجه عدم المساواة في الصحة وتحديد مجالات العمل ذات الأولوية.

وإجمالاً، يبني هذا الدليل القدرات الخاصة برصد أوجه عدم المساواة في الصحة في جميع مراحل دورة الرصد، مع التأكيد على تطبيق المفاهيم في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. ويعتبر اعتماد أنظمة رصد أوجه عدم المساواة في الصحة والحفاظ عليها من الأمور الهامة للبلدان التي ترغب في تقديم السياسات والبرامج والممارسات المرتكزة على العدالة والإنصاف.

1- رصد أوجه عدم المساواة في الصحة: نظرة عامة

1-1 ما المقصود بالرصد؟

يتم إنشاء أي سياسة بهدف تحسين الوضع الراهن؛ فعندما تظهر الحاجة إلى تحسين حالة ما في مجتمع سكاني، يتم إنشاء سياسة أو برنامج للتعامل معها. ومع ذلك، فمن الصعب أحيانا الحكم على ما إذا كانت السياسات والبرامج تقوم على إنجاز الأهداف التي أنشئت من أجل تحقيقها.

ويمثل الرصد العملية التي يمكن أن تساعد على تحديد أثر السياسات والبرامج والممارسات، ومن ثم بيان ما إذا كانت هناك حاجة إلى إجراء أي تغيير. وبصفة عامة، فإن الرصد هو عملية الإجابة بشكل متكرر عن سؤال بحثي بمرور الوقت. وفي عالم السياسة، فإن مسألة الدراسة عادة ما تتعلق بقياس الحالة التي تهدف السياسة إلى التأثير عليها. ووفقا لهذا السياق، يعتبر الرصد مفيداً وضرورياً نظراً لقدرته على تتبع نتائج السياسات مع مرور الوقت وتوفير وسيلة لتقويم الحاجة لتغيير السياسات. وعند تغيير إحدى السياسات، يعد الرصد التالي لهذا التغيير ضروري لتقييم نتائج السياسة الجديدة، وبالتالي يجب أن تكون عملية الرصد متكررة ودورية بحيث يتم تنفيذها بشكل مستمر.

وفي حين يمكن أن يساعد الرصد راسمي السياسات على تحديد مجالات النجاح أو المشكلات، إلا أن الرصد وحده لا يمكن أن يفسر عادة السبب الكامن وراء الاتجاهات التي تمثل مشكلة. بل إن الرصد يمكن اعتباره نظاماً للإنذار. وفيما يتعلق بمجال الصحة، فإن الرصد يتناول الاتجاهات في مجال الصحة وتسمح لراسمي السياسات باستهداف مزيد من البحوث في تلك المجالات من أجل تحديد الأسباب الجذرية للمشكلات. وقد يعمل الرصد المستمر على تحديد المجموعات السكانية الفرعية التي تواجه الاتجاهات السلبية في مجال الصحة. وبالتالي، يمكن لأنشطة الرصد إرشاد وتوجيه البحوث في مجال معين. وفي حين يركز هذا الدليل في المقام الأول على نوع واحد من الرصد؛ ألا وهو رصد أوجه عدم المساواة في الصحة، إلا أن المعرفة العامة بالرصد يمكن تطبيقها على أي مجال يخضع فيه سؤال الدراسة للتساؤلات والإجابات بشكل متكرر.

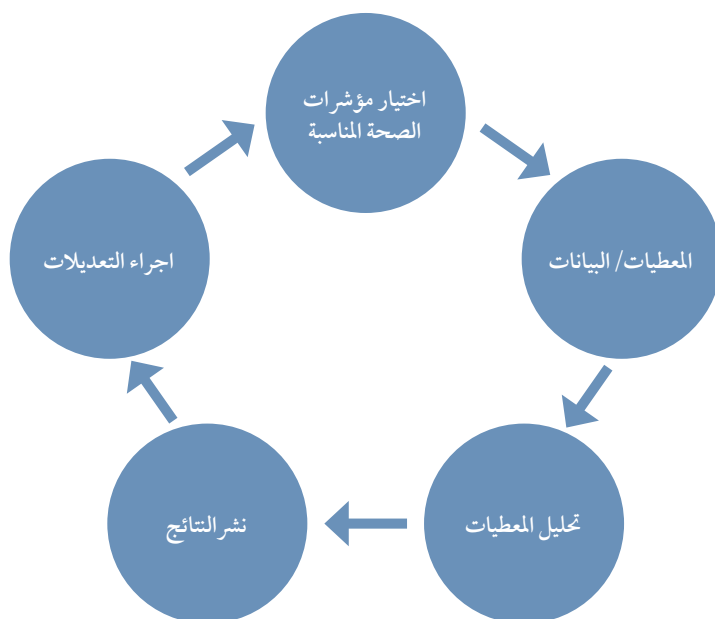
2-1 ما الذي يشتمل عليه الرصد الصحي؟

دورة الرصد الصحي

الرصد الصحي هو عملية تتبع صحة السكان والنظام الصحي الذي يخدم السكان. وبشكل عام، فإن عملية الرصد الصحي هي عملية دورية، كما هو مبين في الشكل 1-1. وتبدأ العملية من خلال تحديد مؤشرات الصحة التي ترتبط بسؤال الدراسة قيد البحث، وتتواصل بعد ذلك مع مهمة الحصول على معطيات عن تلك المؤشرات الصحية. ثم يتم تحليل المعطيات لتوليد المعلومات والبيانات والمعرفة. واعتماداً على السؤال قيد البحث، يمكن أن تكون عملية تحليل المعطيات الصحية في نفس بساطة وضع إحصاءات عامة موجزة عن صحة السكان، أو قد تنطوي على تحليلات إحصائية أكثر تعقيداً. ويجب توجيه القرارات الخاصة بتحليل المعطيات وفقاً للسياسة والبرنامج وأهداف الممارسة الأساسية، وبعد تحليل البيانات، من الضروري الإبلاغ عن النتائج ونشرها بحيث يمكن استخدامها لتوجيه السياسات. ويمكن أن تصدر التقارير في أشكال كثيرة، وتتوزع بين المذكرات الداخلية والمقالات الصحفية والتقارير

التقنية والمشورات الأكاديمية، ويتضمن كل منها الأساليب المختلفة لعرض المعطيات (مثل الجداول والرسوم البيانية والخرائط أو النصوص). وينبغي أن يكون الهدف هو ضمان نقل نتائج عملية الرصد بشكل فعال، وإمكانية استخدامها لإرشاد السياسات والبرامج والممارسات. ويمثل اختيار أبرز المعطيات لتقديمها في شكل أكثر وضوحاً أهمية قصوى في تحقيق هذا الهدف. وبناء على نتائج الرصد، يمكن تنفيذ التغييرات التي من شأنها أن تؤثر على صحة السكان وتعمل على تحسينها. (لن يتم تغطية هذه المرحلة النهائية بشكل مستفيض في هذا الدليل، وسيتم مناقشتها مع ذلك بشكل موجز لاحقاً بهذا القسم). ومن أجل رصد آثار هذه التغييرات، يجب جمع المزيد من المعطيات التي تصف الحالة الصحية المستمرة للسكان، وبالتالي، تتواصل دورة الرصد.

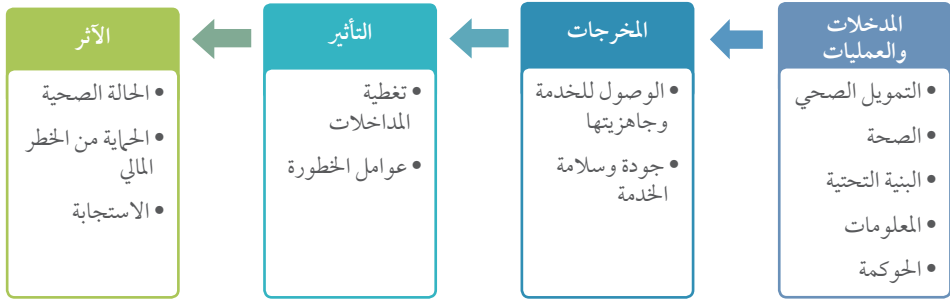
الشكل 1-1 دورة الرصد الصحي



المؤشرات الصحية

يمكن تفسير المفهوم العام للصحة على نطاق واسع، في مجال الرصد الصحي، بحيث يشمل مؤشرات جميع جوانب الصحة والقطاع الصحي القابلة للقياس. وينظم إطار منظمة الصحة العالمية الخاص بالرصد والتقييم والمراجعة للمؤشرات في الصحة في أربعة مكونات هي: المدخلات والعمليات والمخرجات والنتائج والتأثير (الشكل 1-2).

الشكل 1-2 مكونات إطار رصد وتقييم ومراجعة القطاع الصحي الوطني



المصدر: مقتبس من رصد وتقييم ومراجعة الاستراتيجيات الصحية الوطنية: منصة قطرية للمعلومات والمساءلة. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2011.

يتم تعريف مختلف فئات المؤشرات التي تسمح بقياس الصحة في العديد من المستويات، وذلك ضمن كل مكون من إطار الرصد والتقييم والمراجعة. وتعتبر مؤشرات المدخلات والعمليات عامة، بما يؤثر على أجزاء أخرى كثيرة من القطاع الصحي. وتميل المؤشرات التي تندرج ضمن المخرجات والنتائج إلى أن تكون محددة بشكل تام في موضوع صحي معين، وقد تستجيب بسرعة للتغيرات والتقدم في القطاع الصحي. أما مؤشرات التأثير، والتي هي أبطأ في الاستجابة لتغيرات السياسات والبرامج والممارسات، فتعتبر هامة لتوفير نبذة عن صحة السكان. وسوف يشار إلى إطار الرصد والتقييم والمراجعة والتوسع فيه طيلة هذا الدليل.

ويمكن أيضا لمكونات إطار الرصد والتقييم والمراجعة أن تكون مرتبطة بشكل فضفاض بنوع المعطيات التي يتم الاستعانة بها. ويتم احتساب نتائج ومؤشرات التأثير باستخدام المعطيات على مستوى الفرد أو على مستوى الأسرة المعيشية، في حين أن العناصر الأخرى - المدخلات والعمليات أو المخرجات بشكل أساسي - غالبا ما يتم احتسابها باستخدام بيانات المستوى دون الوطني. ويتم احتساب بعض المدخلات ومؤشرات العمليات، مثل الإنفاق الكلي على الصحة، على أساس المستوى الوطني.

وعند اختيار مؤشرات الرصد الصحي، ينبغي انتقاء مجموعة مكونة من عدة مؤشرات صحية بشكل استراتيجي بحيث تناسب الموضوع مناهج الاهتمام. ويتطلب رصد المواضيع الصحية الموسعة مجموعة عريضة من مؤشرات الصحة من كل مكون من إطار الرصد والتقييم والمراجعة بالطريقة التي تمثل سلسلة الرعاية المتصلة بأكملها ضمن هذا الموضوع. فعلى سبيل المثال، الحركة العالمية المستهدفة لضمان التغطية الصحية الشاملة العادلة - وهي برنامج عمل واسع وطموح - تعتمد على الرصد الصحي للعديد من الجوانب المتنوعة من الصحة. وسيتم تعزيز حزمة المؤشرات لقياس مدى التقدم المحرز نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة من خلال إدراج جميع المؤشرات في مجال الصحة ذات الصلة التي تتوافر لها معطيات موثوقة. ومع ذلك، قد لا يكون من المناسب دائما انتقاء مجموعة عريضة من المؤشرات الصحية. ولغرض الرصد الصحي المركز أو الخاص بمرض بعينه، قد تكون بعض مؤشرات المدخلات والإجراءات أقل ارتباطا بذلك. وقد لا يغطي الرصد المخصص لمرض واحد مثل الملاريا مؤشرات مثل إدارة وتمويل نظام الرعاية الصحية، والتي ترتبط بجميع المواضيع الصحية مع ارتباطها هامشيا فقط بالملاريا. وقد يكون من المناسب أن ننظر عن كثب إلى بعض مكونات المخرجات والتأثير التي تتضمن عددا من مؤشرات الصحة المرتبطة بشكل وثيق بموضوع الملاريا (على سبيل المثال، يمكن تقسيم مؤشرات الخدمات الصحية إلى فئات مؤشرات علاج الملاريا، ومؤشرات الوقاية من الملاريا، إلى آخر ذلك)، وسيكون من المناسب أيضا إدراج مؤشرات الأثر ذات الصلة، مثل معدل الإصابة بالملاريا.

وقد تم عرض مثال عن مجموعة مؤشرات الصحة المرتبطة برصد التقدم والأداء في مجال الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال بالشكل 1-3، بحيث يعكس ذلك المؤشرات الناتجة من جميع مكونات إطار الرصد والتقييم والمراجعة (الشكل 1-2). وبشكل نمطي، فإن أفضل مؤشرات التقدم في أي موضوع صحي يتمتع بالأولوية هي تلك التي يتم تحديدها من قبل البلدان بدلا من فرضها من قبل مصادر خارجية، وقد تكون المؤشرات المختارة من قبل بلد ما مرتبطة بشكل أكبر باحتياجات ذلك البلد. ويلاحظ أن النهج العام للرصد الصحي سيظل كما هو بغض النظر عن مؤشرات الصحة التي تم اختيارها.

معلومة سريعة: مؤشرات التتبع والمؤشرات المركبة



يمكن استخدام مؤشرات التتبع والمؤشرات المركبة لمراقبة الأداء في موضوع صحي معين، أو التقدم نحو تحقيق هدف صحي ما مثل التغطية الصحية الشاملة. ويعد مؤشر التتبع المؤشر المحدد الذي يتم اختياره لتمثيل موضوع صحي عام أما المؤشر المركب فهو مؤشر يتكون من العديد من المؤشرات ضمن موضوع صحي ما لتمثيل ذلك الموضوع. ويمكن استخدام مؤشرات التتبع والمؤشرات المركبة كطريقة موجزة لوضع تقرير عن مدى التقدم أو الأداء في موضوع صحي ما، وكفائدة إضافية، يمكن أن يساعد على تسهيل المقارنات بين البلدان أو مع مرور الوقت.

وعلى سبيل المثال، يمكن تغطية موضوع الصحة الإنجابية وصحة الأم والطفل من خلال العديد من المؤشرات الناتجة من جميع مكونات إطار المتابعة والتقييم والمراجعة. وقد يتمثل مؤشر التتبع الخاص بتغطية الخدمات الصحية في الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة، في حين أن المؤشر المركب الفردي قد يتضمن مؤشرات متعددة لرعاية الأمومة والتحصين وعلاج الأطفال المرضى وتنظيم الأسرة.

وتتمتع مؤشرات التتبع بميزة سهولة فهمها وإعداد تقرير عنها، ولكنها قد تؤدي إلى المزيد من تخصيص الموارد في منطقة ما لمجرد أنها تخضع للمتابعة. أما المؤشرات المركبة فتميل إلى أن تكون أكثر تعقيدا عند الإبلاغ عنها وفهمها. وتعتبر متابعة مؤشرات التتبع والمؤشرات المركبة ذات مغزى أكبر ندما يتم تعيين أهداف محددة.

الشكل 1-3 مثال على مؤشرات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال موضحة في إطار الرصد والتقييم والمراجعة



المصدر: مقتبس من الرصد والتقييم ومراجعة الاستراتيجيات الصحية الوطنية: المنصة القطرية للمعلومات والمساءلة. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2011.

3-1 ما المقصود برصد أوجه عدم المساواة في الصحة؟

يبدأ شرح رصد أوجه عدم المساواة في الصحة بإلقاء الضوء على مفهوم الإجحاف في الصحة، فأوجه الإجحاف في الصحة هي الفروق التي تفتقر إلى العدالة في الحصول على الرعاية الصحية بين الأفراد من مختلف الفئات الاجتماعية، ويمكن ربطها بأشكال الحرمان مثل الفقر والتمييز وانعدام إمكانية الحصول على الخدمات أو السلع. وبينما تعتبر العدالة الصحية مفهوما معياريا، وبالتالي لا يمكن قياسها بدقة أو رصدها، إلا أن عدم المساواة في الصحة، الذي يتضح بين الفئات ضمن أي مجموعة سكانية، يمكن قياسه ورصده، ويكون وسيلة غير مباشرة لتقييم الإجحاف في الصحة.



معلومات إضافية: قراءات عن الأخلاقيات وعدم المساواة

إن الحجة الأخلاقية للإجحاف في التباين الصحي ليست ضمن نطاق هذا الكتيب، وقد تم مناقشتها في أعمال أخرى، على النحو التالي.

اقرأ المزيد:

Marchand S, Wikler D, Landesman B. Class, health, and justice. *Milbank Quarterly*, 1998, 76:449-467.

Peter F, Evans T. Ethical dimensions of health equity. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequalities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press, 2001:25-33.

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 1992, 22:429-445.

وتصف عملية رصد أوجه عدم المساواة في الصحة الفروق والتغيرات في المؤشرات المستخدمة في مجال الصحة لدى الفئات الفرعية من السكان. وينبغي للمؤشرات الصحية المختارة عند الاستعانة بها في رصد عدم المساواة في الصحة أن تكون مرجحة في حدود المعقول لتعكس الفروق المجحفة بين المجموعات والتي يمكن تصحيحها عن طريق إحداث تغييرات في السياسات أو البرامج أو الممارسات. وتنتهج عملية رصد أوجه الجور الاجتماعي في مجال الرعاية الصحية الدورة ذاتها المتبعة في أي نوع من أنواع الرصد الصحي، على الرغم من أن هناك بعض الجوانب الفريدة لرصد أوجه عدم المساواة في الصحة، أي: (أ) الحاجة إلى نوعين مختلفين من المعطيات المتقاطعة، و (ب) القياس الإحصائي لعدم المساواة، و (ج) التحدي المتمثل في الإبلاغ عن مؤشرات الصحة المختلفة من خلال أبعاد مختلفة من عدم المساواة بطريقة تتسم بالوضوح والإيجاز. وفي حين يحتاج الرصد في الصحة فقط إلى دراسة المعطيات المتعلقة بالمؤشرات الصحية، فإن رصد أوجه عدم المساواة في الصحة يقتضي مجرى إضافيا متقاطعا من المعطيات المرتبطة بأبعاد عدم المساواة (على سبيل المثال الثروة والتعليم والمنطقة والنوع الاجتماعي). ويشار أحيانا إلى هذا باعتباره أحد عوامل التصنيف.

عوامل التصنيف

كما هو الحال مع المؤشرات الصحية، ينبغي تغطية أبعاد كثيرة من أوجه عدم المساواة في الرعاية الصحية من خلال عوامل التصنيف. ومن الناحية المثلى، ينبغي تحليل أوجه عدم المساواة في الصحة والإبلاغ عنها باستخدام كل من الأبعاد ذات الصلة مع معطيات التقسيم الاجتماعي المتاحة. ومن الناحية التاريخية،

تم التركيز بشكل أكبر على أوجه عدم المساواة في الصحة وفقاً للحالة الاقتصادية، وتتضمن العديد من التحليلات الخاصة بأوجه عدم المساواة في المجال الصحي حالة عدم المساواة المبنية على أساس الثروة. ومع ذلك، فهناك العديد من عوامل التصنيف الأخرى المرتبطة بالسياسات والتي تصف أوجه عدم المساواة في الصحة، بما في ذلك التعليم والطبقة الاجتماعية والنوع الاجتماعي والمقاطعة أو الضاحية ومكان الإقامة (بالريف أو الحضر) والسلالة أو الخلفية العرقية، وأي مصنفات أخرى للعدالة يمكن أن تميز مجموعات الأقلية الفرعية للسكان (على سبيل المثال: اللغة، وضع المهاجرين). وتلخص العناصر التالية عوامل التصنيف التي يتم تقييمها في أغلب الأحيان في عملية رصد أوجه عدم المساواة في الصحة، ولكنها ليست قائمة شاملة للمصنفات المتاحة والمناسبة بشكل مرجح للتحليل:

- مكان الإقامة (الريف، الحضر... إلخ)
- السلالة أو العرق
- المهنة
- النوع الاجتماعي
- الديانة
- التعليم
- الوضع الاقتصادي والاجتماعي
- الموارد أو رأس المال الاجتماعي

معلومات إضافية: مجمل عدم المساواة الصحية مقابل الجور الاجتماعي في مجال الصحة



يجب على أولئك الذين يدرسون أوجه عدم المساواة في مجال الصحة دراسة اتخاذ قرار جوهري يتعلق برغبتهم في إما قياس التوزيع الإجمالي للرعاية الصحية (عدم المساواة الإجمالية) أو أوجه عدم المساواة بين الفئات الاجتماعية (الجور الاجتماعي). وتدرس المقاييس الخاصة بإجمالي أوجه عدم المساواة متغيرات المؤشرات الصحية فقط، وتشمل عمليات حسابية مثل الانحراف والتفاوت المعياري. أما دراسة الجور الاجتماعي في مجال الصحة فتحتاج على الأقل إلى متغيرين متقاطعين يرتبطان بالمؤشرات الصحية ومصنفات العدالة. ويمكن لمقاييس الجور الاجتماعي أن تشير إلى حالات عدم المساواة في الصحة عندما تكون الفروق بين الفئات الاجتماعية غير عادلة أو غير منصفة. ومن هنا، يصف هذا التقنيات الخاصة بقياس الجور الاجتماعي في الرعاية الصحية، ولكن كلا النهجين صحيحان وهامان ويسهمان في فهم شامل لأوجه عدم المساواة في مجال الصحة في المجتمعات.

اقرأ المزيد:

Braveman P, Krieger N, Lynch J. Health inequalities and social inequalities in health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(2):232-234.

Murray CJ, Gakidou EE, Frenk J. Health inequalities and social group differences: what should we measure? *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77(7):537-543.

معلومات إضافية: قراءات حول مصنفات العدالة



تم اقتراح عناصر المحددات الاجتماعية المشار إليها أعلاه لأول مرة في عام 2003 من قبل إيفانز Evans وبراون B Galobardes، ولكن تم تطبيقها من قبل عدة مصادر أخرى لتعميم الأنواع الشائعة من مصنفات العدالة. وللحصول على لمحة موجزة عن نقاط القوة والضعف في المصنفات الاجتماعية والاقتصادية المشتركة، راجع المقالة التي كتبها جالوباردس وآخرون.

اقرأ المزيد:

Evans T, Brown H. Road traffic crashes: operationalizing equity in the context of health sector reform. *Injury Control and Safety Promotion*, 2003, 10(1-2):11-12.

Galobardes B et al. Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, 60(1):7-12.

هناك عدد من الصعوبات التي قد تنشأ عند اختيار أبعاد عدم المساواة في رصد أوجه عدم المساواة في الصحة وتحديد المعايير الخاصة بكيفية تصنيف الفئات الفرعية. ولا تعتبر جميع عوامل التصنيف مناسبة على حد سواء في جميع المجتمعات السكانية، اعتماداً على مواصفات ذلك المجتمع السكاني. وعلى سبيل المثال، في بعض الثقافات يمكن ربط ديانة الفرد - أو لا يمكن ربطها - بشكل وثيق بالسلوكيات المؤثرة على الصحة أو أنواع الخدمات الصحية التي يتم الحصول عليها. وقد تتفاوت عوامل التصنيف كذلك في أهميتها اعتماداً على مقياس الصحة قيد الدراسة. فعلى سبيل المثال، رصد أوجه عدم المساواة في الحوادث المرورية قد ينطوي على أبعاد عدم المساواة تختلف عن رصد أوجه عدم المساواة في استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة.

معلومات إضافية: العمر باعتباره أحد مصنفات العدالة



يتم جمع المعطيات الديموغرافية حول السن بشكل روتيني من خلال العديد من مصادر المعطيات ويتم استخدامها من خلال نظم المعلومات الصحية لعدة أغراض هامة. وغالباً ما تكون معطيات مؤشر الصحة مصنفة وفقاً للسن لتكشف عن الفروق بين الفئات العمرية. وفي بعض الحالات يمكن أن تدل هذه الفروق على عوامل لا تعتبر محففة، مثل كبار السن الذين تنخفض حالتهم الصحية بشكل إجمالي عن الشباب. وعندما يتعلق الأمر بأوجه عدم المساواة في الوضع الصحي، فإن السن قد يصبح أحد مصنفات العدالة إذا آلت الفروق الصحية إلى الحصول على الخدمات الصحية بشكل غير عادل أو منصف على أساس العمر. وبعبارة أخرى، عندما يكون للتمييز على أساس السن القدرة على التأثير في المؤشرات الصحية فإنه ينبغي إدراج هذا العامل من عوامل التصنيف في متابعة التباين في الوضع الصحي. فعلى سبيل المثال، يمكن لتحليل التوزيع العمري الخاص بانتشار وسائل تنظيم الأسرة أن يكشف عما إذا كانت المعدلات تتفاوت بين المراهقات والبالغات.

قياس عوامل التصنيف

عند تحديد أنماط عوامل التصنيف المناسبة، قد يبدو تقسيم السكان إلى فئات اجتماعية وكأنه مهمة بسيطة، ومع ذلك، فإن الدراسة المحكمة لكيفية تصنيف الأفراد يكشف العديد من القضايا المتفاوتة بعض الشيء. وقد تعتمد المعايير التي يتم استخدامها لتحديد فئات فرعية ضمن مجموعة من السكان على جمع المعطيات أو توافرها أو الخصائص السكانية. فعلى سبيل المثال، وعند قياس عدم المساواة حسب المهنة، ما هي الطريقة التي يتم بها تصنيف الشخص الذي تغيرت مهنته، أو المتقاعد؟ وهل من المعقول أن نقارن مستوى الدخل بالمناطق التي تتفاوت فيها تكلفة المعيشة إلى حد كبير؟ وكم عدد (وأي) الفئات الخاصة بالسلالة أو العرق التي يجب دراستها؟ ويمكن قياس معظم عوامل التصنيف مباشرة، أو في بعض الحالات باستخدام مقاييس غير مباشرة. ولتوضيح ذلك، فإن الوضع الاقتصادي، والذي يعتبر أحد أبعاد عدم المساواة الأكثر شيوعاً، سيتم استخدامه لتوضيح كيفية إنشاء المقاييس المباشرة وغير المباشرة.

وتشمل المقاييس المباشرة للوضع الاقتصادي الدخل والاستهلاك أو الإنفاق. من أحد تعريفات الدخل جميع الأموال المستلمة خلال فترة محددة من الوقت نظير العمل أو الخدمات والناجمة عن مبيعات السلع أو الممتلكات، باعتبارها تحويلات من الحكومة والمنظمات الأخرى أو الأسر الأخرى، أو باعتبارها إيرادات من استثمارات مالية؛ وبدلاً من ذلك، فإن الدخل أحياناً ما يعتبر ببساطة الراتب المستلم نظير العمل. ويمكن اعتبار الدخل على أساس فردي أو مقسماً على عدد أفراد الأسرة. وهناك بعض التعديلات التي تواجه استخدام مقاييس الدخل والمتعلقة بشكل خاص بأوضاع البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط: (أ) الدخل غير النقدي، مثل الهدايا العينية أو التجارة، والذي قد لا يتم التعرف عليه من خلال أداة القياس؛ (ب) مشكلات تنشأ عن كيفية حساب مستوى الدخل عندما يكون الدخل عابراً أو غير منتظم أو تم الحصول عليه من خلال وظيفة غير رسمية؛ و (ج) الأسئلة التي تثار حول الدخل قد تكون من قبيل الأمور الحساسة لاسيما لدى الأسر الفقيرة. ولهذا الأسباب، تعتبر جمع المعطيات الموثوقة حول الدخل أمراً صعباً ومكلفاً. أما الاستهلاك والإنفاق فهي مقاييس أخرى مباشرة، وهي تقيس الاستخدام النهائي للسلع والخدمات (الاستهلاك) والأموال المدفوعة للحصول على السلع والخدمات (الإنفاق). وقد يكون لقياس الاستهلاك والإنفاق بعض المزايا في البلدان النامية حيث يكون الدخل أقل قابلية للتنبؤ والاقتصاد غير المنظم هو الأكثر انتشاراً. ومع ذلك، فهذه المعلومات لا تتوفر عادة من خلال مسح الأسر المعيشية في مجال الصحة، وربما تتطلب مجموعة خاصة من الأسئلة مكرسة خصيصاً لهذا المقياس.

وتهدف مقاييس الوضع الاقتصادي غير المباشرة إلى تلخيص ثروات الأسر باستخدام المعطيات التي تم جمعها بسرعة وسهولة حول الأصول والسكن والحصول على الخدمات. وقد يتم ذلك في صورة إما إعداد فهرس بسيطة عن الأصول، حيث يتم إعطاء وزن متساو للبنود الواردة بقائمة الأصول أو إجراء تحليلات أكثر تعقيداً، مثل تحليل المكون الرئيسي، والذي يستخدم الطرق الإحصائية لتحديد أوزان البنود في المؤشر.

معلومات إضافية: تحليل المكون الرئيس



تحليل المكون الرئيس هو أسلوب اختزال للمعطيات التي يمكن استخدامها لتحديد وحساب ثروات الأسر. وباستخدام هذه التقنية الإحصائية، يكون من المحتمل الإجابة عن هذا السؤال: كيف يمكن تجميع الأصول المتعددة للأسرة ضمن متغير واحد غير مباشر لثروة الأسرة؟

وغالبا ما ينطبق تحليل المكون الرئيس على إنشاء مؤشرات الثروة باستخدام، على سبيل المثال، أسئلة مسح الأسر المعيشية حول عدد الغرف للفرد الواحد وملكية السيارة وملكية الدراجة وملكية الثلاجة أو جهاز التدفئة. وتنشأ عن هذه الطريقة مجموعة من المكونات الرئيسية غير المترابطة. والمكون الأول هو ذلك المكون الذي يفسر أكبر قدر من التفاوت، ويستخدم بشكل شائع لتحديد مؤشر الأصول. ويتم تخصيص أوزان لكل أصل على حده، ويمكن حساب الدرجات المجمعة بالنسبة للأسر المعيشية التي شملها المسح ضمن السكان، والتي يمكن بعد ذلك تجميعها على أساس ترتيبها (على سبيل المثال إلى شرائح خمسية، حيث تشمل نسبة 20٪ مع أعلى الأحرار الشريحة الخمسية الخامسة... إلخ).

اقرأ المزيد:

Filmer D, Pritchett LH. Estimating wealth effects without expenditure data – or tears: an application to educational enrollments in states of India. *Demography*, 2001, 38(1):115–132.

Howe LD et al. Measuring socio-economic position for epidemiological studies in low- and middle-income countries: a methods of measurement in epidemiology paper. *International Journal of Epidemiology*, 2012, 41(3):871–886.

O'Donnell O et al. *Analyzing health equity using household survey data*. Washington, DC, World Bank, 2008.

Vyas S, Kumaranayake L. Constructing socio-economic status indices: how to use principal components analysis. *Health Policy and Planning*, 2006, 21(6):459–468.

4-1 ما أسباب إجراء رصد أوجه عدم المساواة في الصحة؟

السبب الرئيسي في إجراء رصد أوجه عدم المساواة في الصحة هو تقديم معلومات عن السياسات والبرامج والممارسات وذلك للحد من الإجحاف في الصحة. ويمكن القيام برصد أوجه عدم المساواة في الصحة لتقويم مدى تقدم التدخلات في الصحة التي تم تصميمها وتنفيذها لتحقيق أهداف محددة للعدالة، ولكن يمكن أيضا القيام بهذا الرصد لتقييم مدى تأثير الأنماط الأخرى من التدخلات الصحية على أوجه عدم المساواة. ويعتبر الحد من أوجه عدم المساواة هدفا رئيسيا، ولا يعد مرغوبا فيه من وجهة النظر الأخلاقية فقط، بل من الناحية العملية كذلك. فإذا بقيت بعض الفئات الاجتماعية محرومة من الرعاية الصحية من جراء النظام الصحي وتعاني أعباء الأمراض بشكل غير متكافئ، فإن رفاه المجتمع ككل يتعرض للخطر، وفي بعض الحالات، يعيق ذلك التقدم الصحي للفئات المميزة.

ومن الناحية الإحصائية للرصد في الصحة، يمكن أن يؤدي تجاهل أوجه عدم المساواة في الصحة لتحديات عدة. ففي حال تم رصد متوسطات المؤشرات الصحية الوطنية فقط، فإن ذلك قد لا يوفر التمثيل الكامل للتغيرات الحادثة في صحة السكان. ويمكن أن يظل المتوسط الوطني لأحد المؤشرات ثابتا بمرور الوقت،

بينما تتمتع فئات اجتماعية معينة بتحسينات الرعاية الصحية وتعاني فئات اجتماعية أخرى من تدهور صحتهم، بل قد يكون من الممكن حدوث تحسن بالمتوسطات الوطنية للمؤشرات الصحية في حين تزداد أوجه عدم المساواة داخل البلد الواحد.

ويمكن أيضا للفئات الاجتماعية المحرومة أن تؤدي إلى تراجع الأرقام الوطنية لبلد ما حيث أنها تعتبر قيما ناشزة تؤثر على المتوسطات الوطنية. وحتى في البلدان التي لا تهدف بشكل واضح للحد من أوجه عدم المساواة في الصحة، فإنه في حالة تجاهل الفئات المحرومة في الخطة الصحية الوطنية، فإن الأرقام الوطنية قد لا تشير إلى احتمالاتها الكاملة. وتتولى الجهات المانحة والمجتمع الدولي بحث مدى التقدم في مؤشرات الصحة المحلية (وعلى نحو متزايد لأوجه عدم المساواة في الصحة بشكل واضح) وذلك لاتخاذ قرارات تتعلق بالتمويل. ويمكن بالتالي أن تؤدي معالجة أوجه عدم المساواة في الصحة وتحسين هذه الأرقام إلى إيجاد نظام صحي وطني أفضل للجميع، وليس للفئات المحرومة حاليا وحسب.

معلومات إضافية: إجراء المقارنات على مستوى عالمي



يركز هذا الكتيب على عدم المساواة داخل البلد الواحد، وهو ما يعني، أوجه عدم المساواة القائمة بين الفئات الاجتماعية داخل البلد، استنادا إلى بيانات مصنفة وقياسات موجزة عن التباين (على سبيل المثال، مقارنة الفرق بين معدلات وفيات الرضع بين الفئات الاجتماعية في المناطق الحضرية والريفية). ويمكن تمييز ذلك من أوجه عدم المساواة بين البلدان، حيث يتم دراسة عدم المساواة بين البلدان على أساس المتوسطات المحلية (على سبيل المثال، المقارنة بين البلدان على أساس المعدلات المحلية لوفيات الرضع). ومن الممكن إجراء مقارنات بين البلدان عن عدم المساواة ضمن البلد. على سبيل المثال، يمكن مقارنة البلدان استنادا إلى مستوى عدم المساواة بين الريف والحضر في معدل وفيات الرضع في كل بلد على حده.

5-1 كيف يمكن أن يؤدي رصد عدم المساواة في الصحة إلى التغيير/ الإصلاح؟

الغرض من رصد عدم المساواة في الصحة

سيكون الأثر الناتج عن رصد عدم المساواة في الصحة محدوداً ما لم يتم استخدام النتائج لتوجيه السياسات والبرامج والممارسات للحد من الإجحاف. ويتطلع راسمو السياسات بشكل متزايد إلى البيانات الكمية لتحديد مجالات التدخل ذات الأولوية، وتوجيه عمليات اتخاذ القرار. وهذه المعطيات التحليلية تعتبر أساساً هاماً لتحديد أماكن وجود أوجه الإجحاف و - عندما يتم الرصد بمرور الوقت - كيف تتغير بمرور الوقت.

وبعيداً عن الأولويات المحددة من خلال قياس الإجحاف، فمهمة وضع خارطة طريق وتنفيذ الإصلاح يجب أن تأخذ في الاعتبار العديد من العوامل. فاتخاذ القرار فيما يتعلق بأي التغييرات يجب تنفيذها يقتضي فهماً شاملاً للعوامل السياقية، بما فيها تلك التي لها علاقة بالسياسة والأنظمة والاقتصاد والقيم الاجتماعية والديموغرافيات والتكنولوجيا. وعلى الرغم من أنه يمكن تحديد مجال ما باعتباره أحد الأولويات استناداً إلى نتائج مقاييس عدم المساواة في الصحة، إلا أن إدخال تحسينات على هذا المجال من المرجح أن يتحقق إذا كانت البيئة مواتية للتغيير فقط. وينبغي الأخذ في الاعتبار مقدار الدعم السياسي والشعبي للتغيير المقترح

معلومات إضافية: التدخلات المرتكزة على العدالة



تهدف التدخلات المرتكزة على العدالة إلى تحسين الوضع الصحي للفئات، وتعمل في الوقت نفسه على تحسين الحالة الإجمالية. ويساعد متابعة أوجه عدم المساواة في الصحي في تحديد الفئات المحرومة من نقص الخدمات الصحية والمثقلة بالأمراض أو الوفيات؛ ويتضح من تتبع الأرقام المحلية مدى التقدم في جميع المجالات.

وفي بعض الحالات، مثل صحة الطفل، تبرز بيانات على أن التوسعات المستهدفة في الخدمات الصحية وتحديدًا نحو الفئات الأكثر حرمانًا قد تكون أكثر نجاحًا وفعالية من حيث التكلفة مقارنة باستخدام الموارد المحدودة لتحقيق زيادات شاملة في الخدمات التي قد لا يحتاج إليها الجميع.

قد تؤدي التدخلات التي لا تركز على العدالة إلى تفاقم الإجحاف بشكل عرضي، حتى عندما تشير المتوسطات الوطنية إلى وجود تحسينات إجمالية. ويحدث هذا عندما تفشل البرامج في الوصول إلى الفئات الأكثر حرمانًا، وتُجنى المزايا من قبل فئات أخرى مميزة. فعلى سبيل المثال، تعتبر الحملات الإعلامية وحظر التدخين في أماكن العمل نوعان من التدخلات اللذان أظهرتا بيانات على تزايد أوجه التباين.

اقرأ المزيد:

Carrera C et al. The comparative cost-effectiveness of an equity-focused approach to child survival, health, and nutrition: a modelling approach. *Lancet*, 2012, 380(9850):1341–1351.

Lorenc T et al. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2013, 67(2):190–193.

وتمويله وجدواه وتوقيته والآثار المحتملة على نتائجه. وتعتبر فعالية التكلفة أحد الاعتبارات الرئيسية الأخرى. ونظرًا لأن الموارد تعد محدودة، يجب على صناع القرار في بعض الأحيان مراعاة المفاضلة بين الكفاءة واعتبارات العدالة. وقد لا يكون مبررًا تطبيق برنامج ما يعمل على تحسين الصحة لدى فئة اجتماعية صغيرة من السكان فقط، إذا كان البرنامج البديل يمكن أن يؤثر على صحة شريحة أكبر من السكان مقابل نفس تكلفة المورد. وقد تثير هذه الأنواع من القرارات التساؤل حول الأمور المعيارية الخاصة بما هو مهم ومقبول لدى مجتمع ما.

إن وضع استراتيجيات لمعالجة عدم المساواة في الصحة غالبًا ما يبدأ بدراسة ما تم إنجازه فعليًا في بيئات أخرى، وعمًا إذا كان من المرجح للنجاحات السابقة أن تكون قابلة للتكرار في بيئة جديدة. وتنطوي هذه الخطوة على دراسة منهجية للبيئات وذلك لجمع المعلومات عن الأساليب السابقة الخاصة بمعالجة مشكلة معينة. وقد يتم استشارة خبراء من ذوي الخبرة بالمنطقة لتقديم الاقتراحات والتوصيات. ويمكن لصانعي القرار، بعد الاستفادة مما تم إنجازه من قبل الآخرين، البدء في دراسة ما يمكن أن يكون فعالًا في وضعهم. وكلما ازداد تعمقهم في فهم الوضع قيد الدراسة، تم وضع استجابة أكثر ملاءمة.

أصحاب المصلحة الرئيسيون

بشكل عام، يجب أن يشارك في عملية تنفيذ التغيير مجموعة متنوعة من أصحاب المصلحة، بما يتناسب مع الموضوع. وهناك عدة أساليب تكميلية لتحسين العدالة في الصحة. وأحد هذه الأساليب، والذي اكتسب اهتماما واسعا بفضل مفوضية منظمة الصحة العالمية للمحددات الاجتماعية للصحة، يتمثل في الجهد الذي بذلته قطاعات متعددة لمعالجة ما يسمى بـ "أسباب الأسباب" أو العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي تكمن وراء منشأ أوجه الإجحاف. وثمة أسلوب آخر يتضمن التركيز على ما يمكن للقطاع الصحي القيام به منفردا أو من خلال الربط مع القطاعات الأخرى.

ويمكن أن يشمل أصحاب المصلحة الرئيسيين ممثلين عن الحكومة والمجتمع المدني والهيئات المهنية والمنظمات المانحة والمجتمعات المحلية وأي مجموعة مهمة أخرى. ويساعد التشاور مع أصحاب المصلحة على ضمان وجود درجة عالية من القبول و"الاستثمار" في مختلف القطاعات، مما يشجع على نجاح واستمرارية السياسة أو البرنامج أو الممارسة الجديدة. ولأن الأمور المتعلقة بالصحة وعدم المساواة فيها ترتبط بشكل غير مباشر بالعديد من القطاعات والمستويات الحكومية، فإنه ينبغي تأطيرها باعتبارها من المشكلات العريضة؛ وتساعد الأساليب المشتركة بين القطاعات على سوق الحلول متعددة الأوجه وحشد الدعم من المجتمع بنطاقه الأوسع.

