

مدیریت ارتقای سلامت



انجمن علمی پرستاری ایران

دوره دوم شماره ۲۵ (پیاپی ۶) بهار ۱۳۹۲ - شماره استاندارد بین المللی: ۸۶۱۴-۲۲۵۱

سطح بندی شهرستان های استان کرمانشاه در بهره مندی از شاخص های ساختاری سلامت با استفاده از الگوی اسکالوگرام..... ۷
سید میثم موسوی، سید حسام سیدین، آیدین آرین خصال، جمیل صادقی فر، بهرام آرمون، یحیی صفری، یاسر جویانی

مقایسه دیدگاه پزشکان، پرستاران و بیماران در زمینه عوامل مرتبط با اختلال خواب بیماران..... ۱۶
هادی خوشاب، سکینه سبزواری، نجمه غلامحسینی نژاد، محمد علی رضایی

تأثیر آموزش مهارت حل مسئله بر تصمیم گیری دانشجویان فوریت های پزشکی..... ۲۵
محمد حیدری، سارا شهبازی، فاطمه دریس

بررسی کیفیت خدمات آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بر اساس الگوی سروکوال..... ۳۲
ترانه عنایتی، فرشیده ضامنی، نگار نصیرپور دروئی

بررسی کارایی نسبی مدیریت کلان بهداشت روستایی در طول برنامه سوم و سال های ابتدایی برنامه چهارم توسعه..... ۴۰
مهناز جلالوندی، اسماعیل شاه طهماسبی، سارا شمس الهی

عوامل مرتبط با چاقی در خانواده های ساکن شهر تهران: یک مطالعه مقطعی..... ۵۱
سارا صراحتی، فرهاد حسین پناه، اکبر بیگلریان، مریم بربزین، عنایت الله بخشی

همبستگی ادراک تصویر بدنی و میزان فعالیت بدنی در زنان و مردان با توجه به سطوح مختلف شاخص توده بدنی ۵۹
مهتا اسکندر نژاد

خدمات پیش بیمارستانی با تأکید بر حوادث ترافیکی: مروری بر کشور های توسعه یافته و در حال توسعه..... ۷۱
حمیدرضا خانکه، شاهرخ علی نیا، غلامرضا معصومی، داود خراسانی زواره، مریم رنجبر، لیلا داددوست، محمدعلی حسینی، مسعود فلاحی خشکناب، مارت کاسترون

به نام خداوند جان و خرد
مجله مدیریت ارتقای سلامت
فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران
دوره دوم-شماره ۲ (پیاپی ۶) - بهار ۱۳۹۲

صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران

مدیر مسؤول: دکتر محمدعلی حسینی

سردبیر: دکتر فریده یغمایی

معاون سردبیر: فرشته نجفی

شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۸۰۶۷/۹۰ مورخ ۱۳۹۰/۴/۴

شماره بین المللی نشریه چاپی: ۲۲۵۱-۸۶۱۴ ISSN: ۱۳۹۰/۱۲/۱۰

شماره بین المللی نشریه الکترونیکی: ۲۲۵۱-۹۹۴۷ e-ISSN: ۱۳۹۱/۳/۸ مورخ ۱۳۹۱/۳/۸

رتبه علمی-پژوهشی مورخ ۱۳۹۱/۲/۱۶ شماره رتبه علمی-پژوهشی کمیسیون نشریات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۰۰/۳۱۸

اعضای هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر سادات سیدباقر مdag، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مسعود فلاحتی خشکناب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر لیلا قلی زاده، استادیار دانشگاه فناوری سینمایی، استرالیا
- دکتر مسعود کریملو، دانشیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سید حبیب الله کواری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سعاد محفوظ پور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر علی محمد پور، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر رضا نگارنده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر کیان نوروزی تبریزی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علیرضانیکبخت نصرآبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مجیده هروی کریمی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر طاهره اشک تراب، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر اردشیر افراصیانی فر، استادیار دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر عنایت الله بخشی، استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مهرنوش پازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر حمید پیریوی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر محمدعلی چراغی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر محمدعلی حسینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سیده فاطمه قدوس استکویی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر ناهید رژه، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فخرخنده شریف، استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- دکتر جیدرعلی عابدی، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان-خوارسگان
- دکتر عباس عبادی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر عباس عباس زاده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان

داوران این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر فروزان آتش زاده شوریده
- دکتر ناهید رژه
- محمد غلامی
- دکتر عنايت الله بخشی
- دکتر سعاد محفوظ پور
- دکتر علی رمضانخانی
- فرشته نجفی
- دکتر عباس عبادی
- دکتر سمانه حسین زاده

ویراستار انگلیسی: دکتر فریده یغمایی، مهندس پگاه یغمایی

ویراستار فارسی: دکتر فریده یغمایی

حروفچینی و صفحه آرایی: مهندس صادق توکلی

طرح جلد: مهندس صادق توکلی

ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران

نشانی: تهران میدان توحید-دانشکده پرستاری و مامایی تهران

کد پستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱ صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸ تلفن و نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@jhpm.ir , Website: http://jhpm.ir

این مجله در SID, Magiran, Iran Medex, ISC, Google Scholar نمایه می شود.

سطح‌بندی شهرستان‌های استان کرمانشاه در بهره‌مندی از شاخص‌های ساختاری سلامت با استفاده از الگوی اسکالولوگرام

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 گروه برنامه ریزی منطقه‌ای می‌باشد که لازمه آن شناسایی جایگاه توسعه‌یافتنگی مناطق نسبت به یکدیگر است. این پژوهش با هدف سطح‌بندی شهرستان‌های استان کرمانشاه در بهره‌مندی از شاخص‌های ساختاری سلامت با استفاده از الگوی اسکالولوگرام 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 جمع آوری اطلاعات محقق ساخته و از طریق مطالعه سالنامه آماری استان جمع آوری گردید. تحلیل داده‌ها بر اساس الگوی اسکالولوگرام و به کمک نرم‌افزار SPSS ۲۰۱۰ Excel 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 توسعه‌یافتنگی مربوط به شاخص‌های نیروی انسانی و کمترین توسعه‌یافتنگی مربوط به شاخص‌های بهداشت روستایی و نهادی بود. در راستای بهبود وضعیت شاخص‌هایی کمتر توسعه یافته و نیز تعديل تفاوت‌ها در سطوح برخورداری شهرستان‌های استان، پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزی‌های توسعه محور متناسب با سطوح توسعه یافتنگی این شهرستان‌ها به مرحله اجرا گذاشته شود.

کلید واژه‌ها: الگوی اسکالولوگرام، شاخص‌های ساختاری سلامت، توسعه‌یافتنگی، 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 اطلاع رسانی 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 اطلاع رسانی 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 اطلاع رسانی پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴- دانشجوی دکترا مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی 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 اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

مقدمه

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 توسعه‌ای به منظور بهبود جایگاه توسعه‌یافتنگی 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 توسعه‌یافتنگی 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 اسکالولوگرام اشاره کرد (۱۰). الگوی اسکالولوگرام 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 عملکردی‌های 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).

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 جانبه‌های مثبت توسعه یافتگی دارند (۱). وجود نابرابری در ابعاد مختلف از نشانه‌های مهم توسعه‌یافتنگی است. در حقیقت کشورهای 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 توسعه‌یافته 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 موهابت 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

پرداخته اند، به تحلیل عمیق یکی از شاخص‌های زیر بنای توسعه(شاخص‌های ساختاری بهداشت و درمان) اختصاص دارد. این پژوهش با استفاده از الگوی اسکالولوگرام 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 اسکالولوگرام انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش توصیفی-مقطوعی با استفاده از الگوی اسکالولوگرام 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 جمع‌آوری شهرستان‌ها نیز از مستندات مرکز آمار کشور جمع‌آوری گردید. تحلیل داده‌ها بر اساس الگوی اسکالولوگرام و به کمک نرم‌افزار Excel 2010 و SPSS نسخه ۱۸ انجام گرفت.

الگوی اسکالولوگرام 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 توسعه‌یافتنی مناطق مختلف در ارتباط با شاخص‌های سلامت صورت گرفته است. در مطالعه بهادری و همکاران که در سال ۱۳۸۹ بهمن‌پور سطح‌بندی شاخص‌های ساختاری سلامت در استان گلستان صورت گرفت نشان داد که بین شهرستان‌های استان از نظر توسعه‌یافتنی شکاف زیادی وجود دارد (۱۵). در پژوهش انجام شده توسط ضرایبی 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 اسکالولوگرام 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 رتبه بندی مناطق مختلف کشور پرتعال با استفاده از روش‌های آماری چند متغیره تحلیل عاملی و تحلیل خوش‌ای پرداخته اند (۱۷). امینی و همکاران در پژوهشی با استفاده از روش تلفیقی تحلیل عاملی و تحلیل تاکسونومی، به رتبه بندی سلامت استان‌های کشور بر اساس بهره‌مندی از ۳۵ شاخص توسعه در حوزه سلامت پرداخته اند (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 ام در تخصیص منابع کمک می‌کند (۱۹). در این راستا پژوهش حاضر برخلاف سایر پژوهش‌ها که عمدتاً به بررسی شاخص‌های مختلف توسعه

