

سطح توسعه شاخص‌های بهداشتی - درمانی شهرستان‌های استان کرمانشاه از نظر عدالت اجتماعی (1389)

عادل سلیمانی^{1*}؛ مجتبی قدیری معصوم²؛ وحید ریاحی¹

چکیده

زمینه: پژوهش حاضر با هدف تحلیل و سنجش سطح توسعه خدمات بهداشتی - درمانی شهرستان‌های استان کرمانشاه در سال 1389 از منظر عدالت اجتماعی انجام گردید.

روش‌ها: با بهره‌گیری از تکنیک‌های روش تقسیم بر میانگین و تحلیل مؤلفه‌های اصلی، در چارچوب نرم‌افزارهای SPSS، GIS و Excel و با استفاده از سیزده شاخص دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی، به تجزیه و تحلیل داده‌های مستخرج از سالنامه‌های آماری مرکز آمار ایران و آمار استانداری کرمانشاه پرداخته شد.

یافته‌ها: براساس مقدار شاخص مرکب به‌دست‌آمده، شهرستان‌های کرمانشاه، قصرشیرین و پاوه در ردیف برخوردارترین و شهرستان‌های ثلاث باباجانی، روانسر و دالاهو در محدوده محروم‌ترین شهرستان‌های استان از لحاظ برخورداری از خدمات بهداشتی - درمانی می‌باشند.

نتیجه‌گیری: عواملی چون عدم دید فضایی در برنامه‌ریزی‌ها، توجه خاص به تأمین خدمات بهداشتی درمانی برای شهرستان‌های جنگ‌زده استان و انگیزه اشتغال در زادگاه، بر این مسأله تأثیرگذار بوده است. لذا نتیجه تحلیل اطلاعات، بیانگر عدم تعادل و تناسب کمیت و پراکندگی خدمات بهداشتی و درمانی با میزان جمعیت شهرستان‌ها و همچنین نابرابری در دستیابی شهروندان به این بخش از رفاه شهروندی است.

کلیدواژه‌ها: تحلیل فضایی، عدالت اجتماعی، خدمات‌رسانی ناحیه‌ای، شاخص‌های بهداشتی درمانی.

«دریافت: 1392/6/18 پذیرش: 1392/8/28»

1. گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشکده علوم جغرافیایی، دانشگاه خوارزمی تهران

2. گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشکده علوم جغرافیایی، دانشگاه تهران

*عهده دار مکاتبات: تهران، خیابان شهید مفتاح نرسیده به انقلاب، پلاک 43، دانشکده علوم جغرافیایی دانشگاه خوارزمی، تلفن: 09183562126

Email: AdelSulaimany@gmail.com

مقدمه

جمعیت و تغییرات جمعیتی در مناطق شهری داشته باشد و از آن‌جا که یکی از معیارهای توسعه پایدار شهری، توجه به توزیع متوازن جمعیت است، لذا توزیع خدمات باید به گونه‌ای باشد که عدالت فضایی را برقرار نمایند (2-4). این مطلب در خصوص استان‌های کم‌تر توسعه‌یافته و مرزی کشور نظیر استان کرمانشاه، به دلیل شرایط جغرافیایی، جمعیت نسبتاً بالا و پراکندگی آن از اهمیت و ضرورت خاصی برخوردار است. در این میان، نتایج مطالعات متعدد در سطح کشور نیز حاکی از توزیع

امروزه سیاستگذاران و برنامه‌ریزان کشورهای در حال توسعه به‌طور گسترده به این نکته پی برده‌اند که مکان‌یابی خدمات و تسهیلات زیرساختی، نقش با اهمیتی در توسعه پایدار داشته و بهبود قابلیت دسترسی جغرافیایی جمعیت به خدمات اساسی یکی از اهداف بنیادی اغلب دولت‌ها در کشورهای جهان سوم به‌شمار می‌رود (1)، چراکه میزان و چگونگی توزیع خدمات شهری می‌تواند نقش مؤثری در جابه‌جایی فضایی