6-1 كيف ترتبط المحددات الاجتماعية للصحة رصد عدم المساواة في الصحة؟

ترتبط المحددات الاجتماعية للصحة بأوجه عدم المساواة في الصحة التي تميل إلى كونها تنبع من أوجه عدم المساواة الاجتماعية. وهذا هو السبب في أن عوامل التصنيف (أبعاد عدم المساواة) المستخدمة في رصد عدم المساواة في الصحة تعكس عادة الأوضاع الاجتماعية، مثل مستوى الثروة أو التعليم ومكان الإقامة والنوع الاجتماعي. ويشمل وصف المحددات الاجتماعية للصحة جميع جوانب الحالات المعيشية بجميع مراحل الحياة، بما في ذلك النظام الصحي والبيئة على نطاق أوسع؛ وهي تتشكل إلى حد كبير من خلال توزيع الموارد والسلطة على المستويات المحلية والوطنية والعالمية. ولغرض تمييزها، فإن المحددات الاجتماعية للصحة غالبا ما يتم تحديدها بدقة باعتبارها السبب في أوجه عدم المساواة في الصحة. ويتمتع رصد أوجه عدم المساواة في الصحة بإمكانية الكشف عن الفروق التي تتعلق بكيفية تلقي الفئات الاجتماعية للرعاية الصحية، غير أنه، مع ذلك، يفسر الموجهات التي تسبب وتطيل أمد الإجحاف. وتحقيقا لهذا الغرض، يمكن القيام بدراسات كمية وكيفية متعمقة في إطار المحددات الاجتماعية للصحة.

تعمل إجراءات الحد من تأثير المحددات الاجتماعية للصحة على تعزيز العدالة، وبالتالي الحد من الإجحاف الصحي. وقد أوصت مفوضية منظمة الصحة العالمية للمحددات الاجتماعية للصحة بثلاثة مبادئ للعمل على تحقيق العدالة في مجال الصحة:

- تحسين أحوال الحياة اليومية (الظروف التي يولد فيها الناس وينمون ويعيشون ويعملون، ويتقدمون في العمر)؛
- معالجة التوزيع المجحف للطاقة والأموال والموارد، العوامل الهيكلية لأحوال الحياة اليومية، على الصعيد المحلي والوطني والعالمي؛

معلومات إضافية: توصيات لتعزيز العدالة في القطاع الصحي



الإقرار بأن القطاع الصحي يعد جزءاً من المشكلة. إن الخدمات الصحية لا تنجذب، بذاتها، نحو العدالة. بل إن كل من الخدمات الحكومية والخاصة تسهم على حد سواء في توليد التباين في الوضع الصحي إذا كانت متاحة بشكل أيسر للأغنياء المسورين.

وضع الأولوية لأمراض الفقراء. عند اختيار المداخلات التي يجب تنفيذها، فإن نقطة الانطلاق الأساسية تتمثل في تطابق هذه المداخلات بشكل وثيق مع الخصائص الوبائية المحلية للأمراض التي تصيب الفقراء. وهذا يتطلب تقييم عبء المرض وتخصيص الموارد وفقاً لذلك.

نشر أو تحسين الخدمات حيث يعيش الفقراء. ونظراً لأن الحصول على الخدمات الصحية يعتبر أكثر يسراً بالنسبة لسكان الحضر والمسورين، فإن هناك نزعة طبيعية بإيصال مداخلات جديدة لهم أولاً. ومع ذلك فالعديد من الأمثلة الحديثة توضح أن هذا المنطق يمكن التحلي عنه. فبدلاً من تقديم مداخلات أو برامج جديدة في المقام الأول في العاصمة والمناطق القريبة منها، يمكن للبلدان إعطاء الأولوية للمناطق النائية حيث تقع عادة المعدلات الأعلى للوفيات وسوء التغذية.

توظيف قنوات التقديم المناسبة. قد يتم تقديم نفس المداخلات من خلال أكثر من قناة واحدة. فعلى سبيل المثال، قد يتم تقديم المغذيات الزهيدة المقدار أو المشورة التغذوية للأمهات والأطفال الذين يحضرون بشكل عفوي إلى المرافق الطبية، من خلال دورات التوعية في المجتمعات المحلية، أو على أساس التوصيل بما يسمى "من الباب إلى الباب". ويمكن الاستعانة إما بالعاملين الصحيين في المرافق الصحية أو بالعاملين الصحيين المجتمعين. وتعد اعتبارات العدالة أساسية في اختيار قناة التقديم الأكثر ملاءمة للوصول إلى الأسر الأكثر فقراً، الذين يعيشون في كثير من الأحيان بعيداً عن المرافق ويحتاجون لاستراتيجيات التوصيل المجتمعية أو الأسرية.

الحد من الحوائط المالية للرعاية الصحية. تعتبر المدفوعات الثرية الوسيلة الرئيسية لتمويل الرعاية الصحية في معظم أفريقيا وآسيا. إلا أن ذلك غالباً ما يضع عبئاً إضافياً على المرضى، الذين هم أكثر عرضة للفقير أو الأطفال أو المسنين. ومن المرجح أن "رسوم المستخدم" لم يكن ليطمئن فرضها في معظم البلدان في حال كانت اعتبارات العدالة على رأس برنامج العمل الصحي. لقد تخلصت البلدان التي تعتمد نظاماً صحياً شاملاً دون أي نوع من رسوم المستخدم، مثل البرازيل، فعلياً من أوجه الإجحاف في الوصول إلى المرافق الصحية من المستوى الأول.

تحديد الأهداف ومتابعة التقدم المحرز من خلال عدسة العدالة. يعتمد التقدم المحرز نحو تحقيق العدالة على دورة مستمرة من متابعة التباين الصحي. ويمكن تعزيز وتحسين كل مكون من الدورة بحيث تتناسب مع أهداف العدالة الصحية.

المصدر: الاستناد إلى أعمال غير منشورة للباحثين التاليين:

Cesar G Victora, Fernando C Barros, Robert W Scherpbier, Abdelmajid Tibouti and Davidson Gwatkin.

اقرأ المزيد:

Bryce J et al. Reducing child mortality: can public health deliver? *Lancet*, 2003, 362(9378):159-164.

Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet*, 2004, 364(9441):1273-1280.

Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 2007, 370(9593):1153-1163.

Victora CG et al. Are health interventions implemented where they are most needed? District uptake of the integrated management of childhood illness strategy in Brazil, Peru and the United Republic of Tanzania. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84(10):792-801.

- قياس المشكلة، وتقييم العمل، وتوسيع قاعدة المعرفة، وتطوير القوى العاملة التي يتم تدريبها على المحددات الاجتماعية للصحة ورفع مستوى الوعي العام حول المحددات الاجتماعية للصحة. إن الحركة الخاصة بحشد الدعم لمعالجة المحددات الاجتماعية للصحة مرتبطة بالحد من عدم المساواة في الصحة وتحقيق العدالة الصحية. ويسهم رصد حالات عدم المساواة في الصحة في تحقيق هذا الهدف من خلال توفير المعطيات والتوجيه والبراهين.

معلومات إضافية: قراءات حول المحددات الاجتماعية للصحة



Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008.

Marmot Review. *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post 2010*. London, Institute of Health Equity, 2010.

World Health Organization. *Social determinants of health*. World Health Organization website: http://www.who.int/social_determinants/en/.

أبرز النقاط: القسم 1

- تتضمن الخطوات الرئيسية لمتابعة التباين في الوضع الصحي (1) اختيار المؤشرات ومصنفات العدالة المرتبطة بموضوع صحي معين و(2) الحصول على معطيات حول المؤشرات الصحية ومصنفات العدالة و(3) تحليل التباين بين الفئات الاجتماعية و(4) الإبلاغ عن نتائج التحليل، و(5) استخدام قياسات التباين لتوجيه السياسات والبرامج والممارسات ذات الصلة بالصحة.
- يصف عدم العدالة في الصحة الفروق الصحية التي تعتبر غير عادلة أو غير منصفة. ويظهر قياس ومتابعة التباين في الوضع الصحي الفروق الموضوعية في مجال الصحة، والتي يمكن استخدامها لتقوية وتحسين حالة التباين في المجال الصحي في مجتمع سكاني.
- يعتبر متابعة التباين في الوضع الصحي أمراً هاماً بالنسبة لجميع أفراد المجتمع السكاني لأسباب أخلاقية وعملية. يمكن أن يؤدي إلى خفض حالات عدم العدالة في الصحة داخل البلد وتحسين الوضع الصحي.

اقرأ المزيد:

- Asada Y. A framework for measuring health inequity. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59(8):700–705.
- Braveman P. Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 2003, 21(3):181–192.
- Braveman P. *Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries*. Geneva, World Health Organization, 1998.
- Brownson RC, Gurney JG, Land GH. Evidence-based decision making in public health. *Journal of Public Health*, 1999, 5(5):86–97.
- Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health. *Country health information systems: a review of the current situation and trends*. Geneva, World Health Organization, 2011.
- Gakidou E, Fullman N. *Monitoring health inequalities: measurement considerations and implications*. Health Information Systems Knowledge Hub. Brisbane, University of Queensland, 2012.
- Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56(9):647–652.
- Nolen LB et al. Strengthening health information systems to address health equity challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83(8):597–603.
- O'Donnell O et al. *Analyzing health equity using household survey data*. Washington, DC, World Bank, 2008.
- Public Health Agency of Canada and World Health Organization. *Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies*. Ottawa and Winnipeg, PHAC, and Geneva, World Health Organization, 2008.
- Rockefeller Foundation Center. *Measurement of trends and equity in coverage of health interventions in the context of universal health coverage*. Meeting report, Bellagio, 17–21 September, 2012.
- Wirth M et al. *Monitoring health equity in the MDGs: a practical guide*. New York, CIESIN and UNICEF, 2006.
- World Health Organization. *Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability*. Geneva, World Health Organization, 2011.

2- مصادر المعطيات

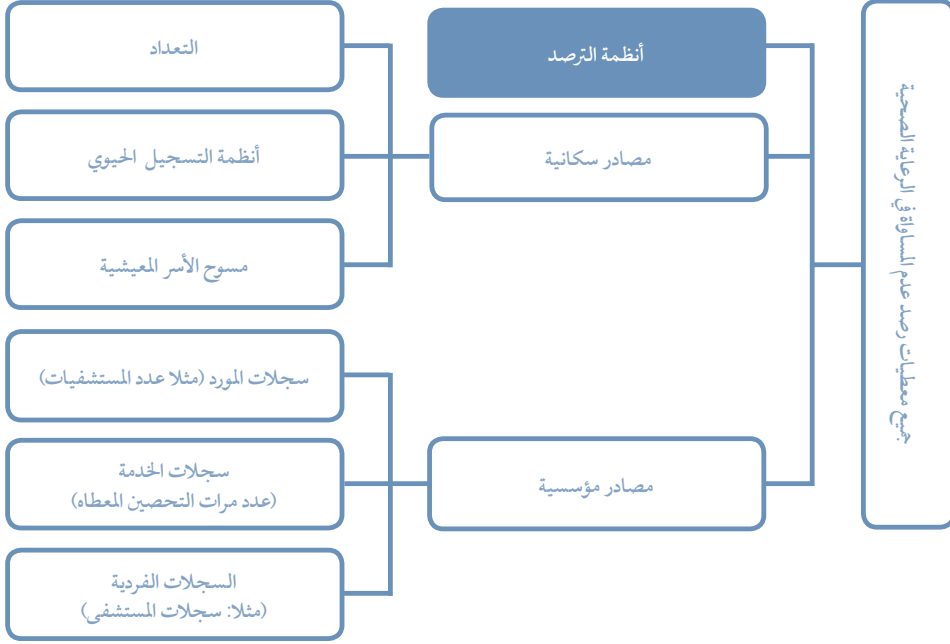
يتطلب وصف حالة عدم المساواة في الصحة في أي مجتمع سكاني توفير معطيات صحيحة وموثوقة ومقبولة للاستخدام من وجهة النظر الأخلاقية والثقافية. وتعتبر البنية التحتية التي تقوم بجمع وتنظيم المعطيات من الأمور الهامة التي يجب مراعاتها، نظراً لأن قوتها سوف تؤثر على قيمة المعطيات. ومن الناحية المثلى، ينبغي أن تتبثق المعطيات الخاصة بالرصد الصحي من النظام المنتج للمعلومات الذي يتمتع بالشرعية القوية والدعم السياسي رفيع المستوى والشفافية، ويشمل الدوائر السياسية والتقنية والأكاديمية ومنظمات المجتمع المدني. ويتم أحياناً إنشاء البنية التحتية للمعلومات الصحية بهدف واضح والمتمثل في جمع المعطيات للقيام بالرصد الصحي، كما هو الحال مع مسح الأسر المعيشية. وفي أوقات أخرى يتم إنشاء المعطيات المستخدمة في الرصد الصحي لأغراض أخرى في الأساس، مع إمكانية تطبيقها بغرض استخدامها في الرصد الصحي.

يعد النوعان المتقاطعان من المعطيات ضروريين لرصد عدم المساواة في الصحة: (أ) معطيات تصف الصحة؛ و (ب) معطيات تصف بعداً معيناً لعدم المساواة (مثل الثروة أو التعليم أو المنطقة أو النوع الاجتماعي). وهناك مجموعة متنوعة من المصادر التي يُستقى منها المعلومات من هذين التيارين المتقاطعين (المعطيات الصحية وعوامل التصنيف). ويعرض هذا القسم الخيارات المختلفة لمصادر المعطيات التي يمكن استخدامها لرصد عدم المساواة في الصحة على المستوى الوطني، جنباً إلى جنب مع مزاياها ومساوئها وإمكانات تحسينها. وفي نهاية هذا القسم، وردت تفاصيل عملية رسم خارطة المعطيات من أربع خطوات.

1-2 أنواع مصادر المعطيات

هناك فئتان من مصادر المعطيات عريضتان بشكل جوهري: (أ) سكانية، و (ب) مؤسسية (الشكل 1-2). وتصنف أحياناً أنظمة الرصد، التي تجمع بين المعطيات سكانية ومؤسسية، باعتبارها فئة ثالثة من مصادر المعطيات. وتشمل مصادر المعطيات سكانية المصادر التي تحتوي على معلومات عن كل فرد في المجتمع السكاني (معطيات التعداد على سبيل المثال) والمصادر التي تتضمن معلومات عن عينة ممثلة من المجتمع السكاني (مسوح الأسر المعيشية على سبيل المثال). وتقوم المصادر المؤسسية بجمع المعطيات في سياق الأنشطة الإدارية والتشغيلية، وبالتالي تشمل فقط الأشخاص الذين كان لديهم علاقة بمؤسسة معينة. وقد تدل المعطيات الإدارية المنبثقة من مصادر المؤسسية على المستوى الفردي أو الأسري (على سبيل المثال، وقت الانتظار للجراحات الاختيارية أو معدل تلوث الجروح الجراحية)، أو على المستوى الوطني أو دون الوطني (على سبيل المثال، جاهزية الخدمة العامة أو إجمالي الإنفاق الصحي للفرد).

الشكل 2-1 مصادر المعطيات الخاصة برصد عدم المساواة في الصحة



معلومات إضافية: أنظمة الترصد



هناك عدة أنواع من أنظمة الترصد. فأنظمة ترصد فاشيات الأمراض تهدف إلى تتبع حالات الأمراض التي قد تتحول إلى أوبئة وكذلك عوامل الخطر الخاصة بها. وتعتبر التقارير المتواترة المعدة من قبل المرافق الصحية، بما في ذلك المختبرات، المصدر الرئيس للمعطيات، ومع ذلك تستخدم أيضا مصادر أخرى، مثل وسائل الإعلام. وتستخدم أنظمة الترصد الخافر، التي يتم فيها الاستعانة بعينة من العيادات للمتابعة المكثف، من خلال العديد من برامج الأمراض، مثل فيروس نقص المناعة البشرية والمalaria. ويستخدم مصطلح ترصد عوامل الخطر لوصف جمع المعطيات وتحليلها في عمليات متابعة الأمراض غير السارية، وغالبا ما يركز على المعطيات التي تم الحصول عليها من خلال المسوح. وأخيرا، أنشأت العديد من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط مواقع الترصد الديموغرافي. وهذه المواقع لديها نظام طولاني لتسجيل المواليد والوفيات لقطاع سكاني محلي حيث يتم كذلك في الغالب جمع أسباب الوفاة وغيرها من المعطيات ذات الصلة بالصحة.

اقرأ المزيد:

INDEPTH Network. Health equity.
http://www.indepth-network.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1090&Itemid=5.

2-2 مصادر المعطيات سكانية

التعداد

تُجري معظم البلدان حالياً تعدادات السكان والأسرة المعيشية كل 10 سنوات. ويوفر التعداد في العديد من البلدان معلومات عن النوع الاجتماعي والحالة الاجتماعية والاقتصادية والسلالة أو العرق والعمر والمناطق الجغرافية، والتي يمكن أن تستخدم باعتبارها عوامل تصنيف عند رصد عدم المساواة في الصحة. وتعتبر هذه المعطيات أساسية لتحديد حجم السكان والمميزات الديموغرافية للفئات الاجتماعية ضمن أي مجتمع سكاني. وهذا النمط من المعلومات يعد أساسياً لضمان تمثيل معطيات المسح للمجتمع بأسره. ومع ذلك، فإن التعداد عادة لا يركز على الصحة، ويتضمن على نحو نموذجي القليل من المعطيات الصحية. ونتيجة لذلك، فإن استعمال التعدادات يعد محدوداً بالنسبة لرصد عدم المساواة في الصحة ما لم تكن هنا كوسيلة لربط معطيات التعداد بمصادر أخرى للمعلومات الصحية (باستخدام رقم الضمان الاجتماعي للفرد لربط المعطيات من مصدرين مختلفين، على سبيل المثال). وهذه الروابط تتوافر في كثير من الأحيان في البلدان ذات الدخل المرتفع، بخلاف كثير من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. وهكذا، فإن فائدة معطيات التعداد قد تكون مقصورة على استخلاص المميزات الديموغرافية لمختلف المجموعات السكانية الفرعية.

وقد يشمل أحد التحسينات التي يمكن إدخالها على بيانات التعداد في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط من أجل زيادة فائدتها لرصد عدم المساواة في الصحة إدراج معرفات صغيرة النطاق بالمعطيات، مثلاً لرموز البريدية. وفي حين تكون المعرفات على المستوى الفردي مثالية لتوفير روابط المعطيات، فإن المعرفات صغيرة النطاق، إذا كانت معيرة بين مصادر المعطيات المختلفة، يمكن تنفيذها بسهولة أكبر واستخدامها لهذا الغرض.

بالإضافة إلى ذلك، يمكن تعزيز التعدادات من خلال جمع معطيات عالية الجودة حول الوفيات وأسباب الوفاة. وتجمع التعدادات بالبلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط بعض المعلومات عن الوفيات، بما في ذلك الأسئلة التي تدور حول الأطفال حديثي الولادة والوفيات الأخيرة داخل الأسرة. وهذا الأمر مفيد خاصة في البلدان التي لا يتوافر فيها هذه المعلومات بشكل موثوق من خلال نظم المعلومات الأخرى. وحتى سبب الوفاة، عند تبيانه، تم إدراجه في بعض الأحيان في التعداد، على الرغم من أن هذه المعطيات غالباً ما تكون من نوعية رديئة إلا إذا استخدمت أسئلة معيرية عن الصفة التشريحية. ومع ذلك، فإن الوفيات في كثير من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط - لاسيما وفيات الرضع والأطفال والأمهات - تمردون تبليغ عنها. ويمكن أن يسمح إدراج الأسئلة المرتبطة بالوفيات الواردة في التعداد بمزيد من التصحيح الدقيق للتقارير الناقصة وتوفير معطيات إضافية عن رصد عدم المساواة في الصحة.

نظم التسجيل الحيوي

تدون نظم التسجيل الحيوي (تسمى رسمياً نظم التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية) وقائع الولادات والوفيات والزواج والطلاق في المجتمعات السكانية. وفي البلدان التي تعمل فيها هذه النظم بشكل صحيح، فإنها تكون بمثابة أفضل المصادر وأكثرها موثوقية لمعطيات الخصوبة والوفيات وأسباب الوفاة. ويمكن للبلدان التي لديها نظم رصينة للتسجيل الحيوي أن تحدد وتتبع بشكل موثوق معدلات الوفيات ومتوسط مأمول الحياة وأسباب الوفاة على مستوى المجتمع السكاني. بالإضافة إلى ذلك، غالباً ما تشمل نظم التسجيل الحيوي المعلومات الخاصة بالمنطقة الجغرافية والنوع الاجتماعي، وفي بعض الحالات، مستوى التعليم والمهنة، وهذا يؤدي إلى توفير المعطيات الضرورية حول عوامل التصنيف التي يمكن أن تكون مفيدة في رصد عدم المساواة.

معلومات إضافية: الوضع العالمي لنظم التسجيلات الحيوية



اعتباراً من عام 2009، عاش 25٪ فقط من سكان العالم في البلدان التي يتم فيها تسجيل ما لا يقل عن 90٪ من الولادات والوفيات. وفي جميع أنحاء العالم، يتميز 34 بلداً (تمثل 15٪ من سكان العالم) بمعطيات عالية الجودة عن سبب الوفاة؛ وتفتقر 74 بلداً هذه المعطيات بالكامل. وفي كثير من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، تعتبر نظم التسجيل الحيوي أبعد ما تكون عن الاكتتال، وفائدتها ضئيلة عند رصد التباين. وفي الإقليم الأفريقي التابع لمنظمة الصحة العالمية، على سبيل المثال، هناك 42 من أصل 46 بلداً أقرت بعدم وجود معطيات خاصة بتسجيل الوفيات.

منظمة الصحة العالمية. إحصائيات الصحة العالمية 2012. جنيف، 2012.

يمثل توسيع نطاق تغطية نظم تسجيل الأحوال المدنية التغيير الوحيد الأكثر أهمية الذي يمكن أن يحسن من الفائدة المستخلصة من نظم تسجيل الأحوال المدنية عند رصد عدم المساواة في الصحة. وإذا كان بالإمكان تحقيق التغطية الكاملة لأنظمة تسجيل الأحوال المدنية، بما في ذلك معرفات الفرد (أو النطاق الصغير) وسبب الوفاة والوزن عند الولادة وعمر الحمل وعلى الأقل أحد المصنفات الاجتماعية والاقتصادية، فإن هذه النظم يمكن أن تكون مفيدة تماماً عند رصد عدم المساواة.

المسوح الأسرية

تعتبر مسوح الأسر المعيشية حالياً مصدر المعطيات الأكثر موثوقية والأكثر شيوعاً بشكل إجمالي عند رصد عدم المساواة في الصحة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. ويتم إجراء مسوح الأسر المعيشية بغرض تقييم حالة موضوع (أو مواضيع) معينة على المستوى الوطني، وربما يتم إدارتها من قبل الدول ومنظمات الإغاثة والمنظمات غير الحكومية أو المنظمات الدولية. وعادة ما تعمل مسوح الأسر المعيشية على تغطية عدد كبير من المؤشرات، وكلها تتعلق بموضوع مماثل، مثل الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال، أو التغذية.

وكثيراً ما توفر مسوح الأسر المعيشية معلومات محددة عن المواضيع الصحية ذات الاهتمام في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، بالترابط مع المعلومات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية والجغرافية بالمستوى الفردي والأسري على حد سواء. وهذا يجعل مسوح الأسر المعيشية مناسبة تماماً لغرض استخدامها في رصد عدم المساواة في الصحة. وفي حين تجري العديد من البلدان ذات الدخل

المنخفض والمتوسط مسوح الأسر المعيشية الخاصة بها، إلا أن هناك أيضا عدد متزايد من البرامج متعددة الجولات والجنسيات عن مسح الأسر. وتسمح هذه الجولات المتكررة من المسوح متعددة الجنسيات بتتبع التقدم المحرز في أوجه عدم المساواة بمرور الوقت، ويتيح إدراج بلدان متعددة إجراء المعايير النموذجية بين البلدان التي تستخدم منهجيات المعطيات القابلة للمقارنة.

ووفقا لتصميمها، تستخلص مسوح الأسر المعيشية معلومات عن عينة من السكان بدلا من كل فرد بالقطاع السكاني. وحالة عدم اليقين الملازمة لعملية التقدير الخاصة بوصف القطاع السكاني بأسره استنادا إلى عينة من السكان يمكن أن تتفاقم في سياق رصد عدم المساواة في الصحة، نظرا لأن العينة الكلية يتم تقسيمها إلى عدة فئات اجتماعية. وفي حين تم تصميم مسوح الأسر المعيشية بشكل عام بحيث يكون حجم العينة بها كافيا لاستخلاص استنتاجات دقيقة حول العدد الإجمالي، إلا أنها ليست مصممة بالضرورة لوجود أحجام كافية للعينة في المجموعات الفرعية. وإذا كان من المتوقع أن ينتج عن المسح أحجاما منخفضة للعينات في مجموعة فرعية معينة، فإن تصميم المسح يمكن أن يعوض ذلك عن طريق زيادة العينات. وقد ينطوي هذا على سحب عينات أكبر من بعض مجموعات الأقلية أو المناطق أو مستويات التعليم أو الفئات العمرية أو فئات أخرى، على الرغم من أن هذه المجموعات الفرعية قد تمثل نسبة صغيرة نسبيا من إجمالي عدد السكان.

ويمكن تحسين مسوح الأسر المعيشية لاستخدامها في رصد عدم المساواة من خلال التكرار المنتظم وتنسيق الأسئلة بين البلدان. هذا بالإضافة إلى أن زيادة أحجام العينات يمكن أن يعمل على تحسين سعتها لاستخدامها في رصد عدم المساواة.

معلومات إضافية: أمثلة على برامج المسوح الأسرية متعددة الجنسيات



الموقع الإلكتروني	المنظمة	مسمى المسح
http://www.measuredhs.com/What-We-Do/Survey-Types/AIS.cfm	الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية	مسح مؤشر فيروس نقص المناعة المكتسب
http://www.measuredhs.com/	الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية	المسح الديموغرافي والصحي
http://go.worldbank.org/IPLXWMCNJO	البنك الدولي	دراسة قياسات المستويات المعيشية
http://www.malariasureveys.org/	الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية	مسح مؤشر الملاريا
http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html	صندوق الأمم المتحدة الدولي للطفولة	المسح العنقودي متعدد المؤشرات
http://www.who.int/healthinfo/systems/sage/en/	منظمة الصحة العالمية	دراسة عن الصحة العالمية للشيوخ والبالغين
http://www.who.int/healthinfo/survey/en/index.html	منظمة الصحة العالمية	المسح الصحي العالمي

2-3 مصادر المعطيات المؤسسية

ينتج عن مصادر المعطيات المؤسسية معطيات إدارية في سياق أنشطة الحكومة والمنظومة الصحية. وتشمل الأمثلة على المعطيات الإدارية العديد من السجلات المؤسسية المتوفرة عن الأفراد، مثل الملفات الطبية وسجلات الشرطة وسجلات العمالة والسجلات المدرسية. وتشمل مصادر المعطيات المؤسسية أيضا السجلات المحفوظة داخليا التي تصف أنشطة المؤسسات، مثل سجلات موارد المرافق الصحية التي تحتوي على معلومات على مستوى المنطقة عن العاملين الذين يتم نشرهم في منطقة معينة، أو سجلات الخدمات المقدمة، على سبيل المثال عدد اللقاحات المعطاة أو عدد الناموسيات الموزعة. وتميل مصادر المعطيات هذه إلى التعدد، وتوفر معطيات تفصيلية على مستوى المجتمع. وقد تعكس المعطيات المستخلصة من مصادر مؤسسية أي مكون بإطار الرصد والتقييم؛ وغالبا ما تُستمد مؤشرات الصحة التي يتم سردها في مكونات المدخلات والعمليات من مصادر المعطيات المؤسسية.

ولدى كل وزارة حكومية تقريبا بدءاً من التعليم إلى العدل سجلات إدارية يمكن استخدامها لتحديد عوامل التصنيف لرصد عدم المساواة في الصحة؛ ومع ذلك، غالبا ما يكون من الصعب أو المستحيل ربط هذه المعطيات الإدارية بقواعد المعطيات الصحية. وتلتقط المعطيات الإدارية معلومات عن الأفراد الذين يتعاملون مع مؤسسة معينة. فعلى سبيل المثال، لا يمكن أن توفر سجلات المركز الصحي أي معلومات عن أولئك الذين لا يتاح لهم الوصول إلى المركز الصحي. وفي عملية رصد عدم المساواة في الصحة، من جانب آخر، غالبا ما تثير المجتمعات السكانية التي يتوافر لها إتاحة مؤسسية محدودة قدرا عاليا من الاهتمام. وعلاوة على ذلك، فإن استخدام المعطيات الإدارية على المستوى المحلي يعد محدودا بسبب افتقارها للمعيارية وتفتتها. وهذه الأسباب، تميل مصادر المعطيات المؤسسية إلى أن تكون أقل أهمية عند رصد عدم المساواة في الصحة على المستوى الوطني، لا سيما في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، وبالتالي لن يتم مناقشة مختلف أنواع المعطيات الإدارية بالتفصيل في هذا المقام. ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أن المعطيات الإدارية يمكن أن تكون مفيدة عند رصد عدم المساواة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط في المستويات الإدارية (مثل مستوى المنطقة)، حيث إنها توفر مستوى عال من التفاصيل التي قد لا تكون موجودة في غيرها من مصادر المعطيات؛ ويمكن على المستوى المحلي أن تكون المعطيات الإدارية من أفضل المعطيات المتاحة.

معلومات إضافية: توفر المعطيات في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط



بسبب الاعتماد الكبير على معطيات مسح الأسر المعيشية، فإن متابعة التباين في الوضع الصحي في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط يقتصر على المؤشرات الصحية التي تتوافر معطيات عنها. وغالبا ما يكون هناك تركيز على مكونين اثنين من إطار المتابعة والتقويم والمراجعة: مكون الأثر (على سبيل المثال تغطية التدخلات الصحية) ومكون الأثر (مع التأكيد على مؤشرات الحالة الصحية، مثل الوفيات والأمراض). ولأنه يتم جمع المؤشرات الصحية المتعلقة بالمدخلات والعمليات والمخرجات بشكل عام من مصادر مؤسسية المرتكز، فمن غير الشائع إدراج هذه المؤشرات في متابعة التباين في الوضع الصحي في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.

وبالتالي، فإن بعض المواضيع الصحية قد تشكل تحديا عند متابعة التباين في الوضع الصحي في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط بسبب نقص المعطيات. ومع ذلك، هناك أحيانا دراسات في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط مكرسة خصيصا لتغطية هذه الموضوعات المهملة في كثير من الأحيان. وكما هو مفصل في المراجع أدناه، قدم لي وآخرون. (2012) أمثلة عن تقارير التباين الصحي باستخدام مؤشرات الأثر المتعلقة بالحماية من الخطر المالي في الصين، وقد أعد وسوسا، ودال بوز وكارفاليو (2012) تقريرا عن أوجه التباين في البرازيل باستخدام مدخلات ومؤشرات العمليات المتصلة بالقوى العاملة في القطاع الصحي.

اقرأ المزيد:

Li Y et al. Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: policy implications of universal health insurance. *Bulletin of the World Health Organization*, 2012, 90(9):664–671.

Sousa A, Dal Poz MR, Carvalho CL. Monitoring inequalities in the health workforce: the case study of Brazil 1991–2005. *PLoS One*, 2012, 7(3):e33399.

4-2 المزايا والمساوى الخاصة بمصادر المعطيات الرئيسية

يتمتع كل مصدر من مصادر المعطيات الرئيسية المستخدمة في رصد عدم المساواة في الصحة بمزايا ومساوى فريدة خاصة به. وبعض هذه المصادر تم مناقشتها سواء بشكل ضمني أو صريح، ويتفاوت كثير منهم من بلد إلى بلد. ويعرض الجدول 2-1 ملخصا عن مزايا ومساوى كل مصدر على حدة.

الجدول 1-2 مزايا ومساوئ المجالات المحتملة لتحسين مصادر المعطيات الرئيسية عند رصد عدم المساواة في الصحة

مصدر المعطيات	أمثلة	المميزات	المساوئ	التحسينات المحتملة
التعداد	تنفيذ التعداد السكاني والأسر المعيشية الوطني كل 10 سنوات	تغطية المعطيات لجميع السكان (أو ما يقرب من ذلك)، وتقديم تعداد دقيق للمجموعات الفرعية من السكان	يحتوي على معلومات محدودة عن الصحة عدم اتساق توقيت جمع المعطيات	تضمين المعرفات الفردية أو الخاصة بالناطق الصغير
نظام التسجيل الحيوي (التسجيل المدني ونظام الإحصائيات الحيوية)	سجلات المواليد أو الوفيات أو الزواج الوطنية	يمكن استخدامه لتوليد تقارير موثوقة لمعدلات الوفيات و مأمول الحياة وإحصاءات أسباب الوفاة في بعض الأحيان يرتبط في كثير من الأحيان بمعلومات عن النوع الاجتماعي والمنطقة الجغرافية والمهنة والتعليم	غير مكتمل في معظم البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط لا يشمل معلومات عن عوامل التصنيف الأخرى بشكل منتظم بخلاف النوع الاجتماعي	توسيع نطاق التغطية إدراج مؤشر اجتماعي واقتصادي واحد على الأقل إدراج سبب الوفاة والوزن عند الولادة وفترة الحمل (إن لم يكن مدرجا)
مسح الأسر المعيشية	المسح الديموغرافي والصحي، والمسح العنقودي متعدد المؤشرات، والمسح الصحي العالمي، ودراسة حول الصحة العالمية للشيخوخة والبالغين، دراسة قياس مستويات المعيشة	تعتبر المعطيات ممثلة لمجموعة سكانية محددة (غالباً على المستوى الوطني) تتمتع بمعطيات غنية عن موضوع صحي محدد وكذلك مستويات المعيشة والمتغيرات المكملة الأخرى كثيراً ما تتكرر بمرور الوقت، مما يسمح بقياس الاتجاهات الزمنية أجريت في بلدان متعددة، مما يسمح بإجراء المعايرة النموذجية	أخطاء العينات وغير العينات يمكن أن تكون لها أهميتها المسح قد لا يكون ممثلاً لفئات اجتماعية فرعية صغيرة لها أهميتها (وبالتالي لا يمكن استخدامها لتقييم عدم المساواة بجميع المنطقة)	تكرار المسوح على أساس منتظم تعزيز إمكانية المقارنة بمرور الوقت وبين البلدان عن طريق تنسيق أسئلة المسح زيادة أحجام العينات
سجلات مؤسسية (معطيات إدارية)	سجلات المورد (على سبيل المثال عدد المستشفيات والعاملين الصحيين) سجلات الخدمة (على سبيل المثال عدد اللقاحات المعطاة) السجلات الفردية (مثل الملفات الطبية)	المعطيات متاحة بسهولة وسرعة يمكن استخدامها في المستويات الإدارية الدنيا (مثل مستوى المقاطعات)	قد تكون المعطيات مجزأة ومفتتة أو من نوعية رديئة في كثير من الأحيان لا يمكن ربط المعطيات بمصادر أخرى قد لا تكون المعطيات ممثلة لجميع السكان	تشمل معرفات فردية أو خاصة بنطاق صغير وضع معايير خاص بالسجلات الإلكترونية بين المؤسسات
نظام الترصد	يرصد فاشيات الأمراض الترصد الخافر ترصد عوامل الخطر الترصد الديموغرافي	يمكن أن يوفر بيانات مفصلة عن حالة واحدة أو من المواقع المختارة تعد معطيات موقع الترصد الخافر مفيدة لتصحيح الزيادة أو النقص في التقارير	غير ممثل للسكان دائماً قد يجمع بعض الأنظمة معلومات ضئيلة ترتبط بعوامل التصنيف	يشمل معرفات فردية أو خاصة بنطاق صغير دمج وظائف المراقبة ضمن نظام أكبر للمعلومات الصحية مع التغطية الكاملة

المصدر: مقتبس من:

O'Donnell O et al. Analyzing health equity using household survey data. Washington, DC, World Bank, 2008.

5-2 خارطة مصدر المعطيات

ينطوي وضع خارطة مصدر المعطيات على تصنيف ووصف جميع مصادر المعطيات المتاحة بالنسبة لبلد معين (أو إقليم أو مقاطعة أو وحدة إدارية أخرى) لتحديد أي المصادر يمكن استخدامها لرصد عدم المساواة في الصحة. ومن الناحية المثلى، فإن اختيار مؤشرات الصحة يحدث في وقت واحد مع إجراء حصر للمعطيات المتاحة. ومنطقيا لا يمكن إجراء رصد عدم المساواة في الصحة للمؤشرات التي لا توجد لها أي معطيات. وبالإضافة إلى الكشف عن أي أبعاد خاصة بأوجه عدم المساواة والتي يمكن قياسها مع المعطيات المتاحة حاليا، فإن عملية رسم خارطة مصدر المعطيات يمكن أيضا أن تحدد الثغرات الهامة، كما في حالة افتقار البلد للمعطيات الخاصة بمؤشرات الصحة أو عوامل التصنيف.

معلومة مفيدة: التغلب على نقص المعطيات



على المدى البعيد، لا يحتاج إجراء متابعة التباين في الوضع الصحي أن يخضع لتوافر المعطيات. فإذا استهدفت البنية التحتية للمتابعة في بلد ما متابعة بعض المواضيع الصحية أو المؤشرات ذات الأولوية التي لا توجد معطيات متاحة لها حاليا، فإن التحليل الفوري يكون مستحيلا. ومع ذلك، فإن النقص الحالي في المعطيات لا يمنع المتابعة في المستقبل. والخطوة التالية، التي واجهت وضعها من نقص المعطيات، هي الحث على جمع معطيات إضافية بحيث يكون التحليل المستقبلي ممكنا. إن تعزيز أو تعديل أو توسيع مصادر المعطيات الموجودة قد تكون خيارات مجدية لتوليد معلومات جديدة.

يمكن تقسيم خارطة مصدر المعطيات إلى أربع خطوات، وكل خطوة منها مبنية على الخطوة السابقة. وقد تم توضيح هذه الخطوات أدناه، وتم توضيحها بشكل مختصر من خلال الجداول الجزئية. وقد تتكون كل من الجداول التي تم توليدها خلال وضع خارطة مصدر المعطيات عمليا من عدة صفحات. وللحصول على مثال تطبيقي عن وضع خارطة مصدر المعطيات في الفلبين، راجع القسم 5. يلاحظ أن الخطوات الموضحة أدناه توفر أسلوبا واحدا لوضع خارطة مصدر المعطيات عند رصد عدم المساواة في الصحة، إلا أن الأسلوب الموضح هنا لا يعد السبيل الوحيد لإجراء هذه العملية. وقد يتم تعديل أي من الخطوات التالية بحيث تتناسب مع احتياجات المستخدمين.

الخطوة 1. تبدأ عملية رسم خارطة مصدر المعطيات عن طريق إنشاء قائمة من المعطيات المتاحة من خلال نمط المصدر (التعداد والمسوح الإدارية والأسرية، الخ)، واسم، وسنة (سنوات) جمع المعطيات. ويمكن إضافة عمود للملاحظات وذلك للحصول على التعليقات ذات الصلة، مثل تواتر جمع المعطيات. ويعرض الجدول أدناه قائمة جزئية من مصادر المعطيات.

قائمة بمصادر المعطيات وفقا للفئة (جدول جزئي)

التمط	الاسم	سنة (سنوات) جمع المعطيات	ملاحظات
التعداد	التعداد الوطني	1990، 2000، 2010	
إدارية	سجلات التطعيم	2006-2000	جمع سنوي
مسح أسري	المسح الديموغرافي والصحي المعياري	1994، 1999، 2004، 2009	
...			

الخطوة 2. بعد ذلك يتم توسيع القائمة لتشمل توافر عوامل التصنيف ضمن مصادر المعطيات هذه. وإذا لم تتضمن قاعدة معطيات واحدة المعلومات الخاصة بمصنف عدالة واحد معين، فقد يتم ربط قاعدة المعطيات بقواعد المعطيات الأخرى التي تحتوي على هذه المعلومات. ومن أجل تحديد مثل هذه الروابط المحتملة، من الضروري أولاً وضع قائمة بكل مصدر حالي للمعطيات والذي يوفر المعلومات المتعلقة بكل مصنف للعدالة.

عند إنشاء هذه القائمة، من المهم إدراك أن المعطيات المختلفة قد تكون متاحة لمصدر معطيات معين في سنوات مختلفة. فعلى سبيل المثال، مسح صحة الأسرة الذي أجري عام 2004 قد لا يتضمن معلومات عن ثروات الأسر، في حين قد يحتوي مسح صحة الأسرة الذي أجري عام 2009 على مثل هذه المعلومات. ولهذا السبب، قد يتم إنشاء جدول مع قائمة موسعة من مصادر المعطيات حسب السنة. ولسهولة الرجوع إليها في الخطوات التالية، تم ترقيم كل صف (مصدر المعطيات والسنة). ويمكن إضافة عمود ملاحظات لوضع التعليقات ذات الصلة أو أي معلومات إضافية، مثل كيفية تجميع عوامل التصنيف. وفي هذا الجدول، تشير علامة الاختيار (√) إلى أن معطيات عوامل التصنيف مدرجة ضمن مصدر المعطيات. وقد تبدو قائمة العينات الخاصة بمصادر المعطيات الفريدة مع معلومات عن عوامل التصنيف كالتالي:

قائمة مصادر البيانات وعوامل التصنيف (جدول جزئي)

رقم	مصدر المعطيات	مصنف العدالة			ملاحظات
		النوع الاجتماعي	الثروة	ريف/ حضر	
1	سجلات التطعيم 2006-2000				√
2	المسح الديموغرافي والصحي 2009	√	√	√	17 مقاطعة
3	المسح الديموغرافي والصحي 2004	√		√	13 مقاطعة
...					

