

結果指標資料來源：第 25 條

健康



UNITED NATIONS
HUMAN RIGHTS
OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER



身心障礙者權利公約

先行版本

© 2020 United Nations

《資料來源指引》為聯合國人權事務高級專員辦事處（OHCHR）編訂之 [SDG-CRPD 資源手冊](#) 的一部分。此為 SDG-CRPD 資源手冊之先行版本，最終版本將於 OHCHR 審查流程結束後發行。

本文件使用之名稱及提出之資料，皆不表示聯合國秘書處對任何國家、地區、城市或區域或其權力機關之法律地位，或其邊疆或國境之定界表達任何意見。

聯合國文件的符號由大寫字母與數字構成，提及此數字時表示參照聯合國文件。

《資料來源指引》係於歐盟之財務援助下建立而成。本文內容由 OHCHR 全權負責，且不必然代表歐盟之意見。



25.21 孕產婦死亡率（SDG 指標 3.1.1），依年齡和身心障礙類別區分。

第二級：該指標可以通過對現有的資料蒐集工作，進行簡單的添加或修改

[與此 SDG 指標相關資料連結](#)

根據資料：

「請參閱[本報告第 14 頁](#)。

孕產婦死亡率估算機構間小組（MMEIG）維持一套輸入資料庫，其資料由蒐集自民事登記、人口調查、監測系統、人口普查及其他專門研究／調查提供的孕產婦死亡資料構成。該資料庫用來確立孕產婦死亡數目，並盡可能提供所有育齡婦女（WRA）的死亡案例數，以計算 WRA 孕產婦死亡的「PM」比例，接著再以 $MMR = PM(D/B)$ 計算 MMR；其中「D」代表 15 到 49 歲婦女（WRA）的死亡案例數，「B」代表活產案例數，此數目係以 World Population Prospects 2019 為依據。

建立統計模型以產生可比較的國家、區域與全球估算值，並以交叉驗證評估該模型的適合性。透過 WHO 國家諮詢程序和 SDG 主責單位與成員國共同審查估算值。2001 年，世衛組織執行委員會通過了一項決議（EB. 107.R8），要求「建立一個技術諮詢流程，匯集不同 WHO 地區的成員國人員和觀點」。該諮詢程序的主要目的在於「確保就應使用的最實用資料與每個成員國進行商議」。由於該程序為整體估算策略的必要步驟，故簡述如下。

國家諮詢程序要求 WHO 與各國技術主責人員交流，並應在估算值發佈前完成這項程序。在諮詢期間，WHO 請主責人員審查輸入資料的來源、估算方法和初步估算值。該程序鼓勵主責人員額外提交可能未在初步估算時納入考量的資料。

根據以下資料來源類別進行調整：

- 1) CRVS：針對孕產婦死亡案例的不完整性與分類錯誤等情形。
- 2) 提供「懷孕相關」死亡率的報告：針對漏報這類死亡案例以及因納入懷孕意外或免不了發生的死亡案例（不符合孕產婦死亡定義）而多報等情形。

透過分析解釋孕產婦死亡案例普遍稀有性導致的隨機性誤差、資料來源的樣本誤差、收資蒐集與處理過程中發生的誤差，以及其他隨機誤差。

MMR 估算值僅限於人口超過 100,000 人的國家，在 185 個國家和地區中，177 個國家和地區提供具有全國代表性的資料。」

[孕產婦死亡率估算機構間小組的資料](#)不納入身心障礙。該小組網站顯示，最可靠的孕產婦死亡率資料來源是醫療證明中，納入死亡原因的民事登記。

WHO 列出的其他可能資料來源包括家庭調查、人口普查、樣本或標記點（Sentinel）登記系統，甚至包括特定研究。可在 [www.who.it - PDF 找到有關如何計算孕產婦死亡率的重要議題](#)。

將身心障礙狀態納入民事登記也是一種可行的做法；若不納入，則可透過調查瞭解。孟加拉於 2016 年針對 298,284 個家庭進行孕產婦死亡率與醫療照護調查，並在調查中對過去三年發

