

آمار و اطلاعات

کلیدی ترین ابزار موفقیت و برنامه ریزی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

معاونت بهداشت

گروه آمار و تحلیل عملکرد

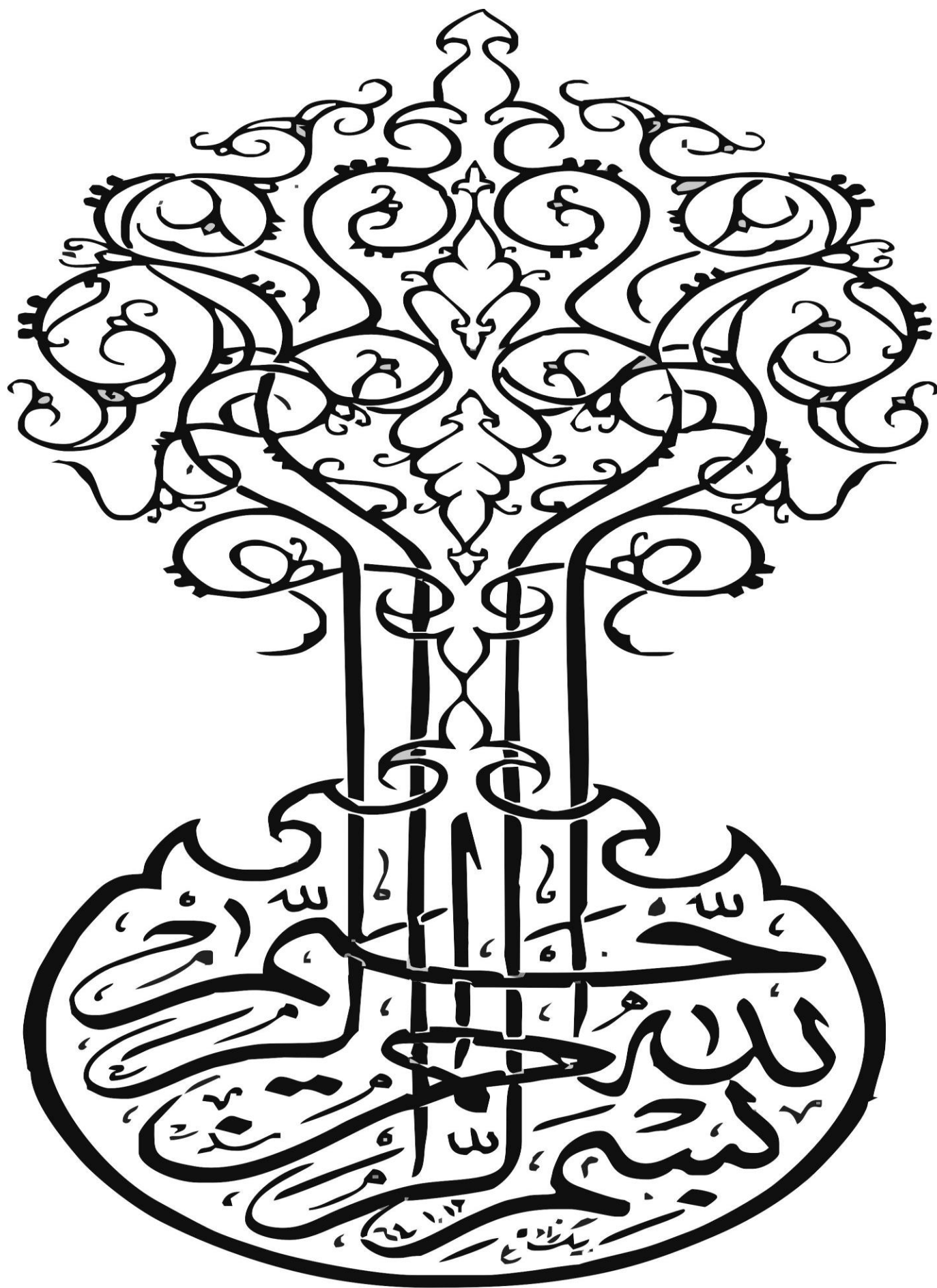
تهیه و تنظیم:

ایلناز ایرانزاد

زیر نظر:

دکتر حسین حقائی

معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز



۴	مقدمه.....
۵	رسالت.....
۵	رسالت گروه آمار و تحلیل عملکرد.....
۵	هدف کلی.....
۶	اهداف اختصاصی.....
۶	فرایندهای کلیدی.....
۷	شرح وظایف رئیس گروه آمار و تحلیل عملکرد.....
۸	فرآیندهای واحد آمار.....
۹	آمار و تحلیل عملکرد.....
۱۱	انتظارات.....
۱۱	سایر فعالیتهای واحد.....
۱۲	جمعیت و سرشماری.....
۱۲	سرشماری - تعیین هرم سنی جمعیت - استخراج جمعیت براساس گروه های سنی و جنسیت.....
۱۳	هرم سنی جمعیت جهان، کشور و دانشگاه تبریز در سال ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰.....
۱۵	مشکلات و چالش ها.....
۱۵	انتظارات از ستاد شهرستان.....
۱۶	مرگ و میر.....
۱۶	هدف کلی برنامه.....
۱۶	اهداف اختصاصی برنامه.....
۱۷	ثبت مرگ و میر استان.....
۱۷	ثبت مرگ و میر شهرستان.....
۱۷	مشکلات ثبت داده های مرگ و میر.....
۱۸	انتظارات.....
۱۸	برنامه مرگ و میر.....
۱۹	زیج حیاتی.....
۲۰	شاخص های قابل محاسبه از زیج حیاتی.....
۲۰	سرشماری.....
۲۲	مدیریت فنی سامانه ها.....
۲۲	نیاز سنجی.....

۲۴	 خدمات
۲۴	 انتظارات
۲۵	 مشکلات
۲۵	 پیشنهادات
۲۶	 سامانه ثبت علتی مرگ و میر
۲۶	 خدمات
۲۷	 شاخص های برنامه ثبت علتی مرگ و میر
۳۰	 وضعیت مرگ و میر به تفکیک محل، جنسیت و شهرستان ها
۳۴	 نمودار علل مرگ شهرستانها در سال ۱۴۰۰
۴۰	 ترند نمودارهای ۱۰ علتی مرگ و میر
۴۶	 انتظارات
۴۷	 مشکلات و چالش های فعلی
۴۸	 سامانه یکپارچه بهداشت (سیب)
۴۹	 خدمات
۵۰	 برخی شاخص های قابل استخراج از سامانه سیب
۵۴	 عملکرد جمع وزنی
۵۹	 میانگین بار خدمات
۶۵	 ارجاع سطح یک
۷۲	 ارجاع سطح دو
۷۲	 تعداد نسخه های ارسال شده
۷۳	 انتظارات
۷۳	 مشکلات و چالش های فعلی
۷۴	 سامانه یکپارچه اطلاعات جمعیت (سیاج)
۷۵	 خدمات
۷۷	 شاخص های توافق و اطلاعات جمعیتی گروه های هدف استان و شهرستان ها به تفکیک
۹۲	 تعریف خانوار
۹۲	 بعد خانوار و شاخص های آماری آن
۹۶	 انتظارات
۹۶	 مشکلات و چالش های فعلی

۹۷	پرونده الکترونیک سلامت:.....
۹۸	فواید پرونده الکترونیک سلامت.....
۹۸	خدمات.....
۹۸	انتظارات.....
۹۹	مشکلات و چالش های فعلی.....
۱۰۰	ارجاع الکترونیک :.....
۱۰۱	ارجاع.....
۱۰۱	پسخوراند.....
۱۰۱	خدمات.....
۱۰۲	شاخص های قابل استخراج از پرونده الکترونیک سلامت.....
۱۰۴	انتظارات.....
۱۰۴	مشکلات و چالش های.....
۱۰۵	نسخه نویسی الکترونیکی:.....
۱۰۵	همخوانی معنایی:.....
۱۰۵	چرخه حیات نسخه الکترونیک:.....
۱۰۶	حداقل مؤلفه های لازم در نسخه الکترونیک :.....
۱۰۶	اهداف.....
۱۰۶	خدمات ارائه شده به گروه های هدف.....
۱۰۷	شاخص های برنامه نسخه نویسی الکترونیکی:.....
۱۰۸	انتظارات.....
۱۰۸	مشکلات و چالش های فعلی.....
۱۰۹	شاخص های هیات امناء دانشگاه.....
۱۰۹	شاخص های جشنواره شهید رجایی (تسما).....
۱۱۰	جدول فراوانی وضعیت عملکرد شاخصهای محور (معاونت بهداشت).....

بسمه تعالی

آمار به عنوان یک علم ، عبارتست از مطالعه و بررسی برای مفهوم دادن به داده ها

مقدمه:

آمار مجموعه ای از مفاهیم و روش هاست که در هر زمینه پژوهش ، برای گردآوری و تعبیر اطلاعات مربوط به آن و انجام نتیجه گیری ها، در شرایطی که عدم حتمیت و تغییر وجود دارد، بکار می رود واژه آمار از کلمه لاتین **status** سرچشمه گرفته است که به معنای حالت ، وضع یا موقعیت می باشد از این واژه به عنوان ریشه واژه های **State** (دولت) **Statista** (دولت شناس یا اطلاعات راجع به دولت دارد) **statistic** (آمار) که مجموعه معین راجع به دولت می باشد. علم آمار همانند هر علم دیگر در نتیجه نیاز های بشر بوجود آمده است و تاریخی غنی دارد بطوری که از دوران های گذشته تاکنون رشد و تکامل آن ادامه یافته است. در مفهوم کلی، آمار مجموعه داده های عددی مربوط به یک موضوع است. تا قبل از قرن ۱۹ از آمار در زمینه های محدود نظیر مسایل مالیاتی و نظامی استفاده شده و با شروع قرن ۱۹ همراه با تحولات اجتماعی - اقتصادی که در اروپا و سپس در سایر نقاط جهان پدید آمد انجام خدمات اجتماعی به عنوان یک وظیفه برای کشورها مطرح و بدنبال آن ضرورت برنامه ریزی برای ارایه این خدمات کاربرد آمار را به طور فزاینده گسترش داد تا آن جا که امروزه در کلیه زمینه های اجتماعی - اقتصادی به عنوان اصلی ترین وسیله شناخت نیازها و امکانات و مهمترین ابزار برنامه ریزی به شمار می رود.

در جهان امروز اطلاعات جزو سرمایه های ملی هر کشوری محسوب می شود ، تا جایی که این مهم به صحنه رقابت بین المللی تبدیل شده است . با توجه به توسعه فناوری اطلاعات و رشد فزاینده تکنولوژی ارتباطات، دسترسی به اطلاعات با حجم و سرعت بالا ، مدیران بهداشتی و درمانی را در زمینه رعایت اصول مدیریتی و ایجاد هماهنگی لازم و تصمیم گیری سریع یاری می نماید . بکارگیری تکنولوژی اطلاعات و ارتباطات از مهمترین ابزاری است که امروزه در تمامی سطوح ضروری است و مدیران بهداشتی و درمانی نه تنها از این قاعده مستثنی نیستند ، بلکه با توجه به هدف نهایی تشکیلات بهداشت و درمان بکارگیری تکنولوژی اطلاعات و ارتباطات از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد.

پیش نیاز حکمرانی خوب، وجود نظام آماری مطلوب است



رسالت گروه آمار و تحلیل عملکرد

با توجه به نیاز مدیران و سیاستگذاران عرصه سلامت به اطلاعات درست و بموقع، گروه آمار و تحلیل عملکرد با اجرای تمهیدات مناسب، اطلاعات درست و به روز را در سطوح مختلف تصمیم گیری در اختیار مدیران قرار داده و آنها را در زمینه تحلیل و بکارگیری داده ها توانمند خواهد نمود. این گروه در راستای دستیابی به هدف خود اقدامات زیر را انجام خواهد داد:



۱. اجرای نظام اطلاعات یکپارچه مراقبتهای اولیه بهداشتی
۲. توانمند سازی مدیران و کارشناسان در عرصه نظام سلامت
۳. بکارگیریهای فناوریهای نوین اطلاعات در مدیریت اطلاعات سلامت

هدف کلی

۱. ترویج بکارگیری پژوهش های کاربردی در حل مشکلات سلامت
۲. ایجاد امکان دسترسی آسان به اطلاعات در تصمیم گیریهای نظام مراقبتهای اولیه بهداشتی
۳. ساماندهی نظام ثبت و گزارش دهی، جمع آوری و استخراج نتایج و تجزیه و تحلیل داده های آماری
۴. توسعه نظام های اطلاعات مدیریت سلامت

گروه آمار معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۵. افزایش دسترسی و بهره برداری مدیران و کارشناسان از اطلاعات و آمار

۶. ارتقاء کمی و کیفی نظام ثبت و طبقه بندی مرگ و میر

اهداف اختصاصی

۱- تعیین مدل پژوهش کاربردی در نظام مراقبتهای اولیه بهداشتی

۲- تعیین بسته شاخصهای مدیریتی در سطح استان و شهرستان

۳- برگزاری دوره های آموزشی مدیریت اطلاعات

فرایندهای کلیدی

با توجه به رسالت تعریف شده برای این گروه فرایندهای زیر باید در سطح مرکز بهداشت استان طراحی و بکار گرفته شوند :

۱- بانک نظامهای اطلاعاتی سلامت

۲- مدیریت اطلاعات مراقبتهای اولیه بهداشتی





شرح وظایف رئیس گروه آمار و تحلیل عملکرد

- سیاستگذاری، برنامه ریزی، هماهنگی، پایش و نظارت فنی، ارزشیابی، استاندارد سازی و توانمند سازی در مورد نظام آمار و اطلاعات در سطح معاونت بهداشت دانشگاه.
- نظارت بر تهیه و بررسی گزارشات حاوی پیشرفت کار، تجزیه و تحلیل روند فعالیتهای مراکز تحت پوشش در پرونده الکترونیک سلامت
- اجرای آئین نامه ها، بخشنامه ها و دستورالعمل های ابلاغی از سوی وزارت بهداشت و دانشگاه.
- نظارت بر اجرای برنامه عملیاتی سالانه گروه آمار براساس برنامه استراتژیک معاونت بهداشت.
- برآورد و تدوین جداول جمعیتی سالانه برحسب سن، جنس، گروه های هدف و مناطق تحت پوشش دانشگاه و ارائه به ذینفعان.
- برگزاری، مشارکت و شرکت در سمینارها، کارگاه ها و برنامه های آموزشی.
- نظارت، پایش و ارزشیابی از پرونده الکترونیک سلامت با همکاری سایر واحدهای فنی معاونت بهداشتی و شبکه های تحت پوشش.
- نظارت بر نحوه عملکرد شبکه ها در اجرای برنامه کشوری نظام جامع ثبت مرگ و میر

- انجام هماهنگی و پیگیری های لازم در خصوص رفع نواقص و مشکلات نرم افزاری و محتوایی پرونده الکترونیک سلامت.
- انجام هماهنگی و پیگیری های لازم در خصوص رفع نواقص و مشکلات نرم افزاری و محتوایی نظام ارجاع الکترونیک به سطح ۲ ارائه خدمت.
- انجام هماهنگی و پیگیری های لازم در خصوص آموزش پرونده الکترونیک سلامت در سطح معاونت بهداشتی و مراکز/ شبکه ها.
- مشارکت در انجام طرح های تحقیقاتی کشوری، منطقه ای و استانی در زمینه های مرتبط
- نظارت، پایش و ارزشیابی از پرونده الکترونیک سلامت با همکاری سایر واحدهای فنی.

فرآیند های واحد آمار



- آمار و تحلیل عملکرد
- جمعیت و سرشماری
- مرگ و میر
- زیج حیاتی
- مدیریت سامانه ها
- پرونده الکترونیک سلامت
- ارجاع الکترونیک
- نسخه نویسی الکترونیکی

آمار و تحلیل عملکرد

شاخصهای بهداشتی در فرآیند برنامه ریزی در سیستم بهداشتی ابزاری است که هم چگونگی وضعیت موجود را تبیین می نماید و هم پس از تبیین و ترسیم اهداف و برنامه های اجرایی میزان دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده را مشخص می نماید.

- تهیه گزارشات تحلیلی آماری جهت دسترسی مدیران و کارشناسان درون سازمانی و برون سازمانی
- توانمند سازی کارشناسان
- همکاری در تدوین و اجرای طرحهای تحقیقاتی وزارت متبوعه و گروهها و واحدهای ستادی
- بهره گیری از توان علمی اساتید دانشگاه و موسسات علمی در ارتقاء دانش آماری کارشناسان در رابطه با شاخصهای بهداشتی

- نظارت بر فعالیتهای آماری شهرستانهای تابعه

➤ تدوین فرایند ارسال فرمهای آماری الکترونیکی از ستاد شهرستان ها به واحد آمار استان :

- ❖ تعیین توالی ارسال، تاریخ ارسال و نوع واحد ارسال کننده گزارش های آماری

➤ کنترل ثبت آمارها در سامانه های مربوطه:

- ❖ ارائه پس خوراند به مسئول مربوطه درخصوص نواقص ثبت های آماری
- ❖ تفکیک، تحلیل و ارائه گزارشات آماری به واحدهای ستادی مربوطه

➤ ارزشیابی ستاد شهرستان ها درخصوص ارسال گزارشات آماری:

- ❖ مقایسه عملکرد شهرستانها درخصوص ارسال کامل و به موقع گزارشات آماری
- ❖ رتبه بندی شهرستانها از جهت عملکرد سالیانه به منظور بهبود و ارتقاء عملکرد

➤ بررسی، استخراج و تجزیه و تحلیل گزارشات آماری و محاسبه شاخص های بهداشتی

- ❖ جمع بندی و تجزیه و تحلیل گزارش های مذکور

❖ جمع آوری شاخص های گروه های ستادی و ارائه عملکرد دانشگاه در حوزه معاونت بهداشتی به سازمان های درون

بخشی و برون بخشی

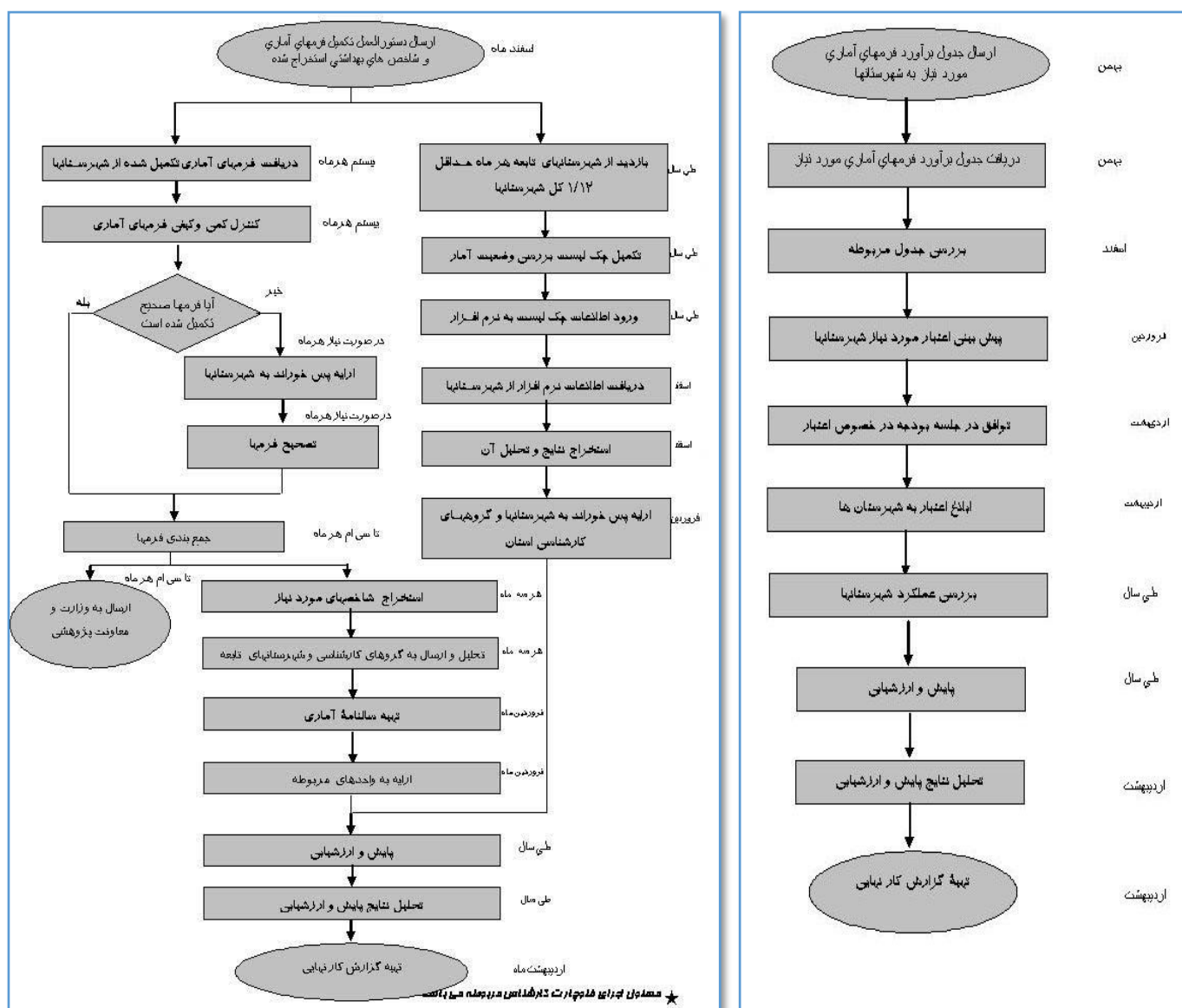
❖ تهیه بانک اطلاعاتی از آمار و شاخصهای بهداشتی

❖ اعلام زمان و پیگیری ارسال شاخصهای بهداشتی از سطوح مختلف به سطوح بالاتر

❖ برگزاری جلسات تجزیه و تحلیل شاخصهای معاونت بهداشتی، شبکه های بهداشت شهرستان، مرکز بهداشت و مراکز

خدمات جامع سلامت، طی جلسه مشترک با واحدهای ستادی و زیر بط.

❖ نمونه فرایند:



انتظارت

- تقویت، ظرفیت سازی و آموزش

✓ آموزش بدو خدمت و ضمن خدمت گروههای مختلف بهداشتی و درمانی در حوزه معاونت بهداشتی

✓ آموزش پزشکان درخصوص صدور گواهی فوت

✓ آموزش کارشناسان ثبت علتی مرگ و میر

✓ تقویت و ظرفیت سازی گروههای مختلف بهداشتی درمانی در زمینه شاخص ها، عملکرد، تحلیل و سامانه های

مربوطه

- پیگیری و نظارت کافی توسط مدیر به واحدهای زیر مجموعه

- آماده سازی و تهیه به موقع محتوای فرم های الکترونیکی، نرم افزار و سخت افزارهای مورد نیاز

- تهیه به موقع سالنامه آماری

- ارائه به موقع گزارشات و پسخوراند به واحدهای استانی و زیر مجموعه

- تسلط به آمار و تحلیل های کارشناسی شهرستانها

- برآورد وضعیت شهرستان، مقایسه با سایر شهرستانها، مرکز استان و کشور

- استفاده از گزارشات آماری و نتیجه عملکرد ها در برنامه عملیاتی استان، شهرستان و توافق نامه

- پایش و نظارت بر فعالیت های واحدها درخصوص آمار و اطلاعات:

✓ انجام پایش و نظارت بر عملکرد مراکز بهداشتی - درمانی و خانه های بهداشت طبق برنامه زمان بندی ابلاغ شده و

براساس چک لیست تهیه شده.

سایر فعالیتهای واحد:

- تدوین برنامه عملیاتی واحد آمار.

- همکاری در جمع آوری اطلاعات مورد نیاز معاونت بهداشتی دانشگاه.

- ارائه آمار و اطلاعات به ارگانها، سازمانها، محققین و ...

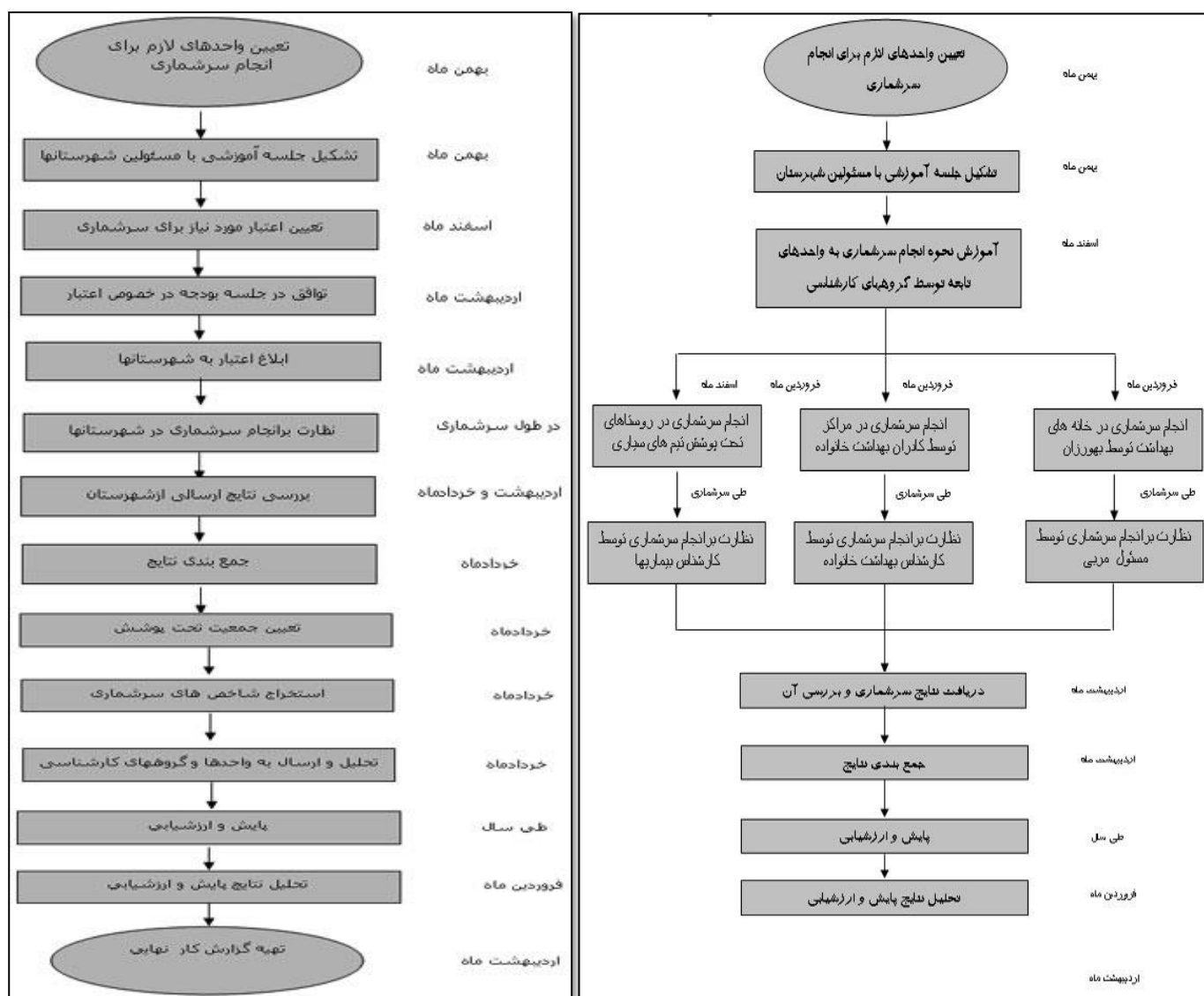
- برگزاری ، همکاری و شرکت در جلسات ، کمیته ها و کارگاههای مختلف مربوط به واحد آمار.
- انجام سایر امور اداری محوله بر حسب موارد اعلامی.

جمعیت و سرشماری

مدیران نظام سلامت به منظور برنامه ریزی برای بهداشت و درمان در سطوح مختلف ، ارزیابی عملکرد گذشته و مقایسه با وضع کنونی، ارزیابی اهداف برنامه های توسعه، مقایسه میان عملکرد واحدهای مختلف و ... ، نیازمند تعیین شاخص ها در بخش های مختلف هستند. برای محاسبه شاخصها به داده های خام نیازمندیم. که اصلی ترین روش جمع آوری داده های خام مورد نیاز برای محاسبه شاخصها سرشماری می باشد .

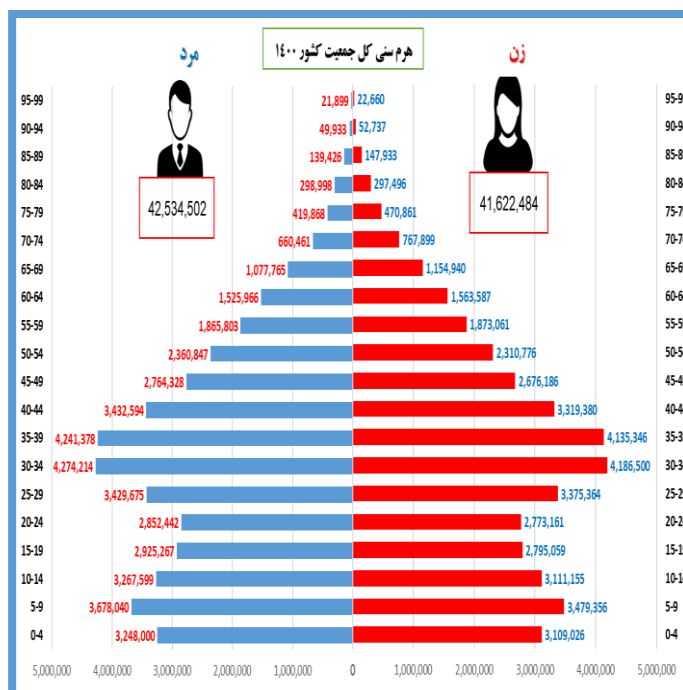
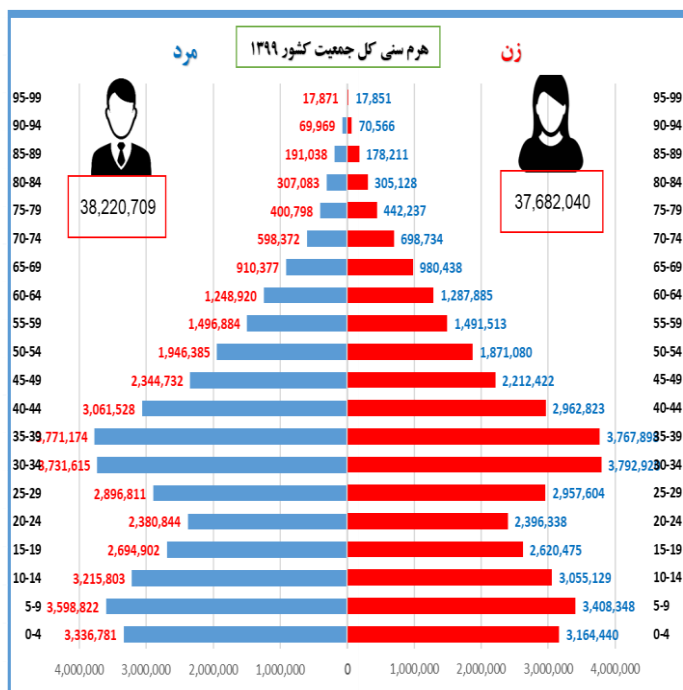
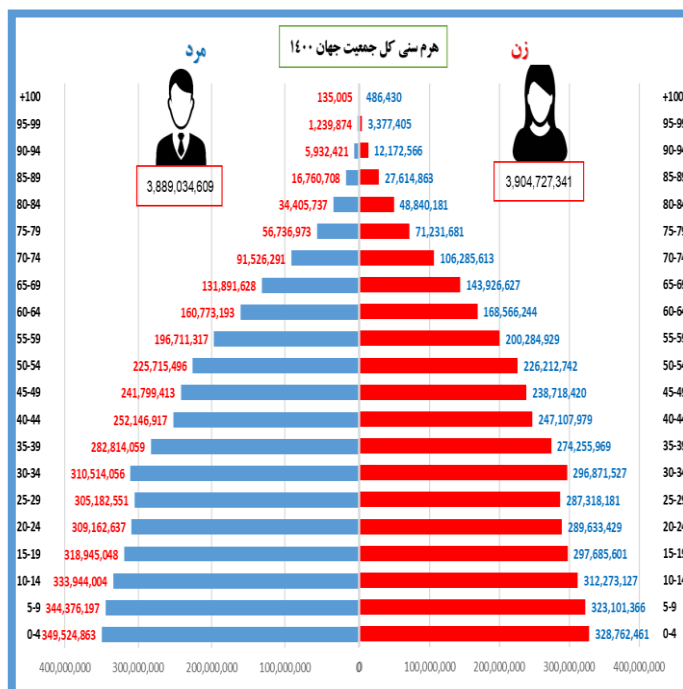
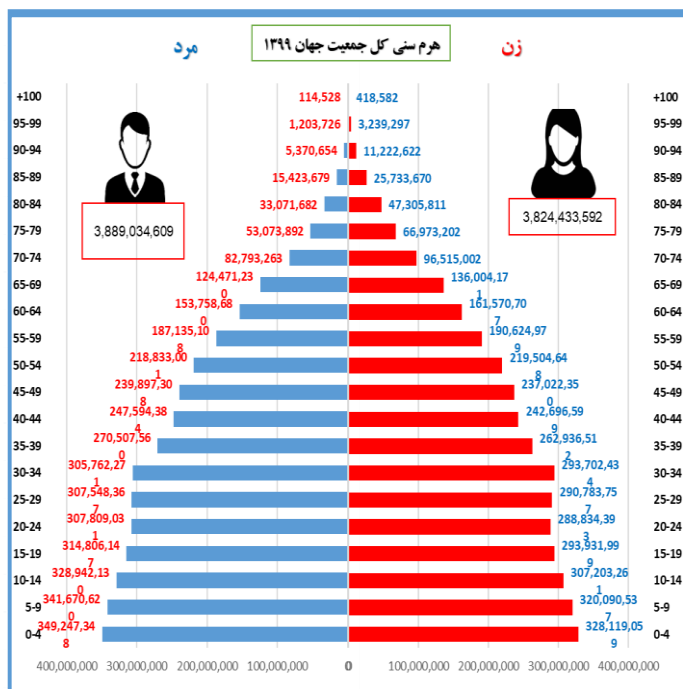
سرشماری - تعیین هرم سنی جمعیت - استخراج جمعیت براساس گروه های سنی و جنسیت.

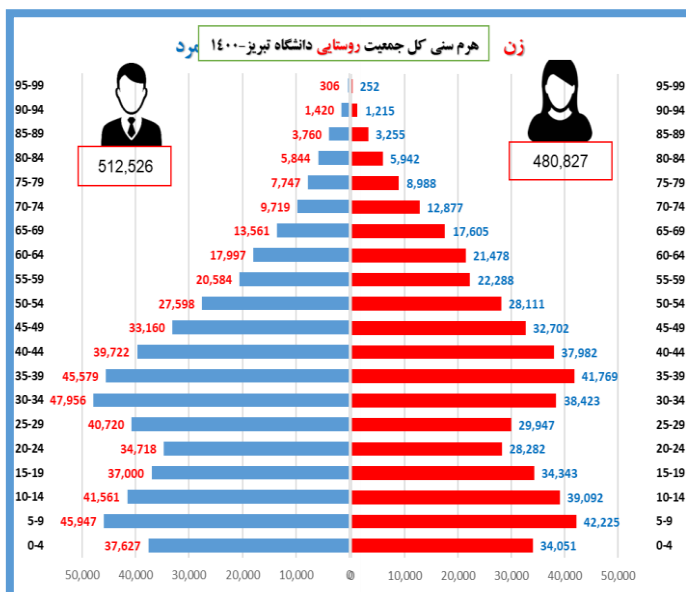
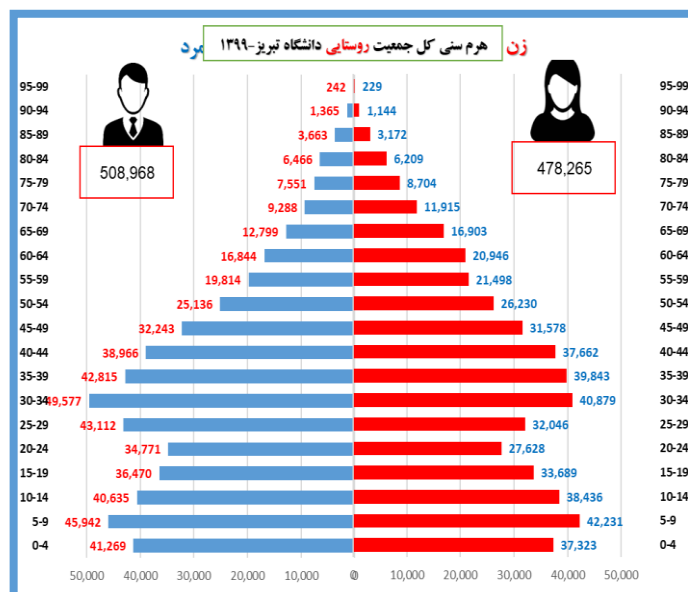
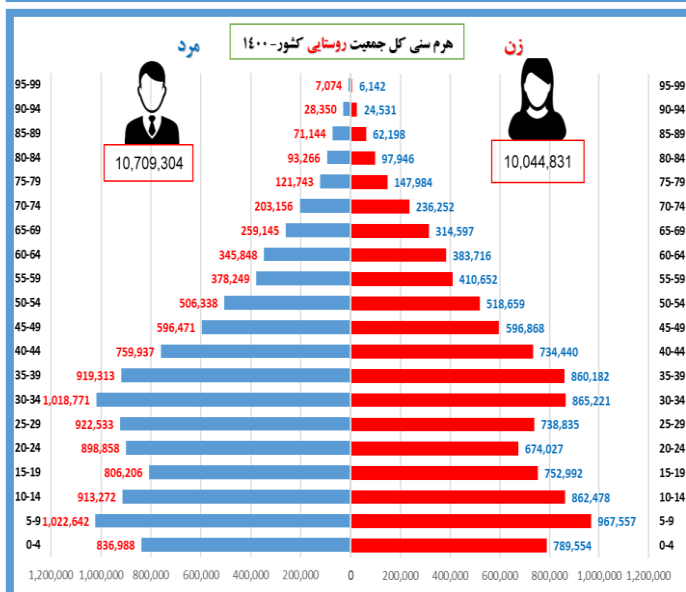
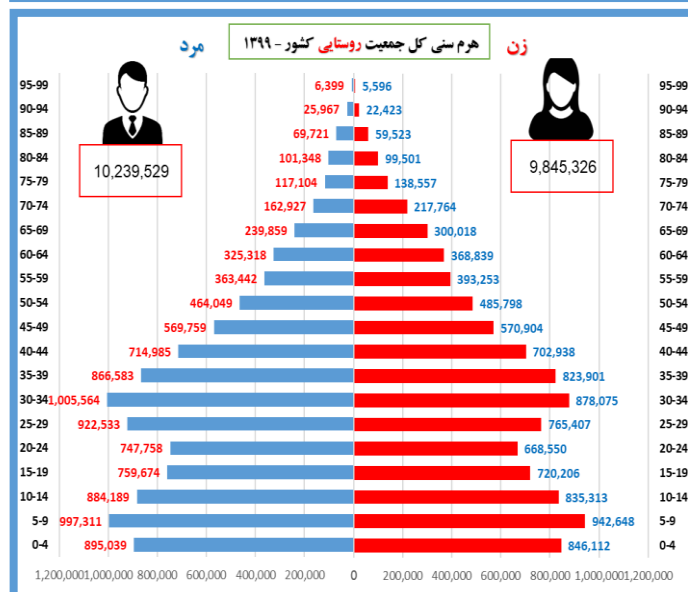
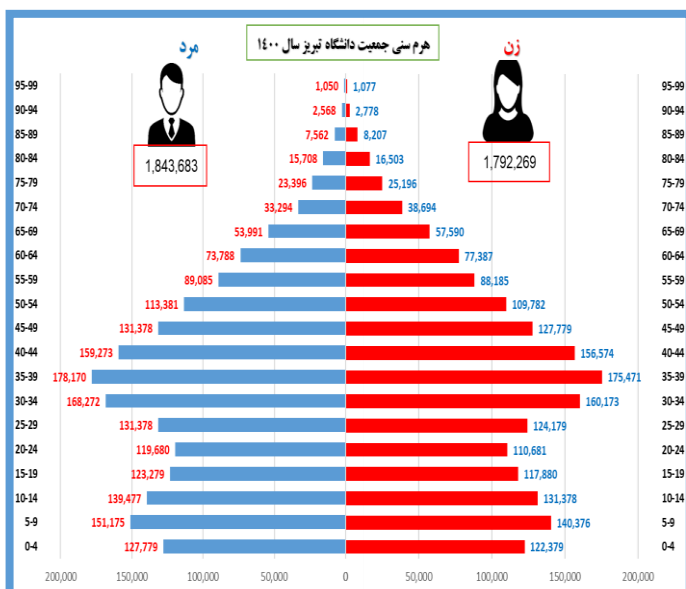
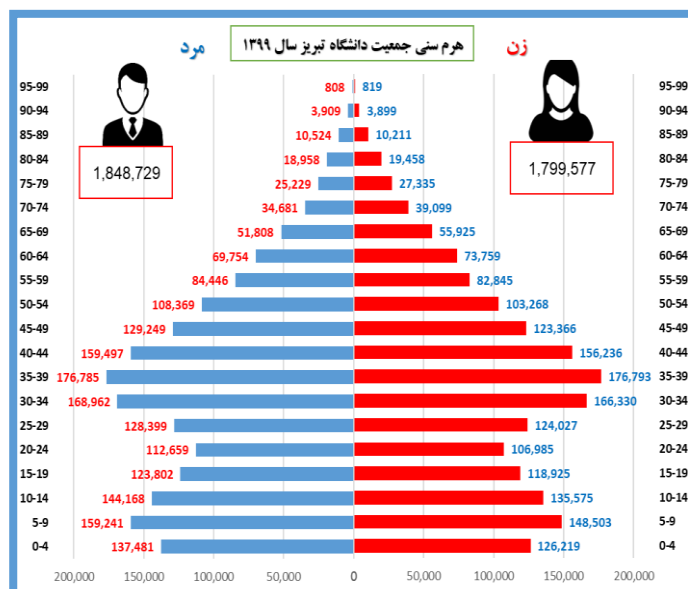
نمونه فرایندها :

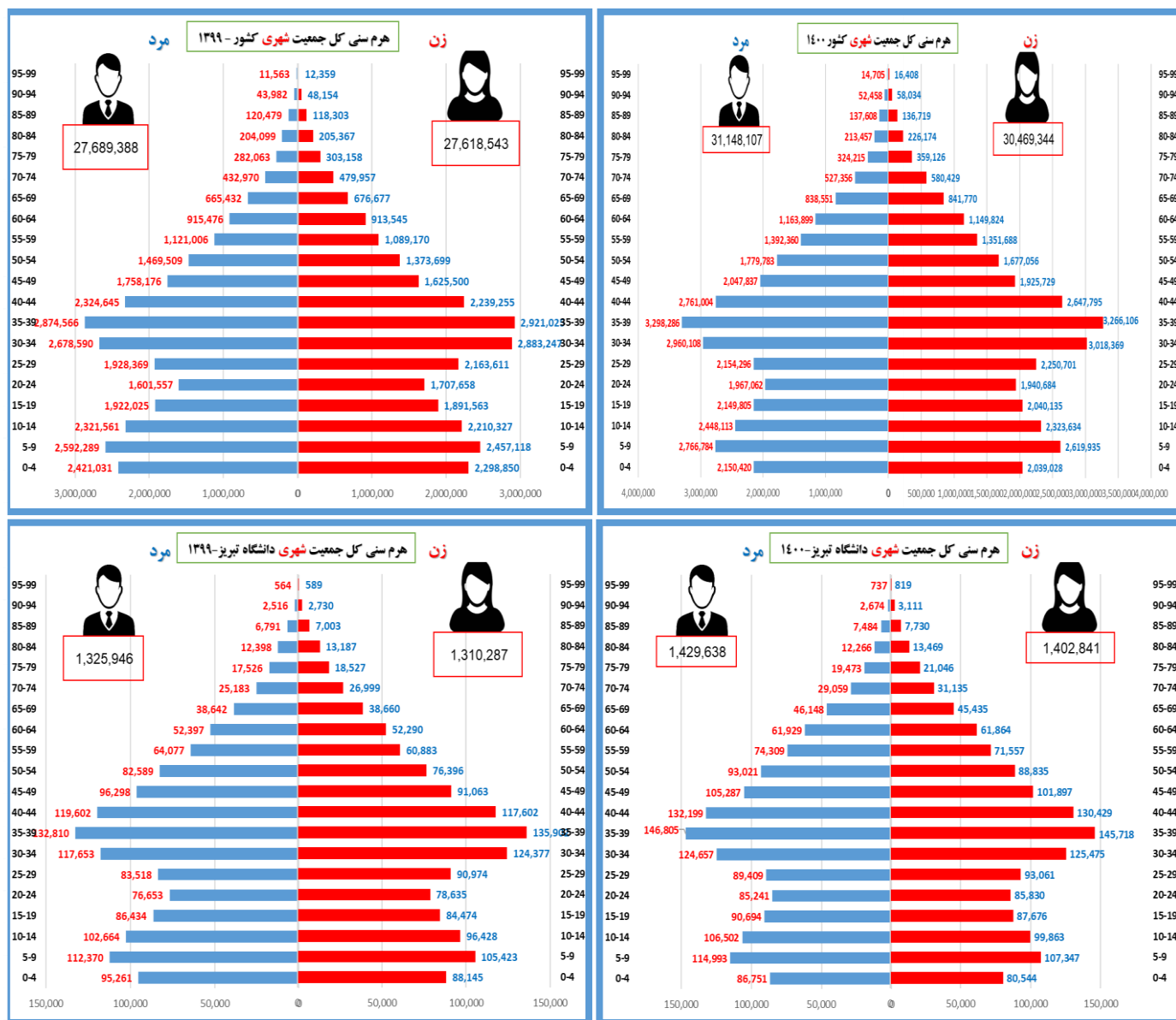


هرم سنی جمعیت جهان، کشور و دانشگاه تبریز در سال ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰

ساخت یا ترکیب سنی جمعیت (population composition) به صورت توزیع سنی و به تفکیک جنس، به وسیله "هرم سنی" (age pyramid) نشان داده می شود. به عبارت دیگر، برای نمایش هندسی توزیع جمعیت بر حسب سن و جنس از هرم سنی استفاده می شود که دو محور عمودی و افقی دارد. محور عمودی نمایشگر سن از صفر تا حداکثر و محور افقی نشان دهنده تعداد افراد هر سن یا گروه سنی می باشد.







ساختار هرم سنی دانشگاه تبریز در سال های ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ مشابه هرم سنی کشور و متفاوت از هرم سنی جهان می باشد.

مشکلات و چالش ها:

✓ درخواست گزارش های جمعیتی با فرمتهای متفاوت برون سازمانی

انتظارات از ستاد شهرستان :

✓ نظارت بر ثبت و به روز رسانی اطلاعات هویتی جمعیت تحت پوشش دانشگاه

✓ نظارت بر انجام سرشماری های دوره ای

✓ پیگیری در جهت آماده سازی شاخص های مربوطه برای ارسال به ستاد استان

گروه آمار معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مرگ و میر

ثبت مرگ بعنوان یکی از وقایع چهارگانه اصلی در جامعه است، در طول سالهای متمادی نظام ثبت و جمع آوری اطلاعات براساس ثبت جاری علل مرگ در کشورهای توسعه یافته و صنعتی شکل گرفته است. در اواخر دهه ۹۰ قرن بیستم تفکر اولویت بندی برای مداخله ها و برنامه های بهداشتی براساس اندازه گیری "بار بیماریها" (Burden of Disease) شکل گرفت و هم اکنون به یک ابزار بسیار مهم برای قضاوت و برنامه ریزی تبدیل شده است.

جمعیت دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۳۸۴۲۳۲۷ می باشد که به تعداد ۲۷۸۰۰ مرگ در سال ۱۴۰۰ در سامانه ثبت علتی مرگ و میر ثبت گردیده است.

هدف کلی برنامه :

ترسیم دقیق چهره مرگ و بیماری در جامعه به منظور شناسایی علل بروز و مقابله با عوامل سبب ساز آن در جهت افزایش طول عمر و ارتقاء سلامت انسانها.

اهداف اختصاصی برنامه :

- برقرای نظام آماری ثبت مرگ براساس علت ، سن ، جنس و منطقه سکونت
- نظارت بر اجرای صحیح ثبت و طبقه بندی علل مرگ و میر
- شکل دادن به مسیر جدید همکاری درون بخشی و بین بخشی
- دستیابی به یک نظام مدون و عملی برای پایش وضعیت سلامت و عوامل موثر بر سلامت جامعه
- دقت بخشیدن مستمر به تشخیص ، ثبت ، طبقه بندی ، جمع آوری و تحلیل داده های مرگ
- شناخت نقاط ضعف دانشی و مهارتی افراد درگیر برنامه و برنامه ریزی در اصلاح آن
- تهیه سیمای مرگ و میر جمعیت تحت پوشش جهت ارائه به مدیران و کارشناسان به منظور تدوین مداخلات مورد نیاز
- تشکیل کمیته تجزیه و تحلیل آماری و کمیته مرگ و میر

گروه آمار معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز

ثبت مرگ و میر استان:

- ✓ برگزاری کمیته ثبت علتی مرگ و میر
- ✓ چاپ و توزیع گواهی های فوت استاندارد در سطح کل استان
- ✓ نظارت بر ثبت دقیق داده های مرگ و میر از نظر آماری
- ✓ بررسی صحت داده های ثبت شده در گواهی های فوت
- ✓ محاسبه انواع شاخص ها و نمودارهای مربوط به مرگ و میر استان
- ✓ گزارش شاخصها به مدیران ستادی و استانی
- ✓ برگزاری جلسات آموزشی برای کدگذاران ثبت علتی مرگ و میر
- ✓ هماهنگی و برنامه ریزی برای آموزش پزشکان در جهت ثبت صحیح گواهی های فوت با سازمان پزشکی قانونی

ثبت مرگ و میر شهرستان:

- ✓ توزیع گواهی های فوت استاندارد در سطح کل شهرستان
- ✓ جمع آوری اطلاعات مرگ و میر از سازمانهای مربوطه نظیر ثبت احوال، شهرداری، آرامستانها، گورستانها، پزشکی قانونی و ...

- ✓ بررسی صحت داده های ثبت شده در گواهی های فوت
- ✓ تعیین علت زمینه ای مرگ و کدگذاری آن با کتاب بین المللی طبقه بندی بیماریها ICD10
- ✓ ورود اطلاعات مرگ و میر کل شهرستان در نرم افزار مربوطه
- ✓ محاسبه شاخص ها و نمودارهای مربوط به مرگ و میر شهرستان
- ✓ گزارش شاخصها به مدیران ستادی و استانی

مشکلات ثبت داده های مرگ و میر:

- ✓ عدم تکمیل صحیح گواهی فوت توسط پزشکان
- ✓ عدم دقت در ذکر علل

✓ بد ثبتي

✓ از قلم افتادگي (Under Numeration) .

✓ بد طبقه بندي شدن (Miss classification)

✓ علايم و حالات بد تعريف شده "مهمترين معضل محتوايي ثبت مرگ است."

✓ ثبت سقط در بيمارستانها به جاي مرده زايي

انتظارات :

✓ استفاده از تمام منابع موجود

✓ تقويت همكاري هاي درون بخشي و برون سازماني

✓ يكسان سازي آمارها و بهبود كمّي و كيفي آنها

✓ آموزش كارشناسان ثبت مرگ

✓ آموزش پزشكان، مخصوصاً در دوره كارورزي يا فيلد هاي آموزشي يا تقويم آموزشي

✓ برگزاري منظم كميته هاي مربوط به مرگ و مير

برنامه مرگ و مير

علاوه بر موارد فوق الذكر، برنامه مدون براي شهرستان هاي دانشگاه در نظر گرفته شده است كه انتظار مي رود شهرستان هاي

تابع دانشگاه در انجام اين موارد نيز اهتمام كافي داشته باشند. از جمله موارد زير:

۱- تدوين برنامه عملياتي مرگ و مير در اول هر سال

۲- تدوين سيماي مرگ تا پايان مرداد ماه هر سال

۳- تحليل مرگ و مير ثبت شده به صورت هر سه ماه يكبار

زیج حیاتی وسیله مناسب برای ثبت داده هایی است که از نظر برنامه ریزی، پایش عملیات و نظارت بر نحوه پیشرفت کارها اساسی می باشند. تجربه نشان داده است که بهورزان در ثبت کردن داده ها بر زیج حیاتی با مشکل روبه رو نیستند و هر گاه که نظارت بر کار آنان بدرستی انجام گرفته، دقت اطلاعات ثبت شده نیز قابل اعتماد بوده است.

* هدف از تکمیل این فرم داشتن اطلاعات آماری بهنگام و دقیق از جمعیت تحت پوشش و محاسبه شاخص های جمعیتی می باشد. *

[illegible]

شاخص های قابل محاسبه از زیج حیاتی: برای سهولت، دسترسی و یکپارچگی و کنترل تمامی شاخص ها از سامانه سیاج (از

سامانه های اختصاصی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز می باشد) قابل استخراج میباشد که در بخش

مربوط به سامانه یکپارچه اطلاعات جمعیت (سیاج) به صورت کامل بیان شده است.