الخطوة 3. إنشاء قائمة من الموضوعات الصحية ذات الأولوية وبيان ما إذا تم وصف هذه الموضوعات ضمن مصادر المعطيات المختلفة. وبجانب كل موضوع صحي، يمكن إدراج رقم مصدر المعطيات (كما هو موضح في الخطوة 2) لإظهار مصادر المعطيات التي تحتوي على معطيات بشأن هذا الموضوع. وقد تم توضيح الجدول الجزئي الذي يجمع بين المواضيع الصحية ومصادر المعطيات كالتالي:

قائمة بالموضوعات الخاصة بالوضع الصحي ومصادر المعطيات المتناسبة (جدول جزئي)

رقم مصدر المعطيات				الصحة
...	3	2	1	صحة الأطفال
	...	3	2	صحة الأمهات
				...

الخطوة 4. إنشاء خارطة مصدر المعطيات التي تضم القوائم الواردة بالخطوتين السابقتين. وينبغي أن تكون قائمة المواضيع الصحية الخاصة بمصادر المعطيات الفريدة (من الخطوة 3) نقطة البداية لهذه الخارطة. وانطلاقاً من هذه النقطة، ينبغي دراسة كل مصدر فريد للمعطيات خاص بموضوع صحي معين وارتباطه بعوامل التصنيف. ولإنشاء الخارطة، يجب أن يتم سرد مصادر المعطيات مع المعلومات الخاصة بكل موضوع صحي وفقاً لارتباطها بمعلومات عوامل التصنيف في جدول واحد. ويتضح أدناه خارطة مصدر المعطيات الجزئية. (لاحظ أن الأرقام تشير إلى مصادر المعطيات الفريدة، كما هو موضح في الخطوة 2.)

خارطة مصدر المعطيات (جدول جزئي)

مصنف العدالة				الموضوع الصحي
المقاطعة/ الإقليم	ريف/ حضر	الثروة	النوع الاجتماعي	
...3،2،1	... 3،2	...2	... 3،2	صحة الأطفال
... 3،2	... 3،2	...2	لا تنطبق	صحة الأمهات
				...

يتيح استخدام خارطة مصدر المعطيات اختيار مؤشرات الصحة مع المعطيات المتوفرة لرصد عدم المساواة في الصحة. وبعد تحديد مصدر المعطيات والحصول عليها، فإن الخطوة التالية من دورة رصد عدم المساواة في الصحة هو قياس مدى عدم المساواة. ويتم وصف عملية قياس عدم المساواة في الصحة في القسم التالي من هذا الدليل.

أبرز النقاط: القسم 2

- بشكل عام، تعتبر مصادر المعطيات المستخدمة لمراقبة التباين في الوضع الصحي سكانية المركز (مثل التعدادات ونظم التسجيل الحيوي والمسوح الأسرية) أو مؤسسية المركز (مثل سجلات المرافق الصحية).
- بالنسبة لكثير من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، فإن المسوح الأسرية تعتبر، افتراضياً، مصدر المعطيات الرئيس. وتجمع المسوح الأسرية عادة المعطيات المتعلقة بعدد كبير من المؤشرات الصحية والعديد من مصنفات العدالة على المستوى الفردي.
- غالباً ما تكون نظم التسجيل الحيوي في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط غير مكتملة، وربما تكون التعدادات غير منتظمة؛ وكثير من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط ليس لديها أنظمة معمول بها لجمع المعلومات الصحية المعولة والكاملة من خلال المؤسسات.
- ويعمل التوسع في عدد المؤشرات الصحية ومصنفات العدالة التي يتم تغطيتها من خلال مصادر المعطيات، وكذلك الربط والتنسيق بين مصادر المعطيات، على تعزيز القدرة على متابعة التباين في الوضع الصحي.
- يمكن أن يساعد رسم خارطة مصدر المعطيات - تجميع وتقييم جميع مصادر المعطيات المتاحة - على تحديد المصادر التي يمكن استخدامها لرصد التباين الصحي، والثغرات في المعلومات المتوفرة.

اقرأ المزيد:

Braveman P. *Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries*. Geneva, World Health Organization, 1998.

Gakidou E, Fullman N. *Monitoring health inequalities: measurement considerations and implications*. Health Information Systems Knowledge Hub. Brisbane, University of Queensland, 2012.

Health Metrics Network. *Framework and standards for country health information systems*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2008.

Mahapatra P et al. Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. *Lancet*, 2007, 370(9599):1653–1663.

Nolen LB et al. Strengthening health information systems to address health equity challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83(8):597–603.

O'Donnell O et al. *Analyzing health equity using household survey data*. Washington, DC, World Bank, 2008.

3- قياس رصد عدم المساواة في الصحة

يعتبر عدم المساواة مفهوما معقدا وملتبسا ويمكن قياسه باستخدام مجموعة متنوعة من التقنيات الإحصائية. وعند قياس عدم المساواة في الصحة، فإن الهدف يبقى كما هو دائما: ألا وهو عرض تقدير كمي لعدم المساواة لدي مجتمع سكاني. وتحقيقا لهذه الغاية، يمكن استخدام مجموعة متنوعة من المقاييس لاستبيان حالة عدم المساواة في الصحة بشكل كامل.

عند البدء في مهمة قياس أوجه عدم المساواة في الصحة، فإن الخطوة الأولى تنطوي على حساب القيم المتوسطة من مؤشر الصحة عبر فئات اجتماعية مصنفة. وهذا يوفر نقطة انطلاق للمعينة البصرية لمؤشر الصحة عبر فئات اجتماعية. وبناء على هذا، يحدد هذا القسم بعض مقاييس عدم المساواة الرئيسية، ونقاط قوتها والتحديات المفروضة عليها. وبفهم المميزات التي تجعل المقاييس المحددة مناسبة بشكل أفضل لحالات معينة، يمكن تقرير أي مقاييس عدم المساواة من الأفضل استخدامها.

3-1 كيف يمكن قياس عدم المساواة في الصحة؟

وعلى أقصى مدى من المستوى القاعدي، يمكن تقسيم المقاييس إلى مقاييس بسيطة وأخرى مركبة. وتعد المقاييس البسيطة مقارنات زوجية للصحة بين مجموعتين، مثل: الأكثر والأقل ثراء. وقد كانت هذه المقارنات الزوجية البسيطة تعد تاريخيا النمط السائد للقياس المستخدم لرصد عدم المساواة، لأن بساطتها تجعلها بديهية وسهلة الفهم. أما المقاييس المركبة، من ناحية أخرى، فتستفيد من المعطيات الخاصة بجميع الفئات الاجتماعية لتقييم عدم المساواة. وعند وصف عدم المساواة في مؤشر الصحة حسب المنطقة، على سبيل المثال، يمكن استخدام المقارنات الزوجية لوصف عدم المساواة بين منطقتين محددتين - مثل الأسوأ مقابل الأفضل - في حين توفر المقاييس المركبة وصفا لعدم المساواة القائم بين جميع المناطق.

وفي حين تختص المقارنات الزوجية لعدم المساواة بتحديدات معينة يمكن للمقاييس المركبة التغلب عليها، فقد تم وصفها بشكل تفصيلي في هذا القسم حيث أنها تلعب دورا هاما في رصد عدم المساواة. ولأنها مباشرة من حيث طبيعتها فهي مفضلة على المقاييس المركبة في الحالات التي تكون فيها الإجراءات المركبة لا تعرض صورة مكتملة عن عدم المساواة بشكل أساسي.

3-2 مقاييس عدم المساواة البسيطة (المقارنات الزوجية)

إن القياسين اللذين يعدان أكثر بساطة ويمكن استخدامها لوصف عدم المساواة هما الفرق والنسبة. والفرق عبارة عن تعبير لعدم المساواة المطلق القائم بين مجموعتين، بمعنى، القيمة الوسطية للمؤشر الصحة في مجموعة واحدة مطروحا من القيمة الوسطية لهذا المؤشر في مجموعة أخرى. أما النسبة فهي تعبير عن عدم المساواة النسبي القائم بين مجموعتين، بمعنى، القيمة الوسطية لمؤشر الصحة في مجموعة واحدة مقسوما على القيمة الوسطية لهذا المؤشر في مجموعة أخرى. وعندما لا يوجد سوى مجموعتين اثنتين لإجراء عملية المقارنة، فإن الفرق والنسبة هما أكثر الطرق مباشرة لقياس عدم المساواة النسبي والمطلق بين تلك المجموعتين.

معلومات إضافية: التباين النسبي والمطلق



بالنسبة لمؤشر صحة معين، فإن التباين المطلق يعكس حجم الفرق في مجال الصحة بين فئتين اجتماعيتين. ونظريا، إذا كانت نسبة التغطية بالخدمات الصحية 100٪ و 90٪ في مجموعتين فرعيتين من قطاع سكاني واحد، و 20٪ و 10٪ في المجموعات الفرعية لقطاع سكاني آخر، فإن كلتا الحالتين تقرران التباين المطلق من عشر نقاط مئوية (باستخدام حساب الفرق البسيط). ويحفظ التباين المطلق بنفس وحدة القياس مثل مؤشر الصحة، وينقل مفهوما يمكن استيعابه بسهولة.

تظهر مؤشرات التباين النسبية الفروق التناسبية في الصحة بين الفئات الاجتماعية. وباستخدام حساب النسبة البسيطة، فإن التباين النسبي في قطاع سكاني مع تغطية الخدمات الصحية بنسبة 100٪ و 50٪ في مجموعتين فرعيتين يساوي $2 (100/50)$ ، والتباين النسبي في قطاع سكاني مع تغطية الخدمات الصحية بنسبة 2٪ و 1٪ في مجموعتين فرعيتين يساوي أيضا $2 (1/2)$.

يوضح كل من الجدولين 3-1 و 3-2 الفرق وحسابات النسبة للمؤشر ومصنف العدالة والصحة. وفي كولومبيا، كان الفرق بين تغطية أربع أو أكثر من زيارات الرعاية الحمل في المناطق الحضرية والريفية أقل في عام 2010 مما كان عليه في السنوات السابقة، ويرجع ذلك إلى زيادة التغطية المعجلة في المناطق الريفية. وفي مصر، حسبها أثبت المسح الديموغرافي والصحي سنة 2000 وصلت نسبة الذكور / الإناث في معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى 1.0؛ وفي عام 2008 بلغت هذه النسبة 1.4 نظرا لانخفاض وفيات الإناث بشكل أكبر عن وفيات الذكور خلال هذه الفترة الزمنية.

الجدول 3-1 عدم المساواة في الرعاية أثناء فترة الحمل (أربع زيارات على الأقل) على أساس المناطق في كولومبيا، المسح الديموغرافي والصحي 1995 و 2000 و 2005 و 2010

سنة المسح	التغطية في المناطق الريفية (%)	التغطية في المناطق الحضرية (%)	الفرق (حضري - ريفي) (نقاط النسبة المئوية)	النسبة (حضر - ريف)
1995	53.8	82.4	28.6	1.5
2000	64.7	84.9	20.2	1.3
2005	73.1	87.1	14.0	1.2
2010	80.5	90.3	9.8	1.1

الجدول 3-2 عدم المساواة في معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في مصر على أساس النوع الاجتماعي، المسح الديموغرافي والصحي 1995 و 2000 و 2005 و 2008

سنة المسح	الإناث (الوفيات لكل 1000 مولود حي)	الذكور (لكل 1000 مولود حي)	الفرق (ذكور - إناث) (وفيات لكل 1000 مولود حي)	نسبة (ذكور/ إناث)
1995	98.9	92.1	6.8-	0.9
2000	69.3	68.6	0.7-	1.0
2005	46.3	52.1	5.8	1.1
2008	27.7	38.4	10.7	1.4

عند إجراء مقارنة بين أكثر من فئتين اجتماعيتين، لا يزال بالإمكان استخدام الفرق والنسبة، ولكن لا يمكن مقارنة سوى مجموعتين فرعيتين في وقت واحد. وعندما يكون للمجموعات الفرعية ترتيب طبيعي (على سبيل المثال الثروة أو التعليم)، فمن البديهي إجراء مقارنة واحدة بين تلك المجموعات بأقصى نهايات الترتيب. ففي الجدول 3-3، على سبيل المثال، تم تقسيم سكان الفلبين إلى الشرائح الخمسية للثروة، وتم حساب مقاييس عدم المساواة البسيطة على أساس القيمة المتوسطة لتغطية الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة في الشريحة الخمسية للسكان الأكثر فقرا أما القيمة الوسطية مؤشر الصحة فكانت في الشريحة الخمسية الأكثر ثراءً. وبينما يتجاهل هذا الحساب صحة السكان في الشرائح الخمسية الثلاثة الوسطى، إلا أنه يعطي مؤشرا شاملا لعدم المساواة على أساس الثروة.

الجدول 3-3 عدم المساواة في الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة على أساس الثروة في الفلبين، المسح الديموغرافي والصحي 1998 و 2003 و 2008

سنة المسح	الشريحة الخمسية 1 (الأفقر) (%)	الشريحة الخمسية 2 (%)	الشريحة الخمسية 3 (%)	الشريحة الخمسية 4 (%)	الشريحة الخمسية 5 (الأغنى) (%)	الفرق (الشريحة الخمسية) (%)	النسبة (الشريحة الخمسية) / 5 (النسبة الخمسية 1)
1998	21.2	45.9	72.8	83.9	91.9	70.7	4.3
2003	25.1	51.4	72.4	84.4	92.3	67.2	3.7
2008	25.7	55.6	75.8	86.0	94.4	68.7	3.7

معلومة مفيدة: مجموعات مرتبة وغير مرتبة



قد تكون المجموعات إما مرتبة أو غير مرتبة بناء على البعد الخاص بالتباين (مصنف العدالة). وقد يكون للمجموعات المرتبة موقعا أصليا ويمكن تصنيفه. فعلى سبيل المثال، تتمتع الثروة بترتيب متأصل للمجموعات الفرعية بمعنى أن الأشخاص الأقل ثراء لديهم الأقل من شيء ما مقارنة بالأشخاص الأكثر ثراء. أما المجموعات غير المرتبة، على النقيض من ذلك، لا تستند إلى المعايير التي يمكن تصنيفها بشكل منطقي. وتعتبر المناطق والعرق والدين ومكان الإقامة أمثلة على التجمعات غير المرتبة. وهذا فارق هام لرصد التباين الصحي، إذ أن قياسات التباين المعنية تعتبر ملائمة للجاعات المرتبة وغير المرتبة.

معلومة مفيدة: مجموعتان فرعيتان وأكثر من مجموعتين فرعيتين



بعض مصنفات العدالة تُولد بشكل طبيعي مجموعتين فرعيتين (على سبيل المثال النوع الاجتماعي ومكان الإقامة بالحضر / الريف)، في حين أن مصنفات أخرى قد تشكل مجموعات فرعية متعددة (على سبيل المثال الوضع الاقتصادي ومستوى التعليم والمنطقة). وبناء على المعطيات المتاحة والتعريف المستخدم، فإن العديد من مصنفات العدالة يمكن أن تصنف في أي من الأمرين. فعلى سبيل المثال، يمكن توسيع المجموعات الفرعية الحضرية / الريفية بحيث تفرق بين الناس الذين يعيشون في المدن الكبيرة والمدن الصغيرة والبلدات والقرى والريف؛ ويمكن تصنيف الوضع الاقتصادي إلى أولئك الذين يعيشون فوق أو تحت خط الفقر.

في الحالات التي يوجد فيها مجموعتان فرعيتان، من المناسب استخدام مقارنات زوجية للتباين (الفرق والنسبة) للمقارنة بين المجموعات الفرعية مباشرة. وتعتبر مقياس التباين المعقدة مفيدة لقياس التباين في أكثر من مجموعتين فرعيتين.

عندما لا يكون هناك ترتيب طبيعي للمجموعات (على سبيل المثال المنطقة أو السلالة / العرق)، فإن اختيار مجموعة من المجموعات "القصوى" يصبح أكثر تعقيدا. ويمكن ببساطة أن يكون التعبير عن الفرق أو النسبة بين تلك المجموعات وفقا لأعلى وأقل قيم لمؤشر الصحة أمرا فعالا (ويمكن أيضا أن يطبق ذلك في حالة المجموعات المرتبة طبيعيا). وفي حالات أخرى، قد يكون من المناسب حساب وعرض فروق أو نسب إضافية أو نسب بين أزواج أخرى معينة "غير قصوى". فعلى سبيل المثال، عند تحليل عدم المساواة القائم على المنطقة في مؤشر الصحة، فإن منطقة العاصمة لبلد ما قد تتمتع بأكثر الأوضاع ملاءمة (على سبيل المثال أدنى مستوى لواقعة سلبية مثل وفيات الأطفال دون الخامسة، أو أعلى مستوى لواقعة إيجابية مثل تغطية الخدمات الصحية)، بينما قد تتعرض المنطقة الريفية النائية لأسوأ الأوضاع. فإذا عُرض الفرق بين الحالتين فقط باعتباره ممثلا لعدم المساواة المطلق، فلن يُعرف أي شيء عن الفرق القائم بين العاصمة ومناطق أخرى في البلاد.

وعند وجود أكثر من مجموعتين فرعيتين، من الممكن أيضا حساب المقارنات الزوجية لعدم المساواة لكل مجموعة فرعية مقابل مجموعة فرعية مرجعية واحدة - أو مجموعة من المجموعات الفرعية الأفضل وضعاً.

وينتج عن هذا سلسلة من المقارنات الزوجية التي تصف عدم المساواة بين عدة مجموعات فرعية. فعلى سبيل المثال، إذا تم وصف عدم المساواة القائم على الثروة على أساس الشرائح الخمسية، فإن الشريحة الخمسية الأغنى قد يتم اختيارها كمجموعة مرجعية، ويمكن حساب الفروق والنسب لكل من الشرائح الخمسية الأربعة الأفقر. ومع ذلك، فإن هذا من شأنه أن يُنتج أربعة تقديرات منفصلة من "عدم المساواة" وفقا للفروق وأربعة وفقا للنسبة، حيث يمثل كل رقم جزءاً من مستوى عدم المساواة. وقد يكون من الصعب محاولة فهم أربعة أرقام في وقت واحد عند دراسة مؤشر صحي واحد في بعد واحد لعدم المساواة. ولهذا السبب، عندما يتم استخدام الفرق أو النسبة البسيطة لقياس عدم المساواة، يتم عادة التأكيد فقط على الفروق والنسب القصوى السائدة.

3-3 تحديدات مقاييس عدم المساواة البسيطة

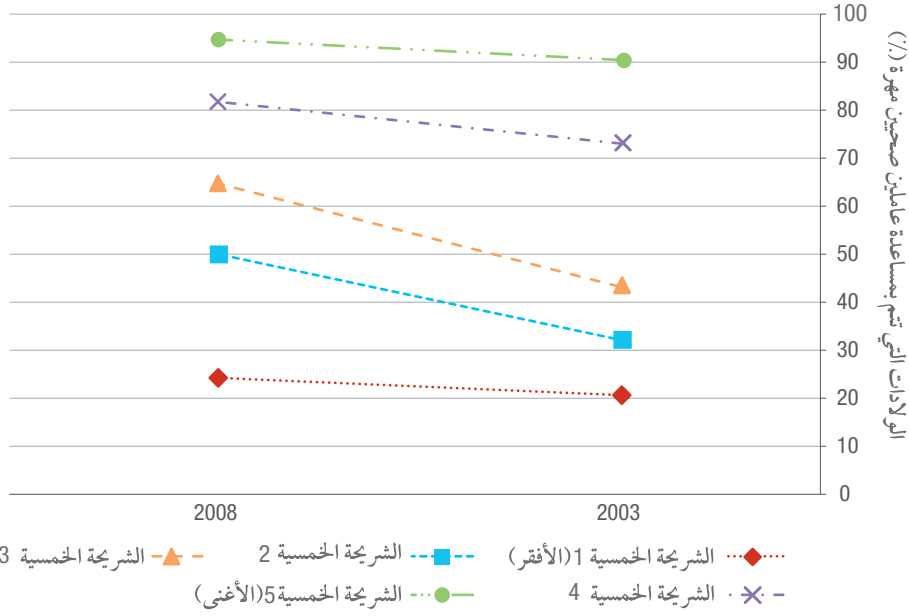
هناك نوعان من التحديدات الرئيسية لمقاييس عدم المساواة البسيطة. وأولاهما أن المقارنات الزوجية تتجاهل جميع المجموعات الأخرى غير القابلة للمقارنة (على سبيل المثال المجموعات "الوسطى" أو "غير القصوى"). ويوضح مثال عدم المساواة القائم على الثروة في تغطية الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة في غانا (الجدول 3-4) المشكلات التي يمكن أن تحدث عند تجاهل المجموعات الوسطى من خلال مقاييس عدم المساواة البسيطة.

الجدول 3-4 عدم المساواة القائم على الثروة في الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة في غانا، المسح الديموغرافي والصحي 2003 و 2008

الفرق (الشريحة الخمسية 5 - الشريحة الخمسية 1) (نقاط النسبة المئوية)	الشريحة الخمسية 5 (الأغنى) (%)	الشريحة الخمسية 4 (%)	الشريحة الخمسية 3 (%)	الشريحة الخمسية 2 (%)	الشريحة الخمسية 1 (الأفقر) (%)	سنة المسح
69.8	90.4	73.0	43.3	31.9	20.6	2003
70.4	94.6	81.7	64.8	50.0	24.2	2008

من خلال الجدول 3-4 وعلى أساس قيم الفرق، يمكن استنتاج أن عدم المساواة المطلق القائم على الثروة في تغطية الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة ظل دون تغيير تقريبا في غانا من المسح الديموغرافي والصحي 2003 إلى المسح الديموغرافي والصحي عام 2008. ومع ذلك، يتضح من الاطلاع على هذه المعلومات في الرسم البياني (الشكل 3-1)، أن المقاييس البسيطة لعدم المساواة لا تنطبق إلى جميع التفاصيل. فقد شهدت كل من الشرائح الخمسية الوسطى للثروة (الشريحة الخمسية 4 وعلى وجه الخصوص الشريحتين الخمسيتين 2 و 3) تغطية محسنة بشكل ملحوظ خلال هذه الفترة تقترب من مستوى التغطية في الشريحة الخمسية 5، وهو الاتجاه الذي لم يتم تناوله من خلال مقارنة الفرق الزوجي بين المجموعات القصوى (الشريحة الخمسية 5 والشريحة الخمسية 1).

الشكل 3-1 الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة في غانا وفقا لخمس الثروة، المسح الديموغرافي والصحي 2003 و 2008



يتمثل التحدي الرئيسي الثاني الخاص بمقاييس عدم المساواة البسيطة في أن حجم المجموعات الفرعية لا يؤخذ بعين الاعتبار. ويوضح كل من الجدول 3-5 و الشكل 3-2 هذا القيد باستخدام التحول السكاني بين مجموعات التعليم الفرعية في الفلبين.

الجدول 3-5 عدم المساواة في انتشار وسائل تنظيم الأسرة (الأساليب الحديثة) على أساس التعليم في الفلبين، المسح الديموغرافي والصحي 1993 و 2008

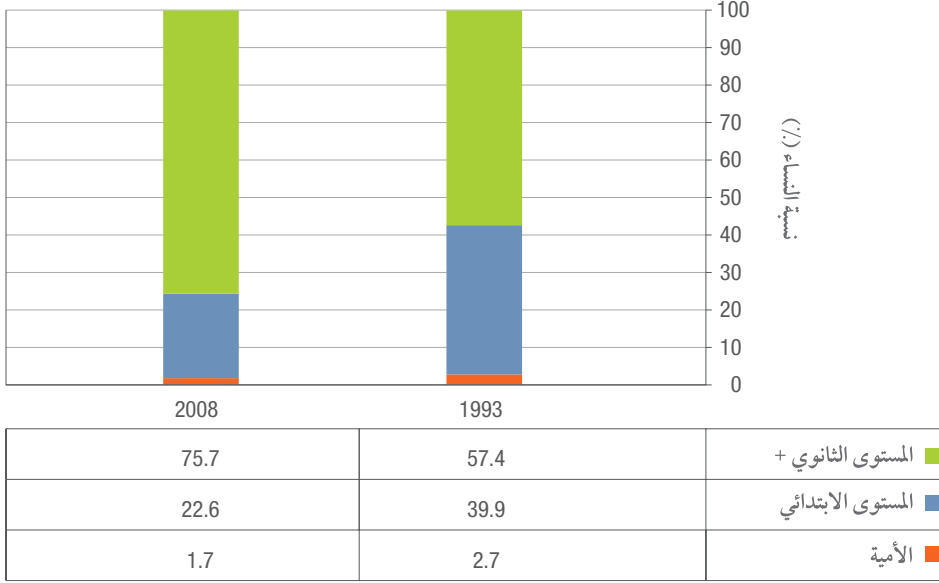
الفرق (ثانوي - لاشيء) (نقاط النسبة المئوية)	المدرسة الثانوية (%)	المدرسة الابتدائية (%)	بدون تعليم (%)	سنة المسح
20.8	28.0	21.5	7.2	1993
27.1	35.8	30.3	8.7	2008

الشكل 3-2 انتشار وسائل تنظيم الأسرة (الأساليب الحديثة) في الفلبين، حسب مستوى التعليم، المسح الديموغرافي والصحي 1993 و 2008



وانطلاقاً من استنتاج المقاييس البسيطة لعدم المساواة الواردة في الجدول 3-5، والرسم البياني بالشكل 3-2، فإن عدم المساواة المطلق في انتشار وسائل تنظيم الأسرة الحديثة القائم على التعليم في الفلبين يبدو مرتفعاً فيما بين عامي المسح الديموغرافي والصحي لعام 1993 والمسح الديموغرافي والصحي لعام 2008، ويرجع ذلك أساساً إلى زيادة التغطية في معظم المجموعات الفرعية للمتعلّمين. ومع ذلك، عندما يتم أخذ نسبة السكان في كل من هذه المجموعات السكانية الفرعية في الاعتبار، تبدو الصورة أكثر تعقيداً عما تشير إليه مقاييس عدم المساواة البسيطة (الشكل 3-3).

الشكل 3-3 نسبة النساء في سن الإنجاب وفقا لمستوى التعليم في الفلبين، المسح الديموغرافي والصحي لعامي 1993 و 2008



المصدر: بيانات مقدمة من: المركز الدولي للعدالة الصحية، جامعة بيلوتاس الاتحادية، البرازيل.

تظهر المعطيات الموضحة بالشكل 3-3 تحول السكان من النساء في سن الإنجاب بين مجموعات التعليم الفرعية بشكل كبير بين عامي 1993 و 2008 في الفلبين؛ وانخفضت نسبة السكان ذوي المستويات العالية من التعليم. فلماذا حدث هذا التحول؟ يكمن أحد الاحتمالات في سعي السياسة الحكومية لزيادة التعليم بشكل محدد كوسيلة للحد من عدد الأشخاص القابعين في وضع المحرومين اجتماعيا. وبشكل أساسي، فإن مزيدا من النساء حصلن على المستوى الثانوي أو المستوى الأعلى من التعليم. وهذا يعني أنه في عام 2008، حصلت نسبة أصغر من السكان -المجموعة الفرعية غير المتعلمة- على وسائل تنظيم الأسرة الحديثة بمعدل انتشار أقل عما كان عليه الحال في 1993؛ وبالنظر إلى توزيع السكان بين مختلف مجموعات التعليم الفرعية، فإن المقاييس البسيطة لعدم المساواة الصحي بين فترتين ليست قابلة للمقارنة بشكل مباشر.

وبدراسة هذا المثال، قد ينشأ العديد من التفسيرات المحتملة. فالبعض قد يتبنى الرأي القائل بأن عدم المساواة انخفض بسبب العدد الأكبر من النساء اللواتي ينتمين إلى المجموعة الثانوية الفرعية أو المجموعة الأعلى الفرعية ويحصلن على تغطية صحية بشكل أكبر. ولتوضيح كيف يمكن حدوث ذلك، يمكن للمرء أن يتصور أن الحكومة قد توسعت في توفير (أو شجعت على استخدام) وسائل تنظيم الأسرة الحديثة للنساء اللواتي تم إدراجهن في فئة "بدون تعليم" بالمستوى التعليمي في عام 1993، غير أنه في السنوات اللاحقة حصلت هؤلاء النساء على مزيد من التعليم، الأمر الذي أدى إلى إدراجهن في فئة المرحلة "الابتدائية" أو "الثانوية أو ما بعدها" في المسح الديموغرافي والصحي لعام 2008. وبدورها، فإن الزيادة في استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة بين هؤلاء النساء اللواتي لم تشملهن التغطية الصحية يؤدي إلى انخفاض عدم المساواة، إلا أنه، إذا كان السكان الذين تم تغطيتهم حديثا ينتمون إلى مجموعة التعليم الأقل، فإن التوسع في التغطية المحققة سوف يمر دون التفات إليه عند استخدام مقاييس عدم المساواة البسيطة.

وقد ينشأ تفسير آخر بشأن حجم السكان. فبالنظر إلى أن المجموعة الفرعية التي لم تحصل على التعليم قد شكلت أقل من 3% من السكان على مدار فترة التحليل، وأكثر من 97% من السكان أدرجوا في المجموعتين الفرعيتين الأكثر تعليماً، فهل يمكن اعتبار المقارنات البسيطة الزوجية مناسبة؟ إن الجواب على هذا السؤال يتوقف على الكيفية المقصود بها استخدام المعطيات. وهناك حالات معينة يتم فيها تبرير تجاهل حجم السكان عند قياس عدم المساواة. فعلى سبيل المثال، عند دراسة فئات سكانية صغيرة قد يكون من المهم إدراك أوجه عدم المساواة في الصحة الموجودة بالمجموعات المتباينة. وإذا كان عدم المساواة القائم على التعليم والموضح أعلاه يهدف إلى تمثيل الفرق بين المجموعات الفرعية في فئة بدون تعليم والتعليم الثانوي أو المستوى الأعلى، فإن التجربة التي تخوضها نسبة صغيرة من السكان في مجموعة "بدون تعليم" الفرعية سوف تكون مصدوقة. ومع ذلك، فإنه إذا رغبتنا في أخذ توزيع السكان بين المجموعات الفرعية بعين الاعتبار، فإننا سوف نحتاج إلى الاستعانة بالمقاييس المركبة. ويمكن الاطلاع على متابعة لهذا المثال الذي يوضح كيف يمكن قياس عدم المساواة باستخدام مقاييس مركبة في القسم الفرعي 3-5 من هذا الدليل.

وهناك تحديات أخرى تنشأ عند التفسير والتي يمكن أن تحدث نتيجة لتحول السكان من مجموعة واحدة إلى أخرى وذلك عند استخدام المقاييس البسيطة. فعلى سبيل المثال، قد يبدو أن المزيد من المجموعات المتعلمة تفتقد التغطية بالخدمات الصحية بمرور الوقت، بينما في الواقع يمكن أن يكون هذا نتيجة لتحول السكان من الأشخاص غير الخاضعين للتغطية من مجموعات أقل تعليماً إلى مجموعات أكثر تعليماً. وعند تحول السكان من مجموعة فرعية واحدة إلى أخرى، فإن تقييم الاتجاه الزمني باستخدام مقاييس عدم المساواة البسيطة قد يؤدي إلى استنتاجات مختلفة عن المقاييس المركبة التي تسجل أحجام وحالات تحول السكان. وللحد من هذا الالتباس، فإنه في حالات التحول السكاني ينبغي الإبلاغ عن الحجم النسبي للمجموعة السكانية الفرعية جنباً إلى جنب مع القيم الوسطية المصنفة للمؤشر الصحي.

وفي حين أن المشكلات الرئيسية المتعلقة بالمقاييس البسيطة وحجم المجموعة تحدث عند تحول الأفراد بين المجموعات الفرعية، إلا أنتجاهل حجم المجموعة يمكن أن يؤدي إلى تفاقم الفروق في الاستنتاجات الخاصة بعدم المساواة عند استخدام مقاييس عدم المساواة البسيطة التي تتعاضى عن المجموعات الوسطى في أي توزيع. وسوف يتم التطرق إلى وصف المقاييس المركبة التي تخفف من قيود المقاييس البسيطة بالقسم الفرعي التالي.

معلومة مفيدة: المعطيات الموزونة وغير الموزونة



تراعي العمليات الحسابية التي تستند إلى المعطيات الموزونة حجم السكان في كل مجموعة فرعية. وهذا يعد من ملامح القياسات المركبة، حيث تراعي العمليات الحسابية نسبة مجموع السكان التي تشكل من خلال كل مجموعة فرعية. وعلى التقيض من ذلك، فإن العمليات الحسابية التي تستند إلى المعطيات غير الموزونة تعالج كل مجموعة فرعية باعتبارها متساوية الحجم. وتستند القياسات الزوجية البسيطة إلى المعطيات غير الموزونة، ويمكن أيضا حساب بعض المقاييس المركبة باستخدام المعطيات غير الموزونة (على سبيل المثال، قد يكون الفرق الوسطي من المتوسط الإجمالي موزونا أو غير موزون).

4-3 مقاييس عدم المساواة المركبة

تنتج مقاييس عدم المساواة المركبة عددا واحدا والذي يعبر عن مقدار عدم المساواة القائم في جميع المجموعات الفرعية من السكان. ويمكن حساب مقاييس عدم المساواة المركبة باستخدام البرمجيات الإحصائية، ولكن عادة ما يمكن حسابها كذلك باستخدام برامج الحاسب الآلي الأساسية.

وهناك نوعان رئيسيان من مقاييس عدم المساواة المركبة: (أ) تلك التي تقيس عدم المساواة عبر سلسلة من المجموعات التي لها ترتيب طبيعي، و (ب) تلك التي تقيس عدم المساواة عبر سلسلة من المجموعات، ولكنها لا تحتاج إلى ترتيب طبيعي. ويؤثر الفرق بين هاتين الحالتين - تلك المرتبة ترتيبا طبيعيا وغيرها من دون ذلك - على اختيار مقاييس عدم المساواة المستخدم.

معلومات إضافية: المناطق الجغرافية المرتبة



أحيانا يُحدّد للمناطق الجغرافية المستخدمة في متابعة التباين في الوضع الصحي ترتيبا "طبيعيا". ويتم هذا عادة عندما لا يكون هناك رابط بشكل مباشر بين مصنف العدالة على المستوى الفردي ومعطيات مؤشر الصحة، وتستخدم القيم المتوسطة الإقليمية لمؤشرات الصحة ومصنفات العدالة لربط مسارات المعطيات لتحليل التباين. فعلى سبيل المثال، قد تسجل مجموعة معينة من المعطيات وفيات الرضع التي قد تتضمن المنطقة الجغرافية التي وقعت فيها هذه الوفيات. ومع ذلك، قد لا تكون معطيات المستوى الفردي عن ثروة الأسر التي تعرضت ولم تتعرض لوفيات الرضع متاحة. وفي هذه الحالة، إذا كان متوسط الثروة في كل منطقة جغرافية معروفا، يمكن تصنيف المناطق وفقا للثروة وتستخدم كآلية غير مباشرة لتقييم التباين في وفيات الرضع القائم على الثروة لمقارنة معدلات الوفيات من أغنى إلى أفقر المناطق.

اقرأ المزيد:

Braveman P. *Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries*. Geneva, World Health Organization, 1998.

3-5 مقاييس عدم المساواة المركبة في المجموعات المرتبة

إن المقاييس المركبة الأكثر شيوعاً عند تلخيص عدم المساواة في الصحة في سلسلة المجموعات ذات الترتيب الطبيعي يتمثلان في مقياس انحدار عدم المساواة (لتقييم عدم المساواة المطلق) ومعامل التركيز (لتقييم عدم المساواة النسبي). والقوة المشتركة لكل من هذين المقاييس هي أن حسابها يشمل تحديد الأوزان من خلال حجم السكان، بما يمكنهما من إعطاء رقم واحد يصف عدم المساواة بين جميع المجموعات الفرعية، مع الأخذ بعين الاعتبار حجم السكان.

مقياس انحدار عدم المساواة

يستخدم مقياس انحدار عدم المساواة في إظهار تدرج الصحة عبر مجموعات متعددة ذات ترتيب طبيعي (التعليم أو الثروة هما الأكثر شيوعاً). ويمثل مقياس انحدار عدم المساواة الفرق المطلق في القيم المتوقعة مؤثر الصحة بين الحاصلين على أعلى مستوى من التعليم أو الثروة وأولئك الحاصلين على أدنى مستوى من التعليم أو الثروة، مع الأخذ بعين الاعتبار التوزيع الكامل للتعليم أو الثروة باستخدام نموذج الانحدار المناسب.

لحساب مؤشر منحدر عدم المساواة، يتم تصنيف عينة موزونة من جميع السكان من الفئة الأكثر حرماناً (في المرتبة صفر أو 0) إلى الفئة الأكثر استفادة (في المرتبة 1) وفقاً للتعليم أو الثروة على سبيل المثال. وهذا التصنيف يعد موزوناً بما يفسر التوزيع التناسبي للسكان بين كل مجموعة فرعية. ويتم دراسة السكان بكل فئة من فئتي الثروة أو التعليم فيما يتعلق بمجال كل فئة في توزيع السكان التراكمي والنقطة المتوسطة لهذا المجال. ثم، ينحدر مؤشر الصحة ذو الأهمية مقابل قيم المنتصف لمجموعات الثروة أو التعليم باستخدام نموذج مناسب، ويتم حساب القيم المتوقعة للمؤشر الصحي بالنسبة للحددين القصويين (المرتبة 1 والمرتبة 0). ويُولد الفرق بين القيم المتوقعة بالمرتبة (1) والمرتبة (0) (بما يغطي التوزيع بأكمله) مؤشر الانحدار لقيمة عدم المساواة. وبالتالي فإن مقياس انحدار عدم المساواة يمثل الفرق بين الأدنى والأعلى، مع الأخذ في الاعتبار جميع المجموعات الأخرى في الانحدار (وهذا هو، تأثير التغير في التوزيع الكامل للسكان وفقاً للتعليم أو الثروة). وعندما يكون انحدار خط الانحدار مسطحاً، فإن مقياس انحدار عدم المساواة هو (0). وعند التصنيف من الفئات الأكثر حرماناً إلى الأكثر استفادة، فإن القيم الإيجابية تدل على أن مؤشر الصحة ذي الأهمية هو أكثر انتشاراً في المجموعة الفرعية الأكثر استفادة، في حين أن القيم السلبية تعني أن المؤشر هو أكثر انتشاراً في المجموعة الفرعية الأكثر حرماناً.

يتميز مقياس انحدار عدم المساواة بمعنى مباشر ونفس وحدة القياس مثل مؤشر الصحة، مما يكسبه فائدة كبيرة. ويمكن للجماهير من غير التقنيين استيعاب المؤشر باعتباره تقديراً للفرق في مؤشر صحي معين بين الفرد الأسوأ حالاً والأفضل حالاً في أي مجتمع سكاني، على الرغم من أنهم في بداية الأمر قد لا يستوعبون كثيراً كيفية حساب الرقم أو السبب في أنه يوفر ميزة إضافية على الفرق البسيط.

لتوضيح كيفية حساب مقياس انحدار عدم المساواة، فإن الجدول 3-6 يقسم التوزيع النسبي للسكان والمجال التراكمي للسكان ومنتصف المجال التراكمي من قيم السكان في المجموعات التعليمية الفرعية بين الرجال الذين يعيشون في 27 بلداً ذات الدخل المتوسط الخاضعة للدراسة. ويظهر انتشار التدخين جنباً إلى جنب مع كل مستوى للتعليم. وتمثل هذه الأعمدة المحور س (منتصف المجال التراكمي) والمحور ص (انتشار التدخين) في الشكل المطابق 3-4.

الجدول 3-6 التوصل لقيم المنتصف للمجال التراكمي على أساس مجموعات التعليم الفرعية بالنسبة للسكان من الرجال الذين يعيشون في 27 بلدا ذات الدخل المتوسط وانتشار التدخين المرتبط بها، المسح الصحي العالمي 2002-2004

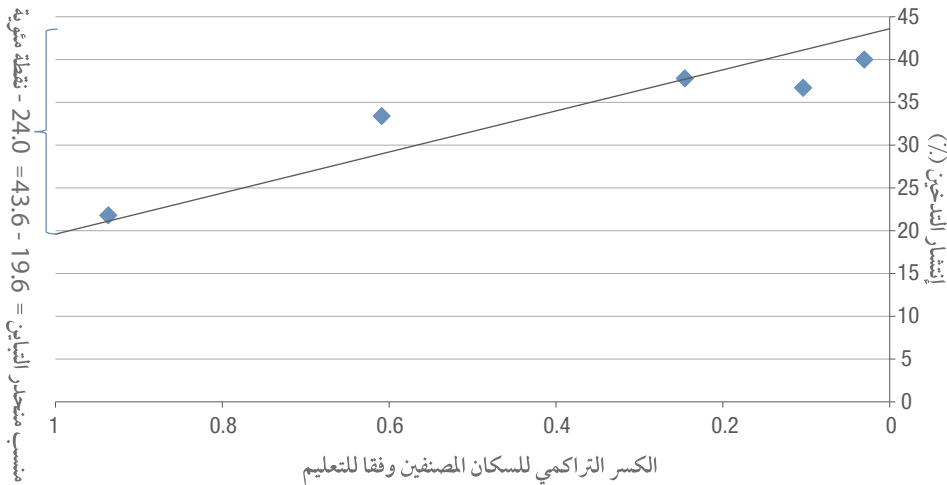
مستوى التعليم	التوزيع التناسبي للسكان	المجال التراكمي للسكان	منتصف المجال التراكمي للسكان (المحور س)	إنتشار التدخين (%) (المحور ص)
دون تعليم رسمي	0.0610	0.0610 - 0.0	0.0305	40.0
دون التعليم الابتدائي	0.0856	0.1466 - 0.0610	0.1038	36.7
إتمام التعليم الابتدائي	0.1980	0.3446 - 0.1466	0.2456	37.8
إتمام التعليم الثانوي / العالي	0.5287	0.8734 - 0.3446	0.6090	33.4
إتمام التعليم الجامعي أو الأعلى	0.1266	1.0000 - 0.8734	0.9367	21.8

المصدر: المعطيات مأخوذة عن:

Hosseinpoor AR et al. Socioeconomic inequalities in risk factors for noncommunicable diseases in low-income and middle-income countries: results from the World Health Survey. *BMC Public Health*, 2012, 12:912.

