



## Geographic Notion

Vol.17. autumn and winter 2017

Zanjan University

No. 123

## اندیشه جغرافیایی

سال نهم، شماره هفده، پاییز و زمستان ۱۳۹۶

دانشگاه زنجان

مقاله شماره ۱۲۳

### تحلیل اداکی از شاخص های توسعه خدمات بهداشتی - درمانی در استان کردستان

رحمت الله بهرامی<sup>۱</sup>، کامران نوری<sup>۲</sup>

#### چکیده

یکی از ابعاد مهم توسعه پایدار در بخش توسعه انسانی؛ توسعه بخش سلامت و نحوه دسترسی افراد جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی است. ارتقای سطح سلامت یک جامعه؛ زیربنای هر حرکت و اقدام در برنامه ریزی اقتصادی و اجتماعی محسوب می شود. تحقیق به دنبال پاسخ به این سوال پرداخته که نحوه توزیع خدمات بهداشتی در استان کردستان چگونه بوده است؟ مطالعه حاضر با هدف تعیین درجه توسعه یافتگی و سطح بندی شهرستان های استان کردستان از نظر بهره مندی از شاخص های بهداشتی درمانی با استفاده از روش تاپسیس خطی انجام گرفته است. این مطالعه تحلیلی به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۳ با استفاده از ۳۴ متغیر درسه شاخص (خدمات بهداشت روستایی؛ نهادی؛ نیروی انسانی متخصص) از طریق روش اسنادی (سالنامه آماری) داده ها جمع اوری شده اند. جامعه آماری شامل ۱۰ شهرستان شامل می گردد. بدین جهت برای اطمینان از صحت داده ها و دقت در انجام محاسبات از نرم افزار Spss استفاده و جهت ترسیم نقشه برخورداری شهرستان ها از نرم افزار Arc GIS استفاده شده است. نتایج نشان از اختلاف زیادی بین شاخص های بهداشتی و درمانی در سطح شهرستان ها وجود دارد؛ بطوریکه غالب شهرستان ها در برخی از متغیرها در محرومیت مطلق قرار دارند. نتایج از شیوه توزیع خدمات بهداشتی نشان داد؛ شهرستان سنندج و سقز برخوردار؛ شهرستان بیجار؛ قروه؛ میوان و بانه نیمه برخوردار و شهرستان کامیاران محروم و شهرستان سروآباد؛ دهگلان؛ دیواندره خیلی محروم هستند. پیشنهاد می گردد؛ برنامه ریزی توسعه خدمات بهداشتی و درمانی براساس شاخص های جمعیتی و اولویت بندی مناطق محروم انجام بگیرد. کلید واژه: شاخص های سلامت؛ استان کردستان؛ تاپسیس خطی؛ ادارک فضایی؛ توسعه یافتگی.

#### مقدمه

امروزه کشورها؛ تمام منابع و توان خود را روی توسعه متمرکز کرده اند. "توسعه چیزی جز رضایت بخش ترین وضعیت زندگی مردم نیست. از انجائیکه بدون سلامت هیچ

<sup>۱</sup> - نویسنده مسئول استادیار گروه جغرافیا و برنامه ریزی روستایی؛ دانشگاه پیام نور تهران - ایران

[R\\_b1342@yahoo.com](mailto:R_b1342@yahoo.com)

<sup>۲</sup> - استادیار گروه جغرافیا و برنامه ریزی شهری؛ دانشگاه پیام نور تهران - ایران

کس از زندگی خود راضی نخواهد بود؛ بنابراین استقرار سلامت در اصول بنیادین توسعه؛ اجتناب ناپذیراست (واقعی و همکاران: ۱۳۹۰؛ ۴۵). توسعه در مفهوم کلی خود به معنای ارتقای سطح مادی و معنوی جامعه انسانی و ایجاد شرایط مناسب یک زندگی سالم برای تمامی افراد جامعه است (غصنفرپور: ۱۳۹۲؛ ۳). سلامت یکی از محورهای اصلی توسعه پایدار و بخش لاینفک آن برای شکوفایی و ارتقای کیفیت زندگی است (لطفی و شعبانی: ۱۳۹۱؛ ۹).

امروزه، تخریب و آلودگی محیط زیست، کمبود منابع و امکانات، مشکلات زیست- محیطی مانند تامین آب آشامیدنی، مساله مسکن و وضعیت نامناسب آن، مدیریت دفع پسماندها، مهاجرت، فقر و افزایش بیماری های روانی از ویژگی های کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه یافته به شمار می روند (شیخی و همکاران، ۱۳۹۱). این عوامل باعث شده است که وضعیت سلامت انسان و محیط زیست در این نواحی با خطر جدی مواجه شود. به همین دلیل امروزه، موضوع سلامت در اولویت دستور کار توسعه بین- المللی قرار دارد و نابرابری های سلامت بین کشورها و در درون جوامع، دغدغه اصلی جامعه جهانی شده است (ایروین و اسکالی، ۱۳۸۴). از اوایل دهه ۱۹۹۰ که مفهوم توسعه انسانی به عنوان یکی از ملاک های ارزیابی توسعه یافتگی مطرح شد؛ بهبود سلامت و بهداشت جامعه که رکن اساسی این توسعه را تشکیل می داد به چالشی برای دولت ها مبدل گردید. براساس منشور اتاوا؛ عدالت اجتماعی و توزیع عادلانه امکانات یکی از عناصر اصلی جنبش ارتقاء سلامت تلقی شده است.

