

تحلیل تطبیقی سطح توسعه یافتگی سکونتگاههای شهری با تأکید بر شاخص بهداشتی و درمانی (مطالعه موردی: شهرستان های استان آذربایجان غربی)

قادر احمدی*، اصغر عابدینی**، میثم ساکت حسنلونی***

تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۳/۲۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۸/۵/۲۶

چکیده

امروزه به دلیل افزایش جمعیت، گسترش روزافزون شهرنشینی و افزایش سطح پیچیدگی نیازهای بشری، ضروری است توزیع امکانات شهری جهت بهره‌مندی شهروندان از نیازهای اقتصادی، اجتماعی، زیست‌محیطی و... بصورت عادلانه و هماهنگ صورت گیرد تا شرایط متناسب و متعادل برای زندگی سالم همه افراد جامعه فراهم گردد. توسعه پایدار شهری، برقراری حالت توازن، تعادل و یکپارچگی در میان پراکنش جمعیت و توزیع خدمات و تسهیلات شهری در ابعاد مختلف توسعه است که هدف اصلی آن تامین رفاه و آسایش و ارتقاء و بهبود سطح کمی و کیفی زندگی انسان است. عدم تعادل در ساختار فضایی-کالبدی مناطق یکی از رویدادهای اساسی کشورهای در حال توسعه محسوب می‌گردد. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف کاربردی و ماهیت توصیفی-تحلیلی و با بهره‌گیری از تکنیک‌های توسعه‌یافتگی موريس (Morris) و شاخص ترکیبی توسعه انسانی (HDI)، سعی در سنجش سطح توسعه‌یافتگی شهرستان‌های استان آذربایجان غربی بر اساس میزان برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی (تعداد ۱۷ متغیر) و ارائه پیشنهاداتی جهت کاهش نابرابری‌ها و شکاف‌های موجود در منطقه می‌باشد. شیوه گردآوری اطلاعات از مطالعات اسنادی-کتابخانه‌ای و با استفاده از داده‌های سالنامه آماری و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۹۶ و سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ اتخاذ گردیده است. نتایج حاصل از پژوهش نشان‌دهنده عدم تجانس و ناهماهنگی در سطح توسعه‌یافتگی و نحوه توزیع متعادل امکانات و تسهیلات بهداشتی و درمانی بر اساس فاکتور جمعیت در برخی از شهرستان‌ها می‌باشد. یافته‌های پژوهش بیانگر این است که شهرستان ارومیه در میان سایر شهرستان‌ها بالاترین سطح توسعه‌یافتگی را به خود اختصاص داده است. همچنین شهرستان‌های خوی، میاندوآب، مهاباد، بوکان، سلماس، سردشت و نقده در رده‌های بعدی توسعه قرار دارند. شهرستان چابهاره نیز در پایین‌ترین سطح توسعه استان جای گرفته است. در نهایت جهت افزایش سطح تعادل و حذف نابرابری‌های توسعه‌یافتگی به ارائه پیشنهاداتی پرداخته می‌شود.

واژگان کلیدی

توسعه‌یافتگی، بهداشت و درمان، آذربایجان غربی، شهرستان، موريس، شاخص توسعه انسانی

saketmeysam@gmail.com

* استادیار گروه شهرسازی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

** استادیار گروه شهرسازی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

*** دانشجوی کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

بیان مسئله

برای اولین بار در تاریخ بشر، در سال ۲۰۰۷ سهم جمعیت شهرنشین دنیا از مرز ۵۰ درصد کل جمعیت جهان فراتر رفت (آنامرادنژاد، ۱۳۸۸: ۶۷) و تا سال ۲۰۳۰ بیش از ۲ میلیارد نفر نیز به این رقم اضافه خواهد شد (Pietro et al, 2005: 11). مفهوم کلی توسعه، به معنای ارتقای سطح مادی و معنوی جامعه انسانی و ایجاد شرایط مناسب برای زندگی سالم تمامی افراد جامعه می‌باشد (امینی و همکاران، ۱۳۸۵). توسعه متعادل و هماهنگ مناطق، یک پیش نیاز بسیار مهم برای حصول پایداری اقتصادی و پیشرفت یکپارچه کشورها به شمار می‌رود (شیخ بگلو و همکاران، ۱۳۹۱). این امر یکی از دغدغه‌های مهم به ویژه در کشورهای در حال توسعه، رسیدن به سطح قابل قبولی از توسعه در ابعاد مختلف برای تمام مناطق می‌باشد (رضوانی و احمدی، ۱۳۸۸). عدم توازن در جریان توسعه بین مناطق مختلف موجب ایجاد شکاف و تشدید نابرابری منطقه‌ای می‌شود که خود مانعی در مسیر است (موحد و همکاران، ۱۳۹۰: ۴۴). دسترسی مطلوب مردم به امکانات و خدمات بهداشتی-درمانی، از شاخص‌های مهم افزایش کیفیت زندگی و پایداری توسعه در جوامع انسانی محسوب می‌گردد. بهبود وضعیت سلامت شهروندان در هر شهر و یا منطقه، یکی از دلایل و نشانه‌های ارتقاء و توسعه انسانی به شمار می‌رود. در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، تامین سلامت به عنوان یکی از حقوق اساسی ملت شناخته شده و دولت موظف است که تمهیدات لازم را برای بهداشت شهروندان به وجود آورد (محمدی و همکاران، ۱۳۹۱). از آنجایی که سلامت روح و جسم انسان‌ها به عنوان یکی از معیارهای مهم توسعه یافتگی کشورها و مناطق محسوب می‌شود، میزان برخورداری یا دسترسی به این خدمات و توزیع بهینه آنها در سطح کشور و منطقه از ارزش و اهمیت زیادی برخوردار است (تقوایی و شاهپوندی، ۱۳۸۹: ۳۵). بنابراین دسترسی به خدمات بهداشت درمانی پیش زمینه ایجاد عدالت و ایجاد فرصت‌های برابر در شهر می‌شود (Guliford & Moragan, 2003: 23). وجود نابرابری در توزیع عملکردها، خدمات و شاخص‌های توسعه شهری، ضرورت برنامه‌ریزی، تاکید و توجه عطف برنامه‌ریزان جهت ساماندهی و ارتقای سطح کمی و کیفی هر یک از تسهیلات شهری را مطرح نموده است. لذا بررسی و تحلیل عملکردهای شهری و سطوح خدمات آنها بایستی در مقدمه برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های حوزه شهری شناسایی و ارائه شود. ارزیابی درجه توسعه یافتگی هر یک از شهرها در ابعاد مختلف می‌تواند چارچوب و اولویت طرح‌های توسعه شهری را برای مسئولان، مدیران و برنامه‌ریزان شهری روشن سازد تا میزان ارائه خدمات و امکانات به مرور زمان و مطابق با نیاز جامعه بهبود یابد. ویژگی بهداشت و سلامت شهروندان جوامع از معیارهای مهم و تاثیرگذار در توسعه همه‌جانبه شهرها به حساب می‌آید. در همین راستا، در پژوهش حاضر در راستای بررسی میزان نابرابری فضایی توسعه یافتگی، به ارزیابی سطح بهره‌مندی هر یک از شهرستان‌های استان آذربایجان غربی از منظر تسهیلات بهداشتی-درمانی پرداخته شده است و بر اساس نیاز جوامع به برخی از راهکارهای توسعه با هدف ارتقا و بهبود خدمات بهداشتی-درمانی اشاره گردیده است. بدیهی است نتایج و راهکارهای حاصل از این تحقیق می‌تواند برنامه‌ریزان را جهت افزایش سطح بازدهی طرح‌های توسعه شهری و همچنین پیاده‌سازی برنامه‌های اصولی و هدفمند با هدف توسعه یکپارچه، متعادل و متوازن در سطح مناطق استان ارشاد نماید.

اهمیت و ضرورت تحقیق

توسعه پدیده جدیدی نیست، بلکه با انسان زاده می‌شود و همراه با تکامل زندگی اجتماعی انسان رشد کرده و هرگز از آن جدا نبوده است (ضرابی و تبریزی، ۱۳۹۰: ۶۴). با افزایش روزافزون جمعیت و تجمع سرمایه همواره توسعه متعادل و همه‌جانبه در کانون‌های مختلف زیستی از نکات برجسته و مهم برنامه‌ریزان بوده و ایجاد عدالت اجتماعی-فضایی و دید آمایشی نسبت به محیط و فراهم کردن زندگی مناسب و باکیفیت خواسته ساکنان و هدف تصمیم‌گیران و تصمیم‌سازان بوده است. از مهمترین مهمترین پیامدهای رشد شتابان شهرنشینی و توسعه فیزیکی شهرهای کشور در دهه‌های اخیر از هم پاشیدگی نظام توزیع مراکز خدماتی شهر بوده که زمینه‌ساز نابرابری اجتماعی شهروندان در برخورداری از این خدمات شده است (حاتمی‌نژاد، ۱۳۸۷: ۷۱). شهرها به دلیل افزایش جمعیت شهرنشینی که از اساسی‌ترین جنبه‌های تغییر جهانی است رشد و توسعه گسترده خود را فراهم آورده است (Liu et al, 2007: 21 & Qadeer, 2004: 29)، لذا امروزه یکی از مشکلات اساسی توسعه فضایی و ناحیه‌ای، گسیختگی سازمان فضایی و عدم سلسله مراتب مبتنی بر رابطه‌ی تعاملی میان سکونتگاهها است. در این راستا تعیین و تشکیل سلسله مراتبی از سکونتگاهها که بتواند چارچوب موثری برای توزیع جمعیت، فعالیت‌ها، خدمات و کارکردها در سطوح مختلف شهری باشد، ضروری است. بنابراین بکارگیری معیارها و روش‌های کمی، جهت سطح‌بندی سکونتگاهها در سیستم فضایی مناطق نه تنها موجب شناخت تفاوت میان نواحی شهری می‌گردد، بلکه این سطح‌بندی معیاری برای تعیین مرکزیت، همچنین تعیین انواع خدمات مورد نیاز و تعدیل نابرابری میان سکونتگاهها است (حکمت‌نیا و موسوی، ۱۳۸۵: ۲۰۹). یکی از عواملی که در توسعه منطقه‌ای مورد توجه می‌باشد، توسعه بهداشتی-درمانی به صورت متعادل در همه سطوح فضایی است. در واقع با وجود پیشرفت‌های اقتصادی و دستاوردهای بزرگ

محققان در زمینه بهداشت و درمان در قرن گذشته، شاهد شکاف‌های مشخص و واضحی در میزان توسعه‌یافتگی بهداشت و درمان میان مناطق و کشورها، و عدم تعادل و نابرابری در میزان توسعه امکانات بهداشتی-درمانی هستیم (kawachi et al, 2002). که این ویژگی در میان کشورهای جهان سوم بیشتر بوده است و شاخص‌های بهداشت و درمان مانند سایر شاخص‌های توسعه به صورت متوازن توزیع نشده است (رعدآبادی و همکاران، ۱۳۹۴). شکاف در بهره‌مندی از شاخص‌های سلامت، می‌تواند در بین کشورها، مناطق مختلف یک کشور و حتی یک استان مشاهده شود. وجود توسعه متوازن در ابعاد توسعه‌ای (مانند توسعه فرهنگی، توسعه اقتصادی و...) و مکان‌های جغرافیایی مختلف ضروری است. برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران باید تلاش خود را معطوف به یافتن چرایی فاصله‌ها و شکاف‌های توسعه‌ای و پاسخگویی به آن‌ها نمایند (برک‌پور، ۱۳۸۳). بر این اساس، تعیین سطح توسعه‌یافتگی، روش مناسبی برای مشخص نمودن اهمیت و درجه توسعه مناطق است که اختلافات توسعه در شهرها و مناطق را در ابعاد مختلف مشخص می‌نماید. با این اقدام، وضعیت هر یک از مناطق نسبت به یکدیگر از لحاظ روند توسعه و سطح شکل‌گیری تعادل میان آنها مشخص می‌شود و مناطق دارای نابرابری و عدم توسعه‌یافتگی متعادل مستعد جلب توجه بیشتر و در اولویت توسعه قرار می‌گیرند تا زمینه‌های تحقق عدالت در حوزه توزیع خدمات و تسهیلات بهداشتی-درمانی فراهم گردد.

