

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۶/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۲

ارزیابی وضعیت شاخص‌های سلامت در شهرستان‌های ایلام

سعید ملکی

دانشیار رشته جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران

علیرضا پرویزیان*، مهدی علیزاده

دانشجوی کارشناسی ارشد رشته جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران

هاجر احمدی

دانشجوی کارشناسی ارشد رشته جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران

چکیده

رتبه‌بندی نهایی بدست آمده است، سپس با استفاده از نرم افزار GIS تحلیل مکانی انجام شد. تحلیل یافته‌ها نشان می‌دهد که شهرستان‌های ایلام و شیروان و چرداول از لحاظ برخورداری از شاخص‌های سلامتی در حال توسعه می‌باشند. شهرستان‌های دهلران، دره شهر و آبدانان در وضعیت نیمه برخوردار و شهرستان‌های ایوان، مهران و ملکشاهی در وضعیت محروم قرار گرفته‌اند؛ که این امر نشان از وضعیت نامناسب و دور از استانداردهای مطلوب سلامتی در سطح جهانی و ملی در محدوده مورد مطالعه می‌باشد.

کلمات کلیدی: ارزیابی، شاخص، سلامت، شهرستان، ایلام

برخورداری از استاندارد سلامتی یکی از حقوق بنیادی هر انسان بدون توجه به تفاوت‌های نژادی، مذهبی، اعتقاد سیاسی و وضعیت اقتصادی یا اجتماعی ذکر شده است. یکی از مهم‌ترین مشکلاتی که شهرستان‌های استان ایلام را تهدید می‌نماید، عدم دسترسی به استانداردهای جهانی و حتی ملی در زمینه سلامتی می‌باشد. در پژوهش حاضر که به شیوه «توصیفی-تحلیلی» به انجام رسیده، سعی شده نمای سلامتی با ارزیابی ۳۰ شاخص فرعی در قالب ۳ شاخص-های کلی؛ اجتماعی، زیست‌محیطی و درمانی در شهرستان‌های استان ایلام و در راستای هدف اصلی این پژوهش بررسی و نشان داده شود. داده‌های نظری پژوهش به روش کتابخانه‌ای، آمارنامه‌ها، کتب موجود و مقالات و شبکه بهداشت استان ایلام جمع‌آوری شدند. جهت تجزیه تحلیل داده‌ها ابتدا به وسیله مدل تاپسیس شاخص‌ها وزن‌بخشی شدند و

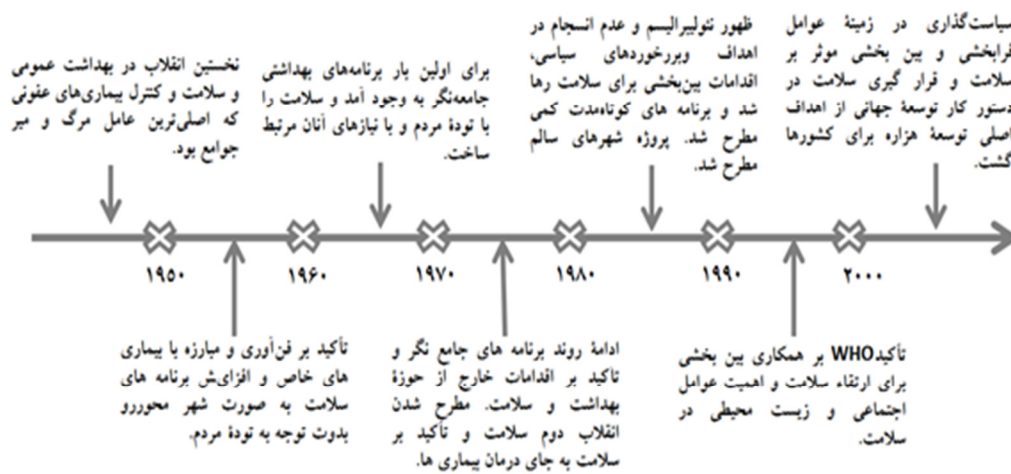
۱- مقدمه و بیان مسئله

بهداشتی و ... محسوب می‌شود، می‌توان با استفاده از اندازه‌گیری و ارزیابی کارایی استان‌ها در بخش بهداشت و درمان، در ضمن محاسبه عملکرد استان‌ها در استفاده از منابع موجود جهت تأمین نظام سلامت، چارچوب منطقی جهت توزیع نیروی انسانی و منابع، در میان بخش‌های مختلف فراهم آورد (Kontodimopoulos, 2006: 49). بر طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۶، از مجموع کشورهای دنیا ۵۷ کشور با بحران نیروی متخصص بهداشتی (پزشک، پرستار و ماما) مواجه بوده‌اند که شاخص نیروی متخصص بهداشتی این کشورها با تعداد کمتر از ۲۳ نیروی بهداشتی در ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت بوده است (گزارش جهانی سلامت، ۲۰۰۶). توزیع نامناسب پزشکان و تمرکز آنها در مناطق شهری و پیرو آن کمبود در مناطق غیر شهری مدت‌ها است که به عنوان یک مشکل سیاسی در همه‌ی کشورها مطرح است (Inoue K, 2009: 107). شکل (۱) روند گرایش‌های زمانی در حوزه سلامت را نشان می‌دهد.

کشور ایران به عنوان یکی از کشورهای با درآمد متوسط می‌باشد که شهرستان‌های آن از نظر برخورداری از شاخص‌های مختلف توسعه، اختلاف زیادی دارند. شاخص‌های بهداشتی و درمانی از جمله شاخص‌های توسعه هستند که پرداختن به توزیع عادلانه‌ی آنها اهمیت بالایی دارد (تقوی و همکاران، ۱۳۸۸: ۵۴). هنگامی که پزشکان در جامعه به اندازه‌ی کافی در دسترس نباشند، مشکلات کوچک بهداشتی می‌توانند توسعه یابند و منجر به بیماری‌های جدی و مزمن شوند (Mistretta MJ, 2007: 215). نگاهی گذرا به شاخص‌های سلامت در کشور در یک دهه‌ی 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 (موحدی و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۰).

تدوین استراتژی "بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰" از سوی سازمان بهداشت جهانی در حقیقت پاسخگویی به نیاز احساس شده در زمینه تشدید مسائل و چالش‌های سلامتی بوده است (قدمی و همکاران، ۱۳۸۹: ۳). بر این اساس در منشور سازمان بهداشت جهانی^۱ برخورداری از استاندارد سلامتی یکی از حقوق بنیادی هر انسان بدون توجه به تفاوت‌های نژادی، مذهبی، اعتقاد سیاسی و وضعیت اقتصادی یا اجتماعی ذکر شده است (Barton.H& Tsorurou.c, 2000: 7) و نابرابری در دسترسی به خدمات حوزه سلامت مورد انتقاد قرار گرفته است (Braveman and Tarimo, 2002: 621). هر چند در بعد جهانی و در سال‌های اخیر، اصلاح سیاست‌های مربوط به ساختار و اجرای برنامه‌های بهداشت و درمان به طور قابل ملاحظه‌ای مورد تأکید قرار گرفته است، بسیاری از مردم کشورهای در حال توسعه از نظر دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی کاملاً محروم و نیازمند هستند (Smith et al, 2009: 768). در دهه‌ی ۱۹۹۰ این سیاست‌ها تحت عنوان اصلاح بخش بهداشت و درمان مطرح بود و دست اندرکاران امر توسعه سلامت در سطوح ملی و بین‌المللی را بر آن داشت تا به بحث، تدوین و اجرای برنامه‌های زیادی پیرامون توسعه سلامت و ارتقاء سیستم بهداشت و درمان کشورها پردازند (Collins et al, 2002: 141). در سال ۱۹۹۴ در دومین کنفرانس محیط و سلامت که در هلیسنکی برگزار شد، برای نخستین بار به اهمیت سلامت شهری و اولویت دادن آن به سایر امور پرداخته شد. در این کنفرانس بیان شد که بسیاری از امور مربوط به سلامت شهرها باید به مسئولین محلی واگذار شود که تا آن زمان تقریباً اکثر تصمیمات در دولت مرکزی اخذ می‌شد (رهنما و همکاران، ۱۳۹۰: ۲). با توجه به این که در سیستم خدمات بهداشت، ارزیابی کارایی اولین گام در ارزیابی عملکرد بخش‌های مختلف بهداشت و درمان مانند بیمارستان‌ها، مراکز

^۱ -WHO



شکل (۱): روند گرایش های زمانی در حوزه سلامت، ماخذ: محمدی ده چشمه، ۱۳۹۰: ۲

۱. مهمترین شاخص های موثر بر سنجش سلامتی در استان ایلام است تا وضعیت جامعه از لحاظ میزان برخورداری از شاخص های بهداشتی و درمانی مورد بررسی و تحلیل قرار گیرد (الیاس پور و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۳). توجه به بهداشت و سلامت در سطح آحاد جامعه یکی از اهداف اصلی برنامه های جمهوری اسلامی می باشد.