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران نیز این موضوع مورد توجه بوده و در بند 12، اصل چهل و سوم به تأمین بهداشت و درمان اشاره شده و این مهم را جزء وظایف دولت قلمداد نموده است. از طرفی، نتایج مطالعات متعدد در سطح کشور بیانگر عدم توزیع متوازن خدمات عمومی در سطح مناطق با توجه به جمعیت آن است (2، 5 و 6). به صورت ویژه، برخی مطالعات توزیع فضایی خدمات بهداشتی درمانی را از منظر عدالت اجتماعی تحلیل نموده‌اند. برای نمونه، باباخانی و همکاران (16) در پژوهشی، رابطه شاخص‌های عدالت اجتماعی و سلامت در ایران را در طول سال‌های 85-1363 بررسی نموده‌اند. نتایج پژوهش آنان نشان می‌دهد که افزایش هزینه‌های دولت در آموزش و بهداشت، نقش مهمی در تحقق عدالت اجتماعی دارد. هرچند برخی تحقیقات نظیر عدالت اجتماعی و توسعه کاربرد فلسفه و ایدئولوژی در آمایش سرزمین (17) و تحلیل جغرافیایی از تئوری‌های عدالت اجتماعی (18) به صورت کلی انجام شده، اما پژوهش‌هایی نیز به شکل خاص، در زمینه عدالت فضایی در فضاهای شهری صورت گرفته (21-19) که هریک جنبه‌ای کلی از توزیع خدمات عمومی شهری را تبیین و تحلیل نموده‌اند. این درحالی است که تحقیقات در خصوص تحلیل عدالت فضایی در عرصه خدمات بهداشتی درمانی از منظر و با رویکرد عدالت اجتماعی، به ویژه در سطح استان‌های جنگ‌زده و مرزی کشور نظیر استان کرمانشاه، بسیار محدود بوده و این مهم، از نظر محققان غافل مانده است. عدم تعادل در توزیع خدمات و امکانات بهداشتی - درمانی در سطح مناطق شهر اصفهان گزارش شده است (7). همچنین نتایج تحقیق تقوایی و شاهیوندی (22) در خصوص پراکنش خدمات بهداشتی و درمانی در شهرستان‌های ایران نیز حاکی از آن است که شهرستان تهران بسیار برخوردار، تعداد معدودی از شهرستان‌های بزرگ برخوردار و تا حدودی برخوردار و 90 درصد باقی‌مانده شهرستان‌ها محروم می‌باشند. لذا هدف کلی تحقیق حاضر، گذار از رویه‌های موجود برای

نامتوازن خدمات عمومی در سطح مناطق با توجه به جمعیت آن است (2، 5 و 6). این درحالی است که برقراری ارتباط منطقی و هماهنگ بین پراکنش جمعیت و توزیع خدمات ضروری نظیر خدمات بهداشتی درمانی، به منظور نیل به توسعه پایدار، امری اجتناب‌ناپذیر و بسیار حایز اهمیت تلقی می‌گردد (5 و 7). صاحب‌نظران معتقدند که موفقیت نظام سلامت به پوشش و کیفیت خدمات ارائه‌شده بستگی دارد و پوشش خدمات با میزان بهره‌مندی مردم از خدمات سنجیده می‌شود (8). اساس تصمیم‌گیری در خصوص توزیع خدمات بهداشتی درمانی بر اطلاعات استوار است و حجم بیش از حد اطلاعات تحلیل‌نشده در حال حاضر مانع از تصمیم‌گیری بهینه می‌گردد (9). لذا تبیین شاخص‌های عملکردی در بخش‌های خدمات بهداشتی درمانی و حوزه‌های کاری متفاوت، کمک شایانی به تعیین خط مشی و اعمال نظارت و کنترل می‌کند (9). همچنین با توجه به آن‌که هزینه تمام‌شده خدمات بهداشتی و درمانی عاملی اساسی در سیاست‌گذاری و انتخاب راه‌کارهای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی است (10 و 11) لذا عدم توجه به مسایل مدیریتی نظیر توزیع متناسب و متوازن فضایی خدمات بهداشتی درمانی باعث گرانی هزینه‌ها می‌گردد (12). از طرف دیگر دو عامل اصلی تأثیرگذار بر داوری‌های افراد جامعه در برابر عدالت‌خواهی، عدالت توزیعی و رویه‌ای است (13). بنابراین توزیع فضایی متوازن و متناسب خدمات بهداشتی درمانی، بستر لازم برای تحقق عدالت اجتماعی را فراهم می‌کند (14) و در کاهش ناهمانگی‌های فضایی - اجتماعی جامعه، نقش مهمی ایفا می‌نماید. لذا دستیابی مطلوب به شاخص‌های بهداشتی درمانی، به‌عنوان جنبه‌ای از رفاه اجتماعی، می‌تواند زمینه‌ساز بخشی از تحقق عدالت اجتماعی باشد چراکه هرچه میزان و کیفیت شاخص‌های بهداشتی درمانی در یک جامعه بیشتر و توزیع و پراکنش این شاخص‌ها نیز متعادل‌تر و مناسب‌تر باشد رفاه نسبی و سلامتی بیشتری وجود خواهد داشت (15). از این‌رو، در

