BRIEF REPORT

Level of Development with Approach to Health Equity in Mazandaran Province

Rahelah Zafarian[1],
Ghasem Abedi[2],
Ghahraman Mahmoudi[3]

[1] MSc Student Health Services Management, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran
[2] Associate Professor, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] Hospital Management Research Center, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran

(Received June 28, 2016 ; Accepted December 26, 2016)

Abstract

Background and Purposes: Several indices are involved in determining the levels of development in a country or a region. Among them, the most important is believed to be the health equity. The purpose of this study was to assess the level of health equity in selected cities in Mazandaran province, Iran, 2014.

Materials and Methods: A descriptive-analytic research was carried out in five cities in Mazandaran province including Babolsar, Sari, Tonekabon, Amol, and Noshahr. Relevant information was obtained from the management and planning organization database and health networks in these cities. Taxonomy was used for ranking the cities.

Results: The level of development in different indices ranged as follows: mortality and birth: 0.57 in Noshahr to 0.86 in Sari, disease and accidents: 0.50 in Amol to 0.88 in Tonekanon, environmental health and work: 0.69 in Sari to 0.89 in Babolsar, family health and education: 0.26 in Sari to 0.82 in Amol, and social welfare: 0.82 in Sari to 0.96 in Tonekabon.

Conclusion: In this study none of the cities studied had an appropriate level in mortality and birth, and health and social welfare indices. Therefore, efforts should be made to facilitate services that could enhance these developing indices.

Keywords: health equity, development level, numerical taxonomy, Mazandaran

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26 (144): 336-340 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

گزارش کوتاه

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۴۴ دی سال ۱۳۹۵ (۳۴۰-۳۳۶)

سنجش سطح توسعه یافتگی شهرهای منتخب استان مازندران با رویکرد عدالت در سلامت

راحله زعفریان[۱]
قاسم عابدی[۲]
قهرمان محمودی[۳]

چکیده

سابقه و هدف: شاخص‌های مختلفی برای تعیین سطح توسعه یافتگی یک کشور یا منطقه وجود دارد. در این میان، شاخص‌های عدالت در سلامت از مهم‌ترین شاخص‌های هر کشوری به شمار می‌آیند. لذا هدف از انجام این مطالعه، سنجش سطح توسعه یافتگی شهرستان‌های منتخب استان مازندران با رویکرد عدالت در سلامت در سال ۹۳ بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر توصیفی- تحلیلی بود که جامعه آماری را شهرستان های منتخب استان (بابلسر، ساری، تنکابن، آمل، نوشهر) تشکیل دادند. به منظور گردآوری شاخص های عدالت در سلامت از بانک داده‌های سازمان مدیریت و برنامه ریزی و شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان های مذکور استفاده گردید. در این مطالعه از تکنیک تاکسونومی جهت رتبه بندی شهرستانها استفاده شده است.

یافته‌ها: درجه توسعه یافتگی در شاخص‌های مرگ و میر و تولد در شهرستان نوشهر (۰/۵۷) و در شهرستان ساری (۰/۸۶) ، شاخص‌های بیماری‌ها و حوادث در شهرستان آمل (۰/۵۰) و در شهرستان تنکابن(۰/۸۸)، شاخص‌های سلامت محیط و کار در شهرستان ساری (۰/۶۹) و در شهرستان بابلسر(۰/۸۹)، شاخص‌های سلامت خانواده و آموزش در شهرستان ساری (۰/۲۶) در شهرستان آمل(۰/۸۲) و در نهایت شاخص‌های رفاه اجتماعی از (۰/۸۲) در شهرستان ساری تا (۰/۹۶) در شهرستان تنکابن متغیر بوده است.

استنتاج: با توجه به نتایج از ۵ شهرستان مورد بررسی، هیچ کدام از شهرستان‌های منتخب به لحاظ شاخص‌های مرگ و میر و تولد، سلامت محیط وکار و رفاه اجتماعی و بهزیستی در سطح نسبتاً مطلوبی قرار ندارد.لذا اهتمام ویژه جهت تامین و جبران خدمات و امکانات اجتناب ناپذیر است.

واژه های کلیدی: عدالت در سلامت، درجه توسعه یافتگی، تاکسونومی عددی، استان مازندران

مقدمه

جهان امروز، جهانی است که در آن انسان به مرزهای بسیار والای علوم و فناوری دست یافته است. شتاب گرفتن و رونق فعالیت‌های توسعه، تغییر سبک زندگی، گسترش خطرات تهدیدکننده سلامت، حفظ و ارتقای سلامت را به عنوان محور توسعه مورد توجه قرار داده است(۲،۱). عدالت یک اصل اخلاقی است که به طور

مولف مسئول: قاسم عابدی- دانشگاه علوم پزشکی مازندران E-mail: IQ134589@yahoo.com
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران
۲. دانشیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۵/۴/۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۵/۴/۱۴ تاریخ تصویب : ۱۳۹۵/۱۰/۶

