



جغرافیا و روابط انسانی، زمستان ۱۳۹۷، دوره ۱، شماره ۳

## عدالت فضایی و مکانی در خدمات بهداشتی و درمانی مناطق محروم شهری سراوان

غلامعلی خمر<sup>۱</sup>، سمیه قیصران پور<sup>۲</sup>، حسین دوستی مقدم<sup>۳</sup>

۱- استادیار جغرافیا و برنامه ریزی شهری، گروه جغرافیای دانشگاه زابل

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد برنامه ریزی شهری دانشگاه زابل

۳- کارشناسی ارشد برنامه ریزی گردشگری گرایش برنامه ریزی منطقه ای دانشگاه سیستان و بلوچستان

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۲۰

### چکیده

خدمات در شهر و اساسی ترین نیازها نه تنها در نقاط شهری بلکه برای همه مردم، دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی است. در این پژوهش سعی شده است تا ضمن توزیع جغرافیایی کاربری های بهداشتی - درمانی به جنبه هایی از عدالت فضایی در شهر سراوان و توزیع فضایی عادلانه خدمات بهداشتی - درمانی بر مبنای استاندارد و ضوابط دسترسی و کاربری موجود پردازد و سپس به تدوین الگوهای علمی مکان یابی این فضاها در محیط سیستم اطلاعات جغرافیایی (GIS) پرداخته می شود. روش تحقیق توصیفی - تحلیلی و نوع آن کاربردی است. در تحلیل داده ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون در نرم افزار SPSS به بررسی همبستگی بین توزیع فضایی خدمات بهداشتی - درمانی و نیز درک وجود رابطه بین سلسله مراتب جمعیتی م میزان برخورداری هر یک از نواحی شهر و روستاها از خدمات فوق از مدل های TOPSIS و MORIS و با تاکید بر نگرش سیستمی استفاده شده است. به این ترتیب که ابتدا اطلاعات و آمار مورد نیاز در ارتباط با خدمات بهداشتی - درمانی در سطح شهر و روستاهای اطراف مورد مطالعه و جمع آوری گردیده است. سپس از طریق مدل TOPSIS به رتبه بندی قسمت های مختلف بخش مرکزی سراوان و تعیین هر یک از معیارهای زیر ساختی با تاکید بر آرمان عدالت فضایی نواحی شهر مورد مطالعه پرداخته شده است. نتایج نشان می دهد که این فضاها از عدالت فضایی در منطقه برخوردار نبوده و شعاع دسترسی مطلوب در این شهرستان مراعات نگردیده است و همچنین شمار بیمارستان ها و تخت های موجود در این منطقه کافی نمی باشد، یکی از مسائل مهم برای مدیران و برنامه ریزان شهری، توزیع مناسب کاربری ها بالاخص مراکز خدماتی مهم و حیاتی نظیر مراکز امدادی و اورژانسی در سطح شهر سراوان می باشد، از طرفی رشد پرشتاب جمعیت و کالبد شهرها و عدم برنامه ریزی باعث بروز مشکلاتی نظیر کمبود و عدم توزیع فضایی مناسب کاربری ها شده است

واژگان کلیدی: توزیع جغرافیایی، عدالت فضایی، مراکز بهداشتی - درمانی، سیستم اطلاعات جغرافیایی، سراوان