生的任何家庭死亡案例進行「口頭解剖訪談」。醫師在檢閱訪談資料後對死亡原因進行編碼。訪談未詢問有關母親身心障礙狀態的問題，但如果納入該項問題，則可編製指標。

[2016 年烏干達 DHS](#) 在全面調查過程中納入身心障礙問題，並「從女性受訪者蒐集有關其兄弟姊妹存活的資料，以估算成人死亡率數據。另外還納入據以判定姊妹死亡是否與懷孕或生產有關的問題，藉此估算孕產婦死亡率。」然而，調查未納入有關母親身心障礙狀態的問題。

25.22 已透過現代方法滿足計畫生育需求之生育年齡婦女及女孩的比例（根據 **SDG 指標 3.7.1**），依年齡和身心障礙類別區分。

第一級：資料至少已於部分國家編製和通報的指標

[與此 SDG 指標相關的資料連結](#)

根據資料：

「此指標以具有全國代表性的家庭調查資料為計算依據。納入此指標相關資料的跨國調查計畫包括避孕用品普及率調查（CPS）、人口與健康調查（DHS）、生育率與家庭調查（FFS）、生育健康調查（RHS）、多指標叢集調查（MICS）、2020 年執行監督與究責調查（PMA）、世界生育率調查（WFS）及其他國際調查計畫和國家調查。

如需有關各估算值的來源資訊，請參閱聯合國經濟與社會事務部人口司（2020）的 *World Contraceptive Use 2020*

130 個國家或地區提供有關育齡婦女（15 到 49 歲）以現代方法滿足其家庭計畫需求的比例資料（2000 - 2019），103 個國家或地區至少有兩個可用的資料點。」

2020 年世界避孕用品使用（World Contraceptive Use 2020）資料集內含[依婚姻狀態和年齡層區分的避孕用品使用資料](#)。該資料集不依身心障礙狀態區分，但若用於編製這些資料的調查提出相關問題，則可依身心障礙狀態區分。例如，賴索托使用表 1 顯示的調查編製這項可依身心障礙狀態區分資料的指標。

表 1：目前已婚或有伴侶之 15 到 49 歲女性使用（或其伴侶使用）避孕法（目前已婚或有伴侶）的比例，賴索托，2018

	不使用避孕法	任何現代方法 ¹	任何傳統方法 ²	任何方法
總計	35.1	64.6	0.4	64.9
年齡				
15-19	54.5	45.2	0.4	45.5
20-24	33.0	66.7	0.3	67.0
25-29	28.7	71.3	0.0	71.3
30-34	28.0	71.9	0.1	72.0
35-39	32.9	67.0	0.1	67.1
40-44	36.5	61.4	2.0	63.5
45-49	60.5	39.5	0.0	39.5
功能障礙（18 至 49 歲）				
有功能障礙	41.8	58.2	0.0	58.2
無功能障礙	34.1	65.5	0.4	65.9

資料來源：統計局，2018 年賴索托多指標叢集調查之調查結果報告（賴索托馬塞魯，2019）。

註：¹ 女性避孕、男性避孕、IUD、血管注射、植入、藥片、男性保險套、女性保險套、子宮帽／泡沫劑／潤滑劑；² 定期禁慾、體外射精及其他方法。

25.23 每 1,000 未感染人口中，新愛滋病毒感染者人數，依性別、年齡和關鍵族群（SDG 指標 3.3.1）以及身心障礙類別區分。

第一級：資料至少已於部分國家編製和通報的指標

根據 SDG 資料，可從 [Spectrum 模型](#)（未納入身心障礙資料）、家庭調查或內含 HIV 發病率檢驗的重要人口調查獲得此資料。若身心障礙者被視為關鍵族群，則關鍵族群定期監測系統應列為其他可能的資料來源。

[與此 SDG 指標相關的詮釋資料連結](#)