وبناء على هذه المعلومات، تراجع انتشار التدخين داخل كل مجموعة تعليم فرعية مقابل منتصف المجال التراكمي (الشكل 3-4). وهذا يعطي القيم المتوقعة لانتشار التدخين بين الأفراد الحاصلين على أدنى وأعلى مستوى تعليمي (43.6٪ في المرتبة 0 و 19.6٪ في المرتبة 1). ويُحسب مقياس انحدار عدم المساواة- أو الفرق بين هاتين القيمتين -ب- (24.0) نقطة مئوية (19.6 ناقص 43.6)، والذي يدل على عدم المساواة المطلق على أساس التعليم في التدخين بين الرجال الذين يعيشون في بلدان الدراسة المتوسطة الدخل. وتشير علامة السالب إلى أن التدخين أكثر انتشارا بين الفئات الأقل تعليما من السكان.

الشكل 3-4 مقياس انحدار عدم المساواة: عدم المساواة المطلق في انتشار التدخين بين السكان الرجال الذين يعيشون في 27 بلدا ذات الدخل المتوسط، المسح الصحي العالمي 2002-2004



المصدر: المعطيات مأخوذة عن:

Hosseinpoor AR et al. Socioeconomic inequalities in risk factors for noncommunicable diseases in low-income and middle-income countries: results from the World Health Survey. *BMC Public Health*, 2012, 12:912.

معامل التركيز/ التركيز

معامل التركيز هو مقياس نسبي لعدم المساواة والذي يظهر منحدر الصحة عبر فئات اجتماعية متعددة ذات ترتيب طبيعي (التعليم أو الثروة هما الأكثر شيوعاً). وهو يشير إلى المدى الذي يتركز فيه مؤشر الصحة بين الفئات المحرومة أو المستفيدة. وبالنظر إلى أن عدد السكان يتم تصنيفه وفقاً لزيادة الحالة الاجتماعية والاقتصادية، فإن معامل التركيز يحتوي على قيمة سلبية عندما يتركز مؤشر الصحة - سواء أكان مؤشراً إيجابياً مثل تغطية التطعيم ضد الحصبة أو مؤشراً سلبياً مثل معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة - بين الفئات المحرومة (على سبيل المثال الفقراء أو الأقل تعليماً)؛ ويحتوي على قيمة إيجابية عندما يتركز مؤشر الصحة بين الفئات المستفيدة (على سبيل المثال الأغنياء أو الأكثر تعليماً). وعند عدم المساواة، فإن معامل التركيز هو (0). وإذا تسببت مجموعة فرعية فردية واحدة (أصغر مجموعة فرعية ممكنة للسكان) فيما نسبته 100٪ من مؤشر الصحة في قطاع سكاني (أعلى انعدام نسبي للمساواة يمكن ترجيحه نظرياً)، فإن هذا من شأنه أن يجعل معامل التركيز يقترب من الحد الأعلى للقيمة القصوى بـ -1 أو $+1$. بينما ± 1 هو الحد الأعلى النظري لمعامل التركيز، وعملياً فإن القيم المطلقة لمعامل التركيز نادراً ما تتجاوز 0.5، وتمثل القيمة 0.2 - 0.3 أعلى مستوى معقول لعدم المساواة النسبي.

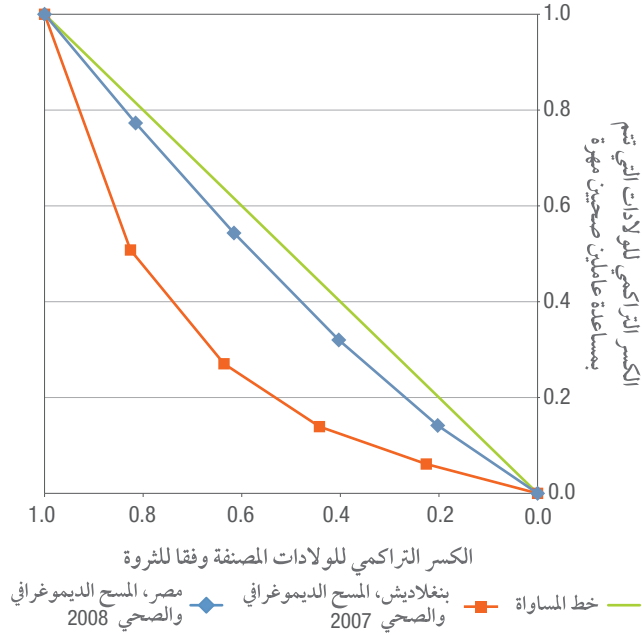
إن الطريقة البصرية لتوضيح معامل التركيز تتمثل في استخدام مفهوم ذي صلة بذلك يسمى منحنى التركيز. وكما في مؤشر منحدر عدم المساواة، يبدأ منحنى التركيز بتصنيف عينة موزونة من جميع السكان من الفئة الأكثر حرماناً (في المرتبة 0) إلى الأكثر استفادة (في المرتبة 1)، على سبيل المثال، وفقاً للتعليم أو الثروة (محور س). ويشير المحور ص إلى الكسر التراكمي للمؤشر الصحي المقابل لكل مجموعة فرعية. ويُرسم منحنى التركيز من خلال ربط النقاط. ويقع منحنى التركيز تحت خط 45 درجة المائل من الزاوية السفلية اليسرى إلى أعلى اليمين - ما يسمى بخط المساواة - إذا تركز مؤشر الصحة بين الفئات المستفيدة؛ ويقع منحنى التركيز فوق خط المساواة إذا تركز مؤشر الصحة بين الفئات المحرومة. وعندما لا يكون هناك أي وجه لعدم المساواة، يقع منحنى التركيز على خط المساواة. ويتم حساب معامل التركيز بضعف المنطقة الواقعة بين خط المساواة الافتراضي ومنحنى التركيز.

ويبين الجدول 3-7 كيفية التوصل إلى مكونات منحنى التركيز ومعامل التركيز باستخدام معطيات وفقاً للثروة من بنغلاديش ومصر. وتمثلاً لأعمدة التي أبرزت بلون مغاير القيم التي تم تخطيطها لإنشاء منحنيات التركيز. ويمكن عمل رسم بياني لمنحنيات التركيز بتخطيط الكسر التراكمي للموالب المصنفة وفقاً للثروة الأسر مقابل الكسر التراكمي للولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة (الشكل 3-5). وباستخدام الخط المرجعي للمساواة الافتراضية (كما هو موضح في الشكل باللون الأخضر)، فإن الخطوط المنحنية لكل بلد تثبت مدى انحراف البلد عن المساواة. وفي هذا المثال يتضح أن بنغلاديش تشهد تبايناً نسبياً قائم على الثروة أكثر مما هو عليه الحال في مصر، لأن الخط الأحمر ينحدر عن الخط الأخضر أبعد مما هو عليه الخط الأزرق.

الجدول 3-7 التوصل إلى قيم الكسر التراكمي للولادات والولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة باستخدام المعطيات المصنفة حسب الثروة من بنغلاديش ومصر، المسح الديموغرافي والصحي 2007 و 2008

البلد	ثروة الأسر	عدد الولادات (في عينة موزونة)	نسبة الولادات	الكسر التراكمي للولادات	عدد الولادات التي تتم بمساعدة عامين صحيين مهرة (عينة موزونة)	نسبة الولادات التي تتم بمساعدة عامين صحيين مهرة	الكسر التراكمي للولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة
بنغلاديش، المسح الديموغرافي والصحي 2007	الشريحة الخمسية 1 (الأفقر)	1367	0.226	0.226	66	0.061	0.061
	الشريحة الخمسية 2	1312	0.217	0.442	85	0.078	0.139
	الشريحة الخمسية 3	1173	0.194	0.636	143	0.131	0.270
	الشريحة الخمسية 4	1149	0.190	0.826	258	0.237	0.508
	الشريحة الخمسية 5 (الأغنى)	1056	0.174	1.000	535	0.492	1.000
مصر، المسح الديموغرافي والصحي 2008	الشريحة الخمسية 1 (الأفقر)	2145	0.203	0.203	1183	0.142	0.142
	الشريحة الخمسية 2	2125	0.201	0.403	1490	0.178	0.320
	الشريحة الخمسية 3	2251	0.213	0.616	1865	0.223	0.543
	الشريحة الخمسية 4	2113	0.200	0.815	1917	0.230	0.773
	الشريحة الخمسية 5 (الأغنى)	1956	0.185	1.000	1896	0.227	1.000

الشكل 3-5 عدم المساواة النسبي القائم على الثروة في الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة في بنغلاديش ومصر ومثلة باستخدام منحنيات التركيز، المسح الديموغرافي والصحي 2007 و 2008.



يعرض الجدول 3-8 قيم معامل التركيز لبنغلاديش ومصر، بجانب بلدان أخرى. وتظهر هذه القيم إلى جانب قيم النسب بحيث تعطي فكرة عن معامل التركيز الذي يمكن أن يكون قد تولد عند رصد عدم المساواة في الصحة. كما يتم توفير معطيات حول تغطية مؤشر الصحة (الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة) وتوزيع مجموع الولادات فيما بين شرائح الثروة الخمسية.

في القسم الفرعي 3-3 تم استخدام حالة لعدم المساواة القائمة على التعليم في انتشار وسائل تنظيم الأسرة الحديثة في الفلبين لتوضيح التحديد الخاص باستخدام المقارنات الزوجية التي تحدث عند تحول السكان بين المجموعات الفرعية. وتتغلب المقاييس المركبة على هذا التحديد من خلال تفسير أحجام المجموعات الفرعية. وفي حين أظهرت مقاييس عدم المساواة البسيطة زيادة في الفرق وزيادة طفيفة في النسبة، سجلت المقاييس المركبة التحول السكاني، بحيث أظهرت فقط انخفاضا طفيفا في عدم المساواة المطلق (مؤشر متحدر عدم المساواة) ولكن بمقدار النصف لعدم المساواة النسبي (معامل التركيز) (الجدول 3-9).

الجدول 3-8 عدم المساواة النسبي القائم على الثروة في الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة في بلدان مختارة، المسح الديموغرافي والصحي 2006-2010

معامل التركيز	النسبة (الشريجة الخمسية)/5 الشريجة (الخمسية 1)	تناسب إجمالي الولادات	الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة (%)	ثروة الأسر المعيشية	
0.04	1.2	0.25	83.7	الشريجة الخمسية 1 (الأفقر)	كولومبيا، المسح الديموغرافي والصحي 2010
		0.23	96.4	الشريجة الخمسية 2	
		0.22	98.7	الشريجة الخمسية 3	
		0.18	99.3	الشريجة الخمسية 4	
		0.12	99.4	الشريجة الخمسية 5 (الأغنى)	
0.07	1.4	0.23	61.2	الشريجة الخمسية 1 (الأفقر)	رواندا، المسح الديموغرافي والصحي 2010
		0.22	63.5	الشريجة الخمسية 2	
		0.20	66.7	الشريجة الخمسية 3	
		0.19	72.6	الشريجة الخمسية 4	
		0.17	85.9	الشريجة الخمسية 5 (الأغنى)	
0.11	1.8	0.20	55.2	الشريجة الخمسية 1 (الأفقر)	مصر، المسح الديموغرافي والصحي 2008
		0.20	70.1	الشريجة الخمسية 2	
		0.21	82.8	الشريجة الخمسية 3	
		0.20	90.7	الشريجة الخمسية 4	
		0.18	96.9	الشريجة الخمسية 5 (الأغنى)	
0.21	2.7	0.22	28.7	الشريجة الخمسية 1 (الأفقر)	أوغندا، المسح الديموغرافي والصحي 2006
		0.23	32.0	الشريجة الخمسية 2	
		0.20	35.3	الشريجة الخمسية 3	
		0.19	50.0	الشريجة الخمسية 4	
		0.16	77.1	الشريجة الخمسية 5 (الأغنى)	
0.24	3.7	0.27	25.7	الشريجة الخمسية 1 (الأفقر)	القلبين، المسح الديموغرافي والصحي 2008
		0.23	55.6	الشريجة الخمسية 2	
		0.19	75.8	الشريجة الخمسية 3	
		0.18	86.0	الشريجة الخمسية 4	
		0.14	94.4	الشريجة الخمسية 5 (الأغنى)	
0.25	3.9	0.26	24.2	الشريجة الخمسية 1 (الأفقر)	غانا، المسح الديموغرافي والصحي 2008
		0.22	50.0	الشريجة الخمسية 2	
		0.19	64.8	الشريجة الخمسية 3	
		0.19	81.7	الشريجة الخمسية 4	
		0.14	94.6	الشريجة الخمسية 5 (الأغنى)	
0.48	10.4	0.23	4.9	الشريجة الخمسية 1 (الأفقر)	بنغلاديش، المسح الديموغرافي والصحي 2007
		0.22	6.5	الشريجة الخمسية 2	
		0.19	12.2	الشريجة الخمسية 3	
		0.19	22.5	الشريجة الخمسية 4	
		0.17	50.6	الشريجة الخمسية 5 (الأغنى)	

ملاحظة: نظرا للتقريب، قد لا تساوي إجماليات البلد 1 بالضبط في عمود نسبة إجمالي الولادات.

الجدول 3-9 عدم المساواة القائم على التعليم في انتشار وسائل تنظيم الأسرة (الأساليب الحديثة) في الفلبين، المسح الديموغرافي والصحي 1993 و 2008

السنة	مقاييس التباين البسيطة		مقاييس التباين المركبة	
	الفرق (المدرسة الثانوية أو العليا - بدون تعليم) (نقاط النسبة المئوية)	النسبة (المدرسة الثانوية أو العليا/ بدون تعليم)	مقياس انحدار عدم المساواة (نقاط النسبة المئوية)	معامل التركيز
1993	20.8	3.9	15.7	0.08
2008	27.1	4.1	14.3	0.04

يعد استخدام المقاييس المركبة لتفسير حالات التحول السكاني ذا أهمية على وجه الخصوص عندما يتم رصد عدم المساواة في الصحة لتقييم آثار السياسات الاجتماعية. ويمكن للسياسات الاجتماعية العريضة التي تنجح في التخفيف من حدة الفقر وزيادة فرص التعليم أو خلق فرص عمل أن تؤدي إلى انخفاض عدد السكان في الفئات الفرعية المحرومة. وفي كثير من الأحيان يثير تقييم أثر هذه السياسات على عدم المساواة في الصحة اهتمام أولئك الذين يشاركون في عملية صنع السياسات. ومن أجل توليد المقاييس التي يمكن مقارنتها بمرور الوقت، ينبغي أن يكون رصد عدم المساواة في الصحة حساسا لمثل هذه التغيرات في مميزات السكان.

معلومة مفيدة: معامل منحدر التباين ومعامل التركيز - تطبيقات أخرى



تنطوي أوصاف وأمثلة معامل منحدر التباين ومعامل التركيز المعروضة في هذا الدليل على إجراء الحساب من واقع المعطيات على مستوى المجموعة، غير أن هذه المناسبات يمكن حسابها أيضا من واقع المعطيات على المستوى الفردي.

وبالإضافة إلى استخدام معامل منحدر التباين لإظهار التباين المطلق، من الممكن أيضا استخدام مقياس مضاهي لحساب التباين النسبي (معامل التباين النسبي). ويتم توليد معامل التباين النسبي بنفس الأسلوب المتبع مع معامل منحدر التباين، باستثناء أن القيم المتوقعة (في المرتبة 1) والمرتبة [0] يتم قسمتها بدلا من طرحها. ويمكن أيضا فهم هذا المقياس بشكل أسهل من قبل الجمهور ممن ليس لديه خبرة تقنية بالمنطقة. وعند تصنيف الفئات الأكثر حرمانا (الأقل تعليما في المرتبة [0]) والأكثر استفادة (الأكثر تعليما في المرتبة [1])، ويمثل معامل قيمة التباين النسبي بأكثر من (1) أعلى نسبة انتشار في الفئات الأكثر حرمانا.

وعلى نحو مماثل، هناك إخراجة لمعامل التركيز تعبر عن التباين المطلق، وهي مشتقة من تخطيط الكسر التراكمي للسكان المصنفين وفقا للحالة الاجتماعية والاقتصادية مقابل المقدار التراكمي للمؤشر الصحي، بدلا من الكسر التراكمي للمؤشر الصحي. وعلى نحو مماثل، هناك إخراجة لمعامل التركيز تعبر عن التباين المطلق. وهي مشتقة من تخطيط الكسر التراكمي للسكان المصنفين وفقا للحالة الاجتماعية والاقتصادية مقابل المقدار التراكمي للمؤشر الصحي، بدلا من الكسر التراكمي للمؤشر الصحي.

3-6 المقاييس المركبة لعدم المساواة للفئات غير المرتبة

في حين يعد معامل منحدر عدم المساواة ومعامل التركيز مقياسان معقدان ومفيدان لعدم المساواة النسبي والمطلق، إلا أنهما غير مناسبين في الحالات التي تكون فيها المجموعات الفرعية غير مرتبة. (وهذا لأنها يحتاجان لترتيب طبيعي، وذلك لتحديد متغيرات مرتبة الكسر التراكمي التي يتم استخدامها في التخطيط الأولي لكل مقياس.) وعند استخدام مصنف ليس لمجموعاته/ فئاته أي ترتيب واضح، فإن فرق المتوسط المطلق يعد مقياساً مفيداً لعدم المساواة المطلق، في حين يعد معامل ثيل مقياساً مفيداً لعدم المساواة النسبي.

الفرق الوسطي المطلق من المتوسط الإجمالي

يعني الفرق المطلق الوسطي من المتوسط الإجمالي المقياس البديهي لعدم المساواة المطلق بين المجموعات، لأنه يجيب عن سؤال مفاده، إلى أي مدى تختلف كل مجموعة في المتوسط عن متوسط عدد السكان؟ ولحساب الفرق المطلق الوسطي من المتوسط الإجمالي، يتم جمع القيمة المطلقة للفرق بين متوسط مؤشر الصحة في كل مجموعة سكانية فرعية ومتوسط إجمالي السكان، ثم يتم تقسيم هذا المجموع على عدد من المجموعات الفرعية. وفي عدد السكان النظري حيث توجد أربع مجموعات، يكون بكل منها قيمة متوسط مؤشر الصحة مساوية لمتوسط مجموع السكان، فإن الفرق الوسطي من المتوسط الإجمالي يساوي قيمة حدها الأدنى 0. وإذا وزعت المجموعات الأربع بحيث يكون لمجموعتين قيم متوسط مؤشر الصحة التي هي عبارة عن وحدة واحدة أقل من متوسط عدد السكان، ويكون للمجموعتين الأخرين قيم متوسط مؤشر الصحة التي هي عبارة عن وحدة واحدة أعلى من متوسط عدد السكان، فإن الفرق الوسطي من المتوسط الإجمالي يبلغ 1. وهذه القيمة تعتبر بديهية: ففي المتوسط، تختلف كل مجموعة عن متوسط السكان بها قيمته 1، وبالتالي فإن الفرق الوسطي من المتوسط الإجمالي هو 1. ويمكن أن تتولد القيم الإيجابية فقط للفرق الوسطي من المتوسط، لذلك لا يمكن وصف الاتجاه الذي تميل فيه المجموعات إلى الاختلاف عن متوسط السكان. وهذا يختلف عن معامل منحدر عدم المساواة ومعامل التركيز، حيث يمكن إنتاج كل القيم السلبية والإيجابية الدالة على اتجاه عدم المساواة. ويستخدم الفرق المطلق الوسطي من المتوسط الإجمالي عموماً في الحالات التي لا يكون فيها ترتيب طبيعي للمجموعات السكانية الفرعية، ولذلك فمن المنطقي أن لا يكون ممكناً التوصل إلى دلالة الاتجاه.

الفرق الوسطي المطلق الموزون من المتوسط

يتجاهل الحساب الإجمالي للفرق الوسطي من المتوسط الإجمالي المعروض أعلاه حجم المجموعات الفرعية. ولتفسير الحالات التي تختلف فيها المجموعات الفرعية في الحجم، فإن هذا الحساب يمكن أن يتم من خلال وزن كل فرق وفقاً لحجم المجموعة. ويتم حساب الفرق الوسطي الموزون عن المتوسط الإجمالي من خلال الحصول على فرق متوسط كل مجموعة من متوسط عدد السكان وضرب هذه الفروق في حجم كل مجموعة سكانية فرعية على حده. ثم يتم جمع هذه الفروق وتقسيمها على إجمالي حجم السكان من أجل حساب الفرق الوسطي الموزون عن المتوسط الإجمالي. وبناء على الحالة التي يتم تناولها، قد يكون هذا المقياس الموزون ممثلاً لعدم المساواة بشكل أكثر ملاءمة.

يوضح المثال التالي، الذي يدرس الاتجاه الزمني لعدم المساواة المطلق المستند إلى المنطقة في التطعيم الثلاثي ضد الدفتريا والتيتانوس والسعال الديكي (DTP3) في الفلبين، ويوضح كيف يختلف الفرق من متوسط الحسابات عن حسابات الفرق البسيطة. وإذا استخدمت الفروق وحدها لوصف عدم المساواة، فإننا نصل إلى استنتاج بأن عدم المساواة المطلق قد ازداد بشكل كبير بين عامي المسح الديموغرافي والصحي في 2003 و2008؛ ومع ذلك، تشير المقاييس التي تأخذ في الحسبان جميع المناطق بعدم وجود أي تغيير (الجدول

3-10). وبدراسة الاتجاهات في الشكل 3-6، يتضح أن الزيادة في الفرق المطلق إنما ترجع إلى الانخفاض في تغطية منطقة المستقلة في مينداناو المسلمة (المنطقة التي تعاني من أقل تغطية بكل من عامي المسح الديموغرافي والصحي في 2003 و 2008)، في حين أن المنطقة كاراغا (المنطقة التي تتمتع بأعلى تغطية بكل من عامي المسح الديموغرافي والصحي في 2003 و 2008) شهدت زيادة التغطية خلال نفس الفترة. ويلتقط الفرق الواسع من المنطقة الأفضل والفرق الواسع من المتوسط القومي التغييرات الواقعة في جميع المناطق، في حين تُظهر حسابات الفرق البسيطة فقط الوضع في المناطق الحاصلة على أعلى وأقل تغطية للتمنيع.

معلومة مفيدة: النقاط المرجعية



لكل من الفرق الواسع المطلق الموزون وغير الموزون، لا يجب أن تعني المرجعية الخاصة بمقارنة كل مجموعة سكانية فرعية قيمة متوسط عدد السكان الإجمالي. وفي بعض الحالات، قد يكون من الأمور الأكثر منطقية استخدام المجموعة الفرعية ذات الأداء الأفضل - أو أحد الأهداف - كمرجع للمقارنة. ويشير حساب الفرق إلى كل مجموعة من المجموعة الفرعية الأفضل ويشير وضع متوسط تلك الفروقات في العملية الحسابية إلى الفرق الواسع للمجموعة الفرعية ذات الأداء الأفضل. ويشار إلى هذا أيضا باعتباره معامل النقص. وتتمثل ميزة استخدام أفضل مجموعة فرعية كנקطة مرجعية بدلا من المتوسط الإجمالي في أنه إذا كان بالإمكان خفض أوجه التباين، فإن الهدف سيكون في رفع جميع المجموعات الفرعية لتصل إلى مستوى أكثر المجموعات الفرعية انتظاما، وليس مجرد رفع كل المجموعات الفرعية إلى مستوى متوسط إجمالي عدد السكان.

اقرأ المزيد:

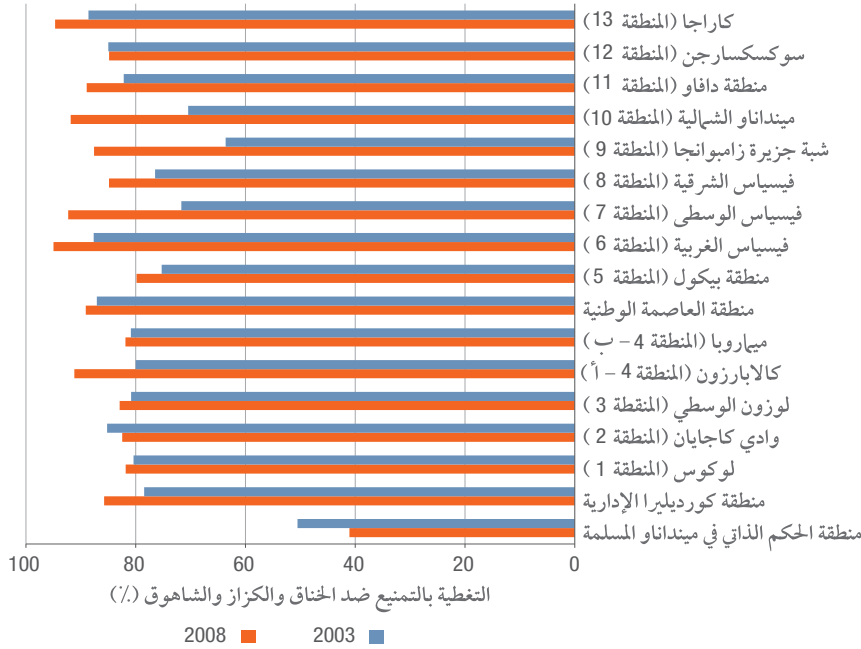
Hosseinpoor AR et al. International shortfall inequality in life expectancy in women and in men, 1950-2010. *Bulletin of the World Health Organization*, 2012, 90(8):588-594.

Pearcy JN, Keppel KG. A summary measure of health disparity. *Public Health Reports*, 2002, 117(3):273-280.

جدول 3-10 عدم المساواة القائم على المنطقة في تغطية التطعيم الثلاثي ضد الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي بين الأطفال في عمر سنة واحدة في الفلبين، المسح الديموغرافي والصحي 2003 و 2008

السنة	الفرق (عال-منخفض) (نقاط النسبة المئوية)	الفرق الواسع من المنطقة الأفضل	الفرق الواسع من المتوسط القومي
2003	38.1	10.7	6.7
2008	53.9	10.5	6.5

الشكل 3-6 عدم المساواة القائم على المنطقة في تغطية التطعيم الثلاثي ضد الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي (DPT3) للأطفال في عمر سنة واحدة في الفلبين، المسح الديموغرافي والصحي 2003 و 2008



المصدر: المعطيات المصنفة مقدمة من: المركز الدولي للعدالة الصحية، جامعة بيلوتاس الاتحادية، البرازيل.

معلومات إضافية: مقاييس أخرى شبيهة بالفرق الوسطي من المتوسط الإجمالي



مثل الفرق الوسطي من المتوسط الإجمالي، يعتبر الانحراف المعياري والتفاوت ومؤشر التفاوت مقاييس أخرى يمكن تطبيقها لتقييم تباين الصحة في المجموعات الفرعية غير المرتبة. فعلى سبيل المثال، استخدم موحد وآخرون (2009) ومرادي - لكح وآخرون (2013) الانحراف المعياري ومؤشر التباين لإظهار التفاوت الجغرافي النسبي والمطلق مع مرور الوقت في المؤشرات الصحية المتتمة في المناطق الريفية بجمهورية إيران الإسلامية.

Moradi-Lakeh et al. Geographical disparities in child mortality in the rural areas of Iran: 16-years trend. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2013, 67(4):346-349.

Movahedi M et al. Trends and geographical inequalities of the main health indicators for rural Iran. *Health Policy and Planning*, 2009, 24(3):229-237.

معامل ثيل

يسمح معامل ثيل بقياس التفاوت النسبي بين المجموعات في الحالات التي لا يوجد فيها ترتيب طبيعي بين الفئات الاجتماعية. ويتم حساب معامل ثيل مع الصيغة الرياضية التالية:

$$T = \sum_{i=1} p_i / \ln(r_i)$$

حيث إنه بالنسبة للمجموعة الفرعية i ، يعد p_i نسبة السكان، بينما تمثل r_i نسبة انتشار مؤشر الصحة في المجموعة الفرعية ويمثل i انتشار مؤشر الصحة الإجمالي في القطاع السكاني.

قد يصعب على غير التقنيين تفسير قيم معامل ثيل. وللمساعدة في شرحها، تخيل السيناريو النظري الذي يتم فيه مقارنة أربع فئات اجتماعية متساوية الحجم من السكان، وكل منها يسجل 25٪ لانتشار استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة. وليس هذا الوضع أي تباين نسبي، حيث أن كل مجموعة سيكون لها حصة تناسبية من الانتشار الإجمالي. وبالتالي، فإن معامل ثيل سوف يكون (0). وسوف يكون لكل مجموعة فرعية قيمة متوسطة للمؤشر الصحي الذي يتساوى مع متوسط مجموع السكان (وبالتالي تكون نسبة هذه المتوسطات 1)، ونتيجة لذلك فإن النواتج التي يتم احتسابها للجمع بمعامل ثيل سوف تشمل جميعها اللوغاريتم الطبيعي للعدد 1 ln (و $(1) = 0$)، مما يجعل معامل ثيل (0). وعند زيادة عدم المساواة النسبي، تتعد هذه النسبة عن (0) ويزداد معامل ثيل. وتشير القيم الأكبر لمعامل ثيل إلى المستويات الأعلى لعدم المساواة النسبي مع عدم وجود حد أقصى. وفي حين تكون مكونات الجمع لمعامل ثيل سلبية، فإن معامل ثيل يكون دائما ذا قيمة موجبة.

ويستخدم معامل ثيل في المثال الموضح بالجدول 3-11 لإظهار عدم المساواة النسبي في تغطية رعاية الحمل (أربع زيارات على الأقل) فيما بين المناطق في مصر في أربع نقاط زمنية. ويعد معامل ثيل اختيارا جيدا لقياس عدم المساواة في هذه الحالة لأن المجموعات الفرعية هي مناطق غير مرتبة، وتضم كل مجموعة فرعية نسبة مختلفة من السكان. ولتسهيل فهم ذلك، يتم ضرب مكونات معامل ثيل جميعها في 1000. وفي كل نقطة زمنية يتضح أن عدم المساواة النسبي أخذ في التناقص، لأن قيم معامل ثيل هي ما يقرب من نصف فترة الدراسة الاستقصائية السابقة.

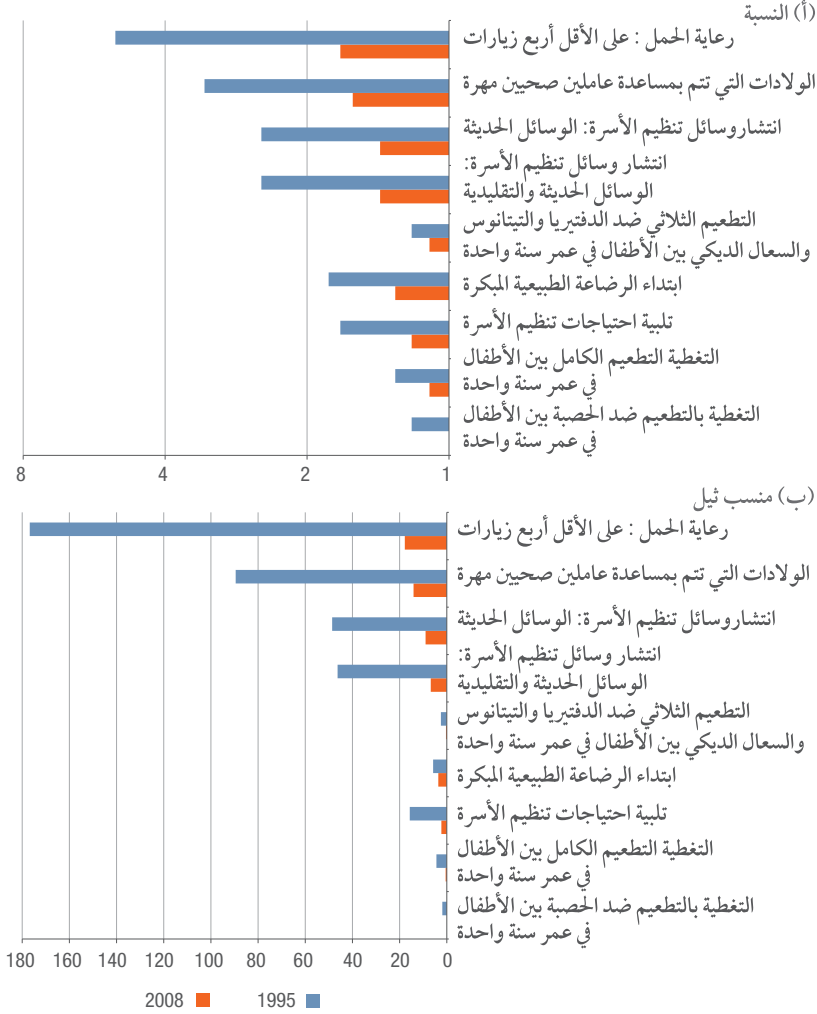
لمزيد من التعرف على قيم معامل ثيل، تم عرض كل من قيم النسبة وقيم معامل ثيل لعدد من مؤشرات الصحة في الشكل 3-7. (تم احتساب النسبة استنادا إلى المناطق التي تشهد أعلى وأدنى تغطية لكل مؤشر). وهذا تمثيل لعدم المساواة النسبي بين المناطق في مصر، عبر السنوات والمؤشرات الموضحة بالشكل. ويصبح استخدام معامل ثيل واضحا حيث أن الاستنتاجات يمكن استخلاصها بسهولة (على سبيل المثال، انخفض مستوى عدم المساواة النسبي لجميع المؤشرات من المسح الديموغرافي والصحي 1995 إلى 2008؛ وفي عام 1995، كان مستوى عدم المساواة النسبي عاليا بالنسبة لرعاية الحمل (أربعة مرات على الأقل) والولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة ولكنها منخفضة بالنسبة للتطعيمات).

الجدول 3-11 التوصل إلى قيم مُعامل ثيل لرعاية الحمل (أربع زيارات على الأقل)، باستخدام المعطيات المصنفة حسب نوع المنطقة في مصر، المسح الديموغرافي والصحي 1995 و 2000 و 2005 و 2008

المنطقة	تغطية رعاية الحمل على الأقل أربع زيارات (%)	نسبة السكان (p)	نسبة التغطية في المنطقة r إلى التغطية الوطنية (r_i)	السجل الوطني لتسبة التغطية في المنطقة r إلى التغطية الوطنية ($\ln(r_i)$)	مكونات معامل ثيل ($p, r_i, \ln(r_i)$) مضروبة في 1000	معامل ثيل مضروبا في 1000
المسح الديموغرافي والصحي 1995						
176.78	32.6	0.01	1.07	0.07	0.71	المحافظات الحدودية
	21.5	0.29	0.71	0.35-	71.71-	الوجه القبلي بمصر: الريف
	53.3	0.10	1.75	0.56	100.53	الوجه القبلي بمصر: الحضر
	10.8	0.29	0.36	1.04-	107.55-	الوجه البحري بمصر: الريف
	41.2	0.11	1.35	0.30	45.79	الوجه البحري بمصر: الحضر
	55.4	0.19	1.82	0.60	209.01	المحافظات الحضرية
	30.4					التغطية الوطنية
المسح الديموغرافي والصحي 2000						
68.10	30.2	0.01	0.77	0.26-	2.97-	المحافظات الحدودية
	34.9	0.31	0.90	0.11-	30.63-	الوجه القبلي بمصر: الريف
	56.0	0.12	1.44	0.36	60.45	الوجه القبلي بمصر: الحضر
	21.1	0.28	0.54	0.61-	93.05-	الوجه البحري بمصر: الريف
	51.7	0.11	1.33	0.28	41.61	الوجه البحري بمصر: الحضر
	56.9	0.17	1.46	0.38	92.69	المحافظات الحضرية
	39.0					التغطية الوطنية
المسح الديموغرافي والصحي 2005						
34.59	60.6	0.01	1.00	0.00	0.03-	المحافظات الحدودية
	62.4	0.31	1.03	0.03	8.61	الوجه القبلي بمصر: الريف
	81.7	0.10	1.34	0.30	39.89	الوجه القبلي بمصر: الحضر
	39.4	0.30	0.65	0.43-	84.66-	الوجه البحري بمصر: الريف
	68.4	0.13	1.13	0.12	16.70	الوجه البحري بمصر: الحضر
	80.1	0.15	1.32	0.28	54.07	المحافظات الحضرية
	60.7					التغطية الوطنية
المسح الديموغرافي والصحي 2008						
17.78	65.8	0.01	0.99	0.01-	0.15-	المحافظات الحدودية
	63.9	0.34	0.96	0.04-	13.23-	الوجه القبلي بمصر: الريف
	78.5	0.10	1.18	0.16	19.57	الوجه القبلي بمصر: الحضر
	50.3	0.27	0.76	0.28-	57.30-	الوجه البحري بمصر: الريف
	75.6	0.11	1.14	0.13	15.65	الوجه البحري بمصر: الحضر
	85.6	0.16	1.29	0.25	53.25	المحافظات الحضرية
	66.5					التغطية الوطنية

المصدر: المعطيات المصنفة مقدمة من: المركز الدولي للعدالة الصحية، جامعة بيلوتاس الاتحادية، البرازيل.

الشكل 3-7 عدم المساواة النسبي القائم على المنطقة في المؤشرات المختارة للصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال في مصر التي توضح استخدام النسبة (أ) ومعامل ثيل (ب) المسح الديموغرافي والصحي 1995 و 2008



المصدر: المعطيات المصنفة المقدمة من: المركز الدولي للعدالة الصحية، جامعة بيلوتاس الاتحادية، البرازيل.

7-3 الخطر المعزو للسكان

يعتبر الخطر المعزو للسكان مقياساً لعدم المساواة المطلق، ويقوم على فرضية أن عدم المساواة يمكن التخلص منه بتحسين مستوى مؤشر الصحة في قطاع سكاني ليتناسب مع المجموعة الفرعية ذات الأداء الأفضل. وبعبارة بسيطة، يُظهر الخطر المعزو للسكان إمكانية التحسين إذا كانت كل المجموعات الفرعية لها نفس المعدل مثلها مثل المجموعة الفرعية المرجعية. ويمكن استخدام هذا المقياس للمجموعات المرتبة أو غير المرتبة، ويمكن أن يؤخذ في الاعتبار فئات اجتماعية من مختلف الأحجام. وعملياً، فإن المجموعة الفرعية المرجعية هي تلك التي تعطي عادة النتيجة الأفضل (على سبيل المثال: أعلى نسبة تغطية للخدمة الصحية) أو الوضع الاجتماعي الأعلى (على سبيل المثال: الأغنى، الأكثر تعليماً)، عندما تكون المجموعات الفرعية مرتبة.

يعد الخطر المعزو للسكان مقياساً مفيداً لشرح ما يسهم به عدم المساواة ضمن البلد في تقدم البلد نحو تغطية صحية شاملة. وتمثل الفجوة في تغطية الخدمات الصحية نسبة الخدمات الصحية التي كانت مطلوبة ولم يتم تقديمها - أي، الزيادة في التغطية اللازمة لتحقيق التغطية الشاملة. ويشير وجود فجوة وطنية بأقل نسبة إلى أن البلد أقرب ما يكون لتحقيق التغطية الشاملة. وتحتاج دراسة تغطية تنظيم الأسرة إلى أن يتم تليبيتها من خلال الشريحة الخمسية للثروة، على سبيل المثال، يُظهر الخطر المعزو للسكان انخفاضاً في فجوة التغطية الوطنية (ينبغي تلبية الزيادة في نسبة تنظيم الأسرة) التي يمكن تحقيقها إذا كان لمجموع السكان نفس التغطية التي تتلقاها الشريحة الخمسية الأغنى. وحساب الخطر المعزو للسكان، فإن فجوة التغطية لتلبية احتياجات تنظيم الأسرة في الشريحة الخمسية الأغنى يتم طرحه من فجوة التغطية لمجموع السكان.

ويمكن استخدام مقياس مماثل، وهو النسبة المئوية للخطر المعزو للسكان، في التعبير عن عدم المساواة النسبي. ويتم احتساب هذه النسبة بقسمة الخطر المعزو للسكان على المعدل الإجمالي لمجموع السكان. وتمثل النتيجة، وهي القيمة بين 0 و 100، التحسن النسبي الممكن من خلال التخلص من عدم المساواة بين المجموعات الفرعية (على مستوى المجموعة الفرعية المرجعية). وفي أوضاع عدم المساواة الواضح، حيث معدل مؤشر الصحة يختلف كثيراً بين المجموعات الفرعية المرجعية والمجموعات الفرعية الأخرى، فإن النسبة المئوية للخطر المعزو للسكان سوف تكون مرتفعة.

يعرض الجدول 3-12 مقاييس الخطر المعزو للسكان والتناسب المئوي للخطر المعزو للسكان بالنسبة لفجوة التغطية في تلبية احتياجات تنظيم الأسرة، وذلك باستخدام الشريحة الخمسية الأغنى كمجموعة مرجعية. لاحظ أنه على الرغم من أن الكاميرون وتشاد يشهدان نفس الخطر المعزو للسكان (عدم المساواة المطلق)، إلا أن النسبة المئوية للخطر المعزو للسكان تُظهر تبايناً نسبياً في الكاميرون أعلى منه في تشاد نتيجة لوجود أقل فجوة للتغطية في الكاميرون. وهذا يوضح مرة أخرى أهمية استخدام كل من المقاييس المطلقة والنسبية على حد سواء في تفسير عدم المساواة.

