



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

شناسنامه شاخص‌های اساسی سلامت دفتر مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت

(به‌روز شده نسخه اردیبهشت ۱۳۹۹) ۱۴۰۲

دبیرخانه دیده‌بانی نظام سلامت



<http://nihr.tums.ac.ir>

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران
دیرخانه دیده‌بانی سلامت

درباره گزارش

دفتر مدیریتانه شرقی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۲ میلادی، یک چارچوب حاوی شاخص‌های مرتبط با سلامت به نام شاخص‌های اساسی سلامت را تدوین نمود. هدف از این چارچوب این است که بتوان یک دیدگاه نسبتاً جامع و کامل از وضعیت سلامت کشورهای منطقه مدیریتانه شرقی بدست آورد. از آن زمان تاکنون لیست این شاخص‌ها چند نوبت به‌روزرسانی شده است. این شاخص‌ها شامل سه بخش کلی هستند: ۱. تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر مؤثر بر سلامت؛ ۲. ارزیابی وضعیت سلامت، شامل بیماری و مرگ‌ومیر؛ و ۳. پاسخگویی نظام سلامت. این شاخص‌ها علاوه بر آن که یک دید کلی از وضعیت سلامت کشورها را ارائه می‌دهند، برای اندازه‌گیری پیشرفت در جهت دستیابی به اهداف توسعه پایدار در حیطه سلامت و همچنین اهداف سیزدهمین برنامه عمومی سازمان جهانی بهداشت نیز کمک‌کننده هستند.

از سال ۲۰۱۴ میلادی گزارش وضعیت این شاخص‌ها به‌صورت سالانه در ۲۲ کشور منطقه مدیریتانه شرقی شامل افغانستان، بحرین، جیبوتی، مصر، جمهوری اسلامی ایران، عراق، اردن، کویت، لبنان، لیبی، مراکش، عمان، پاکستان، فلسطین، قطر، عربستان سعودی، سومالی، سودان، سوریه، تونس، امارات متحده عربی، و یمن توسط دفتر منطقه مدیریتانه شرقی سازمان جهانی بهداشت منتشر می‌شود.

این مجلد حاوی ترجمه شناسنامه (متادیتا) برای این شاخص‌ها می‌باشد که در سال ۲۰۱۵ منتشر شده است. منبع اصلی انگلیسی از لینک زیر قابل دریافت می‌باشد:

<http://www.seha.ly/wp-content/uploads/2018/01/EMR-core-indicators-registry.pdf>

فهرست محتوی

۱	۱. اندازه جمعیت
۳	۲. درصد رشد جمعیت
۵	۳. میزان باروری کل
۷	۴. میزان باروری نوجوانان (به ازای هزار دختر سن ۱۵ تا ۱۹ سال)
۹	۵. ثبت نام مدارس ابتدایی
۱۱	۶. جمعیت زیر خط فقر بین‌المللی
۱۳	۷. میزان باسوادی (۱۵ تا ۲۴ سال)
۱۵	۸. دسترسی به آب آشامیدنی سالم
۱۹	۹. دسترسی به توالی بهداشتی
۲۳	۱۰. بروز کم‌وزنی در نوزادان
۲۵	۱۱. تغذیه انحصاری با شیر مادر ۰ تا ۵ ماهگی
۲۷	۱۲. کودکان زیر ۵ سال که دچار کوتاه‌قدی هستند (متوسط و شدید)
۲۹	۱۳. کودکان زیر ۵ سال که دچار کم‌وزنی هستند (متوسط و شدید)
۳۱	۱۴. کودکان زیر ۵ سال که دچار اضافه‌وزن هستند
۳۳	۱۵. کودکان زیر ۵ سال که چاق هستند
۳۵	۱۶. اضافه‌وزن در نوجوانان (۱۳ تا ۱۸ سال)
۳۷	۱۷. چاقی در نوجوانان (۱۳ تا ۱۸ سال)
۳۹	۱۸. اضافه‌وزن در بزرگسالان (بالای ۱۸ سال)
۴۱	۱۹. چاقی در بزرگسالان (بالای ۱۸ سال)
۴۳	۲۰. شیوع مصرف دخانیات در میان افراد (۱۳ تا ۱۵ سال)
۴۵	۲۱. شیوع مصرف دخانیات در میان افراد (بالای ۱۵ سال)
۵۱	۲۲. فعالیت بدنی ناکافی در نوجوانان (۱۳ تا ۱۸ سال)

۵۳	۲۳. فعالیت بدنی ناکافی در بزرگسالان (بالای ۱۸ سال)
۵۵	۲۴. گلوکز خون بالا در میان بزرگسالان (بالای ۱۸ سال)
۵۷	۲۵. فشار خون بالا در میان بزرگسالان (بالای ۱۸ سال)
۵۹	۲۶. کم‌خونی در میان زنان در سن باروری
۶۱	۲۷. امید زندگی در بدو تولد
۶۳	۲۸. مرگ‌ومیر نوزادان (به‌ازای هزار تولد زنده)
۶۵	۲۹. مرگ‌ومیر کودکان زیر یک‌سال
۶۷	۳۰. مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال
۶۹	۳۱. مرگ‌ومیر مادران
۷۳	۳۲. مرگ‌ومیر بزرگسالان بین ۱۵ و ۶۰ سال
۷۵	۳۳. مرگ‌ومیر گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال (به‌علت بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت و یا بیماری‌های تنفسی مزمن)
۷۷	۳۴. مرگ‌ومیر ناشی از تصادفات جاده‌ای (به‌ازای صد هزار نفر جمعیت)
۹۷	۳۵. بروز سرطان، به تفکیک نوع سرطان (به‌ازای صد هزار نفر جمعیت)
۸۱	۳۶. میزان گزارش‌دهی سل
۸۳	۳۷. تخمین موارد جدید ابتلا به ایدز
۸۵	۳۸. تعداد موارد جدید گزارش شده ابتلا به ایدز
۸۷	۳۹. بروز موارد تأیید شده مالاریا
۸۹	۴۰. بروز موارد سرخک
۹۱	۴۱. سهم هزینه سلامت بخش عمومی از هزینه‌های عمومی دولت (درصد)
۹۳	۴۲. سرانه کل هزینه‌های سلامت
۹۵	۴۳. سهم پرداخت مستقیم از جیب از کل هزینه‌های جاری سلامت
۹۷	۴۴. جمعیت مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن سلامت
۹۹	۴۵. جمعیت مواجه شده با هزینه‌های فقرزای سلامت

۱۰۱	۴۶. تعداد کارکنان حوزه سلامت به‌ازای جمعیت
۱۰۳	۴۷. تعداد فارغ‌التحصیلان اخیر دارای پروانه مؤسسات آموزشی حرفه‌ای به‌ازای جمعیت
۱۰۵	۴۸. پوشش ثبت تولد
۱۰۷	۴۹. پوشش ثبت مرگ
۱۰۹	۵۰. در دسترس بودن داروهای ضروری در مراکز ارائه خدمات سلامت
۱۱۱	۵۱. تراکم وسایل پزشکی منتخب به‌ازای یک میلیون نفر
۱۱۳	۵۲. تراکم مراکز مراقبت‌های سلامت اولیه به‌ازای جمعیت (بخش عمومی و بخش خصوصی)
۱۱۵	۵۳. تراکم تخت‌های بیمارستانی به‌ازای جمعیت
۱۱۷	۵۴. بروز عفونت زخم بعد از جراحی
۱۱۹	۵۵. سرانه بار مراجعه سرپایی سالانه
۱۲۱	۵۶. نیاز برآورد شده برای پیشگیری از بارداری
۱۲۳	۵۷. پوشش مراقبت دوران بارداری (یک بار و بیشتر)
۱۲۵	۵۸. پوشش مراقبت دوران بارداری (چهار بار و بیشتر)
۱۲۷	۵۹. زایمان توسط فرد دوره‌دیده
۱۲۹	۶۰. پوشش واکسن ثلاث سه / پنتاوالان در بین کودکان زیر یک‌سال
۱۳۵	۶۱. پوشش واکسن سرخک (نوبت اول)
۱۴۱	۶۲. درصد موارد مشکوک به مالاریا که یک آزمایش تشخیصی داشته‌اند
۱۴۳	۶۳. درصد افرادی که در شب گذشته زیر پشه‌بند آغشته به حشره‌کش خوابیده‌اند
۱۴۵	۶۴. درصد جمعیت کلیدی در معرض خطر بالاتر (افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، کارگران جنسی، مردانی که با مردان رابطه جنسی دارند) در ۱۲ ماه گذشته تست HIV گرفته‌اند و نتایج آن را می‌دانند
۱۴۷	۶۵. بین همه بزرگسالان و کودکان مبتلا به HIV، آنهایی که در حال حاضر درمان ضد‌رتروویروسی دریافت کرده‌اند
۱۵۳	۶۶. درصد موفقیت در درمان سل تأیید شده باکتریولوژیک جدید
۱۵۵	۶۷. کودکان زیر ۵ سال مبتلا به اسهال که مایع درمانی خوراکی دریافت کرده‌اند
۱۵۷	۶۸. پوشش خدمات برای اختلالات شدید سلامت روان

Table of Content

1. Population size	2
2. Population growth rate	4
3. Total fertility rate	6
4. Adolescent fertility rate (per 1000 girls aged 15–19 years)	8
5. Net primary school enrolment	10
6. Population below international poverty line	12
7. Literacy rate (15-24 years)	14
8. Access to improved drinking water	16
9. Access to improved sanitation facilities	20
10. Incidence of low birth weight among newborns	24
11. Exclusive breastfeeding rate 0-5 months of age	26
12. Children under 5 years who are stunted (moderate and severe)	28
13. Children under 5 years who are wasted (moderate and severe)	30
14. Children under 5 years who are overweight	32
15. Children aged under 5 years who are obese	34
16. Overweight in adolescents (13-18 years)	36
17. Obesity in adolescents (13-18 years)	38
18. Overweight in adults (18+ years)	40
19. Obesity in adults (18+ years)	42
20. Tobacco use among persons (13-15 years)	44
21. Tobacco use among persons aged 15+ years	46
22. Insufficient physical activity in adolescents (13-18 years)	52
23. Insufficient physical activity in adults (18+ years)	54

24. Raised blood glucose among adults (18+ years)	56
25. Raised blood pressure among adults (18+)	58
26. Anaemia among women of reproductive age	60
27. Life expectancy at birth	62
28. Neonatal mortality rate (per 1000 live births)	64
29. Infant mortality rate	66
30. Under- five mortality rate	68
31. Maternal mortality ratio	70
32. Adult mortality rate between 15 and 60 years of age	74
33. Mortality between age groups 30 and 70 from (cardiovascular diseases, cancer, diabetes, or chronic respiratory diseases)	76
34. Mortality rate from road traffic injuries (per 100 000 population)	78
35. Cancer incidence, by type of cancer (per 100 000 population)	80
36. Tuberculosis notification rate	82
37. Estimated number of new HIV infections	84
38. Number of newly reported HIV cases	86
39. Incidence of confirmed malaria cases	88
40. Incidence of measles cases	90
41. Domestic general government health expenditure (% of general government expenditure)	92
42. Per capita total health expenditure	94
43. Out-of-pocket expenditure as % of current health expenditure	96
44. Population with catastrophic health expenditure	98
45. Population impoverished due to out-of-pocket health expenditure	100
46. Density of health workers	102
47. Density of recent graduates of registered health profession educational institutions	104

48. Births registration coverage	106
49. Deaths registration coverage	108
50. Availability of selected essential medicines health facilities	110
51. Density per million population of six selected medical devices	112
52. Density of primary health care facilities (public and private sector)	114
53. Density of inpatient beds (hospitals)	116
54. Surgical wound infection rate	118
55. Annual number of outpatient department visits, per capita	120
56. Need for contraception satisfied	122
57. Antenatal care coverage (1+)	124
58. Antenatal care coverage (4+)	126
59. Skilled birth attendance	128
60. DTP3/Pentavalent coverage among children under 1 year of age (%)	130
61. Measles immunization coverage (MCV1)	136
62. Percentage of suspected malaria cases that have had a diagnostic test	142
63. Percentage of individuals who slept under an ITN the previous night	144
64. Percentage of key populations at higher risk (People Who Inject Drugs, sex workers, men who have sex with men) who have received an HIV test in the past 12 months and know their results	146
65. Adults and children currently receiving ART among all adults and children living with HIV	148
66. Treatment success rate of new bacteriologically confirmed tuberculosis	154
67. Children under 5 with diarrhea receiving oral rehydration therapy	156
68. Service coverage for severe mental health disorders	158

شناسنامه شاخص‌های اساسی سلامت دفتر مدیریتانه
شرقی سازمان جهانی بهداشت

۱. اندازه جمعیت

اندازه جمعیت	نام مخفف
اندازه جمعیت	نام شاخص
تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر سلامت	دامنه / زیر دامنه
عوامل جمعیتی و اجتماعی - اقتصادی	شرایط مربوط / مرتبط
جمعیت واقعی در یک کشور یا منطقه در تاریخ اول ژوئیه (معادل تیرماه) هر سال. ارقام به ازای هزار نفر ارائه می‌شوند.	تعریف
شمارش مبتنی بر جمعیت	روش اندازه‌گیری
-	صورت کسر
-	مخرج کسر
داده‌های جمعیت از جدیدترین "چشم‌اندازهای جمعیت جهان" در بخش جمعیت در سازمان ملل متحد دریافت می‌شوند. زمانی که داده‌های تجربی کشوری موجود نبوده و یا از کیفیت کافی برخوردار نباشند از مدل‌سازی آماری استفاده می‌شود.	روش تخمین
-	تفکیک‌کننده
داده‌های ثبت احوال با پوشش کامل	منابع اصلی / ارجح داده‌ها
سرشماری نفوس	
سالنامه‌های آماری	منابع دیگر / جایگزین داده‌ها
سالانه	تناوب اندازه‌گیری
مرکز آمار	واحد مسئول ارائه شاخص

1. Population size

Abbreviated name	Population size
Indicator name	Population size
Domain/subdomain	Health determinants and risk
Related/Associated terms	Demographic and socioeconomic determinants
Definition	De facto population in a country, area or region as of 1 July of the year indicated. Figures are presented in thousands
Measurement method	Population based enumeration
Numerator	-
Denominator	-
Method of estimation	Population data are taken from the most recent UN Population Division's "World Population Prospects". Statistical modeling is used when empirical country data are absent or inadequate quality
Disaggregation	-
Primary/preferred data sources	Civil registration with complete coverage Population census
Alternate/other possible data sources	Annual statistical yearbooks
Measurement frequency	Annual

۲. درصد رشد جمعیت

نام مخفف	درصد رشد جمعیت
نام شاخص	رشد جمعیت
دامنه / زیر دامنه	تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	عوامل جمعیتی و اجتماعی - اقتصادی
تعریف	میانگین نرخ نمایی رشد سالانه جمعیت در طی یک دوره معین
روش اندازه‌گیری	به صورت $\ln [P(t) / P(0)]$ محاسبه می‌شود که در آن "t" طول دوره است و \ln لگاریتم طبیعی است.
صورت کسر	-
مخرج کسر	-
روش تخمین	داده‌های جمعیت از جدیدترین "چشم‌اندازهای جمعیت جهان" در بخش جمعیت در سازمان ملل متحد دریافت می‌شوند.
تفکیک‌کننده	گروه‌های سنی (۵ ساله)، جنسیت، فرو ملی (در صورت امکان)
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	داده‌های ثبت احوال با پوشش کامل سرشماری نفوس
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	سالنامه‌های آماری
تناوب اندازه‌گیری	سالانه
واحد مسئول ارائه شاخص	مرکز آمار

2. Population growth rate

Abbreviated name	Population growth rate
Indicator name	Population growth
Domain/subdomain	Health determinants and risk
Related/Associated terms	Demographic and socioeconomic determinants
Definition	Average exponential rate of annual growth of the population over a given period
Measurement method	It is calculated as $\ln [P(t) / P(o)]$ where "t" is the length of the period
Numerator	-
Denominator	-
Method of estimation	Population data are taken from the most recent UN Population Division's "World Population Prospects".
Disaggregation	Age-groups (5-year), gender, sub-national (if possible)
Primary/ preferred data sources	Civil registration with complete coverage Population census
Alternate/ other possible data sources	Annual statistical yearbooks
Measurement frequency	Annual

۳. میزان باروری کل

نام مخفف	میزان باروری کل
نام شاخص	میزان باروری کل
دامنه / زیر دامنه	تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر سلامت عوامل جمعیتی و اجتماعی - اقتصادی
شرایط مربوط / مرتبط	باروری، زایمان‌ها، میزان تولد خام، میزان باروری خالص
تعریف	تعداد متوسط کودکانی که یک گروه فرضی از زنان در پایان دوره باروری خود به دنیا می‌آورند چنانچه در طول کل زندگی خود در معرض میزان‌های باروری یک دوره معین بوده و نیز مرگومیر در آن‌ها صورت نگرفته باشد. به صورت فرزندان در هر زن بیان می‌شود.
روش اندازه‌گیری	باروری کل به‌طور مستقیم به‌صورت مجموع میزان باروری ویژه سنی (معمولاً در زنان ۱۵ تا ۴۹ سال)، یا پنج برابر مجموع در صورتی که داده‌ها در گروه‌های سنی ۵ ساله ارائه شده باشند، محاسبه می‌شود. میزان باروری ویژه سنی یا گروه سنی به‌صورت نسبت تعداد تولدهای سالانه به تعداد زنان در سن یا گروه سنی معین به تعداد جمعیت زنان در همان سن یا گروه سنی، در همان سال، برای یک‌سال مشخص، برای یک کشور، قلمرو یا منطقه جغرافیایی معین محاسبه می‌شود. داده‌های جمعیت سازمان ملل مطابق با مقادیر تخمین زده شده در وسط سال براساس درون‌یابی خطی از پیش‌بینی‌های جمعیتی ۵ ساله متغیر متوسط باروری سازمان ملل متحد بدست آمده است.
صورت کسر	نسبت تعداد تولدهای سالانه به تعداد زنان در سن یا گروه سنی معین
مخرج کسر	تعداد جمعیت زنان در همان سن یا گروه سنی
روش تخمین	داده‌های جمعیت از جدیدترین "چشم‌اندازهای جمعیت جهان" در بخش جمعیت در سازمان ملل متحد دریافت می‌شوند. در کشورهایی که میزان باروری پایین است، میزان باروری کل معمولاً مربوط به زنان ۱۵ تا ۴۴ سال است.
تفکیک‌کننده	محل سکونت، وضعیت اجتماعی - اقتصادی
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	داده‌های ثبت احوال و آمارهای حیاتی با پوشش کامل، سرشماری نفوس
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	پیمایش‌های خانوار، سالنامه‌های آماری، داده‌های ثبتی مراکز ارائه خدمت
تناوب اندازه‌گیری	سالانه اگر براساس داده‌های ثبت احوال و آمارهای حیاتی (CRVS) باشد؛ هر ۳ تا ۵ سال یک‌بار اگر براساس پیمایش‌ها و سرشماری انجام شود.
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

3. Total fertility rate

Abbreviated name	Total fertility rate
Indicator name	Total fertility rate
Domain/subdomain	Health determinants and risk Demographic and socioeconomic determinants
Related/Associated terms	Fertility, births, crude birth rate, net reproductive rate
Definition	Average number of children that a hypothetical cohort of women would have at the end of their reproductive period if they were subject during their whole lives to the fertility rates of a given period and if they were not subject to mortality. It is expressed as children per woman.
Measurement method	Total fertility is directly calculated as the sum of age-specific fertility rates (usually referring to women aged 15 to 49 years), or five times the sum if data are given in five-year age groups. An age- or age-group-specific fertility rate is calculated as the ratio of annual births to women at a given age or age-group to the population of women at the same age or age-group, in the same year, for a given country, territory, or geographic area. Population data from the United Nations correspond to mid-year estimated values obtained by linear interpolation from the corresponding United Nations fertility medium-variant quinquennial population projections.
Numerator	Ratio of annual births to women at a given age or age-group
Denominator	Population of women at the same age or age-group
Method of estimation	Population data are taken from the most recent United Nations Population Division's World Population Prospects. In countries with low fertility rates, the total fertility rate usually refers to women aged 15 to 44 years
Disaggregation	Place of residence, socioeconomic status
Primary/ preferred data sources	Civil registration and vital statistics systems with high coverage, population census
Alternate/ other possible data sources	Household surveys, annual statistical yearbooks, facility-based records
Measurement frequency	Annual if based on civil registration and vital statistics (CRVS); once every 3–5 years if based on surveys and census

۴. میزان باروری نوجوانان (به ازای هزار دختر سن ۱۵ تا ۱۹ سال)

نام مخفف	میزان باروری نوجوانان
نام شاخص	میزان باروری نوجوانان (در ۱۰۰۰ دختر سن ۱۵ تا ۱۹ سال)
دامنه / زیر دامنه	تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر سلامت عوامل جمعیتی و اجتماعی - اقتصادی
شرایط مربوط / مرتبط	باروری، زنان در دوره میانی و اواخر نوجوانی خود (۱۵ تا ۱۹ سال)
تعریف	تعداد سالانه تولد از زنان ۱۵ تا ۱۹ ساله به‌ازای هزار زن در آن گروه سنی. همچنین به این میزان، میزان باروری ویژه سنی برای زنان در سنین ۱۵ تا ۱۹ سال نیز گفته می‌شود.
روش اندازه‌گیری	میزان تولد نوجوانان به‌طور کلی به‌صورت یک نسبت محاسبه می‌شود. صورت این نسبت، تعداد زایمان‌های زنده زنان ۱۵ تا ۱۹ سال و مخرج آن تخمین میزان قرار گرفتن در معرض باروری توسط زنان ۱۵ تا ۱۹ سال است. صورت و مخرج برای ثبت احوال، پیمایش و سرشماری به‌طور متفاوتی محاسبه می‌شوند. (الف) در مورد داده‌های ثبت احوال، صورت، تعداد ثبت شده تولد زنده متولد شده از زنان ۱۵ تا ۱۹ سال در طی یک‌سال معین است و مخرج، جمعیت تخمینی یا شمارش شده ۱۵ تا ۱۹ سال است. (ب) در مورد داده‌های پیمایش، میزان باروری نوجوانان به‌طور کلی براساس تاریخچه تولد گذشته‌نگر انجام می‌شود. صورت، تعداد تولد در زانی است که در زمان به دنیا آوردن فرزند در طی یک دوره مرجع قبل از مصاحبه، ۱۵ تا ۱۹ سال سن داشته‌اند و مخرج آن زنان ۱۵ تا ۱۹ ساله در همان دوره مرجع از زنان مصاحبه شده به‌صورت شخص سال می‌باشد. در صورت امکان، دوره مرجع، ۵ سال قبل از انجام پیمایش است. سال گزارش مربوط به وسط دوره مرجع است. در برخی از پیمایش‌ها، هیچ تاریخچه تولد گذشته‌نگر وجود ندارد و برآورد آن براساس تاریخ آخرین تولد یا تعداد تولد در ۱۲ ماه قبل از پیمایش انجام می‌شود. (ج) در مورد داده‌های سرشماری، میزان باروری نوجوانان به‌طور کلی براساس تاریخ آخرین تولد یا تعداد تولدها در ۱۲ ماه قبل از سرشماری محاسبه می‌شود. سرشماری هم صورت و هم مخرج این میزان را ارائه می‌دهد. در بعضی موارد، برای موارد ثبت نشده سرشماری‌ها میزان‌ها براساس روش‌های غیرمستقیم تخمین تصحیح می‌شوند. برای برخی از کشورها که داده قابل اعتماد دیگری ندارند، روش تخمین غیرمستقیم کودکان خود، تخمین‌هایی از میزان باروری نوجوانان را برای چند سال قبل از سرشماری فراهم می‌کند.
صورت کسر	تعداد تولد زنده از زنان در سنین ۱۵ تا ۱۹ سال
مخرج کسر	قرار گرفتن در معرض فرزندآوری توسط زنان در سنین ۱۵ تا ۱۹ سال
روش تخمین	بخش جمعیت سازمان ملل متحد، داده‌های مربوط به میزان باروری نوجوانان را برای نظارت بر اهداف توسعه پایدار گردآوری و به‌روز می‌کند. تخمین‌های مبتنی بر ثبت احوال زمانی ارائه می‌شود که کشور حداقل ۹۰ درصد پوشش را گزارش کند و بین برآوردهای ثبت احوال و برآوردهای پیمایش توافق منطقی وجود داشته باشد. از برآوردهای پیمایش، فقط در صورت عدم وجود داده‌های ثبت احوال قابل اطمینان استفاده می‌شود. با توجه به محدودیت‌های پایگاه داده بر اهداف توسعه پایدار سازمان ملل، تنها یک منبع در سال و کشور ارائه می‌شود. در چنین مواردی، اولویت با پیمایشی است که بیشتر از همه در سطح ملی انجام می‌شود و سایر پیمایش‌ها با استفاده از تاریخچه تولد گذشته‌نگر، سرشماری و پیمایش‌های دیگر به ترتیب در اولویت‌های بعدی هستند.
تفکیک‌کننده	وضعیت تأهل (در صورت امکان، همچنین دختران زیر ۱۵ سال)، محل سکونت، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، سطح تحصیلات، پنجک درآمدی
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	نظام‌های ثبت احوال با پوشش کامل
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	پیمایش‌های خانوار، سرشماری نفوس
تناوب اندازه‌گیری	سالانه، هر ۳ تا ۵ سال (بسته به تناوب پیمایش‌های خانوار)
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

4. Adolescent fertility rate (per 1000 girls aged 15–19 years)

Abbreviated name	Adolescent fertility rate
Indicator name	Adolescent fertility rate (per 1000 girls aged 15–19 years)
Domain/subdomain	Health determinants and risk Demographic and socioeconomic determinants
Related/Associated terms	Fertility, women during their middle and late adolescent period (15-19 years)
Definition	Annual number of births to women aged 15-19 years per 1,000 women in that age group. It is also referred to as the age-specific fertility rate for women aged 15-19 years.
Measurement method	The adolescent birth rate is generally computed as a ratio. The numerator is the number of live births to women 15 to 19 years of age, and the denominator an estimate of exposure to childbearing by women 15 to 19 years of age. The numerator and the denominator are calculated differently for civil registration, survey and census data. (a) In the case of civil registration the numerator is the registered number of live-births born to women 15 to 19 years of age during a given year, and the denominator is the estimated or enumerated population of women aged 15 to 19 years. (b) In the case of survey data, the adolescent birth rate is generally computed based on retrospective birth histories. The numerator refers to births to women that were 15 to 19 years of age at the time of the birth during a reference period before the interview, and the denominator to person-years lived between the ages of 15 and 19 years by the interviewed women during the same reference period. Whenever possible, the reference period corresponds to the five years preceding the survey. The reported observation year corresponds to the middle of the reference period. For some surveys, no retrospective birth histories are available and the estimate is based on the date of last birth or the number of births in the 12 months preceding the survey. (c) In the case of census data, the adolescent birth rate is generally computed based on the date of last birth or the number of births in the 12 months preceding the enumeration. The census provides both the numerator and the denominator for the rates. In some cases, the rates based on censuses are adjusted for under registration based on indirect methods of estimation. For some countries with no other reliable data, the own-children method of indirect estimation provides estimates of the adolescent birth rate for a number of years before the census.
Numerator	Number of live births to women aged 15–19 years
Denominator	Exposure to childbearing by women aged 15–19 years
Method of estimation	The United Nations Population Division compiles and updates data on adolescent fertility rates for MDG monitoring. Estimates based on civil registration are provided when the country reports at least 90% coverage and there is reasonable agreement between civil registration estimates and survey estimates. Survey estimates are provided only when there is no reliable civil registration. Given the restrictions of the United Nations MDG database, only one source is provided by year and country. In such cases precedence is given to the survey programme conducted most frequently at the country level, with other survey programmes using retrospective birth histories, census and other surveys in that order.
Disaggregation	Marital status (when possible, also capture girls < 15 years), place of residence, socioeconomic status, education level, wealth quintile
Primary/ preferred data sources	Civil registration systems with full coverage
Alternate/ other possible data sources	Household surveys, population census
Measurement frequency	Annual, every 3 – 5 years (depending on frequency of household surveys)

۵. ثبت‌نام مدارس ابتدایی

نام مخفف	نسبت ثبت‌نام مدارس ابتدایی (درصد)
نام شاخص	نسبت ثبت‌نام مدارس ابتدایی (درصد)
دامنه / زیر دامنه	تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر سلامت/ عوامل خطر
شرایط مربوط / مرتبط	تحصیلات، میزان ثبت‌نام
تعریف	تعداد کودکان سن رسمی مدرسه که در مدارس ابتدایی ثبت‌نام می‌کنند از کل کودکان سن رسمی مدرسه به‌صورت درصد. ثبت‌نام همان گروه سنی در مدارس متوسطه نیز در نظر گرفته می‌شود.
روش اندازه‌گیری	-
صورت کسر	تعداد کودکان سن رسمی مدرسه که در مدارس ابتدایی ثبت‌نام می‌کنند.
مخرج کسر	کل جمعیت کودکان سن رسمی مدرسه
روش تخمین	یونسکو اطلاعات مربوط به نسبت ثبت‌نام خالص مدارس ابتدایی را گردآوری می‌کند.
تفکیک‌کننده	جنسیت
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	سرشماری نفوس، پیمایش‌های مبتنی بر جمعیت، پیمایش‌های آموزش
منابع دیگر/ جایگزین داده‌ها	-
تناوب اندازه‌گیری	هر ۳ تا ۵ سال یا سالانه بسته به در دسترس بودن داده‌ها
واحد مسئول ارائه شاخص	مرکز آمار

5. Net primary school enrolment

Abbreviated name	Net primary school enrolment ratio (%)
Indicator name	Net primary school enrolment ratio (%)
Domain/subdomain	Health determinants and risk/ risk factors
Related/Associated terms	Education, Enrolment rate
Definition	Number of children of official primary school age who are enrolled in primary education as a percentage of the total children of the official school age population. The enrolment of the same age group at secondary level is also included.
Measurement method	-
Numerator	Number of children of official primary school age who are enrolled in primary education
Denominator	Total children of the official school age population
Method of estimation	UNESCO compiles data on net primary school enrollment ratio.
Disaggregation	Sex
Primary/ preferred data sources	Population census, population based surveys, education surveys
Alternate/ other possible data sources	-
Measurement frequency	Every 3-5 years or annually depending on data availability

۶. جمعیت زیر خط فقر بین‌المللی

نام مخفف	جمعیت زیر خط فقر بین‌المللی
نام شاخص	جمعیت زیر خط فقر بین‌المللی
دامنه / زیر دامنه	تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر سلامت - عوامل جمعیتی و اجتماعی - اقتصادی
شرایط مربوط / مرتبط	زیر خط فقر، الگوی مصرف
تعریف	میزان فقر کشوری، درصد کل جمعیتی است که زیر خط فقر کشوری زندگی می‌کنند (کمتر از ۱ دلار در روز). میزان فقر روستایی، درصد جمعیت روستایی است که زیر خط فقر کشوری زندگی می‌کنند (یا در مواردی که از خط فقر جداگانه و روستایی استفاده می‌شود، خط فقر روستایی). میزان فقر شهری، درصد جمعیت شهری است که زیر خط فقر کشوری زندگی می‌کنند (یا در مواردی که از خط فقر جداگانه شهری استفاده می‌شود، خط فقر شهری). تخمین‌ها براساس زیرگروه‌های وزن‌داده شده جمعیتی از پیمایش‌های خانوار است.
روش اندازه‌گیری	اطلاعات مربوط به مصرف و درآمد از طریق نمونه پیمایش‌ها بدست می‌آید که در آن از خانوارها خواسته می‌شود به سؤالات مفصلی در مورد عادات هزینه و منابع درآمد خود پاسخ دهند. درآمد یا میزان مصرف فردی از طریق تقسیم کل درآمد یا مصرف خانوار بر بعد خانوار، یا در بعضی موارد، بعد "مؤثر" خانوار محاسبه می‌شود. بعد "مؤثر" خانوار براساس ترکیب خانوار محاسبه می‌شود تا بازده فرض شده در مصرف را نشان دهد. ممکن است تعدیلاتی انجام شود که تعداد فرزندان یک خانواده را نشان دهد. با این حال، روش برتر بانک جهانی این است که چنین تعدیلاتی انجام نشود. میزان فقر ملی از خط فقر خاص کشور استفاده می‌کند که نشان‌دهنده شرایط اقتصادی و اجتماعی کشور است. در برخی موارد، خط فقر ملی برای مناطق مختلف (از جمله شهری و روستایی) در داخل کشور تنظیم می‌شود، به‌ویژه هنگامی که قیمت‌ها یا در دسترس بودن کالا و خدمات متفاوت باشد. خطوط فقر ملی در کشورهای ثروتمند، قدرت خرید بیشتری نسبت به کشورهای فقیر دارند. در برخی کشورها نیز خط فقر شهری نسبت به خط فقر روستایی در استفاده مشترک، از ارزش واقعی بالاتری برخوردار است - این به این معنی است که این امکان را می‌دهد که کالاهای بیشتری برای مصرف در خط فقر شهری نسبت به خط فقر روستایی خریداری شود.
صورت کسر	جمعیتی که کل هزینه‌های مصرفی برای آنها در روز کمتر از خطوط فقر ملی یا بین‌المللی بانک جهانی تعیین شده است.
مخرج کسر	کل جمعیت
روش تخمین	صورت کسر: کل درآمد یا مصرف خانوار؛ مخرج: بعد خانوار یا بعد "مؤثر" خانوار (براساس ترکیب خانوار)؛ تقسیم و سپس به‌صورت درصد تنظیم شده برای مناطق مختلف (به‌عنوان مثال شهری / روستایی) در داخل کشور بیان می‌شود.
تفکیک‌کننده	محل سکونت (شهری / روستایی)
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش‌های ملی مبتنی بر خانوار
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	گزارش‌های بانک جهانی
تناوب اندازه‌گیری	۳ تا ۵ سال
واحد مسئول ارائه شاخص	مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

6. Population below international poverty line

Abbreviated name	Proportion of population below the international poverty line
Indicator name	Proportion of population below the international poverty line
Domain/subdomain	Health determinants and risk - Demographic and socioeconomic determinants
Related/Associated terms	Below poverty line, consumption pattern
Definition	<p>The national poverty rate is the percentage of the total population living below the national poverty line (less than \$1 a day). The rural poverty rate is the percentage of the rural population living below the national poverty line (or in cases where a separate, rural poverty line is used, the rural poverty line).</p> <p>Urban poverty rate is the percentage of the urban population living below the national poverty line (or in cases where a separate, urban poverty line is used, the urban poverty line). Estimates are based on population-weighted subgroup estimates from household surveys.</p>
Measurement method	<p>Information on consumption and income is obtained through sample surveys in which households are asked to answer detailed questions on their spending habits and sources of income. Individual income or consumption levels are calculated as total household income or consumption divided by household size or "effective" household size in some cases. An "effective" household size is calculated based on household composition to reflect assumed efficiencies in consumption; adjustments may also be made to reflect the number of children in a household. However, the World Bank's preferred methodology is to make no such adjustments.</p> <p>National poverty rates use a country specific poverty line, which reflects the country's economic and social circumstances. In some case, the national poverty line is adjusted for different areas (such as urban and rural) within the country, especially when prices or the availability of goods and services differs. National poverty lines tend to have higher purchasing power in rich countries, where more generous standards are used, than in poor countries. In some countries the urban poverty line in common use has a higher real value—meaning that it allows the purchase of more commodities for consumption—than does the rural poverty line.</p>
Numerator	A population whose total consumption expenditure per day are lower than the national or international poverty lines of the world bank
Denominator	Total population
Method of estimation	Numerator: total household income or consumption; denominator: household size or "effective" household size (based on household composition); divide then express as percentage adjusted for different areas (e.g. urban / rural) within the country.
Disaggregation	Residence (urban / rural)
Primary/ preferred data sources	Nationally representative household surveys
Alternate/ other possible data sources	World Bank reports
Measurement frequency	3-5 years

۷. میزان باسوادی (۱۵ تا ۲۴ سال)

نام مخفف	میزان باسوادی جوانان
نام شاخص	میزان باسوادی جوانان (۱۵ تا ۲۴ سال)
دامنه / زیر دامنه	تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر سلامت / عوامل جمعیتی و اجتماعی - اقتصادی
شرایط مربوط / مرتبط	-
تعریف	درصد جمعیت ۱۵ تا ۲۴ سال که می‌توانند با درک یک عبارت ساده کوتاه در مورد زندگی روزمره خود را هم بخوانند و هم بنویسند. به‌طور کلی، "سواد" همچنین شامل "محاسبه‌گری"، توانایی انجام محاسبات حسابی سال است.
روش اندازه‌گیری	-
صورت کسر	تعداد افراد باسواد بین ۱۵ تا ۲۴ سال
مخرج کسر	جمعیت ۱۵ تا ۲۴ سال
روش تخمین	یونسکو داده‌های راجع به میزان سواد بزرگسالان، عمدتاً براساس سرشماری ملی جمعیت، پیمایش‌های خانوار و / یا نیروی کار را گردآوری می‌کند.
تفکیک‌کننده	جنسیت، محل سکونت (شهری / روستایی)
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	داده‌های ثبت احوال، سرشماری نفوس
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	-
تناوب اندازه‌گیری	سالانه
واحد مسئول ارائه شاخص	مرکز آمار

7. Literacy rate (15-24 years)

Abbreviated name	Youth literacy rate
Indicator name	Youth literacy rate (15-24 years)
Domain/subdomain	Health determinants and risk/ Demographic and socioeconomic determinants
Related/Associated terms	-
Definition	The percentage of population aged 15-24 years who can both read and write with understanding a short simple statement on his/her everyday life. Generally, 'literacy' also encompasses 'numeracy', the ability to make simple arithmetic calculations.
Measurement method	-
Numerator	Number of literates aged 15-24 years
Denominator	Population aged 15-24 years
Method of estimation	UNESCO compiles data on adult literacy rate, mainly from national population census, household and/or labour force surveys
Disaggregation	Gender, residence (urban / rural)
Primary/ preferred data sources	Civil registration, population censuses
Alternate/ other possible data sources	-
Measurement frequency	Annual

۸. دسترسی به آب آشامیدنی سالم

نام مخفف	جمعیتی که از آب آشامیدنی تصفیه شده استفاده می‌کنند
نام شاخص	درصدی از جمعیت که از آب آشامیدنی تصفیه شده استفاده می‌کنند
دامنه / زیر دامنه	تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر سلامت / عوامل خطر
شرایط مربوط / مرتبط	تأمین آب بهداشتی، عوامل خطر محیطی
تعریف	<p>درصد جمعیتی که از یک منبع آب آشامیدنی بهبود یافته استفاده می‌کند.</p> <p>منبع آب آشامیدنی بهبود یافته، با توجه به نوع ساخت و طراحی آن، از این منبع در برابر آلودگی بیرونی، به ویژه از مواد مدفوعی، محافظت می‌کند. منابع آب آشامیدنی بهبود یافته عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> - آب لوله‌کشی شده به منزل، طرح یا حیاط - لوله شیر / ایستاده عمومی - لوله / چاله - چاه محافظت شده - چشمه محافظت شده و - جمع‌آوری آب باران <p>از طرف دیگر، منابع آب آشامیدنی اصلاح نشده عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> - چاه محافظت نشده، - چشمه محافظت نشده، - گاری دارای مخزن / تانک کوچک، - کامیون تانکردار، - آب‌های سطحی (رودخانه، سد، دریاچه، حوضچه، جریان، کانال، کانال آبیاری و سایر آب‌های سطحی)، و - آب بطری (اگر همراه با منبع بهبود یافته دیگری نباشد) (WHO و UNICEF، ۲۰۱۰)

8. Access to improved drinking water

Abbreviated name	Population using safely managed drinking-water services
Indicator name	Percentage of population using safely managed drinking-water services
Domain/subdomain	Health determinants and risk/ risk factors
Related/Associated terms	Sanitary water supply, environmental risk factors
Definition	<p>The percentage of population using an improved drinking water source.</p> <p>An improved drinking water source, by nature of its construction and design, is likely to protect the source from outside contamination, in particular from faecal matter. Improved drinking water sources include:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piped water into dwelling, plot or yard - Public tap/stand pipe - Tube well/borehole - Protected dug well - Protected spring and Rainwater collection <p>On the other hand, unimproved drinking water sources are:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unprotected dug well, - Unprotected spring, - Cart with small tank/drum, - Tanker truck, - Surface water (river, dam, lake, pond, stream, canal, irrigation channel and any other surface water), and - Bottled water (if it is not accompanied by another improved source, (WHO & UNICEF, 2010)

۸. دسترسی به آب آشامیدنی سالم

روش اندازه‌گیری	<p>این شاخص به صورت نسبت افرادی که از یک منبع آب آشامیدنی بهبود یافته، شهری و روستایی استفاده می‌کنند محاسبه می‌شود و به صورت درصد بیان می‌شود. درصد کل جمعیت استفاده‌کننده از یک منبع آب آشامیدنی بهبود یافته، میانگین وزن‌دهی شده براساس جمعیت دو عدد قبلی است. استفاده از منابع آب آشامیدنی و سرویس‌های بهداشتی بخشی از شاخص ثروت است که در پیمایش‌های خانوار برای تقسیم جمعیت به پنجک‌های درآمدی استفاده می‌شود. در نتیجه، بیشتر پیمایش‌های ملی مبتنی بر خانوار شامل اطلاعات مربوط به آب و سرویس بهداشتی است. این پیمایش‌ها شامل پیمایش شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت (DHS)، پیمایش خوشه‌ای شاخص‌های چندگانه (MICS)، پیمایش‌های سلامت جهانی، پیمایش‌های سنجش استاندارد زندگی، پرسشنامه‌های شاخص بهزیستی اصلی، پیمایش‌های سلامتی و تغذیه‌ای، پیمایش‌های بودجه خانوار، پیمایش پروژه پان عربی برای بررسی سلامت خانواده، پیمایش‌های سلامت باروری و بسیاری دیگر از پیمایش‌های ملی مبتنی بر خانوار. سؤالات پیمایش و پاسخ مربوط به دسترسی به آب آشامیدنی کاملاً بین MICS و DHS هماهنگ شده است و از پرسشنامه استاندارد تهیه شده توسط برنامه نظارت مشترک WHO / UNICEF در تأمین آب و فاضلاب (JMP) استفاده شده است. این پرسشنامه از طریق www.wssinfo.org قابل دسترسی است.</p> <p>JMP داده‌های جمع‌آوری شده توسط دفاتر ملی آماری و سایر مؤسسات ذیربط را از طریق پیمایش‌های ملی مبتنی بر خانوار و سرشماری‌های ملی، بررسی و ارزیابی می‌کند. برای هر کشور، داده‌های پیمایش و سرشماری از ۱۹۸۰ تاکنون در یک سری زمانی ترسیم شده است.</p> <p>یک روند خطی، مبتنی بر روش حداقل مربعات، از طریق این نقاط داده‌ها تهیه شده تا پوشش برای سال‌های ۱۹۹۰، ۱۹۹۵، ۲۰۰۰، ۲۰۰۵ و ۲۰۰۸ برآورد شود. برآوردهای کل پوشش براساس جمع میانگین وزنی جمعیت پوشش شهری و روستایی است. تخمین جمعیت در این گزارش، از جمله توزیع شهری / روستایی، همان است که توسط دفتر جمعیت سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۸ منتشر شده است. (WHO و UNICEF، ۲۰۱۰) نوع غالب آمار: تعدیل شده و پیش‌بینی شده</p>
صورت کسر	جمعیتی که از خدمات آب آشامیدنی تصفیه‌شده استفاده می‌کنند
مخرج کسر	کل جمعیت
روش تخمین	<p>JMP داده‌های جمع‌آوری شده توسط مراکز آمار ملی و سایر نهادهای مربوطه را جمع‌آوری بررسی و ارزیابی می‌کند.</p> <p>از رگرسیون خطی برای ارائه تخمینی از جمعیت با استفاده از منابع آب آشامیدنی بهبود یافته و همچنین نسبت منابع بهبود یافته که در محل قرار دارند در صورت نیاز در دسترس و بدون آلودگی هستند استفاده می‌شود.</p> <p>از آنجایی که داده‌های مربوط به مکان در دسترس بودن و کیفیت معمولاً از مجموعه داده‌های یکسانی در دسترس نیستند تخمین‌های حاصل از رگرسیون‌های مستقل باهم ترکیب می‌شوند. این شاخص با در نظر گرفتن حداقل سه عنصر (موقعیت، در دسترس بودن، کیفیت) و ضرب آن در برآورد جمعیت با استفاده از منابع آب بهبود یافته محاسبه می‌شود.</p>
تفکیک‌کننده	مکان (شهری / روستایی)
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش خانوار، سرشماری نفوس
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	نظام گزارش اداری / نظام اطلاعات جاری
تناوب اندازه‌گیری	سالانه
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

8. Access to improved drinking water

Measurement method	<p>The indicator is computed as the ratio of the number of people who use an improved drinking water source, urban and rural, expressed as a percentage. The percentage of total population using an improved drinking water source is the population weighted average of the previous two numbers. The use of drinking water sources and sanitation facilities is part of the wealth-index used by household surveys to divide the population into wealth quintiles. As a result, most nationally representative household surveys include information about water and sanitation. These include Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), World Health Surveys, Living Standards Measurement Surveys, Core Welfare Indicator Questionnaires, Health and Nutrition Surveys, Household Budget Surveys, Pan Arab Project for Family Health Surveys, Reproductive Health Surveys and many other nationally representative household surveys. The survey questions and response categories pertaining to access to drinking water are fully harmonized between MICS and DHS, which is adopted from the standard questionnaire promoted for inclusion into survey instruments by the WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme on Water Supply and Sanitation (JMP). This can be accessed through www.wssinfo.org</p> <p>JMP assembles reviews and assesses data collected by national statistics offices and other relevant institutions through nationally representative household surveys and national censuses. For each country, survey and census data are plotted on a time series: 1980 to present. A linear trend line, based on the least-squares method, is drawn through these data points to estimate coverage for 1990, 1995, 2000, 2005 and 2008. The total coverage estimates are based on the aggregate of the population-weighted average of urban and rural coverage numbers. The population estimates in this report, including the urban/ rural distribution, are those published by the United Nations Population Division, 2008 revision. (WHO & UNICEF, 2010) Predominant type of statistics: adjusted and predicted</p>
Numerator	Population using safely managed drinking-water services
Denominator	Total population
Method of estimation	The JMP assembles, reviews and assesses data collected by national statistics offices and other relevant institutions including sectoral authorities. Linear regression is used to provide estimates of the population using improved drinking water supplies, as well as the proportion of improved supplies which are located on premises, available when needed, and free from contamination. Regression is restricted to the years 2000 to present. Since data on location, availability and quality are not generally available from the same datasets, the estimates resulting from independent regressions are combined. The indicator is calculated by taking the minimum of the three elements (location, availability, quality) and multiplying this by the estimate of the population using improved water supplies).
Disaggregation	Location (urban/rural)
Primary/ preferred data sources	Household surveys, population census
Alternate/ other possible data sources	Administrative reporting system
Measurement frequency	Annual

۹. دسترسی به توالی بهداشتی

نام مخفف	جمعیتی که از توالی بهداشتی استفاده می‌کند
نام شاخص	درصد جمعیتی که از توالی بهداشتی استفاده می‌کند
دامنه / زیر دامنه	تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر سلامت/ عوامل خطر
شرایط مربوط / مرتبط	-
تعریف	<p>درصد جمعیتی که از یک سرویس بهداشتی بهسازی شده استفاده می‌کند. یک سرویس بهداشتی، بهبود یافته به صورت بهداشتی مدفوع را از تماس انسان جدا می‌کند. سرویس بهداشتی بهسازی شده شامل موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> - توالی متصل به سیستم فاضلاب لوله‌کشی، مخزن سپتیک یا توالی ایرانی - توالی دارای تهویه - توالی ایرانی دردار - توالی فرنگی <p>با این حال سرویس‌های بهداشتی در صورت مشترک بودن با سایر خانوارها، یا برای استفاده عمومی، بهبود یافته تلقی نمی‌شوند. درحالی‌که، سرویس‌های بهداشتی بهبود نیافته شامل موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> - توالی که به فاضلاب شهری یا سپتیک متصل نشده باشد - توالی ایرانی بدون در یا گودال باز - سطل، توالی معلق - وجود نداشتن توالی، یا بوته یا دشت (دفع مدفوع در فضای باز) - سطل، آویز کردن توالی یا حلق آویز و - بدون امکانات یا بوته یا مزرعه (دفع باز) <p>(UNICEF و WHO، 2010)</p>
روش اندازه‌گیری	-
صورت کسر	این شاخص به صورت نسبت افرادی که از یک سرویس بهداشتی بهسازی شده، شهری و روستایی استفاده می‌کنند محاسبه می‌شود و به صورت درصد بیان می‌شود. درصد کل جمعیت استفاده‌کننده از یک سرویس بهداشتی بهسازی شده، میانگین وزن‌دهی شده براساس جمعیت دو عدد قبلی است.

ادامه دارد

9. Access to improved sanitation facilities

Abbreviated name	Population using safely managed sanitation services
Indicator name	Percentage of population using safely managed sanitation services
Domain/subdomain	Health determinants and risk/ risk factors
Related/Associated terms	-
Definition	<p>The percentage of population using an improved sanitation facility. An improved sanitation facility is one that likely hygienically separates human excreta from human contact. Improved sanitation facilities include:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flush or pour-flush to piped sewer system, septic tank or pit latrine, - Ventilated improved pit latrine, - Pit latrine with slab and - Composting toilet <p>However, sanitation facilities are not considered improved when shared with other households, or open to public use. While, unimproved sanitation include:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flush or pour-flush to elsewhere, - Pit latrine without slab or open pit, - Bucket, hanging toilet or hanging latrine and - No facilities or bush or field (open defecation) <p>(WHO & UNICEF, 2010.)</p>
Measurement method	-
Numerator	The indicator is computed as the ratio of the number of people who use an improved sanitation facility, urban and rural, expressed as a percentage. The percentage of total population using an improved sanitation facility is the population weighted average of the previous two numbers.

