

سطح‌بندی شهرستان‌های استان کرمانشاه در بهره‌مندی از شاخص‌های ساختاری سلامت با

استفاده از الگوی اسکالوگرام

سید میثم موسوی^۱، * سید حسام سیدین^۲، آیدین آرین خصال^۳، جمیل صادقی‌فر^۴، بهرام آرمون^۵، یحیی صفری^۶، یاسر جویانی^۷

چکیده

مقدمه: تحقق اهداف توسعه‌ای و کاهش نابرابری‌های منطقه‌ای در کشورهای در حال توسعه در گرو برنامه ریزی منطقه‌ای می‌باشد که لازمه آن شناسایی جایگاه توسعه‌یافتگی مناطق نسبت به یکدیگر است. این پژوهش با هدف سطح‌بندی شهرستان‌های استان کرمانشاه در بهره‌مندی از شاخص‌های ساختاری سلامت با استفاده از الگوی اسکالوگرام انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع توصیفی بوده که به بررسی وضعیت شاخص‌های ساختاری سلامت در شهرستان‌های استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۸ پرداخته است. داده‌های مورد نیاز در سه گروه شاخص‌های نهادی، نیروی انسانی و بهداشت روستایی با استفاده از یک فرم جمع‌آوری اطلاعات محقق ساخته و از طریق مطالعه سالنامه آماری استان جمع‌آوری گردید. تحلیل داده‌ها بر اساس الگوی اسکالوگرام و به کمک نرم‌افزار Excel 2010 و SPSS نسخه ۱۸ انجام گرفت.

یافته‌ها: شکاف زیادی از نظر بهره‌مندی از شاخص‌های ساختاری بهداشت و درمان در بین شهرستان‌های استان کرمانشاه وجود دارد. شهرستان کرمانشاه و جوانرود با ۸۱ امتیاز، بیشترین و شهرستان سرپل ذهاب با ۳۹ امتیاز، کمترین میزان بهره‌مندی از این شاخص‌ها را به خود اختصاص دادند. در مجموع ۵۰ درصد از شهرستان‌های استان در سطح توسعه نیافته و کمتر توسعه یافته و ۳۵/۷۲ درصد از آن‌ها در سطح توسعه یافته قرار داشتند.

نتیجه‌گیری: بیشترین توسعه‌یافتگی مربوط به شاخص‌های نیروی انسانی و کم‌ترین توسعه‌یافتگی مربوط به شاخص‌های بهداشت روستایی و نهادی بود. در راستای بهبود وضعیت شاخص‌های کمتر توسعه یافته و نیز تعدیل تفاوت‌ها در سطوح برخورداری شهرستان‌های استان، پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزی‌های توسعه محور متناسب با سطوح توسعه یافتگی این شهرستان‌ها به مرحله اجرا گذاشته شود.

کلید واژه‌ها: الگوی اسکالوگرام، شاخص‌های ساختاری سلامت، توسعه‌یافتگی، کرمانشاه.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۰/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۶/۱۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: hseyedin@tums.ac.ir

۳- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴- دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۵- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۶- استادیار، گروه رادیولوژی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۷- دانشجوی کارشناسی ارشد اقتصاد بهداشت، گروه اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

مقدمه

توزیع عادلانه امکانات و ثمرات توسعه در میان اکثریت جمعیت از خصیصه‌های مهم یک اقتصاد پویا و سالم می‌باشد. برنامه ریزان جهت تحقق این امر سعی در کاهش نابرابری‌ها و عدم تعادل‌ها از طریق تدوین و اجرای برنامه‌های متعدد محرومیت‌زدایی و گسترش همه جانبه جنبه‌های مثبت توسعه یافتگی دارند (۱). وجود نابرابری در ابعاد مختلف از نشانه‌های مهم توسعه‌نیافتگی است. در حقیقت کشورهایی توسعه‌یافته شناخته می‌شوند که علاوه بر دارا بودن شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی مناسب، توزیع درآمدها و امکانات نیز در آن‌ها نسبتاً عادلانه باشد؛ در حالی که در کشورهای توسعه نیافته هم مقادیر این شاخص‌ها پایین است و هم توزیع آن بسیار ناعادلانه است (۲). کاهش نابرابری در بهره‌مندی از منابع، دستاوردها و امکانات، یکی از معیارهای اساسی توسعه به شمار می‌رود (۳).

در جوامع در حال توسعه از جمله ایران، میزان رفاه و دسترسی به امکانات در سطح جامعه توزیع یکنواختی ندارد و از لحاظ اجتماعی نیز تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای وجود دارد (۴). کشور ایران با شرایط ویژه جغرافیایی و اقلیم‌های متفاوت، سبب پدید آمدن چشم‌اندازهای جغرافیایی متفاوتی گشته و در گذر زمان، فراز و نشیب‌های فراوانی را طی کرده است، به همین سبب در نواحی مختلف ایران، امر توسعه یکسان صورت نگرفته و نابرابری‌هایی در میزان برخورداری از مواهب توسعه، بوجود آمده است (۵).

