

تحلیلی بر توسعه یافتگی شهرستان های استان اصفهان از نظر شاخص های بهداشتی-درمانی با رویکرد توسعه پایدار

مهدی ابراهیمی یوزانی^{۱*}، رضا مختاری ملک آبادی^۲، رضیه حیدری دستنایی^۳

۱- استادیار جغرافیا و برنامه ریزی شهری، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲- دانشیار جغرافیا و برنامه ریزی شهری، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه ریزی شهری، دانشگاه پیام نور، مرکز وزوان، ایران

آدرس مکاتبه: اصفهان، تیران، دانشگاه پیام نور تیران

موبایل: ۰۹۱۳۲۱۲۸۶۲۱ Email: m.ebrahimi@bh.isfpnu.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: بهداشت، درمان و تامین سلامت افراد جامعه از مهم ترین شاخص های پیشرفت و اعتلای هر کشوری است و ضامن موفقیت برنامه های توسعه ملی نیز به شمار می رود. هدف از این پژوهش بررسی توسعه یافتگی شهرستان های استان اصفهان در برخورداری از امکانات و دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی و ارائه توصیه هایی جهت کاهش شکاف های درون منطقه ای برای نیل به توسعه پایدار است.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع کاربردی و به لحاظ ماهیت از نوع توصیفی-تحلیلی، از نوع مطالعه مقطعی و روش گردآوری اطلاعات، کتابخانه ای است. در این مقاله شاخص های بهداشتی-درمانی که در سرشماری سال ۱۳۹۰ شمارش شده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. روش مورد استفاده شاخص مرکزیت وزنی است که مرحله پیشرفته و تکمیلی روش اسکالوگرام است و با استفاده از آن، میزان و رتبه برخورداری شهرستان ها محاسبه شد.

یافته ها: بر مبنای بررسی شاخص های سیزده گانه بهداشتی-درمانی شهرستان های اصفهان، کاشان، خمینی شهر، نجف آباد و فلاورجان در رتبه های اول تا پنجم توسعه قرار دارند. شهرستان های بوبین و میاندشت، خور و بیابانک، چادگان، دهاقان و خوانسار در رتبه های بیست و چهارم تا بیستم توسعه یافتگی و سایر شهرستان های استان جزو شهرستان های میان توسعه هستند.

نتیجه گیری: مهم ترین عامل در توزیع نابرابر خدمات بهداشتی و درمانی، سیاست ها و برنامه ریزی هایی است که منجر به تمرکز فعالیت ها و خدمات در شهرستان های این استان شده است. این تمرکزگرایی، اختلاف توسعه بهداشتی و درمانی شهرستان ها را روز به روز بیشتر می کند.

واژه های کلیدی: توسعه یافتگی، شاخص های بهداشتی-درمانی، شاخص مرکزیت وزنی، استان اصفهان

مقدمه

بخش بهداشت و درمان به عنوان یکی از بخش‌های مهم اجتماعی کشور، نقش تعیین کننده‌ای در سلامت و تندرستی افراد جامعه دارد. با توجه به اثر متقابل بهداشت و زندگی اقتصادی و اجتماعی جامعه، سلامت انسان، یک سرمایه در کنار سایر دارایی‌ها محسوب می‌شود و بنابراین حفظ و بهبود آن کاملاً ضروری است و عملکرد مناسب امور بهداشتی و درمانی به افزایش سطح سلامت انسان‌ها می‌انجامد (۱). شاخص‌های بهداشتی- درمانی از مهم‌ترین شاخص‌های پیشرفت هر کشوری به‌شمار می‌رود و میزان موفقیت برنامه‌های توسعه ملی و تحقق عدالت اجتماعی تا اندازه‌ی زیادی در گرو دستیابی به هدف‌های این بخش است (۲).

هدف برنامه‌ریزی، فضایی برای برقراری عدالت اجتماعی و توزیع رفاه و ثروت در بین افراد جامعه است و مشخص است که عدم توازن در بین مناطق در جریان توسعه موجب شکاف و تشدید نابرابری منطقه‌ای می‌شود (۳). اهمیت بخش بهداشت و درمان به حدی است که می‌توان گفت، بهبود وضعیت شاخص‌های بهداشتی و درمانی موجب توسعه‌ی انسانی و اجتماعی جامعه و در نهایت ارتقای سطح توسعه در کشور می‌شود.

در دهه‌های اخیر تغییر در سبک زندگی و فعالیت، باعث افزایش خطرات تهدیدکننده سلامت بشر شده و حفظ و ارتقای سلامت به عنوان یکی از محورهای اصلی توسعه مورد توجه قرار گرفته است (۴). از آنجایی که سلامت روح و جسم انسان‌ها به عنوان یکی از معیارهای مهم در توسعه یافتگی کشورها و مناطق محسوب می‌شود، میزان برخورداری از این خدمات و توزیع بهینه آن‌ها در سطوح مختلف سیاسی و جغرافیایی از ارزش و اهمیت زیادی برخوردار است.

دسترسی عادلانه همه افراد جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی باعث افزایش توان شهروندان در انجام فعالیت‌های اجتماعی شده و به ایجاد فضای رشد و توسعه در جامعه کمک می‌کند (۵).

توسعه، فرآیندی جامع از فعالیت‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی است که هدف آن بهبود مستمر زندگی مردم بوده و فعالیت، آزادی، مشارکت و توزیع عادلانه‌ی منافع از ارکان اساسی آن به‌شمار می‌رود (۶). توسعه، همچنین، بسط طیف امکانات انسان‌هاست که دسترسی به حق اشتغال، درآمد، تحصیل، بهداشت، محیط زیست و ... را نیز به دنبال خواهد داشت.

تعاریف زیادی از توسعه پایدار نیز وجود دارد که همگی آنها بر دو موضوع «ارتقای کیفیت زندگی با در نظر گرفتن ظرفیت تحمل محیط زیست و دسترسی نسل حاضر به امکانات و تأمین خواسته‌ها، بدون آنکه توانایی و امکانات نسل‌های آینده برای تأمین نیازهایشان محدود شود، اجماع دارند (۷).

خدمات بهداشتی- درمانی یکی از اجزاء غیر قابل انکار توسعه است و در صورت تبیین درست اهداف و برخورداری از سیاست‌ها و برنامه‌های روشن می‌تواند نقش بی‌بدیلی در ارتقای کیفیت فعالیت و زندگی ایفا نماید (۸).

در بررسی وضعیت سلامت جامعه، ابتدا برخورداری مناطق از انواع خدمات بهداشتی و درمانی، مطرح می‌شود. در کشورهای در حال توسعه به دلایل مختلف از جمله فقدان برنامه‌ریزی جامع برای بهداشت ملی، سیستم غلط خدمات بهداشت و درمان و کم اهمیت قلمداد کردن بهداشت، توزیع غلط امکانات و خدمات و ... دولت‌ها سهم کمی از امکانات و منابع خود را به این بخش اختصاص می‌دهند (۱۲) این امر نیز معمولاً باعث ضعف در برخورداری مناطق از خدمات

بهداشتی درمانی و تفاوت در میزان بهره‌مندی از این نوع خدمات می‌شود؛ بنابراین، مشاهده می‌شود که در بین نواحی جغرافیایی کشورهای در حال توسعه، به لحاظ برخورداری از خدمات بهداشتی-درمانی شکاف‌های عمیقی وجود دارد. بدیهی است که افزایش نابرابری‌ها، تضاد و تبعیض مکانی، گسترش محرومیت و در نتیجه افزایش روند مهاجرت‌ها و مشکلات ناشی از مهاجرت بی‌رویه و رشد غیرمعقول و بی‌رویه شهری و معطل ماندن پتانسیل‌ها و مشکلات ناشی از آن را سبب می‌شود.