سوابق تحقیق

در زمینه تعیین سطح توسعه‌یافتگی مناطق و ارزیابی میزان نابرابری بین آن‌ها در برخورداری از شاخص‌های توسعه شهری مطالعات گسترده‌ای صورت گرفته که به مواردی اشاره می‌شود.

جدول ۱: مطالعات مرتبط با پیشینه تحقیق

ردیف	پژوهشگر	عنوان	نتایج
۱	Miron et al, 2009	"شاخص‌های رشد اقتصاد منطقه‌ای در رومانی"	در این پژوهش بر پایه ۹ شاخص توسعه و با استفاده از روش تحلیل عاملی، شاخص ترکیبی برای ۸ منطقه کشور رومانی تهیه گردیده و نهایتاً با استفاده از نتایج پژوهش به سطح‌بندی این مناطق پرداخته شده است.
۲	Wilson et al, 2007	"مقایسه شاخص‌های توسعه پایدار"	در این پژوهش روابط شش شاخص ترکیبی جای‌پای بوم‌شناختی (EF)، مازاد توان تولید طبیعی (SB)، شاخص پایداری محیط زیست (ESI)، شاخص رفاه اقتصادی (WI)، شاخص توسعه انسانی (HDI) و تولید ناخالص داخلی (GDP)، در میان ۱۳۲ کشور جهان مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که به دلیل استفاده از مبانی تئوریک متفاوت و همچنین کاربرد متغیرهای فرعی مختلف در هر یک از روش‌ها، رتبه‌ها و سطوح متفاوتی برای کشورها تعیین می‌گردد.
۳	حاتمی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۱)	"بررسی و تحلیل عدالت فضایی برخورداری از خدمات بهداشتی-درمانی با استفاده از مدل‌های تاپسیس، موریس و تاکسونومی"	پژوهش حاضر شهرستان‌های استان مازندران را بر اساس برخورداری از خدمات بهداشتی-درمانی به ویژه در رابطه با میزان جمعیت هر یک از شهرستان‌های استان مورد بررسی قرار داده است. نتایج حاصل بیانگر وجود نوعی بی‌نظمی در پراکنش مراکز بهداشتی-درمانی می‌باشد، که در نهایت پیشنهاداتی در راستای تحقق عدالت فضایی در برخورداری از خدمات بهداشتی-درمانی در سطح استان ارائه گردیده است.
۴	سرائی و کمائی-زاده (۱۳۹۲)	"تعیین درجه توسعه-یافتگی شهرستان‌های استان یزد از لحاظ دسترسی به مراکز بهداشتی و درمانی با استفاده از مدل موریس"	هدف این پژوهش ارزیابی عمیق تفاوت میان شهرستان‌های استان یزد به جهت دسترسی به مراکز بهداشتی-درمانی و تعیین سطح توسعه‌یافتگی آن‌ها است. نتایج حاصل از پژوهش نشانگر عدم توزیع متعادل امکانات و خدمات شهری است. در ادامه به رتبه‌بندی هر یک از شهرستان‌ها در زمینه سطح تخصیص خدمات پرداخته شده است که شهرستان یزد مطلوب‌ترین و خاتم نامطلوب‌ترین وضعیت را به خود اختصاص داده‌اند.

پژوهش حاضر به منظور تعیین سطح توسعه‌یافتگی استان‌های کشور ایران و رتبه‌بندی آن‌ها و با هدف هدایت برنامه‌ریزان و سیاست‌مداران جهت تعیین اولویت سرمایه‌گذاری در سطح استان‌ها بر اساس شاخص‌هایی از حوزه اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی انجام گرفته است. بر اساس این سطح‌بندی، استان‌های کهگیلویه و بویراحمد، تهران و سمنان به ترتیب در رتبه‌های اول تا سوم و استان‌های کردستان، سیستان و بلوچستان و همدان به ترتیب در رتبه‌های آخر قرار گرفتند.	"سنجش سطح توسعه- یافتگی استان‌های کشور ایران با رویکرد تحلیل عاملی" پوراصغر و همکاران (۱۳۹۱) ۵
هدف اصلی پژوهش حاضر، سنجش شاخص‌های توسعه انسانی در سطح شهرستان‌های استان ایلام است. پس از بهره‌گیری از مطالعات سوابق و آرای خبرگان به رتبه‌بندی شاخص‌های منتخب بر اساس مدل‌های تاپسیس، ویکور، وزن‌دهی ساده، تاکسونومی و AHP-FUZZY پرداخته شد. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که شهرستان ایلام دارای بیشترین امتیاز و شهرستان‌های دهلران، چرداول و... کمترین امتیاز را داشته‌اند.	"سنجش وضعیت شاخص‌های توسعه‌یافتگی در شهرستان‌های استان ایلام" امان‌پور و همکاران (۱۳۹۴) ۶
در پژوهش حاضر بر اساس تعداد ۱۷ شاخص از ابعاد بهداشتی-درمانی، فرهنگی-اجتماعی، گردشگری، مذهبی و زیرساختی و با استفاده از تکنیک تاپسیس به رتبه‌بندی شهرستان‌های استان کرمانشاه پرداخته شده است. نتایج تحقیق نشان-دهنده شکاف زیاد بین شهرستان‌های استان و توسعه نامتوازن با توجه به شاخص‌های مورد استفاده است. بر این اساس شهرستان قصرشیرین مناسب‌ترین و شهرستان‌های سنقر، جوانرود، گیلانغرب، ثلاث و باباجانی، هرسین، سرپل ذهاب، کنگاور، اسلام‌آباد غرب و دالاهو نامناسب‌ترین سطح توسعه را در این میان داشته است.	"تحلیل توسعه‌یافتگی شهرستان‌های استان کرمانشاه" پورمحمدی و همکاران (۱۳۹۱) ۷
هدف پژوهش حاضر بررسی وضعیت توسعه‌یافتگی و تحلیل نابرابری‌های منطقه-ای با استفاده از دو مدل تحلیل عاملی و تحلیل خوشه‌ای بین دو استان همدان و مرکزی است. نتایج نشان می‌دهد بر اساس بررسی سه مولفه اقتصادی، اجتماعی-فرهنگی و زیست محیطی، استان مرکزی توسعه‌یافته‌تر از استان همدان بوده است. و به طور کلی شهرستان‌هایی با اقتصادی مبتنی بر صنعت و خدمات توسعه‌یافته‌تر از شهرستان‌هایی با ماهیت کشاورزی هستند.	زبردست و حق- روستا (۱۳۹۳) "تحلیل تطبیقی نابرابری- های منطقه‌ای بین استان‌های هم‌جوار" ۸

ماخذ: مطالعات نگارندگان

مفاهیم نظری

امروزه بیش از نیمی از مردم جهان در شهرها زندگی می‌کنند، و از طرفی دیگر شهرها به عنوان کانون‌های توسعه اجتماعی، اقتصادی و فضایی به شمار می‌روند. پس مظاهر اصلی رشد و توسعه در جنبه‌های مختلف زندگی و نتایج مثبت و منفی آن عمدتاً در شهرها اتفاق می‌افتد. طبق گزارش سازمان ملل در سال ۱۹۰۰ میلادی تنها ۱۰ درصد از جمعیت جهان در شهرها زندگی می‌کردند، که این میزان در سال ۲۰۰۷ به ۵۰ درصد رسید (Oliver, 2008: 21) و پیش‌بینی می‌گردد تا سال ۲۰۵۰ تعداد ۷ میلیارد نفر (۷۵ درصد) از جمعیت جهان در شهرها زندگی خواهند کرد (Uwe, 2008: 1). با بروز انقلاب صنعتی و دگرگونی‌های عمیق در ارکان سازمان اجتماعی-اقتصادی جوامع، مسائل و مشکلات بی‌سابقه و نوظهوری در شهرها به وجود آمد که به طور عمده ناشی از بیش‌ی گرفتن رشد صنعت و تکنولوژی بر فرهنگ برنامه‌ریزی و شهرسازی متناسب با شرایط جدید بوده است. در این زمان و همچنین پس از قرن بیستم رویکردهای متعدد شهری و طرح‌ها و الگوهای مختلفی برای ساماندهی فضایی شهرها ارائه می‌شود (ملکی، ۱۳۹۰: ۲۲). مقوله "نظریه توسعه پایدار شهری" یکی از مهمترین دیدگاهها در این حوزه است که در کنفرانس سران در سال ۱۹۹۲ برای پارادایم توسعه مطرح شده است. شهرها مناسب‌ترین مکان‌هایی هستند که مسائل و

مشکلات اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی در آن‌ها پدید می‌آید (Connelly, 2007: 259). شهر تنها سیستم هوشمند تاثیرگذار بر شرایط و مشخصه‌های زیست‌محیطی زمین و بزرگترین بستر اجتماعات انسانی است. شهر جایگاهی است که بهترین نمایش را از نحوه بلوغ و پیشرفت بشر (تمدن)، شیوه مناسبات و تفکرات او در مورد اداره امور خود، راههای دستیابی به رفاه و نحوه مواجهه با محیط پیرامون را بدست می‌دهد (Watson, 2009: 153). توسعه از نظر لغوی به معنی فراخی و وسعت است و در فرهنگ و بستر به فرآیند رشد، افتراق و تطور طبیعی یک نظام طی تحولاتی متوالی از حالتی ناقص به وضعیتی کامل‌تر تعریف شده است (ملکی ۱۳۹۰: ۳۶). توسعه به منزله تغییر بنیادی در متغیرهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هر جامعه محسوب می‌گردد و تحقق آن مستلزم ایجاد هماهنگی میان ابعاد گوناگون است (تقوایی و صبوری، ۱۳۹۱: ۵۴). توسعه پایدار شهری با مفاهیم پایداری شهری رابطه تنگاتنگی دارد. برای دستیابی به توسعه پایدار شهری می‌باید ملاحظات اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و زیست‌محیطی را در برنامه‌ریزی شهری در نظر گرفت. همچنین توسعه پایدار شهری خود نوعی آینده‌پژوهی و آینده‌نگری برای شهر تلقی می‌گردد (مرصوصی و همکاران، ۱۳۹۰: ۵۹).