سنجش تفاوت منطقه‌ای در ارتباط با پراکنش فضایی هر یک از شاخص‌ها، ابتدا با استفاده از روش تقسیم بر میانگین (Division by Mean)، مقادیر هر شاخص بر میانگین همان شاخص ($Y = \frac{X_{ij}}{\bar{X}_i}$) تقسیم گردید تا از شاخص‌ها رفع اختلاف مقیاس گردد. در مرحله بعد، شاخص ترکیبی با جمع مقادیر شاخص‌های رفع اختلاف مقیاس شده محاسبه گردید. در نهایت با توجه به شاخص ترکیبی، رتبه توسعه شهرستان‌های استان کرمانشاه از لحاظ شاخص‌های بهداشتی درمانی تعیین گردید. از آنجایی که سیزده شاخص بهداشتی درمانی این پژوهش، ارزش و اهمیت یکسانی ندارند، لذا برای کنترل تفاوت بین این شاخص‌ها، با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی (Principal Component Method)، وزن‌های مناسب برای آن‌ها محاسبه شد. وزن‌های مذکور، در شاخص‌های رفع اختلاف مقیاس شده با استفاده از روش تقسیم بر میانگین، ضرب گردید سپس شاخص‌های وزن داده شده باهم جمع شد و با محاسبه شاخص ترکیبی نهایی، رتبه‌بندی شهرستان‌های استان کرمانشاه از لحاظ برخورداری از خدمات بهداشتی - درمانی انجام شد و سرانجام براساس میزان برخورداری از خدمات بهداشتی - درمانی، شهرستان‌های استان کرمانشاه سطح‌بندی شدند. براساس سرشماری سال 1389، جمعیت استان کرمانشاه بالغ بر 1879385 نفر می‌باشد (جدول 1). تقریباً 33/2 درصد از کل جمعیت استان در نقاط روستایی و 66/8 درصد در نقاط شهری ساکن‌اند. لازم به ذکر است که استان کرمانشاه در غرب کشور ایران با وسعت 25008 کیلومتر مربع در میانه ضلع غربی کشور بین مدار جغرافیایی 33 درجه و 40 دقیقه تا 35 درجه و 18 دقیقه عرض شمالی از خط استوا و 45 درجه و 24 دقیقه تا 48 درجه و 7 دقیقه طول شرقی از نصف‌النهار گرینویچ قرار گرفته است. ارتفاع متوسط آن از سطح دریاهای آزاد در حدود 1200 متر است. استان کرمانشاه از لحاظ تقسیمات کشوری به 14 شهرستان، 30 بخش، 29 شهر و 85 دهستان تقسیم شده است (تصویر 1).

بررسی توزیع فضایی خدمات بهداشتی درمانی در محدوده شهرستان‌های استان کرمانشاه به‌عنوان واحد مطالعاتی، با بهره‌گیری از تکنیک‌های کمی، تقسیم بر میانگین و تحلیل مؤلفه‌های اصلی به‌عنوان تکنیک‌هایی مؤثرتر از سایر روش‌ها (23)، جهت تحلیل عدالت فضایی خدمات بهداشتی درمانی در سطح این استان است.

مواد و روش‌ها

تحقیق کمی حاضر به لحاظ ماهیت از نوع کاربردی و از لحاظ روش بررسی از نوع توصیفی - تحلیلی است. محدوده جغرافیایی این پژوهش، استان کرمانشاه و جامعه آماری آن، شهرستان‌های چهارده‌گانه این استان می‌باشد. اطلاعات مورد نیاز پژوهش از روش‌های مختلف کتابخانه‌ای، اسنادی گردآوری شده است. شاخص جمع‌آوری شده برای سنجش توزیع فضایی خدمات بهداشتی - درمانی، با توجه به امکانات اطلاعاتی و آمارهای موجود و قابل دسترس در استان کرمانشاه شامل سیزده مورد بود. تعداد بیمارستان به ازای هر صد هزار نفر (منظور، جمعیت کل شهرستان است)، تعداد تخت بیمارستان (منظور از تعداد تخت، تخت فعال می‌باشد که عبارت است از تعداد تخت بیماران بستری قابل دسترس در یک بیمارستان، چه خالی و چه پر در هر روز موردنظر. بیمارستان در این اینجا شامل، بیمارستان و زایشگاه می‌باشد) به ازای هر ده هزار نفر، تعداد پزشک عمومی به ازای هر ده هزار نفر، تعداد پزشک متخصص به ازای هر پنجاه هزار نفر، تعداد داروخانه‌ها به ازای هر ده هزار نفر، تعداد آزمایشگاه به ازای هر ده هزار نفر، تعداد مراکز بهداشتی - درمانی به ازای هر ده هزار نفر، تعداد خانه بهداشت روستایی فعال به ازای هر پنج هزار نفر جمعیت روستایی، تعداد مراکز پرتونگاری به ازای هر پنجاه هزار نفر، تعداد مرکز توانبخشی به ازای هر پنجاه هزار نفر، تعداد پیراپزشکی به ازای هر ده هزار نفر، تعداد دندانپزشک به ازای هر پنجاه هزار نفر و تعداد داروساز به ازای هر پنجاه هزار نفر در هر یک از شهرستان‌ها، این شاخص‌های سیزده‌گانه بودند (24). برای