در جهان امروز روند افزایش جمعیت سیر صعودی خود را در بستر شهرها گسترانیده است. این افزایش جمعیت و رشد شتابان شهرنشینی در دهه های گذشته آثار سوئی را به دنبال داشته است که از آن جمله می توان به توسعه کالبدی ناموزون شهرها، ایجاد محلات حاشیه ای، فقر و افت استاندارد های زندگی، کمبود مراکز خدماتی و نهایتاً نابرابری در برخورداری از امکانات اشاره نمود (حسامیان ۱۳۸۳: ۱۲۸). عدالت به مفهوم توزیع عملکردها، خدمات و امکانات، دسترسی مناسب به مراکز خدمات دهی و فعالیتی، بدون تبعیض و تفاوت گذاری بین ساکنین یک شهر یا مناطق شهری (بهرمان، ۱۳۸۵: ۱۵). عدالت فضایی در کلیتی فراگیر به رعایت حقوق برابر انسان ها یا بازیگران اجتماعی، حفظ و پاسداری از کرامت انسانی آنها، تامین نیازهای اولیه زندگی و عزت نفس اجتماعی آنها توجه وافی دارد. بنابراین دستیابی به عدالت فضایی در توزیع خدمات شهری از جمله خدمات بهداشتی- درمانی جهت تخصیص عادلانه هزینه های اجتماعی برابر استفاده از ظرفیت های محیطی، یکی از اهداف مهم برنامه ریزان شهری است، ماهیت خدمات بهداشتی - درمانی به گونه ای است که نیاز به آنها منحصر به گروه خاصی از مردم نمی شود و در واقع، همه انسان ها در تمامی سکونتگاه ها بدان نیازمند هستند. فقدان یا کمبود خدمات بهداشتی - درمانی به ویژه در مناق شهری و روستایی پیامدهای منفی زیادی به همراه خواهد داشت که مهم ترین آن ها اثرات نگواری است که متوجه زندگی انسان هاست (Zarabi *e al.*, 2011:155). از رو، مدیریت و خدمات رسانی اصولی به مردم، ضمن پیاده سازی مفهوم عینی عدالت فضایی، موجب بهره مندی مناسب مردم از خدمات ذکر شده و کاهش مسائل و مشکلات شهری خواهد شد. خدمات بهداشتی - درمانی که امروزه با توجه به سیر صعودی آلودگی ها و رشد بیماری ها، جا به جایی جمعیت و... در زمره مهم ترین خدماتی است که باید متناسب با نیاز مردم مورد توجه دولت و مسئولان واقع شود. چگونگی دسترسی به این خدمات که برگرفته از مقوله عدالت است، از جنبه های اساسی در ارائه خدمات درمانی - بهداشتی محسوب می شود (Rice & Smith, 2001: 22) که همراه خود مواردی چون توزیع مناسب امکانات، تصمیم گیری عادلانه در توزیع منابع، پاسخ گویی متناسب با نیازهای بیماران و دسترسی مناسب به این امکانات را به همراه دارد. دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی همواره مورد مطالعه محققان، در کشور های مختلف جهان بوده است. بنابراین دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی - درمانی پیش زمینه ایجاد عدالت و فرصت های برابر برای توفیق پایداری مناطق تلقی می شود، متأسفانه توجه به این مقوله در استان سیستان و بلوچستان و به تبع آن در شهر سراوان به عللی همچون عقب ماندگی فرهنگی، اقتصادی مورد توجه قرار نگرفته است، وضعیت استان سیستان و بلوچستان در کشور و شهر زاهدان در بین مراکز استانهای کشور را در سطوح آخر توسعه یافتگی قرار داده است. به بررسی توزیع جغرافیایی مراکز بهداشتی - درمانی با تاکید بر عدالت فضایی در شهر سراوان به عنوان یکی از کاربری هایی که تاثیر بسیار مهمی در سلامت افراد جامعه دارد پرداخته است.

## بیان مسئله

در شهرهای ایران به خصوص شهرهایی که به علت مرکزیت و یا سایر عوامل، بیماران مختلف را از نقاط دور دست به خود جذب می نماید بایستی امکانات درمانی از نظر پزشک، پرستار، تخت بیمارستانی و مانند آن را فراهم کرده و برای آینده بر اساس پیش بینی های لازم برنامه ریزی شود (صادقی حسن آبادی ۱۳۶۴: ۶۷). در این میان تعیین مکان بهینه مراکز درمانی و بیمارستانی به گونه ای که تمامی مراجعه کنندگان به راحتی به آنها دسترسی داشته باشند وظیفه برنامه ریزان و تصمیم گیرندگان شهری می باشد. وضعیتی که در نتیجه انجام طرح های توسعه شهری در قالب طرح های جامع و تفصیلی بر شهرهای ما حاکم است بیانگر وجود

