

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



مرکز تحقیق و توسعه خدمات بهداشتی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی، درمانی تهران

چکیدهٔ تحلیل سالنامه‌های آماری دانشگاه علوم پزشکی تهران

مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه

خرداد ۱۴۰۰

فهرست عناوین

آموزش.....	۱۱
پژوهش.....	۲۳
دانشجویی.....	۳۱
فرهنگی.....	۳۹
بهداشت.....	۴۵
درمان.....	۶۷
غذا و دارو.....	۷۵
بین الملل.....	۸۷

فهرست جداول و نمودارها

- جدول ۱-۱. تعداد اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۷ ۱۳
- جدول ۱-۲. تعداد اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۷ به تفکیک دانشکده..... ۱۳
- جدول ۱-۳. تعداد دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ ۱۴
- جدول ۱-۴. تعداد دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ به تفکیک دانشکده..... ۱۴
- جدول ۱-۵. تعداد دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ به تفکیک مقاطع تحصیلی..... ۱۵
- جدول ۱-۶. نسبت تعداد دانشجویان در حال تحصیل در دانشگاه به تعداد اعضای هیئت علمی دانشگاه در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷..... ۱۶
- جدول ۱-۷. نسبت تعداد دانشجویان در حال تحصیل در دانشگاه به تعداد اعضای هیئت علمی دانشگاه در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ به تفکیک دانشکده‌ها..... ۱۷
- جدول ۱-۸. نسبت تعداد دانشجویان در حال تحصیل در دانشگاه به تعداد اعضای هیئت علمی دانشگاه در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ به تفکیک مقاطع تحصیلی دانشجویان..... ۱۷
- جدول ۱-۹. نسبت تعداد دانشجویان در مقطع تحصیلات تکمیلی در دانشگاه به تعداد اعضای هیئت علمی دانشگاه در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ به تفکیک دانشکده..... ۱۷
- نمودار ۱-۱. روند ۵ ساله (۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷) نسبت تعداد کل دانشجویان به استادان به تفکیک دانشکده.. ۱۸
- نمودار ۱-۲. روند ۵ ساله (۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷) تعداد دانشجویان مقاطع تحصیلات تکمیلی به استادان به تفکیک دانشکده..... ۱۸
- جدول ۱-۱۰. برخی شاخص‌های مطلوب برنامه ششم توسعه تا ۱۴۰۰- ماده ۶۶..... ۱۹
- جدول ۲-۱. فهرست شاخص‌های منتخب مندرج در بخش معاونت پژوهشی سالنامه‌های آماری دانشگاه.. ۲۴
- جدول ۲-۲. روند شاخص‌های منتخب مندرج در بخش معاونت پژوهش سالنامه‌های آماری دانشگاه در سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۸..... ۲۷
- جدول ۳-۱. تأثیر اقدامات دانشگاه بر مؤلفه‌های فرهنگی. از نگاه دانشجویان..... ۳۲
- جدول ۴-۱. تأثیر اقدامات دانشگاه بر مؤلفه‌های فرهنگی. از نگاه کارکنان و هیئت علمی دانشگاه..... ۴۰
- جدول ۵-۱. فهرست شاخص‌های منتخب مندرج در بخش معاونت بهداشت سالنامه‌های آماری دانشگاه. ۴۶
- جدول ۵-۲. جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران به تفکیک منطقه..... ۵۰
- جدول ۵-۳. شاخص درصد تحقق شبکه..... ۵۱
- جدول ۵-۴. درصد پوشش برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی (روستاها و شهرهای زیر بیست هزار نفر) به ازای چهار هزار نفر جمعیت..... ۵۱

- جدول ۵-۵. تعداد مرگ‌ومیر زیر ۷۰ سال به تفکیک علل شایع در هر دو جنس در کلان‌شهر تهران، ری و اسلامشهر ۵۱
- جدول ۵-۶. میزان مرگ‌ومیر زودرس هر دو جنس به تفکیک علل شایع در صد هزار نفر جمعیت در کلان‌شهر تهران، ری و اسلامشهر ۵۲
- جدول ۵-۷. میزان مرگ‌میر زودرس به تفکیک علل در صد هزار نفر جمعیت در زنان و مردان در کلان‌شهر تهران، ری و اسلامشهر ۵۳
- جدول ۵-۸. درصد بروز دیابت در جمعیت غربالگری شده ۵۵
- جدول ۵-۹. پوشش مراقبت دیابت توسط پزشک ۵۵
- جدول ۵-۱۰. پوشش مراقبت فشارخون توسط پزشک ۵۶
- جدول ۵-۱۱. غربالگری به‌هنگام از پاشنه پای نوزادان در خصوص بیماری‌های فنیل‌کتونوری، هیپوتیروئیدی و کمپود G6PD ۵۶
- جدول ۵-۱۲. شاخص‌های مراقبت ژنتیک بتا تالاسمی ماژور ۵۷
- جدول ۵-۱۳. میزان گزارش‌دهی موارد فلج شل حاد ۵۷
- جدول ۵-۱۴. میزان گزارش‌دهی موارد مشکوک به سرخک و سرخچه ۵۸
- جدول ۵-۱۵. میزان بروز سل ریوی اسمیر مثبت ۵۸
- جدول ۵-۱۶. تعداد مرگ مادران به علت عوارض بارداری و زایمان تا ۴۲ روز پس از زایمان طی یک سال ۵۹
- جدول ۵-۱۷. تعداد مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه ۵۹
- جدول ۵-۱۸. میزان مرگ‌ومیر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه ۶۰
- جدول ۵-۱۹. پوشش واکسیناسیون پنتاوالان نوبت سوم ۶۰
- جدول ۵-۲۰. تعداد فراگیران کارگاه‌های آموزش مهارت‌های زندگی ۶۱
- جدول ۵-۲۱. تعداد فراگیران کارگاه‌های آموزش فرزندپروری ۶۱
- جدول ۵-۲۲. تعداد غربالگری اولیه سلامت اجتماعی و تعداد غربالگری مثبت ۶۲
- جدول ۵-۲۳. درصد غربالگری تکمیلی در افرادی با نتایج مثبت غربالگری اولیه ۶۲
- جدول ۵-۲۴. تعداد سرنگ و سرسوزن استریل توزیع شده در مراکز DIC تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران ۶۳
- جدول ۵-۲۵. درصد نمونه‌های میکروبی نامطلوب آب آشامیدنی روستایی ۶۳
- جدول ۵-۲۶. درصد نمونه‌های میکروبی نامطلوب آب آشامیدنی شهری ۶۳
- جدول ۵-۲۷. درصد مراکز تهیه و توزیع غذای روستایی فاقد معیار بهداشتی و بهسازی ۶۴
- جدول ۵-۲۸. درصد مراکز تهیه و توزیع غذای شهری فاقد معیار بهداشتی و بهسازی ۶۴
- جدول ۵-۲۹. عملکرد ساعت خدمت دندانپزشکان ۶۵
- جدول ۶-۱. فهرست شاخص‌های منتخب مندرج در بخش معاونت درمان سالنامه‌های آماری دانشگاه ۶۸

جدول ۲-۶. روند شاخص‌های منتخب مندرج در بخش معاونت درمان سالنامه‌های آماری دانشگاه در سال‌های ۹۸-۱۳۸۹.....	۷۱
نمودار ۱-۶. عملکرد بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۸ براساس سه شاخص کارایی در نمودار پابن لاسو.....	۷۲
جدول ۱-۷. فهرست شاخص‌های منتخب مندرج در بخش معاونت غذا و داروی سالنامه‌های آماری دانشگاه.....	۷۶
جدول ۲-۷. روند شاخص‌های منتخب مندرج در بخش معاونت غذا و دارو سالنامه‌های آماری دانشگاه در سال‌های ۹۵ تا ۱۳۹۷.....	۷۸
نمودار ۱-۷. مقایسه هزینه دارو و تجهیزات به ازای تخت فعال.....	۸۰
نمودار ۲-۷. هزینه تجهیزات مصرفی به ازای تخت فعال به تفکیک بیمارستان (میلیون تومان).....	۸۰
جدول ۳-۷. میزان مصرف و هزینه مصرف آنتی‌بیوتیک‌های مهم در دانشگاه در یک سال.....	۸۱
جدول ۴-۷. دسترسی به داروخانه‌ها در جمعیت تحت پوشش دانشگاه.....	۸۲
جدول ۵-۷. تعداد داروخانه‌ها و عطاری‌ها در مناطق تحت پوشش دانشگاه و سرانه بازرسی از آن‌ها در سال.....	۸۳
نمودار ۳-۷. روند ۳ ساله تعداد بازدید و تعداد اقلام قاچاق مکشوفه در مناطق تحت پوشش دانشگاه.....	۸۴
جدول ۱-۸. شاخص‌های منتخب حوزه بین‌الملل که مورد تحلیل قرار گرفتند.....	۸۸
جدول ۲-۸. تعداد دانشجویان غیرایرانی دانشگاه به تفکیک پذیرش از معاونت بین‌الملل دانشگاه و معرفی شده از وزارت بهداشت، شاخص نسبت دانشجویان غیرایرانی به کل دانشجویان دانشگاه و نرخ رشد سالیانه تعداد دانشجویان غیرایرانی دانشگاه طی سال‌های ۹۲ تا ۹۹.....	۹۰
نمودار ۱-۸. روند تعداد دانشجویان غیرایرانی مشغول به تحصیل در دانشگاه طی سال‌های ۹۲ تا ۹۹.....	۹۰
نمودار ۲-۸. روند نسبت دانشجویان غیرایرانی مشغول به تحصیل به کل دانشجویان دانشگاه طی سال‌های ۹۲ تا ۹۹ (درصد).....	۹۱
نمودار ۳-۸. روند تعداد دانشجویان غیرایرانی مشغول به تحصیل در دانشگاه حسب جنسیت طی سال‌های ۹۲ تا ۹۹.....	۹۱
جدول ۳-۸. تعداد دانشجویان غیرایرانی دانشگاه به تفکیک مقاطع پایه و تکمیلی و نرخ رشد سالیانه طی سال‌های ۹۲ تا ۹۹.....	۹۲
نمودار ۴-۸. روند تعداد دانشجویان غیرایرانی مشغول به تحصیل دانشگاه در مقطع دکترای عمومی طی سال‌های ۹۲ تا ۹۹.....	۹۲
نمودار ۵-۸. روند تعداد دانشجویان غیرایرانی مشغول به تحصیل در دانشگاه به تفکیک مقاطع تحصیلات تکمیلی طی سال‌های ۹۲ تا ۹۹.....	۹۲
جدول ۴-۸. تعداد دانشجویان شهریه‌پرداز ایرانی دانشگاه و نرخ رشد سالیانه طی سال‌های ۹۲ تا ۹۸.....	۹۳
جدول ۵-۸. تعداد ثبت‌نام دانشجویان غیرایرانی در دوره‌های بلندمدت پردیس بین‌الملل حسب ملیت.....	۹۳

جدول ۶-۸. تعداد حضور اعضای هیئت علمی در دوره‌های فرصت مطالعاتی خارج از کشور طی سال‌های ۹۵ تا ۹۹	۹۴
جدول ۷-۸. تعداد حضور اعضای هیئت علمی و دانشجویان در همایش‌های خارج از کشور حسب محل اعزام طی سال‌های ۹۲ تا ۹۹	۹۴
جدول ۸-۸. تعداد مأموریت آموزشی خارج از کشور طی سال‌های ۹۱ تا ۹۹	۹۵

دانشگاه‌ها همانند هر سازمان دیگری نیازمند داشتن آمار و اطلاعات دقیق، به‌هنگام و کافی برای مدیریت علمی می‌باشند. بنابراین جمع‌آوری و ذخیره داده‌هایی که به دانشگاه‌ها در رسیدن به هدف مورد نظرشان کمک می‌کند، ضروری است و به همین دلیل سالها است که در دانشگاه علوم پزشکی تهران آمار و اطلاعات ضروری واحدهای مختلف در قالب سالنامه آماری تهیه و منتشر می‌شود. اطلاعات به دست آمده از تحلیل این داده‌های اولیه به مدیران دانشگاه در سطوح مختلف برای برنامه‌ریزی، هدایت و کنترل فعالیت‌هایی که مسئولیت آنها را بر عهده دارند، کمک می‌کند. بدین منظور تحلیل اطلاعات و آمار منتشرشده در سالنامه‌های آماری سال‌های مختلف دانشگاه جهت استفاده مدیران ارشد و به سفارش ریاست محترم دانشگاه انجام شد. مرکز تحقیق و توسعه دانشگاه در سال ۱۳۹۸ موظف شد تا این تحلیل را با مشارکت و حمایت معاونت‌های ذی‌ربط و نیز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه به انجام رساند. نظر به گستردگی محتوا، امکان بررسی و تحلیل دقیق تمامی داده‌ها و اطلاعات در یک مرحله میسر نبود. بنابراین با مشارکت واحدهای ذی‌ربط، آمار و شاخص‌های کلیدی‌تر که قابلیت دسترسی، قابلیت اعتماد و کاربرد بیشتری دارند، شناسایی شدند تا مبنای تحلیل قرار گیرند. گردآوری اطلاعات مورد نیاز برای محاسبه شاخص‌ها و تحلیل روند آن‌ها از منابع مورد اطمینان که اغلب سالنامه آماری دوره‌های مختلف و نیز منابع معرفی‌شده توسط کارشناسان خبره واحدهای مختلف بود، انجام گردید. بعد از محاسبه شاخص‌های کلیدی و تهیه گزارش اولیه با همفکری و مشارکت کارشناسان و مدیران مربوطه، پیام‌های کلیدی استخراج شده و در نهایت برای هیئت رئیسه دانشگاه ارائه گردیدند. در برخی از واحدهای دانشگاه شامل حوزه فرهنگی و اجتماعی، بخش‌هایی از حوزه آموزش و نیز دانشجویی بنابر شرایط موجود زیرساخت اطلاعاتی و عدم دسترسی به مقادیر شاخص‌های کلیدی مورد نظر مدیران مربوطه، گردآوری آمار و اطلاعات در قالب پژوهش‌های HSR انجام و سپس تحلیل‌ها انجام شد. مستند پیش‌رو شامل گزارش چکیده تحلیل شاخص‌های کلیدی حوزه‌های آموزش، پژوهش، دانشجویی، فرهنگی، بهداشت، درمان، غذا و دارو و بین‌الملل می‌باشد. گزارش کامل پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه‌های فرهنگی و اجتماعی، آموزش و دانشجویی در سایت مرکز به نشانی urdc.tums.ac.ir در دسترس می‌باشد.

آموزش

عنوان

تحلیل شاخص‌های منتخب مندرج در
بخش معاونت آموزشی سالنامه‌های
آماري دانشگاه علوم پزشکی تهران
در دوره زمانی ده ساله (۱۳۸۸ تا
۱۳۹۷)

روش کار

مطالعات متعدد نسبت دانشجویان-استاد را از شاخص‌های کلیدی آموزش عالی معرفی کرده‌اند که در رتبه‌بندی‌های دانشگاه‌های سراسر جهان مورد استفاده قرار می‌گیرد. نسبت دانشجویان به استاد از طریق تقسیم تعداد کل دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه به کل اعضای هیئت علمی دانشگاه، محاسبه می‌شود. یونسکو نیز این معیار را به عنوان شاخصی برای ارزیابی علمی به کار می‌برد. با توجه به اهمیت شاخص نسبت دانشجویان به استاد در پیش‌بینی، ارزیابی و رتبه‌بندی عملکرد دانشگاه در زمینه رسالت بنیادین آن در ابعاد آموزش و پژوهش، تحلیل این شاخص باهدف تبیین وضعیت (کنونی و روند رو به رشد یا نزول) دانشگاه از طریق تحلیل گذشته‌نگر محتوای سالنامه‌های آماری بنا به سفارش ریاست محترم دانشگاه انجام گرفت تا به این نحو، اطلاعات لازم را برای تصمیم‌سازی و برنامه‌ریزی توسط مدیران ارشد این حوزه فراهم آورد.

در ابتدا داده‌های مرتبط شامل تعداد اعضای هیئت علمی و تعداد دانشجویان به تفکیک دانشکده‌ها و مقاطع تحصیلی از سالنامه‌های آماری دانشگاه استخراج شدند. حسب نیاز از حوزه معاونت آموزشی دانشگاه، داده‌های تکمیلی دریافت شد. داده‌ها شامل تمام دانشجویان در مقاطع مختلف تحصیلی پایه و تکمیلی شامل کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکتری عمومی (پزشکی، دندان‌پزشکی و داروسازی)، پژوهشی، تخصصی و دوره‌های فوق تخصص فلوشیپ به تفکیک دانشکده‌ها و تمام اعضای هیئت علمی در رتبه‌های استادیار، دانشیار و استادی به تفکیک دانشکده‌ها بود. شاخص مدنظر با استفاده از آماره‌های توصیفی نظیر نرخ رشد سالانه و ۵ تا ۱۰ سال اخیر و به تفکیک دانشکده‌ها محاسبه شد. همچنین حسب امکان نتایج با میزان قابل قبول (اسناد بالادستی) مقایسه شدند. گزارش یافته‌ها طی پنج جلسه بحث گروهی موردبازنگری و تفسیر قرار گرفت. درنهایت، نتایج نهایی در یک جلسه در هیئت‌رئیس دانشگاه خدمت رئیس محترم دانشگاه و مشاورین و معاونان اصلی ایشان انعکاس داده شد.

یافته‌ها

تعداد اعضای هیئت علمی دانشگاه

تعداد کل اعضای هیئت علمی دانشگاه طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۷ و به تفکیک دانشکده‌ها و محاسبه نرخ رشد سالیانه، ۱۰ ساله و ۵ ساله اخیر در جداول شماره ۱ و ۲ قابل مشاهده است.

جدول ۱-۱. تعداد اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۷

نرخ رشد ۵ ساله اخیر (درصد)	نرخ رشد ۱۰ ساله (درصد)	۱۳۹۷	۱۳۹۶	۱۳۹۵	۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	
۸.۸	۳۷.۴	۱۷۹۸	۱۸۰۲	۱۶۸۹	۱۶۶۳	۱۶۵۳	۱۵۵۶	۱۴۶۹	۱۳۸۴	۱۳۳۸	۱۳۰۹	تعداد کل
		-۲	۶.۷	۱.۶	۶	۶.۲	۵.۹	۶.۱	۳.۴	۲.۲		نرخ رشد سالیانه (درصد)

جدول ۱-۲. تعداد اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۷ به تفکیک دانشکده

نرخ رشد ۱۰ ساله (درصد)	متوسط نرخ رشد سالیانه (درصد)	سال ۱۳۹۷	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۴	سال ۱۳۹۳	سال ۱۳۹۲	سال ۱۳۹۱	سال ۱۳۹۰	سال ۱۳۸۹	سال ۱۳۸۸	تعداد هیئت علمی
۳۱	۳	۱۰۵۹	۱۰۶۵	۱۰۱۹	۱۰۲۴	۱۰۲۴	۹۶۲	۹۱۴	۸۷۳	۸۴۰	۸۱۰	دانشکده پزشکی
۱.۴-۱۳		۱۱۵	۱۱۸	۱۱۶	۱۱۵	۱۲۴	۱۲۵	۱۱۸	۱۲۹	۱۳۰	۱۳۲	دانشکده بهداشت
	۵.۳	۲۰	۲۰	۲۰	۲۱	۱۸	۱۸	۱۵				دانشکده تغذیه
۲۴	۲.۵	۵۷	۶۰	۵۳	۵۲	۴۹	۴۶	۴۸	۴۶	۴۶	۴۶	دانشکده پرستاری و مامایی
۳.۶	-۰.۷	۲۹	۳۵	۳۵	۳۵	۳۳	۳۳	۳۲	۳۳	۲۹	۲۸	دانشکده پیراپزشکی
۳	-۰.۷	۳۶	۳۷	۳۱	۳۳	۳۲	۳۱	۳۱	۳۷	۳۷	۳۵	دانشکده توان بخشی
۱۵	۱.۶	۷۷	۷۸	۷۵	۷۵	۷۹	۷۶	۷۰	۶۹	۶۸	۶۷	دانشکده داروسازی
۴۶	۴.۵	۱۵۹	۱۶۲	۱۵۵	۱۵۵	۱۵۲	۱۴۷	۱۳۹	۱۱۲	۱۱۰	۱۰۹	دانشکده دندانپزشکی
۵۲۵	۳۲	۲۵	۲۷	۲۵	۲۳	۲۳	۲۰	۲۱	۱۷	۶	۴	دانشکده فناوری نوین
	۷۳	۱۵	۱۵	۱۵	۱۴	۱۴	۹	۲	۱			دانشکده طب ایرانی
	۳۰	۹	۸	۵	۴	۳	۲	۲				دانشکده مجازی
		۱۷۹۸	۱۸۰۲	۱۶۸۹	۱۶۶۳	۱۶۵۳	۱۵۵۶	۱۴۶۹	۱۳۸۴	۱۳۳۸	۱۳۰۹	مجموع

شایان ذکر است که آمار اعضای هیئت علمی حوزه بین الملل دانشگاه، بر اساس داده‌های ثبتی اداره آمار دانشگاه به مجموع اعضای هیئت علمی دانشکده‌های مرتبط اضافه شد. مطابق جدول ۱، نرخ رشد ۱۰ ساله و ۵ ساله اخیر تعداد هیئت علمی دانشگاه مثبت و به ترتیب ۳۷.۴ درصد و ۸.۸ درصد بوده است. متوسط نرخ رشد سالیانه تعداد هیئت علمی دانشگاه طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۷ نیز مثبت و معادل ۳.۶ درصد بوده است هرچند نرخ رشد سالانه در سال ۱۳۹۷ منفی بود و در سال‌های تغییر مدیریت، نرخ رشد سالانه بالاتر بود. همچنین بر اساس جدول ۲، متوسط نرخ رشد سالانه تعداد هیئت علمی دانشگاه برای همه دانشکده‌ها مثبت بوده به جز دانشکده بهداشت که البته در سال ۹۱، به دلیل تشکیل دانشکده تغذیه، اعضای هیئت علمی گروه تغذیه از دانشکده بهداشت جدا شده و تا حدی روی منفی بودن متوسط نرخ رشد سالیانه دانشکده بهداشت، تأثیرگذار بوده است. مطابق با جدول شماره ۲، کمترین متوسط نرخ رشد سالیانه تعداد هیئت علمی بعد از دانشکده بهداشت در دانشکده پیراپزشکی و توان بخشی بود که متوسط نرخ رشد سالانه زیر ۱ درصد بود.

تعداد دانشجویان دانشگاه

تعداد کل دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه طی سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ و به تفکیک دانشکده‌ها و مقاطع تحصیلی و محاسبه نرخ رشد سالیانه و ۵ ساله در جداول شماره ۳ تا ۵ قابل مشاهده است.

جدول ۳-۱. تعداد دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷

دانشجویان	سال ۱۳۹۳	سال ۱۳۹۴	سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۷	نرخ رشد ۵ ساله (درصد)
تعداد کل	۱۳۱۲۹	۱۲۴۶۶	۱۲۰۰۲	۱۲۲۸۲	۱۱۷۴۸	-۱۱
نرخ رشد سالیانه (درصد)	-۹	-۵.۰	-۳.۷	۲.۳	-۴.۳	

قابل ذکر است که سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۲ ادغام دو دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران رخ داده بود و تنها تعداد اعضای هیئت علمی دانشگاه قابل تفکیک بود.

جدول ۴-۱. تعداد دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ به تفکیک دانشکده

تعداد دانشجویان	سال ۱۳۹۳	سال ۱۳۹۴	سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۷	متوسط نرخ رشد سالیانه (درصد)	نرخ رشد ۵ ساله (درصد)
دانشکده بهداشت	۱۸۱۸	۱۵۲۸	۱۳۹۲	۱۱۷۱	۱۰۲۵	-۱۳.۳	-۴۴

تعداد دانشجویان	سال ۱۳۹۳	سال ۱۳۹۴	سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۷	متوسط نرخ رشد سالیانه (درصد)	نرخ رشد ۵ ساله (درصد)
دانشکده پرستاری و مامایی	۹۷۲	۸۷۸	۸۰۱	۹۹۸	۱۱۵۱	۵.۴	۱۸
دانشکده پزشکی	۵۲۴۲	۵۱۴۹	۵۲۷۱	۵۸۵۸	۵۳۵۸	۰.۸	۲
دانشکده پیراپزشکی	۱۵۳۸	۱۳۷۳	۱۰۳۰	۷۹۴	۷۵۶	-۱۵.۹	-۵۱
دانشکده توانبخشی	۴۲۶	۳۷۶	۳۲۸	۳۵۰	۴۲۵	۰.۹	۰
دانشکده داروسازی	۱۲۸۶	۱۳۰۵	۱۳۴۲	۱۳۳۷	۱۳۴۸	۱.۲	۵
دانشکده دندانپزشکی	۱۱۱۸	۱۱۰۸	۱۱۱۱	۱۰۵۲	۱۰۱۲	-۲.۴	-۹
دانشکده طب ایرانی	۹۶	۹۳	۹۷	۱۰۵	۹۴	-۰.۳	-۲
دانشکده علوم تغذیه و رژیم‌شناسی	۱۸۰	۱۸۵	۱۸۵	۱۸۴	۱۸۹	۱.۲	۵
دانشکده فناوری نوین پزشکی	۳۰۰	۳۰۲	۲۹۵	۲۸۴	۲۵۰	-۴.۳	-۱۷
دانشکده مجازی	۲۴	۳۴	۴۸	۵۹	۶۶	۲۹.۴	۱۷۵
پژوهشکده‌ها و مراکز تحقیقاتی	۱۲۹	۱۳۵	۱۰۲	۹۰	۷۴	-۱۲.۳	-۴۳

شایان ذکر است که آمار دانشجویان حوزه بین‌الملل دانشگاه، بر اساس داده‌های ثبتی اداره آمار دانشگاه به مجموع دانشجویان دانشکده‌های مرتبط اضافه شد. دانشجویان مجازی نیز در جدول فوق فقط شامل رشته یادگیری الکترونیک در آموزش پزشکی هستند و داده‌های مربوط به مجازی‌سازی آموزش‌های حضوری با رشته مرتبط ادغام شدند.

جدول ۵-۱. تعداد دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ به تفکیک مقاطع تحصیلی

تعداد دانشجویان	سال ۱۳۹۳	سال ۱۳۹۴	سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۷	متوسط نرخ رشد سالیانه (درصد)	نرخ رشد ۵ ساله (درصد)
کارشناسی	۲۶۳۳	۲۲۷۶	۱۶۵۹	۱۴۵۳	۱۶۲۱	-۱۰.۴	-۳۸.۴
MPH	۲۹۶	۱۶۴	۲۲۳	۲۱۶	۱۸۴	-۶.۶	-۳۷.۸
کارشناسی ارشد	۱۷۶۳	۱۶۲۷	۱۶۲۹	۱۶۲۴	۱۵۳۳	-۳.۴	-۱۳
دکترای عمومی	۴۴۱۴	۴۴۰۹	۴۵۸۲	۴۶۸۷	۴۵۳۶	۰.۷	۲.۸
دکترای پژوهشی	۱۲۹	۱۳۵	۱۰۲	۹۰	۷۴	-۱۲.۳	-۴۲.۶
PhD	۱۷۱۹	۱۷۰۳	۱۶۳۸	۱۶۲۹	۱۵۱۷	-۳	-۱۱.۸
دستیاری تخصصی	۱۵۵	۱۷۱	۱۷۸	۱۹۰	۱۹۰	۵.۳	۲۲.۶
دستیاری تخصصی بالینی	۱۵۴۴	۱۵۴۶	۱۵۴۳	۱۸۲۰	۱۶۱۳	۱.۶	۴.۵

تعداد دانشجویان	سال ۱۳۹۳	سال ۱۳۹۴	سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۷	متوسط نرخ رشد سالیانه (درصد)	نرخ رشد ۵ ساله (درصد)
فلوشیپ	۲۲۸	۲۰۸	۲۱۸	۲۹۴	۲۵۳	۴.۲	۱۱
فوق تخصص	۲۴۸	۲۲۷	۲۳۰	۲۷۹	۲۲۷	-۱.۱	-۸.۵
مجموع	۱۳۱۲۹	۱۲۴۶۶	۱۲۰۰۲	۱۲۲۸۲	۱۱۷۴۸		-۱۱

مطابق جدول ۳، نرخ رشد ۵ ساله اخیر (۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷) تعداد دانشجویان دانشگاه منفی و معادل ۱۱- درصد بوده است. باید توجه داشت که سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۱ دو دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران، ادغام بودند که در سال ۹۲ پس از انتزاع دو دانشگاه تعدادی از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران از دانشگاه خارج شدند هرچند تعدادی نیز همچنان در دانشگاه علوم پزشکی تهران مشغول به تحصیل بودند. متوسط نرخ رشد سالیانه دانشجویان طی سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷، منفی و معادل ۳.۹- درصد بود و تنها در سال ۹۶ نرخ رشد سالانه مثبت و ۲ درصد وجود داشت که البته متأثر از سیاست‌های کشوری در جذب و پذیرش دانشجو در دانشگاه‌های علوم پزشکی است. مطابق جدول ۴، متوسط نرخ رشد سالیانه منفی در تعداد دانشجویان دانشگاه در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ در دانشکده‌های پیراپزشکی، بهداشت، پژوهشکده‌ها و مراکز تحقیقاتی، فناوری نوین، دندان‌پزشکی و طب ایرانی وجود داشت و سایر دانشکده‌ها، متوسط نرخ رشد سالیانه تعداد دانشجویی مثبت داشتند.

بر اساس جدول شماره ۵ که متوسط نرخ رشد سالیانه تعداد دانشجویان در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ به تفکیک مقاطع تحصیلی محاسبه شده است، متوسط نرخ رشد سالیانه تعداد دانشجویان، تنها برای مقاطع دکترای عمومی، دستیاری تخصص بالینی و غیر بالینی و فلوشیپ، مثبت بوده است.

نسبت تعداد دانشجو به تعداد هیئت علمی در دانشگاه

شاخص مدنظر یعنی نسبت تعداد دانشجویان در حال تحصیل در دانشگاه به تعداد اعضای هیئت علمی دانشگاه در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ در کل، به تفکیک دانشکده‌ها و به تفکیک مقاطع تحصیلی در جداول شماره ۶ تا ۹ و روند تغییرات در نمودارهای شماره ۱ و ۲ قابل مشاهده است.