تصویر 1- نقشه تقسیمات استان کرمانشاه به تفکیک شهرستان و بخش

جدول 1- مشخصات شهرستان های چهارده گانه استان کرمانشاه در سال 1389

ردیف	شهرستان	جمعیت	تعداد بخش	تعداد شهر	مساحت (کیلومتر مربع)
1	اسلام آباد غرب	152500	2	2	2055
2	پاوه	52783	3	4	805
3	ثلاث و باباجانی	38580	2	2	1670
4	جوانرود	62797	2	1	765
5	دالاهو	42598	2	2	1892
6	روانسر	45324	2	2	1202
7	سرپل ذهاب	84945	1	1	908
8	سنقر	97012	2	2	2329
9	صحنه	76414	2	2	1470
10	قصر شیرین	24383	2	2	2005
11	کرمانشاه	967196	5	4	5773
12	کنگاور	80608	1	1	891
13	گیلانغرب	62945	2	2	2238
14	هرسین	91300	2	2	1005
15	مجموع	1879385	30	29	25008

مأخذ - دفتر آمار و اطلاعات استانداری کرمانشاه، 1389

یافته‌ها

همچنین شهرستان‌های کنگاور، صحنه و گیلانغرب به ترتیب در رتبه‌های پنج، شش و هفتم از لحاظ برخورداری از خدمات بهداشتی- درمانی قرار گرفته‌اند (جدول 2).

در ادامه از آنجایی که سیزده شاخص بهداشتی درمانی در پژوهش حاضر، از اهمیت و ارزش یکسانی برخوردار نیستند، لذا برای کنترل تفاوت بین این شاخص‌ها، از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی بهره گرفته شد چراکه این روش، نقطه عطفی در سنجش سطوح توسعه به روش علمی و بدون دخالت برداشت‌های سلیقه‌ای است. این روش امکان دستیابی به برداری تحت عنوان اولین عامل اصلی (First Principal Component/ Factor) را فراهم می‌کند (جدول 3). این عامل به طور

به منظور سنجش تفاوت منطقه‌ای در خصوص پراکنش فضایی هر یک از شاخص‌های بهداشتی درمانی، نخست مقادیر هر شاخص بر میانگین همان شاخص تقسیم شد تا از شاخص‌ها رفع اختلاف مقیاس گردد. سپس شاخص ترکیبی محاسبه گردید و با توجه به شاخص ترکیبی، رتبه توسعه شهرستان‌های استان کرمانشاه از لحاظ شاخص‌های بهداشتی درمانی مشخص شد. بر اساس مقدار شاخص مرکب به دست آمده، شهرستان‌های کرمانشاه، قصرشیرین و پاوه در ردیف برخوردارترین و شهرستان‌های ثلاث باباجانی، روانسر و دالاهو در محدوده محروم‌ترین شهرستان‌های استان از لحاظ برخورداری از خدمات بهداشتی- درمانی می‌باشند.