به منظور توسعه منطقه‌ای پایدار، لازم است جایگاه توسعه یافتگی مناطق نسبت به یکدیگر مورد بررسی قرار گیرد. در این صورت سطح توسعه‌یافتگی مناطق معلوم و با شناسایی میزان بهره‌مندی مناطق از امکانات بهداشتی و درمانی، می‌توان در جهت کاهش تفاوت در برخورداری‌ها اقدام نمود. در این راستا در این مقاله- با توجه به مورد مطالعه آن یعنی شهرستان‌های استان اصفهان- مستند به داده‌های سرشماری عمومی نفوس و مسکن (۱۳۹۰)- میزان برخورداری شهرستان‌های این استان از خدمات بهداشتی و خدماتی، مورد بررسی قرار گرفته است. متغیرهای مورد بررسی تعداد داروخانه، پزشک عمومی، پزشک متخصص، آزمایشگاه، دندانپزشک، پیراپزشک، موسسات درمانی، پرتونگاری، خانه‌های بهداشت، بیمارستان، پایگاه‌های بهداشت و تعداد پایگاه‌های اورژانس می‌باشد.

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۵) در گزارش پژوهشی برای بودجه پیشنهادی خود، بر نقش دولت‌ها در ارتقای سلامت عمومی مردم تاکید نموده و ایجاد محیط سالم شهری را به سیاست‌ها و اقدامات دولت‌ها وابسته می‌داند (۹). در پژوهشی که فرجی و وزین (۱۳۹۱)، در استان خراسان رضوی انجام دادند معلوم شد که ارتقای سلامت، وابسته به امکانات

بهداشتی درمانی است و شهرستان‌هایی که خدمات بهداشتی درمانی بیشتری دارند، از سطح سلامت بهتری برخوردار هستند (۱۰).

مومنی و موسوی اصل (۱۳۹۳) نیز که میزان توسعه- یافتگی بخش بهداشتی و درمانی شهرستان‌های استان کهگیلویه و بویراحمد را مورد مطالعه قرار داده بودند اعلام کردند که برای ایجاد تعادل در توسعه، لازم است برنامه‌ریزی از قطبی به فضایی تغییر نماید (۱۱).

استان اصفهان منطقه‌ای وسیع است که تفاوت‌های زیادی به لحاظ اقتصادی، اجتماعی، در شهرستان‌های ۲۴ گانه آن وجود دارد به طوری که شاهد توسعه نامتوازن در بخش بهداشتی-درمانی نیز می‌باشیم. از این جهت و با توجه به لزوم توسعه پایدار لازم است برای کاهش تفاوت‌های ناحیه‌ای در بخش بهداشت و درمان اقدام نمود. این امر به ارتقای سلامت ساکنان مناطق محروم و تعادل در سایر بخش‌ها کمک می‌کند.

توجه به بررسی تفاوت‌های منطقه‌ای از آن جهت که اولویت‌های توسعه را نیز مشخص می‌کند اهمیت دارد. در این شرایط مسئولین با استناد به چنین مطالعاتی توزیع بهینه‌ای از خدمات را برنامه‌ریزی نموده و مناطق محروم را در اولویت رسیدگی قرار خواهند داد.

هدف این مقاله بررسی میزان بهره‌مندی شهرستان- های استان اصفهان از خدمات بهداشتی-درمانی است که این بررسی با استفاده از روش شاخص مرکزیت وزنی، انجام شده و طی آن وضعیت شهرستان‌ها بررسی و مورد مقایسه و رتبه‌بندی قرار گرفته است.

استفاده از شاخص مرکزیت وزنی مرحله‌ی تکمیل یافته‌ی مدل اسکالوگرام است و باعث می‌شود خدمات تخصصی‌تر از امتیاز بیشتری در رتبه‌بندی برخوردار شوند و نتایج درست‌تری از سطح‌بندی خدمات در شهرستان‌ها به‌دست آید.

با توجه به آنچه بیان شد سوال اصلی پژوهش در این مقاله بدین شرح قابل ارائه است:

وضعیت برخورداری هر یک از شهرستان‌های استان اصفهان از لحاظ بهره‌مندی از خدمات و امکانات بهداشتی- درمانی چگونه است و در چه رتبه‌ای قرار دارد؟

مواد و روش کار

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع کاربردی و به لحاظ ماهیت از نوع توصیفی-تحلیلی، از نوع مطالعه مقطعی و روش گردآوری اطلاعات کتابخانه‌ای است. در این مقاله سعی شده‌است وضعیت برخورداری همه شهرستان‌های استان اصفهان در ارتباط با متغیرها و شاخص‌های بهداشتی-درمانی با توجه به نتایج آخرین سرشماری در دسترس (سال ۱۳۹۰) با استفاده از روش شاخص مرکزیت وزنی تبیین و تحلیل گردد.

در فرایند کار ابتدا با استفاده از منابع کتابخانه‌ای و الکترونیکی، مبانی نظری تدوین و داده‌ها گردآوری شد. سپس به منظور تعیین سطوح برخورداری شهرستان‌های ۲۴ گانه استان اصفهان، تعداد ۱۳ شاخص در قالب شاخص‌های ارزیابی دسترسی به زیرساخت-های بهداشتی و درمانی مورد بررسی قرار گرفت (جدول شماره ۲). در ادامه با استفاده از مدل شاخص مرکزیت وزنی، شهرستان‌های استان به لحاظ برخورداری از خدمات بهداشتی-درمانی رتبه‌بندی و شهرستان‌های برخوردار (فرا توسعه)، نیمه برخوردار (میان توسعه) و محروم (فرو توسعه) شناسایی شد.

مراحل محاسبه شاخص مرکزیت وزنی به شرح ذیل است:

۱- ابتدا ماتریسی تهیه و در اولین ستون آن نام یا کد مکان‌ها و در ستون‌های مقابل، کارکردها و خدمات مورد نظر نوشته می‌شود. درست مانند همان

ماتریسی که در روش گاتمن و یا اسکالوگرام استفاده می‌شود. در این ماتریس وجود یک خدمت در مکان مورد نظر را با عدد (۱) و عدم وجود آن را با (۰) نشان می‌دهد (جدول ۲).

۲- مجموع کارکردها یا خدمات را به صورت ستونی و سطری جمع کرده و در ستون آخر ماتریس و همچنین در ردیف پایین آن قرار می‌گیرد (جدول شماره ۲).

۳- کارکردها را به شیوه‌ای مرتب می‌کنیم که از بیشترین به کمترین ردیف شوند و نقاط سکونتگاهی را نیز از بیشترین کارکرد به کمترین مرتب می‌کنیم. برای این کار اطلاعات باید یکبار براساس مجموع کارکردهای سطری و یک بار بر مبنای مجموع کارکردهای ستونی مرتب بکنیم.

۴- فرض می‌شود که مجموع تعداد کارکردها دارای میزان مرکزیت ۱۰۰ می‌باشد. بنابراین در پایین ردیف جمع کارکردها برای کلیه کارکردها یا خدمات وزن ۱۰۰ در نظر می‌گیریم و در ردیف مرکزیت قرار می‌دهیم.