جدول ۶-۱. نسبت تعداد دانشجویان در حال تحصیل در دانشگاه به تعداد اعضای هیئت علمی دانشگاه در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷

سال ۱۳۹۳	سال ۱۳۹۴	سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۷	نسبت دانشجو به استاد (درصد)
۷.۹	۷.۵	۷.۱	۶.۸	۶.۵	نسبت دانشجویان به کل اعضای هیئت علمی (آموزشی و پژوهشی)
۸.۱	۷.۸	۷.۷	۷.۵	۷.۳	نسبت دانشجویان به اعضای هیئت علمی آموزشی

جدول ۷-۱. نسبت تعداد دانشجویان در حال تحصیل در دانشگاه به تعداد اعضای هیئت علمی دانشگاه در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ به تفکیک دانشکده‌ها

سال ۱۳۹۷	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۴	سال ۱۳۹۳	نسبت دانشجو به استاد (درصد)
۸.۹	۹.۹	۱۲.۰	۱۳.۳	۱۴.۷	دانشکده بهداشت
۲۰.۲	۱۶.۶	۱۵.۱	۱۶.۹	۱۹.۸	دانشکده پرستاری و مامایی
۵.۱	۵.۵	۵.۲	۵.۰	۵.۱	دانشکده پزشکی
۲۶.۱	۲۲.۷	۲۹.۴	۳۹.۲	۴۶.۶	دانشکده پیراپزشکی
۱۱.۸	۹.۵	۱۰.۶	۱۱.۴	۱۳.۳	دانشکده توان‌بخشی
۱۷.۵	۱۷.۱	۱۷.۹	۱۷.۴	۱۶.۳	دانشکده داروسازی
۶.۴	۶.۵	۷.۲	۷.۱	۷.۴	دانشکده دندانپزشکی
۶.۳	۷.۰	۶.۵	۶.۶	۶.۹	دانشکده طب ایرانی
۹.۵	۹.۲	۹.۲	۸.۸	۱۰.۰	علوم تغذیه و رژیم‌شناسی
۱۰.۰	۱۰.۵	۱۱.۸	۱۳.۱	۱۳.۰	دانشکده فناوری نوین پزشکی
۷.۳	۷.۴	۹.۶	۸.۵	۸.۰	دانشکده مجازی

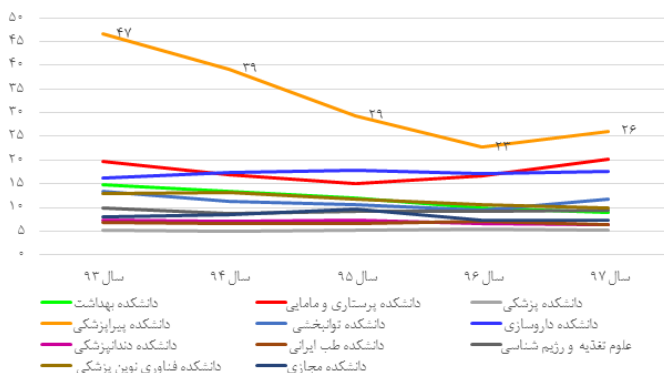
جدول ۸-۱. نسبت تعداد دانشجویان در حال تحصیل در دانشگاه به تعداد اعضای هیئت علمی دانشگاه در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ به تفکیک مقاطع تحصیلی دانشجویان

سال ۱۳۹۷	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۴	سال ۱۳۹۳	نسبت دانشجو به استاد (درصد)
۳.۴	۳.۴	۳.۷	۴.۰	۴.۳	نسبت دانشجویان مقاطع پایه (کارشناسی، دکتری عمومی پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی) به هیئت علمی (آموزشی و پژوهشی)
۳.۱	۳.۴	۳.۴	۳.۵	۳.۷	نسبت دانشجویان مقاطع تحصیلات تکمیلی (کارشناسی ارشد، MPH، PhD، تخصص، فوق تخصص و فلوشیپ) به هیئت علمی (آموزشی و پژوهشی)

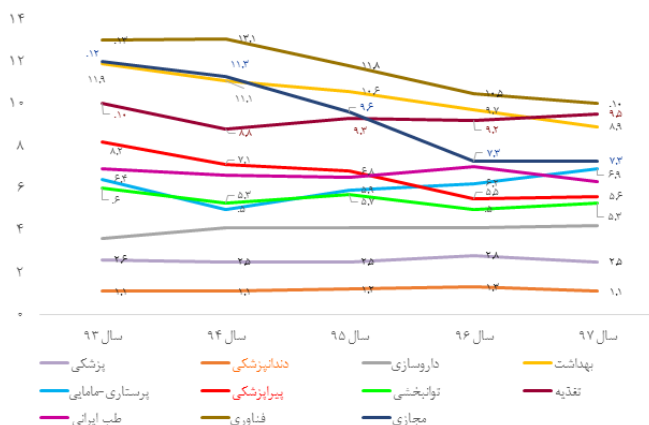
جدول ۹-۱. نسبت تعداد دانشجویان در مقطع تحصیلات تکمیلی در دانشگاه به تعداد اعضای هیئت علمی دانشگاه در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ به تفکیک دانشکده

سال ۱۳۹۷	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۴	سال ۱۳۹۳	نسبت دانشجویان تحصیلات تکمیلی به استاد (درصد)
۲.۵	۲.۸	۲.۵	۲.۵	۲.۶	پزشکی
۱.۱	۱.۳	۱.۲	۱.۱	۱.۱	دندانپزشکی
۴.۲	۴.۱	۴.۱	۴.۱	۳.۶	داروسازی
۸.۹	۹.۷	۱۰.۶	۱۱.۱	۱۱.۹	بهداشت
۶.۹	۶.۲	۵.۹	۵.۰	۶.۴	پرستاری-مامایی
۵.۶	۵.۵	۶.۸	۷.۱	۸.۲	پیراپزشکی

سال ۱۳۹۷	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۴	سال ۱۳۹۳	نسبت دانشجویان تحصیلات تکمیلی به استاد (درصد)
۵.۳	۵.۰	۵.۷	۵.۳	۶.۰	توان بخشی
۹.۵	۹.۲	۹.۳	۸.۸	۱۰.۰	علوم تغذیه و رژیم‌شناسی
۱۰.۰	۱۰.۵	۱۱.۸	۱۳.۱	۱۳.۰	فناوری نوین پزشکی
۶.۳	۷.۰	۶.۵	۶.۶	۶.۹	طب ایرانی
۷.۳	۷.۳	۹.۶	۱۱.۳	۱۲.۰	مجازی



نمودار ۱-۱. روند ۵ ساله (۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷) نسبت تعداد کل دانشجویان به استادان به تفکیک دانشکده



نمودار ۱-۲. روند ۵ ساله (۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷) تعداد دانشجویان مقاطع تحصیلات تکمیلی به استادان به تفکیک دانشکده

همان‌طور که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود میزان شاخص مدنظر یعنی نسبت تعداد دانشجویان در حال تحصیل در دانشگاه به تعداد اعضای هیئت علمی دانشگاه (آموزشی و پژوهشی) از ۷۰.۹ درصد در سال ۹۳ به ۶۰.۵ درصد در سال ۹۷ رسیده است. میزان قابل قبول این شاخص بر اساس برنامه ششم توسعه در کشور در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۱۰-۱. برخی شاخص‌های مطلوب برنامه ششم توسعه تا ۱۴۰۰- ماده ۶۶

سال	سال	سال	سال	سال	واحد	عنوان	
۱۴۰۰	۱۳۹۹	۱۳۹۸	۱۳۹۷	۱۳۹۶			
۲۰	۲۰	۲۲	۲۴	۲۵	نفر	نسبت دانشجو به هیئت علمی تمام وقت وزارت علوم و دستگاه‌های اجرایی (حضور)	۱
۱۰	۱۰	۱۰	۱۱	۱۱	نفر	نسبت دانشجو به هیئت علمی تمام وقت وزارت بهداشت (حضور)	۲
۴۳	۴۵	۴۷	۵۰	۵۳	نفر	نسبت دانشجو به هیئت علمی تمام وقت دانشگاه‌های غیردولتی	۳
۳۰	۳۰	۲۸	۲۶	۲۴	درصد	سهم دانشجویان تحصیلات تکمیلی به کل دانشجویان	۴

میزان مطلوب شاخص نسبت دانشجو به استاد در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور بر اساس برنامه ششم توسعه، در سال ۹۷ معادل ۱۱ و تا سال ۱۴۰۰ معادل ۱۰ برآورد شده بود که در دانشگاه علوم پزشکی تهران این میزان در سال ۹۷، معادل ۶.۵ بود.

کمترین میزان شاخص در سال ۹۷، در دانشکده پزشکی و بالاترین میزان در دانشکده پیراپزشکی و سپس دانشکده پرستاری-مامایی بود که البته در این دو دانشکده اکثریت دانشجویان در مقطع کارشناسی بودند. تغییرات این شاخص در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ در دانشکده‌های مختلف همان‌طور که در نمودار شماره ۲ مشاهده می‌شود، در اکثر دانشکده‌ها روندی ثابت یا نزولی داشته ولی دانشکده پرستاری-مامایی، تقریباً روند صعودی داشته است که می‌تواند متأثر از پذیرش بیشتر دانشجوی پرستاری در سال‌های اخیر و بر اساس سیاست‌های کشور و دانشگاه باشد.

نسبت دانشجویان مقاطع تحصیلات تکمیلی (کارشناسی ارشد، MPH، PhD)، تخصص، فوق تخصص و فلوشیپ) به هیئت علمی (آموزشی و پژوهشی) بر اساس جدول ۸ در دانشگاه علوم پزشکی تهران از ۳.۷ در سال ۹۳ به ۳.۱ در سال ۹۷ رسیده است. حسب نمودار ۲، وقتی شاخص نسبت دانشجوی تحصیلات تکمیلی به استاد را در نظر بگیریم، تفاوت بین دانشکده‌ها کمتر می‌شود و میزان شاخص در دانشکده‌هایی که نسبت دانشجوی تحصیلات تکمیلی بیشتری دارند، بالاتر است مانند دانشکده فناوری نوین، علوم تغذیه و بهداشت.

پیام‌های کلیدی

- ◇ شاخص نسبت دانشجو به استاد به دلیل سادگی و در دسترس بودن داده‌ها، اغلب در سیاست آموزش عالی برای تخصیص منابع و رتبه‌بندی دانشگاه‌ها استفاده می‌شود و همچنین برخی دولت‌ها و دانشگاه‌ها از شاخص یادشده به منظور تخصیص منابع و اعتبارات استفاده کرده‌اند. زمانی که این شاخص کمی، حسب ویژگی‌هایی نظیر گرایش و مقطع تحصیلی محاسبه شود، می‌تواند به نوعی نواقص موجود در ساختار آموزشی موسسه را هویدا سازد.
- ◇ پژوهشگران، این شاخص را به‌عنوان عاملی مؤثر در یادگیری و دانش‌آموختگی در گروه دانشجویان و تعیین میزان بارکاری و بهره‌مندی از اوقات فراغت و فرصت ارتقا در گروه استادان معرفی کرده‌اند. با این وجود کمتر مطالعه‌ای اقدام به تعریف شاخص یا تبیین سطح مطلوب آن کرده است و بررسی‌ها نشان داده که سطح آرمانی شاخص، متناسب با سیاست‌های کلان و فعالیت‌های پژوهشی و آموزشی دانشگاه تعیین می‌شود.
- ◇ با توجه به میزان مطلوب شاخص نسبت دانشجو به استاد در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در برنامه ششم توسعه که در سال ۹۷ معادل ۱۱ و تا سال ۱۴۰۰ معادل ۱۰ برآورد شده است، میزان این شاخص در دانشگاه علوم پزشکی تهران که در سال ۹۷، معادل ۶،۵ بود، در وضعیت مناسبی قرار دارد. تغییرات این شاخص در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ در دانشکده‌های مختلف دانشگاه، روندی ثابت یا نزولی داشته است ولی دانشکده پرستاری مامایی، تقریباً روند صعودی داشته که می‌تواند متأثر از پذیرش بیشتر دانشجوی پرستاری در سال‌های اخیر و بر اساس سیاست‌های کشور و دانشگاه باشد. وقتی شاخص نسبت دانشجوی تحصیلات تکمیلی به استاد را در نظر بگیریم، تفاوت بین میزان شاخص در دانشکده‌ها کمتر می‌شود و میزان شاخص در دانشکده‌هایی که نسبت دانشجوی تحصیلات تکمیلی بیشتری دارند، بالاتر است مانند دانشکده فناوری نوین، علوم تغذیه و بهداشت.
- ◇ تغییرات شاخص نسبت دانشجو به استاد، تحت تأثیر سیاست‌ها و تصمیمات کشور و دانشگاه است لذا با توجه به نقش شاخص یادشده در تفسیر بار آموزشی ایجادشده هر دانشجو در مقاطع مختلف و میزان تدریس موظف هر مدرس در رتبه معین، تحلیل شاخص و تغییرات آن در طی سال‌های مختلف مدیریتی در دانشگاه علوم پزشکی تهران و توجه به آن در تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌های مربوط به جذب دانشجو و استاد در دانشگاه می‌تواند مورد اهمیت قرار گیرد.
- ◇ از طرف دیگر تعریف شاخص‌های قابل‌اندازه‌گیری در خصوص کیفیت ارائه آموزش، جمع‌آوری داده‌های مرتبط در سالنامه‌های آماری دانشگاه و تحلیل و بررسی میزان و

روند تغییرات شاخص‌ها در آینده می‌تواند برای تصمیم‌گیرندگان این حوزه در دانشگاه کمک‌کننده باشد.

سایر پروژه‌های انجام شده در حوزه معاونت آموزشی

بررسی مقایسه‌ای وضعیت تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ در بدو ورود، حین تحصیل و پایان تحصیلات (بر روی سایت مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، به نشانی urdc.tums.ac.ir در دسترس می‌باشد).
این پروژه به سفارش معاونت آموزشی و توسط مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه انجام شده است.

پژوهش

عنوان

تحلیل شاخص‌های منتخب مندرج در
بخش معاونت پژوهشی سالنامه‌های
آماري دانشگاه علوم پزشکی تهران
در دوره زمانی ده ساله (۱۳۸۹-۹۸)

روش کار

تحلیل حاضر به صورت توصیفی و گذشته‌نگر انجام گرفت. ابتدا با مطالعه سالنامه‌های آماری دانشگاه در بخش پژوهش و نیز بررسی اسناد، گزارش‌ها و وب‌سایت‌های معتبر شاخص‌های موجود برای ارزیابی فعالیت‌های پژوهشی دانشگاه‌ها شناسایی شد. با توجه به معیارهای مرتبط بودن و وجود داده برای شاخص مربوطه در یک بازه ده‌ساله، شاخص‌های منتخب از میان فهرست شاخص‌های شناسایی شده استخراج و با نظر روسا و کارشناسان معاونت پژوهش طی دو جلسه بحث گروهی متمرکز، نهایی شد. این شاخص‌ها در دو گروه تولید علم (شامل کمیت، کیفیت و کاربردی بودن فعالیت‌های پژوهشی) و همکاری بین‌المللی (کمیت) تقسیم‌بندی شدند (جدول ۱). سپس با مراجعه به منابع داده‌های موجود معتبر، شامل سالنامه آماری دانشگاه و سامانه علم‌سنجی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به نشانی <https://usid.research.ac.ir>، داده‌های مربوط به شاخص‌های منتخب برای یک دوره ده‌ساله جمع‌آوری شد. نتایج تحلیل در یک جلسه برای اعضای هیئت‌رئیس دانشگاه ارائه شد و یافته‌ها مورد بحث قرار گرفت.

جدول ۱-۲. فهرست شاخص‌های منتخب مندرج در بخش معاونت پژوهشی سالنامه‌های آماری دانشگاه

نوع شاخص	عنوان	تعریف	اقدام اطلاعاتی موردنیاز برای محاسبه شاخص	منبع دستیابی به مقادیر اقدام اطلاعاتی	نحوه محاسبه شاخص
تولید علم (کمیت)	تعداد مقالات چاپ‌شده دانشگاه	تعداد مقالات چاپ‌شده و ایندکس‌شده در پایگاه اسکوپوس	- تعداد کل مقاله‌های ایندکس‌شده در اسکوپوس	https://usid.research.ac.ir	-
	نسبت مقالات چاپ‌شده به اعضای هیئت‌علمی	سرانه مقالات چاپ‌شده و ایندکس‌شده در پایگاه اسکوپوس به ازای هر نفر عضو هیئت‌علمی دانشگاه	- تعداد کل مقاله‌های ایندکس‌شده در اسکوپوس - تعداد کل اعضای هیئت‌علمی	https://usid.research.ac.ir اطلاعات معاونت آموزشی	تعداد کل مقاله‌های ایندکس‌شده در اسکوپوس تقسیم بر تعداد کل اعضای هیئت‌علمی

نوع شاخص	عنوان	تعریف	اقدام اطلاعاتی مورد نیاز برای محاسبه شاخص	منبع دستیابی به مقادیر اقدام اطلاعاتی	نحوه محاسبه شاخص
تولید علم (کیفیت)	تعداد استنادات دریافتی (سال استناد)	مجموع تعداد استنادهای دریافت شده برای کل مقالات چاپ شده دانشگاه در یک سال مشخص	- تعداد استنادهای دریافت شده مقالات دانشگاه در یک سال مشخص	https://usid.research.ac.ir	-
	نسبت استنادات (سال استناد به مقاله)	مجموع استنادهای دریافتی در سال مشخص به کل مقالات چاپ شده دانشگاه در همان سال	- تعداد استنادهای دریافت شده مقالات دانشگاه در یک سال مشخص - تعداد کل مقاله‌های ایندکس شده در اسکوپوس در همان سال	https://usid.research.ac.ir	تعداد استنادهای دریافت شده مقالات دانشگاه در یک سال مشخص تقسیم بر تعداد کل مقاله‌های ایندکس شده در اسکوپوس در همان سال
	شاخص H5-Index	تعداد مقالات چاپ شده دانشگاه که به هر کدام از آن‌ها حداقل h بار استناد شده است، برای مجموع مقالات چاپ شده دانشگاه در 5 سال گذشته	- تعداد کل مقاله‌های ایندکس شده در اسکوپوس برای 5 سال - تعداد استنادهای دریافت شده برای همان مقالات برای دانشگاه برای 5 سال	https://usid.research.ac.ir	
	سهم مقالات چاپ شده در مجلات برتر (٪۱۰)	تعداد مقاله‌های چاپ شده در مجلات ٪۱۰ برتر براساس معیار Citecore	- تعداد مقاله‌های چاپ شده در مجلات برتر (٪۱۰) - تعداد کل مقاله‌های ایندکس شده در اسکوپوس	https://usid.research.ac.ir	تعداد مقاله‌های چاپ شده در مجلات برتر (٪۱۰) تقسیم بر تعداد کل مقاله‌های ایندکس شده در اسکوپوس ضربدر ۱۰۰
	سهم مقالات دانشگاه از مقالات پراستناد (٪۱۰)	تعداد مقاله‌های پراستناد دانشگاه به کل مقالات پراستناد دنیا (٪۱۰)	- تعداد مقاله‌های پراستناد دانشگاه - کل مقالات پراستناد دنیا (٪۱۰)	https://usid.research.ac.ir	تعداد مقاله‌های پراستناد دانشگاه تقسیم بر کل مقالات پراستناد دنیا (٪۱۰)

نوع شاخص	عنوان	تعریف	اقدام اطلاعاتی مورد نیاز برای محاسبه شاخص	منبع دستیابی به مقادیر اقدام اطلاعاتی	نحوه محاسبه شاخص
تولید علم (کاربردی)	سهم اعضای هیئت علمی آورنده طرح ارتباط با صنعت	تعداد اعضای هیئت علمی مجری طرح‌های ارتباط با صنعت دانشگاه به کل اعضای هیئت علمی دانشگاه	- تعداد اعضای هیئت علمی مجری طرح‌های ارتباط با صنعت دانشگاه - تعداد کل اعضای هیئت علمی دانشگاه	بخش پژوهش سالنامه آماری دانشگاه اطلاعات معاونت آموزشی	تعداد اعضای هیئت علمی مجری طرح‌های ارتباط با صنعت دانشگاه تقسیم بر تعداد کل اعضای هیئت علمی دانشگاه ضربدر ۱۰۰
	نسبت جذب منابع از خارج از دانشگاه به تعداد اعضای هیئت علمی از طریق طرح‌های ارتباط با صنعت	سرانه جذب منابع مالی خارج از دانشگاه از طریق طرح‌های ارتباط با صنعت به ازای هر عضو هیئت علمی دانشگاه	- کل اعتبار پروژه‌های ارتباط با صنعت خاتمه‌یافته - تعداد کل اعضای هیئت علمی دانشگاه	بخش پژوهش سالنامه آماری دانشگاه اطلاعات معاونت آموزشی	کل اعتبار پروژه‌های ارتباط با صنعت خاتمه‌یافته تقسیم بر تعداد کل اعضای هیئت علمی دانشگاه
	پنت‌های ثبت شده داخلی و خارجی	تعداد پنت‌های ثبت شده داخلی و خارجی	-	بخش پژوهش سالنامه آماری دانشگاه	-
همکاری بین‌المللی	سهم مقالات با همکاری بین‌المللی از کل مقالات	تعداد مقالات دارای حداقل یک همکار بین‌المللی چاپ شده دانشگاه به کل مقالات چاپ شده دانشگاه	- تعداد مقالات دارای حداقل یک همکار بین‌المللی چاپ شده دانشگاه - تعداد کل مقالات چاپ شده دانشگاه	https://usid.research.ac.ir	تعداد مقالات دارای حداقل یک همکار بین‌المللی چاپ شده دانشگاه تقسیم بر تعداد کل مقالات چاپ شده دانشگاه ضربدر ۱۰۰

یافته‌ها

روند شاخص‌های منتخب حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه در بازه دهه‌ساله (۹۸-۱۳۸۹) در جدول ۲ نشان داده شده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد وضعیت دانشگاه در کمیت تولید علم هم از نظر تعداد مقالات و هم سرانه مقالات روند رو به رشدی داشته و تقریباً دو برابر شده است. به نظر اقدام‌های انجام گرفته در دانشگاه برای تشویق به انتشار مقالات تأثیر مثبت داشته است. خوشبختانه در کنار این رشد کمی، تحلیل شاخص‌های مربوط به کیفیت تولید علم در دانشگاه نیز روند رو به رشدی را نشان می‌دهد. البته باید یک نکته را در اینجا یادآور شد که در سال‌های اخیر مقاله‌های پرنویسنده (مقاله‌های کیلویی) در بالا رفتن شاخص‌های کیفیت تولید علم مؤثر بوده و لازم است تمهیداتی برای اطلاع‌رسانی در مورد اثرات نامطلوب مشارکت در این‌گونه مقاله‌ها و یادآوری اصول اخلاقی انتشار آثار علمی به اعضای هیئت علمی صورت گیرد. گروه بعدی شاخص‌های فعالیت‌های پژوهشی مربوط به کاربردی کردن پژوهش‌ها و فعالیت‌های علمی است که در پی تأکیدی که بر استفاده از نتایج تحقیقات در بهبود سلامت و تقویت عملکرد نظام سلامت می‌شود، بیشتر از گذشته مورد توجه قرار دارد. در حال حاضر در

سطح دانشگاه شاخص‌هایی که بتواند تأثیرات مختلف سیاستی، اقتصادی، اجتماعی یا سلامتی پژوهش‌های دانشگاه را ارزیابی نماید در دسترس نیست؛ اما با توجه به شاخص‌های سهم اعضای هیئت علمی آورنده طرح‌های ارتباط با صنعت که از صفر به ۱۱ درصد رسیده و نیز میزان اعتبار جذب شده خارج از دانشگاه که از ۰.۱۸ به ۱۰۴ میلیون ریال افزایش یافته است می‌توان دریافت که با گذشت زمان انجام پژوهش‌های کاربردی در دانشگاه مورد توجه قرار گرفته است. البته در خصوص شاخص میزان اعتبار جذب شده باید به این نکته اشاره داشت که مقدار قابل توجه افزایش شاخص در سال ۱۳۹۷ (۴۰۸ میلیون ریال) به دلیل طرح‌های ۱ درصد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بوده است که انعقاد قرارداد این طرح‌ها در دفتر ارتباط با صنعت باعث افزایش ناگهانی شاخص شده است. شاخص ثبت پتنت‌های داخلی و بین‌المللی هم روند رو به رشدی را داشته است. شاخص آخر مربوط به همکاری‌های بین‌المللی دانشگاه است که تحلیل روند ده‌ساله این شاخص نیز روند رو به رشدی را نشان می‌دهد. البته این احتمال وجود دارد که به دلیل تحریم‌های سال‌های اخیر و محدود شدن روابط علمی با دیگر کشورها، رشد این شاخص تحت تأثیر قرار گیرد.

جدول ۲-۲. روند شاخص‌های منتخب مندرج در بخش معاونت پژوهش سالنامه‌های آماری دانشگاه در سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۸

شاخص سال	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸
تعداد مقالات چاپ شده دانشگاه	۲۱۳۶	۲۹۹۳	۳۷۶۲	۳۹۱۴	۳۸۵۹	۳۸۶۷	۴۵۸۳	۴۹۱۴	۴۹۲۵	۴۹۸۴
نسبت مقالات چاپ شده به اعضای هیئت علمی	۱.۶	۱.۵	۱.۸	۲.۵	۲.۳	۲.۲	۲.۷	۲.۷	۲.۷	۲.۷
تعداد استنادات دریاقتی (سال استناد)	۱۵۰۳۱	۲۰۱۴۲	۲۵۶۳۷	۳۳۲۷۸	۴۱۵۰۲	۴۹۹۴۸	۶۲۵۶۵	۷۵۸۳۹	۹۱۵۱۱	۱۱۰۲۳۹
تعداد استنادات دریاقتی (سال بعد استناد) از حذف کیلومقاله‌ها	۱۵۰۲۸	۲۰۱۲۲	۲۵۵۸۱	۳۲۳۳۹	۳۸۹۷۹	۴۵۶۰۷	۵۵۸۱۶	۶۶۱۶۷	۷۷۸۲۳	۹۲۷۲۰
نسبت استنادات به مقاله	۷	۶.۷	۶.۸	۸.۵	۱۰.۸	۱۲.۹	۱۳.۷	۱۵.۴	۱۸.۶	۲۲.۱
شاخص H5-Index	۳۶	۴۵	۴۸	۵۴	۵۳	۶۲	۶۲	۶۹	۷۷	۹۳

شاخص سال	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸
سهم مقالات چاپ شده در مجلات برتر (۱۰٪)	۷	۷	۸	۸	۷	۸	۱۱	۱۳	۱۲	۱۳
سهم مقالات دانشگاه از مقالات پرستاد (۱۰٪)	۸	۷	۸	۹	۹	۱۰	۱۲	۱۲	۱۴	۱۷
سهم اعضای هیئت علمی آورنده طرح ارتباط با صنعت	۰	۱	۲	۲	۳	۳	۴	۵	۱۱	
نسبت جذب منابع از خارج از دانشگاه به اعضای هیئت علمی	۰.۴۸	۵.۰۶	۹.۴۹	۱۵.۸۹	۱۸.۶۶	۴۸.۸۱	۵۴.۵۸	۸۵.۵۶	۴۰۷.۸۲	۱۰۴.۳۱
بنت‌های ثبت شده داخلی و خارجی	۱۱	۳۲	۳۷	۶۲	۷۴	۸۱	۱۲۶	۱۱۱	۱۴۴	
سهم مقالات با همکار بین‌المللی از کل مقالات	۱۶	۱۴	۱۵	۱۶	۱۸	۱۷	۱۸	۱۹	۲۲	۲۸

پیام‌های کلیدی

تحلیل روند ده‌ساله شاخص‌های منتخب مندرج در بخش معاونت پژوهشی سالنامه‌های آماری دانشگاه علوم پزشکی تهران چند پیام برای تصمیم‌گیران و مدیران ارشد دانشگاه دارد. این پیام‌ها عبارت‌اند از:

◇ سیاست‌گذاری‌های قبلی دانشگاه برای رشد کمی فعالیت‌های پژوهشی (افزایش تعداد مقالات) مناسب بوده و توانسته است امکانات و انگیزه لازم برای انتشار مقاله‌های علمی را در پژوهشگران دانشگاه فراهم آورد. با توجه به سرانه مقاله به‌ازای هر عضو هیئت‌علمی در این دانشگاه و مقایسه آن با دیگر دانشگاه‌های کشور، بالا بودن تعداد اعضای هیئت‌علمی شاغل در این دانشگاه نمی‌تواند تنها دلیل بالا بودن تعداد مقالات دانشگاه علوم پزشکی تهران باشد. لازم به ذکر است تغییر برخی سیاست‌ها (مانند حذف پاداش مقاله‌ها)، این شاخص باید به‌صورت مداوم پایش شود؛

◇ شاخص‌های کیفیت تولید علم (میزان استناد و سهم مقاله‌های برتر) در دانشگاه روند رو به رشدی داشته و جایگاه خوبی را در مقایسه با دیگر دانشگاه‌های علوم پزشکی داخل کشور دارد. با این حال به‌منظور ارتقای کیفیت پژوهش‌ها و فعالیت‌های علمی نیاز به سیاست‌گذاری‌های تکمیلی و توانمندسازی بیشتر پژوهشگران هم در عرصه فعالیت علمی و هم در عرصه اصول اخلاقی فعالیت‌های علمی وجود دارد؛

◇ رشد و بهبود عملکرد دانشگاه در مدیریت و انجام پژوهش‌های کاربردی قابل‌توجه است. با این وجود به‌منظور استفاده بیشتر از ظرفیت ادغام آموزش پزشکی و تولید شواهد کاربردی در حوزه سلامت، سیاست‌گذاری‌های بیشتری در راستای آشنایی پژوهشگران با این دسته از پژوهش‌ها، حمایت و ایجاد انگیزه بیشتر برای درگیر شدن اعضای هیئت‌علمی در انجام پژوهش‌های کاربردی و مستندسازی نتایج و کاربردهای این گونه طرح‌ها پیشنهاد می‌شود؛

◇ با توجه به سابقه و ماهیت فعالیت‌های پژوهشی در دانشگاه، توصیه می‌شود ارزیابی تأثیرات پژوهش‌ها و فعالیت‌های علمی در ابعادی غیر از تولید مقاله (مانند اثرات سیاستی، اقتصادی، اجتماعی، سلامتی و ...) اولویت دانشگاه باشد. این ارزیابی بهتر است به‌گونه‌ای باشد که بتواند نشان دهد مقالات پراستناد یا پژوهش‌های مختلف دانشگاه چه مشکلات و مسائلی را در حوزه سلامت حل کرده است؟ در راستای کدام اولویت‌ها و نیازهای دانشگاه یا جامعه بوده است؟ برون‌داد آنها چه اثراتی را در بهبود سلامت جامعه یا تقویت عملکرد نظام سلامت (در سطح ملی یا استانی یا حتی سازمانی) یا ابعاد مختلف زندگی مردم کشور داشته است؛

◇ تعاملات بین‌المللی و تبادلات جهانی نقش مهمی در ارتقای کمیت و کیفیت فعالیت‌های پژوهشی دارد که متأسفانه تحت تأثیر تحریم‌های اخیر قرار گرفته است. اگرچه شاخص درصد مقالات دارای همکاری بین‌المللی دانشگاه روند رو به رشدی را نشان می‌دهد اما به نظر می‌رسد افزایش همکاری‌های بین‌المللی در حوزه پژوهش در شرایطی که تحریم موانع بسیاری را ایجاد کرده است نیازمند برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های مناسبی باشد.

