

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Tele: +251-115 517 700 Fax: +251-11-5 517844
Website: www.au.int

وضع
إطار شراكة للمساءلة بخصوص حملة التعجيل بالحد من وفيات الأمهات
في أفريقيا

" تهتم أفريقيا بأنه: لا ينبغي لأية امرأة أن تموت وهي تمنح الحياة "

جدول المحتويات

| | |
|----|--|
| 4 | المقدمة |
| 4 | لمحة عامة حول الوثيقة |
| 5 | الخلفية |
| 8 | المبادئ التوجيهية لإطار الشراكة للمساءلة بخصوص حملة التعجيل بالحد من وفيات الأمهات (كارما) |
| 10 | نطاق إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما والغرض منه |
| 10 | أهداف إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما |
| 11 | إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما |
| 11 | المقدمة |
| 11 | الشركاء المحتملون |
| 12 | آلية إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما: الرصد والمراجعة والعمل |
| 12 | <u>الرصد</u> |
| 16 | <u>المراجعة</u> |
| 17 | <u>العمل</u> |
| 20 | خطة تنفيذ إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما |
| 26 | الخاتمة |
| 27 | قائمة المراجع |
| 31 | الملاحق |
| 31 | الملحق 1: قائمة موسعة للشركاء المحتملين لإطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما |
| 31 | الملحق 2: الاستراتيجية العالمية المتحدة لكل امرأة وكل طفل |
| 31 | إطار المساءلة |
| 33 | الملحق 3: جدول المؤشرات المنسق والمحدث لكارما |
| 37 | الملحق 4: مؤشرات الإحصاءات الصحية الأفريقية |

قائمة الجداول

| | |
|----|--|
| 14 | الجدول 1 : مؤشرات كارما المحدثة |
| 21 | الجدول 2 : خطة تنفيذ إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما |

المختصرات

| | |
|--|----------|
| الآلية الأفريقية للمراجعة المتبادلة بين الأقران | APRM |
| الاتحاد الأفريقي | AU |
| مفوضية الاتحاد الأفريقي | AUC |
| حملة التعجيل بالحد من وفيات الأمهات في أفريقيا | CARMMA |
| لجنة الأمم المتحدة للمعلومات والمساءلة بشأن صحة المرأة والطفل | CoIA |
| إدارة الشؤون الاجتماعية | DSA |
| الهيئة المستقلة المعنية بمساءلة مبادرة "كل امرأة ، كل طفل" | IAP |
| تكنولوجيا المعلومات والاتصالات | ICT |
| الأهداف الإنمائية للألفية | MDG |
| مراقبة وفيات الأمهات والاستجابة لها | MDSR |
| وزارة الصحة | MoH |
| نسب وفيات الأمهات عند الولادة | MMRs |
| صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين | MNCAH |
| معدل وفيات الرضع | NMR |
| المجموعات الاقتصادية الإقليمية | RECs |
| الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين | RMNCAH |
| أهداف التنمية المستدامة | SDG |
| الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية | SRHR/ |
| اللجنة الفنية المتخصصة للصحة والسكان ومكافحة المخدرات | STC-HPDC |
| الاختصاصات | TOR |
| الأمم المتحدة | UN |
| اليونيسف صندوق الأمم المتحدة للطفولة | UNICEF |
| منظمة الصحة العالمية | WHO |

المقدمة

لمحة عامة حول الوثيقة

يحتوي مشروع الوثيقة هذا على إطار الشراكة للمساءلة بخصوص حملة التعجيل بالحد من وفيات الأمهات في إفريقيا (كارمًا) [يشار إليه فيما بعد بالإطار].

تمشيا مع أحد الفصول الذي يعرض كلا من سياق الإطار وخلفيته، فإن الوثيقة تصف العناصر المكونة لإطار شراكة المساءلة وتوفر مزيدًا من التفاصيل المتعلقة به من خلال تحديد:

- أهدافه
- مبادئه التوجيهية
- نطاقه والغرض منه
- شركائه المحتملين
- آلية المساءلة بشأنه
- خطة التنفيذ المتعلقة به

كما أن العديد من الجداول والأشكال توفر مزيدًا من العمق في الوثيقة بأكملها وفي الملاحق.

الخلفية

في سياق أجندة 2063 للاتحاد الأفريقي، والإطار الاستراتيجي الملهم والتطلعي الذي يوفر مخططاً للتنمية الشاملة والمستدامة في القارة، ينص التطلع 1 على أنه (ينبغي) أن تتمتع "الشعوب الأفريقية بمستوى عالٍ من المعيشة ونوعية جيدة للحياة والصحة السليمة والرفاهية" مفوضية الاتحاد الأفريقي (2015، الصفحة 2). وينص التطلع 6 كذلك على أن تنمية القارة يجب "أن يقودها الناس وتعتمد على إمكانيات الشعوب الأفريقية، وخاصة النساء والشباب، وتوفر الرعاية للأطفال" (مفوضية الاتحاد الأفريقي، 2015، ص 8). بغية تحقيق الصحة والرفاهية على النحو الأمثل للنساء والأطفال والمراهقين الأفريقيين، فمن المسلم به أن وفيات الأمهات والرضع والأطفال تتعين معالجتها في القارة.

تنطوي صحة الأمهات على آثار عميقة وطويلة الأجل بالنسبة لصحة الرضع في المستقبل، وبالتالي ما يخص الأجيال الأفريقية المستقبلية. ففي البلدان الأفريقية، تترتب على اعتلال الأمهات ووفياتهن عواقب معقدة وبعيدة المدى، تؤثر على كل من المستويين الفردي والأسري، إضافة إلى إمكانية إيجاد عبء مالي على الأسرة الأوسع. وتحتاج النساء إلى التمتع بصحة جيدة وأمنة للحفاظ على حياة أطفالهن وتغذيتهم بعد الولادة (نايت، يامين، 2015). وتصرح السيدة جويس باندا بوصفها الرئيسة السابقة لملأوي: "أن النساء يمثلن العمود الفقري للمجتمعات الأفريقية - فهن مزارعات وسيدات أعمال ومقدمات رعاية"

وبينما تم إحراز تقدم مطرد في الحد من وفيات الأمهات على الصعيد العالمي، فإن معدلات وفيات الأمهات في القارة الأفريقية لا تزال مرتفعة ولكنها أخذت في الانخفاض (منظمة الصحة العالمية، 2018). ووفقاً للتقديرات المشتركة بين الوكالات التابعة للأمم المتحدة، انخفض معدل وفيات الأمهات العالمي بنسبة 44٪ من 385 إلى 216 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية خلال الفترة من 1990 إلى 2015 (مفوضية الاتحاد الأفريقي، اللجنة الاقتصادية لأفريقيا، مجموعة البنك الأفريقي للتنمية، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2016)، بمعدل انخفاض سنوي مستمر قدره 2.3٪ (Alkema et al. ، 2016). ويبلغ معدل وفيات الأمهات حالياً في إفريقيا 444 لكل 100 ألف ولادة حية (مجموعة البنك الأفريقي للتنمية، 2018). فمن بين البلدان العشرين التي توجد فيها أعلى معدلات وفيات الأمهات، تقع تسعة عشر بلداً في أقاليم وسط وشرق وغرب إفريقيا والجنوب الأفريقي. ولا يزال واضحاً أنه يجب إجراء تحسينات لبلوغ هدف التنمية المستدامة وهو تحقيق الهدف العالمي المتمثل في أقل من 70 حالة (الأمم المتحدة، 2015 ب) وأن لا يوجد بلد تكون فيه حالات وفيات الأمهات أعلى من 140 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية بحلول عام 2030 (Agyepong et al. ، 2017). وإذا لم تتزايد وتيرة الانخفاض خلال فترة أهداف التنمية المستدامة، فقد لا تحقق أفريقيا، كقارة، 70 حالة وفاة بين الأمهات لكل 100000 ولادة حية حتى عام 2084 (منظمة الصحة العالمية، 2018). إن التقدم التدريجي الذي تم إحرازه في بقاء الأمهات على قيد الحياة ساعد على التقدم في مجال رعاية المواليد الجدد، وبالتالي بقاء الأطفال على قيد الحياة (Starrs et al. ، 2018).

تترابط صحة الأمهات ومواليدهن الجدد ترابطاً وثيقاً. فالتقدم في بقاء الأمهات على قيد الحياة ساعد على النهوض ببقاء المواليد الجدد على قيد الحياة، وبالتالي بقاء الأطفال أحياء (Starrs et al. ، 2018). وبينما تحسنت معدلات بقاء الأطفال على قيد الحياة بشكل كبير في إفريقيا - خفضت القارة معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بأكثر من النصف منذ عام 1990 (اليونيسف، 2017) - فإن معدلات الوفيات لا تزال مرتفعة مع وفاة طفل من كل 11 طفلاً أفريقياً قبل بلوغهم سن الخامسة، وهو معدل أكبر بنسبة 14 مرة من المتوسط في البلدان المرتفعة الدخل (اليونيسف، 2017). تمثل القارة حالياً أكثر من نصف وفيات الأطفال في العالم. وستستمر هذه الحصص في الارتفاع إلى حوالي 70٪ بحلول منتصف القرن، بالنظر إلى معدلات الوفيات والخصوبة والمستويات الديمغرافية الحالية في القارة واتجاهات وافتراضات استمرار معدلات التقدم في أماكن أخرى (اليونيسف، 2017).

إن الحقيقة القائلة بأن طفلاً واحداً من بين كل أربعة أطفال في جميع أنحاء العالم يولد بدون رعاية ماهرة (الأمم المتحدة، 2015) تجعلهم عرضة لأسباب يمكن الوقاية منها، يظل معظمها غير معتبر بواسطة أنظمة المعلومات الصحية الوطنية (Bryce et al 2005). ويتجلى هذا الأمر من خلال اتجاه معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة. وخلال فترة الأهداف الإنمائية للألفية (2000 إلى 2015)، كان معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة يتجه نحو انخفاض كبير في الوفيات ولكن الوتيرة الحالية غير كافية لتحقيق هدف التنمية المستدامة المتمثل في خفض معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة إلى ما لا يقل عن 12 لكل 1000 ولادة حية ووفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى أقل من 25 لكل 1000 مولود حي (منظمة الصحة العالمية، 2018).

عندما يتم الاستثمار في صحة المراهقين، يمكن جني فائدة ثلاثية - صحتهم الآن، وصحتهم في المستقبل، وصحة الجيل القادم. وبينما يُنظر إلى المراهقين غالباً على أنهم مجموعة صحية، فإن هذا ليس هو الحال في إفريقيا (منظمة الصحة العالمية، 2018)، وهو أمر مثير للقلق بشكل استثنائي نظراً إلى أن إجمالي عدد المراهقين الأفريقيين أخذ في الازدياد. وبالنظر إلى أن حمل المراهقات يساهم بشكل رئيسي في معدلات وفيات الأمهات والأطفال في إفريقيا وزيادة مخاطر التعرض للإصابة عند الولادة، فهناك حاجة ملحة إلى تحسين تقديم الخدمات لصحة المراهقين ورصدها الفعال (منظمة الصحة العالمية، 2018).

يوجد العديد من المقررات والوثائق الدولية الرئيسية في القارة لتوجيه صانعي السياسات الأفريقيين نحو تفعيل المكاسب اللازمة لتحقيق خفض معدلات وفيات الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين. تم نشر ما لا يقل عن 18 مبادرة بارزة تسعى إلى حشد المزيد من الأموال أو تعزيز توفير الرعاية الصحية الإنجابية والخاصة بالأمهات وحديثي الولادة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، بما في ذلك أهداف التنمية المستدامة، والاستراتيجية العالمية من أجل صحة النساء والأطفال والمراهقين (2016 - 2030)، "كل امرأة، كل طفل"، النساء يلدن. وتنظيم الأسرة 2020.

على المستوى القاري، وأصل صانعو السياسات الأفريقيون اتخاذ قرارات، وإصدار سياسات ووثائق داعمة توفر مسارًا لتفعيل المكاسب اللازمة لتخفيض معدلات وفيات الأمهات والموليد الجدد والأطفال والمراهقين.

استمدادا من المجالات الرئيسية ذات الأولوية المنصوص عليها في الإطار القاري لسياسات الاتحاد الأفريقي لعام 2005 من أجل تعزيز الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في أفريقيا (مفوضية الاتحاد الأفريقي، 2006) وخطة عمل مابوتو لتفعيل الإطار القاري للسياسات للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية 2007-2010 (مفوضية الاتحاد الأفريقي، 2006 a)، أطلقت مفوضية الاتحاد الأفريقي حملة التعجيل بالحد من وفيات الأمهات في أفريقيا (كارما) في مايو 2009 (مفوضية الاتحاد الأفريقي، 2012). وتوسعت الحملة إلى تعزيز ومناصرة التنفيذ المتجدد والمكثف لخطة عمل مابوتو للحد من وفيات الأمهات والرضع والأطفال والمراهقين في منطقة أفريقيا. فمن خلال تبادل أفضل الممارسات، وتوليد وتبادل البيانات المتعلقة بصحة الأمهات والرضع والأطفال والمراهقين، والدعوة لزيادة الالتزام السياسي وتعبئة الموارد المحلية لدعم صحة الأمهات والرضع والأطفال والمراهقين بالإضافة إلى الاتصالات مع الجمهور الأفريقي الأوسع، تتمثل رؤية الحملة في التأسيس على الجهود الحالية لتحسين صحة الأمهات والموليد الجدد والأطفال والمراهقين في جميع أنحاء إفريقيا. وتؤمن الحملة المذكورة بضمن المساواة: يجب الإبلاغ عن كل خسارة تحدث في أرواح الأمهات أو الأطفال.

في كل دولة من الدول الأعضاء، شارك أصحاب المصلحة الرئيسيون والشخصيات المؤثرة في إطلاق هذه الحملة على المستوى الوطني كمحاولة للحصول على التزام سياسي عالي المستوى للغاية. وقد شملت الجهات الفاعلة الرئيسية في الحملة مفوضية الاتحاد الأفريقي. والحكومات الوطنية (من رؤساء، وسيدات أوليات، ووزراء، وبرلمانيين)؛ ممرضات التوليد، العاملين الصحيين المجتمعيين والأطباء والمرمضات والقابلات. وللحملة تاريخ من الشراكة مع أصحاب مصلحة آخرين بمن فيهم العديد من وكالات الأمم المتحدة، مثل منظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، ومنظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة (الفاو)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، وصندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة والبنك الدولي، فضلا عن الشركاء الإنمائيين مثل وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية (الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية)، وإدارة التنمية الدولية، ومنظمات المجتمع المدني (الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، وتحالف الشريط الأبيض)، والأوساط الأكاديمية، وقادة المجتمع المدني والزعماء الدينيين، والجمعيات المهنية، والفنانين، ووسائل الإعلام، والقطاع الخاص والمجتمع ككل.

من أجل تلبية الحاجة إلى الصحة المستدامة للأمهات والأطفال ورفاهيتهم في إفريقيا، بعد الانتقال من الأهداف الإنمائية للألفية إلى أهداف التنمية المستدامة، كان من الضروري إعادة تقييم ممارسات مبادرة كارما وبرامجه وسياساته. (مفوضية الاتحاد الأفريقي، 2018). ومن ثم، فقد أجريت عملية تقييم لمبادرة كارما، وتحليل للفترة من مايو 2009 إلى ديسمبر 2017، بتكليف من إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي لتحديد مدى ملاءمة الحملة وفعاليتها وتأثيرها واستدامتها وتقديم توصيات كفيلة بتمكين الحملة من المساهمة بشكل أكبر في تحقيق الأجندة التحولية لمفوضية الاتحاد الأفريقي لعام 2063، وكذلك الأجندة العالمية للتنمية المستدامة لعام 2030 والالتزامات العالمية الأخرى (مفوضية الاتحاد الأفريقي، 2018).

- برز العديد من الدروس والمواضيع من تقرير التقييم، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:
- تكون القيادة والالتزام السياسيان القويان ضروريين لإدخال تحسينات كبيرة في مؤشرات صحة الأمهات والأطفال .
 - لعب المناصرون الوطنيون دورًا حاسمًا في الحفاظ على التركيز الوطني على صحة الأمهات والأطفال .
 - كان هناك افتقار إلى آلية المراقبة للحملة، في حين أن جائزة ماما أفريقيا ، ومجموعة العمل لصحة الأمهات والموليد الجدد والأطفال ، تطلان وثبقتي الصلة بالحملة وينبغي بذل الجهود لتفعيلها.
 - يتعين تشجيع مشاركة المجموعات الاقتصادية الإقليمية والقطاع الخاص.
 - من الضروري تحسين استخدام الاجتماعات النظامية والأحداث أي ، المؤتمر الدولي حول صحة الأمهات والرضع والأطفال
 - كانت السياسات و بيئة تقديم الخدمات مؤثرة بشكل جوهري وإيجابي.
 - هياكل المساواة بحاجة إلى التعزيز على نطاق القارة من خلال آليات المراجعة المتبادلة الحالية بين الأقران بواسطة الاتحاد الأفريقي.
 - تحتاج الموارد البشرية والمالية إلى الحفاظ على زخم الحملة في البلدان .
 - من المهم مواصلة أهداف مفوضية الاتحاد الأفريقي والشركاء ، على المستويين الإقليمي أو الوطني ، .
 - يجب توسيع نطاق الشراكات مع المؤسسات الأكاديمية وغيرها من الجهات الفاعلة في مجال التنمية .
 - يجب إنشاء أمانة كارما مع تزويدها بالموارد البشرية الكافية .
 - يجب أن تركز حملة الدعوة لمبادرة كارما على:
 - صحة المراهقين و
 - الصلة بين تنظيم الأسرة، والعائد الديموغرافي والتنمية،
 - الحاجة إلى النمو الاقتصادي للنساء.

وعلى العموم ، فإن التوصية الرئيسية الصادرة عن التقييم تنص على ضرورة قيام المفوضية بإنشاء آلية للمساءلة ترصد التقدم المحرز في تنفيذ الحملة بهدف تحديد المستويات التي يتم فيها قياس المؤشرات أو المعايير الكمية والنوعية الرئيسية مقابل المستويات المثالية أو أفضل الممارسات أو المعايير الدولية.