۵- سپس وزن هر کارکرد را با استفاده از فرمول ذیل محاسبه می‌کنیم.

$$C = \frac{t}{T}$$

در این فرمول

C = وزن کارکرد

t = مقدار کل مرکزیت هر کارکرد که عبارت است از ۱۰۰

T = مجموع فراوانی هر کارکرد

۶- در این مرحله در یک جدول دیگر وزن‌های محاسبه‌شده برای هر کارکرد را در ردیف‌های ماتریس جدول قبلی ضرب می‌کنیم تا جدول این مرحله تکمیل شود. سپس مجموع وزن‌های این جدول را در آخر قرار می‌دهیم. این مقادیر، شاخص مرکزیت و وزن هر سکونتگاه را به لحاظ برخورداری از خدمات مورد بررسی نشان می‌دهند. (۱۲).

محدوده مورد مطالعه

استان اصفهان با وسعت ۱۰۶۱۷۹ کیلومترمربع و جمعیت ۵.۱۲۰.۸۵۰ نفر به ترتیب حدود ۶/۴۵ درصد از مساحت و ۶/۴۱ درصد جمعیت کل کشور را به خود اختصاص داده است. در سرشماری سال ۱۳۹۵ شهر اصفهان مرکز استان اصفهان حدود دو میلیون نفر جمعیت داشت و بعد از تهران و مشهد، سومین شهر بزرگ ایران بوده است. استان اصفهان بین ۳۰ درجه و

۴۲ دقیقه تا ۳۴ درجه و ۳۰ دقیقه عرض شمالی و ۴۹ درجه و ۳۶ دقیقه تا ۵۵ درجه طول شرقی در ایران مرکزی قرار دارد. بیشتر مساحت استان اصفهان در اقلیم گرم و خشک واقع شده است. جامعه آماری در این پژوهش ۲۴ شهرستان استان اصفهان می باشد که موقعیت و ویژگی های عمومی و جمعیتی آنها در شکل ۱ و جدول (۱) نشان داده شده است (۱۳).



شکل ۱: موقعیت استان اصفهان در کشور ایران و شهرستانهای آن (۱۴)

جدول ۱: ویژگی‌های عمومی و جمعیتی شهرستانهای استان اصفهان

ردیف	نام شهرستان	جمعیت ۱۳۹۵		موقعیت	وسعت (کیلومتر مربع)
		تعداد	تراز		
۱	آران و بیدگل	۱۰۳۵۱۷	۱۱	در شمال استان اصفهان و در فاصله ۲۲۵ کیلومتری شهر اصفهان است.	۶۰۵۱
۲	اردستان	۴۲۱۰۵	۱۷	در فاصله ۱۱۸ کیلومتری شمال شرق مرکز استان اصفهان است	۱۱۵۹۱
۳	اصفهان	۲۲۴۳۲۴۹	۱	در فاصله تقریبی ۴۲۵ کیلومتری تهران و در ارتفاع ۱۵۷۰ متری از سطح دریا واقع شده است.	۱۵۲۶۳
۴	برخوار	۱۲۲۴۱۹	۱۰	در ۱۵ کیلومتری شمال شهر اصفهان است.	۱۵۷۰۶
۵	بوئین و میاندشت	۲۴۱۶۳	۲۴	در غرب استان اصفهان و در فاصله ۱۵۰ کیلومتری شهر اصفهان است.	۹۹۵
۶	تیران و کرون	۷۱۵۷۵	۱۴	در ۴۵ کیلومتری غرب شهر اصفهان است.	۱۶۹۰
۷	چادگان	۳۲۴۷۹	۲۰	در ۱۱۵ کیلومتری غرب استان اصفهان قرار دارد.	۱۲۰۰
۸	حمینی شهر	۳۱۹۷۲۷	۳	در ۱۲ کیلومتری شمال غربی شهر اصفهان است	۱۷۵
۹	خوانسار	۳۳۰۴۹	۲۱	در فاصله حدود ۱۵۰ کیلومتری شمال غرب شهر اصفهان است.	۹۵۳
۱۰	خور و بیابانک	۱۹۷۶۱	۲۲	در شرقی‌ترین نقطه استان اصفهان در فاصله ۴۲۰ کیلومتری اصفهان قرار دارد.	۱۰۹۸۳
۱۱	دهاقان	۳۴۵۱۱	۲۳	در جنوب غربی استان و در ارتفاع ۲۱۵۰ متری از سطح دریا است	۱۴۲۶
۱۲	سمیرم	۷۴۱۰۹	۱۵	در جنوب غربی استان و با ارتفاع متوسط ۲۴۰۰ متر از دریا، واقع شده است.	۵۲۲۴
۱۳	شاهین شهر و میمه	۲۳۴۶۶۷	۷	در ۱۷ کیلومتری شمال شهر اصفهان و ۱۵۹۵ متری از سطح دریا قرار دارد.	۶۱۰۵
۱۴	شهرضا	۱۵۹۷۹۷	۸	در ۷۰ کیلومتری جنوب شهر اصفهان واقع شده است.	۲۷۹۶
۱۵	فریدن	۴۹۸۹۰	۱۳	در غرب استان اصفهان و در فاصله ۱۷۶ کیلومتری شهر اصفهان است.	۱۰۰۹
۱۶	فریدونشهر	۳۵۶۵۴	۱۸	در غرب استان و به فاصله ۱۹۷ کیلومتری اصفهان واقع شده است.	۲۲۳۶
۱۷	فلاورجان	۲۴۹۸۱۴	۵	در فاصله ۲۷ کیلومتری جنوب غرب شهر اصفهان است.	۳۱۹
۱۸	کاشان	۳۶۴۴۸۲	۲	در شمال استان اصفهان و در فاصله ۲۲۲ کیلومتری شهر اصفهان است.	۸۶۰۸
۱۹	گلپایگان	۹۰۰۸۶	۱۲	در شمال غربی استان اصفهان و در فاصله ۱۷۴ کیلومتری شهر اصفهان است.	۱۶۳۴
۲۰	لنجان	۲۶۲۹۱۲	۶	در جنوب غرب استان اصفهان و فاصله ۴۸ کیلومتری از شهر اصفهان است	۱۱۷۲
۲۱	مبارکه	۱۵۰۴۴۱	۹	در ۵۰ کیلومتری جنوب غربی شهر اصفهان است.	۱۰۹۴
۲۲	نائین	۳۹۲۶۱	۱۹	در شرق استان اصفهان و در فاصله ۱۲۸ کیلومتری شهر اصفهان است.	۲۳۵۷۰
۲۳	نصف آباد	۳۱۹۲۰۵	۴	در ۳۰ کیلومتری غرب شهر اصفهان واقع می باشد.	۲۳۸۸
۲۴	نطنز	۴۳۹۷۷	۱۶	در فاصله تقریبی ۱۲۵ کیلومتری شمال شرقی از مرکز استان است	۳۳۹۷
	کل استان	۵۱۲۰۸۵۰	-	در مرکز کشور و با استان‌های قم، مرکزی، چهارمحال و بختیاری، کهگیلویه و بویر احمد، فارس، یزد و سمنان همسایه است	

۱. منبع (۱۳) و (۱۴)

یافته‌ها

در این مقاله همان‌طور که در قسمت روش تحقیق بیان شد برای محاسبه سطح دسترسی به خدمات و تعیین رتبه هر شهرستان در استان، از روش شاخص مرکزیت وزنی که مرحله پیشرفته و تکمیلی برای روش اسکالوگرام است استفاده شد.