۱-۱ ضرورت انجام پژوهش

استان ایلام که یکی از محروم ترین استان های کشور محسوب می شود، همواره با مشکلات بهداشتی و درمانی به ویژه کمبود نیروی متخصص در زمینه کنترل سلامت محیط و افراد، عدم دسترسی به آب آشامیدنی سالم، کمبود زیرساخت ها در بخش بهداشت و درمان، وجود ریزگردها و چالش های محیط زیستی و نبود برنامه ریزی منسجم در جهت رفع این اختلالات، کاهش سطح مراتع و جنگل ها و تشدید بحران های زیست محیطی و افزایش آلاینده ها، نگرانی های مربوط به آمارهای جمعیتی از جمله کمبود اشتغال برای جمعیت در سن فعالیت و در نتیجه افزایش جرم و جنایت که سطح آسایش و تضمین سلامتی مردم را مورد تهدد قرار می دهد و... روبه رو است، از طرفی تجارب و شواهد ثبت شده در دهه های گذشته نمونه هایی مستدل و انکارناپذیری است که اهمیت حیاتی پدیده «سلامتی» را آشکار و ثبت می نماید. دسترسی به شاخص های سلامتی و رعایت ملاحظات به منظور برنامه ریزی توسعه در بخش بهداشت و درمان، ابتدا لازم است تا وضعیت جامعه از لحاظ میزان برخورداری از شاخص های بهداشتی و درمانی مورد بررسی و تحلیل قرار گیرد (الیاس پور و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۳). توجه به بهداشت و سلامت در سطح آحاد جامعه یکی از اهداف اصلی برنامه های جمهوری اسلامی می باشد. در اثبات این گفته می توان به مواردی چون قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران اشاره نمود که ضمن محوری برشمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می شناسد و دولت را مکلف کرده است تا تمامی منابع، امکانات و ظرفیت های خود را جهت تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد کشور بسیج کند (سند توسعه بخش بهداشت و درمان ملی اقتصادی چهارم، ۱۳۷۹: ۴۵). استان ایلام از آن جهت به عنوان قلمرو پژوهش حاضر برگزیده شده است که بر اساس آمار و اطلاعات موجود در حوزه های مختلف موثر بر سلامتی، فاصله قابل ملاحظه ای را با استانداردهای جهانی داراست. اقلیم، تمرکز آلاینده های هوا ناشی از تمرکز فعالیت های صنایع سنگین، هجوم ریزگردها، چالش های زیست محیطی و ... از علل می باشند که پرداختن به مقوله سلامت را در این استان اجتناب ناپذیر نموده اند. بر این اساس پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سئوالات زیر می باشد:

بهداشتی توسط مردم باعث کاهش خطرات انسانی و محیطی خواهد شد. در حال حاضر استان ایلام از جمله استان‌های کشور است که کمتر مورد پژوهش واقع می‌شوند؛ لذا یکی از مهم‌ترین مسائل و مشکلاتی که شهرستان‌های استان ایلام را در آینده تهدید می‌نماید، عدم دسترسی به استانداردهای جهانی و حتی ملی در زمینه سلامتی می‌باشد که متأسفانه با وجود سازمان‌های فعال در این زمینه، هنوز شاهد کمبود شاخص‌های سلامتی و فاصله بسیار با استانداردهای مطلوب در این زمینه می‌باشیم. لذا با توجه به موارد مشروحه ضروری می‌نماید با روند توسعه تدریجی در این زمینه، نقیصه خلأ و کمبود سلامتی در محدوده مورد مطالعه رفع گردد و فرایندهای تضمین کننده سلامتی در جهت کاهش این موارد به عنوان یک اصل در برنامه‌ریزی‌های آینده برای استان رعایت گردند.

۱-۲ پیشینه تحقیق

در زمینه سنجش توسعه‌یافتگی و اولویت‌بندی در زمینه شاخص‌های بهداشت و خدمات درمانی تاکنون تحقیقاتی صورت پذیرفته که از مهمترین این مطالعات می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: امینی و همکارانش (۱۳۸۵) در تحقیقی با عنوان رتبه‌بندی شاخص‌های بهداشت استان‌های کشور از روش تاکسونومی برای رتبه‌بندی سلامت استان‌های کشور استفاده کرده‌اند. نتایج حاصل از این تحقیق نشان می‌دهد که استان‌های اصفهان، تهران و مرکزی از وضعیت سلامت مناسبی برخوردارند و بر خلاف آن، استان‌های اردبیل، گلستان و قم دارای وضعیت سلامت مناسبی نیستند؛ در ضمن وضعیت سلامت استان‌های خوزستان، سیستان و بلوچستان و کهگیلویه و بویراحمد وخیم است. ضرابی و همکاران (۱۳۸۷) در تحقیقی با عنوان تجزیه و تحلیل فضایی شاخص‌های توسعه خدمات بهداشتی به این نتیجه رسیده‌اند که شکاف زیادی بین شهرستان‌های استان اصفهان در بهره‌مندی از شاخص‌های توسعه بهداشت و درمان شناسایی شد. بهادری و همکاران (۱۳۸۹) در تحقیقی با عنوان سطح بندی

¹ Kntvdymv Pauls

² Tanaan

مستقیم یا غیرمستقیم به کار برده می‌شوند (Seddon ME, 2001:152). در واقع متغیرهایی هستند که بیانگر و نشان‌دهنده شرایط موجود می‌باشند و بنابراین می‌توانند برای اندازه‌گیری تغییرات مورد استفاده قرار گیرند (Rogers A, 2002:199).

بر اساس تعریف ماترز و اسکوفیلد در سال ۱۹۹۷ یک شاخص سلامت عمومی، عبارت است از یک آمار خلاصه که مستقیماً مرتبط با وضعیت اصلی سلامت، یک عامل سلامت یا پیشرفت به سمت یک جامعه سالم‌تر است و قضاوت‌های مختصر، جامع و متعادل را در این‌باره تسهیل می‌کند (AIHW, 1999:6). 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 (نسترن، ۱۳۸۱: ۱۴۵). از آنجائیکه وضعیت بهداشتی جامعه امری ذهنی بوده و تعریفی مطلق برای آن وجود ندارد، بنابراین وضع بهداشت خوب تنها بر اساس معرفی معیارهایی از جامعه قابل توجه است (قدمی و همکاران، ۱۳۸۹: ۳). سیمای سلامت یک جامعه بر اساس شاخص‌های سلامت آن جامعه سنجیده شده و گذر سلامت را بر اساس روند تغییرات این شاخص‌ها طی زمان برآورد می‌کنند (موحدی و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۰).

۲-۳ مزایای سطح بالای سلامت

افراد جامعه سالم از یک سو با نشاط‌تر و شاداب‌تر و با انگیزه بیشتری فعالیت می‌کنند. از سوی دیگر ارتقای سطح سلامت باعث کاهش هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم اقتصاد ملی می‌شود (عمادزاده و همکاران، ۱۳۸۸: ۳). ماهیت خدمات بهداشتی - درمانی به گونه‌ای است که نیاز به آن‌ها منحصر به گروه خاصی از مردم نمی‌شود و در واقع، همه انسان‌ها در تمامی سکونت‌گاه‌ها بدان نیازمند می‌باشند. فقدان یا کمبود خدمات بهداشتی و درمانی به ویژه در روستاها، شهرهای کوچک و مناطق محروم، پیامدهای منفی زیادی را به همراه خواهد داشت که مهم‌ترین آن‌ها، اثرات ناگواری است که متوجه زندگی انسان‌ها است (ضرابی و

و میر و اثرات منفی بالقوه چون تماس با حشرات حامل بیماری منتقله و گیاهان سمی، شانس افزایش حساسیت گرده در کودکان ... می‌شود. همچنین سایه‌میری (۱۳۸۰)، موحدی و همکاران (۱۳۸۸) ... نیز در این زمینه به مطالعاتی پرداخته‌اند.