「各國團隊每年使用支援 UNAIDS 的軟體編製估算值，成員主要包括流行病學家、人口統計學家、監測與評估專家以及技術夥伴。」

用來編製估算值的軟體為 Avenir Health (www.avenirhealth.org) 開發的 Spectrum 和 East-West Center (www.eastwestcenter.org) 開發的 Estimates and Projections Package。UNAIDS 估算、模型與預測諮詢小組 (UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections) 對軟體 HIV 元件的開發工作提供技術指導 (www.epidem.org)。」

170 個國家於 2019 年通報這項未依身心障礙區分的指標。

DHS 和 MICS 提出有關 HIV/AIDS 知識、態度與行為的問題，但未提出感染問題。2014 年聯合國差距報告 (United Nations Gap Report) 指出，身心障礙和 HIV 狀態資料雖然稀少但仍能取得。他們引用南非、喀麥隆和肯亞的研究。

以下兩項研究係以一項有助於通報該指標資料的專案為研究依據：

- Pierre De Beudrap 等人，「身心障礙者 HIV 傳染病盛行率：喀麥隆雅溫得人口觀察性研究 (HandiVIH) (Prevalence of HIV infection among people with disabilities: a population-based observational study in Yaoundé, Cameroon (HandiVIH))」, *The Lancet HIV*, 第 4 冊, 第 4 期 (2017 年 4 月 1 日), 第 E61-E168 頁
- Pierre De Beudrap 等人，「HandiVIH—喀麥隆身心障礙者 HIV 及其他性與生育健康問題脆弱性之人口調查：研究計畫與方法考量事項 (HandiVIH—A population-based survey to understand the vulnerability of people with disabilities to HIV and other sexual and reproductive health problems in Cameroon: protocol and methodological considerations)」, *BJM Open*, 第 6 冊, 第 2 期 (2016 年 2 月)

該專案研究人員「使用兩階段隨機取樣法，從一般民眾家庭招募成年身心障礙者，和一組在年齡、性別和居住地點皆匹配的對照組。」研究人員在喀麥隆雅溫得招募 807 位身心障礙者和 807 位非身心障礙民眾，並進行面訪和驗血，以確定 HIV 盛行率。研究人員發現，「對照組 716 人當中有 28 人的 HIV 檢驗呈現陽性反應 (粗盛行率 3.9%，95% CI 2.9-5.3)，而 739 名身心障礙者中有 50 名呈陽性反應 (6.8%，5.0-8.6；條件比值比 [OR] 1.7；p=0.04)。」

25.24 每 1,000 身心障礙者人口中，結核病、瘧疾和 B 型肝炎的發病率 (SDG 指標 3.3.2、3.3.3 和 3.3.4)，與其他人對照。

第二級：該指標可以通過對現有的資料蒐集工作，進行簡單的添加或修改

[與此 SDG 指標相關資料連結](#)

結核病：

「有關資料來源與方法的詳細資訊可在以下公開報告取得：[arxiv.org - PDF](#)」

國家結核病計畫 (National TB Programmes) 每年三到六月間，透過 WHO 維護的線上資料通報系統向 WHO 提交年度結核病資料報告，這套系統包含即時檢查資料一致性的功能。結核病負擔估算值於七到八月編製，並與各國溝通。在提供新調查資料的國家，每年另外更新估算值。所有估算值在八到九月完成溝通，並依各國反饋完成修訂。最終版估算資料

在十月出版前，先由 WHO 審查是否符合特定國際標準以及依年齡層與性別細分的項目是否有任何矛盾。」

瘧疾：

「NMCP 通報的病例係取自各國監測系統，其內容包含有關疑似病例數、檢測病例數、依檢測方法和瘧原蟲物種區分的陽性病例數，以及通報病例的醫療設施數目。這些資訊總結在為此目的開發的 DHIS2 應用程式。具代表性的家庭調查資料公開諸於眾，其中包括國家人口與家庭調查 (DHS) 或瘧疾指數調查 (MIS)。