نتایج حاصل از استفاده از مدل شاخص مرکزیت وزنی برای سطح‌بندی شهرستان‌های استان اصفهان از نظر شاخص‌های بهداشتی-درمانی نشان می‌دهد که شهرستان‌های اصفهان، کاشان، خمینی شهر، نجف آباد و فلاورجان در رتبه‌های اول تا پنجم قرار دارند. این شهرستان‌ها در بین ۲۴ شهرستان مورد مطالعه در استان اصفهان، از نظر شاخص‌های بهداشتی، از بیشترین میزان خدمات برخوردار می‌باشند و بی‌شک می‌تواند جمعیت بیشتری از نواحی هم‌جوار را تحت پوشش قرار دهد. همچنین شهرستان‌های دهاقان و خوانسار، چادگان، خور و بیابانک، بوبین و میاندشت در رتبه‌های بیستم تا بیست و چهارم قرار دارند. بنابراین می‌توان گفت که شهرستان‌های اصفهان، کاشان، خمینی شهر، نجف آباد و فلاورجان از نظر شاخص‌های بهداشتی-درمانی جزء شهرستان‌های برخوردار (فرا توسعه) و شهرستان‌های بوبین و میاندشت، خور و بیابانک، چادگان، دهاقان و خوانسار جزو شهرستان‌های محروم (فرو توسعه) به‌شمار می‌روند. بر همین اساس، سایر شهرستان‌های استان اصفهان شامل شهرستان‌های لنجان، شاهین شهر، شهرضا، مبارکه، آران و بیدگل، سمیرم، تیران و کرون، اردستان، گلپایگان، ناین، برخوار، نطنز، فریدونشهر، و فریدن (به ترتیب دارای رتبه‌های ششم تا نوزدهم)، جزو شهرستان‌های میان توسعه هستند.

در این بین، شهرستان اصفهان با برخورداری از عدد ۴۶۸.۵ در شاخص مرکزیت وزنی فاصله بسیار زیادی با شهرستان‌های دیگر استان دارد. در این شهرستان حدود ۳۶ درصد خدمات بهداشتی-درمانی استان متمرکز شده‌است. شایان ذکر است که سهم جمعیت شهرستان اصفهان از جمعیت استان، ۴۳/۸ درصد است. شاخص مرکزیت وزنی شهرستان کاشان به لحاظ برخورداری از شاخص‌های بهداشتی-درمانی-به عنوان نزدیک‌ترین شهرستان به شهرستان اصفهان- معادل ۱۲۲ است که تقریباً یک‌چهارم میزان موجود در شهرستان اصفهان است.

بررسی‌های تکمیلی در این خصوص نشان‌داد که وضعیت امکانات و خدمات بهداشتی-درمانی تابعی از جمعیت است به‌طوری که همبستگی بسیار بالایی بین متغیر جمعیت و متغیر میزان بهره‌مندی از امکانات بهداشتی-درمانی در بین شهرستان‌های استان اصفهان دیده می‌شود.

محاسبات انجام شده در این خصوص نشان می‌دهد که بین متغیر جمعیت و متغیر خدمات بهداشتی-درمانی (به شرح مندرجات ستون جمعیت در جدول ۱ و ستون جمع در جدول ۲) همبستگی معادل ۰.۹۹ یعنی حدوداً کامل وجود دارد. این همبستگی بالا ناشی از دو عامل است، اول وجود آستانه‌های جمعیتی برای ایجاد خدمات که به طور طبیعی در سکونتگاه‌های پرجمعیت فراهم‌تر است و دوم ملاک عمل بودن سرانه جمعیت برای نهادهای دولتی و از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اختصاص بودجه برای ایجاد خدمات و امکانات و تملک دارایی‌ها است.

جدول ۲: وضعیت متغیرهای مرتبط با زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی شهرستانهای استان اصفهان
بر اساس تعداد و محاسبه وزن کارکردها

شهرستان	داروخانه	پزشک عمومی	پزشک متخصص	آزمایشگاه	دندانپزشکی	مرکز توانبخشی	پیرپزشکی	مؤسسات درمانی	پرتونگاری	خانه‌های بهداشت	بیمارستان	پایگاه‌های بهداشت	پایگاه‌های اورژانس	جمع
آران و بیدگل	۱۶	۳۵	۲۷	۱۰	۵	۱۰	۳۰۳	۷	۷	۹	۲	۱۰	۴	۴۴۵
اردستان	۷	۳۰	۱۵	۸	۵	۵	۳۱۱	۶	۴	۳۰	۱	۱	۵	۴۲۸
اصفهان	۴۱۱	۴۰۰	۴۸۸	۲۱۰	۱۶۹	۲۰۷	۷۶۷۹	۸۳	۱۵	۹۶	۳۰	۷۶	۳۶	۹۹۰۰
برخوار	۱۷	۵۰	۳	۵	۳	۲	۱۵۲	۱۰	۶	۳	۰	۴	۳	۲۵۸
بوئین و میاندشت	۲	۱۵	۰	۱	۴	۰	۹۳	۷	۴	۲۱	۰	۲	۱	۱۵۰
تیران و کرون	۶	۳۵	۵	۹	۶	۵	۲۲۹	۹	۵	۳۹	۱	۱	۲	۳۵۲
چادگان	۲	۱۸	۳	۱	۷	۰	۱۴۷	۷	۴	۲۴	۰	۳	۲	۲۱۸
خمینی شهر	۴۷	۶۴	۴۲	۲۰	۱۱۱	۱۷	۴۹۹	۱۲	۷	۲	۲	۲۳	۶	۸۵۲
خوانسار	۸	۱۱	۱۰	۳	۸	۳	۱۷۲	۵	۳	۱۵	۱	۲	۱	۲۴۲
خور و بیابانک	۵	۲۱	۲	۴	۷	۰	۹۴	۴	۲	۹	۰	۰	۴	۱۵۲
سمیرم	۴	۲۵	۱۳	۶	۵	۲	۳۱۶	۱۰	۵	۳۶	۱	۲	۴	۴۲۹
شاهین شهر و میمه	۳۲	۳۶	۴۸	۱۸	۷	۱۶	۵۰۱	۱۰	۶	۱۱	۲	۸	۸	۷۰۳
شهرضا	۲۱	۲۹	۴۶	۱۴	۷	۱۱	۵۱۵	۸	۴	۱۴	۲	۱۱	۶	۶۸۸
دهاقان	۵	۱۳	۴	۲	۲	۴	۱۷۱	۴	۲	۱۰	۱	۳	۲	۲۲۳
فریدن	۴	۱۷	۱۹	۴	۲	۲	۳۰۶	۷	۳	۲۶	۱	۲	۱	۳۹۴
فریدونشهر	۲	۱۷	۵	۳	۵	۰	۲۳۶	۹	۶	۲۷	۱	۱	۱	۳۱۳
فلورجان	۳۳	۶۴	۵۸	۱۴	۱۵	۱۷	۶۶۶	۲۱	۱۰	۴۳	۲	۱۲	۳	۹۵۸
کاشان	۵۸	۱۰۸	۱۴۵	۲۹	۲۳	۳۶	۱۷۹۵	۲۹	۱۳	۳۳	۷	۴۱	۱۳	۲۳۳۰
گلپایگان	۱۲	۱۶	۲۱	۱۰	۷	۶	۲۹۶	۷	۳	۲۴	۱	۶	۲	۴۱۱
لنجان	۳۶	۶۲	۳۵	۲۰	۸	۲۱	۵۰۳	۲۰	۱۰	۲۳	۲	۹	۵	۷۵۴
مبارکه	۲۲	۲۶	۳۰	۱۳	۸	۱۳	۴۰۸	۱۱	۶	۲۰	۱	۸	۴	۵۷۰
نائین	۴	۱۹	۱۸	۸	۷	۳	۲۵۳	۷	۴	۱۶	۱	۱	۶	۳۴۷
نجف آباد	۴۷	۷۸	۷۹	۳۲	۱۱	۲۶	۸۶۳	۱۶	۹	۱۳	۳	۲۰	۶	۱۲۰۳
نطنز	۶	۲۲	۱۶	۵	۳	۵	۲۵۶	۵	۲	۱۵	۲	۲	۴	۳۴۳
جمع T	۸۰۷	۱۲۱۱	۱۱۳۲	۴۴۹	۴۳۵	۴۱۱	۱۶۷۶۴	۳۱۴	۱۴۰	۵۵۹	۶۴	۲۴۸	۱۲۹	۴۴۵
مرکزیت کل t	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۴۲۸
وزن C	۰/۱۲۴	۰/۰۸۲	۰/۰۸۸	۰/۰۲۳	۰/۰۲۳۰	۰/۰۲۴۳	۰/۰۰۰۶	۰/۰۳۱۸	۰/۰۷۱۴	۰/۰۱۷۹	۰/۰۵۶۳	۰/۰۴۰۳	۰/۰۷۷۵	۹۹۰۰