$\bar{X} - \frac{1}{4}SD$ ، $\bar{X} + \frac{1}{4}SD$ ، حد بالا و حد پایین هر یک از شاخص‌ها 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 توسعه‌یافته‌ی شاخص، وضعیت منفی حاکی از وخیم‌بودن شاخص و وضعیت خنثی نیز نشان‌دهنده عادی‌بودن وضعیت شاخص در شهرستان است. بنابراین با توجه به وجود ۳۰ شاخص مورد بررسی، حداکثر و حداقل امتیاز بهره مندی 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 توسعه‌نیافته، توسعه متوسط، کمتر توسعه‌یافته و توسعه‌نیافته در نظر گرفته شد؛ بدین صورت که پس از محاسبه جمع کل امتیاز شاخص‌ها در هر شهرستان، دامنه‌تفصیرات (R) امتیازها بدست آورده شد و سپس با استفاده از فرمول استورگس (۲۰) فاصله بین طبقات محاسبه گردید.

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

فاصله طبقاتی = i

دامنه طبقات = R

تعداد مواردی که باید طبقه‌بندی شوند = N

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 پر-tonگاری 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 آمیزشی 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 پر-tonگاری به ده هزار نفر جمعیت (۱۴)، نسبت متخصصین آسیب‌شناسی 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 سقرا، صحنه و دلاهه، به ترتیب با ۵۳، ۵۳ 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 ثلث و باباجانی، هرسین، روانسر و سریل 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. (جدوا، ۲).

شهرستان از شاخص‌های مختلف تعیین شد. سپس مطابق مراحل دوم و سوم اشاره شده در روش کار، مطالعه اقدام شد (جدول ۲۰). سه شهرستان کرمانشاه، جوانرود و پاوه به ترتیب با ۸۱، ۷۷ و ۸۱ امتیاز بعنوان شهرستان‌های توسعه‌یافته و بسیار برخوردار تعیین شدند که در مجموع $\frac{21}{43}$ درصد شهرستان‌های استان را تشکیل می‌دهند. دو شهرستان قصرشیرین و اسلام آباد غرب نیز به ترتیب با ۶۶ و ۷۰ امتیاز که درصد شهرستان‌های استان را تشکیل می‌دهند بعنوان شهرستان‌های نسبتاً توسعه‌یافته شناخته شدند. شهرستان‌های کنگاور و گیلانغرب به ترتیب با ۶۴ و ۶۲ امتیاز به عنوان شهرستان‌های با توسعه متوسط شناخته شدند که $\frac{21}{43}$ درصد شهرستان‌های استان را به خود اختصاص دادند.

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

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

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

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

درصد	شهرستان	شاخص‌های نهادی	شاخص‌های انسانی	شاخص‌های نیروی انسانی	درصد امتیازات کسب شده	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		
سقز	۴۰/۶۳	۴۰	۱۰۰	۴۴/۱۷		
صحنه	۳۴/۳۸	۵۰	۲۵	۴۴/۱۷		
دلاهو	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 درصد بود. در حیطه نیروی انسانی، بهترین وضعیت متعلق به شهرستان‌های کرمانشاه و جوانرود بود و پس از این دو، شهرستان پاوه قرار داشت. پایین ترین میزان برخورداری از شاخص‌های نیروی انسانی نیز مربوط به شهرستان‌های هرسین، سرپل ذهاب و روانسر بود. در حیطه شاخص‌های بهداشت روستایی، شهرستان‌های جوانرود، قصرشیرین و سقز 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 یافتنگی 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 ۸۳/۳۸ درصد و قصرشیرین 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 سطح محلی رهنمون می‌سازد.