در میان شاخص‌های مختلف توسعه، شاخص بهداشت و درمان با توجه به نقش والایی که در تأمین سلامت افراد جامعه دارد، از مهمترین شاخص‌های پیشرفت هر کشوری به شمار می‌آید و میزان موفقیت برنامه‌های توسعه ملی نیز تا اندازه زیادی در گرو دستیابی به هدف‌های این بخش است. هر چه میزان و کیفیت شاخص‌های بهداشتی و درمانی در یک جامعه بالاتر باشد و توزیع و پراکنش این شاخص‌ها نیز متعادل‌تر و مناسب‌تر باشد، رفاه نسبی و سلامتی بیشتری در آن جامعه وجود خواهد داشت (۶). اهمیت بخش بهداشت و درمان به حدی است که می‌توان گفت بهبود وضعیت شاخص‌های بهداشتی و درمانی موجبات

توسعه انسانی و اجتماعی جامعه و در نهایت ارتقاء سطح توسعه در کشور را فراهم می‌آورد (۷). نگاهی گذرا به شاخص‌های سلامت در کشور در یک دهه گذشته، از یک سو روند سریع ارتقاء شاخص‌ها و از سوی دیگر وجود نابرابری در برخی از شاخص‌ها در مناطق و استان‌های مختلف کشور را نشان می‌دهد (۸). به هر ترتیب لازم است که ایران نیز مانند هر کشور در حال توسعه ای به منظور بهبود جایگاه توسعه‌یافتگی خود در بین کشورهای جهان به توسعه در بخش بهداشت و درمان توجه ویژه‌ای داشته باشد، چرا که توسعه در این بخش پیش نیاز توسعه در سایر بخش‌های جامعه است. به منظور برنامه ریزی توسعه در بخش بهداشت و درمان، ابتدا لازم است تا وضعیت جامعه از لحاظ میزان برخورداری از شاخص‌های بهداشتی و درمانی مورد بررسی قرار گیرد (۹). به منظور دستیابی به این مهم و برقراری عدالت اجتماعی، سطح‌بندی مناطق و شناخت درجه توسعه‌یافتگی آن‌ها از لحاظ شاخص‌های بهداشتی و درمانی و تعیین توانمندی‌ها و کاستی‌های آن‌ها، امری مهم و ضروری به نظر می‌رسد.

الگوهای زیادی برای انجام تجزیه و تحلیل‌های مکانی و شناخت نابرابری‌های منطقه‌ای، وجود دارد که از آن جمله می‌توان به الگوی تحلیل عاملی، روش ساده جمعیت، روش کارکردی، الگوی مثلثی مکانی، تاکسونومی عددی و الگوی اسکالوگرام اشاره کرد (۱۰). الگوی اسکالوگرام که یکی از روش‌های مهم در برنامه‌ریزی به شمار می‌رود، در ابتدا بوسیله جغرافی‌دانان تاریخی برای نشان دادن بنیان‌های عملکردی سلسله مراتب مناطق شهری مورد استفاده قرار گرفت (۱۱، ۱۲). این روش نواحی یک منطقه را بر اساس تعداد و نوع عملکردهای آن‌ها رتبه‌بندی می‌نماید و به ویژه در مواردی که اطلاعات کامل در مورد خصوصیات عملکردی مناطق در اختیار نیست و یا محدودیت زمانی و مالی برای جمع‌آوری اطلاعات وجود دارد، مفید می‌باشد (۱۳). امتیاز اصلی این روش سادگی در استفاده از آن و تجزیه و تحلیل شفاف و عینی اطلاعات است (۱۴).

پرداخته اند، به تحلیل عمیق یکی از شاخص‌های زیر بنایی توسعه (شاخص‌های ساختاری بهداشت و درمان) اختصاص دارد. این پژوهش با استفاده از الگوی اسکالوگرام به بررسی وضعیت شاخص‌های ساختاری بهداشت و درمان در شهرستان‌های استان کرمانشاه پرداخته و میزان توسعه و محرومیت آن‌ها را در این زمینه تعیین کرده است. لذا این مطالعه با هدف سطح‌بندی شهرستان‌های استان کرمانشاه در بهره‌مندی از شاخص‌های ساختاری سلامت با استفاده از الگوی اسکالوگرام انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش توصیفی-مقطعی با استفاده از الگوی اسکالوگرام به سطح‌بندی شهرستان‌های استان کرمانشاه در زمینه بهره‌مندی از شاخص‌های ساختاری بهداشت و درمان پرداخته شده است. داده‌های مورد نیاز در سه گروه شاخص‌های نهادی، نیروی انسانی و بهداشت روستایی با استفاده از یک فرم جمع‌آوری اطلاعات محقق ساخته و از طریق مطالعه سالنامه آماری ۱۳۸۸ استان و داده‌های جمعیتی شهرستان‌ها نیز از مستندات مرکز آمار کشور جمع‌آوری گردید. تحلیل داده‌ها بر اساس الگوی اسکالوگرام و به کمک نرم‌افزار Excel 2010 و SPSS نسخه ۱۸ انجام گرفت.