دانشجویی

عنوان

تحلیل شاخص‌های منتخب مندرج در
بخش معاونت دانشجویی سالنامه‌های
آماري دانشگاه علوم پزشکی تهران
در دوره زمانی دو ساله (۱۳۹۷ و
۱۳۹۸)

روش کار

دانشگاه‌ها همواره نقش مهمی در فرهنگ‌سازی و نهادینه کردن ارزش‌ها، در سازمان خود و در پی آن در محیط اجتماع، داشته‌اند. فرهنگ در دانشگاه توسط مشخصه‌هایی چون ویژگی‌های فردی و دانشگاهی، تنوع و خلاقیت شناخته می‌شود. در توسعه فرهنگ دانشگاه، شناسایی مؤلفه‌های فرهنگی و ارزیابی وضعیت موجود، با شاخص‌های مشخص، یک نیاز است. نگاهی اجمالی نیز نشان می‌دهد که دانشگاه‌های مختلف در سطح کشور، در بررسی وضعیت فرهنگی، اغلب الگوی مشخص و تعریف شده‌ای ارائه نکرده و اقدامات مختلفی بر اساس سیاست‌ها و اولویت‌های خود داشته‌اند. در این زمینه، دانشگاه علوم پزشکی تهران برای بررسی وضعیت فرهنگی در گام نخست، مؤلفه‌ها و شاخص‌های فرهنگی را بر اساس بررسی گسترده متون و نظرات خبرگان موضوع تدوین کرد. سپس با تهیه ابزار پایا و روا، در بازه زمانی سال‌های ۹۷ و ۹۸، به بررسی وضعیت شاخص‌های فرهنگی در حوزه‌های هویت ملی، مهارت‌های زندگی، اعتماد سازمانی، ارزش‌های اجتماعی، ارزش‌های محیط کار، پوشش، مطالعه و اوقات فراغت در دانشجویان پرداخت. همچنین تأثیر اقدامات یا محیط دانشگاه بر روی هریک از شاخص‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت، تا میزان تأثیر این اقدامات، مبنای تصمیم‌گیری و مداخلات بعدی دانشگاه قرار گیرد.

پیمایش به صورت پرسشگری حضوری، با انتخاب دانشجویان از دانشکده‌های مختلف و خوابگاه‌ها و در مقطع تخصصی از بیمارستان‌ها انجام شد. به منظور حصول تصویر دقیق‌تری از تأثیر اقدامات دانشگاه بر متغیرهای فوق، از نگاه دانشجویان، یافته‌ها در جدول زیر خلاصه شده است.

جدول ۱-۳. تأثیر اقدامات دانشگاه بر مؤلفه‌های فرهنگی، از نگاه دانشجویان

عنوان شاخص	تعریف	اثر زیاد و بسیار زیاد دانشگاه
هویت ملی	وضعیت پایبندی به هویت ملی	۱۱۰ (٪۲۴)
مهارت‌های زندگی	آشنایی با مهارت‌های زندگی بر اساس ۱۰ مؤلفه WHO شامل: خودآگاهی، ارتباط مؤثر، روابط بین‌فردی، تصمیم‌گیری، توانایی حل مسئله، تفکر انتقادی، تفکر خلاق، همدلی، مقابله با هیجانات، مقابله با استرس	۲۰۵ (٪۴۲)
اعتماد	وضعیت اعتماد به دانشگاه، مدیران ارشد مدیران میانی و همکاران	۱۳۱ (٪۲۹)
ارزش‌های اجتماعی	اهمیت ارزش‌های اجتماعی همچون: علم و دانش، مقام و شهرت، ثروت، زیبایی	۱۳۵ (٪۳۰)
ارزش‌های محیط کار	اهمیت و پایبندی به ارزش‌های محیط کار مانند صداقت، وجدان‌کاری، انضباط، روحیه همکاری و کارگروهی	۱۳۸ (٪۲۸)
مطالعه	مطالعه آزاد شامل مطالعه کتاب‌های غیردرسی / غیرمرتبط با رشته	۱۲۲ (٪۲۵)

عنوان شاخص	تعریف	اثر زیاد و بسیار زیاد دانشگاه
وضعیت پوشش	وضعیت تنوع پوشش (رنگ و مدل لباس)، رعایت نظافت و آراستگی ظاهر افراد	۱۲۵ (%۲۵)
بازدید از اماکن فرهنگی	بازدید از اماکن فرهنگی مانند موزه / آثار تاریخی / نمایشگاه / نگارخانه / بازارچه / ... طی سال گذشته	۷۴ (%۱۵)
سفر غیرکاری	سفر غیرکاری در یک سال گذشته	۶۸ (%۱۴)
پرداختن به اوقات فراغت	پرداختن به فعالیت‌های تفریحی مانند بازی و ورزش، رفتن به پارک، رفتن به مراکز تفریحی و خرید، مسافرت (به منظور زیارت و بازدید)	۸۶ (%۱۸)
فعالیت در کانون‌ها و انجمن‌ها	میزان فعالیت در کانون‌ها یا انجمن‌های فرهنگی-هنری طی سال گذشته	۷۵ (%۱۵)

یافته‌ها

مهارت‌های زندگی

۳۶ درصد از دانشجویان باور داشتند که مهارت مقابله با استرس را به میزان زیاد و بسیار زیاد دارند.

اعتماد

۵۰ درصد دانشجویان به برنامه‌ها و سیاست‌های دانشگاه به میزان کم و بسیار کم اعتماد دارند.

ارزش‌های اجتماعی

۳۳ درصد دانشجویان باور دارند که در دانشگاه، علم و دانش به میزان زیاد و بسیار زیاد دارای اهمیت است.

ارزش‌های محیط کار

۲۳ درصد دانشجویان باور دارند که در دانشگاه، وجدان کاری به میزان زیاد و بسیار زیاد دارای اهمیت است.

ارزش‌های محیط کار

۲۳ درصد دانشجویان باور دارند که در دانشگاه، روحیه همکاری و کار گروهی (teamwork) زیاد و بسیار زیاد دارای اهمیت است.

مطالعه آزاد

۳۰ درصد دانشجویان اصلاً مطالعه آزاد (کتاب، مجله، روزنامه و ... به صورت غیرالکترونیک و الکترونیک) ندارند.

محصولات فرهنگی

۳۸ درصد دانشجویان اصلاً به تئاتر، سینما، مجامع شعر و ادبیات نمایشگاه‌های هنرهای دستی و تجسمی، کنسرت موسیقی و... نمی‌روند.

۴۴ درصد دانشجویان اصلاً به بازدید از اماکن فرهنگی (آثار تاریخی، نمایشگاه، نگارخانه، بازارچه خیریه و...) نمی‌پردازند.

خدمات فرهنگی

۶۸ درصد دانشجویان اصلاً در کانون‌ها یا انجمن‌های فرهنگی هنری فعالیت ندارند.

اوقات فراغت

۲۲ درصد دانشجویان اصلاً و ۲۵ درصد یک تا چندبار در سال به فعالیت‌های تفریحی (رفتن به پارک، رفتن به مراکز تفریحی و خرید و...) می‌پردازند.

۲۵ درصد دانشجویان اصلاً به مسافرت غیرکاری (تفریح، زیارت، بازدید از خانواده یا دوستان و...) نمی‌روند.

فعالیت فیزیکی

۳۷ درصد دانشجویان اصلاً، ۲۳ درصد یک تا چند بار در سال، ۲۱ درصد یک تا چند بار در ماه به ورزش می‌پردازند.

مقایسه شاخص‌ها با سایر کشورها

فعالیت فیزیکی

۱. بررسی وضعیت ورزش و تربیت‌بدنی در دانشگاه تورنتو کانادا در سال ۱۳۹۸ از دیدگاه دانشجویان نشان داد که ۸۰ درصد دانشجویان از متوسط تا بسیار زیاد به مقوله ورزش علاقه‌مند هستند. بیش از ۵۰ درصد آنان از کیفیت و کمیت اماکن ورزشی، عملکرد مربیان و استادان ورزشی دانشگاه رضایت دارند، و ۴۴ درصد آنان هزینه کفش، البسه و لوازم ورزشی را گران اعلام کردند.

۲. در مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۵ در سه کشور لهستان اسلواکی و اوکراین، بر روی وضعیت فعالیت فیزیکی دانشجویان در اوقات فراغت، نشان داد که دانشجویان دختر و پسر اسلواکی فعالیت فیزیکی بالاتری داشتند. یک چهارم دانشجویان دختر در اسلواکی و یک دهم دانشجویان دختر اوکراین و لهستان فعالیت ورزشی بالایی داشتند.

۳. در مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۸ در خصوص بررسی عوامل و موانع مؤثر بر ارتقای جایگاه ورزش در سبک زندگی دانشجویی، گام‌های پیشنهادی به شرح زیر ذکر شده است: ۱. تغییر نگرش دانشجویان نسبت به ورزش از طریق عواملی همچون: ارتقای دانش و اطلاعات فرد نسبت به انواع ورزش و فرهنگ‌سازی از طریق وسایل ارتباط جمعی ۲. نیازسنجی و جلب

مشارکت مخاطب از طریق عواملی همچون ارائه خدمات با کیفیت مناسب و منطبق بر ذائقه ورزشی جوانان و توجه به اختلاف‌های فرهنگی، سنی و جنسیتی ۳. نهادینه‌سازی ورزش در سبک زندگی دانشجویان از طریق عواملی همچون تقدم توجه به ورزش همگانی، جذب مربیان متخصص، توجه ویژه به دروس تربیت بدنی، تدوین فوق برنامه ورزشی منسجم برای دانشجویان ساکن خوابگاه و توجه ویژه به ایشان، نگاه ویژه به فعالیت‌های ورزشی بانوان

هویت ملی

۱. در مطالعه سال ۹۲ اصفهان وضعیت هویت ملی و ابعاد شش‌گانه آن در بین ۳۲۵ نفر شهروندان اصفهان بررسی شد. ابعاد موردبررسی شامل ابعاد فرهنگی، زبانی، سرزمینی، اجتماعی، سیاسی، دینی بود. میانگین هویت ملی متوسط تعلق افراد به ابعاد فرهنگی، زبانی، سرزمینی هویت ملی از ابعاد اجتماعی و دینی قوی‌تر بود.

۲. در خصوص هویت ملی، در مطالعه‌ای در قم بین هویت ملی دانشجویان با توجه به سال ورود تفاوت معناداری وجود داشته است.

۳. در مطالعه دانشگاه تبریز با افزایش فرآیند جهانی‌شدن، هویت ملی دانشجویان رو به کاهش می‌گذارد.

۴. مرکز تحقیقات پیو در یکی از مطالعات در سال ۲۰۱۷ در خصوص هویت ملی، نشان داد که زادگاه در اولویت پایین‌تری نسبت به زبان قرار دارد. زادگاه در سن بالاتر، اهمیت بالاتری داشت.

ارزش‌های اجتماعی

در بحث ارزش‌های اجتماعی، مطالعه دانشگاه آزاد تبریز به‌منظور بررسی گرایش‌ها و اولولیت‌های ارزشی دانشجویان دانشگاه آزاد تبریز انجام شده است. گرایش‌های ارزشی دانشجویان به ترتیب اجتماعی، دینی، نظری، اقتصادی، سیاسی، زیباشناختی بوده است.

اعتماد

در مطالعه‌ای که به‌منظور بررسی مؤلفه‌های ساختار سازمانی روابط مبتنی بر اعتماد با همکاری مدیران و متخصصان مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام شد. آزمون نتایج نشان داد که میانگین همه ابعاد ساختاری دانشگاه‌های علوم پزشکی روابط مبتنی بر اعتماد شامل اعتمادسازی سازمانی، مشارکت سازمانی، هماهنگی سازمانی، اعتماد محوری، در وضعیت موجود کمتر از حد متوسط بود.

مطالعه آزاد

۱. در مطالعه سال ۹۷ در خصوص وضعیت مطالعه دانشجویان سه دانشگاه دولتی، میزان مطالعه غیردرسی دانشجویان، روزانه یک ساعت بوده است. همچنین نزدیک به ۵۰ درصد دانشجویان کمتر از یک ساعت در روز به مطالعه می‌پردازند.

۲. بررسی مؤسسه گذران وقت آکسفورد در سال ۲۰۱۰ بیانگر آن است که کشورهای فنلاند، ژاپن آلمان هلند استونی بیشترین میزان مطالعه در مجموع را دارند. همچنین کشورهای فنلاند، استونی، آلمان و هلند بیشترین مطالعه آزاد را دارند. در میان همسایگان ایران، ترکیه در این مطالعه بررسی شده است که در میان ۲۲ کشور مورد بررسی کمترین میزان مطالعه آزاد را به خود اختصاص داده است.

استفاده از محصولات فرهنگی

در مطالعه ۲۰۰۷ آمریکا به منظور ارتباط حضور در فعالیتهای فرهنگی و وضعیت سلامت خود ابراز، ارتباط معنی داری پس از کنترل عوامل مخدوش کننده ملاحظه شد.

سفر

در مطالعه سال ۱۳۹۳ در خصوص نحوه گذران اوقات فراغت دانشجویان ساکن پردیس کرج دانشگاه خوارزمی، تنها ۹.۷ دانشجویان سفر را به عنوان یکی از مهم ترین فعالیتهای فراغت بیان کردند.

پیام‌های کلیدی

- ♦ پیشنهاد تیم تحقیق انجام پیمایش دوره‌ای با فواصل دو الی سه سال است.
- ♦ پیشنهاد می‌شود یک بار در بدو ورود و طول تحصیل و دانش‌آموختگی پیمایش تکرار شود.
- ♦ بهترین روش پیمایش انجام پرسشگری در جلسات گروهی به همراه نظرسنجی و ثبت پیشنهادات است؛ اما با توجه به شرایط زمان و مکان، امکان انجام پیمایش آنلاین نیز وجود دارد.
- ♦ با توجه به تدوین نقشه جامع دانشگاه پیشنهاد می‌شود هنگام برنامه‌ریزی از نتایج این پیمایش‌ها و نقشه نیز کمک گرفته شود.
- ♦ در خصوص برخی شاخص‌ها مانند هویت ملی با توجه به تأثیرپذیری شاخص‌ها از رخدادهای کلان اجتماعی، احتمال تغییر روندها به شکل معنی داری وجود دارد که اهمیت انجام پیمایش منظم را بیشتر یادآور می‌شود.
- ♦ بر اساس یافته‌های طرح، با بالا رفتن سطح سازمانی، اعتماد به مدیران و برنامه‌های دانشگاه، کاهش می‌یابد. پیشنهاد می‌شود تقویت اعتماد سازمانی در تمام سطوح در اولویت قرار گیرد.
- ♦ پایین بودن فعالیتهای تفریحی دانشجویان باید مورد توجه ویژه قرار گیرد.
- ♦ پایین بودن میزان ورزش در دانشجویان باید مورد توجه ویژه قرار گیرد.
- ♦ با توجه به پایین بودن میزان رفتن به تئاتر، سینما، مجامع شعر و ادبیات نمایشگاه‌های هنرهای دستی و تجسمی، کنسرت موسیقی و اماکن فرهنگی، مناسب است که توجه به

فراهم‌سازی امکان بازدید از این اماکن و مناسبت‌های فرهنگی در دستور کار قرار گیرد.

◇ در بخش سفر غیرکاری طیف قابل توجهی در طی یک سال گذشته هیچ سفری نداشته‌اند که با توجه به اهمیت سفر در سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانشجویان، برنامه منسجمی برای افزایش سفر ضروری به نظر می‌رسد.

◇ در سال‌های اخیر، اغلب پیمایش‌های فرهنگی کشوری توسط پژوهشگاه فرهنگ هنر و ارتباطات انجام شده است. به‌منظور هم‌جهت بودن با مداخلات کشوری و آگاهی از وضعیت جامعه پیشنهاد می‌شود این مجموعه، در بخش همکاری بین‌بخشی فرهنگی دانشگاه لحاظ شود. یادآوری می‌شود که گزارش تفصیلی این پیمایش‌ها در دسترس عموم نیست و برای دسترسی به این اطلاعات نیاز به رایزنی در سطوح مدیریتی است.

◇ در خصوص سایر شاخص‌ها، سازمان جهانی بهداشت آماری عرضه کرده است که آخرین به‌روزرسانی مربوط به سال ۲۰۱۸ است و می‌توان انتظار داشت که با توجه به پاندمی کرونا، شاخص‌های مربوط به فعالیت فیزیکی افت شدیدی داشته باشند. رصد مداوم آمار جهانی و کشوری، می‌تواند به تصمیم‌گیری مناسب و مبتنی بر شواهد کمک نماید.

سایر پروژه‌های انجام شده در حیطه معاونت دانشجویی

۱. تجزیه و تحلیل آماری خدمات اسکان خوابگاهی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران (بر روی سایت مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، به نشانی urdc.tums.ac.ir در دسترس می‌باشد).
- این طرح به سفارش معاونت دانشجویی و توسط مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه انجام شده است.
۲. تجزیه و تحلیل فضاهای ورزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران (بر روی سایت مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، به نشانی urdc.tums.ac.ir در دسترس می‌باشد).
- این طرح به سفارش معاونت دانشجویی و توسط مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه انجام شده است.

فرهنگ

عنوان

تحلیل شاخص‌های منتخب مندرج در
بخش معاونت فرهنگی سالنامه‌های
آماري دانشگاه علوم پزشکی تهران
در دوره زمانی دو ساله (۱۳۹۷ و
۱۳۹۸)

روش کار

دانشگاه‌ها همواره نقش مهمی در فرهنگ‌سازی و نهادینه کردن ارزش‌ها، در سازمان خود و در پی آن در محیط اجتماع، داشته‌اند. فرهنگ در دانشگاه توسط مشخصه‌هایی چون ویژگی‌های فردی و دانشگاهی، تنوع و خلاقیت شناخته می‌شود. در توسعه فرهنگ دانشگاه، شناسایی مؤلفه‌های فرهنگی و ارزیابی وضعیت موجود، با شاخص‌های مشخص، یک نیاز است. نگاهی اجمالی نیز نشان می‌دهد که دانشگاه‌های مختلف در سطح کشور، در بررسی وضعیت فرهنگی، اغلب الگوی مشخص و تعریف شده‌ای ارائه نکرده و اقدامات مختلفی بر اساس سیاست‌ها و اولویت‌های خود داشته‌اند. در این زمینه، دانشگاه علوم پزشکی تهران برای بررسی وضعیت فرهنگی در گام نخست، مؤلفه‌ها و شاخص‌های فرهنگی را بر اساس بررسی گسترده متون و نظرات خبرگان موضوع تدوین کرد. سپس با تهیه ابزار پایا و روا، در بازه زمانی سال‌های ۹۷ و ۹۸، به بررسی وضعیت شاخص‌های فرهنگی در حوزه‌های هویت ملی، مهارت‌های زندگی، اعتماد سازمانی، ارزش‌های اجتماعی، ارزش‌های محیط کار، پوشش، مطالعه و اوقات فراغت در سه گروه اعضای هیئت علمی و کارکنان پرداخت. همچنین تأثیر اقدامات یا محیط دانشگاه بر روی هریک از شاخص‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت تا میزان تأثیر این اقدامات، مبنای تصمیم‌گیری و مداخلات بعدی دانشگاه قرار گیرد.

پیمایش برای گروه اعضای هیئت علمی و کارکنان انجام شد. در بخش کارکنان، پیمایش به صورت حضوری و در قالب برگزاری دوره‌های ضمن خدمت انجام شد، به این صورت که پس از تدریس مفاهیم اولیه، شرکت‌کنندگان اقدام به تکمیل پرسشنامه کردند. پیمایش اعضای هیئت علمی با همکاری واحد فناوری اطلاعات و به صورت الکترونیک انجام شد و لینک پرسشنامه، به صورت بی‌نام برای تمام اعضای هیئت علمی ارسال شد.

به منظور حصول تصویر دقیق‌تری از تأثیر اقدامات دانشگاه بر متغیرهای فوق، از نگاه مخاطبان، یافته‌ها در جدول زیر خلاصه شده است. همچنین گزارش کامل پروژه انجام شده، بر روی سایت مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه قابل دسترسی است.

جدول ۱-۴. تأثیر اقدامات دانشگاه بر مؤلفه‌های فرهنگی، از نگاه کارکنان و هیئت علمی دانشگاه

عنوان شاخص	تعریف	هیئت علمی (اثر زیاد و بسیار زیاد دانشگاه)	کارکنان (اثر زیاد و بسیار زیاد دانشگاه)
هویت ملی	وضعیت پایداری به هویت ملی	۱۷۳ (٪۵۴)	۸۸ (٪۲۷)
مهارت‌های زندگی	آشنایی با مهارت‌های زندگی بر اساس ۱۰ مؤلفه WHO شامل: خودآگاهی، ارتباط مؤثر، روابط بین فردی، تصمیم‌گیری، توانایی حل مسئله، تفکر انتقادی، تفکر خلاق، همدلی، مقابله با هیجانات، مقابله با استرس	۱۷۶ (٪۵۶)	۸۶ (٪۲۵)

عنوان شاخص	تعریف	هیئت علمی (اثر زیاد و بسیار زیاد دانشگاه)	کارکنان (اثر زیاد و بسیار زیاد دانشگاه)
اعتماد	وضعیت اعتماد به دانشگاه، مدیران ارشد مدیران میانی و همکاران	۱۶۹ (%۵۳)	۱۱۵ (%۳۵)
ارزش‌های اجتماعی	اهمیت ارزش‌های اجتماعی همچون: علم و دانش، مقام و شهرت، ثروت، زیبایی	۱۷۸ (%۵۵)	۱۰۹ (%۳۳)
ارزش‌های محیط کار	اهمیت و پایداری به ارزش‌های محیط کار مانند صداقت، وجدان کاری، انضباط، روحیه همکاری و کارگروهی	۱۶۶ (%۵۱)	۱۱۰ (%۳۴)
مطالعه	مطالعه آزاد شامل مطالعه کتاب‌های غیردرسی / غیر مرتبط با رشته	۱۴۷ (%۴۵)	۱۰۹ (%۳۲)
وضعیت پوشش	وضعیت تنوع پوشش (رنگ و مدل لباس)، رعایت نظافت و آراستگی ظاهر افراد	۱۱۲ (%۳۴)	۱۲۴ (%۲۴)
بازدید از اماکن فرهنگی	بازدید از اماکن فرهنگی مانند موزه / آثار تاریخی / نمایشگاه / نگارخانه / بازارچه /... طی سال گذشته	۴۱ (%۱۳)	۶۷ (%۲۰)
سفر غیر کاری	سفر غیرکاری در یک سال گذشته	۴۶ (%۱۴)	۵۹ (%۱۸)
پرداختن به اوقات فراغت	پرداختن به فعالیت‌های تفریحی مانند بازی و ورزش، رفتن به پارک، رفتن به مراکز تفریحی و خرید، مسافرت (به منظور زیارت و بازدید)	۴۲ (%۱۳)	۵۶ (%۱۷)
فعالیت در کانون‌ها و انجمن‌ها	میزان فعالیت در کانون‌ها یا انجمن‌های فرهنگی هنری طی سال گذشته	۵۶ (%۱۷)	۸۰ (%۲۴)

یافته‌ها

اعتماد

اعضای هیئت علمی

۲۳ درصد استادان به برنامه‌ها و سیاست‌های دانشگاه به میزان زیاد و بسیار زیاد اعتماد داشتند.

کارکنان

۲۶ درصد کارکنان به میزان زیاد و بسیار زیاد به همکاران اعتماد داشتند.
۱۷ درصد کارکنان به میزان زیاد و بسیار زیاد به مدیران میانی و ارشد اعتماد داشتند.
۱۶ درصد کارکنان به میزان زیاد و بسیار زیاد به برنامه‌ها و سیاست‌های دانشگاه اعتماد داشتند.

مهارت‌های زندگی

۵۰ درصد استادان و کارکنان به میزان زیاد و بسیار زیاد مهارت مقابله با استرس داشتند.
ارزش‌های اجتماعی

استادان

۵۳ درصد باور داشتند که در دانشگاه علم و دانش به میزان زیاد و بسیار زیاد دارای اهمیت است.

کارکنان

۴۱ درصد باور داشتند که در دانشگاه علم و دانش به میزان زیاد و بسیار زیاد دارای اهمیت است.

ارزش‌های محیط کار

اعضای هیئت علمی

۲۸ درصد باور داشتند که در دانشگاه روحیه همکاری و کار گروهی (teamwork) به میزان زیاد و بسیار زیاد دارای اهمیت است.

کارمندان

۳۰ درصد باور داشتند که در دانشگاه صداقت به میزان زیاد و بسیار زیاد دارای اهمیت است. ۲۷ درصد باور داشتند که در دانشگاه وجدان کاری به میزان زیاد و بسیار زیاد دارای اهمیت است.

۲۷ درصد باور داشتند که در دانشگاه روحیه همکاری و کارگروهی به میزان زیاد و بسیار زیاد دارای اهمیت است.

مطالعه آزاد

۹ درصد کارکنان اصلاً و ۱۵ درصد یک تا چندبار در سال مطالعه آزاد (کتاب، مجله، روزنامه و... به صورت غیرالکترونیک و الکترونیک) دارند.

محصولات فرهنگی

اعضای هیئت علمی

۳۲ درصد اصلاً به تئاتر، سینما، مجامع شعر و ادبیات، نمایشگاه‌های هنرهای دستی و تجسمی، کنسرت موسیقی و... نمی‌روند.

کارکنان

۲۶ درصد اصلاً به تئاتر، سینما، مجامع شعر و ادبیات، نمایشگاه‌های هنرهای دستی و تجسمی، کنسرت موسیقی و... نمی‌روند.

اماکن فرهنگی

اعضای هیئت علمی

۲۱ درصد اصلاً به بازدید از اماکن فرهنگی (آثار تاریخی، نمایشگاه، نگارخانه، بازارچه خیریه و...) نمی‌پردازند.

کارکنان

۲۷ درصد اصلاً به بازدید از اماکن فرهنگی (آثار تاریخی، نمایشگاه، نگارخانه، بازارچه خیریه ...) نمی‌پردازند.

مسافرت غیرکاری

۸ درصد اعضای هیئت علمی اصلاً مسافرت غیرکاری (تفریح، زیارت، بازدید از خانواده یا دوستان و...) نمی‌روند.

ورزش

فقط ۱۶ درصد اعضای هیئت علمی یک تا چند بار در هفته به ورزش می‌پردازند.

خدمات فرهنگی

اعضای هیئت علمی

۵۰ درصد اصلاً در کانون‌ها یا انجمن‌های فرهنگی-هنری فعالیت ندارند.

کارکنان

۵۶ درصد اصلاً در کانون‌ها یا انجمن‌های فرهنگی-هنری فعالیت ندارند.

پیام‌های کلیدی

- ◇ مهارت‌های زندگی: در هر دو گروه اعضای هیئت علمی و کارکنان، نیاز به آموزش مهارت‌های زندگی به‌ویژه مقابله با استرس وجود دارد.
- ◇ اعتماد: بر اساس یافته‌های این پژوهش، در هر دو گروه هیئت علمی و کارکنان، با بالا رفتن سطح سازمانی، میزان اعتماد کاهش می‌یابد. پیشنهاد می‌شود تقویت اعتماد سازمانی در تمام سطوح، به‌ویژه در بخش برنامه‌ها و سیاست‌های دانشگاه، در اولویت قرار گیرد.
- ◇ ارزش‌های اجتماعی: جایگاه علم و دانش، در مقایسه با سایر ارزش‌های اجتماعی، افت داشته است.
- ◇ ارزش‌های محیط کار: نیاز به تقویت ارزش‌ها در محیط کار در بخش روحیه همکاری و کارگروهی به‌ویژه در کارمندان وجود دارد.
- ◇ استفاده از محصولات فرهنگی: نیاز به ارتقاء استفاده از محصولات فرهنگی در هر دو گروه وجود دارد.

توصیه‌ها

- ◇ پیشنهاد تیم تحقیق انجام پیمایش دوره‌ای با فواصل دو الی سه سال است.
- ◇ بهترین روش پیمایش انجام پرسشگری در جلسات گروهی به همراه نظرسنجی و ثبت پیشنهادات است؛ اما با توجه به شرایط زمان و مکان، امکان انجام پیمایش آنلاین نیز

وجود دارد.