各國官方對應方為衛生部的國家瘧疾防治計畫。」。

目前還無法取得這項指標的肝炎詮釋資料，但已向托管機構提出要求。如需其他資訊，請聯絡 statistics@un.org。

如果這些監測系統內含有關身心障礙的問題，則可對這些指標進行區分。例如，2018 年奈及利亞 DHS 透過其快速診斷檢驗程序通報兒童瘧疾盛行率資料。該調查提出結核病和 B 型肝炎疫苗接種問題，但未提出發病率問題。此外，該調查透過 WG 提目確認身心障礙，故可通報 2 歲以上兒童依身心障礙狀態區分的瘧疾比例，但最後並未通報此資料。

表 2 以 2018 年奈及利亞 DHS 的瘧疾表作為範例。表中未以身心障礙作為區分兒童或母親的特徵，但如果納入 DHS 身心障礙選答單元，則可在表中依身心障礙區分。

表 2：6 到 59 個月兒童在兩種檢驗中歸類為瘧疾患者的比例，依背景特徵區分，奈及利亞，2018

背景特徵	依快速診斷檢驗（RDT）判定的瘧疾盛行率		依顯微鏡檢查判定的瘧疾盛行率	
	RDT 陽性（%）	兒童人數	顯微鏡檢查陽性（%）	兒童人數
<i>年齡（月）</i>				
6-8	27.5	687	19.1	482
9-11	21.8	598	13.1	448
12-17	30.1	1,450	17.9	1,064
18-23	31.9	1,142	19.7	857
24-35	36.6	2,429	20.1	1,775
36-47	40.5	2,525	24.3	1,856
48-59	42.7	2,519	30.8	1,817
<i>財富五分位數</i>				
最低	57.1	2,115	38.4	1,479
第二	50.3	2,230	33.6	1,572
中等	38.6	2,398	24.2	1,750
第四	25.9	2,377	14.7	1,765
最高	10.7	2,231	5.7	1,731

資料來源：國家人口委員會與 ICF，2018 年奈及利亞人口與健康調查（*Nigeria Demographic and Health Survey 2018*）（奈及利亞阿布加，NPC；美國馬里蘭州洛克維爾，ICF，2019），第 330 頁

美國的[國家健康與營養調查（National Health and Nutrition Survey）](#)結合訪談與健康檢查，檢驗 B 型肝炎與結核病。該調查還提出身心障礙問題，故可用來編製盛行率指標（如表 3 所示），但目前尚未在報告中納入此指標。請注意，盛行率不是發病率。後者涉及曾經罹患特定疾病的人數，前者涉及目前罹患特定疾病的人數。

表 3：18 歲以上（含）成年人過去或目前年齡調整後 B 型肝炎病毒感染盛行率，依性別、種族、西班牙裔及美國出生狀態區分：美國，2015 - 2018

	盛行率 (%)
總人口	4.3
男性	5.3
女性	3.4
非西班牙裔白人	2.1
非西班牙裔黑人	10.8
非西班牙裔亞洲人	21.1
西班牙裔	3.8
非美國出生	11.9
美國出生	2.5

資料來源：Deanna Kruszon-Moran 等人，「美國 B 型肝炎病毒感染盛行率盛行率與趨勢，2015 - 2018 (Prevalence and Trends in Hepatitis B Virus Infection in the United States, 2015–2018)」，*NCHS Data Brief*，第 361 期（2020 年 3 月），第 1 頁

25.25（每 1,000 名）15 至 60 歲人口死亡概率，依性別（WHO 指標）、身心障礙類別和原住民／少數族群背景區分。

第三級：取得資料的過程較為複雜，或需要設立資料蒐集機制（目前尚未建置）的指標

根據 WHO 的說明，這項指標充分利用可用的死亡登記資料，評估特定年齡層的死亡率。成年人的死亡率取自不同的生命表，而該等生命表又以聯合國世界人口展望版本、近期尚未發表的 HIV 高盛行率國家全因與 HIV 死亡率分析、生命登記資料，以及聯合國兒童死亡率估計機構間小組（United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation）的兒童死亡率估算值為基礎。如需詳細資料，請造訪 [WHO](http://www.who.int)。