جدول ۲: اهداف توسعه پایدار شهری

اقتصادی	اجتماعی	زیست‌محیطی	حکمرانی و برنامه‌ریزی خوب
بهره‌وری اقتصادی، توسعه	عدالت، انصاف، امنیت انسانی،	پیشگیری و کاهش تغییرات آب و هوا،	برنامه‌ریزی یکپارچه، جامع و
اقتصادی محلی، بهره‌وری	ایمنی و سلامت، توسعه	جلوگیری از آلودگی هوا، سر و صدا و	فراگیر، قیمت‌گذاری کارا و موثر
منابع، استطاعت مالی، بازده	ارتباطات، حفظ میراث	آب، حفاظت از منابع غیر قابل تجدید،	
عملیاتی	فرهنگی	حفظ فضای باز، حفاظت از تنوع زیستی	

ماخذ: (Litman, 2013: 8)

بنابراین توسعه شهری در صورتی پایدار خواهد بود که کیفیت بالایی از زندگی را برای تمام ساکنانش ارائه دهد و آنان بتوانند از راحتی و آسایش اجتماعی و فرهنگی کاملی برخوردار شوند (مرصوصی و همکاران، ۱۳۹۰: ۶۶). با توجه به مسائل و مشکلاتی که شهرها دارند باید به ابعاد و اصول توسعه پایدار شهری توجه نمود و برای رسیدن به توسعه پایدار انسانی، شهر پایدار و پایداری شهر، باید خصوصیات را که یک شهر سالم لازم است داشته باشد، مدنظر قرار داد (شکوفه، ۱۳۸۶: ۳۴). امروزه مقوله توسعه دغدغه خاطر بسیاری از کشورهاست. به عبارت دیگر، توسعه چیزی جز رضایت بخش‌تر کردن وضعیت زندگی مردم نیست. بسیاری از نظریه پردازان توسعه، بر کاهش نابرابری‌های موجود و رفع دوگانگی‌ها به عنوان یکی از اهداف اساسی تأکید دارند. نبود توازن در جریان توسعه بین مناطق گوناگون موجب ایجاد شکاف و تسریع نابرابری منطقه‌ای می‌شود که خود مانعی در مسیر توسعه است (ضرابی و تبریزی، ۱۳۹۰: ۳). نابرابری‌های توسعه‌ای که به دلایل تاریخی، طبیعی، دموگرافی، اجتماعی، اقتصادی و... ایجاد می‌شود، رشد ناهمگون و نامتعادل میان نواحی را به دنبال دارد (زیاری، ۱۳۸۹: ۸۱). وجود نابرابری‌های ناحیه‌ای در ایران سبب شده که شکاف توسعه بین نواحی توسعه یافته و محروم روز به روز بیشتر شود و عدالت اقتصادی و اجتماعی مفهوم خود را از دست بدهد (حسین‌زاده دلیر، ۱۳۹۲: ۹۰). از طرفی شناسایی تفاوت‌های منطقه‌ای از منظر توسعه پایدار با استفاده از مجموعه‌ای از شاخص‌های اقتصادی، اجتماعی و محیط‌زیستی در ایران همواره مورد توجه برنامه‌ریزان در ایران بوده و به همین دلیل در خلال سال‌های گذشته تلاش‌ها و مطالعاتی برای اندازه‌گیری سطح توسعه در استان‌های مختلف انجام شده است (موسسه مطالعات و پژوهش‌های بازرگانی ایران، ۱۳۸۶: ۳۹). مسئله دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی، هم در کشورهای در حال توسعه و هم توسعه‌یافته موضوع قابل تاملی است. بنابر بررسی‌ها، در کشورهای فقیر اسلامی، مانند مالی و سنگال، هر ۱۵ تا ۲۰ هزار نفر به بیش از یک پزشک دسترسی ندارند (احمدیان، ۱۳۸۵: ۵۶). یا در کشورهای توسعه‌یافته، نابرابری در برخورداری از امکانات بهداشتی درمانی در شهرهای مهمی همچون لندن، واشنگتن و... نیز به چشم می‌خورد. در این شهرها، هنوز تبعیض‌های بهداشتی سبب مرگ و میرهای دردناکی می‌شود (پاک، ۱۳۸۳: ۱۷۶). بنابراین، مکانیابی کاربری‌های بهداشتی درمانی در نقاط شهری، باید به صورتی باشد که همگان به راحتی به آنها دسترسی داشته باشند (رضویان، ۱۳۸۱: ۱۵۳). بر همین اساس، برنامه‌ریزی شهری به طور اعم و برنامه‌ریزی توسعه پایدار شهرها به طور اخص، در پی نظم بخشیدن به فضاهای شهری، از لحاظ دسترسی به امکانات و خدمات شهری و توزیع مناسب کاربری‌های مختلف شهری است (نسترن و همکاران، ۱۳۸۹: ۸۴).

معرفی محدوده مورد مطالعه

استان آذربایجان غربی با وسعتی برابر با ۳۷۴۱۱ کیلومتر مربع، ۲۰۳ درصد از مساحت کل کشور را به خود اختصاص داده است. این استان بین ۴۴ درجه و ۳ دقیقه تا ۴۷ درجه و ۲۴ دقیقه طول شرقی و ۳۶ درجه و ۵ دقیقه تا ۳۹ درجه و ۴۶ دقیقه عرض شمالی، در شمال غرب کشور ایران واقع شده است که از شمال به جمهوری خودمختار نخجوان، از جنوب به استان کردستان، از غرب به کشورهای ترکیه و عراق و از شرق به استان آذربایجان شرقی محدود می شود. جمعیت استان آذربایجان غربی طبق سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ برابر با ۳۲۶۵۲۱۹ نفر می باشد که سهم جمعیتی آن در کشور در سال ۱۳۹۵ به ۴۰۹ درصد رسیده است. مرکز استان آذربایجان غربی شهرستان ارومیه می باشد که در کناره شرقی آن دریاچه ارومیه واقع شده است. جمعیت شهرستان و شهر ارومیه در سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ به ترتیب ۱۰۴۰۵۶۵ و ۷۵۰۸۰۵ نفر می باشد (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). مجموع طول خطوط مرزی استان با کشورهای همجوار ۹۶۷ کیلومتر است که بیشترین مرز از طرف شمال و غرب حدود ۵۶۶ کیلومتر مرز خاکی با کشور ترکیه و کمترین آن از طرف شمال حدود ۱۴۹ کیلومتر مرز آبی رودخانه ارس با جمهوری خودمختار نخجوان می باشد. همچنین این استان از طرف غرب حدود ۲۵۲ کیلومتر مرز خاکی با کشور عراق دارد که در مجموع خطوط مرزی خشکی استان با کشورهای همجوار حدود ۱۶ درصد خطوط مرزی خشکی کشور را شامل می شود. استان آذربایجان غربی یکی از مناطق کوهستانی کشور با توپوگرافی خاص می باشد که پوشش های متنوع گیاهی در جنگل ها و مراتع سرسبز خودنمایی می کنند. این استان به دلیل اهمیت آن از لحاظ عواملی مانند منابع و پتانسیل های ویژه طبیعی و موقعیت خاص جغرافیایی از مناطقی محسوب می گردد که مقوله توسعه انسانی در آن امری ضروری تلقی می شود و پرداختن به مسئله کاهش تدریجی نابرابری منطقه ای و توزیع عادلانه خدمات و تسهیلات شهری در این منطقه را اجتناب ناپذیر کرده است. در ادامه بیشتر به شناخت محدوده مورد مطالعه پرداخته می شود.

جدول ۳: تقسیمات سیاسی استان آذربایجان غربی

سطوح تقسیمات	شهرستان	شهر	بخش	دهستان	آبادی (بالای ۲۰ خانوار)
تعداد	۱۷	۴۲	۴۰	۱۱۳	۲۱۹۶

ماخذ: سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان آذربایجان غربی، ۱۳۹۵

جدول ۴: مشخصات جمعیتی استان آذربایجان غربی

وضع (سال ۱۳۹۵)	جمعیت کل (نفر)	نسبت شهرنشینی (درصد)	نسبت جمعیت استان در کشور (درصد)	نرخ رشد (درصد)	متوسط رشد سالانه (درصد)	خانوار کل (تعداد)	بعد خانوار (نفر)
تعداد	۳۲۶۵۲۱۹	۶۵/۴	۴/۰۹	۱/۱۷	۱/۲	۹۳۵۹۵۶	۳/۵

ماخذ: سرشماری عمومی نفوس و مسکن، مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵

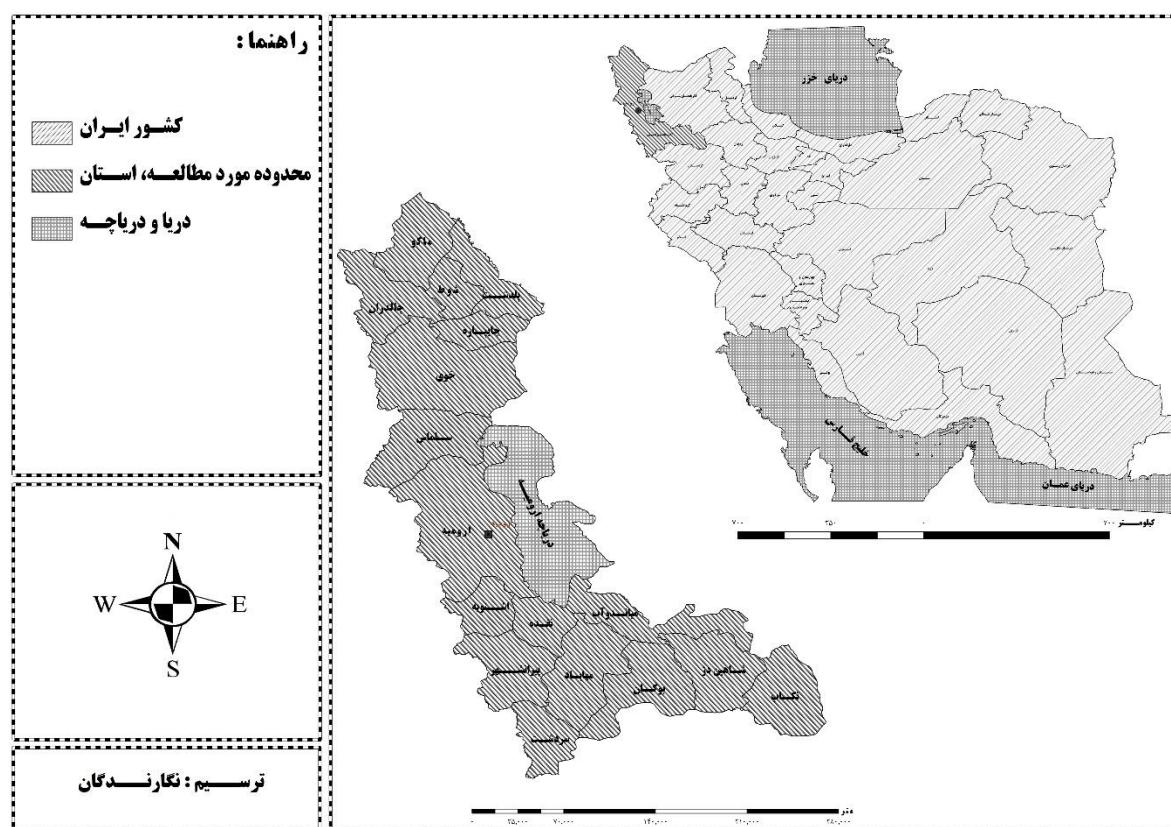
جدول ۵: اطلاعات جمعیتی مناطق مورد مطالعه

ردیف	شرح	جمعیت کل (نفر)	جمعیت شهر (نفر)	تعداد خانوار	بعد خانوار (نفر)	نرخ رشد (درصد)	نرخ باسوادی (درصد)
۱	ارومیه	۱۰۴۰۵۶۵	۷۵۰۸۰۵	۲۲۹۲۰۱	۳/۲۸	۲	۸۸/۸
۲	اشنویه	۷۳۸۸۶	۴۲۷۷۴	۱۱۴۴۵	۳/۷۴	۴	۷۹/۸
۳	بوکان	۲۵۱۴۰۹	۱۹۴۸۴۶	۵۷۳۱۳	۳/۴	۲/۶	۸۲/۴
۴	پلدشت	۴۲۱۷۰	۱۴۱۳۹	۴۲۰۶	۳/۳۶	۲/۹	۸۸/۹
۵	پیرانشهر	۱۳۸۸۶۴	۹۵۷۱۶	۲۴۵۴۱	۳/۹	۵/۸	۷۹/۷
۶	تکاب	۸۰۵۵۶	۴۹۶۷۷	۱۴۳۶۹	۳/۴۶	۲/۴	۸۰/۲