نتیجه‌گیری نهایی

بر اساس نتایج مطالعه، بیشترین توسعه‌یافتنگی مربوط به شاخص‌های نیروی انسانی و کمترین توسعه‌یافتنگی مربوط به شاخص‌های بهداشت روزتایی 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 متوازنی از سلامت در استان، پیشنهاد می‌شود با توجه به وضعیت توسعه‌یافتنگی 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 پایان نامه تحت عنوان "رونده توسعه‌یافتنگی شاخص‌های ساختاری بخش بهداشت و درمان در استان‌های کشور با استفاده از مدل آنالیز اسکالولگرام: 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، اسلام آباد، پاوه، هرسین، گیلانغرب، سرپل ذهاب و صحنه در پایین ترین سطح با تنها ۲۵ درصد بهره مندی قرار داشتند. در مطالعات بهادری و همکاران (۱۵) در استان آذربایجان غربی، نسترن (۶) و ضربی 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 سرپل ذهاب 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 توزانی 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.

نقشه 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 Research. 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- Eliaspour B, Eliaspour 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, Yadollahi 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).

Stratification of Kermanshah Province Districts in Terms of Health Structural Indicators Using Scalogram Model

Mousavi SM¹, *Seyedin SH², Aryankhesal A³, Sadeghifar J⁴, Armoun B⁵, Safari Y⁶, Jouyani Y⁷

Abstract

Introduction: Accessing developmental goals and decreasing regional inequality requires regional planning in developing countries. Therefore, it is important to identify developmental position of regions relative to each other. The aim of this study was to classify Kermanshah province townships about situation of health structural enjoyment indicators using Scalogram Model.

Materials and Methods: This is a descriptive study and it determines health structural enjoyment indicators in townships of Kermanshah province. Data related to indicators were collected in 3 categories of institutional, human resources and rural health by the researcher using statistical yearbook. Data analysis was done using Scalogram Model, Excel 2010 and SPSS/18.

Findings: There is a large gap between townships of Kermanshah province in terms of enjoyment of structural indicators of health services. Kermanshah and Javanrud Townships with 81 score and Sarpol-e Zahab Township with 39 score were the highest and lowest scores respectively from enjoyment of health structural indicators. Generally, 50% of townships were in less developed and underdeveloped level whereas 35.72% of townships were in developed level.

Conclusion: High development was related to manpower indicator and low development was related to rural health institutional indicator. In order to improve less developed indicators and decrease the difference in enjoyment of health services indicators among townships, it is proposed that, development-oriented planning to be carried out appropriately with levels of development in these townships.

Keywords: Scalogram Model, Health Indicators, Development, Kermanshah.

Received: 3 September 2012 **Accepted:** 5 January 2013

1- MSc Student, Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Health Services Management, Health Management and Economics Research Center, School of Health Management and Information Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (**Corresponding author**).

E-mail: hseyedin@tums.ac.ir

3- Assistant Professor, Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- PhD Student, Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5- MSc Student, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health and Institute of Public Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

6- Assistant Professor, Department of Radiology, School of Paramedical, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

7- MSc Student, Department of Health Economics, School of Health Management and Information Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ISSN: 2251-8614 Vol.2 No.2 (Serial 6) Spring 2013

Stratification of Kermanshah Province Districts in Terms of Health Structural Indicators Using Scalogram Model.....	83
Mousavi SM, Seyedin SH, Aryankhesal A, Sadeghifar J, Armoun B, Safari Y, Jouyani Y	
Comparing view of physicians, nurses and patients in regard to related factors to sleep disorders of patients.....	84
Khoshab H, Sabzevari S, Gholamhosseini Nejad N, Rezaie M	
The effect of problem solving training on decision making skill in emergency medicine students...85	
Heidari M, Shahbazi S, Derris F	
Assessing the quality of educational service in Mazandaran University of Medical Sciences using Servqual Model.....	86
Enayati T, Zameni F , Nasirpoor Deravi N	
Assessment the relative efficiency of rural health micromanagement during the third and the early years of fourth development plan.....	87
Jalalvandi M, Shahtahmasbi E, Shamsollahi S	
Related factors with obesity in Tehran Ian households: A cross-sectional study.....	88
Serahati S, Hosseinpanah F, Biglarian A, Daneshpour MS, Bakhshi E	
Correlation of perceived body image and physical activity in underweight, normal, overweight and obese women and men according to the different levels of body mass index.....	89
Eeskandarnejad M	
Prehospital services by focus on road traffic accidents:Assessment developed and developing countries.....	90
Khankeh HR, AliniaSh, Masoumi GhR, Khorasani Zavareh D, Ranjbar M, Daddost L, Hossaini MA, Fal-lahi Khoshknab M, Castren M	