جدول 2- شاخص‌های بهداشتی - درمانی به تفکیک شهرستان‌های استان کرمانشاه

رتبه توسعه شهرستان	محاسبه شاخص ترکیبی	تعداد داروساز به ازای هر 50000 نفر	تعداد دندانپزشک به ازای هر 50000 نفر	تعداد پیراپزشکان به ازای هر 10000 نفر	تعداد پزشک عمومی به ازای هر 10000 نفر	تعداد پزشک متخصص به ازای هر 50000 نفر	تعداد مرکز توانبخشی به ازای هر 50000 نفر	تعداد پروتکتوری به ازای هر 50000 نفر	تعداد رودخانه به ازای هر 10000 نفر	تعداد آزمایشگاه به ازای هر 10000 نفر	تعداد خانه بهداشت روستایی فعال به ازای هر 5000 نفر	تعداد مراکز بهداشتی-درمانی به ازای هر 10000 نفر	تعداد تخت بیمارستانی به ازای هر 10000 نفر	تعداد بیمارستان به ازای هر 10000 نفر	شهرستان‌ها	
																شاخص 13
10	11/03	0/82	0/86	0/83	0/58	1/42	1/24	0/63	1/03	0/84	0/67	0/80	0/76	0/55	1	اسلام‌آباد غرب
3	18/5	2/38	1/24	1/42	1/34	1/24	1/79	0/91	0/99	2/17	0/84	1/32	1/28	1/58	2	پاوه
14	7/47	0/00	0/85	0/75	0/74	0/00	0/00	1/24	0/34	0/37	1/83	1/35	0/00	0/00	3	ثلاث و باباجانی
4	15/58	2/00	1/04	1/08	1/13	2/09	1/51	0/76	1/04	0/91	0/79	0/83	1/08	1/33	4	جوانرود
12	10/07	0/00	1/54	1/01	1/25	0/00	0/00	1/13	0/92	1/34	1/66	1/22	0/00	0/00	5	دالاهو
13	9/07	1/38	1/45	0/88	1/10	0/00	0/00	1/06	0/29	0/63	1/33	0/96	0/00	0/00	6	روانسر
11	10/16	0/74	0/77	0/81	0/58	0/22	1/11	0/56	0/92	0/67	0/87	0/82	1/09	0/98	7	سرپل ذهاب
8	12/17	1/29	0/17	0/89	0/44	1/26	0/98	0/99	0/94	0/89	1/50	1/34	0/65	0/86	8	سنقر
6	12/4	0/82	1/29	1/20	1/07	0/74	1/24	0/63	1/02	0/94	1/16	0/91	0/32	1/09	9	صحنه
2	18/66	0/00	0/67	1/40	1/46	1/15	0/00	1/97	1/60	1/17	0/58	1/42	3/81	3/42	10	قصرشیرین
1	19/47	1/43	0/58	0/98	0/74	1/86	5/09	2/23	1/63	0/95	0/27	0/44	2/25	1/03	11	کرمانشاه
5	13/24	0/78	1/42	0/96	1/06	2/10	0/00	0/60	1/46	1/42	0/72	0/86	0/84	1/03	12	کنگاور
7	12/32	1/00	1/04	1/02	1/35	0/89	0/00	0/76	0/83	0/91	1/15	0/97	1/08	1/32	13	گیلانغرب
9	11/9	1/37	1/08	0/78	1/17	1/03	1/04	0/53	1/00	0/78	0/62	0/76	0/85	0/91	14	هرسین

ماخذ: سالنامه آماری استان کرمانشاه و یافته‌های تحقیق حاضر، 1389

جدول 3 - عامل‌های استخراج‌شده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی

رتبه	شهرستان‌ها	عامل اول (وزن‌ها)	عامل دوم (وزن‌ها)	عامل سوم (وزن‌ها)	عامل چهارم (وزن‌ها)
1	ثلاث و باباجانی	0/818	0/345	-0/255	-0/052
2	روانسر	0/875	0/089	-0/404	-0/122
3	دالا هو	-0/187	0/738	-0/426	0/434
4	سرپل ذهاب	-0/826	0/336	-0/215	0/279
5	اسلام آباد غرب	0/520	0/515	0/425	0/297
6	هرسین	0/881	-0/105	-0/072	-0/227
7	صحنه	0/465	-0/013	-0/601	0/042
8	گیلانغرب	0/533	-0/650	0/106	0/225
9	ستقر	0/734	-0/307	0/281	0/067
10	کنگاور	0/304	0/776	0/284	-0/270
11	جوانرود	0/656	0/651	0/075	0/203
12	پاوه	-0/266	0/484	0/670	-0/390
13	کرمانشاه	0/312	-0/245	0/659	0/525
14	قصرشیرین	0/818	0/345	-0/255	-0/052

در نهایت رتبه‌بندی شهرستان‌های استان کرمانشاه از لحاظ برخورداری از خدمات بهداشتی - درمانی انجام شد و براساس میزان برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی، شهرستان‌های استان کرمانشاه سطح‌بندی شدند. یافته‌ها حاکی از آن است که شهرستان‌های قصرشیرین، کرمانشاه، پاوه و جوانرود از لحاظ سطح توسعه‌یافتگی خدمات بهداشتی - درمانی در رتبه‌های اول تا چهارم قرار گرفته‌اند، لذا در حیطه شهرستان‌های برخورداری از این لحاظ قرار گرفتند. از طرفی شهرستان‌های کنگاور،

خطی با شاخص‌های اصلی مرتبط بوده و بیشترین مجموع مجذور همبستگی با شاخص‌ها را داراست.

بردار خاص (Eigen Vector) (F1) مربوط به بیشترین مقدار خاص (Eigen Value)، ماتریس همبستگی (R) وزن‌های مورد نظر را ارائه نموده است (جدول 3). مقادیر این بردار به‌عنوان وزن در مقادیر ماتریس رفع اختلاف مقیاس شده، ضرب گردید. لازم به ذکر است در پژوهش حاضر، چهار بردار به‌دست آمد (جدول 4 و 5) که فقط اولین بردار به‌عنوان وزن در نظر گرفته شد زیرا وزن‌های مربوط به اولین بردار بیشترین واریانس (37/92%) را تبیین نمودند، همچنین به هیچ شاخصی، وزن منفی اعمال نشده و قدرمطلق وزن‌ها در نظر گرفته شد. سپس شاخص‌های وزن داده شده باهم جمع گردید و شاخص ترکیبی نهایی حاصل شد (جدول 6).