منبع: ۱۴ و محاسبات نگارندگان.

جدول ۳: محاسبه شاخص مرکزیت و رتبه بندی

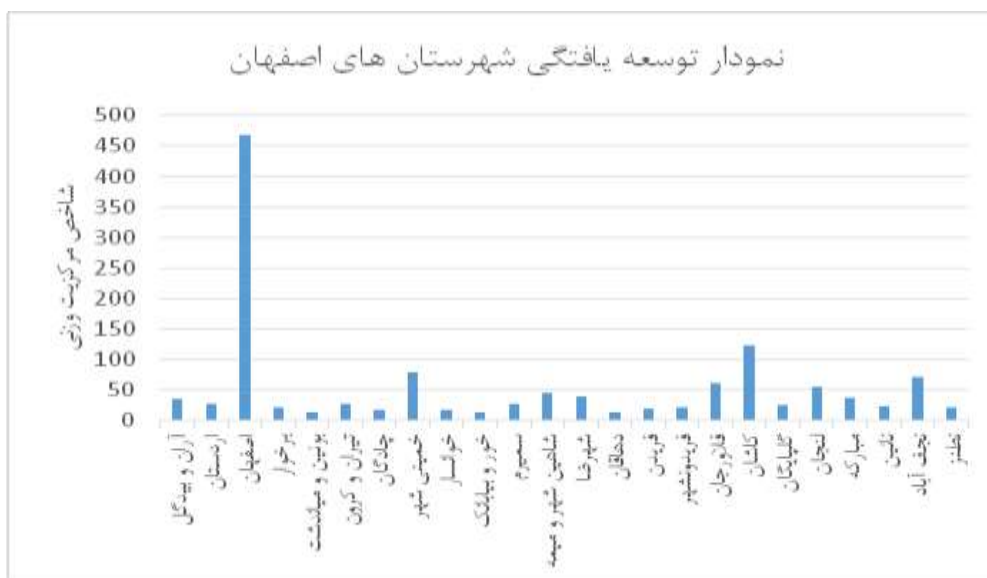
شهرستان	شاخص ها														داروخانه	پزشک عمومی	متخصص	پزشک	آزمایشگاه	دندانپزشکی	توانبخشی	مرکز	پیراپزشکی	درمانی	مؤسسات	پرستاری	بهداشت های	خانه های	بیمارستان	بهداشت	پایگاه های اورژانس	پایگاه های	شاخص مرکزیت	رتبه
آران و بیدگل	۱.۹۸	۲.۸۷	۲.۳۸	۲.۲۳	۱.۱۵	۲.۴۳	۱.۸۱۸	۲.۲۲۶	۴.۹۹۸	۱.۶۱۱	۳.۱۳	۴.۰۳	۳.۱	۳۳.۹۴۹	۱۰																			
اردستان	۰.۸۶	۲.۴۶	۱.۳۲	۱.۷۸	۱.۱۵	۱.۲۱۵	۱.۸۶۶	۱.۹۰۸	۲.۸۵۶	۵.۳۷	۱.۵۶	۰.۴۰۳	۳.۸۷۵	۲۶.۶۳۸	۱۳																			
اصفهان	۵۰.۹	۳۲.۸	۴۲.۹	۴۶.۸	۳۸.۹	۵۰.۳۰۱	۴۶.۰۷۴	۲۶.۳۹	۱۰.۷۱	۱۷.۱۸	۴۶.۹	۳۰.۶۲	۲۷.۹	۴۶۸.۴۸	۱																			
برخور	۲.۱۰	۴.۱	۰.۲۶	۱.۱۱	۰.۶۹	۰.۴۸۶	۰.۹۱۲	۳.۱۸	۴.۲۸۴	۰.۵۳۷	۰	۱.۶۱۲	۲.۳۲۵	۲۱.۶۱۳	۱۶																			
بوتین و میانداشت	۰.۲۴	۱.۲۳	۰	۰.۲۲	۰.۹۲	۰	۰.۵۵۸	۲.۲۲۶	۲.۸۵۶	۳.۷۵۹	۰	۰.۸۰۶	۰.۷۷۵	۱۳.۶۰۱	۲۳																			
تیران و کرون	۰.۷۴	۲.۸۷	۰.۴۴	۲.۰۱	۱.۳۸	۱.۲۱۵	۱.۳۷۴	۲.۸۶۲	۳.۵۷	۶.۹۸۱	۱.۵۶	۰.۴۰۳	۱.۵۵	۲۶.۹۵۹	۱۲																			
چادگان	۰.۲۵	۱.۴۸	۰.۲۶	۰.۲۲	۱.۶۱	۰	۰.۸۸۲	۲.۲۲۶	۲.۸۵۶	۴.۲۹۶	۰	۱.۲۰۹	۱.۵۵	۱۶.۸۴	۲۰																			
خمینی شهر	۵.۸۳	۵.۲۵	۳.۷	۴.۴۶	۲۵.۵۳	۴.۱۳۱	۲.۹۹۴	۳.۸۱۶	۴.۹۹۸	۰.۳۵۸	۳.۱۲	۹.۲۶۹	۴.۶۵	۷۸.۱۰۴	۳																			
خوانسار	۰.۹۹	۰.۹۰	۰.۸۸	۰.۶۷	۱.۸۴	۰.۷۲۹	۱.۰۳۲	۱.۵۹	۲.۱۴۲	۲.۶۸۵	۱.۵۶	۰.۸۰۶	۰.۷۷۵	۱۶.۶۰۵	۲۱																			
خور و بیابانک	۰.۶۲	۱.۷۲	۰.۱۸	۰.۸۹	۱.۶۱	۰	۰.۵۶۴	۱.۲۷۲	۱.۴۲۸	۱.۶۱۱	۰	۰	۳.۱	۱۲.۹۹۵	۲۴																			
سمیرم	۰.۵	۲.۰۵	۱.۱۴	۱.۳۴	۱.۱۵	۰.۴۸۶	۱.۸۹۶	۳.۱۸	۳.۵۷	۶.۴۴۴	۱.۵۶	۰.۸۰۶	۳.۱	۲۷.۲۲۳	۱۱																			
شاهین شهر و میمه	۳.۹۷	۲.۹۵	۴.۲۲	۴.۰۱	۱.۶۱	۳.۸۸۸	۳.۰۰۶	۳.۱۸	۴.۲۸۴	۱.۹۶۹	۳.۱۳	۳.۲۲۴	۶.۲	۴۵.۶۴۵	۷																			
شهرضا	۲.۶۰	۲.۳۸	۴.۰۴	۳.۱۲	۱.۶۱	۲.۶۷۳	۳.۰۹	۲.۵۴۴	۲.۸۵۶	۲.۵۰۶	۳.۱۳	۴.۴۳۳	۴.۶۵	۳۹.۶۴	۸																			
دهاقان	۰.۶۲	۱.۰۷	۰.۳۵	۰.۴۵	۰.۴۶	۰.۹۷۲	۱.۰۲۶	۱.۲۷۲	۱.۴۲۸	۱.۷۹	۱.۵۶	۱.۲۰۹	۱.۵۵	۱۳.۷۵۴	۲۲																			
فریدن	۰.۵	۱.۴	۱.۶۷	۰.۸۹	۰.۴۶	۰.۴۸۶	۱.۸۳۶	۲.۲۲۶	۲.۱۴۲	۴.۶۵۴	۱.۵۶	۰.۸۰۶	۰.۷۷۵	۱۹.۴۰۲	۱۹																			
فریدونشهر	۰.۲۵	۱.۳۹	۰.۴۴	۰.۶۷	۱.۱۵	۰	۱.۴۱۶	۲.۸۶۲	۴.۲۸۴	۴.۸۳۳	۱.۵۶	۰.۴۰۳	۰.۷۷۵	۲۰.۰۳۷	۱۸																			
فلاورجان	۴.۰۹	۵.۲۵	۵.۱۰	۳.۱۲	۳.۴۵	۴.۱۳۱	۳.۹۹۶	۶.۶۷۸	۷.۱۴	۷.۶۹۷	۳.۱۲	۴.۸۳۶	۲.۳۲۵	۶۰.۹۴۵	۵																			
کاشان	۷.۱۹	۸.۸۶	۱۲.۸	۶.۴۷	۵.۲۹	۸.۷۴۸	۱۰.۷۷	۹.۲۲۲	۹.۲۸۲	۵.۹۰۷	۱۰.۹	۱۶.۵۲	۱۰.۰۷	۱۲۲.۰۳	۲																			
گلپایگان	۱.۴۹	۱.۳۱	۱.۸۴	۲.۲۳	۱.۶۱	۱.۴۵۸	۱.۷۷۶	۲.۲۲۶	۲.۱۴۲	۴.۲۹۶	۱.۵۶	۲.۴۱۸	۱.۵۵	۲۵.۹۱۷	۱۴																			
لنجان	۴.۴۶	۵.۰۸	۳.۰۸	۴.۴۶	۱.۸۴	۵.۱۰۳	۳.۰۱۸	۶.۳۶	۷.۱۴	۴.۱۱۷	۳.۱۳	۳.۶۲۷	۳.۸۷۵	۵۵.۲۹۴	۶																			
مبارکه	۲.۷۳	۲.۱۳	۲.۶۴	۲.۹	۱.۸۴	۳.۱۵۹	۲.۴۴۸	۳.۴۹۸	۴.۲۸۴	۳.۵۸	۱.۵۶	۳.۲۲۴	۳.۱	۳۷.۰۹۵	۹																			
نائین	۰.۵	۱.۵۶	۱.۵۸	۱.۷۸	۱.۶۱	۰.۷۲۹	۱.۵۱۸	۲.۲۲۶	۲.۸۵۶	۲.۸۶۴	۱.۵۶	۰.۴۰۳	۴.۶۵	۲۳.۸۴۱	۱۵																			
نجف آباد	۵.۸۳	۶.۴	۶.۹۵	۷.۱۴	۲.۵۳	۶.۳۱۸	۵.۱۷۸	۵.۰۸۸	۶.۴۲۶	۲.۳۲۷	۴.۶۹	۸.۰۶	۴.۶۵	۷۱.۵۷۸	۴																			
نطنز	۰.۷۴	۱.۸۰	۱.۴۰	۱.۱۱	۰.۶۹	۱.۲۱۵	۱.۵۳۶	۱.۵۹	۱.۴۲۸	۲.۶۸۵	۳.۱۲	۰.۸۰۶	۳.۱	۲۱.۲۴۷	۱۷																			
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰																					