نوعی عدم تعادل یا همان بی عدالتی فضایی بین نواحی و بخش‌های گوناگون شهری است. مشکلاتی که در مسیر تحقق این طرحها بویژه در خصوص کاربری‌های خدماتی آنها رخ داده است نوعی از این بی عدالتی فضایی را نشان می‌دهد. کاربری‌های خدماتی به دلیل آنکه جذابیت‌های کمتری به لحاظ سرمایه‌گذاری و مالی دارند، عمدتاً در حاشیه اجرا واقع بوده و تحقق آنها براساس ضوابط و محاسبات صورت گرفته در طرح‌های تفصیلی در حاله‌ای از ابهام قرار دارد. توزیع مراکز بهداشتی-درمانی در نقاط شهری، باید به صورتی باشد که همگان براحتی به آنها دسترسی داشته باشند (رضویان، ۱۳۸۱، ص. ۱۵۳). از نگاه اکولوژی شهری نیز دسترسی به بهداشت و درمان در همه محلات شهری و امکان آن برای همه مردم از جمله معیارهای مهم یک جامعه سالم محسوب میشود (شکویی، ۱۳۷۲، ص ۱۲۲). به منظور مکان‌یابی کاربری‌های مورد نیاز و مطلوب، به کارگیری سیستم اطلاعات جغرافیایی بسیار سودمند است زیرا تسهیل در امر تطابق ظرفیت‌ها و محدودیت‌ها را به روشنی هویدا می‌سازد (طالشی، ۱۳۸۶: ۲). تکامل سیستم اطلاعات جغرافیایی در سالهای اخیر باعث شده است که به عنوان یک ابزار مورد قبول برای مدیریت و تحلیل داده‌های مکانی مورد استفاده قرار گیرد (تجویدی، ۱۳۸۱: ۱۹). در تحقیقی پریزادی و همکاران (۱۳۹۵) در مقاله‌ای با عنوان تحلیل نابرابری‌های فضایی توزیع خدمات شهری از منظر عدالت فضایی مطالعه موردی: شهر مریوان با استفاده از روش توصیفی تحلیلی به منظور تحلیل نحوه توزیع خدمات در سطح محله‌ها، با استفاده از مدل ویکور و تکنیک نزدیک‌ترین همسایه‌ها به کمک نرم افزار GIS و ضریب همبستگی پیرسون به این نتیجه رسیده‌اند که خدمات شهری به طور عادلانه در سطح محلات شهر مریوان توزیع نشده است. (محمودی، ۱۳۹۷) با عنوان بررسی و مقایسه شاخص‌های توسعه (بهداشت درمان) در شهرستانهای استان آذربایجان غربی با استفاده از مدل تاکسونومی عددی، نظام سلامت یکی از بخش‌های عمده هر کشوری است که تاثیر زیادی بر توسعه کشور دارد. برنامه‌ریزان و سیاستگذاران همواره سعی کرده‌اند در طول برنامه‌های توسعه ضمن تلاش برای ارتقای سطح سلامت، به توزیع فضایی مناسب و عادلانه امکانات بهداشتی و درمانی توجه ویژه نمایند. بی عدالتی‌ها در توزیع خدمات و امکانات بهداشتی، هزینه مالی سنگینی را بر دوش جوامع تحمیل می‌کنند. تداوم این نابرابری‌ها موجب عقب ماندگی و کند شدن سرعت رشد جوامع می‌شود. در استان آذربایجان غربی نیز نابرابری و فقدان تعادل در توزیع فضایی امکانات و منابع با تمرکز امکانات و خدمات در نخست شهر مسلط ناحیه‌ای واگرایی و شکاف توسعه بین نواحی را موجب شده است. (صیادی و همکاران، ۱۳۹۷) با عنوان تحلیل مکان‌گزینی کاربری بهداشتی-درمانی و پهنه‌های مناسب جهت گسترش آن در شهر بندرعباس، با توجه به معیارهای انتخابی مکان‌کاملاً متناسب و مناسبی جهت گسترش مراکز بهداشتی-درمانی وجود ندارد و در جنوب شرقی شهر بندرعباس این مراکز به خصوص از لحاظ دسترسی در وضعیت مناسبی نمی‌باشند؛ توزیع فضایی آنها در شهر مناسب نیست و اغلب مراکز در مرکز شهر متمرکز شده‌اند.

