

## تحلیل تطبیقی سطح توسعه یافتنگی سکونتگاههای شهری با تأکید بر شاخص بهداشتی و درمانی (مطالعه موردی: شهرستان‌های استان آذربایجان غربی)

قادر احمدی\*، اصغر عابدینی\*\*، میثم ساکت حسنلوئی\*\*\*

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 تأمین 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 می-گردد. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف کاربردی و ماهیت توصیفی-تحلیلی و با بهره‌گیری از تکنیک‌های توسعه یافتنگی موریس (Morris) و شاخص ترکیبی توسعه انسانی (HDI)، سعی در سنجش سطح توسعه یافتنگی 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 ناهمانگی در سطح توسعه یافتنگی و نحوه توزیع متعدد 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 توسعه یافتنگی را به خود اختصاص داده است. همچنین شهرستان‌های خوی، میاندوآب، مهاباد، بوکان، سلماس، سردهشت و نقده در رده‌های بعدی توسعه قرار دارند. شهرستان چایپاره نیز در پایین‌ترین سطح توسعه استان جای گرفته است. در نهایت جهت افزایش سطح تعادل و حذف نابرابری‌های توسعه یافتنگی به ارائه پیشنهاداتی پرداخته می‌شود.

### واژگان کلیدی

توسعه یافتنگی، بهداشت و درمان، آذربایجان غربی، شهرستان، موریس، 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 (ایینی و همکاران، ۱۳۸۵: ۱۳۹۱). توسعه متعادل و هماهنگ مناطق، یک پیش نیاز سیار مهم برای حصول پایداری اقتصادی و پیشرفت یکپارچه کشورها به شمار می‌رود (شیخ بگلو و همکاران، ۱۳۸۸: 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 مانع 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 هو شهرو 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 یافتنی 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 شاهیوندی، 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 باقیستی در مقدمه برنامه‌ریزی و سیاستگذاری‌های حوزه شهری شناسایی و ارائه شود. ارزیابی درجه توسعه یافتنی 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 یافتنی، 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 تعییر 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 سلسه مراتب مبتنی بر رابطه‌ی تعاملی میان سکونتگاهها است. در این راستا تعیین و تشکیل سلسه مراتب از سکونتگاهها که بتواند چارچوب مؤثری 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 تعديل نابرابری میان سکونتگاهها است (حکمت‌نیا و موسوی، ۱۳۸۵: ۱۳۰۹). 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 توسعه یافتنگی 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 (رعدآبدی 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 مکان‌های جغرافیایی مختلف ضروری است. برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران باید تلاش خود را معطوف به یافتن چراجی فاصله‌ها و شکاف‌های توسعه‌ای و پاسخگویی به آن‌ها نمایند (برکپور، ۱۳۸۳). بر این اساس، تعیین سطح توسعه یافتنگی، 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 توسعه یافتنگی 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 توسعه یافتنگی 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 جای پای بوم شناختی (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 تئوریکی 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- یافتنگی شهرستان‌های استان یزد از لحاظ دسترسی به مراکز بهداشتی-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 توسعه یافتنگی 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 توسعه‌یافته‌گی 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.

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.

در پژوهش حاضر بر اساس تعداد ۱۷ شاخص از ابعاد بهداشتی-درمانی، فرهنگی-اجتماعی، گردشگری، مذهبی و زبرساختی 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 نامتعادل با توجه به شاخص‌های مورد استفاده است. بر این اساس شهرستان قصرشیرین مناسب ترین و شهرستان‌های سنقر، جوانرود، گیلانغرب، ثلاث و باباجانی، هرسین، سرپل ذهاب، کنگاور، اسلامآباد غرب و دلاهه نامناسب ترین سطح توسعه را در این میان داشته است.

هدف پژوهش حاضر بررسی وضعیت توسعه‌یافته‌گی و تحلیل نابرابری‌های منطقه‌ای 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 زیست‌محیطی، 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.

ماخذ: مطالعات نگارندگان

پوراصغر و همکاران	"سنجش سطح توسعه-یافته‌گی استان‌های کشور ایران با رویکرد تحلیل عاملی"	۵
		(۱۳۹۱)

امان پور و همکاران	"سنجش وضعیت شاخص‌های توسعه‌یافته‌گی در شهرستان‌های استان ایلام"	۶
		(۱۳۹۴)

پورمحمدی و همکاران	"تحلیل توسعه‌یافته‌گی شهرستان‌های استان کرمانشاه"	۷
		(۱۳۹۱)

زبردست و حق - رستا	"تحلیل تطبیقی نابرابری‌های منطقه‌ای بین استان‌های هم‌جوار"	۸
		(۱۳۹۳)

## 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 خواهد 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 عمدۀ 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 (Conelly, 2007: 259). شهر تنها سیستم هوشمند تاییرگذار 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 لنوی 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 تعری شده است (ملکی: ۱۳۹۰، ۳۶). توسعه به منزله تغییر بنیادی در متغيرهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هر جامعه محسوب می‌گردد و تحقق آن مستلزم ایجاد هماهنگی میان ابعاد گوناگون است (تقویی و صوری، 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 آینده پژوهی 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، حافظت از منابع غیر قابل تجدید،	حفظ فضای باز، حفاظت از تنوع زیستی
عملیاتی	فرهنگی		

(Litman, 2013: 8) مأخذ:

