

# DÜNYA SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ

## BÖLÜM 2

### DÜNYA SAĞLIK GÖSTERGELERİ

#### 1- SAĞLIK DURUM GÖSTERGELERİ

##### A- DOĞUMDAKİ ÖMÜR BEKLENTİSİ

**Kullanım Temeli :** Doğumdaki ömür beklentisi, toplumun tüm mortalite seviyesini yansıtır. Tüm yaş guruplarında - çocuklar ve gençler, yetişkinler ve yaşlılarda - geçerli olan mortalite seyrini özetler.

**Tanım:** Eğer son mortalite hızları etkisi devam ediyorsa, yeni doğanın yaşamayı umduğu ortalama yılların sayısı.

**İlişkili Terimler :** Ömür tablosu, her yaş veya yaş gurubu için ölüm ihtimalini tanımlayan ölüm hızı ve hayatta kalanların sayısını gösteren çizelgeler setidir.

**Veri Kaynakları :** Hayat kayıtları, nüfus sayımı ve araştırmalar: Yaş spesifik mortalite hızları doğumdaki ölüm beklentisini hesaplamada gerekir.

**Değerlendirme Metotları :** DSÖ iyi kalitede olduğuna karar verdiği hayat kayıtlarından yaklaşık 1800 kadar ömür tablosuna dayanarak, model bir ömür tablosu geliştirmiştir.

Hayat kayıtları olan ülkelerde, mortalite hızları kaydedilen mortalite verilerinin tamlık seviyesine göre uyarlanır. 2003 hayat kayıt verileri bulunanlarda, bunlar ömür tablosu oluşturmada direk kullanılır. Yıllık ömür tablosu zaman seyirlerini sağlayan bilgi sistemi bulunan ülkelerde, ömür tablosundaki parametreler, son yıllara daha çok önem verilen avantajlı gerileme modeli kullanılarak tasarlanır. İki ömür tablosu parametrelerinin tasarlanan değerleri, önceden bildirilen 2003 tüm ömür tablosunda yaş şablonunu sağlayan en son ulusal verileri bulunanlarda değiştirilmiş **logit** ömür tablosu modeline uygulanır.

Yaş-spesifik mortalite hızları kaynakları yetersizliğinde, ömür tablosu, değiştirilmiş logit model kullanarak dünya standardına (1800 ömür tablosunun tümünün ortalaması olarak tanımlanan) uygulanan tahmini 5 yaş altı mortalite hızları ve yetişkin mortalite hızlarından elde edilir.

**Dağıtım :** Yaşa ve cinsiyete göre.

**Referanslar :** Murray CJL, et al. Modi.ed logit life table system: principles, empirical validation and application. *Population Studies* 2003, 57(2):1-18.

*The World Health Report 2005: make every mother and child count.* Geneva, World Health Organization, 2005. (<http://www.who.int/whr/2005/en/index.html> )

**Veri Temeli :** DSÖ Mortalite Veri Tabanı (hayat kayıt verileri

(<http://www3.who.int/whosis>)

**Yorumlar :** Tam ve güvenilir mortalite verileri yokluğunda özellikle düşük gelimli ülkelerde ve hâsseten yetişkin ve yaşlıların mortalitesinde ömür beklentisini tahminde modelleme (diğer toplumlardaki veriler temelinde) uygulaması gerekir.

## **B - SAĞLIKLI ÖMÜR BEKLENTİSİ:**

**Kullanım Temeli :** Güçlü kaynaklar, mortaliteye değil, morbiditeye neden olan major hastalıkların insidansı, süresi ve şiddetinin azaltılmasına ve halkın yaşamlarına etkisinin azaltılmasına bağlıdır. Toplum sağlığının ortalama seviyelerindeki ölçüm özetinde hem ölümcül hem de ölümcül olmayan sağlık sonuçlarını yakalamak önemlidir. Doğumdaki Sağlıklı Ömür Beklentisi (HALE) farklı sağlık durumlarındaki ömür beklentisine ilaveten, zaman içindeki değişikliklere duyarlılık sağlayan şiddet dağılımına veya ülkeler arası sağlık durumlarının şiddet dağılımındaki farklılıklara uyarlanmıştır.

**Tanım :** Kişinin hastalık ve/veya yaralanmaya bağlı tam sağlıklılıktan az yaşadığı yılları hesaba katarak tam sağlıklı yaşamayı umduğu yılların ortalama sayısıdır.

**İlişkili Terimler :** Yok

**Veri Kaynakları :** DSÖ tarafından yayınlanan yıllık ölüm kayıt verileri: Ömür tablolarını hesaplanmasındaki mortalite verileri. Bu verilerin bulunmadığı ülkelerde, çocuk ve yetişkin mortalitesine ait mevcut inceleme ve nüfus sayım verileri bilgisi analiz edilir ve ömür tablolarını tahmin etmede kullanılır.

DSÖ Küresel Hastalık Yükü (GBD) araştırması, DSÖ Çoklu Ülke İnceleme Araştırması (MCSS) ve Dünya Sağlık İncelemesi (WHS): Prevelans verilerini tahminde GBD araştırması 135 majör sebebe bağlı yetersizlikle yaşanan yılların insidansın, prevelansın ve sürenin içsel tutarlılıkla tahminini geliştirmede veri kaynaklarının geniş bir setini çizer. DSÖ'ce 70' ten fazla ülkede yapılan Dünya Sağlık İncelemesi (WHS), çekirdek sağlık alanları setinin kendi-raporlama kapasitelerinin mukayese edilebilirliğini geliştirmede **anchoring vignettes** kullanır. Aynı zamanda rapor edilen sağlık durumlarının şiddetini belirleyici sağlık durum değerlendirme modülünü de kapsar.

**Değerlendirme Metotları :** Mukayese edilebilir sağlık durum prevalansı verileri tüm ülkelerde bulunmadığından dört aşamalı strateji kullanılır.

- 1- Tüm ülkelerde, yaşa ve cinsiyete göre, şiddete-uyarlanmış prevalans tahmininde WHOGBD araştırma verileri kullanılır.
- 2- İncelenen ülkelerde, yaşa ve cinsiyete göre, şiddete-uyarlanmış prevalansın bağımsız tahminini yapmada WHOMCSS ve WHS verileri kullanılır.
- 3- Tüm ülkelerde prevalans, GBD, MCSS ve WHS tahminlerine dayanılarak hesaplanır.
- 4- Ülkelerin HALE'sini hesaplamada Sullivan metoduyla birlikte DSÖ tarafından yapılan ömür tabloları kullanılır.

**Dağıtım** : Yaş ve cinsiyete göre

**Kaynakça** : *World Health Report 2004: Changing History*. Geneva, World Health Organization, 2004.

Mathers CD, et al. Methods for Measuring Healthy Life Expectancy. In: Murray CJL, Evans D, eds. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva, World Health Organization, 2003.

**Veri Temeli** : WHOSIS BOD web sayfaları: (<http://www.who.int/evidence/bod> )

**Yorumlar** : İlk sorun, özellikle düşük gelir düzeyli ülkelerde, güvenilir mortalite ve morbidite yokluğudur. Diğer sorunlar sağlık, çalışmalarının kişisel rapor verilerinin mukayese edilebilirliğindeki ve bu tip kişisel raporlama sağlık durum öncelikleri ölçümlerindeki eksikliği kapsar.

## **C – 15-60 YAŞLARI ARASINDAKİ (HER 1.000 KİŞİDE) ÖLÜM İHTİMALİ (YETİŞKİN MORTALİTE HIZI)**

**Kullanım Temeli** : Yetişkin mortalitesi, ekonomik olarak en üretken yaş aralığında Hastalık Yükünün (BOD) önemli bir göstergesidir.

**Tanım**: 15 yaşındaki birinin 60. doğum gününe ermeden ölme ihtimalidir.

**İlişkili Terimler** : Rapor edilen yılın yaş-spesifik mortalitesini görüp geçirecek 100.000 nüfuslu farazi kohort içindeki 15 ve 60 yaşları arasında (her 1.000 kişide) her yıl **ölme ihtimali**.

**Ömür tablosu** (doğumdaki ömür beklentisine bak).

**Veri Kaynakları** : Hayat veya örnekleme kayıt: Yaş-spesifik hızları hesaplamada yaşa ve cinsiyete göre olan mortalite kullanılır.

Nüfus Sayımı: Nüfus sayımındaki önceki belirlenen periyot süresince (genellikle 12 ay) hane halkında meydana gelen son ölümlerle ilgili sorulardan yaş ve cinsiyete göre mortalite çizelgesi oluşturulur.

Nüfus Sayımı veya Araştırmalar: Ebeveynin veya kardeşlerin survival bilgisine dayanarak yetişkin mortalite hızlarının elde edildiği indirekt metotlar

**Değerlendirme Metotları** : Yetişkin mortalitesinin seviye ve eğilim tahminlerini elde etmek için, gözlenen mortalite noktalarını eğriye yerleştirerek, farklı kaynaklardan deneysel veriler birleştirilir. Bununla beraber en muhtemel tahmini yapmak için verinin kalitesi ve toplumu ne kadar temsil ettiği kararına ihtiyaç duyulur. Son istatistikler çoğu ülkede verilerin mevcudiyeti temelinde, son yılın yetişkin mortalitesini tahmin etmek amacıyla en azından 3 – 4 yıllık nokta tahminleri olarak tarihlenmelidir. Yaş spesifik mortalitenin yeterli kaynağı olmadığına ömür tablosu ömür beklenti göstergesinde belirtildiği gibi elde edilir.

**Dağıtım** : Cinsiyete, yerleşime (şehir/kırsal, büyük bölgeler/taşra) ve sosyoekonomik özelliklere (eğitim, servet gibi) göre. Nüfus sayımları ve araştırmalar bu gibi ayrıntıları sağlar; hayat kayıt verileri genellikle sosyoekonomik değişiklikleri ihtiva etmez, fakat diğer dağıtımları sağlayabilir.

**Kaynakça** : *Methods for estimating adult mortality*. United Nations Population Division, July 2002 (ESA/P/ WP.175).

(<http://www.un.org/esa/population/publications/adultmort/Complete.pdf> )

**Veri Temeli** : DSÖ Mortalite Veri Tabanı (hayati kayıt verileri): (<http://www3.who.int/whosis>)

**Yorumlar**: Düşük gelir düzeyindeki ülkelerde dikkate değer olan yetişkin mortalite verileri yokluğu bulunur. Nüfus sayımlarında ve araştırmalarda yetişkin mortalite tahmin metotları geriye dönük ve muhtemelen önemli ölçüm hatasına meyillidir.

## **D- BEŞ YAŞALTI (HER 1.000 KİŞİDE) ÖLÜM İHTİMALİ (5-ALTI MORTALİTE HIZI)**

**Kullanım Temeli** : 5- Altı mortalite hızı çocuk sağlığı seviyesinin ülkelerin tüm gelişim düzeyinin önde gelen göstergesidir.

**Tanım**: Belirli bir yılda veya periyotta doğan bir çocuğun eğer bu periyottaki yaş-spesifik mortalite hızının öznesi ise, beş yaşına ermeden ölme ihtimalidir.

**İlişkili Terimler** : 5- Altı mortalite hızı, tam bilinen, hız olmayan (ölüm sayısının belirli bir zaman periyodundaki risk altındaki nüfusa bölümü gibi), fakat ömür tablosundan elde edilen ve her 1.000 canlı doğumdaki hız olarak belirtilen ölüm ihtimalidir.

Canlı doğum: Gebelik ürününün, hamilelik süresine bakmaksızın, annesinden tam doğumu yada doğurtulmasını ifade eder ki, bu tip ayrılmadan sonra göbek kordonu kesilmiş olsun yada olmasın veya plasentaya bitişik olsun, nefes alma veya diğer bir hayat belirtisi göstermesidir (Kalp atışı, göbek kordonundaki nabız veya istemli kasların bariz hareketi gibi). Bu şekilde doğan her ürün canlı doğum kabul edilir.

**Veri Kaynakları :** Çocuklarda ve yeni doğanlardaki yaş - spesifik mortalite hızları, hayat kayıtları, nüfus sayımları ve/veya ev halkı araştırmalarından elde edilen doğum ve ölüm verilerinden hesaplanır.

Hayat kayıtları: Yaş spesifik hızları hesaplamada kullanılan her yaş gurubundaki doğumların ve çocukların sayısı yaşa göre ölüm sayıları. Bu sistemler yıllık verileri sağlar.

Nüfus sayımları ve araştırmalar: Doğurganlık yaşındaki her kadına kaç çocuk doğurduğunu ve kaçının hala hayatta olduğunu sormaya dayalı indirekt metot kullanılır.Sonrasında 5 – Altı mortalite tahminini elde etmede Brass metodu ve ömür tabloları modeli kullanılır.