- ◇ با توجه به تدوین نقشه جامع دانشگاه، پیشنهاد می‌شود هنگام برنامه‌ریزی برای انتخاب مداخلات، از نتایج این پیمایش‌ها و نقشه نیز کمک گرفته شود.
- ◇ در خصوص برخی شاخص‌ها مانند هویت ملی، با توجه به تأثیرپذیری شاخص‌ها از رخدادهای کلان اجتماعی، احتمال تغییر روندها در هر دو گروه وجود دارد که بیانگر اهمیت انجام پیمایش به صورت مکرر است.
- ◇ در بخش سفر غیرکاری، طیف قابل توجهی از افراد در طی یک سال گذشته هیچ سفری نداشته‌اند که با توجه به اهمیت سفر در سلامت روان و عملکرد شغلی استادان و کارکنان برنامه منسجمی برای افزایش سفر ضروری به نظر می‌رسد (براساس پیمایش قبل از پاندمی کرونا).
- ◇ در سال‌های اخیر، اغلب پیمایش‌های فرهنگی کشوری توسط پژوهشگاه فرهنگ هنر و ارتباطات انجام شده است. به‌منظور هم‌جهت بودن با مداخلات کشوری و آگاهی از وضعیت جامعه پیشنهاد می‌شود این مجموعه در بخش همکاری بین‌بخشی فرهنگی دانشگاه لحاظ شود. یادآوری می‌شود که گزارش تفصیلی این پیمایش‌ها در دسترس عموم نیست و برای دسترسی به این اطلاعات نیاز به رایزنی در سطوح مدیریتی است.
- ◇ در خصوص سایر شاخص‌ها، سازمان جهانی بهداشت آماری عرضه کرده است که آخرین به‌روزرسانی مربوط به سال ۲۰۱۸ است و می‌توان انتظار داشت که با توجه به پاندمی کووید ۱۹، شاخص‌های مربوط به فعالیت فیزیکی افت شدیدی داشته باشند. رصد مداوم آمار جهانی و کشوری، می‌تواند به تصمیم‌گیری مناسب و مبتنی بر شواهد کمک نماید.

بهداشت

عنوان

تحلیل شاخص‌های منتخب مندرج در
بخش معاونت بهداشت سالنامه‌های
آماري دانشگاه علوم پزشکی تهران
در دوره زمانی یازده ساله (۱۳۸۹ تا
۱۳۹۸)

روش کار

تحلیل حاضر به صورت توصیفی و گذشته‌نگر انجام گرفت. شاخص‌های کلیدی عملکرد حوزه بهداشت با توجه به شاخص‌های موجود در بخش معاونت بهداشت سالنامه آماری و سایر شاخص‌های متداول ارزیابی حوزه بهداشت با نظر روسا و کارشناسان معاونت بهداشت طی سه جلسه بحث گروهی متمرکز، تعیین شد (جدول ۱).

در مرحله بعد تعیین شناسنامه شاخص‌های نهایی و استخراج داده‌های آن‌ها از سالنامه‌های ادوار پیشین با مشارکت همکاران معاونت بهداشت انجام شد. در مواردی که داده‌های موجود در سالنامه کامل نبود و حاوی همه اقلام اطلاعاتی مورد نیاز جهت محاسبه شاخص‌ها نبود، از سایر منابع اطلاعاتی با کمک کارشناسان مرتبط استفاده شد و این نواقص اطلاعاتی جهت تکمیل سالنامه در سال‌های بعد، مشخص و انتقال داده شد. شاخص‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، میانگین یا نرخ رشد در نرم‌افزار اکسل تحلیل شد. یافته‌ها شامل روند تغییرات شاخص (تبیین تغییرات طی سالیان از طریق درصد رشد سالیانه و میانگین چندساله) و مقایسه با سایر دانشگاه‌ها، کشورها و واحدهای مشابه در دانشگاه و نتیجه‌گیری (وضعیت کلی دانشگاه در این شاخص و چرایی دستیابی به این نتایج، پیش‌بینی تغییرات آتی و پیشنهادهای ارتقایی) در دو تا سه جلسه بحث گروهی متمرکز به اطلاع همکاران معاونت بهداشت رسید تا حسب نظرات صاحبان فرایند و مدیریت عالی این معاونت، مورد بازنگری و تفسیر قرار بگیرد. در نهایت، نتایج نهایی در هیئت‌رئیس دانشگاه خدمت رئیس محترم دانشگاه و مشاورین و معاونان ایشان انعکاس داده شد تا مطابق با نتایج و نیاز، نسبت به اتخاذ و بازبینی استراتژی‌های کلان دانشگاه اقدام شود.

جدول ۱-۵. فهرست شاخص‌های منتخب مندرج در بخش معاونت بهداشت سالنامه‌های آماری دانشگاه

نوع شاخص	عنوان شاخص	اقلام اطلاعاتی مورد نیاز برای محاسبه شاخص	نحوه محاسبه شاخص	بازه زمانی
۱ ۲ ۳ ۴	درصد تحقق توسعه شبکه	- تعداد واحدهای فعال - تعداد واحدهای مصوب	(واحدهای فعال/واحدهای مصوب) * ۱۰۰	تا ۱۳۸۹ ۱۳۹۹
	درصد پوشش برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی (روستاها و شهرهای زیر بیست هزار نفر) به ازای ۴ هزار نفر جمعیت	- تعداد پزشک - جمعیت روستاهای تحت پوشش برنامه پزشکی خانواده - جمعیت شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر تحت پوشش برنامه پزشکی خانواده	نحوه محاسبه: (تعداد پزشک/ جمعیت کل تحت پوشش) * ۴۰۰۰	تا ۱۳۹۲ ۱۳۹۹

نوع شاخص	عنوان شاخص	اقدام اطلاعاتی مورد نیاز برای محاسبه شاخص	نحوه محاسبه شاخص	بازه زمانی	
کنترل بیماری‌های واگیر	درصد مرگ و میر جمعیت زیر هفتاد سال به تفکیک ده علت نخست	- تعداد مرگ به تفکیک علل - تعداد مرگ زنان و مردان به تفکیک علل - جمعیت کلان‌شهر تهران، ری و اسلامشهر	(تعداد افراد فوت شده به تفکیک علت اصلی طی یک سال / جمعیت همان سال) * ۱۰۰۰۰ (تعداد افراد فوت شده در هر جنس به تفکیک هر یک از علل طی یک سال / جمعیت همان سال) * ۱۰۰۰۰	تا ۱۳۹۶ ۱۳۹۸	
	کشف و گزارش به موقع موارد AFP (Acute Flaccid Paralysis) در صد هزار نفر	- تعداد موارد AFP - جمعیت زیر ۱۵ سال (نفر)	(تعداد بیمار مبتلا به AFP / جمعیت تحت پوشش) * ۱۰۰۰۰	تا ۱۳۹۴ ۱۳۹۹	
	کشف و گزارش موارد مشکوک به سرخک و سرخچه در صد هزار نفر جمعیت	- تعداد موارد گزارش شده تب و بثورات - جمعیت تحت پوشش	(تعداد موارد تب و بثورات گزارش شده / جمعیت کل) * ۱۰۰۰۰	تا ۱۳۹۲ ۱۳۹۹	
	میزان بروز موارد جدید سل ریوی آسمیر مثبت در صد هزار نفر جمعیت	- تعداد موارد سل ریوی آسمیر مثبت - جمعیت تحت پوشش	(تعداد موارد سل ریوی آسمیر مثبت / جمعیت تحت پوشش) * ۱۰۰۰۰	تا ۱۳۸۹ ۱۳۹۹	
کنترل بیماری‌های غیرواگیر	درصد بروز دیابت در جمعیت غربالگری شده	- درصد بروز دیابت در جمعیت غربالگری شده - تعداد کل ارزیابی‌های خطر سنجی افراد بالای ۳۰ سال	(تعداد افراد مبتلا به دیابت / تعداد کل ارزیابی خطر سنجی افراد بالای ۳۰ سال) * ۱۰۰	تا ۱۳۹۵ ۱۳۹۹	
	پوشش مراقبت دیابت توسط پزشک	- تعداد افراد مبتلا به دیابت مراقبت شده - تعداد کل بیماران شناسایی شده	(تعداد افراد مبتلا به دیابت مراقبت شده / کل بیماران شناسایی شده) * ۱۰۰	تا ۱۳۹۷ ۱۳۹۹	
	پوشش مراقبت فشارخون توسط پزشک	- تعداد افراد مبتلا به پرفشاری خون مراقبت شده - تعداد کل بیماران شناسایی شده	(تعداد افراد مبتلا به پرفشاری خون / کل بیماران شناسایی شده) * ۱۰۰	تا ۱۳۹۶ ۱۳۹۷	
	غربالگری به هنگام از پاشنه پای نوزادان در خصوص بیماری‌های فیل کتونوری، تیروئید و G6PD	- تعداد نوزاد غربالگری شده طی روزهای ۳ تا ۵ پس از تولد (به هنگام) - تعداد کل نوزادان غربالگری شده	تعداد نوزادان غربالگری شده طی روزهای ۳ تا ۵ پس از تولد / تعداد کل نوزادان غربالگری شده	تا ۱۳۹۳ ۱۳۹۹	
	مراقبت ژنتیک از نظر بیماری بتاتالاسمی مازور	- تعداد کل مادران باردار تحت مراقبت ژنتیک - تعداد انجام آزمایش Prenatal Diagnosis (PNDY) برای مادران باردار - تعداد جنین مبتلا - تعداد سقط عمدی قبل از ۱۸ هفته - تعداد نوزاد مبتلا به بتاتالاسمی مازور	(تعداد جنین مبتلا به بتاتالاسمی مازور / تعداد کل مادران باردار تحت مراقبت ژنتیک) * ۱۰۰	تا ۱۳۹۳ ۱۳۹۹	

نوع شاخص	عنوان شاخص	اقدام اطلاعاتی مورد نیاز برای محاسبه شاخص	نحوه محاسبه شاخص	بازه زمانی
سلامت جمعیت، خانواده و مدارس	تعداد مرگ مادران به علت عوارض بارداری و زایمان تا ۴۲ روز پس از تولد زنده	- تعداد مرگ مادران - تعداد متولدین زنده مورد انتظار	(تعداد مرگ مادران به علت عوارض بارداری و زایمان از ابتدای بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان / متولدین زنده مورد انتظار همان سال) * ۱۰۰۰۰۰ زنده	۱۳۹۲ تا ۱۳۹۹
	تعداد مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه خارج بیمارستانی طی یک سال در هر هزار تولد زنده	- تعداد مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه - تعداد متولدین زنده مورد انتظار	تعداد مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه طی یک سال * ۱۰۰۰ تولد زنده	۱۳۹۲ تا ۱۳۹۹
	پوشش واکسیناسیون پنتا والان (نوبت سوم)	- تعداد کودک واکسینه شده با واکسن پنتاوالان نوبت سوم طی یک سال - جمعیت کودکان زیر یک سال	(تعداد کودکان واکسینه شده با واکسن نوبت سوم پنتاوالان / تعداد کودکان زیر یکسال) * ۱۰۰	۱۳۹۵ تا ۱۳۹۹
	پوشش واکسیناسیون پولیو (خوراکی نوبت سوم)	- تعداد کودک واکسینه شده با واکسن پولیو خوراکی نوبت سوم طی یک سال - جمعیت کودکان زیر یک سال	(تعداد کودکان واکسینه شده با واکسن نوبت سوم پولیو خوراکی / تعداد کودکان زیر یکسال) * ۱۰۰	۱۳۹۵ تا ۱۳۹۹
سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	تعداد فراگیر کارگاه‌های آموزش مهارت‌های زندگی	تعداد فراگیران آموزش‌ها	تعداد فراگیران آموزش‌ها	۱۳۹۰ تا ۱۳۹۹
	تعداد فراگیر کارگاه‌های آموزش فرزندپروری	تعداد فراگیران آموزش‌ها	تعداد فراگیران آموزش‌ها	۱۳۹۰ تا ۱۳۹۹
	درصد غربالگری مثبت سلامت اجتماعی	- تعداد غربالگری مثبت - تعداد غربالگری اولیه	(تعداد غربالگری مثبت / تعداد غربالگری اولیه) * ۱۰۰	۱۳۹۶ تا ۱۳۹۹
	درصد غربالگری تکمیلی سلامت اجتماعی	- تعداد غربالگری تکمیلی - تعداد غربالگری مثبت	(تعداد غربالگری تکمیلی سلامت اجتماعی / تعداد غربالگری اولیه مثبت) * ۱۰۰	۱۳۹۶ تا ۱۳۹۹
	توزیع سرنگ و سرسوزن استریل برای مراکز معتادین گذری	تعداد توزیع سرنگ و سرسوزن استریل توزیع شده بین معتادین مراکز گذری طی سال	تعداد توزیع سرنگ و سرسوزن استریل توزیع شده بین معتادین مراکز گذری طی سال	۱۳۹۱ تا ۱۳۹۹

نوع شاخص	عنوان شاخص	اقدام اطلاعاتی موردنیاز برای محاسبه شاخص	نحوه محاسبه شاخص	بازه زمانی
بهداشت محیط	درصد نمونه‌های میکروبی نامطلوب آب آشامیدنی روستایی و شهری	- تعداد نمونه‌های نامطلوب آب روستایی - تعداد کل نمونه‌های آب روستایی - تعداد نمونه‌های نامطلوب آب شهری - تعداد کل نمونه‌های شهری	(تعداد نمونه‌های نامطلوب / تعداد کل نمونه‌ها) * ۱۰۰	۱۳۹۰ تا ۱۳۹۹
	درصد مراکز روستایی و شهری تهیه و توزیع مواد غذایی تحت پوشش فاقد معیار بهداشتی و بهسازی	- تعداد مراکز روستایی تهیه و توزیع غذای فاقد معیار - تعداد کل مراکز روستایی تهیه و توزیع غذا - تعداد مراکز شهری تهیه و توزیع غذای فاقد معیار - تعداد کل مراکز شهری تهیه و توزیع غذا	(تعداد مراکز روستایی تهیه و توزیع غذای فاقد معیار / تعداد کل مراکز روستایی تهیه و توزیع غذا) * ۱۰۰ و (تعداد مراکز شهری تهیه و توزیع غذای فاقد معیار / تعداد کل مراکز شهری تهیه و توزیع غذا) * ۱۰۰	۱۳۹۰ تا ۱۳۹۹
	عملکرد ساعت خدمت دندانپزشکان	- مجموع ساعت خدمات دندانپزشکان در سال - متوسط تعداد دندانپزشکان - تعداد ماه‌های سال - متوسط تعداد روزهای کاری در یک ماه	((کل ساعت خدمات دندانپزشکان در سال / متوسط سالانه تعداد دندانپزشک) / ۱۲) / متوسط تعداد روز کاری در ماه	۱۳۹۳ تا ۱۳۹۹

یافته‌ها

دانشگاه علوم پزشکی تهران از طریق سه مرکز بهداشت و درمان اسلامشهر، ری و جنوب تهران، عهده‌دار ارائه خدمات بهداشتی به مردم مناطق شهرداری ۱۰، ۱۱، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۰ و نواحی ۲ و ۳ منطقه ۱۵ تهران و شهرستان‌های اسلامشهر و ری است که عمدتاً با تراکم جمعیت بالا و از نظر اقتصادی مناطق متوسط و کم درآمد محسوب می‌شوند. براساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن «مرکز آمار ایران» در سال ۱۳۹۵ و ضریب تصحیح، جمعیت

تحت پوشش مستقیم دانشگاه در سال ۱۳۹۷ برابر با ۳۰۱۶۷۹۲ و در سال ۱۳۹۸ برابر با ۳۰۵۴۶۲۳ نفر بوده است.

جدول ۲-۵. جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران به تفکیک منطقه

۱۳۹۸			۱۳۹۷			منطقه
زن	مرد	کل	زن	مرد	کل	
۱۰۳۷۴۶۷	۱۰۴۸۳۶۱	۲۰۸۵۸۲۸	۱۰۲۴۶۱۸	۱۰۳۵۳۷۷	۲۰۵۹۹۹۵	برآورد جمعیت مناطق تحت پوشش در تهران
۱۶۴۶۲	۱۷۴۹۴	۳۳۹۵۶	۱۶۲۵۸	۱۷۲۷۸	۳۳۵۳۶	برآورد جمعیت بخش آفتاب
۱۶۹۰۸۲	۱۹۴۸۳۴	۳۶۳۹۱۶	۱۶۶۹۸۸	۱۹۲۷۸	۳۵۹۴۰۹	برآورد جمعیت شهرستان ری
۲۸۰۲۸۷	۲۹۰۶۳۶	۵۷۰۹۲۳	۲۷۶۸۱۶	۲۸۷۰۳۶	۵۶۳۸۵۲	برآورد جمعیت شهرستان اسلامشهر
۱۵۰۳۲۹۸	۱۵۵۱۳۲۵	۳۰۵۴۶۲۳	۱۴۸۴۶۸۰	۱۵۳۲۱۱۲	۳۰۱۶۷۹۲	مجموع کل برآورد جمعیت تحت پوشش دانشگاه
۶۸۶۲۰۲۶	۶۹۴۴۹۷۴	۱۳۸۰۷۰۰۰	۶۷۷۷۰۴۰	۶۸۵۸۹۶۰	۱۳۶۳۶۰۰۰	برآورد جمعیت استان تهران

مقادیر شاخص‌های منتخب، در بازه‌های زمانی بررسی شده در ادامه آمده است. در برخی موارد اقلام اطلاعاتی موردنیاز در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۹ در دسترس بوده‌اند که در تحلیل آورده شده‌اند.

مدیریت شبکه

چنانچه در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، در فاصله سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۷ معاونت بهداشتی توانسته است که همه واحدهای مصوب خود را در همه مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران، فعال نماید. در دو سال اخیر روند کاهشی مشاهده می‌شود که بخشی از آن به کاهش منابع حوزه بهداشت و بخشی به اثرات همه‌گیری کووید ۱۹ مرتبط است. هدف از توسعه زیرساخت‌ها افزایش پوشش ارائه خدمات است که روند آن در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود. پوشش برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۴، روند رو به رشد داشته است. دلیل کاهش مشاهده شده در سال ۱۳۹۵، افزایش جمعیت (مخرج کسر) در محاسبه شاخص است. علت این افزایش هم استفاده از نتایج سرشماری است که نسبت به جمعیت تخمینی سال ۱۳۹۴ بیشتر است (۱۸۸۷۳۱ نفر در سال ۱۳۹۵ در مقایسه با ۱۱۸۹۰۵ نفر در سال ۱۳۹۴). سپس مجدداً روند صعودی پوشش تا سال ۱۳۹۷ مشاهده شده و پس از آن هم‌راستا با کاهش درصد واحدهای فعال، کاهش در پوشش پزشک خانواده

نیز در سال‌های ۱۳۹۸ و ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۹ مشاهده می‌شود.

جدول ۳-۵. شاخص درصد تحقق شبکه

منطقه	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماه اول ۱۳۹۹
اسلامشهر	۹۸.۲۸	۹۸.۳۳	۹۸.۳۳	۹۸.۳۳	۹۶.۶۷	۹۵.۹۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۹۷	۹۷
ری	۹۱.۴۹	۹۰.۴۳	۷۸.۷۲	۷۷.۶۶	۷۷.۶۶	۸۸.۰۳	۹۸.۲۹	۹۹.۱۵	۱۰۰	۹۹	۹۹
جنوب	۸۱.۳۶	۷۸.۵۱	۷۵.۲۱	۷۲.۷۳	۷۲.۷۳	۹۳.۷۱	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۹۱	۸۹
جمع	۸۸.۵۲	۸۶.۹۱	۸۱.۴۵	۸۰.۰۰	۷۹.۶۵	۹۲.۲۲	۹۹.۴۰	۹۹.۷۰	۱۰۰	۹۵	۹۴

جدول ۴-۵. درصد پوشش برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی (روستاها و شهرهای زیر بیست هزار نفر) به ازای چهار هزار نفر جمعیت

درصد	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماه اول ۱۳۹۹
درصد پوشش	۷۴.۱۴	۶۳.۴۳	۹۸.۸۸	۶۲.۴۲	۶۶.۰۹	۶۳.۹۷	۵۹	۵۸.۲۸

یکی از مهم‌ترین شاخص‌های مورد نیاز برای تحلیل وضعیت سلامت در هر جامعه، مرگ و میر ناشی از علل مختلف و بررسی روند آن است. مرگ‌ومیر زیر ۷۰ سال یا زودرس با شناسایی علل قابل پیش‌گیری مرگ ارزش بیشتری جهت اولویت‌بندی، اجرا و ارزیابی مداخلات سلامتی در جامعه هدف دارند. بر این اساس تعداد مرگ‌ومیر جمعیت زیر هفتاد سال تهران به تفکیک ده علت نخست در جدول شماره ۵ آورده شده است. علیرغم اهمیت بررسی روند این شاخص در سال‌های گذشته، به دلیل تعاریف متفاوت از علل مرگ‌ومیر در سال‌های قبل، فقط آمار سال‌های ۱۳۹۶ به بعد قابلیت مقایسه دارند. یکی دیگر از محدودیت‌های این شاخص این است که معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران از نیمه دوم سال ۱۳۹۳ عهده‌دار مسئولیت ثبت مرگ کلان‌شهر تهران، ری و اسلامشهر است و اطلاعات مذکور فقط برای مناطق تحت پوشش دانشگاه تهران قابل احصاء نیستند.

جدول ۵-۵. تعداد مرگ‌ومیر زیر ۷۰ سال به تفکیک علل شایع در هر دو جنس در کلان‌شهر تهران، ری و اسلامشهر

علت	۱۳۹۶	رتبه	۱۳۹۷	رتبه	۱۳۹۸	رتبه
سکته قلبی	۲۹۴۷	۱	۲۷۷۸	۱	۲۳۱۶	۱
دیابت	۱۵۴۱	۲	۱۵۹۹	۲	۱۳۵۷	۲

رتبه	۱۳۹۸	رتبه	۱۳۹۷	رتبه	۱۳۹۶	علت
۴	۷۱۹	۳	۱۰۱۳	۳	۱۱۸۵	حوادث ترافیکی
۳	۸۲۷	۴	۸۶۶	۴	۹۲۲	سکته مغزی
۶	۵۸۴	۶	۶۰۰	۵	۶۱۹	سرطان پستان
۹	۴۲۳	۷	۵۰۶	۶	۵۱۷	سرطان ریه و برونش
۱۳	۳۳۵	۱۲	۳۵۸	۷	۴۵۴	سایر بیماری‌های قلبی
۱۱	۳۹۱	۱۳	۳۲۷	۸	۴۲۷	برخورد اجسام پرتابه یا ساقط‌شده با فرد
۱۲	۳۷۷	۱۰	۴۲۰	۹	۴۲۱	سرطان معده
۷	۴۵۵	۸	۴۴۹	۱۰	۴۱۴	سرطان کولون
۱۴	۳۲۹	۹	۴۳۴	۱۱	۴۰۸	سایر بیماری‌های عصبی
۵	۶۸۵	۵	۷۰۰	۱۲	۴۰۵	مسمومیت اتفاقی با انواع دارو و مواد بیولوژیک
۱۰	۴۰۹	۸	۴۴۹	۱۳	۳۹۰	سرطان سیستم عصبی و مننژ
۱۵	۱۴۵	۱۴	۱۸۰	۱۵	۱۶۸	سایر سرطان‌های دستگاه تناسلی زنان
۸	۴۵۴	۱۱	۳۷۸	۱۴	۳۴۷	پنومونی
	۹۸۰۶		۱۲۱۲۸		۱۲۲۱۴	جمع

جدول ۵-۶. میزان مرگ‌ومیر زودرس هر دو جنس به تفکیک علل شایع در صد هزار نفر جمعیت در کلان‌شهر تهران، ری و اسلامشهر

نحوه محاسبه: (تعداد افراد فوت شده به تفکیک علت اصلی طی یک سال / جمعیت همان سال) * ۱۰۰۰۰۰			
۱۳۹۸	۱۳۹۷	۱۳۹۶	علت/سال
۲۳.۵۱	۲۸.۵۵	۳۰.۳۶	سکته قلبی
۱۳.۷۷	۱۶.۴۳	۱۵.۸۷	دیابت
۷.۳	۱۰.۴۱	۱۲.۲۱	حوادث ترافیکی
۸.۳۹	۸.۹	۹.۵۰	سکته مغزی
۵.۹۳	۶.۱۷	۶.۳۸	سرطان پستان
۴.۲۹	۵.۲	۵.۳۲	سرطان ریه و برونش
۳.۴	۳.۷	۴.۶۷	سایر بیماری‌های قلبی
۳.۹۷	۳.۳۶	۴.۴	برخورد اجسام پرتابه یا ساقط‌شده با فرد
۳.۸۳	۴.۳۲	۴.۳۴	سرطان معده
۴.۶۲	۵.۱۳	۴.۲۶	سرطان کولون

نحوه محاسبه: (تعداد افراد فوت شده به تفکیک علت اصلی طی یک سال / جمعیت همان سال) * ۱۰۰۰۰۰			
علت/سال			
۱۳۹۸	۱۳۹۷	۱۳۹۶	سایر بیماری‌های عصبی
۳.۳۴	۴.۴۵	۴.۲	مسمومیت اتفاقی با انواع دارو و مواد بیولوژیک
۶.۹۵	۷.۱۹	۴.۱۷	سرطان سیستم عصبی و مننژ
۴.۱۵	۴.۶۱	۴.۰۱	سایر سرطان‌های دستگاه تناسلی زنان
۱.۴۷	۱.۸۵	۱.۷۳	پنومونی
۴.۶۱	۳.۸۸ ۳.۵۷		

چنانچه در جدول شماره ۵ و ۶ ملاحظه می‌نمایید، در تهران سکنه قلبی، دیابت، حوادث ترافیکی و سکنه مغزی ۴ علت اول مرگ‌ومیر زودرس در سال‌های ۱۳۹۷، ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ بوده‌اند. با توجه به بار بالای قابل پیشگیری^۱ این عوامل، اهمیت مداخلات پیشگیرانه و کاهش عوامل خطر این موارد مشخص می‌شود. طی سال‌های مورد بررسی، روند کاهش مرگ‌ومیر ناشی از علل شایع قابل توجه است. نکته قابل توجه در این جدول بالا رفتن رتبه پنومونی در بین علل مرگ‌ومیر در سال ۱۳۹۸ است که قابل انتساب به آغاز همه‌گیری کووید ۱۹ در ماه‌های پایانی این سال است.

جدول شماره ۷ میزان مرگ‌ومیر زودرس به تفکیک علت اصلی را به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد. مقایسه بین دو جنس سهم بیشتر سکنه قلبی و حوادث ترافیکی در مرگ‌ومیر مردان را در مقایسه با زنان (حدود ۴ برابر) به خوبی نشان می‌دهد. همچنین اهمیت آموزش‌ها و غربالگری‌های لازم جهت تشخیص زودرس سرطان پستان در زنان با هدف کاهش مرگ‌ومیر زودرس مشخص است.

جدول ۷-۵. میزان مرگ‌ومیر زودرس به تفکیک علت در صد هزار نفر جمعیت در زنان و مردان در کلان‌شهر تهران، ری و اسلامشهر

نحوه محاسبه: (تعداد افراد فوت شده در هر جنس به تفکیک هر یک از علل طی یک سال / جمعیت همان سال) * ۱۰۰۰۰۰						
زن			مرد			علت / سال
۱۳۹۸	۱۳۹۷	۱۳۹۶	۱۳۹۸	۱۳۹۷	۱۳۹۶	
۹.۷۸	۱۲.۴۲	۱۳.۵۷	۲۸.۲۲	۴۴.۷۲	۴۷.۲۱	سکنه قلبی
۱۲.۵۶	۱۴.۹۵	۱۴.۹۱	۷.۷۲	۱۷.۹۲	۱۶.۸۴	دیابت
۳.۰۱	۶.۵۳	۴.۶۳	۱۱.۶۳	۱۶.۸۹	۱۹.۸۲	حوادث ترافیکی

1- Preventable burden

نحوه محاسبه: (تعداد افراد فوت شده در هر جنس به تفکیک هر یک از علل طی یک سال / جمعیت همان سال) * ۱۰۰۰۰۰						
زن			مرد			علت/سال
۱۳۹۸	۱۳۹۷	۱۳۹۶	۱۳۹۸	۱۳۹۷	۱۳۹۶	
۵.۵۹	۳.۹۴	۷.۲۰	۱۱.۲۵	۱۱.۲۸	۱۰.۶۷	سکته مغزی
۱۱.۸۳	۱۲.۲۴	۱۲.۶۲	۰.۴	۰.۰۸	۰.۱۰	سرطان پستان
۲.۶۸	۲.۸۱	۳.۲۳	۵.۹۳	۷.۵۹	۷.۴۳	سرطان ریه و برونش
۱.۷۳	۲.۲۰	۳.۲۷	۵.۰۹	۵.۱۶	۶.۰۹	سایر بیماری‌های قلبی
۱.۷۱	۱.۶۶	۱.۸۹	۶.۲۵	۵.۰۶	۶.۹۱	برخورد اجسام پرتابه یا ساقط‌شده با فرد
۲.۰۱	۲.۶۷	۲.۵۱	۵.۶۶	۵.۹۷	۶.۱۷	سرطان معده
۳.۵۲	۴.۱۷	۳.۶۶	۵.۷۵	۶.۰۹	۴.۸۷	سرطان کولون
۳.۰۹	۳.۷۶	۳.۵۱	۳.۶۱	۵.۱۶	۴.۸۹	سایر بیماری‌های عصبی
۲.۲۶	۱.۴۸	۰.۹۴	۱۱.۷	۱۲.۹۲	۷.۴۱	مسمومیت اتفاقی با انواع دارو و مواد بیولوژیک
۳.۵۲	۴.۱۷	۳.۶۶	۴.۸۱	۵.۰۶	۴.۳۸	سرطان سیستم عصبی و مننژ
۲.۹۵	۳.۶۹	۳.۴۵	.	.	.	سایر سرطان‌های دستگاه تناسلی زنان
۲.۴۲	۲.۰۱	۱.۶۶	۶.۸۳	۵.۴۷	۵.۷۶	پنومونی

کنترل بیماری‌های غیرواگیر

چنانچه در بررسی علل شایع مرگ‌ومیر زودرس مشاهده شد، دیابت یکی از علل مهم قابل کنترل مرگ‌ومیر زودرس در زنان و مردان در تهران است. شناسایی زودرس بیماران و کنترل قند خون می‌تواند به کاهش مورتالیتی و موربیدیتی این بیماری کمک فراوانی نماید. یکی از اقداماتی که در جمعیت تحت پوشش دانشگاه انجام می‌شود، غربالگری در جمعیت پرخطر جهت شناسایی زودرس بیماران است. این بررسی‌ها در سال ۱۳۹۵، بر روی ۴۳۰۰۰ نفر انجام شده که با روند صعودی در سال ۱۳۹۸ به ۱۳۱۹۵۷ نفر رسیده است. در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۹، ۲۵۶۰۸ مورد ارزیابی خطر در جمعیت بالای ۳۰ سال انجام شده است که به نظر روند کاهش یابنده داشته که می‌تواند متاثر از شرایط ایجاد شده در اثر همه‌گیری کووید ۱۹ باشد. در جدول شماره ۸ بروز دیابت در جمعیت غربالگری شده آورده شده است. روند رو به کاهش

این بروز می‌تواند به این دلیل باشد که در سال‌های آغازین این غربالگری، جمعیت پرخطرتری در مقایسه با سال‌های بعدی غربالگری می‌شده‌اند. بدیهی است که هدف از شناسایی بیماران، مراقبت مناسب از آنان جهت کنترل و کاهش عوارض بیماری است. پوشش مراقبت دیابت توسط پزشک به تفکیک شبکه‌های بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران در جدول شماره ۹ آورده شده است. منظور از مراقبت در این شاخص، انجام آزمایش HbA1C برای بیمار است. اگرچه این شاخص در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۷ افزایش یافته است اما بازهم نیاز به ارتقای آن وجود دارد. یکی از نکات مهم در تفسیر این شاخص این است که بسیاری از مبتلایان به خصوص وقتی تمکن مالی بهتری دارند، برای دریافت مراقبت به پزشکان بخش خصوصی مراجعه می‌کنند و به دلیل عدم ثبت داده‌های بخش خصوصی توسط شبکه‌های بهداشتی، آمار کلی مراقبت قابل محاسبه نیست. این موضوع تأکیدی است بر لزوم وارد شدن اطلاعات بخش خصوصی در سامانه‌های بهداشت تا بتوان تصویر بهتری از شرایط واقعی جامعه داشت.