الجدول 3-12 عدم المساواة القائم على الثروة في فجوة التغطية في تلبية احتياجات تنظيم الأسرة في بلدان أفريقية مختارة، المسح الديموغرافي والصحي 2000-2008

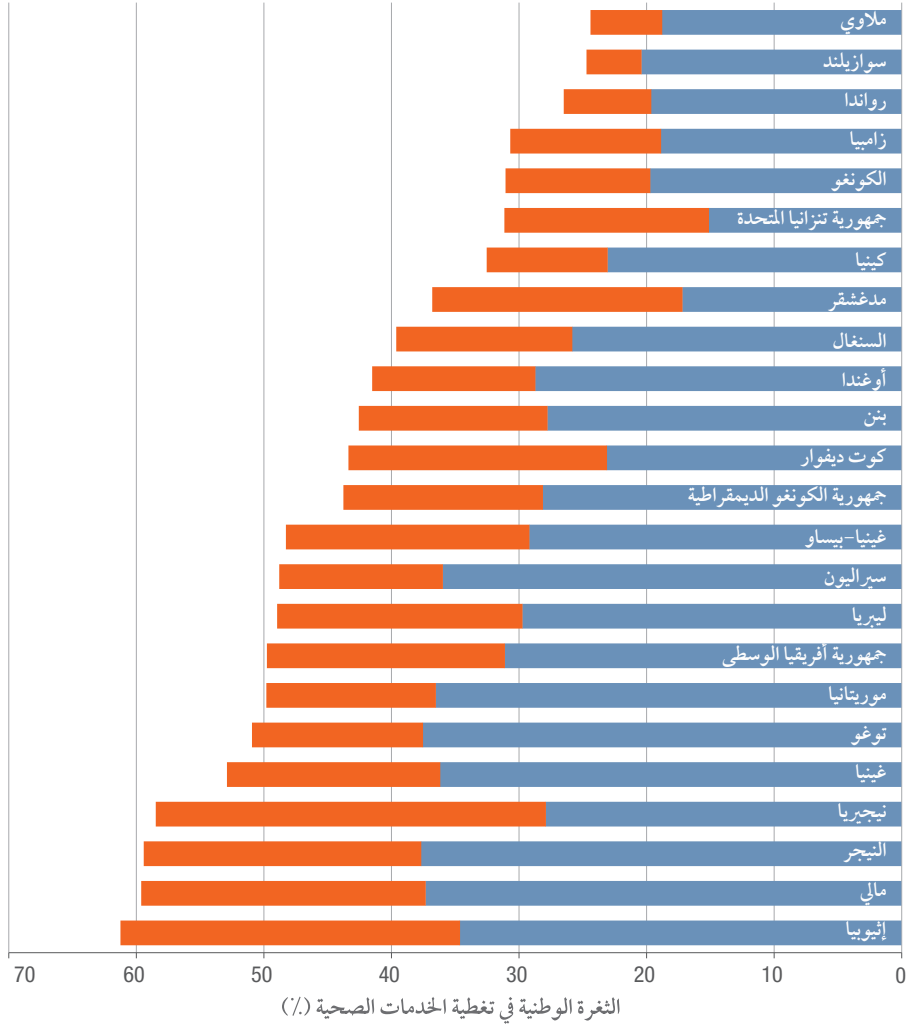
البلد	فجوة التغطية الوطنية (%)	فجوة التغطية في الشريحة الخمسية الأغنى (%)	الخطر المعزول للسكان (نقاط النسبة المئوية)	النسبة المئوية للخطر المعزول للسكان
بنين	64	44	20	31
بوركينافاسو	68	41	27	40
الكاميرون	44	26	18	40
تشاد	88	70	18	20
الكونغو	27	20	7	27

المصدر:

Hosseinpoor AR et al. Towards universal health coverage: the role of within-country wealth-related inequality in 28 countries in sub-Saharan Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 2011, 89(12):881-890.

تعتبر مخرجات العمليات الحسابية للخطر المعزول للسكان سهلة الفهم والشرح، وتأخذ في الحسبان حجم المجموعة الفرعية. وهذه المقاييس مفيدة بشكل خاص لنقل أثر الظروف الاجتماعية على العبء الصحي. في الشكل 3-8، تم ترتيب 24 بلدا أفريقيا وفقا للفجوة الوطنية، ممثلة في الشريط الأفقي بطوله: وهي البلدان الموجودة بالجزء العلوي من هذا الشكل والأقرب إلى تحقيق التغطية الشاملة في خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال، في حين أن البلدان باتجاه أسفل الشكل عليها إحداث أكبر قدر من التقدم. وعلاوة على ذلك، يتم فصل فجوة التغطية الوطنية إلى عنصرين هما: فجوة التغطية في الشريحة الخمسية الأغنى وعدم المساواة داخل البلد الذي يشار إليه من خلال التظليل الأصفر والأرجواني. وبالنسبة لغالبية الدول المشاركة في الدراسة (22 من أصل 24 بلدا)، يمكن تخفيض متوسط الفجوة الوطنية بمقدار الربع أو أكثر إذا تلقى جميع السكان نفس التغطية التي تتلقاها الشريحة الخمسية الأغنى (وبالتالي القضاء على عدم المساواة داخل البلد)؛ وفي ثلاثة بلدان (مدغشقر ونيجيريا وجمهورية تنزانيا المتحدة)، يمكن النزول بمتوسط الفجوة الوطنية إلى النصف. وتستند المعطيات الواردة في هذا المثال إلى معامل يتضمن ثمانية مؤشرات خاصة بتغطية رعاية الأمومة والتطعيم وعلاج الأطفال المرضى وتنظيم الأسرة.

الشكل 3-8 متوسط الفجوة الوطنية في تغطية خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال وعدم المساواة القائم على الثروة ضمن البلد في فجوة التغطية في 24 من البلدان الأفريقية ذات الدخل المنخفض والمتوسط، المسح الديموغرافي والصحي والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2011-2005



■ فجوة التغطية في الشريحة الخمسية الأغنى ■ الخطر المعزول للسكان (تباين ضمن البلد)

عند إجراء رصد عدم المساواة في الصحة، فإن أي من المقاييس المبينة في هذا القسم - الفرق والنسبة ومقياس انحدار عدم التمييز ومعامل التركيز والفرق الوسطي من المتوسط ومعامل ثيل Theil index والخطر المعزول للسكان - قد يكون من الصواب استخدامها في حالة معينة. وفي الواقع، لن يكون من الصواب حساب كل من المقاييس التي تنطبق على حالة معينة كجزء من تحليل عدم المساواة. ومع ذلك، عندما يتعلق الأمر بالإبلاغ عن المعطيات، ينبغي أن يتم اختيار مقاييس محددة بعناية. ويتناول القسم 4 مسألة كيفية توصيل نتائج رصد عدم المساواة في الصحة بشكل أفضل.

أبرز النقاط: القسم 3

- تعد مقاييس التباين البسيطة - مثل الفرق والنسبة - الأنسب لإجراء مقارنات بين مجموعتين فرعيتين. فهي بشكل عام سهلة الفهم، ولكن لا يمكن مقارنة أكثر من مجموعتين فرعيتين في ذات الوقت، كما أنها لا تسجل حجم السكان أو التحولات السكانية.
- مقياس منحدر التباين ومقياس التركيز هما القياسان المستخدمان في توضيح التباين الصحي في مجموعات فرعية مرتبة. ويظهر مقياس منحدر التباين المطلق، مع الأخذ بعين الاعتبار القيمة المتوسطة للمؤشر الصحي في كل مجموعة فرعية. ويعد مقياس التركيز مقياساً للتباين النسبي، الذي يعبر عن التوزيع غير المتكافئ للمؤشر الصحي بين المجموعات الفرعية.
- يمكن قياس التباين الصحي في المجموعات الفرعية غير المرتبة باستخدام الفرق المتوسط ومقياس ثيل. ويظهر الفرق المتوسط المدى الذي تنحرف فيه القيم المتوسطة للنتيجة الصحية عن المتوسط الإجمالي أو القيمة المرجعية المنتقاة، بما يعبر عن التباين المطلق. ويسمح مقياس ثيل بقياس التباين النسبي.
- يظهر الخطر المعزول للسكان إمكانية التحسن إذا تم التخلص من التباين، وكانت جميع المجموعات الفرعية على نفس المستوى مثل المجموعة المرجعية.
- قد يستخدم رصد التباين الصحي عدداً من المقاييس للتعبير عن التباين النسبي والمطلق، بناء على تفاصيل حالة معينة.

اقرأ المزيد:

Anand S et al. Measuring disparities in health: methods and indicators. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press, 2001:48-67.

Harper S, Lynch J. *Methods for measuring cancer disparities: using data relevant to Healthy People 2010 cancer-related objectives*. Bethesda, MD, National Cancer Institute, 2005.

Keppel K et al. Methodological issues in measuring health disparities. *Vital and Health Statistics*, 2005, (141):1-16.

Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science and Medicine*, 1997, 44(6):757-771.

O'Donnell O et al. *Analyzing health equity using household survey data*. Washington, DC, World Bank, 2008.

Regidor E. Measures of health inequalities: part 1. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58(10):858-861.

Regidor E. Measures of health inequalities: part 2. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58(11):900-903.

Wagstaff A, Paci P, Doorslaer EV. On the measurement of inequalities in health. *Social Science and Medicine*, 1991, 33(5):545-557.

4- نشر نتائج عدم المساواة في الصحة

1-4 التقارير الواعية بالجمهور

قد يستوجب الأمر نقل معطيات عدم المساواة في الصحة إلى الباحثين وممارسي الصحة العامة ورسمي السياسات وعامة الجمهور وغيرهم. وينبغي النظر دائما إلى الجمهور المستهدف عند البت في كيفية الإبلاغ عن المعطيات، لأن الجماهير المختلفة سوف تتمايز بمستويات مختلفة من الفهم والخبرة التقنية وما يحتاجون للحصول عليه من المعطيات. فعلى سبيل المثال، إذا تعين استخدام تقرير بصفة داخلية من قبل الباحثين من ذوي الخبرة الإحصائية الواسعة، قد يكون من المناسب تقديم استنتاجات معقدة وحاذقة يتم الإفصاح عنها في المعطيات التي تستعين بالمقاييس المركبة. وبالنسبة للجمهور ذوي الخبرة التقنية البسيطة، فإن من الأفضل عادة تقديم الاستنتاجات الأبرز بطريقة مباشرة. ويتمثل الهدف النهائي لرصد عدم المساواة في الصحة في المساعدة على توجيه السياسة والبرامج والممارسات للحد من عدم المساواة؛ ولهذا السبب، فإنه بغض النظر عن الجمهور المباشر المتلقي لتقرير معين، ينبغي النظر إلى مسألة التقارير من خلال زاوية كيفية اختيار المعطيات وعرضها بشكل أفضل لتوجيه السياسة والبرامج والممارسات.

2-4 أساليب عرض المعطيات

بعبارة أبسط، لا تختلف الطرق المستخدمة في تقديم معطيات عدم المساواة في الصحة عن تلك التي تستخدم لتقديم أنماط أخرى من المعطيات ذات الصلة بالصحة أو غير ذلك. هناك ثلاثة أدوات رئيسية تستخدم لعرض معطيات عدم المساواة في الصحة: الجداول والرسوم البيانية والخرائط. ويركز هذا القسم على كيفية توظيف هذه الطرق في رصد عدم المساواة في الصحة.

عند رصد عدم المساواة في الصحة، ينبغي أن تعرض الجداول والرسوم البيانية والخرائط بحيث يمكن تصنيف كل مؤشر للصحة من خلال كل عامل مصنف للعدالة على حده. وهذا يعني أن المعلومات المعروضة تُظهر الوضع بالنسبة لمؤشر صحة واحد في أحد أبعاد عدم المساواة (على سبيل المثال، معدل وفيات الرضع وفقا للتعليم، وتغطية التطعيم ضد الحصبة وفقا للمنطقة). ويمكن استخدام الجداول والرسوم البيانية والخرائط في توليفات مختلفة لتسليط الضوء على الرسائل الواردة في المعطيات.

الجداول

بشكل عام، يجب أن توفر الجداول عرضا شاملا لكل جزء من المعطيات. وهذا يشمل وصفا لكل توليفة مرتبطة بمؤشر الصحة وبُعد عدم المساواة المطابق. وأحد مميزات الجداول يتمثل في انعدام أي التباس حول قيم المعطيات نظرا لتسجيلها بشكل واضح. أما عيب الجداول فيتمثل في أنها تفتقر إلى التفسير البصري الفوري كما في الرسوم البيانية والخرائط، وبالتالي يحتاج الجمهور إلى بذل المزيد من الجهد لاستخلاص الاستنتاجات. ويمكن أن توضع الجداول بصورة يسهل تفسيرها من خلال تسليط الضوء على القيم البارزة، والترميز الملون للقيم أو الخلايا أو تلوين قيم الترميز أو الخلايا أو استخدام الحروف ذات الخط العريض.

ويعرض الجدول 4-1 المعطيات الخاصة بتغطية استخدام وسائل تنظيم الأسرة (الأساليب الحديثة) في مصر من خلال الشريحة الخمسية للثروة، وتقديم القيم الخاصة بالنسبة والفرق في ثلاث نقاط زمنية. ويعرض هذا الجدول نظرة شاملة إلى حد ما عن المعطيات، غير أنه يترك مهام تفسير الجدول واشتقاق الاستنتاجات للجمهور. وكلما ازدادت المؤشرات والسنوات والتقدير والمقاييس التي يتم تقديمها في أي جدول، ازداد الجهد المطلوب من قبل الجمهور لاستخلاص النتائج.

الجدول 4-1 عدم المساواة القائم على الثروة في انتشار وسائل تنظيم الأسرة (الأساليب الحديثة) في مصر، المسح الديموغرافي والصحي 1995 و 2000 و 2005

السنة	المتوسط الوطني (%)	الشريحة 1 (الأفقر) (%)	الشريحة 2 (%)	الشريحة 3 (%)	الشريحة 4 (%)	الشريحة 5 (الأغني) (%)	الفرق (الشريحة الخمسية - الشريحة 5) (%)	النسبة (الشريحة الخمسية / 5 الشريحة الخمسية 1)
1995	45.5	28.2	39.0	47.1	52.0	57.4	29.2	2.0
2000	53.9	42.7	50.0	54.3	58.3	61.1	18.4	1.4
2005	56.5	50.0	54.4	57.2	60.0	59.6	9.6	1.2

معلومة مفيدة: تصميم طرق إظهار المعطيات الفعالة



إن إنشاء تمثيلات إحصائية للمعطيات مصممة تصميماً جيداً يعتبر من المهارات الهامة التي يمكن أن تعزز بشكل كبير من تأثير منتج نقل المعطيات. ويجب أن يكون عرض المعطيات مدروساً ومفهوماً، بما يعمل على نقل الحجم والنطاق المناسبين للمعطيات إلى الجمهور المستهدف. إن هناك ثروة من تكنولوجيا إظهار المعطيات يمكن أن تساعد على تقديم المعطيات بطرق بسيطة ومتطورة، وذلك باستخدام الخيارات الإستراتيجية والتفاعلية. وتذكر أن طبيعة المعطيات واحتياجات الجمهور ينبغي أن تقود إلى اختيار طريقة إظهار المعطيات.

من خلال الأمثلة الواردة بهذا الدليل، تم عرض عدد من أساليب وبرامج إظهار المعطيات. ويمكن إنشاء وسائل إظهار المعطيات باستخدام مجموعة من البرمجيات المستمدة من البرمجيات والعديد من التطبيقات المتاحة على نطاق واسع، إلى البرامج الإحصائية وبرمجيات إظهار التحليلات الأكثر تخصصاً. ويمكن، اعتماداً على الخبرات والموارد المتاحة، الإبلاغ عن معطيات تبين الصحة بطرق عديدة.

اقرأ المزيد:

Few S. Now you see it: simple visualization techniques for quantitative analysis. Oakland, Analytics Press, 2009.

Few S. Show me the numbers: designing tables and graphs to enlighten. Oakland, Analytics Press, 2004.

United Nations Economic Commission for Europe. Making data meaningful, part 1: a guide to writing stories about numbers. Geneva, UNECE, 2009.

United Nations Economic Commission for Europe. Making data meaningful, part 2: a guide to presenting statistics. Geneva, UNECE, 2009.

الرسوم البيانية

عند استخدامها بشكل مناسب، يمكن للرسوم البيانية أن تقوم على تبسيط الرسالة المستمدة من المعلومات المركبة. ويجب على الرسوم البيانية التي تسجل رصد عدم المساواة أن تعرض المعلومات بشكل مبسط وواضح ودقيق. وينبغي لقيم مؤشرات الصحة أن تكون قابلة للتمييز بين المجموعات الفرعية بصورة سهلة، وأن يكون استنتاج المعطيات واضحاً. وبشكل عام، يجب أن تُبرز الرسوم البيانية الجوانب الهامة أو ذات الصلة بالتحليل. ويجب إدراج تفسير أكثر اكتمالاً عن النتائج الكاملة، بما في ذلك الفروق الدقيقة والتحديدات المفروضة على المعطيات، كنص أو جداول أو ملاحق مرفقة. وليس من المناسب استخدام الرسوم البيانية لإظهار المعطيات المبعثرة بشكل كبير أو التي تحتوي على الكثير من القيم أو تظهر اختلافاً ضئيلاً أو منعماً.

معلومة مفيدة: استخدام الرسوم البيانية لإظهار مقياس التباين النسبي



هناك اعتباران هامان يجب وضعهما في الاعتبار عند إنشاء الرسوم البيانية التي تحتوي على قيم النسبة. أولاً، نظراً لأن قيمة النسبة 1 تشير إلى وجود وضع من عدم التباين، ينبغي دائماً اعتماد الرقم 1 كقيمة قاعدية للرسم البياني، مما يعكس أي وضع للتباين. ثانياً، يجب على محور الرسم البياني الذي يظهر النسبة أن يتضمن مقياساً لوغاريتمياً لتمثيل حجم التباين بشكل دقيق. تذكر أن نسبة 2 تعادل نسبة متبادلة لـ 0.5، ويمكن لقيم النسبة هذه أن تظهر فقط بوصفها متكافئة وذلك باستخدام القيمة القاعدية 1 ومقياس لوغاريتمي. ويمكن الاطلاع على الأمثلة الخاصة بالرسوم البيانية التي توضح النسب في القسمين 4-4 و 4-5 من هذا الدليل.

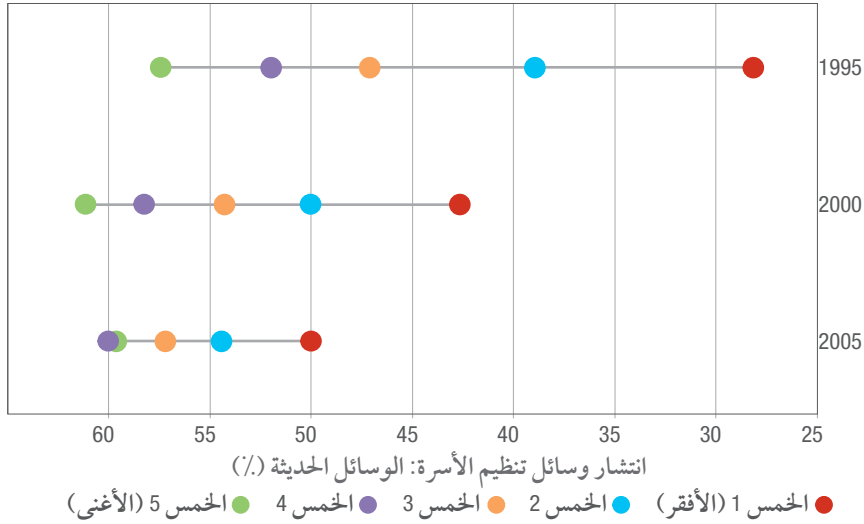
اقرأ المزيد:

Hosseinpoor AR, Abouzahr C. Graphical presentation of relative measures of association. *Lancet*, 2010, 375(9722):1254.

هناك أنماط كثيرة من الرسوم البيانية التي قد تكون مفيدة للإبلاغ عن عدم المساواة في الصحة، مثلاً لرسوم البيانية الخطية والرسوم البيانية الشريطية والخطية التبعثرية. وتصلح الأنماط المختلفة للمعطيات لأنماط مختلفة من الرسوم البيانية. ويمكن لاستخدام مجموعة متنوعة من الرسوم البيانية لتقديم المعطيات أن يساعد في عرض الرسالة بطرق مختلفة؛ إلا أنه من الأفضل عموماً الالتزام بنمط أو نمطين من الرسوم البيانية للحفاظ على الاتساق على مدار التقرير. وينبغي أن تتضمن جميع الرسوم البيانية التسميات والعناوين والمفاتيح المباشرة (عند الاقتضاء). وإذا كان من المهم إتاحة قيم المعطيات الدقيقة للجمهور، فيجب أن تكون مرئية بشكل واضح على الرسم البياني أو أن تُعرض جنباً إلى جنب مع الرسم البياني في الجدول.

ويعرض الشكل 4-1 نفس المعلومات كما هو مبين في الجدول 4-1. وفي هذه الحالة، فإن الرسم البياني يُظهر بوضوح مدى انخفاض عدم المساواة القائم على الثروة في انتشار وسائل تنظيم الأسرة، لأن الدوائر (التي تمثل شرائح الثروة الخمسية) تقترب من بعضها في آن واحد وتصبح الخطوط الأفقية أقصر.

الشكل 4-1 انتشار وسائل تنظيم الأسرة (الأساليب الحديثة) في مصر، وفقا لخمس الثروة، المسح الديموغرافي والصحي 1995 و 2000 و 2005



الخرائط

يمكن أن تكون الخرائط وسيلة فعالة لتقديم معطيات عدم المساواة الصحي عدم المساواة في الصحة التي تحتوي على المكون الجغرافي، مثل المعطيات التي يتم تصنيفها وفقا للمنطقة. ولأن الخرائط تعد بصرية بشكل كبير، فهي تنقل قدرا كبيرا من المعلومات دون جهد كبير من قبل الجمهور. وعند استخدام الخرائط في رصد عدم المساواة في الصحة، من المهم أن يكون هناك رسالة واضحة وموضوعية يُراد نقلها. وينبغي شرح كل الألوان والرموز والنصوص أو نحو ذلك من التأثيرات التي يتم استخدامها على الخريطة. ويجب توخي الحذر فيما يخص استخدام الخرائط لتمثيل المناطق التي تعتبر غير مألوفة للجمهور - فهذا قد يتطلب تفسيرات إضافية. كما يجب الأخذ في الاعتبار أن حجم البلد أو المنطقة على الخريطة قد لا يتوافق مع حجم أو كثافة السكان داخل تلك المنطقة.

3-4 الجوانب الأساسية للإبلاغ عن عدم المساواة في الصحة

يجب أن يتم الإبلاغ عن عدم المساواة في الصحة بطريقة متعمقة بما يعمل على توفير المحتوى الخاص بالمعطيات وإعطاء صورة كاملة عن الوضع الحالي. وينبغي أن يشمل الإبلاغ ثلاثة عناصر متميزة: (أ) أحدث تطورات الوضع، (ب) الاتجاه الزمني، و (ج) إجراء المعايير النموذجية.

أحدث تطورات الحالة الصحية

يعد أحدث تطورات الحالة أكثر العناصر الأساسية في التقرير، بل ربما الأكثر أهمية. ويعطي أحدث تطورات الحالة صورة عن حالة عدم المساواة في العديد من مؤشرات الصحة من خلال عوامل التقسيم/التصنيف، وذلك باستخدام أحدث المعطيات المتاحة. ومن بين أحدث تطورات الحالة، ينبغي تحديد مؤشرات الصحة التي تحوي أكبر أو أقل المستويات النسبية والمطلقة لعدم المساواة. وبالإضافة إلى ذلك، تجدر الإشارة إلى أبعاد عدم المساواة التي يسوء أو يتحسن فيها الوضع. ويساعد الإبلاغ عن أحدث

تطورات الحالة الصحية بهذه الطريقة في الإجابة عن أسئلة مثل: ما هو الوضع؟ ما مدى أداء البلد؟ ما هي المجالات الحالية ذات الأولوية التي ينبغي اتخاذ إجراء بشأنها؟

ويعرض الجدول 4-2 ملخصاً لأحدث تطورات حالة عدم المساواة القائمة على الثروة في مجموعة متنوعة من مؤشرات الخدمات الخاصة بالصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال في رواندا. وعند إنشاء تقرير باستخدام هذا الجدول، يمكن ذكر الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة باعتبار اشتغالها على أعلى مستوى من عدم المساواة النسبي والمطلق القائم على الثروة، ويمكن ذكر البدء المبكر للرضاعة الطبيعية ورعاية الحمل (زيارة واحدة على الأقل) والتطعيم الثلاثي (DPT3) ومكملات فيتامين ألفو التطعيم ضد الحصبة باعتبارها تسجل أدنى مستويات عدم المساواة.

الجدول 4-2 آخر تطورات حالة عدم المساواة على أساس الثروة في مؤشرات الخدمات الصحية المختارة في رواندا، المسح الديموغرافي والصحي 2010

المؤشر	الشرحية الخمسية 1 (الأفقر) (%)	الشرحية الخمسية 2 (%)	الشرحية الخمسية 3 (%)	الشرحية الخمسية 4 (%)	الشرحية الخمسية 5 (الأغنى) (%)	الفرق (الشرحية الخمسية 5 - الشرحية الخمسية 1) / 5 (الشرحية الخمسية 1)	النسبة (الشرحية الخمسية)
رعاية حمل: زيارة واحدة على الأقل	96.6	97.4	98.6	99.1	98.9	2.3	1.0
رعاية حمل: أربع زيارات على الأقل	34.1	34.5	32.6	34.4	42.5	8.4	1.2
الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة	61.2	63.5	66.7	72.6	85.9	24.7	1.4
انتشار وسائل تنظيم الأسرة: الأساليب الحديثة	38.5	41.2	47.1	49.2	49.6	11.1	1.3
انتشار وسائل تنظيم الأسرة: الأساليب الحديثة والتقليدية	43.1	47.4	52.8	57.2	57.2	14.1	1.3
التطعيم الثلاثي (DPT3) بين الأطفال في عمر سنة واحدة	96.1	95.7	97.1	97.9	98.7	2.6	1.0
البدء المبكر للرضاعة	69.8	69.6	70.9	75.5	68.2	1.6-	1.0
تلبية احتياجات تنظيم الأسرة	65.2	69.6	75.2	78.6	79.6	14.4	1.2
تغطية التطعيم الكامل بين الأطفال في عمر سنة واحدة	87.2	87.2	91.7	92.5	95.5	8.3	1.1
التطعيم ضد الحصبة بين الأطفال في عمر سنة واحدة	94.0	93.0	94.9	97.0	97.4	3.4	1.0
مكملات فيتامين ألف بين الأطفال دون الخامسة	91.5	91.7	92.3	95.2	94.6	3.1	1.0

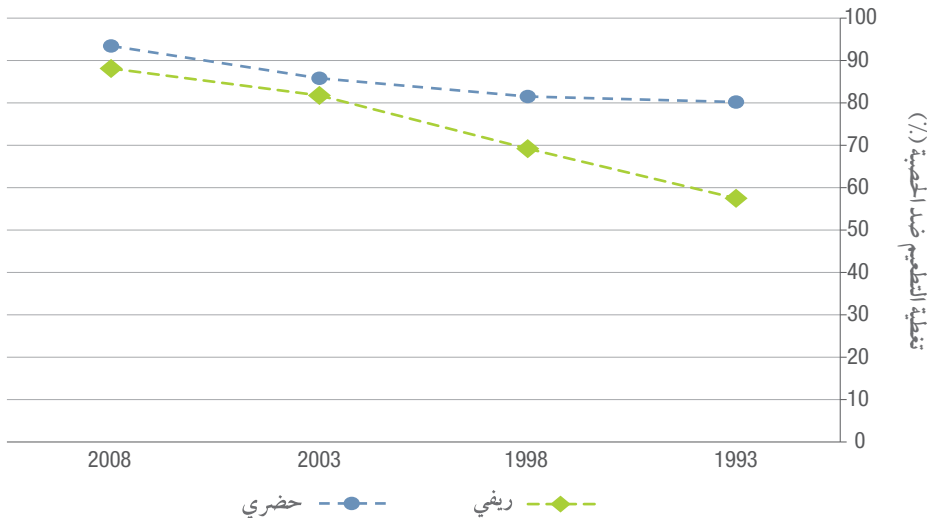
الاتجاه الزمني

يعتبر التقرير الخاص بأحدث تطورات الحالة الصحية هادفا بشكل أكبر عند اقترانه بتقرير عن الاتجاه الزمني لعدم المساواة. ويشير الاتجاه الزمني إلى إما تحسن أو تدهور عدم المساواة الحالي بمرور الوقت، وبالتالي تساعد على توضيح ما إذا كانت أوجه عدم المساواة الحالية تعتبر ناشئة حديثا أو أنها تشهد مشكلات متواصلة. وعند الإبلاغ عن الاتجاهات الزمنية، ينبغي تحديد المؤشرات التي تدل على أكبر زيادة ونقصان في عدم المساواة.

وفي حين لا تعالج الاتجاهات الزمنية بشكل مباشر مسألة ما إذا كانت السياسة أو البرنامج المتبع قد أحدث أي أثر -وسيكون من الضروري حينئذ إجراء دراسات أكثر تعقيدا وتفصيلا لهذا الأمر- إلا أنها تعتبر قيمة لراسمي السياسات لقياس ما إذا كان هناك ما يبرر التغيير. فعلى سبيل المثال، إذا كان عدم المساواة القائم على الثروة في تغطية التطعيم يزداد مع مرور الوقت، فإن هذا لا يعني بالضرورة أن الجهود الحكومية خلال ذلك الوقت نفسه لم يكن لها أي أثر، ومع ذلك، فهذا النمط قد يشير لراسمي السياسات إلى وجوب بذل المزيد لمعالجة مثل هذه الأوجه من عدم المساواة. ويمكن لعرض الاتجاهات الزمنية أن تساعد على تحديد مجالات المشكلات ذات الصدارة للتوسع في دراستها لوضع حلول سياسية لها أو، على النقيض من ذلك، يمكن للاتجاهات الزمنية أن تحدد أوجه النجاح التي يتعين دراستها بتوسع لتقرير أفضل الممارسات وكيف يمكن إعادة بنائها.

يعرض الشكل 2-4 الاتجاه الزمني لعدم المساواة القائم على المنطقة في تغطية التطعيم ضد الحصبة في كولومبيا. ويتضح من هذا الرسم البياني إحراز تقدم في مجال تحسين التغطية في كل من المناطق الريفية والحضرية، وكذلك في الحد من عدم المساواة. وهذا مثال عن الكيفية التي يمكن للرسم البياني أن يعرض بها رسالة بارزة وواضحة لمعطيات الاتجاه الزمني.

الشكل 2-4 الاتجاه الزمني في التطعيم ضد الحصبة في كولومبيا، وفقا لمكان الإقامة، المسح الديموغرافي والصحي 1993 و 1998 و 2003 و 2008



المعايرة النموذجية

يمكن للمعايرة النموذجية، مثلها في ذلك مثل الاتجاه الزمني، أن تساعد على إعطاء مزيد من السياق لفهم حالة عدم المساواة. وتمثل المعايرة النموذجية عملية مقارنة المعطيات من بلدان شبيهة للحصول على فكرة عن مستوى عدم المساواة بالبلد بالنسبة لغيرها. وهذا يمكن أن يكون في كثير من الأحيان مفيدا في محاولة الإجابة عن سؤال- هل يمكن - أو هل يجب - أن يكون أداء البلد أفضل من ذلك؟ وغالبا ما تتضمن المعايرة النموذجية على عقد مقارنة مع بلدان أخرى في نفس المنطقة أو المجموعة في نفس مستوى الدخل.

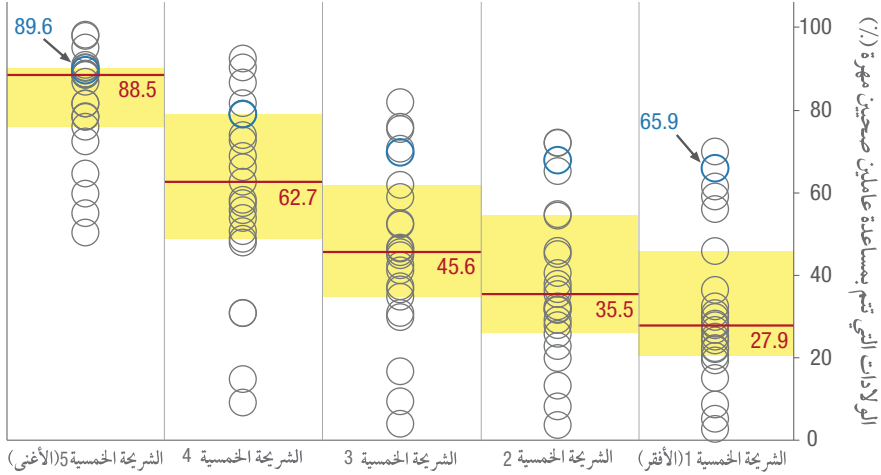
يمكن إجراء المعايرة النموذجية باستخدام معطيات أحدث تطورات الحالة أو باستخدام معطيات الاتجاه الزمني؛ بل إنها قد تتضمن المعطيات المصنفة أو مقاييس عدم المساواة البسيطة أو المركبة مقابل المتوسط الوطني. وإذا أظهرت إحدى البلدان مستويات عالية من عدم المساواة مع وجود مستويات أعلى منها كذلك فيما بين البلدان القابلة للمقارنة، فإن هذا قد يشير إلى أن هذا البلد يبلي بلاء حسنا بشكل نسبي؛ وقد يكون بذل الجهود من أجل دفع مستوى عدم المساواة إلى مزيد من الانخفاض شاقا ومكلفا وغير مجدي في ظل الحالات الراهنة. ومن ناحية أخرى، إذا كان مستوى عدم المساواة مرتفعا في بلد واحد وكان منخفضا بشكل أكبر بين البلدان القابلة للمقارنة، فإن هذا قد يشير إلى أنه من الممكن الحد من مستوى عدم المساواة، حيث إن البلدان القابلة للمقارنة تمكنت من القيام بذلك.

توضح الأمثلة التالية كيف يمكن تنفيذ المعايرة النموذجية بالنسبة لأحدث تطورات حالة المعطيات المصنفة (دراسة الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة وفقا للثروة في ملاوي مقابل البلدان ذات الدخل المنخفض في الإقليم الأفريقي)؛ وبالنسبة لأحدث تطورات أوضاع مقاييس عدم المساواة المركبة (دراسة الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحة مهرة وفقا للثروة في فانواتو مقابل بلدان أخرى في آسيا والمحيط الهادئ ذات الدخل المنخفض والمتوسط)، وبالنسبة للاتجاه الزمني للمعطيات المصنفة (دراسة معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في زامبيا وفقا لمكان الإقامة مقابل البلدان ذات الدخل المتوسط الأخرى). وقد تم توضيح تطبيق المعايرة النموذجية لإظهار الاتجاه الزمني في المقاييس البسيطة باستفاضة في القسم الفرعي 4-6.

أحدث تطورات الحالة الصحية، المعطيات المصنفة

يظهر الشكل 4-3 ملاوي (الدوائر الزرقاء) التي خضعت للمعايرة النموذجية مقابل البلدان المنخفضة الدخل الأخرى (الدوائر الرمادية) في المنطقة الأفريقية. وتُظهر الخطوط الأفقية القيم الناصفة للولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة في جميع البلدان ضمن كل شريحة خمسية، وتشير الأشرطة الصفراء إلى المجال بين الشريحة الربعية (الأوسط 50 في المائة من البلدان). وهنا، يكون الفرق في الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة في ملاوي هو ما يقرب من 24 نقطة مئوية ($23.7 = 65.9 - 89.6$) بين أغنى وأفقر المجموعات الفرعية، وهو ما يبدو مبدئيا كبيرا للغاية. ومع ذلك، فعند معاييرها مقابل الدول الأفريقية الأخرى ذات الدخل المنخفض فإن من الواضح أن البلد يبلي بلاء حسنا نسبيا (الشكل 4-3). ويكون الفرق بين القيم الناصفة لجميع البلدان المشاركة في الدراسة في الشريحتين الأغنى والأفقر هو أكثر من 60 نقطة مئوية ($60.6 = 27.9 - 88.5$). ولا يعد عدم المساواة في ملاوي أقل بكثير من أي مجموعة بلدان قابلة للمقارنة وحسب، بل إن التغطية في كل شريحة خمسية للثروة هي أيضا من بين الأفضل في المجموعة، حيث تدرج أعلى من المجال بين الشريحة الربعية في الشرائح الخمسية 1 و 2 و 3. إن المعايرة النموذجية للمعطيات المصنفة بين عدد من البلدان توفر السياق للحكم على الوضع في ملاوي مقابل مجموعة من البلدان الأفريقية الأخرى ذات الدخل المنخفض.

الشكل 3-4 المعايير النموذجية لأحداث تطورات أوضاع الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة وفقاً لخمس الثروة في ملاوي مقابل 22 بلداً من البلدان الأفريقية الأخرى ذات الدخل المنخفض، المسح الديموغرافي والصحي 2005-2010



● ملاوي
○ بينين - بوركينافاسو - بوروندي - جمهورية جنوب أفريقيا - جمهورية الكونغو الديمقراطية - إثيوبيا
غامبيا - غينيا - غينيا بيساو - كينيا - ليبيريا - مدغشقر - مالي - موريتانيا - موزمبيق
النيجر - رواندا - سيراليون - توغو - أوغندا - جمهورية تنزانيا المتحدة - زيمبابوي
ما تراه على الرسم البياني:
الدوائر تشير إلى البلدان - يتم تمثيل كل بلد دراسة على الرسم البياني بخمس دوائر.
الخطوط والعلامات الحمراء الأفقية تشير إلى القيم الناصفة لجميع البلدان ضمن كل شريحة خمسية.
الأشرطة الصفراء فاتحة اللون تشير إلى المجال بين الشريحة الربعية (الأوسط 50% من البلدان).

أحدث تطورات الحالة، المقاييس المركبة

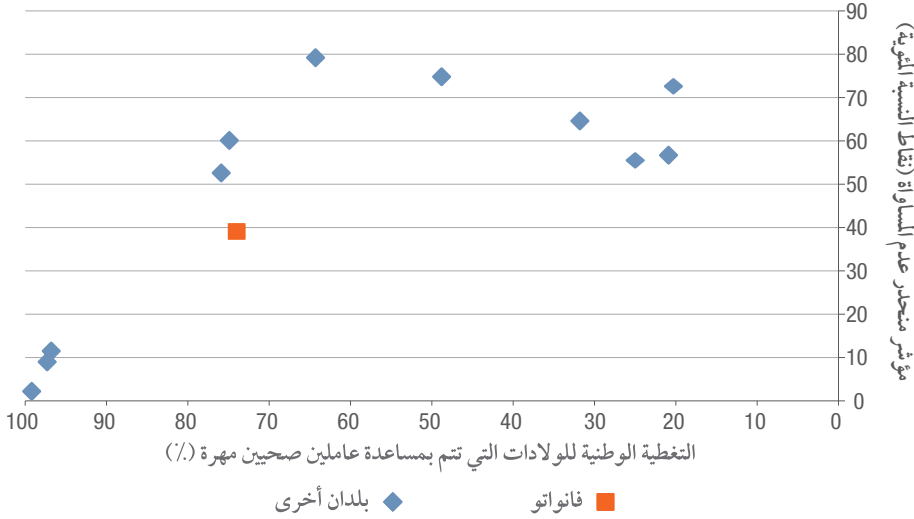
يدرس المثال الثاني من المعايير النموذجية تغطية الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة في فانواتو مقابل دول آسيا والمحيط الهادئ الأخرى. وفي هذه الحالة، يتم عرض عدم المساواة باستخدام المقاييس المركبة - معامل التركيز (الجدول 3-4) ومقياس انحدار عدم المساواة (الجدول 3-4) والشكل 3-4). ويتم عرض قيم الخطأ المعياري لكل تقدير في الجدول للإشارة إلى دقة المعطيات.

قد يبدو مستوى عدم المساواة في فانواتو، في حد ذاته، مرتفعاً، حيث يصل معامل منحدر قيمة عدم المساواة إلى ما يقرب من 40 نقطة مئوية. ومع ذلك، من خلال معياره مقابل 11 بلداً أخرى في آسيا والمحيط الهادئ ذات الدخل المنخفض والمتوسط الدخل، يتضح أن مستوى عدم المساواة المطلق هو أعلى من ذلك في معظم البلدان الأخرى - وتعد فانواتو البلد الرابع الأقل من حيث نسبة عدم المساواة المطلق (الشكل 3-4). وبدمج المعايير ضمن أي تقرير، يصبح من الواضح أن المساواة في الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة كان من الصعب تنفيذها من قبل العديد من بلدان المنطقة. وبينما تسجل فانواتو أعلى مستوى من عدم المساواة، إلا أنها لا تزال تتصدر العديد من بلدان آسيا والمحيط الهادئ الأخرى.