إن المساءلة ضرورية لتسريع التقدم في مجال صحة النساء والأطفال والمراهقين. فهي تمكّن من تتبع الموارد والنتائج والحقوق وتوفير معلومات عما يصلح وما يحتاج إلى تحسين وما يتطلب مزيداً من الاهتمام. كما تكفل المساءلة حصول صانعي القرار، وزملائهم الشركاء ذوي الأهداف المشتركة، على المعلومات المطلوبة لتلبية الاحتياجات الصحية وإعمال حقوق جميع النساء والأطفال والمراهقين ووضعهم في صميم الجهود ذات الصلة. (EWEC ، 2015). ومع وجود إطار شراكة للمساءلة ، يمكن تفعيل الأنظمة لتجميع الأدلة من أجل رصد التقدم المحرز في التزامات كارما الإقليمية والقطرية، ويمكن إنفاذ آليات المراجعة المستقلة وتقديم التوصيات ذات الصلة للأقاليم والبلدان، كما يمكن وضع آليات الإنفاذ ومكافأة الأداء.

ومن هذا المنطلق، يجب وضع إطار شراكة للمساءلة بخصوص حملة التعجيل بالحد من وفيات الأمهات في أفريقيا، المشار إليه فيما بعد باسم الإطار، بغية تعزيز الأهداف الحالية للحملة و مواصلة السعي إلى ضمان "ألا تموت امرأة وهي تمنح الحياة"

المبادئ التوجيهية لإطار الشراكة للمساءلة بخصوص حملة التعجيل بالحد من وفيات الأمهات (كارما)

من أجل تحقيق مهمة كارما المتمثلة في تسريع الإجراءات في جميع أنحاء إفريقيا للحد من وفيات الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين، سيسترشد إطار الشراكة في المساءلة بخصوص كارما بـ 13 مبدأ توجيهياً. وستكون هذه المبادئ بمثابة أساس للإطار وتوفير قاعدة لتنفيذه وقد تم استخلاصها من الاستراتيجية العالمية لصحة النساء والأطفال والمراهقين (2016-2030) وأجندة 2063 التطلعية لمفوضية الاتحاد الأفريقي، وخطة عمل مايبوتو (2016-2030)، والإطار الأفريقي للمساءلة في مجال الصحة، وقيم كارما الخاصة.

المساءلة و الشفافية: يجب تأسيس إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما على الأدلة المقدمة من خلال البيانات الدورية التي يتم جمعها على المستويات الوطنية ودون الوطنية والإقليمية والقارية. يجب استخدام هذه البيانات للإبلاغ عن التقدم الجاري إرازه نحو رصد الأداء ومراجعة وتنفيذ الحد من وفيات الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين.

المناصرة: يجب أن يدعو إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما إلى زيادة الالتزام السياسي، وتعبئة الموارد المحلية لدعم صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين. من خلال مزيد من التوعية حول كارما، وأهدافه وإنجازاته في مجال وفيات الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين، يمكن السعي وراء المساءلة ويمكن تعزيز الجهود والمساعدة في زيادة الموارد والإرادة السياسية نحو مزيد من التنفيذ.

المواءمة: يجب على الاتحاد الأفريقي والدول الأعضاء فيه وشركائها التحدث بصوت واحد والدعوة لأجندة موحدة من أجل صحة الأمهات والأطفال. وتحقيقاً للمساءلة، يجب على جميع الأطراف المعنية، وهي تسعى إلى وضع حد لوفيات الأمهات والأطفال التي يمكن الوقاية منها، أن تفهم الاتجاه الاستراتيجي والأولويات الخاصة لهذه القضية وتتفق عليها.

الاتصال: ينبغي تبادل المعلومات المتاحة والموثوق بها وفي الوقت المناسب حول المؤشرات والإجراءات والموارد بشكل روتيني بطريقة يسهل الوصول إليها ويمكن رؤيتها وفهمها، ما لم تعتبر المعلومات سرية. يحتاج إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما إلى التواصل مع الجمهور الأفريقي الأوسع واستلهم العمل منه.

الحوار: من أجل إراز تقدم هادف نحو إنهاء وفيات الأمهات والأطفال التي يمكن الوقاية منها، ينبغي إجراء حوار فعال وشفاف. وكمجتمع موحد من الشركاء، يجب توفير ردود الفعل. ومن خلال المراجعة المستمرة وتقاسم النجاحات والتحديات الخاصة بالبرامج وتحقيق النتائج يتم استخلاص الدوس.

الإنصاف: يجب أن تسترشد المساءلة ببيانات مفصلة تراعي شواغل الإنصاف. ومن خلال تحديد المجالات التي تكون الحاجة فيه أكبر، يمكن توجيه الموارد والجهود لإجراء تحسينات.

المواءمة: سيسعى إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما إلى مواءمة وتبسيط الإجراءات الحالية حول المساءلة والشراكة من أجل تحقيق الهدف المتمثل في الحد من وفيات الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين التي يمكن الوقاية منها.

الشمولية: من أجل تفعيل إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما، يجب أن يكون شفافاً وشاملاً، ويضمن المشاركة الهادفة لجميع أصحاب المصلحة الرئيسيين، لا سيما المجتمع المدني.

الشفافية: يجب أن يبنّي إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما على الجهود الحالية لتحسين صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين في جميع أنحاء إفريقيا من خلال إقامة روابط مشتركة، وتوليد وتبادل البيانات وأفضل الممارسات بغية تحقيق الأهداف المحددة في المقاصد القارية والعالمية ذات الصلة بوفيات الأمهات والمواليد والأطفال والمراهقين.

الملكية: يجب بناء إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما على مبدأ الملكية من قبل مختلف الشركاء الذين يسعون إلى الحد من وفيات الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين. ومن خلال أصحاب المصلحة الذين يضطلعون بالمسؤولية عن الوضع الحالي، يمكن أن تكون المساءلة موجودة. ستضمن هذه الملكية تنفيذ الأدوار والمسؤوليات المحددة ضمن الإطار.

القيادة: من خلال الإشراف المقنن والإرادة المؤسسية والدعم، يتم حث الدول الأعضاء في مفوضية الاتحاد الأفريقي والشركاء غير الحكوميين على أخذ زمام المبادرة في تنفيذ جميع جوانب إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما في سبيل المساءلة الحقيقية وخفض وفيات الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين في أفريقيا.

التوحيد: يجب أن يعزز إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما توحيد الحكومات الأفريقية والمجتمع المدني والقطاع الخاص وجميع الشركاء الإنمائيين المتعددي القطاعات. ومن خلال تضافر جهود هؤلاء الشركاء، يمكن تعزيز العمل على إنهاء الوفيات التي يمكن تجنبها للأمهات الأفريقيات والمواليد الجدد والأطفال الأفريقيين.

نطاق إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما والغرض منه

من خلال وضع إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما ، سيتم إنشاء آلية مساءلة لرصد التقدم المحرز في تنفيذ الحملة وتوفير منبر ، على مستوى القارة ، لتقاسم الخبرات المتبادلة واعتماد القرارات المتعلقة بالحد من وفيات الأمهات في أفريقيا.

كما هو الحال مع حملة كارما نفسها، سيسعى الإطار إلى التأسيس على الهياكل والشراكات والأحداث القائمة لتوفير هذا المنبر والتشجيع على الحد من وفيات الأمهات والموليد الجدد والأطفال والمراهقين في إفريقيا. ولن يكون محور تركيز إطار الشراكة للمساءلة متمثلاً في وضع استراتيجيات وخطط جديدة، بل في ضمان التنسيق والتنفيذ الفعالين للخطط الجديدة.

وبينما تعود المسؤولية والمساءلة عن التنفيذ والنتائج إلى الصعيد القطري، مع المشاركة النشطة من جانب الحكومات والمجتمعات المحلية والمجتمع المدني، فإن الإطار يسعى إلى توفير خارطة طريق لكيفية قيام آلية ما بمساءلة جميع الأطراف المعنية بشكل فعال.

سيكون الإطار ميسراً بطبيعته ويهدف إلى أن يكون قابلاً للتطبيق على جميع الدول الأعضاء في البلدان التي أطلقت حملة كارما، بعد التصديق على الإطار.

أهداف إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما

استناداً إلى النتائج المؤكدة لإطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما ومن أجل تحقيق الغرض من الإطار، تم تحديد الأهداف التالية كي يتولى الإطار تحقيقها:

الهدف 1:

- وضع إطار شراكة للمساءلة يحدد الأهداف ويفصل الجوانب التالية من الإطار:
 - تعزيز وتنسيق الشراكة المحتملة،
 - تحسين الرصد ومواصلة التقييم وتحليل بيانات المؤشرات المتعلقة بصحة الأمهات والموليد الجدد والأطفال والمراهقين،
 - وضع نظام لتقديم التقارير يُبلغ عن الإجراءات وأوجه التقدم المحرز للإطار، مع الأخذ في الاعتبار التكنولوجيا الحديثة بما يشمل أشكال التقارير والمتلقين الرئيسيين لها؛
 - فعالية التكلفة للإطار من حيث صلته برصد التقدم المحرز والموارد البشرية والحفاظ على الأنشطة المقترحة والإبلاغ عنها،
 - الشمولية لجميع الشركاء المعنيين المرتبطين بصحة الأمهات والموليد الجدد والأطفال والمراهقين في تحقيق الإطار،
 - قدرة أصحاب المصلحة والشركاء المسؤولين على الوصول إلى المعلومات اللازمة ليسترشد بها العمل القاري والإقليمي والوطني،
 - الشفافية لأصحاب المصلحة والشركاء المسؤولين فيما يتعلق بالمعلومات التي توجه العمل القاري والإقليمي والوطني.
- سيقترح الإطار ميزانية وموظفين يقومون بتفعيل واستدامة إطار الشراكة للمساءلة المتوخى، على مدار السنة، مع مراعاة جوانب الإطار المذكورة أعلاه.

الهدف 2

- التحقق من صحة المعلومات أو المؤشرات المحددة ومواءمتها مع حملة كارما وأهداف الشركاء الآخرين للمضي قدماً في الحد من وفيات الأمهات والموليد الجدد والأطفال والمراهقين التي يمكن تجنبه منها.
- تحديد واختيار مؤشرات النجاح في تنفيذ الحملة.
- توفير بيانات أساسية عن مؤشرات كارما؛ ومستوياتها الحالية والمثالية.

الهدف 3:

- توفير تقييم لحالة الاستعداد للدول الأعضاء والمفوضية وقدراتها القائمة في مجالي الرصد والتقييم من خلال إنشاء:
 - المتطلبات الوطنية في مجال المساءلة.
 - الطبيعة التشاركية لعملية المساءلة.

إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما المقدمة

مع الاتفاق على العديد من صكوك السياسات القارية، يواصل صانعو السياسات الأفريقيون اتخاذ القرارات وإعداد وثائق السياسات والدعم التي توفر مسارًا لتفعيل المكاسب اللازمة لتحقيق خفض معدلات وفيات الأمهات والموليد الجدد والأطفال والمراهقين.

إن مبادرة كارما، الناشئة عن الحاجة إلى البناء على الجهود الحالية لتحسين صحة الأمهات والموليد الجدد والأطفال والمراهقين في جميع أنحاء إفريقيا، تؤمن بضمان المساءلة: يجب الإبلاغ عن كل خسارة في أرواح الأمهات أو الأطفال. تبدأ المساءلة بالسيادة الوطنية ومسؤولية الحكومة تجاه شعبها وتجاه المجتمع العالمي. بيد أن جميع الشركاء مسؤولون عن الالتزامات والوعود التي يقدمونها وعن السياسات والبرامج الصحية التي يصممونها وينفذونها (CoIA ، 2011). من المرجح أن تكون آليات المساءلة الوطنية فعالة إذا تم اختيارها من قبل الدول، بدلاً من توجيهها من الخارج، وأن تناسب ظروفها الخاصة (CoIA ، 2011). يفترض الإطار أن الآليات سيتم تكييفها وطنياً أو محلياً، ودعمها من قبل قيادة سياسية رفيعة المستوى، وأن تكون فعالة وشفافة وشاملة للعناصر السياسية والفنية والأكاديمية والمهنية ودوائر المجتمع المدني.

سعيًا لضمان المساءلة، على المستويات القارية والإقليمية والوطنية، فمن الضروري إجراء عملية دورية تضمن التعلم والتحسين المستمر ومواءمة الأهداف. تتكون هذه العملية الدورية المستمرة من ثلاثة مسارات مترابطة - الرصد والمراجعة والعمل.

الرصد يعني توفير معلومات أساسية وذات صلة بما يحدث وأين ومن يتأثر به (النتائج). يجب أيضاً رصد الموارد من أجل تتبع التقدم، وبالتالي، يجب أن يسأل أيضاً جهاز الرصد عن المبلغ الذي يتم إنفاقه، وأين، وعلى ماذا وعلى من.

المراجعة تعني فحص البيانات بدقة لتحديد ما إذا كانت وفيات الأمهات والموليد الجدد والأطفال والمراهقين التي يمكن الوقاية منها قد انخفضت، وما إذا كانت الدول وشركاؤها قد أوفوا بالتعهدات والوعود والالتزامات. تتطلب عملية المراجعة أيضاً أن يدرك أصحاب المصلحة النجاحات ويتعلموا منها، مع استعراض الانتباه إلى الممارسات الجيدة، وتحديد التحديات، والقيام، عند الاقتضاء، بتقديم التوصيات حول كيفية المضي قدماً نحو التقدم.

العمل يعني استخدام المعلومات والأدلة المنبثقة عن عملية المراجعة وتنفيذ التوصيات المقدمة لتسريع التقدم نحو الحد من وفيات الأمهات والموليد الجدد والأطفال والمراهقين التي يمكن الوقاية منها، والوفاء بالالتزامات، وإعادة تخصيص الموارد لتحقيق أقصى قدر من الفوائد الصحية. قد يشمل ذلك زيادة دعم السياسات والبرامج التي لها تأثير إيجابي واعتمادها على نطاق أوسع، واتخاذ إجراءات لمعالجة ما لا يحقق النتيجة المرجوة، والتصدي للمشاكل بالبيانات، والممارسات الضعيفة وأي عدم تطابق بين الموارد الفعلية والوعود. كما يشمل التعلم من أفضل الممارسات والخبرات لتعزيز فعالية الجهود الرامية إلى تحسين صحة النساء والأطفال.

عند الشروع في وضع الإطار، سيتم وصف هذه العمليات الرئيسية الثلاث بمزيد من التفصيل في سياق مهمة كارما وأهدافه وأولوياته.

وبينما يوفر الإطار القاري التوجيه ويسهل الدعم فيما يتعلق بالمساءلة، فإن العمل على المستوى القطري هو المكان الذي يجب أن تحدث فيه المساءلة عن النتائج المحسنة (PMNCH ، 2012). قد تختلف طبيعة آليات المساءلة بخصوص كارما من دولة عضو إلى أخرى ولكن يجب أن يلتزم بنفس المبادئ التوجيهية وأن يكون متسماً بالشفافية والشمول لجميع أصحاب المصلحة الرئيسيين. ستعالج الأقسام الفرعية "الرصد والمراجعة والعمل" الواردة أدناه الأنشطة التي يمكن للدول الأعضاء تنفيذها للمساعدة في تنفيذ إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما.

الشركاء المحتملون

سعيًا لتحقيق الأهداف الطموحة والقابلة للتحقيق المنصوص عليها في وثائق السياسة الدولية والقارية، يدعو الإطار جميع الشركاء المحتملين إلى تجديد وإعادة تنشيط جهودهم فيما يتعلق بالإسراع بخفض وفيات الأمهات والموليد الجدد والأطفال التي يمكن الوقاية منها.

ترد أدناه قائمة بالمؤسسات الشريكة المحتملة المقترحة ومزيد من التفصيل في الملحق 1 :

- الحكومات الوطنية
- الممارسون الصحيون والجمعيات المهنية المقابلة لهم
- المنظمات الثنائية
- منظمات الصحة والتنمية المتعددة الأطراف
- منظمات المجتمع المدني
- الأوساط الأكاديمية
- قادة المجتمعات المحلية والزعماء الدينيين
- القطاع الخاص

إن التأسيس على الجهود والشراكات الحالية سيشكل عاملاً أساسياً في تنفيذ الإطار، وفي نهاية المطاف، تحسين صحة الأمهات والمولود والأطفال في جميع أنحاء أفريقيا. يجب أن تكون المساءلة عملية بناءة ومتوازنة. ومع ذلك، يمكن في بعض الأحيان أن يُنظر إليها على أنها ممارسة تنطوي على تهديد، لاسيما إذا كان هناك تاريخ من التدابير العقابية بدلاً من التدابير الداعمة إذا كان التقدم ضعيفاً (PMNCH، 2012). ويتعين أن تسود الثقة بين أصحاب المصلحة ويتم تطوير ذلك من خلال الرؤية والحوار المفتوح والحضور المستمر في كل مرحلة من مراحل عملية إطار المساءلة الدورية. يتم تشجيع الشركاء المحتملين على تحديد أدوارهم ومسؤولياتهم ضمن حملة وإطار كارما، بالإضافة إلى النتائج التي يسعون بشكل مشترك إلى تحقيقها. تتضمن الشراكات الحقيقية أيضاً تتبع وتقييم التقدم المحرز لتحقيق هذه الأهداف والنتائج المشتركة ويتم تشجيع المساءلة المتبادلة. وهذا يشمل الشركاء الذين يعتبر بعضهم بعضاً مسؤولاً عن تحقيق التقدم (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز ، 2011).