به این منظور شناسایی امکانات و استعداد های بالفعل و بالقوه یک جامعه به عنوان مقدمه ای برای توسعه و پیشرفت آن جامعه بشمار می رود (افراخته و افکار، ۱۳۹۱). اهمیت شاخص های بهداشتی و درمانی به گونه ای است که تاثیر مستقیمی بر ارتقای قابلیت ها و توانمندی مردم، افزایش بازدهی اقتصادی، متعالی تر شدن رفتارهای اقتصادی- اجتماعی (باروری) و در نهایت تقویت و تحکیم انسجام ملی را دارد. بنابراین "بدون ایجاد محیط سالم و بدون تامین خدمات بهداشتی و درمانی؛ سلامتی افراد جامعه

تدوام نخواهد یافت (پور رشنو و همکاران: ۱۳۸۷؛ ۲۶).

با توجه به اهمیت و ضرورت بررسی خدمات بهداشتی بدان سبب است که عدم توازن در عرضه و تقاضای نیروی انسانی در بخش بهداشت و درمان؛ سبب عدم کارایی و سازماندهی نادرست نیروها می گردد (شادپور: ۱۳۷۰؛ ۵۶). بنابراین هدف پژوهش ارائه الگوی مناسب از توسعه انسانی در بخش خدمات بهداشتی و درمانی است به نحوی که کمبودها و نقاط ضعف برنامه ریزی در سطح استان مشخص گردد. تحقیق به دنبال پاسخ به این سوال است که نحوه توزیع خدمات بهداشتی در استان کردستان از چه نظم فضایی برخوردار است؟ آیا توزیع خدمات بهداشتی در راستای عدالت اجتماعی و کاهش نابرابری های فضایی خدمات بهداشتی و درمانی گام برداشته است؟ در این راستا در ابتدا اقدام به سنجش درجه توسعه یافتگی و سپس سطح بندی مناطق استان کردستان در زمینه خدمات بهداشتی گردیده است. در چنین شرایطی نحوه توزیع خدمات بهداشتی و درمانی در فضای سکونتگاه های انسانی تا حدودی مشخص می گردد و چنین مطالعاتی به مدیران اجرایی این امکان را می دهد که تا براساس نیازها و شرایط خاص هر ناحیه؛ راهکارهای توسعه ای را مشخص و برنامه هایی هماهنگ و متناسب با شرایط منطقه ارائه کنند.

### مبانی نظری تحقیق

هدف از توسعه اجتماعی؛ ایجاد امکانات مادی؛ اقتصادی و اجتماعی برای کلیه افراد جامعه؛ افزایش دسترسی افراد جامعه به منابع حیاتی و توزیع عادلانه آن بیان می شود (تقوایی و شاهپورندی؛ ۱۳۸۹؛ ۳۵). در فرایند برنامه ریزی برای دست یابی به توسعه و قرار گرفتن در مسیر آن؛ شناخت و درک شرایط و مقتضیات جوامع انسانی و نیازهای آنان در ابعاد مختلف از جمله اقدامات ضروری است (زیاری؛ ۱۳۹۰؛ ۳۱). امروزه امکانات و منابع در همه جا یکسان نیست و ضرورت توسعه همه جانبه بطور یکسان مطرح نمی شود (رضوانی؛ ۱۳۸۳؛ ۵۱). براین اساس اصول عدالت اجتماعی و اقتصادی اقتضا می کند توزیع خدمات براساس سرمایه های انسانی در فضاهای جغرافیایی توزیع

گردد. با توجه به اینکه هدف کلی توسعه؛ رشد و تعالی همه جانبه جوامع انسانی است (آسایش: ۱۳۷۶؛ ۳). سلامت؛ به عنوان حق اساسی هر انسانی؛ نه تنها به معنای نداشتن بیماری و معلولیت است؛ بلکه به معنای؛ برخورداری از شرایط مثبت جسمی؛ روانی و حد مطلوب رفاه اجتماعی است (Grad, 2002: 981). خدمات بهداشتی را باید به عنوان یکی از اجزای غیر قابل تفکیک توسعه در نظر گرفت که باید دارای اهداف؛ سیاست ها و برنامه های روشن باشد (نیک پور و همکاران: ۱۳۶۸؛ ۴۴). یکی از مشکلات کشورهای جهان سوم؛ کمبود امکانات و نیروی انسانی و توزیع نادرست آن ها در مناطق شهری و روستایی است (سازمان بهداشت جهانی؛ ۱۳۶۴؛ ۲۴).

در ادبیات اقتصاد بهداشت؛ سلامت یک سرمایه تلقی می شود. سلامت فقط به معنی عدم بیماری جسمی نیست بلکه ابعاد روانی، اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی را داراست (Pollack : 2008, 342). الگوی سلامت، که در اواخر قرن بیستم عمومیت یافت، بر روی بهداشت اجتماعی که در آن سلامتی حاصل مجموعه ای از عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، زیست محیطی، وضعیت مسکن، اشتغال و جامعه محلی تلقی می شد تاکید داشت. (یار محمدیان و بهرامی، ۱۳۶۸؛ ۱۶).

اصل اول منشور سازمان ملل متحد در اجلاس زمین در ۱۹۹۲ در ریودوژانیرو تاکید دارد که انسان در مرکزیت توسعه پایدار است و باید بخش های مختلف توسعه به نحوی عمل کنند که حاصل و جهت همه فرآیندهای توسعه به سوی تامین یک زندگی توأم با سلامت، مولد و هماهنگ با طبیعت برای انسان باشد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۰). در شاخص سازی برنامه توسعه سازمان ملل، از مولفه های سلامتی به عنوان یکی از وجوه اصلی ارزشیابی ماهیت سیاست های اجرایی و برنامه ریزی و همچنین یکی از ابزارهای سنجش جایگاه کشورها در روند توسعه و پیشرفت بحث شده است (شیخی و همکاران، ۱۳۹۱). اصول ۳ و ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، دولت را مکلف کرده است تا تمام منابع، امکانات و ظرفیت های خود را برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت افراد کشور بسیج کند.