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

جدی با حقوق اساسی انسان‌ها مرتبط است(۳). وجود شواهدی برای تعیین بی‌عدالتی‌ها و عوامل ایجادکننده آن درکشور بسیار حیاتی است تا بستر لازم برای سیاست‌گذاری آگاهانه و مبتنی بر شواهد را فراهم نماید(۴). عدالت در سلامت می‌تواند شاخصی باشد تا از طریق اندازه‌گیری آن بتوان ارزیابی نمود که سیاست‌های به کار گرفته شده تا چه میزانی در توزیع منصفانه رفاه در جامعه توفیق داشته اند(۵). یکی از راه‌های سنجش بی‌عدالتی‌ها، ایجاد ابزاری جهت اندازه گیری و نشان دادن نابرابری‌ها است(۶). طبقات اجتماعی- اقتصادی برتر به لحاظ برخورداری از وضعیت بهتر، از کاربری‌های مطلوب‌تری برخوردارند(۷). در نتیجه‌گذار سلامت، دیگر شاخص‌های مرگ و میر به تنهایی نمی‌توانند وضع سلامت جوامع را به درستی منعکس نمایند(۸). وجود نابرابری و ابعاد آن از نشانه‌های مهم توسعه نیافتگی است. بنابراین با توجه به این که هدف اصلی توسعه حذف نابرابری هاست، بهترین مفهوم توسعه، رشد همراه با عدالت اجتماعی است(۹). این تحقیق بر آن بوده است تا در بهبود دیدگاه مسئولین و تلاش آن‌ها در جهت رفع نابرابری‌ها با هدف شناخت مناطق توسعه نیافته این استان به منظور انجام برنامه‌ریزی‌های منطقی برای رفع نابرابری‌ها نقش موثری ایجاد نماید.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر توصیفی- تحلیلی و شیوه جمع‌آوری اطلاعات اسنادی است. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از مدل تاکسونومی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند. هم‌چنین جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات و ترسیم نمودارها و نقشه‌ها از نرم‌افزارهای SPSS-EXCEL استفاده شده است. داده‌های مورد نیاز در ۵ گروه شاخص‌های رفاه اجتماعی و بهزیستی، سلامت خانواده و آموزش، مرگ و میر و تولد، بیماری‌ها و حوادث و سلامت محیط و کار و از طریق سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های منتخب، جمع‌آوری گردید.

با استخراج و طبقه‌بندی این داده‌ها، مراحل تحلیل تاکسونومی (تشکیل ماتریس استاندارد- تشکیل ماتریس فواصل مرکب- تعیین کوتاه‌ترین فاصله- محاسبه فاصله اطمینان- تعیین الگو یا سرمشق توسعه مناطق- رتبه‌بندی نهایی شهرها) به ترتیب بر روی آن‌ها انجام گرفت و در نهایت نتایج مدل مذکور محاسبه گردید و شهرهای استان با توجه به شاخص‌های عدالت در سلامت، در سه دسته، توسعه یافته، در حال توسعه و محروم رتبه‌بندی گردیدند.

یافته ها و بحث

بر اساس نتایج جدول شماره یک، سطح توسعه یافتگی در محور شاخص‌های مرگ و میر و تولد نشان می دهد که در مجموع هیچ یک از شهرهای منتخب در سطح توسعه بالا قرار نگرفته و ۲۰ درصد شهرستان‌های منتخب در سطح توسعه متوسط و ۸۰ درصد شهرهای منتخب در سطح توسعه محروم قرار گرفته اند. سلامت به فقدان بیماری یا فقدان شرایط ایجاد بیماری و تلاش جهت از بین بردن شرایط ایجاد بیماری اطلاق می‌گردد(۱۰). دسترسی عادلانه همه افراد جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی باعث ارتقای سطح سلامت برای انجام فعالیت‌های اجتماعی شده و باعث ایجاد فضای رشد و توسعه در جامعه می گردد. اغلب مردم بر این باورند که سلامتی یکی از اجزای اساسی کیفیت زندگی می‌باشد(۱۱).