الگوی اسکالوگرام طی یک فرایند علمی متشکل از چهار مرحله شامل انتخاب شاخص‌ها، محاسبه میانگین و انحراف معیار شاخص‌ها، ارزیابی شاخص‌ها در شهرستان‌ها و محاسبه امتیازها و در نهایت مشخص کردن فواصل بین طبقات و سطح‌بندی شهرستان‌ها مورد استفاده قرار گرفته است (۱۱).

روش اجرا بدین صورت بود که در مرحله اول با استفاده از داده‌های اخذ شده از سالنامه آماری استان، تعداد ۳۰ شاخص ساختاری بهداشت و درمان انتخاب شدند. به منظور انتخاب این شاخص‌ها، در وهله اول موجود بودن و داشتن ماهیت ساختاری و سپس نظر سه نفر از خبرگان در حوزه سیاستگذاری نظام سلامت به عنوان ملاک در نظر گرفته شد. شاخص‌های انتخاب شده با نظر خبرگان مذکور در سه گروه شاخص‌های نهادی، نیروی انسانی و بهداشت روستایی به شرح زیر دسته‌بندی گردید:

مطالعات مختلفی در ارتباط با توسعه‌یافتگی مناطق مختلف در ارتباط با شاخص‌های سلامت صورت گرفته است. در مطالعه بهادری و همکاران که در سال ۱۳۸۹ بمنظور سطح‌بندی شاخص‌های ساختاری سلامت در استان گلستان صورت گرفت نشان داد که بین شهرستان‌های استان از نظر توسعه‌یافتگی شکاف زیادی وجود دارد (۱۵). در پژوهش انجام شده توسط ضرابی و همکاران در سال ۱۳۸۷ نیز شکاف زیادی بین شهرستان‌های استان اصفهان در بهره‌مندی از شاخص‌های توسعه بهداشت و درمان شناسایی شد (۱۶). در مطالعه تقوایی و نیلی پور که در سال ۱۳۸۵ به منظور بررسی شاخص‌های توسعه در مناطق روستایی کشور با استفاده از الگوی اسکالوگرام انجام شد، شکاف زیادی در بهره‌مندی مناطق روستایی از این شاخص‌ها گزارش شد (۱۴). سوارز و همکاران در سال ۲۰۰۰ با بکارگیری شاخص‌های اقتصادی، بهداشتی، آموزشی و فرهنگی به رتبه‌بندی مناطق مختلف کشور پرتغال با استفاده از روش‌های آماری چند متغیره تحلیل عاملی و تحلیل خوشه‌ای پرداخته‌اند (۱۷). امینی و همکاران در پژوهشی با استفاده از روش تلفیقی تحلیل عاملی و تحلیل تاکسونومی، به رتبه‌بندی سلامت استان‌های کشور بر اساس بهره‌مندی از ۳۵ شاخص توسعه در حوزه سلامت پرداخته‌اند (۱۸). در این مطالعات اختلافات زیادی در بین مناطق مورد مطالعه در ارتباط با بهره‌مندی از شاخص‌های توسعه سلامت مشاهده می‌شود.

در مطالعه ملی انجام شده در سال ۱۳۸۸، شاخص‌های سلامت را بر اساس آنچه که اندازه‌گیری می‌کنند به شش گروه نتایج سلامتی (Health outcomes)، عوامل خطر (Risk factors)، پوشش مداخلات (Intervention coverage)، ساختار (Structure)، فرآیند (Process) و نتایج مرتبط غیرسلامت (Non-health related results) طبقه‌بندی کرده‌اند. یکی از اطلاعات مورد نیاز برای سیاستگذاری نظام سلامت، اطلاعات مرتبط با منابع ساختاری نظام سلامت است. این اطلاعات، برنامه‌ریزان سلامت را امر در تخصیص منابع کمک می‌کند (۱۹). در این راستا پژوهش حاضر بر خلاف سایر پژوهش‌ها که عمدتاً به بررسی شاخص‌های مختلف توسعه