To be continued

۹. دسترسی به توالی بهداشتی

مخرج کسر	<p>استفاده از منابع آب آشامیدنی و سرویس‌های بهداشتی بخشی از شاخص ثروت است که در پیمایش‌های خانوار برای تقسیم جمعیت به پنجک‌های درآمدی استفاده می‌شود. در نتیجه، بیشتر پیمایش‌های ملی مبتنی بر خانوار شامل اطلاعات مربوط به آب و سرویس بهداشتی است. این پیمایش‌ها شامل پیمایش شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت (DHS)، پیمایش خوشه‌ای شاخص‌های چندگانه (MICS)، پیمایش‌های سلامت جهانی، پیمایش‌های سنجش استاندارد زندگی، پرسشنامه‌های شاخص بهزیستی اصلی، پیمایش‌های سلامتی و تغذیه‌ای، پیمایش‌های هزینه خانوار، پیمایش پروژه کشورهای عربی برای بررسی سلامت خانواده، پیمایش‌های باروری و سلامت بسیاری دیگر از پیمایش‌های ملی مبتنی بر خانوار. سؤالات پیمایش و پاسخ مربوط به دسترسی به آب آشامیدنی کاملاً بین MICS و DHS هماهنگ شده است و از پرسشنامه استاندارد تهیه شده توسط برنامه نظارت مشترک WHO / UNICEF در تأمین آب و فاضلاب (JMP) استفاده شده است. این پرسشنامه از طریق www.wssinfo.org قابل دسترسی است.</p>
روش تخمین	<p>JMP داده‌های جمع‌آوری شده توسط دفاتر ملی آماری و سایر مؤسسات ذیربط را از طریق پیمایش‌های ملی مبتنی بر خانوار و سرشماری‌های ملی، بررسی و ارزیابی می‌کنند. برای هر کشور، داده‌های پیمایش و سرشماری از ۱۹۸۰ تاکنون در یک سری زمانی ترسیم شده است. یک روند خطی، مبتنی بر روش حداقل مربعات، از طریق این نقاط داده‌ها تهیه شده تا پوشش برای سال‌های ۱۹۹۰، ۱۹۹۵، ۲۰۰۰، ۲۰۰۵ و ۲۰۰۸ برآورد شود. برآوردهای کل پوشش براساس جمع میانگین وزنی براساس جمعیت پوشش شهری و روستایی است. تخمین جمعیت در این گزارش، از جمله توزیع شهری / روستایی، همان است که توسط دفتر جمعیت سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۸ منتشر شده است. (WHO و UNICEF، 2010)</p> <p>نوع غالب آمار: تعدیل شده و پیش بینی شده</p>
تفکیک کننده	<p>مکان (شهری / روستایی)</p>
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	<p>پیمایش خانوار، سرشماری نفوس</p>
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	<p>نظام گزارش اداری / نظام اطلاعات جاری</p>
تناوب اندازه‌گیری	<p>سالانه</p>
واحد مسئول ارائه شاخص	<p>معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p>

9. Access to improved sanitation facilities

Denominator	<p>The use of drinking water sources and sanitation facilities is part of the wealth-index used by household surveys to divide the population into wealth quintiles. As a result, most nationally representative household surveys include information about water and sanitation. These include Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), World Health Surveys, Living Standards Measurement Surveys, Core Welfare Indicator Questionnaires, Health and Nutrition Surveys, Household Budget Surveys, Pan Arab Project for Family Health Surveys and Reproductive Health Surveys and many other nationally representative household surveys. The survey questions and response categories pertaining to access to sanitation are fully harmonized between MICS and DHS, which is adopted from the standard questionnaire promoted for inclusion into survey instruments by the WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme on Water Supply and Sanitation (JMP).</p> <p>This can be accessed through www.wssinfo.org</p>
Method of estimation	<p>JMP assembles, reviews and assesses data collected by national statistics offices and other relevant institutions through nationally representative household surveys and national censuses. For each country, survey and census data are plotted on a time series: 1980 to present. A linear trend line, based on the least-squares method, is drawn through these data points to estimate coverage for 1990, 1995, 2000, 2005 and 2008. The total coverage estimates are based on the aggregate of the population-weighted average of urban and rural coverage numbers. The population estimates in this report, including the urban/ rural distribution, are those published by the United Nations Population Division, 2008 revision. The coverage estimates for improved sanitation facilities presented are discounted by the proportion of the population that shared an improved type of sanitation facility. (WHO & UNICEF, 2010). Predominant type of statistics: adjusted and predicted</p>
Disaggregation	Location (urban/rural); wealth quintiles
Primary/ preferred data sources	Household surveys, population census
Alternate/ other possible data sources	Administrative reporting system
Measurement frequency	Annual

۱۰. بروز کم‌وزنی در نوزادان

نام مخفف	بروز کم‌وزنی در نوزادان
نام شاخص	بروز کم‌وزنی در نوزادان
دامنه / زیر دامنه	تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر سلامت/ عوامل جمعیتی و اجتماعی - اقتصادی
شرایط مربوط / مرتبط	تغذیه، وزن هنگام تولد، تولد زنده
تعریف	درصد نوزادان زنده که کمتر از ۲۵۰۰ گرم وزن دارند به کل نوزادان زنده در مدت مشابه
روش اندازه‌گیری	درصد نوزادان کم وزن = (تعداد نوزادان متولد شده با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم / تعداد تولد زنده) × ۱۰۰؛ پرونده‌های مراکز ارائه خدمات سلامت: نسبت نوزادان زنده با وزن کم هنگام تولد، در بین زایمان‌هایی که در مراکز ارائه خدمات سلامت رخ می‌دهند. پیمایش‌های خانوار: DHS شامل سؤالاتی در مورد وزن هنگام تولد و همچنین ارزیابی مادران در مورد اندازه نوزاد در هنگام تولد (یعنی بسیار بزرگ، بزرگتر از متوسط، متوسط، کوچکتر از متوسط، بسیار کوچک) برای زایمان‌ها در ۵ تا ۱۰ سال گذشته است.
صورت کسر	تعداد نوزادان زنده متولد شده با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم در بدو تولد.
مخرج کسر	کل نوزادان زنده
روش تخمین	در جایی که آمارهای قابل اطمینان در زمینه خدمات سلامت با پوشش بالایی از جمعیت وجود داشته باشد، درصد کم‌وزنی در نوزادان گزارش می‌شود. برای داده‌های پیمایش خانوار، تصحیحات مختلفی با توجه به نوع اطلاعات موجود (داده‌های عددی وزن تولد یا ارزیابی مادر) انجام می‌شود. نوع غالب آمار: خام و تعدیل شده
تفکیک‌کننده	مناطق اداری، مناطق ارائه خدمات سلامتی، مکان (شهری / روستایی)، تحصیلات مادران، جنسیت، پنجک درآمدی، محل سکونت، نارس بودن نوزاد، وضعیت اقتصادی - اجتماعی
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش‌های سلامت مبتنی بر جمعیت و داده‌های مربوط به نظام‌های اداری / نظام جاری اطلاعات
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	نظام‌های جاری اطلاعات مراکز ارائه خدمات سلامت
تناوب اندازه‌گیری	مداوم
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

10. Incidence of low birth weight among newborns

Abbreviated name	Incidence of low birth weight among newborns
Indicator name	Incidence of low birth weight among newborns
Domain/subdomain	Health determinants and risk/ Demographic and socioeconomic determinants
Related/Associated terms	Nutrition, birth weight, live birth
Definition	Percentage of live births that weigh less than 2,500 g out of the total of live births during the same time period.
Measurement method	The percentage of low birth weight newborns = (Number of live-born babies with birth weight less than 2,500 g / Number of live births) x 100; Service or facility records: the proportion of live births with low birth weight, among births occurring in health institutions; Household surveys: DHS include questions on birth weight as well as the mothers' subjective assessment of the infant's size at birth (i.e. very large, larger than average, average, smaller than average, very small), for births in the last 5 to 10 years.
Numerator	Number of live-born neonates with weight less than 2500 g at birth.
Denominator	Number of live births.
Method of estimation	Where reliable health-service statistics with a high level of population coverage exist, the percentage of low-birth-weight births is reported. For household survey data, different adjustments are made according to the type of information available (numerical birth-weight data or the subjective assessment of the mother). Predominant type of statistics: crude and adjusted
Disaggregation	Administrative regions, health regions, location (urban/rural), maternal education, gender, wealth quintile, place of residence, preterm status, socioeconomic status
Primary/ preferred data sources	Population-based health surveys and data from administrative/information systems
Alternate/ other possible data sources	Routine facility information systems
Measurement frequency	Continuous

۱۱. تغذیه انحصاری با شیر مادر ۰ تا ۵ ماهگی

نام مخفف	تغذیه انحصاری با شیر مادر
نام شاخص	تغذیه انحصاری با شیر مادر ۰ تا ۵ ماهگی
دامنه / زیر دامنه	تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر سلامت/ عوامل خطر
شرایط مربوط / مرتبط	کودکانی که تاکنون شیر مادر خورده‌اند- ادامه شیر مادر در ۱ سالگی - ادامه شیردهی در ۲ سالگی - مدت زمان شیردهی - شروع زود هنگام شیردهی - تغذیه انحصاری با شیر مادر در زیر ۶ ماهگی - تغذیه
تعریف	سهم نوزادان ۰ تا ۵ ماهه (کمتر از ۶ ماه) که به‌طور انحصاری با شیر مادر تغذیه می‌شوند. سهم نوزادان ۰ تا ۵ ماهه که به‌طور انحصاری با شیر مادر تغذیه می‌شوند = (نوزادان ۰ تا ۵ ماهه که در طی روز قبل فقط شیر مادر دریافت کرده‌اند / نوزادان ۰ تا ۵ ماهه) × ۱۰۰. اطلاعات وضعیت فعلی استفاده می‌شود. ویتامین‌ها و قطره‌های معدنی یا داروها حساب می‌شوند.
روش اندازه‌گیری	پیمایش‌های شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت (DHS)، پیمایش‌های خوشه‌ای شاخص‌های چندگانه (MICS) شامل سؤالات مربوط به مایعات و مواد غذایی با توجه به روز قبل و تعداد شیر خوردن روز قبل است، برای فهمیدن این‌که آیا کودک به‌طور انحصاری از شیر مادر تغذیه می‌شود یا خیر.
صورت کسر	تعداد نوزادان ۰ تا ۵ ماهه که به‌طور انحصاری از شیر مادر تغذیه می‌شوند.
مخرج کسر	تعداد کل نوزادان ۰ تا ۵ ماهه که مورد بررسی قرار گرفته‌اند.
روش تخمین	بانک اطلاعات جهانی WHO در مورد تغذیه نوزادان و خردسالان اطلاعات را دارد، که شامل اطلاعات عمدتاً از پیمایش‌های ملی و منطقه‌ای است، و مطالعاتی راجع به شیوع و مدت شیردهی و تغذیه مکمل انجام می‌دهد. این روند شامل بررسی و اعتبارسنجی داده‌ها می‌باشد.
تفکیک‌کننده	مناطق اداری، مناطق ارائه خدمات سلامتی، موقعیت مکانی (شهری / روستایی)، جنسیت
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش‌های خانوار، پیمایش‌های جمعیت‌های خاص، نظام‌های مراقبت
منابع دیگر/ جایگزین داده‌ها	پیمایش‌های سلامت ملی
تناوب اندازه‌گیری	هر ۳ تا ۵ سال
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

11. Exclusive breastfeeding rate 0-5 months of age

Abbreviated name	Exclusive breastfeeding rate
Indicator name	Exclusive breastfeeding rate 0-5 months of age
Domain/subdomain	Health determinants and risk/ risk factors
Related/Associated terms	Children ever breastfed - Continued breastfeeding at 1 year - Continued breastfeeding at 2 years - Duration of breastfeeding - Early initiation of breastfeeding - Exclusive breastfeeding under 6 months - Nutrition
Definition	Proportion of infants 0–5 months of age (<6 months) who are fed exclusively with breast milk. Percentage of infants 0–5 months of age who are fed exclusively with breast milk = (Infants 0–5 months of age who received only breast milk during the previous day/ Infants 0–5 months of age) x 100. Current status data are used. Vitamins and mineral drops or medicines are not counted.
Measurement method	Demographic and Health Surveys (DHS) and Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) include questions on liquids and foods given the previous day and number of milk feeds the previous day, to learn if the child is being exclusively breastfed.
Numerator	Number of infants 0–5 months of age who are exclusively breastfed.
Denominator	Total number of infants 0–5 months of age surveyed.
Method of estimation	WHO maintains the WHO Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding, which pools information mainly from national and regional surveys, and studies dealing specifically with the prevalence and duration of breastfeeding and complementary feeding. The process includes data checking and validation.
Disaggregation	Administrative regions, health regions, location (urban/rural), gender
Primary/ preferred data sources	Household surveys, specific population surveys, surveillance systems
Alternate/ other possible data sources	National health surveys
Measurement frequency	Every 3-5 years

۱۲. کودکان زیر ۵ سال که دچار کوتاه‌قدی هستند (متوسط و شدید)

نام مخفف	کودکان زیر ۵ سال که دچار کوتاه‌قدی هستند
نام شاخص	کودکان زیر ۵ سال که دچار کوتاه‌قدی هستند (متوسط و شدید)
دامنه / زیر دامنه	تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر سلامت/ عوامل خطر
شرایط مربوط / مرتبط	کم‌وزنی کودک - تغذیه - کوتاه‌قدی شدید - کوتاه‌قدی - کم‌وزنی
تعریف	درصد کودکان کوتاه‌قد (متوسط و شدید) در سن ۰ الی ۵۹ ماه (متوسط = قد برای سن ۲ انحراف معیار کمتر از میانه استاندارد رشد کودک سازمان جهانی بهداشت؛ شدید = قد برای سن ۳ انحراف معیار کمتر از میانه استاندارد رشد کودک سازمان جهانی بهداشت)
روش اندازه‌گیری	درصد کودکان کمتر از ۵ سال دچار کوتاه‌قدی برای سن = (تعداد کودکان ۰ الی ۵۹ ماهه که امتیاز z آنها ۲ انحراف معیار کمتر از میانه قد برای سن استاندارد رشد کودک سازمان جهانی بهداشت است) / تعداد کل کودکان در سن ۰ الی ۵۹ ماه که مورد اندازه‌گیری قرار گرفته‌اند) $\times 100$. وزن و قد کودکان با استفاده از تجهیزات و روش‌های استاندارد اندازه‌گیری می‌شود (به‌عنوان مثال کودکان کمتر از ۲۴ ماه در حالت دراز کشیده اندازه‌گیری می‌شوند، در حالی که قد در کودکان ۲۴ ماه و بالاتر ایستاده اندازه‌گیری می‌شود).
صورت کسر	تعداد کودکان در سن ۰ الی ۵۹ ماه که دچار کوتاه‌قدی هستند.
مخرج کسر	تعداد کل کودکان در سن ۰ الی ۵۹ ماه که مورد اندازه‌گیری قرار گرفته‌اند.
روش تخمین	سازمان جهانی بهداشت، بانک اطلاعات جهانی رشد و سوءتغذیه کودکان را دارد، که شامل اطلاعات عمدتاً از پیمایش‌های ملی و منطقه‌ای است، که مجموعه‌ای از معیارها در آنها رعایت شده است. اعتبار و همخوانی داده‌ها، بررسی می‌شوند و مجموعه داده‌های خام طبق یک روش استاندارد بدست آوردن نتایج مقایسه‌ای، تجزیه و تحلیل می‌شوند. شیوع پایین‌تر و بالاتر نقاط برش برای وزن برای سن، قد برای سن، وزن برای قد و شاخص توده بدنی (BMI) برای سن در کودکان پیش دبستانی با استفاده از امتیازات z براساس استانداردهای رشد کودک سازمان جهانی بهداشت تعریف شده است. نوع غالب آمار: تعدیل شده.
تفکیک‌کننده	مناطق اداری، مناطق ارائه خدمات سلامتی، محل سکونت (شهری / روستایی)، جنسیت، سن
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش‌های خانوار مبتنی بر جمعیت، پیمایش‌های جمعیت‌های خاص، نظام‌های مراقبت ملی
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	پیمایش‌های مبتنی بر مراکز ارائه خدمات سلامت، پیمایش‌های سلامت مبتنی بر جمعیت با مازول‌های تغذیه‌ای، نظام‌های مراقبت ملی
تناوب اندازه‌گیری	هر ۳ تا ۵ سال
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

12. Children under 5 years who are stunted (moderate and severe)

Abbreviated name	Children under 5 who are stunted
Indicator name	Children under 5 who are stunted (moderate and severe)
Domain/subdomain	Health determinants and risk/ risk factors
Related/Associated terms	Child underweight – Nutrition – Severe stunting – Stunting – Wasting
Definition	Percentage of stunted (moderate and severe) children aged 0–59 months (moderate = height-for age below -2 standard deviations from the WHO Child Growth Standards median; severe = height-for- age below -3 standard deviations from the WHO Child Growth Standards median).
Measurement method	Percentage of children aged < 5 years stunted for age = (number of children aged 0–59 months whose z-score falls below -2 standard deviations from the median height-for-age of the WHO Child Growth Standards/total number of children aged 0–59 months who were measured) x 100. Children's weight and height are measured using standard equipment and methods (e.g. children younger than 24 months are measured lying down, while standing height is measured in children aged 24 months and older).
Numerator	Number of children aged 0–59 months who are stunted.
Denominator	Total number of children aged 0–59 months who were measured.
Method of estimation	WHO maintains the Global Database on Child Growth and Malnutrition, which includes population based surveys that fulfill a set of criteria. Data are checked for validity and consistency and raw datasets are analyzed according to a standard procedure to obtain comparable results. Prevalence below and above defined cut-off points for weight-for-age, height-for-age, weight-for-height and body mass index (BMI)-for-age in pre-school children are presented using z-scores based on the WHO Child Growth Standards. Predominant type of statistics: adjusted.
Disaggregation	Administrative regions, health regions, location (urban/rural), gender, age
Primary/ preferred data sources	Population based household surveys, specific population surveys, surveillance systems
Alternate/ other possible data sources	Health facility based survey, population-based health surveys with nutrition modules, national surveillance systems
Measurement frequency	Every 3-5 years

۱۳. کودکان زیر ۵ سال که دچار کم‌وزنی هستند (متوسط و شدید)

نام مخفف	کودکان زیر ۵ سال که دچار کم‌وزنی هستند
نام شاخص	کودکان زیر ۵ سال که دچار کم‌وزنی هستند (متوسط و شدید)
دامنه / زیر دامنه	تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر سلامت/ عوامل خطر
شرایط مربوط / مرتبط	کم‌وزنی کودک - تغذیه - کوتاه‌قدی شدید - کوتاه‌قدی - کم‌وزنی
تعریف	درصد کودکان کم‌وزن (متوسط و شدید) در سن ۰ الی ۵۹ ماه (متوسط) = وزن برای قد ۲ انحراف معیار کمتر از میانه استاندارد رشد کودک سازمان جهانی بهداشت؛ شدید = وزن برای قد ۳ انحراف معیار کمتر از میانه استاندارد رشد کودک سازمان جهانی بهداشت).
روش اندازه‌گیری	درصد کودکان کمتر از ۵ سال دچار کم‌وزنی = (تعداد کودکان ۰ الی ۵ سال که وزن برای قد آنها ۲ انحراف معیار کمتر از میانه استاندارد رشد کودک سازمان جهانی بهداشت است) / تعداد کل کودکان ۰ الی ۵ سال که مورد اندازه‌گیری قرار گرفته‌اند) × ۱۰۰. وزن و قد کودکان با استفاده از تجهیزات و روش‌های استاندارد اندازه‌گیری می‌شود (به‌عنوان مثال کودکان کمتر از ۲۴ ماه در حالت دراز کشیده اندازه‌گیری می‌شوند، در حالی که قد در کودکان ۲۴ ماه و بالاتر ایستاده اندازه‌گیری می‌شود). منابع داده شامل پیمایش‌های ملی تغذیه، هر پیمایش ملی مبتنی بر جمعیت دیگر با مازول‌های تغذیه‌ای و نظام‌های مراقبت ملی می‌باشد.
صورت کسر	تعداد کودکان در سن ۰ الی ۵۹ ماه که دچار کم‌وزنی هستند.
مخرج کسر	تعداد کل کودکان در سن ۰ الی ۵۹ ماه که مورد اندازه‌گیری قرار گرفته‌اند.
روش تخمین	سازمان جهانی بهداشت، بانک اطلاعات جهانی رشد و سوء تغذیه کودکان را دارد، که شامل اطلاعات عمدتاً از پیمایش‌های ملی و منطقه‌ای است، که مجموعه‌ای از معیارها در آنها رعایت شده است. اعتبار و همخوانی داده‌ها بررسی می‌شوند و مجموعه داده‌های خام طبق یک روش استاندارد برای بدست آوردن نتایج مقایسه‌ای تجزیه و تحلیل می‌شوند. شیوع زیر و بالاتر نقاط برش برای وزن برای سن، قد برای سن، وزن برای قد و شاخص توده بدنی (BMI) برای سن در کودکان پیش دبستانی با استفاده از امتیازات z براساس استانداردهای رشد کودک سازمان جهانی بهداشت تعریف شده است. شرح مفصلی از روش و مراحل بانک اطلاعاتی شامل منابع داده، معیارهای درج، کنترل کیفیت داده‌ها و گردش کار در پایگاه داده، در مقاله‌ای در سال ۲۰۰۳ در مجله International Journal of Epidemiology (دونس و بلوسنر، ۲۰۰۳) منتشر شده است. نوع غالب آمار: تعدیل شده.
تفکیک‌کننده	مناطق اداری، مناطق ارائه خدمات سلامتی، محل سکونت (شهری / روستایی)، جنسیت، سن
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش‌های خانوار مبتنی بر جمعیت، پیمایش‌های جمعیت‌های خاص، نظام‌های مراقبت ملی
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	پیمایش‌های مبتنی بر مراکز ارائه خدمات سلامت، پیمایش‌های سلامت مبتنی بر جمعیت با مازول‌های تغذیه‌ای، نظام‌های مراقبت ملی
تناوب اندازه‌گیری	هر ۳ تا ۵ سال
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

13. Children under 5 years who are wasted (moderate and severe)

Abbreviated name	Children under 5 years who are wasted (moderate and severe)
Indicator name	Children under 5 years who are wasted (moderate and severe)
Domain/subdomain	Health determinants and risk/ risk factors
Related/Associated terms	Child underweight – Nutrition – Severe stunting – Stunting – Wasting
Definition	Percentage of wasted (moderate and severe) children aged 0–59 months (moderate = weight-for-height below -2 standard deviations of the WHO Child Growth Standards median; severe = weight-for-height below -3 standard deviations of the WHO Child Growth Standards median).
Measurement method	<p>Percentage of children aged <5 years wasted = (Number of children aged 0-5 years that fall below minus two standard deviations from the median weight-for-height of the WHO Child Growth Standards / Total number of children aged 0-5 years that were measured) * 100</p> <p>Children's weight and height are measured using standard technology, e.g. children less than 24 months are measured lying down, while standing height is measured for children 24 months and older.</p> <p>The data sources include national nutrition surveys, any other nationally-representative population based surveys with nutrition modules, and national surveillance systems.</p>
Numerator	Number of children aged 0–59 months who are wasted.
Denominator	Total number of children aged 0–59 months who were measured.
Method of estimation	<p>WHO maintains the Global Database on Child Growth and Malnutrition, which includes populationbased surveys that fulfill a set of criteria. Data are checked for validity and consistency and raw data sets are analysed following a standard procedure to obtain comparable results. Prevalence below and above defined cut-off points for weight-for-age, height-for-age, weight-for-height and body mass index (BMI)-for-age, in preschool children are presented using z-scores based on the WHO Child Growth Standards.</p> <p>A detailed description of the methodology and procedures of the database including data sources, criteria for inclusion, data quality control and database work-flow, are described in a paper published in 2003 in the International Journal of Epidemiology. (de Onis & Blössner, 2003)</p> <p>Predominant type of statistics: adjusted</p>
Disaggregation	Administrative regions, health regions, location (urban/rural), gender, age
Primary/ preferred data sources	Population based household surveys, specific population surveys, surveillance systems
Alternate/ other possible data sources	Health facility based survey, population-based health surveys with nutrition modules, national surveillance systems
Measurement frequency	Every 3-5 years

۱۴. کودکان زیر ۵ سال که دچار اضافه‌وزن هستند

نام مخفف	کودکان زیر ۵ سال که دچار اضافه‌وزن هستند
نام شاخص	کودکان زیر ۵ سال که دچار اضافه‌وزن هستند
دامنه / زیر دامنه	تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر سلامت / عوامل خطر
شرایط مربوط / مرتبط	اضافه‌وزن کودک - تغذیه
تعریف	درصد کودکان دچار اضافه‌وزن در سن ۰ الی ۵۹ ماه (وزن برای قد ۲ انحراف معیار بیشتر از میانه استاندارد رشد کودک سازمان جهانی بهداشت) در کودکان ۰ الی ۵ سال
روش اندازه‌گیری	درصد کودکان کمتر از ۵ سال دچار اضافه‌وزن برای سن = (تعداد کودکان ۰ الی ۵ سال که وزن آنها برای قد ۲ انحراف معیار بیشتر از میانه استاندارد رشد کودک سازمان جهانی بهداشت است / تعداد کل کودکان ۰ الی ۵ سال که مورد اندازه‌گیری قرار گرفته‌اند) $\times 100$. وزن و قد کودکان با استفاده از تجهیزات و روش‌های استاندارد اندازه‌گیری می‌شود (به‌عنوان مثال کودکان کمتر از ۲۴ ماه در حالت دراز کشیده اندازه‌گیری می‌شوند، در حالی که قد در کودکان ۲۴ ماه و بالاتر ایستاده اندازه‌گیری می‌شود). منابع داده شامل پیمایش‌های ملی تغذیه، هر پیمایش ملی مبتنی بر جمعیت دیگر با ماژول‌های تغذیه‌ای و نظام‌های مراقبت ملی می‌باشد.
صورت کسر	تعداد کودکان در سن ۰ الی ۵۹ ماه که دچار اضافه‌وزن هستند.
مخرج کسر	تعداد کل کودکان در سن ۰ الی ۵۹ ماه که مورد اندازه‌گیری قرار گرفته‌اند.
روش تخمین	سازمان جهانی بهداشت، بانک اطلاعات جهانی رشد و سوءتغذیه کودکان را دارد، که شامل اطلاعات عمدتاً از پیمایش‌های ملی و منطقه‌ای است، که مجموعه‌ای از معیارها در آنها رعایت شده است. اعتبار و همخوانی داده‌ها بررسی می‌شوند و مجموعه داده‌های خام طبق یک روش استاندارد برای بدست آوردن نتایج مقایسه‌ای تجزیه و تحلیل می‌شوند. شیوع زیر و بالاتر نقاط برش برای وزن برای سن، قد برای سن، وزن برای قد و شاخص توده بدنی (BMI) برای سن در کودکان پیش دبستانی با استفاده از امتیازات z براساس استانداردهای رشد کودک سازمان جهانی بهداشت تعریف شده است. شرح مفصلی از روش و مراحل بانک اطلاعاتی شامل منابع داده، معیارهای درج، کنترل کیفیت داده‌ها و گردش کار در پایگاه داده، در مقاله‌ای در سال ۲۰۰۳ در مجله International Journal of Epidemiology (دونس و بلوسنر، ۲۰۰۳) منتشر شده است. نوع غالب آمار: تعدیل شده
تفکیک‌کننده	مناطق اداری، مناطق ارائه خدمات سلامتی، محل سکونت (شهری / روستایی)، جنسیت، سن
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش‌های مبتنی بر جمعیت، پیمایش‌های جمعیت‌های خاص، نظام‌های مراقبت
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	پیمایش‌های مبتنی بر مراکز ارائه خدمات سلامت، پیمایش‌های سلامت مبتنی بر جمعیت با ماژول‌های تغذیه‌ای، نظام‌های مراقبت ملی
تناوب اندازه‌گیری	هر ۳ تا ۵ سال
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

14. Children under 5 years who are overweight

Abbreviated name	Children under 5 years who are overweight
Indicator name	Children under 5 years who are overweight
Domain/subdomain	Health determinants and risk/ risk factors
Related/Associated terms	Child overweight – Nutrition
Definition	Percentage of overweight (weight-for-height above +2 standard deviations of the WHO Child Growth Standards median) among children aged 0-5 years
Measurement method	<p>Percentage of children aged <5 years overweight for age = (Number of children aged 0-5 years that are over two standard deviations from the median weight-for-height of the WHO Child Growth Standards / Total number of children aged 0-5 years that were measured) * 100.</p> <p>Children`s weight and height are measured using standard technology, e.g. children less than 24 months are measured lying down, while standing height is measured for children 24 months and older.</p> <p>The data sources include national nutrition surveys, any other nationally-representative populationbased surveys with nutrition modules, and national surveillance systems.</p>
Numerator	Number of children aged 0–59 months who are overweight.
Denominator	Total number of children aged 0–59 months who were measured.
Method of estimation	<p>WHO maintains the Global Database on Child Growth and Malnutrition, which includes populationbased surveys that fulfill a set of criteria. Data are checked for validity and consistency and raw data sets are analyzed following a standard procedure to obtain comparable results. Prevalence below and above defined cut-off points for weight-for-age, height-for-age, weight-for-height and body mass index (BMI)-for-age, in preschool children are presented using z-scores based on the WHO Child Growth Standards.</p> <p>A detailed description of the methodology and procedures of the database including data sources, criteria for inclusion, data quality control and database workflow, are described in a paper published in 2003 in the International Journal of Epidemiology (de Onis & Blössner, 2003).</p> <p>Predominant type of statistics: adjusted</p>
Disaggregation	Administrative regions, health regions, location (urban/rural), gender, age
Primary/ preferred data sources	Population based household surveys, specific population surveys, surveillance systems
Alternate/ other possible data sources	Health facility based survey, population-based health surveys with nutrition modules, national surveillance systems
Measurement frequency	Every 3-5 years

۱۵. کودکان زیر ۵ سال که چاق هستند

نام مخفف	کودکان زیر ۵ سال که چاق هستند
نام شاخص	کودکان زیر ۵ سال که چاق هستند
دامنه / زیر دامنه	تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر سلامت / عوامل خطر
شرایط مربوط / مرتبط	چاقی کودک، اضافه‌وزن، کم‌وزنی، کوتاه‌قدی
تعریف	درصد کودکان چاق در سن ۰ الی ۵۹ ماه (وزن برای قد ۳ انحراف معیار بیشتر از میانه استاندارد رشد کودک سازمان جهانی بهداشت) در کودکان سن ۰ الی ۵۹ ماه.
روش اندازه‌گیری	درصد کودکان ۰ الی ۵۹ ماه چاق برای سن = (تعداد کودکان ۰ الی ۵۹ ماهه که وزن برای قد آنها ۳ انحراف معیار بیشتر از میانه استاندارد رشد کودک سازمان جهانی بهداشت است) / تعداد کل کودکان در سن ۰ الی ۵۹ ماه که مورد اندازه‌گیری قرار گرفته‌اند) $\times 100$. وزن و قد کودکان با استفاده از تجهیزات و روش‌های استاندارد اندازه‌گیری می‌شود (به‌عنوان مثال کودکان کمتر از ۲۴ ماه در حالت دراز کشیده اندازه‌گیری می‌شوند، در حالی که قد در کودکان ۲۴ ماه و بالاتر ایستاده اندازه‌گیری می‌شود). منابع داده شامل پیمایش‌های ملی تغذیه، هر پیمایش ملی مبتنی بر جمعیت دیگر با مازول‌های تغذیه‌ای و نظام‌های مراقبت ملی می‌باشد.
صورت کسر	تعداد کودکان ۰ الی ۵۹ ماهه که وزن برای قد آنها ۳ انحراف معیار بیشتر از میانه استاندارد رشد کودک سازمان جهانی بهداشت است.
مخرج کسر	تعداد کل کودکان در سن ۰ الی ۵۹ ماه که مورد اندازه‌گیری قرار گرفته‌اند.
روش تخمین	سازمان جهانی بهداشت بانک اطلاعات جهانی رشد و سوء تغذیه کودکان را دارد، که شامل اطلاعات عمدتاً از پیمایش‌های ملی و منطقه‌ای است که مجموعه‌ای از معیارها در آنها رعایت شده است. اعتبار و همخوانی داده‌ها بررسی می‌شوند و مجموعه داده‌های خام طبق یک روش استاندارد برای بدست آوردن نتایج مقایسه‌ای، تجزیه و تحلیل می‌شوند. شیوع زیر و بالاتر نقاط برش برای وزن برای سن، قد برای سن، وزن برای قد و شاخص توده بدنی (BMI) برای سن در کودکان پیش دبستانی با استفاده از امتیازات z براساس استانداردهای رشد کودک سازمان جهانی بهداشت تعریف شده است. شرح مفصلی از روش و مراحل بانک اطلاعاتی شامل منابع داده، معیارهای درج، کنترل کیفیت داده‌ها و گردش کار در پایگاه داده، در مقاله‌ای در سال ۲۰۰۳ در مجله International Journal of Epidemiology (دونس و بلوسنر، ۲۰۰۳) منتشر شده است. نوع غالب آمار: تعدیل شده
تفکیک‌کننده	مناطق اداری، سن، جنسیت، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، مناطق ارائه خدمات سلامتی، محل سکونت (شهری / روستایی)
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش‌های خانوار، پیمایش‌های جمعیت‌های خاص، نظام‌های مراقبت ملی
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	-
تناوب اندازه‌گیری	هر ۵ سال
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

15. Children aged under 5 years who are obese

Abbreviated name	Children aged under 5 years who are obese
Indicator name	Children aged under 5 years who are obese
Domain/subdomain	Health determinants and risk/ risk factors
Related/Associated terms	Child obesity, overweight, underweight, stunting, wasting
Definition	Percentage of obesity (weight-for-height above +3 standard deviations of the WHO Child Growth Standards median) among children aged 0-59 months.
Measurement method	<p>Percentage of children aged 0-59 months years obese for age = (Number of children aged 0-59 months that are over three standard deviations from the median weight-for-height of the WHO Child Growth Standards / Total number of children aged 0-59 months that were measured) x 100.</p> <p>Children`s weight and height are measured using standard technology, e.g. children less than 24 months are measured lying down, while standing height is measured for children 24 months and older. The data sources include national nutrition surveys, any other nationally-representative population-based surveys with nutrition modules, and national surveillance systems.</p>
Numerator	Number of children aged 0-59 months that are over three standard deviations from the median weight-for-height of the WHO Child Growth Standards.
Denominator	Total number of children aged 0-59 months that were measured.
Method of estimation	<p>WHO maintains the Global Database on Child Growth and Malnutrition, which includes populationbased surveys that fulfill a set of criteria. Data are checked for validity and consistency and raw data sets are analyzed following a standard procedure to obtain comparable results. Prevalence below and above defined cut-off points for weight-for-age, height-for-age, weight-for-height and body mass index (BMI)-for-age, in preschool children are presented using z-scores based on the WHO Child Growth Standards. A detailed description of the methodology and procedures of the database including data sources, criteria for inclusion, data quality control and database work-flow, are described in a paper published in 2003 in the International Journal of Epidemiology (de Onis, Blössner 2003).</p> <p>Predominant type of statistics: adjusted</p>
Disaggregation	Administrative regions, age, gender, socioeconomic status, health regions, residence (urban/rural)
Primary/ preferred data sources	Household survey, specific population surveys, surveillance system
Alternate/ other possible data sources	-
Measurement frequency	Every 5 years

۱۶. اضافه‌وزن در نوجوانان (۱۳ تا ۱۸ سال)

نام مخفف	اضافه‌وزن در نوجوانان (۱۳ تا ۱۸ سال)
نام شاخص	اضافه‌وزن در نوجوانان (۱۳ تا ۱۸ سال)
دامنه / زیر دامنه	تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر سلامت/ عوامل خطر
شرایط مربوط / مرتبط	بیماری‌های غیرواگیر
تعریف	درصد جمعیت نوجوانان با شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۵ کیلوگرم بر مترمربع. براساس مرجع رشد سازمان جهانی بهداشت برای کودکان و نوجوانان در سن مدرسه، اضافه‌وزن - یک برابر انحراف معیار شاخص توده بدنی برای سن و جنس. اضافه‌وزن به‌صورت شاخص توده بدنی برابر یا بالاتر از یک انحراف معیار برای سن و جنس تعریف می‌شود. قد و وزن اندازه گرفته می‌شود و به‌صورت کیلوگرم بر مترمربع بیان می‌شود.
روش اندازه‌گیری	-
صورت کسر	تعداد جمعیت نوجوانان مورد بررسی با شاخص توده بدنی برابر یا بیشتر از ۲۵ کیلوگرم بر مترمربع
مخرج کسر	تعداد کل نوجوانان مورد بررسی در طی یک دوره مشخص.
روش تخمین	داده‌ها از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و پایگاه داده‌های منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت جمع‌آوری می‌شوند. محدودیت‌های احتمالی عبارتند از: خطای اندازه‌گیری
تفکیک‌کننده	سن، جنس، سایر مؤلفه‌های جمعیتی اجتماعی - اقتصادی در صورت وجود
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش مبتنی بر جمعیت (معرف جامعه) پیمایش جهانی سلامت مبتنی بر مدرسه
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	این منابع، پیمایش‌های ملی جمعیت‌های ویژه که از سوی نظام مراقبت ملی کشور، مرکز ملی آمار یا هر آژانس مرتبط دیگر یا از سوی گروه‌های تحقیقاتی (شامل مطالعات یا پژوهش‌های آکادمیک که از سوی سازمان‌های غیردولتی اجرا شده‌اند) را شامل می‌شود. اگر داده‌های ملی در دسترس نیستند، برآوردهای کشوری را می‌توان در پایگاه اطلاعات دیده‌بانی جهانی سلامت سازمان جهانی بهداشت یافت.
تناوب اندازه‌گیری	هر ۵ سال
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

16. Overweight in adolescents (13-18 years)

Abbreviated name	Overweight (13-18 years)
Indicator name	Overweight (13-18 years)
Domain/subdomain	Health determinants and risk/ risk factors
Related/Associated terms	Non-communicable diseases
Definition	The percent of adolescents' population with body mass index (BMI) ≥ 25 Kg/m ² . According to the WHO growth reference for school aged children and adolescents, overweight - one standard deviation BMI for age and sex. Overweight is ≥ 1 standard deviation BMI for age and sex. Height and weight are measured, expressed as Kg/m ² .
Measurement method	-
Numerator	Number of surveyed adolescents population with BMI ≥ 25 Kg/m ²
Denominator	Total number of adolescents surveyed during a specified period.
Method of estimation	Data are collected from ministries of health and WHO regional databases. Potential limitations include: Measurement error
Disaggregation	Age, gender, other relevant socio demographic stratifiers where available
Primary/ preferred data sources	Population based survey (nationally preventative), Global School Health Survey
Alternate/ other possible data sources	These include: national specific population surveys conducted by the country's national surveillance system, national statistical office, or any other relevant agency, or by research groups (and include academic research or studies implemented by nongovernmental organizations). If no national data are available, country estimates may be found in the WHO Global Health Observatory Data Repository.
Measurement frequency	Every 5 years

۱۷. چاقی در نوجوانان (۱۳ تا ۱۸ سال)

نام مخفف	چاقی (۱۳ تا ۱۸ سال)
نام شاخص	چاقی (۱۳ تا ۱۸ سال)
دامنه / زیر دامنه	تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر سلامت / عوامل خطر
شرایط مربوط / مرتبط	بیماری‌های غیرواگیر
تعریف	درصد نوجوانان چاق با شاخص توده بدنی بیشتر از ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع چاقی به صورت شاخص توده بدنی برای سن و جنس بیشتر از دو انحراف معیار تعریف می‌شود (معادل با شاخص توده بدنی ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع در سن ۱۹ سالگی) براساس مرجع رشد سازمان جهانی بهداشت برای کودکان و نوجوانان در سن مدرسه، چاقی - دو برابر انحراف معیار شاخص توده بدنی برای سن و جنس، قد و وزن اندازه گرفته می‌شود و به صورت کیلوگرم بر مترمربع بیان می‌شود.
روش اندازه‌گیری	-
صورت کسر	تعداد نوجوانان چاق در جمعیت مورد بررسی
مخرج کسر	تعداد کل جمعیت مورد بررسی در همان گروه سنی (چاق و غیر چاق)
روش تخمین	داده‌ها از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و پایگاه داده‌های منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت جمع‌آوری می‌شوند
تفکیک‌کننده	سن، جنس، سایر مؤلفه‌های جمعیتی اجتماعی - اقتصادی در صورت وجود
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش مبتنی بر جمعیت (معرف جامعه)، پیمایش جهانی سلامت مبتنی بر مدرسه
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	این منابع، پیمایش‌های ملی جمعیت‌های ویژه که از سوی نظام مراقبت ملی کشور، مرکز ملی آمار یا هر آژانس مرتبط دیگر یا از سوی گروه‌های تحقیقاتی (شامل مطالعات یا پژوهش‌های آکادمیک که از سوی سازمان‌های غیردولتی اجرا شده‌اند) را شامل می‌شود. اگر داده‌های ملی در دسترس نیستند، برآوردهای کشوری را می‌توان در پایگاه اطلاعات دیده‌بانی جهانی سلامت سازمان جهانی بهداشت یافت.
تناوب اندازه‌گیری	هر ۵ سال
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

17. Obesity in adolescents (13-18 years)

Abbreviated name	Obesity (13-18 years)
Indicator name	Obesity (13-18 years)
Domain/subdomain	Health determinants and risk/ risk factors
Related/Associated terms	Non-communicable diseases
Definition	<p>Percent of obese adolescents with BMI measuring $\geq 30 \text{ kg/m}^2$</p> <p>Obesity is defined as $\geq 2 \text{ SD BMI}$ for age and sex (equivalent to BMI 30 kg/m^2 at 19 years)</p> <p>According to the WHO growth reference for school aged children and adolescents, obesity - two standard deviation BMI for age and sex</p> <p>Height and weight are measured and expressed as kg/m^2.</p>
Measurement method	-
Numerator	Number of obese adolescents in surveyed population
Denominator	Total number of surveyed population in same age group (obese and non-obese)
Method of estimation	Data are collected from ministries of health and WHO regional databases
Disaggregation	Age, gender, other relevant socio demographic stratifiers where available
Primary/ preferred data sources	Population based survey (nationally preventative), Global School Health Survey
Alternate/ other possible data sources	These include: national specific population surveys conducted by the country's national surveillance system, national statistical office, or any other relevant agency, or by research groups (and include academic research or studies implemented by nongovernmental organizations). If no national data are available, country estimates may be found in the WHO Global Health Observatory Data Repository.
Measurement frequency	Every 5 years

۱۸. اضافه‌وزن در بزرگسالان (بالای ۱۸ سال)

نام مخفف	اضافه‌وزن در بزرگسالان (بالای ۱۸ سال)
نام شاخص	اضافه‌وزن در بزرگسالان (بالای ۱۸ سال)
دامنه / زیر دامنه	تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر سلامت / عوامل خطر
شرایط مربوط / مرتبط	بیماری‌های غیرواگیر
تعریف	درصد بزرگسالانی (بالای ۱۸ سال) که دارای اضافه‌وزن هستند (به‌صورت داشتن شاخص توده‌بدنی بیشتر از ۲۵ کیلوگرم بر مترمربع تعریف می‌شود. شاخص توده‌بدنی از تقسیم وزن برحسب کیلوگرم بر قد به توان دو به‌دست می‌آید). قد و وزن به‌صورت کیلوگرم بر مترمربع بیان می‌شوند.
روش اندازه‌گیری	شاخص توده‌بدنی (BMI) با تقسیم وزن فرد بر حسب کیلوگرم بر مجذور قد بر حسب متر (کیلوگرم بر مترمربع) محاسبه می‌شود. در مورد بزرگسالان، فردی با BMI مساوی یا بیشتر از ۲۵، دارای اضافه‌وزن در نظر گرفته می‌شود.
صورت کسر	تعداد پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال که دارای اضافه‌وزن هستند.
مخرج کسر	همهٔ پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال پیمایش، در طول یک دورهٔ مشخص
روش تخمین	[تعداد پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال پیمایش که دارای اضافه‌وزن هستند] / (تعداد پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال پیمایش) × ۱۰۰.
تفکیک‌کننده	سن، جنس، سایر مؤلفه‌های جمعیتی اجتماعی - اقتصادی در صورت وجود
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش مبتنی بر جمعیت (ترجیحاً معرف جامعه) که در آن قد و وزن اندازه گرفته شده است. پیمایش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر - استپس
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	این منابع، پیمایش‌های ملی ویژهٔ جمعیتی که از سوی نظام مراقبت ملی کشور، مرکز ملی آمار یا هر آژانس مرتبط دیگر یا از سوی گروه‌های تحقیقاتی (شامل مطالعات یا پژوهش‌های آکادمیک که از سوی سازمان‌های غیردولتی اجرا شده‌اند) انجام شده‌اند را شامل می‌شود. اگر داده‌های ملی در دسترس نیستند، برآوردهای کشوری را می‌توان در پایگاه اطلاعات دیده‌بانی جهانی سلامت سازمان جهانی بهداشت یافت.
تناوب اندازه‌گیری	حداقل هر ۵ سال
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

18. Overweight in adults (18+ years)

Abbreviated name	Overweight in adults (18+ years)
Indicator name	Overweight in adults (18+ years)
Domain/subdomain	Health determinants and risk/ risk factors
Related/Associated terms	Non-communicable diseases
Definition	Percent of adults (18+ years) who are overweight (defined as having a BMI ≥ 25 kg/m ² . BMI = weight (kg) / [height (m)] ² . Height and weight are measured expressed as kg/m ² .
Measurement method	Body mass index (BMI) calculated by dividing the weight of a person in kilograms by the square of the height in meters (kg/m ²). In the case of adults, a person with a BMI equal to or greater than 25 is considered overweight.
Numerator	Number of respondents 18+ years who are overweight.
Denominator	All respondents of the survey aged 18+ years during a specified period
Method of estimation	(Number of survey respondents aged 18+ years who are overweight) / (number of respondents aged 18+ years) x 100.
Disaggregation	Age, gender, other relevant socio demographic stratifiers where available
Primary/ preferred data sources	Population based survey (preferably nationally representative) in which height and weight were measured, Stepwise survey for Noncommunicable diseases
Alternate/ other possible data sources	These include: national specific population surveys conducted by the country's national surveillance system, or any other relevant agency, or by research groups (and include academic research or studies implemented by nongovernmental organizations). If no national data are available, country estimates may be found in the WHO Global Health Observatory Data Repository.
Measurement frequency	At least every 5 years

۱۹. چاقی در بزرگسالان (بالای ۱۸ سال)

نام مخفف	چاقی در بزرگسالان (بالای ۱۸ سال)
نام شاخص	چاقی در بزرگسالان (بالای ۱۸ سال)
دامنه / زیر دامنه	تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر سلامت / عوامل خطر
شرایط مربوط / مرتبط	بیماری‌های غیرواگیر
تعریف	درصد بزرگسالانی (بالای ۱۸ سال) که چاق هستند (به‌صورت برخورداری از شاخص توده بدنی بیشتر از ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع تعریف می‌شود. شاخص توده بدنی از تقسیم وزن برحسب کیلوگرم بر توان دوم قد به‌دست می‌آید). قد و وزن به‌صورت کیلوگرم بر مترمربع بیان می‌شوند.
روش اندازه‌گیری	شاخص توده بدنی (BMI) با تقسیم وزن فرد بر حسب کیلوگرم بر مجذور قد بر حسب متر (کیلوگرم بر مترمربع) محاسبه می‌شود. در مورد بزرگسالان، فردی با BMI مساوی یا بیشتر از ۳۰، دارای چاقی در نظر گرفته می‌شود.
صورت کسر	تعداد پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال که چاق هستند.
مخرج کسر	همه پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال پیمایش
روش تخمین	$[(\text{تعداد پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال پیمایش که چاق هستند}) / (\text{تعداد پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال})] \times ۱۰۰$.
تفکیک‌کننده	سن، جنس، سایر مؤلفه‌های جمعیتی اجتماعی - اقتصادی در صورت وجود
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش مبتنی بر جمعیت (ترجیحاً معرف جامعه) که در آن قد و وزن اندازه گرفته شده است.
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	این منابع، پیمایش‌های ملی ویژه جمعیتی که از سوی نظام مراقبتی ملی کشور، مرکز ملی آمار یا هر آژانس مرتبط دیگر یا از سوی گروه‌های تحقیقاتی (شامل مطالعات یا پژوهش‌های آکادمیک که از سوی سازمان‌های غیردولتی اجرا شده‌اند) انجام شده‌اند را شامل می‌شود. اگر داده‌های ملی در دسترس نیستند، برآوردهای کشوری را می‌توان در پایگاه اطلاعات دیده‌بانی جهانی سلامت سازمان جهانی بهداشت یافت.
تناوب اندازه‌گیری	حداقل هر ۵ سال
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

19. Obesity in adults (18+ years)

Abbreviated name	Obesity in adults (18+ years)
Indicator name	Obesity in adults (18+ years)
Domain/subdomain	Health determinants and risk/ risk factors
Related/Associated terms	Non-Communicable diseases
Definition	Percent of adults (18+ years) who are obese (defined as having BMI ≥ 30 kg/m ²). BMI = weight (kg) / [height (m)] ² . Height and weight are measured and expressed as Kg/m ²
Measurement method	Body mass index (BMI) calculated by dividing the weight of a person in kilograms by the square of the height in meters (kg/m ²). In the case of adults, a person with a BMI equal to or greater than 30 is considered obese.
Numerator	Number of respondents aged 18+ years who are obese.
Denominator	All respondents of the survey aged 18+ years
Method of estimation	(Number of survey respondents aged 18+ years who are obese) / (number of respondents aged 18+ years) x 100.
Disaggregation	Age, gender, other relevant socio demographic stratifiers where available
Primary/ preferred data sources	Population based survey (preferably nationally representative) in which height and weight were measured.
Alternate/ other possible data sources	These include: national specific population surveys conducted by the country's national surveillance system, national statistical office, or any other relevant agency/ministries, or by research groups (and include academic research or studies implemented by nongovernmental organizations). If no national data are available, country estimates may be found in the WHO Global Health Observatory Data Repository.
Measurement frequency	At least every 5 years

۲۰. شیوع مصرف دخانیات در میان افراد (۱۳ تا ۱۵ سال)

نام مخفف	شیوع مصرف دخانیات در میان افراد (۱۳ تا ۱۵ سال)
نام شاخص	شیوع سنی استاندارد شده مصرف در حال حاضر دخانیات در میان افراد ۱۳ تا ۱۵ سال
دامنه / زیر دامنه	خطر و عوامل تعیین‌کننده سلامت / عوامل خطر
شرایط مربوط / مرتبط	بیماری‌های غیرواگیر
تعریف	شیوع مصرف در حال حاضر دخانیات در میان جوانان ۱۳ تا ۱۸ سال (درصد) میزان شیوع جوانان که به‌صورت درصدی از کل جمعیت جوان بیان می‌شود، به تعداد مصرف‌کننده‌های در حال حاضر هر نوع فرآورده دخانی در هر صد نفر جمعیت جوان اشاره می‌کند که از آخرین پیمایش مصرف دخانیات جوانان (یا پیمایشی که در آن سؤال‌های مصرف دخانیات پرسش می‌شود) نتیجه می‌شود. زمانی که این میزان شیوع در جمعیت جوان کشور ضرب می‌شود، برآورد تعداد سیگاری‌های در حال حاضر از هر نوع فرآورده دخانی به‌دست می‌آید. دامنه سنی برای داده‌های شیوع ۱۳ الی ۱۵ سال است. تعریف "سیگاری در حال حاضر" بین پیمایش‌ها متفاوت است، اما اغلب به‌معنی فردی است که یکی از انواع فرآورده‌های دخانی را به‌صورت روزانه یا بعضی از اوقات حداقل یک‌بار در طول دوره تعریف شده منتهی به تاریخ پیمایش مصرف کرده است. "استعمال دخانیات" شامل مصرف سیگار، بیدیس، سیگار برگ، پیپ، سیگارهایی که فرد خودش آن‌را می‌پیچد و هر نوع دخانیات دودی دیگر می‌شود.
روش اندازه‌گیری	تعداد سیگاری‌های در حال حاضر جوان (روزانه یا بیشتر) هر نوع فرآورده دخانی در جمعیت مورد بررسی
صورت کسر	تعداد کل جمعیت مورد بررسی ۱۳ تا ۱۸ سال (سیگاری‌ها و غیرسیگاری‌های جوان)
مخرج کسر	سازمان جهانی بهداشت، اطلاعات را از پیمایش جهانی دخانیات جوانان و پیمایش جهانی سلامت مبتنی بر مدرسه در پایگاه اطلاعات سازمان جهانی بهداشت گردآوری می‌کند. [تعداد پاسخ‌دهندگان ۱۳ تا ۱۸ سال که در حال حاضر یکی از فرآورده‌های دخانی را استفاده می‌کنند] / (تعداد پاسخ‌دهندگان ۱۳ تا ۱۸ سال بررسی شده) $\times 100$
روش تخمین	در صورت امکان، داده‌های شیوع باید برای پسران و دختران جدا شود، و شیوع مجموع (کل) نیز باید تهیه شود.
تفکیک‌کننده	جنس
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش‌های ملی که به‌عنوان بخشی از طرح‌های بین‌المللی جمع‌آوری داده انجام شده‌اند، مانند پیمایش‌های اختصاصی دخانیات: پیمایش جهانی دخانیات جوانان؛ - پیمایش‌های غیراختصاصی دخانیات: پیمایش جهانی سلامت مبتنی بر مدرسه - پیمایش‌های جمعیت‌های ویژه
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	این منابع، پیمایش‌های ملی ویژه جمعیتی که از سوی نظام مراقبت ملی کشور، مرکز ملی آمار یا هر آژانس مرتبط دیگر یا از سوی گروه‌های تحقیقاتی (شامل مطالعات یا پژوهش‌های آکادمیک که از سوی سازمان‌های غیردولتی اجرا شده‌اند) انجام شده‌اند را شامل می‌شود. اگر داده‌های ملی در دسترس نیستند، برآوردهای کشوری را می‌توان در پایگاه اطلاعات دیده‌بانی جهانی سلامت سازمان جهانی بهداشت یافت.
تناوب اندازه‌گیری	حداقل هر ۵ سال یک‌بار
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

20. Tobacco use among persons (13-15 years)

Abbreviated name	Tobacco use among persons (13-15 years)
Indicator name	Age standardized prevalence of current tobacco use among persons aged 13-15 years
Domain/subdomain	Health determinants and risk/ risk factors
Related/Associated terms	Non-communicable diseases
Definition	<p>Prevalence of current tobacco smoking among youth 13-15 years (%)</p> <p>The youth prevalence rate, expressed as a percentage of the total youth population, refers to the number of current smokers of any tobacco product per 100 of the youth population in the country, resulting from the latest youth tobacco use survey (or survey which asks tobacco use questions). When this prevalence rate is multiplied by the country's youth population, the result is an estimate of the number of current smokers of any tobacco product in the country. The age range to which the prevalence data for the youth refer is 13-15 years. The definition of "current smoker" varies between surveys, but often means someone who smokes any tobacco product either daily or occasionally at least once during a defined period leading up to the survey date. "Tobacco smoking" includes the consumption of cigarettes, bidis, cigars, cheroots, pipes, shisha (water pipes), fine-cut smoking articles (roll-your-own), krekets, and any other form of smoked tobacco.</p>
Measurement method	Number of current youth smokers (daily or < daily) of any tobacco product in the population surveyed
Numerator	Total size of surveyed population aged 13-18 years (youth smokers and non-smokers)
Denominator	<p>WHO compiles data from Global Youth Tobacco Survey (GYTS) and Global School Health Survey (GSHS) in the WHO Global InfoBase.</p> <p>(Number of respondents aged 13-18 years currently using any tobacco product) / (number of surveyed respondents aged 13-18 years) x 100</p>
Method of estimation	Wherever possible, prevalence data should be separated for boys and girls, and combined (total) prevalence should also be provided.
Disaggregation	Gender
Primary/ preferred data sources	National surveys implemented as part of international data collection initiatives, such as - Tobacco-specific surveys: Global Youth Tobacco Survey (GYTS); - Non-tobacco-specific surveys: Global School-based Student Health Survey (GSHS). - Specific population surveys
Alternate/ other possible data sources	These include: national specific population surveys conducted by the country's national surveillance system, national statistical office, or any other relevant agency/ ministries, or by research groups (and include academic research or studies implemented by nongovernmental organizations). If no national data are available, country estimates may be found in the WHO Global Health Observatory Data Repository.
Measurement frequency	At least once every five years.