سرشماری:

۱- تشکیل کمیته سرشماری و آمار در بهمن ماه

۲- آموزش زیج حیاتی برای مرییان و مراقبین ناظر

۳- سرشماری پسیو از اسفند ماه (کاربران محیطی و نظارت توسط کارشناس ستادی)

• همخوانی جمعیت شهری، روستایی، حاشیه عشایر فرم سرشماری با جمعیت واقعی و نوع مرکز

• میزان تحصیلات • وضعیت تاهل • مشخص بودن گروه خدمت

• شغل • بیمه تحت پوشش

• نسبت در خانوار • صحیح بودن تلفن همراه

۴- رصد روزانه اطلاعات جمعیتی (آیتم های فوق) در گروه خدمت مربوطه

۵- تکمیل فایل اطلاعات جمعیتی اول هر سال طبق فرمت توافق شده پیوستی (کارشناس ستادی)

۶- انجام تحلیل جمعیتی اول سال و ارسال به معاونت بهداشتی، واحد های کارشناسی و مراکز سلامت تحت پوشش تا

هفته آخر اردیبهشت

گروه آمار معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز

- ۷- تحلیل جمعیت ثبت نام شده در سامانه سیب هر سه ماه یکبار توسط شهرستان ها (بررسی صحت تعداد جمعیت حاشیه، شهر، عشایر و روستا و نوع ملیت ثبت شده : ایرانی / غیر ایرانی)
- ۸- کنترل جمعیت ، تعداد تولد و مرگ های ثبت شده در جداول مختلف زیج حیاتی و مطابقت دادن آن با سامانه سیب
- ۹- بررسی جمعیت ثبت نام شده در سامانه سیب (وضعیت تاهل، نسبت در خانوار، سطح سواد، بیمه، باردار تک عضو، زیر ۱۰ سال باردار، جمعیت تعیین نشده از لحاظ نوع مرکز، بدون کد خانوار، بیمه تعیین نشده و نامشخص و فاقد تلفن همراه) به صورت ماهانه و تا ۱۵ام هر ماه و ارسال به مراکز تحت پوشش
- ۱۰- بررسی و کنترل مستمر جداول زیج حیاتی و پنل شاخص های سلامت و ارائه بازخورد.

مدیریت فنی سامانه ها :

در حوزه مراقبت‌های اولیه بهداشتی، به ویژه در کشورهای توسعه‌یافته، استفاده از انواع مختلف فن‌آوری اطلاعات به طور قابل توجهی پیشرفت کرده است که منجر به بهبود در ارتباط و قابلیت‌های ترکیب انواع زیادی از تکنولوژی‌های کامپیوتر و اینترنت شده است. هدف از فناوری اطلاعات سلامت ارائه مراقبت بهتر و کمک به دستیابی به عدالت در سلامت است. فناوری اطلاعات سلامت از ضبط داده‌های بیمار برای بهبود ارائه خدمات بهداشتی درمانی و تجزیه و تحلیل این اطلاعات برای پزشکان و وزارت بهداشت پشتیبانی می‌کند. این داده‌ها برای اجرای سیاست‌ها به منظور درمان بهتر و جلوگیری از شیوع بیماری‌ها استفاده می‌شود. فناوری اطلاعات سلامت کیفیت ارائه خدمات سلامت را بهبود می‌بخشد، ایمنی بیمار را افزایش می‌دهد، خطاهای پزشکی را کاهش می‌دهد و تعامل بین بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی را تقویت می‌کند. نظام دارای ثبت اطلاعات، ثبت مراقبت‌ها در زمان ارائه، ارائه شاخص‌های پیشرفت و شاخص‌های مدیریتی و ...

بسیاری از نرم‌افزارها و سامانه‌ها می‌توانند در حوزه سلامت نقش تسهیل‌گری را ایفا کنند که برای بهبود و کنترل عملکرد این نرم‌افزارها باید واحدی وجود داشته باشد تا این وظیفه مهم را انجام و به نتیجه برساند.

با توجه به تغییر در نیازهای حوزه بهداشت، به طبع آن نرم‌افزارها و سامانه‌های آن نیز دچار بروزرسانی و تغییراتی خواهند شد که در این میان واحد آمار و فناوری اطلاعات باید این موارد را مورد بررسی و مطالعه قرار دهد و آموزشها و اطلاع‌رسانی‌های لازم را برای کاربران این سامانه‌ها انجام دهد.

نیازسنجی: همچنین یکی دیگر از وظایف مهم مربوط به گروه آمار و فناوری اطلاعات، **نیازسنجی** نرم‌افزارها و سامانه‌های مختلف می‌باشد که جهت برطرف نمودن نیاز کاربران این مهم با همکاری گروه‌های دیگر انجام می‌گیرد. با توجه به اینکه جلوگیری از تعدد و موازی کاری نرم‌افزارها و سامانه‌ها از دیگر وظایف این حوزه می‌باشد، کار نیازسنجی باید با دقت و بررسی بیشتری انجام گیرد تا از تحمیل کار اضافی و موازی برای کاربران کاسته و بر بهبود عملکرد آنان کمک نماید.

هدف: داشتن نظام اطلاعات سلامت مبتنی بر فناوری اطلاعات به صورت کارآمد در استان/شهرستان

در ادامه نمونه هایی از سامانه ها و نرم افزارهای موجود را مشاهده می کنید.

سیداب
سازمان غذا و دارو

ورود به سامانه سیداب

لطفاً شماره ملی و کد ملی خود را وارد نمایید

شماره ملی:

کد ملی:

نام کاربری:

کلمه عبور:

ورود به سامانه

سیداب
سازمان غذا و دارو

ورود به سامانه سیداب

لطفاً نام کاربری و رمز عبور خود را وارد کنید

نام کاربری:

کلمه عبور:

ورود به سامانه

سازمان غذا و دارو

ورود به سامانه

لطفاً نام کاربری و رمز عبور خود را وارد کنید

نام کاربری:

کلمه عبور:

ورود به سامانه

سازمان غذا و دارو

ورود به سامانه

لطفاً نام کاربری و رمز عبور خود را وارد کنید

نام کاربری:

کلمه عبور:

ورود به سامانه

سازمان غذا و دارو

ورود به سامانه

لطفاً نام کاربری و رمز عبور خود را وارد کنید

نام کاربری:

کلمه عبور:

ورود به سامانه

سازمان غذا و دارو

ورود به سامانه

لطفاً نام کاربری و رمز عبور خود را وارد کنید

نام کاربری:

کلمه عبور:

ورود به سامانه

برخی از سامانه های موجود عبارتند از :

❖ سامانه یکپارچه بهداشت (سیب)

❖ سامانه یکپارچه اطلاعات جمعیت (سیاج)

❖ سامانه یکپارچه اطلاعات داده های بیماری ها (سیداب)

❖ سامانه نظام ثبت و طبقه بندی علل مرگ

❖ سامانه جامع گزارشهای غذا و دارو

❖ سامانه یکپارچه اطلاعات مراکز (سیام)

❖ سامانه پایش مراقبت های اولیه بهداشت

❖ سامانه گزارش ساز سیب

❖ سامانه HOP

❖ سامانه تسما

❖ سامانه هیات امنا

❖ سامانه تیکتینگ

خدمات :

- ارائه آموزشهای اولیه و بازآموزی نرم افزارها و سامانه های موجود.
- پاسخ به سوالات و مشکلات مربوط به نرم افزارها و سامانه های مربوطه.
- ایجاد هماهنگی بین سامانه های موجود و برنامه ریزی و پیگیری جهت تبادل اطلاعات در صورت نیاز
- همکاری و هماهنگی بین سامانه های سطح یک و سامانه های سطح دو و یا سامانه های سایر ادارات و سازمانها

انتظارات :

- ابلاغ کامل راهنمایی ها و دستورالعمل های ارسال شده برای محیط و گروههای مربوطه



- هماهنگی های لازم در جهت استفاده از نرم افزارها و سامانه های موجود

مشکلات:

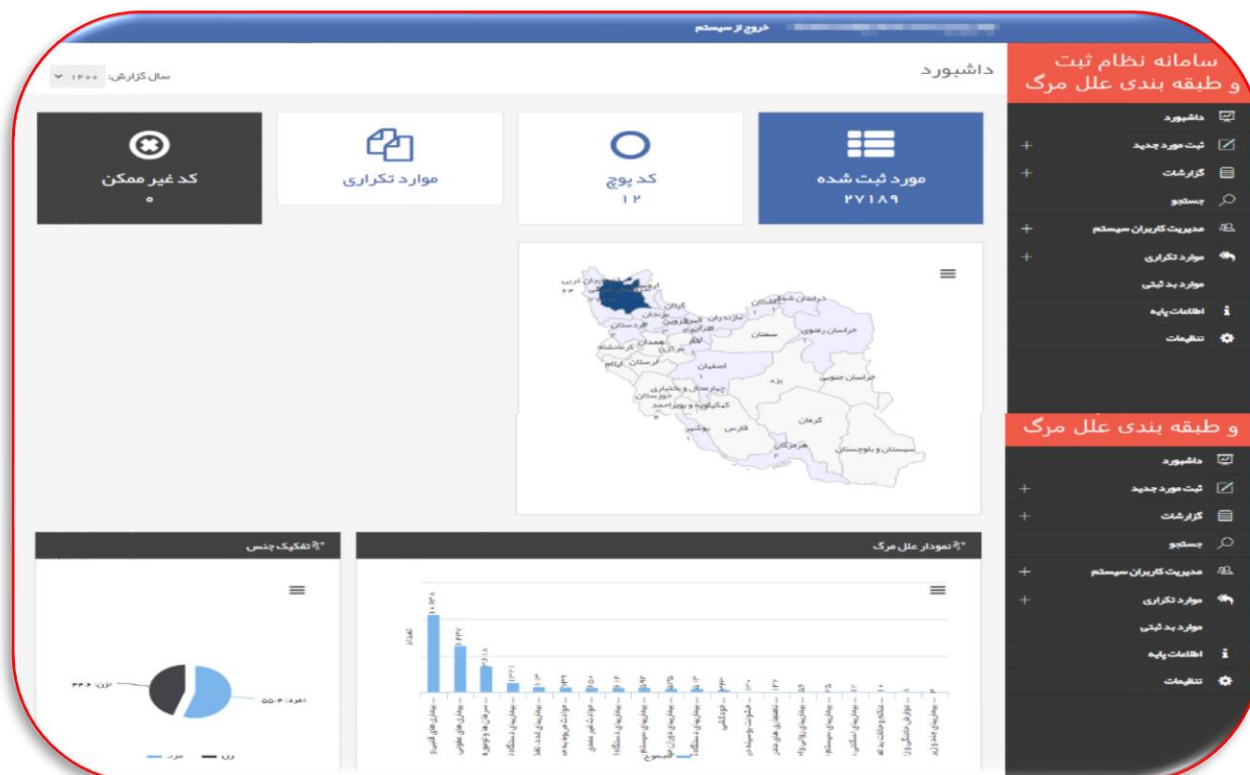
- ابلاغ و اجرای دیر هنگام برخی از دستورالعمل های ارسالی از ستاد
- عدم پیگیری دستورالعمل عمل های ارسالی مربوط به نرم افزار و سامانه ها در برخی موارد
- انجام برخی از موارد خارج از دستورالعمل ها و بخش نامه های ارسالی
- تعدد سامانه ها و عدم لینک ارتباطاتی

پیشنهادهای:

- لینک سامانه ها و حذف موازی کاری
- بهبود کارایی سامانه ها و نرم افزارهای موجود با استفاده از نظرات و پیشنهادات کاربران شهرستانی

سامانه ثبت علتی مرگ و میر

سامانه ثبت علتی مرگ و میر از سامانه های مهم وزارت بهداشت جهت ثبت اطلاعات مرگ و میر می باشد. بر اساس داده های موجود در این سامانه، شاخص های میزان مرگ و میر به تفکیک گروه های سنی و شهری و روستایی، علل مرگ و میر و احتمال مرگ و استخراج میگردد.



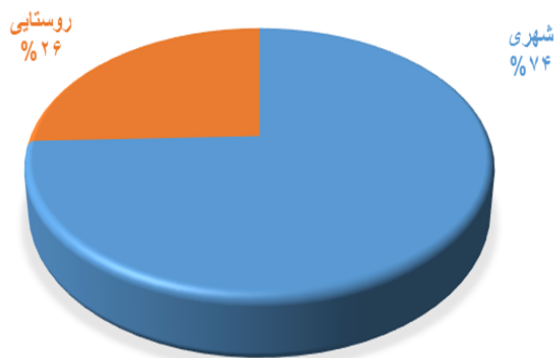
خدمات:

- ثبت اطلاعات تعداد مرگ و میر شهرستان ها
- ثبت علل مرگ با کدهای ICD10
- ثبت بر اساس محل سکونت، محل فوت، میزان تحصیلات، شغل، نوع جمعیت، محل صدور، منبع اطلاعات
- گزارش فوتی های ثبت شده بر اساس گروه های سنی و جنسیت
- گزارش فوتی های ثبت شده بر اساس دانشگاه ثبت کننده و دانشگاه محل تحت پوشش
- گزارش فوتی های ثبت شده بر اساس علل مرگ (کدهای ICD10)

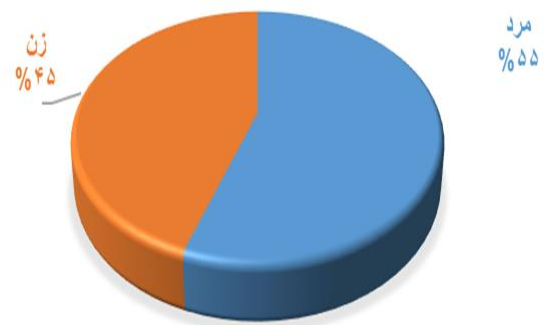
- استخراج آمارهای ثبت شده با انواع نمودارهای نمایشی
- گزارش مرگ و میرهای ثبت شده بر اساس گروه کلی علت فوت
- گزارش مرگ و میرها بر اساس فیلدهای تکمیلی

شاخص های برنامه ثبت علتی مرگ و میر :

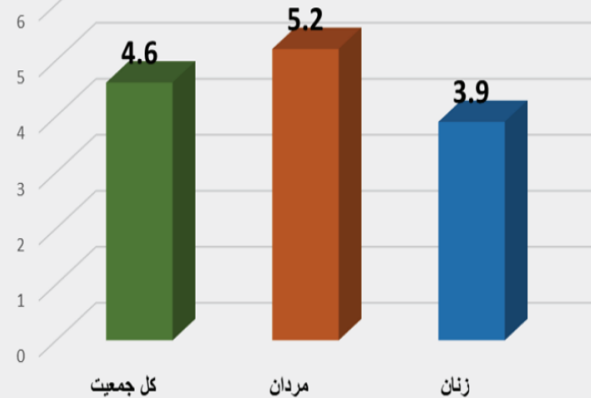
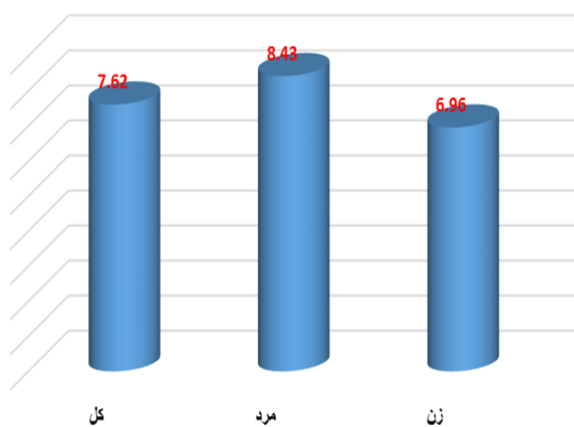
درصد مرگ به تفکیک محل سکونت دانشگاه تبریز



نسبت مرگ زن و مرد دانشگاه تبریز

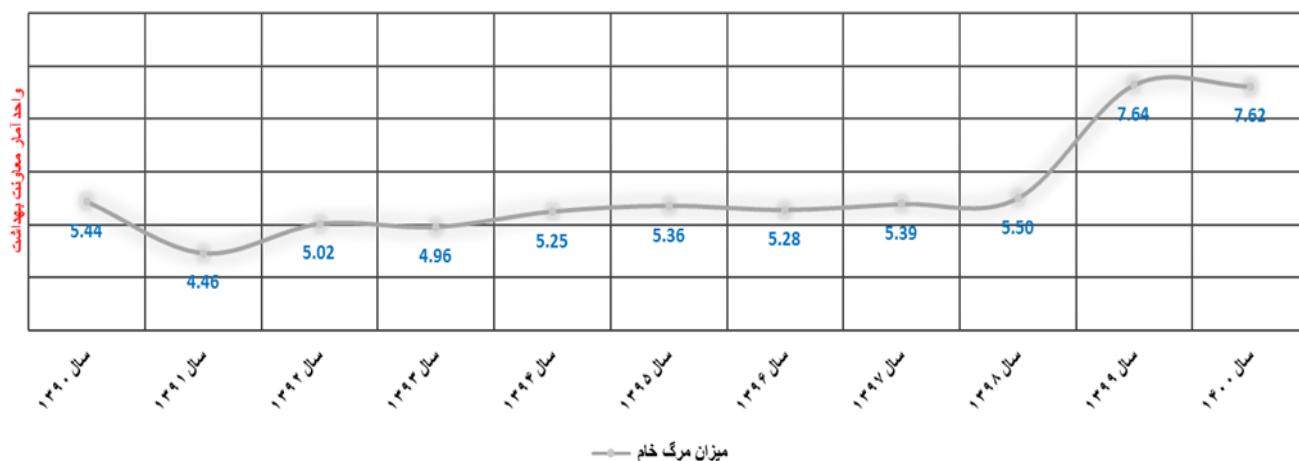


میزان مرگ خام دانشگاه تبریز سال ۱۴۰۰

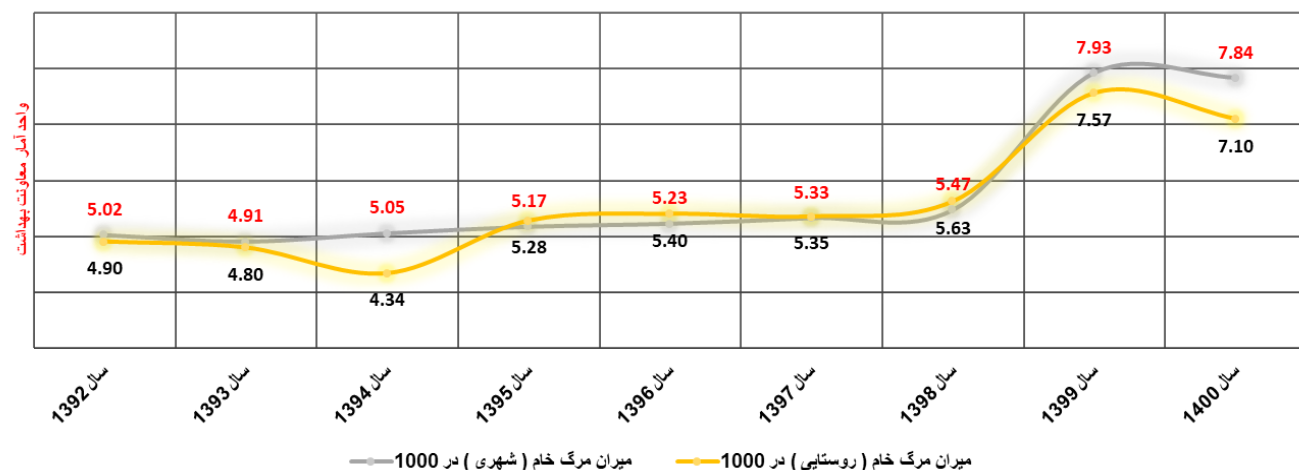


نمودار ۱۶: میزان خام مرگ کل جمعیت، زنان و مردان، سال ۱۳۹۸

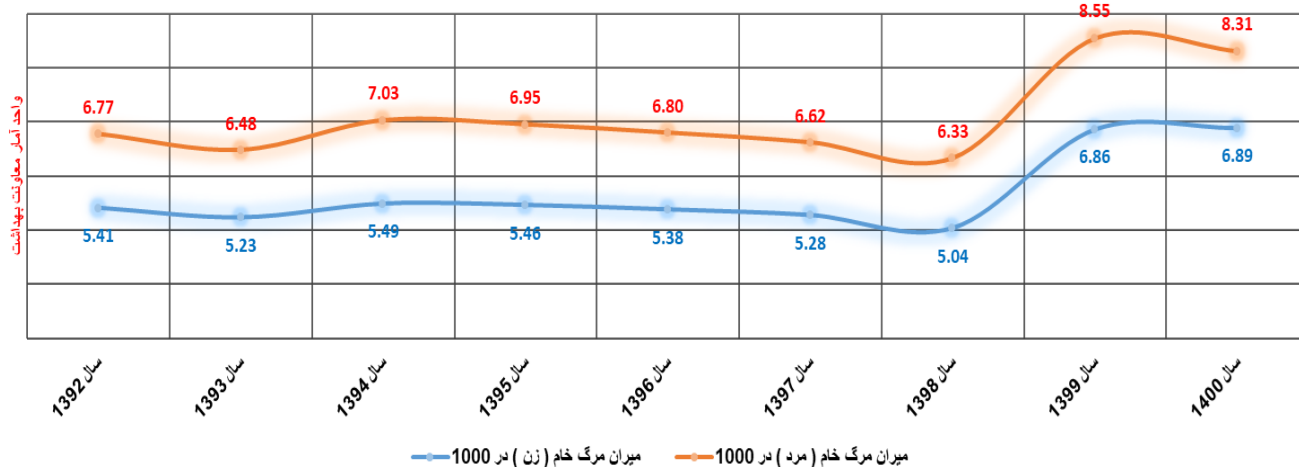
ترند میزان مرگ خام (CDR) از سال ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ - دانشگاه تبریز



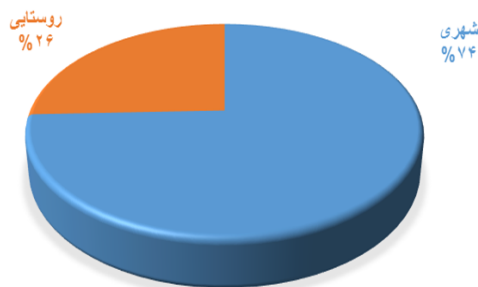
ترند میزان مرگ خام (CDR) به تفکیک نوع جمعیت از سال ۱۳۹۲ تا ۱۴۰۰



ترند میزان مرگ خام (CDR) به تفکیک جنسیت از سال ۱۳۹۲ تا ۱۴۰۰



درصد مرگ به تفکیک محل سکونت دانشگاه تبریز



روستایی

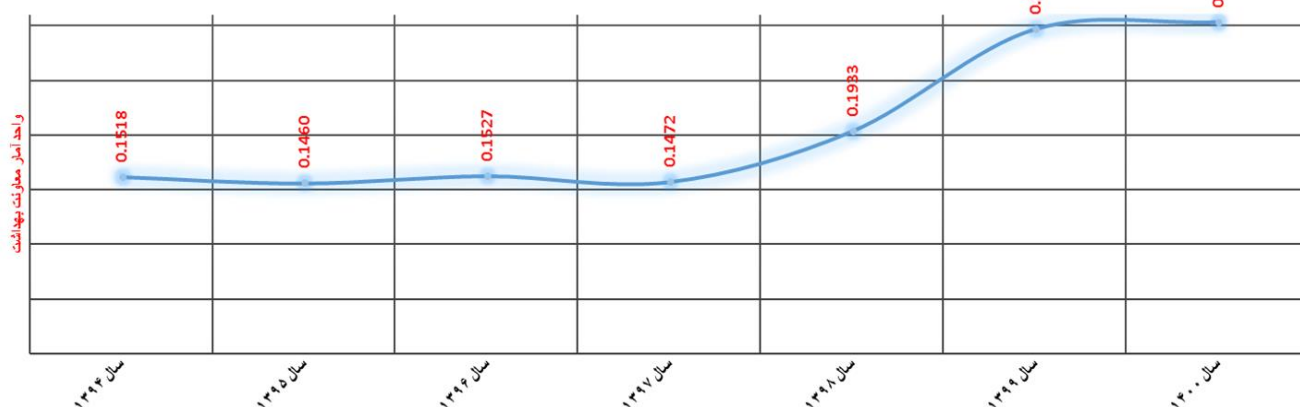
۲۷٪

شهری

۷۳٪

نمودار ۱۷: درصد مرگ به تفکیک محل سکونت ۱۳۹۸

ترند احتمال مرگ در گروه سنی ۳۰ - ۷۰ سال استان - ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۰



بار بیماری ناشی از بیماری های غیرواگیر در میان بزرگسالان (پرجمعیت ترین دامنه سنی) در کشورهای در حال توسعه به دلیل پیری و انتقال سلامت به سرعت در حال افزایش است. بنابراین، سطح مرگ و میر بزرگسالان در حال تبدیل شدن به یک شاخص مهم برای ارزیابی جامع الگوی مرگ و میر در یک جمعیت است

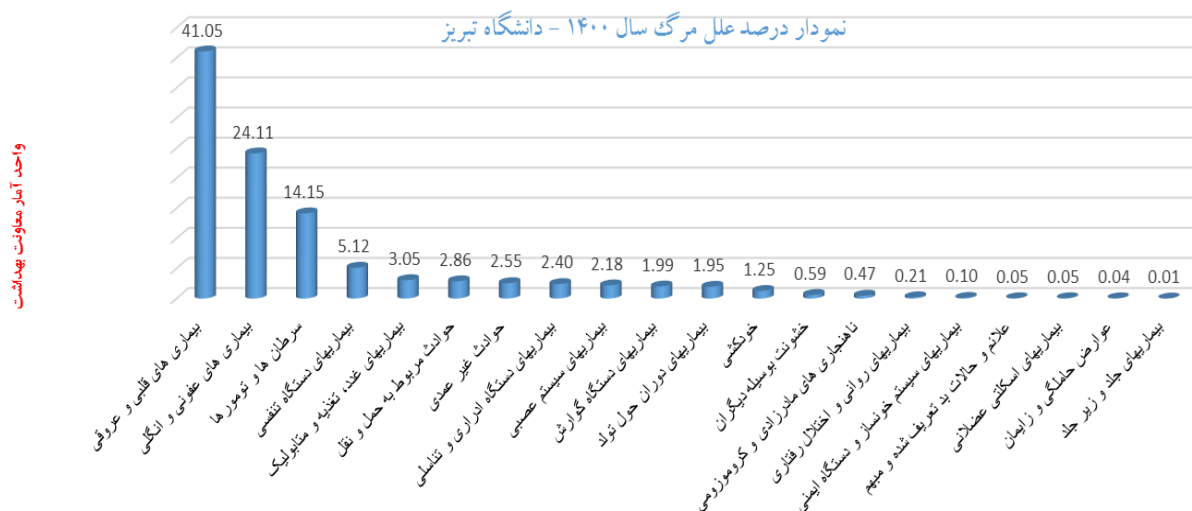
در سال ۲۰۰۸ در کشورهای با درآمد کم و متوسط، حدود ۲۹٪ از مرگ و میرها قبل از ۶۰ سالگی اتفاق افتاده است و تخمین زده می شود که حدود ۴۸٪ آنها زیر ۷۰ سال رخ داده باشد، در حالی که در کشورهای با درآمد بالا این عدد ۲۶٪ است. در سراسر جهان، تقریباً ۴۴٪ از کل مرگ های بیماری های غیرواگیر قبل از ۷۰ سالگی رخ داده است. بیماری های قلبی عروقی بیشترین میزان مرگ و میر ناشی از بیماری های غیرواگیر زیر ۷۰ سال (۳۹٪) و به دنبال آن سرطان ها (۲۷٪)، بیماری های مزمن تنفسی، بیماری های گوارشی و سایر بیماری های غیرواگیر را می توان مسئول ۳۰٪ مرگ های بیماری های غیرواگیر دانست.

در نمودار فوق احتمال مرگ در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال دانشگاه تبریز از سال ۱۳۹۴ تا سال ۱۴۰۰ به صورت ترند نمایش داده شده است که برای سالهای ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ با شیوع بیماری کرونا این اعداد افزایشی بوده است.

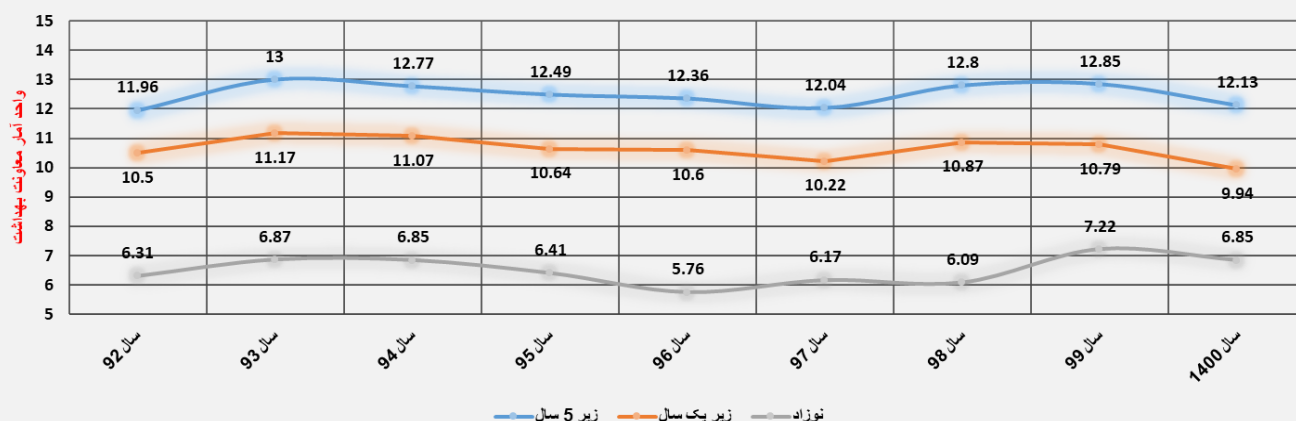
وضعیت مرگ و میر به تفکیک محل، جنسیت و شهرستان ها :

عنوان شهرستان	شهری			روستایی			مجموع	
	مرد	زن	مجموع	مرد	زن	مجموع	مرد	زن
آذرشهر	329	273	602	146	122	268	475	395
اسکو	283	217	500	124	112	236	407	329
اهر	409	334	743	198	155	353	607	489
بستان آباد	38	35	73	287	216	503	325	251
بناب	336	291	627	182	158	340	518	449
تبریز	7827	6173	14000	663	498	1161	8490	6671
جلفا	174	152	326	90	56	146	264	208
چار اویملاق	14	18	32	89	71	160	103	89
خداآفرین	8	10	18	141	106	247	149	116
شهبستر	347	297	644	292	288	580	639	585
عجب شیر	125	112	237	144	148	292	269	260
کلبر	44	35	79	164	113	277	208	148
مرند	609	527	1136	410	339	749	1019	866
ملکان	113	86	199	265	215	480	378	301
میانه	477	428	905	368	266	634	845	694
ورزقان	23	15	38	169	108	277	192	123
هریس	153	162	315	122	91	213	275	253
هشتروند	95	89	184	130	96	226	225	185
هوراند	0	0	0	0	0	0	0	0
دانشگاه تبریز	11404	9254	20658	3984	3158	7142	15388	12412
مجموع								

نمای کلی وضعیت مرگ (۲۰ علت) در جمعیت تحت پوشش دانشگاه در سال ۱۴۰۰



میزان مرگ گروه های زیر پنج سال

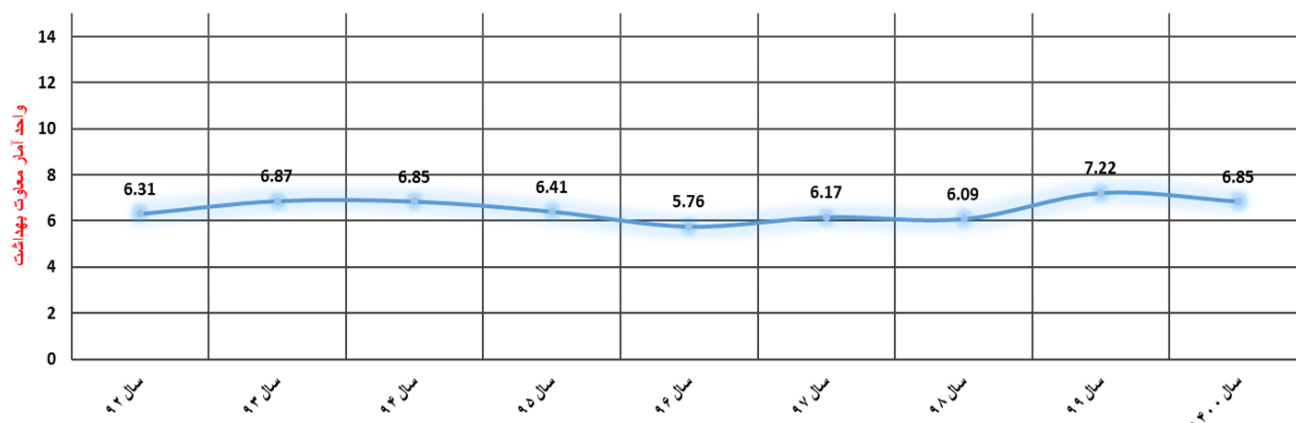


در نمودار فوق میزان مرگ نوزادان (کمتر از ۲۸ روز)، کودکان کمتر از یکسال و کودکان کمتر از ۵ سال در هزار تولد زنده بر اساس اطلاعات جمع آوری شده از برنامه ثبت و طبقه بندی علل مرگ طی سال های ۱۴۰۰-۱۳۹۲ ارائه شده است. میزان مرگ در گروه سنی زیر پنج سال، جهت برنامه ریزی و مداخله برای کاهش شاخص مذکور از اهمیت زیادی برخوردار است. میزان مرگ کودکان در سال ۱۴۰۰ در دانشگاه علوم پزشکی تبریز روندی نزولی داشته است.

از میزان مرگ و میر برای شناسایی جمعیت های آسیب پذیر استفاده می شود .

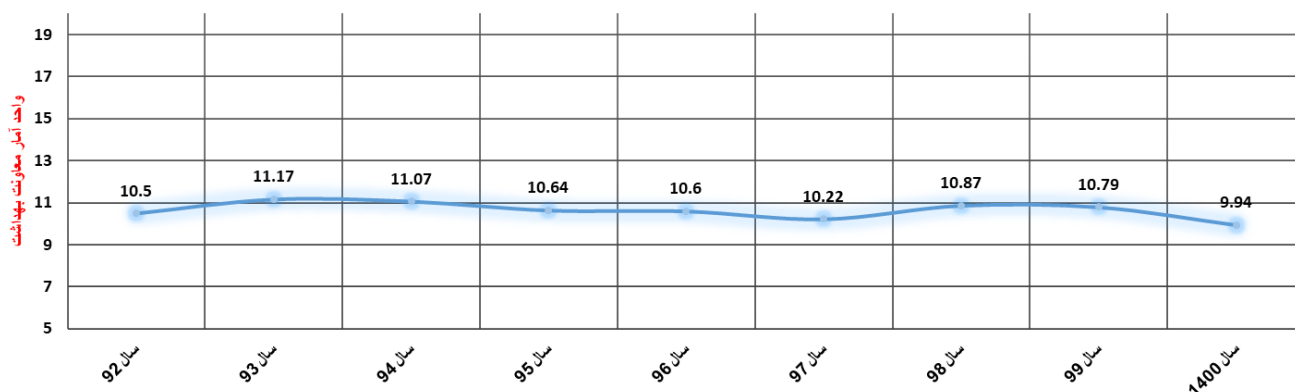
تعداد مرگ در ۲۸ روز اول زندگی به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده در یک سال یا دوره زمانی معین. مرگ نوزادان (مرگ نوزاد در طی ۲۸ روز اول زندگی) ممکن است به مرگ های زود هنگام نوزادان که در ۷ روز اول زندگی رخ می دهد و مرگهای دیررس نوزادان که بعد از روز هفتم و قبل از کامل شدن ۲۸ روزگی رخ می دهد، تقسیم شود. نمودار زیر روند میزان مرگ نوزادی دانشگاه تبریز از سال ۱۳۹۲ تا ۱۴۰۰ را نمایش می دهد.

میزان مرگ نوزادی (NMR) - دانشگاه تبریز

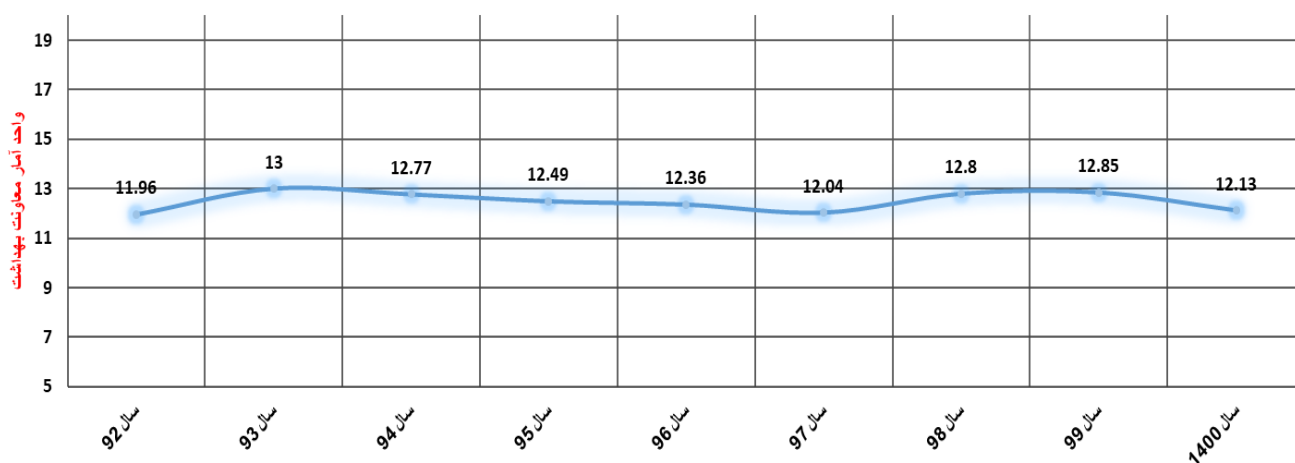


مرگ و میر شیرخواران یک مولفه مهم مرگ و میر کودکان زیر پنج سال را نشان می دهد. همانند مرگ و میر کودکان زیر پنج سال، میزان مرگ و میر شیرخواران نیز بقای کودک را اندازه گیری می کند. این شاخص همچنین منعکس کننده شرایط اجتماعی، اقتصادی و محیطی کودکان (و سایر افراد جامعه) از جمله مراقبت های بهداشتی آنها هستند. از آنجا که اطلاعات مربوط به شیوع و بروز بیماری ها (داده های مربوط به ابتلا) اغلب در دسترس نیستند، از میزان مرگ و میر اغلب برای شناسایی جمعیت های آسیب پذیر استفاده می شود.

میزان مرگ زیر یکسال (IMR) - دانشگاه تبریز



میزان مرگ زیر پنج سال (UMR) - دانشگاه تبریز



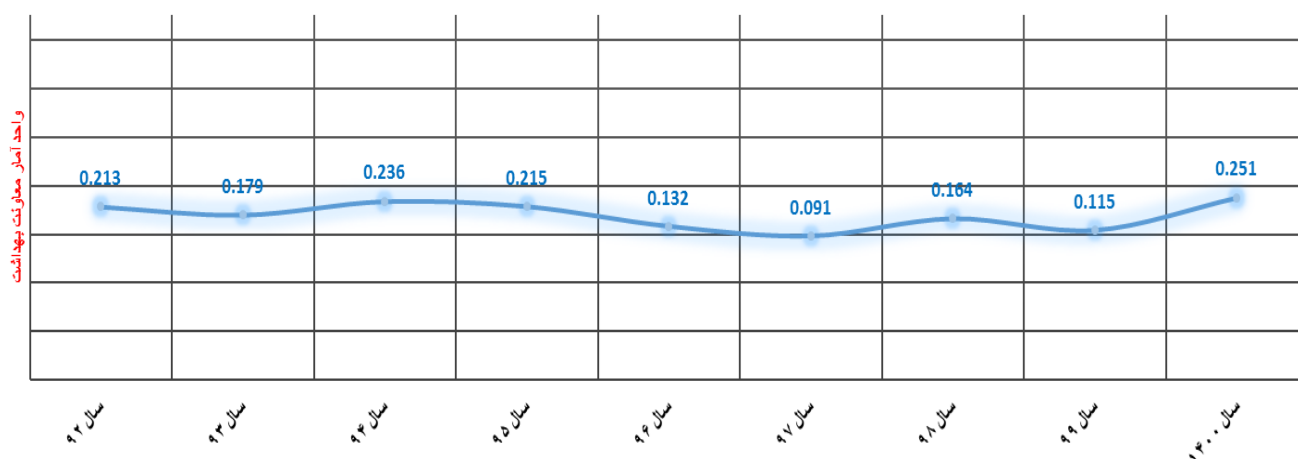
میزان مرگ شیرخواران، احتمال مرگ یک شیرخوار در سال یا دوره زمانی مشخص، قبل از رسیدن به سن یک سالگی است.

میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال بقای کودک را اندازه گیری می کند. همچنین منعکس کننده شرایط اجتماعی، اقتصادی و محیطی است که کودکان (و دیگران در جامعه) در آن زندگی می کنند. همچنین وضعیت و سطح کیفی مراقبت های سلامت

ارائه شده در کشور را مشخص می نماید. از آنجا که داده های مربوط به شیوع و بروز بیماری ها (داده های مربوط به ابتلا) اغلب در دسترس نیستند.

نمودار زیر روند میزان مرگ مادران در صدهزار تولد زنده از سال ۱۳۹۲ تا ۱۴۰۰ بر اساس نظام کشوری و مراقبت مرگ مادر را نشان می دهد. بر اساس این نمودار، میزان مرگ مادر تا قبل از پاندمی بیماری کووید ۱۹ روند کاهشی داشته است.

ترند میزان مرگ مادر باردار (MMR) از سال ۱۳۹۲ تا ۱۴۰۰ در ۱۰۰۰ نفر - دانشگاه تبریز



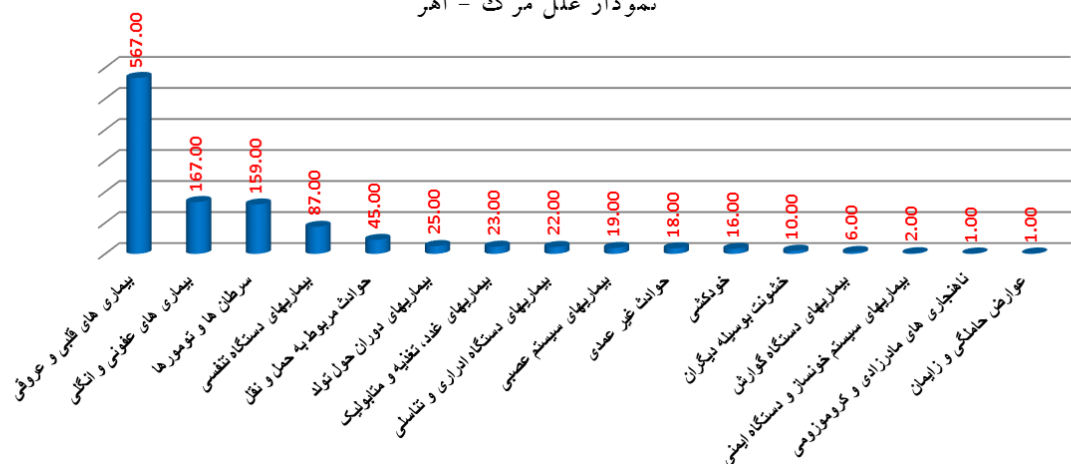
همچنین در جدول زیر میزان مرگ مادر باردار را براساس بیماری کووید و بدون کووید نیز نمایش داده شده است.

کشور		دانشگاه تبریز		سال
با کووید	بدون کووید	با کووید	بدون کووید	
۱۸.۱۰		۲۱.۵۰		سال 1395
۲۰.۰۰		۱۳.۲۰		سال 1396
۱۷.۷۰		۹.۱۰		سال 1397
۲۵.۰۰	۲۱.۸۰	۱۶.۴۰	۱۶.۴۰	سال 1398
۴۱.۰۰	۲۴.۴۰	۲۴.۴۰	۱۱.۵۰	سال 1399
۵۳.۰۰	۱۹.۵۰	۷۷.۶۵	۲۵.۱۰	سال 1400
میزان مرگ مادر باردار کشور و دانشگاه تبریز				

نمودار علل مرگ شهرستانها در سال ۱۴۰۰

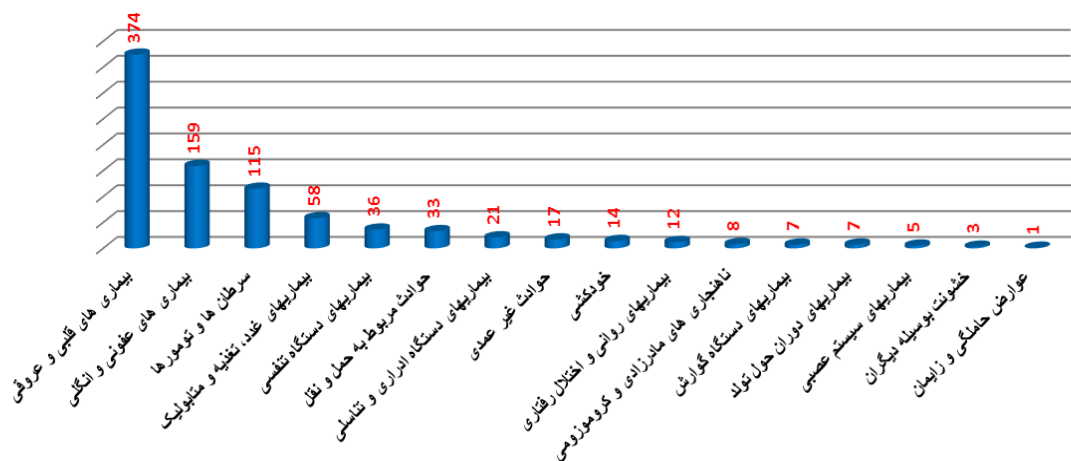
نمودار علل مرگ - اهر

واحد آمار معاونت بهداشت



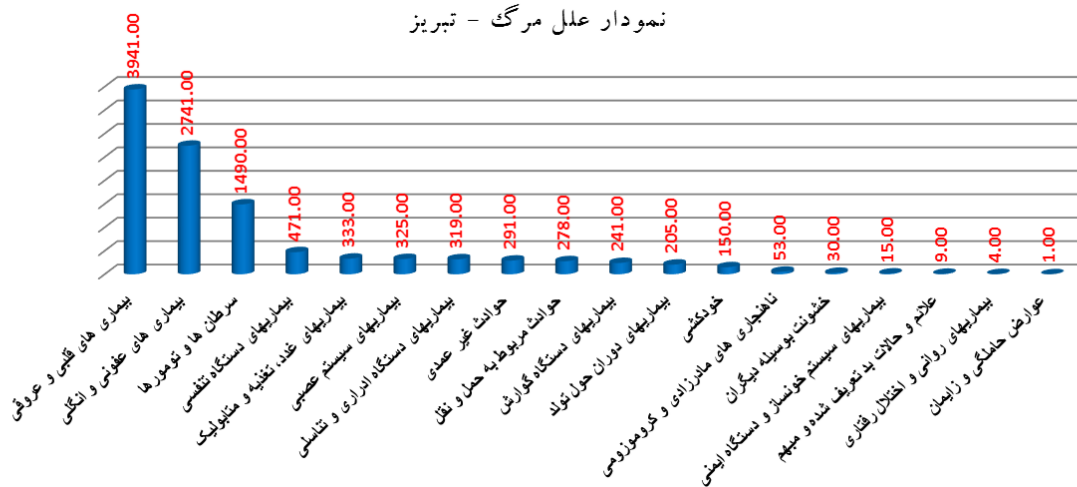
نمودار علل مرگ - آذرشهر

واحد آمار معاونت بهداشت

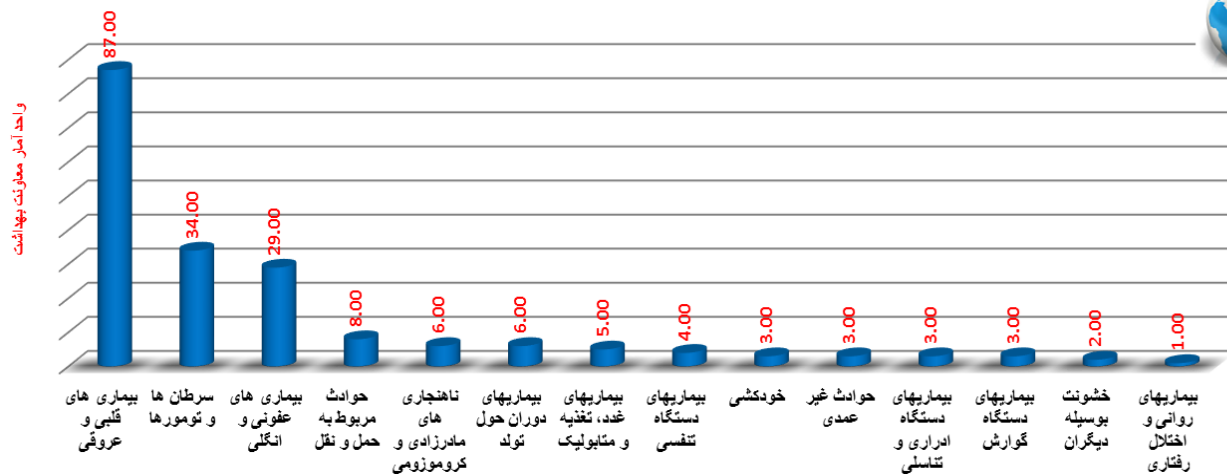


نمودار علل مرگ - تبریز

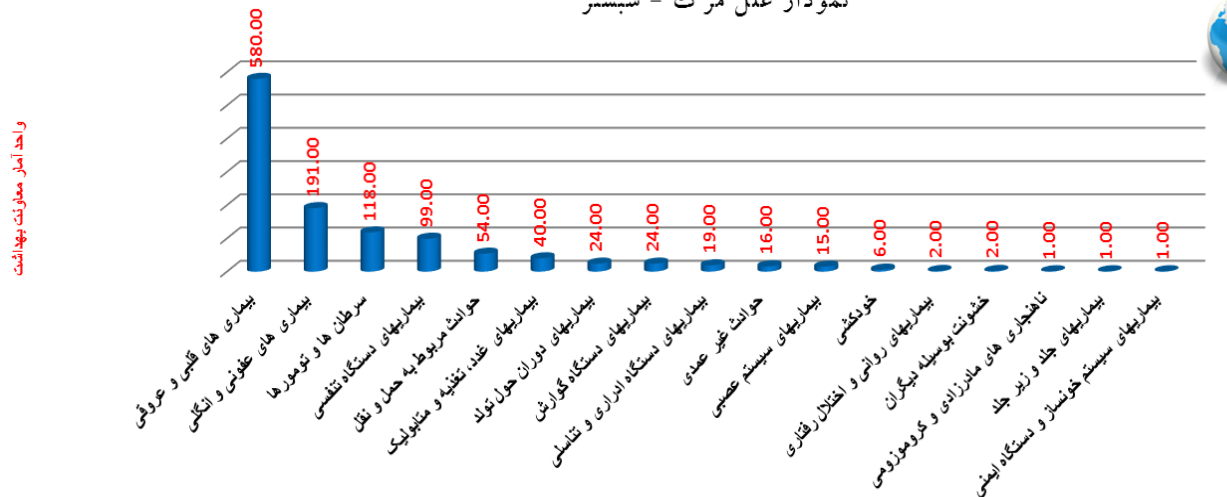
واحد آمار معاونت بهداشت



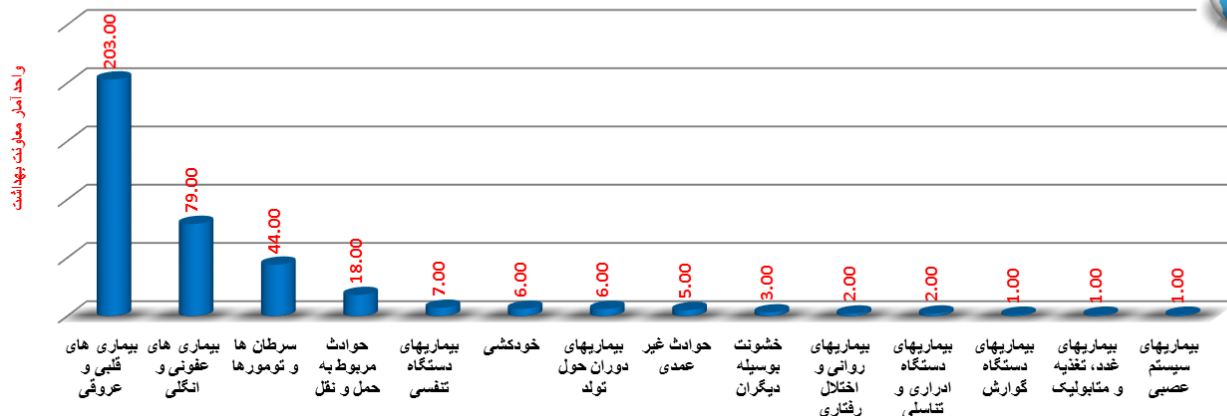
نمودار علل مرگ - چاروا و بامق



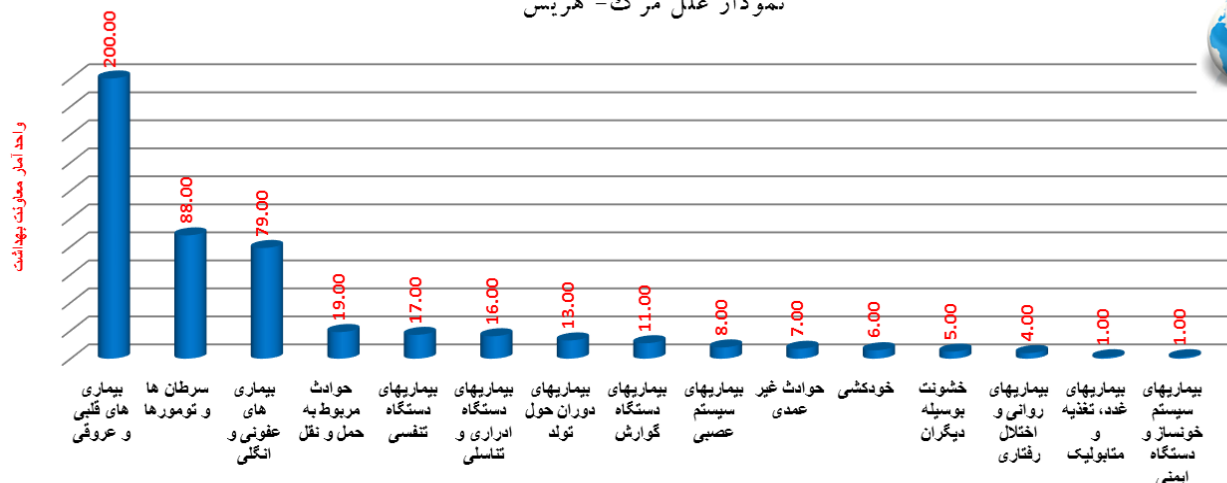
نمودار علل مرگ - شبستر



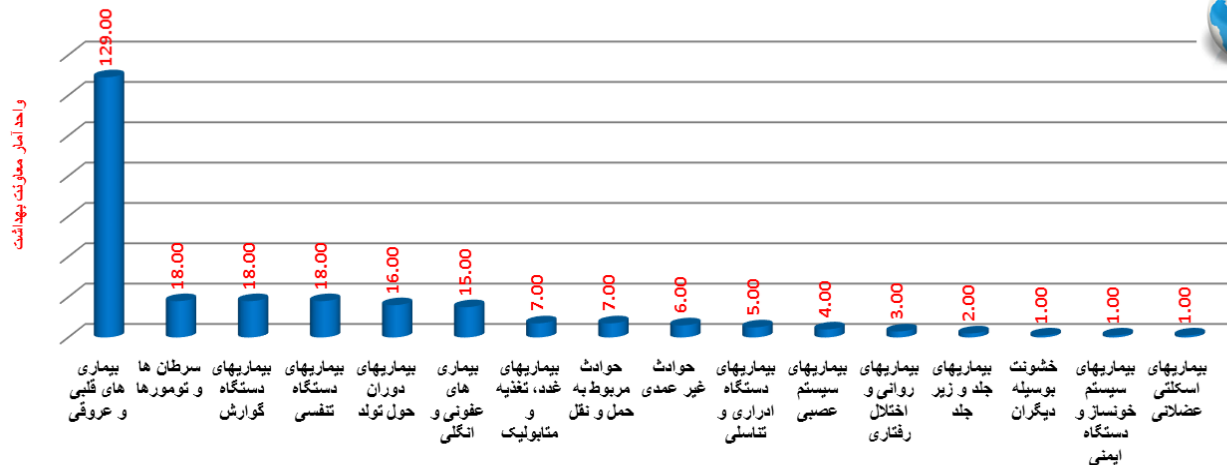
نمودار علل مرگ - هشترود



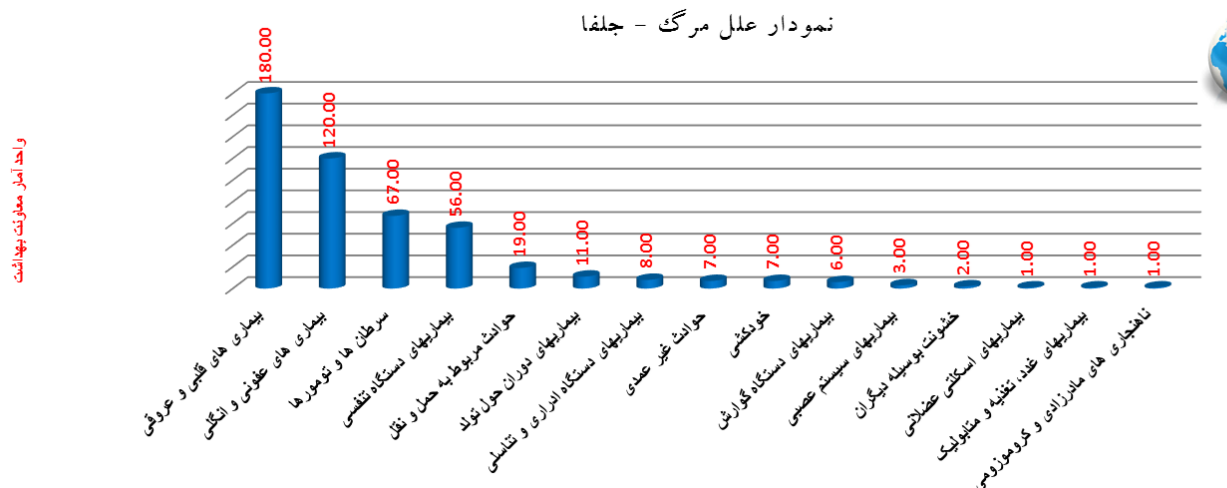
نمودار علل مرگ - هریس



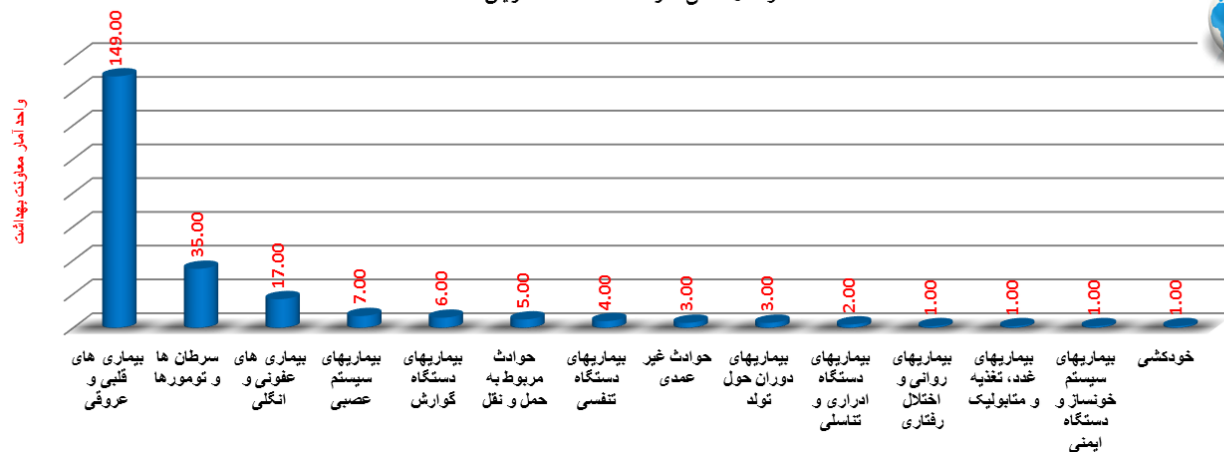
نمودار علل مرگ - ورزقان



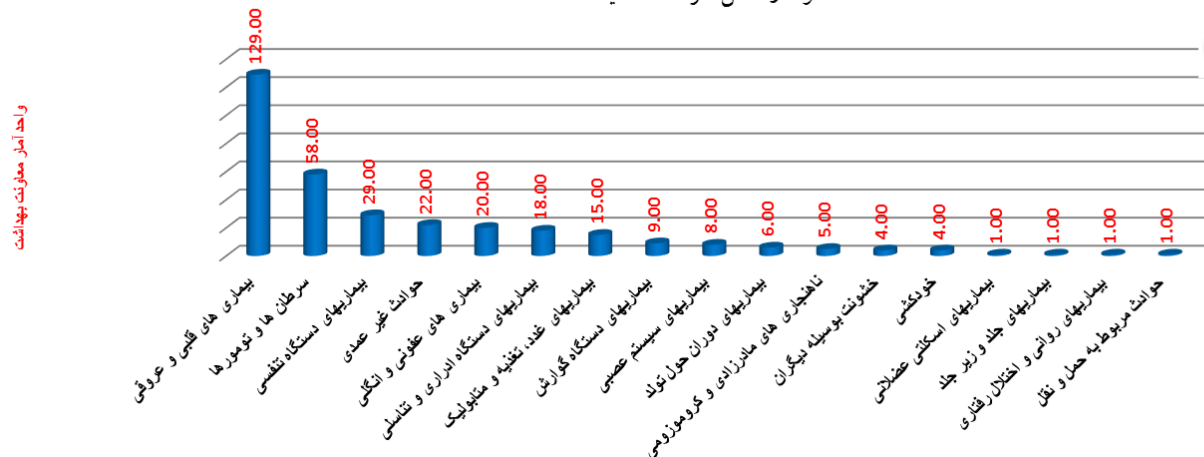
نمودار علل مرگ - جلفا



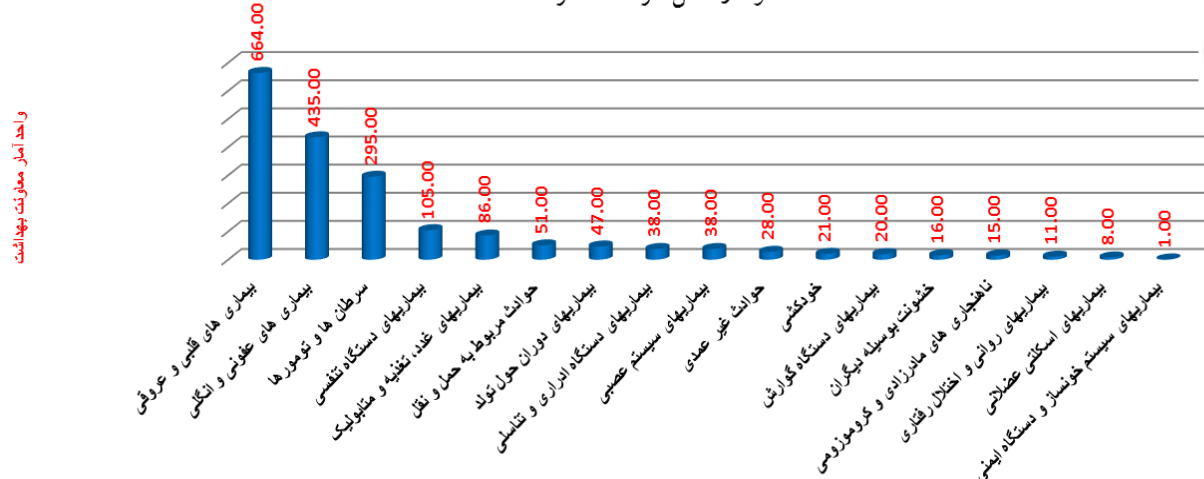
نمودار علل مرگ - خدا آفرین



نمودار علل مرگ - میانه



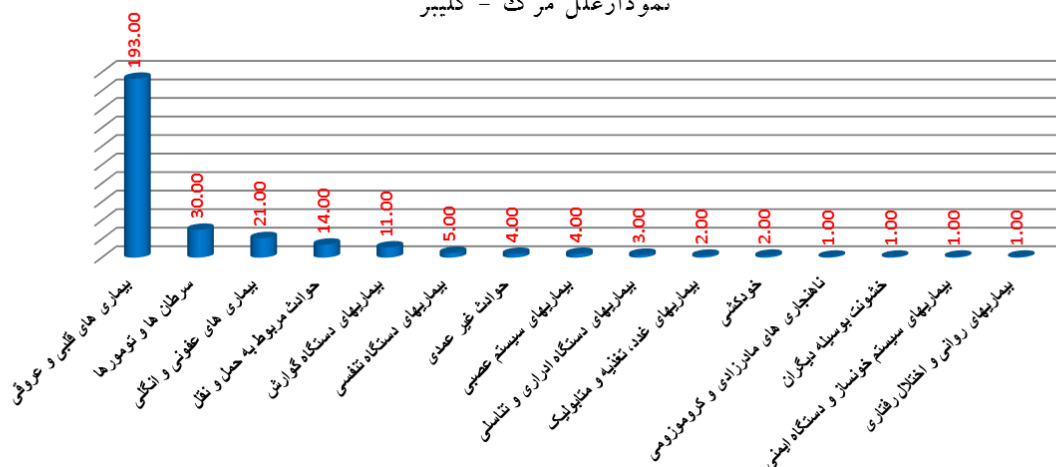
نمودار علل مرگ - مرند



نمودار عمل مرگ - کلیبر



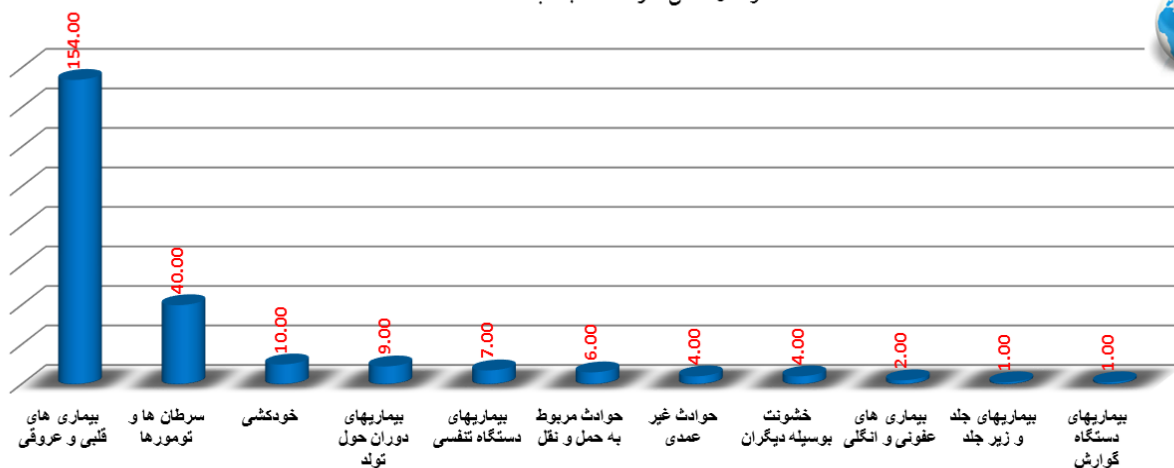
واحد آمار معاونت بهداشت



نمودار عمل مرگ - بناب



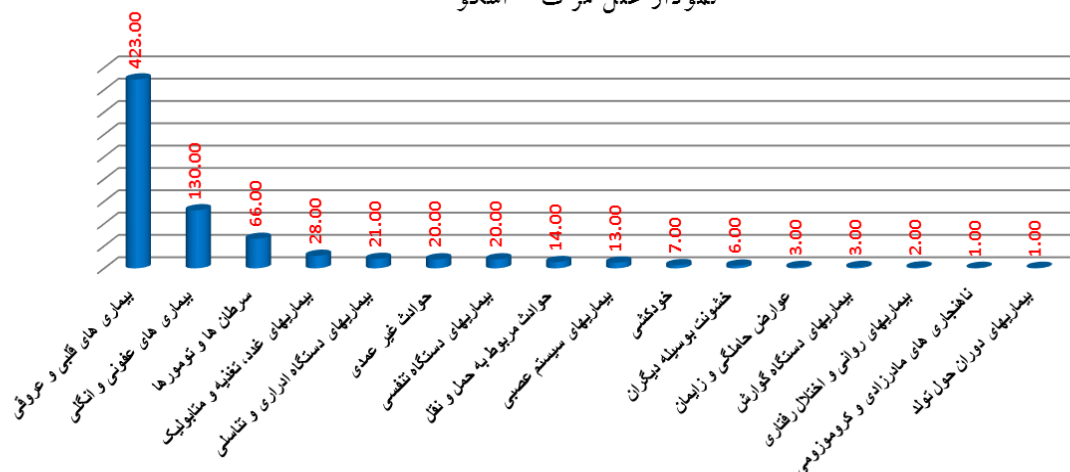
واحد آمار معاونت بهداشت



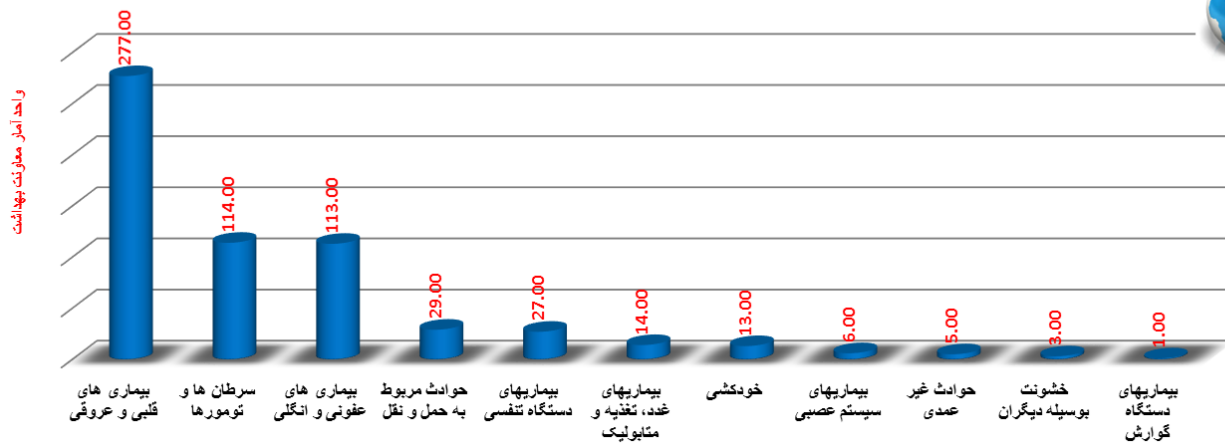
نمودار عمل مرگ - اسکو



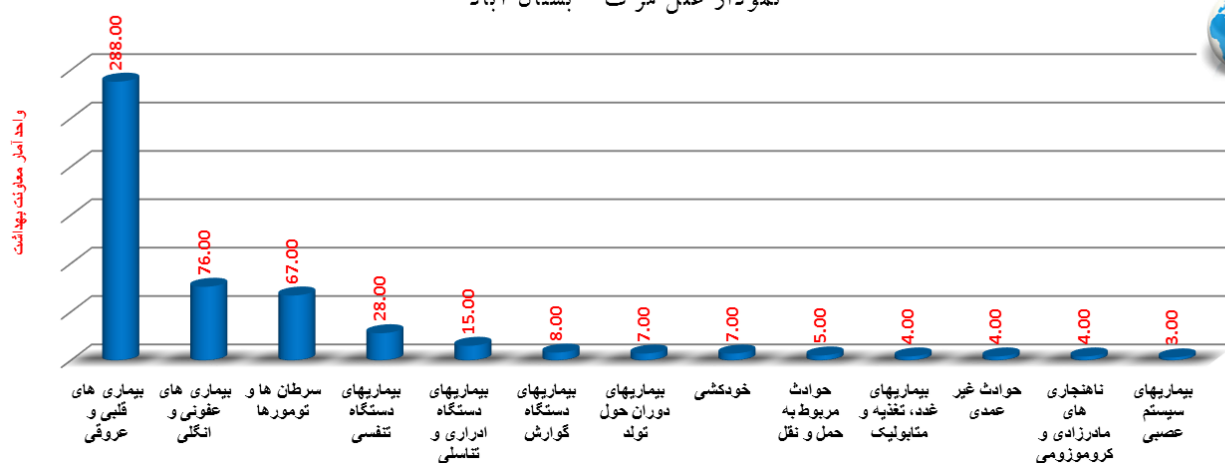
واحد آمار معاونت بهداشت



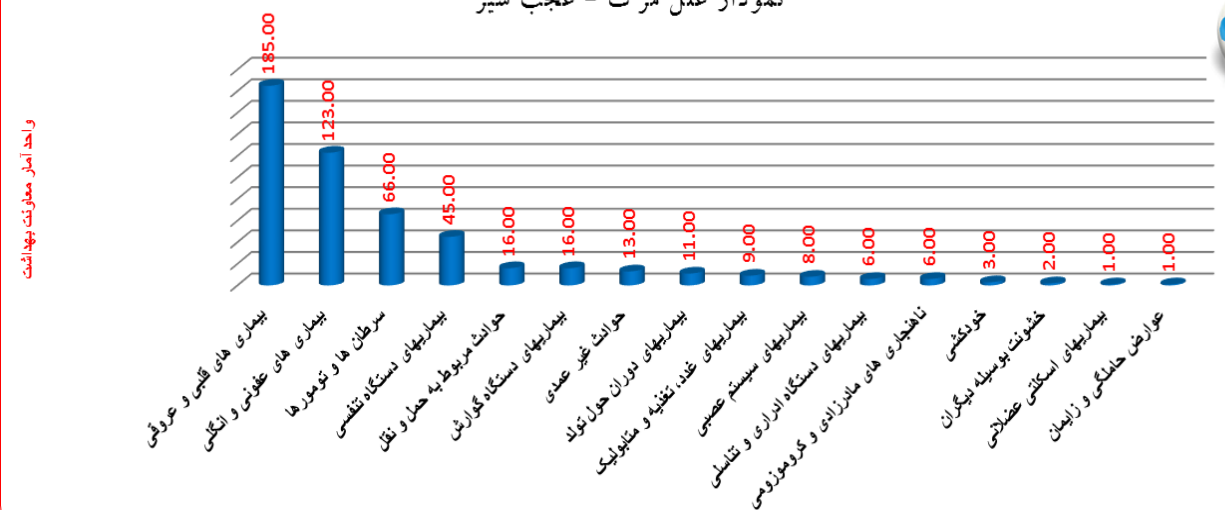
نمودار علل مرگ - ملکان



نمودار علل مرگ - بستان آباد



نمودار علل مرگ - عجب شیر



ترند نمودارهای ۱۰ علتی مرگ و میر

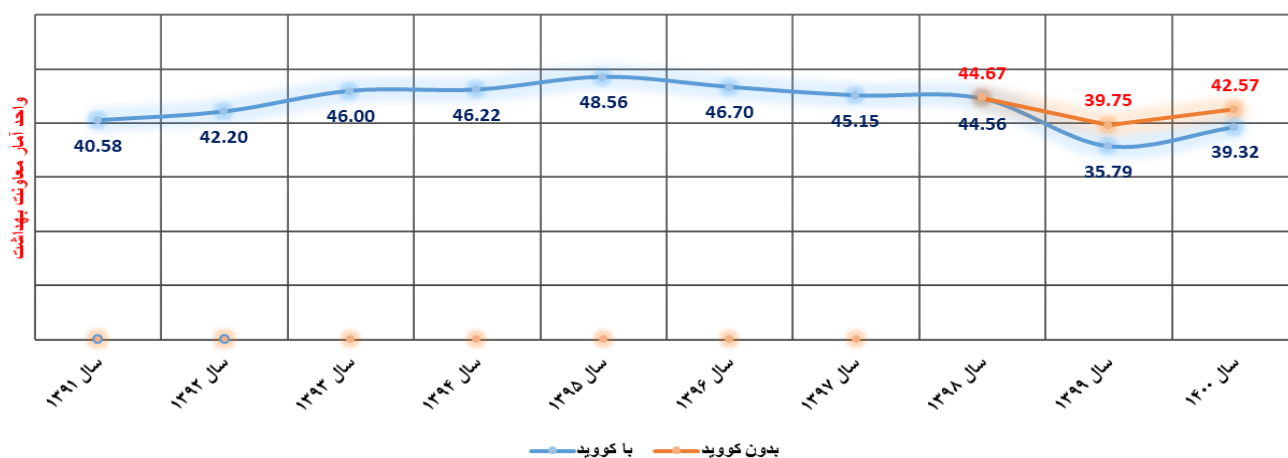
بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۹، ۱۰ علت اصلی مرگ ۵۵٪ از ۵۵.۴ میلیون مرگ در سراسر جهان را تشکیل می دهد. دلایل اصلی مرگ و میر، به ترتیب تعداد کل زندگی های از دست رفته، با سه موضوع گسترده مرتبط است: قلب و عروق (بیماری ایسکمیک قلب، سکته)، تنفسی (بیماری انسدادی مزمن ریوی، عفونت های تنفسی تحتانی) و شرایط نوزادی که شامل خفگی و ضربه به هنگام تولد، سپسیس نوزادان و عفونت ها و عوارض زودرس هنگام تولد. علل مرگ را می توان به سه دسته تقسیم کرد:

✓ بیماری های واگیر (بیماری های عفونی و انگلی و شرایط مادر، پری ناتال و تغذیه ای)

✓ غیرواگیر (مزمن)

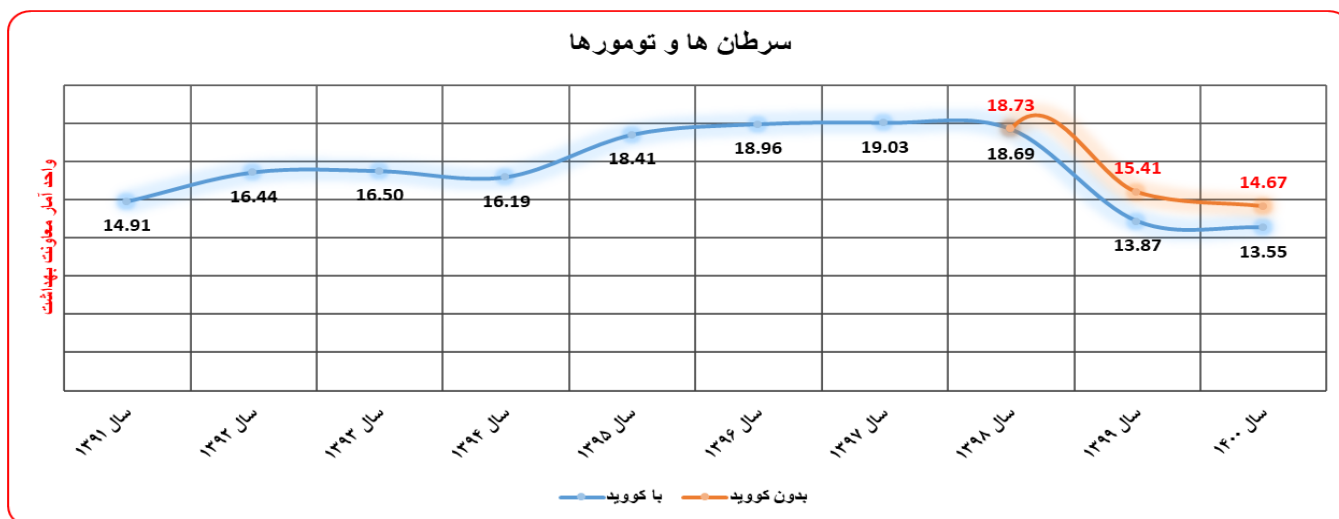
✓ حوادث.

قلبی و عروقی



بیماری های قلبی - عروقی با روندی صعودی مهم ترین عامل مرگ در کشورهای توسعه یافته می باشند؛ از این رو شاخص های اپیدمیولوژیک در مقوله مرگ و میر از اهمیت زیادی برخوردار هستند. سالانه ۱۷.۹ میلیون نفر در سراسر دنیا به علت بیماری قلبی عروقی فوت می کنند که ۳۱ درصد کل مرگ های جهانی و نیمی از مرگ های ناشی از بیماری های غیرواگیر است.

نمودار "قلبی و عروقی" روند درصد علتی مرگ و میر ناشی از قلبی و عروقی نسبت به کل مرگ های ثبت شده از سال ۱۳۹۱ تا سال ۱۴۰۰ را در دانشگاه تبریز نمایش می دهد (از سال ۱۳۹۸ تا سال ۱۴۰۰ با احتساب بیماری کرونا و بدون بیماری کرونا نمایش داده شده است) که روند کاهشی داشته است به طوری که از ۴۰.۵۸ درصد در سال ۱۳۹۱ به ۳۹.۳۲ درصد در سال ۱۴۰۰ رسیده است.



سرطان دومین علت مرگ و میر جهانی است و مسئول مرگ و میر سالیانه ۹.۶ میلیون نفر در سال ۲۰۱۸ است. در جهان، حدود یکی از شش مرگ رخ داده ناشی از سرطان است.

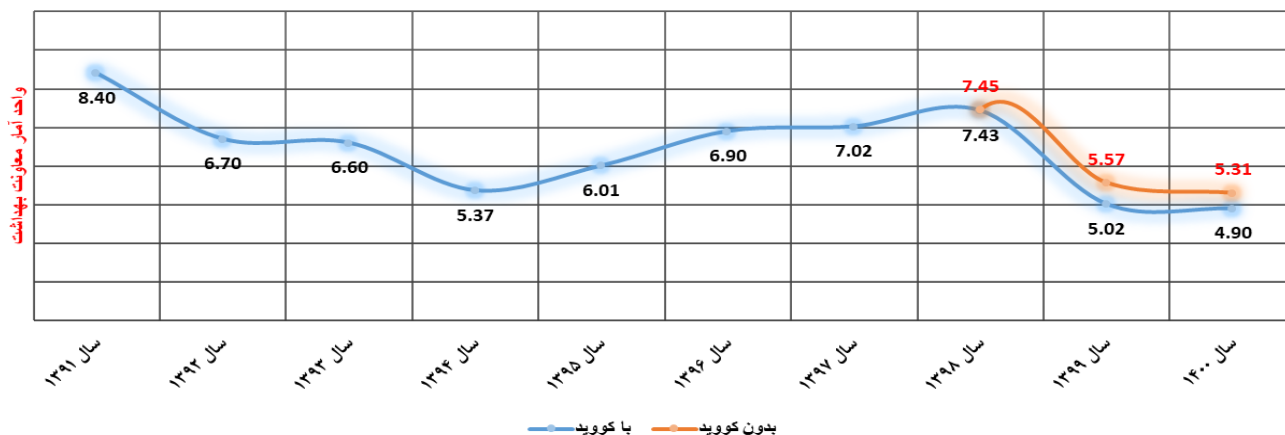
شایع ترین سرطان ها در جهان عبارتند از:

ریه (۲,۰۹ میلیون مورد)، پستان (۲,۰۹ میلیون مورد)، کولورکتال (۱,۸۰ میلیون مورد)، پروستات (۱,۲۸ میلیون مورد)،

سرطان پوست (غیر ملانوم) (۱,۰۴ میلیون مورد)، معده (۱,۰۳ میلیون مورد)

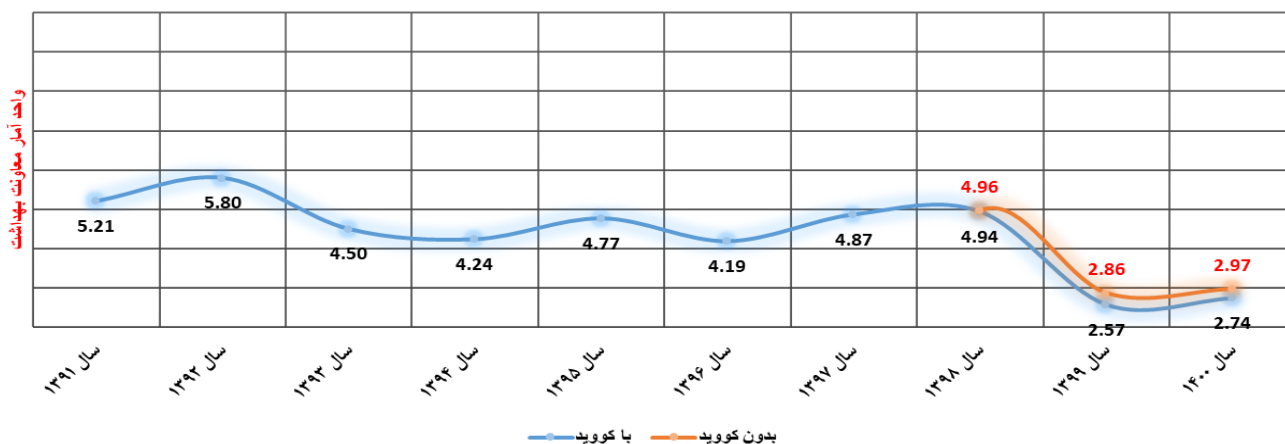
نموداری که در بالا مشاهده می شود روند درصد علتی مرگ و میر ناشی از **سرطان ها و تومورها** نسبت به کل مرگ های ثبت شده از سال ۱۳۹۱ تا سال ۱۴۰۰ را نمایش می دهد که تا سال ۱۳۹۷ روند افزایشی و پس از آن روند کاهشی داشته است به طوری که در سال ۱۳۹۷ به بالاترین درصد یعنی ۱۹.۰۳ درصد رسیده است و در سال ۱۴۰۰ به پایین ترین درصد یعنی ۱۳.۵۵ درصد می رسد. همچنین از سال ۱۳۹۸ تا سال ۱۴۰۰ این میزان با احتساب مرگ کرونا و بدون کرونا محاسبه و نمایش داده شده است.

بیماری های دستگاه تنفسی



نمودار بالا روند درصد علتی مرگ و میر ناشی از **دستگاه تنفسی** نسبت به کل مرگ های ثبت شده از سال ۱۳۹۱ تا سال ۱۴۰۰ را نمایش می دهد که روند کاهشی داشته است. در سال ۱۳۹۱ درصد بیماری تنفسی ۸.۴۰ بوده که در سال ۱۴۰۰ به ۴.۹۰ درصد رسیده است. در این نمودار آمار از سال ۱۳۹۸ تا سال ۱۴۰۰ براساس بیماری کووید ۱۹ و بدون آن محاسبه شده است.

حوادث ترافیکی

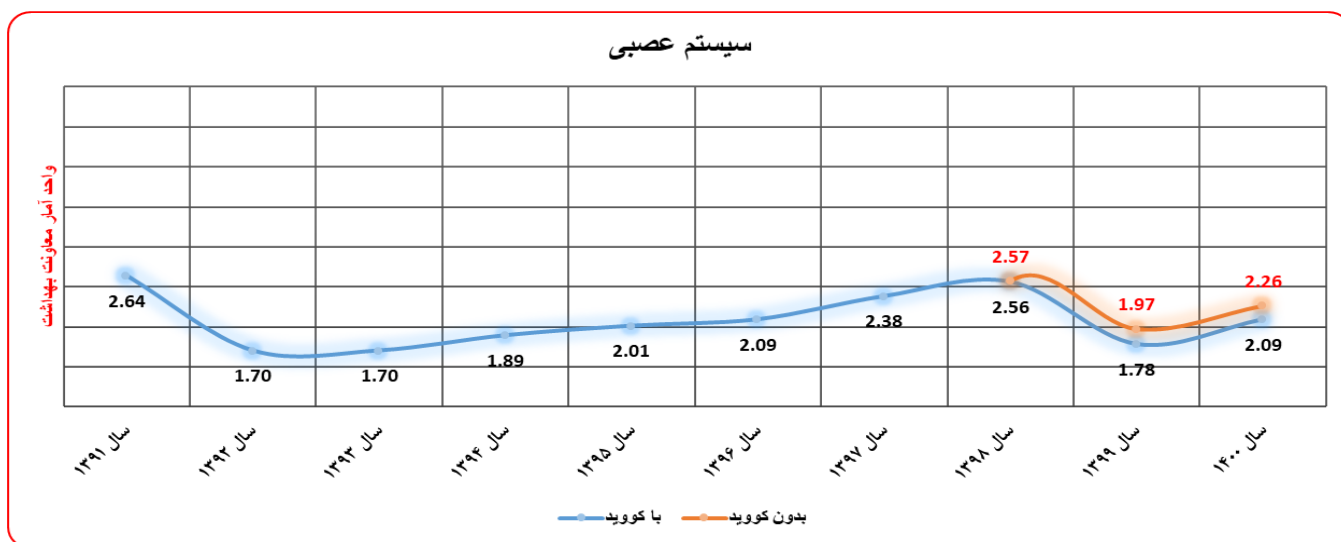


* **تعریف شاخص:** حوادث جاده ای به حادثی گفته می شود که در آن حداقل یک وسیله نقلیه خیابانی با یک وسیله نقلیه دیگر، یا با یک کاربر (استفاده کننده)، یا یک جسم ثابت در کنار جاده و یا با خودرو دیگر که معمولاً آسیب مالی یا جانی در پی دارد، برخورد کند. به آسیب های ناشی از اینگونه حوادث، صدمات و آسیب های جاده می گویند.

ایران از نظر سوانح ترافیکی به عنوان یکی از کشورهای دارای بیشترین موارد تصادف و مرگ و میر معرفی شده است. حوادث مربوط به حمل و نقل در ایران با احتساب ۴.۷٪ کل مرگ ها، سومین علت مرگ پس از سکته قلبی و مغزی است. بر اساس

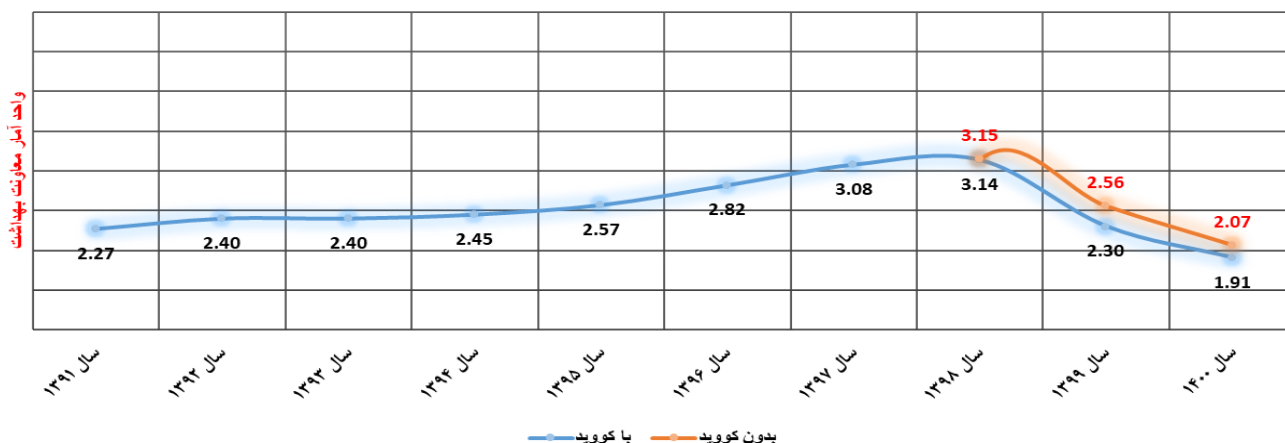
گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۸) میزان مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی در ایران ۱۵۹۳۲ نفر در سال ۲۰۱۶ بوده است. حوادث جاده ای در ایران اولین علت مرگ و میر در گروه سنی کمتر از ۴۰ سال می باشد و بیش از ۷۱ درصد از مرگ و میرها در این رده سنی مرتبط با حوادث ترافیکی است.

نموداری که در بالا مشاهده می شود روند درصد علتی مرگ و میر ناشی از **حوادث ترافیکی** نسبت به کل مرگ های ثبت شده از سال ۱۳۹۱ تا سال ۱۴۰۰ را نمایش می دهد که این روند نزولی بوده است و عدد آن در سال ۱۳۹۱ از ۵.۲۱ درصد به ۲.۷۴ درصد در سال ۱۴۰۰ رسیده است. در این نمودار سه سال آخر با مرگ علتی کرونا و بدون کرونا محاسبه گردیده است.



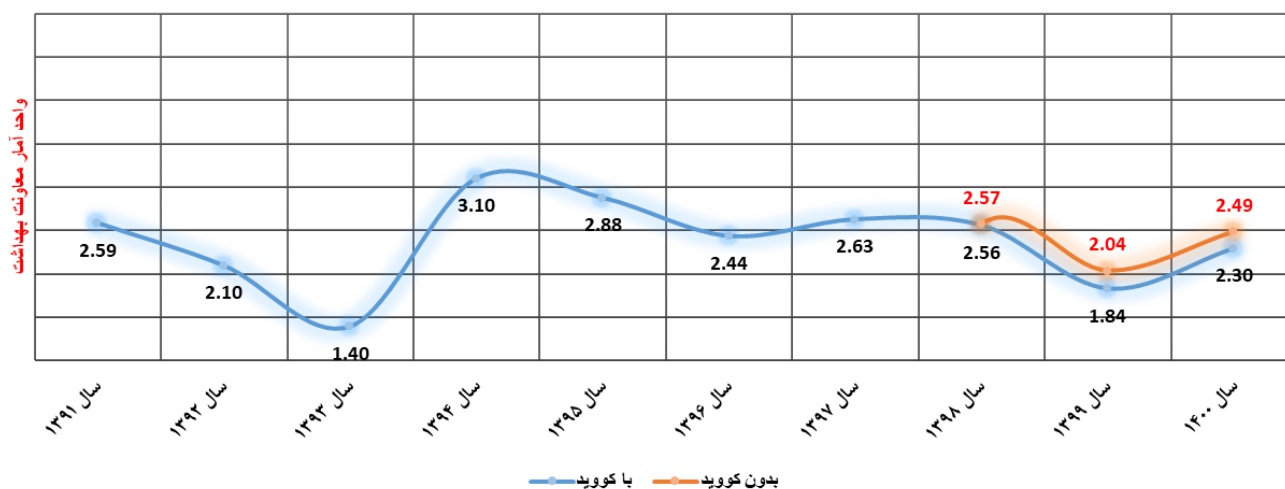
در نمودار فوق روند درصد علتی مرگ و میر ناشی از **سیستم عصبی** نسبت به کل مرگ های ثبت شده از سال ۱۳۹۱ تا سال ۱۴۰۰ را نمایش می دهد که این روند تا سال ۱۳۹۸ روند افزایشی داشته و در سال ۱۳۹۹ پس از کاهش دوباره برای سال ۱۴۰۰ افزایش نشان میدهد.

دستگاه گوارش



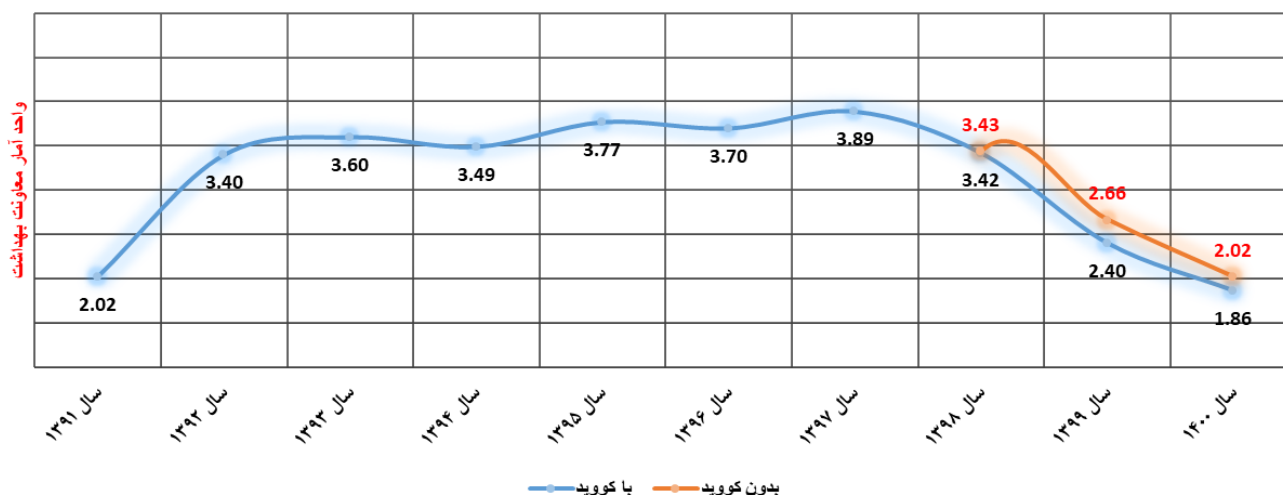
نموداری که مشاهده می شود روند درصد علتی مرگ و میر ناشی از **بیماریهای دستگاه گوارش** نسبت به کل مرگ های ثبت شده از سال ۱۳۹۱ تا سال ۱۴۰۰ را نمایش می دهد که این روند تا سال ۱۳۹۸ روند افزایشی داشته و پس از آن روند کاهشی را نشان میدهد. (از سال ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۰ با احتساب بیماری کرونا و بدون آن محاسبه و نمایش داده شده است)

دستگاه ادراری و تناسلی



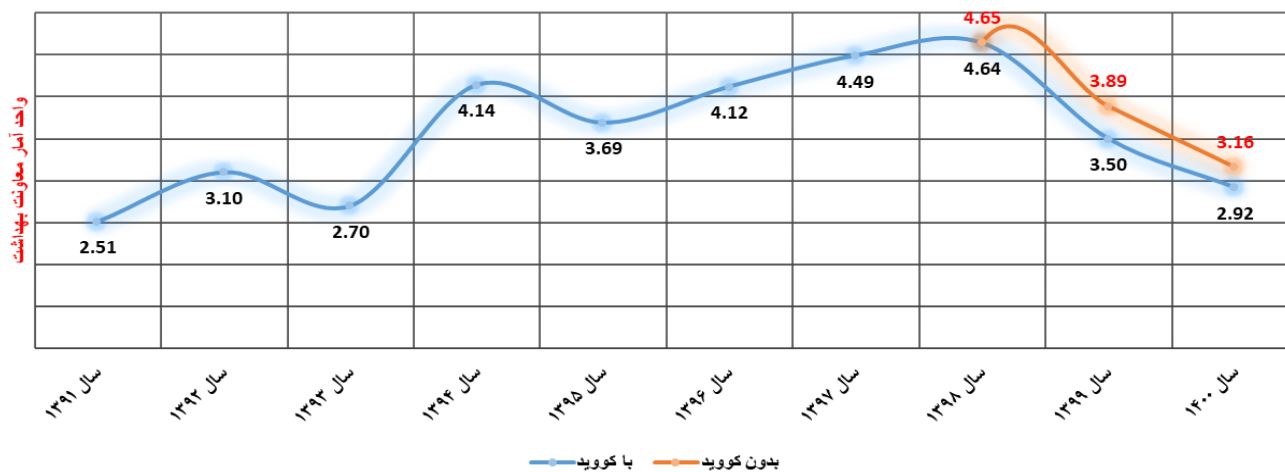
نمودار فوق روند درصد علتی مرگ و میر ناشی از **بیماریهای دستگاه ادراری و تناسلی** نسبت به کل مرگ های ثبت شده از سال ۱۳۹۱ تا سال ۱۴۰۰ را نمایش می دهد که این روند نزولی می باشد. (سه سال آخر به ۱۴۰۰ با بیماری کووید و بدون آن لحاظ شده است)

حول تولد



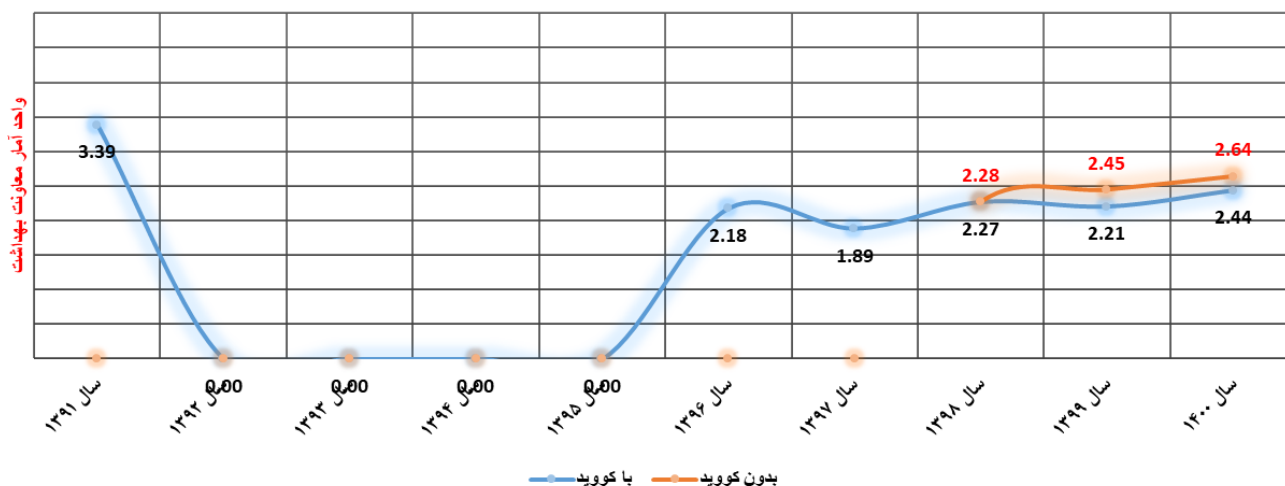
نمودار بالا روند درصد علتی مرگ و میر ناشی از **بیماریهای دوران حول تولد** نسبت به کل مرگ های ثبت شده از سال ۱۳۹۱ تا سال ۱۴۰۰ را نمایش می دهد که این روند تا سال ۱۳۹۷ صعودی و پس از آن با روند نزولی مواجه بوده است. (برای سالهای ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۰ در محاسبه میزان از مرگهای با محاسبه تعداد کووید ۱۹ و بدون کووید ۱۹ استفاده شده است)

غدد، تغذیه و متابولیک



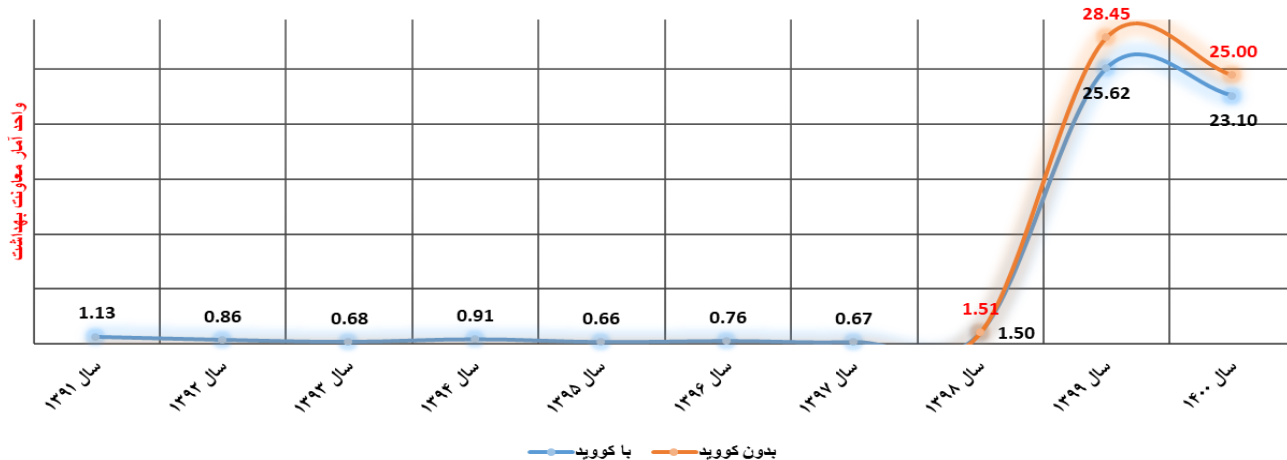
نمودار نمایش داده شده، روند درصد علتی مرگ و میر ناشی از **بیماریهای غدد، تغذیه و متابولیک** نسبت به کل مرگ های ثبت شده از سال ۱۳۹۱ تا سال ۱۴۰۰ را نمایش می دهد و در سال ۱۳۹۱ از عدد ۲.۵۱ به عدد ۲.۹۲ (با کووید ۱۹) و ۳.۱۶ (بدون کووید ۱۹) در سال ۱۴۰۰ رسیده است.

حوادث غیر عمدی



نمودار فوق، روند درصد علتی مرگ و میر ناشی از **حوادث غیر عمدی** نسبت به کل مرگ های ثبت شده از سال ۱۳۹۶ تا سال ۱۴۰۰ را نمایش می دهد که این روند با شیب ملایمی روبه افزایش بوده است. لازم به توضیح است با توجه به شیوع بیماری کرونا از سال ۱۳۹۸ آمار مربوط به سه سال ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۰ با کووید و بدون کووید محاسبه و در نمودار آورده شده است.

عفونی و انگلی



نمودار فوق روند درصد علتی مرگ و میر ناشی از **عفونی و انگلی** نسبت به کل مرگ های ثبت شده از سال ۱۳۹۱ تا سال ۱۴۰۰ را نمایش می دهد که این روند تا سال ۱۳۹۸ شیب ملایم داشته ولی با شیوع پاندمی کووید ۱۹ افزایش ناگهانی نشان میدهد.

انتظارات:

- برگزاری جلسات و کمیته های مرگ و میر شهرستان

- تشکیل جلسات جهت پیگیری مصوبات کمیته های مرگ و میر از جمله جمع آوری گورستانهای غیر رسمی و مکاتبه با فرمانداری و شهرداری .
- ارسال صورتجلسه کمیته ها و جلسات تشکیل شده به ستاد استان
- ثبت دقیق موارد فوتی براساس کدهای مرگ و میر
- پیگیری و هماهنگی جهت ثبت داده های مرگ و میر به صورت منظم و به روز.
- برگزاری جلسه و پیگیری جهت ثبت دقیق علت های مرگ و میر.
- استخراج گزارشات به صورت میزان برای گروههای سنی و موارد نیاز و ارائه آن در صورت نیاز.
- بررسی و رفع مواردی که با کدپوچ و یا غیر ممکن ثبت گردیده و پیگیری جهت جلوگیری از ثبت موارد ذکر شده
- پیگیری و بررسی موارد در جهت ثبت و تکمیل تمامی فیلدهای موجود در فرم های مربوطه در سامانه
- بررسی و پیگیری موارد ثبت شده در جهت تکرار گیری از سامانه مرگ و میر

مشکلات و چالش های فعلی:

- ثبت نا دقیق اطلاعات در سامانه مرگ و میر
- ثبت دیر هنگام برخی از موارد در شهرستان ها
- عدم هماهنگی مناسب با ثبت احوال جهت دریافت اطلاعات مورد نیاز
- گورستانهای غیر رسمی

سامانه یکپارچه بهداشت (سیب)

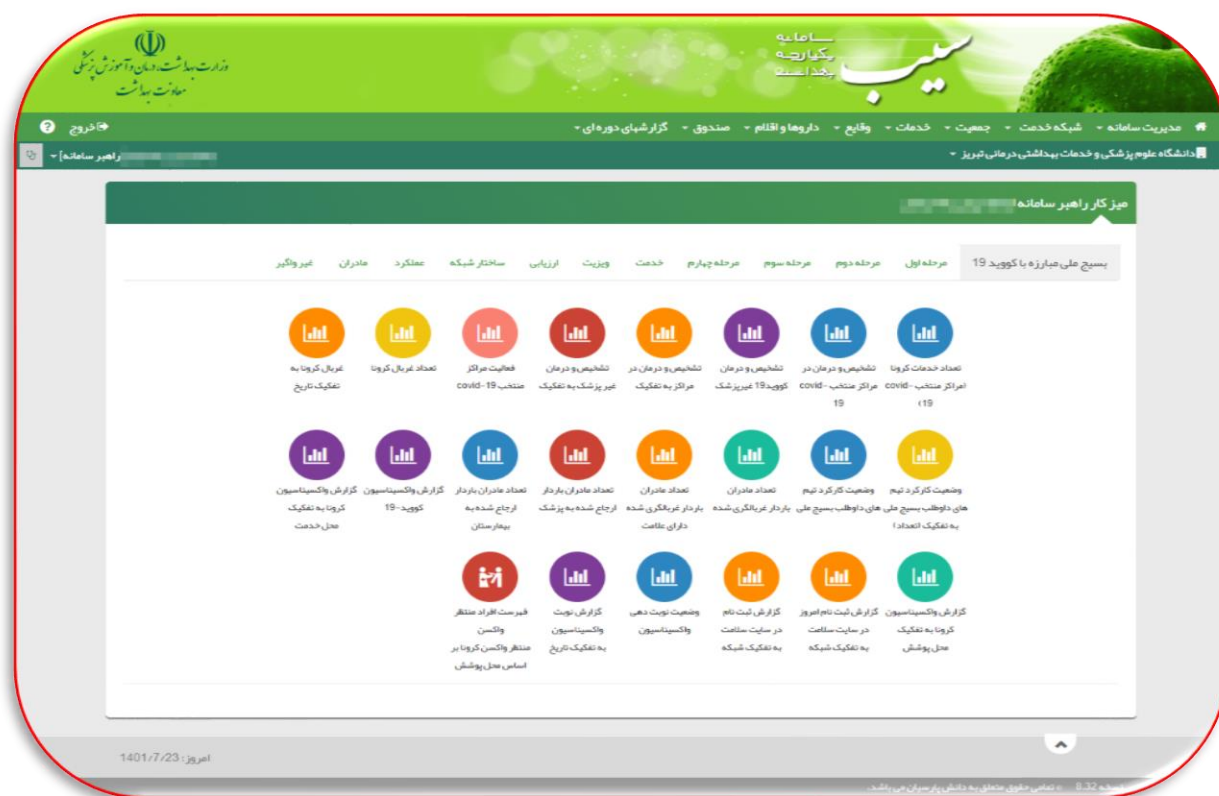
با افزایش جمعیت و پیشرفت تکنولوژی های روز دنیا، نیاز به طراحی و اجرای سامانه ای که اطلاعات پزشکی ایرانیان را دربر داشته باشد، پیش از پیش حس می شد.

کمبود این سامانه باعث شده بود تا تصمیم گیران کلان، امکان پیش بینی نیاز روز کشور در حوزه بهداشت و درمان را نداشته باشند و نتوانند برای آن پیش بینی و ذخیره سازی مناسبی انجام دهند.

سامانه سیب به روزترین و کاملترین اطلاعات پزشکی بیش از ۹۰ درصد از هموطنان عزیز را ثبت کرده است.

سامانه سیب به منظور ثبت، نگهداری و به روزرسانی اطلاعات پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، نیازسنجی، طراحی و پیاده سازی گردیده است.

با استفاده داده های موجود در سامانه سیب و همچنین قابلیت خود سامانه، خیلی از گزارش ها و شاخص ها از طریق این سامانه قابل استخراج برای کاربران در سطوح مختلف می باشد.



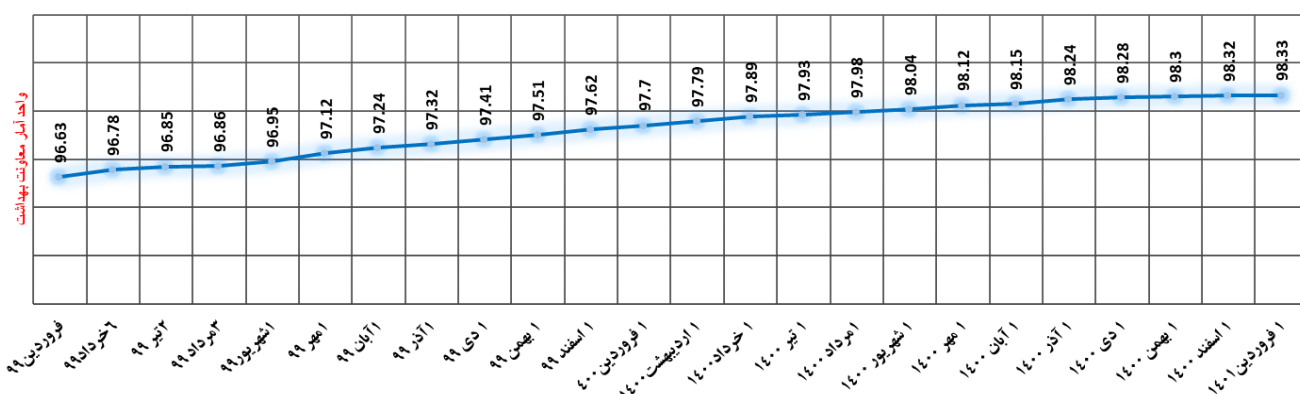
خدمات:

- ثبت کلیه خدمات مربوط به گروههای سنی توسط کاربران ارایه دهنده خدمت در سامانه سیب
- ثبت نسخه الکترونیکی در سامانه
- ارجاع الکترونیکی (سطح یک و سطح دو)
- پرونده الکترونیک سلامت
- گزارش مراقبت های انجام شده بر اساس فیلترهای مختلف سنی و جنسیت و (برای همه کاربران بر اساس سطح کاربری)
- گزارش فعالیت و عملکرد کاربران بر اساس سطح کاربری
- گزارش ارجاع سطح یک و دو بر اساس کاربران ارجاع دهنده و ارجاع گیرنده (دانشگاهی و شهرستان)
- گزارش تلفن های پرتکرار و افراد فاقد تلفن و ارسال به واحدها جهت بررسی و رفع موارد
- گزارش عملکرد جمع وزنی کاربران شهرستان ها (مراقب - پزشک - دندانپزشک - کارشناس روان و کارشناس تغذیه)
- گزارش میانگین جمع وزنی کاربران شهرستان ها (مراقب - پزشک - دندانپزشک - کارشناس روان و کارشناس تغذیه)
- گزارش یکبار خدمت دانشگاه ، شهرستان ها و واحدهای زیر مجموعه به تفکیک نوع جمعیت (زیر ۲۰ هزار، بالای ۲۰ هزار، روستایی و شهری)
- استخراج گزارش های جمعیتی جهت ویرایش و اصلاح پرونده های الکترونیک خدمت گیرندگان
- گزارش میانگین بار خدمات بر اساس کاربران برای شهرستان ها طبق دستورالعمل
- گزارش کل خدمات ثبت شده
- گزارش نسخه های ارسالی به تفکیک شهرستان و واحدهای زیر مجموعه
- گزارش مراجعین روزانه
- گزارش فرایندهای گروههای کارشناسی

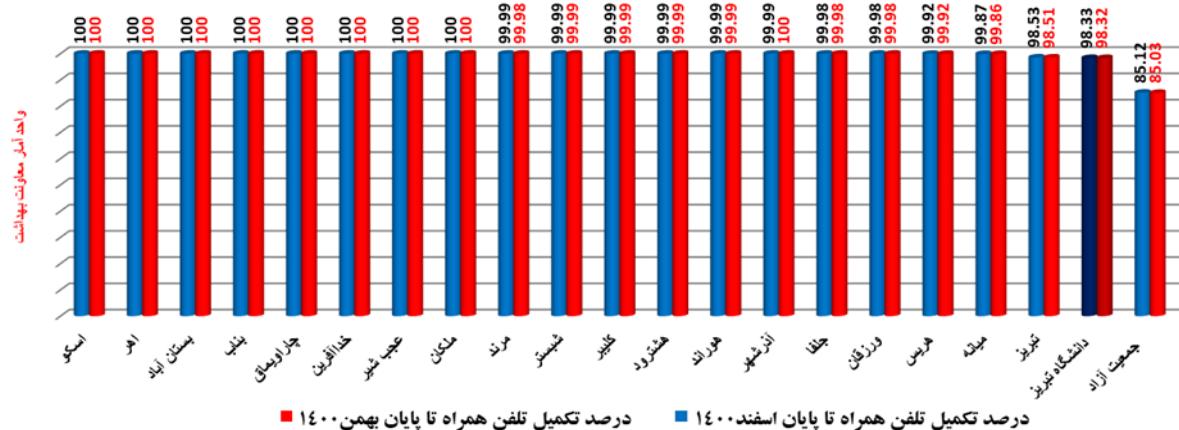
برخی شاخص های قابل استخراج از سامانه سیب

سامانه سیب جهت سهولت در انجام مراقبت های گروه های سنی و همچنین ذخیره اطلاعات در پرونده خدمت گیرندگان به کارگیری شده است، از این رو با توجه به قابلیت های سامانه، جهت استخراج گزارش ها و شاخص های مختلف نیز به کار گرفته می شود. شاخص های مختلف دانشگاه تبریز برای سالهای گذشته تا پایان سال ۱۴۰۰ قابل مشاهده می باشد.

درصد تکمیل تلفن همراه دانشگاه تبریز



درصد تکمیل تلفن همراه بهمن و اسفند



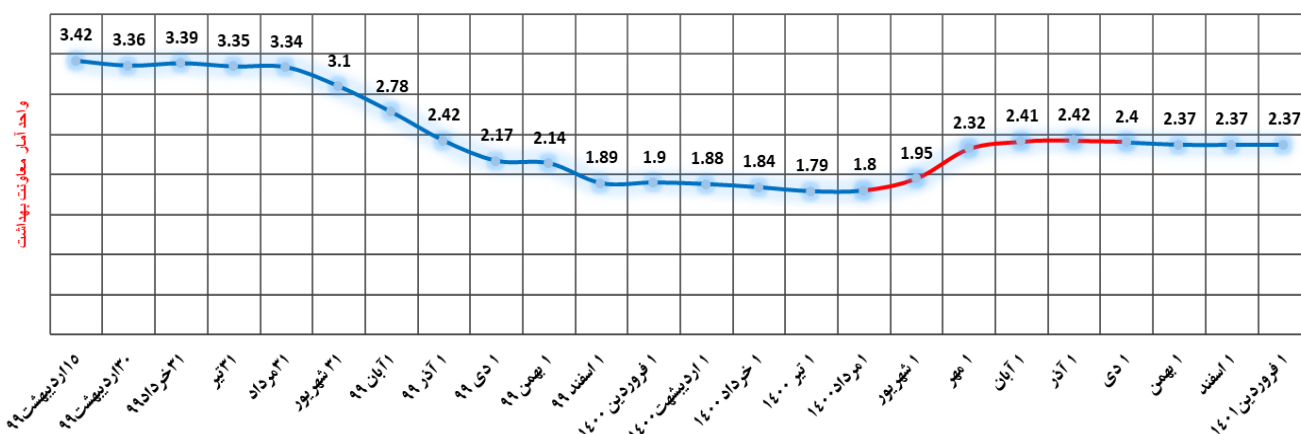
ثبت تلفن همراه در پرونده خدمت گیرندگان به دلیل ارسال پیامک های نظرسنجی ، همچنین دسترسی به پرونده الکترونیک سلامت توسط خدمت گیرندگان در واحدهای غیر از تحت پوشش فرد و پیگیری در صورت نیاز از آیت های مهم و ضروری می باشد. از این رو تکمیل و تصحیح تلفن همراه در پرونده الکترونیک سلامت خدمت گیرندگان در اولویت کاری واحدهای بهداشتی قرار گرفته است.

از شاخص های مهمی که برای تلفن همراه استخراج میگردد درصد تکمیل تلفن های همراه و همچنین تلفن های پرتکرار در واحدهای بهداشتی می باشد.

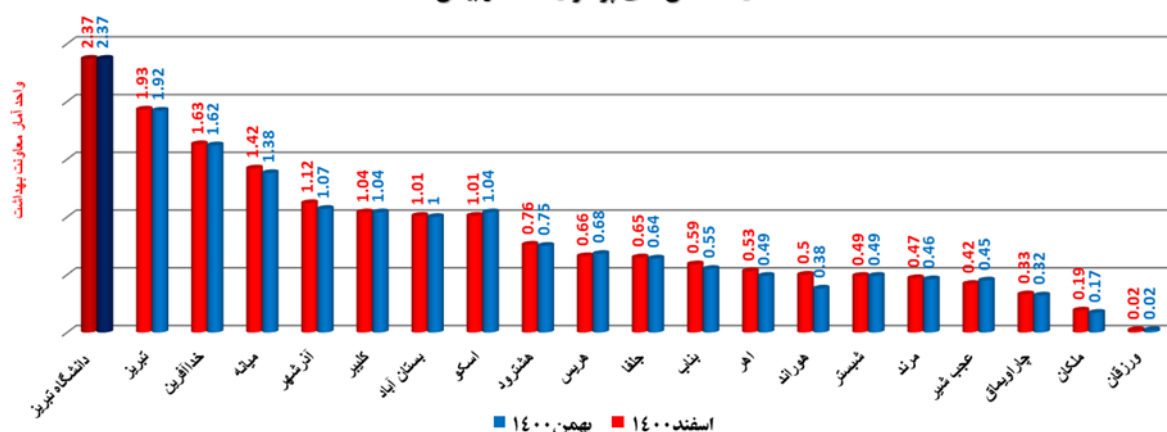
دانشگاه تبریز جزء پیشگامان تکمیل تلفن های همراه در بین دانشگاه های کشور بوده است و به دلیل جمعیت بالای دانشگاه جهت محقق شدن چشم انداز بالای ۹۵ درصدی تلاش های زیادی توسط همکاران صورت گرفته است.

درصد تلفن های تکمیل شده دانشگاه تبریز تا پایان سال ۱۴۰۰ برابر با ۹۸.۳۳ درصد می باشد که از میانگین کشوری بالاتر و جز رتبه های بالای کشوری می باشد.

درصد تلفن های پرتکرار دانشگاه تبریز

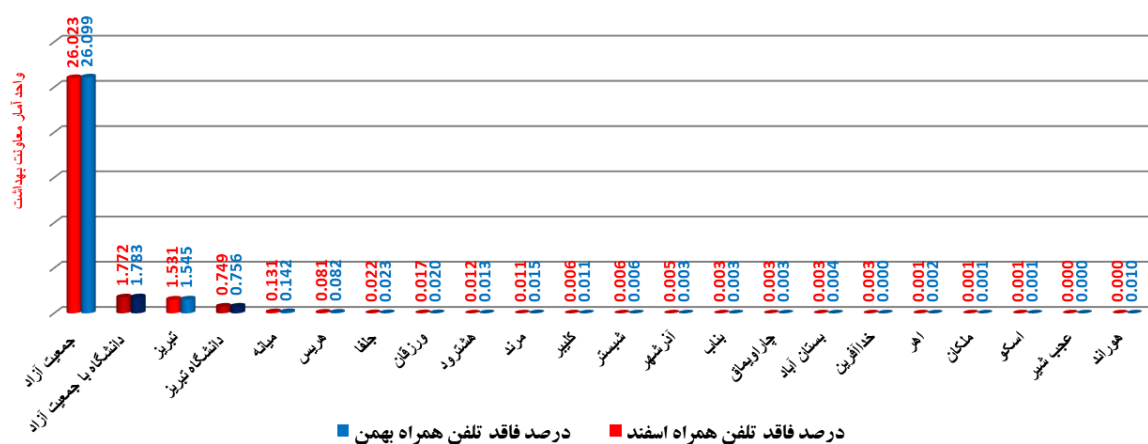


درصد تلفن های پرتکرار اسفند و بهمن

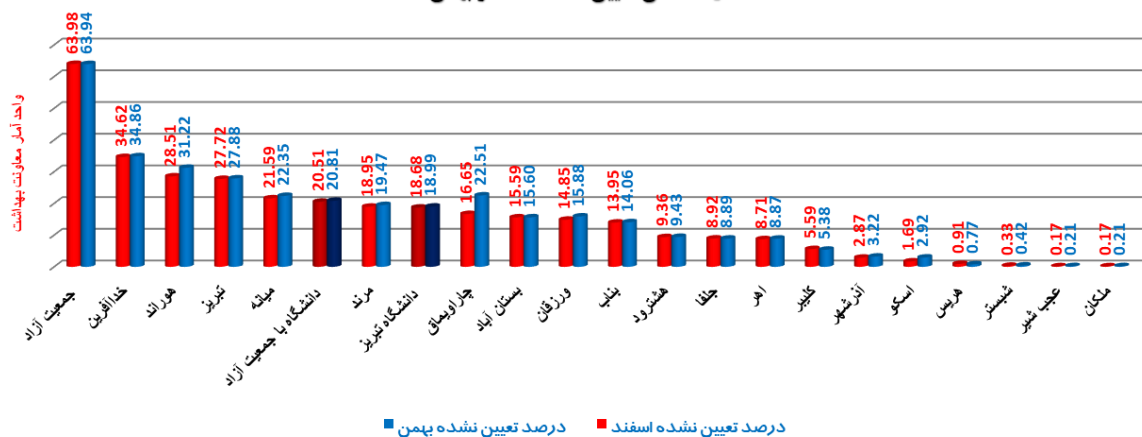


بررسی شاخص تلفن های پرتکرار جهت ثبت تلفن همراه واقعی و متعلق به خدمت گیرنده از اهمیت زیادی برخوردار هست، لذا این گزارش به صورت کشوری و برای زیرمجموعه ها در داشبورد کارشناسان ستادی بارگزاری شده است.

درصد جمعیت فاقد تلفن همراه اسفند و بهمن



درصد تلفن تعیین نشده اسفند و بهمن



از شاخص های مهم دیگری که برای تلفن های همراه استخراج می شود:



✓ درصد تکمیل تلفن همراه

✓ درصد تلفن های پرتکرار

✓ جمعیت فاقد تلفن همراه

✓ درصد جمعیت تلفن همراه تعیین نشده: لازم به ذکر است

در ثبت تلفن همراه باید نسبت ثبت شده جمعیت با تلفن همراه مشخص باشد.

نوع ملیت			نوع جمعیت						
تعیین نشده	غیرایرانی	ایرانی	جمعیت تعیین نشده	جمعیت حاشیه شهر	جمعیت عشایر	جمعیت روستایی	جمعیت شهری	جمعیت	شبکه
۱۶	۱۴	۱۱۷,۶۱۹	۱۶	۱	۰	۳۷,۷۴۰	۷۹,۸۹۲	۱۱۷,۶۴۹	آذرشهر
۳۰	۳۸	۱۷۴,۳۸۰	۳۱	۹	۰	۴۲,۱۵۷	۱۳۲,۲۵۱	۱۷۴,۴۴۸	اسکو
۲۵	۰	۱۳۸,۷۲۱	۲۶	۲۳,۶۴۲	۳,۳۱۳	۳۲,۲۰۳	۷۹,۵۶۱	۱۳۸,۷۴۵	اهر
۱۰	۶	۱۰۵,۲۱۸	۱۰	۲۵	۰	۷۵,۹۶۸	۲۹,۲۳۱	۱۰۵,۲۳۴	بستان آباد
۰	۳	۱۴۸,۵۸۷	۰	۷,۱۸۵	۰	۵۵,۸۵۰	۸۵,۵۵۵	۱۴۸,۵۹۰	بناب
۳,۵۶۸	۶۷۰	۱,۷۳۲,۴۲۰	۶,۰۵۴	۳۸۴,۷۲۹	۲۱	۱۸۲,۶۶۴	۱,۱۶۳,۱۸۹	۱,۷۳۶,۶۵۷	تبریز
۱۵	۴۴	۶۶,۴۶۷	۱۵	۱۷	۰	۱۵,۹۸۲	۵۰,۵۱۲	۶۶,۵۲۶	جلفا
۳	۰	۳۲,۸۳۵	۳	۰	۱,۳۱۱	۲۴,۴۸۹	۷,۰۳۵	۳۲,۸۳۸	چاراویماق
۱۵	۰	۳۵,۲۳۷	۱۵	۱۱	۳,۶۹۷	۲۷,۴۷۰	۴,۰۵۹	۳۵,۲۵۲	خداآفرین
۵۳	۴۴	۱۳۳,۴۸۶	۵۳	۱۶	۰	۵۵,۹۹۳	۷۷,۵۲۱	۱۳۳,۵۸۳	شهبستر
۱	۴	۷۱,۸۹۱	۱	۰	۰	۳۷,۰۳۱	۳۴,۸۶۵	۷۱,۸۹۷	عجب شیر
۱۷	۰	۴۸,۰۴۰	۱۷	۲۱	۸,۰۷۰	۲۵,۹۹۰	۱۳,۹۵۹	۴۸,۰۵۷	کلبر
۶۹	۳۱	۲۵۹,۰۰۲	۸۲	۱۸,۹۵۶	۰	۸۹,۹۹۰	۱۵۰,۰۷۴	۲۵۹,۱۰۲	مرند
۰	۵	۱۲۲,۴۱۷	۰	۰	۰	۷۹,۰۲۴	۴۳,۳۹۸	۱۲۲,۴۲۲	ملکان
۱۷۸	۲۹	۱۸۷,۷۱۶	۱۸۳	۲۰,۹۷۲	۲,۹۹۵	۶۳,۷۱۷	۱۰۰,۰۵۶	۱۸۷,۹۲۳	میانه
۱۲	۱	۴۶,۴۹۵	۱۲	۴۶	۱۶	۳۸,۸۷۸	۷,۵۵۶	۴۶,۵۰۸	ورزقان
۵	۵	۷۲,۵۸۶	۵	۱۹	۹۸	۳۳,۹۲۴	۳۸,۵۵۰	۷۲,۵۹۶	هریس
۲۶	۰	۶۰,۸۱۶	۲۶	۱۶	۰	۳۶,۸۶۶	۲۳,۹۳۴	۶۰,۸۴۲	هشترود
۰	۰	۱۹,۹۹۵	۰	۵	۲۲۹	۱۴,۹۸۶	۴,۷۷۵	۱۹,۹۹۵	هوراند
۴,۰۴۳	۸۹۴	۳,۵۷۳,۹۲۸	۶,۵۴۹	۴۵۵,۶۷۰	۱۹,۷۵۰	۹۷۰,۹۲۲	۲,۱۲۵,۹۷۳	۳,۵۷۸,۸۶۴	دانشگاه
۵۸۹	۷۵۷	۲۵۴,۳۲۴	۲,۸۶۳	۱۶,۲۷۹	۹۶	۲۱,۶۷۱	۲۱۴,۷۶۲	۲۵۵,۶۷۱	جمعیت آزاد
۴,۶۳۲	۱,۶۵۱	۳,۸۲۸,۲۵۲	۹,۴۱۲	۴۷۱,۹۴۹	۱۹,۸۴۶	۹۹۲,۵۹۳	۲,۳۴۰,۷۳۵	۳,۸۳۴,۵۳۵	با جمعیت آزاد

اطلاعات هویتی و خانواری									شبکه
تاهل نامشخص بالای ۴ سال	سواد تعیین نشده بالای ۷ سال	بیمه نامشخص/ تعیین نشده	بدون کد خانوار/ نسبت تعیین نشده	باردار زیر ۱۰ سال	زیر ۱۰ سال ل متاهل	زیر ۱۰ سال سال مجرد	بالای ۱۰ سال موضوعیت	باردار هرگز ازدواج نکرده	
۵۹۹	۴۶۳	۲۷۱	۶۴	۰	۱	۲۴۷	۶۱۹	۰	آذرشهر
۲۵۵	۵۸۶	۷۳	۱۰۴	۰	۲	۱۳۹	۶۴۰	۰	اسکو
۴۴۸	۳۲۴	۲۵۵	۷۵	۰	۲	۳۲	۴۶۷	۰	اهر
۸۴۷	۷۱۴	۳۸۱	۱۲۹	۰	۰	۱,۶۰۲	۱,۲۲۲	۰	بستان آباد
۱۴۱	۱۶۲	۱۹۱	۵۵	۰	۰	۴	۳۴۹	۰	بناب
۳۵,۸۸۷	۴۷,۰۲۶	۱۸,۰۴۰	۷,۸۷۴	۰	۲۳	۳,۷۸۱	۱۶,۱۱۷	۱	تبریز
۱۹۷	۱۹۳	۱۲۵	۴۴	۰	۰	۱	۲۴۸	۰	جلفا
۶۴	۳۰۷	۵۰	۳۶	۰	۰	۱۱	۱۱۰	۰	چاراویماق
۲۶۵	۷۶۲	۳۸۱	۲۱۰	۰	۰	۴۴	۵۵۰	۰	خداآفرین
۴۳۱	۳۷۹	۱۷۹	۱۶۶	۰	۱	۱۸	۳۹۵	۰	شهبستر
۹۷	۱	۲۸	۱۱	۰	۰	۱۸	۱۱۸	۰	عجب شیر
۱,۸۸۰	۵۶۹	۵۱۴	۲۳۸	۰	۱	۱۰۷	۴۴۹	۰	کلیبر
۴,۱۵۲	۳,۶۱۲	۱,۴۱۱	۴۷۵	۰	۲	۴۶۵	۲,۴۸۳	۰	مرند
۱۳۰	۲۸	۷۶	۳۷	۰	۰	۶	۹۳	۰	ملکان
۱,۹۳۰	۲,۳۱۹	۲,۳۵۹	۵۶۹	۰	۰	۱۶۵	۲,۰۹۲	۱	میانه
۱,۴۴۲	۵۱۳	۱۹۴	۴۸	۰	۱	۲۳۸	۳۷۳	۰	ورزقان
۲۸۳	۲۴۸	۱۲۲	۷۶	۰	۱	۴۴	۴۳۰	۰	هریس
۱,۷۰۶	۵۱۹	۱۷۰	۲۰۸	۰	۱	۴۴۱	۷۵۴	۰	هشترود
۵۰	۱۷۸	۹۶	۴۹	۰	۰	۳۳	۲۵۸	۰	هوراند
۵۰,۸۰۴	۵۸,۹۰۳	۲۴,۹۱۶	۱۰,۴۶۸	۰	۳۵	۷,۳۹۶	۲۷,۷۶۷	۲	مجموع
۱۵,۸۹۵	۱۴۷,۸۰۳	۱۴۷,۵۲۷	۳۳,۳۰۰	۰	۵	۲۳۵	۵,۷۱۹	۰	جمعیت آزاد
۶۶,۶۹۹	۲۰۶,۷۰۶	۱۷۲,۴۴۳	۴۳,۷۶۸	۰	۴۰	۷,۶۳۱	۳۳,۴۸۶	۲	استان

عملکرد جمع وزنی:

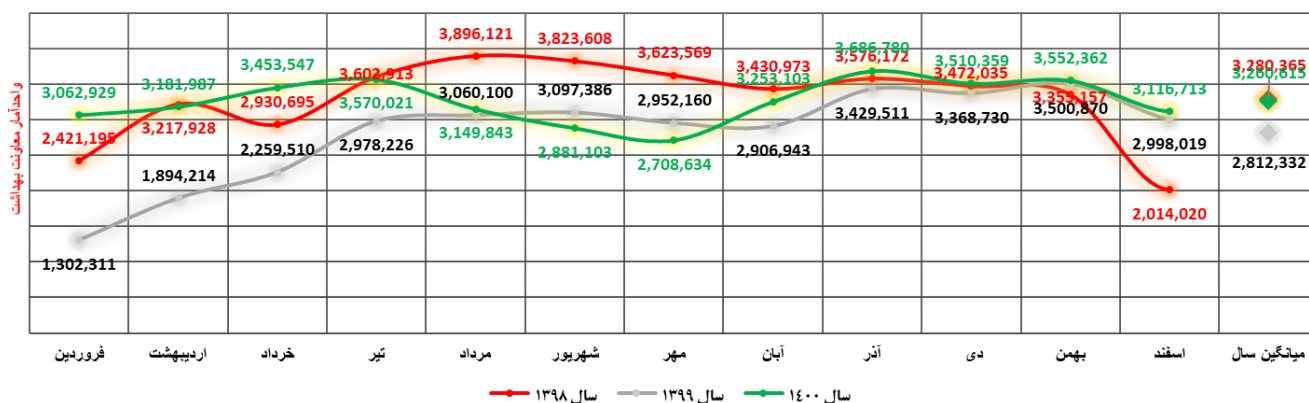
با توجه ثبت خدمات توسط ارائه دهندگان خدمت در سامانه سیب، برای هر کاربر بر اساس آیت‌های مختلف جمع وزنی محاسبه و ارائه می‌گردد.

جمع وزنی و میانگین جمع وزنی برای پزشک، مراقب/مراقب ماما، کارشناس روان، دندانپزشک و کارشناس تغذیه استخراج و مورد تحلیل و ارزیابی قرار می‌گیرد.

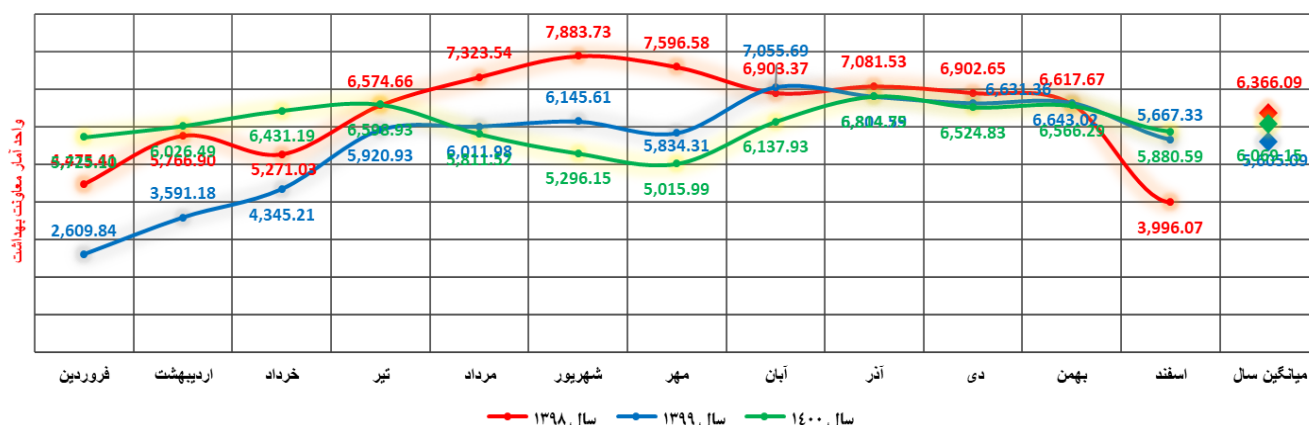
با توجه به مداخلات و پیگیری های صورت گرفته میانگین دانشگاه تبریز در بین دانشگاه های کشور از عملکرد خوبی برخوردار بوده و جز دانشگاه های برتر (رتبه اول در میانگین جمع وزنی) به شمار می رود.

جمع وزنی مورد انتظار برای پزشک ۱۴۶۳۸، جمع وزنی مورد انتظار برای مراقب/مراقب ماما ۲۶۵۰، برای دندانپزشک ۱۲۰۰۰ و برای کارشناس روان و تغذیه ۲۰۰۰ می باشد.

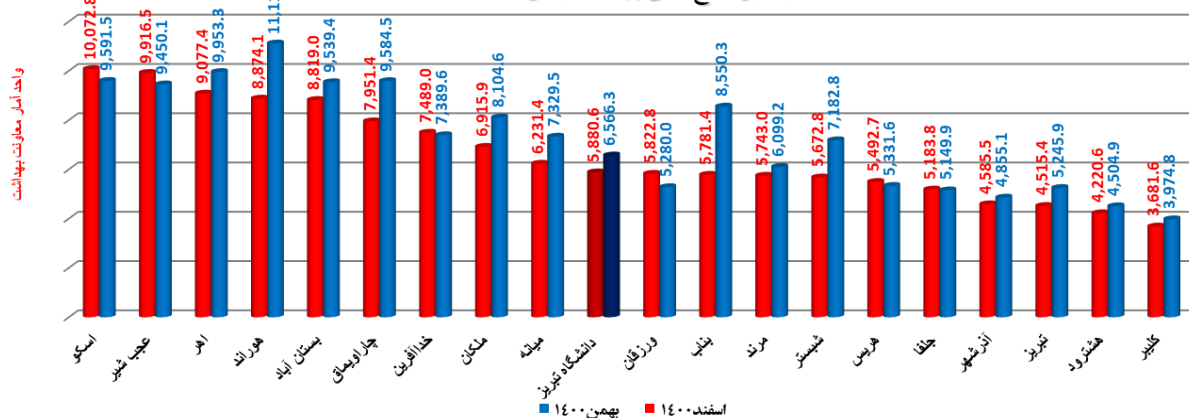
جمع وزنی خدمات پزشک به تفکیک ماه سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰



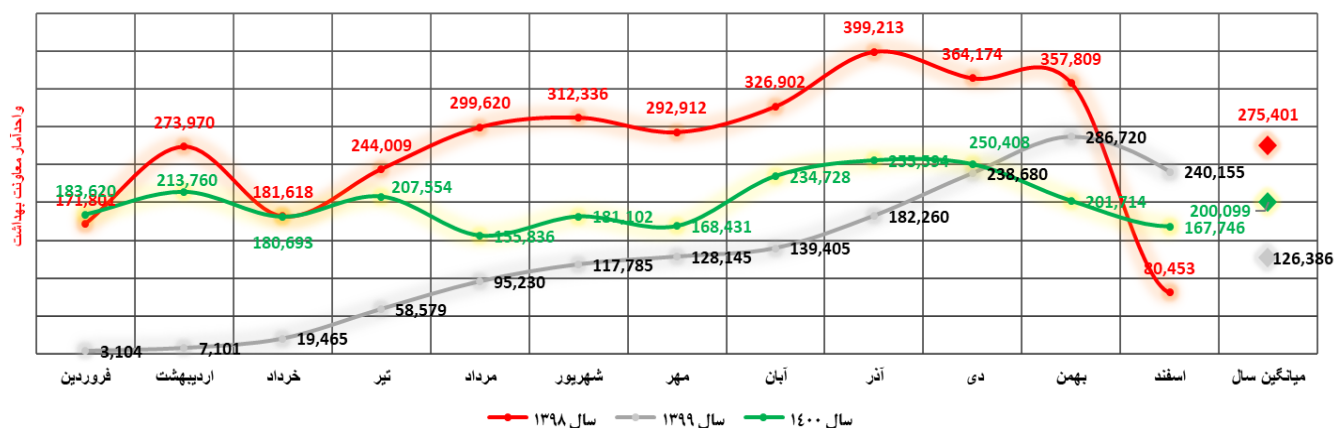
میانگین جمع وزنی خدمات پزشک به تفکیک ماه در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰



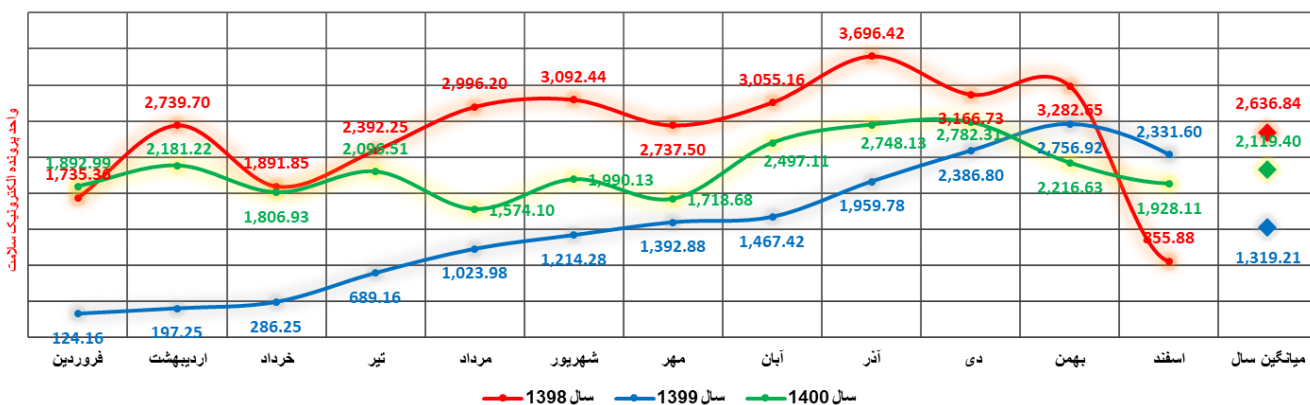
میانگین جمع وزنی پزشک- بهمن و اسفند



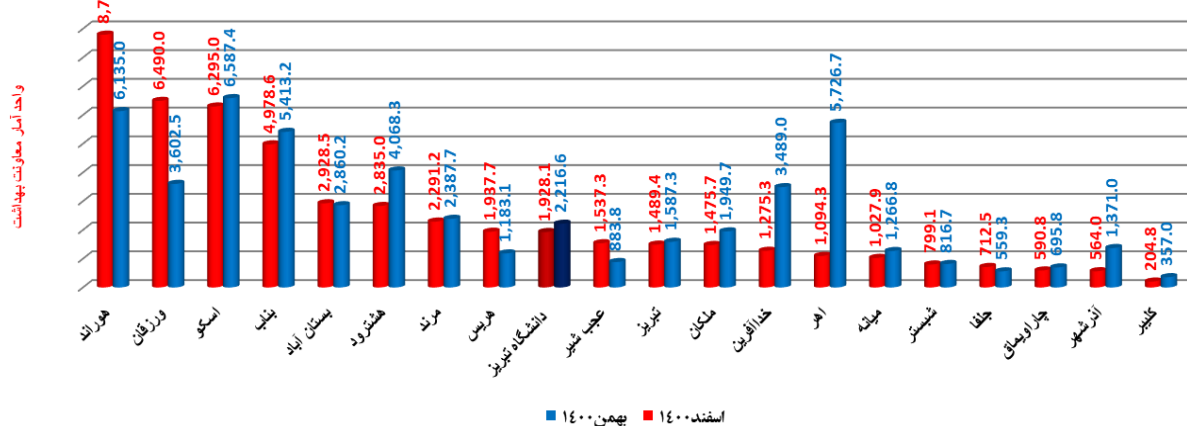
جمع وزنی خدمات دندانپزشک به تفکیک ماه سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰



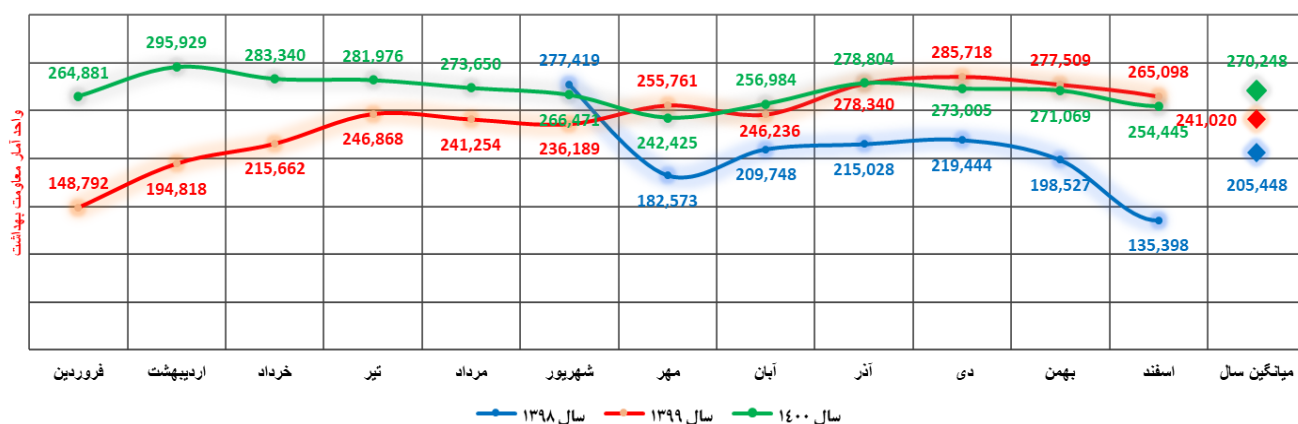
میانگین جمع وزنی خدمات دندانپزشک به تفکیک ماه در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰



میانگین جمع وزنی خدمات دندانپزشک - بهمن و اسفند



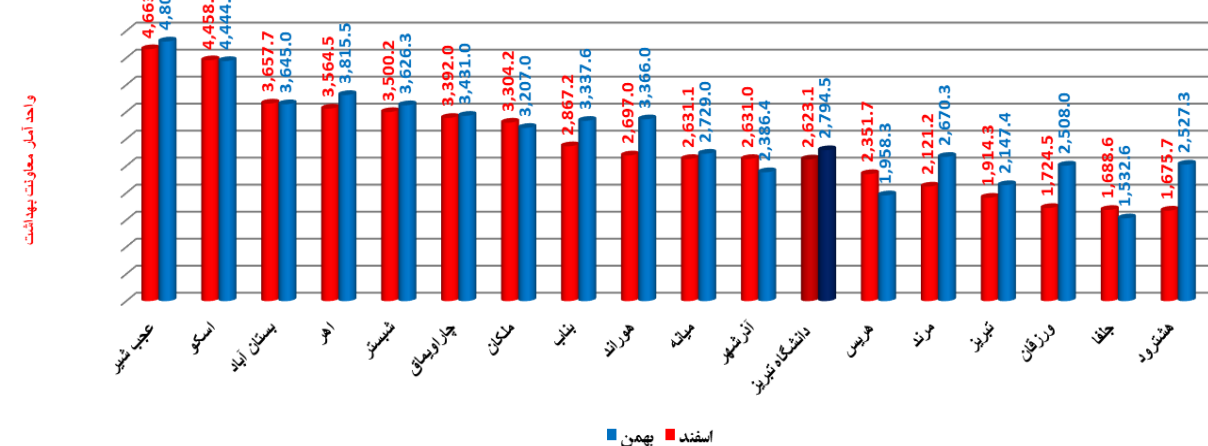
جمع وزنی خدمات کارشناس روان به تفکیک ماه سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰



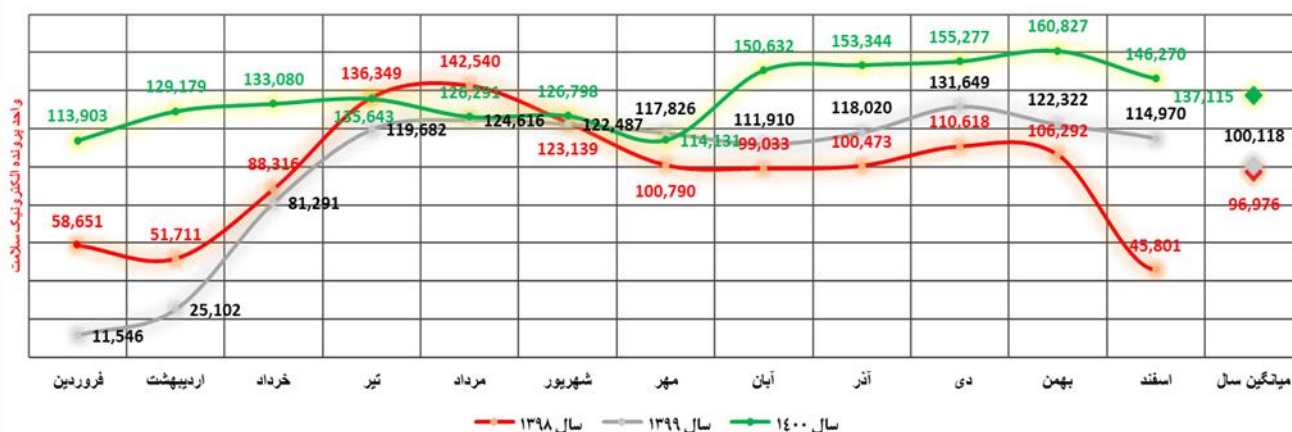
میانگین جمع وزنی خدمات کارشناس روان به تفکیک ماه در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰



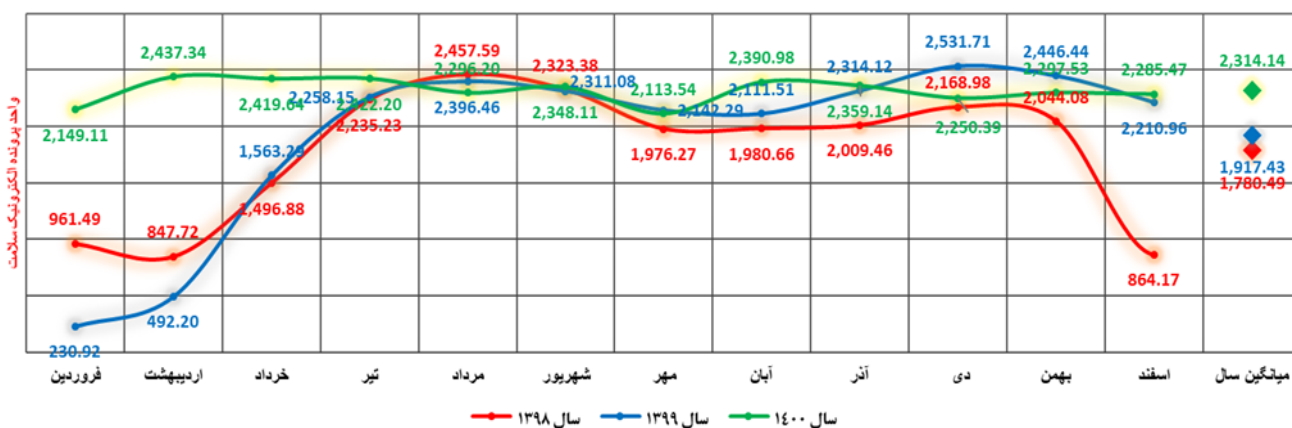
میانگین جمع وزنی کارشناس روان - بهمن و اسفند



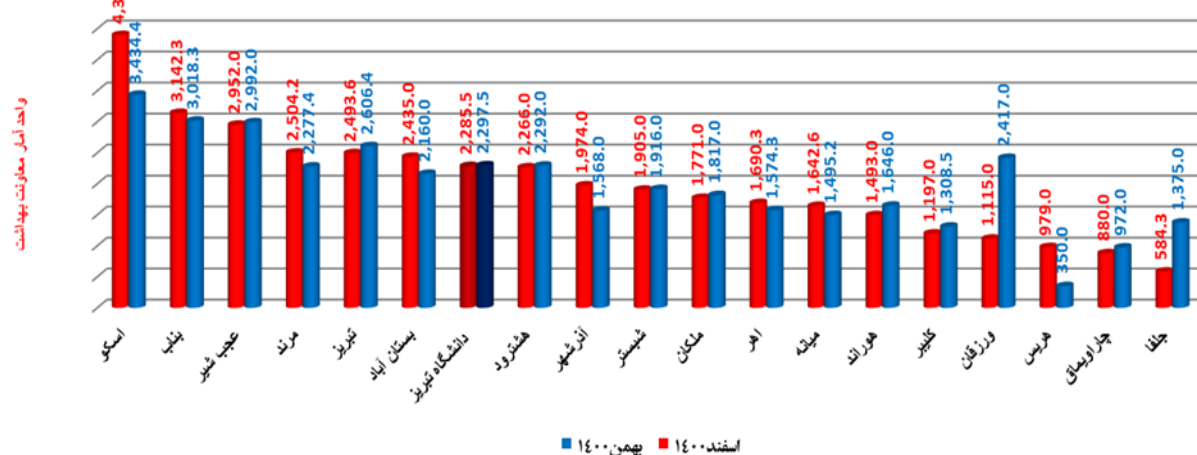
جمع وزنی خدمات کارشناس تغذیه به تفکیک ماه سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰



میانگین جمع وزنی خدمات کارشناس تغذیه به تفکیک ماه در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰

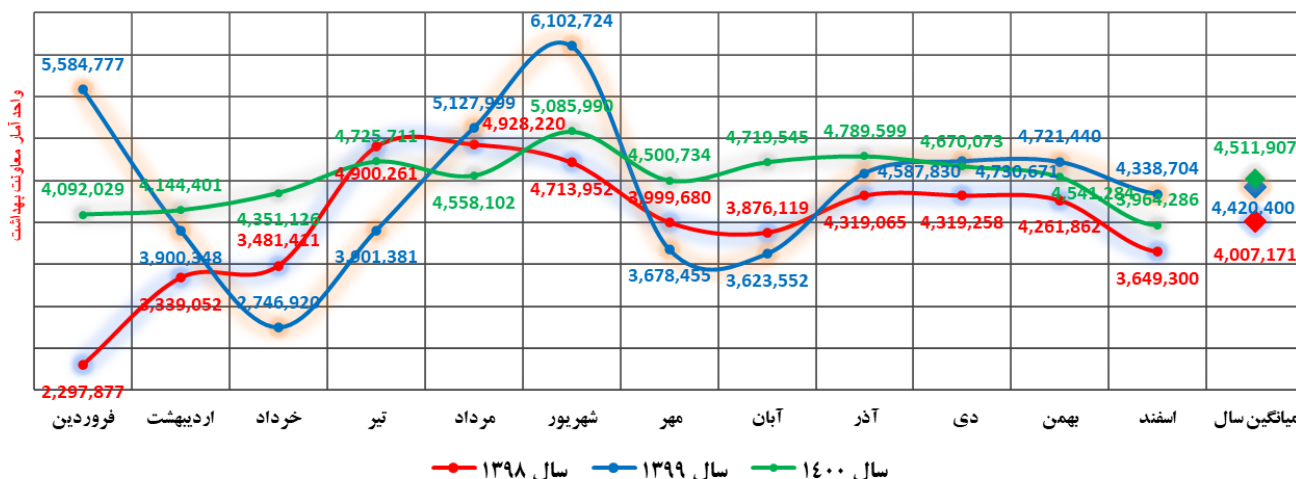


میانگین جمع وزنی کارشناس تغذیه - بهمن و اسفند

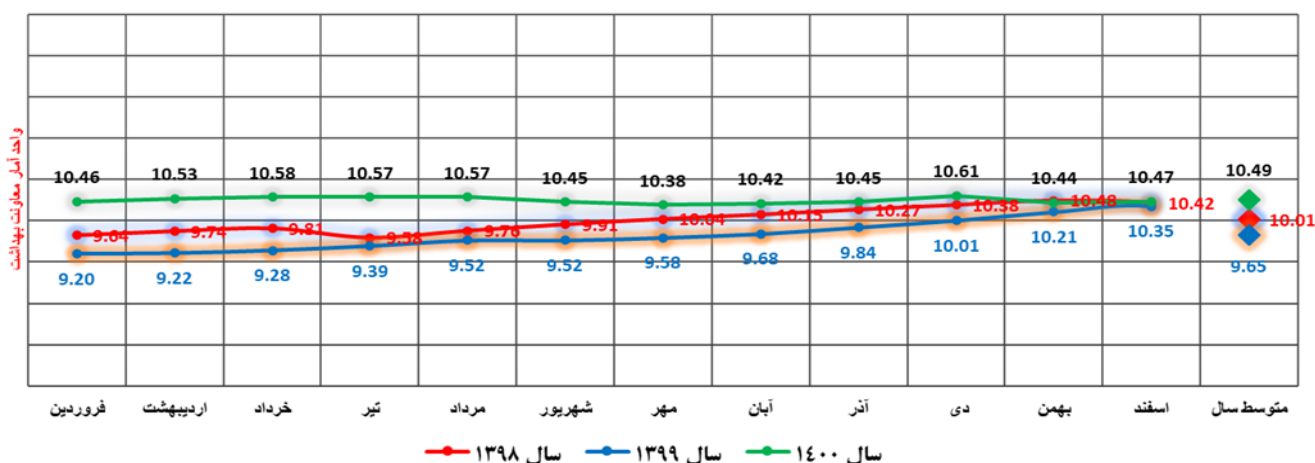


میانگین بار خدمات: از شاخص های دیگر قابل استخراج از سامانه سیب میانگین بار خدمات به صورت سه ساله می باشد که این شاخص به صورت دانشگاهی و فقط برای شهرستان های تحت پوشش و به تفکیک کاربران استخراج می گردد. نمودارهای نمایش داده شده در پایین ترند این شاخص را نمایش می دهد. عدد مورد انتظار برای میانگین بار خدمات ۱۳.۶۶ در نظر گرفته شده است.

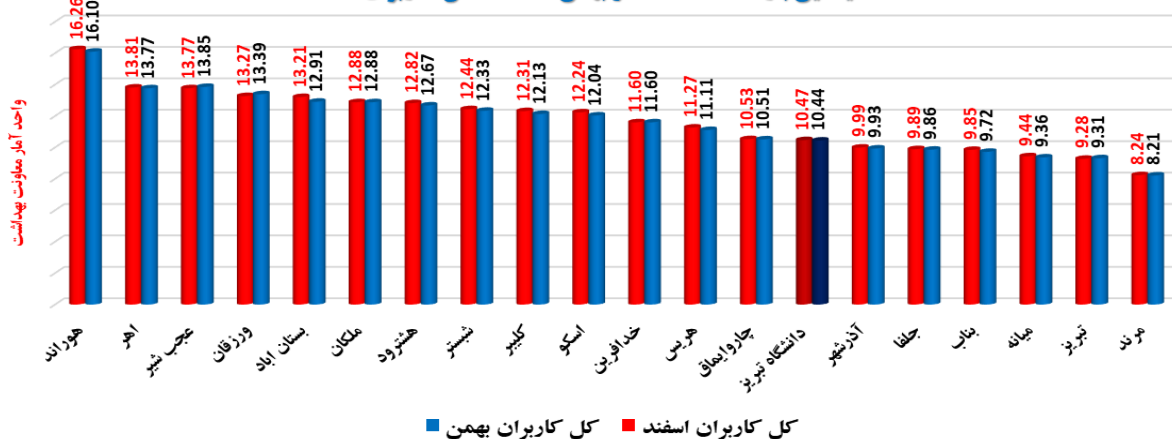
کل خدمات کاربران به تفکیک ماه در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰



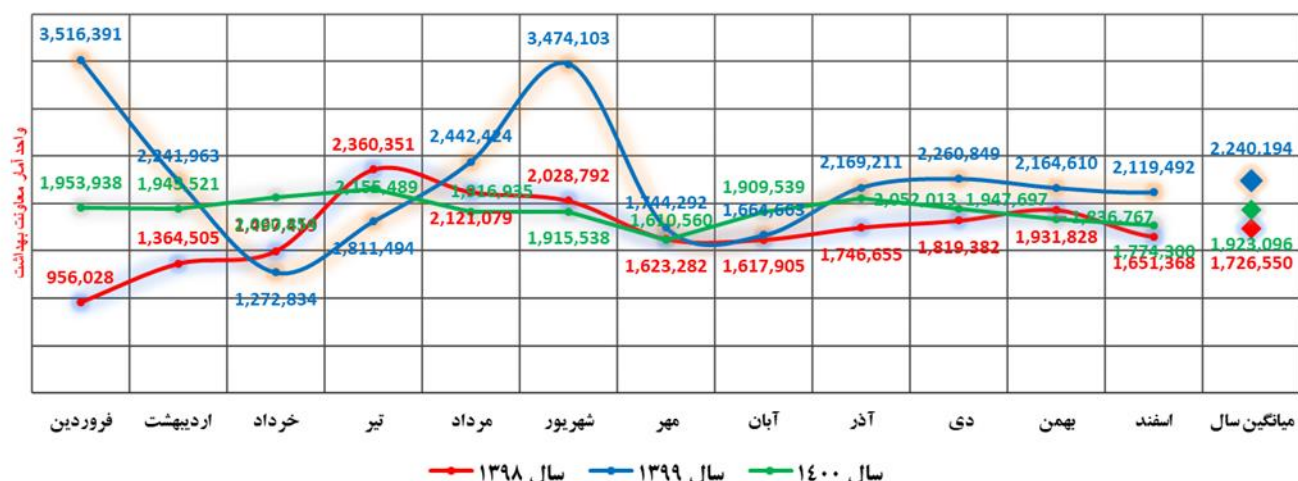
میانگین بار خدمات کل کاربران به تفکیک ماه در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰



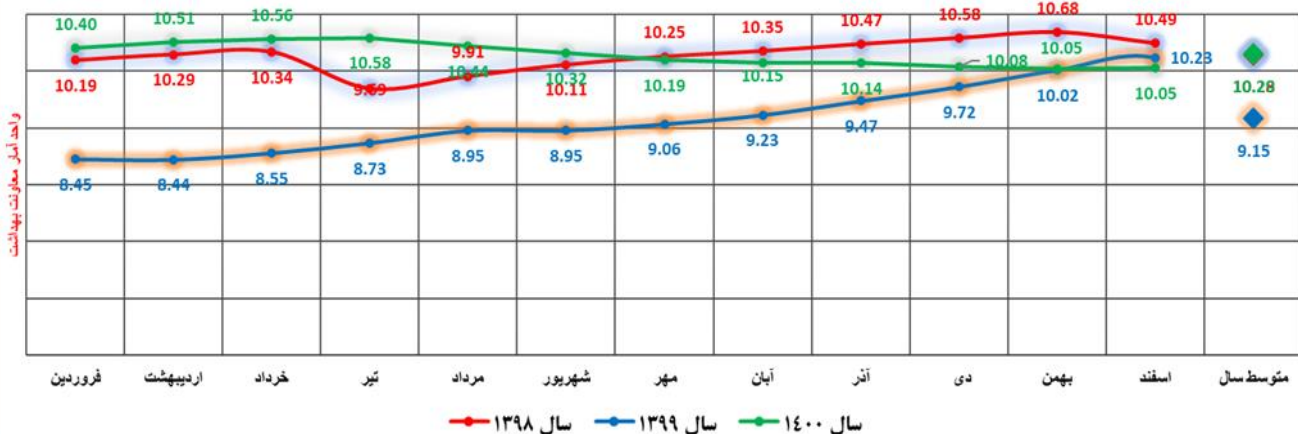
میانگین بار خدمات اسفند و بهمن ۱۴۰۰ - کل کاربران



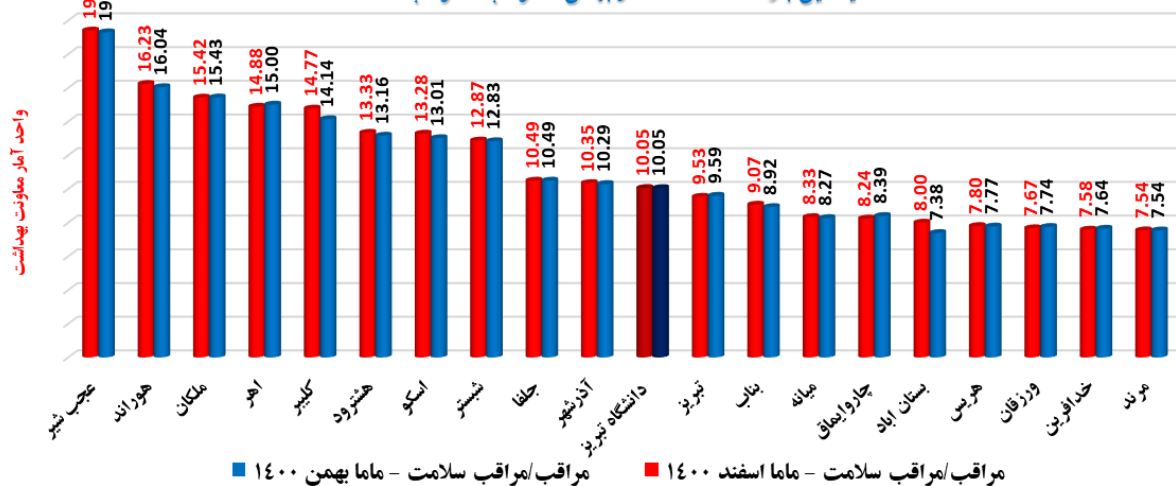
کل خدمات مراقب سلامت / مراقب سلامت ماما به تفکیک ماه در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰



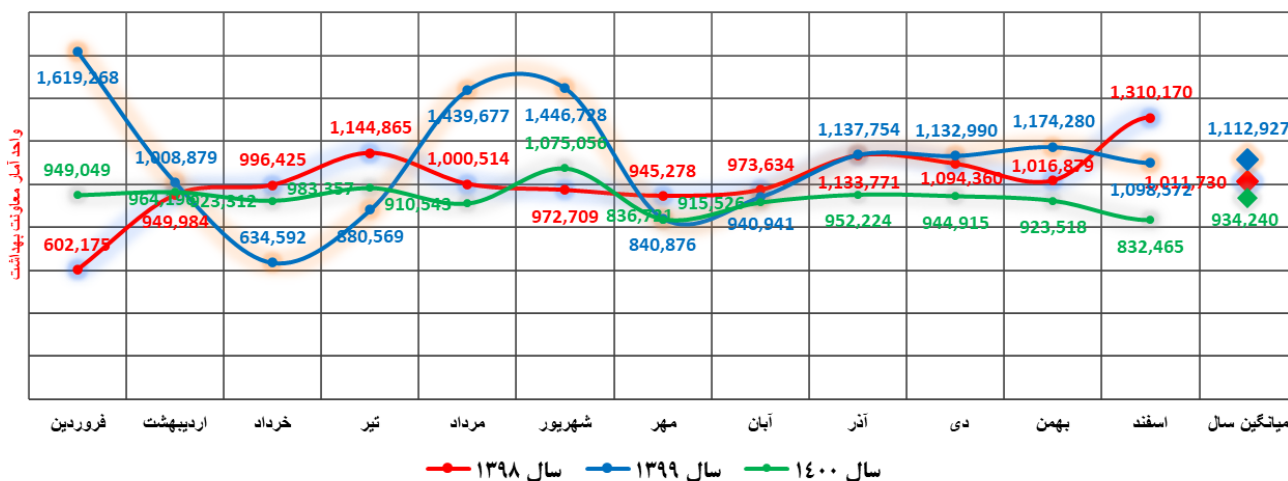
میانگین بار خدمات مراقب سلامت/مراقب سلامت ماما به تفکیک ماه در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰



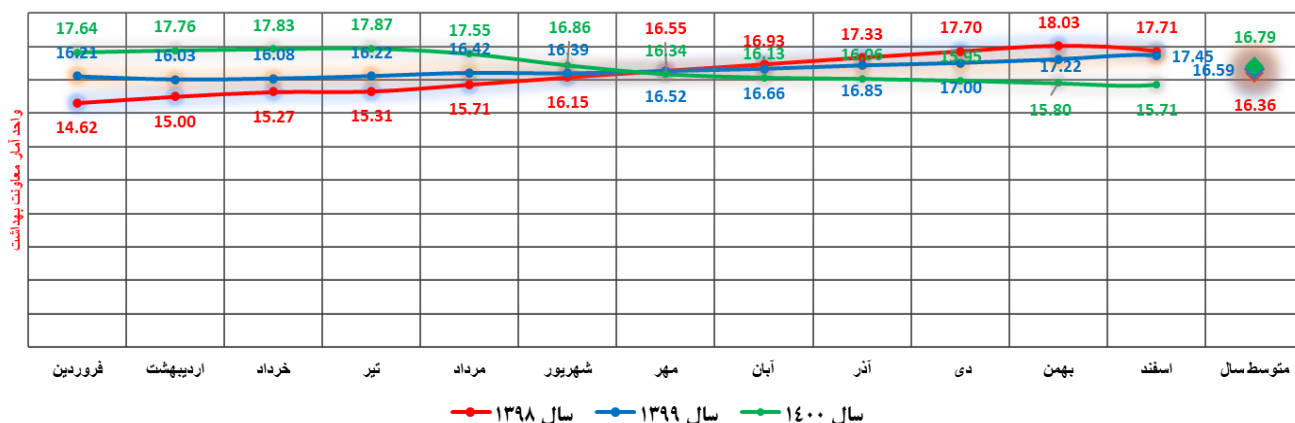
میانگین بار خدمات اسفند و بهمن - مراقب / مراقب سلامت ماما



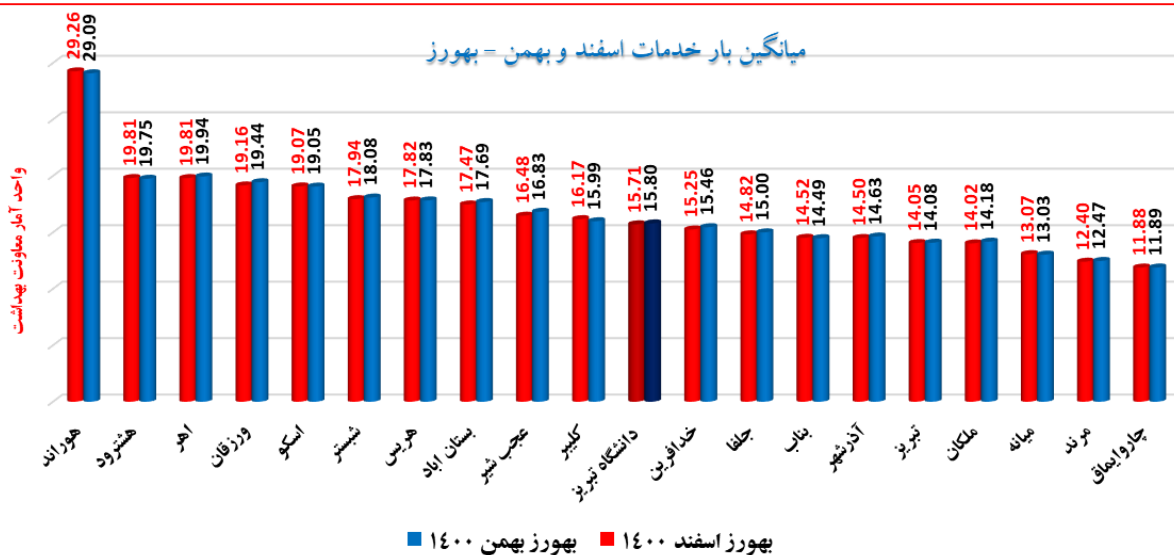
کل خدمات بهورز به تفکیک ماه در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰



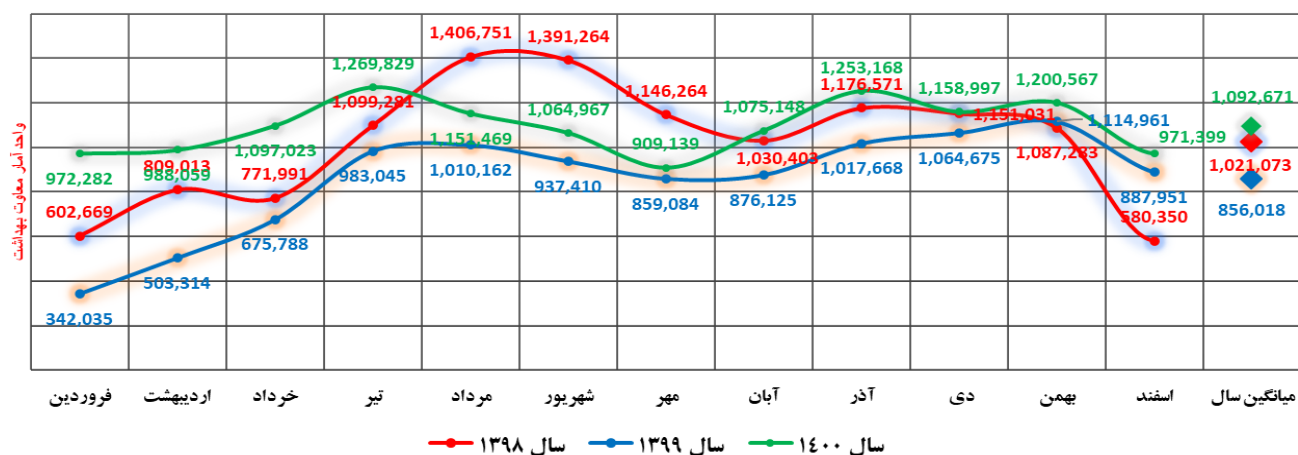
میانگین بار خدمات بهورز به تفکیک ماه در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰



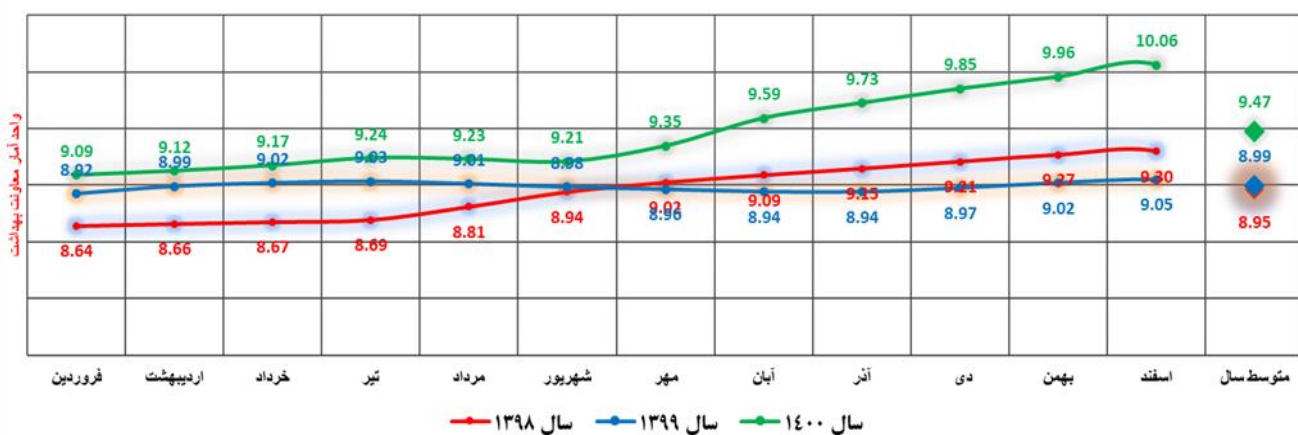
میانگین بار خدمات اسفند و بهمن - بهورز



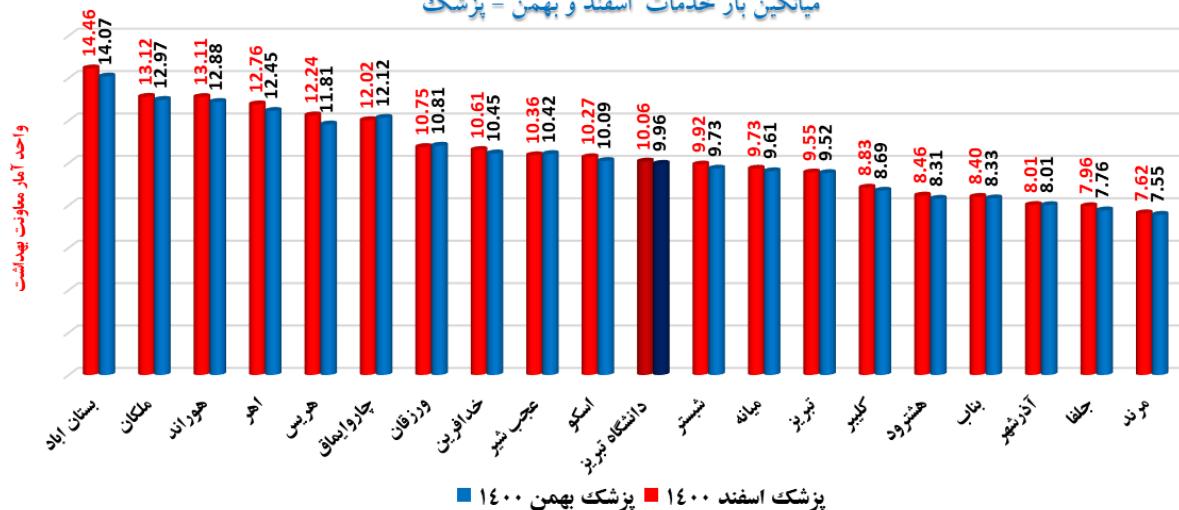
کل خدمات پزشک به تفکیک ماه در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰



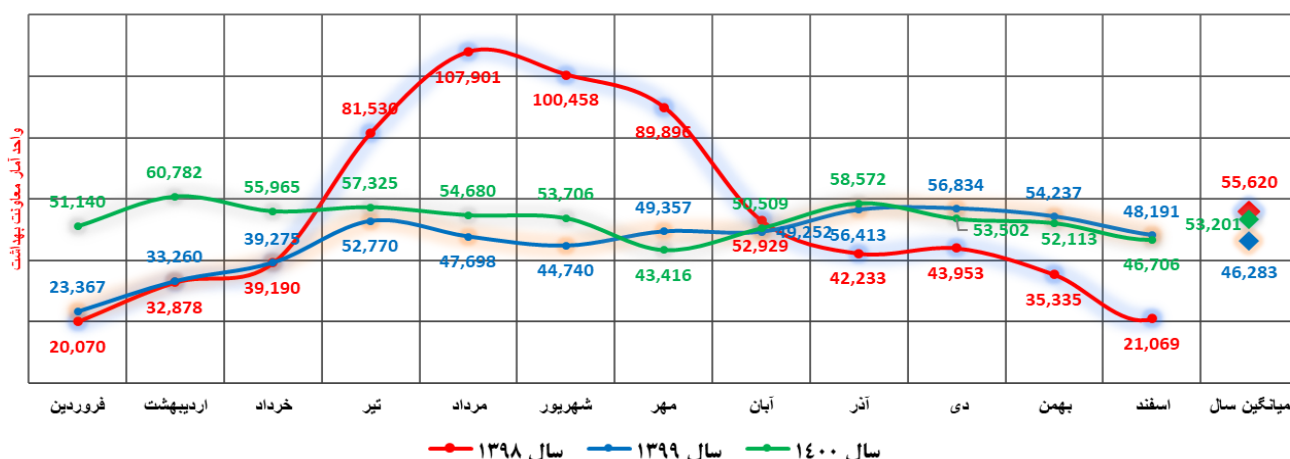
میانگین بار خدمات پزشک به تفکیک ماه در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰



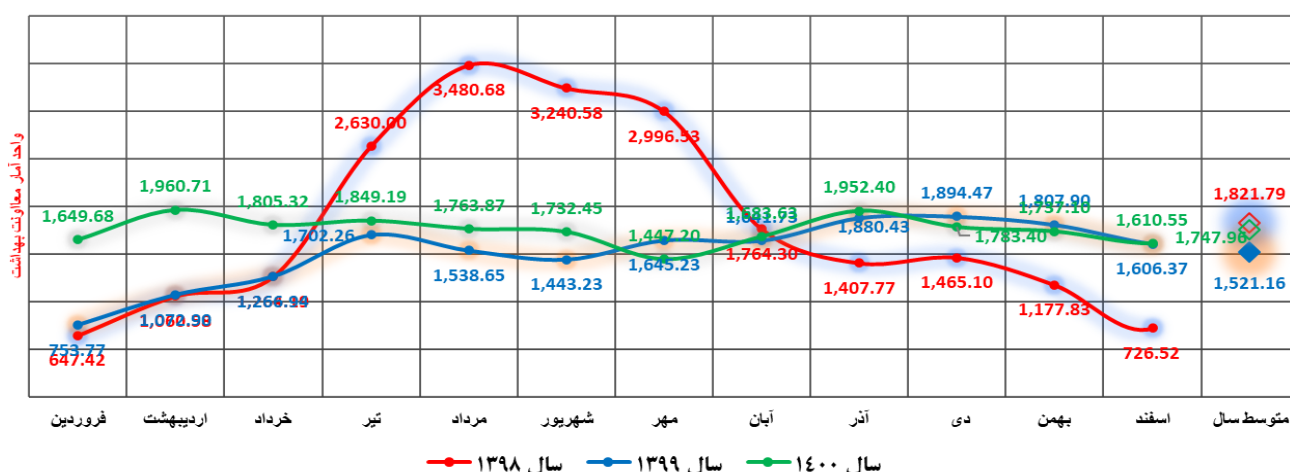
میانگین بار خدمات اسفند و بهمن - پزشک



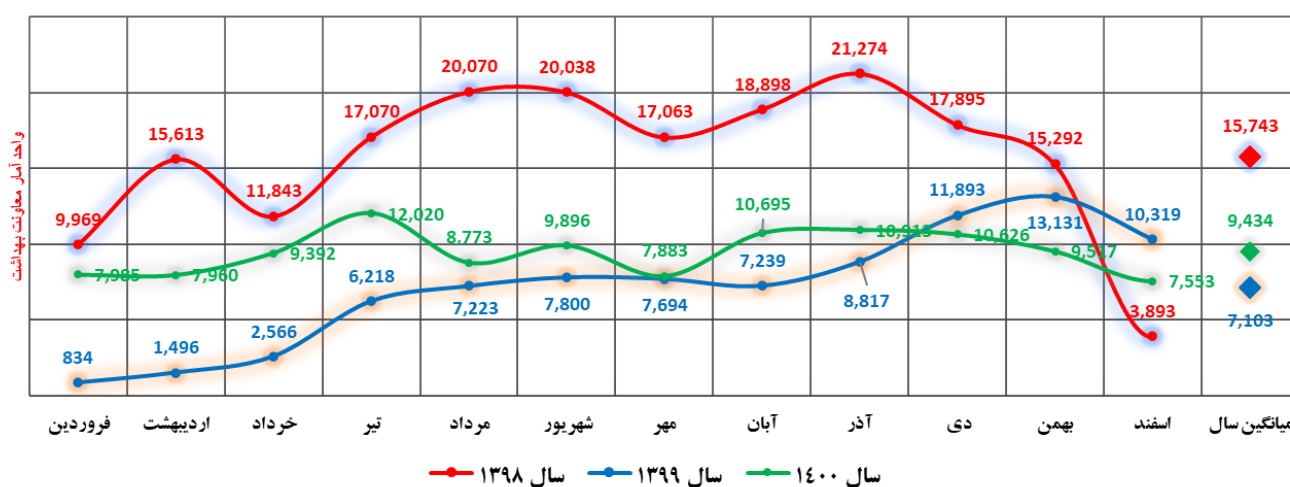
کل خدمات کارشناس روان به تفکیک ماه در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰



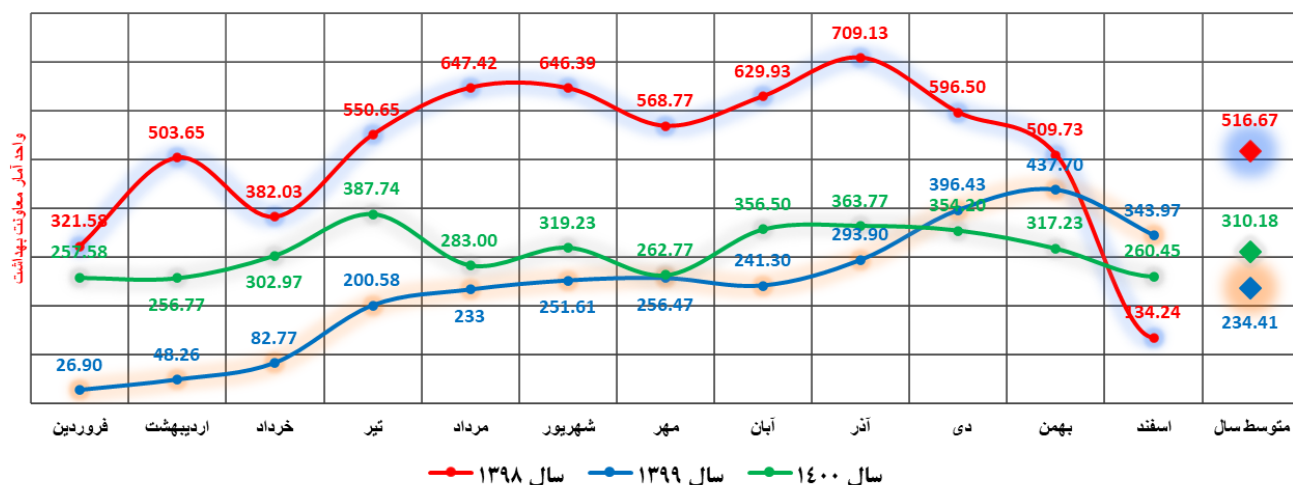
میانگین خدمات (کل خدمات ماه تقسیم بر روزهای ماه) کارشناس روان به تفکیک ماه در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰



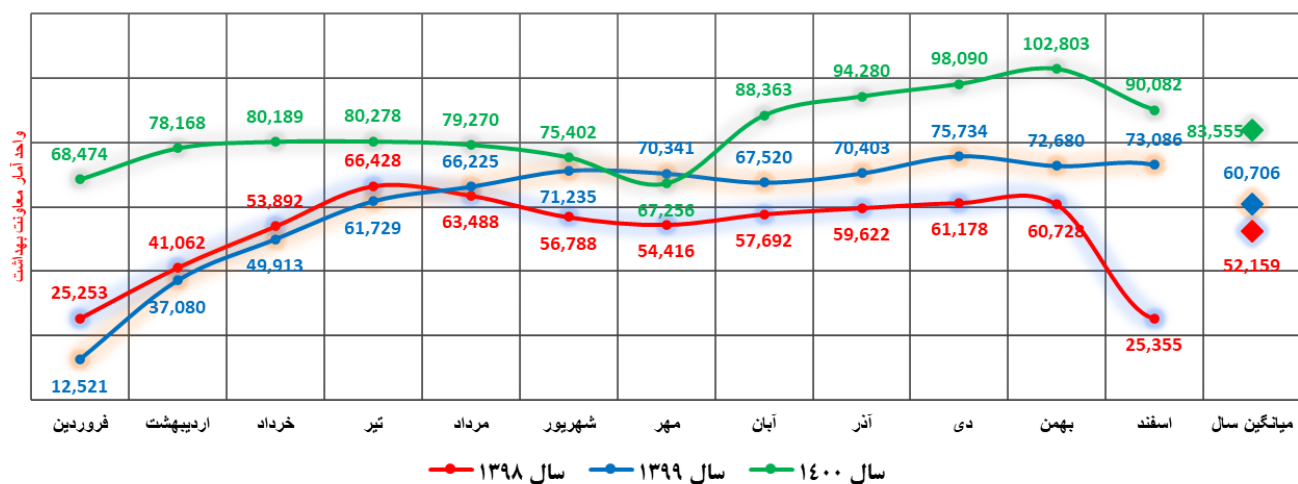
کل خدمات دندانپزشک به تفکیک ماه در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰



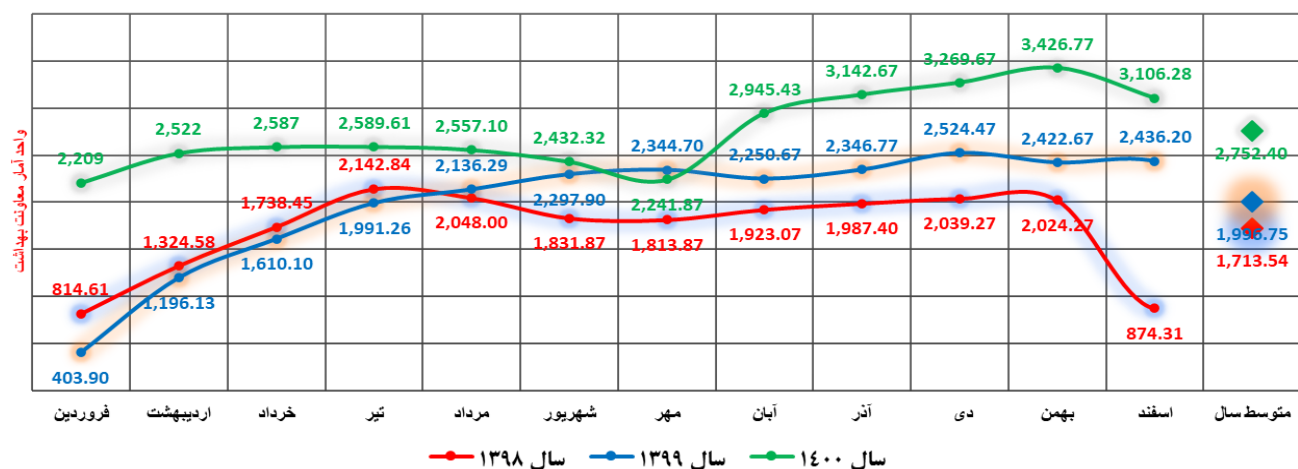
میانگین خدمات (کل خدمات ماه تقسیم بر روزهای ماه) دندانپزشک به تفکیک ماه در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰



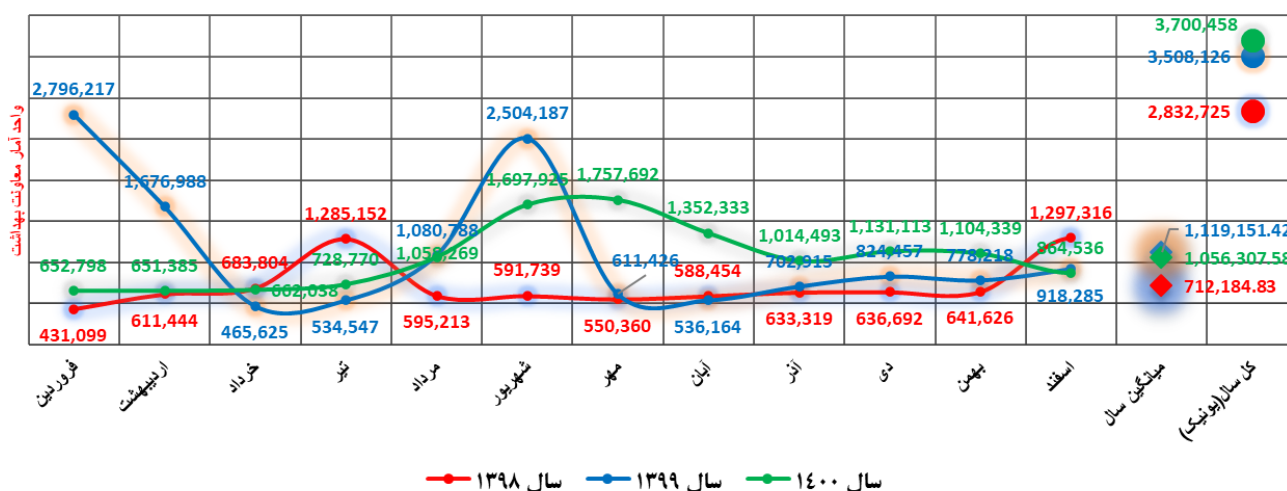
کل خدمات کارشناس تغذیه به تفکیک ماه در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰



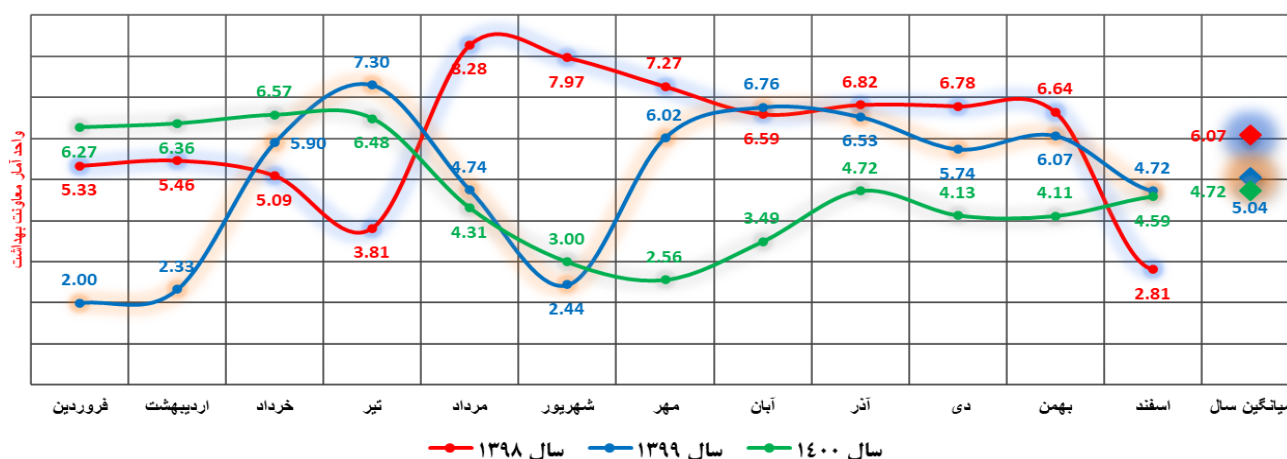
میانگین خدمات (کل خدمات ماه تقسیم بر روزهای ماه) کارشناس تغذیه به تفکیک ماه در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰



تعداد افرادی که حداقل یکبار خدمت گرفته اند به تفکیک ماه - سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰

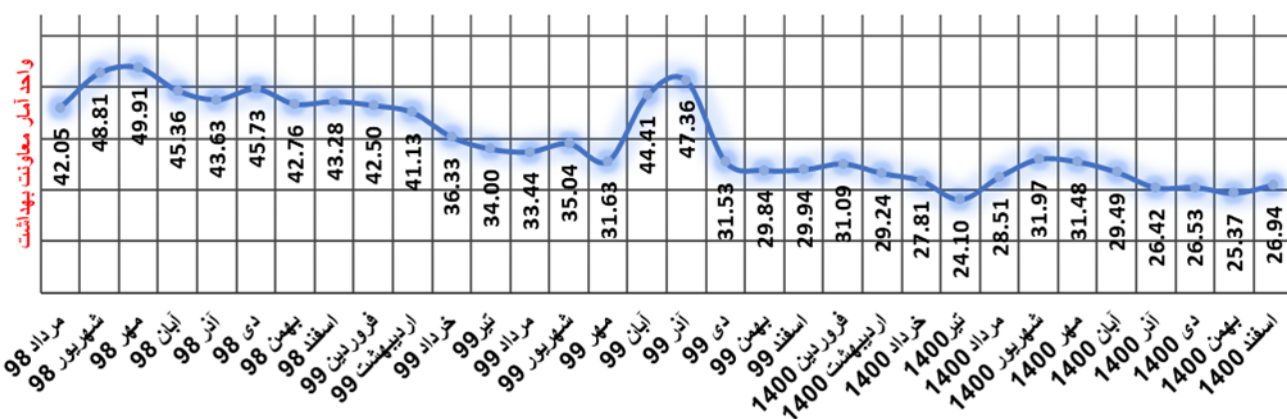


متوسط خدمت دریافتی هر خدمت گیرنده به تفکیک ماه در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰

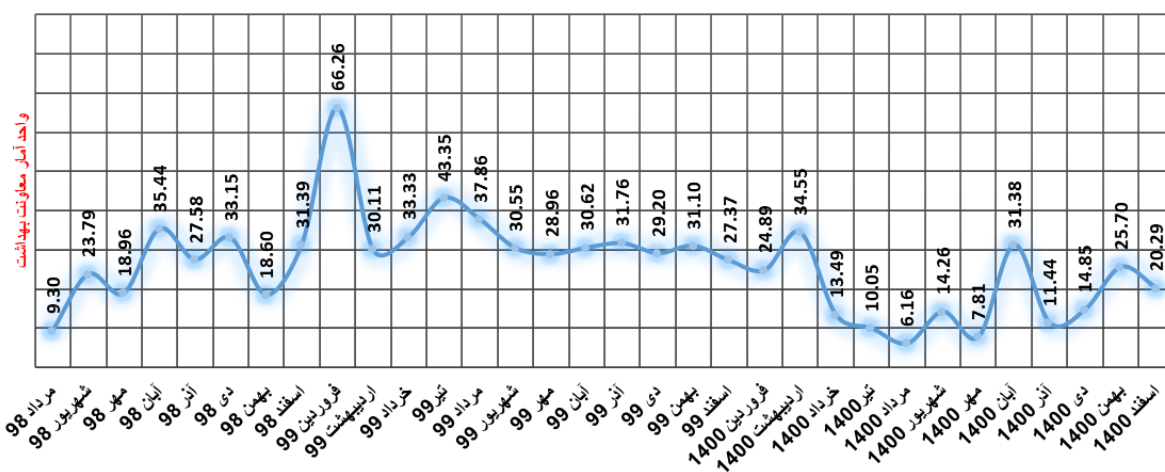


ارجاع سطح یک: شاخص درصد بازخورد ارجاع از مهمترین شاخصها در حوزه بهداشتی می باشد نمودار زیر نشان میدهد که در صورت نیاز به ارجاع چه درصدی از ارجاعات پاسخ داده شده است.

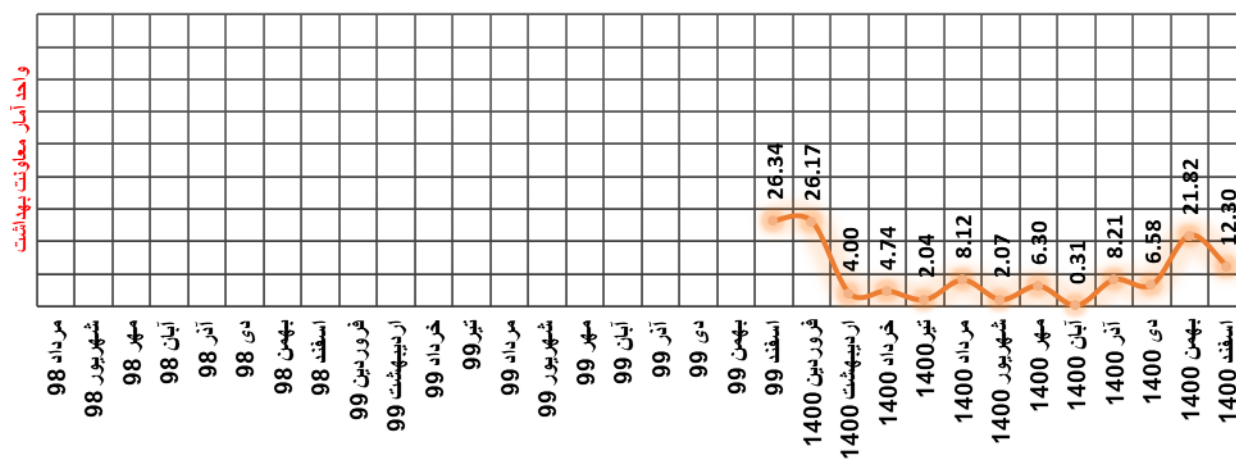
درصد عدم بازخورد ارجاع پزشکی



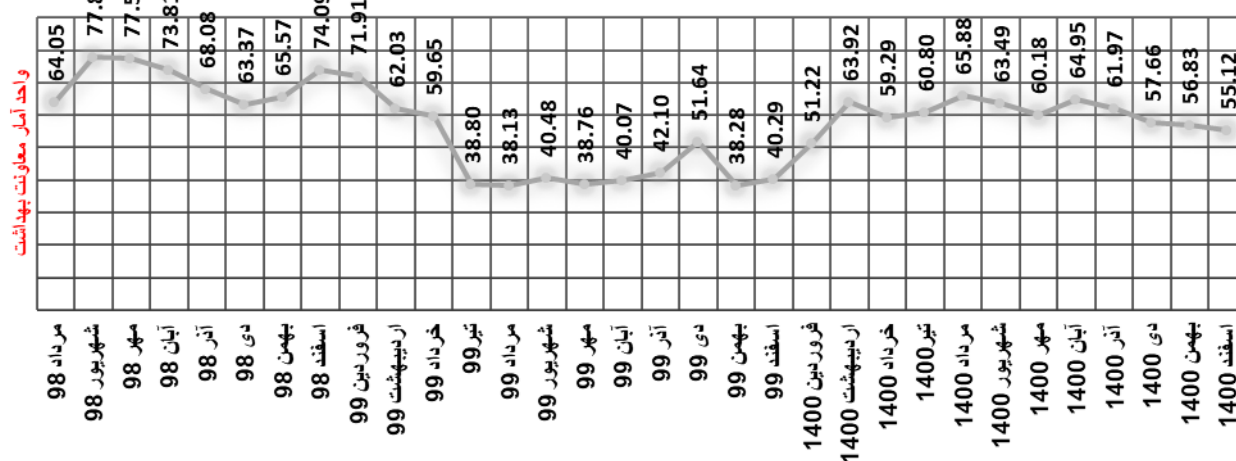
درصد عدم بازخورد ارجاع پزشکی ورزقان



درصد عدم بازخورد ارجاع پزشکی هوراند

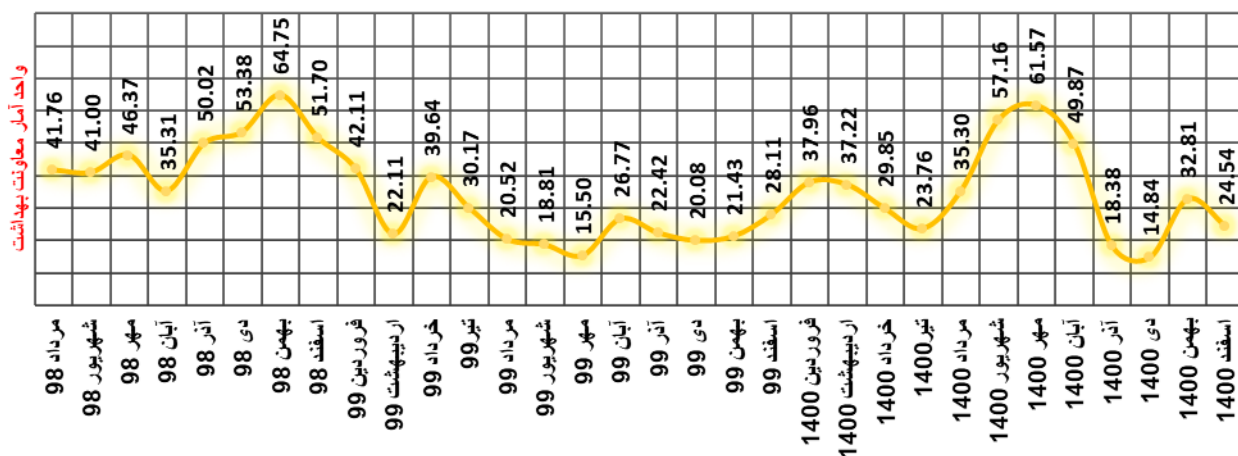


درصد عدم بازخورد ارجاع پزشکی هشتروند



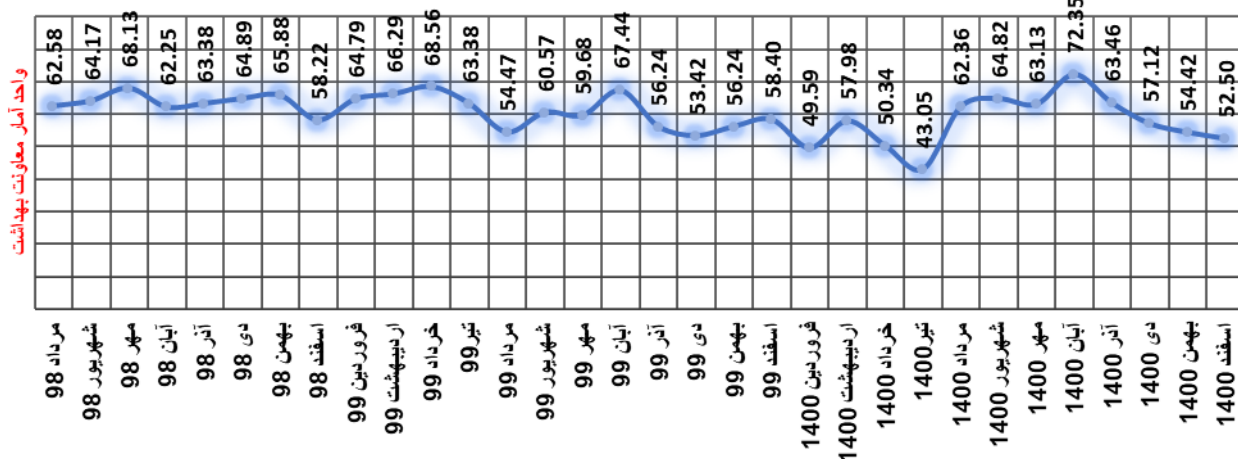
درصد عدم بازخورد ارجاع پزشکی

هریس



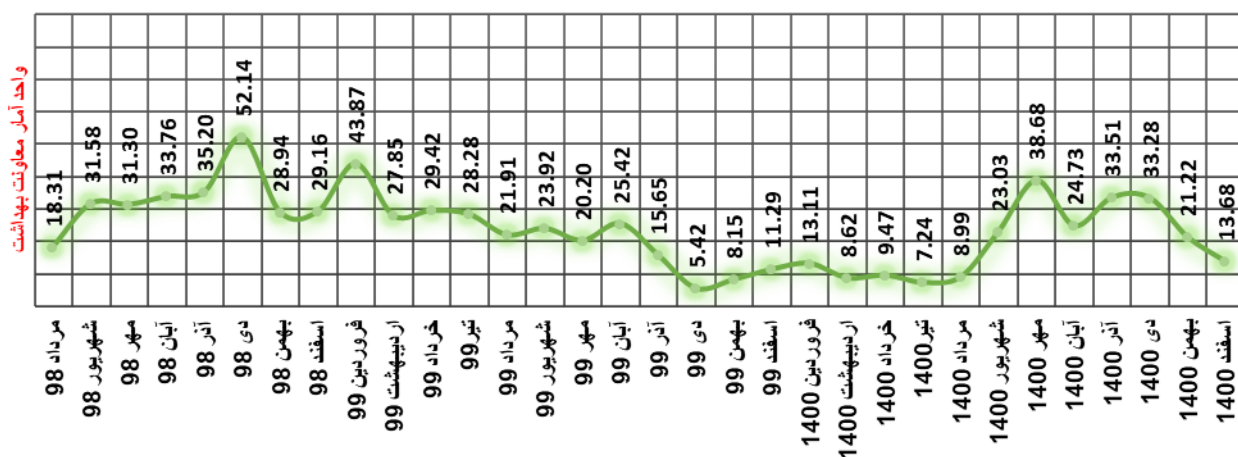
درصد عدم بازخورد ارجاع پزشکی

مپنا



درصد عدم بازخورد ارجاع پزشکی

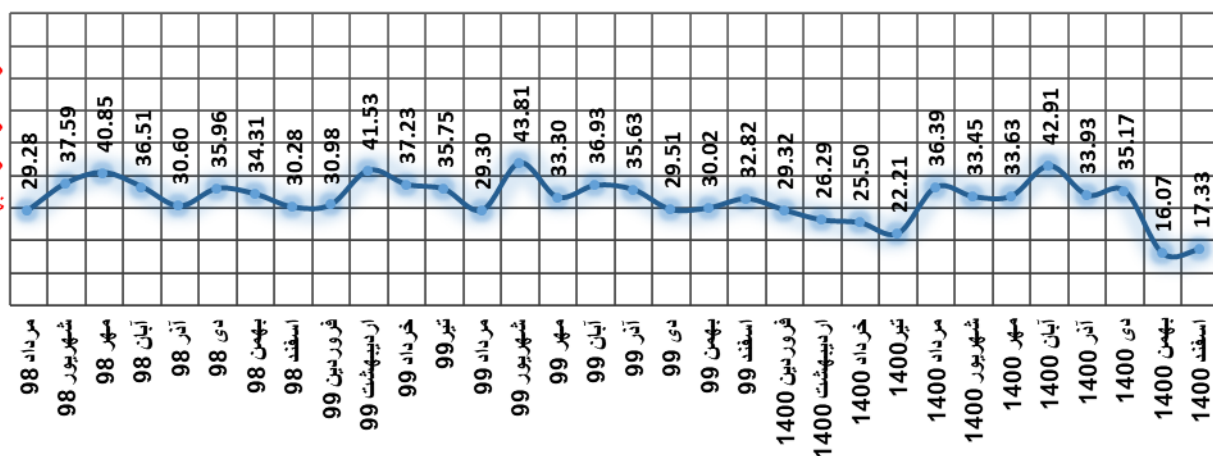
مظان



درصد عدم بازخورد ارجاع پزشکی

میانگین

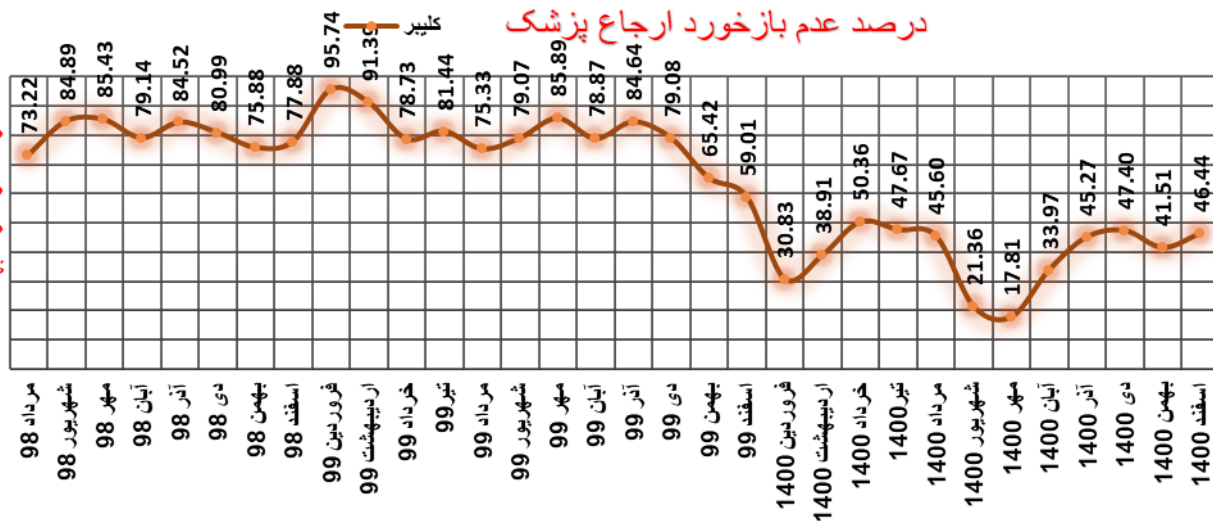
واحد آمار معاونت بهداشت



درصد عدم بازخورد ارجاع پزشکی

میانگین

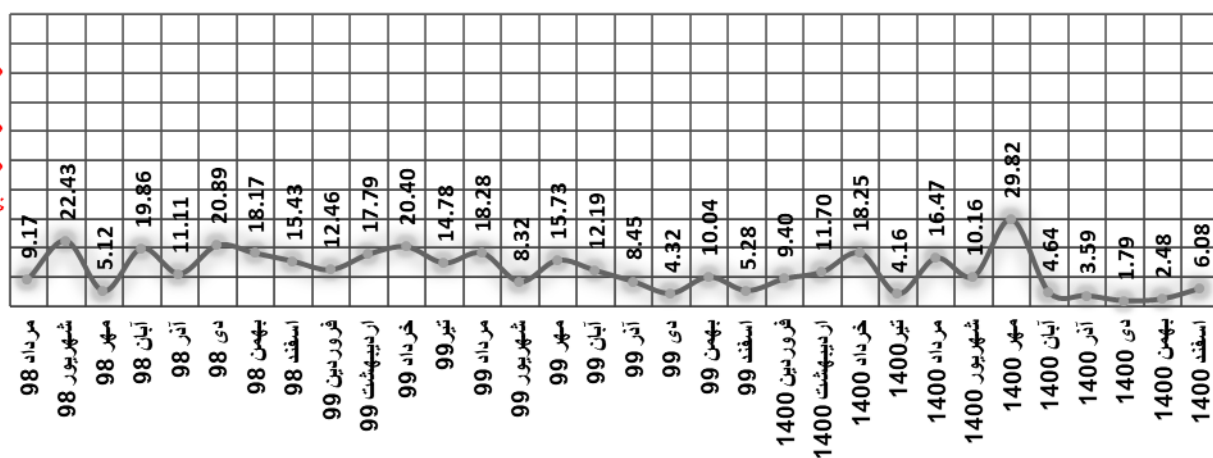
واحد آمار معاونت بهداشت



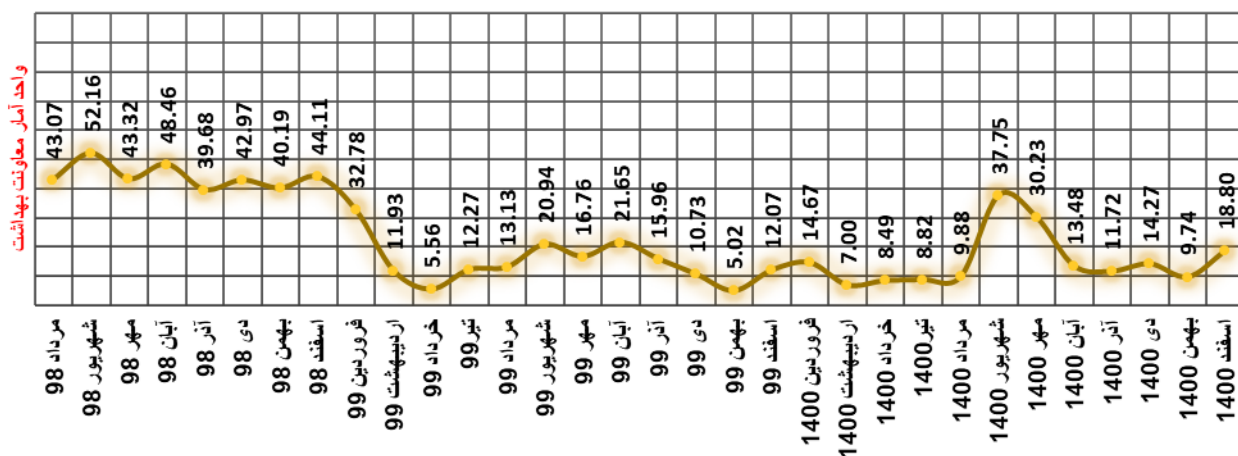
درصد عدم بازخورد ارجاع پزشکی

میانگین

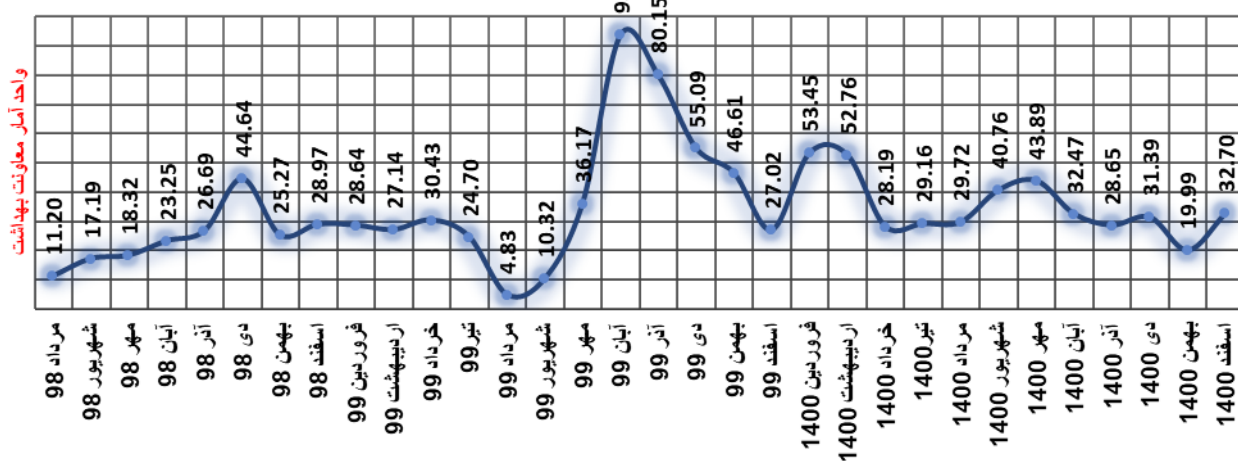
واحد آمار معاونت بهداشت



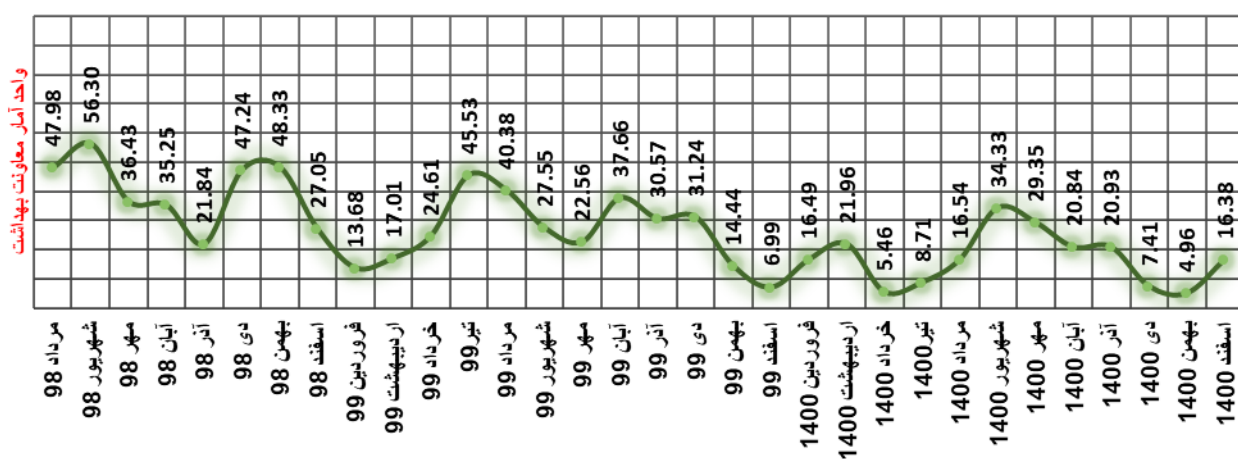
درصد عدم بازخورد ارجاع پزشکی شیبستر



درصد عدم بازخورد ارجاع پزشکی خط آفرین

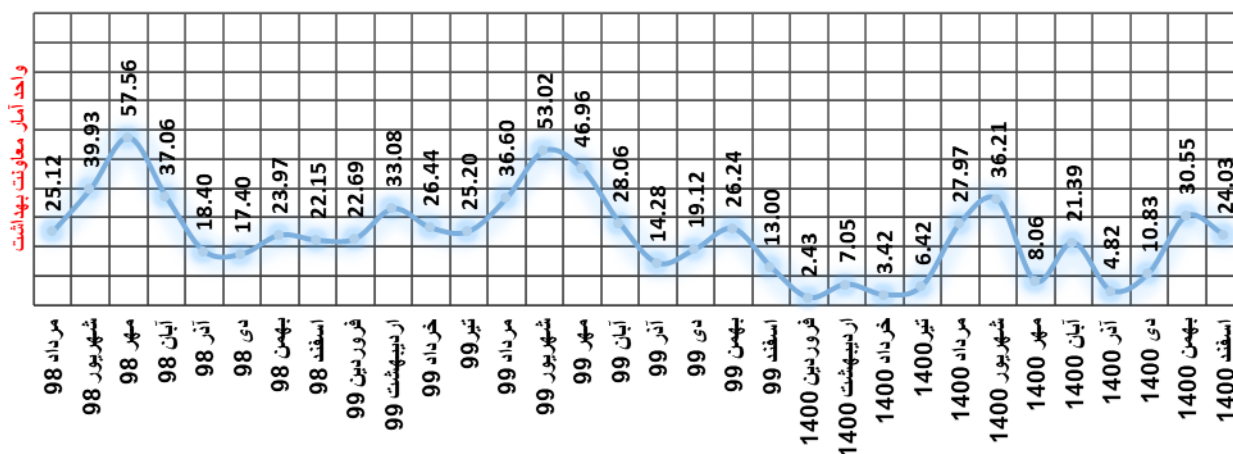


درصد عدم بازخورد ارجاع پزشکی چار اوپمانی



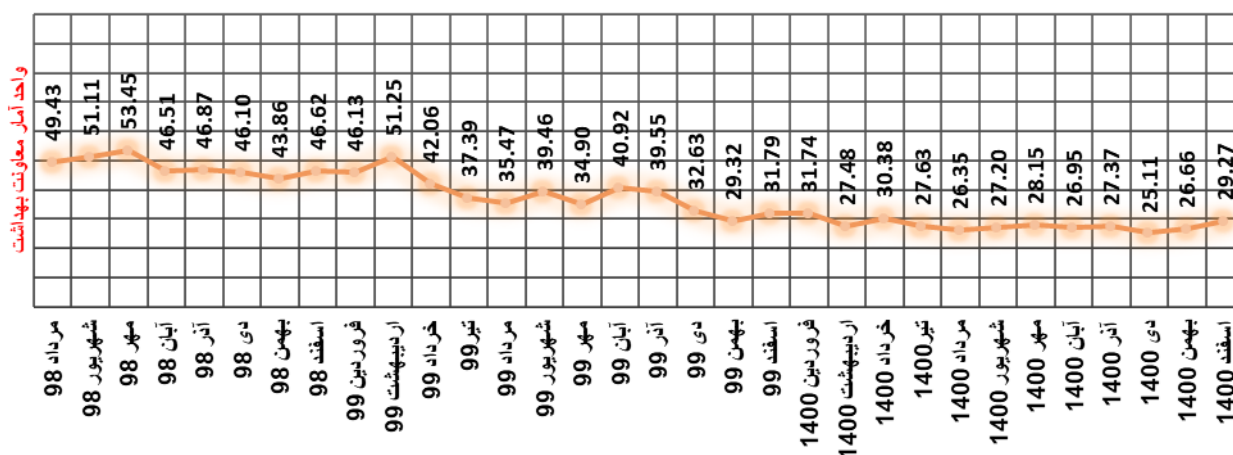
درصد عدم بازخورد ارجاع پزشکی

نقشه



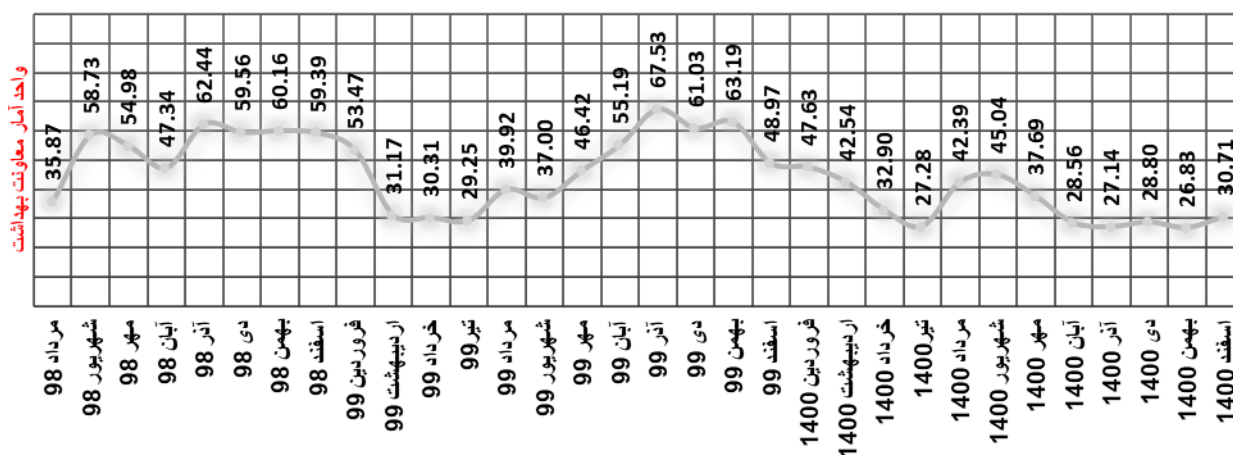
درصد عدم بازخورد ارجاع پزشکی

نمودار



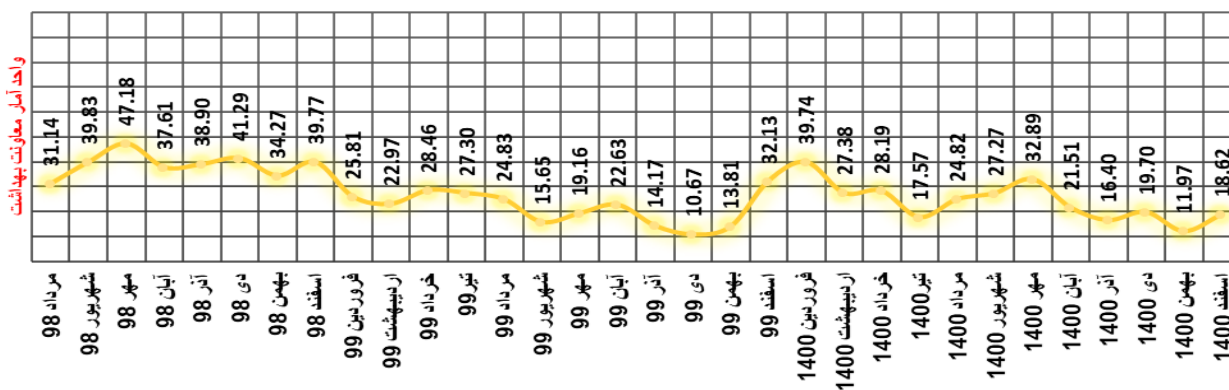
درصد عدم بازخورد ارجاع پزشکی

نمودار



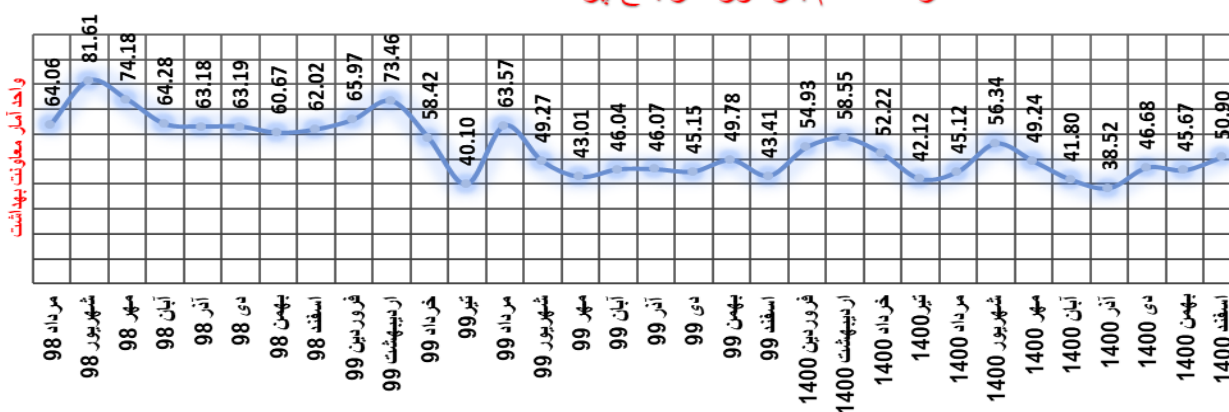
درصد عدم بازخورد ارجاع پزشکی

بستان آباد



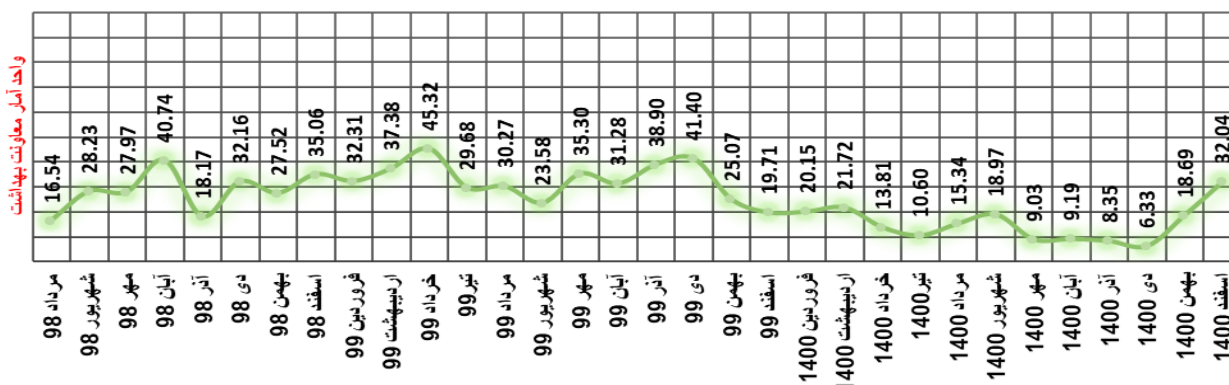
درصد عدم بازخورد ارجاع پزشکی

آذرشهر



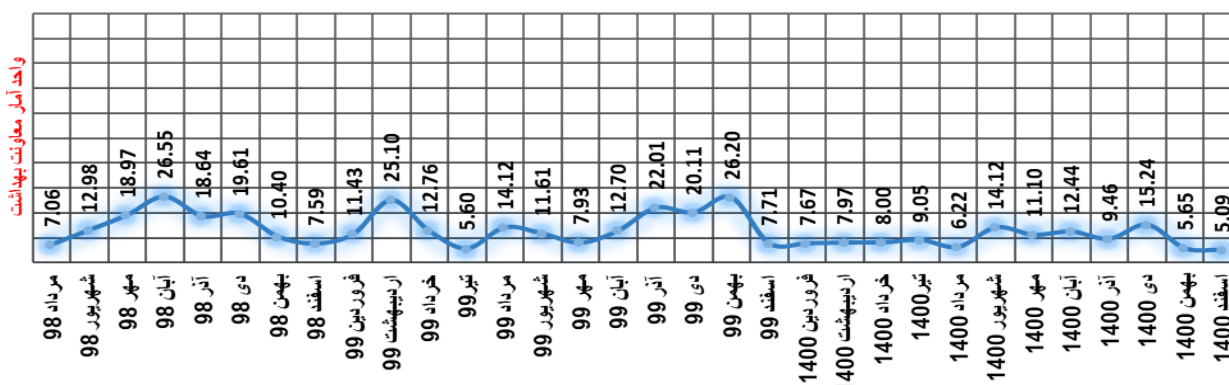
درصد عدم بازخورد ارجاع پزشکی

آغ

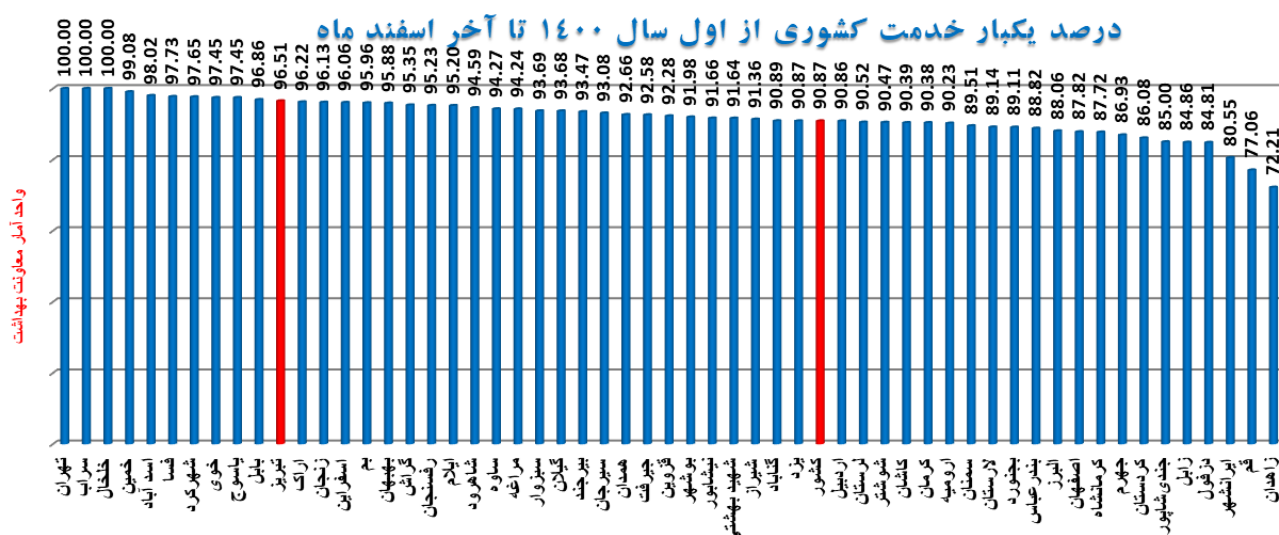
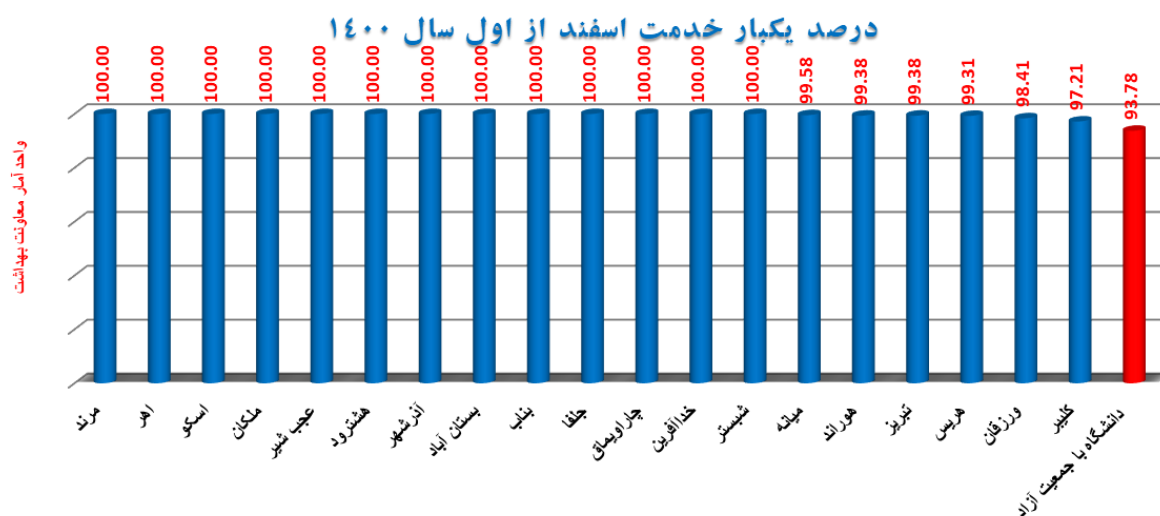


درصد عدم بازخورد ارجاع پزشکی

اسکو



ارجاع سطح دو: از دیگر شاخص های مهم موجود در سامانه سبب گزارش های ارجاع سطح دو می باشد، در نمودارهای بعدی ترند مربوط به ارجاع سطح دو و همچنین بازخورد ارجاع آن در بخش ارجاع الکترونیکی به صورت کامل بیان شده است.



تعداد نسخه های ارسال شده: با توجه به استخراج تعداد نسخه های ارسال شده بر اساس فیلترهای مختلف، این شاخص نیز از سامانه سبب قابل استخراج می باشد که نمودارهای آن در بخش نسخه الکترونیکی مورد بررسی قرار گرفته است.

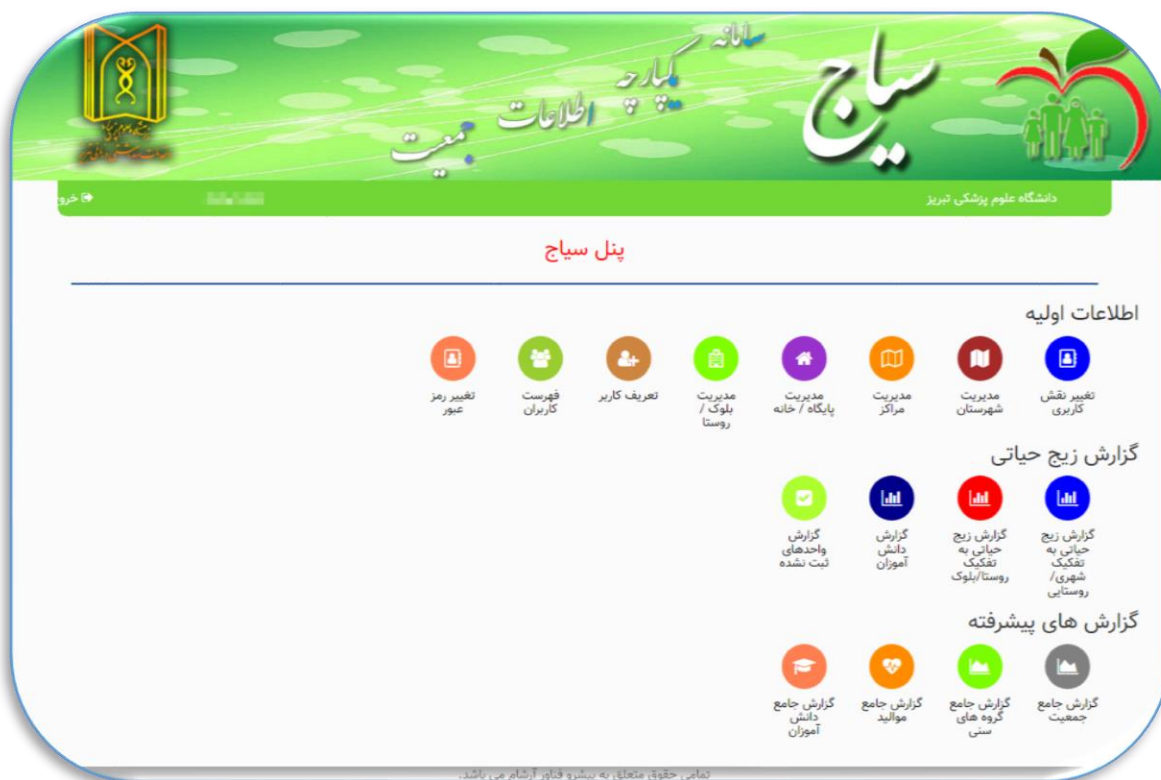
انتظارات

- ✓ ثبت تمامی خدمات در سامانه سیب.
- ✓ پیگیری و مداخلات لازم جهت بررسی و بهبود شاخص ها.
- ✓ آموزش کاربران در جهت استخراج شاخص های مورد نیاز از سامانه.
- ✓ اطلاع رسانی موارد جدید بروزرسانی سامانه و همچنین ارسال موارد مورد نیاز ارسالی از ستاد استان برای محیط و کاربران
- ✓ توافق در مورد شاخص های مورد مطالعه در جلسات تشکیل شده
- ✓ استخراج و آماده سازی گزارش ها طبق فرمت استانی و ارائه در صورت لزوم
- ✓ همکاری و هماهنگی با کارشناسان ستادی و محیطی جهت ارتقا محتوای فرایندهای الکترونیکی و شاخصها
- ✓ آموزش، تقویت و حفظ کارشناسان علاقمند

مشکلات و چالش های فعلی:

- ✓ نبود زیر ساخت اینترنتی، نرم افزاری و سخت افزاری در برخی از واحدهای ارائه دهنده خدمات
- ✓ نبود نیروهای جایگزین، ماهر و آموزش دیده
- ✓ تغییرات و جابجایی های متعدد کارشناسان
- ✓ به کار گیری افراد غیرمتخصص و غیرفنی در واحد مربوطه

سامانه یکپارچه اطلاعات جمعیت (سیاج)



سامانه یکپارچه اطلاعات جمعیت (سیاج) که جهت ثبت اطلاعات جمعیتی و مشاهده شاخص های جمعیتی به کارگیری شده است. براساس تجربه سال های گذشته به دلیل نیاز مبرم برای اطلاعات جمعیت به تفکیک آیتام های مختلف و در دسترس بودن شاخص های جمعیتی مختلف برای ادارات و سازمان های مختلف، این سامانه طراحی و پیاده سازی گردید تا این مورد مهم را پوشش دهد. به دلیل دسترسی اکثر واحدهای بهداشتی به اینترنت، ثبت اطلاعات جمعیتی (به تفکیک جنسیت، تولد، دانش آموزان، مدارس و ...)

خدمات:

➤ سطح خانه/پایگاه:

- دریافت اطلاعات جمعیتی به تفکیک گروههای سنی بر اساس زیج حیات
- دریافت اطلاعات زنان شوهردار به تفکیک گروه های سنی بالای ۱۰ سال
- دریافت اطلاعات مربوط به تولدهای ثبت شده ۱۰ تا ۵۴ سال به تفکیک گروههای سنی
- دریافت اطلاعات تعداد خانوار، تعداد تک فرزندان، تعداد بی فرزندان، تعداد مرگ، تعداد مهاجرت دهی شده و تعداد مهاجرت پذیری شده
- دریافت اطلاعات مربوط به پایه های تحصیلی پیش دبستانی تا دانشگاه به تفکیک جنسیت
- دریافت اطلاعات مربوط به تعداد آموزشگاه ها به تفکیک جنسیت و سطح آموزشی

➤ همه سطوح کاربری:

- گزارش جمعیت، تولد، مرگ، مهاجرت دهی، مهاجرت پذیری، تک فرزندان و بی فرزندان به تفکیک شهری، روستایی، بلوک شهری، بلوک روستایی، روستای سیار، روستای قمر و روستای اصلی به تفکیک مرد و زن و زنان شوهردار
- گزارش دانش آموزان به تفکیک پایه های تحصیلی و نوع آموزشگاهها
- گزارش اطلاعات و آمارهای ثبت شده در پایین ترین سطح ساختاری (روستای اصلی، قمر، سیاری، بلوک روستای و بلوک شهری)
- گزارش جمعیتی به تفکیک شهرستان، مرکز، پایگاه/خانه و روستاهای اصلی و سیاری و...
- گزارش شاخص های جمعیتی مربوط به زیج حیاتی (۳۱ مورد زیر):

✓ درصد گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال

✓ درصد گروه سنی زیر یک ماه

✓ درصد گروه سنی بالای ۶۵ سال

✓ درصد گروه سنی زیر یک سال

✓ نسبت سرباری

✓ درصد گروه سنی زیر ۵ سال

✓ درصد زنان شوهردار ۱۰ تا ۵۴ سال

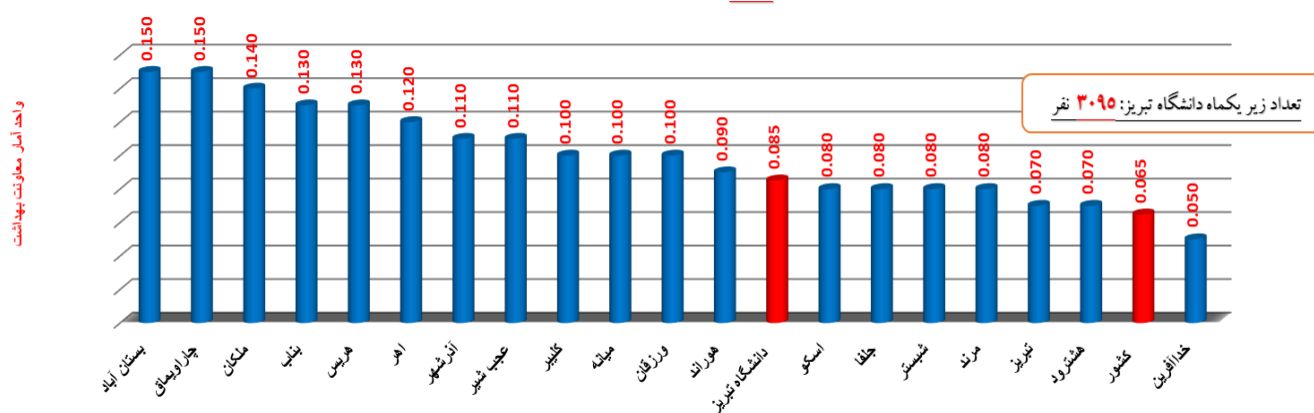
✓ درصد گروه سنی زیر ۱۵ سال

گروه آمار معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز

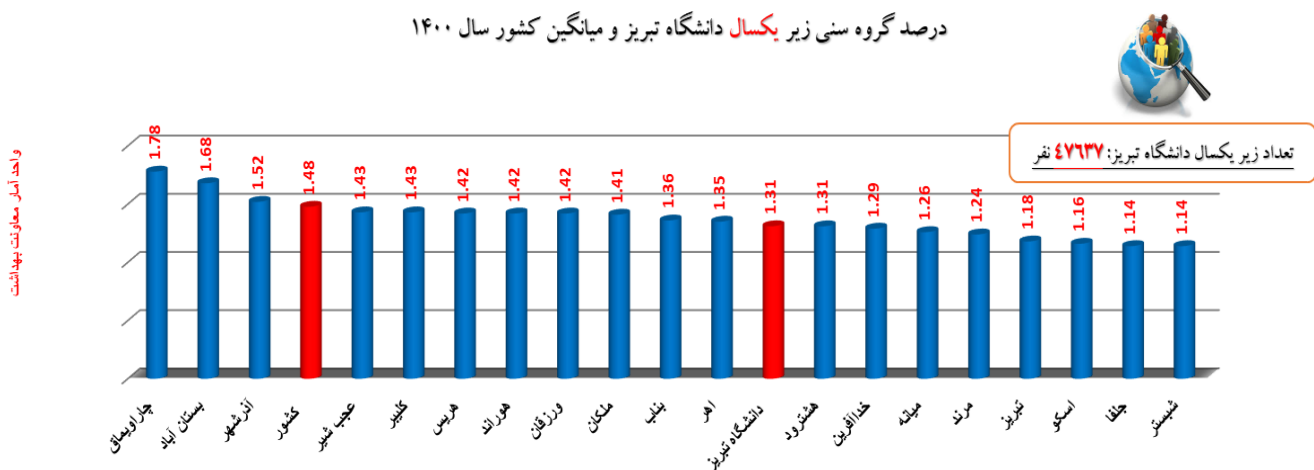
- ✓ درصد مهاجرت دهی به کل جمعیت
- ✓ میزان باروری اختصاصی (۴۵ تا ۴۹)
- ✓ درصد مهاجرت پذیری به کل جمعیت
- ✓ میزان باروری اختصاصی (۵۰ تا ۵۴)
- ✓ میزان تولد خام
- ✓ میزان باروری کلی
- ✓ میزان مرگ خام
- ✓ رشد طبیعی جمعیت
- ✓ میزان باروری عمومی
- ✓ بعد خانوار
- ✓ میزان باروری اختصاصی (۱۰ تا ۱۴)
- ✓ نسبت جنسی مرد به زن
- ✓ میزان باروری اختصاصی (۱۵ تا ۱۹)
- ✓ جمعیت زیر ۲۰ هزار
- ✓ میزان باروری اختصاصی (۲۰ تا ۲۴)
- ✓ جمعیت ۲۰ هزار و بالاتر
- ✓ میزان باروری اختصاصی (۲۵ تا ۲۹)
- ✓ پیش بینی جمعیت سال بعد
- ✓ میزان باروری اختصاصی (۳۰ تا ۳۴)
- ✓ امید به زندگی
- ✓ میزان باروری اختصاصی (۳۵ تا ۳۹)
- ✓ جمعیت کل
- ✓ میزان باروری اختصاصی (۴۰ تا ۴۴)

شاخص های توافق و اطلاعات جمعیتی گروه های هدف استان و شهرستان ها به تفکیک

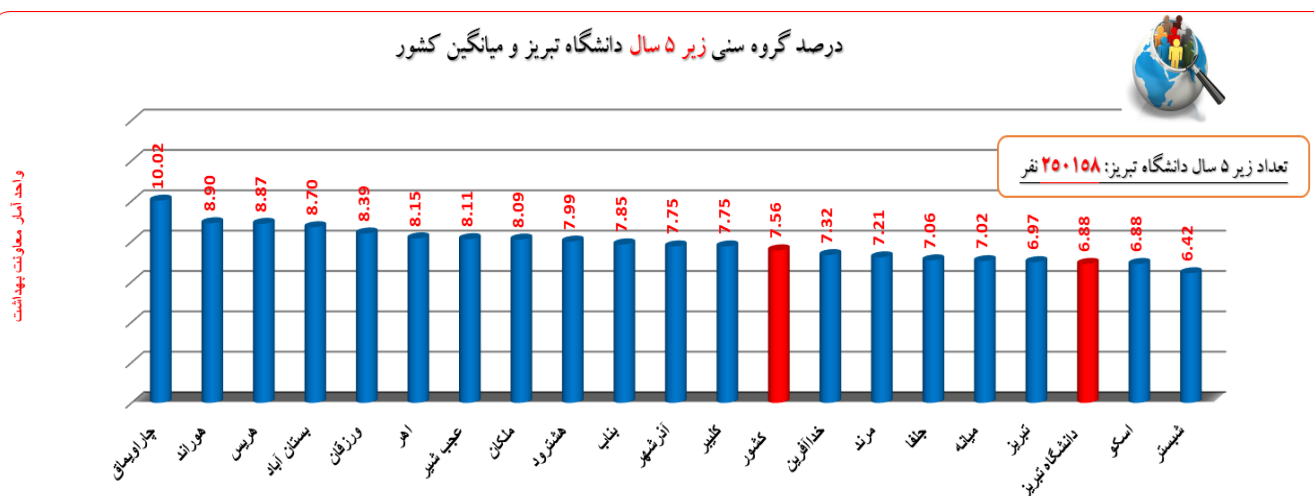
درصد گروه سنی زیر **یکماه** دانشگاه تبریز و میانگین کشور سال ۱۴۰۰



درصد گروه سنی زیر **یکسال** دانشگاه تبریز و میانگین کشور سال ۱۴۰۰



درصد گروه سنی زیر **۵ سال** دانشگاه تبریز و میانگین کشور

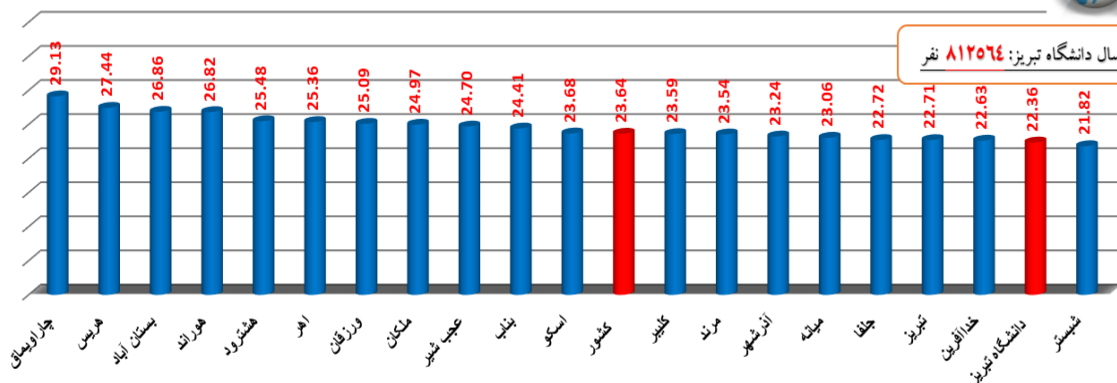


درصد گروه سنی زیر ۱۵ سال دانشگاه تبریز و میانگین کشور سال ۱۴۰۰



تعداد زیر ۱۵ سال دانشگاه تبریز: ۸۱۲۵۶۴ نفر

واحد آمار معاونت بهداشت

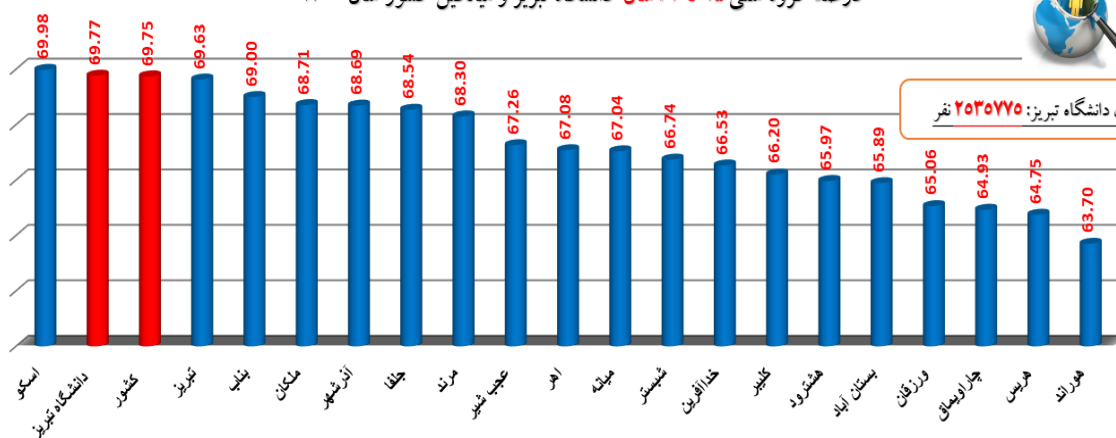


درصد گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال دانشگاه تبریز و میانگین کشور سال ۱۴۰۰



۱۵ تا ۶۴ سال دانشگاه تبریز: ۲۵۳۵۷۷۵ نفر

واحد آمار معاونت بهداشت

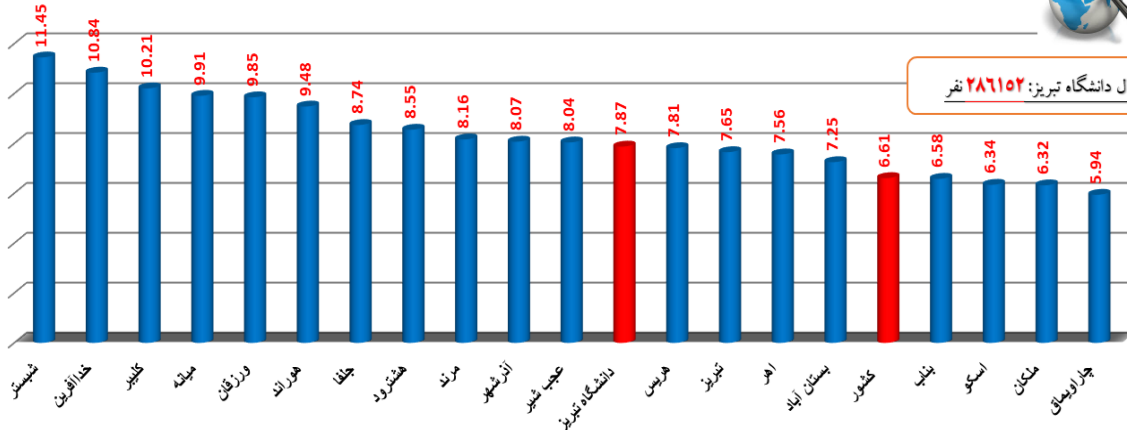


درصد گروه سنی بالای ۶۵ سال دانشگاه تبریز و میانگین کشور سال ۱۴۰۰



بالای ۶۵ سال دانشگاه تبریز: ۲۸۶۱۵۲ نفر

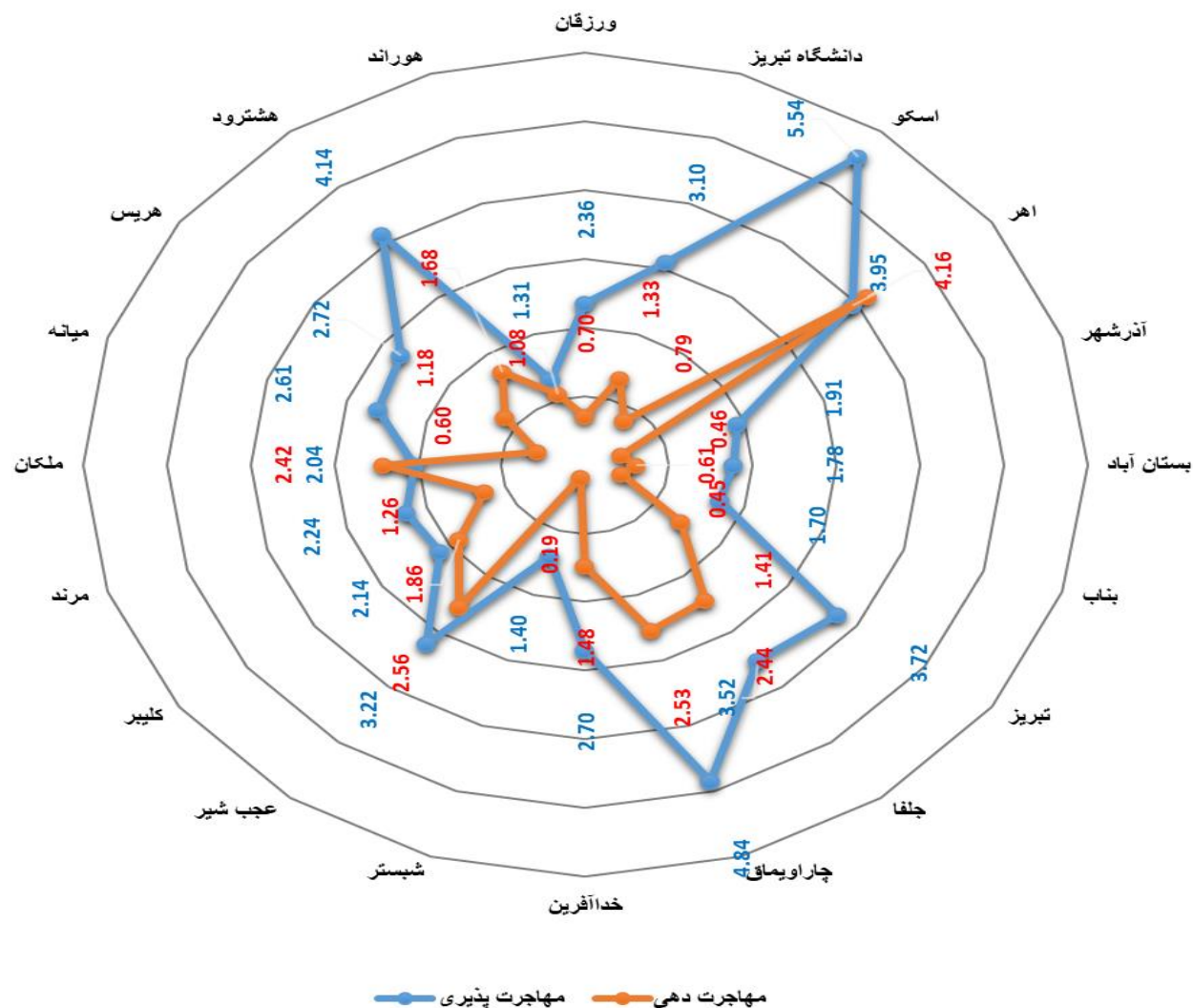
واحد آمار معاونت بهداشت



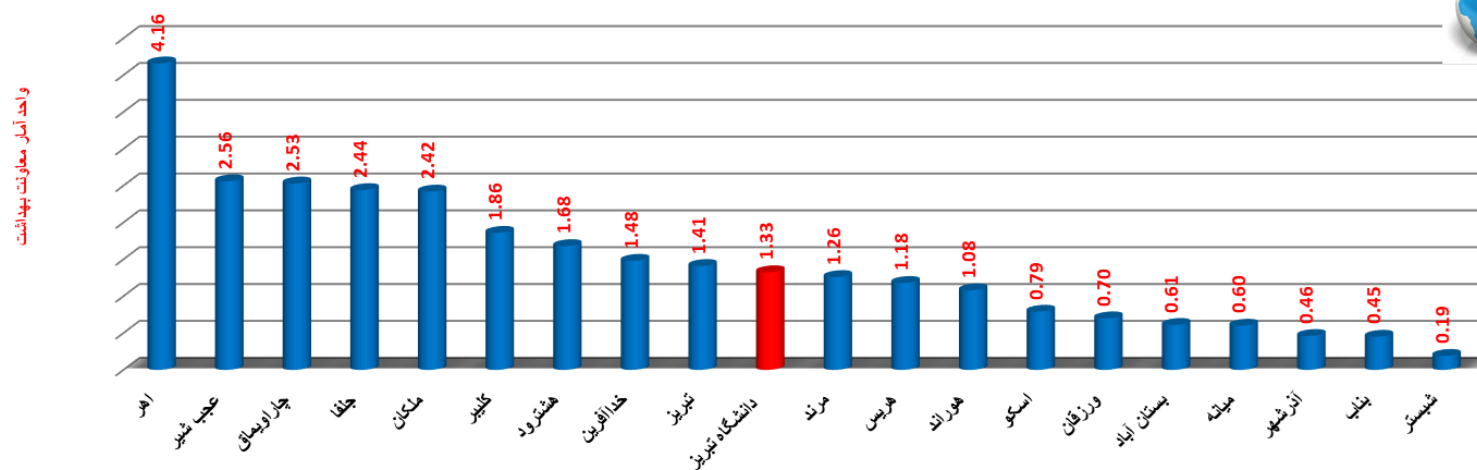
شاخص های سامانه سیاح سال ۱۴۰۰																				
عنوان شاخص	جلفا	هریس	ملکان	شستر	خداآفرین	بستان آباد	هشترود	مرند	چاراویماق	بناب	میانه	اهر	اسکو	تبریز	آذرشهر	عجب شیر	ورزقان	کلبر	هوراند	استان
درصد گروه سنی زیر یک ماه	۰.۰۸	۰.۱۳	۰.۱۴	۰.۰۸	۰.۰۵	۰.۱۵	۰.۰۷	۰.۰۸	۰.۱۵	۰.۱۳	۰.۱	۰.۱۲	۰.۰۸	۰.۰۷	۰.۱۱	۰.۱۱	۰.۱	۰.۱	۰.۰۹	۰.۰۹
درصد گروه سنی زیر یک سال	۱.۱۴	۱.۴۲	۱.۴۱	۱.۱۴	۱.۲۹	۱.۶۸	۱.۳۱	۱.۲۴	۱.۷۸	۱.۳۶	۱.۲۶	۱.۳۵	۱.۱۶	۱.۱۸	۱.۵۲	۱.۴۳	۱.۴۲	۱.۴۳	۱.۴۲	۱.۲۶
درصد گروه سنی زیر ۵ سال	۷.۰۶	۸.۸۷	۸.۰۹	۶.۴۲	۷.۳۲	۸.۷	۷.۹۹	۷.۲۱	۱۰.۰۲	۷.۸۵	۷.۰۲	۸.۱۵	۶.۸۸	۶.۹۷	۷.۷۵	۸.۱۱	۸.۳۹	۷.۷۵	۸.۹	۷.۳۱
درصد گروه سنی زیر ۱۵ سال	۲۲.۷۲	۲۷.۴۴	۲۴.۹۷	۲۲.۶۳	۲۲.۶۳	۲۶.۸۶	۲۵.۴۸	۲۳.۵۴	۲۹.۱۳	۲۴.۴۱	۲۳.۰۶	۲۵.۳۶	۲۳.۶۸	۲۲.۷۱	۲۳.۴۴	۲۴.۷	۲۵.۰۹	۲۳.۵۹	۲۶.۸۲	۲۳.۵
درصد گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال	۶۸.۵۴	۶۴.۷۵	۶۸.۷۱	۶۶.۷۴	۶۶.۵۳	۶۵.۸۹	۶۵.۹۷	۶۸.۳	۶۴.۹۳	۶۹	۶۷.۰۴	۶۷.۰۸	۶۹.۹۸	۶۹.۶۳	۶۸.۶۹	۶۷.۲۶	۶۵.۰۶	۶۶.۲	۶۳.۷	۶۸.۵۷
درصد گروه سنی بالای ۶۵ سال	۸.۷۴	۷.۸۱	۶.۳۲	۱۱.۴۵	۱۰.۸۴	۷.۲۵	۸.۵۵	۸.۱۶	۵.۹۴	۶.۵۸	۹.۹۱	۷.۵۶	۶.۳۴	۷.۶۵	۸.۰۷	۸.۰۴	۹.۸۵	۱۰.۲۱	۹.۴۸	۷.۹۳
نسبت سرباری	۴۵.۹	۵۴.۴۴	۴۵.۵۳	۴۹.۸۵	۵۰.۳۱	۵۱.۷۶	۵۱.۵۹	۴۶.۴۱	۵۴.۰۱	۴۴.۹۲	۴۹.۱۷	۴۹.۰۷	۴۲.۸۹	۴۳.۶۱	۴۵.۵۸	۴۸.۶۸	۵۳.۷	۵۱.۰۵	۵۶.۹۸	۴۵.۸۴
درصد زنان شوهردار ۱۰ تا ۵۴ سال	۶۴.۶۷	۶۵.۶۷	۶۷.۲۳	۵۹.۹۲	۶۲.۳۲	۶۷.۰۵	۶۶.۴۸	۶۵.۰۸	۶۵.۶۷	۶۸.۳۷	۶۴.۴۴	۶۲.۲۲	۶۵.۶۹	۶۴.۲۳	۶۸.۶۸	۶۸.۹۱	۶۱.۹۹	۶۱.۴۶	۵۸.۳	۶۴.۷
درصد مهاجرت دهی به کل جمعیت	۲.۴۴	۱.۱۸	۲.۴۲	۰.۱۹	۱.۴۸	۰.۶۱	۱.۶۸	۱.۲۶	۲.۵۳	۰.۴۵	۰.۶	۴.۱۶	۰.۷۹	۱.۴۱	۰.۴۶	۲.۵۶	۰.۷	۱.۸۶	۱.۰۸	۱.۳۸
درصد مهاجرت پذیری به کل جمعیت	۳.۵۲	۲.۷۲	۲.۰۴	۱.۴	۲.۷	۱.۷۸	۴.۱۴	۲.۲۴	۴.۸۴	۱.۷	۲.۶۱	۳.۹۵	۵.۵۴	۳.۷۲	۱.۹۱	۳.۲۲	۲.۳۶	۲.۱۵	۱.۳۱	۳.۲۲
میزان تولد خام	۱۱.۴۷	۱۳.۷۷	۱۴.۳۶	۱۱.۱	۱۲.۷۵	۱۶.۰۶	۱۲.۵۴	۱۲.۱۱	۱۹.۷۸	۱۲.۸	۱۱.۵۶	۱۲.۸۸	۱۲.۷۱	۱۱.۳۳	۱۲.۶۶	۱۳.۹۶	۱۳.۵۴	۱۲.۹۶	۱۴.۲۲	۱۲.۱۴
میزان مرگ خام	۷.۲۳	۷.۰۷	۵.۶۷	۸.۶۹	۷.۲۲	۶.۲	۶.۲۴	۷.۲۳	۵.۸۷	۶.۵۶	۸	۷.۱۳	۴.۹۹	۸.۹۶	۷.۵۲	۷.۴۶	۶.۹۲	۷.۳۲	۵.۹	۷.۹۲
میزان باروری عمومی	۳۴.۶۸	۴۲.۵۲	۴۳.۶۱	۳۵.۰۹	۴۱.۴۹	۵۰.۷۶	۳۹.۸	۳۷.۰۷	۶۳.۱۶	۳۹.۰۴	۳۶.۳۶	۳۸.۹۳	۳۶.۴۵	۳۲.۹۷	۳۸.۶۷	۴۳.۳۶	۴۳.۷۴	۴۱.۶۹	۴۵.۶۵	۳۶.۳۶
میزان باروری اختصاصی (۱۴ تا ۱۶)	۰	۳.۳۶	۱.۵۷	۰.۲۱	۰.۸۵	۲.۱۶	۰.۴۳	۰.۷۴	۰	۰.۱۸	۰.۲۹	۰.۹۷	۰.۴۵	۰.۳۵	۰.۷۳	۰.۳۹	۱.۱۳	۰	۰	۰.۵۸
میزان باروری اختصاصی (۱۵ تا ۱۹)	۱۶.۹۹	۳۳.۳۱	۵۵.۳۱	۲۴.۲۸	۲۳.۱	۶۴.۶	۳۴.۵۹	۳۴.۲۲	۵۱.۶۸	۳۶.۲۹	۲۶.۱۳	۳۱.۷۵	۳۱.۵	۳۰.۲۳	۴۴.۵۱	۴۳.۰۷	۴۳.۶۷	۵۴.۸۵	۲۹.۳۲	۲۹.۳۲
میزان باروری اختصاصی (۲۰ تا ۲۴)	۷۶.۵۴	۱۰۷.۸۹	۱۰۳.۸۵	۸۵.۸۳	۹۸.۰۴	۱۲۹.۳	۸۹.۷	۸۷.۵۵	۱۴۵.۵۸	۹۰.۹۷	۷۸.۳۴	۸۶.۱	۸۵.۳۵	۶۶.۱۵	۹۷.۸۸	۱۰۳.۳۳	۹۸.۴۷	۸۲.۸۱	۱۱۳.۲۴	۸۰.۰۵
میزان باروری اختصاصی (۲۵ تا ۲۹)	۸۳.۶۱	۱۱۶.۲۶	۹۷.۴۶	۸۷.۳۱	۱۰۴.۱۸	۹۷.۲۸	۹۹.۵۵	۹۰.۳۱	۱۲۳.۵۳	۸۶.۷۸	۸۸.۶۶	۸۵.۷۱	۹۱.۳۵	۸۲.۳۱	۹۹.۹	۹۵.۶۴	۹۸.۰۲	۱۰۰.۹۹	۱۰۰.۹۵	۸۸.۰۹
میزان باروری اختصاصی (۳۰ تا ۳۴)	۶۹.۸۵	۶۸.۱۷	۶۸.۷۲	۷۳.۶۶	۸۰.۲	۶۲.۸۷	۷۲.۸۱	۶۶.۰۹	۱۰۱.۲۲	۶۶.۶۵	۶۵.۶۹	۶۸.۶۶	۷۴.۳۴	۶۸.۱۱	۷۷.۴۱	۷۶.۵۳	۷۲.۹۵	۸۳.۲۳	۷۶.۴۵	۶۷.۴۵
میزان باروری اختصاصی (۳۵ تا ۳۹)	۴۵.۰۶	۴۹.۲۳	۴۶.۲۲	۴۲.۲۹	۴۲.۲۳	۵۵.۴۶	۵۳.۳۵	۴۱.۳۱	۸۴.۹۹	۵۳.۳	۴۹.۱۲	۴۶.۴۹	۳۴.۲۸	۳۸.۵۷	۳۹.۵۸	۵۰.۰۸	۵۱.۹۹	۴۸.۸۷	۴۲.۰۶	۴۱.۹۸
میزان باروری اختصاصی (۴۰ تا ۴۴)	۸.۷۳	۱۵.۵۱	۱۳.۷۹	۱۴.۶۳	۱۵.۱۲	۱۸.۱۲	۱۳.۸۵	۱۷.۷۲	۴۱.۴۳	۱۸.۰۷	۱۵.۵۴	۱۵.۱۳	۱۲.۳۲	۱۱.۷۷	۱۱.۲	۱۰.۱۸	۱۵.۲۸	۱۸.۸۴	۹.۴۱	۱۳.۴۶
میزان باروری اختصاصی (۴۵ تا ۴۹)	۰.۹۴	۲.۰۳	۰.۵۲	۱.۰۸	۰	۶.۲۹	۴.۳۶	۱.۲	۲.۳۱	۱.۹۲	۱.۳۲	۰.۸۷	۰.۳۴	۲.۵۳	۱.۳۵	۲.۹۴	۲.۷۸	۵.۳۸	۱.۶۹	۲.۱۱
میزان باروری اختصاصی (۵۰ تا ۵۴)	۰	۰	۰	۰	۰	۳.۶۳	۰	۰.۱۴	۰	۰.۴۶	۰.۱۹	۰	۰	۰.۱۶	۰	۰	۰	۴.۵۳	۰	۰.۲۷
میزان باروری کلی	۱.۵۱	۱.۹۸	۱.۹۴	۱.۶۵	۱.۸۲	۲.۲۶	۱.۷۸	۱.۷	۲.۷۵	۱.۷۷	۱.۶۳	۱.۷۲	۱.۶۵	۱.۷۴	۱.۹۲	۱.۹۴	۱.۸۵	۱.۸۵	۲.۰۳	۱.۶۲
رشد طبیعی جمعیت	۰.۴۱۴	۰.۶۷	۰.۸۵۹	۰.۲۴۱	۰.۵۵۳	۰.۹۸۶	۰.۶۳	۰.۴۷۸	۱.۳۹۱	۰.۶۲۴	۰.۳۵۶	۰.۵۷۵	۰.۷۷۲	۰.۳۲۷	۰.۵۱۴	۰.۶۵	۰.۶۶۲	۰.۵۶۴	۰.۸۳۲	۰.۴۲۲
بعد خاوار	۳.۱۷	۳.۵۳	۳.۴۷	۳.۴	۳.۵۱	۳.۹۳	۳.۳۲	۳.۳۷	۴.۰۵	۳.۳۳	۳.۰۸	۳.۵۸	۳.۱۷	۲.۷۹	۲.۹۹	۳.۲۶	۳.۳۷	۳.۵۶	۴.۱۶	۳.۰۵
نسبت جنسی مرد به زن	۱۰۰.۸۷	۱۰۰.۴۶	۱۰۰.۲۱	۱۰۰.۷	۱۰۰.۷۸۶	۱۰۷.۰۹	۱۰۳.۴۹	۱۰۰.۵۲	۱۱۰.۵۲	۱۰۶.۱۴	۱۰۵.۳۳	۱۰۲.۰۱	۱۰۲.۴۷	۱۰۰.۵۵	۱۰۲.۶۵	۱۰۱.۸۵	۱۰۵.۱۸	۱۰۵.۲۹	۱۰۵.۲۹	۱۰۰.۲۳
جمعیت زیر ۲۰ هزار	۲۷۴۳۲	۷۱۱۵۷	۸۹۵۰۱	۱۳۱۷۹۸	۳۴۵۰۰	۵۸۶۸۷	۱۱۵۸۹۳	۵۸۶۸۷	۳۱۸۵۶	۵۸۲۷۸	۹۴۴۵۵	۴۴۳۶۳	۷۷۴۷۴	۲۸۳۷۳۱	۶۹۷۲۴	۳۶۷۸۱	۴۷۱۵۵	۱۹۸۳۱	۱۹۸۳۱	۱۴۴۰۷۹۶
جمعیت ۲۰ هزار و بالاتر	۳۷۰۷۳	۰	۳۰۹۳۶	۰	۰	۰	۱۳۷۹۵۲	۰	۰	۸۸۱۰۱	۸۸۳۶۳	۹۰۲۹۶	۸۷۳۰۵	۱۴۱۷۱۹۸	۴۵۵۹۲	۳۴۱۲۲	۰	۰	۰	۲۰۵۶۹۳۸
پیش بینی جمعیت سال ۱۴۰۰	۶۶۵۶۲	۷۲۵۸۳	۱۲۲۴۲۱	۱۳۳۶۰۸	۳۴۷۳۴	۱۰۱۶۵۷	۶۰۷۲۶	۲۵۹۲۷۵	۳۲۸۴۳	۱۸۷۸۳۹	۱۳۸۸۱۸	۱۷۴۴۴۵۵	۱۷۳۹۴۲۰	۱۱۷۷۸۵	۷۱۹۰۱	۴۶۵۷۶	۴۷۳۰۴	۱۹۸۶۷	۳۶۳۴۴۹۱	۳۶۳۴۴۹۱
امید به زندگی	۷۴.۶۸	۶۹.۴۷	۷۲.۳۶	۷۳.۱۹	۷۴.۴۱	۷۴.۶۵	۷۵.۴۱	۷۲.۶۹	۷۰.۵۹	۷۲.۰۰	۶۹.۹۲	۷۲.۹۷	۷۳.۰۹	۷۲.۶۶	۷۲.۶۷	۷۲.۶۷	۷۴.۱۵	۷۴.۳۹	۷۴.۲۰	۷۲.۸۱
جمعیت کل	۶۴۵۰۵	۷۱۱۵۷	۱۲۰۴۳۷	۱۳۱۷۹۸	۳۴۵۰۰	۱۰۲۳۸۵	۵۸۶۸۷	۲۵۳۸۴۵	۳۱۸۵۶	۱۴۶۳۷۹	۱۸۲۸۰۸	۱۳۴۶۵۹	۱۶۴۷۷۹	۱۷۰۰۹۲۹	۱۱۵۳۱۶	۷۰۹۰۳	۴۵۸۰۵	۴۷۱۵۵	۱۹۸۳۱	۳۴۹۷۷۳۴

اطلاعات جمعیتی سیاح سال ۱۴۰۰										
شهرستان	زن	مرد	زن شوهردار	مجموع	خانوار	خانوار تک فرزند	خانوار بی فرزند	مرگ ثبت شده	مهاجرت دهی	مهاجرت پذیری
شهرستان خداآفرین	۱۶,۷۷۲	۱۷,۷۲۸	۸,۷۹۲	۳۴,۵۰۰	۹,۸۲۱	۵۶۸	۱۷۰	۲۴۹	۵۱۱	۹۳۲
شهرستان اهر	۶۶,۶۵۹	۶۸,۰۰۰	۲۹,۷۸۳	۱۳۴,۶۵۹	۳۷,۶۳۰	۶,۴۲۳	۲,۲۴۶	۹۶۲	۵,۵۳۶	۵,۲۹۳
شهرستان کلیبر	۲۲,۹۳۲	۲۴,۲۲۳	۱۰,۸۱۱	۴۷,۱۵۵	۱۳,۲۵۲	۷۸۳	۴۱۳	۳۴۵	۸۷۷	۱,۰۱۴
شهرستان هریس	۳۵,۱۴۷	۳۶,۰۱۰	۱۷,۰۶۶	۷۱,۱۵۷	۲۰,۱۳۲	۱,۲۱۵	۵۲۶	۵۰۳	۸۴۲	۱,۹۳۵
شهرستان آذرشهر	۵۶,۹۰۵	۵۸,۴۱۱	۳۲,۶۶۴	۱۱۵,۳۱۶	۳۸,۵۹۶	۱۵,۵۱۱	۷,۷۴۲	۸۶۷	۵۲۸	۲,۲۰۶
شهرستان عجب شیر	۳۵,۱۲۷	۳۵,۷۷۶	۱۵,۷۳۴	۷۰,۹۰۳	۲۱,۷۷۹	۳,۱۸۰	۹۸۴	۵۲۹	۱,۸۱۴	۲,۲۸۲
شهرستان مرند	۱۲۴,۷۴۵	۱۲۹,۱۰۱	۵۶,۶۷۷	۲۵۳,۸۴۶	۷۵,۲۳۵	۱۳,۰۰۳	۴,۷۷۳	۱,۸۵۸	۳,۱۹۳	۵,۶۹۸
شهرستان اسکو	۸۱,۳۸۵	۸۳,۳۹۴	۳۸,۶۵۸	۱۶۴,۷۷۹	۵۲,۰۵۴	۱۴,۸۵۹	۶,۳۷۷	۸۲۶	۱,۳۰۶	۹,۱۲۱
شهرستان ملکان	۵۸,۱۲۲	۶۲,۳۱۵	۳۲,۲۵۱	۱۲۰,۴۳۷	۳۴,۶۸۵	۵,۵۵۰	۱,۹۷۲	۶۸۳	۲,۹۱۹	۲,۴۵۶
شهرستان تبریز	۸۴۸,۱۵۲	۸۵۲,۷۷۷	۴۱۲,۰۳۱	۱,۷۰۰,۹۲۹	۶۰۹,۵۴۶	۱۳۸,۳۸۹	۵۲,۰۲۴	۱۵,۲۳۸	۲۴,۰۵۱	۶۳,۲۰۶
شهرستان چاراویماق	۱۵,۱۳۲	۱۶,۷۲۴	۶,۵۵۱	۳۱,۸۵۶	۷,۸۶۳	۷۹۸	۲۳۲	۱۸۷	۸۰۵	۱,۵۴۱
شهرستان هوراند	۹,۶۶۰	۱۰,۱۷۱	۴,۲۳۲	۱۹,۸۳۱	۴,۷۶۹	۱۹۶	۱۱۴	۱۱۷	۲۱۵	۲۶۰
شهرستان بستان آباد	۴۹,۲۵۷	۵۳,۱۲۸	۲۳,۷۰۶	۱۰۲,۳۸۵	۲۶,۰۶۹	۱,۳۴۱	۶۷۸	۶۳۵	۶۲۸	۱,۸۲۵
شهرستان میانه	۸۹,۰۷۴	۹۳,۷۳۴	۴۸,۸۱۳	۱۸۲,۸۰۸	۵۹,۴۴۰	۹,۳۴۹	۳,۹۴۴	۱,۴۶۲	۱,۰۹۷	۴,۷۶۷
شهرستان جلفا	۳۲,۱۱۸	۳۲,۳۸۷	۱۷,۵۰۹	۶۴,۵۰۵	۲۰,۳۳۳	۳,۷۴۷	۱,۰۶۶	۴۷۲	۱,۵۶۱	۲,۲۷۱
شهرستان هشتروند	۲۸,۳۳۹	۳۰,۳۴۸	۱۳,۹۵۱	۵۸,۶۸۷	۱۷,۶۵۷	۲,۲۹۷	۸۹۳	۳۶۶	۹۸۴	۲,۴۳۱
شهرستان شبستر	۶۵,۸۴۶	۶۵,۹۵۲	۲۹,۷۷۹	۱۳۱,۷۹۸	۳۸,۷۱۲	۶,۵۶۳	۳,۶۵۵	۱,۱۴۵	۲۵۵	۱,۸۴۴
شهرستان بناب	۷۱,۰۰۹	۷۵,۳۷۰	۳۶,۳۴۷	۱۴۶,۳۷۹	۴۴,۰۱۵	۱۱,۷۷۵	۵,۶۴۷	۹۶۰	۶۵۴	۲,۴۹۳
شهرستان ورزقان	۲۲,۳۲۴	۲۳,۴۸۱	۱۰,۸۱۸	۴۵,۸۰۵	۱۳,۶۰۲	۱,۴۶۹	۵۰۰	۳۱۷	۳۲۰	۱,۰۷۹
مجموع	۱,۷۲۸,۷۰۵	۱,۷۶۹,۰۳۰	۸۴۶,۱۷۳	۳,۴۹۷,۷۳۵	۱,۱۴۵,۱۹۰	۲۳۷,۰۱۶	۹۳,۹۵۶	۲۷,۷۲۱	۴۸,۰۹۶	۱۱۲,۶۵۴

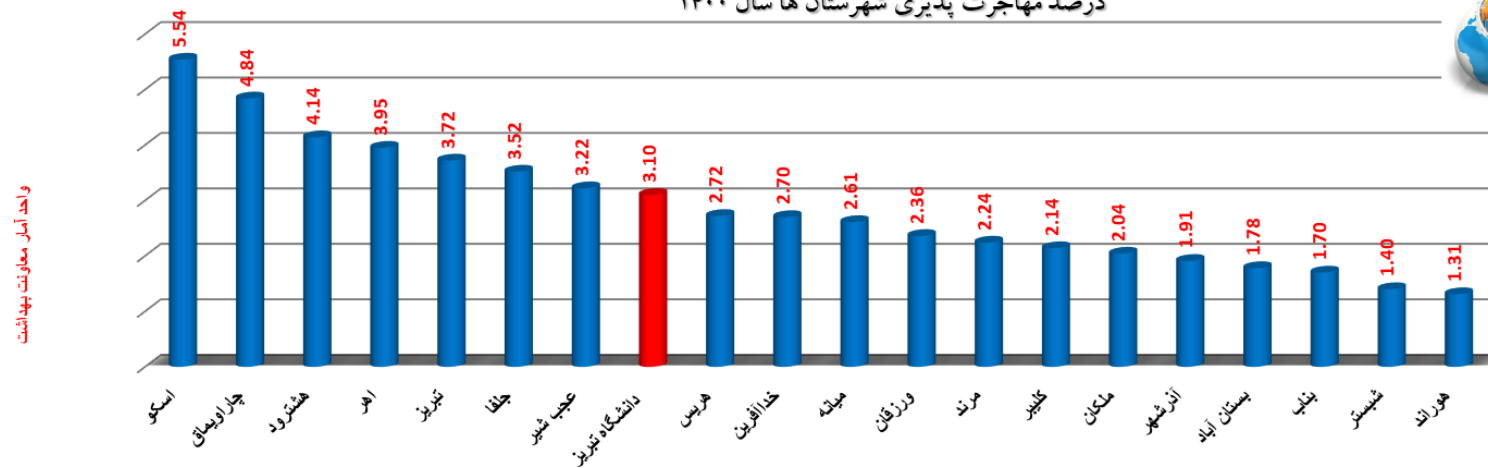
درصد مهاجرت پذیری و مهاجرت دهی شهرستان ها سال ۱۴۰۰



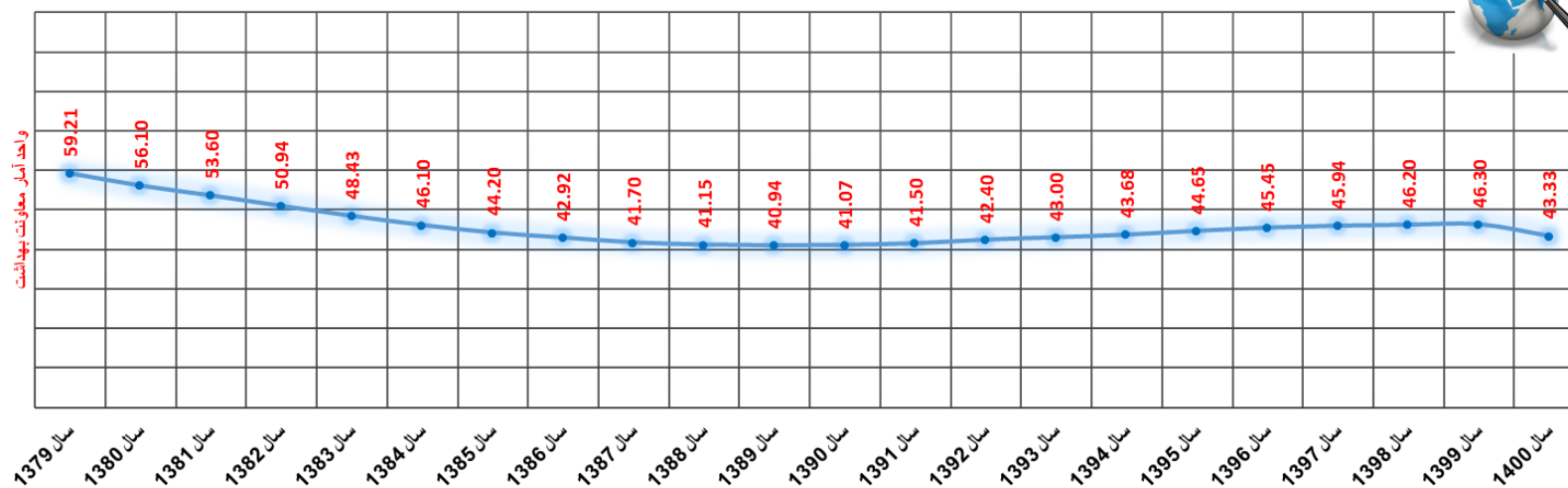
درصد مهاجرت دهی شهرستان ها سال ۱۴۰۰



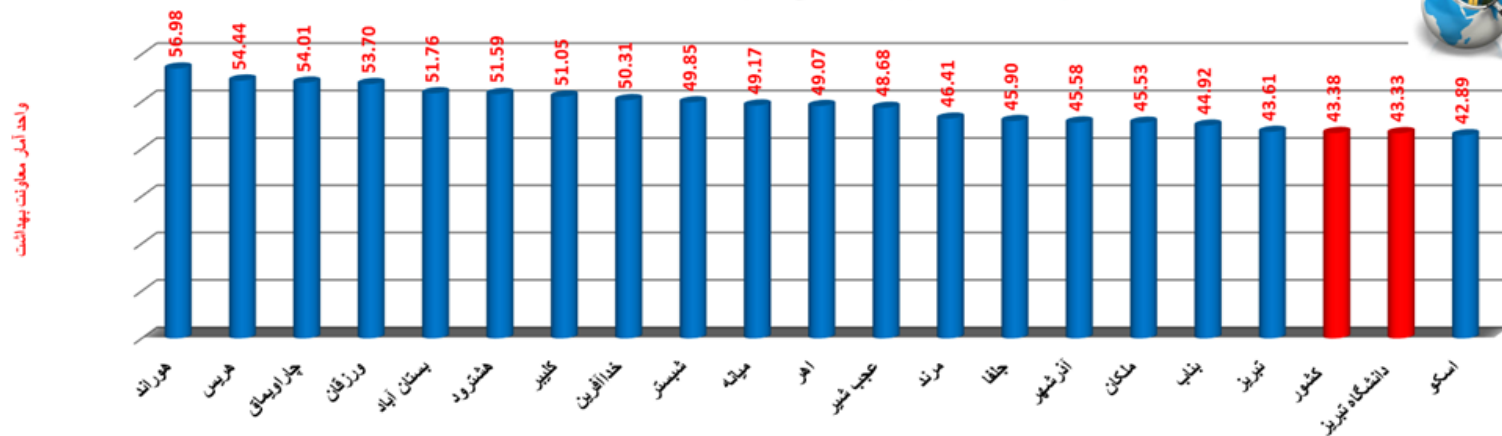
درصد مهاجرت پذیری شهرستان ها سال ۱۴۰۰



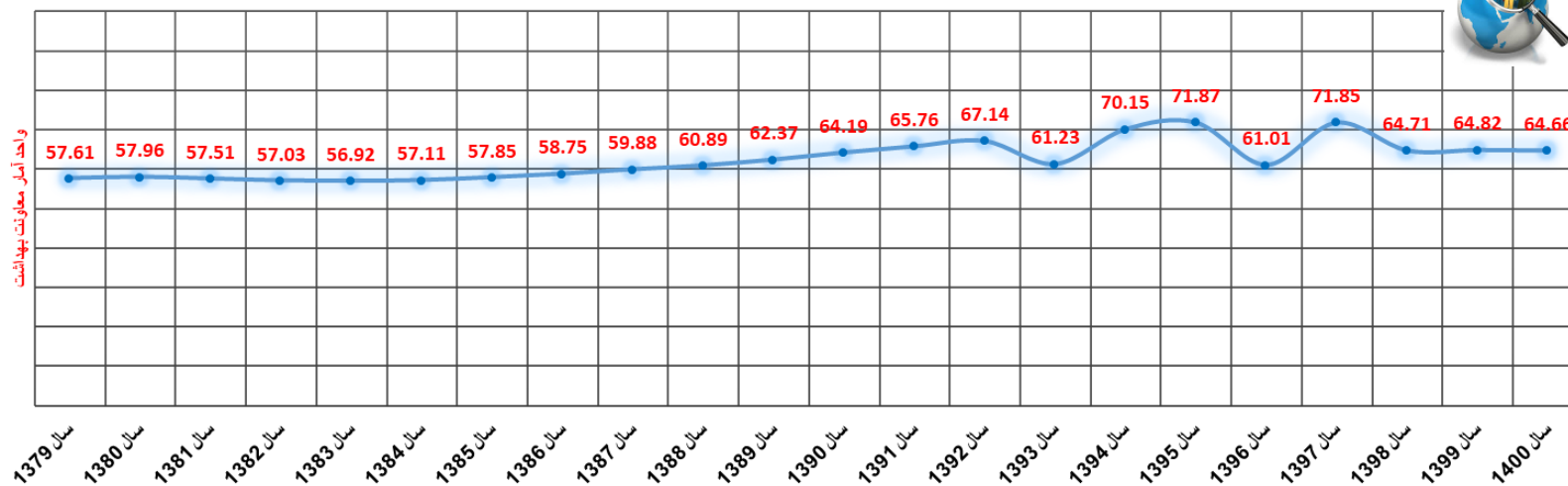
ترند نرخ سرباری از سال ۱۳۷۹ تا ۱۴۰۰



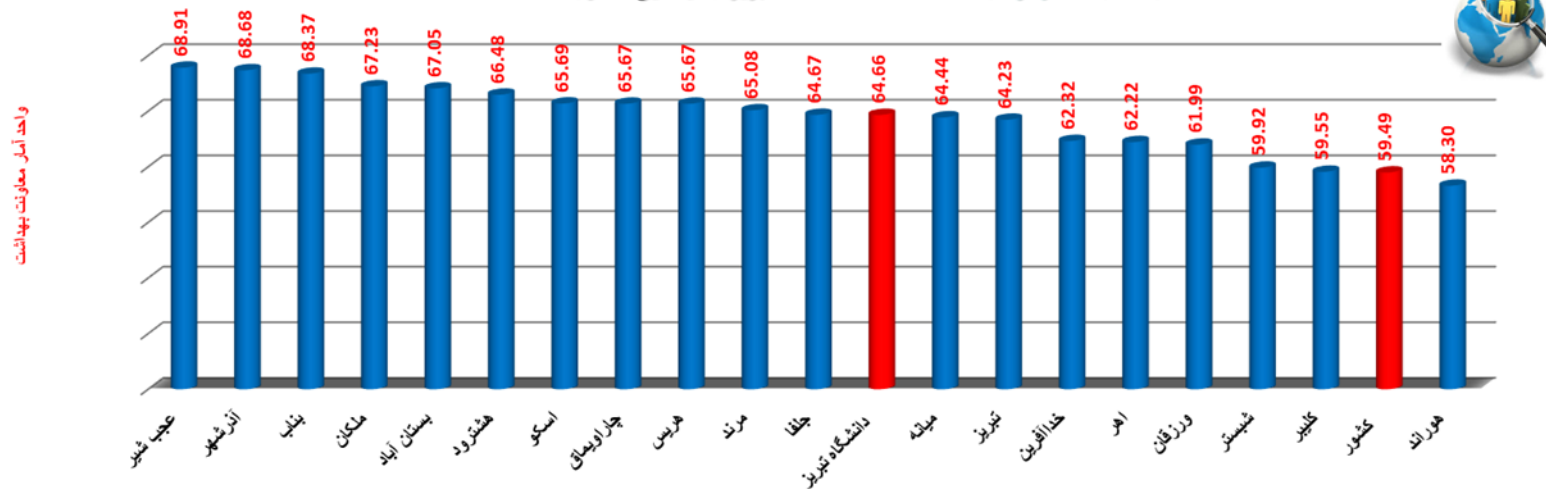
درصد سرباری دانشگاه تبریز و میانگین کشور سال ۱۴۰۰



ترند درصد زنان شوهر دار ۱۰ تا ۴۹ سال - ۱۳۷۹ تا ۱۴۰۰ (سال ۱۴۰۰ بازه سنی ۱۰ تا ۵۴ سال می باشد)

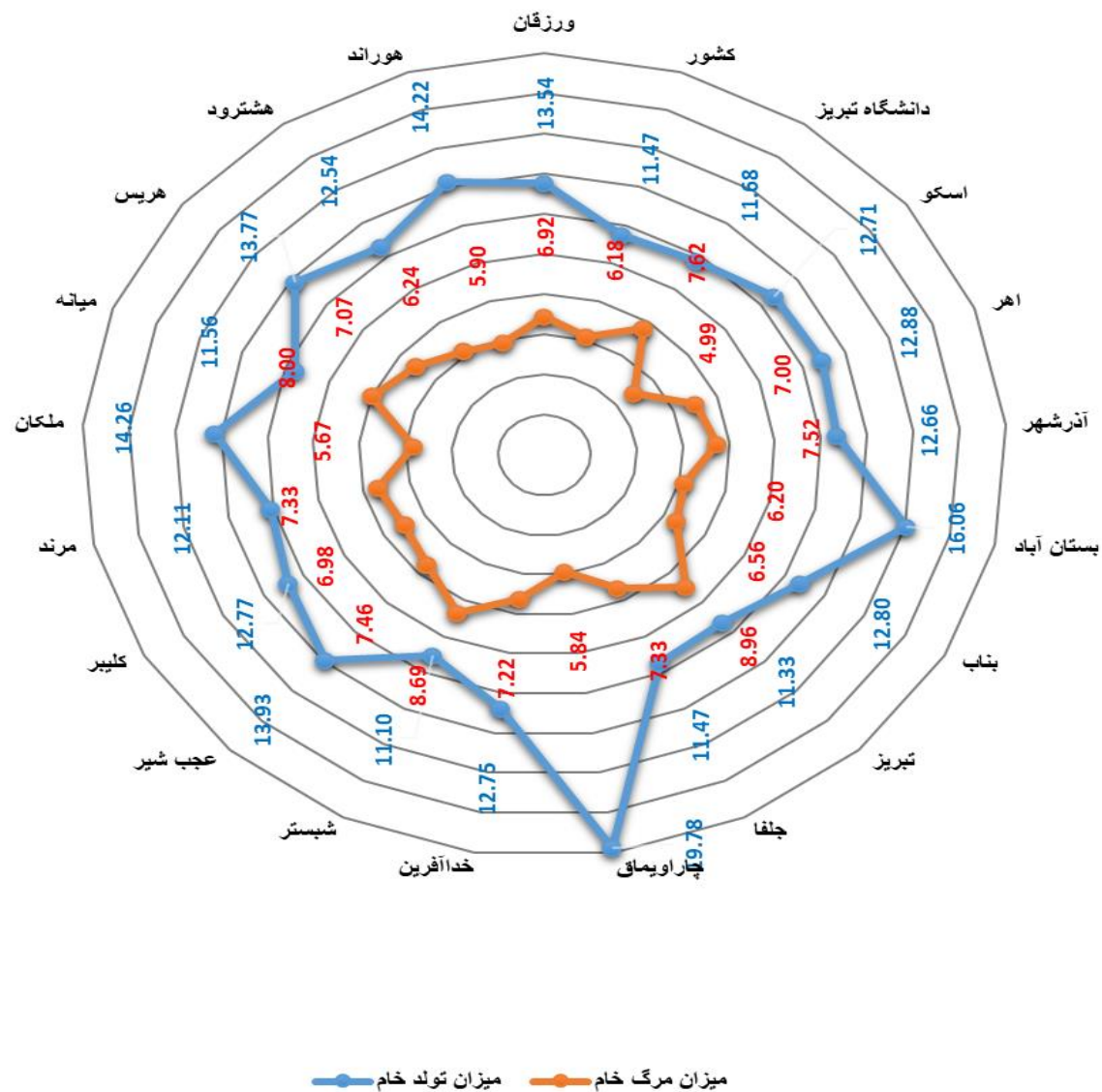


درصد زنان شوهر دار ۱۰ تا ۵۴ سال دانشگاه تبریز و میانگین کشور سال ۱۴۰۰

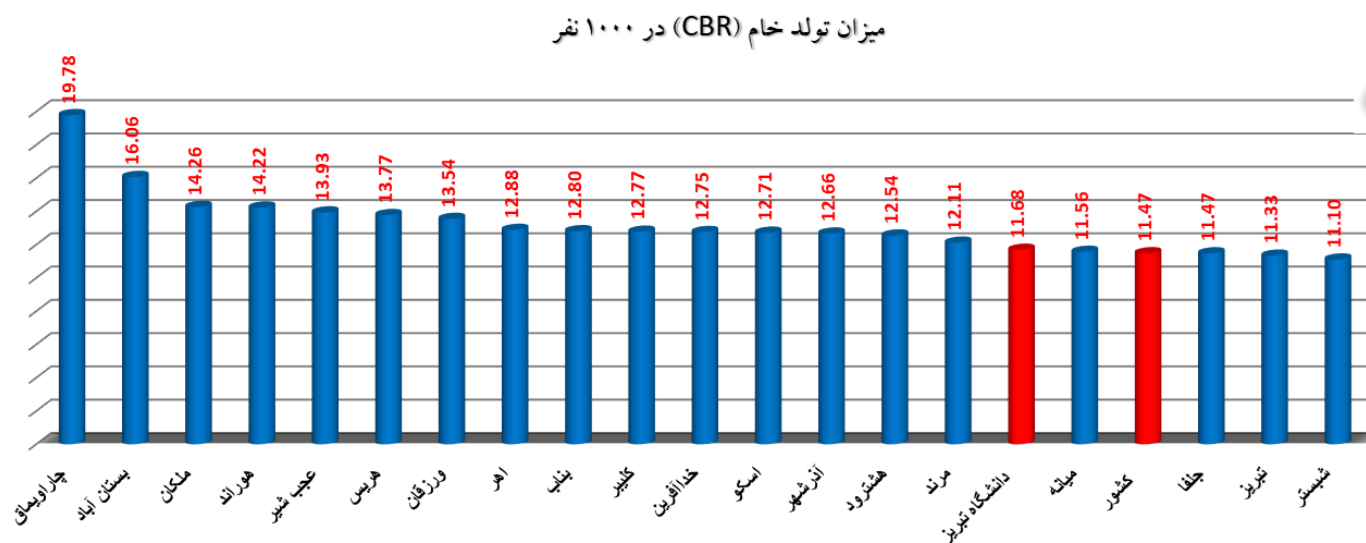




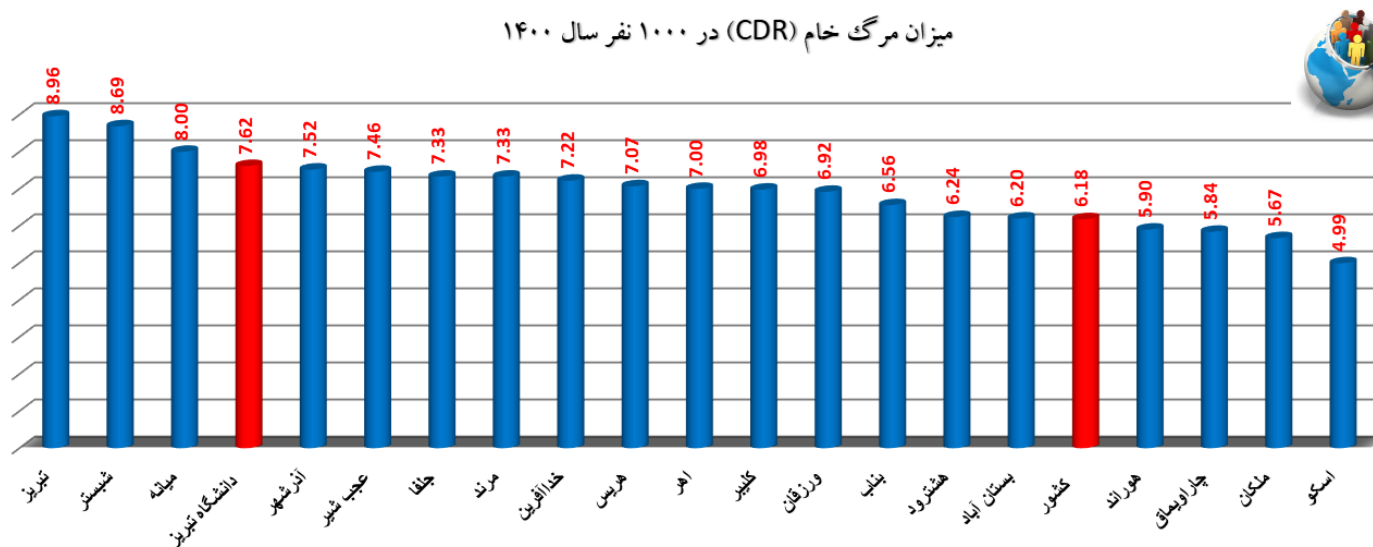
میزان مرگ خام (CDR) و تولد خام (CBR)



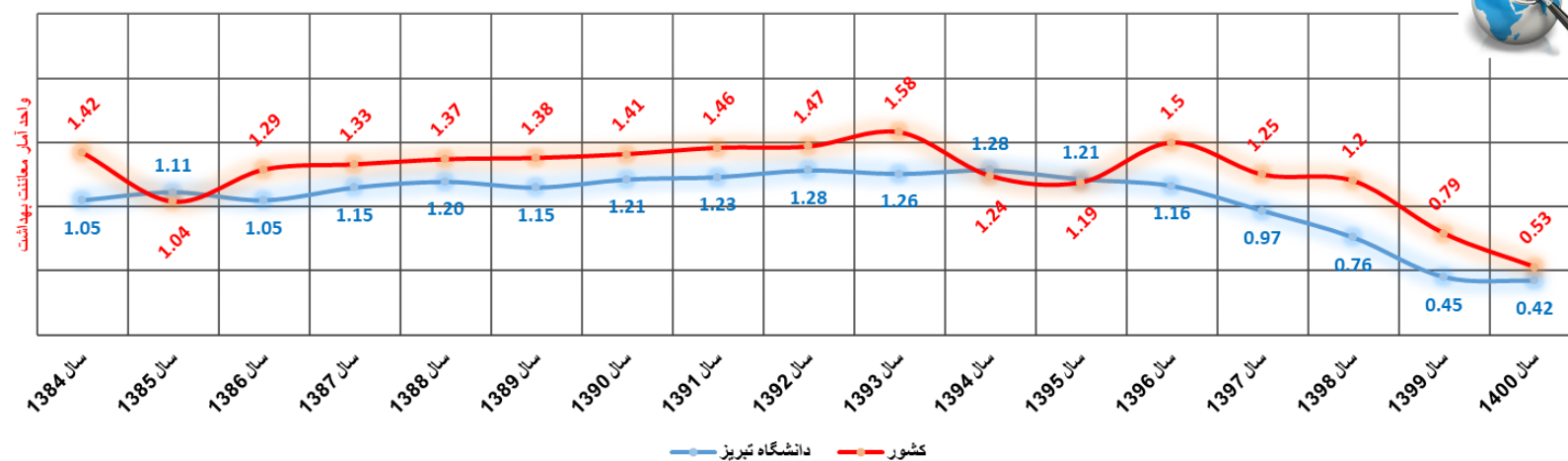
واحد آمار معاونت بهداشت



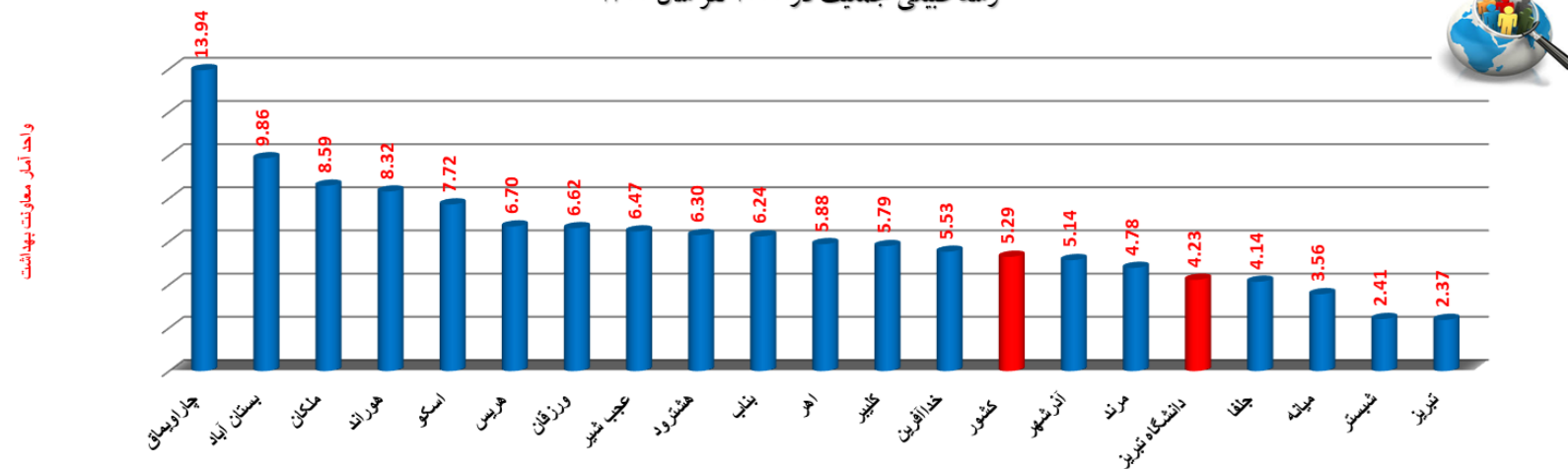
واحد آمار و اطلاعات

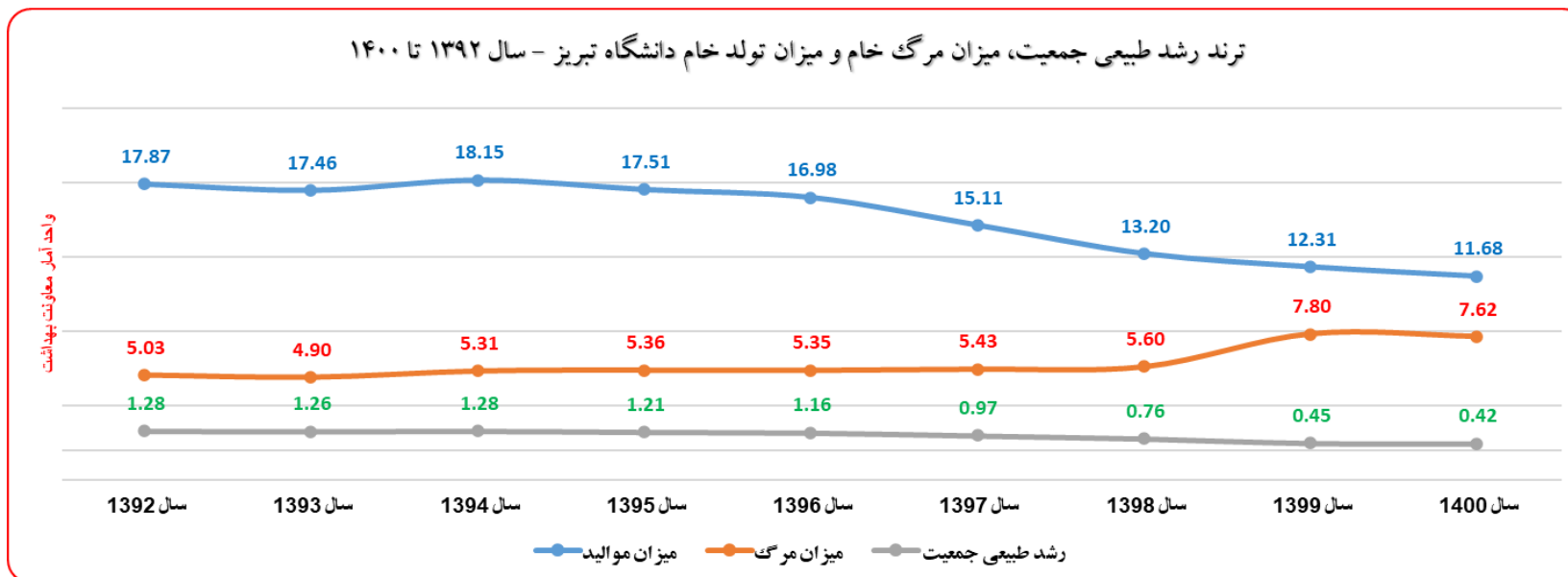


ترند رشد طبیعی جمعیت کشور و استان از سال ۱۳۸۴ تا ۱۴۰۰



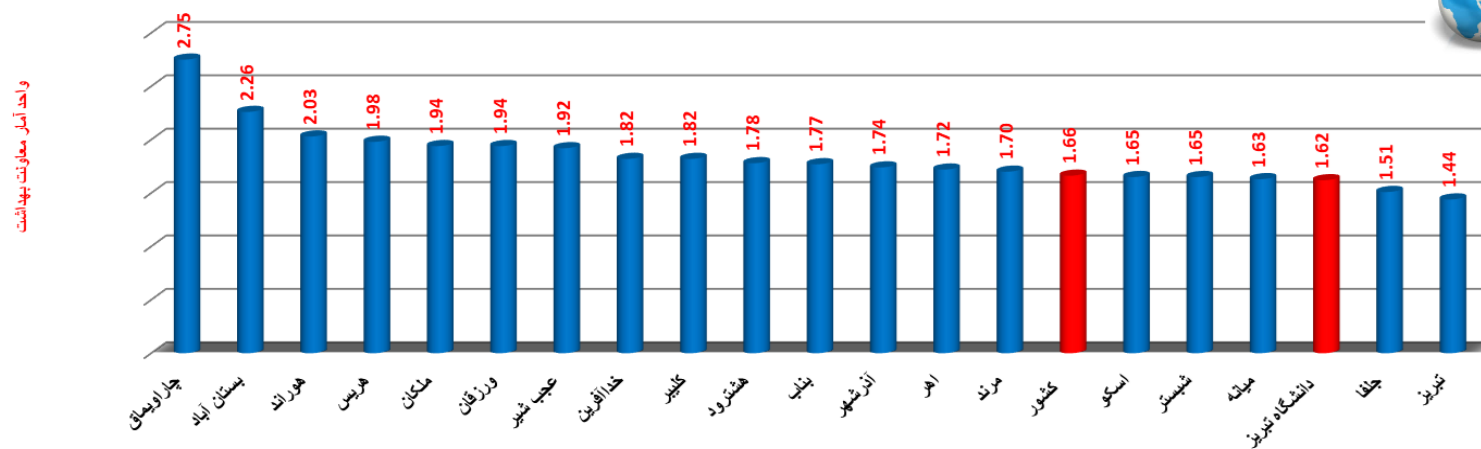
رشد طبیعی جمعیت در ۱۰۰۰ نفر سال ۱۴۰۰



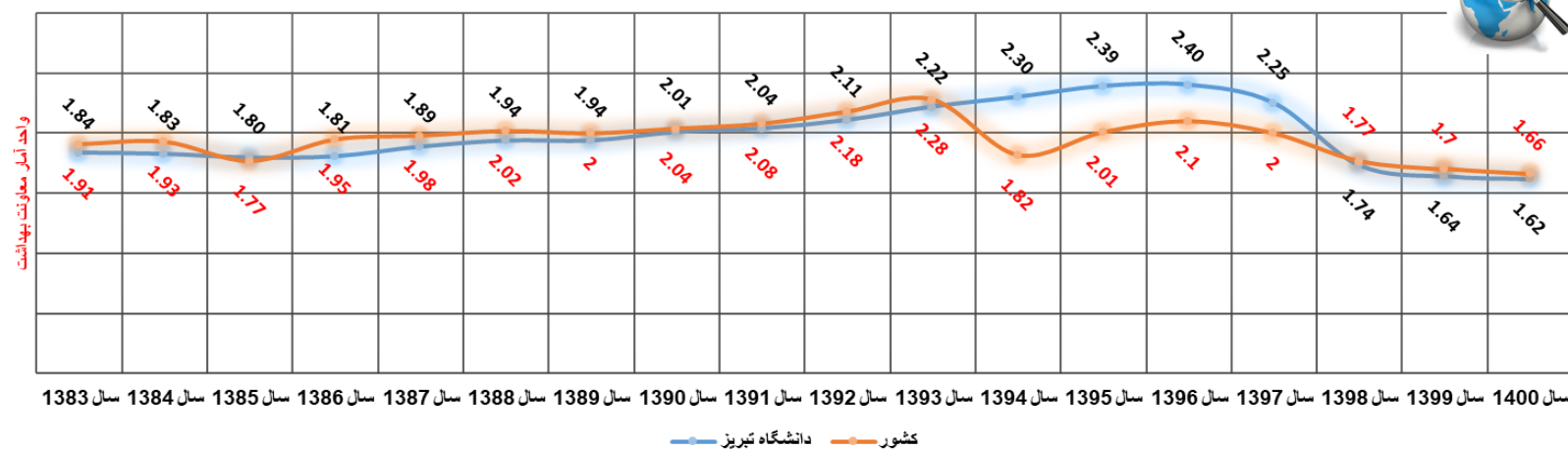


نمودار فوق روند رشد طبیعی جمعیت به همراه میزان مرگ خام و میزان تولد خام را نشان می‌دهد، رشد طبیعی جمعیت از سال ۱۳۹۲ تا سال ۱۴۰۰ با شیب ملایمی روند کاهشی داشته است که این امر به دلیل کاهش میزان موالید و افزایش میزان مرگ خام بوده است. همچنین در نمودار فوق مشاهده می‌شود که میزان موالید تا سال ۱۳۹۶ روند کاهشی ملایمی داشته است ولی پس از آن روند کاهشی آن با شیب تندتری ادامه پیدا کرده و از ۱۷.۸۷ در سال ۱۳۹۲ به ۱۱.۵۸ در سال ۱۴۰۰ رسیده است. میزان مرگ خام تا سال ۱۳۹۸ شیب ملایمی داشته است که با شیوع بیماری کووید ۱۹ این روند با شدت بیشتری مشاهده می‌شود.

میزان باروری کل



ترند نرخ باروری کل (TFR) کشور و استان از سال ۱۳۸۳ تا ۱۴۰۰

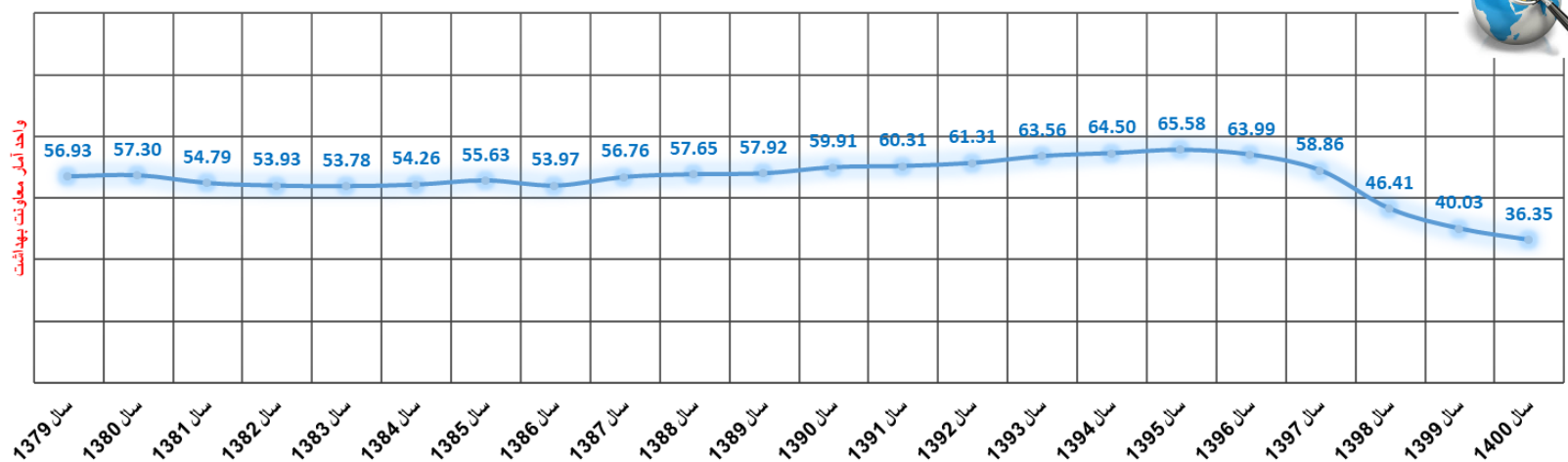


میزان زاد و ولد طی دهه های گذشته به شدت کاهش یافته است. میانگین باروری کل در منطقه آسیا/اقیانوسیه از سال ۱۹۷۰ تا ۲۰۱۶ تقریباً ۳ فرزند به ازای هر زن کاهش یافته است. نرخ باروری در زنان در اقتصادهای فقیر نسبت به زنان در کشورهای ثروتمند بسیار بالاتر است. در سال ۲۰۱۶، زنان در کشورهای OECD و کشورهای شرق آسیا دارای کمترین فرزند در مقایسه با این تعداد بودند. از آنجا که زنان بیشتری به تحصیلات بالاتر می رسند و به دنبال مشاغل بازار کار هستند، تمایل دارند بچه دار شدن را به تعویق بیندازند و یا به طور کلی فرزند کمتری داشته باشند.

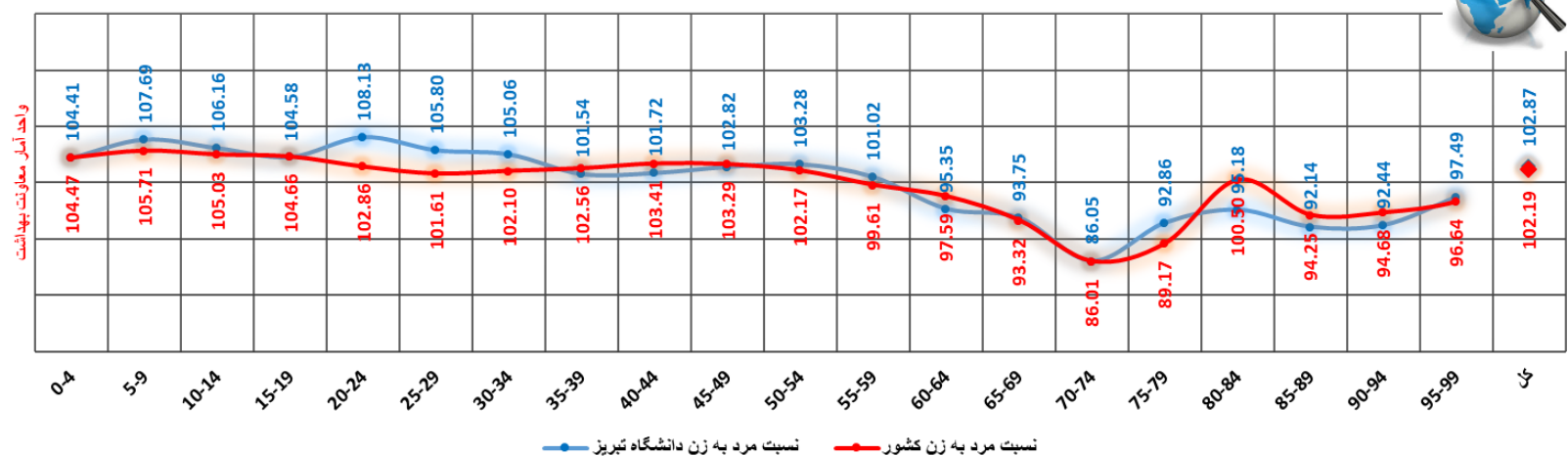
* متوسط تعداد فرزندان که یک زن ۱۰ تا ۵۴ سال در طول دوره باوری خود به دنیا می آورند. اگر آنها در طول زندگی خود در معرض باروری در یک دوره معین باشند و فرزندان آنها زنده بمانند، به عنوان فرزندان به ازای هر زن بیان می شود.

فرآیند انتقال جمعیتی نرخ باروری در ایران و به تبع آن در دانشگاه تبریز روند کاهشی داشته است. کاهش تمایل به فرزندآوری و به دنبال آن کاهش میزان باروری می تواند پیامدهای جدی بر رشد اقتصادی داشته باشد. کاهش موالید همچنین پیامدهایی برای پویایی جمعیت در سالهای آینده به همراه خواهد داشت به این ترتیب که کاهش تعداد موالید در چند سال آینده می تواند باعث کاهش جمعیت واقع در سن کار در دهه های آتی شود. روند میزان باروری دانشگاه تبریز در سالهای اخیر نشان می دهد، تا سال ۱۳۹۶ سطح باروری با یک شیب ملایم افزایشی را تجربه نموده است. ولی در سال ۱۳۹۷ روند کاهشی با شدت بیشتری اتفاق افتاده است. میزان باروری کل در سال ۱۳۹۶ به عدد ۲.۴۰ رسیده بود بدین معنی که در سال ۱۳۹۶ به طور میانگین هر زن ایرانی در طول دوره باروری خود ۲.۴ فرزند به دنیا می آورد، این روند کاهشی از سال ۱۳۹۷ کماکان ادامه داشته است. این کاهش پاسخی به تغییر سیاستهای جمعیتی کشور در دهه های اخیر بوده است. یکی از مهمترین دلایل آن تاخیر در سن فرزندآوری و تغییرات ساختمان سنی جمعیت بوده است.

ترند نرخ باروری عمومی از سال ۱۳۷۹ تا ۱۴۰۰



نمودار نسبت جنسی مردان به زنان براساس گروه های سنی زیج حیاتی - سال ۱۴۰۰



تعریف خانوار

در معیار بین‌المللی، خانوار شامل افرادی است که در امرار معاش و خوراک اصلی روزانه شریک و سهم باشند، جمعیت‌شناسان و صاحب‌نظران علوم اجتماعی در تعریف خانوار می‌گویند: 'خانوار یک واحد آماری است با ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی معینی، مرکب از افرادی که در یک کانون زندگی می‌کنند (وحدت زندگی)، زیر یک سقف می‌خوابند (وحدت محل سکونت)، هم خرج هستند، (وحدت بودجه) و دور یک میز یا سفره غذا می‌خورند (هم‌سفرگی)' . کاربرد اصطلاحات آتش، اجاق و کانون که هنوز هم در بعضی موارد استعمال می‌شوند، یادآور مفهوم خانوار است.

بعد خانوار و شاخص‌های آماری آن

منظور از بعد یا حجم خانوار در پژوهش‌ها جمعیتی تعدادی از افراد است که به‌طور رسمی و یا عرفی یا شرعی جزو یک خانوار محسوب می‌شوند. بعد خانوار که تسامحاً به‌جای خانواده نیز به کار می‌رود، بیشتر یک مفهوم آماری و جمعیت‌شناختی است. در سرشماری‌ها و بررسی‌های نمونه‌ای معمولاً خانوار را مورد مطالعه قرار می‌دهند. شاخص‌های مهمی که در اندازه‌گیری بعد خانوار به کار می‌روند، عبارت است از:

- **میانگین:** یکی از شاخص‌های اندازه‌گیری بعد خانوار، میانگین یا متوسط حجم خانوار است که از تقسیم کل یک جامعه در زمان معین بر تعداد کل خانوارها به‌دست می‌آید.

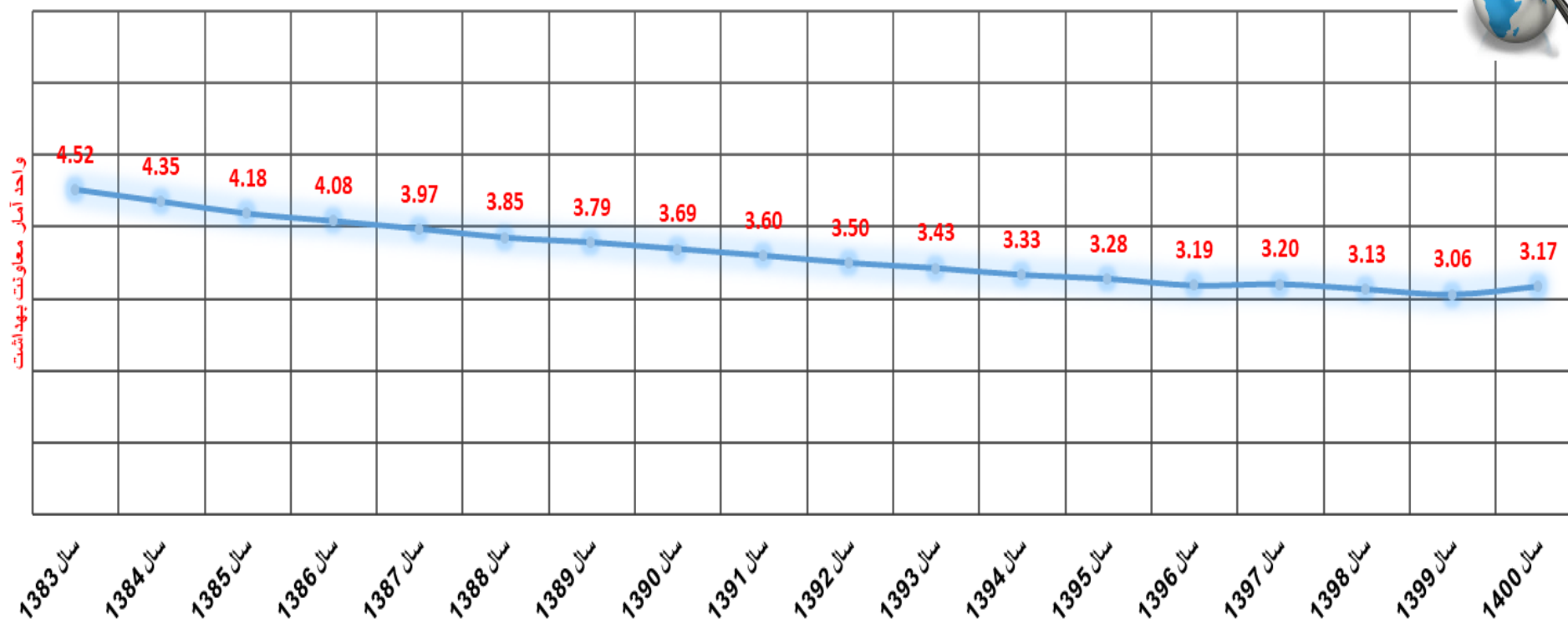
- **میان:** شاخصی است که نصف خانوارهای جامعه بیشتر و نصف دیگر کمتر از آن هستند.

- **نما یا مد:** شاخصی است که رایج‌ترین بعد خانوار را در جامعه نشان می‌دهد.

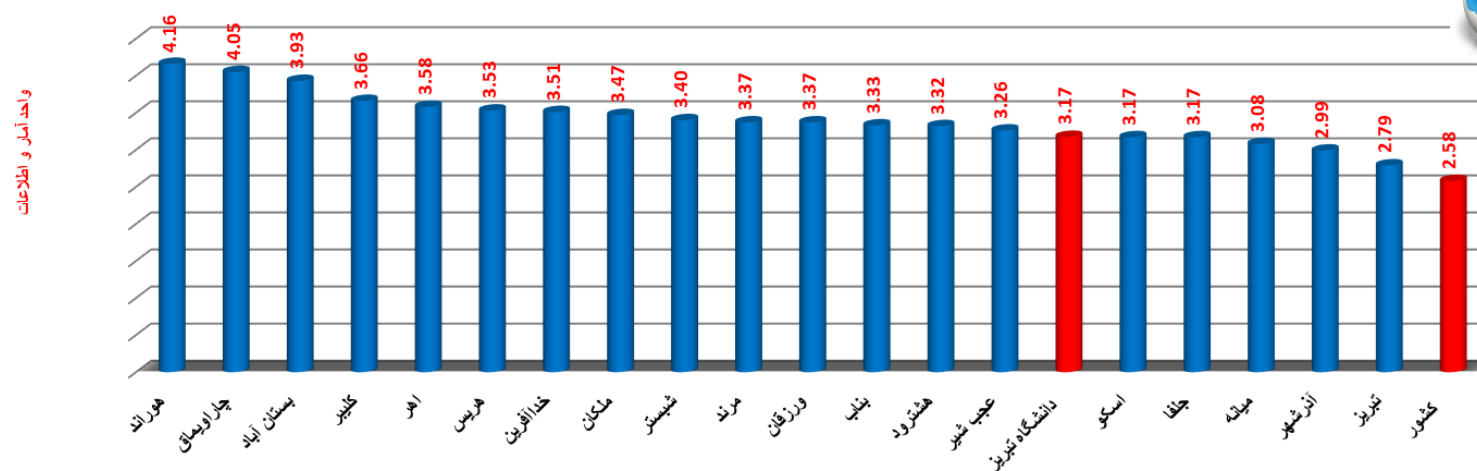
مطالعات آماری حاکی از آن است در حالی که میانگین بعد خانوارهای ایران در سال ۱۳۳۵، ۸.۴ نفر بود، در سال‌های ۱۳۴۵، ۱۳۵۵، ۱۳۶۵ و ۱۳۷۵ به ترتیب به ۵/۰، ۵/۰۲، ۵/۱۰ و ۴/۸۵ نفر تغییر یافته است. در سال ۱۳۷۵ میانگین بعد خانوارهای شهری ایران ۶/۶۴، خانوارهای روستائی ۵/۲۳ و خانوارهای عشایری ۵/۴۳ نفر بوده است (سرشماری ۱۳۷۵).

بعد خانوار دانشگاه تبریز طبق آمار و اطلاعات موجود از سال ۱۳۸۳ روند نزولی داشته است به طوری که از ۴.۵۲ در سال ۱۳۸۳ به ۳.۱۷ در سال ۱۴۰۰ رسیده است. در ادامه بعد خانوار شهری و روستایی و کل برای سال ۱۴۰۰ آورده شده است. بعد خانوار در دانشگاه تبریز از میانگین کشوری بالاتر می باشد.

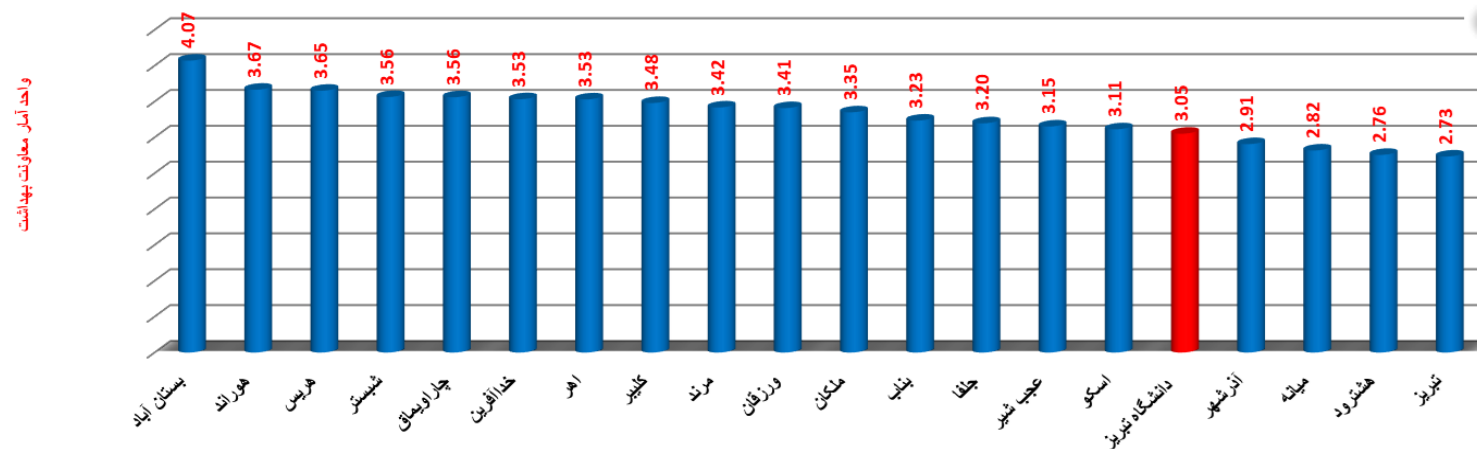
ترند بعد خانوار از سال ۱۳۸۳ تا ۱۴۰۰

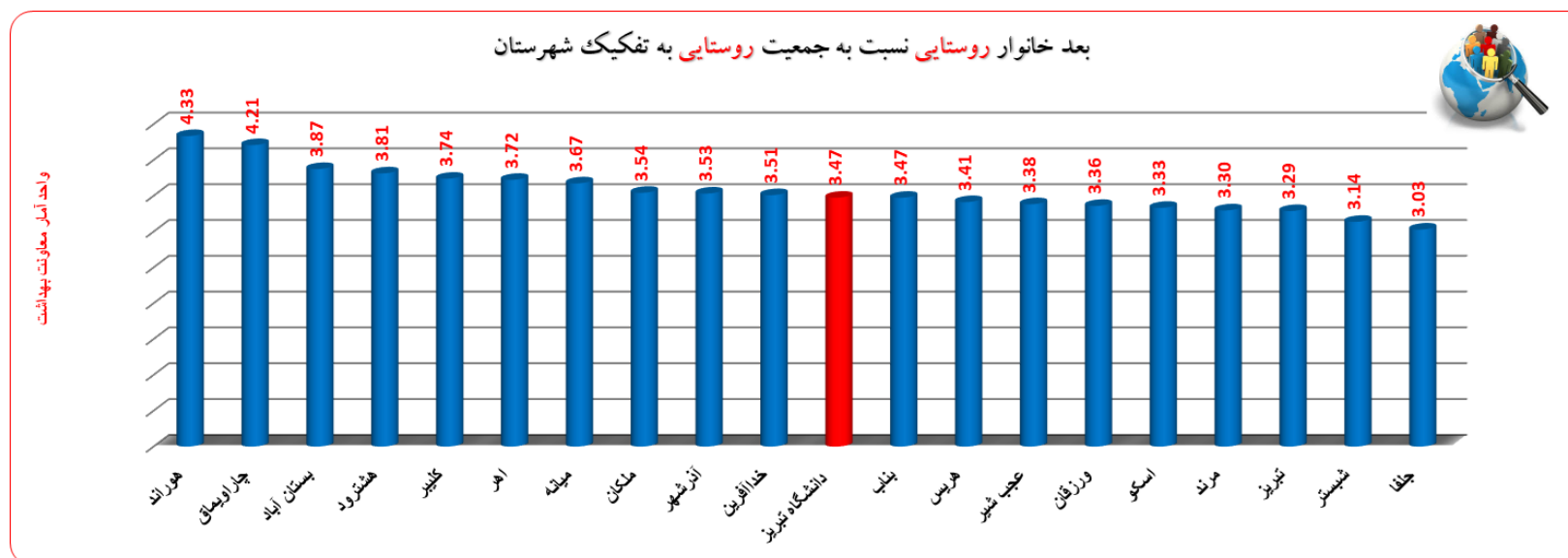


بعد خانوار کل جمعیت به تفکیک شهرستان



بعد خانوار شهری نسبت به جمعیت شهری به تفکیک شهرستان





انتظارات

- ثبت اطلاعات دقیق در سامانه توسط کاربران
- آموزش و رصد اطلاعات ثبت شده در سامانه
- ثبت اطلاعات جمعیتی در ابتدای سال و بازه زمانی مشخص شده
- تکمیل موارد زیج حیاتی به صورت دقیق و منظم
- مداخلات لازم در صورت عدم ثبت اطلاعات و یا اشتباه در اطلاعات ثبت شده با توجه به استخراج شاخص ها
- راستی آزمایی اطلاعات ثبت شده
- تشکیل و برگزاری جلسات با مریبان و مراقبین ناظر برای هماهنگی ثبت اطلاعات
- تشکیل و برگزاری جلسات جهت بررسی شاخص های استخراج شده
- ارسال پیشنهادات و انتقادات جهت بهبود عملکرد سامانه و گزارشات موجود در آن

مشکلات و چالش های فعلی:

- نبود زیرساخت های سخت افزاری یا نرم افزاری (برخی از شهرستان ها و واحدها)
- عدم ثبت اطلاعات در بازه زمانی مشخص
- ثبت اطلاعات نادرست
- عدم همخوانی برخی از اطلاعات با سازمانها و ادارات مربوطه

پرونده الکترونیک سلامت:

با ابلاغ راه اندازی پرونده الکترونیک سلامت و الزامات آن، حذف یا به حداقل رسانی اسناد کاغذی در دستور کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان های تابعه و دستگاه های ذی ربط قرار گرفته است.

پرونده الکترونیک سلامت به زبان ساده ، مجموعه ای الکترونیکی از سوابق پزشکی بیمار است که تشخیص ها، داروها، برنامه های درمانی، آزمایش ها و نتایج آزمایشگاهی، آلرژی ها، ثبت اطلاعات بیمار و ... را شامل می شود. در حقیقت وظایف اصلی پرونده الکترونیک سلامت به طور کلی شامل این ۸ مورد است:

❖ ثبت درخواست های پزشک

❖ مدیریت نتایج

❖ منبعی از اطلاعات و داده های سلامت

❖ پشتیبانی از تصمیمات بالینی

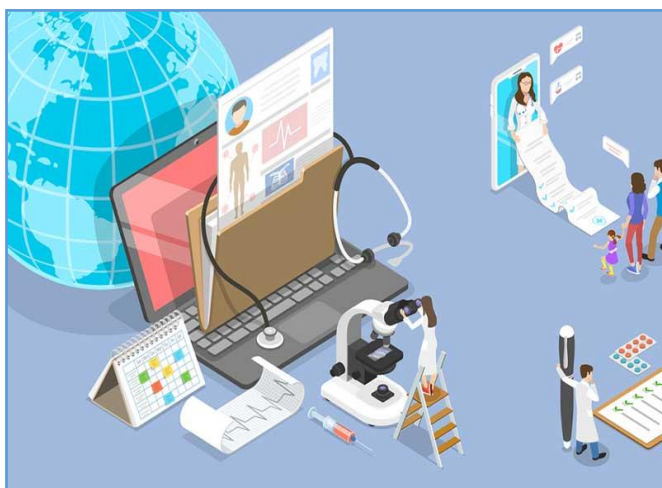
❖ دسترسی آسان به داده های پزشکی و ارتباطات الکترونیکی

❖ پشتیبانی و حمایت از بیمار

❖ پشتیبانی از فرآیندهای اداری

❖ گزارش دهی و مدیریت سلامت جمعیت

نام بیمار	تاریخ تولد	شماره بیمه	شماره کارت ملی	شماره شناسنامه	شماره شناسنامه	شماره شناسنامه	شماره شناسنامه	شماره شناسنامه	شماره شناسنامه
1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20
1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20
1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20
1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20
1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20
1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20
1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20
1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20
1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20	1395-05-20



فواید پرونده الکترونیک سلامت:

- دسترسی به خدمات مطلوب
- صرفه جویی در وقت
- صرفه جویی در مصرف کاغذ
- تعامل بیشتر : یکی دیگر از فواید مهم استفاده از EHR برای پزشکان و بیماران این است که این سیستم ها قابلیت تعامل با سایر نرم افزارها را دارند.
- پورتال بیمار
- شناسایی بیماری های اپیدمیک
- بازیابی سریع آمار حیاتی

خدمات:

- ثبت مراقبت های مربوط به گروه های سنی
- دسترسی به پرونده خدمت گیرندگان توسط ارائه دهندگان خدمت
- قابلیت انتقال خلاصه پرونده الکترونیکی به سامانه های سطح دو و سه
- در دسترس بودن سامانه های مربوطه برای خدمت دهندگان

انتظارات :

- همکاری و هماهنگی لازم در خصوص اجرای هرچه بهتر این فرایند در مراکز تحت پوشش
- مدیریت نتایج پرونده الکترونیک سلامت
- گزارش دهی و مدیریت سلامت جمعیت با استفاده از ظرفیت های موجود پرونده الکترونیک سلامت
- آگاه سازی خدمت دهندگان و خدمت گیرندگان در خصوص آثار و نتایج پرونده الکترونیک سلامت
- مداخله در صورت نیاز بر اساس گزارشهای پرونده الکترونیکی

مشکلات و چالش های فعلی:

- محدودیت در سرعت انتقال داده ها
- محدودیت در دسترسی به اینترنت در بعضی از نقاط
- عدم آماده سازی زیرساخت ها
- نیاز به آموزش و بازآموزی بیشتر کارکنان

ارجاع الکترونیک :

ارجاع از سطح مراقبت های اولیه سلامت به متخصص که می تواند در مراکز بهداشتی، مطب، کلینیک و یا بیمارستان باشد، یک فعالیت مهم روزانه است که به منظور استمرار مراقبت های پزشکی خوب از بیماران انجام می گیرد. هدف اصلی ایجاد و بهبود سیستم ارجاع، بهبود کیفیت مراقبت از بیمار است. ارجاع یک فرایند ارتباطی دو طرفه بین پزشکان مراقبت های اولیه سلامت و متخصصان بیمارستان ها است که هر دو نقش مهمی دارند. این وظیفه پزشک مراقبت های اولیه سلامت است که پیام واضحی راجع به نیاز و دلیل (ها) برای اجاع بیمار ارسال کند. از طرف دیگر، متخصص یک بیمارستان وظیفه انتقال بازخورد روشن درباره ارزیابی خود از وضعیت بیمار و یک برنامه مدیریت را بر عهده دارد. بنابراین ارجاع و بازخورد بین پزشک مراقبت های اولیه سلامت و بیمارستانها برای مراقبت و پیگیری بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است.

با توجه به اصل کاربرد تکنولوژی مناسب، از اصول چهارگانه نظام شبکه تعریف شده است که در شرایط فعلی و با رشد و توسعه فناوری پرونده الکترونیک سلامت و ارجاع الکترونیک و بازخورد میتواند مبتنی بر اقتصاد مقاومتی باعث تسهیل در امور بهداشتی و درمانی، مدیریت زمان برای دریافت کنندگان و ارایه دهندگان خدمت و صرفه جویی در هزینه های سنگین شود. که بر این باور تمامی مراحل نظام ارجاع و فرآیندها با ثبت در پرونده الکترونیک فرد انجام میشود. در حال حاضر این پرونده الکترونیک در کشور از طریق سامانه سیب و سامانه الکترونیک سینا و سامانه ناب انجام میشود. در نظام ارجاع در روستاها، بهورزان و در شهرها نیز مراقبان سلامت و پزشکان عمومی تشخیص و ضمن ارایه خدمات و مراقبت های نوین جهت تکمیل فرآیند خدمات، در صورت نیاز بیمار را به سطح ۲ تخصصی ارجاع میدهند که در این راستا نوبت دهی الکترونیکی پزشک متخصص در سطح یک در مرکز خدمات جامع سلامت به شکل الکترونیکی و یکپارچه تعیین میشود و در سطح ۲ پس از تکمیل فرآیند خدمت از طریق بازخورد الکترونیکی همکاران سطح یک از نتیجه اقدامها مطلع میشوند و پیگیری مراقبت ها انجام میشود.

با اجرای نظام ارجاع، هم مردم بهتر راهنمایی خواهند شد و هم هزینه ها کنترل میشوند، همچنین مردم از هزینه ها و تقاضاهای القایی مصون خواهند شد.

ارجاع: به فرآیندهای تعیین کننده نحوه ارتباط فرد با نظام سلامت و استفاده وی از سطوح خدمات این نظام را "ارجاع" میگویند. این برخورداری میتواند از خدمات سطح همسان باشد که به آن «ارجاع افقی» میگویند یا بین سطوح سه گانه باشد که «ارجاع عمودی» نامیده میشود.

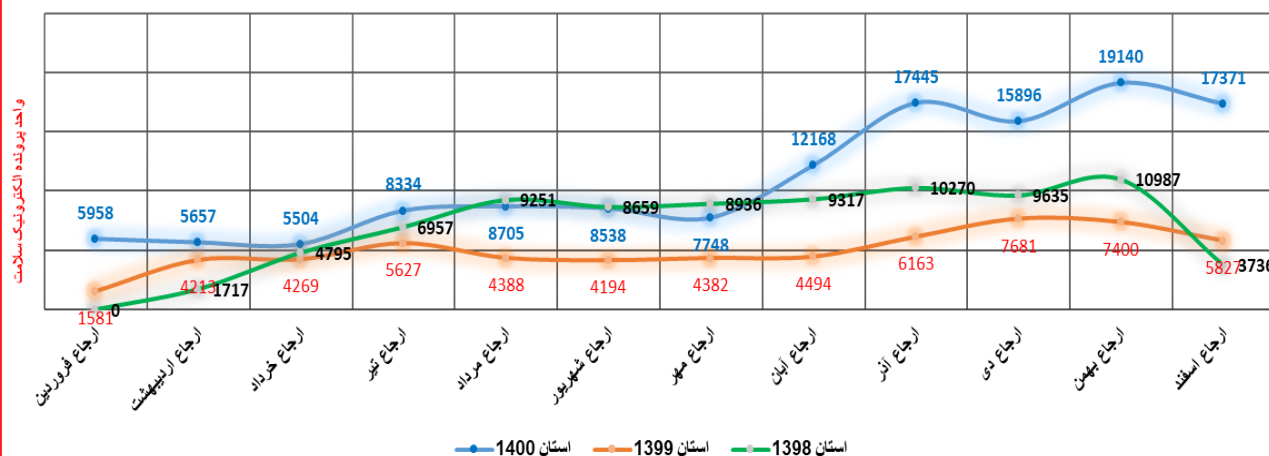
پسخوراند: فرآیندی که در آن پاسخی شامل اقدامهای انجام شده و اقدامهای بعدی که باید انجام شود، توسط ارجاع گیرنده به فرد ارجاع کننده داده میشود تا بدین ترتیب ضمن ایجاد نسخه ای برای عملکرد دو طرف، اطلاعات دو طرف ارجاع در خصوص فرد ارجاع شده همگون شده و به شکل عملکرد گروهی بیش از پیش نمود پیدا کرده و سلامت افراد پیگیری شده و ارتقا یابد.

خدمات:

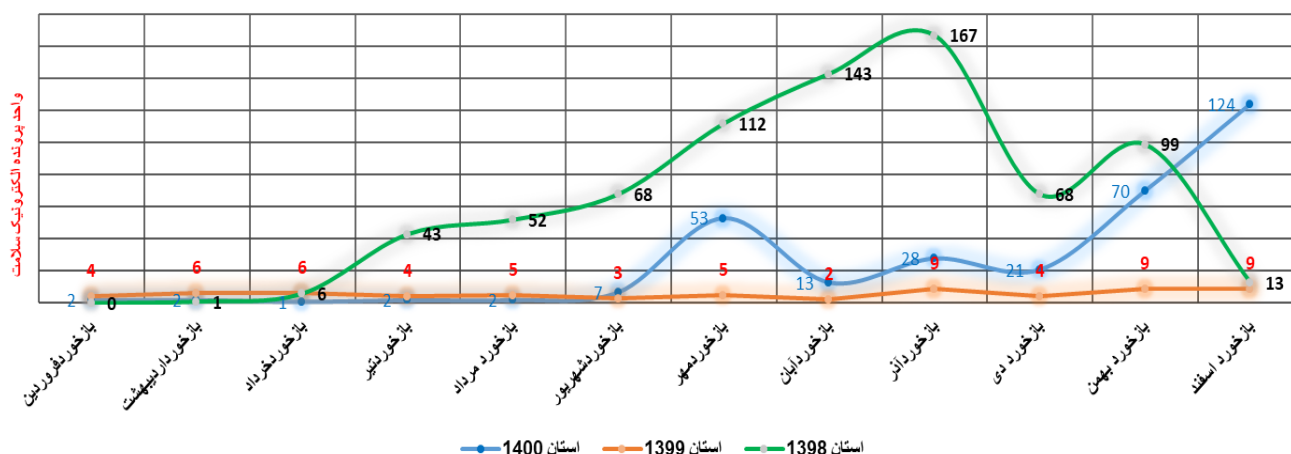
- ارائه خدمات ارجاع الکترونیک به همه خدمت گیرندگان
- نوبت دهی الکترونیکی
- دسترسی به پرونده الکترونیک فرد در سطوح بالاتر
- دریافت بازخورد ارجاع انجام شده و مشاهده برای خدمت دهنده سطح یک

شاخص های قابل استخراج از پرونده الکترونیک سلامت:

روند ارجاع سطح دو به تفکیک ماه های سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ - ۱۴۰۰ - دانشگاه تبریز

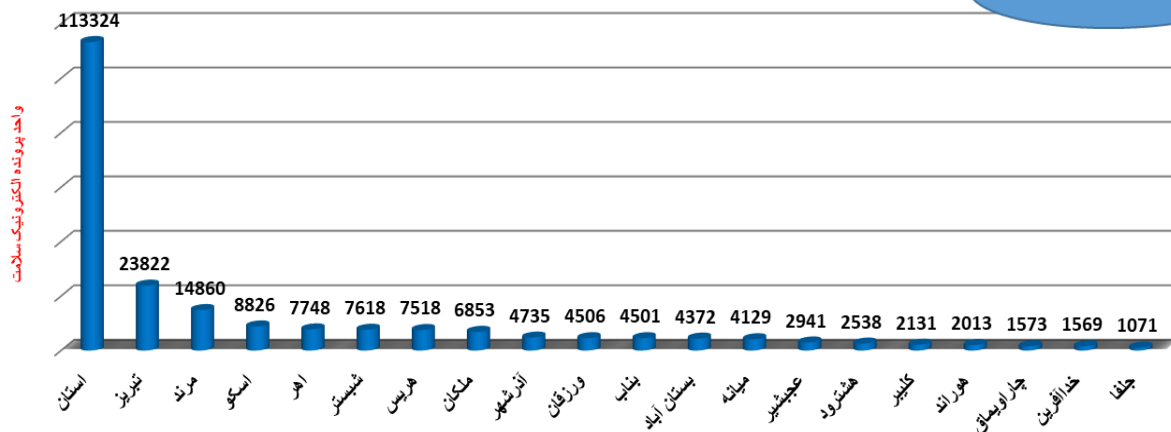


بازخورد ارجاع سطح دو به تفکیک ماه های سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ - دانشگاه تبریز



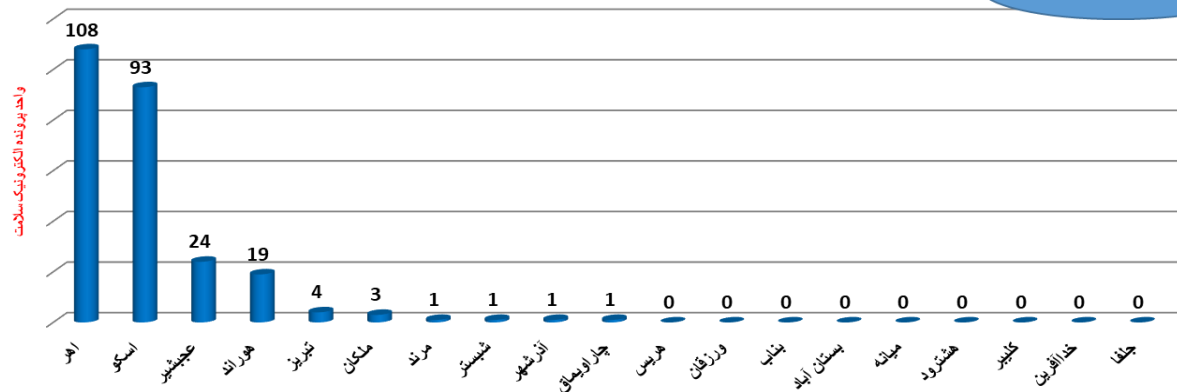
کل ارجاع به سطح دو سال ۱۴۰۰ - به تفکیک شهرستان

کل دانشگاه : 113324

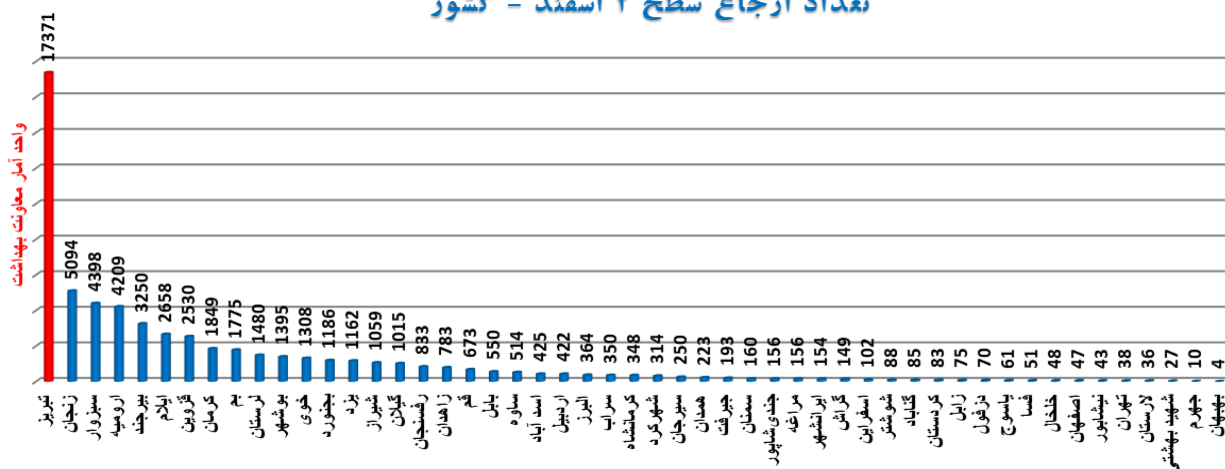


کل بازخورد ارجاع از سطح دو سال ۱۴۰۰ - به تفکیک شهرستان

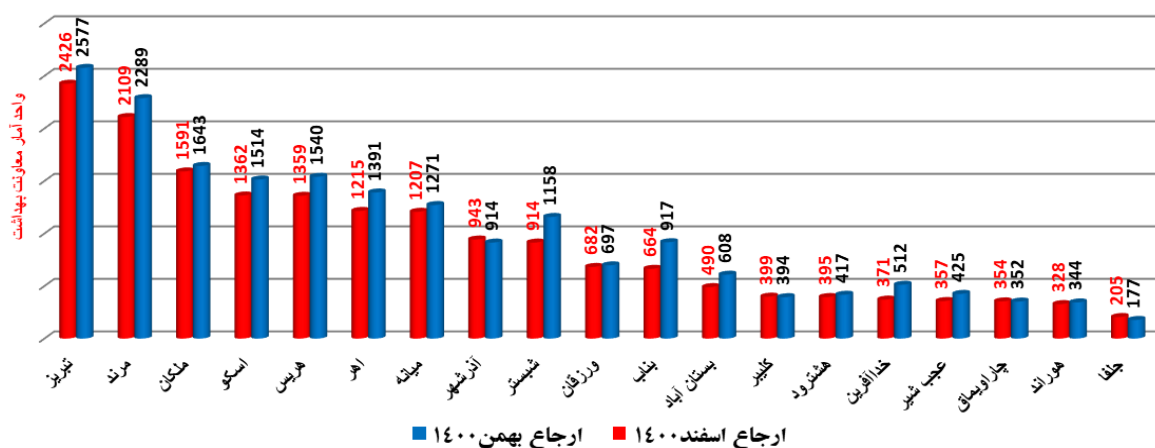
کل دانشگاه : 255



تعداد ارجاع سطح ۲ اسفند - کشور



تعداد ارجاع سطح ۲ اسفند و بهمن - دانشگاه تبریز



انتظارات :

- پیگیری و رفع موانع موجود در ارجاع الکترونیکی مربوط به شهرستان و مراکز بهداشتی زیر مجموعه ها
- اعلام موارد و مشکلات مربوط به سامانه های ارجاع الکترونیک به ستاد استان و پیگیری آن
- ایجاد زمینه همکاری و هماهنگی جهت سهولت انجام ارجاعات بین سطوح مختلف
- فرهنگ سازی در خصوص افزایش آگاهی مردم در مورد سلسله مراتب نظام ارجاع

مشکلات و چالش های

- مشکلات زیر ساختی مربوط به امکانات (کندی سرعت و قطعی اینترنت، کمبود امکانات سخت افزاری مانند چاپگر لیزری در خانه های بهداشت و...)
- ضعف در فرهنگ سازی و اطلاع رسانی به جامعه در مورد مزایای نظام ارجاع الکترونیک
- نبود امکان نوبت دهی الکترونیک از مطب ها و مراکز خصوصی
- نبود امکان ثبت الکترونیک تمام خدمات ارائه شده به دلیل مراجعات بیماران و نبود نیروی انسانی
- ضعف در ارسال پسخوراند از سطح ۲ و ۳ به سطوح پایینتر از نظر کمی و کیفی
- عدم اطلاع پزشکان متخصص از نظام ارجاع در سطح ۲ و تعامل با سطح ۱
- آگاهی ناکافی کارکنان ارائه دهنده خدمات در سطح دو
- مراجعه مستقیم بیماران به سطوح دو
- عدم اعتماد برخی پزشکان متخصص به ارائه خدمات در سطح یک در موارد نیاز به پیگیری بیماری
- نبود الزام قانونی جهت ارائه پسخوراند توسط متخصصان از سطح ۲ به ۱
- محدود بودن زمان دسترسی به پزشکان مستقر در سطح ۲

نسخه نویسی الکترونیکی:

تجویز نسخه الکترونیک به ارائه دهندگان خدمات مراقبت سرپایی اجازه می دهد تا نسخه ها را به صورت الکترونیکی به داروخانه ارسال کنند و می تواند یک سیستم مستقل یا بخشی از یک سیستم الکترونیکی ثبت پرونده سلامت باشد.

همه داروها و ثبت خدمات پزشکی، آزمایشگاهی، تصویربرداری ها و خدمات پاراکلینیکی را می توان با نسخه الکترونیکی تجویز کرد سوابق بیماری ها در نسخه نویسی الکترونیک آنلاین ذخیره می شود، بنابراین می توان هر زمانی به آن دسترسی پیدا کرد و باعث می شود در وقت صرفه جویی شود، روند را ساده می کند و تداخلات دارویی را بهبود می بخشد.

دسترسی به شرح حال، تشخیص و اطلاعات دارویی با کاهش خطاهای پزشکی، ایمنی بیمار را افزایش می دهد.

برای پیاده سازی نسخه الکترونیکی چند مورد ضروری باید مد نظر قرار بگیرد:

* همخوانی معنایی:

یکنواختی اجزای سامانه ها، بانک های اطلاعاتی، درگاه های تبادل اطلاعات و سرویس های الکترونیکی مرتبط با نسخه الکترونیک شامل نمونه (مدل مرجع)، شناسه گذاری (کدینگ) و ضوابط ابلاغی وزارت به طوری که جهت تعامل با یکدیگر در تعارض نباشند.

* چرخه حیات نسخه الکترونیک:

فرایندی است که از ابتدا تا انتهای حیات و ذخیره سازی نسخه الکترونیک را در بستر فناوری اطلاعات نشان می دهد.

* حداقل مؤلفه های لازم در نسخه الکترونیک :

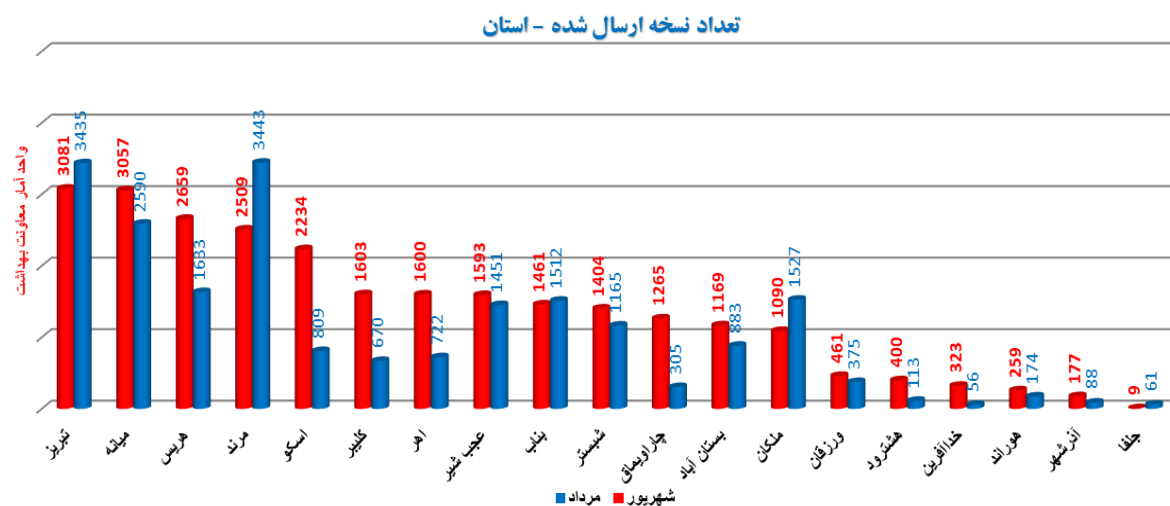
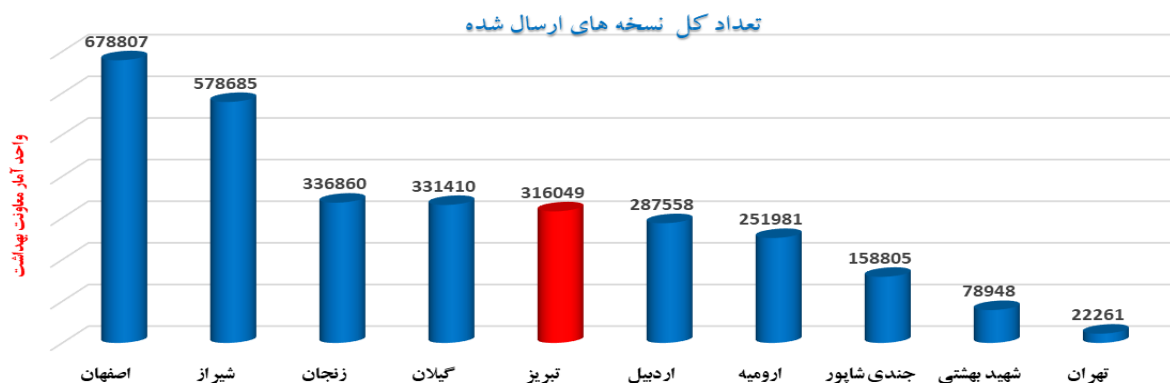
نسخه الکترونیک در برگیرنده حداقل مؤلفه های شماره (کد) ملی و مشخصات فردی بیمار برای افراد دارای کد ملی فعال و شناسه یکتا برای افراد فاقد شماره (کد) ملی، مشخصات فردی و شماره نظام پزشکی پزشک، شناسه یکتای مرکز ارائه خدمت، نوع و میزان خدمت، زمان ارائه خدمت، شناسه الکترونیک پرداخت بیمار و شناسه (کد) اختصاص پایانه فروشگاهی و هزینه خدمت به تفکیک سهم سازمان بیمه گر (پایه و تکمیلی)، سهم یسمه شده و سهم دولت (حسب مورد) است. این مؤلفه ها از طریق کارکرد و خروجی دو سرویس اصلی داده پیام نسخه نویسی یا تجویز گر و نسخه پیچی الکترونیکی و سایر سیستم های اطلاعاتی سرویس دهنده در نسخه الکترونیک و سرویس بانک قواعد الکترونیک بیمه بر اساس "ضوابط اجرایی طرح نسخه الکترونیک" تولید/استعلام و سپس ثبت می شوند.

اهداف: توسعه و استقرار سیستم یکپارچه نسخه الکترونیک در کشور و در تعامل با پرونده الکترونیک سلامت کلیه شهروندان.

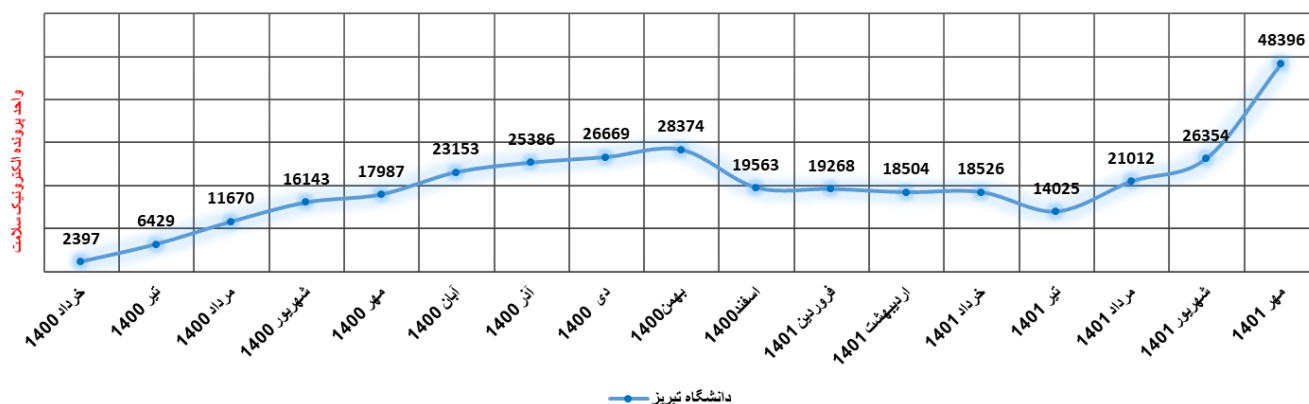
خدمات ارائه شده به گروه های هدف:

- ثبت نسخه ها به صورت الکترونیکی
- ثبت داروها در پرونده الکترونیکی خدمت گیرنده
- حذف نسخه کاغذی پزشکان
- تسریع در روند صدور دارو توسط داروخانه ها
- سهولت در مراجعات خدمت گیرندگان به مراکز بهداشتی، درمانی و داروخانه ها

شاخص های برنامه نسخه نویسی الکترونیکی:



توند تعداد نسخه ارسال شده خرداد ۱۴۰۰ تا مهر ۱۴۰۱ - دانشگاه تبریز



انتظارات :

- تعیین راهکارهای مناسب جهت پیش برد نسخه الکترونیکی
- آموزش سامانه های موجود در جهت ثبت نسخه ها
- الزام ارائه خدمات در قالب نسخه الکترونیکی برای تمامی خدمت دهندگان

مشکلات و چالش های فعلی:

- عدم وجود زیر ساختها در بعضی از مراکز ارائه دهنده خدمات
- قطع و وصلی های مکرر بین سامانه ها
- عدم آشنایی کافی برخی از کاربران با سامانه های مورد نیاز

شاخص های هیات امناء دانشگاه

عنوان شاخص	واحد شاخص	۱۴۰۰	۱۳۹۹	۱۳۹۸	۱۳۹۷
مرگ نوزادان	تعداد در هزار	۶/۶	۷/۲	۶/۱	۵/۴
مرگ کودکان زیر یک سال	تعداد در هزار	۹/۶	۱۰/۸	۱۰/۸	۸/۶
مرگ کودکان زیر پنج سال	تعداد در هزار	۱۱/۴	۱۲/۸	۱۲/۸	۱۰/۶
مرگ به علت سوانح و حوادث	درصد	۷٪	۶٪	۹٪	۹٪
مرگ به علت بیماری قلبی و عروقی	درصد	۳۸٪	۳۶٪	۴۵٪	۴۵٪
مرگ به علت سرطان	درصد	۱۳٪	۱۴٪	۱۹٪	۱۹٪
پوشش مراقبت دوران بارداری (حداقل یک بار مراقبت در طول بارداری)	درصد	۸۴	۸۴	۸۴	۷۵
پوشش مراقبت پیش از بارداری (در حال حاضر اعداد این شاخص از سامانه سیب قابل احصا نمیباشد)	درصد	۴۸٪	۴۸٪	۴۳/۵	۳۸٪
میزان شیوع دیابت در جمعیت بالای ۳۰ سال روستایی	درصد	۷٪	۷٪	۷٪	۶٪
پوشش حداقل دو بار مراقبت پس از زایمان	درصد	۶۷/۷	۶۳/۵	۷۸/۹	۷۸
پوشش خدمات هنگام ازدواج (سالیانه)	درصد	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
در صد پوشش تمام خدمات ارزیابی دوره ای سلامت میانسالان به تفکیک زن و مرد (در حال حاضر اعداد این شاخص از سامانه سیب قابل احصا نمی)	درصد	۲۰	۱۸	۲۳٪	۱۴٪
در صد پوشش تمام خدمات ارزیابی دوره ای سلامت <u>میانسالان زن</u>	درصد	۶۵/۴	۱۹/۱۰	۲۵٪	۱۶٪
در صد پوشش تمام خدمات ارزیابی دوره ای سلامت <u>میانسالان مرد</u>	درصد	۱۸/۰	۱۷/۱	۲۰٪	۱۳٪
نسبت تامین پزشک خانواده	درصد	۹۵٪	۹۳٪	۹۰٪	۸۹٪
میزان پوشش برنامه کشوری غربالگری کم کاری تیروئید نوزادان	درصد	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪

شاخص های جشنواره شهید رجایی (تسما)

وضعیت عملکرد دانشگاه علوم پزشکی تبریز در معاونت (بهداشت)

سقف امتیاز	امتیاز کسب شده	درصد تحقق
۲۷۵	۲۲۵	۹۵

جدول فراوانی وضعیت عملکرد شاخصهای محور (معاونت بهداشت)

جدول وضعیت کلی معاونت بهداشت

ردیف	شاخص	واحد سنجش	سقف امتیاز	خودارزیابی					کارشناسی					نهایی				
				سقف امتیاز مصداقی	هدف	عملکرد	امتیاز	درصد تحقق	سقف امتیاز مصداقی	هدف	عملکرد	امتیاز	درصد تحقق	سقف امتیاز مصداقی	هدف	عملکرد	امتیاز	درصد تحقق
۱	مطلوبیت آب آشامیدنی در مناطق روستایی (درصد)	درصد	۱۵	۹۲٫۷	۹۷	۱۵	۱۰۰	۱۰۰	۹۲٫۷	۹۷	۱۵	۱۰۰	۱۰۰	۹۲٫۷۰	۹۷	۱۵	۱۰۰	۱۰۰
۲	مطلوبیت آب آشامیدنی در مناطق شهری (درصد)	درصد	۱۵	۹۹٫۹	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۰۰	۹۹٫۹	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۰۰	۹۹٫۹۹	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۰۰
۳	بازرسی از مراکز تهیه، توزیع و عرضه مواد غذایی	درصد	۱۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۰۰
۴	بازرسی از اماکن عمومی دارای شرایط	درصد	۱۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۰۰
۵	میزان رضایت مردم از رسیدگی به شکایات	درصد	۳۵	۳۵	۱۰۰	۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۳۵	۹۹	۳۴٫۶	۳۵	۱۰۰	۳۴٫۶۵	۹۹	۹۹
۶	یوشش یزشک خانواده شهری	درصد	۱۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۰۰
۷	یوشش یزشک خانواده روستایی	درصد	۱۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۰۰
۸	شیوع مصرف دخانیات در اقشار بالای ۱۵	درصد	۳۵	۳۵	۱۰۰	۶۰٫۷۰	۳۵	۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۳۵	۰	۳۵	۳۵	۱۰۰	۳۵	۰	۳۵
۹	یوشش خطر سنجی قلبی عروقی در جمعیت	درصد	۲۰	۲۰	۵۰	۵۶٫۹	۲۰	۱۰۰	۲۰	۲۰	۷۸٫۶	۲۰	۱۰۰	۲۰	۵۰	۷۸٫۶۰	۲۰	۲۰
۱۰	میزان مرگ نوزادان در هزار تولد زنده (معکوس)	درصد	۲۰	۲۰	۵۰	۴۰٫۷۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۲۰	۴۰٫۷۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۵۰	۴۰٫۷۰	۲۰	۲۰
۱۱	میزان مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه در هزار تولد	درصد	۲۰	۲۰	۶۰٫۴۱	۶۰٫۴۱	۲۰	۱۰۰	۲۰	۲۰	۶۰٫۴۱	۲۰	۱۰۰	۲۰	۶۰٫۴۱	۶۰٫۴۱	۲۰	۲۰
۱۲	پیاده سازی پرونده الکترونیک	درصد	۲۰	۲۰	۱۰۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۲۰	۲۰
۱۳	پیاده سازی نسخه نویسی الکترونیک	درصد	۲۰	۲۰	۱۰۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۲۰	۲۰
۱۴	نسبت بیماران تحت مراقبت HIV به کل بیماران	درصد	۱۵	۷۰	۸۲٫۲	۱۵	۱۰۰	۱۰۰	۸۲٫۲	۱۵	۷۰	۳۰	۴۰	۱۵	۷۰	۲۱	۳۰	۴۰

با تشکر از همکاران ستاد شهرستان که با نظارت به موقع در ثبت دادها و رصد جهت بررسی صحت دادها در سامانه ها و فرایندها گروه آمار، در جمع آوری همکاری و همیاری نموده اند.

ردیف	شهرستان	نام و نام خانوادگی	ردیف	شهرستان	نام و نام خانوادگی
1	آذر شهر	فاطمه نظری	۱۶	چار اویماق	فهیمة رحیمی
2	اسکو	مهدی سرباز وطن	17	چار اویماق	سجاد نیک سرشت
3	اسکو	الیه تیمور پور	18	خداآفرین	ابوذر صفری
4	اهر	رقیه صالحی	19	خداآفرین	حسین حبیب زاده
5	اهر	شهلا قلی پور	20	شبستر	زهرا رجب زاده
6	بستان آباد	راحله علمی	21	عجب شیر	فاطمه رضایی
7	بناب	مهرناز وند جلیلی	22	عجب شیر	رباب نیکخو
8	بناب	موسی هرگلانی	23	کلیبر	جلال خیر خواه
9	تبریز	رقیه کرامتی	24	ملکان	جهانبخش عزتی
10	تبریز	فاطمه مونسیان	25	ملکان	لیلا نقی پور
11	تبریز	لیلا اسکندری	26	میانه	رقیه جلیل پور
12	جلفا	لیلا شبانی	27	میانه	فرزانه محمدی
13	جلفا	شهین صدیقی	28	میانه	خدیجه رضایی
14	هریس	علی اصغر بهنامی	29	ورزقان	هدایت قلی زاده
15	هشترود	بنیامین عالی	30	مرند	طیبه انامق نژاد



ارتقای بهره‌وری منابع، افزایش رضایتمندی مشتریان (اعم از درونی و بیرونی)، بهبود سطح بهره‌مندی (کیفی و کمی) و بهبود ساختار و روش انجام کار از اهداف کلان حوزه بهداشت می‌باشد که تحقق آنها متضمن دسترسی به اطلاعات دقیق و قابل استناد از آمار و شاخص‌های عملکردی و برنامه‌ریزی مربوط به آن می‌باشد.