يشمل الشركاء الرئيسيون مع تقدم الإطار (على سبيل المثال لا الحصر) ما يلي :

- المجموعات الاقتصادية الإقليمية:
 - ينبغي الاستفادة من الميزة النسبية لمفوضية الاتحاد الأفريقي، المجموعات الاقتصادية الإقليمية، لتعزيز أهداف الحملة ومعالجة قضايا محددة. يمكن أن تؤدي إعادة تحديد وتعزيز الآليات التنسيق بين المجموعات الاقتصادية الإقليمية ومفوضية الاتحاد الأفريقي إلى إدراج الرصد والتقييم المشتركين (كلما أمكن ذلك) وتبادل المعلومات بشكل منتظم، وكل هذا من شأنه أن يساعد على تعزيز علاقات العمل.
- لجنة المساءلة المستقلة لكل امرأة وكل طفل :
 - في سبتمبر 2015، أطلق الأمين العام للأمم المتحدة الاستراتيجية العالمية لصحة النساء والأطفال والمراهقين للمساعدة في تعزيز أهداف التنمية المستدامة وأجندة التنمية المستدامة لعام 2030. ومن أجل ضمان التنفيذ القوي لأهداف التنمية المستدامة، عين الأمين العام للأمم المتحدة لجنة المساءلة المستقلة لكل امرأة وكل طفل. ويقدم الفريق تقييماً مستقلاً للتقدم والتحديات للمساعدة في تعزيز الاستجابة من المجتمع الصحي الدولي والبلدان (IAP ، 2017). ويعتبر إطار المساءلة الموحد للاستراتيجية العالمية لكل امرأة، كل طفل [انظر الملحق 2] بمثابة الأساس لعملية المراجعة التي تقوم بها لجنة المساءلة المستقلة لكل امرأة وكل طفل وسيتم الاستفادة منه طوال دورة "الرصد، المراجعة، العمل" الخاصة بإطار العمل.

آلية إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما: الرصد والمراجعة والعمل

الرصد

أكد تقرير تقييم كارما أنه من خلال الروابط الضعيفة بين مفوضية الاتحاد الأفريقي والدول الأعضاء في قيادة الحملة على المستوى الوطني وغياب آلية لرصد التنفيذ، كانت هناك فرصة حاسمة أمام مفوضية الاتحاد الأفريقي لمساءلة القادة عن التزاماتهم تجاه كارما.

من خلال عملية الرصد يمكن تتبع المعلومات الأساسية وذات الصلة وفقاً للموقع والمبلغ والأشخاص الذين تؤثر عليهم، ومع ذلك، هناك شروط معينة مطلوبة للقيام برصد كاف وفعال.

إن تعزيز جمع الإحصاءات الحيوية ضروري لأن المساءلة لا يمكن أن تحدث بدون معلومات وبيانات صحية في الوقت المناسب تكون موثوقاً بها ويمكن الوصول إليها (CoIA ، 2011). ويعتبر توفر معلومات قوية على المستوى القطري أمراً ضرورياً لقياس النتائج ورصدها. إن القدرة القوية في البلدان على جمع البيانات المتعلقة بصحة النساء والأطفال والمراهقين ضرورية لتحديد محور تركيز الاستثمارات وما إذا كان يجري إحراز التقدم. من خلال البلدان التي تدمج معلومات الرصد الصحي الخاص بها من مصادر متعددة قائمة

على السكان، مثل المسوح، مع البيانات الخاصة بالمرافق والبيانات الإدارية، والشروع في التحرك نحو تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة، يمكن تحقيق مكاسب كبيرة فيما يتعلق بالرصد الفعال.

عندما يتم تجميع المؤشرات المصنفة ويمكن الإبلاغ عن وفيات الأمهات والموليد الجدد والأطفال والمراهقين وفقاً للفترة الخمسية و نوع الجنس والعمر والإقامة الحضرية / الريفية والموقع الجغرافي والعرق؛ وحيثما يكون ذلك ممكناً ومناسباً، بالنسبة للتعليم والحالة الاجتماعية وعدد الأطفال وحالة فيروس نقص المناعة البشرية، فإن أصحاب المصلحة سيحصلون على فكرة أفضل عن مكان وكيفية العمل ومن يتأثر به.

إن استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة سيمكن البلدان من توفير البيانات ذات الصلة بإنجازات وأهداف كارما والوصول إليها. يمكن أن تساعد تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في نشر وتبادل المعلومات حول النتائج والموارد، وتوفير إمكانيات جديدة لجمع البيانات ومعالجتها، وربط أنظمة المعلومات، وزيادة توقيت المعلومات المنتجة، وتخزين البيانات للذاكرة المؤسسية (CoIA، 2011). ويعتبر المنبر الأفريقي للإحصائيات الصحية في أفريقيا (www.africanhealthstats.org)، وموقع كارما الإلكتروني (www.carmma.org) وبطاقات الأداء لكارما أدوات أساسية للاتصال والدعوة توفر البيانات والمعلومات للدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي ويجب استخدامها على هذا النحو. تحتاج منابر الوسائط الاجتماعية المتعلقة بكارما، رغم جاهزيتها، إلى التحسين لكي تكون فعالة (AUC، 2018). يجب بذل الجهود لتجديد منابر الوسائط الاجتماعية لكارما حيث توفر الشبكات الاجتماعية فرصاً جديدة لتعزيز آليات المساءلة، كما توفر المعلومات ذات الصلة للعديد من الأشخاص، في حين يمكن للتكنولوجيات ذات النطاق العريض تسريع الاتصال بين المجتمع والمستويات المجتمعية والوطنية والقارية وإحراز تقدم نحو إنشاء وتوليف وتقاسم معلومات صحية شاملة لتحسين صحة النساء والأطفال (CoIA، 2011).

إن تحسين تتبع الموارد لصحة النساء والأطفال أمر أساسي لعملية المساءلة. يعد تتبع الموارد أمراً بالغ الأهمية لتحقيق الشفافية والمصادقية والتأكد من استخدام الأموال التي تشتد الحاجة إليها للأغراض المقصودة والوصول إلى أولئك الذين هم في أمس الحاجة إليها (CoIA، 2011). يؤدي تتبع الإنفاق على صحة الأمهات والأطفال والمراهقين إلى توسيع قدرات العديد من البلدان، وهنا يمكن للشركاء المحتملين أن يقدموا مساعدات (CoIA، 2011). ولتمكين البلدان من تحقيق هذا الهدف، يجب تعزيز قدرتها على تتبع الموارد الصحية وتنظيم البيانات ضمن أطر محاسبية ثابتة وتحليل واستخدام المعلومات في السياسات الوطنية وعمليات المساءلة. كما يمكن لدراسات الإنفاق العام وتتبع الميزانية من قبل المجتمع المدني أن تكمل جهود الحكومة (PMNCH، 2012). من أجل تحسين الشفافية حول تخصيص الموارد وربطها بالنتائج، سيقوم إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما بتوسيع بطاقة قياس أداء كارما لتقييم الإنفاق على قضايا صحة الأمهات والأطفال والموليد الجدد. كما أن تتبع هذه المعلومات سيساعد على تحديد الأولويات والمزيد من التركيز على المجالات ضمن صحة الأمهات والموليد الجدد والأطفال التي تتطلب الاهتمام. كما يُشجع على ضرورة مطالبة الشركاء الإنمائيين بالإبلاغ عن مساعدتهم الإنمائية للتأكد مما إذا كانت متوافقة مع أولويات القارة واستراتيجياتها ودورات التخطيط.

تم تقديم توصيتين تتعلقان بالرصد في تقرير تقييم كارما. أولاً، أنه تم تشجيع عمليتي الترشيح والمواعمة للمتطلبات الحالية في مجال إعداد التقارير. يتم تشجيع أصحاب المصلحة على الحد من عبء الإبلاغ عن طريق مواءمة الأنظمة المستخدمة لرصد وتقييم نهجهم الوطني للإسراع بالحد من وفيات الأمهات والموليد الجدد والأطفال والمراهقين التي يمكن الوقاية منها. بالإضافة إلى ذلك، يتم تشجيع أصحاب المصلحة على تعزيز مواءمة الآليات الدولية القائمة لمراجعة وتتبع التقدم المحرز في الالتزامات القارية والعالمية لما بعد عام 2015 بشأن صحة الأمهات والموليد الجدد والأطفال والمراهقين. وخلال المؤتمر الدولي الثاني حول صحة الأمهات والموليد الجدد والأطفال في عام 2018، تمت التوصية بتعزيز مبادرة كارما من خلال ربط وفيات الأمهات بالتنمية الاقتصادية الاجتماعية لتنشيط الالتزام السياسي. ومن أجل استمرار البلدان في البقاء والازدهار، والتحول، من المهم معالجة المحددات الاجتماعية للصحة والتنمية أيضاً.

إدراكاً لهذه التوصيات، ووفقاً للهدف 2، يرمي الإطار إلى تحديد المعلمات أو المؤشرات ذات الصلة بحملة كارما والتحقق منها وتحديثها وتنسيقها. ومع مراعاة الأهداف والتطلعات المختلفة الموضحة في أهداف التنمية المستدامة، اجندة 2063، استراتيجية الصحة الأفريقية (2016 - 2030)، على نحو ما أوصى به تقرير التقييم الخاص بكارما (مفوضية الاتحاد الأفريقي 2018). ويوضح الملحق 3 تفاصيل المؤشرات لمبادرة كارما الحالية، خطة عمل مابوتو لتفعيل إطار السياسة القارية للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية (2016 - 2030)، بطاقة أداء صحة الأمهات والموليد الجدد والأطفال، وموقع الإحصاءات الصحية في أفريقيا على شبكة إنترنت، "العد التنزلي حتى عام 2030" ومؤشرات كارما المقترحة والمحدثة. يقدم الملحق 4 مزيداً من التفاصيل حول المؤشرات المتاحة على موقع الإحصاءات الصحية في أفريقيا على شبكة إنترنت ويقارنها ببطاقة أداء كارما المتاحة حالياً.

مع الأخذ في الاعتبار هذه المصادر، يقترح الجدول 1 مؤشرات كارما المحدثة ليتم رصدها على بطاقة أداء كارما المحدثة. ومن المقترح إضافة المؤشرات المميزة باللون الرمادي إلى المؤشرات الحالية:

| المؤشرات | المجال |
|--|---|
| الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي العام | تمويل الصحة |
| النسبة المئوية لميزانية الصحة الوطنية المخصصة للصحة الإنجابية | |
| نسبة الدوائر التي لديها أنظمة ثابتة وفاعلة لمراقبة وفيات الأمهات والاستجابة لها | النظم والسياسات الصحية |
| مراجعة وفيات الأمهات | |
| وضع حزم صحية وإنجابية (صحة الأمهات و تنظيم الأسرة و الرعاية بعد الإجهاض و الوقاية من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، وفيروس نقص المناعة البشرية) | |
| نسبة المرافق الصحية التي تقدم خدمات رعاية التوليد الطارئة الأساسية | |
| المرافق الصحية التي تقدم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية المتكاملة | |
| نسبة وفيات الأمهات | |
| نسبة وفيات المواليد الجدد | |
| نسبة وفيات الأطفال دون سن الخامسة | |
| النسبة المئوية للنساء الحوامل اللاتي حضرن أربع زيارات للرعاية قبل الولادة على الأقل | |
| النسبة المئوية للنساء الحوامل اللاتي حضرن ما لا يقل عن ثماني زيارات للرعاية قبل الولادة | |
| نسبة النساء في رعاية ما قبل الولادة اللاتي تم فحصهن لمرض الزهري أثناء الحمل | |
| نسبة حالات الإجهاض غير الأمن لكل 1000 امرأة تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عامًا | |
| نسبة الولادات التي حضرها عاملون صحيون مهرة | |
| النسبة المئوية للنساء اللواتي تلقين رعاية ما بعد الولادة من قابلة ماهرة في غضون يومين بعد الولادة | |
| النسبة المئوية للمواليد الجدد الذين تلقوا رعاية ما بعد الولادة من قابلة ماهرة في غضون يومين بعد الولادة | |
| تغطية الجرعة الأولى من التطعيم ضد الحصبة | |
| نسبة الأطفال الذين تم تحصينهم بالكامل | |
| النسبة المئوية للأطفال المصابين بالإسهال الذين يتلقون أملاح معالجة الجفاف عن طريق الفم | |
| نسبة الأطفال المشتبه في إصابتهم بالتهاب رئوي الذين يؤخذون إلى مقدم الرعاية الصحية المناسب | صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين |
| استخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات للأطفال دون سن الخامسة (% من الأطفال) | |
| نسبة المواليد الجدد الذين تواصلوا بعد الولادة مع مقدم الرعاية الصحية في غضون يومين من الولادة | |
| النسبة المئوية للرضع أقل من 6 أشهر الذين يتغذون فقط من لبن الأم | |
| نسبة الأطفال الذين رضعوا رضاعة طبيعية خلال الساعة الأولى من الولادة | |
| انتشار التقزم (الطول بالنسبة للعمر -> 2 الانحراف المعياري عن متوسط معايير نمو الطفل لمنظمة الصحة العالمية) بين الأطفال دون سن الخامسة | |
| انتشار سوء التغذية (الوزن مقابل الطول) < 2+ أو -> 2 الانحراف المعياري عن متوسط معايير نمو الطفل لمنظمة الصحة العالمية) بين الأطفال دون سن الخامسة، حسب النوع (الهزال وزيادة الوزن) | |
| إصابات جديدة بفيروس نقص المناعة البشرية | |
| تغطية الأدوية المضادة للفيروسات المرتدة للنساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية | |
| إصابات جديدة بالسل | |
| إصابات جديدة بالمalaria | |

| | |
|--|---------------------------------|
| إصابات جديدة بفيروس نقص المناعة البشرية | |
| الحمل المبكر جدًا دون سن 16 عامًا | |
| معدل المواليد بين المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 19 سنة | |
| زواج الأطفال قبل سن 18 | |
| معدل انتشار وسائل منع الحمل | |
| تلبية الطلب على وسائل منع الحمل الحديثة | |
| معدل خصوبة المراهقات | الصحة الجنسية والإنجابية |
| معدل وفيات المراهقين حسب الجنس | |
| تغطية لقاح فيروس الورم الحليمي البشري | |
| نسبة السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر الدولي، حسب الجنس والعمر والوضع الوظيفي والموقع الجغرافي | |
| نسبة الأطفال والشباب: (أ) في الصفوف 3/2 ؛ (ب) في نهاية المرحلة الابتدائية ؛ و (ج) في نهاية المرحلة الإعدادية تحقيق ما لا يقل عن الحد الأدنى من مستوى الكفاءة في (1) القراءة و (2) الرياضيات، حسب الجنس | التنمية الاقتصادية والبحوثية |
| نققات البحث والتطوير كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي ، مصنفة حسب الصحة / أبحاث حول صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين | |
| نسبة الشباب (15-24 سنة) غير الملتحقين بالتعليم أو العمل أو التدريب | |

الأنشطة المقترحة:

- ينبغي لممثلي إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي وممثلي الدول الأعضاء والشركاء المحتملين أن يوافقوا بشكل تعاوني على المؤشرات المحدثة والمصدق عليها والمطلوبة لتتبع التخفيض المستدام لوفيات الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين.
 - يُطلب إلى جميع أصحاب المصلحة، من خلال أنشطة الرصد التي يقومون بها أن يركزوا على صحة المراهقين وحقوقهم الجنسية والإنجابية وصحتهم وعلى الحاجة إلى التنمية الاقتصادية للمرأة.
- سوف تعمل إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي على موازنة مؤشرات كارما المحدثة والمصادقة عليها ونشرها (عبر قنوات الاتصال ذات الصلة)، وفقا للجدول 1، لتضمينها في رصد ومراجعة أهداف وإنجازات كارما داخل البلد.
 - يتم تشجيع الشركاء المحتملين والدول الأعضاء على تحسين تتبع الموارد من أجل صحة المرأة والطفل من خلال توسيع مؤشرات بطاقة الأداء لكارما المتعلقة بالإنفاق على صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال.
- سيتم تشجيع الدول الأعضاء على تأسيس مصادر موثوق بها من البيانات، وتعزيز جمع الإحصاءات الحيوية، والدراسات الاستقصائية للأسر وغيرها من السكان، وتقارير المرافق، والدراسات الاستقصائية للمرافق والتعدادات السكانية، ومن ثم رسم خرائط لهذه المؤشرات المحدثة والمصدق عليها استنادا إلى مصادر البيانات.
 - في حين أن أنشطة الرصد التي تتم داخل البلد من هذا النوع قد تستغرق وقتًا طويلاً، يجب على الدول الأعضاء أن تضمن إجراء عمليات مراجعة لوفيات الأمهات بانتظام.
- سوف تساعد إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي على تسهيل التعاون بين الدول الأعضاء والشركاء المحتملين (كما هو مدرج في الملحق 1) مما يمكن أن يساعد في تحسين رصد المؤشرات المصدق عليها من خلال تسهيل الاجتماعات بين الدول الأعضاء القطرية وممثلي الشركاء المحتملين.
 - من أجل الاستفادة من تقارير الشركاء ومصادر البيانات لرصد قضايا صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين في القارة، سيدعو الإطار إلى تقديم مدخلات من التقارير ومصادر البيانات التالية التي أعدها وكالات الأمم المتحدة:
 - صندوق الأمم المتحدة للسكان: التقارير والمعلومات، بما في ذلك تقرير حالة العالم
 - منظمة الصحة العالمية: التقارير والمعلومات، بما في ذلك بيانات مرصد الصحة العالمي (برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز: التقارير والمعلومات، بما في ذلك تقرير منع الفجوة
 - اليونيسف: تقارير ومعلومات، بما في ذلك المعرفة للأطفال في أفريقيا

- شراكات لصحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال: التقارير والمعلومات، بما في ذلك تقرير المساءلة السنوي.
- لجنة المساءلة المستقلة لكل امرأة، كل طفل، كل مراهق : التقارير والمعلومات، بما في ذلك تقرير المساءلة السنوي.
- ستضمن إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي أن الموقع الشبكي للإحصاءات الصحية الأفريقية وموقع كارما الإلكتروني وبطاقات أداء كارما ومنابر التواصل الاجتماعي يتم تحديثها في الوقت المناسب بغية ترسيخ أهمية المساءلة الاجتماعية والوصول إلى المعلومات.
- يتم تشجيع المجموعات الاقتصادية الإقليمية والدول الأعضاء القطرية على اعتماد مؤشرات كارما وتحديثها والمصادقة عليها (وفقا للجدول 1).
- يتم تشجيع الدول الأعضاء على تصنيف هذه المؤشرات من منطلق الحرص على الإنصاف والنظر في جميع مصادر المعلومات.
- نظراً لأن شركاء التنمية قد يعملون خارج الخطة الوطنية للدول الأعضاء القطرية وميزانيتها وليس بالتوازي مع الأنظمة الوطنية، يتم تشجيع الدول الأعضاء على الشراكة مع المجموعات الاقتصادية الإقليمية وممثلي الشركاء الإنمائيين الدوليين في بلدانهم لمواءمة وتبسيط خططهم الاستراتيجية التي تعالج القضايا المتعلقة بوفيات الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين. يمكن أن يساعد استخدام نفس مؤشرات كارما المصادق عليها والمحدثة في هذا الصدد.
- يتم تشجيع المجموعات الاقتصادية الإقليمية والدول الأعضاء القطرية على تنفيذ ورصد بطاقات أداء كارما المفصلة بخصوص منطقتهم ومقاطعاتهم دون الوطنية.
- يجب أن تكون هذه الموارد متاحة لدوائهم بطريقة سهلة، سواء في المرافق الصحية أو المراكز المجتمعية أو عبر الإنترنت حيث سيساعد ذلك في تشجيع المساءلة الاجتماعية والوعي العام حول كارما وأهدافه.
- يطلب من الدول الأعضاء والشركاء المؤسسات البحثية على وجه التحديد تشجيع الاستثمار في البحث لتحسين القياس والرصد بشكل أفضل.