Araştırmalar: Doğum geçmişi – yaşamı boyunca bir kadının doğurduğu her bir çocuğun sorgusunun detaylandırıldığı seriler – temelinde kullanılan direk metottur. Örneklem hatalarını azaltmak için tahminler genellikle beş veya 10 yıl önceki araştırmanın periyot hızları olarak sunulur.

**Değerlendirme Metotları :** 5 – Altı mortalitenin seviye ve eğilim tahminlerini elde etmek için, gözlenen mortalite noktalarını eğriye yerleştirerek, farklı kaynaklardan deneysel veriler birleştirilir. Bununla beraber en muhtemel tahmini yapmak için verinin kalitesi ve toplumu ne kadar temsil ettiği kararına ihtiyaç duyulur. Son istatistikler çoğu ülkede verilerin mevcudiyeti temelinde, son yılın 5 - Altı mortalitesini tahmin etmek amacıyla en azından 3 – 4 yıllık nokta tahminleri olarak tarihlenmelidir.

**Dağıtım :** Cinsiyete, yerleşime (şehir/kırsal, büyük bölgeler/taşra) ve sosyoekonomik özelliklere (eğitim, servet gibi) göre. Eğer çoklu kategori kullanılırsa, örneklem hatasında hızlı artış sebebiyle, 5 - Altı mortalite hızları dağıtımı sıklıkla 10 – yıllık periyotlarla gösterilir. Nüfus sayımları ve araştırmalar bu tarz detayı sağlar; hayat kayıt verileri genellikle sosyoekonomik değişiklikleri ihtiva etmez, fakat diğer dağıtımları sağlayabilir.

**Kaynakça :** Hill K, et al. *Trends in child mortality in the developing world: 1990 to 1996*, unpublished report, United Nations Childrens' Fund (UNICEF), New York, January 1998 (<http://www.childinfo.org/cmr/kh98meth.html> )

*The World Health Report 2005, Make every mother and child count.* Geneva, World Health Organization, 2005. (<http://www.who.int/whr/2005/en/index.html> )

*The State of the World's Children 2005 – Childhood under threat.* New York, United Nations Children's Fund (UNICEF), 2004.

(<http://www.unicef.org/sowc05/english/index.html> )

**Veri Temeli :** Demografik ve Sağlık Araştırmaları (DHS) : (<http://www.measuredhs.com>)

WHOSIS Mortalite Database (hayat kayıt verileri) : (<http://www3.who.int/whosis>),

UNICEF (istatistikler ve MICS) : [www.childinfo.org/](http://www.childinfo.org/)

**Yorumlar :** Her ne kadar birçok ülkede son yıllardaki çocuk mortalitesi bilgileri toplanmışsa da, hane halkı araştırmalarının, çok yakın çocuk mortalite eğim bilgisine olan yüksek talebi karşılaması zordur. Hayat kayıt sistemlerinin yüksek kalitesi (kayıt tamamlılığı) ve nüfus sayımları ve araştırma verileri koleksiyonunun yüksek kalitesi çok önemlidir – DSÖ, hayat kayıt sistemlerinin seviyesindeki düşüklüğü tahmin eder, ve gerçekten verilerin kalitesi ve tutarlılığında ülkeler arasında önemli farklılık vardır.

## **E – NEONATAL MORTALİTE HIZI (HER 1.000 CANLI DOĞUMDA)**

**Kullanım Temeli :** Yeni doğan ölümleri, çocuk ölümlerinin büyük bir kısmını kapsar. Yeni doğan periyodu içindeki mortalite anne ve yeni doğan sağlığı ve bakımının iyi bir göstergesi kabul edilir.

**Tanım :** Verilen bir yıl veya periyotta, her 1.000 canlı doğumda ömrün tamamlanan ilk 28 günü\* içindeki ölümlerin sayısıdır.

\*Yeni doğan ölümleri, ömrün ilk yedi günü içinde olanları erken yeni doğan ölümleri ve yedi günden sonra fakat ömrün tamamlanan 28 gününden önce olanları ise geç yeni doğan ölümleri olarak iki alt guruba ayrılabilir.

**İlişkili Terimler :** Neonatal periyot doğumla başlar ve doğumdan sonra 28 günün tamamlanmasıyla sona erer.

Canlı doğum (5 yaş altı ölüm ihtimaline bak).

**Veri Kaynakları :** Hayat kayıtları: Canlı doğumların sayısı ve neonatal ölümlerin sayısı yaş-spesifik hızları hesaplamada kullanılır.

Araştırmalar: Hesaplamalar doğum geçmişine – yaşamı boyunca bir kadının doğurduğu her bir çocuğun sorgusunun detaylandırıldığı seriler – dayandırılır. Tahminler genellikle araştırmadan önceki beş yıllık periyotlar için periyot hızları olarak sunulur. Araştırmadaki doğumların toplam sayısı paydayı sağlar.

**Değerlendirme Metotları :** Deneysel veriler kullanılır. Araştırma veya kayıt veri noktası mevcut olmadığında, neonatal mortalite hızı AIDS için gerilemeye uyarlanmış 5 – Altı mortaliteden tahmin edilir.

**Dağıtım :** Cinsiyete, yerleşime (şehir/kırsal, büyük bölgeler/taşra) ve sosyoekonomik özelliklere (annenin eğitimi, serveti gibi) göre.

**Kaynakça :** World Health Organization. WHO Statistical Information System (WHOSIS). *Estimated completeness of mortality data for latest year.* (<http://www3.who.int/whosis> ) *Perinatal and neonatal mortality.* In preparation. Geneva. World Health Organization. 2005.

**Veri Temeli :** Demografik ve Sağlık Araştırmaları (DHS): (<http://www.measuredhs.com> ) Dünya Sağlık Raporu 2005: her anne ve çocuğu sayarak. Annex Tablo 8 Geneva, DSÖ 2005. (<http://www.who.int/whr/2005/en/index.html> )

DSÖ, Avrupa Ofisi. HFA veri temeli: (<http://www.who.dk/hfadb> )

**Yorumlar :** Neonatal mortalite tahminlerinin güvenilirliği doğumların ve ölümlerin, kayıt ve raporlamasının tamlığına ve doğruluğuna dayanır. Düşük raporlama ve yanlış sınıflandırma özellikle hayatın erken safhasındaki ölümlerde yaygındır.

Perinatal mortalite, her 1.000 canlı doğumdaki, hayatın ilk haftasındaki ölümlerin ve ölü doğumların sayısı olarak tanımlanır, ilave gösterge olarak faydalıdır, ve perinatal mortalitenin başlıca bileşeni olan ölü doğum hızları tahminlerini geliştirmek için çalışma sürdürülür.

## **F – MATERNAL MORTALİTE ORANI ( HER 100.000 CANLI DOĞUMDAKİ)**

**Kullanım Temeli :** Hamilelik ve doğum sırasındaki komplikasyonlar, gelişmekte olan ülkelerde doğurganlık yaşındaki kadınlar arasında en önemli ölüm ve yetersizlik sebebidir. Maternal mortalite oranı, her gebelikle ilgili riski gösterir, obstetrik risk gibi. O aynı zamanda MDG göstergesidir.

**Tanım :** Belirli zaman periyodu, genellikle bir yıl süresince, her 100.000 canlı doğumdaki anne ölümlerinin sayısıdır.

**İlişkili Terimler :** **Maternal ölüm**, hamilelik süresinde veya hamilelik sona erdikten sonraki 42 gün içinde, hamileliğin yerine ve süresine bakmaksızın hamileliğe bağlı veya hamilelikle kötüleşen veya onun bakımından dolayı olan, ancak kaza veya tesadüfi nedenlerle olmayan herhangi bir nedenle bir kadının ölmesidir. Ölüm sebebini yorumlamanın yetersiz olduğu durumlarda maternal ölümlerin tanımlamasını kolaylaştırmada, ICD-10 ilave bir kategori sunar: **Hamilelik – bağlantılı ölüm**, hamilelik

süresinde veya hamilelik sona erdikten sonraki 42 gün içinde, ölüm sebebine bakmaksızın bir kadının ölümü olarak tanımlanır.

**Canlı doğum** (5 yaş altı ölüm ihtimaline bk.)

**Veri Kaynakları** : Hayat kayıtları, hane halkı araştırmaları, nüfus sayımları, sağlık servis tutanakları.

**Değerlendirme Metotları** : Ölümlerin ve ölüm nedenlerinin kapsamlı kaydı bulunması hariç maternal mortaliteyi tam ölçmek zordur. Başka durumda, nüfus sayımları ve araştırmalar maternal mortalite seviyesini ölçmede kullanılır. Sağlık servisleri arşivinden alınan veriler, tüm doğumlar sağlık kurumlarında olmadığından, kapsamı ve yönü belirlenemediği önyargılarından dolayı problemlidir. Doğurganlık yaşı mortalite incelemeleri (RAMOS), doğurganlık yaşındaki kadınların ölümlerine ait farklı kaynaklardaki verilere dayanarak, arşiv taraması ve/veya maternal ölümleri tam tanımlayan sözlü otopsi ile eşleştirerek kullanır. Bir çok kaynak bilgisi temelinde, RAMOS maternal mortalite seviyelerini tespit için en iyi yol olarak kabul edilir. Hane halkı incelemelerinden yapılan tahminler geniş güven aralığına meyilli uzun periyot hızlarıdır. (sıklıkla 10 yıllık periyotlar). Herhangi bir güvenilir maternal mortalite verisi olmayan ülkelerde istatistiksel modeller uygulanır. Maternal mortalitenin küresel ve bölgesel tahminleri her 5 yılda bir, regresyon modeli kullanılarak yapılır.

**Dağıtım** : Yaş ve cinsiyet, yer (şehir/kırsal, büyük bölgeler/taşra) ve sosyoekonomik özelliklere (eğitim seviyesi, servet gibi) göre.

**Kaynakça** : *International Classification of Diseases*, 10th Revision, Geneva, World Health Organization, 2004. *Maternal Mortality Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Geneva, World Health Organization, 2004.

**Veri Tabanı** : Yok

**Yorumlar** : Maternal ölüm, epidemiyolojik bakış açısıyla, nispeten nadir bir olaydır ve mortalitenin tam ölçülmesi zordur. Düşük gelir düzeyli bir çok ülkede hiçbir veri yoktur yada çok az vardır ve ulusal tahmin yapmada modelleme kullanılır.

## **G - 15 – 49 YAŞLARI ARASINDAKİ HIV PREVELANSI**

**Kullanım Temeli** : HIV ve AIDS hemen her ülkede en önemli toplum sağlığı problemi haline gelmiştir ve epidemik seyri çok önemlidir. Hem MDGS hem de UNGASS (the United Nations General Assembly Special Session), HIV ve AIDS üzerine, HIV prevalansını azaltıcı hedefler belirlemiştir.

**Tanım** : 15 – 49 yaşlar arasındaki tüm nüfusta HIV enfeksiyonluların yüzdesi.



**İlişkili Terimler :** İzlem amacıyla HIV enfeksiyonu tanısı minimum olarak WHO/UNAIDS izlem ilkelerine göre HIV antikor testi ile konur.

**Veri Kaynakları :** Yaygın epidemilerde doğum öncesi klinik kontroller primer bilgi kaynağıdır. Düşük seviyeli ve konsantre epidemilerde (genel nüfusta HIV prevalansı %1 in altında tahmin edildiğinde) risk altındaki nüfusun sürvelansı, örneğin enjekte ilaç kullanıcıları, fahişelerle ve erkeklerle cinsel ilişkiye giren erkekler gibi, incelemenin odak noktasını teşkil eder.

Hane halkı araştırmaları: HIV testinin dahil edilmesi ülkeler tarafından artan bir şekilde uygulanmaktadır [Demografik ve Sağlık Araştırmaları (DHS) gibi].

**Değerlendirme Metotları :** Sürvelans sistemlerindeki HIV prevalans verileri, ki ulusal HIV testi araştırmalarını da kapsayabilir, WHO ve UNAIDS tarafından geliştirilen standardize tahmin metotları UNAIDS Tahmin, Modelleme ve Projeksiyonlar Referans Gurubu ile işbirliği içinde HIV prevalansı tahmininde kullanılır. Yaygın epidemilerde yazılım paketi Epidemik Projeksiyon Paketi (EPP) olarak adlandırılır. Deneysel veri noktalarının eğimine uydurularak kullanılır. Düşük seviyedeki ve konsantre epidemilerde risk altındaki nüfustaki HIV prevalansı ve büyüklük tahmini girdilerine ihtiyaç duyan çalışma tablosu metodu kullanılır.

**Dağıtım :** Cinsiyete, yerleşime (şehir/kırsal, büyük bölgeler/taşra) ve sosyoekonomik özelliklere (eğitim seviyesi, serveti gibi) göre.

**Kaynakça :** *Sexually Transmitted Infections, Special Issue, British Medical Journal*, 2004. ([http://www.sti.bmjournals.com/content/vol80/suppl\\_1](http://www.sti.bmjournals.com/content/vol80/suppl_1) )

The UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. Improved methods and assumptions for estimation of the HIV/AIDS epidemic and its impact: Recommendations of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. *AIDS* 2002; 16:W1–W16.