۷	چالدران	۴۵۰۶۰	۱۹۴۶۷	۵۰۹۴	۳/۸۲	۲/۴	۸۲/۹
۸	چاپاره	۴۷۲۹۲	۲۶۷۶۷	۷۸۱۹	۳/۴۲	۲/۴	۸۶/۸
۹	خوی	۳۴۸۶۶۴	۲۲۵۹۳۱	۶۷۴۸۴	۳/۳۵	-۰/۲	۸۶/۹
۱۰	سردشت	۱۱۸۸۴۹	۶۸۱۶۲	۱۸۱۳۱	۳/۷۶	۱/۹	۸۲/۵
۱۱	سلماس	۱۹۶۵۴۶	۱۰۱۴۴۰	۲۹۵۰۰	۳/۴۴	۱	۸۷/۷
۱۲	شاهین‌دژ	۹۲۴۵۶	۵۴۱۳۵	۱۶۲۰۹	۳/۳۴	۲/۴	۸۲/۵
۱۳	شوط	۵۵۶۸۲	۲۷۶۷۵	۷۸۶۱	۳/۵۵	۳/۸	۸۰/۵
۱۴	ماکو	۹۴۷۵۱	۵۶۵۶۰	۱۶۹۸۳	۳/۸۱	۱/۷	۸۹/۵
۱۵	مهاباد	۲۳۶۸۴۹	۱۶۹۱۴۲	۴۸۰۹۳	۳/۵۲	۲/۷	۸۵/۴
۱۶	میاندوآب	۲۷۳۹۴۹	۱۴۸۰۵۶	۴۵۵۹۷	۳/۲۵	۱/۸	۸۷/۸
۱۷	نقده	۱۲۷۶۷۱	۹۰۹۱۱	۲۷۲۵۷	۳/۳۴	۱/۶	۸۶

ماخذ: سرشماری عمومی نفوس و مسکن، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان آذربایجان غربی، ۱۳۹۵

نقشه ۱: موقعیت استان آذربایجان غربی و شهرستان‌های مورد مطالعه



ماخذ: نگارندگان

روش‌شناسی تحقیق

ایجاد توسعه متعادل در مناطق مختلف جغرافیایی از اهداف مهم در برنامه‌ریزی شهری و منطقه‌ای محسوب می‌گردد، که لازمه دستیابی به این هدف، مطالعه و شناخت دقیق هر یک از محدوده‌ها با پتانسیل‌های منحصر بفرد خود در بین شاخص‌های مختلف توسعه شهری می‌باشد. رویکرد حاکم بر پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی بوده، و از لحاظ ماهیت و روش توصیفی-

تحلیلی می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل هر یک از شهرستان های استان آذربایجان غربی می باشد. در بخش ادبیات تحقیق، به منظور گردآوری اطلاعات و مبانی تئوریک تحقیق، از روش مطالعات کتابخانه ای و اسنادی مرتبط با حوزه موضوع پژوهش بهره گرفته شده است. همچنین جمع آوری اطلاعات و آمار مورد نیاز در ارتباط با خدمات بهداشتی درمانی در سطح شهرستان های استان آذربایجان غربی، مبتنی بر داده های سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ و نتایج سالنامه آماری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۹۶ بوده است. در این پژوهش به منظور سنجش سطح توسعه یافتگی، از ۱۷ متغیر در قالب شاخص بهداشتی درمانی بهره منده گردیده و در ادامه جهت رتبه بندی و تعیین ضریب سطح توسعه مناطق از تکنیک های شاخص ترکیبی توسعه انسانی (HDI) و موریس (MORRIS) استفاده شده است. در نهایت، با استفاده از نرم افزارهای SPSS، Excel و Arc GIS به تجزیه و تحلیل داده ها و پیاده کردن نتایج پژوهش بر روی نقشه پرداخته شده است. شاخص های مورد بررسی در این پژوهش جهت سنجش درجه توسعه یافتگی شهرستان های استان از لحاظ برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی به شرح زیر تعیین شده است: (۱) تعداد بیمارستان {دولتی و غیردولتی} {۲} تعداد پزشک {شامل پزشکان عمومی، متخصص و فوق تخصص} {۳} تعداد دندانپزشک {۴} تعداد داروساز {۵} تعداد پیراپزشک {شامل پرستاران، پرستاران حرفه ای، کاردان یا تکنیسین اتاق عمل، کاردان یا تکنیسین بیهوشی، بهیار، ماما، بهورز و سایر پیراپزشکان} {۶} تعداد دامپزشکان {شامل بخش دولتی و غیردولتی بر حسب عنوان شغلی} {۷} تعداد تخت فعال بیمارستانی {شامل بخش های روانی، سوختگی، مراقبت های ویژه یا آی سی یو، مراقبت بیماران قلبی یا آی سی یو، مراقبت های نوزادان یا آی سی یو و سایر بخش ها} {۸} تعداد تخت ثابت {بخش دولتی و غیردولتی} {۹} تعداد داروخانه ها {۱۰} تعداد پایگاه های بهداشت {۱۱} تعداد خانه های بهداشت {۱۲} تعداد مراکز توبیخشی {۱۳} تعداد پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی {۱۱۵} {شامل شهری و جاده ای} {۱۴} تعداد آزمایشگاه های تشخیص طبی {۱۵} تعداد موسسات و مراکز تشخیصی، درمانی و هسته ای {۱۶} تعداد مراکز بهداشتی-درمانی {۱۷} تعداد واحدهای مرتبط با تسهیلات زایمانی

جدول ۶: داده ها و متغیرهای مورد استفاده در تعیین سطوح توسعه یافتگی

تسهیلات زایمانی	مراکز بهداشتی درمانی	آزمایشگاه تشخیص پزشکی	موسسات درمانی و هسته ای	مراکز بهداشتی درمانی	پایگاه اورژانس	مراکز توانبخشی	خانه بهداشت	پایگاه بهداشت	داروخانه	تخت ثابت	تخت فعال	دامپزشک	پیراپزشک	داروساز	دندانپزشک	پزشک	بیمارستان	آزمایشگاه
۰	۵	۱	۴	۵	۱۹	۹۲	۱۹۴	۴۲	۱۷۱	۱۳۳۱	۱۱۶۱	۱۶۳	۵۵۶۶	۱۱	۴۵۷	۱۱	۱۱	۱۱
۰	۵	۱	۴	۵	۱۹	۹۲	۱۹۴	۴۲	۱۷۱	۱۳۳۱	۱۱۶۱	۱۶۳	۵۵۶۶	۱۱	۴۵۷	۱۱	۱۱	۱۱
۰	۵	۱	۴	۵	۱۹	۹۲	۱۹۴	۴۲	۱۷۱	۱۳۳۱	۱۱۶۱	۱۶۳	۵۵۶۶	۱۱	۴۵۷	۱۱	۱۱	۱۱
۰	۵	۱	۴	۵	۱۹	۹۲	۱۹۴	۴۲	۱۷۱	۱۳۳۱	۱۱۶۱	۱۶۳	۵۵۶۶	۱۱	۴۵۷	۱۱	۱۱	۱۱
۰	۵	۱	۴	۵	۱۹	۹۲	۱۹۴	۴۲	۱۷۱	۱۳۳۱	۱۱۶۱	۱۶۳	۵۵۶۶	۱۱	۴۵۷	۱۱	۱۱	۱۱

تکاب	۱	۳۳	۲	۱	۴۰۶	۲۰	۸۲	۱۵۰	۷	۲	۳۶	۵	۴	۵	۱	۷	۰
چالدران	۱	۷۸	۱	۱	۱۹۵	۱۱	۳۶	۵۶	۴	۱	۳۳	۰	۲	۴	۱	۴	۱
چاپاره	۱	۱۷	۲	۱	۰۶۱	۱۲	۴۶	۷۶	۵	۲	۱۴	۱	۱	۵	۱	۴	۰
خوی	۲	۱۳۳	۱۴	۵	۱۲۹۶	۵۰	۱۴۱	۵۸۶	۳۴	۱۴	۵۵	۱۱	۹	۴۱	۶	۱۱	۲
سرسخت	۱	۸۶	۲	۱	۰۵۰	۷۸	۱۲۱	۵۲۵	۱۱	۲	۸۷	۶	۴	۸	۲	۱۱	۲
سلماس	۱	۶۶	۷	۱	۱۰۶	۸۷	۱۷۹	۱۷۱	۱۷	۶	۷۰	۶	۴	۸	۴	۱۱	۱
شاهیندر	۱	۳۴	۵	۲	۷۴۶	۶۲	۹۳	۱۷۴	۶	۲	۵۰	۸	۲	۸	۱	۷	۰
شوط	۱	۱۷	۴	۱	۵۱۶	۷	۳۱	۰۶	۵	۱	۶۱	۱	۱	۴	۱	۶	۰
ماکو	۱	۴۵	۴	۲	۷۸۴	۱۲	۱۴۲	۰۷۱	۱۱	۲	۳۳	۵	۲	۸	۲	۶	۰
مهاباد	۱	۸۰	۶	۴	۶۸۷	۸۷	۳۶۹	۰۰۲	۲۰	۱۰	۴۴	۱۹	۶	۶	۵	۷۱	۰
میاندوآب	۲	۱۰۲	۷	۵	۵۷۵	۸۳	۳۷۱	۰۳۴	۲۵	۶	۱۰۰	۱۴	۴	۱۴	۶	۲۰	۰
نقده	۲	۵۲	۷	۴	۱۱۱	۷۶	۸۴۱	۸۰۲	۷۱	۵	۷۶	۸	۴	۷	۴	۵	۰

ماخذ: سالنامه آماری استان آذربایجان غربی، ۱۳۹۶

تجزیه و تحلیل داده‌ها

مدل موریس (Morris): یکی از جدیدترین و مفیدترین روش‌های برنامه‌ریزی منطقه‌ای و ناحیه‌ای است. برنامه عمران سازمان ملل، مدل موریس را برای درجه‌بندی نواحی از لحاظ توسعه‌یافتگی (کالبدی-انسانی) به کار برده است. این مدل، یکی از روش‌های موثر در زمینه ترکیب منطقی شاخص‌های سنجش توسعه‌یافتگی نواحی است (حسین‌زاده دلیر، ۱۳۸۰: ۱۵۳). در این روش، یافته‌های تحقیق میزان پیشرفت و توسعه‌یافتگی سکونتگاه‌ها تعیین می‌نماید. نکته مهم در این روش این است که شاخص‌های بکار گرفته شده باید همسو یا همجهت با یکدیگر باشند (بدری و دیگران، ۱۳۸۵: ۲۱) در غیر اینصورت، بایستی جهت همسو نمودن آنها از معکوس شاخص ناموزون محاسبه شده استفاده گردید. در مدل موریس می‌توان از انواع متغیرهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، کالبدی و... جهت رتبه‌بندی، طبقه‌بندی و تعیین موقعیت توسعه هر بخش (سکونتگاه) در میان سایر بخش‌ها بهره‌مند گردید. فرآیند کلی مدل موریس بصورت زیر می‌باشد: در مرحله اول، شاخص ناموزون موریس از طریق رابطه ۱ محاسبه می‌گردد.