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 اصول توسعه پایدار شهری توجه نمود و برای رسیدن به توسعه پایدار انسانی، شهر پایدار و پایداری شهر، باید خصوصیاتی را که یک شهر سالم لازم است داشته باشد، مدنظر قرار داد (شکوفه، ۱۳۸۶: ۳۴). امروزه مقوله توسعه دغدغه خاطر بسیاری از کشورهast. 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 تاکید دارند. نبود توازن در جریان توسعه بین مناطق گوناگون موجب ایجاد شکاف و تسریع نابرابری منطقه‌ای می‌شود که خود مانع 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، ۱۳۹۰: ۶۵). مسئله دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی، هم در کشورهای در حال توسعه و هم توسعه یافته موضوع قابل تأمل 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: ۵۵). یا در کشورهای توسعه یافته، نابرابری در برخورداری از امکانات بهداشتی درمانی در شهرهای مهمی همچون لندن، واشنگتن و... نیز به چشم می‌خورد. در این شهرها، هنوز تعیین‌های بهداشتی سبب مرگ و میرهای دردناکی می‌شود (پاگ، 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، ۲.۳ 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 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 می‌شود. جمعیت استان آذربایجان غربی طبق سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ برابر با ۳۲۶۵۲۱۹ نفر می‌باشد که سهم جمعیتی آن در کشور در سال ۱۳۹۵ به ۴۰.۹ درصد رسیده است. مرکز استان آذربایجان غربی شهرستان ارومیه می‌باشد 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 می‌باشد (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). مجموع طول خطوط مرزی استان با کشورهای همچوار 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 می‌باشد. همچنین این استان از طرف غرب حدود ۲۵۲ کیلومتر مرز خاکی با کشور عراق دارد که در مجموع خطوط مرزی خشکی استان با کشورهای همچوار حدود ۱۶ درصد خطوط مرزی خشکی کشور را شامل می‌شود. استان آذربایجان غربی یکی از مناطق کوهستانی کشور با توپوگرافی خاص می‌باشد که پوشش‌های متنوع گیاهی در جنگل‌ها و مراتع سرسبز خودنمایی می‌کنند. این استان به دلیل اهمیت آن از لحاظ عواملی مانند منابع و پتانسیل‌های ویژه طبیعی و موقعیت خاص جغرافیایی از مناطقی محسوب می‌گردد که مقوله توسعه انسانی در آن امری ضروری تلقی می‌شود و پرداختن به مسئله کاهش تدریجی نابرابری منطقه‌ای و توزیع عادلانه خدمات و تسهیلات شهری در این منطقه را اجتناب‌ناپذیر کرده است. در ادامه بیشتر به شناخت محدوده مورد مطالعه پرداخته می‌شود.

جدول ۳: تقسیمات سیاسی استان آذربایجان غربی

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

ماخذ: سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان آذربایجان غربی، ۱۳۹۵

جدول ۴: مشخصات جمعیتی استان آذربایجان غربی

تعداد	وضع (سال ۱۳۹۵)	جمعیت کل (نفر)	نسبت شهرنشینی (درصد)	نسبت استان در کشور (درصد)	نرخ رشد سالانه (درصد)	متوسط رشد خانوار کل (تعداد)	بعد خانوار (نفر)
۳۲۶۵۲۱۹	۶۵/۴	۴۰.۹	۱/۱۷	۱/۲	۹۳۵۹۵۶	۲۱۹۶	۳/۵

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

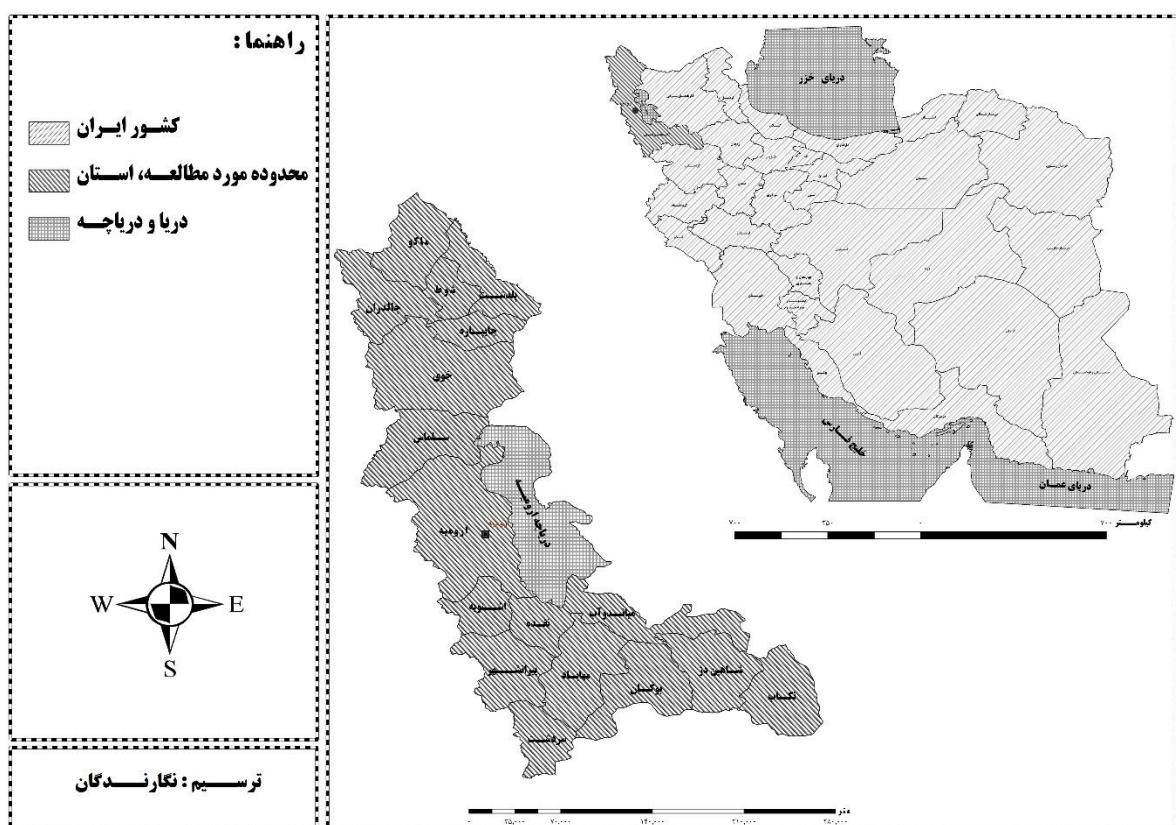
جدول ۵: اطلاعات جمعیتی مناطق مورد مطالعه