المراجعة

نظراً لأن عملية المساءلة يمكن النظر إليها على أنها تنطوي على تهديد أو ربما تكون عقابية (2012، PMNCH)، سيسعى إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما إلى بناء الثقة وترسيخ الشمولية وتشجيع الحوار بين جميع الشركاء أثناء عملية المراجعة. وهناك شروط معينة ومطلوبة لتحقيق عملية مراجعة عادلة ومنصفة ومثمرة.

من أجل ضمان الشرعية لعملية المراجعة، يجب أن يتحقق الإدراج الهادف لجميع الشركاء المحتملين المرتبطين بالبحث حول صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين، بما في ذلك الإدارات الحكومية الأخرى التي تؤثر أنشطتها على الصحة والبرلمانين والمنظمات المهنية للرعاية الصحية ومنظمات المجتمع المدني (لا سيما المجموعات النسائية) والقطاع الخاص والأوساط الأكاديمية (الشراكة من أجل صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال، 2012). إن إشراك المستويات السياسية العليا، مثل الرئيس أو رئيس الوزراء أو مكتب السيدة الأولى، يحقق تقدماً أفضل في الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين، ويساعد على تعزيز الإرادة السياسية الحاسمة. سيسعى إطار العمل إلى تعزيز تجديد الطاقة المتعلقة بمبادرة كارما من خلال دعوة الشركاء المنفذين ذوي الأهمية وأصحاب المصلحة السياسيين، الذين شاركوا ذات مرة في إطلاق حملاتهم، للانضمام إلى الاجتماعات النظامية حيث يتم تقاسم القصص المتعلقة بالبحث حول صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين، والنجاحات التي يتم الاحتفال بها والعمل المستقبلي الملتمزم به. وسيتم التركيز أيضاً على تعزيز شمول ومشاركة المجموعات الاقتصادية الإقليمية وممثليها المعنيين، وفقاً لتقرير تقييم كارما.

إن اجتماع مجموعة العمل حول صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال يعطي الأولوية لشواغل صحة الأمهات والمواليد والأطفال ويجب استخدامه كمُنبر لمراجعة نتائج أنشطة رصد كارما وإجراءات تنفيذه. ومن أجل محاسبة الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي على أهداف كارما، وفقاً لتقرير تقييم كارما (مفوضية الاتحاد الأفريقي، 2018)، يُقترح عقد هذا الاجتماع النظامي على فترات من ثلاث أو خمس سنوات، لالتقاط تغيير ذي مغزى وضمن استراتيجيات قابلة للتنفيذ. ولتحسين الشمولية والمشاركة الأوسع نطاقاً، يوصي الإطار ب إتاحة اجتماع مجموعة العمل حول صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال في شكل ندوة رقمية عبر إنترنت. ويجب أن تكون المساهمات المتاحة إلكترونياً ممكنة لتقديم الأعضاء الحاضرين عن بُعد.

الأنشطة:

- سوف تعقد إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي اجتماعاً لمجموعة العمل حول صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال في كل 3 إلى 5 سنوات. ستشمل الأنشطة مراجعة التزامات كارما وسيكون التقدم أحد البنود المدرجة في جدول الأعمال. ويُقترح إدراج أصحاب المصلحة البعيدين، المستضافين رقمياً، في اجتماع مجموعة العمل حول صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال.
 - سيتم توجيه الدعوات في الوقت المناسب إلى جميع أصحاب المصلحة الذين يعتبرون مهمين لتحقيق أهداف كارما لحضور اجتماع مجموعة العمل حول صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال.
 - ينبغي أن تركز التقارير القطرية على توجيه عمليات الاستعراض الوطنية. و ينبغي تشجيع الدول الأعضاء على استخدام مراجعة قطاع الصحة للإبلاغ عن التقدم المحرز في تنفيذ الخطة الصحية الوطنية وإتاحة ربط متسق بين المراجعات وتخصيص الموارد من خلال أطر الإنفاق في الأجل المتوسط ودورات التخطيط السنوية والعمليات دون الوطنية للمراجعة والعمل.
 - يتم تشجيع الدول الأعضاء على مواصلة التعزيز والدعوة لصالح استمرار نظام مراقبة وفيات الأمهات والاستجابة لها. هناك حاجة إلى معلومات منسقة حول طبيعة وسبب الوفيات حتى يتسنى للبلد تخطيط أنظمتها الصحية وتوزيع الموارد، وكذلك تحسين جودة الرعاية في نقطة تقديم الخدمات (منظمة الصحة العالمية، 2016).
 - يمكن التفكير في مقترحين لإطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما للعمل في المستقبل.
 - إنشاء مجتمع الممارسة لمبادرة كارما :
 - سيتمكن مجتمع الممارسة لمبادرة كارما الأعضاء من تقاسم أحدث الأدلة فيما بينهم لضمان تنفيذ أفضل للممارسات عبر القارة. يمكن أن تقوم لجنة مختارة من المساهمين من مختلف الشركاء المحتملين بتسهيل ما يتم تقاسمه بين الأعضاء والمجتمع الأوسع للدول الأعضاء من خلال موقع كارما على شبكة انترنت ومنابر التواصل الاجتماعي.
 - دمج أدوات رصد كارما ضمن الآلية الأفريقية القائمة للمراجعة المتبادلة بين الأقران :
 - عند مراجعة قضايا أبحاث صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين، يُقترح أن تستخدم الآلية الأفريقية للمراجعة المتبادلة بين الأقران بطاقات أداء كارما لتأسيس فهم أكثر شمولية لأجندة التحول في البلد وقدرته على الحفاظ على صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمكاسب التنموية.

العمل

بعد المعلومات والأدلة التي تنتبثق من عملية مراجعة الإطار، يمكن اتخاذ إجراءات لتحديد ما هو ضروري لإصلاح وتسريع التقدم نحو الحد من عدد وفيات الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين التي يمكن تجنبها. يجب اتخاذ إجراءات، مثل الاعتراف بالإنجازات والتغلب على التحديات، للاستمرار بثبات على الدرب نحو رؤية كارما لأفريقيا.

ستكون اللجنة الفنية المتخصصة للصحة والسكان ومكافحة المخدرات هي المنبر المفضل لتقديم الأدلة من أجل العمل. وستقدم، على أعلى المستويات، الأدلة المستعرضة، والإجراءات المطلوب اتخاذها من المجلس التنفيذي والمؤتمر. وهناك مننديات أخرى رفيعة المستوى تابعة للاتحاد الأفريقي مثل المؤتمر الدولي حول صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال في أفريقيا، والقمة حول الفتيات - الفرع الأفريقي والاجتماع السنوي للمديرين العاميين للإحصاء ويوم الطفل الأفريقي والآلية الأفريقية للمراجعة المتبادلة بين الأقران سٌستخدم أيضاً لتقديم الأدلة وتشجيع العمل. كما ستستخدم مننديات وطنية وإقليمية ودولية مثل المؤتمر الدولي حول الإيدز والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي في أفريقيا، ومؤتمر تنظيم الأسرة، ومؤسسة النساء يلدن، ومؤتمرات دولية لأجندة الصحة الأفريقية كمننديات لعرض الأدلة المتعلقة بمبادرة كارما.

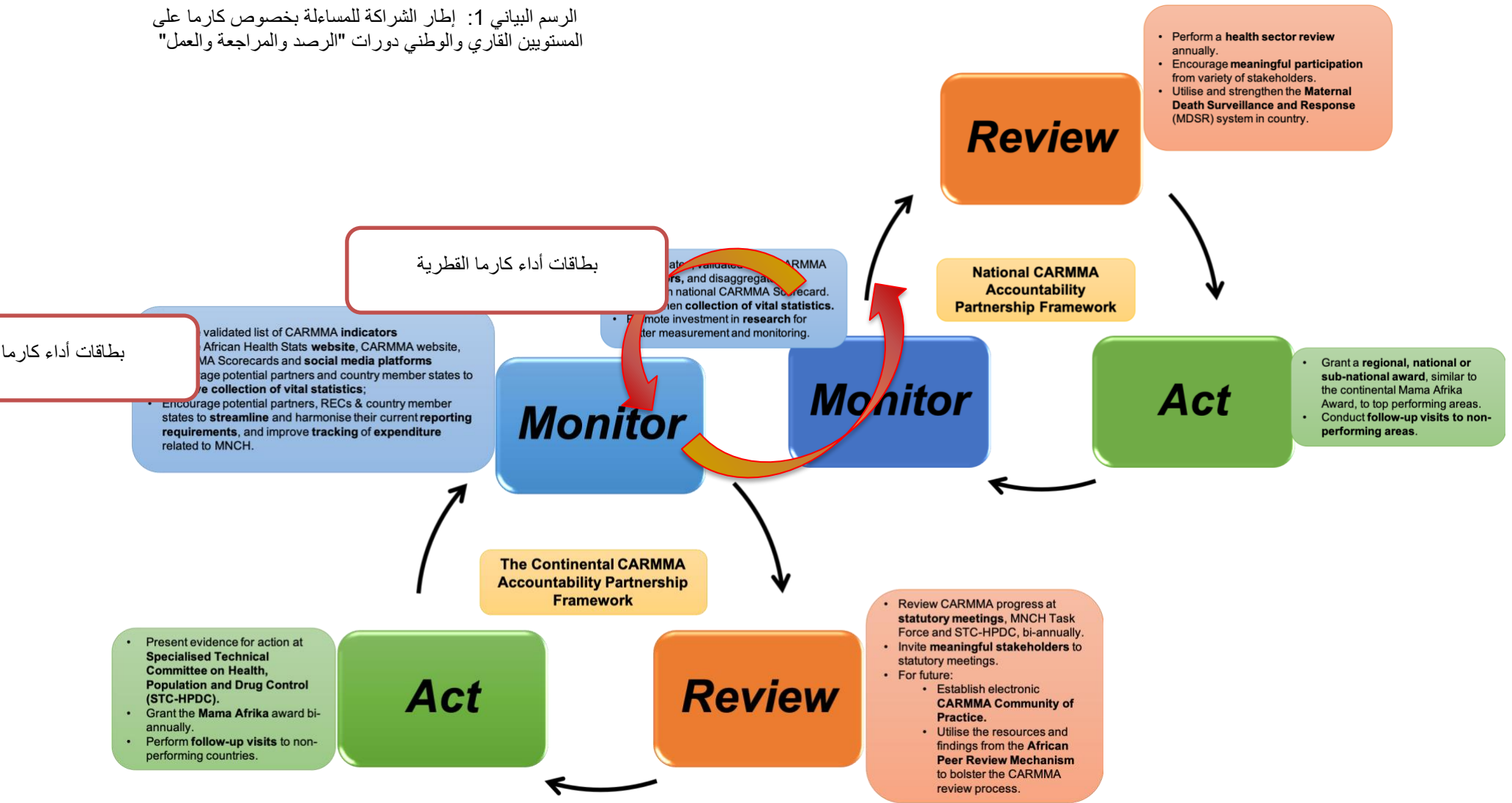
يقر الإطار بالحاجة إلى مكافأة النجاح كجزء حاسم من الإطار. وتعترف جائزة ماما أفريقيا بأبطال وبطلات الحياة الحقيقية، بما في ذلك منظمات من مختلف أنحاء القارة الأفريقية، وتشيد بأولئك الذين يمارسون التفاني والروح المهنية والشفقة في رعاية النساء والأطفال في أفريقيا أثناء الولادة وبعدها. ويقترح الإطار تعزيز جائزة ماما أفريقيا من خلال منحها مرتين سنوياً لمرشح بعد مراجعة كارما التي تتم في اجتماع مجموعة العمل حول صحة الأمهات والمواليد. ومن خلال الترويج لجائزة ماما أفريقيا على منابر وسائل التواصل الاجتماعي، سيتم استخدام الجائزة لزيادة المساءلة الاجتماعية والدعوة ورفع مستوى الوعي العام حول آثار وفيات الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين التي يمكن تجنبها والحاجة إلى دعم حملة كارما. كما ينبغي السعي للحصول على رعاية ومدخلات من القطاع الخاص والشركاء الإنمائيين عند منح جائزة ماما أفريقيا.

بعد متابعة عمليتي الرصد والمراجعة للإطار، إذا تم التأكد من أن مؤشرات كارما للدول الأعضاء تعاني من الركود أو التدهور، يقترح بقوة النظر في القيام بزيارات المتابعة للدول المتعثرة من أجل دعم جهودها في التنفيذ. وقد يتطلب ذلك تسهيل الشراكات بين القيادة السياسية الحالية ومنظمات المجتمع المدني والشركاء الإنمائيين الدوليين لتحديد طريق للمضي قدماً.

الأنشطة

- تعقد إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي اجتماعات اللجنة الفنية المتخصصة للصحة والسكان ومكافحة المخدرات كما تؤكد أن هذه المناسبة ستشكل المنبر المفضل لتقديم أدلة العمل والإصلاح المحتمل داخل الدول الأعضاء.
 - ينبغي الاعتراف بإنجازات كارما في الدول الأعضاء من خلال منح جائزة ماما أفريكا على أساس نصف سنوي. ويجب الترويج لعملية منح الجائزة على موقع كارما الشبكي ومنابر التواصل الاجتماعي.
 - يتم تشجيع الدول الأعضاء على الاعتراف بالمجالات التي تتحقق فيها النجاحات من خلال منح جائزة وطنية أو دون وطنية تتعلق بالتقدم المحرز في إنهاء وفيات الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين التي يمكن تجنبها.
 - يتم تشجيع زيارات المتابعة إلى البلدان المتعثرة من أجل دعم جهودها في التنفيذ لتحقيق أهداف كارما.
- في الرسم البياني 1، الوارد أدناه، يتم تفصيل الإجراءات القارية والوطنية التي يتعين اتخاذها لتنفيذ إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما.

الرسم البياني 1: إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما على المستويين القاري والوطني دورات "الرصد والمراجعة والعمل"



خطة تنفيذ إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما

لكي يعمل إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما بشكل فعال، لابد من خطة تنفيذ لإبراز أنشطة محددة، وتوفير جدول زمني واضح وتعيين الأدوار والمسؤوليات إلى أصحاب المصلحة المعنيين. وترد تفاصيل خطة تنفيذ إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما القارية في الجدول 2، أدناه:

| الإطار الزمني | كيف سيتم تبليغها بشكل فعال؟ | على من تقع المسؤولية؟ | النشاط | الرصد |
|--|--|--|---|-------|
| الاجتماع القادم المقرر لمجموعة العمل حول صحة الأمهات والموليد والجدد والأطفال. | <ul style="list-style-type: none"> • سيقترح اجتماع مجموعة العمل حول صحة الأمهات والموليد والأطفال تحديث مؤشرات كارما والتحقق من صحتها ، وفقاً لإطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما. • ستقوم اللجنة الفنية المتخصصة بالصحة والسكان ومكافحة المخدرات بالتصديق على إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما المحدث ومناقشة المؤشرات. | <ul style="list-style-type: none"> • إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي • المجموعات الاقتصادية الإقليمية • الدول الأعضاء • مناصرو كارما الوطنيون • المنظمات المتعددة الأطراف • الشركاء الإنمائيون • منظمات المجتمع المدني • الشركاء المحتملون المدعوون | تحديث قائمة التحقق من صحة مؤشرات كارما | |
| الاجتماع القادم المقرر للجنة الفنية المتخصصة بالصحة والسكان ومكافحة المخدرات. | <ul style="list-style-type: none"> • ستعلن إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي عن تحديث لجميع منابر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات ذات الصلة بمبادرة كارما في اجتماع مجموعة العمل حول صحة الأمهات والموليد والجدد والأطفال. • سيستغرق التحديث فترة تتراوح بين 6 أشهر وسنة واحدة كي يكتمل. | <ul style="list-style-type: none"> • إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي | تحديث موقع الإحصاءات الصحية الأفريقية ، موقع كارما الإلكتروني، بطاقات الأداء لكارما و منابر التواصل الاجتماعي | |
| من 2020 فصاعداً. | <ul style="list-style-type: none"> • سيتم تقديم تقرير الإحصاءات عن صحة الأمهات والموليد والجدد والأطفال في اللجنة الفنية المتخصصة بالصحة والسكان ومكافحة المخدرات، وبالتالي ، سيتم الإعلان عن إنجازات مبادرات كارما بهذه المناسبة. | <ul style="list-style-type: none"> • إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي • مؤلف تقرير الإحصاءات عن صحة الأمهات والموليد والجدد والأطفال | التأكد من أن المؤشرات والقضايا المتعلقة بكارما مدرجة في تقرير الإحصاءات عن صحة الأمهات والموليد والجدد والأطفال . | |
| على أساس نصف سنوي | <ul style="list-style-type: none"> • ستعمل المجموعات الاقتصادية الإقليمية على تسهيل تقديم الدعم الفني للدول الأعضاء لضمان اتباع نهج متماسك ومنسق لتنفيذ عملية المواءمة. • ستساعد المنظمات المتعددة الأطراف من خلال توفير الدعم الفني للدول الأعضاء. | <ul style="list-style-type: none"> • إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي • المجموعات الاقتصادية الإقليمية • المنظمات متعددة الأطراف | تشجيع الشركاء المحتملين والدول الأعضاء على تحسين جمع الإحصاءات الحيوية ؛ | |