必須依年齡、性別和身心障礙狀態區分死亡率，才能計算這項指標。其中一個方法就是將身心障礙狀態納入死亡登記程序，使其成為該程序的一部分。

25.26 營養不足人口比例（SDG 指標 2.1.1），依性別、年齡和身心障礙類別區分。

第二級：該指標可以通過對現有的資料蒐集工作，進行簡單的添加或修改

[與此 SDG 指標相關資料連結](#)

根據資料：

「估算營養不良盛行率（PoU）的理想數據來源將是一項精心設計和技術熟練的個人膳食攝入調查，並在調查中針對目標族群的代表性樣本反覆評估實際日常食物攝取量及所有調查對象的身高和體重。不過，由於成本因素，這類調查甚為少見：

原則上，在一人口群體當中，或許設計完善且蒐集食物取得相關資訊的家庭調查，便足以提供可信的 PoU 估算值，且可在花費合理成本的情況下定期執行。這點是有必要的，如此才能提供 SDG 監督過程所需的資訊，但前提為：

所有家庭成員的食物攝取來源均正確地列入計算，尤其包括在住家以外攝取的食物；

資訊足夠充分，可將食物攝取量或飲食支出資料，轉換為其對膳食熱量攝取量的貢獻程度；

採用正確的方法計算 PoU，藉此控制各個家庭日常食物攝取量的估算值，避免變化量過大，確保在個人食物攝取量分布中呈現正常變化量；該變化量係因各群體人口的熱量需求差異所造成。

例如，其他可視為能達到相同目的調查，包括為計算經濟統計數據與評估貧窮狀況而進行的調查，例如家庭收支調查、家庭預算調查與生活水準評估調查等。（……）

聯合國糧農組織（FAO）為了在國家、區域及全球層級提供 PoU 估算值所需的資訊，除仰賴可取得食物攝取量微觀資料的所有家庭調查外，還仰賴：

a) 聯合國人口司的世界人口展望

（<https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>），該報告每隔一年便提供全球多數國家最新的國家人口結構估算值，並依性別與年齡區分；

b) [FAO 糧食平衡表](#)，該表每年提供全球多數國家最新的國家糧食可得性估算值。

在用於蒐集食物攝取量資料的家庭調查中，微觀資料由 FAO 直接透過國家統計機構網站、或特定雙邊協議取得。

蒐集過程：

FAO 用以編製糧食平衡表的官方食品生產、貿易與使用資訊，主要由農業部統計單位提供。FAO 每年向指定主責單位提出資料蒐集問卷。

家庭調查的微觀資料，通常由國家統計機構持有並提供。當資料可用時，FAO 便會直接透過這些機構的網站獲取資料。在許多案例，若無法自公部門取得微觀資料，便會簽訂雙邊協議；通常在技術支援與能力發展計畫的背景下會這麼做。」

如欲為身心障礙兒童取得此資訊，則須使用併入 MICS 當中的 UNICEF /WG 兒童功能單元。

25.27 5 歲以下營養失衡兒童人口比例，先依類型（營養耗損和體重過重）（SDG 指標 2.2.2）分類後，再進一步依性別、年齡和身心障礙類別區分。

第二級：該指標可以通過對現有的資料蒐集工作，進行簡單的添加或修改

[與此 SDG 指標相關資料連結](#)

根據資料：

「多數國家的資料來源為具全國代表性的家庭調查。在少數國家，若有足夠的人口涵蓋率（約 80%）紀錄，則可使用監測系統的資料。不論資料來源為何，均須依照建議的標準評估方法，蒐集兒童的身高和體重測量數據（WHO 2008）。