ردیف	شرح	جمعیت کل (نفر)	جمعیت شهر (نفر)	تعداد خانوار	بعد خانوار (نفر)	نرخ رشد (درصد)	نرخ رشد (درصد)	نرخ باسودای (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	

۸۲/۹	۲/۴	۳/۸۲	۵۰۹۴	۱۹۴۶۷	۴۵۰۶۰	چالدران	۷
۸۶/۸	۲/۴	۳/۴۲	۷۸۱۹	۲۶۷۶۷	۴۷۲۹۲	چایپاره	۸
۸۶/۹	-۰/۲	۳/۳۵	۶۷۴۸۴	۲۲۵۹۳۱	۳۴۸۶۶۴	خوی	۹
۸۲/۵	۱/۹	۳/۷۶	۱۸۱۳۱	۶۸۱۶۲	۱۱۸۸۴۹	سردشت	۱۰
۸۷/۷	۱	۳/۴۴	۲۹۵۰۰	۱۰۱۴۴۰	۱۹۶۵۴۶	سلماس	۱۱
۸۲/۵	۲/۴	۳/۳۴	۱۶۲۰۹	۵۴۱۳۵	۹۲۴۵۶	شاهین‌دژ	۱۲
۸۰/۵	۳/۸	۳/۵۵	۷۸۶۱	۳۷۶۷۵	۵۵۶۸۲	شوط	۱۳
۸۹/۵	۱/۷	۳/۸۱	۱۶۹۸۳	۵۶۵۶۰	۹۴۷۵۱	ماکو	۱۴
۸۵/۴	۲/۷	۳/۵۲	۴۸۰۹۳	۱۶۹۱۴۲	۲۳۶۸۴۹	مهاباد	۱۵
۸۷/۸	۱/۸	۳/۲۵	۴۵۵۹۷	۱۴۸۰۵۶	۲۷۳۹۴۹	میاندوآب	۱۶
۸۶	۱/۶	۳/۳۴	۲۷۲۵۷	۹۰۹۱۱	۱۲۷۶۷۱	نقدة	۱۷

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

نقشه ۱: موقعیت استان آذربایجان غربی و شهرستان‌های مورد مطالعه



## 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 موردنیاز 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 داشتگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۹۶ بوده است. در این پژوهش به منظور سنجش سطح توسعه یافته ای، از ۱۷ متغیر در قالب شاخص بهداشتی درمانی بهره مند 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 Arc GIS و SPSS Excel 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 یافته 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 حرفة ای، کارдан 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 سی سی یو، مراقبت های نوزادان یا ان 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 توابخشی (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 واحد های مرتبط با تسهیلات زایمانی

جدول ۶: داده‌ها و متغیرهای مورد استفاده در تعیین سطوح توسعه یافته‌گی

نام شهر	کد	نام بخش	کد	نام روستا	کد
ایروندیه	۱۱	بیمارستان	۱	بوکان	۱
پریشک	۲۲	دنانپریزشک	۳۲	پریشک	۱
دارویساز	۳	دارویساز	۲	پریشک	۱
دامپزشک	۴	دامپزشک	۲	پریشک	۱
پیراپریشک	۵۴	پیراپریشک	۲۷	پیراپریشک	۱
تخت فعال	۳۵۶۹	تخت فعال	۲۷	پیراپریشک	۰
تخت ثابت	۱۹۲۲	تخت ثابت	۲۷	پیراپریشک	۰
داروخانه	۳۶۳۱	داروخانه	۲۷	پیراپریشک	۰
پیگاه پیهادشت	۱۹۲۳	پیگاه پیهادشت	۲۷	پیراپریشک	۰
خانه پیهادشت	۳۱	خانه پیهادشت	۲۷	پیراپریشک	۰
مرکز توانبخشی	۳۴۸	مرکز توانبخشی	۲۷	پیراپریشک	۰
پیگاه اورژانس	۷۰	پیگاه اورژانس	۲۷	پیراپریشک	۰
آزمایشگاه تشخیص پیشکشی	۱۷۱	آزمایشگاه تشخیص پیشکشی	۲۷	پیراپریشک	۰
موسسات درمانی و هسته‌ای	۴۹	موسسات درمانی و هسته‌ای	۲۷	پیراپریشک	۰
مراکز بهداشتی درمانی	۴۰	مراکز بهداشتی درمانی	۲۷	پیراپریشک	۰
تسهیلات زیمانی	۴	تسهیلات زیمانی	۲۷	پیراپریشک	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 برد 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 با یکدیگر باشند (بدری و دیگران، ۱۳۸۵: ۲۱) در غیر اینصورت، باستی 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.

$$y_{ij} = \frac{X_{ij} - X_{j\min}}{X_{j\max} - X_{j\min}} \times 100$$

## رابطہ ۱:

$X_{ij}$ : متغیر ام در سکونتگاه jام  
 $Y_{ij}$ : ضریب ناموزون موریس (شاخص ناموزون برای متغیر ام در واحد jام)

$X_{\max}$ : حداکثر مقادیر متغیرها در هر ستون (حداکثر مقدار متغیر ۱ ام)

$X_{j\min}$ : حداقل مقادیر متغیرها در هر ستون (حداقل مقدار متغیر  $j$  ام)