۲۱. شیوع مصرف دخانیات در میان افراد (بالای ۱۵ سال)

نام مخفف	مصرف دخانیات در میان افراد بالای ۱۵ سال
نام شاخص	شیوع سنی استاندارد شده مصرف در حال حاضر دخانیات در میان افراد بالای ۱۵ سال
دامنه / زیر دامنه	خطر و عوامل تعیین‌کننده سلامت / عوامل خطر
شرایط مربوط / مرتبط	بیماری‌های غیرواگیر
تعریف	شیوع سنی استاندارد شده مصرف در حال حاضر دخانیات در میان افراد بالای ۱۵ سال (درصد). یک سیگاری در حال حاضر فردی است که یا هر روز سیگار می‌کشد (سیگاری روزانه) یا در حال حاضر سیگار می‌کشد اما نه هر روز (گاه‌به‌گاه یا سیگاری غیرروزانه). در سطح جمعیتی، شیوع سیگاری‌های در حال حاضر برای یک کشور از تقسیم (تعداد پاسخ‌دهندگان پیمایش که برای آن‌ها مصرف هر روز سیگار ثبت شده است) بر تعداد کل پاسخ‌دهندگان پیمایش محاسبه می‌شود. "استعمال دخانیات" شامل مصرف سیگارت، بیدیس، سیگار، سیگار برگ، پیپ، سیگارهایی که فرد خودش آن‌را می‌پیچد و هر نوع دخانیات دودی دیگر می‌شود.
روش اندازه‌گیری	-
صورت کسر	تعداد سیگاری‌های در حال حاضر بالای ۱۵ سال (روزانه یا گاه‌به‌گاه) هر نوع فرآورده دخانی در جمعیت بررسی شده
مخرج کسر	تعداد کل جمعیت بررسی شده (سیگاری‌ها و غیرسیگاری‌ها)

ادامه دارد

21. Tobacco use among persons aged 15+ years

Abbreviated name	Tobacco use among persons 15+ years
Indicator name	Age standardized prevalence of current tobacco use among persons aged 15+ years
Domain/subdomain	Health determinants and risk/ risk factors
Related/Associated terms	Non-communicable diseases
Definition	<p>Age standardized prevalence of current tobacco use among persons aged 15+ years (%). A current smoker is someone who either smokes every day (daily smoker) or who currently smokes but not every day (occasional or non-daily smoker). At a population level, the prevalence of current smokers for a country is calculated as (the number of respondents in a survey who indicated smoking every day + the number of respondents who indicated smoking occasionally) divided by the total number of respondents to the survey.</p> <p>"Tobacco smoking" includes the consumption of cigarettes, bidis, cigars, cheroots, pipes, shisha (water pipes), fine-cut smoking articles (roll-your-own), krekets, and any other form of smoked tobacco.</p>
Measurement method	-
Numerator	Number of current smokers 15 + years (daily or less than daily) of any tobacco product in the population surveyed
Denominator	Total size of surveyed population (Smokers and non-smokers)

To be continued

۲۱. شیوع مصرف دخانیات در میان افراد (بالای ۱۵ سال)

سازمان جهانی بهداشت یک روش رگرسیونی ایجاد کرده است که مقایسه بین کشورها را امکان‌پذیر می‌کند. اگر داده‌های یک کشور تا حدودی گم شده (missing) هستند یا کامل نیستند، این تکنیک رگرسیونی از داده‌های در دسترس برای منطقه‌ای که کشور در آن قرار دارد برای تولید برآوردهایی برای آن کشور استفاده می‌کند. مدل‌های رگرسیونی در سطح ۳ زیر منطقه‌ای سازمان ملل به‌صورت جداگانه برای مردان و زنان به‌منظور به‌دست آوردن میزان‌های شیوع در سنین خاص برای آن منطقه اجرا می‌شوند. سپس این برآوردها جایگزین شاخص گم شده برای کشوری می‌شود که در آن زیر منطقه قرار می‌گیرد. توجه کنید که این تکنیک نمی‌تواند برای کشورهایی که هیچ‌گونه داده‌ای ندارند استفاده شود: این کشورها از هر تحلیلی خارج می‌شوند. اطلاعات از منابع ناهمگن که از پیمایش‌های مختلف ناشی می‌شوند و ابزارهای استاندارد شده پیمایش را به‌کار نمی‌برند، تهیه شیوع‌های سنی استاندارد شده در سطح ملی را دشوار می‌کنند. چهار نوع اختلاف بین پیمایش‌ها و روش‌های تعدیل مرتبط استفاده می‌شود که در زیر لیست شده‌اند. به‌منظور برآورد شیوع استعمال دخانیات برای دامنه‌های سنی استاندارد (به‌تفکیک گروه‌های ۵ ساله از سن ۱۵ تا سن ۸۰ سال و پس از آن از ۸۰ تا ۱۰۰ سال) رابطه بین سن و استعمال روزانه دخانیات برای مردان و زنان به‌صورت جداگانه برای هر کشور با استفاده از نمودارهای پراکنش بررسی می‌شود. برای این کار، داده‌های آخرین پیمایش معرف جامعه انتخاب می‌شود؛ در برخی موارد اگر شیوع مردان و زنان از پیمایش‌های مختلف به‌دست می‌آید یا اگر پیمایش اضافی، داده‌ها را برای آخرین فواصل سنی تکمیل می‌کند، بیش از یک پیمایش انتخاب می‌شود. برای به‌دست آوردن شیوع مخصوص سن برای فواصل سنی ۵ سال، مدل‌های رگرسیونی نمودار پراکنش برآوردهای شیوع استعمال روزانه دخانیات در مقابل سن با استفاده از یک تابع مرتبه اول، مرتبه دوم و مرتبه سوم رسم می‌شود و بهترین منحنی در حال برازش انتخاب می‌شود. برای شاخص‌های باقی‌مانده ترکیبی از روش‌ها به‌کار برده می‌شود: مدل‌های رگرسیونی برای به‌دست آوردن شیوع‌های مخصوص سن برای استعمال روزانه و در حال حاضر دخانیات در سطح زیرمنطقه‌ای اجرا می‌شوند و یک رابطه هم‌ارزی بین شیوع استعمال دخانیات و استعمال سیگار به‌کار برده می‌شود؛ جایی که استعمال سیگار مشرف بر به‌دست آوردن شیوع‌های مخصوص سن برای استعمال روزانه و در حال حاضر سیگار برای فواصل سنی استاندارد است.

تفاوت‌ها در انواع شاخص‌های مصرف دخانیات که اندازه‌گیری شده‌اند:

اگر ما داده‌های استعمال دخانیات در حال حاضر و استعمال سیگار در حال حاضر را در اختیار داشته باشیم، پس تعدیل‌های مشخص برای پاسخ به داده‌های گم شده (missing) استعمال روزانه سیگار و استعمال دخانیات صورت می‌گیرد؛ به‌همین ترتیب، اگر ما فقط داده‌های استعمال روزانه و در حال حاضر دخانیات را در اختیار داشته باشیم، پس تعدیل‌هایی سراسر انواع دخانیات برای تولید برآوردهایی برای استعمال روزانه و در حال حاضر سیگار ساخته می‌شود.

تفاوت‌ها در پوشش جغرافیایی درون کشوری:

تعدیل‌ها پس از مشاهده رابطه بین شیوع در مناطق شهری و روستایی کشورهایی که در زیر منطقه مربوطه قرار می‌گیرند صورت می‌گیرد. نتایج حاصل از برازش رگرسیون شهری - روستایی به کشورها به‌کار گرفته می‌شود تا امکان مقیاس‌بندی شیوع در سطح ملی فراهم شود. به‌عنوان مثال، اگر یک کشور فقط میزان‌های شیوع استعمال روزانه دخانیات در مناطق شهری را دارد، نتایج رگرسیونی از ارتباط استعمال دخانیات شهری - روستایی برای به‌دست آوردن میزان‌های شیوع روستایی برای استعمال روزانه دخانیات استفاده می‌شوند. این‌ها سپس با میزان‌های شیوع شهری با استفاده از نسبت‌های جمعیت شهری - روستایی به‌عنوان وزن ترکیب می‌شوند تا برآورد شیوع ملی و همچنین میزان‌های ملی مخصوص سن حاصل شوند. تفاوت در سال پیمایش:

برای گزارش سازمان جهانی بهداشت در مورد اپیدمی جهانی دخانیات، ۲۰۰۹، برآوردهای شیوع استعمال دخانیات برای سال ۲۰۰۶ تولید شده بود. اطلاعات شیوع استعمال دخانیات براساس پیمایش‌هایی تولید شده بودند که در سال‌های مختلفی در کشورها اجرا شده بودند. در برخی موارد، آخرین داده شیوع در دسترس متعلق به پیمایش‌هایی بوده‌است که قبل از سال ۲۰۰۶ اجرا شده‌اند؛ درحالی‌که در برخی اطلاعات، پیمایش برای سال‌های بعد از سال ۲۰۰۶ بوده است. برای به‌دست آوردن برآوردهای شیوع استعمال دخانیات برای سال ۲۰۰۶، از روند (trend) اطلاعات برای کشورهایی که داده‌های آن‌ها یا برای قبل از سال ۲۰۰۶ است یا برای بعد از سال ۲۰۰۶ است، استفاده می‌شود. این برآورد از روند اطلاعات از همه پیمایش‌های در دسترس برای هر کشور به‌دست می‌آید. برای کشورهایی که فاقد تاریخچه داده (هیستوریکال) هستند، روند اطلاعات از زیر منطقه‌ای که آن کشور در آن قرار می‌گیرد، استفاده می‌شود. شیوع براساس سن استاندارد شده:

به‌طور کلی مصرف دخانیات در جنسیت و سراسر گروه‌های سنی مختلف متفاوت است. اگرچه درصد خام شیوع برای یک کشور در یک زمان خاص به آسانی قابل درک است، اما مقایسه کردن درصد‌های خام بین دو یا بیش از دو کشور در یک زمان خاص، یا یک کشور در زمان‌های مختلف، اگر دو جمعیت مورد بررسی به‌صورت معنی‌داری توزیع‌های سنی متفاوت یا تفاوت‌هایی در استعمال دخانیات به تفکیک جنسیت داشته باشند، می‌تواند گمراه‌کننده باشد. روش استانداردسازی سن عموماً برای غلبه بر این مشکل استفاده می‌شود و امکان داشتن یک مقایسه معنی‌دار از شیوع را بین کشورها فراهم می‌کند. این روش شامل استفاده از شیوع‌های استاندارد شده برای سن به تفکیک جنسیت در هر یک از جمعیت‌ها با یک جمعیت استاندارد می‌شود. جمعیت استاندارد سازمان جهانی بهداشت، (یک جمعیت ساختگی/غیرواقعی که در آن توزیع سن به‌صورت ساختگی ایجاد شده و تا حدود زیادی منعکس‌کننده ساختار سنی جمعیت در کشورها با درآمد پایین و متوسط است) مورد استفاده قرار گرفت. نتایج استاندارد شده سن به‌صورت درصد از کل جمعیت بیان می‌شود و به تعداد افراد سیگاری در هر ۱۰۰ نفر جمعیت استاندارد سازمان جهانی بهداشت اشاره دارد. به‌عنوان یک نتیجه، شیوعی که با استفاده از این فرآیند تولید می‌شود تنها یک عدد فرضی بدون هیچ‌گونه معنی ذاتی در مقدار بزرگی آن است. این تنها زمانی سودمند است که شاخص‌های در حال مقایسه مربوط به یک کشور اما در دو زمان متفاوت هستند یا از دو کشور جداگانه به‌دست آمده‌اند.

به‌منظور تولید شیوع کلی استعمال دخانیات برای یک کشور، شیوع استاندارد شده برای سن برای مردان و زنان باید ترکیب شوند تا شیوع کل حاصل شود. از آنجایی که جمعیت استاندارد سازمان جهانی بهداشت صرف‌نظر از جنسیت یکسان است، شیوع‌های استاندارد شده برای سن، برای مردان و زنان با استفاده از وزن‌های جمعیتی برای مردان و برای زنان در سطح جهانی از داده‌های جمعیتی سازمان ملل برای سال ۲۰۰۶ ترکیب می‌شوند.

برای مثال، اگر شیوع استاندارد شده برای سن برای استعمال دخانیات در بزرگسالان برای مردان ۶۰ درصد و برای زنان ۳۰ درصد است، شیوع ترکیب شده برای استعمال دخانیات در همه بزرگسالان به‌صورت $45\% = 30 \times (0/49) + 60 \times (0/51)$ محاسبه می‌شود. اعداد داخل پرانتز نشان‌دهنده وزن‌های جمعیتی برای مردان و زنان هستند. بنابراین، از کل شیوع استعمال دخانیات (۴۵ درصد)، نسبت استعمال دخانیات در مردان برابر با $66/7$ درصد $[100 \times (45 \div 30)] =$ و در زنان برابر است با $33/3$ درصد $[100 \times (45 \div 15)] =$.

21. Tobacco use among persons aged 15+ years

Method of estimation

WHO has developed a regression method that attempts to enable comparisons between countries. If data are partly missing or are incomplete for a country, the regression technique uses data available for the region in which the country is located to generate estimates for that country. The regression models are run at the United Nations sub-regional level 3 separately for males and females in order to obtain age-specific prevalence rates for that region. These estimates are then substituted for the country falling within the sub-region for the missing indicator. Note that the technique cannot be used for countries without any data: these countries are excluded from any analysis.

Information from heterogeneous sources that originate from different surveys and do not employ standardized survey instruments render difficult the production of national-level age-standardized rates. The four types of differences between surveys and the relevant adjustment procedures used are listed below.

In order to estimate smoking prevalence rates for standard age ranges (by five-year groups from age 15 until age 80 and thereafter from 80 to 100 years), the association between age and daily smoking is examined for males and females separately for each country using scatter plots. For this exercise, data from the latest nationally representative survey are chosen; in some cases more than one survey is chosen if male and female prevalence rates stem from different surveys or if the additional survey supplements data for the extreme age intervals. To obtain age-specific prevalence rates for five-year age intervals, regression models using daily smoking prevalence estimates from a first order, second order and third order function of age are graphed against the scatter plot and the best fitting curve is chosen. For the remaining indicators, a combination of methods is applied: regression models are run at the sub-regional level to obtain age-specific rates for current and daily cigarette smoking, and an equivalence relationship is applied between smoking prevalence rates and cigarette smoking where cigarette smoking is dominant to obtain age-specific prevalence rates for current and daily cigarette smoking for the standard age intervals.

Differences in the types of indicators of tobacco use measured:

If we have data for current tobacco smoking and current cigarette smoking, then definitional adjustments are made to account for the missing daily tobacco smoking and daily cigarette smoking. Likewise, if we have data for current and daily tobacco smoking only, then tobacco type adjustments are made across tobacco types to generate estimates for current and daily cigarette smoking.

Differences in geographic coverage of the survey within the country:

Adjustments are made to the data by observing the prevalence relationship between urban and rural areas in countries falling within the relevant sub-region. Results from this urban-rural regression exercise are applied to countries to allow a scaling-up of prevalence to the national level. As an example, if a country has prevalence rates for daily smoking of tobacco in urban areas only, the regression results from the rural-urban smoking relationship are used to obtain rural prevalence rates for daily smoking. These are then combined with urban prevalence rates using urban-rural population ratios as weights to generate a national prevalence estimate as well as national age-specific rates.

Differences in survey year:

For the WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009, smoking prevalence estimates were generated for year 2006. Smoking prevalence data are sourced from surveys conducted in countries in different years. In some cases, the latest available prevalence data came from surveys before the year 2006 while in other cases the survey was later than 2006. To obtain smoking prevalence estimates for 2006, trend information is used either to project into the future for countries with data older than 2006 or to backtrack for countries with data later than 2006. This is achieved by incorporating trend information from all available surveys for each country. For countries without historical data, trend information from the respective sub-region in which they fall is used.

Age-standardized prevalence:

Tobacco use generally varies widely by gender and across age groups. Although the crude prevalence rate is reasonably easy to understand for a country at one point in time, comparing crude rates between two or more countries at one point in time, or of one country at different points in time, can be misleading if the two populations being compared have significantly different age distributions or differences in tobacco use by gender. The method of age-standardization is commonly used to overcome this problem and allows for meaningful comparison of prevalence between countries. The method involves applying the age-specific rates by gender in each population to one standard population. The WHO Standard Population, a fictitious population whose age distribution was artificially created and is largely reflective of the population age structure of low- and middle-income countries, was used. The resulting age-standardized rate, also expressed as a percentage of the total population, refers to the number of smokers per 100 WHO Standard Population. As a result, the rate generated using this process is only a hypothetical number with no inherent meaning in its magnitude. It is only useful when contrasting rates obtained from one country to those obtained in another country, or from the same country at different points in time.

In order to produce an overall smoking prevalence rate for a country, the age-standardized prevalence rates for males and females must be combined to generate total prevalence. Since the WHO Standard Population is the same irrespective of gender, the age-standardized rates for males and females are combined using population weights for males and for females at the global level from the UN population data for 2006. For example, if the age-standardized prevalence rate for tobacco smoking in adults is 60% for males and 30% for females, the combined prevalence rate for tobacco smoking in all adults is calculated as $60 \times (0.51) + 30 \times (0.49) = 45\%$, with the figures in brackets representing male and female population weights. Thus, of the total smoking prevalence (45%) the proportion of smoking attributable to males is $66.7\% [= (30 \div 45) \times 100]$ and to females $33.3\% [= (15 \div 45) \times 100]$.

۲۱. شیوع مصرف دخانیات در میان افراد (بالای ۱۵ سال)

تفکیک کننده	<p>جنسیت و سن.</p> <p>در مورد جنسیت: داده‌ها باید برای مردان و زنان جدا شوند، همچنین شیوع ترکیب شده (شیوع کل) نیز باید ارائه شود.</p> <p>در مورد سن: با در نظر گرفتن دامنه سنی انتخاب شده برای پیمایش مربوطه، داده‌های شیوع استعمال دخانیات باید به گروه‌های سنی تقسیم شوند (ترجیحاً با فاصله ۱۰ سال؛ برای مثال ۲۵ تا ۳۴ سال، ۳۵ تا ۴۴ سال)</p>
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	<p>پیمایش‌های ملی خانوار با استفاده از روش‌های استاندارد در طول زمان؛ به طوری که می‌توان تغییرات در طول زمان را اندازه‌گیری کرد. نمونه‌های چنین پیمایش‌هایی عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> - پیمایش‌های مخصوص دخانیات مثل پیمایش جهانی دخانیات بزرگسالان؛ - پیمایش‌های چند عامل خطر مربوط به بیماری‌های غیرواگیر مانند پیمایش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر - استپس سازمان جهانی بهداشت؛ سایر پیمایش‌های سلامت مانند مطالعه جهانی سلامت بزرگسالان و سالخوردگان سازمان جهانی بهداشت (SAGE)، پیمایش سلامت و جمعیت (DHS)، پیمایش خوشه‌ای شاخص‌های چندگانه (MICS).
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	<p>این منابع شامل سرشماری‌های ملی، پیمایش‌های ملی سلامت و سایر پیمایش‌های ملی خانوار می‌شوند که ممکن است در مورد موضوعات دیگر مانند هزینه‌های خانوار باشند. چنین پیمایش‌هایی ممکن است از سوی مرکز ملی آمار کشور اجرا شوند یا از سوی هر آژانس مرتبط دیگری، یا از سمت گروه‌های تحقیقاتی ملی و بین‌المللی (شامل پژوهش‌ها و مطالعات آکادمیک انجام شده از سوی سازمان‌های غیردولتی می‌شود). اگر داده‌های ملی در دسترس نیستند، برآوردهای کشوری را می‌توان در پایگاه اطلاعات دیده‌بانی جهانی سلامت سازمان جهانی بهداشت یافت.</p>
تناوب اندازه‌گیری	حداقل هر ۵ سال یک‌بار
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

21. Tobacco use among persons aged 15+ years

Disaggregation	Gender and age. In the case of gender: data should be separated for males and females, and combined (total) prevalence should also be provided. In the case of age: taking into account the age range selected for the relevant survey, data on smoking prevalence should be broken down by age groups (preferably by 10-year category, e.g. 25–34, 35–44).
Primary/ preferred data sources	National household surveys using standard methods across time, so that changes over time can be measured. Examples of such surveys include: <ul style="list-style-type: none"> - Tobacco-specific surveys such as the Global Adult Tobacco Survey (GATS), - Multi-risk-factor surveys on noncommunicable diseases such as the WHO Stepwise Approach to Surveillance (WHO STEPS); Other health surveys such as the WHO Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE), Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicator Cluster Survey (MICS).
Alternate/ other possible data sources	These include: national censuses, national health surveys, and other national household surveys that may be about other topics such as household expenditure. Such surveys may be conducted by the country's national statistical offices, or any other relevant agency, or by national or international research groups (and include academic research or studies carried out by nongovernmental organizations). If no recent national data are available, country estimates may be found in the WHO Global Health Observatory Data Repository.
Measurement frequency	At least once every five years

۲۲. فعالیت بدنی ناکافی در نوجوانان (۱۳ تا ۱۸ سال)

نام مخفف	فعالیت بدنی ناکافی در نوجوانان
نام شاخص	شیوع استاندارد شده برای سن فعالیت بدنی ناکافی افرادی که در سن ۱۳ تا ۱۸ سال هستند.
دامنه / زیر دامنه	خطر و عوامل تعیین‌کننده سلامت / عوامل خطر
شرایط مربوط / مرتبط	بیماری‌های غیرواگیر، عوامل خطر، سلامت نوجوانان
تعریف	شیوع استاندارد شده برای سن فعالیت بدنی ناکافی افرادی که در سن ۱۳ تا ۱۸ سال هستند (درصد نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال که هیچ‌یک از معیارهای زیر را ندارند: ۱۵۰ دقیقه فعالیت بدنی متوسط - شدید در هفته؛ ۷۵ دقیقه فعالیت بدنی خیلی شدید در هفته؛ یک ترکیب مساوی از فعالیت‌های بدنی متوسط - شدید در هفته حداقل ۶۰۰ دقیقه معادل متابولیک در هفته (دقیقه‌های فعالیت فیزیکی را می‌توان در طول یک هفته جمع کرد اما باید حداقل ۱۰ دقیقه طول بکشد). * MET به Metabolic equivalent (معادل متابولیک) اشاره دارد. این نسبت وضعیت متابولیک در حال کار فرد نسبت به وضعیت متابولیسم در حال استراحت آنها است. یک معادل متابولیک، مقدار انرژی مصرف شده یک فرد در حالت ساکت نشسته تعریف می‌شود و برابر با مقدار کالری مصرفی یک کیلوکالری / کیلوگرم / ساعت است. فعالیت‌های فیزیکی معمولاً بر اساس شدت آنها با استفاده از معادل متابولیک به عنوان یک مرجع، طبقه‌بندی می‌شوند.
روش اندازه‌گیری	(تعداد پاسخ‌دهندگان ۱۳ تا ۱۸ سال که معیارهای ذکر شده برای فعالیت بدنی را ندارند) / (تعداد پاسخ‌دهندگان در پیمایش ۱۳ تا ۱۸ سال) × ۱۰۰.
صورت کسر	تعداد پاسخ‌دهندگانی که هر سه معیار زیر در آنها صدق می‌کند: دقایق هفتگی * فعالیت شدید کمتر از ۷۵ دقیقه؛ دقایق هفتگی * فعالیت متوسط کمتر از ۱۵۰ دقیقه؛ دقایق معادل متابولیک هفتگی ** کمتر از ۶۰۰؛ * دقیقه‌های هفتگی با ضرب تعداد روزهایی که فعالیت شدید/متوسط انجام می‌شود در تعداد دقیقه فعالیت شدید/متوسط در روز محاسبه می‌شود. ** دقیقه معادل متابولیک هفتگی با ضرب دقیقه هفتگی فعالیت شدید در ۸ و تعداد دقیقه هفتگی فعالیت متوسط در ۴ محاسبه می‌شود و سپس این دو نتیجه با هم جمع می‌شوند.
مخرج کسر	همه پاسخ‌دهندگان پیمایش که در سن ۱۳ تا ۱۸ سال قرار دارند.
روش تخمین	-
تفکیک‌کننده	سن، جنس، سایر مؤلفه‌های جمعیتی اجتماعی - اقتصادی در صورت وجود
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش مبتنی بر جمعیت (ترجیحاً معرف جامعه)، پیمایش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر - استپس
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	پیمایش‌های ملی مخصوص جمعیت که از سوی نظام مراقبت ملی کشور یا هر آژانس مرتبط دیگر یا از سوی گروه‌های تحقیقاتی انجام شده باشند (شامل پژوهش‌ها یا مطالعات آکادمیک انجام شده از سوی سازمان‌های غیردولتی می‌شود). اگر داده‌های ملی در دسترس نیستند، برآوردهای کشوری را می‌توان در پایگاه اطلاعات دیده‌بانی جهانی سلامت سازمان جهانی بهداشت یافت.
تناوب اندازه‌گیری	حداقل هر ۵ سال
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

22. Insufficient physical activity in adolescents (13-18 years)

Abbreviated name	Insufficient physical activity in adolescents
Indicator name	Age-standardized prevalence of insufficiently physically active persons aged 13-18 years
Domain/subdomain	Health determinants and risk / risk factors
Related/Associated terms	Non-communicable diseases , risk factors, adolescent health
Definition	<p>Age-standardized prevalence of insufficiently physically active persons aged 13-18 years (percentage of adults aged 13-18 years not meeting any of the following criteria: 150 minutes of moderate-intensity physical activity per week; 75 minutes of vigorous-intensity physical activity per week; an equivalent combination of moderate- and vigorous-intensity physical activity accumulating at least 600 metabolic equivalent minutes per week (minutes of physical activity can be accumulated over the course of a week but must be of a duration of at least 10 minutes).</p> <p>*Metabolic equivalent (MET) is the ratio of a person's working metabolic rate relative to the resting metabolic rate. One metabolic equivalent is defined as the energy cost of sitting quietly and is equivalent to a caloric consumption of 1 kcal/kg per hour. Physical activities are frequently classified by their intensity, using the metabolic equivalent as a reference.</p>
Measurement method	$(\text{Number of respondents aged 13-18 years not meeting the aforementioned criteria for physical activity}) / (\text{number of survey respondents aged 13-18 years}) \times 100.$
Numerator	<p>Number of respondents where all three of the following criteria are true: weekly minutes* of vigorous activity < 75 minutes; weekly minutes* of moderate activity < 150 minutes; weekly metabolic equivalent minutes** < 600.</p> <p>* Weekly minutes are calculated by multiplying the number of days on which vigorous/moderate activity is done by the number of minutes of vigorous/moderate activity per day.</p> <p>** Weekly metabolic equivalent minutes are calculated by multiplying the weekly minutes of vigorous activity by 8 and the number of weekly minutes of moderate activity by 4 and then adding these two results together.</p>
Denominator	All respondents of the survey aged 13-18 years
Method of estimation	NA
Disaggregation	Age, gender, other relevant socio demographic stratifiers where available
Primary/ preferred data sources	Population based survey (preferably nationally representative), Stepwise survey
Alternate/ other possible data sources	National specific population surveys conducted by the country's national surveillance system, or any other relevant agency, or by research groups (and include academic research or studies implemented by nongovernmental organizations). If no national data are available, country estimates may be found in the WHO Global Health Observatory Data Repository.
Measurement frequency	At least every 5 years

۲۳. فعالیت بدنی ناکافی در بزرگسالان (بالای ۱۸ سال)

نام مخفف	فعالیت بدنی ناکافی در بزرگسالان
نام شاخص	شیوع استاندارد شده برای سن فعالیت بدنی ناکافی در افرادی که بالای ۱۸ سال هستند.
دامنه / زیر دامنه	خطر و عوامل تعیین‌کننده سلامت / عوامل خطر
شرایط مربوط / مرتبط	بیماری‌های غیرواگیر
تعریف	<p>درصد بزرگسالانی که بالای ۱۸ سال هستند و هیچ‌کدام از معیارهای زیر را رعایت نمی‌کنند:</p> <p>- ۱۵۰ دقیقه فعالیت بدنی متوسط - شدید در هفته</p> <p>- ۷۵ دقیقه فعالیت بدنی خیلی شدید در هفته</p> <p>- یک ترکیب مساوی از فعالیت‌های بدنی متوسط - شدید در هفته حداقل ۶۰۰ دقیقه معادل متابولیک (MET) - در هفته</p> <p>* MET به metabolic equivalent (معادل متابولیک) اشاره دارد. این نسبت، وضعیت متابولیک در حال کار فرد نسبت به وضعیت متابولیک در حال استراحت آن‌ها است. یک MET مقدار انرژی مصرف شده یک فرد در حالت ساکت نشسته تعریف می‌شود و برابر با مقدار کالری مصرفی یک کیلوکالری / کیلوگرم / ساعت است. فعالیت‌های فیزیکی معمولاً براساس شدت آنها با استفاده از MET به‌عنوان یک مرجع، طبقه‌بندی می‌شوند.</p> <p>(۱) تعداد دقایق هفتگی فعالیت شدید؛ برای مثال، تعداد روزهای دارای فعالیت شدید \times تعداد دقایق فعالیت شدید روزانه</p> <p>(۲) تعداد دقایق هفتگی فعالیت متوسط؛ برای مثال، تعداد روزهای دارای فعالیت متوسط \times تعداد دقایق فعالیت متوسط روزانه</p> <p>(۳) MET هفتگی - دقیقه؛ (تعداد دقایق هفتگی فعالیت شدید)</p> <p>تعداد پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال در جمعیت مورد بررسی که فعالیت بدنی ندارند ((۱) کمتر از ۷۵ دقیقه، (۲) کمتر از ۱۵۰ دقیقه و (۳) کمتر از ۶۰۰ MET دقیقه)</p>
روش اندازه‌گیری	(تعداد پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال که معیارهای ذکر شده برای فعالیت بدنی را ندارند) / (تعداد پاسخ‌دهندگان در پیمایش بالای ۱۸ سال) $\times ۱۰۰$.
صورت کسر	تعداد پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال در جمعیت مورد بررسی که فعالیت بدنی ندارند ((۱) کمتر از ۷۵ دقیقه، (۲) کمتر از ۱۵۰ دقیقه و (۳) کمتر از ۶۰۰ MET دقیقه)
مخرج کسر	همه پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال پیمایش
روش تخمین	(تعداد پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال که معیارهای فوق‌الذکر را ندارند) / (تعداد پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال پیمایش) $\times ۱۰۰$
تفکیک‌کننده	سن، جنسیت، سایر مؤلفه‌های جمعیتی اجتماعی - اقتصادی در صورت وجود
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش مبتنی بر جمعیت (ترجیحاً معرف جامعه)، پیمایش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر - استپس
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	پیمایش‌های ملی مخصوص جمعیت که از سوی نظام مراقبت ملی کشور یا هر آژانس مرتبط دیگر یا از سوی گروه‌های تحقیقاتی انجام شده باشند (و شامل پژوهش‌ها یا مطالعات آکادمیک انجام شده از سوی سازمان‌های غیردولتی می‌شود). اگر داده‌های ملی در دسترس نیستند، برآوردهای کشوری را می‌توان در پایگاه اطلاعات دیده‌بانی جهانی سلامت سازمان جهانی بهداشت یافت.
تناوب اندازه‌گیری	حداقل هر ۵ سال
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

23. Insufficient physical activity in adults (18+ years)

Abbreviated name	Insufficient physical activity in adults
Indicator name	Age-standardized prevalence of insufficiently physically active persons aged 18+ years
Domain/subdomain	Health determinants and risk/ risk factors
Related/Associated terms	Non-communicable diseases
Definition	<p>Percentage of adults aged 18+ years not meeting any of the following criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 150 minutes of moderate - intensity physical activity per week - 75 minutes of vigorous intensity physical activity per week - An equivalent combination of moderate – and vigorous intensity physical activity per week accumulating at least 600 Metabolic Equivalent (MET) - minutes per week <p>* MET refers to metabolic equivalent. It is the ratio of person's working metabolic rate relative to resting metabolic rate. One MET defined as the energy cost of sitting quietly and is equivalent to caloric consumption of 1 kcal/kg/hour. Physical activities are frequently classified by their intensity, using MET as a reference.</p> <p>1) Weekly minutes of vigorous activity, i.e. Number of days with vigorous activity * minutes of vigorous activity per day. 2) Weekly minutes of moderate activity, i.e: number of days with moderate activity * minutes of moderate activity per day. 3) Weekly MET- minutes, ie: (weekly minutes of vigorous) Number of respondents 18 years + who are physically inactive ((1) < 75 minutes; (2) <150 minutes; and (3) <600 MET minutes in surveyed population</p>
Measurement method	$(\text{Number of respondents aged 18+ years not meeting the aforementioned criteria for physical activity}) / (\text{number of survey respondents aged +18 years}) \times 100.$
Numerator	Number of respondents 18 years + who are physically inactive ((1) < 75 minutes; (2) <150 minutes; and (3) <600 MET minutes in surveyed population
Denominator	All respondents of the survey aged 18+ years
Method of estimation	$(\text{Number of respondents aged 18+ years not meeting the aforementioned criteria for physical activity}) / (\text{number of survey respondents aged 18+ years}) \times 100$ WHO compiles data from MOH, National surveys. The WHO Global InfoBase
Disaggregation	Age, gender, other relevant socio demographic stratifiers where available
Primary/ preferred data sources	Population based survey (preferably nationally representative), Stepwise survey.
Alternate/ other possible data sources	National specific population surveys conducted by the country's national surveillance system, or any other relevant agency, or by research groups (and include academic research or studies implemented by nongovernmental organizations). If no national data are available, country estimates may be found in the WHO Global Health Observatory Data Repository.
Measurement frequency	At least every 5 years

۲۴. گلوکز خون بالا در میان بزرگسالان (بالای ۱۸ سال)

نام مخفف	گلوکز خون بالا یا دیابت در میان بزرگسالان
نام شاخص	شیوع استاندارد شده برای سن گلوکز خون بالا یا دیابت در میان افراد بالای ۱۸ سال یا در حال مصرف دارو برای گلوکز خون بالا
دامنه / زیر دامنه	خطر و عوامل تعیین‌کننده سلامت / عوامل خطر
شرایط مرتبط / مرتبط	بیماری‌های غیرواگیر
تعریف	درصد جمعیت تعریف شده دارای گلوکز ناشتای برابر یا بیشتر از ۱۲۶ میلی‌گرم در دسی‌لیتر (۷ میلی‌مول در لیتر) یا در حال مصرف دارو برای گلوکز خون بالا در بزرگسالان بالای ۱۸ سال. گلوکز خون ناشتا نباید به‌صورت خوداظهاری اندازه‌گیری شود، و باید بعد از حداقل ۸ ساعت ناشتا بودن اندازه گرفته شود. دو روش اصلی غربالگری شیمیایی خون وجود دارد، روش شیمیایی خشک و تر. روش شیمیایی خشک از نمونه خون مویرگی از انگشت در آزمایش تشخیص فوری استفاده می‌کند. روش شیمیایی تر از نمونه خون وریدی با تست آزمایشگاهی استفاده می‌کند. اکثر پیمایش‌های مبتنی بر جمعیت از آزمایش‌های تشخیص فوری شیمیایی خشک برای جمع‌آوری مقادیر گلوکز خون ناشتا استفاده می‌کنند.
روش اندازه‌گیری	پاسخ‌دهنده‌های دارای گلوکز خون ناشتای برابر یا بالای ۱۲۶ میلی‌گرم در دسی‌لیتر (۷ میلی‌مول در لیتر) یا افرادی که گزارش کرده‌اند که برای گلوکز خون بالای خود در حال مصرف دارو هستند.
صورت کسر	تعداد پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال دارای مقدار گلوکز پلاسمای ناشتای برابر یا بیشتر از ۱۲۶ میلی‌گرم در دسی‌لیتر (۷ میلی‌مول در لیتر) یا در حال مصرف دارو برای گلوکز خون بالا. قند خون ناشتا باید اندازه گرفته شود اما نه به‌صورت خود اظهاری، و اندازه‌گیری باید بعد از حداقل ۸ ساعت ناشتا بودن برای فرد گرفته شود.
مخرج کسر	همه پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال پیمایش سازمان جهانی بهداشت داده‌ها را از پیمایش‌های ملی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمع‌آوری می‌کند. پایگاه اطلاعات سازمان جهانی بهداشت
روش تخمین	(تعداد پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال دارای مقدار گلوکز پلاسمای ناشتای برابر یا بیشتر از ۷ میلی‌مول در لیتر (۱۲۶ میلی‌گرم در دسی‌لیتر) یا در حال مصرف دارو برای گلوکز خون بالا) / (تعداد پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال پیمایش) $\times 100$
تفکیک‌کننده	سن، جنس، سایر مؤلفه‌های جمعیتی اجتماعی - اقتصادی در صورت وجود
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش مبتنی بر جمعیت (معرف جامعه) - پیمایش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر - استپس
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	پیمایش‌های ملی مخصوص جمعیت که از سوی نظام مراقبت ملی کشور یا هر آژانس مرتبط دیگر یا از سوی گروه‌های تحقیقاتی انجام شده باشند (شامل پژوهش‌ها یا مطالعات آکادمیک انجام شده از سوی سازمان‌های غیردولتی هم می‌شود). اگر داده‌های ملی در دسترس نیستند، برآوردهای کشوری را می‌توان در پایگاه اطلاعات دیده‌بانی جهانی سلامت سازمان جهانی بهداشت یافت.
تناوب اندازه‌گیری	حداقل هر ۵ سال
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

24. Raised blood glucose among adults (18+ years)

Abbreviated name	Raised blood glucose/diabetes among adults
Indicator name	Age-standardized prevalence of raised blood glucose/diabetes among persons aged 18+ years or on medication for raised blood glucose
Domain/subdomain	Health determinants and risk/ risk factors
Related/Associated terms	Non-communicable diseases
Definition	Percent of defined population with fasting glucose ≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/L) or on medication for raised blood glucose among adults 18+ years. Fasting blood glucose should be measured not self-reported, and measurement must be taken after the person has fasted at least eight hours. There are two main blood chemistry screening methods dry and wet chemistry. Dry chemistry uses capillary blood taken from finger and used in rapid diagnostic test. Wet chemistry uses a venous blood sample with laboratory based test. Most population based surveys used dry chemistry rapid diagnostic tests to gather fasting blood glucose values
Measurement method	Respondents with measured fasting glucose ≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/L) or person reports they are on medication for raised blood glucose
Numerator	Number of respondents 18+ years with fasting plasma glucose value ≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/L) or on medication for raised blood glucose. Fasting blood sugar must be measured, not-self reported, and measurements must be taken after the person has fasted for at least eight hours.
Denominator	All respondents of the survey aged 18+ years. WHO compiles data from MOH, National surveys. The WHO Global InfoBase
Method of estimation	$(\text{Number of respondents aged 18+ years with fasting plasma glucose value } \geq 7.0 \text{ mmol/L [126mg/ dL] or on medication for raised blood glucose}) / (\text{number of survey respondents aged 18+ years}) \times 100$
Disaggregation	Age, gender, other relevant socio demographic stratifiers where available
Primary/ preferred data sources	Population based survey (nationally representative)- STEPWISE SURVEY
Alternate/ other possible data sources	National specific population surveys conducted by the country's national surveillance system, or any other relevant agency, or by research groups (and include academic research or studies implemented by nongovernmental organizations). If no national data are available, country estimates may be found in the WHO Global Health Observatory Data Repository.
Measurement frequency	At least every 5 years

۲۵. فشار خون بالا در میان بزرگسالان (بالای ۱۸ سال)

نام مخفف	فشار خون بالا در میان بزرگسالان
نام شاخص	شیوع استاندارد شده برای سن فشار خون بالا در میان افراد بالای ۱۸ سال
دامنه / زیر دامنه	خطر و عوامل تعیین‌کننده سلامت / عوامل خطر
شرایط مربوط / مرتبط	بیماری‌های غیرواگیر
تعریف	شیوع استاندارد شده برای سن فشار خون بالا در میان افراد بالای ۱۸ سال (به صورت فشار خون سیستولیک برابر یا بیشتر از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و / یا به صورت فشار خون دیاستولیک برابر یا بیشتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه تعریف می‌شود) و فشار خون سیستولیک مردان. فشار خون باید اندازه گرفته شود، نباید به صورت خود اظہار باشد. به صورت ایده‌آل باید سه بار اندازه گرفته شود (اندازه اول نادیده گرفته می‌شود و متوسط اندازه‌های دوم و سوم در نظر گرفته می‌شود. پاسخ‌دهندگانی دارای فشار خون هستند که فشار خون سیستولیک آن‌ها برابر یا بیشتر از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و / یا فشار خون دیاستولیک آن‌ها برابر یا بیشتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه باشد). میانگین مقدار فشار خون سیستولیک و دیاستولیک در میان جمعیت مورد بررسی.
روش اندازه‌گیری	اندازه‌گیری فشارخون باید طی سه بار انجام شود و میانگین قرائت سیستولیک و دیاستولیک اندازه‌گیری دوم و سوم باید در این محاسبه استفاده شود.
صورت کسر	تعداد پاسخ‌دهندگان دارای فشار خون سیستولیک برابر یا بیشتر از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه یا فشار خون دیاستولیک برابر یا بیشتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه. به طور ایده‌آل سه بار فشار خون گرفته می‌شود و باید متوسط فشار خون سیستولیک و دیاستولیک مرتبه دوم و سوم در این محاسبات استفاده شود.
مخرج کسر	همه پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال پیمایش سازمان جهانی بهداشت داده‌ها را از پیمایش‌های ملی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمع‌آوری می‌کند. پایگاه اطلاعات سازمان جهانی بهداشت
روش تخمین	(تعداد پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال دارای فشار خون سیستولیک برابر یا بیشتر از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه یا فشار خون دیاستولیک برابر یا بیشتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه) / (تعداد پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال پیمایش) $\times 100$
تفکیک کننده	سن، جنس، سایر مؤلفه‌های جمعیتی اجتماعی - اقتصادی در صورت وجود
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش‌های مبتنی بر جمعیت (ترجیحاً معرف جامعه) - پیمایش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر - استپس
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	پیمایش‌های ملی مخصوص جمعیت که از سوی نظام مراقبت ملی کشور یا هر آژانس مرتبط دیگر یا از سوی گروه‌های تحقیقاتی انجام شده باشند (شامل پژوهش‌ها یا مطالعات آکادمیک انجام شده از سوی سازمان‌های غیردولتی هم می‌شود). اگر داده‌های ملی در دسترس نیستند، برآوردهای کشوری را می‌توان در پایگاه اطلاعات دیده‌بانی جهانی سلامت سازمان جهانی بهداشت یافت.
تناوب اندازه‌گیری	حداقل هر ۵ سال
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

25. Raised blood pressure among adults (18+)

Abbreviated name	Raised blood pressure among adults
Indicator name	Age-standardized prevalence of raised blood pressure among persons aged 18+ years
Domain/subdomain	Health determinants and risk/ risk factors
Related/Associated terms	Non-communicable diseases
Definition	Age standardized prevalence of raised blood pressure among persons aged 18 years (defined as systolic blood pressure ≥ 140 mmHg and/or diastolic blood pressure ≥ 90 mmHg), and mean systolic blood pressure. Blood pressure must be measured, not self-reported. Ideally three measures should be taken, (first reading to be dropped and the second and third measures are averaged. Respondents with measured blood pressure where systolic blood pressure ≥ 140 mmHg and/or diastolic blood pressure ≥ 90 mmHg). Mean value of systolic and diastolic blood pressure among surveyed population
Measurement method	Three blood pressure measurements should be taken and the average systolic and diastolic readings of the second and third measures should be used in this calculation.
Numerator	Number of respondents with systolic blood pressure ≥ 140 mmHg or diastolic blood pressure ≥ 90 mmHg). Ideally the blood measurements should be taken and the average systolic and diastolic readings of the second and third measures should be used in this calculation.
Denominator	All respondents of survey aged 18+ years WHO compiles data from MOH, National surveys. The WHO Global InfoBase
Method of estimation	$(\text{Number of respondents aged 18+ years with systolic blood pressure } \geq 140\text{mmHg or diastolic blood pressure } \geq 90\text{mmHg}) / (\text{number of survey respondents aged 18+ years}) \times 100$
Disaggregation	Age, gender, other relevant socio demographic stratifiers where available
Primary/ preferred data sources	Population based survey (preferably nationally representative), Stepwise survey
Alternate/ other possible data sources	National specific population surveys conducted by the country's national surveillance system, or any other relevant agency, or by research groups (and include academic research or studies implemented by nongovernmental organizations). If no national data are available, country estimates may be found in the WHO Global Health Observatory Data Repository
Measurement frequency	At least every 5 years

۲۶. کم‌خونی در میان زنان در سن باروری

نام مخفف	شیوع کم‌خونی در زنان در سن باروری
نام شاخص	شیوع کم‌خونی در زنان در سن باروری
دامنه / زیر دامنه	خطر و عوامل تعیین‌کننده سلامت / عوامل خطر
شرایط مربوط / مرتبط	بیماری‌های غیرواگیر و تغذیه
تعریف	درصد زنان در سن ۱۵ تا ۴۹ سال دارای سطح هموگلوبین کمتر از ۱۲۰ گرم در لیتر برای زنان غیر باردار و زنان شیرده، و کمتر از ۱۱۰ گرم در لیتر برای زنان باردار، تعدیل شده برای سیگاری‌ها و ارتفاع (سطح هموگلوبین با ارتفاع از سطح دریا متفاوت می‌شود)
روش اندازه‌گیری	وضعیت کم‌خونی زنان با استفاده از غلظت هموگلوبین خون ارزیابی می‌شود. غلظت هموگلوبین خون معمولاً با استفاده از روش مستقیم آستانه سیان مت هموگلوبین در آزمایشگاه یا با یک نورسنج هموگلوبین قابل حمل با باتری (با استفاده از روش آزید - مت هموگلوبین) اندازه‌گیری می‌شود.
صورت کسر	تعداد زنان در سن ۱۵ تا ۴۹ سال دارای سطوح هموگلوبین زیر آستانه اشاره‌شده، تعدیل شده برای ارتفاع و سیگاری‌ها
مخرج کسر	تعداد کل زنان در سن ۱۵ تا ۴۹ سال با سطوح هموگلوبینی که در طول دوره تعیین شده ارزیابی شده‌اند.
روش تخمین	(تعداد پاسخ‌دهندگان بالای ۱۸ سال با فشارخون سیستولیک ≤ 140 میلی‌متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک ≤ 90 میلی‌متر جیوه) / (تعداد پاسخ‌دهندگان ۱۸ سال به بالا در پیمایش) $\times 100$
تفکیک‌کننده	سن، محل سکونت، وضعیت تولیدمثل (باردار، در حال شیردهی)، وضعیت اقتصادی - اجتماعی
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش‌های مبتنی بر جمعیت (ترجیحاً معرف جامعه)
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	-
تناوب اندازه‌گیری	حداقل هر ۵ سال
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