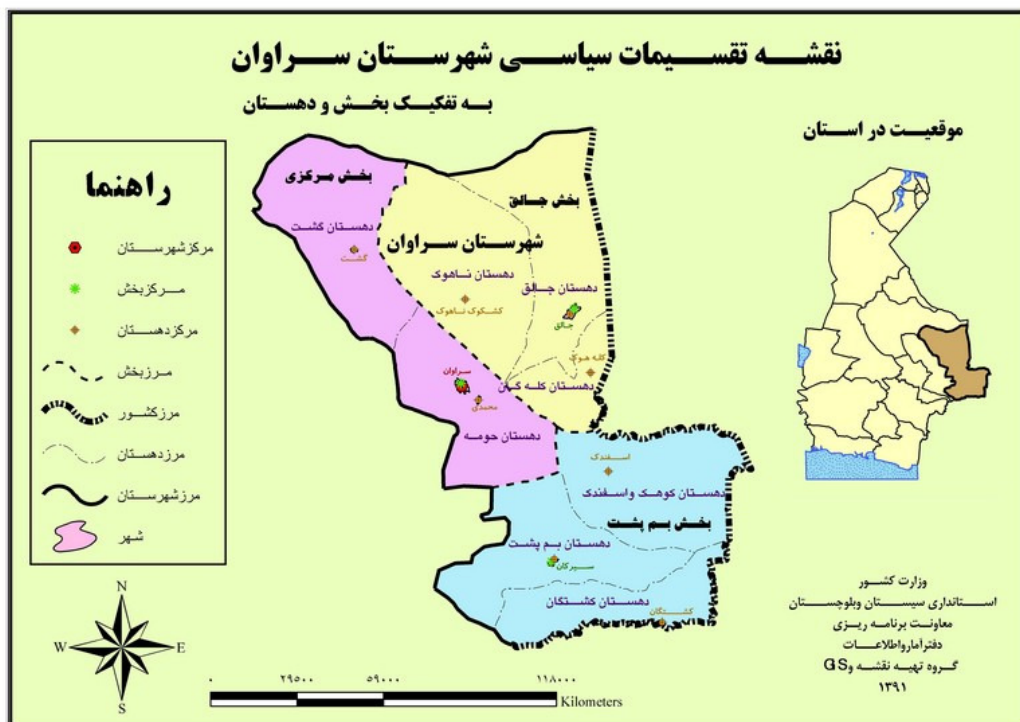
## روش تحقیق

هر تحقیقی جهت سهولت در فرایند کار، و احراز نتایج کارآمد، نیازمند ابزارها و موادی است تا در روند مطالعات پژوهشگر را یاری نماید. مسلماً بنا به ماهیت هر تحقیق و بسته به نیازهای سخت افزاری آن مواد، روشهای گوناگونی مورد نیاز می‌باشد، و به جهت دارا بودن ماهیت کاربردی و روش تحقیق توصیفی-تحلیلی نیازمن یک سری اطلاعات ورودی پایه و زیر بنایی می‌باشد. برای تفکیک در تبیین این اطلاعات باید نوع و میزان اهمیت کاربرد آنها در تحقیق حاضر تعیین گردد. بنابراین مواد مورد استفاده در تحقیق حاضر در دو بخش کلی قابل بررسی می‌باشد که شامل: مباحث تئوریک و مباحث محاسباتی و عملی می‌باشد، که در ادامه به تفصیل به شرح تمامی مواد به کار رفته در این تحقیق پرداخته می‌شود. تحقیق پیش رو به لحاظ هدف کاربردی و از نظر ماهیت و روش شناسی در جهت توسعه رفاه و آسایش و حل بخشی از مشکلات جامعه مبتنی بر روش توصیفی - تحلیلی است. در تحلیل