## جدول ٧: نتایج شاخص ناموزون موریس

ردیف	نام و نکات	سند شناسی	جایگزین	تکلیف	پذیرش	اسنونیه	ارمنیه	بیمارستان
۱	خوی	۰	۰	چالدران	۰	۰	۰	۰
۲	پیش از شهر	۳	۳	بلدشت	۰	۰	۱	۱۰۰
۳	پریشک	۳	۳	بوکان	۰	۰	۱	۱۰۰
۴	دادن از پزشک	۳/۴	۳/۴	اسنونیه	۰	۰	۱	۱۰۰
۵	داروساز	۳/۴	۳/۴	بیمارستان	۰	۰	۱	۱۰۰
۶	پیرا زیرشک	۳/۷	۳/۷	ترتبه	۰	۰	۱	۱۰۰
۷	دامپزشک	۳/۷	۳/۷	ترتبه	۰	۰	۱	۱۰۰
۸	تخت فعال	۳/۷	۳/۷	ترتبه	۰	۰	۱	۱۰۰
۹	تخت ثابت	۳/۷	۳/۷	ترتبه	۰	۰	۱	۱۰۰
۱۰	داروخانه	۳/۷	۳/۷	ترتبه	۰	۰	۱	۱۰۰
۱۱	داروخانه	۳/۷	۳/۷	ترتبه	۰	۰	۱	۱۰۰
۱۲	داروخانه	۳/۷	۳/۷	ترتبه	۰	۰	۱	۱۰۰
۱۳	داروخانه	۳/۷	۳/۷	ترتبه	۰	۰	۱	۱۰۰
۱۴	داروخانه	۳/۷	۳/۷	ترتبه	۰	۰	۱	۱۰۰

مطالعات محيطی هفت حصار شماره بیست و نهم / سال هشتاد و پانزده ۱۳۹۳

#### جدول ٨: نتایج شاخص ناموزون موریس (ادامه جدول فوق)

مأخذ: یافته‌های پژوهش

تحلیل تطبیقی سطح توسعه یافته‌گی سکونتگاه‌های شهری با تأکید بر شاخص بهداشتی و درمانی

## ماخذ: یافته‌های پژوهش

در مرحله بعد ضرب نهایه، توسعه برای هر سکونتگاه از طریق، ابطه ۲ محاسن می‌گذرد.

$$D \cdot I = \frac{\sum_{i=1}^n y_{ij}}{n}$$

D.I: شاخص نهایی توسعه در هر سکونتگاه

N: تعداد کا متنبہاء، وہ مطالعہ

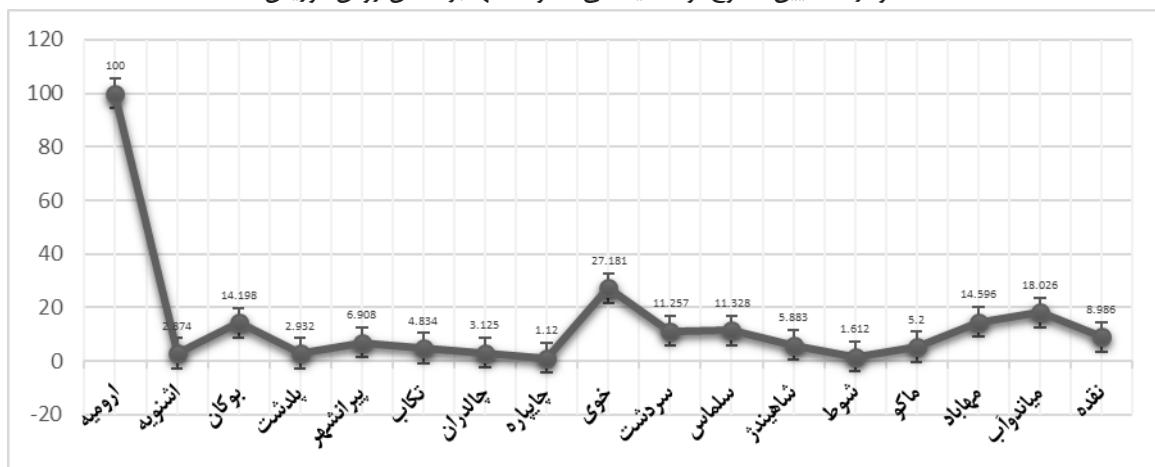
ضریب شاخص نهایی توسعه موریس بین صفر تا ۱۰۰ نوسان دارد، که هر چه به ۱۰۰ نردیکتر باشد، بالاترین ضریب را بدست آورده است و در نتیجه سطح توسعه‌یافتگی بیشتر و رتبه بالاتری دارد (رضوانی، ۱۳۸۳: ۱۵۴). با استفاده از میزان ضریب توسعه‌یافتگی هر یک از سکونتگاهها، آنها را می‌توان از نظر سطح توسعه به ۳ دسته محروم، نیمه برخوردار و برخوردار تقسیم‌بندی نمود.

#### جدول ۹: شاخص نهایی توسعه و رتبه‌بندی سکونتگاه‌ها

D!	رتیبندی	ارومند
۱	۱۰۰	اشنوریه
۱۵	۲/۸۷۴	بوکان
۵	۱۴/۱۹۸	بلشت
۱۶	۲/۹۳۳	پیر اشتر
۹	۴/۹۰۸	تکاب
۱۱	۴/۸۳۴	چالدران
۱۳	۳/۱۲۵	چپیراه
۱۷	۱/۱۲	خوی
۲	۳۷/۱۸۱	سردشت
۷	۱۱/۲۰۷	سلماس
۲	۱۱/۳۳۸	شاھیندز
۱۰	۵/۸۸۳	شوطا
۱۱	۱/۲۱۲	ماکو
۳	۵/۲	مهباد
۲	۱۴/۵۹۶	میندواب
۸	۸/۹۶۹	نقده