Guidelines for using HIV Testing Technologies in Surveillance: Selection, evaluation and Implementation.

Geneva. World Health Organization, Joint United Nations Programme , 2001.

(<http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pub4/en> )

**Veri Tabanı :** US Bureau of the Census HIV/AIDS Surveillance database:

(<http://www.census.gov/ipc/www/hivaidsn.html> )

UNAIDS/WHO Global HIV/AIDS Online Database:

([http://www.who.int/GlobalAtlas/autoLogin/hiv\\_login.asp](http://www.who.int/GlobalAtlas/autoLogin/hiv_login.asp) )

**Yorumlar :** Uluslar arası hedeflere ulaşmaya yönelik ilerlemeyi izlemek için öne sürülen ana gösterge, 15 – 24 yaşları arasındaki genç nüfustaki HIV prevalansıdır, ki o 15 – 49 yaşları arasındaki HIV prevalansından çok insidansını izlemeyi daha iyi temsil eder. Her ne kadar ülkeler, çoğunlukla doğum kliniklerine müracaat eden genç hamile kadınların verilerini elde ederek, genç nüfusun verilerini daha iyi toplamaya yönelirlerse de, mukayese edilebilir veri mevcudiyeti hala sınırlıdır.

## **H – POLİOMİYELİT VAKALARININ SAYISI**

**Kullanım Temeli :** 1988 Dünya Sağlık Kongresi (WHA) poliomiyelitin küresel eradikasyonu için toplandı. Bu hedef doğrultusundaki ilerlemenin izlenmesi ve eradikasyon stratejilerinin bildirilmesi için poliomiyelit vakalarının sayısı kullanılır. Ülkeler rutin aşılama ilave stratejiler – ulusal aşılama günleri, alt ulusal kampanyalar gibi – veya daha hedefe dönük poliomiyelit vakalarının seviyesine dayanan temizleme faaliyetleri yürütür.

**Tanım :** Laboratuvar testleri ile doğrulanan veya polio enfeksiyonuyla bağlantılı muhtemel polio vakaları (akut – gevşek paralizi – AFP, diğer paralitik hastalıklar ve polio vakalarıyla temaslar) dır.

**İlişkili Terimler :** Yok

**Veri Kaynakları :** Aktif AFP vaka bulgu ve raporu, bulaşıcı hastalık sürvelans sistemleri, ulusal ve bölgesel laboratuvar raporları \*

\* Ülkelerin çoğu 15 yaş altı çocuklar arasındaki akut gevşek paralizi vakaları için aktif vaka araştırması yürütür. Laboratuvar incelemesi için mümkünse dışkı örneği ( vakaların yaklaşık % 80 de) alınır. Polio enfeksiyonu kanıtı olan vakalar, bölgesel referans laboratuvarınca doğrulanır. AFP / Polio sürvelans verilerinin başlıca kalite göstergesi polio olmayan AFP hızının kullanımıdır. Araştırmalar beklenen polio olmayan AFP hızının 15 yaş altı nüfustaki her 100.000 kişide yaklaşık bir olduğunu göstermiştir, ve etkili polio sürvelans sistemi 15 altı nüfusta her 100.000 kişide yaklaşık bir AFP vakası bularak rapor edebilir.

**Değerlendirme Metotları :** Polio vakaları tahminleri yalnızca uyarlanmamış sürvelans verilerine dayandırılır.

**Dağıtım :** Yere (şehir/kırsal, büyük bölgeler/taşra) göre

**Kaynakça :** Information on Vaccines, Immunization and Biologicals:

([http://www.who.int/vaccines-surveillance/diseasesdesc/DES\\_polio.htm](http://www.who.int/vaccines-surveillance/diseasesdesc/DES_polio.htm) ) and

([http://www.who.int/vaccines-surveillance/diseasesdesc/RSS\\_polio.htm](http://www.who.int/vaccines-surveillance/diseasesdesc/RSS_polio.htm) )

**Veri Tabanı** : Information on Vaccines, Immunization and Biologicals:

([http://www.who.int/vaccines/casecount/case\\_count.cfm](http://www.who.int/vaccines/casecount/case_count.cfm) )

WHO Vaccines preventable diseases monitoring system:

(<http://www.who.int/vaccines/globalsummary/immunization/countrypro.leseselect.cfm> )

**Yorumlar** : Ülkelerin çoğunda yerli polio ortadan kaldırılmış ve bazı yerlerde son rapor edilen polio vakasından bu yana on yıldan fazla geçmiştir. Etkili müdahaleler lokal olarak hastalığı ortadan kaldırmışsa, yoğun, yüksek kalitede sürvelansı sürdürmek zordur.

### **I – HER 100.000 NÜFUSTAKİ SMEAR POZİTİF TÜBERKÜLOZ İNSİDANSI**

**Kullanım Temeli** : Ülke seviyesinde ve dünya genelinde hastalığın gerilemesini izlemenin önemli ölçütü tüberküloz insidansıdır. Gösterge, Milenyum Gelişim Hedefleri (MDGs) Hedef 8’de “2015’te malarya ve diğer majör hastalıkların (Tbc. dahil) insidansını durdurma ve geriye çevirmeye başlatma” şeklinde formüle edilmiştir. Tbc insidansı, Tbc prevalansı ve ölümleriyle birlikte DOTS stratejisinin etkisini ölçerler. Etkili ölçümler, program çıktılarını sağlayan DOTS uygulama göstergelerini (vaka bulma ve tedavi başarısını) tamamlar.

**Tanım** : Her 100.000 nüfustaki yıllık smear pozitif yeni Tbc vakalarının (HIV sero-pozitif dahil) tahmini sayısı.

**İlişkili Terimler** : Yok

**Veri Tabanı** : DSÖ’ ye olan bildirelerden (bildirilmiş olay vakalarının oranıtısı hakkındaki varsayımlarla eşleştirilmiş); hastalık prevalans araştırmalarından (hastalığın süresi hakkındaki varsayımlarla eşleştirilmiş); veya Tbc enfeksiyonun Yıllık Riskini (ARTI) hesaplamada kullanılan, çocuklardaki enfeksiyon prevalansı araştırmalarından (ARTI ve hastalık insidansı arasındaki ilişki hakkındaki varsayımlarla eşleştirilmiş) elde edilen insidans tahminleridir.

İnsidans, prevalans ve ölümlerin tahminleri, DSÖ’ nün istişari ve analitik yöntemine dayanır ve yıllık küresel Tbc raporunda yayınlanır.

**Değerlendirme Metotları** : Tüm Tbc vakalarının insidansını tahmin için, “ilk önce en iyi insidans tahmini bulunan referans yıl seçilmelidir; bu araştırmanın yapıldığı yıl veya aşağıdaki metotlar kullanılarak insidansın ilk tahmin edildiği yıl olabilir:

1. İnsidans = vaka bildireleri / ortay çıkarılan vakaların oranıtısı
2. İnsidans = prevalans / belirleme süresi
3. İnsidans = yıllık enfeksiyon riski x Styblo katsayısı
4. İnsidans = ölümler / ölen olay vakalarının oranıtısı

Daha sonra referans yıldan önce ve sonra insidansın nasıl değiştiğini belirlemek için, vaka bildirme serileri kullanılır. İnsidans tahmin hızları zaman serileri, bildirme serilerinden iki yolla oluşturulur: Eğer insidans değişim hızı zaman içinde kabaca ise, katsayı eğilimleri bildirmelere yerleştirilir; eğer değişim hızı farklılaşırsa (Doğu Avrupa, Merkezi Avrupa ve yüksek-HIV Afrika), bildirme hızlarının üç yıllık hareketi ortalaması kullanılır. Eğer herhangi bir ülke için bildirmeler, güvensiz kılavuzluğa meyilli olarak kabul edilirse (bilinen raporlama çabasının değişmiş olması sebebiyle gibi), aynı epidemiyolojik bölgedeki tüm diğer ülkelerin toplama eğilimli güvenilir verileri kullanılır.

**Dağıtım :** Yok

**Kaynakça :** Corbett EL et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. *Archives of Internal Medicine*, 2003, 163:1009–1021.

Dye C et al. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence and mortality by country. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282: 677–686. *Global Tuberculosis Control 2005 WHO Report*. WHO, STB, Geneva. 2005. *Global Tuberculosis Control 2005 WHO Report*. Geneva, World Health Organization, 2005.

**Veri Tabanları :** Global Tuberculosis Database:

(<http://www.who.int/GlobalAtlas/DataQuery/browse.asp?catID=011600000000&lev=3> )

WHO Tuberculosis Programme: (<http://www.who.int/tb> )

**Yorumlar :** İnsidansın direkt ölçümleri pahalı ve zaman alıcıdır ve bazı ülkelerde sadece zaman zaman yapılabilmektedir. Diğer taraftan hastalık araştırmaları prevalansı ölçer ve insidansı ölçmez, bununla beraber araştırmalar, insidansı tahmin etmede kullanılabilecek, bulaşıcılık süresi hakkında bazı yararlı bilgileri sağlayabilir. Ülkelerin çoğunda uygulanabilir olmayan tüberkülin araştırmaları, yıllık enfeksiyon riskinin yüksek ve BCG kapsamının düşük olduğu yerlerde yapılabilir. Güvenilir hayat kayıt sistemine sadece az sayıda ülke önem vermektedir, ve yüksek tüberküloz yükü olan ülkelerin çoğunda iyileştirilmesine ihtiyaç duyulur. Neticede, rutin sürvelans sistemi, tüberküloz epidemiyolojisini değerlendirmede bir araçtır ve ülkelerin çoğunda iyileştirilmesine ihtiyaç duyulan bir düzenlemedir.

## **J – DÜŞÜK DOĞUM AĞIRLIKLIL YENİ DOĞANLAR (%)**

**Kullanım Temeli :** Nüfustaki düşük ağırlıklı doğum hızı, uzun süreli maternal malnütrisyon, hasta sağlığı ve zayıf sağlık bakımını kapsayan toplum sağlığı

probleminin iyi bir göstergesidir. Bireysel temelde, düşük doğum ağırlığı yeni doğan sağlığı ve hayatta kalmasının önemli bir öngörüsüdür.

**Tanım :** Belirlenen zaman periyodunda 2500 gr.\* dan düşük doğum ağırlıklı canlı doğan bebeklerin yüzdesidir.

\* düşük doğum ağırlığı, çok düşük doğum ağırlığı (1500 gr. dan az) ve aşırı düşük doğum ağırlıklı (1000 gr. dan az) olarak alt gruplara ayrılabilir.

**İlişkili Terimler :** **Doğum ağırlığı** fetus veya yeni doğanın doğum sonrası alınan ilk ağırlığıdır. Canlı doğumlar için doğum ağırlığı ideal olarak doğum sonrası bariz ağırlık kaybı olmadan önce ilk saat içinde ölçülmelidir ve gerçek ağırlık ölçüldüğü kesinlik derecesinde kaydedilmelidir.

**Düşük doğum ağırlığı** 2500 gr. dan az (2499 gr dahil) olarak tanımlanır.

**Canlı doğum** (beş yaş altı ölüm ihtimaline bk.)

**Veri kaynakları :** Sağlık kurumları istatistikleri : sağlık kuruluşlarındaki doğumlar arasında düşük doğum ağırlıklı canlı doğumların oranı.

Hane halkı araştırmaları : Demografik ve Sağlık Araştırmaları (DHS), son üç beş yıllardaki doğumlar için doğum tartısı kadar annelerin bebeklerinin doğumdaki büyüklüğü hakkındaki sübjektif kanaati (çok büyük, ortalamadan büyük, ortalama, ortalamadan küçük, çok küçük gibi) sorgulamalarını kapsar.

**Değerlendirme Metotları :** Rutin kurum istatistiklerindeki doğumların “Düşük doğum ağırlığı yüzdesi” hızı verir. Araştırma göstergeleri, 2500 gr. da kümelenen ve altında rapor edilen sayısal doğum ağırlığı verilerine uyarlamada tutarlı metodoloji kullanmak için analiz edilir. Düşük doğum ağırlığı hızını tahmin etmede tartma işlemi kullanılır, her ölçü kategorisindeki düşük doğum ağırlığı oranı ilgili kategorideki doğumların oranı çarpılır ve düşük doğum ağırlığının tüm insidans tahminlerini elde etmek için toplanır. Sayısal doğum ağırlığı doğumların % 95 fazlasında mevcut olduğunda uyarlama yapılmaz.

Orijinal veri dosyalarını elde etmenin mümkün olmadığı ülkelerde, yayınlanan tahminler, yayınlanan rakamların yapısına uyduracak metotlar kullanarak uyarlanır.

**Dağıtım :** Yerleşime (şehir/kırsal, büyük bölgeler/taşıra) ve sosyoekonomik özelliklere (annenin eğitim seviyesi, serveti gibi) göre.