۲- مبانی نظری تحقیق

۲-۱ مفهوم شناسی سلامت

مطابق تعریف سازمان بهداشت جهانی؛ «سلامت» عبارت است از وضعیت رفاه و آسایش کامل فیزیکی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و معنوی (Marotz, 2008: 66). به مفهوم برخورداری کامل هر فرد از سلامتی جسمی ذهنی و اجتماعی می‌داند (Barton.H& Tsorurou.c, 2000: 7). سلامت مقوله‌ای است که ارتباط نزدیکی با پیشرفت و توسعه همه جانبه و از جمله توسعه منطقه‌ای دارد. توسعه سلامت به فرایند مقابله با بیماری‌ها و تلاش جهت از بین بردن شرایط ایجاد بیماری اطلاق می‌گردد (Laverack, 2004: 38). در گذشته برنامه‌ریزان شهری و مسئولین سلامت و بهداشت در اتخاذ تصمیمات خویش در خصوص برخی مسائل اساسی همچون رفاه اجتماعی، بهبود زندگی انسانی و سلامت چندان با یکدیگر هماهنگ نبوده‌اند، که نتیجه آن گسترش ناخوشایند فضای فیزیکی شهرها، تخریب سکونتگاه‌های طبیعی و تنوع زیستی، تکیه هرچه بیشتر بر اتومبیل در حمل و نقل شهری، اصالت‌دهی به مناطق داخلی شهرها، کاهش فضاهای عمومی شهری و نیز گسترش حاشیه‌نشینی از سوی طبقات کم درآمد بوده است (Thompson, 2007:1).

۲-۲ شاخص‌های عملکرد سلامت

شاخص‌های عملکرد سلامت، وضعیت یا فرایندهای حیاتی را اندازه‌گیری می‌کنند که به طور بالقوه قابل تغییر هستند و به نظر می‌رسد ارتباط قابل اثباتی با نتایج سلامت داشته باشند. این شاخص‌ها ممکن است ظرفیت، منابع، فرایندها یا نتایج عملی سلامت را بسنجند (Braveman PA, 2003:181). شاخص‌ها، متغیرهایی هستند که در اندازه‌گیری میزان تغییرات به صورت

همکاران، ۱۳۹۱: ۱۰۸). واضح‌ترین مزایای سطح بالاتر سلامت، روزهای کمتری است که صرف رسیدگی به بیماری می‌شود و از این طریق باعث افزایش بهره‌وری و فرصت‌های بیشتر برای یافتن شغل‌های بهتر و زندگی کاری طولانی‌تر می‌شود (عمادزاده و همکاران، ۱۳۹۰: ۳). همچنین سلامتی تأثیر مستقیمی بر تولید و مشارکت، پس‌انداز و سرمایه‌گذاری، بهره‌وری نیروی انسانی و سایر عوامل جمعیت‌شناختی و کیفیت نیروی انسانی دارد (امینی و همکاران، ۱۳۸۵: ۱۳۸). به همین دلیل، کلیه جوامع توجه ویژه‌ای به افزایش کیفی و کمی شاخص‌های سلامت داشته‌اند (لطفعلی پور و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۴).

۲-۴ اهداف حوزه سلامت

یکی از اهداف بنیادی دولت‌ها و برنامه‌ریزان در هر کشوری، خصوصاً در کشورهای در حال توسعه، افزایش دسترسی جمعیت تحت پوشش خود به خدمات اساسی از قبیل مراقبت‌های سلامت و توزیع عادلانه این خدمات در همه مناطق می‌باشد (تقوی و همکاران، ۱۳۸۸: ۵۴). اهداف کلی بخش بهداشت و درمان در قانون برنامه چهارم توسعه عبارتند از: ۱. تأمین و ارتقای سلامت آحاد مردم ۲. پاسخگویی به نیازهای مرتبط و غیرمرتبط با سلامتی ۳. تأمین عدالت مالی از نظر هزینه‌های بخش سلامت (گزارش جهانی سلامت، ۲۰۰۶). حقیقت این است که بهداشت معادل سلامت نیست بلکه تأمین سلامت، حفظ و ارتقاء آن را بهداشت می‌دانیم (اصفهانی و همکاران، ۱۳۸۸: ۴۵). کیفیت و سلامت شرایط زندگی ساکنان شهرها و روستاها به عنوان هدف اصلی سیاست‌های برنامه‌ریزی شهری و منطقه‌ای محسوب می‌شود (صیدایی و همکاران، ۱۳۹۲: ۴۳). در هر جامعه‌ای، بهبود وضعیت بهداشت و سلامتی شهروندان یکی از نشانه‌های ارتقا و توسعه انسانی است (فخریان و همکاران، ۱۳۹۲: ۲).

۲-۵ نظریات مرتبط با پژوهش

نظریه توسعه منطقه‌ای و جایگاه و نقش بهداشت و سلامت: در تحلیل محتوای نظریات توسعه منطقه‌ای، با وجود

اهمیت جایگاه بخش سلامت این موضوع به صورت صریح مورد بررسی قرار نگرفته است. تاثیرگذاری سلامت بر توسعه منطقه‌ای از دو مسیر مورد توجه قرار می‌گیرد: الف) جایگاه شاخص‌های سلامت در عملکرد یا وضعیت بخش خصوصی ب) جایگاه شاخص‌های سلامت در منظومه عوامل دولتی موثر بر توسعه منطقه‌ای. نحوه ارتقاء، کیفیت بخش خصوصی با شاخص امید به زندگی و جایگاه بخش سلامت در بخش دولتی با شاخص بودجه سلامت قابل سنجش است (عبدالملکی و مهدوی، ۱۳۹۲: ۲۲). دولت‌ها سعی دارند سیاست‌های رفاه اجتماعی (تضمین‌کننده آسایش جسمی و روانی شهروندان) را در پیش گیرند. پیامد مثبت چنین سیاست‌هایی، خدمات اجتماعی بهتر، مراقبت‌های بهداشتی درمانی بهتر، وضع بهداشتی بهتر و بالارفتن سطح تندرستی عمومی است (ریاحی، ۱۳۹۰: ۲۱۰). در مقابل نظری‌های که معتقد است بودجه بهداشتی هر ساله دولت یک نوع هزینه محسوب می‌شود، بسیاری از اقتصاددانان این نوع هزینه‌ها را نوعی سرمایه‌گذاری می‌دانند که در نهایت باعث رشد و توسعه می‌گردد بهشتی و همکاران، ۱۳۸۶: ۱۱۸). در واقع، دسترسی مطلوب به خدمات و امکانات درمانی یکی از پیش نیازهای اساسی به شمار می‌رود از این رو برای تحقق توسعه پایدار انسانی بر لزوم ارتقاء سیستم بهداشت و درمان و تأمین سلامت پایدار برای مردم تأکید دارد (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۲: ۶۴۸).

نظریه گروسمن^۱: گروسمن بر این عقیده است که هر شخص در آغاز هر دوره مثلاً شروع یک سال خاص، دارای ذخیره‌های از موجودی کالای سلامت است. با گذشت زمان موجودی سلامت شخص با افزایش سن کاهش و استهلاک می‌یابد که این فرآیند را گذر عمر^۲ می‌نامند و زمانی که ذخیره موجودی سلامت فرد از حد بحرانی کمتر شود، آنگاه فرد از بین خواهد

^۱ - grossman

^۲ - Aging

این استان شهر ایلام است استان ایلام از غرب با کشور عراق، از جنوب با استان خوزستان، از شرق با استان لرستان و از شمال با استان کرمانشاه همسایه است. استان ایلام با ۱۹۰۴۴ کیلومتر مربع که حدود ۱/۲ درصد مساحت کل کشور را تشکیل می‌دهد، در غرب کشور، بین ۴۵ درجه و ۲۴ دقیقه تا ۴۸ درجه و ۱۰ دقیقه طول شرقی از نصف النهار گرینویچ و ۳۱ درجه و ۵۸ دقیقه تا ۳۴ درجه و ۱۵ دقیقه عرض شمالی از خط استوا واقع است. جمعیت استان ایلام در سال ۱۳۹۰ برابر با ۵۴۷۷۹۵ نفر است. نقشه (۱) محدوده مورد مطالعه و جدول (۱) جمعیت شهرستان‌های استان ایلام را نشان می‌دهد.