جدول 4 - مقدار خاص مربوط به متغیرهای استفاده شده

عامل	مقدار خاص	درصد واریانس	درصد تجمعی
1	4/930	37/921	37/921
2	2/899	22/303	60/224

83/966 7/864 1/022 4 76/103 15/897 2/064 3

سطح عدم توسعه یافتگی خدمات بهداشتی - درمانی قرار گرفته‌اند، لذا در حیطه شهرستان‌های محروم از این لحاظ قرار گرفتند (جدول 6). براین اساس نقشه سطح‌بندی شهرستان‌های استان کرمانشاه بر اساس میزان برخورداری از خدمات بهداشتی - درمانی ترسیم گردید (تصویر 2).

سنقر، گیلانغرب، صحنه و هرسین به ترتیب در رتبه‌های پنجم تا نهم جای گرفتند و در حیطه شهرستان‌های نیمه‌برخوردار قلمداد شدند. همچنین شهرستان‌های اسلام‌آباد غرب، سرپل‌ذهاب، دالاهو، روانسر و ثلاث و باباجانی به ترتیب در رتبه‌های ده تا چهارده از لحاظ

جدول 5- عامل نهایی استخراج شده و مقدار خاص مربوط به آن

متغیر	واریانس	عامل	مقدار خاص	درصد واریانس	درصد تجمعی
1	37/921	1	4/930	37/921	37/921
2	22/303				
3	15/897				
4	7/864				
5	6/800				
6	4/551				
7	2/230				
8	1/136				
9	0/667				
10	0/252				
11	0/154				
12	0/056				
13	0/016				

جدول 6- رتبه و شاخص ترکیبی نهایی شهرستان‌ها با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و سطح‌بندی آن‌ها

رتبه	شهرستان‌ها	شاخص ترکیبی نهایی حاصل از تحلیل مؤلفه‌های اصلی	سطح‌بندی شهرستان‌های استان کرمانشاه بر اساس میزان برخورداری از خدمات بهداشتی - درمانی
1	قصرشیرین	12/20	برخوردار
2	کرمانشاه	11/63	
3	پاوه	10/05	
4	جوانرود	8/86	
5	کنگاور	7/74	نیمه برخوردار
6	سنقر	7/11	
7	گیلانغرب	7/041	
8	صحنه	6/88	
9	هرسین	6/56	
10	اسلام‌آباد غرب	6/35	محروم
11	سرپل ذهاب	5/96	
12	دالاهو	5/08	

4/07

روانسر

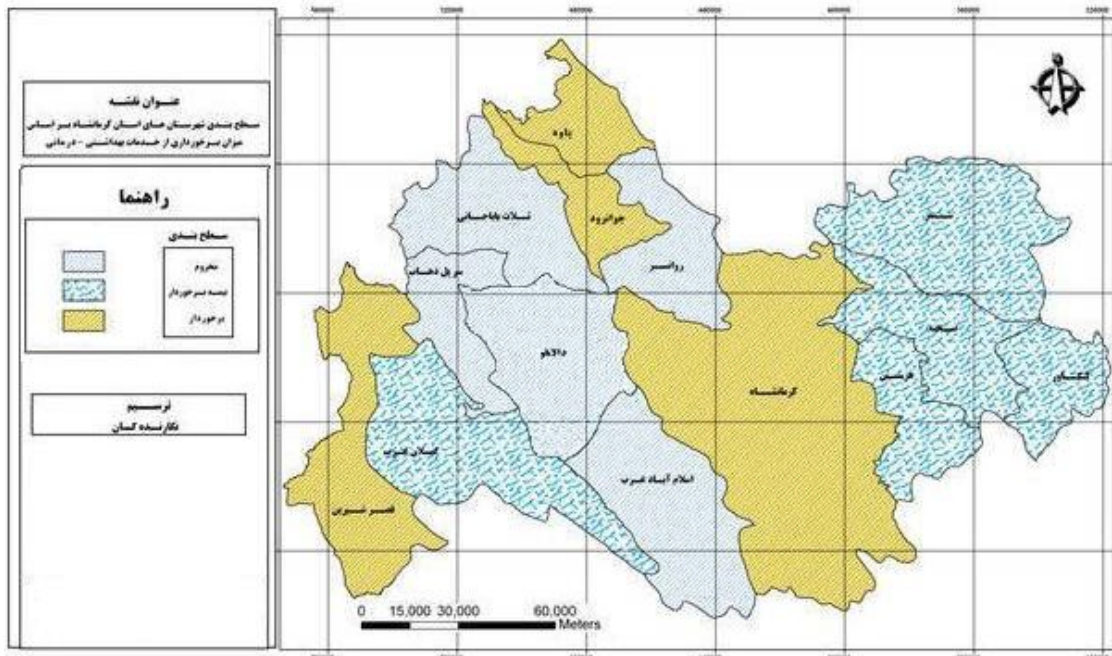
13

3/77

ثلاث و باباجانی

14

منبع: یافته‌های تحقیق حاضر، 1392



تصویر 2- نقشه سطح‌بندی شهرستان‌های استان کرمانشاه بر اساس میزان برخورداری از خدمات بهداشتی - درمانی