جدول ۸-۵. درصد بروز دیابت در جمعیت غربالگری شده

درصد / سال	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماه اول ۱۳۹۹
بروز	۴۰.۹۷	۱۳.۳	۱۴.۹۲	۸.۰۶	۹.۰۸

جدول ۹-۵. پوشش مراقبت دیابت توسط پزشک

تعداد افراد مبتلا به دیابت مراقبت شده / کل بیماران شناسایی شده (۱۰۰*			
عنوان/ سال	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماه اول ۱۳۹۹
شبکه بهداشت جنوب	۴.۴۶	۲۵.۷۲	۱۰.۴۹
شبکه بهداشت ری	۹.۹۷	۱۲۸.۳۱	۳۹.۱۵
شبکه بهداشت اسلامشهر	۱۹.۱۸	۵۴.۹۲	۱۵.۶۵
جمع	۹.۸۲	۶۹.۰۲	۲۱.۸۱

پرفشاری خون یکی از عوامل خطر مهم است که به ویژه با مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی ارتباط نزدیک دارد. از اینرو پوشش مراقبت بیماران مبتلا به پرفشاری خون، از شاخص‌های مورد توجه حوزه بهداشت است. جدول شماره ۱۰، درصد پوشش را برای مبتلایان شناسایی شده نشان می‌دهد. روند رو به رشد مراقبت از سال ۱۳۹۶ به بعد قابل توجه است. در سال ۱۳۹۹ اگر فرض کنیم که تعداد بیماران مراقبت شده در نیمه دوم سال مشابه نیمه اول خواهند بود، به نظر می‌رسد که کاهش در پوشش مراقبت رخ داده است.

جدول ۱۰-۵. پوشش مراقبت فشارخون توسط پزشک

تعداد افراد مبتلا به پرفشاری خون مراقبت شده/کل بیماران شناسایی شده)* ۱۰۰				
عنوان / سال	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماه اول ۱۳۹۹
شبکه بهداشت جنوب	۴.۵	۱۰.۲۳	۳۱.۳۴	۹.۵۱
شبکه بهداشت ری	۱۰.۸۴	۱۹.۹۷	۱۲۱.۵۸	۴۰.۳۲
شبکه بهداشت اسلامشهر	۴.۱۶	۳۰.۰۶	۸۷.۰۳	۲۹.۹۲
جمع	۶.۷۸	۱۸.۹۵	۷۵.۹۷	۲۴.۸۲

معاونت بهداشتی دانشگاه در حوزه بیماری‌های غیرواگیر وظیفه شناسایی زودرس ناهنجاری‌های مادرزادی که در صورت عدم تشخیص و درمان مناسب باعث عوارض ماندگار در نوزادان می‌شود را برعهده دارد. شاخص‌های مهم در این حوزه، غربالگری به‌هنگام در روزهای ۳ تا ۵ پس از تولد در نوزادان برای بیماری‌های فنیل کتونوری، هیپوتیروئیدی و کمبود G6PD هستند که در جدول شماره ۱۱ روند سالیانه آن‌ها از سال ۱۳۹۳ آورده شده است. میزان مطلوب در راهنماهای کشوری، بالاتر از ۶۵ درصد است که در دانشگاه علوم پزشکی تهران بالاتر از این مقدار بوده است.

جدول ۱۱-۵. غربالگری به‌هنگام از پاشنه پای نوزادان در خصوص بیماری‌های فنیل کتونوری، هیپوتیروئیدی و کمبود G6PD

تعداد/سال	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماه اول ۱۳۹۹
درصد	۸۰.۱	۸۰.۲	۸۰.۱	۷۷	۷۹.۶	۷۷.۳	۷۹

یکی دیگر از حوزه‌های مهم در کنترل بیماری‌های غیرواگیر، مراقبت ژنتیک از لحاظ بیماری بتانالاسمی ماژور است. هدف این است که با استفاده از مشاوره‌های پیش از ازدواج، پیش از بارداری و مراقبت‌های حین بارداری مانع تولد مبتلایان به این بیماری شد. جدول شماره ۱۲، شاخص‌های کلیدی این برنامه را در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۹ نشان داده است. شاخص کلیدی پیامد در این حوزه که تولد نوزاد مبتلا است، به خوبی نشان دهنده مراقبت مناسب و مؤثر در این حوزه است.

جدول ۱۲-۵. شاخص‌های مراقبت ژنتیک بتا تالاسمی ماژور

شش ماه اول ۱۳۹۹	۱۳۹۸	۱۳۹۷	۱۳۹۶	۱۳۹۵	۱۳۹۴	۱۳۹۳	تعداد/سال
۸	۲۴	۲۴	۳۲	۳۵	۴۵	۱۸	تعداد کل مادران باردار تحت مراقبت ژنتیک
۸	۲۴	۲۴	۳۲	۳۵	۴۵	۱۸	تعداد انجام آزمایش Prenatal Diagnosis PND۲ برای مادران باردار
۱	۳	۱	۵	۱	۴	۳	تعداد جنین مبتلا
۱	۳	۱	۵	۱	۴	۳	تعداد سقط عمدی قبل از ۱۸ هفته
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	تعداد نوزاد مبتلا به بتا تالاسمی ماژور

کنترل بیماری‌های واگیر

علیرغم توفیق حاصل شده در کنترل بیماری‌های واگیر در کشور، حوزه بهداشت باید همواره مراقب میزان بروز بیماری‌های مهم باشد تا سریعاً از طغیان‌ها و همه‌گیری‌ها مطلع شده و اقدامات ضروری را هرچه سریعتر انجام دهد. این اطلاعات جهت ارزیابی اثرات مداخلات جاری و یا برنامه‌ریزی برای مداخلات جدید مورد استفاده قرار می‌گیرد. در ادامه شاخص‌های عملکردی آورده شده است که نشان دهنده کفایت این مراقبت‌ها در جمعیت تحت پوشش دانشگاه است. یکی از این بیماری‌ها فلج اطفال است. جهت اطمینان از کفایت شناسایی و گزارش‌دهی این بیماری، تعداد موارد فلج شل حاد^۲ گزارش شده در کودکان زیر ۱۵ سال باید بیشتر از ۲ مورد در سال باشد. روند ۶ ساله این شاخص برای جمعیت زیر ۱۵ سال تحت پوشش دانشگاه، در جدول شماره ۱۳ آورده شده که همواره در محدوده مورد انتظار بوده است.

جدول ۱۳-۵. میزان گزارش‌دهی موارد فلج شل حاد

تعداد بیمار مبتلا به AFP / جمعیت زیر ۱۵ سال تحت پوشش * ۱۰۰۰۰۰						
سال	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماه اول ۱۳۹۹
بیماری‌ابی	۲.۶	۲.۲	۳.۵	۶	۴.۴	۱.۵

معاونت بهداشتی، برای اطمینان از شناسایی موارد سرخک و سرخجه، مبتلایان به تب و بثورات را شناسایی و گزارش می‌دهد. شاخص عملکردی تعریف شده جهت بررسی کفایت و دقت سیستم مراقبت، تعداد مبتلایان به تب و بثورات گزارش شده به ازای صدهزار نفر جمعیت است که بر اساس استانداردهای کشوری باید بیشتر از ۴ در صدهزار نفر جمعیت در

2- Acute Flaccid Paralysis

سال باشد. روند گزارش‌دهی این موارد در جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران به تفکیک شبکه‌های بهداشتی در جدول شماره ۱۴ آورده شده است.

جدول ۱۴-۵. میزان گزارش‌دهی موارد مشکوک به سرخک و سرخجه

تعداد موارد تب و بثورات گزارش شده / جمعیت کل) * ۱۰۰۰۰۰								
شبکه	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماه اول ۱۳۹۹
اسلامشهر	۸.۳	۶.۲	۴.۹	۵.۸	۵.۶	۵.۱	۳.۲	۰.۷
ری	۴.۹	۶.۶	۶.۴	۵.۲	۶.۲	۸.۹	۳.۳	۱.۲
جنوب	۳.۳	۴.۴	۵.۲	۲.۹	۳.۲	۲.۸	۳.۹	۰.۹
جمع	۴.۷	۵.۴	۵.۵	۴.۱	۴.۷	۵.۱	۳.۴	۰.۹

با توجه به قابلیت سرایت بالا در مبتلایان به سل ریوی اسمیر مثبت، میزان بروز موارد جدید این بیماری در جامعه از شاخص‌های مهم است. جدول شماره ۱۵ روند این شاخص را در جمعیت تحت پوشش دانشگاه نشان می‌دهد. بررسی روند ۱۰ سال اخیر حاکی از آن است که میزان بروز سل ریوی اسمیر مثبت در جمعیت تحت پوشش دانشگاه تهران به طور کلی رو به کاهش بوده است. نوسانات جزئی طی سال‌های مورد بررسی می‌تواند ناشی از رشد جمعیت و تقویت کیفیت سیستم‌های بیماری‌یابی باشد.

جدول ۱۵-۵. میزان بروز سل ریوی اسمیر مثبت

نحوه محاسبه: (تعداد موارد سل ریوی اسمیر مثبت / جمعیت تحت پوشش) * ۱۰۰۰۰۰ نفر											
سال	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹
بروز	۹.۵	۸.۸۰	۷.۵	۷.۴	۷	۷.۱	۶.۴	۶	۶.۳	۶.۴	۲.۸

سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

میزان مرگ‌ومیر مادران از شاخص‌های مهم نظام سلامت است که نشان‌دهنده کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری و فراهم‌سازی زمینه‌های ایمن است. روند تعداد مرگ مادران در جمعیت تحت پوشش دانشگاه در جدول شماره ۱۶ ملاحظه می‌شود. افزایش قابل توجه تعداد مرگ مادران در نیمه اول سال ۱۳۹۹ علیرغم اینکه فقط داده‌های ۶ ماهه اول سال را بررسی

کردیم، نشان دهنده اثرات نامطلوب همه‌گیری کووید ۱۹ در این حوزه است. این افزایش در مرگ مادران در سایر دانشگاه‌ها و سایر کشورها نیز مشاهده شده است. بر اساس یافته‌ها، کووید ۱۹ دست‌کم از سه طریق در جهان باعث افزایش مرگ‌ومیر زنان باردار شده است:

۱. ابتلای زنان باردار به کرونا و افزایش احتمال مرگ در اثر شدت بیماری کووید ۱۹
 ۲. عدم مراجعه زنان باردار جهت دریافت مراقبت‌ها و خدمات مورد نیاز به دلیل شرایط ناشی از کووید ۱۹
 ۳. کاهش کیفیت ارائه خدمات به زنان باردار در بیمارستان‌ها، بر اثر ازدحام و شلوغی ناشی از بستری بیماران مبتلا به کرونا
- پیشنهاد می‌شود در دانشگاه گزارش کمیته‌های مرگ بیمارستان‌ها بررسی شود تا مشخص شود در کدام قسمت باید مداخله صورت گیرد.

جدول ۱۶-۵. تعداد مرگ مادران به علت عوارض بارداری و زایمان تا ۴۲ روز پس از زایمان طی یک سال

تعداد / سال	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماه اول ۱۳۹۹
مرگ مادر	۶	۱۲	۵	۶	۸	۵	۵	۱۲

مرگ‌ومیر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه در دو بخش داخل بیمارستانی و خارج بیمارستانی گزارش می‌شود که از شاخص‌های ارزشمند در این حوزه است. جدول شماره ۱۷ روند تعداد مرگ کودکان در جمعیت تحت پوشش دانشگاه را نشان می‌دهد. افزایش تعداد مرگ کودکان در ۶ ماه اول سال ۱۳۹۹ مشهود است که قابل انتساب به همه‌گیری کووید ۱۹ است.

جدول ۱۷-۵. تعداد مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

تعداد / سال	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماه اول ۱۳۹۹
مرگ خارج بیمارستان	۱۸	۲۴	۱۰	۱۴	۱۶	۱۴	۷	۴
مرگ داخل بیمارستان	۲۸۳	۳۰۴	۳۴۴	۲۴۵	۲۴۸	۲۴۲	۱۶۱	۱۰۱
کل	۳۰۱	۳۲۸	۳۵۴	۲۵۹	۲۶۴	۲۵۶	۱۶۸	۱۰۵

محاسبه میزان مرگ‌ومیر کودکان به ازای ۱۰۰ تولد زنده برای جمعیت تحت پوشش دانشگاه، قابلیت مقایسه با استانداردهای کشورهای را ایجاد می‌کند. روند این شاخص در جدول شماره ۱۸ آورده شده است. میزان استاندارد کشوری این شاخص ۱۲ مرگ به ازای ۱۰۰ تولد زنده است

که وضعیت مطلوب دانشگاه در این حوزه را نشان می‌دهد.

جدول ۱۸-۵. میزان مرگ‌ومیر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

نحوه محاسبه: تعداد مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه طی یک سال ۱۰۰۰ تولد زنده							
تعداد / سال	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸
شش ماه اول ۱۳۹۹							
شاخص	۶.۱۳	۶.۶۲	۷.۰۷	۵.۱۱	۵.۰۶	۴.۸۵	۳.۰۶
							۳.۸۲

پوشش واکسیناسیون یکی از شاخص‌های مهم است که نشان‌دهنده مناسب بودن مراقبت‌های سیستم بهداشتی در حوزه پیشگیری از بیماری‌های واگیر است و در حوزه سلامت جمعیت، خانواده و مدارس به صورت مرتب پایش می‌شود. روند پوشش واکسیناسیون پنتاوالان نوبت سوم به عنوان شاخص نمونه این حوزه در جدول شماره ۱۹ آورده شده است.

جدول ۱۹-۵. پوشش واکسیناسیون پنتاوالان نوبت سوم

نحوه محاسبه: تعداد کودکان واکسینه شده با واکسن نوبت سوم پولیو خوراکی / تعداد کودکان زیر یک سال (۱۰۰۰)					
تعداد / سال	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماه اول ۱۳۹۹
ری	۱۵۰	۹۹	۱۰۷	۹۹	۴۸
اسلامشهر	۱۱۰	۱۰۰	۱۰۲	۹۹	۵۱
جنوب	۱۴۸	۱۱۳	۱۰۸	۱۰۴	۵۱
کل	۱۲۶	۱۰۵	۱۰۶	۱۰۱	۵۰

سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

معاونت بهداشتی در این حوزه، با برگزاری کارگاه‌های آموزش مهارت‌های زندگی و فرزند پروری برای گروه‌های هدف تلاش کرده است تا به ارتقای سلامت روانی و اجتماعی جامعه تحت پوشش دانشگاه کم نماید. شاخص عملکردی مهم در این حوزه تعداد شرکت‌کنندگان در این دوره‌ها است که روند آن‌ها در جداول شماره ۲۰ و ۲۱ آورده شده است. تعداد شرکت‌کنندگان از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۷ سیر صعودی داشته است. در سال ۱۳۹۸ و نیمه اول سال ۱۳۹۹، روند کاهشی مشاهده می‌شود که به علت قرنطینه ناشی از کووید ۱۹ است.

جدول ۲۰-۵. تعداد فراگیران کارگاه‌های آموزش مهارت‌های زندگی

منطقه/سال	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماه اول ۱۳۹۹
اسلامشهر	۸۶	۱۸۵	۳۰۲	۱۶۹	۴۳۷	۵۴۱۱	۶۳۸۸	۵۷۴۱	۵۷۵۷	۱۳۸۷
جنوب	۱۷۲	۷	۶۲	۹۰	۱۶۹۵	۶۷۰۱	۸۰۱۳	۸۴۶۲	۳۸۲۱	۱۲۳۸
ری	۸۸	۱۳۶	۲۰۹	۳۲	۱۰۰۰	۵۲۳۳	۱۲۸۱۶	۱۴۵۴۳	۳۳۶۴	۱۱۶۰
جمع	۳۴۶	۳۲۸	۵۷۳	۲۹۱	۳۱۳۲	۱۷۳۴۵	۲۷۲۱۷	۲۸۷۴۶	۱۲۹۴۲	۳۷۸۵

جدول ۲۱-۵. تعداد فراگیران کارگاه‌های آموزش فرزندپروری

منطقه	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماه اول ۱۳۹۹
اسلامشهر	۶۷	۳۰۴	۸۷	۲۴۸	۵۵۶	۱۸۰۲	۳۵۱۵	۵۱۲۹	۴۵۴۲	۶۰۰
جنوب	۹۷	۱۲۱	۲۵	۶۶	۵۸۸	۲۱۹۵	۳۲۰۷	۹۳۹۶	۴۰۲۷	۶۹۵
ری	۹۸	۲۰۴	۹	۷	۲۷۶	۲۵۳۵	۷۰۰۹	۱۱۱۰۸	۲۱۵۳	۶۰۰
جمع	۲۶۲	۶۲۹	۱۲۱	۳۲۱	۱۴۲۰	۶۵۳۲	۱۳۷۳۱	۲۵۶۳۳	۱۰۷۲۲	۱۸۹۵

یکی دیگر از اقدامات مهم در این حوزه، غربالگری سلامت اجتماعی در جامعه تحت پوشش است. برای این منظور شناسایی عوامل خطر سلامت اجتماعی در خانواده مانند طلاق، بیکاری، فوت، کودک‌آزاری، همسرآزاری و... در نوجوانان، جوانان و میانسالان تحت پوشش انجام شد. در صورت وجود عوامل خطر و غربالگری مثبت، افراد به روانشناس جهت غربالگری تکمیلی و مداخلات لازم ارجاع می‌شوند. شاخص عملکردی مهم در این حوزه این است که چه تعداد غربالگری انجام شده است (جدول شماره ۲۲) و چند درصد از نتایج مثبت غربالگری اولیه، مشاوره و مداخلات تکمیلی دریافت کرده اند. (جدول شماره ۲۳)

یکی از دلایل روند کاهش یابنده درصد غربالگری اولیه مثبت، تغییر تعریف موارد مثبت است که در ابتدا شامل همه عوامل خطر بود و سپس از سال ۱۳۹۷ فقط شامل موارد کودک‌آزاری و همسرآزاری بوده است. روند سالانه غربالگری تکمیلی رو به رشد بوده که نشان‌دهنده برخورد مناسب‌تر با افرادی است که دارای عوامل خطر سلامت اجتماعی هستند.

جدول ۲۲-۵. تعداد غربالگری اولیه سلامت اجتماعی و تعداد غربالگری مثبت

تعداد / سال	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماه اول ۱۳۹۹
تعداد غربالگری اولیه	۴۶۱۱۵	۲۷۱۸۷	۴۵۷۱۸۶	۱۱۴۲۸۴
تعداد غربالگری اولیه مثبت	۱۵۲۰۸	۳۸۹۶	۱۵۸۱۸	۳۵۷۹
درصد غربالگری مثبت	۳۲.۹۸	۱۴.۳۳	۳	۳

جدول ۲۳-۵. درصد غربالگری تکمیلی در افرادی با نتایج مثبت غربالگری اولیه

نحوه محاسبه: تعداد غربالگری تکمیلی سلامت اجتماعی / تعداد غربالگری اولیه مثبت				
درصد / سال	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماه اول ۱۳۹۹
درصد غربالگری تکمیلی	۲۲.۷۵	۲۰.۴۸	۵۳.۱	۴۲.۹

در حوزه کاهش آسیب‌های اجتماعی، یکی از اقداماتی که بر اساس برنامه کشوری HIV انجام می‌شود، توزیع سرنگ و سرسوزن استریل در مراکز گذری کاهش آسیب^۲ DIC است. بررسی روند سالانه تعداد سرنگ و سرسوزن استریل توزیع شده در مراکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران در جدول ۲۴ آورده شده است. چنان‌چه ملاحظه می‌شود، روند روبه‌رشدی که در سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۳ مشاهده می‌شود از سال ۱۳۹۴ ثابت مانده و سپس از سال ۱۳۹۶ رو به کاهش بوده است. افت شاخص به دلیل کاهش بودجه تخصیص یافته و تغییر الگوی مصرف بوده است. گسترش انتقال ویروس HIV و سایر ویروس‌های منتقله از راه خون و فرآورده‌های آن (مانند هیپاتیت B و C) از عواقب کاهش و حذف توزیع رایگان سرنگ و سوزن در معنادان تزریقی است

توصیه سازمان جهانی سلامت، ۲۰۰ سرنگ به ازای هر فرد معناد است اما به دلیل عدم دسترسی به تعداد دقیق معنادین در جامعه تحت پوشش دانشگاه، این شاخص قالب محاسبه نیست.

جدول ۲۴-۵. تعداد سرنگ و سرسوزن استریل توزیع شده در مراکز DIC تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران

منطقه	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماه اول ۱۳۹۹
تعداد توزیع شده	۲۴۶۳۳۱	۳۱۴۳۰۹	۴۲۲۴۰۲	۳۳۴۲۹۶	۳۶۰۷۹۸	۳۳۴۳۷۹	۲۴۲۴۱۱	۱۹۲۹۷۵	۱۰۱۵۲۲

بهداشت محیط

یکی از فعالیت‌های مهم در حوزه بهداشت محیط، نمونه‌گیری‌های متعدد از آب آشامیدنی در سطح شهر و روستا است. نمونه‌برداری‌ها از اماکن دولتی و خصوصی براساس سامانه آبرسانی شهری و روستایی شامل چاه، مخزن و شبکه توزیع انجام می‌گیرد. بررسی این نمونه‌ها از لحاظ آلودگی‌های میکروبی و غیرمیکروبی انجام می‌شود. این اقدام جهت اطمینان از کیفیت آب آشامیدنی در جامعه تحت پوشش دانشگاه مهم است. شاخص مهم در این حوزه درصد نمونه‌های میکروبی نامطلوب است. روند مقادیر این شاخص در نمونه‌های آب آشامیدنی شهری و روستایی از سال ۱۳۹۰ تا کنون در جداول شماره ۲۵ و ۲۶ آورده شده است.

در سال ۱۳۹۷ مطلوبیت آب آشامیدنی به کمترین سطح در ۹ سال اخیر رسیده است. در این سال، از تعداد ۷۳ نمونه نامطلوب آب آشامیدنی ۶۳ مورد مربوط به نیمه نخست سال بوده است. کمبود آب و افزایش سیلاب‌ها در فصل آغازین سال که منجر به ورود آب چاه‌ها به چرخه آب آشامیدنی شده از دلایل یافته حاضر است. افزایش مصرف سرانه و کاهش دبی منابع تأمین آب و در نتیجه آن، تغلیظ عوامل پاتوژن آب باقیمانده و گرمای هوا که شرایط رشد میکروارگانیسم‌ها را مساعد می‌کند، دلایل افت کیفیت میکروبی آب در تابستان هستند.

جدول ۲۵-۵. درصد نمونه‌های میکروبی نامطلوب آب آشامیدنی روستایی

نحوه محاسبه: تعداد نمونه‌های نامطلوب / تعداد کل نمونه‌ها) * ۱۰۰										
درصد	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماه اول ۱۳۹۹
نامطلوب	۱.۸۵	۴.۷۲	۰.۲۱	۱.۲۱	۰.۹۴	۰.۹۶	۰.۲۵	۰.۷۶	۰.۴۴	۰

جدول ۲۶-۵. درصد نمونه‌های میکروبی نامطلوب آب آشامیدنی شهری

نحوه محاسبه: (تعداد نمونه‌های نامطلوب / تعداد کل نمونه‌ها) * ۱۰۰										
درصد	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماه اول ۱۳۹۹
نامطلوب	۰.۴۳	۰.۳۹	۰.۲۰	۰.۲۵	۰	۰	۰	۱.۴۳	۰.۰۴	۰

یکی دیگر از اقدامات مهم در حوزه بهداشت محیط، بررسی مراکز تهیه و توزیع غذای روستایی و شهری از لحاظ معیارهای بهداشتی و بهسازی است. شاخص کلیدی در این حوزه، درصد مراکز فاقد معیارهای بهداشتی و بهسازی است که برای مراکز تهیه و توزیع غذای شهری و روستایی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران، در جداول شماره ۲۷ و ۲۸ به تفکیک شهری و روستایی آورده شده است. با توجه به اطلاعات منتشرشده توسط شرکت پیمانکار سامانه بازرسی «مرکز سلامت محیط و کار» از نظر وضعیت مطلوبیت مراکز و اماکن در آیت‌های بهداشت فردی، ابزار و تجهیزات، دانشگاه علوم پزشکی تهران در پایان سال ۱۳۹۷ در رده ۱۱ دانشگاه‌های تیپ یک قرار داشت و از نظر اقدامات قانونی در رتبه نخست جای گرفت.

جدول ۲۷-۵. درصد مراکز تهیه و توزیع غذای روستایی فاقد معیار بهداشتی و بهسازی

نحوه محاسبه: (تعداد مراکز روستایی تهیه و توزیع غذای فاقد معیار بهداشتی و بهسازی / تعداد کل مراکز روستایی تهیه و توزیع غذا) * ۱۰۰										
درصد	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماه اول ۱۳۹۹
مراکز فاقد معیار	۱۹.۹۶	۲۰.۵۹	۳۰.۵۹	۳۲.۹۷	۲۳.۶۰	۱۸.۳۶	۱۶.۲۱	۱۴.۹۳	۱۸.۹۲	۱۷.۹۳

جدول ۲۸-۵. درصد مراکز تهیه و توزیع غذای شهری فاقد معیار بهداشتی و بهسازی

تعداد مراکز شهری تهیه و توزیع غذای فاقد معیار بهداشتی و بهسازی / تعداد کل مراکز شهری تهیه و توزیع غذا * ۱۰۰										
درصد	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماه اول ۱۳۹۹
مراکز فاقد معیار	۱۹.۱۳	۲۱.۶۶	۲۱.۰۷	۲۱.۴۰	۲۰.۵۲	۱۸.۴۹	۱۴.۰۸	۱۵.۱۵	۱۶.۱۳	۱۴.۲۸

سلامت دهان و دندان

با توجه به اهمیت مراقبت‌های بهداشتی در پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان و به دلیل اینکه دسترسی به خدمات دندانپزشکی به علت هزینه بالای بخش خصوصی در جامعه پایین است، خدمات ارائه شده توسط مراکز بهداشتی درمانی اهمیت بالایی دارند. شاخص کلیدی عملکرد در این حوزه، تعداد ساعات ارائه خدمات توسط دندانپزشکان در مراکز تحت پوشش دانشگاه است. روند ۶ ساله این شاخص در جدول شماره ۲۹ آورده شده است که روند صعودی داشته است.

جدول ۲۹-۵. عملکرد ساعت خدمت دندانپزشکان

نحوه محاسبه: (کل ساعت خدمات دندانپزشکان در سال / متوسط سالانه تعداد دندانپزشک) / متوسط تعداد روز کاری در ماه						
ساعت خدمت	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸
متوسط ساعت خدمت	۱.۸۲	۱.۹۹	۲.۰۵	۳.۲۰	۳.۷۳	۲۹/۰۵
شش ماه اول ۱۳۹۹						۱/۵۶

پیام‌های کلیدی

شالوده‌سلامتی انسان‌ها به عنوان عامل محوری توسعه‌ی جوامع در حوزه‌ی بهداشت (سلامت عمومی) بنیان نهاده می‌شود. تلاش‌های حوزه بهداشت باعث شده است که مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران در اغلب شاخص‌ها جایگاهی هماهنگ با استانداردهای ملی کسب کنند. با اینحال بررسی جزئیات شاخص‌های فوق نشان‌دهنده نقاطی است که نیازمند مداخلات ارتقایی هستند. نظر به این که در برخی شاخص‌ها، کمبود منابع (مالی و انسانی) منجر به عدم دستیابی به نقطه‌ی آرمانی شده است، اثر پشتیبانی از سوی سطوح عالی مدیریت در موفقیت اقدامات حوزه بهداشت حائز اهمیت است.