26. Anaemia among women of reproductive age

Abbreviated name	Anaemia prevalence in women of reproductive age
Indicator name	Anaemia prevalence in women of reproductive age
Domain/subdomain	Health determinants and risk/ risk factors
Related/Associated terms	Non-communicable diseases and nutrition
Definition	Percentage of women aged 15-49 years with a haemoglobin level less than 120g/L for non-pregnant women and lactating women, and less than 110g/L for pregnant women, adjusted for altitude and smoking
Measurement method	The anaemia status of women is assessed using blood haemoglobin concentrations. Blood haemoglobin concentrations are typically measured in surveys using the direct cyanmethemoglobin method in a laboratory or with a portable, battery-operated, haemoglobin photometer (using the azide-methaemoglobin method) in the field.
Numerator	Number of women aged 15-49 years with haemoglobin levels below the indicated cut-off, adjusted for altitude and smoking.
Denominator	Total number of women aged 15-49 years with haemoglobin levels assessed during a specified period.
Method of estimation	$(\text{Number of respondents aged 18+ years with systolic blood pressure } \geq 140\text{mmHg or diastolic blood pressure } \geq 90\text{mmHg}) / (\text{Number of survey respondents aged 18+ years}) \times 100$
Disaggregation	Age, place of residence, reproductive status (pregnant, lactating), socioeconomic status
Primary/ preferred data sources	Population based health survey (preferably nationally representative)
Alternate/ other possible data sources	-
Measurement frequency	At least every 5 years

۲۷. امید زندگی در بدو تولد

نام مخفف	امید زندگی در بدو تولد
نام شاخص	امید زندگی در بدو تولد
دامنه / زیر دامنه	وضعیت سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	مرگ‌ومیر به تفکیک سن و جنسیت، جدول عمر، امید زندگی در سن ۱۵، ۴۵، ۶۵ سال و غیره
تعریف	متوسط تعداد سال‌هایی که انتظار می‌رود یک نوزاد زندگی کند، اگر او از عوامل تهدید کننده زندگی در زمان تولد که مرتبط با سن و جنسیت هستند عبور کند، برای یک‌سال مشخص، در یک کشور، سرزمین یا یک منطقه جغرافیایی خاص.
روش اندازه‌گیری	امید زندگی در بدو تولد از جداول عمر به دست می‌آید و مبتنی بر میزان‌های مرگ‌ومیر در سن و جنسیت خاص است. مقادیر امید زندگی در بدو تولد از سازمان ملل به برآوردهای اواسط سال مربوط می‌شود، مطابق با پیش‌بینی‌های سازمان ملل از جمعیت بارور هر ۵ سال یک‌بار با تغییرات متوسط.
صورت کسر	از جداول عمر
مخرج کسر	از جداول عمر
روش تخمین	روش‌هایی که برای برآورد جداول عمر سازمان جهانی بهداشت برای کشورهای عضو استفاده می‌شود بسته به داده‌های در دسترس برای ارزیابی مرگ‌ومیر بزرگسالان و کودکان متفاوت هستند. سه روش اصلی برای این مورد استفاده شده است. در هر سه روش، گروه IGME سازمان ملل مرگ‌ومیر نوزادان، مرگ‌ومیر در شیرخواران و کودکان زیر ۵ سال را برآورد می‌کند. سازمان جهانی بهداشت یک مدل جدول عمر با استفاده از یک سیستم لجیت اصلاح شده مبتنی بر حدود ۱۸۰۰ جدول عمر از ثبت حیات ایجاد کرده است که به نظر می‌رسد از کیفیت خوبی برای برآورد جدول عمر با استفاده از تعداد محدودی از پارامترها برخوردار است. ۱) زمانی که داده‌های مرگ‌ومیر ثبت احوال در دسترس هستند، کیفیت آن‌ها ارزیابی می‌شود؛ در صورت لزوم، از نظر سطح کامل بودن ثبت تعدیل می‌شوند و به صورت مستقیم برای ساخت جداول عمر استفاده می‌شوند. ۲) زمانی که داده‌های مرگ‌ومیر ثبت احوال برای آخرین سال در دسترس نیستند، جداول عمر از سال‌های در دسترس، از سال ۱۹۸۵ به بعد، پیش‌بینی می‌شوند. مقادیر برآورد شده مرگ‌ومیر زیر ۵ سال و برآورد شده مرگ‌ومیر بزرگسالان، یا فقط مرگ‌ومیر زیر ۵ سال، با استفاده از یک مدل لجیت اصلاح شده با یک استاندارد جهانی (که مقادیر به صورت میانگین همه ۱۸۰۰ جدول عمر تعریف می‌شود) به کار برده می‌شود. ۳) زمانی که هیچ داده قابل استفاده‌ای از ثبت احوال در دسترس نیست، آخرین تحلیل‌های جدول عمر بخش جمعیت سازمان ملل استفاده می‌شود. نوع عمده آمار: پیش‌بینی شده؛ واحد اندازه‌گیری: سال
تفکیک کننده	جنسیت، محل سکونت، وضعیت اقتصادی - اجتماعی
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	ثبت احوال با پوشش بالا
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	پیمایش‌های خانوار، سرشماری جمعیت و سیستم ثبت نام نمونه
تناوب اندازه‌گیری	سالانه
واحد مسئول ارائه شاخص	مرکز آمار

27. Life expectancy at birth

Abbreviated name	Life expectancy at birth
Indicator name	Life expectancy at birth
Domain/subdomain	Health status
Related/Associated terms	Mortality by age and sex, Life table, Life expectancy at age 15, 45, 65, etc
Definition	The average number of years that a newborn could expect to live, if he or she were to pass through life exposed to the gender- and age-specific death rates prevailing at the time of his or her birth, for a specific year, in a given country, territory, or geographic area.
Measurement method	Life expectancy at birth is derived from life tables and is based on gender- and age-specific death rates. Life expectancy at birth values from the United Nations correspond to mid-year estimates, consistent with the corresponding United Nations fertility medium-variant quinquennial population projections.
Numerator	From life tables
Denominator	From life tables
Method of estimation	Procedures used to estimate WHO life tables for Member States vary depending on the data available to assess child and adult mortality. Three basic methods have been used for this revision. In all three cases, UN - IGME estimates of neonatal, infant and under-5 mortality rates were used. WHO has developed a model life table using a modified logit system based on about 1800 life tables from vital registration judged to be of good quality to project life tables and to estimate life table using limited number of parameter as input. 1) When mortality data from civil registration are available, their quality is assessed; they are adjusted for the level of completeness of registration if necessary and they are directly used to construct the life tables. 2) When mortality data from civil registration for the latest year are not available, the life tables are projected from available years from 1985 onwards. Estimated under-5 mortality rates and adult mortality rates, or from under-5 mortality rates only, using a modified logit model to which a global standard (defined as the average of all the 1800 life tables) is applied. 3) When no useable data from civil registration are available, the latest life table analyses of the UN population Division were used. Predominant type of statistics: Predicted; Unit of measure: years
Disaggregation	Gender, place of residence, socioeconomic status
Primary/ preferred data sources	Civil registration with high coverage
Alternate/ other possible data sources	Household surveys, population census and sample registration system
Measurement frequency	Annual

۲۸. مرگ‌ومیر نوزادان (به‌ازای هزار تولد زنده)

نام مخفف	مرگ‌ومیر نوزادان
نام شاخص	مرگ‌ومیر نوزادان (به‌ازای هزار تولد زنده)
دامنه / زیر دامنه	وضعیت سلامت / مرگ‌ومیر
شرایط مربوط / مرتبط	مرگ‌ومیر به‌تفکیک سن و جنس، تولد زنده، دوره نوزادی
تعریف	تعداد مرگ‌ها در طول ۲۸ روز اول زندگی در هر ۱۰۰۰ تولد زنده در یک‌سال یا یک دوره دیگر معین. ممکن است به مرگ زودهنگام نوزادان که در طول ۷ روز اول زندگی اتفاق می‌افتد و مرگ دیرهنگام نوزادان که پس از ۷ روز اول زندگی و قبل از ۲۸مین روز زندگی اتفاق می‌افتد، تقسیم شود. احتمال آن که یک کودک که در یک‌سال یا یک دوره مشخص متولد شده‌است در طی ۲۸ روز اول زندگی فوت کند اگر در معرض مقادیر مرگ‌ومیر مخصوص سن آن دوره باشد، به‌ازای هزار تولد زنده بیان می‌شود. مرگ‌ومیر نوزادان (مرگ در میان تولدهای زنده در طول ۲۸ روز اول زندگی) ممکن است به مرگ‌های زودهنگام نوزادان که در طول ۷ روز اول زندگی اتفاق می‌افتد و مرگ‌های دیرهنگام نوزادان که پس از ۷ روز اول زندگی و قبل از ۲۸مین روز زندگی اتفاق می‌افتد، تقسیم شود.
روش اندازه‌گیری	داده‌های متعلق به ثبت احوال: تعداد تولدهای زنده و تعداد مرگ‌های نوزادان برای محاسبه میزان‌های مخصوص سن استفاده می‌شود. این سیستم داده‌ها را به‌صورت سالانه ارائه می‌کند. داده‌های متعلق به پیمایش‌های خانوار: محاسبات مبتنی بر تاریخ کامل تولد هستند؛ از زنان، تاریخ کامل تولد هریک از فرزندانشان پرسش می‌شود، آیا بچه هنوز زنده است یا خیر، اگر نیست سن در هنگام مرگ پرسش می‌شود. در منابع پیمایش خانوار مشکلات فواصل اطمینان عریض به وجود می‌آید؛ زمانی که سطوح مرگ‌ومیر نوزادان با استفاده از پیمایش‌های خانوار برای زیرمناطق اجرایی کم هستند.
صورت کسر	تعداد کودکانی که در ۲۸ روز اول زندگی فوت کردند.
مخرج کسر	تعداد تولدهای زنده (سال‌های قرار گرفتن در معرض)
روش تخمین	برای تضمین سازگاری اعداد با میزان‌های مرگ‌ومیر در کودکان زیر ۵ سال که برای سازمان ملل از سوی گروه IGME سازمان ملل برای برآورد مرگ‌ومیر کودکان تولید می‌شوند و برای در نظر گرفتن تغییرپذیری موجود در خطاهای اندازه‌گیری پیمایش به پیمایش، داده‌های کشوری برای میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال و نوزادان برای همه سال‌ها مجدداً مقیاس‌بندی می‌شوند تا بر برآوردهای آخرین سری‌های زمانی از میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال که توسط گروه IGME سازمان ملل برای برآورد مرگ‌ومیر کودکان تولید می‌شوند، منطبق شوند. سپس مدل آماری چندسطحی زیر با پارامترهای اثرات تصادفی، هم برای سطح و هم برای پارامترهای رگرسیون روند و با پارامترهای اثرات تصادفی که تحت تأثیر خود کشور هستند برای برآورد مرگ‌ومیر نوزادان به کار برده می‌شود. $\log(\text{NMR}/1000) = \alpha_0 + \beta_1 * \log(\text{U5MR}/1000) + \beta_2 * ([\log(\text{U5MR}/1000)]^2)$ برای کشورهایی که داده‌های ثبت احوال با کیفیت بالایی برای مرگ‌ومیر نوزادان دارند به‌صورت زیر تعریف می‌شوند: (۱) ۱۰۰ درصد برای بزرگسالان تکمیل می‌شود و تنها داده‌های ثبت احوال برای مرگ‌ومیر کودکان استفاده می‌شود؛ (۲) جمعیت بیشتر از ۸۰۰،۰۰۰ نفر؛ (۳) و با حداقل ۳ داده ثبت احوال برای ۱۹۹۴ - ۱۹۹۰، ۱۹۹۹ - ۱۹۹۵، ۲۰۰۴ - ۲۰۰۰ و ۲۰۰۵ به بعد. ما از همان معادله اصلی استفاده می‌کنیم، با پارامترهای اثرات تصادفی، هم برای سطح و هم برای پارامترهای رگرسیون روند، و پارامترهای اثرات تصادفی که تحت تأثیر خود کشور هستند. نوع عمده آمار: پیش‌بینی شده و تعدیل شده. مقادیر مرگ‌ومیر نوزادان برآورد می‌شوند، از این رو لزوماً همان آمارهای رسمی ملی نیستند؛ مشتق شده از مقادیر برآورد شده نوزادان گروه IGME سازمان ملل برای برآورد مرگ‌ومیر کودکان و جمعیت کودک از چشم‌اندازهای جمعیت جهان برای محاسبه تولدهای زنده می‌باشند. اطلاعات بیشتر در مورد روش تخمین را در بخش پیوندها مشاهده کنید.
تفکیک کننده	سن برحسب روز یا هفته، وزن در هنگام تولد، محل سکونت، جنسیت، وضعیت اقتصادی - اجتماعی
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	ثبت احوال با پوشش بالا
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	پیمایش‌های خانوار، سرشماری جمعیت
تناوب اندازه‌گیری	سالانه، اگر براساس سیستم ثبت باشد؛ در غیر این‌صورت، با تکرار کمتر (۳ تا ۵ سال براساس پیمایش‌ها)
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

28. Neonatal mortality rate (per 1000 live births)

Abbreviated name	Neonatal mortality
Indicator name	Neonatal mortality rate (per 1000 live births)
Domain/subdomain	Health status/ Mortality
Related/Associated terms	Mortality by age and sex, live birth, neonatal period
Definition	Number of deaths during the first 28 completed days of life per 1000 live births in a given year or other period. May be subdivided into early neonatal deaths, occurring during the first 7 days of life, and late neonatal deaths, occurring after the 7th day but before the 28th completed day of life. Probability that a child born in a specific year or period will die during the first 28 completed days of life if subject to age-specific mortality rates of that period, expressed per 1000 live births. Neonatal deaths (deaths among live births during the first 28 completed days of life) may be subdivided into early neonatal deaths, occurring during the first 7 days of life, and late neonatal deaths, occurring after the 7th day but before the 28th completed day of life.
Measurement method	Data from civil registration: The number of live births and the number of neonatal deaths are used to calculate age-specific rates. This system provides annual data. Data from household surveys: Calculations are based on full birth history, whereby women are asked for the date of birth of each of their children, whether the child is still alive, and if not the age at death. With household survey sources there are problems of wide confidence intervals when levels of neonatal mortality are low and inability to use household surveys for administrative subregions.
Numerator	Number of children who died during the first 28 days of life
Denominator	Number of live births (years of exposure)
Method of estimation	<p>To ensure consistency with mortality rates in children younger than 5 years (U5MR) produced for the United Nations by the Inter-agency Group for Mortality Estimation (IGME) and to account for variation in survey-to-survey measurement errors, country data points for U5MR and the neonatal mortality rate (NMR) were rescaled for all years to match the latest time series estimates of U5MR produced by IGME. This rescaling assumes that the proportionate measurement error in NMR and U5MR is equal for each data point.</p> <p>The following multilevel statistical model was then applied to estimate neonatal mortality rates</p> $\log(\text{NMR}/1000) = \alpha_0 + \beta_1 * \log(\text{U5MR}/1000) + \beta_2 * ([\log(\text{U5MR}/1000)]^2)$ <p>with random effects parameters for both level and trend regression parameters, and random effects parameters influenced by country itself.</p> <p>For countries with high quality civil registration data for neonatal deaths, defined as i) 100% complete for adults and only civil registration data is used for child mortality; ii) population greater than 800 000; iii) and with at least 3 civil registration data points for all the following calendar windows 1990-1994, 1995-1999, 2000-2004, 2005 onwards, we used the same basic equation, but with random effects parameters for both level and trend regression parameters, and random effects parameters influenced by country itself. Predominant type of statistics: adjusted and predicted. These neonatal rates are estimates, derived from the estimated UN IGME neonatal rate and infant population from World Population Prospects to calculate the live births; hence they are not necessarily the same as the official national statistics. See the estimation methods in the links section for more information.</p>
Disaggregation	Age in days/weeks, birth weight, place of residence, sex, socioeconomic status
Primary/ preferred data sources	Civil registration with high coverage
Alternate/ other possible data sources	Household surveys, Population census
Measurement frequency	Annual, if based on registration system; otherwise, less frequent (3–5 years based on surveys)

۲۹. مرگ‌ومیر کودکان زیر یک سال

نام مخفف	مرگ‌ومیر کودکان
نام شاخص	مرگ‌ومیر کودکان (احتمال فوت بین تولد و سن یک‌سالگی به‌ازای هزار تولد زنده)
دامنه / زیر دامنه	وضعیت سلامت / مرگ‌ومیر
شرایط مربوط / مرتبط	-
تعریف	تولد زنده، مرگ‌ومیر به‌تفکیک سن و جنسیت
روش اندازه‌گیری	احتمال فوت یک بچه در یک‌سال معین یا یک دوره معین قبل از رسیدن به سن یک‌سالگی که به‌ازای هزار تولد زنده بیان می‌شود؛ اگر در معرض میزان‌های مرگ‌ومیر مختص سن آن دوره باشد. مرگ‌ومیر کودکان مؤکداً صحبت از یک میزان نیست (تعداد مرگ تقسیم بر تعداد جمعیت در خطر در طول یک دوره مشخص از زمان) بلکه احتمال مرگ است که از یک جدول عمر نتیجه می‌شود و به‌ازای هزار تولد زنده بیان می‌شود. روش‌هایی که غالباً با استفاده از منابع داده‌های ذکر شده در بالا استفاده می‌شوند به شرح زیر هستند: ثبت احوال: تعداد مرگ‌ومیرها در سن ۰ و جمعیت در همان سن برای محاسبه میزان مرگ استفاده می‌شود سپس به احتمال فوت در سن خاص تبدیل می‌شوند. سرشماری و پیمایش‌ها: یک روش غیرمستقیم مبتنی بر پرسش از زنان در سن باروری استفاده می‌شود، مثل تعداد بچه‌هایی که تا به حال به دنیا آورده است و تعداد بچه‌هایی که هنوز زنده هستند. سپس روش براس (Brass) و مدل جداول عمر برای برآورد مرگ‌ومیر کودکان استفاده می‌شود. پیمایش‌ها: یک روش مستقیم مبتنی بر تاریخچه تولد استفاده می‌شود. یک‌سری سؤالات مفصل درباره هر کودکی که یک زن در طول عمر خود به دنیا آورده است. به‌طور کلی برای کاهش خطاهای نمونه‌گیری، برآوردها به‌صورت میزان‌های دوره‌ای ارائه می‌شوند، برای ۵ یا ۱۰ سال ماقبل پیمایش.
صورت کسر	تعداد کودکانی که قبل از اولین تولدشان می‌میرند (سن زیر یک‌سال)
مخرج کسر	تعداد تولدهای زنده (سال‌های مواجهه)
روش تخمین	برآورد گروه IGME سازمان ملل برای برآورد مرگ‌ومیر کودکان که شامل نمایندگانی از یونیسف، سازمان جهانی بهداشت، بانک جهانی و بخش جمعیت سازمان ملل می‌شود، روندهای مرگ‌ومیر نوزادان را با روش استاندارد به‌تفکیک گروه کشورها بسته به نوع و کیفیت منبع داده‌های در دسترس تولید می‌کند. برای کشورهایی که روند کافی از داده‌های ثبت احوال را دارند، محاسبه مرگ‌ومیرهای کودکان زیر ۵ سال و نوزادان از یک جدول عمر مختصر دوره استاندارد نتیجه می‌شود. برای کشورهایی که دارای داده‌های پیمایشی هستند، از آنجایی که مرگ‌ومیر نوزادان از تاریخچه‌های تولد پیمایش‌ها در معرض آریبی‌های یادآوری هستند، مرگ‌ومیر نوزادان از پروژه‌های مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال تبدیل شده به مرگ‌ومیر کودکان، با استفاده از مدل تعدیل‌کننده آریبی بی-اسپلین بیزی نتیجه می‌شود. مرگ‌ومیر نوزادان با به‌کار بردن روش‌های یکسانی برای همه کشورهای عضو برآورد می‌شوند که هدف از آن امکان‌پذیر کردن مقایسه در سراسر کشورها و زمان است، از این‌رو آن‌ها لزوماً همان داده‌های رسمی ملی نیستند. نوع غالب داده: پیش‌بینی شده و تعدیل شده
تفکیک کننده	سن، محل سکونت، جنسیت، وضعیت اقتصادی - اجتماعی نوزادان (۰ روز؛ ۱-۶ روز؛ ۷-۲۷ روز؛ ۲۸ روز - کمتر از یک‌سال)
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	ثبت احوال با پوشش بالا
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	پیمایش‌های خانوار، سرشماری جمعیت
تناوب اندازه‌گیری	سالانه، اگر براساس سیستم ثبت باشد؛ در غیر این صورت، با تکرار کمتر (۳ تا ۵ سال براساس پیمایش‌ها)
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

29. Infant mortality rate

Abbreviated name	Infant mortality rate
Indicator name	Infant mortality rate (probability of dying between birth and age of 1 year per 1000 live births)
Domain/subdomain	Health status/ Mortality
Related/Associated terms	-
Definition	Live birth, mortality by age and sex
Measurement method	<p>The probability of a child born in a specific year or period dying before reaching the age of one, if subject to age-specific mortality rates of that period, expressed as a rate per 1000 live births. Infant mortality rate is strictly speaking not a rate (i.e. the number of deaths divided by the number of population at risk during a certain period of time) but a probability of death derived from a life table and expressed as rate per 1000 live births.</p> <p>Most frequently used methods using the above-mentioned data sources are as follows: • Civil registration: Number of deaths at age 0 and population for the same age are used to calculate death rate which are then converted into age-specific probability of dying. • Census and surveys: An indirect method is used based on questions to each woman of reproductive age as to how many children she has ever born and how many are still alive. The Brass method and model life tables are then used to obtain an estimate of infant mortality. • Surveys: A direct method is used based on birth history - a series of detailed questions on each child a woman has given birth to during her lifetime. To reduce sampling errors, the estimates are generally presented as period rates, for five or 10 years preceding the survey.</p>
Numerator	Number of children who died before their first birthday (0-11 months of age)
Denominator	Number of live births (years of exposure)
Method of estimation	The Inter-agency Group for Child Mortality of Estimation (UN IGME) which includes representatives from UNICEF, WHO, the World Bank and the United Nations Population Division, produces trends of infant mortality rates with standardized methodology by group of countries depending on the type and quality of source of data available. For countries with adequate trend of data from civil registration, the calculations of under-five and infant mortality rates are derived from a standard period abridged life table. For countries with survey data, since infant mortality rates from birth histories of surveys are exposed to recall biases, infant mortality is derived from the projection of under-five mortality rates converted into infant mortality rates using the Bayesian B-splines bias-adjusted model. These infant mortality rates have been estimated by applying methods to all Member States to the available data from Member States, that aim to ensure comparability of across countries and time; hence they are not necessarily the same as the official national data Predominant type of statistics: adjusted and predicted
Disaggregation	Age, place of residence, sex, socioeconomic status Neonatal (0 day; 1-6 days; 6-27 days ; 28 days - <1 year)
Primary/ preferred data sources	Civil registration with high coverage
Alternate/ other possible data sources	Household surveys, Population census
Measurement frequency	Annual if based on registration system; otherwise, less frequent (3–5 years based on surveys)

۳۰. مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال

نام مخفف	مرگ‌ومیر زیر ۵ سال
نام شاخص	مرگ‌ومیر زیر ۵ سال (احتمال مرگ زیر ۵ سال به‌ازای هزار تولد زنده) و وضعیت سلامت / مرگ‌ومیر
دامنه / زیر دامنه	مرگ‌ومیر به تفکیک سن و جنس
شرایط مربوط / مرتبط	عوامل جمعیتی و اجتماعی - اقتصادی
تعریف	احتمال تولد کودک در یک‌سال یا دوره زمانی خاص قبل از رسیدن به سن ۵ سالگی در صورتی که در معرض مرگ‌ومیر خاص در آن دوره قرار گرفته باشد. مرگ‌ومیر زیر ۵ سال به‌عنوان یک مقدار قابل تأکیدی بحث نشده است. (تعداد مرگ‌ومیر بر تعداد جمعیت در معرض خطر در یک دوره خاص تقسیم شده است) اما یک احتمال مرگ از یک جدول عمر گرفته شده و به‌عنوان بروز به‌ازای هزار تولد زنده بیان شده است.
روش اندازه‌گیری	<p>داده ثبت کشوری:</p> <p>تعداد تولدهای زنده و تعداد مرگ‌های زیر ۵ سال برای محاسبه میزان‌های خاص سن استفاده شده است. این نظام، داده‌های سالیانه را ارائه می‌دهد. داده‌ها از پیمایش خانوارها است: محاسبات براساس تاریخچه کامل تولد است، به‌موجب آن، زنان در مورد مرگ یا تولد کودکان مورد سؤال قرار می‌گیرند. آیا کودک هنوز زنده است، اگر زنده نیست سن مرگ وی چند است، رایجترین روش‌های مورد استفاده به‌کار بردن منابع دیتای ذکرشده در بالا، به شرح زیر هستند:</p> <p>شماره ثبت کشور: تعداد مرگ‌های در سن صفر و جمعیت همان سن استفاده شده برای محاسبه مرگ‌ومیر که بعد از آن به‌احتمال مرگ در سن خاص تبدیل می‌شوند.</p> <p>سرشماری و پیمایش: یک روش غیرمستقیم براساس سؤال کردن از هر خانم در سن باروری مورد استفاده قرار می‌گیرد با این عنوان که تا به‌حال کودکی از وی متولد شده و چه تعداد از کودکان هنوز زنده‌اند. روش Brass و جداول طول عمر برای به‌دست آوردن یک برآورد تخمینی از مرگ‌ومیر نوزادان مورد استفاده قرار می‌گیرند.</p> <p>پیمایش:</p> <p>یک روش مستقیم براساس تاریخ تولد - مجموعه‌ای از سؤالات مفصل در مورد هر زنی که در طول زندگی خود یک نوزاد به‌دنیا آورده است. برای کاهش خطای نمونه‌گیری، تخمین‌ها اغلب به‌عنوان بروز دوره‌ای برای ۵ سال قبل از مطالعه ارائه می‌شوند. روش کوهورت ترکیبی بدست آمده از پیمایش سلامت و جمعیت (DHS) برای محاسبه بروزهای دوره‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد.</p>
صورت کسر	تعداد مرگ‌ومیر در میان کودکان ۰ تا ۴ ساله (صفر تا ۵۹ ماهه)، براساس گروه‌های سنی
مخرج کسر	تعداد تولدهای زنده (مواجه شخص - سال)
روش تخمین	گروه آژانس بین‌المللی برای برآورد مرگ‌ومیر که شامل نمایندگانی از UNICEF، WHO، بانک جهانی و بخش جمعیت سازمان ملل متحد روندهای مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال توسط گروهی از کشورها بستگی به نوع و کیفیت، منابع اطلاعاتی در دسترس را ارائه می‌دهند. برای کشورهای با روند متناسب داده‌های ثبت کشوری، محاسبه مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال و نوزادان از جدول عمر خلاصه شده با روش استاندارد به‌دست‌آمده است. برای کشورهای با داده‌های پیمایش، مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال با استفاده از روش Bayesian B-splines bias-adjusted برآورد شده‌اند. برای جزییات، روش‌های تخمینی را مشاهده کنید. این مقادیر مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال با اعمال روش‌هایی برای تمامی اعضای ایالت‌ها (کشورها) با اطلاعات در دسترس از همه اعضای که هدف آن تضمین قابلیت مقایسه بین کشورها و زمان باشد، برآورد شده‌اند. از این رو آن‌ها لزوماً به‌عنوان اطلاعات رسمی ملی نیستند.
تفکیک‌کننده	محل سکونت، جنسیت، وضعیت اجتماعی - اقتصادی همچنین به تفکیک علت، شامل عفونت حاد تنفسی یا اسهال
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	داده‌های ثبت‌احوال با پوشش کامل
منابع دیگر/ جایگزین داده‌ها	پیمایش خانوار، سرشماری جمعیت
تناوب اندازه‌گیری	سالانه
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

30. Under- five mortality rate

Abbreviated name	Under- five mortality rate
Indicator name	Under- five mortality rate (probability of dying by age 5 per 1000 live births) Health status/ Mortality
Domain/subdomain	Mortality by age and sex
Related/Associated terms	Demographic and socioeconomic determinants
Definition	The probability of a child born in a specific year or period dying before reaching the age of five, if subject to age-specific mortality rates of that period. Under-five mortality rate as defined here is strictly speaking not a rate (i.e. the number of deaths divided by the number of population at risk during a certain period of time) but a probability of death derived from a life table and expressed as rate per 1000 live births.
Measurement method	Data from civil registration: The number of live births and the number of under five deaths are used to calculate age-specific rates. This system provides annual data. Data from household surveys: Calculations are based on full birth history, whereby women are asked for the date of birth of each of their children, whether the child is still alive, and if not the age at death. The most frequently used methods using the above-mentioned data sources are as follows: Civil registration: Number of deaths at age 0 and population of the same age are used to calculate death rates which are then converted into age-specific probability of dying. Census and surveys: An indirect method is used based on questions to each woman of reproductive age as to how many children she has ever given birth to and how many are still alive. The Brass method and model life tables are then used to obtain an estimate of infant mortality. Surveys: A direct method is used based on birth history – a series of detailed questions on each child a woman has given birth to during her lifetime. To reduce sampling errors, the estimates are often presented as period rates for five years preceding the survey. A synthetic cohort method developed by the Demographic and Health Surveys (DHS) is used to compute period rates.
Numerator	Number of deaths among children aged 0–4 years (0–59 months of age), broken down by age groups
Denominator	Number of live births (person-years of exposure).
Method of estimation	The Inter-agency Group for Child Mortality of Estimation which includes representatives from UNICEF, WHO, the World Bank and the United Nations Population Division, produces trends of under-five mortality with standardized methodology by group of countries depending on the type and quality of source of data available. For countries with adequate trend of data from civil registration, the calculations of under-five and infant mortality rates are derived from a standard period abridged life table. For countries with survey data, under-five mortality rates are estimated using the Bayesian B-splines bias-adjusted model. See the Estimation methods link for details. These under-five mortality rates have been estimated by applying methods to all Member States to the available data from Member States that aim to ensure comparability of across countries and time; hence they are not necessarily the same as the official national data. Predominant type of statistics: adjusted and predicted.
Disaggregation	Place of residence, sex, socioeconomic status Also: by cause, including pneumonia or diarrhea
Primary/ preferred data sources	Civil registration with complete coverage
Alternate/ other possible data sources	Household surveys, population census
Measurement frequency	Annual

۳۱. مرگومیر مادران

نام مخفف	مرگومیر مادران
نام شاخص	مرگومیر مادران (به‌ازای صد هزار تولد زنده)
دامنه / زیر دامنه	وضعیت سلامت / مرگومیر
شرایط مربوط / مرتبط	علت مرگ، مرگ تأخیری مادران، تولد زنده، مرگ مادران
تعریف	تعداد سالیانه مرگ زنان به دلیل مرتبط یا تشدید شده توسط بارداری یا مدیریت آن (به‌جز موارد ناشی از تصادفات و اتفاقات) در دوران بارداری و زایمان یا ۴۲ روز پس از پایان بارداری، صرف‌نظر از مدت زمان و مکان بارداری به‌ازای صد هزار تولد زنده، مرگومیر مادران در یک دوره زمانی مشخص: تعداد مرگومیر زنان تقسیم‌بر زنانی که در سن بارداری هستند (به‌ازای صد هزار نفر). ریسک مرگومیر مادران در میان زنان سنین بارداری.
روش اندازه‌گیری	<p>مرگومیر مادران به‌صورت زیر طبقه‌بندی شده است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • علل مستقیم- زایمان • علل غیرمستقیم- شرایط وخیم موجود در بارداری یا مدیریت آن • علل تصادفی - غیرمرتبط با بارداری <p>مرگ تأخیری مادران: مرگ یک زن به‌علت مستقیم یا غیرمستقیم زایمان، بیشتر از ۴۲ روز، اما کمتر از یک‌سال در دوران بعد از زایمان. دوره خطر مرگ مادر: واکنش ترکیبی از خطر مرگومیر مادر مربوط به بارداری همراه با هر دو خطر زایمان و باروری است. نسبت مرگومیر مادران در میان زنان در سن باروری</p> <p>مرگومیر مربوط به بارداری: مرگ مرتبط به بارداری، مرگ یک زن باردار یا در مدت ۴۲ روز بعد از حاملگی صرف‌نظر از علت مرگ. مرگومیر مادران با تقسیم مرگ‌های ثبت شده (تخمین داده‌شده) مادران بر کل تولدهای ثبت شده (تخمین داده‌شده) زنده در همان دوره و ضرب کردن در صد هزار نفر محاسبه می‌شود. در اندازه‌گیری وضعیت بارداری، زمان مرگ (در دوران بارداری، زایمان، یا در طول ۴۲ روز پس از بارداری) و علت مرگ لازم است. مرگومیر مادران = (تعداد مرگومیر مادران / تعداد تولد زنده) × ۱۰۰,۰۰۰</p> <p>مرگومیر مادران را می‌توان از طریق نظام‌های ثبت حیاتی، پیمایش‌های خانوار و یا سایر منابع شناسایی کرد. با این‌حال، اغلب مشکلات کیفیتی داده‌ها، به‌طور خاص مربوط به نحوه گزارش و طبقه‌بندی مرگومیر مادران است. بنابراین داده‌ها اغلب به‌منظور در نظر گرفتن این مشکلات کیفیت داده‌ها تعدیل (تنظیم) می‌شوند. در مواردی که داده‌ها قابل اطمینان نیستند باید تعدیل‌سازی برای گزارش‌های نادرست و کم‌شماری‌های مرگومیر برآوردهای مبتنی بر مدل انجام شود. از آنجا که مرگومیر مادران یک رویداد نسبتاً نادر است اگر پیمایش خانوار استفاده می‌شود حجم نمونه بزرگ موردنیاز است. برای کاهش حجم نمونه مورد درخواست، در اندازه‌گیری پیمایش‌های DHS مرگومیر مادران روش sisterhood استفاده شده است که با سؤال کردن از پاسخ‌دهندگان در مورد بقای خواهرانشان (sister) انجام می‌شود. لازم به ذکر است روش sisterhood در مرگومیر ناشی از بارداری این‌ها را نتیجه می‌دهد:</p> <p>صرف‌نظر از علت مرگ، همه مرگ‌های ناشی از بارداری، تولد و یا شش هفته پس از دوران بارداری در صورت مرگومیر مادران وجود دارند.</p> <p>مطالعات مرگومیر سن باروری (RAMOS) یک مطالعه خاص است که در آن منابع مختلفی بسته به زمینه برای شناسایی مرگ زنان در سن باروری و تعیین این‌که کدام‌یک از آنان مرتبط به زایمان یا بارداری هستند، استفاده می‌کنند.</p>

31. Maternal mortality ratio

Abbreviated name	Maternal mortality ratio
Indicator name	Maternal mortality ratio (per100000 live births)
Domain/subdomain	Health status/ Mortality
Related/Associated terms	Mortality by cause, late maternal death, live birth, maternal death
Definition	The annual number of female deaths from any cause related or aggravated by pregnancy or its management (excluding accidental or incidental causes) during pregnancy and childbirth or within 42 days of termination of pregnancy, irrespective of the duration and site of the pregnancy expressed per 100,000 live births, for a specified time period Maternal mortality ratio: Number of maternal deaths divided by women of reproductive age (expressed per 100 000). Risk of maternal death among women of reproductive age.
Measurement method	<p>Maternal deaths are classified as:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direct — obstetric causes • Indirect — existing conditions aggravated by pregnancy or its management • Incidental — unrelated to pregnancy. <p>Late maternal death: the death of a woman from direct or indirect obstetric causes, more than 42 days but less than one year after termination of pregnancy. Lifetime risk of maternal death: (reflects a combination of the risk of pregnancy-related mortality associated with both obstetric risk and fertility. Proportion of maternal deaths among women of reproductive age Pregnancy related mortality: Pregnancy-related death: death of a woman while Pregnant or within 42 days of terminations of pregnancy, irrespective of cause of death. The maternal mortality ratio is calculated by dividing recorded (or estimated) maternal deaths by total recorded (or estimated) live births in the same period and multiplying by 100 000. Measurement requires information on pregnancy status, timing of death (during pregnancy, childbirth, or within 42 days of termination of pregnancy), and cause of death. $\text{Maternal mortality ratio} = (\text{Number of maternal deaths} / \text{Number of live births}) \times 100\ 000$</p> <p>Maternal deaths can be identified through vital registration systems, household surveys or other sources. However, there are often data quality problems, particularly related to the underreporting and misclassification of maternal deaths. Therefore, data are often adjusted in order to take into account these data quality issues. Adjustments for underreporting and misclassification of deaths and modelbased estimates should be made in the cases where data are not reliable. Because maternal mortality is a relatively rare event, large sample sizes are needed if household surveys are used. This is very costly and may still result in estimates with large confidence intervals, limiting the usefulness for crosscountry or overtime comparisons. To reduce sample size requirements, the sisterhood method used in the DHS surveys measures maternal mortality by asking respondents about the survival of sisters. It should be noted that the sisterhood method results in pregnancy-related mortality: regardless of cause of death, all deaths occurring during pregnancy, birth, or the six weeks following the termination of the pregnancy are included in the numerator of the maternal mortality ratio. Reproductive Age Mortality Studies (RAMOS) is a special study that uses varied sources, depending on the context, to identify all deaths of women of reproductive age and ascertain which of these are maternal or pregnancy-related.</p>

۳۱. مرگ‌ومیر مادران

تعداد مرگ‌ومیر مادران	صورت کسر
تعداد تولدهای زنده	مخرج کسر
<p>WHO، UNICEF، UNFPA و بانک جهانی روش‌هایی را برای تعدیل داده‌ها به منظور در نظر گرفتن مسائل کیفیت داده‌ها و اطمینان از مقایسه‌پذیری منابع اطلاعاتی مختلف توسعه داده‌اند. این روش شامل ارزیابی داده‌ها برای تکمیل کردن است و درجایی که ضروری است اعمال کردن تعدیلات برای گزارش‌دهی نادرست و طبقه‌بندی اشتباه مرگ‌ومیر و همچنین توسعه تخمین با استفاده از مدل‌های آماری برای کشورهایی که داده‌های سطح ملی قابل اعتماد (روا) ندارند، است. داده‌های مربوط به مرگ‌ومیر مادران و سایر متغیرهای مرتبط از طریق پایگاه‌های جمع‌آوری داده‌ها شامل WHO، UNPD، UNICEF و WB به دست آمده است. داده‌های موجود از کشورهای مختلف بر حسب منابع و روش‌ها متفاوت هستند. با توجه به تغییرپذیری منابع داده‌ها، روش‌های مختلفی برای هر منبع داده‌ای به منظور تخمین کشورهایی که قابل مقایسه با تجمع‌های منطقه‌ای و جهانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرند. در حال حاضر فقط یک سوم کشورها / مناطق داده‌های قابل اعتمادی در اختیار دارند و به تخمین‌های دیگر نیاز ندارند. برای نیمی از کشورها در پروسه برآورد، آمار کشوری گزارش مرگ‌ومیر مادران به منظور قابلیت مقایسه این روش‌ها تنظیم شده است. برای سایر کشورها / مناطقی که فاقد داده‌های مناسب مرگ‌ومیر مادران هستند، یک مدل آماری برای پیش‌بینی سطوح مرگ‌ومیر مادران به کار گرفته شده است. با این حال برآورد نقطه‌ای محاسبه شده ممکن است نشان‌دهنده مقادیر واقعی مرگ‌ومیر نباشد. توصیه می‌شود که تخمین‌ها را همراه با عدم قطعیت‌های گزارش شده در نظر بگیرید که در سطح واقعی در آن فاصله قرار می‌گیرد.</p> <p>نوع آمار غالب: پیش‌بینی شده. واحد اندازه‌گیری: مرگ‌ومیر به ازای صد هزار تولد زنده. ثبت ملی با پوشش‌دهی بالا و گواهی پزشکی علت مرگ و ارزیابی منظم طبقه‌بندی اشتباه و گزارش‌دهی. ثبت نمونه با سامان‌دهی کلامی - پیمایش‌های خانوار، سرشماری نفوس، نظام‌های نمونه‌گیری یا ثبت دیده‌بانی، مطالعات خاص</p>	
گروه سنی، مکان، سطح تحصیلات، پنجک ثروت، مرزها: تقسیمات کشوری	تفکیک‌کننده
ثبت ملی با پوشش‌دهی بالا و گواهی پزشکی علت مرگ و ارزیابی منظم طبقه‌بندی اشتباه و گزارش‌دهی	منابع اصلی / ارجح داده‌ها
ثبت نمونه با سامان‌دهی کلامی - پیمایش خانوار، سرشماری نفوس، نظام‌های نمونه‌گیری یا ثبت دیده‌بانی، مطالعات خاص	منابع دیگر/ جایگزین داده‌ها
برای ثبت ملی: سالانه برای سایر منابع: هر ۵ سال یا بیشتر	تناوب اندازه‌گیری
معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	واحد مسئول ارائه شاخص

31. Maternal mortality ratio

Numerator	Number of maternal deaths.
Denominator	Number of live births
Method of estimation	<p>WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank have developed a method to adjust existing data in order to take into account these data quality issues and ensure the comparability of different data sources. This method involves assessment of data for completeness and, where necessary, adjustment for underreporting and misclassification of deaths as well as development of estimates through statistical modeling for countries with no reliable national level data. Data on maternal mortality and other relevant variables are obtained through databases maintained by WHO, UNPD, UNICEF, and WB. Data available from countries varies in terms of the source and methods. Given the variability of the sources of data, different methods are used for each data source in order to arrive at country estimates that are comparable and permit regional and global aggregation. Currently, only about one third of all countries/territories have reliable data available, and do not need additional estimations. For about half of the countries included in the estimation process, country-reported estimates of maternal mortality are adjusted for the purposes of comparability of the methodologies. For the remainder of countries/territories—those with no appropriate maternal mortality data --a statistical model is employed to predict maternal mortality levels. However, the calculated point estimates with this methodology might not represent the true levels of maternal mortality. It is advised to consider the estimates together with the reported uncertainty margins where the true levels are regarded to lie.</p> <p>Predominant type of statistics: predicted. Unit of Measure: Deaths per 100 000 live births. Civil registration with high coverage and medical certification of cause of death and regular assessment of misreporting and underreporting. Sample registration with verbal autopsy- Household surveys, Population census, Sample or sentinel registration systems, Special studies</p>
Disaggregation	Age group, location, education level, wealth quintile, boundaries: administrative and health regions
Primary/ preferred data sources	Civil registration with high coverage and medical certification of cause of death and regular assessment of misreporting and underreporting
Alternate/ other possible data sources	Sample registration with verbal autopsy- Household surveys, Population census, Sample or sentinel registration systems, Special studies
Measurement frequency	For civil registration: annual. For other sources: every 5 years or more

۳۲. مرگ‌ومیر بزرگسالان بین ۱۵ و ۶۰ سال

نام مخفف	مرگ‌ومیر بزرگسالان بین ۱۵ و ۶۰ سال
نام شاخص	مرگ‌ومیر بزرگسالان (احتمال مرگ در سن ۱۵ تا ۶۰ سالگی به‌ازای هزار نفر جمعیت)
دامنه / زیر دامنه	وضعیت سلامت / مرگ‌ومیر
شرایط مربوط / مرتبط	مرگ‌ومیر همراه با سن و جنسیت
تعریف	احتمال این‌که یک فرد ۱۵ ساله فوت کند قبل از رسیدن به تولد ۶۰ سالگی‌اش. احتمال مرگ بین سن ۱۵ و ۶۰ سالگی (به‌ازای هزار نفر جمعیت) در هر سال بین گروه فرضی صد هزارنفری که مرگ‌ومیر سن خاص را تجربه خواهند کرد.
روش اندازه‌گیری	نمونه‌گیری یا ثبت ملی: مرگ‌ومیر همراه با سن و جنسیت برای محاسبه بروز سن خاص استفاده می‌شوند. سرشماری: مرگ‌ومیر همراه با سن و جنسیت که از سؤالات راجع به مرگ‌های اخیر که در خانوار در طی یک دوره قبل از سرشماری اتفاق افتاده است (معمولاً ۱۲ ماه)، استخراج شده است. سرشماری یا پیمایش: روش‌های مستقیم یا غیرمستقیم که مرگ‌ومیر بزرگسالان را براساس اطلاعات بقای والدین یا خواهر و برادر تعیین می‌کند.
صورت کسر	تعداد مرگ‌های اتفاق افتاده در سنین ۱۵ تا ۵۹ سالگی.
مخرج کسر	تعداد سال‌های مواجهه خطر مرگ در افراد ۱۵ تا ۵۹ سال.
روش تخمین	داده‌های تجربی از منابع مختلف تلفیق شده‌اند تا تخمین‌هایی از رده و روند مرگ‌ومیر در بزرگسالان با برازش یک منحنی به نقاط مشاهده شده مرگ‌ومیر به‌دست آورده‌اند. با این‌حال برای به‌دست آوردن بهترین برآورد ممکن، لازم است یک داور بر کیفیت داده‌ها و چگونگی این‌که داده‌ها نماینده جامعه باشند، ایجاد شود. آمار اخیر براساس داده‌های در دسترس در بیشتر کشورها، برآورد نقطه‌ای داده‌ها در حداقل سه سال است که لازم است به‌سمت پیش‌بینی جلو برود تا برآورد مرگ‌ومیر بزرگسالان برای سال جاری به‌دست آید. در مورد منابع ناکافی مرگ‌ومیر سن خاص، جداول عمر با استفاده از برآورد مرگ‌ومیر زیر ۵ سال با به‌کار بردن سیستم لججیت اصلاح‌شده به‌دست می‌آید، مدلی که توسط سازمان جهانی بهداشت تهیه شده است و یک استاندارد جهانی می‌باشد. نوع آمارگیری غالب: واحد اندازه‌گیری پیش‌بینی‌شده: مرگ‌های به‌ازای هزار نفر جمعیت
تفکیک‌کننده	سن، جنسیت، محل سکونت (شهری / روستایی)، سطح تحصیلات، پنجک ثروت، مرزها: تقسیمات کشوری؛ علت مرگ
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	ثبت ملی با پوشش‌دهی بالا
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	پیمایش‌های خانوار، سرشماری جمعیت، نظام ثبت نمونه یا دیده‌ور
تناوب اندازه‌گیری	سالانه اگر براساس منابع ترجیحی داده‌ها باشد؛ در غیر این‌صورت کمتر اتفاق می‌افتد
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

32. Adult mortality rate between 15 and 60 years of age

Abbreviated name	Adult mortality rate between 15 and 60 years of age.
Indicator name	Adult mortality rate (probability of dying between 15 and 60 years of age per 1000 population)
Domain/subdomain	Health status/ Mortality
Related/Associated terms	Mortality by age and sex
Definition	Probability that a 15 year old person will die before reaching his/her 60th birthday. The probability of dying between the ages of 15 and 60 years (per 1 000 population) per year among a hypothetical cohort of 100 000 people that would experience the age-specific mortality rate of the reporting year.
Measurement method	Civil or sample registration: Mortality by age and gender are used to calculate age specific rates. Census: Mortality by age and gender tabulated from questions on recent deaths that occurred in the household during a given period preceding the census (usually 12 months). Census or surveys: Direct or indirect methods provide adult mortality rates based on information on survival of parents or siblings.
Numerator	Number of deaths at ages 15 to 59 years.
Denominator	Number of years of exposure to the risk of death between ages 15 and 59 years.
Method of estimation	Empirical data from different sources are consolidated to obtain estimates of the level and trend in adult mortality by fitting a curve to the observed mortality points. However, to obtain the best possible estimates, judgment needs to be made on data quality and how representative it is of the population. Recent statistics based on data availability in most countries are point estimates dated by at least 3-4 years which need to be projected forward in order to obtain estimates of adult mortality for the current year. In case of inadequate sources of age-specific mortality rates, life tables are derived from estimated under-5 mortality rates using a modified logit system, a model developed by WHO to which a global standard is applied. Predominant type of statistics: predicted Unit of Measure: Deaths per 1000 population
Disaggregation	Age, gender, location (urban / rural), education level, wealth quintile, boundaries: administrative and health regions; cause of death
Primary/ preferred data sources	Civil registration with high coverage
Alternate/ other possible data sources	Household surveys, population census, sample or sentinel registration systems
Measurement frequency	Annual if based on preferred data source; otherwise less frequent

۳۳. مرگ‌ومیر گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال (به‌علت بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت و یا بیماری‌های تنفسی مزمن)

نام مخفف	مرگ‌ومیر سن ۳۰ تا ۷۰ سال (به‌علت بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت و یا بیماری‌های تنفسی مزمن)
نام شاخص	مرگ‌ومیر گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال (به‌علت بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت و یا بیماری‌های تنفسی مزمن)
دامنه / زیر دامنه	وضعیت سلامت / مرگ‌ومیر
شرایط مربوط / مرتبط	علت مرگ
تعریف	تعداد کل مرگ سنین ۳۰ تا ۷۰ سال (به‌علت خاص بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان، بیماری‌های حاد تنفسی و دیابت) به‌ازای ده هزار نفر جمعیت. احتمال مطلق مرگ بین سن دقیق ۳۰ تا ۷۰ سال به‌علت بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت یا بیماری‌های حاد تنفسی. مرگ ناشی از ۴ علت براساس کدهای ICD زیر است: 100-199, C00-C97, E10-E14, and J30-J98
روش اندازه‌گیری	مرگ سن خاص براساس داده‌های مرگ براساس جنسیت، سن و علت مرگ است همان‌طور که توسط MS از طریق نظام‌های ثبت مرگ جمع‌آوری شده است (مرگ ناشی از ۴ علت براساس کدهای ICD زیر است): 100-199, C00-C97, E10-E14, and J30-J98.
صورت کسر	تعداد مرگ‌های سنین ۳۰ تا ۷۰ ناشی از ۴ علت مرگ است.
مخرج کسر	تعداد سال‌های مواجهه
روش تخمین	مدل‌سازی با استفاده از ورودی‌های چندگانه اغلب زمانی که هیچ داده کامل و دقیق در دسترس نباشد، استفاده می‌شود. استانداردسازی سن برای مقایسه در طول زمان و بین جمعیت‌ها انجام شده است. مرگ‌ومیر سن خاص برای چهار گروه علت ترکیبی (معمولاً در دوره ۵ ساله گروه‌های سنی ۳۰ تا ۳۴، ۳۵ تا ۳۹، ۴۰ تا ۴۴، ۴۵ تا ۴۹ ساله). یک روش جدول عمر امکان محاسبه خطر مرگ سنین دقیق ۳۰ تا ۷۰ ساله را ناشی از هرکدام از علل را در غیاب سایر علل مرگ می‌دهد. کدهای ICD در محاسبه شاخص شامل این موارد هستند: بیماری‌های قلبی-عروقی: ۱۰۰-۱۹۹، سرطان: C00-C97، دیابت: E10-E14، بیماری‌های تنفسی حاد: J۳۰-J۹۸. برای محاسبه مرگ‌ومیر سن خاص برای هر گروه سنی ۵ ساله و کشور، برای هر رده سنی ۵ ساله بین ۳۰ تا ۷۰ سال:
	${}_5q_x = \frac{{}_5M_x * 5}{1 + {}_5M_x * 2.5}$ $q_{30} = 1 - \prod_{x=30}^{65} (1 - {}_5q_x)$ <p>سپس میزان مرگ ۵ ساله را به احتمال مرگ در هر رده سنی ۵ ساله تفسیر می‌کند: پس احتمال مطلق مرگ برای سن ۳۰ تا ۷۰ سال محاسبه می‌شود.</p>
تفکیک‌کننده	محل سکونت، جنسیت، وضعیت اجتماعی - اقتصادی
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	ثبت ملی با پوشش دهی بالا و گواهی پزشکی علت مرگ (نظام‌های آمار حیاتی)
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	پیمایش خانوار، پیمایش سلامت مبتنی بر جمعیت با کالبدشکافی شفاهی
تناوب اندازه‌گیری	سالانه در صورت ثبت کشوری داده‌ها و در غیر این صورت هر ۳ تا ۵ سال
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