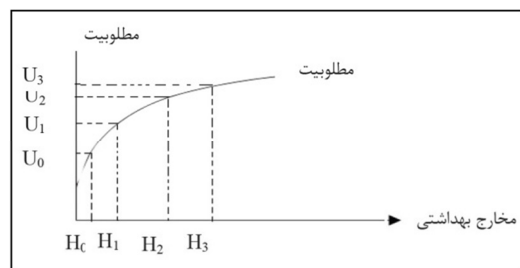


جدول (۱): جمعیت شهرستان‌های استان ایلام

۶۶۳۹۹	دهلران	۴۶۹۹۷	آبدانان
۷۲۱۶۷	شیروان و چرداول	۲۱۳۵۷۹	ایلام
۱۲۷۶۳	ملکشاهی	۴۸۸۳۳	ایوان
۲۷۵۰۶	مهران	۵۹۵۵۱	دره شهر

مآخذ: مرکز آمار ایران تقسیمات کشوری ۱۳۹۰

رفت. مانند سایر کالاهای بادوام، ذخیره سلامتی افراد جریانی از خدمات را تولید می‌کند که موجب به دست آوردن رضایت و مطلوبیت می‌گردد. رابطه بین موجودی سلامتی افراد و مطلوبیت در نمودار (۱) نشان داده شده است. در این نمودار مقدار سلامت H در محور افقی و مقدار مطلوبیت U در محور عمودی قرار گرفته است. شیب مثبت منحنی نشان می‌دهد که افزایش در ذخیره سلامتی افراد موجب افزایش مطلوبیت می‌گردد (لطفعلی پور، ۱۳۹۰: ۵۹).



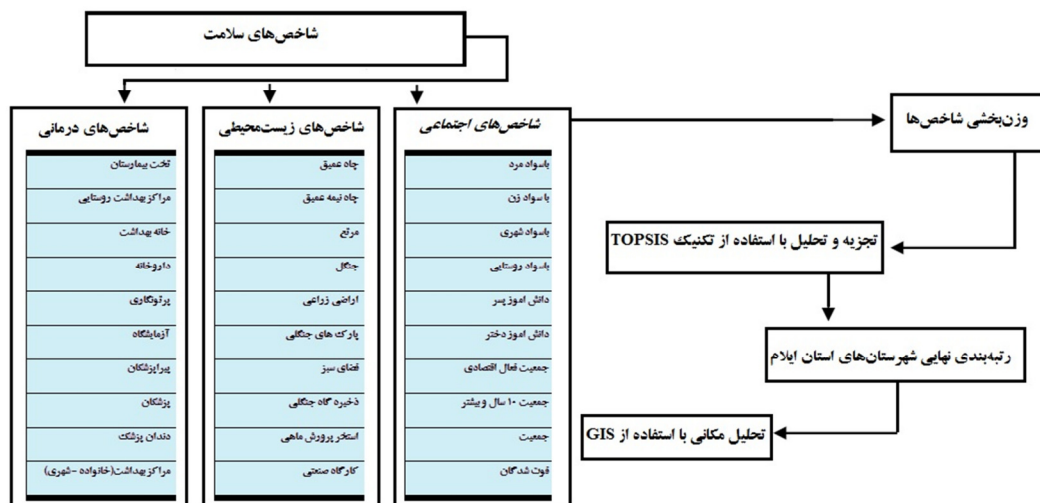
نمودار (۱): رابطه موجودی سلامت و مطلوبیت مآخذ: لطفعلی پور، ۱۳۹۰: ۵۹

۳- روش‌شناسی تحقیق

ماهیت این پژوهش نظری-کاربردی و روش مطالعه آن، توصیفی-تحلیلی است. داده‌های نظری پژوهش به روش کتابخانه‌ای و طرح‌های تحقیقاتی، آمارنامه‌ها، کتب موجود و مقالات و شبکه بهداشت استان ایلام جمع‌آوری شدند. جهت تجزیه تحلیل داده‌ها ابتدا به وسیله مدل تاپسیس شاخص‌ها وزن-بخشی شدند و رتبه نهایی بدست آمده است، سپس با استفاده از نرم افزار GIS تحلیل مکانی انجام شد. شکل (۲) مدل مفهومی تحقیق را نشان می‌دهد.

۴- قلمرو جغرافیایی تحقیق

استان ایلام یکی از استان‌های کشور ایران است که در باختر این کشور و در ناحیه‌ای کوهستانی و نیمه گرم قرار گرفته است. مرکز



شکل (۲): مدل مفهومی تحقیق، ترسیم نگارندگان

در این رابطه r_{ij} مقدار بی‌مقیاس شده گزینه i از نظر شاخص j می‌باشد و X_{ij} عملکرد گزینه i ($i=1,2,3,\dots,m$) در رابطه با معیار ($j=1,2,3,\dots,n$) در ماتریس تصمیم می‌باشد. در واقع زمانی که m گزینه و n خصوصیت وجود دارد آلترناتیوهای مختلف وجود دارند که با X_i نشان داده می‌شود. برای هر گزینه مجموعه‌ای از معیارها وجود دارد که مقدار آن به صورت X_{ij} نشان داده می‌شود، به عبارتی X_{ij} مقدار خصوصیت j ام می‌باشد. سپس جهت محاسبه وزن شاخص‌های ۳۰ گانه، از تکنیک آنتروپی استفاده گردید که شامل مراحل زیر است؛

الف) محاسبه مقدار آنتروپی (E_j)

$$E_j = -k \sum_{i=1}^m (P_{ij} \times \ln P_{ij})$$

ب) محاسبه مقدار عدم اطمینان (d_j)

$$d_j = 1 - E_j$$

ج) محاسبه اوزان شاخص‌ها (W_j)

$$W_j = \frac{d_j}{\sum_{j=1}^m d_j}$$

د) محاسبه اوزان تعدیل شده (W_j^*)

$$W_j^* = \frac{\lambda_j W_j}{\sum_{j=1}^n \lambda_j W_j}$$

۵- یافته‌های تحقیق

۵-۱ تکنیک TOPSIS

یون و هوانگ، در سال ۱۹۸۱ روش شباهت به گزینه ایده‌آل را ارائه کردند که مورد استفاده محققان و کاربران مختلف بوده است. اساس این تکنیک، بر این مفهوم استوار است که گزینه‌ی انتخابی، باید کمترین فاصله را با راه‌حل ایده‌آل مثبت (بهترین حالت ممکن) و بیشترین فاصله را با راه‌حل ایده‌آل منفی (بدترین حالت ممکن) داشته باشد. فرض بر این است که مطلوبیت هر شاخص، به طور یکنواخت افزایشی یا کاهششی است. جهت اولویت‌بندی مناطق هشت‌گانه کلان‌شهر اهواز به لحاظ برخورداری از شاخص‌های توسعه پایداری شهری، ابتدا ماتریس اولیه تشکیل گردید در ادامه داده‌ها بی‌مقیاسی شده و ماتریس استاندارد تشکیل گردید، نوع بی‌مقیاس‌سازی در این تکنیک بی-مقیاس‌سازی با استفاده از روش نورم است که جهت یکسان‌سازی مقیاس‌های متفاوت داده‌ها برای تجزیه و تحلیل در مدل استفاده شده است:

$$r_{ij} = \frac{X_{ij}}{\sqrt{\sum_{j=1}^m X_{ij}^2}}$$

$$CL_i = \frac{d_i^-}{d_i^- + d_i^+}$$

مقدار CL حاصل تقسیم فاصله از ایده آل منفی هر گزینه، بر فاصله از ایده آل منفی آن گزینه به علاوه فاصله از ایده آل مثبت آن گزینه می‌باشد.

ماتریس تصمیم‌گیری؛ ابتدا باید ماتریس تصمیم (بانک داده) تشکیل شود جدول ۲ ماتریس تصمیم‌گیری تحقیق را نشان می‌دهد. پس از تشکیل ماتریس تصمیم‌گیری؛ در مرحله اول ماتریس داده باید بی‌مقیاس‌سازی شود؛ در این روش، نوع بی‌مقیاس‌سازی با استفاده از نرم صورت می‌گیرد. برای بیان اهمیت نسبی معیارها و شاخص‌های مورد استفاده باید وزن نسبی آنها را تعیین کرد. در این پژوهش برای وزن‌دهی به ۳۰ معیار انتخابی با استفاده از روش آنترویی بهره گرفته شده است (جدول شماره ۳).