| | | | | |
|--|--|--|--|-----------------|
| <p>مستمر من الاجتماع القادم المقرر للجنة الفنية المتخصصة بالصحة والسكان ومكافحة المخدرات</p> | <ul style="list-style-type: none"> • ستعمل المجموعات الاقتصادية الإقليمية على تسهيل تقديم الدعم الفني للدول الأعضاء لضمان اتباع نهج متماسك ومنسق لتنفيذ عملية المواءمة. • ستساعد المنظمات الثنائية والمتعددة الأطراف من خلال توفير الدعم الفني للدول الأعضاء. • يدعى الشركاء المحتملون إلى تحديد أدوارهم ومسؤولياتهم ونتائجهم ضمن مبادرة وإطار عمل كارما. | <ul style="list-style-type: none"> • إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي • المجموعات الاقتصادية الإقليمية • المنظمات المتعددة الأطراف | <p>تشجيع الشركاء المحتملين والدول الأعضاء على تبسيط ومواءمة متطلباتهم الحالية لتقديم التقارير، وتحسين تتبع المصروفات المتعلقة بصحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال.</p> | |
| <p>كما كان مقررا.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • سيكون اجتماع مجموعة العمل حول صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال هو الوسيلة الأساسية لإبلاغ الإنجازات والتحديات التي تمت مراجعتها والتي تواجه مبادرة كارما. | <ul style="list-style-type: none"> • إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي • المجموعات الاقتصادية الإقليمية • الدول الأعضاء • مناصرو كارما الوطنيون • المنظمات المتعددة الأطراف • الشركاء الإنمائيون • منظمات المجتمع المدني • الشركاء المحتملون المدعوون | <p>مراجعة تقدم كارما في الاجتماعات النظامية لمجموعة العمل حول صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال واللجنة الفنية المتخصصة للصحة والسكان ومكافحة المخدرات ، على أساس نصف سنوي.</p> | |
| <p>مستمر</p> | <ul style="list-style-type: none"> • إنشاء مجموعة مختارة على موقع كارما الإلكتروني أو على منابر التواصل الاجتماعي. | <ul style="list-style-type: none"> • لجنة من المساهمين المختارين من الشركاء التاليين: • إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي <ul style="list-style-type: none"> ○ المجموعات الاقتصادية الإقليمية ○ الدول الأعضاء • مناصرو كارما الوطنيون <ul style="list-style-type: none"> ○ المنظمات المتعددة الأطراف ○ الشركاء الإنمائيون ○ منظمات المجتمع المدني ○ الشركاء المحتملون المدعوون | <p>إنشاء مجتمع ممارسة إلكتروني لكارما.</p> | <p>المراجعة</p> |
| <p>مستمر</p> | <ul style="list-style-type: none"> • بالتشاور مع المجموعات الاقتصادية الإقليمية والدول الأعضاء ومناصري كارما الوطنيين، سترسل إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي دعوات إلى أصحاب المصلحة المعنيين في الوقت المناسب من أجل ضمان جاهزيتهم. | <ul style="list-style-type: none"> • إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي • المجموعات الاقتصادية الإقليمية • الدول الأعضاء | <p>دعوة أصحاب المصلحة المهمين لحضور الاجتماعات النظامية.</p> | |

| | | | | |
|---|--|--|---|-------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • مناصرو كارما الوطنيون • | | |
| يحدد فيما بعد | <ul style="list-style-type: none"> • يجب أن تطرح إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي إمكانية هذه الشراكة في اجتماع مجموعة العمل حول صحة الأمهات والموليد الجدد والأطفال. • ينبغي أن يتبع هذا الاجتماع مزيد من المناقشات والقرارات. | <ul style="list-style-type: none"> • إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي • المجموعات الاقتصادية الإقليمية • الدول الأعضاء | <ul style="list-style-type: none"> • الاستفادة من الموارد والنتائج من الآلية الأفريقية للمراجعة المتبادلة بين الأقران لتعزيز عملية مراجعة كارما. | |
| على أساس نصف سنوي | <ul style="list-style-type: none"> • بعد عرض ومراجعة إنجازات مبادرة كارما والتحديات الماثلة أمامها في اجتماع مجموعة العمل حول صحة الأمهات والموليد الجدد والأطفال، سيتم تقديم الأدلة والتوصيات للعمل والتصديق عليها في اللجنة الفنية المتخصصة للصحة والسكان ومكافحة المخدرات. | <ul style="list-style-type: none"> • إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي • المجموعات الاقتصادية الإقليمية • الدول الأعضاء • مناصرو كارما الوطنيون • المنظمات المتعددة الأطراف • الشركاء الإنمائيون • منظمات المجتمع المدني • الشركاء المحتملون المدعوون | <ul style="list-style-type: none"> • تقديم أدلة على عمل اللجنة الفنية المتخصصة للصحة والسكان ومكافحة المخدرات. | |
| في الاجتماع القادم للجنة الفنية المتخصصة للصحة والسكان ومكافحة المخدرات، كما كان مقررا. | <ul style="list-style-type: none"> • سيتم اتخاذ قرار بشأن جائزة ماما أفريقيا في اجتماع مجموعة العمل حول صحة الأمهات والموليد الجدد والأطفال. • سيتم تقديم الجائزة في اللجنة الفنية المتخصصة للصحة والسكان ومكافحة المخدرات. | <ul style="list-style-type: none"> • إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي • المجموعات الاقتصادية الإقليمية • الدول الأعضاء • مناصرو كارما الوطنيون • المنظمات المتعددة الأطراف • الشركاء الإنمائيون • منظمات المجتمع المدني | <ul style="list-style-type: none"> • منحة جائزة ماما أفريقيا على أساس نصف سنوي. | العمل |
| على أساس نصف سنوي | <ul style="list-style-type: none"> • يجوز لممثلي الدول الأعضاء المختارة والمجموعات الاقتصادية الإقليمية ومختلف المنظمات الشريكة المحتملة ذات الصلة القيام بزيارات المتابعة. • يجب إجراء اتصالات مناسبة وذات صلة بين المسؤولين الحكوميين المعنيين والفريق الزائر • يمكن للبيانات الصحفية والاتصالات عبر وسائل التواصل الاجتماعي لكارما أن تبلغ عن الزيارة والطريق المضي قدمًا. | <ul style="list-style-type: none"> • إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي • المجموعات الاقتصادية الإقليمية • الدول الأعضاء • مناصرو كارما الوطنيون • المنظمات المتعددة الأطراف • الشركاء الإنمائيون • منظمات المجتمع المدني | <ul style="list-style-type: none"> • القيام بزيارات المتابعة للدول غير جيدة الأداء. | |

أبرز تقرير تقييم كارما أنه لم يتسن تنفيذ العديد من الأنشطة المقترحة في البداية، مثل إنشاء أمانة أو مجموعة العمل حول صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال بسبب نقص الموارد المالية. وكجزء من عملية المساءلة وأيضًا لاستدامة حملة كارما، من المهم تحديد مكونات الميزانية والموظفين اللازمة لتحقيق الإطار، والقيام على المدى الطويل بتحقيق رؤية وأهداف كارما.

على المدى الأقصر، من أجل تفعيل الإطار القاري المتوخى وتنسيقه واستدامته، يُفترض أن يتم بشكل مشترك تمويل مناصب الموظفين داخل أمانة إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي من قبل إدارة الشؤون الاجتماعية بالمفوضية، والمجموعات الاقتصادية الإقليمية، والدول الأعضاء، والمنظمات المتعددة الأطراف والشركاء الإنمائيين والقطاع الخاص المحددين. يقوم هذا الشخص بالمهام التالية:

- إجراء اتصالات بين أمانة إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي والدول الأعضاء والشركاء الآخرين المحددين.
- ضمان تعميم آليات الإبلاغ المحدثة، وردود الفعل، وما إلى ذلك.
- توفير الوظائف الإدارية لمجتمع ممارسة كارما.
- المهام اللوجيستية التي تؤدي إلى الاجتماعات النظامية المتعلقة بحملة كارما والتحضير لها،
- إدارة وإنشاء المحتوى وتحديث منابر كارما عبر الإنترنت، مثل الموقع الإلكتروني ومنافذ الوسائط الاجتماعية،
- تنفيذ الأعمال الإدارية لمجموعة العمل حول صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال، تحت إشراف إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي.

لم يتم حتى الآن اتخاذ قرار بشأن ما إذا كان هذا المنصب يحتاج إلى التفريغ الكامل أم لا.

كجزء من خطة طويلة الأجل للإطار،، يمكن استكشاف إنشاء أمانة لكارما، ربما داخل إدارة الشؤون الاجتماعية بمفوضية الاتحاد الأفريقي ولكن مع الانتماء إلى الآلية الأفريقية للمراجعة المتبادلة بين الأقران.

الخاتمة

بالنسبة لأولئك الذين يشاركون في تحقيق رؤية كارما وأهدافه، فإن إطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما يوفر خارطة طريق لرصد الوعود والتعهدات التي تم الالتزام بها لإنهاء الوفيات التي يمكن تجنبها للأمهات والمواليد الجدد والأطفال ومراجعتها وتنفيذها.

يستخدم الإطار هياكل مثل الآلية الأفريقية للمراجعة المتبادلة بين الأقران ، ومنابر البيانات، ومجموعة العمل حول صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال وجائزة ماما أفريقيا، من بين أمور أخرى، والأدوات المحدثة، مثل بطاقات الأداء، لتيسير المضي بالمساءلة إلى الأمام.

يقر الإطار بأن هذا العمل المهم لا يمكن تنفيذه بدون الدعم الأساسي والفني والمالي من الشركاء المحتملين لمفوضية الاتحاد الأفريقي ويدعوهم إلى تجديد التزامهم وإعادة تنشيط استراتيجياتهم تجاه مبادرة كارما.

قائمة المراجع

- مفوضية الاتحاد الأفريقي (2006) - يؤيد إطار السياسة القارية لتعزيز الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في أفريقيا؛ مفوضية الاتحاد الأفريقي، أديس أبابا متاح من: https://au.int/sites/default/files/documents/30921-doc-srhr_english_0.pdf [تم الدخول: 2019/05/1]
- مفوضية الاتحاد الأفريقي. (2006 أ) خطة عمل مابوتو لتفعيل إطار السياسة القارية للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية 2007-2010. مفوضية الاتحاد الأفريقي، أديس أبابا متاح من: https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/iiep_maputoplansrhr.pdf
- مفوضية الاتحاد الأفريقي (2009) حملة التعجيل بالحد من وفيات الأمهات والمواليد الجدد والأطفال في أفريقيا (CARMMA). مفوضية الاتحاد الأفريقي، أديس أبابا متاح من: <https://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/CARMMA.pdf> [تم الوصول إليه: 2019/04/26]
- مفوضية الاتحاد الأفريقي (2012) لماذا كارما؟ أديس أبابا: مفوضية الاتحاد الأفريقي. متاح من: <http://carmma.org/page/why-carmma>
- مفوضية الاتحاد الأفريقي (2015) أجندة 2063. مفوضية الاتحاد الأفريقي، أديس أبابا متاح من: https://au.int/sites/default/files/pages/3657-file-agenda2063_popular_version_en.pdf [تم الوصول إليه: 2018/11/21]
- مفوضية الاتحاد الأفريقي. (2015 أ) خطة عمل مابوتو لتفعيل إطار السياسة القارية للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية 2016-2030. أديس أبابا متاح من: https://au.int/sites/default/files/documents/24099-poa_5-_revised_clean.pdf [تم الوصول إليه: 2019/11/21]
- مفوضية الاتحاد الأفريقي (2016) استراتيجية الصحة لأفريقيا 2016 - 2030. مفوضية الاتحاد الأفريقي، أديس أبابا متاح من: https://au.int/sites/default/files/pages/32895-file-africa_health_strategy.pdf [تم الدخول: 2019/02/13]
- مفوضية الاتحاد الأفريقي تقويم حملة التعجيل بالحد من وفيات الأمهات والمواليد والأطفال في أفريقيا 2009-2017 (CARMMA) أديس أبابا: مفوضية الاتحاد الأفريقي. لا يزال قيد الطباعة.
- مفوضية الاتحاد الأفريقي واللجنة الاقتصادية لأفريقيا؛ مجموعة البنك الأفريقي للتنمية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي. (2016) الأهداف الإنمائية للألفية إلى أجندة 2063 / تقرير انتقال أهداف التنمية المستدامة لعام 2016. الاتحاد الأفريقي (أديس أبابا) متاح من: https://au.int/sites/default/files/pages/32828-file-mdg-sdg_transition_report_summary_en_1.pdf [تم الوصول إليه: 2018/11/23]
- مجموعة بنك الأفريقي للتنمية (2018) الكتاب السنوي للإحصاء الأفريقي 2018. تونس: البنك الأفريقي للتنمية. متاح من: <https://www.afdb.org/en/documents/document/african-statistical-yearbook-2018-101789> [يمكن الوصول إليه: 2019/01/10]
- ،Agyepong، IA، Sewankambo، N، Binagwaho، A، Coll-Seck، AM، Corrah، T، Ezeh، A، Fekadu، A، Kilonzo، N، Lamptey، P، Masiye، F، Mayosi، B، Mboup، S، Muyembe، JJ، Pate، M، Sidibe، M، Simons، B، Tlou، S، Gheorghé، A، Legido-Quigley، H، McManus، J، Ng، E، O'Leary، M، Enoch، J، Kassebaum، N، Piot، P. (2017) الطريق إلى حياة أطول وأكثر صحة لجميع الأفارقة بحلول عام 2030: لجنة لانسيت حول المستقبل للصحة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. لانسيت 390 (10114): 2803-2859. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31509-X [تم الوصول إليه: 2017/09/20]
- الرابطة الدولية للمساءلة حول الإيدز (2011) إطار المساءلة الدولي حول مساءلة الإيدز. المنظمة الدولية للمساءلة حول الإيدز: كيب تاون. متاح من: <http://www.aidsaccountability.org/6212-2/our-approach> [تم الوصول إليه: 2019/05/1]

،Alkema، L.، Chou، D.، Hogan، D.، Zhang، S.، Moller، AB، Gemmill، A.، Fat، DM، Boerma، T، Temmerman، M.، Mathers، C.، Say، (2016) العالمي والمستويات الإقليمية والوطنية والاتجاهات في وفيات الأمهات بين عامي 1990 و 2015 ، مع التوقعات المستندة إلى السيناريو حتى عام 2030: تحليل منهجي من قبل الفريق المشترك بين الوكالات لتقدير معدل وفيات الأمهات التابع للأمم المتحدة. لانسييت 387 (10017): 74-462. DOI: 10.1016 / S0140-6736 (15) .74-462 [تم الدخول: 2019/01/12] 7-00838

Brizuela، V.، Leslie، HH، Sharma، J.، Langer، A.، Tunçalp، O. (2019) قياس جودة الرعاية لجميع النساء والأطفال حديثي الولادة: كيف نعرف ما إذا كنا نقوم بذلك بشكل صحيح؟ مراجعة أدوات تقييم المرافق. لانسييت جلوب هيلث 2019 ؛ 7: e624-232. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/ S2214-109X (19) 30033-6 [تم الوصول إليه: 2019/04/22]

بريس ، ج ، وآخرون. (2005) تقديرات منظمة الصحة العالمية لأسباب وفيات الأطفال. لانسييت ، 365 (9465): 52-1147. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71877-8

جامعة كولومبيا (2015) تجنب وفيات الأمهات وعجزهن: مجموعة أدوات تقييم احتياجات رعاية التوليد الطارئة. كلية ميلمان للصحة العامة بجامعة كولومبيا: نيويورك. متاح من: <https://www.mailman.columbia.edu/research/averting-maternal-death-and-disability-amdd/toolkit> [تم الدخول: 2019/05/1]

لجنة المعلومات والمساءلة بشأن صحة المرأة والطفل (CoIA). (2011). الوفاء بالوعد وقياس النتائج. جنيف: منظمة الصحة العالمية. متاح من

https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/Commission_Report_advance_copy.pdf

مبادرة كل امرأة وكل طفل (2015) الاستراتيجية العالمية لصحة النساء والأطفال والمراهقين (2016-2030). نيويورك: كل امرأة ، كل طفل. متاح من: <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-lowres.pdf-2030>

لجنة محاسبة مستقلة لكل امرأة ، كل طفل ، كل مراهق. (2017) تقرير 2017: المساءلة التحولية للمراهقين: المساءلة عن الصحة وحقوق الإنسان للنساء والأطفال والمراهقين في أجندة 2030. Geneva: World Health Organization. متاح من: https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/IAP-Annual-Report-2017-online-final-web_with-endnotes.pdf

Knights، L.، Yamin، AE (2015) "بدون أم"; آراء مقدمي الرعاية وأفراد المجتمع حول تأثيرات وفيات الأمهات على الأسر في كوازولو ناتال ، جنوب إفريقيا. الصحة الإنجابية 12 (ملحق 1): S5 DOI: www.repr Product-health- [تم الوصول إليه: 2019/01/10] journal.com/content/12/S1/S5

أوكامبو ، جا (2015) إطار عمل الرصد والمساءلة لما بعد عام 2015. إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة: نيويورك. متاح من: <https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/publication/CDP-bp-2015-27.pdf> [تم الاطلاع عليه: 2019/05/1]

شراكة صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال (2012) آليات المساءلة الوطنية عن صحة المرأة والطفل. جنيف: منظمة الصحة العالمية. متاح من

https://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/national_accountability_mechanisms.pdf

باتون ، (2015). (2002). MQ. المناهج النوعية للبحث والتقييم: منشورات سيج، ألف سنديان، ، 1997.

رويسون ، سي (2011). الفصل السادس: البحث المرن. أبحاث العالم الحقيقي. مليون: تشيتستتر. وايلي: 152 - 160.

Rochlin، S.، Zadek، S.، Forstater، M. (2008) Governance Collaboration لندن: AccountAbility. متاح على http://www.accountability.org/images/content/4/3/431/Governance_Collaboration_Full_20report.pdf [تاريخ الدخول: 2019/04/29]

سينسر إل إم ، سكولي مي ، أندرسون لوس أنجلوس ، كوتشيتزكي سي إس ، ديجروف أس ، ديفلين إتش إم ، ميرسر ، إس إل. (2013). البحث عن أفضل الممارسات: إطار مفاهيمي لتخطيط وتحسين الممارسات القائمة على الأدلة ، *Prev Chronic Dis* vol. 10 ، 130186 .no ، ص 1-20. تمت المشاهدة في 2018/12/13. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.130186> .