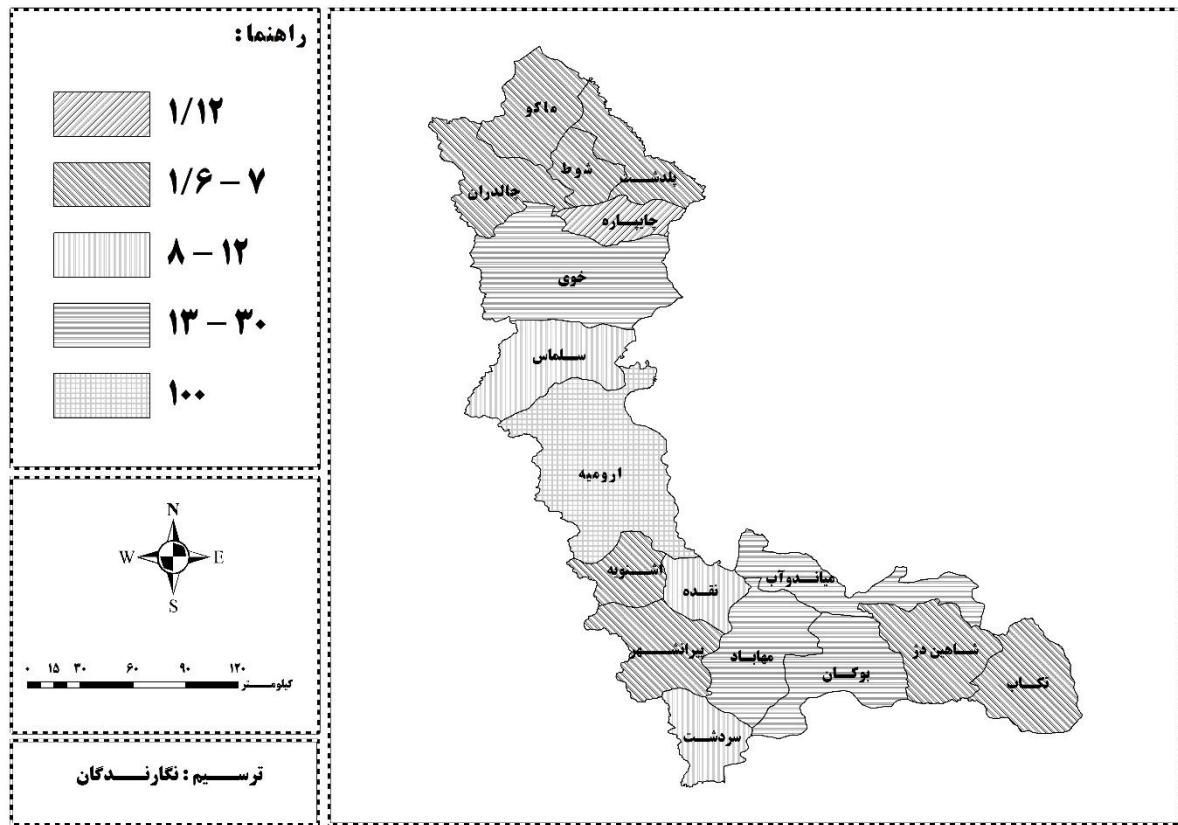
ماخذ: یافته‌های پژوهش

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



**شاخص ترکیبی توسعه انسانی (HDI):** شاخص توسعه انسانی به عنوان مقیاس جدیدی از توسعه در سال ۱۹۹۰ بر مبنای نظریات آمارتیاسن<sup>۷</sup> (برنده جایزه نوبل) و محبوب الحق<sup>۸</sup> (اقتصاددان پاکستانی) معرفی شد و با همکاری گوستاو رانیس<sup>۹</sup> (استاد دانشگاه بیل) و دسای<sup>۱۰</sup> (استاد مدرسه اقتصاد لندن) بسط داده شد و از همان زمان از سوی برنامه توسعه سازمان ملل (UNDP<sup>۱۱</sup>) 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 در صدد اندازه‌گیری متوسط دستیابی یک کشور به سه بعد اساسی توسعه انسانی از جمله زندگی طولانی توازن 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 (کریم کشته 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 تاثیر می‌گذارند، باید آزاد باشند. توسعه انسانی و حقوق بشر مقابلاً 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 کل نگر به زندگی بهتر است که به پرورش قوای ذهنی و استعدادها در کنار مصرف کالاها و خدمات تاکید دارد و با هدف قرار دادن زندگی بهتر افق پویایی را فراوری انتخاب‌های اصلی قرار می‌دهد (عادل و همکاران، ۱۳۸۶). بنابراین توسعه انسانی عبارت است از فرآیند بسط انتخاب‌های ظرفیت‌های انسانی (صادقی و همکاران، ۱۳۸۹).

نقشه ۲: سطوح توسعه یافته‌گی شهرستان‌ها بر اساس روش موریس



ماخذ: یافته‌های پژوهش

به طور خلاصه، شاخص ترکیبی توسعه انسانی مدلی برای محاسبه و درجه‌بندی مناطق از لحاظ توسعه انسانی با قائل شدن اهمیت یکسان برای شاخص‌ها در کشورهای مختلف است. فرآیند کلی مدل به شرح زیر می‌باشد:

مرحله اول: تعیین میزان محرومیتی است که هر یک از مناطق از لحاظ شاخص‌های مورد مطالعه دارد.

$$\frac{\text{اندازه واقعی } X_i - \text{اندازه حداقل}}{\text{اندازه حداقل } X_i - \text{اندازه حداکثر}} = \frac{X_i}{X_{\text{شاخص}}}$$

مرحله دوم: در این مرحله شاخص متوسط یا میانگین محرومیت برای هر یک از سکونتگاه‌ها تعریف می‌گردد.

$$X_{ij} = \frac{1}{n} \sum X_{ij}$$

مرحله سوم: این مرحله محاسبه و تعیین سطح توسعه انسانی است که مقدار آن مابین صفر و یک است. مقدار بدست آمده هر چه به عدد یک نزدیکتر باشد، معرف سطح توسعه یافته‌گی بیشتر است.

$$HDI = (1 - X_{ij})$$

پس از مشخص شدن میزان شاخص نهایی توسعه انسانی برای هر یک از سکونتگاه‌ها، می‌توان آنها را به سه دسته توسعه یافته، نیمه توسعه یافته و محروم تقسیم نمود. هر چه مقدار HDI به عدد ۱ نزدیک باشد، بیانگر سطح توسعه یافته‌گی بالا می‌باشد.