بحث

به ترتیب در رتبه‌های پنجم تا نهم جای گرفتند می‌توان سطح برخورداری آنان را از خدمات بهداشتی درمانی تا حدی مطلوب بیان نمود، هرچند با تأمین اعتبارات و برنامه‌ریزی منطقه‌ای با تأکید بر عدالت اجتماعی، قابلیت ارتقاء به سطح برخورداری را دارا می‌باشند. در این میان، توجه بسیار ویژه برنامه‌ریزان و متولیان عرصه بهداشت و درمان کشور به شهرستان‌های اسلام‌آباد غرب، سرپل‌ذهاب، دالاهو، روانسر و ثلاث باباجانی که به ترتیب در رتبه‌های ده تا چهارده از لحاظ سطح عدم توسعه‌یافتگی خدمات بهداشتی - درمانی قرار گرفته‌اند لازم و ضروری به نظر می‌رسد چراکه این شهرستان‌های محروم نیز، علاوه بر داشتن جمعیت مناسب و موقعیت مرزی، بعضاً فاقد بیمارستان بوده و همچنین از لحاظ سایر شاخص‌های بهداشتی درمانی در وضعیت مطلوبی به سر نمی‌برند. از آنجایی که توازن در توزیع جغرافیایی هر یک از شاخص‌های بهداشتی درمانی از مهم‌ترین

در تفسیر این نکته، که چرا شهرستان‌های قصرشیرین، کرمانشاه، پاوه و جوانرود از لحاظ سطح توسعه‌یافتگی خدمات بهداشتی - درمانی در رتبه‌های اول تا چهارم استان کرمانشاه قرار گرفته‌اند و جزء شهرستان‌های برخورداری از این لحاظ قلمداد می‌شوند، می‌توان به شرایط خاص این شهرستان‌ها در زمان جنگ تحمیلی و لزوم توجه ویژه متولیان امر به بازسازی و تأمین زیرساخت‌های لازم سلامت برای آنان اشاره نمود. هرچند جمعیت شهرستان‌های قصرشیرین، پاوه و جوانرود نسبت به سایر شهرستان‌های محروم و نیمه‌برخورداری تفاوت چشم‌گیری ندارد، اما موقعیت خاص مرزی آنان از لحاظ صادرات و سفرهای عتبات عالیات، موجب توجه خاص مسئولان به توسعه خدمات بهداشتی درمانی در این شهرستان‌ها شده است. از طرفی با توجه به این‌که شهرستان‌های کنگاور، سنقر، گیلانغرب، صحنه و هرسین

با نتایج تحقیقات تقوایی و شاهپوندی (22)، نسترن (7) و تقدیسی و همکاران (24) همخوانی دارد.

نتیجه گیری

عواملی چون عدم دید فضایی در برنامه ریزی‌ها، توجه خاص به تأمین خدمات بهداشتی درمانی برای برخی شهرستان‌های مرزی استان و انگیزه اشتغال کارکنان دانشگاه علوم پزشکی در زادگاه و یا مرکز استان، می‌تواند در این توازن در توزیع خدمات بهداشتی درمانی تأثیرگذار باشد. پیشنهاد می‌شود تمهیدات لازم برای رفع این مسایل اندیشیده شود تا با تأمین سلامت عمومی مناطق محروم، بستر توسعه منابع انسانی فراهم شده و امر خطیر تحقق توسعه پایدار در کشور تسریع گردد.

اهداف در زمینه برنامه ریزی سلامت است و مهم‌ترین هدف در انتظام بخشی فضایی خدمات و امکانات، تأمین عدالت و دسترسی یکسان به آن‌ها می‌باشد، لذا توجه به مبحث عدالت اجتماعی در حوزه خدمات بهداشتی درمانی شهرستان‌های محروم استان کرمانشاه، موجب توزیع برابر فرصت‌ها و منابع در سطح نواحی مختلف استان خواهد شد و از بروز مشکلات جدی نظیر مهاجرت از مناطق محروم به نواحی برخوردار و توسعه یافته‌تر و ایجاد شکاف و تشدید نابرابری منطقه‌ای جلوگیری می‌کند. لذا نتیجه تحلیل اطلاعات، بیانگر عدم تعادل و تناسب کمیت و پراکندگی خدمات بهداشتی و درمانی با میزان جمعیت شهرستان‌ها و همچنین نابرابری در دستیابی شهروندان به این بخش از رفاه شهروندی است. این یافته