**Kaynakça :** United Nations Children’s Fund and World Health Organization, Low Birthweight: Country, regional and global estimates. UNICEF, New York, 2004.

([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/low\\_birthweight/low\\_birthweight\\_estimates.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/low_birthweight/low_birthweight_estimates.pdf) )

Blanc A, Wardlaw T. Monitoring low birth weight: an evaluation of international estimates and an updated estimation procedure. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83(3):178-185.

**Veri Tabanı :** Demographic and Health Surveys (DHS): (<http://www.measuredhs.com> )  
WHO, European Of.ce. HFA database: (<http://www.who.dk/hfadb> )

**Yorumlar :** Doğumda tartılmamış büyük orandaki bebekler, düşük doğum ağırlığı izlemesini tam yapmada bariz engel oluşturur.

## **K – 5 YAŞ ALTI ÇOCUKLARIN**

- **YAŞA GÖRE KISA KALMIŞ (%)**
- **YAŞA GÖRE DÜŞÜK AĞIRLIKLI (%)**

**Kullanım Temeli :** Her iki gösterge ufak çocuklarda gelişimi ölçer. Çocuk gelişimi, nüfusların sağlık ve beslenme durumunu izlemedeki önemli bir toplum sağlığı göstergesi olarak uluslar arası kabul görür. İlaveten, yetersiz beslenme ve/veya tekrarlayan enfeksiyonlara bağlı gelişimde retardasyon çeken çocuklar, hastalık ve ölüm riskine daha fazla eğilimlidirler.

**Tanım :** “Kısa kalmış çocuklar yüzdesi” Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (NCHS)/WHO referans ortalamasından yaşa göre iki standart deviasyon eksi aşağı boya sahip beş yaş altı çocukların yüzdesidir.

“Düşük ağırlıklı çocukların yüzdesi” NCHS / WHO referans ortalamasından yaşa göre iki standart deviasyon eksi aşağı kiloya sahip beş yaş altı çocukların yüzdesidir.

**İlişkili Terimler :** **Aşırı düşük kilolu veya kısa boylu** Yaşa göre kilonun veya yaşa göre boyun NCHS / WHO referans ortalamasından üç standart deviasyon eksi aşağı olması olarak tanımlanır.

**Veri Kaynakları :** Ulusal hane halkı araştırmaları, ulusal bölgelerarası beslenme araştırmaları ve ulusal beslenme sürvelans sistemleri.

**Değerlendirme Metotları :** Deneysel değerler kullanılır. Çeşitli ülkeler son yıllara ait kısıtlı verilere sahiptir ve geçmiş eğilimlere dayalı projeler yapılan modeller kullanılarak son tahminler yapılır.

**Dağıtım :** Cinsiyete, yaşa ve yerleşime (şehir/kırsal, büyük bölgeler/taşra) göre.

**Kaynakça :** de Onis M, Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications. *International Journal of Epidemiology* 2003;32:518-26.

**Veri Tabanı :** WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition:

(<http://www.who.int/nutgrowthdb> )

**Yorumlar :** Antropometrik (insan vücudunu ölçme) değerleri, referans değerlerini oluşturmak amacıyla bireyler veya nüfuslar arasında mukayese edilir. Referans nüfusun seçiminin, yetersiz beslenen ve/veya aşırı beslenen olarak saptanan çocukların oranı üzerine önemli etkileyciliği vardır. 1970'lerin sonundan beri, DSÖ NCHS/WHO, çocuk gelişim verilerinin mukayesesi için, uluslararası referans nüfusu önermektedir. Ufak çocuklar için uluslararası gelişim referansının 2005 sonunda hazır olması umulmaktadır.

## **L – ŞİŞMAN YETİŞKİNLERİN (15 YAŞ VE ÜZERİ YAŞTA) PREVELANSI**

**Kullanım Temeli :** Yetişkinlerdeki fazla kilolu ve şişmanlık prevalansı küresel olarak artmaktadır. Şişman yetişkinler, (BMI  $\geq$  30.0) artmış kan basıncı, kolesterol.trigliserid ve insülin dürenci dahil zıt metabolik sonuçlarda artan risk altındadır. Bunun peşi sıra BMI'deki artış, koroner arter hastalığı, iskemik atak ve tip – 2 diabetes mellitus gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların (NCDs) riskini katlayarak artırır. BMI artışı, kanser riskindeki artışla da ilişkilidir.

**Tanım :** Tüm yetişkin nüfus arasında (15 yaş ve üzeri yaşta) şişman olarak (BMI  $\geq$  30.0 kg/m<sup>2</sup>) sınıflandırılan yetişkinlerin yüzdesidir.

**İlişkili Terimler :** Yetişkin fazla kilolu (BMI  $\geq$  25.0 kg/m<sup>2</sup>)

**Pre – obes** (BMI 25.00 – 29.99 kg/m<sup>2</sup>)

**Obes** (BMI  $\geq$  30.0 kg/m<sup>2</sup>)

**Veri Kaynakları :** Demografik ve Sağlık Araştırması (DHS) dahil ulusal örneklenebilir hane halkı araştırmaları.

**Değerlendirme Metotları :** Değerlendirmeler henüz geliştirme safhasındadır ve 2005 in sonlarında yayınlanacaktır. 2005 dünya sağlık istatistiklerinde bulunanlar sadece, ya antropometrik veri koleksiyonu ya da kişisel rapor edilen ağırlık ve boy (çoğunlukla yüksek gelir düzeyli ülkelerde) içeren ulusal örneklenebilir araştırmalardır.

**Dağıtım :** Cinsiyete, yaşa ve yerleşime (şehir/kırsal, büyük bölgeler/taşra) göre.

**Kaynakça :** *Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee.* Geneva, World Health Organization, 1995. (WHO Technical Report Series 854).

*Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation.* Geneva, World Health Organization, 2000. (WHO Technical Report Series 894).

World Health Organization. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet*, 2004; 363: 157-163.

**Veri Tabanı :** Demographic and Health Surveys (DHS): (<http://www.measuredhs.com>)

WHO Global Database on Body Mass Index (BMI): (<http://www.who.int/bmi> )

**Yorumlar :** Hane halkı araştırmaları farklı yaş aralıklarına ve bazen mukayese edilebilirliği etkileyen seçili örneklere (5 yaş altı bir çocuğu olan doğurganlık yaşındaki kadınlar gibi) odaklanır. Ayrıca, kişisel rapor edilen boy ve ağırlık bilgisi, ölçülen yetişkin BMI' den daha sorunludur. Mevcut veriler, yeniden gözden geçirme ve değerlendirme metotlarıyla oluşturulur. Yeni data seti ve metadata ve sonunda değerlendirmelerin, son mevcut bilginin yerine geçmesi umulmaktadır.

## **M – 15 YAş VE ÜZERİ YAşTAKİ NÜFUS ARASINDA ORTALAMA SİSTOLİK KAN BASINCI**

**Kullanım Temeli :** Yüksek kan basıncı, kalp hastalıkları ve krizinden erken ölümün önemli ve önlenebilir bir nedenidir. Her ne kadar yüksek kan basıncının klinik sınırları tanımı sistolik kan basıncı için  $\geq 140$  mmHg veya diastolik kan basıncı  $\geq 90$  mmHg ise de, kronik hastalıklardaki risk artışı, önerilen bu kriterlerin altında dahi sürer. Bu nedenle, nüfustaki risk seviyesini ölçmek için, standart sapma(lar)daki "ortalama sistolik kan basıncı", nüfustaki bu risk faktörünün dağılımını elde etmede kullanılır.

**Tanım :** Nüfustaki (yaşa uyarlanmış DSÖ standart nüfusu, 15 yaş ve üzeri yaşlar) ortalama kan basıncı, mmHg olarak belirtilir ( basıncın bir birimi olarak milimetre civa).

**İlişkili Terimler :** Yok

**Veri Kaynakları :** Milli ve ülke - bölgeleri arası sağlık muayene incelemeleri, araştırma yayınları.

**Değerlendirme Metotları :** DSÖ Küresel Bilgi Tabanında (veri tabanına bk.) saklanan mevcut ülke seviye verileri kullanılarak 113 ülkenin değerlendirilmeleri yapılmıştır.

Ülkeler arasında mukayeseli verileri oluşturmak için, uyarlamalar (tanımlar, yıl, standart yaş gurubu ve yaşa uyarlanmış) yapılır.

**Dağıtım :** Cinsiyete ve yaşa göre.

**Kaynakça :** Yok.

**Veri Kaynakları :** WHO Global InfoBase:

([http://www.who.int/ncd\\_surveillance/infobase/web/InfoBaseOnline/en/index.aspx](http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBaseOnline/en/index.aspx) )

**Yorumlar :** Sistolik kan basını değerlendirmeleri yapmada gösterilen çabalar mukayese edilebilir. Bununla birlikte, sayılı ülkelerin, özellikle Afrika' da ki, Küresel Bilgi Tabanında verileri yayınlanmamıştır ve bu ülkeler için bu göstergeyi değerlendirmek imkansızdır.



## BÖLÜM – 2

### DÜNYA SAĞLIK GÖSTERGELERİ

#### 2. SAĞLIK KURUMLARI FAALİYET KAPSAMI GÖSTERGELERİ

##### A – BİR YAŞINDAKİLERİN AŞILAMALARI

- TEK DOZ KIZAMIK (%)
- ÜÇ DOZ DİFTERİ, TETENOZ TOKSOİDİ VE BOĞMACA (DTP3) (%)
- ÜÇ DOZ HEPATİT B (HepB3) (%)

**Kullanım Temeli :** Aşılama faaliyeti değerlendirmeleri, hastalık eradikasyonu ve elemesi çabaları rehberi olarak, aşılama servislerini izlemede kullanılır ve sağlık sistem performansının iyi bir göstergesidir.

**Tanım :** Kızamık aşılama faaliyet kapsamı, belirtilen yılda en az tek doz kızamık içeren aşı yapılmış bir yaşındaki çocukların yüzdesidir. 12 aylıktan büyük çocuklara ilk doz aşı önerilen ülkelerde gösterge, 24 aylıktan küçük tek doz kızamık içeren aşı yapılan çocukların oranı olarak hesaplanır.

DTP3 aşılama faaliyet kapsamı, belirtilen yılda, üç doz difteri ve tetenez toksoidi ve boğmaca karma aşısı yapılmış bir yaşındaki çocukların yüzdesidir.

HepB3 aşılama faaliyet kapsamı, aynı şekilde belirtilen yılda üç doz Hepatit B3 aşısı yapılmış bir yaşındaki çocukların yüzdesidir.

**İlişkili Terimler :** Yok

**Veri Kaynakları :** İdari Veriler : Hizmet sunucuların (yerel sağlık merkezleri, aşılama ekipleri, doktorlar gibi) idari verilerine dayandırılarak, hizmet sunucuların yaptıkları aşılama raporları değerlendirme amacıyla kullanılır. Aşılama faaliyet kapsamı değerlendirmesi, sıklıkla nüfus sayımı izdüşümleri temelinde, tüm aşıların sayısı, belirlenen hedef nüfustaki çocukların sayısına bölünerek elde edilir.

Hane Halkı Araştırmaları : Araştırmalar kapsamındaki çocukların hikayesi araştırma kısımlarıyla uyuşur. Araştırmaların başlıca tipleri, Genişletilmiş Aşılama Programı (EPI) 30 kümeli araştırması, UNICEF Multiple İndikatör Küme Araştırması (MICS) ve Demografik ve Sağlık Araştırması (DHS).

**Değerlendirme Metotları :** DSÖ ve UNICEF ülkelerin raporlarına, hane halkı araştırmalarına ve etüt incelemeleri gibi diğer kaynaklara güvenir. Her iki kuruluş yaygın gözden geçirme ve değerlendirme metodolojileri geliştirmiştir. Taslak değerlendirmeler yapılır, ülke ve dış uzmanlar tarafından gözden geçirilir ve

**Dağıtım** : Cinsiyete, yerleşime (şehir/kırsal, büyük bölgeler/taşra) ve sosyoekonomik özelliklere (annenin eğitim seviyesi, serveti gibi) göre.

**Kaynakça** : *'Recommended Standards for Surveillance of Selected Vaccine-Preventable Disease*. Geneva, World Health Organization, 1999.

(WHO/EPI/GEN/99012): ([http://www.who.int/health\\_topics/measles](http://www.who.int/health_topics/measles) ) and

(<http://www.who.int/vaccines-surveillance> )

*State of the World's Children*. United Nations Children's Fund (UNICEF), 2003:

(<http://www.childinfo.org/eddb/immuni/index.htm> ) and

(<http://www.unicef.org/programme/health/focus/immunization/measles.htm> )

**Veritabanı** : Information on Vaccines, Immunization and Biologicals:

(<http://www.who.int/vaccines-surveillance>) Estimates on Immunization Coverage:

(<http://www.childinfo.org/eddb/immuni/database.htm> )

**Yorumlar** : Ana uğraşlar verilerin kalitesini (kesinlik,geçerlilik,tamlık ve zamanlılık) arttırmaktır.ayrıca, mevcut verilerin yorumunun, mümkün olan en kesin bağışıklama faaliyet kapsamı değerlendirmesi için, muhtemel sapmaların uyarlanmasıyla geliştirilmesi gerekir.