Starrs AM، Ezech AC، Barker G، Basu A، Bertrand JT، Blum R، Coll-Seck AM، Grover A، Laski L، Roa M، Sathar ZA ، Say L، Serour GI، Singh S، Stenberg K، Temmerman M، Biddlecom A ، Popinchalk A، Summers C، Ashford LS (2018) Accelerate Progress - Sex والصحة الإنجابية والحقوق للجميع: تقرير لجنة Guttmacher-Lancet. لانسييت: 91: 92-2642 (18) S0140-6736 (18) DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)92-2642](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)92-2642) [تم الدخول في 2019/01/17]

الامم المتحدة. (2015). تقرير أهداف الإنمائية للألفية 2015. Geneva: United Nations. متاح من: http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf .

الامم المتحدة. (2015) تحويل عالما: أجندة التنمية المستدامة لعام 2030. New York: United Nations. متاح من: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20f%20Su%20Development%20web.pdf> أو <https://www.un.org/sustainabledevelopment/> [تم الوصول إليه: 2019/01/17]

منظمة الأمم المتحدة للطفولة (2017) Generation 2030 Africa 2.0: إعطاء الأولوية للاستثمارات في الأطفال لجني العائد الديمغرافي. منظمة الأمم المتحدة للطفولة متاح من: https://www.unicef.org/publications/index_101219.html [تم الوصول إليه: 2019/01/30]

منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (2014) التنقيف الجنسي الشامل وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والشباب في شرق إفريقيا والجنوب الأفريقي (ESA): إطار المساءلة الإقليمي. منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة ، برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز: باريس. متاح من: <http://www.aidsaccountability.org/wp-content/uploads/2014/04/Regional-Accountability-Framework-140314.pdf> [تاريخ الدخول: 2019/05/1]

توجيهات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز للشراكات مع المجتمع المدني ، بما في ذلك الأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية والفئات السكانية الرئيسية. Geneva: UNAIDS. متاح من: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC223_guidance_partnership_civilsociety_en.pdf

وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية (2012) تقييم تقديم الخدمات. برنامج المسوحات الديموغرافية والصحية: روكفيل. متاح من: <https://dhsprogram.com/publications/publication-search.cfm?type=37> [تم الوصول إليه في 2019/05/1]

منظمة الصحة العالمية. (2015) إطار المساءلة. جنيف: منظمة الصحة العالمية. متاح من: http://www.searo.who.int/entity/emergencies/whoaccountabilityframework_2015.pdf [تم الدخول: 2019/04/26]

منظمة الصحة العالمية. (2016) جعل أهمية كل طفل: فحص ومراجعة حالات المواليد الموتى ووفيات المواليد الجدد. جنيف: منظمة الصحة العالمية. متاح من: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249523/9789241511223-1eng.pdf?sequence=1>

منظمة الصحة العالمية. (2016) معايير تحسين جودة رعاية الأمهات والمواليد الجدد في المرافق الصحية. جنيف: منظمة الصحة العالمية. متاح من: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249155/9789241511216-1eng.pdf?sequence=1> [تاريخ الدخول: 2019/04/28]

منظمة الصحة العالمية. (2018) أطلس الإحصاءات الصحية الأفريقية 2018: التغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة في الإقليم الأفريقي لمنظمة الصحة العالمية. برازافيل: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لأفريقيا. متاح من: http://www.who.int/sites/default/files/Atlas%202018-eng_1.pdf [تم الوصول إليه: 2018/11/25]

منظمة الصحة العالمية. (2018 أ). البقاء على قيد الحياة، الازدهار، التحول: الاستراتيجية العالمية لصحة النساء والأطفال والمراهقين (2016-2030) تقرير الرصد لعام 2018: الوضع الحالي والأولويات الاستراتيجية. جنيف: منظمة الصحة العالمية. متاح من: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/EWECGSMonitoringReport2018_en.pdf [تم الدخول: 2019/02/06]

المجموعة الاستشارية الشبابية. (2017) إطار مساءلة الشباب لتنظيم الأسرة 2020. المجموعة الاستشارية للشباب: لندن. متاح من: http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2017/12/Youth-Advisory-Group_Accountability-Framework_11.21.17.pdf [تم الوصول إليه: 2019/05/1]

الملاحق

الملحق 1: قائمة موسعة للشركاء المحتملين لإطار الشراكة للمساءلة بخصوص كارما

- الحكومات الوطنية مثل:
 - الرؤساء
 - السيدات الأوليات
 - الوزراء
 - البرلمانيون
- الممارسون الصحيون التالون والجمعيات المهنية المقابلة لهم:
 - القابلات
 - العاملون الصحيون للمجتمعات المحلية
 - الأطباء
 - الممرضات
 - القابلات
- الشركاء الثنائيون مثل:
 - الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية
 - ادارة التنمية الدولية
- المنظمات والمبادرات الإنمائية المتعددة الأطراف مثل:
 - منظمة الصحة العالمية
 - صندوق الأمم المتحدة للسكان
 - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)
 - برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز
 - (أ) البنك الدولي؛
 - الشراكة من أجل صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال
 - هيئة كل امرأة، كل طفل
 - هيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة (هيئة الأمم المتحدة للمرأة) ؛
- منظمات المجتمع المدني مثل:
 - الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة
 - تحالف الشريط الأبيض
 - منظمة المرأة نبع الحياة
 - MSD للأمهات
- الأوساط الأكاديمية التي تشمل على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:
 - الجامعات داخل الدول الأعضاء
 - وحدات البحوث الإقليمية والوطنية التي تركز على قضايا صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين ،
 - قدة المجتمعات المحلية والزعماء الدينيين
 - الجهات الفاعلة في القطاع الخاص مثل:
 - ميرك.
 - جوحسون و جوحسون
 - مؤسسة سفاريكوم المحدودة

الملحق 2: الاستراتيجية العالمية المتحدة لكل امرأة وكل طفل إطار المساءلة



الملحق 3: جدول المؤشرات المنسق والمحدث لكارما

| المؤشرات | خطة عمل مابوتو 2016 – 2030 | كارما 2013 | بطاقة أداء صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال | الموقع الشبكي للإحصاءات الصحية الأفريقية | العدد التنازلي حتى عام 2030. | كارما المقترح ل 2020 |
|---|----------------------------|------------|---|--|------------------------------|----------------------|
| الحكومة | | | | | | |
| وجود سياسة صحية وطنية تدمج خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي والملاريا | | | | | | |
| وجود قوانين تعالج العنف الجنسي والعنف القائم على نوع الجنس | | | | | | |
| وجود خارطة طريق محددة التكلفة للحد من أمراض ووفيات الأمهات والمواليد الجدد | | | | | | |
| توسيع النسبة المئوية للمخصصات المنفقة على الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال | | | | | | |
| الإنفاق الحكومي العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي | | | | | | |
| تصيب الفرد من الأموال العامة المخصصة للصحة | | | | | | |
| الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري | | | | | | |
| الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي | | | | | | |
| الإنفاق الصحي الخارجي كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري | | | | | | |
| الإنفاق الشخصي على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة | | | | | | |
| النسبة المئوية لسكان المشمولين بمخطط جانب الطلب؛ على سبيل المثال، التأمين الصحي الاجتماعي، التأمين المجتمعي | | | | | | |
| كثافة العاملين الصحيين - الأطباء | | | | | | |
| كثافة العاملين الصحيين- الممرضات والقابلات | | | | | | |
| أطباء التوليد المؤهلون | | | | | | |
| تسجيل الولادات | | | | | | |
| التغذية | | | | | | |
| نسبة الأطفال المصابين بالتقزم دون سن الخامسة | | | | | | |
| الهزال - انخفاض الوزن بالنسبة للطول دون سن الخامسة | | | | | | |
| الوزن الزائد - ثقيل لطول أقل من 5 | | | | | | |
| الشروع المبكر في الرضاعة الطبيعية | | | | | | |
| الرضاعة الطبيعية الحصرية | | | | | | |
| استمرار الرضاعة الطبيعية (السنة الأولى) | | | | | | |
| الحد الأدنى من التنوع الغذائي | | | | | | |
| مكملات فيتامين أ، تغطية كاملة | | | | | | |

| الصحة الإنجابية | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|
| | | | | | زواج الأطفال - قبل سن 15 |
| | | | | | زواج الأطفال - قبل سن 18 |
| | | | | | معدل انتشار وسائل منع الحمل |
| | | | | | (هـ) الاحتياجات غير الملبأه فيما يتعلق بتنظيم الأسرة |
| | | | | | الحاجة غير الملبأه لوسائل منع الحمل الحديثة |
| | | | | | نسبة حالات الإجهاض غير الآمن لكل 1000 امرأة تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عامًا |
| | | | | | توفير حزم الصحة الإنجابية (صحة الأمهات و تنظيم الأسرة و الرعاية بعد الإجهاض و الوقاية المنقولة بالاتصال الجنسي وفيروس نقص المناعة البشرية) |
| | | | | | العنف الجنسي حسب سن 18 - انثى |
| | | | | | الحمل المبكر جدًا دون سن 16 عامًا |
| | | | | | ختان الإناث |
| | | | | | صحة الأمهات والمواليد الجدد |
| | | | | | العمر المتوقع عند الولادة |
| | | | | | نسبة وفيات الأمهات |
| | | | | | نسبة الولادات التي يحضرها عاملون صحيون مهرة |
| | | | | | رعاية ما بعد الولادة للأمهات والأطفال |
| | | | | | معدل المواليد الموتي |
| | | | | | معدل وفيات الرضع |
| | | | | | النسبة المئوية للنساء الحوامل اللاتي حضرن أربع زيارات للرعاية قبل الولادة على الأقل |
| | | | | | النسبة المئوية للنساء الحوامل اللاتي حضرن ما لا يقل عن ثماني زيارات للرعاية قبل الولادة |
| | | | | | نسبة المرافق الصحية التي تقدم خدمات رعاية التوليد الطارئة الأساسية |
| | | | | | النسبة المئوية للمواليد الجدد الذين تلقوا رعاية ما بعد الولادة من قابلة ماهرة في غضون يومين بعد الولادة |
| | | | | | النسبة المئوية للنساء اللواتي تلقين رعاية ما بعد الولادة من قابلة ماهرة في غضون يومين بعد الولادة |
| | | | | | نسبة الدوائر التي لها نظام راسخ وعملي لمراقبة وفيات الأمهات والاستجابة لها |
| | | | | | النسبة المئوية للنساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية اللاتي تلقين الأدوية المضادة للفيروسات المبررة |
| | | | | | معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في صفوف السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 سنة |
| | | | | | النسبة المئوية للنساء الحوامل اللواتي حضرن الرعاية قبل الولادة اللاتي تم اختبارهن لفيروس نقص المناعة البشرية ويعرفن نتائجهن |
| | | | | | النسبة المئوية التقديرية لعدد الرضع المولودين لأمهات مصابات بفيروس نقص المناعة البشرية الذين تعرضوا للإصابة |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|
| | | | | | نسبة النساء الحوامل اللواتي تلقين جرعتين من العلاج الوقائي المنقطع للملاريا خلال الحمل الأخير |
| | | | | | صحة الأطفال |
| | | | | | معدل وفيات المواليد الجدد |
| | | | | | نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و 23 شهرًا المحصنين ضد الخناق والسعال الديكي والكلاسيكي |
| | | | | | تغطية الجرعة الأولى من لقاح الحصبة |
| | | | | | التحصين الكامل للأطفال دون سن الخامسة |
| | | | | | معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة |
| | | | | | طلب الرعاية المناسبة للإسهال أو الالتهاب الرئوي المشتبه به أو الحمى |
| | | | | | العلاج المناسب للملاريا |
| | | | | | نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين ناموا تحت الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات الليلة الماضية |
| | | | | | نسبة الأسر التي لديها على الأقل ناموسية معالجة بمبيدات الحشرات و / أو تم رشها بواسطة الرش الموضعي للأماكن المغلقة في ال 12 شهرًا الأخيرة |
| | | | | | النسبة المئوية للأطفال أقل من 5 سنوات المصابين بالحمى في الأسبوعين الماضيين والذين تم فحصهم بحثًا عن الملاريا |
| | | | | | نسبة الأطفال دون سن الخامسة المصابين بالحمى في الأسبوعين الماضيين والذين تلقوا علاجًا مضافًا للملاريا وفقًا للسياسة الوطنية في غضون 24 ساعة من ظهور الحمى |
| | | | | | علاج الإسهال: أملاح الإمهاء الفموية |
| | | | | | علاج الإسهال: أملاح الإمهاء الفموية + الزنك |
| | | | | | صحة المراهقات |
| | | | | | معدل خصوبة المراهقات |
| | | | | | الطلب على تنظيم الأسرة تمت تلبيةه بالأساليب الحديثة بين المراهقات |
| | | | | | اختبار فيروس نقص المناعة البشرية للمراهقات |
| | | | | | تغطية لقاح فيروس الورم الحليمي البشري بين المراهقات |
| | | | | | اتصالات رعاية ما قبل الولادة + 4 بين المراهقات |
| | | | | | مشرف ماهر عند الولادة بين المراهقات |
| | | | | | رعاية ما بعد الولادة للأمهات المراهقات |
| | | | | | التدخلات البيئية |
| | | | * | | السكان الذين يستخدمون خدمات مياه الشرب الأساسية |
| | | | # | | السكان الذين يستخدمون خدمات الصرف الصحي الأساسية |
| | | | | | السكان الذين لديهم مرافق لغسل اليدين بالماء والصابون في المنزل |

* يسجل الموقع الشبكي للإحصاءات الصحية الأفريقية أن "مياه الشرب الأساسية على الأقل" تعكس نسبة السكان الذين يستخدمون إما

"خدمة مياه الشرب الأساسية" (مصدر محسن ، بشرط ألا يزيد وقت التجميع على 30 دقيقة لرحلة الذهاب والإياب، بما في ذلك الانتظار في الصف) أو "خدمة مياه الشرب المدارة بأمان" (مصدر مياه محسن يقع في المبنى ، متاح عند الحاجة وخالي من التلوث البرازي والكيميائي للأولوية). # يسجل موقع إحصاءات الصحة الأفريقية على الأقل خدمات الصرف الصحي الأساسية "كنسبة من السكان الذين يستخدمون "خدمة الصرف الصحي الأساسية" (مرافق محسنة لا تشترك فيها أسر أخرى) أو "خدمة الصرف الصحي المدارة بأمان" (خدمة الصرف الصحي المحسنة غير مشتركة مع منازل أخرى وحيث يتم التخلص من الفضلات بأمان في الموقع أو معالجتها خارج الموقع).

الملحق 4: مؤشرات الإحصاءات الصحية الأفريقية

قائمة المؤشرات



صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال والمراهقين

| المؤشر | مؤشر بطاقة الأداء لكارما | العنوان الطويل وما يعنيه هذا |
|--|--------------------------|--|
| العمر المتوقع عند الولادة | لا | متوسط العمر المتوقع عند الولادة هو عدد السنوات يتوقع فيها المولود الجديد أن يعيش إذا تعرض حياة معرضة لمعدلات وفيات محددة حسب الجنس والعمر، وهي المعدلات السائدة وقت ولادته. ويتعلق هذا بعام محدد وفي بلد أو إقليم أو منطقة جغرافية معينة. |
| نسبة وفيات الأمهات | نعم | نسبة وفيات الأمهات هي معدل وفيات النساء لأسباب تتعلق بالنفاس (أي سبب يتعلق بالحمل أو أثناء الولادة أو الحمل أو خلال 42 يوماً من الولادة). يقاس بعدد وفيات الأمهات لكل 100.000 ولادة حية. تشير الولادة الحية إلى أي طفل يولد تظهر عليه علامات الحياة خارج الرحم. تشير حالة وفاة الأم إلى وفاة المرأة أثناء الحمل أو خلال 42 يوماً من الولادة، من أي سبب يتعلق بالحمل أو يتفاقم بسببه. تستبعد وفيات الأمهات أسباب الوفاة العرضية أو غير المرتبطة بها. |
| معدل وفيات الأجنة | لا | معدل ولادة جنين ميت هو عدد المواليد الموتي لكل 1000 مولود إجمالي، مما يشمل المواليد الأحياء ووفيات الأجنة. تشير الولادة الحية إلى أي طفل يولد تظهر عليه علامات الحياة خارج الرحم. يمكن أن تحدث حالات وفيات الأجنة قبل الولادة (قبل الولادة)، أو أثناء المخاض أو الولادة (أثناء الولادة). تعكس حالات وفيات الأجنة، في كثير من الحالات، أوجه القصور في تغطية الرعاية السابقة للولادة أو في الرعاية أثناء الولادة. ولأغراض المقارنة الدولية، يتم تعريف حالات وفيات الأجنة على أنها وفيات الأجنة في الربع الثالث (أكثر من 1000 غرام أو يساويها، أو أكثر من 28 أسبوعاً أو يساويها). |
| معدل وفيات المواليد | نعم | معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة يشير إلى عدد وفيات الولدان (الأطفال حديثي الولادة) التي تحدث بين الولادة وأول 28 يوماً مكتملة من يشير معدل وفيات المواليد الجدد إلى عدد وفيات المواليد الجدد التي تحدث بين الولادة وال 28 يوماً الأولى من العمر التي تم استكمالها ويقاس بعدد الوفيات في ال 28 يوماً الأولى من العمر لكل 1000 ولادة حية في سنة أو فترة معينة. تشير الولادة الحية إلى أي طفل يولد تظهر عليه علامات الحياة عند الولادة. |
| معدل وفيات الرضع | لا | معدل وفيات الرضع هو احتمال وفاة الطفل بين وقت الولادة وعام واحد بالضبط في عام أو فترة محددة؛ يتم التعبير عنه لكل 1000 ولادة حية في نفس السنة أو الفترة. تشير الولادة الحية إلى أي طفل تظهر عليه علامات الحياة عند الولادة. |
| معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة | نعم | معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة هو احتمال وفاة طفل قبل بلوغه سن الخامسة؛ وهو معدل يعبر عنه لكل 1000 مولود حي ويخضع لمعدلات الوفيات الحالية الخاصة بالعمر. تشير الولادة الحية إلى أي طفل تظهر عليه علامات الحياة عند الولادة. النسبة المئوية للنساء الحوامل اللواتي قمن على الأقل ب 4 زيارات لرعاية ما قبل الولادة |
| تغطية رعاية ما قبل الولادة: +4 زيارات | نعم | أما تغطية الرعاية السابقة للولادة (أربع زيارات على الأقل) فهي النسبة المئوية للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عامًا مع ولادة حية في فترة زمنية معينة ويتلقين رعاية ما قبل الولادة أربع مرات أو أكثر. عادة لا تحدد بيانات المسح المتوفرة حول هذا المؤشر نوع القائم بتقديم خدمات الرعاية؛ لذلك، يتم بشكل عام، قياس تلقي الرعاية من قبل أي مقدم رعاية. |
| تغطية رعاية ما قبل الولادة: أكثر من 8 زيارات | نعم | النسبة المئوية للنساء الحوامل اللاتي قمن على الأقل ب 8 زيارات للرعاية السابقة للولادة |

تغطية الرعاية السابقة للولادة (8 جهات اتصال على الأقل) هي النسبة المئوية للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عامًا مع ولادة حية في فترة زمنية معينة وتلقين رعاية ما قبل الولادة ثماني مرات أو أكثر. عادة لا تحدد بيانات المسح المتاحة حول هذا المؤشر نوع القائم بتقديم خدمات الرعاية؛ لذلك، يتم بشكل عام، قياس تلقي الرعاية من قبل أي مقدم رعاية في عام 2016، أوصت منظمة الصحة العالمية بوضع نموذج جديد من 8 اتصالات رعاية ما قبل الولادة (سابقاً 4 زيارات لرعاية ما قبل الولادة) أثناء حمل المرأة للحد من الوفيات في فترة ما قبل الولادة وتحسين تجربة المرأة في الرعاية.