مطالعات محیط‌زیستی هفت حصار شماره پیاپی و نهم / سال هشتم / پاییز ۱۳۹۸

تحلیل تطبیقی سطح توسعه یافته‌گی سکونتگاه‌های شهری با تأکید بر شاخص بهداشتی و درمانی

## جدول ١٠: تعيين سطح محروميت سكونتگاهها

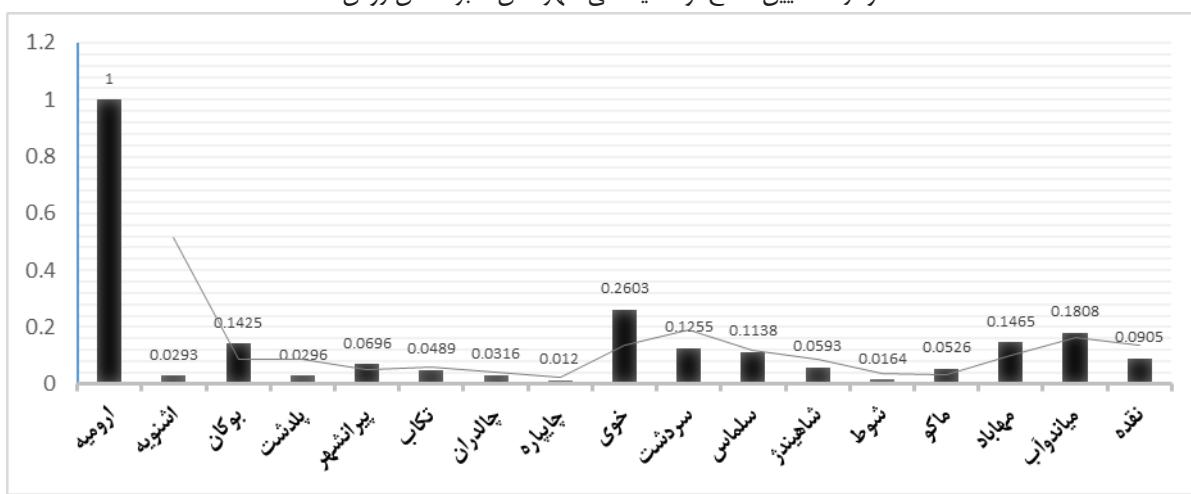
شماره	نام و نکات	تاریخ	مکان	پیشنهاد	بلندی	چالدران	چاپاره	جودی	سلماس	شاهیندز	شوط
۱	بیمارستان	۰/۹۲۸	۱	۱	۱	۱	۱	۰/۹	۱	۱	۱
۲	پرشک	۰/۹۲۸	۰/۹۱۵	۰/۹۷۸	۰/۹۵۳	۰/۹۵۵	۰/۹۹۷	۰/۷۵۹	۰/۹۳۱	۰/۹۶۱	۱
۳	دنداپریشک	۰/۹۷۸	۰/۹۷۸	۰/۹۵۵	۰/۹۷۸	۰/۹۷۵	۰/۹۷	۰/۷۷۹	۰/۷۷۹	۰/۷۸۴	۰
۴	داروساز	۰/۹۷۸	۰/۸۴۲	۰/۹۵۵	۰/۹۷۵	۰/۹۷۵	۰/۹۷۵	۰/۹۵۲	۰/۹۵۲	۰/۹۵۲	۰/۹۵۵
۵	پیراپریشک	۰/۹۷۸	۰/۷۹۵	۰/۹۷۸	۰/۹۷۵	۰/۹۷۵	۰/۹۷۵	۰/۷۸۷	۰/۷۸۷	۰/۷۸۷	۰/۹۴۱
۶	دامپریشک	۰/۹۷۸	۰/۸۴۲	۰/۹۵۵	۰/۹۷۵	۰/۹۷۵	۰/۹۷۵	۰/۹۵۲	۰/۹۵۲	۰/۹۵۲	۰/۹۵۵
۷	تخت فعال	۰/۹۷۸	۰/۷۹۵	۰/۹۷۸	۰/۹۷۵	۰/۹۷۵	۰/۹۷۵	۰/۹۷۴	۰/۹۷۴	۰/۹۷۴	۰/۹۷۴
۸	تخت یا بست	۰/۹۷۸	۰/۷۸۵	۰/۹۷۸	۰/۹۷۵	۰/۹۷۵	۰/۹۷۵	۰/۹۷۳	۰/۹۷۳	۰/۹۷۳	۰/۹۷۳
۹	داروخانه	۰/۹۷۸	۰/۸۳۴	۰/۹۷۸	۰/۹۷۸	۰/۹۷۸	۰/۹۷۸	۰/۹۷۷	۰/۹۷۷	۰/۹۷۷	۰/۹۷۷
۱۰	پایگاه بهداشت	۰/۹۷۸	۰/۸۰۹	۰/۹۷۸	۰/۸۰۹	۰/۸۰۹	۰/۸۰۹	۰/۹۷۱	۰/۹۷۱	۰/۹۷۱	۰/۹۷۱
۱۱	خانه بهداشت	۰/۹۷۸	۰/۷۹۴	۰/۹۷۸	۰/۷۹۴	۰/۷۹۴	۰/۷۹۴	۰/۹۷۳	۰/۹۷۳	۰/۹۷۳	۰/۹۷۳
۱۲	مرکز توانبخشی	۰/۹۷۸	۰/۸۳۴	۰/۹۷۸	۰/۸۳۴	۰/۸۳۴	۰/۸۳۴	۰/۹۷۱	۰/۹۷۱	۰/۹۷۱	۰/۹۷۱
۱۳	پایگاه اورژانس	۰/۹۷۸	۰/۷۷۷	۰/۹۷۸	۰/۷۷۷	۰/۹۷۸	۰/۹۷۸	۰/۹۷۷	۰/۹۷۷	۰/۹۷۷	۰/۹۷۷
۱۴	آزمایشگاه تشخیص پریشکی	۰/۹۷۸	۰/۹۴۹	۰/۹۷۸	۰/۹۴۹	۰/۹۷۸	۰/۹۷۸	۰/۹۷۷	۰/۹۷۷	۰/۹۷۷	۰/۹۷۷
۱۵	موسسات درمانی و هسته‌ای	۰/۹۷۸	۰/۹۰۹	۰/۹۷۸	۰/۹۰۹	۰/۹۰۹	۰/۹۰۹	۰/۹۰۲	۰/۹۰۲	۰/۹۰۲	۰/۹۰۲
۱۶	مرکز بهداشتی درمانی	۰/۹۷۸	۰/۹۳۳	۰/۹۷۸	۰/۹۳۳	۰/۹۷۸	۰/۹۷۸	۰/۹۳۹	۰/۹۳۹	۰/۹۳۹	۰/۹۳۹
۱۷	تسهیلات زیمانی	۰/۹۷۸	۰/۹۲۸	۰/۹۷۸	۰/۹۲۸	۰/۹۷۸	۰/۹۷۸	۰/۹۲۸	۰/۹۲۸	۰/۹۲۸	۰/۹۲۸