پژوهش بر آن است وضعیت شهرستان های استان کردستان در سال ۱۳۹۳ را از نظر شاخص های های بهداشتی و درمانی مورد بررسی قرار داده و از این طریق مناطق برخوردار از غیر برخوردار تعیین و همچنین کمبود ها در زمینه های مختلف روشن می گردد.

### پیشینه تحقیق

در این ارتباط مطالعات متعددی در خارج و داخل کشور چه در سطح کلان (کل کشور) و در سطح مناطق و نواحی صورت گرفته است که در ادامه به برخی از آنها اشاره می گردد. فرجی سبکبار حسعلی؛ وزین نرگس (۱۳۹۲) در مقاله ای تحت عنوان مدل ساختاری رابطه سطح سلامت با خدمات بهداشتی- درمانی؛ روش توصیفی و تحلیلی و هم بستگی انجام داده و نتایج نشان می دهد ارتقای سطح سلامت به خدمات بهداشتی درمانی وابسته است و شهرستان هایی که خدمات بهداشتی درمانی بیش تری دارند، از سطح سلامت بهتری برخوردار هستند. شکوهیار و همکاران (۱۳۹۵) در مقاله تحت عنوان همبستگی تفکر راهبردی و کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی با روش توصیفی از نوع همبستگی انجام داده و نتایج نشان داد با افزایش تفکر راهبردی میزان کیفیت خدمات افزایش می یابد. حمودی زاده و همکاران در سال ۱۳۹۲ در مقاله تحت عنوان سطح بندی شهرستان های استان آذربایجان غربی در بهره مندی از شاخص های ساختاری بهداشت و درمان با استفاده از مدل اسکالوگرام انجام داده و نتایج نشان داد شکاف زیادی از نظر بهره مندی بین شهرستان های استان وجود دارد. سرایی و کمالی زاده در سال ۱۳۹۲ در تحقیقی بنام تعیین درجه توسعه یافتگی شهرستان های استان یزد از لحاظ دسترسی به مراکز بهداشتی و درمانی با استفاده از مدل موریس پرداخته و نتایج نشان داد توزیع امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی بطور متعادل در سطح استان یزد بطور یکسان توزیع نشده است. گرافتون<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) نشان داده است که مراقبت های بهداشت روستایی با سطح توسعه جوامع ارتباط دارد که این در پایداری جوامع نقش

مهمی ایفا می کند. در مطالعه دیگری که در زمینه جست و جوی عوامل سطح نازل سلامت روستایی انجام شده است، چنین نتیجه گرفته شده که فقر در نواحی روستایی به خطر افتادن سلامتی را در پی داشته است (فریسر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). کارلسن و نازرو<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) اعتقاد دارند که میان طبقه اجتماعی خانوار، سن، جنس و برخی از ویژگی های جسمی و روانی سلامتی ارتباط وجود دارد. بونیزاتو<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) معتقد است که محرومیت از امکانات رفاهی از نشانه های وجود نابرابری در بهداشت و سلامتی است. کوین و لانکستر<sup>۴</sup> (۱۹۹۸) به بررسی وجهه محل سکونت و اعتبار شغلی در تعیین طبقات اجتماعی و ارتباط آن با سلامتی پرداختند.

### روش تحقیق

نوع تحقیق؛ کاربردی و روش انجام کار توصیفی-تحلیلی است. روش گردآوری از طریق سالنامه آماری و داده های دانشگاه علوم پزشکی کردستان استخراج شده است. جامعه آماری ۱۰ شهرستان استان کردستان در دوره زمانی سال ۱۳۹۳ انجام گرفته است. این پژوهش با استفاده از ۳۴ متغیر بهداشتی و درمانی در قالب سه شاخص: خدمات بهداشتی با ۶ متغیر؛ شاخص نهادی با ۹ متغیر و شاخص نیروهای متخصص (پزشکی و علوم پایه) با ۱۹ متغیر منطبق با معیارهای وزارت بهداشت و درمان اقدام به درجه بندی نواحی استان کردستان از نظر چگونگی دریافت از خدمات بهداشتی گردیده است. از این طریق می توان ضعف ها و کمبودهای خدمات بهداشتی و درمان در میان نواحی استان کردستان بهتر خود را نشان دهد.

روش انتخابی برای تعیین وضعیت برخورداری شهرستان های استان کردستان استفاده از روش تاپسیس خطی است. این روش اولین بار توسط Hwang yoon در سال ۱۹۸۱ معرفی گردید (آذر: ۱۳۸۵؛ ۸۸). اساس این روش، انتخاب گزینه ای است که

1 - Fraser

2 - Karlsen & Nazroo

3 - Bonizzato

4 - Quine & Llancastr

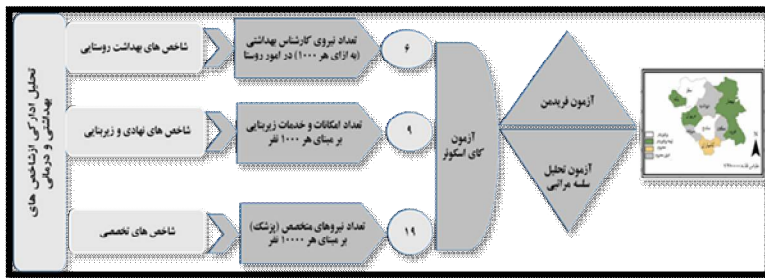
کمترین فاصله را از جواب ایده آل مثبت و بیشترین فاصله را از جواب ایده آل منفی دارد.