جدول شماره ۱: وضعیت برخورداری از شاخص های عدالت در شهرستان های منتخب استان مازندران

ردیف	وضعیت توسعه	نسبتا توسعه یافته	در حال توسعه	عقب مانده
۱	شاخص رفاه اجتماعی –بهزیستی	-	-	ساری، نوشهر، بابلسر، آمل، تنکابن
۲	شاخص سلامت خانواده و آموزش	ساری، تنکابن، بابلسر	نوشهر	آمل
۳	شاخص سلامت محیط کار	-	ساری	آمل، تنکابن، بابلسر، نوشهر
۴	شاخص بیماری ها و حوادث	آمل	بابلسر، نوشهر	ساری، تنکابن
۵	شاخص مرگ و میر و تولد	-	نوشهر	بابلسر، آمل، تنکابن، ساری

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

در محور شاخص‌های بیماری‌ها و حوادث در مجموع ۲۰ درصد شهرهای منتخب درسطح توسعه بالا، ۴۰ درصد در سطح توسعه متوسط و ۴۰ درصد در سطح توسعه محروم قرارگرفته بودند. در محور شاخص‌های سلامت محیط، در مجموع هیچ یک از شهرستان‌ها، در سطح توسعه بالا قرار نگرفتند؛ ۲۰ درصد شهرستان‌های منتخب در سطح توسعه متوسط و ۸۰ درصد در سطح توسعه محروم قرار گرفتند. در صورت وجود و شیوع بیماری، توسعهٔ پایدار محقق نخواهد شد، و بدون ایجاد محیط سالم و بدون تأمین خدمات بهداشتی و درمانی، سلامتی افراد جامعه تداوم نخواهد یافت(۱۲). در محور شاخص سلامت خانواده و آموزش در مجموع ۶۰ درصد شهرستان‌های منتخب در سطح توسعه بالا ،۲۰ درصد در سطح توسعه متوسط و ۲۰ درصد در سطح توسعه محروم قرار گرفتند.

سرمایه گذاری در توسعهٔ منابع انسانی، به ویژه آموزش و سلامت، بهره وری و درآمد را به میزان قابل توجهی افزایش می دهد(۱۳). در محور شاخص رفاه اجتماعی و بهزیستی، در مجموع هیچ یک از شهرستان‌های منتخب در سطح‌های توسعه بالا و توسعه متوسط قرار نگرفتند و ۱۰۰ درصد شهرهای منتخب در سطح توسعه محروم قرار گرفته بودند. هدف تمام فرآیندهای توسعه و به خصوص توسعه منطقه ی، رفاه انسان است. این دید از توسعه، نه تنها افزایش رفاه بر حسب ارقام کلی را هدف میگیرد بلکه توزیع عادالنه‌تر آن بین نواحی مختلف و گروه‌های مردم را نیز شامل می‌شود (۱۴).

نتایج پژوهش نشان داد که شهرستان‌های منتخب از نظر برخورداری از شاخص‌های عدالت در سلامت همسان نبوده و اختلاف زیادی با یکدیگر دارند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی می‌باشد. بدین‌وسیله از راهنمایی‌های ارزنده اساتید محترم تشکر و قدردانی می گردد.

References

1. Delghoshaei B, Tabibi SJ, Pahlavan P. Providing the patrern of Human Resource Development in Iran healtheare, research magazine of medicine college, Shahid Beheshti University Medical Science and Health Service 2007; 31(4): 317-325.
2. Abedi G, Rostami F, Nikpor B. Analyzing of regression model of environmental health quality of residential in slum areas. International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health 2012; 4(2):137-143.
3. Dahiels N, Kennedy BP, Kawachi I. Why justice is good for our health: the Social determinants of health inequalities. Daedalus 1999; 128(4): 215-251.
4. Torkaman Nejad S, Nasiri Pour AA, Maleki MR, Riyahi L. Assessing Justice Measurg in Health in Iran. Management of Health and Treatiment 2012; 4(1-2): 20-31.
5. World Health Organization (WHO): (Commision on Social Determination Of Health). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
6. Perrin VA. (WHO): Social Determinants of Health. Health AFF (Millwood) 2013; 32(11): 2060.
7. HatamiNejad H, Farhoodi R, Mohammad poor Jaberi M. Analyzing Social inequalitisin

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

having civil service (case study). Human Geographical Research 2008; 65(3,65): 71-85.

8. Murray C, Salomons JA, Mathers CD, Lopez AD. Sammary Measares of Popalation Health: Concepts, Ethics, Measurement and Application. Geneva: World Health Organization (WHO); 2002.
9. Sun S, Chen J, Johannesson M, Kind P, Xu L, Zhang Y, et al. Regional differences in health status in China: Poplation health- related quality of life results from the National Health Services Survey 2008. Health Place 2011; 17(2):671-680.
10. Zangi Abadi A, Amirazodi T, Parizadi T. Spatial analysis of health service development indicators in kurdestan. Geography 2012; 10(32): 199-215.
11. Laverack G. Health promotion practice: power and empowerment. New York: Sage Pub; 2004.
12. Von Schirnding Y. Health and sustainable development: can we rise to the challenge? Lancet 2002; 360(9333): 632-637.
13. Mundle S. Financing Human Development: Some Lessons from Advanced Asian countries. World Development 1998; 26(4): 659-672.
14. PourMohamadi M, Zali N. Regional Disparities Analysis and Development Foresight (Case Study: East Azerbaijan Province). Geography and Planning 2010; 22: 29-64 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]