شاخص‌های تعیین شده و سپس عدد متناظر با هر شاخص در هر شهرستان با این حدود مقایسه شده است. در صورتی که این عدد بیشتر از حد بالا باشد، دارای وضعیت مثبت بوده و به آن امتیاز ۴ داده می‌شود. چنانچه عدد شاخص کمتر از حد پایین باشد، دارای وضعیت منفی بوده و امتیاز ۱ را به خود اختصاص می‌دهد. در نهایت اگر عدد شاخص بین حد بالا و حد پایین باشد، دارای وضعیت خنثی بوده و امتیاز ۲ به آن داده شده است. وضعیت مثبت نشان‌دهنده توسعه‌یافتگی شاخص، وضعیت منفی حاکی از وخیم‌بودن شاخص و وضعیت خنثی نیز نشان‌دهنده عادی بودن وضعیت شاخص در شهرستان است. بنابراین با توجه به وجود ۳۰ شاخص مورد بررسی، حداکثر و حداقل امتیاز بهره‌مندی از کل شاخص‌های مذکور برای هر شهرستان به ترتیب ۱۲۰ و ۳۰ می‌باشد.

در نهایت در مرحله چهارم برای تعیین شکاف توسعه‌ای شاخص‌های ساختاری بهداشت و درمان بین شهرستان‌ها، پنج سطح توسعه‌یافته، نسبتاً توسعه‌یافته، توسعه متوسط، کمتر توسعه‌یافته و توسعه‌نیافته در نظر گرفته شد؛ بدین صورت که پس از محاسبه جمع کل امتیاز شاخص‌ها در هر شهرستان، دامنه‌تغییرات (R) امتیازها بدست آورده شد و سپس با استفاده از فرمول استورگس (۲۰) فاصله بین طبقات محاسبه گردید.

$$i = \frac{R}{1 + 3.3 \log N} \quad \text{فرمول استورگس}$$

i = فاصله طبقاتی

R = دامنه طبقات

N = تعداد مواردی که باید طبقه‌بندی شوند

پس از محاسبه فاصله بین طبقات، شهرستان‌های استان کرمانشاه بر اساس مجموع امتیاز بهره‌مندی از شاخص‌های ساختاری بهداشت و درمان در پنج طبقه ذکر شده سطح‌بندی شدند.

یافته‌ها

ابتدا با تقسیم عدد خام متناظر با شاخص‌های مورد بررسی از سالنامه آماری بر جمعیت شهرستان‌ها، میزان بهره‌مندی هر

شاخص‌های نهادی: نسبت مؤسسات درمانی فعال به هزار نفر جمعیت (۱)، نسبت تخت در مؤسسات درمانی فعال به هزار نفر جمعیت (۲)، نسبت مراکز بهداشتی درمانی به هزار نفر جمعیت (۳)، نسبت آزمایشگاه به هزار نفر جمعیت (۴)، نسبت داروخانه به هزار نفر جمعیت (۵)، نسبت مراکز پرتونگاری به هزار نفر جمعیت (۶) نسبت مراکز توانبخشی به هزار نفر جمعیت (۷)، نسبت مرکز بهداشتی درمانی شهری به هزار نفر جمعیت شهری (۸).

شاخص‌های نیروی انسانی: نسبت متخصصین داخلی به هزار نفر جمعیت (۱)، نسبت متخصصین قلب به هزار نفر جمعیت (۲)، نسبت متخصصین اطفال به ده هزار نفر جمعیت (۳)، نسبت متخصصین اعصاب و روان به ده هزار نفر جمعیت (۴)، نسبت متخصصین بیماری‌های پوستی و آمیزی به ده هزار نفر جمعیت (۵)، نسبت متخصصین جراحی عمومی به ده هزار نفر جمعیت (۶)، نسبت متخصصین اورولوژی به ده هزار نفر جمعیت (۷)، نسبت متخصصین ارتوپدی به ده هزار نفر جمعیت (۸)، نسبت متخصصین مغز و اعصاب به ده هزار نفر جمعیت (۹)، نسبت متخصصین گوش، حلق و بینی به ده هزار نفر جمعیت (۱۰)، نسبت متخصصین چشم به ده هزار نفر جمعیت (۱۱)، نسبت متخصصین زنان و زایمان به ده هزار نفر جمعیت زن (۱۲)، نسبت متخصصین بیهوشی به ده هزار نفر جمعیت (۱۳)، نسبت متخصصین پرتونگاری به ده هزار نفر جمعیت (۱۴)، نسبت متخصصین آسیب شناسی به ده هزار نفر جمعیت (۱۵)، نسبت دندانپزشک به هزار نفر جمعیت (۱۶)، نسبت متخصصین داروسازی به ده هزار نفر جمعیت (۱۷)، نسبت پیراپزشک به هزار نفر جمعیت (۱۸)، نسبت متخصص عفونی به ده هزار نفر جمعیت (۱۹)، نسبت پزشک عمومی به هزار نفر جمعیت (۲۰).