蒐集過程：

UNICEF、WHO 與世界銀行集團共同檢視新的資料來源，以更新國家層級的估算值。每間機構均使用各自現有機制取得資料。

如欲瞭解 WHO 的部分，請參閱已出版的資料庫方法學（奧尼斯等人，2004）。至於 UNICEF，在國家、區域和國際層級工作、遍布 190 個國家的 UNICEF 專屬資料與監督專家核心團隊定期提供技術支援，以協助資料蒐集與分析。過去 20 年來，UNICEF 每年更新其全球資料庫「目標指標國家報告（CRING）」。這些更新由 UNICEF 與其各國分會緊密合作實施，以確保 UNICEF 全球資料庫涵蓋最新且具國際可比性的資料。UNICEF 要求各國分會，針對 100 項以上婦女與兒童福祉相關（包括發育遲緩）重要指標，透過線上系統提交具全國代表性的資料。各國分會人員與對應的地方機構合作，確保共享相關度最高的資料。各國分會提交的最新資料，則由 UNICEF 總部的部門專家進行審查，以檢視提交的估算值是否一致及整體資料品質的水準，並在可行情況下重新分析。這些審查以一組客觀標準為依據，確保資料庫僅納入最可信的資訊。一旦審查結束，專家便會給予回饋，說明是否接受特定資料點；若不被接受，則說明原因。UNICEF 透過 CRING 取得這些資料，並將其導入聯合資料集中。世界銀行集團提供透過生活水準評估調查（LSMS）獲得的估算值。由於 LSMS 報告中往往沒有發育遲緩資料表，若是進行該調查，通常需要重新分析資料集。」

MICS 內含一系列營養失衡問題和 UNICEF/WG 兒童功能單元，相關範例請參閱表 4 的 [2017/2108 迦納 MICS 調查](#) 資料。

表 4：依營養狀況區分並按年齡對應適當體重、年齡對應適當身高和身高對應適當體重三種人體測量指數評量之 5 歲以下兒童比例，迦納

背景特徵	年齡對應適當體重		年齡對應適當身高		身高對應適當體重				5 歲以下兒童人數
	體重過輕，低於標準之百分比		發育遲緩，低於標準之百分比		營養耗損，低於標準之百分比		體重過重，高於標準之百分比		
	-2 SD	-3 SD	-2 SD	-3 SD	-2 SD	-3 SD	+2 SD	+3 SD	
總計	12.6	2.4	17.5	4.8	6.8	1.1	1.4	0.3	8,775
性別									
男性	14.1	3.2	19.5	5.7	7.8	1.3	1.5	0.2	4,308
女性	11.0	1.6	15.6	3.9	5.9	1.0	1.3	0.3	4,467
年齡 (月)									
0-5	11.8	3.4	7.5	2.7	13.4	4.4	3.4	1.1	802
6-11	14.7	4.0	9.6	2.6	14.9	2.7	1.7	0.4	866
12-17	14.0	3.7	14.8	3.3	10.5	2.8	0.7	0.0	819
18-23	18.7	2.6	22.4	6.6	9.9	0.8	0.3	0.0	860
24-5	12.2	2.7	23.1	5.6	4.7	0.3	1.7	0.3	1,729
36-47	12.0	1.4	21.3	6.9	3.1	0.1	1.2	0.2	1,914
48-59	9.0	1.1	15.4	3.3	2.8	0.2	1.0	0.0	1,785

資料來源：迦納統計局，多指標叢集調查 (MICS2017/18) 之調查結果報告 (迦納阿克拉，2018)

UNICEF/WG 兒童功能單元鑑別自 2 歲起出現功能障礙的兒童。因此，該迦納調查報告本可涵蓋依兒童功能障礙 (2 至 4 歲) 區分的營養資料，如表 5 所示。

表 2：營養狀態，以兒童功能障礙區分（2 至 4 歲）

背景特徵	加權百分比	5 歲以下兒童人數	
		加權後	加權前
兒童功能障礙（2 至 4 歲）			
有功能障礙	10.8	593	551
無功能障礙	89.2	4,903	4,862

資料來源：迦納統計局，多指標叢集調查（MICS2017/18）之調查結果報告（迦納阿克拉，2018）

25.28 由專業醫護人員接生的比例（SDG 指標 3.1.2），依產婦年齡和身心障礙類別區分。

第一級：資料至少已於部分國家編製和通報的指標

[與此 SDG 指標相關資料連結](#)