بعد از محاسبه وزن هر یک از شاخصی‌ها، مقادیر استاندارد شده در وزن مربوطه ضرب شده و ماتریس موزون تشکیل گردید. در ادامه برای هر یک از مناطق هشت‌گانه کلان‌شهر اهواز معیار فاصله‌ای برای آلترناتیو ایده آل (Si^+) و آلترناتیو حداقل (Si^-) محاسبه گردید. پس از محاسبه معیارهای فاصله‌ای، ضریب اولویت هر یک از مناطق محاسبه گردید. لازم به ذکر است مقدار ضریب اولویت بین صفر و یک در نوسان است. ۱ نشان دهنده بالاترین رتبه و ۰ نیز نشان دهنده کمترین رتبه است. پس از محاسبه معیارهای فاصله‌ای، ضریب اولویت (Ci^*) هر یک از مناطق اهواز محاسبه گردید. لازم به ذکر است مقدار بین صفر و یک در نوسان است. در این راستا $Ci^* = 1$ نشان دهنده بالاترین رتبه و $Ci^* = 0$ نیز نشان دهنده کمترین رتبه است و از طریق زیر به دست می‌آید:

جدول (۲): ماتریس تصمیم‌گیری تحقیق

شهرستان	ابدانان	ایلام	ایوان	دره شهر	دهلران	شیروان	ملکشاهی	مهران
شاخص‌های اجتماعی	باسواد مرد	۱۷۹۲۰	۸۷۸۰۶	۱۸۹۴۸	۲۳۰۲۹	۲۶۵۲۹	۸۲۴۲	۱۱۰۴۵
	با سواد زن	۱۶۳۵۲	۷۹۴۸۲	۱۶۸۶۸	۲۱۲۲۷	۲۱۰۸۸	۷۲۳۹	۹۱۵۲
	باسواد شهری	۲۲۰۰۸	۱۴۲۸۲۸	۲۶۵۹	۱۹۹۲۹	۳۱۲۶۹	۱۰۶۸۴	۱۲۷۱۱
	باسواد روستایی	۱۲۱۷۹	۲۴۲۷۳	۱۱۱۳۹	۲۴۱۵۷	۱۶۳۴۸	۴۷۱۷	۷۳۴۷
	دانش آموز پسر	۴۸۱۰	۱۷۵۷۴	۴۶۴۰	۵۳۳۵	۵۵۸۷	۷۱۷۰	۲۳۹۳
	دانش آموز دختر	۴۶۷۷	۱۷۰۳۶	۳۶۷۱	۵۱۶۶	۵۱۲۹	۶۴۳۲	۲۱۸۴
	جمعیت فعال اقتصادی	۱۶۵۵۰	۶۸۸۶۹	۱۷۱۵۸	۲۱۷۹۰	۲۴۷۳۴	۲۴۵۶۸	۷۴۰۱
	جمعیت ۱۰ سال و بیشتر	۳۹۶۹۹	۱۸۱۲۸۹	۴۱۹۳۷	۵۰۳۷۹	۵۵۴۸۱	۶۱۴۱۲	۱۸۹۱۴
	جمعیت	۴۶۹۷۷	۲۱۳۵۷۹	۴۸۸۳۳	۵۹۵۵۱	۶۶۳۹۹	۷۲۱۶۷	۲۲۵۸۷
فوت شدگان	۱۲۵	۵۵۴	۱۳۷	۱۸۴	۱۳۶	۱۹۴	۶۸	۸۶
شاخص‌های زیست محیطی	چاه عمیق	۲	۲۷	۱۸	۵۲	۶۱۸	۱۸۹	۱۱
	چاه نیمه عمیق	۲	۹۴	۱۳۵	۸	۳	۲۸۹	۲۶
	مرتع	۱۲۲۸۴۲	۷۰۴۸۴	۱۹۳۲۷	۴۳۰۲۶	۲۹۰۰۵۵	۷۹۷۹۸	۴۸۴۸۰
	جنگل	۷۹۹۸۱	۱۰۲۷۲۴	۵۳۴۵۳	۸۲۵۱۰	۹۶۵۴۹	۹۸۱۲۹	۱۰۵۰۲۲
	اراضی زراعی	۴۰۰۰۰	۲۹۷۰۰	۱۷۱۹۰	۲۸۰۰۰	۱۰۲۰۵۰	۶۸۱۰۰	۲۳۵۹۵
	پارک‌های جنگلی	۳۹۰	۴۴۲۷	۷۲	۱۲۵	۶۸۱	۱۷۰۰	۲۰
	فضای سبز	۲۵۰	۱۰۲۶	۲۸	۱۰۷	۸۷۵	۲۶۰	۲۰

۱۳۸	۰	۱۰	۱۵۴	۲۱۰	۱	۲۳	۳۰۶	ذخیره گاه جنگلی
۷	۶	۲۸	۵۷	۲۱	۹	۷	۵	استخر پرورش ماهی
۴	۰	۴	۳	۴	۳	۲۸	۳	کارگاه صنعتی
۴۰	۰	۳۳	۴۹	۴۴	۳۰	۳۸۷	۳۵	تخت بیمارستان
۱	۲	۹	۲	۵	۲	۶	۱	مراکز بهداشت روستایی
۸	۹	۵۸	۲۹	۲۷	۱۷	۳۳	۱۶	خانه بهداشت
۱	۱	۵	۵	۵	۴	۲۸	۵	داروخانه
۱	۱	۵	۵	۳	۲	۱۵	۳	پرتونگاری
۳	۱	۷	۷	۴	۴	۱۸	۶	آزمایشگاه
۱۷۰	۶۶	۲۹۷	۲۳۹	۲۶۶	۱۸۷	۱۰۵۳	۲۰۷	پیراپزشکان
۲۱	۵	۲۸	۲۴	۲۰	۳۳	۳۱۴	۳۱	پزشکان
۱	۱	۱	۳	۲	۴	۲۳	۴	دندان پزشک
۱۴	۱۵	۷۷	۴۳	۳۹	۲۸	۸۳	۲۷	مراکز بهداشت (خانواده - شهری)

مآخذ: محاسبات نگارندگان، ۱۳۹۵

جدول (۳): اوزان شاخص ها را با روش آنترپی شانون

مهران	ملکنهای	شیروان	دهلران	دره شهر	ایوان	ایلام	ابدانان	شهرستان
۰/۰۵۰	۰/۰۳۷	۰/۱۲۳	۰/۱۲۰	۰/۱۰۴	۰/۰۸۶	۰/۳۹۸	۰/۰۸۱	باسواد مرد
۰/۰۴۷	۰/۰۳۷	۰/۱۱۸	۰/۱۰۹	۰/۱۰۹	۰/۰۸۷	۰/۴۰۹	۰/۰۸۴	با سواد زن
۰/۰۴۵	۰/۰۳۸	۰/۰۵۷	۰/۱۱۲	۰/۰۷۱	۰/۰۸۸	۰/۵۱۰	۰/۰۷۹	باسواد شهری
۰/۰۵۵	۰/۰۳۵	۰/۲۵۳	۰/۱۲۲	۰/۱۸۰	۰/۰۸۳	۰/۱۸۱	۰/۰۹۱	باسواد روستایی
۰/۰۴۴	۰/۰۴۸	۰/۱۴۴	۰/۱۱۲	۰/۱۰۷	۰/۰۹۳	۰/۳۵۴	۰/۰۹۷	دانش آموز پسر
۰/۰۴۷	۰/۰۴۷	۰/۱۳۸	۰/۱۱۰	۰/۱۱۱	۰/۰۷۹	۰/۳۶۷	۰/۱۰۱	دانش آموز دختر
۰/۰۴۳	۰/۰۳۹	۰/۱۳۰	۰/۱۳۱	۰/۱۱۵	۰/۰۹۱	۰/۳۶۴	۰/۰۸۷	جمعیت فعال اقتصادی
۰/۰۴۸	۰/۰۴۰	۰/۱۳۰	۰/۱۱۸	۰/۱۰۷	۰/۰۸۹	۰/۳۸۴	۰/۰۸۴	جمعیت ۱۰ سال و بیشتر
۰/۰۴۹	۰/۰۴۱	۰/۱۲۹	۰/۱۱۹	۰/۱۰۷	۰/۰۸۸	۰/۳۸۳	۰/۰۸۴	جمعیت
۰/۰۵۸	۰/۰۴۶	۰/۱۳۱	۰/۰۹۲	۰/۱۲۴	۰/۰۹۲	۰/۳۷۳	۰/۰۸۴	فوت شدگان
۰/۰۱۱	۰/۱۹۳	۰/۰۶۵	۰/۶۳۰	۰/۰۵۳	۰/۰۱۸	۰/۰۲۸	۰/۰۰۲	چاه عمیق
۰/۰۴۳	۰/۰۷۶	۰/۴۷۹	۰/۰۰۵	۰/۰۱۳	۰/۲۲۴	۰/۱۵۶	۰/۰۰۳	چاه نیمه عمیق
۰/۱۴۱	۰/۰۶۲	۰/۱۰۲	۰/۳۷۰	۰/۰۵۵	۰/۰۲۵	۰/۰۹۰	۰/۱۵۷	مرتع
۰/۰۳۶	۰/۱۶۴	۰/۱۵۳	۰/۱۵۰	۰/۱۲۹	۰/۰۸۳	۰/۱۶۰	۰/۱۲۵	جنگل
۰/۰۸۲	۰/۰۷۰	۰/۲۰۲	۰/۳۰۳	۰/۰۸۳	۰/۰۵۱	۰/۰۸۸	۰/۱۱۹	اراضی زراعی
۰/۰۲۰	۰/۰۰۳	۰/۲۲۵	۰/۰۹۰	۰/۰۱۷	۰/۰۱۰	۰/۵۸۵	۰/۰۵۲	پارک های جنگلی
۰/۲۴۹	۰/۰۰۶	۰/۰۷۶	۰/۲۵۶	۰/۰۳۱	۰/۰۰۸	۰/۳۰۰	۰/۰۷۳	فضای سبز
۰/۱۶۴	۰/۰۰۰	۰/۰۱۲	۰/۱۸۳	۰/۲۴۹	۰/۰۰۱	۰/۰۲۷	۰/۳۶۳	ذخیره گاه جنگلی
۰/۰۵۰	۰/۰۴۳	۰/۲۰۰	۰/۴۰۷	۰/۱۵۰	۰/۰۶۴	۰/۰۵۰	۰/۰۳۶	استخر پرورش ماهی
۰/۰۸۲	۰/۰۰۰	۰/۰۸۲	۰/۰۶۱	۰/۰۸۲	۰/۰۶۱	۰/۵۷۱	۰/۰۶۱	کارگاه صنعتی