جدول ۷: نتایج شاخص ناموزون موريس

سلسلہ	سر دست	خوبی	جایا رہ	چالان	تکاب	پیرانشہر	پلشت	بوکان	اشنوبہ	ارومیہ
۰	۰	۱۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۰۰
۳	۳	۲	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۱
۱۱/۳۶	۶/۸۱	۲۴/۰۹	۰/۲۲	۰/۲۲	۳/۶۳	۳/۴	۱/۱۳	۸/۴	۱/۱۳	۱۰۰
۵	۸	۲	۱۴	۱۴	۱۱	۱۲	۱۳	۶	۱۳	۱
۸/۸۲	۱/۴۷	۲۲/۰۵	۱/۴۷	۰	۲/۹۴	۲/۹۴	۱/۴۷	۱۳/۲۳	۴/۴۱	۱۰۰
۴	۹	۲	۹	۱۰	۸	۸	۹	۳	۷	۱
۳/۷	۳/۷	۱۸/۵۱	۳/۷	۷/۴	۳/۷	۷/۴	۳/۷	۱۴/۸۱	۰	۱۰۰
۶	۶	۲	۶	۵	۶	۵	۶	۳	۷	۱
۱۲/۲	۷/۷۲	۳۲/۷۲	۰/۰۲	۰/۲	۶/۴۲	۶/۸۹	۰	۲۰/۴۹	۱/۵۶	۱۰۰
۶	۸	۲	۱۶	۱۵	۱۲	۱۰	۱۷	۴	۱۳	۱
۱۱/۷۱	۴/۲۹	۱۶/۷۹	۱/۹۵	۱/۵۶	۵/۰۷	۸/۳	۱/۹۵	۱۶/۴	۳/۵۱	۱۰۰
۶	۱۰	۳	۱۲	۱۳	۹	۸	۱۲	۴	۱۱	۱
۷/۸۲	۴/۷۵	۱۷/۴۵	۰/۷۹	۰/۶۳	۲/۶۹	۳/۳۸	۰	۱۱/۴۷	۱/۳۲	۱۰۰
۶	۹	۲	۱۴	۱۵	۱۲	۱۰	۱۷	۵	۱۳	۱
۵/۳۹	۳/۴۷	۱۸/۱۲	۰/۲۵	۰/۱۶	۴/۵۲	۲/۸۴	۰	۹/۹۶	۱/۱۷	۱۰۰
۸	۱۱	۲	۱۵	۱۶	۱۰	۱۲	۱۷	۵	۱۳	۱
۸/۸۷	۵/۳۳	۲۰/۱۱	۱/۷۷	۰/۵۹	۲/۹۵	۸/۲۸	۰	۱۶/۵۶	۳/۵۵	۱۰۰
۶	۸	۲	۱۲	۱۳	۱۱	۷	۱۴	۳	۱۰	۱

شماره ردیف	شوط	مکان	مجموعه	میانگین	نمونه
۰	۰	۰	۰	۱۰	۱۰
۳	۳	۳	۳	۲	۲
۳/۸۶	۰/۲	۶/۳۶	۱۳/۱	۱۹/۳۱	۷/۹۵
۱۰	۱۴	۹	۴	۳	۷
۵/۸۸	۴/۴	۴/۴۱	۷/۳۵	۸/۷	۷/۸۲
۶	۷	۷	۵	۴	۴
۱۱/۱۱	۳/۷	۷/۴	۱۴/۸۱	۱۸/۵۱	۱۴/۸۱
۴	۶	۵	۳	۲	۳
۶/۶۶	۶/۸۰	۷/۸۸	۱۱/۶۱	۸۸/۳۱	۶/۵۹
۹	۱۴	۱۱	۵	۳	۷
۸/۵۹	۰	۵/۹۵	۱۸/۸۱	۷۶/۶۱	۱۲/۱
۷	۱۴	۱۲	۶	۲	۵
۳/۲۷	۵۰/۵	۵/۸۶	۱۱/۵۲	۱۲/۷۴	۷/۱۹
۱۱	۱۴	۸	۴	۳	۷
۵/۵۲	۰/۸۵	۵/۳۵	۱۰/۷۹	۱۲/۰۵	۶/۹
۷	۱۴	۶	۴	۳	۶
۴/۱۴	۸۸/۱	۸۸/۵	۶/۵/۶۱	۶/۳۱	۶/۴/۶
۹	۱۲	۷	۳	۴	۵

ماخذ: یافته‌های پژوهش

جدول ۸: نتایج شاخص ناموزون موريس (ادامه جدول فوق)

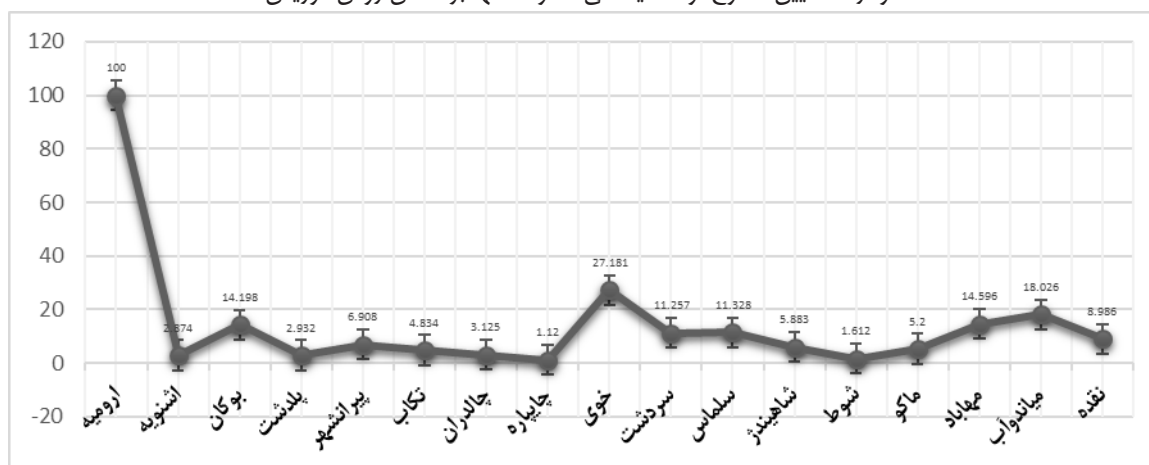
پایگاه بهداشت	رتبه	خانه بهداشت	رتبه	تسهيلات زائمانی	رتبه	مراکز بهداشتی-درمانی	رتبه	مراکز توانبخشی	رتبه	مؤسسات مستمسک درمانی	رتبه	آزمایشگاه تشخیص طبی	رتبه	پایگاه اورژانس	رتبه
۱۰۰	۱	۱۰۰	۱	۱۰۰	۱	۱۰۰	۱	۱۰۰	۱	۱۰۰	۱	۱۰۰	۱	۱۰۰	۱
۶/۸۶	۹	۱۱/۶	۵۱	۰	۴	۷/۸۱	۱۱	۵/۸۶	۹	۰	۷	۳/۳	۶	۱۱/۱۱	۶
۹۰/۶۰	۵	۵۵/۵۲	۶	۰	۴	۶۶/۸۲	۵	۷۰/۶۱	۲	۶/۶۶	۴	۶۰/۶	۳	۸۸/۸۸	۴
۰	۱۱	۸۸/۸۸	۱۳	۲۵	۳	۷/۸۱	۱۱	۰	۱۱	۰	۷	۱/۵۱	۷	۵۵/۵۵	۸
۱۱/۹	۷	۱۵	۹	۰	۴	۸/۶۸	۷	۱۳/۰۴	۶	۰	۷	۳/۳	۶	۸۸/۸۸	۴
۴/۴	۹	۱۴/۴	۱۰	۰	۴	۴/۷	۶	۷/۸	۷	۰	۷	۳/۳	۶	۱۱/۱۱	۶

جدول ۹: شاخص نهایی توسعه و رتبه‌بندی سکونتگاهها

رتبه‌بندی	D.I	ارومه	اشنویه	بوکان	بلدشت	پیرانشهر	تکاب	چالدران	چاپاره	خوی	سردشت	سلماس	شاهیندر	شوط	ماکو	مهاباد	میانوآب	نقده
۱	۱۰۰	۲/۸۷۴	۱۴/۱۹۸	۲/۹۳۲	۶/۹۰۸	۴/۸۳۴	۲/۲۵	۱/۱۲	۲۱/۸۱	۱۱/۲۵۷	۱۱/۳۲۸	۵/۸۸۳	۱۶/۱۲	۵/۲	۱۴/۵۹۶	۱۸/۰۲۶	۸/۹۶۷	۷

ماخذ: یافته‌های پژوهش

نمودار ۱: تعیین سطوح توسعه یافتگی سکونتگاهها بر اساس روش موريس



ماخذ: یافته‌های پژوهش

شاخص ترکیبی توسعه انسانی (HDI): شاخص توسعه انسانی به عنوان مقیاس جدیدی از توسعه در سال ۱۹۹۰ بر مبنای نظریات آمارتیا سن^۷ (برنده جایزه نوبل) و محبوب‌الحق^۸ (اقتصاددان پاکستانی) معرفی شد و با همکاری گوستاو رانیس^۹ (استاد دانشگاه ییل) و دسای^{۱۰} (استاد مدرسه اقتصاد لندن) بسط داده شد و از همان زمان از سوی برنامه توسعه سازمان ملل (UNDP^{۱۱}) مورد استفاده قرار گرفته است. این شاخص مبتنی بر این ایده اساسی است که لازمه دستیابی به زندگی بهتر علاوه بر داشتن درآمد بالاتر، پرورش و بسط استعدادها و ظرفیت‌های انسانی است. شاخص توسعه انسانی درصدد اندازه‌گیری متوسط دستیابی یک کشور به سه بعد اساسی توسعه انسانی از جمله زندگی طولانی توأم با سلامتی، دانش و سطح استاندارد زندگی (رفاه اقتصادی) است (پژویان و همکاران، ۱۳۹۱: ۴۲). هدف توسعه، پرورش قابلیت‌های انسان و گسترش امکانات اوست. برخورداری انسان از زندگی طولانی، سالم و اخلاق در محیط غنی و در جامعه مدنی دموکراتیک، هدف نهایی توسعه است. پس می‌توان گفت انسان، هدف توسعه و در عین حال محور توسعه است و مفهوم توسعه انسانی را در مرکز الگوهای توسعه قرار می‌دهد نه در حاشیه آن (کریم‌کشته و زمانیان، ۱۳۸۴). توسعه انسانی یک دیدگاه مشترک با حقوق بشر دارد. هدف، آزادی انسان است و این آزادی حیاتی است. مردم در انتخاب‌های خود و مشارکت در تصمیماتی که بر زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارند، باید آزاد باشند. توسعه انسانی و حقوق بشر متقابلاً همدیگر را تقویت می‌کنند و به تضمین رفاه زندگی و منزلت همه مردم کمک نموده و عزت نفس و احترام به دیگران را ایجاد می‌نمایند (آصف‌زاده و همکاران، ۱۳۸۳). مفهوم توسعه انسانی، رویکرد کل‌نگر به زندگی بهتر است که به پرورش قوای ذهنی و استعدادها در کنار مصرف کالاها و خدمات تأکید دارد و با هدف قرار دادن زندگی بهتر افق پویایی را فراروی انتخاب‌های اصلی قرار می‌دهد (عادل و همکاران، ۱۳۸۹). بنابراین توسعه انسانی عبارت است از فرآیند بسط انتخاب‌ها ظرفیت‌های انسانی (صادقی و همکاران، ۱۳۸۶).