根據資料：

「國家層級家庭調查為蒐集專業醫護人員（SBA）資料的主要資料來源。這些調查包括人口與健康調查（DHS）、多指標叢集調查（MICS）、生育健康調查（RHS）和採用類似研究方法的國家調查，而且每隔 3 到 5 年進行一次。主要工業化國家（這些國家覆蓋率很高）的資料來源還包括日常服務統計資料。

UNICEF 和 WHO 共同維持專業助產護理人員資料庫（例如醫師、護理師或助產士，或任何其他合格領域的人員），兩機構還共同合作確保資料來源的一致性。這些調查包括人口與健康調查（DHS）、多指標叢集調查（MICS）、生育健康調查（RHS）和採用類似研究方法的國家調查，而且每隔 3 到 5 年進行一次。主要工業化國家（這些國家覆蓋率都很高）的資料來源還包括日常服務統計資料。

在接受加入共同維護的全球資料庫之前，UNICEF 和 WHO 會先進行由更新與驗證程序構成的國家諮詢。該程序包括與各地辦事處聯繫，釐清有關估算值的任何疑問。國家級專業醫護人員在此過程中進行驗證，因此有些國家的估算值可能在醫師、護理師和助產士之外，還包含其他領域受過訓練的人員。

170 個以上的國家提供資料。

參考年和系列資料實際編製年之間的滯後現象取決於各國家庭調查可得程度。」

只要在調查中納入身心障礙問題，就能輕鬆對這項指標進行區分。表 6 顯示取自 [孟加拉 MICS](#) 的範例。

表 6：15 到 49 歲女性過去 2 年內產下活產嬰兒的比例分佈，依最近活產分娩過程中提供協助的人區分；最近剖腹生產活產比例，孟加拉，2019

	專業助產人員					
	醫師	護理師／助產士	醫務輔助人員／醫療助理 (MA) / SACMO	家庭福利訪問員 (FWV)	社區專業助產士 (CSBA/PCSBA)	專業助產人員協助分娩
總計	43.3	11.4	0.2	0.9	3.1	59.0
最近活產時年齡						
20 歲以下	43.5	13.3	0.4	1.2	4	62.3
20-34	44.4	11.1	0.2	0.8	2.9	59.4
35-49	32.5	9.0	0.2	0.8	2.5	45.0
功能障礙 (18 至 49 歲)						
有功能障礙	40.2	7.7	0.7	1.9	2.5	53.1
無功能障礙	43.3	11.5	0.2	0.8	3.1	58.9

資料來源：孟加拉統計局與 UNICEF 孟加拉分會，Progotir Pathey，2019 年孟加拉多指標叢集調查之調查結果報告 (Progotir Pathey, Bangladesh Multiple Indicator Cluster Survey 2019, Survey Findings Report) (孟加拉達卡，2019)，第 115 頁

25.29 就性關係、是否使用避孕用品及生育健康照護做出知情決定之婦女及女孩的比例 (根據 SDG 指標 5.6.1)，依年齡和身心障礙類別區分。

第一級：資料至少已於部分國家編製和通報的指標。

[與此 SDG 指標相關資料連結](#)

根據資料：

「目前這項指標的資料，主要取自具有全國代表性的 DHS。越來越多資料來源納入 MICS 和 GGS 及各國專有的調查。

資料的蒐集方法與相關國家調查使用的方法相符。

各國專有的調查

SDG 指標 5.6.1 的資料，可透過各國既有調查蒐集。在既有全國性家庭調查方面，必須確定取樣設計未系統性地排除對 SDG 指標 5.6.1 具有重要意義的人口子群體，特別包括目前已婚或有伴侶的育齡（15 到 49 歲）婦女。僅涵蓋特定人口群體的調查（例如使用主流語言的婦女、或出身自主要種族群體的婦女），可能排除一大部分婦女的經驗。只要可取得就應蒐集調查參與者的族裔與宗教資料。調查應使用大規模樣本（通常在 5,000 到 30,000 個家庭之間）、具有全國代表性，而且至少必須在國家層級的下一階行政層級具有代表性。