								شاخص‌های درمانی	
۰/۰۶۵	۰/۰۰۰	۰/۰۵۳	۰/۰۷۹	۰/۰۷۱	۰/۰۴۹	۰/۶۲۶	۰/۰۵۷		تخت بیمارستان
۰/۰۳۶	۰/۰۷۱	۰/۳۲۱	۰/۰۷۱	۰/۱۷۹	۰/۰۷۱	۰/۲۱۴	۰/۰۳۶		مراکز بهداشت روستایی
۰/۰۴۱	۰/۰۴۶	۰/۲۹۴	۰/۱۴۷	۰/۱۳۷	۰/۰۸۶	۰/۱۶۸	۰/۰۸۱		خانه بهداشت
۰/۰۱۹	۰/۰۱۹	۰/۰۹۳	۰/۰۹۳	۰/۰۹۳	۰/۰۷۴	۰/۵۱۹	۰/۰۹۳		داروخانه
۰/۰۲۹	۰/۰۲۹	۰/۱۴۳	۰/۱۴۳	۰/۰۸۶	۰/۰۵۷	۰/۴۲۹	۰/۰۸۶		پرتونگاری
۰/۰۶۰	۰/۰۲۰	۰/۱۴۰	۰/۱۴۰	۰/۰۸۰	۰/۰۸۰	۰/۳۶۰	۰/۱۲۰		آزمایشگاه
۰/۰۹۸	۰/۰۲۷	۰/۱۲۰	۰/۰۹۶	۰/۱۰۷	۰/۰۷۵	۰/۴۲۴	۰/۰۸۳		پیراپزشکان
۰/۰۴۴	۰/۰۱۱	۰/۰۵۹	۰/۰۵۰	۰/۰۴۲	۰/۰۶۹	۰/۶۶۰	۰/۰۶۵		پزشکان
۰/۰۲۶	۰/۰۲۶	۰/۰۲۶	۰/۰۷۷	۰/۰۵۱	۰/۱۰۳	۰/۵۹۰	۰/۱۰۳		دندان پزشک
۰/۰۴۳	۰/۰۴۶	۰/۲۳۶	۰/۱۳۲	۰/۱۲۰	۰/۰۸۶	۰/۲۵۵	۰/۰۸۳	مراکز بهداشت (خانواده - شهری)	

مآخذ: محاسبات نگارندگان، ۱۳۹۵

در مراحل بعد ماتریس اوزان شاخص‌ها را با روش آنتروپی شانون را ضربدر ماتریس بی‌مقیاس‌سازی کرده این ماتریس، ماتریس بی-مقیاس شده‌ی موزون نام دارد. بعد از بدست آوردن ایده‌آل مثبت و منفی و فاصله‌ی ایده‌آل مثبت و منفی آنها میزان نزدیکی (مقدار CL) هر گزینه به راه حل ایده‌آل محاسبه می‌شود مقدار آن بین صفر و یک است هرچه این مقدار به یک نزدیک‌تر باشد راهکار بهتر می‌باشد و رتبه‌ی هر یک را می‌توان مشخص کرد. جدول ۴ رتبه‌بندی نهایی شهرستان‌های استان ایلام را با استفاده از مدل تاپسیس را نشان می‌دهد.

جدول (۴): رتبه‌بندی نهایی شهرستان‌های استان ایلام با استفاده از مدل تاپسیس

شهرستان	مهران	ملکشاهی	شیروان	دهلران	دره شهر	ایوان	ایلام	آبدانان
مقدار ^{۱۰} CL	۰/۲۰۶	۰/۲۰۸	۰/۲۷۲	۰/۲۷۶	۰/۲۴۲	۰/۲۲۹	۰/۷۸۹	۰/۲۳۰
رتبه	۸	۷	۳	۲	۴	۶	۱	۵
مقدار ^{۱۱} CL	۰/۵۹۱	۰/۵۰۳	۰/۵۲۰	۰/۴۳۶	۰/۵۷۲	۰/۵۱۷	۰/۶۲۰	۰/۶۲۴
رتبه	۳	۷	۵	۸	۴	۶	۲	۱
مقدار ^{۱۲} CL	۰/۰۶۵	۰/۰۱۵	۰/۱۸۰	۰/۱۳۴	۰/۱۲۰	۰/۱۰۴	۰/۹۵۵	۰/۱۱۷
رتبه	۷	۸	۲	۳	۴	۶	۱	۵

مآخذ: محاسبات نگارندگان، ۱۳۹۵

^{۱۰} شاخص‌های اجتماعی

^{۱۱} شاخص‌های زیست محیطی

^{۱۲} شاخص‌های درمانی

تحلیل یافته‌ها آزمون با استفاده از مدل Topsis نشان می‌دهد در بین گزینه‌های تحقیق؛ از نظر شاخص‌های اجتماعی شهرستان ایلام با میانگین ۰/۷۸۹ بالاترین رتبه را دارد. بعد از آن به ترتیب شهرستان‌های دهلران با میانگین ۰/۲۷۶، سیروان با میانگین ۰/۲۷۲، دره شهر با میانگین ۰/۲۴۲، آبدانان با میانگین ۰/۲۳۰، ایوان با میانگین ۰/۲۲۹، ملکشاهی با میانگین ۰/۲۰۸، مهران با میانگین ۰/۲۰۶ اولویت‌های بعدی را به خودشان اختصاص داده‌اند. از نظر شاخص‌های زیست‌محیطی شهرستان آبدانان با میانگین ۰/۶۲۴ بالاترین رتبه را دارد. بعد از آن به ترتیب شهرستان‌های ایلام با میانگین ۰/۶۲۰، مهران با میانگین ۰/۵۹۱، دره شهر با میانگین ۰/۵۷۲، سیروان با میانگین ۰/۵۲۰، ایوان با میانگین ۰/۵۱۷، ملکشاهی با میانگین ۰/۵۰۳، دهلران با میانگین ۰/۴۳۶ اولویت‌های بعدی را به خودشان اختصاص داده‌اند. از نظر شاخص‌های درمانی شهرستان ایلام با میانگین ۰/۹۵۵ بالاترین رتبه را دارد. بعد از آن به ترتیب شهرستان‌های سیروان با میانگین ۰/۱۸۰، دهلران با میانگین ۰/۱۳۴، دره شهر با میانگین ۰/۱۲۰، آبدانان با میانگین ۰/۱۱۷، ایوان با میانگین ۰/۱۰۴، مهران با

۵-۲ تحلیل مکانی با استفاده از GIS

گام آخر تحلیل فضایی-مکانی شاخص‌های سلامت در شهرستان‌های استان ایلام را با استفاده از GIS است که نقشه (۲) این تحلیل مکانی را نشان می‌دهد.