شاخص‌های بهداشت روستایی: نسبت خانه‌های بهداشت فعال روستایی به هزار نفر جمعیت روستا (۱)، نسبت مراکز بهداشتی درمانی فعال روستایی به هزار نفر جمعیت روستا (۲).

در مرحله دوم، میانگین (\bar{X}) و انحراف معیار (SD) شاخص‌های مورد بررسی در سطح شهرستان‌ها محاسبه گردید. در مرحله سوم بر اساس رابطه‌های

در این پژوهش شهرستان‌های کمتر توسعه‌یافته شامل سه شهرستان سنقر، صحنه و دالاهو، به ترتیب با ۵۳، ۵۰ و ۵۰ امتیاز هستند و ۲۱/۴۳ در صد شهرستان‌های استان را شامل می‌شوند. یافته‌ها نشان می‌دهند که شهرستان‌های این گروه در اغلب شاخص‌ها از وضعیت مناسبی برخوردار نمی‌باشند. در نهایت چهار شهرستان ثلاث و باباجانی، هرسین، روانسر و سرپل ذهاب به ترتیب با ۴۷، ۴۱، ۴۰ و ۳۷ امتیاز بعنوان محروم‌ترین شهرستان‌های استان و در سطح توسعه نیافته قرار گرفتند و مطابق شواهد در اکثر شاخص‌ها وضعیت بسیار نامطلوبی دارند (جدول ۲).

شهرستان از شاخص‌های مختلف تعیین شد. سپس مطابق مراحل دوم و سوم اشاره شده در روش کار، مطالعه اقدام شد (جدول ۲و۱). سه شهرستان کرمانشاه، جوانرود و پاوه به ترتیب با ۸۱، ۸۱ و ۷۷ امتیاز بعنوان شهرستان‌های توسعه‌یافته و بسیار برخوردار تعیین شدند که در مجموع ۲۱/۴۳ درصد شهرستان‌های استان را تشکیل می‌دهند. دو شهرستان قصرشیرین و اسلام آباد غرب نیز به ترتیب با ۷۰ و ۶۶ امتیاز که ۱۴/۲۹ درصد شهرستان‌های استان را تشکیل می‌دهند بعنوان شهرستان‌های نسبتاً توسعه یافته شناخته شدند. شهرستان‌های کنگاور و گیلانغرب به ترتیب با ۶۴ و ۶۲ امتیاز به عنوان شهرستان‌های با توسعه متوسط شناخته شدند که ۲۱/۴۳ درصد شهرستان‌های استان را به خود اختصاص دادند.

جدول ۱- امتیازات شاخص‌های ساختاری بهداشت و درمان پس از تحلیل اسکالوگرام به تفکیک شهرستان‌های استان کرمانشاه

شماره مجموع امتیازات	شاخص													شاخص																		
	نیروی انسانی												نهادی																			
۲	۱	۲۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	شهرستان
۶۶	۱	۱	۱	۱	۱	۲	۲	۴	۲	۲	۴	۴	۴	۱	۴	۴	۱	۴	۱	۱	۱	۱	۲	۲	۴	۲	۴	۱	۱	۲	۲	اسلام آباد غرب
۷۷	۱	۱	۴	۴	۴	۴	۲	۱	۴	۱	۴	۱	۱	۱	۱	۱	۴	۱	۱	۴	۱	۴	۴	۴	۱	۲	۴	۴	۴	۴	۴	پاوه
۴۷	۲	۴	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۴	۴	۴	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۲	۱	۱	۱	۱	۱	۴	۱	۱	ثلاث و باباجانی
۸۱	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۲	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۴	۱	۴	۴	۱	۱	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۲	۱	۴	۲	۴	۴	جوانرود
۵۰	۱	۴	۴	۱	۲	۴	۴	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۴	۱	۱	۱	۲	۴	۱	۱	دالاهو	
۴۰	۱	۲	۴	۱	۱	۱	۴	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۲	۱	۱	۱	۲	۲	۱	۱	۱	روانسر	
۳۹	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۲	۱	۴	۱	۲	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۲	۱	۲	۱	۱	۱	۱	۲	۲	سرپل ذهاب	
۵۳	۴	۴	۱	۱	۲	۲	۱	۱	۱	۲	۲	۱	۱	۱	۱	۱	۲	۱	۱	۲	۴	۴	۱	۲	۲	۲	۱	۲	۱	۲	سنقر	
۵۳	۱	۱	۴	۱	۱	۴	۴	۱	۱	۲	۲	۱	۱	۱	۱	۱	۴	۱	۱	۴	۱	۴	۱	۲	۱	۲	۱	۱	۱	۲	صحنه	
۷۰	۴	۴	۴	۱	۴	۱	۱	۱	۱	۴	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۴	۱	۱	۴	۱	۴	۲	۱	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۱	قصرشیرین
۸۱	۱	۱	۱	۴	۱	۴	۱	۴	۲	۲	۱	۴	۴	۴	۴	۲	۴	۴	۲	۴	۲	۴	۲	۱	۴	۴	۴	۱	۱	۴	۲	کرمانشاه
۶۴	۲	۱	۱	۱	۱	۱	۴	۴	۴	۲	۲	۱	۱	۱	۴	۴	۲	۱	۱	۴	۴	۱	۱	۲	۴	۴	۱	۱	۲	۲	کنگاور	
۶۲	۱	۱	۴	۱	۴	۱	۲	۱	۴	۴	۲	۱	۱	۱	۱	۱	۴	۱	۱	۱	۱	۱	۴	۱	۲	۲	۲	۴	۴	۴	گیلانغرب	
۴۱	۱	۱	۲	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۲	۱	۱	۲	۱	۲	۱	۱	۱	۱	۱	۴	۲	۲	هرسین	