33. Mortality between age groups 30 and 70 from (cardiovascular diseases, cancer, diabetes, or chronic respiratory diseases)

Abbreviated name	Mortality between 30 and 70 years of age from cardiovascular diseases, cancer, diabetes or chronic respiratory diseases
Indicator name	Mortality between age groups 30 and 70 from (cardiovascular diseases, cancer, diabetes, or chronic respiratory disease)
Domain/subdomain	Health status/ Mortality
Related/Associated terms	Mortality by cause
Definition	Total number of death among 30-70 years due to specific cause (cardiovascular diseases, cancer, chronic respiratory disease and diabetes) per 10,000. Unconditional probability of dying between the exact ages 30 and 70 years from CVDs, cancers, diabetes, or chronic respiratory diseases. Deaths from these four causes will be based on the following ICD codes: 100-199,; C00-C97, E10-E14, and J30-J98
Measurement method	Age-specific death rates are based on data on deaths by age, gender and cause of death, as generated by the MS from their death registration systems (Deaths from these four causes will be based on the following ICD codes: 100-199, COO-C97, E10-E14 and J30-J98.
Numerator	Number of deaths between ages 30 and 70 years due to the four causes.
Denominator	Number of years of exposure
Method of estimation	<p>Modeling, using multiple inputs, is often used if no complete and accurate data are available.</p> <p>Age standardization is done for comparability over time and between populations. Age specific death rates for the combined four cause categories (typically in terms of 5-year age groups 30-34..... 65-69).</p> <p>A life table method allows calculation of the risk of death between exact ages 30 and 70 from any of these causes, in the absence of other cause of death. The ICD codes to be included in the calculation are: CVDs: 100-199, Cancer: C00-C97, Diabetes: E10-E14, Chronic respiratory: J30-J98. To calculate age specific mortality rate for each five years age group and country, for each 5-years age range between 30 and 70:</p> ${}_5q_x = \frac{{}_5M_x + 5}{1 + {}_5M_x + 2.5}$ <p>Then translate the 5- year death rate to the probability of death in each 5- year age range: Then calculate unconditional probability of death from age 30 to age 70</p> $q_{30} = 1 - \prod_{x=30}^{65} (1 - {}_5q_x)$
Disaggregation	Place of residence, sex, socioeconomic status
Primary/ preferred data sources	Civil registration with high coverage and medical certification of cause of death (vital statistics systems)
Alternate/ other possible data sources	Household surveys, population-based health surveys with verbal autopsy
Measurement frequency	Annual if civil registration data; otherwise every 3-5 years

۳۴. مرگ‌ومیر ناشی از تصادفات جاده‌ای (به ازای صد هزار نفر جمعیت)

نام مخفف	مرگ‌ومیر ناشی از تصادفات جاده‌ای
نام شاخص	مرگ‌ومیر ناشی از تصادفات جاده‌ای (به ازای صد هزار نفر جمعیت)
دامنه / زیر دامنه	وضعیت سلامت / مرگ‌ومیر
شرایط مربوط / مرتبط	-
تعریف	آمار و ارقام مرگ ناشی از تصادفات جاده‌ای در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها در ۱۲ گروه (ICD10) طبقه‌بندی شده‌اند. موارد مرتبط با تصادفات حمل‌ونقل زمینی (V01-V89) نوع حالت حمل‌ونقل قربانی را منعکس می‌کند و برای شناسایی حالت "counterpart" یا نوع حادثه به قسمت‌های جزئی تقسیم می‌شوند. از آنجایی که مهمترین فاکتور برای شناسایی و اهداف پیشگیری می‌باشد، وسیله نقلیه‌ای که فرد مجروح سرنشین آن است در دو مورد اول شناسایی می‌شوند. این تصادفات شامل افراد درگیر نگهداری یا تعمیر تجهیزات حمل‌ونقل یا وسایل نقلیه (نه در حرکت) می‌شوند مگر این که با وسایل نقلیه در حال حرکت دیگری مجروح شوند (W00-X59)، حمله با برخورد با وسیله نقلیه موتور باشد (Y03)، حادثه با قصد نامشخص باشد (Y31-Y33) و در آسیب عمدی (X81-X83) صدمه دیده باشند.
روش اندازه‌گیری	تعداد مرگ‌های ناشی از تصادفات جاده‌ای به ازای صد هزار نفر جمعیت (استاندارد شده سنی)
صورت کسر	تعداد مرگ‌های ناشی از تصادفات جاده‌ای در طول یک سال
مخرج کسر	جمعیت هر کشور در همان سال با استفاده از داده‌های ثبت مرگ ICD-10
روش تخمین	مدل سازی با به‌کاربردن ورودی‌های چندگانه که اغلب در صورتی استفاده می‌شود که هیچ داده کامل و دقیقی موجود نباشد. برای اهداف تخمین مرگ‌ومیر ناشی از تصادفات جاده‌ای، کشورهای EMR به سه گروه به صورت زیر تقسیم‌بندی می‌شوند: (۱) کشورهایی با کامل بودن اطلاعات ثبت مرگ در حداقل ۸۰ درصد. برای این گروه یکی از داده‌های زیر می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد: ثبت مرگ، پیش‌بینی ثبت جدیدترین مرگ‌ومیر، مرگ گزارش شده یا مرگ پیش‌بینی شده گزارش شده؛ (۲) کشورهایی با دیگر منابع اطلاعاتی در مورد علل مرگ: برای این کشورها یک مدل رگرسیونی برای پیش‌بینی پیشرو که در پایان سال جاری برآورد کل مرگ ناشی از تصادفات جاده‌ای قابل دسترس است می‌تواند استفاده شود؛ (۳) کشورهایی بدون داشتن شرایط ثبت داده‌های مرگ: برای این کشورها یک مدل رگرسیون دوجمله‌ای می‌تواند استفاده شود. داده‌های گزارش شده کشور که مورد نیاز است، لازم است برای تعریف در ۳۰ روز تنظیم شوند (مرگ ناشی از ترافیک جاده‌ای حادثه‌ای است که ۳۰ روز در تصادف رخ می‌دهد). برای کسب اطلاعات بیشتر در این روش برآورد، به گزارش وضعیت ایمنی جاده ۲۰۱۳ (the Global Status Report on Road Safety 2013) مراجعه کنید.
تفکیک‌کننده	سن، جنسیت، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، کاربران جاده (سرنشینان خودرو، عابران، دوچرخه‌سواران، راکبان وسایل نقلیه موتوری ۲ و ۳ چرخه و سایر)
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	در سطح کشوری: گزارش پلیس و داده‌های سلامت (ثبت حیاتی و داده‌های بیمارستان)؛ ثبت ملی و نظام‌های آمار حیاتی با پوشش‌دهی کامل
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	نظام‌های نظارت بر آسیب، پیمایش سلامت مبتنی بر جمعیت داده‌های مرگ با کالبدشکافی شفاهی، نظام‌های اجرایی گزارش (گزارش‌های پلیس)
تناوب اندازه‌گیری	سالانه اگر داده‌های ثبت کشوری در دسترس باشند در غیر این صورت هر ۵ سال یکبار
واحد مسئول ارائه شاخص	سازمان اورژانس کشور + معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

34. Mortality rate from road traffic injuries (per 100 000 population)

Abbreviated name	Mortality rate from road traffic injuries
Indicator name	Mortality rate from road traffic injuries (per 100 000 population)
Domain/subdomain	Health status/ Mortality
Related/Associated terms	-
Definition	Road traffic deaths figure are classified in the International Classification of Diseases (ICD10) in 12 groups. Those relating to land transport accidents (V01-V89) reflect the victim's mode of transport and are subdivided to identify the victim's "counterpart" or the type of event. The vehicle of which the injured person is an occupant is identified in the first two characters since it is seen as the most important factor to identify, for prevention purposes. It exclude crashes to persons engaged in the maintenance or repair of transport equipment or vehicle (not in motion) unless injured by another vehicle in motion (W00-X59), assault by crashing of motor vehicle (Y03), event of undetermined intent (Y31-Y33) and intentional self-harm (X81-X83).
Measurement method	Number of road traffic fatal injury deaths per 100 000 population (age-standardized).
Numerator	Number of deaths due to road traffic fatal injury in a given year
Denominator	Population of each country in the same year Death registration data using ICD-10.
Method of estimation	<p>Modeling, using multiple inputs, is often used if no complete and accurate data are available. For road traffic death rate estimation purpose, EMR countries are classified into three groups as follows:</p> <p>1- Countries with death registration data completeness of at least 80%: For this category one of the following data can be used: death registration, projection of the most recent death registration, reported death or projected reported deaths. 2- Countries with other sources of information on cause of death: For these countries a regression method can be used to project forward the most recent year for which an estimate of total road traffic deaths is available. 3- Countries without eligible death registration data: For these countries a negative binomial regression model can be used.</p> <p>Country reported data, where needed, needs to be adjusted for 30 day definition (a road traffic death is one that occurs 30 days within the crash). For more information on this estimation method, please see the Global Status Report on Road Safety 2013 http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/methodology/estimating_global_road_traffic_deaths.pdf?ua=1</p>
Disaggregation	Age, gender, socioeconomic status, road users (car occupants, pedestrians, cyclists, motorized 2-3 wheelers, other)
Primary/ preferred data sources	At country level: Police reports and health data (vital registration and hospital data); Civil registration and vital statistics systems with full coverage
Alternate/ other possible data sources	Injury surveillance systems, Mortuary data Population-based health surveys with verbal autopsy, administrative reporting systems (police reports)
Measurement frequency	Annual if civil registration data are available, otherwise every five years

۳۵. بروز سرطان، به تفکیک نوع سرطان (به‌ازای صد هزار نفر جمعیت)

نام مخفف	ابتلا به سرطان، هر نوع سرطان
نام شاخص	ابتلا به سرطان، هر نوع سرطان (به‌ازای صد هزار نفر جمعیت)
دامنه / زیر دامنه	وضعیت سلامت / گسترش بیماری
شرایط مربوط / مرتبط	گسترش بیماری
تعریف	تعداد موارد جدید سرطان یک نوع / سایت خاصی که در یک جمعیت مشخص در هر سال اتفاق می‌افتند، معمولاً تعداد موارد جدید سرطان به‌ازای صد هزار نفر جمعیت بیان می‌شوند. ثبت سرطان
روش اندازه‌گیری	تعداد موارد جدید تشخیص داده شده سرطان در سال خاص تقسیم‌بر جمعیت در معرض خطر وسط سال برای آن گروه ضرب در ۱۰۰,۰۰۰. تعداد موارد جدید سرطان ممکن است شامل چندین نوع سرطان‌های اولیه که در بیمار اتفاق می‌افتد، باشد. محل اولیه گزارش شده به عنوان مورد جدید تلقی می‌شود و نه محلی که متاستاز گزارش می‌شود. به‌طور کلی بروز شامل موارد عود بیماری نمی‌باشد. جمعیت در معرض خطر وسط سال برای آن دسته در یک سال مشخص. جمعیت مورد استفاده به مقداری که محاسبه می‌شود، بستگی دارد. برای سرطان‌هایی که فقط در یک جنس خاص اتفاق می‌افتد، جمعیت خاص آن جنس (برای مثال زنان در سرطان دهانه رحم) مورد استفاده قرار می‌گیرد. تعداد کل موارد جدید تشخیص داده شده سرطان فقط در یک‌سال در ۱۰۰,۰۰۰ ضرب می‌شود و شامل چندین سرطان اولیه در یک بیمار باشد.
صورت کسر	تعداد موارد جدید تشخیص داده شده سرطان در یک‌سال خاص. این ممکن است شامل چندین سرطان اولیه در یک بیمار باشد. محل اولیه گزارش شده به عنوان مورد جدید تلقی می‌شود و نه محلی که متاستاز گزارش می‌شود. به‌طور کلی عودهای بیماری در مطالعه بروز لحاظ نمی‌شود.
مخرج کسر	جمعیت در معرض خطر برای آن گروه سرطان. جمعیت مورد استفاده به شاخصی که محاسبه می‌شود بستگی دارد. برای سرطان‌هایی که فقط در یک جنس خاص اتفاق می‌افتد، جمعیت خاص آن جنس (برای مثال زنان در سرطان دهانه رحم) مورد استفاده قرار می‌گیرد.
روش تخمین	(تعداد موارد جدید تشخیص داده شده سرطان در یک‌سال) / (جمعیت در معرض خطر برای آن گروه) × ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت. اگر ثبت سرطان کامل نباشد، تغییراتی لازم است تا سازمان جهانی بهداشت داده‌ها را از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پایگاه اطلاعات سازمان جهانی بهداشت جمع‌آوری کند. انواع (سرطان‌های اصلی) برای مثال: سرطان پستان، دهانه رحم، روده، کبد، ریه، پروستات، معده
تفکیک‌کننده	سن، جنسیت، سایر تفکیک‌کننده‌های جمعیتی - اجتماعی مرتبط با که در دسترس‌اند.
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	داده‌های ثبت سرطان مبتنی بر جمعیت که از مراکز درمانی، کلینیک‌ها، پاتولوژیست‌ها و صادرکنندگان گواهی مرگ در سطح منطقه‌ای یا ملی جمع‌آوری شده است.
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	-
تناوب اندازه‌گیری	سالانه
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

35. Cancer incidence, by type of cancer (per 100 000 population)

Abbreviated name	Cancer incidence, by type of cancer
Indicator name	Cancer incidence, by type of cancer (per 100 000 population)
Domain/subdomain	Health status/ Morbidity
Related/Associated terms	Morbidity
Definition	Number of new cancer cases of a specific site /type occurring in a defined population per year, usually expressed as the number of new cancer per 100,000 population. Cancer registries
Measurement method	Number of new cancer cases diagnosed in specific year, divided by the mid year at risk population for that category, multiplied by 100 000. The number of new cancers may include multiple primary cancers occurring in one patient. The primary site reported is the site of origin and not the metastatic site. In general, the incidence rate would not include recurrence. Midyear population at risk for that category of a specified year. The population used depends on the rate to be calculated. For cancers sites that occur in only one sex, the sex specific population (e.g. females for cervical cancer) is used. Total number of new cancer cases diagnosed in one year multiplied by 100,000 This may include multiple primary cancers occurring in one patient.
Numerator	Number of new cancer cases diagnosed in a specific year. This may include multiple primary cancers occurring in one patient. The primary site reported is the site of origin and not the metastatic site. In general, the incidence rate would not include recurrences.
Denominator	The at-risk population for the given category of cancer. The population used depends on the rate to be calculated. For cancer sites that occur only in one sex, the sex-specific population (e.g. females for cervical cancer) is used.
Method of estimation	$(\text{Number of new cases diagnosed in a specific year}) / (\text{at-risk population for that category}) \times 100,000$. If cancer registries are incomplete, adjustments need to be made WHO Collects data from MOH, WHO Global Info base, Type (leading cancers) – e.g. breast, cervix, colon, liver, lung, prostate, stomach
Disaggregation	Age, gender, other relevant socio-demographic stratifiers where available.
Primary/ preferred data sources	Population based cancer registry data collected from treatment facilities, clinicians, pathologists and death certificates at national or regional level
Alternate/ other possible data sources	-
Measurement frequency	Annual

۳۶. میزان گزارش‌دهی سل

نام مخفف	گزارش‌دهی سل
نام شاخص	گزارش‌دهی سل (به‌ازای صد هزار نفر جمعیت)
دامنه / زیر دامنه	وضعیت سلامت / گسترش بیماری
شرایط مربوط / مرتبط	گسترش بیماری
تعریف	تعداد موارد سل (موارد جدید و عود کرده) به مسئولان ملی سلامت که طی یک دوره مشخص از زمان به‌ازای صد هزار نفر جمعیت ابلاغ شده است. از سال ۲۰۱۳ به بعد تعداد موارد گزارش شده به سازمان جهانی بهداشت در طبقه‌بندی زیر آمده است: موارد جدید باکتریایی تشخیص داده شده سل ریوی، تشخیص بالینی موارد جدید سل ریوی، تشخیص بالینی یا آزمایشگاهی موارد جدید سل خارج از ریوی، موارد عود سل ریوی باکتریایی تأیید شده، تشخیص بالینی موارد عود سل ریوی، تشخیص بالینی یا آزمایشگاهی موارد عود سل خارج از ریوی، مواردی که قبلاً تحت درمان بوده‌اند، موارد غیر از عود و به‌صورت باکتریولوژیک که تأیید شده یا به‌صورت بالینی تشخیص داده شده‌اند. توجه داشته باشید که "جدید" در سه دسته اول فوق، شامل مواردی با سابقه قبلی ناشناخته درمان سل نیز است. قبل از سال ۲۰۱۳: تعدادی موارد در دسته‌بندی به سازمان جهانی بهداشت گزارش شده بودند: موارد جدید سل: اسمیر مثبت ریوی؛ موارد جدید سل: اسمیر منفی ریوی؛ موارد جدید سل: اسمیر نامعلوم و ناشناخته ریوی؛ موارد جدید سل: سل خارج از ریوی؛ موارد جدید سل: سایر؛ موارد درمان مجدد سل: عود (اسمیر ریوی و یا تست آزمایشگاهی مثبت)؛ موارد درمان مجدد سل: درمان بعد از شکست (اسمیر ریوی و / یا تست آزمایشگاهی مثبت)؛ موارد درمان مجدد سل: درمان بعد از پیش فرض (اسمیر ریوی و / یا تست آزمایشگاهی مثبت)؛ موارد درمان مجدد سل: سایر؛ موارد دیگر سل (نامعلوم بودن سابقه درمان).
روش اندازه‌گیری	تعداد موارد جدید و عود کرده سل ابلاغ شده به مسئولان ملی سلامت طی یک دوره مشخص از زمان / جمعیت کل در منطقه‌ای خاص در همان دوره زمانی مشخص $\times 100,000$ نفر جمعیت. تعداد موارد شناسایی شده توسط برنامه کنترل ملی سل به‌عنوان بخشی از نظارت عادی جمع‌آوری شده است. اعلان‌های موردی سالیانه توسط کشورها به سازمان جهانی بهداشت با استفاده از نظام جمع‌آوری اطلاعات مبتنی بر وب گزارش شده است. گزارش جهانی سل سازمان جهانی بهداشت را مشاهده کنید. اعلامیه‌های موارد سل گزارش شده توسط کشورها از دستورالعمل‌های (توصیه‌های) سازمان جهانی بهداشت مبنی بر تعریف، ثبت و گزارش پیروی کرده است. در سطح بین‌المللی مقایسه‌پذیر هستند و نیازی برای تعدیل‌سازی وجود ندارد.
صورت کسر	تعداد موارد جدید و عود کرده سل در یک دوره زمانی خاص
مخرج کسر	تعداد افراد / کل جمعیت این یک برآورد نیست بلکه یک محاسبه ساده ریاضی برای موارد گزارش شده توسط کشورها است.
روش تخمین	نوع سل (باکتریایی تأیید شده / تشخیص بالینی، ریوی / خارج از ریوی)
تفکیک‌کننده	سن، کارکنان مراقبت سلامت، محل سکونت، زندان‌ها، جنسیت، سابقه درمان
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	نظام نظارت بر سل در ارتباط با نظام امکانات اطلاعاتی معمول گزارش ۳ ماهه (فصلی) و ثبت سل
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	منابع دیگری جز موارد ذکر شده وجود ندارد: گزارش ۳ ماهه (فصلی) و ثبت سل
تناوب اندازه‌گیری	۳ ماهه (فصلی) و سالانه
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

36. Tuberculosis notification rate

Abbreviated name	Tuberculosis notification rate
Indicator name	Tuberculosis (TB) notification rate (per 100 000 population)
Domain/subdomain	Health status/ Morbidity
Related/Associated terms	Morbidity
Definition	The number of TB cases (new and relapse) notified to the national health authorities during a specified period of time per 100000 population. From 2013 onwards, the numbers of cases are reported to WHO in the following categories: New pulmonary bacteriologically confirmed TB cases; New pulmonary clinically diagnosed TB cases ; New extrapulmonary TB cases, bacteriologically confirmed or clinically diagnosed; Relapse pulmonary bacteriologically confirmed TB cases; Relapse pulmonary clinically diagnosed TB cases; Relapse extrapulmonary TB cases, bacteriologically confirmed or clinically diagnosed; Previously treated cases, excluding relapse cases, bacteriologically confirmed or clinically diagnosed. Note that "New" in the first three categories above also includes cases with unknown previous TB treatment history. Prior to 2013, the numbers of cases were reported to WHO in the following categories: New TB case: pulmonary smear-positive; New TB case: pulmonary smear-negative; New TB case: pulmonary smear unknown/not done; New TB case: extrapulmonary; New TB case: other; Retreatment TB case: relapse (pulmonary smear and/or culture positive); Retreatment TB case: treatment after failure (pulmonary smear and/or culture positive); Retreatment TB case: treatment after default (pulmonary smear and/or culture positive); Retreatment TB case: other; Other TB cases (treatment history unknown).
Measurement method	[Number of new and relapse TB cases notified to the national health authorities during a specified period of time / total population in the specified area during the same time period]*100000. The number of cases detected by national TB control programmes is collected as part of routine surveillance. Annual case notifications are reported by countries to WHO using a web-based data collection system. See WHO global tuberculosis report. The TB case notifications reported by countries follow the WHO recommendations on case definitions and recording and reporting; they are internationally comparable and there is no need for any adjustment.
Numerator	Number of new and relapse cases of TB in a specified time period.
Denominator	Number of persons/total population. It is not estimation it is a simple mathematical calculation of the cases notified Reported by countries.
Method of estimation	Type of TB (bacteriologically confirmed/clinically diagnosed, pulmonary/extrapulmonary)
Disaggregation	Age, health-care workers, place of residence, prisons, sex, treatment history
Primary/ preferred data sources	TB surveillance system linked to routine facility information system TB quarterly reports, and TB register
Alternate/ other possible data sources	No other sources than those mentioned: quarterly report and TB registers
Measurement frequency	Quarterly and annually

۳۷. تخمین موارد جدید ابتلا به ایدز

نام مخفف	تخمین موارد جدید ابتلا به ایدز
نام شاخص	تخمین موارد جدید ابتلا به ایدز
دامنه / زیر دامنه	وضعیت سلامت / مرگ‌ومیر
شرایط مربوط / مرتبط	ویروس نقص ایمنی انسان (HIV): ویروسی است که سیستم ایمنی را ضعیف می‌کند و در نهایت منجر به سندروم نقص ایمنی اکتسابی می‌شود (AIDS). ایدز توانایی بدن برای مبارزه با عفونت و بیماری را از بین می‌برد و در نهایت منجر به مرگ می‌شود.
تعریف	تعداد موارد جدید ابتلا به ایدز به ازای هزار نفر جمعیت غیرآلوده. میزان بروز، تعداد موارد جدید ابتلا به ازای هر جمعیت در معرض خطر در یک دوره زمانی معین است.
روش اندازه‌گیری	اندازه‌گیری بروز ایدز در جوامع عمومی امکان‌پذیر نیست و بنابراین روش‌های جدید تخمین عفونت اکتسابی مورد استفاده قرار می‌گیرند.
صورت کسر	تعداد موارد جدید ابتلا به ایدز
مخرج کسر	جمعیت غیرآلوده (که کل جمعیت منهای افراد مبتلا به ایدز است)
روش تخمین	UNAIDS/WHO بسته‌های تخمین و تصویر (EPP) و مدل طیفی تأثیر ایدز (AIDS). برازش EPP یک مدل اپیدمیولوژی برای مشاهده داده‌های شیوع ایدز در طول زمان با استفاده از روش حداکثر درست‌نمایی است، درحالی‌که روش‌های Bayesian برای تخمین سطوح عدم قطعیت پیرامون منحنی اپیدمیک به کار می‌روند. تخمین‌های خاص کشور توسط برنامه‌های ملی ایدز تولید شده و با استفاده از بسته طیف رایانه‌ای محاسبه شده‌اند. پرونده‌های ملی در کشورها تهیه شده و برای بررسی به UNAIDS ارسال می‌شوند. نتایج توسط نمایندگان ملی تأیید شده است. برای کشورهایی که هیچ داده‌ای در دسترس نبود، برآورد خاص کشور لیست نشده است. در کشورهایی که همه‌گیری عمومی دارند، برآورد بروز ایدز اصولاً بر پایه نظارت بر بارداری زنان در کلینیک‌های مراقبت قبل از بارداری (ANC) است. چنین داده‌هایی به‌طور معمول جمع‌آوری می‌شوند و در حال حاضر مبنای اصلی ما برای ارزیابی روندها هستند. پیمایش‌های مبتنی بر جمعیت خانوار که شامل انجام تست برای عفونت ایدز است (بسیار کمتر انجام می‌شوند) برای بهبود برآورد مبتنی بر داده‌های کلینیکی مورد استفاده قرار می‌گیرند. در کشورهایی که چنین پیمایشی را انجام می‌دهند نتایج برای تنظیم روند شیوع ایدز مورد استفاده قرار می‌گیرد. کشورهایی که چنین پیمایش‌هایی را انجام ندادند، روند شیوع ایدز خود را براساس تنظیمات پیش‌فرض جهانی که از مقایسه شیوع ایدز بین پیمایش‌های ملی و کلینیک‌های مراقبت قبل از بارداری (ANC) در سایر کشورها به‌دست آمده است، تنظیم می‌کنند. برای کشورهایی با سطح کم یا همه‌گیری متمرکز برآورد ایدز مبتنی بر مطالعات در جمعیت‌هایی کلیدی هستند که در معرض خطر بالای ابتلا به ایدز قرار دارند مانند افرادی که دارو تزریق می‌کنند، فعالان جنسی یا مردان دارای رابطه جنسی با مردان. کشورهای دارای همه‌گیری متمرکز گاهی منابع اطلاعاتی اضافی (مازاد) دارند که به اصلاح برآوردها می‌توانند کمک کنند. در کشورهای با پوشش دهی بالا و مداوم گزارش دهی موارد، این داده‌ها می‌توانند به فرآیند برآورد اضافه شوند و برآوردها را دقیق‌تر کنند. نوع آمارگیری غالب: پیش‌بینی شده
تفکیک‌کننده	نوع رابطه جنسی، سن، جنسیت
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	برنامه‌های ملی ایدز، برآوردها را با استفاده از نرم‌افزار مدل‌سازی طیف ایجاد می‌کنند. پیمایش‌های خانوار، پیمایش‌های ویژه زیرمجموعه‌های جمعیت، داده‌های برنامه‌های روتین و داده‌هایی از نظام‌های نظارتی می‌توانند به مدل‌ها کمک کنند. مراقبت‌های دوران بارداری (آزمایش بارداری زنان)؛ پیمایش ویژه جمعیت با خطر بالا
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	-
تناوب اندازه‌گیری	سالانه
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

37. Estimated number of new HIV infections

Abbreviated name	Estimated number of new HIV infections
Indicator name	Estimated number of new HIV infections
Domain/subdomain	Health status/ Mortality
Related/Associated terms	Human Immunodeficiency Virus (HIV): A virus that weakens the immune system, ultimately leading to AIDS, the acquired immunodeficiency syndrome. HIV destroys the body's ability to fight off infection and disease, which can ultimately lead to death
Definition	Number of new HIV infections per 1000 uninfected population. The incidence rate is the number of new cases per population at risk in a given time period.
Measurement method	The estimated number of people who have a newly acquired HIV infection in the reporting year
Numerator	Number of new HIV infections
Denominator	Uninfected population (which is the total population minus people living with HIV)
Method of estimation	<p>UNAIDS/WHO recommended Estimation and Projection Package (EPP) and Spectrum AIDS Impact Model. EPP fits an epidemiological model to observed HIV prevalence data collected over time using maximum likelihood procedures, while Bayesian techniques are employed to estimate the level of uncertainty around the epidemic curve. The country-specific estimates have been produced by National AIDS Programs and calculated using the Spectrum computer package. National files are developed in countries and submitted to UNAIDS for review. The results are approved by national representatives. For countries where no recent data were available, country-specific estimates have not been listed. In countries with generalized epidemics, estimates of HIV incidence are primarily based on surveillance among pregnant women attending sentinel antenatal clinics (ANC). Such data are collected on a routine basis and are currently our primary basis for the assessment of trends. Population-based household surveys that include testing for HIV infection (conducted much less frequently) are used to improve the antenatal clinic data-based estimates. If countries have conducted such a survey, the results are used to calibrate the trend in HIV prevalence. Countries who have not conducted these surveys calibrate their HIV prevalence trends based on a global default adjustments derived from the comparison of HIV prevalence between national surveys and ANC surveillance in other countries. For countries with lowlevel or concentrated epidemics, HIV estimates are based on studies among key populations who are at higher risk of HIV exposure—such as people who inject drugs, gender workers, or men who have gender with men. Countries with concentrated epidemics sometimes have additional sources of data which can help refine estimates. In countries with high and consistent coverage of case reporting, these data can add to the estimation process and make estimates more precise.</p> <p>Predominant type of statistics: predicted</p>
Disaggregation	Sex, age, gender
Primary/ preferred data sources	National HIV programmes produce estimates using Spectrum modelling software. Household surveys, special surveys in sub-populations, routine programmatic data and data from surveillance systems can feed into models. Antenatal care (testing of pregnant women); special surveys of high risk population
Alternate/ other possible data sources	-
Measurement frequency	Annual

۳۸. تعداد موارد جدید گزارش شده ابتلا به ایدز

نام مخفف	تعداد موارد گزارش شده جدید ابتلا به ایدز
نام شاخص	تعداد موارد گزارش شده جدید ابتلا به ایدز
دامنه / زیر دامنه	تعداد موارد گزارش شده جدید ابتلا به ایدز
شرایط مربوط / مرتبط	وضعیت سلامت / گسترش بیماری
تعریف	-
روش اندازه‌گیری	گسترش بیماری
صورت کسر	تعداد موارد ابتلا به ایدز (جدید و تجمعی) که به مسئولین ملی سلامت در طول یک دوره زمانی خاص ابلاغ شده است.
مخرج کسر	کل جمعیت
روش تخمین	این یک محاسبه ساده ریاضی است از موارد گزارش شده است نه یک تخمین
تفکیک‌کننده	سن، جنسیت
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	نظام ملی گزارش موارد ایدز
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	گزارش موارد در کشورها در حال اجرا است.
تناوب اندازه‌گیری	در برخی کشورها گزارش در سطح جانبی براساس ۳ ماه (فصلی) و گزارش‌های سطح ملی سالانه است.
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

38. Number of newly reported HIV cases

Abbreviated name	Number of newly reported HIV cases
Indicator name	Number of newly reported HIV cases
Domain/subdomain	Number of newly reported HIV cases
Related/Associated terms	Health status/ Morbidity
Definition	-
Measurement method	Morbidity
Numerator	The number of HIV cases (new and cumulative) notified to the national health authorities during a specified period of time
Denominator	Total population
Method of estimation	It is not an estimation it is a simple mathematical calculation of the cases notified
Disaggregation	Age and gender
Primary/ preferred data sources	National HIV case notification system
Alternate/ other possible data sources	Case notification is ongoing in countries.
Measurement frequency	In some countries peripheral levels report on quarterly bases and the national level reports annually.

۳۹. بروز موارد تأیید شده مالاریا

نام مخفف	بروز موارد تأیید شده مالاریا
نام شاخص	بروز موارد تأیید شده مالاریا (به‌ازای هزار نفر جمعیت)
دامنه / زیر دامنه	وضعیت سلامت/ گسترش بیماری
شرایط مربوط / مرتبط	گسترش بیماری، مناطق در خطر مالاریا: مناطقی با امکان جابجایی مکانی انگل‌های مالاریا
تعریف	تعداد موارد مالاریا که به‌صورت باکتریولوژیک تأیید شده به‌ازای هزار نفر جمعیت در معرض خطر.
روش اندازه‌گیری	تأیید با آزمایش میکروسکوپی یا تشخیص سریع: تعداد مواردی که به‌صورت میکروسکوپی تأیید شده شامل هر دو نوع بیماران بستری و سرپایی در هر سنی است. همچنین شامل موارد تشخیص داده شده توسط شناسایی موارد فعال و منفعل است، اما موارد شناسایی شده در جامعه را حذف می‌کند. تست‌های تشخیصی سریع: تعداد مواردی که با تست‌های تشخیصی تأیید شده شامل هر دو نوع بیماران بستری و سرپایی در هر سنی است. همچنین شامل موارد تأیید شده توسط تشخیص هردوی موارد فعال یا غیرفعال است، اما مواردی که به‌صورت میکروسکوپی تأیید شده یا این که شناسایی شده و توسط برنامه‌های مبتنی بر جامعه تأیید شده‌اند را حذف می‌کند.
صورت کسر	تعداد موارد تأیید شده مالاریا (توسط روش میکروسکوپی یا RDT). تعداد باید شامل موارد شناسایی شده منفعلانه (مربوط به مراکز سلامت یا مشاهده شده توسط کارکنان سلامت) یا فعالانه (جستجو در جامعه) باشند؛ که این غالباً برای ایجاد تفکیک بین موارد شناسایی شده منفعل و فعال مفید است.
مخرج کسر	جمعیت ساکن میانسال به‌ازای هزار نفر برای افراد ساکن در مناطق معرض خطر انتقال مالاریا
روش تخمین	اغلب کشورهای با بروز پایین، موارد تأیید شده مالاریا را به شرایط بستری و سرپایی ترکیب می‌کنند. در کشورهایی که در مرحله ریشه‌کنی مالاریا هستند و در برخی کشورهای با انتقال پایین در مرحله کنترل، هر فرد با نتیجه مثبت آزمایش مبتنی بر انگل (میکروسکوپی یا RDT) به‌عنوان یک مورد (تأیید شده) مالاریا در نظر گرفته می‌شود. در کشورهایی که هنوز احتمال (از نظر بالینی) وجود موارد مالاریا وجود دارد، شیوع موارد تأیید شده مالاریا را می‌توان با استفاده از فرمول زیر تنظیم کرد: موارد گزارش شده احتمالی × نرخ مثبت بودن تست/اسلاید + موارد تأیید شده گزارش شده × جمعیت در معرض خطر/۱۰۰۰
تفکیک‌کننده	سن، طبقه‌بندی موارد، عوامل خطر مداخله‌ای، جنسیت، نوع موارد تشخیصی، مناطق جغرافیایی
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	نظام‌های اطلاعات سلامت روتین: گزارش‌های مراکز سلامت (ادغام یافته یا نظام‌های مراقبت ویژه بیماری)
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	-
تناوب اندازه‌گیری	سالانه / ۳ ماهه (فصلی)
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

39. Incidence of confirmed malaria cases

Abbreviated name	Incidence of confirmed malaria cases
Indicator name	Incidence of confirmed malaria cases (per 1000 population)
Domain/subdomain	Health status/ Morbidity
Related/Associated terms	Morbidity, areas at risk of malaria: areas with local transmission of malaria parasites
Definition	The number of parasitologically confirmed cases of malaria per 1000 population at risk.
Measurement method	Confirmed by microscopy or rapid diagnostics test. Microscopy: The number of cases confirmed by microscopy, including both inpatients and outpatients of all ages. Also includes cases detected by both active and passive case detection, but excludes cases detected in the community. Rapid diagnostic tests: The number of cases confirmed by rapid diagnostic tests, including both inpatients and outpatients of all ages. Also includes cases detected by both active and passive case detection, but excludes cases that are also confirmed by microscopy or that are detected and confirmed by community-based programmes
Numerator	Number of confirmed malaria cases (by microscopy or RDT). The number should include cases detected passively (attending health facilities or seen by community health workers) or actively (sought in the community); it is often useful to provide a breakdown of cases detected passively and actively
Denominator	Midyear resident population per 1000 persons for persons resident in areas at risk of malaria transmission
Method of estimation	Most low-incidence countries combine malaria confirmed cases from in- and outpatient settings. In countries in the malaria elimination phase and in some low-transmission countries in the control phase, any person with positive result from a parasite based test (microscopy or RDT) would be considered a malaria (confirmed) case. In countries that still there is probable (clinical) malaria cases , incidence of confirmed malaria cases can be adjusted using the below formula: Reported probable cases* Slide/test positivity rate + reported confirmed cases)*1000/population at risk
Disaggregation	Age, case classification, intervention risk factor, gender, type of case detection, geographical area
Primary/ preferred data sources	Routine health information systems: Health facility reports (integrated or disease specific surveillance systems)
Alternate/ other possible data sources	-
Measurement frequency	Annually/quarterly

۴۰. بروز موارد سرخک

نام مخفف	بروز موارد سرخک
نام شاخص	بروز موارد سرخک (به ازای یک میلیون نفر جمعیت)
دامنه / زیر دامنه	وضعیت سلامت / گسترش بیماری
شرایط مربوط / مرتبط	ریشه‌کنی سرخک
تعریف	بروز سرخک یک معیار اصلی برای کنترل سرخک و پروسه ایجاد شده در جهت ریشه‌کنی است
روش اندازه‌گیری	بروز به‌ازای یک میلیون نفر جمعیت همه موارد سرخک (تأیید شده توسط آزمایشگاه، مرتبط از نظر اپیدمیولوژی و سازگاری بالینی) بدون در نظر گرفتن منابع عفونت. روش محاسبه: (تعداد موارد تأیید شده / جمعیت کل) × ۱,۰۰۰,۰۰۰
صورت کسر	تعداد موارد تأیید شده (تأیید شده توسط آزمایشگاه، مرتبط از نظر اپیدمیولوژی و سازگاری بالینی)
مخرج کسر	جمعیت کل
روش تخمین	-
تفکیک‌کننده	استان، منطقه، سن، جنسیت، وضعیت واکسیناسیون و طبقه‌بندی نهایی
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	نظام مراقبت و مراکز ارائه خدمات سلامت
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	فرم گزارش مشترک سازمان جهانی بهداشت / یونیسف (JRF)
تناوب اندازه‌گیری	ماهانه
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

40. Incidence of measles cases

Abbreviated name	Incidence of measles cases
Indicator name	Incidence of measles cases per (1000,000 population)
Domain/subdomain	Health status/ Morbidity
Related/Associated terms	Measles elimination
Definition	The incidence of measles is a basic measure of measles control and progress made towards elimination
Measurement method	The incidence per 1 000 000 population of all measles cases (laboratory confirmed, epidemiologically linked and clinically compatible) regardless of source of infection. Method of calculation: (Number of confirmed cases (laboratory confirmed, epidemiologically linked and clinically compatible)) / (total population) x 1,000,000)
Numerator	Number of confirmed cases (laboratory confirmed, epidemiologically linked and clinically compatible)
Denominator	Total population
Method of estimation	-
Disaggregation	Province, district, age, gender, vaccination status and final classification
Primary/ preferred data sources	Surveillance unit and health facility
Alternate/ other possible data sources	JRF
Measurement frequency	Monthly

۴۱. سهم هزینه سلامت بخش عمومی از هزینه‌های عمومی دولت (درصد)

نام مخفف	سهم هزینه سلامت بخش عمومی از هزینه‌های عمومی دولت
نام شاخص	سهم هزینه سلامت بخش عمومی از هزینه‌های عمومی دولت
دامنه / زیر دامنه	پاسخگویی نظام سلامت / تأمین مالی
شرایط مربوط / مرتبط	هزینه‌های کلی سلامت (THE)، هزینه‌های عمومی دولت (GGE)، هزینه‌های سلامت بخش عمومی (GGHE)
تعریف	سطح هزینه‌های عمومی دولت در زمینه سلامت (GGHE) به‌عنوان بخشی از هزینه‌های کلی دولت
روش اندازه‌گیری	حساب‌های ملی سلامت براساس اطلاعات هزینه‌هایی که در یک چارچوب بین‌المللی شناخته‌شده، جمع‌آوری شده است. کسر شامل هزینه‌های کلی سلامت که توسط نهادهای عمومی اعمال می‌شود، است که به‌عنوان تأمین‌کننده مالی عمل می‌کند؛ برای مثال، مدیریت بودجه‌های سلامت و خرید یا پرداخت برای محصولات و خدمات سلامت در طول سال ارزیابی. این مستلزم این است که صورت کسر نه تنها شامل هزینه‌های سلامت که توسط دولت مرکزی و پیرامون اعمال شده است بلکه هزینه‌های اعمال شده توسط parastatals، اضافی بودجه و بیمه‌های اجباری سلامت؛ مانند سازمان‌های بیمه اجتماعی سلامت را شامل می‌شود. مخرج کسر شامل کل هزینه‌های اعمال شده توسط نهادهای عمومی در طول همان دوره زمانی (یک‌سال) است. حساب‌های ملی سلامت به‌دنبال ردیابی سوابق ثبت شده به‌منظور پوشش تمام هزینه‌های سلامت بدون شمارش مضاعف، به‌ویژه تحکیم انتقالات دولت‌ها هستند. معاملات پولی و غیر پولی برای ارزش خریداران محاسبه می‌شوند. یک دستورالعمل جدید برای ایجاد حساب‌های ملی سلامت در سال ۲۰۱۱ - نظام حساب‌های سلامت ۲۰۱۱ - منتشر شد. هدف آن جایگزین کردن دستورالعمل‌های موجود است؛ به‌خصوص OECD (SHA-1، ۲۰۰۰) و دستورالعمل NHA (WHO-World BankUSAID, 2003). جامع‌ترین و باثبات‌ترین داده‌های تأمین مالی سلامت از حساب‌های ملی سلامت جمع‌آوری شده است. همه کشورهای حساب‌های ملی سلامت خودشان را ایجاد نکرده‌اند یا به‌طور منظم آن‌ها را به‌روز نکرده‌اند. در این موارد، داده‌ها از طریق ارتباط فنی (technical contacts) در کشور یا از طریق اسناد عمومی در دسترس گزارش شده‌اند و با چارچوب NHA متناسب می‌شوند. مقادیر گمشده با استفاده از تکنیک‌های مختلف حسابداری با توجه به داده‌های در دسترس برای هر کشور تخمین زده می‌شوند. سازمان جهانی بهداشت، حساب‌های ملی سلامت شاخص‌های مرتبط را برای بیش از ۱۵ سال جمع‌آوری کرده و تخمین زده است و آن‌ها را در بانک اطلاعات حساب‌های جهانی سلامت قابل‌دسترس قرار داده است.
صورت کسر	مجموع همه هزینه‌های جاری سلامت (در دوره ۱۲ ماهه)
مخرج کسر	هزینه‌های عمومی دولت
روش تخمین	منابع عمده بین‌المللی استفاده شده برای تخمین شامل بانک اطلاعات EUROSTAT، صندوق بین‌المللی پول (IMF)، آمارهای مالی دولت و آمارهای ملی بین‌المللی؛ داده‌های سلامت OECD؛ و آمار حساب‌های ملی ملل متحد می‌باشند. به‌عنوان منابع ملی، این‌ها شامل: گزارش‌های حساب‌های ملی سلامت (NHA)، گزارش‌های حساب‌های ملی (NA)، حساب‌های عمومی دولت (GG)، بازبینی هزینه‌های عمومی (PER)، هزینه‌های دولت براساس اهداف برنامه‌ها (COFOG)، گزارش‌های مؤسسه‌های نهادهای عمومی که در ارائه خدمات مراقبت سلامت و تأمین مالی نقش دارند، به‌ویژه امنیت ملی و نهادهای اجباری بیمه‌های سلامت و گزارش‌های وزارت دارایی (MoF) هستند. GGE توسط بانک مرکزی و وزارت دارایی گزارش شده است. منابع جایگزین داده‌ها شامل بودجه اعمال شده و گزارش‌های مالی امنیت اجتماعی و برنامه‌های اجباری بیمه سلامت، مطالعات علمی، گزارش‌ها و داده‌های ارائه شده توسط سازمان‌های مرکزی آمار و وزارتخانه‌ها، و وبسایت‌های رسمی هستند. سازمان جهانی بهداشت هر سال تخمین‌ها را برای تایید به وزارت‌های بهداشت مربوط ارسال می‌کند.
تفکیک‌کننده	واحد سازمانی تأمین مالی، بیماری‌ها، نوع اصلی مراقبت، نوع اصلی ارائه‌دهنده، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، سطوح زیرمجموعه جامعه
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	حساب‌های ملی سلامت (NHA) - بازبینی هزینه‌های عمومی (PER)
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	گزارش‌های اداری، مطالعات ویژه
تناوب اندازه‌گیری	سالانه
واحد مسئول ارائه شاخص	مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

41. Domestic general government health expenditure (% of general government expenditure)

Abbreviated name	(GGHE-D) % (GGE)
Indicator name	Domestic general government health expenditure (% of general government expenditure)
Domain/subdomain	Health System Response/ Health financing
Related/Associated terms	Total health expenditure (THE), General Government expenditure (GGE), General government expenditure on health (GGHE)
Definition	Level of general government expenditure on health (GGHE) expressed as a percentage of total government expenditure.
Measurement method	National Health Accounts are developed based on expenditure information collected within an internationally recognized framework. The numerator includes total health expenditures made by public entities acting as financing agents; i.e., managing health funds and purchasing or paying for health goods and services during the assessment year. This entails that the numerator does not only include health expenditures made by central and peripheral government, but also expenditures made by parastatals, extra-budgetary entities and notably compulsory health insurance entities; e.g., social health insurance organizations. The denominator includes total expenditures made by all public entities during the same time period (a year). National Health Accounts aims to track records of transactions, in order to cover all health expenditures without double counting, notably by consolidating intergovernmental transfers. Monetary and non-monetary transactions are accounted for at purchasers' value. A new guide for producing National Health Accounts was published in 2011 – the System of Health Accounts 2011. It is aimed to replace previously existing guidelines; notably, the System of Health Accounts 1.0 (OECD, 2000) and the NHA Producer Guide (WHO-World Bank/USAID, 2003). The most comprehensive and consistent data on health financing is generated from National Health Accounts. Not all countries have produced their National Health Accounts or regularly update them. In these instances, data is obtained through technical contacts in-country or from publicly-available documents and reports and harmonized to the NHA framework. Missing values are estimated using various accounting techniques depending on the data available for each country. WHO has been collecting and estimating National Health Accounts related indicators for more than fifteen years and has made them available at the Global Health Expenditure Database.
Numerator	Sum of all current expenditure on health (12-month period).
Denominator	general government expenditure
Method of estimation	The principal international references used for the estimation are the EUROSTAT database, International Monetary Fund (IMF), government financial statistics and international financial statistics; OECD health data; and the United Nations national accounts statistics. As regard national sources, these include: National Health Accounts (NHA) reports, National Accounts (NA) reports, general government (GG) accounts, public expenditure reviews (PER), government expenditure by purpose reports (COFOG), institutional reports of public entities involved in health care provision or financing, notably social security and other health insurance compulsory agencies and Ministry of Finance (MoF) reports. GGE reported by the Central Bank and the Ministry of Finance. Alternate data sources include executed budget and financing reports of social security and health insurance compulsory schemes, academic studies, reports and data provided by central statistical offices and ministries, statistical yearbooks and other periodicals, and on official web sites. WHO sends estimates to the respective Ministries of Health every year for validation
Disaggregation	Financing source institutional unit, disease, main type of care, main type of provider, socioeconomic status, subnational level
Primary/ preferred data sources	National Health Accounts (NHA)- Public Expenditure Reviews (PER)
Alternate/ other possible data sources	Administrative reporting, Special studies
Measurement frequency	Annual

۴۲. سرانه کل هزینه‌های سلامت

نام مخفف	سرانه کل هزینه‌های سلامت
نام شاخص	سرانه کل هزینه‌های سلامت
دامنه / زیر دامنه	پاسخگویی نظام سلامت / تأمین مالی هزینه‌های سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	کل هزینه‌های سلامت به نرخ دلار بین‌المللی یا دلار آمریکا
تعریف	-
روش اندازه‌گیری	سرانه کل هزینه‌های سلامت (THE) به‌ازای هر نفر به دلار آمریکا بیان شده است
صورت کسر	حساب‌های ملی سلامت براساس اطلاعات مربوط به هزینه‌های جمع‌آوری شده با چارچوب شناخته شده بین‌المللی تهیه می‌شوند. هدف حساب‌های ملی سلامت پیگیری سوابق معاملات، به‌منظور تأمین هزینه‌های سلامت بدون شمارش مضاعف، به ویژه با تلفیق نقل و انتقالات بین دولتی است. معاملات پولی و غیر پولی برای ارزش خریداران، حساب شده است. راهنمای جدیدی برای تولید حساب‌های ملی سلامت در سال ۲۰۱۱ منتشر شد-سیستم حساب‌های سلامت ۲۰۱۱. هدف این است که جایگزین دستورالعمل‌های قبلی شود. به‌ویژه، سیستم حساب‌های سلامتی ۱،۰ (OECD) و راهنمای تولید NHA (WHO, WORLD BANK, USAID, 2003)
مخرج کسر	جامع‌ترین و استوارترین داده‌ها مربوط به تأمین هزینه‌های سلامتی از طریق حساب‌های ملی سلامت تهیه می‌شوند. همه کشورها حساب‌های ملی سلامت خود را تولید و یا مرتباً آن‌ها را به‌روزرسانی می‌کنند. در این موارد، داده‌ها از طریق تماس‌های فنی داخل کشور یا از طریق دسترسی عمومی به اسناد و گزارش‌ها و هماهنگی با چارچوب NHA به‌دست می‌آیند. مقادیر گمشده با استفاده روش‌های مختلف حسابداری وابسته به داده‌های موجود برای هر کشور برآورد می‌شوند. سازمان جهانی بهداشت جمع‌آوری و برآورد شاخص‌های مرتبط با حساب‌های ملی سلامت را برای بیش از پانزده سال دارد و آن‌ها را در بانک جهانی داده‌های هزینه‌های سلامت در دسترس قرار داده است. منابع اصلی بین‌المللی مورد استفاده برای این برآورد عبارت‌اند از: بانک اطلاعاتی EUROSTAT، صندوق بین‌المللی پول (IMF)، آمارهای مالی دولت و آمارهای مالی بین‌المللی، داده‌های بهداشت OECD، و آمار حساب‌های ملی سازمان ملل. در مورد منابع ملی، این موارد عبارت‌اند از: گزارش حساب‌های ملی سلامت (NHA)، حساب‌های ملی (NA)، حساب‌های عمومی دولت (GG)، بررسی هزینه‌های عمومی (PER)، هزینه‌های دولت توسط گزارش‌های هدف (COFOG)، گزارش‌های نهادهای عمومی که در زمینه تأمین هزینه مراقبت‌های سلامتی، به‌ویژه تأمین اجتماعی و غیره، گزارش هزینه‌های وزارت خانه (MoF). آمار جمعیت از بخش جمعیت سازمان ملل متحد، OECD HD، بانک اطلاعاتی EUROSTAT گرفته شده است. سازمان جهانی بهداشت هر سال تخمین‌ها را برای تایید به وزارت‌های بهداشت مربوط ارسال می‌کند
روش تخمین	-
تفکیک‌کننده	منطقه جغرافیایی، گروه‌های بیماری، گروه‌های جمعیتی
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	حساب‌های ملی سلامت
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	هیچ کدام
تناوب اندازه‌گیری	سالانه
واحد مسئول ارائه شاخص	مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