### روش ضریب پراکندگی

یکی از روش های اساسی برای بدست آوردن نابرابری های ناحیه ای و منطقه ای؛ روش ضریب پراکندگی است. با استفاده از این روش می توان مشخص کرد که هر شاخص تاچه اندازه بطور نامتعادل در بین مناطق توزیع شده است.

### مدل مفهومی تحقیق

با عنایت به این که تحقیق از نوع تحلیلی محسوب می گردد؛ با مرور بر ادبیات نظری؛ پیشینه تحقیق؛ مؤلفه ها و شاخص های ارائه شده؛ در این مطالعه فهرستی جامع از متغیرها و نشانگرهای مرتبط با تحلیل ادراکی شاخص های بهداشتی و درمانی تدوین شده است. (نمودار ۱) فهرست اولیه شاخص ها به عنوان نامگرها؛ اهداف کلان و کیفی هستند که جهت جلوگیری و سمت گیری به سوی اهداف را دقیق تر می کنند (رضوانی؛ ۱۳۸۳: ۱۵۴). شاخص های مورد مطالعه در تحقیق به گونه ای انتخاب شده اند که اولاً بر اساس معیارهای وزارت بهداشت و درمان و علوم پزشکی است. دوم شاخص ها به صورتی انتخاب شده اند که بتوانند جوانب مختلف کمبودها به خوبی نشان دهند. با این نگاه سه شاخص بهداشتی و درمانی مرتبط با امور روستا؛ شاخص های نهادی و زیربنایی و شاخص های تخصصی انتخاب و بر اساس آزمون های ناپارامتری مورد ارزیابی قرار گرفته اند.



مدل مفهومی تحقیق

جدول شماره ۱ شاخص های بخش بهداشت و درمان براساس معیارهای وزارت بهداشت و درمان

شاخص	گویه
بهداشت روستایی	<p>۱- کاردان یا کارشناس بهداشت محیط در روستا به ازای هر ۱۰۰۰ نفر</p> <p>۲- کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده به ازای هر ۱۰۰۰ نفر</p> <p>۳- درصد روستاهای تحت پوشش خانه های بهداشت.</p> <p>۴- درصد بهورزان به ازای هر ۱۰۰۰ نفر.</p> <p>۵- بهداشت کار دهان و دندان در روستا به ازای هر ۱۰۰۰</p> <p>۶- درصد آبادی هایی که در آب آشامیدنی تصفیه شده دارند.</p>
شاخص های بهداشتی	<p>۱- تعداد آزمایشگاه به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر</p> <p>۲- تعداد داروخانه به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر</p> <p>۳- تعداد مراکز پرتونگاری به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر</p> <p>۴- تعداد توانبخشی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر</p> <p>۵- تعداد موسسه های درمانی فعال</p> <p>۶- تعداد تخت در موسسه های درمانی فعال</p> <p>۷- تعداد مراکز بهداشتی - درمانی شهری</p> <p>۸- تعداد مراکز بهداشتی - درمانی روستایی</p> <p>۹- تعداد مراکز توانبخشی شهری</p>

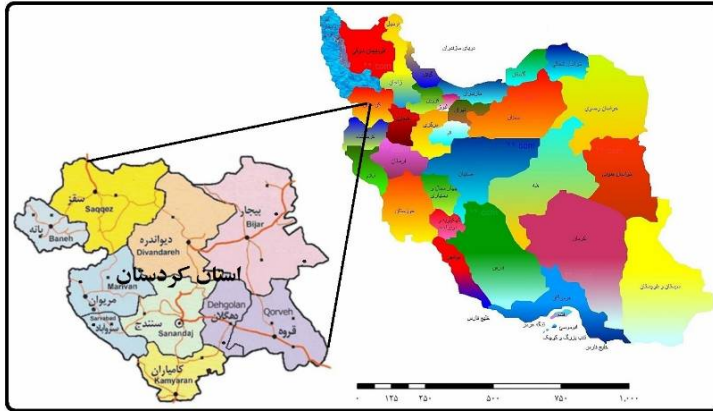


شاخص نیروی انسانی - متخصص	۱- تعداد پزشکان عمومی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر ۲- تعداد پزشکان داخلی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر ۳- تعداد پزشکان قلب به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر ۴- تعداد پزشکان عفونی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر ۵- تعداد پزشکان اطفال به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر ۶- تعداد پزشکان جراحی عمومی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر ۷- تعداد پزشکان گوش و حلق و بینی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر ۸- تعداد پزشکان چشم به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر ۹- تعداد پزشکان زنان و زایمان به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر ۱۰- تعداد پزشکان بیهوشی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر ۱۱- تعداد پزشکان پرتونگاری به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر ۱۲- تعداد پزشکان دندانپزشک به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر ۱۳- تعداد پزشکان داروساز به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر ۱۴- تعداد پیراپزشک به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر ۱۵- تعداد پزشکان مغز و اعصاب به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر ۱۶- تعداد پزشکان اعصاب و روان به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر ۱۷- تعداد پزشکان اوتوپد به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر ۱۸- تعداد پزشکان آسیب شناس به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر ۱۹- تعداد پزشکان اورولوژی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر
---------------------------	---

ماخذ: مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات، وزارت بهداشت؛ درمان و آموزش پزشکی: ۱۳۹۳

### محدوده مورد مطالعه

استان کردستان دارای مساحتی برابر با ۲۸۲۳۵ کیلومتر مربع معادل ۱/۷ درصد مساحت کشور است. در سال ۱۳۹۵ دارای ۱,۶۰۳,۰۱۱ نفر جمعیت بوده است. ۲۷ درصد جمعیت در روستاها زندگی می کنند. از نظر تقسیمات سیاسی استان کردستان دارای ۱۰ شهرستان و ۲۷ بخش، ۸۵ دهستان و ۱۹۶۶ روستا است (سالنامه آماری، ۱۳۹۵: ۱۵).