جدول ۱۰: تعیین سطح محرومیت سکونتگاهها

اوپه	اشنوبه	بوکان	پلدشت	پیرانشهر	تکاب	چالدران	چاپاره	خوی	سردهشت	سلماس	شاهیندر	شوط
بیمارستان	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰/۹	۱	۱	۱	۱
پزشک	۰/۹۸۸	۰/۹۱۵	۰/۹۸۸	۰/۹۶۵	۰/۹۶۳	۰/۹۹۷	۱	۰/۷۵۹	۰/۹۱۶	۰/۸۸۶	۰/۹۶۱	۱
دندانپزشک	۰/۹۵۵	۰/۸۶۷	۰/۹۸۵	۰/۹۷	۰/۹۷	۱	۰/۸۵	۰/۸۵	۰/۷۸	۰/۹۱۱	۰/۹۶۱	۰/۹۵۵
داروساز	۱	۰/۸۵۱	۰/۹۶۲	۰/۹۲۵	۰/۹۶۲	۰/۹۲۵	۰/۹۶۲	۰/۹۱۴	۰/۹۶۱	۰/۹۶۱	۰/۹۷۷	۰/۹۶۱
پیراپزشک	۰/۹۸۴	۰/۷۹۵	۱	۰/۹۳	۰/۹۲۵	۰/۹۹۷	۰/۹۹۹	۰/۸۶۰	۰/۹۱۶	۰/۸۸۷	۰/۹۲۶	۰/۹۶۱
دامپزشک	۰/۹۶۴	۰/۸۳۵	۰/۹۸	۰/۹۱۷	۰/۹۶۹	۰/۹۸۴	۰/۹۶۰	۰/۸۳۷	۰/۸۵۹	۰/۸۸۷	۰/۹۱۶	۱
تخت فعال	۰/۹۸۶	۰/۸۸۵	۱	۰/۹۶۶	۰/۸۷۳	۰/۹۶۳	۰/۹۶۲	۰/۸۷۰	۰/۸۵۶	۰/۹۱۶	۰/۹۶۱	۰/۹۶۱
تخت ثابت	۰/۹۸۸	۰/۹	۱	۰/۹۷۱	۰/۸۵۴	۰/۹۹۰	۰/۹۹۰	۰/۸۷۰	۰/۸۵۹	۰/۹۱۶	۰/۹۶۱	۰/۹۶۱
داروخانه	۰/۹۶۴	۰/۸۳۴	۱	۰/۹۱۷	۰/۹۷	۰/۹۶۴	۰/۹۶۲	۰/۸۶۸	۰/۹۱۶	۰/۹۱۱	۰/۹۵۹	۰/۹۶۱
پایگاه بهداشت	۰/۹۵۲	۰/۸۰۹	۱	۰/۸۸	۰/۸۵۲	۰/۹۷۶	۰/۸۵۲	۰/۹۶۶	۰/۸۶۰	۰/۸۸۷	۰/۹۵۹	۰/۸۶۰
خانه بهداشت	۰/۹۷۸	۰/۷۴۴	۰/۹۲۲	۰/۸۵	۰/۸۵۵	۰/۹۰۵	۱	۰/۸۵۱	۰/۸۸۰	۰/۸۸۷	۰/۹۱۱	۰/۸۶۰
مراکز توانبخشی	۰/۹۴۵	۰/۷۳۹	۱	۰/۸۶۸	۰/۹۰۲	۱	۰/۸۶۹	۰/۸۶۰	۰/۸۶۰	۰/۸۶۰	۰/۹۱۶	۰/۸۶۰
پایگاه اورژانس	۰/۸۸۸	۰/۷۷۷	۰/۹۴۴	۰/۸۸۷	۰/۸۸۸	۰/۹۴۴	۱	۰/۸۵۵	۰/۸۳۷	۰/۸۸۷	۰/۹۱۶	۱
آزمایشگاه تشخیص پزشکی	۰/۹۶۹	۰/۹۰۹	۰/۹۸۴	۰/۹۶۹	۰/۹۶۹	۱	۰/۹۶۹	۰/۸۳۷	۰/۹۱۶	۰/۹۱۶	۰/۹۱۶	۰/۹۱۶
موسسات درمانی و بهداشتی	۱	۰/۹۳۳	۱	۱	۱	۱	۱	۰/۸۵۹	۰/۸۵۹	۰/۸۵۹	۱	۱
مراکز بهداشتی درمانی	۰/۸۷۳	۰/۷۸۵	۰/۹۷۲	۰/۹۱	۰/۸۶۰	۱	۱	۰/۸۶۰	۰/۸۵۹	۰/۸۵۹	۰/۸۶۰	۰/۸۶۰
تسهیلات زاینده	۱	۱	۰/۸۸۰	۱	۱	۰/۸۷۰	۱	۰/۸۶۰	۰/۸۶۰	۰/۸۶۰	۱	۱

ماتكو	مهاداد	ميتدوآب	نقدہ
۱	۱	۰/۹	۰/۹
۰/۹۳۶	۰/۸۵۶	۰/۸۰۶	۰/۹۲
۰/۹۵۵	۰/۹۲۶	۰/۹۱۱	۰/۹۱۱
۰/۹۲۵	۰/۸۵۱	۰/۸۱۴	۰/۸۵۱
۰/۹۳۳	۰/۸۰۷	۰/۷۶۷	۰/۹۰۴
۰/۹۸	۰/۸۸۲	۰/۷۰۳	۰/۸۷۸
۰/۹۴۱	۰/۸۸۴	۰/۸۷۳	۰/۹۲۸
۰/۹۴۶	۰/۸۹۲	۰/۸۷۹	۰/۹۳
۰/۹۴۶	۰/۸۳۴	۰/۸۵۳	۰/۹۰۵
۰/۹۲۸	۰/۷۶۱	۰/۷۸۵	۰/۸۸
۰/۹۰۵	۰/۷۳۳	۰/۵۳۳	۰/۸۷۷
۰/۹۴۵	۰/۷۹۳	۰/۸۲۶	۰/۹۲۳
۰/۸۸۸	۰/۷۲۳	۰/۸۳۳	۰/۸۸۸
۰/۹۳۹	۰/۹۰۹	۰/۸۳۳	۰/۹۲۴
۰/۹۷۷	۰/۹۱۱	۰/۸۸۸	۰/۹۳۳
۰/۹۶۴	۰/۷۵	۰/۷۱۴	۰/۹۱
۱	۱	۱	۱

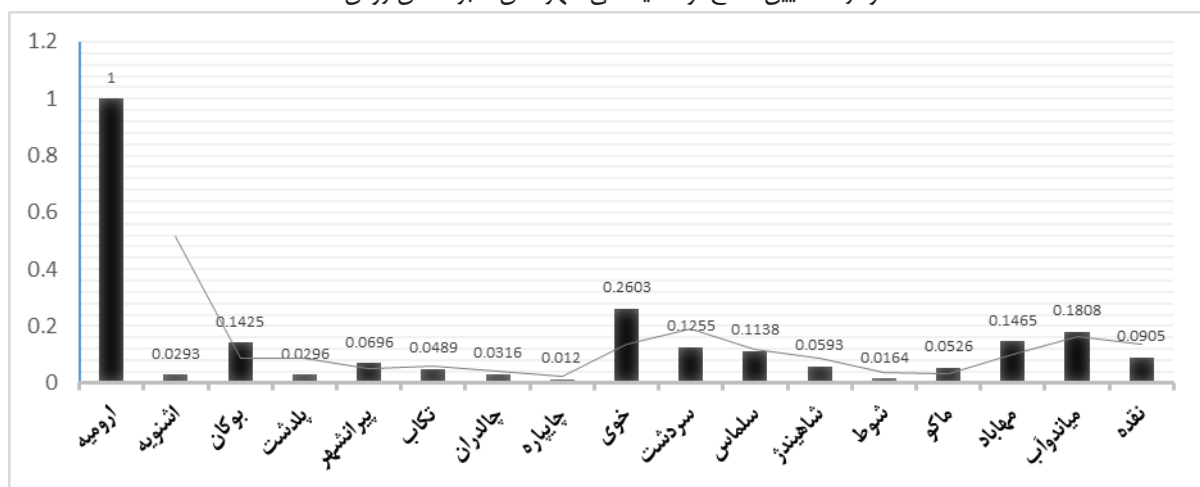
ماخذ: یافته‌های پژوهش

جدول ۱۱: تعیین میانگین محرومیت و سطح توسعه نهایی سکونتگاهها

رتبه‌بندی	HDI	X _{ij}
۱	۱	۰
۱۵	۰/۰۲۹۳	۰/۹۷۰۷
۵	۰/۱۴۲۵	۰/۸۵۷۵
۱۴	۰/۰۲۹۶	۰/۹۷۰۴
۹	۰/۰۶۹۶	۰/۹۳۰۴
۱۲	۰/۰۴۸۹	۰/۹۵۱۱
۱۳	۰/۰۳۱۶	۰/۹۶۸۴
۱۷	۰/۰۱۲	۰/۹۸۸
۲	۰/۲۶۰۳	۰/۷۳۹۷
۶	۰/۱۲۵۵	۰/۸۷۴۵
۷	۰/۱۱۳۸	۰/۸۸۶۲
۱۰	۰/۰۵۹۳	۰/۹۴۰۷
۱۶	۰/۰۱۶۴	۰/۹۸۳۶
۱۱	۰/۰۵۲۶	۰/۹۴۷۴
۴	۰/۱۴۶۵	۰/۸۵۳۵
۳	۰/۱۸۰۸	۰/۸۱۹۲
۸	۰/۰۹۰۵	۰/۹۰۹۵