42. Per capita total health expenditure

Abbreviated name	Per capita total health expenditure
Indicator name	Per capita total health expenditure
Domain/subdomain	Health System Response/ Health financing
Related/Associated terms	Total Health Expenditure in international dollar rate / PPP
Definition	-
Measurement method	Per capita total expenditure on health (THE) expressed in US\$ per person
Numerator	National Health Accounts are developed based on expenditure information collected within an internationally recognized framework. National Health Accounts aims to track records of transactions, in order to cover all health expenditures without double counting, notably by consolidating intergovernmental transfers. Monetary and non-monetary transactions are accounted for at purchasers' value. A new guide for producing National Health Accounts was published in 2011 – the System of Health Accounts 2011. It is aimed to replace previously existing guidelines; notably, the System of Health Accounts 1.0 (OECD, 2000) and the NHA Producer Guide (WHO-World Bank-USAID, 2003).
Denominator	<p>The most comprehensive and consistent data on health financing is generated from National Health Accounts. Not all countries have produced their National Health Accounts or regularly update them.</p> <p>In these instances, data is obtained through technical contacts in-country or from publicly-available documents and reports and harmonized to the NHA framework. Missing values are estimated using various accounting techniques depending on the data available for each country. WHO has been collecting and estimating National Health Accounts related indicators for more than fifteen years and has made them available at the Global Health Expenditure Database. The principal international references used for the estimation are the EUROSTAT database, International Monetary Fund (IMF), government financial statistics and international financial statistics, OECD health data, and the United Nations national accounts statistics. As regard national sources, these include: National Health Accounts (NHA) reports, National Accounts (NA) reports, general government (GG) accounts, public expenditure reviews (PER), government expenditure by purpose reports (COFOG), institutional reports of public entities involved in health care provision or financing, notably social security and other health insurance compulsory agencies and Ministry of Finance (MoF) reports. Population figures are taken from UN Population Division, OECD HD, EUROSTAT database. WHO sends estimates to the respective Ministries of Health every year for validation</p>
Method of estimation	-
Disaggregation	Geographic area, disease groups, demographic groups
Primary/ preferred data sources	National Health Accounts
Alternate/ other possible data sources	None
Measurement frequency	Annual

۴۳. سهم پرداخت مستقیم از جیب از کل هزینه‌های جاری سلامت

نام مخفف	سهم پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت (از هزینه‌های جاری سلامت (درصد))
نام شاخص	سهم پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه‌های جاری سلامت (درصد)
دامنه / زیر دامنه	پاسخگویی نظام سلامت / تأمین مالی هزینه‌های سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	پرداخت از جیب، کل هزینه‌های سلامت (THE)
تعریف	سهم کل هزینه‌های جاری سلامت که توسط خانوار از جیب پرداخت می‌شود، از کل هزینه‌های سلامت (درصد) بیان شده است (که این هزینه پرداخت از جیب خانوارها است).
روش اندازه‌گیری	حساب‌های ملی سلامت براساس اطلاعات مربوط به هزینه‌های جمع‌آوری شده با چارچوب شناخته شده بین‌المللی تهیه می‌شود. هدف حساب‌های ملی سلامت برای پیگیری سوابق معاملات، به‌منظور تأمین هزینه‌های سلامت بدون شمارش مضاعف، به‌ویژه با تلفیق نقل و انتقالات بین دولتی است. معاملات پولی و غیر پولی برای ارزش خریداران، حساب شده است. راهنمای جدیدی برای تولید حساب‌های ملی سلامت در سال ۲۰۱۱ منتشر شد-سیستم حساب‌های سلامت ۲۰۱۱. هدف این است که جایگزین دستورالعمل‌های قبلی؛ به‌ویژه، سیستم حساب‌های بهداشتی (OECD, 2000) و راهنمای تولید NHA (WHO, WORLD BANK, USAID, 2003) شود.
صورت کسر	پرداخت از جیب برای سلامت به‌عنوان درصد هزینه‌های جاری برای سلامت
مخرج کسر	کل هزینه‌های جاری سلامت
روش تخمین	جامع‌ترین و استوارترین داده‌ها مربوط به تأمین هزینه‌های سلامت از طریق حساب‌های ملی سلامت تهیه می‌شوند. همه کشورها حساب‌های ملی سلامت خود را تولید و یا مرتباً آن‌ها را به‌روزرسانی می‌کنند. در این موارد، داده‌ها از طریق تماس‌های فنی داخل کشور یا از طریق دسترسی عمومی به اسناد و گزارش‌ها و هماهنگی با چارچوب NHA به‌دست می‌آیند. مقادیر گم‌شده با استفاده روش‌های مختلف حسابداری وابسته به داده‌های موجود برای هر کشور برآورد می‌شوند. سازمان جهانی بهداشت جمع‌آوری و برآورد شاخص‌های مرتبط با حساب‌های ملی سلامت را برای بیش از پانزده سال دارد و آن‌ها را در بانک جهانی داده‌های هزینه‌های سلامت در دسترس قرار داده است. منابع اصلی بین‌المللی مورد استفاده برای این برآورد عبارت‌اند از: بانک اطلاعاتی EUROSTAT، صندوق بین‌المللی پول (IMF)، آمارهای مالی دولت و آمارهای مالی بین‌المللی، داده‌های بهداشت OECD، و آمار حساب‌های ملی سازمان ملل. در مورد منابع ملی، این موارد عبارت‌اند از: گزارش‌های حساب‌های ملی سلامت (NHA)، حساب‌های ملی (NA)، حساب‌های عمومی دولت (GG)، بررسی هزینه‌های عمومی (PER)، هزینه‌های دولت توسط گزارش‌های هدف (COFOG)، گزارش‌های نهادهای عمومی درگیر در تأمین مالی یا تأمین هزینه مراقبت‌های سلامتی، به‌ویژه تأمین اجتماعی و سایر آژانس‌های اجباری بیمه سلامت و گزارش‌های وزارتخانه اقتصاد (MoF).
تفکیک‌کننده	سازمان جهانی بهداشت هر سال برآوردها را برای اعتبارسنجی به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌فرستد.
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	حساب‌های ملی سلامت
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	سیستم گزارشگری اداری، پیمایش‌های خانوار، مطالعات ویژه و پیمایش‌های اختصاصی
تناوب اندازه‌گیری	سالانه
واحد مسئول ارائه شاخص	مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

43. Out-of-pocket expenditure as % of current health expenditure

Abbreviated name	Out-of-pocket payment for health (% of current expenditure on health)
Indicator name	Out-of-pocket payment on health as a percentage of current expenditure on health
Domain/subdomain	Health System Response/ Health financing
Related/Associated terms	Out-of-pocket expenditure, total health expenditure (THE)
Definition	Share of total current expenditure on health paid by household out of pocket, expressed as a percentage of total health expenditure (this is the households' out of pocket expenses)
Measurement method	National Health Accounts are developed based on expenditure information collected within an internationally recognized framework. National Health Accounts aims to track records of transactions, in order to cover all health expenditures without double counting, notably by consolidating intergovernmental transfers. Monetary and non-monetary transactions are accounted for at purchasers' value. A new guide for producing National Health Accounts was published in 2011 – the System of Health Accounts 2011. It is aimed to replace previously existing guidelines; notably, the System of Health Accounts 1.0 (OECD, 2000) and the NHA Producer Guide (WHO-World Bank-USAID, 2003).
Numerator	Out-of-pocket payment on health as a percentage of current expenditure on health
Denominator	Total current expenditure on health.
Method of estimation	<p>The most comprehensive and consistent data on health financing is generated from National Health Accounts. Not all countries have produced their National Health Accounts or regularly update them.</p> <p>In these instances, data is obtained through technical contacts in-country or from publicly-available documents and reports and harmonized to the NHA framework. Missing values are estimated using various accounting techniques depending on the data available for each country.</p> <p>WHO has been collecting and estimating National Health Accounts related indicators for more than fifteen years and has made them available at the Global Health Expenditure Database. The principal international references used for the estimation are the EUROSTAT database, International Monetary Fund (IMF), government financial statistics and international financial statistics, OECD health data, and the United Nations national accounts statistics. As regard national sources, these include: National Health Accounts (NHA) reports, National Accounts (NA) reports, general government (GG) accounts, public expenditure reviews (PER), government expenditure by purpose reports (COFOG), institutional reports of public entities involved in health care provision or financing, notably social security and other health insurance compulsory agencies and Ministry of Finance (MoF) reports.</p>
Disaggregation	WHO sends estimates to the respective Ministries of Health every year for validation.
Primary/ preferred data sources	National Health Accounts
Alternate/ other possible data sources	Administrative reporting system, household surveys, special studies and ad hoc surveys
Measurement frequency	Annual

۴۴. جمعیت مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن سلامت

نام مخفف	جمعیت مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن سلامت
نام شاخص	جمعیت مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن سلامت
دامنه / زیر دامنه	پاسخگویی نظام سلامت / تأمین مالی هزینه‌های سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	پرداخت از جیب برای سلامت / توانایی خانواده برای پرداخت / سطح فقرزایی
تعریف	در صورتی پرداخت مراقبت‌های سلامت کمرشکن محسوب می‌شود (cata) که مجموع پرداخت‌های از جیب سلامت یک خانوار برابر یا بیش از ۴۰ درصد از ظرفیت پرداخت خانوار (یا مخارج غیر گذران زندگی خانوار) باشد.
روش اندازه‌گیری	تحلیل اولیه داده‌ها: ۱. محاسبه هزینه پرداخت از جیب (oop) از پرداخت‌های انجام شده توسط خانوارها در جایی که خدمات سلامت دریافت می‌کنند. ۲. برآورد ظرفیت خانوار را برای پرداخت (ctp) از هزینه‌های غیرضروری (غیرخوراکی). ۳. محاسبه سهم پرداخت از جیب سلامت از ظرفیت خانوار برای پرداخت به صورت درصد. ۴. در این رابطه، هزینه‌های کمرشکن سلامت زمانی اتفاق می‌افتد که کل هزینه‌های پرداخت از جیب مربوط به سلامت برابر یا بیشتر از ۴۰ درصد ظرفیت پرداختی خانوار باشد.
صورت کسر	جمعیتی که برای آن‌ها پرداخت مستقیم از جیب خدمات سلامت برابر یا بیشتر از ۴۰ درصد ظرفیت پرداختی خانوار باشد.
مخرج کسر	جمعیت کل
روش تخمین	-
تفکیک‌کننده	-
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	مرکز آمار، پیمایش ملی هزینه درآمد خانوار
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	سیستم گزارشگری اداری، پیمایش‌های خانوارها، مطالعات ویژه و پیمایش‌های ویژه
تناوب اندازه‌گیری	سالانه در صورتی که بررسی بودجه خانوار (مخارج) نهاده شده باشد و در غیر این صورت هر ۵ سال یک‌بار انجام شود.
واحد مسئول ارائه شاخص	مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

44. Population with catastrophic health expenditure

Abbreviated name	Population with catastrophic health expenditure
Indicator name	Population with catastrophic health expenditure
Domain/subdomain	Health System Response/ Health financing
Related/Associated terms	Out-of-pocket health payments; household capacity to pay; impoverishment level
Definition	A health care payment is considered to be catastrophic (cata) if a household's total out-of-pocket health payments equal or exceed 40% of household's capacity to pay (or household's non-subsistence spending).
Measurement method	Primary data analysis: 1. Calculate out-of-pocket health expenditure (oop) as payments made by households at the point they receive health services. 2. Estimate the household capacity to pay (ctp) as household non-subsistence spending. 3. Calculate the share of out-of-pocket health payments as percentage of household capacity to pay. 4. In this regard, catastrophic health expenditure occurs when a household's total out-of-pocket health payments equal or exceed 40% of household's capacity to pay.
Numerator	A population for whom out-of-pocket for health services is equal to or more than 40% of household's capacity to pay.
Denominator	Total Population
Method of estimation	-
Disaggregation	-
Primary/ preferred data sources	Statistical Center of Iran, National Household Budget (Expenditure) Surveys
Alternate/ other possible data sources	Administrative reporting system, Household surveys, Special studies and ad hoc surveys
Measurement frequency	Annually if the Household Budget (Expenditure) Survey is institutionalized and every 5 years otherwise

۴۵. جمعیت مواجه شده با هزینه‌های فقرزای سلامت

نام مخفف	جمعیت مواجه شده با هزینه‌های فقرزای سلامت
نام شاخص	جمعیت مواجه شده با هزینه‌های فقرزای سلامت
دامنه / زیر دامنه	پاسخگویی نظام سلامت / تأمین مالی هزینه‌های سلامت
شرایط مرتبط / مرتبط	پرداخت از جیب سلامت؛ هزینه‌های کمرشکن سلامت
تعریف	یک خانواده غیر فقیر در حال فقیر شدن (impoor) به‌علت پرداخت از جیب برای خدمات سلامت است.
روش اندازه‌گیری	تجزیه و تحلیل داده‌های اولیه: فقرزایی هزینه‌های سلامت (impoor) به‌صورت ۱ زمانی تعریف می‌شود که هزینه‌های خانوار برابر یا بیشتر از هزینه‌های معاش است اما کمتر از هزینه‌های معیشتی خالص از پرداخت‌های مستقیم از جیب سلامت باشد و در غیر این صورت ۰ است.
صورت کسر	جمعیتی که به‌علت پرداخت‌های مستقیم از جیب برای دریافت خدمات سلامت، هزینه‌های مصرفی آن‌ها پس از کسر پرداخت‌های مستقیم از جیب به زیر خط فقر سقوط کرده است.
مخرج کسر	کل جمعیت
روش تخمین	-
تفکیک‌کننده	-
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	مرکز آمار، پیمایش ملی هزینه درآمد خانوار
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	پیمایش هزینه-درآمد خانوار و بهره‌مندی از خدمات سلامت با اطلاعات کلی در مورد هزینه‌های خانوار
تناوب اندازه‌گیری	سالانه
واحد مسئول ارائه شاخص	مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

45. Population impoverished due to out-of-pocket health expenditure

Abbreviated name	Population impoverished due to out-of-pocket health expenditure
Indicator name	Population impoverished due to out-of-pocket health expenditure
Domain/subdomain	Health System Response/ Health financing
Related/Associated terms	Out-of-pocket health payments; catastrophic health expenditure
Definition	A non-poor household is impoverished (impoor) by health payments when it becomes poor after paying out-of-pocket for health services.
Measurement method	Primary data analysis: Poverty impact of health payments (impoor) is defined as 1 when household expenditure is equal to or higher than subsistence spending but is lower than subsistence spending net of out-of-pocket health payments, and 0 otherwise.
Numerator	A population whose consumption expenditure have fallen below the poverty line due to out-of-pocket to receive health services.
Denominator	Total Population
Method of estimation	-
Disaggregation	-
Primary/ preferred data sources	Statistical Center of Iran, National Household Budget (Expenditure) Surveys
Alternate/ other possible data sources	Household health expenditure and utilization surveys with information on total household expenditure
Measurement frequency	Annually

۴۶. تعداد کارکنان حوزه سلامت به‌ازای جمعیت

نام مخفف	تعداد کارکنان حوزه سلامت به‌ازای جمعیت
نام شاخص	تعداد کارکنان حوزه سلامت به‌ازای جمعیت: پزشکان، پرستاران، ماماها، داروسازان و دندان‌پزشکان
دامنه / زیر دامنه	پاسخگویی نظام سلامت / تأمین مالی هزینه‌های سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	نیروی کار سلامت
تعریف	تعداد کارکنان سلامت موجود در کشور نسبت به کل جمعیت
روش اندازه‌گیری	به‌طور ایده‌آل از طریق سوابق اجرایی روزمره (روتین) در مورد تعداد کارکنان فعال بخش سلامت ارزیابی می‌شود، و به‌طور منظم توسط مأموران سلامت ناحیه، لیست حقوق ثبت شده، مراکز بهداشتی درمانی فردی (هم بخش عمومی و هم خصوصی) و / یا دستگاه‌های نظارتی تخصصی سلامت، به‌روزرسانی و معرفی می‌شود (به‌عنوان مثال فصلی)، و در یک پایگاه داده مرکزی HRIS جمع‌آوری شده یا بانک اطلاعاتی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یا آژانس‌های تحت حمایت نگهداری می‌شود. اطلاعات مربوط به تعداد کارکنان بخش سلامت و جمعیت کل باید به‌صورت دوره‌ای در برابر داده‌هایی از سرشماری جمعیت یا یک منبع کشوری دیگری ارزیابی و تنظیم شود.
صورت کسر	تعداد مطلق کارگران سلامتی ثبت شده در یک زمان معین در یک کشور یا منطقه معین (حضور تمام افراد واجد شرایط برای شرکت در بازار کار سلامت ملی با استفاده از مهارت‌ها، سن، توانایی و حضور فیزیکی در کشور).
مخرج کسر	کل جمعیت برای یک منطقه جغرافیایی یکسان
روش تخمین	اگر یک پایگاه داده یا ثبت ملی وجود داشته باشد، باید ارزیابی از کامل بودن با استفاده از داده‌های سرشماری، تعداد کارکنان حوزه سلامت به‌ازای جمعیت، ثبت نام انجمن‌های حرفه‌ای، سرشماری تسهیلات، و غیره انجام شود. تعداد کارکنان حوزه سلامت به‌ازای جمعیت: درصد کل کارکنان سلامت که در مناطق شهری کار می‌کنند تقسیم بر درصد کل جمعیت مناطق شهری.
تفکیک‌کننده	شهری در برابر روستایی، مناطق، استان‌ها، بخش‌ها، مردان در برابر زنان، ملی و غیر ملی مدیریت اجرایی: عمومی، خصوصی غیرانتفاعی، خصوصی برای سود، و غیره (مانند parastatals).
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	سیستم گزارش‌دهی معمول به مراکز سلامت، بررسی‌های مبتنی بر جمعیت، سوابق اداری
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	-
تناوب اندازه‌گیری	ماهانه، ۳ ماهه یا سالانه برای سوابق معمول اداری. یک تمرین اعتبار سنجی هر ۳ تا ۵ سال یک‌بار در برابر یک ارزیابی ملی مبتنی بر جمعیت یا امکانات انجام می‌شود.
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت توسعه، مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

46. Density of health workers

Abbreviated name	Density of Health workers
Indicator name	Density of Health workers: Physicians, nurses, midwives, pharmacists and dentists
Domain/subdomain	Health System Response/ Health workforce
Related/Associated terms	Health workforce
Definition	The number of health workers available in a country relative to the total population.
Measurement method	Ideally assessed through routine administrative records on numbers of active health workers compiled, updated and submitted regularly (e.g. quarterly) by district health officers, payroll registrars, individual health facilities (both public and private) and/or health professional regulatory bodies, and collated into a centralized HRIS or database maintained by the ministry of health or other mandated agency. Information on the stock of health workers and on the total population should be periodically validated and adjusted against data from a population census or other nationally representative source.
Numerator	The absolute number of registered health workers at a given time in a given country or region (that is, all persons eligible to participate in the national health labor market by virtue of their skills, age, ability and physical presence in the country).
Denominator	The total population for the same geographical area.
Method of estimation	If there is a national database or registry, there should be regular assessment of completeness using census data, professional association registers, facility censuses, etc. Health worker concentration: percentage of all health workers working in urban areas divided by percentage of total population in urban areas.
Disaggregation	Urban vs. rural, regions, provinces, districts, male vs female, national vs non national- Managing authority: public, private not-for-profit, private for profit, and other (such as parastatals).
Primary/ preferred data sources	Routine health facility reporting system, population-based surveys, administrative records
Alternate/ other possible data sources	-
Measurement frequency	Monthly, quarterly or annually for routine administrative records. A validation exercise should be conducted every 3–5 years against a national population-based or facility-based assessment

۴۷. تعداد فارغ‌التحصیلان اخیر دارای پروانه مؤسسات آموزشی حرفه‌ای به‌ازای جمعیت

نام مخفف	تعداد فارغ‌التحصیلان اخیر دارای پروانه مؤسسات آموزشی حرفه‌ای به‌ازای جمعیت
نام شاخص	تعداد فارغ‌التحصیلان اخیر دارای پروانه مؤسسات آموزشی حرفه‌ای به‌ازای جمعیت
دامنه / زیر دامنه	پاسخگویی نظام سلامت / تأمین مالی هزینه‌های سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	تعداد سالانه فارغ‌التحصیلان مؤسسات آموزشی حرفه‌ای سلامت به‌ازای صد هزار نفر جمعیت به تفکیک شغل، تخصص و جنسیت
تعریف	تعداد فارغ‌التحصیلان مؤسسات آموزشی حرفه‌ای سلامت (از جمله مدارس پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، پرستاری، مامایی و سایر خدمات سلامتی) طی سال تحصیلی گذشته، تقسیم بر کل جمعیت.
روش اندازه‌گیری	از طریق سوابق اداری معمول از مؤسسات آموزش فردی (هر دو عمومی و خصوصی) مرتباً ارسال می‌شود (به‌عنوان مثال سالانه) و در یک HRIS یا بانک اطلاعاتی تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا سایر آژانس‌های تحت حمایت جمع‌آوری می‌شود. در بعضی موارد، داده‌ها می‌توانند در برابر ثبت سازمان‌های نظارتی حرفه‌ای که در آن مجوز یا گواهی برای تمرین لازم است، اعتبار داشته باشند.
صورت کسر	تعداد مطلق فارغ‌التحصیلان مؤسسات آموزشی در سال گذشته تحصیلی (با سطح و حوزه آموزش)
مخرج کسر	جمعیت کل
روش تخمین	-
تفکیک‌کننده	فارغ‌التحصیلان مرد و زن (پزشکان، پرستاران، ماماها، داروسازان و دندان‌پزشکان)
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	سوابق اداری، ثبت
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	-
تناوب اندازه‌گیری	سالانه
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت آموزش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

47. Density of recent graduates of registered health profession educational institutions

Abbreviated name	Density of recent graduates of registered health profession educational institutions
Indicator name	Density of recent graduates of registered health profession educational institutions
Domain/subdomain	Health System Response/ Health workforce
Related/Associated terms	Annual number of graduates of health professions educational institutions per 100 000 by occupation, specialization and gender
Definition	Number of graduates from health profession educational institutions (including schools of medicine, dentistry, pharmacy, nursing, midwifery and other health services) during the last academic year, divided by the total population.
Measurement method	Ideally assessed through routine administrative records from individual training institutions (both public and private) submitted regularly (e.g. annually) and collated into a centralized HRIS or database maintained by the ministry of health or other mandated agency. In some cases, data may be validated against registries of professional regulatory bodies where certification or licensure is required for practice
Numerator	The absolute number of graduates of health professions educational institutions in the past academic year (by level and field of education).
Denominator	Total population
Method of estimation	-
Disaggregation	Male and female graduates (Physicians, nurses, midwives, pharmacists and dentists)
Primary/ preferred data sources	Administrative records, registries
Alternate/ other possible data sources	-
Measurement frequency	Annual

۴۸. پوشش ثبت تولد

نام مخفف	پوشش ثبت تولد
نام شاخص	پوشش ثبت تولد
دامنه / زیر دامنه	پاسخگویی نظام سلامت / نظام اطلاعات سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	نظام ثبت‌احوال
تعریف	درصد زایمان ثبت شده در یک ماه از دوره در یک نظام ثبت شهری.
روش اندازه‌گیری	<p>شمارش کامل بودن مقیاسی است از میزان تولد و مرگ‌ومیر که در یک کشور در سال گذشته رخ داده و توسط نظام ثبت‌احوال ثبت می‌شود. چندین تکنیک آماری برای ارزیابی و تنظیم اطلاعات مربوط به تولدها و مرگ‌ومیرهایی که از ثبت شهری به‌دست می‌آیند، تدوین شده است. برخی از روش‌ها داده‌های منابع مستقل را مقایسه می‌کنند (رویکرد مستقیم صید - باز - صید)، درحالی‌که روش‌های غیرمستقیم تحلیلی دیگر براساس فرضیات مربوط به توزیع سنی جمعیت هستند. در صورت عدم استفاده از چنین روش‌هایی، روش اصلی‌تر برآورد کامل بودن با تقسیم تعداد واقعی تولدهای ثبت شده در کشور براساس تعداد کل زاد و ولد تخمین زده شده در کشور برای مدت مشابه و ضرب در ۱۰۰ درصد است تا به صورت درصد بیان شود.</p> <p>یک روش ساده برای اندازه‌گیری کامل بودن از این روش، استفاده از یک برآورد مستقل از تعداد کل زاد و ولد در کشور، به‌عنوان مثال از سرشماری است.</p> <p>اگر برآورد ملی معتبری وجود ندارد، می‌توان از برآورد بین‌المللی استفاده کرد. به‌عنوان مثال سازمان ملل هر سال میزان تولد و مرگ‌ومیر را در کشورهای عضو این کشور با استفاده از منابع مختلف و تکنیک‌های ارزیابی جمعیتی برآورد می‌کند.</p> <p>اعتبار چنین محاسباتی برای کامل بودن به قابلیت اطمینان برآوردهای مستقل نرخ خام تولد بستگی دارد. کامل بودن ثبت تولد به‌صورت زیر محاسبه می‌شود:</p>
صورت کسر	ثبت تولد کامل = (ثبت تولد / نرخ تولد خام میانه - جمعیت سال) × ۱۰۰
مخرج کسر	تعداد تولدهای ثبت شده
روش تخمین	<p>برآوردهای مربوط به پوشش از دو منبع به‌دست می‌آیند:</p> <p>سالنامه جمعیتی سازمان ملل ۲۰۰۷؛ فقط کسانی که کد "C" دارند (ثبت‌احوال، تخمین کامل بودن بیش از ۹۰ درصد) در آمار جهانی بهداشت ۲۰۱۰ گزارش شده‌اند.</p> <p>وضعیت یونیسف کودکان در جهان ۲۰۰۹؛ برآوردها مربوط به درصد کودکان کمتر از ۵ سال است که در لحظه بررسی ثبت شده بودند. صورت کسر این شاخص شامل کودکانی است که گواهی تولد آن‌ها توسط مصاحبه‌کننده و یا سرپرست آن‌ها دیده می‌شود و می‌گویند که تولد ثبت شده است. داده‌های MICS به کودکانی که در زمان انجام بررسی زنده هستند، اشاره دارند.</p>
تفکیک‌کننده	جنسیت، مکان (شهری / روستایی)، پنجک ثروت، مرزها؛ مناطق مدیریتی و سلامتی
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	ثبت‌احوال یا سیستم ثبت نام نمونه
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	سامانه‌های ثبت‌احوال و آمارهای حیاتی
تناوب اندازه‌گیری	سالانه
واحد مسئول ارائه شاخص	سازمان ثبت‌احوال

48. Births registration coverage

Abbreviated name	Births registration coverage
Indicator name	Birth registration coverage
Domain/subdomain	Health System Response/ Health Information system
Related/Associated terms	Civil registration system
Definition	Percentage of births that are registered within one month of age in a civil registration system.
Measurement method	<p>Enumeration</p> <p>Completeness is a measure of the extent to which the births and deaths that occur in a country in a given year are registered by the civil registration system. Several demographic techniques have been developed to assess and adjust information on births and deaths that come from civil registration.</p> <p>Some methods compare data from independent sources (direct "capture-recapture" approaches) whereas others are indirect analytic methods, based on assumptions about the population age distribution. If such methods have not been applied, a more basic approach is to estimate completeness by dividing the actual number of registered births in the country by the total estimated number of births in the country for the same period and multiplying by 100 to give a percentage.</p> <p>A simple way to measure completeness in this way is to use an independent estimate of the total number of births in the country, for example from the census. If no reliable national estimate is available, then an international one can be used. For example, each year the UN estimates birth and death rates in its Member States using various sources and demographic estimation techniques. The reliability of such calculations of registration completeness clearly depends on the reliability of the independent estimates of crude birth rate. Completeness of birth registration can be calculated as:</p>
Numerator	Birth registration completeness = $(\text{Registered Births} / \text{Crude Birth Rate} \times \text{Mid-Year Population}) \times 100$
Denominator	Number of births registered.
Method of estimation	<p>Estimates of coverage are taken from two sources:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. United Nations demographic yearbook 2007; Only those with the code "C" (Civil registration, estimated over 90% complete) are reported in the World Health Statistics 2010. 2. UNICEF's State of the World's Children 2009: Estimates refer to the percentage of children less than five years old who were registered at the moment of the survey. The numerator of this indicator includes children whose birth certificate was seen by the interviewer or whose mother or caretaker says the birth has been registered. MICS data refer to children alive at the time of the survey.
Disaggregation	Gender, location (urban / rural), wealth quintile, boundaries: administrative and health regions
Primary/ preferred data sources	Civil registration or sample registration system
Alternate/ other possible data sources	Civil registration and vital statistics systems
Measurement frequency	Annual

۴۹. پوشش ثبت مرگ

نام مخفف	پوشش ثبت مرگ
نام شاخص	پوشش ثبت مرگ
دامنه / زیر دامنه	پاسخگویی نظام سلامت / نظام اطلاعات سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	نظام ثبت‌احوال
تعریف	درصد مرگ‌ومیرهای ثبت شده (با سن و جنس).
روش اندازه‌گیری	سؤالاتی در مورد وجود گواهی مرگ برای همه مرگ‌های اخیر پرسیده می‌شود (به‌عنوان مثال در سال گذشته)، صورت کسر از شمارش تمام تلفات ثبت شده توسط نظام‌های ثبت جامعه یا نمونه، بیمارستان‌ها و نظام‌های گزارش‌دهی براساس جامعه ایجاد می‌شود. مخرج با شمارش کلیه مرگ‌ومیرها در همان دوره زمانی و همان منطقه جغرافیایی به‌دست می‌آید. در بعضی موارد، مانند بیشتر کشورها در صحرای آفریقا، به‌علت ثبت ناقص، اطلاعاتی در مورد مرگ‌ومیرها در دسترس نیست. در چنین مواردی، مرگ‌ها را باید با برون‌یابی داده‌های به‌دست‌آمده از سرشماری، با استفاده از تکنیک‌های جمعیتی یا مبتنی بر اطلاعاتی در مورد میزان مرگ‌ومیر ناشی از بررسی‌های مبتنی بر جمعیت برآورد کرد. اگرچه نظام‌های ثبت‌احوال ضروری هستند، اما رویکردهای مکمل برای تکمیل ثبت‌احوال برای پاسخ به تقاضا برای اطلاعات به‌موقع و ارزیابی عملکرد نظام‌ها لازم است. سازمان جهانی بهداشت با همکاری شرکا در حال افزایش تلاش‌ها برای بهبود کیفیت داده‌هایی است که زیربنای برآوردهای کلی در مورد مرگ‌ومیر براساس سن، جنس و علت هستند. این تلاش‌ها شامل استفاده بهتر از نظرسنجی‌ها و سرشماری‌های خانوارها، اجرای ابزارهای استاندارد کالبدشکافی شفاهی و استفاده از داده‌های ثبت شده جزئی و منابع دیگر از ثبت‌احوال است.
صورت کسر	تعداد مرگ‌ومیر ثبت شده
مخرج کسر	تعداد کل مرگ‌ومیر
روش تخمین	سازمان جهانی بهداشت، پوشش را با تقسیم تعداد کل مرگ که توسط اطلاعات مربوط به مرگ‌ومیر در سیستم آمار حیاتی برای یک‌سال ثبت شده‌اند، به‌وسیله برآورد کل مرگ‌ومیرها برای آن سال و جمعیت ملی به‌دست می‌آورد.
تفکیک‌کننده	جنسیت، مکان (شهری / روستایی)، پنجک ثروت، مرزها: مناطق مدیریتی و سلامتی
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	ثبت‌احوال یا سیستم ثبت نمونه
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	سامانه‌های ثبت‌احوال و آمار حیاتی
تناوب اندازه‌گیری	سالانه
واحد مسئول ارائه شاخص	سازمان ثبت‌احوال

49. Deaths registration coverage

Abbreviated name	Deaths registration coverage
Indicator name	Death registration coverage
Domain/subdomain	Health System Response/ Health Information system
Related/Associated terms	Civil registration system
Definition	Percentage of deaths that are registered (with age and sex).
Measurement method	<p>Questions about presence of a death certificate are asked for all recent deaths (e.g. in the last year)</p> <p>The numerator is generated from a count of all registered deaths as reported by civil or sample registration systems, hospitals and community-based reporting systems. The denominator is derived by a count of all deaths for the same time period and geographical region. In some cases, such as most countries in sub-Saharan Africa, information on total deaths is not available because of incomplete civil registration. In such instances, deaths have to be estimated by extrapolating data from censuses using demographic techniques or based on information about mortality rates derived from population-based surveys.</p> <p>Although civil registration systems are essential, complementary approaches to complete civil registration are needed to respond to the demand for timely information and to assess the performance of the systems themselves. WHO, in collaboration with partners, is stepping up efforts to improve the quality of data that underlies its overall estimates of mortality by age, gender and cause. Such efforts include making better use of household surveys and censuses, implementing standardized verbal autopsy instruments and using data from partial civil registration and sources other than civil registration.</p>
Numerator	Number of deaths registered
Denominator	Total number of deaths
Method of estimation	WHO estimates coverage by dividing the total number of deaths that have been registered with cause-of-death information in the vital registration system for a country-year by the total estimated deaths for that year for the national population
Disaggregation	Gender, location (urban / rural), wealth quintile, boundaries: administrative and health regions
Primary/ preferred data sources	Civil registration or sample registration system
Alternate/ other possible data sources	Civil registration and vital statistics systems
Measurement frequency	Annual

۵۰. در دسترس بودن داروهای ضروری در مراکز ارائه خدمات سلامت

نام مخفف	در دسترس بودن داروهای ضروری در مراکز ارائه خدمات سلامت
نام شاخص	در دسترس بودن داروهای ضروری در مراکز ارائه خدمات سلامت
دامنه / زیر دامنه	پاسخگویی نظام سلامت / داروها و تجهیزات پزشکی
شرایط مربوط / مرتبط	دسترسی به داروها: دسترسی مداوم و مقرون به صرفه به دارو از مراکز سلامت دولتی یا خصوصی که از محل زندگی افراد با پیاده‌روی، حداکثر یک ساعت فاصله است. توان مالی: هزینه درمان در رابطه با کمترین حقوق کارمند دولت
تعریف	متوسط درصد فروش داروها، جایی که انتخاب داروهای ضروری به صورت بررسی روزانه در آن پیدا می‌شوند.
روش اندازه‌گیری	پیمایش ملی قیمت دارو و در دسترس بودن داروها با استفاده از روش استاندارد که توسط سازمان جهانی بهداشت و Health Action International تدوین شده است. داده‌های مربوط به در دسترس بودن لیست مشخصی از داروها، در شش منطقه جغرافیایی یا اداری در یک نمونه از داروها در نقاط توزیع جمع‌آوری می‌شوند. لیست فعلی شامل ۱۴ داروی اساسی ضروری برای اندازه‌گیری قیمت داروها، در دسترس بودن، مقرون به صرفه بودن و اجزای قیمت را می‌توان در راهنمای WHO / HAI در لینک زیر یافت. گسترش این لیست به ۲۵ داروی اساسی ضروری در حال انجام است و لیست به روز شده در همان وب سایت در دسترس قرار داده خواهد شد.
صورت کسر	تعداد مراکز ارائه خدمات سلامت که ذخیره داروهای اساسی را دارند
مخرج کسر	تعداد کل مراکز ارائه خدمات سلامت
روش تخمین	در دسترس بودن سبد داروهای اساسی، برای اندازه‌گیری میزان دسترسی داروهای ضروری در مراکز ارائه خدمات سلامت عمومی و خصوصی استفاده می‌شود.
تفکیک‌کننده	مدیریت اجرایی: عمومی، خصوصی غیرانتفاعی، خصوصی برای سود، و غیره (مانند parastatals).
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	www.haiweb.org/medicine_prices
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	-
تناوب اندازه‌گیری	در صورت عدم نظارت روتین، توصیه می‌شود که یک پیمایش ملی از قیمت داروها و در دسترس بودن، هر ۳ تا ۵ سال با استفاده از روش استاندارد WHO / HAI انجام شود.
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

50. Availability of selected essential medicines health facilities

Abbreviated name	Availability of selected essential medicines health facilities
Indicator name	Availability of selected essential medicines health facilities
Domain/subdomain	Health System Response/ Medicines and medical devices
Related/Associated terms	Access to medicines: Having medicines continuously available and affordable at public or private health facilities or medicine outlets that are within one hour's walk of the population. Affordability: The cost of treatment in relation to lowest paid government employee
Definition	The average percentage of medicines outlets, where a selection of essential medicines are found on the day of the survey.
Measurement method	National surveys of medicine price and availability conducted using a standard methodology developed by WHO and Health Action International. Data on the availability of a specific list of medicines are collected from six geographic or administrative areas in a sample of medicine dispensing points. The current list of 14 core essential medicines can be found in the WHO/HAI manual for Measuring medicine prices, availability, affordability and price components, available at the link below. Expansion of the list to 25 core essential medicines is ongoing and the updated list will be available at the same web location.
Numerator	Number of facilities with essential medicines in stock.
Denominator	Total number of health facilities.
Method of estimation	Availability of a basket of core essential medicines is used to measure availability of essential medicines in public and private facilities.
Disaggregation	Managing authority: public, private not-for-profit, private for profit, and other (such as parastatals).
Primary/ preferred data sources	www.haiweb.org/medicine_prices
Alternate/ other possible data sources	-
Measurement frequency	In the absence of routine monitoring, it is recommended that a national survey of medicine prices and availability be conducted every three to five years using the WHO/HAI standard methodology.

۵۱. تراکم وسایل پزشکی منتخب به ازای یک میلیون نفر

نام مخفف	تراکم وسایل پزشکی منتخب به ازای یک میلیون نفر
نام شاخص	تراکم وسایل پزشکی منتخب به ازای یک میلیون نفر در مراکز ارائه خدمات سلامت عمومی و خصوصی
دامنه / زیر دامنه	پاسخگویی نظام سلامت / داروها و تجهیزات پزشکی
شرایط مربوط / مرتبط	سی تی اسکن، دستگاه اشعه ایکس است که بسیاری از تصاویر اشعه ایکس را با کمک یک رایانه برای تولید نماهای مقطعی و در صورت لزوم، تصاویر سه بعدی از اندام‌های داخلی بدن و ساختار بدن ترکیب می‌کند. واحدهای ام آر آی برای تجسم ساختارهای داخلی بدن با استفاده از زمینه مغناطیسی و الکترومغناطیسی که اثر رزونانس اتم‌های هیدروژن را القا می‌کنند، طراحی شده‌اند. انتشار الکترومغناطیسی ایجاد شده توسط این اتم‌ها توسط یک کامپیوتر اختصاصی برای تولید تصاویر از ساختار بدن، ثبت و پردازش می‌شود. از دوربین‌های گاما (از جمله توموگرافی کامپیوتری تک فوتونی انتشار، SPECT) برای روش‌های پزشکی هسته‌ای که در آن برای ثبت اشعه گامای منتشر شده از ایزوتوپی که به بدن بیمار تزریق می‌شود، دور بیمار می‌چرخد، استفاده می‌شود. داده‌های جمع‌آوری شده توسط یک کامپیوتر برای شکل دادن تصویر توموگرافی (مقطعی) پردازش می‌شوند. NB: واحدهای رادیوتراپی به جای دوربین‌های گاما در WHS و داده‌های گزارش شده، پس از مشاوره با ادهام اسماعیل ماموگرافی، دستگاه‌های پرتونگاری بانرژی کم هستند که از آن‌ها به عنوان ابزار تشخیصی و غربالگری تشخیص اولیه سرطان پستان، به طور معمول از طریق تشخیص توده‌های مشخص و / یا میکرو محاسبات استفاده می‌شود.
تعریف	واحدهای تفریق آنژیوگرافی دیجیتال، یک تصویر پویا (که بعد از تزریق کنتراست به دست می‌آید) را با یک عکس ایستا گرفته شده قبل از تزریق کنتراست ترکیب می‌کنند. تفریق این تصاویر تصویر دقیق سیستم قلبی عروقی ایجاد می‌کند. Lithotriptors، تجهیزات موج شوک خارج از بدن هستند که برای خرد کردن سنگ کلیه و سنگ‌های صفاوی مورد استفاده قرار می‌گیرند. این شاخص تعداد و تراکم کل به ازای یک میلیون نفر (زنان ۵۰ تا ۶۰ سال در مورد ماموگرافی) را اندازه می‌گیرد. در دسترس بودن و استفاده از ۶ دستگاه پزشکی - محاسبه سی تی اسکن، ام آر آی، دوربین‌های گاما، ماموگرافی، واحدهای آنژیوگرافی و لیتوتریپرها.
روش اندازه‌گیری	ارزیابی از طریق نظام ثبت جاری اطلاعات و تعداد واحدهای موجود در مراکز ارائه خدمات سلامت انجام می‌شود و این اطلاعات مرتب به روز رسانی می‌شود.
صورت کسر	-
مخرج کسر	-
روش تخمین	مقدار اول و صورت کسر برای مقدار دوم: تعداد واحد مطلق در یک زمان معین در یک کشور یا منطقه خاص مخرج برای مقدار دوم: جمعیت کل (زنان ۵۰ تا ۶۹ ساله مورد ماموگرافی) برای همان منطقه جغرافیایی.
تفکیک‌کننده	مدیریت اجرایی: عمومی، خصوصی غیرانتفاعی، خصوصی برای سود، و غیره
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	ارزیابی مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	http://www.who.int/gho/database/en/
تناوب اندازه‌گیری	در صورت عدم نظارت روتین، توصیه می‌شود که یک پیمایش ملی از فناوری‌های پیشرفته وسایل پزشکی و در دسترس بودن آن‌ها هر دو سال یکبار انجام شود.
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - سازمان غذا و دارو

51. Density per million population of six selected medical devices

Abbreviated name	Density per million population of six selected medical devices
Indicator name	Density per million population of six selected medical devices in public and private health facilities
Domain/subdomain	Health System Response/ Medicines and medical devices
Related/Associated terms	<p>Computed Tomography scanners are x-ray machines which combines many x-ray images with the aid of a computer to generate cross-sectional views and, if needed, three-dimensional images of the internal organs and structures of the body.</p> <p>Magnetic Resonance Imaging units are designed to visualize internal structures of the body using magnetic and electromagnetic fields which induce a resonance effect of hydrogen atoms. The electromagnetic emission created by these atoms is registered and processed by a dedicated computer to produce the images of the body structures.</p> <p>Gamma cameras (including Single Photon Emission Computed Tomography, SPECT) are used for nuclear medicine procedures in which the camera rotates around the patient to register gamma rays emission from an isotope injected to the patient's body. The gathered data are processed by a computer to form a tomographic (cross-sectional) image. NB: Radiotherapy units rather than Gamma cameras in both WHS and Reported data after consultation with Adham Ismail Mammographs are low-energy X-ray devices used as diagnostic and a screening tools for the early detection of breast cancer, typically through detection of characteristic masses and/or micro calcifications.</p> <p>Digital Subtraction Angiography units combine a dynamic picture (obtained after contrast injection) with a static picture taken before contrast injection. Subtraction of these pictures creates an accurate image of the cardiovascular system.</p> <p>Lithotriptors are extracorporeal shock wave machines used to shatter kidney stones and gallstones.</p>
Definition	This indicator measures the total number and density per million population (females aged 50- 60 years in case of Mammography) on the availability and use of 6 medical devices – Computed Tomography (CT) scanners, Magnetic Resonance Imaging (MRI) units, Gamma Cameras, Mammography, Angiography Units, and Lithotripters.
Measurement method	Assessed through routine administrative records on numbers of units existing within a health care facility compiled, updated and submitted regularly.
Numerator	-
Denominator	-
Method of estimation	First Measure and Numerator for Second Measure: The absolute number of units at a given time in a given country or region. Denominator for Second Measure: The total population (females aged 50-69 years in case of Mammographs) for the same geographical area.
Disaggregation	Managing authority: public, private not-for-profit, private for profit, and others.
Primary/ preferred data sources	Health facility assessments
Alternate/ other possible data sources	http://www.who.int/gho/database/en/
Measurement frequency	In the absence of routine monitoring, it is recommended that a national survey of these high tech medical devices and their availability be conducted every two years

۵۲. تراکم مراکز مراقبت‌های سلامت اولیه به‌ازای جمعیت (بخش عمومی و بخش خصوصی)

نام مخفف	تراکم مراکز مراقبت‌های سلامت اولیه
نام شاخص	تراکم مراکز مراقبت‌های سلامت اولیه (بخش عمومی و بخش خصوصی)
دامنه / زیر دامنه	پاسخگویی نظام سلامت / ارائه خدمات نظام سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	مراقبت‌های سلامت اولیه
تعریف	تعداد مراکز سلامت عمومی و خصوصی نسبت به کل جمعیت موجود برای همان منطقه جغرافیایی.
روش اندازه‌گیری	تعداد مراکز مراقبت‌های سلامت اولیه موجود در کشور، تقسیم بر تعداد جمعیت می‌شود.
صورت کسر	بانک‌های اطلاعاتی منطقه‌ای و ملی، تعداد مراکز مراقبت‌های سلامت عمومی که اغلب آنها براساس نوع مراکز ارائه می‌شوند (مانند: مرکز بهداشت، مراکز PHC، پست بهداشتی، خانه‌های بهداشت و داروخانه‌های عمومی) را فراهم می‌کند. تلاش‌های ویژه، خصوصاً در صورت عدم وجود سرشماری مراکز، اغلب برای به‌دست‌آوردن تعداد مراکز خصوصی لازم است که سیستم ثبت نام اجرا شود. پیمایش نمونه مراکز داده‌های مورد نیاز برای محاسبه، در دسترس بودن خدمات را ارائه نمی‌دهد.
مخرج کسر	اطلاعات جمع‌آوری شده به‌طور مستقیم از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق پیمایش سلامت ملی بدست می‌آیند.
روش تخمین	-
تفکیک‌کننده	محل سکونت: شهری در مقابل روستایی، مناطق، استان‌ها و نواحی. مدیریت اجرایی: عمومی، خصوصی غیرانتفاعی، خصوصی برای سود، و غیره (مانند parastatals)
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	بانک اطلاعات منطقه‌ای و ملی مراکز سلامت (که اغلب نیاز به سرشماری مراکز دارند)
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	-
تناوب اندازه‌گیری	به‌روزرسانی سالانه تعداد امکانات PHC و اعتبارسنجی هر ۳ تا ۵ سال از طریق سرشماری کامل
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

52. Density of primary health care facilities (public and private sector)

Abbreviated name	Density of primary health care facilities
Indicator name	Density of primary health care facilities (public and private sector)
Domain/subdomain	Health System Response/ Service delivery
Related/Associated terms	Primary health care
Definition	The number of public and private primary health care facilities available relative to the total population for the same geographical area.
Measurement method	Count of primary health care facilities available in the country, divided by the number of population.
Numerator	District and national databases provide the number of public primary health care facilities, often by type (such as, health center, PHC centers, health post, health houses, and dispensary). Special efforts, notably facility censuses, are often required to obtain the number of private facilities, especially if no registration system is enforced. A facility sample survey will not provide the data needed to compute service availability.
Denominator	Information collected directly from ministries of health through the baseline national health survey
Method of estimation	-
Disaggregation	Location: urban vs. rural, regions, provinces, districts; managing authority: public, private not-forprofit, private for profit, and other (such as parastatals).
Primary/ preferred data sources	District and national database of health facilities (often requiring facility censuses)
Alternate/ other possible data sources	--
Measurement frequency	Annual updating of the number of PHC facilities, and validation every 3–5 years through a complete census.

۵۳. تراکم تخت‌های بیمارستانی به‌ازای جمعیت

نام مخفف	تراکم تخت‌های بیمارستانی
نام شاخص	تراکم تخت‌های بیمارستانی (به‌ازای ده هزار نفر جمعیت)
دامنه / زیر دامنه	پاسخگویی نظام سلامت / ارائه خدمات نظام سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	دسترسی
تعریف	تعداد تخت‌های بستری موجود نسبت به کل جمعیت برای همان منطقه جغرافیایی.
روش اندازه‌گیری	معمولاً داده‌ها در یک پایگاه داده ملی ذخیره می‌شود. به روزرسانی منظم از طریق پیمایش یا سرشماری مراکز سلامت مورد نیاز است.
صورت کسر	تعداد تخت‌های بستری که شامل کل تخت‌های بیمارستان (برای مراقبت طولانی‌مدت و حاد)، تخت زایمان و تخت کودکان است. بخش‌های عمومی و خصوصی، محل / منطقه / استان یا کشور
مخرج کسر	جمعیت کل برای همان منطقه جغرافیایی.
روش تخمین	-
تفکیک‌کننده	محل سکونت: شهری در مقابل روستایی، مناطق، استان‌ها و نواحی؛ مدیریت اجرایی: عمومی، خصوصی غیرانتفاعی، خصوصی برای سود، و غیره...
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	بانک‌های اطلاعاتی منطقه‌ای و ملی تعداد تخت‌ها را ارائه می‌دهند. تلاش‌های ویژه، به‌ویژه سرشماری مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت، غالباً برای به‌دست آوردن تعداد تخت‌ها در مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت خصوصی، خصوصاً در صورت عدم وجود سیستم ثبت، لازم است اجرا شود.
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	-
تناوب اندازه‌گیری	به‌روزرسانی منظم تعداد تخت‌ها در مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت و اعتبارسنجی هر ۳ تا ۵ سال از طریق سرشماری کامل
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

53. Density of inpatient beds (hospitals)

Abbreviated name	Hospital bed density
Indicator name	Hospital bed density (per 10 000 population)
Domain/subdomain	Health System Response/ Service delivery
Related/Associated terms	Access
Definition	The number of inpatient beds available relative to the total population for the same geographical area.
Measurement method	A national database is usually maintained. Regular updates through surveys or facility censuses are needed.
Numerator	The number of inpatient beds. This includes total hospital beds (for long-term) and acute care), maternity beds and pediatric beds, but not delivery beds. Public and private sectors are included. locality/ district/ province or country
Denominator	The total population for the same geographical area.
Method of estimation	-
Disaggregation	Location: urban vs. rural, regions, provinces, districts; Managing authority: public, private not-for-profit, private for profit, and other (such as parastatals).
Primary/ preferred data sources	District and national databases provide the number of beds. Special efforts, notably facility censuses, are often required to obtain the number of beds in private facilities, especially if no registration system is enforced.
Alternate/ other possible data sources	-
Measurement frequency	Regular updating of the number of beds in facilities, and validation every 3-5 years through a complete census.