نسبة الولادات تحت إشراف موظفين صحيين مهرة: يوضح هذا المؤشر نسبة الولادات التي تتم في وجود عامل رعاية صحية ماهر ومؤهل للولادة. تعريف القابلة الماهرة هو إخصائي صحي معتمد مثل قابلة أو ممرضة أو طبيب ذي المهارات اللازمة لإدارة الحمل الطبيعي والولادة وفترة ما بعد الولادة، والقادر على تحديد وإدارة وإحالة النساء وحديثي الولادة في حالة حدوث مضاعفات. ولا تشمل هذه الطريقة تضمين القابلات التقليديات.

النسبة المئوية للنساء في الفئة العمرية 15-49 عامًا اللاتي تلقين فحصًا صحيًا في غضون يومين بعد آخر ولادة حية لهن في العامين الماضيين: فترة ما بعد الولادة هي الفترة التي تلي الولادة مباشرة وتمتد إلى ستة أسابيع بعد الولادة. يشير هذا المؤشر إلى عدد النساء في فترة ما بعد الولادة المبكرة (أول 48 ساعة بعد الولادة) اللاتي تلقين فحصًا طبيًا. ويقاس بنسبة إجمالي عدد النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عامًا اللاتي ولدن أحياء في السنوات الـ3 إلى الـ5 الأخيرة قبل إجراء الدراسة الاستقصائية، بغض النظر عن مكان الولادة. يشير عدد المواليد الأحياء إلى أي طفل يولد مع ظهور علامات الحياة عليه خارج الرحم.

النسبة المئوية للمواليد الجدد الذين يتلقون فحصًا طبيًا في غضون يومين من الولادة: إن تغطية رعاية ما بعد الولادة للمواليد الجدد هي النسبة المئوية للمواليد الجدد (آخر ولادة حية) في العامين الماضيين، الذين تلقوا فحصًا طبيًا من أحد مقدمي الرعاية الصحية في غضون يومين من الولادة. تشير الولادة الحية إلى أي طفل يولد مع ظهور علامات الحياة عليه خارج الرحم. النسبة المئوية للرضع من 0 إلى 5 أشهر الذين رضعوا لبن الأم فقط خلال اليوم السابق: هذه هي نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-5 أشهر (من الولادة إلى أقل من 6 أشهر) الذين يرضعون حصريًا من لبن الأم. ويشمل المؤشر الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5-0 أشهر والذين تلقوا قطرات أملاح إمحائياً، والمعادن والفيتامينات والأدوية في شكل شراب، ولكن لا يوجد طعام أو ماء آخر.

تغطية الجرعة الأولى من اللقاح المضاد للحصبة: هذا هو عدد الأطفال الناجين الذين تلقوا جرعة واحدة من لقاح الحصبة. عادة ما يتم إعطاء اللقاح مع الحصبة الألمانية أو مع النكاف والحصبة الألمانية. وفي معظم جداول التحصين، يُعطى هذا للأطفال دون سن عام واحد، لكن بعض البلدان تعطيه للأطفال الأكبر سنًا. يتم التعبير عن هذا المؤشر كنسبة مئوية من عدد السكان المقابل في منتصف العام في سنة معينة وفي بلد معين.

نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يقلون عن سالب 2 انحراف معياري (معتدل وشديد) و 3 انحرافات معيارية (شديدة) بالنسبة لمتوسط الطول لعمر السكان المرجعيين: يتعلق الأمر بالنسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة الذين يعتبر نماؤهم من حيث الطول محدودًا بسبب نقص التغذية الكافية. الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من "التقزم" هم أولئك الذين لا يصلون إلى الحد الأدنى من الطول في النطاق الصحي بالنسبة لأعمارهم ونوع جنسهم. ويشمل ذلك نسبة الأطفال دون سن الخامسة التي تقل عن سالب 2 انحراف معياري (معتدل وشديد) و 3 انحرافات معيارية (شديدة) بالنسبة لمتوسط الطول بالنسبة لعمر معايير نماء الطفل لمنظمة الصحة العالمية بين الأطفال دون سن 5 سنوات من العمر. يمكن أن يحدث التقزم بسبب سوء التغذية المزمن أو سوء الأحوال الصحية على المدى الطويل.

انتشار الهزال (الوزن مقابل الطول أقل من انحرافين معياريين عن متوسط معايير نمو الطفل لمنظمة الصحة العالمية) بين الأطفال دون سن الخامسة: هذا هو معدل انتشار الهزال (الوزن مقابل الطول أقل من انحرافين معياريين عن متوسط معايير نمو الطفل لمنظمة الصحة العالمية للأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات. ويشمل ذلك نسبة الأطفال دون سن الخامسة

نعم

الولادات التي تتم تحت إشراف
موظفين صحيين مهرة

نعم

تغطية رعاية ما بعد الولادة
للأمهات

لا

تغطية رعاية ما بعد الولادة
للمواليد الجدد

لا

الرضاعة الطبيعية الحصرية
للرضع دون سن 6 أشهر

نعم

تغطية الجرعة الأولى من اللقاح
المضاد للحصبة

نعم

التقزم - قصر الطول بالنسبة
للعمر دون سن 5

لا

الهزال - انخفاض الوزن بالنسبة
للطول دون سن الخامسة

التي تقل عن سالب 2 انحراف معياري (معتدل وشديد) و 3 انحرافات معيارية (شديدة) عن متوسط الوزن مقابل الطول لمعايير نمو الطفل لمنظمة الصحة العالمية بين الأطفال دون سن ال 5 سنوات من العمر.

انتشار الوزن الزائد (الوزن مقابل الطول أكبر من انحرافين معياريين المتوسط لمعايير نمو الطفل لمنظمة الصحة العالمية للأطفال دون سن الخامسة : هذا هو انتشار الوزن الزائد (الوزن مقابل الطول أكبر من انحرافين معياريين عن متوسط معايير نمو الطفل لمنظمة الصحة العالمية للأطفال دون سن الخامسة. تشير زيادة وزن الطفل إلى أن وزن الطفل ثقيل جدًا بالنسبة لطوله والذي ينتج عن تناول الطاقة من الأطعمة والمشروبات التي تتجاوز متطلبات الطاقة للأطفال.



الوزن الزائد - ثقيل للطول دون سن الخامسة

لا

الصحة الجنسية والإنجابية

نسبة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20 و 24 سنة اللائي كن متزوجات أو في اتحاد قبل سن 15: يمثل هذا المؤشر نسبة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20 و 24 سنة اللائي كن متزوجات أو في اتحاد قبل سن 15. وهذا يشمل كلا من وغير الرسمية والرسمية - أي الزواج. الزيجات غير الرسمية هي تلك التي يعيش فيها الزوجان معًا لبعض الوقت، ويعتزمان إقامة علاقة دائمة، لكن لم يكن لهما حفل مدني أو ديني رسمي، يُعرف أيضًا بالمعاشرة.

لا

زواج الأطفال قبل سن 15

نسبة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20-24 سنة اللائي كن متزوجات أو في اتحاد قبل سن 18: يمثل هذا المؤشر نسبة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20 و 24 سنة اللائي كن متزوجات أو في اتحاد قبل سن 18. وهذا يشمل كلا من اللائي كن متزوجات أو في اتحاد قبل سن غير الرسمية والرسمية - أي الزواج. الزيجات غير الرسمية هي تلك التي يعيش فيها الزوجان معًا لبعض الوقت، ويعتزمان إقامة علاقة دائمة، لكن لم يكن لهما حفل مدني أو ديني رسمي، يُعرف أيضًا بالمعاشرة.

نعم

زواج الأطفال قبل سن 18

نسبة الفتيات والنساء اللائي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة اللائي تعرضن للختان: تعرّف منظمة الصحة العالمية تشويه الأعضاء التناسلية للإناث على أنه "جميع الإجراءات التي تنطوي على الاستئصال الجزئي أو الكلي للأعضاء التناسلية الخارجية للإناث أو أي إصابة أخرى للأعضاء التناسلية الأنثوية لأسباب غير طبية"

لا

تشويه الأعضاء التناسلية للإناث

نسبة الشابات في سن 18-29 سنة اللائي تعرضن للعنف الجنسي في سن 18: هذه هي النسبة المئوية للشابات من سن 18 إلى 29 اللائي تعرضن للعنف الجنسي في سن 18 عامًا.

لا

العنف الجنسي في سن 18 - أنثى

نسبة الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 18-29 سنة والذين تعرضوا للعنف الجنسي في سن 18 سنة: هذه هي النسبة المئوية للشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 29 سنة والذين تعرضوا للعنف الجنسي في سن 18 سنة.

لا

العنف الجنسي في سن 18 - الذكر

هذه هي النسبة المئوية للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20 و 24 سنة اللائي ولدن قبل سن 16 سنة.

نعم

الحمل المبكر جدًا دون سن 16 سنة

يمثل هذا المؤشر عدد الأطفال المولودين للفتيات والنساء من سن 15 إلى 19 سنة كل عام. هذا هو العدد المتوقع للفتيات والنساء اللائي سيحملن بين سن 15 إلى 19 كل عام من بين كل 1000 امرأة وفتاة في تلك الفئة العمرية. يشار إلى هذا المؤشر أيضًا بمعدل الخصوبة حسب العمر.

نعم

معدل ولادة المراهقات اللائي تتراوح أعمارهن بين 15 و 19 سنة

نسبة الفتيات اللواتي تم تطعيمهن بجرعتين من لقاح فيروس الورم الحليمي البشري في سن 15 سنة تغطية لقاح فيروس الورم الحليمي البشري هي نسبة الفتيات اللائي تم تطعيمهن بجرعتين من لقاح فيروس الورم الحليمي البشري في سن 15 سنة (البيانات الوصفية قيد الإعداد حاليًا ستوفر في أوائل عام 2020). [تأمل اليونيسف في الحصول على تقديرات فيروس الورم الحليمي البشري قبل نهاية عام 2019. (MS Diallo ، UNICEF) ، خصيصًا للتوافق مع خطة عمل مابوتو: نسبة الفتيات اللائي تم تطعيمهن بجرعتين من لقاح فيروس الورم الحليمي البشري في سن 15 سنة]

للنظر

تغطية لقاح فيروس الورم الحليمي البشري

| | |
|---|---|
| معدل انتشار وسائل منع الحمل ، الأساليب الحديثة (% من النساء في الفئة العمرية 15-49) انتشار وسائل منع الحمل هو النسبة المئوية للنساء اللواتي يستخدمن حاليًا، أو شريكهن الجنسي الذي يستخدم حاليًا، وسيلة واحدة على الأقل لمنع الحمل، بغض النظر عن الطريقة المستخدمة. وعادة ما يتم الإبلاغ عن ذلك للنساء اللاتي كن متزوجات أو في اتحاد وتتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عامًا. | معدل انتشار وسائل منع الحمل (الوسائل الحديثة) |
| الطلب الملبي لوسائل منع الحمل الحديثة هو نسبة الفتيات اللاتي كن متزوجات أو في اتحاد (النشاطات جنسيًا) والنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عامًا ممن لديهن احتياجات لتنظيم الأسرة ملبة بالأساليب الحديثة. أما إجمالي الطلب على تنظيم الأسرة فهو مجموع عدد النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عامًا متزوجات أو في اتحاد ويستخدمن حاليًا ، أو يستخدم شريكهن الجنسي حاليًا، وسيلة واحدة على الأقل لمنع الحمل، والاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة معدلات الحمل غير المقصود لكل 1000 امرأة تتراوح أعمارهن بين 15 و 44 عامًا [أعدت منظمة الصحة العالمية وغوتشبير بروتوكولا لتقدير ذلك واختبرته عبر بيانات 1990-2014. وتتمثل الخطوة التالية في إنشاء بيانات على مستوى الدولة. إنهم يفعلون ذلك الآن ويتوقعون إنتاج البيانات في "أوائل عام 2020" سيُضاف هذا المؤشر عند توفر البيانات.] | تلبية الطلب على وسائل منع الحمل الحديثة |
| الحصول على الرعاية والمعلومات والتعليم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية والمصدر - إعادة SDG أهداف الإنمائية للألفية: القوانين واللوائح المعمول بها التي تضمن للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عامًا الحصول على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية وجود سياسة أو برنامج أو استراتيجية وطنية بشأن التربية الجنسية للشباب طلبت هيئة مكتب الاجتماع الـ2 للجنة الفنية المتخصصة للصحة والسكان ومكافحة إدراج مؤشر يتوافق مع هدف خطة عمل مابوتو المتمثل في " تحسين المعلومات والتعليم والتواصل في مجال الصحة الجنسية والإنجابية " بين الشباب. وتواصل هيئة المكتب العمل مع مفوضية الاتحاد الأفريقي لتحديد مؤشر مناسب. | معدل الحمل غير المقصود للنظر |
| نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 30 و 49 سنة اللاتي أبلغن عن خضوعهن لفحص سرطان عنق الرحم | الرعاية والمعلومات والتعليم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية |
| تحديد مؤشر لتتبع سرطانات الجهاز التناسلي: لا يتم تتبع هذه البيانات حاليًا - للنظر فيها من قبل اللجنة الفنية المتخصصة ولكي يتقدم فريق العمل الفني [يناقش فريق العمل الفني لإحصاءات الصحة الأفريقية ويدرس إمكانية إنشاء مجموعة عمل صغيرة للنظر في الأمر وتطويره] | السياسة الوطنية للتربية الجنسية للشباب |
| نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 30 و 49 سنة اللاتي أبلغن عن خضوعهن لفحص سرطان عنق الرحم | أول نسبة (%) للمدارس العامة التي تقدم التربية الجنسية |
| تحدد مؤشر لتتبع سرطانات الجهاز التناسلي: لا يتم تتبع هذه البيانات حاليًا - للنظر فيها من قبل اللجنة الفنية المتخصصة ولكي يتقدم فريق العمل الفني [يناقش فريق العمل الفني لإحصاءات الصحة الأفريقية ويدرس إمكانية إنشاء مجموعة عمل صغيرة للنظر في الأمر وتطويره] | (أ) فحص سرطان عنق الرحم |
| النسبة المئوية للمصابين بالإسهال والذين يتلقون أملاح معالجة الجفاف عن طريق الفم في الأسبوعين الماضيين هذه هي النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة (0-59 شهرًا) الذين يعانون من الإسهال في الأسبوعين الأخيرين والذين يتلقون أملاح الإمهاء الفموية، وهي سائل مصنوعة من عبات أملاح الإمهاء الفموية أو سائل مُعبأة مسبقًا. النسبة المئوية للأطفال المولودين في السنوات الخمس السابقة للدراسة الاستقصائية المصابين بعدوى تنفسية حادة والذين تم نقلهم إلى مرفق صحي البحث عن رعاية الالتهاب الرئوي للأطفال دون سن الخامسة هو النسبة المئوية للأطفال المولودين في السنوات الخمس السابقة للدراسة الاستقصائية المصابين بعدوى الجهاز التنفسي الحادة الذين يتم نقلهم إلى مرفق صحي. | سرطانات الجهاز التناسلي للنظر |
| النسبة المئوية للمصابين بالإسهال والذين يتلقون أملاح معالجة الجفاف عن طريق الفم في الأسبوعين الماضيين هذه هي النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة (0-59 شهرًا) الذين يعانون من الإسهال في الأسبوعين الأخيرين والذين يتلقون أملاح الإمهاء الفموية، وهي سائل مصنوعة من عبات أملاح الإمهاء الفموية أو سائل مُعبأة مسبقًا. النسبة المئوية للأطفال المولودين في السنوات الخمس السابقة للدراسة الاستقصائية المصابين بعدوى تنفسية حادة والذين تم نقلهم إلى مرفق صحي البحث عن رعاية الالتهاب الرئوي للأطفال دون سن الخامسة هو النسبة المئوية للأطفال المولودين في السنوات الخمس السابقة للدراسة الاستقصائية المصابين بعدوى الجهاز التنفسي الحادة الذين يتم نقلهم إلى مرفق صحي. | النظم والسياسات الصحية |
| النسبة المئوية للمصابين بالإسهال والذين يتلقون أملاح معالجة الجفاف عن طريق الفم في الأسبوعين الماضيين هذه هي النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة (0-59 شهرًا) الذين يعانون من الإسهال في الأسبوعين الأخيرين والذين يتلقون أملاح الإمهاء الفموية، وهي سائل مصنوعة من عبات أملاح الإمهاء الفموية أو سائل مُعبأة مسبقًا. النسبة المئوية للأطفال المولودين في السنوات الخمس السابقة للدراسة الاستقصائية المصابين بعدوى تنفسية حادة والذين تم نقلهم إلى مرفق صحي البحث عن رعاية الالتهاب الرئوي للأطفال دون سن الخامسة هو النسبة المئوية للأطفال المولودين في السنوات الخمس السابقة للدراسة الاستقصائية المصابين بعدوى الجهاز التنفسي الحادة الذين يتم نقلهم إلى مرفق صحي. | الأطفال دون سن الخامسة المصابين بالإسهال الذين يتلقون أملاح الإمهاء الفموية |
| النسبة المئوية للمصابين بالإسهال والذين يتلقون أملاح معالجة الجفاف عن طريق الفم في الأسبوعين الماضيين هذه هي النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة (0-59 شهرًا) الذين يعانون من الإسهال في الأسبوعين الأخيرين والذين يتلقون أملاح الإمهاء الفموية، وهي سائل مصنوعة من عبات أملاح الإمهاء الفموية أو سائل مُعبأة مسبقًا. النسبة المئوية للأطفال المولودين في السنوات الخمس السابقة للدراسة الاستقصائية المصابين بعدوى تنفسية حادة والذين تم نقلهم إلى مرفق صحي البحث عن رعاية الالتهاب الرئوي للأطفال دون سن الخامسة هو النسبة المئوية للأطفال المولودين في السنوات الخمس السابقة للدراسة الاستقصائية المصابين بعدوى الجهاز التنفسي الحادة الذين يتم نقلهم إلى مرفق صحي. | نقل الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من التهابات الجهاز التنفسي الحادة إلى أحد مقدم الرعاية الصحية |