## **B – DOĞUM ÖNCESİ BAKIM FAALİYETİ KAPSAMI (%)**

**Kullanım Temeli** : Doğum öncesi bakım faaliyet kapsamı, hamilelik sırasındaki bakımın yararlılığı ve erişiminin bir göstergesidir.

**Tanım** : Belirlenen zaman süresindeki canlı doğumların bir yüzdesi olarak, yetişmiş doğum personeline, hamileliği süresince en azından bir kez gebelikle ilişkili sebeplerle sağlanan doğum öncesi bakımdan yararlanan kadınların yüzdesidir,

**İlişkili Terimler** : **Doğum öncesi bakım**, kaydedilen tıbbi geçmişi, kişisel ihtiyaçların değerlendirilmesini, hamilelik ve doğum hakkında tavsiye ve rehberliği, tarama testlerini, hamilelik sırasındaki kişisel bakım eğitimini, hamilelik sırasındaki sağlığa zararlı durumların tanımlanmasını, ilk basamak müdahalesini ve gerektiğinde sevki kapsar.

**Yetişmiş doğum personeli** (Yetişmiş sağlık personelinin bulunduğu doğumların oranına bk.)

**Canlı doğum** (5 yaş altı ölüm ihtimaline bk.)

**Veri Kaynakları** : Hane halkı araştırmaları : Doğum hikayesi - araştırmadan önceki belirlenen bir zaman süresinde doğum yapan kadınların son çocukları veya tüm çocuklarının detaylı sorgulanması (genellikle 3 ile 5 yıllık) ve doğum öncesi bakım görmesi hakkında kadınlara sorulmasıdır. Araştırmadaki doğumların sayısı paydayı verir.

Rutin sağlık kurum istatistikleri: Doğum öncesi bakım alan kadınların sayısı (pay). Nüfus sayımı izdüşümleri veya bazı vakalarda hayat kayıt verileri paydayı elde etmek için (canlı doğumların sayıları) kullanılır. Hem paylarda hem de paydalarda problemler çıkabilir (yanlış ve önyargılı veya tarihi geçmiş veriler).

**Değerlendirme Metotları** : Hane halkı araştırmalarındaki deneysel veriler küresel seviyede, kurumsal veriler kullanılmaz.

**Dağıtım** : Yerleşime (şehir/kırsal, büyük bölgeler/taşra) ve sosyoekonomik özelliklere (kadınların eğitim seviyesi, serveti gibi) göre.

**Kaynakça** : ??????

**Veri Tabanı** : Demographic and Health Surveys (DHS): (<http://www.measuredhs.com>)

**Yorumlar** : Tek bir doğum öncesi ziyaret, gerçekten bakım kalitesinin en iyi göstergesi değildir. İlave göstergeler, ziyaretlerin sayısı (her doğum için en az dört kez tavsiye edilir) ve ilk ziyaretin zamanlamasını kapsar.

### **C – DENEYİMLİ SAĞLIK PERSONELİNİN BULUNDUĞU DOĞUMLAR (%)**

**Kullanım Temeli** : Tüm kadınlar hamilelik süresince ve doğum sırasında komplikasyonları ortaya çıkarmayı ve müdahaleyi sağlayacak deneyimli bakımına erişebilmelidir. İlaveten, maternal mortalite oranı göstergesi, kısa süreli eğilimleri izlemede kullanılmadığından, deneyimli sağlık personelinin bulunduğu doğumların oranı gelişmeyi izlemede yardımcı olarak işe yarayabilir.

**Tanım** : Belirlenen zaman süresinde, deneyimli sağlık personelinin bulunduğu canlı doğumların yüzdesidir.

**İlişkili Terimler** : **Doğumda görevli deneyimli**, - ebe, doktor veya hemşire gibi - , normal (komplikasyonsuz) gebelikleri, bebek doğumunu ve erken doğum sonrası periyodu takipte ve kadınlardaki ve yeni doğanlardaki komplikasyonları teşhis, takip ve sevkte ihtiyaç duyulan beceriler hakkında yeterlilik için eğitilmiş ve yetiştirilmiş yetkili bir sağlık profesyoneli. Geleneksel doğum yardımcıları, yetiştirilmiş veya değil, doğumdaki deneyimli görevli kategorisinden hariç tutulur. Gelişmiş ülkelerde ve gelişmekte olan ülkelerin birçok kentsel bölgelerinde, doğumda deneyimli bakımı genellikle bir sağlık kuruluşunca sağlanır. Bununla birlikte doğum, mevcut olmasına ve ihtiyaca bağlı olarak, evden üçüncü basamak sevk merkezine kadar çeşitli uygun yerlerde yapılabilir ve DSÖ herhangi bir özel ortamı önermez. Normal doğum için, doğumda uygun diplomalı ve donanımlı personel ve daha üst seviyede bakıma sevk tercihi sağlandığında, evde doğum uygun olabilir.

**Canlı doğumlar** (5 yaş altı ölüm ihtimaline bk.)

**Veri Kaynakları :** Hane Halkı Araştırmaları : Anlık olan gebelik bakımı bilgisinin önemli kaynağını oluştururlar, ülkelerin çoğunda, deneyimli doğum görevlilerinin başlıca bilgi kaynağıdırlar. Araştırma verileri kullanıldığında, kesin rakamlar ve güven aralıkları, verilerin güvenilirliğini göstermek ve meyil ve farklılıkların yorumunu kolaylaştırmak için rapor edilmelidirler.

**Sağlık Kurumları İstatistikleri :** Kadınlarla irtibat noktası olarak bu, payın başlıca ve en açık rutin bilgi kaynağıdır. Bununla birlikte, sağlık kurum bilgisi, yetersiz raporlama veya özel sektör bilgisinin yokluğu sebebiyle sıklıkla eksik kaldığından, bakım faaliyet kapsamı hakkındaki istatistiklerin zayıf bir kaynağı olarak kendi yapılarıyla kullanılır. Nüfus sayımı izdüşümleri veya hayat kayıt verileri, paydayı elde etmek için kullanılır (canlı doğumların sayıları)

**Değerlendirme Metotları :** Hane halkı deneysel araştırmalarının verileri kullanılır.

Küresel seviyede, kurum verileri kullanılmaz.

**Dağıtım :** Doğum yapılan yere, deneyimli sağlık personelinin vasfına, yerleşime (şehir/kırsal, büyük bölgeler/taşra) ve sosyoekonomik özelliklere (eğitim seviyesi, serveti gibi) göre.

**Kaynakça :** ??????

**Veri Tabanı :** Geliştirilmektedir.

**Yorumlar :** Deneyimli doğum görevlilerinin standart tanımını yapma çalışmaları sürdürüldüğünden ülkeler arasında ve ülkelerin farklı zaman periyotlarındaki bazı sonuçların mukayese edilebilirliği hakkında şüphe vardır.

## **D - KONTRASEPTİF PREVELANS HIZI (%)**

**Kullanım Temeli :** Gösterge, sağlık, cinsiyet, seks ve yoksulluk hedeflerine yönelik iz sürme faaliyetinde yararlıdır. Ayrıca, MDG lerin (yüzyıl kalkınma hedefleri) çoğunu, özellikle çocuk ve anne mortalitesi ve HIV / AIDS hedeflerini karşılamakta gerekli olan üreme sağlığı merkezlerine ulaşımın ölçümü yerine de iş görür.

**Tanım :** Kontraseptif prevelans hızı, kendileri veya eşleri herhangi bir gebelik önleme metodu uygulayan 15 – 49 yaşları arasındaki kadınların oranıdır.

**İlişkili Terimler :** Kontraseptif metotlar, kondomları, kadın ve erkek kısırlaştırılmasını enjekte veya oral hormonları, uterus içi araçları, diaframları, spermisitleri ve doğal aile planlamasını, aynı zamanda metot olarak gösterilen yerlerde laktasyonel amenoreyi (süt emzirme süresince görülen menstrasyon yokluğu) kapsar.

**Veri Kaynakları :** Hane Halkı Araştırmaları, Demografik ve Sağlık Araştırmaları (DHS), Çok Göstergeli Küme Araştırmaları (MICS), Kontraseptif prevelans araştırmalarıdır.

Değerlendirmeler, ayrıca payda olarak nüfus sayımı izdüşümleri kullanarak kurum istatistikleriyle de yapılabilir. Bununla birlikte, bu tarz değerlendirmeler sıklıkla iki yıllık korunma terimleriyle ifade edilir.

**Değerlendirme Metotları :** Sadece deneysel verilerdir.

**Dağıtım :** Yaşa (ergenliğe), evlilik durumuna, doğum önleme metoduna, yerleşime (şehir/kırsal, büyük bölgeler/taşra) ve sosyoekonomik özelliklere (eğitim seviyesi, serveti gibi) göre.

**Kaynakça :** ??????

**Veri Tabanı :** ??????

**Yorumlar :** Doğum önleme prevelans hızları istatistikleri, çoğunlukla doğum önlemenin en kolay ölçümü bu yolla olduğundan, aslında kadınlarca rapor edilen verilere dayandırılır.

## **E – İNSEKTİSİDLİ TÜLLER KULLANAN BEŞ YAŞ ALTI ÇOCUKLAR (%)**

**Kullanım Temeli :** Sıtma riski olan bölgelerde, halkın insektisidli tedavi edici tüller kullanması, sıtmadan korunma ölçütlerinin en etkili bir tanesidir. ITN kullanan Sıtma Korunma Programları, Roll Back Malaria Initiative'in dört müdahalesinden birini oluşturur. Aynı zamanda bir MDG göstergesi olarak listelenmiştir.

**Tanım :** Sıtma riski olan bölgelerde, ITN altında uyuyan beş yaş altı nüfusun yüzdesidir.

**İlişkili Terimler :** **Sıtma riskli bölgeler** endemik sıtma (belli seviyede bağışıklık geliştiren sabit bulaşma) ve epidemik sıtma (mevsimsel ve bulaşması daha az tahmin edilebilir kuvvetli bağışıklık geliştirmeye zorlayan) bölgelerini kapsar.

**Veri Kaynakları :** Demografik ve Sağlık Araştırmaları (DHS), Çoklu Göstergeli Küme Araştırmaları (MICS) ve beş yaş altı çocukların önceki gece ITN altında uyuyup uyumadıklarının sorgulamasını içeren yalnız sıtmaya yönelik araştırmalar gibi hane halkı araştırmaları.

**Değerlendirme Metotları :** Sadece deneysel veriler

**Dağıtım :** Yaşa, yerleşime (şehir/kırsal, büyük bölgeler/taşra) ve sosyoekonomik

**Kaynakça :** WHO/Roll Back Malaria site. (<http://www.rbm.who.int>)

*The Africa Malaria Report 2003.* Geneva, New York, World Health Organization and United Nations Children Fund, 2004.

*World Malaria Report 2005.* Geneva, New York, World Health Organization and United Nations Children Fund, 2005. (<http://rbm.who.int/wmr2005>)

**Veri Tabanı :** *State of the World's Children 2003*. New York, United Nations Children Fund, 2003: (<http://www.childinfo.org/MICS2/MICSDataSet.htm>)

**Yorumlar :** Hane halkı araştırmalarındaki raporlamanın kesinliği değişebilir. Ayrıca, vektördeki değişikliklere bağlı mevsimsel tesirler ve parazit prevelansı, faaliyet kapsamı seviyesini etkileyebilir.

## **F – DOTS'A GÖRE TESPİT EDİLEN TÜBERKÜLOZ VAKALARI (%)**

**Kullanım Temeli :** Bu gösterge Ulusal Tüberküloz Programının (NTP) teşhis ve tüberküloz (TB) vakaları verilerini toplama kabiliyetini ölçer. Ayrıca bir MDG göstergesidir.

**Tanım :** Belirlenen yılda, ülke çapında meydana geldiği düşünülerek tanı konulan (doğru veya yanlış) ve ulusal sağlık yetkililerince DOTS' a göre rapor edilen balgam kültürü pozitif TB vakalarının toplam sayısının yüzdesidir.

**İlişkili Terimler :** **DOTS' a göre tespit etme**, hastaların tespit edildiği yerdeki, TB kontrolünde uluslararası tavsiye edilen yaklaşımın tüm bileşenlerini kapsar – politik sorumluluk; kesintisiz ilaç desteği; TB vakaları tanısında mikroskopik incelemenin kullanılması; standart kısa süreli tedavi rejimleri; tedavinin direk gözlenmesi; TB' li hastaların % 100' ünde tedavi sonuçlarının izlenmesini kapsar.