## جدول ۱۱: تعیین میانگین محرومیت و سطح توسعه نهایی سکونتگاهها

نندۀ	میندوآب	مهاباد	ماکو	شوطا	شاھیندۀ	سردشت	چالدران	چایپاره	خوی	تکلّب	پیراشهر	بلدشت	بوکان	اشنویه	ارومیه
------	---------	--------	------	------	---------	-------	---------	---------	-----	-------	---------	-------	-------	--------	--------

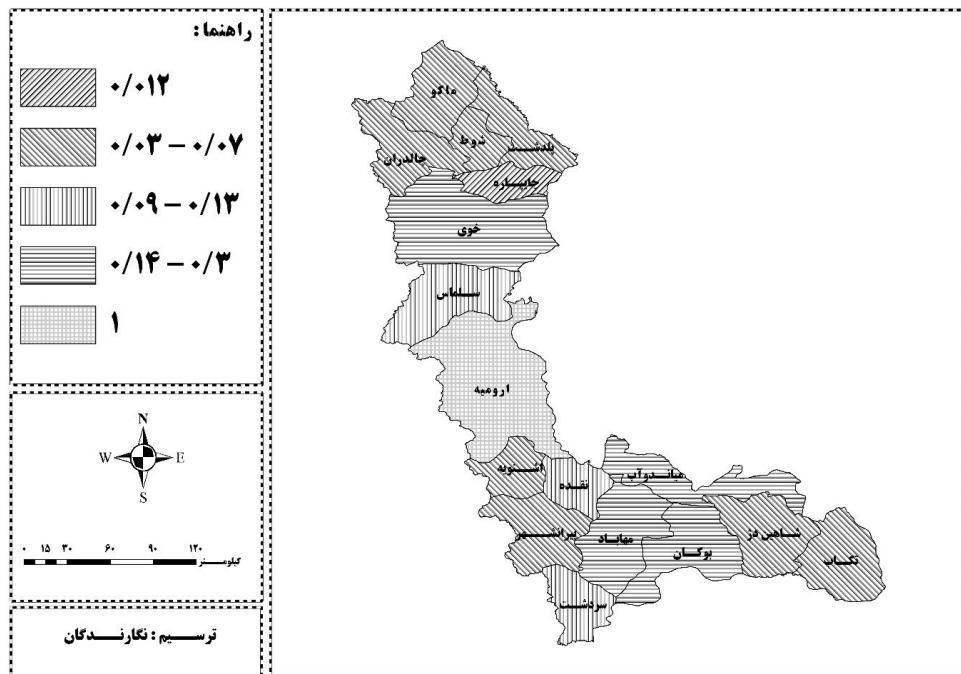
ماخذ: یافته‌های پژوهش

#### ماخذ: یافته‌های پژوهش



ماخذ: یافته‌های پژوهش

نقشه ۳: تعیین سطح توسعه یافتگی شهرستان‌ها بر اساس روش HDI



ماخذ: یافته‌های پژوهش

در ایران، تفاوت‌ها و نابرابری‌های ناحیه‌ای با نرخ نگران کننده‌ای در حال افزایش بوده است، این وضعیت به بروز مشکلات جدی نظریه مهاجرت از مناطق محروم به نواحی برخوردار و توسعه یافته‌تر منجر شده است (شیخ بیکلو 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 تامین 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 تاثیر 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 دستیاری 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 توسعه یافته‌گری قرار گرفته‌اند. همچنین شهرستان‌های سلماس، سرذشت، نقد و پیرانشهر از نظر توسعه یافته‌گی در سطح متوسط قرار دارند. در این میان شهرستان چاپاره 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 سرذشت 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 ۰/۰ 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 توسعه‌یافته‌گی 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 ارزیابی بین جمعیت شهرستان‌های استان آذربایجان غربی و سطح توسعه‌یافته‌گی 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 زیریط 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 پاسخگوئی 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 مسیبات نابودی بیشتر مناطق محروم را در پی دارد. ایجاد تداخل و افزایش نواقص در سطح تعادل فضایی مناطق، پدیده بزرگ‌سری یا ماقرورسالی (وجود ناهمنگونی) 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 روش 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 توسعه‌یافته‌گی مناطق و سکونتگاهها می‌باشد، که به عنوان معیارهای مطالعه پژوهش حاضر مورد تحلیل و ارزیابی قرار گرفته است. نخستین گام در مقوله کاهش ناهمنگی‌ها 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 توسعه‌یافته موریس و شاخص ترکیبی توسعه انسانی به رتبه‌بندی و تعیین درجه توسعه‌یافته 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 چایپاره به ترتیب بیشترین و کمترین سطح توسعه‌یافته 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 سلاماس، 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 توسعه‌یافته 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 توسعه‌یافته 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 فوق تخصص 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 بازیافت 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 شاه طهماسبی، 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 ۱۹۰-۱۹۷.
- امان‌پور، س.، پروینیان، ع.، علیزاده، م. (۱۳۹۴). سنجش وضعیت شاخص‌های توسعه‌یافته در شهرستان‌های استان ایلام. فرهنگ ایلام، دوره شانزدهم، شماره ۴۸ و ۴۹، صص ۲۷-۴۸.
- امینی، ن.، یداللهی، ح. و اینالو، ص. (۱۳۸۵). رتبه‌بندی سلامت استان‌های کشور. فصلنامه رفاه اجتماعی، دوره ۵، شماره ۲۰، صص ۴۸-۲۷.
- آنارادنژاد، ر. (۱۳۸۸). مدخلی بر فقر شهری با تأکید بر فقر مسکن در نقاط شهری کشور. فصلنامه پژوهش‌های جغرافیای انسانی، سال اول، شماره سوم.