جدول ۲- سطوح توسعه یافتگی شهرستان‌های استان کرمانشاه در بهره‌مندی از شاخص‌های ساختاری بهداشت و درمان

گروه	فاصله طبقات	درجه برخورداری	نام شهرستان‌ها	تعداد شهرستان‌ها	درصد
اول	۷۴/۱۶-۸۲/۹۴	توسعه یافته	کرمانشاه، پاوه، جوانرود	۳	۲۱/۴۳
دوم	۶۵/۳۷-۷۴/۱۵	نسبتاً توسعه یافته	اسلام آباد غرب، قصرشیرین	۲	۱۴/۲۹
سوم	۵۶/۵۸-۶۵/۳۶	توسعه متوسط	کنگاور، گیلانغرب	۲	۱۴/۲۹
چهارم	۴۷/۷۹-۵۶/۵۷	کمتر توسعه یافته	دالاهو، سنقر، صحنه	۳	۲۱/۴۳
پنجم	۳۹-۴۷/۷۸	توسعه نیافته	هرسین، سرپل ذهاب، روانسر، ثلاث و باباجانی	۴	۲۸/۵۶

جدول ۳: درصد امتیازات کسب شده شهرستان‌های استان کرمانشاه در حیطه‌های مختلف

شهرستان	شاخص‌های نهادی	شاخص‌های نیروی انسانی	شاخص‌های بهداشت روستایی	درصد کل
جوانرود	۶۸/۷۵	۶۳/۷۵	۱۰۰	۶۷/۵
کرمانشاه	۶۵/۶۳	۷۲/۵	۲۵	۶۷/۵
پاوه	۸۴/۳۸	۶۰	۲۵	۶۴/۱۷
قصرشیرین	۷۵	۴۷/۵	۱۰۰	۵۸/۳۳
اسلام آباد غرب	۵۶/۲۵	۵۷/۵	۲۵	۵۵
کنگاور	۵۳/۱۳	۵۵	۳۷/۵	۵۳/۳۳
گیلانغرب	۷۱/۸۸	۴۶/۲۵	۲۵	۵۱/۶۷
سنقر	۴۰/۶۳	۴۰	۱۰۰	۴۴/۱۷
صحنه	۳۴/۳۸	۵۰	۲۵	۴۴/۱۷
دالاهو	۴۶/۸۸	۳۷/۵	۶۲/۵	۴۱/۶۷
ثلاث و باباجانی	۳۷/۵	۳۶/۲۵	۷۵	۳۹/۱۷
هرسین	۵۳/۱۳	۲۷/۵	۲۵	۳۴/۱۷
روانسر	۴۳/۳۸	۳۲/۵	۳۷/۵	۳۳/۳۳
سرپل ذهاب	۳۴/۳۸	۳۲/۵	۲۵	۳۲/۵

بحث

درصد داشتند و بدترین وضعیت مربوط به شهرستان‌های روانسر و سرپل ذهاب هر کدام با ۳۴/۳۸ در صد بود. در حیطه نیروی انسانی، بهترین وضعیت متعلق به شهرستان‌های کرمانشاه و جوانرود بود و پس از این دو، شهرستان پاوه قرار داشت. پایین‌ترین میزان برخورداری از شاخص‌های نیروی انسانی نیز مربوط به شهرستان‌های هرسین، سرپل ذهاب و روانسر بود. در حیطه شاخص‌های بهداشت روستایی، شهرستان‌های جوانرود، قصر شیرین و سنقر دارای برخورداری