۵۴. بروز عفونت زخم بعد از جراحی

نام مخفف	بروز عفونت زخم بعد از جراحی
نام شاخص	بروز عفونت زخم بعد از جراحی
دامنه / زیر دامنه	پاسخگویی نظام سلامت / ارائه خدمات نظام سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	نسبت بیماران مبتلا به عفونت زخم بعد از جراحی
تعریف	تعداد بیماران مبتلا به عفونت زخم بعد از جراحی
روش اندازه‌گیری	کل بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار گرفتند
صورت کسر	تعداد بیماران مبتلا به عفونت زخم جراحی
مخرج کسر	مجموع بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند
روش تخمین	-
تفکیک‌کننده	محل سکونت: شهری در مقابل روستایی، مناطق، استان‌ها و نواحی؛ مدیریت اجرایی: عمومی، خصوصی غیرانتفاعی، خصوصی برای سود، و غیره...
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت، سیستم نظارت
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	سامانه ثبت مراکز سلامت
تناوب اندازه‌گیری	مداوم
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

54. Surgical wound infection rate

Abbreviated name	Surgical wound infection
Indicator name	Surgical wound infection rate
Domain/subdomain	Health System Response/ Service delivery
Related/Associated terms	Proportion of patients with surgical wound infections
Definition	Number of patients with surgical wound infections
Measurement method	Total patients who underwent surgical operations
Numerator	Number of patients with surgical wound infections
Denominator	Total patients who underwent surgical operations
Method of estimation	-
Disaggregation	Residence (urban/ rural), regions, Managing authority: public, private not-for-profit, private for profit, and other
Primary/ preferred data sources	Health facility data, surveillance system
Alternate/ other possible data sources	Health facility registry system
Measurement frequency	continuous

۵۵. سرانه بار مراجعه سرپایی سالانه

نام مخفف	تعداد مراجعه سرپایی سالانه
نام شاخص	سرانه بار مراجعه سرپایی سالانه
دامنه / زیر دامنه	پاسخگویی نظام سلامت / ارائه خدمات نظام سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	متوسط مدت اقامت: شاخص کیفیت و کارایی خدمات سلامت.
تعریف	میزان اشغال تخت: شاخص کارایی خدمات
روش اندازه‌گیری	تعداد ویزیت‌های سرپایی مراکز سلامت نسبت به کل جمعیت در همان ناحیه جغرافیایی است
صورت کسر	تعداد مراجعه به مراکز سلامت برای مراقبت سرپایی، از جمله ایمن‌سازی، مراجعه (OPD بیمارستان‌ها و امکانات PHC) در سال
مخرج کسر	جمعیت کل در همان ناحیه جغرافیایی
روش تخمین	تعداد مراجعه به‌ازای هر نفر در هر سال که تقریباً ۳-۴ است
تفکیک‌کننده	جداسازی افراد زیر ۵ سال و بالاتر از ۵ سال، ناحیه / استان یا منطقه قابل ارائه است
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	نظام گزارش‌دهی معمول به مراکز سلامت و بررسی‌های مبتنی بر جمعیت
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	-
تناوب اندازه‌گیری	سالانه
واحد مسئول ارائه شاخص	مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

55. Annual number of outpatient department visits, per capita

Abbreviated name	Annual number of outpatient department visits
Indicator name	Annual number of outpatient department visits, per capita
Domain/subdomain	Health System Response/ Service delivery
Related/Associated terms	Average length of stay: an indicator of quality and efficiency of health services.
Definition	Bed occupancy rate: an indicator of efficiency of services
Measurement method	The number of outpatient visits to health facilities relative to the total population of the same geographical area
Numerator	Count of visits to health facilities for ambulant care, not including immunization, visits (OPD of hospitals and PHC facilities) per year
Denominator	total population of the same geographical area
Method of estimation	Number of visits per person per year that is approximately 3-4
Disaggregation	Disaggregation by under 5 years old vs above 5 years old, district or province/region can be presented
Primary/ preferred data sources	Routine health facility reporting system and population-based surveys
Alternate/ other possible data sources	-
Measurement frequency	Annually

۵۶. نیاز برآورد شده برای پیشگیری از بارداری

نام مخفف	نیاز برآورد شده برای پیشگیری از بارداری
نام شاخص	نیاز برآورد شده برای پیشگیری از بارداری
دامنه / زیر دامنه	پوشش خدمات/پاسخگویی نظام سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	نیاز برآورد نشده
تعریف	نسبت زنان ۱۵ تا ۴۹ سال که در سن باروری بوده، از نظر جنسی فعال هستند و برای نیاز تنظیم خانواده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند.
روش اندازه‌گیری	درصد زنان در سنین باروری (۱۵ تا ۴۹ سال) که نیاز خود به تنظیم خانواده را با روش‌های نوین برآورده می‌کنند که همچنین به‌عنوان نسبت تقاضای برآورده شده با روش‌های مدرن نامیده می‌شود. مؤلفه‌های شاخص شیوع پیشگیری از بارداری (هر روش و روش‌های نوین) و نیاز برآورده نشده به تنظیم خانواده هستند. در حال حاضر، گونه‌ای از این شاخص که اندازه‌گیری می‌شود درصد زنان در سنین باروری (۱۵ تا ۴۹ سال) است که از نظر جنسی فعال هستند و نیاز خود را به تنظیم خانواده با روش‌های مدرن برآورده می‌کنند.
صورت کسر	تعداد زنان با تقاضای برآورده شده برای تنظیم خانواده که از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری استفاده کرده‌اند.
مخرج کسر	تعداد کل زنانی که نیاز به تنظیم خانواده دارند.
روش تخمین	پیمایش‌های خانوار شامل مجموعه‌ای از سؤالات برای اندازه‌گیری میزان شیوع مدرن پیشگیری از بارداری و تقاضا برای تنظیم خانواده است. تقاضای کل برای تنظیم خانواده به‌عنوان مجموع تعداد زنان در سنین باروری (۱۵ تا ۴۹ سال) که متأهل یا در رابطه هستند و در حال حاضر از حداقل یک روش پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند یا شریک جنسی آنها در حال حاضر از یک روش پیشگیری از بارداری استفاده می‌کند و نیاز برآورده نشده برای تنظیم خانواده تعریف می‌شود. نیاز برآورده نشده برای تنظیم خانواده عبارت است از نسبت زنان در سنین باروری (۱۵ تا ۴۹ سال) که متأهل یا در یک رابطه توافقی هستند که بارور بوده و از نظر جنسی فعال هستند اما از هیچ یک روش‌های پیشگیری از بارداری (مدرن یا سنتی) استفاده نمی‌کنند و گزارش می‌دهند که بچه‌ای دیگری نمی‌خواهند یا می‌خواهند تولد فرزند بعدی خود را حداقل دو سال به تأخیر بیندازند. شامل موارد زیر است: ۱. همه زنان باردار (متأهل یا در پیوند توافقی) که حاملگی آنها در زمان لقاح ناخواسته یا بی‌موقع (حاملگی‌هایی که در زمان مورد نظر خواسته نمی‌باشد) بوده است؛ ۲. تمام زنان آمنوره پس از زایمان (متأهل یا در پیوند توافقی) که از تنظیم خانواده استفاده نمی‌کنند و آخرین تولد آنها ناخواسته یا بی‌موقع بوده است؛ ۳. همه زنان بارور (متأهل یا در پیوند توافقی) که نه باردار هستند و نه آمنوره پس از زایمان و کسانی که یا دیگر بچه نمی‌خواهند (می‌خواهند تعداد خانواده را محدود کنند)، یا کسانی که می‌خواهند تولد یک کودک را حداقل برای دو سال به تعویق بیندازند یا نمی‌دانند چه زمانی یا اگر فرزند دیگری می‌خواهند (می‌خواهند به دنیا بیاورند)، اما از هیچ روش پیشگیری استفاده نمی‌کنند.
تفکیک‌کننده	سن، روش مورد استفاده، پنجک ثروت (مقایسه پنجک فقیر و ثروتمند)، وضعیت ازدواج، برابری، شهری/روستایی، نژاد و قومیت و غیره
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش‌ها برای مثال DHS، MICS، RHS و دیگر پیمایش‌های حمایت‌شده ملی
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	آمار خدمت
تناوب اندازه‌گیری	هر ۳ الی ۵ سال
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

56. Need for contraception satisfied

Abbreviated name	Need for contraception satisfied
Indicator name	Need for contraception satisfied
Domain/subdomain	Health System Response/ Service coverage
Related/Associated terms	Unmet need
Definition	Proportion of women of reproductive age (15-49 years), who are sexually active, who have their need for family planning satisfied with modern methods
Measurement method	<p>The percentage of women of reproductive age (15–49 years) who have their need for family planning satisfied with modern methods is also referred to as the proportion of demand satisfied by modern methods.</p> <p>The components of the indicator are contraceptive prevalence (any method and modern methods) and unmet need for family planning.</p> <p>Currently, the variant of this indicator that is measured is “Percentage of women of reproductive age (15–49 years) who are sexually active and who have their need for family planning satisfied with modern methods.</p>
Numerator	Number of women with family planning demand who use modern methods
Denominator	Total number of women in need of family planning
Method of estimation	<p>Household surveys include a series of questions to measure modern contraceptive prevalence rate and demand for family planning. Total demand for family planning is defined as the sum of the number of women of reproductive age (15–49 years) who are married or in a union and who are currently using, or whose sexual partner is currently using, at least one contraceptive method, and the unmet need for family planning.</p> <p>Unmet need for family planning is the proportion of women of reproductive age (15–49 years) either married or in a consensual union, who are fecund and sexually active but who are not using any method of contraception (modern or traditional), and report not wanting any more children or wanting to delay the birth of their next child for at least two years.</p> <p>Included are: 1. all pregnant women (married or in a consensual union) whose pregnancies were unwanted or mistimed at the time of conception; 2. all postpartum amenorrhoeic women (married or in consensual union) who are not using family planning and whose last birth was unwanted or mistimed; 3. all fecund women (married or in consensual union) who are neither pregnant nor postpartum amenorrhoeic, and who either do not want any more children (want to limit family size), or who wish to postpone the birth of a child for at least two years or do not know when or if they want another child (want to space births), but are not using any contraceptive method.</p>
Disaggregation	Age, method, wealth quintile (comparing the lowest to the highest quintile), marital status, parity, urban/rural, ethnicity, etc.
Primary/ preferred data sources	Surveys such as the DHS, RHS, MICS, and other nationally Sponsored surveys.
Alternate/ other possible data sources	Service statistics
Measurement frequency	Every 3-5 years

۵۷. پوشش مراقبت دوران بارداری (یک بار و بیشتر)

نام مخفف	پوشش مراقبت دوران بارداری
نام شاخص	پوشش مراقبت دوران بارداری-حداقل یک‌بار ویزیت (درصد)
دامنه / زیر دامنه	پوشش خدمات/پاسخگویی نظام سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	تولد زنده، کارکنان دوره دیده یا مراقبان سلامتی تحصیل کرده
تعریف	درصد زنان ۱۵ تا ۴۹ سال با یک تولد زنده در یک دوره زمانی معین که در دوران بارداری توسط مراقب سلامتی دوره دیده یا تحصیل کرده (برای مثال پزشکان، پرستاران یا ماماها) حداقل یک‌بار مراقبت شده‌اند.
روش اندازه‌گیری	تعداد زنان ۱۵ تا ۴۹ سال با یک تولد زنده در یک دوره زمانی معین که در دوران بارداری توسط مراقب سلامتی دوره دیده یا تحصیل کرده (برای مثال پزشکان، پرستاران یا ماماها) حداقل یک‌بار مراقبت شده‌اند به‌عنوان درصدی از زنان ۱۵ تا ۴۹ سال با یک تولد زنده در همان دوره بیان می‌شود. (تعداد زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله که حداقل یک‌بار در دوران بارداری توسط مراقب سلامتی دوره دیده به‌دلایل مرتبط با بارداری مراقبت شده‌اند/تعداد کل زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله با یک تولد زنده) $\times 100$. شاخص‌های مراقبت در دوران بارداری (حداقل یک‌بار یا حداقل ۴ بار ویزیت) مبتنی بر سؤالات استاندارد پیمایش خانوار است که می‌پرسند سلامت مادر در دوران بارداری چند بار و توسط چه کسی چک شده است. سیستم مدیریت اطلاعات درمانی ویزیت‌های زنان در طول بارداری را ثبت می‌کنند و این‌ها می‌توانند جمع‌آوری شده و با برآورد زنان در سن باروری در مخرج کسر قرار بگیرند تا ویزیت در دوران بارداری را بشود تخمین زد. محل سکونت: (شهری در مقابل روستایی)، مناطق، استان‌ها، بخش‌ها؛ نوع اداره: (عمومی، خصوصی غیرانتفاعی، خصوصی انتفاعی و سایر (نظیر بخش‌های نیمه‌دولتی) نوع غالب آمار: تعدیل شده
صورت کسر	تعداد زنان ۱۵ تا ۴۹ سال با تولد زنده در یک دوره زمانی مشخص که حداقل یک بار در طول دوره بارداری خود مراقبت‌های دوران بارداری را دریافت کرده‌اند.
مخرج کسر	تعداد کل زنان ۱۵ تا ۴۹ سال با تولد زنده در همان دوره.
روش تخمین	سازمان جهانی بهداشت و یونیسف داده‌های تجربی را از پیمایش‌های خانوار جمع‌آوری می‌کنند. قبل از گنجاندن داده‌ها در پایگاه‌های اطلاعاتی جهانی، یونیسف و سازمان جهانی بهداشت فرآیندی را برای راستی‌آزمایی داده‌ها انجام می‌دهند که شامل مکاتبه با دفاتر میدانی برای روشن کردن هرگونه سؤال در مورد برآوردها می‌باشد. مجموعه‌ای منطقه‌ای و جهانی، میانگین وزنی داده‌های کشور هستند که از تعداد تولدهای زنده برای سال مرجع در هر کشور به‌عنوان وزن استفاده می‌کنند. اگر کمتر از ۵۰ درصد از تولدهای زنده در منطقه تحت پوشش قرار گیرند، هیچ ارقامی گزارش نمی‌شوند.
تفکیک‌کننده	محل سکونت، سطح تحصیلات، پنجک ثروت، مرزها: تقسیمات اداری و تقسیمات مرتبط با سلامت
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش‌های خانوار، سوابق سیستم‌های اطلاعات مدیریت درمانی
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	سیستم گزارش‌دهی مراکز
تناوب اندازه‌گیری	هر ۳ الی ۵ سال (بسته به فراوانی پیمایش‌های خانوار)
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

57. Antenatal care coverage (1+)

Abbreviated name	Antenatal care coverage
Indicator name	Antenatal care coverage – at least one visit (%)
Domain/subdomain	Health System Response/ Service coverage
Related/Associated terms	Live birth, skilled birth personnel
Definition	The percentage of women aged 15-49 years with a live birth in a given time period that received antenatal care provided by skilled health personnel (doctors, nurses, or midwives) at least once during pregnancy.
Measurement method	The number of women aged 15-49 years with a live birth in a given time period that received antenatal care provided by skilled health personnel (doctors, nurses or midwives) at least once during pregnancy is expressed as a percentage of women aged 15-49 years with a live birth in the same period: $(\text{Number of women aged 15-49 years attended at least once during pregnancy by skilled health personnel for reasons related to the pregnancy} / \text{Total number of women aged 15-49 years with a live birth}) \times 100$. The indicators of antenatal care (at least one visit and at least four visits) are based on standard household survey questions that ask if, how many times, and by whom the health of the woman was checked during pregnancy. The MMIS records antenatal visits and these can be compiled and used with estimates of women of reproductive age in the denominator to produce an estimate of ANC visits. Location: urban vs. rural, regions, provinces, districts; managing authority: public, private not-forprofit, private for profit, and other (such as parastatals). Predominant type of statistics: adjusted
Numerator	Number of women aged 15–49 years with a live birth in a given time period who received antenatal care at least once during pregnancy.
Denominator	Total number of women aged 15–49 years with a live birth in the same period.
Method of estimation	WHO and UNICEF compile empirical data from household surveys. Before data are included into the global databases, UNICEF and WHO undertake a process of data verification that includes correspondence with field offices to clarify any questions regarding estimates. Regional and global aggregates are weighted averages of the country data, using the number of live births for the reference year in each country as the weight. No figures are reported if less than 50 per cent of the live births in the region are covered.
Disaggregation	Location, education level, wealth quintile, boundaries: administrative and health regions
Primary/ preferred data sources	Household surveys, MMIS records
Alternate/ other possible data sources	Facility reporting system
Measurement frequency	Every 3–5 years (depending on frequency of household surveys)

۵۸. پوشش مراقبت دوران بارداری (چهار بار و بیشتر)

نام مخفف	پوشش مراقبت دوران بارداری
نام شاخص	پوشش مراقبت دوران بارداری-حداقل چهار بار ویزیت (درصد)
دامنه / زیر دامنه	پوشش خدمات/پاسخگویی نظام سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	تولید مثل، مادران، نوزادان، کودکان و نوجوانان
تعریف	درصد زنان ۱۵ تا ۴۹ سال با یک تولد زنده در یک دوره زمانی معین که در دوران بارداری توسط مراقب سلامتی دوره دیده یا تحصیل کرده چهار بار یا بیشتر از چهار بار مراقبت شده‌اند.
روش اندازه‌گیری	تعداد زنان ۱۵ تا ۴۹ سال با یک تولد زنده در یک دوره زمانی معین که در دوران بارداری توسط مراقب سلامتی دوره دیده یا تحصیل کرده (برای مثال پزشکان، پرستاران یا ماماها) ۴ یا بیشتر از ۴ بار مراقبت شده‌اند به‌عنوان درصدی از زنان ۱۵ تا ۴۹ سال با یک تولد زنده در مدت مشابه بیان می‌شود. (تعداد زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله که حداقل یک‌بار در دوران بارداری توسط مراقب سلامتی دوره دیده به‌دلایل مرتبط با بارداری مراقبت شده‌اند/تعداد کل زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله با یک تولد زنده) $\times 100$.
صورت کسر	زنان ۱۵ تا ۴۹ سال با یک تولد زنده در یک دوره زمانی معین که در دوران بارداری توسط مراقب سلامتی دوره دیده یا تحصیل کرده چهار بار یا بیشتر مراقبت شده‌اند.
مخرج کسر	تعداد کل زنان ۱۵ تا ۴۹ سال با یک زایمان زنده در مدت مشابه
روش تخمین	شاخص‌های مراقبت در دوران بارداری (حداقل یک‌بار یا حداقل ۴ بار ویزیت) مبتنی بر سؤالات استاندارد پیمایش خانوار است که می‌پرسند سلامت زن در دوران بارداری چند بار و توسط چه کسی چک شده است. برخلاف پوشش مراقبت دوران بارداری (حداقل یک‌بار مراقبت)، پوشش مراقبت دوران بارداری (حداقل ۴ بار مراقبت) شامل مراقبت از هر ارائه‌کننده و نه فقط مراقب سلامتی دوره دیده است. این امر به این دلیل است که پیمایش‌های خانوار کلیدی در سطح ملی، اطلاعات مربوط به نوع ارائه‌دهنده برای هر بار ویزیت را جمع‌آوری نمی‌کنند. پیمایش‌های خانواری که این شاخص از آن‌ها به دست می‌آید شامل: پیمایش سلامت و جمعیت، پیمایش شاخص‌های خوشه‌ای چندگانه سلامت، پیمایش‌های باروری و خانواده، پیمایش‌های سلامت باروری (تولید مثل) و سایر پیمایش‌های براساس متدولوژی مشابه. سیستم گزارش دهی خدمات/مراکز می‌توانند در جاهایی که پوشش بالا است معمولاً در کشورهای صنعتی مورد استفاده قرار بگیرد. سازمان جهانی بهداشت و یونیسف داده‌های تجربی را از پیمایش‌های خانوار جمع‌آوری می‌کنند. در سطح جهانی از داده‌های گزارش مراکز استفاده نمی‌شود. قبل از اینکه داده‌ها در پایگاه داده‌های جهانی، یونیسف و سازمان جهانی بهداشت وارد شوند، فرآیند تأیید داده‌ها را عهده‌دار می‌شوند که شامل هم‌خوانی با دفاتر میدانی برای روشن کردن هرگونه سؤال در رابطه با برآوردها است. نوع غالب آمار: تعدیل شده
تفکیک‌کننده	محل سکونت، سطح تحصیلات، پنجک ثروت، مرزها: تقسیمات اداری و تقسیمات مرتبط با سلامت
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش‌های خانوار
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	سیستم گزارش‌دهی مراکز
تناوب اندازه‌گیری	هر ۲ سال (دوره ۲ ساله)
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

58. Antenatal care coverage (4+)

Abbreviated name	Antenatal care coverage
Indicator name	Antenatal care coverage – at least four visits (%)
Domain/subdomain	Health System Response/ Service coverage
Related/Associated terms	Reproductive, maternal, newborn, child and adolescent
Definition	The percentage of women aged 15-49 years with a live birth in a given time period that received antenatal care four or more times. Due to data limitations, it is not possible to determine the type of provider for each visit.
Measurement method	The number of women aged 15-49 years with a live birth in a given time period that received antenatal care four or more times during pregnancy is expressed as a percentage of women aged 15-49 years with a live birth in the same period. (Number of women aged 15-49 years attended at least four times during pregnancy by any provider for reasons related to the pregnancy / Total number of women aged 15-49 years with a live birth) x 100
Numerator	The percentage of women aged 15-49 years with a live birth in a given time period that received antenatal care four or more times. Due to data limitations, it is not possible to determine the type of provider for each visit.
Denominator	Total number of women aged 15-49 years with a live birth in the same period.
Method of estimation	The indicators of antenatal care (at least one visit and at least four visits) are based on standard questions that ask if and how many times the health of the woman was checked during pregnancy. Unlike antenatal care coverage (at least one visit), antenatal care coverage (at least four visit) includes care given by any provider, not just skilled health personnel. This is because the key national level household surveys do not collect information on type of provider for each visit. Household surveys that can generate this indicator includes Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), Fertility and Family Surveys (FFS), Reproductive Health Surveys (RHS) and other surveys based on similar methodologies. Service/facility reporting system can be used where the coverage is high, usually in industrialized countries. WHO and UNICEF compile empirical data from household surveys. At the global level, data from facility reporting are not used. Before data are included into the global databases, UNICEF and WHO undertake a process of data verification that includes correspondence with field offices to clarify any questions regarding estimates. Predominant type of statistics: adjusted
Disaggregation	Location, education level, wealth quintile, boundaries: administrative and health regions
Primary/ preferred data sources	Household surveys
Alternate/ other possible data sources	Facility reporting system
Measurement frequency	Biennial

۵۹. زایمان توسط فرد دوره‌دیده

نام مخفف	زایمان توسط فرد دوره‌دیده
نام شاخص	زایمان توسط مراقبان سلامتی دوره دیده یا تحصیل کرده
دامنه / زیر دامنه	پوشش خدمات / پاسخگویی نظام سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	تولیدمثل، مادران، نوزادان، تولد زنده، مراقبان سلامتی دوره‌دیده یا تحصیل کرده
تعریف	نسبت زایمان انجام‌شده توسط مراقب سلامتی دوره‌دیده یا تحصیل کرده در یک دوره زمانی خاص
روش اندازه‌گیری	درصد زایمان‌هایی که توسط مراقب سلامتی دوره‌دیده انجام شده، به این صورت محاسبه می‌شود که تعداد زایمان‌هایی که توسط مراقب سلامتی دوره‌دیده (پزشکان، پرستارها یا ماماها) انجام شده به تعداد کل زایمان‌ها در مدت مشابه بیان می‌شود. زایمان توسط مراقب سلامتی دوره‌دیده = (تعداد زایمان‌هایی که با حضور مراقب سلامتی دوره‌دیده همراه بوده‌اند / تعداد کل تولد زنده) $\times 100$ در پیمایش‌های خانوار، مانند پیمایش جمعیت و سلامت، پیمایش خوشه‌ای شاخص‌های چندگانه و پیمایش‌های سلامت باروری، از پاسخگو در مورد هر تولد زنده پرسیده می‌شود و این که چه کسی در هنگام زایمان به آن‌ها کمک کرده بود، برای یک دوره ۵ ساله قبل از مصاحبه. اطلاعات سوابق خدمات / مراکز می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد زیرا تعداد زیادی از تولدها در مراکز درمانی اتفاق می‌افتد و بنابراین آن‌ها ثبت می‌شوند.
صورت کسر	تعداد زایمان‌های انجام‌شده توسط مراقب سلامتی دوره‌دیده یا تحصیل کرده (پزشک، پرستار یا ماما) آموزش دیده در زمینه ارائه خدمات نجات‌بخش زنان و زایمان از جمله ارائه نظارت لازم، مراقبت و توصیه به زنان در دوران بارداری، زایمان و دوره پس از زایمان؛ برای انجام زایمان به تنهایی و مراقبت از نوزادان.
مخرج کسر	تعداد کل تولدهای زنده در یک زمان معین
روش تخمین	داده‌ها مربوط به نظارت جهانی که توسط یونیسف و سازمان جهانی بهداشت گزارش شده است. این آژانس‌ها داده‌ها را از منابع ملی نظیر داده‌های پیمایش‌ها و داده‌های ثبتی به دست می‌آورند. قبل از این که داده‌ها در پایگاه‌های داده جهانی گنجانده شود، یونیسف و سازمان جهانی بهداشت روشی را برای تأیید داده‌ها انجام می‌دهند که شامل مکاتبات با دفاتر میدانی برای روشن شدن هرگونه سؤال است. در اصطلاحات داده‌های پیمایش، در برخی از گزارش‌های پیمایش‌ها ممکن است درصد کل زایمان‌ها توسط یک ارائه‌دهنده مطابق با تعریف اهداف توسعه پایدار نباشد (به‌عنوان مثال، کل شامل ارائه دهنده‌ای است که دوره‌دیده محسوب نمی‌شود، مانند یک بهداشت کار اجتماعی). در این حالت درصد تحویل پزشک، پرستار یا ماما جمع و طبق تخمین اهداف توسعه پایدار وارد پایگاه داده جهانی می‌شود.
تفکیک کننده	محل سکونت، سطح تحصیلات، پنجک ثروت، کارکنان سلامت، مراکز ارائه خدمات، مرزها: تقسیمات اداری و تقسیمات مرتبط با سلامت
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش‌های خانوار
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	سیستم گزارش‌دهی مراکز
تناوب اندازه‌گیری	سالانه هر ۳ الی ۵ سال (بسته به فراوانی پیمایش‌های خانوار)
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

59. Skilled birth attendance

Abbreviated name	Skilled birth attendance
Indicator name	Births attended by skilled health personnel (%)
Domain/subdomain	Health System Response/ Service coverage
Related/Associated terms	Reproductive, maternal, newborn, live birth, skilled birth personnel
Definition	The proportion of births attended by skilled health personnel during a specific time period.
Measurement method	<p>The percentage of births attended by skilled health personnel is calculated as the number of births attended by skilled health personnel (doctors, nurses or midwives) expressed as total number of births in the same period.</p> <p>Births attended by skilled health personnel = (Number of births attended by skilled health personnel / Total number of live births) x 100 In household surveys, such as the Demographic and Health Surveys, the Multiple Indicator Cluster Surveys, and the Reproductive Health Surveys, the respondent is asked about each live birth and who had helped them during delivery for a period up to five years before the interview. Service/facility records could be used where a high proportion of births occur in health facilities and therefore they are recorded.</p>
Numerator	The number of births attended by skilled health personnel (doctors, nurses or midwives) trained in providing lifesaving obstetric care, including giving the necessary supervision, care and advice to women during pregnancy, childbirth and the post-partum period; to conduct deliveries on their own; and to care for newborns.
Denominator	The total number of live births in the same period.
Method of estimation	Data for global monitoring are reported by UNICEF and WHO. These agencies obtain the data from national sources, both survey and registry data. Before data can be included in the global databases, UNICEF and WHO undertake a process of data verification that includes correspondence with field offices to clarify any questions. In terms of survey data, some survey reports may present a total percentage of births attended by a type of provider that does not conform to the MDG definition (e.g., total includes provider that is not considered skilled, such as a community health worker). In that case, the percentage delivered by a physician, nurse, or a midwife are totaled and entered into the global database as the MDG estimate.
Disaggregation	Location, education level, wealth quintile, health personnel, place of delivery, boundaries: administrative and health regions
Primary/ preferred data sources	Household surveys
Alternate/ other possible data sources	Facility reporting system
Measurement frequency	Annual Every 3 – 5 years (depending on frequency of household surveys)

۶۰. پوشش واکسن ثلاث سه / پنتاوالان در بین کودکان زیر یک سال

نام مخفف	پوشش واکسن ثلاث سه / پنتاوالان در بین کودکان زیر یک سال (درصد)
نام شاخص	پوشش واکسن ثلاث سه / پنتاوالان در بین کودکان زیر یک سال (درصد)
دامنه / زیر دامنه	پوشش خدمات / پاسخگویی نظام سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	دیفتری، سیاه‌سرفه، کزاز
تعریف	درصد کودکان یک‌ساله که در یک‌سال معین سه دوز از واکسن DTP3 را دریافت کرده‌اند.
روش اندازه‌گیری	سیستم گزارش‌دهی خدمات / مراکز (داده‌های اداری): گزارش‌های واکسیناسیون انجام شده توسط ارائه‌دهندگان خدمات (به‌عنوان مثال مراکز بهداشت و درمان نواحی، تیم‌های واکسیناسیون، پزشکان) برای تخمین‌ها براساس سوابق خدمات / مراکز استفاده می‌شود. برآورد پوشش ایمن‌سازی از تقسیم تعداد کل واکسن‌های داده شده توسط تعدادی از کودکان در جامعه هدف که اغلب براساس طرح سرشماری انجام می‌شود به‌دست می‌آید. پیمایش‌های خانوار: موارد پیمایش به تاریخچه کودکان در پیمایش‌های پوشش مطابقت دارند. انواع اصلی پیمایش‌ها پیمایش ۳۰ خوشه‌ای برنامه گسترده ایمن‌سازی (EPI)، پیمایش خوشه‌ای شاخص‌های چندگانه یونیسف (MICS) و پیمایش جمعیت و سلامت (DHS). این شاخص به‌عنوان درصد کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه که قبل از پیمایش سه دوز از ترکیب دیفتری، کزاز و سیاه‌سرفه را دریافت کرده‌اند، برآورد شده است.
صورت کسر	تعداد کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه‌ای است که واکسن‌های مشخص شده را قبل از اولین تولد خود دریافت کرده‌اند.
مخرج کسر	تعداد کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه، برای واکسن‌های موجود در برنامه ایمن‌سازی نوزادان، این تعداد کل نوزادانی است که تا یک سالگی زنده مانده‌اند.

ادامه دارد

60. DTP3/Pentavalent coverage among children under 1 year of age (%)

Abbreviated name	DTP3/Pentavalent coverage among children under 1 year of age (%)
Indicator name	DTP3/Pentavalent coverage among children under 1 year of age (%)
Domain/subdomain	Health System Response/ Service coverage
Related/Associated terms	Diphtheria, pertussis, tetanus
Definition	The percentage of one-year-olds who have received three doses of the combined diphtheria, tetanus toxoid and pertussis vaccine in a given year.
Measurement method	Service/facility reporting system ("administrative data"): Reports of vaccinations performed by service providers (e.g. district health centres, vaccination teams, physicians) are used for estimates based on service/facility records. The estimate of immunization coverage is derived by dividing the total number of vaccinations given by the number of children in the target population, often based on census projections. Household surveys: Survey items correspond to children's history in coverage surveys. The principle types of surveys are the Expanded Programme on Immunization (EPI) 30-cluster survey, the UNICEF Multiple Indicator Cluster Survey (MICS), and the Demographic and Health Survey (DHS). The indicator is estimated as the percentage of children ages 12–23 months who received three doses of the combined diphtheria, tetanus toxoid and pertussis vaccine time before the survey.
Numerator	For vaccines in the infant immunization schedule, this would be the number of children aged 12–23 months who have received the specified vaccinations before their first birthday.
Denominator	The total number of individuals in the target group for each vaccine. For vaccines in the infant immunization schedule, this would be the total number of infants surviving to age one.

To be continued

۶۰. پوشش واکسن ثلاث سه / پنتاوالان در بین کودکان زیر یک سال

تمایز بین شرایطی ایجاد می‌شود که داده‌های گزارش شده توسط مقامات ملی به‌طور دقیق عملکرد سیستم ایمن‌سازی را بازتاب می‌دهند و اطلاعاتی که در آن داده‌ها به احتمال زیاد در معرض خطر قرار می‌گیرند و ممکن است دیدگاه همراه کننده‌ای از پوشش ایمن‌سازی ارائه دهند. درحالی‌که اغلب در سطح پوشش ایمن‌سازی روند کلی وجود دارد، برای جا دادن نقاط داده با استفاده از تکنیک‌های هموارسازی یا روش‌های سری زمانی هیچ تلاشی انجام نشده است. برآوردها توسط شیوه‌های ابتکاری آگاهانه و محدود می‌شوند:

اختصاصی کشور: داده‌های هر کشور به‌صورت جداگانه بررسی می‌شود و از داده‌ها و اطلاعات کشورهای دیگر "وام گرفته نشده" است (استفاده نشده است).

اگر داده‌های ملی از یک منبع منفرد در دسترس باشند، برآوردها مبتنی بر آن منبع هستند که با روش درون‌یابی خطی تکمیل شده است تا مقادیر را برای سال‌هایی که داده‌ها در دسترس نیستند جایگذاری کنند.

اگر داده‌ای برای جدیدترین دوره برآورد در دسترس نباشد، برآورد مشابه سال گذشته در نظر گرفته می‌شود. اگر داده‌ها یا اطلاعات جدید در دسترس باشند، بخش مربوط به سری زمانی به‌روز رسانی می‌شود.

روندها و الگوهای سازگار: اگر داده‌های پیمایش داده‌های گزارش شده تأیید کنند (به‌عنوان مثال، در $+/- 10\%$ درصد نمره‌های آن باشند)، برآوردها براساس داده‌های گزارش شده است.

اگر چندین پیمایش با روند داده‌های گزارش شده رابطه نسبتاً سازگار نشان دهند و داده‌های پیمایش با داده‌های گزارش شده تفاوت معناداری دارند، برآوردها مبتنی بر داده‌های گزارش شده در سطح تعیین شده توسط داده‌های پیمایش هستند.

اگر داده‌های پیمایش با داده‌های گزارش شده مغایرت نداشته باشند و داده‌های پیمایش قابل اطمینان‌تر به‌نظر برسند، برآوردهای پوشش، مبتنی بر داده‌های پیمایش و درون‌یابی بین نقاط داده‌های پیمایش برای سال‌های مداخله هستند.

اگر چندین داده برای یک کشور معین در دسترس باشد، واکسن / دوز و نقاط داده سال به‌طور متوسط اندازه‌گیری نمی‌شود بلکه سوگیری بالقوه در هر یک از منابع در نظر گرفته‌شده و تلاش برای ایجاد یک الگوی سازگار در طول زمان، انتخاب داده با کم‌ترین پتانسیل برای سوگیری سازگار با گرایش‌های زمانی و مقایسه بین واکسن‌ها ایجاد شده است.

اگر الگوهای پوشش بین واکسن‌ها و تعداد دوز متناقض باشند، تلاش برای شناسایی و تعدیل سوگیری‌های احتمالی انجام می‌شود.

اگر الگوهای متناقض توسط برنامه‌ها (به‌عنوان مثال، کمبود واکسن) و یا رویدادهای زمینه‌ای توضیح داده شوند (به‌عنوان مثال، رویدادهای بین‌المللی) برآوردها منعکس کننده تأثیر این رویدادها هستند.

هنگامی که با شرایطی مواجه می‌شویم که چندین برآورد ممکن است، توضیحات دیگری که به نظر می‌رسد داده‌های مشاهده شده را پوشش می‌دهد و به‌عنوان فرضیات رقیب در نظر گرفته می‌شود، اطلاعات محلی، سوگیری‌های بالقوه در داده‌ها و فرضیه محتمل‌تر شناسایی می‌شوند.

تعدیل سوگیری‌ها در یادآور مادر:

در مواردی که برآوردها براساس داده‌های پیمایش است و نسبت واکسیناسیون براساس یادآور مادر زیاد است، سطح پوشش پیمایشی برای جبران یادآور مادر برای آنتی‌ژن‌های چند دوز (مانند Hib، POL، HepB و DTP) با استفاده از قلم افتادگی بین دوز اول و سوم مشاهده شده در داده‌های مستند شده در سوابق کودک (کارت واکسن) گزارش شده توسط سرپرست کودک، تنظیم شده است.

پوشش نباید بیشتر از ۱۰۰ درصد باشد: سطح پوشش بیش از ۱۰۰ درصد گاه گزارش می‌شود.

در حالی که این سطوح پوشش از لحاظ نظری امکان پذیر هستند اما احتمال خطای سیستماتیک در صورت کسر یا مخرج کسر، تغییر متوسط در گروه‌های سنی هدف و یا گنجاندن کودکان در خارج از گروه سنی هدف در صورت کسر وجود دارد. بالاترین تخمین پوشش ۹۹ درصد است.

دانش محلی گنجانیده شده است: با مشاوره با متخصصان محلی تلاش برای قرار دادن داده‌ها در یک زمینه از رویدادهای محلی - مواردی که در نظام ایمن‌سازی اتفاق می‌افتند (به‌عنوان مثال کمبود واکسن برای بخش‌هایی از سال، عدم تامین توسط اهداکننده، تغییر در مدیریت یا سیاست‌ها و غیره) و همچنین رویدادهای گسترده‌تری (مثلاً وقایع بین‌المللی، ناآرامی‌های مدنی و غیره) انجام می‌شود.

اطلاعات مربوط به چنین رویدادهایی برای پشتیبانی (به چالش کشیدن) تغییرات ناگهانی در سطح پوشش استفاده می‌شود.

توضیحات و انتشار نتایج: برای هر کشور، سال و واکسن / دوز، برآوردهای سازمان جهانی بهداشت و یونیسف به دو شکل گرافیکی و جدول به همراه داده‌هایی که مبتنی بر آن‌ها هستند ارائه می‌شود.

برآوردها با ارائه توصیفی از فرضیات و تصمیمات اتخاذ شده در توسعه برآوردهای خاص، قوی‌تر می‌شوند.

نوع غالب آمار: تعدیل شده و تعدیل نشده.

روش تخمین

60. DTP3/Pentavalent coverage among children under 1 year of age (%)

Method of estimation	<p>Distinction is made between situations where data reported by national authorities accurately reflect immunization system performance and those where the data are likely compromised and may present a misleading view of immunization coverage. While there are frequently general trends in immunization coverage levels, no attempt is made to fit data points using smoothing techniques or time series methods. The estimates are informed and constrained by the following heuristics: Country-specific: Each country's data are reviewed individually; data and information are not "borrowed" from other countries. If national data are available from a single source, the estimates are based solely on that source, supplemented with linear interpolation to impute values for years where data are not available.</p> <p>If no data are available for the most recent estimation period, the estimate remains the same as the previous year's. If new data or information subsequently become available, the relevant portion of the time series is updated. Consistent trends and patterns: If survey data tend to confirm (e.g., within +/- 10% points) reported data, the estimates are based on reported data. If multiple survey points show a fairly consistent relationship with the trend in reported data and the survey data are significantly different from reported data, the estimates are based on reported data calibrated to the level established by the survey data. If survey data are inconsistent with reported data and the survey data appear more reliable, coverage estimates are based on survey data and interpolation between survey data points for intervening years. If multiple data points are available for a given country, vaccine/dose, and year data points are not averaged; rather potential biases in each of the sources are considered and an attempt to construct a consistent pattern over time, choosing data with the least potential for bias consistent with temporal trends and comparisons between vaccines is made. If coverage patterns are inconsistent between vaccines and dose number, an attempt to identify and adjust for possible biases is made.</p> <p>If inconsistent patterns are explained by programmatic (e.g., vaccine shortage) or contextual events (e.g., "international incidences") the estimates reflect the impact of these events.</p> <p>When faced with situations where several estimates are possible, alternative explanations that appear to cover the observed data are constructed and treated as competing hypotheses, local information is considered, potential biases in the data identified and the more likely hypothesis identified.</p> <p>Recall bias adjustment: In instances where estimates are based primarily on survey data and the proportion of vaccinations based on maternal recall is high, survey coverage levels are adjusted to compensate for maternal recall for multi-dose antigens (i.e. DTP, POL, HepB and Hib) by applying the dropout between the first and third doses observed in the documented data to the vaccination history reported by the child's caretaker. No coverage greater than 100%: Coverage levels in excess of 100% are occasionally reported. While such coverage levels are theoretically possible, they are more likely to be the results of systematic error in the ascertainment of the numerator or the denominator, a mid-year change in target age-groups, or inclusion of children outside the target age group in the numerator. The highest estimate of coverage is 99%.</p> <p>Local knowledge incorporated: By consulting local experts an attempt to put the data in a context of local events - those occurring in the immunization system (e.g. vaccine shortage for parts of the year, donor withdrawal, change in management or policies, etc.) as well as more widely-occurring events (e.g. international incidences, civil unrest, etc.) is made. Information on such events is used to support (or challenge) sudden changes in coverage levels.</p> <p>Description and dissemination of results: For each country, year and vaccine/dose the WHO and UNICEF estimates are presented in both graphic and tabular forms along with the data upon which they are based. The estimates are "thickened", by providing a description of the assumptions and decisions made in developing the specific estimates. Predominant type of statistics: unadjusted and adjusted</p>
----------------------	--

To be continued

۶. پوشش واکسن ثلاث سه / پنتاوالان در بین کودکان زیر یک سال

تفکیک کننده	استانی / منطقه
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	سیستم گزارش‌دهی مراکز، پیمایش‌های خانوار
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	پیمایش پوشش
تناوب اندازه‌گیری	سالانه
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

60. DTP3/Pentavalent coverage among children under 1 year of age (%)

Disaggregation	Province/district
Primary/ preferred data sources	Facility reporting system, household surveys
Alternate/ other possible data sources	Coverage survey
Measurement frequency	Annual

۶۱. پوشش واکسن سرخک (نوبت اول)

نام مخفف	پوشش واکسن سرخک (نوبت اول)
نام شاخص	پوشش واکسن سرخک (نوبت اول)
دامنه / زیر دامنه	پوشش خدمات / پاسخگویی نظام سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	سرخک
تعریف	درصد کودکان زیر یک‌سال که حداقل یک دوز از سرخک را در یک‌سال معین دریافت کرده‌اند. برای کشورهایی که اولین دوز واکسن سرخک را در کودکان بالای ۱۲ ماه توصیه می‌کنند، این شاخص به نسبت کودکان کمتر از ۱۲ تا ۲۳ ماه در نظر گرفته می‌شود که یک دوز واکسن حاوی سرخک دریافت می‌کنند.
روش اندازه‌گیری	سیستم گزارش‌دهی خدمات / مراکز (داده‌های اداری): گزارش واکسیناسیون‌های انجام شده توسط ارائه‌دهندگان خدمات (به‌عنوان مثال مراکز بهداشت و درمان نواحی، تیم‌های واکسیناسیون، پزشکان) برای تخمین‌ها براساس سوابق خدمات / مراکز استفاده می‌شود. برآورد پوشش ایمن‌سازی از تقسیم تعداد کل واکسن‌های داده شده توسط تعدادی از کودکان در جامعه هدف که اغلب براساس طرح سرشماری انجام می‌شود به‌دست می‌آید. پیمایش‌های خانوار: موارد پیمایش به تاریخچه کودکان در پیمایش‌های پوشش مطابقت دارند. انواع اصلی پیمایش‌ها، پیمایش ۳۰ خوشه‌ای برنامه گسترده ایمن‌سازی (EPI)، پیمایش خوشه‌ای شاخص‌های چندگانه یونیسف (MICS) و پیمایش جمعیت و سلامت (DHS) هستند. این شاخص به‌عنوان درصد کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه که قبل از پیمایش یا قبل از ۱۲ ماهگی حداقل یک دوز از واکسن سرخک را دریافت کرده‌اند، برآورد شده است.
صورت کسر	کودکان زیر یک سال که حداقل یک دوز واکسن حاوی سرخک را در یک سال دریافت کرده‌اند. تعداد کودکان کمتر از ۱۲ تا ۲۳ ماه برای کشورهایی که اولین دوز واکسن سرخک را در کودکان بالای ۱۲ ماه توصیه می‌کنند.
مخرج کسر	تعداد کل افراد در گروه هدف برای هر واکسن. برای واکسن‌های موجود در برنامه ایمن‌سازی نوزاد، این تعداد کل نوزادانی است که تا یک‌سالگی زنده می‌مانند.

ادامه دارد

61. Measles immunization coverage (MCV1)

Abbreviated name	Measles immunization coverage (MCV1)
Indicator name	Measles immunization coverage (MCV1)
Domain/subdomain	Health System Response/ Service coverage
Related/Associated terms	Measles
Definition	the percentage of children under one year of age who have received at least one dose of measles containing vaccine in a given year. For countries recommending the first dose of measles vaccine in children over 12 months of age, the indicator is calculated as the proportion of children less than 12-23 months of age receiving one dose of measles-containing vaccine
Measurement method	Service/facility reporting system ("administrative data"): Reports of vaccinations performed by service providers (e.g. district health centers, vaccination teams, physicians) are used for estimates based on service/facility records. The estimate of immunization coverage is derived by dividing the total number of vaccinations given by the number of children in the target population, often based on census projections. Household surveys: Survey items correspond to children's history in coverage surveys. The principle types of surveys are the Expanded Programme on Immunization (EPI) 30-cluster survey, the UNICEF Multiple Indicator Cluster Survey (MICS), and the Demographic and Health Survey (DHS). The indicator is estimated as the percentage of children aged 12–23 months who received at least one dose of measles vaccine either any time before the survey or before the age of 12 months.
Numerator	Children under one year of age who have received at least one dose of measles-containing vaccine in a given year. For countries recommending the first dose of measles vaccine in children over 12 months of age, the number of children less than 12-23 months
Denominator	The total number of individuals in the target group for each vaccine. For vaccines in the infant immunization schedule, this would be the total number of infants surviving to age one

To be continued

۶۱. پوشش واکسن سرخک (نوبت اول)

تعمیر بین شرایطی ایجاد می‌شود که داده‌های گزارش شده توسط مقامات ملی به‌طور دقیق عملکرد سیستم ایمن‌سازی را بازتاب می‌دهند و آن‌هایی که در آن داده‌ها به احتمال زیاد در معرض خطر قرار می‌گیرند و ممکن است دیدگاه گمراه‌کننده‌ای از پوشش ایمن‌سازی ارائه دهند. در حالی که اغلب در سطح پوشش ایمن‌سازی روند کلی وجود دارد، برای جا دادن نقاط داده با استفاده از تکنیک‌های هموارسازی یا روش‌های سری زمانی هیچ تلاشی انجام نشده است.

برآوردها توسط شیوه‌های ابتکاری آگاهانه و محدود می‌شوند:

اختصاصی کشور: داده‌های هر کشور به‌صورت جداگانه بررسی می‌شود و از داده‌ها و اطلاعات کشورهای دیگر "وام گرفته نشده" است (استفاده نشده است).

اگر داده‌های ملی از یک منبع منفرد در دسترس باشند، برآوردها مبتنی بر آن منبع هستند که با روش درون‌یابی خطی تکمیل شده است تا مقادیر را برای سال‌هایی که داده‌ها در دسترس نیستند جایگذاری کنند.

اگر داده‌ای برای جدیدترین دوره برآورد در دسترس نباشد، برآورد، مشابه سال گذشته باقی می‌ماند. اگر داده‌ها یا اطلاعات جدید در دسترس باشند، بخش مربوط به سری زمانی به‌روز رسانی می‌شود.

روندها و الگوهای سازگار: اگر داده‌های پیمایش داده‌های گزارش شده را تایید کنند (به‌عنوان مثال، در $+/- 10\%$ درصد نمره‌های آن قرار بگیرند)، برآوردها براساس داده‌های گزارش شده است.

اگر چندین پیمایش با روند داده‌های گزارش شده رابطه نسبتاً سازگار نشان دهند و داده‌های پیمایش با داده‌های گزارش شده تفاوت معناداری دارند، برآوردها، مبتنی بر داده‌های گزارش شده در سطح تعیین شده توسط داده‌های پیمایش هستند.

اگر داده‌های پیمایش با داده‌های گزارش شده مغایرت نداشته باشند و داده‌های پیمایش قابل اطمینان‌تر به‌نظر برسند، برآوردهای پوشش، مبتنی بر داده‌های پیمایش و درون‌یابی بین نقاط داده‌های پیمایش برای سال‌های مداخله هستند.

اگر چندین داده برای یک کشور معین در دسترس باشد، واکسن/دوز و نقاط داده سال به‌طور متوسط اندازه‌گیری نمی‌شود بلکه سوگیری بالقوه در هر یک از منابع در نظر گرفته شده و تلاش برای ایجاد یک الگوی سازگار در طول زمان، انتخاب داده با کم‌ترین پتانسیل برای سوگیری سازگار با گرایش‌های زمانی و مقایسه بین واکسن‌ها ایجاد شده است.

اگر الگوهای پوشش بین واکسن‌ها و تعداد دوز متناقض باشند، تلاش برای شناسایی و تعدیل سوگیری‌های احتمالی انجام می‌شود.

اگر الگوهای متناقض توسط برنامه‌ای (به‌عنوان مثال، کمبود واکسن) و یا رویدادهای متنی توضیح داده شوند (به‌عنوان مثال، رویدادهای بین‌المللی) برآوردها منعکس‌کننده تأثیر این رویدادها هستند. هنگامی که با شرایطی مواجه می‌شویم که چندین برآورد ممکن است، توضیحات دیگری که به‌نظر می‌رسد داده‌های مشاهده شده را پوشش می‌دهد و به‌عنوان فرضیات رقیب در نظر گرفته می‌شود، اطلاعات محلی، سوگیری‌های بالقوه در داده‌ها و فرضیه محتمل‌تر شناسایی می‌شوند.