- بدري، ع. و اکبریان رونیزی، س. (۱۳۸۵). تعیین سطح توسعه‌یافته نواحی روستایی شهرستان کامیاران. فصلنامه تحقیقات جغرافیایی، شماره ۸۲، صص ۱۳۰-۱۱۶.
- 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.
- پاگ، س. (۱۳۸۳). شهرهای پایدار در کشورهای در حال توسعه. ترجمه محترم‌نژاد، انتشارات مرکز مطالعاتی و تحقیقاتی شهرسازی و معماری، تهران.
- پژویان، ج.، خوشنویس، م. (۱۳۹۱). بررسی تاثیر آلودگی محیط‌زیست بر شاخص توسعه انسانی (HDI) در کشورهای توسعه‌یافته، نشریه اقتصاد مالی، دوره ششم، شماره ۲۰، صص ۶۷-۳۹.
- پوراصرسنگ‌چین، ف.، صالحی، ا. و دیناروندی، م. (۱۳۹۱). سنجش سطح توسعه‌یافته‌گی 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 توسعه‌یافته‌گی 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 توسعه‌یافته‌گی اجتماعی شهرستان‌های استان هرمزگان. جغرافیا و برنامه‌ریزی محیطی، سال ۲۳، پیاپی ۴۶، شماره ۲.
- حاتمی‌نژاد، ح.، مهدیان بهمنبری، م. و مهدی، ع. (۱۳۹۱). بررسی و تحلیل عدالت فضایی برخورداری از خدمات بهداشتی-درمانی با استفاده از مدل‌های Toxonomy و Morris، Topsis و Morsis؛ مطالعه موردی شهرستان‌های استان مازندران. مجله آمایش جغرافیایی فضای سال دوم، شماره ۵، صص ۹۷-۷۵.
- حاتمی‌نژاد، ح.، فرهودی، ر. و محمدپور‌جابری، م. (۱۳۸۷). تحلیل نابرابری اجتماعی در برخورداری از کاربری‌های خدمات شهری؛ مطالعه موردی شهر اسفراین. انتشارات پژوهش‌های جغرافیای انسانی، شماره ۶۵.

- حسینزاده دلیر، ک. (۱۳۸۰). برنامه‌ریزی ناحیه‌ای. انتشارات سمت، تهران، صص ۱۸۱-۱۵۲.
- حکمت‌نیا، ح. و موسوی، هن. (۱۳۸۵). کاربرد مدل در چگونه 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 چگانی انسانی. شماره ۴، ۳۵-۴۹.
- رضویان، م. (۱۳۸۱). برنامه‌ریزی کاربری اراضی شهری، انتشارات منشی. تهران.
- رعدآبادی، م.، بارونی، م.، گورزری، ر.، یاقیان، ن. و صابر ماهانی، ا. (۱۳۹۴). ارزیابی سطوح توسعه‌یافتنگی 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 حق روستا، س. (۱۳۹۳). تحلیل تطبیقی نابرابری‌های منطقه‌ای بین استان‌های هم‌جوار؛ بررسی موردی استان‌های همدان و مرکزی. نامه معماری و شهرسازی، شماره ۱۵، صص ۱۳۷-۱۳۱.
- 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 توسعه‌یافتنگی شهرستان‌های استان یزد از لحاظ دسترسی به مراکز بهداشتی و درمانی با استفاده از مدل موریس. فصلنامه آمایش محیط، شماره ۲۲.
- شیخ‌بیگلو، ر. و ضرابی، ا. (۱۳۹۰). سطح‌بندی شاخص‌های توسعه سلامت استان‌های ایران. فصلنامه رفاه اجتماعی، دوره ۱۱، شماره ۴۲، صص ۱۲۸-۱۰۷.
- صادقی، ح.، عبدالله‌حقی، س. و عبداله‌زاده، ل. (۱۳۸۶). توسعه انسانی در ایران، فصلنامه رفاه اجتماعی. دوره ششم، شماره ۲۴، صص ۳۰۴-۲۸۳.
- ضرابی، ا. و تبریزی، ن. (۱۳۹۰). تعیین سطح توسعه‌یافتنگی 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 چگانی و توسعه، شماره ۴.
- محمدی، ج.، احمدیان، م.، علیزاده، ج. و جمینی، د. (۱۳۹۱). تحلیل فضای توسعه شاخص‌های بهداشتی درمانی در استان آذربایجان غربی. فصلنامه رفاه اجتماعی، سال ۲، شماره ۴۷، صص ۱۸۰-۱۵۳.
- مرصوصی، ن. و بهرامی پاوه، 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 چگانی 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 توسعه‌یافتنگی شهرستان‌های استان خوزستان با استفاده از روش تحلیل عاملی و تحلیل خوشة-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. چگانی 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 Editoial/Habitate International: 1-12.
- Uwe, D. (2008). "Achieving urban sustainability: integard urban management." Asia and Europ Environment Forum. Nov 28-30, Shenzhen, China.