ش ۱: موقعیت جغرافیایی استان کردستان (منبع: سالنامه اماری ۱۳۹۲)

## یافته ها

اصولاً نظام توزیع خدمات بالاخص خدمات بهداشتی و درمانی بر مبنای نظام توزیع جمعیت شکل می گیرد. نظام توزیع خدمات شاخص های بهداشتی و درمانی در استان کردستان بر این مبنا مورد بررسی قرار گرفته است. جهت ادراک از نظام توزیع خدمات بهداشتی آنها را به سه بخش خدمات بهداشتی (روستا)؛ شاخص نهادی وزیربناپی و شاخص نیروهای متخصص (پزشکی و علوم پایه) گردیده است.

یافته های توصیفی در بخش خدمات بهداشتی در برگیرنده شیوه نظام توزیع محیط فیزیکی و کارشناسان فنی در این بخش است یافته ها در این زمینه نشان می دهد سنندج؛ سقز؛ مریوان و بیجار در رتبه اول تا چهارم مطابق جدول شماره ۲ در بخش شاخص های بهداشت روستایی و ... شکل شماره ۱ وضعیت برخورداری در سطح استان کردستان را نشان می دهد.

در بخش شاخص های نهادی و زیربنایی یافته های توصیفی نشان می دهد که شهرستان سنندج؛ سقز؛ قروه و مریوان برخوردارترین شهرستان های استان محسوب شده و شهرستان های بانه؛ بیجار و کامیاران نیمه برخوردار و شهرستان های دیواندره؛ دهگلان و سروآباد محروم می باشند.

در شاخص نیروی انسانی متخصص در بخش علوم پایه (پزشکان) نوزده متغیر مورد

ارزیابی قرار گرفته که براین اساس شهرستان سنندج، سقز، قروه و میوان، .. به ترتیب در رتبه اول و دوم .. تا دهم قرار می گیرند.

یافته های توصیفی در مقیاس کلی نشان می دهد مرکز استان (شهرستان سنندج) در تمامی زمینه ها رتبه اول را داراست. اما یافته های توصیفی نشان می دهد از ۲۲ متغیر مورد بررسی بیش از ۸۰ درصد شهرستان ها در نیروهای متخصص مانند پزشک اعصاب و روان؛ چشم؛ مغز؛ بیهوشی؛ جراحی؛ اورتوپدی؛ پوست؛ قلب؛ عفونی؛ اورولوژی؛ زنان و زایمان؛ گوش و حلق و بینی در محرومیت کامل قرار دارند. در بخش شاخص های نهادی یافته ها نشان می دهد شهرستان سنندج به عنوان مرکز استان کردستان در رتبه اول، شهرستان سقز در رتبه دوم و شهرستان های بیجار، قروه، کامیاران، بانه، میوان، دیواندره، سروآباد و دهگلان در رتبه های بعدی قرار می گیرند. برای نمایش بهتر از وضعیت برخورداری شهرستان ها به تفکیک گویه ها و شاخص ها در جداول شماره ۶؛ نشان داده شده است.

پس از رتبه بندی در فضای GIS سطح بندی شهرستان های استان کردستان در بخش شاخص های بهداشتی و درمانی مطابق شکل شماره ۴ اقدام گردید. شهرستان سنندج در رتبه ۱ و شهرستان های سقز در رتبه دوم؛ قروه سوم، میوان چهارم، بیجار پنجم؛ بانه ششم؛ کامیاران هفتم؛ دیواندره هشتم، دهگلان نهم و سروآباد در رتبه دهم قرار می گیرد. برای اینکه نشان داده شود که تا چه اندازه در شاخص های مورد مطالعه پراکندگی وجود دارد؛ از شاخص ضریب پراکندگی استفاده شده است. در سه شاخص مورد مطالعه؛ شاخص نهادی و زیر بنایی بیشترین ضریب پراکندگی ۰/۵۲ را دارد که حکایت از نابرابری های ناحیه ای در توزیع خدمات بهداشتی را دارد. بعد از آن در شاخص نیروهای متخصص در بخش پزشکی با ضریب پراکندگی ۰/۴۷. درصد و در بخش شاخص های نیروی بهداشت روستا ضریب پراکندگی ۰/۴۴ درصد بوده است.