دورنمای وضعیت نهایی سلامت براساس ده علت نخست مرگ‌ومیر حاکی از آن است که الگوی حاکم در کلان‌شهر تهران، ری و اسلامشهر تا حد قابل توجهی مشابه نقاطی است که از مرحله‌ی گذار اپیدمیولوژیک و تغییر سیمای سلامت عبور کرده‌اند. در چنین بستری، هم‌سنگ تلاش جهت حفظ وضعیت مطلوب کنونی در کنترل و مهار بیماری‌های واگیر، باید به شکل فعال و متعهدانه در مسیر پیشگیری و مراقبت از بیماری‌های غیرواگیر و حوادث تلاش شود. همه‌گیری کووید ۱۹، اهمیت زیرساخت‌های بهداشتی را در کنترل بیماری‌های واگیر علاوه بر کاهش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر به خوبی نشان داد. تلاش‌های زیادی در این حوزه برای کنترل این بیماری انجام شد. همچنین این همه‌گیری اثراتی بر شاخص‌های بهداشتی داشت که در آمار سال ۱۳۹۸ و نیمه اول ۱۳۹۹ مشاهده می‌شود.

◇ قرار گرفتن پنومونی در رده ۸ از ده علت شایع مرگ و میر زیر ۷۰ سال

◇ افزایش مرگ و میر مادران باردار در نیمه اول سال ۱۳۹۹

◇ کاهش پوشش واکسیناسیون نسبت به سال‌های قبل

◇ کاهش تعداد شرکت‌کنندگان در کارگاه‌های فرزندپروری و مهارت‌های زندگی

یکی از یافته‌های این بررسی، شناسایی نقاط ضعف نظام اطلاعاتی مستقر جهت محاسبه شاخص‌های کلیدی بود که به شرح زیر است:

◇ به دلیل تعدد سامانه‌های ثبت داده (ایمان، سیب، پورتال وزارت بهداشت و غیره)، کثرت

دانشگاه‌های خدمت‌رسان در استان (تهران، ایران و شهیدبهشتی) و یکسان و معین نبودن

تعریف و نحوه گردآوری داده‌ها طی ادوار مختلف، محاسبه و مقایسه گذشته‌نگر برخی شاخص‌ها، ناشدنی است.

◇ اگرچه در محاسبات شاخص‌های متداول حوزه بهداشت غالباً مخرج کسر، جمعیتی است که باید تحت پوشش قرار بگیرد؛ در حال حاضر، اکثر داده‌های جمعیتی مورد نیاز، ناموجود و یا غیرقابل اطمینان هستند.

◇ بخش قابل توجهی از جمعیت تحت پوشش دانشگاه از نظام شبکه تبعیت نمی‌کند و با مراجعه به بخش خصوصی، خدمات مورد نیاز را دریافت می‌کند. متأسفانه داده‌های مرتبط با خدمت‌رسانی در بخش خصوصی در محاسبات شاخص‌ها در نظر گرفته نشده و این موضوع، توصیف وضع موجود و متعاقب آن، انتخاب مداخله مناسب را دشوار کرده است. همچنین نظام اطلاعاتی مستقر به علل ذیل نمی‌تواند شواهد متقنی را برای ارزیابی و تصمیم‌گیری در معاونت بهداشت فراهم آورد:

◇ به دلیل تعدد سامانه‌های ثبت داده (ایمان، سیب، پورتال وزارت بهداشت و غیره)، کثرت دانشگاه‌های خدمت‌رسان در استان (تهران، ایران و شهیدبهرشتی) و یکسان و معین نبودن تعریف و نحوه گردآوری داده‌ها طی ادوار مختلف، محاسبه و مقایسه گذشته‌نگر برخی شاخص‌ها، ناشدنی شده است.

◇ اگرچه در محاسبات شاخص‌های متداول حوزه بهداشت غالباً مخرج، جمعیتی است که باید تحت پوشش قرار بگیرد؛ در حال حاضر، اکثر داده‌های جمعیتی مورد نیاز، ناموجود و یا غیرقابل اطمینان هستند.

◇ بخش قابل توجهی از جمعیت تحت پوشش دانشگاه از نظام شبکه تبعیت نمی‌کند و با مراجعه به بخش خصوصی، خدمات مورد نیاز را دریافت می‌کند. متأسفانه داده‌های مرتبط با خدمت‌رسانی در بخش خصوصی در محاسبات شاخص‌ها در نظر گرفته نشده و این موضوع، توصیف وضع موجود و متعاقب آن، انتخاب مداخله مناسب را دشوار کرده است.

درمان

عنوان

تحلیل شاخص‌های منتخب مندرج
در بخش معاونت درمان سالنامه‌های
آماري دانشگاه علوم پزشکی تهران
در دوره زمانی ده ساله (۱۳۸۹ تا
۱۳۹۸)

روش کار

تحلیل حاضر از نوع مطالعه توصیفی گذشته‌نگر بود. جامعه پژوهش شامل ۱۷ بیمارستان تحت‌پوشش دانشگاه علوم‌پزشکی تهران شامل بیمارستان آرش، امیراعلم، بهارلو، رازی، یاس، شریعتی، فارابی، مرکز طبی کودکان، ولیعصر، انستیتو کانسر، امام خمینی، بهرامی، روزبه، سینا، ضیائی‌ان، امام خمینی (ره) و مرکز قلب تهران بود. شاخص‌های کلیدی عملکرد بیمارستان‌ها با توجه به شاخص‌های موجود در بخش معاونت درمان سالنامه آماری و شاخص‌های متداول ارزیابی عملکرد بیمارستان با نظر رؤسا و کارشناسان معاونت درمان طی سه جلسه بحث گروهی متمرکز، تعیین شد (جدول ۱). این شاخص‌ها در دو گروه شاخص‌های درون‌داد (شامل منابع انسانی و فیزیکی) و خروجی (شامل اثربخشی، کارایی و بیمارمحوری) طبقه‌بندی شد. داده‌های مربوط به شاخص‌های عملکردی منتخب برای دوره ده‌ساله به شیوه کتابخانه‌ای (مرور سالنامه‌های آماری دانشگاه یا گزارش‌های رسمی موجود در معاونت درمان) استخراج شد. شاخص‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی میانگین یا نرخ رشد در نرم‌افزار اکسل تحلیل شد. همچنین از نمودار پایین لاسو برای مقایسه سه شاخص عملکردی مهم فعالیت بیمارستانی استفاده شد. نتایج تحلیل در یک جلسه برای اعضای هیئت‌رئیس دانشگاه ارائه شد و یافته‌ها مورد بحث قرار گرفت.

جدول ۱-۶. فهرست شاخص‌های منتخب مندرج در بخش معاونت درمان سالنامه‌های آماری دانشگاه

نوع شاخص	عنوان	تعریف	اقدام اطلاعاتی موردنیاز برای محاسبه شاخص	منبع دستیابی به مقادیر اقدام اطلاعاتی	نحوه محاسبه شاخص
درون‌داد (منابع فیزیکی)	تعداد تخت فعال	تعداد تخت‌های بیمارستانی که بر اساس استاندارد دارای امکانات تشخیصی، درمانی، پشتیبانی، خدماتی، پرسنلی بوده و آماده بستری کردن بیماران می‌باشند.	- تعداد تخت فعال	بخش درمان دانشگاه	-
	سرانه تخت به جمعیت	تعداد تخت فعال بیمارستان به ازای هر هزار نفر جمعیت	- تعداد تخت فعال - جمعیت تحت پوشش دانشگاه	بخش درمان سالنامه آماری دانشگاه و اطلاعات جمعیت معاونت بهداشتی	تعداد تخت فعال تقسیم بر جمعیت تحت پوشش ضربدر ۱۰۰۰
درون‌داد (منابع انسانی)	سرانه کادر پرستاری به تخت	تعداد کادر پرستاری (پرستار، کادر اتاق عمل، کادر بیهوشی، ماما، بهیار، کارکنان خدماتی و غیرحرفه‌ای) شاغل در بیمارستان به ازای تخت فعال	- تعداد کادر پرستاری شاغل در بیمارستان - تعداد تخت فعال	بخش درمان سالنامه آماری دانشگاه	تعداد کادر پرستاری شاغل در بیمارستان تقسیم بر تعداد تخت فعال

نوع شاخص	عنوان	تعریف	اقدام اطلاعاتی مورد نیاز برای محاسبه شاخص	منبع دستیابی به مقادیر اقدام اطلاعاتی	نحوه محاسبه شاخص
خروجی (انژیستی)	درصد زایمان طبیعی	نسبت زایمان انجام شده به صورت طبیعی	- تعداد زایمان های انجام شده طبیعی - تعداد کل زایمان ها	بخش درمان سالنامه آماری دانشگاه	تعداد زایمان های انجام شده طبیعی تقسیم بر تعداد کل زایمان ها ضربدر ۱۰۰
	درصد عفونت بیمارستانی	تعداد موارد تایید شده عفونت بیمارستانی براساس راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت بیمارستانی گزارش شده به واحد کنترل عفونت بیمارستانی در یک دوره زمانی مشخص	- تعداد موارد عفونت بیمارستانی در یک دوره - تعداد بیماران در معرض خطر بستری شده در همان دوره	بخش درمان سالنامه آماری دانشگاه	تعداد موارد عفونت بیمارستانی در یک دوره تقسیم بر تعداد بیماران در معرض خطر بستری شده در همان دوره ضربدر ۱۰۰
	مرگ و میر خالص در هزار نفر	نسبت فوت شدگان بعد از ۲۴ ساعت در بیمارستان	- جمع کل فوت شدگان بعد از ۲۴ ساعت اول در یک دوره - تعداد بیماران مرخص شده و فوت شده بعد ۲۴ ساعت در همان دوره	بخش درمان سالنامه آماری دانشگاه	جمع کل فوت شدگان بعد از ۲۴ ساعت اول در یک دوره تقسیم بر تعداد بیماران مرخص شده و فوت شده بعد ۲۴ ساعت در همان دوره ضربدر ۱۰۰۰
خروجی (کارایی)	درصد اشغال تخت	نسبت تخت روز اشغالی به تخت روز کل در یک دوره زمانی معین	- مجموع تخت روز اشغالی در یک دوره - تخت روز کل در همان دوره	بخش درمان سالنامه آماری دانشگاه	تعداد کل تخت روز اشغالی در یک دوره تقسیم بر تخت روز کل در همان دوره ضربدر ۱۰۰
	متوسط اقامت بیمار	متوسط روزهایی که هر بیمار پذیرش شده در بیمارستان بستری بوده و خدمت دریافت کرده است.	- کل تخت روز اشغالی در یک دوره - کل ترخیص شدگان در همان دوره	بخش درمان سالنامه آماری دانشگاه	کل تخت روز اشغالی در یک دوره تقسیم بر کل ترخیص شدگان در همان دوره
	متوسط بیمارپذیری تخت (نسبت چرخش تخت)	میانگین تعداد دفعاتی که هر یک از تخت های یک بخش در یک دوره زمانی معین اشغال شده است. تعداد دفعاتی که بیماران بستری از یک تخت بستری بیمارستانی در یک دوره معین استفاده می کنند	تعداد بستری شدگان در یک دوره زمانی متوسط تخت های فعال در همان دوره	بخش درمان سالنامه آماری دانشگاه	تعداد بستری شدگان در یک دوره زمانی تقسیم بر متوسط تخت های فعال در همان دوره
	تعداد اعمال جراحی	تعداد کل اعمال جراحی انجام شده در بیمارستان	تعداد کل اعمال جراحی	بخش درمان سالنامه آماری دانشگاه	-
	پذیرش سرپایی	تعداد بیمارانی که به صورت سرپایی پذیرش شده اند	تعداد موارد پذیرش سرپایی	بخش درمان سالنامه آماری دانشگاه	-

نوع شاخص	عنوان	تعریف	اقدام اطلاعاتی مورد نیاز برای محاسبه شاخص	منع دستیابی به مقادیر اقدام اطلاعاتی	نحوه محاسبه شاخص
افزایش (تعداد معیاری)	رضایت بیمار	نسبتی از بیماران بستری شده در بیمارستان که از خدمات ارائه شده در بیمارستان رضایت داشتند	- تعداد بیماران بستری شده که از خدمات بیمارستان رضایت داشتند - تعداد کل بیماران بستری شده	بخش درمان سالنامه آماری دانشگاه	تعداد بیماران بستری شده که از خدمات بیمارستان رضایت داشتند تقسیم بر تعداد کل بیماران بستری شده ضربدر ۱۰۰

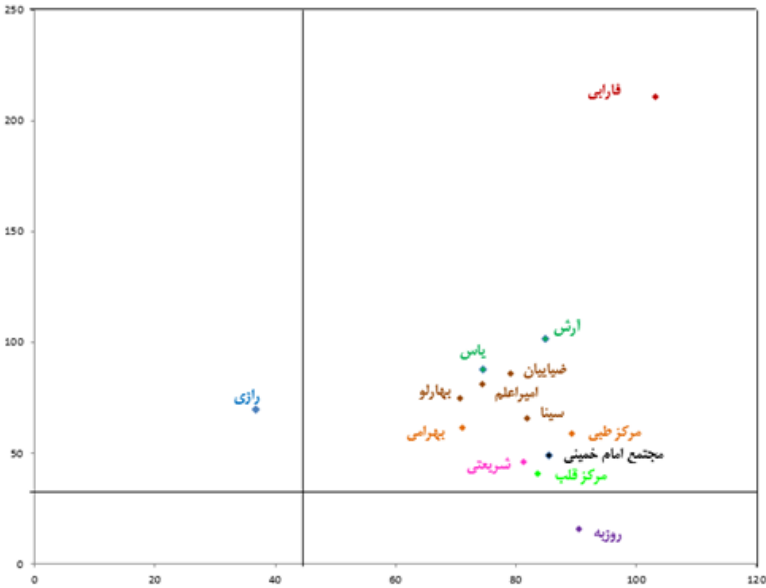
یافته‌ها

روند شاخص‌های منتخب برای بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران (۹۸-۱۳۸۹) در جدول ۲ نشان داده شده است. همان گونه که جدول نشان می‌دهد، تعداد تخت فعال بیمارستان‌های دانشگاه در این ۱۰ سال، رشد ۱۶ درصدی داشته است. البته سرانه تخت به جمعیت تحت پوشش برای ۹ سال متوالی ثابت و برابر ۱۰۴ بوده است. به نظر می‌رسد در مقایسه با مقدار این شاخص برای کشور که در سال ۱۳۹۶ برابر ۱۰۶ است، وضعیت مناسب باشد. سرانه کادر پرستاری برای بیمارستان‌های دانشگاه برابر ۱ به دست آمد. باید توجه داشت که این سرانه شامل همه کادر پرستاری است و در صورت در نظر گرفتن نیروهای دارای مدرک پرستاری، این سرانه تغییر خواهد کرد. درصد زایمان طبیعی در سال ۱۳۹۲ در نتیجه اجرای طرح تحول سلامت افزایش چشمگیری داشته، اما بعد از آن دوباره با روندی رو به کاهش همراه بوده است. مقدار این شاخص تا دستیابی به استاندارد (۵۷.۵ درصد) فاصله دارد. درصد عفونت بیمارستانی در مدت ۱۰ سال، میانگین ۳ درصد داشته که در مقایسه با وضعیت ایران (بین ۱.۳ و ۱۰ درصد) و نیز با توجه به نوع خدمات درمانی ارائه شده به بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه، مناسب به نظر می‌رسد. در خصوص شاخص مرگ و میر خالص، افزایش مقدار شاخص در ۱۰ سال مشاهده می‌شود که با توجه به نوع بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه، این مقدار افزایش توجیه پذیر است. میانگین درصد اشغال تخت در مدت ده ساله ۸۴ درصد بوده که با توجه به استاندارد توصیه شده بالاتر از ۵۵ درصد مطلوب بوده و نشان می‌دهد از ظرفیت‌های موجود به درستی استفاده می‌شود. متوسط اقامت بیمار در طول ده سال، روند رو به کاهشی داشته و به ۴.۳ در سال ۱۳۹۸ رسیده است. اگر چه این عدد در مقایسه با مقدار توصیه شده ۳ روز بیشتر است، به نظر می‌رسد با توجه به وجود یک بیمارستان با اقامت طولانی مدت و نیز بیماران پیچیده مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه، این افزایش دور از انتظار نیست. شاخص متوسط بیمارپذیری نیز در طول ده سال، میانگین ۶۳ بار داشته و در مقایسه با عدد ۳۵ توصیه شده، به نظر وضعیت خوبی دارد. این سه شاخص از شاخص‌های مهم کارایی بیمارستانی هستند و بررسی همزمان

آن‌ها نشان می‌دهد بیشتر بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه از نظر کارایی در منطقه خوب (کارا) نمودار پابن لاسو قرار دارند (نمودار ۱). دو بیمارستان در ناحیه کارایی مطلوب این نمودار قرار نگرفته‌اند. لازم به ذکر است که این به معنای کارا نبودن این مراکز نیست، زیرا با توجه به ماهیت فعالیت این بیمارستان‌ها که بیماران با اقامت طولانی و کوتاه دارند، قرار گرفتن آنها در این نواحی طبیعی است. البته این نکته را هم باید در نظر داشت که همیشه باید برای بهبود کارایی بیمارستان‌ها اقداماتی صورت گیرد. تحلیل دو شاخص تعداد اعمال جراحی و پذیرش بیماران سرپایی در ۱۰ سال گذشته نیز نشان داد به دنبال اجرای طرح تحول در سال ۱۳۹۳ مقدار این شاخص‌ها با افزایش روبرو بوده، ولی بعد از مدتی از اجرای طرح و تغییراتی که برای اصلاح اجرای طرح رخ داد، روند کاهشی آن‌ها از سال ۱۳۹۶ آغاز شده است. شاخص رضایت بیمار نیز که داده‌های آن برای برخی مقاطع زمانی در دسترس بود، حکایت از رضایت نسبتاً خوب بیماران از خدمات ارائه‌شده در بیمارستان‌ها داشت.

جدول ۲-۶. روند شاخص‌های منتخب مندرج در بخش معاونت درمان سالنامه‌های آماری دانشگاه در سال‌های ۹۸-۱۳۸۹

سال شاخص	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	مقدار استاندارد
تعداد تخت فعال	۳۷۵۷	۳۸۰۸	۳۸۷۷	۳۹۶۸	۳۹۶۹	۴۰۳۶	۴۱۵۸	۴۲۸۶	۴۳۵۰	۴۳۷۲	-
سرانه تخت به جمعیت	۱.۳	۱.۴	۱.۴	۱.۴	۱.۴	۱.۴	۱.۴	۱.۴	۱.۴	۱.۴	۱.۶
سرانه کادر پرستاری به تخت	۰.۹	۰.۸	۰.۹	۰.۹	۱.۱	۱.۰	۱.۰	۱.۰	۱.۰	۱.۰	-
درصد زایمان طبیعی	۴۱	۴۱		۳۱	۳۸	۳۹	۳۸	۳۸	۴۰	۳۹	۵۷
درصد عفونت بیمارستانی	-	۲.۶	۳.۲	۳.۲	۳.۱	۲.۸	۳.۶	۳.۵	۳.۰	۳.۸	-
مرگ‌ومیر خالص در هزار نفر	۱۵	۱۵	۱۶	۱۶	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۶	۱۸	-
درصد اشغال تخت	۷۸	۸۰	۸۳	۸۲	۸۷	۸۸	۸۸	۸۷	۸۴	۸۲	۵۵
متوسط اقامت بیمار	۵.۲	۴.۹	۴.۶	۴.۵	۴.۳	۴.۳	۴.۴	۴.۴	۴.۳	۴.۳	۳
متوسط بیمارپذیری تخت	۵۲	۵۵	۵۹	۶۰	۶۶	۶۷	۶۷	۶۸	۶۷	۶۵	۳۵
تعداد اعمال جراحی	۱۳۸۰۷۵	۱۴۹۸۲۹	۱۷۱۴۰۸	۱۸۳۳۸۳	۲۰۵۴۵۸	۲۲۲۵۸۹	۲۳۹۸۴۷	۲۳۸۰۵۴	۱۹۳۶۹۹	۱۷۷۰۸۷	-
پذیرش سرپایی	۲۳۴۵۲۳۸	۲۵۰۸۹۶۷	۲۸۰۹۲۴۹	۳۰۴۲۷۹۹	۳۲۷۷۹۱۹	۳۴۴۶۸۱۴	۳۸۲۲۰۷۹	۳۶۶۵۸۵۶	۳۵۷۳۵۰۷	۳۱۹۳۴۴۶	-
رضایت بیمار				۷۶	۷۷	۸۲	۸۳	۸۳	۸۳	۸۳	-



نمودار ۱-۶. عملکرد بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۸ براساس سه شاخص کارایی در نمودار پابن لاسو

پیام‌های کلیدی

تحلیل روند ده‌ساله شاخص‌های منتخب مندرج در بخش معاونت درمان سالنامه‌های آماری دانشگاه علوم پزشکی تهران که مربوط به فعالیت بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه است چند پیام برای تصمیم‌گیران و مدیران ارشد دانشگاه دارد. این پیام‌ها عبارتند از:

◇ در بعد منابع فیزیکی؛ افزایش تعداد تخت بیمارستانی در سال‌های اخیر مناسب بوده است، ولی با توجه به اینکه بسیاری از بیمارستان‌های دانشگاه، مراکز سانتر ارائه خدمات سلامت، نه فقط برای جمعیت تحت پوشش دانشگاه، بلکه برای کل استان یا کشور بوده و به‌علاوه از عمر مفید برخی تخت‌های بیمارستانی موجود نیز مدت زمانی گذشته است، تلاش برای افزایش یا نوسازی تخت‌های بیمارستانی نباید از نظر دور ماند.

◇ در بعد منابع انسانی؛ اول اینکه ساماندهی نظام اطلاعات مربوط به منابع انسانی سلامت لازم است به‌صورت جدی پیگیری شود. هنوز در خصوص برخی شاخص‌های مهم منابع انسانی سلامت داده‌های موقتی، به‌ویژه در بازه زمانی بیش از یکسال، دردسترس نیست. ضمن اینکه تصویر روشنی هم از وضعیت کنونی وضعیت اشتغال منابع انسانی سلامت در

واحدهای تحت پوشش وجود ندارد. دوم اینکه به نظر می‌رسد نیروی پرستاری (نه کادر پرستاری) کافی برای بیمارستان‌های دانشگاه تامین نشده است و لازم است به صورت برنامه‌ریزی شده‌تری میزان نیاز و نیروی پرستاری و نیز پزشکی موجود در بیمارستان‌ها مطالعه شود. سوم اینکه شاخص‌های منابع انسانی عمدتاً در مورد کمیت این نیرو بوده و شاخص‌های توزیع و کیفیت (صلاحیت نیروی انسانی) نیز باید مورد توجه قرار گیرد.

◇ در بعد اثربخشی خدمات بیمارستانی؛ به نظر می‌رسد وضعیت نسبتاً مطلوب است، اما برنامه‌ریزی و تلاش برای رسیدن به اهداف تعیین شده به ویژه اهدافی که در اسناد بالادستی آمده، توصیه می‌شود. رصد و پایش شاخص‌های اثربخشی باید دنبال شود و در صورت عدم تحقق اهداف، علت‌های اصلی آن شناسایی و اصلاحات لازم برای آنها صورت گیرد. مهم‌ترین این شاخص‌ها در حال حاضر، با توجه به برنامه‌های ملی، درصد زایمان طبیعی است که نسبت به مقدار تعیین شده فاصله دارد. همچنین سنجش برخی شاخص‌ها به ویژه در بعد محافظت مالی مردم در برابر هزینه‌های سلامت پیشنهاد می‌شود.

◇ در بعد کارایی خدمات بیمارستانی؛ وضعیت ضریب اشغال تخت، متوسط اقامت بیمار و بیمارپذیری تخت‌های بیمارستان‌های دانشگاه با در نظر داشتن خدمات ارائه شده در این مراکز و بار مراجعه بیماران به نظر مناسب است و بیشترین تلاش برای استفاده بهینه از منابع موجود صورت گرفته است. البته باید این افزایش کارایی در حضور شاخص‌های سنجش کیفیت خدمات تحلیل شود.

◇ در بعد بیمارمحوری؛ شاخص‌های موجود برای تصمیم‌گیری در مورد بیمارمحوری، کیفیت خدمت‌رسانی و پاسخگویی مراکز خدمت‌رسان، محدود است و تصویر روشنی در مورد وضعیت این شاخص‌ها وجود ندارد. اگر چه تنها شاخص رضایت‌مندی، حکایت از وضعیت مناسب خدمت‌رسانی دارد، ولی توصیه می‌شود سنجش شاخص‌های این محور بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

ذکر این نکته نیز ضروری است که شاخص‌های موجود عموماً تقاضامحور است و نمی‌تواند میزان نیاز جمعیت تحت پوشش به خدمات سلامت را نشان دهد. بنابراین بهتر است ضمن تقویت نظام داده‌ای موجود برای جمع‌آوری داده‌های شاخص‌های پیش‌گفت، چاره‌اندیشی برای نحوه جمع‌آوری میزان نیاز جمعیت به خدمات نیز برای برنامه‌ریزی‌های آتی صورت گیرد.

غذاودارو

عنوان

بازنگری و تحلیل شاخص‌های منتخب
مندرج در بخش معاونت غذا و داروی
سالنامه‌های آماری دانشگاه علوم
پزشکی تهران در دوره زمانی چهار
ساله (۱۳۹۴ تا ۱۳۹۷)

روش کار

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی گذشته‌نگر است که باهدف کاربردی در سال ۱۳۹۸ در مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه انجام گرفت. جهت شناسایی شاخص‌های کلیدی جهت تحلیل، شاخص‌های موجود در حوزه غذا و داروی سالنامه آماری دانشگاه علوم پزشکی تهران مینا قرار گرفت و نیز شاخص‌های دیگر در این حوزه مانند شاخص‌های ارائه‌شده توسط هیئت امنای دانشگاه، شاخص‌های مرتبط با حوزه غذا و دارو در وزارت بهداشت و همچنین شاخص‌های پیشنهادی معاونت غذا و داروی دانشگاه جمع‌آوری شده و مورد بررسی قرار گرفت. سپس از مجموعه شاخص‌های موجود، لیست پیشنهادی شاخص‌های اولویت‌دار استخراج شد. شاخص‌ها با نظر روسا و کارشناسان معاونت غذا و دارو طی دو تا سه جلسه بحث گروهی متمرکز کامل و نهایی شد. یافته‌ها شامل روند تغییرات شاخص (تبیین تغییرات طی سالیان از طریق درصد رشد سالیانه و میانگین چندساله) و مقایسه با سایر دانشگاه‌ها، کشورها و واحدهای مشابه در دانشگاه و نتیجه‌گیری (وضعیت کلی دانشگاه در این شاخص و چرایی دستیابی به این نتایج، پیش‌بینی تغییرات آتی و پیشنهادهای ارتقایی) در دو تا سه جلسه بحث گروهی متمرکز به اطلاع همکاران معاونت بهداشت رسید تا حسب نظرات صاحبان فرایند و مدیریت عالی این معاونت، موردبازنگری و تفسیر قرار بگیرد. در نهایت، نتایج نهایی در هیئت‌رئیس دانشگاه خدمت رئیس محترم دانشگاه و مشاورین و معاونان ایشان انعکاس داده شد تا مطابق با نتایج و نیاز، نسبت به اتخاذ و بازبینی استراتژی‌های کلان دانشگاه اقدام شود.

جدول ۱-۷. فهرست شاخص‌های منتخب مندرج در بخش معاونت غذا و داروی سالنامه‌های آماری دانشگاه

نوع شاخص	عنوان شاخص	اقلام اطلاعاتی موردنیاز برای محاسبه شاخص	نحوه محاسبه شاخص	بازه زمانی
هزینه دارو و تجهیزات مصرفی	هزینه دارو و به ازای هر تخت فعال	- هزینه داروهای مصرفی بیمارستان‌ها - تعداد تخت فعال	هزینه داروهای مصرفی بیمارستان‌ها تقسیم بر تعداد تخت فعال	۱۳۹۷ تا ۱۳۹۵
	هزینه تجهیزات مصرفی به ازای هر تخت فعال	- هزینه کل تجهیزات مصرفی بیمارستان‌ها - تعداد تخت فعال بیمارستان‌ها	هزینه تجهیزات مصرفی بیمارستان‌ها تقسیم بر تعداد تخت فعال به تکنیک بیمارستان‌ها	۱۳۹۷ تا ۱۳۹۵
تجهیز و مصرف منطقی داروهای آنتی‌بیوتیک‌درمانی	تجهیز و مصرف منطقی داروهای آنتی‌بیوتیک‌درمانی	- میزان مصرف داروها - هزینه مصرف داروها (داروهای: امی‌بنم، مروپنم، وریکونازول، کلیستین، لینزولاید، تیکوپلانین، کسپوفانزین، ونگوماسین، پساکونازول)	بررسی تغییرات میزان مصرف و هزینه مصرف هر دارو	۱۳۹۷ تا ۱۳۹۵

بازه زمانی	نحوه محاسبه شاخص	اقلام اطلاعاتی مورد نیاز برای محاسبه شاخص	عنوان شاخص	نوع شاخص
۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷	مجموع تعداد تخت فعال بیمارستان‌های دانشگاه / تعداد داروسازان بالینی	- تعداد داروسازان بالینی - مجموع تعداد تخت فعال بیمارستان‌های دانشگاه	تعداد تخت‌های واجد یک داروساز بالینی	تعداد داروساز و تعداد مشاوره‌های داروسازی بالینی
۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷	مجموع تعداد تخت فعال بیمارستان‌های دانشگاه / تعداد داروسازان عمومی	- تعداد داروسازان عمومی - مجموع تعداد تخت فعال بیمارستان‌های دانشگاه	تعداد تخت‌های واجد یک داروساز عمومی	
۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷	تعداد مشاوره‌های دارویی انجام شده در بیمارستان‌ها	تعداد مشاوره‌های دارویی انجام شده در بیمارستان‌ها	تعداد مشاوره‌های دارویی انجام شده	
۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷	- تعداد بازرسی تقسیم بر تعداد داروخانه‌ها - تعداد بازرسی تقسیم بر تعداد عطاری‌ها	- تعداد داروخانه‌ها در مناطق تحت پوشش دانشگاه - تعداد عطاری‌ها در مناطق تحت پوشش دانشگاه - تعداد بازرسی از داروخانه‌ها - تعداد بازرسی از عطاری‌ها - جمعیت تحت پوشش دانشگاه	سرانه بازرسی داروخانه‌ها و عطاری‌ها	نظارت بر فعالیت واحدهای ارائه خدمات دارویی (داروخانه) و گیاهان دارویی (عطاری)
۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷	جمعیت تحت پوشش هر منطقه تقسیم بر تعداد داروخانه‌های تحت پوشش آن منطقه	- تعداد داروخانه‌های تحت پوشش در شهر تهران - جمعیت تحت پوشش تهران (بجز منطقه ۱۵) - تعداد داروخانه‌ها در اسلامشهر و حومه - جمعیت اسلامشهر و حومه - تعداد داروخانه‌ها در حومه شهری - جمعیت حومه شهری	میزان دسترسی به داروخانه‌ها	
۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷	جمعیت تحت پوشش تقسیم بر تعداد عطاری‌های تحت پوشش	- تعداد عطاری - تعداد جمعیت تحت پوشش (بجز منطقه ۱۵)	میزان دسترسی به عطاری‌ها	
۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷	بررسی روند تغییرات تعداد گزارش‌های دریافتی از عوارض و خطاهای دارویی	تعداد گزارش‌های دریافتی از عوارض و خطاهای دارویی	گزارش‌های دریافتی از عوارض و خطاهای دارویی	گزارش‌های دریافتی از عوارض و خطاهای دارویی

نوع شاخص	عنوان شاخص	اقلام اطلاعاتی موردنیاز برای محاسبه شاخص	نحوه محاسبه شاخص	بازه زمانی
نظارت بر فعالیت واحدهای تولیدی مواد غذایی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی	نظارت بر فعالیت واحدهای تولیدی مواد غذایی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی	- تعداد کل واحدهای تولیدی مواد غذایی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی که موفق به اخذ مجوز از این معاونت شده‌اند. - تعداد واحدهای فعال تولیدی مواد غذایی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی که موفق به اخذ مجوز از این معاونت شده‌اند.	(تعداد واحدهای تولیدی فعال / تعداد کل واحدهای تولیدی) * ۱۰۰	۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷
عملکرد مبارزه با قاچاق اقلام سلامت درحوزه نظارتی دانشگاه	عملکرد مبارزه با قاچاق اقلام سلامت درحوزه نظارتی دانشگاه	- تعداد بازرسی‌ها و گشت‌های مشترک برگزار شده - تعداد اقلام مکشوفه - تعداد پرونده‌های ارجاع به مراجع قضایی	- مجموع تعداد اقلام مکشوفه قاچاق - مجموع تعداد بازدید از مراکز عرضه	۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷

یافته‌ها

مقادیر و روند شاخص‌های منتخب حوزه معاونت غذا و داروی دانشگاه در بازه سه ساله (۱۳۹۵-۱۳۹۷) به طور کلی مطلوب بوده است. در جدول شماره ۲ جزئیات این شاخص‌ها به تفکیک درج شده است.