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر حاکی از وجود اختلاف و شکاف زیاد در بهره‌مندی از شاخص‌های ساختاری بهداشت و درمان بین شهرستان‌های مختلف استان کرمانشاه است. برای توجیه تفاوت در توسعه یافتگی شاخص‌های ساختاری بهداشت و درمان در شهرستان‌های استان، هر یک از سه حیطه شاخص‌های نهادی، نیروی انسانی و بهداشت روستایی بررسی می‌شود. طبق جدول ۳، در حیطه شاخص‌های نهادی بهترین وضعیت را شهرستان پاوه با ۸۴/۳۸ درصد و قصر شیرین با ۷۵

درون یک منطقه تفاوت‌های موجود در تخصیص منابع به وضوح مشاهده شده و بتوان به طور منصفانه تری به توزیع امکانات پرداخت. آنچه برای سیاستگذاران کشوری در عرصه سلامت باید مهم باشد، این است که میزان اختلاف در برخورداری از شاخص‌های ساختاری سلامت در بین استان‌ها بسیار کمتر از میزان اختلاف در برخورداری از این شاخص‌ها در بین شهرستان‌های یک استان می‌باشد. این نکته اگرچه بر اساس اطلاعات پژوهشگر مورد پژوهش واقع نشده است اما سیاستگذاران مرکزی را به نظارت بیشتر بر توزیع امکانات در سطوح محلی رهنمون می‌سازد.

نتیجه‌گیری نهایی

بر اساس نتایج مطالعه، بیشترین توسعه‌یافتگی مربوط به شاخص‌های نیروی انسانی و کمترین توسعه‌یافتگی مربوط به شاخص‌های بهداشت روستایی و نهادی بود. شاخص‌های ساختاری به عنوان یکی از عوامل اصلی و حیاتی تأثیرگذار بر وضعیت سلامت همیشه مطرح بوده‌اند. بنابراین، برای نیل به وضعیت عادلانه و متوازی از سلامت در استان، پیشنهاد می‌شود با توجه به وضعیت توسعه‌یافتگی شهرستان‌ها در این زمینه و برنامه‌ریزی‌های مبتنی بر شواهد، در جهت کاهش شکاف در برخورداری از امکانات و تسهیلات بهداشتی درمانی میان این شهرستان‌ها اقدام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه تحت عنوان "روند توسعه‌یافتگی شاخص‌های ساختاری بخش بهداشت و درمان در استان‌های کشور با استفاده از مدل آنالیز اسکالوگرام: ۱۳۸۹-۱۳۸۵" در مقطع کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی در سال ۱۳۹۱ با کد TUMS/SHMIS-1391/525 می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شده است.

کامل و شهرستان‌های کرمانشاه، اسلام‌آباد، پاوه، هرسین، گیلانغرب، سرپل‌ذهاب و صحنه در پایین‌ترین سطح با تنها ۲۵ در صد بهره‌مندی قرار داشتند. در مطالعات بهادری و همکاران (۱۵) در استان آذربایجان غربی، نسترن (۶) و ضرابی و همکاران (۱۶) در استان اصفهان و امینی و همکاران (۱۸) در کلیه استان‌های کشور، نیز نتایج مشابهی در مورد شکاف در بهره‌مندی از شاخص‌های بهداشت و درمان حاصل شد. در پژوهش حاضر که برای اولین بار به مطالعه این شاخص‌ها در استان کرمانشاه پرداخته است، نیمی از شهرستان‌های استان (۷ مورد) در سطح کمتر توسعه یافته و توسعه نیافته و تنها حدود یک چهارم از آن‌ها در سطح توسعه یافته قرار دارند. در این بین شهرستان‌های کرمانشاه و جوانرود بیشترین و شهرستان سرپل‌ذهاب کمترین میزان بهره‌مندی از شاخص‌های ساختاری بهداشت و درمان را به خود اختصاص دادند.

وجود شکاف در بهره‌مندی از شاخص‌های سلامت هم در بین کشورها و هم در بین مناطق مختلف داخل یک کشور و یک استان مشاهده می‌شوند. وجود توسعه متوازن هم بین ابعاد مختلف توسعه‌ای (مانند توسعه فرهنگی، توسعه اقتصادی، ...) و هم بین مکان‌های جغرافیایی مختلف، ضرورت دارد. نتایج پژوهش حاضر و سایر مطالعات نشان می‌دهند که چنین توازی برقرار نشده است. برنامه‌ریزان و سیاستگذاران باید تلاش خود را معطوف یافتن چرایی این فاصله‌ها و شکاف‌های توسعه‌ای نمایند.