**Veri Kaynakları :** Pay, ulusal TB programında veya muadili merkez ofiste bulanabilecek TB vaka kaydının üç ayda bir toplanan raporlarıdır.

Payda, DSÖ değerlendirmesi, tüm mevcut verileri (ülkeden ülkeye değişebilen) dikkate alan bir istatistiki modele dayanır ve vaka tebliğlerini, ölüm belgelerini (rutin sürvelans ve hayat kayıtlarından), aynı zamanda enfeksiyon ve hastalık prevalans ölçümlerini (nüfus temelli araştırmalardan) içerir. Bu değerlendirmeler her yıl küresel TB kontrolü yıllık raporunda DSÖ tarafından rapor edilir.

**Değerlendirme Metotları :** Tüm TB vakalarının insidansını değerlendirmek için, öncelikle mevcut en iyi insidans değerlendirmesi yapılan bir referans yıl seçilir. Daha sonra, bu referans yıldan önce ve sonra insidansın nasıl değiştiğini belirlemek için vaka tebliğleri serileri (tüm TB formları) kullanılır. Değerlendirilen insidans hızları zaman serileri tebliğ serilerinden iki yolla yapılandırılır: Eğer insidansın değişim hızı zaman içinde kabaca sabit ise, savunucu eğilimler tebliğlere uydurulur; eğer değişim hızı farklılaşırsa, tebliğ hızlarının üç yıllık hareketinin ortalaması kullanılır; eğer herhangi bir ülkenin tebliğleri güvensiz bir rehber eğiliminde ise (raporlama işleminin değiştirildiğinin bilinmesi gibi), aynı epidemiyolojik bölgeden, güvenilir verilere sahip tüm diğer ülkelerdeki birleştirme eğilimi uygulanır. Balgam pozitif TB değerlendirmesi, TB

vakalarındaki HIV prevalansı göz önünde bulundurularak, tüm TB vakalarının değerlendirilmesi ile elde edilir ve balgam pozitif vakaların tüm HIV negatiflerin % 45'ini ve HIV pozitif TB vakalarının % 35'ini temsil ettiği varsayılır.

**Dağıtım** : Yok

**Kaynakça** : Corbett EL et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. *Archives of Internal Medicine*, 2003, 163:1009–1021.

Dye C et al. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence and mortality by country. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282: 677–686. *Global Tuberculosis Control 2005. WHO Report*. Geneva. World Health Organization, 2005. (<http://www.who.int/tb/wtbd2005/en> )

**Veri Tabanı** : Global Tuberculosis Database:

(<http://www.who.int/GlobalAtlas/DataQuery/browse.asp?catID=011600000000&lev=3> )

**Yorumlar** : Vaka tespiti pay, belirli sayıda faktörlerce etkilenebilir : bunlar, göstergenin kendi kısıtlamalarından ziyade, analizlerle vurgulanan potansiyel problemlerdir (NTP ye raporlanan vakalar gibi). Göstergenin kısıtlamaları sadece ulusal seviyede kullanılabilir ve yalnız yıllık temelde olabilir. İlaveten, DOTS faaliyet kapsamının hesaplanmasından ve DSÖ nün insidans değerlendirmesinden kaynaklanan belirli kısıtlamalar vardır. Yalnız ulusal seviyedeki (ülke çapında analiz) kullanım kısıtlaması paydanın, DSÖ nün ülkenin tümündeki insidans değerlendirmesinin, kesinliği ve uygunluğuyla ilişkilidir. Kentsel / kırsal bölgeler ve/veya ülkenin bölgeleri seviyelerindeki TB epidemiyolojisinde gerçek farklılıklar bulunabilir, ki bu ulusal değerlendirmelerin ülkenin bölgeleri seviyelerinde kullanılamayacağı anlamına gelir.

### **G – DOTS'A GÖRE BAŞARIYLA TEDAVİ EDİLEN TÜBERKÜLOZ VAKALARI (%)**

**Kullanım Temeli** : Gösterge, programın hastaları tüm ilaç tedavisi süresi boyunca olumlu klinik neticeyle tutma kapasitesini ölçer. Ayrıca bir MDG göstergesidir.

**Tanım** : Belirlenen sürede DOTS' a göre kaydedilen, tedavisi başarıyla tamamlanmış, ya başarısı bakteriyolojik kanıtlı ("iyileşme") ya da kanıtsız ("tedavinin tamamlanması") TB vakaları gurubunun yüzdesidir. Yeni balgam pozitif vakalar için hedef, ters sonuçların (ölüm, başarısızlık ve gelmeme) oranına dayanarak varacağı makul ihtimalin % 15 kadar olması, varsayım temelinde tedavi başarısının % 85 olmasıdır.

**İlişkili Terimler** : **DOTS' a göre tedavi**, hastaların tedavi edildiği yerdeki, TB kontrolünde uluslararası tavsiye edilen yaklaşımın tüm bileşenleri demektir. (DOTS' a göre tespit edilen TB vakalarına bak).

**Veri Kaynakları :** Pay ve payda, Ulusal Tüberküloz Programında (NTP) veya eşdeğeri merkez ofiste bulunabilen, TB vaka tedavi sonuçlarının bir araya getirilen üç aylık raporlarından elde edilebilir. Ülkeye özel tedavi sonuçları, DSÖ' ce küresel TB kontrolünün yıllık raporunda yayınlanır.

Tedavi işlemi sonunda, her bir balgam kültürü pozitif TB vakası için, TB dosyasında altı tedavi sonuçlarından biri kaydedilir : İyileşti, tedavi tamamlandı, öldü, başarısız kalındı, gelmedi veya göç etti. Tedavi sonuçları ülkedeki NTP ofisinde veya eşdeğerinde hazır bulunmalıdır ve “tedavi sonuçlarının üç aylık raporları” bir araya getirilerek derlenmelidir. Temel yönetim birimlerindeki TB dosyalarından üç aylık raporlar derlenir ve NTP ofisine doğrudan veya ortalama değerlerle birlikte dolaylı gönderilir. Bu göstergenin en düşük seviyeye uygulanabilirliğine bağlı olarak, ölçüm her zaman TB vakalarının % 100 de olmalıdır.

**Değerlendirme Metotları :** Sadece deneysel veriler.

**Dağıtım :** Ulusal program verilerinde, temel yönetim birimi (tipik bölge sağlık ofisi) seviyesinde dağıtım ve analiz yapılmalıdır.

**Kaynakça :** Corbett EL et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. *Archives of Internal Medicine*, 2003, 163:1009–1021.

Dye C et al. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence and mortality by country. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282: 677–686. *Global Tuberculosis Control 2005. WHO Report*. Geneva, World Health Organization, 2005. (<http://www.who.int/tb/wtbd2005/en> )

**Veri Tabanı :** Global Tuberculosis Database:

(<http://www.who.int/GlobalAtlas/DataQuery/browse.asp?catID=011600000000&lev=3> )

**Yorumlar :** Gösterge, transfer edilen hastaların takibi dahil kurum seviyesindeki tedavi sonuçlarının tanımlanma kesinliğine ve çabasına bağlıdır.

Yüksek seviyelerde, bu gösterge raporun tamlığı ile etkilenir. Örneğin, eğer kaydedilen vakaların raporlanması tedavi sonuçlarının raporundan ( bir yıl sonraki) daha eksiksiz ise, bazı vakaların sonucu paydada katılmamış olacaktır.

Pulmoner smear – pozitif vakalarda, tedavisi tamamlanan fakat iyileşmesi bakteriyolojik olarak doğrulanmamış hastaların hala balgam pozitif TB hastalığı olabileceğinden iyileşme hızı, başarı hızından daha güvenilir – veya değerli – dir. Başarıyla tedavi edilen vakaların büyük çoğunluğunun iyileşmesi bakteriyolojik olarak kanıtlanabilmelidir.



Diğer bir önemli kısıtlanma ise başarı (ve TB programlarında rutin izlenen diğer tedavi sonuçları) tedavi uygulamalarının bir sonucudur, hastanın sonuçları değil. Bununla birlikte o, survival veya zamanın belirlenen bir noktasındaki (12 ay, 24 ay gibi) TB den arınmış durum açısından, TB hastaları kohortunu analizde faydalıdır, rutin TB izleme sistemi bu tarz analizi kolaylaştırıcı şekilde tasarlanmamıştır.

## **H – ANTİRETROVİRAL (ARV) KOMBİNASYON TEDAVİSİ ALAN İLERLEMİŞ HIV ENFEKSİYONLU KİŞİLER (%)**

**Kullanım Temeli :** HIV epidemileri ilerledikçe artan sayıda kişiler, HIV enfeksiyonunun ilerlemiş safhalarına ulaşır. ARV kombinasyon tedavisinin enfeksiyona yakalananlar arasındaki mortaliteyi azalttığı ve gösterilen çabaların az gelişmiş ülkelerde dahi daha karşılanabilir kıldığı gösterilmiştir. Bu gösterge, ilerlemiş HIV enfeksiyonlu her kişiye ARV kombinasyon tedavisinin sağlanmasındaki ilerlemeyi değerlendirir.

**Tanım :** Tahmini sayıdaki ilerlemiş HIV enfeksiyonlu kişiler arasında, ulusal onaylanmış tedavi protokolüne (veya DSÖ / BM müşterek HIV ve AIDS programının standartlarına) göre ARV tedavisi alan ilerlemiş HIV enfeksiyonlu kişilerin oranıdır.

**İlişkili Terimler :** Yok

**Veri Kaynakları :** Sağlık kurul raporları, ARV tedavisindeki kişilerin, son ay içinde ilaç alanlar gibi, sayısını elde etmede kullanılır. Ülkenin rapor edilen rakamlarının dış doğrulaması ilaç endüstrisinin verileri ile desteklenir (eğer mevcutsa).

**Değerlendirme Metotları :** Faaliyet kapsamının değerlendirmesindeki payda, aynı zamanda HIV prevalansı, insidansı, ve mortalite tahminlerini oluşturmadaki modellerden elde edilir. Tedavi başlanması gereken ileri HIV enfeksiyonlu ergenlerin sayısı, bu yıldaki AIDS vakalarının iki katı sayısı olarak hesaplanır.

ARV tedavisi gereken ergenlerin toplam sayısı, ARV tedavisi başlanması gereken ergenlerin sayısına, son yıl tedavi edilen ve bu yıl hayatta kalan ergenlerin sayısının eklenmesiyle hesaplanır.

**Dağıtım :** Cinsiyete, yaşa (çocuklar / ergenler), yerleşime (şehir/kırsal, büyük bölgeler/taşra) ve sosyoekonomik özelliklere (eğitim seviyesi, serveti gibi) göre.

**Kaynakça :**

**Veri Tabanı :** Geliştirilmektedir.

**Yorumlar :** ARV tedavisindeki kişilerin bildirilen sayısının kesinliği, program izleme sistemleri hala geliştirildiğinden iyileştirilmeye ihtiyaç duyar.

Her ne kadar bu gösterge zaman içindeki eğilimlerin izlenmesini sağlarsa da, mevcut farklı tedavi tipleri arasını ayırmaya veya maliyetini, kalitesini yada bu tarz tedavinin etkinliğini ölçmeye yaramaz.

Annenin çocuğuna HIV bulaşmasından korunma tedavileri ve maruziyet sonrası korunma bu göstergenin kapsamında değildir.

## **BÖLÜM 2**

### **DÜNYA SAĞLIK GÖSTERGELERİ**

#### **3. DAVRANIŞSAL VE ÇEVRESEL RİSK FAKTÖRLERİ GÖSTERGELERİ**

##### **A – NÜFUS**

- **İYİLEŞTİRİLMİŞ BİR SU KAYNAĞINA DEVAMLILIK ERİŞİM (%)**
- **GELİŞTİRİLMİŞ HİJYENE ERİŞİM (%)**

**Kullanım Temeli :** İçilebilir suya ve geliştirilmiş hijyene erişim temel bir ihtiyaç ve tüm halkın sağlığı ve saygınlığı için hayati bir insan hakkıdır. Hane halkına ve bireylere (özellikle çocuklara) iyileştirilmiş su temininin sağlık ve ekonomik yararları iyi şekilde belgelenir. Her iki gösterge, MDG ler doğrultusunda gelişmeyi izlemede kullanılır.

**Tanım :** İyileştirilmiş su kaynağına erişim, belirlenen yıldaki iyileştirilmiş içilebilir su kaynağına erişen nüfusun yüzdesidir.

Geliştirilmiş hijyene erişim, belirlenen yıldaki geliştirilmiş sağlık korumasına erişen nüfusun yüzdesidir.