جدول شماره ۲ رتبه بندی شهرستان های استان کردستان از نظر شاخص های سلامت در سال

۱۳۹۰ براساس روش تاپسیس

رتبه	شاخص نیروی انسانی متخصص		شاخص نهادی و زیربنایی			خدمات بهداشت روستا		شهرستان	رتبه
	شاخص اولویت	شهرستان	رتبه	شاخص اولویت	شهرستان	رتبه	شاخص اولویت		
۱	۰/۹۹۹	سنندج	۱	۰/۸۷۴	سنندج	۱	۰/۹۶۹	سنندج	۱
۲	۰/۴۸۰	سقز	۲	۰/۵۳۳	سقز	۲	۰/۳۷۹	سقز	۲
۳	۰/۲۱۹	قروه	۳	۰/۲۰۹	قروه	۳	۰/۱۹۲	مریوان	۳
۴	۰/۱۹۷	بیجار	۴	۰/۱۵۰	مریوان	۴	۰/۱۶۲	قروه	۴
۵	۰/۱۸۷	مریوان	۵	۰/۱۳۶	بانه	۵	۰/۱۵۱	بانه	۵
۶	۰/۱۱۷	بانه	۶	۰/۱۲۵	بیجار	۶	۰/۱۲۴	کامیاران	۶
۷	۰/۰۹۹	کامیاران	۷	۰/۱۰۶	کامیاران	۷	۰/۱۱۳	بیجار	۷
۸	۰/۰۸۶	دیواندره	۸	۰/۰۶۶	دیواندره	۸	۰/۰۸۸	دیواندره	۸
۹	۰/۰۵۳	دهگلان	۹	۰/۰۳۸	دهگلان	۹	۰/۰۳۸	سروآباد	۹
۱۰	۰/۰۲۱	سروآباد	۱۰	۰/۰۲۷	سروآباد	۱۰	۰/۰۲۹	دهگلان	۱۰
۰/۴۷			۰/۵۲			۰/۴۴		ضریب پراکندگی	

### بحث و نتیجه گیری

کمبود شاخص های بهداشتی و درمانی به دلیل انتشار بیماری ها؛ و مرگ و میرها بیش از سایر امکانات و خدمات؛ ملموس و محسوس تر است. بنابراین تحقق پایداری در فرآیند توسعه، متضمن محور قرار گرفتن انسان و نیازهای او به گونه ای است که سلامت محیط نیز تضمین شود. بر این اساس، در شاخص سازی برنامه توسعه سازمان ملل از مولفه سلامتی به عنوان یکی از وجوه اصلی مقوله امنیت انسانی در سنجش جایگاه پیشرفت و توسعه یافتگی کشورها تاکید می شود.

اولین اقدام در جهت توسعه سلامت و کاهش شکاف میان مناطق و نواحی؛ دستیابی به یک شناخت نسبتاً کامل از وضعیت سلامت و طبقه بندی داده ها براساس تعداد جمعیت است. هدف مقاله در همین راستا با بررسی جایگاه شهرستان های استان کردستان از امکانات و خدمات بهداشتی؛ با استفاده از روش تاپسیس خطی اقدام به درجه بندی و سطح بندی نواحی (شهرستان ها) استان کردستان نموده است. نتایج نشان

داد؛ شهرستان های استان به استثنای شهر سنندج؛ بقیه شهرستان های استان نسبتاً محروم و یا خیلی محروم تلقی می گردند. در برخی از شاخص ها غالب شهرستان ها در محرومیت کامل قرار دارند. به عبارتی ضریب برخورداری آنها صفر است.

شایان ذکر است که برخورداری بالای یک شهرستان از شاخص های ساختاری بهداشت و درمان دلیلی بر بالا بودن کیفیت ارائه خدمات و مراقبت های بهداشتی و درمانی نیست.

جمع بندی کلی از نتایج نشان می دهد؛ شاخص های بهداشت و درمانی اولاً از یک نظام منطقی در توزیع فضایی برخوردار نیستند. دوم توزیع فضایی خدمات بهداشتی و درمانی در سطح شهرستان های استان کردستان در حد نامطلوبی قرار دارند. سوم اینکه برنامه ریزی های بهداشتی در سطح منطقه ای برگرفته از نیازسنجی های فضاهای جغرافیایی شکل نگرفته است. نتایج نشان می دهد بیش از ۶۸ درصد جمعیت روستایی استان کردستان (سالنامه آماری: ۱۳۹۵) از حداقل امکانات زیستی همانا آب سالم بهداشتی و تصفیه شده محرومند. در زمینه شاخص های نهادی؛ شهرستان های دیواندره؛ کامیاران؛ دهگلان و سروآباد با ۲۰ درصد جمعیت و ۱۵ درصد امکانات و خدمات بهداشتی را بخود اختصاص خیلی محروم تلقی و شهرستان های قروه؛ بیجار؛ مریوان و بانه با ۳۵ درصد جمعیت ۳۴ درصد امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی به عنوان نیمه برخوردار و شهرستان سنندج و سقز با ۴۴ درصد جمعیت ۵۱ درصد امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی به عنوان مرکز استان برخوردار است. در این راستا شهرستان سنندج با ۵۷,۲ درصد تخت های بیمارستانی؛ ۲۵ درصد مراکز بهداشت شهری و روستایی؛ ۳۷ درصد آزمایشگاه ها؛ ۴۶,۵ درصد داروخانه ها؛ ۴۵ درصد مراکز توانبخشی؛ ۵۴ درصد مرکز پرتونگاری و ۴۰ درصد کل پزشکان و پیراپزشکان در مرکز استان متمرکز می باشند. نتایج نشان داد که برخورداری و بهره مندی شهرستان های استان کردستان از شاخص های بهداشتی و درمانی همانند سایر استان های کشور یکسان نیست. مطالعات حمودزاده و همکاران؛ تقدیسی و همکاران؛ صادقی فر و همکاران؛ ضرابی و شیخ بیگلو؛

متقی (متقی: ۱۳۸۴)؛ فیروز پور و همکاران (۱۳۸۷)؛ تقوایی و شاهوندی (۱۳۸۶)؛ محمدی و همکاران (۱۳۹۱) الیاس پور و همکاران (۱۳۸۲)؛ محمدی و شغلی (۱۳۸۷) نتایج مشابهی را نشان می دهد. نتایج تحقیق تا حدود قابل توجهی توانسته است نقاط ضعف و کمبودها را روشن سازد.