涉及非相關主題的調查、或可能不適合用以納入 SDG 指標 5.6.1 問題。在健康調查中處理的敏感性主題（特別包括調查婦女健康的主題），反而因其敏感性而適合針對婦女在決定其性關係、使用避孕用具和自身醫療照護方面的經驗提出相關問題。

必須在調查中納入所有三個問題，才能編製 SDG 指標 5.6.1 資料。「定義」章節中的三個問題具有一般性，可用於各國專有的調查。第一和第二個問題應能含有明確區分的類別：婦女自行決定以及婦女與其丈夫／伴侶共同決定。

目前，共有 57 個國家至少有一項調查具備所有 3 個問題的資料，而所有這些問題都是計算指標 5.6.1 的必要問題。擁有資料的 57 個國家分布如下：

- 中亞與南亞（5）
- 東亞與東南亞（5）
- 北美與歐洲（2）
- 西亞與北非（2）
- 拉丁美洲與加勒比海（7）
- 撒哈拉以南非洲（36）

其他多數國家在計算指標 5.6.1 時，只有一或兩個問題。UNFPA 不僅參與國際與區域重大調查計畫，還參與國家和國際組織與機構，並將這些問題納入相關家庭調查，以期覆蓋全球所有國家。」

只要納入 DHS 身心障礙選答題，就能輕鬆編製此指標。如果使用 MICS，身心障礙問題即為核心問卷的一部分。其他調查只要納入身心障礙問題也能編製指標。

2018 年奈及利亞 DHS 蒐集的問題，涉及婦女與丈夫商討性關係、使用避孕用具及決定自身生育醫療照護的能力。然而，即使在調查中納入身心障礙單元的國家，例如奈及利亞的 DHS，也沒有發現任何針對此主題區分資訊的報告。

25.30 總人口中，每 100,000 人的年強制住院率。

第一級：資料至少已於部分國家編製和通報的指標

這項指標旨在追蹤長期強制住院情形，故有助於依 CRPD 的規定擬定策略，防止與終結心理健康強制手段。在本案，蒐集的資料取決於何者應視為並記錄為「自願」或「強制」住院。

在某些管轄區，「自願」住院可能要求以第三方（例如監護人）取代同意，但這與 CRPD 的自由意識與知情同意標準和行使法律行為能力的規定抵觸。第三方授權應記錄為但不得視為「自願」。

強制住院的資料不僅稀少，而且各國並不一致。為了更清楚地瞭解官方統計資料以外的實際做法，必須在與心理社會障礙者及其代表組織商談時使用相關指標和其他監督工具（請參閱 CRPD 人權指標常見問題 3）。

可從病患入院行政紀錄蒐集資料，分子為強制住院人數，分母為所有住院人數。英國和北愛爾蘭聯合王國國民保健署（National Health Service）於英格蘭編製[心理健康法年度應用統計資料](#)，表 7 提供相關範例。該資料特別關注正式拘留於醫院的案例；這種情形又稱為「分組（Sectioned）」。

表 7：依 1983 年心理健康法拘留的人數，依年齡層與性別區分，2018 - 19

	拘留人數	基準人口	每 100,000 人粗拘留率
整體	49,988	55,977,178	89.3
17 歲以下 (含)	1,241	11,954,618	10.4
15 歲以下 (含)	433	10,748,458	4.0
16-17	808	1,206,160	67.0
18 歲以上 (含)	47,624	44,022,560	108.2
18-34	15,991	12,402,844	128.9
35-49	12,270	10,907,309	112.5
50-64	9,374	10,533,154	89.0
65 歲以上 (含)	9,989	10,179,253	98.1
所有性別 (若已記錄)	48,828	55,977,178	87.2
男性	25,285	27,667,942	91.4
女性	23,543	28,309,236	83.2

資料來源：NHS Digital，「[心理健康法統計資料、年度數字，2018-19 年 \(Mental Health Act Statistics, Annual Figures 2018-19\)](#)」，2019 年 10 月 29 日，表 1b