**İlişkili Terimler :** **İyileştirilmiş içilebilir su kaynakları**, gelişmemiş teknolojilere göre güvenilir suyu daha iyi sağlayan teknoloji tipleri ve servis seviyeleri terimleriyle tanımlanır. İyileştirilmiş su kaynakları, evlere bağlantıları, toplumsal sabit çeşmeleri, sondaj çukurlarını, korunmuş su kuyularını, korunmuş pınarları ve yağmur suyu kolektörlerini kapsar. İyi olmayan su kaynakları, korunmamış kuyuları, korunmamış pınarları, satıcıların sağladığı suyu, şişelenmiş suyu ve tankerle sağlanan suyu kapsar.

**Makul erişim** genişçe, kullanıcının meskenine bir km. mesafedeki bir kaynaktan kişi başına en az 20 litreyi bulabilmesi olarak tanımlanır.

**Sürdürülebilir erişim** su bakımından iki kısımdır : Birincisi çevresel sürdürülebilirlik diğeri fonksiyonel sürdürülebilirlik. Önceki, gerçekte mevcut olanın altında bir kapasitede suyun çıkarılmasının kısıtlanması yoluyla çevresel korumada ısrar etmektir. Sonraki, temin ve idare terimlerinde program sürdürülebilirliğini yansıtır.

**Geliştirilmiş hijyen** kurumları, gelişmemiş teknolojilere göre daha sağlıklı teknoloji tipleri ve servis seviyeleri terimleriyle tanımlanır. Geliştirilmiş hijyen, lağım bağlantılarını, septik sistem bağlantılarını, basınçlı dökülen helaları, basit çukur helaları ve

havalandırılan geliştirilmiş çukur helaları kapsar. Servis veya kova tarzındaki helalar (atığı elle boşaltılan), umumi helalar ve açık helalar geliştirilmiş hijyen olarak kabul edilmez.

**Veri kaynakları :** Hane halkı araştırmaları ve anket değerlendirmeleri araştırma verilerini tamamlayıcıdır veya araştırma verilerinin olmadığı durumlarda değerlendirmeleri sağlayıcıdır. Sonraki aynı zamanda kendisi tarafından kurulan, servis sağlayıcılarının da farkında olmadığı su ünitelerinin kullanım ve arızasıyla ilgili bilgileri de ihtiva eder.

**Değerlendirme Metotları :** Değerlendirmeler, araştırma verilerinin analizi yoluyla ve veri noktalarından linear regresyonla oluşturulur. Faaliyet kapsam değerlendirmeleri iki yılda bir yenilenir.

**Dağıtım :** Yerleşime göre (kentsel/kırsal)

**Kaynakça :** *Global Water Supply and Sanitation Assessment 2000 Report*. Geneva, New York. World Health Organization and United Nations Children's Fund, 2004.

([http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/Globassessment](http://www.who.int/water_sanitation_health/Globassessment) )

*Meeting the Millennium Development Goals Drinking water and sanitation target.*

(<http://www.wssinfo.org> )

**Veri Tabanı :** WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme web site:

(<http://www.wssinfo.org> )

**Yorumlar :** Bilgi, birçok gelişmiş ülkeden alınamaz. İçilebilir su temininin hijyeni ve güvenilirliği yayınlarını yazmak için daha çok şeyler yapılması gerekir.

## **B – KATI YAKITLAR KULLANAN NÜFUS (%)**

**Kullanım Temeli :** Hanede katı yakıt kullanımı, özellikle solunum yolu hastalıklarından çocuk ölümünün artışıyla ilişkilidir ve sosyo-ekonomik durumun bir göstergesidir. Aynı zamanda bir MDG göstergesidir.

**Tanım :** Yemek yapmada temel yakıt olarak katı yakıtlar kullanan nüfusun yüzdesidir.

**İlişkili Terimler :** **Katı yakıtlar** kömür, odun kömürü, odun, talaş veya diğer zirai atıklar, hayvan gübresi, çalı, ot, saman vb.' lerini kapsar.

**Veri Kaynakları :** Hane halkı araştırmaları ve ulusal nüfus sayımı.

Katı yakıt kullanan nüfusun oranı hakkındaki ulusal enerji istatistikleri araştırmalara veya nüfus sayımlarına ya da araştırma ve nüfus sayımı verileri olmadığında istatistiki modellere dayandırılır.

**Değerlendirme Metotları :** Araştırmalar ve nüfus sayımlarındaki veriler, araştırmalarda ve nüfus sayımlarında rapor edildiği gibi kullanılır. Kaba ulusal gelire dayanan regresyon modelinde kişi başı petrol tüketimi ve kırsal nüfus kullanılır. Kişi başı GNP 5.000 ABD \$ üzerinde olan bütün ülkeler katı olmayan yakıtlarla pişirmeye geçişi tamamlamışlardır.

**Dağıtım :** Yerleşime (şehir/kırsal, büyük bölgeler/taşra) ve sosyoekonomik özelliklere (eğitim seviyesi, serveti gibi) göre.

**Kaynakça :** Smith KR, et al. Indoor air pollution from household use of solid fuels. In: Ezzati M et al., eds.

Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva, World Health Organization, 2004.

**Veri Tabanı :** Databases related to indoor air pollution:

([http://www.who.int/indoorair/health\\_impact/databases/en](http://www.who.int/indoorair/health_impact/databases/en) )

**Yorumlar :** Araştırmalar veya nüfus sayımlarındaki veriler şimdilik 94 ülke için mevcuttur ancak, geri kalan gelişmekte olan ülkeler için modellendirilmiştir.

## **C – ERKEK VE KADIN ERGENLERDE (13 – 15 YAŞLAR) SON TÜTÜN KULLANIM PREVELANSI**

**Kullanım Temeli :** Tütün kullanımına erken başlanması hayatın ileri döneminde tütünle ilgili kronik hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. Tütün alışkanlık yapan bir maddedir ve sigara içimi sıklıkla risk algılaması oluşmadan önceki ergenlik döneminde başlar.

**İlişkili Terimler :** Yok

**Veri Kaynakları :** Küresel Gençlik Tütün Araştırması (GYTS) ve Küresel Okul Sağlığı Araştırması (GSHS). GYTS 1918 başlatıldı ve hala devam etmektedir. Çok az ülke araştırmaları tekrarlamıştır. Bu, kişisel doldurulma temelli bir okul anketidir.

**Değerlendirme Metotları :** Gerektiğince uyarlamalar ve standardizasyonlar yapılır.

**Dağıtım :** Cinsiyete göre

**Kaynakça :** GYTS: (<http://www.who.int/tobacco/surveillance/gyts/en> )

GSHS: ([http://www.who.int/school\\_youth\\_health/assessment/gshs/en](http://www.who.int/school_youth_health/assessment/gshs/en) )

**Veri Tabanı :** WHO Global InfoBase:

([http://www.who.int/ncd\\_surveillance/infobase/web/InfoBaseOnline/en/index.asp](http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBaseOnline/en/index.asp) )

**Yorumlar :** Araştırmaların bazıları küçük alt ulusal nüfuslarda yapıldığından tam olarak ulusal resmi yansıtmayabilir.

## **D – 15 YAŞ VE DAHA YUKARI YAŞTAKİ YETİŞKİNLERDE KİŞİ BAŞI ALKOL TÜKETİMİ**

**Kullanım Temeli :** Aşırı alkol tüketimi, alkol bağımlılığı ve karaciğer sirozu gibi kronik hastalıkları ve yaralanmalar gibi akut sağlık problemlerini kapsayan bir çok hastalık ve sağlık durumlarıyla ilişkilidir. 15 yaş veya üzeri yaşlardaki tüm nüfusun kişi başı alkol tüketimi değerlendirmesi politika yapıcılara alkole bağlı problemlerin büyüklük ve eğilimini bir ölçüde bulmayı sağlayabilir.

**Tanım :** Kişi başı saf alkol litresi, alkol üretim ve ithalinin toplanması, alkol ihracatının çıkartılması, yetişkin nüfusa (15 yaş ve üzeri yaşlar) bölünmesiyle hesaplanır.

**İlişkili Terimler :** Yok

**Veri Kaynakları :** Food and Agriculture Organization's Statistical Database (FAOSTAT), World Drink Trends, regularly published by Produktschap voor Gedistilleerde Dranken (Netherlands)

Direkt ülke verileri

**Değerlendirme Metotları :** Toplam alkolün litre olarak saf etanol miktarı ve ayrı ayrı bira, şarap ve sert alkollerin takvim yılı boyunca ülkede yetişkin (15 yaş ve üzeri yaşlar) kişi başı tüketiminin değerlendirilmesi, üretim, satış, ithalat ve ihracat, mümkünse stokları da hesaba katarak, kurumsal istatistiklerden hesaplanarak yapılır. Çeşitli alkollü içeceklerdeki saf alkolün miktarını değerlendirmede dönüştürme faktörleri kullanılır. Birada (arpa) faktör % 5 alkolü gösterir, şarapta % 12, sert içkilerde % 40' tır. Biranın diğer tipleri ve diğer içkiler için diğer dönüştürme faktörleri kullanılır.

**Dağıtım :** Yok

**Kaynakça :** *Global Status Report on Alcohol*. Geneva, World Health Organization,2004.

**Veri Tabanı :** Global Alcohol Database: (<http://www.who.int/alcohol> )

**Yorumlar :** Vakaların çoğunda bulunan şu hususlara dikkat etmek önemlidir.

Belgelenen alkol tüketimi sadece ve bazı doğal problemlere sahiptir. Kişi başı verilerin tamlığını etkileyen faktörler : kaçak üretim, turistlerin ve denizcilerin tüketimi, hammadde sitok'u, artan ve dökülenler, kaçakçılık, gümrüksüz satışlar, meşrubat sertliği ve kalitesinin değişimi verilerine dayanır. Bazı ülkelerde, dikkati çekecek kadar kayıt dışı alkol tüketimi vardır, toplam alkol tüketiminin kapsamlı tablosu için bunun da hesaba katılması gerekir.

Çeşitli Afrika Ülkelerinde (Uganda, Nijerya, Burundi ve Swaziland) yetişkin kişi başı alkol tüketimi listesinin ilk 30'u içinde yer alırlar. Bu, fermente içeceklerin ve süpürge darısı,

akdarı ve diğer zirai ürünlerden lokal üretilen biranın hesaplamalara katıldığı FAO verilerine dayandırılarak yapıldığındandır.

## **E – YÜKSEK SEKS RİSKİ ALTINDAKİ 15 – 24 YAŞLARI ARASI GENÇ HALKIN KONDOM KULLANIMI (%)**

**Kullanım Temeli :** Karışık seksüel ilişki kuranların kondomları devamlı doğru kullanımı seksüel HIV bulaşma riskini aynı ölçüde azaltır. Bu, özellikle en yüksek HIV enfeksiyon hızı olan genç kişiler için önemlidir. Kondom kullanımı HIV 'ın seksüel bulaşımını önlemenin bir ölçütüdür; diğerleri ilk seksin geç yaşta olması, düzensiz seksüel eşlerin sayısındaki azalma, enfeksiyona yakalanmamış eşe olan inanç, çoklu seksüel ilişkiden kaçınma ve korunmasız anal seks gibi yüksek riskli seksüel uygulamaları kapsar.

**Tanım :** Son 12 ayında düzensiz bir eşle seks yapanlar içinden bir düzensiz eşle kurduğu son cinsel ilişki sırasında kondom kullandığını ifade eden 15 – 24 yaşlarındaki genç kişilerin yüzdesidir.

**İlişkili Terimler :** **Düzensiz seksüel eş**, evli olunmayan ve birlikte yaşanmayan eştir.

**Veri Kaynakları :** Household surveys such as Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicators Cluster Survey (MICS), 'Behavioural Surveillance Surveys (BSS).

**Değerlendirme Metotları :** Sadece deneysel veriler. 15 – 24 yaşlarındaki araştırma katılımcılarına seksüel ilişkiye başlayıp başlamadıkları sorulur, son 12 ayda düzensiz bir eşle cinsel ilişkide bulunduğunu ifade edenlere ilaveten düzensiz eşlerin sayısı ve düzensiz bir eşle son seks yaptıklarında kondom korunması kullanıp kullanmadıkları sorulur.

**Dağıtım :** Cinsiyete, yaşa (çocuklar / ergenler), yerleşime (şehir/kırsal, büyük bölgeler/taşra) ve sosyoekonomik özelliklere (eğitim seviyesi, serveti gibi) göre.

**Kaynakça :** *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS – Guidelines on Construction of Core Indicators*

(<http://www.unaids.org/en/in+focus/monitoringevaluation.asp> )

*UNAIDS National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluation.* Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS 2000

(<http://www.cpc.unc.edu/measure/guide/guide.html> )

**Veri Tabanı :** Measure Demographic and Health Surveys (DHS): HIV/AIDS database:

(<http://www.measuredhs.com/hivdata> )

**Yorumlar :** Veri kalitesi kişisel raporlama yanılgılarından etkilenir. Düzensiz seksüel faaliyeti raporlamada, özellikle genç kadınlar arasında sıklıkla önemli isteksizlik olur.