الجدول 3-4 عدم المساواة القائم على الثروة في الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة
 في بلدان آسيا والمحيط الهادئ ذات الدخل المنخفض والمتوسطة، المسح الديموغرافي
 والصحي والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2005-2010

البلد	المسح	التغطية الوطنية (%) (الخطأ المعياري)	معامل مقياس انحدار عدم المساواة (نقاط النسبة المتوية) (الخطأ المعياري)	معامل التركيز (الخطأ المعياري)
بنغلاديش	المسح الديموغرافي والصحي 2007	20.9 (1.2)	56.7 (2.9)	0.46 (0.02)
كمبوديا	المسح الديموغرافي والصحي 2010	75.9 (1.4)	52.6 (3.1)	0.12 (0.01)
الهند	المسح الديموغرافي والصحي 2005	48.8 (0.8)	74.8 (1.0)	0.28 (0.01)
أندونيسيا	المسح الديموغرافي والصحي 2007	74.9 (1.1)	60.1 (2.3)	0.14 (0.01)
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006	20.3 (1.9)	72.6 (4.0)	0.60 (0.03)
المالديف	المسح الديموغرافي والصحي 2009	96.8 (0.6)	11.5 (2.5)	0.02 (أقل من 0.01)
منغوليا	المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2005	99.2 (0.2)	2.2 (1.2)	أقل من 0.01 (0.01)
نيبال	المسح الديموغرافي والصحي 2006	25.0 (1.6)	55.5 (3.5)	0.38 (0.02)
الفلبين	المسح الديموغرافي والصحي 2008	64.3 (1.4)	79.2 (1.8)	0.23 (0.01)
تايلاند	المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2005	97.3 (0.6)	9.0 (3.2)	0.01 (أقل من 0.01)
تيمور - ليست	المسح الديموغرافي والصحي 2009	31.8 (1.6)	64.6 (2.6)	0.36 (0.02)
فانواتو	المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2007	74.0 (2.9)	39.1 (7.9)	0.09 (0.02)

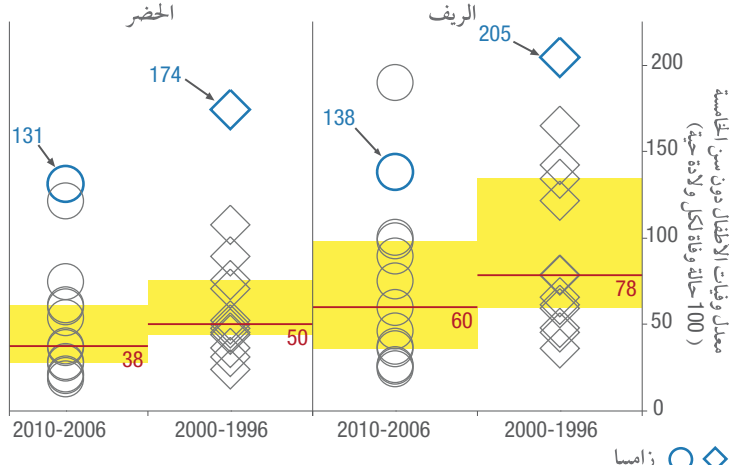
الشكل 4-4 معايرة أحدث تطورات أوضاع عدم المساواة المطلق القائم على الثروة في الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة في فانواتو مقابل دول آسيا والمحيط الهادئ ذات الدخل المنخفض والمتوسط، المسح الديموغرافي والصحي والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2010-2005



الاتجاه الزمني، المعطيات المصنفة

يظهر الشكل 4-5 الاتجاهات الزمنية في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة باستخدام المعطيات وفقا لمكان الإقامة بالريف/ الحضر في فترة 1996-2000 (أشكال أماسية) و 2006-2010 (أشكال دائرية). وما بين هاتين الفترتين الزمنتين، شهدت زامبيا (بارزة باللون الأزرق) انخفاضا في معدل الوفيات في كل من المناطق الريفية والحضرية، علاوة على انخفاض عدم المساواة. وفي عام 1996 كان الفرق بين معدل الوفيات دون سن الخامسة في المناطق الريفية والحضرية في زامبيا $174 - 205 = 31$ حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية، وفي عام 2007 كان الفرق $138 - 131 = 7$ حالات وفاة لكل 1000 ولادة حية. وتساعد معايرة زامبيا مقابل البلدان ذات الدخل المتوسط الأخرى على وضع الحالة في سياقها الصحيح. وبمقارنتها مع مجموعة البلدان ذات الدخل المتوسط، فإن زامبيا شهدت مستويات عالية نسبيا من معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في كل من النقطتين الزمنتين، التي تقع أعلى تماما من كل من المجال الوسيط (الخط الأحمر) والمجال بين الشريحة الربعية (الشرائط الصفراء). وبينما شهدت القيم الناصفة لكل البلدان المشاركة في الدراسة انخفاضا في عدم المساواة بين الفترات الزمنية - انخفض عدم المساواة بين الريف والحضر من 28 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في فترة 1996-2000 ($78 - 50 = 28$) إلى 22 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في 2006-2010 ($60 - 38 = 22$)، بـ 6 حالات ($28 - 22 = 6$) - كان الانخفاض في عدم المساواة في الريف - الحضر في زامبيا أكثر جوهريا ($31 - 7$ حالة وفاة لكل 1000 مولود حي، أي بفارق 24 حالة).

الشكل 4-5 معايرة الاتجاه الزمني في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في زامبيا مقابل 12 بلداً من البلدان ذات الدخل المتوسط الأخرى، المسح الديموغرافي والصحي السنوات 1996-2000، و2006-2010



ما تراه على الرسم البياني:
 المَعْنَى والدوائر تشير إلى البلدان - يتم تمثيل كل بلد تشمله الدراسة على الرسم البياني بأربعة أشكال.
 الخطوط والعلامات الحمراء الأفقية تشير إلى القيم الناصفة لجميع البلدان ضمن كل شريحة خمسية.
 الأشطر الصفراء فاتحة اللون تشير إلى المجال بين الشريحة الربعية (الأوسط 50٪ من البلدان).

معلومة مفيدة: معايرة الاتجاهات الزمنية



يمكن أن تتم معايرة الاتجاهات الزمنية بين البلدان، لكنها قد تكون أيضاً مفيدة بشكل خاص عند تنفيذها داخل البلدان (على سبيل المثال، على أساس الأقاليم داخل البلد أو المناطق داخل الإقليم). وإذا شهدت جميع الأقاليم، على سبيل المثال، زيادة أو انخفاض التباين في مؤشر صحة معين، فإن ذلك قد يشير إلى أنها تتعرض لقوى شائعة خارج الإقليم وهي التي تؤدي إلى تلك الاتجاهات. وتوفر معايرة الاتجاهات الزمنية المعلومات التي يمكن أن تساعد في توجيه راسمي السياسات لاتخاذ الإجراءات ذات الصلة على مستوى مناسب.

عند الإبلاغ عن معايير الاتجاهات الزمنية، يتعين الأخذ في الحسبان مستوى مؤشر الصحة في قيمته القاعدية. فالبلد الذي أبلى بالفعل بلاء حسناً في القيمة القاعدية ليس أمامه إلا القليل لإجراء التحسين. ومن ناحية أخرى، فالبلد الذي يعاني من تدني مستويات مؤشر الصحة في القيمة القاعدية فإن عليه إتمام الكثير من التطوير وقد يحقق تحسينات أكبر فيما يتعلق بالتباين غير أنه لا يزال متخلفاً عن الركب. وهكذا، فعند الإبلاغ عن معايرة الاتجاهات الزمنية، من المهم إعطاء مؤشر ما عن مستوى القيمة القاعدية.

اقرأ المزيد:

Asbu E et al. *Health inequities in the African Region of the World Health Organization*. Brazzaville, Regional Office for Africa, World Health Organization, 2010.

4-4 اختيار مقاييس عدم المساواة في الصحة التي يجب الإبلاغ عنها

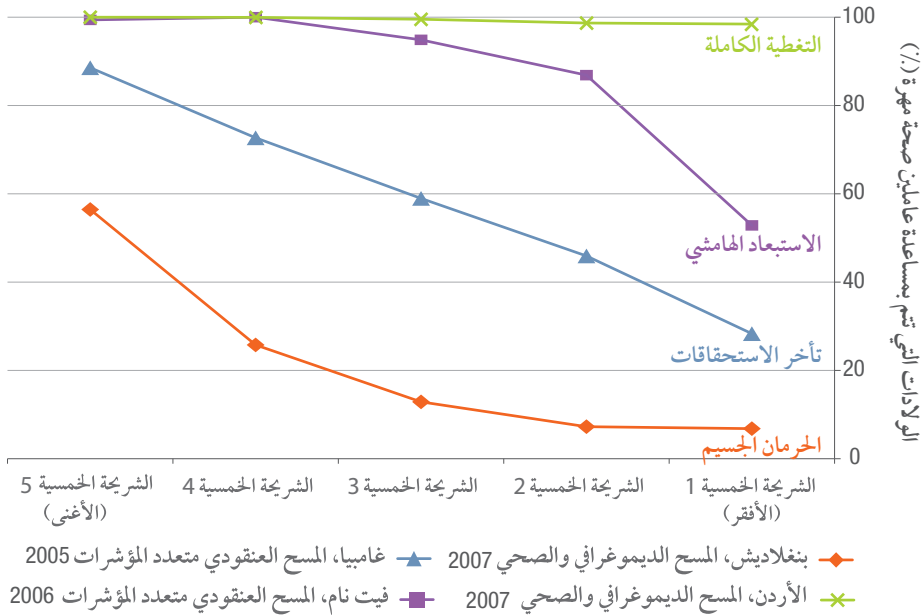
ولفهم الوضع، من المهم إجراء رصد إحصائي مبدئي لمجموعة (مجموعات) المعطيات المصنفة. ما هي الاستنتاجات الأبرز التي يجب نقلها؟ هل هناك أي نزعات واضحة؟ ما الذي يتعين على الجمهور معرفته لوضع المعلومات في سياقها الصحيح؟ يجب على أنماط المقاييس التي تم اختيارها لنقل أحدث تطورات الحالة أو الاتجاه الزمني أو المعايير الإجابة عن جميع هذه الأسئلة.

وصف أنماط عدم المساواة في الصحة باستخدام المعطيات المصنفة

عند دراسة المعطيات المصنفة، من المحتمل أحيانا، أثناء ذلك، التمييز بين أنماط مميزة يواجهها عدم المساواة عبر الفئات الفرعية. ويعد وصف هذه الأنماط من عدم المساواة - التي يطلق عليها أيضا أشكال عدم المساواة - طريقة فعالة لنقل طبيعة عدم المساواة، وقد تساعد على تحديد الاستجابات المناسبة لمعالجة عدم المساواة.

يسمح لنا المثال الخاص بالرسم البياني عن أحدث تطورات حالة تغطية الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة تحديد أربعة أنماط سائدة: الحرمان الجسيم والاستبعاد الهامشي وتأخر الاستحقاقات والتغطية الكاملة. ويبرز الشكل 4-6 التغطية في شرائح الثروة الخمسية لأربعة بلدان مختارة. وقد لوحظ وجود نمط الحرمان الجسيم في بنجلاديش (خط أحمر). وكانت تغطية الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحة مهرة منخفضة أو منخفضة جدا في جميع الشرائح الخمسية باستثناء الشريحة الخمسية الأغنى، ولم يكن لدى معظم السكان إمكانية الوصول إلى هذه الخدمة الصحية. وأظهرت فيتنام النمط الثاني من عدم المساواة ألا وهو الاستبعاد الهامشي (الخط الأزرق). وفي هذا البلد، أثبتت الشريحة الخمسية الأفقر بشكل ملحوظ وجود تغطية أقل بكثير عنها في الشرائح الخمسية الأربع الأخرى. وفي غامبيا، لوحظ وجود معدل انحدار خطي لزيادات متكافئة تقريبا عبر شرائح الثروة الخمسية (الخط الأرجواني). وفي بعض الحالات تم تحقيق تغطية كاملة في جميع الشرائح الخمسية، كما هو الحال في الأردن (الخط الأخضر). وفي هذا البلد، يمكننا أن نقول أن هناك تغطية شاملة للولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة، ولا وجود لعدم المساواة في هذا مؤشر الصحة.

الشكل 4-6 تغطية الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة في بنغلاديش وغامبيا والأردن وفيت-نام، وفقاً لدرجة الثروة الخمسية، المسح الديموغرافي والصحي والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2005-2007



الإبلاغ عن المقاييس البسيطة والمركبة

في القسم 3، تم وصف العديد من المقاييس المختلفة لعدم المساواة: الفرق والنسبة ومعامل منحدر عدم المساواة ومعامل التركيز والفرق الوسطي المطلق من المتوسط الإجمالي ومعامل ثيل والخطر المعزو للسكان. وهذه ليست بأي حال قائمة شاملة من مقاييس عدم المساواة المتاحة، على الرغم من أن الصورة الدقيقة لعدم المساواة يمكن أن يتم تصويرها دائماً في الغالب من خلال الاختيار من بين هذه المقاييس.

وفي معظم الحالات، يمكن أن يظهر عدم المساواة بشكل فعال باستخدام الفرق والنسبة فقط (المقارنات البسيطة الزوجية لعدم المساواة)؛ وهذان المقياسان يظهران عدم المساواة النسبي والمطلق على حد سواء. ويوفر الفرق والنسبة معلومات وصفية ضرورية لنقل حالة عدم المساواة في الصحة، ويمكن أن تفسر بسهولة.

عند اختيار نقل عدم المساواة باستخدام المقاييس البسيطة أو نقله باستخدام المقاييس المركبة، من المهم دراسة أي المقياسين يمثلان بشكل أفضل الاستنتاجات التي تتضح من المعطيات الواردة بالرسم البياني والجدول. فعلى سبيل المثال، عند دراسة مؤشرات الصحة في الشكل 4-7 يمكننا أن نرى ثلاثة أشكال متميزة من عدم المساواة عبر شرائح الثروة الخمسية: يظهر برعاية الحمل (أربع زيارات على الأقل) نمط تأخر الاستحقاقات للعلاقة الخطية القريبة، وتقرب رعاية الحمل (زيارة واحدة على الأقل) من كامل التغطية، وتوضح الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة الاستبعاد الهامشي.

معلومات إضافية: أنماط مداخلات تتناول أشكال التباين المختلفة



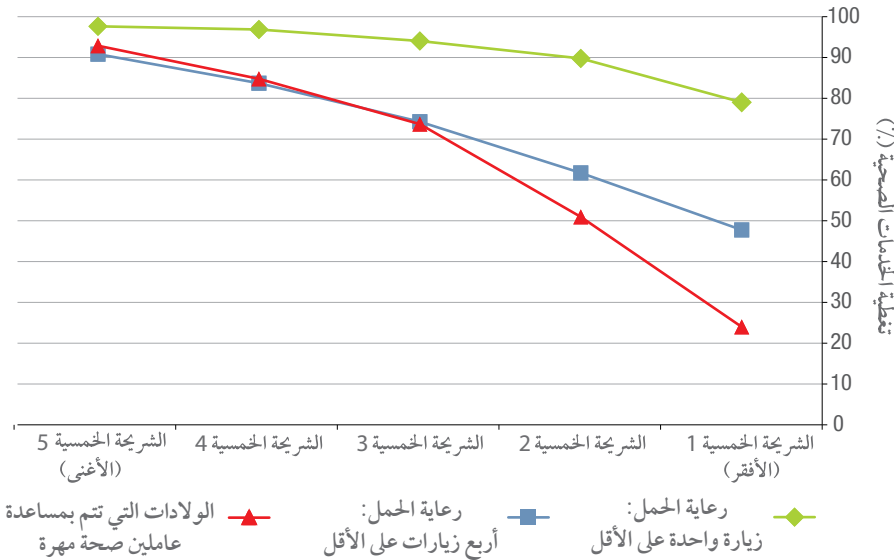
بصفة عامة، يمكن استخدام شكل التباين كدليل لتحديد الأنماط المناسبة من مداخلات السياسة والبرامج والممارسات:

- التدخل لمعالجة الحرمان الجسيم ويدعو إلى إتباع نهج السكان، حيث يتم استثمار الموارد في جميع (أو أغلب) المجموعات الفرعية.
- لمعالجة حالات الاستبعاد الهامشي، ينبغي أن تستهدف المداخلات الصحية المجموعة (المجموعات) الفرعية الأكثر حرماناً من السكان.
- يتطلب تأخر الاستحقاقات نهجاً يجمع بين مداخلات سكانية واسعة وهادفة.
- لا تتطلب أنماط التغطية الكاملة في الغالب أي مداخلات أخرى، لأن التغطية الكاملة قد تم تحقيقها. وقد يكون الرصد المستمر مبرراً لضمان بقاء الوضع موالياً.

اقرأ المزيد:

World Health Organization. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009.

الشكل 4-7 التغطية بالخدمات المختارة لصحة الأمهات في الفلبين، وفقاً لخمس الثروة، المسح الديموغرافي والصحي 2008



وفي هذا القسم، وبدراسة مقاييس الفرق والنسبة البسيطة في الجدول 4-4، يمكن استخلاص الاستنتاجات التالية: يعد عدم المساواة النسبي والمطلق القائم على الثروة هو الأكبر فيما يتعلق بمساعدة الولادات المهرة، والأقل فيما يتعلق بزيارة واحدة لرعاية الحمل، مع وقوع أربع أو أكثر من زيارات الرعاية السابقة بين المؤشرين الآخرين. وهذه هي نفس الاستنتاجات التي تتضح من مقاييس عدم المساواة المركبة، والتي

تأخذ بعين الاعتبار الوضع في جميع المجموعات الفرعية. وتُفضّلًا لمقاييس البسيطة للإبلاغ عن عدم المساواة في هذا المثال لأنها تنقل نفس الرسالة التي تنقلها المقاييس المركبة، ولكن بطريقة مفهومة على نحو أيسر.

هناك بعض الحالات التي قد يكون من الأفضل فيها عرض مقاييس عدم المساواة المركبة. ويجب أن يتم توظيف المقاييس المركبة عندما تُغير تحديرات المقارنات الزوجية من الاستنتاجات الإجمالية (كما هو مفصل في القسم 3). فعلى سبيل المثال، إذا كان هناك مجموعة ناشزة واحدة في الحد الأقصى (إما عالية جدا أو منخفضة جدا)، فإن الاستنتاجات المستخلصة من المقارنات الزوجية قد تكون مختلفة عن الاستنتاجات المستخلصة من المقاييس المركبة، والتي تعكس الحالة الإجمالية في جميع المجموعات الفرعية.

الجدول 4-4 عدم المساواة القائم على الثروة في تغطية خدمات صحة الأمهات المختارة في الفلبين، المسح الديموغرافي والصحي 2008

مقاييس التباين المركبة		مقاييس التباين البسيطة		المؤشر
معامل التركيز (الخطأ المعياري)	مقياس انحدار عدم المساواة (نقاط النسبة المئوية) (الخطأ المعياري)	النسبة	الفرق (نقاط النسبة المئوية)	
0.0187 (0.0024)	13.1 (2.0)	1.1	6.9	رعاية الحمل: زيارة واحدة على الأقل
0.0906 (0.0064)	41.5 (2.7)	1.5	32.0	رعاية الحمل: أربع زيارات على الأقل
0.2283 (0.0084)	79.2 (1.8)	3.7	68.7	الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة

الإبلاغ عن عدم المساواة النسبي والمطلق

في معظم الحالات، ينبغي الإبلاغ عن عدم المساواة النسبي والمطلق معا باعتبارهما مقياسان متممان لعدم المساواة. والإبلاغ عن كل من أوجه عدم المساواة النسبي والمطلق يعمل على تسهيل مهمة إجراء المقارنات بين المؤشرات. وحسب ما ورد بالقسم 3، فإن المقاييس النسبية (مثل النسبة) تعتبر لا بعدية، وتُظهر أوجه عدم المساواة النسبي بين المجموعات الفرعية. وتعد المقاييس النسبية مفيدة بشكل خاص عند إجراء المقارنات بين المؤشرات التي لها وحدات مختلفة. وللمقاييس عدم المساواة المطلق نفس وحدة مؤشر الصحة، وبالتالي تقدم دليلا ملموسا على الفرق بين فئات اجتماعية.

يعرض الجدول 4-5 معطيات عن أربعة مؤشرات مختلفة عند نقطتين زمنيتين، ويكون لبعضها وحدات أو معان مختلفة. ويتم التعبير عن تغطية الحمل واحتياجات تلبية تنظيم الأسرة والتقرم كنسب مئوية في هذا الجدول، في حين يتم التعبير عن معدل وفيات الرضع بالوفيات لكل 1000 حالة ولادة حية. وعند عرض كل من عدم المساواة النسبي والمطلق (الفرق والنسبة) معا، يتضح أن وفيات الرضع في عام 1998 شهدت مستويات لعدم المساواة أعلى بكثير من زيارة واحدة على الأقل لرعاية الحمل في المسح الديموغرافي والصحي 1998. وإجراء المقارنة بين القيم اللابعدية (3-3 و 3-1) يجعل الوضع واضحا. ومع ذلك، فعند دراسة عدم المساواة المطلق، يكون من غير المجدي مقارنة فرق 50 حالة وفيات للرضع لكل 1000 ولادة حية مع فرق 21 نقطة مئوية في تغطية الرعاية الحمل. وبوضوح تعتبر هذه المقارنة في غاية الصعوبة، لأنها تتطلب وضع الوفيات وتلقي رعاية الحمل على ميزان معين مماثل. وهكذا، فإن عرض النسبة يتميز بقيمته الكبيرة عند مقارنة المؤشرات بوحدات مختلفة.

الجدول 4-5 عدم المساواة القائم على الثروة في مؤشرات الصحة الإيجابية وصحة الأمهات والأطفال المختارة في غانا، المسح الديموغرافي والصحي 1998-2008

المؤشر	السنة	الشرحية الخمسية 1 (الأفقر)	الشرحية 2 الخمسية	الشرحية 3 الخمسية	الشرحية 4 الخمسية	الشرحية الخمسية 5 (الأغنى)	الفرق	النسبة
رعاية الحمل: زيارة واحدة على الأقل (%)	1998	77.0	87.4	92.4	95.0	98.0	21.0	1.3
	2008	92.5	93.2	96.1	97.7	99.1	6.6	1.1
تلبية احتياجات تنظيم الأسرة (%)	1998	25.2	30.6	35.6	47.2	57.3	32.1	2.3
	2008	28.2	32.2	35.6	45.4	56.5	28.4	2.0
معدل وفيات الرضع (الوفيات لكل 1000 ولادة حية)	1998	71.3	63.1	80.7	54.4	21.3	50.0	3.3
	2008	59.7	45.0	70.5	44.3	46.3	13.5	1.3
التفزم بين الأطفال ما دون سن الخامسة (%)	1998	39.7	34.7	33.1	20.5	16.3	23.4	2.4
	2008	33.4	34.2	28.0	20.9	14.3	19.2	2.3

ملاحظة: للحصول على معدل وفيات الرضع والتفزم بين الأطفال دون سن الخامسة، تم استخدام الشرحية الخمسية الأغنى كمجموعة مرجعية لحسابات الفرق والنسبة، في حين تم استخدام الشرحية الأفقر كمجموعة مرجعية لرعاية الحمل (زيارة واحدة على الأقل) وتلبية احتياجات تنظيم الأسرة. لمزيد من التوضيح، انظر الإطار المعنون "اختيار المجموعات المرجعية وفقا لأنماط المؤشرات الصحية" في القسم الفرعي 4-4.

يختص عرض عدم المساواة المطلق كذلك بميزات معينة. فعلى سبيل المثال، في المسح الديموغرافي والصحي 1998 حصل تنظيم الأسرة على نسبة 2.3، وكان التفزم بنسبة 2.4 (الجدول 4-5). وفي حين تظهر هذه النسب أن عدم المساواة النسبي كان مماثلا في الغالب، إلا أنه لا توجد دلالة عن حجم الفرق بين الشرائح الخمسية للثروة. ويظهر عدم المساواة المطلق نطاق الفجوة: حيث كان الفرق 32.1 نقطة مئوية فيما يخص تنظيم الأسرة مقارنة بـ 19.2 نقطة مئوية فيما يخص التفزم. ومثل هذه المقارنة لن تكون ممكنة باستخدام عدم المساواة النسبي وحده. كما أن عدم المساواة المطلق يختص بميزة إمكانية أن يكون التفسير أكثر بدها. فعلى سبيل المثال، قد يكون من الصعب استيعاب أن تكون النسبة في معدل وفيات الرضع في عام 2008 هي 1.3 بين الشريحتين الخمسيتين الأفقر والأغنى، ولكن من اليسير استيعاب أن وفيات الرضع لكل 1000 ولادة التي أبلغت عنها أفقر الأمهات زادت بـ 14 حالة عنها لدى الأمهات في الشرحية الخمسية الأغنى.

معلومة مفيدة: اختيار المجموعات المرجعية وفقا لأنواع المؤشرات الصحية



في بعض الحالات تعكس مؤشرات الصحة نتيجة مرغوبة، مثل تغطية الخدمات الصحية أو مستوى الرضا عنها أو عدد من المرافق الصحية المتوفرة أو مأمول الحياة. وفي حالات أخرى، تعكس المؤشرات الصحية نتيجة غير مرغوب فيها، مثل معدلات الوفيات أو سوء التغذية أو انتشار المرض. وعند الإبلاغ عن تباين الصحة من المهم إدراك الكيفية التي تُعرض وتُفسر بها الأنماط المختلفة للمقاييس.

على سبيل المثال، عند دراسة مؤشرين في الهند، يتضح أن التقزم هو أكثر شيوعاً في الشرائح الخمسية الأكثر فقراً في حين أن تغطية التطعيم الكامل يعد أكثر انتشاراً في الشرائح الخمسية الأغنى (انظر الجدول أدناه). وعند حساب مقاييس التباين البسيطة، فإن اختيار المجموعة المرجعية سوف يؤثر على قيم أو علامات الفرق والنسبة (السيناريوهان 1 و 2 أدناه). وتسفر حسابات الفرق عن نفس القيم العددية (نقاط النسب المئوية للفرق)، مع علامات إيجابية أو سلبية مقابلة. وتسفر حسابات النسبة، مع ذلك، عن قيمة أقل من 1 (عندما تكون المجموعة المرجعية ذات قيمة أعلى) وقيمة أعلى من 1 (عندما تكون المجموعة المرجعية ذات قيمة أقل). ورغم أن هذه الأرقام متبادلة، فقد يكون من الأسير بالنسبة لبعض الجماهير فهم قيمة النسبة الأعلى من 1. فعلى سبيل المثال، من السهل استيعاب أن التقزم كان أكثر من الضعفين في الشرائح الخمسية الأفقر عنه في الشرائح الخمسية الأغنى، ولكن من غير الواضح أن تتصور أن انتشار التقزم في الشريحة الخمسية الأغنى كان 0.4 من نسبة الانتشار في الشريحة الخمسية الأفقر. ولهذا السبب، فإن من المباشر عادة اختيار مجموعة فرعية للمجموعة المرجعية تميل إلى تجربة انخفاض الانتشار.

التباين القائم على الثروة في المؤشرات الصحية المنتقاة في الهند، المسح الديموغرافي والصحي 2005

المؤشر	الشريحة الخمسية 1 (الأفقر) (%)	الشريحة الخمسية 2 (%)	الشريحة الخمسية 3 (%)	الشريحة الخمسية 4 (%)	الشريحة الخمسية 5 (الأغنى) (%)	الفرق (نقاط النسبة المئوية)	النسبة
التقزم بين الأطفال دون سن الخامسة	59.9	54.4	48.8	40.8	25.6		
سيناريو 1: المجموعة المرجعية هي الشريحة الخمسية 1 (الأفقر)						34.3-	0.4
سيناريو 2: المجموعة المرجعية هي الشريحة الخمسية 5 (الأغنى)						34.3	2.3
تغطية التطعيم الكامل للأطفال في عمر سنة واحدة	24.4	33.3	47.1	55.5	71.0		
سيناريو 1: المجموعة المرجعية هي الشريحة الخمسية 1 (الأفقر)						46.6	2.9
سيناريو 2: المجموعة المرجعية هي الشريحة الخمسية 5 (الأغنى)						46.6-	0.3

الإبلاغ عن عدم المساواة والمتوسط المحلي

إن الإبلاغ عن عدم المساواة في الصحة يجب أن يعرض نظرة شاملة عن حالة مؤشر الصحة وعدم المساواة الناتج عنه ضمن مجموعة السكان. ومن المحبذ عموماً أن يتم الإبلاغ عن المتوسط المحلي جنباً إلى جنب مع المعطيات المصنفة ومقاييس عدم المساواة. وإذا لم يكن ممكناً أو مناسباً عرض كل هذه العناصر، فإن هذه المعلومات يمكن إدراجها في التقرير كمادة تكميلية، كجدول مرفق.

ولتوضيح أهمية الإبلاغ عن عدم المساواة جنباً إلى جنب مع القيم الوسطية، يمكن الاطلاع على حالة عدم المساواة القائم على النوع الاجتماعي في معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في كولومبيا. فوفقاً للمسح الديموغرافي والصحي 2010، كان الفرق المطلق بين الذكور والإناث 4.6 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية، وهو ما قد يبدو صغيراً جداً إذا تم عرضه بشكل منفرد. ومع ذلك، عندما يتم دراسة القيم من معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل مجموعة فرعية من السكان، فإن الصورة تتغير قليلاً: فقد كان المعدل بالنسبة للذكور 19.3 لكل 1000 مولود حي، مقارنة مع 23.8 بالنسبة للإناث. ويبدو فرق 4.6 في حالات الوفيات أكثر جوهرياً نسبياً مع توفر هذه المعلومات: فالمعدل بالنسبة للذكور أعلى بحوالي 25٪ عنه لدى الإناث. ويؤدي توفير معلومات إضافية حول القيم الوسطية للمجموعة الفرعية إلى تفسير أرقام عدم المساواة بدقة أكثر.

وينتقل هذا المفهوم ذاته إلى المعايير. فعند عرض قيم مقاييس عدم المساواة في كل بلد، ينبغي دائماً بجانب ذلك عرض المستويات الوطنية للمؤشرات الصحية. فعلى سبيل المثال، عند دراسة وفيات الأطفال دون سن الخامسة، من الممكن أن يكون عدم المساواة في إحدى البلدان منخفضاً، ولكن معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة يمكن أن يكون أيضاً عالياً بين جميع المجموعات السكانية الفرعية. وبعبارة أخرى، قد يكون هناك تباين منخفض فسره جميع المجموعات الفرعية للسكان بالوفيات العالية على حد سواء. وفي حالة كهذه، فإن معيار عدم المساواة في غياب متوسط المجموعة الفرعية تسفر عن نظرة إيجابية زائفة، لأن إجمالي السكان قد يعانون من أوضاع صحية أسوأ بكثير من بلدان أخرى.

ويراعى، على سبيل المثال، مقارنة عدم المساواة القائم على الثروة في التقرم بين الأطفال دون سن الخامسة في 70 بلداً من ست مناطق بالعالم. وبدراسة نسبة الشريحة الخمسية الأفقر إلى الأغنى فقط، يبدو كما لو أن البلدان الواقعة في إقليم الأمريكتين يسوء أداؤهم أكثر من البلدان الواقعة في أقاليم أخرى (الشكل 4-8). ويتضح بهذه المعلومات فقط أن عدم المساواة النسبي مرتفع في البلدان الواقعة بإقليم الأمريكتين. ومع ذلك، فإن هذا الاستنتاج يجب أن يعان حقيقة أن أقاليم أخرى قد تظهر تبايناً منخفضاً لأن التقرم مرتفع في جميع الشرائح الخمسية للثروة.

الشكل 4-8 عدم المساواة القائم على الثروة في التقزم بين الأطفال دون سن الخامسة في 70 بلدا، المسح الديموغرافي والصحي والعنقودي متعدد المؤشرات 2005-2011



الأشكال تشير إلى البلدان الواقعة داخل الإقليم التابع لمنظمة الصحة العالمية. تم تمثيل كل بلد بشكل واحد.

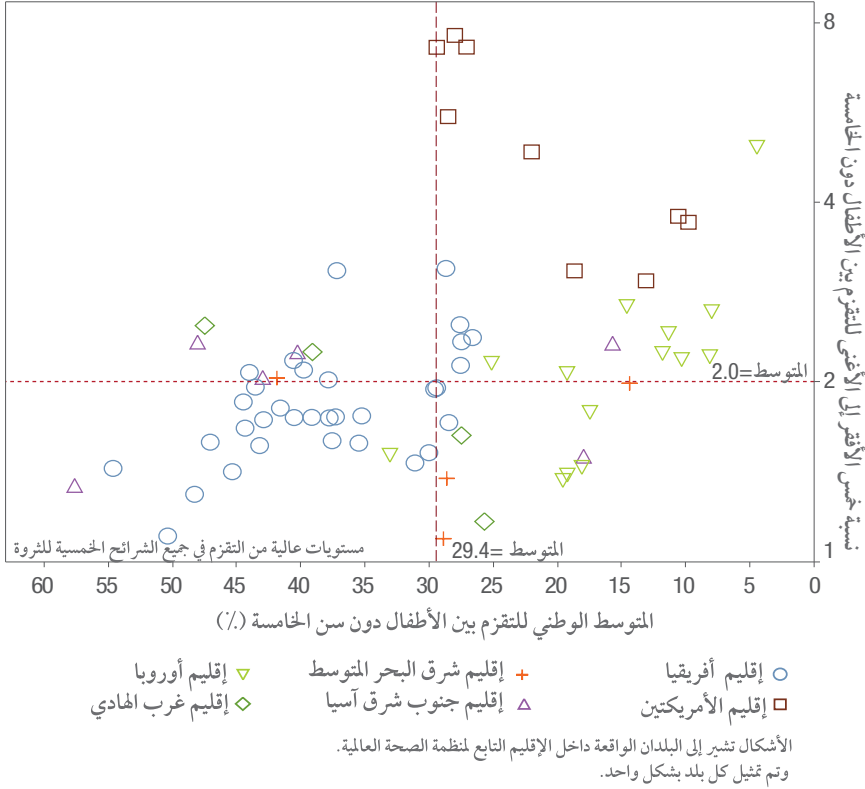
بعرض النسبة والمتوسط الوطني، يُظهر الشكل 4-9 نظرة أكثر اكتمالا عن الوضع. ومن هنا، يمكننا أن نلاحظ أن العديد من البلدان في الإقليم الأفريقي أبلغت عن متوسط وطني مرتفع للتقزم، غير أن عدم المساواة لا يزال منخفضا نسبيا. ويرجع ذلك إلى انتشار التقزم على نطاق واسع، حتى في الشريحة الخمسية الأغنى. وبالتالي، يصبح من الواضح أنه لا يوجد مقياس واحد منعزل بذاته يفترض فيه وصف السياق الكامل لحالة ما بشكل دقيق. ويعرض الشكل 4-9 مثلا عن كيفية نقل مقياس عدم المساواة بشكل فعال جنبا إلى جنب مع المتوسط الوطني.

4-5 اعتبارات خاصة

صغر حجم العينة

تعتبر مسوح الأسر المعيشية مصدرا هاما للمعطيات في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، ولكنها قد لا تكون دائما مصممة لاستيعاب حجم العينة بشكل كاف في كل مجموعة فرعية لرصد عدم المساواة. وهكذا، فإن الدقة هي أحد الاعتبارات الهامة عند الإبلاغ عن عدم المساواة في الصحة ويتطلب رصد عدم المساواة في الصحة لمؤشر صحة معين احتساب تقديره داخل كل مجموعة فرعية. ولأن حجم العينة يقل، فإن التقدير يصبح غير يقيني بشكل أكثر والقدرة على المقارنة بين المجموعات الفرعية تصبح أكثر تقييدا.

الشكل 4-9 عدم المساواة القائم على الثروة والمعدل الوطني في التقزم بين الأطفال دون سن الخامسة في 70 بلداً، المسح الديموغرافي والصحي والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2005-2011



تشكل المستويات العالية لعدم اليقين في تقديرات النقاط، أي اتساع فواصل الثقة، تحدياً خاصاً لرصد عدم المساواة. فعندما لا يمكن إجراء تقديرات دقيقة لمجموعات فرعية من السكان، فإن موثوقية مقياس ناتج الفرق أو النسبة لهذه المجموعات الفرعية تأخذ في التدهور. وقد يتمثل أحد الخيارات المحتملة للتغلب على هذا التحدي في استخدام المقاييس المركبة التي تجمع بين كل من السكان لإعداد تقديرات عدم المساواة في الصحة التي تتميز بفواصل الثقة المعقولة.

وينبغي أن تأخذ التقارير في الاعتبار وضع أحجام العينات الصغيرة. وعند ما لا يكون حجم العينة كافياً ليتسنى توليد تقديرات هادفة لإجراء المقارنات بين المجموعات الفرعية، يجب إخطار الجمهور بطريقة منهجية. وفي تقارير مثل منشورات المسح الديموغرافي والصحي ورصد الإنصاف في الصحة لمركز الصحة العالمي، لا يتم الإبلاغ عن المعطيات الخاصة بالخدمات الصحية عندما يكون حجم العينة في مجموعة فرعية أقل من 25، وتتضمن التقارير إيضاحات وذلك للإشارة إلى أحجام العينة المنخفضة من 25-49.

معلومة مفيدة: الإبلاغ عن الاعتداد الإحصائي



يمكن للإبلاغ عن قيم فاصل الثقة أو الخطأ المعياري في تقديرات النقطة أن تساعد الجمهور على استيعاب مدى اختلاف المؤشرات الصحية إحصائياً بين المجموعات الفرعية بشكل أفضل. ومع ذلك يقتضي الأمر توخي شيء من الحذر عند استخدام مقاييس الثقة لاستخلاص استنتاجات حول معطيات تباين الصحة. فقد تثبت التقديرات المشتقة من عينات كبيرة اختلافها إحصائياً من الناحية الرياضية، ولكن في مجال الصحة العامة، فإن هذا الفرق قد يكون هادفاً. فعلى سبيل المثال، قد يسجل المسح السكاني والذي يغطي عدة آلاف من الأطفال فارقاً إحصائياً بين تغطية التطعيم في 80٪ في المناطق الريفية و 82٪ في المناطق الحضرية. ومن حيث سياسات وبرامج وممارسات الصحة العامة، فإن فرق 2٪ لا يسفر عن أهمية تذكر.

ومع ذلك، فإن هذا لا يعني أن حجم العينة وفواصل الثقة يجب تجاهلها عند الإبلاغ عن المعطيات. بل، إن هناك حاجة إلى ضمان ألا تؤدي تقديرات النقطة إلى استنتاجات مغلوطة وسياسة مضللة. ويشمل ذلك دراسة ما إذا كانت فواصل الثقة لتقديرات النقطة ضيقة بما يكفي للسماح بالاستنتاجات الهادفة بشأن التباين. وفي الحالات التي لم يكن بالإمكان استخلاص استنتاجات هادفة منها، يجب أن لا يتم عرض تقديرات النقطة للمؤشرات المدرجة بمجموعات السكان الفرعية، لتفادي اللبس والمعلومات المضللة.

الإبلاغ عن أبعاد متعددة لعدم المساواة في وقت واحد

في معظم الحالات من الأفضل عرض معطيات عدم المساواة في الصحة من خلال بعد واحد من عدم المساواة في وقت واحد. ومع ذلك ففي بعض الأحيان، يكون من المنطقي الجمع بين أبعاد متعددة من عدم المساواة في وقت واحد. فعلى سبيل المثال، قد تكون أوجه عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية في مجال الصحة مختلفة للغاية في المناطق الحضرية إذا ما قورنت بالأوضاع الريفية. إن تحديد الوضع الذي يكون فيه عدم المساواة القائم على التعليم مرتفعاً في المناطق الحضرية، ومنخفضاً في المناطق الريفية، قد يكون له مقتضيات هامة في مجال السياسات. وفي هذه الحالة، قد يكون من المناسب الجمع بين أبعاد متعددة من عدم المساواة من أجل تحليل وتقاسم السكان أولاً حسب مكان الإقامة، ثم يزداد التقسيم داخل كل مجموعة فرعية حسب مستوى التعليم. ويمكن حساب عدم المساواة القائم على التعليم ورصده والإبلاغ عنه في المناطق الحضرية والريفية كل على حده.

إن الدراسة التي قام بها حسينبور وآخرون (2012) بحثت أوجه عدم المساواة في استخدام التبغ عبر 48 بلداً ذات الدخل المنخفض والمتوسط. وعند دراسة الأبعاد المتعددة لعدم المساواة، وجد الباحثون أن عدم المساواة القائم على الثروة أظهر أنماطاً مختلفة في الرجال عنه في النساء. وفي معظم بلدان الدراسة، بلغت معدلات التدخين بين الرجال أعلاها بين الفقراء وأدناها بين الأثرياء. وبالنسبة للنساء، من ناحية أخرى، فعلى الرغم من أن بعض دول الدراسة أظهرت أيضاً ارتفاع معدلات التدخين بين البالغات الأكثر فقراً، فإن البعض الآخر، لا سيما البلدان في المجموعة ذات الدخل المتوسط، أبلغت عن ارتفاع التدخين بين البالغات الأكثر ثراءً. ويبين الشكل 4-10 عدم المساواة النسبي القائم على الثروة (مؤشر عدم المساواة النسبي) والمتوسط الوطني لانتشار التدخين بين الرجال والنساء. وهذه الأنماط المتباينة لها مقتضيات هامة فيما يخص مبادرات مكافحة التبغ، وكيفية استهدافها.

الشكل 4-10 عدم المساواة النسبي القائم على الثروة والانتشار الوطني (%) في التدخين في الفقرة (أ) من الرجال و (ب) النساء في 48 بلدا ذات الدخل المنخفض والمتوسط، المسح الصحي العالمي، 2002-2004

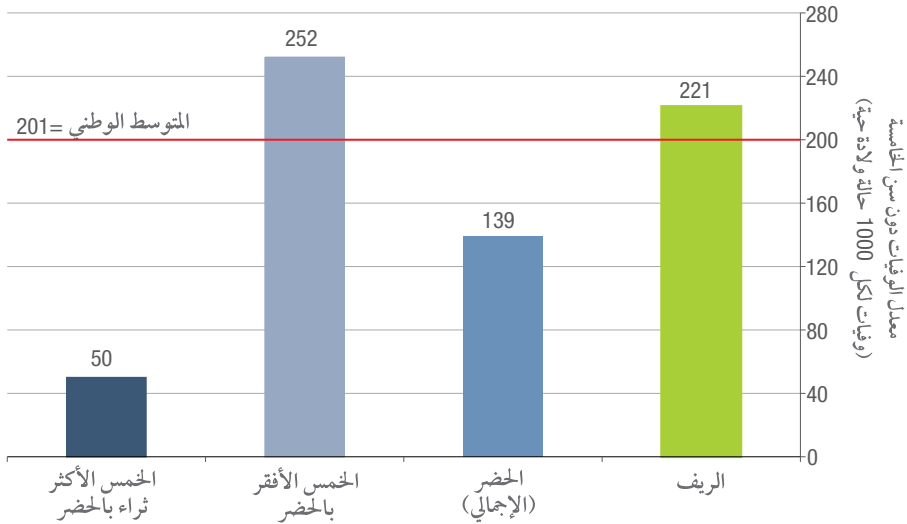


المصدر:

Hosseinpoor AR et al. Socioeconomic inequality in smoking in low-income and middle-income countries: results from the World Health Survey. *PLoS ONE*, 2012, 7(8):e42843.