جدول ۲-۷. روند شاخص‌های منتخب مندرج در بخش معاونت غذا و دارو سالنامه‌های آماری دانشگاه در سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷

سال شاخص	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷
هزینه دارو و به ازای هر تخت فعال (تومان)	۳۸,۱۳۳,۵۰۷	۳۵,۰۱۴,۸۸۶	۲۷,۳۵۱,۰۸۶
هزینه تجهیزات مصرفی به ازای هر تخت فعال (تومان)	-	-	۴۹۳,۰۸۱,۴۴۳
هزینه داروهای آنتی بیوتیک (تومان)	۲۱,۳۷۸,۴۹۰,۸۷۳	۱۹,۵۰۷,۳۲۸,۶۰۰	۱۶,۷۲۱,۰۱۰,۲۹۰
تعداد تخت‌های واجد یک داروساز بالینی	۲۷۹	۲۸۵	۲۴۲
تعداد تخت‌های واجد یک داروساز عمومی	۱۰۷	۱۰۴	۱۰۶
تعداد مشاوره‌های دارویی انجام شده	۲۱۲۶	۲۵۶۲	۴۳۲۳
سرانه بازرسی داروخانه‌ها	۴.۹۰	۵.۰۶	۴.۵۰
سرانه بازرسی عطاری‌ها	۰.۱۱	۰.۰۵	۰.۸۵

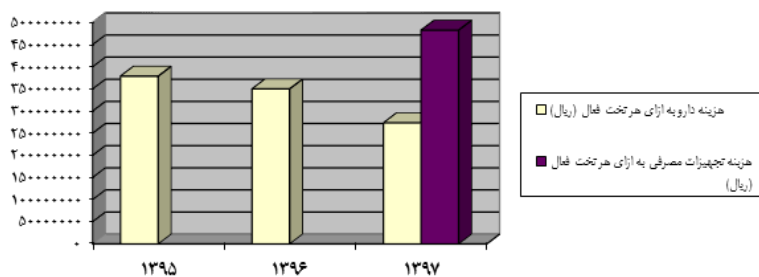
سال شاخص	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷
میزان دسترسی جمعیت شهری به داروخانه‌ها (نفر دسترسی)	۶۸۳۶	۶۲۹۴	۶۰۰۹
میزان دسترسی جمعیت اسلامشهر به داروخانه‌ها (نفر دسترسی)	۷۷۷۹	۷۵۲۲	۷۰۹۶
میزان دسترسی جمعیت حومه شهری به داروخانه‌ها (نفر دسترسی)	۶۹۱۰	۶۵۵۴	۶۳۸۵
میزان دسترسی جمعیت تحت پوشش به خدمات عطاری (نفر دسترسی)	۳۴۸۰	۳۳۶۹	۳۲۶۷
گزارش‌های دریافتی از عوارض و خطاهای دارویی (تعداد)	۹۵۶	۱۱۶۹	۱۱۰۰
درصد فعالیت واحدهای تولیدی موادغذایی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی (درصد)	۶۷.۰۳	۷۲.۵۰	۶۴.۲۵
مجموع تعداد اقلام مکشوفه قاچاق	۸۹۶۷	۸۰۰۱	۱۰۱۸۷
مجموع تعداد بازدید از مراکز عرضه	۱۸۹۴	۲۵۸۱	۳۵۸۲

هزینه دارو و به ازای هر تخت فعال

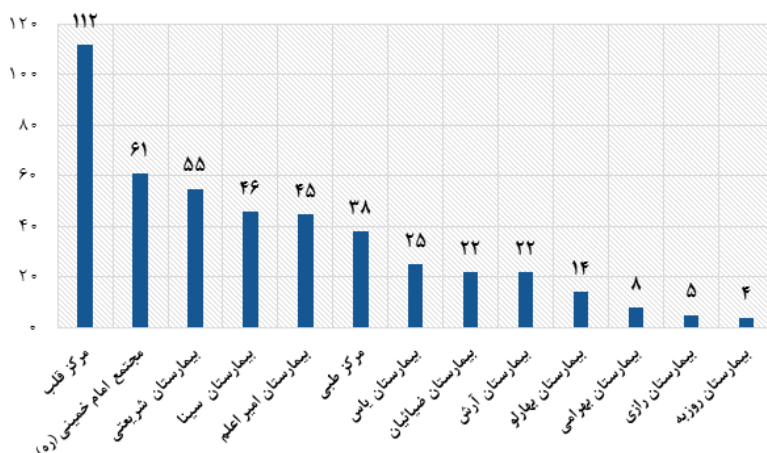
کاهش در هزینه داروها در سه سال پیاپی دیده می‌شود. مداخلات متعددی در حوزه کاهش هزینه‌های دارویی از جمله بازنگری فرمولاری، محدود کردن تجویزها به اقلام ژنریک، امکان تبدیل خدمات از بستری به سرپایی، اجرای پروتکل‌های دارویی و... را به عنوان عوامل مؤثر می‌توان برشمرد. البته این عدد وابسته به ضریب اشغال تخت نیز است که در شاخص فعلی از تغییرات آن در بازه زمانی مورد بررسی صرف نظر شده است.

هزینه تجهیزات مصرفی به ازای هر تخت فعال

فقط اطلاعات سال ۱۳۹۷ موجود بود و لذا نمی‌توان روند هزینه‌ها را بررسی کرد. مقایسه هزینه تجهیزات مصرفی با هزینه دارو در سال ۱۳۹۷ که در نمودار شماره ۱ آمده است، نشان می‌دهد که هزینه تجهیزات مصرفی به ازای تخت فعال حدود دو برابر هزینه دارو به ازای تخت فعال است. این موضوع اهمیت مدیریت بهینه مصرف تجهیزات را در کاهش هزینه‌ها به خوبی نشان می‌دهد. همچنین نمودار ۲ نشان‌دهنده هزینه تجهیزات مصرفی به تفکیک بیمارستان‌های دانشگاه است که با توجه با ماهیت بیماران هر بیمارستان قابل توجه است.



نمودار ۱-۷. مقایسه هزینه دارو و تجهیزات به ازای تخت فعال



نمودار ۲-۷. هزینه تجهیزات مصرفی به ازای تخت فعال به تفکیک بیمارستان (میلیون تومان)

تجویز و مصرف منطقی داروهای آنتی‌میکروبیال

با توجه به اینکه مصرف داروهای آنتی‌میکروبیال در بیمارستان‌ها وابسته به عوامل مختلفی از جمله نوع بیماری‌های بیماران بستری، بخش‌های فعال بیمارستان، ضریب اشغال تخت و... دارد و از سوی دیگر منطقی بودن تجویزها را نمی‌توان فقط با معیار تغییرات میزان مصرف رصد کرد، لذا نمی‌توان به صورت مشخص در این زمینه شاخص مطلوب تعریف کرد. با بررسی آمار دانشگاه، کاهش در روند تجویز داروها و کاهش هزینه‌های آنها در سه سال پیاپی دیده می‌شود. کاهش مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها علاوه بر کاهش هزینه درمان باعث کاهش احتمال ایجاد مقاومت‌های میکروبی نیز می‌شود. یکی از مداخلات اصلی پایبندی به دستورالعمل‌های

مرتبط است که برای مصرف منطقی تهیه و در سطح دانشگاه و سپس در سطح وزارت بهداشت ابلاغ شده‌اند. بر اساس این دستورالعمل‌ها که در سال ۱۳۹۵ و ۱۳۹۷ ابلاغ شده‌اند، نظر متخصصین عفونی برای تجویز برخی آنتی‌بیوتیک‌ها ضروری شده است. همکاری متخصصان گروه بیماری‌های عفونی، داروخانه، آزمایشگاه، سایر گروه‌های تخصصی در این زمینه حائز اهمیت است. پیشنهاد می‌شود از همکاری متخصصان داروسازی بالینی برای پایش سطح سرمی داروها، عوارض جانبی، تداخلات و تنظیم دوز آنها استفاده شود. در جدول شماره ۳، میزان مصرف بر اساس DDD^۴ و هزینه مصرف تعدادی از آنتی‌بیوتیک‌های ذکر شده در دستورالعمل‌ها آورده شده است که سیر نزولی داشته است.

جدول ۳-۷. میزان مصرف و هزینه مصرف آنتی‌بیوتیک‌های مهم در دانشگاه در یک سال

نام دارو	سال ۱۳۹۶		سال ۱۳۹۷		درصد تغییرات	
	هزینه	DDD	هزینه	DDD	هزینه	DDD
ایمی پنم	۲۴.۴۴۱	۲۱.۵۰۷.۸۶۱.۳۲۰	۱۲۹۵۳	۱۱۴.۰۲۴۶.۰۰۰	-۴۷	-۴۷
مروپنم	۸۹۷۱۶	۷۲۶۵۴.۵۶۸۹۰	۷۵۲۲۶	۶.۹۱۹.۰۲۰۰۰	-۱۶	-۱۶
وریکونازول	۸۲۳۱	۲۱۱۵.۰۶۶.۰۰۰	۶۶۳۰	۱۳۲۲۸۸۹.۰۴۰	-۳۷	-۱۹
کلکستین	۲۳۷۹۲	۱۰۷۳۱۴۹۸.۰۰	۱۴۳۹۷	۵۷۸.۳۲۱۸.۰	-۴۶	-۳۹
لینزولاید	۳۶۸۸	۷۵۷.۰۲۸.۰۰۰	۳۱۸۰	۵۳۳۴۴۱۹.۰۰	-۳۰	-۱۴
تیکوپلانین	۲۳۳۶	۱۵۸۸۶۹۵.۰۰	۲۵۴۳	۱۱۶۵۲۴۷.۰۰	-۲۷	۹
کسیپوفازین	۳۳۳۴	۱۶۸۶۲۷.۹۹۹۹	۳۶۳۷	۱۴۳۰.۳۰۹.۰۰۰	-۱۵	۹
وتکوماپسین	۸۷۵۶۴	۲۴۵۱۵.۹۸۰۰	۷۱۶۴۶	۲۱.۵۱۸۷۳۲.۰	-۱۴	-۱۸
پساکونازول	۴۲	۷۴.۰۲۶۸.۰۰	۱۴	۲۶.۰۰۰۰۰	-۶۵	-۶۷

تعداد داروساز بالینی و داروساز عمومی و تعداد مشاوره‌های داروسازی بالینی

تعداد داروسازان عمومی و بالینی به ازای تخت فعال بیمارستان‌های تحت پوشش، کم‌تر از میزان مورد انتظار است. استاندارد آن بر اساس چک لیست‌های ابلاغی سازمان غذا و دارو، یک داروساز بالینی به ازای هر ۱۰۰ تخت فعال است. روند افزایشی در مشاوره دارویی قابل

4- Defined Daily Dose

مشاهده است. با توجه به نقش مؤثر داروسازان در ارتقاء تجویز منطقی دارو، ایمنی بیمار و کاهش هزینه‌های درمان، پیشنهاد می‌شود در خصوص جذب داروسازان در این فرایند در بیمارستان‌ها اقدامات مؤثرتری صورت پذیرد.

نظارت بر فعالیت واحدهای ارائه خدمات دارویی (داروخانه) و گیاهان دارویی (عطاری) نتایج نشان می‌دهد که میزان دسترسی جمعیت شهری و اسلامشهر به داروخانه‌ها کمتر از استاندارد و میزان دسترسی جمعیت حومه شهری به داروخانه‌ها مطابق استاندارد است. بررسی شاخص‌ها بیانگر این است که دسترسی به عطاری‌ها در جمعیت تحت پوشش دانشگاه، از میزان دسترسی به داروخانه‌ها بیشتر است. (تقریباً دو برابر)

جدول ۴-۷. دسترسی به داروخانه‌ها در جمعیت تحت پوشش دانشگاه

عنوان	سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۷
تعداد داروخانه‌های تحت پوشش در شهر تهران	۲۶۶	۲۹۱	۳۰۷
جمعیت تحت پوشش تهران (بجز منطقه ۱۵)	۱۸۱۸۴۸۴	۱۸۳۱۵۵۹	۱۸۴۴۸۲۰
میزان دسترسی جمعیت شهری به داروخانه‌ها (نفر دسترسی) ۱	۶۸۳۶	۶۲۹۴	۶۰۰۹
تعداد داروخانه‌ها در اسلامشهر و حومه	۶۸	۷۱	۷۶
جمعیت اسلامشهر و حومه	۵۲۸۹۶۹	۵۳۴۰۹۷	۵۳۹۲۸۱
میزان دسترسی جمعیت اسلامشهر به داروخانه‌ها (نفر دسترسی) ۲	۷۷۷۹	۷۵۲۲	۷۰۹۶
تعداد داروخانه‌ها در حومه شهری	۳۸	۴۰	۴۱
جمعیت حومه شهری	۲۶۲۵۸۵	۲۶۲۱۷۳	۲۶۱۷۹۷
میزان دسترسی جمعیت حومه شهری به داروخانه‌ها (نفر دسترسی) ۳	۶۹۱۰	۶۵۵۴	۶۳۸۵
تعداد عطاری	۷۵۰	۷۸۰	۸۱۰
تعداد جمعیت تحت پوشش (بجز منطقه ۱۵)	۲۶۱۰۰۳۸	۲۶۲۷۸۲۹	۲۶۴۵۸۹۵
میزان دسترسی جمعیت تحت پوشش به خدمات عطاری (نفر دسترسی)	۳۴۸۰	۳۳۶۹	۳۲۶۷

با توجه به اهمیت نظارت بر فعالیت واحدهای ارائه خدمات دارویی و گیاهان دارویی یکی از شاخص‌های تعریف شده، سرانه بازرسی از این مراکز است. استاندارد تعریف شده در مورد این

شاخص، حداقل ۴ بازدید از مراکز در سال است. چنانچه در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود، سرانه بازدید از داروخانه‌ها در حد استاندارد بوده اما سرانه بازرسی از عطاری‌ها اگرچه سیر صعودی داشته اما خیلی کمتر از استاندارد است.

جدول ۵-۷. تعداد داروخانه‌ها و عطاری‌ها در مناطق تحت پوشش دانشگاه و سرانه بازرسی از آن‌ها در سال

عنوان	سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۷
تعداد داروخانه‌های غیر بیمارستانی	۳۷۲	۴۰۲	۴۲۴
سرانه بازرسی داروخانه‌ها	۴.۹۰	۵.۰۶	۴.۵۰
تعداد عطاری‌ها	۷۵۰	۷۸۰	۸۱۰
سرانه بازرسی عطاری‌ها	۰.۱۱	۰.۰۵	۰.۸۵

گزارش‌های دریافتی از عوارض و خطاهای دارویی

فرم‌های زرد گزارش‌دهی عوارض و خطاهای دارویی به‌صورت مرتب به رابطین ADR بیمارستان‌ها ارسال می‌شود و فرم‌های تکمیل شده به‌صورت مستمر از بیمارستان‌ها دریافت می‌شود و به سازمان غذا و دارو منتقل می‌شود. شاخص مورد استفاده در اینجا تعداد فرم‌های تکمیل‌شده عوارض و خطاهای دارویی است. روند این شاخص، به جز سال ۱۳۹۷ رو به رشد بوده است. در شاخص‌های ارزیابی عملکرد، وجود ۵۰۰ فرم زرد تکمیل شده در دانشگاه‌های سطح یک حد مطلوب و مورد انتظار این فرایند را تشکیل می‌دهد. در حال حاضر امکان گزارش‌دهی در بیمارستان‌های تحت پوشش (خصوصی و دولتی) به‌صورت آنلاین از طریق وب‌سایت و نیز از طریق اپلیکیشن فراهم شده است و این موضوع می‌تواند تعداد فرم‌های تکمیل‌شده را کاهش دهد و از سوی دیگر امکان دسترسی به تعداد عوارض گزارش شده از روش‌های آنلاین به تفکیک دانشگاه‌ها در سطح استان تهران فراهم نیست. پیشنهاد می‌شود آموزش مستمر پزشکان، داروسازان و پرستاران در زمینه اهمیت گزارش‌دهی عوارض و خطاهای دارویی صورت گیرد.

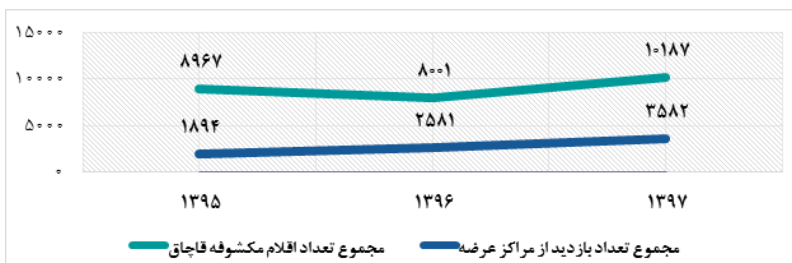
نظارت بر فعالیت واحدهای تولیدی مواد غذایی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی

درصد فعال بودن واحدهای تولیدی در سال ۹۶ نسبت به ۹۵ افزایش داشته است، اما در سال ۹۷ درصد فعال بودن روند کاهشی نشان می‌دهد که می‌تواند نشان‌دهنده کاهش تولید به دلایلی نظیر شرایط اقتصادی در سطح تولیدکنندگان محصولات غذایی آرایشی و بهداشتی

صنعتی باشد. ضمناً با توجه به بررسی انجام‌شده تعداد درخواست‌های مربوط به صدور مجوزهای بهداشتی تولیدی جهت واحدهای کوچک تولید و بسته‌بندی (کارگاهی و مشاغل خانگی) در سال ۹۷ نسبت به سال‌های قبل بازه زمانی مورد بررسی افزایش یافته، اما علی‌رغم افزایش تعداد مجوزهای صادره، میزان فعال بودن این‌گونه واحدها نیز روند رو به کاهش داشته است. لذا ریشه‌یابی موضوع در سطح کلان به‌منظور بررسی علل کاهش فعالیت واحدهای تولیدی و نیز افزایش درخواست تولید در واحدهای کوچک و نیز ارائه راهکارهای مناسب با تشریح مساعی سایر ارگان‌های زیربند در راستای افزایش تولید و کارآفرینی مورد پیشنهاد است.

عملکرد مبارزه با قاچاق اقلام سلامت در حوزه نظارتی دانشگاه

معاونت غذا و داروی دانشگاه با بازرسی‌هایی که در سطح عرضه انجام می‌دهد، قصد دارد تا اقلام قاچاق و کالاهای آسیب‌رسان سلامت را شناسایی کرده و رورد آنها را به حداقل برساند. بر این اساس شاخص‌های کلیدی عملکرد در این حوزه، تعداد بازرسی‌ها و گشت‌های مشترک برگزار شده، تعداد اقلام مکشوفه و تعداد پرونده‌های ارجاع به مراجع قضایی هستند. معاونت غذا و دارو آمارها را به‌صورت ماهانه، سه‌ماهه و سالیانه جمع‌بندی می‌نماید. این آمار به همراه گزارش بازدید از سطح عرضه در قالب خود ارزیابی به سازمان غذا و دارو ارسال می‌شود. نمودار شماره ۳ روند سه ساله تعداد بازدیدها و تعداد اقلام مکشوفه را نشان می‌دهد. با عنایت به اینکه میزان و وجود اقلام قاچاق در سطح عرضه متأثر از عوامل متفاوت و متعددی است لذا بررسی و تحلیل وضعیت مبارزه با قاچاق اقلام سلامت امری دشوار خواهد بود. با توجه به آمار اعلامی فوق، با افزایش تعداد بازدیدها، میزان اقلام مکشوفه روند صعودی را نشان می‌دهند. این امر از یک سو می‌تواند نمایانگر عملکرد مثبت این معاونت در امر مبارزه با قاچاق و از سوی دیگر نشانگر افزایش وجود اقلام مذکور باشد.



نمودار ۳-۷. روند ۳ ساله تعداد بازدید و تعداد اقلام قاچاق مکشوفه در مناطق تحت پوشش دانشگاه

از عوامل مؤثر بر افزایش قاچاق می‌توان به تحریم‌ها، سود بالای کالای قاچاق، نظارت و کارشناسی کم‌رنگ در گمرک، وجود ارزش‌های حمایتی (۴۲۰۰ تومان) و عدم نظارت مؤثر بر واردات و توزیع، کمبود نقدینگی مراکز و بدهی به شرکت‌ها و قاچاق معکوس تجهیزات با ارزش حمایتی اشاره کرد. پیشنهادهای نیز جهت کنترل این مقوله مطرح می‌شود که شامل موارد زیر است:

- ◇ آموزش و فرهنگ سازی طیف مختلف مخاطبین در جهت افزایش اطلاعات و پیشگیری از روند افزایش قاچاق
- ◇ ساماندهی انبارها و شروع بازرسی‌های مؤثر در انبارهای نگهداری کالاهای سلامت
- ◇ رفع مشکلات بازرسی از انبارها در جهت تشخیص سریع و شناسایی محصولات قاچاق و انتقال اجناس به سازمان اموال تملیکی
- ◇ افزایش و استفاده کامل از بدنه کارشناسی اداره با توجه به کمبود نیروی انسانی در حال حاضر
- ◇ ارتباط مؤثر با رسانه‌های دیداری و شنیداری جهت آگاهی مردم
- ◇ بازرسی در گمرک قبل از ترخیص
- ◇ تک نرخی شدن ارزش‌های رسمی
- ◇ مدیریت و برنامه‌ریزی جهت رفع کمبودها
- ◇ حمایت‌های قانونی و عملی سایر سازمان‌های ذیربط از جمله قوه قضائیه، پلیس امنیت و آگاهی و ... با وزارت بهداشت
- ◇ ایجاد بازدارندگی بیشتر با بازنگری در قوانین مربوط به مجازات قاچاقچیان
- ◇ کاهش میانگین تعرفه‌های گمرکی

پیام‌های کلیدی

تحلیل روند سه ساله شاخص‌های منتخب مندرج در بخش معاونت غذا و داروی سالنامه‌های آماری دانشگاه علوم پزشکی تهران، چند پیام برای تصمیم‌گیران و مدیران ارشد دانشگاه دارد. این پیام‌ها عبارتند از:

۱. با توجه به این‌که تعداد عطاری‌ها در مناطق تحت پوشش دانشگاه تقریباً دو برابر تعداد داروخانه‌ها و سرانه بازرسی عطاری‌ها کم‌تر از داروخانه‌ها است، افزایش نظارت بر آن‌ها ضروری است.
۲. با توجه به پایبندی مناسب به دستورالعمل‌ها، بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه میزان و هزینه مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها را کاهش داده‌اند. علاوه بر حفظ این تغییر، باید در مورد سایر کرایت‌ریزهای مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها از طریق سایر شاخص‌های کلیدی عملکرد،

برنامه‌ریزی شود.

۳. هزینه داوریی بیمارستان‌های دانشگاه نیز به طور کلی کاهش یافته است. با توجه به سهم بالای تجهیزات پزشکی مصرفی در هزینه‌ها درمان در بیمارستان‌ها، اهمیت تلاش در جهت مصرف بهینه این تجهیزات ضروری است.
۴. از لحاظ نیروی انسانی حوزه غذا و دارو، مشخص شد که تعداد داروساز بالینی و داروساز عمومی به ازای تخت فعال بیمارستان‌های تحت پوشش، کم‌تر از میزان مورد انتظار است.
۵. به نظر می‌رسد معاونت غذا و دارو بیشتر در زمینه دارو فعال است و مبحث غذا در گزارش سهمی ندارد.

بین الملل

عنوان

بررسی وضعیت شاخص‌های منتخب
حوزه بین‌الملل در دانشگاه علوم
پزشکی تهران در دوره زمانی هشت
ساله (۱۳۹۲ تا ۱۳۹۹)

روش کار

با توجه به جهانی‌شدن و تغییرات محیطی، کمتر سازمان یا نهادی را می‌توان یافت که بدون ارتباط با دنیای پیرامون خود دوام بیاورد، نظام آموزش عالی نیز از این امر مستثنا نیست و امروزه توسعه فعالیت‌های علمی بین‌المللی به یکی از دغدغه‌های اصلی دانشگاه‌های برتر جهان در راستای افزایش اعتبار، کیفیت، درآمدزایی و برندسازی تبدیل شده است. با توجه به اهمیت شاخص‌های حوزه بین‌الملل در پیش‌بینی آینده و رصد توسعه دانشگاه، تبیین وضعیت دانشگاه در حوزه بین‌الملل از طریق تحلیل گذشته‌نگر محتوای سالنامه‌های آماری حوزه ذی‌ربط به‌منظور فراهم آوردن اطلاعات لازم برای تصمیم‌سازی و برنامه‌ریزی توسط مدیران ارشد دانشگاه، انجام شد.

داده‌های مورد استفاده از «سالنامه آماری دانشگاه» که سالیانه توسط «مدیریت آمار و فناوری اطلاعات» به‌عنوان مرجع رسمی آمار دانشگاه (۱۳۸۵ تا ۱۳۹۹) با همکاری معاونت‌های آموزشی، بهداشت، بین‌الملل، تحقیقات و فناوری، توسعه مدیریت و برنامه‌ریزی منابع، دانشجویی فرهنگی، درمان و غذا و دارو و حوزه ریاست دانشگاه گردآوری شده و از طریق سایت مجموعه به نشانی <https://sit.tums.ac.ir> منتشر می‌شوند، استخراج شد. علاوه بر این داده‌های تکمیلی حسب نیاز و موضوع از طریق مکاتبات رسمی از آرشو معاونت‌های بین‌الملل، آموزش و مدیریت آمار و فناوری اخذ شد. روند تغییرات شاخص‌های مدنظر با استفاده از آماره‌های توصیفی نظیر میانگین، نرخ رشد سالانه/کل و نسبت طی سال‌های موردنظر محاسبه شد. گزارش یافته‌ها طی چندین جلسه بحث گروهی موردبازنگری و تفسیر قرار گرفت.