نقشه (۲): تحلیل فضایی-مکانی شاخص‌های سلامت شهرستان‌های استان ایلام

ترسیم: نگارندگان ۱۳۹۵

۶- بحث و نتایج

در توزیع شاخص‌های سلامت؛ شهرستان‌های ایلام، شیروان، آبدانان و دهلران بالاتر از خط نرمال‌اند؛ به دلیل اینکه بیشترین توزیع را از نظر شاخص‌های اجتماعی چون: باسواد مرد، باسواد زن، باسواد شهری، جمعیت ۱۰ سال و بیشتر، جمعیت، فوت‌شدگان و...؛ شاخص‌های زیست‌محیطی چون: مرتع، جنگل، اراضی زراعی، پارک‌های جنگلی، ذخیره گاه جنگلی و...؛ شاخص‌های درمانی چون: تخت بیمارستان، مراکز بهداشت روستایی، خانه بهداشت، داروخانه، پرتونگاری، و... دارند، بنابراین از وضعیت مطلوب‌تری برخوردار هستند. شهرستان‌های دره شهر، ایوان، مهران، ملکشاهی پایین‌تر از خط نرمال‌اند؛ زیرا که کمترین توزیع را از نظر شاخص‌های منتخب تحقیق دارند، بنابراین از وضعیت مطلوبی برخوردار نیستند. شهرستان ایلام از وضعیت مطلوب‌تری نسبت به سایر شهرستان‌ها برخوردار است، زیرا شهر ایلام بعنوان مرکز سیاسی شهرستان و استان بیشترین تراکم جمعیت و امکانات منتخب تحقیق را دارد؛ از طرفی به دلیل تجمع امکانات و سایر تاسیسات رفاهی، شاخص‌های سلامت به صورت مطلوب‌تری در این شهرستان توزیع شده‌اند. شاخص‌های اجتماعی؛ بیشترین ارزش وزنی را شاخص‌های باسواد شهری (۰/۱۷۶) و کمترین را شاخص باسواد روستایی (۰/۰۵۹) دارند. شاخص‌های زیست‌محیطی؛ بیشترین ارزش وزنی را شاخص‌های چاه عمیق (۰/۱۸۰) و کمترین را شاخص جنگل (۰/۰۱۳) دارند. شاخص‌های درمانی؛ بیشترین ارزش وزنی را شاخص‌های پزشکان (۰/۱۸۷) و کمترین را شاخص مراکز بهداشت خانواده-شهری (۰/۰۴۱) دارند. به صورت کلی میانگین ارزش وزنی شاخص‌های اجتماعی ۰/۳۰۷، شاخص‌های زیست-محیطی ۰/۵۴۸، شاخص‌های درمانی ۰/۲۱۱ می‌باشد.

۷- نتیجه‌گیری و پیشنهادات

یکی از شاخص‌های مهم توسعه جوامع، میزان و کیفیت دسترسی افراد جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی است. برخورداری از

یک زندگی سالم، حقی است همگانی و پیش شرط تحقق توسعه پایدار می‌باشد. با رشد سریع جمعیت و گسترش روزافزون شهرنشینی در جهان، به‌ویژه در خلال قرن بیستم، ناظر طرح مقوله‌های جدیدی در ارتباط با انسان و سلامت هستیم. این مطالعه ۳۰ شاخص سلامت را در سه دسته اصلی و هر دسته ۱۰ زیر شاخص را برای سنجش سلامتی استان ایلام استخراج و بررسی کرده است. **دسته اول (شاخص‌های اجتماعی)؛** تاثیرگذارترین شاخص‌ها در شهرستان آبدانان دانش آموز دختر، ایلام باسواد شهری، ایوان دانش‌آموز پسر، دره شهر باسواد روستایی، دهلران جمعیت فعال از نظر اقتصادی، شیروان باسواد روستایی، ملکشاهی دانش‌آموز پسر، مهران شاخص فوت‌شدگان می‌باشد. کم‌ارزش‌ترین شاخص‌ها در شهرستان آبدانان باسواد شهری، ایلام باسواد روستایی، ایوان دانش‌آموز دختر، دره شهر باسواد شهری، دهلران فوت‌شدگان، شیروان باسواد شهری، ملکشاهی باسواد روستایی، مهران جمعیت فعال از نظر اقتصادی می‌باشد. **دسته دوم (شاخص‌های زیست‌محیطی)؛** تاثیرگذارترین شاخص‌ها در شهرستان آبدانان و دره شهر ذخیره-گاه جنگلی، ایلام پارک‌های جنگلی، ایوان و شیروان چاه نیمه عمیق، دهلران و ملکشاهی چاه عمیق، مهران فضای سبز می‌باشد. کم‌ارزش‌ترین شاخص‌ها در شهرستان آبدانان و مهران چاه عمیق، ایلام، ایوان، ملکشاهی و شیروان ذخیره‌گاه جنگلی، دره شهر و دهلران چاه نیمه عمیق می‌باشد. **دسته سوم (شاخص‌های درمانی)؛** تاثیرگذارترین شاخص‌ها در شهرستان آبدانان آزمایشگاه، ایلام پزشکان، ایوان دندان پزشک، دره شهر، ملکشاهی و شیروان مراکز بهداشت روستایی، دهلران خانه بهداشت، مهران پیراپزشکان می‌باشد. کم‌ارزش‌ترین شاخص‌ها در شهرستان آبدانان مراکز بهداشت روستایی، ایلام خانه بهداشت، ایوان و ملکشاهی تخت بیمارستان، دره شهر و دهلران پزشکان، شیروان دندان پزشک، مهران داروخانه می‌باشد. تحلیل یافته‌ها آزمون با استفاده از مدل Topsis نشان می‌-

ملکشاهی و مهران، ایجاد موسسات و کانون‌های بهداشتی-درمانی با اولویت ساخت در شهرستان‌های ملکشاهی، دره شهر، مهران و دهلران، استفاده از نظام سلسله مراتب سکونتگاهی و برنامه‌ریزی در جهت توزیع متعادل خدمات و امکانات در محدوده مورد مطالعه و ...

منابع:

۱. اصفهانی، م.م، اسماعیلی، ج. شکرالهی، م، رفیعی فر، م. خسروبیگی، ش. هدایی، م. ۱۳۸۸. آئین تندرستی، تهران، تندیس، چاپ نهم. ص. ۴۵
۲. امینی، ن، یداللهی، ه، اینانلو. س. ۱۳۸۵. رتبه‌بندی شاخص‌های بهداشت استانهای کشور. رفاه اجتماعی، ص. ۴۸
۳. بهادری، م، شمس. ل، سعدی غفارج، همازاده. پ، نجاتی. م. ۱۳۹۱. طبقه بندی شاخص‌های ساختاری سلامت با استفاده از مدل اسکلوگرام در استان گلستان در شمال ایران. مجله بهداشت عمومی ایران. ص. ۵۸
۴. بهشتی، م.ب؛ سجودی، س. ۱۳۸۶. تحلیل تجربی رابطه بین مخارج بهداشتی و تولید ناخالص، داخلی در ایران، فصلنامه بررسی‌های اقتصادی، شماره ۴
۵. تقوی، م، شهوندی. ا. ۱۳۸۸. توزیع خدمات بهداشتی در استان ایران، فصلنامه رفاه اجتماعی، ص. ۵۴
۶. رهنما، م. ر. افشار، ز. رضوی، م.م. ۱۳۹۰، تحلیل شاخص‌های شهر سالم در محله‌ی بهارستان شهر مشهد، سومین کنفرانس مدیریت و برنامه ریزی شهری، مشهد، ص. ۲
۷. ریاحی، محمداسماعیل (۱۳۹۰)، چگونگی اثرگذاری سرمایه اجتماعی در سلامت جسمی روانی شهروندان، ماهنامه اطلاعات سیاسی - اقتصادی، سال ۲۵، شماره ۱۰، پیاپی ۲۸۶
۸. سایه میری. ا. سایه میری. ک. ۱۳۸۰. رتبه‌بندی وضعیت بهداشت و درمان شهرستان‌های استان ایلام با استفاده از تکنیک تاکسونومی عددی و تحلیل مؤلفه‌های اصلی، فصلنامه علوم پزشکی: بهار، جلد ۹-۸، شماره ۳۰-۲۹؛ از ص ۳۰-۳۵.
۹. سلیمانی، عادل، قدیری معصوم، مجتبی؛ ریاحی، وحید. ۱۳۹۲. سطح توسعه شاخص‌های بهداشتی-درمانی در شهرستان‌های استان