منبع: محاسبات نگارندگان، بر مبنای جدول ۲

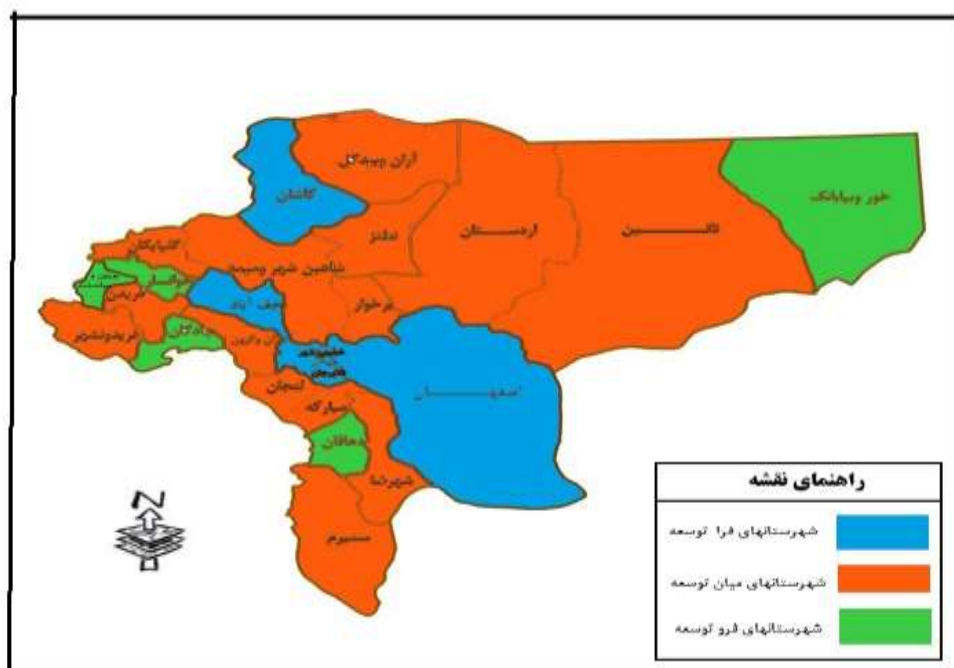
شهرستان های قدیمی تر برخوردار هستند، به عنوان نمونه شهرستان های خور و بیابانک، بوین و میانداشت، دهاقان و چادگان که در پایین ترین رتبه از نظر

در همین راستا خاطر نشان می سازد که شهرستان های تازه تأسیس که از جمعیت کمی نیز برخوردارند از امکانات بهداشتی- درمانی کمتری نسبت به

شاخص‌های بهداشتی درمانی قرار دارند، همگی از شهرستان‌های جدید استان محسوب می‌شوند.