بر اساس ضریب پراکندگی؛ روستاهای استان کردستان در بخش شبکه های زیر بنایی و نهادی بیشترین ضریب اختلاف را دارند که مؤید محرومیت در این بخش است. تا زمانی که خدمات زیربنایی مانند ساختمان شبکه بهداشت وجود نداشته باشد؛ شرایط لازم برای ویزیت بیماران را نخواهد داد. یعنی بستر ورود پزشکان را غیر ممکن می سازد. بنابراین برنامه ریزی های توسعه بهداشت و درمان در استان کردستان: در وهله اول باید به تفکیک شهرستان ها و بر اساس نیازسنجی های نواحی اولویت بندی ها تعیین گردد. به عبارتی اولویت های برنامه ریزی بر متغیرهایی متمرکز گردد که محدودیت ها و کمبودها را نشان می دهد.

دوم تمرکز خدمات بهداشتی در نواحی شهری کوچک و بخش ها؛ از این طریق اصل عدالت اجتماعی در نظام توزیع خدمات که همانا بر خورداری نواحی شهری دور افتاده و روستایی که بیش از ۲۹ درصد جمعیت را در سال ۱۳۹۵ (مرکز آمار ایران: ۱۳۹۵). برقرار می گردد. در پایان پیشنهاد می گردد توزیع فضایی امکانات و خدمات بهداشت روستایی و شهری بر اساس توان های جمعیتی و اولویت ها بر اساس نیازسنجی های ناحیه ای و دامنه جغرافیایی فضاها باشد. یعنی توجه به آستان های جمعیتی؛ سطح بندی نوع خدمات و مهمتر از همه نحوه توزیع و پراکنش جغرافیایی سکونتگاه های انسانی در روستاها به منظور ارائه خدمات بهداشتی به آنهاست.



ش:۲ درجه توسعه یافتگی نواحی استان کردستان از نظر خدمات بهداشت روستایی و خدمات نهادی (زیربنایی)



ش:۳ درجه برخورداری نواحی استان کردستان از نیروی انسانی متخصص (پزشک)



ش:۴ درجه توسعه یافتگی شهرستان های استان کردستان در زمینه شاخص های بهداشت و درمان

## منابع

- ۱- آسایش حسین (۱۳۸۳) اصول و روش های برنامه ریزی روستایی. چاپ ششم؛ دانشگاه پیام نور.
- ۲- آذر عادل؛ رجب زاده علی (۱۳۸۱) تصمیم گیری کاربردی؛ انتشارات نگاه دانش؛ تهران. چاپ اول.
- ۳- افزایسته حسن؛ افکار (۱۳۹۱) عوامل موثر بر سطح سلامت روستاها (مطالعه موردی: روستاهای شهرستان شفت). مجله پژوهش و برنامه ریزی روستایی؛ دوره ۱ شماره ۱ صص: ۲۵ تا ۴۳. محل نشر مشهد.
- ۴- ایروین آلک و اسکالی آلنا (۱۳۸۴) اقدامات مربوط به عوامل اجتماعی مربوط به سلامت. ترجمه محمدحسن نیکنام. نشر وفاق، تهران، ایران.
- ۵- پور رشنو و همکاران (۱۳۹۱) بررسی و مقایسه درجه توسعه یافتگی بخش بهداشت و خدمات بهداشتی استان های ایران در سال ۱۳۸۷ مجله تحقیقات نظام سلامت ؛ سال هشتم؛ شماره هفتم. صص ۱۳۳۰ تا ۱۳۲۱. محل نشر دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- ۶- تقوایی مسعود؛ شاهبوندی احمد (۱۳۸۹) پراکنش خدمات بهداشتی و درمانی در شهرستان های ایران؛ مجله رفاه اجتماعی؛ سال دهم. شماره ۳۹؛ ص: ۵۴-۳۳.
- ۷- حمودی زاده و همکاران (۱۳۹۲) سطح بندی شهرستان های استان آذربایجان غربی در بهره مندی از شاخص های ساختاری بهداشت و درمان؛ مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین. دوره ۱۷. شماره ۲. صص ۴۹-۴۲.
- ۸- رضوانی محمد رضا (۱۳۸۳) سنجش و تحلیل سطوح توسعه یافتگی نواحی روستایی شهرستان سنندج؛ مجله جغرافیا و توسعه ناحیه ای شماره سوم. صص: ۱۶۴-۱۴۹.
- ۹- زیاری کرامت الله (۱۳۹۰) اصول و روش های برنامه ریزی منطقه ای؛ چاپ دهم؛ انتشارات تهران؛ ص ۲۴۰.
- ۱۰- سازمان بهداشت جهانی (۱۳۸۰) سلامت و محیط در توسعه پایدار. ترجمه علی اصغر فرشاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.
- ۱۱- سرایی محمد حسین؛ کمالی زاده یعقوب (۱۳۹۲) تعیین درجه توسعه یافتگی شهرستان های استان یزد از لحاظ دسترسی به مراکز بهداشتی و درمانی با استفاده از مدل موریس؛ فصلنامه آمایش شماره ۲۲؛ ص ۸۰-۶۳.
- ۱۲- سالنامه آماری (۱۳۹۵) استانداری استان کردستان.
- ۱۳- شادپور کامل (۱۳۷۲) شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی در ایران؛ انتشارات معاونت امور بهداشتی؛ وزارت بهداشت؛ درمان و آموزش پزشکی؛ تهران.



۱۴- شیخی داود (۱۳۸۸) تبیین روستای سالم و ابعاد سلامت در نواحی روستایی مطالعه موردی: بخش قروه چای شهرستان خنداب استان مرکزی. رساله دکتری دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۱۵- شاخص های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۸) وزارت بهداشت؛ درمان و آموزش پزشکی؛ تهران.