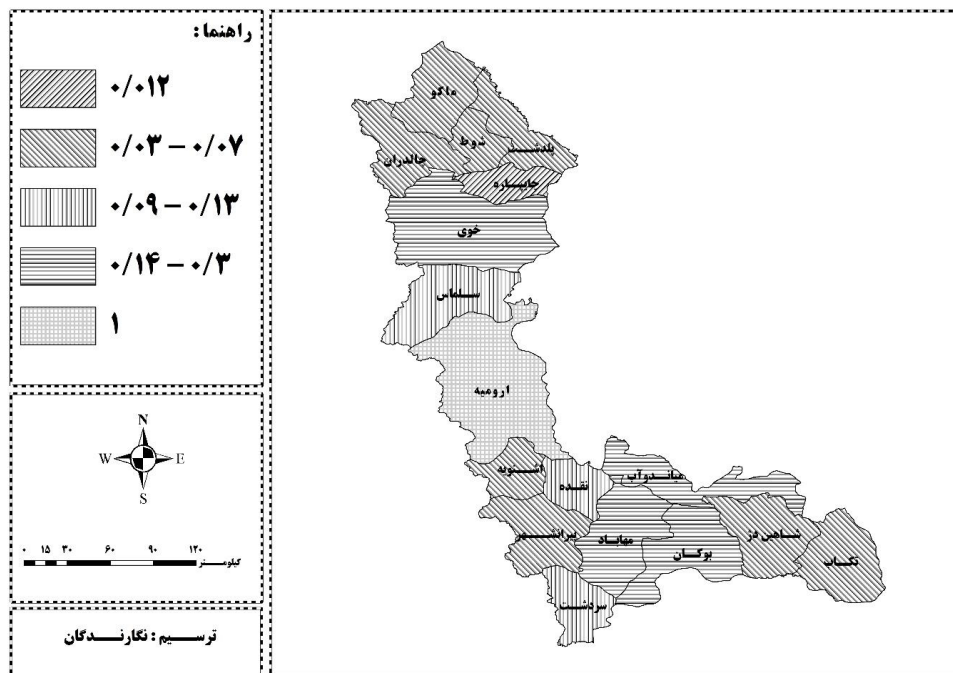
ماخذ: یافته‌های پژوهش

نمودار ۲: تعیین سطح توسعه‌یافتگی شهرستان‌ها بر اساس روش HDI



ماخذ: یافته‌های پژوهش

نقشه ۳: تعیین سطوح توسعه‌یافتگی شهرستان‌ها بر اساس روش HDI



ماخذ: یافته‌های پژوهش

در ایران، تفاوت‌ها و نابرابری‌های ناحیه‌ای با نرخ نگران‌کننده‌ای در حال افزایش بوده است، این وضعیت به بروز مشکلات جدی نظیر مهاجرت از مناطق محروم به نواحی برخوردار و توسعه یافته‌تر منجر شده است (شیخ بیگلر و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۹۲). عدم توازن در بین مناطق جریان توسعه، موجب ایجاد شکاف و تشدید نابرابری منطقه‌ای می‌گردد که این عامل مانعی در مسیر توسعه است. بر این اساس مطالعه نابرابری‌های اقتصادی، آموزشی، اجتماعی و رفاه منطقه‌ای و استانی، یکی از اقدامات ضروری و پایه‌ای برای برنامه‌ریزی و اصلاحات در جهت تأمین رشد اقتصادی همراه با عدالت اجتماعی و اصلاح آرایش فضایی اقتصاد منطقه‌ای و ملی می‌باشد. این امر می‌تواند تخصیص منابع را با هدف رفع نابرابری‌های منطقه‌ای تحت تأثیر قرار دهد (محمدی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۴). بنابراین ارزیابی مناطق و سکونتگاه‌های مختلف شهری و تعیین سطح توسعه هر یک، می‌تواند برنامه‌ریزان و سیاستگذاران حوزه‌های مختلف را در اتخاذ راهبردها و سیاست‌های مناسب و کارآ در جهت کاهش نابرابری‌ها و دستیابی به توسعه یکپارچه و هدفمند در ابعاد اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، زیست محیطی و... یاری رساند. طبق یافته‌های پژوهش همانطور که ملاحظه می‌گردد، شهرستان ارومیه با ضریب نهایی توسعه ۱۰۰ در آزمون موریس و با ضریب سطح توسعه انسانی ۱ در HDI، در میان سایر شهرستان‌های استان آذربایجان غربی بیشترین مقدار ضریب نهایی و بالاترین سطح توسعه را به خود اختصاص داده است که نشان دهنده تمرکز بالای خدمات و امکانات بهداشتی درمانی در این شهرستان می‌باشد. شهرستان‌های خوی، میاندوآب، مهاباد و بوکان در رده‌های بعدی از لحاظ سطح توسعه‌یافتگی قرار گرفته‌اند. همچنین شهرستان‌های سلماس، سردشت، نقده و پیرانشهر از نظر توسعه‌یافتگی در سطح متوسط قرار دارند. در این میان شهرستان چابهار با ضریب نهایی توسعه ۱/۱۷ و ضریب سطح توسعه انسانی ۰/۰۱۲ دارای کمترین میزان توسعه در سطح استان می‌باشد. به علاوه شهرستان‌های شوط، اشنویه، پلدشت و چالدران نیز با محرومیت مضاعف در زمینه تسهیلات بهداشتی درمانی رو به رو هستند که به دلیل وضعیت نامناسب در سطح استان، در اولویت توسعه، تقویت و سرمایه‌گذاری شاخص‌های بهداشتی درمانی قرار دارند. عامل جمعیت مهمترین سهم را در توسعه کالبدی-فضایی مناطق جهت دستیابی به عدالت اجتماعی در بهره‌مندی از تسهیلات و خدمات شهری دارد. بنابراین بایستی یک رابطه معقول و مناسب بین شاخص جمعیتی سکونتگاه‌ها و میزان برخورداری از تسهیلات و امکانات شهری (خدمات بهداشتی درمانی) برقرار شده باشد. به عنوان مثال، شهرستان سردشت از لحاظ جمعیتی (جمعیت شهری ۶۸۱۶۲ نفر) که در رده نهم استان قرار دارد، با ضریب نهایی توسعه ۱۱/۲۵۷ در شاخص موریس و با ضریب توسعه انسانی ۰/۱۲۵۵ در شاخص ترکیبی توسعه انسانی، بر اساس دستیابی به مراکز بهداشتی و درمانی به ترتیب رده هفتم و ششم استان را به خود اختصاص داده است. همچنین شهرستان‌های پیرانشهر (با جمعیت شهری ۹۵۷۱۶ نفر)، بوکان (با جمعیت شهری ۱۹۴۸۴۶ نفر) و میاندوآب (با جمعیت شهری ۱۴۸۰۵۶ نفر) که از لحاظ شاخص جمعیتی به ترتیب در رده‌های هفتم، سوم و پنجم استان قرار دارند،

در رتبه‌بندی نهایی سطح توسعه‌یافتگی در هر دو آزمون موریس و HDI، از نظر دسترسی به مراکز بهداشتی و درمانی به ترتیب در رتبه‌های نهم، پنجم و سوم استان جای گرفته‌اند. تحلیل و ارزیابی بین جمعیت شهرستان‌های استان آذربایجان غربی و سطح توسعه‌یافتگی مراکز بهداشتی درمانی، حاکی از وجود نابرابری در توزیع خدمات بهداشتی و درمانی سکونتگاهها نسبت به میزان جمعیت آنها را نشان می‌دهد. بنابراین نیل به افزایش آگاهی و کاهش شکافها، توجه مسئولان و برنامه‌ریزان زیربط را جهت توزیع مناسب تسهیلات و خدمات بهداشتی درمانی، پراکنش صحیح و عادلانه آنها و متناسب با جمعیت موجود مناطق را می‌طلبد تا زمینه‌های دستیابی به توسعه یکپارچه و متوازن را هم برای جوامع فراهم گردد.

نتیجه‌گیری و پیشنهادات

امروزه توسعه یکپارچه و هماهنگ یکی از اهداف اصلی تحقق عدالت اجتماعی و به تبع آن پاسخگویی به نیازهای جوامع شهری و روستایی است. دستیابی به عدالت فضایی در برخورداری از خدمات و امکانات، کاهش نابرابری‌ها، حذف شکاف‌های عمیق موجود در جوامع، افزایش رضایت ساکنین و پایداری محیط زندگی را در پی خواهد داشت. مهاجرت از مناطق کمتر توسعه‌یافته و محروم به مناطق توسعه‌یافته و مراکز اصلی از تبعات اصلی تمرکز فعالیت‌ها و خدمات در یک ناحیه خاص می‌باشد که این عامل مسببات نابودی بیشتر مناطق محروم را در پی دارد. ایجاد تداخل و افزایش نواقص در سطح تعادل فضایی مناطق، پدیده بزرگ‌سری یا ماکروسفالی (وجود ناهمگونی) را بوجود می‌آورد. در این صورت نابرابری‌های اجتماعی بر محیط‌های زندگی سایه می‌افکند که ضرورت دستیابی به توسعه موزون و همه‌جانبه از طریق برنامه‌ریزی‌های غیربخشی و با تأکید بر بهبود سطح خدمات و امکانات مناطق محروم و کمتر توسعه‌یافته روشن می‌گردد. ارتقای سطح کمی و کیفی سلامت شهروندان از حقوق اصلی و مسلم فردی و اجتماعی جوامع محسوب می‌گردد. شاخص‌های بهداشتی و درمانی یکی از مهمترین معیارهای توسعه‌یافتگی مناطق و سکونتگاهها می‌باشد، که به عنوان معیارهای مطالعه پژوهش حاضر مورد تحلیل و ارزیابی قرار گرفته است. نخستین گام در مقوله کاهش ناهمگنی‌ها و افزایش تعادل‌های منطقه‌ای، شناخت و سطح‌بندی سکونتگاهها از نظر برخورداری از تسهیلات و خدمات بهداشتی و درمانی محسوب می‌گردد. در این پژوهش با استفاده از تعداد ۱۷ متغیر از شاخص بهداشتی و درمانی و با بهره‌گیری از روش تعیین سطح توسعه‌یافتگی موریس و شاخص ترکیبی توسعه انسانی به رتبه‌بندی و تعیین درجه توسعه‌یافتگی تعداد ۱۷ شهرستان استان آذربایجان غربی پرداخته شده است. آمار و اطلاعات موردنیاز پژوهش از داده‌های مربوط به سالنامه آماری و دانشگاه علوم پزشکی استان در سال ۱۳۹۶ و سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ گردآوری گردیده است. نتایج حاصل از پژوهش بیانگر این است که شهرستان ارومیه و چابهار به ترتیب بیشترین و کمترین سطح توسعه‌یافتگی را در میان سایر شهرستان‌های استان داشته است. شهرستان‌های خوی، میاندوآب، مهاباد و بوکان در رده‌های بعدی توسعه قرار گرفتند که از سطح قابل قبولی برخوردارند. همچنین شهرستان‌های سلماس، سردشت و نقده از نظر شاخص‌های بهداشتی و درمانی در سطح متوسطی قرار دارند. و سایر شهرستان‌ها از جمله پیرانشهر، شاهیندژ، ماکو، تکاب، چالدران، پلدشت، اشنویه و شوط در سطح پایینی از میزان توسعه‌یافتگی جای گرفته‌اند که در اولویت برنامه‌ریزی و سرمایه‌گذاری هستند. بنابراین شناخت، مطالعه و تحلیل روابط (خصوصاً فاکتور جمعیت به عنوان مهمترین عامل در توزیع امکانات و خدمات) و نتایج مذکور، به امر کاهش شکاف‌های موجود در زمینه سطح دسترسی به تسهیلات بهداشتی و درمانی کمک نموده و شاهد افزایش نظم و تعادل در توزیع فضایی عادلانه منابع در میان سکونتگاههای شهری خواهیم بود. لذا، نتایج این پژوهش می‌تواند مسئولان و برنامه‌ریزان حوزه‌های مربوطه را در نحوه توزیع متعادل امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی و کاهش فاصله توسعه‌یافتگی مراکز شهرها یاری رساند. در نهایت به منظور رفع نابرابری‌های دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در میان شهرستان‌های استان آذربایجان غربی پیشنهاداتی به شرح زیر ارائه می‌گردد:

- تقویت روابط بین زیربخش‌های دخیل در حوزه بهداشت و درمان و صنایع مرتبط با آن
- جلب مشارکت و همکاری بخش غیردولتی در امر توسعه
- ارتقای شاخص‌های توسعه جهت دستیابی به سطوح معینی از پتانسیل‌های بالقوه
- شناخت و مطالعه تفصیلی امکانات مناطق و سکونتگاههای محروم و توسعه‌یافته جهت آگاهی بیشتر
- پراکنش صحیح و توزیع متعادل و برابر امکانات و تسهیلات بهداشتی و درمانی از جمله پرسنل‌های تخصصی، تجهیزات و تاسیسات، داروها و... با تأکید خاص بر عامل جمعیت موجود مناطق
- ساماندهی و بهبود کمی و کیفی سطوح ارتباطی استان جهت دسترسی بهتر به خدمات بهداشتی و درمانی
- ترسیم و تدوین خط‌مشی‌ها و استراتژی‌های راهبردی در توسعه مناطق مختلف استان و طراحی سیاست‌ها و برنامه‌های مدون اجرایی جهت دستیابی به آنها
- نیل به عدم تمرکز تسهیلات بهداشت و درمان در مراکز شهری خاص و دستیابی به تعادل در توسعه فضایی

- سرمایه‌گذاری دولتی در امور زیربنایی حوزه بهداشت و درمان استان آذربایجان غربی
- توجه و تأکید مضاعف بر شهرستان‌های محروم، کم‌برخوردار و دارای اولویت استان
- حفظ، تامین و توزیع نیروهای متخصص و فوق‌تخصص بومی در مناطق مختلف استان
- توجه بر شهرستان‌های کم‌جمعیت استان جهت جلوگیری از مهاجرت‌های بی‌رویه به مناطق دارای تمرکز بالای خدماتی
- توجه به توقعات موردنیاز ساکنان مناطق و ارتقای تخصص، مهارت، آموزش و کارایی نیروی انسانی
- حفاظت پایدار از منابع باارزش محیطی
- استفاده از منابع، پتانسیل و درآمدهای پایدار شهرستان‌های توسعه‌یافته جهت توسعه مناطق محروم
- و افزایش همکاری و تعامل میان نهادها و ارگان‌های دخیل در حوزه بهداشت و درمان