قد يقتضي الإبلاغ عن أبعاد عدم المساواة المتعددة أيضاً إلقاء نظرة فاحصة على الطرازات بين المجموعات الفرعية. فعلى سبيل المثال، يبين الشكل 4-11 تفاوت عدم المساواة الاجتماعي والاقتصادي بين سكان الحضر. وفي هذا المثال، شهدت المناطق الريفية أعلى معدل لوفيات الأطفال دون سن الخامسة عنه في المعدل الإجمالي بالمناطق الحضرية. ومع ذلك، إذا تم تقسيم المجتمع الحضري وفقاً للثروة، يتبين أن الشريحة الخمسية الأفقر من السكان في المناطق الحضرية شهدت تجاوز معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة عنه في المناطق الريفية. وهذا التصنيف مهم من منظور السياسات لأنه، إذا لم يتم عرض تحليل متعدد الأبعاد، فقد يركز راسمو السياسات جهودهم في المناطق الريفية ويتجاهلون الفقراء في المناطق الحضرية المحرومة.

الشكل 4-11 الوفيات دون سن الخامسة في نيجيريا، وفقاً لمكان الإقامة والثروة، المسح الديموغرافي والصحي 2008



المصدر: مقتبس من مركز منظمة الصحة العالمية للتنمية الصحية: الملامح القطرية عن الصحة في المناطق الحضرية، نيجيريا.

World Health Organization Centre for Health Development: country profiles on urban health, Nigeria
http://www.who.int/kobe_centre/measuring/urban_health_observatory/uhealthprofiles/en/index1.html.

4-6 الإبلاغ عن النزعات الزمنية

النظرة الرباعية

قد يصبح الجمهور المستهدف سريعاً أسيراً لاستخدام عدد كبير من التصورات التي تعرض المعطيات المصنفة للعديد من مؤشرات الصحة من خلال عوامل التصنيف المتعددة في نقاط زمنية مختلفة. وتعد النظرة ذات الأربعة أرباع طريقة فعالة لعرض النزعات الزمنية في عدم المساواة، جنباً إلى جنب مع المتوسطات الوطنية، للعديد من مؤشرات الصحة أو العديد من البلدان. وكما هو مبين أدناه، يمكن استخدام النظرة ذات الأربعة أرباع لعرض عدم المساواة النسبي والمطلق؛ وفي بعض الحالات، يمكن عرض عدم المساواة النسبي والمطلق في وقت واحد.

وتتمثل فرضية منظر الأربعة أرباع في أن اتجاهات مؤشرات الصحة يمكن تقسيمها إلى تلك التي تحتوي على متوسطات إجمالية محسنة، وتلك التي تحوي متوسطات إجمالية متفاقمة؛ وبالمثل يمكن أيضا تقسيم الاتجاهات في المتوسطات الإجمالية إلى تلك التي تحوي تباينا متزايدا مقابل تلك التي تحوي تباينا منخفضا (النسبي أو المطلق) في بعد معين. وباستخدام هذين المسميين، يمكن تقسيم مؤشرات الصحة إلى أربع مجموعات: (أ) تلك التي تعمل على تحسين المتوسط الوطني مع خفض عدم المساواة ("أفضل نتيجة" للسيناريو)، (ب) تلك التي تعمل على تحسين المتوسط الوطني مع زيادة أو دون تغيير في عدم المساواة، (ج) تلك التي تعمل على تفاقم المتوسط الوطني مع خفض عدم المساواة، و (د) تلك التي تعمل على تفاقم المتوسط الوطني مع زيادة عدم المساواة ("أسوأ نتيجة" للسيناريو).

يمكن تطبيق منظر الأربعة أرباع بالنسبة للعديد من مؤشرات الصحة ضمن وضعية واحدة. وبدراسة ثمانية مؤشرات للصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال في الكاميرون، يعرض الجدول 4-6 ملخصا للنزعات الزمنية فيعدم المساواة النسبي القائم على الثروة والمتوسط الوطني. ويتضح على الفور للجمهور أن المؤشرات تبلي بلاء حسنا وأيها خلاف ذلك. وأحد قيود هذا الجدول المبسط، مع ذلك، هو أنه لا يوجد أي مؤشر على حجم الأداء داخل كل ربع للدائرة، أو كيفية تغيير عدم المساواة المطلق مع مرور الوقت.

الجدول 4-6 منظر أربعة أرباع الدائرة للاتجاه الزمني في العديد من مؤشرات الصحة في الكاميرون، وعدم المساواة القائم على الثروة مقابل المتوسط الوطني، المسح الديموغرافي والصحي 2004-1998

التباين النسبي القائم على الثروة		المتوسط الوطني
متزايد/ لا يتغير	انخفاض متناقص	
	<p>أفضل الأوضاع</p> <p>التطعيم الثلاثي (DPT3)</p> <p>الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة</p> <p>انتشار وسائل تنظيم الأسرة: الوسائل الحديثة</p> <p>معدل وفيات الرضع</p> <p>معدل الوفيات دون سن الخامسة</p> <p>انتشار الحفافة بين النساء</p>	متحسن
أسوأ الأوضاع التقزم	انتشار زيادة الوزن بين النساء	متفاقم/ الوضع الراهن

المصدر: مقتبس من:

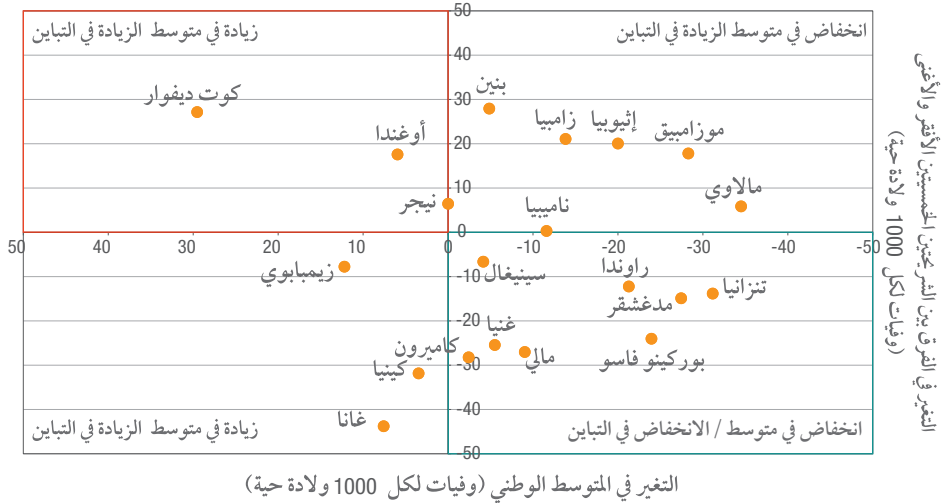
Asbu E et al. *Health inequities in the African Region of the World Health Organization*. Brazzaville, Regional Office for Africa, World Health Organization, 2010.

وبالمثل، يمكن استخدام منظر الأربعة أرباع لتلخيص النزعات في مؤشر صحي واحد بين العديد من البلدان (أو الأوضاع) في وقت واحد باستخدام الرسوم البيانية. وتنقسم الدول إلى نفس المجموعات الأربع ويتم إدراجها على أساس ما إذا كانت مستوياتها الوطنية للمؤشر الصحي المختار قد تحسنت أو تفاقمت حالتها وما إذا كان عدم المساواة قد ازداد أو نقص. وهذه الطريقة، يمكن تحقيق التمثيل الإحصائي للمعايرة النموذجية للنزعات الزمنية. ويعرض الشكل 4-12 مثلا لمنظر الأربعة أرباع لعدم المساواة المطلق في معدل وفيات الرضع في 20 بلدا أفريقيا. وتجعل العلامات في كل من الزوايا الأربع من هذا الشكل من اليسير التعرف على الوضع في كل بلد، وكيف يمكن مقارنتها مع البلدان الأخرى التي شملتها الدراسة. وفي هذا الرسم البياني، فإن البلدان التي تتمتع بأكبر التحسينات هي تلك الواقعة في

دليل حول رصد أوجه عدم المساواة في الصحة

الربع السفلي الأيسر: فمتوسط معدل وفيات الرضع في التناقص، وعدم المساواة آخذ في التناقص. وقد أبلغت البلدان في الربع العلوي الأيمن زيادة في المتوسط الوطني وزيادة في عدم المساواة المطلق. (لاحظ أنه لا يمكن الحكم على الوضع إجمالاً دون معرفة مستوى القيمة القاعدة للمؤشر).

الشكل 4-12 منظر أربعة أرباع الدائرة لمعايرة الاتجاه الزمني في معدل وفيات الرضع في 20 بلدا أفريقيا على مدى فترة خمس سنوات، وعدم المساواة القائم على الثروة مقابل المتوسط الوطني



المصدر: مقتبس من:

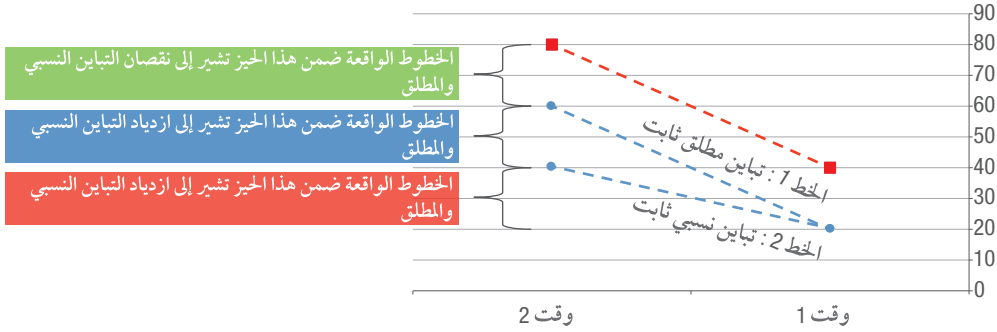
Asbu E et al. Health inequities in the African Region of the World Health Organization. Brazzaville, Regional Office for Africa, World Health Organization, 2010.

عرض النزعات الزمنية عبر مجموعات فرعية

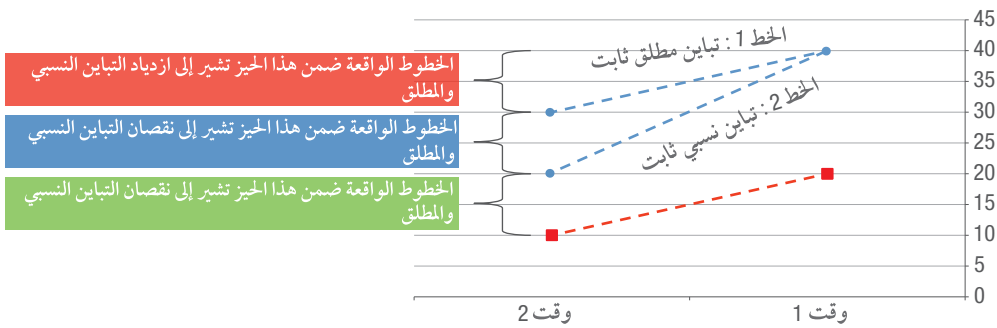
يتمثل أحد أوجه القصور في الشكل 4-12 في أنه لا يظهر مدى أداء الشرائح الخمسية للثروة داخل كل بلد. وفي حين يصعب القيام بذلك مع عينة كبيرة من البلدان (كما هو الحال في منظر الأربعة أرباع)، إلا أنه يمكن عرض عينة أصغر من معطيات الاتجاه الزمني للمجموعات الفرعية بكفاءة باستخدام الطريقة الموضحة بالشكل 4-13. وهنا، يشير الخط الأحمر إلى مستوى مؤشر الصحة في مجموعة فرعية واحدة، ويشير الخطان الزرقاوان 1 و 2 إلى السيناريوهات المحتملة لهذا مؤشر الصحة في المجموعة الفرعية الثانية. وكما هو مبين في النص بجانب الرسم البياني، فإن هذا التمثيل يوضح النزعات في كل من عدم المساواة النسبي والمطلق للمؤشرات التي قد تسجل ازدياد معدل الانتشار (مثل انتشار وسائل تنظيم الأسرة) أو نقصان معدل الانتشار (مثل وفيات الأطفال دون سن الخامسة). ويلاحظ أنه على الرغم من أن كلتا المجموعتين الفرعيتين قد تواجهان زيادة أو نقصان في نفس الاتجاه، فإن هذا لا يعكس بالضرورة تحسناً في عدم المساواة النسبي أو المطلق.

الشكل 4-13 النزعات الزمنية في عدم المساواة بالمجموعات الفرعية في حالة (أ) زيادة الانتشار و (ب) تناقص انتشار مؤشر الصحة، وتسليط الضوء على سيناريوهات مختلفة عن عدم المساواة النسبي والمطلق.

(أ) تزايد انتشار مؤشر الصحة



(ب) نقصان انتشار مؤشر الصحة



المصدر: مقتبس من:

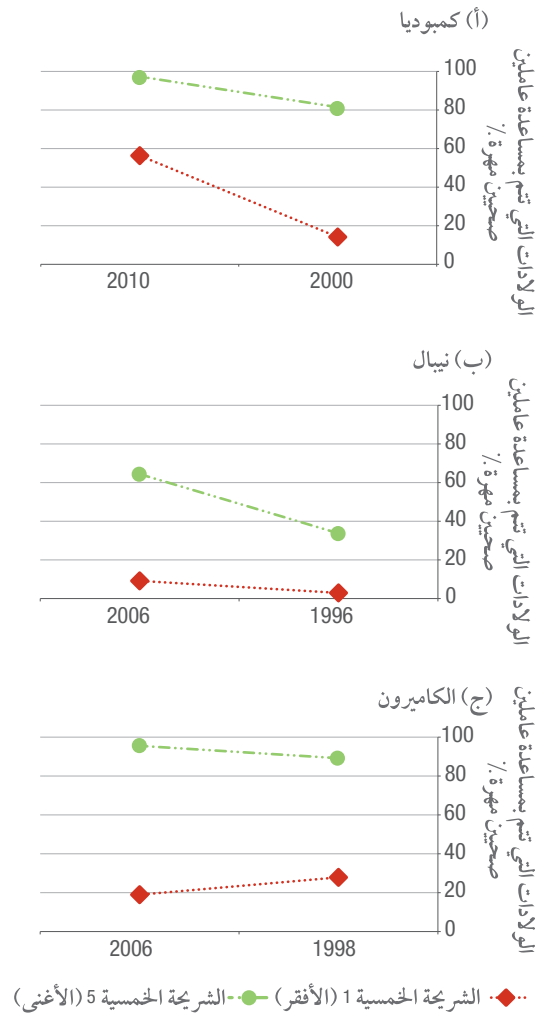
Barros AJD, Victora CG. Measuring coverage in MNCH: determining and interpreting inequalities in coverage of maternal, newborn, and child health interventions. *PLoS Medicine*, 2013, 10(5):e1001390. doi:10.1371/journal.pmed.1001390.

في حالة (أ) ازدياد الانتشار، ارتفع مؤشر الصحة من 40٪ إلى 80٪ في المجموعة الفرعية الحمراء بين فترتين زمنيتين. والمجموعة الزرقاء، والتي بدأت في الانتشار بنسبة 20٪، قد تزيد إلى 60٪ (الخط 1)، وفي أي الحالتين، كان يمكن لعدم المساواة المطلق أن يظل ثابتا (40 نقطة مئوية) وأن ينخفض عدم المساواة النسبي. وإذا كان للمجموعة الفرعية الزرقاء أن تكون على مستوى أكبر من 60٪، لانخفاض عدم المساواة المطلق، وإذا كان للنسبة أن تكون أقل من 60٪، لازداد عدم المساواة المطلق. وإذا اتبعت المجموعة الفرعية الزرقاء الخط 2 لتحقيق 40٪ عند النقطة الزمنية الثانية، لظل عدم المساواة النسبي كما هو - أي لسجل مستوى مؤشر الصحة نصف ما هو عليه بالمجموعة الفرعية الحمراء، وإذا سجلت المجموعة الفرعية الزرقاء أي مستوى أقل من 40٪، فإن هذا يشير إلى زيادة في عدم المساواة النسبي. ويظهر الوضع في حالة (ب) تناقص انتشار مؤشر الصحة بمرور الوقت، ويجوز تأويله على نحو مشابه للحالة (أ).

وتوضح بعض الأمثلة التطبيقية السيناريوهات المتبعة في ثلاثة بلدان التي تتزايد فيها الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة في الشريحة الخمسية الأعلى بين فترتين زمنيتين، مع تبدلات متغيرة في الشريحة الخمسية الأفقر من السكان (الشكل 4-14). ففي كمبوديا، شهدت الشريحة الخمسية الأفقر زيادة في

تغطية الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحة مهرة إلى القدر الذي انخفض فيه عدم المساواة النسبي والمطلق على حد سواء - وهذا هو السيناريو الأفضل. وفي نيبال، شهدت الشريحة الخمسية الأفقر من السكان زيادة متواضعة في تغطية الخدمات الصحية، مما أدى إلى زيادة عدم المساواة المطلق وانخفاض عدم المساواة النسبي مع ذلك. وفي الكاميرون، انخفضت تغطية الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحة مهرة في الشريحة الخمسية الأفقر من السكان مع مرور الوقت، وازداد بالتالي عدم المساواة المطلق والنسبي.

الشكل 4-14 النزعات الزمنية في الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة، وفقا للشريحة الخمسية للثروة في (أ) كمبوديا و(ب) نيبال و(ج) الكاميرون، المسح الديموغرافي والصحي والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 1996-2010



المصدر: مقتبس من:

Barros AJD, Victora CG. Measuring coverage in MNCH: determining and interpreting inequalities in coverage of maternal, newborn, and child health interventions. *PLoS Medicine*, 2013, 10(5):e1001390. doi:10.1371/journal.pmed.1001390.

7-4 تعريف المجالات ذات الأولوية

لا تتوقف عملية رصد عدم المساواة عند الإبلاغ عن المعطيات، ولكن يجب أن تتواصل لئتم ترجمتها إلى مزيد من العمل. فبعد الإبلاغ عن المعطيات، تنعقد لجنة من أصحاب المصلحة ممن لديهم خلفية عن المعطيات أو الإحصاءات والقدرة على تفسير إحصاءات الصحة وذلك لتقييم الوضع واتخاذ قرار بشأن أي المجالات تعتبر من أولويات العمل. ويضع أصحاب المصلحة هؤلاء في اعتبارهم تحليلات عدم المساواة (آخر تطورات الحالة والاتجاه الزمني والمعايرة النموذجية)، كما يخططون للأهداف الوطنية وبرامج عمل الرعاية الصحية. ويتم عادة تحديد المجالات ذات الأولوية على أساس أن رصد عدم المساواة في الصحة يمثل عملية صنع القرار التي تسعى للوصول إلى توافق الآراء بين أصحاب المصلحة.

عند تحديد المجالات ذات الأولوية، ينبغي أن يراعى عدم المساواة في جميع مؤشرات الصحة من خلال كل مصنف للعدالة. وبدراسة أحدث تطورات الحالة والاتجاه الزمني والمعايرة، يمكن أن يسفر ذلك عن عدد كبير من المعطيات يتعين النظر فيها في وقت واحد. وهناك العديد من الخيارات لتحديد المجالات ذات الأولوية في مجال الصحة. وهنا، يتم عرض طريقة واحدة لاختزال المعلومات وذلك لتحديد الأولويات بناء على نظام تسجيل الدرجات. ويتضح ذلك من خلال مثال تطبيقي بالقسم 5.

عند دراسة نتائج رصد عدم المساواة في الصحة، يتم تعيين حرز لكل مؤشر أو أحد أبعاد العدالة على مقياس من 1-3 في كل من جوانب عدم المساواة الثلاثة المبلغ عنها (أحدث تطورات الحالة والاتجاه الزمني والمعايرة النموذجية): ويشير العدد 1 إلى عدم الحاجة لاتخاذ أي إجراء، ويشير 2 إلى الحاجة لاتخاذ إجراء، ويشير 3 إلى الحاجة لاتخاذ إجراء عاجل. ويجب أن يتم الاتفاق على قرارات بشأن حجم عدم المساواة الذي يفرق بين 1 (عدم اتخاذ إجراء) و 2 (اتخاذ إجراء) و 3 (اتخاذ إجراء عاجل) من قبل المشاركين في عملية رصد عدم المساواة في الصحة. وقد يتم وضع حرز للمتوسطات المحلية لكل مؤشر على نحو مشابه. ويتم حساب متوسط الأحرز في جميع عوامل التصنيف/التقسيم لكل مؤشر، ثم دراستها جنباً إلى جنب مع المتوسط المحلي لاستيضاح المجالات ذات الأولوية. وبناء على السياق وتفضيلات الجمهور، يمكن تطبيق موازين أخرى بسهولة بحيث يُصنف كل وضع باعتباره يحتاج أو لا يحتاج لاتخاذ إجراء ما (ميزان ثنائي) أو بدلاً من ذلك، يمكن اعتماد ميزان القيمة المتعددة لترتيب من خلال قيمتين أو ثلاث أو أربع أو أكثر من ذلك.

ويمكن استخدام هذه الطريقة لتحديد المؤشرات ذات الأولوية العالية من خلال أحدث تطورات الحالة والاتجاه الزمني والمعايرة النموذجية. وبالمثل، يمكن استخدام هذا الأسلوب نفسه لتحديد عوامل التصنيف/التقسيم التي تعتبر ذات أولوية قصوى. فعلى سبيل المثال، يمكن وضع متوسط لجميع الأرقام المخصصة في تقييم أحدث تطورات حالة مؤشرات الصحة العديدة وفقاً للتعليم ومقارنتها بمتوسط جميع الأرقام المخصصة لأحدث تطورات حالة المؤشرات وفقاً للثروة. وبهذه الطريقة، تخصص وضعية الأولوية أهمية أكبر إما لعدم المساواة القائم على التعليم أو عدم المساواة القائم على الثروة، حسبما تقتضي الحالة.

وفي حين أن هذه الطريقة تفتقر إلى القدرة على إظهار الفروق الدقيقة في حالة عدم المساواة، إلا أن بساطتها تعتبر إضافة كبيرة. والغرض في نهاية المطاف من تحديد الأولويات الخاصة بكل من مؤشرات الصحة وعوامل التصنيف/التقسيم هو مساعدة راسمي السياسات على تفسير نتائج رصد عدم المساواة. وإذا كان بإمكان هؤلاء الذين يتولون رصد عدم المساواة عرض تفسير بسيط وبديبي لعملية رصد عدم المساواة المركبة والموضحة في هذا الدليل، فإنهم بذلك يعملون على تحسين برنامج العمل الوطني للصحة للبلد. ويتاح لراسمي السياسات وعمامة الجمهور بشكل كبير الوصول إلى الجدول الذي يعمل على تلخيص حالة كل مؤشر بشكل مشاع وفقاً لعامل التصنيف فيعدد فردي.

ويخرج عن نطاق هذا الدليل عرض التفاصيل الخاصة بطريقة إنشاء برنامج وضع السياسات الصحية الوطنية استنادا إلى نتائج رصد عدم المساواة، ومع ذلك، فإنه يجدر بنا أن نفهم أن عرض المجالات البسيطة والبدئية ذات الأولوية يمكن أن يساعد في إنشاء برنامج عمل للسياسة الوطنية. وعلاوة على ذلك فإن وضع سياسة وطنية جيدة لا يحتاج دائما لنفس الأولويات كتلك التي تم تحديدها باعتبارها أولوية قصوى من خلال العملية المذكورة في هذا القسم.

أبرز النقاط: القسم 4

- إن الطرق الرئيسية لإظهار نتائج متابعة تباين الصحة هي الجداول والرسوم البيانية والخرائط. ويجب للمشاهدات والمعطيات التي تشملها هذه الطرق أن تعكس دائما احتياجات وقدرات الجمهور الذي يتم عرضها عليه.
- ينقل الإبلاغ الفعال ثلاثة جوانب للتباين: أحدث تطورات والنزعة الزمنية والمعايرة النموذجية.
- تظهر المعطيات المصنفة أحيانا أنماطا مميزة عبر مجموعات فرعية، بحيث يتم الكشف عن أشكال التباين المتمثلة في الحرمان الجسيم أو الاستبعاد الهامشي أو المدروج الخطي أو التغطية الشاملة.
- من الناحية المثلى، ينبغي أن تتضمن تقارير التباين مقاييس التباين النسبي والمطلق على حد سواء، وأن تشير إلى المجموعة الفرعية والمتوسطات الوطنية أو الإجمالية. وتتمثل إحدى طرق عرض الأنماط المتعددة من المعلومات في استخدام طريقة منظر الأربعة أرباع.
- يعد حجم العينة علامة هامة على دقة تقديرات التباين؛ وينبغي وضع ذلك في الاعتبار عند الإبلاغ عن المعطيات.
- بناء على السياق والاستخدام المقصود لمتابعة التباين، قد يكون من المناسب الإبلاغ عن أي مؤشر للصحة بأكثر من مصنف للعدالة في وقت واحد، مثل التصنيف أولا وفقا للنوع الاجتماعي ثم حسب مكان الإقامة.

اقرأ المزيد:

Barros AJD, Victora CG. Measuring coverage in MNCH: determining and interpreting inequalities in coverage of maternal, newborn, and child health interventions. *PLoS Medicine*, 2013, 10(5):e1001390. doi:10.1371/journal.pmed.1001390.

Braveman P. *Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries*. Geneva, World Health Organization, 1998.

Braveman P. Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 2003, 21(3):181-192.

Harper S, Lynch J. *Methods for measuring cancer disparities: using data relevant to Healthy People 2010 cancer-related objectives*. Bethesda, MD, National Cancer Institute, 2005.

Keppel K et al. Methodological issues in measuring health disparities. *Vital and Health Statistics*, 2005, (141):1-16.

Minujin A, Delamonica E. Mind the gap! Widening child mortality disparities. *Journal of Human Development*, 2003, 4(3):397-418.

Wirth M et al. *Monitoring health equity in the MDGs: a practical guide*. New York, CIESIN and UNICEF, 2006.

5- تقييم عدم المساواة في الصحة خطوة بخطوة: الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال في الفلبين

يطبق هذا القسم الأخير المفاهيم الواردة في الأجزاء السابقة من هذا الدليل على مثال من رصد عدم المساواة في الصحة في الفلبين¹. والهدف من هذا القسم ليس في توفير تكرار مطول عن المبادئ التي يقوم عليها رصد عدم المساواة في الصحة، بل إلى عرض توضيح شامل خطوة بخطوة عن كل جزء من دورة المراقبة الصحية.

ولبدء تقييم رصد عدم المساواة في الصحة، يجب تحديد موضوع من الموضوعات ذات الأولوية القصوى في مجال الصحة من أجل العمل على تحسينه واستدامته في الفلبين. ويسعى قطاع الصحة في الفلبين إلى تنفيذ الرعاية الصحية الشاملة لمعالجة أوجه عدم المساواة في نظام الصحة الحالي. وتلتزم وزارة الصحة الفلبينية، على وجه الخصوص، بتحقيق تخفيضات في معدلات وفيات الأطفال وتحسين صحة الأمهات. وقد وضعت الفلبين الأهداف التالية لعام 2015: سوف تحصل 80% من الحوامل على أربعة فحوص حمل على الأقل، والولادة في مرفق للرعاية الصحية وفحصين بعد الوضع على الأقل؛ وسوف يحصل 63% من الرجال والنساء في سن الإنجاب على إمكانية الوصول إلى وسائل تنظيم الأسرة، وسوف تحصل 80% من الحوامل على جرعتين على الأقل من لقاح التيتانوس، وسوف يتم تطعيم 90% بالكامل من الرضع ممن تقل أعمارهم عن سنة واحدة. وهكذا، فإن الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال هو موضوع وثيق الصلة ومناسب لرصد عدم المساواة في الصحة في الفلبين.

5-1 اختيار مؤشرات الصحة وعوامل التصنيف الملائمة

يمكن تقييم أوجه عدم المساواة في مجال الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال باستخدام مؤشرات من جميع مكونات إطار الرصد والتقويم. ومع ذلك، تمثل مؤشرات التأثير والأثر إلى أن تكون الأكثر ملاءمة لهذا الأمر. ويوضح هذا القسم رصد عدم المساواة باستخدام مؤشرات الصحة من مكون التأثير، بما يغطي الخدمات الصحية التي تشمل توفير وسائل تنظيم الأسرة وتنظيم الأسرة والخدمات الصحية من فترة الحمل والولادة إلى صحة الطفولة (الجدول 5-1). وتعتبر هذه المؤشرات هي ذاتها مثل أو مرتبطة بشكل وثيق بالمؤشرات المحبذة من قبل مفوضية منظمة الصحة العالمية للمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل. وقد تم اختيار خمسة عوامل تصنيف التي لها أهميتها في الفلبين: الثروة والتعليم والنوع الاجتماعي والمنطقة الحضرية أو الريفية والإقليم. وتم إجراء اختيار مؤشرات الصحة وعوامل التصنيف بالتزامن مع عملية وضع خارطة مصدر المعطيات، والتي يتم تفصيلها في القسم الفرعي التالي.

1 يستند مضمون هذا الباب على ورشة عمل وطنية بشأن قياس ورصد عدم المساواة في مجال الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال، الذي عقد في يونيو عام 2012 في مانيلا، الفلبين، وتم تيسيره من قبل منظمة الصحة العالمية، كجزء من تنفيذ توصيات لجنة الإعلام والمساءلة من عن صحة المرأة والطفل. يتم استخلاص/ اقتباس النص والجدول والأرقام من عدم المساواة في مجال الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال: تقرير بعد انتهاء ورشة العمل (متاحة على شبكة الإنترنت على العنوان التالي:

http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/country_activities_Philippines/en/index.html, and other workshop materials.

الجدول 1-5 مؤشرات خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال لرصد عدم المساواة في الصحة بالفلبين

انتشار وسائل تنظيم الأسرة: الوسائل الحديثة	خدمات الصحة الإنجابية	مؤشرات النتائج
انتشار وسائل تنظيم الأسرة: الوسائل الحديثة والتقليدية		
تلبية احتياجات تنظيم الأسرة	خدمات صحة الأمهات	
رعاية حمل: زيارة واحدة على الأقل		
رعاية حمل: أربع زيارات على الأقل		
الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة	الرعاية الوقائية للأطفال	
البدء المبكر للرضاعة الطبيعية		
تغطية التطعيم الثلاثي (DPT3) بين الأطفال في عمر سنة واحدة		
تغطية التطعيم الكامل بين الأطفال في عمر سنة واحدة		
تغطية التطعيم ضد الحصبة بين الأطفال في عمر سنة واحدة		
مكملات فيتامين (أ) بين الأطفال دون سن الخامسة	السعي لرعاية الأطفال	
تلقي الأطفال دون سن الخامسة المصابين بالإسهال للعلاج بمحلول الجفاف		
نقل الأطفال دون سن الخامسة المصابين بالالتهاب الرئوي لمرفق صحي		

معلومات إضافية: المبادرات العالمية التي تشمل الصحة الإنجابية وصحة الأم والطفل



تولى عدد من المبادرات تحديد وقياس والإبلاغ عن مؤشرات الصحة الإنجابية وصحة الأم والطفل لرصدها على المستوى العالمي، بما في ذلك الأهداف الإنمائية للألفية والعد التنافسي لعام 2015 بالتعاون مع لجنة المعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل، ورصد العدالة الصحية لمركز الصحة العالمية بمنظمة الصحة العالمية.

اقرأ المزيد:

Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health.
http://www.who.int/woman_child_accountability/about/coia/en/index.html.

Countdown to 2015. *Maternal, newborn and child survival*.
<http://www.countdown2015mnch.org/>.

United Nations Statistics Division. *Millennium Development Goals indicators*.
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>.

World Health Organization. *Global Health Observatory: Health Equity Monitor*.
http://www.who.int/gho/health_equity/en/index.html.

2-5 وضع خارطة مصدر المعطيات

تم اختيار مجموعة من المؤشرات في القسم الفرعي أعلاه في وقت واحد (وتكراري) مع جرد المعطيات المتاحة في الفلبين (وضع خارطة مصدر المعطيات)، والتي أظهرت أيضا توافر معطيات عوامل التصنيف لكل مؤشر صحي. وتم توضيح الخطوات الأربع لوضع خارطة مصدر المعطيات في هذا القسم باستخدام إخراجات جزئية من كل قائمة¹.

الخطوة 1. يتم سرد مصادر المعطيات المتاحة (وفقا للنمط) في الفلبين، جنبا إلى جنب مع سنوات جمع المعطيات. وهذا يتضمن معطيات على المستوى الوطني من المصادر المؤسسية (على سبيل المثال جهة إدارية) والسكانية (على سبيل المثال السجل والمسح الحيوي). علما بأن هذه القائمة ليست شاملة لجميع مصادر المعطيات في الفلبين بل إنها تعرض، لأغراض هذا الاختبار، عينة من مصادر المعطيات على المستوى الوطني. وهذه العملية يمكن، عند الرغبة في ذلك، أن تتكرر بإنشاء قوائم معطيات إضافية متوفرة على مستوى المقاطعات والمناطق والمجتمعات المحلية.

مصادر المعطيات على المستوى الوطني في الفلبين (جدول جزئي)

نمط مصدر المعطيات	مصدر المعطيات	سنة (سنوات) جمع المعطيات	ملاحظات
جهة إدارية	الولادات التي تتم بمساعدة صحية	1995-2008	جمع سنوي
التسجيل الحيوي	السجل الحيوي بالفلبين (وفيات ولادات)	مستمرة	
المسح	المسح الديموغرافي والصحي المعياري بالفلبين	1993 1998 2003 2008	

الخطوة 2. تدرس الخطوة التالية توافر المعلومات الخاصة بعوامل التصنيف ضمن كل مصدر للمعطيات، المدرجة حسب السنة (يتم تعيين رقم لكل منها بالعمود في أقصى اليمين من الجدول). وتعكس عوامل التصنيف المدرجة في عناوين الأعمدة مجموعة واسعة من أبعاد عدم المساواة التي قد تكون ذات صلة ومتاحة ومناسبة لرصد عدم المساواة في مجال الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال. تشير علامة (√) إلى إدراج عوامل التصنيف ضمن مصدر المعطيات.

1 شملت عملية وضع خارطة مصدر المعطيات الأصلية أيضا مواضيع صحية ماعدا الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال.

مصادر المعطيات بمعلومات عن عوامل التصنيف في الفلبين (جدول جزئي)

رقم	مصدر وسنة المعطيات	عوامل التصنيف			
		الدخل / المصروفات / الاستهلاك / منسب الأصول	التعليم	النوع الاجتماعي	ريف / حضر
1	ولادات حية تتم بمساعدة صحية 1995-2005				
2	تسجيل حيوي (ولادات ووفيات)			√	
3	المسح الديموغرافي والصحي 2008	√	√	√	√
4	المسح الديموغرافي والصحي 2003	√	√	√	√
5	المسح الديموغرافي والصحي 1998	√	√	√	√
6	المسح الديموغرافي والصحي 1993	√	√	√	√

الخطوة 3. تم سرد مجموعة مختارة من المواضيع الفرعية في مجال الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال المتصلة بالخدمات الصحية أدناه. وتم سرد مصادر المعطيات التي تحتوي على معلومات حول كل موضوع فرعي باستخدام الأرقام المذكورة في الخطوة 2.

مصادر المعطيات مع المعلومات المتعلقة بموضوعات صحية محددة في الفلبين (جدول جزئي)

رقم مصدر المعطيات	الموضوع الفرعي للصحة الإنجابية وصحة الأم والطفل				
...	6	5	4	3	خدمات الصحة الإنجابية
...	6	5	4	3	1 خدمات صحة الأمهات
...	6	5	4	3	الرعاية الوقائية للأطفال
...	6	5	4	3	التماس الرعاية للأطفال

الخطوة 4. تشمل الخطوة النهائية تجميع كافة القوائم. وتظهر خارطة مصدر المعطيات الآن أي مصادر المعطيات في الفلبين تتضمن معلومات حول كل موضوع فرعي من الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال، وكذلك عددا من عوامل التصنيف. يذكر أن الأرقام التي تظهر في الجدول النهائي تعكس مصادر المعطيات المذكورة في الخطوة 2.

خارطة مصدر المعطيات في الفلبين التي تجمع معلومات مصادر المعطيات الخاصة بعوامل التصنيف والمواضيع الصحية المحددة (جدول جزئي)

عوامل التصنيف					الموضوع الفرعي للصحة الإنجابية وصحة الأم والطفل
مقاطعة / إقليم	ريف / حضر	النوع الاجتماعي	التعليم	الدخل / المصروفات / الاستهلاك / مؤشر الأصول	
..6، 5، 4، 3	..6، 5، 4، 3	لا تنطبق	..6، 5، 4، 3	... 5، 4، 3	خدمات الصحة الإنجابية
..6، 5، 4، 3، 2، 1	..6، 5، 4، 3	لا تنطبق	..6، 5، 4، 3	... 5، 4، 3	خدمات صحة الأمهات
..6، 5، 4، 3	..6، 5، 4، 3	..6، 5، 4، 3	..6، 5، 4، 3	... 5، 4، 3	الرعاية الوقائية للأطفال
..6، 5، 4، 3	..6، 5، 4، 3	..6، 5، 4، 3	..6، 5، 4، 3	... 5، 4، 3	التماس الرعاية للأطفال

3-5 تحليل المعطيات

بعد إكمال وضع خارطة مصدر المعطيات، تم اختيار مؤشرات الصحة، كما تم الحصول على المعطيات المتقاطعة (معطيات مؤشر الصحة ومعطيات عوامل التصنيف)، والمرحلة التالية هي في تحليل المعطيات¹. أولاً، تم حساب متوسطات المؤشرات على المستوى الوطني ووفقاً لكل عامل مصنف، ثم تم حساب المقاييس المناسبة لعدم المساواة وفقاً لكل عامل مصنف عبر جميع مؤشرات الصحة. وتظهر الحسابات التي تم استخدامها لكل عامل مصنف بالجدول 5-2. وهنا، تم استخدام الفرق والنسبة (مقياساً عدم المساواة البسيطان) لقياس عدم المساواة وفقاً لكل نمط من عوامل التصنيف. وبالنسبة لعوامل التصنيف التي تتكون من مجموعتين فرعيتين (المنطقة الحضرية/ الريفية والنوع الاجتماعي)، فإن المقارنات الزوجية تكفي لإظهار أوجه عدم المساواة. وبالنسبة لعوامل التصنيف التي تتكون من أكثر من مجموعتين فرعيتين ضمن الترتيب الطبيعي (الثروة والتعليم)، فإن المقاييس المركبة الإضافية (معامل منحدر عدم المساواة ومعامل التركيز) تم استخدامها لتحديد عدم المساواة في جميع المجموعات الفرعية، وبالنسبة لعدم المساواة القائم على المنطقة، والذي يتألف من المجموعات الفرعية غير المرتبة، فقد تم استخدام التفاوت أو الفرق الوسطي من المتوسط الإجمالي ومؤشر ثيل. تم حساب مقاييس عدم المساواة لجميع النقاط الزمنية للمعطيات. وباستخدام هذه المقاييس، من الممكن تحديد أي المؤشرات التي تثبت المعدل الأكبر لأوجه عدم المساواة، وأماكن تغير أوجه عدم المساواة بأقصى وأقل معدل بين النقاط الزمنية.

الجدول 5-2 المقاييس المستخدمة لقياس عدم المساواة في الصحة، من خلال خمسة عوامل تصنيف

التعليم	مقاييس التباين البسيطة		مقاييس التباين المركبة	
	مطلقة	نسبية	مطلقة	نسبية
الثروة	الفرق	النسبة	معامل منحدر عدم المساواة	معامل التركيز
التعليم	الفرق	النسبة	معامل منحدر عدم المساواة	معامل التركيز
المنطقة	الفرق	النسبة		
النوع الاجتماعي	الفرق	النسبة		
المنطقة	الفرق	النسبة	التفاوت/ الفرق الوسطي من المتوسط الإجمالي	مؤشر ثيل

1 على الرغم من أن وضع خارطة مصدر المعطيات قد كشف عن مصادر أخرى للمعطيات في الفلبين، والتي قد أدرجت في التقييم الكامل لعدم المساواة في الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال، من أجل المقارنة بين المعطيات وتوافرها على المستوى الوطني في وقت انعقاد ورشة العمل، إلا أنه تم اختيار معطيات المسح الديموغرافي والصحي فقط لهذا التحليل.

4-5 تقارير عدم المساواة

عند إعداد تقارير هذه المعطيات الخاصة بأوجه عدم المساواة، من المهم إجراء مراجعة شاملة لكافة النتائج (بما في ذلك المتوسط الوطني والمعطيات المصنفة ومقاييس عدم المساواة البسيطة والمركبة) ودراسة أهميتها في سياق دولة الفلبين. وفي الحالات التي يكون فيها حجم العينة منخفضا للغاية، قد لا يكون من المناسب الإبلاغ عن نتائج رصد مؤشرات عدم المساواة في الصحة حيث ترتفع مستويات عدم اليقين. وفي هذا التحليل، شهد مؤشران انخفاضاً في أحجام العينة بشكل كبير عند تصنيفها، ومن ثم تم استبعادها من تقارير عدم المساواة. وشمل هذان المؤشران الأطفال المصابين بالإسهال الذين يتلقون العلاج بمحلول الجفاف والأطفال المصابين بالتهاب رئوي وتم نقلهم إلى أحد المرافق الصحية.