تعدیل سوگیری‌ها در یادآور مادر:

در مواردی که برآوردها اساساً براساس داده‌های پیمایش است و نسبت واکسیناسیون براساس یادآور مادر زیاد است، سطح پوشش پیمایشی برای جبران یادآور مادر برای آنتی‌ژن‌های چند دوز (مانند Hib و DTP، POL، HepB) با استفاده از قلم افتادگی بین دوز اول و سوم مشاهده شده در داده‌های مستند شده در سوابق کودک (کارت واکسن) گزارش شده توسط سرپرست کودک، تنظیم شده است. پوشش نباید بیشتر از ۱۰۰ درصد باشد: سطح پوشش بیش از ۱۰۰ درصد گه‌گاه گزارش می‌شود.

درحالی‌که این سطوح پوشش از لحاظ نظری امکان‌پذیر هستند اما احتمال خطای سیستماتیک در صورت کسر یا مخرج کسر، تغییر متوسط در گروه‌های سنی هدف و یا گنجاندن کودکان در خارج از گروه سنی هدف در صورت کسر وجود دارد. بالاترین تخمین پوشش ۹۹ درصد است.

دانش محلی گنجانیده شده است: با مشاوره با متخصصان محلی تلاش برای قرار دادن داده‌ها در یک زمینه از رویدادهای محلی - مواردی که در نظام ایمن‌سازی اتفاق می‌افتند (به‌عنوان مثال کمبود واکسن برای بخش‌هایی از سال، عقب نشینی اهداکننده، تغییر در مدیریت یا سیاست‌ها و غیره) و همچنین رویدادهای گسترده‌تری (مثلاً وقایع بین‌المللی، ناآرامی‌های مدنی و غیره) انجام می‌شود. اطلاعات مربوط به چنین رویدادهایی برای پشتیبانی (به چالش کشیدن) تغییرات ناگهانی در سطح پوشش استفاده می‌شود.

توضیحات و انتشار نتایج: برای هر کشور، سال و واکسن / دوز، برآوردهای سازمان جهانی بهداشت و یونیسیف به دو شکل گرافیکی و جداول به همراه داده‌هایی که مبتنی بر آن‌ها هستند ارائه می‌شود. برآوردها با ارائه توصیفی از فرضیات و تصمیمات اتخاذ شده در توسعه برآوردهای خاص، قوی‌تر می‌شوند.

نوع غالب آمار: تعدیل شده و تعدیل نشده

روش تخمین

61. Measles immunization coverage (MCV1)

Method of estimation

distinction is made between situations where data reported by national authorities accurately reflect immunization system performance and those where the data are likely compromised and may present a misleading view of immunization coverage. While there are frequently general trends in immunization coverage levels, no attempt is made to fit data points using smoothing techniques or time series methods. The estimates are informed and constrained by the following heuristics: Country-specific: Each country's data are reviewed individually; data and information are not "borrowed" from other countries. If national data are available from a single source, the estimates are based solely on that source, supplemented with linear interpolation to impute values for years where data are not available.

If no data are available for the most recent estimation period, the estimate remains the same as the previous year's. If new data or information subsequently become available, the relevant portion of the time series is updated. Consistent trends and patterns: If survey data tend to confirm (e.g., within +/- 10% points) reported data, the estimates are based on reported data. If multiple survey points show a fairly consistent relationship with the trend in reported data and the survey data are significantly different from reported data, the estimates are based on reported data calibrated to the level established by the survey data. If survey data are inconsistent with reported data and the survey data appear more reliable, coverage estimates are based on survey data and interpolation between survey data points for intervening years. If multiple data points are available for a given country, vaccine/dose, and year data points are not averaged; rather potential biases in each of the sources are considered and an attempt to construct a consistent pattern over time, choosing data with the least potential for bias consistent with temporal trends and comparisons between vaccines is made. If coverage patterns are inconsistent between vaccines and dose number, an attempt to identify and adjust for possible biases is made. If inconsistent patterns are explained by programmatic (e.g., vaccine shortage) or contextual events (e.g., "international incidences") the estimates reflect the impact of these events.

When faced with situations where several estimates are possible, alternative explanations that appear to cover the observed data are constructed and treated as competing hypotheses., local information is considered, potential biases in the data identified and the more likely hypothesis identified. Recall bias adjustment: In instances where estimates are based primarily on survey data and the proportion of vaccinations based on maternal recall is high, survey coverage levels are adjusted to compensate for maternal recall for multi-dose antigens (i.e., DTP, POL, HepB and Hib) by applying the dropout between the first and third doses observed in the documented data to the vaccination history reported

by the child's caretaker. No coverage greater than 100%: Coverage levels in excess of 100% are occasionally reported. While such coverage levels are theoretically possible, they are more likely to be the results of systematic error in the ascertainment of the numerator or the denominator, a mid-year change in target age-groups, or inclusion of children outside the target age group in the numerator.

The highest estimate of coverage is 99%. Local knowledge incorporated: By consulting local experts an attempt to put the data in a context of local events - those occurring in the immunization system (e.g. vaccine shortage for parts of the year, donor withdrawal, change in management or policies, etc.) as well as more widely-occurring events (e.g. international incidences, civil unrest, etc.) is made.

Information on such events is used to support (or challenge) sudden changes in coverage levels.

Description and dissemination of results: For each country, year and vaccine/dose the WHO and UNICEF estimates are presented in both graphic and tabular forms along with the data upon which they are based. The estimates are "thickened", by providing a description of the assumptions and decisions made in developing the specific estimates. Predominant type of statistics: unadjusted and adjusted.

۶۱. پوشش واکسن سرخک (نوبت اول)

گروه‌های سنی، جنسیت، وضعیت اقتصادی اجتماعی، محل سکونت- همچنین: گروه پوشش MCV2	تفکیک کننده
سیستم گزارش‌دهی مراکز، پیمایش‌های خانوار	منابع اصلی / ارجح داده‌ها
-	منابع دیگر / جایگزین داده‌ها
سالانه	تناوب اندازه‌گیری
معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	واحد مسئول ارائه شاخص

61. Measles immunization coverage (MCV1)

Disaggregation	Age group, gender, socio economic status, place of residence - Also: MCV2 coverage group
Primary/ preferred data sources	Facility reporting system, household surveys
Alternate/ other possible data sources	-
Measurement frequency	Annually

۶۲. درصد موارد مشکوک به مالاریا که یک آزمایش تشخیصی داشته‌اند

نام مخفف	درصد موارد مشکوک به مالاریا که یک آزمایش تشخیصی داشته‌اند.
نام شاخص	درصد موارد مشکوک به مالاریا که یک آزمایش تشخیصی داشته‌اند.
دامنه / زیر دامنه	پوشش خدمات/ پاسخگویی نظام سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	-
تعریف	درصد موارد مشکوک به مالاریا که تشخیص انگل را یا به‌وسیله میکروسکوپ یا کیت‌های تشخیص سریع مالاریا دریافت کرده‌اند.
روش اندازه‌گیری	داده‌های این شاخص باید به‌طور معمول از طریق ثبت‌های سرپایی و ثبت‌های بیمارانی که در سطح جامعه دیده می‌شوند جمع‌آوری شوند که شامل سوابق میکروسکوپ و کیت‌های تشخیص سریع مالاریا است.
صورت کسر	تعداد موارد مشکوک به مالاریا که به‌وسیله میکروسکوپ یا کیت‌های تشخیص سریع مالاریا آزمایش شده‌اند $\times 100$.
مخرج کسر	تعداد موارد مشکوک به مالاریا که در مراکز درمانی حضور داشتند. در شرایطی که تعداد موارد مشکوک به مالاریا از طریق سیستم گزارش‌دهی در دسترس نباشد تعداد موارد مشکوک به مالاریا = تعداد کل موارد آزمایش شده برای مالاریا (میکروسکوپی یا کیت‌های تشخیص سریع مالاریا) و کل مواردی که به‌عنوان مالاریا بدون تأیید (موارد احتمالی یا بالینی) مورد درمان قرار گرفته‌اند.
روش تخمین	در شرایطی که تعداد موارد مشکوک به مالاریا از طریق سیستم گزارش‌دهی در دسترس نباشد تعداد موارد مشکوک به مالاریا = تعداد کل موارد آزمایش شده برای مالاریا (میکروسکوپی یا کیت‌های تشخیص سریع مالاریا) و کل مواردی که به‌عنوان مالاریا بدون تأیید (موارد احتمالی یا بالینی) مورد درمان قرار گرفته‌اند.
تفکیک‌کننده	گروه سنی، نوع آزمایش تشخیصی (میکروسکوپی یا کیت‌های تشخیص سریع)، ناحیه جغرافیایی، محل مراقبت
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	سیستم اطلاعات بیمارستان، سیستم نظارت معمول (روزانه)، گزارش‌های مراکز درمان
منابع دیگر/ جایگزین داده‌ها	-
تناوب اندازه‌گیری	سالانه/ هر ۳ ماه/ ماهیانه
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

62. Percentage of suspected malaria cases that have had a diagnostic test

Abbreviated name	Percentage of suspected malaria cases that have had a diagnostic test
Indicator name	Percentage of suspected malaria cases that have had a diagnostic test
Domain/subdomain	Health System Response/ Service coverage
Related/Associated terms	-
Definition	Percentage of suspected malaria cases that received parasitological diagnosis either by microscopy or RDT
Measurement method	Data for this indicator should be collected routinely through outpatient registers and registers of patients seen at community level that include records of microscopy and RDT.
Numerator	Total number of suspected malaria cases tested either by microscopy or RDT x100
Denominator	Number of suspected malaria cases attending health facilities. In situation that number of suspected malaria cases is not available through reporting system the number of suspected malaria cases = Total number cases tested for malaria (either Microscopy or RDT) and total cases treated as malaria without confirmation (probable or clinical cases).
Method of estimation	In situation that number of suspected malaria cases is not available through reporting system the number of suspected malaria cases = Total number cases tested for malaria (either Microscopy or RDT) and total cases treated as malaria without confirmation (probable or clinical cases).
Disaggregation	Age group, type of diagnostic test (microscopy or RDT), geographical area, point of care
Primary/ preferred data sources	HIS, routine surveillance system, Health facility reports
Alternate/ other possible data sources	-
Measurement frequency	Annually/quarterly/Monthly

۶۳. درصد افرادی که در شب گذشته زیر پشه‌بند آغشته به حشره‌کش خوابیده‌اند

نام مخفف	درصد افرادی که در شب گذشته زیر پشه‌بند آغشته به حشره‌کش خوابیده‌اند.
نام شاخص	درصد افرادی که در شب گذشته زیر پشه‌بند آغشته به حشره‌کش خوابیده‌اند.
دامنه / زیر دامنه	پوشش خدمات/ پاسخگویی نظام سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	مالاریا؛ پشه‌بند آغشته به حشره‌کش: توری پشه‌بندی که در طول ۱۲ ماه گذشته یا گذشته طولانی به حشره‌کش آغشته شده‌اند.
تعریف	درصد افراد در مناطق بومی مالاریا که در شب گذشته زیر توری آغشته به حشره‌کش خوابیده‌اند.
روش اندازه‌گیری	تعداد افرادی که در شب قبل از پیمایش زیر پشه‌بند آغشته به حشره‌کش خوابیده‌اند / تعداد افرادی که در شب قبل از پیمایش در خانه حضور داشته‌اند $\times 100$. داده‌ها از پیمایش‌های ملی مانند پیمایش سلامت و جمعیت (DHS)، پیمایش خوشه‌ای شاخص‌های چندگانه (MICS)، پیمایش‌های شاخص‌های مالاریا (MIS) گرفته شده‌اند.
صورت کسر	درصد افراد در مناطق بومی مالاریا که در شب گذشته زیر توری آغشته به حشره‌کش خوابیده‌اند.
مخرج کسر	تعداد افرادی که در شب قبل از پیمایش در خانه حضور داشته‌اند.
روش تخمین	داده‌ها از پیمایش‌های ملی مانند پیمایش سلامت و جمعیت (DHS)، پیمایش خوشه‌ای شاخص‌های چندگانه (MICS)، پیمایش‌های شاخص‌های مالاریا (MIS). نوع غالب آماری: تعدیل شده
تفکیک کننده	گروه‌های سنی، محل سکونت، سطح تحصیلات، تحصیلات مادران، پنجک ثروت، مرزها: تقسیمات اداری و تقسیمات مرتبط با سلامت
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش‌های خانوار
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	-
تناوب اندازه‌گیری	هر ۳ الی ۵ سال، تخمین‌های مدل، سالانه
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

63. Percentage of individuals who slept under an ITN the previous night

Abbreviated name	Percentage of individuals who slept under an ITN the previous night
Indicator name	Percentage of individuals who slept under an ITN the previous night
Domain/subdomain	Health System Response/ Service coverage
Related/Associated terms	Malaria; Insecticide-treated net (ITN): A mosquito net that has been treated within 12 months or is a long-lasting insecticidal net (LLIN)
Definition	Percentage of individuals in malaria endemic areas who slept under an insecticide-treated net (ITN) the previous night.
Measurement method	(The number of individuals who slept under insecticide-treated mosquito nets the night prior to the survey / Number of individuals who spent the previous night in surveyed households) x 100. Data are derived from nationally representative household surveys such as Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), Malaria Indicator Surveys (MIS)
Numerator	Number of individuals in malaria endemic areas who slept under an ITN the previous night
Denominator	Number of individuals who spent the previous night in surveyed households
Method of estimation	Data from nationally-representative household surveys, including Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), Demographic Health Surveys (DHS) and Malaria Indicator Surveys (MIS), Predominant type of statistics: adjusted
Disaggregation	Age group, location, education level, maternal education, wealth quintile, boundaries: administrative and health regions
Primary/ preferred data sources	Household surveys
Alternate/ other possible data sources	-
Measurement frequency	Surveys: every 3-5 years; modeled estimates: annual

۶۴. درصد جمعیت کلیدی در معرض خطر بالاتر (افرادی که مواد مخدر تزریق می کنند، کارگران جنسی، مردانی که با مردان رابطه جنسی دارند) در ۱۲ ماه گذشته تست HIV گرفته اند و نتایج آن را می دانند

نام مخفف	درصد جمعیت کلیدی در معرض خطر بالاتر
نام شاخص	درصد جمعیت کلیدی در معرض خطر بالاتر (افرادی که مواد مخدر تزریق می کنند، کارگران جنسی، مردانی که با مردان رابطه جنسی دارند) در ۱۲ ماه گذشته تست HIV گرفته اند و نتایج آن را می دانند.
دامنه / زیر دامنه	پوشش خدمات / پاسخگویی نظام سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	-
تعریف	صورت: تعداد کارگران جنسی که در طی ۱۲ ماه گذشته تحت آزمایش HIV بوده اند و نتایج آن را می دانند.
روش اندازه گیری	مخرج: تعداد کارگران جنسی که در این نمونه قرار دارند.
صورت کسر	صورت: تعداد کارگران جنسی که در طی ۱۲ ماه گذشته تحت آزمایش HIV بوده اند و نتایج آن را می دانند.
مخرج کسر	تعداد کارگران جنسی که در این نمونه قرار دارند.
روش تخمین	پیمایش های نظارت رفتاری یا سایر پیمایش های ویژه کارگران جنسی هستند که سؤالات زیر پرسیده می شود: در ۱۲ ماه گذشته آزمایش HIV داده اید؟ اگر بله: من نمی خواهم از نتایج مطلع شوم، اما آیا شما نتایج آن آزمایش را دریافت کرده اید؟ هر زمان ممکن باشد، داده ها برای کارگران جنسی باید از طریق سازمان های جامعه مدنی که از نزدیک با این کار کرده اند، جمع آوری شود. جمعیت در زمینه دسترسی به کارگران جنسی و همچنین داده های جمع آوری شده از آن ها باید محرمانه باقی بمانند.
تفکیک کننده	سن، جنسیت
منابع اصلی / ارجح داده ها	پیمایش های نظارت رفتاری یا سایر پیمایش های ویژه
منابع دیگر / جایگزین داده ها	-
تناوب اندازه گیری	هر ۲ الی ۳ سال
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

64. Percentage of key populations at higher risk (People Who Inject Drugs, sex workers, men who have sex with men) who have received an HIV test in the past 12 months and know their results

Abbreviated name	Percentage of key populations at higher risk
Indicator name	Percentage of key populations at higher risk (People Who Inject Drugs, sex workers, men who have sex with men) who have received an HIV test in the past 12 months and know their results
Domain/subdomain	Health System Response/ Service coverage
Related/Associated terms	-
Definition	Numerator: Number of sex workers who have been tested for HIV during the last 12 months and who know their results
Measurement method	Denominator: Number of sex workers included in the sample
Numerator	Number of sex workers who have been tested for HIV during the last 12 months and who know their results
Denominator	Number of sex workers included in the sample
Method of estimation	Behavioral surveillance or other special surveys sex workers are asked the following questions: 1. Have you been tested for HIV in the last 12 months? If yes: 2. I don't want to know the results, but did you receive the results of that test? Whenever possible, data for sex workers should be collected through civil society organizations that have worked closely with this population in the field Access to sex workers as well as the data collected from them must remain confidential
Disaggregation	Age, sex
Primary/ preferred data sources	Behavioral surveillance or other special surveys
Alternate/ other possible data sources	-
Measurement frequency	Every 2-3 years

۶۵. بین همه بزرگسالان و کودکان مبتلا به HIV، آنهایی که در حال حاضر درمان ضد تروویروسی دریافت کرده‌اند

نام مخفف	پوشش درمان ضد تروویروسی
نام شاخص	پوشش درمان ضد تروویروسی
دامنه / زیر دامنه	پوشش خدمات / پاسخگویی نظام سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	درمان ضد تروویروسی: استفاده از ترکیبی از ۳ یا بیشتر داروهای ضد تروویروسی به منظور درمان مطابق پروتکل‌های درمانی مصوب کشوری (استانداردهای WHO / UNAIDS). رژیم‌های ضد تروویروسی تجویز شده برای پروفیلاکسی مواجهه یافته در نظر گرفته نمی‌شوند. ویروس نقص سیستم ایمنی انسانی (HIV): ویروسی که باعث تضعیف سیستم ایمنی بدن، در نهایت منجر به ایدز، سندرم نقص ایمنی اکتسابی می‌شود. HIV توانایی بدن در مقابله با عفونت و بیماری را از بین می‌برد که در نهایت می‌تواند منجر به مرگ شود.
تعریف	درصد بزرگسالان و کودکان مبتلا به HIV که در حال حاضر تحت درمان ترکیبی ضد تروویروسی مطابق با پروتکل‌های درمانی مصوب کشوری (استانداردهای WHO / UNAIDS) در بدین تعداد تخمین زده شده بزرگسالان و کودکان مبتلا به HIV هستند.

ادامه دارد

65. Adults and children currently receiving ART among all adults and children living with HIV

Abbreviated name	Antiretroviral therapy (ART) coverage
Indicator name	Antiretroviral therapy (ART) coverage
Domain/subdomain	Health System Response/ Service coverage
Related/Associated terms	<p>Antiretroviral treatment: The use of a combination of 3 or more antiretroviral drugs for purpose of treatment in accordance with nationally approved treatment protocols (or WHO/UNAIDS standards).</p> <p>ARV regimens prescribed for post exposure prophylaxis are excluded. Human Immunodeficiency Virus (HIV): A virus that weakens the immune system, ultimately leading to AIDS, the acquired immunodeficiency syndrome. HIV destroys the body's ability to fight off infection and disease, which can ultimately lead to death.</p>
Definition	The percentage of adults and children living with HIV currently receiving antiretroviral combination therapy in accordance with the nationally approved treatment protocols (or WHO/UNAIDS standards) among the total estimated number of adults and children living with HIV.

To be continued

۶۵. بین همه بزرگسالان و کودکان مبتلا به HIV، آنهایی که در حال حاضر درمان ضدتروویروسی دریافت کرده‌اند

<p>روش اندازه‌گیری ۱:</p> <p>صورت کسر: تعداد بزرگسالان و کودکان مبتلا به عفونت HIV که در حال حاضر تحت درمان ترکیبی ضدتروویروسی هستند را می‌توان از طریق داده‌های جمع‌آوری شده از ثبت‌های درمان ضدتروویروسی مبتنی بر مراکز سلامت یا سیستم‌های مدیریت عرضه دارو به‌دست آورد. سپس این موارد محاسبه شده و به گزارش‌های مقطعی ماهانه یا فصلی منتقل می‌شوند که می‌توانند برای مجموع ملی تجمیع شوند. بیماری‌های که درمان ضدتروویروسی در بخش خصوصی و دولتی دریافت می‌کنند، باید در صورت وجود اطلاعات در شمارشگر گنجانده شوند. درمان ضدتروویروسی که فقط به‌منظور پیشگیری از انتقال از مادر به کودک و پیشگیری پس از مواجهه انجام می‌شود در این شاخص گنجانده نشده است. زنان باردار آلوده به HIV که واجد شرایط درمان ضدتروویروسی و درمان ضدتروویروسی برای درمان خود هستند در این شاخص گنجانده شده است. مخرج: مخرج با تخمین تعداد افراد مبتلا به عفونت HIV به‌دست می‌آید. یک روش مدل‌سازی استاندارد توصیه می‌شود.</p> <p>نرم‌افزارهای بسته تخمین و پیش‌بینی (EPP) و طیف توسط گروه مرجع UNAIDS/WHO در مورد تخمین‌ها، مدل‌ها و پیش‌بینی‌ها توسعه یافته‌اند.</p> <p>روش اندازه‌گیری ۲:</p> <p>این شاخص باید از رجیسترها/پایگاه‌های داده ART، ابزارهای نظارت بر برنامه و سیستم‌های مدیریت عرضه دارو جمع‌آوری شود.</p> <p>تعداد بزرگسالان و کودکانی را که در حال حاضر ART مطابق با پروتکل درمانی تأیید شده ملی (یا استانداردهای WHO/UNAIDS) دریافت می‌کنند، در پایان دوره گزارش شمارش کنید. نکته مهم، بیماری‌های که ARV در مدت چهار هفته (یعنی ۲۸ روز) دریافت نکرده‌اند. آخرین دریافت داروی ازدست‌رفته آنها را نباید شمارش کرد. موارد زیر نیز باید در نظر گرفته شوند:</p> <p>بیماران تحت ART که در طول دوره گزارش شروع کرده یا منتقل شده‌اند باید شمارش شوند.</p> <p>بیمارانی که ۳ ماه یا بیشتر از داروهای ضدتروویروسی را در یک ویزیت دریافت می‌کنند (یعنی دوره چندماهه) نیز باید تا زمانی که ARV کافی برای ماندگاری حداقل تا پایان دوره گزارش دریافت کرده باشند، شمارش شوند. بالین حال، اگر مشخص شود که یک بیمار فوت کرده است، باید بلافاصله از نتایج TX_CURR حذف شود.</p> <p>زنان باردار HIV مثبتی که واجد شرایط استفاده از داروهای ضدتروویروسی برای درمان خود هستند، باید شمارش شوند. زنان باردار HIV مثبت که ART مادام‌العمر را از طریق PMTCT (گزینه +) شروع می‌کنند، تحت این شاخص به‌عنوان «جریان» در ART محاسبه می‌شوند.</p> <p>این‌ها شامل زنان باردار آلوده به HIV است که:</p> <p>در طول بارداری فعلی ART را به‌تازگی شروع کرده باشند؛</p> <p>در ابتدای بارداری فعلی در حال حاضر تحت ART هستند؛</p> <p>بیمارانی که از شمارش فعلی ART مستثنی شده‌اند، بیماری‌های هستند که فوت کرده، درمان را متوقف کرده، به خارج منتقل شده‌اند یا ردیابی (پیگیری) را از دست داده‌اند.</p> <p>بیمارانی که در طی چهار هفته (یعنی ۲۸ روز) از آخرین دریافت دارو ازدست‌رفته، ARV دریافت نکرده‌اند، نباید شمارش شوند. قبل از شروع تلاش‌های ردیابی، بیماران نیازی به واجد شرایط بودن به‌عنوان ازدست‌رفته برای پیگیری ندارند. تلاش‌ها برای ردیابی بیماری‌های که ویزیت بالینی یا دریافت دارو را از دست داده‌اند باید بلافاصله پس از تماس بالینی ازدست‌رفته آغاز شود.</p> <p>بیمارانی که در طی چهار هفته پس از آخرین دریافت دارو ازدست‌رفته، ARV دریافت نکرده‌اند، باید در گزارش شاخص TX_ML شرح داده شوند. بیماری‌های که پس از چهار هفته یا بیشتر از قطع ARV درمان را مجدداً شروع می‌کنند، باید در دوره گزارشی که در آن بیمار به مراقبت برمی‌گردد و ARV را دوباره شروع می‌کند، تحت TX_RTT شمارش شوند.</p> <p>TX_CURR باید از هر دو سایت پشتیبانی شده توسط PEPFAR در بخش خصوصی و/یا دولتی گزارش شود. بیماری‌های که در حال حاضر در کلینیک‌های سیار تحت درمان قرار می‌گیرند را می‌توان به دو صورت گزارش کرد. اولاً، اگر کلینیک سیار با یک مرکز سلامت در مجاورت باشند (مثلاً کالاه‌ها را دریافت می‌کند، به آنها گزارش می‌دهد، کارکنان آن کار می‌کنند)، آنگاه این افراد باید توسط آن مرکز گزارش شوند. ثانیاً، اگر یک کلینیک سیار برای بیش از ۲ دوره گزارش ثابت است، باید با ژئوکدها به لیست امکانات PEPFAR اضافه شود و داده‌ها باید مستقیماً برای این کلینیک سیار گزارش شود.</p>	<p>روش اندازه‌گیری</p>
<p>تعداد بزرگسالان و کودکانی که در حال حاضر درمان ضد تروویروسی را مطابق پروتکل درمان مصوب کشوری (یا استانداردهای سازمان جهانی بهداشت) در پایان دوره گزارش دریافت می‌کنند. داده‌ها باید به‌صورت مداوم در سطح مراکز درمانی جمع‌آوری شوند. داده‌ها باید به‌صورت دوره‌ای تجمیع شوند. داده‌های آخرین سال باید برای گزارش سالانه مورد استفاده قرار گیرد.</p> <p>در حالت ایده‌آل این داده‌ها باید از طریق نظام پایش روتین بر پاسخ ملی HIV در دسترس باشند.</p>	<p>صورت کسر</p>

65. Adults and children currently receiving ART among all adults and children living with HIV

Measurement method

Numerator: The number of adults and children with HIV infection who are currently receiving antiretroviral combination therapy can be obtained through data collected from facility-based antiretroviral therapy registers or drug supply management systems. These are then tallied and transferred to cross-sectional monthly or quarterly reports which can then be aggregated for national totals. Patients receiving antiretroviral therapy in the private sector and public sector should be included in the numerator where data are available. Antiretroviral therapy taken only for the purpose of prevention of mother-to-child transmission and post-exposure prophylaxis are not included in this indicator. HIV-infected pregnant women who are eligible for antiretroviral therapy and on antiretroviral therapy for their own treatment are included in this indicator. **Denominator:** The denominator is generated by estimating the number of people with HIV infection. A standard modelling method is recommended.

The Estimation and Projection Package (EPP)* and Spectrum*, softwares have been developed by the UNAIDS/WHO Reference Group on Estimates, Models and Projections.

How to collect:

This indicator should be collected from facility ART registers/databases, program monitoring tools, and drug supply management systems.

Count the number of adults and children who are currently receiving ART in accordance with the nationally approved treatment protocol (or WHO/UNAIDS standards) at the end of the reporting period. Importantly, patients who have not received ARVs within four weeks (i.e., 28 days) of their last missed drug pick-up should not be counted.

The following should also be considered:

Patients on ART who initiated or transferred-in during the reporting period should be counted.

Patients that pick up 3 or more months of anti-retroviral drugs at one visit (i.e., multi-month dispensation) should also be counted as long as they have received enough ARVs to last to the end of the reporting period at a minimum.

However, if it is determined that a patient has died, they should immediately be removed from the TX_CURR results.

HIV-positive pregnant women who are eligible for and are receiving antiretroviral drugs for their own treatment should be counted. HIV-positive pregnant women initiating lifelong ART through PMTCT (Option B+) will count as "current" on ART under this indicator.

These include HIV-infected pregnant women who:

Have newly initiated ART during the current pregnancy

Are already on ART at the beginning of the current pregnancy.

Patients excluded from the current on ART count are patients who died, stopped treatment, transferred out, or are lost to follow-up.

Patients who have not received ARVs within four weeks (i.e., 28 days) of their last missed drug pick-up should not be counted. Patients do not need to qualify as lost to follow-up before tracing efforts commence.

Efforts to trace patients that have missed a clinical visit or drug pick-up should begin immediately following a missed clinical contact.

Patients who have not received ARVs within four weeks of their last missed drug pick-up should be described further in the reporting of the TX_ML indicator.

Patients that restart treatment after four weeks or more of being off ARVs should also be counted under TX_RTT in the reporting period in which the patient returns to care and restarts ARVs.

TX_CURR should be reported from both PEPFAR-supported sites in the private and/or public sector. Patients currently receiving treatment from mobile clinics can be reported in two ways. Firstly, if the mobile clinic is associated with (e.g., receives commodities, reports to, is staffed by) a nearby health facility, then these individuals should be reported by that facility. Secondly, if a mobile clinic is stationary for more than 2 reporting periods, it should be added to the PEPFAR facility list with geocodes and data should be reported for this mobile clinic directly.

DO NOT include: Patients who receive ARVs for post-exposure prophylaxis (PEP) or short-term ART only for prevention (PrEP) should not be reported in this indicator.

To be continued

۶۵. بین همه بزرگسالان و کودکان مبتلا به HIV، آنهایی که در حال حاضر درمان ضد رتروویروسی دریافت کرده‌اند

مخرج کسر	<p>اندازه‌گیری شیوع HIV در کل جمعیت امکان‌پذیر نیست و از این رو از تخمین تعداد بزرگسالان و کودکان مبتلا به HIV استفاده می‌شود. در کشورهایی که اپیدمی عمومی وجود دارد، برآورد شیوع HIV در درجه اول مبتنی بر نظام مراقبت زنان باردار است که به کلینیک‌های بارداری مراجعه کرده و مراقبت دریافت می‌کنند. این داده‌ها به‌طور روتین جمع‌آوری می‌شوند و در حال حاضر مبنای اصلی ما برای ارزیابی روندها هستند.</p> <p>پیمایش‌های خانوار مبتنی بر جمعیت که شامل تست‌های مربوط به عفونت HIV است (که بسیار کمتر انجام می‌شود) برای بهبود تخمین‌های مبتنی بر داده‌های کلینیکی که زنان باردار به آنجا مراجعه می‌کنند، استفاده می‌شود. اگر کشورها چنین پیمایشی را انجام داده باشند از این نتایج برای روند شیوع HIV استفاده می‌شود. در کشورهایی که این پیمایش‌ها را انجام نداده‌اند روند شیوع HIV براساس تنظیمات پیش‌فرض جهانی از مقایسه شیوع HIV بین پیمایش‌های ملی و نظارت بر ANC در سایر کشورها به‌دست می‌آید.</p> <p>برای کشورهایی که اپیدمی سطح پایین یا متمرکز دارند، تخمین‌های HIV مبتنی بر مطالعات، در بین جمعیتی کلیدی است که در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به HIV هستند- مانند افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، کارگران جنسی یا مردانی که در ارتباط جنسی با مردان هستند. کشورهایی که بیماری همه‌گیر متمرکز دارند گاهی اوقات از منابع داده دیگری نیز برخوردار هستند که می‌تواند به بهبود تخمین کمک کند. در کشورهایی با پوشش بالا و ثابت از گزارش موردی، این داده‌ها می‌توانند به فرآیند برآورد اضافه شوند و برآوردهای دقیق‌تری ایجاد کنند. معیارهای ملی برای واجد شرایط بودن درمان ضد رتروویروسی در کشورها متفاوت است. برای این که این شاخص در سراسر کشورها قابل مقایسه باشد، گزارش‌های جهانی پوشش درمان ضد رتروویروسی برای بزرگسالان و کودکان به‌عنوان درصدی از تمام افرادی که به HIV مبتلا هستند را ارائه خواهند کرد.</p>
روش تخمین	<p>برآورد صورت کسر: اطلاعات مربوط به محاسبه صورت کسر از جدیدترین گزارش‌های دریافت شده توسط WHO یا UNAIDS از وزارت بهداشت و یا از منابع معتبر دیگر در کشورها، مانند شرکای دو جانبه، بنیادها و سازمان‌های غیردولتی که ارائه‌دهنده اصلی خدمات درمانی هستند، گردآوری شده است.</p> <p>برآورد مخرج کسر:</p> <p>ابزارهای استاندارد و روش‌های تخمین توسط UNAIDS و WHO توسعه داده شده‌اند و در سطح ملی مورد استفاده قرار می‌گیرند.</p> <p>از نرم‌افزار Spectrum (www.futuresinstitute.org) و ماژول تأثیر ایدز آن برای محاسبه برآورد استفاده می‌شود. توضیحات بیشتر در مورد برآورد را در زیر شاخص ۲۴ ملاحظه کنید. پوشش با تقسیم صورت به مخرج کسر به دست می‌آید.</p> <p>این شاخص بخشی از پاسخگویی بخش سلامت به HIV / ایدز، گزارش دسترسی جهانی (WHO / UNAIDS / UNICEF) و گزارش پیشرفت جهانی پاسخ به ایدز (WHO / UNAIDS) است.</p>
تفکیک کننده	<p>سن:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. حداقل برای داده‌های مبتنی بر کاغذ (روتین): < ۱۵، +۱۵؛ ۲. استخراج داده‌های سالانه از داده‌های تجمیع نشده اگر به‌طور روتین گزارش نشود: > ۵، ۹-۵، ۱۰-۱۴، ۱۵-۱۹، ۲۰-۲۴، ۲۵-۲۹ و +۵۰؛ ۳. سیستم الکترونیکی: گروه‌های سنی ۵ ساله؛ ۴. جمعیت‌های کلیدی، نوع ارائه‌دهنده خدمت (عمومی / خصوصی)، نوع رژیم درمانی (به‌عنوان مثال خط اول، خط دوم)، جنسیت.
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	نظام گزارش‌دهی مراکز ارائه خدمت، نظام گزارش‌دهی اداری، نظام مراقبت و پیمایش‌های ویژه بر روی جمعیت‌ها در سطوح مختلف خطر
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	-
تناوب اندازه‌گیری	سالانه
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

65. Adults and children currently receiving ART among all adults and children living with HIV

Numerator	Number of adults and children currently receiving antiretroviral therapy in accordance with the nationally approved treatment protocol (or WHO standards) at the end of the reporting period. Data should be collected continuously at the facility level. Data should be aggregated periodically. The most recent full year of data should be used for annual reporting. Ideally this data should be available through the routine monitoring of the national HIV response.
Denominator	<p>It is not feasible to measure HIV prevalence in the general population and thus estimates of the number of adults and children living with HIV are used. In countries with generalized epidemics, estimates of HIV prevalence are primarily based on surveillance among pregnant women attending sentinel antenatal clinics (ANC). Such data are collected on a routine basis and are currently our primary basis for the assessment of trends. Population-based household surveys that include testing for HIV infection (conducted much less frequently) are used to improve the antenatal clinic data-based estimates. If countries have conducted such a survey, the results are used to calibrate the trend in HIV prevalence. Countries who have not conducted these surveys calibrate their HIV prevalence trends based on a global default adjustments derived from the comparison of HIV prevalence between national surveys and ANC surveillance in other countries. For countries with low-level or concentrated epidemics, HIV estimates are based on studies among key populations who are at higher risk of HIV exposure—such as people who inject drugs, gender workers, or men who have gender with men.</p> <p>Countries with concentrated epidemics sometimes have additional sources of data which can help refine estimates. In countries with high and consistent coverage of case reporting, these data can add to the estimation process and make estimates more precise. National criteria for ART eligibility varies by country. To make this indicator comparable across countries global reports will present the ART coverage for adults and children as a percentage of all people living with HIV.</p>
Method of estimation	<p>Estimating the numerator: Data for the calculation of the numerator are compiled from the most recent reports received by WHO and/or UNAIDS from health ministries or from other reliable sources in the countries, such as bilateral partners, foundations and nongovernmental organizations that are major providers of treatment services.</p> <p>Estimating the denominator: Standardized tools and methods of estimation have been developed by UNAIDS and WHO and are used on the national level. The software tool Spectrum (www.futuresinstitute.org) and its AIDS Impact Module is used to produce the estimate. See description of estimation under indicator 24.</p> <p>The coverage is calculated by dividing the numerator by the denominator. This indicator is part of both the Health Sector Response to HIV/AIDS, Universal Access reporting (WHO/UNAIDS/UNICEF) and the Global Aids Response Progress Reporting (WHO/UNAIDS).</p>
Disaggregation	<p>Age:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimum for paper-based (routine): <15, 15+; 2. Annual data extraction of disaggregated data if not reported routinely: <5, 5–9, 10–14, 15–19, 20–24, 25–49, 50+; 3. Electronic system: 5-year age groups; <p>Key populations, provider type (public/private), regimen type (e.g. first line, second line), sex.</p>
Primary/ preferred data sources	Facility reporting system, Administrative reporting system, Surveillance systems, and special surveys on populations at different levels of risk.
Alternate/ other possible data sources	-
Measurement frequency	Annual

۶۶. درصد موفقیت در درمان سل تأیید شده باکتریولوژیک جدید

نام مخفف	درصد موفقیت در درمان سل
نام شاخص	درصد موفقیت در درمان سل
دامنه / زیر دامنه	پوشش خدمات / پاسخگویی نظام سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	موارد جدید مبتلا به سل، موارد مبتلا به سل (سل مثبت)، سل
تعریف	بهبود یافته: بیمار سل ریوی با سل تأیید شده باکتریولوژیک در شروع درمان که در آخرین ماه درمان و حداقل یک دوره قبل از آن اسمیر خلط منفی داشته است. * درمان کامل: یک بیمار مبتلا به سل که بدون شواهد عدم موفقیت درمان را تمام کرده باشد، اما هیچ سابقه‌ای که نشان دهد که نتایج اسمیر یا کشت خلط در آخرین ماه درمان و حداقل یک دوره قبل از آن به دلیل عدم انجام آزمایشات یا به دلیل در دسترس نبودن نتیجه آزمایش منفی بوده، نداشته باشد. * درمان موفق: مجموع بیماران بهبود یافته و افرادی که کامل درمان شده‌اند.
روش اندازه‌گیری	(بیماران جدید سل باکتریولوژیک تأیید شده که با موفقیت درمان شدند (درمان به همراه درمان کامل) در یک بازه زمانی مشخص) / (تعداد کل موارد جدید سل باکتریولوژیک تأیید شده که برای معالجه در مدت مشابه ثبت شده است) × ۱۰۰
صورت کسر	بیماران جدید سل باکتریولوژیک تأیید شده که با موفقیت درمان شدند (درمان به همراه درمان کامل) در یک بازه زمانی مشخص.
مخرج کسر	تعداد کل موارد جدید سل باکتریولوژیک تأیید شده که برای معالجه در مدت مشابه ثبت شده است.
روش تخمین	–
تفکیک کننده	به تفکیک نوع بیماری، جنسیت، گروه سنی، سل مقاوم به درمان دارویی
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	گزارش‌های سه ماهه سل و ثبت سل
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	–
تناوب اندازه‌گیری	۳ ماه یکبار و هر سال
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

66. Treatment success rate of new bacteriologically confirmed tuberculosis

Abbreviated name	TB treatment success rate
Indicator name	TB treatment success rate
Domain/subdomain	Health System Response/ Service coverage
Related/Associated terms	New case of tuberculosis, smear-positive tuberculosis, Tuberculosis (TB)
Definition	<p>Cured: A pulmonary TB patient with bacteriologically confirmed TB at the beginning of treatment who was smear- or culture-negative in the last month of treatment and on at least one previous occasion.</p> <p>* Treatment completed: A TB patient who completed treatment without evidence of failure BUT with no record to show that sputum smear or culture results in the last month of treatment and on at least one previous occasion were negative, either because tests were not done or because results are unavailable.</p> <p>* Treatment success: The sum of cured and treatment completed.</p>
Measurement method	$(\text{New bacteriologically confirmed TB patients successfully treated (cured plus completed treatment) during a specified period of time}) / (\text{Total number of new bacteriologically confirmed TB cases registered for treatment during the same time period}) \times 100$
Numerator	New bacteriologically confirmed TB patients successfully treated (cured plus completed treatment) during a specified period of time.
Denominator	Total number of new bacteriologically confirmed TB cases registered for treatment during the same time period.
Method of estimation	-
Disaggregation	By type of disease, by gender, by age group, MDR
Primary/ preferred data sources	TB quarterly reports, and TB register
Alternate/ other possible data sources	-
Measurement frequency	Quarterly and annually

۶۷. کودکان زیر ۵ سال مبتلا به اسهال که مایع درمانی خوراکی دریافت کرده‌اند

نام مخفف	کودکان زیر ۵ سال مبتلا به اسهال که مایع خوراکی درمانی ORS دریافت کرده‌اند.
نام شاخص	کودکان زیر ۵ سال مبتلا به اسهال که مایع خوراکی درمانی ORS دریافت کرده‌اند.
دامنه / زیر دامنه	پوشش خدمات/پاسخگویی نظام سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	درمان خوراکی و تداوم تغذیه
تعریف	نسبت کودکان ۰ الی ۵۹ ماهه که در ۲ هفته گذشته اسهال داشته‌اند به کودکانی که با مایع درمانی خوراکی یا محلول خانگی مناسب (ORT) درمان شده‌اند. بر طبق DHS، اصطلاح(های) مورد استفاده برای اسهال باید همه اشکال اسهال، از جمله مدفوع خونین (همراه با اسهال خونی)، مدفوع آبکی و غیره را در بر بگیرد. این شامل تعریف مادر و همچنین "اصطلاح(های) محلی" است. تعریف "محلول خانگی مناسب" ممکن است بین کشورها متفاوت باشد.
روش اندازه‌گیری	از مادران یا مراقبان کودکان زیر پنج سال سوال می‌شود که آیا کودک در هر زمانی در ۲ هفته گذشته اسهال داشته است یا خیر، و اگر چنین است، آیا ORS دریافت کرده است یا خیر. طبق مطالعه DHS، اصطلاح(های) مورد استفاده برای اسهال باید شامل عباراتی باشد که برای همه اشکال اسهال، از جمله مدفوع خونی (مطابق با اسهال خونی)، مدفوع آبکی و غیره استفاده می‌شود. این اصطلاح شامل تعریف مادر و همچنین اصطلاحات محلی است که استفاده می‌شود. محدودیت این روش اندازه‌گیری این است که شدت اسهال مشخص نیست.
صورت کسر	تعداد کودکان زیر ۵ سال که در دو هفته گذشته ORT دریافت کرده‌اند (بسته‌بندی ORS، پیش بسته‌بندی شده ORS مایع، توصیه مایعات خانگی یا افزایش مایعات) در طول بیماری اسهال.
مخرج کسر	تعداد کودکان زیر ۵ سال مبتلا به اسهال در دو هفته گذشته
روش تخمین	سازمان جهانی بهداشت اطلاعات تجربی را از پیمایش‌های خانوار گردآوری می‌کند. نوع غالب آمار: تعدیل شده
تفکیک کننده	تقسیمات اداری، سن، تقسیمات مرتبط با سلامت، محل سکونت (شهری / روستایی)، تحصیلات مادران، پنجک ثروت
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	پیمایش‌های خانوار
منابع دیگر / جایگزین داده‌ها	نظام اطلاعات مراکز درمانی معمول
تناوب اندازه‌گیری	هر ۳ الی ۵ سال (بسته به فراوانی پیمایش‌های خانوار)
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

67. Children under 5 with diarrhea receiving oral rehydration therapy

Abbreviated name	Children with diarrhoea receiving oral rehydration solution (ORS)
Indicator name	Children with diarrhoea receiving oral rehydration solution (ORS)
Domain/subdomain	Health System Response/ Service coverage
Related/Associated terms	Oral rehydration therapy and continued feeding
Definition	Proportion of children aged 0–59 months who had diarrhoea in the last 2 weeks and were treated with oral rehydration salts or an appropriate household solution (ORT). According to DHS, the term(s) used for diarrhoea should encompass the expressions used for all forms of diarrhoea, including bloody stools (consistent with dysentery), watery stools, etc. It encompasses the mother's definition as well as the 'local term(s)'. The definition of "appropriate household solution" may vary between countries.
Measurement method	Mothers or caregivers of children under five years of age are asked if the child had diarrhoea at any time in the past 2 weeks, and if so, whether or not ORS was given. According to the DHS, the term(s) used for diarrhoea should encompass the expressions used for all forms of diarrhoea, including bloody stools (consistent with dysentery), watery stools, etc. The term encompasses the mother's definition as well as locally-used term(s). A limitation of this measurement approach is that the severity of diarrhoea is not ascertained.
Numerator	Number of children under age 5 with diarrhea in the last 2 weeks who received ORT (ORS packet, pre-packaged ORS fluid, recommended homemade fluid or increased fluids) during the episode of diarrhea
Denominator	Total number of children under age 5 with diarrhoea in the last 2 weeks
Method of estimation	WHO compiles empirical data from household surveys. Predominant type of statistics: adjusted
Disaggregation	Administrative regions, age, health regions, location (urban/rural), maternal education, Wealth quintile
Primary/ preferred data sources	Household surveys
Alternate/ other possible data sources	Routine facility information systems
Measurement frequency	Every 3 – 5 years (depending on frequency of household surveys)

۶۸. پوشش خدمات برای اختلالات شدید سلامت روان

نام مخفف	پوشش خدمات برای اختلالات شدید سلامت روان
نام شاخص	پوشش خدمات برای اختلالات شدید سلامت روان
دامنه / زیر دامنه	پوشش خدمات/پاسخگویی نظام سلامت
شرایط مربوط / مرتبط	سلامت روان
تعریف	نسبت افراد دارای اختلال روانی شدید روان پریشی (ICD 10 F2)؛ اختلال عاطفی دو قطبی (ICD 10 F30-31)؛ افسردگی خفیف - شدید (ICD 10 F32-F33) که در یک سال گذشته خدمات دریافت کرده‌اند.
روش اندازه‌گیری	-
صورت کسر	موارد اختلال روانی شدید که خدمات دریافت کرده‌اند.
مخرج کسر	کل موارد اختلال روانی شدید در جمعیت (تعداد کل افراد نیازمند)
روش تخمین	صورت کسر شامل تعداد افراد دارای اختلال روانی شدید که در یک سال گذشته از مراکز درمانی مختلف بستری و سرپایی مراقبت دریافت کرده‌اند (اگر امکان شمارش بیماران وجود نداشته باشد، بیماران ترخیص شده هم به‌عنوان یک پروکسی قابل قبول است) از مراکز بستری سلامت روان (بیمارستان‌های روانی، بخش‌های روان‌پزشکی در بیمارستان‌های عمومی، مراکز مسکونی جامعه‌نگر) و تعداد بیماران سرپایی که در طول یک سال در مراکز سلامت روان جامعه‌نگر، مراکز سرپایی و مراقبت روزانه تحت درمان قرار گرفته‌اند. مخرج کسر از پیمایش‌های اپیدمیولوژیک ملی یا در صورت عدم دسترسی، برآوردهای شیوع sub-regional جهانی به‌دست می‌آید.
تفکیک کننده	سن، جنسیت، وضعیت تحصیلات، موقعیت جغرافیایی و نوع مراکز درمانی
منابع اصلی / ارجح داده‌ها	نظام اطلاعات سلامت روان، پیمایش‌های اپیدمیولوژیک ملی
منابع دیگر/ جایگزین داده‌ها	سوابق مراکز درمانی، سازمان جهانی بهداشت، پیمایش ATLAS، برآوردهای بار جهانی بیماری‌ها، تخمین WMHS (Western Maryland Health System)
تناوب اندازه‌گیری	سالانه
واحد مسئول ارائه شاخص	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

68. Service coverage for severe mental health disorders

Abbreviated name	Coverage of services for severe mental health disorders
Indicator name	Coverage of services for severe mental health disorders
Domain/subdomain	Health System Response/ Service coverage
Related/Associated terms	Mental health
Definition	Proportion of persons with a severe mental disorder (psychosis (ICD 10 F2); bipolar affective disorder (ICD 10 F30-31); moderate-severe depression (ICD 10 F32-F33) who are in receipt of services in the last one year
Measurement method	-
Numerator	Cases of severe mental disorder in receipt of services
Denominator	Total cases of severe mental disorder in the population (total number of people in need)
Method of estimation	<p>The numerator is composed by the sum of persons with severe mental disorder who received care in the previous one year from the various inpatient and outpatient health facilities (if it is not possible to count patients, discharges are an acceptable proxy) from inpatient mental health facilities (mental hospitals, psychiatric wards in general hospitals, community residential facilities) and the number of outpatients treated in community mental health centers, ambulatory and day-care centers during one year.</p> <p>The denominator is derived from national epidemiological surveys or, if unavailable, sub-regional global prevalence estimates.</p>
Disaggregation	Age, gender, educational status, geographical location and facility type
Primary/ preferred data sources	Mental health information system(s), National epidemiological surveys
Alternate/ other possible data sources	Facility records, WHO, ATLAS Survey, Global Burden of Disease estimates, WMHS estimates
Measurement frequency	Annually

The National Institute of Health Research (NIHR) of the Islamic Republic of Iran is an institution established as the health observatory, and to produce and promote the use of scientific evidence needed by health-planners and policymakers at national level. The focus of NIHR is on the results and outcomes of health interventions. Acting on its mission as the health observatory in national level, NIHR, by using all the knowledge in the country and international knowledge capacities, while forecasting trends and monitoring health system indicators; and using the experiences of other health systems, designing and recommending effective interventions for health system reforms and, if implemented, evaluating and monitoring interventions; on the other hand, recognized as a reference and consultant, providing scientific evidence to health decision-makers in the country, and as observatory in the region, thereby enabling health administrators and managers to achieve a healthy society.

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، سازمانی است که برای دیده‌بانی وضعیت سلامت، تولید و ترویج به‌کارگیری شواهد علمی مورد نیاز برنامه‌ریزان و سیاستگذاران سلامت در سطح ملی ایجاد شده است.

تمرکز اصلی فعالیت‌های مؤسسه بر روی نتایج و پیامدهای اقدامات و مداخلات انجام شده در حوزه سلامت است.

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران در تلاش است با عمل به رسالت خود به‌عنوان دیده‌بان سلامت کشور با استفاده از همه توان دانشی داخل کشور و به‌کارگیری ظرفیت‌های بین‌المللی، ضمن پیش‌بینی روندها و رصد شاخص‌های نظام سلامت؛ با استفاده از تجربیات سایر نظام‌های سلامت، مداخلات مؤثر برای اصلاحات در نظام سلامت را طراحی و توصیه کند و در صورت اجرای آنها به ارزیابی و پایش مداخلات می‌پردازد. از سویی به‌عنوان مرجع و مشاور تأمین شواهد علمی تصمیم‌گیران سلامت در کشور و دیده‌بانی منطقه شناخته شده و از این طریق مجریان و متولیان حوزه سلامت را در دستیابی به جامعه سالم یاری می‌کند.

**The National Institute of Health Research
(NIHR)**



nihr.tums.ac.ir



**مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران**