

باسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شاخص های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران

خرداد ۱۳۸۸



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
کرمانشاه

مرکز تحقیقات سلامت



معاونت سلامت

مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

گروه فن آوری و مدیریت اطلاعات و دبیرخانه تحقیقات کاربردی

شاخص‌های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران

تهیه و تدوین:

دکتر اردشیر خسروی، دکتر فرید نجفی، دکتر محمد رضا رهبر، دکتر محمد اسماعیل مطلق و آقای محمد جواد کبیر

شناسنامه کتاب

کتابخانه ملی ایران

نام کتاب: شاخص های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران

تهیه و تدوین: دکتر اردشیر خسروی، دکتر فرید نجفی، دکتر محمد رضا رهبر، دکتر محمد اسماعیل مطلق
و آقای محمد جواد کبیر

ویراستار: دکتر اردشیر خسروی و دکتر محمد رضا رهبر

صفحه آرای: پرویندخت نمیرانیان

ناشر:

چاپ:

نوبت چاپ: اول - تابستان ۱۳۸۸

تعداد کل صفحات:

شمارگان: ۲۰۰۰ نسخه

شابک:

همکاران اصلی به ترتیب حروف الفبا:

- ۱- آقای امیر مسعود آزاد
- ۲- خانم معصومه ابراهیمی توانی
- ۳- خانم حوریه اصلانی
- ۴- خانم عصمت جمشید بیگی
- ۵- خانم آزاده درمیانی
- ۶- دکتر عزیزاله عاطفی

سایر همکاران :

مرکز سلامت خانواده و جمعیت

آقای دکتر امیر امیر خانی

خانم اعظم دخت رحیمی

مرکز مدیریت بیماریهای واگیر - مرکز مدیریت بیماریهای غیر واگیر

آقای دکتر محمد مهدی گویا

آقای دکتر حسن آقاجانی

آقای دکتر محمد عقیقی

خانم ناهید پدرام

خانم کتایون آقایی

مرکز سلامت محیط و کار

آقای دکتر مصطفی غفاری

خانم ژانت فرساد

مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت

خانم دکتر ناهید جعفری

خانم صدیقه صادقیان

آقای دکتر محمد عابدیان

آقای دکتر حسین کاظمینی

خانم دکتر ناهید نوائیان

دفتر سلامت روانی - اجتماعی - مدارس

آقای دکتر محمد باقر صابری زفرقندی

خانم شهناز باشتی

آقای دکتر علیرضا نوروزی

مرکز مدیریت حوادث و اورژانس کشور

آقای دکتر غلامرضا معصومی

آقای ابوالفضل سمیعی

خانم زهرا رحمانی زاده

آزمایشگاه مرجع سلامت

آقای دکتر سعید مهدوی

خانم حلیمه دانشمند

دفتر امور خدمات پرستاری

خانم اعظم گیوری

خانم آذر محمودی

خانم رفعت رضاپور

تشکر و قدردانی از:

آقای دکتر سید مؤید علویان

آقای دکتر علی اکبر حق دوست

آقای دکتر محمد موحدی

آقای دکتر محمد طباطبایی

آقای دکتر آرش عازمی خواه

تهیه کنندگان این مجموعه بر خود واجب می دانند که از کلیه مدیران، کارشناسان و سایر رده های حوزه سلامت در سطح دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی که به نحوی در مدیریت و جمع آوری و ارسال اطلاعات این مجموعه از سطوح پایین فعالیت نموده اند، تشکر و قدردانی نمایند.

۱- فصل اول مقدمه

مقدمه	۲
وضعیت موجود روش های جمع آوری اطلاعات سلامت در ایران	۱۰
سابقه تهیه و تدوین شاخص های سیمای سلامت	۱۳
مروری بر فصل های مختلف کتاب	۱۴

۲- فصل دوم سبک شناسی

منابع اطلاعاتی	۱۸
دوره زمانی شاخص ها	۱۹
اولویت بندی و انتخاب شاخص ها	۱۹
نحوه ارائه شاخص ها	۱۹
محدودیت های ارائه شاخص ها	۲۰

۳- فصل سوم شاخص های جمعیتی و مرگ و میر

جمعیت به تفکیک استان / دانشگاه علوم پزشکی	۲۲
میزان با سواد	۲۸
شاخص نرخ بیکاری	۳۲
شاخص جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر	۳۵
شاخص درصد جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله	۳۹
شاخص جمعیت کمتر از ۱۵ ساله	۴۲
شاخص نسبت سرباری	۴۵
شاخص درصد زنان شوهر دار	۴۸
میزان باروری کلی	۵۱
شاخص رشد جمعیت	۵۵
شاخص بعد خانوار	۵۹
میزان خام موالید	۶۲
میزان خام مرگ	۶۵
میزان مرگ کودکان کمتر از ۵ ساله	۷۰
میزان مرگ بزرگسالان	۷۴
روند کشوری مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان	۷۸
امید به زندگی	۷۹
شاخص های معلولیت	۸۹

۹۵.....	فصل چهارم شاخص‌های بیماریها و عوامل خطر
۹۷.....	شاخص شیوع دیابت
۱۰۱.....	شاخص درصد جمعیت تحت پوشش برنامه دیابت
۱۰۴.....	شاخص میزان خام موارد شناسایی شده سرطان در کشور
۱۰۸.....	شاخص میزان بروز مصدومین
۱۱۱.....	شاخص میزان مرگ و میر ناشی از حوادث
۱۱۵.....	شاخص درصد افراد دارای فشار خون بالا
۱۱۸.....	شاخص میانگین فشار خون
۱۲۲.....	شاخص میانگین نمایه توده بدنی (BMI)
۱۲۵.....	شاخص میانگین کلسترول خون
۱۲۸.....	شاخص درصد افرادی که حداقل ۱۰ دقیقه در روز ورزش میکنند
۱۳۱.....	شاخص مصرف دخانیات
۱۳۵.....	شاخص شیوع اختلالات روانپزشکی
۱۳۸.....	شاخص شیوع اختلالات روانپزشکی در جمعیت روستایی
۱۴۱.....	شاخص شیوع اختلالات روانپزشکی در جمعیت شهری
۱۴۴.....	شاخص درصد شیوع افسردگی در جمعیت بالای ۱۵ ساله
۱۴۶.....	شاخص شیوع اختلالات اضطراب در جمعیت بالای ۱۵ ساله
۱۴۹.....	شاخص میزان موارد خودکشی منجر به مرگ
۱۵۱.....	شاخص تعداد کل تخته‌های روانپزشکی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر
۱۵۵.....	شاخص میزان مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد
۱۵۷.....	شاخص تعداد مراکز درمان سوء مصرف مواد به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر
۱۵۸.....	شاخص تعداد بیماران تحت درمان نگهدارنده بامتادون به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر
۱۶۳.....	شاخص میزان بروز تب مالت
۱۶۷.....	شاخص میزان بروز سالک در استانها و دانشگاههای ایران
۱۷۰.....	شاخص میزان بروز موارد حیوان گزیدگی
۱۷۳.....	شاخص موارد جدید کیست هیداتید
۱۷۷.....	شاخص بروز موارد جدید سل بر حسب نوع سل
۱۸۳.....	واکسیناسیون در ایران
۱۸۳.....	پوشش واکسیناسیون در ایران

۵- فصل پنجم شاخص های پوشش خدمات سلامت.....	۱۸۷
بهداشت حرفه ای.....	۱۸۸
شاخص درصد کارگاههای شناسایی شده.....	۱۸۸
شاخص درصد کارگاههای تحت پوشش.....	۱۹۱
شاخص درصد شاغلین تحت پوشش.....	۱۹۵
شاخص درصد کارگاههای دارای تشکیلات بهداشت حرفه ای.....	۱۹۸
شاخص درصد کارگاههایی که عامل ارگونومیک در آنها کنترل گردیده.....	۲۰۱
درصد شاغلین شناسایی شده.....	۲۰۴
شاخص های بهداشت محیط.....	۲۰۷
شاخص درصد خانوارهای روستایی که به آب آشامیدنی دسترسی دارند.....	۲۰۷
شاخص درصد خانوارهای روستایی که از شبکه عمومی آب آشامیدنی برخوردار هستند.....	۲۱۰
شاخص درصد خانوارهای روستایی دارای توالت بهداشتی.....	۲۱۳
شاخص درصد اماکن عمومی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق شهری.....	۲۱۷
شاخص درصد اماکن عمومی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق روستایی.....	۲۲۰
شاخص درصد مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد خوراکی و بهداشتی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق شهری.....	۲۲۳
شاخص درصد مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد خوراکی و بهداشتی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق روستایی.....	۲۲۶
شاخص درصد بیمارستانهایی که جمع آوری زباله آنها مطلوب است.....	۲۲۹
شاخص درصد مراکز کاربرد پرتوهای یونساز در پزشکی که دارای شرایط حفاظتی مطلوب می باشند.....	۲۳۲
شاخص درصد حاملگی ناخواسته(زن و شوهر).....	۲۳۵
شاخص برنامه تنظیم خانواده.....	۲۳۹
شاخص درصد شیوع استفاده از روش سنتی پیشگیری از بارداری.....	۲۴۷
شاخص درصد شیوع استفاده از قرص های پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ ساله.....	۲۵۱
شاخص استفاده صحیح قرص های پیشگیری از بارداری.....	۲۵۵
شاخص درصد شیوع استفاده از IUD.....	۲۵۹
شاخص درصد شیوع استفاده از کاندوم.....	۲۶۲
شاخص نیاز برآورد نشده در تنظیم خانواده.....	۲۶۶
شاخص درصد کودکانی که تا یک سالگی با شیرمادر تغذیه شده اند.....	۲۶۹
شاخص درصد کودکان زیر ۶ ماه که بطور انحصاری با شیر مادر تغذیه می شوند.....	۲۷۲
شاخص درصد کودکان زیر ۴ ماه که بطور انحصاری با شیر مادر تغذیه می شوند.....	۲۷۵
درصد پوشش دو بار مراقبت در ۶۰ روز پس از زایمان.....	۲۷۸
درصد زایمان در مراکز زایمانی.....	۲۸۱

۲۸۴.....	درصد زایمان توسط افراد دوره دیده.....
۲۸۷.....	درصد پوشش مراقبت بارداری.....
۲۹۰.....	شاخص درصد زایمان به طریق سزارین.....
۲۹۴.....	شاخص درصد دانش آموزان تحت پوشش برنامه سلامت نوجوانان و جوانان و مدارس.....
۲۹۷.....	شاخص درصد دانش آموزانی که معاینه غربالگری شده اند.....
۳۰۰.....	درصد دانش آموزانی که معاینه پزشکی شده اند.....
۳۰۳.....	درصد دانش آموزانی که دارای اختلال بینایی هستند.....
۳۰۶.....	شاخص درصد دانش آموزانی که دارای اختلال شنوایی هستند.....
۳۰۹.....	شاخص درصد BMI، ۵ درصد و کمتر در دانش آموزان.....
۳۱۲.....	شاخص درصد دانش آموزانی که BMI آنان ۹۵ درصد و بیشتر است.....
۳۱۵.....	شاخص های شیوع کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری در کودکان زیر ۵ ساله.....
۳۲۰.....	شاخص نسبت بیمار همودیالیز به تخت دیالیز.....
۳۲۳.....	شاخص درصد جلسات دیالیز به روش بیکربنات به کل جلسات.....
۳۲۶.....	شاخص تعداد بخش های دیالیز خونی.....
۳۲۹.....	شاخص تعداد بخش های دیالیز صفاقی.....
۳۳۲.....	شاخص میزان شیوع هموفیلی.....
۳۳۵.....	شاخص میزان شیوع تالاسمی.....
۳۳۸.....	شاخص تعداد واحدهای فراهم آوری اعضای پیوندی.....
۳۴۱.....	شاخص پیوند کلیه از جسد.....
۳۴۴.....	شاخص میزان اهداء اعضا از جسد.....
۳۴۷.....	شاخص شیوع ام اس.....

۶- شاخص های نیروی انسانی و ساختار نظام سلامت..... ۳۵۱

۳۵۲.....	شاخص های نیروی انسانی برنامه پزشک خانواده.....
۳۶۴.....	شاخص های وضعیت اشتغال بهورزان.....
۳۷۵.....	شاخص های پرستاری.....
۳۸۷.....	شاخص های ساختار آزمایشگاه ها.....
۴۱۰.....	شاخص های بیمارستانی.....
۴۲۰.....	شاخص های واحد های بهداشتی درمانی.....

پیش‌گفتار

شاید نخستین سؤالاتی که ذهن سیاستگذاران نظام سلامت را به خود معطوف می‌دارد این است که مهم‌ترین مشکلات سلامت مردم چیست؟ برای حل این مشکلات مناسب‌ترین راه کارها کدامند و از چه منابعی می‌توان برای این کار بهره‌جست؟ با وجود سادگی این پرسش‌ها، تأملی عمیق در مفاهیم مشکلات سلامت و منابع قابل‌تحصیل یا در دسترس برای حل آنها، این نکته را به ذهن متبادر می‌کند که برای مناسب‌ترین پاسخ‌ها به نیازهایمان محتاج اطلاعات اختصاصی در حیطه‌های متعددی هستیم. این موضوع در قرن ۲۱ و در عرصه تغییرات وسیع و سریع در سیمای سلامت، بافت جمعیتی و عوامل تاثیرگذار بر وضعیت سلامت باوری مهم و واقعیتهای انکارناپذیر را نمایان می‌سازد که عبارت است از "نقش حیاتی اطلاعات مرتبط با سلامت در برنامه‌ریزی". به نظر می‌رسد که حیطه‌های اطلاعات مختلف سلامت برای برنامه‌ریزی را می‌توان در ۲ فصل طبقه‌بندی کرد؛ حیطه نخست ارزیابی وضعیت سلامت جامعه است. در این حیطه اطلاعات مختلف در زمینه بیماری و مرگ، بار مشکلات سلامت و سایر شاخص‌های اپیدمیولوژیک از اهمیت برخوردارند. این حیطه در واقع نیازهای سلامت را با قابلیت اولویت‌بندی بیان می‌کند. حیطه دوم شاخص‌های مرتبط با تقاضا، عرضه و الگوی بهره‌مندی از خدمات است. این حیطه بدان لحاظ برای برنامه‌ریزی مهم است که اساساً ساز و کارهای تنظیم بازار سلامت و توسعه عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت و کارآیی و عملکرد واحد‌های ارائه خدمات در آن گنجانده می‌شوند. این حیطه شامل شاخص‌هایی نظیر منابع قابل‌تحصیل برای نظام سلامت، عملکرد واحدها، میزان دسترسی، پوشش خدمات و نحوه بهره‌مندی و سایر شاخص‌های مرتبط است.

نکته مهم دیگری که باید در این مقدمه بر آن تاکید کرد موضوع روند شاخص‌هاست. مرور روند شاخص‌ها به برنامه‌ریزان سلامت این امکان را می‌دهد که ارزیابی نمایند که در طول دوره‌های مشخص زمانی نظام سلامت چه عملکردی داشته و بهره‌گیری از منابع مشتمل بر امکانات و تسهیلات بهداشتی و درمانی، منابع پولی، انسانی و قوانین و برنامه‌ها چه پیامدهایی را برای حل مشکلات سلامت داشته است. موضوع ارزیابی عملکرد نظام سلامت در سال‌های اخیر مورد توجه ویژه سازمان‌ها قرار گرفته و موجب گردیده نهادهایی نظیر سازمان بهداشت جهانی رویکردها و مفاهیم نوینی را در این زمینه ارائه دهند. این رویکردها عمدتاً دستاوردهای نظام سلامت در محورهای تعیین سطح سلامت، پاسخی گویا، شیوه‌های پرداخت مالی و نهایتاً کارایی و عدالت را مورد بحث قرار داده و اقدام به سنجش راه کارها برای نیل به این اهداف می‌نمایند.

موضوع مورد اهمیت دیگر در مباحثه اطلاعات سلامت سیاست‌های ملی و منطقه‌ای گردآوری اطلاعات است. اصولاً اطلاعات سلامت برای برنامه‌ریزی حیطه‌های مختلفی از شاخص‌ها را شامل می‌شوند که در مقاطع زمانی مختلف با راه کارهای متفاوتی گردآوری می‌شوند. این اطلاعات در کنار یکدیگر نمایی قابل‌استنتاج از وضعیت سلامت، عوامل موثر بر آن و منابع و امکانات را فراروی برنامه‌ریزان قرار می‌دهند که می‌توان آنها را به صورت پرونده‌ای مرور نموده و برای تصمیم‌گیری به کار بست. اعتبار اطلاعات مندرج در این پرونده سلامت، اختصاصی بودن و ارزش اخباری و زمان گردآوری اطلاعات مربوط به هر شاخص از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است که می‌بایست به آن توجه ویژه نمود. بدیهی است کیفیت این اطلاعات تابعی است از وضعیت ایجاد زیرساخت‌های لازم برای گردآوری داده‌ها که از روش‌های نظام ثبت جاری اطلاعات، سرشماری‌ها، مطالعات مقطعی و گزارش‌های پزشکی و سایر موارد به دست می‌آید.

آنچه که در فوق بدان اشاره شد جنبه‌های نظری موضوع گردآوری اطلاعات را مد نظر قرار داد. اما به طور قطع تحصیل تمامی آنچه که در فوق آمد در عمل به طور کامل مقدور نیست. در سال‌های گذشته تلاش‌های متفاوتی برای دستیابی به این اطلاعات در سطح کشور به عمل آمده و در این رابطه چندین گزارش ارائه شده است. آنچه که در این گزارش آمده حاصل تلاش همکاران ارجمندی است که سعی کردند با رعایت اصول و با بهره‌گیری از منابع اطلاعاتی در اختیار، گزارشی تهیه نمایند که به طور قطع

می توان از آن بهره های فراوانی در سیاستگذاری و برنامه ریزی های کشوری و منطقه ای برد. علاوه بر این مجموعه پیش رو می تواند به عنوان یکی از منابع اطلاعات پایه برای تعیین وضعیت موجود کشور در ابتدای برنامه پنجم کشور مورد استفاد قرار گیرد.

فرایندهای متعدد این مجموعه با حمایت ها و راهنمایی های مدیران حوزه معاونت سلامت به ویژه آقای دکتر محمد اسماعیل مطلق انجام شده است. همچنین فعالیتهای طراحی فنی و توصیف و تدوین اطلاعات توسط آقایان دکتر اردشیر خسروی، دکتر فرید نجفی، دکتر محمدرضا رهبر و محمد جواد کبیر انجام شده است که جای دارد از زحمات آنان تقدیر نمایم. علاوه بر این، بر خود واجب می دانم تا از سایر اعضای گروه همکار در تهیه این مجموعه نیز تشکر نمایم.

در پایان تذکر این مهم را واجب می دانم که آنچه که در گزارشاتی از این قبیل در سطح ملی و منطقه ای ارائه می شود سندی است برای انجام مداخلات و ارتقاء سطح سلامت آحاد مردمی که در پهنه میهن اسلامی زندگی می کنند. تلاش برای ایجاد زیرساخت هایی نیرومند و معتبر برای گردآوری اطلاعات حیاتی ترین راه کارها برای خدمتگزاری به آحاد مردم شریف ایران است. از درگاه ایزد منان برای تمام کسانی که در این مهم انجام وظیفه می نمایند توفیق و توانمندی روزافزون را آرزومندم. باشد که این اعمال در زمره آثار ماتأخر و ادای دین به مردم این مرز و بوم در درگاه ایزد منان برای آنان ثبت شود.

دکتر سید حسن امامی رضوی

معاون سلامت

فصل اول

مقدمه

مقدمه

سلامتی و تأمین آن یکی از مقوله‌هایی است که از دیر باز مورد توجه بشر بوده و دولت‌ها تلاش می‌کنند تا شرایطی را فراهم نمایند تا مردم از حداکثر سطح سلامت با توزیعی عادلانه از آن بهره‌مند شوند. ولی در گذشته، مقوله سلامتی به عنوان یک پدیده اجتماعی تلقی نمی‌شده و بیشتر به عنوان یک پدیده فردی به حساب می‌آمده است. با شکل‌گیری حکومت‌های مردم‌سالار، تأمین سلامتی به عنوان یک حق و درخواست اجتماعی در مجموعه وظایف دولت‌ها و تعهدات بین‌المللی آنها قرار گرفته است. در سال‌های اخیر رویکردهای سلامت روانی و اجتماعی در کنار سلامت جسمی توسط سازمان جهانی بهداشت طرح گردید. این رویکرد بینش کشورهای جهان و در نتیجه مداخلات مورد انتظار برای تحقق اهداف نظام سلامت را دگرگون نمود.

در طی سه دهه گذشته، ساختارهای سلامت به صورت جامع و نظام‌مندی شکل گرفته‌اند و با راهبرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی، نظام‌های سلامت کشورها تلاش کرده تا تأمین سلامت مردم را به عنوان یک اولویت در همه سیاست‌های خود در نظر بگیرند. بر همین اساس، تأمین و ارتقای سلامت جامعه یک کنش متقابل و یک پدیده دوسویه بین جامعه و دولتمردان شده است. این تبادل دو طرفه وقتی موفق خواهد بود که تأمین سلامت چراغ راه توسعه اجتماعی و اقتصادی باشد و از این پس توسعه اجتماعی، اقتصادی سلامت نگر نیاز و خواست دوراندیشان جامعه خواهد بود.

در طی سال‌های اخیر با شکل‌گیری نظام‌های سلامت و استفاده از راهبرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی، پیشرفت‌های چشمگیری در وضعیت سلامت مردم به دست آمده است. از جمله این دستاوردها می‌توان به ریشه‌کنی بیماری‌های واگیر مثل آبله، فلج اطفال، کاهش مرگ و میر کودکان و مادران اشاره نمود. ولی نظام‌های سلامت هنوز با چالش‌های متعددی مواجه هستند از جمله، **دگرگونی سیمای سلامت** و افزایش بیماری‌های غیر واگیر و بیماری‌های نوپدید که خطر زیادی برای تهدید سلامت مردم شده‌اند. از طرف دیگر، بحران‌های اقتصادی و کمبود منابع، نظام‌های سلامت را نیز تحت تأثیر قرار داده‌اند و با دستیابی به تکنولوژی‌های مدرن پزشکی نیز سالانه هزینه زیادی به نظام‌های سلامت و مردم تحمیل می‌شود. به عنوان مثال، بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸، سالانه حدود ۱۰۰ میلیون نفر در دنیا به دلیل هزینه‌های بهداشتی درمانی زیرخط فقر می‌روند (۱).

یکی از مشکلات کنونی در خصوص سلامت عمومی که دغدغه سیاستگذاران نظام‌های سلامت شده است، نابرابری‌های موجود در وضعیت سلامت مردم است. اگر چه سطح کلی سلامت مردم و شاخص‌های مربوط به آن در جوامع مختلف افزایش یافته ولی هنوز بسیاری از جوامع از نابرابری سلامت و دسترسی به خدمات سلامتی (از بعد اقتصادی، فرهنگی و جغرافیایی) رنج می‌برند. علت اصلی بسیاری از این نابرابری‌های سلامت، خارج از حیطه‌های اختیارات نظام‌های سلامت کشور هاست. عواملی از قبیل بی‌سوادی، کمبود درآمد خانوارها به دلیل توزیع ناعادلانه ثروت، نداشتن آگاهی و شیوه‌های نادرست زندگی و طبقه پایین اجتماعی، از جمله عواملی هستند که در شرایط کنونی بر سلامت مردم تأثیرگذار هستند که نادیده گرفتن آنها باعث عدم تحقق اهداف سلامتی و برقراری برابری در سلامت خواهد شد.

در جوامع انسانی، روش‌هایی که به وسیله آن‌ها یک پدیده اندازه‌گیری می‌شود، ادراک کلی آن پدیده را شکل می‌دهد (۲). از این رو اندازه‌گیری و پایش سلامت مردم یکی از مهم‌ترین پایه‌های علم بهداشت عمومی محسوب می‌شود (۲). در حقیقت، برای اینکه مشکلات سلامت مردم که روز به روز پیچیده‌تر می‌شوند، شناخته و اندازه‌گیری شوند، لازم است که اطلاعات و آمار ابعاد مختلف سلامت تولید شوند. آمار و اطلاعات سلامت در مراحل مختلف برنامه‌ریزی و سیاستگذاری سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرند. از جمله این مراحل می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- اولویت‌بندی مشکلات سلامت، تصمیم‌گیری و سیاستگذاری که مبنی بر شواهد و آمار و اطلاعات باشد.
- ارزشیابی تحقق اهداف سلامت از جنبه‌های مختلف تعیین اثر بخشی و هزینه‌کارایی برنامه‌های سلامت، همچنین با استفاده از آمار و اطلاعات می‌توان درصد تحقق اهداف هر یک از مداخلات سلامت را نیز سنجید.

- طراحی های مجدد برنامه های سلامت نیز نیاز به داده های پایه دارند تا به کمک آنها بتوان برنامه های سلامت را مورد بازنگری قرار داد.

اگر چه در برخی موارد اطلاعات و آمار سلامت چندان به عنوان یک ضرورت در نظر گرفته نمی شوند، ولی آنها محور برخی مباحث مهم سلامت هستند. آقای ماری^۱ پنج عامل را بر واکنش های متقابل بین عرضه و تقاضای اطلاعات سلامت با کیفیت موثر می داند (۲). این ۵ عامل عبارتند از:

۱- نیاز به مسوولیت بیشتر و شفاف سازی از طرف حکومت ها و سازمان های بین المللی، تقاضا برای داده های سلامت را افزایش می دهد. همچنین گروه های جامعه، دانشمندان و متخصصین و مردم می خواهند تا از پیشرفت های انجام شده در زمینه سلامت عمومی و پزشکی مطلع شوند. به عنوان مثال می توان به تمایلی که برای پایش پیشرفت اهداف توسعه هزاره (MDGs) وجود دارد، اشاره نمود.

۲- رسانه ها، افکار عمومی و مردم در خصوص آمار و اطلاعات و ادعاهای علمی در برخی موارد تردید دارند. مثال آن شک و شبهه ای است که در خصوص پیام های متفاوت اعلام شده در خصوص چربی در رژیم غذایی در طی ۲۰ سال گذشته وجود دارد. همچنین، شواهدی مبنی بر دستکاری در آمار و داده های بیماری سارس از دیگر مثال هاست.

۳- بسیاری از متخصصین، جوامع علمی و مردم به طور فزاینده ای مصرف کننده پیچیده اطلاعات سلامت شده اند. اطلاعات مورد نیاز از توصیف اپیدمیولوژی ساده در خصوص سلامت تا اطلاعات مورد نیاز در خصوص ابعاد مختلف سلامت مثل کیفیت، کارایی و برابری گسترش یافته است. متقاضیان اطلاعات سلامت، به جزئیات بیشتر اطلاعات در خصوص کمی نمودن حدود عدم اطمینان (uncertainty) آمارها نیاز دارند. افزایش ارتباطات و دسترسی به دیدگاه های مختلف از طریق اینترنت به پیچیدگیهای قضیه افزوده و بنابراین تقاضا برای شفافیت و مسوولیت در حال افزایش است.

۴- مسوولین برنامه های خدمات مختلف سلامت، بخصوص برنامه های عمودی مثل سل، مالاریا، برای جلب نظر افکار عمومی و سیاستگذاران، برای تولید اطلاعات برنامه های خود سرمایه گذاری می کنند. گزارش های سالانه، شبکه های رایانه ای، و سایر روش های انتشار اطلاعات، به عنوان یک ضرورت برای جلب حمایت های مالی و سیاسی این قبیل برنامه ها در نظر گرفته می شوند. آنها از این طریق تلاش می کنند تا برنامه هایشان در اولویت باقی بماند. یکی از نتایج این فعالیت ها، شاخص های بسیار زیادی است که باید اندازه گیری شوند. به عنوان مثال، برنامه مبارزه با مواد مخدر سازمان جهانی بهداشت (WHO) حدود ۹۸ شاخص برای پایش ساختار، فرایندها و نتایج برنامه دارد و یا واحد HIV حدود ۳۵ شاخص را برای این بیماری تعریف نموده است. بر اساس یک بررسی انجام شده و ارائه شده به دبیر کل سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲ میلادی، به این سازمان حدود ۳۵۰۰ شاخص را که همه برنامه های سازمان مذکور را در بر می گیرند پیشنهاد نموده اند. با این وجود برای بسیاری از این شاخص ها راه کار اندازه گیری، پیشنهاد و یا طراحی نشده است.

۵- اگرچه تقاضا برای اطلاعات و آمار سلامت افزایش یافته، ولی بستر اولیه برای جمع آوری داده های آن در بسیاری از کشور های در حال توسعه به سرعت ارتقاء پیدا نکرده است. از طرف دیگر، انقلاب تکنولوژی اطلاعات (IT) هنوز بر بستر مورد نیاز جمع آوری اطلاعات در بسیاری از نظام های سلامت کشور های در حال توسعه موثر واقع نشده است.

با توجه به موارد پیشگفت، تولید اطلاعات و شاخص ها در خصوص ابعاد مختلف سلامت یک ضرورت است که باید به آن پرداخت ولی لازم است که این شاخص های سلامت ابتدا تعریف و اولویت بندی شوند.

همان طور که اشاره شد، تعداد شاخص های سلامت بسیار زیاد است، ولی تعداد کمی از آنها به درستی اندازه گیری می شوند. بنابراین لازم است برنامه ریزان سلامت تلاش خود را بر اندازه گیری شاخص های اولویت دار متمرکز کنند. اولویت بندی شاخص -

^۱ Christopher J. L. Murray

های سلامت به دو دلیل باید انجام شود. دلیل اول آن هزینه های مورد نیاز و کمبود نیروی انسانی برای اندازه گیری سلامت است. دلیل دوم دید و بینش (Visibility) حاصل از شاخص است که باعث جلب توجه سیاستگذاران و در نتیجه تخصیص منابع مورد نیاز خواهد شد. برای اولویت بندی شاخص ها لازم است چند سوال را پاسخ داد، این سوالات عبارتند از (۲):

شاخص مورد نظر چه مقوله ای از سلامت را اندازه گیری خواهد نمود؟

بطور کلی، شاخص های سلامت را می توان بر اساس آنچه که اندازه گیری می کنند به ۶ گروه طبقه بندی نمود: نتایج سلامتی (Health outcomes)، عوامل خطر (Risk factors)، پوشش مداخلات (Intervention coverage)، ساختار (Structure)، فرایند (Process) و نتایج مرتبط غیر سلامت (Non-health related results). اگر چه همه این نوع شاخص ها در جای خودشان مهم هستند، ولی یکی از چالش های ارزیابی شاخص ها، درک این نکته است که هر کدام در چه سطح از سطوح مدیریت کاربرد دارند. شاخص های سطح بالا مثل شاخص های MDGs، متقاضیان بسیار گسترده ای نظیر جوامع علمی و فنی، دولت ها و عموم مردم دارند.

شاخص از نظر سلامت عمومی چقدر اهمیت دارد؟

شاخص های نتایج نهایی سلامتی (Health outcomes)، پوشش مداخلات (Intervention coverage)، و شاید عوامل خطر ممکن است اهمیت سلامت عمومی بیشتری داشته باشد. اگر چه بسیاری از شاخص های نهایی سلامت از نظر سلامت عمومی مهم هستند، ولی به علت اینکه مشکلات سلامتی تغییر می کنند، مثل بروز همه گیری بیماریهای غیرواگیر در کشور های در حال توسعه و یا پدیدار شدن جهانبگیری آنفولانزا، ارزیابی اهمیت سلامت عمومی شاخص ها باید به صورت دوره ای مورد بازنگری قرار گیرد. شاخص پوشش مداخلات نیز، شاخصی است که اهمیت دارد، زیرا تنها از طریق ارائه مداخلات موثر به کسانی که نیازمند هستند، این امکان وجود دارد تا نتایج نهایی سلامت ارتقا یابد. همچنین عوامل خطر، مثل مصرف دخانیات، می تواند به میزان زیادی با نتایج نهایی سلامت مربوط باشد، بنابراین، این شاخص از نظر سلامت عمومی جامعه اهمیت زیادی دارند.

تا چه اندازه این شاخص کمیت مورد نظر را اندازه گیری می کند؟

از آنجایی که شاخص ها، سیاست ها، تخصیص منابع و برنامه های اجرایی را به دنبال خود خواهند داشت، باید تلاش شود تا کمیت مورد نظر به صورت واقعی اندازه گیری و یا برآورد شود. به عنوان مثال، در خصوص شاخص های نتیجه نهایی، شاخص مورد نظر چه چیزی را اندازه گیری می کند؟ نتایج نهایی مورد نظر را، یک جزء از نتیجه نهایی را و یا یک شاخص مجازی است که در ارتباط با نتایج نهایی است؟

در خصوص شاخص های پوشش مداخله ها، ایده آل این است که شاخص مزبور نسبت نتیجه سلامتی که بالقوه از ارائه یک خدمت به دست می آید را اندازه گیری نماید. مثلاً هدف شماره ۴ MDGs، عبارت است از کاهش مرگ کودکان که از طریق جمع تجمعی از همه مداخلات که ارائه می شوند، به دست می آید. در مقایسه با این استاندارد، اندازه گیری تنها یک مداخله واکسیناسیون نظیر سرخک در MDGs، تنها کمتر از ۵ درصد از کل مداخلات قابل انجام را اندازه گیری می کند.

اگر تنها یک مداخله قرار است اندازه گیری شود، مداخله ای ارجح است که بیشترین اثر را روی نتایج نهایی دارد و هم اکنون ارائه می شود. به علت این که شاخص های پوشش مداخلات مورد توجه مدیریت و تخصیص منابع قرار می گیرند، ادعای اینکه یک قسمت از یک شاخص مثل ایمن سازی سرخک، شاخص خوبی برای سایر مداخلات برای تأمین سلامت کودکان هستند، قابل قبول نیست.

آیا مقدار عددی شاخص به صورت منطقی قابل تفسیر است؟

باید یک رابطه منطقی بین ارزش (مقدار عددی) یک شاخص و آنچه که مطلوب است وجود داشته باشد. به عنوان مثال، مرگ کودکان یک شاخص یکنواخت^۱ است، به طوری که پایین بودن میزان مرگ کودکان همیشه بهتر از میزان بالای آن است. ولی میزان سزارین یک شاخص یکنواخت نمی باشد، بطوری که مقادیر خیلی پایین و خیلی بالای آن هر دو نامطلوب تلقی می شوند و برای میزان مطلوب این شاخص اجماعی وجود ندارد.

آیا یک راه کار عملی برای اندازه گیری شاخص وجود دارد؟

یک شاخص نباید در اولویت قرار گیرد مگر اینکه راه کار اندازه گیری که شاخص با اعتبار (Valid)، با اعتماد (Reliable)، به هنگام (Timely)، و قابل مقایسه (Comparable) تولید نماید، وجود داشته باشد. این بدان معنی نیست که ما فقط شاخصی را که قبلاً اندازه گیری شده است را مورد توجه قرار دهیم، بلکه اگر برای اندازه گیری شاخص برنامه ای وجود دارد آن شاخص نیز در اولویت قرار می گیرد. اگر چه با اعتماد و با اعتبار بودن شاخص اصطلاحات آشنایی هستند، قابل مقایسه بودن و به هنگام بودن شاخص خیلی در طراحی راه کارهای اندازه گیری شاخص ها مورد توجه کافی قرار نمی گیرند. قابل مقایسه بودن شاخص ها بسیار مهم است. در حقیقت، چرا یک شاخص باید در طی زمان و در بین مناطق یا استان های کشور اندازه گیری شود، اگر نتوان شاخص ها را مقایسه نمود؟ آقای ماری (Murray) و همکارانش تفاوت بین اعتبار (Validity) و قابل مقایسه بودن (Comparability) را با آوردن مثال دو دماسنج یکی بر حسب سیلیسیوس و دیگر بر حسب فارنهایت مورد تاکید قرار می دهد. اگر چه هر دو دماسنج می توانند با اعتبار و با اعتماد باشند، ولی ۲۶ درجه هر یک از دماسنج ها مشابه نیستند (۲).

چگونه باید ابعاد عدالت در یک شاخص لحاظ شود؟

آقای گواتکین (Gowatkin) اظهار می دارند که متوسط سطح یک شاخص نمی تواند وضعیت نابرابری را نشان دهد. برای اندازه گیری نابرابری در طی زمان، توزیع شاخص به تفکیک گروه های مورد نظر لازم است. ایده ال این است که نابرابری یک شاخص سلامت بر حسب گروه های جمعیتی اندازه گیری شوند. برای ارزیابی نابرابری کلی سلامت می توان نابرابری بین گروه ها به علاوه نابرابری درون گروه ها را در نظر گرفت. برای بسیاری از شاخص ها تنها نابرابری بین گروه ها قابل اندازه گیری است. گزینه های تفکیک شاخص، مثل فقیر و غنی، شهری و روستایی، شغل، نژاد یا قومیت می تواند مقایسه نابرابری بین گروه های جمعیتی و یا در طی زمان را به نحو بارزی تغییر دهد. بر اساس آن چه در فوق آمد چنین می توان نتیجه گرفت که وضعیت شاخص های پراکندگی در حول محور میانگین برای کل جمعیت و یا گروه های سنی به نوعی بیان کننده میزان عدالت در برخورداری از امکانات یا سطح سلامت است.

استفاده صحیح از آمار های خام، تصحیح شده و برآورد شده

آقای برم (Boerme) و همکارانش، اظهار می دارند که بستر های اطلاعاتی که داده های اولیه در خصوص آمار سلامت را تهیه می کنند عبارتند از: نظام های ثبت، بررسی های خانوار، سرشماری ها، داده های بودجه و داده های خدمات سلامت. جمع آوری اولیه داده، اولین قدم در تولید آمار با اعتبار و قابل مقایسه است. قدم های بعدی مثل تصحیح برای تئورس های شناخته شده (known biases) یا برآوردهای خارج از نمونه (Predict out of sample) و پیش بینی های آینده اطلاعات بر اساس روش های متفاوت، از اقدامات بعدی در این زمینه هستند. به طور کلی آمار و اطلاعات سلامت می تواند به سه نوع تقسیم بندی شوند (۱) :

^۱ Monotonic

الف) آمار و اطلاعات خام سلامت

آمار و اطلاعات خام، اطلاعاتی هستند که مستقیماً از جمع آوری اولیه داده بدون تصحیح و تعدیل های لازم حاصل می شوند. این اطلاعات دارای محدودیت های زیادی هستند. این محدودیت ها عبارتند از کامل نبودن جمع آوری داده ها، نماینده نبودن (Non-Representative) کل جامعه، خطای ابزار جمع آوری داده ها، و خطای طبقه بندی از مشکلات مهم نظام های ثبت وقایع حیاتی و داده های حاصل از ارائه کنندگان خدمات سلامتی هستند. معمولاً اطلاعات مردم فقیر و آسیب پذیر که مشکلات سلامتی بیشتری دارند در این نظام های جمع آوری داده به صورت کامل جمع آوری نمی شوند. در خصوص بررسی خانوار یا سایر بررسی های نمونه ای، نماینده نبودن بررسی از کل جامعه یکی از محدودیت ها و مشکلات آنهاست. بسیاری از اندازه گیری ها و سوالات خود اظهاری (Self report) در بررسی ها، می توانند باعث تورش شوند. مثلاً خود اظهاری وزن زنان به صورت نظام بندی با کم اظهاری (Under-reported) همراه است. در مواقعی که داده های خام قرار است با روش هایی مثل طبقه بندی علل مرگ بر اساس طبقه بندی بین المللی بیماریها (ICD)، طبقه بندی شوند، بد طبقه بندی (Misclassification) و یا عدم همخوانی طبقه بندی (Inconsistent classification) از محدودیت های داده های خام خواهند بود. نهایتاً این که در مواقعی که مشکلات داده ها زیاد است ممکن است تولید کنندگان داده های خام قصد او یا با تشویق دیگران داده ها را تغییر دهند.

ب) آمار های سلامت تصحیح شده

آمارهای تصحیح شده، شاخص هایی هستند که تجزیه و تحلیل آماری روی آنها انجام می گیرد. مثلاً یکی از روش های تصحیح، برآورد شاخص مرگ کودکان زیر پنج سال با استفاده از روش غیر مستقیم است. همچنین برای تصحیح داده های نظام جاری که دارای تورش شناخته شده هستند (Known biases) دامنه ای از روش ها بکار می رود، مثل وزن دهی نمونه ها در بررسی های خانوار تا کاربرد روش های جمعیت شناسی برای تصحیح کم شماری داده های ثبت مرگ. فنی ترین روش برای تصحیح تورش شناخته شده داده ها، مرور نظام مند و استفاده از همه داده های اولیه قابل دسترس و تلاش برای رفع اختلافات (Reconciliation) بین منابع اطلاعات است. مزایای مرور نظام مند و تطبیق منابع اطلاعاتی این است که همه اطلاعات مرتبط برای تصحیح تورش های شناخته شده به کار گرفته می شود. از محدودیت های این روش نیازمند بودن حجم زیاد کار، تجربه و تحلیل اطلاعات است.

ج) آمار های برآورد شده سلامت (Predicted health statistics)

آمارهای برآورد شده سلامت، آمارهایی هستند که بر اساس معادله آمار و ریاضی حاصل از ارتباط بین کمیت مورد نظر و متغیرهای مربوطه (Covariates) به دست می آیند. دو نوع از برآوردهای آماری به صورت گسترده به کار می رود. اولین آن پیش بینی آینده (forecasting) است. این حالت عبارت است از وقتی که ارتباط آماری بین متغیر مورد نظر و در طول زمان بدست می آید. براساس این ارتباط، روند متغیر مورد نظر برای آینده نیز پیش بینی می شود. مثال معمول از پیش بینی آینده عبارت است از به روز نمودن آمارهای تصحیح شده شاخص های MDGs بر مبنای سال ۲۰۰۰ و پیش بینی آنها برای آینده است. برآوردهای آماری در زمانی که اطلاعات اولیه و یا داده های تصحیح شده وجود ندارند برای تولید آمار و اطلاعات نیز به کار می روند. مثال تولید آمار و اطلاعات برآورد سوخت جامد مورد استفاده خانوار بر اساس سرانه GDP برای کشور های جهان بر اساس اطلاعات کشور هایی است که اطلاعات مربوطه را دارند.

عرضه و تقاضای داده های سلامت

به طور کلی داده های سلامت در ۵ گروه اصلی به شرح زیر قابل تقسیم بندی می باشند (۲) :

- مرگ و میر و علل آن ها
- بیماری و حالات سلامت
- عوامل خطر
- ارائه خدمات یا پوشش خدمات
- منابع سلامت

هر یک از اطلاعات فوق از منابع مختلف سلامت به دست می آیند که کیفیت و قابل دسترس بودن داده ها بر حسب کشور و نوع منبع اطلاعات متفاوتند.

معمولاً سازمان جهانی بهداشت و یونیسف، آمار و اطلاعات مرگ و میر کشور ها را که برای پایش شاخص های پیشرفت کشور ها بکار می روند مثل شاخص های (MDGs) منتشر می کند. لازم به توضیح است که، کیفیت داده های مرگ و میر در کشور های فقیر که میزان مرگ و میر بالایی دارند بسیار پایین است و گزارش مرگ و میر در این کشورها، مثل کشور های آفریقایی، معمولاً بر اساس برآوردهای غیر مستقیم انجام می شود. بهترین منبع اطلاعاتی میزان های مرگ و میر، عبارت است از نظام های ثبت مرگ که بر اساس گواهی پزشکی فوت می باشند، ولی از سال ۱۹۹۰ میلادی، ۷۴ درصد از ۱۵۲ کشور های با درآمد متوسط، داده های مرگ و میر نداشته اند و ۱۶ درصد بقیه نیز اطلاعات مرگ و میر با کیفیت مطلوبی ندارند (۳).

در سال ۲۰۰۵ میلادی، میزان های مرگ و میر کودکان کشور های با درآمد پایین مربوط به اطلاعات بررسی های خانوارهایی بود که به طور متوسط در سال ۱۹۹۹ انجام شده اند. به طور کلی، در خصوص بسیاری از بیماریها شامل پنومونی، بیماری های اسهالی، مالاریا، دیابت، بیماریهای روانی و بسیاری دیگر، داده های دقیقی وجود ندارد. برای برخی از بیماریها اقدامات ویژه ای برای به دست آوردن داده های کامل و دقیق بر اساس نظام گزارش بیماری ها از طریق واحد های ارائه خدمت انجام می شود، اما تورش انتخاب (Selection bias) از محدودیت های این داده هاست. اگر چه داده های شیوع HIV و ایدز به صورت منظم به وسیله ۸۰٪ از ۱۵۲ کشور دنیا گزارش می شود، اما تنها ۳۶ درصد از کشور ها یک نظام کامل مراقبت HIV را دارند. داده های مربوط به حالات سلامتی بر اساس خود اظهاری (Self-report) از عملکرد دستگاه های بدن (مثل عملکردهای حرکتی، بینایی و ادراکی) بیشتر از طریق بررسی های خانوار به دست می آیند، ولی در دسترس نبودن اطلاعات به خصوص برای کشور های در حال توسعه و قابل مقایسه نبودن نتایج بین کشور ها در طی زمان، هنوز یکی از چالش های اساسی این قبیل اطلاعات است (۳).

قابل دسترس بودن داده های عوامل خطر مهم بسیار متفاوت است. به عنوان مثال، ۴۵ درصد کشور های با درآمد پایین و یا با درآمد متوسط حداقل یک برآورد کشوری از میزان شیوع وزن پایین بر حسب سن در کودکان را برای سال ۲۰۰۰ میلادی و بعد از آن را داشته اند و یا تقریباً نیمی از کشورها اطلاعاتی در خصوص مصرف دخانیات در بزرگسالان از سال ۲۰۰۲ میلادی به بعد را داشته اند. قابل دسترس بودن داده های پوشش مداخلات سلامت نسبت به عوامل خطر بهتر است. بخصوص اطلاعات در خصوص سلامت مادران و کودکان. بیش از ۹۰ درصد از کشورها، گزارش سالانه پوشش واکسن سرخک داشته اند و ۸۳٪ از کشورهای دنیا داده های جمعیتی برای زایمان توسط فرد دوره دیده (Skilled birth attendant) برای حداقل یک سال از سال ۲۰۰۰ میلادی به بعد را داشته اند، ولی کیفیت داده های گزارش پوشش خدمات به خصوص در صورتی که همه داده ها بر اساس گزارشات واحدهای بهداشتی درمانی باشند مشکلات و محدودیت هایی دارد (۳).

معمولاً داده های منابع سلامت، مثل تعداد کارکنان بخش سلامت بر حسب رشته شغلی قابل دسترس است (به عنوان مثال ۸۴ درصد از کشورها اطلاعات تعداد پزشکان خود را برای یک سال از سال ۲۰۰۰ میلادی گزارش نموده اند)، اما کیفیت داده ها در

این خصوص معمولاً ضعیف است. گزارش سلامت جهان در سال ۲۰۰۶^۱، کیفیت پایین آمار کارکنان بخش سلامت در بسیاری از کشورها را از جمله کمبود اطلاعات از بخش خصوصی را مورد تاکید قرار می دهد. اگر چه اطلاعات مالی از بخش عمومی (دولتی) بسیاری از کشورها قابل دسترسی است، ولی فقط حدود ۶۰ کشور بیش از یک پروژه جامع حساب های ملی^۲ را اجرا نموده اند. همچنین، تعداد کمی از کشور قادر به گزارش صحیح دسترسی به واحد های بهداشتی درمانی یا داروهای اساسی هستند. با توجه به مطالب پیشگفت، روش های جمع آوری داده ها بر حسب دسته بندی اطلاعات و آمار متفاوت می باشند. جدول زیر ضمن توصیف منابع اطلاعاتی سلامت خلاصه ای از نقاط قوت و ضعف و روند موجود هر یک از منابع اطلاعاتی را ارائه می کند (۳).

بررسی های ملی سلامت و جمعیت (DHS)، منبع اصلی برای بسیاری از آمارهای سلامت می باشند. این بررسی ها معمولاً هزینه برند و برای اطمینان از کیفیت داده ها باید هزینه لازم برای آنها انجام شود. تا کنون تجزیه و تحلیل مقایسه ای منابع متفاوت داده های سلامت نشان داده است که، هزینه های سرانه بررسی های خانوار معمولاً کمتر از سایر منابع اطلاعات سلامت هستند. مهمترین محدودیت های بررسی خانوار عبارتند از قابل تفکیک نبودن (Disaggregate) داده ها در سطح محلی و تهیه اطلاعات در دوره زمانی کوتاه. همچنین بررسی های خانوار ممکن است به اشتباه برای به دست آوردن اطلاعاتی که برای آنها سوالات یا آزمایش های قابل اعتماد و اعتباری وجود ندارد بکار روند.

^۱ World Health Report ۲۰۰۶

^۲ National Health Accounts

جدول شماره ۱- توصیف منابع مهم اطلاعات سلامت

منبع	توصیف	نقاط قوت	محدودیت ها	روند های جاری
بررسی های خانوار	بررسی های ملی بر پایه جمعیت هستند که به صورت نمونه گیری از خانوارها و پاسخگویان انجام می شوند. در این بررسی ها داده ها بر اساس مصاحبه و یا آزمایش های پزشکی به دست می آیند	- در این بررسی ها اطلاعاتی در خصوص کل جمعیت و در دامنه وسیعی از حالات سلامتی شامل داده های بالینی و بیولوژیکی جمع آوری می شود. - داده های جمع آوری شده در این بررسی ها در حیطه های زیادی از سلامت با روش استاندارد تهیه می شود	- برای تعدادی از متغیر های سلامت که کمیاب و نادر هستند و نیاز به حجم زیاد نمونه گیری دارند، ممکن است محاسبه ها با تورش انجام شود - برای تضمین کیفیت داده ها در این بررسی ها نیاز به منابع زیادی است.	انجام بیشتر بررسی های خانوار. انجام بیشتر بررسی های بیماریها و افزایش استفاده از نشانگرهای بیولوژیک (Biomarkers)
نظام های ثبت وقایع حیاتی	نظام هایی بر پایه جمعیت هستند که بر اساس داده های ثبت احوال، تولد های زنده، مرگ و علل آن به صورت کشوری و یا نمونه ای ثبت و جمع آوری می شوند.	بر پایه این نظام، داده های علل مرگ بر حسب سن، جنس و منطقه جغرافیایی (در صورتی که کامل باشند) به صورت سالانه تولید می شوند.	کامل نبودن و کیفیت پایین داده های ثبت علل مرگ در صورتی که گواهی فوت پزشکی وجود نداشته باشد و اطلاعات علل مرگ بر اساس مصاحبه با اطرافیان متوفی به دست می آید (کالبد شکافی شفاهی).	استفاده از نظام مراقبت جمعیت با استفاده از کالبد شکافی شفاهی در کشور هایی که نظام ثبت احوال وجود ندارند.
سرشماری	سرشماری منبع اولیه اطلاعات درباره جمعیت، توزیع جغرافیایی آن و مشخصات اقتصادی، اجتماعی هر کشور هستند	- تحت پوشش قرار دادن کل جمعیت مناطق جغرافیایی کوچک - ارائه داده های مورد نیاز لازم در خصوص اطلاعات عدالت سلامت شامل مرگ و میر، باروری و گروه های جمعیتی	- فاصله زیاد بین سرشماری ها (معمولاً یک دهه) - تعداد کم سوالات مربوط به سلامت	ادامه انجام سرشماری با تعداد کمی سوالات مربوط به سلامت
ثبت خدمات	این روش شامل ثبت داده های تولید شده بر اساس خدمات سلامت از طریق واحد های بهداشتی درمانی و تماس بین ارائه کننده و دریافت کنندگان خدمت می شود. در این روش داده های کیفیت خدمات، مدیریت درمان بیماریها و علل مرگ و بیماری به دست می آیند.	داده های حاصل از این نظام ثبت برای مدیریت خدمات و برنامه های سلامت استفاده می شوند. و این اطلاعات پایه ای هستند برای استقرار نظام مراقبت بیماریها و کشف اپیدمی ها	- این نظام اطلاعات، شامل داده های افرادی که خدمت دریافت نمی کنند، نمی شود (تورش انتخاب) - کامل نبودن و کیفیت پایین داده ها - شامل نشدن اطلاعات بخش خصوصی	استفاده از فن آوری اطلاعات، (IT)، مورد توجه قرار دادن حداقل شاخص ها برای کاربرد منطقه ای و محلی و تلاش ویژه برای به دست آوردن داده های با کیفیت بالا
ثبت های اداری و مدیریتی	به وسیله این نظام ثبت، اطلاعات منابع مالی، منابع انسانی و ساختار سلامت به دست می آید.	تنها منبع داده های کامل و منظم برای منابع سلامت	- بانک های اطلاعاتی کشوری که حاوی این اطلاعات هستند معمولاً کامل نیستند - به هنگام نبودن داده ها و شامل نشدن اطلاعات بخش خصوصی	افزایش سرمایه گذاری در نظام پایش منابع سلامت

وضعیت موجود روش های جمع آوری اطلاعات سلامت در ایران:

در کشور ما برای جمع آوری اطلاعات سلامت همانند سایر کشورها از روشها و منابع مختلفی استفاده می شود. در این زمینه سازمانهای مختلفی در کنار وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی اطلاعات سلامت را تولید و یا جمع آوری می کنند. روشهای جمع آوری اطلاعات سازمان های مسئول و همچنین نوع اطلاعات جمع آوری شده در زمینه سلامت در ایران به شرح زیر بوده و خلاصه ای از آن در شکل ۱ به صورت نمودار نشان داده شده است.

سرشماری:

سرشماری یکی از روش های مهم گردآوری اطلاعات است که در بسیاری از کشورها در فواصل منظم، معمولاً ده سال یک بار انجام می شود. تعریف سرشماری از دیدگاه سازمان ملل عبارت است از "فرآیند کامل گردآوری، طبقه بندی و انتشار داده های جمعیت شناسی، اقتصادی و اجتماعی که مربوط به دوره یا دوره های زمانی خاص هستند و همه افراد را در یک کشور و یا منطقه با مرزهای مشخص، شامل می شود. در کشور ما نیز از سال ۱۳۳۵ سرشماری نفوس مسکن هر ده سال یک بار توسط مرکز آمار ایران انجام شده است که آخرین آن مربوط به سال ۱۳۸۵ است که اطلاعات آن بر روی شبکه رایانه ای مرکز آمار ایران بارگزاری شده است. چنانچه در سرشماری اقدام به گردآوری اطلاعات مرتبط با سلامت نماییم، به آن سرشماری سلامت یا بهداشتی می گوئیم. به نمونه این کار می توان به سرشماری ابتدای سال بهورزان اشاره کرد که طی آن اطلاعات مرتبط با گروه های هدف سلامت و وضعیت بهداشتی آنها گردآوری می شود.

نظام ثبتی:

در نظام ثبتی اطلاعات وقایع حیاتی (تولد، مرگ، ازدواج و طلاق) بر اساس قوانین و مقررات مربوطه ثبت می شود. در کشورمان سازمان ثبت احوال کشور که در سال ۱۲۹۷ تاسیس شده است وظیفه ثبت وقایع چهار گانه حیاتی (تولد، ازدواج، طلاق و مرگ) را به عهده دارد. ضمناً برای ثبت مرگ و تولد به خصوص در روستاهای کشور نظام ثبت وقایع حیاتی (زیج حیاتی و سایر فرم های مرتبط) توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تکمیل می شود. همچنین برای جمع آوری داده های برخی از بیماریها از روش ثبتی استفاده می شود. ثبت بیماریها چیزی بیش از گزارش بیماری ها است که برای بسیاری از بیماریها به کار می رود. برای ثبت بیماریها لازم است نظام دائم ثبت پایه ریزی شود و با استفاده از روش پیگیری بیماران و تهیه جداول آمار بیماریها و میزان فراوانی آنها، اطلاعات مورد نیاز تهیه شود. به این نحوه از گردآوری اطلاعات استفاده از نظام ثبت جاری می گویند که اصولاً برای بسیاری از حالت های سلامت از اعتبار و دقت برخوردار بوده و موجب فراهمی مداوم اطلاعات می گردد.

مراقبت اپیدمیولوژیک از بیماریها:

یکی دیگر از روش های جمع آوری داده های سلامت، مراقبتهای اپیدمیولوژیک بیماری است که داده های مربوط به ابتلاء و مرگ و یا عوامل مربوط به انواعی از بیماری تحت مراقبت که از اهمیت خاص برخوردارند (مثل برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری های سل و ایدز) جمع آوری می شوند. به گونه ای از این نوع ثبت و مراقبت از بیماریها نظام دیده بانی (Surveillance) گفته می شود. منظور از نظام دیده بانی یا شیوه جاری و نظام دار نظارت، تحلیل و تفسیر بیماریها و عوامل موثر بر آن است که به منظور کنترل و پیش گیری از وقوع اپیدمی و طغیان بیماریها صورت می پذیرد.

گزارشات ماهانه واحدهای بهداشتی درمانی:

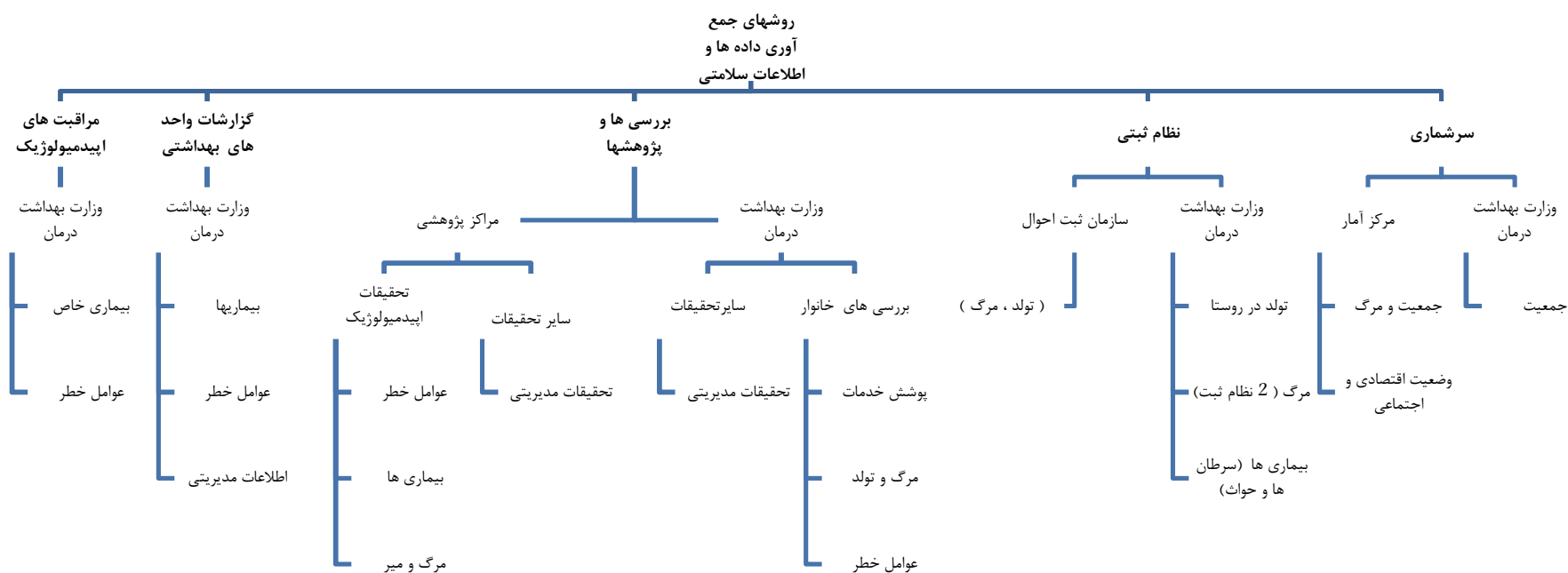
یکی دیگر از روش های جمع آوری اطلاعات سلامت در کشورمان گزارش های دوره ای اطلاعات سلامت می باشد که واحدهای عرضه خدمات مثل بیمارستان و یا مراکز بهداشتی درمانی تهیه و گزارش می کنند (مانند گزارش های بیمارستانی). این گزارش ها یکی از منابع مهم و مفید نظام اطلاعات سلامت در هر کشورند که از طریق آنها اطلاعات مربوط به بیماریها، پوشش خدمات و یا عوامل خطر (Risk Factors) از طریق واحدهای عرضه خدمات سلامتی تهیه و به سطوح بالاتر گزارش می شود. نمونه بارز این گزارشات اطلاعات فرم های ماهانه خانه ها و پایگاه های بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی هستند.

بررسی ها و تحقیقات:

از آنجایی که آماری که به روشهای اشاره شده فوق جمع آوری می شوند در برخی موارد اطلاعات مورد نیاز نظام سلامت را در بر نمی گیرد و یا ممکن است جمع آوری این اطلاعات از طریق نظام جاری به صرفه و یا ممکن نباشد. بنابراین، لازم است که با انجام بررسی های خانوار و یا تحقیقات کاربردی اطلاعات مورد نیاز جمع آوری شود. یک دلیل منطقی دیگر برای به کارگیری شیوه های مطالعات تحقیقی و مقطعی عدم اعتبار نظام ثبت جاری اطلاعات برای برخی حالت های وابسته به سلامت است. به عنوان مثال استخراج اطلاعات مربوط به تعداد موارد وقوع سرما خوردگی از طریق نظام ثبت جاری غیر معتبر است. زیرا تمامی افراد سرما خورده به واحد های بهداشتی درمانی مراجعه نمی کنند. از سوی دیگر، گاه ثبت اطلاعات برخی موارد مرتبط با سلامت مقرون به صرفه نبوده و در برنامه ثبت جاری گنجانده نمی شوند. به عنوان مثال، برای محاسبه میزان هزینه سلامت توسط هر خانوار در بررسی های تحقیقی، از جامعه آماری به عنوان نمونه ای از اجتماع تحت مطالعه استفاده می شود. نمونه این گونه بررسی ها در کشور ما به صورت دوره ای انجام شده است. مثلاً بررسی سلامت و بیماری که در دو دوره در سالهای ۶۹ و ۷۸ انجام شده اطلاعات با ارزشی در زمینه میزان شیوع بیماریها و سایر مولفه های مرتبط ارائه نموده است. همچنین مطالعه سلامت و جمعیت^۱ (DHS) در سال ۱۳۷۹ اطلاعات با ارزشی را برای برنامه ریزان نظام سلامت در زمینه شاخص های بهداشتی و جمعیتی عرضه نموده است. دامنه بررسی ها و تحقیقات تنها به انجام بررسی های خانوار ختم نمی شود و تحقیقات متعددی از طریق مراکز پژوهشی و تحقیقاتی تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یا سایر سازمانها در زمینه ابعاد مختلف سلامتی انجام می شوند که همه آنها می توانند به عنوان منابع با ارزش اطلاعاتی در نظام سلامت مورد بهره برداری قرار گیرند. به نمونه ای دیگر از این مطالعات می توان به مطالعه بهره مندی اشاره کرد که در آن شاخص های نیاز های سلامت و وضعیت بهره مندی مردم از خدمات مورد ارزیابی قرار گرفته است.

^۱ Demographic and Health Survey

شکل ۱- روش های جمع آوری، سازمان های مسوول و نوع اطلاعات جمع آوری شده در ایران



سابقه تهیه و تدوین شاخص های سیمای سلامت

در طی سال های قبل، تهیه و ارائه شاخص سلامت بر اساس منابع مختلف اطلاعات موجود کشور مورد توجه بوده و اصولاً یکی از محصولات هر یک از موسسات مرتبط با سلامت، ارائه گزارش های مختلف در خصوص شاخص های سلامت بوده است. ولی برای اولین بار در سال ۱۳۸۰، تدوین شاخص های سلامت به صورت جامع و مدون در قالب مجموعه ای به صورت چند جلد کتاب، توسط معاونت سلامت و معاونت تحقیقات و فناوری انجام شد. در این مجموعه ها شاخص های سلامت در حیطه های مختلف شامل موارد زیر به تفکیک استان های کشور ارائه گردید:

- شاخص های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی
- شاخص های رفاهی و بهداشت محیط
- شاخص های رفتار و بهداشت باروری
- شاخص های مرگ و میر
- شاخص سلامت کودکان
- شاخص های مربوط به میزان های بروز و شیوع بیماریها
- امکانات و تسهیلات بهداشتی درمانی موجود

در این مجموعه های فوق، هر یک از شاخص های سلامت به تفکیک استان و شهر و روستا ارائه شد. همچنین پس از تعیین انحراف معیار هر یک از شاخص ها از میانگین کشوری، برای برخی از شاخص ها نمودار کشوری نیز ارائه گردید.

در مجموعه های مذکور بسیاری از شاخص های سیمای سلامت مدون گردید و در سال های اخیر به عنوان مرجع شاخص های سلامت مورد استفاده مدیران و کارشناسان حوزه سلامت قرار گرفت. این مجموعه ها محدودیت هایی نیز داشته اند. یکی از این محدودیت ها، عدم ارائه تعریف و نحوه محاسبه هر یک از شاخص های ارائه شده می باشد. همچنین توصیف و تحلیل های مورد نیاز هر یک از شاخص های ارائه نشده و فقط به ارائه جداول برای شاخص ها بسنده شد.

پس از گذشت نزدیک به یک دهه از انتشار مجموعه شاخص های سلامت، ضرورت تهیه و تدوین شاخص های سلامت حال حاضر کشور مطرح گردید. بنابراین، مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت با محوریت گروه فن آوری و مدیریت اطلاعات و با همکاری دبیرخانه تحقیقات کاربردی کار تهیه و تدوین شاخص های سیمای سلامت را به عنوان یک اولویت در دستور کار خود قرار داد. برای اینکه مراحل کار به صورت نظام مند و با استفاده از روش عملی انجام شود، فرایند های تعریف شده و استاندارد برای تهیه و ارائه شاخص طراحی و اجرا شد که جزئیات آن همراه با سبک شناسی مربوطه در فصل دوم ارائه شده است.

مجموعه حاضر، حاصل تلاش های جمعی و تعاملات بین مراکز و دفاتر حوزه معاونت سلامت است که از سال ۱۳۸۶ در قالب تشکیل کمیته آمار بین بخشی حوزه سلامت آغاز گردید.

با توجه به تعدد شاخص ها و آماده نبودن برخی از اطلاعات مورد نیاز، فرایندهای کار تهیه و تدوین شاخص ها با تأخیر انجام شد. ولی انتشار این مجموعه و اطلاعات آن می تواند در ابعاد مختلفی از جمله برنامه ریزی و سیاست گذاری، تحقیقات و تجزیه و تحلیل دقیق تر شاخص ها و نهایتاً ارزشیابی برنامه های سلامت مورد استفاده قرار گیرد. از آنجایی که دستگاه های اجرایی و از جمله بخش سلامت در ابتدای اجرای برنامه پنجم توسعه می باشند، این مجموعه به عنوان اطلاعات پایه (Baseline data) می تواند در تجزیه و تحلیل وضعیت موجود کشور و در سطح استان مورد استفاده سیاستگذاران و مدیران حوزه سلامت قرار گیرد.

مروری بر فصل‌های مختلف کتاب

کتاب حاضر در ۶ فصل تهیه گردیده است. فصل اول شامل مقدمه است. در فصل دوم، سبک‌شناسی (Methodology) تهیه و تدوین شاخص‌ها ارائه شده و ضمن مروری بر منابع اطلاعات مورد استفاده، فرایندهای مورد استفاده برای برآورد شاخص‌ها و ارائه نمودن آنها توضیح داده شده است. در فصل سوم شاخص‌های جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی به تفکیک استان‌های کشور ارائه و توصیف شده است. همچنین در این فصل شاخص‌های مهم مرگ و میر، امید به زندگی و معلولیت نیز ارائه و توصیف شده اند. در فصل چهارم، شاخص‌های بیماری و میزان‌های مربوط به بیماری‌های واگیر و غیرواگیر ارائه شده است، ضمناً در این فصل شاخص‌های عوامل خطر نیز ارائه شده است. در فصل پنجم کتاب، شاخص‌های پوشش خدمات سلامت ارائه و توصیف شده اند. در این فصل طیف وسیعی از شاخص‌های مربوط به برنامه‌های سلامت که در حال حاضر در نظام سلامت ارائه می‌شوند توصیف و نشان داده شده اند و نهایتاً در فصل ششم شاخص‌های منابع ساختاری سلامت ارائه شده است. لازم به توضیح است که شاخص‌های اقتصادی و هزینه‌های بخش سلامت نیز در این فصل قرار می‌گیرند که به علت در دسترس نبودن برخی از اطلاعات هزینه‌ها و منابع مالی سلامت این شاخص در این فصل لحاظ نشده که امید است با برنامه ریزی لازم سازمان‌های ذی ربط این شاخص‌ها نیز تهیه و در گزارشات بعدی ارائه شوند.

منابع

- ۱- WHO, World Health Report ۲۰۰۸, WHO, ۲۰۰۸
- ۲- Murrey C J I, Towards good Practice for health Statistics: Lessons from the Millennium Development Goal health Indicators, Lancet ۲۰۰۷; ۳۶۹, ۸۶۲-۷۳
- ۳- Boerma JT, Stansfeld SK. Health statistics now are we making the right investments? Lancet ۲۰۰۷; ۳۶۹: ۷۷۹-۸۶

فصل دوم

سبک شناسی

سبک‌شناسی و روش کار (Methodology)

هدف کلی از گردآوری مجموعه حاضر عبارت بود از، ارائه و توصیف شاخص‌های اولویت‌دار نظام سلامت در کشور به تفکیک استان‌ها و یا دانشگاه‌های علوم پزشکی برای سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵. در این مجموعه تلاش شد از فرایندهای استاندارد و نظام‌مندی استفاده شود تا بتوان بر اساس آنها شاخص‌های سلامت به شیوه علمی ارائه و توصیف شوند. ذکر این نکته ضروری است که اساساً گردآوری اطلاعات اولویت‌دار نظام سلامت می‌بایست بر اساس اهداف و عملکرد این نظام صورت پذیرد. این اطلاعات هر چه باشند باید به ما بگویند که وضعیت سلامت شهروندان مناطق مختلف کشور چگونه است، آنها متقاضی و نیازمند چه خدماتی هستند و در عمل به چه خدماتی و به چه نحو دسترسی دارند؟ و تأثیر این خدمات در طول زمان چه بوده است؟ روشن است که تحصیل چنین شاخص‌هایی، متغیرهای متعددی را در بر می‌گیرد که هر کدام با راه کار جدایی گردآوری می‌شوند. بدین لحاظ می‌توان گفت که اساساً این کار نوعی گردآوری اطلاعات و تحقیق چند محوری محسوب می‌شود. در این فصل مراحل و فرایندهای مختلف روش کار به شرح زیر ارائه شده است.

منابع اطلاعاتی

در این مجموعه، برای ارائه و توصیف شاخص‌های سیمای سلامت کشور به تفکیک استان/دانشگاه علوم پزشکی، منابع اطلاعاتی متفاوتی مورد استفاده قرار گرفت. همانگونه که در فصل اول (مقدمه) اشاره شد، نتایج شاخص‌های سیمای سلامت در چهار فصل در این کتاب ارائه شده‌اند. در فصل سوم برای ارائه شاخص‌های جمعیتی از اطلاعات سرشماری که آخرین آن‌ها در سال ۱۳۸۵ و مربوط به همان سال است، استفاده شد. این اطلاعات عمدتاً از پایگاه الکترونیک داده‌های مرکز آمار ایران^۱ به تفکیک استان/دانشگاه علوم پزشکی تهیه و توصیف شده‌اند. همچنین در این فصل، شاخص‌های مرگ و میر نیز ارائه شده که منبع اطلاعات برای این شاخص‌ها اطلاعات ثبت مرگ معاونت سلامت، ثبت مرگ سازمان ثبت احوال و همچنین مرکز آمار ایران بوده است. در فصل چهارم شاخص‌های بیماری‌ها و عوامل خطر ارائه و توصیف شده‌اند. عمده منابع اطلاعاتی این شاخص‌ها، نظام جاری اطلاعات بیماری‌ها، شامل فرم‌های آمار ماهانه ارسالی از واحد‌های بهداشتی درمانی و همچنین اطلاعات نظام مراقبت بیماری‌ها که برای برخی از بیماری‌ها انجام می‌شود، بوده است. همچنین برای اعلام شاخص‌های عوامل خطر از اطلاعات طرح نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر که توسط مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر اجرا می‌شود و اطلاعات آن در پایگاه الکترونیک مربوطه قابل دسترسی می‌باشد، استفاده شد.^۲

در فصل پنجم شاخص‌های پوشش خدمات مختلف سلامت ارائه و توصیف شده‌اند. برای ارائه شاخص‌های این فصل از منابع مختلف استفاده شده است که مهمترین آنها شامل موارد زیر هستند:

- گزارشات و آمار نظام جاری اطلاعات برنامه‌های مختلف سلامت
- اطلاعات بررسی IMES^۳ سال ۱۳۸۴
- اطلاعات بررسی DHS سال ۱۳۷۹

در فصل ششم شاخص‌های نیروی انسانی و ساختار نظام سلامت ارائه شده است. منبع اطلاعاتی این شاخص‌ها نیز عمدتاً عبارت بوده‌اند از گزارشات و آمار نظام جاری اطلاعات که از واحد‌های بهداشتی درمانی به سطوح بالاتر گزارش شده است. اطلاعات برخی از شاخص‌های مهم دیگر که در این بخش قرار می‌گیرند مثل شاخص‌های رده‌های مختلف نیروی انسانی، هزینه‌های سلامت و غیره به علت عدم دسترسی به اطلاعات ارائه نشده‌اند.

^۱ <http://www.sci.org.ir/portal/faces/public/sci>

^۲ <http://www.ncdinfobase.ir/content/?contentID=۲>

^۳ Integrated Monitoring and Evaluation System

دوره زمانی شاخص ها

یکی از ویژگی های مجموعه حاضر، ارائه شاخص های مورد نظر در فاصله زمانی ۵ سال می باشد. با توجه به اینکه آخرین مجموعه رسمی شاخص های سیمای سلامت مربوط به سال ۱۳۸۰ بوده است، در مجموعه حاضر ضمن ارائه شاخص های سال ۱۳۸۰، شاخص های سال ۱۳۸۵ نیز ارائه شده اند.^۱ اگر چه تلاش شد تا شاخص های سلامت در دو مقطع ۵ ساله ارائه و توصیف شوند، ولی برای برخی از شاخص ها، داده های سال مورد نظر وجود نداشت، بنابراین شاخص های مزبور بر اساس آخرین اطلاعات موجود ارائه گردیدند.

اولویت بندی و انتخاب شاخص ها

شاخص های ملی موجود حوزه سلامت توسط معاونت تحقیقات و فن آوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و با همکاری سایر معاونت ها در سال ۱۳۸۴ تعریف و منتشر گردیده اند. در این مجموعه، حدود ۳۷۴ شاخص برای حوزه معاونت سلامت تعریف شده است، بنابر این، لازم بود که بر اساس معیارهای علمی و مشخص شاخص های اولویت دار انتخاب شوند. معیار هایی که برای این اولویت بندی در مجموعه حاضر به کار گرفته شد، به شرح زیر است:

- کمیته ای مرکب از نمایندگان دفاتر و مراکز حوزه معاونت سلامت برای تعیین معیار های اولویت بندی شاخص های سلامت و جمع آوری داده های شاخص ها تشکیل شد.
 - با توجه به بحث و تبادل نظر انجام شده، فهرست شاخص هایی که اهمیت داشتند و در سطوح ملی و بین المللی گزارش می شوند، تهیه گردید.
 - در این مجموعه تنها آن دسته از شاخص هایی که مشخصات آنها از قبیل نحوه محاسبه، منبع گزارش، دوره زمانی قابل تدوین بود لحاظ گردیدند.
 - در این مجموعه تلاش شد، شاخص هایی که اطلاعات آنها برای سال ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵ وجود داشت ارائه شوند.
 - همچنین، تنها شاخص هایی ارائه شدند که امکان ارائه آنها به تفکیک استان / دانشگاه علوم پزشکی وجود داشت.
- پس از بررسی های نهایی شاخص ها بر اساس معیار های فوق، حدود ۱۸۰ شاخص حوزه سلامت انتخاب و در این کتاب ارائه شدند.

نحوه ارائه شاخص ها

از آنجا که یکی از مهمترین مراحل ارائه شاخص ها، مستند نمودن منبع داده ها و مراحل تولید اطلاعات مربوط به آن شاخص می باشد، در این مجموعه برای هر شاخص یک جدول مشخصات شاخص ارائه گردید تا بر اساس آن مشخصات هریک از شاخص ها توسط مرکز/ دفتر مربوطه ارائه گردد. جدول مذکور به نام فرم شماره یک نام گذاری گردید و مشخصاتی از قبیل تعریف شاخص، نحوه محاسبه، منبع اطلاعاتی و دوره زمان جمع آوری اطلاعات شاخص در آن ذکر شده است. برای ارائه مقدار عددی شاخص ها، فرمی تحت عنوان فرم شماره ۲ طراحی و مورد استفاده قرار گرفت. در این فرم مقدار عددی هریک از شاخص ها به تفکیک استان/ دانشگاه علوم پزشکی برای سال های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵ ذکر گردید. علاوه بر ارائه جداول مورد نیاز، برای هر شاخص آخرین وضعیت توزیع شاخص ها به تفکیک استان/ دانشگاه علوم پزشکی در کشور بصورت نمودار میله نمایش داده شده است. برای اینکه توزیع استانی (و یا دانشگاهی) شاخص ها بهتر نمایان شود، داده های هر یک از نمودار ها بصورت استانی و یا دانشگاهی از بالاترین میزان تا پایین ترین میزان مرتب (Sort) شده اند. همچنین، برای توصیف اختلافات استانی یا دانشگاهی برای هر شاخص، استانهایی که

^۱ یکی از دلایل اصلی انتخاب سال ۱۳۸۵، انجام سرشماری در این سال بوده است که تعداد زیادی از شاخص ها مرجع جمعیتی آنها سال مذکور بوده است.

در پایین‌ترین دهک (۱۰ درصد) و بالاترین دهک (۹۰ درصد) قرار می‌گرفتند مشخص و ارائه گردیدند. ضمناً برای برخی از شاخص‌ها در صورت وجود اطلاعات، روند تغییرات کشوری شاخص در سالهای اخیر ارائه و توصیف شده است. لازم به یاد آوری است که، هدف از ارائه توزیع استانی شاخص‌ها به صورت مرتب شده، رتبه‌بندی نمودن عملکردی و یا مدیریتی استان‌ها یا دانشگاه‌های علوم پزشکی نبوده، بلکه هدف این مجموعه، ارائه و توصیف اختلافات و فاصله استان‌ها و یا دانشگاه‌های علوم پزشکی در زمینه هر یک از شاخص‌های سلامت بوده است. اگر چه عملکرد مدیریتی استان و یا دانشگاه در تغییر و یا ارتقای شاخص‌های سلامت دارای نقش مهمی است، ولی ذکر این نکته حائز اهمیت است که عوامل تأثیرگذار بر مقدار عددی هر شاخص در هر استان مشتمل بر فاکتور و عوامل متعددی است که تعیین نقش هر یک از آنها قبل از هر چیز نیازمند شناسایی و اندازه‌گیری آنهاست که البته برای تهیه مجموعه حاضر این عوامل سنجیده نشده‌اند.

محدودیت‌های ارائه شاخص‌ها

در این مجموعه تلاش شد تا شاخص‌های سلامت بر اساس فرایندهای مشخص و تعریف شده تعیین شوند، ولی این امر با محدودیت‌هایی بشرح زیر مواجه بوده است:

- به دلیل طولانی شدن فرایند جمع‌آوری اطلاعات از دفاتر و مراکز حوزه معاونت سلامت، انتشار شاخص‌ها با تأخیر زمانی انجام گرفت.
- با توجه به تعداد زیاد شاخص‌ها و حجم کار ارائه و انتشار نتایج آنها، برای برخی از شاخص‌ها، این فرصت فراهم نشد تا کیفیت اطلاعات شاخص‌های مورد نظر، از نظر اعتبار (Validity) اعتماد (Reliability) مورد بررسی بیشتری قرار گیرد و اطلاعات دریافتی از دفاتر/مراکز مربوطه به همان صورت منتشر گردید، با این وجود در نظر است در برنامه‌های آتی، کیفیت هریک از منابع اطلاعات سلامت به روش علمی مورد بررسی قرار گیرند.^۱
- برای برخی از شاخص‌ها اطلاعات سال ۱۳۸۰ و یا ۱۳۸۵ موجود نبود، بنابراین شاخص‌ها مذکور بر اساس آخرین اطلاعات موجود ارائه گردیدند.
- در این مجموعه فرصت لازم فراهم نبود تا ارتباط آماری بین شاخص‌ها انجام شود. از طریق این روش می‌توان ضمن سنجش کیفیت داده‌ها، تجزیه و تحلیل‌های پیشرفته‌تری انجام داد. بنابراین تجزیه و تحلیل آماری داده‌های جمع‌آوری شده در این گزارش محدود به ارائه شاخصها بر مبنای آمار توصیفی می‌باشد.
- در این مجموعه شاخص‌ها به تفکیک استان/دانشگاه‌های علوم پزشکی ارائه و توصیف شدند. با این وجود تفکیک شاخص به زیر گروه‌های دیگر از جمله شهری، روستایی و یا دهک‌های اجتماعی و اقتصادی، اطلاعات با ارزشی را در اختیار سیاستگذاران و برنامه‌ریزان نظام سلامت قرار می‌دهد که استخراج و ارائه آنها در این مجموعه عملی نشد. توزیع شاخص‌های سلامت به زیر گروه‌های جمعیتی از جمله دهک‌های اقتصادی و اجتماعی جامعه به برنامه‌ریزی برای کاهش اختلاف و نابرابری در سلامت کمک زیادی می‌کند. این نوع تجزیه و تحلیل‌ها نیاز به داشتن اطلاعات انفرادی (Individual Data) است. واضح است که دسترسی به چنین اطلاعاتی نیاز به برخورداری از یک ساختار اطلاعاتی وسیع و صرف هزینه است. اگرچه در این زمینه اقدامات در قالب برنامه‌های مختلف در حال انجام است، نظیر پرونده الکترونیک خانوار، با این وجود تحصیل این داده‌ها و تجزیه و تحلیل آنها در سطح ملی در حال حاضر مقدور نبوده است.

^۱ همانگونه که در فصل مقدمه اشاره شد، بهترین روش تجزیه و تحلیل کیفیت داده‌ها، انجام مرور نظام‌مند همه منابع داده در خصوص آن شاخص و همچنین تطابق داده‌ها (Reconciliation) است. از محدودیت‌های این روش این است که نیاز به تجزیه و تحلیل و صرف وقت است که در فرصت زمانی تهیه مجموعه حاضر میسر نشد.

فصل سوم

شاخص‌های جمعیتی و میرگ و میر

مقدمه:

امروزه شاخص های جمعیتی و وقایع حیاتی یکی از اطلاعات مهم و پایه برای برنامه ریزی های اقتصادی و اجتماعی هر کشور به حساب می آیند و نقش کلیدی در نظام برنامه ریزی بخش های مختلف توسعه در کشورها پیدا کرده اند. از آنجایی که مقوله سلامت دارای ابعاد مختلفی است، این پدیده با بسیاری از علوم از جمله جامعه شناسی و جمعیت شناسی مرتبط است. بنابراین، در برنامه ریزی های بخش سلامت اطلاعات و شاخص های جمعیتی و مرگ و میر از اطلاعات مهمی هستند و کاربرد های زیادی دارند. به عنوان مثال، شاخص های مرگ و میر از جمله شاخص هایی هستند که در تحلیل های جمعیت شناسی و ارزیابی وضعیت سلامت جامعه مورد استفاده قرار می گیرند. همچنین شاخص های فرهنگی و اجتماعی مثل سطح سواد، اشتغال و درآمد از شاخص های مهمی هستند که در تحلیل ها و ارزیابی های وضعیت سلامت جامعه کاربردهای زیادی دارند. در این فصل شاخص های جمعیتی و برخی شاخص های اجتماعی و اقتصادی به تفکیک استان ها و یا دانشگاه های علوم پزشکی ارائه شده است. منبع اطلاعاتی بسیاری از این شاخص ها، داده های حاصل از سرشماری های کشور است که آخرین آنها در سال ۱۳۸۵ انجام شد. در این فصل همچنین شاخص های مرگ و میر که با استفاده از داده های منابع مختلف موجود در کشور محاسبه شده اند نیز ارائه شده است. در این فصل تلاش شد برای برخی از شاخص ها، تفسیر و تحلیل های مورد نیاز انجام شود ولی هدف اصلی این مجموعه بیشتر ارائه و توصیف شاخص ها به تفکیک استان/ دانشگاه علوم پزشکی بوده است و تحلیل های عمیق مدیریتی و برنامه ریزی برای هر شاخص نیازمند انجام کار بیشتری است که امید است با همکاری صاحب نظران این امر در آینده میسر شود.

جمعیت به تفکیک استان / دانشگاه علوم پزشکی

جدول شماره ۱- مشخصات شاخص جمعیت برحسب دانشگاه علوم پزشکی / استان

نام شاخص	جمعیت دانشگاه / استان
نحوه محاسبه (فرمول)	تعداد کل افراد در پوشش هر دانشگاه/ استان به تفکیک شهر و روستا
منبع جمع آوری اطلاعات	سرشماری عمومی نفوس و مسکن کشور، مرکز آمار ایران
دوره زمانی جمع آوری داده ها	هر ۱۰ سال یکبار

جدول شماره ۲- جمعیت استان های کشور به تفکیک شهر و روستا برای سال ۱۳۸۰ (برآوردی) و سال ۱۳۸۵

(بر اساس سرشماری)

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۱۳۸۵			سال ۱۳۸۰		
			کل	روستا	شهر	کل	روستا	شهر
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۳,۶۰۳,۴۵۶	۱,۲۰۰,۸۲۰	۲,۴۰۲,۵۳۹	۳,۴۲۳,۳۱۸	۱,۲۱۶,۲۰۲	۲,۲۰۷,۱۱۷
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۲,۸۷۳,۴۵۹	۱,۱۴۸,۵۰۵	۱,۷۲۴,۹۵۴	۲,۷۳۸,۹۱۸	۱,۱۸۷,۵۵۴	۱,۵۵۱,۳۶۵
۳	اردبیل	اردبیل	۱,۲۲۸,۱۵۵	۵۱۲,۱۹۵	۷۱۵,۵۹۷	۱,۲۱۵,۲۲۵	۵۶۵,۸۶۳	۶۴۹,۳۶۲
۴	اصفهان	اصفهان	۴,۲۵۶,۶۱۹	۷۲۹,۱۵۶	۳,۵۲۵,۸۲۵	۱,۷۸۵,۸۶۴	۸۵۳,۷۲۵	۳,۰۸۲,۳۱۸
		کاشان	۳۰۲,۶۳۷	۲۹,۷۳۴	۲۷۲,۹۰۳	۲۷۷,۶۴۲	۳۹,۵۳۱	۲۳۸,۱۱۲
		کل	۴,۵۵۹,۲۵۶	۷۵۸,۸۹۰	۳,۷۹۸,۷۲۸	۴,۲۱۳,۶۸۶	۸۹۳,۲۵۶	۳,۳۲۰,۴۳۰
۵	ایلام	ایلام	۵۴۵,۷۸۷	۲۱۰,۷۰۳	۳۳۱,۲۳۱	۵۱۹,۴۰۵	۲۳۲,۲۹۷	۲۸۷,۱۰۸
۶	بوشهر	بوشهر	۸۸۶,۲۶۷	۳۰۳,۴۰۹	۵۷۷,۴۶۵	۷۸۴,۰۴۹	۳۰۴,۱۵۱	۴۷۹,۸۹۸
۷	تهران	تهران			-			
		ایران			-			
		شهید بهشتی			-			
		کل	۱۳,۴۲۲,۳۲۰	۱,۱۶۱,۸۸۹	۱۲,۲۶۰,۴۳۱	۱۱,۴۶۳,۷۵۵	۱,۳۱۹,۸۶۷	۹,۹۷۲,۳۱۸
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۸۵۷,۹۱۰	۴۱۴,۶۲۴	۴۴۲,۲۹۸	۸۰۵,۰۳۳	۴۰۲,۶۰۹	۴۰۲,۴۲۴
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۶۳۶,۴۲۰	۳۰۸,۳۰۵	۳۲۶,۶۹۵	۴۷۱,۱۹۷	۲۵۳,۶۰۳	۲۰۶,۲۳۸
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۵,۰۴۲,۸۱۱	۱,۵۴۰,۰۸۴	۳,۵۰۱,۶۵۲	۴,۵۱۸,۹۲۷	۱,۵۴۹,۸۰۷	۲,۹۶۹,۱۲۰
		سبزوار	۴۴۰,۱۳۳	۱۹۱,۵۹۰	۲۴۸,۴۱۹	۴۴۱,۹۱۰	۲۱۶,۱۳۶	۲۲۵,۷۷۴
		گناباد	۱۱۰,۱۳۵	۴۸,۳۰۶	۶۱,۸۲۹	۱۰۷,۴۸۲	۵۳,۱۵۲	۵۴,۲۳۰
		کل	۵,۵۹۳,۰۷۹	۱,۷۷۹,۹۸۰	۳,۸۱۱,۹۰۰	۵,۰۶۸,۳۱۹	۱,۸۱۹,۰۹۵	۳,۲۴۹,۲۲۴
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۸۱۱,۵۷۲	۴۱۴,۳۶۵	۳۹۲,۴۵۸	۷۲۸,۹۹۱	۳۸۲,۹۶۱	۳۰۰,۳۸۹
۱۲	خوزستان	اهواز	۴,۲۷۴,۹۷۹	۱,۳۸۳,۹۴۶	۲,۸۷۳,۵۶۴	۴,۰۷۲,۱۸۷	۱,۳۹۴,۰۸۰	۲,۶۷۸,۱۰۷
۱۳	زنجان	زنجان	۹۶۴,۶۰۱	۴۰۵,۲۶۱	۵۵۹,۳۴۰	۹۳۹,۳۸۵	۴۳۵,۲۹۲	۵۰۴,۰۹۳
۱۴	سمنان	سمنان	۳۵۴,۹۱۷	۷۲,۱۸۵	۲۸۲,۷۳۲	۳۲۲,۹۷۸	۶۸,۴۱۵	۲۵۴,۵۶۳
		شاهرود	۲۳۴,۸۲۵	۷۶,۹۹۸	۱۵۷,۸۲۷	۲۲۴,۷۴۰	۸۰,۳۵۹	۱۴۴,۳۸۱
		کل	۵۸۹,۷۴۲	۱۴۹,۱۸۳	۴۴۰,۵۵۹	۵۴۷,۷۱۸	۱۴۸,۷۷۵	۳۹۸,۹۴۴
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۲,۰۷۶,۴۲۵	۱,۰۳۱,۹۵۴	۱,۰۳۹,۴۵۶	۱,۶۵۳,۹۱۱	۷۹۱,۶۴۴	۸۶۲,۲۶۷
		زابل	۳۲۹,۳۱۷	۱۷۴,۵۹۳	۱۵۳,۷۴۲	۳۶۳,۲۶۵	۲۳۰,۹۹۵	۱۳۲,۲۷۰
		کل	۲,۴۰۵,۷۴۲	۱,۲۰۶,۵۴۷	۱,۱۹۳,۱۹۸	۲,۰۱۷,۱۷۶	۱,۰۲۲,۶۳۹	۹۹۴,۵۳۷

ادامه جدول شماره ۲

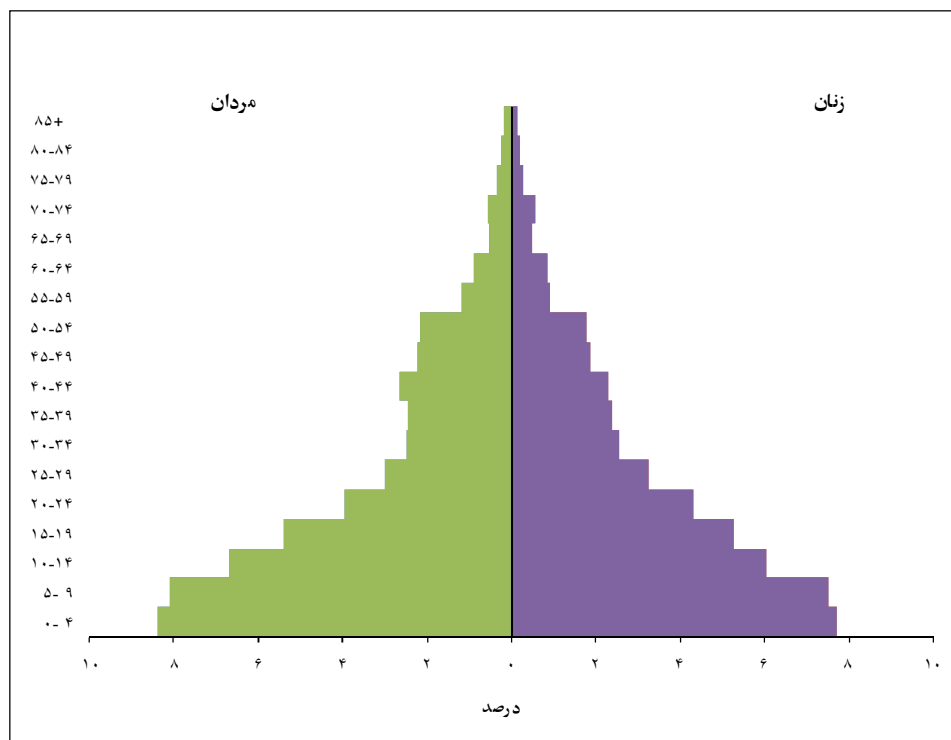
ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۱۳۸۵			سال ۱۳۸۰		
			کل	روستا	شهر	کل	روستا	شهر
۱۶	فارس	شیراز	۳,۹۴۱,۴۸۷	۱,۴۸۸,۵۳۱	۲,۴۵۳,۰۷۹	۳,۷۲۹,۹۹۲	۱,۵۱۳,۰۴۶	۲,۲۱۶,۹۴۵
		جهرم	۲۰۲,۴۴۵	۸۱,۸۸۶	۱۱۹,۰۴۸	۲۰۹,۴۵۴	۹۸,۶۱۱	۱۱۰,۸۴۳
		فسا	۱۹۲,۹۴۶	۸۰,۱۹۷	۱۱۰,۸۲۰	۱۹۱,۰۳۱	۸۵,۳۶۳	۱۰۵,۶۶۸
		کل	۴,۳۳۶,۸۷۸	۱,۶۵۰,۶۱۴	۲,۶۵۲,۹۴۷	۴,۱۳۰,۴۷۷	۱,۶۹۷,۰۲۰	۲,۴۳۳,۴۵۶
۱۷	قزوین	قزوین	۱,۱۴۳,۲۰۰	۳۶۵,۲۰۳	۷۷۷,۹۷۵	۱,۰۱۹,۰۴۱	۳۷۶,۶۹۹	۶۷۶,۷۳۶
۱۸	قم	قم	۱,۰۴۶,۷۳۷	۶۳,۶۳۹	۹۸۳,۰۹۴	۹۶۴,۲۵۰	۵۹,۴۶۷	۹۰۴,۷۸۳
۱۹	کردستان	کردستان	۱,۴۴۰,۱۵۶	۵۸۴,۳۳۷	۸۵۵,۸۱۹	۱,۴۶۵,۰۹۰	۶۱۶,۵۹۹	۸۴۸,۴۹۱
۲۰	کرمان	کرمان	۲,۳۵۷,۲۳۸	۹۶۹,۹۴۵	۱,۳۷۷,۱۴۷	۱,۹۵۷,۷۴۴	۷۵۴,۴۳۶	۱,۲۰۳,۳۰۶
		رفسنجان	۲۹۵,۱۷۵	۱۱۹,۸۰۳	۱۷۵,۳۷۲	۲۷۰,۸۵۵	۱۱۸,۵۵۵	۱۵۲,۳۰۰
		کل	۲,۶۵۲,۴۱۳	۱,۰۸۹,۷۴۸	۱,۵۵۲,۵۱۹	۲,۲۲۸,۵۹۹	۸۷۲,۹۹۱	۱,۳۵۵,۶۰۶
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۱,۸۷۹,۳۸۵	۶۱۸,۷۱۸	۱,۲۵۵,۳۱۹	۱,۸۶۷,۵۹۰	۶۵۵,۲۴۱	۱,۲۱۲,۳۴۸
۲۲	کهگیلویه و بویراحمد	یاسوج	۶۳۴,۲۹۹	۳۲۹,۸۴۹	۳۰۲,۱۹۲	۶۱۷,۴۹۴	۳۲۵,۷۳۰	۲۹۱,۷۶۵
۲۳	گلستان	گلستان	۱,۶۱۷,۰۸۷	۸۱۹,۵۸۴	۷۹۵,۱۲۶	۱,۵۴۱,۶۹۰	۸۵۱,۶۰۲	۶۹۰,۰۸۹
۲۴	گیلان	گیلان	۲,۴۰۴,۸۶۱	۱,۱۰۹,۱۰۴	۱,۲۹۵,۷۵۱	۲,۳۲۷,۴۷۷	۱,۱۲۷,۲۶۳	۱,۲۰۰,۲۱۴
۲۵	لرستان	لرستان	۱,۷۱۶,۵۲۷	۶۹۱,۴۴۸	۱,۰۲۰,۱۵۰	۱,۶۸۰,۱۴۷	۷۰۵,۲۹۳	۹۷۴,۸۵۴
۲۶	مازندران	مازندران	۲,۴۵۲,۸۴۱	۱,۱۳۸,۷۱۵	۱,۳۱۴,۰۷۰	۲,۳۷۱,۱۵۰	۱,۱۳۵,۱۳۵	۱,۱۳۶,۰۱۱
		بابل	۴۶۹,۵۹۱	۲۲۹,۵۱۸	۲۴۰,۰۷۳	۴۵۱,۶۵۹	۲۲۹,۹۹۶	۲۲۱,۶۶۳
		کل	۲,۹۲۲,۴۳۲	۱,۳۶۸,۲۳۳	۱,۵۵۴,۱۴۳	۲,۷۲۲,۸۰۹	۱,۳۶۵,۱۳۱	۱,۳۵۷,۶۷۴
۲۷	مرکزی	اراک	۱,۳۵۱,۲۵۷	۴۱۹,۱۸۴	۹۳۲,۰۷۳	۱,۲۹۶,۷۰۱	۴۶۶,۰۸۸	۸۳۰,۶۱۳
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۱,۴۰۳,۶۷۴	۷۴۰,۶۰۵	۶۶۱,۳۲۵	۱,۱۹۶,۸۷۱	۶۸۲,۶۳۰	۵۱۴,۲۴۲
۲۹	همدان	همدان	۱,۷۰۳,۲۶۷	۷۲۱,۲۲۵	۹۸۰,۷۷۱	۱,۷۰۹,۹۷۰	۷۷۴,۷۵۵	۹۳۵,۲۱۶
۳۰	یزد	یزد	۹۹۰,۸۱۸	۲۰۰,۹۸۸	۷۸۹,۸۰۳	۸۸۸,۸۶۷	۱۹۹,۸۱۷	۶۸۹,۰۴۹
کل کشور			۷۰,۴۹۵,۷۸۲	۲۲,۱۳۱,۱۰۱	۴۸,۲۵۹,۹۶۴	۶۴,۵۷۴,۹۰۰	۲۲,۳۵۴,۵۷۲	۴۲,۱۷۳,۵۸۷

جدول شماره ۲ جمعیت استان های کشور به تفکیک جمعیت شهری و روستایی را برای سال های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵ نشان می دهد. مقایسه کلی اطلاعات سال های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵ حاکی از آن است که میزان شهرنشینی در کشور همچنان در حال افزایش است، که دلیل عمده آن مهاجرت روستاییان به شهر ها می باشد. بر اساس اطلاعات جدول فوق، استان تهران با حدود ۱۹٪ از کل جمعیت کشور دارای بیشترین جمعیت کشور در بین استان ها است و شهر تهران با حدود ۸ میلیون نفر جمعیت جزء ۲۰ شهر پرجمعیت دنیا می باشد. جدول مذکور نشان می دهد که دامنه شهرنشینی در بین استان های کشور متفاوت است. بطور مشخص بر اساس سرشماری ۱۳۸۵، استان های قم، تهران، و اصفهان با بیش از ۸۰٪ جمعیت شهری دارای بالاترین میزان شهرنشینی و استان های هرمزگان، کهگیلویه و بویراحمد و خراسان جنوبی با کمتر از ۵۰٪ جمعیت شهری دارای کمترین میزان شهرنشینی در بین استان ها هستند. همچنین، بالاترین میزان خالص مهاجرت منفی (مهاجرین خارج شده) به استان های غربی کشور (کرمانشاه، همدان، لرستان و کردستان) و شمال غربی (اردبیل و آذربایجان شرقی) مربوط بوده است. بر همین اساس، بالاترین میزان خالص مهاجرت مثبت (مهاجرین وارد شده) مربوط به استان های تهران و قم بوده است (نمودار شماره ۱). شکل ۱ تا ۴، هرم سنی جمعیت ایران را بترتیب بر اساس سرشماری های سال های ۱۳۵۵ و ۱۳۶۵ و ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ نشان می دهند. مقایسه هرم سنی سال ۱۳۸۵ (شکل شماره) با هرم های سنی سال های قبل نشان دهنده افزایش قابل ملاحظه میزان مولید در فاصله سال های ۱۳۵۶ تا ۱۳۶۷ می باشد. سپس، به دنبال اجرای سیاست های دولت برای کنترل جمعیت، میزان مولید کشور از سال ۱۳۶۸ رو به کاهش نهاد. این کاهش قابل ملاحظه مولید در مناطق شهری و روستایی تقریباً در همه استان های کشور اتفاق افتاد. بر همین اساس، **میزان کلی مولید**^۱ کاهش قابل توجه داشته است. بطوری که این میزان از ۶۰۳ (بچه برای یک زن) در سال ۱۳۶۸ به ۲ (بچه برای یک زن) در سال ۱۳۷۹ تغییر کرده است (۱). با توجه به بالا بودن میزان مولید در طی سال های دهه ۱۳۶۰، در حال حاضر، بالا بودن نسبت جمعیت گروه های سنی ۱۰ تا ۲۹ ساله در هرم سنی سال ۱۳۸۵ کاملاً نمایان است که نشانه چالش دولت با تقاضای این گروه سنی برای آموزش، کار و سایر نیازهای اجتماعی است. همچنین، هرم سنی سال ۱۳۸۵ حکایت از مواجه شدن جمعیت ایران با پدیده **پیری جمعیت**^۲ در آینده ای نه چندان دور دارد.

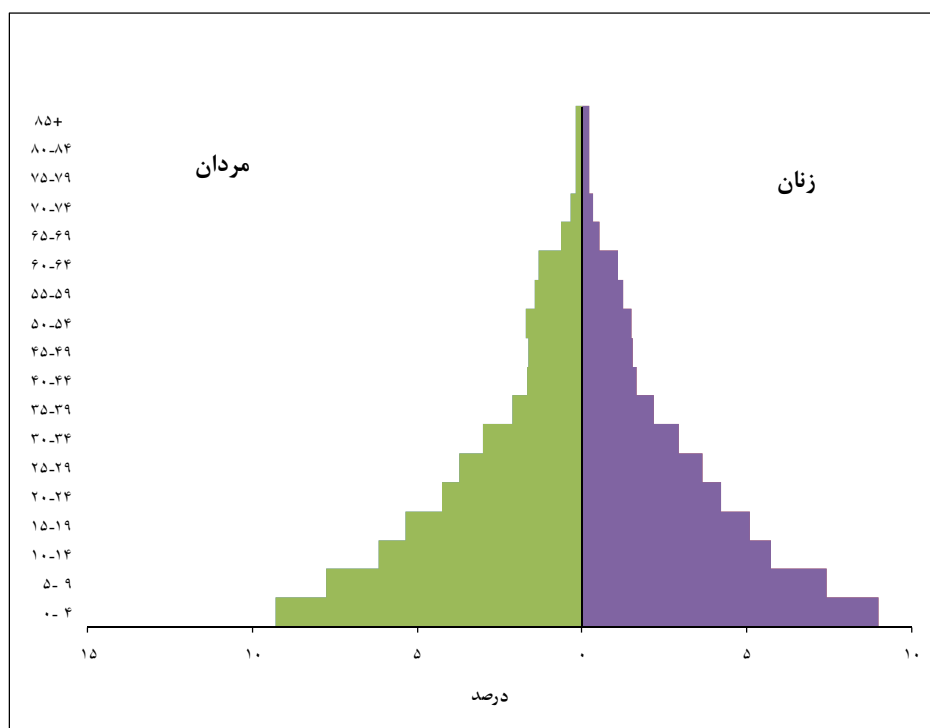
^۱ Total Fertility Rate

^۲ Ageing Population

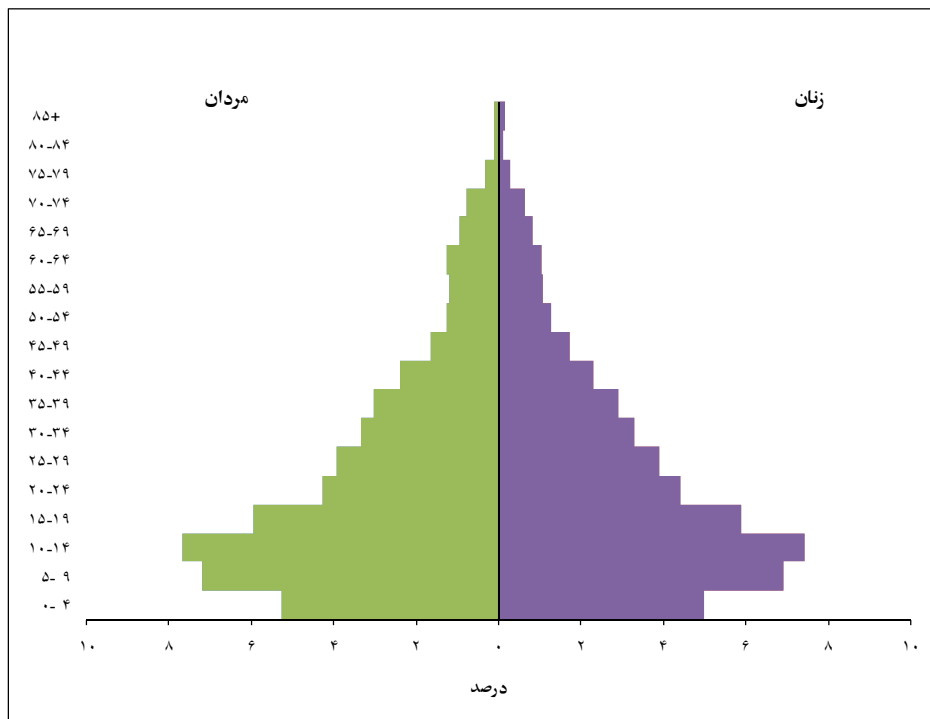
شکل شماره ۱- هرم سنی جمعیت ایران بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۵۵



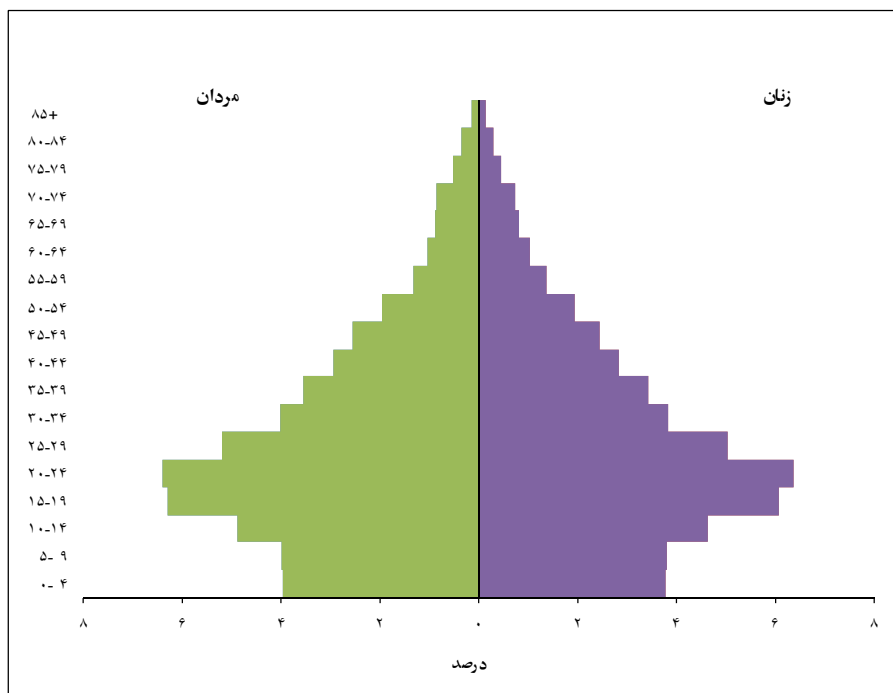
شکل شماره ۲- هرم سنی جمعیت ایران بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۶۵



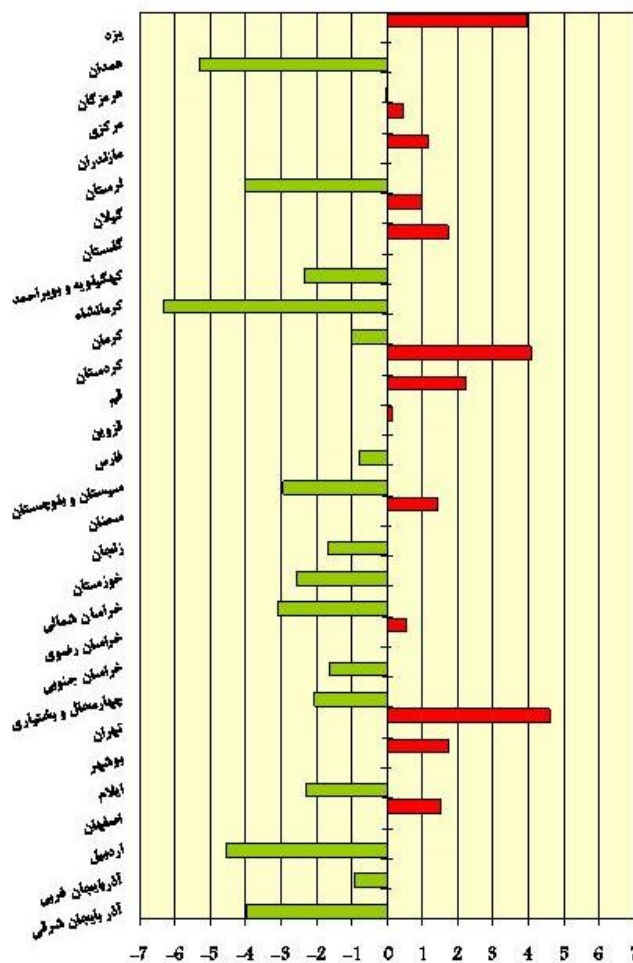
شکل شماره ۳- هرم سنی جمعیت ایران بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۷۵



شکل شماره ۴- هرم سنی جمعیت ایران بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۸۵



نمودار شماره ۱- خالص مهاجرت نسبت به جمعیت استان بر اساس اطلاعات سرشماری، سال ۱۳۸۵



منبع: سایت مرکز آمار ایران (۱۳۸۷/۰۶/۲۷)

میزان با سواد

جدول شماره ۳- مشخصات شاخص میزان باسواد در جمعیت ۶ ساله و بیشتر

نام شاخص	میزان باسواد
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد جمعیت باسواد ۶ ساله و بیشتر}}{\text{کل جمعیت ۶ ساله و بیشتر}} \times 100$
منبع جمع آوری اطلاعات	سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵ و بررسی DHS وزارت بهداشت سال ۱۳۷۹
دوره زمانی جمع آوری داده ها	در مورد سرشماری هر ۱۰ سال یکبار

جدول شماره ۴- درصد باسوادی هر دو جنس به تفکیک استان و دانشگاه بر اساس اطلاعات مطالعه DHS و

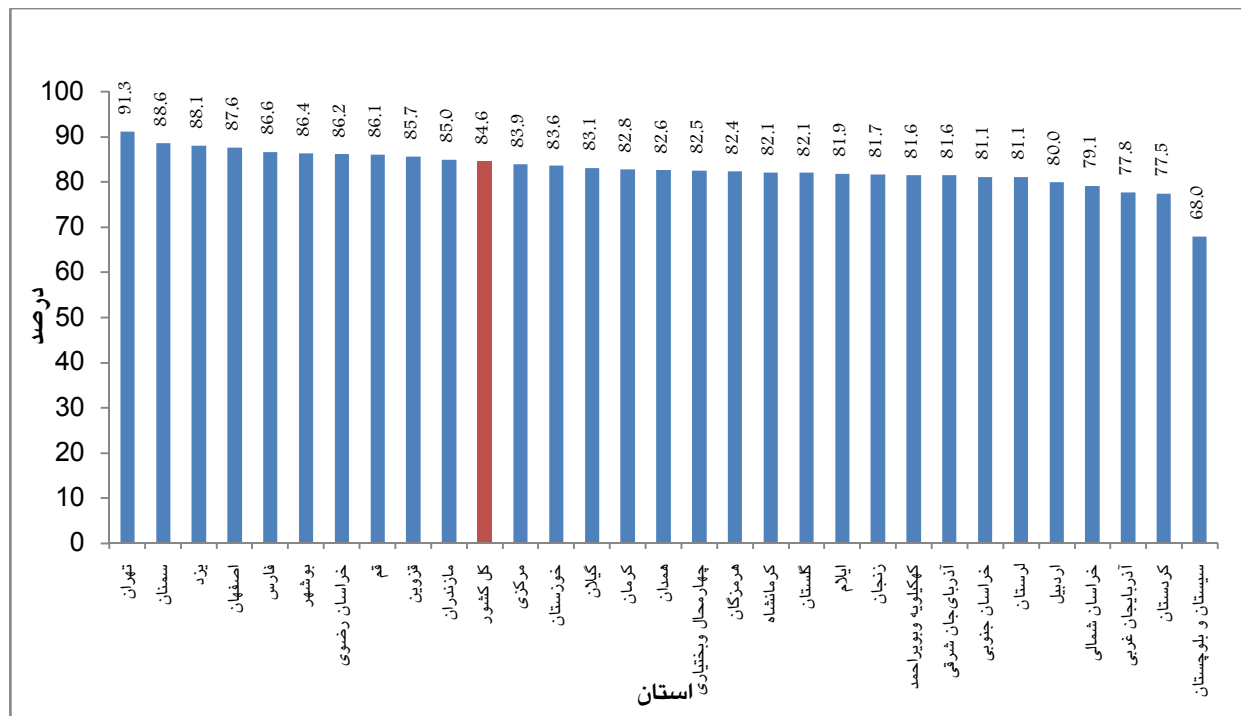
سرشماری، سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۷۹
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۸۱.۵	۷۷.۲
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۷۷.۷	۷۳.۰
۳	اردبیل	اردبیل	۸۰.۰	۷۵.۶
۴	اصفهان	اصفهان	۸۷.۶	
		کاشان	۸۶.۱	
		کل	۸۷.۵	۸۳.۹
۵	ایلام	ایلام	۸۱.۹	۸۰.۹
۶	بوشهر	بوشهر	۸۶.۴	۸۳.۳
۷	تهران	تهران		۸۵.۰
		ایران		
		شهید بهشتی		
		کل	۹۱.۲	۹۰.۸
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۸۲.۵	۸۰.۲
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۸۱.۱	
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۹۰.۴	
		سبزوار	۸۳.۷	
		گناباد	۸۱.۳	
		کل	۸۶.۱	۸۰.۴
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۷۹.۱	
۱۲	خوزستان	اهواز	۸۳.۶	۸۰.۸
۱۳	زنجان	زنجان	۸۱.۷	۷۵.۷
۱۴	سمنان	سمنان	۸۸.۹	
		شاهرود	۸۸.۱	
		کل	۸۸.۶	۸۳.۸
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۶۷.۵	
		زابل	۷۰.۷	
		کل	۶۸.۰	۶۲.۵

ادامه جدول شماره ۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۷۹
۱۶	فارس	شیراز	۸۶.۶	
		جهرم	۸۵.۷	
		فسا	۸۶.۸	
		کل	۸۶.۶	۸۴.۰
۱۷	قزوین	قزوین	۸۵.۶	۸۲.۲
۱۸	قم	قم	۸۶.۱	۸۳.۷
۱۹	کردستان	کردستان	۷۷.۴	۷۲.۴
۲۰	کرمان	کرمان	۸۲.۶	
		رفسنجان	۸۳.۸	
		کل	۸۲.۸	۷۹.۸
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۸۲.۱	۷۸.۳
۲۲	کهگیلویه و بویراحمد	یاسوج	۸۱.۶	۷۸.۹
۲۳	گلستان	گلستان	۸۲.۰	۷۹.۴
۲۴	گیلان	گیلان	۸۳.۱	۷۹.۶
۲۵	لرستان	لرستان	۸۱.۰	۷۸.۷
۲۶	مازندران	مازندران	۸۵.۳	
		بابل	۸۳.۱	
		کل	۸۵.۰	۸۱.۷
۲۷	مرکزی	اراک	۸۳.۹	۷۹.۶
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۸۲.۳	۷۷.۶
۲۹	همدان	همدان	۸۲.۶	۷۹.۵
۳۰	یزد	یزد	۸۸.۰	۸۳.۷
کل کشور			۸۴.۶	۸۱.۳

نمودار شماره ۲ - درصد با سوادی هر دو جنس برای جمعیت ۶ ساله و بیشتر به تفکیک استان بر اساس اطلاعات سرشماری، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۴ درصد باسوادی در جمعیت ۶ ساله و بیشتر را به تفکیک استان برای هر دو جنس برای سال های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۵ را بر اساس اطلاعات DHS و سرشماری را نشان می دهد. با توجه به سیاست ترویج سواد آموزی و گسترش آموزش عمومی و اختصاص ۴ تا ۵ درصد از درآمد ملی کشور به آموزش جامعه در طی ۳۰ سال گذشته، سطح سواد عمومی مردم ایران افزایش قابل توجه داشته است. بر اساس نتایج سرشماری های اخیر، درصد باسوادی جمعیت ۶ ساله و بیشتر از ۶۱.۸٪ در سال ۱۳۶۵ به ۸۱.۵٪ در سال ۱۳۷۹ و به ۸۴.۶٪ در سال ۱۳۸۵ افزایش یافته است. به طور کلی درصد مردان با سواد بیشتر از زنان می باشند. براساس سرشماری ۱۳۸۵، میزان باسوادی برای مردان ۸۸.۷ درصد و برای زنان ۸۰.۴ درصد است. اگر چه میزان با سواد زنان در طی سال های اخیر افزایش قابل توجهی داشته است ولی پایین بودن میزان با سواد زنان در استان های سیستان و بلوچستان (۶۱.۴٪)، آذربایجان غربی (۷۰٪) و کردستان (۷۰.۱٪) به عنوان یکی از چالش های فرهنگی و اجتماعی استان های مورد نظر است که باید مورد توجه سیاستگذاران قرار گیرد. همچنین با توجه به نمودار شماره ۲، کمترین درصد باسوادی در جمعیت ۶ ساله و بیشتر در سیستان و بلوچستان (۶۸.۰٪)، کردستان (۷۷.۸٪) و آذربایجان غربی (۷۷.۷٪) و خراسان شمالی (۷۹.۱٪) است که در پایین ترین دهک قرار می گیرند. از طرفی استان های تهران (۹۱.۳٪)، سمنان (۸۸.۶٪) و یزد (۸۸.۱٪) و اصفهان (۸۷.۵٪) دارای بیشترین جمعیت باسواد در کشور هستند و در بالاترین دهک قرار دارند. شایان ذکر است غیر از استان سیستان و بلوچستان که درصد با سواد پایین است، اختلاف سایر استان ها با میانگین کشور خیلی زیاد نمی باشد و در کل اختلاف سواد در استان های در دهک های میانه حدود ۵ درصد می باشد.

شاخص نرخ بیکاری

جدول شماره ۵- مشخصات شاخص نرخ بیکاری در جمعیت بالای ۱۰ ساله و بیشتر

نام شاخص	شاخص نرخ بیکاری در جمعیت ۱۰ ساله و بیشتر
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد جمعیت بیکار ده ساله و بیشتر}}{\text{کل جمعیت ده ساله و بیشتر}} \times ۱۰۰$
منبع جمع آوری اطلاعات	سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵ و بررسی نیروی کار مرکز آمار سال ۱۳۸۰
دوره زمانی جمع آوری داده ها	در مورد سرشماری هر ۱۰ سال یکبار

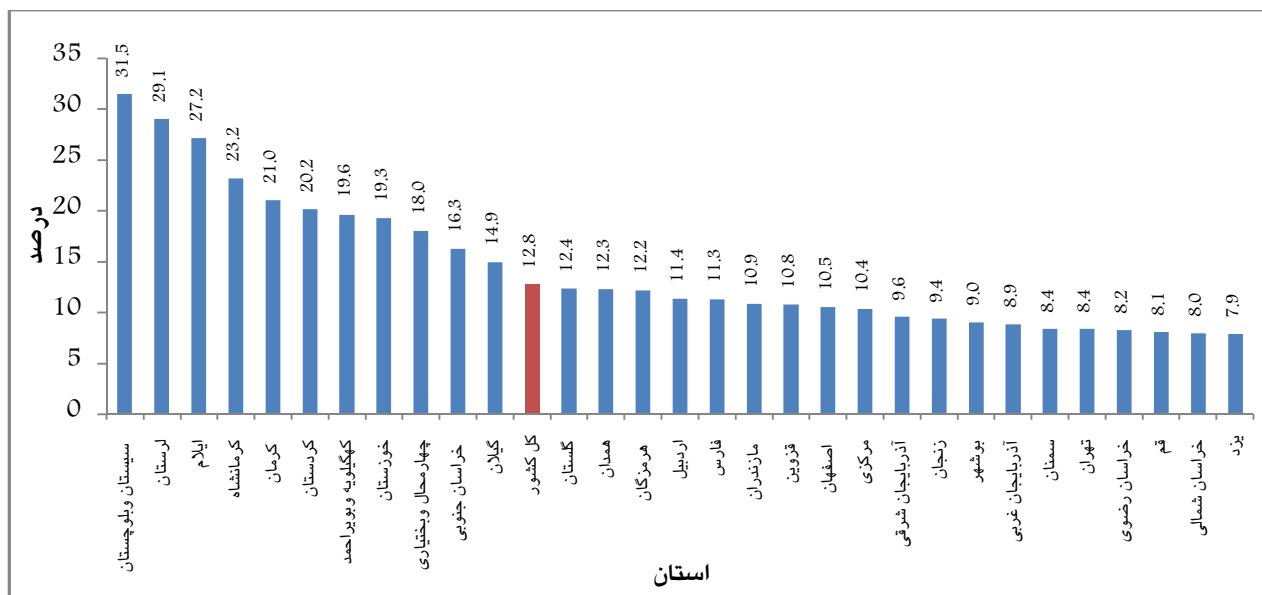
جدول شماره ۶- در صد نرخ بیکاری در جمعیت بالای ۱۰ ساله به تفکیک استان / دانشگاه، سالهای ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	نرخ بیکاری سال ۸۵	نرخ بیکاری سال ۸۰
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۹.۶	۷.۸
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۸.۹	۱۲.۸
۳	اردبیل	اردبیل	۱۱.۴	۱۳.۰
۴	اصفهان	اصفهان	۱۰.۸	
		کاشان	۶.۸	
		کل	۱۰.۵	۱۳.۴
۵	ایلام	ایلام	۲۷.۲	۲۴.۰۵
۶	بوشهر	بوشهر	۹.۰	۱۰.۵
۷	تهران	تهران		
		ایران		
		شهید بهشتی		
		کل	۸.۴	۱۲.۱
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۱۸.۰	۱۶.۹
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۱۶.۳	
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۸.۳	
		سبزوار	۸.۸	
		گناباد	۵.۱	
		کل	۸.۲	۱۵.۴
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۸.۰	
۱۲	خوزستان	اهواز	۱۹.۳	۱۶.۴
۱۳	زنجان	زنجان	۹.۴	۱۰.۲
۱۴	سمنان	سمنان	۷.۸	
		شاهرود	۹.۳	
		کل	۸.۴	۱۵.۶۸
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۳۱.۴	
		زابل	۳۲.۱	
		کل	۳۱.۵	۳۰.۷

ادامه جدول شماره ۶

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	نرخ بیکاری سال ۸۵	نرخ بیکاری سال ۸۰
۱۶	فارس	شیراز	۱۱.۱	
		جهرم	۹.۲	
		فسا	۱۶.۵	
		کل	۱۱.۳	۱۸.۷
۱۷	قزوین	قزوین	۱۰.۸	۱۱.۰
۱۸	قم	قم	۸.۱	۱۱.۰
۱۹	کردستان	کردستان	۲۰.۲	۲۳.۲
۲۰	کرمان	کرمان	۲۲.۶	
		رفسنجان	۹.۵	
		کل	۲۱.۰	۱۲.۵
		کرمانشاه	۲۳.۲	۲۶.۹
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۱۹.۶	۱۹.۲
۲۳	گلستان	گلستان	۱۲.۴	۱۰.۸
۲۴	گیلان	گیلان	۱۴.۹	۱۴.۸
۲۵	لرستان	لرستان	۲۹.۱	۲۳.۷
۲۶	مازندران	مازندران	۱۱.۴	
		بابل	۸.۰	
		کل	۱۰.۹	۱۱.۳
		اراک	۱۰.۴	۱۰.۴
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۱۲.۲	۱۷.۸
۲۹	همدان	همدان	۱۲.۳	۲۰.۱
۳۰	یزد	یزد	۷.۹	۱۴.۸
کل کشور			۱۲.۸	۱۴.۷

نمودار شماره ۳- درصد نرخ بیکاری جمعیت ۱۰ ساله و بیشتر به تفکیک استان بر اساس اطلاعات سرشماری، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۶ درصد نرخ بیکاری در جمعیت ۱۰ ساله و بیشتر به تفکیک استان بر اساس داده های مرکز آمار را برای سال ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵ نشان می دهد. درصد بیکاری در سطح کشور از ۱۴.۷٪ در سال ۱۳۸۰ به ۱۲.۸ درصد کاهش یافته است. همچنین نمودار شماره ۳، درصد نرخ بیکاری به تفکیک استان در سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، استان های یزد (۷.۹٪)، خراسان شمالی (۸.۰٪) و قم (۸.۱٪) کمترین نرخ بیکاری را داشته اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند و استان های سیستان و بلوچستان (۳۱.۵٪)، لرستان (۲۹.۱٪)، ایلام (۲۷.۲٪) و کرمانشاه (۲۳.۲٪) بیشترین نرخ بیکاری را داشته اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند. علاوه بر این سیستان و بلوچستان که محروم ترین استان کشور می باشد، نرخ بیکاری در استان های غربی کشور نیز بالا است که بالا بودن میزان مهاجرت به خارج از استان، در این استان ها شاید حاکی از این مساله باشد.

شاخص جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر

جدول شماره ۷- مشخصات شاخص درصد جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر

نام شاخص	درصد ۶۵ ساله و بیشتر
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر}}{\text{کل جمعیت}} \times 100$
منبع جمع آوری اطلاعات	سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵ و بررسی DHS وزارت بهداشت سال ۱۳۷۹
دوره زمانی جمع آوری داده ها	در مورد سرشماری هر ۱۰ سال یکبار

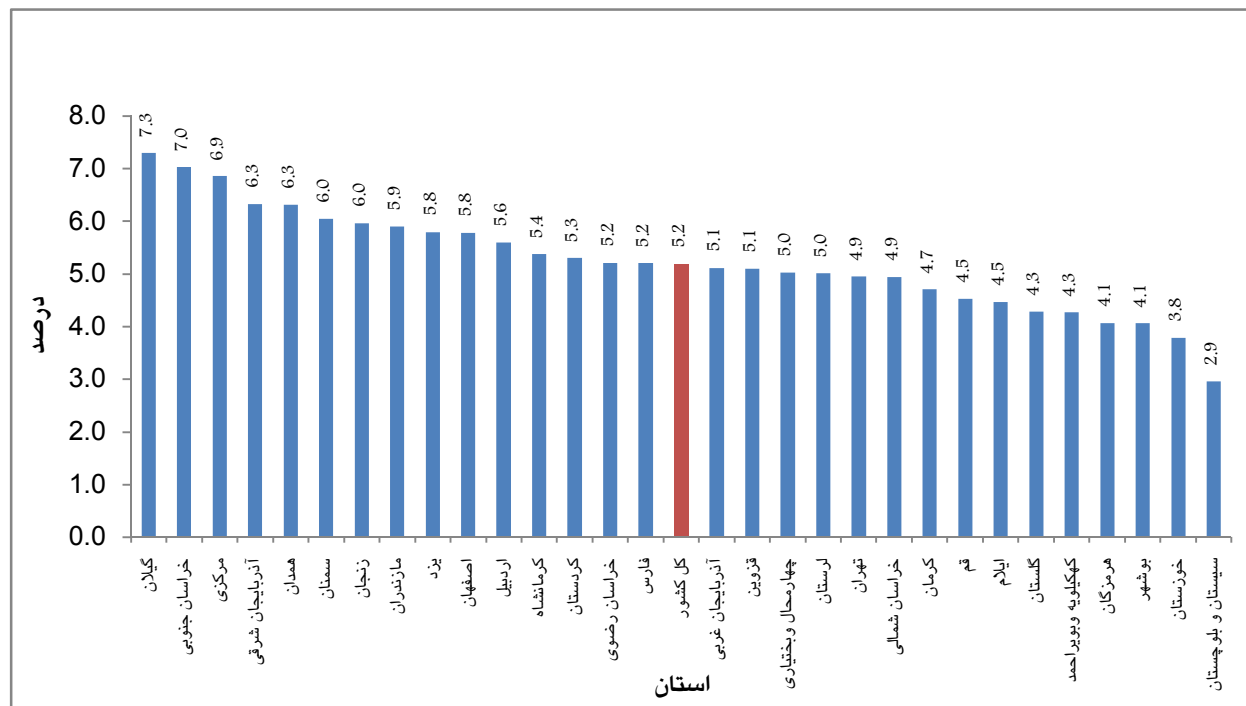
جدول شماره ۸- درصد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر بر حسب جنس به تفکیک استان ها بر اساس مطالعه DHS و سرشماری، سال های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۷۹
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۶.۳	۵.۶
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۵.۱	۵.۳
۳	اردبیل	اردبیل	۵.۶	۵.۹
۴	اصفهان	اصفهان	۵.۷	
		کاشان	۶.۹	
		کل	۵.۸	۵.۹
۵	ایلام	ایلام	۴.۵	۴.۲
۶	بوشهر	بوشهر	۴.۱	۴.۱
۷	تهران	تهران		
		ایران		
		شهید بهشتی		
		کل	۴.۹	
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۵.۰	۵.۲
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۷.۰	
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۶.۵	
		سبزوار	۶.۸	
		گناباد	۹.۱	
		کل	۵.۲	۵.۹
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۴.۹	
۱۲	خوزستان	اهواز	۳.۸	۳.۹
۱۳	زنجان	زنجان	۶.۰	۵.۸
۱۴	سمنان	سمنان	۵.۳	
		شاهرود	۵.۹	
		کل	۶.۰	۷.۱
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۲.۰	
		زابل	۳.۸	
		کل	۲.۹	۴.۳

ادامه جدول شماره ۸

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۷۹
۱۶	فارس	شیراز	۴.۷	
		جهرم	۶.۱	
		فسا	۵.۷	
		کل	۵.۲	۵.۶
۱۷	قزوین	قزوین	۵.۱	۵.۶
۱۸	قم	قم	۴.۵	۴.۸
۱۹	کردستان	کردستان	۵.۳	۵.۶
۲۰	کرمان	کرمان	۴.۳	
		رفسنجان	۵.۰	
		کل	۴.۷	۵.۳
		کرمانشاه	۵.۴	۵.۶
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	ياسوج	۴.۳	۴.۴
۲۳	گلستان	گلستان	۴.۳	۴.۴
۲۴	گیلان	گیلان	۷.۳	۶.۹
۲۵	لرستان	لرستان	۵.۰	۵.۰
۲۶	مازندران	مازندران	۵.۴	
		بابل	۶.۵	
		کل	۵.۹	۶.۱
		اراک	۶.۹	۷.۳
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۴.۱	۴.۸
۲۹	همدان	همدان	۶.۳	۵.۷
۳۰	یزد	یزد	۵.۸	۶.۸
کل کشور			۵.۲	۵.۵

نمودار شماره ۴- درصد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر به تفکیک استان بر اساس سرشماری، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۸ درصد جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر را بر حسب استان در سال ۱۳۷۹ بر اساس نتایج بررسی DHS^۱ و سال ۱۳۸۵ بر اساس اطلاعات سرشماری نشان می دهد. مقایسه این داده ها نشان می دهد که در مورد برخی از استان ها هم خوانی برای این شاخص وجود ندارد. به عنوان مثال، درصد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر برای استان سیستان و بلوچستان بر اساس داده های DHS ۴.۳ درصد بوده ولی بر اساس داده های دو سرشماری ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ معادل ۲.۹ درصد بوده است. همچنین، اطلاعات DHS نشان می دهد که این نسبت برای جمعیت استان سمنان ۷.۱ درصد بوده ولی بر اساس دو سرشماری ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ بترتیب برابر ۵.۷ و ۶.۰ درصد بوده است. بر اساس نمودار شماره ۴، استان های سیستان و بلوچستان (۲.۹٪)، خوزستان (۳.۸٪)، بوشهر و هرمزگان (۴.۱٪) دارای کمترین درصد جمعیت مسن بر اساس سرشماری ۱۳۸۵ بوده اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند و استان های، گیلان (۷.۳٪)، خراسان جنوبی (۷.۰٪) و استان مرکزی (۶.۹٪) دارای بالاترین جمعیت سالمند بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

^۱ Demographic and Health Survey

شاخص درصد جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله

جدول شماره ۹- مشخصات شاخص درصد جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله

نام شاخص	درصد جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله}}{\text{کل جمعیت}} \times ۱۰۰$
منبع جمع آوری اطلاعات	سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵ و بررسی DHS وزارت بهداشت سال ۱۳۷۹
دوره زمانی جمع آوری داده ها	در مورد سرشماری هر ۱۰ سال یکبار

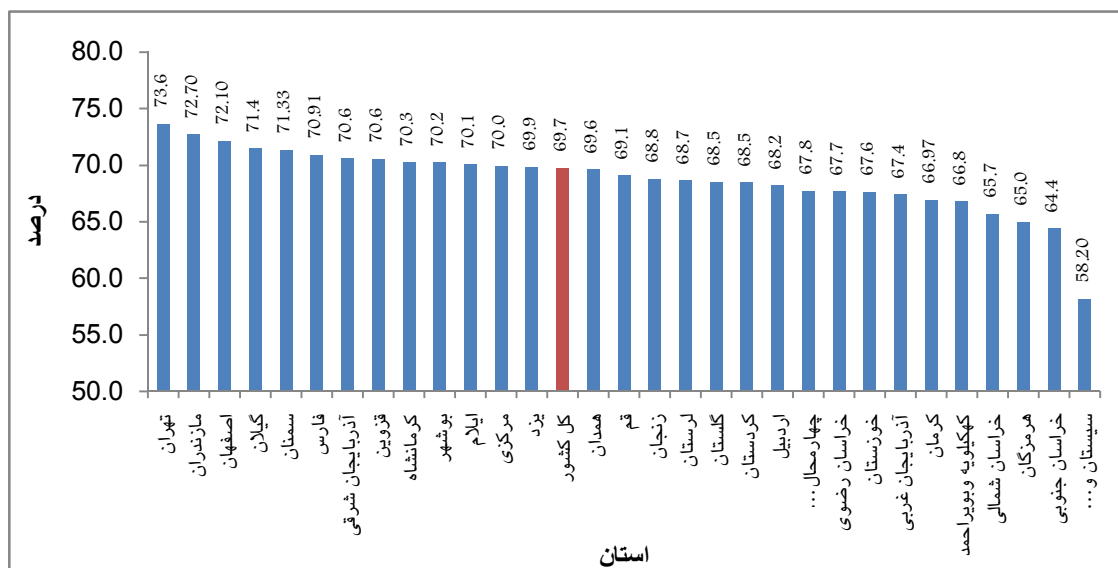
جدول شماره ۱۰- درصد جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله به تفکیک استان بر اساس اطلاعات مطالعه DHS و سرشماری، سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۷۰.۶	۶۳
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۶۷.۴	۶۰
۳	اردبیل	اردبیل	۶۸.۲	۵۹
۴	اصفهان	اصفهان	۷۲.۲	
		کاشان	۷۰.۶	
		کل	۷۲.۱۰	۶۵
۵	ایلام	ایلام	۷۰.۱	۶۰
۶	بوشهر	بوشهر	۷۰.۲	۶۰
۷	تهران	تهران		
		ایران		
		شهید بهشتی		
		کل	۷۳.۶	۷۳
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۶۷.۸	۵۹
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۶۴.۴	
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۶۷.۷	
		سبزوار	۶۶.۹	
		گناباد	۶۶.۰۳	
		کل	۶۷.۷	۶۰
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۶۵.۷	
۱۲	خوزستان	اهواز	۶۷.۶	۵۸
۱۳	زنجان	زنجان	۶۸.۸	۵۹
۱۴	سمنان	سمنان	۷۰.۷	
		شاهرود	۷۲.۲	
		کل	۷۱.۳	۶۲
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۵۸.۹	
		زابل	۵۳.۸	
		کل	۵۸.۲۰	۵۱

ادامه جدول شماره ۱۰

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱۶	فارس	شیراز	۷۰.۹۶	
		جهرم	۷۰.۵۶	
		فسا	۷۰.۳۸	
		کل	۷۰.۹۱	۶۲
۱۷	قزوین	قزوین	۷۰.۶	
۱۸	قم	قم	۶۹.۱	۶۱
۱۹	کردستان	کردستان	۶۸.۵	۵۹
۲۰	کرمان	کرمان	۶۶.۸	
		رفسنجان	۶۶.۶	
		کل	۶۶.۹	۵۹
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۷۰.۳	۶۱
۲۲	کهگیلویه و بویراحمد	یاسوج	۶۶.۸	۵۶
۲۳	گلستان	گلستان	۶۸.۵	
۲۴	گیلان	گیلان	۷۱.۴	۶۵
۲۵	لرستان	لرستان	۶۸.۷	۵۹
۲۶	مازندران	مازندران	۷۲.۹	
		بابل	۷۱.۴	
		کل	۷۲.۷	۶۵
۲۷	مرکزی	اراک	۷۰.۰	۶۲
۲۸	هرمزگان	بندرعباس	۶۵.۰	۵۶
۲۹	همدان	همدان	۶۹.۶	۶۱
۳۰	یزد	یزد	۶۹.۹	۶۲
کل کشور			۶۹.۷	۶۲

نمودار شماره ۵- درصد جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله به تفکیک استان بر اساس داده های سرشماری، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۰ درصد جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله را بر حسب استان برای سال ۱۳۷۹ بر اساس نتایج بررسی DHS و مقایسه آن با سال ۱۳۸۵ بر اساس داده های سرشماری را نشان می دهد. با توجه نمودار شماره ۵، در سال ۱۳۸۵ استان های سیستان و بلوچستان (۵۸.۲٪) و خراسان جنوبی (۶۴.۴٪) کمترین نسبت این شاخص را داشته اند و در پایین ترین دهک قرار گرفته اند. ضمناً استان های تهران (۷۳.۶٪)، مازندران (۷۲.۷٪) و اصفهان (۷۲.۱٪) بیشترین درصد مزبور را داشته اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند. بالا بودن درصد این گروه سنی حاکی از پایین بودن میزان سرباری جمعیت مورد نظر است.

شاخص جمعیت کمتر از ۱۵ ساله

جدول شماره ۱۱- مشخصات شاخص درصد جمعیت کمتر از ۱۵ ساله

نام شاخص	درصد جمعیت کمتر از ۱۵ ساله
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد جمعیت کمتر از ۱۵ ساله}}{\text{کل جمعیت}} \times ۱۰۰$
منبع جمع آوری اطلاعات	سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵ و بررسی DHS وزارت بهداشت سال ۱۳۷۹
دوره زمانی جمع آوری داده ها	در مورد سرشماری هر ۱۰ سال یکبار

جدول شماره ۱۲- درصد جمعیت کمتر از ۱۵ ساله به تفکیک استان بر اساس مطالعه DHS و سرشماری، سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۵

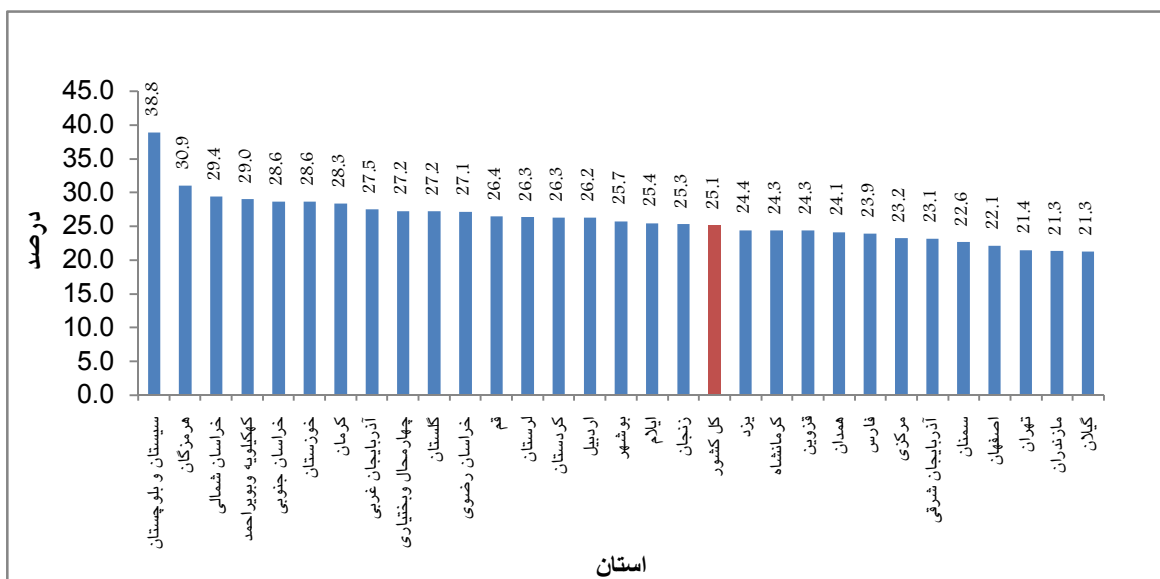
ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۷۹
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۲۳.۱	۳۱.۳
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۲۷.۵	۳۴.۷
۳	اردبیل	اردبیل	۲۶.۲	۳۴.۸
۴	اصفهان	اصفهان	۲۲.۱	
		کاشان	۲۲.۳	
		کل	۲۲.۱	۲۹.۲
۵	ایلام	ایلام	۲۵.۴	۲۵.۸
۶	بوشهر	بوشهر	۲۵.۷	۳۵.۴
۷	تهران	تهران		
		ایران		
		شهید بهشتی		
		کل	۲۱.۴	۲۶.۸
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۲۷.۲	۳۵.۷
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۲۸.۶	
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۲۵.۷	
		سبزوار	۲۶.۱	
		گناباد	۲۴.۸	
		کل	۲۷.۱	۳۴.۳
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۲۹.۴	
۱۲	خوزستان	اهواز	۲۸.۶	۳۷.۷
۱۳	زنجان	زنجان	۲۵.۳	۳۴.۸
۱۴	سمنان	سمنان	۲۳.۷	
		شاهرود	۲۱.۷	
		کل	۲۲.۶	۳۰.۴
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۳۶.۳	
		زابل	۳۸.۹	
		کل	۳۸.۸	۴۴.۶

ادامه جدول شماره ۱۲

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۷۹
۱۶	فارس	شیراز	۲۲.۱	
		جهرم	۲۳.۳	
		فسا	۲۳.۸	
		کل	۲۳.۹	۳۱.۹
۱۷	قزوین	قزوین	۲۴.۳	
۱۸	قم	قم	۲۶.۴	۳۴.۰
۱۹	کردستان	کردستان	۲۶.۳	۳۵.۱
۲۰	کرمان	کرمان	۲۵.۳	
		رفسنجان	۲۷.۳	
		کل	۲۸.۳	۳۵.۳
		کرمانشاه	۲۴.۳	۳۳.۴
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۲۴.۳	۳۳.۴
۲۲	کهگیلویه و بویراحمد	ياسوج	۲۹.۰	۳۹.۶
۲۳	گلستان	گلستان	۲۷.۲	
۲۴	گیلان	گیلان	۲۱.۳	۲۸.۴
۲۵	لرستان	لرستان	۲۶.۳	۳۵.۹
۲۶	مازندران	مازندران	۲۱.۱	
		بابل	۲۱.۹	
		کل	۲۱.۳	۲۸.۸
۲۷	مرکزی	اراک	۲۳.۲	۳۰.۸
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۳۰.۹	۳۹.۴
۲۹	همدان	همدان	۲۴.۱	۳۳.۴
۳۰	یزد	یزد	۲۴.۴	۳۱.۰
کل کشور			۲۵.۱	۳۲.۱

اطلاعات سال ۷۹ استان قزوین موجود نبود.

نمودار شماره ۶- درصد جمعیت زیر ۱۵ سال به تفکیک استان های کشور بر اساس داده های سرشماری، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۲ درصد جمعیت کمتر از ۱۵ ساله بر حسب استان در سال ۱۳۷۹ بر اساس نتایج بررسی DHS و بر حسب دانشگاه های علوم پزشکی برای سال ۱۳۸۵ بر اساس اطلاعات سرشماری را نشان می دهد. مقایسه این اطلاعات نشان دهنده کاهش چشمگیر شاخص مزبور در طی سال های اخیر می باشد. درصد بالای این گروه سنی نشان دهنده جوان بودن جمعیت مورد نظر است. این شاخص برای کشورمان در دهه ۶۰ بیش از ۴۵ درصد بود که حاکی از رشد فزاینده جمعیت به علت افزایش مولید در آن سال ها بوده است، ولی مقایسه نتایج اطلاعات DHS در سال ۱۳۷۹ و سرشماری ۱۳۸۵ (بترتیب ۳۲.۱ و ۲۵.۱ درصد) نشان دهنده کاهش درصد این گروه سنی است. نمودار شماره ۶ درصد جمعیت کمتر از ۱۵ ساله را بر حسب استان بر اساس اطلاعات سرشماری برای سال ۱۳۸۵ نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، استان های گیلان (۲۱.۳٪)، مازندران (۲۱.۳٪)، تهران (۲۱.۴٪) دارای کمترین درصد جمعیت زیر ۱۵ ساله بوده اند و در پایین ترین دهک قرار دارند و استان های سیستان و بلوچستان (۳۸.۸٪)، هرمزگان (۳۰.۹٪) و خراسان شمالی (۲۹.۴٪) جوان ترین جمعیت را داشته اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

شاخص نسبت سرباری

جدول شماره ۱۳- مشخصات شاخص نسبت سرباری

نام شاخص	درصد سرباری
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر} + \text{تعداد جمعیت کمتر از ۱۵ ساله}}{\text{تعداد جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله}} \times ۱۰۰$
منبع جمع آوری اطلاعات	سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵
دوره زمانی جمع آوری داده ها	هر ۱۰ سال یکبار

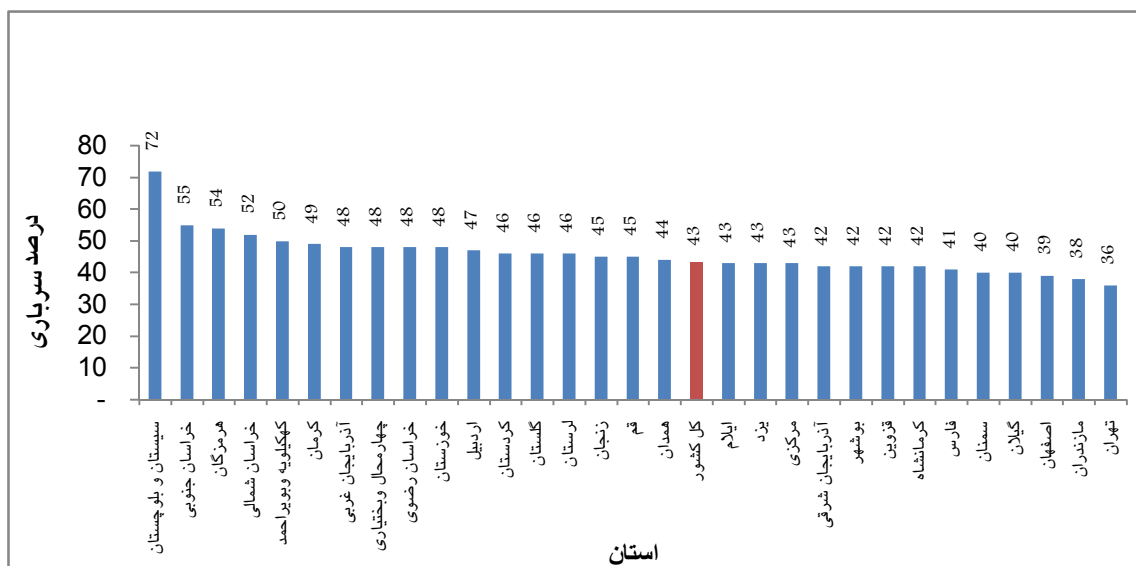
جدول شماره ۱۴- نسبت سرباری (بر حسب درصد) به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی بر اساس داده های سرشماری، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۴۲
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۴۸
۳	اردبیل	اردبیل	۴۷
۴	اصفهان	اصفهان	۳۷
		کاشان	۴۱
		کل	۳۹
۵	ایلام	ایلام	۴۳
۶	بوشهر	بوشهر	۴۲
۷	تهران	تهران	
		ایران	
		شهید بهشتی	
		کل	۳۶
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۴۸
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۵۵
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۴۳
		سبزوار	۴۹
		گناباد	۵۱
		کل	۴۸
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۵۲
۱۲	خوزستان	اهواز	۴۸
۱۳	زنجان	زنجان	۴۵
۱۴	سمنان	سمنان	۴۳
		شاهرود	۳۵
		کل	۴۰
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۷۲
		زابل	۶۷
		کل	۷۲

ادامه جدول شماره ۱۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۳۶
		چهرم	۴۰
		فسا	۴۲
		کل	۴۱
۱۷	قزوین	قزوین	۴۲
۱۸	قم	قم	۴۵
۱۹	کردستان	کردستان	۴۶
۲۰	کرمان	کرمان	۴۲
		رفسنجان	۴۷
		کل	۴۹
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۴۲
۲۲	کهگیلویه و بویراحمد	یاسوج	۵۰
۲۳	گلستان	گلستان	۴۶
۲۴	گیلان	گیلان	۴۰
۲۵	لرستان	لرستان	۴۶
۲۶	مازندران	مازندران	۳۷
		بابل	۳۹
		کل	۳۸
۲۷	مرکزی	اراک	۴۳
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۵۴
۲۹	همدان	همدان	۴۴
۳۰	یزد	یزد	۴۳
کل کشور			۴۳

نمودار شماره ۷- نسبت سرباری به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی بر اساس داده های سرشماری، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۴ نسبت سرباری به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی را بر اساس داده های سرشماری سال ۱۳۸۵ نشان می دهد. به دلیل در دسترس نبودن اطلاعات جمعیتی به تفکیک سن برای سال ۱۳۸۰، محاسبه این شاخص برای این سال قابل محاسبه نبود. با توجه به کاهش میزان باروری در دهه اخیر در ایران، نسبت سرباری کاهش چشمگیری داشته است، بطوری که این نسبت از میزان ۹۴٪ در سال ۱۳۶۵ به ۴۳٪ در سال ۱۳۸۵ کاهش یافته است. این بدان معنی است که در سال ۱۳۶۵ هر ۱۰۰ نفر، افراد در سن کار و بهره وری، علاوه بر خود، مجبور بوده اند ۹۴ نفر را نیز که در سن کار کردن و بهره وری اقتصادی نبوده اند را تأمین معاش کنند، ولی در سال ۱۳۸۵ تعداد افراد وابسته به افراد مزبور به ۴۳ نفر کاهش یافته است.

نمودار شماره ۷ توزیع شاخص سرباری به تفکیک استان بر اساس داده های سرشماری ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، استان های تهران (۳۶٪)، مازندران (۳۷٪) و اصفهان (۳۹٪) دارای کمترین نسبت سرباری را داشته اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند که حاکی از بالا بودن درصد جمعیتی است که در سنین کار و بهره وری هستند. بر عکس استان های سیستان و بلوچستان (۷۲٪)، هرمزگان (۵۶٪) و خراسان جنوبی (۵۵٪) دارای بیشترین نسبت سرباری بوده اند و در بالا ترین دهک قرار می گیرند. بنابراین، درصد زیادی از جمعیت در سن کار این استان ها باید کار کنند تا معاش زندگی افراد وابسته خود را تأمین نمایند.

شاخص درصد زنان شوهر دار

جدول شماره ۱۵- مشخصات شاخص درصد زنان شوهر دار

نام شاخص	درصد زنان شوهر دار
نحوه محاسبه (فرمول)	$100 \times \frac{\text{جمعیت زنان شوهر دار در سنین ۱۵ تا ۴۹ ساله}}{\text{کل جمعیت زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله}}$
منبع جمع آوری اطلاعات	سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵
دوره زمانی جمع آوری داده ها	هر ۱۰ سال یکبار

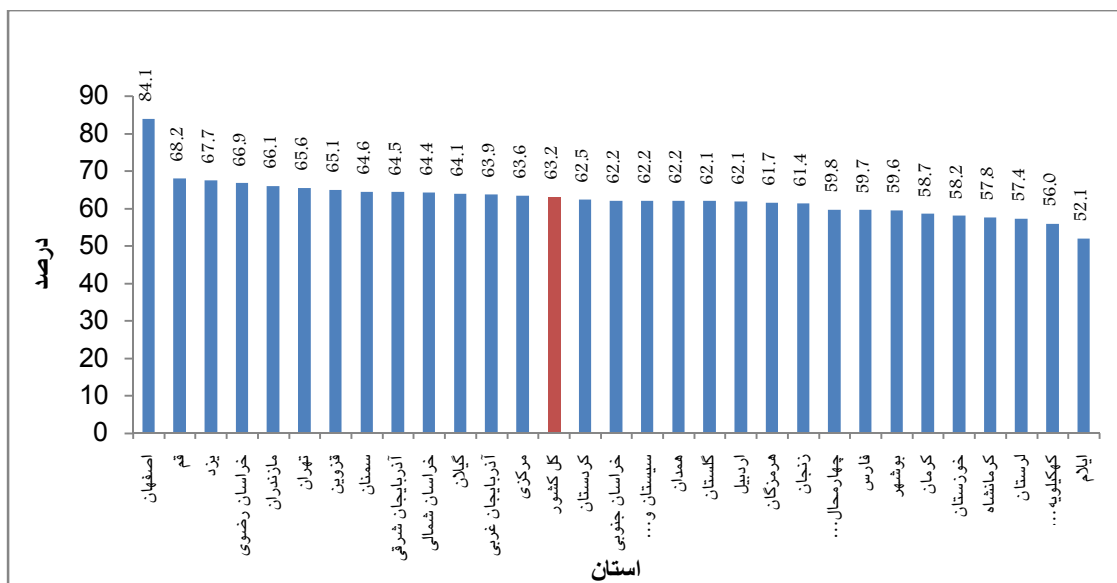
جدول شماره ۱۶- درصد زنان شوهردار ۱۵ تا ۴۹ ساله به تفکیک استان بر اساس اطلاعات سرشماری، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۶۴.۵
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۶۳.۹
۳	اردبیل	اردبیل	۶۲.۱
۴	اصفهان	اصفهان	۸۵.۶
		کاشان	۶۷.۲
		کل	۸۴.۱
۵	ایلام	ایلام	۵۲.۱
۶	بوشهر	بوشهر	۵۹.۶
۷	تهران	تهران	
		ایران	
		شهید بهشتی	
		کل	۶۵.۶
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۵۹.۸
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۶۲.۲
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۶۷.۱
		سبزوار	۶۴.۶
		گناباد	۶۸.۵
		کل	۶۶.۹
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۶۴.۴
۱۲	خوزستان	اهواز	۵۸.۲
۱۳	زنجان	زنجان	۶۱.۴
۱۴	سمنان	سمنان	۶۶.۲
		شاهرود	۶۲.۳
		کل	۶۴.۶
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۶۲.۷
		زابل	۵۸.۸
		کل	۶۲.۲

ادامه جدول شماره ۱۶

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۵۹.۷
		جهرم	۶۰.۰
		فسا	۵۸.۶
		کل	۵۹.۷
۱۷	قزوین	قزوین	۶۵.۱
۱۸	قم	قم	۶۸.۲
۱۹	کردستان	کردستان	۶۲.۵
۲۰	کرمان	کرمان	۵۸.۱
		رفسنجان	۶۳.۸
		کل	۵۸.۷
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۵۷.۸
۲۲	کهگیلویه و بویراحمد	یاسوج	۵۶.۰
۲۳	گلستان	گلستان	۶۲.۱
۲۴	گیلان	گیلان	۶۴.۱
۲۵	لرستان	لرستان	۵۷.۴
۲۶	مازندران	مازندران	۶۵.۹
		بابل	۶۷.۳
		کل	۶۶.۱
۲۷	مرکزی	اراک	۶۳.۶
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۶۱.۷
۲۹	همدان	همدان	۶۲.۲
۳۰	یزد	یزد	۶۷.۷
کل کشور			۶۳.۲

نمودار شماره ۸- درصد جمعیت زنان شوهردار ۱۵ تا ۴۹ ساله به تفکیک استان بر اساس داده های سرشماری، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۶ درصد زنان شوهردار به تفکیک استان/ دانشگاه بر اساس داده های سرشماری ۱۳۸۵ را نشان می دهد. به دلیل در دسترس نبودن اطلاعات جمعیتی امکان محاسبه این شاخص برای سال ۱۳۸۰ وجود نداشت. نمودار شماره ۸ توزیع شاخص مزبور به تفکیک استان را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، استان های ایلام (۵۲.۱٪)، کهگیلویه و بویراحمد (۵۶.۰٪)، لرستان (۵۷.۴٪)، کمترین درصد زنان شوهردار را داشته اند و در پایین ترین دهک در بین استان ها قرار می گیرند. از طرفی استانهای اصفهان (۸۴٪)، قم (۶۸.۲٪) و یزد (۶۷.۷٪) دارای بیشترین درصد زنان شوهردار بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند. اطلاعات این گروه جمعیتی، به عنوان گروه هدف برنامه تنظیم خانواده برای برنامه ریزی سلامت زنان ضروری می باشد.

میزان باروری کلی

جدول شماره ۱۷- مشخصات شاخص میزان باروری کلی

نام شاخص	میزان باروری کل ^(۱)
نحوه محاسبه (فرمول)	مجموع میزانهای باروری اختصاصی سنی (گروه سنی ۵ سال) ضربدر ۵ تقسیم بر ۱۰۰۰
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵ و بررسی وزارت بهداشت در سال ۱۳۷۹ (DHS)
دوره زمانی جمع آوری داده ها	مرکز آمار هر ۱۰ سال

^(۱) تعریف میزان باروری کلی عبارت است از متوسط تعداد فرزندان زنده ای است که یک زن، در طی دوران باروری خود به دنیا می آورد. (با فرض ثابت ماندن میزان های باروری و مرگ و میر)

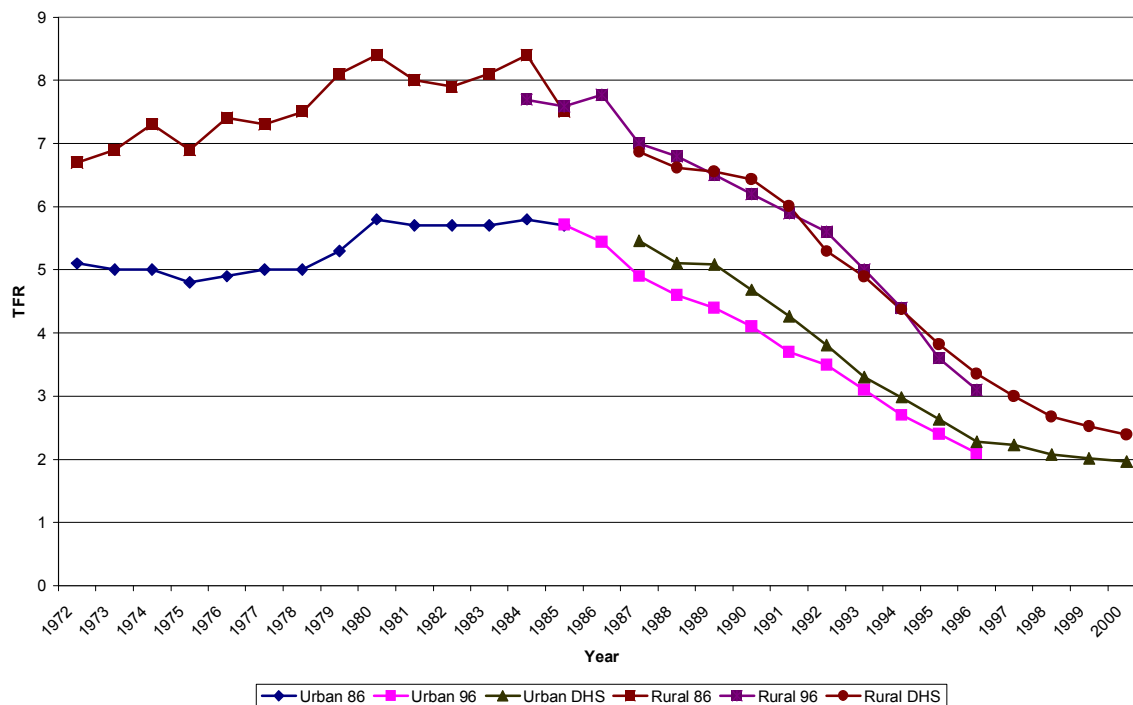
جدول شماره ۱۸- میزان باروری کلی به تفکیک استان بر اساس داده های DHS و سرشماری، سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۱۳۷۹
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱.۸۷	۲.۱
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۲.۲۹	۲.۵
۳	اردبیل	اردبیل	۱.۸۵	۲.۰
۴	اصفهان	اصفهان		
		کاشان		
		کل	۱.۵۶	۱.۷
۵	ایلام	ایلام	۲.۱	۱.۸
۶	بوشهر	بوشهر	۲.۲۲	۲.۲
۷	تهران	تهران		
		ایران		
		شهید بهشتی		
		کل	۱.۵۳	
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۲.۲۶	۲.۲
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۲.۶۷	
۱۰	خراسان رضوی	مشهد		
		سبزوار		
		گناباد		
		کل	۲.۲۵	۲.۴
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۲.۵۲	
۱۲	خوزستان	اهواز	۲.۳۸	۲.۶
۱۳	زنجان	زنجان	۱.۸۹	۲.۰
۱۴	سمنان	سمنان		
		شاهرود		
		کل	۱.۶۵	۲.۱
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان		
		زابل		
		کل	۳.۵۶	۴.۱

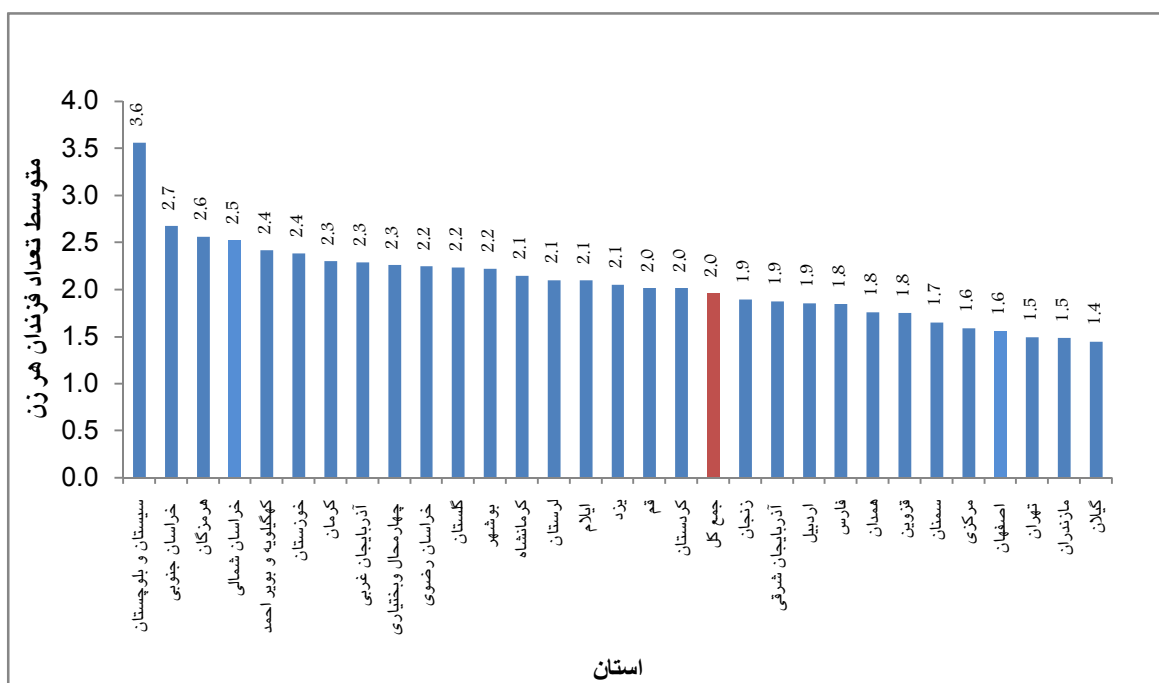
ادامه جدول شماره ۱۸

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱۶	فارس	شیراز		
		جهرم		
		فسا		
		کل	۱.۸۴	۱.۷
۱۷	قزوین	قزوین	۱.۷۵	۱.۸
۱۸	قم	قم	۲.۰۲	۲.۶
۱۹	کردستان	کردستان	۲.۰۱	۱.۹
۲۰	کرمان	کرمان		
		رفسنجان		
		کل	۲.۳	۲.۴
		کرمانشاه	۲.۱۵	۱.۸
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۲.۴۲	۲.۳
۲۳	گلستان	گلستان	۲.۲۴	
۲۴	گیلان	گیلان	۱.۴۴	۱.۴
۲۵	لرستان	لرستان	۲.۱	۱.۹
۲۶	مازندران	مازندران		
		بابل		
		کل	۱.۴۸	۱.۷
		اراک	۱.۵۹	۱.۷
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۲.۵۶	
۲۹	همدان	همدان	۱.۷۶	۱.۸
۳۰	یزد	یزد	۲.۰۵	۲.۲
کل کشور			۱.۹۶	۲.۰

نمودار شماره ۹- روند کاهش باروری در ایران در فاصله سالهای ۱۳۵۱ تا ۱۳۸۰ بر اساس دو سرشماری عمومی (۱۳۶۵-۱۳۷۵) و بررسی DHS ۱۳۷۹ به تفکیک شهر و روستا



نمودار شماره ۱۰- میزان باروری کلی به تفکیک استان بر اساس اطلاعات سرشماری، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۸ میزان باروری کلی به تفکیک استان بر اساس اطلاعات بررسی DHS سال ۱۳۷۹ و سرشماری سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. نمودار شماره ۹ روند کاهش میزان باروری کلی بر اساس اطلاعات سرشماری و بررسی DHS را نشان می دهد. بر اساس نمودار مذکور، میزان باروری کلی ایران در ابتدای دهه ۵۰ شمسی (۱۹۷۲ میلادی) حدود ۶.۶ و ۵.۱ فرزند به ترتیب برای مناطق روستایی و شهری بوده، سپس این میزان با رشد فزاینده جمعیت افزایش یافته و به ۸.۵ و ۵.۸ فرزند به ترتیب برای مناطق روستایی و شهری در سال ۱۳۶۵ (۱۹۸۶ میلادی) رسیده است. بعد از آن، با توجه به سیاست کنترل جمعیت کشور، این میزان کاهش چشمگیری داشته و نهایتاً در سال های اخیر این میزان در حد متوسط ۲ فرزند ثابت مانده است. نمودار شماره ۱۰ میزان باروری کلی به تفکیک استان ها بر اساس اطلاعات سرشماری برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، استان های گیلان (۱.۴ فرزند)، (۱.۵ فرزند) و تهران (۱.۵ فرزند) دارای کمترین میزان باروری کلی بوده اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. همچنین، استان های سیستان و بلوچستان (۳.۶ فرزند)، خراسان جنوبی (۲.۷ فرزند) و هرمزگان (۲.۶ فرزند) دارای بیشترین میزان باروری کلی بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

شاخص رشد جمعیت

جدول شماره ۱۹- مشخصات شاخص رشد جمعیت

نام شاخص	رشد جمعیت
نحوه محاسبه (فرمول)	(میزان خام مرگ و میر) - (میزان خام موالید) + (مهاجرت به داخل) - (مهاجرت به خارج)
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	سرشماری مرکز آمار ایران سالهای در ۱۳۸۵، ۱۳۶۵، ۱۳۷۵
دوره زمانی جمع آوری داده ها	هر ۱۰ سال یکبار انجام سرشماری

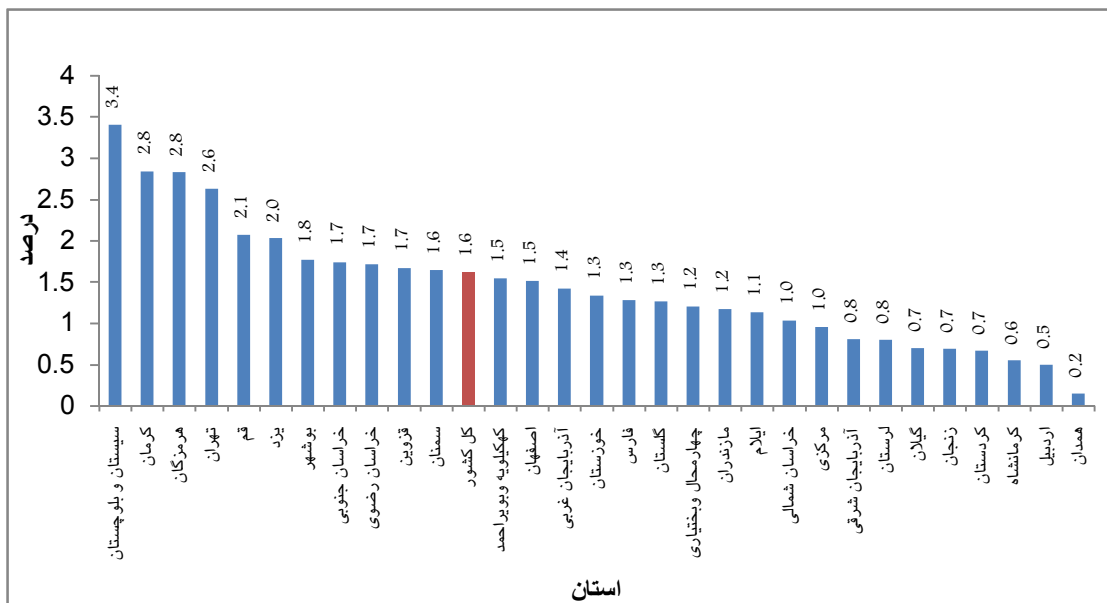
جدول شماره ۲۰ - میزان رشد جمعیت به تفکیک استان بر اساس اطلاعات سرشماری، سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۵ و ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه	۱۳۷۵-۱۳۶۵	۱۳۸۵-۱۳۷۵
۱	آذربایجان شرقی	آذربایجان شرقی	۰.۷۸	۰.۸۱
۲	آذربایجان غربی	آذربایجان غربی	۲.۳۹	۱.۴۲
۳	اردبیل	اردبیل	۱.۲	۰.۵
۴	اصفهان	اصفهان		
		کاشان		
		کل	۱.۷۶	۱.۵۱
۵	ایلام	ایلام	۲.۴۷	۱.۱۳
۶	بوشهر	بوشهر		
۷	تهران	تهران		
		ایران		
		شهید بهشتی		
		کل	۲.۴۸	۱.۷۷
۸	چهارمحال و بختیاری	چهارمحال و بختیاری	۱.۸۹	۲.۶۳
۹	خراسان جنوبی	خراسان جنوبی	۰.۴۳	۱.۲
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۱.۴۵	۱.۷۴
		سبزوار		
		گناباد		
		کل		
۱۱	خراسان شمالی	خراسان شمالی	۲.۲۴	۱.۷۱
۱۲	خوزستان	خوزستان	۳.۴	۱.۰۳
۱۳	زنجان	زنجان	۱.۴۱	۱.۳۳
۱۴	سمنان	سمنان		
		شاهرود		
		کل	۱.۸۶	۰.۶۹
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان		
		زابل		
		کل	۳.۷۱	۱.۶۴

ادامه جدول شماره ۲۰

ردیف	استان	دانشگاه	۷۵-۱۳۶۵	۱۳۸۵-۱۳۷۵
۱۶	فارس	فارس		
		جهرم		
		فسا		
		کل	۱.۸	۱.۲۸
۱۷	قزوین	قزوین	۱.۸۶	۱.۶۷
۱۸	قم	قم	۳.۲۹	۲.۰۷
۱۹	کردستان	کردستان	۲.۲۴	۰.۶۷
۲۰	کرمان	کرمان		
		رفسنجان		
		کل	۲.۱۳	۲.۸۴
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۱.۹۷	۰.۵۵
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۲.۳۸	۱.۵۴
۲۳	گلستان	گلستان	۲.۲۲	۱.۲۶
۲۴	گیلان	گیلان	۰.۷۵	۰.۷
۲۵	لرستان	لرستان	۱.۴۹	۰.۸
۲۶	مازندران	مازندران	۱.۳۶	۱.۱۷
		بابل		
		کل	۱.۳۶	۱.۱۷
۲۷	مرکزی	اراک	۱.۲۸	۰.۹۵
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۳.۳۷	۲.۸۳
۲۹	همدان	همدان	۱.۰۹	۰.۱۵
۳۰	یزد	یزد	۲.۶۸	۲.۰۳
کل کشور			۱.۹۶	۱.۶۱

نمودار شماره ۱۱- رشد جمعیت به تفکیک استان بر اساس اطلاعات سرشماری، بین سال های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵



جدول شماره ۲۰ میزان رشد جمعیت به تفکیک استان برای سال های بین سه سرشماری ۱۳۶۵، ۱۳۷۵، ۱۳۸۵ را نشان می دهد. مقایسه رشد جمعیت کشور بین دوره های مذکور نشان می دهد که رشد جمعیت کشور دارای کاهش نسبی بوده و از ۱.۹۶ درصد در بین سالهای ۱۳۶۵-۱۳۷۵ به ۱.۶۱ درصد در بین سالهای ۱۳۷۶-۱۳۸۶ رسیده، ولی تغییرات این شاخص به تفکیک استان های کشور متفاوت بوده است. با توجه به این که، در محاسبه این شاخص علاوه بر اثر رشد طبیعی جمعیت که تحت تأثیر مرگ و موالید خام می باشد، عامل مهاجرت به داخل و یا خارج استان لحاظ می شود، بنابراین، به دلیل تفاوت های الگوی مهاجرت استان میزان رشد جمعیت در بین استانهای کشور متفاوت می باشد. نمودار شماره ۱۱ رشد جمعیت به تفکیک استان بر اساس اطلاعات سرشماری بین سالهای ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ را نشان می دهد. براساس نمودار فوق، استانهای همدان (۰.۱۵ درصد)، اردبیل (۰.۵ درصد)، کرمانشاه (۰.۵۵ درصد)، کردستان (۰.۶۷ درصد)، زنجان (۰.۶۹ درصد) و گیلان (۰.۷ درصد) دارای کمترین میزان رشد جمعیت در طی سال های ۱۳۷۵-۱۳۸۵ بوده اند و در پایین ترین دهک در بین استان ها قرار می گیرند. بجز استان گیلان که پایین بودن رشد جمعیت آن ناشی از پایین بودن موالید می باشد، پایین بودن رشد جمعیت سایر استان ها ناشی از افزایش میزان مهاجرت به خارج استان می باشد. همچنین استانهای سیستان و بلوچستان (۳.۴ درصد)، کرمان (۲.۸۴ درصد)، هرمزگان (۲.۸۳ درصد)، تهران (۲.۶۳ درصد) و قم (۲.۰۷ درصد) دارای بیشترین میزان رشد جمعیت در طی سال های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ بوده اند و در بالاترین دهک در بین استانها قرار می گیرند. بجز استان های تهران و قم که بالا بودن میزان رشد جمعیت آنها بیشتر ناشی از افزایش میزان مهاجرت از سایر استان ها بوده، بالا بودن رشد جمعیت سایر استانها ناشی از افزایش رشد طبیعی جمعیت در طی سال های مذکور می باشد.

شاخص بعد خانوار

جدول شماره ۲۱- مشخصات شاخص بعد خانوار

نام شاخص	بعد خانوار
نحوه محاسبه (فرمول)	کل جمعیت هر استان کل خانوارهای هر استان
منبع جمع آوری اطلاعات	سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵ و بررسی DHS وزارت بهداشت سال ۱۳۷۹
دوره زمانی جمع آوری داده ها	در مورد سرشماری هر ۱۰ سال یکبار

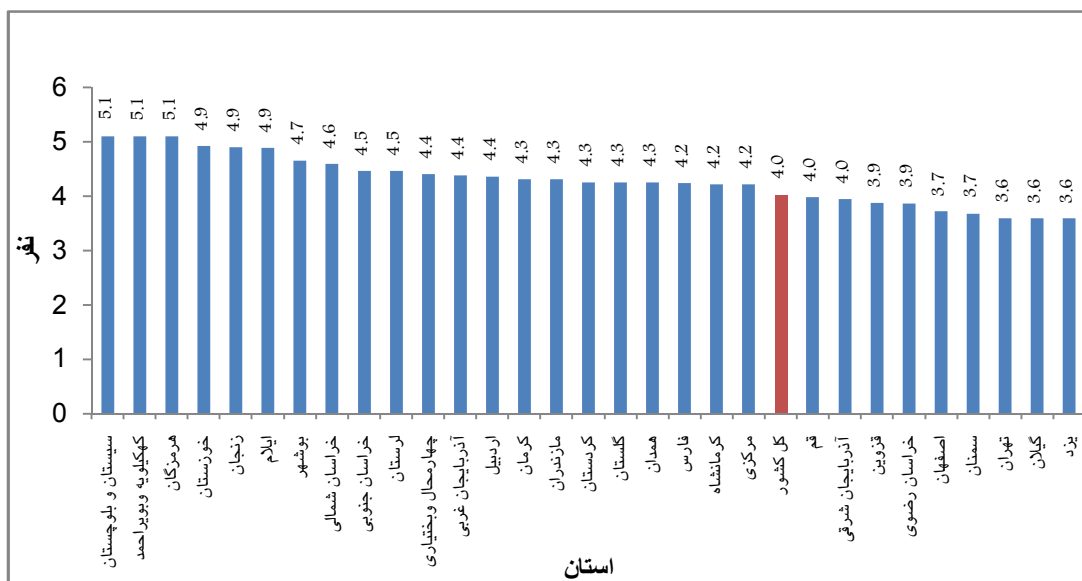
جدول شماره ۲۲- شاخص بعد خانوار به تفکیک استان بر اساس اطلاعات DHS و سرشماری، سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۱۳۷۹
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۳.۹۵	۴.۶
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۴.۳۸	۵.۰
۳	اردبیل	اردبیل	۴.۳۶	۵.۱
۴	اصفهان	اصفهان		
		کاشان		
		کل	۳.۷۲	۴.۱
۵	ایلام	ایلام	۴.۸۹	۵.۷
۶	بوشهر	بوشهر	۴.۶۶	۵.۳
۷	تهران	تهران		۴.۰
		ایران		
		شهید بهشتی		
		کل	۳.۶	
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۴.۴۱	۵.۰
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۴.۴۷	۴.۵
۱۰	خراسان رضوی	مشهد		
		سبزوار		
		گناباد		
		کل	۳.۸۷	
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۴.۶	
۱۲	خوزستان	اهواز	۴.۹۳	۵.۶
۱۳	زنجان	زنجان	۴.۹	۴.۷
۱۴	سمنان	سمنان		
		شاهرود		
		کل	۳.۶۸	۳.۹
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان		
		زابل		
		کل	۵.۱۱	۵.۷

ادامه جدول شماره ۲۲

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۱۳۷۹
۱۶	فارس	شیراز		
		جهرم		
		فسا		
		کل	۴.۲۴	۴.۸
۱۷	قزوین	قزوین	۳.۸۸	۴.۴
۱۸	قم	قم	۳.۹۹	۴.۶
۱۹	کردستان	کردستان	۴.۲۶	۴.۹
۲۰	کرمان	کرمان		
		رفسنجان		
		کل	۴.۳۱	۴.۸
		کرمانشاه	۴.۲۲	۴.۸
۲۲	کهگیلویه و بویراحمد	یاسوج	۵.۱	۵.۵
۲۳	گلستان	گلستان	۴.۲۵	۵.۱
۲۴	گیلان	گیلان	۳.۵۹	۴.۱
۲۵	لرستان	لرستان	۴.۴۷	۵.۱
۲۶	مازندران	مازندران		
		بابل		
		کل	۴.۳۱	۴.۳
		اراک	۴.۲۲	۴.۲
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۵.۱	۵.۴
۲۹	همدان	همدان	۴.۲۵	۴.۶
۳۰	یزد	یزد	۳.۵۹	۴.۲
کل کشور			۴.۰۳	۴.۶

نمودار شماره ۱۲- شاخص بعد خانوار به تفکیک استان بر اساس اطلاعات سرشماری، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۲۲ شاخص بعد خانوار را به تفکیک استان بر اساس داده های نتایج DHS سال ۱۳۷۹ و سرشماری سال ۱۳۸۵ نشان می دهد. با توجه به جدول فوق، در فاصله ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۵، بعد خانوار از ۴.۶ به ۴ نفر رسیده است که این شاخص نیز بیانگر کاهش رشد جمعیت کشور در طی سال های اخیر می باشد. نمودار شماره ۱۲ توزیع شاخص بعد خانوار بر اساس اطلاعات سرشماری ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، استان های یزد، گیلان و تهران با ۳.۶ نفر دارای کمترین بعد خانوار بوده اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. همچنین، استان های سیستان و بلوچستان (۵.۱ نفر)، کهگیلویه و بویراحمد (۵.۱ نفر) و هرمزگان (۵.۱ نفر) دارای بیشترین بعد خانوار بوده اند و در بالاترین دهک در بین استان ها قرار می گیرند.

میزان خام موالید

جدول شماره ۲۳- مشخصات شاخص خام موالید

نام شاخص	میزان خام موالید
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد کل تولد هر استان در طی یک سال}}{\text{جمعیت کل هر استان در همان سال}} \times 1000$
منبع جمع آوری اطلاعات	تعداد تولد زنده بر اساس گزارش سازمان ثبت احوال و اطلاعات جمعیتی بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵ است، برای سال ۱۳۸۰ میزان موالید از پایگاه داده های مرکز آمار ایران بدست آمده است
دوره زمانی جمع آوری داده ها	گزارش تولد بر اساس اطلاعات ثبت احوال سالانه انجام می شود و داده های جمعیت بر مبنای سرشماری است که هر ۱۰ سال یکبار انجام می شود

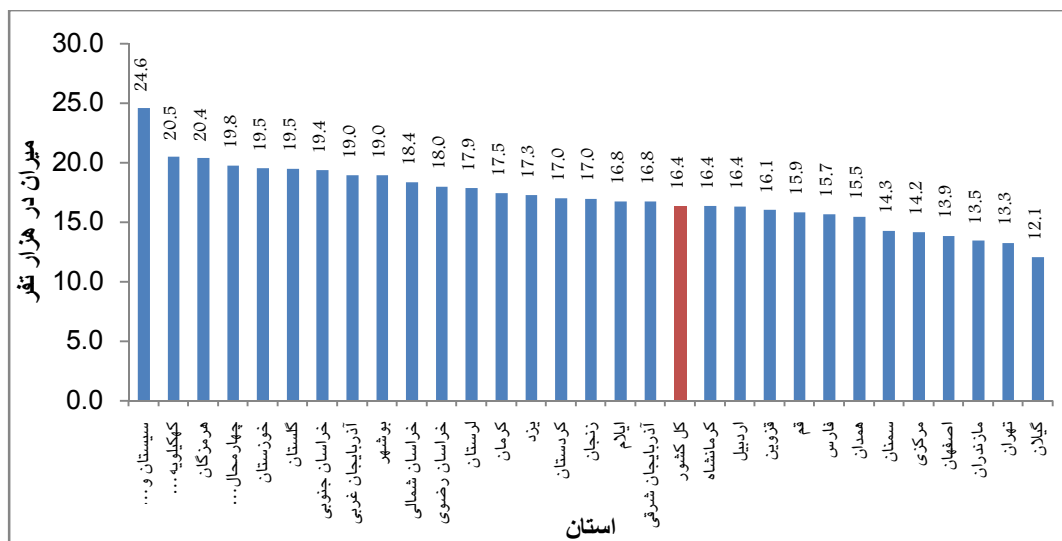
جدول شماره ۲۴ - میزان خام موالید به تفکیک استان / دانشگاه بر اساس اطلاعات سازمان ثبت احوال و مرکز آمار ایران سال های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۱۳۸۰
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱۶.۸	۱۷.۲
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱۹.۰	۲۱.۲
۳	اردبیل	اردبیل	۱۶.۴	۲۰.۹
۴	اصفهان	اصفهان	۱۳.۹	۱۷.۱
		کاشان	۱۳.۰	
		کل	۱۳.۹	
۵	ایلام	ایلام	۱۶.۸	۲۵.۴
۶	بوشهر	بوشهر	۱۹.۰	۲۰
۷	تهران	تهران		
		ایران		
		شهید بهشتی		
		کل	۱۳.۳	۱۵.۷
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۱۹.۸	۲۲.۶
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۱۹.۴	
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۱۸.۸	
		سبزوار	۱۱.۰	
		گناباد	۱۰.۲	
		کل	۱۸.۰	۱۹.۳
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۱۸.۴	
۱۲	خوزستان	اهواز	۱۹.۵	۲۵.۱
۱۳	زنجان	زنجان	۱۷.۰	۲۱.۴
۱۴	سمنان	سمنان	۱۶.۶	
		شاهرود	۱۰.۸	
		کل	۱۴.۳	۱۶.۲
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۲۶.۹	
		زابل	۱۰.۴	
		کل	۲۴.۶	۳۰.۱

ادامه جدول شماره ۲۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۱۳۸۰
۱۶	فارس	شیراز	۱۶.۳	
		جهرم	۸.۷	
		فسا	۹.۷	
		کل	۱۵.۷	۲۰.۲
۱۷	قزوین	قزوین	۱۶.۱	۱۷.۳
۱۸	قم	قم	۱۵.۹	۲۱.۸
۱۹	کردستان	کردستان	۱۷.۰	۲۴.۶
۲۰	کرمان	کرمان	۱۸.۸	۲۲.۹
		رفسنجان	۷.۱	
		کل	۱۷.۵	
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۱۶.۴	۲۱.۶
۲۲	کهگیلویه و بویراحمد	یاسوج	۲۰.۵	۲۹.۱
۲۳	گلستان	گلستان	۱۹.۵	۲۰.۳
۲۴	گیلان	گیلان	۱۲.۱	۱۶.۲
۲۵	لرستان	لرستان	۱۷.۹	۲۳.۷
۲۶	مازندران	مازندران	۱۴.۷	۱۵.۸
		بابل	۷.۱	
		کل	۱۳.۵	
۲۷	مرکزی	اراک	۱۴.۲	۱۸.۹
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۲۰.۴	۲۷.۹
۲۹	همدان	همدان	۱۵.۵	۲۲.۵
۳۰	یزد	یزد	۱۷.۳	۱۸
کل کشور			۱۶.۴	۱۸.۳

نمودار شماره ۱۳- میزان خام مولید در هزار تولد نفر جمعیت به تفکیک استان بر اساس داده های ثبت احوال و سرشماری، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۲۴ میزان خام مولید به تفکیک استان/ دانشگاه را بر اساس اطلاعات مرکز آمار ایران برای سال ۱۳۸۰ و داده های ثبت احوال و سرشماری سال ۱۳۸۵ نشان می دهد. میزان کشوری خام مولید از ۱۸.۳ در سال ۱۳۸۰ به ۱۶.۴ در هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۸۵ رسیده است. نمودار شماره ۱۳ شاخص مولید خام در سال ۱۳۸۵ را به تفکیک استان برای سال ۱۳۸۵ نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، استان های گیلان (۱۲.۱ در هزار نفر)، تهران (۱۳.۳ در هزار نفر) و استان مازندران (۱۵.۸ در هزار نفر) کمترین میزان مولید را داشته اند و در پایین ترین دهک در بین استان ها قرار می گیرند. بر همین اساس، استان های سیستان و بلوچستان (۲۴.۶ در هزار نفر)، کهگیلویه و بویر احمد (۲۰.۵ نفر) و خوزستان (۲۰.۴ نفر) دارای بیشترین میزان مولید بوده اند که در بین استان های کشور در بالاترین دهک قرار می گیرند.

میزان خام مرگ

جدول شماره ۲۵- مشخصات شاخص میزان خام مرگ

نام شاخص	میزان خام مرگ و میر
نحوه محاسبه (فرمول)	$100 \times \frac{\text{تعداد موارد مرگ یک سال}}{\text{جمعیت وسط سال}}$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	برآورد مرکز آمار ایران برای سال ۸۰ و داده های مرگ ثبت احوال و ثبت مرگ معاونت سلامت برای سال ۸۵
دوره زمانی جمع آوری داده ها	اطلاعات ثبت مرگ سازمان ثبت احوال و معاونت سلامت به صورت سالانه گزارش می شود. داده های جمعیتی نیز بر مبنای سرشماری است که هر ده سال یکبار انجام می شود

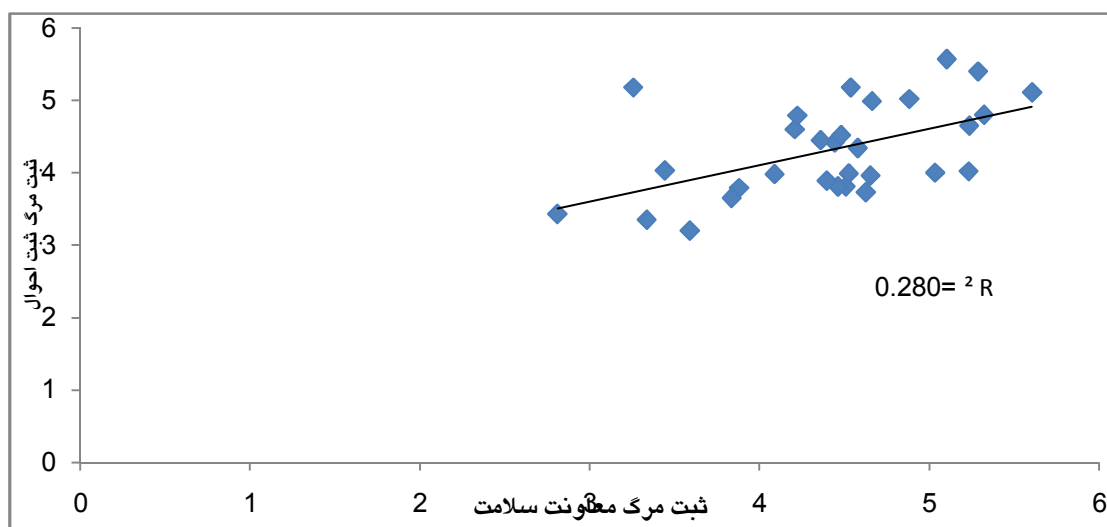
جدول شماره ۲۶- میزان خام مرگ در هزار نفر به تفکیک استان بر اساس اطلاعات مرکز آمار (سال ۸۰) و ثبت احوال (سال ۸۵) و معاونت سلامت (سال ۸۵)

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	ثبت احوال سال ۸۵	معاونت سلامت سال ۸۵	مرکز آمار سال ۸۰
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۵.۳	۵.۴	۶.۸
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۴.۷	۴.۰	۷.۱
۳	اردبیل	اردبیل	۴.۵	۳.۸	۶.۸
۴	اصفهان	اصفهان			
		کاشان			
		کل	۴.۱	۴.۰	۶.۱
۵	ایلام	ایلام	۳.۹	۳.۸	۷.۲
۶	بوشهر	بوشهر	۳.۴	۴.۰	۶.۸
۷	تهران	تهران			
		ایران			
		شهید بهشتی			
		کل	۳.۸		۶
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۴.۶	۳.۷	۶.۷
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۵.۲	۴.۷	
۱۰	خراسان رضوی	مشهد			
		سبزوار			
		گناباد			
		کل	۵.۰	۴.۰	۷.۳
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۴.۶	۴.۳	
۱۲	خوزستان	اهواز	۳.۸	۳.۷	۶.۶
۱۳	زنجان	زنجان	۴.۷	۵.۰	۷
۱۴	سمنان	سمنان			
		شاهرود			
		کل	۴.۵	۵.۲	۶.۵
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان			
		زابل			
		کل	۲.۸	۳.۴	۷.۷

ادامه جدول شماره ۲۶

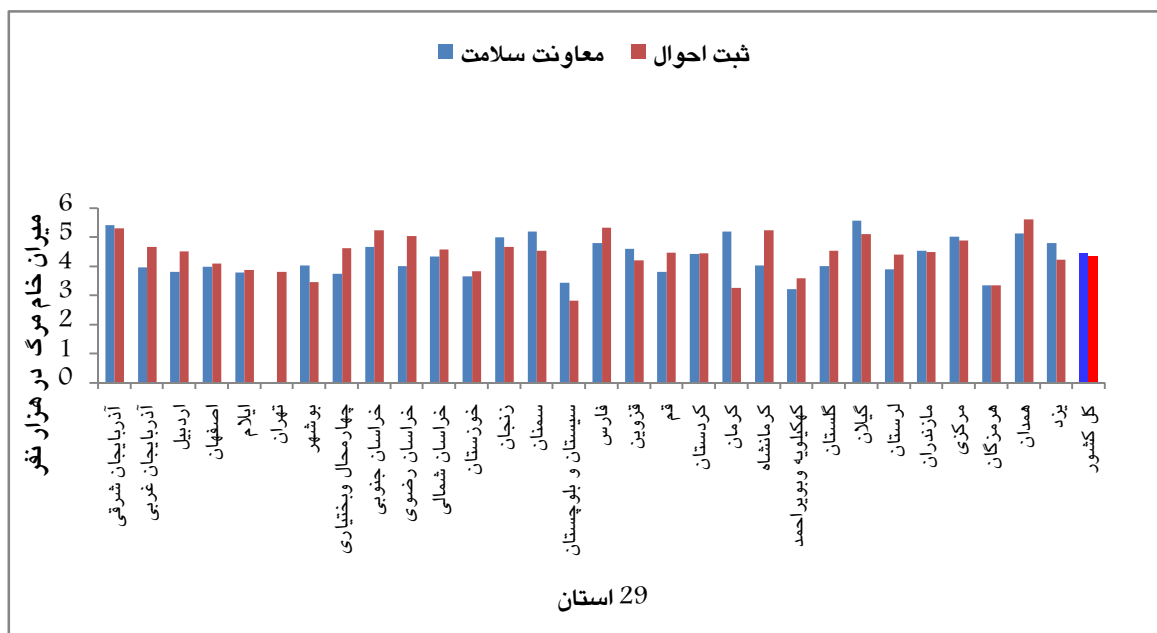
ردیف	استان	دانشگاه (ها)	ثبت احوال سال ۸۵	معاونت سلامت سال ۸۵	مرکز آمار سال ۸۰
۱۶	فارس	شیراز			
		جهرم			
		فسا			
		کل	۵.۳	۴.۸	۶.۴
۱۷	قزوین	قزوین	۴.۲	۴.۶	۶.۳
۱۸	قم	قم	۴.۵	۳.۸	۶.۳
۱۹	کردستان	کردستان	۴.۴	۴.۴	۷.۶
۲۰	کرمان	کرمان			
		رفسنجان			
		کل	۳.۳	۵.۲	۶.۹
		کرمانشاه	۵.۲	۴.۰	۷.۱
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۵.۲	۴.۰	۷.۱
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۳.۶	۳.۲	۷.۶
۲۳	گلستان	گلستان	۴.۵	۴.۰	۶
۲۴	گیلان	گیلان	۵.۱	۵.۶	۶.۹
۲۵	لرستان	لرستان	۴.۴	۳.۹	۷.۲
۲۶	مازندران	مازندران			۶.۷
		بابل			
		کل	۴.۵	۴.۵	
		اراک	۴.۹	۵.۰	۶.۷
۲۷	مرکزی	اراک	۴.۹	۵.۰	۶.۷
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۳.۳	۳.۴	۶.۷
۲۹	همدان	همدان	۵.۶	۵.۱	۶.۸
۳۰	یزد	یزد	۴.۲	۴.۸	۶.۲
کل کشور			۴.۴	۴.۵	۶.۳

نمودار شماره ۱۴- ارتباط بین میزان خام مرگ در هزار نفر استانها (۲۹ استان) بر اساس اطلاعات ثبت مرگ معاونت سلامت و ثبت احوال، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۲۶ میزان خام مرگ به تفکیک استان بر اساس برآورد های مرکز آمار برای سال ۱۳۸۰ و اطلاعات ثبت مرگ سازمان ثبت احوال و معاونت سلامت (۲۹ استان) برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. با توجه به اینکه، برآورد میزان خام مرگ برای سال ۱۳۸۰ به روش غیر مستقیم توسط مرکز آمار ایران انجام شده است، این میزان در مقایسه با محاسبه این شاخص بر مبنای اطلاعات ثبتی بیشتر برآورد شده است. بطوری که میزان خام مرگ بر اساس برآورد مرکز آمار، ۶.۳ در هزار نفر برای کل کشور گزارش شده، در حالی که این میزان بر اساس نظام ثبت مرگ معاونت سلامت برای ۱۸ استان در سال ۱۳۸۰، ۳.۹۷ در هزار نفر اعلام شده است (۲). همچنین بر اساس اطلاعات ثبت مرگ ثبت احوال و برنامه ثبت مرگ معاونت سلامت (۲۹ استان) میزان خام مرگ به ترتیب ۴.۴ و ۴.۵ در هزار نفر گزارش شده است. از آنجایی که، احتمال کم شماری مرگ ها معمولاً در نظام ثبت وجود دارد، و از طرف برآورد های غیر مستقیم توسط مرکز آمار ایران نیز معمولاً میزان خام مرگ را تا حدودی بیشتر گزارش می کند، بنابراین همخوانی مناسبی بین برآوردهای مرکز آمار و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص میزان خام مرگ وجود ندارد و نیاز به مطالعه اختصاصی در این خصوص وجود دارد. نمودار شماره ۱۴ ارتباط خطی (Regrassion) بین میزان خام مرگ ۲۹ استان (بغیر از استان تهران) بر اساس اطلاعات سازمان ثبت احوال و ثبت مرگ معاونت سلامت در سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. با توجه به نمودار مذکور، ارتباط خیلی قوی بین دو منبع اطلاعاتی ثبت مرگ وجود ندارد ($R^2 = 28\%$) میزان خام مرگ نشان دهنده سطح کلی مرگ در یک منطقه است، بنابراین بررسی علت اختلافات استانی این دو نظام ثبت نکته مهمی که باید مورد توجه مسوولیت ثبت مرگ هر دو موسسه قرار گیرد. یکی از دلایل مطرح شده در این خصوص این است که، ثبت مرگ در نظام ثبت سازمان ثبت احوال بر اساس محل و قوع مرگ انجام نمی شود و ممکن است فرد در استانی فوت کند ولی مرگ وی در استانی دیگری ثبت شود. اگر چه این نکته ای قابل تامل است، ولی علت یابی اختلافات نیاز به بررسی و مطالعات بیشتری دارد. زیرا، بر اساس فرایند های نظام ثبت مرگ معاونت سلامت، پس از ثبت ماهانه مرگ ها در یک شهرستان باید اطلاعات فوت شدگان هر شهرستان با اطلاعات سازمان ثبت احوال همان شهرستان مورد تطابق قرار گیرد.

نمودار شماره ۱۵- میزان خام مرگ به تفکیک استان ها بر اساس اطلاعات ثبت احوال و ثبت مرگ معاونت سلامت، سال ۱۳۸۵



توضیح اینکه داده های ثبت مرگ معاونت سلامت مربوط به ۲۹ استان کشور است و استان تهران را شامل نمی شود.

نمودار شماره ۱۵ مقایسه میزان خام مرگ به تفکیک استان بر اساس اطلاعات ثبت مرگ سازمان ثبت احوال و نظام ثبت مرگ معاونت سلامت در سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس نمودار مذکور، بر اساس اطلاعات سازمان ثبت احوال استان های سیستان و بلوچستان (۲.۸ در هزار نفر)، کرمان (۳.۲ در هزار نفر) و هرمزگان (۳.۳ در هزار نفر)، کمترین میزان خام مرگ را داشته اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند و استان های همدان (۵.۶ در هزار نفر)، فارس (۵.۳ در هزار نفر) و آذربایجان شرقی (۵.۴ در هزار نفر)، بیشترین میزان خام مرگ را داشته اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند همچنین بر اساس اطلاعات ثبت مرگ معاونت سلامت، استان های کهگیلویه و بویراحمد (۳.۲ در هزار نفر)، هرمزگان (۳.۴ در هزار نفر) و سیستان و بلوچستان (۳.۴ در هزار نفر) کمترین میزان خام مرگ را داشته اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند و استان های گیلان (۵.۶ در هزار نفر) و آذربایجان شرقی (۵.۴ در هزار نفر) بیشترین میزان خام مرگ را داشته اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند. نکته قابل توجه در خصوص هر دو نظام ثبت این است که میزان خام مرگ در استان هایی مثل سیستان و بلوچستان که کمتر توسعه یافته هستند کمتر است که این امر حاکی از کم شماری ثبت مرگ در مناطق محروم است.

میزان مرگ کودکان کمتر از ۵ ساله

جدول شماره ۲۷- مشخصات شاخص میزان مرگ کودکان کمتر از پنج ساله

نام شاخص	احتمال مرگ کودکان کمتر از پنج ساله (۵q۰)
نحوه محاسبه (فرمول)	این میزان با استفاده از جداول عمر هر استان بر اساس داده های تصحیح شده ثبت مرگ بدست آمده است
منبع جمع آوری اطلاعات	منبع داده های مرگ اطلاعات ثبت مرگ معاونت سلامت در ۲۹ استان در سال ۱۳۸۳ و اطلاعات جمعیتی نیز حاصل از اطلاعات معاونت های بهداشتی استان ها می باشد ^۱
دوره زمانی جمع آوری داده ها	اطلاعات ثبت مرگ به صورت سالانه گزارش می شود و اطلاعات جمعیتی مربوط به سرشماری بخش بهداشت بوده است که هر سال انجام می شود.

^۱ برای جزییات و یا اطلاعات بیشتر به منبع زیر مراجعه کنید:

<http://www.pphhealthrics.org/content/pdf/۱۴۷۸-۷۹۵۴-۵-۷.pdf>

جدول شماره ۲۸- میزان مرگ کودکان کمتر از پنج ساله در هزار تولد زنده بر اساس داده های تصحیح شده ثبت مرگ معاونت سلامت بر حسب جنس به تفکیک استان (۲۸ استان)، سال ۱۳۸۳

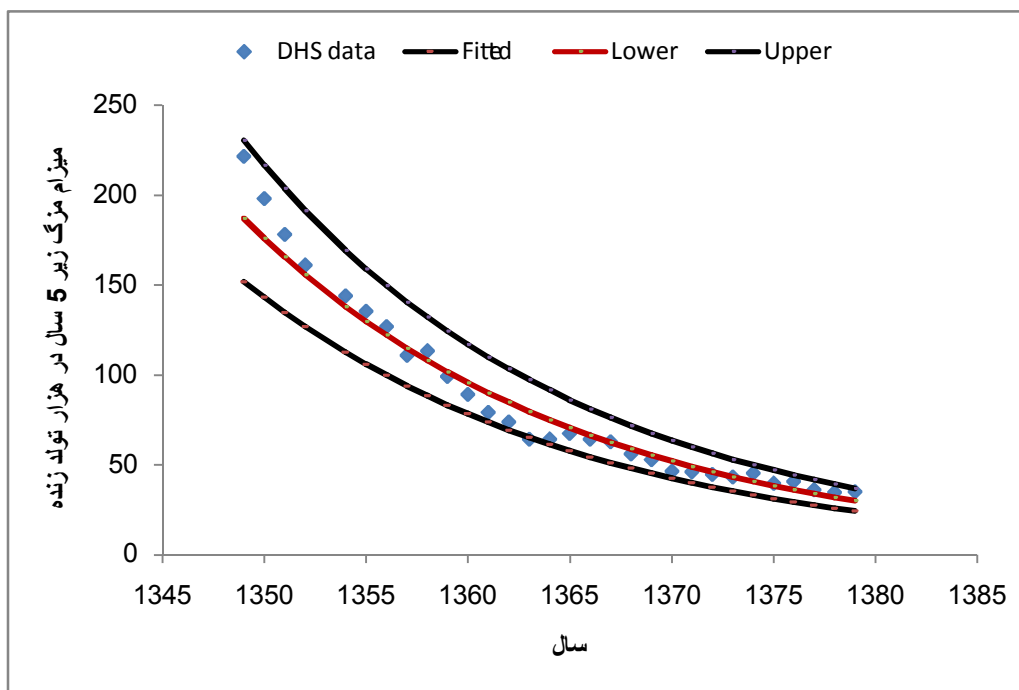
ردیف	استان	دانشگاه	زن	مرد	کل
۱	آذربایجان شرقی	آذربایجان شرقی	۲۶	۳۰	۲۸
۲	آذربایجان غربی	آذربایجان غربی	۳۰	۳۴	۳۲
۳	اردبیل	اردبیل	۲۷	۳۲	۳۰
۴	اصفهان	اصفهان			
		کاشان			
		کل	۲۰	۲۴	۲۲
۵	ایلام	ایلام	۳۲	۳۷	۳۵
۶	بوشهر	بوشهر	۲۶	۳۱	۲۸
۷	تهران	تهران			
		شهید بهشتی			
		ایران			
		کل	۲۰	۲۳	۲۱
۸	چهارمحال و بختیاری	چهارمحال و بختیاری	۲۶	۳۱	۲۹
۹	خراسان (۳ استان)		۳۱	۳۶	۳۴
۱۰	خوزستان	خوزستان	۲۵	۲۹	۲۸
۱۱	زنجان	زنجان	۲۹	۳۳	۳۱
۱۲	سمنان	سمنان			
		شاهرود			
		کل	۲۳	۲۶	۲۵
۱۳	سیستان و بلوچستان	سیستان و بلوچستان			
		زابل			
		کل	۳۷	۴۳	۴۱

ادامه جدول شماره ۲۸

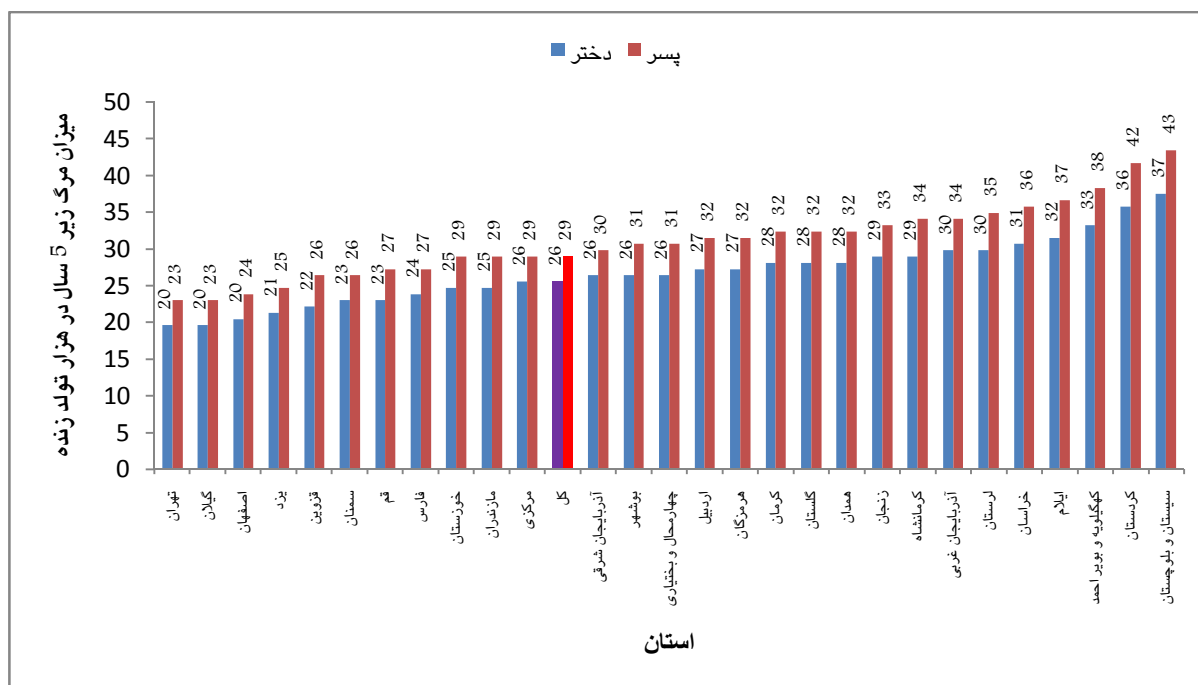
ردیف	استان	دانشگاه (ها)	زن	مرد	کل
۱۴	فارس	شیراز			
		جهرم			
		فسا			
		کل	۲۴	۲۷	۲۶
۱۵	قزوین	قزوین	۲۲	۲۶	۲۵
۱۶	قم	قم	۲۳	۲۷	۲۵
۱۷	کردستان	کردستان	۳۶	۴۲	۴۰
۱۸	کرمان	کرمان	۲۸	۳۲	۳۱
		رفسنجان			
		کل			
		کرمانشاه	۲۹	۳۴	۳۲
۲۰	کهگیلویه و بویراحمد	یاسوج	۳۳	۳۸	۳۷
۲۱	گلستان	گلستان	۲۸	۳۲	۳۱
۲۲	گیلان	گیلان	۲۰	۲۳	۲۱
۲۳	لرستان	لرستان	۳۰	۳۵	۳۳
۲۴	مازندران	مازندران			
		بابل			
		کل	۲۵	۲۹	۲۸
		اراک	۲۶	۲۹	۲۸
۲۶	هرمزگان	بندر عباس	۲۷	۳۲	۲۹
۲۷	همدان	همدان	۲۸	۳۲	۳۰
۲۸	یزد	یزد	۲۱	۲۵	۲۳
کل کشور			۲۶	۲۹	۲۸

توضیح اینکه در زمان انجام این برآورد اطلاعات استان های خراسان جنوبی و خراسان شمالی موجود نبوده است.

نمودار شماره ۱۶- روند کاهش میزان مرگ کودکان کمتر از ۵ ساله در هزار تولد زنده طی ۳۰ سال گذشته در ایران بر اساس مطالعه DHS، ۱۳۷۹-۱۳۴۹



نمودار شماره ۱۷- میزان مرگ کودکان کمتر از ۵ ساله در هزار تولد زنده بر حسب جنس و به تفکیک استان بر اساس داده های تصحیح شده ثبت مرگ معاونت سلامت، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۲۸ میزان مرگ کودکان کمتر از ۵ ساله بر اساس اطلاعات تصحیح شده ثبت مرگ معاونت سلامت بر حسب جنس و استان را نشان می دهد. نمودار شماره ۱۶ روند میزان مرگ کودکان کمتر از ۵ ساله در هزار تولد زنده بر اساس اطلاعات بررسی DHS در طی سال ۱۳۴۹ تا ۱۳۷۹ را نشان می دهد. با توجه به نمودار مذکور، میزان مرگ کودکان در طی سی سال گذشته کاهش قابل توجهی داشته است. بطوری که بر اساس منحنی این نمودار، این میزان از ۲۲۲ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۴۹ به ۳۶.۴ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۷۹ کاهش یافته است. با توجه به جدول شماره ۲۸، میزان کشوری مرگ کودکان زیر ۵ ساله ۲۸ در ۱۰۰۰ تولد زنده برای سال ۱۳۸۵ برآورد شده است که با نتایج مطالعه DHS سال ۱۳۷۹ این میزان همخوانی دارد.

نمودار شماره ۱۷ میزان مرگ کودکان کمتر از ۵ ساله در هزار تولد زنده بر حسب جنس به تفکیک استان بر اساس داده های تصحیح شده ثبت مرگ معاونت سلامت در سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس نمودار مذکور استان های تهران (۲۰ دختر و ۲۳ پسر)، گیلان (۲۰ دختر و ۲۳ پسر) و اصفهان (۲۰ دختر و ۲۴ پسر) کمترین میزان مرگ زیر ۵ سال در هزار تولد زنده را داشته اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. ضمناً، استان های سیستان و بلوچستان (۳۷ دختر و ۴۳ پسر)، کردستان (۳۶ دختر و ۴۲ پسر)، کهگیلویه و بویر احمد (۳۳ دختر و ۳۸ پسر) و ایلام (۳۲ دختر و ۳۷ پسر) بیشترین میزان مرگ کمتر از ۵ ساله در هزار تولد زنده را داشته اند و در بالا ترین دهک قرار می گیرند. با توجه به اینکه داده های جدیدی به تفکیک استان در دسترس نبود این میزان ها برای سال ۱۳۸۵ بر اساس روند کاهش مرگ کودکان زیر یک ساله کشور برآورد گردید و امید است با انجام بررسی DHS در سال جاری بتوان برآورد استانی مرگ و میر کودکان را دقیق محاسبه نمود.

میزان مرگ بزرگسالان

جدول شماره ۲۹- مشخصات شاخص میزان مرگ بزرگسالان ۱۵ تا ۵۹ ساله

نام شاخص	میزان مرگ بزرگسالان ۱۵ تا ۵۹ سال (۴۵۹۱۵)
نحوه محاسبه (فرمول)	این میزان عبارت است از احتمال اینکه یک فرد ۱۵ ساله قبل از رسیدن به تولد ۶۰ سالگی فوت کند (۳). شاخص مرگ بزرگسالان با استفاده از جداول عمری که برای هر استان بر اساس داده های تصحیح شده ثبت مرگ معاونت سلامت بدست آمده محاسبه شده است. $1 - \left[\frac{\text{بقای ۱۵-۵۹ ساله}}{\text{بقای ۱۴-۰ ساله}} \right]$ احتمال مرگ ۱۵ تا ۵۹ ساله
منبع جمع آوری اطلاعات	منبع داده های مرگ اطلاعات ثبت مرگ معاونت سلامت در ۲۹ استان در سال ۱۳۸۳ و اطلاعات جمعیتی نیز حاصل از اطلاعات معاونت های بهداشتی استان ها می باشد (۲)
دوره زمانی جمع آوری داده ها	اطلاعات ثبت مرگ به صورت معمولاً سالانه گزارش می شود

^۲ برای اطلاعات بیشتر در خصوص روش تصحیح داده ها به منبع زیر مراجعه شود.

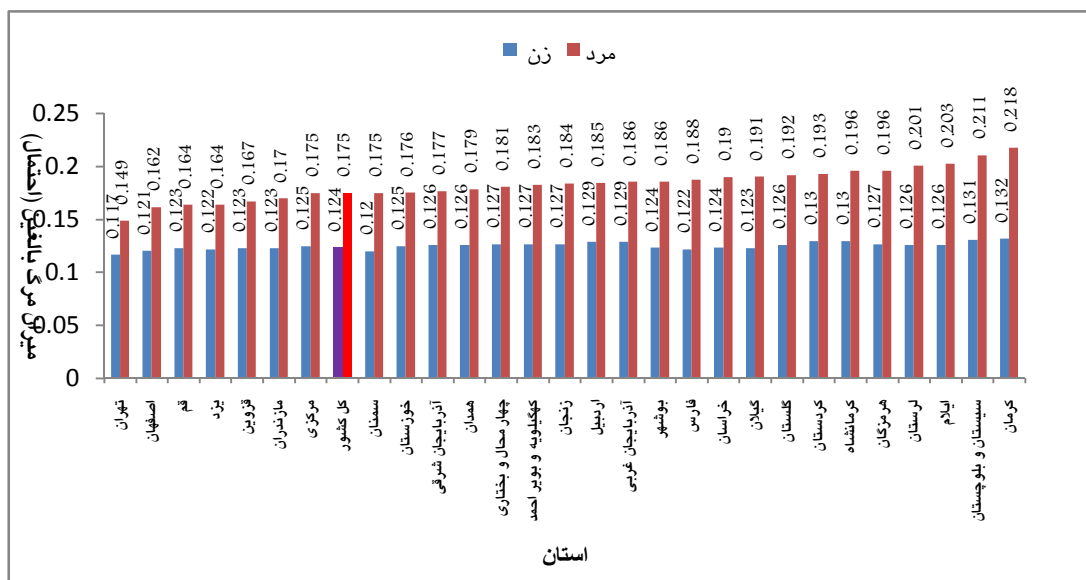
جدول شماره ۳۰- میزان احتمال مرگ بزرگسالان ۱۵ تا ۵۹ ساله به تفکیک جنس و استان بر اساس داده های ثبت مرگ معاونت سلامت، سال ۱۳۸۳

ردیف	استان	دانشگاه	زن	مرد
۱	آذربایجان شرقی	آذربایجان شرقی	۰.۱۲۶	۰.۱۷۷
۲	آذربایجان غربی	آذربایجان غربی	۰.۱۲۹	۰.۱۸۶
۳	اردبیل	اردبیل	۰.۱۲۹	۰.۱۸۵
۴	اصفهان	اصفهان	۰.۱۲۱	۰.۱۶۲
		کاشان		
		کل		
۵	ایلام	ایلام	۰.۱۲۶	۰.۲۰۳
۶	بوشهر	بوشهر	۰.۱۲۴	۰.۱۸۶
۷	تهران	تهران	۰.۱۱۷	۰.۱۴۹
		شهید بهشتی		
		ایران		
		کل		
۸	چهار محال و بختاری	چهار محال و بختاری	۰.۱۲۷	۰.۱۸۱
۹	خراسان (۳ استان)		۰.۱۲۴	۰.۱۹
۱۰	خوزستان	خوزستان	۰.۱۲۵	۰.۱۷۶
۱۱	زنجان	زنجان	۰.۱۲۷	۰.۱۸۴
۱۲	سمنان	سمنان		
		شاهرود		
		کل	۰.۱۲	۰.۱۷۵
۱۳	سیستان و بلوچستان	سیستان و بلوچستان		
		زابل		
		کل	۰.۱۳۱	۰.۲۱۱

ادامه جدول شماره ۳۰

ردیف	استان	دانشگاه	زن	مرد
۱۴	فارس	شیراز		
		جهرم		
		فسا		
		کل	۰.۱۲۲	۰.۱۸۸
۱۵	قزوین	قزوین	۰.۱۲۳	۰.۱۶۷
۱۶	قم	قم	۰.۱۲۳	۰.۱۶۴
۱۷	کردستان	کردستان	۰.۱۳	۰.۱۹۳
۱۸	کرمان	کرمان		
		رفسنجان		
		کل	۰.۱۳۲	۰.۲۱۸
۱۹	کرمانشاه	کرمانشاه	۰.۱۳	۰.۱۹۶
۲۰	کهگیلویه و بویر احمد	ياسوج	۰.۱۲۷	۰.۱۸۳
۲۱	گلستان	گلستان	۰.۱۲۶	۰.۱۹۲
۲۲	گیلان	گیلان	۰.۱۲۳	۰.۱۹۱
۲۳	لرستان	لرستان	۰.۱۲۶	۰.۲۰۱
۲۴	مازندران	مازندران		
		بابل		
		کل	۰.۱۲۳	۰.۱۷
۲۵	مرکزی	اراک	۰.۱۲۵	۰.۱۷۵
۲۶	هرمزگان	بندر عباس	۰.۱۲۷	۰.۱۹۶
۲۷	همدان	همدان	۰.۱۲۶	۰.۱۷۹
۲۸	یزد	یزد	۰.۱۲۲	۰.۱۶۴
کل کشور			۰.۱۲۴	۰.۱۷۵

نمودار شماره ۱۸- میزان احتمال مرگ بزرگسالان (۱۵ تا ۵۹ ساله) به تفکیک استان بر اساس داده های ثبت مرگ معاونت سلامت، سال ۱۳۸۳

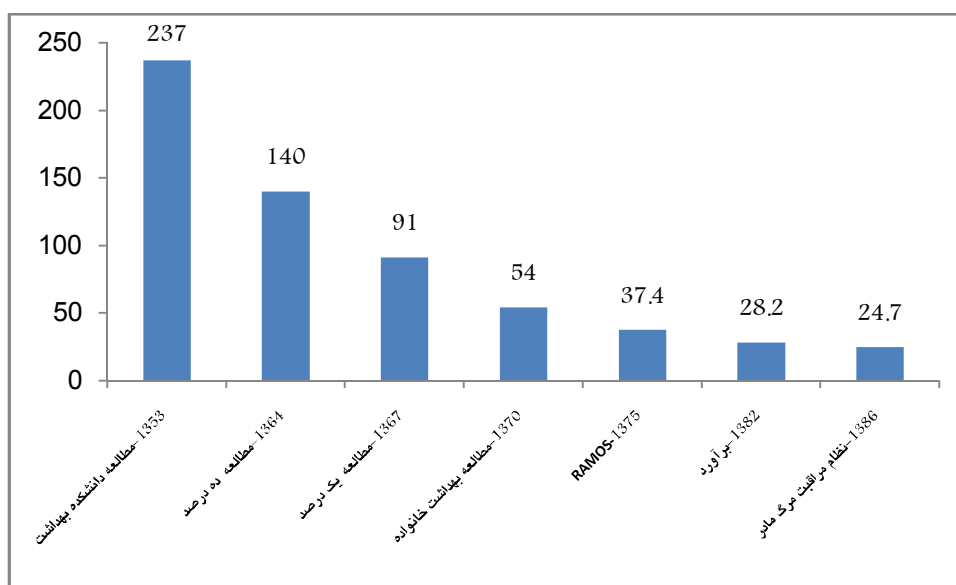


در طی دهه های اخیر با بهبود وضعیت سلامت عمومی و اجرای بسیاری از برنامه ها و مداخلات سلامت، میزان مرگ و میر کودکان کاهش چشمگیر و قابل ملاحظه ای داشته است. برنامه هایی مثل واکسیناسیون کودکان، درمان اسهال و ترویج شیر مادر باعث شده است که از بسیاری از مرگ های دوران کودکی جلوگیری شود. با توجه به اهمیتی که میزان های مرگ و میر کودکان در برنامه ریزی و پایش برنامه های سلامت کودکان داشته است، جمع آوری و برآورد میزان مرگ کودکان یکی از اولویت های برنامه های سلامت بوده است. با گذشت زمان و کاهش میزان بیماری های عفونی و دگرگونی سیمای سلامت به دلیل تغییر الگوی اپیدمیولوژیک کشورها، توجه به بیماری های غیر واگیر و حوادث که علت بسیاری از بیماری ها و مرگ و میرهای دوران میانسالی و سالمندی است در حال افزایش است. بنابراین، در سال های اخیر میزان های مرگ بزرگسالان نیز مورد توجه قرار گرفته است. برای برآورد میزان های مرگ میر بزرگسالان منابع و روش های متفاوتی بکار می رود. به طور کلی این روش ها به دو گروه عمده مستقیم و غیر مستقیم طبقه بندی می شوند. در روش غیر مستقیم با استفاده از مدل های آماری و جمعیت شناسی جداول عمر طراحی می شوند و سپس میزان خطر مرگ بزرگسالان از طریق جداول مذکور محاسبه می شود. در روش مستقیم با استفاده از داده های مرگ حاصل از نظام ثبتی و یا بررسی خانوار، این میزان برآورد می گردد. در این روش، در صورتی لازم باشد داده ها باید برای کم شماری مرگ ها تصحیح شوند.

جدول شماره ۳۰ و نمودار شماره ۱۸ میزان مرگ بالغین بر حسب جنس و به تفکیک استان بر اساس داده های تصحیح شده (برای کم شماری) ثبت مرگ معاونت سلامت برای سال ۱۳۸۳ را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، استان های تهران (۰.۱۱۷) برای زنان و (۰.۱۴۹ برای مردان) و اصفهان (۰.۱۲۱ برای زنان و ۰.۱۶۲ برای مردان) کمترین میزان احتمال مرگ بزرگسالان را داشته‌اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. بر همین اساس استان های کرمان (۰.۱۳۲ برای زنان و ۰.۲۱۸ برای مردان) و سیستان و بلوچستان (۰.۲۱۱ برای زنان و ۰.۱۳۱ برای مردان) دارای بیشترین میزان احتمال مرگ بالغین بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند. همانگونه که اشاره شد این میزان بر اساس داده های تصحیح شده نظام ثبت مرگ معاونت سلامت برای هر استان برآورد شد و برای تعدادی از استان هایی که با استفاده از روش جمعیت شناسی امکان تصحیح داده وجود نداشت با استفاده از مدل (Rgression) با استفاده از متغیر سواد میزان احتمال مرگ برآورد شد.^۱

روند کشوری مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان

نمودار شماره ۱۹- روند مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان در صد هزار تولد زنده بر اساس منابع مختلف، سال ۱۳۵۳ تا ۱۳۸۶



نسبت مرگ مادران (Maternal Mortality Ratio) یکی از شاخص های مهم سلامت و توسعه اجتماعی و اقتصادی هر کشور به حساب می آید. بر همین اساس، این شاخص یکی از شاخص های لحاظ شده در اهداف توسعه هزار (MDGs) است. مرگ و میر مادران باردار یکی از اسف بارترین مرگ ها می باشند که ناشی از عوامل متعددی است. عواملی مثل: سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانوار و دسترسی به خدمات سلامتی و تسهیلات زایمان ایمن از عوامل مهم تأثیر گذار بر این شاخص هستند. در ایران، بعد از پیروزی انقلاب اسلامی برای کاهش مرگ مادران راهبردهای موثری در قالب طرح های شبکه بهداشتی درمانی کشور به اجرا گذاشته شدند شامل:

۱ منبع این نمودار، سخنرانی خانم دکتر جعفری است که در سمینار معاونین بهداشتی دانشگاه ها در زمستان ۱۳۸۷ در دانشگاه علوم پزشکی تهران ارائه شد.

- ایجاد و راه اندازی مرکز تسهیلات زایمانی در مناطق روستایی
- تربیت ماما روستا
- تربیت ماما های محلی
- طراحی و اجرای برنامه نظام مراقبت ادغام یافته سلامت مادران
- نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

نمودار شماره ۱۹ روند مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان در صد هزار تولد زنده بر اساس منابع مختلف در طی سال های ۱۳۵۲ تا ۱۳۸۶ را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، نسبت مرگ مادران در کشورمان در طی ۴۰ سال گذشته کاهش چشمگیر داشته و از ۲۳۷ در ۱۳۵۲ به ۲۴.۷ در سال ۱۳۸۶ در صد هزار تولد زنده رسیده است که حاکی از اثر بخشی اجرای برنامه های نظام سلامت و سایر بخش های توسعه در کشور در این زمینه می باشد.

امید به زندگی

جدول شماره ۳۱- مشخصات شاخص امید به زندگی

نام شاخص	امید به زندگی در بدو تولد
تعریف شاخص	تعداد سالهایی که انتظار می رود هریک از افراد جامعه در بدو تولد با درنظر گرفتن الگوی مرگ و میر خاص جامعه در آینده زنده بماند .
نحوه محاسبه (فرمول)	کل سالهای عمر افراد یک نسل تعداد اولیه نسل (محاسبات جدول عمر)
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	سرشماری مرکز آمار ایران (سرشماری)
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سرشماری هر ۱۰ سال، وزارت بهداشت "موردی"

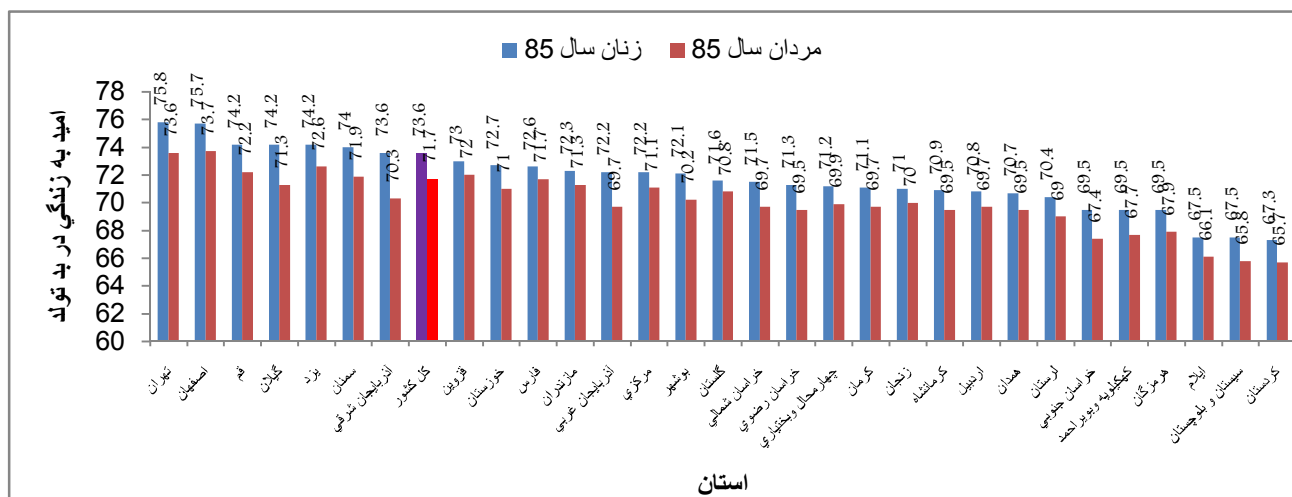
جدول شماره ۳۲- امید به زندگی در بدو تولد به تفکیک استان بر حسب جنس برای سال ۱۳۸۵ و هر دو جنس برای سال ۱۳۸۰

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	زنان سال ۸۵	مردان سال ۸۵	کل سال ۸۰
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۷۳.۶	۷۰.۳	۶۷.۶
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۷۲.۲	۶۹.۷	۶۶.۴
۳	اردبیل	اردبیل	۷۰.۸	۶۹.۷	۶۷.۱
۴	اصفهان	اصفهان			۶۹.۸
		کاشان			
		کل	۷۵.۷	۷۳.۷	
۵	ایلام	ایلام	۶۷.۵	۶۶.۱	۶۵.۶
۶	بوشهر	بوشهر	۷۲.۱	۷۰.۲	۶۷.۵
۷	تهران	تهران			
		ایران			
		شهید بهشتی			
		کل	۷۵.۸	۷۳.۶	۷۰.۰
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۷۱.۲	۶۹.۹	۶۷.۳
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۶۹.۵	۶۷.۴	
۱۰	خراسان رضوی	مشهد			
		سبزوار			
		گناباد			
		کل	۷۱.۳	۶۹.۵	۶۵.۹
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۷۱.۵	۶۹.۷	
۱۲	خوزستان	اهواز	۷۲.۷	۷۱.۰	۶۸.۰
۱۳	زنجان	زنجان	۷۱.۰	۷۰.۰	۶۶.۷
۱۴	سمنان	سمنان			۶۸.۷
		شاهرود			
		کل	۷۴.۰	۷۱.۹	
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان			
		زابل			
		کل	۶۷.۵	۶۵.۸	۶۳.۳

ادامه جدول شماره ۳۲

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	زنان سال ۸۵	مردان سال ۸۵	کل سال ۸۰
۱۶	فارس	شیراز			
		چهرم			
		فسا			
		کل	۷۲.۶	۷۱.۷	۶۸.۵
۱۷	قزوین	قزوین	۷۳.۰	۷۲.۰	۶۸.۹
۱۸	قم	قم	۷۴.۲	۷۲.۲	۶۸.۶
۱۹	کردستان	کردستان	۶۷.۳	۶۵.۷	۶۳.۸
۲۰	کرمان	کرمان			۶۶.۸
		رفسنجان			
		کل	۷۱.۱	۶۹.۷	
		کرمانشاه	۷۰.۹	۶۹.۵	۶۶.۴
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۶۹.۵	۶۷.۷	۶۵.۱
۲۳	گلستان	گلستان	۷۱.۶	۷۰.۸	۶۶.۹
۲۴	گیلان	گیلان	۷۴.۲	۷۱.۳	۷۰.۰
۲۵	لرستان	لرستان	۷۰.۴	۶۹.۰	۶۶.۲
۲۶	مازندران	مازندران			
		بابل			
		کل	۷۲.۳	۷۱.۳	۶۷.۹
		اراک	۷۲.۲	۷۱.۱	۶۷.۸
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۶۹.۵	۶۷.۹	۶۷.۳
۲۹	همدان	همدان	۷۰.۷	۶۹.۵	۶۶.۹
۳۰	یزد	یزد	۷۴.۲	۷۲.۶	۶۹.۴
کل کشور			۷۳.۶	۷۱.۷	۶۹.۰

نمودار شماره ۲۰- امید به زندگی در بدو تولد به تفکیک استان بر حسب جنس بر اساس داده های سرشماری، ۱۳۸۵



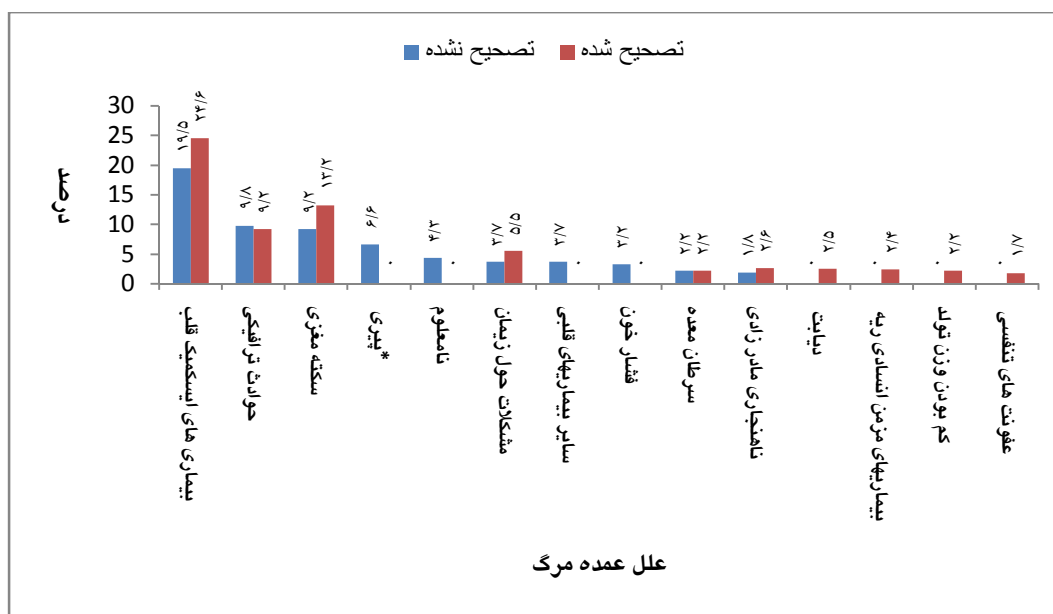
شاخص امید به زندگی یکی از شاخص های مهم در حیطه نتایج سلامت (Health outcome) می باشد که بهبود سلامت کلی جامعه در افزایش میزان آن نقش مهمی دارد. جدول شماره ۳۲ امید به زندگی به تفکیک جنس برای سال ۱۳۸۵ و در هر دو جنس برای سال ۱۳۸۰ را نشان می دهد. نمودار شماره ۲۰ برآورد امید به زندگی به تفکیک استان بر اساس داده های سرشماری برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. این میزان ها با استفاده از روشهای جمعیت شناسی و بر اساس میزان های مرگ کودکان (که با سایر روش ها و منابع منطبق شده اند) محاسبه شده است.^۱ با توجه به نمودار شماره ۲۰، استان های تهران (۷۵.۸ سال برای زنان و ۷۳.۶ سال برای مردان) و استان اصفهان (۷۵.۷ سال برای زنان و ۷۳.۷ سال برای مردان) بالاترین امید به زندگی را داشته اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند. همچنین استان های کردستان (۶۷.۳ سال برای زنان و ۶۵.۷ سال برای مردان)، سیستان و بلوچستان (۶۷.۵ سال برای مردان و ۶۵.۸ سال برای زنان) و ایلام (۶۷.۵ سال برای زنان و ۶۶.۱ سال برای مردان) کمترین میزان امید به زندگی را داشته اند و در پائین ترین دهک قرار می گیرند. همانگونه که ملاحظه می شود استان کردستان دارای کمترین امید به زندگی در بین استان های کشور است (حتی کمتر از سیستان و بلوچستان که محروم ترین استان کشور است). احتمالاً یکی از دلایل این امر مبنا بودن مرگ کودکان در برآورد جدول عمر بوده است. لذا به نظر می رسد این امر نیاز به مطالعات بیشتری دارد.

جدول شماره ۳۳- مشخصات شاخص ده علت اصلی مرگ

نام شاخص	درصد ده علت اصلی مرگ
نحوه محاسبه (فرمول)	$100 \times \frac{\text{تعداد مرگ طبقه بندی شده در یک گروه}}{\text{تعداد کل مرگ ها}}$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	داده های ثبت مرگ معاونت سلامت ۲۹ استان کشور، سال ۱۳۸۳
دوره زمانی جمع آوری داده ها	گزارش ثبت مرگ بصورت سالانه

^۱ این برآورد ها توسط اداره جمعیت دفتر سلامت خانواده، مدارس و جمعیت انجام شده است.

نمودار شماره ۲۱- درصد ۱۰ علت اصلی مرگ بر اساس داده های ثبت مرگ معاونت سلامت به تفکیک تصحیح شده و تصحیح نشده (۲۹ استان)، ۱۳۸۳



نمودار شماره ۲۱ ده علت اصلی مرگ بر اساس داده های ثبت مرگ معاونت سلامت به تفکیک تصحیح شده و تصحیح نشده برای کل جمعیت سال ۱۳۸۳ را نشان می دهد. با توجه به نمودار فوق، سه علت اصلی مرگ برای جمعیت کشور بر اساس داده های تصحیح نشده به ترتیب عبارت بوده اند از بیماری های ایسکمیک قلب (۱۹.۵ درصد) حوادث ترافیکی (۹.۸ درصد) و سکته مغزی (۹.۲ درصد). با توجه به وجود خطای طبقه بندی علل مرگ در نظام ثبت مرگ، تعدادی از علل بد تعریف شده^۱ مثل پیری و نامعلوم نیز در بین ده علت اصلی مرگ قرار گرفته اند که پس از تصحیح داده این علت ها و منتسب نمودن آنها به سایر علل، الگوی ده علت اصلی مرگ کشور تغییر نموده و سه علت اصلی به ترتیب عبارتند از: بیماری های ایسکمیک قلب (۲۴.۶ درصد)، سکته مغزی (۱۳.۲ درصد) و حوادث ترافیکی (۹.۲ درصد).

جدول شماره ۳۴ ده علت عمده مرگ به تفکیک استان های کشور بر اساس داده نظام ثبت مرگ معاونت سلامت برای سال ۱۳۸۳ را نشان می دهد. با توجه به اینکه جدول مذکور بر اساس داده های تصحیح نشده می باشند، برخی از علل بد تعریف شده (مثل پیر و نامعلوم و...) نیز در بین ده علت های اصلی قرار گرفته اند. اگر چه در غالب استان ها، بیماری های ایسکمیک قلب، سکته مغزی و حوادث ترافیکی علت های اصلی مرگ را تشکیل می دهند، ولی برخی استان ها به علت میزان خطای بالای طبقه بندی علل مرگ، رتبه علل بد تعریف شده بالاتر است و حتی اولین علت را به خود اختصاص می دهند (مثل استان خراسان جنوبی). بنابراین تصحیح خطای طبقه بندی و ارتقای کیفیت داده های ثبت مرگ یکی از اولویت های نظام ثبت مرگ می باشد. ضمناً برای این کار استفاده از قوانین طبقه بندی ICD به صورت کامل یکی از ضروریات این نظام می باشد.

^۱ Ill-defined causes of death

^۲ Senility without mention of Psychosis

جدول شماره ۳۴- رتبه بندی ده علت عمده مرگ به تفکیک استان ها بر اساس نظام طبقه بندی و اطلاعات ثبت مرگ معاونت سلامت (۲۹ استان)، سال ۱۳۸۳

نام استان	رتبه علت مرگ	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
آذربایجان شرقی	علت مرگ	سکته قلبی	سکته مغزی	حوادث حمل و نقل	بیماری های قلبی ناشی از فشار خون	سرطان معده	سایر بیماری های قلبی	بیماری های مزمن ریه و برونش (قلبی-ریوی)	آسم	پنومونی	سرطان ریه و برونش
	درصد از کل	۲۰.۳	۱۱.۲	۶.۴	۵	۳.۵	۳.۱	۲.۳	۲.۱	۱.۸	۱.۷
آذربایجان غربی	علت مرگ	سکته قلبی	سکته مغزی	حوادث حمل و نقل	سایر بیماری های قلبی	سرطان معده	سایر بیماری های قلبی **	بیماری های قلبی ناشی از فشار خون	بیماری های مزمن ریه و برونش (قلبی-ریوی)	سرطان ریه و برونش	آسم
	درصد از کل	۲۰.۹	۹.۸	۶.۴	۴.۴	۴	۳.۵	۲.۸	۲.۶	۲	۲
اردبیل	علت مرگ	سکته قلبی	سایر علام و حالات بد تعریف شده **	کپولت بدون زوال عقلی	سایر بیماری های قلبی	سکته مغزی	سرطان معده	نامعلوم ثبت نشده در دست بررسی	سایر حوادث غیر عمدی **	سرطان بدون ذکر جزئیات	خودکشی
	درصد از کل	۱۸.۸	۱۲.۶	۱۰.۳	۸.۳	۷	۴.۷	۲.۷	۱.۹	۱.۸	۱.۶
اصفهان	علت مرگ	سکته قلبی	سکته مغزی	حوادث حمل و نقل	کپولت بدون زوال عقل	سایر بیماری های قلبی	بیماری های قلبی ناشی از فشار خون	بیماری های مزمن ریه و برونش (قلبی-ریوی)	سرطان معده	نارسائی حاد کلیه	سرطان ریه و برونش
	درصد از کل	۲۰.۱	۱۰	۸.۵	۷	۳.۶	۳.۵	۲.۱	۱.۶	۱.۴	۱.۳
بوشهر	علت مرگ	سکته قلبی	کپولت بدون زوال عقل	حوادث حمل و نقل	سکته مغزی	نارسائی حاد کلیه	بیماری های قلبی ناشی از فشار خون	خودکشی	سایر بیماری های قلبی	تا معلوم	سرطان ریه و برونش
	درصد از کل	۱۹.۲	۱۶.۱	۱۳	۸.۴	۱.۵	۱.۵	۱.۵	۱.۴	۱.۳	۱.۳
چهارمحال و بختیاری	علت مرگ	سکته قلبی	حوادث حمل و نقل	کپولت بدون زوال عقل	سایر بیماری های قلبی	بیماری های قلبی ناشی از فشار خون	سکته مغزی	سرطان معده	اختلالات مرتبط با طول دوره بارداری	خودکشی	دیابت غیر وابسته به انسولین
	درصد از کل	۱۸.۷	۹.۲	۸.۸	۸.۱	۷.۷	۵.۴	۲.۷	۲.۳	۲.۱	۲
خراسان جنوبی	علت مرگ	کپولت بدون زوال عقل	سکته قلبی	حوادث حمل و نقل	نامعلوم	سکته مغزی	سایر بیماری های قلبی	سایر بیماری های تنفسی **	بیماری های قلبی ناشی از فشار خون	اختلالات مرتبط با طول دوره بارداری و رشد جنین	آسم
	درصد از کل	۱۷.۷	۱۲.۶	۸.۸	۷.۷	۶.۶	۲.۷	۲.۲	۲.۲	۱.۹	۱.۸

ادامه جدول شماره ۳۴

نام استان	رتبه علت مرگ	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
خراسان رضوی	علت مرگ	سکته قلبی	حوادث حمل و نقل	سکته مغزی	سایر بیماری های قلبی	کپولت بدون زوال عقل	نامعلوم	سرطان معده	بیماری های قلبی ناشی از فشار خون	انسداد راههای هوایی	سوختگی
	درصد از کل	۱۶.۷	۱۲.۶	۹.۴	۳.۷	۳.۶	۳.۶	۲.۸	۲.۴	۱.۸	۱.۸
خراسان شمالی	علت مرگ	سکته قلبی	حوادث حمل و نقل	سکته مغزی	سایر بیماری های قلبی	بیماری های قلبی ناشی از فشار خون	سرطان معده	نامعلوم	سایر بیماری های عروقی	سایر بیماری های قلبی عروقی **	پنومونی
	درصد از کل	۱۳.۷	۱۰	۹.۴	۶.۸	۵.۷	۳	۲.۳	۱.۹	۱.۷	۱.۵
خوزستان	علت مرگ	سکته قلبی	سکته مغزی	کپولت بدون زوال عقل	حوادث حمل و نقل	سایر بیماری های قلبی	بیماری های قلبی ناشی از فشار خون	سایر علائم و حالات مبهم **	سایر سرطان های بدخیم **	سایر حوادث غیر عمدی **	سوختگی
	درصد از کل	۲۱	۹.۲	۷.۳	۶.۸	۴.۵	۲.۵	۱.۶	۱.۶	۱.۶	۱.۶
زنجان	علت مرگ	سکته قلبی	حوادث حمل و نقل	سکته مغزی	بیماری های قلبی ناشی از فشار خون	سرطان معده	بیماری های مزمن ریه و برونش	اختلالات مرتبط با طول دوره بارداری	علت فوت تحت بررسی است	سایر بیماری های قلبی	اختلالات تنفسی حین یا نوزاد که به دوره حول تولد مرتبط است
	درصد از کل	۳۱.۵	۱۱.۳	۱۱.۱	۹.۹	۳.۲	۲.۸	۲.۴	۱.۹	۱.۶	۱.۵
سیستان و بلوچستان	علت مرگ	حوادث حمل و نقل	سکته قلبی	کپولت بدون زوال عقل	سکته مغزی	اختلالات مرتبط با طول دوره بارداری	انسداد راههای هوایی	سوختگی	بیماری های مزمن ریه و برونش	خسوف	اختلال جسمی و روانی در نتیجه سوء مصرف مواد
	درصد از کل	۱۱.۸	۸.۳	۷.۷	۵.۲	۴.۵	۲.۸	۲.۶	۲.۵	۲.۴	۲.۳
سمنان	علت مرگ	سکته قلبی	سکته مغزی	حوادث حمل و نقل	بیماری های قلبی ناشی از فشار خون	سایر بیماری های قلبی	دیابت غیر وابسته به انسولین	کپولت بدون زوال عقل	سرطان معده	نارسانی حاد کلیه	بیماری های مزمن ریه و برونش (ریوی)
	درصد از کل	۱۷.۶	۱۱.۵	۹.۳	۳.۹	۳.۷	۳.۶	۳.۵	۲.۸	۲	۱.۹
فارس	علت مرگ	سکته قلبی	حوادث حمل و نقل	کپولت بدون زوال عقل	سکته مغزی	سایر بیماری های قلبی	بیماری های قلبی ناشی از فشار خون	نامعلوم	اختلالات مرتبط با طول دوره بارداری	سایر بیماری های قلبی **	سرطان معده
	درصد از کل	۱۶.۳	۱۲.۵	۱۰.۳	۷.۷	۶.۷	۳.۳	۳.۳	۱.۸	۱.۷	۱.۴

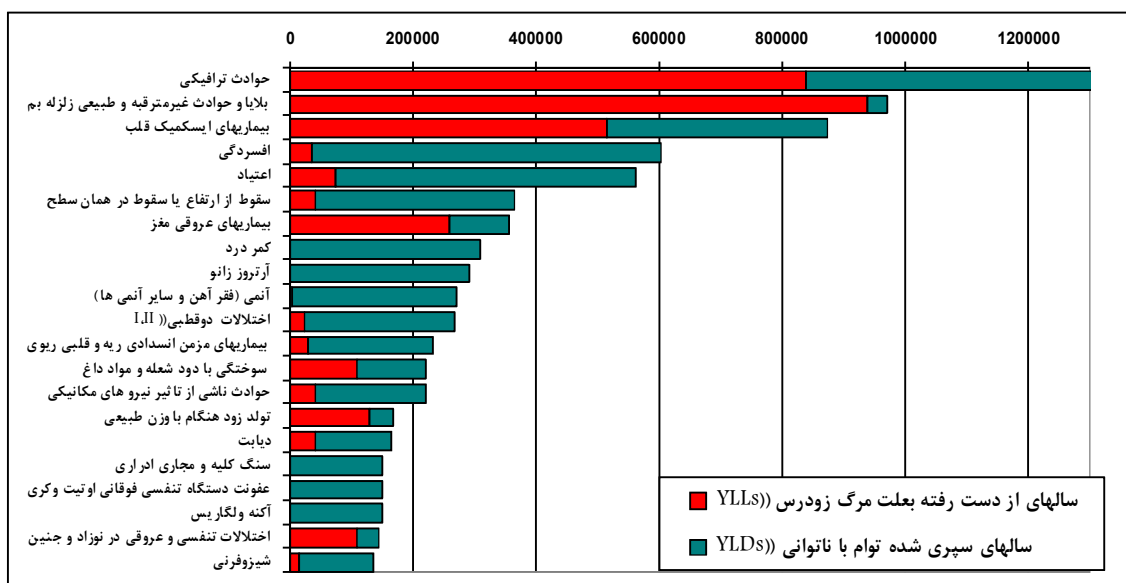
ادامه جدول شماره ۳۴

نام استان	رتبه علت مرگ	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
فروین	علت مرگ	سکته قلبی	حوادث حمل و نقل	کپولت بدون زوال عقل	سکته مغزی	سایر بیماری های قلبی	علت فوت تحت بررسی است	سایر بیماری های دستگاه گوارش **	بیماری های قلبی ناشی از فشار خون	سرطان معده	اختلالات مرتبط با طول دوره بارداری
	درصد از کل	۳۴.۳	۹.۸	۹.۳	۸.۶	۳.۹	۲.۷	۲.۵	۲.۳	۱.۸	۱.۵
قم	علت مرگ	سکته قلبی	حوادث حمل و نقل	بیماری های قلبی ناشی از فشار خون	سکته مغزی	دیابت غیر وابسته به انسولین	نامعلوم	کپولت بدون زوال عقل	بیماریهای مزمن ریه و برونش (قلبی -ریوی)	اختلالات مرتبط با طول دوره بارداری	نازسانی قلبی
	درصد از کل	۱۲.۷	۸.۶	۷.۶	۷.۲	۶.۱	۵.۵	۵	۳.۲	۳.۱	۲.۱
کردستان	علت مرگ	سکته قلبی	سکته مغزی	حوادث حمل و نقل	سرطان معده	بیماری های قلبی ناشی از فشار خون	سایر بیماری های قلبی	اختلالات تنفسی جنین یا نوزاد مرتبط با دوره حول تولد	اختلالات مرتبط با طول دوره بارداری	نامعلوم	سرطان ریه و برونش
	درصد از کل	۳۱.۴	۱۰.۳	۹.۲	۵	۴.۱	۳.۸	۲.۳	۲.۳	۲.۲	۲
کرمان	علت مرگ	سکته قلبی	حوادث حمل و نقل	سکته مغزی	کپولت بدون زوال عقل	در معرض بالابا و نیرو های طبیعی	نامعلوم	سایر بیماری های قلبی	سایر بیماری های دستگاه تنفسی **	اختلالات مرتبط با طول دوره بارداری	سوختگی
	درصد از کل	۱۶	۱۲.۱	۶.۵	۵.۸	۵.۵	۵.۱	۵	۲.۴	۲	۱.۷
کرمانشاه	علت مرگ	سکته قلبی	نامعلوم	سکته مغزی	حوادث حمل و نقل	کپولت بدون زوال عقل	سایر بیماریهای قلبی	بیماری های قلبی ناشی از فشار خون	خودکشی	بیماری های مزمن ریه و برونش (قلب -ریوی)	علت فوت تحت بررسی است
	درصد از کل	۱۶.۱	۱۰.۶	۸.۴	۸	۷.۶	۴.۹	۲.۹	۲.۷	۲.۵	۲.۲
گلستان	علت مرگ	سکته قلبی	حوادث حمل و نقل	کپولت بدون زوال عقل	سکته مغزی	سایر بیماری های دستگاه گوارش **	سایر بیماریهای قلبی	سایر بیماریهای دستگاه تنفسی **	نامعلوم	اختلالات مرتبط با طول دوره بارداری	سایر علائم و حالات بد تعریف شده **
	درصد از کل	۳۲.۶	۹.۸	۹.۱	۷.۹	۳.۳	۲.۹	۲.۶	۲.۴	۲.۲	۲.۱
کهگیلویه و بویر احمد	علت مرگ	سکته قلبی	سکته مغزی	حوادث حمل و نقل	سرطان معده	سایر بیماریهای قلبی	بیماری های قلبی ناشی از فشار خون	سایر بیماریهای دستگاه تنفسی **	انسداد راه های هوایی	سوختگی	خودکشی
	درصد از کل	۲۲.۲	۹.۷	۸.۹	۳.۸	۳.۱	۳	۲.۶	۲.۵	۲.۵	۲.۴

ادامه جدول شماره ۳۴

نام استان	رتبه علت مرگ	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
گیلان	علت مرگ	سکته قلبی	سکته مغزی	کهولت بدون زوال عقل	حوادث حمل و نقل	سرطان معده	سایر بیماری های قلبی	سایر اختلالات مربوط به دیابت	نارسائی حاد کلیه	نارسائی قلبی	خودکشی
	درصد از کل	۲۹.۸	۱۳	۱۲.۶	۹.۵	۳	۱.۶	۱.۶	۱.۵	۱.۴	۱.۳
لرستان	علت مرگ	سکته قلبی	حوادث حمل و نقل	کهولت بدون زوال عقل	سکته مغزی	خودکشی	سرطان بدون ذکر جزئیات	نامعلوم	سرطان معده	سایر بیماری های دستگاه گوارش **	سایر بیماری های قلبی
	درصد از کل	۲۴.۴	۱۱.۱	۱۰.۶	۸.۵	۶	۳.۴	۲.۵	۱.۹	۱.۸	۱.۷
مازندران	علت مرگ	سکته قلبی	سکته مغزی	حوادث حمل و نقل	کهولت بدون زوال عقل	سرطان معده	سایر بیماری های قلبی	بیماری های قلبی ناشی از فشار خون	نامعلوم	سرطان ریه و برونش	آسم
	درصد از کل	۳۰.۴	۱۲.۲	۱۰.۲	۹.۹	۳.۳	۱.۷	۱.۷	۱.۳	۱.۲	۱.۲
مرکزی	علت مرگ	سکته قلبی	سکته مغزی	حوادث حمل و نقل	سایر بیماری های قلبی	کهولت بدون زوال عقل	علت فوت تحت بررسی است	بیماری های قلبی ناشی از فشار خون	سرطان معده	سرطان ریه و برونش	نارسائی حاد کلیه
	درصد از کل	۱۶.۲	۱۱.۲	۸.۳	۷.۱	۵.۵	۲.۵	۲.۵	۲.۳	۲.۱	۱.۹
هرمزگان	علت مرگ	سکته قلبی	حوادث حمل و نقل	سکته مغزی	بیماری های قلبی ناشی از فشار خون	سایر علائم و حالات بد تعریف شده **	کهولت بدون زوال عقل	اختلالات تنفسی حین یا نوزاد که مرتبط با دوره حول تولد است	پنومونی	سایر بیماری های قلبی	خودکشی
	درصد از کل	۲۱	۱۰	۹	۵.۱	۴.۹	۳.۵	۲.۷	۲.۳	۲	۱.۸
همدان	علت مرگ	سکته قلبی	سکته مغزی	حوادث حمل و نقل	کهولت بدون زوال عقل	سایر بیماری های قلبی	اختلالات تنفسی حین یا نوزاد که مرتبط با دوره حول تولد است	نامعلوم	بیماری های دستگاه ادراری تناسلی	خودکشی	سرطان معده
	درصد از کل	۲۵.۸	۱۰.۶	۹.۴	۷.۹	۳.۱	۲.۷	۲.۳	۲.۱	۲	۱.۸
یزد	علت مرگ	سکته قلبی	سکته مغزی	حوادث حمل و نقل	سایر علائم و حالات بد تعریف شده **	دیابت غیر وابسته به انسولین	بیماری های قلبی ناشی از فشار خون	پنومونی	بیماری های مزمن ریه و برونش (قلبی-ریوی)	نامعلوم	نارسائی قلبی
	درصد از کل	۱۶.۷	۱۴	۹.۴	۶.۲	۵.۴	۳	۳	۲.۵	۱.۸	۱.۷

نمودار شماره ۲۲ - بار بیماری ها برای ۲۱ بیماری و آسیب اول بر حسب مجموع سالهای به هدر رفته عمر (DALYS) به تفکیک سال های از دست رفته به علت مرگ زودرس و سالهای سپری شده توام با ناتوانی بر اساس مطالعه بار بیماری ها، سال ۱۳۸۲



منبع: مطالعه ملی بار بیماری و آسیب ها در ایران، سال ۱۳۸۶ (۴)

نمودار شماره ۲۲ بار بیماری ها برای ۲۱ بیماری و آسیب اول بر حسب مجموع سالهای به هدر رفته به تفکیک سال های از دست رفته به علت مرگ زودرس و سالهای سپری شده توام با ناتوانی بر اساس مطالعه بار بیماری ها برای سال ۱۳۸۲ را نشان می دهد. با توجه به نمودار فوق، حوادث ترافیکی مشکل اصلی سلامت کشور ایران بوده است. به طوری که سالانه بیش از ۱۲۰۰۰۰۰ سال عمر از جمعیت کشورمان به علت آن از دست می رود که ۴ برابر بیش از زلزله فاجعه آور بم بوده است که در رده دوم قرار می گیرد. بیماری های ایسکمیک قلب با نزدیک به ۹۰۰،۰۰۰ سال در رده سوم قرار می گیرند که بیش از ۵۰٪ آنها به YLL اختصاص دارد. همچنین افسردگی با بیشترین میزان سالهای از دست رفته به علت ناتوانی در رده چهارم قرار می گیرد. محاسبه بار بیماری با ادغام نمودن ابعاد مختلف هر یک از مشکلات سلامتی (سال های از دست رفته به علت مرگ زودرس و ناتوانی) می تواند در تعیین اولویت های مشکلات سلامت و تعیین مداخلات مورد نیاز کشورمان مورد استفاده سیاستگذاران سلامت قرار گیرد.

شاخص های معلولیت

جدول شماره ۳۵ - مشخصات درصد معلولیت

نام شاخص	درصد معلولیت
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{درصد معلولیت بر حسب نوع معلولیت}}{100} \times 100$ کل معلولیت ها
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	سرشماری سال ۱۳۸۵
دوره زمانی جمع آوری داده ها	هر ده سال یک بار

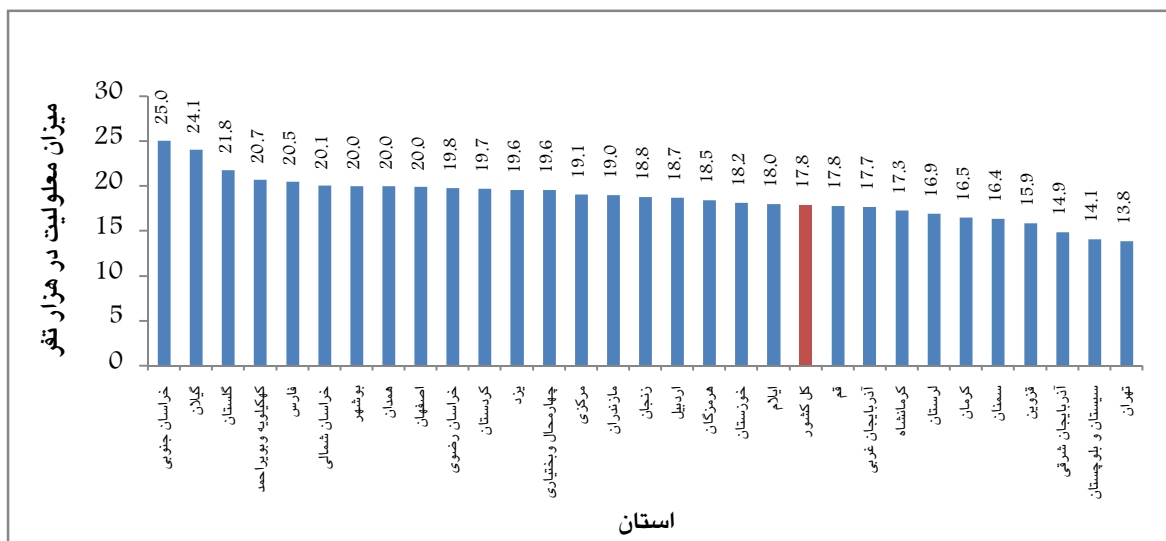
جدول شماره ۳۶- درصد معلولیت بر حسب نوع معلولیت و میزان کل معلولیت در هزار نفر به تفکیک استان بر اساس اطلاعات سرشماری، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	نابینا	ناشنوا	اختلال در گفتار و صدا	قطع دست	نقص دست	قطع پا	نقص پا	نقص تنه	اختلال ذهنی	میزان کل در هزار نفر
1	آذربایجان شرقی	تبریز	7.3	8.0	11.5	1.9	9.8	3.7	22.0	9.2	26.6	14.9
2	آذربایجان غربی	ارومیه	6.1	6.0	11.8	2.3	12.5	4.5	26.4	9.0	21.5	17.7
3	اردبیل	اردبیل	5.9	7.8	13.1	1.9	10.5	3.9	24.7	8.1	24.2	18.7
4	اصفهان	اصفهان	5.9	7.1	11.2	2.0	11.0	3.8	23.2	10.4	25.2	19.8
		کاشان	5.9	5.4	9.6	2.2	12.4	4.0	28.0	9.8	22.6	21.6
		کل	5.9	7.0	11.1	2.0	11.1	3.8	23.6	10.3	25.0	20.0
5	ایلام	ایلام	7.3	7.9	13.5	2.6	11.8	4.6	18.8	9.0	24.5	18.0
6	بوشهر	بوشهر	8.4	6.7	14.2	1.2	10.0	3.0	25.0	9.1	22.4	20.0
7	تهران	تهران	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		ایران	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		شهید بهشتی	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		کل	7.1	7.2	10.7	2.2	11.5	4.1	22.6	9.6	25.0	13.8
8	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	7.6	7.4	10.8	1.7	10.3	3.9	24.0	9.7	24.7	19.6
9	خراسان جنوبی	بیرجند	6.6	7.8	14.0	1.3	10.6	2.7	22.3	11.8	22.8	25.0
10	خراسان رضوی	مشهد	6.2	6.8	12.7	1.7	11.3	3.2	23.7	9.5	25.1	19.8
		سبزوار	7.3	7.7	11.9	1.7	10.7	3.3	23.0	8.3	26.0	18.5
		گناباد	5.9	7.7	12.5	1.2	12.1	2.5	22.4	10.4	25.4	24.6
		کل	6.2	6.9	12.6	1.6	11.2	3.2	23.6	9.4	25.2	19.8
11	خراسان شمالی	بجنورد	5.5	7.4	13.2	1.5	11.9	3.6	24.8	8.2	23.8	20.1
12	خوزستان	اهواز	9.5	7.2	12.1	1.5	10.3	3.7	22.8	9.6	23.1	18.2
13	زنجان	زنجان	8.0	7.9	11.8	2.3	12.5	3.2	25.0	8.7	20.5	18.8
14	سمنان	سمنان	6.2	7.4	13.2	2.3	10.5	4.5	21.4	8.2	26.3	14.8
		شاهرود	6.5	8.1	10.9	1.9	12.0	3.6	25.4	9.2	22.6	18.8
		کل	6.3	7.7	12.1	2.1	11.2	4.1	23.2	8.7	24.6	16.4

ادامه جدول شماره ۳۶

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	نابینا	ناشنوا	اختلال در گفتار و صدا	قطع دست	نقص دست	قطع پا	نقص پا	نقص تنه	اختلال ذهنی	میزان کل در هزار نفر
15	سیستان و بلوچستان	زاهدان	10.8	8.2	14.0	1.4	10.0	3.4	20.0	9.4	23.0	14.5
		زابل	11.3	7.8	14.0	1.7	7.8	4.3	19.3	8.9	25.0	11.7
		کل	10.8	8.2	14.0	1.4	9.7	3.5	19.9	9.3	23.2	14.1
16	فارس	شیراز	9.4	7.1	12.2	1.7	10.9	4.1	22.4	9.8	22.4	20.1
		جهرم	10.0	6.7	11.7	1.7	9.8	3.4	23.8	10.0	22.9	21.8
		فسا	6.4	6.7	10.9	1.8	11.3	4.3	27.6	10.0	21.0	27.2
		کل	9.3	7.1	12.1	1.7	10.9	4.0	22.7	9.8	22.3	20.5
17	قزوین	قزوین	7.5	8.5	13.1	2.0	11.3	3.7	23.1	8.5	22.2	15.9
18	قم	قم	6.6	6.9	10.4	2.1	11.1	3.9	24.0	9.7	25.2	17.8
19	کردستان	کردستان	7.8	7.0	12.2	2.2	12.5	4.8	22.1	10.4	21.1	19.7
20	کرمان	کرمان	10.5	7.9	11.5	1.8	10.2	4.3	20.8	10.0	22.9	16.7
		رفسنجان	7.3	6.8	13.2	2.1	11.5	4.2	24.1	8.2	22.6	15.2
		کل	10.2	7.8	11.7	1.8	10.4	4.3	21.1	9.8	22.8	16.5
21	کرمانشاه	کرمانشاه	7.7	7.6	12.9	2.5	11.6	4.7	20.9	9.3	22.9	17.3
22	کهگیلویه و بویراحمد	یاسوج	7.7	8.2	14.1	1.7	11.7	3.6	21.1	9.7	22.2	20.7
23	گلستان	گلستان	6.1	6.2	13.2	1.8	11.7	3.5	26.5	8.5	22.4	21.8
24	گیلان	گیلان	5.5	6.4	13.2	1.6	11.8	3.5	25.2	10.9	21.9	24.1
25	لرستان	لرستان	8.9	8.4	12.1	1.8	11.7	3.9	22.3	8.2	22.7	16.9
26	مازندران	مازندران	6.1	7.4	14.1	1.7	11.2	3.5	23.8	9.4	22.8	18.4
		بابل	6.0	7.2	14.8	1.5	11.0	3.8	24.4	10.2	21.1	22.1
		کل	6.1	7.3	14.2	1.7	11.2	3.6	23.9	9.5	22.4	19.0
27	مرکزی	اراک	7.4	7.7	11.7	1.9	11.0	3.8	24.2	9.2	23.1	19.1
28	هرمزگان	بندر عباس	13.9	7.5	13.2	1.2	10.2	3.7	22.6	8.0	19.7	18.5
29	همدان	همدان	7.6	8.6	11.7	1.8	10.9	3.8	24.4	9.0	22.2	20.0
30	یزد	یزد	7.0	6.9	12.7	2.0	11.0	3.5	24.6	10.4	22.0	19.6
	کل کشور											17.8

نمودار شماره ۲۳- میزان کل معلولیت در هزار نفر به تفکیک استان بر اساس اطلاعات سرشماری، سال ۱۳۸۵



یکی از شاخص های مهم سلامت، شاخص های مربوط به ناتوانی ها می باشد. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت^۱ ناتوانی یک پدیده چند گانه است که شامل نقص عضو، محدودیت در فعالیت بدنی و محدودیت در مشارکت فرد است. نقص عضو عبارت است از مشکلی در عملکرد بدن یا ساختار آن. محدودیت در فعالیت شامل مشکلاتی است که یک فرد در انجام یک وظیفه و یا عمل با آن مواجه است. ضمناً محدودیت در مشارکت شامل مشکلاتی است که یک فرد در شرایط زندگی با آن مواجه می شود. بنابراین، ناتوانی یک پدیده ای پیچیده است که حاکی از یک تعامل و عکس العمل بین ماهیت بدن افراد و ماهیت جامعه ای است که فرد در آن زندگی می کند.

جدول شماره ۳۶ درصد معلولیت بر حسب نوع معلولیت و میزان کل معلولیت در هزار نفر به تفکیک استان بر اساس اطلاعات سرشماری برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. اگر چه این اطلاعات بر اساس طبقه بندی بین المللی (ICF)^۲ طبقه بندی نشده و تنها در گروه های کلی طبقه بندی شده اند، ولی توزیع استانی این شاخص در ترسیم کلی وضعیت ناتوانی کمک خواهد نمود. نمودار شماره ۲۳ میزان کل معلولیت ها در هزار نفر به تفکیک استان بر اساس اطلاعات سرشماری برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. با توجه به نمودار مذکور، استانهای تهران (۱۳.۸)، سیستان و بلوچستان (۱۴.۱) و آذربایجان شرقی (۱۴.۹) دارای کمترین میزان معلولیت در هزار نفر جمعیت بوده اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند و استان های خراسان جنوبی (۱۴.۹)، (۲۵.۰)، گیلان (۲۴.۱) و گلستان (۲۱.۸) دارای کمترین میزان معلولیت در هزار نفر جمعیت بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

^۱ برای اطلاعات بیشتر به سایت سازمان جهانی بهداشت مراجعه شود: <http://www.who.int/topics/disabilities/en>

^۲ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

منابع :

- ۱- Abbasi- Shavazi, MJ, and P McDonald, ۲۰۰۶, The Fertility decline in the Islamic Republic of Iran, ۱۹۷۲-۲۰۰۰, *Asian Population Studies*, ۲۰۰۶, ۲(۳): ۲۱۷-۲۳۷
- ۲- WHO. Indicators [cited ۲۰۰۹ ۲۳/۰۲]; Available from: <http://www.who.int/whosis/indicators/compending/۲۰۰۸/mru/en/print.html>.

۳- نقوی محسن، سیمای مرگ و میر در ۱۸ استان کشور، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱

۴- نقوی محسن، مطالعه ملی بار بیماریها و آسیب ها، در ایران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۶

فصل چهارم

شاخص‌های بیماری‌ها و عوامل خطر

بیماریهای غیر واگیر:

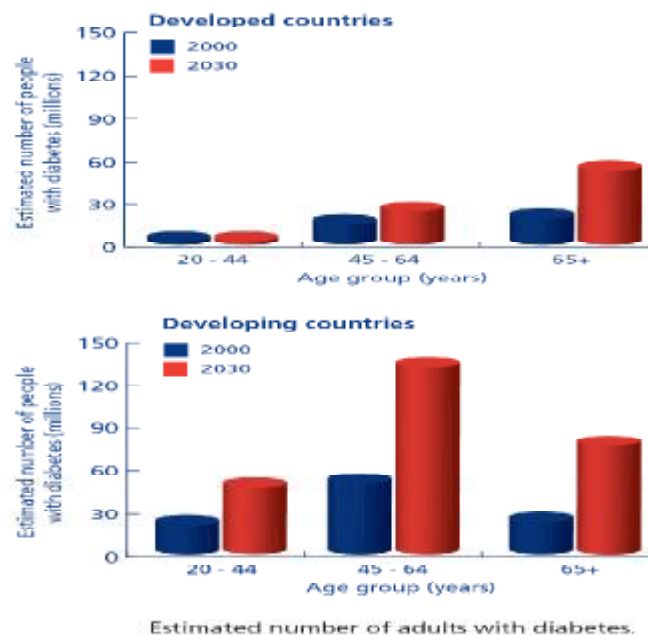
امروزه اهمیت نقش بیماریهای غیر واگیر در میزانهای مرگ و ابتلا بیش از پیش روشن گردیده است، بطوریکه حتی در کشورهای جهان سوم هم که کماکان در بسیاری از آنها بیماریهای عفونی و قابل پیشگیری توسط واکسن نقش مهمی در میزانهای کلی مرگ و میر در آن جوامع به عهده دارد اما بدلیل بهبودی نسبی در وضعیت سلامتی در این جوامع بار ناشی از بیماریهای مزمن و غیر عفونی رو به افزایش می باشد. به عنوان مثال، بر طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در ایران در سال ۲۰۰۲ در حالیکه تنها ۲۲٪ از سالهای از دست رفته عمر بدلیل بیماریهای قابل سرایت بوده، نقش حوادث و بیماریهای غیر قابل سرایت به ترتیب ۲۸٪ و ۴۹٪ بوده است [۱]. از این رو در این فصل ابتدا شاخص های مرتبط با این دسته از بیماریها ارائه می شود.

دیابت

بیماری دیابت یکی از بیماریهای مزمن در حال افزایش در دنیا می باشد که بدلیل عدم ترشح کافی انسولین و یا عدم توانایی بدن در استفاده از انسولین بوجود می آید. نکته مهم در مورد اپیدمیولوژی این بیماری روند رو به رشد موارد بیماری در طی سالهای آینده می باشد. بطوریکه بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۳۰ میلادی، تعداد موارد ابتلا به حدود دو برابر آن در سال ۲۰۰۵ (۳۶۶ میلیون نفر) خواهد رسید [۲]. از مهمترین دلایل این افزایش میتوان به افزایش جمعیت و همین طور به پیر شدن جمعیت در کنار تغییر الگو و شیوه زندگی اشاره کرد. نمودار شماره ۲۴ برآورد سازمان جهانی بهداشت را برای سالهای ۲۰۰۰ و ۲۰۰۳ میلادی در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته بر اساس گروههای سنی نمایش می دهد.

نمودار شماره ۲۴- مقایسه تعداد افراد مبتلا به دیابت در سالهای ۲۰۰۰ و ۲۰۳۰ در کشورهای توسعه یافته و در حال-

توسعه



منبع: وب سایت سازمان جهانی بهداشت

جدول شماره ۳۷- مشخصات شاخص شیوع دیابت در افراد بالای ۳۰ ساله

نام شاخص	شیوع دیابت در افراد بالای ۳۰ ساله
نحوه محاسبه	تعداد موارد موجود دیابت در افراد ۳۰ ساله و بالاتر به تفکیک استان و دانشگاه تقسیم بر کل جمعیت ۳۰ ساله و بالاتر در همان منطقه
منبع جمع آوری اطلاعات	آمارهای ماهانه ارسالی از خانه های بهداشت و تیم های سیار
دوره زمانی	هر سه سال یکبار

جدول شماره ۳۸- میزان شیوع دیابت* در سنین بالای ۳۰ ساله در جمعیت روستایی کشور به تفکیک دانشگاه و استان، سال ۱۳۸۵

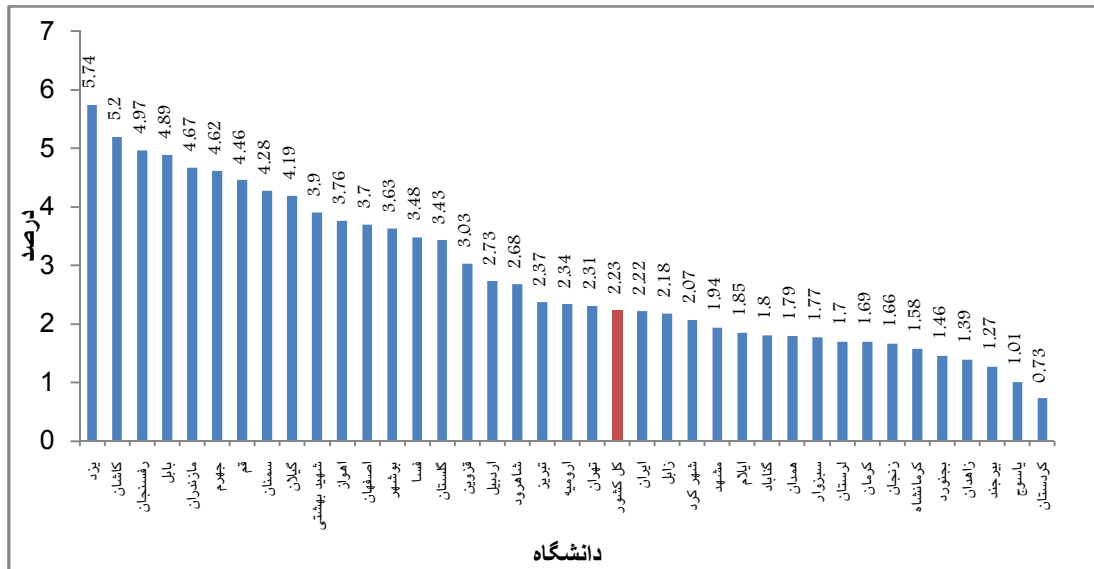
ردیف	استان	دانشگاه ها	درصد
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۲.۳۷
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۲.۳۴
۳	اردبیل	اردبیل	۲.۷۳
۴	اصفهان	اصفهان	۳.۷
		کاشان	۵.۲
		کل	۳.۸
۵	ایلام	ایلام	۱.۸۵
۶	بوشهر	بوشهر	۳.۶۳
۷	تهران	تهران	۲.۳۱
		ایران	۲.۲۲
		شهید بهشتی	۳.۹
		کل	۲.۸۱
۸	چهارمحال وبختیاری	شهر کرد	۲.۰۷
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۱.۲۷
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۱.۹۴
		سبزوار	۱.۷۷
		گناباد	۱.۸
		کل	۱.۹۴
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۱.۴۶
۱۲	خوزستان	اهواز	۳.۷۶
۱۳	زنجان	زنجان	۱.۶۶
۱۴	سمنان	سمنان	۴.۲۸
		شاهرود	۲.۶۸
		کل	۳.۴۵
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۱.۳۹
		زابل	۲.۱۸
		کل	۱.۵

ادامه جدول شماره ۳۸

ردیف	استان	دانشگاه ها	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز [†]	-
		چهرم	۴۶۲
		فسا	۳۴۸
		کل	
۱۷	قزوین	قزوین	۳۰۳
۱۸	قم	قم	۴۴۶
۱۹	کردستان	کردستان	۰۷۳
۲۰	کرمان	کرمان	۱۶۹
		رفسنجان	۴۹۷
		کل	۲۰۵
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۱۵۸
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۱۰۱
۲۳	گلستان	گلستان	۳۴۳
۲۴	گیلان	گیلان	۴۱۹
۲۵	لرستان	لرستان	۱۷
۲۶	مازندران	مازندران	۴۶۷
		بابل	۴۸۹
		کل	۴۷۰
۲۷	مرکزی	اراک [†]	-
۲۸	هرمزگان	بندر عباس [†]	-
۲۹	همدان	همدان	۱۷۹
۳۰	یزد	یزد	۵۷۴
کل کشور			۲۰۳

* برآورد شیوع در استانهایی که بیش از یک دانشگاه دارند بر اساس weighted average محاسبه شده است.
[†] داده ها میزان شیوع برای این دانشگاهها موجود نبود.

نمودار شماره ۲۵- شیوع دیابت بر حسب درصد به تفکیک دانشگاههای علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



در حال حاضر و بر اساس اطلاعات استخراج شده از برنامه مراقبت بیماران دیابتی در مناطق روستایی (بر اساس تعاریف ارائه شده)، در سال ۸۵ میزان شیوع دیابت در کشور ایران در این مناطق برابر با ۲.۲۳٪ بوده است. این مقدار برابر با ۴۹۳۵۲۴ نفر از کل ۲۲۱۳۱۱۰۱ نفر روستایی کشور در سال ۱۳۸۵ می باشد. با توجه اینکه آمار موجود تنها مربوط به مناطق روستایی می باشد و نظر به شیوع بیشتر عوامل خطر این بیماری در مناطق شهری، کاملاً قابل حدس است که شیوع دیابت در مناطق شهری بیشتر از مناطق روستایی می باشد. در واقع برآورد سازمان جهانی بهداشت برای ایران نیز گویای همین قضیه می باشد. بر اساس برآورد این سازمان، در ایران در سال ۲۰۰۰ میلادی حدوداً ۲۱۰۳۰۰۰ نفر به بیماری دیابت مبتلا بوده اند که این رقم نشان دهنده شیوعی بیشتر از ۲.۲۳٪ می باشد. بر اساس جدول شماره ۳۸ کمترین شیوع بیماری دیابت (پایین ترین دهک) در استان کردستان (۰.۷۳٪) و کهگیلویه و بویر احمد (۱.۱٪) و بیشترین شیوع (بالاترین دهک) در استانهای یزد (۵.۷۴٪)، مازندران (۴.۷۰٪) و قم (۴.۴۶٪) می باشد. همچنین نمودار شماره ۲۵ شیوع دیابت در دانشگاههای علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس این نمودار، دانشگاههای کردستان، یاسوج و بیرجند در پائین ترین دهک و دانشگاههای یزد، کاشان و رفسنجان در بالاترین دهک قرار می گیرند. لازم به ذکر است که این برآوردها تنها مربوط به مناطق روستایی، و از میان مناطق روستایی تنها مربوط به مناطق و جمعیتی از آن مناطق می باشد که تحت پوشش برنامه های مراقبت از بیماران دیابتی می باشد (جدول شماره ۴۰ و نمودار شماره ۲۶). بر این اساس، از کل جمعیت ساکن در روستاهای کشور (به استثنای مناطق روستایی تحت پوشش دانشگاه های تهران، شیراز و استان های هرمزگان و مرکزی) ۸۲٪ تحت پوشش این برنامه قرار داشته اند که این رقم میزان قابل قبولی از پوشش جهت استفاده از این آمار (با فرض یکسان بودن کیفیت ارائه برنامه ها در کل کشور) به عنوان یک برآورد کشوری در مناطق روستایی در کشور می باشد.

جدول شماره ۳۹- مشخصات شاخص درصد جمعیت تحت پوشش برنامه دیابت

نام شاخص	درصد جمعیت تحت پوشش برنامه دیابت
نحوه محاسبه شاخص	جمعیت تحت پوشش برنامه غربالگری دیابت به تفکیک استان و دانشگاه تقسیم بر کل جمعیت ۳۰ ساله و بالاتر در همان منطقه
منبع جمع آوری اطلاعات	آمارهای ماهانه ارسالی از خانه های بهداشت و تیمهای سیار
دوره زمانی	هر سه سال یکبار

جدول شماره ۴۰- درصد پوشش* جمعیت مناطق روستایی برای برنامه مراقبت از بیماران دیابتی به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه ها	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۶۷.۳۶
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۹۱.۹۳
۳	اردبیل	اردبیل	۸۷.۳۷
۴	اصفهان	اصفهان	۸۵.۰۱
		کاشان	۹۵.۵۳
		کل	۸۵.۴
۵	ایلام	ایلام	۹۰.۱۱
۶	بوشهر	بوشهر	۸۵.۵۶
۷	تهران	تهران	۴۹.۵۷
		ایران	۴۱.۶۳
		شهید بهشتی	۹۸.۰۰
		کل	
۸	چهارمحال وبختیاری	شهر کرد	۹۱.۵۸
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۸۳.۴۷
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۸۷.۳۹
		سبزوار	۸۲.۱۵
		گناباد	۹۲.۰۵
		کل	۸۷.۰
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۹۱.۶۴
۱۲	خوزستان	اهواز	۸۸.۳۳
۱۳	زنجان	زنجان	۹۲.۰۲
۱۴	سمنان	سمنان	۸۶.۳۶
		شاهرود	۸۸.۸۷
		کل	۸۷.۶
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۷۲.۸۶
		زابل	۹۲.۰۹
		کل	۷۵.۶

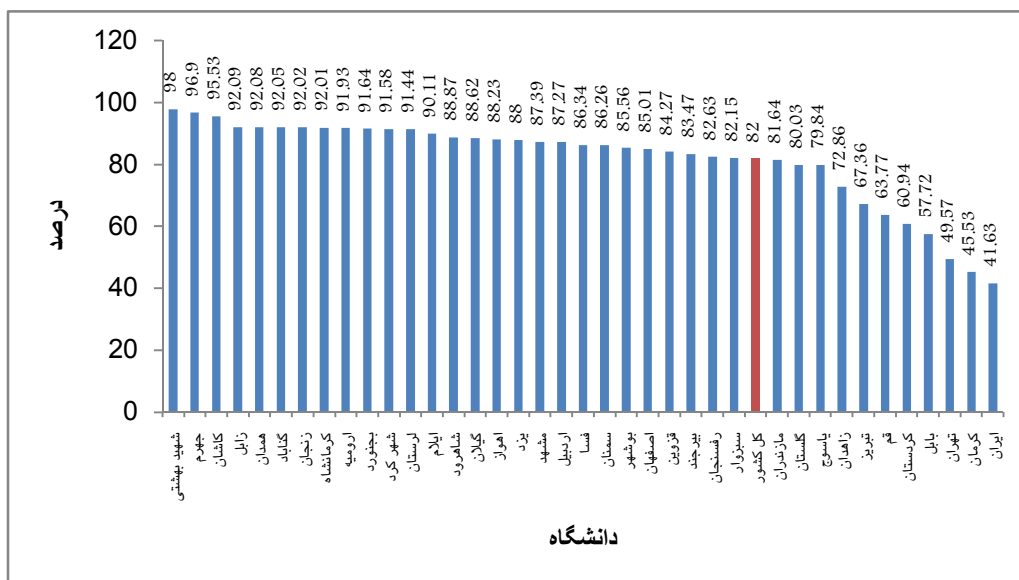
ادامه جدول شماره ۴۰

ردیف	استان	دانشگاه ها	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز [†]	-
		جهرم	۹۶.۹
		فسا	۸۶.۳۴
		کل	
۱۷	قزوین	قزوین	۸۴.۳۷
۱۸	قم	قم	۶۳.۷۷
۱۹	کردستان	کردستان	۶۰.۹۴
۲۰	کرمان	کرمان	۴۵.۵۳
		رفسنجان	۸۲.۶۳
		کل	۴۹.۶
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۹۲.۰۱
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۷۹.۸۴
۲۳	گلستان	گلستان	۸۰.۰۳
۲۴	گیلان	گیلان	۸۸.۶۲
۲۵	لرستان	لرستان	۹۱.۴۴
۲۶	مازندران	مازندران	۸۱.۶۴
		بابل	۵۷.۷۲
		کل	۷۷.۶
۲۷	مرکزی	اراک [†]	-
۲۸	هرمزگان	بندرعباس [†]	-
۲۹	همدان	همدان	۹۲.۰۸
۳۰	یزد	یزد	۸۸.۰۰
کل کشور			۰.۸۲۰

* برآورد میزان پوشش در استان هایی که بیش از یک دانشگاه دارند بر اساس weighted average محاسبه شده است

[†] داده ها میزان پوشش برای این دانشگاهها موجود نبود.

نمودار شماره ۲۶- درصد پوشش جمعیت مناطق روستایی برای برنامه مراقبت از بیماران دیابتی در دانشگاه های علوم پزشکی کشور، سال ۱۳۸۵



بر اساس نمودار شماره ۲۶ سه دانشگاه ایران (۴۱.۶٪)، کرمان (۴۵.۵٪) و تهران (۴۹.۶٪) به ترتیب با پایین ترین درصد پوشش در پایین ترین دهک و سه دانشگاه شهید بهشتی (۹۸٪)، چهرم (۹۶.۹٪) و کاشان (۹۵.۵٪) در بالاترین دهک قرار می گیرند.

سرطان ها

جدول شماره ۴۱- مشخصات شاخص میزان خام موارد شناسایی شده سرطان در کشور

نام شاخص	میزان خام موارد شناسایی شده سرطان
نحوه محاسبه شاخص	تعداد موارد جدید سرطان در یک سال به تفکیک استان و دانشگاه تقسیم بر کل جمعیت همان منطقه در هر صد هزار نفر
منبع جمع آوری اطلاعات	مراکز پاتولوژی سراسر کشور و نیز سایر مراکز تشخیصی و درمانی
دوره زمانی	هر سه ماه یکبار

جدول شماره ۴۲- میزان خام موارد شناسایی شده سرطان در کشور به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی در هر صد هزار نفر، سال ۱۳۸۳

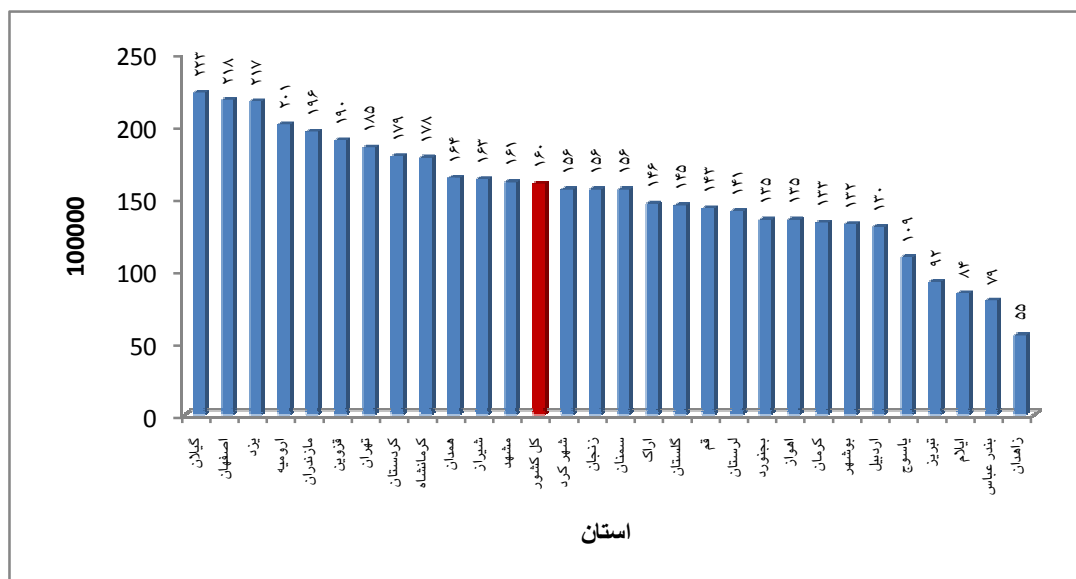
ردیف	استان	دانشگاه ها	سال ۸۳
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۹۲۰
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۲۰۱۰
۳	اردبیل	اردبیل	۱۳۰۰
۴	اصفهان	اصفهان	۲۱۸۰
		کاشان*	-
		کل	۲۱۸۰
۵	ایلام	ایلام	۸۴۲
۶	بوشهر	بوشهر	۱۳۲۰
۷	تهران	تهران	۱۸۵۳
		ایران*	-
		شهید بهشتی*	-
		کل	۱۸۵۲
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۱۵۶۰
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	-
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۱۶۱۳
		سبزوار*	-
		گناباد*	-
		کل	۱۶۱۲
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۱۳۵۳
۱۲	خوزستان	اهواز	۱۳۵۲
۱۳	زنجان	زنجان	۱۵۶۴
۱۴	سمنان	سمنان	۱۵۶۳
		شاهرود*	-
		کل	۱۵۶۳
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۵۵۲
		زابل	-
		کل	۵۵۲

ادامه جدول شماره ۴۲

ردیف	استان	دانشگاه ها	سال ۸۳
۱۶	فارس	شیراز	۱۶۳.۱
		جهرم*	-
		فسا*	-
		کل	۱۶۳.۱
۱۷	قزوین	قزوین	۱۹۰.۲
۱۸	قم	قم	۱۴۳.۰
۱۹	کردستان	کردستان	۱۷۹.۰
۲۰	کرمان	کرمان	۱۳۳.۰
		رفسنجان*	-
		کل	۱۳۳.۰
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۱۷۸.۰
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۱۰۹.۱
۲۳	گلستان	گلستان	۱۴۵.۲
۲۴	گیلان	گیلان	۲۲۳.۴
۲۵	لرستان	لرستان	۱۴۱.۰
۲۶	مازندران	مازندران	۱۹۶.۳
		بابل*	-
		کل	۱۹۶.۳
۲۷	مرکزی	اراک	۱۴۶.۲
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۷۹.۲
۲۹	همدان	همدان	۱۶۴.۱
۳۰	یزد	یزد	۲۱۷.۴
کل کشور			۱۶۰.۰

* داده های مربوط به میزان بروز برای این دانشگاهها در سال ۱۳۸۳ موجود نبود.

نمودار شماره ۲۷- میزان خام موارد شناسایی شده سرطان در دانشگاههای کشور در هر صد هزار، سال ۱۳۸۳



در حال حاضر سرطانی یکی از علل عمده مرگ در دنیا هستند بطوریکه ۷.۹ میلیون مرگ در دنیا (۱۳٪) به این دسته از بیماریها اختصاص یافته است. اگرچه بیشترین موارد سرطان در دو جنس متفاوت است اما سرطانی ریه، معده، کبد، روده بزرگ و پستان بیشترین موارد مرگ ناشی از سرطان را به خود اختصاص می دهند [۳]. در ایران نیز بر اساس اولین مطالعه ملی بار بیماریها و آسیبها، سرطانی در مجموع باعث از دست رفتن ۶۶۲.۴ سال در هر صد هزار نفر در سال ۱۳۸۲ در ایران شده اند که بدین ترتیب در رده دهمین علت سالهای از دست رفته عمر در کشور قرار گرفته اند [۴].

در جدول شماره ۴۱ تعاریف مربوط به شاخص میزان خام موارد شناسایی شده سرطان در کشور ارائه گردیده است. همچنان که در جدول شماره ۴۲ مشخص است میزان خام موارد شناسایی شده سرطان در کشور برابر با ۱۶۰ در صد هزار نفر می باشد. استانیهای سیستان و بلوچستان، هرمزگان و ایلام به ترتیب هر کدام با ۵۵، ۷۹ و ۸۴ درصد هزار نفر با کمترین میزان موارد شناسایی شده در پایین ترین دهک قرار می گیرند. همچنین استانیهای یزد، اصفهان و گیلان هر کدام با ۲۱۷، ۲۱۸ و ۲۲۳ در صد هزار نفر در بالاترین دهک قرار می گیرند. همچنین دانشگاههای زاهدان، بندر عباس و ایلام با پائین ترین میزان بروز (که البته این مسئله می تواند دلیل شناسایی موارد سرطان این استانها در استانیهای همجوار و بر خوردار باشد) در پایین ترین دهک قرار می گیرند و دانشگاههای اصفهان، یزد و ارومیه با بالاترین میزان بروز در بالاترین دهک قرار می گیرند (نمودار شماره ۲۷). در هر حال این میزانها با برآورد سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲ (آخرین برآورد موجود) که برابر با ۶۶.۸ و ۷۳.۹ در صد هزار نفر در زنان و مردان تفاوت فاحشی دارد [۵]. این تفاوت می تواند بدلائل مختلفی باشد که از آن جمله میتوان به احتمال عدم ثبت همه موارد واقعی سرطان در کشور نام برد.

حوادث

جدول شماره ۴۳- مشخصات شاخص میزان بروز مصدومین

نام شاخص	میزان بروز مصدومین
نحوه محاسبه شاخص	تعداد مصدومین ناشی از حوادث به تفکیک استان و دانشگاه کل جمعیت همان منطقه در هر ۱۰۰۰ نفر
منبع جمع آوری اطلاعات	آمار بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاههای علوم پزشکی
دوره زمانی	سالانه

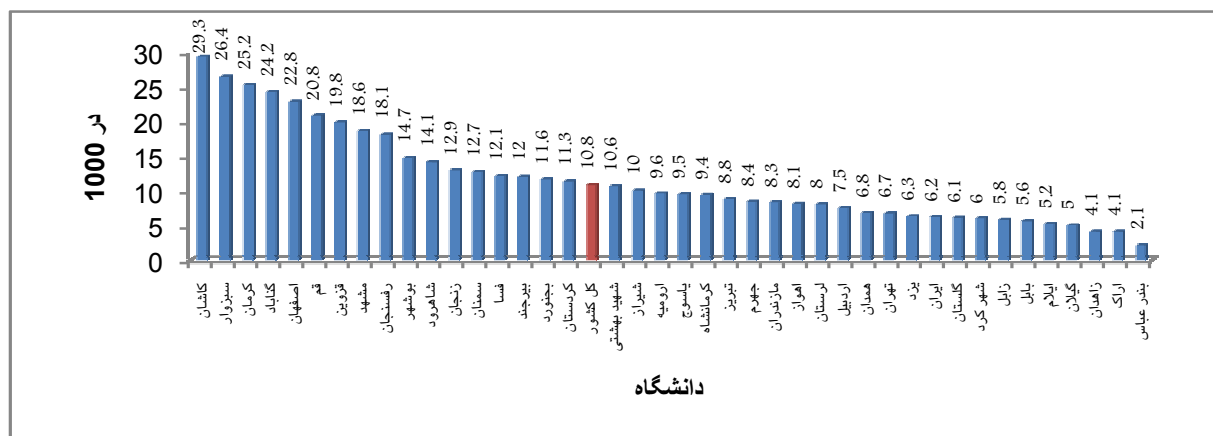
جدول شماره ۴۴- میزان خام بروز مصدومین ناشی از حوادث به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی هر ۱۰۰۰ نفر، سال ۱۳۸۴

ردیف	استان	دانشگاه ها	سال ۸۴
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۸۸
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۹۶
۳	اردبیل	اردبیل	۷۵
۴	اصفهان	اصفهان	۲۲۸
		کاشان	۲۹۳
		کل	۲۳۲
۵	ایلام	ایلام	۵۲
۶	بوشهر	بوشهر	۱۴۷
۷	تهران	تهران	۶۷
		ایران	۶۲
		شهید بهشتی	۱۰۶
		کل	۷۸
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۶
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۱۳
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۱۸۶
		سبزوار	۲۶۴
		گناباد	۲۴۲
		کل	۱۹۳
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۱۱۶
۱۲	خوزستان	اهواز	۸۱
۱۳	زنجان	زنجان	۱۲۹
۱۴	سمنان	سمنان	۱۲۷
		شاهرود	۱۴۱
		کل	۱۳۳
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۴۱
		زابل	۵۸
		کل	۴۳

ادامه جدول شماره ۴۴

ردیف	استان	دانشگاه ها	سال ۸۴
۱۶	فارس	شیراز	۱۰
		جهرم	۸.۴
		فسا	۱۲.۱
		کل	۱۰.۰
۱۷	قزوین	قزوین	۱۹.۸
۱۸	قم	قم	۲۰.۸
۱۹	کردستان	کردستان	۱۱.۳
۲۰	کرمان	کرمان	۲۵.۲
		رفسنجان	۱۸.۱
		کل	۲۴.۴
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۹.۴
۲۲	کهگیلویه و بویراحمد	یاسوج	۹.۵
۲۳	گلستان	گلستان	۶.۱
۲۴	گیلان	گیلان	۵.۰
۲۵	لرستان	لرستان	۸.۰
۲۶	مازندران	مازندران	۸.۳
		بابل	۵.۶
		کل	۷.۹
۲۷	مرکزی	اراک	۴.۱
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۲.۱
۲۹	همدان	همدان	۶.۸
۳۰	یزد	یزد	۶.۳
کل کشور			۱۰.۸

نمودار شماره ۲۸- میزان خام بروز مصدومین به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی در هر ۱۰۰۰ نفر، سال ۱۳۸۴



بر اساس تعریف، حادثه به ضایعه ای ارگانیک گفته می شود که در اثر برخورد سریع انرژی (مکانیکی، حرارتی، الکتریکی، شیمیایی و یا اشعه ای) با بدن ایجاد می شود، بطوریکه این انرژی بیش از توان تحمل فیزیولوژیک بدن بوده و لذا باعث ایجاد اختلال در عملکرد بدن می شود. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، حوادث ناشی از تصادفات رانندگی، غرق شدن، مسمومیت، سوختگی و خشونت سالانه باعث بیش از پنج میلیون مرگ در سرتاسر دنیا همراه با میلیونها مصدوم می گردد. بر اساس همین گزارش، حوادث عامل حدود ۹٪ کل مرگهای دنیا می باشد. تخمین زده می شود که به ازای هر مرگ ناشی از حوادث، دهها بستری در بیمارستان، صدها مراجعه به بخشهای اورژانس و هزاران مراجعه به مطب پزشکان وجود خواهد داشت [۶].

در ایران نیز بر اساس گزارش منتشر شده در وب سایت سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۰۲ میزان مرگ استاندارد شده در اثر حوادث ۱۳۳ در هر صد هزار نفر بوده است که این میزان ۱۸٪ کل مرگهای ناشی از بیماریهای واگیر را تشکیل می دهد [۷]. همچنین در سال ۲۰۰۰ میزان مرگ ناشی از حوادث در کودکان زیر پنج سال ۱۲.۸ در هر صد هزار نفر بوده است که این میزان از کل موارد مرگ ناشی از پنومونی و اسهال بیشتر بوده است [۸]. اما مرگ تنها عارضه ناشی از حوادث نیست. بر اساس اولین گزارش بار بیماریها در ایران، حوادث باعث از دست رفتن ۵۹۷۱ سال زندگی مفید در هر صد هزار نفر جمعیت می شود و این میزان حوادث را سر دسته عوامل قرار می دهد که باعث از بین رفتن سالهای مفید زندگی می شود [۴].

جدول شماره ۴۵- مشخصات شاخص میزان مرگ و میر ناشی از حوادث

نام شاخص	میزان مرگ و میر ناشی از حوادث
نحوه محاسبه شاخص	تعداد موارد مرگ ناشی از حوادث به تفکیک استان و دانشگاه تقسیم بر کل جمعیت همان منطقه در هر صد هزار نفر
منبع جمع آوری اطلاعات	آمار بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاههای علوم پزشکی
دوره زمانی	سالانه

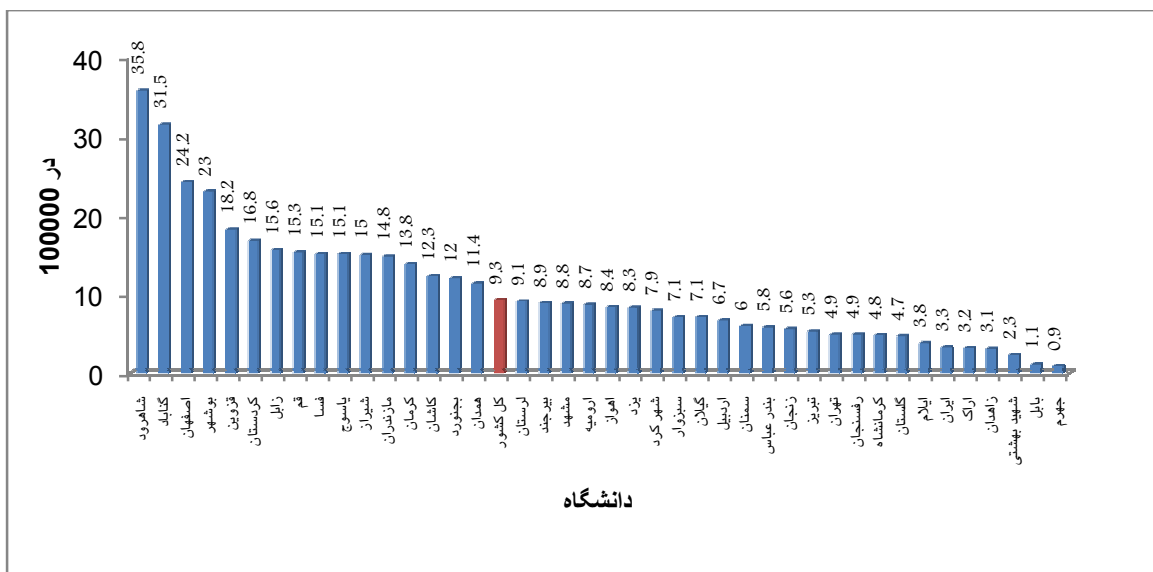
جدول شماره ۴۶- میزان خام مرگ و میر ناشی از حوادث در هر صد هزار نفر، به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی، سال ۱۳۸۴

ردیف	استان	دانشگاه ها	سال ۸۴
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۵.۳
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۸.۷
۳	اردبیل	اردبیل	۶.۷
۴	اصفهان	اصفهان	۲۴.۲
		کاشان	۱۲.۳
		کل	۲۳.۴
۵	ایلام	ایلام	۳.۸
۶	بوشهر	بوشهر	۲.۳
۷	تهران	تهران	۴.۹
		ایران	۳.۳
		شهید بهشتی	۲.۳
		کل	
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۷.۹
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۸.۹
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۸.۸
		سبزوار	۷.۱
		گناباد	۳۱.۵
		کل	۹.۱
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۱.۲
۱۲	خوزستان	اهواز	۸.۴
۱۳	زنجان	زنجان	۵.۶
۱۴	سمنان	سمنان	۶
		شاهرود	۳۵.۸
		کل	۱۷.۹
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۳.۱
		زابل	۱۵.۶
		کل	۴.۸

ادامه جدول شماره ۴۶

ردیف	استان	دانشگاه ها	سال ۸۴
۱۶	فارس	شیراز	۱۵
		جهرم	۰۹
		فسا	۱۵۱
		کل	۱۴۳
۱۷	قزوین	قزوین	۱۸۲
۱۸	قم	قم	۱۵۳
۱۹	کردستان	کردستان	۱۶۸
۲۰	کرمان	کرمان	۱۳۸
		رفسنجان	۴۹
		کل	۱۲۸
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۴۸
۲۲	کهگیلویه و بویراحمد	یاسوج	۱۵۱
۲۳	گلستان	گلستان	۴۷
۲۴	گیلان	گیلان	۷۱
۲۵	لرستان	لرستان	۹۱
۲۶	مازندران	مازندران	۱۴۸
		بابل	۱۱
		کل	۱۲۶
۲۷	مرکزی	اراک	۳۲
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۵۸
۲۹	همدان	همدان	۱۱۴
۳۰	یزد	یزد	۸۳
کل کشور			۹۳

نمودار شماره ۲۹- میزان خام مرگ و میر ناشی از حوادث به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی در هر صد هزار نفر، سال ۱۳۸۴



با توجه به آمارهای ارائه شده از طرف سازمان جهانی بهداشت به خوبی معلوم است که جدول شماره ۴۶ به هیچ عنوان نمایانگر وضعیت واقعی مصدومین و مرگ و میر ناشی از حوادث در ایران نمی باشد. اگرچه داده های ارائه شده در وب سایت سازمان جهانی بهداشت میزانهای استاندارد شده با جمعیت استاندارد جامعه جهانی می باشد ولی یقیناً تفاوت فاحش بین ۹.۳ در صد هزار و ۱۳۳ در صد هزار نمی تواند تنها بدلیل استاندارد کردن میزانهای باشد. از جمله دلایل این کم شماری می تواند بدلیل مشکلات ثبت گواهی های مرگ در ایران باشد. در ضمن لازم به ذکر است که آمار ارائه شده در جدول شماره ۴۶ تنها از بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی کشور می باشد. علیرغم این عدم همخوانی بین آمارهای کشوری و سازمان جهانی بهداشت، مقایسه آمار بروز مصدومیت و مرگ ناشی از حوادث (۱۰.۸ در هزار در مقابل ۹.۳ در صد هزار) نشان می دهد که این دو از نظر تفاوت فی مابین با الگوهای جهانی مطابقت دارد.

در خصوص میزان مصدومین، استانهای هرمزگان، مرکزی و سیستان و بلوچستان به ترتیب با ۲.۱، ۴.۱ و ۴.۳ در پایین ترین دهک (پائین ترین میزان خام بروز مصدومیت در اثر حوادث) قرار می گیرند. در عین حال استانهای قم، اصفهان و کرمان به ترتیب با میزانهای ۲۰.۸، ۲۳.۲ و ۲۴.۴ در دهک بالایی قرار می گیرند (جدول شماره ۴۴). نمودار شماره ۲۸ میزان خام بروز مصدومین در هر ۱۰۰۰ نفر را در دانشگاه های کشور نشان می دهد.

همچنین در خصوص میزانهای مرگ ناشی از حوادث سه استان مرکزی، تهران و ایلام به ترتیب با میزانهای ۳.۲، ۳.۵ و ۳.۸ در پایین ترین دهک و استانهای قزوین، بوشهر و اصفهان به ترتیب با میزانهای ۱۸.۲، ۲۳ و ۲۳.۴ در بالاترین دهک قرار دارند (جدول شماره ۴۶). میزانهای فوق را در دانشگاه های مختلف کشور نشان می دهد که بر اساس این نمودار دانشگاه های جهرم، بابل و شهید بهشتی کمترین میزان مرگ و میر ناشی از حوادث را به خود اختصاص داده و سه دانشگاه شاهرود، گناباد و اصفهان با بالاترین میزان در بالاترین دهک قرار می گیرند (نمودار شماره ۲۹).

عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر در کشور ایران

بر اساس تعریف، عامل خطر به هر گونه فاکتوری که بتواند شانس بروز بیماری و یا حوادث را بالا ببرد، گفته می شود [۹]. اگرچه مطالعات زیادی در خصوص عوامل خطر بیماریهای مزمن در دنیا انجام گرفته است ولی ذکر این نکته حائز اهمیت است که اکثر این بررسی ها مربوط به کشورهای توسعه یافته می باشد. این در حالیست که همچنانکه قبلاً نیز گفته شد، بار این دسته از بیماریها در کشورهای جهان سوم نیز در حال افزایش می باشد. از این رو سازمان جهانی بهداشت در گزارش خود از وضعیت سلامت در سال ۲۰۰۲ به شناسایی این عوامل پرداخته است. عواملی چون سیگار، مصرف الکل، افزایش فشار خون، افزایش سطح چربیهای خون، اضافه وزن، مصرف پائین میوه و سبزیجات، عدم تحرک کافی و دیابت (به عنوان یک عامل خطر) عواملی هستند که از یک سو بیشترین اثر را بر بروز بیماریهای غیرواگیر و مرگ و میر ناشی از این بیماریها دارند و از سوی دیگر میتوان با بکار گیری روشهای پیشگیری اولیه آنها را بطور موثری تغییر داده و تعدیل کرد. از این رو سازمان جهانی بهداشت با استفاده از روشهای کم هزینه و با هدف دستیابی به حداقل اطلاعات مورد نیاز در خصوص این عوامل خطر در کشورهای جهان سوم، این کشورها را به راه اندازی نظام مراقبت از عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر^۱ ترغیب می کند. در ایران نیز برای اولین بار در سال ۱۳۸۳ نسبت به جمع آوری اطلاعات مربوط به این بیماریها از سطح کشور اقدام شد. اطلاعاتی که در پی می آید از همین مطالعات کشوری استخراج شده است.

شاخص میانگین افزایش فشارخون

جدول شماره ۴۷- مشخصات شاخص درصد افراد دارای فشار خون بالا در یک سال گذشته

نام شاخص	درصد فشار خون بالا
نحوه محاسبه شاخص	تعداد افرادی که در سال گذشته بر اساس تشخیص پزشک و یا مراکز بهداشتی درمانی دچار فشار خون بوده اند تقسیم بر تعداد کل افراد مورد مطالعه در هر صد نفر
منبع جمع آوری اطلاعات	وب سایت نظام مراقبت عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر
دوره زمانی	هر دو سال یکبار

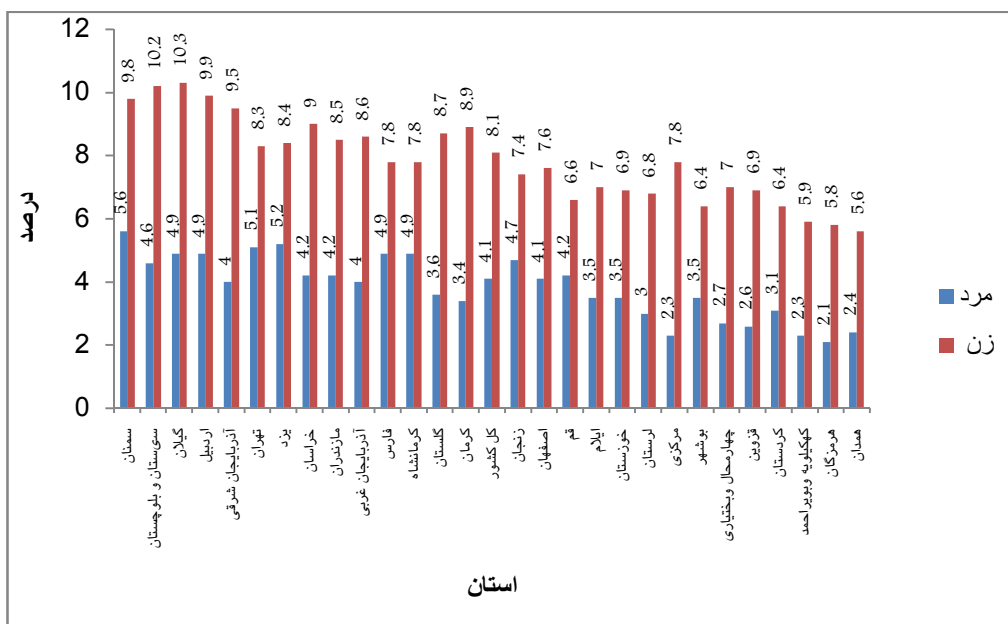
^۱ Stepswise approach to NCD risk factors Surveillance

جدول شماره ۴۸- درصد فشار خون بالا بر حسب اعلام پزشک یا سایر کارکنان بهداشتی در یکسال گذشته به تفکیک استان، سال ۱۳۸۳

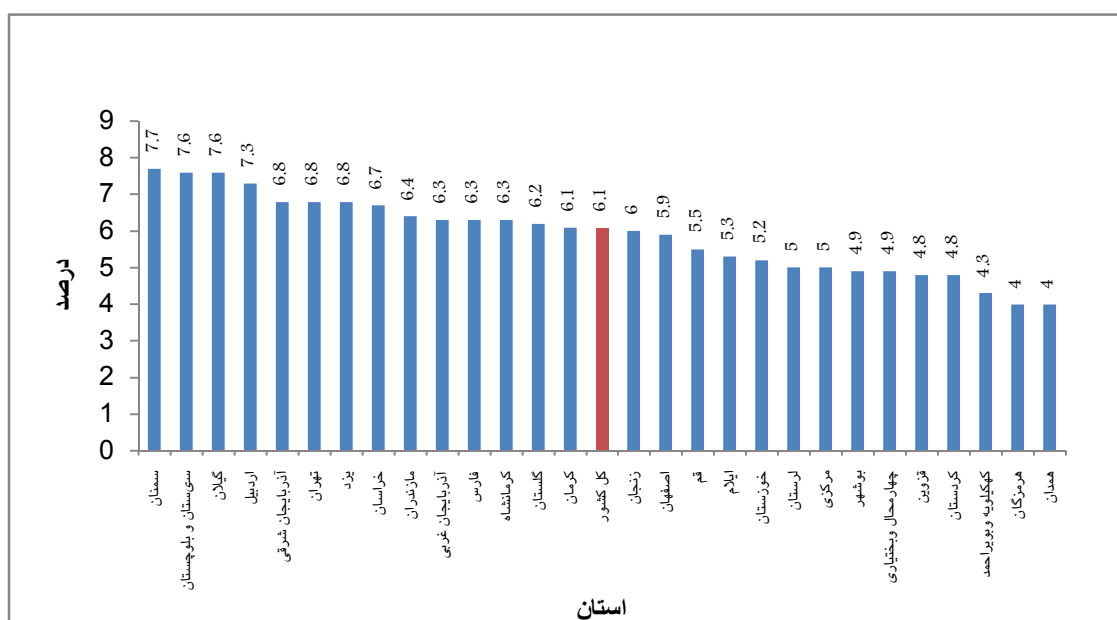
ردیف	استان	مرد	زن	کل
۱	آذربایجان شرقی	۴۰	۹۵	۶۸
۲	آذربایجان غربی	۴۰	۸۶	۶۳
۳	اردبیل	۴۹	۹۹	۷۳
۴	اصفهان	۴۱	۷۶	۵۹
۵	ایلام	۳۵	۷۰	۵۳
۶	بوشهر	۳۵	۶۴	۴۹
۷	تهران	۵۱	۸۳	۶۸
۸	چهارمحال و بختیاری	۲۷	۷۰	۴۹
۹	خراسان	۴۲	۹۰	۶۷
۱۰	خوزستان	۳۵	۶۹	۵۲
۱۱	زنجان	۴۷	۷۴	۶۰
۱۲	سمنان	۵۶	۹۸	۷۷
۱۳	سیستان و بلوچستان	۴۶	۱۰۲	۷۶
۱۴	فارس	۴۹	۷۸	۶۳
۱۵	قزوین	۲۶	۶۹	۴۸
۱۶	قم	۴۲	۶۶	۵۵
۱۷	کردستان	۳۱	۶۴	۴۸
۱۸	کرمان	۳۴	۸۹	۶۱
۱۹	کرمانشاه	۴۹	۷۸	۶۳
۲۰	کهگیلویه و بویر احمد	۲۳	۵۹	۴۳
۲۱	گلستان	۳۶	۸۷	۶۲
۲۲	گیلان	۴۹	۱۰۳	۷۶
۲۳	لرستان	۳۰	۶۸	۵۰
۲۴	مازندران	۴۲	۸۵	۶۴
۲۵	مرکزی	۲۳	۷۸	۵۰
۲۶	هرمزگان	۲۱	۵۸	۴۰
۲۷	همدان	۲۴	۵۶	۴۰
۲۸	یزد	۵۲	۸۴	۶۸

کل کشور	۴.۱	۸.۱	۶.۱
---------	-----	-----	-----

نمودار شماره ۳۰- درصد فشار خون بالا بر حسب اعلام پزشک یا سایر کارکنان بهداشتی در یک سال گذشته بر حسب جنس و به تفکیک استان، سال ۱۳۸۳



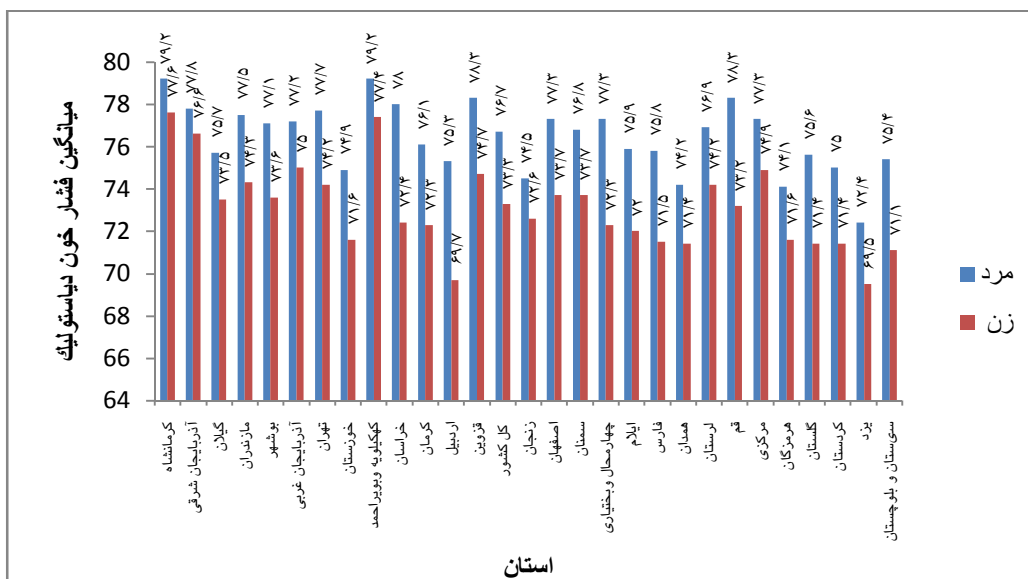
نمودار شماره ۳۱- درصد فشار خون بالا بر حسب اعلام پزشک یا سایر کارکنان بهداشتی در یک سال گذشته به تفکیک استان، سال ۱۳۸۳



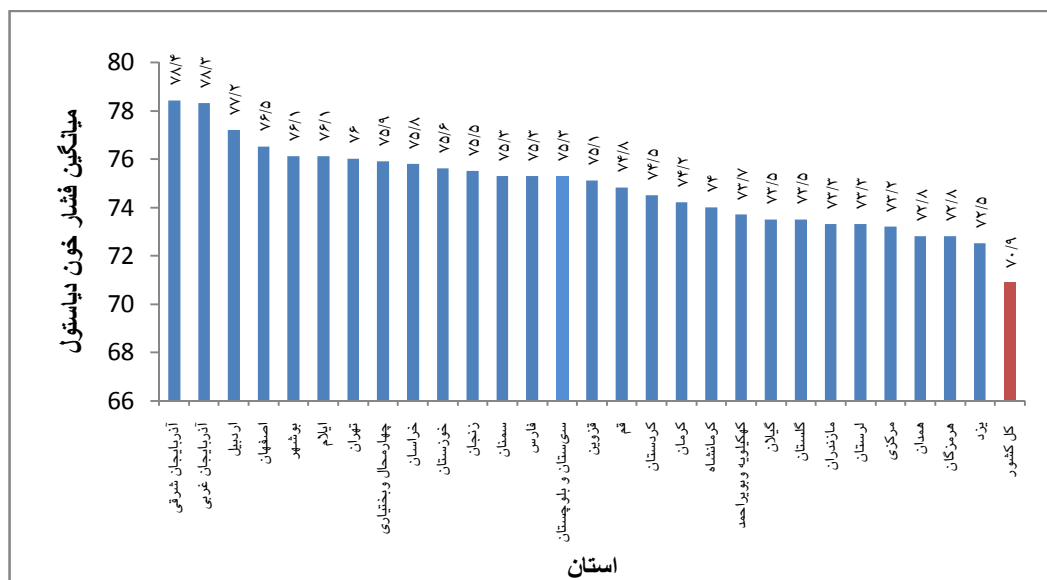
جدول شماره ۴۹- مشخصات شاخص میانگین فشار خون

نام شاخص	میانگین فشار خون دیاستولیک و سیستولیک
نحوه محاسبه شاخص	مجموع فشار خون (بر حسب نوع) در افراد مورد مطالعه تقسیم بر تعداد کل افراد مورد مطالعه
منبع جمع آوری اطلاعات	وب سایت نظام مراقبت عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر
دوره زمانی	هر دو سال یکبار

نمودار شماره ۳۲- میانگین فشار خون دیاستولیک به تفکیک استان و جنس، سال ۱۳۸۳



نمودار شماره ۳۳- میانگین فشار خون دیاستولیک به تفکیک استان، سال ۱۳۸۳



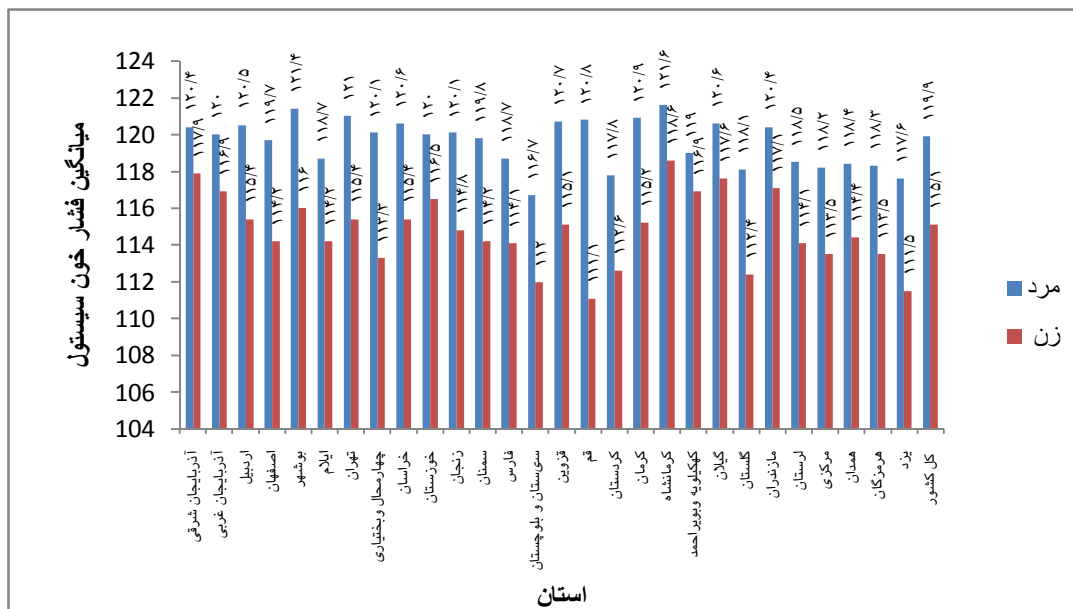
افزایش فشار خون یکی از عوامل خطر مهم در هر جامعه ای از جمله ایران می باشد. بر اساس اولین مطالعه بار بیماریها در ایران فشار خون بالا با دارا بودن ۱۴.۹٪ از کل بار منتسب به عوامل خطر در رده دوم و بعد از چاقی و اضافه وزن قرار گرفته است [۴]. بر اساس اولین مطالعه کشوری انجام شده در ایران در خصوص درصد افرادی که سابقه افزایش فشار خون (بر حسب اعلام پزشک یا سایر کارکنان بهداشتی) داشته اند برابر با ۶.۱٪ می باشد که در این میان شیوع فشار خون در زنان تقریباً دو برابر مردان می باشد (جدول شماره ۴۸). همچنین بر اساس همین مطالعه، استانهای همدان و هرمزگان با شیوع کلی ۴.۰٪ در دهک اول و استانهای سیستان و بلوچستان (۷.۶٪)، گیلان (۷.۶٪) و سمنان (۷.۷٪) در دهک آخر قرار می گیرند. زمانی که میانگین فشار خون افراد ملاک قرار گرفت و بر اساس میانگین فشار خون دیاستولیک، دو استان یزد (۷۰.۹) و اردبیل (۷۲.۵) در دهک اول و دو استان کهگیلویه و بویراحمد (۷۸.۳) و کرمانشاه (۷۸.۴) در دهک آخر قرار می گیرند (جدول شماره ۵۰ و نمودارهای شماره ۳۲ و ۳۳). بر اساس میانگین فشار خون سیستولیک دو استان سیستان و بلوچستان (۱۱۴.۳) و یزد (۱۱۴.۵) در دهک اول و سه استان گیلان (۱۱۹.۰)، آذربایجان شرقی (۱۱۹.۱) و کرمانشاه (۱۲۰.۱) بالاترین میانگین فشار خون سیستولیک را در کشور داشتند (نمودارهای شماره ۳۴ و ۳۵).

در نمودار شماره ۳۶ میانگین فشار خون سیستول در کشور ایران و چند کشور همسایه مقایسه شده است.

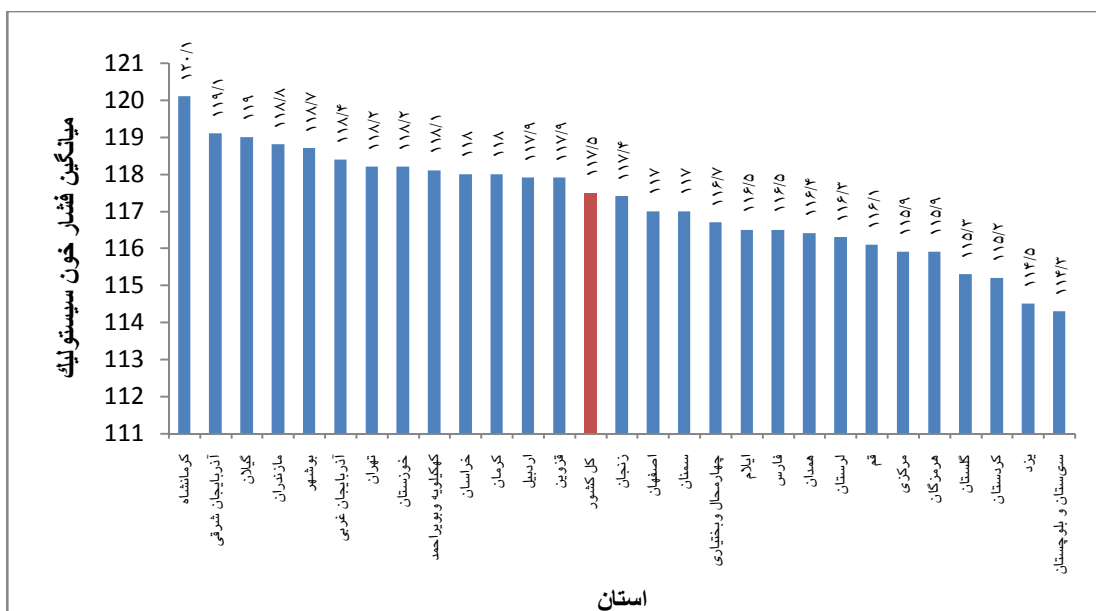
جدول شماره ۵۰- میانگین فشار خون سیستول و دیاستول بر حسب جنس به تفکیک استان، سال ۱۳۸۳

فشار خون سیستول		فشار خون دیاستول				استان	ردیف
مرد	زن	کل	مرد	زن	کل		
۱۱۹.۱	۱۱۷.۹	۱۲۰.۴	۷۸.۴	۷۶.۶	۷۷.۸	آذربایجان شرقی	۱
۱۱۸.۴	۱۱۶.۹	۱۲۰.۰	۷۸.۳	۷۵.۰	۷۷.۲	آذربایجان غربی	۲
۱۱۷.۹	۱۱۵.۴	۱۲۰.۵	۷۷.۲	۶۹.۷	۷۵.۳	اردبیل	۳
۱۱۷.۰	۱۱۴.۲	۱۱۹.۷	۷۶.۵	۷۳.۷	۷۷.۳	اصفهان	۴
۱۱۶.۵	۱۱۴.۲	۱۱۸.۷	۷۶.۱	۷۳.۰	۷۵.۹	ایلام	۵
۱۱۸.۷	۱۱۶.۰	۱۲۱.۴	۷۶.۱	۷۳.۶	۷۷.۱	بوشهر	۶
۱۱۸.۲	۱۱۵.۴	۱۲۱.۰	۷۶	۷۴.۲	۷۷.۷	تهران	۷
۱۱۶.۷	۱۱۳.۳	۱۲۰.۱	۷۵.۹	۷۲.۳	۷۷.۳	چهارمحال و بختیاری	۸
۱۱۸.۰	۱۱۵.۴	۱۲۰.۶	۷۵.۸	۷۲.۴	۷۸.۰	خراسان	۹
۱۱۸.۲	۱۱۶.۵	۱۲۰.۰	۷۵.۶	۷۱.۶	۷۴.۹	خوزستان	۱۰
۱۱۷.۴	۱۱۴.۸	۱۲۰.۱	۷۵.۵	۷۲.۶	۷۴.۵	زنجان	۱۱
۱۱۷.۰	۱۱۴.۲	۱۱۹.۸	۷۵.۳	۷۳.۷	۷۶.۸	سمنان	۱۲
۱۱۴.۳	۱۱۲.۰	۱۱۶.۷	۷۵.۳	۷۱.۱	۷۵.۴	سیستان و بلوچستان	۱۳
۱۱۶.۵	۱۱۴.۱	۱۱۸.۷	۷۵.۳	۷۱.۵	۷۵.۸	فارس	۱۴
۱۱۷.۹	۱۱۵.۱	۱۲۰.۷	۷۵.۱	۷۴.۷	۷۸.۳	قزوین	۱۵
۱۱۶.۱	۱۱۱.۱	۱۲۰.۸	۷۴.۸	۷۳.۲	۷۸.۳	قم	۱۶
۱۱۵.۲	۱۱۲.۶	۱۱۷.۸	۷۴.۵	۷۱.۴	۷۵.۰	کردستان	۱۷
۱۱۸.۰	۱۱۵.۲	۱۲۰.۹	۷۴.۲	۷۲.۳	۷۶.۱	کرمان	۱۸
۱۲۰.۱	۱۱۸.۶	۱۲۱.۶	۷۴	۷۷.۶	۷۹.۲	کرمانشاه	۱۹
۱۱۸.۱	۱۱۶.۹	۱۱۹.۰	۷۳.۷	۷۷.۴	۷۹.۲	کهگیلویه و بویر احمد	۲۰
۱۱۵.۳	۱۱۲.۴	۱۱۸.۱	۷۳.۵	۷۱.۴	۷۵.۶	گلستان	۲۱
۱۱۹.۰	۱۱۷.۶	۱۲۰.۶	۷۳.۵	۷۳.۵	۷۵.۷	گیلان	۲۲
۱۱۶.۳	۱۱۴.۱	۱۱۸.۵	۷۳.۳	۷۴.۲	۷۶.۹	لرستان	۲۳
۱۱۸.۸	۱۱۷.۱	۱۲۰.۴	۷۳.۳	۷۴.۳	۷۷.۵	مازندران	۲۴
۱۱۵.۹	۱۱۳.۵	۱۱۸.۲	۷۳.۲	۷۴.۹	۷۷.۳	مرکزی	۲۵
۱۱۵.۹	۱۱۳.۵	۱۱۸.۳	۷۲.۸	۷۱.۶	۷۴.۱	هرمزگان	۲۶
۱۱۶.۴	۱۱۴.۴	۱۱۸.۴	۷۲.۸	۷۱.۴	۷۴.۲	همدان	۲۷
۱۱۴.۵	۱۱۱.۵	۱۱۷.۶	۷۲.۵	۶۹.۵	۷۲.۴	یزد	۲۸
۱۱۷.۵	۱۱۵.۱	۱۱۹.۹	۷۰.۹	۷۳.۳	۷۶.۷	کل کشور	

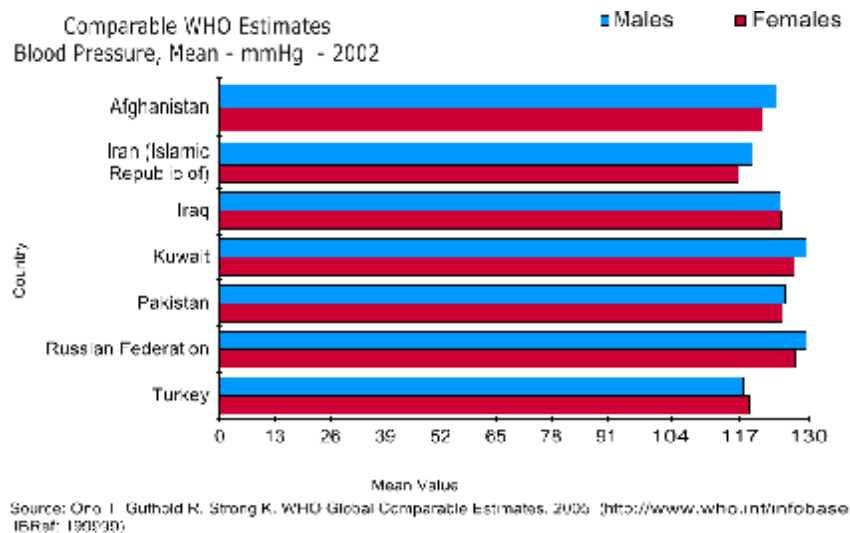
نمودار شماره ۳۴- میانگین فشار خون سیستولیک به تفکیک استان و جنس، سال ۱۳۸۳



نمودار شماره ۳۵- میانگین فشار خون سیستولیک به تفکیک استان، در سال ۱۳۸۳



نمودار شماره ۳۶- میانگین فشار خون سیستول در ایران و چند کشور همسایه، سال ۱۳۸۳



نمایه توده بدنی (BMI)

میانگین نمایه توده بدنی یکی از کلیدی ترین شاخصهایی است که همبستگی فراوانی با میزان کلی چربی بدن (در افراد بزرگسال) دارد که به نوبه خود یکی از عوامل خطر برای سلامتی محسوب می شود. بر اساس همین شاخص نیز اضافه وزن و چاقی تعریف می شود. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت افراد دارای اضافه وزن افرادی هستند که نمایه توده بدنی آنها برابر و یا بیشتر از ۲۵ و کمتر از ۳۰ می باشد. همچنین افراد چاق افرادی هستند که نمایه توده بدنی آنها برابر و یا بیشتر از ۳۰ می باشد. جدول شماره ۵۲ و نمودارهای شماره ۳۷ و ۳۸ میانگین نمایه توده بدنی در استانهای مختلف کشور بر حسب جنس را نشان می دهد. در کل در تمام استانها میانگین نمایه توده بدنی در زنان بیشتر از مردان می باشد. در این میان مردم استان سیستان و بلوچستان با میانگین نمایه توده بدنی 22.5 kg/m^2 لاغری ترین استان کشور می باشند. این استان تنها استانی است که در دهک اول قرار دارد. از سوی دیگر استانهای خوزستان (25.7 kg/m^2) آذربایجان شرقی (25.7 kg/m^2)، گیلان (25.9 kg/m^2) و مازندران (26.0 kg/m^2) از فربه ترین استانهای کشور می باشند که همگی در بالاترین دهک قرار می گیرند. در کل کشور، نمایه توده بدن (24.7 kg/m^2) می باشد.

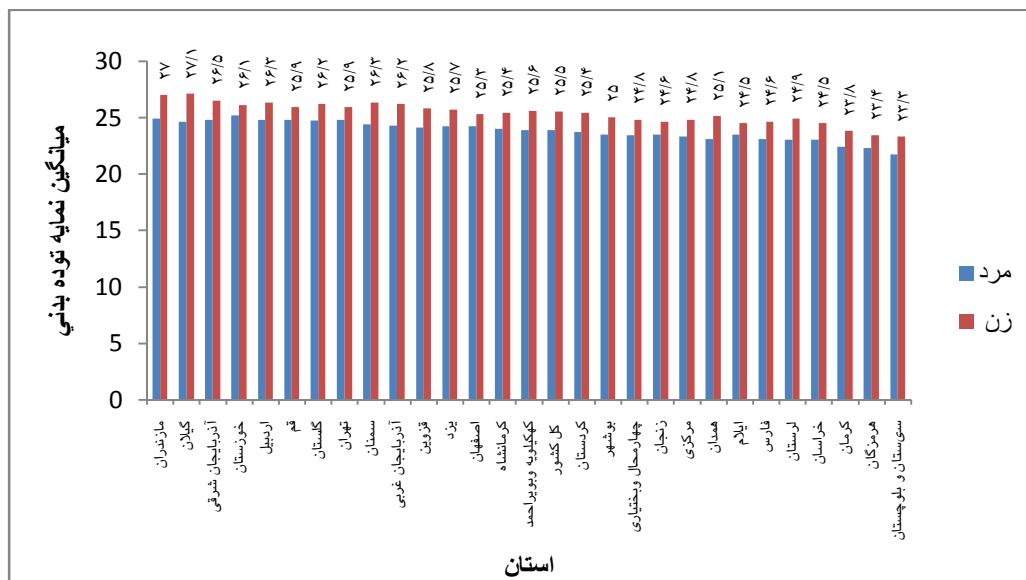
جدول شماره ۵۱- مشخصات شاخص میانگین نمایه توده بدنی

نام شاخص	میانگین نمایه توده بدنی
نحوه محاسبه شاخص	مجموع نمایه توده بدنی (وزن تقسیم بر مجذور قد) در افراد مورد مطالعه تقسیم بر تعداد کل افراد مورد مطالعه
منبع جمع آوری اطلاعات	وب سایت نظام مراقبت عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر
دوره زمانی	هر دو سال یکبار

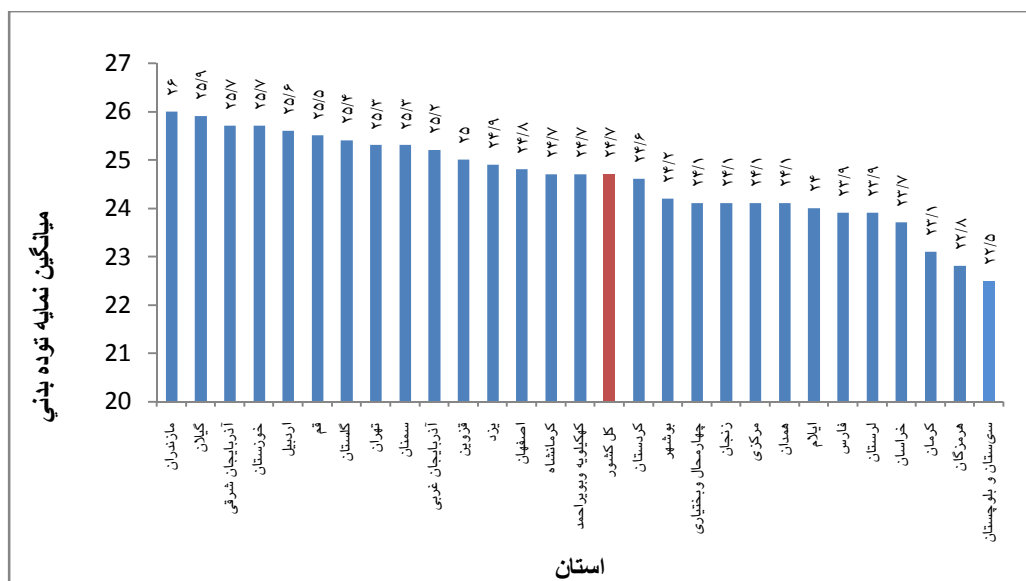
جدول شماره ۵۲- توزیع میانگین نمایه توده بدنی به تفکیک استان، سال ۱۳۸۳

ردیف	استان	مرد	زن	کل
۱	آذربایجان شرقی	۲۴.۸	۲۶.۵	۲۵.۷
۲	آذربایجان غربی	۲۴.۳	۲۶.۲	۲۵.۲
۳	اردبیل	۲۴.۸	۲۶.۳	۲۵.۶
۴	اصفهان	۲۴.۲	۲۵.۳	۲۴.۸
۵	ایلام	۲۳.۵	۲۴.۵	۲۴.۰
۶	بوشهر	۲۳.۵	۲۵.۰	۲۴.۲
۷	تهران	۲۴.۸	۲۵.۹	۲۵.۳
۸	چهارمحال و بختیاری	۲۳.۴	۲۴.۸	۲۴.۱
۹	خراسان	۲۳.۰	۲۴.۵	۲۳.۷
۱۰	خوزستان	۲۵.۲	۲۶.۱	۲۵.۷
۱۱	زنجان	۲۳.۵	۲۴.۶	۲۴.۱
۱۲	سمنان	۲۴.۴	۲۶.۳	۲۵.۳
۱۳	سیستان و بلوچستان	۲۱.۷	۲۳.۳	۲۲.۵
۱۴	فارس	۲۳.۱	۲۴.۶	۲۳.۹
۱۵	قزوین	۲۴.۱	۲۵.۸	۲۵.۰
۱۶	قم	۲۴.۸	۲۵.۹	۲۵.۵
۱۷	کردستان	۲۳.۷	۲۵.۴	۲۴.۶
۱۸	کرمان	۲۲.۴	۲۳.۸	۲۳.۱
۱۹	کرمانشاه	۲۴.۰	۲۵.۴	۲۴.۷
۲۰	کهگیلویه و بویر احمد	۲۳.۹	۲۵.۶	۲۴.۷
۲۱	گلستان	۲۴.۷	۲۶.۲	۲۵.۴
۲۲	گیلان	۲۴.۶	۲۷.۱	۲۵.۹
۲۳	لرستان	۲۳.۰	۲۴.۹	۲۳.۹
۲۴	مازندران	۲۴.۹	۲۷.۰	۲۶.۰
۲۵	مرکزی	۲۳.۳	۲۴.۸	۲۴.۱
۲۶	هرمزگان	۲۲.۳	۲۳.۴	۲۲.۸
۲۷	همدان	۲۳.۱	۲۵.۱	۲۴.۱
۲۸	یزد	۲۴.۲	۲۵.۷	۲۴.۹
کل کشور		۲۳.۹	۲۵.۵	۲۴.۷

نمودار شماره ۳۷- میانگین نمایه توده بدنی به تفکیک استان و جنس، سال ۱۳۸۳

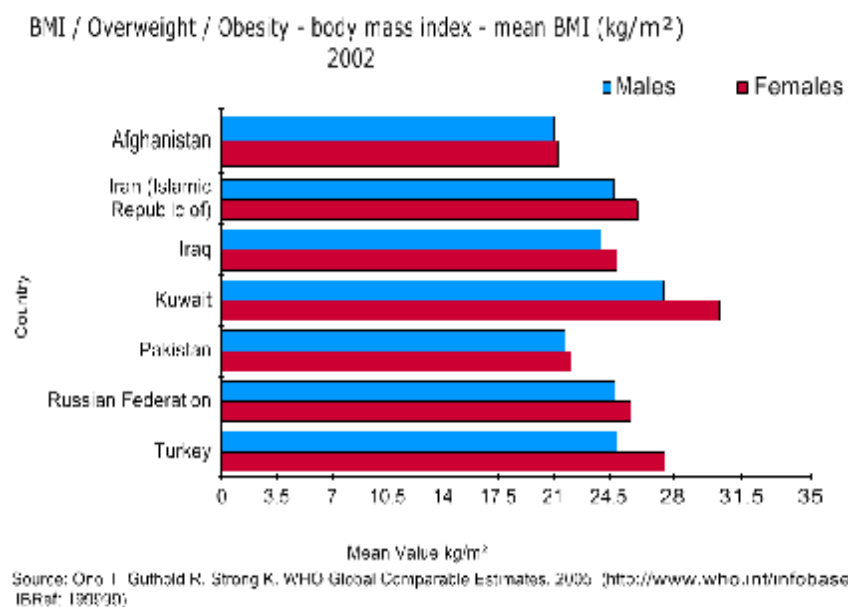


نمودار شماره ۳۸- میانگین نمایه توده بدنی در استانهای کشور در سال ۱۳۸۳



همچنین نمودار شماره ۳۹ مقایسه میانگین نمایه توده بدنی در ایران و چند کشور همسایه را نشان می دهد. در همه این کشورها میانگین نمایه توده بدنی در زنان بیشتر از مردان است. وضعیت کشورهای ایران و عراق در این بین شباهت بیشتری به همدیگر دارد. لازم به ذکر است که در حال حاضر در ایران بار منتسب به چاقی و اضافه وزن در رأس سایر عوامل خطر دیگر قرار می گیرد.[۴]

نمودار شماره ۳۹- میانگین نمایه توده بدنی در کشور ایران و مقایسه آن با چند کشور همسایه، سال ۱۳۸۳



شاخص میانگین کلسترول خون

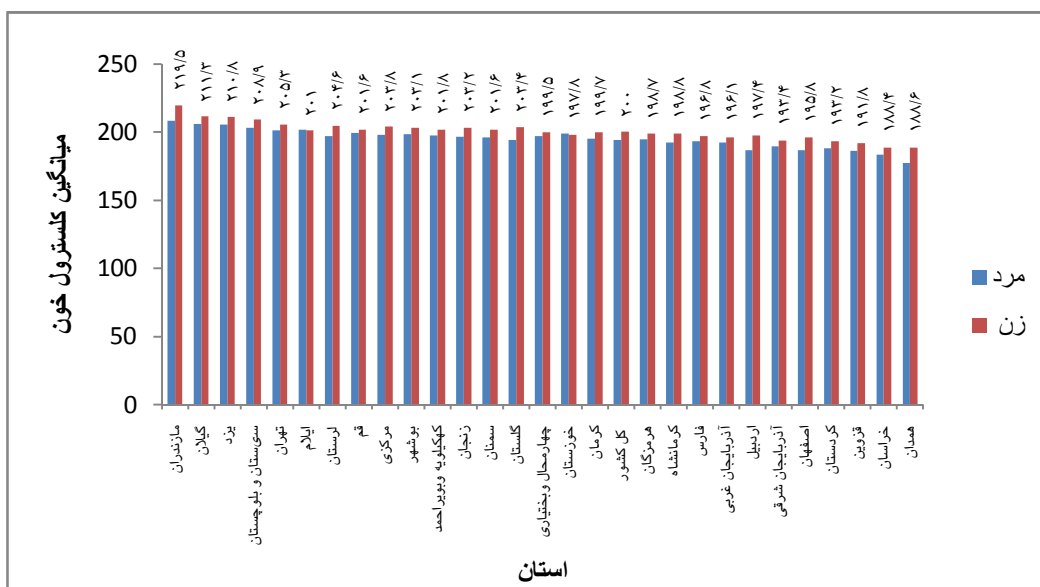
جدول شماره ۵۳- مشخصات شاخص میانگین کلسترول خون

نام شاخص	میانگین میزان کلسترول خون (mg/dl)
نحوه محاسبه شاخص	مجموع کلسترول خون در افراد مورد مطالعه تقسیم بر تعداد کل افراد مورد مطالعه
منبع جمع آوری اطلاعات	وب سایت نظام مراقبت عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر
دوره زمانی	هر دو سال یکبار

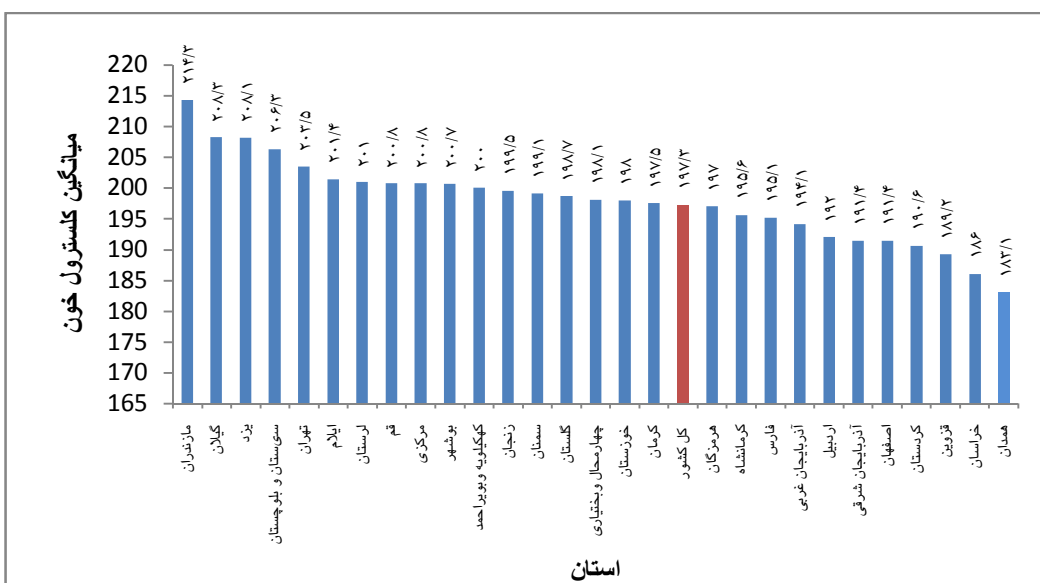
جدول شماره ۵۴- میانگین میزان کلسترول خون (mg/dl) بر حسب جنس در استانهای مختلف کشور، سال ۱۳۸۳

ردیف	استان	مرد	زن	کل
۱	آذربایجان شرقی	۱۸۹.۴	۱۹۳.۴	۱۹۱.۴
۲	آذربایجان غربی	۱۹۲.۲	۱۹۶.۱	۱۹۴.۱
۳	اردبیل	۱۸۶.۶	۱۹۷.۴	۱۹۲.۰
۴	اصفهان	۱۸۶.۶	۱۹۵.۸	۱۹۱.۴
۵	ایلام	۲۰۱.۷	۲۰۱.۰	۲۰۱.۴
۶	بوشهر	۱۹۸.۳	۲۰۳.۱	۲۰۰.۷
۷	تهران	۲۰۱.۰	۲۰۵.۳	۲۰۳.۵
۸	چهارمحال و بختیاری	۱۹۶.۸	۱۹۹.۵	۱۹۸.۱
۹	خراسان	۱۸۳.۲	۱۸۸.۴	۱۸۶.۰
۱۰	خوزستان	۱۹۸.۷	۱۹۷.۸	۱۹۸.۰
۱۱	زنجان	۱۹۶.۲	۲۰۳.۲	۱۹۹.۵
۱۲	سمنان	۱۹۶.۰	۲۰۱.۶	۱۹۹.۱
۱۳	سیستان و بلوچستان	۲۰۲.۹	۲۰۸.۹	۲۰۶.۳
۱۴	فارس	۱۹۳.۱	۱۹۶.۸	۱۹۵.۱
۱۵	قزوین	۱۸۶.۳	۱۹۱.۸	۱۸۹.۲
۱۶	قم	۱۹۹.۳	۲۰۱.۶	۲۰۰.۸
۱۷	کردستان	۱۸۸.۱	۱۹۳.۲	۱۹۰.۶
۱۸	کرمان	۱۹۴.۹	۱۹۹.۷	۱۹۷.۵
۱۹	کرمانشاه	۱۹۲.۲	۱۹۸.۸	۱۹۵.۶
۲۰	کهگیلویه و بویر احمد	۱۹۷.۵	۲۰۱.۸	۲۰۰.۰
۲۱	گلستان	۱۹۴.۱	۲۰۳.۴	۱۹۸.۷
۲۲	گیلان	۲۰۵.۷	۲۱۱.۳	۲۰۸.۳
۲۳	لرستان	۱۹۶.۸	۲۰۴.۶	۲۰۱.۰
۲۴	مازندران	۲۰۸.۴	۲۱۹.۵	۲۱۴.۳
۲۵	مرکزی	۱۹۷.۷	۲۰۳.۸	۲۰۰.۸
۲۶	هرمزگان	۱۹۴.۵	۱۹۸.۷	۱۹۷.۰
۲۷	همدان	۱۷۷.۳	۱۸۸.۶	۱۸۳.۱
۲۸	یزد	۲۰۵.۳	۲۱۰.۸	۲۰۸.۱
کل کشور		۱۹۴.۳	۲۰۰.۰	۱۹۷.۳

نمودار شماره ۴۰- میانگین کلسترول خون به تفکیک استان و جنس، سال ۱۳۸۳



نمودار شماره ۴۱- میانگین کلسترول خون به تفکیک استان، سال ۱۳۸۳



جدول شماره ۵۴ و نمودار شماره ۴۰ و ۴۱، میانگین کلسترول خون در استانهای مختلف را نشان می دهند. بر اساس اطلاعات ارائه شده در این جدول و نمودارهای مذکور استانهای همدان (۱۸۳.۱) و خراسان (۱۸۶.۰) با کمترین میزان کلسترول در پایین ترین دهک و استانهای یزد (۲۰۸.۱)، گیلان (۲۰۸.۳) و مازندران (۲۱۴.۳) با بالاترین میزان کلسترول در بالاترین دهک قرار می گیرند. ضمناً استانهای بوشهر (۲۰۰.۷)، مرکزی (۲۰۰.۸)، قم (۲۰۰.۸)، لرستان (۲۰۱.۰)، ایلام (۲۰۱.۴)، تهران (۲۰۳.۵) و سیستان و بلوچستان (۲۰۶.۳) نیز همگی دارای میانگین بالاتر از ۲۰۰mg/dl می باشند.

ورزش

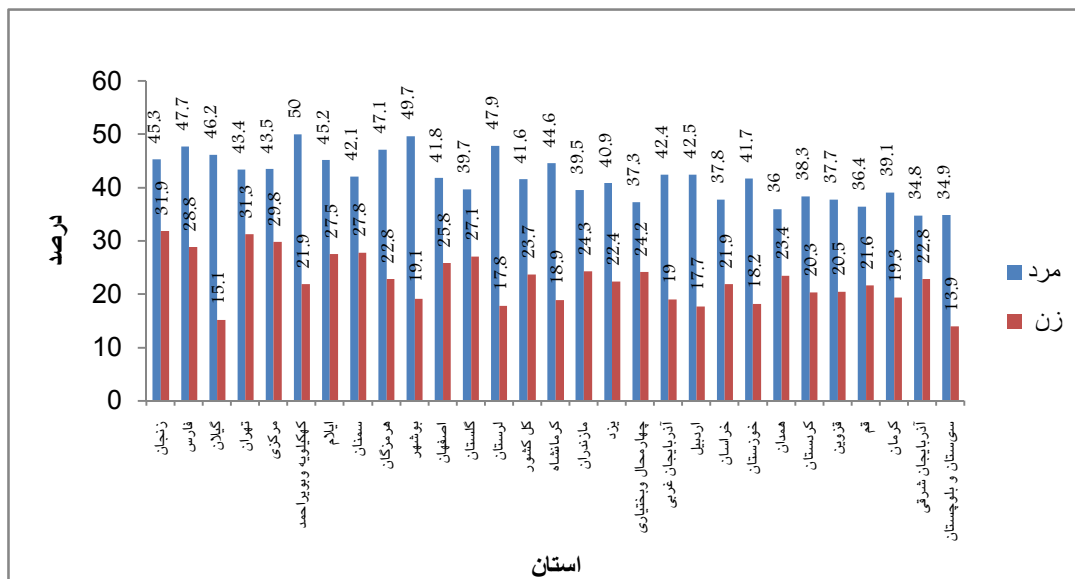
جدول شماره ۵۵- مشخصات شاخص درصد افرادی که حداقل ۱۰ دقیقه در روز ورزش می کنند

نام شاخص	درصد افرادی که حداقل ۱۰ دقیقه در روز ورزش می کنند
نحوه محاسبه شاخص	مجموع افرادی که در روز حداقل ۱۰ دقیقه ورزش می کنند تقسیم بر تعداد کل افراد مورد مطالعه در هر ۱۰۰ نفر
منبع جمع آوری اطلاعات	وب سایت نظام مراقبت عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر
دوره زمانی	هر دو سال یکبار

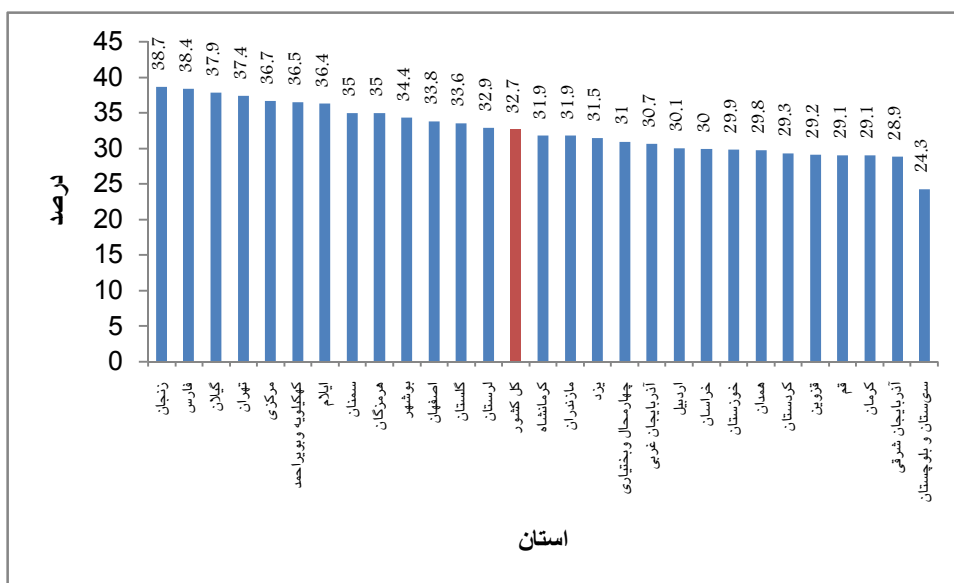
جدول شماره ۵۶- درصد افرادی که حداقل ۱۰ دقیقه در روز ورزش می کنند به تفکیک استان و جنس، سال ۱۳۸۳

ردیف	استان	مرد	زن	کل
۱	آذربایجان شرقی	۳۴.۸	۲۲.۸	۲۸.۹
۲	آذربایجان غربی	۴۲.۴	۱۹.۰	۳۰.۷
۳	اردبیل	۴۲.۵	۱۷.۷	۳۰.۱
۴	اصفهان	۴۱.۸	۲۵.۸	۳۳.۸
۵	ایلام	۴۵.۲	۲۷.۵	۳۶.۴
۶	بوشهر	۴۹.۷	۱۹.۱	۳۴.۴
۷	تهران	۴۳.۴	۳۱.۳	۳۷.۴
۸	چهارمحال و بختیاری	۳۷.۳	۲۴.۲	۳۱.۰
۹	خراسان	۳۷.۸	۲۱.۹	۳۰.۰
۱۰	خوزستان	۴۱.۷	۱۸.۲	۲۹.۹
۱۱	زنجان	۴۵.۳	۳۱.۹	۳۸.۷
۱۲	سمنان	۴۲.۱	۲۷.۸	۳۵.۰
۱۳	سیستان و بلوچستان	۳۴.۹	۱۳.۹	۲۴.۳
۱۴	فارس	۴۷.۷	۲۸.۸	۳۸.۴
۱۵	قزوین	۳۷.۷	۲۰.۵	۲۹.۲
۱۶	قم	۳۶.۴	۲۱.۶	۲۹.۱
۱۷	کردستان	۳۸.۳	۲۰.۳	۲۹.۳
۱۸	کرمان	۳۹.۱	۱۹.۳	۲۹.۱
۱۹	کرمانشاه	۴۴.۶	۱۸.۹	۳۱.۹
۲۰	کهگیلویه و بویر احمد	۵۰.۰	۲۱.۹	۳۶.۵
۲۱	گلستان	۳۹.۷	۲۷.۱	۳۳.۶
۲۲	گیلان	۴۶.۲	۱۵.۱	۳۷.۹
۲۳	لرستان	۴۷.۹	۱۷.۸	۳۲.۹
۲۴	مازندران	۳۹.۵	۲۴.۳	۳۱.۹
۲۵	مرکزی	۴۳.۵	۲۹.۸	۳۶.۷
۲۶	هرمزگان	۴۷.۱	۲۲.۸	۳۵.۰
۲۷	همدان	۳۶.۰	۲۳.۴	۲۹.۸
۲۸	یزد	۴۰.۹	۲۲.۴	۳۱.۵
	کل کشور	۴۱.۶	۲۳.۷	۳۲.۷

نمودار شماره ۴۲- در صد افرادی که حداقل ۱۰ دقیقه در روز ورزش می کنند به تفکیک استان و جنس، سال ۱۳۸۳



نمودار شماره ۴۳- در صد افرادی که حداقل ۱۰ دقیقه در روز ورزش می کنند به تفکیک استان و جنس، سال ۱۳۸۳



جدول شماره ۵۶ و نمودارهای شماره ۴۲ و ۴۳، درصد افرادی که حداقل ۱۰ دقیقه در روز ورزش می کنند را نشان می دهد. بر اساس جدول و نمودارهای مذکور استانهای سیستان و بلوچستان (۲۴.۳٪)، آذربایجان شرقی (۲۸.۹٪)، قم (۲۹.۱٪) و کرمان (۲۹.۱٪) با دارا بودن حداقل فراوانی در پایین ترین دهک و استانهای فارس (۳۸.۴٪) و زنجان (۳۸.۷٪) با بالاترین فراوانی در بالاترین دهک قرار می گیرند. در کل کشور تنها ۳۲.۷٪ از مردم روزانه ۱۰ دقیقه ورزش می کنند. همچنین در تمامی استانها نسبت مردانی که حداقل ۱۰ دقیقه ورزش می کنند بطور چشمگیری بالاتر از درصد زنان می باشد که این مسئله می تواند بدلیل کمبود امکانات ورزشی برای زنان در ایران باشد.

مصرف دخانیات

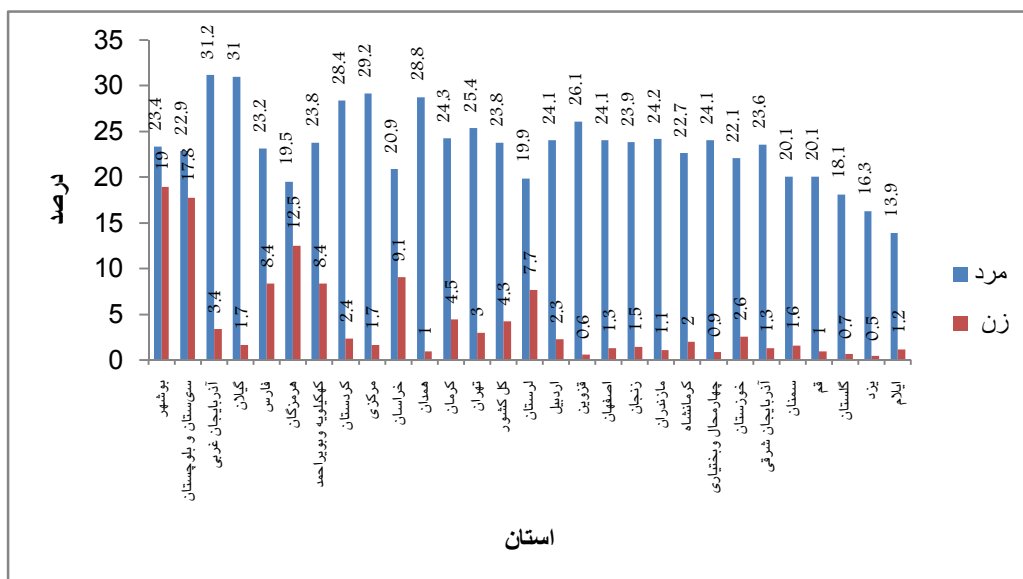
جدول شماره ۵۷- مشخصات شاخص مصرف دخانیات

نام شاخص	درصد افرادی که از یکی از انواع دخانیات استفاده می کنند
نحوه محاسبه شاخص	مجموع افرادی که از یکی از انواع دخانیات استفاده می کنند تقسیم بر تعداد کل افراد مورد مطالعه در هر ۱۰۰ نفر
منبع جمع آوری اطلاعات	وب سایت نظام مراقبت عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر
دوره زمانی	هر دو سال یکبار

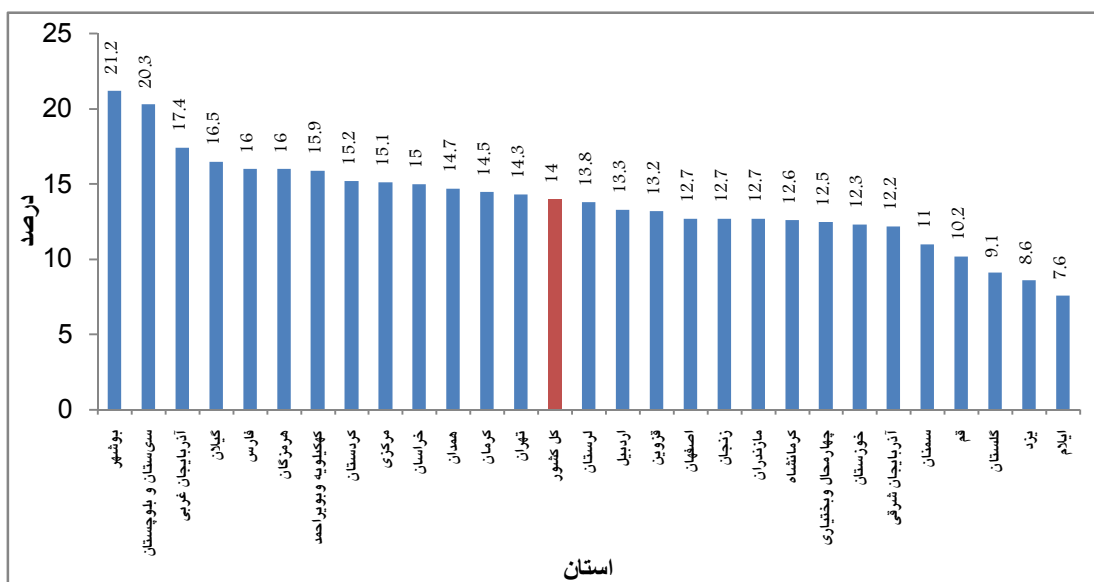
جدول شماره ۵۸- مصرف دخانیات به تفکیک استان و جنس، سال ۱۳۸۳

ردیف	استان	مرد	زن	کل
۱	آذربایجان شرقی	۲۳.۶	۱.۳	۱۲.۲
۲	آذربایجان غربی	۳۱.۲	۳.۴	۱۷.۴
۳	اردبیل	۲۴.۱	۲.۳	۱۳.۳
۴	اصفهان	۲۴.۱	۱.۳	۱۲.۷
۵	ایلام	۱۳.۹	۱.۲	۷.۶
۶	بوشهر	۲۳.۴	۱۹.۰	۲۱.۲
۷	تهران	۲۵.۴	۳.۰	۱۴.۳
۸	چهارمحال و بختیاری	۲۴.۱	۰.۹	۱۲.۵
۹	خراسان	۲۰.۹	۹.۱	۱۵.۰
۱۰	خوزستان	۲۲.۱	۲.۶	۱۲.۳
۱۱	زنجان	۲۳.۹	۱.۵	۱۲.۷
۱۲	سمنان	۲۰.۱	۱.۶	۱۱.۰
۱۳	سیستان و بلوچستان	۲۲.۹	۱۷.۸	۲۰.۳
۱۴	فارس	۲۳.۲	۸.۴	۱۶.۰
۱۵	قزوین	۲۶.۱	۰.۶	۱۳.۲
۱۶	قم	۲۰.۱	۱.۰	۱۰.۲
۱۷	کردستان	۲۸.۴	۲.۴	۱۵.۲
۱۸	کرمان	۲۴.۳	۴.۵	۱۴.۵
۱۹	کرمانشاه	۲۲.۷	۲.۰	۱۲.۶
۲۰	کهگیلویه و بویر احمد	۲۳.۸	۸.۴	۱۵.۹
۲۱	گلستان	۱۸.۱	۰.۷	۹.۱
۲۲	گیلان	۳۱.۰	۱.۷	۱۶.۵
۲۳	لرستان	۱۹.۹	۷.۷	۱۳.۸
۲۴	مازندران	۲۴.۲	۱.۱	۱۲.۷
۲۵	مرکزی	۲۹.۲	۱.۷	۱۵.۱
۲۶	هرمزگان	۱۹.۵	۱۲.۵	۱۶.۰
۲۷	همدان	۲۸.۸	۱.۰	۱۴.۷
۲۸	یزد	۱۶.۳	۰.۵	۸.۶
کل کشور		۲۳.۸	۴.۳	۱۴.۰

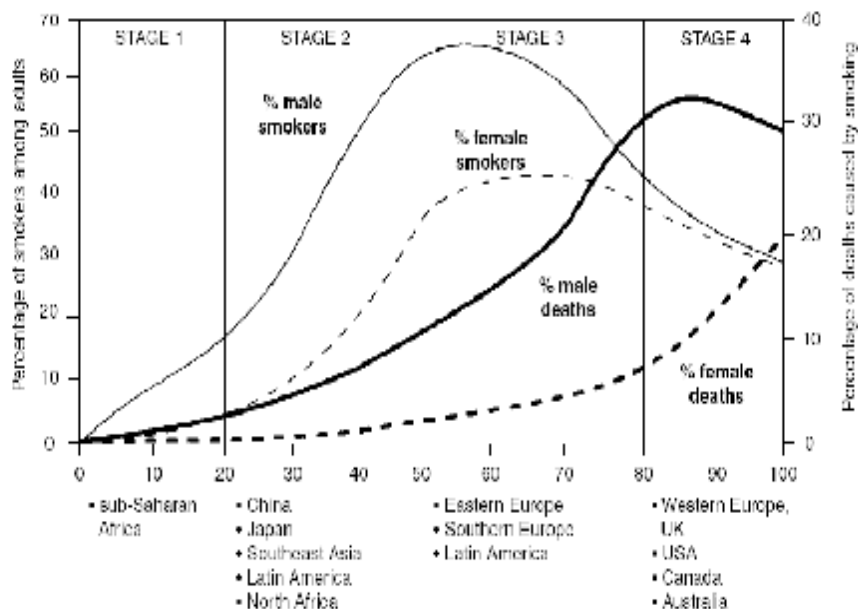
نمودار شماره ۴۴- مصرف دخانیات بر حسب استان و جنس، سال ۱۳۸۳



نمودار شماره ۴۵- مصرف دخانیات به تفکیک استان، سال ۱۳۸۳



نمودار شماره ۴۶- مراحل مختلف اپیدمی مصرف دخانیات در کشورهای توسعه یافته



Source: Lopez AD, Collishaw NL, and Peto J. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 3: 242-247. Reproduced by permission of BMJ Publishing Group.

دخانیات به عنوان بزرگترین عامل مرگ و میرقابل پیشگیری در جهان شناخته می شود. پیش بینی های انجام شده نشان می دهد که در سال ۲۰۰۸ میلادی مصرف سیگار بیش از ۵ میلیون نفر را از بین می برد که این تعداد بیش از سل، HIV/AIDS و مالاریا است [۱۰]. مرگهای ناشی از دخانیات بدلیل بیماری عروق کرونر، سکته مغزی، بیماریهای مزمن انسدادی ریه، سرطانهای ریه می باشند. مصرف دخانیات در ایران و بر اساس بار منتسب به عوامل مختلف در رده دهم از عوامل خطر قرار گرفته است [۴] هر چند به نظر می رسد که بار ناشی از دخانیات در کشورهای جهان سوم و از جمله ایران در حال افزایش باشد [۱۰].

جدول شماره ۵۸ و نمودارهای شماره ۴۴ و ۴۵، فراوانی نسبی مصرف دخانیات را در استانهای مختلف نشان می دهند. در کل کشور ۱۴۰٪ از جمعیت کشور به نوعی مصرف کننده دخانیات هستند و نسبت مردان تقریباً شش برابر زنان هستند. استانهای ایلام (۷۶٪)، یزد (۸۶٪) و گلستان (۹۱٪) با کمترین میزان شیوع در پایین ترین دهک و استانهای سیستان و بلوچستان (۲۰۳٪) و بوشهر (۲۱۲٪) با بیشترین میزان شیوع در بالاترین دهک قرار می گیرند. با توجه به این آمارها (همین طور مراحل اپیدمی مصرف دخانیات) می توان حدس زد که در حال حاضر ایران در ابتدای فاز دوم یعنی افزایش تدریجی شیوع در زنان و ادامه افزایش در مردان قرار داشته و انتظار می رود که در طی سالهای بعد موارد مرگ ناشی از دخانیات در زنان و مردان با افزایش چشمگیری روبرو باشد (نمودار شماره ۴۶).

بهداشت روانی

جدول شماره ۵۹- مشخصات شاخص شیوع اختلالات روانپزشکی

نام شاخص	شیوع اختلالات روانپزشکی در جمعیت بالای ۱۵ سال
نحوه محاسبه شاخص	تعداد اختلالات روانی موجود در جمعیت بالای ۱۵ سال به تفکیک استان و دانشگاه تقسیم بر کل جمعیت همان منطقه در هر ۱۰۰ نفر
منبع جمع آوری اطلاعات	بررسی سلامت و بیماری در ایران (سال ۱۳۷۸)
دوره زمانی	موردی

جدول شماره ۶۰- شیوع اختلالات روانی در جمعیت بالای ۱۵ سال بر اساس اطلاعات بررسی سلامت و بیماری، سال ۱۳۷۸

ردیف	استان	درصد
۱	آذربایجان شرقی	۲۵.۲
۲	آذربایجان غربی	۱۳.۵
۳	اردبیل	۲۲.۶
۴	اصفهان	۱۷.۶
۵	ایلام	۱۲.۶
۶	بوشهر	۱۸.۵
۷	تهران	۲۱.۲
۸	چهارمحال و بختیاری	۳۹.۱
۹	خراسان	۱۷.۷
۱۰	خوزستان	۲۱.۳
۱۱	زنجان	۲۱.۳
۱۲	سمنان	۱۶.۹
۱۳	سیستان و بلوچستان	۲۴.۶
۱۴	فارس	۲۲.۹
۱۵	قزوین	۲۸.۸
۱۶	قم	۲۳.۱
۱۷	کردستان	۲۱.۸
۱۸	کرمان	۲۲.۹
۱۹	کرمانشاه	۱۹.۲
۲۰	کهگیلویه و بویر احمد	۲۶.۳
۲۱	گلستان	۳۷.۳
۲۲	گیلان	۱۹.۲
۲۳	لرستان	۱۹.۷
۲۴	مازندران	۱۲.۳
۲۵	مرکزی	۱۸.۶
۲۶	هرمزگان	۲۲.۸
۲۷	همدان	۳۴.۷
۲۸	یزد	۱۱.۶
کل کشور		۲۱.۰

نمودار شماره ۴۷- شیوع اختلالات روانی در جمعیت بالای ۱۵ سال به تفکیک استان بر اساس اطلاعات بررسی سلامت و بیماری، سال ۱۳۷۸



بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، بهداشت روانی (Mental health) به حالتی از سلامتی گفته می شود که در آن فرد توانایی کنار آمدن با استرسهای طبیعی و روزمره زندگی را دارا بوده و می تواند بطور فعال و موثر کار کند و به سهم خود در اجتماع موثر باشد [۱۱]. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵، بیماریهای نورو سایکیاتریک در مجموع ۳۱.۷٪ از کل سالهای از دست رفته بدلیل ناتوانی (Lived-with-disability) را به خود اختصاص داده اند. که از این میان افسردگی تک قطبی (۱۱.۸٪)، بیماریهای مرتبط با مصرف الکل (۳.۳٪)، اسکیزوفرنی (۲.۸٪)، افسردگی دو قطبی (۲.۴٪) و دمانس (۱.۶٪) بیشترین سهم را داشته اند [۱۲]. بر اساس همین گزارش بیماریهای نورو سایکیاتریک موجب سالانه ۱.۲ مرگ در دنیا می شوند که البته این تعداد مرگ نسبت داده شده به این بیماریها نشانگر تعداد واقعی مرگها نیست زیرا در این گزارش مرگهای ناشی از خود کشی تحت عنوان حوادث عمدی (Intentional injury) قرار گرفته است [۱۲].

شیوع اختلالات روانی در جمعیت بالای ۱۵ سال در سال ۷۸ در نمودار شماره ۴۷ و جدول شماره ۶۰ نمایش داده شده است. براساس نمودار مورد اشاره، در سال ۷۸ استانهای یزد، مازندران و ایلام دارای کمترین میزان و استانهای چهارمحال و بختیاری، گلستان و همدان دارای بالاترین میزان شیوع اختلالات روانپزشکی بوده اند. همچنین جداول شماره ۶۲ و ۶۴ به ترتیب شیوع اختلالات روانی در جمعیت روستایی و شهری تحت پوشش برنامه ادغام بهداشت روانی را نشان می دهد. بر اساس این جداول شیوع کلی اختلالات روانی در مناطق روستایی ۱٪ و در مناطق شهری ۰.۴۶٪ می باشد. بر اساس اطلاعات ارائه شده در نمودارهای شماره ۴۸ و ۴۹ دانشگاههای زابل، تهران و اردبیل در مناطق روستایی و دانشگاههای شهید بهشتی، تهران و بابل در مناطق شهری به ترتیب با کمترین میزان شیوع در پایین ترین دهک قرار می گیرند. بر اساس همین نمودارها، دانشگاههای رفسنجان، شهرکرد و کاشان در مناطق روستایی و دانشگاههای شهرکرد، رفسنجان و یاسوج در مناطق شهری با بالاترین میزان شیوع در بالاترین دهک قرار می گیرند. آنچه که قبل از هر چیز حائز اهمیت است عدم تطابق این آمارها با واقعیتهای جامعه و دیگر مطالعات ملی و بین المللی می باشد. به عنوان مثال بر اساس بررسی سلامت و بیمار در ایران در سال ۷۸ شیوع کلی اختلالات روانی در ایران برابر با ۲۱.۰٪ می باشد که این میزان حتی در سال ۱۳۷۸ بیش از ۲۰ برابر میزان گزارش شده از برنامه ادغام بهداشت روانی در سال

۱۳۸۵ می باشد. همچنین مقایسه آمارهای بدست آمده در مطالعه سلامت و بیماری در ایران در خصوص درصد شیوع افسردگی (ارائه شده در جدول شماره ۶۶ و نمودار شماره ۵۰) و اختلال اضطراب (جدول شماره ۶۸ و نمودار شماره ۵۱) در جمعیت بالای ۱۵ سال با آمارهای ارائه شده رسمی از برنامه بهداشت روان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی حاکی از کم شماری فاحش در این برنامه را دارد. از این رو به نظر می رسد شاید بازنگری بر این برنامه (چگونگی اجرا، درصد پوشش و چگونگی جمع آوری آمارها) از ضروریات این بخش باشد.

جدول شماره ۶۱- مشخصات شاخص شیوع اختلالات روانپزشکی در جمعیت روستایی

نام شاخص	شیوع اختلالات روانپزشکی در جمعیت روستایی
نحوه محاسبه شاخص	تعداد کل بیماران مبتلا به اختلالات روانی در مناطق روستایی سال به تفکیک استان و دانشگاه تقسیم بر کل جمعیت همان منطقه در هر ۱۰۰ نفر
منبع جمع آوری اطلاعات	فرمهای اطلاعات سالانه بهداشت روان تکمیل شده توسط کارشناسان بهداشت روان
دوره زمانی	ماهانه

جدول شماره ۶۲- شیوع مبتلایان به اختلالات روانپزشکی در جمعیت روستایی تحت پوشش برنامه ادغام بهداشت روانی در نظام شبکه به تفکیک استان، سال ۱۳۸۵

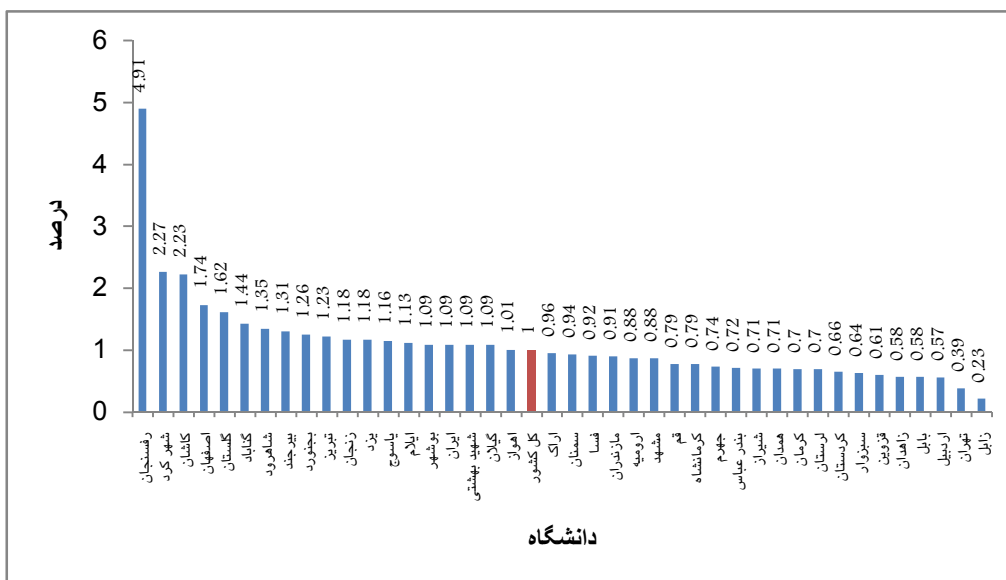
ردیف	استان	دانشگاه ها	درصد
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱۲۳
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۰۸۸
۳	اردبیل	اردبیل	۰۵۷
۴	اصفهان	اصفهان	۱۷۴
		کاشان	۲۲۳
		کل	۱۷۶
۵	ایلام	ایلام	۱۱۳
۶	بوشهر	بوشهر	۱۰۹
۷	تهران	تهران	۰۳۹
		ایران	۱۰۹
		شهید بهشتی	۱۰۹
		کل *	
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۲۲۷
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۱۳۱
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۰۸۸
		سبزوار	۰۶۴
		گناباد	۱۴۴
		کل	۰۸۷
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۱۲۶
۱۲	خوزستان	اهواز	۱۰۱
۱۳	زنجان	زنجان	۱۱۸
۱۴	سمنان	سمنان	۰۹۴
		شاهرود	۱۳۵
		کل	۱۱۵
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۰۵۸
		زابل	۰۳۳
		کل	۰۵۳

ادامه جدول شماره ۶۲

ردیف	استان	دانشگاه ها	درصد
۱۶	فارس	شیراز	۰.۷۱
		جهرم	۰.۷۴
		فسا	۰.۹۲
		کل	۰.۷۲
۱۷	قزوین	قزوین	۰.۶۱
۱۸	قم	قم	۰.۷۹
۱۹	کردستان	کردستان	۰.۶۶
۲۰	کرمان	کرمان	۰.۷
		رفسنجان	۴.۹۱
		کل	۱.۱۶
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۰.۷۹
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۱.۱۶
۲۳	گلستان	گلستان	۱.۶۲
۲۴	گیلان	گیلان	۱.۰۹
۲۵	لرستان	لرستان	۰.۷
۲۶	مازندران	مازندران	۰.۹۱
		بابل	۰.۵۸
		کل	۰.۸۷
۲۷	مرکزی	اراک	۰.۹۶
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۰.۷۲
۲۹	همدان	همدان	۰.۷۱
۳۰	یزد	یزد	۱.۱۸
کل کشور			۱.۰۰

* با توجه به در اختیار نداشتن جمعیت تحت پوشش سه دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران، شیوع در تهران محاسبه نگردید.

نمودار شماره ۴۸- شیوع مبتلایان به اختلالات روانپزشکی در جمعیت روستایی تحت پوشش برنامه ادغام بهداشت روانی در نظام شبکه به تفکیک دانشگاه، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۶۳- مشخصات شاخص شیوع اختلالات روانپزشکی در جمعیت شهری

نام شاخص	شیوع اختلالات روانپزشکی در جمعیت شهری
نحوه محاسبه شاخص	تعداد کل بیماران مبتلا به اختلالات روانی در مناطق شهری سال به تفکیک استان و دانشگاه تقسیم بر کل جمعیت همان منطقه در هر ۱۰۰ نفر
منبع جمع آوری اطلاعات	فرمهای اطلاعات سالانه بهداشت روان تکمیل شده توسط کارشناسان بهداشت روان
دوره زمانی	ماهانه

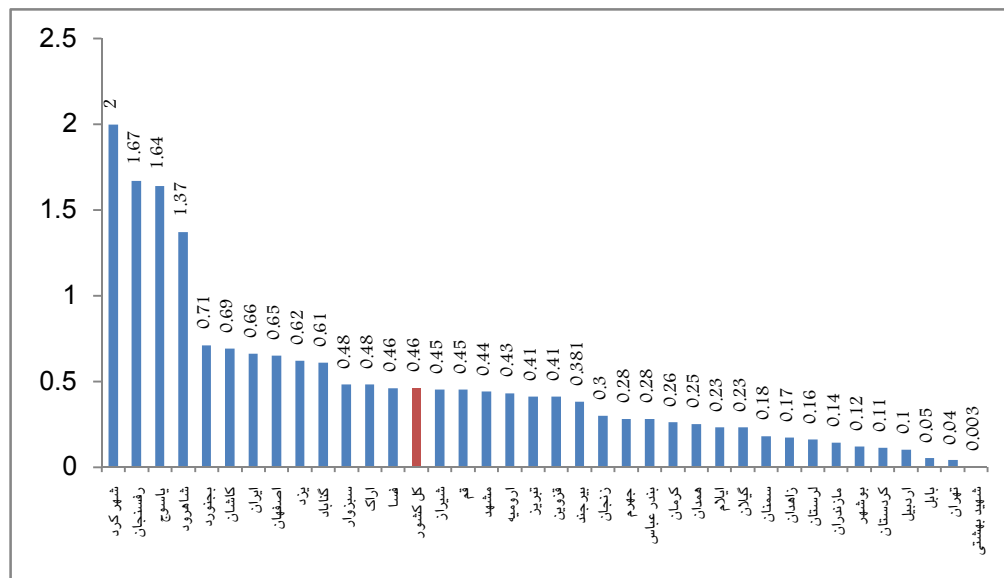
جدول شماره ۶۴- شیوع مبتلایان به اختلالات روانپزشکی (درصد) در جمعیت شهری تحت پوشش برنامه ادغام بهداشت روانی در نظام شبکه به تفکیک استان، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه ها	درصد
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۰.۴۱
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۰.۴۳
۳	اردبیل	اردبیل	۰.۱
۴	اصفهان	اصفهان	۰.۶۵
		کاشان	۰.۶۹
		کل	۰.۶۵
۵	ایلام	ایلام	۰.۳۳
۶	بوشهر	بوشهر	۰.۱۲
۷	تهران	تهران	۰.۰۴
		ایران	۰.۶۶
		شهید بهشتی	۰.۰
		کل	۰.۰۴
۸	چهارمحال وبختیاری	شهر کرد	۲.۰
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۰.۳۸۱
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۰.۴۴
		سبزوار	۰.۴۸
		گناباد	۰.۶۱
		کل	۰.۴۵
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۰.۷۱
۱۲	خوزستان	اهواز	۰.۰
۱۳	زنجان	زنجان	۰.۳۰
۱۴	سمنان	سمنان	۰.۱۸
		شاهرود	۱.۳۷
		کل	۰.۶۱
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۰.۱۷
		زابل	۰.۰
		کل	۰.۱۵

ادامه جدول شماره ۶۴

ردیف	استان	دانشگاه ها	درصد
۱۶	فارس	شیراز	۰.۴۵
		جهرم	۰.۲۸
		فسا	۰.۴۶
		کل	۰.۴۴
۱۷	قزوین	قزوین	۰.۴۱
۱۸	قم	قم	۰.۴۵
۱۹	کردستان	کردستان	۰.۱۱
۲۰	کرمان	کرمان	۰.۲۶
		رفسنجان	۱۶۷
		کل	۰.۴۲
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۰.۰
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۱۶۴
۲۳	گلستان	گلستان	۰.۰
۲۴	گیلان	گیلان	۰.۲۳
۲۵	لرستان	لرستان	۰.۱۶
۲۶	مازندران	مازندران	۰.۱۴
		بابل	۰.۰۵
		کل	۰.۱۳
۲۷	مرکزی	اراک	۰.۴۸
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۰.۲۸
۲۹	همدان	همدان	۰.۲۵
۳۰	یزد	یزد	۰.۶۲
کل کشور			۰.۴۶

نمودار شماره ۴۹- شیوع مبتلایان به اختلالات روانپزشکی (درصد) در جمعیت شهری تحت پوشش برنامه ادغام بهداشت روانی در نظام شبکه به تفکیک استان، سال ۱۳۸۵



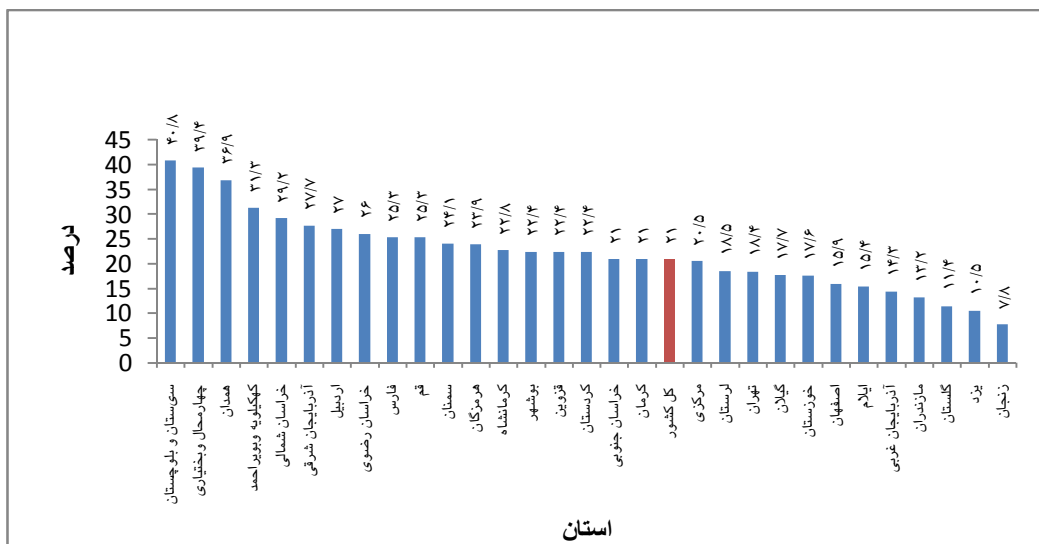
جدول شماره ۶۵- مشخصات شاخص درصد شیوع افسردگی در جمعیت بالای ۱۵ ساله

نام شاخص	شیوع اختلالات روانپزشکی در جمعیت بالای ۱۵ ساله
نحوه محاسبه شاخص	تعداد کل بیماران مبتلا به افسردگی در نمونه مورد بررسی تقسیم بر کل جمعیت نمونه در هر ۱۰۰ نفر
منبع جمع آوری اطلاعات	مطالعه سلامت و بیماری در ایران
دوره زمانی	موردی

جدول شماره ۶۶- درصد شیوع افسردگی در جمعیت بیشتر از ۱۵ ساله بر اساس اطلاعات بررسی سلامت و بیماری، سال ۱۳۷۸

ردیف	استان	در هر ۱۰۰ نفر
۱	آذربایجان شرقی	۲۷.۷
۲	آذربایجان غربی	۱۴.۳
۳	اردبیل	۲۷.۰
۴	اصفهان	۱۵.۹
۵	ایلام	۱۵.۴
۶	بوشهر	۲۲.۴
۷	تهران	۱۸.۴
۸	چهارمحال و بختیاری	۳۹.۴
۹	خراسان جنوبی	۲۱.۶
۱۰	خراسان رضوی	۲۶.۰
۱۱	خراسان شمالی	۲۹.۲
۱۲	خوزستان	۱۷.۶
۱۳	زنجان	۷.۸
۱۴	سمنان	۲۴.۱
۱۵	سیستان و بلوچستان	۴۰.۸
۱۶	فارس	۲۵.۳
۱۷	قزوین	۲۲.۴
۱۸	قم	۲۵.۳
۱۹	کردستان	۲۲.۴
۲۰	کرمان	۲۱.۰
۲۱	کرمانشاه	۲۲.۸
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	۳۱.۳
۲۳	گلستان	۱۱.۴
۲۴	گیلان	۱۷.۷
۲۵	لرستان	۱۸.۵
۲۶	مازندران	۱۳.۲
۲۷	مرکزی	۲۰.۵
۲۸	هرمزگان	۲۳.۹
۲۹	همدان	۳۶.۹
۳۰	یزد	۱۰.۵
کل کشور		۲۱.۰

نمودار شماره ۵۰- درصد شیوع افسردگی در جمعیت بیشتر از ۱۵ ساله بر اساس اطلاعات بررسی سلامت و بیماری، سال ۱۳۷۸



جدول شماره ۶۷- مشخصات شاخص شیوع اختلالات اضطراب در جمعیت بالای ۱۵ ساله

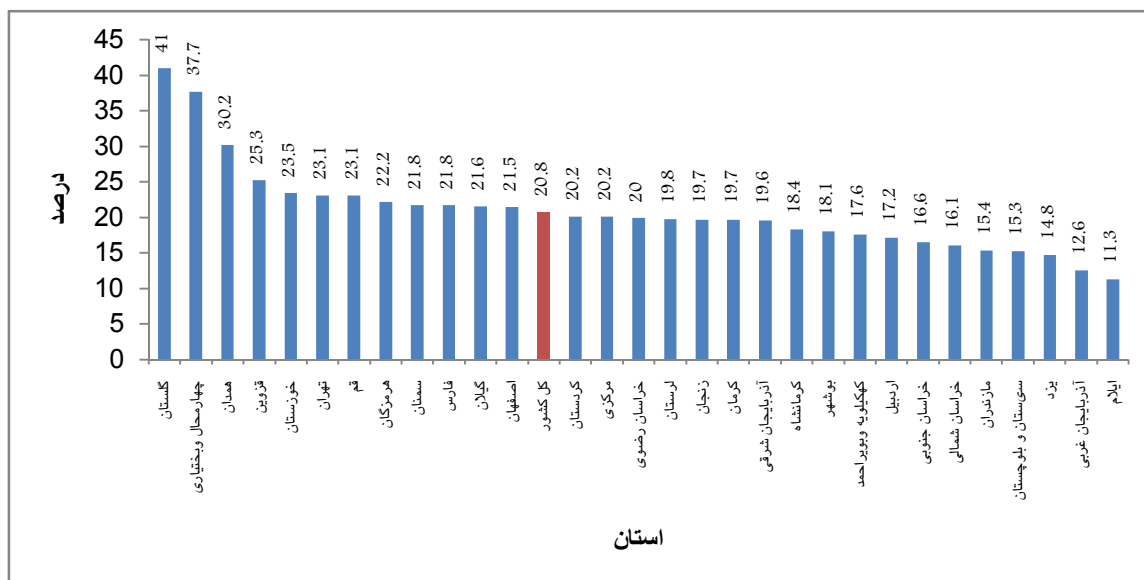
نام شاخص	شیوع اختلالات اضطراب در جمعیت بالای ۱۵ ساله
نحوه محاسبه شاخص	تعداد کل بیماران مبتلا به اختلالات اضطراب در نمونه مورد بررسی تقسیم بر کل جمعیت نمونه در هر ۱۰۰ نفر
منبع جمع آوری اطلاعات	مطالعه سلامت و بیماری در ایران
دوره زمانی	موردی

جدول شماره ۶۸- درصد شیوع اختلال اضطراب در جمعیت بیشتر از ۱۵ ساله بر اساس بررسی سلامت و بیماری، سال ۱۳۷۸

ردیف	استان	در هر ۱۰۰ نفر
۱	آذربایجان شرقی	۱۹.۶
۲	آذربایجان غربی	۱۲.۶
۳	اردبیل	۱۷.۲
۴	اصفهان	۲۱.۵
۵	ایلام	۱۱.۳
۶	بوشهر	۱۸.۱
۷	تهران	۲۳.۱
۸	چهارمحال و بختیاری	۳۷.۷
۹	خراسان جنوبی	۱۶.۶
۱۰	خراسان رضوی	۲۰.۰
۱۱	خراسان شمالی	۱۶.۱
۱۲	خوزستان	۲۳.۵
۱۳	زنجان	۱۹.۷
۱۴	سمنان	۲۱.۸
۱۵	سیستان و بلوچستان	۱۵.۳
۱۶	فارس	۲۱.۸
۱۷	قزوین	۲۵.۳
۱۸	قم	۲۳.۱
۱۹	کردستان	۲۰.۲
۲۰	کرمان	۱۹.۷
۲۱	کرمانشاه	۱۸.۴
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	۱۷.۶
۲۳	گلستان	۴۱.۰
۲۴	گیلان	۲۱.۶
۲۵	لرستان	۱۹.۸
۲۶	مازندران	۱۵.۴
۲۷	مرکزی	۲۰.۲
۲۸	هرمزگان	۲۲.۲
۲۹	همدان	۳۰.۲

۳۰	یزد	۱۴۸
کل کشور		۲۰۸

نمودار شماره ۵۱- شیوع اختلال اضطراب در جمعیت بیشتر از ۱۵ ساله بر اساس اطلاعات بررسی سلامت و بیماری، سال ۱۳۷۸



بر اساس نمودار شماره ۵۱ استانهای ایلام (۱۱.۳٪)، آذربایجان غربی (۱۲.۶٪) و یزد (۱۴.۸٪) با کمترین شیوع اختلالات اضطراب در سال ۱۳۷۸ در پایین ترین دهک قرار گرفته و بر عکس استانهای گلستان (۴۱٪)، چهار محال و بختیاری (۳۷.۷٪) و همدان (۳۰.۲٪) با بالاترین شیوع در بالاترین دهک قرار گرفته اند.

خودکشی

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ میلادی، قریب به یک میلیون نفر در دنیا بدلیل خودکشی از بین رفتند که این مقدار برابر با میزان مرگ و میر ۱۶ در صد هزار و یا یک مرگ در هر ۴۰ ثانیه می باشد [۱۳]. بر همین اساس در ۴۵ سال گذشته میزان خودکشی حدود ۶۰٪ افزایش داشته است بطوریکه در حال حاضر خودکشی سومین علت مرگ در سنین ۱۵ تا ۴۴ سال می باشد. این در حالیست که تعداد موارد اقدام به خودکشی (Suicide attempt) ۲۰ برابر بیشتر از موارد موفق خودکشی می باشد. ذکر این نکته حائز اهمیت است که اگرچه موارد خودکشی معمولاً در مردان مسن بیشتر است اما اطلاعات جدید سازمان جهانی بهداشت نشان می دهد که میزان خودکشی در جمعیت جوان بگونه ای در حال افزایش است که در حال حاضر این گروه از جمعیت در یک سوم از کشورها (شامل کشورهای پیشرفته و در حال توسعه) در رأس گروه های پر خطر قرار گرفته اند [۱۳].

در خصوص وضعیت خودکشی در ایران، بر اساس آخرین اطلاعات موجود بر روی وب سایت سازمان جهانی بهداشت [۱۴] در سال ۱۹۹۱ میزان موارد خودکشی در ایران در زنان ۰.۱ و در مردان ۰.۳ در صد هزار نفر بوده است [۱۵]. این در حالیست که نمودار شماره ۵۲ این میزان را ۵.۲ در هر صد هزار نفر نشان می دهد. با فرض درست بودن اطلاعات ارائه شده در سال ۱۹۹۱، باید اذعان داشت که در فاصله ۱۳ سال میزان خودکشی در ایران به بیش از ۱۷ برابر رسیده است. بر اساس اطلاعات ارائه شده در نمودار

مذکور و جدول شماره ۷۰ استانهای قم (۰.۴)، سیستان و بلوچستان (۱.۷) و یزد (۱.۷) در پایین ترین دهک و استانهای کرمانشاه (۱۴.۰)، ایلام (۱۹.۸) و لرستان (۲۴.۴) با بالاترین میزانهای خودکشی در هر صد هزار نفر در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۶۹- مشخصات شاخص میزان موارد خودکشی منجر به مرگ

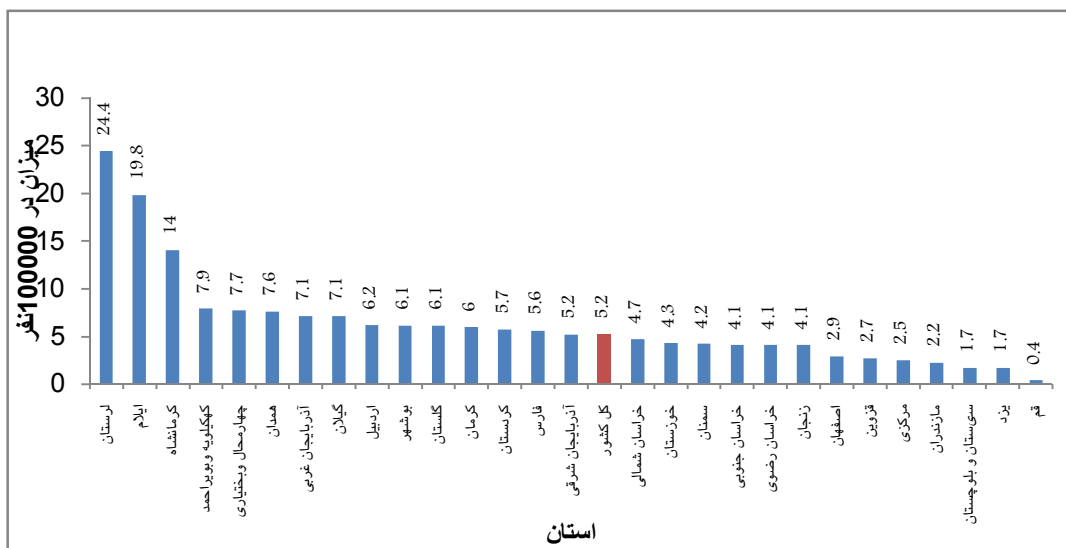
نام شاخص	میزان موارد خودکشی منجر به مرگ در صد هزار نفر جمعیت عمومی
نحوه محاسبه شاخص	تعداد کل موارد خودکشی منجر به مرگ به تفکیک استان و دانشگاه تقسیم بر کل جمعیت همان منطقه در هر صد هزار نفر
منبع جمع آوری اطلاعات	نظام ثبت مرگ معاونت سلامت (۲۹ استان)
دوره زمانی	سالانه

جدول شماره ۷۰- میزان موارد خودکشی منجر به مرگ در کل جمعیت به تفکیک استان، سال ۱۳۸۳

ردیف	استان	در هر صد هزار نفر
۱	آذربایجان شرقی	۵۲
۲	آذربایجان غربی	۷۱
۳	اردبیل	۶۲
۴	اصفهان	۲۹
۵	ایلام	۱۹۸
۶	بوشهر	۶۱
۷	تهران*	
۸	چهارمحال و بختیاری	۷۷
۹	خراسان جنوبی	۴۱
۱۰	خراسان رضوی	۴۱
۱۱	خراسان شمالی	۴۷
۱۲	خوزستان	۴۳
۱۳	زنجان	۴۱
۱۴	سمنان	۴۲
۱۵	سیستان و بلوچستان	۱۷
۱۶	فارس	۵۶
۱۷	قزوین	۲۷
۱۸	قم	۰۴
۱۹	کردستان	۵۷
۲۰	کرمان	۶۰
۲۱	کرمانشاه	۱۴۰
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	۷۹
۲۳	گلستان	۶۱
۲۴	گیلان	۷۱
۲۵	لرستان	۲۴۴
۲۶	مازندران	۲۲
۲۷	مرکزی	۲۵
۲۸	هرمزگان	۷۸
۲۹	همدان	۷۶
۳۰	یزد	۱۷
	کل کشور	۵۲

* اطلاعات برای استان تهران موجود نبود.

نمودار شماره ۵۲- میزان موارد خودکشی منجر به مرگ در کل جمعیت در هر صد هزار به تفکیک استان، سال ۱۳۸۳



جدول شماره ۷۲ اطلاعات مربوط به تعداد کل تخته های روانپزشکی (تعداد تخته های روانپزشکی در بیمارستان های عمومی و اختصاصی) و همین طور تعداد تخته های روانپزشکی در بیمارستان های عمومی به ازای هر صد هزار نفر در استان های مختلف کشور ارائه شده است. بر اساس این جدول و نمودار مربوطه (نمودار شماره ۵۳) سه استان لرستان (۰.۱۹)، بوشهر (۰.۲۴) و مرکزی (۰.۲۵) با کمترین تعداد تخت در صد هزار نفر در پایین ترین دهک قرار گرفته و استان های تهران (۱.۹۵)، آذربایجان شرقی (۲.۰۵) و اصفهان (۲.۱۷) با بالاترین تعداد تخت در بالاترین دهک قرار می گیرند. نکته جالب در مقایسه تعداد تخته ها با میزان موارد خودکشی عدم تناسب این دو شاخص در استان های مختلف کشور است بطوریکه در استان لرستان با بالاترین میزان خودکشی پائین ترین تعداد تخت روانپزشکی وجود دارد.

جدول شماره ۷۱- مشخصات شاخص تعداد کل تخته های روانپزشکی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر

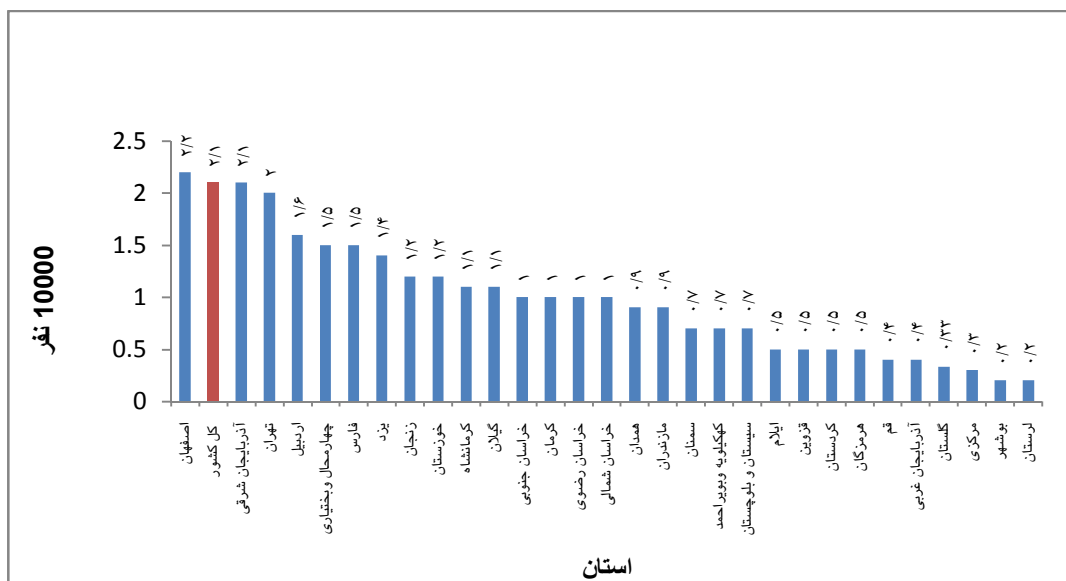
نام شاخص	تعداد کل تخته های روانپزشکی در هر ده هزار نفر جمعیت عمومی
نحوه محاسبه شاخص	تعداد کل تخته های روانپزشکی به تفکیک استان و دانشگاه تقسیم بر کل جمعیت همان منطقه در هر ۱۰۰۰۰ نفر
منبع جمع آوری اطلاعات	فرم های اطلاعات سالانه اداره سلامت روان
دوره زمانی	سالانه

جدول شماره ۷۲- تعداد کل تخت های روانپزشکی در سال ۸۵ به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر به تفکیک استان، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	تعداد کل تخت های روانپزشکی	تعداد تخت های روانپزشکی در بیمارستان های عمومی
۱	آذربایجان شرقی	۲.۱	۰.۲
۲	آذربایجان غربی	۰.۴	۰.۱۲
۳	اردبیل	۱.۶	۰.۳۲
۴	اصفهان	۲.۲	۱.۰۵
۵	ایلام	۰.۵	۰.۴۹
۶	بوشهر	۰.۲	۰.۲۴
۷	تهران	۲.۰	۰.۲۸
۸	چهارمحال وبختیاری	۱.۵	۰.۶۴
۹	خراسان جنوبی	۱.۰	۰.۹۵
۱۰	خراسان رضوی	۱.۰	۰.۰۶
۱۱	خراسان شمالی*	۱.۰	
۱۲	خوزستان	۱.۲	۰.۵۵
۱۳	زنجان	۱.۲	۱.۱۷
۱۴	سمنان	۰.۷	۰.۷
۱۵	سیستان و بلوچستان	۰.۷	۰.۲۷
۱۶	فارس	۱.۵	۰.۰۹
۱۷	قزوین	۰.۵	۰.۴۷
۱۸	قم	۰.۴	۰.۳۵
۱۹	کردستان	۰.۵	۰.۱۱
۲۰	کرمان	۱.۰	۰.۱۶
۲۱	کرمانشاه	۱.۱	۰.۰
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	۰.۷	۰.۲۹
۲۳	گلستان	۰.۳۳	۰.۳۳
۲۴	گیلان	۱.۱	۰.۰
۲۵	لرستان	۰.۲	۰.۰
۲۶	مازندران	۰.۹۰	۰.۰۴
۲۷	مرکزی	۰.۳	۰.۰۴
۲۸	هرمزگان	۰.۵	۰.۰۷
۲۹	همدان	۰.۹	۰.۴۶
۳۰	یزد	۱.۴	۰.۳۲
کل کشور		۲.۱	۰.۲

*اطلاعات تعداد تختهای روانپزشکی در بیمارستانهای عمومی در استان خراسان شمالی موجود نبود.

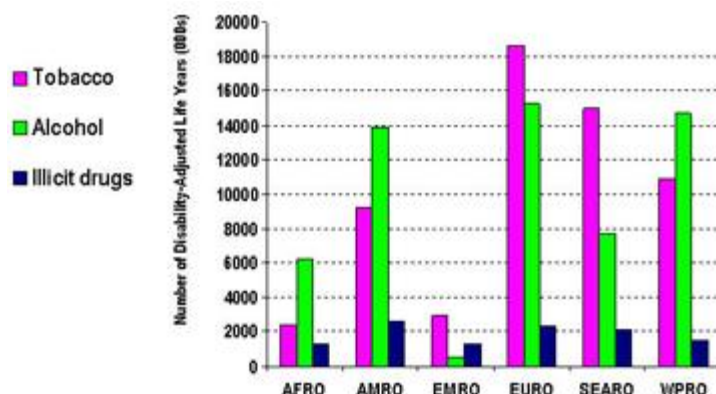
نمودار شماره ۵۳- تعداد کل تختهای روانپزشکی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر به تفکیک استان، سال ۱۳۸۵



سوء مصرف مواد

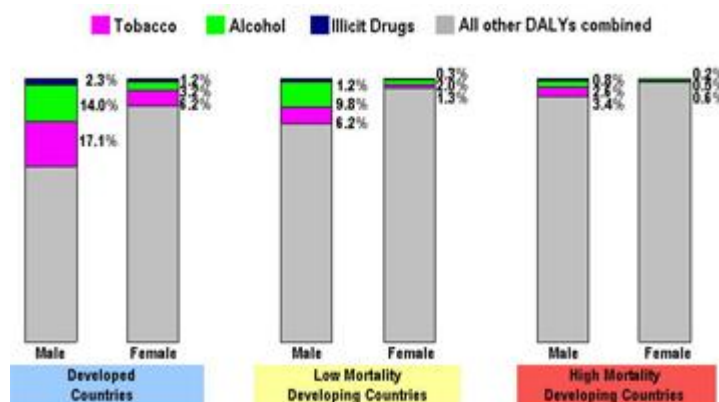
سوء مصرف مواد (Substance abuse) به استفاده مضر و خطرناک از مواد روانگردان شامل الکل و داروهای غیر قانونی (Illicite drugs) گفته می شود که می تواند در نهایت باعث سندرم وابستگی در افراد شود [۱۶]. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، تخمین زده می شود که حدود دو میلیارد نفر در دنیا الکلی و ۱.۳ میلیارد نفر سیگاری و در نهایت ۱۸۵ میلیون نفر drug user هستند. این سه دسته (الکل، سیگار و داروهای غیر قانونی) در سال ۲۰۰۰ در ۱۲.۴٪ از موارد مرگ دخیل بوده اند و ۸.۹٪ از کل سالهای از دست رفته عمر بدلیل این سه عامل بوده است [۱۷]. نمودار شماره ۵۴ بار منتسب به دخانیات، الکل و داروهای غیر مجاز را در مناطق مختلف نشان داده است. اگرچه در منطقه EMRO (شامل ایران) بار منتسب به سوء مصرف مواد نسبت به سایر مناطق دنیا کمتر است اما نقطه قابل توجه زیادی بار نسبی مصرف مواد غیر قانونی (مواد مخدر) نسبت به الکل و دخانیات و همین طور نسبت به سایر نقاط دنیا است. در نمودار شماره ۵۴ بار مرتبط به این عوامل خطر نسبت به کل بار بیماریها در کشورهای مختلف بر حسب توسعه یافتگی نشان داده شده است.

نمودار شماره ۵۴* - بار مرتبط با دخانیات، الکل و داروهای غیر مجاز در مناطق مختلف سازمان جهانی بهداشت، سال ۲۰۰۰ میلادی



*بر گرفته از وب سایت سازمان جهانی بهداشت [۱۴]

نمودار شماره ۵۵* - نسبت DALYs مرتبط با دخانیات، الکل و داروهای غیر قانونی در کشورهای مختلف و بر حسب جنس، سال ۲۰۰۰ میلادی



*بر گرفته از وب سایت سازمان جهانی بهداشت [۱۴]

در ایران نیز بر اساس اولین مطالعه ملی بار بیماریها و عوامل خطر مصرف مواد مخدر بعد از چاقی و اضافه وزن، فشار خون، عدم فعالیت فیزیکی کافی و بالا بودن کلسترول پنجمین عامل مهم خطر در ایران بشمار رفته است که ۱۱.۲۴٪ از کل بار منتسب به عوامل خطر را به خود اختصاص داده است. ذکر این نکته حائز اهمیت است که بر اساس اولین مطالعه بار بیماریها و عوامل خطر در ایران چنانچه مصرف مواد مخدر هم به عنوان عامل خطر و هم به عنوان بیماری در نظر گرفته شود در آن صورت در رأس عوامل خطر قرار خواهد گرفت [۴]. بر اساس گزارش پزشکی قانونی (جدول شماره ۷۴ و نمودار شماره ۵۶)، در سال ۱۳۸۴ میزان مرگ ناشی از اختلالات مصرف مواد در کشور ۶.۸ درصد هزار نفر بوده است که این میزان در سال ۱۳۸۵ به ۶.۳۶ کاهش یافته است.

در سال ۱۳۸۴ سه استان آذربایجان غربی (۰.۶۸)، خراسان جنوبی (۱.۱۵) و گلستان (۱.۴۷) با کمترین میزان مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد در پایین ترین دهک و سه استان هرمزگان (۱۴.۸۵)، لرستان (۲۰.۸۷) و همدان (۲۲.۴۹) با بالاترین میزان در بالاترین دهک قرار گرفته اند. در سال ۱۳۸۵، کماکان سه استان گلستان (۰.۶۸)، آذربایجان غربی (۱.۰۴) و خراسان جنوبی (۱.۷۳) با کمترین میزان مرگ و میر در پایین ترین دهک و سه استان کرمانشاه (۱۴.۸۵)، همدان (۱۷.۲) و لرستان (۱۸.۱۲) در بالاترین دهک قرار گرفته اند.

در مقایسه میزان مرگ ناشی از سوء مصرف مواد در این دو سال، در استانهای خراسان جنوبی و شمالی، ایلام، قم، گیلان، کرمانشاه، کردستان، مازندران، سمنان، فارس، آذربایجان شرقی و غربی و یزد میزان مرگ در سال ۱۳۸۵ نسبت به سال ۱۳۸۴ افزایش نشان داده است.

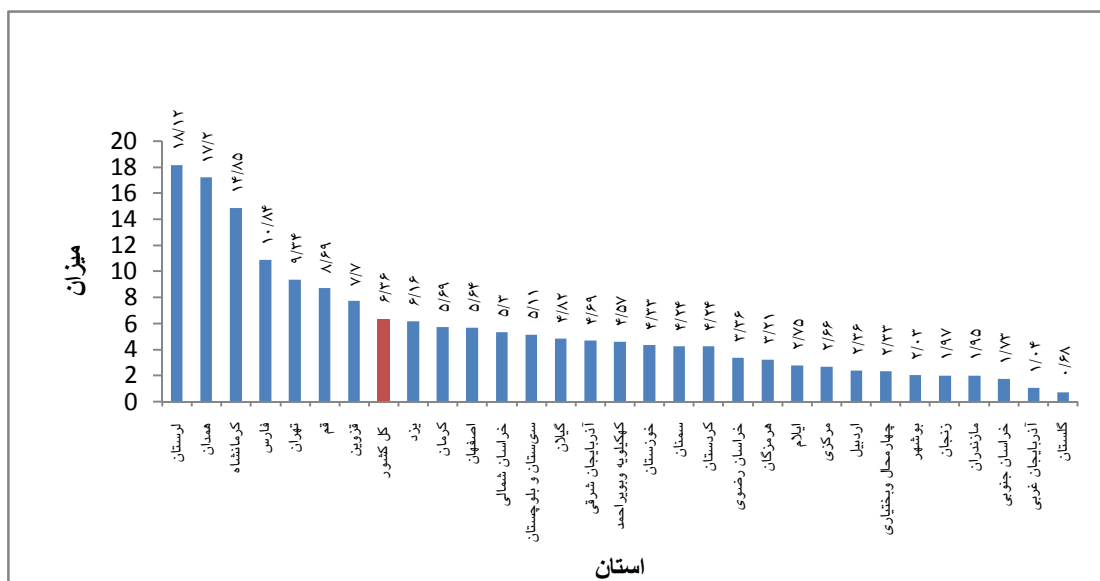
جدول شماره ۷۳- مشخصات شاخص میزان مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد

نام شاخص	میزان مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد
نحوه محاسبه شاخص	تعداد موارد مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد تقسیم بر کل جمعیت همان منطقه در هر صد هزارصد هزار نفر
منبع جمع آوری اطلاعات	مراکز پزشکی قانونی
دوره زمانی	سالانه

جدول شماره ۷۴- میزان مرگ و میر ناشی از اختلالات سوء مصرف مواد به ازای صد هزار نفر جمعیت به تفکیک استان، سالهای ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	۱۳۸۴	۱۳۸۵
۱	آذربایجان شرقی	۴.۲۹	۴.۶۹
۲	آذربایجان غربی	۰.۶۸	۱.۰۴
۳	اردبیل	۲.۹۴	۲.۳۶
۴	اصفهان	۶.۶۴	۵.۶۴
۵	ایلام	۲.۳۰	۲.۷۵
۶	بوشهر	۳.۴۱	۲.۰۳
۷	تهران	۹.۷۰	۹.۳۴
۸	چهارمحال وبختیاری	۲.۷۳	۲.۳۳
۹	خراسان جنوبی	۱.۱۵	۱.۷۳
۱۰	خراسان رضوی	۵.۳۵	۳.۳۶
۱۱	خراسان شمالی	۳.۷۳	۵.۳۰
۱۲	خوزستان	۴.۶۸	۴.۳۳
۱۳	زنجان	۲.۸۸	۱.۹۷
۱۴	سمنان	۳.۵۶	۴.۲۴
۱۵	سیستان و بلوچستان	۶.۲۰	۵.۱۱
۱۶	فارس	۱۰.۲۱	۱۰.۸۴
۱۷	قزوین	۷.۷۱	۷.۷۰
۱۸	قم	۶.۲۹	۸.۶۹
۱۹	کردستان	۲.۲۱	۴.۲۴
۲۰	کرمان	۶.۵۷	۵.۶۹
۲۱	کرمانشاه	۱۱.۵۷	۱۴.۸۵
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	۵.۱۸	۴.۵۷
۲۳	گلستان	۱.۴۷	۰.۶۸
۲۴	گیلان	۲.۹۶	۴.۸۲
۲۵	لرستان	۲۰.۸۷	۱۸.۱۲
۲۶	مازندران	۱.۵۶	۱.۹۵
۲۷	مرکزی	۴.۸۵	۲.۶۶
۲۸	هرمزگان	۱۴.۸۵	۳.۲۱
۲۹	همدان	۲۲.۴۹	۱۷.۲۰
۳۰	یزد	۳.۲۳	۶.۱۶
کل کشور		۶.۸۰	۶.۳۶

نمودار شماره ۵۶- میزان مرگ و میر ناشی از اختلالات مصرف مواد بر حسب استان در سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۷۷ مقایسه شاخصهای کاهش خطر (Harm reduction) سوء مصرف مواد به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی در دو سال ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ را نشان می دهد. در مجموع تعداد مراکز درمان سوء مصرف مواد در سال ۱۳۸۵ (۶۵۷) نسبت به سال ۱۳۸۴ (۲۹۴) به بیش از دو برابر رسیده است. در همین حال، تعداد بیماران تحت درمان با متادون در سال ۱۳۸۴ (۷۷۹۲) با بیش از ۶ برابر افزایش در سال ۱۳۸۵ به ۳۵۱۳۹ نفر رسیده است. استانهای گیلان، آذربایجان شرقی و مازندران به ترتیب با ۰.۱۲، ۰.۱۴ مرکز در هر صد هزار نفر دارای کمترین مرکز بوده و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. استانهای لرستان سمنان و یزد به ترتیب با ۱.۲۵، ۱.۸۷ و ۳.۰۳ مرکز در هر صد هزار نفر بالاترین تعداد مراکز را نسبت به جمعیت تحت پوشش در اختیار دارند. دو استان سمنان و یزد از جمله استانهایی هستند که دارای میزانهای مرگ و میر بالایی در اثر سوء مصرف مواد نیستند.

جدول شماره ۷۵- مشخصات شاخص تعداد مراکز درمان سوء مصرف مواد به ازای هر صد هزار نفر

نام شاخص	تعداد مراکز درمان سوء مصرف مواد به ازای هر صد هزار نفر
نحوه محاسبه شاخص	تعداد مراکز فعال سوء مصرف مواد تقسیم بر کل جمعیت همان منطقه در هر صد هزار نفر
منبع جمع آوری اطلاعات	اطلاعات نظام جاری برنامه مبارزه با اعتیاد
دوره زمانی	سالانه

جدول شماره ۷۶- مشخصات شاخص تعداد بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون به ازای هر صد هزار نفر

نام شاخص	تعداد بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون در هر صد هزار نفر
نحوه محاسبه شاخص	تعداد بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون تقسیم بر کل جمعیت همان منطقه در هر صد هزار نفر
منبع جمع آوری اطلاعات	اطلاعات نظام جاری برنامه پیشگیری از اعتیاد
دوره زمانی	سالانه

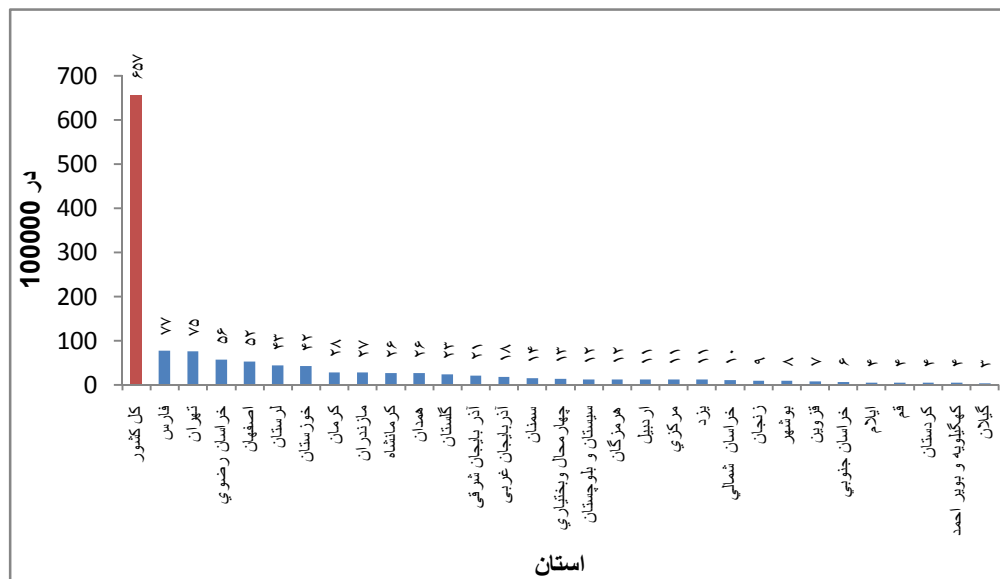
جدول شماره ۷۷- مقایسه شاخصهای کاهش خطر برای موارد سوء مصرف مواد مخدر به تفکیک استان، سالهای ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵

استان	شاخصهای کاهش خطر در سال ۱۳۸۴				شاخصهای کاهش خطر در سال ۱۳۸۵			
	تعداد مراکز درمان سو مصرف مواد	تعداد مراکز به زای هر صد هزار نفر	تعداد بیماران درمان نگهدارنده به متادون	تعداد بیماران به زای هر صد هزار نفر	تعداد مراکز درمان سو مصرف مواد	تعداد مراکز به زای هر صد هزار نفر	تعداد بیماران درمان نگهدارنده به متادون	تعداد بیماران به زای هر صد هزار نفر
آذربایجان شرقی	۴	۰.۱۲	۲۶۵	۷۸۴	۲۱	۰.۵۸	۹۲۷	۲۵.۷۳
آذربایجان غربی	۹	۰.۲۸	۴۰	۱.۲۳	۱۸	۰.۶۳	۵۲۵	۱۸.۲۷
اردبیل	۲	۰.۱۶	۰	۰	۱۱	۰.۹۰	۱۰۵	۵۵۵
اصفهان	۳۱	۰.۷۲	۱۱۰۵	۲۵۷۵	۵۲	۱.۱۴	۱۳۰۲	۲۸.۵۶
ایلام	۱	۰.۱۸	۰	۰	۴	۰.۷۳	۷۲	۱۳.۱۹
بوشهر	۶	۰.۷۳	۰	۰	۸	۰.۹۰	۱۸	۲۰.۳
تهران	۳۷	۰.۳۹	۱۴۲۸	۱۱۰۷	۷۵	۰.۵۶	۱۳۶۵	۹۰.۶۳
چهارمحال و بختیاری	۴	۰.۴۸	۳۲	۳۸۰	۱۳	۱.۵۲	۶۳	۷.۳۴
خراسان جنوبی	۲	۰.۴۶	۱۸۰	۴۱۵۸	۶	۰.۹۴	۴۲۳	۶۶.۴۷
خراسان رضوی	۲۱	۰.۳۶	۲۹۸	۵۱۵	۵۶	۱.۰	۱۳۲۸	۲۳.۷۴
خراسان شمالی	۶	۰.۷۲	۹	۱۰۸	۱۰	۱.۳۳	۱۷۸۱	۳۱۹.۴۵
خوزستان			-	-	۴۲	۰.۹۸	۱۳۴	۲.۹۰
زنجان	۳	۰.۳۱	۰	۰	۹	۰.۹۳	۵۰	۵.۱۸
سمنان	۱۱	۱.۸۷	۱۴۴	۲۴.۴۳	۱۴	۲.۳۷	۴۷۹	۸۱.۲۲
سیستان و بلوچستان	۶	۰.۳۶	۲	۰.۰۹	۱۲	۰.۵۰	۴۵۶	۱۸.۹۵

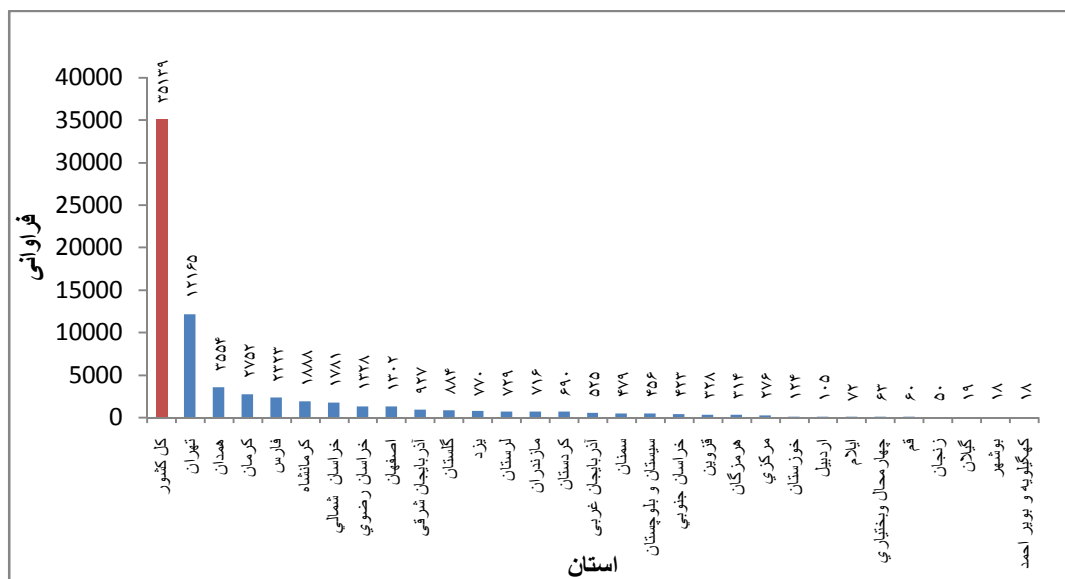
ادامه جدول شماره ۷۷

استان	شاخصهای کاهش خطر در سال ۱۳۸۴				شاخصهای کاهش خطر در سال ۱۳۸۵			
	تعداد مراکز درمان سو مصرف مواد	تعداد مراکز به ازای هر صد هزار نفر	تعداد بیماران درمان نگهدارنده به متادون	تعداد بیماران درمان نگهدارنده به ازای هر صد هزار نفر	تعداد مراکز درمان سو مصرف مواد	تعداد مراکز به ازای هر صد هزار نفر	تعداد بیماران درمان نگهدارنده به متادون	تعداد بیماران درمان نگهدارنده به ازای هر صد هزار نفر
فارس	۱۸	۰.۴۱	۱۵۲	۱۲.۵۹	۷۷	۱.۷۸	۲۳۲۳	۵۳.۵۷
قزوین	۸	۰.۶۹	۳	۰.۲۶	۷	۰.۶۱	۳۲۸	۲۸.۶۹
قم	۸	۰.۷۵	۰	۰	۴	۰.۳۸	۶۰	۵.۷۳
کردستان	۳	۰.۱۸	۶۳۰	۳۸.۶۸	۴	۰.۲۸	۶۹۰	۴۷.۹۱
کرمان	۸	۰.۳۱	۷۵۳	۲۹.۱۲	۲۸	۱.۰۶	۲۷۵۲	۱۰۳.۷۵
کرمانشاه	۷	۰.۳۶	۴۰۵	۲۰.۸۳	۲۶	۱.۳۸	۱۸۸۸	۱۰۰.۴۶
کهگیلویه و بویر احمد	۳	۰.۴۳	۰	۰	۴	۰.۶۳	۱۸	۲.۸۳
گلستان	۸	۰.۴۹	۱۱۶	۷.۰۹	۲۳	۱.۴۲	۸۸۴	۵۴.۶۶
گیلان	۲	۰.۰۶	۰	۰	۳	۰.۱۲	۱۹	۰.۷۹
لرستان	۲۲	۱.۲۵	۱۱۹۶	۶۸.۰۱	۴۳	۲.۵۱	۷۲۹	۴۲.۴۷
مازندران	۴	۰.۱۴	۹۰	۳.۱۹	۲۷	۱.۲۱	۷۱۶	۳۲.۱۲
مرکزی	۱۵	۱.۰۷	۰	۰	۱۱	۰.۸۱	۲۷۶	۲۰.۴۳
هرمزگان	۲	۰.۱۶	۰	۰	۱۲	۰.۸۵	۳۱۴	۲۲.۳۷
همدان	۱۴	۰.۸۱	۳۵۹	۲۰.۷۱	۲۶	۱.۵۳	۳۵۵۴	۲۰۸.۶۶
یزد	۲۹	۳.۰۳	۱۸۰	۱۸.۷۸	۱۱	۱.۱۱	۷۷۰	۷۷.۷۱
کل کشور	۲۹۴	۰.۴۱	۷۷۹۲	۱۰.۹۵	۶۵۷	۰.۹۳	۳۵۱۳۹	۴۹.۸۵

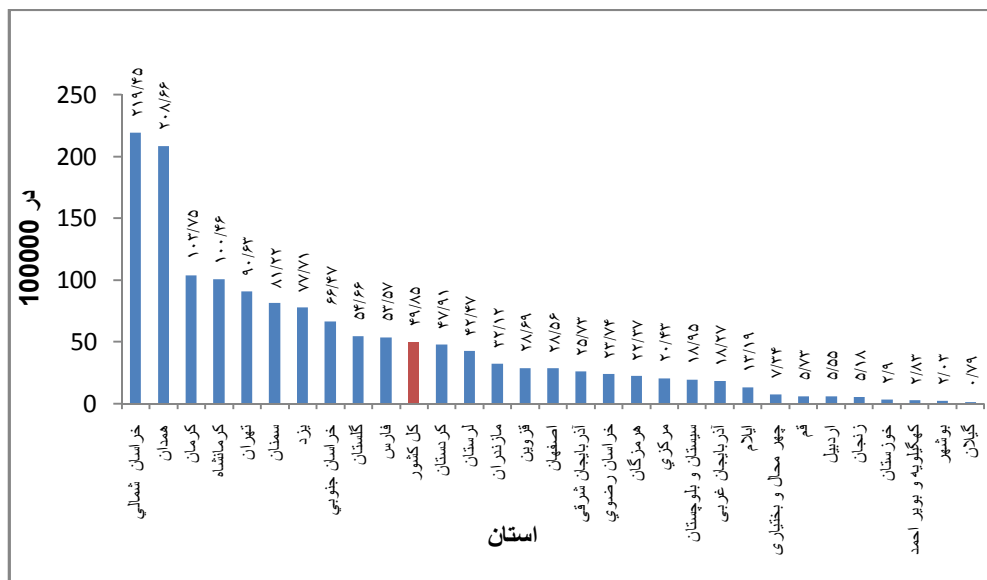
نمودار شماره ۵۷- تعداد مراکز درمان سوء مصرف مواد به ازای هر صد هزار نفر، سال ۱۳۸۵



نمودار شماره ۵۸- تعداد بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون، در سال ۱۳۸۵



نمودار شماره ۵۹- تعداد بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد به ازای هر صد هزار نفر، سال ۱۳۸۵



بیماریهای واگیر

علیرغم اهمیت رو به فزونی بیماریهای غیر مسری در بسیاری از کشورهای پیشرفته و در حال توسعه، بیماریهای واگیر کماکان از عمده دلایل ابتلا و مرگ و میر هستند. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت حدوداً یک میلیارد از جمعیت جهان از دسته ای از بیماریهای واگیر که به عنوان بیماریهای تروپیکال فراموش شده (Neglected tropical diseases (NTDs) معرفی گشته اند رنج می برند. علیرغم رقم بالای ابتلا در جمعیت جهان ولی بین سالهای ۱۹۷۵ تا ۱۹۹۹ تنها ۱٪ از ۱۴۰۰ داروی ثبت شده مربوط به این دسته از بیماریها بوده است.

بیماریهای مشترک بین انسان و دام:

بیماریهای مشترک بین انسان و دام به آن دسته از بیماریهای عفونی مرتبط با حیوانات گفته می شود که قابلیت انتقال به انسان و ایجاد بیماری در او را دارد.

تب مالت

این بیماری در واقع بیشتر بیماری دام و احشام می باشد. عامل بیماری می تواند از طریق ارتباط مستقیم با بافتهای آلوده حیوان و یا به روش غیر مستقیم و از طریق خوردن محصولات آلوده دامی و یا از راه تنفسی به انسان منتقل شود.

جدول شماره ۷۸- مشخصات شاخص میزان بروز تب مالت

نام شاخص	میزان بروز تب مالت
نحوه محاسبه شاخص	تعداد بیماران مبتلا به تب مالت شناسایی شده تقسیم بر کل جمعیت همان منطقه در هرصد هزار نفر
منبع جمع آوری اطلاعات	نظام جاری جمع آوری اطلاعات
دوره زمانی	ماهانه

جدول شماره ۷۹- میزان بروز تب مالت در هر صد هزار نفر به تفکیک استان، سالهای ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	۱۳۸۵ (در هر صد هزار نفر)	۱۳۸۰ (در هر صد هزار نفر)
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱۰۸۰	۳۶۲
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۶۸۵	۴۲۵
۳	اردبیل	اردبیل	۲۳۵	۸۰۸
۴	اصفهان	اصفهان	۱۸۵	۱۴۲
		کاشان	۲۴۶	۲۵۳
		کل	۱۸۹	۱۴۹
۵	ایلام	ایلام	۲۱۳	۸۹
۶	بوشهر	بوشهر	۷۴	۱۰۹
۷	تهران*	تهران	۱۷	۳۱
		ایران	۲۸	۴۱
		شهید بهشتی	۲۹	۲۷
		کل	۲۵	۳۲
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۳۰۰	۲۶۰
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۴۳۰	۱۷۰
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۶۹۰	۲۶۸
		سبزوار	۸۳۲	۳۰۱
		گناباد	۶۰۰	۳۳۰
		کل	۶۹۹	۲۷۲
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد†	۴۲۰	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۱۴۰	۱۷۳
۱۳	زنجان	زنجان	۶۶۰	۳۴۹
۱۴	سمنان	سمنان	۲۲۰	۲۸۴
		شاهرود	۲۰۶	۶۳۰
		کل	۲۱۵	۴۲۲
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۴۴	۳۳
		زابل	۰۰	۰۰
		کل	۳۸	۲۸

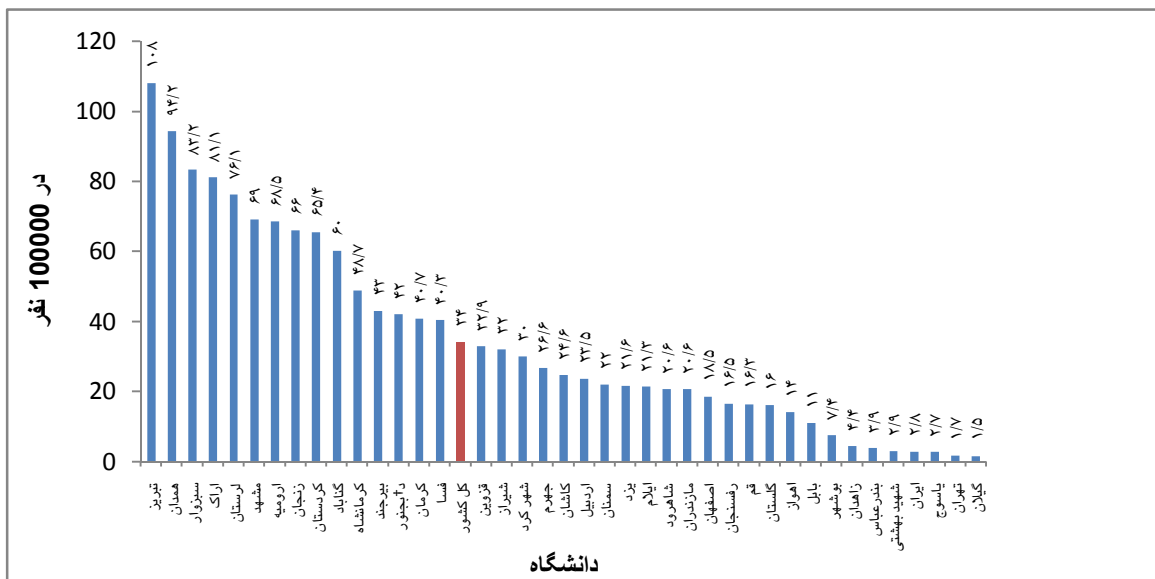
ادامه جدول شماره ۷۹

ردیف	استان	دانشگاه ها	۱۳۸۵ (در هر صد هزار نفر)	۱۳۸۰ (در هر صد هزار نفر)
۱۶	فارس	شیراز	۳۲۰	۲۸۹
		جهرم	۲۶۶	۱۵۵
		فسا	۴۰۳	۴۶۲
		کل	۲۹۰	۳۲۱
۱۷	قزوین	قزوین	۳۲۹	۷۲۶
۱۸	قم	قم	۱۶۳	۱۵۹
۱۹	کردستان	کردستان	۶۵۴	۳۱۱
۲۰	کرمان	کرمان	۴۰۷	۳۵
		رفسنجان	۱۶۵	۱۵۸
		کل	۳۷۹	۴۸
		کرمانشاه	۴۸۷	۳۷۵
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۲۰۷	۲۰۴
۲۳	گلستان	گلستان	۱۶۰	۵۲۸
۲۴	گیلان	گیلان	۱۵	۳۵
۲۵	لرستان	لرستان	۷۶۱	۴۵۰
۲۶	مازندران	مازندران	۲۰۶	۳۶۶
		بابل	۱۱۰	۲۰۰
		کل	۱۹۱	۳۳۹
		اراک	۸۱۱	۴۶۶
۲۸	هرمزگان	بندرعباس	۳۰۹	۲۳۱
۲۹	همدان	همدان	۹۴۲	۸۰۴
۳۰	یزد	یزد	۲۱۶	۲۶۲
		کل کشور	۳۴۰	۲۵۳

* با توجه به عدم دسترسی به جمعیت تحت پوشش در دانشگاه های شهر تهران، میزان بروز تب مالت در این شهر تنها با محاسبه میانگین ریاضی بدست آمد.

† اطلاعات مربوط به این دانشگاه ها در سال ۱۳۸۰ بطور جداگانه در دسترس نبود و اطلاعات ارائه شده برای کل استان شامل این دانشگاه ها نیز می باشد

نمودار شماره ۶۰- میزان بروز تب مالت در صد هزار نفر به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



یافته های ارائه شده در جدول شماره ۷۹ به خوبی نشان می دهد که میزان بروز تب مالت در سال ۱۳۸۵ به نسبت سال ۱۳۸۰ با افزایش ۳۴.۳٪ روبرو بوده است. در سال ۱۳۸۵ دانشگاه های گیلان (۱.۵)، تهران (۱.۷) و یاسوج (۲.۷) با کمترین میزان بروز در پایین ترین دهک قرار گرفته و دانشگاه های تبریز (۱.۸)، همدان (۹۴.۲) و سبزوار (۱۳.۲) با دارا بودن بالاترین میزان بروز در بالاترین دهک قرار می گیرند (نمودار شماره ۶۰).

لیشمانیوز

این بیماری به دو صورت پوستی و احشایی خود را نشان می دهد و عامل آن یک پروتوزوا می باشد. این بیماری جز بیماری های ^۱NTD محسوب می شود که ارتباط نزدیکی با عوامل محیطی همچون از بین رفتن جنگلها، ساختن سد، شهرنشینی و مهاجرت افراد غیر ایمن به نقاط پر خطر دارد. ایران از جمله کشورهایی است که بیماری سالک (نوع پوستی لیشمانیوز) بطور اندمیک در آن گسترش دارد. لازم به ذکر است که ایران به همراه هندوستان، افغانستان، برزیل، پرو، عربستان سعودی و سوریه از جمله کشورهایی هستند که بالغ بر ۹۰٪ موارد سالک مربوط به آنهاست. در خصوص لیشمانیوز احشایی (کالا آزار) ذکر این نکته ضروری است که ایران (به جز قسمتهای مرکزی و جنوب غربی کشور) جز کشورهای اندمیک محسوب نمی شود. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، در سالهای اخیر تعداد موارد گزارش شده لیشمانیوز رو به فزونی بوده و همچنین تعداد کشورهای دیگر نیز افزایش یافته است.

^۱ Neglected tropical disease

جدول شماره ۸۰- مشخصات شاخص میزان بروز سالک در استانها و دانشگاههای ایران

نام شاخص	میزان بروز سالک در هر صد هزار نفر
نحوه محاسبه شاخص	تعداد بیماران شناسایی شده با تشخیص سالک تقسیم بر کل جمعیت همان منطقه در هر صد هزار نفر
منبع جمع آوری اطلاعات	نظام جاری جمع آوری اطلاعات
دوره زمانی	ماهانه

جدول شماره ۸۱- میزان بروز سالک در هر صد هزار نفر به تفکیک استان، سالهای ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه ها	۱۳۸۵ (در هر صد هزار نفر)	۱۳۸۰ (در هر صد هزار نفر)
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۲۰	۰۵
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۲۰	۰۵
۳	اردبیل	اردبیل	۲۰	۰۶
۴	اصفهان	اصفهان	۵۶۰	۲۸۰
		کاشان	۶۶۰	۷۵۰
		کل	۵۶۷	۴۰۵
۵	ایلام	ایلام	۱۵۰۰	۷۶۰
۶	بوشهر	بوشهر	۱۶۱۰	۱۹۰
۷	تهران*	تهران	۱۰	۱۳
		ایران	۱۰	۲۰
		شهید بهشتی	۱۰	۵۰
		کل	۱۰	۲۸
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۸۰	۲۰
۹	خراسان جنوبی	پیرچند	۸۰	۴۰
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۷۲۰	۷۸۰
		سبزوار	۸۲۰	۶۹۰
		گناباد	۴۰	۱۱۰
		کل	۷۱۴	۷۶۰
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد†	۴۹۰	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۳۲۰	۱۸۰
۱۳	زنجان	زنجان	۱۰	۰۰
۱۴	سمنان	سمنان	۴۶۰	۱۶۸۰
		شاهرود	۵۸۰	۲۳۰
		کل	۵۰۸	۱۱۰۳
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۳۷۰	۶۰
		زابل†	۵۰	-
		کل	۳۲۶	۶۰

ادامه جدول شماره ۸۱

ردیف	استان	دانشگاه ها	۱۳۸۵ (در هر صد هزار نفر)	۱۳۸۰ (در هر صد هزار نفر)
۱۶	فارس	شیراز	۱۲۶۰	۸۴۰
		جهرم	۵۹۲۰	۹۳۰
		فسا	۳۸۰۰	۱۶۱۰
		کل	۱۵۹۰	۸۷۸
۱۷	قزوین	قزوین	۱۰	۱۰
۱۸	قم	قم	۲۲۰	۱۳۰
۱۹	کردستان	کردستان	۱۰	۰۷
۲۰	کرمان	کرمان	۱۵۸۰	۳۶۰
		رفسنجان	۵۳۰	۸۰
		کل	۱۴۶۳	۳۲۹
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۷۰	۳۰
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۵۰	۲۰
۲۳	گلستان	گلستان	۱۱۰	۳۴۰
۲۴	گیلان	گیلان	۰۰	۰۳
۲۵	لرستان	لرستان	۱۹۰	۲۰
۲۶	مازندران	مازندران	۱۰	۱۵۰
		بابل	۱۰	۰۴
		کل	۱۰	۱۳
۲۷	مرکزی	اراک	۲۰	۲۰
۲۸	هرمزگان	بندرعباس	۲۸۰	۵۰
۲۹	همدان	همدان	۲۰	۱۰
۳۰	یزد	یزد	۸۷۰	۸۲۰
کل کشور			۳۵۰	۲۲۰

* با توجه به عدم دسترسی به جمعیت تحت پوشش در دانشگاههای شهر تهران، میزان بروز تب مالت در این شهر تنها با محاسبه میانگین ریاضی بدست آمد.

† داده های مربوط به این دانشگاهها در سال ۱۳۸۰ بطور جداگانه در دسترس نبود و بصورت ادغام در آمار مربوط به همان استان آورده شده است.

جدول شماره ۸۳- میزان بروز حیوان گزیدگی در هر صد هزار نفر به تفکیک استان، سالهای ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه ها	۱۳۸۵	۱۳۸۰
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۲۶۱	۱۸۰
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱۸۴	۱۳۷
۳	اردبیل	اردبیل	۵۱۰	۳۹۲
۴	اصفهان	اصفهان	۱۵۷	۹۹
		کاشان	۱۵۴	۵۲
		کل	۱۵۶۸	۹۵۹
۵	ایلام	ایلام	۱۱۹	۶۷
۶	بوشهر	بوشهر	۱۵۴	۱۴۵
۷	تهران*	تهران	۱۱۲	۱۱۱
		ایران	۵۲	۳۹
		شپید بهشتی	۴۵	۳۱
		کل	۶۹۷	۶۰۳
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۳۳۴	۳۱۴
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۳۸۲	۸۰
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۲۳۸	۱۹۹
		سبزوار	۴۲۵	۳۱۲
		گناباد	۲۰۹	۱۳۰
		کل	۲۵۲۱	۲۰۶۵
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد†	۲۷۷	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۱۳۸	۱۰۰
۱۳	زنجان	زنجان	۲۲۸	۱۵۴
۱۴	سمنان	سمنان	۱۶۶	۱۶۰
		شاهرود	۲۱۲	۲۲۱
		کل	۱۸۴۳	۱۸۴۳
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۵۴	۵۹
		زابل†	۱۳۲	-
		کل	۶۳۳	۵۹۰

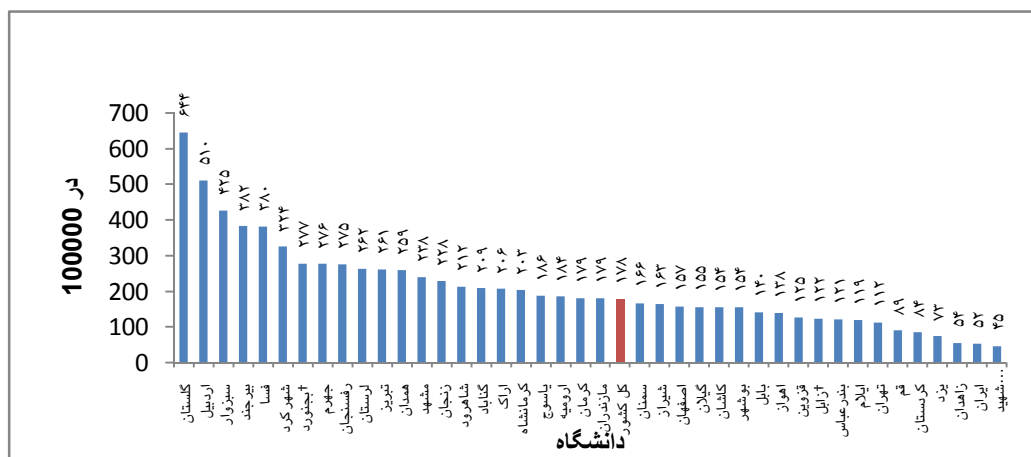
ادامه جدول شماره ۸۳

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	۱۳۸۵	۱۳۸۰
۱۶	فارس	شیراز	۱۶۳	۱۲۶
		جهرم	۲۷۶	۱۱۴
		فسا	۳۸۰	۱۵۲
		کل	۱۷۷۰۹	۱۲۶۶۶
۱۷	قزوین	قزوین	۱۲۵	۹۰
۱۸	قم	قم	۸۹	۶۴
۱۹	کردستان	کردستان	۸۴	۷۶
۲۰	کرمان	کرمان	۱۷۹	۱۱۶
		رفسنجان	۲۷۵	۱۱۷
		کل	۱۸۹۰۷	۱۱۶۰۱
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۲۰۳	۱۴۰
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۱۸۶	۲۲۴
۲۳	گلستان	گلستان	۶۴۴	۵۵۱
۲۴	گیلان	گیلان	۱۵۵	۱۵۰
۲۵	لرستان	لرستان	۲۶۲	۱۳۴
۲۶	مازندران	مازندران	۱۷۹	۱۵۵
		بابل	۱۴۰	۱۰۹
		کل	۱۷۲۰۷	۱۴۷۶۶
۲۷	مرکزی	اراک	۲۰۶	۶۰
۲۸	هرمزگان	بندرعباس	۱۲۱	۳۷
۲۹	همدان	همدان	۲۵۹	۱۷۴
۳۰	یزد	یزد	۷۳	۲۹
کل کشور			۱۷۸۰۰	۱۳۵۰۰

* با توجه به عدم دسترسی به جمعیت تحت پوشش در دانشگاههای شهر تهران، میزان بروز در این شهر تنها با محاسبه میانگین ریاضی بدست آمد.

† داده های مربوط به این دانشگاهها در سال ۱۳۸۰ بطور جداگانه در دسترس نبود و بصورت ادغام در آمار مربوط به همان استان آورده شده است.

نمودار شماره ۶۲- میزان بروز حیوان گزیدگی در ۱۰۰ هزار نفر به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



بیماری هاری از جمله بیماریهای زئونوز می باشد که عامل آن یک ویروس از دسته رابدو ویروسها می باشد. این بیماری سالانه باعث مرگ بیش از ۵۵۰۰۰ نفر در دنیا می شود که ۹۵٪ آنها در دو قاره آسیا و آفریقا زندگی می کنند. با توجه به اینکه بیشتر موارد مرگ و میر این بیماران در اثر حیوان گزیدگی (مخصوصا در اثر گزش با سگ) رخ می دهد لذا بررسی وضعیت حیوان گزیدگی در کشور حائز اهمیت فراوان می باشد.

همچنانکه از اطلاعات ارائه شده در جدول شماره ۸۳ مشخص است، میزان بروز موارد حیوان گزیدگی در ایران در سال ۱۳۸۵ (۱۷۸) در هر صد هزار نفر در سال (نسبت به سال ۱۳۸۰) ۱۳۵ در هر صد هزار نفر) با افزایش ۳۲٪ روبرو بوده است. همچنین این میزان نسبت به سال ۱۳۶۶ (۳۵.۱ در صد هزار نفر) نشان دهنده چهار برابر شدن میزان بروز حیوان گزیدگی در کشور در طی ۲۰ سال می باشد. البته احتمالی از دلایل این امر بهبود نظام ثبت و گزارش دهی بیماری است. در سال ۱۳۸۵ استانهای سیستان و بلوچستان، تهران و یزد با کمترین میزان بروز در دهک اول قرار داشته و استانهای چهار محال و بختیاری (۳۲۴) در هر صد هزار نفر)، خراسان جنوبی (۳۸۲) در هر صد هزار نفر)، اردبیل (۵۱۰) در هر صد هزار نفر) و گلستان (۶۴۴) در هر صد هزار نفر) به ترتیب با بالاترین میزان حیوان گزیدگی در دهک آخر قرار گرفته اند. همچنین دانشگاههای شهید بهشتی و ایران با کمترین میزان حیوان گزیدگی در دهک اول و دانشگاههای گلستان و اردبیل با بالاترین میزان بروز حیوان گزیدگی در دهک آخر قرار گرفته اند (نمودار شماره ۶۲).

کیست هیداتیک

جدول شماره ۸۴- مشخصات شاخص موارد جدید کیست هیداتید

نام شاخص	تعداد موارد کیست هیداتید
نحوه محاسبه شاخص	تعداد موارد کیست هیداتیک در هر منطقه
منبع جمع آوری اطلاعات	نظام جاری جمع آوری اطلاعات
دوره زمانی	ماهانه

جدول شماره ۸۵- فراوانی موارد جدید شناسایی شده کیست هیداتید به تفکیک استان، سالهای ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

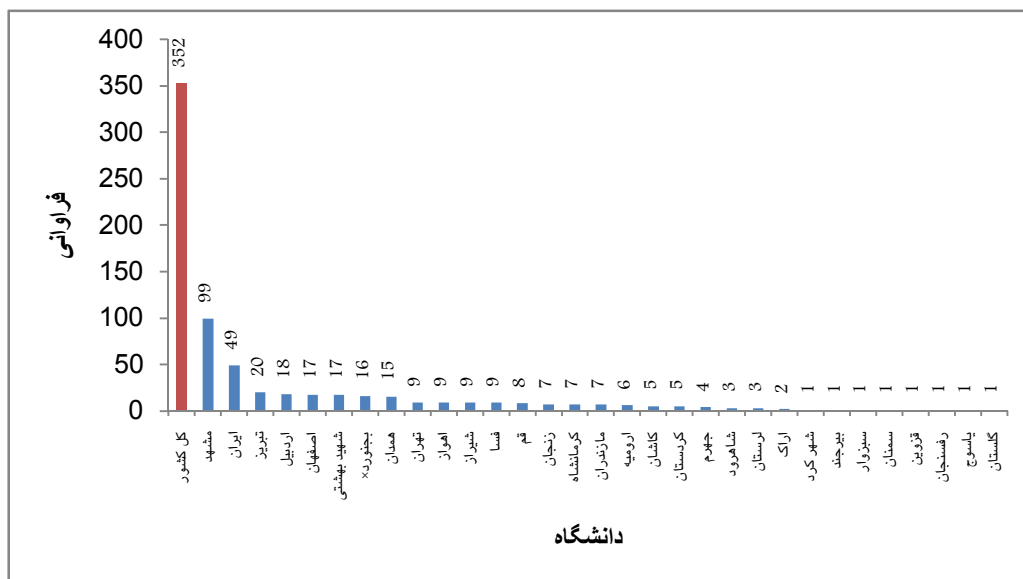
ردیف	استان	دانشگاه ها	۱۳۸۵	۱۳۸۰
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۲۰	۱۵
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۶	۱۱
۳	اردبیل	اردبیل	۱۸	۱۴
۴	اصفهان	اصفهان	۱۷	۴۷
		کاشان	۵	۲
		کل	۲۲	۴۹
۵	ایلام	ایلام	۰	۲
۶	بوشهر	بوشهر	۰	۰
۷	تهران	تهران	۹	۱۸
		ایران	۴۹	۳۲
		شهید بهشتی	۱۷	۱۲
		کل	۷۵	۶۲
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۱	۵
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۱	۰
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۹۹	۱۳۶
		سبزوار	۱	۱۰
		گناباد	۰	۱
		کل	۱۰۰	۱۳۷
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد*	۱۶	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۹	۲۰
۱۳	زنجان	زنجان	۷	۷
۱۴	سمنان	سمنان	۱	۴
		شاهرود	۳	۳
		کل	۴	۷
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۰	۱
		زابل	۰	۰
		کل	۰	۱

ادامه جدول شماره ۸۵

ردیف	استان	دانشگاه ها	۱۳۸۵	۱۳۸۰
۱۶	فارس	شیراز	۹	۲۴
		چهرم	۴	۱
		فسا	۹	۱
		کل	۲۲	۲۶
۱۷	قزوین	قزوین	۱	۱
۱۸	قم	قم	۸	۶
۱۹	کردستان	کردستان	۵	۵
۲۰	کرمان	کرمان	۰	۰
		رفسنجان	۱	۱
		کل	۱	۱
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۷	۸
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۱	۱
۲۳	گلستان	گلستان	۱	۲
۲۴	گیلان	گیلان	۰	۱۳
۲۵	لرستان	لرستان	۳	۱۳
۲۶	مازندران	مازندران	۷	۶
		بابل	۰	۴
		کل	۷	۱۰
۲۷	مرکزی	اراک	۲	۲۵
۲۸	هرمزگان	بندرعباس	۰	۰
۲۹	همدان	همدان	۱۵	۲۹
۳۰	یزد	یزد	۰	۰
کل کشور			۳۵۲	۴۷۰

*داده های مربوط به این دانشگاهها در سال ۱۳۸۰ بطور جداگانه در دسترس نبود و بصورت ادغام در آمار مربوط به همان استان آورده شده است.

نمودار شماره ۶۳- فراوانی کیست هیداتید به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



این بیماری یکی از بیماری‌هایی است که در اثر *Echinococcus granulosus* ایجاد می‌گردد که در گستره جغرافیایی وسیعی توزیع دارد و خصوصاً در روستاها بیشتر است. در ایران این بیماری جزء بیماری‌های عفونی مهم (ولی شاید فراموش شده) محسوب می‌شود. پیش بینی می‌گردد که شیوع این عامل در میزبان واسط در ایران بین ۲٪ تا ۲۰٪ باشد.

سل (Tuberculosis)

سل یک عفونت باکتریایی می‌باشد که توسط مایکوباکتریوم توبرکلوسیس ایجاد می‌شود که اکثراً به شکل نوع ریوی خود را نشان می‌دهد. این بیماری یکی از دلایل اصلی بیماری و مرگ در اکثر کشورهای دنیا بخصوص در کشورهای آسیایی و آفریقایی می‌باشد. بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت، این بیماری در سال ۲۰۰۶ حدوداً ۹.۲ میلیون مورد جدید بیماری و ۱.۷ میلیون مرگ اتفاق افتاده است. نکته مهم در این زمینه بروز ۰.۷ میلیون از کل موارد جدید و همین‌طور ۰.۲ میلیون مرگ از کل موارد مرگ در بیماران آلوده به ویروس HIV می‌باشد [۱۸]. اهداف پیش بینی شده برای کنترل این بیماری در قالب اهداف توسعه هزاره (Millennium Development Goals) در هدف شماره ۶ بصورت ایجاد روند کاهش در بروز بیماری سل تا سال ۲۰۱۵ بیان شده است. همچنین در اهداف ارائه شده در برنامه مشارکتی توقف سل (Stop TB partnership)، پیش بینی شده است که تا سال ۲۰۰۵ حداقل ۷۰٪ از بیماران با آزمایش مثبت خلط باید شناسایی و حداقل ۸۵٪ از آنان باید بطور کامل معالجه شوند. در ادامه اشاره به اهداف پیش بینی شده برای سالهای ۲۰۱۵ و ۲۰۵۰ نیز می‌تواند جالب باشد. تا سال ۲۰۱۵ بایستی بار جهانی این بیماری نسبت به سال ۱۹۹۰ حدود ۵۰٪ کاهش یابد و تا سال ۲۰۵۰ باید میزان بروز جهانی سل به یک مورد در هر میلیون نفر کاهش یابد. جدول شماره ۸۶ برآورد میزان بروز سل در سال ۲۰۰۵ را در مناطق مختلف دنیا نشان می‌دهد.

جدول شماره ۸۶* - برآورد میزان بروز، شیوع و مرگ ناشی از سل برای سال ۲۰۰۵

مرگ و میر ناشی از سل		شیوع		میزان بروز				
				موارد خلط مثبت		تمامی اشکال		
در صد هزار	هزار	در صد هزار	هزار	در صد هزار	هزار	در صد هزار	تعداد (هزار) (%ازکل موارد در دنیا)	منطقه
۷۴	۵۴۴	۵۱۱	۳۷۷۳	۱۴۷	۱۰۸۸	۳۴۳	۲۵۲۹ (۲۹)	آفریقا
۵.۵	۴۹	۵۰	۴۴۸	۱۸	۱۵۷	۳۹	۳۵۲ (۴)	آمریکا
۲۱	۱۱۲	۱۶۳	۸۸۱	۴۷	۲۵۳	۱۰۴	۵۶۵ (۶)	مدیترانه شرقی
۷.۴	۶۶	۶۰	۵۲۵	۲۳	۱۹۹	۵۰	۴۴۵ (۵)	اروپا
۳۱	۵۱۲	۲۹۰	۴۸۰۹	۸۱	۱۳۳۹	۱۸۱	۲۹۹۳ (۳۴)	آسیای جنوب شرقی
۱۷	۲۹۵	۲۰۶	۳۶۱۶	۴۹	۸۶۶	۱۱۰	۱۹۲۷ (۲۲)	غرب اقیانوس آرام
۲۴	۱۵۷۷	۲۱۷	۱۴۰۵۲	۶۰	۳۹۰۲	۱۳۶	۸۸۱۱ (۱۰۰)	جهان

* بر گرفته از وب سایت سازمان جهانی بهداشت [۱۸]

جدول شماره ۸۷ - مشخصات شاخص بروز موارد جدید سل بر حسب نوع سل

نام شاخص	بروز موارد سل
نحوه محاسبه شاخص	تعداد موارد سل بر حسب نوع (اسمیر مثبت، اسمیر منفی، خارج ریوی و کل) تقسیم بر کل جمعیت منطقه در هر صد هزار نفر
منبع جمع آوری اطلاعات	اطلاعات ارسالی از نظام جاری اطلاعات (مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی)
دوره زمانی	سالانه

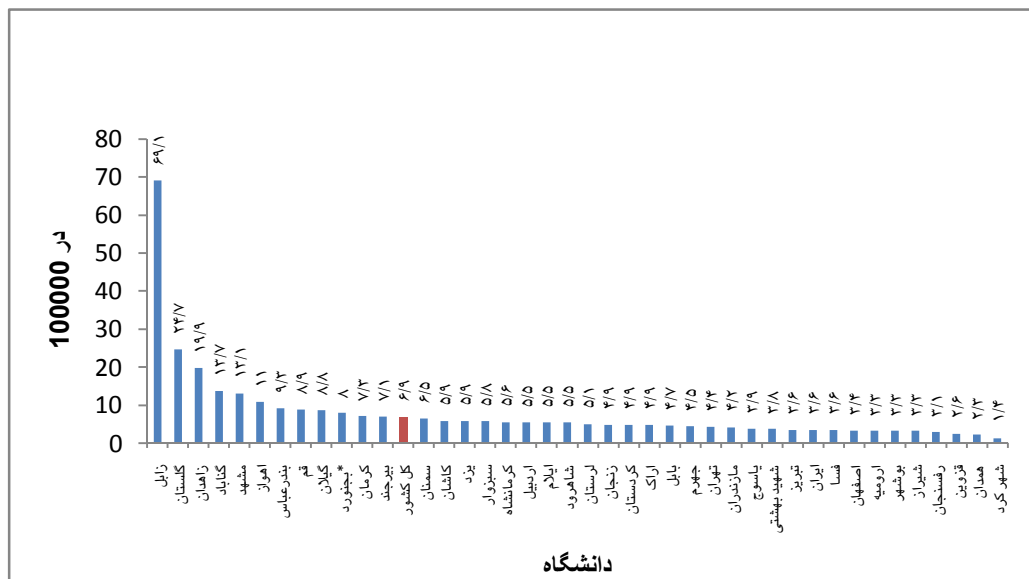
جدول شماره ۸۸- میزان بروز سل به ازای هر صد هزار نفر به تفکیک استان، سالهای ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵

		بروز موارد جدید سل														
		اسمیر مثبت		اسمیر منفی		خارج رویی		کل موارد		درصد اسمیر مثبت به کل موارد سل روی		نسبت اسمیر مثبت به اسمیر منفی و خارج رویی				درصد خارج رویی به کل موارد سل
استان	دانشگاه ها	۸۵	۸۰	۸۵	۸۰	۸۵	۸۰	۸۵	۸۰	۸۵	۸۰	۸۵	۸۵	۸۰	۸۵	۸۰
آذربایجان شرقی	تبریز	۳۶	۴۸	۰۷	۲۳	۲۴	۵۰	۶۸	۱۲۲	۴۶۹	۶۸۱	۰۷	۱۳۰	۴۰۶		
آذربایجان غربی	ارومیه	۳۳	۴۴	۲۱	۲۳	۳۰	۳۲	۸۶	۱۰۱	۵۳۴	۶۷۴	۰۵	۳۲۷	۳۱۶		
اردبیل	اردبیل	۵۵	۸۸	۱۵	۳۴	۲۹	۵۲	۱۰۴	۱۸۱	۸۰۲	۷۳۸	۱۳	۲۸۳	۲۸۹		
اصفهان	اصفهان	۳۴	۵۳	۱۷	۲۱	۲۸	۵۱	۸۱	۱۲۸	۱۰۰۰	۷۲۷	۳۱	۲۲۳	۳۹۸		
کاشان	کاشان	۵۹	۷۶	۱۸	۳۲	۳۳	۱۰۸	۱۱۵	۲۲۳	۶۲۷	۷۱۹	۰۸	۲۵۰	۴۸۴		
	کل	۳۶	۵۵	۱۷	۲۲	۲۸	۵۵	۸۳	۱۳۴	۹۷۵	۷۳۶	۲۹	۲۳۴	۴۰۴		
	ایلام	۵۵	۹۱	۰۷	۲۳	۱۵	۳۱	۸۲	۱۴۸	۷۵۰	۸۰۳	۰۸	۴۰۷	۲۰۸		
پوشهر	پوشهر	۳۳	۳۵	۱۷	۴۰	۱۹	۳۳	۷۱	۱۱۳	۶۷۷	۴۹۲	۰۸	۲۴۰	۲۹۲		
تهران	تهران	۴۴	۶۴	۱۹	۲۸	۲۲	۵۷	۸۷	۱۵۵	۷۵۴	۷۰۹	۱۱	۲۹۷	۳۷۰		
	ایران	۳۶	۵۵	۱۳	۳۱	۲۵	۴۰	۷۵	۱۳۰	۶۷۴	۶۵۴	۰۹	۲۷۰	۳۰۵		
	شهید بهشتی	۳۸	۸۰	۱۴	۴۵	۲۶	۵۰	۸۰	۱۷۹	۷۹۱	۶۵۱	۱۵	۲۱۲	۲۷۸		
	کل	۳۹	۶۶	۱۵	۳۵	۲۴	۴۹	۸۱	۱۵۵	۷۴۰	۶۷۱	۱۲	۲۶۰	۳۱۸		
چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۱۴	۲۵	۰۵	۰۹	۱۳	۲۵	۳۱	۵۹	۷۶۹	۷۵۰	۱۳	۲۵۹	۴۱۷		
خراسان جنوبی	یرجند	۷۱	۱۳۹	۴۷	۸۲	۲۷	۹۹	۱۴۵	۳۲۶	۷۵۱	۶۴۲	۱۵	۱۶۴	۳۰۲		
خراسان رضوی	مشهد	۱۳۱	۱۴۸	۳۸	۵۰	۴۸	۸۳	۲۲۸	۲۹۰	۷۰۸	۷۶۰	۱۵	۱۱۱	۲۸۸		
	سبزوار	۵۸	۲۰	۳۱	۱۳	۴۲	۲۰	۱۳۱	۵۶	۱۰۰۰	۶۲۵	۳۰	۲۵۰	۳۶۰		
	گناباد	۱۳۷	۱۰۰	۶۴	۱۰۰	۲۷	۵۴	۲۴۶	۲۶۳	۷۷۴	۵۲۲	۱۶	۱۸۲	۲۰۷		
	کل	۱۲۵	۱۳۷	۳۸	۴۸	۴۷	۷۷	۲۲۱	۲۷۱	۷۳۲	۷۴۵	۱۶	۱۲۳	۲۹۲		
			۸۰		۲۸		۲۸		۱۴۵		۶۴۷		۰۸	۳۲۰		
خراسان شمالی	بجنورد					۲۸										
خوزستان	اهواز	۱۱۰	۸۹	۳۳	۳۸	۳۸	۵۵	۱۸۹	۱۸۷	۷۱۲	۷۱۴	۰۸	۳۶۶	۲۹۶		
زنجان	زنجان	۴۹	۵۰	۰۴	۲۱	۱۷	۲۸	۷۰	۱۰۱	۷۴۳	۷۱۴	۱۰	۳۳۳	۲۷۸		
سمنان	سمنان	۶۵	۱۴۶	۲۰	۵۹	۲۵	۷۲	۱۱۰	۲۷۷	۷۸۱	۷۱۴	۱۲	۲۸۹	۲۵۹		
	شاهرود	۵۵	۵۸	۰۸	۰۹	۱۷	۲۷	۸	۹۳	۷۵۸	۸۶۷	۱۴	۱۹۵	۲۸۶		
	کل	۶۱	۱۱۱	۱۵	۳۹	۲۲	۵۴	۹۸	۲۰۳	۷۷۲	۷۷۵	۱۳	۲۵۲	۲۷۰		
سیستان و بلوچستان	زاهدان	۱۹۹	۳۱۶	۶۳	۱۲۰	۶۲	۱۲۸	۳۳۹	۵۸۵	۷۰۹	۷۳۹	۱۳	۱۹۱	۲۱۹		
	زابل	۶۹۱	۸۱۶	۲۶۰	۲۹۰	۱۹۸	۳۳۵	۱۱۹۰	۱۵۱۷	۸۹۲	۷۵۷	۲۵	۱۷۸	۲۲۱		
	کل	۲۶۶	۳۸۴	۹۰	۱۴۳	۸۱	۱۵۶	۴۵۶	۷۱۲	۷۳۴	۷۴۲	۱۵	۱۸۹	۲۱۹		

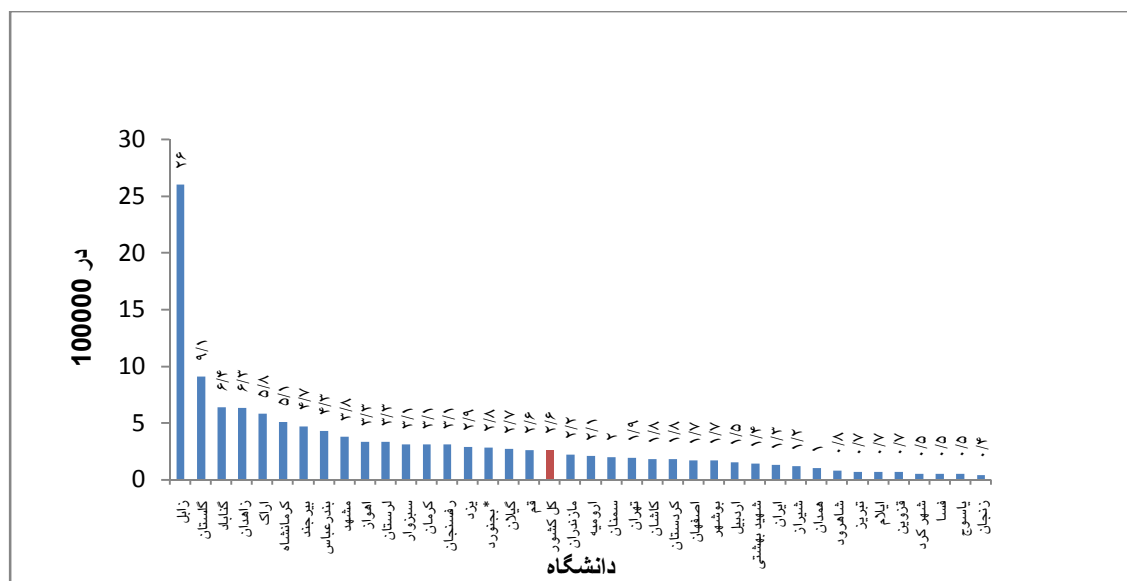
ادامه جدول شماره ۸۸

استان	دانشگاه ها	۸۵	۸۰	۸۵	۸۰	۸۵	۸۰	۸۵	۸۰	۸۵	۸۰	۸۵	۸۰	۸۵	۸۰
فارس	شیراز	۳۳	۳۱	۱۲	۲۵	۲۰	۳۰	۶۷	۸۸	۶۰۰	۵۶۶	۱۰	۰۶	۱۸۵	۳۳۸
	جهرم	۴۵	۴۳	۰۰	۱۴	۱۵	۲۹	۵۹	۸۶	۸۷۵	۷۵۰	۱۴	۱۰	۳۳۳	۳۳۳
	فسا	۳۶	۱۰	۰۵	۲۱	۳۶	۶۲	۶۶	۶۶	۷۷۸	۶۶۷	۱۵	۰۲	۲۰۲	۵۳۸
	کل	۳۴	۳۱	۱۱	۲۴	۲۰	۳۰	۶۶	۸۷	۶۲۱	۵۷۹	۱۰	۰۶	۱۹۳	۳۴۷
قزوین	قزوین	۲۶	۴۷	۰۷	۳۰	۲۸	۳۵	۶۴	۱۱۵	۸۹۷	۶۲۲	۲۳	۰۷	۲۱۶	۳۰۵
قم	قم	۸۹	۱۳۲	۲۶	۹۹	۵۳	۹۱	۱۷۴	۳۳۰	۷۴۵	۵۸۳	۰۶	۰۷	۴۵۷	۲۷۸
کردستان	کردستان	۴۹	۶	۱۸	۵	۶	۵۷	۱۳۱	۱۷۸	۶۶	۵۸۴	۱	۰۶	۲۲۵	۳۲۲
کرمان	کرمان	۷۳	۱۱۷	۳۱	۵۳	۲۵	۴۹	۱۳۳	۲۳۱	۸۰۵	۷۱	۰۸	۱۲	۴۳۸	۲۱۲
	رفسنجان	۳۱	۱۴۱	۳۱	۳۱	۲	۳۹	۹۲	۲۱۹	۷۱۲	۸۲۶	۱	۲	۲۵۷	۱۷۹
	کل	۶۸	۱۲۰	۳۱	۵۱	۲۴	۴۸	۱۲۸	۲۳۰	۷۹۵	۷۲۳	۰۸	۱۳	۴۱۸	۲۰۸
	کرمانشاه	۵۶	۶۳	۵۱	۲۸	۵۳	۵۲	۱۶۱	۱۴۷	۵۷۱	۷۰۶	۰۶	۰۸	۲۲۲	۳۵۳
کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۳۹	۳۸	۰۵	۳۸	۱۳	۳۵	۵۸	۱۱۲	۷۶۷	۵۱۱	۱۴	۰۵	۲۳۱	۳۰۸
گلستان	گلستان	۳۴۷	۲۵۲	۹۱	۵۹	۷۲	۱۰۴	۴۳۷	۴۳۷	۸۶۷	۸۲۲	۲۲	۱۵	۲۱۱	۳۳۸
گیلان	گیلان	۸۸	۱۰۱	۲۷	۲۵	۴۱	۴۳	۱۵۸	۱۷۴	۷۰۱	۸۰۸	۱	۱۵	۲۵۳	۲۴۸
لرستان	لرستان	۵۱	۴۵	۳۳	۲۵	۲۹	۲۴	۱۱۷	۱۰	۶۱۹	۶۶۹	۰۶	۰۹	۳۵	۲۴۴
مازندران	مازندران	۴۲	۷	۲۲	۲۷	۱۹	۳۳	۸۵	۱۳۵	۶۸۱	۷۳۸	۰۸	۱۲	۳۲۶	۲۴۵
	بابل	۴۷	۳۸	۰	۲	۱۵	۲۲	۶۴	۸۹	۸۴۹	۷۰	۱۲	۰۹	۳۵۱	۲۵
	کل	۴۳	۶۵	۱۹	۲۶	۱۸	۳۱	۸۲	۱۲۸	۷۰۸	۷۳۲	۰۹	۱۲	۳۳۰	۲۴۶
	اراک	۴۹	۵۵	۵۸	۳۶	۱۶	۳۴	۱۲۵	۱۲۸	۷۳۷	۶۱۸	۱۵	۰۸	۱۶۶	۲۶۳
هرمزگان	بندرعباس	۹۳	۱۷	۴۳	۶۸	۵۱	۶۶	۱۹۹	۳۱۳	۹۲۳	۷۲۴	۲۴	۱۳	۲۳۵	۲۱۲
همدان	همدان	۲۳	۲۹	۱	۱۶	۲	۳۵	۵۵	۸	۷۳۳	۶۳۸	۰۹	۰۶	۳۲۶	۴۴۱
یزد	یزد	۵۹	۶۸	۲۹	۴۳	۴۴	۵۵	۱۳۶	۱۷۲	۷۸۶	۶۳۴	۱۱	۰۷	۳۰۴	۳۲۱
کل کشور		۶۹	۸۷	۲۶	۳۸	۳۳	۵۳	۱۳۳	۱۸۴	۷۳۷	۷۱۱	۱۲	۱	۲۴۸	۲۸۸

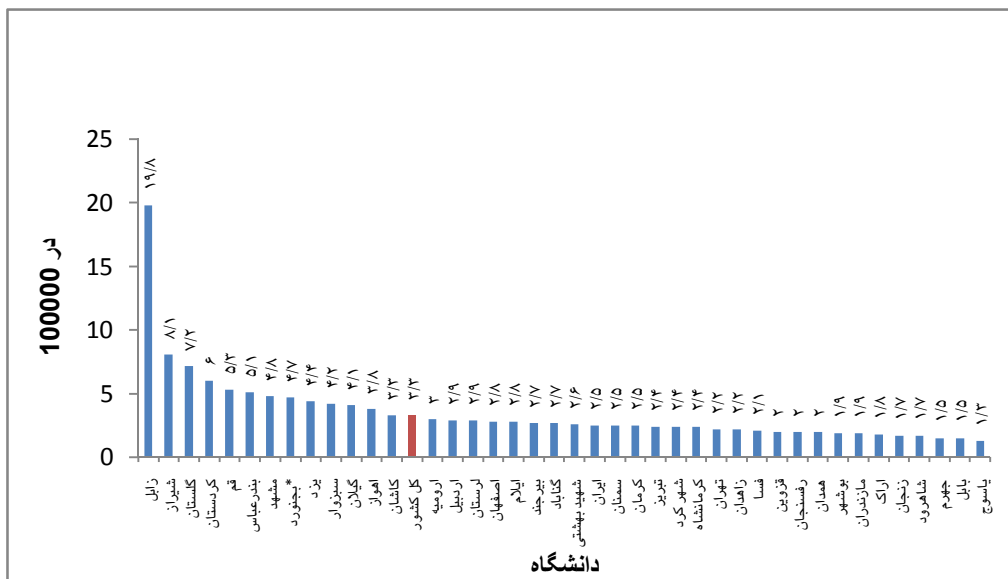
نمودار شماره ۶۴- میزان بروز سل اسمیر مثبت در هر صد هزار نفر به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



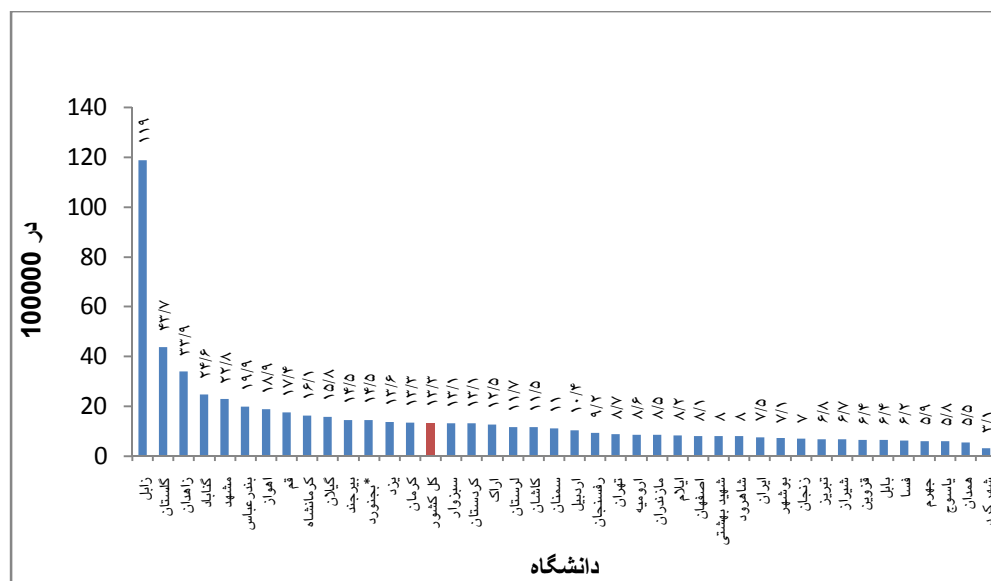
نمودار شماره ۶۵- میزان بروز سل اسمیر منفی در هر صد هزار نفر به تفکیک دانشگاه، سال ۱۳۸۵



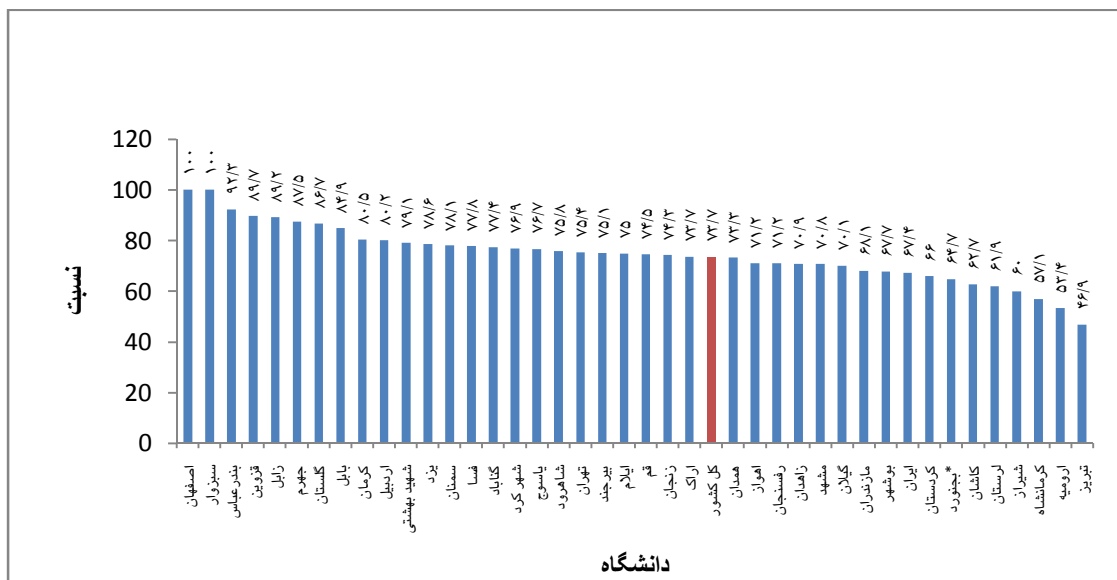
نمودار شماره ۶۶- میزان بروز سل خارج ریوی در هر صد هزار نفر به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



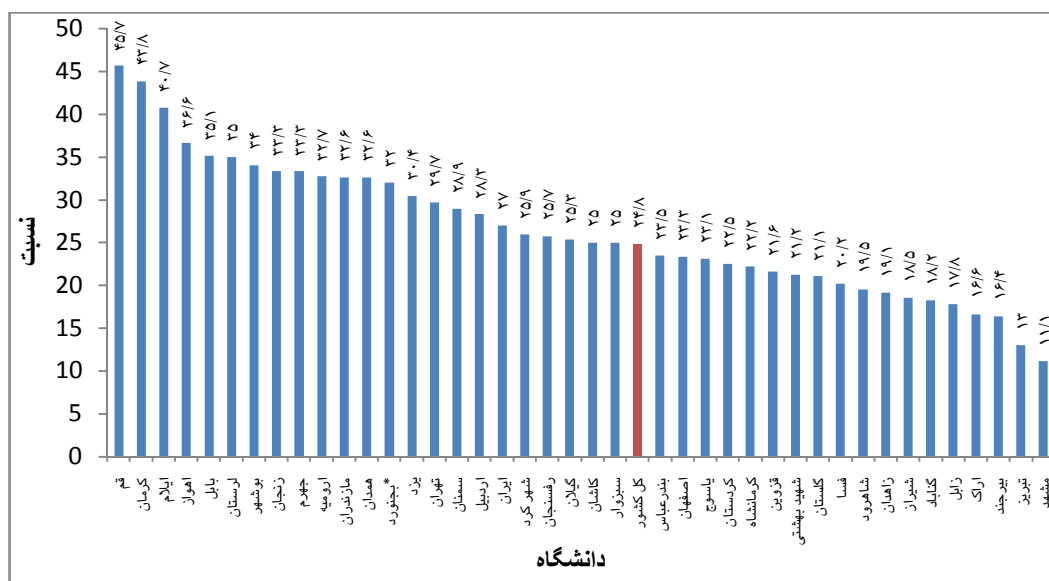
نمودار شماره ۶۷- میزان بروز کلی سل در هر صد هزار نفر به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



نمودار شماره ۶۸- نسبت سل اسمیر مثبت به سل اسمیر منفی در سال ۱۳۸۵



نمودار شماره ۶۹- نسبت سل خارج ریوی به کل موارد سل به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی سال ۱۳۸۵



همچنان که در جدول شماره ۸۸ نشان داده شده است، میزان بروز کلی سل در کشور در سال ۱۳۸۵ برابر با ۱۳.۳ در صد هزار نفر می باشد که به نسبت سال ۱۳۸۰ حدوداً ۲۸٪ کاهش نشان می دهد. همچنین این میزان نسبت به برآورد سازمان جهانی بهداشت برای منطقه مدیترانه شرقی (۱۰۴ در صد هزار نفر) بسیار پائین تر می باشد. این در حالیست که میزان گزارش شده در کشور با گزارش این سازمان از برآورد میزان بروز سل در ایران در سال ۲۰۰۶ مطابقت دارد. در این سال کمترین میزان بروز سل در کشور مربوط به استانهای چهار محال بختیاری (۳.۱)، همدان (۵.۵) و کهگیلویه و بویر احمد (۵.۸) می باشد. استانهای خراسان رضوی (۲۲.۱)، گلستان (۴۳.۷) و سیستان و بلوچستان (۴۵.۶) با دارا بودن بالاترین میزان بروز سل در بالاترین دهک قرار می گیرند. لازم به ذکر است که همین الگو در سال ۱۳۸۰ نیز وجود داشته است. در کل کشور در سال ۱۳۸۵ در مجموع ۷۳.۷٪ از موارد سل ریوی اسمیر مثبت بوده اند. در ضمن در همین سال ۲۴.۸٪ از کل موارد سل شناسایی شده در کشور موارد سل خارج ریوی بوده است که در این میان استانهای خراسان رضوی (۱۱.۱٪)، آذربایجان شرقی (۱۳.۰٪) و خراسان جنوبی (۱۶.۴٪) با کمترین نسبت در پایین ترین دهک و استانهای ایلام (۴۰.۷٪)، کرمان (۴۱.۸٪) و قم (۴۵.۷٪) با بالاترین نسبت در بالاترین دهک قرار می گیرند. نمودارهای شماره ۶۴، ۶۵، ۶۶ و ۶۷ موارد بروز سل را در دانشگاههای کشور (بر حسب نوع سل) به ترتیب از بالاترین تا پائین ترین میزان را نشان می دهند. همچنین نمودارهای شماره به ترتیب نسبت سل اسمیر مثبت به اسمیر منفی و سل خارج ریوی به کل موارد سل را نشان می دهد.

واکسیناسیون در ایران:

امروزه واکسنها بطور وسیعی در دنیا برای پیشگیری از بیماریهای مختلف بکار می روند و امروزه واکسنهای روتین بر علیه بیماریهایی همچون سرخک، دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، سل و سایر بیماریها در کشورهای جهان سوم و دیگر کشورها جان میلیونها انسان را هر ساله نجات می دهد. علیرغم افزایش پوشش واکسنها در جهان، در سال ۲۰۰۳ حدود ۲۲٪ از کودکان سه دوز از واکسن ثلاث را بطور کامل دریافت کنند. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲ حدود ۲.۱ میلیون نفر در دنیا بدلیل ابتلا به بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن از بین رفتند.

پوشش واکسیناسیون در ایران:

در ایران پوشش اکثر واکسنها نزدیک به ۱۰۰٪ می باشد. به عنوان مثال پوشش واکسن ب ث ژ در ایران در سال ۱۳۸۵ برابر با ۹۸٪ بوده است. به غیر از استان قم که در آن پوشش واکسن ب ث ژ ۹۵٪ بوده در تمامی استانهای کشور پوشش برابر با ۱۰۰٪ بوده است. همچنین پوشش ثلاث نوبت سوم، پولیو نوبت سوم و هپاتیت ب نوبت سوم هم ۹۹٪ بوده است. این میزان برای واکسن MMR نوبت اول برابر با ۹۸٪ بوده است.

منابع:

۱. World Health Organization. *Detailed database search*. [cited ۱۹ Oct ۲۰۰۸]; Available from-
<http://www.who.int/whosis/data/Search.jsp>.
۲. Wild S, et al., *Global prevalence of diabetes-estimates for the year ۲۰۰۰ and projection for ۲۰۳۰*.
Diabetes Care ۲۷. ۲۰۰۴, -p. ۱۰۴۷-۵۳.
۳. World Health Organization. *Cancer-Key facts*. [cited ۱۹ Oct ۲۰۰۸]; Available from-
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs۲۹۷/en/index.html>.
۴. Ministry of Health and Medical Education, *National burden of disease and injuries in Islamic Republic of Iran*. ۲۰۰۷, Ministry of Health and Medical Education- Tehran.
۵. Cancer, I.A.f.R.o. *GLOBOCAN ۲۰۰۲ database-summary table by population*. ۲۰۰۲ [cited ۱۹ Oct ۲۰۰۸]; Available from-<http://www-dep.iarc.fr/>.
۶. World Health Organization, *Preventing injuries and violence-A guide for ministries of health*. ۲۰۰۷, WHO.
۷. World Health Organization. *Age-standardized mortality rates by cause (per ۱۰۰,۰۰۰ population)*. [cited ۱۹ Oct ۲۰۰۸]; Available from-
<http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/۲۰۰۸/mst/en/index.html>.
۸. World Health Organization. *World Health Statistics ۲۰۰۸*. ۲۰۰۸ [cited ۱۹ Oct ۲۰۰۸; Available from-http://www.who.int/whosis/whostat/EN/WHO۰۸_Full.pdf.
۹. World Health Organization. *Surveillance of noncommunicable disease risk factors*. ۲۰۰۳ [cited ۲۰۰۸ ۱۲ Sep ۲۰۰۸]; Available from-
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs۲۷۳/en/index.html>.
۱۰. World Health Organization, *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, ۲۰۰۸-The MPOWER package*. ۲۰۰۸, World Health Organization- Geneva.
۱۱. World Health Organization. *Mental disorders*. [cited ۲۰۰۸ ۲۲ Sep ۲۰۰۸]; Available from-
http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/.
۱۲. Mathers CD and Loncar D, *Projections of global mortality and burden of disease from ۲۰۰۲ to ۲۰۳۰*. PLoS Med, ۲۰۰۶. ۳-p. e۴۴۲. doi:۱۰.۱۳۷/journal.pmed.۰۰۳۰۴۴۲۴.
۱۳. World Health Organization. *Suicide Prevention (SUPRE)*. [cited; ۲۵/۱۰/۲۰۰۸]. Available from-
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
۱۴. World Health Organization. *The global burden*. [cited ۲۵ Sep ۲۰۰۸]; Available from-
http://www.who.int/substance_abuse/facts/global_burden/en/index.html.
۱۵. World Health Organization. *Suicide rates per ۱۰۰,۰۰۰ by country, year and sex (Table)*. [cited ۲۰۰۸ ۲۲ Sep ۲۰۰۸]; Available from-
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/countryreports/en/index.html.

-
۱۶. World Health Organization. *Substance abuse*. ۲۰۰۸ [cited ۲۰۰۸ ۲۵ Sep ۲۰۰۸]; Available from- http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/.
۱۷. World Health Organization. *The global burden*. [cited ۲۰۰۸ ۲۵ Sep ۲۰۰۸]; Available from- http://www.who.int/substance_abuse/facts/global_burden/en/index.html.
۱۸. World Health Organization. *Tuberculosis*. ۲۰۰۷ [cited ۲۰۰۹ ۱۰ Mar ۲۰۰۹]; Available from -http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs_104/en/index.html

فصل پنجم

شاخص های پوشش خدمات سلامت

مقدمه

فصل پنجم از کتاب شاخص های سیمای سلامت به مرور شاخص های پوشش و دسترسی به خدمات اختصاص یافته است. اساساً جنبه های مختلف دسترسی به خدمات دارای مؤلفه ها و حیطه های مختلفی است که ذکر آنها در این مجمل ناممکن است. علاوه بر این اندازه گیری این شاخص ها در سطح کشور خود نیازمند انجام طرح های متعدد است. با این وجود در فصلی که در پیش رو دارید جنبه های مختلف دسترسی، پوشش و بهره مندی از خدمات تا حد ممکن نشان داده شده است. اصولاً در شاخص های دسترسی، پوشش و بهره مندی می بایست عوامل متعددی را مورد تحلیل قرار داد. به عنوان مثال دسترسی می تواند اساساً در هر یکی از حیطه های جغرافیایی، اقتصادی، فرهنگی و... برای جامعه مطرح باشد. علاوه بر این، نظام سلامت را می توان در ابعاد سطح-بندی در دسترسی به خدمات و کارآیی این سطح بندی نیز مورد تحلیل قرار داد. عدالت در دسترسی نیز یکی دیگر از جنبه های مهم شاخص دسترسی است. بر این منوال می توان این شاخص را در حیطه های متعدد دیگری نیز ارزیابی کرد. چنانچه یک گام به جلوتر گذارده و وضعیت بهره مندی و پوشش خدمات را نیز تحلیل نماییم به نمایی عمیق تر از پیامد های سلامت چشم دوخته ایم. در چنین شرایطی می توان به کارکردی اساسی تر از عملکرد نظام سلامت که پاسخ به نیاز و تقاضای مردم است دست یافت. در ادامه مطالب این فصل برخی از شاخص های پوشش، دسترسی و بهره مندی از خدمات آورده شده است.

شاخص های بهداشت حرفه ای

شاخص های پوشش خدمات بهداشت حرفه ای شامل گروهی از شاخص های مرتبط با سلامت کار نظیر درصد کارگاه هایی که تحت پوشش برنامه های بهداشت حرفه ای قرار دارند و نیز ارزیابی های به عمل آمده از آنها می باشد. این ارزیابی ها شامل مواردی نظیر ارزیابی های سلامت کارکنان، عوامل خطر موجود در محیط کار مشتمل بر عوامل فیزیکی، شیمیایی، ارگونومیک و بیولوژیک می باشد. ارزیابی های سلامت کارکنان شاغل در کارگاه ها یک رشته از بررسی ها شامل بررسی سوابق و تاریخچه پزشکی افراد، معاینات بدنی و نتایج تشخیص پزشکی و یا پاراکلینیک در قالب فرم های اختصاصی و نیز امکان تداوم کار در کارگاه با یا بدون برخورداری از تمهیدات حفاظت شغلی است. علاوه بر این در برنامه های مراقبت بهداشت حرفه ای نظریات کارشناسی پیرامون عوامل خطر کار تبیین می گردد. در برنامه های بهداشت محیط وضعیت پوشش این خدمات و نتایج آنها در مورد شاخص های بهداشت محیط بیان می گردد. وضعیت دسترسی به آب آشامیدنی سالم، دفع بهداشتی زباله، دفع فاضلاب و شاخص های بهداشتی اماکن در ابتدای این فصل تبیین می شود.

جدول شماره ۸۹- مشخصات شاخص درصد کارگاههای شناسایی شده در برنامه بهداشت حرفه ای

نام شاخص	درصد کارگاههای شناسایی شده
تعریف شاخص	تعداد کارگاههایی که از اول فعالیت بهداشت حرفه ای تاکنون دارای پرونده بهداشتی می باشند
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد کارگاههای شناسایی شده}}{\text{کل کارگاههای موجود}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	فرم های آماری ۱-۱۱۱ و ۲-۱۱۱ آمار بهداشت حرفه ای معاونت بهداشتی دانشگاهها/ دانشکده ها
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

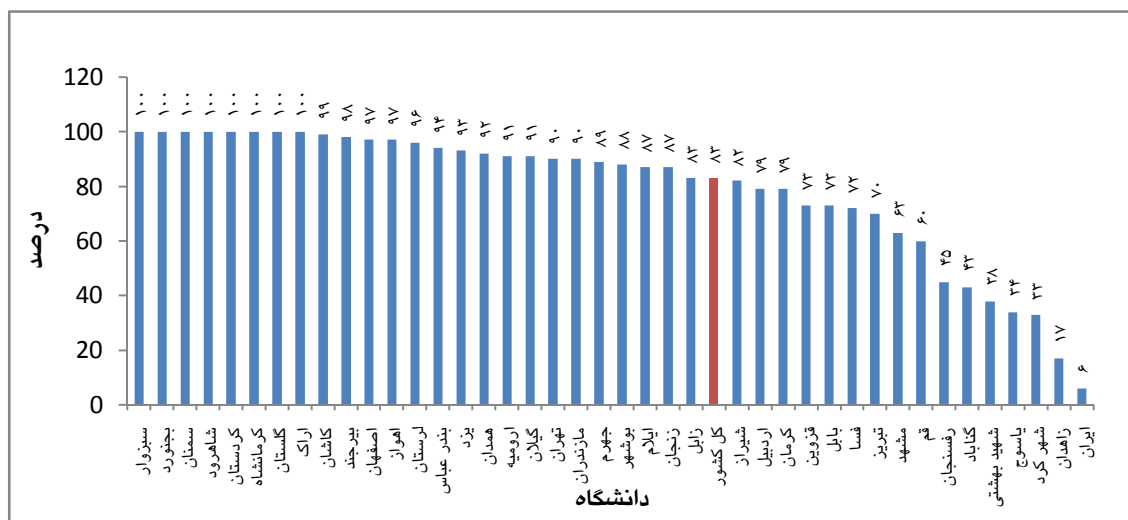
جدول شماره ۹۰- درصد کارگاههای شناسایی شده به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۷۰
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۹۱
۳	اردبیل	اردبیل	۷۹
۴	اصفهان	اصفهان	۹۷
		کاشان	۹۹
		کل	۸۷
۵	ایلام	ایلام	۸۷
۶	بوشهر	بوشهر	۸۸
۷	تهران	تهران	۹۰
		ایران	۶۰
		شهید بهشتی	۳۸
		کل	۷۳
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۳۳
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۹۸
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۶۳
		سبزوار	۱۰۰
		گناباد	۴۳
		کل	۶۹
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۱۰۰
۱۲	خوزستان	اهواز	۹۷
۱۳	زنجان	زنجان	۸۷
۱۴	سمنان	سمنان	۱۰۰
		شاهرود	۱۰۰
		کل	۱۰۰
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۱۷
		زابل	۸۳
		کل	۵۰

ادامه جدول شماره ۹۰

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۸۲
		چهرم	۸۹
		فسا	۷۲
		کل	۸۱
۱۷	قزوین	قزوین	۷۳
۱۸	قم	قم	۶۰
۱۹	کردستان	کردستان	۱۰۰
۲۰	کرمان	کرمان	۷۹
		رفسنجان	۴۵
		کل	۶۲
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۱۰۰
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۳۴
۲۳	گلستان	گلستان	۱۰۰
۲۴	گیلان	گیلان	۹۱
۲۵	لرستان	لرستان	۹۶
۲۶	مازندران	مازندران	۹۰
		بابل	۷۳
		کل	۸۲
۲۷	مرکزی	اراک	۱۰۰
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۹۴
۲۹	همدان	همدان	۹۲
۳۰	یزد	یزد	۹۳
کل کشور			۸۳

نمودار شماره ۷۰- درصد کارگاههای شناسایی شده به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۹۰ درصد کارگاه های شناسایی شده در برنامه بهداشت حرفه ای به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی (و استان ها) بر اساس فرم های نظام نوین آماری برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. نمودار شماره ۷۰ توزیع دانشگاهی شاخص مذکور را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های ایران (۶٪)، زاهدان (۱۷٪)، شهرکرد (۳۳٪)، یاسوج (۳۴٪) و شهید بهشتی (۳۸٪) دارای کمترین درصد کارگاه های شناسایی شده و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. همچنین در دانشگاه های اراک، گلستان، کرمانشاه، کردستان، شاهرود، سمنان، بجنورد و سبزوار ۱۰۰٪ کارگاه ها شناسایی شده، و دارای پرونده بهداشتی هستند و این دانشگاه ها در بالاترین دهک قرار می گیرند. در این مورد باید توجه داشت که اساساً وضعیت استقرار واحد های کارگاهی و صنعتی در سطح کشور از توزیع بسیار ناهمگنی برخوردار است. به عنوان مثال، در حوزه دانشگاه علوم پزشکی ایران تعداد بسیاری از کارگاه ها و مراکز صنعتی وجود دارد که به نظر می رسد درصد پوشش خدمات و ثبت کارگاه ها را دچار مشکل نموده است. بر این اساس به نظر می رسد در این زمینه مقایسه شاخص تعداد کارگاه با امکانات دانشگاه برای ثبت آنها می بایست مد نظر قرار گیرد. با این وجود تمرکز شمار بالایی از کارگاه ها در برخی مناطق دیگر نظیر سبزوار، بجنورد، سمنان و اراک و پوشش بالای ثبت آنها دلالت بر موفقیت این دانشگاه ها در ایجاد پوشش ثبت و شناسایی کارگاه ها دارد.

جدول شماره ۹۱- مشخصات شاخص درصد کارگاههای تحت پوشش در برنامه بهداشت حرفه ای

نام شاخص	درصد کارگاههای تحت پوشش
تعریف شاخص	تعداد کارگاههای بازدید شده
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد کارگاههای تحت پوشش}}{\text{کل کارگاههای موجود}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	فرم های آماری ۱-۱۱۱ و ۲-۱۱۱ آمار بهداشت حرفه ای معاونت بهداشتی دانشگاهها/ دانشکده ها
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

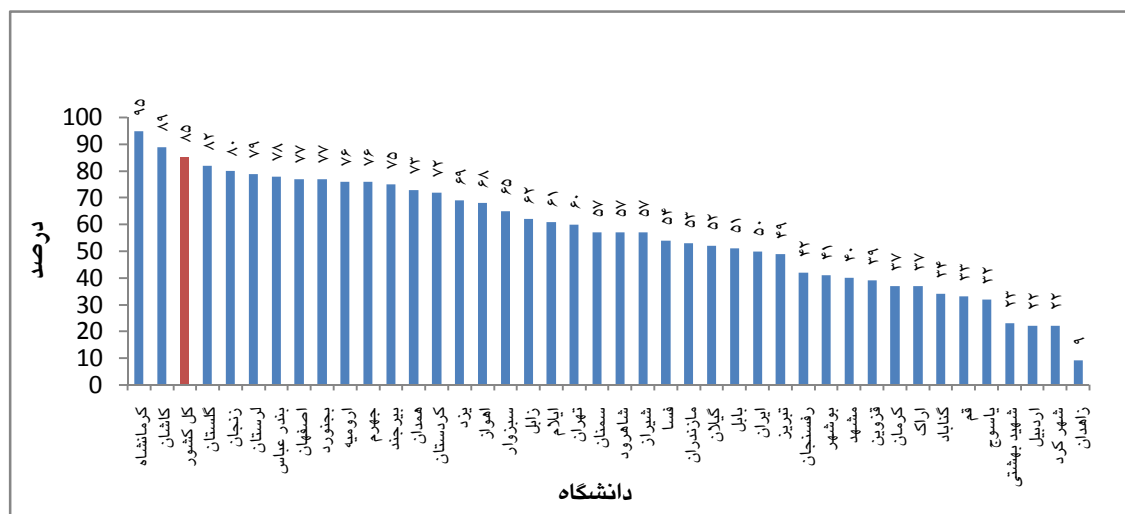
جدول شماره ۹۲- درصد کارگاههای تحت پوشش به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۴۹
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۷۶
۳	اردبیل	اردبیل	۲۲
۴	اصفهان	اصفهان	۷۷
		کاشان	۸۹
۵	ایلام	ایلام	۶۱
۶	بوشهر	بوشهر	۴۱
۷	تهران	تهران	۶۰
		ایران	۵۰
		شهید بهشتی	۲۳
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۲۲
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۷۵
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۴۰
		سبزوار	۶۵
		گناباد	۳۴
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۷۷
۱۲	خوزستان	اهواز	۶۸
۱۳	زنجان	زنجان	۸۰
۱۴	سمنان	سمنان	۵۷
		شاهرود	۵۷
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۹
		زابل	۶۲

ادامه جدول شماره ۹۲

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۵۷
		جهرم	۷۶
		فسا	۵۴
۱۷	قزوین	قزوین	۳۹
۱۸	قم	قم	۳۳
۱۹	کردستان	کردستان	۷۲
۲۰	کرمان	کرمان	۳۷
		رفسنجان	۴۲
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۹۵
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۳۲
۲۳	گلستان	گلستان	۸۲
۲۴	گیلان	گیلان	۵۲
۲۵	لرستان	لرستان	۷۹
۲۶	مازندران	مازندران	۵۳
		بابل	۵۱
۲۷	مرکزی	اراک	۳۷
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۷۸
۲۹	همدان	همدان	۷۳
۳۰	یزد	یزد	۶۹
کل کشور			۸۵

نمودار شماره ۷۱- درصد کارگاههای تحت پوشش^۱ به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۹۲ درصد کارگاه های تحت پوشش برنامه بهداشت حرفه ای که مورد بازدید قرار گرفتند به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی (و استان ها) بر اساس فرم های نظام نوین آماری برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. نمودار شماره ۷۱ نیز توزیع دانشگاهی شاخص مذکور را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق دانشگاه های علوم پزشکی زاهدان (۹٪)، شهرکرد (۲۲٪)، اردبیل (۲۲٪)، شهیدبهشتی (۲۳٪) و یاسوج (۳۲٪) دارای کمترین درصد کارگاه های تحت پوشش و در پایین ترین دهک قرار می گیرند، و دانشگاه های علوم پزشکی کرمانشاه (۹۵٪)، کاشان (۸۹٪)، گلستان (۸۲٪)، زنجان (۸۰٪) و لرستان (۷۹٪) دارای بالاترین درصد کارگاه های تحت پوشش بوده و در بالاترین دهک قرار می گیرند. توزیع ارائه خدمات بهداشت حرفه ای به کارگاه های تحت پوشش شاخصی از بهره مندی کارگران شاغل در مناطق و واحد های صنعتی و کاری از خدمات مزبور است. این توزیع در مقایسه با پوشش شناسایی و ثبت، نشان از آن دارد که لزوماً ثبت با بهره مندی از خدمت متناسب نیست. به عبارت دیگر تعداد کارگاه هایی که تحت پوشش قرار گرفته اند به طور همسان با تعداد موارد شناسایی شده کارگاه ها در دانشگاه های علوم پزشکی کشور توزیع کرده اند. دلایل تفاوت این شاخص در دانشگاه ها عمدتاً شاید تا حدی مرتبط با تعداد شاغلین و امکانات دانشگاه در نظارت و ارزیابی بر ارائه دهندگان خدمات بهداشت حرفه ای بوده است. در این زمینه مناسب است سرانه دسترسی به شرکت های بهداشت حرفه ای و طب کار و شاغلین در این حرفه را برای جمعیت شاغلین کارگاهی مورد ارزیابی قرار داد.

۱- کارگاه هایی که مورد بازدید قرار گرفته اند.

جدول شماره ۹۳- مشخصات شاخص درصد شاغلین تحت پوشش معاینات کارگری

نام شاخص	درصد شاغلین تحت پوشش معاینات کارگری
تعریف شاخص	تعداد شاغلین تحت پوشش خدمات طب کار
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد شاغلین تحت پوشش معاینات}}{\text{کل شاغلین موجود}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	فرم های آماری ۱-۱۱۱ و ۲-۱۱۱ آمار بهداشت حرفه ای معاونت بهداشتی دانشگاهها/ دانشکده ها
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

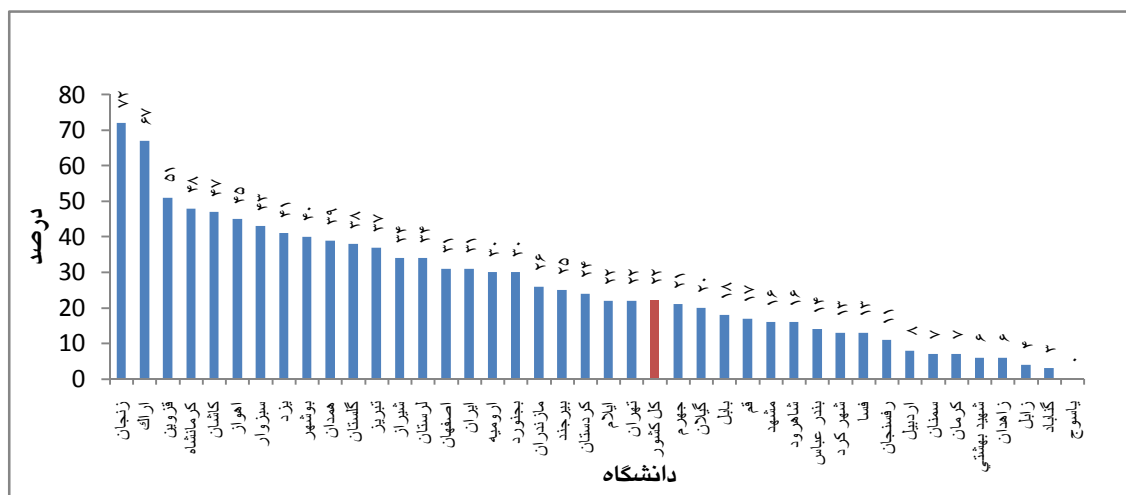
جدول شماره ۹۴- درصد شاغلین تحت پوشش معاینات کارگری به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۳۷
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۳۰
۳	اردبیل	اردبیل	۸
۴	اصفهان	اصفهان	۳۱
		کاشان	۴۷
		کل	۳۱
۵	ایلام	ایلام	۲۲
۶	بوشهر	بوشهر	۴۰
۷	تهران	تهران	۲۲
		ایران	۳۱
		شهید بهشتی	۶
		کل	۲۴
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۱۳
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۲۵
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۱۶
		سبزوار	۴۳
		گناباد	۳
		کل	۲۱
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۳۰
۱۲	خوزستان	اهواز	۴۵
۱۳	زنجان	زنجان	۷۲
۱۴	سمنان	سمنان	۷
		شاهرود	۱۶
		کل	۱۲
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۶
		زابل	۴
		کل	۵

ادامه جدول شماره ۹۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۳۴
		جهرم	۲۱
		فسا	۱۳
		کل	۲۳
۱۷	قزوین	قزوین	۵۱
۱۸	قم	قم	۱۷
۱۹	کردستان	کردستان	۲۴
۲۰	کرمان	کرمان	۷
		رفسنجان	۱۱
		کل	۹
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۴۸
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۰
۲۳	گلستان	گلستان	۳۸
۲۴	گیلان	گیلان	۲۰
۲۵	لرستان	لرستان	۳۴
۲۶	مازندران	مازندران	۲۶
		بابل	۱۸
		کل	۲۲
۲۷	مرکزی	اراک	۶۷
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۱۴
۲۹	همدان	همدان	۳۹
۳۰	یزد	یزد	۴۱
کل کشور			۲۲

نمودار شماره ۷۲- درصد شاغلین تحت پوشش معاینات کارگری به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۹۴ درصد شاغلین تحت پوشش معاینات کار به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی (و استان ها) بر اساس اطلاعات فرم نظام نوین آماری را برای سال ۱۳۸۵ نشان می دهد. همچنین نمودار شماره ۷۲ توزیع دانشگاهی شاخص مذکور برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق دانشگاه های علوم پزشکی یاسوج (۰/۰)، گناباد (۰/۳)، زابل (۰/۴)، زاهدان (۰/۶) و شهید بهشتی (۰/۶) دارای کمترین درصد شاغلین تحت پوشش معاینات کار بوده و در پایین ترین دهک قرار می گیرند، و دانشگاه های زنجان (۰/۷۲)، اراک (۰/۶۷)، قزوین (۰/۵۱)، کرمانشاه (۰/۴۸) و کاشان (۰/۴۷) دارای بالاترین درصد شاغلین تحت پوشش معاینات کار بوده و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

اختلاف وسیع در این شاخص، فرضیه های زیر را در مورد پوشش خدمات بهداشت حرفه ای در دانشگاه ها به ذهن متبادر می سازد:

- کم شماری و ناهمسانی در اطلاعات شناسایی کارگاه ها و ایجاد پوشش برای آنها و کارکنانشان در ۳ نمودار اخیر به وضوح وجود دارد.
- احتمال تورش در گرد آوری اطلاعات ناشی از عدم توجیه دانشگاه ها برای نحوه ثبت اطلاعات معتبر
- ضعف دانشگاه در ارائه خدمات یا ثبت آنها

جدول شماره ۹۵- مشخصات شاخص درصد کارگاههای دارای تشکیلات بهداشت حرفه ای

نام شاخص	درصد کارگاههای دارای تشکیلات بهداشت حرفه ای
تعریف شاخص	کارگاههایی که به تشکیلات بهداشت حرفه ای (خانه بهداشت کارگری، ایستگاه بهگر و مرکز بهداشت کار) دسترسی دارند
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد کارگاههای دارای تشکیلات بهداشت حرفه ای}}{\text{کل کارگاههای موجود مشمول طرح یا برنامه مربوطه}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	فرم های آماری ۱-۱۱۱ و ۲-۱۱۱ آمار بهداشت حرفه ای معاونت بهداشتی دانشگاهها/ دانشکده ها
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

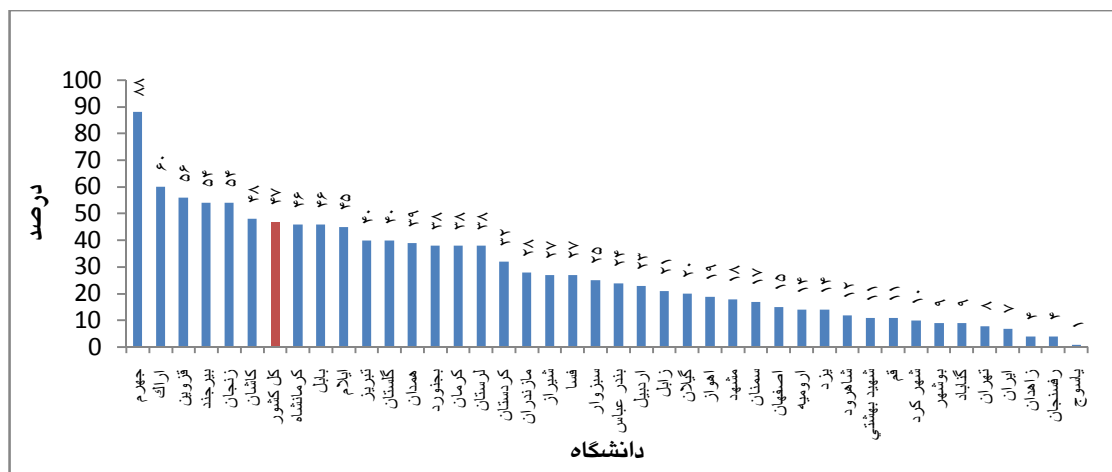
جدول شماره ۹۶- درصد کارگاههای دارای تشکیلات بهداشت حرفه ای به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۴۰
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱۴
۳	اردبیل	اردبیل	۲۳
۴	اصفهان	اصفهان	۱۵
		کاشان	۴۸
		کل	۲۸
۵	ایلام	ایلام	۴۵
۶	بوشهر	بوشهر	۹
۷	تهران	تهران	۸
		ایران	۷
		کل	۱۶
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۱۰
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۵۴
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۱۸
		سبزوار	۲۵
		گناباد	۹
		کل	۱۷
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۳۸
۱۲	خوزستان	اهواز	۱۹
۱۳	زنجان	زنجان	۵۴
۱۴	سمنان	سمنان	۱۷
		شاهرود	۱۲
		کل	۱۵
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۴
		زابل	۲۱
		کل	۱۳

ادامه جدول شماره ۹۶

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۲۷
		جهرم	۸۸
		فسا	۲۷
		کل	۴۷
۱۷	قزوین	قزوین	۵۶
۱۸	قم	قم	۱۱
۱۹	کردستان	کردستان	۳۲
۲۰	کرمان	کرمان	۳۸
		رفسنجان	۴
		کل	۲۱
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۴۶
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۱
۲۳	گلستان	گلستان	۴۰
۲۴	گیلان	گیلان	۲۰
۲۵	لرستان	لرستان	۳۸
۲۶	مازندران	مازندران	۲۸
		بابل	۴۶
		کل	۳۷
۲۷	مرکزی	اراک	۶۰
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۲۴
۲۹	همدان	همدان	۳۹
۳۰	یزد	یزد	۱۴
کل کشور			۴۷

نمودار شماره ۷۳- درصد کارگاههای دارای تشکیلات بهداشت حرفه ای به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۹۶ درصد کارگاه های دارای تشکیلات بهداشت حرفه ای به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی (و استان ها) بر اساس اطلاعات فرم های نظام نوین آماری برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. همچنین نمودار شماره ۷۳ توزیع دانشگاهی شاخص مذکور را به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی برای سال ۱۳۸۵ نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های علوم پزشکی یاسوج (۱٪)، رفسنجان (۴٪)، زاهدان (۴٪)، ایران (۷٪) و تهران (۸٪) دارای کمترین درصد کارگاه های تشکیلات بهداشت حرفه ای و در پایین ترین دهک قرار می گیرند، ضمناً دانشگاه های جهرم (۸۸٪)، اراک (۶۰٪)، قزوین (۵۶٪)، بیرجند (۵۴٪) و زنجان (۵۴٪) دارای بیشترین درصد شاخص مذکور بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند. احتمال می رود شاخص برخورداری از تشکیلات بهداشت حرفه ای در این نمودارها تبیین کننده دسترسی واقعی به این خدمات نباشد. در این شاخص، برخورداری واحدهای صنعتی از عوامل ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای و طب کار نظر کارشناسان بهداشت حرفه ای شاغل در کارگاه ها و مراکز صنعتی و تعداد پزشکان طب کار به صورت روشن و معتبری تبیین نگردیده است. حال آنکه در شرایط حاضر آئین نامه های سلامت کار محور ارزیابی جمعیت کار به پوشش خدمات مزبور را بر اساس جمعیت کارگری، نوع و صنعت و دسترسی به عوامل انسانی فوق الذکر می دانند. در این زمینه بازنگری در فرم های آماری ضرورت دارد.

جدول شماره ۹۷- مشخصات شاخص درصد کارگاههایی که عامل ارگونومیکی در آنها کنترل گردیده

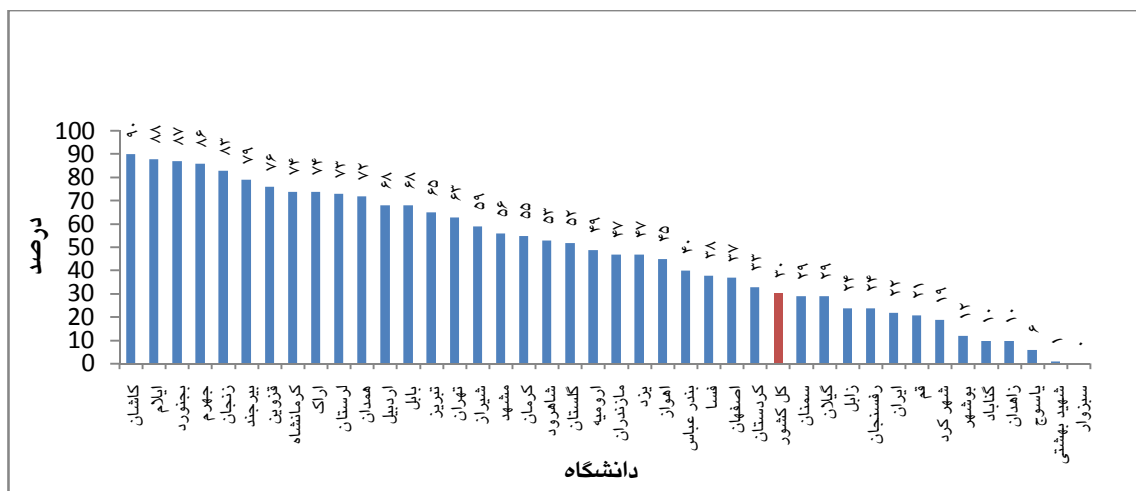
نام شاخص	درصد کارگاههایی که عامل ارگونومیکی در آنها کنترل گردیده
تعریف شاخص	تعداد کارگاههایی که حداقل یکی از عوامل زیان آور ارگونومیکی (وضعیت بدن حین انجام کار، ابزار کار) را کنترل نموده اند
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد کارگاههایی که عامل زیان آور ارگونومیکی آن کنترل گردیده}}{\text{تعداد کارگاههای دارای عامل زیان آور محیطی}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	فرم های آماری ۱-۱۱۱ و ۲-۱۱۱ آمار بهداشت حرفه ای معاونت بهداشتی دانشگاهها/ دانشکده ها
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

جدول شماره ۹۸- درصد کارگاههایی که عامل ارگونومیکی در آنها کنترل گردیده به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۶۵
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۴۹
۳	اردبیل	اردبیل	۶۸
۴	اصفهان	اصفهان	۳۷
		کاشان	۹۰
		کل	۶۲
۵	ایلام	ایلام	۸۸
۶	بوشهر	بوشهر	۱۲
۷	تهران	تهران	۶۳
		ایران	۲۲
		شهید بهشتی	۱
		کل	۳۷
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۱۹
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۷۹
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۵۶
		سبزوار	۰
		گناباد	۱۰
		کل	۲۲
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۸۷
۱۲	خوزستان	اهواز	۴۵
۱۳	زنجان	زنجان	۸۳
۱۴	سمنان	سمنان	۲۹
		شاهرود	۵۳
		کل	۴۱
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۱۰
		زابل	۲۴
		کل	۱۷

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۵۹
		جهرم	۸۶
		فسا	۳۸
		کل	۶۱
۱۷	قزوین	قزوین	۷۶
۱۸	قم	قم	۲۱
۱۹	کردستان	کردستان	۳۳
۲۰	کرمان	کرمان	۵۵
		رفسنجان	۲۴
		کل	۴۰
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۷۴
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۶
۲۳	گلستان	گلستان	۵۲
۲۴	گیلان	گیلان	۲۹
۲۵	لرستان	لرستان	۷۳
۲۶	مازندران	مازندران	۴۷
		بابل	۶۸
		کل	۵۸
۲۷	مرکزی	اراک	۷۴
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۴۰
۲۹	همدان	همدان	۷۲
۳۰	یزد	یزد	۴۷
۳۰	کل کشور		

نمودار شماره ۷۴- درصد کارگاههایی که عامل ارگونومیک در آنها کنترل گردیده به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۹۸ درصد کارگاه هایی که عوامل ارگونومیک^۱ در آنها کنترل شده به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی (و استان ها) بر اساس اطلاعات فرم های نظام نوین آماری برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. همچنین نمودار شماره ۷۴ توزیع دانشگاهی شاخص مذکور را به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی برای سال ۱۳۸۵ نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق دانشگاه های سبزواری (۰/۰)، شهید بهشتی (۰/۱)، یاسوج (۰/۶)، زاهدان (۰/۱۰) و گناباد (۰/۱۰) دارای کمترین درصد و در پایین ترین دهک قرار می گیرند، همچنین دانشگاه های کاشان (۰/۹۰)، ایلام (۰/۸۸)، بجنورد (۰/۸۷)، چهارم (۰/۸۶) و زنجان (۰/۸۳) دارای بیشترین درصد شاخص مذکور بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۹۹- مشخصات درصد شاغلین شناسایی شده

نام شاخص	درصد شاغلین شناسایی شده
تعریف شاخص	تعداد شاغلین کارگاههای شناسایی شده
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد شاغلین شناسایی شده}}{\text{کل شاغلین موجود}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	فرم های آماری ۱-۱۱۱ و ۲-۱۱۱ آمار بهداشت حرفه ای معاونت بهداشتی دانشگاهها/ دانشکده ها
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

۱) Ergonomy یا اصطلاحاً "مهندسی انسانی به دانشی اطلاق می شود که وظیفه اش طراحی ماشین، ابزار و محیط کاری با در نظر گرفتن مناسب ترین انطباق با رفتار و عملکرد انسانی است. هدف این دانش تقویت کارآیی دائمی افراد در هنگام کار با ماشین یا ابزاری برای افراد گوناگون است.

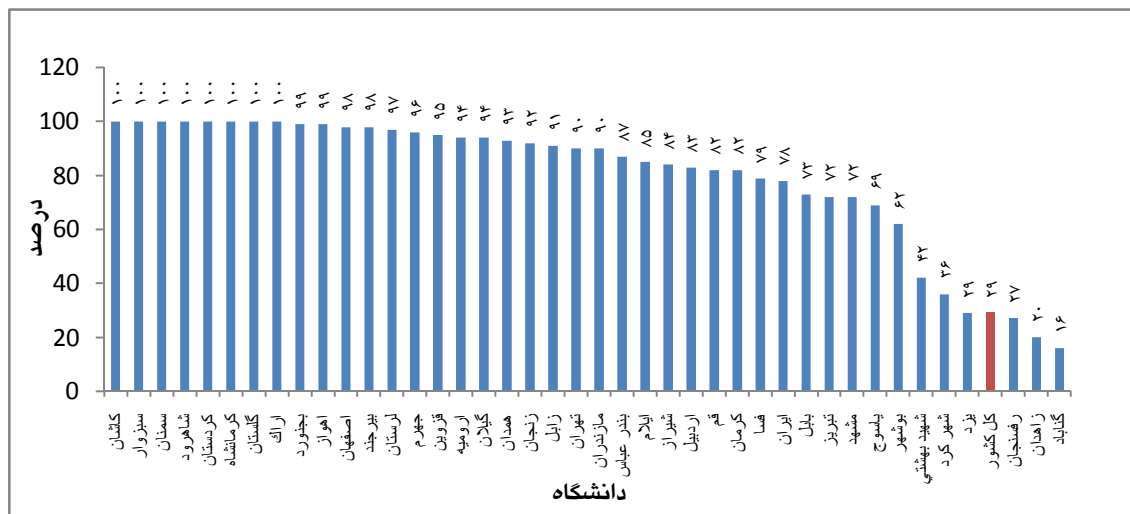
جدول شماره ۱۰۰- درصد شاغلین شناسایی شده به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۷۲
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۹۴
۳	اردبیل	اردبیل	۸۳
۴	اصفهان	اصفهان	۹۸
		کاشان	۱۰۰
۵	ایلام	ایلام	۸۵
۶	بوشهر	بوشهر	۶۲
۷	تهران	تهران	۹۰
		ایران	۷۸
		شهید بهشتی	۴۲
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۳۶
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۹۸
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۷۲
		سبزوار	۱۰۰
		گناباد	۱۶
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۹۹
۱۲	خوزستان	اهواز	۹۹
۱۳	زنجان	زنجان	۹۲
۱۴	سمنان	سمنان	۱۰۰
		شاهرود	۱۰۰
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۲۰
		زابل	۹۱

ادامه جدول شماره ۱۰۰

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۸۴
		جهرم	۹۶
		فسا	۷۹
۱۷	قزوین	قزوین	۹۵
۱۸	قم	قم	۸۲
۱۹	کردستان	کردستان	۱۰۰
۲۰	کرمان	کرمان	۸۲
		رفسنجان	۲۷
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۱۰۰
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۶۹
۲۳	گلستان	گلستان	۱۰۰
۲۴	گیلان	گیلان	۹۴
۲۵	لرستان	لرستان	۹۷
۲۶	مازندران	مازندران	۹۰
		بابل	۷۳
۲۷	مرکزی	اراک	۱۰۰
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۸۷
۲۹	همدان	همدان	۹۳
۳۰	یزد	یزد	۹۴
کل کشور			۲۹

نمودار شماره ۷۵- درصد شاغلین شناسایی شده به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۰۰ درصد شاغلین شناسایی شده به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی را نشان می دهد. در این جدول دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد (۱۶٪)، زاهدان (۲۰٪) و رفسنجان (۲۷٪) در پایین ترین دهک قرار می گیرند و دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان، سبزوار، سمنان، شاهرود، کردستان، کرمانشاه، گلستان و اراک بالاترین شاخص را داشته اند (۱۰۰٪) و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

شاخص های بهداشت محیط

جدول شماره ۱۰۱- مشخصات شاخص درصد خانوارهای روستایی که به آب آشامیدنی دسترسی دارند

نام شاخص	درصد خانوارهای روستایی که به آب آشامیدنی دسترسی دارند
تعریف شاخص	تعداد خانوارهای روستایی که به آب آشامیدنی دسترسی دارند
نحوه محاسبه (فرمول)	۱۰۰ × $\frac{\text{جمعیتی که حداکثر در محدوده یک کیلومتری و یا سی دقیقه پیاده روی به آب سالم دسترسی دارند}}{\text{کل خانوارهای تحت پوشش}}$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	فرم های نظام نوین آماری
دوره زمانی جمع آوری داده ها	یکساله

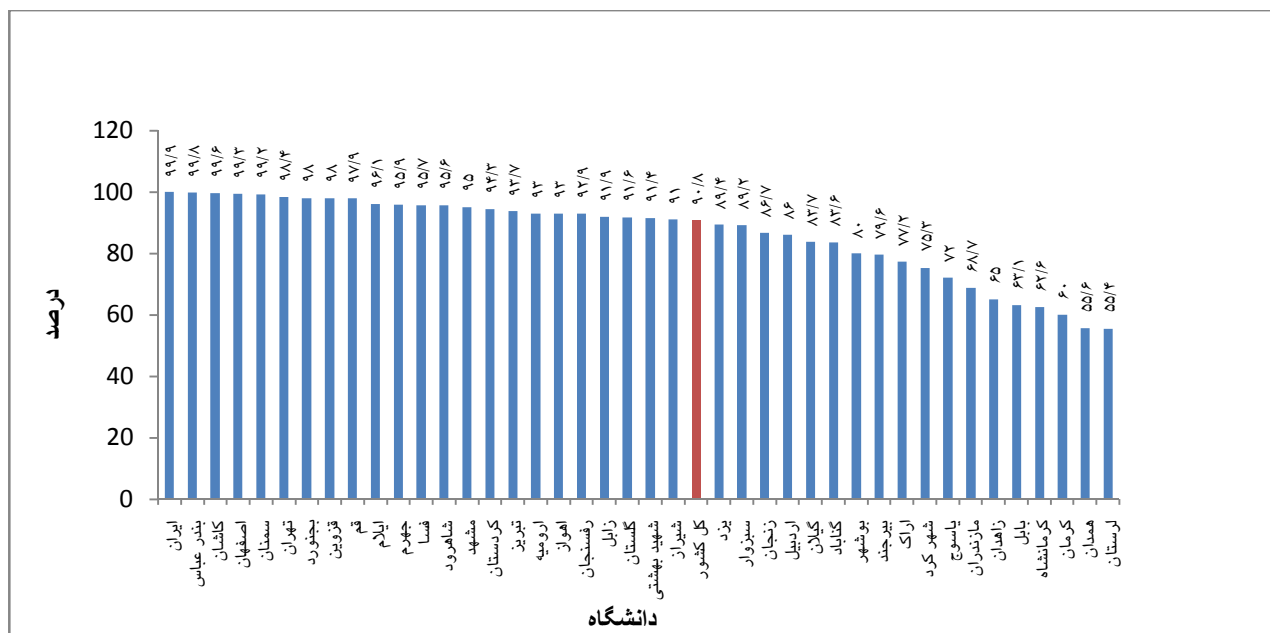
جدول شماره ۱۰۲- درصد خانوارهایی که به آب آشامیدنی دسترسی دارند به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۹۳.۷	۸۷.۴
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۹۳	۸۲.۱
۳	اردبیل	اردبیل	۸۶	۷۸.۸
۴	اصفهان	اصفهان	۹۹.۳	۹۷.۵
		کاشان	۹۹.۶	۹۷.۸
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۹۶.۱	۹۳.۵
۶	بوشهر	بوشهر	۸۰	۷۹.۶
۷	تهران	تهران	۹۸.۴	۸۰.۲
		ایران	۹۹.۹	۹۸.۷
		شهید بهشتی	۹۱.۴	۹۶.۵
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۷۵.۳	۷۵.۶
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۷۹.۶	۸۰.۷
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۹۵	۹۱
		سبزوار	۸۹.۲	۸۳.۶
		گناباد	۸۳.۶	۹۰.۷
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۹۸	۹۰.۷
۱۲	خوزستان	اهواز	۹۳	۸۷.۵
۱۳	زنجان	زنجان	۸۶.۷	۷۶.۸
۱۴	سمنان	سمنان	۹۹.۲	۹۷.۳
		شاهرود	۹۵.۶	۹۲.۸
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۶۵	۶۰.۳
		زابل	۹۱.۹	۹۱
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۰۲

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱۶	فارس	شیراز	۹۱	۸۵.۳
		جهرم	۹۵.۹	۹۴.۸
		فسا	۹۵.۷	۹۳.۳
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۹۸	۹۵.۸
۱۸	قم	قم	۹۷.۹	۹۷.۸
۱۹	کردستان	کردستان	۹۴.۳	۸۹.۵
۲۰	کرمان	کرمان	۶۰	۴۴
		رفسنجان	۹۲.۹	۹۲.۴
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۶۲.۶	۵۷.۱
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۷۲	۶۱
۲۳	گلستان	گلستان	۹۱.۶	۸۸.۹
۲۴	گیلان	گیلان	۸۳.۷	۷۹.۷
۲۵	لرستان	لرستان	۵۵.۴	۴۹
۲۶	مازندران	مازندران	۶۸.۷	۶۶
		بابل	۶۳.۱	۵۶.۶
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۷۷.۲	۸۶.۳
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۹۹.۸	۸۷.۷
۲۹	همدان	همدان	۵۵.۶	۴۶
۳۰	یزد	یزد	۸۹.۴	۸۴
کل کشور			۹۰.۸	۸۰

نمودار شماره ۷۶- درصد خانوارهایی که به آب آشامیدنی دسترسی دارند به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



• با توجه به این که کلیه اطلاعات دانشگاه ها بالاتر از ۵۰ درصد بود حداقل مقایسه نمودار ۵۰٪ انتخاب شده است.

جدول شماره ۱۰۲ درصد خانوارهای روستایی که به آب آشامیدنی حاصل از شبکه عمومی دسترسی دارند به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی برای سال های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵ بر اساس داده های نظام نوین آماری را نشان می دهد. همچنین نمودار شماره ۷۶ توزیع شاخص مذکور به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های لرستان (۵۵.۴٪)، همدان (۵۵.۶٪)، کرمان (۶۰٪)، کرمانشاه (۶۲.۶٪) و بابل (۶۳.۱٪) کمترین نسبت خانوارهای روستایی که به آب آشامیدنی دسترسی دارند را دارا بوده اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند دانشگاه های ایران (۹۹.۹٪)، بندر عباس (۹۹.۸٪)، کاشان (۹۹.۶٪)، اصفهان (۹۹.۳٪) و سمنان (۹۹.۲٪) بیشترین نسبت مذکور را دارا بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۰۳- مشخصات شاخص درصد خانوارهای روستایی که از شبکه عمومی آب آشامیدنی برخوردار هستند.

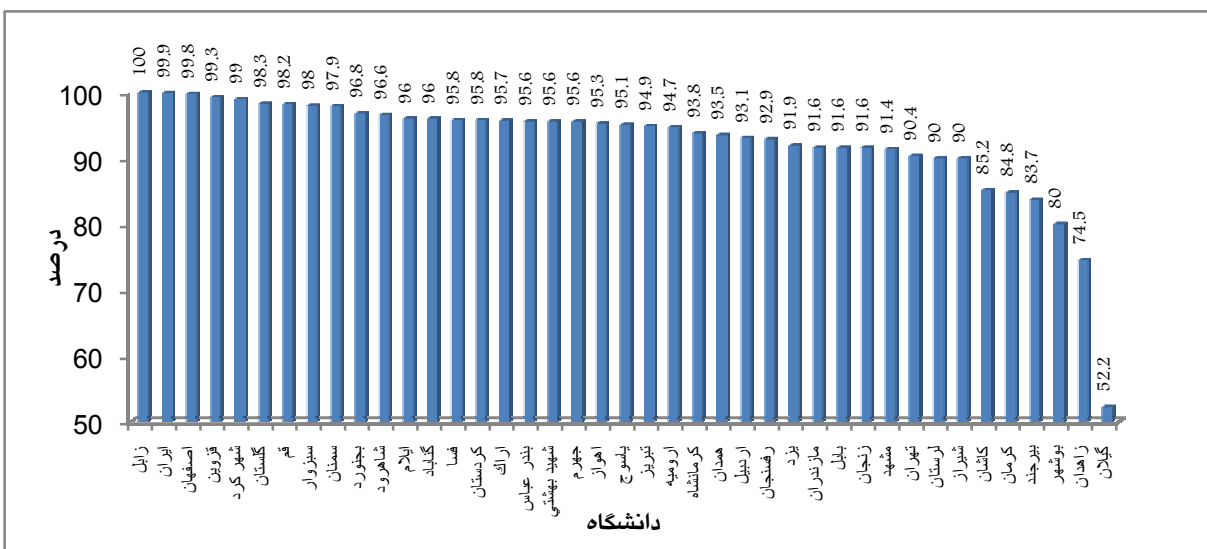
نام شاخص	درصد خانوارهای روستایی که از شبکه عمومی آب آشامیدنی برخوردار هستند.
تعریف شاخص	نسبت خانوارهای روستایی که از شبکه عمومی آب آشامیدنی برخوردار هستند.
نحوه محاسبه (فرمول)	$100 \times \frac{\text{تعداد خانوارهایی که از شبکه عمومی آب آشامیدنی برخوردارند}}{\text{تعداد کل خانوارهای تحت پوشش}}$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	فرم های نظام نوین آماری
دوره زمانی جمع آوری داده ها	یکساله

جدول شماره ۱۰۴- درصد خانوارهای روستایی برخوردار از شبکه عمومی آب آشامیدنی برخوردار هستند به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۹۴.۹	۹۲
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۹۴.۷	۸۲.۶
۳	اردبیل	اردبیل	۹۳.۱	۸۸.۳
۴	اصفهان	اصفهان	۹۹.۸	۹۸.۵
		کاشان	۸۵.۲	۶۴
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۹۶	۹۵
۶	بوشهر	بوشهر	۸۰	۸۷.۳
۷	تهران	تهران	۹۰.۴	۹۴.۲
		ایران	۹۹.۹	۹۹.۴
		شهید بهشتی	۹۵.۶	۹۲.۳
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۹۹	۹۲.۸
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۸۳.۷	۹۱
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۹۱.۴	۸۷
		سبزوار	۹۸	۹۱.۴
		گناباد	۹۶	۹۸
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۹۶.۸	۸۵.۷
۱۲	خوزستان	اهواز	۹۵.۳	۸۸.۷
۱۳	زنجان	زنجان	۹۱.۶	۸۸.۸
۱۴	سمنان	سمنان	۹۷.۹	۹۵.۸
		شاهرود	۹۶.۶	۹۶
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۷۴.۵	۷۲.۵
		زابل	۱۰۰	۹۹.۴
		کل	-	-

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱۶	فارس	شیراز	۹۰	۸۵
		جهرم	۹۵.۶	۹۳.۶
		فسا	۹۵.۸	۹۳
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۹۹.۳	۹۸.۶
۱۸	قم	قم	۹۸.۲	۹۷.۳
۱۹	کردستان	کردستان	۹۵.۸	۹۳.۵
۲۰	کرمان	کرمان	۸۴.۸	۶۹.۳
		رفسنجان	۹۲.۹	۹۲.۹
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۹۳.۸	۹۷.۷
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۹۵.۱	۷۵.۳
۲۳	گلستان	گلستان	۹۸.۳	۸۸
۲۴	گیلان	گیلان	۵۲.۲	۶۹.۷
۲۵	لرستان	لرستان	۹۰	۸۲.۸
۲۶	مازندران	مازندران	۹۱.۶	۹۲
		بابل	۹۱.۶	۶۸.۶
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۹۵.۷	۸۱.۵
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۹۵.۶	۹۰.۴
۲۹	همدان	همدان	۹۳.۵	۸۹.۷
۳۰	یزد	یزد	۹۱.۹	۸۵.۵
کل کشور			۸۴	۷۳.۲

نمودار شماره ۷۷- درصد خانوارهای روستایی برخوردار از شبکه عمومی آب آشامیدنی به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۰۴ درصد خانوارهای روستایی که از شبکه عمومی آب آشامیدنی برخوردار هستند به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی برای سال های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵ بر اساس داده های نظام نوین آماری را نشان می دهد. همچنین نمودار شماره ۷۷ توزیع شاخص مذکور به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های گیلان (۵۲.۲٪)، زاهدان (۷۴.۵٪)، بوشهر (۸۰٪)، بیرجند (۸۳.۷٪) و کرمان (۸۴.۸٪) کمترین نسبت خانوارهای روستایی که از شبکه عمومی آب آشامیدنی برخوردارند را دارا بوده اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. دانشگاه های زابل (۱۰۰٪)، ایران (۹۹.۹٪)، اصفهان (۹۹.۸٪)، قزوین (۹۹.۳٪) و شهرکرد (۹۹٪) بیشترین نسبت مذکور را دارا بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۰۵- مشخصات شاخص درصد خانوارهای روستایی دارای توالیت بهداشتی

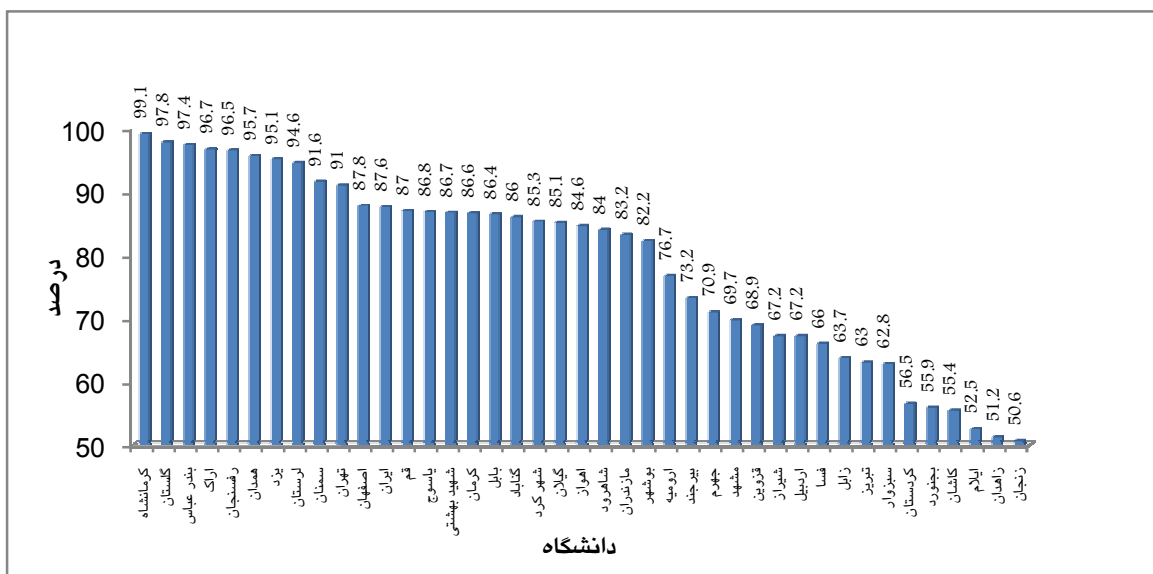
نام شاخص	درصد خانوارهای روستایی که دارای توالیت بهداشتی هستند.
تعریف شاخص	نسبت خانوارهای روستایی که دارای توالیت بهداشتی هستند.
نحوه محاسبه (فرمول)	$100 \times \frac{\text{تعداد خانوارهای روستایی که دارای توالیت بهداشتی هستند}}{\text{تعداد کل خانوارهای تحت پوشش}}$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	فرم های نظام نوین آماری
دوره زمانی جمع آوری داده ها	یکساله

جدول شماره ۱۰۶- در صد خانوارهای روستایی دارای توالد بهداشتی هستند به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۶۳	۵۸.۳
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۷۶.۷	۷۲.۱
۳	اردبیل	اردبیل	۶۷.۲	۵۷.۲
۴	اصفهان	اصفهان	۸۷.۸	۸۱.۸
		کاشان	۵۵.۴	۸۴
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۵۲.۵	۴۶
۶	بوشهر	بوشهر	۸۲.۲	۲۸
۷	تهران	تهران	۹۱	۶۷
		ایران	۸۷.۶	۸۷.۴
		شهید بهشتی	۸۶.۷	۸۵
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۸۵.۳	۶۷.۶
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۷۳.۲	۸۴
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۶۹.۷	۵۸
		سبزوار	۶۲.۸	۵۰.۴
		گناباد	۸۶	۸۴.۳
		کل	-	-
		بجنورد	۵۵.۹	۸۴.۳
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۵۵.۹	۸۴.۳
۱۲	خوزستان	اهواز	۸۴.۶	۸۰.۷
۱۳	زنجان	زنجان	۵۰.۶	۳۴.۷
۱۴	سمنان	سمنان	۹۱.۶	۸۸.۹
		شاهرود	۸۴	۷۸.۳
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۵۱.۲	۴۵.۸
		زابل	۶۳.۷	۱۶.۷
		کل	-	-

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱۶	فارس	شیراز	۶۷.۲	۶۳.۸
		جهرم	۷۰.۹	۶۹.۶
		فسا	۶۶	۶۲.۱
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۶۸.۹	۵۵.۶
۱۸	قم	قم	۸۷	۸۰.۸
۱۹	کردستان	کردستان	۵۶.۵	۴۳.۹
۲۰	کرمان	کرمان	۸۶.۶	۷۳.۸
		رفسنجان	۹۶.۵	۹۴.۳
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۹۹.۱	۹۵.۹
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۸۶.۸	۷۷.۷
۲۳	گلستان	گلستان	۹۷.۸	۹۴.۴
۲۴	گیلان	گیلان	۸۵.۱	۶۵.۹
۲۵	لرستان	لرستان	۹۴.۶	۸۵.۳
۲۶	مازندران	مازندران	۸۳.۲	۸۶
		بابل	۸۶.۴	۵۹.۳
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۹۶.۷	۸۸.۸
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۹۷.۴	۹۱
۲۹	همدان	همدان	۹۵.۷	۸۹.۳
۳۰	یزد	یزد	۹۵.۱	۹۴.۵
کل کشور			-	-

نمودار شماره ۷۸- در صد خانوارهای روستایی دارای توالیت بهداشتی به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۰۶ درصد خانوارهای روستایی که دارای توالیت بهداشتی^۱ هستند به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی برای سال ۱۳۸۰ و سال ۱۳۸۵ بر اساس اطلاعات فرم های نظام نوین آماری را نشان می دهد. این شاخص یکی از شاخص های مهم می باشد ولی متاسفانه شاخص کشوری آن اعلام نشده است. همچنین نمودار شماره ۷۸ توزیع شاخص مذکور به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی را در سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق دانشگاه های زنجان (۵۰.۶٪)، زاهدان (۵۱.۲٪)، ایلام (۵۲.۵٪)، کاشان (۵۵.۴٪) و بجنورد (۵۵.۹٪) دارای کمترین درصد خانوارهای دارای توالیت بهداشتی بوده اند و در دهک پایین قرار می گیرند. همچنین دانشگاه های کرمانشاه (۹۹.۱٪)، گلستان (۹۷.۸٪)، بندرعباس (۹۷.۴٪)، اراک (۹۶.۷٪) و رفسنجان (۹۶.۵٪) دارای بیشترین درصد توالیت ها ی بهداشتی بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند. شایان توجه است که توزیع شاخص مذکور از یک الگوی قابل پیش بینی در بین استان ها برخوردار نیست و برخی از استان های محروم که احتمالاً باید در آنها درصد توالیت بهداشتی در مناطق روستایی کمتری باشد، این نسبت بالا و یا برعکس است. بنابراین احتمالاً برداشت مشترکی از تعریف توالیت بهداشتی در بین کارشناسان استان ها وجود ندارد که نیاز به بررسی بیشتری در این زمینه وجود دارد.

۱ تعریف توالیت بهداشتی: بر اساس تعریف مرکز سلامت محیط و کار حداقل ضوابط برای یک توالیت بهداشتی عبارتند از دارای اتاقک شامل سقف، در و دیوار، دارای نور و جریان هوا، کاسه توالیت صاف، بدون شکستگی و قابل شستشو، کف اتاقک به سمت کاسه توالیت شیب داشته و قابل شستشو است، دیوار به ارتفاع حداقل ۱۵ سانتی متر از کف قابل شستشو است، توالیت بهداشتی دارای چاه یا مخزن دفع مدفوع بوده و یا به شبکه جمع آوری فاضلاب وصل است، در داخل مستراح و یا مجاورت آن آب جهت شستشو به مقدار لازم می بایست در دسترس باشد.

جدول شماره ۱۰۷- مشخصات شاخص درصد اماکن عمومی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق شهری

نام شاخص	درصد اماکن عمومی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق شهری
تعریف شاخص	نسبت اماکن عمومی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق شهری
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد اماکن عمومی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق شهری}}{\text{تعداد کل اماکن عمومی تحت پوشش}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	فرم های نظام نوین آماری
دوره زمانی جمع آوری داده ها	یکساله

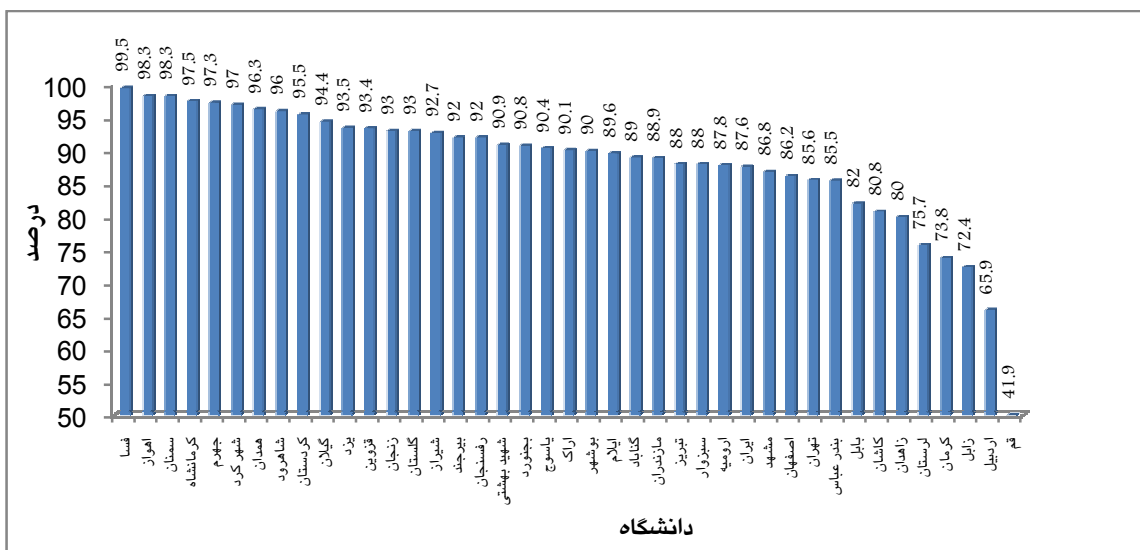
جدول شماره ۱۰۸- درصد خانوارهای روستایی که دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق شهری به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۸۸	۹۲
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۸۷.۸	۸۸.۱
۳	اردبیل	اردبیل	۶۵.۹	۵۷
۴	اصفهان	اصفهان	۸۶.۲	۸۲.۱
		کاشان	۸۰.۸	-
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۸۹.۶	۸۰.۶
۶	بوشهر	بوشهر	۹۰	۸۷.۲
۷	تهران	تهران	۸۵.۶	۸۱.۶
		ایران	۸۷.۶	۸۷.۴
		شهید بهشتی	۹۰.۹	۸۷
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۹۷	۸۸.۶
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۹۲	۶۹.۲
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۸۶.۸	۸۳.۴
		سبزوار	۸۸	۸۲
		گناباد	۸۹	۹۱.۷
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۹۰.۸	۸۸.۷
۱۲	خوزستان	اهواز	۹۸.۳	۹۶.۶
۱۳	زنجان	زنجان	۹۳	۸۶
۱۴	سمنان	سمنان	۹۸.۳	۸۸
		شاهرود	۹۶	۸۹.۳
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۸۰	۶۲.۵
		زابل	۷۲.۴	۱۰۰
		کل	-	-

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱۶	فارس	شیراز	۹۲.۷	۷۴
		جهرم	۹۷.۳	۹۳.۸
		فسا	۹۹.۵	۹۹.۴
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۹۳.۴	۸۲.۳
۱۸	قم	قم	۴۱.۹	۶۸.۲
۱۹	کردستان	کردستان	۹۵.۵	۹۱.۲
۲۰	کرمان	کرمان	۷۳.۸	۷۵.۴
		رفسنجان	۹۲	۹۴.۶
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۹۷.۵	۹۳.۵
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۹۰.۴	۸۶.۶
۲۳	گلستان	گلستان	۹۳	۸۲
۲۴	گیلان	گیلان	۹۴.۴	۶۳
۲۵	لرستان	لرستان	۷۵.۷	۸۲
۲۶	مازندران	مازندران	۸۸.۹	۹۰
		بابل	۸۲	۷۰.۳
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۹۰.۱	۹۲.۹
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۸۵.۵	۸۷
۲۹	همدان	همدان	۹۶.۳	۹۵.۳
۳۰	یزد	یزد	۹۳.۵	۹۳
کل کشور			-	-

نمودار شماره ۷۹- در صد خانوارهای روستایی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق شهری به تفکیک

دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۰۸ درصد اماکن عمومی که دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق شهری هستند را به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی در سال ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵ بر اساس اطلاعات فرم نظام نوین آماری را نشان می دهد. نمودار شماره ۷۹ شاخص مذکور را به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی برای سال های ۱۳۸۵ نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های قم (۴۱.۹٪)، اردبیل (۶۵.۹٪)، زابل (۷۲.۴٪)، کرمان (۷۳.۸٪) و لرستان (۷۵.۷٪) کمترین درصد شاخص فوق را داشته اند و در پایین ترین دهک قرار گرفته اند. از طرفی دیگر دانشگاه های فسا (۹۹.۵٪)، اهواز (۹۸.۳٪)، سمنان (۹۸.۳٪) و کرمانشاه (۹۷.۵٪) و چهارم (۹۷.۳٪) دارای بیشترین درصد بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۰۹- مشخصات شاخص درصد اماکن عمومی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق روستایی

نام شاخص	درصد اماکن عمومی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق روستایی
تعریف شاخص	نسبت اماکن عمومی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق روستایی
نحوه محاسبه (فرمول)	$100 \times \frac{\text{تعداد اماکن عمومی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق روستایی}}{\text{تعداد کل اماکن عمومی تحت پوشش}}$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	فرم های نظام نوین آماری
دوره زمانی جمع آوری داده ها	یکساله

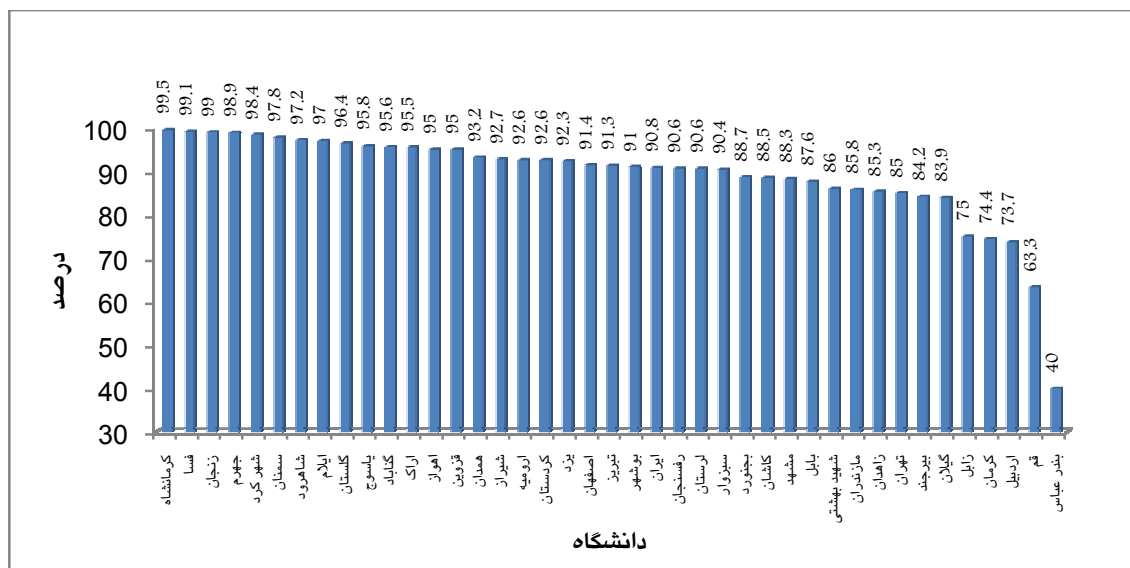
جدول شماره ۱۱۰- درصد اماکن عمومی که دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق روستایی به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۹۱.۳	۹۰.۳
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۹۲.۶	۸۰.۷
۳	اردبیل	اردبیل	۷۳.۷	۵۶.۹
۴	اصفهان	اصفهان	۹۱.۴	۸۶.۲
		کاشان	۸۸.۵	۸۳
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۹۷	۷۵.۸
۶	بوشهر	بوشهر	۹۱	۸۳.۵
۷	تهران	تهران	۸۵	۹۲
		ایران	۹۰.۸	۸۸.۶
		شهید بهشتی	۸۶	۹۰.۸
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۹۸.۴	۹۸.۷
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۸۴.۲	۷۱.۲
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۸۸.۳	۸۱.۶
		سبزوار	۹۰.۴	۸۶.۲
		گناباد	۹۵.۶	۸۲.۸
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۸۸.۷	۶۷.۹
۱۲	خوزستان	اهواز	۹۵	۸۹
۱۳	زنجان	زنجان	۹۹	۹۲.۱
۱۴	سمنان	سمنان	۹۷.۸	۹۴.۴
		شاهرود	۹۷.۲	۹۴.۳
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۸۵.۳	۳۲.۶
		زابل	۷۵	۹۷
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۱۰

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱۶	فارس	شیراز	۹۲.۷	۸۹.۱
		جهرم	۹۸.۹	۹۰.۹
		فسا	۹۹.۱	۹۷.۴
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۹۵	۹۱.۷
۱۸	قم	قم	۶۳.۳	۷۵.۳
۱۹	کردستان	کردستان	۹۲.۶	۸۹.۸
۲۰	کرمان	کرمان	۷۴.۴	۶۱.۴
		رفسنجان	۹۰.۶	۹۴.۹
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۹۹.۵	۸۲.۷
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۹۵.۸	۶۲
۲۳	گلستان	گلستان	۹۶.۴	۹۶
۲۴	گیلان	گیلان	۸۳.۹	۵۸.۹
۲۵	لرستان	لرستان	۹۰.۶	۷۳
۲۶	مازندران	مازندران	۸۵.۸	۸۶
		بابل	۸۷.۶	۶۱.۷
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۹۵.۵	۹۳.۵
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۴۲	۳۸.۸
۲۹	همدان	همدان	۹۳.۲	۹۶.۹
۳۰	یزد	یزد	۹۲.۳	۹۳.۴
کل کشور			-	-

نمودار شماره ۸۰- درصد اماکن عمومی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق روستایی به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۱۰ درصد اماکن عمومی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق روستایی به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی در سال ۱۳۸۵ و ۱۳۸۰ بر اساس اطلاعات فرم نظام نوین آماری را نشان می دهد. همچنین نمودار شماره ۸۰ شاخص مذکور به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های بندر عباس (۴۰٪)، قم (۶۳.۳٪)، اردبیل (۷۳.۷٪)، کرمان (۷۴.۴٪) و زابل (۷۵٪) کمترین درصد شاخص فوق را داشته و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. همچنین دانشگاه های کرمانشاه (۹۹.۵٪)، فسا (۹۹.۱٪)، زنجان (۹۹٪)، چهارم (۹۸.۹٪) و شهرکرد (۹۸.۹٪) دارای بیشترین درصد و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۱۱- مشخصات شاخص درصد مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد خوراکی و بهداشتی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق شهری

نام شاخص	درصد مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد خوراکی و بهداشتی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق شهری
تعریف شاخص	نسبت مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد خوراکی و بهداشتی که دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق شهری
نحوه محاسبه (فرمول)	$100 \times \frac{\text{تعداد مراکز تهیه، توزیع مواد خوراکی و ... که دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق شهری}}{\text{تعداد کل مراکز تهیه، توزیع مواد خوراکی و ... تحت پوشش}}$
ذکر دقیق منبع اطلاعات	فرم های نظام نوین آماری
دوره زمانی جمع آوری داده ها	یکساله

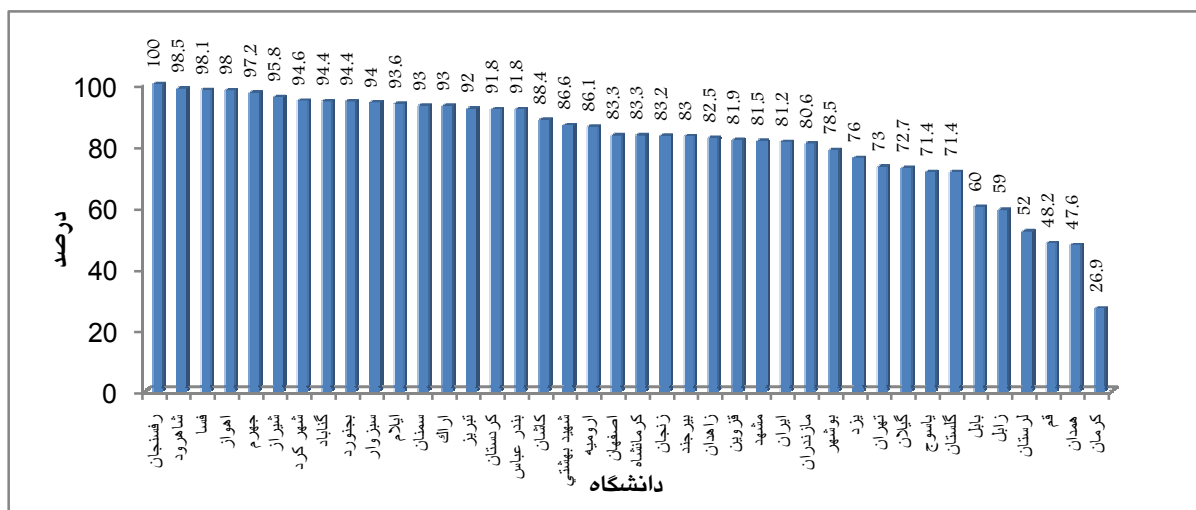
جدول شماره ۱۱۲- درصد مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد خوراکی مناطق شهری که دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی، به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۹۲	۸۶.۷
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۸۶.۱	۸۲.۵
۳	اردبیل	اردبیل	-	-
۴	اصفهان	اصفهان	۸۳.۳	۷۷.۱
		کاشان	۸۸.۴	۷۷.۴
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۹۳.۶	۶۱.۵
۶	بوشهر	بوشهر	۷۸.۵	۷۶.۲
۷	تهران	تهران	۷۳	۹۱
		ایران	۸۱.۲	۷۵.۲
		شهید بهشتی	۸۶.۶	۸۰.۷
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۹۴.۶	۸۰.۴
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۸۳	۸۹
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۸۱.۵	۷۰.۲
		سبزوار	۹۴	۸۷
		گناباد	۹۴.۴	۹۶
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۹۴.۴	۹۶
۱۲	خوزستان	اهواز	۹۸	۹۴.۶
۱۳	زنجان	زنجان	۸۳.۲	۹۶.۲
۱۴	سمنان	سمنان	۹۳	۸۲
		شاهرود	۹۸.۵	۸۸.۹
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۸۲.۵	۶۸.۴
		زابل	۵۹	۷۲.۵
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۱۲

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱۶	فارس	شیراز	۹۵.۸	۸۲
		جهرم	۹۷.۲	۹۵.۳
		فسا	۹۸.۱	۹۷
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۸۱.۹	۷۴.۸
۱۸	قم	قم	۴۸.۲	۶۹
۱۹	کردستان	کردستان	۹۱.۸	۸۱.۲
۲۰	کرمان	کرمان	۲۶.۹	۴۵.۷
		رفسنجان	۱۰۰	۱۰۰
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۸۳.۳	۶۵.۳
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	ياسوج	۷۱.۴	۱۰۰
۲۳	گلستان	گلستان	۷۱.۴	۸۷.۵
۲۴	گیلان	گیلان	۷۲.۷	۸۶
۲۵	لرستان	لرستان	۵۲	۵۲.۳
۲۶	مازندران	مازندران	۸۰.۶	۸۰
		بابل	۶۰	۵۰
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۹۳	-
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۹۱.۸	۷۸
۲۹	همدان	همدان	۴۷.۶	-
۳۰	یزد	یزد	۷۶	۸۵.۷
کل کشور			-	-

نمودار شماره ۸۱- درصد مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد خوراکی مناطق شهری دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی، به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۱۲ درصد مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد خوراکی مناطق شهری دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی برای سال ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵ بر اساس اطلاعات فرم های نظام نوین آماری را نشان می دهد. نمودار شماره ۸۱ شاخص مذکور را به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی برای سال ۱۳۸۵ نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق دانشگاه های بندرعباس (۴۰٪)، کرمان (۲۶.۹٪)، همدان (۴۷.۶٪)، قم (۴۸.۲٪) و لرستان (۵۲٪) کمترین درصد شاخص مذکور را داشته اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. ضمناً دانشگاه های رفسنجان (۱۰۰٪)، شاهرود (۹۸.۵٪)، فسا (۹۸.۱٪)، اهواز (۹۸٪) و چهرم (۹۷.۲٪) دارای بیشترین درصد و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۱۳ - مشخصات شاخص درصد مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد خوراکی و بهداشتی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق روستایی

نام شاخص	درصد مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد خوراکی و بهداشتی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق روستایی
تعریف شاخص	نسبت مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد خوراکی و بهداشتی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق روستایی
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد مراکز تهیه، توزیع مواد خوراکی و ... دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق روستایی}}{\text{تعداد کل مراکز تهیه، توزیع مواد خوراکی و ... تحت پوشش}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	فرم های نظام نوین آماری
دوره زمانی جمع آوری داده ها	یکساله

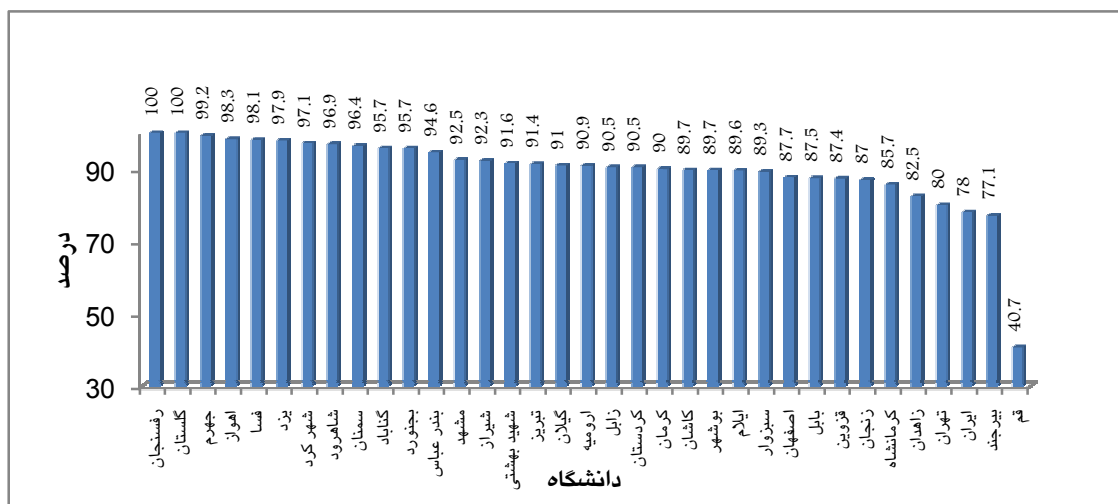
جدول شماره ۱۱۴- درصد مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد خوراکی و بهداشتی که دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق روستایی ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۹۱.۴	۸۷.۲
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۹۰.۹	۷۸.۵
۳	اردبیل	اردبیل	-	-
۴	اصفهان	اصفهان	۸۷.۷	۷۹.۷
		کاشان	۸۹.۷	۷۵.۵
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۸۹.۶	۶۹.۳
۶	بوشهر	بوشهر	۸۹.۷	۸۰.۵
۷	تهران	تهران	۸۰	۸۲.۴
		ایران	۷۸	۷۹.۵
		شهید بهشتی	۹۱.۶	۹۱.۸
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۹۷.۱	۸۸.۵
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۷۷.۱	۸۶.۵
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۹۲.۵	۸۷.۷
		سبزوار	۸۹.۳	۸۲.۲
		گناباد	۹۵.۷	۹۴.۹
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۹۵.۷	۹۴.۹
۱۲	خوزستان	اهواز	۹۸.۳	۸۸.۵
۱۳	زنجان	زنجان	۸۷	۹۸.۸
۱۴	سمنان	سمنان	۹۶.۴	۹۶
		شاهرود	۹۶.۹	۹۲.۵
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۸۲.۵	۲۹.۸
		زابل	۹۰.۵	۸۴.۹
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۱۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱۶	فارس	شیراز	۹۲.۳	۸۶.۸
		جهرم	۹۹.۲	۹۶.۹
		فسا	۹۸.۱	۸۱
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۸۷.۴	۸۳.۵
۱۸	قم	قم	۴۰.۷	۶۹.۲
۱۹	کردستان	کردستان	۹۰.۵	۸۱.۸
۲۰	کرمان	کرمان	۹۰	۹۳.۸
		رفسنجان	۱۰۰	۱۰۰
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۸۵.۷	۱۰۰
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	-	۵۰
۲۳	گلستان	گلستان	۱۰۰	-
۲۴	گیلان	گیلان	۹۱	۹۴.۲
۲۵	لرستان	لرستان	-	۸۰.۹
۲۶	مازندران	مازندران	-	۹۵
		بابل	۸۷.۵	-
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	-	-
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۹۴.۶	۵۹.۸
۲۹	همدان	همدان	-	-
۳۰	یزد	یزد	۹۷.۹	-
کل کشور			-	-

نمودار شماره ۸۲- درصد مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد خوراکی و بهداشتی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق روستایی ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۱۴ درصد مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد خوراکی مناطق روستایی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی برای سال ۱۳۸۵ و ۱۳۸۰ بر اساس اطلاعات فرم های نظام نوین آماری را نشان می دهد. نمودار شماره ۸۲ شاخص مذکور را به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های قم (۴۰.۷٪)، بیرجند (۷۷.۱٪)، ایران (۷۸٪) و تهران (۸۰٪) دارای کمترین درصد مراکز مذکور دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی هستند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند و دانشگاه های رفسنجان (۱۰۰٪)، گلستان (۱۰۰٪)، چهرم (۹۹.۲٪) و اهواز (۹۸.۳٪) دارای بیشترین درصد و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۱۵- مشخصات شاخص درصد بیمارستانهایی که جمع آوری زباله آنها مطلوب است

نام شاخص	درصد بیمارستانهایی که جمع آوری زباله آنها مطلوب است
تعریف شاخص	تعداد بیمارستانهایی که جمع آوری زباله آنها مطلوب است
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد بیمارستانهایی که جمع آوری زباله آنها مطلوب است}}{\text{تعداد کل بیمارستانهای تحت پوشش}} \times ۱۰۰$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	فرم های نظام نوین آماری
دوره زمانی جمع آوری داده ها	یکساله

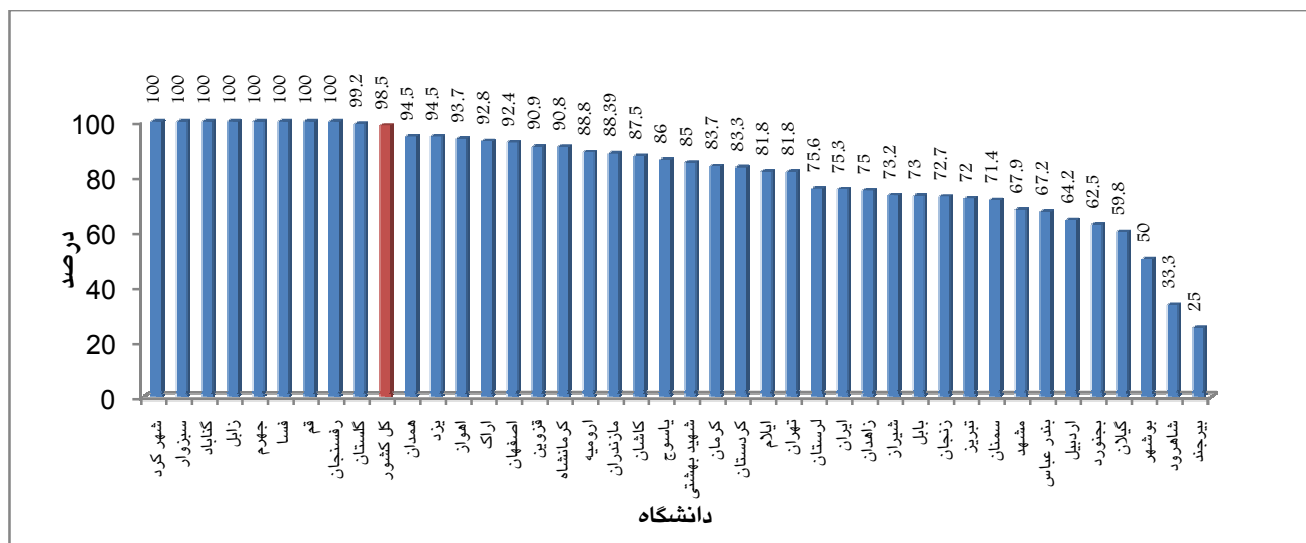
جدول شماره ۱۱۶- درصد بیمارستانهایی که جمع آوری زباله آنها مطلوب است به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سالهای ۱۳۸۵ و ۱۳۸۰

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۷۲	۵۳.۸
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۸۸.۸	۴۴
۳	اردبیل	اردبیل	۶۴.۲	۴۵.۷
۴	اصفهان	اصفهان	۹۲.۴	۸۴.۹
		کاشان	۸۷.۵	۱۰۰
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۸۱.۸	۲۵.۸
۶	بوشهر	بوشهر	۵۰	۳۳
۷	تهران	تهران	۸۱.۸	۸۲
		ایران	۷۵.۳	۸۲.۲
		شهید بهشتی	۸۵	۴۵.۴
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۱۰۰	۰
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۲۵	۶۶.۶
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۶۷.۹	۷۷
		سبزوار	۱۰۰	۱۰۰
		گناباد	۱۰۰	۱۰۰
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۶۲.۵	۱۰۰
۱۲	خوزستان	اهواز	۹۳.۷	۶۴
۱۳	زنجان	زنجان	۷۲.۷	۷۵
۱۴	سمنان	سمنان	۷۱.۴	۸۷.۵
		شاهرود	۳۳.۳	۷۵
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۷۵	۷۸.۳۵
		زابل	۱۰۰	۵۰
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۱۶

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱۶	فارس	شیراز	۷۳.۲	۸۹
		جهرم	۱۰۰	-
		فسا	۱۰۰	۱۰۰
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۹۰.۹	۵۲.۵
۱۸	قم	قم	۱۰۰	۶۲.۵
۱۹	کردستان	کردستان	۸۳.۳	۸۱.۸
۲۰	کرمان	کرمان	۸۳.۷	۷۶.۳
		رفسنجان	۱۰۰	۱۰۰
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۹۰.۸	۷۹
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۸۶	۷۸.۵
۲۳	گلستان	گلستان	۹۹.۲	۹۷.۳
۲۴	گیلان	گیلان	۵۹.۸	-
۲۵	لرستان	لرستان	۷۵.۶	۷۴.۲
۲۶	مازندران	مازندران	۸۸.۳۹	۸۰.۴
		بابل	۷۳	۵۶.۸
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۹۲.۸	۸۵.۴
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۶۷.۲	۷۰.۵
۲۹	همدان	همدان	۹۴.۵	۸۶
۳۰	یزد	یزد	۹۴.۵	۸۶
کل کشور			۹۸.۵	۹۳.۶

نمودار شماره ۸۳- درصد بیمارستانهای دارای سیستم جمع آوری زباله مطلوب به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۱۶ درصد بیمارستانهایی که جمع آوری زباله آنها مطلوب است به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی برای سال ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵ بر اساس اطلاعات فرم های نظام نوین آماری را نشان می دهد. نمودار شماره ۸۳ شاخص مذکور را به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی برای سال ۱۳۸۵ نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های بیرجند (۲۵٪)، شاهرود (۳۳.۳٪)، بوشهر (۵۰٪)، گیلان (۵۹.۸٪) و بجنورد (۶۲.۵٪) دارای کمترین درصد و در پایین ترین دهک قرار می گیرند و دانشگاه های رفسنجان، قم، فسا، جهرم، زابل، گناباد، سبزوار، شهرکرد ۱۰۰٪ بیمارستان ها که دارای سیستم جمع آوری زباله مطلوب هستند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۱۷- مشخصات شاخص درصد مراکز کاربرد پرتوهای یونساز در پزشکی که دارای شرایط حفاظتی مطلوب می باشند

نام شاخص	درصد مراکز کاربرد پرتوهای یونساز در پزشکی که دارای شرایط حفاظتی مطلوب می باشند
تعریف شاخص	نسبت مراکز کاربرد پرتوهای یونساز در پزشکی که دارای شرایط حفاظتی مطلوب می باشند
نحوه محاسبه (فرمول)	$100 \times \frac{\text{تعداد مراکز کاربرد پرتوهای یونساز در پزشکی که دارای شرایط حفاظتی مطلوب می باشند}}{\text{تعداد کل مراکز پرتوهای یونساز تحت پوشش}}$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	فرم های نظام نوین آماری
دوره زمانی جمع آوری داده ها	یکساله

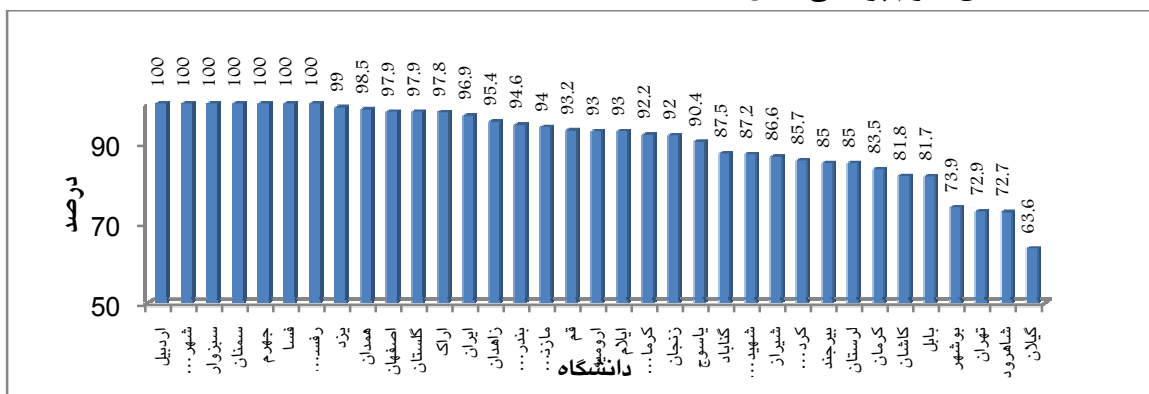
جدول شماره ۱۱۸- درصد مراکز کاربرد پرتوهای یونساز در پزشکی که دارای شرایط حفاظتی مطلوب می باشند به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سالهای ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	-	۱۰۰
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۹۳	۹۵.۵
۳	اردبیل	اردبیل	۱۰۰	۱۰۰
۴	اصفهان	اصفهان	۹۷.۹	۹۴.۲
		کاشان	۸۱.۸	۷۵
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۹۳	۱۰۰
۶	بوشهر	بوشهر	۷۳.۹	-
۷	تهران	تهران	۷۲.۹	۹۴
		ایران	۹۶.۹	۹۵.۵
		شهید بهشتی	۸۷.۲	۹۴.۴
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۱۰۰	۱۰۰
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۸۵	۷۷.۷
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	-	۸۸.۵
		سبزوار	۱۰۰	-
		گناباد	۸۷.۵	-
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	-	-
۱۲	خوزستان	اهواز	-	۸۳.۳
۱۳	زنجان	زنجان	۹۲	-
۱۴	سمنان	سمنان	۱۰۰	-
		شاهرود	۷۲.۷	-
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۹۵.۴	۹۰.۶
		زابل	-	-
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۱۸

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱۶	فارس	شیراز	۸۶.۶	-
		جهرم	۱۰۰	۱۰۰
		فسا	۱۰۰	۱۰۰
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	-	۹۳.۵
۱۸	قم	قم	۹۳.۲	۷۶.۵
۱۹	کردستان	کردستان	۸۵.۷	۸۰.۷
۲۰	کرمان	کرمان	۸۳.۵	۷۹.۸
		رفسنجان	۱۰۰	۹۹.۳
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۹۲.۲	۸۴
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۹۰.۴	۸۳
۲۳	گلستان	گلستان	۹۷.۹	۹۵.۸
۲۴	گیلان	گیلان	۶۳.۶	۴۸.۵
۲۵	لرستان	لرستان	۸۵	۶۴
۲۶	مازندران	مازندران	۹۴	۹۴
		بابل	۸۱.۷	۵۸.۶
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۹۷.۸	۹۰
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۹۴.۶	۵۹.۸
۲۹	همدان	همدان	۹۸.۵	۹۵.۸
۳۰	یزد	یزد	۹۹	۹۴.۹
کل کشور			-	-

نمودار شماره ۸۴- درصد مراکز کاربرد پرتوهای یون ساز در پزشکی دارای شرایط حفاظتی مطلوب به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



با توجه به این که میزان ها بالای ۵۰ درصد هستند مقیاس نمودار از بالای ۵۰ درصد ارائه شده است. جدول شماره ۱۱۸ درصد مراکز کاربرد پرتوهای یون ساز در پزشکی که دارای شرایط حفاظتی مطلوب می باشند به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی برای سال ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵ بر اساس اطلاعات فرم های نظام نوین آماری را نشان می دهد. نمودار شماره ۸۴ شاخص مذکور را به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های گیلان (۶۳.۶٪)، شاهرود (۷۲.۷٪)، تهران (۷۲.۹٪) و بوشهر (۷۳.۹٪) دارای کمترین درصد و در پایین ترین دهک قرار می گیرند و دانشگاه های رفسنجان، فسا، جهرم، سمنان، سبزوار، شهرکرد و اردبیل ۱۰۰٪ دارای مراکزی هستند که از شرایط حفاظتی مطلوب برخوردار می باشند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

شاخصهای تنظیم خانواده

جدول شماره ۱۱۹- مشخصات شاخص درصد حاملگی ناخواسته (زن و شوهر)

حوزه			معاونت سلامت
واحد سازمانی			سلامت خانواده و جمعیت/ اداره تنظیم خانواده
برنامه / فعالیت			برنامه تنظیم خانواده
نام شاخص			در صد حاملگی ناخواسته (زن و شوهر)
تعریف شاخص			نسبت حاملگی هایی که از طرف زن و شوهر ناخواسته بوده است (بر اساس گفته زن)
نحوه محاسبه (فرمول)			$\frac{\text{تعداد حاملگی های ناخواسته زن و مرد (هر دو)}}{\text{کل حاملگی ها}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات			IMES
			DHS
			سال شمسی
دوره زمانی جمع آوری داده ها			سال میلادی
			۳ تا ۵ سال

جدول شماره ۱۲۰- درصد حاملگی ناخواسته (بر اساس گفته زن) به تفکیک دانشگاههای علوم پزشکی بر اساس بررسی DHS سال ۱۳۷۹ و IMES ۱۳۸۴

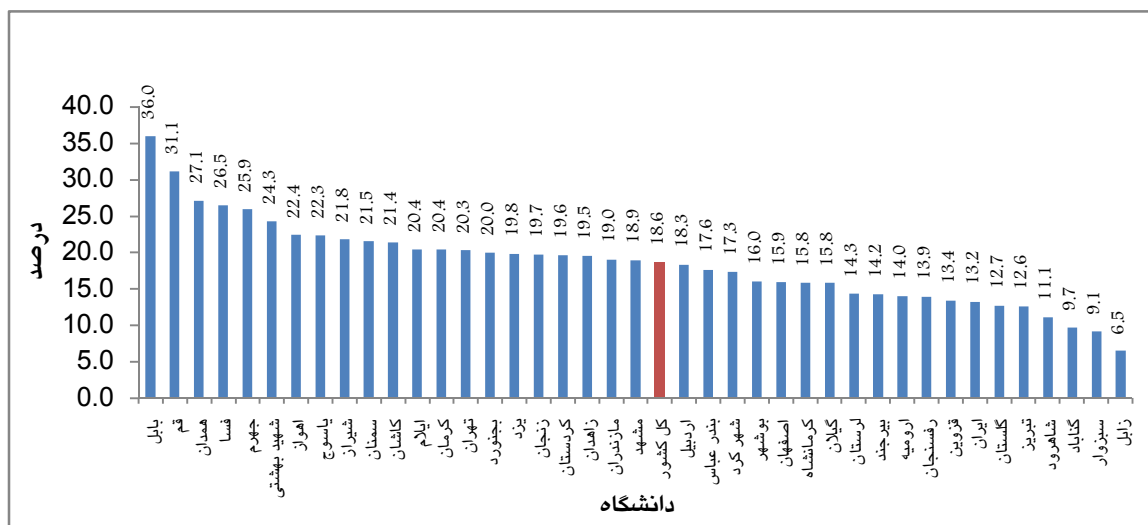
ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال IMES ۸۴	سال DHS ۷۹
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱۲.۶	۲۵.۰
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱۴.۰	۱۷.۲
۳	اردبیل	اردبیل	۱۸.۳	۲۶.۸
۴	اصفهان	اصفهان	۱۵.۹	۱۴.۸
		کاشان	۲۱.۴	-
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۲۰.۴	۲۷.۸
۶	بوشهر	بوشهر	۱۶.۰	۲۴.۲
۷	تهران	تهران	۲۰.۳	-
		ایران	۱۳.۲	-
		شهید بهشتی	۲۴.۳	-
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۱۷.۳	۱۹.۴
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۱۴.۲	-
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۱۸.۹	۲۴.۶
		سبزوار	۹.۱	-
		گناباد	۹.۷	-
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۲۰.۰	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۲۲.۴	۲۲.۳
۱۳	زنجان	زنجان	۱۹.۷	۲۴.۰
۱۴	سمنان	سمنان	۲۱.۵	۲۱.۰
		شاهرود	۱۱.۱	-
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۱۹.۵	۱۹.۲
		زابل	۶.۵	-
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۲۰

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴ IMES	سال ۷۹ DHS
۱۶	فارس	شیراز	۲۱.۸	۲۸.۲
		جهرم	۲۵.۹	-
		فسا	۲۶.۵	-
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۱۳.۴	۲۸.۹
۱۸	قم	قم	۳۱.۱	۳۵.۷
۱۹	کردستان	کردستان	۱۹.۶	۲۸.۶
۲۰	کرمان	کرمان	۲۰.۴	۲۸.۹
		رفسنجان	۱۳.۹	-
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۱۵.۸	۲۱.۱
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۲۲.۳	۳۶.۷
۲۳	گلستان	گلستان	۱۲.۷	۱۹.۴
۲۴	گیلان	گیلان	۱۵.۸	۲۲.۳
۲۵	لرستان	لرستان	۱۴.۳	۲۴.۷
۲۶	مازندران	مازندران	۱۹.۰	۲۵.۵
		بابل	۳۶.۰	-
		کل	-	-
۲۷	مرکزی*	اراک	-	۲۷.۲
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۱۷.۶	۲۸.۷
۲۹	همدان	همدان	۲۷.۱	۲۷.۳
۳۰	یزد	یزد	۱۹.۸	۲۰.۱
کل کشور			۱۸.۶	۲۴.۱

* داده های دانشگاه علوم پزشکی اراک برای این شاخص وجود نداشت.

نمودار شماره ۸۵- درصد حاملگی ناخواسته (بر اساس گفته زن) به تفکیک دانشگاههای علوم پزشکی بر اساس بررسی IMES سال ۱۳۸۴



شاخص درصد حاملگی ناخواسته یکی از شاخص های مهم برای ارزشیابی برنامه ها و خدمات تنظیم خانواده می باشد. این شاخص اثر بخشی خدمات تنظیم خانواده از جمله روش های پیشگیری از حاملگی و برنامه های آموزشی تنظیم خانواده را نشان می دهد. این شاخص با میزان موفقیت روشهای مورد استفاده زوجین برای پیشگیری از حاملگی رابطه دارد. جدول شماره ۱۲۰ درصد حاملگی ناخواسته بر اساس گفته زن به تفکیک استان ها بر اساس بررسی DHS برای سال ۱۳۷۹ و بر اساس بررسی IMES برای سال ۱۳۸۴ را نشان می دهد. مقایسه این شاخص بر اساس دو بررسی اشاره شده نشان می دهد که میزان کشوری این شاخص از ۲۴/۱ درصد در سال ۱۳۷۹ به ۱۸/۶ درصد در سال ۱۳۸۴ کاهش یافته است. نمودار شماره ۸۵ درصد حاملگی ناخواسته به تفکیک دانشگاههای علوم پزشکی بر اساس IMES (Integrated Monitoring and Evaluation System) برای سال ۱۳۸۴ نشان می دهد. بر اساس این نمودار، دانشگاههای شاهرود (۱۱.۱٪)، گناباد (۹.۷٪)، سبزوار (۹.۱٪) و زابل (۶.۵٪) پایین ترین درصد را در بین دانشگاهها دارند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. همچنین دانشگاههای بابل (۳۶٪)، قم (۳۱.۱٪)، همدان (۲۷.۱٪) و فسا (۲۶.۵٪) دارای بالاترین درصد برای این شاخص هستند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۲۱- مشخصات شاخص برنامه تنظیم خانواده

معاونت سلامت			حوزه
سلامت خانواده و جمعیت / اداره تنظیم خانواده			واحد سازمانی
برنامه تنظیم خانواده			برنامه / فعالیت
در صد شیوع استفاده از روش های پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ ساله همسردار CPR			نام شاخص
نسبت زنان ۱۵-۴۹ ساله همسردار یا شوهران آن ها که از روش های پیشگیری از بارداری (قرص، آی یو دی، آمپول، کاندوم، بستن لوله زنان و مردان و روش های سنتی و....) استفاده می کنند.			تعریف شاخص
تعداد زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله همسردار یا شوهران آن ها که از روش های پیشگیری از بارداری (قرص، آی، یو دی، آمپول، کاندوم، بستن لوله زنان و مردان و روش های سنتی و....) استفاده می کنند $\times 100$ کل زنان همسردار ۱۵ تا ۴۹ سال			نحوه محاسبه (فرمول)
IMES	DHS		ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات
۱۳۸۴	۱۳۷۹	سال شمسی	
۲۰۰۵	۲۰۰۰	سال میلادی	

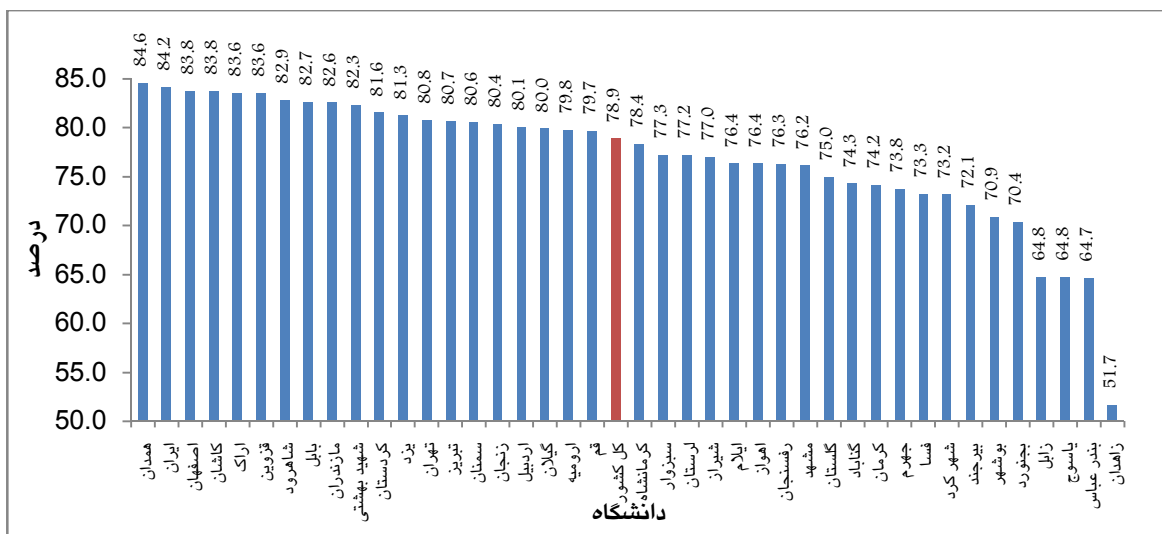
جدول شماره ۱۲۲- درصد شیوع استفاده از روش های پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ ساله همسردار (CPR)، سال های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۸۰.۷	۷۲.۷
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۷۹.۸	۷۳.۳
۳	اردبیل	اردبیل	۸۰.۱	۷۳.۳
۴	اصفهان	اصفهان	۸۳.۸	۷۹.۴
		کاشان	۸۳.۸	-
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۷۶.۴	۷۰.۱
۶	بوشهر	بوشهر	۷۰.۹	۶۳.۷
۷	تهران	تهران	۸۰.۸	-
		ایران	۸۴.۲	-
		شهید بهشتی	۸۲.۳	-
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۷۳.۲	۷۴.۳
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۷۲.۱	-
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۷۶.۲	۶۸.۱
		سبزوار	۷۷.۳	-
		گناباد	۷۴.۳	-
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۷۰.۴	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۷۶.۴	۶۹.۵
۱۳	زنجان	زنجان	۸۰.۴	۷۳.۴
۱۴	سمنان	سمنان	۸۰.۶	۸۰.۲
		شاهرود	۸۲.۹	-
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۵۱.۷	۴۱.۵
		زابل	۶۴.۸	-
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۲۲

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱۶	فارس	شیراز	۷۷.۰	۷۱.۹
		جهرم	۷۳.۸	-
		فسا	۷۳.۳	-
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۸۳.۶	۷۶.۱
۱۸	قم	قم	۷۹.۷	۷۳.۱
۱۹	کردستان	کردستان	۸۱.۶	۷۷.۲
۲۰	کرمان	کرمان	۷۴.۲	۷۰.۱
		رفسنجان	۷۶.۳	-
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۷۸.۴	۷۵.۱
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۶۴.۸	۶۳.۰
۲۳	گلستان	گلستان	۷۵.۰	۷۲.۳
۲۴	گیلان	گیلان	۸۰.۰	۷۵.۰
۲۵	لرستان	لرستان	۷۷.۲	۷۲.۵
۲۶	مازندران	مازندران	۸۲.۶	۷۸.۶
		بابل	۸۲.۷	-
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۸۳.۶	۷۷.۱
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۶۴.۷	۵۵.۰
۲۹	همدان	همدان	۸۴.۶	۷۷.۱
۳۰	یزد	یزد	۸۱.۳	۷۷.۰
کل کشور			۷۸.۹	۷۳.۸

نمودار شماره ۸۶- درصد شیوع استفاده از روش های پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ سال همسر دار (CPR) به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس بررسی IMES، سال ۱۳۸۴



• با توجه به اینکه میزان این شاخص در همه دانشگاه ها بالای ۵۰ درصد می باشد حداقل مقیاس از ۵۰٪ انتخاب شده است.

شاخص درصد شیوع استفاده از روش های پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ سال یکی از شاخص های مهم عملکرد نظام سلامت است. همچنین این شاخص یکی از شاخص های هدف برای اهداف توسعه هزاره (MDGs) است. در حقیقت مشاوره با کیفیت بالا به همراه روش های مطمئن، موثر و مدرن پیشگیری از بارداری ضمن اینکه باعث کنترل جمعیت در سطح جامعه می شود، از حاملگی های نا خواسته و سقط جنین های غیر قانونی نیز جلوگیری می کند. میزان استفاده از روش های مطمئن تنظیم خانواده در ارتقای سطح سلامت زنان تأثیر گذار می باشد.

جدول شماره ۱۲۲ توزیع استانی/ دانشگاهی شاخص (CPR) را بر اساس DHS برای سال ۱۳۷۹ و بررسی MES را در سال ۱۳۸۴ نشان می دهد. با توجه به سیاست اولویت برنامه تنظیم خانواده در طی ۲۰ سال گذشته در جمهوری اسلامی ایران، میزان CPR در کشور افزایش چشمگیری داشته است، به طوری که این میزان از ۴۹/۹٪ در سال ۱۳۶۸ به ۷۳/۸٪ در سال و به ۷۸/۹٪ رسیده است. نمودار شماره ۸۶ توزیع دانشگاهی شاخص CPR را نشان می دهد. بر اساس نمودار مذکور اگر چه میزان کشوری این شاخص نسبتی بالاست (۷۸/۹٪) ولی در برخی از دانشگاه ها میزان این شاخص پایین می باشد. بطوریکه این میزان در دانشگاه زاهدان (۵۱/۷٪)، بندر عباس (۶۴/۷٪)، یاسوج (۶۴/۸٪)، زابل (۶۴/۸٪) و بروجرد (۷۰/۴٪) که در دهک پایین قرار می گیرد. همچنین این میزان در دانشگاه های علوم پزشکی همدان (۸۴/۶٪)، ایران (۸۴/۲٪)، اصفهان (۸۳/۸٪)، کاشان (۸۳/۸٪) و اراک (۸۳/۶٪) بالا است و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۲۳- مشخصات شاخص برنامه تنظیم خانواده

معاونت سلامت			حوزه
سلامت خانواده و جمعیت / اداره تنظیم خانواده			واحد سازمانی
برنامه تنظیم خانواده			برنامه / فعالیت
در صد شیوع استفاده از روش های پیشگیری از بارداری مدرن در زنان ۱۵-۴۹ ساله همسردار (CPR مدرن)			نام شاخص
نسبت زنان ۱۵-۴۹ ساله همسردار یا شوهران آن ها که از روش های مدرن (قرص، آی یو دی، آمپول، کاندوم، بستن لوله زنان و مردان) استفاده می کنند.			تعریف شاخص
$\frac{\text{تعداد زنان ۱۵-۴۹ ساله همسردار یا شوهران آن ها که از روش های مدرن (قرص، آی یو دی، آمپول، کاندوم، بستن لوله زنان و مردان) استفاده می کنند.}}{\text{کل زنان همسردار ۱۵ تا ۴۹ سال}} \times ۱۰۰$			نحوه محاسبه (فرمول)
IMES	DHS	سال شمسی	ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات
۱۳۸۴	۱۳۷۹		
۲۰۰۵	۲۰۰۰		

جدول شماره ۱۲۴- در صد شیوع استفاده از روش های پیشگیری از بارداری مدرن در زنان ۱۵-۴۹ ساله همسر دار^۱(CPR)

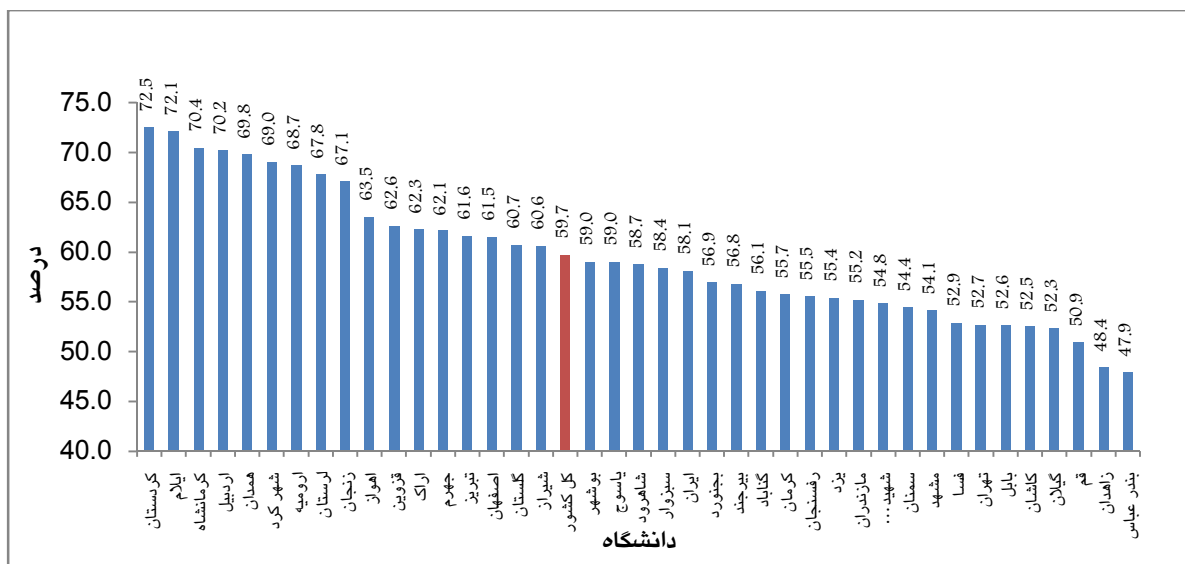
ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۶۱.۶	۵۸.۲
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۶۸.۷	۶۲.۲
۳	اردبیل	اردبیل	۷۰.۲	۶۶.۴
۴	اصفهان	اصفهان	۶۱.۵	۵۶.۱
		کاشان	۵۲.۵	-
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۷۲.۱	۶۶.۷
۶	بوشهر	بوشهر	۵۹.۰	۵۰.۸
۷	تهران	تهران	۵۲.۷	-
		ایران	۵۸.۱	-
		شهید بهشتی	۵۴.۸	-
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۶۹.۰	۶۵.۶
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۵۶.۸	-
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۵۴.۱	۵۰.۲
		سبزوار	۵۸.۴	-
		گناباد	۵۶.۱	-
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۵۶.۹	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۶۳.۵	۵۸.۴
۱۳	زنجان	زنجان	۶۷.۱	۶۳.۶
۱۴	سمنان	سمنان	۵۴.۴	۵۳.۴
		شاهرود	۵۸.۷	-
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	-	-
		زابل	-	-
		کل	۴۸.۴	۳۶.۴

^۱ CPR=contraceptive prevapance Rate

ادامه جدول شماره ۱۲۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱۶	فارس	شیراز	۶۰.۶	-
		جهرم	۶۲.۱	۵۹.۷
		فسا	۵۲.۹	-
		کل	۶۳.۴	-
۱۷	قزوین	قزوین	۶۲.۶	۵۷.۹
۱۸	قم	قم	۵۰.۹	۴۵.۶
۱۹	کردستان	کردستان	۷۲.۵	۶۹.۹
۲۰	کرمان	کرمان	۵۵.۷	۵۱.۹
		رفسنجان	۵۵.۵	-
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۷۰.۴	۶۷.۵
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	ياسوج	۵۹.۰	۵۷.۹
۲۳	گلستان	گلستان	۶۰.۷	۵۷.۹
۲۴	گیلان	گیلان	۵۲.۳	۴۹.۸
۲۵	لرستان	لرستان	۶۷.۸	۶۳.۹
۲۶	مازندران	مازندران	۵۵.۲	۵۳.۰
		بابل	۵۲.۶	-
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۶۲.۳	۵۷.۶
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۴۷.۹	۴۴.۸
۲۹	همدان	همدان	۶۹.۸	۶۳.۸
۳۰	یزد	یزد	۵۵.۴	۵۴.۶
کل کشور			۵۹.۷	۵۵.۹

نمودار شماره ۸۷- درصد شیوع استفاده از روش های مدرن پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ سال همسر دار به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس بررسی IMES، سال ۱۳۸۴



استفاده از روش های مدرن تنظیم خانواده تضمین کننده اثر بخشی روش مورد استفاده می باشد و میزان بالای استفاده از این روش ها رابطه مستقیم با کارایی و کاهش درصد میزان شکست روش مورد استفاده است. جدول شماره ۱۲۴ توزیع انسانی/ دانشگاهی درصد شیوع پیشگیری از بارداری مدرن در زنان ۱۵-۴۹ سال همسر دار بر اساس بررسی DHS در سال ۱۳۷۹ و IMES در سال ۱۳۸۴ را نشان می دهد. بر اساس جدول مذکور میزان کشوری این شاخص از ۵۵.۹٪ در سال ۱۳۷۹ به ۵۹.۷٪ در سال ۱۳۸۶ افزایش یافته است. همچنین نمودار شماره ۸۷ توزیع دانشگاهی شاخص مذکور را بر اساس بررسی IMES را برای سال ۱۳۸۴ نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های بندرعباس (۴۷.۹٪)، زاهدان (۴۸.۹٪)، قم (۵۰.۹٪) و گیلان (۵۲.۳٪) دارای کمترین میزان استفاده از روش های مدرن تنظیم خانواده در بین زنان ۱۵-۴۹ ساله شوهر دار هستند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. ضمناً دانشگاه های اردبیل (۷۰.۲٪)، کرمانشاه (۷۰.۴٪)، ایلام (۷۲.۱٪) و کردستان (۷۲.۵٪) بیشترین میزان این شاخص را داشته اند و در دهک بالا قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۲۵ - مشخصات شاخص در صد شیوع استفاده از روش سنتی پیشگیری از بارداری

معاونت سلامت			حوزه
سلامت خانواده و جمعیت/ اداره تنظیم خانواده			واحد سازمانی
برنامه تنظیم خانواده			برنامه/ فعالیت
در صد شیوع استفاده از روش سنتی پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ ساله همسردار (CPR سنتی)			نام شاخص
نسبت زنان ۱۵-۴۹ ساله همسردار یا شوهران آن ها که از روش های سنتی استفاده می کنند.			تعریف شاخص
$\frac{\text{تعداد زنان ۱۵-۴۹ ساله همسردار یا شوهران آن ها که از روش های سنتی استفاده می کنند}}{\text{کل زنان همسردار ۱۵ تا ۴۹ سال}} \times ۱۰۰$			نحوه محاسبه (فرمول)
IMES	DHS		ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات
۱۳۸۴	۱۳۷۹	سال شمسی	
۲۰۰۵	۲۰۰۰	سال میلادی	
۳ تا ۵ سال			دوره زمانی جمع آوری داده ها

جدول شماره ۱۲۶- درصد شیوع استفاده از روش سنتی پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ ساله همسردار

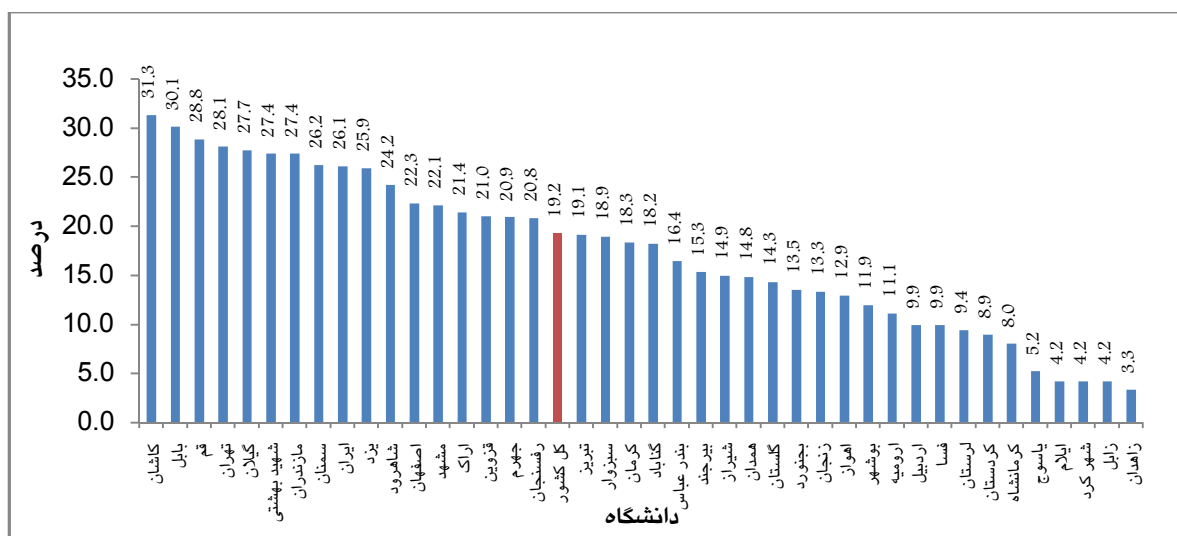
(CPR سنتی)، سال های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱۹.۱	۱۴.۵
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱۱.۱	۱۱.۰
۳	اردبیل	اردبیل	۹.۹	۶.۸
۴	اصفهان	اصفهان	۲۲.۳	۲۳.۴
		کاشان	۳۱.۳	-
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۴.۲	۳.۴
۶	بوشهر	بوشهر	۱۱.۹	۱۲.۹
۷	تهران	تهران	۲۸.۱	-
		ایران	۲۶.۱	-
		شهید بهشتی	۲۷.۴	-
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۴.۲	۸.۷
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۱۵.۳	-
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۲۲.۱	۱۸.۰
		سبزوار	۱۸.۹	-
		گناباد	۱۸.۲	-
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۱۳.۵	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۱۲.۹	۱۱.۲
۱۳	زنجان	زنجان	۱۳.۳	۹.۸
۱۴	سمنان	سمنان	۲۶.۲	۲۶.۸
		شاهرود	۲۴.۲	-
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۳.۳	۵.۰
		زابل	۴.۲	-
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۲۶

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱۶	فارس	شیراز	۱۴.۹	۱۲.۲
		جهرم	۲۰.۹	-
		فسا	۹.۹	-
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۲۱.۰	۱۸.۲
۱۸	قم	قم	۲۸.۸	۲۷.۵
۱۹	کردستان	کردستان	۸.۹	۷.۳
۲۰	کرمان	کرمان	۱۸.۳	۱۸.۲
		رفسنجان	۲۰.۸	-
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۸.۰	۷.۶
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۵.۲	۵.۱
۲۳	گلستان	گلستان	۱۴.۳	۱۴.۵
۲۴	گیلان	گیلان	۲۷.۷	۲۵.۲
۲۵	لرستان	لرستان	۹.۴	۸.۶
۲۶	مازندران	مازندران	۲۷.۴	۲۵.۶
		بابل	۳۰.۱	-
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۲۱.۴	۱۹.۵
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۱۶.۴	۱۰.۲
۲۹	همدان	همدان	۱۴.۸	۱۳.۳
۳۰	یزد	یزد	۲۵.۹	۲۲.۴
کل کشور			۱۹.۲	۱۷.۸

نمودار شماره ۸۸- درصد شیوع استفاده از روش سنتی پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ سال شوهردار به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس بررسی IMES، سال ۱۳۸۴



جدول شماره ۱۲۶ درصد شیوع استفاده از روش سنتی پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ ساله همسردار را به تفکیک استان/دانشگاه بر اساس بررسی DHS سال ۱۳۷۹ و بررسی IMES برای سال ۱۳۸۴ نشان می دهد. با توجه به جدول مذکور میزان کشوری این شاخص از ۱۷.۸٪ در سال ۱۳۷۹ به ۱۹.۲٪ در سال ۱۳۸۴ افزایش یافته است. نمودار شماره ۸۸ توزیع دانشگاهی شاخص مذکور را بر اساس بررسی IMES برای سال ۱۳۸۴ نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق دانشگاه های زاهدان (۳.۳٪)، زابل (۴.۲٪)، شهرکرد (۴.۲٪)، ایلام (۴.۲٪) و یاسوج (۵.۲٪) دارای کمترین میزان استفاده از روش سنتی بوده اند و در دهک اول قرار می گیرند. همچنین دانشگاه های تهران (۲۸.۱٪)، قم (۲۸.۸٪)، بابل (۳۰.۱٪) و کاشان (۳۱.۳٪) دارای بیشترین میزان استفاده از این روش ها را بوده اند و در بالاترین دهک در بین استانها قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۲۷- مشخصات شاخص درصد شیوع استفاده از قرص های پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ ساله همسردار (CPR قرص)

معاونت سلامت			حوزه
سلامت خانواده و جمعیت / اداره تنظیم خانواده			واحد سازمانی
برنامه تنظیم خانواده			برنامه / فعالیت
در صد شیوع استفاده از قرص های پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ ساله همسردار (CPR قرص)			نام شاخص
نسبت زنان ۱۵-۴۹ ساله همسردار که از انواع قرص های پیشگیری از بارداری استفاده می کنند.			تعریف شاخص
$\frac{\text{تعداد زنان ۱۵-۴۹ ساله همسردار که از انواع قرص های پیشگیری از بارداری استفاده می کنند}}{\text{کل زنان همسردار ۱۵ تا ۴۹ سال}} \times ۱۰۰$			نحوه محاسبه (فرمول)
IMES	DHS		ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات
۱۳۸۴	۱۳۷۹	سال شمسی	
۲۰۰۵	۲۰۰۰	سال میلادی	
۳ تا ۵ سال			دوره زمانی جمع آوری داده ها

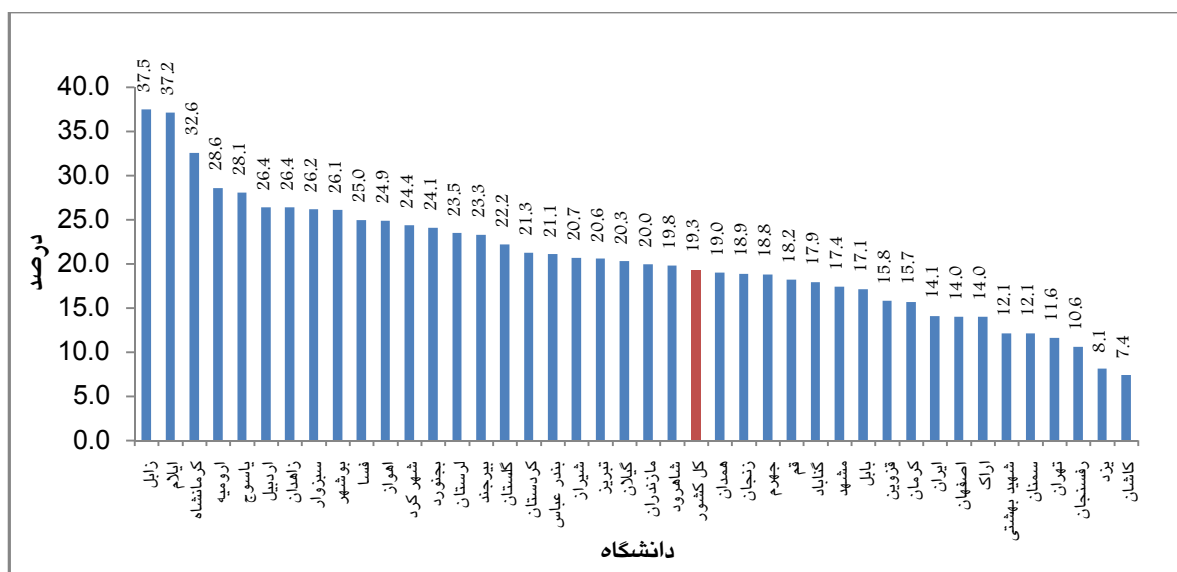
جدول شماره ۱۲۸- درصد شیوع استفاده از قرص های پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ ساله همسر دار، سال های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴ IMES	سال ۷۹ DHS
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۲۰.۶	۲۰.۷
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۲۸.۶	۲۵.۵
۳	اردبیل	اردبیل	۲۶.۴	۲۷.۵
۴	اصفهان	اصفهان	۱۴.۰	۱۳.۵
		کاشان	۷.۴	-
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۳۷.۲	۳۳.۰
۶	بوشهر	بوشهر	۲۶.۱	۲۰.۹
۷	تهران	تهران	۱۱.۶	-
		ایران	۱۴.۱	-
		شهید بهشتی	۱۲.۱	-
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۲۴.۴	۱۹.۵
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۲۳.۳	-
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۱۷.۴	۱۹.۱
		سبزوار	۲۶.۲	-
		گناباد	۱۷.۹	-
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۲۴.۱	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۲۴.۹	۲۵.۱
۱۳	زنجان	زنجان	۱۸.۹	۱۸.۰
۱۴	سمنان	سمنان	۱۲.۱	۱۵.۱
		شاهرود	۱۹.۸	-
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۲۶.۴	۱۹.۸
		زابل	۳۷.۵	-
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۲۸

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱۶	فارس	شیراز	۲۰.۷	۱۹.۳
		جهرم	۱۸.۸	-
		فسا	۲۵.۰	-
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۱۵.۸	۱۶.۴
۱۸	قم	قم	۱۸.۲	۱۳.۱
۱۹	کردستان	کردستان	۲۱.۳	۱۸.۱
۲۰	کرمان	کرمان	۱۵.۷	۱۴.۷
		رفسنجان	۱۰.۶	-
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۳۲.۶	۲۷.۰
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۲۸.۱	۲۶.۲
۲۳	گلستان	گلستان	۲۲.۲	۲۱.۱
۲۴	گیلان	گیلان	۲۰.۳	۲۲.۵
۲۵	لرستان	لرستان	۲۳.۵	۲۳.۰
۲۶	مازندران	مازندران	۲۰.۰	۱۷.۳
		بابل	۱۷.۱	-
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۱۴.۰	۱۵.۵
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۲۱.۱	۲۰.۸
۲۹	همدان	همدان	۱۹.۰	۱۸.۷
۳۰	یزد	یزد	۸.۱	۱۰.۹
کل کشور			۱۹.۳	۱۸.۴

نمودار شماره ۸۹- درصد شیوع استفاده از قرص های پیشگیری از بارداری زنان ۱۵-۴۹ ساله همسردار به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس بررسی IMES، سال ۱۳۸۴



جدول شماره ۱۲۸ درصد شیوع استفاده از قرص های پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ ساله همسردار به تفکیک استان/ دانشگاه را بر اساس بررسی DHS برای سال ۱۳۷۹ و بررسی IMES برای سال ۱۳۸۴ نشان می دهد. بر اساس جدول فوق، میزان کشوری این شاخص از ۱۸.۴٪ به ۱۹.۳٪ افزایش داشته است. همچنین نمودار شماره ۸۹ توزیع دانشگاهی این شاخص بر اساس بررسی IMES برای سال ۱۳۸۴ را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های کاشان (۷.۳٪)، یزد (۸.۱٪)، رفسنجان (۱۰.۶٪)، تهران (۱۰.۶٪)، سمنان (۱۲.۱٪) و شهید بهشتی (۱۲.۱٪) کمترین میزان این شاخص را داشته اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند و دانشگاه های زابل (۳۷.۵٪)، ایلام (۳۷.۲٪)، کرمانشاه (۳۲.۶٪) و ارومیه (۲۸.۶٪) بیشترین میزان این شاخص را داشته اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۲۹- مشخصات شاخص استفاده صحیح از قرص های پیشگیری از بارداری

معاونت سلامت			حوزه
سلامت خانواده و جمعیت / اداره تنظیم خانواده			واحد سازمانی
برنامه تنظیم خانواده			برنامه / فعالیت
درصد مصرف صحیح قرص های پیشگیری از بارداری			نام شاخص
نسبت زنانی که قرص های پیشگیری از بارداری را صحیح مصرف می کنند.			تعریف شاخص
$\frac{\text{تعداد زنان ۱۵-۴۹ ساله همسر دار که قرص های پیشگیری از بارداری را صحیح مصرف می کنند.}}{100} \times 100$			نحوه محاسبه (فرمول)
IMES	DHS		ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات
۱۳۸۴	۱۳۷۹	سال شمسی	
۲۰۰۵	۲۰۰۰	سال میلادی	

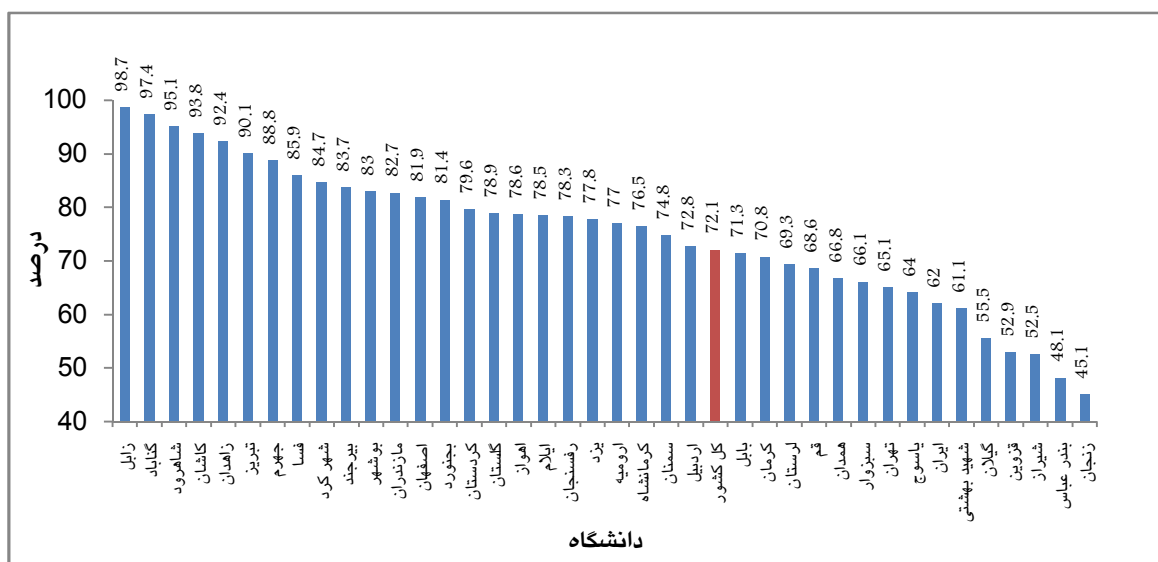
جدول شماره ۱۳۰- درصد استفاده صحیح از قرص های پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ ساله همسر دار بر اساس بررسی IMES و بررسی DHS، سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۹۰.۱	۶۲.۲
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۷۷	۵۰.۸
۳	اردبیل	اردبیل	۷۲.۸	۵۲.۶
۴	اصفهان	اصفهان	۸۱.۹	۵۳.۴
		کاشان	۹۳.۸	-
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۷۸.۵	۵۵.۰
۶	بوشهر	بوشهر	۸۳	۴۸.۲
۷	تهران	تهران	۶۵.۱	-
		ایران	۶۲	-
		شهید بهشتی	۶۱.۱	-
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۸۴.۷	۶۱.۶
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۸۳.۷	-
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	-	-
		سبزوار	۶۶.۱	-
		گناباد	۹۷.۴	-
		کل	۶۸	۴۷.۲
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۸۱.۴	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۷۸.۶	۵۹.۸
۱۳	زنجان	زنجان	۴۵.۱	۴۹.۷
۱۴	سمنان	سمنان	۷۴.۸	۴۸.۹
		شاهرود	۹۵.۱	-
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۹۲.۴	۶۴.۴
		زابل	۹۸.۷	-
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۳۰

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱۶	فارس	شیراز	۵۲.۵	۵۲.۳
		جهرم	۸۸.۸	-
		فسا	۸۵.۹	-
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۵۲.۹	۵۵.۰
۱۸	قم	قم	۶۸.۶	۵۱.۸
۱۹	کردستان	کردستان	۷۹.۶	۵۲.۴
۲۰	کرمان	کرمان	۷۰.۸	۴۷.۵
		رفسنجان	۷۸.۳	-
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۷۶.۵	۵۱.۸
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۶۴	۵۰.۱
۲۳	گلستان	گلستان	۷۸.۹	۴۰.۵
۲۴	گیلان	گیلان	۵۵.۵	۳۷.۲
۲۵	لرستان	لرستان	۶۹.۳	۵۵.۸
۲۶	مازندران	مازندران	۸۲.۷	۵۴.۳
		بابل	۷۱.۳	-
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	-	۳۵.۴
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۴۸.۱	۵۸.۵
۲۹	همدان	همدان	۶۶.۸	۵۷.۳
۳۰	یزد	یزد	۷۷.۸	۵۷.۶
کل کشور			۷۲.۱	۵۱.۵

نمودار شماره ۹۰- درصد صحیح مصرف قرص های پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ ساله همسر دار استفاده کننده از قرص های پیشگیری از بارداری بر اساس مطالعه IMES، سال ۱۳۸۴



جدول شماره ۱۳۰ درصد استفاده صحیح از قرص های پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ ساله همسر دار بر اساس بررسی های DHS و IMES برای سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۴ را نشان می دهد. همچنین نمودار شماره ۹۰، شاخص مذکور را برای سال ۱۳۸۴ نشان می دهد. شاخص مصرف صحیح قرص، عبارت است از تعداد زنان ۱۵-۴۹ ساله همسر دار که قرص های پیش گیری از بارداری را به شیوه صحیح مصرف می کنند. مخرج این نسبت کل زنان مصرف کننده قرص های پیشگیری از بارداری هستند. شاخص های مزبور در دو مطالعه DHS در سال ۱۳۷۹ و IMES در سال ۱۳۸۴ مورد سنجش قرار گرفته اند. در سال ۱۳۸۴، ۷۲/۱ درصد و در سال ۱۳۷۹، ۵۱/۵ درصد زنان مصرف کننده قرص های پیشگیری از بارداری مصرف صحیح از این اقلام را داشته اند. مطالعه IMES برای مصرف کنندگان قرص های پیشگیری از بارداری در سال ۱۳۸۴ نشان می دهد که افراد تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی زابل، گناباد، شاهرود و کاشان به ترتیب با ۹۵، ۹۷، ۹۵ و ۹۴ درصد مناسب ترین شرایط را داشته و در بالاترین دهک قرار می گیرند. درسوی مقابل در مناطق تحت پوشش دانشگاه های زنجان، بندر عباس، شیراز و قزوین وضعیت در مقایسه با سایر دانشگاهها نامطلوب بوده و با میزان های به ترتیب ۴۵/۱، ۴۸/۱، ۵۲/۵ و ۵۲/۹ در پایین ترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۳۱- مشخصات شاخص در صد شیوع استفاده از IUD

معاونت سلامت			حوزه
سلامت خانواده و جمعیت/ اداره تنظیم خانواده			واحد سازمانی
برنامه تنظیم خانواده			برنامه فعالیت
در صد شیوع استفاده از IUD در زنان ۱۵-۴۹ ساله همسر دار (CPR آی یو دی)			نام شاخص
زنان ۱۵-۴۹ ساله همسر دار که از IUD استفاده می کنند.			تعریف شاخص
$\frac{\text{تعداد زنان ۱۵-۴۹ ساله همسر دار که از IUD استفاده می کنند.}}{\text{کل زنان همسر دار ۱۵ تا ۴۹ ساله}} \times 100$			نحوه محاسبه (فرمول)
IMES	DHS		ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات
۱۳۸۴	۱۳۷۹	سال شمسی	
۲۰۰۵	۲۰۰۰	سال میلادی	
۳ تا ۵ سال			دوره زمانی جمع آوری داده ها

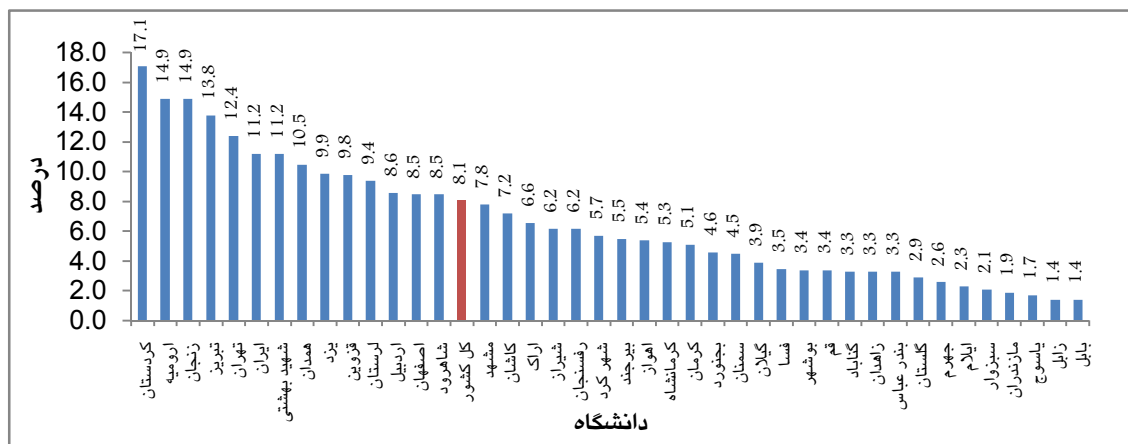
جدول شماره ۱۳۲- در صد شیوع استفاده از IUD در زنان ۱۵-۴۹ ساله همسر دار (CPR آی یو دی)، سال های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱۳.۸	۱۲.۵
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱۴.۹	۹.۶
۳	اردبیل	اردبیل	۸.۶	۸.۴
۴	اصفهان	اصفهان	۸.۵	۹.۳
		کاشان	۷.۲	-
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۲.۳	۱.۷
۶	بوشهر	بوشهر	۳.۴	۲.۸
۷	تهران	تهران	۱۲.۴	-
		ایران	۱۱.۲	-
		شهید بهشتی	۱۱.۲	-
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۵.۷	۷.۵
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۵.۵	-
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۷.۸	۵.۹
		سبزوار	۲.۱	-
		گناباد	۳.۳	-
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۴.۶	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۵.۴	۵.۴
۱۳	زنجان	زنجان	۱۴.۹	۱۳.۷
۱۴	سمنان	سمنان	۴.۵	۷.۰
		شاهرود	۸.۵	-
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۳.۳	۲.۱
		زابل	۱.۴	-
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۳۲

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱۶	فارس	شیراز	۶.۲	۶.۳
		جهرم	۲.۶	-
		فسا	۳.۵	-
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۹.۸	۸.۳
۱۸	قم	قم	۳.۴	۴.۸
۱۹	کردستان	کردستان	۱۷.۱	۱۴.۴
۲۰	کرمان	کرمان	۵.۱	۴.۷
		رفسنجان	۶.۲	-
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۵.۳	۵.۸
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۱.۷	۲.۵
۲۳	گلستان	گلستان	۲.۹	۴.۲
۲۴	گیلان	گیلان	۳.۹	۳.۳
۲۵	لرستان	لرستان	۹.۴	۷.۹
۲۶	مازندران	مازندران	۱.۹	۳.۱
		بابل	۱.۴	-
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۶.۶	۵.۰
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۳.۳	۳.۲
۲۹	همدان	همدان	۱۰.۵	۸.۸
۳۰	یزد	یزد	۹.۹	۹.۷
کل کشور			۸.۱	۸.۵

نمودار شماره ۹۱- درصد شیوع استفاده از IUD در زنان ۱۵-۴۹ ساله همسر دار به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس بررسی IMES، سال ۱۳۸۴



جدول شماره ۱۳۲ درصد شیوع استفاده از IUD در زنان ۱۵-۴۹ ساله همسر دار را به تفکیک استان/ دانشگاه را بر اساس بررسی DHS برای سال ۱۳۷۹ و بررسی IMES برای سال ۱۳۸۴ را نشان می دهد. بر اساس جدول فوق میزان استفاده از IUD در سطح کشور از ۸.۵٪ به ۸.۱٪ کاهش یافته است.

نمودار شماره ۹۱ توزیع دانشگاهی شاخص مذکور بر اساس بررسی IMES برای سال ۱۳۸۴ را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های بابل (۱.۴٪)، زابل (۱.۴٪)، یاسوج (۱.۷٪)، مازندران (۱.۹٪) و سبزوار (۲.۱٪) دارای کمترین میزان استفاده از IUD در زنان ۱۵-۴۹ ساله همسر دار داشته اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. همچنین دانشگاه های تبریز (۱۳.۸٪)، زنجان (۱۴.۹٪)، ارومیه (۱۴.۹٪) و کردستان (۱۷.۱٪) بیشترین میزان استفاده از IUD را داشته اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۳۳- مشخصات شاخص در صد شیوع استفاده از کاندوم

حوزه	معاونت سلامت
واحد سازمانی	سلامت خانواده و جمعیت/ اداره تنظیم خانواده
برنامه / فعالیت	برنامه تنظیم خانواده
نام شاخص	در صد شیوع استفاده از کاندوم در مردانی که همسران آنها ۱۵-۴۹ ساله هستند (CPR کاندوم)
تعریف شاخص	نسبت مردانی که همسران آن ها ۱۵-۴۹ ساله هستند و از کاندوم برای پیشگیری از بارداری استفاده می کنند.
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد زنان ۱۵-۴۹ ساله همسر دار که از کاندوم استفاده می کنند}}{\text{کل زنان همسر دار ۱۵ تا ۴۹ سال}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	IMES
	DHS
	سال شمسی
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سال میلادی
	۳ تا ۵ سال

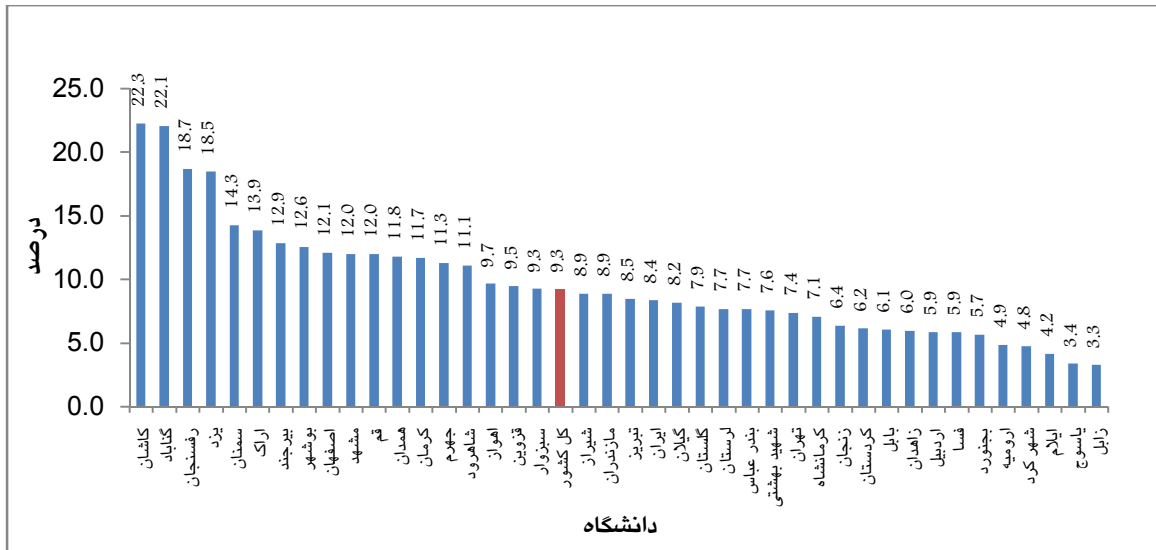
جدول شماره ۱۳۴- درصد شیوع استفاده از کاندوم در مردانی که همسران آنها ۴۹-۱۵ ساله هستند به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس بررسی IMES، سال ۱۳۷۹ و ۱۳۸۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۸.۵	۴.۶
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۴.۹	۳.۳
۳	اردبیل	اردبیل	۵.۹	۲.۹
۴	اصفهان	اصفهان	۱۲.۱	۸.۲
		کاشان	۲۲.۳	-
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۴.۲	۲.۷
۶	بوشهر	بوشهر	۱۲.۶	۹.۰
۷	تهران	تهران	۷.۴	-
		ایران	۸.۴	-
		شهید بهشتی	۷.۶	-
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۴.۸	۳.۸
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۱۲.۹	-
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۱۲.۰	۶.۲
		سبزوار	۹.۳	-
		گناباد	۲۲.۱	-
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۵.۷	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۹.۷	۶.۲
۱۳	زنجان	زنجان	۶.۴	۳.۸
۱۴	سمنان	سمنان	۱۴.۳	۷.۵
		شاهرود	۱۱.۱	-
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۶.۰	۳.۲
		زابل	۳.۳	-
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۳۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱۶	فارس	شیراز	۸.۹	۶.۴
		جهرم	۱۱.۳	-
		فسا	۵.۹	-
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۹.۵	۶.۵
۱۸	قم	قم	۱۲.۰	۱۰.۴
۱۹	کردستان	کردستان	۶.۲	۴.۲
۲۰	کرمان	کرمان	۱۱.۷	۸.۶
		رفسنجان	۱۸.۷	-
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۷.۱	۴.۸
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	ياسوج	۳.۴	۲.۴
۲۳	گلستان	گلستان	۷.۹	۴.۶
۲۴	گیلان	گیلان	۸.۲	۴.۸
۲۵	لرستان	لرستان	۷.۷	۵.۰
۲۶	مازندران	مازندران	۸.۹	۴.۴
		بابل	۶.۱	-
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۱۳.۹	۸.۲
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۷.۷	۴.۷
۲۹	همدان	همدان	۱۱.۸	۷.۰
۳۰	یزد	یزد	۱۸.۵	۱۳.۷
کل کشور			۹.۳	۵.۹

نمودار شماره ۹۲- درصد شیوع استفاده از کاندوم در مردانی که همسران آنها ۴۹-۱۵ ساله هستند به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس بررسی IMES، سال ۱۳۸۴



جدول شماره ۱۳۴ درصد شیوع استفاده از کاندوم در مردانی که همسران آنها ۴۹-۱۵ ساله هستند را به تفکیک استان/ دانشگاه بر اساس بررسی DHS برای سال ۱۳۷۹ و بررسی IMES برای سال ۱۳۸۴ نشان می دهد. بر اساس جدول فوق میزان استفاده از کاندوم در جهت هدف کشور از ۵.۹٪ به ۹.۳٪ افزایش یافته است.

نمودار شماره ۹۲ توزیع دانشگاهی شاخص استفاده از کاندوم در مردانی که همسران آنها ۴۹-۱۵ ساله هستند را بر اساس بررسی IMES برای سال ۱۳۸۴ را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های زابل (۳.۳٪)، یاسوج (۳.۴٪)، ایلام (۴.۲٪)، شهرکرد (۴.۸٪) و ارومیه (۴.۹٪) کمترین میزان استفاده از کاندوم را در بین جمعیت هدف داشته اند و در پایین ترین دهک در بین دانشگاه ها قرار می گیرند. همچنین دانشگاه های کاشان (۲۲.۳٪)، گناباد (۲۲.۱٪)، رفسنجان (۱۸.۷٪) و یزد (۱۸.۵٪) بیشترین میزان استفاده از کاندوم را داشته اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۳۵- مشخصات شاخص نیاز برآورد نشده در تنظیم خانواده (UNMET NEED)

معاونت سلامت			حوزه
سلامت خانواده و جمعیت / اداره تنظیم خانواده			واحد سازمانی
برنامه تنظیم خانواده			برنامه / فعالیت
نیاز برآورد نشده در تنظیم خانواده (UNMET NEED)			نام شاخص
نسبت زنان ۱۵-۴۹ ساله همسررداری که خود یا همسرشان از هیچ روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی کنند اما ضمناً نمی خواهند بچه دار شوند.			تعریف شاخص
تعداد زنان ۱۵-۴۹ ساله همسررداری که خود یا همسرشان از هیچ روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی کنند اما ضمناً نمی خواهند بچه دار شوند. $\times 100$ کل زنان ۱۵-۴۹ ساله همسردار			نحوه محاسبه (فرمول)
IMES	DHS		ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات
۱۳۸۴	۱۳۷۹	سال شمسی	
۲۰۰۵	۲۰۰۰	سال میلادی	
۳ تا ۵ سال			دوره زمانی جمع آوری داده ها

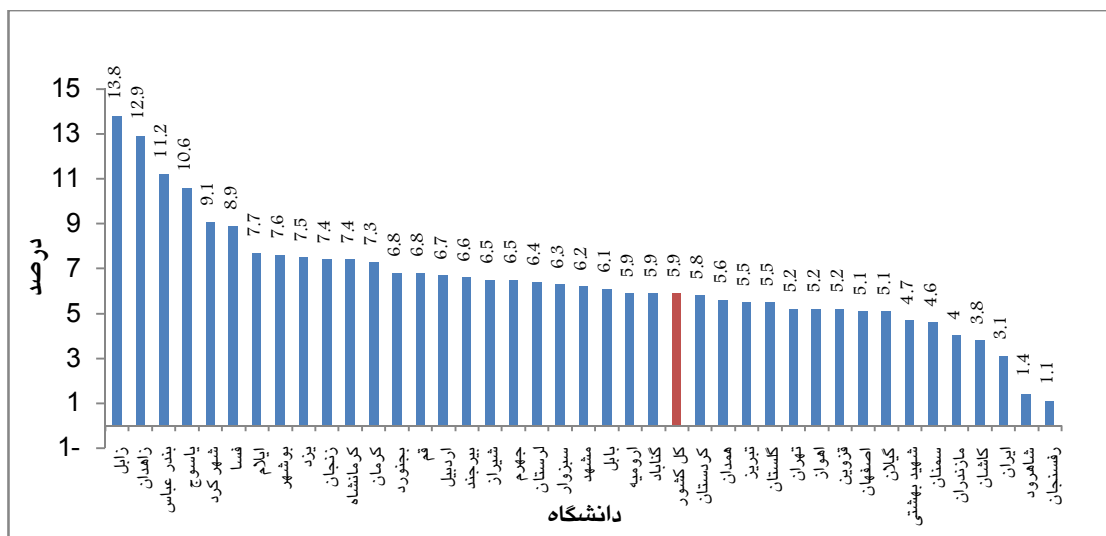
جدول شماره ۱۳۶- زنان ۴۹-۱۵ ساله همسر داری که خود یا همسرشان از هیچ روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی کنند اما ضمناً نمی خواهند بچه دار شوند، سال های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۵.۵	۶.۶
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۵.۹	۷.۷
۳	اردبیل	اردبیل	۶.۷	۷.۵
۴	اصفهان	اصفهان	۵.۱	۴.۸
		کاشان	۳.۸	-
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۷.۷	۱۱.۷
۶	بوشهر	بوشهر	۷.۶	۱۲.۳
۷	تهران	تهران	۵.۲	-
		ایران	۳.۱	-
		شهید بهشتی	۴.۷	-
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۹.۱	۹.۱
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۶.۶	-
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۶.۲	۸.۷
		سبزوار	۶.۳	-
		گناباد	۵.۹	-
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۶.۸	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۵.۲	۹.۵
۱۳	زنجان	زنجان	۷.۴	۸.۵
۱۴	سمنان	سمنان	۴.۶	۴.۰
		شاهرود	۱.۴	-
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۱۲.۹	۲۴.۹
		زابل	۱۳.۸	-
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۳۶

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱۶	فارس	شیراز	۶.۵	۹.۶
		جهرم	۶.۵	-
		فسا	۸.۹	-
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۵.۲	۵.۷
۱۸	قم	قم	۶.۸	۷.۴
۱۹	کردستان	کردستان	۵.۸	۷.۳
۲۰	کرمان	کرمان	۷.۳	۱۰.۳
		رفسنجان	۱.۱	-
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۷.۴	۷.۸
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	ياسوج	۱۰.۶	۱۵.۵
۲۳	گلستان	گلستان	۵.۵	۸.۳
۲۴	گیلان	گیلان	۵.۱	۵.۶
۲۵	لرستان	لرستان	۶.۴	۹.۱
۲۶	مازندران	مازندران	۴	۴.۲
		بابل	۶.۱	-
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	-	۵.۴
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۱۱.۲	۲۰.۱
۲۹	همدان	همدان	۵.۶	۶.۹
۳۰	یزد	یزد	۷.۵	۵.۳
کل کشور			۵.۹	۷.۵

نمودار شماره ۹۳- درصد شاخص نیاز برآورده نشده به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس بررسی IMES، سال ۱۳۸۵



نیاز برآورده نشده در واقع نمایی از اثر بخشی و نفوذ پوشش برنامه های تنظیم خانواده است. هر قدر زوج های واجد شرایط تنظیم خانواده که تمایل به کنترل موالید دارند از روش های موثر پیشگیری از بارداری استفاده نمایند میزان وقوع بارداری های ناخواسته کاهش خواهد یافت. نمودار شماره ۹۳ نشان می دهد که دانشگاه های رفسنجان (۱.۱٪) و شاهرود (۱.۴٪) دارای کمترین میزان نیاز برآورده نشده و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. همچنین دانشگاه های زابل (۱۳.۸٪) و زاهدان (۱۲.۹٪) دارای بالاترین میزان و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

شاخص های مراقبت کودکان

جدول شماره ۱۳۷- مشخصات شاخص درصد کودکانی که تا یک سالگی با شیرمادر تغذیه شده اند

نام شاخص	درصد کودکانی که تا یک سالگی با شیرمادر تغذیه شده اند
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد کودکان ۱۵-۱۲ ماهه که در ۲۴ ساعت گذشته با شیرمادر تغذیه شده اند}}{\text{تعداد کودکان ۱۵-۱۲ ماهه مورد بررسی}} \times ۱۰۰$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	IMES و DHS
دوره زمانی جمع آوری داده ها	۴ ساله

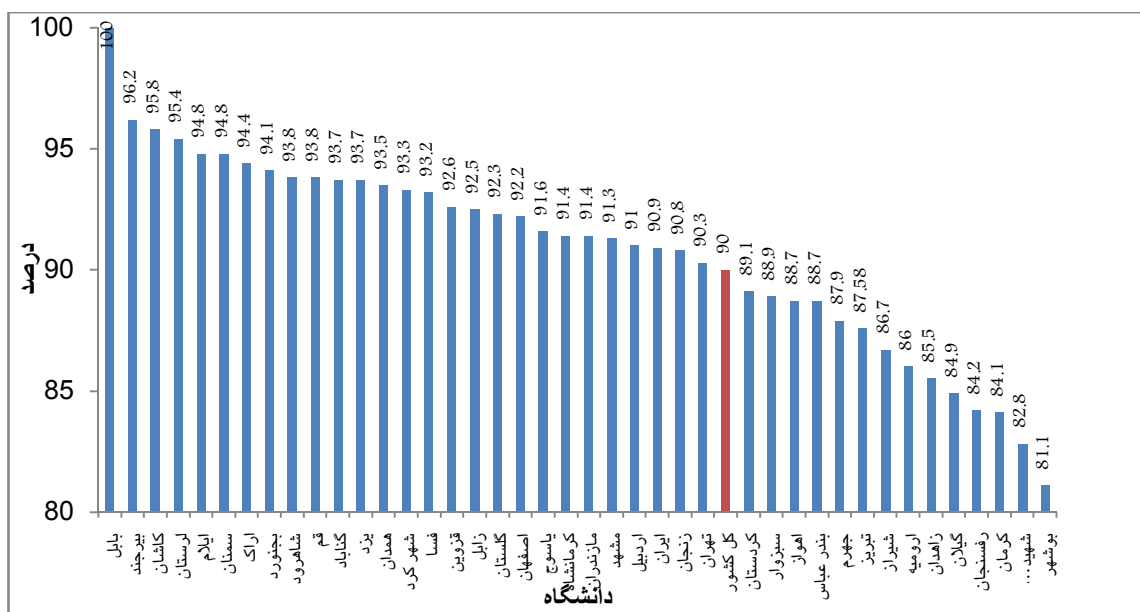
جدول شماره ۱۳۸- درصد کودکانی که تا یکسالگی با شیرمادر تغذیه شده اند به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۸۷۵۰	۸۸
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۸۶	۸۵
۳	اردبیل	اردبیل	۹۱	۹۴
۴	اصفهان	اصفهان	۹۲.۲	۹۱
		کاشان	۹۵.۸	-
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۹۴.۸	۹۴
۶	بوشهر	بوشهر	۸۱.۱	۸۳
۷	تهران	تهران	۹۰.۳	شهر ۸۹ و حومه ۹۲
		ایران	۹۰.۹	-
		شهید بهشتی	۸۲.۸	-
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۹۳.۳	۹۴
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۹۶.۲	
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۹۱.۳	۹۱
		سبزوار	۸۸.۹	-
		گناباد	۹۳۷۰	-
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۹۴.۱	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۸۸.۷	۸۸
۱۳	زنجان	زنجان	۹۰.۸	۹۵
۱۴	سمنان	سمنان	۹۴.۸	۹۱
		شاهرود	۹۳.۸	-
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۸۵.۵	۹۲
		زابل	۹۲.۵	-
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۳۸

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱۶	فارس	شیراز	۸۶.۷	۹۰
		جهرم	۸۷.۹	-
		فسا	۹۳.۲	-
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۹۲.۶	۹۴
۱۸	قم	قم	۹۳.۸	۹۰
۱۹	کردستان	کردستان	۸۹.۱	۸۸
۲۰	کرمان	کرمان	۸۴.۱	۸۷
		رفسنجان	۸۴.۲	-
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۹۱.۴	۹۲
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۹۱.۶	۹۳
۲۳	گلستان	گلستان	۹۲.۳	۹۱
۲۴	گیلان	گیلان	۸۴.۹	۸۹
۲۵	لرستان	لرستان	۹۵.۴	۹۴
۲۶	مازندران	مازندران	۹۱.۴	۸۹
		بابل	۱۰۰	-
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۹۴.۴	۹۱
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۸۸.۷	۹۲
۲۹	همدان	همدان	۹۳.۵	۹۳
۳۰	یزد	یزد	۹۳.۷	۹۴
کل کشور			۹۰	۹۰

نمودار شماره ۹۴- درصد کودکانی که تا یک سالگی با شیرمادر تغذیه شده اند به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور، سال های ۱۳۸۴



جدول شماره ۱۳۸ درصد کودکانی که تا یک سالگی با شیر مادر تغذیه شده اند به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، بر اساس بررسی DHS و IMES برای سال های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۴ را نشان می دهد. تغذیه با شیر مادر یکی از شاخص های مراقبتی در کودکان محسوب می شود. تداوم تغذیه با شیر مادر خصوصاً در سال نخست تولد یکی از ویژگیهای دقت والدین بر اهمیت رشد جسمی و روانی کودک است. در حال حاضر بر اساس نمودار شماره ۹۴ متوسط میزان پوشش این شاخص در سطح کشور ۹۰٪ می باشد. این در حالی است که دانشگاه های بابل و بیرجند با میزان ۱۰۰ و ۹۶.۲ درصد به ترتیب بالاترین میزان و دانشگاه های بوشهر و شهید بهشتی با میزان های ۸۱.۱ و ۸۲.۸ درصد کمترین میزان را داشته اند.

جدول شماره ۱۳۹- مشخصات شاخص درصد کودکان زیر ۶ ماه که بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه می شوند

نام شاخص	درصد کودکان زیر ۶ ماه که بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه می شوند
نحوه محاسبه (فرمول)	$100 \times \frac{\text{تعداد کودکان زیر ۶ ماه که در ۲۴ ساعت گذشته بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه شده اند}}{\text{تعداد کودکان زیر ۶ ماه مورد بررسی}}$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	DHS و IMES
دوره زمانی جمع آوری داده ها	۴ ساله

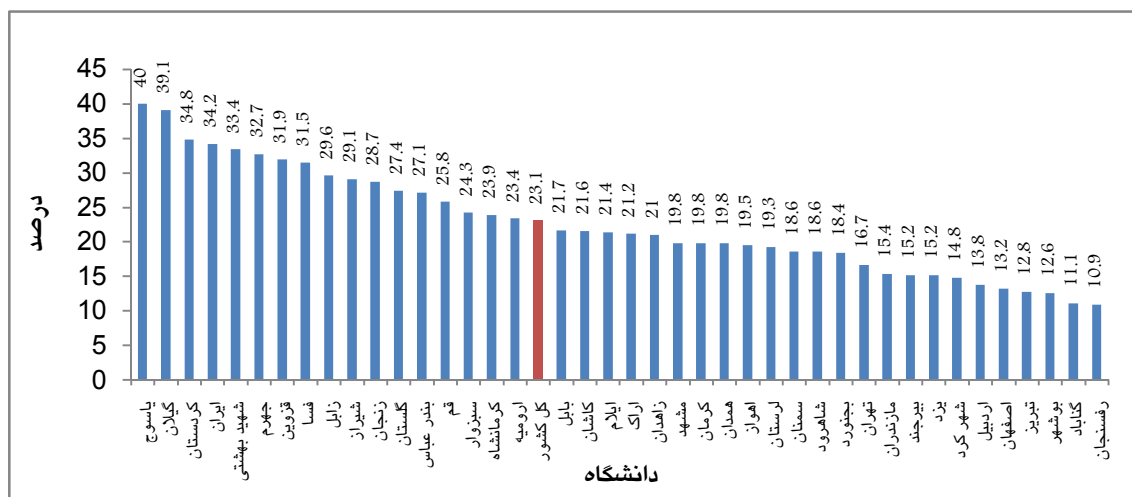
جدول شماره ۱۴۰- درصد کودکان زیر ۶ ماه که بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه می شوند، سال های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱۲.۸	۵۳.۹
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۲۳.۴	۵۸.۱
۳	اردبیل	اردبیل	۱۳.۸	۶۳.۲
۴	اصفهان	اصفهان	۱۳.۲	۴۴
		کاشان	۲۱.۶	-
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۲۱.۴	۵۴.۶
۶	بوشهر	بوشهر	۱۲.۶	۳۷.۶
۷	تهران	تهران	۱۶.۷	شهر تهران ۳۸.۱
		ایران	۳۴.۲	وحومه ۳۸.
		شهید بهشتی	۳۳.۴	
		کل	-	
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۱۴.۸	۳۵.۹
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۱۵.۲	-
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۱۹.۸	۴۶.۹
		سبزوار	۲۴.۳	-
		گناباد	۱۱.۱	-
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۱۸.۴	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۱۹.۵	۲۶.۱
۱۳	زنجان	زنجان	۲۸.۷	۳۸
۱۴	سمنان	سمنان	۱۸.۶	۴۹.۸
		شاهرود	۱۸.۶	-
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۲۱	۳۸.۸
		زابل	۲۹.۶	-
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۴۰

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱۶	فارس	شیراز	۲۹.۱	۴۴.۶
		جهرم	۳۲.۷	-
		فسا	۳۱.۵	-
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۳۱.۹	۴۰.۶
۱۸	قم	قم	۲۵.۸	۳۹.۴
۱۹	کردستان	کردستان	۳۴.۸	۵۳.۳
۲۰	کرمان	کرمان	۱۹.۸	۳۵
		رفسنجان	۱۰.۹	-
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۲۳.۹	۵۰
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۴۰	۴۹.۳
۲۳	گلستان	گلستان	۲۷.۴	۵۱.۵
۲۴	گیلان	گیلان	۳۹.۱	۵۷.۸
۲۵	لرستان	لرستان	۱۹.۳	۴۳.۳
۲۶	مازندران	مازندران	۱۵.۴	۵۹.۲
		بابل	۲۱.۷	-
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۲۱.۲	۳۸.۸
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۲۷.۱	۲۴.۴
۲۹	همدان	همدان	۱۹.۸	۳۹
۳۰	یزد	یزد	۱۵.۲	۲۵.۱
کل کشور			۲۳.۱	۴۵

نمودار شماره ۹۵- درصد کودکان زیر ۶ ماهه تغذیه شده انحصاری با شیرمادر بر اساس بررسی IMES، سال ۱۳۸۴



جدول شماره ۱۴۰ درصد کودکان زیر ۶ ماهه که به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه نموده اند را بر اساس بررسی IMES برای سال ۱۳۸۴ نشان می دهد. منظور از میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر تعداد کودکان زیر ۶ ماهی است که در ۲۴ ساعت گذشته صرفاً با شیر مادر تغذیه شده اند. این شاخص در سطح کشور به میزان ۲۳.۱ درصد می باشد. دانشگاه های یاسوج و گیلان به ترتیب با ۴۰ و ۳۹.۱ بیشترین میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر را داشته اند. در حالی که دانشگاه های رفسنجان و گناباد به ترتیب ۱۰.۹ و ۱۱.۱ کمترین این میزان را داشته اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. مقایسه نمودار تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۴ ماه نخست با نمودار تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه حکایت از کاهش قابل توجه از میزان در سن ۶ ماهگی دارد. در نمودار شیر دهی انحصاری زیر ۴ ماه دانشگاه های کردستان و بجنورد که به ترتیب ۷۸.۵ و ۷۷.۴ درصد از تغذیه انحصاری را به خود اختصاص داده اند بالاترین رتبه کشوری را دارند و دانشگاه های مازندران و تهران کمترین این میزان ها را به ترتیب با ۱۹.۷ و ۲۳.۶ درصد به خود اختصاص داده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۴۱ - مشخصات شاخص درصد کودکان زیر ۴ ماهه که بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه می شوند

نام شاخص	درصد کودکان زیر ۴ ماهه که بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه می شوند
تعریف شاخص	تعداد زنان زایمان کرده ای که حداقل ۲ بار در ۶۰ روز اول پس از زایمان مراقبت شده اند نسبت به کل مادران زایمان کرده
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد کودکان زیر ۴ ماهه که در ۲۴ ساعت گذشته بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه شده اند}}{\text{تعداد کودکان زیر ۴ ماه مورد بررسی}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	IMES
دوره زمانی جمع آوری داده ها	۴ ساله

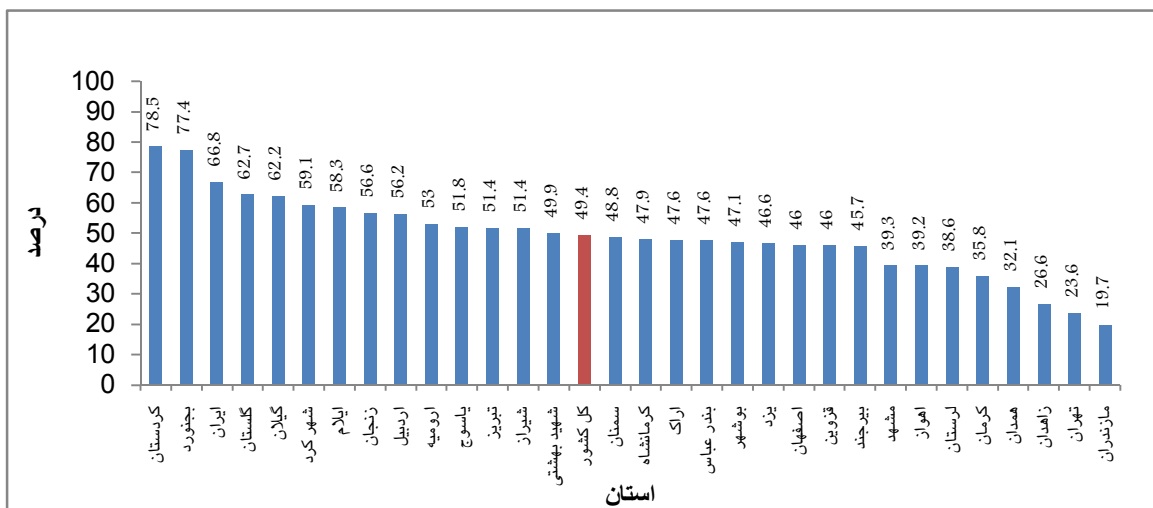
جدول شماره ۱۴۲- درصد کودکان زیر ۴ ماه که بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه می شوند، سال های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۵۱۴۰	۶۴.۲
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۵۳	۶۵.۶
۳	اردبیل	اردبیل	۵۶.۲	۷۲.۹
۴	اصفهان	اصفهان	۴۶	۵۶.۵
		کاشان	*	-
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۵۸.۳	۶۶
۶	بوشهر	بوشهر	۴۷.۱	۴۵.۵
۷	تهران	تهران	۲۳.۶	شهر ۴۲.۹ و حومه ۴۴.۵
		ایران	۶۶.۸	-
		شهید بهشتی	۴۹.۹	-
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۵۹.۱	۵۰.۶
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۴۵.۷	-
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۳۹.۳	۵۶
		سبزوار	*	-
		گناباد	*	-
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۷۷.۴	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۳۹.۲	۳۵.۱
۱۳	زنجان	زنجان	۵۶.۶	۵۰.۱
۱۴	سمنان	سمنان	۴۸.۸	۵۵.۳
		شاهرود	*	-
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۲۶.۶	۴۷.۹
		زابل	*	-
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۴۲

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱۶	فارس	شیراز	۵۱.۴	۵۰.۳
		جهرم	*	-
		فسا	*	-
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۴۶	۵۳
۱۸	قم	قم	*	۴۷.۴
۱۹	کردستان	کردستان	۷۸.۵	۶۸.۲
۲۰	کرمان	کرمان	۳۵.۸	۴۲.۴
		رفسنجان	*	-
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۴۷.۹	۶۵.۶
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	ياسوج	۵۱.۸	۶۴.۸
۲۳	گلستان	گلستان	۶۲.۷	۶۰.۵
۲۴	گیلان	گیلان	۶۲.۲	۷۱.۸
۲۵	لرستان	لرستان	۳۸.۶	۵۹.۲
۲۶	مازندران	مازندران	۱۹.۷	۶۹.۵
		بابل	*	-
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۴۷.۶	۵۲.۵
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۴۷.۶	۳۲.۴
۲۹	همدان	همدان	۳۲.۱	۴۷.۱
۳۰	یزد	یزد	۴۶.۶	۳۴
کل کشور			۴۹.۴	۵۳.۳

نمودار شماره ۹۶- درصد کودکان زیر ۴ ماه تغذیه شده انحصاری با شیرمادر، بر اساس اطلاعات بررسی IMES، سال ۱۳۸۴



جدول شماره ۱۴۲ شاخص درصد کودکان زیر ۲ ماه که به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه نموده اند بر اساس بررسی های DHS و IMES به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی برای سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۴ را نشان می دهد. نمودار شماره ۹۶، شاخص مذکور را برای سال ۱۳۸۴ نشان می دهد، بر اساس این نمودار دانشگاه های علوم پزشکی مازندران (۱۹.۷٪)، تهران (۱۳.۶٪) کمترین میزان و در پایین ترین دهک قرار می گیرند و دانشگاه های علوم پزشکی کردستان (۷۸.۵٪)، بجنورد (۷۷.۴٪) دارای بیشترین میزان و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

شاخص مراقبت مادران باردار

جدول شماره ۱۴۳- مشخصات درصد پوشش دو بار مراقبت در ۶۰ روز پس از زایمان

نام شاخص	درصد پوشش دو بار مراقبت در ۶۰ روز پس از زایمان
تعریف شاخص	نسبت زنان زایمان کرده ای که حداقل ۲ بار در ۶۰ روز اول پس از زایمان مراقبت شده اند نسبت به کل مادران زایمان کرده
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد زنان زایمان کرده با حداقل ۳ بار مراقبت}}{\text{تعداد کل زنان زایمان کرده}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	DHS و IMES
دوره زمانی جمع آوری داده ها	۳ تا ۵ سال

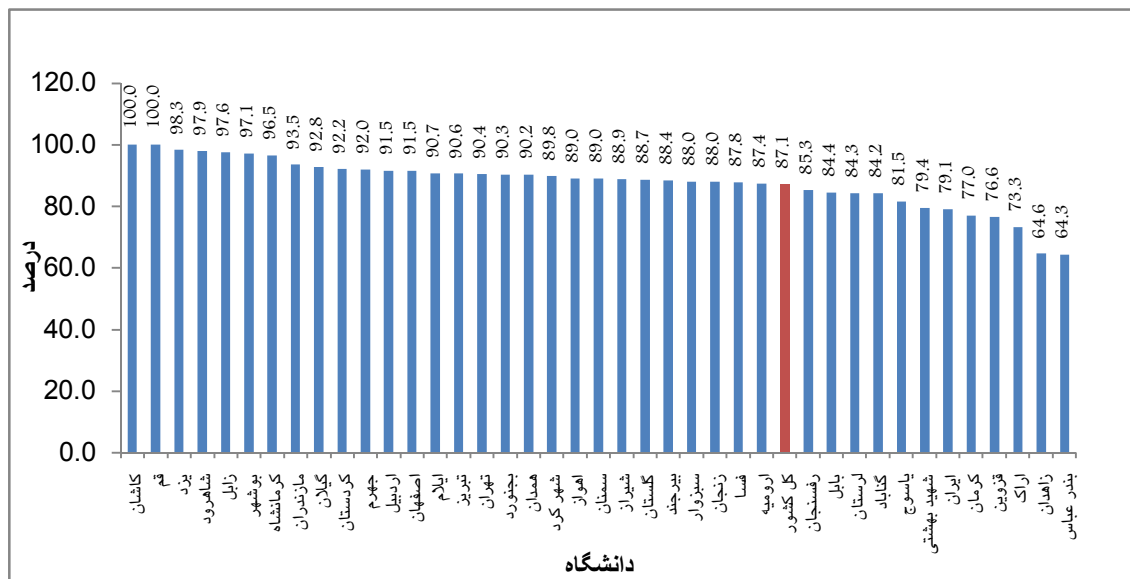
جدول شماره ۱۴۴- درصد پوشش دو بار مراقبت در ۶۰ روز پس از زایمان براساس اطلاعات بررسی های DHS و IMES، ۱۳۸۴ سال های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۹۰.۶	۲۶.۳
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۸۷.۴	۲۷.۱
۳	اردبیل	اردبیل	۹۱.۵	۲۹.۳
۴	اصفهان	اصفهان	۹۱.۵	۳۷.۰
		کاشان	۱۰۰	-
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۹۰.۷	۳۷.۹
۶	بوشهر	بوشهر	۹۷.۱	۴۵.۶
۷	تهران	تهران	۹۰.۴	۳۱.۱
		ایران	۷۹.۱	-
		شهید بهشتی	۷۹.۴	-
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۸۹.۸	۶۰.۸
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۸۸.۴	-
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	-	-
		سبزوار	۸۸	-
		گناباد	۸۴.۲	-
		کل	۸۸.۱	۳۲.۷
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۹۰.۳۱	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۸۹	۲۸.۹
۱۳	زنجان	زنجان	۸۸	۲۶.۶
۱۴	سمنان	سمنان	۸۹	۳۴.۹
		شاهرود	۹۷.۹	-
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۶۴.۶	۱۸.۸
		زابل	۹۷.۶	-
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۴۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱۶	فارس	شیراز	۸۸.۹	۳۵.۴
		جهرم	۹۲	-
		فسا	۸۷.۸	-
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۷۶.۶	۲۶.۲
۱۸	قم	قم	۱۰۰	۱۴.۳
۱۹	کردستان	کردستان	۹۲.۲	-
۲۰	کرمان	کرمان	۷۷	۲۱.۱
		رفسنجان	۸۵.۳	-
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۹۶.۵	۳۹.۶
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۸۱.۵	۲۹.۶
۲۳	گلستان	گلستان	۸۸.۷	۳۰.۳
۲۴	گیلان	گیلان	۹۲.۸	۴۰.۳
۲۵	لرستان	لرستان	۸۴.۳	۳۷.۸
۲۶	مازندران	مازندران	۹۳.۵	۲۹.۲
		بابل	۸۴.۴	-
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۷۳.۳	۲۲.۹
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۶۴.۳	۲۱.۰
۲۹	همدان	همدان	۹۰.۲	۲۸.۷
۳۰	یزد	یزد	۹۸.۳	۲۲.۷
کل کشور			۸۷.۱	۳۱.۰

نمودار شماره ۹۷- درصد پوشش دو بار مراقبت در ۶۰ روز پس از زایمان بر اساس اطلاعات بررسی IMES، سال ۱۳۸۴



جدول شماره ۱۴۴ درصد پوشش دو بار مراقبت در ۶۰ روز پس از زایمان بر اساس اطلاعات بررسی های DHS و IMES برای سال های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۴ را نشان می دهد. نمودار شماره ۹۷ شاخص مذکور را بر اساس اطلاعات بررسی IMES نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس و زاهدان با پوشش های به ترتیب ۶۴.۳ و ۶۴.۶ کمترین میزان بهره مندی از این مراقبت ها را داشته اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند و دانشگاه های کاشان و قم با پوشش ۱۰۰٪ مراقبت های دو بار پس از زایمان بالاترین رتبه و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۴۵- مشخصات درصد زایمان در مراکز زایمانی

نام شاخص	درصد زایمان در مراکز زایمانی
تعریف شاخص	تعداد زنانی که در مراکز زایمانی شامل بیمارستان، زایشگاه و یا در واحد تسهیلات زایمانی، زایمان کرده اند نسبت به کل زایمان های انجام شده
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد زنان زایمان کرده در مراکز زایمانی}}{\text{تعداد کل زنان زایمان کرده}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	DHS و IMES
دوره زمانی جمع آوری داده ها	۳ تا ۵ سال

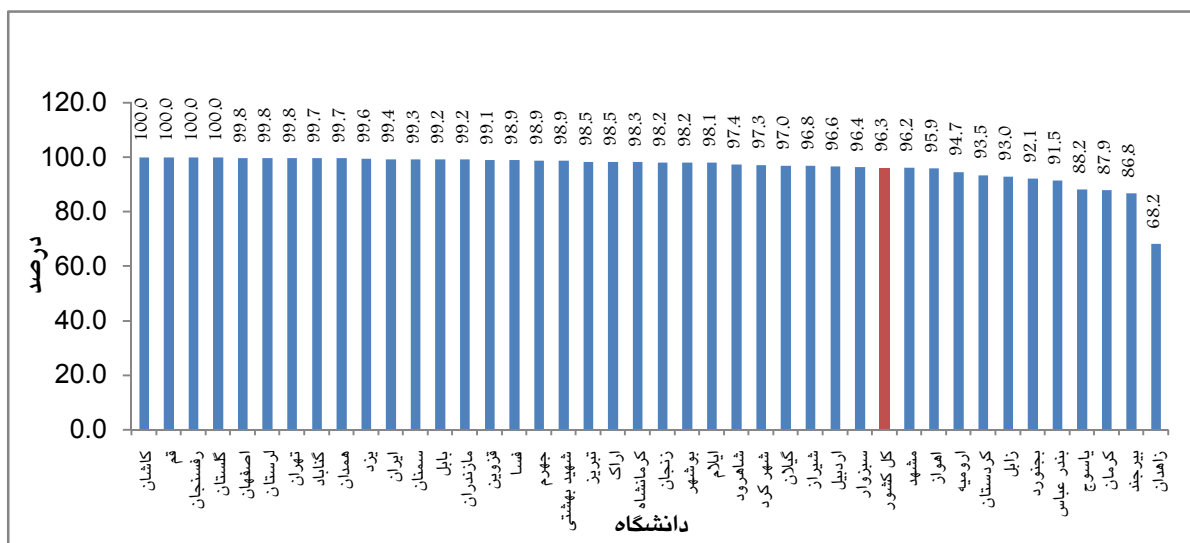
جدول شماره ۱۴۶- درصد زایمان در مرکز زایمانی بر اساس اطلاعات بررسی های DHS و IMES، سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۹۸.۵	۸۸.۴
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۹۴.۷	۷۳.۱
۳	اردبیل	اردبیل	۹۶.۶	-
۴	اصفهان	اصفهان	۹۹.۸	۷۸.۶
		کاشان	۱۰۰.۰	-
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۹۸.۱	-
۶	بوشهر	بوشهر	۹۸.۲	۹۱.۳
۷	تهران	تهران	۹۹.۸	۹۷.۹
		ایران	۹۹.۴	۸۶.۲
		شهید بهشتی	۹۸.۹	-
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۹۷.۳	۸۸.۱
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۸۶.۸	-
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۹۶.۲	۸۰.۹
		سبزوار	۹۶.۴	-
		گناباد	۹۹.۷	-
		کل	۹۶.۲	۸۰.۹
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۹۲.۱	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۹۵.۹	۸۶.۶
۱۳	زنجان	زنجان	۹۸.۲	۸۰.۶
۱۴	سمنان	سمنان	۹۹.۳	۹۲.۸
		شاهرود	۹۷.۴	-
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۶۸.۲	۳۱.۸
		زابل	۹۳.۰	-
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۴۶

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱۶	فارس	شیراز	۹۶.۸	۸۹.۲
		جهرم	۹۸.۹	-
		فسا	۹۸.۹	-
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۹۹.۱	۹۲.۷
۱۸	قم	قم	۱۰۰.۰	۹۵.۸
۱۹	کردستان	کردستان	۹۳.۵	۷۶.۹
۲۰	کرمان	کرمان	۸۷.۹	۷۶.۸
		رفسنجان	۱۰۰.۰	-
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۹۸.۳	۹۰.۲
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۸۸.۲	۶۴.۲
۲۳	گلستان	گلستان	۱۰۰.۰	۸۶.۳
۲۴	گیلان	گیلان	۹۷.۰	۹۹.۰
۲۵	لرستان	لرستان	۹۹.۸	۸۰.۱
۲۶	مازندران	مازندران	۹۹.۲	۹۸.۷
		بابل	۹۹.۲	-
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۹۸.۵	۹۶.۰
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۹۱.۵	۶۴.۱
۲۹	همدان	همدان	۹۹.۷	۹۳.۷
۳۰	یزد	یزد	۹۹.۶	۹۳.۴
کل کشور			۹۶.۳	۸۷.۶

نمودار شماره ۹۸- درصد زایمان در مرکز زایمانی بر اساس اطلاعات بررسی IMES، سال ۱۳۸۴



جدول شماره ۱۴۶ درصد زایمان در مرکز زایمانی بر اساس اطلاعات بررسی های DHS و IMES برای سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۴ را به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی را نشان می دهد. همچنین نمودار شماره ۹۸ شاخص مذکور را برای سال ۱۳۸۴ نشان می دهد. با توجه به جدول فوق، وضعیت دسترسی به تسهیلات زایمان در سال های اخیر بهبود قابل توجهی یافته است. جنبه های مختلف این ارتقاء شامل افزایش دسترسی به تسهیلات و کاهش اختلاف (واریانس) میان نقاط مختلف کشور در دسترسی و بهره مندی از تسهیلات زایمان بوده است. با این وجود هنوز جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان اختلاف معناداری با سایر نقاط کشور دارد. این در حالی است که میزان کل کشور در بهره مندی از تسهیلات زایمانی ۹۶.۳ درصد می باشد. دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با بهره مندی ۶۸.۲ درصد زایمان ها از تسهیلات زایمانی کمترین میزان کشوری را به خود اختصاص داده است. جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و کرمان به ترتیب با ۸۶.۸ و ۸۷.۹ نیز دیگر رتبه های پایین این بهره مندی هستند و با این وجود تفاوت معنی داری در این بهره مندی میان دو دانشگاه اخیر با دانشگاه زاهدان وجود دارد. بیشترین میزان انتفاع از تسهیلات زایمان به دانشگاه های کاشان، قم، رفسنجان و گلستان با درصد پوشش ۱۰۰٪ تعلق دارد که در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۴۷- مشخصات درصد زایمان توسط افراد دوره دیده

نام شاخص	درصد زایمان توسط افراد دوره دیده
تعریف شاخص	تعداد زنانی که توسط افراد دوره دیده شامل پزشک متخصص زنان و زایمان، پزشک عمومی، ماما (کاردان و کارشناس و کارشناس ارشد) زایمان کرده اند نسبت به کل زایمان های انجام شده
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد زنان زایمان کرده توسط فرد ماهر}}{\text{تعداد کل زنان زایمان کرده}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	DHS و IMES
دوره زمانی جمع آوری داده ها	۳ تا ۵ سال

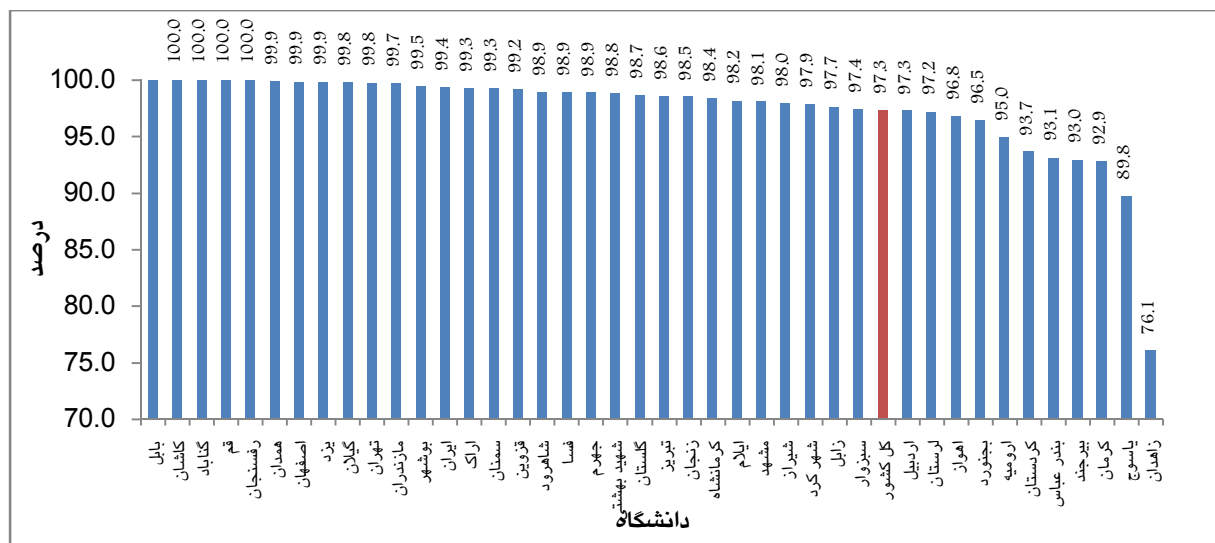
جدول شماره ۱۴۸- درصد زایمان توسط افراد دوره دیده به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس اطلاعات بررسی های DHS و IMES، سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۹۸.۶	۸۹.۷
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۹۵.۰	۷۴.۱
۳	اردبیل	اردبیل	۹۷.۳	۸۲.۴
۴	اصفهان	اصفهان	۹۹.۹	۹۶.۶
		کاشان	۱۰۰.۰	-
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۹۸.۲	۸۷.۹
۶	بوشهر	بوشهر	۹۹.۵	۹۳.۸
۷	تهران	تهران	۹۹.۸	۹۷.۹
		ایران	۹۹.۴	-
		شهید بهشتی	۹۸.۸	-
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۹۷.۹	۹۰.۴
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۹۳.۰	-
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۹۸.۱	۸۶.۶
		سبزوار	۹۷.۴	-
		گناباد	۱۰۰.۰	-
		کل	۹۸.۱	۸۶.۶
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۹۶.۵	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۹۶.۸	۸۸.۶
۱۳	زنجان	زنجان	۹۸.۵	۸۳
۱۴	سمنان	سمنان	۹۹.۳	۹۴.۹
		شاهرود	۹۸.۹	-
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۷۶.۱	۳۸.۸
		زابل	۹۷.۷	-
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۴۸

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱۶	فارس	شیراز	۹۸.۰	۹۱.۴
		جهرم	۹۸.۹	-
		فسا	۹۸.۹	-
		کل	۹۸.۰	۹۱.۴
۱۷	قزوین	قزوین	۹۹.۲	۹۴
۱۸	قم	قم	۱۰۰.۰	۹۶.۵
۱۹	کردستان	کردستان	۹۳.۷	۷۸.۸
۲۰	کرمان	کرمان	۹۲.۹	۸۲.۷
		رفسنجان	۱۰۰.۰	-
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۹۸.۴	۹۰.۴
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۸۹.۸	۶۶.۶
۲۳	گلستان	گلستان	۹۸.۷	۹۰.۳
۲۴	گیلان	گیلان	۹۹.۸	۹۹.۵
۲۵	لرستان	لرستان	۹۷.۲	۸۰.۵
۲۶	مازندران	مازندران	۹۹.۷	۹۹.۲
		بابل	۱۰۰.۰	-
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۹۹.۳	۹۶.۸
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۹۳.۱	۶۹.۲
۲۹	همدان	همدان	۹۹.۹	۹۶
۳۰	یزد	یزد	۹۹.۹	۹۳.۸
کل کشور			۹۷.۳	۸۹.۶

نمودار شماره ۹۹- درصد زایمان توسط افراد دوره دیده به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس اطلاعات بررسی MES، سال ۱۳۸۴



شاخص های مرتبط با درصد زایمان توسط افراد دوره دیده در جدول شماره ۱۴۸ و نمودار شماره ۹۹ نشان داده شده است. این شاخص نشانگر تعداد زنانی است که توسط افراد دوره دیده شامل بر متخصصین، پزشکان عمومی و مامای تحصیل کرده زایمان نموده اند. مطالعه این شاخص در نقاط مختلف کشور و در طول دهه های اخیر نشانه بهبود قابل توجه شاخص مزبور است. در حال حاضر میزان بهره مندی از افراد دوره دیده تسهیل کننده زایمان در سطح کشور ۹۷.۳ درصد زایمان ها را شامل می شود. نمودار شاخص مزبور تا حد بالایی با وضعیت بهره مندی از تسهیلات مختلف زایمانی تطابق دارد. در این نمودار ها باز هم اختلاف معنی داری که نیاز به دهک بالا و پایین دارد میان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با سایر نقاط کشور وجود دارد.

جدول شماره ۱۴۹- مشخصات درصد پوشش مراقبت بارداری (حداقل ۶ بار)

نام شاخص	درصد پوشش مراقبت بارداری (حداقل ۶ بار)
تعریف شاخص	تعداد مادرانی که در طی بارداری خود حداقل ۶ بار مراقبت شده اند نسبت به کل مادران باردار
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد مادران باردار حداقل ۶ بار مراقبت شده}}{\text{تعداد کل مادران باردار}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	DHS و IMES
دوره زمانی جمع آوری داده ها	۳ تا ۵ سال

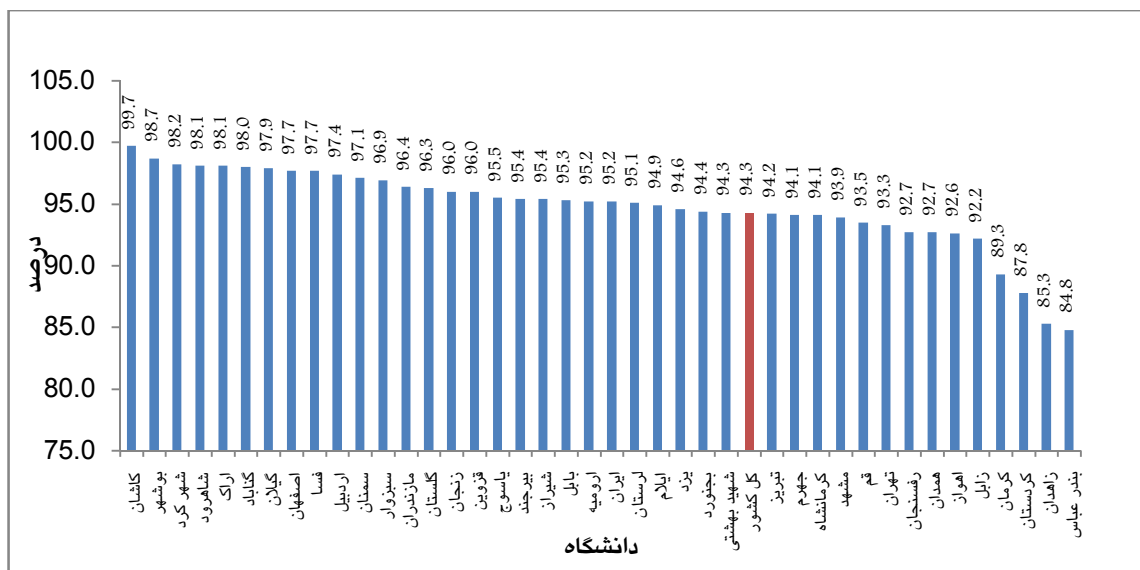
جدول شماره ۱۵۰- درصد پوشش مراقبت بارداری به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس اطلاعات بررسی
DHS و IMES، سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۹۴.۲	۸۱.۹
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۹۵.۲	۷۴.۵
۳	اردبیل	اردبیل	۹۷.۴	۷۴
۴	اصفهان	اصفهان	۹۷.۷	۸۸.۳
		کاشان	۹۹.۷	-
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۹۴.۹	۸۳.۷
۶	بوشهر	بوشهر	۹۸.۷	۹۴.۲
۷	تهران	تهران	۹۳.۳	۸۰.۷
		ایران	۹۵.۲	-
		شهید بهشتی	۹۴.۳	-
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۹۸.۲	۹۰.۹
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۹۵.۴	-
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۹۳.۹	۷۲.۷
		سبزوار	۹۶.۹	-
			۹۸	-
			۹۳.۹	۷۲.۷
۱۱	خراسان شمالی		۹۴.۴	-
۱۲	خوزستان		۹۲.۶	۷۸.۵
۱۳	زنجان		۹۶	۶۶.۴
۱۴	سمنان		۹۷.۱	۸۹.۴
			۹۸.۱	-
			-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان		۸۵.۳	۴۴.۲
		زابل	۹۲.۲	-
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۵۰

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱۶	فارس	شیراز	۹۵.۴	۸۸.۵
		چهرم	۹۴.۱	-
		فسا	۹۷.۷	-
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۹۶	۷۸.۱
۱۸	قم	قم	۹۳.۵	۷۱.۲
۱۹	کردستان	کردستان	۸۷.۸	۸۶.۱
۲۰	کرمان	کرمان	۸۹.۳	۶۶.۶
		رفسنجان	۹۲.۷	-
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۹۴.۱	۸۴.۴
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۹۵.۵	۷۸.۹
۲۳	گلستان	گلستان	۹۶.۳	۸۴.۲
۲۴	گیلان	گیلان	۹۷.۹	۹۰.۴
۲۵	لرستان	لرستان	۹۵.۱	۷۷.۴
۲۶	مازندران	مازندران	۹۶.۴	۹۳.۱
		بابل	۹۵.۳	-
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۹۸.۱	۸۴.۹
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۸۴.۸	۵۹.۷
۲۹	همدان	همدان	۹۲.۷	۸۴.۸
۳۰	یزد	یزد	۹۴.۶	۸۷.۵
کل کشور			۹۴.۳	۷۹.۸

نمودار شماره ۱۰۰- درصد پوشش مراقبت بارداری به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس اطلاعات بررسی IMES، سال ۱۳۸۴



جدول شماره ۱۵۰ درصد پوشش مراقبت های دوران بارداری به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس اطلاعات بررسی های DHS و IMES برای سال های ۱۳۷۹، ۱۳۸۴ را نشان می دهد. نمودار شماره ۱۰۰، شاخص مذکور را برای سال ۱۳۸۴ نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های بندر عباس و زاهدان دارای ۸۴.۸ و ۸۵.۳ درصد و کمترین میزان بهره مندی از مراقبت های دوران بارداری را داشته اند و در دهک پایین قرار می گیرند، در سوی دیگر این طیف دانشگاه های کاشان و بوشهر با میزان بهره مندی ۹۹.۷ و ۹۸.۷ بیشترین مادران باردار از خدمات مراقبت های دوران بارداری را داشته اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۵۱- مشخصات شاخص درصد زایمان به طریق سزارین

نام شاخص	درصد زایمان به طریق سزارین
تعریف شاخص	تعداد زنانی که با روش زایمان کرده اند نسبت به کل زایمان ها
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد مادران سزارین شده}}{\text{تعداد کل زنان زایمان کرده}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	DHS و IMES
دوره زمانی جمع آوری داده ها	۳ تا ۵ سال

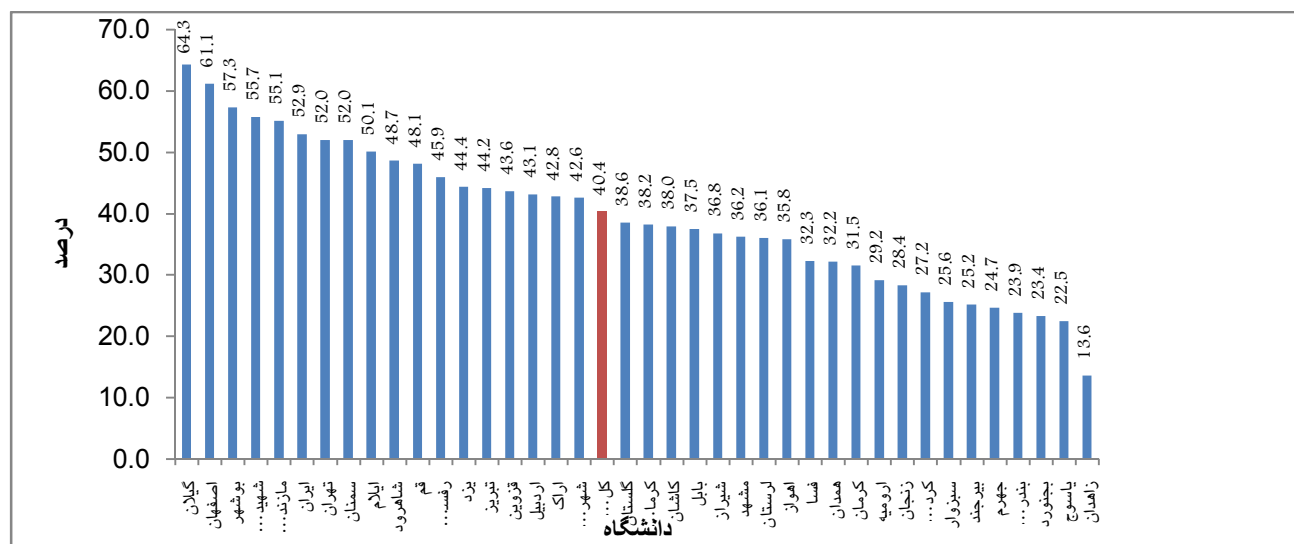
جدول شماره ۱۵۲- درصد زایمان به طریق سزارین به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس اطلاعات بررسی های DHS و IMES، سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۴۴.۲	۴۰.۳
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۲۹.۲	۲۴.۷
۳	اردبیل	اردبیل	۴۳.۱	۲۵.۱
۴	اصفهان	اصفهان	۶۱.۱	۴۱.۶
		کاشان	۳۸.۰	-
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۵۰.۱	۲۳.۲
۶	بوشهر	بوشهر	۵۷.۳	۲۲.۱
۷	تهران	تهران	۵۲.۰	۵۰.۰
		ایران	۵۲.۹	-
		شهید بهشتی	۵۵.۷	-
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۴۲.۶	۳۲.۰
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۲۵.۲	-
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۳۶.۲	۲۷.۷
		سبزوار	۲۵.۶	-
		گناباد	-	-
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۲۳.۴	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۳۵.۸	۲۷.۵
۱۳	زنجان	زنجان	۲۸.۴	۲۷.۵
۱۴	سمنان	سمنان	۵۲.۰	۴۶.۴
		شاهرود	۴۸.۷	-
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۱۳.۶	۶.۰
		زابل	-	-
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۵۲

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۴	سال ۷۹
۱۶	فارس	شیراز	۳۶.۸	۲۵.۵
		جهرم	۲۴.۷	-
		فسا	۳۲	-
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۴۳.۶	۲۹.۵
۱۸	قم	قم	۴۸.۱	۴۲.۶
۱۹	کردستان	کردستان	۲۷.۲	۲۴.۳
۲۰	کرمان	کرمان	۳۱.۵	۲۶.۶
		رفسنجان	۴۵.۹	-
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۳۸.۲	۲۸.۳
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۲۲.۵	۱۸.۳
۲۳	گلستان	گلستان	۳۸.۶	۳۵.۰
۲۴	گیلان	گیلان	۶۴.۳	۴۷.۲
۲۵	لرستان	لرستان	۳۶.۱	۲۲.۲
۲۶	مازندران	مازندران	۵۵.۱	۴۹.۲
		بابل	۳۷.۵	-
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۴۲.۸	۳۹.۴
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۲۳.۹	۱۳.۴
۲۹	همدان	همدان	۳۲.۲	۳۴.۶
۳۰	یزد	یزد	۴۴.۴	۳۶.۰
کل کشور			۴۰.۴	۳۵.۰

نمودار شماره ۱۰۱- درصد زایمان به طریق سزارین به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس اطلاعات بررسی IMES، سال ۱۳۸۴



جدول شماره ۱۵۲ و نمودار شماره ۱۰۱ شاخص درصد زایمان به طریق سزارین را در دانشگاه های کشور به تصویر کشیده است. درصد سزارین به کل زایمان ها شاخصی قابل تامل در کشور است. متوسط میزان کشوری این شاخص در مطالعه IMES ۴۰.۴ درصد است. نکته قابل تامل در این شاخص در نقاط مختلف کشور شامل چندین ویژگی است. نخست آنکه، به نظر می رسد هر اندازه که وضعیت دسترسی و توسعه در مناطق بهبود یافته است بر میزان سزارین مناطق افزوده شده است. واریانس قابل توجه در میزان این شاخص، انطباق بالایی در دسترسی تسهیلات زایمانی دارد. اما این واریانس در قیاس با واریانس دسترسی به تسهیلات زایمانی بالاتر است. دلیل اصلی این موضوع تفاوت در دسترسی به متخصصین زنان است. این موضوع که چند درصد از زایمان ها در سطح کشور می بایست به طور طبیعی واجد ضرورت سزارین باشند مورد مطالعه قرار نگرفته است، ولی به طور کلی می توان موضوع ضرورت کنترل استفاده از روش های سزارین در زایمان ها را به عنوان مداخله ای ضروری برای بخش های نظارتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دانست. این مداخله نه تنها به عنوان ضرورتی قطعی در ارتقا سطح سلامت زنان باردار می بایست مورد توجه قرار گیرد بلکه پرهیز از تبعات اقتصادی آن نیز موضوعی در خور توجه خواهد بود.

کمترین میزان کشوری در این زمینه به دانشگاه زاهدان با رقم ۱۳.۶ و پس از آن یاسوج با رقم ۲۲.۵ درصد تعلق دارد و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. دانشگاه های علوم پزشکی گیلان و اصفهان با میزان های به ترتیب ۶۴.۳ و ۶۱.۱ بالاترین میزان کشوری را در آمار سزارین به خود اختصاص داده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

شاخص مراقبت دانش آموزان

جدول شماره ۱۵۳- مشخصات شاخص درصد دانش آموزان تحت پوشش برنامه سلامت نوجوانان و جوانان و مدارس

نام شاخص	در صد دانش آموزانی که تحت پوشش برنامه های سلامت نوجوانان جوانان و مدارس هستند
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد دانش آموزانی که تحت پوشش برنامه های سلامت نوجوان جوانان و مدارس هستند}}{\text{تعداد کل دانش آموزان}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	وزارت آموزش و پرورش و معاونتهای بهداشتی دانشگاههای علوم پزشکی
دوره زمانی جمع آوری داده ها	در طول سال تحصیلی بصورت فصلی

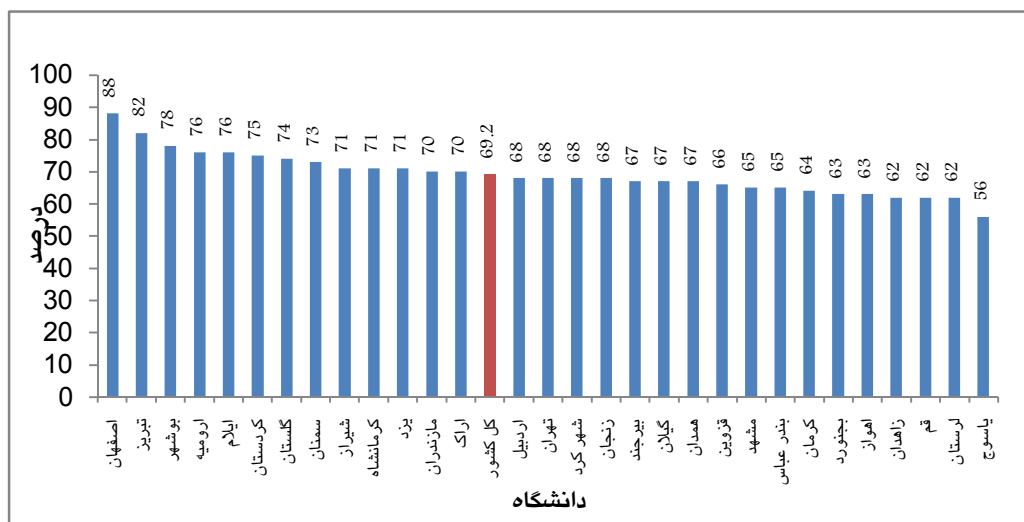
جدول شماره ۱۵۴- درصد دانش آموزان تحت پوشش برنامه سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۸۲
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۷۶
۳	اردبیل	اردبیل	۶۸
۴	اصفهان	اصفهان	-
		کاشان	-
		کل	۸۸
۵	ایلام	ایلام	۷۶
۶	بوشهر	بوشهر	۷۸
۷	تهران	تهران	-
		ایران	-
		شهید بهشتی	-
		کل	۶۸
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۶۸
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۶۷
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	-
		سبزوار	-
		گناباد	-
		کل	۶۵
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۶۳
۱۲	خوزستان	اهواز	۶۳
۱۳	زنجان	زنجان	۶۸
۱۴	سمنان	سمنان	-
		شاهرود	-
		کل	۷۳
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	-
		زابل	-
		کل	۶۲

ادامه جدول شماره ۱۵۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	-
		جهرم	-
		فسا	-
		کل	۷۱
۱۷	قزوین	قزوین	۶۶
۱۸	قم	قم	۶۲
۱۹	کردستان	کردستان	۷۵
۲۰	کرمان	کرمان	-
		رفسنجان	-
		کل	۶۴
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۷۱
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۵۶
۲۳	گلستان	گلستان	۷۴
۲۴	گیلان	گیلان	۶۷
۲۵	لرستان	لرستان	۶۲
۲۶	مازندران	مازندران	-
		بابل	-
		کل	۷۰
۲۷	مرکزی	اراک	۷۰
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۶۵
۲۹	همدان	همدان	۶۷
۳۰	یزد	یزد	۷۱
کل کشور			۶۹.۲

نمودار شماره ۱۰۲- درصد دانش آموزان تحت پوشش برنامه سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۵۴ و نمودار شماره ۱۰۲ درصد پوشش خدمات برنامه های سلامت جوانان، و مدارس را به تصویر کشیده است. پوشش خدمات سلامت به جوانان و نوجوانانی که در مدارس تحصیل می کنند از چند نظر اهمیت دارد. نخستین علت، امکان وقوع آسیب های سلامت به این گروه هدف در طول دوران رشد جسمی، روانی و اجتماعی است. اساساً برنامه های مراقبت از این گروه سنی شامل ارزیابی های جسمی و روان گروهی از بیماریها و اختلالات است که اولاً ممکن است سلامت آنها را تهدید نموده و ثانیاً ممکن است بر روند رشد تحصیلی، روانی و اجتماعی آنها تأثیر گذار باشد. بحث در مورد جزئیات برنامه های مراقبتی از این گروه هدف مهم از حوصله این محتوا خارج است، اما نکته قابل تامل ضرورت بسیج بیشتر امکانات برای افزایش پوشش این خدمات به گروه سنی جوانان و نوجوانان است. در بررسی متوسط میزان پوشش کشوری برای این خدمات ۶۹.۲ به دست آمده است. در طیف میزان پوشش دانشگاه های آصفهان، تبریز و بوشهر با پوشش بالاتر از ۷۶.۲٪ که به ترتیب شامل مقادیر ۸۸٪، ۸۲٪ و ۷۸٪ است و دانشگاه های زاهدان، قم، لرستان و یاسوج که در پایین ترین دهک به ترتیب با ۶۲٪، ۶۲٪، ۶۲٪ و ۵۶٪ کمترین میزان این پوشش ها را دارند.

از میان افراد این گروه هدف ۷۱٪ از دانش آموزان در کل کشور در آزمون های غربالگری برای بیماریهای هدف شرکت کرده اند. در این میان هم خوانی نسبی پوشش های غربالگری و خدمات مراقبتی موضوعی طبیعی است

جدول شماره ۱۵۵- مشخصات شاخص درصد دانش آموزانی که معاینه غربالگری شده اند

نام شاخص	در صد دانش آموزانی که معاینه غربالگری شده اند
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد دانش آموزانی که معاینه غربالگری شده اند}}{\text{تعداد کل دانش آموزان تحت پوشش که باید معاینه غربالگری شوند}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	وزارت آموزش و پرورش و معاونتهای بهداشتی دانشگاههای علوم پزشکی
دوره زمانی جمع آوری داده ها	در طول سال تحصیلی بصورت فصلی

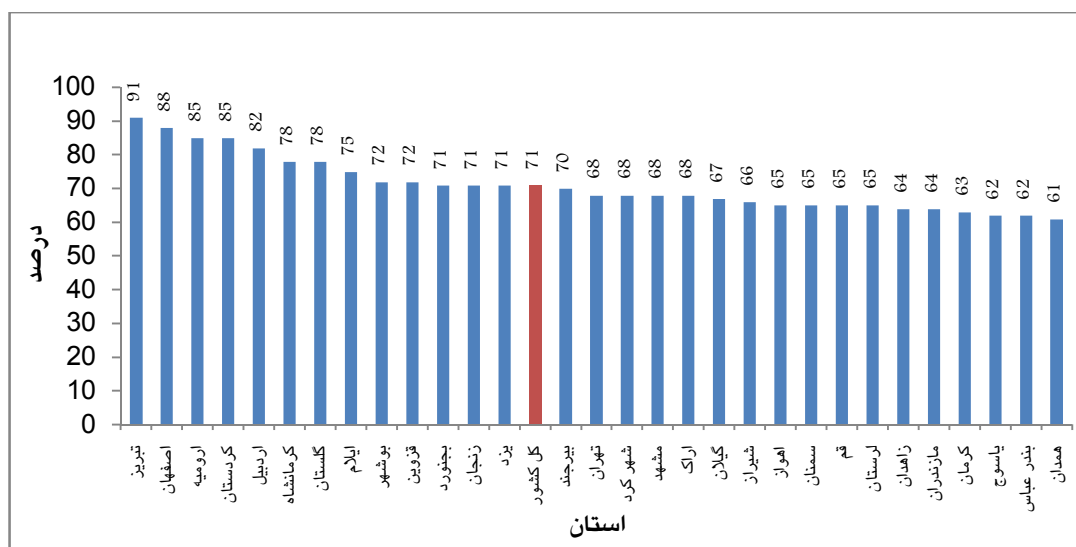
جدول شماره ۱۵۶- درصد دانش آموزان معاینه غربالگری شده به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس اطلاعات وزارت آموزش و پرورش، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۹۱
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۸۵
۳	اردبیل	اردبیل	۸۲
۴	اصفهان	اصفهان	-
		کاشان	-
		کل	۸۸
۵	ایلام	ایلام	۷۵
۶	بوشهر	بوشهر	۷۲
۷	تهران	تهران	-
		ایران	-
		شهید بهشتی	-
		کل	۶۸
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۶۸
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۷۰
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	-
		سبزوار	-
		گناباد	-
		کل	۶۸
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۷۱
۱۲	خوزستان	اهواز	۶۵
۱۳	زنجان	زنجان	۷۱
۱۴	سمنان	سمنان	-
		شاهرود	-
		کل	۶۵
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	-
		زابل	-
		کل	۶۴

ادامه جدول شماره ۱۵۶

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	-
		جهرم	-
		فسا	-
		کل	۶۶
۱۷	قزوین	قزوین	۷۲
۱۸	قم	قم	۶۵
۱۹	کردستان	کردستان	۸۵
۲۰	کرمان	کرمان	-
		رفسنجان	-
		کل	۶۳
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۷۸
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۶۲
۲۳	گلستان	گلستان	۷۸
۲۴	گیلان	گیلان	۶۷
۲۵	لرستان	لرستان	۶۵
۲۶	مازندران	مازندران	-
		بابل	-
		کل	۶۴
۲۷	مرکزی	اراک	۶۸
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۶۲
۲۹	همدان	همدان	۶۱
۳۰	یزد	یزد	۷۱
کل کشور			۷۱

نمودار شماره ۱۰۳- درصد دانش آموزان معاینه غربالگری شده به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس اطلاعات وزارت آموزش و پرورش، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۵۶ و نمودار شماره ۱۰۳ درصد دانش آموزان معاینه غربالگری شده به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس اطلاعات وزارت آموزش و پرورش، برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های همدان (۶۱٪)، بندرعباس (۶۲٪) و یاسوج (۶۲٪) دارای کمترین میزان معاینه بوده اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند و دانشگاه های تبریز (۹۱٪)، اصفهان (۸۸٪) دارای بیشترین معاینه بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۵۷- مشخصات درصد دانش آموزانی که معاینه پزشکی شده اند

نام شاخص	درصد دانش آموزانی که معاینه پزشکی شده اند
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد دانش آموزانی که معاینه پزشکی شده اند}}{\text{تعداد کل دانش آموزانی که می باید مورد معاینات پزشکی قرار گیرند}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	وزارت آموزش و پرورش و معاونت های بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی
دوره زمانی جمع آوری داده ها	در طول سال تحصیلی بصورت فصلی

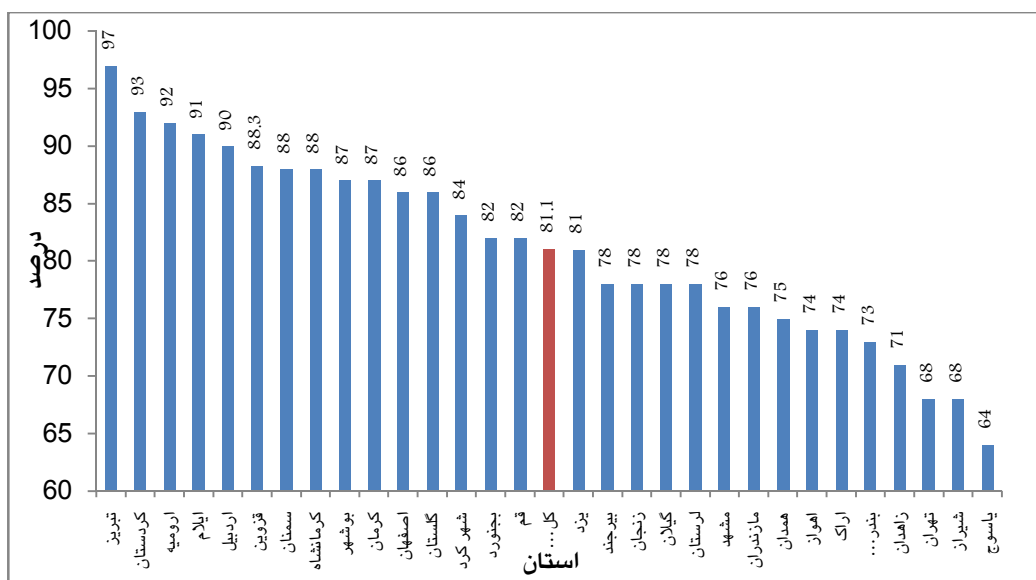
جدول شماره ۱۵۸- درصد دانش آموزان تحت پوشش معاینه پزشکی بر اساس اطلاعات وزارت آموزش و پرورش، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۹۷
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۹۲
۳	اردبیل	اردبیل	۹۰
۴	اصفهان	اصفهان	-
		کاشان	-
		کل	۸۶
۵	ایلام	ایلام	۹۱
۶	بوشهر	بوشهر	۸۷
۷	تهران	تهران	-
		ایران	-
		شهید بهشتی	-
		کل	۶۸
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۸۴
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۷۸
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۷۶
		سبزوار	-
		گناباد	-
		کل	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۸۲
۱۲	خوزستان	اهواز	۷۴
۱۳	زنجان	زنجان	۷۸
۱۴	سمنان	سمنان	-
		شاهرود	-
		کل	۸۸
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	-

ادامه جدول شماره ۱۵۸

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۶۸
		جهرم	-
		فسا	-
		کل	-
۱۷	قزوین	قزوین	۸۸.۳
۱۸	قم	قم	۸۲
۱۹	کردستان	کردستان	۹۳
۲۰	کرمان	کرمان	-
		رفسنجان	-
		کل	۸۷
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۸۸
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۶۴
۲۳	گلستان	گلستان	۸۶
۲۴	گیلان	گیلان	۷۸
۲۵	لرستان	لرستان	۷۸
۲۶	مازندران	مازندران	-
		بابل	-
		کل	۷۶
۲۷	مرکزی	اراک	۷۴
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۷۳
۲۹	همدان	همدان	۷۵
۳۰	یزد	یزد	۸۱
کل کشور			۸۱.۱

نمودار شماره ۱۰۴- درصد دانش آموزان تحت پوشش معاینه پزشکی بر اساس اطلاعات وزارت آموزش و پرورش، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۵۸ و نمودار شماره ۱۰۴ شاخص های درصد معاینه پزشکی برای دانش آموزان را نشان می دهند. اساساً معاینات پزشکی دانش آموزان به وسیله عقد قرارداد توسط آموزش و پرورش با واحد های خصوصی یا از طریق واحد های دانشگاه ها صورت می پذیرد. این معاینات در زمان ثبت نام دانش آموز و در طول سال تحصیلی انجام می شود. معاینات پزشکی شامل معاینات دهان و دندان توسط دندانپزشکان نیز می شود. در بررسی سال ۱۳۸۵، ۸۱٪ از دانش آموزان مورد معاینات پزشکی قرار گرفته اند در این میان دانشگاه های علوم پزشکی یاسوج، شیراز و تهران با ایجاد پوشش ۶۴، ۶۸ و ۶۸ درصد در پایین ترین دهک قرار دارند. و دانشگاه های تبریز، کردستان و ارومیه با پوشش به ترتیب ۹۷، ۹۳ و ۹۲ درصد با بالاترین میزان در بالاترین دهک قرار دارند.

جدول شماره ۱۵۹- مشخصات درصد دانش آموزانی که دارای اختلال بینایی هستند

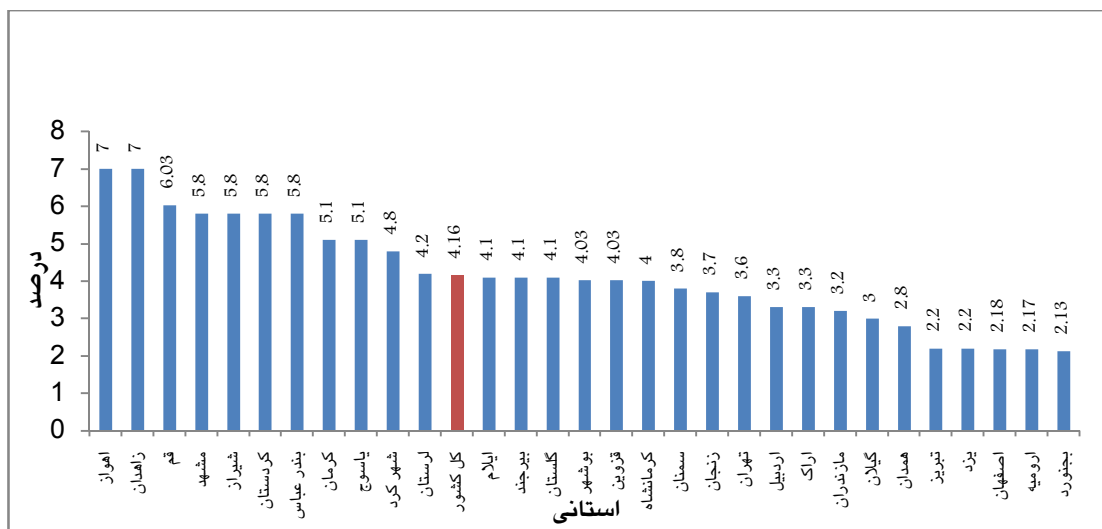
نام شاخص	درصد دانش آموزانی که دارای اختلال بینایی هستند
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد دانش آموزانی که دارای اختلال بینایی هستند}}{\text{تعداد کل دانش آموزان تحت پوشش که بینایی سنجی شده اند}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	وزارت آموزش و پرورش و معاونت های بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی
دوره زمانی جمع آوری داده ها	در طول سال تحصیلی بصورت فصلی

جدول شماره ۱۶۰- درصد دانش آموزان دارای اختلال بینایی به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس اطلاعات وزارت آموزش و پرورش، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۲.۲
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۲.۱۷
۳	اردبیل	اردبیل	۳.۳
۴	اصفهان	اصفهان	-
		کاشان	-
		کل	۲.۱۸
۵	ایلام	ایلام	۴.۱
۶	بوشهر	بوشهر	۴.۰۳
۷	تهران	تهران	-
		ایران	-
		شهید بهشتی	-
		کل	۳.۶
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۴.۸
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۴.۱
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	-
		سبزوار	-
		گناباد	-
		کل	۵.۸
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۲.۱۳
۱۲	خوزستان	اهواز	۷
۱۳	زنجان	زنجان	۳.۷
۱۴	سمنان	سمنان	۳.۸
		شاهرود	-
		کل	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	-
		زابل	-
		کل	۷

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	-
		جهرم	-
		فسا	-
		کل	۵.۸
۱۷	قزوین	قزوین	۴.۰۳
۱۸	قم	قم	۶.۰۳
۱۹	کردستان	کردستان	۵.۸
۲۰	کرمان	کرمان	۵.۱
		رفسنجان	-
		کل	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۴
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۵.۱
۲۳	گلستان	گلستان	۴.۱
۲۴	گیلان	گیلان	۳
۲۵	لرستان	لرستان	۴.۲
۲۶	مازندران	مازندران	-
		بابل	-
		کل	۳.۲
۲۷	مرکزی	اراک	۳.۳
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۵.۸
۲۹	همدان	همدان	۲.۸
۳۰	یزد	یزد	۲.۲
کل کشور			۴.۱۶

نمودار شماره ۱۰۵- درصد دانش آموزان دارای اختلال بینایی به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس اطلاعات وزارت آموزش و پرورش، سال ۱۳۸۵



در جدول شماره ۱۶۰ و نمودار شماره ۱۰۵ شاخص تعداد ثبت شده اختلال بینایی برای دانش آموزان تبیین شده است. شاخص درصد دانش آموزانی که دارای اختلال بینایی هستند، بر اساس تعریف عبارت است از تعداد دانش آموزان دارای اختلال بینایی به کل دانش آموزانی که تحت ارزیابی بینایی قرار گرفته اند این معاینات نیز توسط واحد های آموزش و پرورش یا دانشگاه های علوم پزشکی صورت می گیرد. اگر چه متغیر مورد بررسی در این زمینه عمدتاً بر محور ارزیابی قدرت بینایی است، با این وجود در این معاینات سایر اختلالات بینایی نیز مورد ارزیابی و پائگیری قرار می گیرد.

متوسط میزان شیوع اختلال بینایی در دانش آموزان در سطح کشور ۴.۱۶٪ است. در این میان بیشترین ارقام از شیوع اختلال بینایی به دانشگاه های علوم پزشکی اهواز، زاهدان و قم با میزان شیوع به ترتیب ۷، ۷ و ۶.۰۸ درصد اختصاص دارد که در بالاترین دهک قرار می گیرند. در مقابل، دانشگاه های بجنورد، ارومیه و اصفهان با میزان شیوع به ترتیب ۲.۱۳، ۲.۱۷ و ۲.۱۸ دارای کمترین میزان شیوع بوده و در پایین ترین دهک شیوع اختلال بینایی قرار می گیرند. واضح است که این اختلال تأثیر بسیار بالایی بر توان یادگیری دانش آموزان دارد.

جدول شماره ۱۶۱- مشخصات شاخص در صد دانش آموزانی که دارای اختلال شنوایی هستند

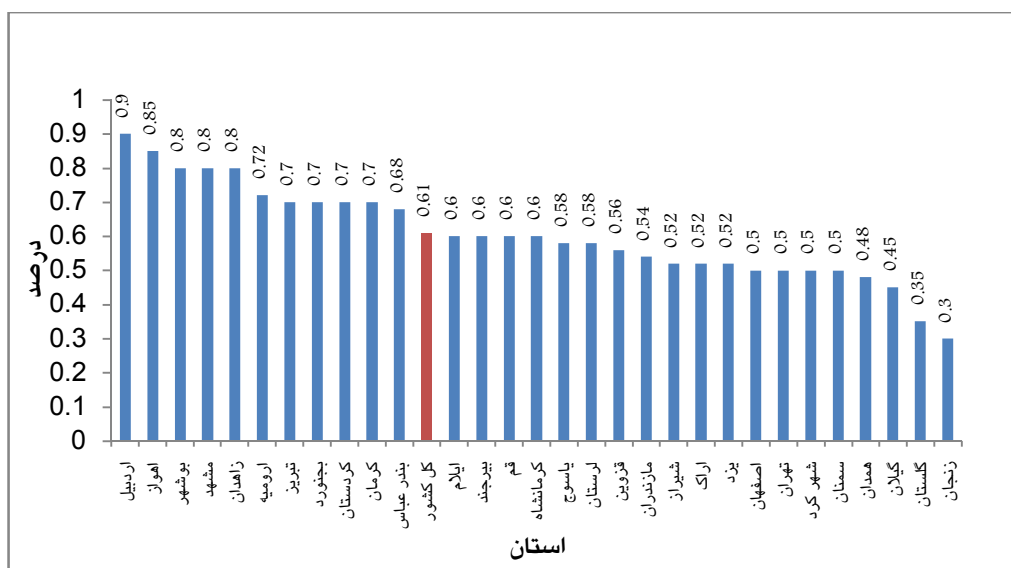
نام شاخص	درصد دانش آموزانی که دارای اختلال شنوایی هستند
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد دانش آموزانی که دارای اختلال شنوایی هستند}}{\text{تعداد کل دانش آموزان تحت پوشش که شنوایی سنجی شده اند}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	وزارت آموزش و پرورش و معاونت های بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی
دوره زمانی جمع آوری داده ها	در طول سال تحصیلی بصورت فصلی

جدول شماره ۱۶۲- درصد دانش آموزان دارای اختلال شنوایی به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس اطلاعات وزارت آموزش و پرورش، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۰.۷
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۰.۷۲
۳	اردبیل	اردبیل	۰.۹
۴	اصفهان	اصفهان	-
		کاشان	-
		کل	۰.۵
۵	ایلام	ایلام	۰.۶
۶	بوشهر	بوشهر	۰.۸
۷	تهران	تهران	-
		ایران	-
		شهید بهشتی	-
		کل	۰.۵
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۰.۵
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۰.۶
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	-
		سبزوار	-
		گناباد	-
		کل	۰.۸
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۰.۷
۱۲	خوزستان	اهواز	۰.۸۵
۱۳	زنجان	زنجان	۰.۳
۱۴	سمنان	سمنان	-
		شاهرود	-
		کل	۰.۵
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	-
		زابل	-
		کل	۰.۸

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	-
		جهرم	-
		فسا	-
		کل	۰.۵۲
۱۷	قزوین	قزوین	۰.۵۶
۱۸	قم	قم	۰.۶
۱۹	کردستان	کردستان	۰.۷
۲۰	کرمان	کرمان	-
		رفسنجان	-
		کل	۰.۷
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۰.۶
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۰.۵۸
۲۳	گلستان	گلستان	۰.۳۵
۲۴	گیلان	گیلان	۰.۴۵
۲۵	لرستان	لرستان	۰.۵۸
۲۶	مازندران	مازندران	-
		بابل	-
		کل	۰.۵۴
۲۷	مرکزی	اراک	۰.۵۲
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۰.۶۸
۲۹	همدان	همدان	۰.۴۸
۳۰	یزد	یزد	۰.۵۲
کل کشور			۰.۶۱

نمودار شماره ۱۰۶- درصد دانش آموزان دارای اختلال شنوایی به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس اطلاعات وزارت آموزش و پرورش، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۶۲ و نمودار شماره ۱۰۶ درصد دانش آموزان دارای اختلال شنوایی را در دانشگاه های مختلف را نشان می دهد. درصد دانش آموزانی که دارای اختلال شنوایی هستند نیز شاخص مهم دیگری است که در بررسی های سلامت دانش آموزان از اهمیت برخوردار است. این شاخص که تأثیر بالایی بر وضعیت سلامت جسمی افراد دارد در مورد دانش آموزان به دلیل سن یادگیری و قابلیت بهره برداری از کلاس های درس از اهمیت بالایی برخوردار است. میزان شیوع اختلال شنوایی در دانش آموزان در بررسی سال ۱۳۸۵، ۶۱٪ به دست آمده است. به نظر می رسد این میزان که در مقایسه با شیوع اختلال بینایی بسیار کمتر است به طور عمده ناشی از سوابق بروز بیماریهای مجاری تنفسی فوقانی در دوران های قبل زندگی است. در پایین ترین دهک شیوع اختلالات شنوایی که در مرز ۴۸٪ است، دانشگاه های زنجان، گلستان و گیلان با میزان شیوع ۰.۳، ۰.۳۵ و ۴۵٪ قرار گرفته اند. در سمت دیگر دانشگاه هایی قرار دارند که میزان شیوع این اختلال در آنها بیش از ۰.۸ درصد است. این دانشگاه ها عبارتند از اردبیل، اهواز، بوشهر مشهد و زاهدان که میزان شیوعی به ترتیب برابر با ۰.۹٪، ۰.۸۵٪، ۰.۸٪، ۰.۸٪ دارند.

جدول شماره ۱۶۳- مشخصات شاخص درصد BMI^۱، ۵ درصد و کمتر در دانش آموزان

نام شاخص	در صد دانش آموزانی که BMI آنان ۵ درصد و کمتر
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد دانش آموزانی که BMI آنان ۵ درصد و کمتر است}}{\text{تعداد کل دانش آموزان تحت پوشش که BMI آنان تعیین شده است}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	وزارت آموزش و پرورش و معاونتهای بهداشتی دانشگاههای علوم پزشکی
دوره زمانی جمع آوری داده ها	در طول سال تحصیلی بصورت فصلی

^۱ Body Mass Index (نمایه توده بدنی)

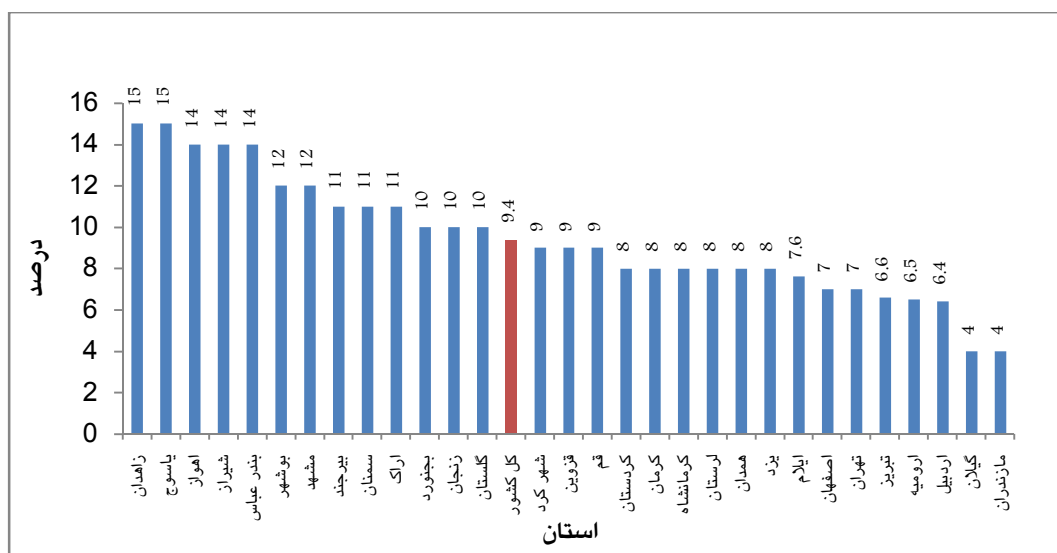
جدول شماره ۱۶۴- درصد دانش آموزان با BMI ۵ درصد و کمتر به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس اطلاعات وزارت آموزش و پرورش، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۶.۶
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۶.۵
۳	اردبیل	اردبیل	۶.۴
۴	اصفهان	اصفهان	-
		کاشان	-
		کل	۷
۵	ایلام	ایلام	۷.۶
۶	بوشهر	بوشهر	۱۲
۷	تهران	تهران	-
		ایران	-
		شهید بهشتی	-
		کل	۷
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۹
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۱۱
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	-
		سبزوار	-
		گناباد	-
		کل	۱۲
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۱۰
۱۲	خوزستان	اهواز	۱۴
۱۳	زنجان	زنجان	۱۰
۱۴	سمنان	سمنان	-
		شاهرود	-
		کل	۱۱
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	-
		زابل	-
		کل	۱۵

ادامه جدول شماره ۱۶۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	-
		جهرم	-
		فسا	-
		کل	۱۴
۱۷	قزوین	قزوین	۹
۱۸	قم	قم	۹
۱۹	کردستان	کردستان	۸
۲۰	کرمان	کرمان	-
		رفسنجان	-
		کل	۸
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۸
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۱۵
۲۳	گلستان	گلستان	۱۰
۲۴	گیلان	گیلان	۴
۲۵	لرستان	لرستان	۸
۲۶	مازندران	مازندران	-
		بابل	-
		کل	۴
۲۷	مرکزی	اراک	۱۱
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۱۴
۲۹	همدان	همدان	۸
۳۰	یزد	یزد	۸
کل کشور			۹.۴

نمودار شماره ۱۰۷- درصد دانش آموزان با BMI ۵ درصد و کمتر به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس اطلاعات وزارت آموزش و پرورش، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۶۴ و نمودار شماره ۱۰۷ شاخص BMI ۵ درصد و کمتر را نشان می دهند. شاخص BMI که یکی از مهم ترین شاخص ها برای ارزیابی وضعیت تغذیه ای دانش آموزان در دوره رشد است. در مطالعه سال ۱۳۸۵ بر اساس میزان شیوع BMI، ۵ درصد و کمتر مورد ارزیابی قرار گرفته است. شاخص BMI اساساً یکی از شاخص های مهم در ارزیابی وضعیت رشد جسمی افراد است که جرم بدنی را نسبت به قد افراد مورد ارزیابی قرار می دهد. این شاخص که با مقیاس کیلو گرم بر متر مربع بیان می شود یکی از ملاک های ارزیابی درجه چاقی و لاغری در افراد است. به طور معمول بالا بودن شاخص BMI در افراد دلالت بر چاقی و تجمع چربی و پایین بودن آن دلالت بر سوء تغذیه دارد. با توجه به این که اساساً دانش آموزان در دوره رشد جسمی قرار دارند لذا موضوع مورد توجه این بررسی عمدتاً بر محور میزان شیوع BMI پایین تر از ۵٪ قرار گرفته است. در ارزیابی سال ۱۳۸۵ میزان BMI پایین تر از ۵٪ شیوعی برابر با ۹.۴ درصد دارد. بیشترین میزان BMI ۵ درصد و کمتر در کشور در دانشگاه های زاهدان، یاسوج، اهواز، شیراز و بندر عباس به ترتیب با شیوع ۱۵، ۱۴، ۱۴، ۱۴ درصد و در بالاترین دهک قرار می گیرند. کمترین میزان BMI ۵ درصد و کمتر در دانشگاه های مازندران، گیلان و اردبیل با شیوعی برابر ۴، ۴ و ۶.۴ است و در پایین ترین دهک قرار

می گیرند.

جدول شماره ۱۶۵- مشخصات شاخص درصد دانش آموزانی که BMI آنان ۹۵ درصد و بیشتر است

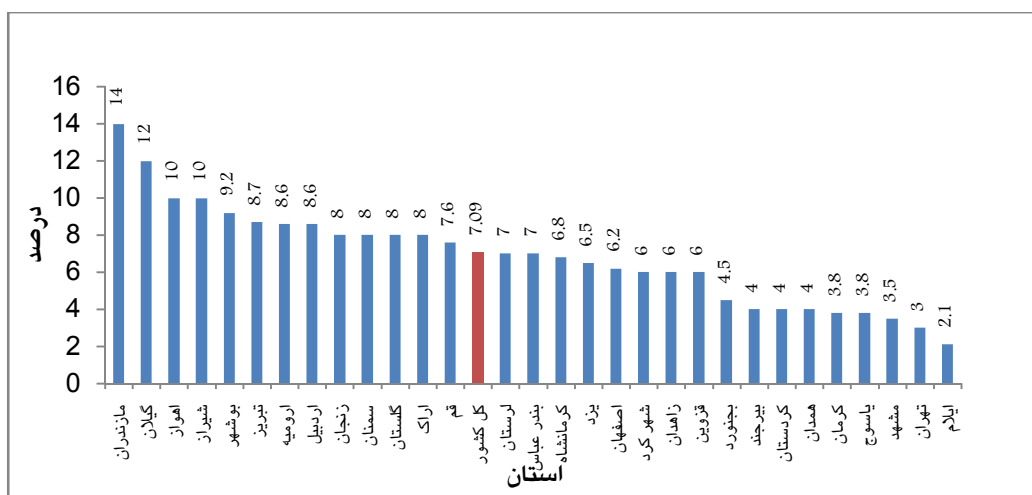
نام شاخص	درصد دانش آموزانی که BMI آنان ۹۵ درصد و بیشتر است
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد دانش آموزانی که BMI آنان ۹۵ درصد و بیشتر است}}{\text{تعداد کل دانش آموزان تحت پوشش که BMI آنان تعیین شده است}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	وزارت آموزش و پرورش و معاونتهای بهداشتی دانشگاههای علوم پزشکی
دوره زمانی جمع آوری داده ها	در طول سال تحصیلی بصورت فصلی

جدول شماره ۱۶۶- درصد دانش آموزان با BMI ۹۵ درصد و بیشتر به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس اطلاعات وزارت آموزش و پرورش، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۸.۷
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۸.۶
۳	اردبیل	اردبیل	۸.۶
۴	اصفهان	اصفهان	-
		کاشان	-
		کل	۶.۲
۵	ایلام	ایلام	۲.۱
۶	بوشهر	بوشهر	۹.۲
۷	تهران	تهران	-
		ایران	-
		شهید بهشتی	-
		کل	۳
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۶
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۴
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	-
		سبزوار	-
		گناباد	-
		کل	۳.۵
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۴.۵
۱۲	خوزستان	اهواز	۱۰
۱۳	زنجان	زنجان	۸
۱۴	سمنان	سمنان	-
		شاهرود	-
		کل	۸
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	-
		زابل	-
		کل	۶

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	-
		جهرم	-
		فسا	-
		کل	۱۰
۱۷	قزوین	قزوین	۶
۱۸	قم	قم	۷.۶
۱۹	کردستان	کردستان	۴
۲۰	کرمان	کرمان	-
		رفسنجان	-
		کل	۳.۸
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۶.۸
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۳.۸
۲۳	گلستان	گلستان	۸
۲۴	گیلان	گیلان	۱۲
۲۵	لرستان	لرستان	۷
۲۶	مازندران	مازندران	-
		بابل	-
		کل	۱۴
۲۷	مرکزی	اراک	۸
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۷
۲۹	همدان	همدان	۴
۳۰	یزد	یزد	۶.۵
کل کشور			۷۰.۹

نمودار شماره ۱۰۸- درصد دانش آموزان با BMI ۹۵ درصد و بیشتر به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس اطلاعات وزارت آموزش و پرورش، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۶۶ و نمودار شماره ۱۰۸ میزان BMI ۹۵ درصد و بیشتر در دانش آموزان برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. میزان شیوع BMI ۹۵ درصد و بالاتر در سطح کل دانش آموزان کشور ۷.۰۹ درصد است. در این میان دانشگاه های مازندران و گیلان که کمترین میزان شیوع BMI پایین را به خود اختصاص داده اند. این دو دانشگاه به همراه دانشگاه های اهواز و شیراز در بالاترین دهک قرار می گیرند. در عوض دانشگاه های ایلام، تهران و مشهد با مقادیر زیر ۳.۷۷ از شیوع BMI بالای ۹۵ کمترین میزان شیوع BMI داشته اند و در دهک پایین قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۶۷- مشخصات شاخص های شیوع کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری در کودکان زیر ۵ ساله

ردیف	نام شاخص	تعریف شاخص	نحوه محاسبه	منبع جمع آوری اطلاعات	دوره زمانی جمع آوری داده ها
۱	شیوع کم وزنی در کودکان زیر ۵ ساله	نسبت کودکان زیر ۵ ساله مبتلا به کم وزنی متوسط و شدید	تعداد کودکان زیر ۵ ساله دارای شاخص وزن برای سن کمتر از ۲. $\times 100$ انحراف معیار از میانگین استاندارد تعداد کل کودکان زیر ۵ سال	بررسی شاخص های تن سنجی و تغذیه ای کودکان	پنج ساله
۲	شیوع کوتاه قدی در کودکان زیر ۵ ساله	نسبت کودکان زیر ۵ ساله مبتلا به کوتاه قدی متوسط و شدید (سوء تغذیه مزمن)	تعداد کودکان زیر ۵ ساله دارای شاخص قد برای سن کمتر از ۲. $\times 100$ انحراف معیار از میانگین استاندارد تعداد کل کودکان زیر ۵ سال	بررسی شاخص های تن سنجی و تغذیه ای کودکان	پنج ساله
۳	شیوع لاغری در کودکان زیر ۵ ساله	نسبت کودکان زیر ۵ ساله مبتلا به لاغری متوسط و شدید (سوء تغذیه حاد)	تعداد کودکان زیر ۵ ساله دارای شاخص وزن برای قد کمتر از ۲. $\times 100$ انحراف معیار از میانگین استاندارد تعداد کل کودکان زیر ۵ سال	بررسی شاخص های تن سنجی و تغذیه ای کودکان	پنج ساله

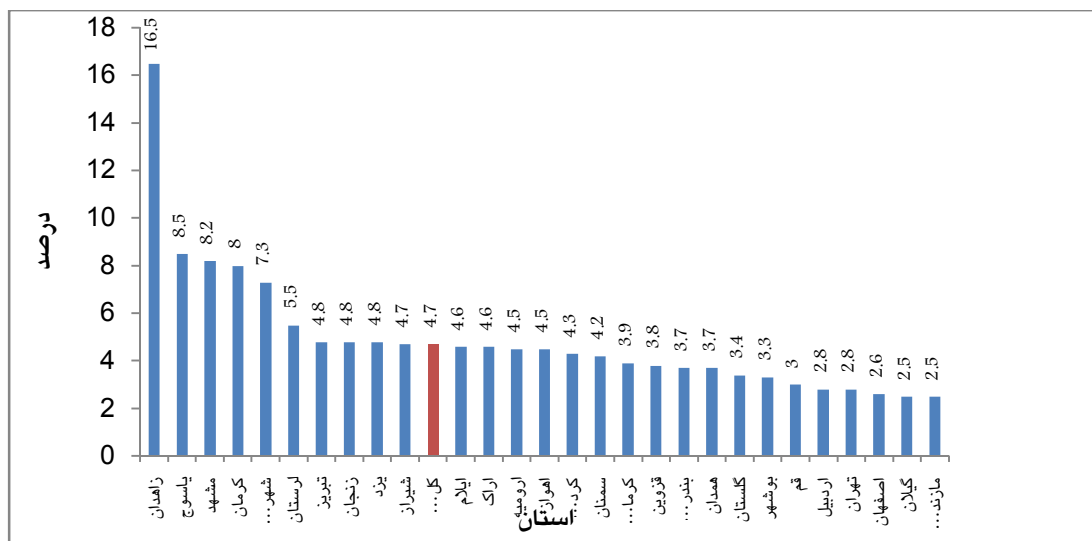
جدول شماره ۱۶۸- مشخصات شاخص های شیوع کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری در کودکان زیر ۵ ساله بر اساس بررسی، سالهای ۱۳۷۷ و ۱۳۸۳

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال (۸۳)			سال (۷۷)		
			کم وزنی %	کوتاه قدی %	لاغری %	کم وزنی %	کوتاه قدی %	لاغری %
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۲.۶	۴.۸	۲.۴	۶.۵	۱۵.۳	۳.۳
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۳.۳	۴.۵	۲.۱	۸.۶	۱۶.۳	۴.۲
۳	اردبیل	اردبیل	۱.۵	۲.۸	۱	۶.۴	۲۰.۵	۲.۵
۴	اصفهان	اصفهان	-	-	-	-	-	-
		کاشان	-	-	-	-	-	-
		کل	۵.۷	۲.۶	۵.۷	۱۰.۶	۱۰.۸	۴.۷
۵	ایلام	ایلام	۲.۹	۴.۶	۱.۲	۱۱.۷	۱۴.۶	۴.۷
۶	بوشهر	بوشهر	۳.۳	۳.۳	۳.۳	۸.۸	۱۱.۳	۶.۴
۷	تهران	تهران	-	-	-	-	-	-
		ایران	-	-	-	-	-	-
		شهید بهشتی	-	-	-	-	-	-
		کل	۴	۲.۸	۲.۸	۷.۲	۷.۵	۶
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۶.۸	۷.۳	۷.۳	۱۶.۸	۱۵.۵	۶.۶
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	-	-	-	-	-	-
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	-	-	-	-	-	-
		سبزوار	-	-	-	-	-	-
		گناباد	-	-	-	-	-	-
		کل	۶.۴	۸.۲	۸.۲	۱۳.۷	۲۰	۴.۴
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	-	-	-	-	-	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۵.۱	۴.۵	۴.۵	۱۱.۴	۱۴.۶	۶
۱۳	زنجان	زنجان	۳.۸	۴.۸	۱.۹	۱۲.۴	۲۲.۴	۴
۱۴	سمنان	سمنان	-	-	-	-	-	-
		شاهرود	-	-	-	-	-	-
		کل	۵.۳	۴.۲	۳.۷	۹.۱	۱۱.۹	۴.۶
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	-	-	-	-	-	-
		زابل	-	-	-	-	-	-
		کل	۱۵.۷	۱۶.۵	۷.۱	۲۵.۸	۳۸.۱	۹.۵

ادامه جدول شماره ۱۶۸

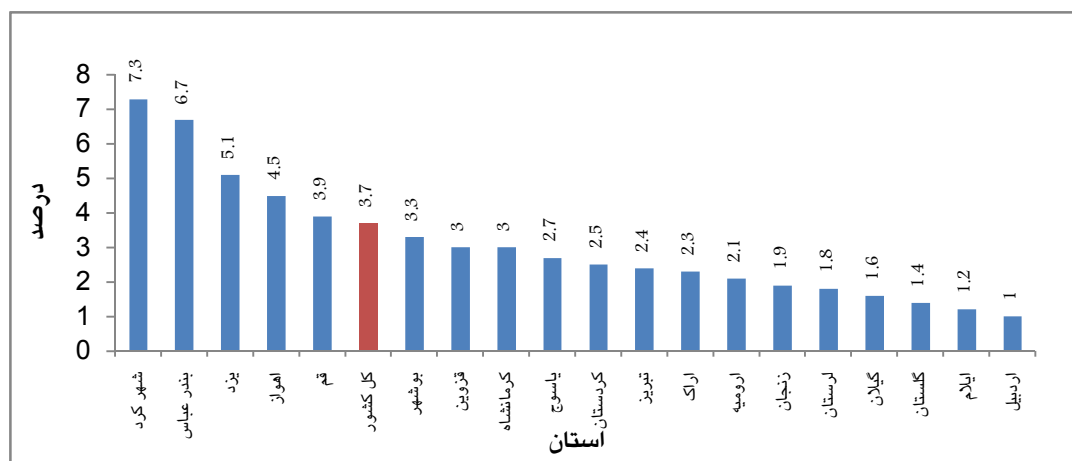
ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال (۸۳)			سال (۷۷)		
			کم وزنی %	کوتاه قدی %	لاغری %	کم وزنی %	کوتاه قدی %	لاغری %
۱۶	فارس	شیراز	-	-	-	-	-	-
		جهرم	-	-	-	-	-	-
		فسا	-	-	-	-	-	-
		کل	۵.۶	۴.۷	۵	۱۱.۳	۱۶.۷	۵.۹
۱۷	قزوین	قزوین	۴.۲	۳.۸	۳	۸.۲	۱۰.۸	۳.۶
۱۸	قم	قم	۲.۲	۳	۳.۹	۵.۱	۹.۹	۶.۴
۱۹	کردستان	کردستان	۶.۳	۴.۳	۲.۵	۱۱.۵	۲۱.۱	۳.۴
۲۰	کرمان	کرمان	-	-	-	-	-	-
		رفسنجان	-	-	-	-	-	-
		کل	۱۰.۷	۸	۷.۷	۱۸	۲۱.۷	۷.۹
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۴.۵	۳.۹	۳	۹.۶	۱۴	۳.۷
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۵.۷	۸.۵	۲.۷	۱۷.۶	۲۶.۳	۵.۸
۲۳	گلستان	گلستان	۳.۳	۳.۴	۱.۴	۴	۱۳.۸	۱.۱
۲۴	گیلان	گیلان	۲.۱	۲.۵	۱.۶	۶.۸	۶.۸	۲.۵
۲۵	لرستان	لرستان	۴.۴	۵.۵	۱.۸	۱۰.۱	۱۵.۴	۴.۴
۲۶	مازندران	مازندران	-	-	-	-	-	-
		بابل	-	-	-	-	-	-
		کل	۳.۴	۲.۵	۲.۶	۶.۵	۷.۵	۵.۳
۲۷	مرکزی	اراک	۴.۷	۴.۶	۲.۳	۷.۱	۹.۷	۳.۷
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۶.۷	۳.۷	۶.۷	۲۳.۸	۲۱.۶	۱۱.۳
۲۹	همدان	همدان	۴.۷	۳.۷	۲.۸	۱۱.۴	۱۸.۳	۴.۷
۳۰	یزد	یزد	۴.۸	۴.۸	۵.۱	۱۲.۹	۱۰.۳	۸
کل کشور			۵.۲۵	۴.۷	۳.۷	۱۰.۹	۱۵.۴	۴.۹

نمودار شماره ۱۰۹- شیوع کوتاهی قد در کودکان زیر ۵ ساله بر اساس اندازه قد کمتر از ۲ انحراف معیار از میانگین، سال ۱۳۸۳



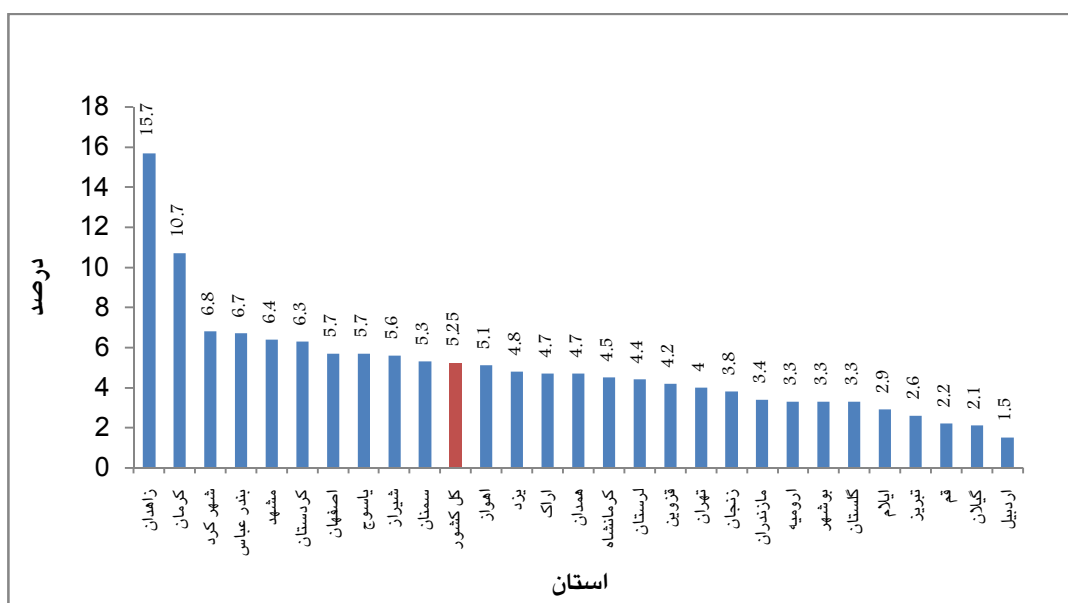
نمودار شماره ۱۰۹- شیوع کوتاهی قد در کودکان زیر ۵ ساله به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با میزان نسبت کوتاه قدی ۱۶/۵٪ و با تفاوت فاحش با سایر دانشگاهها بالاترین میزان کوتاه قدی در سطح کشور را در کودکان زیر ۵ سال به خود اختصاص داده است. پس از آن دانشگاه های علوم پزشکی یاسوج (۸/۵٪) و مشهد (۸/۲٪) درصد مرتبه های بعدی پایینی صدک رشدی کودکانی دارند که در زیر ۲ انحراف معیار رشدی قرار دارند. بهبود بارز شاخص کوتاه قدی در سطح کشور خصوصاً در نقاط غیر برخوردار پدیده ای کاملاً روشن در طول کمتر از یک دهه بوده است. به طوری که میزان کوتاه قدی برای کودکان زیر ۵ سال دانشگاه زاهدان در سال ۱۳۷۷ بیش از ۳۸٪ را شامل می شده است. این میزان در سال ۱۳۸۳ به ۱۶/۵ درصد رسیده است.

نمودار شماره ۱۱۰- شیوع لاغری در کودکان زیر ۵ سال بر اساس شاخص وزن برای قد کمتر از ۲ انحراف معیار از میانگین استاندارد سال ۱۳۸۳



نمودار ۱۱۰، شیوع لاغری در کودکان زیر ۵ ساله را به تفکیک ۱۹ دانشگاه علوم پزشکی نشان می دهد. شاخص لاغری با معیار کمتر از ۲ انحراف معیار برای کودکان زیر ۵ سال در سال ۱۳۸۳ در سطح کشور ۲/۷ درصد بوده است که در این میان نقاط تحت پوشش دانشگاه های شهرکرد و بندرعباس به ترتیب با ۷.۳ و ۶.۷ درصد دهک پایین از صدک را تشکیل داده اند در سوی مقابل دانشگاه های اردبیل و ایلام به ترتیب با ۱ و ۱.۲٪ مناسب ترین شرایط را داشته اند. در اینجا شاید اساساً این سوال پیش آید که چرا شاخص لاغری در مقایسه با شاخص کم وزنی دارای توزیعی متفاوت در دانشگاه ها بوده و در بسیاری موارد با توزیعی متفاوت سیمای رشد جسمی کودکان را نشان می دهد در این مطالعه منظور از لاغری شاخص وزن برای قد است و با توجه به این که هر دو معیار وزن و قد در مناطق تابعی از شاخص های توسعه اند لذا توزیع طبیعی این معیار متفاوت از هر کدام به تنهایی است. بر این اساس، مطالعه نشان داده است که میزان کم وزنی در دانشگاه های اردبیل (۱٪)، گیلان (۱.۲٪) کمترین میزان و در پایین ترین دهک قرار می گیرند و دانشگاه های شهرکرد (۷.۳٪) و بندرعباس (۶.۷٪) دارای بیشترین میزان و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

نمودار شماره ۱۱۱- شیوع کم وزنی در کودکان زیر ۵ ساله بر اساس شاخص وزن برای سن کمتر از ۲ انحراف معیار از میانگین استاندارد در سال ۱۳۸۳



نمودار شماره ۱۱۱ شیوع کم وزنی در کودکان زیر ۵ ساله به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی را نشان می دهد. شیوع کم وزنی در کودکان زیر ۵ سال عبارت است از نسبت کودکان زیر ۵ سال دارای شاخص وزن برای سن کمتر از ۲ انحراف معیار از میانگین استاندارد. این میزان مقادیر کمتر از ۲/۵ درصد از سطح منحنی نرمال را شامل می شود. به عبارت دیگر در شرایط ایده آل انتظار می رود ۲/۵ درصد کودکان زیر ۵ سال تا این حد کم وزن باشند. میزان های مرتبط با رشد جسمی کودکان زیر ۵ سال را در مطالعات مختلف با همین انحراف معیار در مورد کوتاه قدی و لاغری با معیار وزن برای قد در جداولی که متعاقباً نمایش داده شده است در سال های ۸۳ و ۷۷ بررسی کرده اند که در ادامه آمده است.

مطالعه برای سنجش سه شاخص کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری برای کودکان زیر ۵ سال در سال ۱۳۸۳ در کل کشور به ترتیب نسبت های ۲۵/۵، ۴/۷، ۳/۷ درصد را نشان می دهد.

حال آنکه همین نسبتها برای کودکان زیر ۵ سال در سال ۱۳۷۷، ۱۰/۹، ۱۵/۴، ۴/۹ بوده است. این موضوع نشان دهنده بهبود مؤثر وضعیت رشد و تغذیه کودکان در طول زمان فوق است. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های علوم پزشکی اردبیل (۱.۵٪)،

گیلان (۲۰۱٪) و قم (۲۰۲٪) دارای کمترین میزان و در پایین ترین دهک قرار می گیرند، ضمناً دانشگاه های زاهدان (۱۵۰۷٪)، کرمان (۱۰۰۷٪)، و شهرکرد (۶۰۸٪) دارای بیشترین میزان و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

بیماریهای خاص

جدول شماره ۱۶۹- مشخصات شاخص نسبت بیمار همودیالیز به تخت دیالیز

نام شاخص	نسبت بیمار همودیالیز به تخت دیالیز
تعریف شاخص	دسترسی بیماران نیازمند همودیالیز به تخت های دیالیز
نحوه محاسبه (فرمول)	تعداد کل بیمار تقسیم بر تعداد کل دستگاه فعال
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	دانشگاههای علوم پزشکی کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

جدول شماره ۱۷۰ - نسبت بیمار همودیالیز به تخت دیالیز به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور، سال ۱۳۸۶

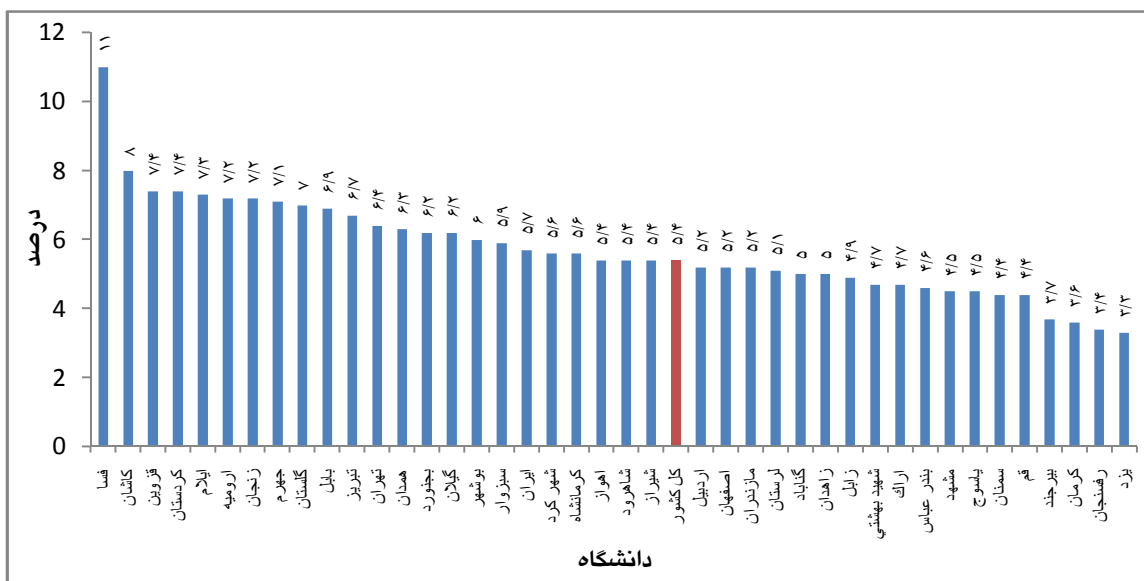
ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۱۳۸۶
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۶.۷
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۷.۲
۳	اردبیل	اردبیل	۵.۲
۴	اصفهان	اصفهان	۵.۲
		کاشان	۸
۵	ایلام	ایلام	۷.۳
۶	بوشهر	بوشهر	۶
۷	تهران	تهران	۶.۴
		ایران	۵.۷
		شهید بهشتی	۴.۷
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۵.۶
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۳.۷
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۴.۵
		سبزوار	۵.۹
		گناباد	۵
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۶.۲
۱۲	خوزستان	اهواز	۵.۴
۱۳	زنجان	زنجان	۷.۲
۱۴	سمنان	سمنان	۴.۴
		شاهرود	۵.۴
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۵
		زابل	۴.۹

ادامه جدول شماره ۱۷۰

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۱۳۸۶
۱۶	فارس	شیراز	۵.۴
		جهرم	۷.۱
		فسا	۱۱
۱۷	قزوین	قزوین	۷.۴
۱۸	قم	قم	۴.۴
۱۹	کردستان	کردستان	۷.۴
۲۰	کرمان	کرمان	۳.۶
		رفسنجان	۳.۴
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۵.۶
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۴.۵
۲۳	گلستان	گلستان	۷
۲۴	گیلان	گیلان	۶.۲
۲۵	لرستان	لرستان	۵.۱
۲۶	مازندران	مازندران	۵.۲
		بابل	۶.۹
۲۷	مرکزی	اراک	۴.۷
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۴.۶
۲۹	همدان	همدان	۶.۳
۳۰	یزد	یزد	۳.۳
کل کشور			۵.۴

👑 لازم به یادآوری است که آخرین اطلاعات این شاخص مربوط به سال ۱۳۸۶ بوده است.

نمودار شماره ۱۱۲ - نسبت بیمار همودیالیز به تخت دیالیز به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور، سال ۱۳۸۶



جدول شماره ۱۷۰ و نمودار شماره ۱۱۲، نسبت بیماری همودیالیز به تخت دیالیز به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی را برای سال ۱۳۸۴ نشان می دهد. بیماری نارسایی کلیه یکی از بیماری های خاص می باشد که هزینه بالایی را به بیماران و نظام سلامت تحمیل می کند. جدول شماره ۸۲ و نمودار شماره ۴۲ نسبت بیماران دچار نارسایی کلیه که همودیالیز می شوند به تخت دیالیز به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس نظام جاری اطلاعات را برای سال ۱۳۸۶ نشان می دهد. باتوجه به نمودار فوق، دانشگاه های علوم پزشکی یزد (۳.۳٪)، رفسنجان (۳.۴٪)، کرمان (۳.۶٪)، بیرجند (۳.۷٪)، قم (۴.۴٪) و سمنان (۴.۴٪) دارای کمترین نسبت بیماران به تخت های دیالیز هستند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند، همچنین دانشگاه های علوم پزشکی فسا (۱.۱٪)، کاشان (۰.۸٪)، قزوین (۷.۴٪)، کردستان (۷.۴٪) و ایلام (۷.۳٪) دارای بیشترین نسبت بیمار به تخت دیالیز را دارا هستند و در بالاترین دهک قرار می گیرند که باید برای تخصیص منابع مورد توجه سیاستگذاران درمان کشور قرار گیرد.

جدول شماره ۱۷۱ - مشخصات شاخص درصد جلسات دیالیز به روش بیکرنات به کل جلسات

نام شاخص	درصد جلسات دیالیز به روش بیکرنات به کل جلسات
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد کل جلسات دیالیز بیکرنات}}{\text{تعداد کل جلسات دیالیز}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	دانشگاههای علوم پزشکی کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

جدول شماره ۱۷۲- درصد جلسات دیالیز به روش بیکربنات به کل جلسات به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور سال ۱۳۸۶

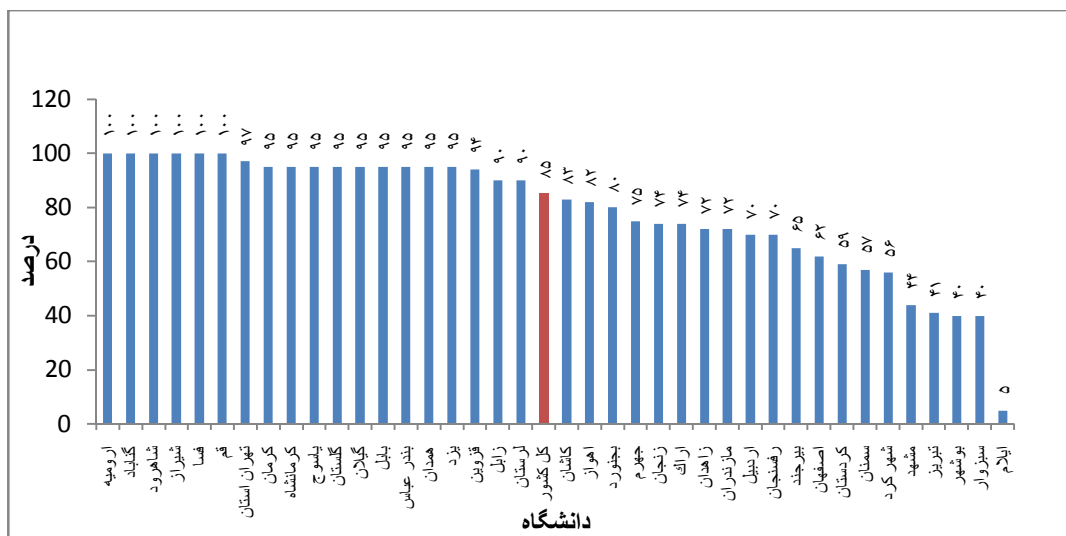
ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۱۳۸۶
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۴۱
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱۰۰
۳	اردبیل	اردبیل	۷۰
۴	اصفهان	اصفهان	۶۲
		کاشان	۸۳
		کل	-
۵	ایلام	ایلام	۵
۶	بوشهر	بوشهر	۴۰
۷	تهران	تهران	-
		ایران	-
		شهید بهشتی	-
		کل	۹۷
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۵۶
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۶۵
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۴۴
		سبزوار	۴۰
		گناباد	۱۰۰
		کل	۴۴۵
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۸۰
۱۲	خوزستان	اهواز	۸۲
۱۳	زنجان	زنجان	۷۴
۱۴	سمنان	سمنان	۵۷
		شاهرود	۱۰۰
		کل	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۷۲
		زابل	۹۰
		کل	-

ادامه جدول شماره ۱۷۲

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۶
۱۶	فارس	شیراز	۱۰۰
		چهرم	۷۵
		فسا	۱۰۰
		کل	-
۱۷	قزوین	قزوین	۹۴
۱۸	قم	قم	۱۰۰
۱۹	کردستان	کردستان	۵۹
۲۰	کرمان	کرمان	۹۵
		رفسنجان	۷۰
		کل	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۹۵
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۹۵
۲۳	گلستان	گلستان	۹۵
۲۴	گیلان	گیلان	۹۵
۲۵	لرستان	لرستان	۹۰
۲۶	مازندران	مازندران	۷۲
		بابل	۹۵
		کل	-
۲۷	مرکزی	اراک	۷۴
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۹۵
۲۹	همدان	همدان	۹۵
۳۰	یزد	یزد	۹۵
کل کشور			۸۵

☀ لازم به یادآوری است که آخرین اطلاعات این شاخص مربوط به سال ۱۳۸۶ بوده است.

نمودار شماره ۱۱۳- درصد جلسات دیالیز به روش بیکرنات به کل جلسات به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور سال ۱۳۸۶



جدول شماره ۱۷۲ و نمودار شماره ۱۱۳ درصد جلسات دیالیز به روش بیکرنات^۱ به کل جلسات را بر اساس نظام اطلاعات جاری برای سال ۱۳۸۶ نشان می دهد. با توجه به نمودار فوق، در دانشگاه های علوم پزشکی ایلام (۵٪)، سبزوار (۴۰٪)، بوشهر (۴۰٪) و تبریز (۴۱٪) جلسات دیالیز به روش بیکرنات بوده است که دارای میزان استفاده از روش مذکور هستند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. در مقابل دانشگاه های علوم پزشکی ارومیه، گناباد، شاهرود، شیراز، قزوین و قم با میزان ۱۰۰٪ دارای بیشترین میزان استفاده از روش بیکرنات بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۷۳- مشخصات شاخص تعداد بخش های دیالیز خونی

نام شاخص	تعداد بخش های دیالیز خونی
نحوه محاسبه (فرمول)	فراوانی در هر دانشگاه یا استان
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	دانشگاههای علوم پزشکی کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

^۱ روش بی کربنات : در دیالیز خونی، بافر پایه برای انجام دیالیز می باشد که با محلول دیالیز مخلوط شده و با غلظت معینی در کنار خون بیمار (دوطرف پرده نیمه تراوا) قرار می گیرد

جدول شماره ۱۷۴- تعداد بخش های دیالیز خونی به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱۴
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱۴
۳	اردبیل	اردبیل	۵
۴	اصفهان	اصفهان	۱۸
		کاشان	۱
		کل	۱۹
۵	ایلام	ایلام	۴
۶	بوشهر	بوشهر	۵
۷	تهران	تهران	۸
		ایران	۱۲
		شهید بهشتی	۱۱
		بخش خصوصی	۳۲
		کل	۶۳
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۴
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۲
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۲۶
		سبزوار	۱
		گناباد	۱
		کل	۲۸
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۳
۱۲	خوزستان	اهواز	۲۰
۱۳	زنجان	زنجان	۵
۱۴	سمنان	سمنان	۴
		شاهرود	۱
		کل	۵
		زاهدان	۶
۱۵	سیستان و بلوچستان	زابل	۱
		کل	۷

ادامه جدول شماره ۱۷۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۶
۱۶	فارس	شیراز	۱۴
		جهرم	۱
		فسا	۱
		کل	۱۶
۱۷	قزوین	قزوین	۴
۱۸	قم	قم	۲
۱۹	کردستان	کردستان	۸
۲۰	کرمان	کرمان	۸
		رفسنجان	۱
		کل	۹
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۸
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۳
۲۳	گلستان	گلستان	۶
۲۴	گیلان	گیلان	۱۲
۲۵	لرستان	لرستان	۷
۲۶	مازندران	مازندران	۱۲
		بابل	۲
		کل	۱۴
۲۷	مرکزی	اراک	۸
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۷
۲۹	همدان	همدان	۷
۳۰	یزد	یزد	۹
کل کشور			۳۱۸

جدول شماره ۱۷۴، تعداد بخش های دیالیز خونی^۱ به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس نظام اطلاعات جاری برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس جدول فوق در کل کشور ۳۱۸ بخش دیالیز خونی وجود دارد. تعداد واحد بخش خصوصی در تهران (۳۲)، دانشگاه های مشهد (۲۶)، اهواز (۲۰)، اصفهان (۱۸)، تبریز (۱۴)، ارومیه (۱۴) و شیراز (۱۴) می باشد که به ترتیب دارای بیشترین تعداد بخش دیالیز بوده اند و دانشگاه های کاشان، سبزوار، گناباد، شاهرود، زابل، جهرم، فسا و رفسنجان با یک بخش دارای کمترین تعداد بخش دیالیز در کشور بوده اند. نکته قابل توجه اینکه این شاخص خام است که لازم است برای مقایسه دقیق تر بر حسب جمعیت محاسبه شود.

^۱ دیالیز خونی: روش سم زدایی از بدن از طریق تصفیه خون به وسیله ماشین دیالیز است

جدول شماره ۱۷۵- مشخصات شاخص تعداد بخش های دیالیز صفاقی

نام شاخص	تعداد بخش های دیالیز صفاقی (PD)
تعریف شاخص	-
نحوه محاسبه (فرمول)	فراوانی در هر دانشگاه یا استان
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	دانشگاههای علوم پزشکی کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

جدول شماره ۱۷۶- تعداد بخش های دیالیز صفاقی به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۲
۳	اردبیل	اردبیل	-
۴	اصفهان	اصفهان	۳
		کاشان	۱
		کل	۳
۵	ایلام	ایلام	-
۶	بوشهر	بوشهر	-
۷	تهران	تهران	۴
		ایران	۴
		شهید بهشتی	۵
		کل	۱۳
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	-
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	-
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۳
		سبزوار	-
		گناباد	-
		کل	۳
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	-
۱۲	خوزستان	اهواز	۱
۱۳	زنجان	زنجان	-
۱۴	سمنان	سمنان	-
		شاهرود	-
		کل	-
		زاهدان	۲
۱۵	سیستان و بلوچستان	زابل	-
		کل	۲

ادامه جدول شماره ۱۷۶

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۲
		چهرم	-
		فسا	-
		کل	۲
۱۷	قزوین	قزوین	۱
۱۸	قم	قم	۱
۱۹	کردستان	کردستان	-
۲۰	کرمان	کرمان	۲
		رفسنجان	-
		کل	۲
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۲
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	-
۲۳	گلستان	گلستان	-
۲۴	گیلان	گیلان	۱
۲۵	لرستان	لرستان	-
۲۶	مازندران	مازندران	۱
		بابل	۱
		کل	۲
۲۷	مرکزی	اراک	۱
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	-
۲۹	همدان	همدان	۱
۳۰	یزد	یزد	۱
کل کشور			۴۰

جدول شماره ۱۷۶، تعداد بخش های دیالیز صفاقی^۱ به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس نظام اطلاعات جاری برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس جدول فوق در کل کشور ۴۰ بخش دیالیز صفاقی وجود دارد که دانشگاه های شهید بهشتی با ۵ بخش، تهران با ۴ بخش، ایران با ۴ بخش و مشهد با ۳ بخش دارای بیشترین بخش های دیالیز صفاقی بوده اند. سایر دانشگاه ها دارای ۱ یا ۲ بخش هستند. ضمناً برخی دانشگاه ها فاقد بخش مذکور می باشند این شاخص، یک شاخص خام است که احتمالاً برای برنامه ریزی شاخص اختصاصی نیست و باید بر حسب نسبت جمعیت به تخت محاسبه شود.

جدول شماره ۱۷۷- مشخصات شاخص میزان شیوع هموفیلی

نام شاخص	میزان شیوع هموفیلی
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد موارد بیماری هموفیلی ثبت شده}}{\text{جمعیت}} \times ۱۰۰۰۰$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	دانشگاههای علوم پزشکی کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

^۱ بخش دیالیز صفاقی: فضایی است که در آن خدمات دیالیز به روش صفاقی ارائه می گردد

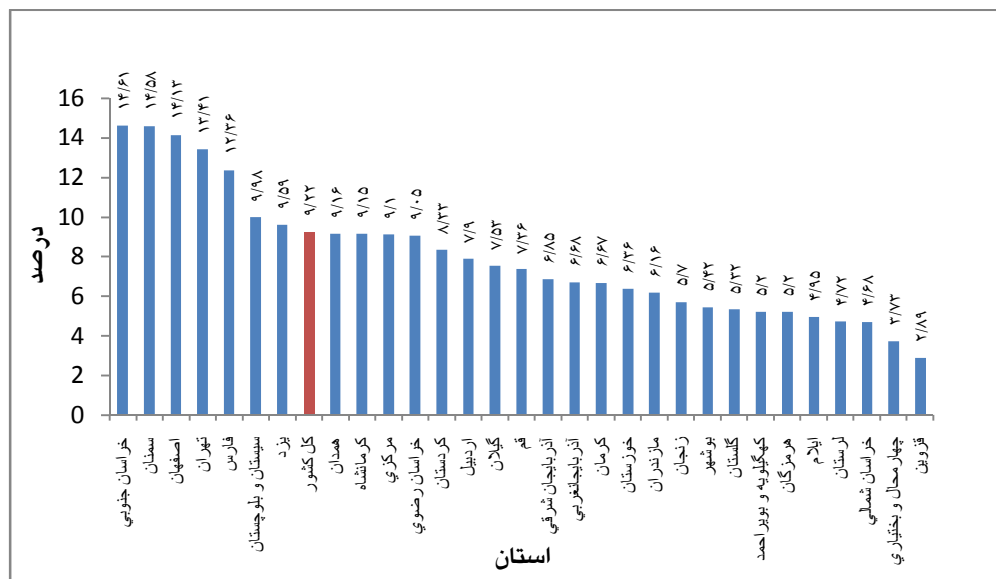
جدول شماره ۱۷۸- میزان شیوع هموفیلی در صد هزار نفر جمعیت به تفکیک استان های کشور، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۶.۸۵
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۶.۶۸
۳	اردبیل	اردبیل	۷.۹
۴	اصفهان	اصفهان	-
		کاشان	-
		کل	۱۴.۱۳
۵	ایلام	ایلام	۴.۹۵
۶	بوشهر	بوشهر	۵.۴۲
۷	تهران	تهران	-
		ایران	-
		شهید بهشتی	-
		کل	۱۳.۴۱
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۳.۷۳
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۱۴.۶۱
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	-
		سبزوار	-
		گناباد	-
		کل	۹.۰۵
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۴.۶۸
۱۲	خوزستان	اهواز	۶.۳۶
۱۳	زنجان	زنجان	۵.۷
۱۴	سمنان	سمنان	-
		شاهرود	-
		کل	۱۴.۵۸
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	-
		زابل	-
		کل	۹.۹۸

ادامه جدول شماره ۱۷۸

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	-
		چهرم	-
		فسا	-
		کل	۱۲.۳۶
۱۷	قزوین	قزوین	۲.۸۹
۱۸	قم	قم	۷.۳۶
۱۹	کردستان	کردستان	۸.۳۳
۲۰	کرمان	کرمان	-
		رفسنجان	-
		کل	۶.۶۷
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۹.۱۵
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۵.۲
۲۳	گلستان	گلستان	۵.۳۲
۲۴	گیلان	گیلان	۷.۵۳
۲۵	لرستان	لرستان	۴.۷۲
۲۶	مازندران	مازندران	-
		بابل	-
		کل	۶.۱۶
۲۷	مرکزی	اراک	۹.۱
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۵.۲
۲۹	همدان	همدان	۹.۱۶
۳۰	یزد	یزد	۹.۵۹
کل کشور			۹.۲۲

نمودار شماره ۱۱۴- میزان شیوع هموفیلی در صد هزار نفر جمعیت به تفکیک استان های کشور، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۷۸ و نمودار شماره ۱۱۴ میزان شیوع بیماری هموفیلی در صد هزار نفر جمعیت به تفکیک استان ها بر اساس نظام اطلاعات جاری برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. با توجه به نمودار فوق، استان های قزوین (۲.۹)، شهر کرد (۳.۷) و بجنورد (۴.۷) در صد هزار نفر جمعیت دارای کمترین میزان شیوع بیماری مذکور بوده اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند و دانشگاه های بیرجند (۱۴.۶)، سمنان (۱۴.۶) و اصفهان (۱۴.۱) دارای بیشترین میزان شیوع هموفیلی بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند. نکته قابل توجه این که، این اطلاعات بر اساس نظام جاری گزارش دهی می باشد و شامل بیمارانی می شوند که نظام اطلاعات توانسته است آنها را گزارش نماید و این احتمال وجود دارد که تعدادی از بیماران در این نظام گزارش نشده باشند.

جدول شماره ۱۷۹- مشخصات شاخص میزان شیوع تالاسمی

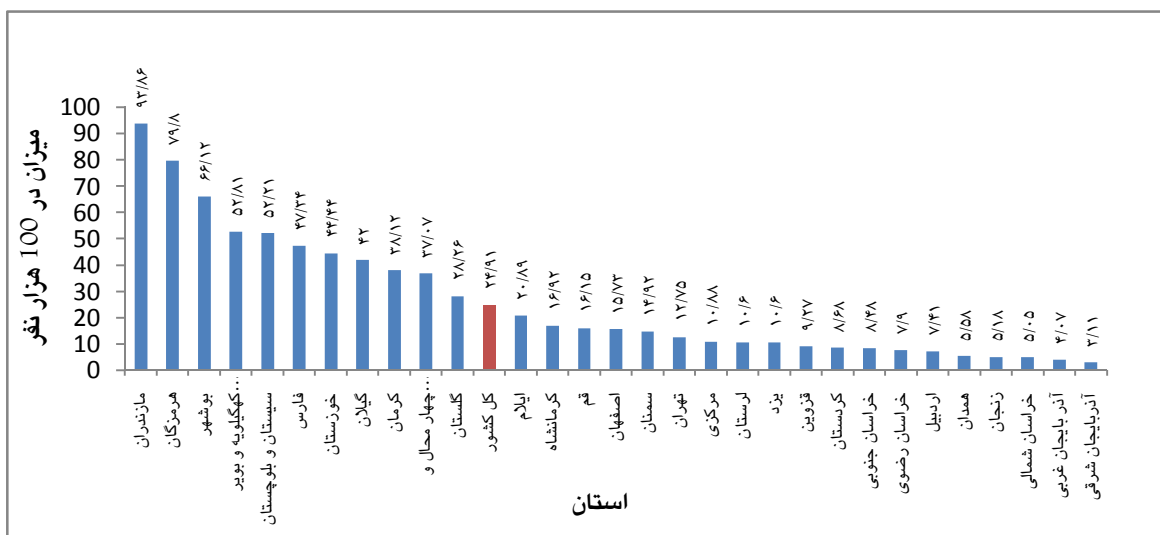
نام شاخص	میزان شیوع تالاسمی
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد موارد بیماران تالاسمی ثبت شده}}{100000} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	دانشگاههای علوم پزشکی کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

جدول شماره ۱۸۰- میزان شیوع تالاسمی به تفکیک استان های کشور، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۳.۱۱
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۴.۰۷
۳	اردبیل	اردبیل	۷.۴۱
۴	اصفهان	اصفهان	-
		کاشان	-
		کل	۱۵.۷۳
۵	ایلام	ایلام	۲۰.۸۹
۶	بوشهر	بوشهر	۶۶.۱۲
۷	تهران	تهران	-
		ایران	-
		شهید بهشتی	-
		کل	۱۲.۷۵
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۳۷.۰۷
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۸.۴۸
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	-
		سبزوار	-
		گناباد	-
		کل	۷.۹
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۵.۰۵
۱۲	خوزستان	اهواز	۴۴.۴۴
۱۳	زنجان	زنجان	۵.۱۸
۱۴	سمنان	سمنان	-
		شاهرود	-
		کل	۱۴.۹۲
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	-
		زابل	-
		کل	۵۲.۲۱

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	-
		جهرم	-
		فسا	-
		کل	۴۷.۳۴
۱۷	قزوین	قزوین	۹.۲۷
۱۸	قم	قم	۱۶.۱۵
۱۹	کردستان	کردستان	۸.۶۸
۲۰	کرمان	کرمان	-
		رفسنجان	-
		کل	۳۸.۱۲
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۱۶.۹۲
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۵۲.۸۱
۲۳	گلستان	گلستان	۲۸.۲۶
۲۴	گیلان	گیلان	۴۲
۲۵	لرستان	لرستان	۱۰.۶
۲۶	مازندران	مازندران	-
		بابل	-
		کل	۹۳.۸۶
۲۷	مرکزی	اراک	۱۰.۸۸
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۷۹.۸
۲۹	همدان	همدان	۵.۵۸
۳۰	یزد	یزد	۱۰.۶
کل کشور			۲۴.۹۱

نمودار شماره ۱۱۵- میزان شیوع تالاسمی در ۱۰۰ هزار نفر به تفکیک استان های کشور، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۸۰ و نمودار شماره ۱۱۵ میزان شیوع تالاسمی در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت به تفکیک استان ها بر اساس نظام اطلاعات جاری برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهند. با توجه به نمودار فوق، استان های آذربایجان شرقی (۳.۱۱)، آذربایجان غربی (۴.۰۷) خراسان شمالی (۵.۰۵) دارای کمترین میزان شیوع تالاسمی در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت بوده اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. در حالی که، استان های مازندران (۹۳.۹)، هرمزگان (۷۹.۸) و بوشهر (۶۶.۱) بیشترین میزان شیوع بیماری در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت داشته اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند. از آنجایی که منبع اطلاعاتی این شاخص نظام اطلاعات جاری می باشد و شامل بیمارانی باشند که شناسایی شده اند، ممکن است اطلاعات مذکور دارای کم شماری باشد و افرادی که شناسایی نشده اند را شامل نشود که نیاز به بررسی بیشتری دارد.

جدول شماره ۱۸۱- مشخصات شاخص تعداد واحدهای فراهم آوری اعضای پیوندی

نام شاخص	تعداد واحدهای فراهم آوری اعضای پیوندی
نحوه محاسبه (فرمول)	تعداد واحد فعال
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	آمار جاری فراوانی واحد های فراهم آوری اعضای پیوند در دانشگاه های علوم پزشکی کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

جدول شماره ۱۸۲- تعداد واحدهای فراهم آوری اعضای پیوندی به تفکیک دانشگاه های کشور، سالهای ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱	۰
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱	۰
۳	اردبیل	اردبیل	۰	۰
۴	اصفهان	اصفهان	۱	۰
		کاشان	۰	۰
		کل	۱	۰
۵	ایلام	ایلام	۰	۰
۶	بوشهر	بوشهر	۰	۰
۷	تهران	تهران	۲	۱
		ایران	۰	۰
		شهید بهشتی	۱	۰
		کل	۳	۱
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۱	۰
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۰	۰
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۱	۱
		سبزوار	۰	۰
		گناباد	۰	۰
		کل	۱	۱
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۰	۰
۱۲	خوزستان	اهواز	۱	۰
۱۳	زنجان	زنجان	۰	۰
۱۴	سمنان	سمنان	۰	۰
		شاهرود	۰	۰
		کل	۰	۰
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۰	۰
		زابل	۰	۰
		کل	۰	۰

• دانشگاه هایی که لحاظ نشده اند دارای واحد مذکور نبوده اند.

ادامه جدول شماره ۱۸۲

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱۶	فارس	شیراز	۱	۱
		چهرم	۱	۰
		فسا	۰	۰
		کل	۲	۱
۱۷	قزوین	قزوین	۰	۰
۱۸	قم	قم	۰	۰
۱۹	کردستان	کردستان	۰	۰
۲۰	کرمان	کرمان	۱	۰
		رفسنجان	۰	۰
		کل	۱	۰
		کرمانشاه	۰	۰
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۰	۰
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	ياسوج	۱	۱
۲۳	گلستان	گلستان	۰	۰
۲۴	گیلان	گیلان	۰	۰
۲۵	لرستان	لرستان	۰	۰
۲۶	مازندران	مازندران	۰	۰
		بابل	۰	۰
		کل	۰	۰
		اراک	۰	۰
۲۷	مرکزی	اراک	۰	۰
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۰	۰
۲۹	همدان	همدان	۱	۰
۳۰	یزد	یزد	۰	۰
کل کشور			۱۴	۴

جدول شماره ۱۸۲ فراوانی تعداد واحد های فراهم آوری اعضای پیوند^۱ به تفکیک دانشگاه ها بر اساس نظام اطلاعات جاری برای سال ۱۳۸۱ و ۱۳۸۵ را نشان می دهد. مقایسه کشوری تعداد واحد های مذکور در سال ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵ نشان می دهد، این واحدها افزایش قابل توجهی داشته اند و از ۴ واحد در سال ۱۳۸۰ به ۱۴ واحد در سال ۱۳۸۵ رسیده است، همچنین توزیع دانشگاهی واحدهای مذکور در سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲ واحد فعال دارای بیشترین واحد در بین دانشگاه های علوم پزشکی بوده است.

جدول شماره ۱۸۳- مشخصات شاخص پیوند کلیه از جسد

نام شاخص	پیوند کلیه از جسد
نحوه محاسبه (فرمول)	تعداد پیوند کلیه انجام شده از جسد در یک دانشگاه در طول یک سال
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	دانشگاه های علوم پزشکی کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

^۱ واحد فراهم آوری اعضای پیوندی: فضایی است که در آن عواملی مشتمل بر گروه تعیین مرگ مغزی، گروه کسب رضایت، تیم مددکاری، بخش آی سی یوی ویژه نگه داری افراد دچار مرگ مغزی، تیم های برداشت عضو و پیوند اعضا فعالیت دارند.

جدول شماره ۱۸۴- پیوند کلیه از جسد به تفکیک دانشگاه های کشور، سالهای ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۶	۰
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱۳	۰
۳	اردبیل	اردبیل	۰	۰
۴	اصفهان	اصفهان	۲۴	۰
		کاشان	۰	۰
		کل	۲۴	۰
۵	ایلام	ایلام	۰	۰
۶	بوشهر	بوشهر	۰	۰
۷	تهران	تهران	۴۵	۱۸
		ایران	۰	۰
		شهید بهشتی	۴۵	۲۲
		کل	۹۰	۴۰
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۰	۰
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۰	۰
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۲۰	۴
		سبزوار	۰	۰
		گناباد	۰	۰
		کل	۲۰	۴
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۰	۰
۱۲	خوزستان	اهواز	۰	۰
۱۳	زنجان	زنجان	۰	۰
۱۴	سمنان	سمنان	۰	۰
		شاهرود	۰	۰
		کل	۰	۰
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۰	۰
		زابل	۰	۰
		کل	۰	۰

ادامه جدول شماره ۱۸۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱۶	فارس	شیراز	۸۲	۲۶
		جهرم	۰	۰
		فسا	۰	۰
		کل	۸۲	۲۶
۱۷	قزوین	قزوین	۰	۰
۱۸	قم	قم	۰	۰
۱۹	کردستان	کردستان	۰	۰
۲۰	کرمان	کرمان	۴	۰
		رفسنجان	۰	۰
		کل	۴	۰
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۰	۰
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۰	۰
۲۳	گلستان	گلستان	۰	۰
۲۴	گیلان	گیلان	۰	۰
۲۵	لرستان	لرستان	۰	۰
۲۶	مازندران	مازندران	۰	۰
		بابل	۰	۰
		کل	۰	۰
۲۷	مرکزی	اراک	۰	۰
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۰	۰
۲۹	همدان	همدان	۴	۰
۳۰	یزد	یزد	۰	۰
کل کشور			۲۴۳	۷۰

جدول شماره ۱۸۴ تعداد پیوند کلیه از جسد به کل موارد پیوند به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس نظام اطلاعات جاری برای سال ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس جدول مذکور میزان کشوری این شاخص از ۷۰ مورد در سال ۱۳۸۰ به ۲۴۳ مورد در سال ۱۳۸۵ رسید که نشان دهنده پیشرفت مطلوبی در خصوص انجام عمل پیوند کلیه در کشورمان بوده است. همچنین دانشگاه شیراز با ۸۲ مورد دارای بیشترین میزان پیوند کلیه در سال ۱۳۸۵ بوده است و دانشگاه های کرمان و همدان با ۴ مورد تعداد پیوند کلیه دارای کمترین نرخ پیوند در بین دانشگاه هایی که دارای خدمات پیوند کلیه بوده اند را داشته اند. به نظر می رسد برای دسترسی به شاخص های اختصاصی تر که در آن میزان دسترسی افراد به خدمات پیوند اعضا مشخص گردیده است، می بایست میزان انجام این مداخله را در جمعیت هر دانشگاه مورد بررسی قرار داد. فراهم آوردن اطلاعات این شاخص بدان لحاظ مهم است که اساساً عمل پیوند اعضا می بایست در مراکز فوق تخصصی انجام گردد. لذا این نوع دسترسی در تمامی دانشگاه ها به لحاظ محدودیت ها در گستره جغرافیایی در شرایط حاضر مقدور نبوده است. با این وجود ارزیابی بهره مندی شهروندان تحت پوشش هر دانشگاه به امکانات پیوند اعضا را می توان با شاخص وقوع این مداخله در جمعیت مناطق مورد ارزیابی قرار داد.

جدول شماره ۱۸۵- مشخصات شاخص میزان اهداء اعضا از جسد

نام شاخص	میزان اهداء اعضا از جسد
نحوه محاسبه (فرمول)	تعداد موارد مرگ مغزی منجر به اهدا عضو تقسیم بر جمعیت کشور × یک میلیون نفر (PMP)
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	دانشگاههای علوم پزشکی کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

جدول شماره ۱۸۶- میزان اهداء اعضا از جسد در يك ميليون نفر جمعيت به تفكيك دانشگاه های کشور، سالهای ۱۳۸۵ و ۱۳۸۰

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱.۱۱	۰
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۴.۱۷	۰
۳	اردبیل	اردبیل	۰	۰
۴	اصفهان	اصفهان	۱.۷۵	۰
		کاشان		۰
		کل		۰
۵	ایلام	ایلام	۰	۰
۶	بوشهر	بوشهر	۰	۰
۷	تهران	تهران	۲.۵۳	۱.۱۹
		ایران		
		شهید بهشتی		
		کل		
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۹.۳۲	۰
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۰	۰
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۳.۳۹	۰.۳۵
		سبزوار		
		گناباد		
		کل		
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۰	۰
۱۲	خوزستان	اهواز	۰.۴۶	۰
۱۳	زنجان	زنجان	۰	۰
۱۴	سمنان	سمنان	۰	۰
		شاهرود	۰	۰
		کل	۰	۰
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۰	۰
		زابل	۰	۰
		کل	۰	۰

ادامه جدول شماره ۱۸۶

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۰
۱۶	فارس	شیراز	۶.۹۱	۳.۴۵
		جهرم		
		فسا		
		کل		
۱۷	قزوین	قزوین	۰	۰
۱۸	قم	قم	۰	۰
۱۹	کردستان	کردستان	۰	۰
۲۰	کرمان	کرمان	۰.۷۵	۰
		رفسنجان		۰
		کل		۰
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۰	۰
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۱۱	۰
۲۳	گلستان	گلستان	۰	۰
۲۴	گیلان	گیلان	۰	۰
۲۵	لرستان	لرستان	۰	۰
۲۶	مازندران	مازندران	۰	۰
		بابل	۰	۰
		کل	۰	۰
۲۷	مرکزی	اراک	۰	۰
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۰	۰
۲۹	همدان	همدان	۱.۱۷	۰
۳۰	یزد	یزد	۰	۰
کل کشور			۱.۸	۰.۶

جدول شماره ۱۸۶ میزان اهداء اعضاء از جسد(مرگ مغزی) در يك ميليون نفر جمعيت به تفكيك دانشگاه علوم پزشکی بر اساس نظام اطلاعات جاری برای سال های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس جدول فوق میزان کشوری این شاخص از ۶ در يك ميليون نفر در سال ۱۳۸۰ به ۱۰.۸ در يك ميليون نفر در سال ۱۳۸۵ افزایش یافته است.

جدول شماره ۱۸۷- مشخصات شاخص شیوع ام اس

نام شاخص	شیوع ام اس ^۱
نحوه محاسبه(فرمول)	$\frac{\text{تعداد بیماران ام اس ثبت شده}}{\text{تعداد جمعیت}} \times ۱۰۰۰۰۰$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	دانشگاههای علوم پزشکی کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

^۱ Multiple Sclerosis

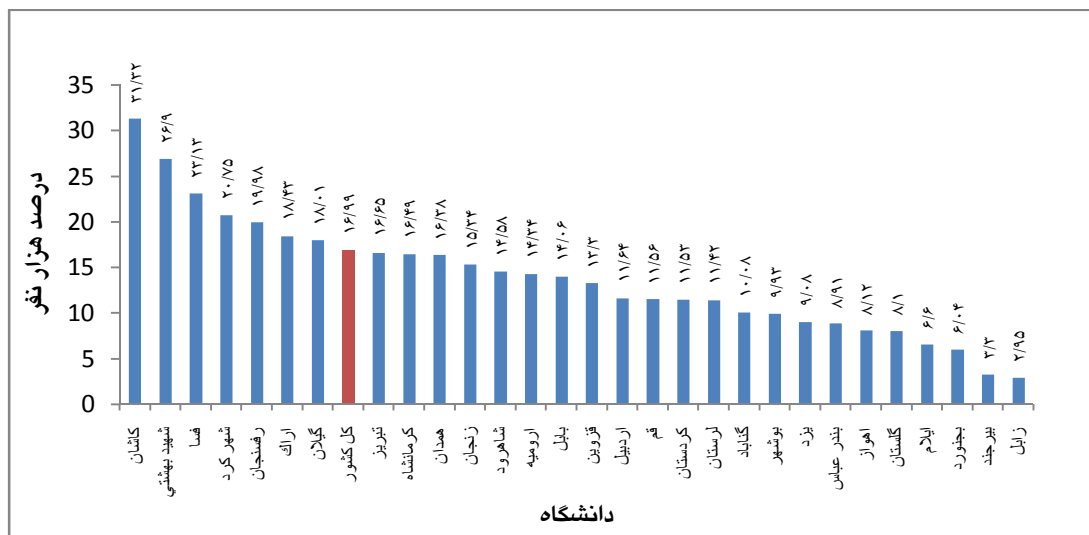
جدول شماره ۱۸۸- شیوع ام اس ثبت شده در صد هزار نفر جمعیت به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور، سال ۱۳۸۶

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۶
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱۶.۶۵
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱۴.۳۴
۳	اردبیل	اردبیل	۱۱.۶۴
۴	اصفهان	اصفهان	۳۱.۳۲
		کاشان	
		کل	
۵	ایلام	ایلام	۶.۶
۶	بوشهر	بوشهر	۹.۹۳
۷	تهران	تهران	۲۶.۹
		ایران	
		شهید بهشتی	
		کل	
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۲۰.۷۵
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۳.۳
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۱۰.۰۸
		سبزوار	
		گناباد	
		کل	
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۶.۰۴
۱۲	خوزستان	اهواز	۸.۱۲
۱۳	زنجان	زنجان	۱۵.۳۴
۱۴	سمنان	سمنان	۱۴.۵۸
		شاهرود	
		کل	
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۲.۹۵
		زابل	
		کل	

ادامه جدول شماره ۱۸۸

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۶
۱۶	فارس	شیراز	۲۳.۱۳
		چهرم	
		فسا	
		کل	
۱۷	قزوین	قزوین	۱۳.۳
۱۸	قم	قم	۱۱.۵۶
۱۹	کردستان	کردستان	۱۱.۵۳
۲۰	کرمان	کرمان	۱۹.۹۸
		رفسنجان	
		کل	
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۱۶.۴۹
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۰
۲۳	گلستان	گلستان	۸.۱
۲۴	گیلان	گیلان	۱۸.۰۱
۲۵	لرستان	لرستان	۱۱.۴۲
۲۶	مازندران	مازندران	۱۴.۰۶
		بابل	
		کل	
۲۷	مرکزی	اراک	۱۸.۴۳
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۸.۹۱
۲۹	همدان	همدان	۱۶.۳۸
۳۰	یزد	یزد	۹.۰۸
کل کشور			۱۶.۹۹

نمودار شماره ۱۱۶- شیوع ام اس ثبت شده در ۱۰۰ هزار نفر به تفکیک استان‌های کشور، سال ۱۳۸۶



جدول شماره ۱۸۸ و نمودار شماره ۱۱۶ میزان شیوع بیماری ام اس در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت به تفکیک استان‌های کشور بر اساس نظام اطلاعات جاری برای سال ۱۳۸۶ را نشان می‌دهند. با توجه به نمودار فوق استان‌های خراسان شمالی (۶۰ در صد هزار نفر)، خراسان جنوبی (۳۰۳ در صد هزار نفر) و سیستان و بلوچستان (۳ در صد هزار نفر) دارای کمترین میزان شیوع ام اس ثبت شده در صد هزار نفر جمعیت بوده‌اند و در پایین‌ترین دهک قرار می‌گیرند. اما در سوی دیگر دانشگاه‌های کاشان، شهید بهشتی و فسا با بالاترین میزان گزارش ثبت شده به ترتیب ۳۱/۳۲، ۲۶/۹ و ۲۲/۱۳ بیشترین میزان شیوع ثبت شده را دارند. بیماری اسکروزمولتیپل اساساً یک بیماری دستگاه عصبی مرکزی است که با ویژگی‌های دمیالینیزیشن و اختلال در میلین‌سازی سلول‌های عصبی همراه است. این بیماری شایع‌ترین بیماری اتوایمون التهابی منجر به اختلال در میلین‌سازی دستگاه عصبی مرکزی محسوب می‌شود. بر اساس منابع علمی میانه و متوسط سن شروع بیماری به ترتیب ۲۳/۵ و ۳۰ سال است. بررسی‌های علمی در سطح جهان سن ابتلا در زنان را کمتر نشان می‌دهد. میزان شیوع این بیماری در نقاط مختلف دنیا واریانس وسیعی دارد. به طوری که این میزان در کشورهای اروپایی و قسمت‌های شمالی تر کره زمین بالا بوده و به تدریج با تغییر جغرافیایی به سمت استوا از میزان آن کاسته می‌شود. به نظر می‌رسد در سال‌های اخیر شمار ثبت شده مبتلایان به این بیماری در سطح کشور رو به فزونی یافته است. بررسی‌های بیشتر در این مورد بدان لحاظ حائز اهمیت است که روند رو به رشد موارد ثبت شده و هزینه‌های سنگین درمان مبتلایان در سال‌های آتی به یک مشکل جدی تبدیل خواهد گردید که نظام سلامت را نیازمند بهره‌برداری از حمایت از بیماران فوق از طریق منابع اقتصادی خاص و بیمه‌ها و کنترل دقیق مداخلات درمانی می‌نماید.

فصل ششم

شاخص‌های نیروی انسانی و ساختار نظام سلامت

مقدمه

یکی از اطلاعات مورد نیاز برای سیاستگذاری نظام سلامت، اطلاعات منابع ساختاری نظام سلامت است. این اطلاعات، برنامه ریزان سلامت را امر در تخصیص منابع کمک می کند. اطلاعات منابع سلامت شامل منابع انسانی، مالی، ساختمان و تجهیزات است. یکی از مهمترین اینها، اطلاعات مربوط به نیروی انسانی بخش سلامت است. اطلاعات منابع سلامت معمولاً از طریق اطلاعات اداری و گزارشات جاری از سطوح پایین به دست می آید، ولی این اطلاعات معمولاً کامل نیست و در بسیاری از موارد اطلاعات منابع موجود در بخش خصوصی را شامل نمی شود. در این فصل شاخص های منابع سلامت ارائه شده است. متأسفانه به علت وجود نداشتن اطلاعات هزینه های سلامت شاخص مربوط به این حیطه در این مجموعه ارائه نشده است. امید است با برنامه ریزی های آتی بتوان در آینده شاخص های کامل تری از منابع سلامت ارائه نمود.

شاخص های نیروی انسانی برنامه پزشک خانواده :

جدول شماره ۱۸۹ - مشخصات شاخص درصد ماما در برنامه پزشک خانواده

نام شاخص	درصد تأمین ماما در برنامه پزشک خانواده
تعریف شاخص	درصدی از مامای مورد نیاز برنامه پزشک خانواده که تأمین شده است
نحوه محاسبه (فرمول)	$100 \times \frac{\text{تعداد مامای موجود}}{\text{تعداد مامای مورد نیاز}}$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	مرکز توسعه شبکه، گزارش عملکرد اجرایی برنامه پزشک خانواده
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

جدول شماره ۱۹۰- درصد مامای تأمین شده در برنامه پزشک خانواده به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۹۹.۲
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱۰۰
۳	اردبیل	اردبیل	۹۶.۸
۴	اصفهان	اصفهان	۱۰۰
		کاشان	۱۰۰
		کل	-
۵	ایلام	ایلام	۱۰۰
۶	بوشهر	بوشهر	۹۵.۲
۷	تهران	تهران	۱۰۰
		ایران	۱۰۰
		شهید بهشتی	۱۰۰
		کل	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۱۰۰
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۱۰۰
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۹۸.۹
		سبزوار	۱۰۰
		گناباد	۱۰۰
		کل	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۱۰۰
۱۲	خوزستان	اهواز	۹۸.۹
۱۳	زنجان	زنجان	۱۰۰
۱۴	سمنان	سمنان	۱۰۰
		شاهرود	۱۰۰
		کل	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۸۴
		زابل	۹۲.۵
		کل	-

ادامه جدول شماره ۱۹۰

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۱۰۰
		چهرم	۹۵.۴
		فسا	۱۰۰
		کل	-
۱۷	قزوین	قزوین	۷۴
۱۸	قم	قم	۱۰۰
۱۹	کردستان	کردستان	۸۰.۳
۲۰	کرمان	کرمان	۹۲.۵
		رفسنجان	۱۰۰
		کل	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۱۰۰
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۹۸.۷
۲۳	گلستان	گلستان	۱۰۰
۲۴	گیلان	گیلان	۱۰۰
۲۵	لرستان	لرستان	۱۰۰
۲۶	مازندران	مازندران	۹۸.۲
		بابل	۱۰۰
		کل	-
۲۷	مرکزی	اراک	۹۴.۵
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۷۴.۳
۲۹	همدان	همدان	۸۷.۷
۳۰	یزد	یزد	۱۰۰
کل کشور			-

برنامه پزشک خانواده، یکی از برنامه های کشوری است که از سال ۱۳۸۵ اجرا شده است. در این برنامه خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر ارائه می شود. هدف اصلی این برنامه، افزایش میزان دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی، توسعه عدالت در بهره مندی و افزایش کارایی مداخلات سلامت از طریق تنظیم اقتصادی مداخلات و تقویت نظام ارجاع با استفاده از تیم سلامت و بسته های خدمات تعریف شده است. جدول شماره ۱۹۰ درصد مامای تأمین در برنامه پزشک خانواده را به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی بر اساس اطلاعات گزارش عملکرد پزشک خانواده برای سال ۱۳۸۵ نشان می دهد. با توجه به جدول مذکور، دانشگاه های قزوین (۷۴٪)، بندرعباس (۷۴٪)، کردستان (۸۰٪)، زاهدان (۸۴٪) و همدان (۸۷٪) دارای کمترین درصد مامای مورد نیاز برنامه پزشک خانواده بوده اند و سایر استان ها بیش از ۹۰ درصد مامای مورد نیاز در برنامه را جذب نموده اند.

جدول شماره ۱۹۱ - مشخصات شاخص نسبت ماما موجود به جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده

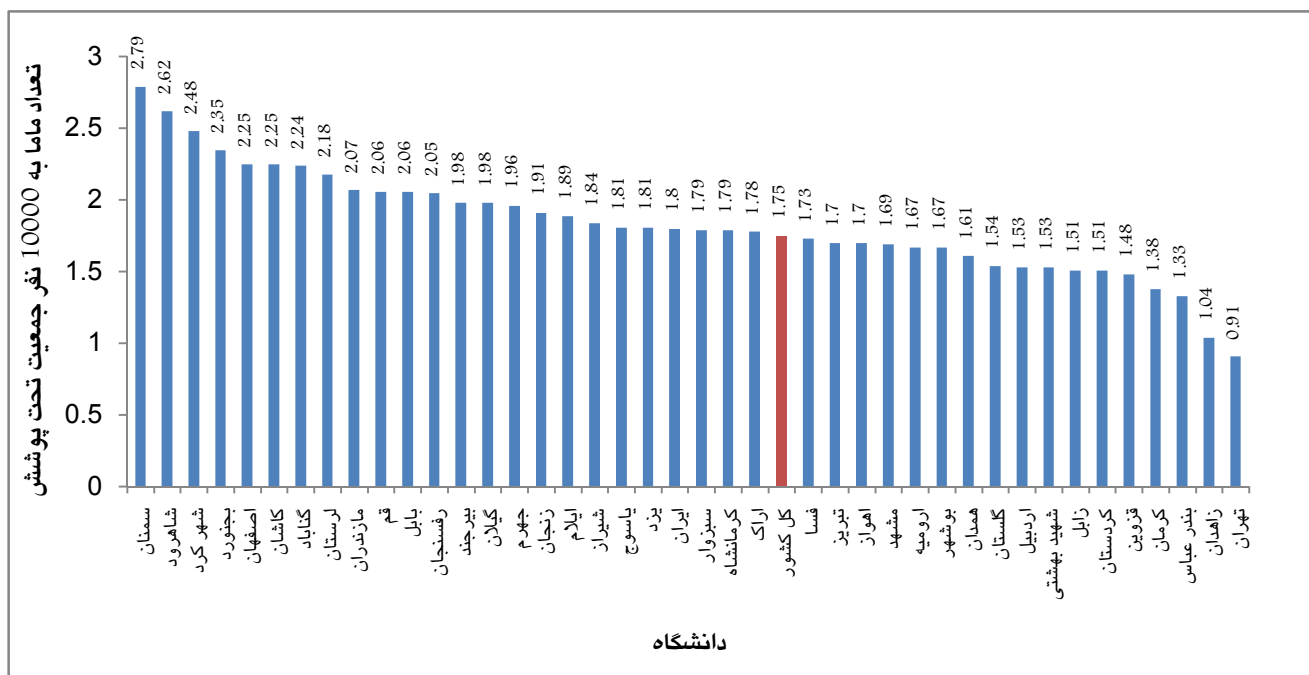
نام شاخص	نسبت ماما به جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده
تعریف شاخص	نسبت ماما موجود به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده
نحوه محاسبه (فرمول)	$100 \times \frac{\text{تعداد مامای موجود در مناطق تحت پوشش برنامه}}{\text{جمعیت تحت پوشش برنامه}}$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت گزارش عملکرد اجرایی برنامه پزشک خانواده
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

جدول شماره ۱۹۲- نسبت مامای موجود در برنامه پزشکی خانواده به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱.۷
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱.۶
۳	اردبیل	اردبیل	۱.۵
۴	اصفهان	اصفهان	۲.۲
		کاشان	۲.۲
		کل	-
۵	ایلام	ایلام	۱.۸
۶	بوشهر	بوشهر	۱.۶
۷	تهران	تهران	۰.۹
		ایران	۱.۸
		شهید بهشتی	۱.۵
		کل	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۲.۴
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۱.۹
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۱.۶
		سبزوار	۱.۷
		گناباد	۲.۲
		کل	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۲.۳
۱۲	خوزستان	اهواز	۱.۷
۱۳	زنجان	زنجان	۱.۹
۱۴	سمنان	سمنان	۲.۷
		شاهرود	۲.۶
		کل	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۱.۰
		زابل	۱.۵
		کل	-

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۱.۸
		جهرم	۱.۹
		فسا	۱.۷
		کل	-
۱۷	قزوین	قزوین	۱.۴
۱۸	قم	قم	۲.۰
۱۹	کردستان	کردستان	۱.۵
۲۰	کرمان	کرمان	۱.۳
		رفسنجان	۲.۰
		کل	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۱.۷
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۱.۸
۲۳	گلستان	گلستان	۱.۵
۲۴	گیلان	گیلان	۱.۹
۲۵	لرستان	لرستان	۲.۱
۲۶	مازندران	مازندران	۲.۰
		بابل	۲.۰
		کل	-
۲۷	مرکزی	اراک	۱.۷
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۱.۳
۲۹	همدان	همدان	۱.۶
۳۰	یزد	یزد	۱.۸
کل کشور			۱.۷

نمودار شماره ۱۱۷- نسبت مامای موجود به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت در برنامه پزشک خانواده به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۹۲ و نمودار شماره ۱۱۷ نسبت مامای موجود در برنامه پزشک خانواده به جمعیت تحت پوشش (۱۰ هزار نفر) را بر اساس اطلاعات عملکرد برنامه پزشک خانواده برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. با توجه به نمودار فوق، دانشگاه های تهران (۰.۹۱)، زاهدان (۱.۰)، بندر عباس (۱.۳)، کرمان (۱.۴) و قزوین (۱.۵) دارای کمترین تعداد ماما به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت بوده اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. همچنین دانشگاه های شهرکرد (۲.۵)، شاهرود (۲.۶) و سمنان (۲.۸) دارای بیشترین تعداد ماما به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت بوده و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۱۹۳- مشخصات شاخص درصد پزشک خانواده موجود

نام شاخص	درصد پزشک خانواده موجود
تعریف شاخص	درصدی از پزشک خانواده مورد نیاز که تأمین شده است
نحوه محاسبه (فرمول)	$100 \times \frac{\text{تعداد پزشک خانواده موجود}}{\text{تعداد پزشک مورد نیاز}}$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت، گزارش عملکرد اجرایی برنامه پزشک خانواده
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

جدول شماره ۱۹۴- درصد پزشکان خانواده تأمین شده از کل پزشکان خانواده مورد نیاز به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۹۸
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۸۵.۴
۳	اردبیل	اردبیل	۷۷.۷
۴	اصفهان	اصفهان	۱۰۰
		کاشان	۹۶.۸
		کل	-
۵	ایلام	ایلام	۸۴.۷
۶	بوشهر	بوشهر	۸۷.۳
۷	تهران	تهران	۱۰۰
		ایران	۹۲.۹
		شهید بهشتی	۱۰۰
		کل	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۷۶.۳
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۷۸.۸
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۸۵.۶
		سبزوار	۹۳.۹
		گناباد	-
		کل	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۸۴.۶
۱۲	خوزستان	اهواز	۹۲.۶
۱۳	زنجان	زنجان	۹۲
۱۴	سمنان	سمنان	۱۰۰
		شاهرود	۹۱.۲
		کل	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۵۶.۴
		زابل	۸۴.۵
		کل	-

ادامه جدول شماره ۱۹۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۹۶.۳
		جهرم	۱۰۰
		فسا	۱۰۰
		کل	-
۱۷	قزوین	قزوین	۶۶.۴
۱۸	قم	قم	۱۰۰
۱۹	کردستان	کردستان	۶۲.۲
۲۰	کرمان	کرمان	۷۴.۴
		رفسنجان	۱۰۰
		کل	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۹۲.۱
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۸۶
۲۳	گلستان	گلستان	۹۳.۵
۲۴	گیلان	گیلان	۱۰۰
۲۵	لرستان	لرستان	۹۱.۴
۲۶	مازندران	مازندران	۱۰۰
		بابل	۱۰۰
		کل	-
۲۷	مرکزی	اراک	۹۶.۸
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۶۰.۵
۲۹	همدان	همدان	۸۸.۵
۳۰	یزد	یزد	۱۰۰
کل کشور			۸۷.۴

نمودار شماره ۱۱۸- درصد پزشکان خانواده تأمین شده به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵

جدول شماره ۱۹۴ و نمودار شماره ۱۱۸ درصد تعداد پزشک خانواده موجود به تعداد پزشک مورد نیاز در برنامه پزشک خانواده به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس اطلاعات عملکرد برنامه پزشک خانواده برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های زاهدان (۵۶.۴٪)، بندر عباس (۶۰.۵٪)، کردستان (۶۲.۲٪) و قزوین (۶۲.۴٪) دارای کمترین تعداد پزشک موجود بوده اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند، همچنین دانشگاه های اصفهان، تهران، شهید بهشتی، سمنان، چهارم، فسا، قم، رفسنجان، گیلان، مازندران، بابل و یزد ۱۰۰ درصد پزشکان مورد نیاز را به کار گرفته اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند. شاخص درصد تأمین پزشک خانواده در کل کشور در همین مقطع زمانی ۸۷.۴٪ است.

جدول شماره ۱۹۶- نسبت تعداد پزشک خانواده موجود به جمعیت تحت پوشش (۱۰ هزار نفر) به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۲.۵
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۲.۲
۳	اردبیل	اردبیل	۲.۰
۴	اصفهان	اصفهان	۳.۱
		کاشان	۳.۹
		کل	-
۵	ایلام	ایلام	۲.۳
۶	بوشهر	بوشهر	۲.۳
۷	تهران	تهران	۱.۹
		ایران	۲.۴
		شهید بهشتی	۲.۲
		کل	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۲.۶
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۲.۲
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۲.۳
		سبزوار	۲.۱
		گناباد	۲.۶
		کل	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۲.۲
۱۲	خوزستان	اهواز	۲.۲
۱۳	زنجان	زنجان	۲.۶
۱۴	سمنان	سمنان	۳.۴
		شاهرود	۳.۳
		کل	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۱.۴
		زابل	۲
		کل	-

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۲.۲
		جهرم	۲.۲
		فسا	۲.۲
		کل	-
۱۷	قزوین	قزوین	۱.۹
۱۸	قم	قم	۳.۱
۱۹	کردستان	کردستان	۱.۹
۲۰	کرمان	کرمان	۱.۶
		رفسنجان	۲.۹
		کل	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۲.۵
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۲.۰
۲۳	گلستان	گلستان	۲.۴
۲۴	گیلان	گیلان	۳.۰
۲۵	لرستان	لرستان	۲.۴
۲۶	مازندران	مازندران	۲.۶
		بابل	۲.۹
		کل	-
۲۷	مرکزی	اراک	۲.۶
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۱.۸
۲۹	همدان	همدان	۲.۲
۳۰	یزد	یزد	۲.۶
کل کشور			۲.۳

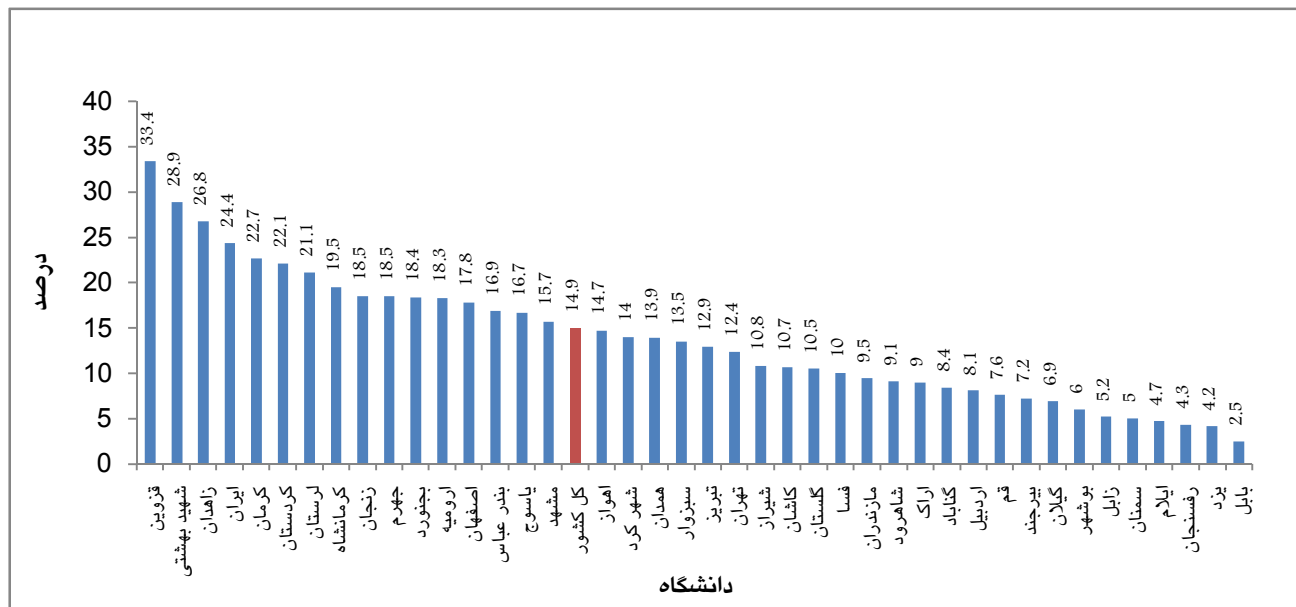
جدول شماره ۱۹۸- درصد پست بهورز بلا تصدی به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور، سال های ۱۳۸۳ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۳
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱۲.۹	۱۵.۷
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱۸.۳	۲۵.۶
۳	اردبیل	اردبیل	۸.۱	۱۲.۱
۴	اصفهان	اصفهان	۱۷.۸	۱۳
		کاشان	۱۰.۷	۱۳.۶
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۴.۷	۱۴.۹
۶	بوشهر	بوشهر	۶	۱۶.۱
۷	تهران	تهران	۱۲.۴	۱۴
		ایران	۲۴.۴	۳۱.۹
		شهید بهشتی	۲۸.۹	۲۹.۵
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۱۴	۱۸.۲
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۷.۲	۱۲.۴
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۱۵.۷	۲۰.۹
		سبزوار	۱۳.۵	۲۲.۸
		گناباد	۸.۴	۱۶.۹
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۱۸.۴	۲۰.۹
۱۲	خوزستان	اهواز	۱۴.۷	۲۵.۷
۱۳	زنجان	زنجان	۱۸.۵	۲۷.۶
۱۴	سمنان	سمنان	۵	۱۲.۱
		شاهرود	۹.۱	۶.۵
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۲۶.۸	۳۹.۹
		زابل	۵.۲	۶.۵
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۱۹۸

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۳
۱۶	فارس	شیراز	۱۰.۸	۲۲.۸
		جهرم	۱۸.۵	۲۴.۴
		فسا	۱۰	۲۴.۱
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۳۳.۴	۳۸.۵
۱۸	قم	قم	۷.۶	۹.۳
۱۹	کردستان	کردستان	۲۲.۱	۲۶.۶
۲۰	کرمان	کرمان	۲۲.۷	۳۰.۳
		رفسنجان	۴.۳	۱۲.۴
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۱۹.۵	۱۹.۹
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۱۶.۷	۲۴.۹
۲۳	گلستان	گلستان	۱۰.۵	۱۷.۵
۲۴	گیلان	گیلان	۶.۹	۱۲.۷
۲۵	لرستان	لرستان	۲۱.۱	۲۳.۱
۲۶	مازندران	مازندران	۹.۵	۱۳.۲
		بابل	۲.۵	۵.۳
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۹	۱۶.۶
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۱۶.۹	۳۲.۴
۲۹	همدان	همدان	۱۳.۹	۱۸.۶
۳۰	یزد	یزد	۴.۲	۷.۸
کل کشور			۱۴.۹	۲۰.۹

نمودار شماره ۱۲۰- درصد پست بهورز بلا تصدی^۱ به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۱۹۸ درصد پست بلا تصدی بهورز به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس اطلاعات مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت برای سال های ۱۳۸۳ و ۱۳۸۵ را نشان می دهد. نمودار شماره ۱۲۰ شاخص مذکور را برای سال ۱۳۸۵ نشان می دهد. مقایسه نسبت پست بهورز بلا تصدی در سال های ۱۳۸۳ و ۱۳۸۵ نشان می دهد که این نسبت از ۲۰.۹ درصد در سال ۱۳۸۳ به ۱۴.۹ درصد در سال ۱۳۸۵ کاهش یافته است. با توجه به این که در بازنگری طرح های گسترش، تعدادی خانه بهداشت به طرح های گسترش شبکه بهداشت و درمان شهرستان اضافه شده است، همچنین با توجه به درصدی از بهورزان که در شرف بازنشستگی، برنامه ریزی برای جذب بهورزان جدید از اولویت های برنامه ریزی نیروی انسانی بخش سلامت است. نمودار شماره ۱۲۰ درصد پست بهورز بلا تصدی به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های بابل (۲.۵٪)، یزد (۴.۲٪)، رفسنجان (۴.۳٪)، ایلام (۴.۷٪) و سمنان (۵٪) دارای کمترین درصد پست بلا تصدی بهورزی بوده اند و در پایین دهک قرار می گیرند. همچنین دانشگاه های علوم پزشکی قزوین (۳۳.۴٪)، شهید بهشتی (۲۸.۹٪)، زاهدان (۲۶.۸٪)، ایران (۲۴.۴٪) و کرمان (۲۲.۷٪) دارای بیشترین درصد پست بلا تصدی بهورزی بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

^۱ پست بلا تصدی شامل پست های تشکیلاتی است که با وجود پایدار بودن پست، دارای شاغل نمی باشد.

جدول شماره ۱۹۹- مشخصات شاخص نسبت بهورزان شاغل به پست های مصوب

نام شاخص	بهورزان شاغل به پست های مصوب
تعریف شاخص	نسبت بهورزان شاغل به پست های مصوب
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد بهورزان شاغل}}{\text{پست های مصوب}} \times ۱۰۰$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت ، برنامه نرم افزاری ساختار شبکه و زیج حیاتی IHNS
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

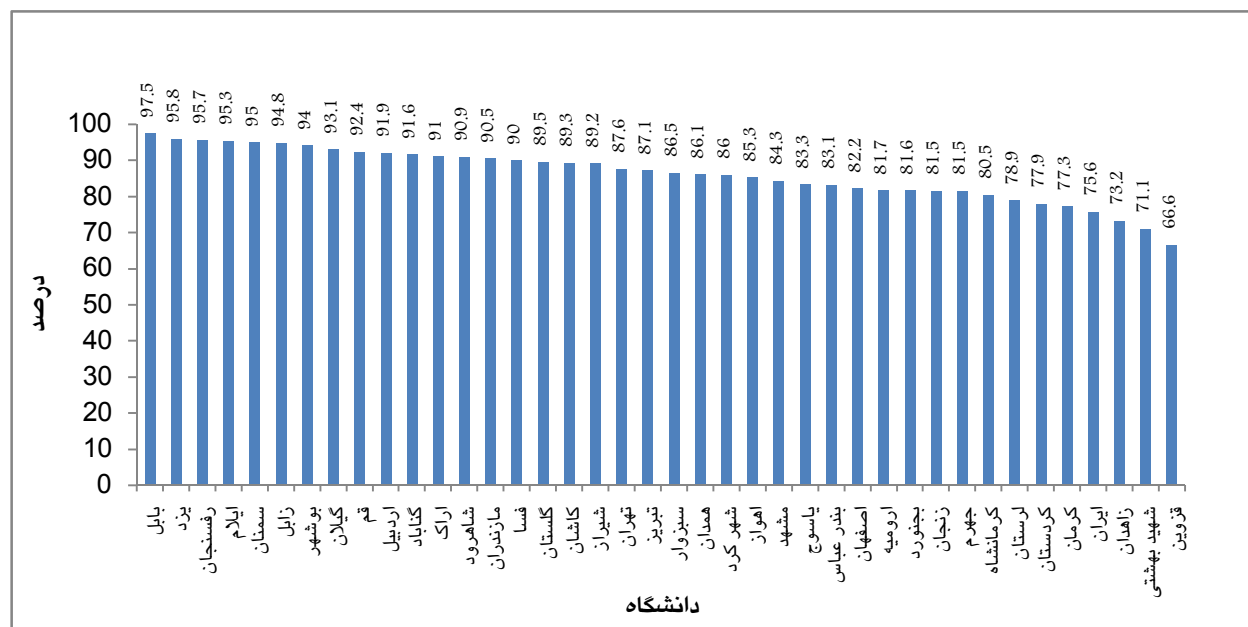
جدول شماره ۲۰۰- درصد بهورزان شاغل به تعداد پست های مصوب به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور، سال های ۱۳۸۳ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۳
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۸۷.۱	۸۴.۳
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۸۱.۷	۷۴.۴
۳	اردبیل	اردبیل	۹۱.۹	۸۷.۹
۴	اصفهان	اصفهان	۸۲.۲	۸۷
		کاشان	۸۹.۳	-
		کل	-	-
۵	ایلام	ایلام	۹۵.۳	۸۵.۱
۶	بوشهر	بوشهر	۹۴	۸۳.۹
۷	تهران	تهران	۸۷.۶	۸۶
		ایران	۷۵.۶	۶۸.۱
		شهید بهشتی	۷۱.۱	۷۰.۵
		کل	-	-
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۸۶	۸۱.۸
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	-	۸۷.۶
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۸۴.۳	۷۹.۱
		سبزوار	۸۶.۵	۷۷.۲
		گناباد	۹۱.۶	۸۳.۱
		کل	-	-
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۸۱.۶	۷۹.۱
۱۲	خوزستان	اهواز	۸۵.۳	۷۴.۳
۱۳	زنجان	زنجان	۸۱.۵	۷۲.۴
۱۴	سمنان	سمنان	۹۵	۸۷.۹
		شاهرود	۹۰.۹	۹۳.۵
		کل	-	-
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۷۳.۲	۶۰.۱
		زابل	۹۴.۸	۹۳.۵
		کل	-	-

ادامه جدول شماره ۲۰۰

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۳
۱۶	فارس	شیراز	۸۹.۲	۷۷.۲
		جهرم	۸۱.۵	۷۵.۶
		فسا	۹۰	۷۵.۹
		کل	-	-
۱۷	قزوین	قزوین	۶۶.۶	۶۱.۵
۱۸	قم	قم	۹۲.۴	۹۰.۷
۱۹	کردستان	کردستان	۷۷.۹	۷۳.۴
۲۰	کرمان	کرمان	۷۷.۳	۶۹.۷
		رفسنجان	۹۵.۷	۸۷.۶
		کل	-	-
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۸۰.۵	۸۰.۱
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۸۳.۳	۷۵.۱
۲۳	گلستان	گلستان	۸۹.۵	۸۲.۵
۲۴	گیلان	گیلان	۹۳.۱	۸۷.۳
۲۵	لرستان	لرستان	۷۸.۹	۷۶.۹
۲۶	مازندران	مازندران	۹۰.۵	۸۶.۸
		بابل	۹۷.۵	۹۴.۷
		کل	-	-
۲۷	مرکزی	اراک	۹۱	۸۳.۴
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۸۳.۱	۶۷.۶
۲۹	همدان	همدان	۸۶.۱	۸۱.۴
۳۰	یزد	یزد	۹۵.۸	۹۲.۲
کل کشور			-	-

نمودار شماره ۱۲۱- درصد بهورزان شاغل به تعداد پست های مصوب به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۲۰۰ نسبت بهورزان شاغل به پست های مصوب به تفکیک استان/ دانشگاه بر اساس اطلاعات مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت در سال های ۱۳۸۳ و ۱۳۸۵ را نشان می دهد. نمودار شماره ۱۲۱ شاخص مذکور را به تفکیک دانشگاه ها در سال ۱۳۸۵ نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های علوم پزشکی قزوین (۶۶.۶٪)، شهید بهشتی (۷۱.۱٪)، زاهدان (۷۳.۲٪) و ایران (۷۵.۶٪) دارای کمترین درصد بهورز شاغل به پست مصوب بوده اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. همچنین دانشگاه های علوم پزشکی بابل (۹۷.۵٪)، یزد (۹۵.۸٪)، رفسنجان (۹۵.۷٪) و ایلام (۹۵٪) دارای بالاترین درصد بهورز شاغل به پست مصوب بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۲۰۱- مشخصات شاخص نسبت بهورز شاغل به جمعیت روستایی

نام شاخص	نسبت بهورز به جمعیت روستایی
تعریف شاخص	تعداد بهورز شاغل به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت روستایی
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد بهورزان شاغل در مناطق روستایی}}{\text{جمعیت روستایی}} \times ۱۰۰$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت، برنامه نرم افزاری ساختار شبکه و زیج حیاتی IHNS
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

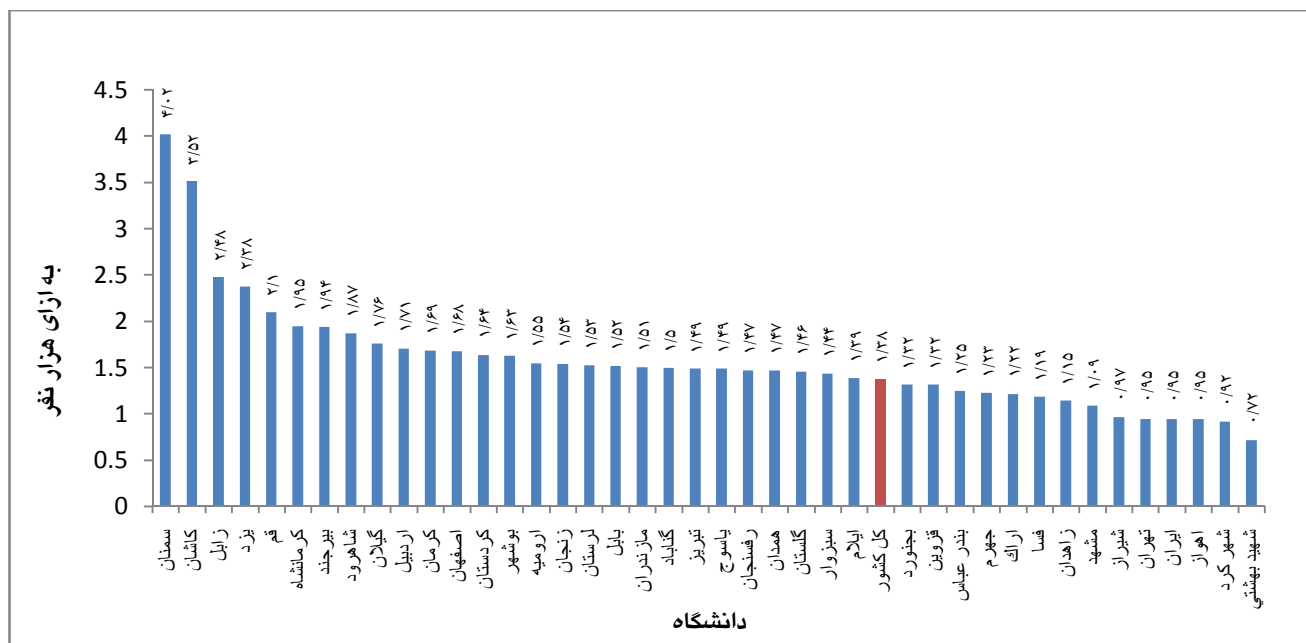
جدول شماره ۲۰۲ - نسبت بهورزان شاغل به جمعیت روستایی تحت پوشش (هزار نفر) به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۲
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱.۴	۱.۴
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱.۵	۱.۳
۳	اردبیل	اردبیل	۱.۷	۱.۶
۴	اصفهان	اصفهان	۱.۶	-
		کاشان	۳.۵	-
		کل	۱.۷	۱.۶
۵	ایلام	ایلام	۱.۳	۱.۸
۶	بوشهر	بوشهر	۱.۶	۱.۴
۷	تهران	تهران	۰.۹	-
		ایران	۰.۹	-
		شهید بهشتی	۰.۷	-
		کل	۰.۸	۰.۹
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۰.۹	۱.۳
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۱.۹	۰.۶
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۱.۰	-
		سبزوار	۱.۴	-
		گناباد	۱.۵	-
		کل	۱.۲	۰.۶
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۱.۳	۰.۶
۱۲	خوزستان	اهواز	۰.۹	۱.۲
۱۳	زنجان	زنجان	۱.۵	۱.۴
۱۴	سمنان	سمنان	۴.۰	-
		شاهرود	۱.۸	-
		کل	۲.۵	۱.۰
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۱.۱	-
		زابل	۲.۴	-
		کل	۱.۳	۱.۰

ادامه جدول شماره ۲۰۲

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵	سال ۸۲
۱۶	فارس	شیراز	۰.۹	-
		چهرم	۱.۲	-
		فسا	۱.۱	-
		کل	۰.۹	۰.۹
۱۷	قزوین	قزوین	۱.۳	۱.۳
۱۸	قم	قم	۲.۱	۲.۰
۱۹	کردستان	کردستان	۱.۶	۱.۵
۲۰	کرمان	کرمان	۱.۶	-
		رفسنجان	۱.۴	-
		کل	۱.۶	۱.۳
		کرمانشاه	۱.۹	۱.۶
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۱.۴	۱.۶
۲۳	گلستان	گلستان	۱.۴	۱.۳
۲۴	گیلان	گیلان	۱.۷	۱.۵
۲۵	لرستان	لرستان	۱.۵	۱.۵
۲۶	مازندران	مازندران	۱.۵	-
		بابل	۱.۵	-
		کل	۱.۵	۱.۶
		اراک	۱.۲	۱.۵
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۱.۲	۱.۱
۲۹	همدان	همدان	۱.۴	۱.۳
۳۰	یزد	یزد	۲.۳	۲.۳
کل کشور			۱.۳	۱.۳

نمودار شماره ۱۲۲- نسبت بهروزان شاغل به جمعیت روستایی (هزار نفر) به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۲۰۲ نسبت بهروزان شاغل به جمعیت تحت پوشش روستایی به تفکیک استان/ دانشگاه بر اساس اطلاعات مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت در سال های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۵ را نشان می دهد. نمودار شماره ۱۲۲ شاخص مذکور را به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های علوم پزشکی شهید بهشتی (۰/۷۳)، شهرکرد (۰/۹۲)، اهواز (۰/۹۵)، ایران (۰/۹۵) و تهران (۰/۹۵) کمترین تعداد بهروزان شاغل به ازای هزار نفر جمعیت تحت پوشش را داشته اند. و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. همچنین، دانشگاه های علوم پزشکی سمنان (۴/۰۲)، کاشان (۳/۵۲)، زابل (۲/۴۸)، یزد (۲/۳۸) و قم (۲/۱۸) بیشترین تعداد بهروزان شاغل در هزار نفر جمعیت تحت پوشش داشته اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند. نکته قابل توجه در این نمودار واریانس بالای مناطق مختلف کشور در پوشش جمعیت است. این واریانس را می توان با نمودار شماره ۱۲۰ که در آن وضعیت شاغلین بهروز به ازای پست مصوب را نمایش داده مقایسه کرد. نمودار اخیر واریانس پایین تری را نشان می دهد. یکی از دلایل تفاوت در واریانس دو نمودار موضوع واریانس پراکندگی جمعیت در نقاط مختلف کشور است. این بدان معناست که اساساً تخصیص پست بهروزی به مناطق مختلف کشور بر مبنای پراکندگی جمعیت صورت می پذیرد.

شاخص های پرستاری

جدول شماره ۲۰۳- مشخصات شاخص نسبت کادر پرستاری به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت

نام شاخص	نسبت کادر پرستاری به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت
تعریف شاخص	نسبت کل کادر پرستاری(پرستار، تکنسین اتاق عمل، هوشبری و بهیار) به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت
نحوه محاسبه(فرمول)	$\frac{\text{تعداد کادر پرستاری(پرستار، تکنسین اتاق عمل، هوشبری و بهیار)}}{\text{جمعیت تحت پوشش}} \times 10000$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	دانشگاههای علوم پزشکی کشور. مرکز آمار ایران سال ۸۶
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

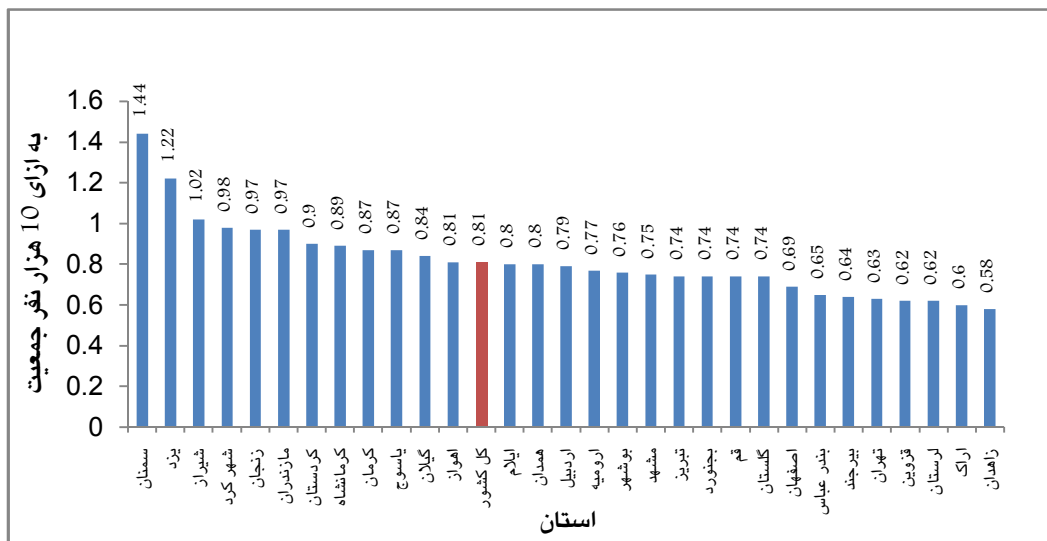
جدول شماره ۲۰۴- نسبت کادر پرستاری به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۸۵ به تفکیک استان

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۰.۷۴
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۰.۷۷
۳	اردبیل	اردبیل	۰.۷۹
۴	اصفهان	اصفهان	-
		کاشان	-
		کل	۰.۶۹
۵	ایلام	ایلام	۰.۸
۶	بوشهر	بوشهر	۰.۷۶
۷	تهران	تهران	-
		ایران	-
		شهید بهشتی	-
		کل	۰.۶۳
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۰.۹۸
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۰.۶۴
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	-
		سبزوار	-
		گناباد	-
		کل	۰.۷۵
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۰.۷۴
۱۲	خوزستان	اهواز	۰.۸۱
۱۳	زنجان	زنجان	۰.۹۷
۱۴	سمنان	سمنان	-
		شاهرود	-
		کل	۱.۴۴
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	-
		زابل	-
		کل	۰.۵۸

ادامه جدول شماره ۲۰۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	-
		جهرم	-
		فسا	-
		کل	۱.۰۲
۱۷	قزوین	قزوین	۰.۶۲
۱۸	قم	قم	۰.۷۴
۱۹	کردستان	کردستان	۰.۹
۲۰	کرمان	کرمان	-
		رفسنجان	-
		کل	۰.۸۷
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۰.۸۹
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۰.۸۷
۲۳	گلستان	گلستان	۰.۷۴
۲۴	گیلان	گیلان	۰.۸۴
۲۵	لرستان	لرستان	۰.۶۲
۲۶	مازندران	مازندران	-
		بابل	-
		کل	۰.۹۷
۲۷	مرکزی	اراک	۰.۶
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۰.۶۵
۲۹	همدان	همدان	۰.۸
۳۰	یزد	یزد	۱.۲۲
کل کشور			۰.۸۱

نمودار شماره ۱۲۳- نسبت کادر پرستاری به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۸۵ به تفکیک استان



جدول شماره ۲۰۴ و نمودار شماره ۱۲۳ شاخص نسبت کادر پرستاری به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت را به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور نشان می دهد. شاخص های دسترسی به پرسنل بهداشتی و درمانی یکی از شاخص های مهم دسترسی افراد جامعه به خدمات سلامت محسوب می شود. در این بررسی کادر پرستاری شامل پرستار، تکنسین اتاق عمل، هوشبری و بهیار در نظر گرفته شده است. منبع این اطلاعات برای صورت کسر دانشگاه های علوم پزشکی می باشند که پرسنل بخش های خصوصی و دولتی کادر پرستاری را مشخص نموده اند. جمعیت کشور به استناد سرشماری و با معیار ۱۰ هزار نفر جمعیت در نظر گرفته شده است. در این زمینه آمار متوسط کشوری ۰.۸۱ به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت است. دانشگاه های سمنان، یزد و شیراز با ترتیب ۱.۴۴، ۱.۲۲ و ۱.۰۲ در دهه بالای صدک و دانشگاه های زاهدان، اراک، لرستان و قزوین با میزان های به ترتیب ۰.۵۸، ۰.۶۲ و ۰.۶۲ به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت در دهه پایین صدک هستند.

جدول شماره ۲۰۵- مشخصات شاخص درصد پرستاران مرد به کل کادر پرستاری شاغل

نام شاخص	درصد پرستاران مرد به کل کادر پرستاری شاغل
تعریف شاخص	نسبت درصد کادر پرستاری مرد شاغل در مراکز درمانی به کل کادر پرستاری
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد پرستاران مرد}}{\text{تعداد کل کادر پرستاری شاغل}} \times 100$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	دانشگاههای علوم پزشکی کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

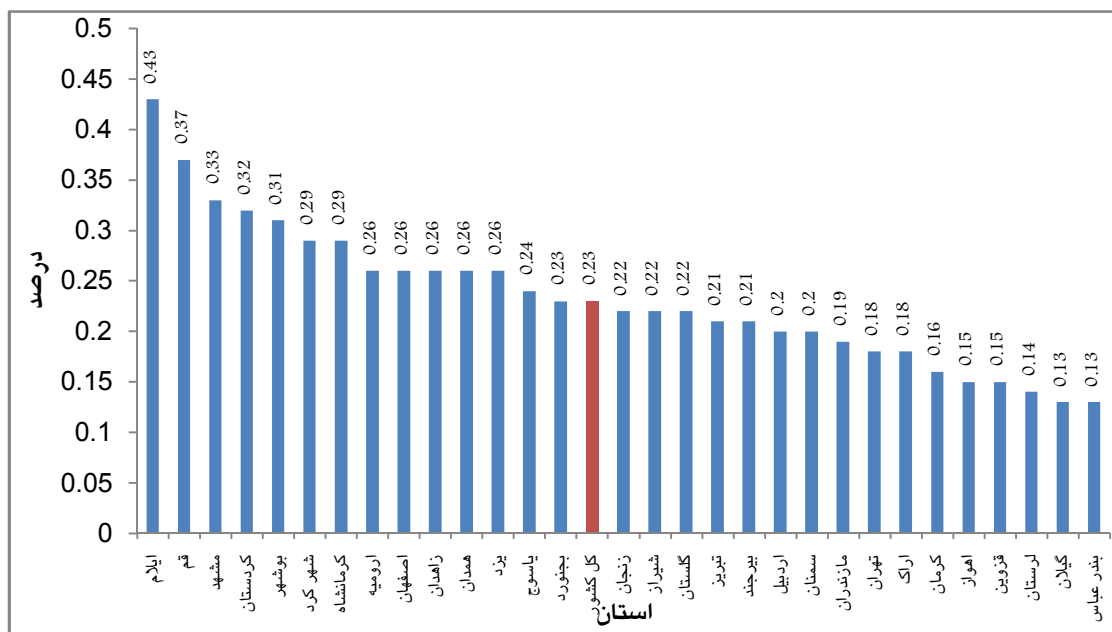
جدول شماره ۲۰۶- درصد پرستاران مرد به کل کادر پرستاری به تفکیک استان و دانشگاه، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵ (درصد)
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۰.۲۱
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۰.۲۶
۳	اردبیل	اردبیل	۰.۲
۴	اصفهان	اصفهان	-
		کاشان	-
		کل	۰.۲۶
۵	ایلام	ایلام	۰.۴۳
۶	بوشهر	بوشهر	۰.۳۱
۷	تهران	تهران	-
		ایران	-
		شهید بهشتی	-
		کل	۰.۱۸
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۰.۲۹
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۰.۲۱
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	-
		سبزوار	-
		گناباد	-
		کل	۰.۳۳
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۰.۲۳
۱۲	خوزستان	اهواز	۰.۱۵
۱۳	زنجان	زنجان	۰.۲۲
۱۴	سمنان	سمنان	-
		شاهرود	-
		کل	۰.۲
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	-
		زابل	-
		کل	۰.۲۶

ادامه جدول شماره ۲۰۶

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	-
		جهرم	-
		فسا	-
		کل	۰.۲۲
۱۷	قزوین	قزوین	۰.۱۵
۱۸	قم	قم	۰.۳۷
۱۹	کردستان	کردستان	۰.۳۲
۲۰	کرمان	کرمان	-
		رفسنجان	-
		کل	۰.۱۶
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۰.۲۹
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۰.۲۴
۲۳	گلستان	گلستان	۰.۲۲
۲۴	گیلان	گیلان	۰.۱۳
۲۵	لرستان	لرستان	۰.۱۴
۲۶	مازندران	مازندران	-
		بابل	-
		کل	۰.۱۹
۲۷	مرکزی	اراک	۰.۱۸
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۰.۱۳
۲۹	همدان	همدان	۰.۲۶
۳۰	یزد	یزد	۰.۲۶
کل کشور			۰.۲۳

نمودار شماره ۱۲۴- درصد پرستاران مرد به کل کادر پرستاری، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۲۰۶ و نمودار شماره ۱۲۴ درصد پرستاران مرد به کل کادر پرستاری را در دانشگاه های کشور نشان می دهد. ۲۳ درصد از کل پرستاران در کشور مرد بوده اند، که دانشگاه های مشهد، قم و ایلام با ترتیب ۳۳، ۳۷ و ۴۳ درصد بیشترین مردان و دانشگاه های بندر عباس، گیلان و لرستان با ترتیب ۱۳، ۱۳ و ۱۴ درصد کمترین میزان مرد را به خود اختصاص داده اند.

جدول شماره ۲۰۷- مشخصات شاخص نسبت پرستاران حرفه ای شاغل به پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی

نام شاخص	نسبت پرستاران حرفه ای شاغل به پزشکان شاغل در واحد های بهداشتی درمانی
تعریف شاخص	نسبت تعداد پرستاران دارای مدرک کارشناسی و بالاتر به تعداد پزشکان شاغل در واحد های بهداشتی درمانی
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد پرستاران دارای مدرک کارشناسی و بالاتر}}{\text{تعداد پزشکان شاغل در واحد های بهداشتی درمانی}}$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	دانشگاههای علوم پزشکی کشور، مرکز آمار ایران سال ۸۶
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

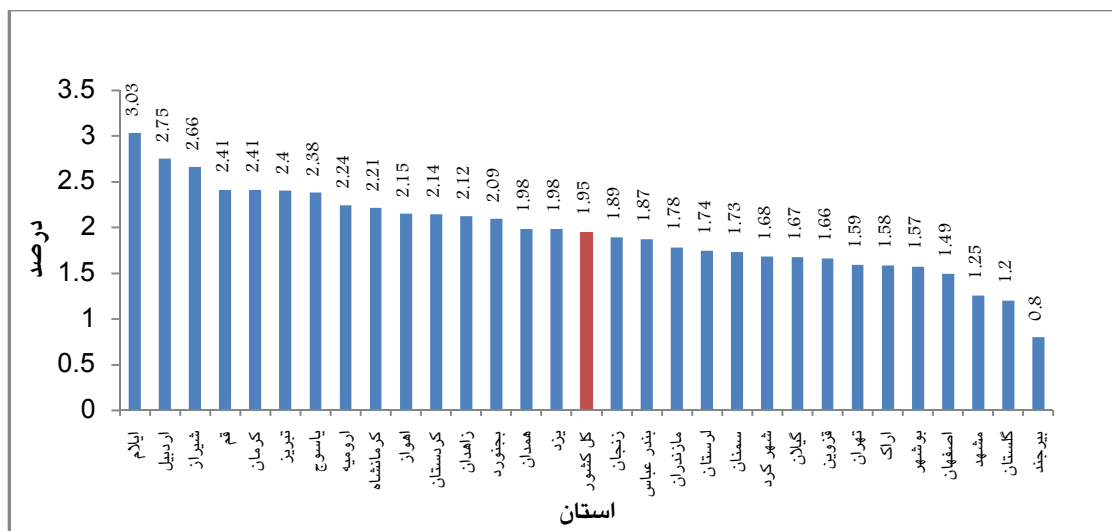
جدول شماره ۲۰۸- نسبت پرستاران حرفه ای به پزشکان شاغل در واحد های بهداشتی، درمانی، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۲.۴
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۲.۲۴
۳	اردبیل	اردبیل	۲.۷۵
۴	اصفهان	اصفهان	-
		کاشان	-
		کل	۱.۴۹
۵	ایلام	ایلام	۳.۰۳
۶	بوشهر	بوشهر	۱.۵۷
۷	تهران	تهران	-
		ایران	-
		شهید بهشتی	-
		کل	۱.۵۹
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۱.۶۸
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۰.۸
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	-
		سبزوار	-
		گناباد	-
		کل	۱.۲۵
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۲.۰۹
۱۲	خوزستان	اهواز	۲.۱۵
۱۳	زنجان	زنجان	۱.۸۹
۱۴	سمنان	سمنان	-
		شاهرود	-
		کل	۱.۷۳
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	-
		زابل	-
		کل	۲.۱۲

ادامه جدول شماره ۲۰۸

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	-
		جهرم	-
		فسا	-
		کل	۲.۶۶
۱۷	قزوین	قزوین	۱.۶۶
۱۸	قم	قم	۲.۴۱
۱۹	کردستان	کردستان	۲.۱۴
۲۰	کرمان	کرمان	-
		رفسنجان	-
		کل	۲.۴۱
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۲.۲۱
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۲.۳۸
۲۳	گلستان	گلستان	۱.۲
۲۴	گیلان	گیلان	۱.۶۷
۲۵	لرستان	لرستان	۱.۷۴
۲۶	مازندران	مازندران	-
		بابل	-
		کل	۱.۷۸
۲۷	مرکزی	اراک	۱.۵۸
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۱.۸۷
۲۹	همدان	همدان	۱.۹۸
۳۰	یزد	یزد	۱.۹۸
کل کشور			۱.۹۵

نمودار شماره ۱۲۵- نسبت پرستاران حرفه ای شاغل دارای مدرک کارشناسی و بالاتر به پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی، سال ۱۳۸۵



نسبت تعداد پرستاران دارای مدرک کارشناسی و بالاتر به تعداد پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شاخص دیگر ارزیابی شده در این مطالعه است که در کل کشور میزان ۱.۹۵ را دارد. در این زمینه دانشگاه های ایلام، اردبیل، شیراز با نسبت های ۳.۰۳، ۲.۷۵ و ۲.۶۶ درصد، بالاترین میزان را در بالاترین دهه صدک و دانشگاه های بیرجند، گلستان و مشهد با میزان های ۰.۸، ۱.۲ و ۱.۲۵ پایین ترین دهه های صدک را دارند.

جدول شماره ۲۰۹- مشخصات شاخص نسبت تعداد پرستار حرفه ای شاغل به تعداد تخت فعال

نام شاخص	نسبت پرستار حرفه ای به تخت فعال
تعریف شاخص	نسبت تعداد پرستاران دارای مدرک کارشناسی و بالاتر به تعداد تخت های فعال واحد های بهداشتی درمانی کشور
نحوه محاسبه (فرمول)	تعداد پرستار حرفه ای شاغل / تعداد تخت فعال
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	دانشگاههای علوم پزشکی کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

جدول شماره ۲۱۰ - نسبت پرستار حرفه ای (مدرک کارشناسی یا بالاتر) به تخت فعال به تفکیک دانشگاه و استان، سال ۱۳۸۵

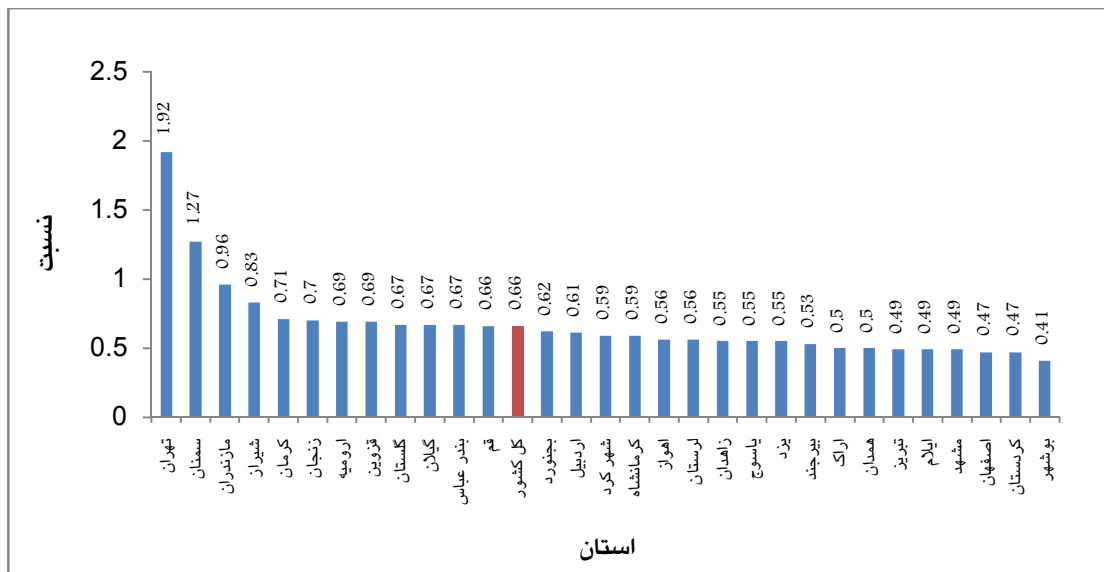
ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۰.۴۹
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۰.۶۹
۳	اردبیل	اردبیل	۰.۶۱
۴	اصفهان	اصفهان	*
		کاشان	*
		کل	۰.۴۷
		ایلام	۰.۴۹
۵	ایلام	ایلام	۰.۴۹
۶	بوشهر	بوشهر	۰.۴۱
۷	تهران	تهران	*
		ایران	*
		شهید بهشتی	*
		کل	۱.۹۲
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۰.۵۹
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۰.۵۳
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	*
		سبزوار	*
		گناباد	*
		کل	۰.۴۹
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۰.۶۲
۱۲	خوزستان	اهواز	۰.۵۶
۱۳	زنجان	زنجان	۰.۷
۱۴	سمنان	سمنان	*
		شاهرود	*
		کل	۱.۲۷
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	*
		زابل	*
		کل	۰.۵۵

ادامه جدول شماره ۲۱۰

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	*
		جهرم	*
		فسا	*
		کل	۰.۸۳
۱۷	قزوین	قزوین	۰.۶۹
۱۸	قم	قم	۰.۶۶
۱۹	کردستان	کردستان	۰.۴۷
۲۰	کرمان	کرمان	*
		رفسنجان	*
		کل	۰.۷۱
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۰.۵۹
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۰.۵۵
۲۳	گلستان	گلستان	۰.۶۷
۲۴	گیلان	گیلان	۰.۶۷
۲۵	لرستان	لرستان	۰.۵۶
۲۶	مازندران	مازندران	*
		بابل	*
		کل	۰.۹۶
۲۷	مرکزی	اراک	۰.۵
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۰.۶۷
۲۹	همدان	همدان	۰.۵
۳۰	یزد	یزد	۰.۵۵
کل کشور			۰.۶۶

*اطلاعات استان های مذکور ارائه نشده است..

نمودار شماره ۱۲۶- نسبت تعداد پرستاران شاغل دارای مدرک کارشناسی و بالاتر به تعداد تخت های فعال مراکز بهداشتی درمانی کشور، سال ۱۳۸۵



نسبت پرستاران شاغل به تخت های فعال مراکز بهداشتی درمانی در کل کشور ۰.۶۶ است که دانشگاه های تهران، سمنان و مازندران با ۰.۹۶، ۰.۹۲ و دانشگاه های بوشهر، کردستان و اصفهان با ترتیب ۰.۴۱، ۰.۴۷ و ۰.۴۷ کمترین میزان را دارند.

شاخص های ساختار آزمایشگاه ها:

جدول شماره ۲۱۱- مشخصات شاخص (تعداد) آزمایشگاه های ژنتیک و سیتوژنتیک

نام شاخص	آزمایشگاه های ژنتیک و سیتوژنتیک
تعریف شاخص	تعداد آزمایشگاه هایی که با دارا بودن مسئول فنی متخصص ژنتیک و سیتوژنتیک، پرسنل و تجهیزات مربوطه فعالیت می کنند
نحوه محاسبه (فرمول)	فراوانی تعداد آزمایشگاه های خصوصی
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	گزارش ارسالی ادارات کل آزمایشگاه های دانشگاه های علوم پزشکی کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	هر سه ماه یک بار

جدول شماره ۲۱۲- تعداد آزمایشگاههای ژنتیک و سیتوژنتیک بخش خصوصی استان های اصفهان و تهران، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه	ژنتیک پزشکی
۱	اصفهان	اصفهان	-
		کاشان	-
		کل	۱
۲	تهران	تهران	-
		ایران	-
		شهید بهشتی	-
		کل	۶
کل کشور			۷

جدول شماره ۲۱۲ تعداد آزمایشگاه های بخش خصوصی به تفکیک هر یک از تخصص های مربوطه را بر اساس اطلاعات سایت آزمایشگاه مرجع سلامت برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهند. با توجه به جدول فوق فقط دو استان (اصفهان و تهران) دارای این قبیل آزمایشگاه های خصوصی در کشور بوده اند. با توجه به این که اطلاعات آزمایشگاه های بخش دولتی در دسترس نبوده است، تهیه شاخص تعداد آزمایشگاه موجود به جمعیت قابل محاسبه نیست. بنابراین برنامه ریزی برای طراحی نظام جمع آوری اطلاعات واحدهای آزمایشگاه دولتی و خصوصی یکی از ضروریات برای تدوین شاخص های این واحد ها می باشد.

جدول شماره ۲۱۳- جدول مشخصات شاخص تعداد آزمایشگاه های تک رشته ای

نام شاخص	آزمایشگاه های تک رشته ای
تعریف شاخص	آزمایشگاه هایی که با مسئول فنی واجد شرایط مربوطه در یک یا چند رشته تخصصی مانند(بیوشیمی، خون شناسی، ایمنولوژی و سرولوژی، میکروب شناسی، هورمون شناسی) پرسنل و تجهیزات فعالیت می کنند.
نحوه محاسبه(فرمول)	فراوانی تعداد آزمایشگاه های بخش خصوصی
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	ادارات کل آزمایشگاه های دانشگاه های علوم پزشکی و کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	هر سه ماه یک بار

جدول شماره ۲۱۴- تعداد آزمایشگاه های تک رشته ای بخش خصوصی بر حسب استان، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه	تک رشته ای
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱
۲	اصفهان	اصفهان	۱۶
۳	تهران	تهران	۷
۴	خراسان شمالی	بجنورد	۱
۵	خوزستان	اهواز	۱
۶	فارس	شیراز	۱
۷	کرمان	کرمان	۱
۸	کرمانشاه	کرمانشاه	۳
۹	گیلان	گیلان	۳
۱۰	هرمزگان	بندر عباس	۱
۱۱	همدان	همدان	۱
۱۲	یزد	یزد	۴
کل کشور			۴۰

جدول شماره ۲۱۴ فراوانی تعداد آزمایشگاه های تک رشته ای بخش خصوصی بر اساس اطلاعات سایت آزمایشگاه مرجع سلامت برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد.

جدول شماره ۲۱۵- مشخصات شاخص تعداد آزمایشگاه های آسیب شناسی تشریحی

نام شاخص	آزمایشگاه های آسیب شناسی تشریحی (آناتومیkal پاتولوژی)
تعریف شاخص	آزمایشگاه هایی که با دارا بودن مسئول فنی متخصص آسیب شناسی تشریحی و تجهیزات و پرسنل مربوطه فعالیت می کنند
نحوه محاسبه (فرمول)	فراوانی تعداد آزمایشگاه ها
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	ادارات کل آزمایشگاه های دانشگاه های علوم پزشکی کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	هر سه ماه یک بار

جدول شماره ۲۱۶ - فراوانی تعداد آزمایشگاه های آسیب شناسی تشریحی بخش خصوصی به تفکیک استان، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه	آسیب شناسی تشریحی
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۲
۲	اردبیل	اردبیل	۱
۳	اصفهان	اصفهان	۵
۴	تهران	تهران	۴
۵	خوزستان	اهواز	۱
۶	قزوین	قزوین	۱
۷	کرمان	کرمان	۱
۸	گیلان	گیلان	۱
۹	مازندران	مازندران	۱
۱۰	هرمزگان	بندر عباس	۱
کل کشور			۱۸

جدول شماره ۲۱۷ - مشخصات شاخص تعداد آزمایشگاه های آسیب شناسی بالینی و تشریحی بخش خصوصی

نام شاخص	آزمایشگاه های آسیب شناسی بالینی و تشریحی (کلینیکال و آناتومیکال پاتولوژی)
تعریف شاخص	آزمایشگاه هایی که با دارا بودن مسئول فنی متخصص آسیب شناسی بالینی و تشریحی، تجهیزات و پرسنل مربوطه فعالیت می کنند
نحوه محاسبه (فرمول)	فراوانی تعداد آزمایشگاه ها
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	ادارات کل آزمایشگاه های دانشگاه های علوم پزشکی کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	هر سه ماه یک بار

جدول شماره ۲۱۸- فراوانی تعداد آزمایشگاه های آسیب شناسی بالینی و تشریحی بخش خصوصی به تفکیک استان، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه	آسیب شناسی بالینی و تشریحی
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱۹
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۸
۳	اردبیل	اردبیل	۸
۴	اصفهان	اصفهان	۶۹
۵	ایلام	ایلام	۳
۶	بوشهر	بوشهر	۵
۷	تهران	تهران	۲۰۴
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۵
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۴
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۲۰
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۵
۱۲	خوزستان	اهواز	۲۷
۱۳	زنجان	زنجان	۱۲
۱۴	سمنان	سمنان	۲۱
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۱۳
۱۶	فارس	شیراز	۴۳
۱۷	قزوین	قزوین	۱۴
۱۸	قم	قم	۱۴
۱۹	کردستان	کردستان	۱۴
۲۰	کرمان	کرمان	۲۲
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۱۰
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۲
۲۳	گلستان	گلستان	۱۶
۲۴	گیلان	گیلان	۱۸
۲۵	لرستان	لرستان	۱۶
۲۶	مازندران	مازندران	۳۷
۲۷	مرکزی	اراک	۴
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۵
۲۹	همدان	همدان	۴
۳۰	یزد	یزد	۱۳
کل کشور			۶۵۳

جدول شماره ۲۱۹- مشخصات شاخص تعداد آزمایشگاه های تشخیص عمومی

نام شاخص	آزمایشگاه های تشخیص عمومی
تعریف شاخص	آزمایشگاه هایی که با دارا بودن مسئول فنی دکترای حرفه ای علوم آزمایشگاهی، پرسنل و تجهیزات مربوطه فعالیت می کنند
نحوه محاسبه (فرمول)	فراوانی تعداد آزمایشگاه های تشخیص عمومی
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	ادارات کل آزمایشگاه های دانشگاه های علوم پزشکی کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	هر سه ماه یک بار

جدول شماره ۲۲۰- فراوانی تعداد آزمایشگاه های تشخیص طبی عمومی بخش خصوصی به تفکیک استان، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه	تشخیص طبی عمومی
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۶۰
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۲۶
۳	اردبیل	اردبیل	۱۳
۴	اصفهان	اصفهان	۶۹
۵	ایلام	ایلام	۵
۶	بوشهر	بوشهر	۵
۷	تهران	تهران	۲۸۴
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۱۱
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۸
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۷۷
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۹
۱۲	خوزستان	اهواز	۵۵
۱۳	زنجان	زنجان	۹
۱۴	سمنان	سمنان	۱۴
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۹
۱۶	فارس	شیراز	۹۲
۱۷	قزوین	قزوین	۱۷
۱۸	قم	قم	۲۱
۱۹	کردستان	کردستان	۱۴
۲۰	کرمان	کرمان	۲۵
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۱۹
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۸
۲۳	گلستان	گلستان	۱۵
۲۴	گیلان	گیلان	۴۰
۲۵	لرستان	لرستان	۱۷
۲۶	مازندران	مازندران	۵۱
۲۷	مرکزی	اراک	۲۲
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۷
۲۹	همدان	همدان	۲۲
۳۰	یزد	یزد	۹
کل کشور			۱۰۳۳

جدول شماره ۲۲۱- مشخصات شاخص آزمایشگاه تشخیص طبی تخصصی

نام شاخص	آزمایشگاه های تشخیص طبی تخصصی
تعریف شاخص	آزمایشگاه هایی که با دارا بودن مسئول فنی متخصص تشخیص طبی، تجهیزات و پرسنل مربوطه فعالیت می کنند
نحوه محاسبه (فرمول)	فراوانی تعداد آزمایشگاه های طبی تخصصی
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	ادارات کل آزمایشگاه های دانشگاه های علوم پزشکی کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	هر سه ماه یک بار

جدول شماره ۲۲۲- فراوانی تعداد آزمایشگاه های تشخیص طبی تخصصی بخش خصوصی به تفکیک استان، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه	تشخیص طبی تخصصی
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۸
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۴
۳	اردبیل	اردبیل	۱
۴	اصفهان	اصفهان	۱۰
۷	تهران	تهران	۱۳۰
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۱۳
۱۲	خوزستان	اهواز	۴
۱۶	فارس	شیراز	۵
۱۷	قزوین	قزوین	۲
۱۸	قم	قم	۱
۱۹	کردستان	کردستان	۱
۲۰	کرمان	کرمان	۳
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۲
۲۳	گلستان	گلستان	۴
۲۴	گیلان	گیلان	۶
۲۵	لرستان	لرستان	۱
۲۶	مازندران	مازندران	۷
۲۷	مرکزی	اراک	۱
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۱
۲۹	همدان	همدان	۲
کل کشور			۲۱۷

جدول شماره ۲۲۳- مشخصات شاخص تعداد آمبولانس اورژانس پیش بیمارستانی نسبت به صد هزار نفر جمعیت

نام شاخص	تعداد آمبولانس اورژانس پیش بیمارستانی نسبت به صد هزار نفر جمعیت
تعریف شاخص	تعداد آمبولانس اورژانس پیش بیمارستانی به ازای صد هزار نفر جمعیت
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد کل آمبولانسهای اورژانس پیش بیمارستانی}}{100000} \times 100000$ کل جمعیت
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

جدول شماره ۲۲۴- شاخص نسبت تعداد آمبولانس اورژانس پیش بیمارستانی نسبت به صد هزار نفر جمعیت، به تفکیک استان های کشور، سال ۱۳۸۵

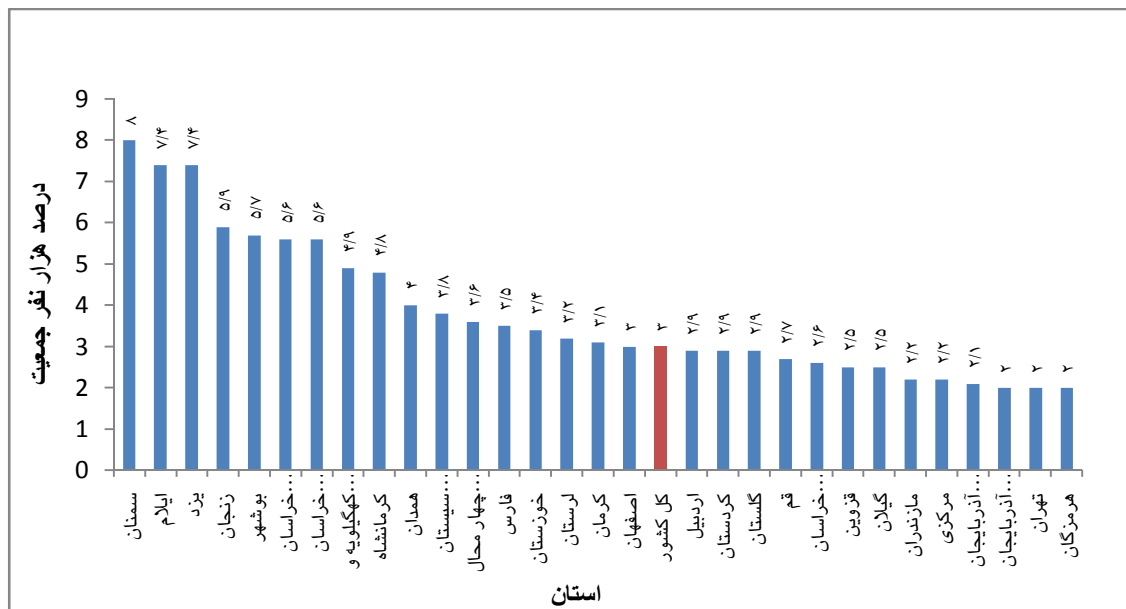
ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۲
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۲.۱
۳	اردبیل	اردبیل	۲.۹
۴	اصفهان	اصفهان	-
		کاشان	-
		کل	۲
۵	ایلام	ایلام	۷.۴
۶	بوشهر	بوشهر	۵.۷
۷	تهران	تهران	-
		ایران	-
		شهید بهشتی	-
		کل	۲
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۳.۶
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۵.۶
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	-
		سبزوار	-
		گناباد	-
		کل	۲.۶
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۵.۶
۱۲	خوزستان	اهواز	۳.۴
۱۳	زنجان	زنجان	۵.۹
۱۴	سمنان	سمنان	-
		شاهرود	-
		کل	۸
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	-
		زابل	-
		کل	۳.۸

ادامه جدول شماره ۲۲۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	-
		جهرم	-
		فسا	-
		کل	۳.۵
۱۷	قزوین	قزوین	۲.۵
۱۸	قم	قم	۲.۷
۱۹	کردستان	کردستان	۲.۹
۲۰	کرمان	کرمان	-
		رفسنجان	-
		کل	۳.۱
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۴.۸
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۴.۹
۲۳	گلستان	گلستان	۲.۹
۲۴	گیلان	گیلان	۲.۵
۲۵	لرستان	لرستان	۳.۲
۲۶	مازندران	مازندران	-
		بابل	-
		کل	۲.۲
۲۷	مرکزی	اراک	۲.۲
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۲
۲۹	همدان	همدان	۴
۳۰	یزد	یزد	۷.۴
کل کشور			۳

نمودار شماره ۱۲۷- نسبت تعداد آمبولانس اورژانس پیش بیمارستانی نسبت به صد هزار نفر جمعیت بر حسب

استان های کشور، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۲۲۴ و نمودار شماره ۱۲۷ نسبت تعداد آمبولانس به جمعیت (۱۰۰ هزار نفر) به تفکیک استان های کشور بر اساس نظام اطلاعات جاری مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی در سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس جدول و نمودار فوق، استان های هرمزگان، تهران و تبریز با تعداد ۲ آمبولانس در صد هزار نفر جمعیت دارای کمترین میزان آمبولانس بوده اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند و استان های سمنان (۸)، ایلام (۷/۴) و یزد (۷/۴) دارای بیشترین میزان آمبولانس در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۲۲۵- مشخصات شاخص تعداد پایگاههای اورژانس^۱ ۱۱۵ به صد هزار نفر جمعیت

نام شاخص	تعداد پایگاههای اورژانس ۱۱۵ به صد هزار نفر جمعیت
تعریف شاخص	نسبت تعداد پایگاه اورژانس ۱۱۵ به جمعیت
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد پایگاههای ۱۱۵ موجود}}{\text{تعداد کل جمعیت آن استان}} \times ۱۰۰۰۰۰$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور/ سازمان آمار
دوره زمانی جمع آوری داده ها	۶ ماهه

^۱ پایگاه اورژانس: منظور مجموع اورژانس پیش بیمارستانی پایگاه های شهری و جاده ای ۱۱۵ می باشد

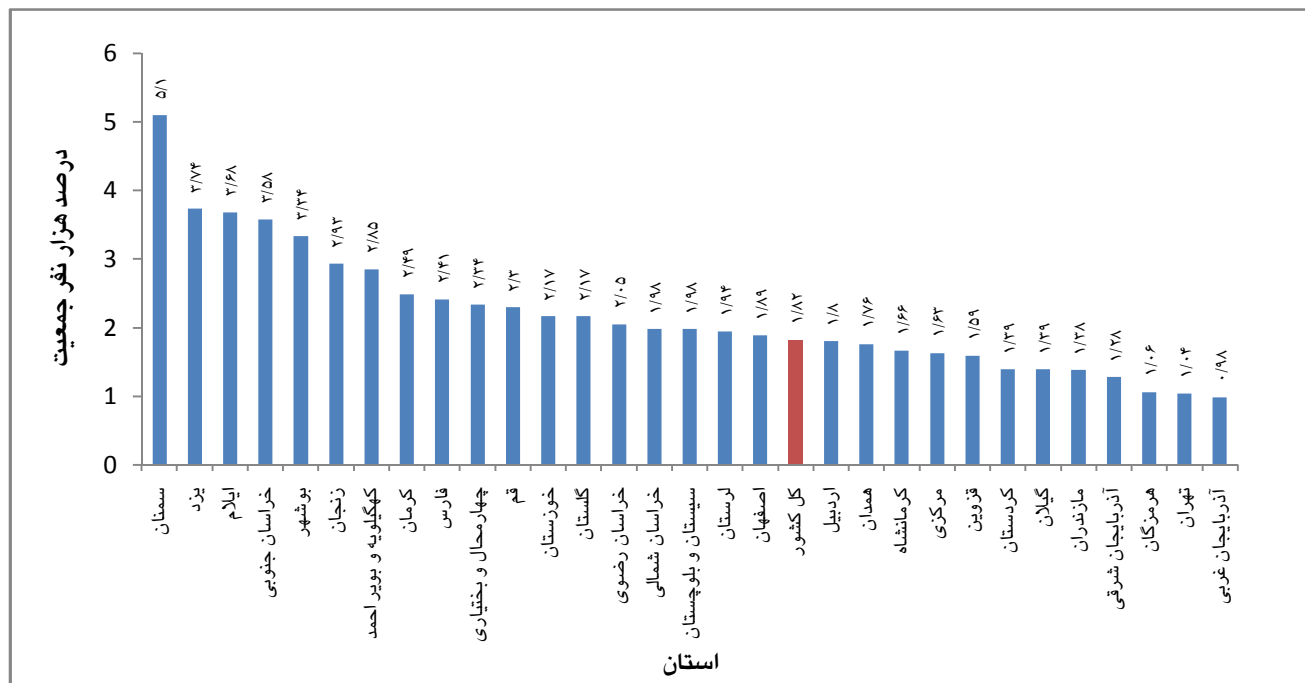
جدول شماره ۲۲۶- نسبت پایگاه اورژانس به ازای صد هزار نفر جمعیت به تفکیک استان، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱.۲
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۰.۹
۳	اردبیل	اردبیل	۱.۸
۴	اصفهان	اصفهان	-
		کاشان	-
		کل	۱.۸
۵	ایلام	ایلام	۳.۶
۶	بوشهر	بوشهر	۳.۳
۷	تهران	تهران	-
		ایران	-
		شهید بهشتی	-
		کل	۱.۰
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۲.۳
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۳.۵
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	-
		سبزوار	-
		گناباد	-
		کل	۲.۰
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۱.۹
۱۲	خوزستان	اهواز	۲.۱
۱۳	زنجان	زنجان	۲.۹
۱۴	سمنان	سمنان	-
		شاهرود	-
		کل	۵.۱
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	-
		زابل	-
		کل	۱.۹

ادامه جدول شماره ۲۲۶

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	-
		جهرم	-
		فسا	-
		کل	۲.۴
۱۷	قزوین	قزوین	۱.۵
۱۸	قم	قم	۲.۳
۱۹	کردستان	کردستان	۱.۳
۲۰	کرمان	کرمان	-
		رفسنجان	-
		کل	۲.۴
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۱.۶
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۲.۸
۲۳	گلستان	گلستان	۲.۱
۲۴	گیلان	گیلان	۱.۳
۲۵	لرستان	لرستان	۱.۹
۲۶	مازندران	مازندران	-
		بابل	-
		کل	۱.۳
۲۷	مرکزی	اراک	۱.۶
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۱.۰
۲۹	همدان	همدان	۱.۷
۳۰	یزد	یزد	۳.۷
کل کشور			۱.۸

نمودار شماره ۱۲۸- نسبت پایگاه اورژانس به ازای صد هزار نفر جمعیت بر حسب استان های کشور، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۲۲۶ و نمودار شماره ۱۲۸ توزیع شاخص نسبت تعداد پایگاه اورژانس به جمعیت (۱۰۰ هزار نفر) به تفکیک استان بر اساس نظام اطلاعات جاری مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهند. بر اساس نمودار فوق، استان های آذربایجان غربی (۰/۹۸)، تهران (۱/۰۴) و هرمزگان (۱/۰۶) دارای کمترین تعداد پایگاه اورژانس به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت بوده اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند، همچنین، استان های سمنان (۵/۱)، یزد (۳/۷۴) و ایلام (۳/۶۸) دارای بیشترین تعداد پایگاه اورژانس به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۲۲۷- مشخصات شاخص درصد مأموریت تصادفی^۱ به کل مأموریتها

نام شاخص	درصد مأموریت تصادفی به کل مأموریتها
تعریف شاخص	نسبت تعداد مأموریتهای تصادفی به کل مأموریتها
نحوه محاسبه (فرمول)	$100 \times \frac{\text{تعداد مأموریتهای تصادفی}}{\text{کل مأموریت ها}}$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه های علوم پزشکی کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	۶ ماهه

• ^۱ مأموریت تصادفی: منظور مأموریت هایی است که مراکز اورژانس ۱۱۵ برای خدمت رسانی به حادثه دیدگان ناشی از تصادف اعزام شده اند.

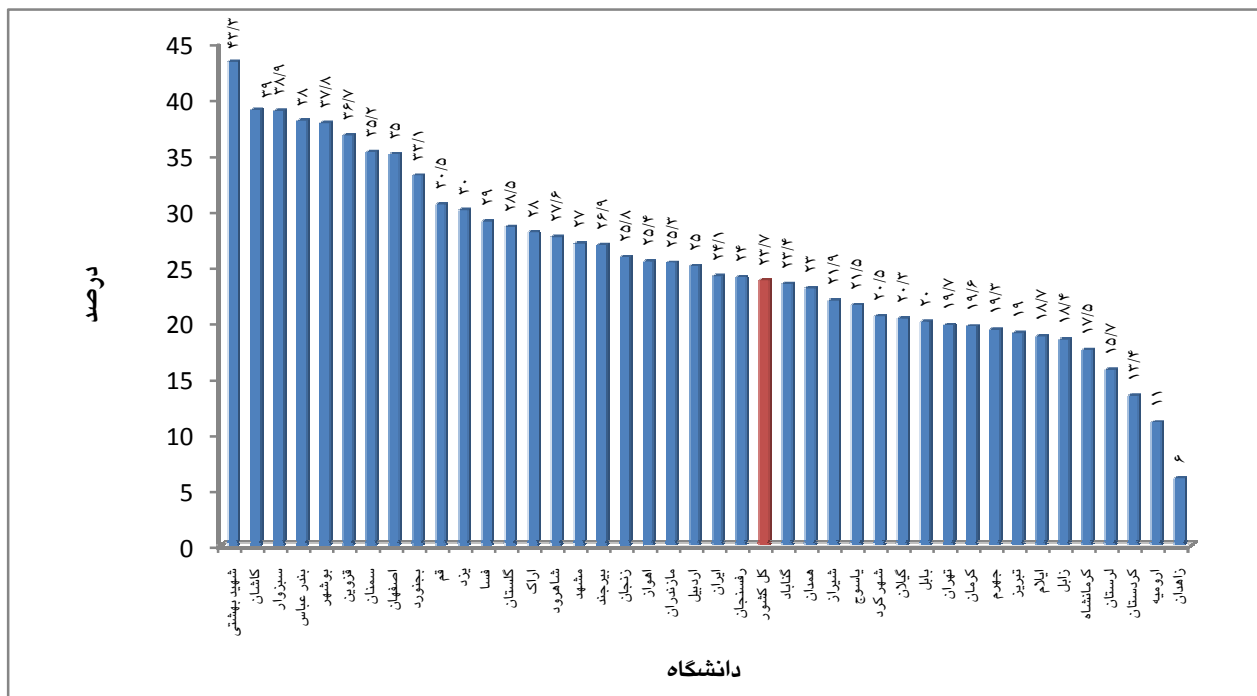
جدول شماره ۲۲۸- درصد مأموریت تصادفی به کل مأموریت ها به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱۹
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱۱
۳	اردبیل	اردبیل	۲۵
۴	اصفهان	اصفهان	۳۵
		کاشان	۳۹
		کل	۳۵.۵
۵	ایلام	ایلام	۱۸.۷
۶	بوشهر	بوشهر	۳۷.۸
۷	تهران	تهران	۱۹.۷
		ایران	۲۴.۱
		شهید بهشتی	۴۳.۳
		کل	۱۹.۳
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۲۰.۵
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۲۶.۹
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۲۷
		سبزوار	۳۸.۹
		گناباد	۲۳.۴
		کل	۲۷.۶
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۳۳.۱
۱۲	خوزستان	اهواز	۲۵.۴
۱۳	زنجان	زنجان	۲۵.۸
۱۴	سمنان	سمنان	۳۵.۲
		شاهرود	۲۷.۶
		کل	۳۲.۴
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۶
		زابل	۱۸.۴
		کل	۷.۵

ادامه جدول شماره ۲۲۸

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۲۱.۹
		جهرم	۱۹.۳
		فسا	۲۹
		کل	۲۲.۳
۱۷	قزوین	قزوین	۳۶.۷
۱۸	قم	قم	۳۰.۵
۱۹	کردستان	کردستان	۱۳.۴
۲۰	کرمان	کرمان	۱۹.۶
		رفسنجان	۲۴
		کل	۲۰.۶
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۱۷.۵
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۲۱.۵
۲۳	گلستان	گلستان	۲۸.۵
۲۴	گیلان	گیلان	۲۰.۳
۲۵	لرستان	لرستان	۱۵.۷
۲۶	مازندران	مازندران	۲۵.۳
		بابل	۲۰
		کل	۲۴.۷
۲۷	مرکزی	اراک	۲۸
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۳۸
۲۹	همدان	همدان	۲۳
۳۰	یزد	یزد	۳۰
کل کشور			۲۳.۷

نمودار شماره ۱۲۹- درصد مأموریت تصادفی به کل مأموریت ها به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۲۲۸ و نمودار شماره ۱۲۹ درصد مأموریت تصادفی به کل مأموریت ها به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور بر اساس نظام اطلاعات جاری مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی در سال ۱۳۸۵ را نشان می دهند. بر اساس جدول و نمودار فوق، دانشگاه های زاهدان (۶٪)، ارومیه (۱۱٪)، کردستان (۱۳/۴٪)، لرستان (۱۵/۷٪) و کرمانشاه (۱۷/۵٪) دارای کمترین میزان مأموریت تصادفی بوده اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند و دانشگاه های شهید بهشتی (۴۳/۳٪)، کاشان (۳۹٪)، سبزوار (۳۸/۹٪)، بندرعباس (۳۷/۸٪) و بوشهر (۳۶/۷٪) بیشترین میزان مأموریت تصادفی به کل مأموریت ها را داشته اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۲۲۹ - مشخصات شاخص درصد مأموریت های تنفسی^۱ به کل مأموریت ها

نام شاخص	درصد مأموریت های تنفسی به کل مأموریت ها
تعریف شاخص	نسبت تعداد مأموریت های تنفسی به کل مأموریت ها
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد مأموریت های تنفسی}}{\text{کل مأموریت ها}} \times ۱۰۰$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه های علوم پزشکی کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	۶ ماهه

^۱ منظور مأموریت هایی است که برای مراقبت و رسیدگی به بیماران مبتلا به مشکلات تنفسی انجام شده اند.

جدول شماره ۲۳۰- درصد مأموریت تنفسی به کل مأموریت ها به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور،

سال ۱۳۸۵

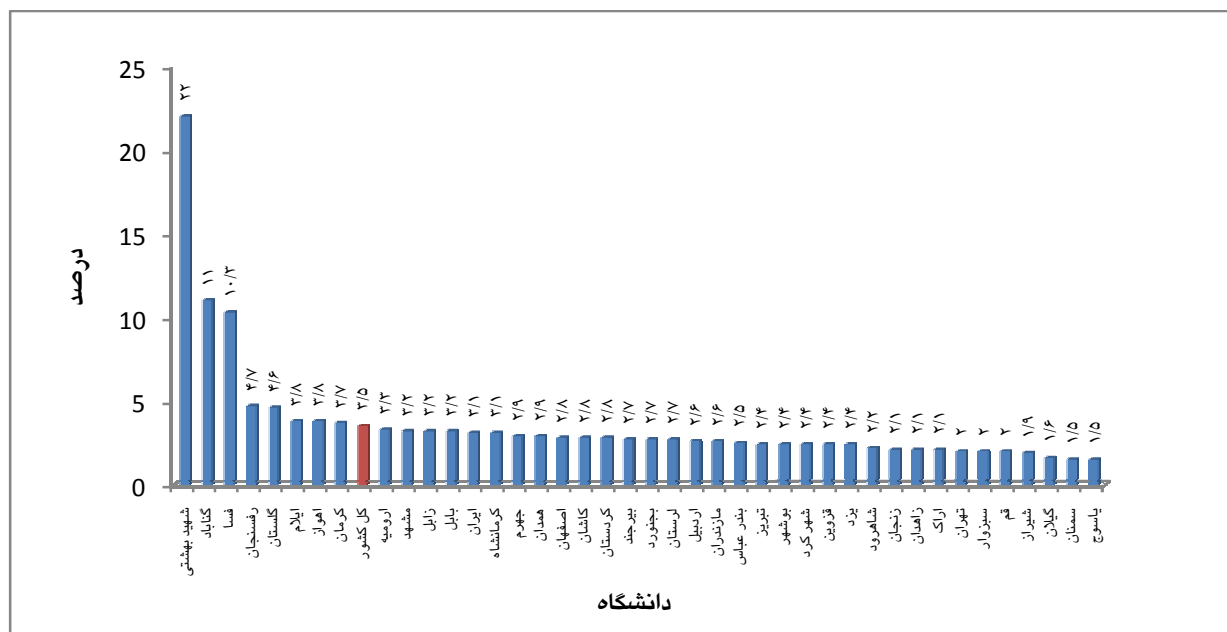
ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۲.۴
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۳.۳
۳	اردبیل	اردبیل	۲.۶
۴	اصفهان	اصفهان	۲.۸
		کاشان	۲.۸
		کل	۲.۸
۵	ایلام	ایلام	۳.۸
۶	بوشهر	بوشهر	۲.۴
۷	تهران	تهران	۲.۰
		ایران	۳.۱
		شهید بهشتی	۲۲.۰
		کل	۵.۲
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۲.۴
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۲.۷
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۳.۲
		سبزوار	۲.۰
		گناباد	۱۱.۰
		کل	۳.۶
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۲.۷
۱۲	خوزستان	اهواز	۳.۸
۱۳	زنجان	زنجان	۲.۱
۱۴	سمنان	سمنان	۱.۵
		شاهرود	۲.۲
		کل	۱.۸
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۲.۱
		زابل	۳.۲
		کل	۲.۲

ادامه جدول شماره ۲۳۰

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۱.۹
		جهرم	۲.۹
		فسا	۱۰.۳
		کل	۲.۷
۱۷	قزوین	قزوین	۲.۴
۱۸	قم	قم	۲.۰
۱۹	کردستان	کردستان	۲.۸
۲۰	کرمان	کرمان	۳.۷
		رفسنجان	۴.۷
		کل	۳.۹
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۳.۱
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۱.۵
۲۳	گلستان	گلستان	۴.۶
۲۴	گیلان	گیلان	۱.۶
۲۵	لرستان	لرستان	۲.۷
۲۶	مازندران	مازندران	۲.۶
		بابل	۳.۲
		کل	۲.۷
۲۷	مرکزی	اراک	۲.۱
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۲.۵
۲۹	همدان	همدان	۲.۹
۳۰	یزد	یزد	۲.۴
کل کشور			۳.۵

نمودار شماره ۱۳۰- درصد مأموریت تنفسی به کل مأموریت ها به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور،

سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۲۳۰ و نمودار شماره ۱۳۰ درصد مأموریت تنفسی به کل مأموریت ها به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور بر اساس نظام اطلاعات جاری مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی در سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس جدول و نمودار فوق، دانشگاه های سمنان (۱/۵٪)، گیلان (۱/۶٪)، شیراز (۱/۹٪)، قم (۲/۰٪)، سبزوار (۲/۰٪) و تهران (۲/۰٪) کمترین میزان مأموریت تنفسی را داشته اند، و در پایین ترین دهک قرار می گیرند و دانشگاه های شهید بهشتی (۲۲/۰٪)، گناباد (۱۱/۰٪)، فسا (۱۰/۳٪)، رفسنجان (۴/۷٪) و گلستان (۴/۶٪) دارای بیشترین میزان مأموریت تنفسی به کل مأموریت ها بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۲۳۱- مشخصات شاخص درصد پوشش خدمات اورژانس پیش بیمارستانی در حوادث ترافیکی

نام شاخص	درصد پوشش خدمات اورژانس پیش بیمارستانی در حوادث ترافیکی
تعریف شاخص	نسبت کل مصدومین ناشی از حوادث ترافیکی که توسط اورژانس ۱۱۵ به بیمارستان منتقل شده اند به کل مصدومین ترافیکی که به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده اند و بستری شده اند
نحوه محاسبه (فرمول)	تعداد کل مصدومین تصادفی که توسط اورژانس ۱۱۵ به بیمارستان منتقل شده اند مصدومین تصادفات که به اورژانس بیمارستانها مراجعه داشته و بستری شدند.
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	گزارش مراکز اورژانس ۱۱۵ دانشگاه های علوم پزشکی کشور
دوره زمانی جمع آوری داده ها	۶ ماهه

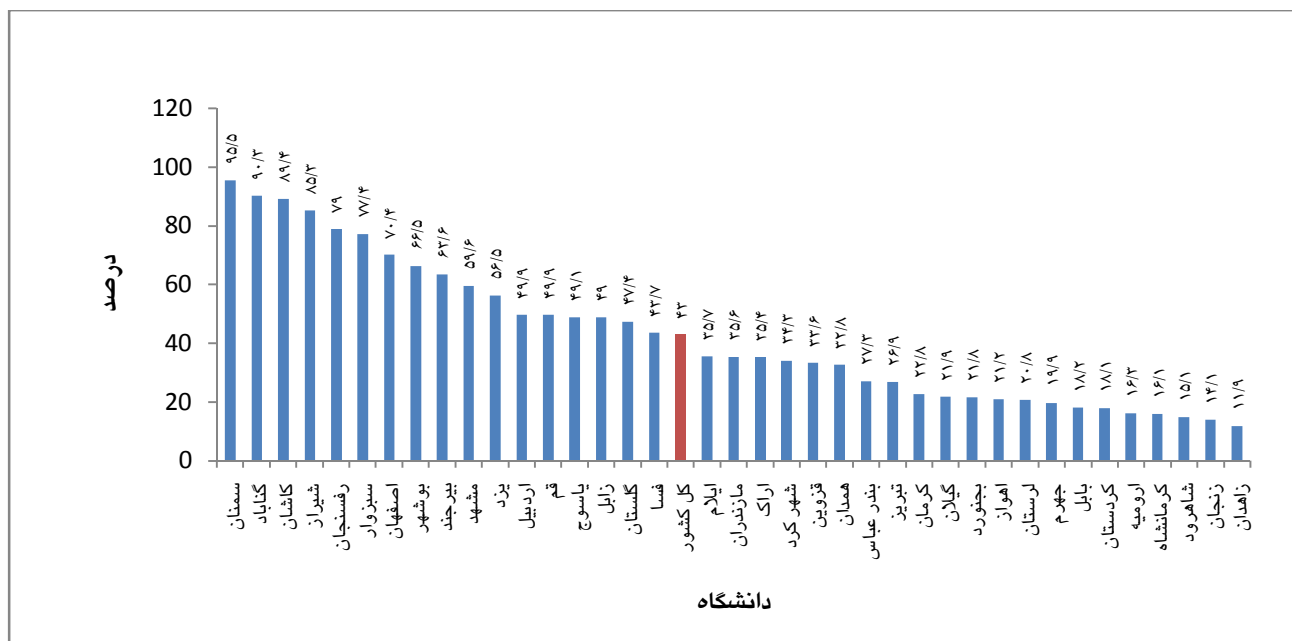
جدول شماره ۲۳۲- درصد پوشش خدمات اورژانس پیش بیمارستانی در حوادث ترافیکی به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۲۶.۹
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱۶.۳
۳	اردبیل	اردبیل	۴۹.۹
۴	اصفهان	اصفهان	۷۰.۴
		کاشان	۸۹.۴
		کل	۷۲.۵
۵	ایلام	ایلام	۳۵.۷
۶	بوشهر	بوشهر	۶۶.۵
۷	تهران	تهران	-
		ایران	-
		شهید بهشتی	-
		کل	۶۴.۷
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۳۴.۳
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۶۳.۶
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۵۹.۶
		سبزوار	۷۷.۴
		گناباد	۹۰.۳
		کل	۶۲.۴
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۲۱.۸
۱۲	خوزستان	اهواز	۲۱.۲
۱۳	زنجان	زنجان	۱۴.۱
۱۴	سمنان	سمنان	۹۵.۵
		شاهرود	۱۵.۱
		کل	۸۹.۸
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۱۱.۹
		زابل	۴۹
		کل	۱۵.۱

ادامه جدول شماره ۲۳۲

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۸۵.۳
		چهرم	۱۹.۹
		فسا	۴۳.۷
		کل	۶۹.۶
۱۷	قزوین	قزوین	۳۳.۶
۱۸	قم	قم	۴۹.۹
۱۹	کردستان	کردستان	۱۸.۱
۲۰	کرمان	کرمان	۲۲.۸
		رفسنجان	۷۹
		کل	۲۸.۵
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۱۶.۱
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۴۹.۱
۲۳	گلستان	گلستان	۴۷.۴
۲۴	گیلان	گیلان	۲۱.۹
۲۵	لرستان	لرستان	۲۰.۸
۲۶	مازندران	مازندران	۳۵.۶
		بابل	۱۸.۲
		کل	۳۲.۲
۲۷	مرکزی	اراک	۳۵.۴
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۲۷.۳
۲۹	همدان	همدان	۳۲.۸
۳۰	یزد	یزد	۵۶.۵
کل کشور			۴۳

نمودار شماره ۱۳۱- درصد پوشش خدمات اورژانس پیش بیمارستانی در حوادث ترافیکی به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۲۳۲ و نمودار شماره ۱۳۱ درصد پوشش خدمات اورژانس پیش بیمارستانی در حوادث ترافیکی به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی کشور بر اساس آمار جاری مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی در سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس جدول و نمودار فوق، استان های زاهدان (۱۱/۹٪)، زنجان (۱۴/۱٪)، شاهرود (۱۵/۱٪) و کرمانشاه (۱۶/۱٪) دارای کمترین میزان پوشش خدمات اورژانس پیش بیمارستانی هستند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند و استان های سمنان (۹۵/۵٪)، گنابد (۹۰/۳٪)، کاشان (۸۹/۴۰) و شیراز (۸۵/۳۰٪) دارای بیشترین پوشش خدمات مذکور را دارند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

شاخص های بیمارستانی

جدول شماره ۲۳۳- مشخصات شاخص درصد اشغال تخت بیمارستانی

نام شاخص	درصد اشغال تخت
تعریف شاخص	نسبت درصد تخت روز اشغالی تقسیم بر تخت روز کل
نحوه محاسبه (فرمول)	$100 \times \frac{\text{مجموع روزهای اشغال شده توسط بیماران بستری در یک مقطع زمانی معین}}{\text{تعداد کل تخت های بستری} \times \text{تعداد روزهای همان مقطع زمانی}}$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	وب سایت اطلاعات بیمارستان های کشور (پویا سامانه)، مرکز توسعه و ارتقاء سلامت
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

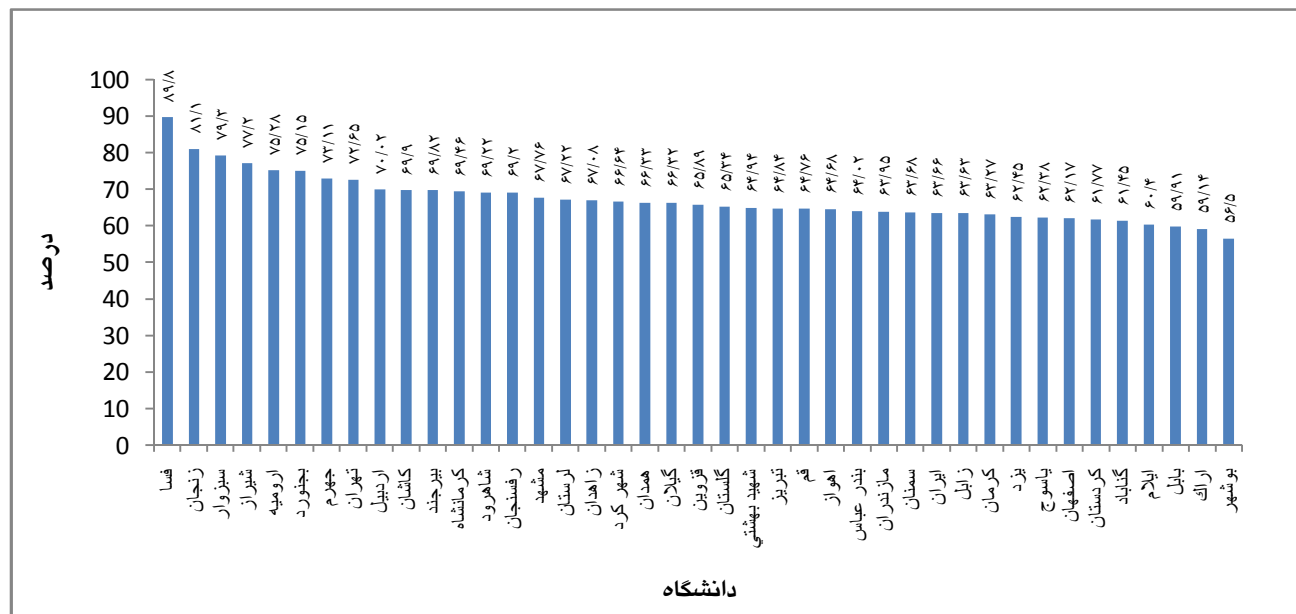
جدول شماره ۲۳۴- درصد اشغال تخت بیمارستانی به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۶۴.۸
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۷۵.۲
۳	اردبیل	اردبیل	۷۰.۰
۴	اصفهان	اصفهان	۶۲.۱
		کاشان	۶۹.۹
		کل	۶۳.۱
۵	ایلام	ایلام	۶۰.۴
۶	بوشهر	بوشهر	۵۶.۵
۷	تهران	تهران	۷۲.۶
		ایران	۶۳.۶
		شهید بهشتی	۶۴.۹
		کل	۶۶.۴
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۶۶.۶
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۶۹.۸
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۶۷.۷
		سبزوار	۷۹.۳
		گناباد	۶۱.۴
		کل	۶۸.۳
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۷۵.۱
۱۲	خوزستان	اهواز	۶۴.۶
۱۳	زنجان	زنجان	۸۱.۱
۱۴	سمنان	سمنان	۶۳.۶
		شاهرود	۶۹.۲
		کل	۶۶.۳
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۶۷.۰
		زابل	۶۳.۶
		کل	۶۶.۴

ادامه جدول شماره ۲۳۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۷۷.۲
		جهرم	۷۳.۱
		فسا	۸۹.۸
		کل	۷۷.۵
۱۷	قزوین	قزوین	۶۵.۸
۱۸	قم	قم	۶۴.۷
۱۹	کردستان	کردستان	۶۱.۷
۲۰	کرمان	کرمان	۶۳.۲
		رفسنجان	۶۹.۲
		کل	۶۴.۱
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۶۹.۴
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۶۲.۳
۲۳	گلستان	گلستان	۶۵.۳
۲۴	گیلان	گیلان	۶۶.۳
۲۵	لرستان	لرستان	۶۷.۲
۲۶	مازندران	مازندران	۶۳.۹
		بابل	۵۹.۹
		کل	۶۳.۲
۲۷	مرکزی	اراک	۵۹.۱
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۶۴.۰
۲۹	همدان	همدان	۶۶.۳
۳۰	یزد	یزد	۶۲.۴
کل کشور			-

نمودار شماره ۱۳۲- درصد اشغال تخت بیمارستانی به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۲۳۴ توزیع درصد اشغال تخت بیمارستانی به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی (و استان) برای سال ۱۳۸۵ را نشان می‌دهد. نمودار شماره ۱۳۲ نیز توزیع شاخص مذکور به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی را نشان می‌دهد. این شاخص یکی از شاخص های عملکردی و مدیریت خدمات بیمارستانی است که در ارزیابی کارایی بیمارستان ها مورد استفاده قرار می گیرد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های علوم پزشکی بوشهر (۵۶/۵٪)، اراک (۵۹/۱٪)، بابل (۵۹/۹٪)، ایلام (۶۰/۴٪) و گناباد (۶۱/۴٪) و کمترین درصد اشغال تخت را داشته اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. و دانشگاه های فسا (۸۹/۸٪)، زنجان (۸۱/۱٪)، سبزوار (۷۹/۳٪)، شیراز (۷۷/۲٪) و ارومیه (۷۵/۲۸٪) دارای بیشترین درصد اشغال تخت را داشته اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۲۳۵- مشخصات شاخص تخت به ازای هزار نفر جمعیت

نام شاخص	شاخص تخت (اندکس تخت)
تعریف شاخص	تعداد تخت های موجود به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد تخت های موجود استان}}{\text{کل جمعیت}} \times ۱۰۰۰$
منبع جمع آوری اطلاعات	وب سایت اطلاعات بیمارستان های کشور، مرکز توسعه و ارتقاء سلامت
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

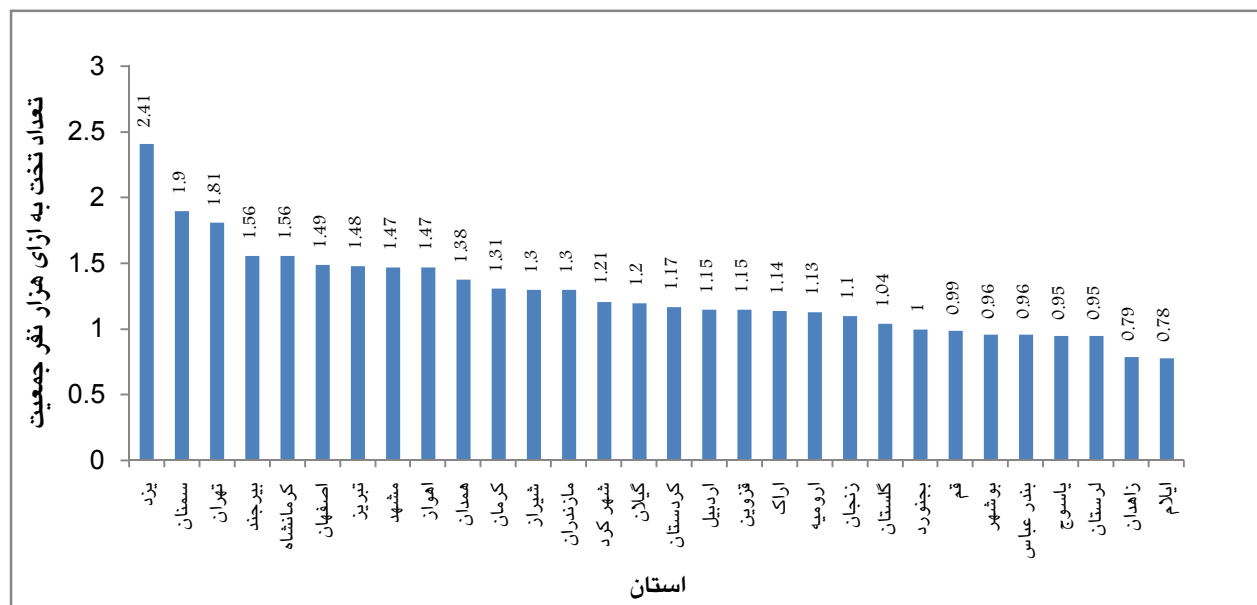
جدول شماره ۲۳۶- شاخص تخت به ازای هزار نفر جمعیت بر حسب استان های کشور، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱.۴
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱.۱
۳	اردبیل	اردبیل	۱.۱
۴	اصفهان	اصفهان	-
		کاشان	-
		کل	۱.۴
۵	ایلام	ایلام	۰.۷
۶	بوشهر	بوشهر	۰.۹
۷	تهران	تهران	-
		ایران	-
		شهید بهشتی	-
		کل	۱.۸
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۱.۲
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۱.۵
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	-
		سبزوار	-
		گناباد	-
		کل	۱.۴
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۱.۰
۱۲	خوزستان	اهواز	۱.۴
۱۳	زنجان	زنجان	۱.۱
۱۴	سمنان	سمنان	-
		شاهرود	-
		کل	۱.۹
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	-
		زابل	-
		کل	۰.۷

ادامه جدول شماره ۲۳۶

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	-
		چهرم	-
		فسا	-
		کل	۱.۳
۱۷	قزوین	قزوین	۱.۱
۱۸	قم	قم	۰.۹
۱۹	کردستان	کردستان	۱.۱
۲۰	کرمان	کرمان	-
		رفسنجان	-
		کل	۱.۳
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۱.۵
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	باسوج	۰.۹
۲۳	گلستان	گلستان	۱.۰
۲۴	گیلان	گیلان	۱.۲
۲۵	لرستان	لرستان	۰.۹
۲۶	مازندران	مازندران	-
		بابل	-
		کل	۱.۳
۲۷	مرکزی	اراک	۱.۱
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۰.۹
۲۹	همدان	همدان	۱.۳
۳۰	یزد	یزد	۲.۴
کل کشور			-

نمودار شماره ۱۳۳- شاخص تخت به ازای هزار نفر جمعیت بر حسب استان های کشور، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۲۳۶ و نمودار شماره ۱۳۳، شاخص تخت به هزار نفر جمعیت بر حسب استان های کشور بر اساس اطلاعات سامانه پویا مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس جدول و نمودار فوق، استان های ایلام (۰/۷۸ تخت)، زاهدان (۰/۷۹ تخت)، لرستان (۰/۹۵ تخت) و یاسوج (۰/۹۵ تخت) کمترین تعداد تخت به ازای هزار نفر جمعیت را داشته اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند، و دانشگاه های یزد (۲/۴۱ تخت)، سمنان (۱/۹ تخت) و تهران (۱/۸۱ تخت) به ازای هر هزار نفر جمعیت دارای بیشترین تعداد تخت بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۲۳۷- مشخصات شاخص میزان بیمارپذیری در هزار نفر جمعیت

نام شاخص	بیمار پذیری
تعریف شاخص	تعداد بیماران پذیرش شده به ازای هزار نفر جمعیت
نحوه محاسبه	$\frac{\text{تعداد بیمار بستری شده در یکسال}}{\text{کل جمعیت}} \times 1000$
منبع جمع آوری اطلاعات	وب سایت اطلاعات بیمارستان های کشور، مرکز توسعه و ارتقاء سلامت
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

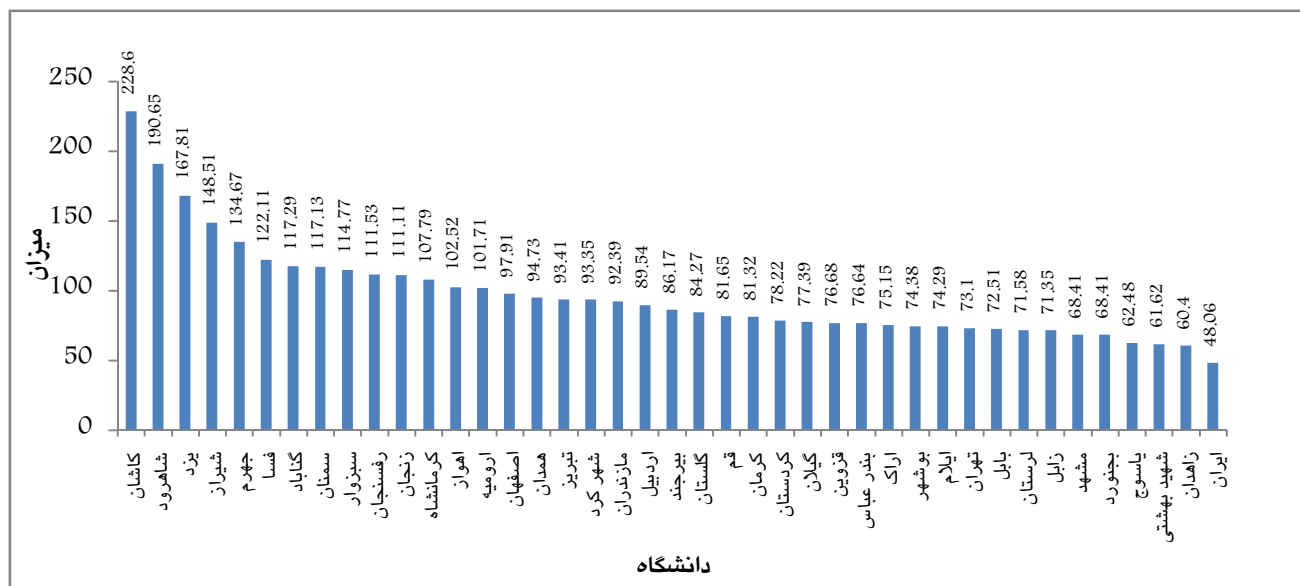
جدول شماره ۲۳۸- میزان بیمارپذیری در هزار نفر جمعیت به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۹۳.۴
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱۰۱.۷
۳	اردبیل	اردبیل	۸۹.۵
۴	اصفهان	اصفهان	۹۷.۹
		کاشان	۲۲۸.۶
		کل	۱۱۰.۸
۵	ایلام	ایلام	۷۴.۲
۶	بوشهر	بوشهر	۷۴.۳
۷	تهران	تهران	۷۳.۱
		ایران	۴۸.۰
		شهید بهشتی	۶۱.۶
		کل	۱۳۰.۸
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۹۳.۳
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۸۶.۱
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۶۸.۴
		سبزوار	۱۱۴.۷
		گناباد	۱۱۷.۲
		کل	۱۱۹
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد	۶۸.۴
۱۲	خوزستان	اهواز	۱۰۲.۵
۱۳	زنجان	زنجان	۱۱۱.۱
۱۴	سمنان	سمنان	۱۱۷.۱
		شاهرود	۱۹۰.۶
		کل	۱۵۵.۰
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۶۰.۴
		زابل	۷۱.۳
		کل	۶۲.۵

ادامه جدول شماره ۲۳۸

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	سال ۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۱۴۸.۵
		جهرم	۱۳۴.۶
		فسا	۱۲۲.۱
		کل	۱۱۱.۱
۱۷	قزوین	قزوین	۷۶.۶
۱۸	قم	قم	۸۱.۶
۱۹	کردستان	کردستان	۷۸.۲
۲۰	کرمان	کرمان	۸۱.۳
		رفسنجان	۱۱۱.۵
		کل	۸۴
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۱۰۷.۷
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	باسوج	۶۲.۴
۲۳	گلستان	گلستان	۸۴.۲
۲۴	گیلان	گیلان	۷۷.۳
۲۵	لرستان	لرستان	۷۱.۵
۲۶	مازندران	مازندران	۹۲.۳
		بابل	۷۲.۵
		کل	۹۷.۵
۲۷	مرکزی	اراک	۷۵.۱
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۷۶.۶
۲۹	همدان	همدان	۹۴.۷
۳۰	یزد	یزد	۱۶۷.۸
کل کشور			-

نمودار شماره ۱۳۴- میزان بیمارپذیری در هزار نفر جمعیت به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۲۳۸ میزان بیمارپذیری در هزار نفر جمعیت به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی (و استان ها) بر اساس اطلاعات سامانه پویا^۱ برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. همچنین نمودار شماره ۱۳۴ توزیع دانشگاهی شاخص مذکور را به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی برای سال ۱۳۸۵ نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های علوم پزشکی ایران (۴۸/۶ در هزار نفر)، زاهدان (۶۰/۴ در هزار نفر)، شهید بهشتی (۶۱/۶ در هزار نفر)، یاسوج (۶۲/۵ در هزار نفر)، بجنورد (۶۸/۴ در هزار نفر) و مشهد (۶۸/۴ در هزار نفر) کمترین میزان بیمارپذیر را داشته اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند، و دانشگاه های کاشان (۲۲۸/۶ در هزار نفر)، شاهرود (۱۹۰/۶ در هزار نفر)، یزد (۱۶۷/۸ در هزار نفر)، شیراز (۱۴۸/۵ در هزار نفر) و چهرم (۱۳۴/۷) بیشترین میزان بیمارپذیر را داشته اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

^۱ پویا سامانه: این برنامه برای تعیین نیاز های بخش های بستری شهرستان های کشور از منظر نیاز سنجی تعداد و نوع تخت ها، نیروی انسانی مورد نیاز جهت ارائه خدمت و اداره مطلوب تخت های محاسبه شده، تجهیزات مورد نیاز جهت عملکرد مطلوب تخت ها و در نهایت فضای فیزیکی استاندارد جهت استقرار مطلوب تخت ها تهیه شده است.

شاخص های واحد های بهداشتی درمانی

جدول شماره ۲۳۹- مشخصات شاخص خانه بهداشت

نام شاخص	نسبت خانه بهداشت موجود به جمعیت
تعریف شاخص	نسبت تعداد خانه بهداشت های موجود برای ۱۰۰۰ نفر جمعیت
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد خانه های بهداشت موجود}}{\text{تعداد کل جمعیت تحت پوشش}} \times ۱۰۰۰$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	اطلاعات خانه های بهداشت و اطلاعات جمعیت تحت پوشش از بانک نرم افزار ساختار شبکه و زیج حیاتی IHNS مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت برای سال ۱۳۸۵ به دست آمده است.
دوره زمانی جمع آوری داده ها	اطلاعات نرم افزار ساختار شبکه و زیج حیاتی IHNS به صورت سالانه گزارش می شود.

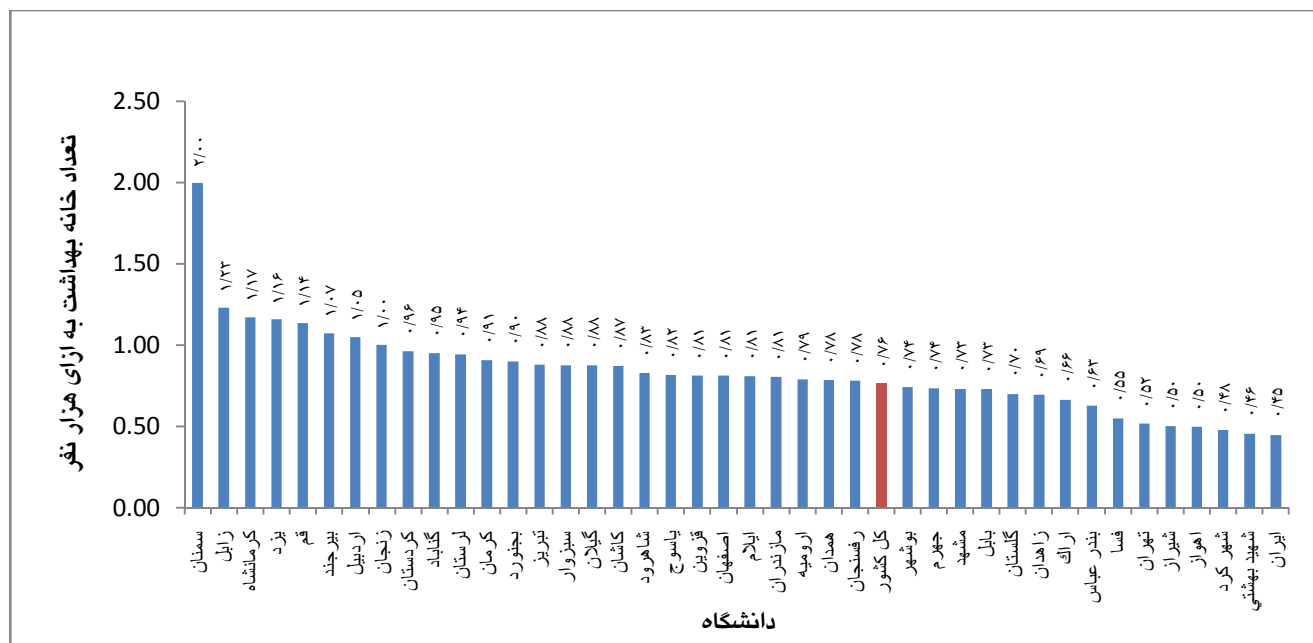
جدول شماره ۲۴۰- تعداد خانه های بهداشت پیش بینی شده (طبق طرح) و موجود به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی و نسبت واحد خانه بهداشت به جمعیت، سال های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	طبق طرح ۱۳۸۰	موجود ۱۳۸۰	جمعیت ۱۳۸۰	طبق طرح ۱۳۸۵	موجود سال ۱۳۸۵	نسبت واحد فعال به جمعیت سال ۱۳۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱۱۲۳	۱۰۴۷	۱,۲۱۷,۸۰۲	۱۱۱۱	۱۰۷۲	۰.۸۸
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱۰۱۴	۸۲۶	۱,۱۴۲,۳۲۳	۱۰۰۲	۹۰۱	۰.۷۹
۳	اردبیل	اردبیل	۵۲۱	۵۰۴	۴۹۷,۶۹۲	۵۲۳	۵۲۲	۱.۰۵
۴	اصفهان	اصفهان	۶۹۲	۶۶۶	۷۹۷,۵۸۱	۶۸۴	۶۴۸	۰.۸۱
		کاشان	۳۹	۳۸	۳۵,۵۰۴	۳۱	۳۱	۰.۸۷
		کل	۷۳۱	۷۰۴	۸۳۳,۰۸۵	۷۱۵	۶۷۹	۱.۶۹
۵	ایلام	ایلام	۲۰۵	۱۷۶	۲۳۶,۰۴۱	۲۱۲	۱۹۱	۰.۸۱
۶	بوشهر	بوشهر	۲۲۸	۲۱۱	۲۹۷,۱۷۸	۲۲۵	۲۲۱	۰.۷۴
۷	تهران	تهران	۶۳	۵۶	۱۰۳,۹۳۴	۵۸	۵۴	۰.۵۲
		ایران	۱۵۵	۱۳۹	۳۰۹,۰۰۳	۱۶۰	۱۳۹	۰.۴۵
		شهید بهشتی	۱۴۰	۱۱۷	۲۵۸,۰۶۹	۱۴۱	۱۱۸	۰.۴۶
		کل	۳۵۸	۳۱۲	۶۷۱,۰۰۶	۳۵۹	۳۱۱	۱.۴۳
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۲۸۸	۲۸۷	۶۰۰,۱۳۸	۳۰۶	۲۸۸	۰.۴۸
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۱۶۱	۱۵۱	۲۳۳,۱۵۵	۲۵۲	۲۵۰	۱.۰۷
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۱۵۷۵	۱۴۱۱	۱,۴۳۱,۴۱۹	۱۰۸۱	۱۰۴۹	۰.۷۳
		سبزوار	۱۸۱	۱۷۵	۲۰۸,۷۲۶	۱۸۷	۱۸۳	۰.۸۸
		گناباد	۴۵	۴۰	۴۶,۲۵۵	۴۵	۴۴	۰.۹۵
		کل	۱۸۰۱	۱۶۲۶	۱,۶۸۶,۴۰۰	۱۳۱۳	۱۲۷۶	۲.۵۶
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد			۳۸۱,۵۲۶	۳۵۳	۳۴۴	۰.۹۰
۱۲	خوزستان	اهواز	۹۳۳	۸۲۰	۱,۶۹۶,۸۸۱	۹۳۴	۸۴۵	۰.۵۰
۱۳	زنجان	زنجان	۴۲۵	۳۸۸	۴۱۹,۳۵۴	۴۲۵	۴۲۰	۱.۰۰
۱۴	سمنان	سمنان	۷۵	۷۳	۳۷,۵۶۴	۷۵	۷۵	۲.۰۰
		شاهرود	۶۳	۵۹	۷۴,۹۲۱	۶۳	۶۲	۰.۸۳
		کل	۱۳۸	۱۳۲	۱۱۲,۴۸۵	۱۳۸	۱۳۷	۲.۸۲
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۶۸۰	۵۳۱	۹۰۴,۱۴۵	۷۱۰	۶۲۸	۰.۶۹
		زابل	۲۱۳	۲۰۴	۱۶۸,۳۷۳	۲۱۶	۲۰۷	۱.۲۳
		کل	۸۹۳	۷۲۵	۱,۰۷۲,۵۱۸	۹۲۶	۸۳۵	۱.۹۲

ادامه جدول شماره ۲۴۰

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	طبق طرح ۱۳۸۰	موجود ۱۳۸۰	جمعیت ۱۳۸۰	طبق طرح ۱۳۸۵	موجود سال ۱۳۸۵	نسبت واحد فعال به جمعیت سال ۱۳۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۱۰۰۱	۸۷۰	۱,۸۷۹,۷۰۵	۹۹۰	۹۴۶	۰.۵۰
		جهرم	۵۹	۵۸	۸۴,۳۳۶	۶۴	۶۲	۰.۷۴
		فسا	۵۳	۳۸	۹۰,۹۰۵	۵۳	۵۰	۰.۵۵
		کل	۱۱۱۳	۹۶۶	۲,۰۵۴,۹۴۶	۱۱۰۷	۱۰۵۸	۱.۷۹
۱۷	قزوین	قزوین	۳۰۹	۲۴۵	۳۲۸,۶۰۶	۳۰۸	۲۶۷	۰.۸۱
۱۸	قم	قم	۶۱	۶۱	۵۱,۹۲۶	۵۹	۵۹	۱.۱۴
۱۹	کردستان	کردستان	۵۷۷	۵۴۸	۶۲۶,۲۳۶	۶۳۳	۶۰۴	۰.۹۶
۲۰	کرمان	کرمان	۷۱۹	۶۸۸	۷۳۵,۷۲۴	۷۸۹	۶۶۹	۰.۹۱
		رفسنجان	۹۵	۸۰	۱۲۰,۲۱۶	۹۵	۹۴	۰.۷۸
		کل	۸۱۴	۷۶۸	۸۵۵,۹۴۰	۸۸۴	۷۶۳	۱.۶۹
		کرمانشاه	۶۹۱	۶۲۳	۵۶۷,۵۱۵	۶۹۱	۶۶۴	۱.۱۷
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۲۸۶	۲۸۵	۴۰۸,۰۶۳	۳۴۷	۳۳۳	۰.۸۲
۲۳	گلستان	گلستان	۵۳۰	۵۱۹	۸۳۱,۰۷۵	۶۰۰	۵۸۳	۰.۷۰
۲۴	گیلان	گیلان	۱۱۸۳	۱۱۰۸	۱,۰۷۶,۷۷۹	۹۹۵	۹۴۴	۰.۸۸
۲۵	لرستان	لرستان	۶۳۸	۵۷۶	۶۵۹,۸۴۷	۶۳۹	۶۲۳	۰.۹۴
۲۶	مازندران	مازندران	۹۸۵	۹۵۴	۱,۲۵۹,۵۰۲	۱۱۱۶	۱۰۱۵	۰.۸۱
		بابل	۱۸۳	۱۶۸	۲۳۲,۱۹۰	۱۸۳	۱۷۰	۰.۷۳
		کل	۱۱۶۸	۱۱۲۲	۱,۴۹۱,۶۹۲	۱۲۹۹	۱۱۸۵	۱.۵۴
		اراک	۴۲۷	۴۰۸	۶۲۵,۰۹۶	۴۲۰	۴۱۵	۰.۶۶
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۵۵۰	۳۹۵	۷۴۱,۸۷۸	۵۶۰	۴۶۶	۰.۶۳
۲۹	همدان	همدان	۵۹۳	۵۶۸	۷۳۳,۹۸۵	۵۹۰	۵۷۶	۰.۷۸
۳۰	یزد	یزد	۱۸۰	۱۸۰	۱۸۳,۰۷۱	۲۱۲	۲۱۲	۱.۱۶
		کل کشور	۱۷۹۴۰	۱۶۳۱۰	۲۲,۳۳۴,۲۳۹	۱۸۱۳۸	۱۷۰۴۴	۰.۷۶

نمودار شماره ۱۳۵- نسبت تعداد خانه بهداشت موجود به ازای هزار نفر جمعیت به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



نمودار شماره ۱۳۵ نسبت تعداد خانه بهداشت موجود به ازای هزار نفر جمعیت تحت پوشش برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. با توجه به نمودار فوق، دانشگاه های علوم پزشکی ایران (۰.۴۵)، شهرکرد (۰.۴۸)، شیراز (۰.۵)، اهواز (۰.۵) و تهران (۰.۵۲) دارای کمترین تعداد خانه بهداشت موجود به ازای هزار نفر جمعیت تحت پوشش بوده اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. ضمناً دانشگاه های سمنان (۲)، زابل (۱.۲۳)، کرمانشاه (۱.۱۷) و یزد (۱.۱۶) دارای بیشترین تعداد خانه بهداشت موجود به ازای هزار نفر جمعیت تحت پوشش بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند. یکی از علت های بالا بودن میزان بالای خانه بهداشت به ازای جمعیت تحت پوشش در استان سمنان احتمالاً بالا بودن تعداد جمعیت سالمندان جمعیت روستایی استان مذکور و افزایش مهاجرت روستائیان به مناطق شهری است.

جدول شماره ۲۴۱- مشخصات شاخص نسبت مرکز بهداشتی درمانی روستایی موجود به جمعیت تحت پوشش

نام شاخص	نسبت مرکز بهداشتی درمانی روستایی
تعریف شاخص	نسبت تعداد مرکز بهداشتی درمانی روستایی موجود به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد مرکز بهداشتی درمانی روستای موجود}}{\text{جمعیت تحت پوشش}} \times ۱۰۰۰۰$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	اطلاعات تعداد مراکز بهداشتی درمانی و جمعیت تحت پوشش از نرم افزار ساختار شبکه و زیج حیاتی IHNS توسعه شبکه و ارتقاء سلامت به دست آمده است.
دوره زمانی جمع آوری داده ها	اطلاعات نرم افزار ساختار شبکه و زیج حیاتی IHNS به صورت سالانه گزارش می شود

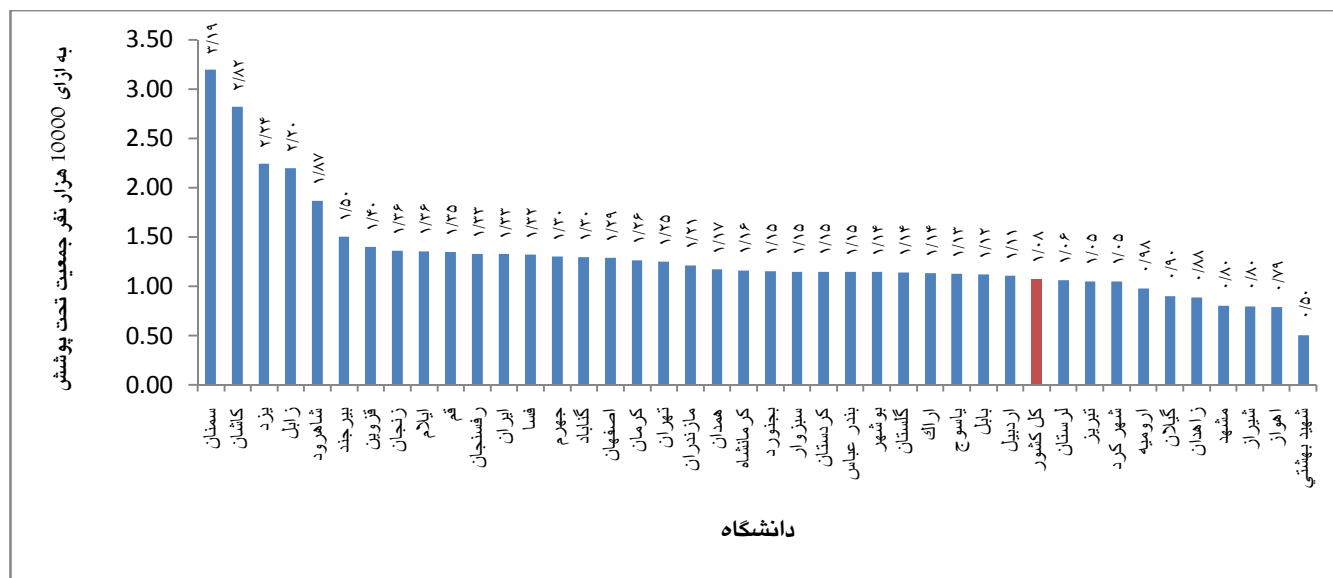
جدول شماره ۲۴۲- تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی پیش بینی شده (طبق طرح) و موجود به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی، و نسبت تعداد مرکز به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش، سالهای ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	طبق طرح ۱۳۸۰	موجود ۱۳۸۰	طبق طرح ۱۳۸۵	موجود ۱۳۸۵	نسبت واحد فعال به جمعیت ۱۳۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۱۴۷	۱۱۸	۱۳۸	۱۲۸	۱.۰۵
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱۲۰	۱۰۲	۱۱۴	۱۱۲	۰.۹۸
۳	اردبیل	اردبیل	۵۵	۵۵	۵۵	۵۵	۱.۱۱
۴	اصفهان	اصفهان	۱۴۶	۱۴۰	۱۰۵	۱۰۳	۱.۲۹
		کاشان	۱۱	۱۱	۱۰	۱۰	۲.۸۲
		کل	۱۵۷	۱۵۱	۱۱۵	۱۱۳	۴.۱۱
۵	ایلام	ایلام	۳۲	۳۲	۳۲	۳۲	۱.۳۶
۶	بوشهر	بوشهر	۳۷	۳۶	۳۴	۳۴	۱.۱۴
۷	تهران	تهران	۱۶	۱۵	۱۳	۱۳	۱.۲۵
		ایران	۵۴	۴۱	۵۲	۴۱	۱.۳۳
		شهید بهشتی	۱۴	۱۱	۱۵	۱۳	۰.۵۰
		کل	۸۴	۶۷	۸۰	۶۷	۳.۰۸
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۶۷	۶۳	۶۸	۶۳	۱.۰۵
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۲۶	۲۵	۳۶	۳۵	۱.۵۰
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۱۹۹	۱۷۵	۱۱۵	۱۱۵	۰.۸۰
		سبزوار	۲۷	۲۶	۲۴	۲۴	۱.۱۵
		گناباد	۶	۶	۶	۶	۱.۳۰
		کل	۲۳۲	۲۰۷	۱۴۵	۱۴۵	۳.۲۵
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد			۴۴	۴۴	۱.۱۵
۱۲	خوزستان	اهواز	۱۳۴	۱۲۱	۱۳۷	۱۳۴	۰.۷۹
۱۳	زنجان	زنجان	۶۵	۴۲	۶۵	۵۷	۱.۳۶
۱۴	سمنان	سمنان	۱۱	۸	۱۲	۱۲	۳.۱۹
		شاهرود	۱۳	۱۳	۱۴	۱۴	۱.۸۷
		کل	۲۴	۲۱	۲۶	۲۶	۵.۰۶
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۹۵	۸۴	۸۸	۸۰	۰.۸۸
		زابل	۳۹	۳۷	۳۹	۳۷	۲.۲۰
		کل	۱۳۴	۱۲۱	۱۲۷	۱۱۷	۳.۰۸

ادامه جدول شماره ۲۴۲

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	طبق طرح ۱۳۸۰	موجود ۱۳۸۰	طبق طرح ۱۳۸۵	موجود ۱۳۸۵	نسبت واحد فعال به جمعیت ۱۳۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۱۶۳	۱۴۹	۱۵۸	۱۵۰	۰.۸۰
		جهرم	۱۱	۹	۱۲	۱۱	۱.۳۰
		فسا	۱۱	۸	۱۲	۱۲	۱.۳۲
		کل	۱۸۵	۱۶۶	۱۸۲	۱۷۳	۳.۴۲
۱۷	قزوین	قزوین	۵۱	۴۱	۴۸	۴۶	۱.۴۰
۱۸	قم	قم	۹	۹	۷	۷	۱.۳۵
۱۹	کردستان	کردستان	۹۲	۸۶	۷۸	۷۲	۱.۱۵
۲۰	کرمان	کرمان	۱۰۵	۹۷	۹۹	۹۳	۱.۲۶
		رفسنجان	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱.۳۳
		کل	۱۲۱	۱۱۳	۱۱۵	۱۰۹	۲.۵۹
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۷۲	۶۲	۷۲	۶۶	۱.۱۶
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۴۲	۴۱	۵۱	۴۶	۱.۱۳
۲۳	گلستان	گلستان	۹۳	۸۹	۹۶	۹۵	۱.۱۴
۲۴	گیلان	گیلان	۱۲۱	۱۰۴	۱۰۱	۹۷	۰.۹۰
۲۵	لرستان	لرستان	۷۸	۶۷	۷۸	۷۰	۱.۰۶
۲۶	مازندران	مازندران	۱۵۹	۱۴۹	۱۷۶	۱۵۳	۱.۲۱
		بابل	۲۹	۲۶	۲۹	۲۶	۱.۱۲
		کل	۱۸۸	۱۷۵	۲۰۵	۱۷۹	۲.۳۳
۲۷	مرکزی	اراک	۷۷	۷۴	۷۱	۷۱	۱.۱۴
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۹۷	۷۴	۹۶	۸۵	۱.۱۵
۲۹	همدان	همدان	۹۰	۸۸	۸۷	۸۶	۱.۱۷
۳۰	یزد	یزد	۳۸	۳۷	۴۱	۴۱	۲.۲۴
کل کشور			۲۶۶۸	۲۳۸۷	۲۵۴۴	۲۴۰۵	۱.۰۸

نمودار شمار ۱۳۶- نسبت تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی موجود به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۲۴۲- تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی موجود به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، نوع مرکز و نسبت مرکز به ازای ده هزار نفر جمعیت تحت پوشش برای سال های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵ را نشان می دهد نمودار شماره ۱۳۶ نسبت مرکز بهداشتی درمانی موجود روستایی به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. با توجه به نمودار فوق، دانشگاه علوم پزشکی گیلان (۰.۹)، زاهدان (۰.۸۸)، مشهد (۰.۸)، شیراز (۰.۸)، اهواز (۰.۷۹) و شهید بهشتی (۰.۵) دارای کمترین تعداد مرکز بهداشتی درمانی روستایی به ازای ده هزار نفر جمعیت تحت پوشش بوده اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. همچنین دانشگاه های علوم پزشکی سمنان (۳.۱۹)، کاشان (۲.۸۲)، یزد (۲.۲۴) و زابل (۲.۲) دارای بیشترین تعداد مرکز بهداشتی درمانی روستایی به ازای ده هزار نفر جمعیت تحت پوشش بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۲۴۳- مشخصات شاخص نسبت مرکز بهداشتی درمانی شهری موجود به جمعیت تحت پوشش

نام شاخص	نسبت مرکز بهداشتی درمانی شهری
تعریف شاخص	نسبت تعداد مرکز بهداشتی درمانی شهری موجود به ازای ۱۲ هزار نفر جمعیت تحت پوشش
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد مرکز بهداشتی درمانی شهری موجود}}{\text{جمعیت تحت پوشش}} \times ۱۲۰۰۰$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	اطلاعات تعداد مراکز بهداشتی درمانی و جمعیت تحت پوشش از سایت مرکز آمار ایران برای سال ۱۳۸۵ به دست آمده است.
دوره زمانی جمع آوری داده ها	اطلاعات نرم افزار ساختار شبکه و زیج حیاتی IHNS به صورت سالانه گزارش می شود و سرشماری هر ۱۰ سال یکبار انجام می شود.

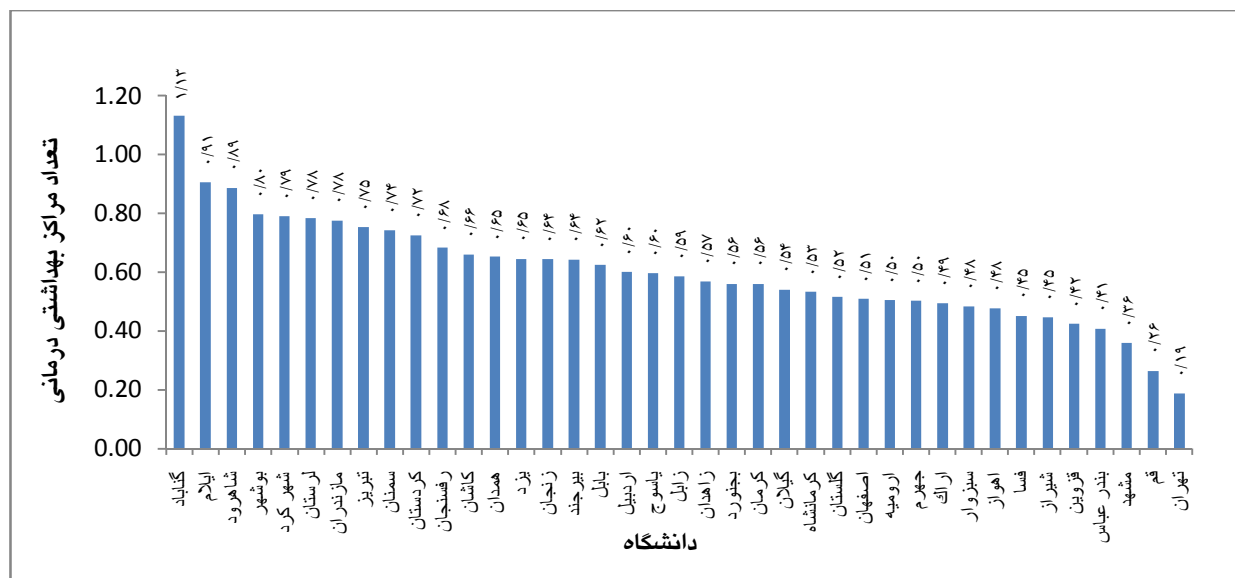
جدول شماره ۲۴۴- تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری پیش بینی شده (طبق طرح) و موجود به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی، و نسبت مرکز به ازای ۱۲ هزار نفر جمعیت تحت پوشش، سالهای ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	طبق طرح ۱۳۸۰	موجود ۱۳۸۰	طبق طرح ۱۳۸۵	موجود ۱۳۸۵	نسبت واحد به جمعیت
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۲۲۱	۱۸۲	۲۰۳	۱۸۱	۰.۷۵
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۸۱	۷۹	۸۷	۸۷	۰.۵۰
۳	اردبیل	اردبیل	۴۳	۴۳	۴۳	۴۳	۰.۶۰
۴	اصفهان	اصفهان	۲۴۱	۱۸۷	۱۸۲	۱۸۰	۰.۵۱
		کاشان	۲۰	۱۸	۱۸	۱۸	۰.۶۶
		کل	۲۶۱	۲۰۵	۲۰۰	۱۹۸	۰.۵۲
۵	ایلام	ایلام	۳۰	۳۰	۳۰	۳۰	۰.۹۱
۶	بوشهر	بوشهر	۴۹	۴۳	۴۷	۴۶	۰.۸۰
۷	تهران	تهران	۶۴	۵۶	۶۳	۵۶	۰.۱۹
		ایران	۱۲۴	۸۸	۱۲۸	۹۴	
		شهید بهشتی	۹۳	۸۱	۹۳	۸۰	
		کل	۲۸۱	۲۲۵	۲۸۴	۲۳۰	
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۳۹	۳۹	۳۵	۳۵	۰.۷۹
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۸	۸	۲۱	۲۱	۰.۶۴
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۱۲۹	۱۲۷	۱۳۰	۱۲۶	۰.۳۶
		سبزوار	۱۶	۱۴	۱۲	۱۲	۰.۴۸
		گناباد	۷	۷	۷	۷	۱.۱۳
		کل	۱۵۲	۱۴۸	۱۴۹	۱۴۵	۰.۳۸
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد			۲۲	۲۲	۰.۵۶
۱۲	خوزستان	اهواز	۱۵۷	۱۵۰	۱۴۰	۱۳۷	۰.۴۸
۱۳	زنجان	زنجان	۴۰	۳۴	۴۰	۳۶	۰.۶۴
۱۴	سمنان	سمنان	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۰.۷۴
		شاهرود	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۰.۸۹
		کل	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۰.۷۹
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۵۶	۴۱	۵۹	۵۹	۰.۵۷
		زابل	۹	۸	۹	۹	۰.۵۹
		کل	۶۵	۴۹	۶۸	۶۸	۰.۵۷

ادامه جدول شماره ۲۴۴

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	طبق طرح ۱۳۸۰	موجود ۱۳۸۰	طبق طرح ۱۳۸۵	موجود ۱۳۸۵	نسبت واحد به جمعیت
۱۶	فارس	شیراز	۱۴۵	۱۳۳	۱۱۴	۱۰۸	۰.۴۵
		جهرم	۱۱	۱۱	۶	۶	۰.۵۰
		فسا	۷	۷	۵	۵	۰.۴۵
		کل	۱۶۳	۱۵۱	۱۲۵	۱۱۹	۰.۴۵
۱۷	قزوین	قزوین	۳۱	۲۸	۳۴	۳۳	۰.۴۲
۱۸	قم	قم	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	۰.۲۶
۱۹	کردستان	کردستان	۵۴	۴۵	۷۳	۶۲	۰.۷۲
۲۰	کرمان	کرمان	۱۱۲	۹۹	۸۸	۷۷	۰.۵۶
		رفسنجان	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲	۰.۶۸
		کل	۱۲۴	۱۱۱	۱۰۰	۸۹	۰.۵۷
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۶۸	۶۷	۶۸	۶۷	۰.۵۳
۲۲	کهگیلویه و بویر احمد	یاسوج	۱۷	۱۷	۱۸	۱۸	۰.۶۰
۲۳	گلستان	گلستان	۵۳	۴۳	۴۱	۴۱	۰.۵۲
۲۴	گیلان	گیلان	۱۱۲	۹۶	۸۲	۷۰	۰.۵۴
۲۵	لرستان	لرستان	۷۰	۶۸	۷۰	۸۰	۰.۷۸
۲۶	مازندران	مازندران	۱۱۵	۱۰۳	۱۰۴	۱۰۲	۰.۷۸
		بابل	۱۵	۱۵	۱۶	۱۵	۰.۶۲
		کل	۱۳۰	۱۱۸	۱۲۰	۱۱۷	۰.۷۵
۲۷	مرکزی	اراک	۴۰	۴۰	۱۰۸	۴۶	۰.۴۹
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۳۵	۳۵	۲۷	۲۷	۰.۴۱
۲۹	همدان	همدان	۷۱	۶۷	۶۸	۶۴	۰.۶۵
۳۰	یزد	یزد	۴۶	۴۵	۵۲	۵۱	۰.۶۵
کل کشور			۲۵۰۲	۲۲۲۷	۰	۰	۰.۰۰

نمودار شماره ۱۳۷- نسبت تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری موجود به ازای ۱۲ هزار نفر جمعیت تحت پوشش به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۲۴۴ تعداد مراکز بهداشتی درمانی موجود شهری به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، نوع مرکز و نسبت مرکز به ازای ۱۲ هزار نفر جمعیت تحت پوشش برای سال های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۰ را نشان می دهد. نمودار شماره ۱۳۷ نسبت مرکز بهداشتی درمانی موجود شهری به ازای ۱۲ هزار نفر جمعیت تحت پوشش برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. با توجه به نمودار فوق دانشگاه های علوم پزشکی مشهد (۰/۳۶)، قم (۰/۲۶) و تهران (۰/۱۹) دارای کمترین تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری موجود به ازای ۱۲ هزار نفر جمعیت تحت پوشش بوده اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند. همچنین دانشگاه های علوم پزشکی گناباد (۱/۱۳)، ایلام (۰/۹۱)، شاهرود (۰/۸۹) و بوشهر (۰/۸۰) دارای بیشترین تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری به ازای ۱۲ هزار نفر جمعیت شهری بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند، با توجه به وجود بخش خصوصی در شهرهای بزرگ مثل تهران و مشهد و مشکلات تأمین فضای فیزیکی در مناطق شهری این قبیل شهرها، کمبود تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری در کلان شهرها قابل توجه می باشد و لازم است در خصوص توسعه شبکه بهداشتی و ارائه خدمات سلامت پایه در شهرهای بزرگ با استفاده از همه ظرفیت ها بخش عمومی و خصوصی برنامه ریزی های لازم انجام شود.

جدول شماره ۲۴۵- مشخصات شاخص تعداد پایگاه بهداشتی (ضمیمه و غیر ضمیمه) موجود شهری به جمعیت

نام شاخص	نسبت پایگاه بهداشتی شهری
تعریف شاخص	نسبت تعداد پایگاه بهداشتی شهری موجود به ازای ۴ هزار نفر جمعیت
نحوه محاسبه (فرمول)	$\frac{\text{تعداد پایگاه بهداشتی (ضمیمه و غیر ضمیمه) شهری موجود}}{\text{جمعیت تحت پوشش}} \times 4000$
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	اطلاعات تعداد پایگاه های بهداشتی از نرم افزار ساختار شبکه و زیج حیاتی IHNS مرکز توسعه شبکه و اطلاعات جمعیتی از سرشماری مرکز آمار در سال ۱۳۸۵ به دست آمده اند
دوره زمانی جمع آوری داده ها	اطلاعات نرم افزار ساختار شبکه و زیج حیاتی IHNS به صورت سالانه گزارش می شود و سرشماری هر ۱۰ سال یکبار انجام می شود.

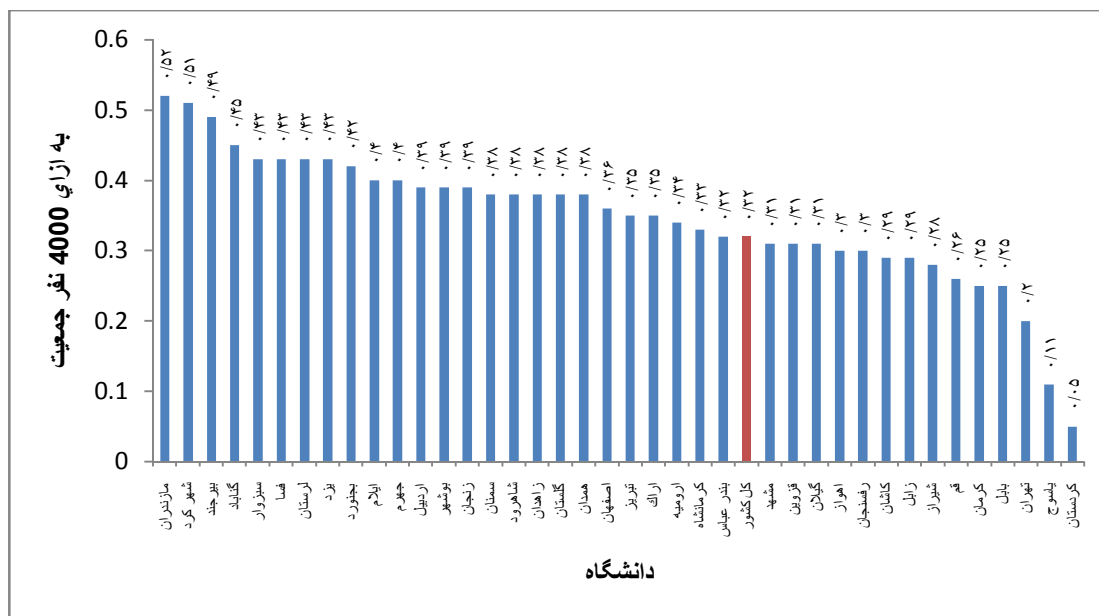
جدول شماره ۲۴۶- تعداد پایگاه های بهداشتی (ضمیمه و غیر ضمیمه) شهری پیش بینی شده (طبق طرح) و موجود به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی، و نسبت پایگاه به ازای ۴ هزار نفر جمعیت تحت پوشش، سالهای ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	پایگاه بهداشت کل (ضمیمه و غیر ضمیمه)			نسبت واحد به جمعیت
			موجود ۱۳۸۰	طبق طرح ۱۳۸۵	موجود ۱۳۸۵	
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۲۲۵	۲۹۴	۲۱۲	۰.۳۵
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱۲۵	۱۵۵	۱۴۶	۰.۳۴
۳	اردبیل	اردبیل	۵۹	۶۹	۶۹	۰.۳۹
۴	اصفهان	اصفهان	۲۳۹	۳۵۹	۳۱۳	۰.۳۶
		کاشان	۲۳	۳۷	۲۰	۰.۲۹
		کل	۵۷	۳۹۶	۳۳۳	۰.۳۵
۵	ایلام	ایلام	۳۳	۳۳	۳۳	۰.۴۰
۶	بوشهر	بوشهر	۵۴	۶۰	۵۷	۰.۳۹
۷	تهران	تهران	۱۰۵	۱۹۴	۱۷۵	-
		ایران	۲۱۴	۵۲۸	۲۰۱	-
		شهید بهشتی	۱۳۶	۳۷۵	۲۲۷	-
		کل	۴۵۵	۱۰۹۷	۶۰۳	۰.۲۰
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۵۲	۵۶	۵۶	۰.۵۱
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۱۹	۴۹	۴۰	۰.۴۹
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۲۲۶	۴۵۰	۲۶۹	۰.۳۱
		سبزوار	۱۵	۲۸	۲۷	۰.۴۳
		گناباد	۷	۷	۷	۰.۴۵
		کل	۲۴۸	۴۸۵	۳۰۳	۰.۳۲
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد		۴۳	۴۱	۰.۴۲
۱۲	خوزستان	اهواز	۲۱۱	۲۴۹	۲۱۶	۰.۳۰
۱۳	زنجان	زنجان	۴۸	۶۱	۵۴	۰.۳۹
۱۴	سمنان	سمنان	۲۵	۲۷	۲۷	۰.۳۸
		شاهرود	۱۴	۱۵	۱۵	۰.۳۸
		کل	۳۹	۴۲	۴۲	۰.۳۸
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۵۶	۱۰۷	۹۸	۰.۳۸
		زابل	۱۱	۱۲	۱۱	۰.۲۹
		کل	۶۷	۱۱۹	۱۰۹	۰.۳۷

ادامه جدول شماره ۲۴۶

نسبت واحد به جمعیت	پایگاه بهداشت کل (ضمیمه و غیرضمیمه)			دانشگاه (ها)	استان	ردیف
	موجود ۱۳۸۵	طبق طرح ۱۳۸۵	موجود ۱۳۸۰			
۰.۲۸	۱۶۹	۲۰۹	۱۸۸	شیراز	فارس	۱۶
۰.۴۰	۱۲	۱۴	۱۱	جهرم		
۰.۴۳	۱۲	۱۲	۹	فسا		
۰.۲۹	۱۹۳	۲۳۵	۲۰۸	کل		
۰.۳۱	۶۰	۷۲	۴۳	قزوین	قزوین	۱۷
۰.۲۶	۶۳	۸۶	۴۳	قم	قم	۱۸
۰.۰۵	۱۰	۷۲	۸۳	کردستان	کردستان	۱۹
۰.۲۵	۸۷	۱۶۴	۱۸۱	کرمان	کرمان	۲۰
۰.۳۰	۱۳	۱۳	۱۲	رفسنجان		
۰.۲۶	۱۰۰	۱۷۷	۱۹۳	کل		
۰.۳۳	۱۰۵	۱۱۵	۱۰۳	کرمانشاه	کرمانشاه	۲۱
۰.۱۱	۸	۲۶	۳۱	یاسوج	کهگیلویه و بویر احمد	۲۲
۰.۳۸	۷۵	۷۷	۴۵	گلستان	گلستان	۲۳
۰.۳۱	۱۰۰	۱۲۰	۱۰۷	گیلان	گیلان	۲۴
۰.۴۳	۱۱۰	۱۱۵	۸۵	لرستان	لرستان	۲۵
۰.۵۲	۱۷۰	۱۷۹	۱۳۶	مازندران	مازندران	۲۶
۰.۲۵	۱۵	۱۶	۱۵	بابل		
۰.۴۸	۱۸۵	۱۹۵	۱۵۱	کل		
۰.۳۵	۸۲	۱۴۹	۶۱	اراک	مرکزی	۲۷
۰.۳۲	۵۳	۵۶	۴۵	بندر عباس	هرمزگان	۲۸
۰.۳۸	۹۳	۹۸	۸۷	همدان	همدان	۲۹
۰.۴۳	۸۵	۹۴	۷۲	یزد	یزد	۳۰
۰.۳۲	۳۸۱۰	۴۹۲۶	۳۲۵۳	کل کشور		

نمودار شماره ۱۳۸- نسبت تعداد پایگاه های بهداشتی (ضمیمه و غیر ضمیمه) موجود به ازای ۴ هزار نفر جمعیت تحت پوشش به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی، سال ۱۳۸۵



جدول شماره ۲۴۶، تعداد پایگاه های بهداشتی (ضمیمه و غیر ضمیمه) شهری به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی، نوع مرکز و نسبت مرکز به ازای ۴ هزار نفر جمعیت تحت پوشش برای سالهای ۱۳۸۵ و ۱۳۸۰ را نشان می دهد. نمودار شماره ۱۳۸، نسبت تعداد پایگاه های بهداشتی (ضمیمه و غیر ضمیمه) موجود به ازای ۴ هزار نفر جمعیت تحت پوشش به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی برای سال ۱۳۸۵ را نشان می دهد. بر اساس نمودار فوق، دانشگاه های علوم پزشکی تهران (۰/۲)، یاسوج (۰/۱۱) و کردستان (۰/۰۵) دارای کمترین نسبت پایگاه بهداشتی موجود به ازای ۴ هزار نفر جمعیت بوده اند و در پایین ترین دهک قرار می گیرند و دانشگاه های علوم پزشکی مازندران (۰/۵۲)، شهر کرد (۰/۵۱)، بیرجند (۰/۴۹) و گناباد (۰/۴۳) دارای بیشترین نسبت پایگاه بهداشتی موجود به ازای ۴ هزار نفر جمعیت بوده اند و در بالاترین دهک قرار می گیرند.

جدول شماره ۲۴۷- مشخصات شاخص تعداد تسهیلات زایمانی

نام شاخص	تعداد تسهیلات زایمانی
نحوه محاسبه (فرمول)	فراوانی تعداد تسهیلات زایمانی در یک منطقه (دانشگاه یا استان)
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	اطلاعات تعداد تسهیلات زایمانی از بانک اطلاعاتی شبکه IHNS مرکز توسعه شبکه به دست آمده اند
دوره زمانی جمع آوری داده ها	اطلاعات نرم افزار ساختار شبکه و زیج حیاتی IHNS به صورت سالانه گزارش می شود و سرشماری هر ۱۰ سال یکبار انجام می شود.

جدول شماره ۲۴۸- تعداد تسهیلات زایمانی به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی، نوع مرکز سالهای ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	تسهیلات زایمانی فعال ۱۳۸۰	شهری ۱۳۸۵	روستایی ۱۳۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۲۳	۲۱	۳
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱۷	۸	۵
۳	اردبیل	اردبیل	۹	۹	۰
۴	اصفهان	اصفهان	۸	۲	۵
		کاشان	۴	۲	۱
		کل	۱۲	۴	۶
۵	ایلام	ایلام	۷	۳	۲
۶	بوشهر	بوشهر	۱۰	۹	۲
۷	تهران	تهران	۳	۲	۱
		ایران	۵	۱	۰
		شهید بهشتی	۳	۱	۲
		کل	۱۱	۴	۳
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۱۱	۶	۲
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۹	۶	۲
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۱۱	۱۴	۴
		سبزوار	۰	۱	۰
		گناباد	۱	۱	۰
		کل	۱۲	۱۶	۴
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد		۵	۳
۱۲	خوزستان	اهواز	۲۲	۱۱	۸
۱۳	زنجان	زنجان	۱۵	۴	۸
۱۴	سمنان	سمنان	۰	۰	۰
		شاهرود	۳	۱	۲
		کل	۳	۱	۲
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۱۴	۱۵	۶
		زابل	۰	۰	۷
		کل	۱۴	۱۵	۱۳

ادامه جدول شماره ۲۴۸

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	تسهیلات زایمانی فعال ۱۳۸۰	شهری ۱۳۸۵	روستایی ۱۳۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۲۹	۲۳	۱۰
		جهرم	۳	۰	۲
		فسا	۲	۲	۰
		کل	۳۴	۲۵	۱۲
۱۷	قزوین	قزوین	۱۰	۸	۳
۱۸	قم	قم	۰	۰	۰
۱۹	کردستان	کردستان	۱۱	۵	۵
۲۰	کرمان	کرمان	۱۳	۱۰	۲
		رفسنجان	۲	۱	۱
		کل	۱۵	۱۱	۳
۲۱	کرمانشاه	کرمانشاه	۱۳	۱۰	۲
۲۲	کهگیلویه و بویراحمد	یاسوج	۶	۵	۵
۲۳	گلستان	گلستان	۸	۸	۲
۲۴	گیلان	گیلان	۱۳	۶	۲
۲۵	لرستان	لرستان	۱۱	۵	۲
۲۶	مازندران	مازندران	۱۴	۹	۳
		بابل	۲	۰	۲
		کل	۱۶	۹	۵
۲۷	مرکزی	اراک	۸	۹	۴
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۱۸	۹	۱۶
۲۹	همدان	همدان	۱۴	۱۰	۲
۳۰	یزد	یزد	۷	۶	۲
کل کشور			۳۵۹	۲۴۸	۱۲۸

جدول شماره ۲۴۸ تعداد مراکز تسهیلات زایمانی به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی و نوع مرکز بر اساس اطلاعات مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت برای سالهای ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵ را نشان می دهد. در ابتدای شکل گیری نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور یکی از برنامه ها و راهکارهای اجرایی شده برای کاهش میزان مرگ و میر مادران ایجاد و راه اندازی مراکز تسهیلات زایمانی به ازای هر ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش بخصوص جمعیت روستایی بود. این واحدها بر اساس طرح های گسترش شبکه در محلی در مسیر چند مرکز بهداشتی درمانی با تجهیزات و نیروی انسانی مورد نیاز خدماتی از جمله مراقبت مادران و انجام زایمان های ایمن را به مردم ارائه می نمودند و عرضه این خدمات تأثیر مطلوبی در ارتقاء مراقبت مادران و در نتیجه کاهش مرگ و میر آنها داشته ولی با گذشت زمان و تغییر شرایط بهداشتی اجتماعی کشور و راه اندازی های خارج از ضوابط این واحدها باعث شد که کارایی و اثر بخشی این قبیل واحدها زیر سوال برود. بر همین اساس تصمیم گرفته شد که برخی از واحدها از طرح های گسترش شبکه بهداشت و درمان شهرستان ها حذف شود و همچنین واحد جدید نیز در کشور راه اندازی نشود.

جدول شماره ۲۴۹- مشخصات تعداد مرکز بهداشت شهرستان

نام شاخص	تعداد مرکز بهداشت شهرستان
نحوه محاسبه (فرمول)	تعداد مرکز بهداشت شهرستان فعال در یک دانشگاه یا استان
ذکر دقیق منبع جمع آوری اطلاعات	بانک اطلاعات شبکه IHNS مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت
دوره زمانی جمع آوری داده ها	سالانه

جدول شماره ۲۵۰- تعداد مرکز بهداشت شهرستان به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی، بر اساس اطلاعات مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت، سالهای ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	مرکز بهداشت شهرستان ۱۳۸۰	مرکز بهداشت شهرستان ۱۳۸۵
۱	آذربایجان شرقی	تبریز	۲۰	۲۰
۲	آذربایجان غربی	ارومیه	۱۴	۱۴
۳	اردبیل	اردبیل	۹	۹
۴	اصفهان	اصفهان	۱۹	۲۰
		کاشان	۱	۲
		کل	۲۰	۲۲
۵	ایلام	ایلام	۷	۷
۶	بوشهر	بوشهر	۸	۹
۷	تهران	تهران	۳	۳
		ایران	۵	۶
		شهید بهشتی	۷	۷
		کل	۱۵	۱۶
۸	چهارمحال و بختیاری	شهر کرد	۵	۶
۹	خراسان جنوبی	بیرجند	۲	۶
۱۰	خراسان رضوی	مشهد	۲۱	۲۱
		سبزوار	۱	۱
		گناباد	۱	۱
		کل	۲۳	۲۳
۱۱	خراسان شمالی	بجنورد		۶
۱۲	خوزستان	اهواز	۱۷	۲۰
۱۳	زنجان	زنجان	۷	۷
۱۴	سمنان	سمنان	۳	۳
		شاهرود	۱	۱
		کل	۴	۴
۱۵	سیستان و بلوچستان	زاهدان	۶	۷
		زابل	۱	۱
		کل	۷	۸

ادامه جدول شماره ۲۵۰

ردیف	استان	دانشگاه (ها)	مرکز بهداشت شهرستان ۱۳۸۰	مرکز بهداشت شهرستان ۱۳۸۵
۱۶	فارس	شیراز	۱۶	۲۱
		جهرم	۱	۱
		فسا	۱	۱
		کل	۱۸	۲۳
۱۷	قزوین	قزوین	۳	۴
۱۸	قم	قم	۱	۱
۱۹	کردستان	کردستان	۸	۹
۲۰	کرمان	کرمان	۱۰	۱۵
		رفسنجان	۱	۱
		کل	۱۱	۱۶
		کرمانشاه	۱۱	۱۴
۲۲	کهگیلویه و بویراحمد	یاسوج	۳	۴
۲۳	گلستان	گلستان	۹	۱۱
۲۴	گیلان	گیلان	۱۶	۱۶
۲۵	لرستان	لرستان	۹	۹
۲۶	مازندران	مازندران	۱۴	۱۴
		بابل	۱	۱
		کل		۱۵
		اراک	۸	۱۰
۲۸	هرمزگان	بندر عباس	۸	۹
۲۹	همدان	همدان	۸	۸
۳۰	یزد	یزد	۹	۱۰
کل کشور			۲۹۵	۳۳۶

جدول شماره ۲۵۰ تعداد مرکز بهداشت شهرستان به تفکیک دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس اطلاعات مرکز توسعه و ارتقاء سلامت برای سالهای ۱۳۸۰ و ۱۳۸۵ را نشان می دهد. در طراحی شبکه بهداشتی درمانی کشور، مرکز بهداشت شهرستان به عنوان اولین سطح مستقل و مدیریت در نظام شبکه می باشد که علاوه بر پشتیبانی های فنی در زمینه خدمات بهداشتی، کلیه امور مدیریتی واحدهای بهداشتی آن شهرستان را به عهده دارد. بنابراین در نظام سلامت کشور مرکز بهداشت شهرستان جایگاه ویژه ای دارد که با تفویض اختیارات مدیریتی و اجرای سیاست عدم تمرکز می توانند در اجرای مطلوب برنامه های سلامت منطقه تحت پوشش خود تأثیر زیادی داشته باشند. با توجه به جدول شماره ۶۲، تعداد مراکز بهداشت شهرستان از ۲۹۵ واحد در سال ۱۳۸۰ به ۳۳۶ واحد افزایش یافته است. این افزایش ناشی از تقسیمات جدید کشوری است که هر ساله تعدادی شهرستان جدید تشکیل می شوند. بنابراین پیش بینی های منابع مورد نیاز برای ایجاد و راه اندازی مراکز بهداشت شهرستان جدید در برنامه های هر ساله وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی یکی از ضروریات است که باید به آن توجه شود. معمولاً مراکز بهداشت شهرستان های جدید بیشتر در مناطق محروم هستند که دارای مشکلاتی در خصوص تامین منابع بخصوص منابع انسانی در این قبیل شهرستان ها وجود دارد و در تخصیص منابع مالی و نیروی انسانی باید مورد توجه خاص قرار گیرند تا مرکز بهداشت استاندارد ایجاد و راه اندازی شود.