دهد در بین گزینه‌های تحقیق؛ از نظر شاخص‌های اجتماعی شهرستان ایلام با میانگین بالاترین رتبه را دارد. بعد از آن به ترتیب شهرستان‌های دهلران، شیروان، دره شهر، آبدانان، ایوان، ملکشاهی، مهران رده‌های بعدی را به خودشان اختصاص داده‌اند. از نظر شاخص‌های زیست‌محیطی شهرستان آبدانان بالاترین رتبه را دارد. بعد از آن به ترتیب شهرستان‌های ایلام، مهران، دره شهر، شیروان، ایوان، ملکشاهی، دهلران اولویت‌های بعدی را به خودشان اختصاص داده‌اند. از نظر شاخص‌های درمانی شهرستان ایلام بالاترین رتبه را دارد. بعد از آن به ترتیب شهرستان‌های شیروان، دهلران، دره شهر، آبدانان، ایوان، مهران، ملکشاهی اولویت‌های بعدی را به خودشان اختصاص داده‌اند. **رتبه‌بندی نهایی** شهرستان‌های ایلام بر اساس شاخص‌های سلامتی نشان می‌دهد که شهرستان‌های ایلام و شیروان و چرداول از لحاظ برخورداری از شاخص‌های سلامتی در حال توسعه می‌باشند. شهرستان‌های دهلران، دره شهر و آبدانان در وضعیت نیمه برخوردار قرار دارند، اما شهرستان‌های ایوان، مهران و ملکشاهی در وضعیت محروم از نظر شاخص‌های مورد نظر تحقیق قرار گرفته‌اند؛ که این امر نشان از وضعیت نامناسب و دور از استانداردهای مطلوب سلامتی در سطح جهانی و ملی در محدوده مورد مطالعه می‌باشد. به منظور تعدیل بخشی شاخص‌های سلامت در سطح شهرستان‌های استان ایلام، راهکارهای ذیل پیشنهاد می‌شوند: افزایش کمی و کیفی تعداد پزشک عمومی، تعداد داروخانه به صورت متعادل در محدوده مورد مطالعه به ویژه شهرستان‌های ملکشاهی، مهران و ایوان، آگاهی ساکنین در مورد برنامه‌های سلامت، آشنا نمودن ساکنین با معیارهای سلامتی، ایجاد مدرسه سالم، افزایش وسعت فضای سبز جهت کاهش آلاینده‌ها و تصفیه هوا به ویژه در شهرستان‌های ملکشاهی، ایوان، دره شهر و آبدانان، تشکیل اداره‌ی سلامت شهرداری در مراکز شهری شهرستان‌های استان، ایجاد موسسات و کانون‌های فرهنگی- آموزشی با اولویت ساخت در شهرستان‌های ایوان،

۱۹. لطفعلی پور، محمد رضا، فلاحی، محمد علی، برجی، معصومه (۱۳۹۰)، بررسی تأثیر شاخص‌های سلامت بر رشد اقتصادی ایران، فصلنامه مدیریت سلامت، سال ۱۴، شماره ۴۶، صص ۵۷-۷۱
۲۰. محمدی ده چشمه، م. ۱۳۹۰. ایمنی و پدافند غیر عامل شهری، محور بین رشته‌ای، انتشارات دانشگاه شهید چمران اهواز
۲۱. موحدی، م.، هاجرزاده، ب.، رحیمی، ا.د. (۱۳۸۸)، روند و الگوی نابرابری جغرافیایی شاخص‌های سلامت در جمعیت روستایی ایران، مجله پژوهشی حکیم، صص ۱۰-۵۰
۲۲. نسترن، ن. ۱۳۸۱. تجزیه و تحلیل و ارزیابی درجه غلظت و توزیع شاخص‌های بهداشت در اصفهان. مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی، صص ۱۴۵
۲۳. الیاس پور، ب.، الیاس پور، د.، هجازی، ا. (۱۳۹۰)، توسعه نهایی از بخش بهداشت و درمان شهرستانهای استان خراسان شمالی در سال ۱۳۸۵ با استفاده از تاکسونومی عددی. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، صص ۲۳
24. AIHW: Development of national public health indicators. 1999:6
25. Barton, H., tsourou, C. Healthy urban planning. Spon press, 2000:7
26. Braveman PA, Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. Journal of health, population and nutrition . 2003: 181
27. Braveman, P. and Tarimo, E. Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations, Social Science & Medicine, 2002:No. 54, pp. 621-635.
28. Collins, C. D. Green, A. T. and Newell, J. N. The relationship between disease control strategies and health system development: the case of TB , Health Policy, 2002: No. 62, pp. 141-160.
29. Inoue K, Matsumoto M, Toyokawa S, Kobayashi Y. Transition of physician distribution (1980-2002) in Japan and factors predicting future rural practice. Rural Remote Health, 2009; 107
30. Kontodimopoulos N, Panagiotis N, Dimitris N. Balancing efficiency of health services and equity of access in remote areas in Greece. Health Policy 2006: 49

- کرمانشاه از نظر عدالت اجتماعی، ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. سال هفدهم شماره دهم. صص ۶۴۷-۶۵۶
۱۰. سند توسعه بخش بهداشت و درمان ملی اقتصادی اجتماعی و فرهنگی چهارم، تهران: معاونت وزیر امور هماهنگی و انجمن وزارت بهداشت، ۱۳۷۹، ۴۵
۱۱. صیدایی اسکندر و همکاران ۱۳۹۲. تحلیل بر وضعیت شاخص‌های بهداشتی درمانی در شهرستان‌های استان کرمانشاه، مجله علمی پژوهشی برنامه‌ریزی فضایی، سال چهارم، شماره اول.
۱۲. ضرابی، ا.، محمدی، ج.، رخشانی نسب. ا. ر. ۱۳۸۷. تجزیه و تحلیل فضایی شاخص‌های توسعه خدمات بهداشتی. فصلنامه رفاه اجتماعی است. صص ۲۱۳
۱۳. ضرابی، ا.، قدمی، م.، کنعانی، م. (۱۳۹۱)، ارزیابی سکونتگاه‌های شهری با رویکرد شهر سالم در استان مازندران، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دوازدهم، شماره ۴۷، صص ۱۳۲
۱۴. عبدالملکی، حجت‌الله و مهدوی، مهین (۱۳۹۲)، تحلیل تأثیر شاخص‌های سلامت بر توسعه منطقه‌ای در ایران؛ رهیافت اقتصادسنجی داده‌های تلفیقی، فصلنامه اخلاق زیستی، سال سوم، شماره هشتم، تابستان، صص ۱۱-۴۲
۱۵. عمادزاده، م.، سامتی، م.؛ صافی دستجردی، د. ۱۳۹۰. رابطه‌ی مخارج سلامت و رشد اقتصادی در استانهای ایران، دوماهنامه مدیریت اطلاعات سلامت، ویژه نامه‌ی اقتصاد سلامت. دوره‌ی هشتم. شماره هفتم
۱۶. فخریان، امیر، مصطفی، رضوی، محمد محسن. ۱۳۹۲. تحلیل دسترسی غیرفضایی به خدمات بهداشتی درمانی در شهر مشهد با تأکید بر شاخص‌های اقتصادی، پنجمین کنفرانس مدیریت و برنامه ریزی شهری مشهد
۱۷. قدمی، م. دیوسالار، ا. غلامیان، م. (۱۳۸۹)، بررسی تطبیقی شاخص‌های شهر سالم در مقیاس ملی و جهانی (نمونه مورد مطالعه: نقاط شهری ایران و کشورهای توسعه یافته)، مجموعه مقالات چهارمین کنگره بین‌المللی جغرافیدانان جهان اسلام، زاهدان، صص ۳
۱۸. گزارش جهانی سلامت. همکاری با یکدیگر برای سلامتی. ۲۰۰۶

quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *Quality in Health Care*. 2001: 152

37. Smith, H. K., Harper, P. R., Potts, C. N, APlanning sustainable community health schemes in rural areas of developing countries, *European Journal of Operational Research*, 2009: No. 193, pp. 768-777.

38. Tara Zupancic, Marianne Kingsley, Timothy Jason, Ronald Macfarlane .Green City: Why Nature Matters to city Health. 2015:p2, TTY: 416-392-0658, Email: publichealth@toronto.ca

39. Thanaan R, Chulaporn L, Supon L. Assessing the efficiency of hospital pharmacy services in Thai public district hospitals. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health* 2008; 753

40. Thompson, Susan. Health planning Forum, presented by premier's Council for Active Living for PIA, UNESCO (United Nations Educational, Scintific and Cultural Organization) Institute for Statistics. 2007:1

31. Laverack, G. Health. promotion practice: power and empowerment, Sage, New York. 2004: P38

32. Marotz, L. R., Health, Safety, and Nutrition for the Young Child, Cengage Learning , 2008: P66

33. Mistretta MJ. Differential effects of economic factors on specialist and family physician distribution in Illinois: a county-level analysis. *J Rural Health*, 2007; 215

34. Rogers A, Campbell S, Gask L, Sheaff R, Marshall M, Halliwell S, et al. Some national service frameworks are more equal than others: implementing clinical governance for mental health in primary care groups and trusts. *Journal of Mental Health*. 2002;11(2):199

35. Ronald G. Macfarlane, Linda P. Wood, MA, Monica E. Campbell. Healthy Toronto by Design: Promoting a healthier built environment, *Public Health* 2015;106(1)(Suppl. 1):eS5-eS8.

36. Seddon ME, Marshall MN, Campbell SM, Roland MO. Systematic review of studies of