به منظور کاهش شکاف بهداشتی موجود میان شهرستان‌های استان و توزیع عادلانه خدمات بهداشتی درمانی، تدوین یک برنامه جامع هماهنگ برای گذر از مقیاس کلان برنامه‌ریزی با رویکرد متمرکز و از بالا به پایین و رسیدن به یک برنامه‌ریزی خرد و محلی در فضایی با مقیاس کوچک الزامی به نظر می‌رسد.

نقطه قوت مطالعه این است که الگوی مورد استفاده ضمن سادگی در کاربرد، این امکان را می‌دهد که در سطح محلی و در

منابع

- 1- Rezvani MR, Sahne B. [Measure the development of rural areas using fuzzy logic: A case study villages and cities Qqla Turkmen Port]. *Journal of Rural Development Studies*. 2005; 8(3); 1-33. (Persian).
- 2- Dadashpour H, Alizadeh B, Madani B. [Examining and analyzing the development trends and spatial inequalities in the counties of the West Azerbaijan]. *Journal of Social Sciences*, 2011(53): 173- 207. (Persian).
- 3- Taghvaei M, Ghaed Rahmati S. [Indicators of cultural development provinces]. *Journal of Geography and Regional Development Reseach*. 2006(7); 117-132. (Persian).
- 4- Farhadian M, Mahjub H, Sadri GH, Aliabadi M. [Ranking health status of children in Iran's Provinces and assessing its relation with socio-economic indicators]. *Hakim Research Journal*. 2010; 13(2): 38- 44. (Persian).
- 5- Ghanbari A. [Predict the degree of development and priority urban planning and development of Iran's provinces]. *Journal of Geography*. 2011; 9(29): 165-179. (Persian).
- 6- Nastaran M. [Analyzing and assessing the degree of concentration and distribution of health indicators in Isfahan]. *Journal of The Faculty of Letters and Humanities*. 2001; 2(26, 27): 145-162. (Persian).
7. Why the health system in Iran is lower than 98 countries around the world 2010,[cited: : 18 April 2012]. Available from: <http://www.mehrnews.com/fa/newsdetail.aspx?NewsID=1062425>.
- 8- Movahedi M, Hajarizadeh B, Rahimi AD, Arshinchi M, Amirhosseini K; Motlagh MI, Haghdoost AA. [Trend and geographical inequality pattern of main health indicators in rural population of Iran]. *Hakim Research Journal*. 2008; 10 (4):1- 10. (Persian).
- 9- Eliyaspour B, Eliyaspour D, Hejazi A. [Final development of the health sector Counties North Khorasan province in 1385 using the numerical taxonomy]. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2011; 3(1): 23-28. (Persian).
- 10- Masoumi Ashkori SH. [Principles and Guidelines for Regional Planning]. Tehran: Payam Publication, 2006. (Persian).
- 11- Momeni M. [Principles and Methods in Regional Planning]. Islamic Azad University Najafabad Branch Publication. 2008. (Persian).
- 12- Griffiths S. *Historical space and the practice of spatial history: the spatio-functional transformation of Sheffield 1770 – 1850*, University College London, UK; 2000
- 13- Phnom P. *Physical framework plan Koh Konng province*. Ministry of Environment and Danida; 2002.
- 14- Taghvaei M, Nilipour Tabatabaei SH. [Indicators of development in rural areas of the country using scalogram]. *Agricultural Economic and Development*. 2006; 14(56): 109-141. (Persian).
- 15- Bahadori M, Shams L, Sadeghifar J, Hamouzadeh P, Nejati M. Classification of health structural indicators using Scalogram Model in Golestan Province, Northern Iran. *Iranian Journal of Public Health*. 2012; 41(5): 58-65.

- 16- Zarabi A, Mohammadi J, Rakhshani Nasab HR. [Spatial analysis of health service development indices]. *Social Welfare Quarterly*. 2007; 7(27): 213-234. (Persian).
- 17- Soares JO, Marques MML, Monteiro CMF. A multivariate methodology to uncover regional disparities: A contribution to improve European Union and governmental decisions. *European Journal of Operational Research*. 2003;145(1):121-35.
- 18- Amini N, Yadolahi H, Inanlo S. [Provinces of the country's health ranking]. *Social Welfare Quarterly*. 2006; 5(20): 27-48. (Persian).
- 19- Khosravi A, Najafi F, Rahbar MR, Motlagh ME. [Health indicators in Iran]. Tehran: Center for Health Promotion and Health Network, 2009: 4 (Persian).
- 20- Kalantari Kh. [Data Processing and Analysis in Socio- Economic Researches by Using SPSS Software]. Tehran: Publication of Farhang Saba; 2008. (Persian).
- 21- Ali Mohammad A. Industrial development and imbalances of Lorestan province regions. Lorestan Province Management and Planning Organization. 2005 (Persian).