İlaveten, eğer AIDS kampanyalarında kondom dağıtımı yapılırsa güçlü cezbedici bir önyargı oluşabilir : katılımcılar kullanmadıkları halde kondom kullandıklarını söylerler.

## **BÖLÜM 2**

### **DÜNYA SAĞLIK GÖSTERGELERİ**

#### **4 . SAĞLIK SİSTEMLERİ GÖSTERGELERİ**

##### **A –**

- **HER 10.000 NÜFUSTAKİ DOKTOR SAYISI**
- **HER 10.000 NÜFUSTAKİ EBE VE HEMŞİRE SAYISI**
- **HER 10.000 NÜFUSTAKİ TOPLAM SAĞLIK ÇALIŞANI**
- **EBE VE HEMŞİRENİN DOKTORLARA ORANI**

**Kullanım Temeli :** Sağlıktaki insan kaynaklarının mevcudiyeti ve tertibi sağlık sisteminin gücünün önemli bir göstergesidir. Bununla birlikte nüfustaki sağlık çalışanların optimal seviyesi hakkında fikir birliği yoktur ve yoğunluğun daha yüksek seviyelerinin daha iyi olması şart değildir. Hemşire doktor oranı sağlık çalışanı becerilerinin kaynaşmasını bir göstergesidir.

**Tanım :** Doktorların yoğunluğu, her 10.000 nüfustaki doktorların sayısıdır.

Hemşire yoğunluğu, her 10.000 nüfustaki hemşirelerin sayısıdır.

Sağlık çalışanlarının toplam sayısı her 10.000 nüfustaki doktorların, hemşirelerin ve ebelerin toplam sayısıdır.

Hemşire - doktor oranı, hemşirelerin sayısının doktora oranıdır.

**İlişkili Terimler :** **Doktorlar. Hemşireler ve ebeler** eğitim, yönetmelik, aktiviteler ve görev temelli kriterlere (DSÖ ve ILO sınıflama sistemi birlikte) dayanarak tanımlanır.

Bazı ülkelerdeki hemşire yardımcıları buna dahil değildir. Bazı ülkelerde ebelerin istatistikleri rapor edilen sayılara dahildir, diğerlerinde değildir.

Sağlık için insan kaynakları 2004 Müşterek Öğrenme Girişimi raporu belirleyici üç kategori kullanır, düşük, orta ve yüksek yoğunlukta sağlık çalışanları: her 10.000 nüfusta sırasıyla 25'ten az, 25-50 arası ve 50 veya üzeri.

**Veri Kaynakları :** Ülkedeki kayıtlı doktorlar/hemşireler veri tabanındaki yönetime ait belgelere dayanarak DSÖ bölge ofislerine veya genel merkezine gönderilen ülke raporlarıdır. Bazı ülkelerde veriler, nüfus sayımından, hane halkı bireylerinin mesleklerini sorgulayan iş gücü veya diğer araştırmalardan elde edilir. Doktorlar ve hemşirelere ait veriler genellikle sağlıktaki insan kaynaklarının mevcut en iyi bilgisidir.

DSÖ Amerika Bölgesinde, “Her 10.000 kişideki hemşire ve ebelerin sayısı” göstergesi her 10.000 kişideki hemşirelere ve ebe-hemşirelere aittir. Ebeleri kapsamaz.

**Değerlendirme Metotları :** Hiçbir değerlendirme metodu geliştirilmemiştir.

**Dağıtım :** Bazı ülkelerde yaşa, cinsiyete ve yerleşime göre (kentsel/kırsal)

**Kaynakça :** *WHO progress towards health for all. Statistics of Member States.* Geneva, World Health Organization, 1994.

*International standard classification of occupations.* ISCO-88. Geneva, International Labour Of-.ce, 1990.

**Veri Tabanı :** Human Resources for Health Information:

(<http://www.globalatlas.who.int/GlobalAtlas/DataQuery/browse.asp?catID=180000000000&lev=2>) (<http://www.wpro.who.int/chips/default.asp> )

Regional Core Health Data Initiative:

(<http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm> )

European Health for all database (HFA-DB): (<http://www.data.euro.who.int/hfadb> )

**Yorumlar :** ülkelerin sağıktaki insan kaynakları verilerinin tamlığı ve kesinliği sorunlu olabilir, çünkü sıklıkla yenilenmez, özel sektör verileri genellikle dahil edilmez ve çalışanların tanımlaması değişir.

Düşük gelirli ülkelerin çoğunda yoğun klinik deneyim kazanmış eğitimli sağık çalışanları kadroları mevcuttur ve doktorların çoğu klinik görevlerini yaparlar. Bunlar “asistan sağık görevlileri”, klinik görevliler vb.’ leridir ve veri tabanında dahil edilmezler. Diğer bir tartışma konusu “hemşirelerin” ve “ebelerin” tanımlamasıdır.

## **B – HER 10.000 NÜFUSTAKİ HASTANE YATAKLARI SAYISI**

**Kullanım Temeli :** Servis verimi, sağık sistemlerinin önemli bir bileşenidir. Sağık servisleri veriminin varlığı, erişim ve yayılımını kavramada, göstergeler dizisi karma bir göstergeye ihtiyaç duyulur. Son olarak ülkelerin büyük çoğunluğunda bu tarz veri yoktur. “Hasta yataklarındaki” yoğunluk, “sağık servisi verimliliği seviyesi” ile bağlantılı mevcut çok az göstergelerden biridir.

**Tanım :** Her 10.000 nüfustaki hasta yataklarının sayısıdır.

**İlişkili Terimler :** **Hastane yatakları,** hasta ve annelik yataklarını kapsar. **Annelik yatakları,** bebek karyolalarını kapsarken, doğum masaları dahil edilmez.

**Veri Kaynakları :** Yataklı kurumların rapor edilen verilerine dayanan idari belgeler; sağık kurumlarının sayımları.



**Değerlendirme Metotları :** Mümkün olduğunca bildirim uyarlanan sadece deneysel veriler (atlanan özel kurumlar gibi).

**Dağıtım :** Verilerin mevcudiyeti çoğu durumda kısıtlı olmakla birlikte, yerleşime (kentsel/kırsal) göre.

**Kaynakça :** *Health situation in the Americas. Basic Indicators.* Washington, World Health Organization. Pan American Health Organization, 2004.

*South-East Asia Region. Basic Indicators 2004.* New Delhi, World Health Organization, 2004.

**Veri Tabanı :** Human Resources for Health Information:

(<http://www.globalatlas.who.int/GlobalAtlas/DataQuery/browse.asp?catID=180000000000&lev=2> ) (<http://www.wpro.who.int/chips/default.asp> )

Regional Core Health Data Initiative:

(<http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm> )

European Health for all database (HFA-DB): (<http://www.data.euro.who.int/hfadb>)

**Yorumlar :** Ülkedeki sağlık servislerinin dağılımını ve seviyesini daha iyi kavramada ileri çalışmaya ihtiyaç vardır. Bu sağlık servislerine erişimdeki adaletsizliği değerlendirmeye yönelik ilk adım olabilir.

**C -**

- **GDP' DEKİ TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI YÜZDESİ**
- **TOPLAM GENEL HÜKÜMET HARCAMALARINDAKİ, SAĞLIKLA İLGİLİ GENEL HÜKÜMET HARCAMALARININ YÜZDESİ**
- **SAĞLIKLA İLGİLİ, ULUSLAR ARASI DOLAR BAZINDA, KİŞİ BAŞI TOPLAM HARCAMALAR**

**Kullanım Temeli :** Sağlık finansmanı sağlık sisteminin kritik bir bileşenidir. İzlenmesi gereken geniş çaplı göstergeler dizisi vardır. Seçilen göstergeler ulusal sağlık harcamalarında özetlenir.

**Tanım :** Toplam sağlık harcamalarının Gayri Safi Milli Hasıladaki (GDP) yüzdesidir. Toplam genel hükümet harcamalarındaki sağlığa harcanan yüzdendir.

**İlişkili Terimler :** **Toplam sağlık harcamaları**, belirlenen yıldaki sağlıkla ilgili genel hükümet harcamalarıyla sağlıktaki özel harcamaların toplamıdır (uluslar arası dolar bazında).

**GDP**, ülkedeki yerli ve yabancılar tarafından, paylarına bakılmaksızın iç ve dış talepleri sağlamaya yönelik yapılan mal ve hizmetlerin değeridir. Özel ve hükümet organlarının tüm toplam harcamalarının (tüketim ve yatırım) ilgili yıl içindeki, ekonomideki karşılığıdır.

**Genel hükümet harcamaları** hükümetin tüm seviyelerdeki sermayesini içeren konsolide direkt harcamaları ve indirekt harcamaları kapsar. Sosyal güvenlik kurumları, özerk kuruluşlar ve diğer bütçe dışı kaynaklardır.

**Uluslar arası dolar** yerel para birimlerinin, Amerikan dolarına kıyasla, satın alma gücü pariteleri (PPP) değerine bölümüyle hesaplanır, ülkeler arasında oluşan değer seviyeleri farklılıklarının sonuçlarını azaltan bir ölçü gibi.

**Veri Kaynakları** : Sağlık harcama verileri, sağlık sistemi işleyişinde belgelenen finans ve harcama kalemi sentezi olan, Ulusal Sağlık Harcamalarına (NHA) dayanır. Bununla birlikte sadece kısıtlı sayıda ülkeler tüm NHA' yı gösterir.

Diğer ulusal kaynaklar, toplum harcamaları raporlarını, istatistiki yıllıkları ve diğer dergileri, bütçe dökümanlarını, ulusal hesap raporlarını, resmi web sitelerinin istatistiksel dökümlerini, hükümet dışı organizasyon raporlarını, akademik çalışmaları ve hükümet bakanlıkları ve kurumlarından elde edilen raporları ve verileri kapsar.

Ülkelerin çoğu için, BM Ulusal Hesap İstatistikleri temel kaynaktır.

Genel hükümet harcamaları, OECD ülkelerinin ulusal hesaplarından ve IMF hükümet finans istatistiklerinden elde edilir.

**Değerlendirme Metotları** : Kişi başı toplam sağlık harcamaları değerlendirmeleri, NHA veya DSÖ' ne ve işbirlikçi ülkelere veya bilinen mevcut kaynaklara bildirilen birkaç diğer kaynağa dayandırılır. Oranlar, harcama rakamlarının nüfus rakamlarına bölünmesiyle kişi başı terimleriyle gösterilir. Bu kişi başı rakamlar öncelikle, banka sisteminde değiştirilen paraların gözlenen yıllık ortalama birimleri sayısı olan, ortalama takas hızındaki ABD dolarıyla gösterilir. Daha sonra ayrıca, yukarıda belirtildiği gibi ülkeler arasındaki değer farklılıklarının etkisini azaltan uluslar arası dolar değerleriyle gösterilir.

**Dağıtım** : Yok

**Kaynakça** : *The World Health Report 2005: make every mother and child count.*

Geneva, World Health Organization, 2005.

([http://www.who.int/whr/2005/annex/annexe5\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2005/annex/annexe5_en.pdf) )

**Veri tabanı** : *The World Health Report 2005: make every mother and child count.*

Geneva, World Health Organization, 2005.

([http://www.who.int/whr/2005/annex/annexe5\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2005/annex/annexe5_en.pdf))

**Yorumlar** : NHA nın olmaması ve standartlaştırılmaması değerlendirme ve mukayeseyi kısıtlar.

## **D – ÖLÜMLERİN HAYAT KAYIT FAALİYETLERİ KAPSAMI**

**Kullanım Temeli** : Sağlık bilgileri sağlık sistemlerinin önemli bir bileşenidir. Doğumların ve ölümlerin ölüm sebepleriyle birlikte kaydı “hayat kayıt sistemi” olarak adlandırılır. Ülke sağlık bilgi sisteminin önemli bir parçasıdır.

**Tanım** : Sağlık kayıt sistemi yoluyla sayılan toplam ölümlerin tahmini yüzdesidir.

**İlişkili Terimler** : Yok

**Veri Kaynakları** : Ülke faaliyet raporları kapsamı ve DSÖ faaliyetleri kapsamı değerlendirmesi.

**Değerlendirme Metotları** : Yaşa ve cinsiyete göre ölümlerin tahmini sayısı, bir çok kaynağa dayanan son hayat tablolarından hesaplanır. Bildirilen rakamlar, yaşa ve cinsiyete göre, tahmin edilen rakamlarla kıyaslanarak, hayat kayıt sistemine ait faaliyet kapsamının değerlendirilmesi sağlanır.

**Dağıtım** : Yok

**Kaynakça** : Mathers et al. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *WHO Bulletin* 83, 2005, 171-177.

**Veri tabanı** : WHO mortality database website:

(<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis.search.mort&language=english>)

**Yorumlar** : Çeşitli kayıt sistemleri, her ne kadar ülkedeki ölümlerin sadece bir kısmını içerse de, ülkeye ait mortalite ve ölüm sebepleri bilgisini elde etmedeki önemli bir ara çözümdür.