References

1. Roknedin Eftekhari A, Ezadi Kharameh H. [The Analysis of service location and distribution approach in rural area: a comparative examination of urban function in rural development (UFRD) and location- allocation model (LA) (Persian)]. *Geographical Research*. 2003;16(3):30-66.
2. Varesi HR, Rahmatisafar Q, Bastanifar E. [Effects of distribution urban service delivery in the spatial population imbalance (A case study): Areas of Esfahan City (Persian)]. *Iranian Geography and Development Journal*. 2007;5(9):91-106.
3. Varesi HR, Zangiabadi A, Yaqori H. [A comparative study of the distribution of urban public services from the perspective of social justice; Zahedan (Persian)]. *Iranian Geography and Development Journal*. 2008;6(11): 139-56.
4. Harvey D. Social justice and the city. Hesamiyan F. Haerii MR. (Persian translator). 2nd ed. Tehran: Processing and Urban Planning Publication. 2000;80-91.
5. Zakerian M, Moosavi MN, Bagheri A. [The analysis of the population dispersion and the distribution of the services in urban sector of Meybod with regard to the stable development (Persian)]. *Research and Urban Planning Journal*. 2011;1(2):61-84.
6. Varesi HR, Zangiabadi A, Yaghfoori H. [A comparative study of public utilities distribution from a social justice perspective (a case study): Zahedan (Persian)]. *Geography and Development Journal*. 2008;11(6):139-56.
7. Nastaran M. [Analyze and measure the concentration and distribution of health indicators - Esfahan city (Persian)]. *Esfahan University Journal*. 2001;26(27):145-62.
8. Qhajariyeh S, Majdzadeh SR, Kamali SH, Pormalak F, Jamshidi A, Khandan Sh. [Capita and inequality of economic and public health services: Research Center of Tehran University of Medical Sciences (Persian)]. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*. 2003;3(1):11-19.
9. Peyravi HL, Niyati J, Afshar M, Emami H, Pazargadi M. [The role of performance indicators in policy and decision making, medical schools and health services (Persian)]. *Pajoohandeh Journal*. 2000;5(19):241-54.
10. Report Parliament Research Center. [Credit assessment of health indicators (Persian)]. Office Infrastructure Parliament Research Center. 1st ed. Tehran: Parliament Research Center. 2000;1-6.
11. SHOqhli AR, Hamidi Y. [Activity-based costing health services at the health center city of Zanjan, (Persian)]. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 2002;10(41):27-33.
12. Khani M, Hoseini H. [Expenses of health facilities in rural and urban health care centers in Zanjan, (Persian)]. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2003;27(2):129-37.
13. AriziSamani SHR, Golparvar M. [The relationship between social justice approaches and political equality component. (Persian)]. *Journal of Social Welfare*. 2005;16(4):155-83.

14. Peter F. Health equity and social justice. *Journal of Applied Philosophy*. 2001;18(2): 159-70.
15. Mackie P, Social justice and social responsibility: towards a value-base for global public health. *Public Health Journal*. 2010;124(11):620-5.
16. Bababkhani M, Raqfar H, Rafiei H. [The relationship between indicators of health and social justice in Iran; 1363-1385, (Persian)]. *Journal of Science and Health*. 2010;5:46.
17. Papolizyazi MH. [Philosophy and ideology of social justice and development in the town and country planning (Persian)]. *Journal of Geographical Research*. 2003;74(3):51-77.
18. Marsousi N. [Islam, liberalism and social justice in geographi (Persian)]. *Journal of Applied Geography*. 2008;7(10):107-24.
19. Javan J, Abdollahi A. [Spatial justice in urban dual spaces, geopolitical explanation of patterns of disequilibrium in slum settlements of Mashhad (Persian)]. *International Journal of Geopolitics*. 2008;4(12):131-56.
20. Rahnama MR, Zabihi J. [Analysis of urban public facilities in direction of spatial justice by the integrated model of access in Mashhad (Persian)]. *Geography and Development Iranian Journal*. 2010;23(9):5-26.
21. Dadashpoor H, Rostami F. [Measurement of integrated index of spatial justice in the distribution of urban public services based on population distribution, accessibility and efficiency in Yasuj City (Persian)]. *Journal Urban-Regional Studies and Research*. 2011;3(10):1-22.
22. Taghvaei M, Shahivandi A. [Spatial distribution of health services in Iranian Cities (Persian)]. *Social Welfare Quarterly*. 2009;39:33-54.
23. Kalantari Kh. [Regional planning and development, theories and techniques (Persian)]. 2nd ed. Tehran: Khoshbin Press. 2008;130-1.
24. Taghdisi A, Piri S, Bahari I. [Spatial analyzing and ranking indexes of medical care services development using factor and cluster analysis, case study: townships of Gilan Province (Persian)]. *Amayesh Geographical Journal*. 2012;18:145-54.