شکل ۲: نمودار مقایسه‌ای از توسعه یافتگی شهرستان‌های استان اصفهان



نقشه ۳: نقشه میزان توسعه یافتگی شهرستان‌های مورد مطالعه بر اساس مدل شاخص مرکزیت وزنی

بحث و نتیجه‌گیری

بهداشتی - درمانی ضامن داشتن یک زندگی با کیفیت و پایدار است. در اصل بیست و نهم قانون اساسی کشور ما یکی از حقوق اساسی ملت تأمین سلامتی آحاد مردم معرفی شده است (۱۶).

مفهوم کلی توسعه، ارتقای سطح مادی و معنوی جامعه انسانی و ایجاد شرایط مناسب برای زندگی سالم افراد جامعه است (۱۵). دسترسی به امکانات و خدمات

در همه‌ی این پژوهش‌ها، شهرستان‌های مرکزی که معمولاً دارای جمعیت بیشتر و خدمات تخصصی‌تری هستند، از درجه توسعه‌یافتگی بیشتری در شاخص‌های بهداشتی-درمانی بهره‌مند هستند. شهرستان اردبیل در استان اردبیل، شهرستان بوی‌ر احمد در استان کهگیلویه و بوی‌ر احمد، شهرستان ساری در استان مازندران دارای چنین وضعیتی می‌باشند. این روال در سطح کشوری هم صادق است به طوری که شهرستان تهران در پژوهش تقوایی و شاهیوندی (۱۳۸۹) نیز به درستی برخوردار-ترین شهرستان کشور معرفی شده‌است (۱۸).

تبعیت مدیریت بخش بهداشت و درمان کشور از یک ساختار اداری - سیاسی متمرکز و شکل‌گیری خدمات بهداشتی-درمانی متأثر از ضوابط مشخص و تبعیت آن از آستانه‌های جمعیتی و ملاک عمل بودن سرانه جمعیت برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اختصاص بودجه و ایجاد خدمات و امکانات و گرایش بیشتر فارغ‌التحصیلان بخش بهداشت و درمان و بخش خصوصی به فعالیت و سرمایه‌گذاری در مراکز پرجمعیت به خاطر رفاه و سودآوری بیشتر، مهم‌ترین علت ایجاد چنین شرایطی است.

البته، اصل توسعه‌یافتگی بیشتر خدمات بهداشتی-درمانی در شهرستان‌های مرکزی و پرجمعیت، در برخی پژوهش‌ها مورد خدشه قرار گرفته که از آن جمله می‌توان به مقاله کریم‌زاده و کریم‌زاده (۱۳۹۷) با عنوان «سنجش سطح توسعه‌یافتگی شهرستان‌های استان سیستان و بلوچستان» (۱۶) و مقاله کاظمی و همکاران (۱۳۹۳) با عنوان «میزان توسعه یافتگی استان-های ایران با تمرکز بر شاخص‌های بهداشت و درمان» (۱۹) اشاره نمود.

علت اصلی در تفاوت نتایج در این دو پژوهش با پژوهش حاضر، روش متفاوت و نحوه امتیازگذاری

در این راستا در این مقاله برای بررسی میزان برخورداری شهرستان‌های استان اصفهان از امکانات بهداشتی-درمانی و رتبه‌بندی این شهرستان‌ها، ابتدا زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی موجود در سطح شهرستان‌های استان اصفهان بر مبنای نتایج آخرین سرشماری عمومی نفوس و مسکن در اختیار (سال ۱۳۹۰) بررسی و سپس با استفاده از مدل شاخص مرکزیت وزنی نسبت به رتبه‌بندی شهرستان‌ها اقدام شد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که شهرستان‌های استان اصفهان، از نظر برخورداری از شاخص‌های بهداشتی و درمانی همسان نیستند به طوری که شهرستان‌های اصفهان، کاشان، خمینی شهر، نجف آباد و فلاورجان در رتبه‌های اول تا پنجم توسعه‌یافتگی قرار دارند و شهرستان‌های بوبین و میاندشت، خور و بیابانک، چادگان، دهاقان و خوانسار در رتبه‌های بیست و چهارم تا بیستم قرار دارند. بر همین اساس، سایر شهرستان‌های استان جزو شهرستان‌های میان توسعه هستند.

مهم‌ترین عامل در توزیع نابرابر خدمات بهداشتی و درمانی، سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌هایی است که منجر به تمرکز فعالیت‌ها و خدمات در شهرستان‌های این استان شده است. این تمرکزگرایی، اختلاف توسعه بهداشتی و درمانی شهرستان‌ها را روزبه‌روز بیشتر می‌کند.

نتایج حاصله از این مقاله با نتایج کارهای مشابه از جمله یزدانی و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان تحلیل وضعیت شاخص‌های بهداشتی - درمانی شهرستان‌های استان اردبیل (۱۷). مومنی و موسوی اصل (۱۳۹۳) با عنوان تحلیلی بر میزان توسعه‌یافتگی بخش بهداشتی و درمانی شهرستان‌های استان کهگیلویه و بوی‌ر احمد (۱۱) و نیک‌پور و همکاران (۱۳۹۷) با عنوان توزیع فضایی خدمات بهداشتی-درمانی از منظر عدالت اجتماعی نمونه موردی: شهرستان‌های استان مازندران (۸) هم‌خوانی دارد.

خدمات در این پژوهش‌ها است. در مقاله کریم زاده و کریم زاده، زاهدان (پرجمعیت‌ترین شهرستان استان سیستان و بلوچستان) در رتبه دوم توسعه یافتگی قرار دارد و در مقاله کاظمی و همکاران نیز تهران به لحاظ توسعه یافتگی بخش خدمات بهداشتی درمانی در رتبه دهم استان‌های کشور قرار گرفته دارد.

در مقاله کاظمی خطا در امتیازگذاری خدمات موجود در استان‌ها موجب این تفاوت آشکار شده است به طوری که به شاخص «نسبت تعداد داروساز به جمعیت» بیشترین امتیاز داده شده است و این امر از این جهت که این شاخص در مقایسه با سایر شاخص‌های بهداشتی-درمانی مانند «وجود بیمارستان»، «پایگاه‌های اورژانس» و ... از اهمیت بسیار کمتری برخوردار است، صحیح به نظر نمی‌رسد.

در جهت دستیابی یکسان تمامی مردم به خدمات بهداشتی درمانی بایستی یک برنامه‌ریزی در جهت توزیع بهینه زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی صورت گیرد. در این راستا خاطر نشان می‌شود که در همه شهرستان‌های استان اصفهان خدماتی چون داروخانه، پزشک عمومی، آزمایشگاه، دندانپزشک، پیراپزشک، موسسات درمانی، پرتونگاری، خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های بهداشت و پایگاه‌های اورژانس کم و بیش وجود دارد. لیکن برخی امکانات تخصصی‌تر مانند پزشک متخصص، مرکز توانبخشی و بیمارستان، در برخی شهرستان‌ها وجود ندارد. برای مثال شهرستان بوئین و میاندشت فاقد پزشک متخصص، مرکز توانبخشی و بیمارستان است. همچنین شهرستان خور و بیابانک به عنوان محروم‌ترین شهرستان استان، فاقد مرکز توانبخشی، بیمارستان و پایگاه‌های بهداشت است. شهرستان چادگان نیز فاقد مرکز توانبخشی و بیمارستان است.