یافته‌ها

جدول ۱-۸. شاخص‌های منتخب حوزه بین‌الملل که مورد تحلیل قرار گرفتند

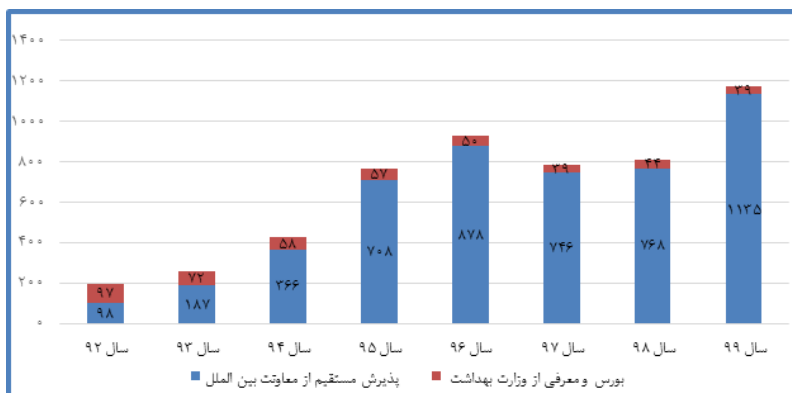
عنوان شاخص	نحوه اندازه‌گیری	واحد اندازه‌گیری
نسبت دانشجویان غیرایرانی به کل دانشجویان دانشگاه	جمع تعداد دانشجویان غیرایرانی مشغول به تحصیل (پذیرفته‌شده از طریق معاونت بین‌الملل و وزارت بهداشت ۵) در دانشگاه طی هر سال تقسیم بر تعداد کل دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه طی همان سال ضربدر صد	درصد
نرخ رشد سالیانه کل دانشجویان غیرایرانی دانشگاه (درصد)	کسر تعداد دانشجویان غیرایرانی مشغول به تحصیل در دانشگاه در سال پایانی از تعداد دانشجویان غیرایرانی مشغول به تحصیل در دانشگاه در سال آغازین تقسیم بر تعداد دانشجویان غیرایرانی مشغول به تحصیل در دانشگاه در سال آغازین ضربدر صد	درصد
تعداد دانشجویان غیرایرانی دانشگاه حسب جنسیت	جمع تعداد دانشجویان غیرایرانی مشغول به تحصیل در دانشگاه به تفکیک دو جنس زن و مرد	کمی گسسته

عنوان شاخص	نحوه اندازه گیری	واحد اندازه گیری
نرخ رشد سالیانه/کل دانشجویان غیرایرانی در مقاطع تحصیلی پایه ۶/۷ تکمیلی	کسر تعداد دانشجویان غیرایرانی مشغول به تحصیل در دانشگاه در یک مقطع تحصیلی در سال پایانی از تعداد دانشجویان غیرایرانی مشغول به تحصیل در دانشگاه در همان مقطع در سال آغازین تقسیم بر تعداد دانشجویان غیرایرانی مشغول به تحصیل در دانشگاه در همان مقطع در سال آغازین ضربدر صد	درصد
تعداد دانشجویان شهری‌پرداز ایرانی در دانشگاه	تعداد دانشجویان ایرانی شهری‌پرداز مشغول به تحصیل در پردیس بین‌الملل و سایر دانشکده‌های ۸ دانشگاه طی هر سال	کمی گسسته
نسبت دانشجویان شهری‌پرداز ایرانی به کل دانشجویان ایرانی دانشگاه	تعداد دانشجویان غیرایرانی شهری‌پرداز مشغول به تحصیل دانشگاه طی هر سال تقسیم بر تعداد کل دانشجویان ایرانی مشغول به تحصیل در دانشگاه طی همان سال ضربدر صد	درصد
نسبت دانشجویان شهری‌پرداز ایرانی پردیس بین‌الملل به کل دانشجویان شهری‌پرداز ایرانی دانشگاه	تعداد دانشجویان غیرایرانی شهری‌پرداز مشغول به تحصیل در پردیس بین‌الملل دانشگاه طی هر سال تقسیم بر تعداد کل دانشجویان ایرانی مشغول به تحصیل در دانشگاه طی همان سال ضربدر صد	درصد
نرخ رشد سالیانه/کل دانشجویان شهری‌پرداز ایرانی پردیس بین‌الملل دانشگاه	کسر تعداد دانشجویان ایرانی شهری‌پرداز مشغول به تحصیل در پردیس بین‌الملل دانشگاه در سال پایانی از تعداد دانشجویان ایرانی شهری‌پرداز مشغول به تحصیل در پردیس بین‌الملل دانشگاه در سال آغازین تقسیم بر تعداد دانشجویان ایرانی شهری‌پرداز مشغول به تحصیل در پردیس بین‌الملل دانشگاه در سال آغازین ضربدر صد	درصد
نرخ رشد سالیانه/کل دانشجویان شهری‌پرداز ایرانی سایر دانشکده‌های دانشگاه	کسر تعداد دانشجویان ایرانی شهری‌پرداز مشغول به تحصیل در سایر دانشکده‌های دانشگاه در سال پایانی از تعداد دانشجویان ایرانی شهری‌پرداز مشغول به تحصیل در سایر دانشکده‌های دانشگاه در سال آغازین تقسیم بر تعداد دانشجویان ایرانی شهری‌پرداز مشغول به تحصیل در سایر دانشکده‌های دانشگاه در سال آغازین ضربدر صد	درصد
تعداد تقاضا/ ثبت‌نام/ پذیرش دانشجویان غیرایرانی در دوره‌های بلندمدت معاونت بین‌الملل دانشگاه حسب ملیت	تعداد دانشجویان غیرایرانی متقاضی/ پذیرفته شده/ ثبت‌نام شده در دوره‌های بلندمدت معاونت بین‌الملل دانشگاه طی هر سال به تفکیک ملیت	کمی گسسته
سهم پنج کشور نخست از کل تقاضاها/ ثبت‌نامها/ پذیرش‌ها در دوره‌های بلندمدت معاونت بین‌الملل	تعداد افراد غیرایرانی متقاضی/ پذیرفته شده/ ثبت‌نام شده برای دوره‌های بلندمدت معاونت بین‌الملل دانشگاه از پنج کشور نخست دارای بیشترین فراوانی طی هر سال تقسیم بر کل تعداد تقاضاها/ پذیرش‌ها/ ثبت‌نام‌های دوره‌های بلندمدت معاونت بین‌الملل ضربدر صد	درصد
تعداد حضور در دوره‌های فرصت مطالعاتی خارج از کشور	مجموع موارد اعطای فرصت‌های مطالعاتی خارج از کشور به اعضای هیئت علمی تمامی دانشکده‌ها از سوی دانشگاه طی هر سال	کمی گسسته
تعداد حضور در همایش‌های خارج از کشور	مجموع موارد حضور اعضای هیئت علمی و دانشجویان از تمامی دانشکده‌های دانشگاه در همایش‌های خارج از کشور طی هر سال	کمی گسسته
تعداد مأموریت آموزشی خارج از کشور	مجموع موارد اعزام اعضای هیئت علمی به مأموریت‌های آموزشی خارج از کشور از سوی دانشگاه طی هر سال	کمی گسسته

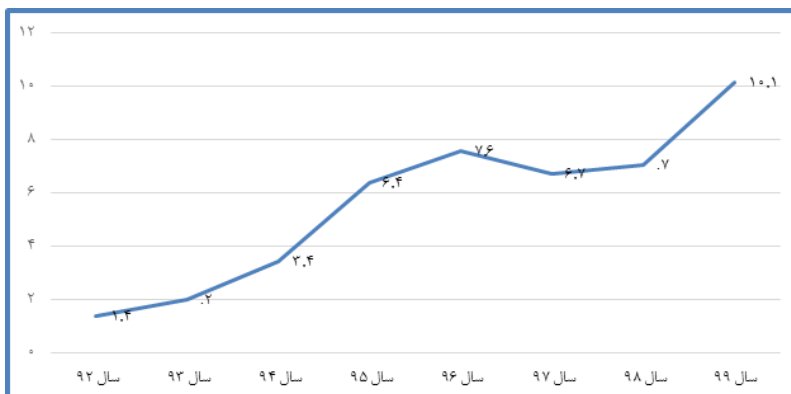
دانشجویان غیرایرانی دانشگاه

جدول ۲-۸. تعداد دانشجویان غیرایرانی دانشگاه به تفکیک پذیرش از معاونت بین‌الملل دانشگاه و معرفی شده از وزارت بهداشت، شاخص نسبت دانشجویان غیرایرانی به کل دانشجویان دانشگاه و نرخ رشد سالیانه تعداد دانشجویان غیرایرانی دانشگاه طی سال‌های ۹۲ تا ۹۹

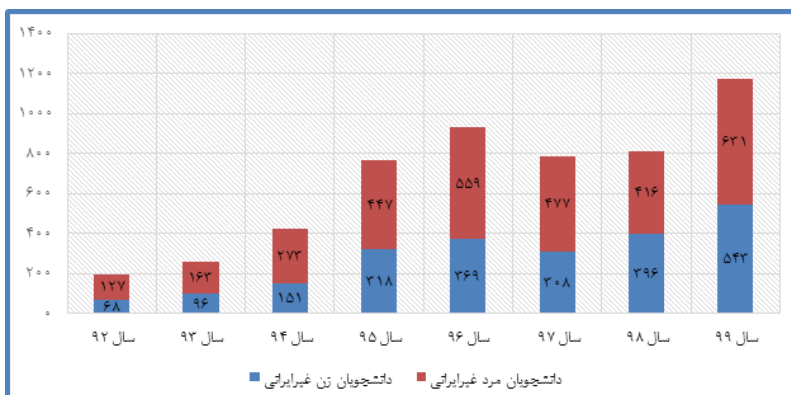
سال	سال	سال	سال	سال	سال	سال	سال	شیوه ورود / سال
۱۳۹۹	۱۳۹۸	۱۳۹۷	۱۳۹۶	۱۳۹۵	۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	
۱۱۳۵	۷۶۸	۷۴۶	۸۷۸	۷۰۸	۳۶۶	۱۸۷	۹۸	پذیرش مستقیم از معاونت بین‌الملل
۳۹	۴۴	۳۹	۵۰	۵۷	۵۸	۷۲	۹۷	بورس و معرفی از وزارت بهداشت
۱۱۷۴	۸۱۲	۷۸۵	۹۲۸	۷۶۵	۴۲۴	۲۵۹	۱۹۵	جمع کل دانشجویان غیرایرانی دانشگاه
۱۱۶۰۵	۱۱۵۴۳	۱۱۷۴۸	۱۲۲۸۲	۱۲۰۰۲	۱۲۴۶۶	۱۳۱۲۹	۱۴۴۴۰	تعداد کل دانشجویان دانشگاه
۱۰۰.۱	۷	۶.۷	۷.۶	۶.۴	۳.۴	۲.۰	۱.۴	نسبت دانشجویان غیرایرانی به کل (درصد)
۹۶.۷	۹۴.۶	۹۵	۹۴.۶	۹۲.۵	۸۶.۳	۷۲.۲	۵۰.۳	نسبت دانشجویان غیرایرانی پذیرش مستقیم از معاونت بین‌الملل به کل دانشجویان غیرایرانی دانشگاه (درصد)
۴۴.۶	۳.۴	-۱۵.۴	۲۱.۳	۸۰.۴	۶۳.۷	۳۲.۸		نرخ رشد سالیانه تعداد دانشجویان غیرایرانی دانشگاه (درصد)
۵۰.۲۵								نرخ رشد کل از سال ۹۲ تا ۹۹ (جمع کل دانشجویان غیرایرانی دانشگاه) (درصد)



نمودار ۱-۸. روند تعداد دانشجویان غیرایرانی مشغول به تحصیل در دانشگاه طی سال‌های ۹۲ تا ۹۹



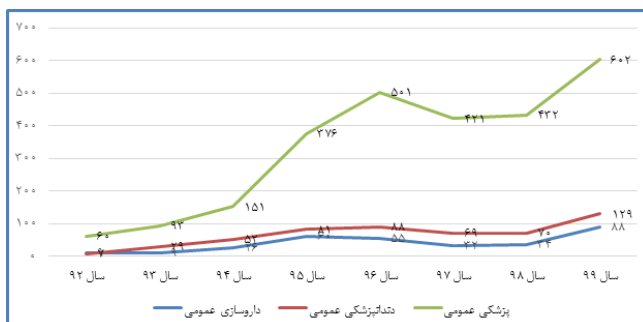
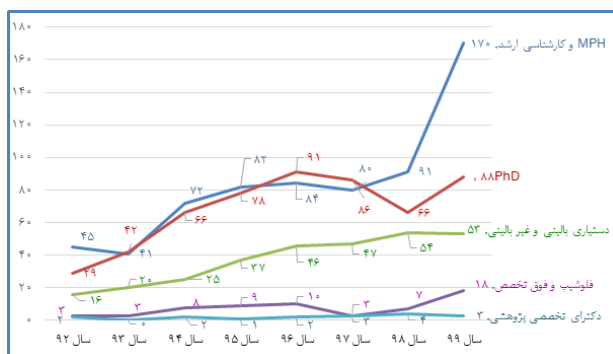
نمودار ۲-۸. روند نسبت دانشجویان غیرایرانی مشغول به تحصیل به کل دانشجویان دانشگاه طی سال‌های ۹۲ تا ۹۹ (درصد)



نمودار ۳-۸. روند تعداد دانشجویان غیرایرانی مشغول به تحصیل در دانشگاه حسب جنسیت طی سال‌های ۹۲ تا ۹۹

جدول ۳-۸. تعداد دانشجویان غیرایرانی دانشگاه به تفکیک مقاطع پایه و تکمیلی و نرخ رشد سالیانه طی سال‌های ۹۲ تا ۹۹

سال	سال	سال	سال	سال	سال	سال	سال	
۱۳۹۹	۱۳۹۸	۱۳۹۷	۱۳۹۶	۱۳۹۵	۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	
۸۴۲	۵۹۰	۵۶۶	۶۹۵	۵۵۸	۲۵۱	۱۵۳	۱۰۰	تحصیلات پایه
۳۳۲	۲۲۲	۲۱۹	۲۳۳	۲۰۷	۱۷۳	۱۰۶	۹۵	تحصیلات تکمیلی
۱۱۷۴	۸۱۲	۷۸۵	۹۲۸	۷۶۵	۴۲۴	۲۵۹	۱۹۵	جمع
۴۲.۷	۴.۲	-۱۸.۶	۲۴.۶	۱۲۲.۳	۶۴.۱	۵۳		نرخ رشد سالیانه دانشجویان غیرایرانی تحصیلات پایه (درصد)
۴۹.۵	۱.۴	-۶	۱۲.۶	۱۹.۷	۶۳.۲	۱۱.۶		نرخ رشد سالیانه دانشجویان غیرایرانی تحصیلات تکمیلی (درصد)

نمودار ۴-۸. روند تعداد دانشجویان غیرایرانی مشغول به تحصیل دانشگاه در مقطع دکترای عمومی^۵ طی سال‌های ۹۲ تا ۹۹

نمودار ۵-۸. روند تعداد دانشجویان غیرایرانی مشغول به تحصیل در دانشگاه به تفکیک مقاطع تحصیلات تکمیلی طی سال‌های ۹۲ تا ۹۹

۵- شامل رشته‌های پزشکی، داروسازی و دندان‌پزشکی

جدول ۴-۸. تعداد دانشجویان شهریه‌پرداز ایرانی دانشگاه و نرخ رشد سالیانه طی سال‌های ۹۲ تا ۹۸

سال ۱۳۹۸	سال ۱۳۹۷	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۵	
۲۳۶	۲۹۸	۱۹۶	۱۴۹	شهریه‌پرداز ایرانی پردیس بین‌الملل
۸۶۲۱	۱۴۲۴	۱۳۸۴	۱۲۵۴	شهریه‌پرداز ایرانی سایر دانشکده‌های دانشگاه
۲۲۱۵	۱۷۲۲	۱۵۸۰	۱۴۰۳	جمع کل دانشجویان شهریه‌پرداز ایرانی دانشگاه
۱۰۷۳۱	۱۰۹۶۳	۱۱۳۵۴	۱۱۲۳۷	تعداد کل (دانشجویان ایرانی دانشگاه)
۱۴.۲	۱۵.۷	۱۳.۹	۱۲.۴۸	نسبت دانشجویان شهریه‌پرداز ایرانی به کل دانشجویان ایرانی دانشگاه (درصد)
۱۵.۵	۱۷.۳	۱۲.۴	۱۰.۶	نسبت دانشجویان شهریه‌پرداز ایرانی پردیس بین‌الملل به کل دانشجویان شهریه‌پرداز ایرانی دانشگاه (درصد)
-۸.۲۰	۵۲.۰	۳۱.۵		نرخ رشد سالیانه دانشجویان شهریه‌پرداز ایرانی پردیس بین‌الملل دانشگاه (درصد)
-۹.۷	۲.۹	۱۰.۴		نرخ رشد سالیانه دانشجویان شهریه‌پرداز ایرانی سایر دانشکده‌های دانشگاه (درصد)

جدول ۵-۸. تعداد ثبت‌نام دانشجویان غیرایرانی در دوره‌های بلندمدت پردیس بین‌الملل حسب ملیت

سال ۱۳۹۸		سال ۱۳۹۷		سال ۱۳۹۶		سال ۱۳۹۵		سال ۱۳۹۴		
تعداد	نام کشور	تعداد	نام کشور	تعداد	نام کشور	تعداد	نام کشور	تعداد	نام کشور	
۶۳	عراق	۳۸	عراق	۷۶	هندوستان	۱۶۷	عراق	۱۳۵	عراق	رتبه اول
۵۰	پاکستان	۱۴	نیجریه	۴۷	پاکستان	۵۰	هندوستان	۲۷	هندوستان	رتبه دوم
۲۵	هندوستان	۱۳	افغانستان	۴۵	عراق	۳۸	پاکستان	۲۵	پاکستان	رتبه سوم
۱۹	لبنان	۱۲	هندوستان	۳۴	نیجریه	۳۴	نیجریه	۱۸	نیجریه	رتبه چهارم
۱۳	افغانستان	۸	پاکستان	۲۸	افغانستان	۱۳	غنا	۱۰	غنا	رتبه پنجم
۱۶		۱۷		۳۰		۲۶		۲۱		تعداد کشور ثبت‌نام‌کرده
۱۹۱		۱۰۹		۲۸۶		۳۷۵		۲۵۹		کل ثبت‌نام‌ها
۸۹		۷۷		۸۰.۴		۸۰.۵		۸۳		درصد سهم پنج کشور نخست از کل ثبت‌نام‌ها

توانمندسازی بین‌المللی نیروی انسانی

جدول ۶-۸. تعداد حضور اعضای هیئت علمی در دوره‌های فرصت مطالعاتی خارج از کشور طی سال‌های ۹۵ تا ۹۹

سال ۱۳۹۹	سال ۱۳۹۸	سال ۱۳۹۷	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۵	
۵	۵	۷	۶	۱۳	دانشکده پزشکی
۱	۱	۰	۰	۰	دانشکده فناوری‌های نوین
۱	۲	۴	۱	۲	مراکز تحقیقاتی
۰	۰	۱	۰	۰	دانشکده بهداشت
۰	۰	۱	۰	۱	دانشکده داروسازی
۰	۰	۰	۲	۰	دانشکده پرستاری و مامایی
۰	۰	۱	۰	۱	دانشکده تغذیه
۷	۸	۱۴	۹	۱۷	جمع
-۱۲.۵	-۴۲.۹	۵۵.۶	-۴۷.۱		نرخ رشد سالیانه (درصد)

جدول ۷-۸. تعداد حضور اعضای هیئت علمی و دانشجویان در همایش‌های خارج از کشور حسب محل اعزام طی سال‌های ۹۲ تا ۹۹

سال ۱۳۹۹	سال ۱۳۹۸	سال ۱۳۹۷	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۴	سال ۱۳۹۳	سال ۱۳۹۲	
۶	۴۶	۵۵	۸۶	۴۷	۶۰	۵۷	۸۶	دانشکده پزشکی
۳	۲۲	۳۱	۲۹	۲۰	۱۵	۴۶	۳۸	مراکز تحقیقاتی
۳	۱۴	۱۸	۱۷	۲۳	۲۰	۳۹	۲۳	دانشکده بهداشت
۱	۱۲	۱۵	۹	۷	۷	۱۸	۹	دانشکده دندانپزشکی
۱	۶	۶	۴	۳	۳	۱۲	۷	دانشکده داروسازی
۱	۳	۳	۱	۱	۳	۴	۲	دانشکده تغذیه
۰	۱	۵	۵	۳	۳	۳	۵	دانشکده فناوری‌های نوین
۰	۱	۳	۵	۴	۲	۱۱	۵	دانشکده پیراپزشکی
۰	۰	۳	۱	۰	۱	۰	۱	دانشکده طب ایرانی
۰	۰	۲	۱	۰	۲	۰	۳	دانشکده توان‌بخشی
۰	۰	۱	۰	۲	۲	۳	۲	دانشکده مجازی
۰	۰	۳	۴	۵	۱۱	۱۸	۱۸	دانشکده پرستاری و مامایی
۰	۰	۰	۲	۲	۱	۴	۳	دانشکده پردیس بین‌الملل
۰	۰	۰	۹	۱	۴	۰	۲	سایر
۱۵	۱۰۵	۱۴۵	۱۷۳	۱۱۸	۱۳۴	۲۱۵	۲۰۴	جمع
-۸۵.۷	-۲۷.۶	-۱۶.۲	۴۶.۶	-۱۱.۹	-۳۷.۷	۵.۴		نرخ رشد سالیانه (درصد)

جدول ۸-۸. تعداد مأموریت آموزشی خارج از کشور طی سال‌های ۹۱ تا ۹۹

سال	سال ۱۳۹۱	سال ۱۳۹۲	سال ۱۳۹۳	سال ۱۳۹۴	سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۷	سال ۱۳۹۸	سال ۱۳۹۹
تعداد	۱۰	۱۰	۴	۴	۹	۱۰	۳۱	۲۸	۵
نرخ رشد سالیانه (درصد)		۰.۰	-۶۰.۰	۰.۰	۱۲۵.۰	۱۱.۱	۲۱۰.۰	-۹.۷	-۸۲.۱

پیام‌های کلیدی

- ◇ یونسکو، دانشجویانی را که به‌منظور تحصیل اعزام شده‌اند و در خارج از کشور در دانشگاه موردعلاقه خود ثبت‌نام می‌کنند، «دانشجویان بین‌الملل» تعریف می‌کند.
- ◇ مطابق با نمودار شماره ۱ روند تعداد دانشجویان غیرایرانی دانشگاه طی سال‌های ۹۲ تا ۹۹ تقریباً صعودی بوده است. متوسط نرخ رشد سالیانه دانشجویان غیرایرانی دانشگاه طی سال‌های ۹۲ تا ۹۹ برابر با ۳۲.۹۷ درصد بوده است. طی سال‌های ۹۶ تا ۹۸ مواردی انصرافی و اخراجی وجود داشت که منجر به نزولی شدن نمودار شده است. موارد انصراف به دلیل تغییر سیاست‌های آموزش عالی کشورهایی چون عراق بوده که به دانشجویان خود اجازه ادامه تحصیل در داخل کشور را می‌داده است (عراق جزو ۵ کشور نخستین است که عمده سهم دانشجویان غیرایرانی از پذیرش در دانشگاه علوم پزشکی تهران را در اختیار دارد). از طرفی سیاست دانشگاه مبنی بر پرداخت شهریه کامل برای دانشجویان غیرایرانی منجر به خروج تعدادی از دانشجویان «پرداخت کامل»^۱ شد. همچنین در سال‌های اخیر، دانشگاه در پذیرش دانشجویان غیرایرانی، معیارهای سخت‌گیرانه‌تری در خصوص معدل اعمال کرده است تا جذب دانشجویان غیرایرانی با کیفیت عملکرد آموزشی بهتر، در دانشگاه صورت گیرد. در سال ۹۹ باوجود اینکه دانشگاه هم تحت تأثیر بحران کووید-۱۹ قرار گرفته بود، تعداد دانشجویان غیرایرانی مشغول به تحصیل در دانشگاه شیب صعودی داشته و در سال ۹۹ در مجموع ۱۱۷۴ دانشجویان غیرایرانی در دانشگاه علوم پزشکی تهران مشغول به تحصیل بوده‌اند؛ شیب صعودی در سال ۹۹ در نمودار شماره ۲ که روند شاخص نسبت دانشجویان غیرایرانی به کل دانشجویان دانشگاه را طی سال‌های ۹۲ تا ۹۹ نشان می‌دهد، نیز قابل مشاهده است.
- ◇ در تحلیل جنسیتی نیز در سال ۹۹ نسبت دانشجویان زن غیرایرانی به کل دانشجویان غیرایرانی دانشگاه ۴۶.۲ درصد بود که نشان می‌دهد دانشجویان غیرایرانی زن مشغول به تحصیل در دانشگاه سهم قابل قبولی از کل دانشجویان غیرایرانی دانشگاه را در اختیار دارند.

- ◇ در تحلیل تعداد دانشجویان غیرایرانی به تفکیک مقاطع تحصیلی، در مقاطع پایه، اکثریت دانشجویان غیرایرانی دانشگاه در رشته پزشکی عمومی پذیرفته شده‌اند که در نمودار ۴ قابل مشاهده است. اکنون با در نظر گرفتن سطح مشخصی از ترک تحصیل به دلیل انصراف و یا اخراج^۷، میزان پذیرش دانشجویان غیرایرانی در رشته پزشکی در دانشگاه در یک سطح مشخص می‌تواند حفظ شود. همچنین علاوه بر بهبود کیفیت آموزش‌ها در این مقطع تحصیلی، رشد تعداد دانشجویان غیرایرانی در سایر رشته‌های مقاطع پایه و مقاطع تحصیلات تکمیلی می‌تواند مدنظر قرار گیرد. همان‌طور که در نمودار شماره ۵ قابل مشاهده است، در سال ۹۹ تعداد دانشجویان غیرایرانی دانشگاه در مقاطع کارشناسی ارشد و MPH، PhD، فلوشیپ و فوق تخصص، شیب صعودی داشته است. البته باید توجه نمود که تفاوت در نحوه پرداخت حقوق به دانشجویان دستگیری تخصص در سایر کشورها و همچنین عدم توانمندی دانشجویان غیرایرانی در صحبت کردن به زبان فارسی به‌منظور برقراری تعامل سازنده با بیماران، می‌تواند افزایش نرخ رشد تعداد دانشجویان غیرایرانی در مقطع دستگیری تخصصی را با چالش بیشتری مواجه نماید.
- ◇ دانشجویانی که از طریق حوزه بین‌الملل دانشگاه علوم پزشکی تهران پذیرش می‌شوند، تبعیت غیرایرانی دارند و شهریه‌پرداز هستند اما در سال‌های گذشته تعدادی دانشجوی ایرانی شهریه‌پرداز و انتقالی از دانشگاه‌های خارج از کشور نیز در پردیس بین‌الملل مشغول به تحصیل بوده‌اند که همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود نرخ رشد سالیانه تعداد دانشجویان ایرانی شهریه‌پرداز دانشگاه در سال ۹۸، منفی بوده است. تعداد دانشجویان غیرایرانی شاغل به تحصیل که از سوی وزارت بهداشت معرفی شده‌اند، نیز در آمار لحاظ شده است.
- ◇ در خصوص تعداد ثبت‌نام دانشجویان غیرایرانی در دوره‌های بلندمدت پردیس بین‌الملل حسب ملیت، همان‌طور که در جدول ۵ قابل مشاهده است، طی سال‌های ۹۴ تا ۹۷، ۵ کشور عراق، نیجریه، افغانستان، پاکستان و هندوستان بیشترین سهم از ثبت‌نام دانشجویان غیرایرانی در دانشگاه را داشته‌اند که در سال ۹۸، نیجریه جزو ۵ کشور اول نبوده و لبنان در لیست ۵ کشور اول قرار گرفت.
- ◇ در حوزه توانمندسازی بین‌المللی نیروی انسانی در دانشگاه، شاخص‌های حضور در فرصت مطالعاتی، کنگره و همایش‌های خارج از کشور و مأموریت آموزشی خارج از کشور مورد تحلیل قرار گرفت که کاهش تعداد موارد حضور با توجه به مشکلات سال‌های اخیر از جمله تحریم، افزایش نرخ ارز و بحران کووید-۱۹ قابل توجیه است.
- ◇ نکته حائز توجه آن است که عمده تحلیل‌های انجام‌شده بر محور داده‌های موجود در

سالنامه آماری دانشگاه بوده است حال آنکه در تحلیل حوزه بین الملل دانشگاه مناسب است که تمام جنبه‌های چندگانه و پیچیده عملکرد این حوزه مورد بررسی قرار گیرد و در صورت نیاز موارد و شاخص‌های کلیدی بیشتری در سالنامه آماری دانشگاه تعریف و ارائه شوند.

همکاران پروژه و تدوین گزارش در مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

اکبر فتوحی، فاطمه رجبی، آزاده سیاری‌فرد، لاله قدیریان، حانیه‌سادات سجادی، علی‌رضا همتی، لیلا حق‌جو، سمانه عروجی، مژگان فرشادی، مریم نظری، مینا قربان‌پور، لیلا مونسان

با تشکر از همکاری معاونین محترم وقت در دانشگاه علوم پزشکی تهران:

معاون آموزشی: دکتر امیرعلی سهراب‌پور

معاون تحقیقات و فناوری: دکتر محمدعلی صحرايیان

معاون دانشجویی: دکتر محمدحسین پورغریب شاهی

معاون فرهنگی و اجتماعی: دکتر عبدالرحمن رستمیان

معاون بهداشت: دکتر علیرضا دلاوری

معاون درمان: دکتر فرشاد علامه

معاون غذا و دارو: دکتر منان حاجی‌محمودی

معاون بین‌الملل: دکتر رامین کردی

معاون توسعه مدیریت و برنامه‌ریزی منابع: دکتر محمود بیگلر

سپاس از همکاران محترم در معاونت‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران:

دکتر عنایت‌الله شعبانی، منیره گرگان‌رودی، مریم اسلامی، ریتا محرابی، دکتر پیام کبیری، دکتر حامد شفا‌رودی، حمیدرضا کریمی، حامد صمدپور، آزاده صبح‌خیز، یاسمن همتی، دکتر فرهاد رضایی، وجه‌الله دوستی صوفلو، دکتر محسن پرویز، مهدی کاموس، دکتر فرسناد نوری‌زاده، دکتر علی‌اصغر باقرزاده، دکتر محمدحسین صادقیان، علی فصیحی، محمود اشتیاقی، رضا کاظم‌زاده آسیایی، محمدمسعود ایرجی اصل، دکتر مهدی نوروزی، دکتر جمشید معتمد، نادره حسن دولابی، دکتر مژگان انوری، رویا نقوی، اقدس لک، دکتر نرجس توکلی‌کیا، اعظم‌السادات نیاکان، رقیه کمرلویی، محبوبه محمدحسینی دولابی، مهندس حسن کریمی، جمشید طلایی، عسل صادقی، دکتر علی نیک‌فرجام، لظیفه مفاخری، فاطمه رضی‌آبادی، دکتر آرزینا کریمی، دکتر نرگس نیکخوی مکمل، جواد برزگری، معصومه قشقایی، دکتر مزیانی، دکتر فرحناز رجایی، معصومه‌سادات موسوی، عالیه زرکش، دکتر امیرحسین حاجی فتاحی، دکتر نسیم زاروی دزفولی، دکتر محبوبه میرزایی، مهندس پرستو سادات فاضلی‌فرد، مهندس ماندانا جوادپور، زهرا عنبرستانی، مهندس معصومه سام‌نژاد، دکتر منا کارگر، مهندس آتنا ناصری، دکتر روح‌الله نوریان، پرستو منتظر‌لطف، محبوبه عنبری، نگار نوری، فرزانه پورکاظمی، رویا انصاری‌پور، زهرا ابراهیمی، محمد امیری، احسان رزاقی نائینی، دکتر الهه متوسلی