| | | |
|----|---|---|
| لا | إصابات جديدة بفيروس نقص المناعة البشرية | معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1000 من السكان (البالغين 15-49 سنة) عرّف هذا المؤشر بأنه عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1000 شخص - سنة بين السكان غير المصابين، الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 49 عامًا. هذا هو عدد الحالات الجديدة لكل مجموعة من السكان المعرضين للخطر في فترة زمنية معينة، ويشار إليها بمعدل الإصابة. أما السكان غير المصابين فهم مجموع السكان مطروحًا منهم المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية. |
| لا | تغطية العلاج بمضادات الفيروسات المرتدة | نسبة البالغين والأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات المرتدة يشير هذا المؤشر إلى النسبة المئوية للأطفال والبالغين الذين يتلقون حاليًا العلاج المضاد للفيروسات المرتدة (في نهاية الفترة المشمولة بالتقرير بين عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في نفس الفترة. توصي منظمة الصحة العالمية بأن يتلقى جميع المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية العلاج. |
| لا | تغطية الأدوية المضادة للفيروسات المرتدة للنساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية | النسبة المئوية للنساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية اللائي تلقين الأدوية المضادة للفيروسات المرتدة للحد من خطر انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل يقيس المؤشر النسبة المئوية للنساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية اللائي تلقين الأدوية المضادة للفيروسات المرتدة من بين العدد التقديري للنساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية، للحد من خطر انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل. |
| لا | 19 - استخدام الواقي الذكري | نسبة البالغين (15-49 عامًا) الذين أبلغوا عن استخدام الواقي الذكري في آخر عملية اتصال جنسي عالية الخطورة (مع شريك غير متزوج وغير متعاشر) يقيس هذا المؤشر النسبة المئوية للأشخاص الذين مارسوا الجنس مع شريك لم يكونوا متزوجين أو يعيشون معه خلال الاثني عشر شهرًا الماضية والذين استخدموا الواقي الذكري في لقائهم الأخير مقارنة بعدد المستجيبين الذين لديهم شريك جنسي لم يكونوا متزوجين أو يعيشون معه خلال ل 12 شهرًا الأخيرة. يقيس هذا المؤشر التقدم المحرز نحو منع التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية من خلال الاتصال الجنسي غير المحمي بين الشركاء غير المتزوجين بعضهم مع بعض أو الذين يعيشون معًا. |
| لا | الإصابات الجديدة بالسل | معدل الإصابات بالسل لكل 100 000 من السكان حدوث الإصابة بالسل هو العدد التقديري لحالات السل الجديدة والانتكاسية - على وجه التحديد جميع أشكال السل، بما في ذلك الحالات في الأشخاص المصابين بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية - التي تظهر في سنة معينة، ويعبر عنها كمعدل لكل 100000 من السكان. |
| لا | الإصابات الجديدة بالمalaria | حالات الإصابة بالمalaria لكل 1 000 شخص في السنة: هذا هو عدد حالات المalaria الجديدة المؤكدة المبلغ عنها كل عام لكل 1000 شخص. |
| لا | الأطفال دون سن الخامسة الذين كانوا ينامون تحت ناموسيات معالجة بمبيدات الحشرات في الليلة السابقة | النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة الذين ناموا تحت ناموسية معالجة بمبيدات الحشرات الليلة السابقة هذه هي النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة (0-59 شهرًا) الذين يعانون من الإسهال في الأسبوعين الأخيرين والذين يتلقون أملاح الإماهة الفموية، وهي سوائل مصنوعة من عبوات أملاح الإماهة الفموية أو سوائل مُعبأة مسبقًا. |
| | الأمراض غير المعدية | |
| لا | الوفيات من الأمراض غير المعدية | احتمالية الوفاة من أي أمراض القلب والأوعية الدموية أو السرطان أو السكري أو أمراض الجهاز التنفسي المزمنة بين سن 30 والسن 70 بالضبط (%) معدل الوفيات المنسوبة لأمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والسكري أو أمراض الجهاز التنفسي المزمنة هو احتمال الوفاة بين سن 30 و 70 سنة من أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والسكري أو أمراض الجهاز التنفسي المزمنة. |



يتم تعريفها على أنها النسبة المئوية للأشخاص البالغين من العمر 30 عامًا الذين سيموتون قبل بلوغهم سن السبعين بسبب أمراض القلب والأوعية الدموية أو السرطان أو السكري أو أمراض الجهاز التنفسي المزمنة، على افتراض أنهم سيواجهون معدلات الوفيات الحالية في كل سن ولن يموتوا بأي سبب آخر من أسباب الوفاة، مثل الإصابات أو فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز. إن احتمالية الموت هي احتمال وفاة الفرد بين عمر سنتين بالنظر إلى معدلات الوفيات الحالية في كل عمر. معدل الوفيات الناجمة عن الانتحار (لكل 100,000 من السكان)

يُعرّف معدل الوفيات الناتجة عن الانتحار على أنه عدد الوفيات الناجمة عن الانتحار في السنة، مقسومًا على عدد السكان ومضروبًا في 100000.

لا

معدل الوفيات بالانتحار

معدل الانتشار المعياري للتعاطي الحالي للتبغ بين الإناث على أساس العمر القياسي 15 سنة وما فوق يُعرّف الانتشار المعياري للتعاطي الحالي للتبغ بين الإناث البالغات من العمر 15 عامًا فما فوق على أنه النسبة المئوية للإناث من السكان في سن 15 عامًا فما فوق اللاتي يستخدمن حاليًا أي منتج من منتجات التبغ سواء كان مدخنًا أو غير مدخن على أساس يومي / غير يومي أو تدخين عرضي. "تدخين التبغ" يشمل السجائر والسيجار والعلويون أو أي منتجات أخرى من التبغ المدخنة.

لا

انتشار التعاطي الحالي للتبغ بين الإناث البالغات من العمر 15 عامًا فأكثر

على النحو الوارد أعلاه بالنسبة للذكور

لا

تعاطي التبغ الحالي بين الذكور الذين تبلغ أعمارهم 15 عامًا فأكثر

الاستخدام الضار للكحول، المُعرّف وفقًا للسياق الوطني على أنه استهلاك الفرد للكحول (15 سنة وما فوق) خلال سنة تقويمية باللترات من الكحول الصافي

يُعرّف إجمالي استهلاك الفرد من الكحول (APC) على أنه إجمالي (مجموع متوسط لاستهلاك الفرد من الكحول المسجل لمدة ثلاث سنوات ومقدار استهلاك الفرد من الكحول غير المسجل) من كمية الكحول المستهلكة لكل شخص بالغ (15 سنة فأكثر) على مدار السنة التقويمية، في لترات الكحول الصافي استهلاك الفرد من الكحول الصافي

لا

تناول الكحول على نحو ضار بعمر 15 سنة وما فوق



تمويل الصحة

الإنفاق الخارجي على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الحالي هذه هي الحصة من إجمالي الإنفاق الصحي الجاري الذي يتم تمويله من خلال المنح الخارجية المتدفقة من خلال الخدمات الحكومية أو غير الحكومية.

لا

الإنفاق الخارجي على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري

الإنفاق الصحي الحكومي العام المحلي كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الحالي هذه هي الحصة من إجمالي الإنفاق الصحي الجاري الذي تنفقه الحكومة، باستثناء الخدمات الممولة من المنح الخارجية، حتى عندما تتدفق عبر الحكومة.

لا

الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي العام

الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي العام يشير هذا إلى الحصة من إجمالي الميزانية الحكومية المخصصة لقطاع الصحة ، باستثناء النفقات الرأسمالية والخدمات الممولة من المنح الخارجية ، حتى عندما تتدفق من خلال الحكومة.

نعم

الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي العام

الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي يصف هذا الإنفاق العام على الصحة كحصة من الاقتصاد مقيسًا بالناتج المحلي الإجمالي (باستثناء المنح الخارجية والإنفاق الرأسمالي).

لا

الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي

| | | |
|---|-------------------|---|
| نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي المحلي الحالي | لا | الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة للفرد في تعادل القوة الشرائية بالدولار الدولي يشير هذا إلى مقدار ما تنفقه الحكومة على الصحة لكل شخص في بلد ما (باستثناء المنح الخارجية والإنفاق الرأسمالي). من أجل السماح بإجراء مقارنة عادلة بين البلدان، يتم توحيد المبالغ وتحويلها إلى عملة افتراضية، الدولارات الدولية، لمراعاة التكاليف المختلفة للخدمات في البلدان المختلفة. |
| الإنفاق الصحي الشخصي كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري | لا | الإنفاق الشخصي على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الجاري على الصحة يقدر هذا المؤشر مقدار ما تنفقه الأسر على الرسوم الرسمية أو غير الرسمية في وقت استخدام الخدمات الصحية، أو كدفوعات مشتركة، عندما لا يغطي التأمين الصحي أو التمويل الحكومي التكاليف الكاملة للرعاية. هذا مؤشر آخر للحماية المالية، يعطي بعض المؤشرات على ما إذا كان يتعين على الأسر شراء خدمات إضافية. |
| النسبة المئوية لميزانية الصحة الوطنية المخصصة للصحة الإنجابية [أولية] | ستضاف في المستقبل | النسبة المئوية (%) من الميزانية الوطنية للصحة المخصصة للصحة الإنجابية [أولية] هذه هي النسبة المئوية للإنفاق الحكومي على الصحة المخصصة للصحة الإنجابية (التي تغطي حالات الأمهات وحالات ما حول الولادة وإدارة وسائل منع الحمل وتنظيم الأسرة وحالات الصحة الإنجابية غير المحددة). وتستثنى خدمات الصحة الإنجابية التي يمولها شركاء إنمائيون، حتى عندما تتدفق عبر الحكومة. |



الأمراض المعدية

| | | |
|---|-----|---|
| كثافة الأطباء لكل 10000 من السكان | نعم | هذا هو عدد العاملين الصحيين لكل 10000 من السكان في منطقة وطنية معينة. يتم تعريف كثافة الأطباء على أنها عدد الأطباء بما في ذلك الأطباء العامون والممارسون الطبيون المتخصصون لكل 10000 من السكان في منطقة وطنية معينة. |
| كثافة الممرضات والقابلات | نعم | هذا هو عدد العاملين الصحيين لكل 10000 من السكان في منطقة وطنية معينة. يتم تعريف كثافة العاملين في التمريض والقابلات على أنها عدد العاملين في التمريض والقابلات لكل 10000 من السكان في منطقة وطنية معينة. |
| كثافة العاملين في مجال الصيدلة | نعم | هذا هو عدد العاملين الصحيين لكل 10000 من السكان في منطقة وطنية معينة. يتم تعريف كثافة العاملين في مجال الصيدلة على أنها عدد الصيادلة والأدوية والفنيين / المساعدين وموظفي المهنة ذات الصلة لكل 10000 من السكان في منطقة وطنية معينة. |
| أطباء التوليد المؤهلون - العدد الإجمالي | نعم | عدد أطباء التوليد المؤهلين الذين يعملون بنشاط هذا هو مقدار العدد الإجمالي لأطباء التوليد المؤهلين والمرخص لهم. |
| تسجيل المواليد | نعم | نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين تم تسجيل ولادتهم لدى سلطة مدنية هذه هي نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين تم تسجيل ولادتهم لدى سلطة مدنية. |
| تسجيل الوفيات | | بيانات تسجيل الوفيات مكتملة بنسبة 75% على الأقل تسجيل الوفيات في نظام التسجيل المدني الذي حدث لأفراد من سكان دولة معينة فيها 75% من الوفيات لديها سجل تسجيل حيوي. |
| خدمات مياه الشرب الأساسية على الأقل | | نسبة السكان الذين يستخدمون خدمات مياه الشرب الأساسية أو المدارة بأمان تشير خدمات مياه الشرب إلى إمكانية الوصول وتوافر وجودة المصدر الرئيسي الذي تستخدمه الأسر للشرب والطبخ والنظافة الشخصية والاستخدامات المنزلية الأخرى. "مياه الشرب الأساسية على الأقل" هي نسبة السكان الذين يستخدمون "خدمات مياه |

الشرب الأساسية" (مصدر مُحسَّن ، بشرط ألا يزيد وقت التجميع عن 30 دقيقة لرحلة الذهاب والإياب بما في ذلك الانتظار في الصف) أو " خدمات مياه الشرب المُدارة بأمان" (مصدر مياه محسن يقع في المبنى، ومتاح عند الحاجة وخالي من التلوث البرازي الكيميائي ذي الأولوية). تشمل المرافق المحسنة المياه المنقولة بالأنابيب، وحفر الآبار، والآبار المحفورة المحمية، والينابيع المحمية ، ومياه الأمطار والمياه المعبأة أو المسلمة.

نسبة السكان الذين يستخدمون خدمات الصرف الصحي المدارة بأمان ، بما في ذلك مرفق لغسل اليدين بالماء والصابون تشير خدمات الصرف الصحي إلى الأنظمة المستخدمة لفصل الفضلات البشرية عن الاتصال البشري في جميع مراحل سلسلة الخدمة من النقاط المرحاض واحتوائه من خلال التفريغ والنقل والمعالجة (في الموقع أو خارج الموقع) والتخلص النهائي أو الاستخدام النهائي. "خدمات الصرف الصحي الأساسية على الأقل" هي نسبة السكان الذين يستخدمون "خدمات الصرف الصحي الأساسية" (مرافق محسنة لا يتم تقاسمها مع أسر أخرى) أو "خدمات الصرف الصحي المدارة بأمان" (مرفق محسَّن لا يتم تقاسمه مع أسر أخرى وحيث يتم التخلص من الفضلات بأمان في الموقع أو معالجتها خارج الموقع). تشمل المرافق "المحسنة" الشطف أو التدفق في أنظمة الصرف الصحي عبر الأنابيب أو خزانات الصرف الصحي أو مراحيض الحفر؛ مراحيض حفر محسنة جيدة التهوية، مراحيض سماد أو مراحيض حفرة بالوواح.

خدمات الصرف الصحي الأساسية على الأقل

قضاء الحاجة في العراء
هذه هي نسبة السكان الذين يمارسون التغوط في العراء. يعرف قضاء الحاجة في العراء بأنه التخلص من فضلات الإنسان في الحقول أو الغابات أو الشجيرات أو المسطحات المائية المفتوحة أو الشواطئ أو الأماكن المفتوحة الأخرى أو في النفايات الصلبة.

التغوط في العراء

نسبة المرافق الصحية التي توفر خدمات الصحة الجنسية والإنجابية المتكاملة
تقيس الخدمات المتكاملة نسبة المرافق الصحية التي توفر خدمات ما بعد الولادة و / أو ما بعد الإجهاض و / أو فيروس نقص المناعة البشرية التي تزود العملاء الذين يستخدمون تلك الخدمات بالمعلومات والرعاية حول وسائل منع الحمل. المصدر: يتم تأكيده، يعتمد المؤشر حاليًا على مؤشر طموح حدده معهد غوتمشير :
<https://www.gutmacher.org/report/sexual-and-reproducer-health-and-rights-indicators-sdgs>

نعم

المرافق الصحية التي توفر خدمات الصحة الجنسية والإنجابية المتكاملة

نسبة وفيات الأمهات التي تمت مراجعتها في الدولة العام الماضي
يشير هذا إلى قياس عدد وفيات الأمهات التي تمت مراجعتها في الدولة في العام الماضي كنسبة من إجمالي عدد وفيات الأمهات المقدر في البلد. ويعطي هذا مؤشرا على حالة تنفيذ مراقبة وفيات الأمهات وأنظمة الاستجابة.
(مصدر *البيانات* : الفريق المشترك بين وكالات الأمم المتحدة لتقدير وفيات الأمهات، التقديرات الجديدة التي سيتم إصدارها في يوليو 2019)

(يتم النظر فيها

مراجعة وفيات الأمهات

وجود سياسة وطنية لمكافحة السرطان الإنجابي
بناءً على طلب المكتب، يجب مناقشة المؤشر وتعريفه وتحديد مصدر البيانات بواسطة فريق العمل الفني تنفيذ مبادرة المواعمة التنظيمية للأدوية الأفريقية
من خلال المواعمة التنظيمية للأدوية الأفريقية، يتم دعم المجموعات والمنظمات الاقتصادية الإقليمية لوضع وتنفيذ مشاريع المواعمة التنظيمية للأدوية التي تمكن الدول الأعضاء من مواعمة المتطلبات والمعايير الفنية، وتقييم التطبيقات بشكل مشترك وتفتيش مواقع التصنيع، وترشيد عمليات اتخاذ القرار.

لا

وجود سياسة وطنية لمكافحة السرطان الإنجابي

لا

تنفيذ إطار المواعمة التنظيمية للأدوية الأفريقية