در این خصوص و با توجه به مشکلات عدیده در تأمین بودجه، تجهیزات و نیروی انسانی متخصص برای ایجاد این نوع خدمات و مراکز (مراکز توانبخشی، بیمارستان و ...) پیشنهاد می‌شود پزشکان متخصص اعم از داخلی، زنان و کودکان، در روزهای خاصی از هفته، در موسسات درمانی موجود در شهرستان‌های محروم، حاضر و ارائه خدمت نمایند. همچنین پیشنهاد می‌گردد امکانات هلی برد برای مواقع ضروری در بیمارستان‌های موجود استان تأمین، تا در صورت نیاز به موقع بیمار به بیمارستان‌های واقع در مراکز دیگر منتقل شود. همچنین پیشنهاد می‌شود با توجه به دوری فاصله شهرستان خورویابانک از دیگر شهرستان‌های استان و عمومی‌تر بودن و راحت‌تر بودن ایجاد پایگاه بهداشتی، احداث این پایگاه‌ها در اولویت توسعه بهداشتی وزارت بهداشت و درمان قرار گیرد. علاوه بر این به منظور کمک به ایجاد تعادل در دسترسی به امکانات بهداشتی و درمانی، توصیه‌های ذیل می‌تواند راه‌گشا باشد:

- ۱- توجه به برنامه‌ریزی‌های منطقه‌ای و فضایی به جای برنامه‌ریزی بخشی و ایجاد تعادل منطقه‌ای در توزیع امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی.
- ۲- ایجاد محدودیت برای ایجاد امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی در شهرهای بزرگ و ارائه برنامه زمان‌بندی توسعه برای شهرستان‌هایی که از زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی کمتری برخوردار هستند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته جغرافیا و برنامه‌ریزی در دانشگاه پیام نور (مرکز وزوان) است که با راهنمایی نویسنده اول و مشاوره نویسنده دوم در سال ۱۳۹۷ به اتمام رسیده است. نویسندگان مراتب تشکر خود را از حمایت‌های دانشگاه پیام نور و

References

- 1-Mohammadi J, Ahmadian m, Alizade J, Ghamini D. Spatial analysis of development of health indicators in west Azerbaijan province. Jsw. 2012;12(47):153-180.
- 2-Black M, Gavin M. Equity in health care from a communitarian stand point, Kluwer Academic publisher. Netherlands, 2002: 7.
- 3-Nikpour A, Mehralitabar Firuzjahi M, Rezazadeh M, Allahgholitabar Nesheli F. Spatial distribution of health and treatment from social justice view Case study: cities of Mazandaran province. Quarterly of Geography (Regional Planning). 20018(32): 146-158.
- 4- Delgoshaei B, Tabibi, SJ, Pahlavan P. Provide a human resources development model in the health sector of Iran, Research in medicine. 2008(31): 317-325.
- 5-Salariyan A. Identify a conceptual framework for achieving legal indicators in the healthcare sector. Social Security Quarterly.2007 (28): 43-83
- 6- Attfield,R & Wikins,B,International Justice the Third World, London 1992:94.
- 7-Baker S. Sustainable Development Rutledge, London. New York. 2006: 27
- 8- Nikpour B, Asefzadeh S, Majlisi F. Healthcare Management and Planning. Tehran: Tehran University Press, 1989:10.
- 9- World Health Organization, PROPOSED PROGRAMME BUDGET 2016–2017, 2015: 109.
- 10- FarajiSabokbar H, Vazin N. Structural model of relationship between health level and health services. Social welfare magazine. 2014(48): 27-42.
- 11- Momeni M,Mousavi Asl SE. An Analysis on the Developmental Scope of Health and Medical Services in Kohgiluyeh and Boyerahmad Provinces To Topsis and Shannon entropy. Fourth International Conference on Sustainable Development and Urban Development 2014 Dec.65-79 :Iran. Isfahan.
- 12-Kalantari k, Quantitative planning models (regional, urban and rural). Tehran: Publishing Tarh and Manzar Consultant Engineers, 2011:151
- 13- Statistical Centre of Iran, Census of Population and Housing in 2016 Isfahan Province.
- 14- Statistical Centre of Iran, Census of Population and Housing in 2011 Isfahan Province.
- 15- Namdare Ardakani M, Hoshyari E. Leveling of the cities of Fars province in terms of health and urban services indicators using the scalogram method. Zanko J Med Sci. 2016(52) 45-54.
- 16-Karimzadeh M, Karimzadeh B. Evaluating Development level of Sistan and Baluchestan province in Terms of accessiblility to health Care Services. Zanko J Med Sci.2018 (19): 18-30
- 17- Yazdani M, Ramazantash Dehgorji H, Mostafah pour M. Analysis of Health Indicators Status in Districts of Ardabil Province. j. health. 2017; 7(5): 687-697.
- 18- Taghvaei M, Shahivandi A. Spatial distribution of health services in Iranian cities. Social Welfare Quarterly. 2011; 10 (39): 33-54.
- 19- Kazemi A, Rezapour A/ Bagheri Faradonbeh S, Nakhaei M, Ghazanfari S. Study the Development level of Provinces in Iran: A Focuson Health Indicators. Journal of Health Administration. 2015; 18: 29-42.

Original paper

An Analysis of the Development of Isfahan Province in Terms of Health and Health Indicators with Sustainable Development Approach

Mahdi Ebrahimi^{1*}, Reza Mokhtari Malekabadi², Razziyeh Heydari³

1- Assistant Professor of geography Department, Payame Noor University

2- Associate Professor of geography Department, Payame Noor University

3- Master student of Geography and Urban Planning, Payame Noor University

Corresponding author, Email: m.ebrahimi@bh.isfpnu.ac.ir Tel: +989132128621

Abstract

Background and Aim: The state of health, therapy, and providing health of the community members is one of the most important indicators of development and progression of countries, as well as a facilitator of the success of national development programs. The purposes of this study were investigating the state of development of Isfahan province cities in accessing health facilities and services and providing recommendations for reducing intra-regional disparities in order to achieve sustainable development.

Material and Method: The present research was a practical cross-sectional descriptive-analytical study. The health indicators that were counted in the Iran census 2011 were reviewed. The method used was the center-weighted index, which is an advanced and complementary stage for the scalogram and the rates and rank of the cities were calculated, accordingly.

Results: Based on the thirteen health and safety indicators, Isfahan, Kashan, Khomeini shahr, Najafabad and Falavarjan were ranked first to fifth and Boein and Miandasht, Khor and Biabanak, Chadegan, Dehaghan and Khansar were ranked twenty fourth to twentieth respectively. Accordingly, other cities of the province are among the medium-developed cities.

Conclusion: The most important reason for unequal distribution of sanitary and health services, is policies and plans that have led to the concentration of activities and services in the cities of the province. This concentration will increasingly boost the disparity of health and medical development in the cities.

Key words: Development, Health-care indicators, Center-weighted index, Isfahan province.