۱۶- شکوه یار سجاد و همکاران (۱۳۹۵) همبستگی تفکر راهبردی و کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی؛ مدیریت ارتقای سلامت: خرداد و تیر ۱۳۹۵، دوره ۵، شماره ۳ (پیاپی ۱۹)؛ از صص ۴۵ - ۵۰

۱۷- ضرابی اصغر، شیخ بیگلر، رعنا (۱۳۹۰) سطح بندی شاخص های توسعه سلامت استان های ایران؛ فصلنامه رفاه اجتماعی؛ سال یازدهم؛ شماره ۲۴. صص: ۱۲۸-۱۰۷.

۱۸- غصنفرپور حسین (۱۳۹۲) سطح بندی و میزان توسعه یافتگی خدمات بهداشتی و درمانی شهرستان های استان کرمان با استفاده از شاخص های تمرکز؛ مجله برنامه ریزی فضا (جغرافیا)؛ سال سوم؛ شماره چهارم؛ صص: ۱۸-۱.

۱۹- فیروز پور رشنو، محمد شیوا؛ پورزمانی حمیدرضا (۱۳۹۱) بررسی و مقایسه ای درجه توسعه یافتگی بخش بهداشت و خدمات بهداشتی استان های ایران در سال ۱۳۸۷؛ مجله تحقیقات سلامت؛ سال ۸ شماره ۷؛ صص: ۱۳۳۰-۱۳۲۲.

۲۰- فرجی سبکبار حسعلی؛ وزین نرگس (۱۳۹۲) مدل ساختاری رابطه سطح سلامت با خدمات بهداشتی- درمانی. فصلنامه رفاه اجتماعی؛ دوره ۱۳ شماره ۴۸؛ از صص ۴۴ - ۲۷.

۲۱- قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۲)؛ انتشارات مجلس

۲۲- لطفی صدیقه، شعبانی مرتضی (۱۳۹۲) رایحه مدلی تلفیقی جهت رتبه بندی توسعه منطقه ای مطالعه موردی بخش بهداشت و درمان استان مازندران؛ نشریه تحقیقات کاربردی علوم جغرافیایی سال سیزدهم؛ شماره ۲۸. صص: ۳۰-۷.

۲۳- محمدی علی؛ شغلی علیرضا (۱۳۸۷) کیفیت خدمات بهداشتی اولیه رایحه شده در مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان زنجان؛ مجله دانشگاه علوم پزشکی زنجان؛ دوره ۱۶؛ شماره ۶۵. صص: ۸۹-۱۰۰.

۲۴- نیک پور بهمن؛ آصف زاده سعید؛ مجلسی فرشته (۱۳۶۸) مدیریت و برنامه ریزی بهداشت و درمان؛ تهران. انتشارات دانشگاه تهران.

۲۵- واقعی یداله؛ نیک طنیت سمانه؛ محتشمی برزادران علامرضا (۱۳۹۰) بررسی مقایسه ای نابرابری هزینه های بهداشتی و درمانی خانوارهای استان های کشور؛ مجله علوم پزشکی خراسان شمالی؛ شماره ۳ (ویژه آمارزیستی). صص: ۱۴۸-۱۴۱

۲۶- وزارت بهداشت و درمان (۱۳۹۲) شاخص های سیمای سلامت جمهوری اسلامی ایران.

۲۷- یارمحمدیان محمد حسین؛ بهرامی سوسن (۱۳۸۳) نیاز سنجی در سازمان های بهداشتی و درمانی و آموزشی؛ اصفهان؛ انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

- 28- Bonizzato P, *Socio-economic inequality and mental health: concepts, theories and interpretations. Epidemic Psychiatry. (2003) NO12: 205-218.*
- 29- Fraser G *Changing place: the impact of rural restructuring on mental health in Australia. Journal of Health and Place, (2005) NO 11:157-171.*
- 30- Grad, F. *The preamble of the Constitution of the World Health Organization, (2002) NO80:981-984.*
- 31- Grafton Denis U *Rural health care and community sustainability in south western Ontario, University of Western Ontario, (2003).*
- 32- Karlsen S & Nazroo J (2002) *Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority group, Public Health, (2003), 92: 624-631.*
- 33- Pollack F *the effect of social capital on health: the case of two language groups in Finland, Health and Place, (2008), NO14:347-360.*

### ***Perceptual analysis - Spatial Development Indicators of Health Services in Kurdistan***

Abstract:

*One important aspect of sustainable development of human development; development of community health and access to health services. Improving the health of a society is the foundation of every move and action in economic and social planning. The aim of this presentation is a model of human development in health services, so as to identify gaps and weaknesses in planning at the provincial level. The research seeks to answer the question of what is the distribution of health services in the province's spatial order? The research seeks to answer the question addressed was how the distribution of health services in the province? This study was conducted to determine the degree of development and the city of Kurdistan province benefit in terms of health indices using linear topsis. This cross-sectional analytical study in 1393 using three variable 33 index (rural health services, institutions, infrastructure, human resources specialist) data were collected through documentary (Statistical Yearbook). Spss software is used to ensure data integrity and accuracy in the calculation. And Arc GIS software is used to map to show the development level city in the province of Kurdistan. The results*

*showed large differences between the health indicators in the city, where most of the city, with some of the variables in the full deprived. The results of the distribution of health services showed; Sanandaj and Saqez, the city of Bijar, Ghorveh, Marivan, Baneh, Kamyaran are semi-developed and are located in the city of Sarabad; Dehgolan; Dyvandareh is very deprived. It is proposed to plan the development of health services based on demographic indicators and prioritizing deprived areas.*

**Keywords:** *health indicators; Kurdistan; topsis linear, Space-perceptual, developing.*