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1 Ecological Footprint | 7 Amartya Sen |
| 2 Surplus Biocapacity | 8 Mahbub-UL Hag |
| 3 Environmental Sustainable Index | 9 Gustav Ranis |
| 4 Wellbeing Index | 10 Desai |
| 5 Human Development Index | 11 United National Development Program |
| 6 Gross Domestic Product | |

فهرست منابع

- احمدیان، م. (۱۳۸۵). ویژگی‌های جغرافیایی کشورهای اسلامی. انتشارات سخن‌گستر، مشهد.
- آذر، ع.، عندلیب، د. و شاه‌طهماسبی، ا. (۱۳۸۹). ارزیابی کارایی استان‌ها در بخش بهداشت و درمان روستایی در برنامه سوم و سال‌های ابتدای برنامه چهارم توسعه. مجله مدیریت سلامت، شماره ۴۱، صص ۶۵-۷۸.
- آصف‌زاده، س. و پیری، ز. (۱۳۸۳). مفاهیم توسعه انسانی و روند شاخص توسعه انسانی در ایران. طب جنوب، شماره ۷، صص ۱۹۷-۱۹۰.
- امان‌پور، س.، پرویزیان، ع.، علیزاده، م. (۱۳۹۴). سنجش وضعیت شاخص‌های توسعه‌یافتگی در شهرستان‌های استان ایلام. فرهنگ ایلام، دوره شانزدهم، شماره ۴۸ و ۴۹، صص ۲۷-۷.
- امینی، ن.، یداللهی، ح. و اینانلو، ص. (۱۳۸۵). رتبه‌بندی سلامت استان‌های کشور. فصلنامه رفاه اجتماعی، دوره ۵، شماره ۲۰، صص ۴۸-۲۷.
- آنامرادنژاد، ر. (۱۳۸۸). مدخلی بر فقر شهری با تأکید بر فقر مسکن در نقاط شهری کشور. فصلنامه پژوهش‌های جغرافیای انسانی، سال اول، شماره سوم.
- بدری، ع. و اکبریان رونیزی، س. (۱۳۸۵). تعیین سطح توسعه‌یافتگی نواحی روستایی شهرستان کامیاران. فصلنامه تحقیقات جغرافیایی، شماره ۸۲، صص ۱۳-۱۱۶.
- برک‌پور، ن. (۱۳۸۳). مبانی نظری و رویکرد سیاسی در برنامه‌ریزی و مدیریت منطقه‌ای. مجموعه مقالات کنفرانس توسعه منطقه‌ای، کنفرانس آینده توسعه پایدار تهران، تهران، ایران.
- پاک، س. (۱۳۸۳). شهرهای پایدار در حال توسعه. ترجمه محرم‌نژاد، انتشارات مرکز مطالعاتی و تحقیقاتی شهرسازی و معماری، تهران.
- پژویان، ج.، خوشنویس، م. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر آلودگی محیط‌زیست بر شاخص توسعه انسانی (HDI) در کشورهای توسعه‌یافته. نشریه اقتصاد مالی، دوره ششم، شماره ۲۰، صص ۶۷-۳۹.
- پوراصغر سنگاچین، ف.، صالحی، ا. و دیناروندی، م. (۱۳۹۱). سنجش سطح توسعه‌یافتگی استان‌های کشور ایران با رویکرد تحلیل عاملی، نشریه آمایش سرزمین، دوره چهارم، شماره ۲، صص ۲۶-۵.
- پورمحمدی، م.، رنجبرنیا، ب.، ملکی، ک. و شفاعتی، آ. (۱۳۹۱). تحلیل توسعه‌یافتگی شهرستان‌های استان کرمانشاه. سال دوم، شماره اول، صص ۲۶-۱.
- تقوایی، م. و شاه‌یوندی، ا. (۱۳۸۹). پراکنش خدمات بهداشتی و درمانی در شهرستان‌های ایران. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دهم، شماره ۳۹، صص ۵۴-۳۳.
- تقوایی، م. و صبوری، م. (۱۳۹۱). تحلیل تطبیقی سطح و میزان توسعه‌یافتگی اجتماعی شهرستان‌های استان هرمزگان. جغرافیا و برنامه‌ریزی محیطی، سال ۲۳، پیاپی ۴۶، شماره ۲.
- حاتمی‌نژاد، ح.، مهدیان بهنمیری، م. و مهدی، ع. (۱۳۹۱). بررسی و تحلیل عدالت فضایی برخورداری از خدمات بهداشتی-درمانی با استفاده از مدل‌های Topsis، Morris و Toxonomy؛ مطالعه موردی شهرستان‌های استان مازندران. مجله آمایش جغرافیایی فضا، سال دوم، شماره ۵، صص ۹۷-۷۵.
- حاتمی‌نژاد، ح.، فرهودی، ر. و محمدپورجباری، م. (۱۳۸۷). تحلیل نابرابری اجتماعی در برخورداری از کاربری‌های خدمات شهری؛ مطالعه موردی شهر اسفراین. انتشارات پژوهش‌های جغرافیای انسانی، شماره ۶۵.

- حسین زاده دلیر، ک. (۱۳۸۰). برنامه ریزی ناحیه‌ای. انتشارات سمت، تهران، صص ۱۸۱-۱۵۲.
- حکمت‌نیا، ح. و موسوی، من. (۱۳۸۵). کاربرد مدل در جغرافیا با تأکید بر برنامه‌ریزی شهری و ناحیه‌ای. انتشارات علم نوین، یزد.
- رضوانی، م. و احمدی، ع. (۱۳۸۸). شوراهای اسلامی روستایی، مشارکت مردمی و توسعه روستایی، فصلنامه پژوهش‌های جغرافیای انسانی. شماره ۴، ۳۵-۴۹.
- رضویان، م. (۱۳۸۱). برنامه‌ریزی کاربری اراضی شهری، انتشارات منشی. تهران.
- رعدآبادی، م.، بارونی، م.، گودرزی، ر.، باقیان، ن. و صابرماهانی، ا. (۱۳۹۴). ارزیابی سطوح توسعه‌یافتگی شهرستان‌های استان کرمان از لحاظ شاخص‌های سلامت با استفاده از مدل تاکسونومی عددی. مجله تحقیقات سلامت، دوره ۴، شماره ۳، صص ۲۱۴-۲۰۳.
- زبردست، ا. و حق‌روستا، س. (۱۳۹۳). تحلیل تطبیقی نابرابری‌های منطقه‌ای بین استان‌های هم‌جوار؛ بررسی موردی استان‌های همدان و مرکزی. نامه معماری و شهرسازی، شماره ۱۵، صص ۱۳۷-۱۱۳.
- زیاری، ک. (۱۳۸۹). اصول و روش‌های برنامه‌ریزی منطقه‌ای. دانشگاه یزد، یزد.
- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان آذربایجان غربی، (۱۳۹۶). سالنامه آماری استان آذربایجان غربی.
- سرائی، م. و کمائی‌زاده، ی. (۱۳۹۲). تعیین درجه توسعه‌یافتگی شهرستان‌های استان یزد از لحاظ دسترسی به مراکز بهداشتی و درمانی با استفاده از مدل موریس. فصلنامه آمایش محیط، شماره ۲۲.
- شیخ‌بیگلر، ر. و ضرابی، ا. (۱۳۹۰). سطح‌بندی شاخص‌های توسعه سلامت استان‌های ایران. فصلنامه رفاه اجتماعی، دوره ۱۱، شماره ۴۲، صص ۱۲۸-۱۰۷.
- صادقی، ح.، عبداللهی حقی، س. و عبدالله‌زاده، ل. (۱۳۸۶). توسعه انسانی در ایران، فصلنامه رفاه اجتماعی. دوره ششم، شماره ۲۴، صص ۳۰۴-۲۸۳.
- ضرابی، ا. و تبریزی، ن. (۱۳۹۰). تعیین سطح توسعه‌یافتگی شهرستان‌های استان مازندران با رویکرد تحلیل عاملی. فصلنامه آمایش محیط، شماره ۱۲، صص ۶۳-۷۷.
- کریم‌کشته، م. و زمانیان، غ. (۱۳۸۳). بررسی شاخص‌های توسعه انسانی در استان سیستان و بلوچستان. نشریه جغرافیا و توسعه، شماره ۴.
- محمدی، ج.، احمدیان، م.، عزیزاده، ج. و جمینی، د. (۱۳۹۱). تحلیل فضایی توسعه شاخص‌های بهداشتی درمانی در استان آذربایجان غربی. فصلنامه رفاه اجتماعی، سال ۱۲، شماره ۴۷، صص ۱۸۰-۱۵۳.
- مرصوصی، ن. و بهرامی پناه، ر. (۱۳۹۰). توسعه پایدار شهری. انتشارات دانشگاه پیام‌نور، چاپ اول، تهران.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۹۵). سرشماری عمومی نفوس و مسکن ایران.
- ملکی، س. (۱۳۹۰). سنجش توسعه پایدار در نواحی شهری با استفاده از تکنیک‌های برنامه‌ریزی شهری؛ مطالعه موردی شهر ایلام. نشریه جغرافیا و توسعه، شماره ۲۱، صص ۱۳۶-۱۱۷.
- ملکی، س. (۱۳۹۰). درآمدی بر توسعه پایدار شهری. دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز.
- موحد، ع.، فیروزی، م. و روزبه، ح. (۱۳۹۰). تحلیل درجه توسعه‌یافتگی شهرستان‌های استان خوزستان با استفاده از روش تحلیل عاملی و تحلیل خوشه-ای. مجله پژوهش و برنامه‌ریزی شهری، سال دوم، شماره پنجم، صص ۵۶-۴۳.
- موسسه مطالعات و پژوهش‌های بازرگانی ایران. (۱۳۸۶).
- نسترن، م.، ابوالحسنی، ف. و ایزدی، م. (۱۳۸۹). کاربرد تکنیک تاپسیس در تحلیل و اولویت‌بندی توسعه پایدار مناطق شهری؛ مطالعه موردی شهر اصفهان. جغرافیا و برنامه‌ریزی محیطی، شماره ۲، شماره پیاپی ۳۸، صص ۱۰۰-۸۳.
- Connelly. S. (2007). "Mapping sustainable development as a contested concept.", *Local Environment*. 12(3): 259-278.
- Gulliford. M., Morgan, M. (2003). "Access to Health Care: Rutledge. London." New fetler LAN.
- Kawachi. I., Subramanian. S., Almeida-Filho., N. (2002). "A glossary for health inequalities." *JECH*, 56(9): 647-652.
- Liu. C. xu. m., Chen. s. an. Jm., Yan. pl. (2007). "Assessing the impact of Urbanization on regional net primary productivity in Jiangyin County, China." *Journal of Environmental Management*, 85(3): 597-606.
- Litman. T. (2013). "Well Measured: Developing Indicators for Sustainable and Livable Transport Planning." Victoria Transport Policy Institute.
- Miron. D., Dima. A. M., Vasilache. S. (2009). "Indexes of Regional Economic Growth in Post-Accession Romania." *Romanian Journal of Economic Forecasting*. Institute of Economic Forecasting, 11(3): 138-152.
- Oliver., Paul. A. (2008). "City Leadership: At the heart of the global challenges." *Global Asia*, 3(3): 21-24.
- Pietro. G., Elliott. D., Gabriell. Y. (2005). "A Home in the City,." UN Millennium Project, Task Force on Improving the Lives of Slum Dwellers, London.
- Qadeer., M. A. (2004). "Urbanization by implosion". *Guest Editioial/Habitate International*: 1-12.
- Uwe. D. (2008). "Achieving urban sustainability: integard urban management." *Asia and Euroup Environment Forum*. Nov 28-30, Shenzhen, China.