قد يتطلب الإبلاغ عن أوجه عدم المساواة في الصحة قرارات مستندة إلى الحكم والتي ترتبط بأمور مثل: أي مستوى لعدم المساواة يعتبر هادفاً لمؤشر صحة معين؛ وما حجم التغيير مع مرور الوقت بما يشير إلى حدوث تحسن؛ ومقابل أي دول أخرى تم معايرة الفلبين. ومن المهم أيضاً النظر في أي المؤشرات تم إبرازها على مدار الدراسة، والأماكن التي يركز عليها التقرير، وعماً إذا كانت المقاييس البسيطة يمكن أن تمثل عدم المساواة بشكل مناسب وكامل. (وفي حين قد لا يتم الإبلاغ عن المقاييس المركبة، إلا أن هذه النتائج يجب أن تُدرج ضمن العوامل الخاصة بقرارات ما قبل الإبلاغ). وينبغي التوصل إلى أنماط القرارات بالتشاور مع أصحاب المصلحة الذين هم على علم ببرامج الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال في الفلبين، ويفهمون بشكل جيد مقاييس عدم المساواة في الصحة وتحدياته وتطبيقه.

وعلى أساس حسابات القياس المبنية في القسم الفرعي السابق، يطرح النص والتصورات التالية مثالا وجيزا للإبلاغ عن أحدث تطورات الحالة والاتجاه الزمني والمعايرة النموذجية. ولتوضيح تطبيق هذه المفاهيم، فإن عينة التقرير تركز فقط على عدم المساواة القائم على الثروة، على الرغم من أن أي تقرير شامل سوف يشمل كافة عوامل التصنيف. ويلاحظ أنه، على الرغم من أن مقاييس عدم المساواة البسيطة والمركبة يتم حسابها بغرض التوصل لعدم المساواة القائم على الثروة، فقد تم الإبلاغ عن المقارنات الزوجية في هذا التقرير. وهذا بغرض وضع تقرير عن الاستنتاجات الرئيسية من المعطيات يتسم بالإيجاز وسهولة الاستيعاب بشكل أكبر. (ويمكن إدراج جدول كامل عن المعطيات المصنفة ومقاييس عدم المساواة القائمة على الثروة في جميع النقاط الزمنية بملحقات التقرير). واستنادا إلى الجمهور المستهدف والأهداف المقصودة من هذا التقرير، يمكن للتقرير المعد بشكل شمولي وتفصيلي أن يستقصي النتائج الأوسع طبقاً للمقاييس المركبة.

عدم المساواة القائم على الثروة في الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال في الفلبين أحدث التطورات

في المسح الديموغرافي والصحي لعام 2008، أظهرت خمسة مؤشرات من أصل 11 مؤشرا عن خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال مستويات منخفضة من عدم المساواة المطلق القائم على الثروة، مع فرق بأقل من 10 نقاط مئوية بين الشريحتين الخمسيتين الأغنى والأفقر (الجدول 5-3). واشتملت المؤشرات ذات المستويات المطلقة لعدم المساواة بفجوة تصل إلى أقل من 10 نقاط مئوية على انتشار وسائل تنظيم الأسرة (الوسائل الحديثة)، وانتشار وسائل تنظيم الأسرة (الوسائل الحديثة والتقليدية) والرعاية الحمل (زيارة واحدة على الأقل) والبدء المبكر للرضاعة الطبيعية ومكملات فيتامين (أ). وشهدت كل هذه المؤشرات نسباً لعدم المساواة نسبية تعادل أو تقل عن 1.3. وفي المقابل شهدت أربعة مؤشرات من أصل 11 مؤشرا مستويات عالية من عدم المساواة القائم على الثروة في المسح الديموغرافي والصحي 2008، مع وجود فجوة مطلقة بين الشريحتين الخمسيتين الأغنى والأفقر بأكثر من 20 نقطة مئوية. وشملت هذه المؤشرات رعاية الحمل (أربع زيارات على الأقل) والولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة والتطعيم الثلاثي (DPT3) والتطعيم الشامل. وشهدت ثلاثة من المؤشرات الأربعة فجوات مطلقة بين 22 و 32 نقطة مئوية، مع نسب نسبية بين الشرائح الخمسية تتراوح من 1.3 إلى 1.5. واعتبر وجود عاملة ولادة ماهرة قيمة ناشئة لعدم المساواة الأقصى. وشهدت تغطية الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين أكثر معدلات عدم المساواة القائم على الثروة بالنسبة لأي مؤشر، مع فجوة مطلقة بين الشريحتين الخمسيتين الأفقر والأغنى تصل إلى 68.7 نقطة مئوية ونسبة نسبية تصل إلى 3.7.

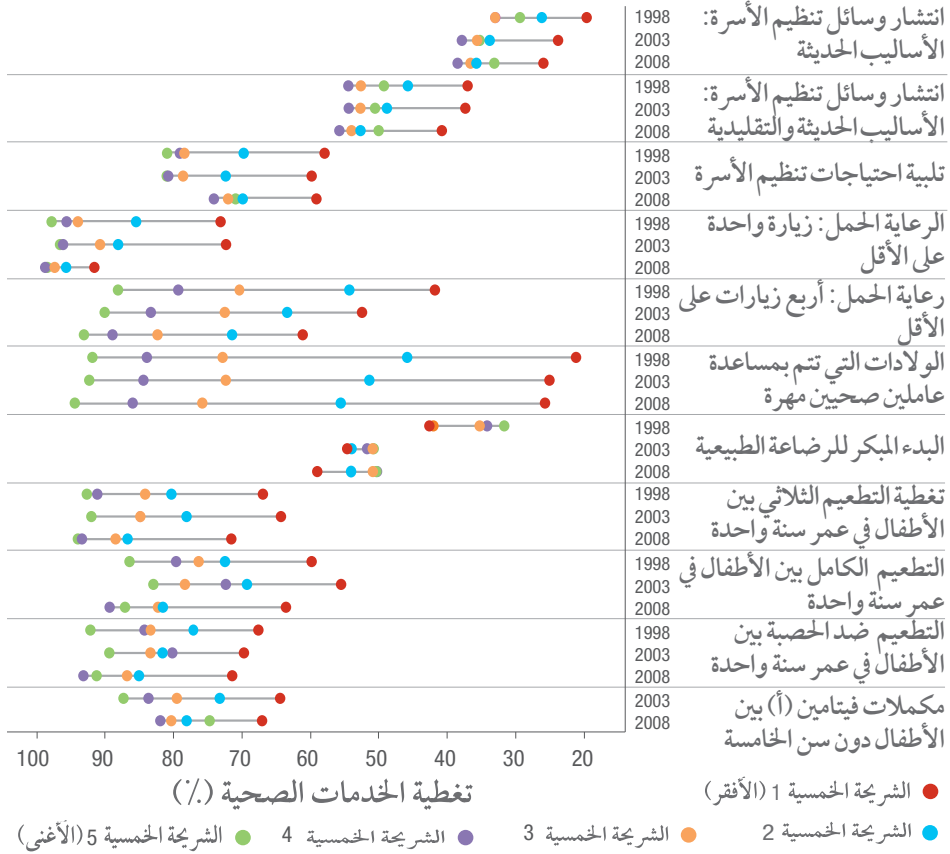
الاتجاه الزمني

حققت الفلبين انخفاضا كبيرا في عدم المساواة القائم على الثروة بناء على المسح الديموغرافي والصحي بدءا من 1998 إلى المسح الديموغرافي والصحي لعام 2008 في أربعة مؤشرات من أصل 11 مؤشرا من مؤشرات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال (الشكل 5-1). وشملت المؤشرات التي أظهرت انخفاضات في عدم المساواة القائم على الثروة تلبية احتياجات تنظيم الأسرة والرعاية الحمل (زيارة واحدة على الأقل) والرعاية الحمل (أربع زيارات على الأقل) ومكملات فيتامين (أ).

الجدول 3-5 أحدث تطورات حالة عدم المساواة القائم على الثروة في مؤشرات خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال المختارة في الفلبين، المسح الديموغرافي والصحي 2008

النسبة (الشرجة الخمسية /5 الشرجة الخمسية 1)	الفرق (الشرجة الخمسية 5-الشرجة الخمسية 1) (نقاط النسبة المئوية)	الشرجة الخمسية 5 (الأغنى) (%)	الشرجة الخمسية 4 (%)	الشرجة الخمسية 3 (%)	الشرجة الخمسية 2 (%)	الشرجة الخمسية 1 (الأفقر) (%)	المتوسط الوطني (%)	المتوسط
1.3	7.2	33.1	38.5	36.6	35.7	26.0	34.0	انتشار وسائل تنظيم الأسرة: الأساليب الحديثة
1.2	9.2	50.0	55.8	54.0	52.7	40.8	50.7	انتشار وسائل تنظيم الأسرة: الأساليب التقليدية والحديثة
1.2	11.8	70.9	74.1	72.0	69.9	59.1	69.4	تلبية احتياجات تنظيم الأسرة
1.1	6.9	98.5	98.8	97.4	95.7	91.6	96.1	الرعاية الحمل: زيارة واحدة على الأقل
1.5	32.0	93.1	88.9	82.4	71.5	61.1	77.8	الرعاية الحمل: أربع زيارات على الأقل
3.7	68.7	94.4	86.0	75.8	55.6	25.7	62.2	الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة
0.9	8.7-	50.3	50.3	50.9	54.1	59.0	53.5	البدء المبكر للرضاعة الطبيعية
1.3	22.4	94.0	93.4	88.5	86.7	71.6	85.6	التطعيم الثلاثي (DPT3) بين الأطفال في عمر سنة واحدة
1.4	23.5	87.1	89.4	82.3	81.6	63.6	79.5	التطعيم الكامل بين الأطفال في عمر سنة واحدة
1.3	19.8	91.3	93.2	86.8	85.1	71.4	84.5	التطعيم ضد الحصبة بين الأطفال في عمر سنة واحدة
1.1	7.7	74.7	81.9	80.3	78.1	67.1	75.9	مكملات فيتامين ألف بين الأطفال دون سن الخامسة

الشكل 5-1 الاتجاه الزمني لمؤشرات خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات وصحة الأطفال وفقا لخمس الثروة المختارة في الفلبين، المسح الديموغرافي والصحي 1998 و 2003 و 2008

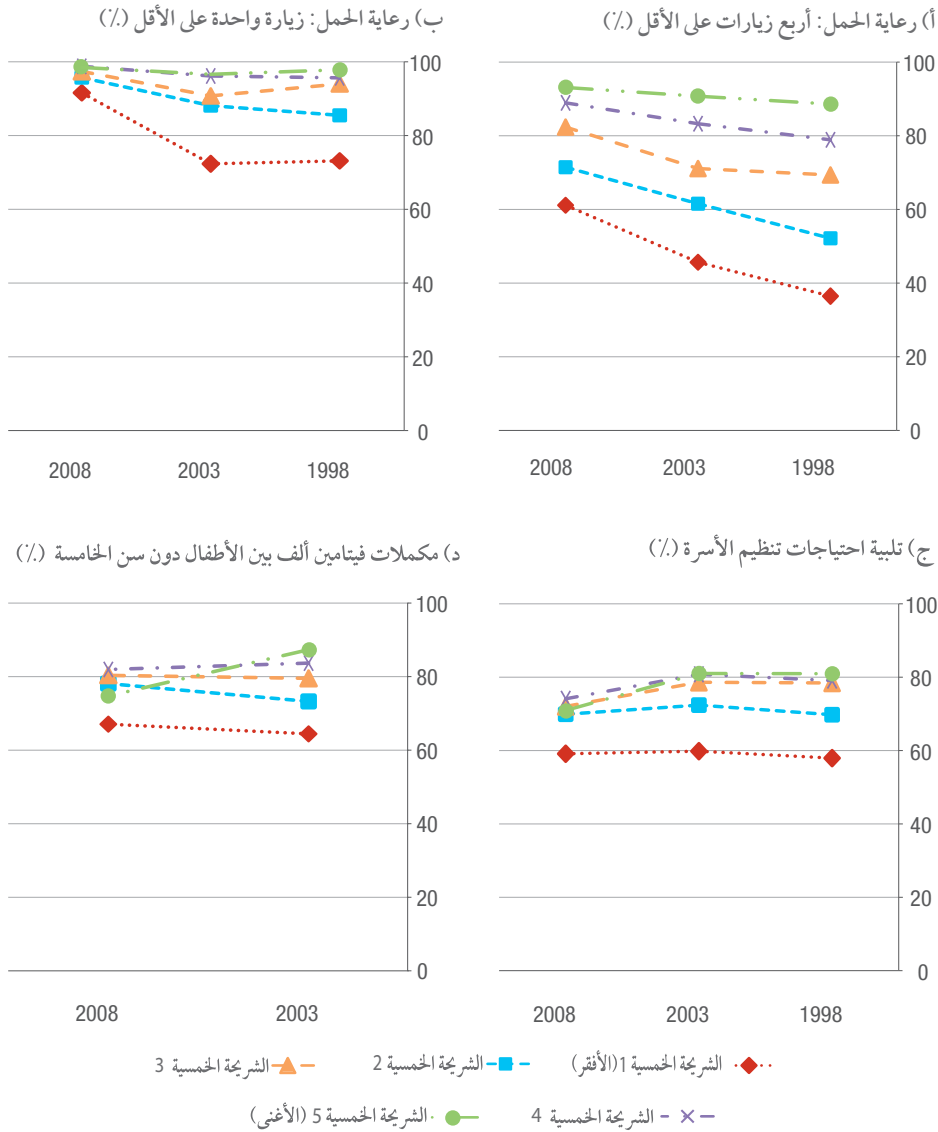


يلقي الشكل 5-2 الشريحة الخمسية نظرة فاحصة على المؤشرات التي شهدت انخفاضا في عدم المساواة القائم على الثروة. ومن هذه المؤشرات الأربعة، شهدت الرعاية الحمل (أربع زيارات على الأقل) أعظم انخفاض في كل من عدم المساواة النسبي والمطلق على حد سواء على مدار فترة 10 سنوات: فالفجوة المطلقة بين الشريحتين الخمسيتين الأفقر والأغنى انخفضت من 52.1 نقطة مئوية في المسح الديموغرافي والصحي لعام 1998 (78.6%-36.5%) إلى 32.0 نقطة مئوية بالمسح الديموغرافي والصحي لعام 2008، في حين أن النسبة النسبية لهاتين الشريحتين الخمسيتين انخفضت من 2.4 إلى 1.5 في نفس الفترة (الشكل 5-2 أ). أما ثاني أكبر مؤشر يشهد انخفاضا في عدم المساواة فقد تمثل في تغطية الرعاية الحمل (زيارة واحدة على الأقل)، مع انخفاض الفرق المطلق بين الشريحتين الخمسيتين الأغنى والأفقر من 24.7 نقطة مئوية (97.8%-73.1%) إلى 6.9 نقطة مئوية خلال فترة الـ 10 أعوام ذاتها، وانخفاض النسبة النسبية للشرائح الخمسية من 1.3 إلى 1.1 (الشكل 5-2 ب).

وكما هو واضح بالشكل 5-2، وقع انخفاض كبير في عدم المساواة في تغطية الرعاية الحمل (أربع زيارات على الأقل) بكل من الفترتين الزميتين، ولكن على وجه الخصوص ثاني فاصل

مدته خمس سنوات، حيث سجلت الشريحة الخمسية الأفقر تحسينات سريعة في التغطية من تاريخ المسح الديموغرافي والصحي لعام 2003 إلى المسح الديموغرافي والصحي لعام 2008. وبتغطية زيارة واحدة للرعاية الحمل على الأقل، فإن الانخفاض في عدم المساواة يُعزى بشكل كبير إلى التحسن في الشريحة الخمسية الأفقر.

الشكل 5-2 الاتجاه الزمني لـ (أ) الرعاية الحمل (أربع زيارات على الأقل) و (ب) الرعاية الحمل (زيارة واحدة على الأقل) و (ج) تلبية احتياجات تنظيم الأسرة و (د) مكملات فيتامين ألف بين الأطفال دون سن الخامسة وفقا للشريحة الخمسية للثروة في الفلبين، المسح الديموغرافي والصحي 1998 و 2003 و 2008



وفي الجهة المقابلة، بالنسبة لتنظيم الأسرة، فإن خفض عدم المساواة لم يكن مدفوعاً بفعل التحسينات التي شهدتها التغطية. وبدلاً من ذلك، كان هناك انخفاض في التغطية في الشرائح الخمسية الثلاث العليا بالفترة من المسح الديموغرافي والصحي في عام 2003 إلى المسح الديموغرافي والصحي في عام 2008، مما أدى إلى التقارب بين الشرائح الخمسية (الشكل 2-5 ج). وهذه الحالة شبيهة بتغطية مكملات فيتامين (أ): فقد ظلت الشريحة الخمسية الأفقر نشازاً على مدار فترة المسح الديموغرافي والصحي لعام 2003 و المسح الديموغرافي والصحي لعام 2008 (لم تتوافر معطيات بعام 1998)، وكان الانخفاض في عدم المساواة مدفوعاً في المقام الأول بفعل الانخفاض في تغطية الشريحة الخمسية الأغنى، مقترناً بالتحسن الطفيف في تغطية الشريحة الخمسية الثانية الأفقر (الشكل 2-5 د).

خلال فترة المسح الديموغرافي والصحي لعام 1998 إلى المسح الديموغرافي والصحي لعام 2008، لم تُظهر سبعة مؤشرات من أصل 11 مؤشراً تم تقييمها وفقاً للثروة أي تغيير جوهري في عدم المساواة وهي: انتشار وسائل تنظيم الأسرة (الأساليب الحديثة)، وانتشار وسائل تنظيم الأسرة (الأساليب الحديثة والتقليدية) والولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة والبدء المبكر للرضاعة الطبيعية والتطعيم الثلاثي (DPT3) والتطعيم الكامل والتطعيم ضد الحصبة. ومن بين هذه المؤشرات السبعة، شهدت ثلاثة مؤشرات - انتشار وسائل تنظيم الأسرة (الأساليب الحديثة) وانتشار وسائل تنظيم الأسرة (الأساليب الحديثة والتقليدية) والبدء المبكر للرضاعة الطبيعية - مستويات منخفضة من عدم المساواة في الفترة الأولى مع فجوات مطلقة بين الشريحتين الخمسيتين الأفقر والأغنى تصل إلى حوالي 10 نقاط مئوية. وشهدت أربعة مؤشرات مستويات عالية من عدم المساواة، مع فجوات مطلقة بأكثر من 20 نقطة مئوية وهي: الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة والتطعيم الثلاثي (DPT3) والتطعيم الكامل والتطعيم ضد الحصبة. وكان البدء المبكر للرضاعة الطبيعية المؤشر الوحيد الذي انحاز فيه عدم المساواة للشريحة الخمسية الأفقر من السكان (أي بمعنى: حققت فيه الشريحة الخمسية الأفقر التغطية الأعلى) وفي جميع المؤشرات الأخرى، انحاز عدم المساواة للشريحة الخمسية الأغنى من السكان.

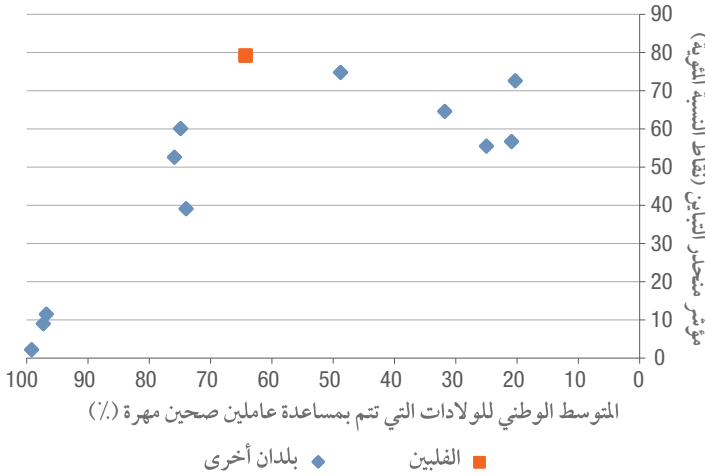
المعايرة النموذجية

تم إخضاع الفلبيين للمعايرة النموذجية مقابل 11 بلداً أخرى ذات الدخل المنخفض والمتوسط من آسيا والمحيط الهادئ والتي أتيح لها المعطيات القابلة للمقارنة. وبدراسة أحدث تطورات الحالة لعدم المساواة المطلق القائم على الثروة، وقعت الفلبيين في منتصف ثلث البلدان بالنسبة للمؤشرات الثمانية من أصل 11 مؤشراً للخدمات الصحية الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال التي خضعت للدراسة. وشملت هذه المؤشرات انتشار وسائل تنظيم الأسرة (الأساليب الحديثة) وانتشار وسائل تنظيم الأسرة (الأساليب الحديثة والتقليدية) وتلبية احتياجات تنظيم الأسرة ورعاية الحمل (زيارة واحدة على الأقل)، ورعاية الحمل (أربع زيارات على الأقل)، والتطعيم الثلاثي (DPT3) والتطعيم الكامل والتطعيم ضد الحصبة.

وفي مؤشرين اثنين من 11 مؤشراً تم تقييمها، كانت الفلبيين من بين ثلث البلدان ذات المستوى الأعلى في عدم المساواة المطلق القائم على الثروة. وتمثل هذان المؤشران في الولادات

التي تتم بمساعدة عاملين صحة مهرة ومكملات فيتامين (أ) أما فيما يتعلق بالبلدان القابلة للمقارنة، شهدت الفلبين المستوى الأعلى من عدم المساواة المطلق القائم على الثروة (معامل منحدر عدم المساواة) في الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة (الشكل 5-3).

الشكل 5-3 المعايير النموذجية: الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة في الفلبين و 11 بلداً أخرى من آسيا والمحيط الهادئ، المسح الديموغرافي والصحي والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2005-2010



في أحد المؤشرات - الرضاعة الطبيعية المبكرة - كان عدم المساواة النسبي والمطلق القائم على الثروة في الفلبين قد وصل إلى حد أن الشريحة الفقيرة حققت تغطية أفضل من الأثرياء. وكان هذا هو الحال أيضا في خمس دول من أصل 11 دولة أخرى تم معيارتها مقابل الفلبين.

وفي عدم المساواة النسبي القائم على الثروة، كانت الفلبين من بين ثلث البلدان ذات مستويات عدم المساواة الأكثر انخفاضا بالنسبة لمؤشرين صحيين: الرعاية الحمل (زيارة واحدة على الأقل) والرعاية الحمل (أربع زيارات على الأقل). وكان هذان المؤشران من بين المؤشرات الوحيدة التي حققت بشكل قابل للمقارنة مستويات عالية للمتوسطات الوطنية بين الدول التي شملها التقييم. ووقع عدم المساواة النسبي في ثمانية مؤشرات من 11 مؤشرا في منتصف ثلث البلدان القابلة للمقارنة: انتشار وسائل تنظيم الأسرة (الأساليب الحديثة) وانتشار وسائل تنظيم الأسرة (الأساليب الحديثة والتقليدية) وتلبية احتياجات تنظيم الأسرة والولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة والتطعيم الثلاثي (DPT3) والتطعيم الكامل والتطعيم ضد الحصبة ومكملات فيتامين ألف.

5-5 تحديد المجالات ذات الأولوية

تقييم الوضع

باستخدام مقياس من ثلاث نقاط، يظهر الجدول 5-4 تقييماً لأحدث تطورات حالة عدم المساواة (النسبي والمطلق) والمتوسط الوطني لـ 11 مؤشراً للصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال في الفلبين. وتم إجراء التقييم، من خلال عملية توافق الآراء، من قبل أصحاب المصلحة الرئيسيين الذين هم على دراية بمجال احصاءات الصحة، مع الأخذ في الحسبان الهدف من الرعاية الصحية الشاملة في الفلبين وأهداف الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال المحددة للعام 2015. وتشير القيمة 1 إلى عدم الحاجة لاتخاذ أي إجراء، وتشير القيمة 2 إلى الحاجة لاتخاذ إجراء، وتشير القيمة 3 إلى الحاجة لاتخاذ إجراء عاجل. كما ينبغي إدراج جداول شبيهة فيما يخص الاتجاه الزمني والمعايرة النموذجية.

تحديد الأولويات

بعد تقييم حالة كل مؤشر صحي وفقاً لكل عامل مصنف، يمكن البدء في عملية وضع الأولويات. وكما هو مبين في الجدول 5-5 تم حساب حُرز متوسط عدم المساواة لكل مؤشر صحي وتم حساب درجة المتوسط لكل عامل مصنف على حده. وبناء على إحراز متوسط عدم المساواة وأحراز المتوسط الوطني، برزت تغطية الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة كأولوية عاجلة، ضمن درجة وسطي 2.9 لعدم المساواة ودرجة 3 للمتوسط الوطني. وقد أعقب ذلك تغطية الرعاية الحمل (أربع زيارات على الأقل)، والذي أحرز 2.4 لعدم المساواة و2 للمتوسط الوطني. وكانت أفضل درجة وسطي لعدم المساواة هو الرضاعة الطبيعية المبكرة، والذي أحرز 1 عبر جميع أوجه عدم المساواة ومع ذلك، فالمتوسط الوطني 2 للرضاعة الطبيعية أشار إلى ضرورة اتخاذ إجراء. وقد تم تحديد أوجه عدم المساواة القائم على التعليم والمنطقة باعتبارها عوامل تصنيف ذات الأولوية الأعلى.

استخدام وضعية الأولوية لتنفيذ التغيير

توفر الأولويات المحددة في هذا القسم نقطة انطلاق لراسمي السياسات في الفلبين، غير أن اعتبارات أخرى تتدخل في القرار الخاص بالجهة التي سيتم فيها توجيه الإجراءات والموارد. فعلى سبيل المثال، تم تحديد تغطية الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة كمؤشر ذي أولوية عالية بناء على عدم المساواة بعوامل التصنيف والمتوسط الوطني، ولكن قد يعتبر ذلك مؤشراً مكلفاً لإحداث التأثير اللازم. وهناك حاجة لتدريب المزيد من مقدمي هذه الخدمة المهرة والحفاظ على مواصلة عملهم في الفلبين وتطوير نظام التمويل الذي من شأنه جلب مقدمي الخدمة المهرة إلى المناطق المحرومة. وفي حين تبين أن التطعيم الثلاثي (DPT3) مؤشر ذي أولوية منخفضة، إلا أنه قد يكون أكثر منطقياً لتحديد الأولويات المتعلقة بالدفترية والتيتانوس والسعال الديكي في برنامج عمل السياسات الوطنية، لأن عدم المساواة في هذا المؤشر قد يتأثر بشكل أكثر سهولة - ومن حيث فعالية التكلفة. وهذه نقطة مهمة يتعين فهمها عند تقديم نتائج رصد عدم المساواة للجمهور وراسمي السياسات، لأن الإقرار بالحاجة إلى تناول العديد من المؤشرات (عوضاً عن التركيز على مؤشر أو اثنين فقط من المؤشرات ذات الأولوية العالية) قد يجعل عرض تقييم عدم المساواة أكثر ملاءمة.

الجدول 4-5 تقييم أحدث تطورات حالة عدم المساواة والمتوسط الوطني في خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال المختلفة في الفلبين مع ميزان عددي بسيط

المتوسط الوطني	عدم المساواة وفقا لمصنف العدالة										مؤشر الصحة
	الإقليم		المنطقة		النوع الاجتماعي		التعليم		الثروة		
	مطلية	نسبية	مطلية	نسبية	مطلية	نسبية	مطلية	نسبية	مطلية	نسبية	
2	3	2	1	1			2	2	2	2	انتشار وسائل تنظيم الأسرة: الوسائل الحديثة
2	3	2	1	1			2	2	2	2	انتشار وسائل تنظيم الأسرة: الوسائل التقليدية والحديثة
2	2	3	1	1			2	2	1	2	تلبية احتياجات تنظيم الأسرة
1	1	1	1	1			2	2	1	1	الرعاية الحمل: زيارة واحدة على الأقل
2	2	3	1	2			3	3	3	2	الرعاية الحمل: اربع زيارات على الأقل
3	3	3	2	3			3	3	3	3	الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	البدء المبكر للرضاعة الطبيعية
1	2	3	1	1	1	1	2	3	2	2	التمنيع ضد الحصبة بين الأطفال في عمر سنة واحدة
2	2	3	1	1	1	1	3	3	2	2	التطعيم الثلاثي (DPT3) بين الأطفال في عمر سنة واحدة
2	2	3	1	1	1	1	3	3	2	2	التطعيم الكامل بين الأطفال في عمر سنة واحدة
2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	مكملات فيتامين ألف بين الأطفال دون سن الخامسة

ملاحظة: تشير القيمة 1 إلى عدم الحاجة لاتخاذ أي إجراء، وتشير القيمة 2 إلى الحاجة لاتخاذ إجراء، وتشير القيمة 3 إلى الحاجة لاتخاذ إجراء عاجل.

الجدول 5-5 تحديد أولويات أحدث تطورات حالة عدم المساواة والمتوسط الوطني في العديد من خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال في الفلبين، وذلك باستخدام الدرجات الواسطة لمؤشرات الصحة وعوامل التصنيف

المتوسط الوطني	درجة متساوية		عدم المساواة وفقا لمصنف العدالة										مؤشر الصحة
			الإقليم		المنطقة		النوع الاجتماعي		التعليم		الثروة		
			عليا	دنيا	عليا	دنيا	عليا	دنيا	عليا	دنيا	عليا	دنيا	
2	1.9	←	3	2	1	1			2	2	2	2	انتشار وسائل تنظيم الأسرة: الوسائل الحديثة
2	1.9	←	3	2	1	1			2	2	2	2	انتشار وسائل تنظيم الأسرة: الوسائل التقليدية والحديثة
2	1.8	←	2	3	1	1			2	2	1	2	تلبية احتياجات تنظيم الأسرة
1	1.3	←	1	1	1	1			2	2	1	1	رعاية الحمل: زيارة واحدة على الأقل
2	2.4	←	2	3	1	2			3	3	3	2	رعاية الحمل: أربع زيارات على الأقل
3	2.9	←	3	3	2	3			3	3	3	3	الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة
2	1.0	←	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	الرضاعة الطبيعية المبكرة
1	1.8	←	2	3	1	1	1	1	2	3	2	2	التطعيم ضد الحصبة بين الأطفال في عمر سنة واحدة
2	1.9	←	2	3	1	1	1	1	3	3	2	2	التطعيم الثلاثي (DPT3) بين الأطفال في عمر سنة واحدة
2	1.9	←	2	3	1	1	1	1	3	3	2	2	التطعيم الكامل بين الأطفال في عمر سنة واحدة
2	1.5	←	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	مكملات فيتامين ألف بين الأطفال دون سن الخامسة
			↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	
			2.2	1.2	1.0	2.3	1.9	الدرجة الواسطة-عوامل التصنيف					

ملاحظة: تشير القيمة 1 إلى عدم الحاجة لاتخاذ أي إجراء، وتشير القيمة 2 إلى الحاجة لاتخاذ إجراء، وتشير القيمة 3 إلى الحاجة لاتخاذ إجراء عاجل.

الخاتمة

يُعدُّ رصد عدم المساواة في الصحة أحد الممارسات التي تعزز المساواة والتطوير المستمر في النظم الصحية. وتساعد دورة رصد عدم المساواة في الصحة على تحديد وتتبع الفروق الصحية بين المجموعات الفرعية، بما يعمل على توفير البيانات والمعلومات الارتفاعية لتعزيز السياسات والبرامج والممارسات الموجهة لتحقيق العدالة. ومن خلال رصد عدم المساواة واستخدام المعطيات المصنفة، تبصر البلدان في كيفية توزيع الصحة في القطاع السكاني، والنظر إلى أبعد ما تشير إليه المتوسطات الوطنية. وتشكل معطيات عدم المساواة في الصحة الأساس للتدخلات الصحية التي تهدف إلى الوصول إلى الفئات سريعي التأثير. وعلاوة على ذلك، فإنها تشكل قاعدة للبيانات لتوعية وتشجيع المبادرات الصحية الموجهة لتحقيق العدالة، بما في ذلك التحرك نحو تغطية صحية شاملة وعادلة.

وقد قدم هذا الدليل شرحاً وتوضيحاً لمكونات دورة الرصد، وعمل على تناول اعتبارات كل خطوة وطرق تنفيذها وأهميتها. ومن المهم، على المستوى المحلي، الحفاظ على التحسينات وتعزيزها في العملية بأسرها. ويمكن توسيع مصادر المعطيات وتعزيزها لتوفير معطيات ممثلة وذات جودة عالية عن مؤشرات الصحة وعوامل التصنيف، الأمر الذي يكفل وجود الارتباطات. وتُشجع البلدان على تطوير الخبرة اللازمة ليس لإجراء تحليلات عدم المساواة في الصحة وحسب، بل لفهم تطبيق ومقتضيات المقاييس المختلفة لعدم المساواة بشكل دقيق. وإضافة إلى ذلك، من المهم أن يقوم المشاركون في رصد عدم المساواة في الصحة بتطوير قدراتهم على استخلاص النتائج من التحليلات ونقل نتائج عدم المساواة في الصحة بشكل فعال إلى راسمي السياسات ودعم إدماج هذه المعرفة الجديدة في السياسات والبرامج والممارسات في مجال الصحة. إن استيعاب كل خطوة في عدم المساواة في الصحة من شأنه أن يشجع على تقدير أفضل للعملية برمتها، ويعمل هذا على تعزيز القدرة على تنفيذ عدم المساواة في الصحة ومساعدة البلدان في بناء قدراتهم على عدم رصد المساواة في الصحة في نظم المعلومات الصحية الخاصة بهم.

ملحق: تعريفات مؤشرات الصحة

رعاية الحمل: مرة واحدة على الأقل	نسبة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 واللاتي سيضعن مواليد أحياء في فترة زمنية معينة، ويتم رعايتهن مرة واحدة على الأقل خلال فترة الحمل من قبل عاملين صحيين مهرة لأسباب تتعلق بالحمل.
رعاية الحمل: أربع مرات على الأقل	نسبة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 واللاتي سيضعن مواليد أحياء في فترة زمنية معينة، ويتم رعايتهن أربع مرات على الأقل خلال فترة الحمل من قبل مقدمي هذه الخدمة (مهرة أو غير مهرة) لأسباب تتعلق بالحمل.
الولادات التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة	نسبة الولادات الحية التي تتم بمساعدة عاملين صحيين مهرة أثناء الولادة. ويشمل العاملون الصحيون المهرة الأطباء والممرضات والقابلات وغيرهم من الموظفين المدربين تدريباً طبيياً، كما هو مقرر وفقاً لكل بلد.
انتشار وسائل تنظيم الأسرة: الوسائل الحديثة	نسبة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 سنة، سواء متزوجة أو مرافقة لشريك، واللاتي يستخدمن حالياً، أو اللواتي يستخدمن شريكهن الجنسي، وسيلة واحدة على الأقل من وسائل تنظيم الأسرة. وتشمل الوسائل الحديثة المانعة للحمل تعقيم الذكور والإناث، وأقراص منع الحمل الهرمونية عن طريق الفم، واللولب الرحمي، والواقعي الذكري، ومواد الحقن، ووسائل تنظيم الأسرة بالزرع (بها في ذلك نوريبلات) وأساليب الحائل المهبلية، والواقعي الأنثوي ووسائل تنظيم الأسرة الطارئة.
انتشار وسائل تنظيم الأسرة: الأساليب الحديثة والتقليدية	النسبة المئوية للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 سنة، سواء متزوجة أو مرافقة لشريك، واللاتي يستخدمن حالياً، أو اللواتي يستخدمن شريكهن الجنسي وسيلة واحدة على الأقل من وسائل تنظيم الأسرة، بغض النظر عن الأسلوب المستخدم.
تغطية التطعيم الثلاثي (DPT3) للأطفال في عمر سنة واحدة	النسبة المئوية للأطفال في عمر سنة واحدة الذين تلقوا ثلاث جرعات من لقاح الدفتريا والتيتانوس والسعال الديكي في سنة معينة.
البدا المبكر في الرضاعة الطبيعية	نسبة الأطفال الذين تم إرضاعهم من الثدي خلال ساعة واحدة من الولادة.
تلبية احتياجات تنظيم الأسرة	نسبة جميع النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 واللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة بين النساء الخصبية والمرافقات لشريك واللاتي بحاجة إلى مانع الحمل. وتتضمن النساء اللواتي بحاجة إلى مانع للحمل أولئك اللواتي لا يرغبن في المزيد من الأطفال أو اللواتي يرغبن في الانتظار لعامين أو أكثر قبل إنجاب طفل آخر.
تغطية التطعيم الكامل بين الأطفال في عمر سنة واحدة	النسبة المئوية للأطفال في عمر سنة واحدة والذين تلقوا جرعة واحدة من لقاح عصيات كالميت غيران (بي سي جي)، وثلاث جرعات من لقاح شلل الأطفال وثلاث جرعات من لقاح الدفتريا والتيتانوس والسعال الديكي، وجرعة واحدة من لقاح الحصبة.
معدل وفيات الرضع	احتمالية وفاة طفل مولود في سنة أو فترة معينة قبل بلوغ عمر سنة واحدة (يعبر عنها بالمعدل لكل 1000 ولادة حية)، إذا كان يخضع لمعدلات الوفيات في الفئة العمرية المحددة في تلك الفترة.
تغطية التطعيم الكامل ضد الحصبة بين الأطفال في عمر سنة واحدة	نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12-23 شهراً الذين تلقوا جرعة واحدة على الأقل من اللقاح المحتوي على الحصبة في سنة معينة.
التقدم بين الأطفال دون سن الخامسة	النسبة المئوية للتقدم (الطول بالنسبة للعمر أقل من ناقص اثنين للانحرافات المعيارية) بوسيط معايير نمو الأطفال لمنظمة الصحة العالمية) بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين خمس سنوات أو أصغر.
معدل الوفيات دون سن الخامسة	احتمالية وفاة طفل مولود في سنة أو فترة معينة قبل بلوغ خمس سنوات (يعبر عنها بالمعدل لكل 1000 ولادة حية)، إذا كان يخضع لمعدلات الوفيات في الفئة العمرية المحددة في تلك الفترة.
مكملات فيتامين (أ) بين الأطفال دون سن الخامسة	نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهراً الذين تلقوا جرعة عالية من مكملات فيتامين ألفي غضون الأشهر الستة السابقة للمسح. تشير جرعة عالية من فيتامين ألف، وفقاً لتعريف المجموعة الاستشارية الدولية المعنية بفيتامين ألف، إلى جرعات مساوية أو أكبر من 25000 وحدة دولية.

ملاحظة: للحصول على تعريفات أكثر تفصيلاً عن المؤشرات الصحية، بما في ذلك المعايير المستخدمة لحساب قيم صورة الكسر ونحرج الكسر، راجع سجل القياس والمؤشرات لمنظمة الصحة العالمية:

http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/indicator_registry.aspx

إنَّ رَصْدَ أوجه عدم المساواة الصحية هو إجراءٌ يهدف إلى تعزيز المساواة والتماس التحسين المتواصل داخل النُظُم الصحية. ويفيد ذلك الرّصد في تحديد وتتبُّع الفوارق الصحية بين المجموعات الفرعية، وتوفير البيّنات والتعليقات التي من شأنها تعزيز السياسات والبرامج والممارسات المُوجَّهة نحو الإنصاف. وتستطيعُ البلدان، عن طريق رصد أوجه عدم المساواة والإفادة من تحليل البيانات، أن تفتنَّ إلى كيفية توزيع الخدمات الصحية على السكان، ما يتيح لها أن تتبصَّر بما يكمن وراء ما تشيرُ إليه المعدلات الوطنية. وتُشكّل البياناتُ المتعلقة بأوجه عدم المساواة الصحية الأساس الذي تقوم عليه التدخلات الصحية الرامية إلى الوصول إلى الفئات السكانية الضعيفة. وعلى سبيل الاستزادة، فإنها تمثل قاعدة من البيّنات تسترشد وتتعرّز بها المبادرات الصحية المُوجَّهة نحو الإنصاف، بما في ذلك التحرك نحو بلوغ التغطية الصحية الشاملة.

إن دليل رصد أوجه عدم المساواة الصحية: مع التركيز بخاصة على البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل هو مصدرٌ سهل الاستخدام وُضِعَ بهدف مساعدة البلدان في إعداد ممارسات تتعلق برصد انعدام المساواة الصحية، والعمل على تعزيزها. ويتوسَّع الدليل في بيان الخطوات المتعلقة برصد أوجه عدم المساواة الصحية، بما في ذلك اختيار المؤشرات الصحية ذات الصلة وعوامل التصنيف المرتبطة بالإنصاف، والحصول على البيانات، وتحليلها، والإبلاغ بالنتائج، وتنفيذ التغييرات. وفي كل أقسام الدليل، تردُّ أمثلة من بلدان منخفضة الدخل وأخرى متوسطة الدخل تبيّن وجهة المفاهيم المطروحة وكيف يجري تطبيقها في مواقف واقعية؛ كما توفر مربعات النص الغنيّة بالمعلومات السياق اللازم لتحصيل فهم أفضل لما يكتنف هذا الموضوع من تعقيدات. ويُقدّم القسم الأخير من الدليل مثلاً مُوسَّعاً حولَ عملية رصد عدم المساواة في مجال الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال على المستوى الوطني.