داده ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون در نرم افزار SPSS به بررسی همبستگی بین توزیع فضایی خدمات بهداشتی - درمانی و نیز درک وجود رابطه بین سلسله مراتب جمعیتی م میزان برخورداری هر یک از نواحی شهر و روستاها از خدمات فوق از مدل های TOPSIS و MORIS و با تاکید بر نگرش سیستمی استفاده شده است. به این ترتیب که ابتدا اطلاعات و آمار مورد نیاز در ارتباط با خدمات بهداشتی - درمانی در سطح شهر و روستاهای اطراف مورد مطالعه و جمع آوری گردیده است. سپس از طریق مدل TOPSIS به رتبه بندی قسمت های مختلف بخش مرکزی سراوان و تعیین هر یک از معیارهای زیر ساختی با تاکید بر آرمان عدالت فضایی نواحی شهر مورد مطالعه پرداخته شده است.

### منطقه مورد مطالعه

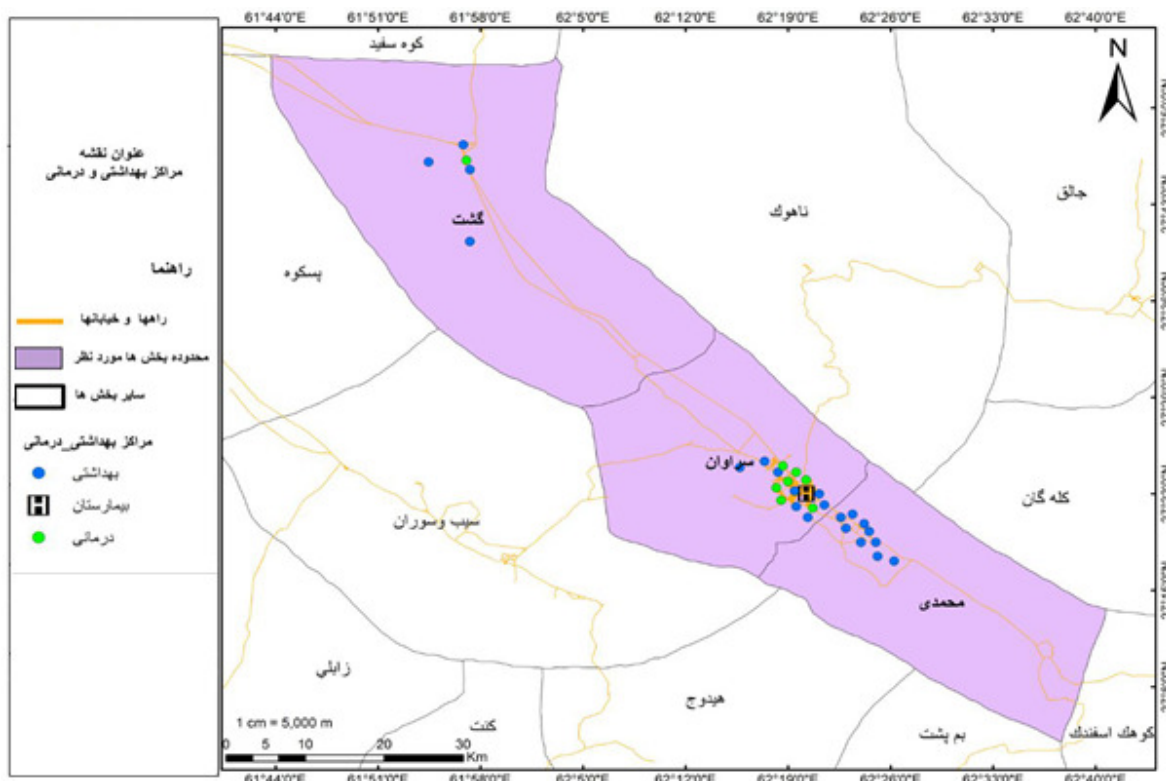
شهر سراوان مرکز شهرستان سراوان در انتهای جنوب شرقی کشور قرار گرفته و شرقی ترین نقطه ایران محسوب می گردد . این شهر ۳۸۶ کیلومتر مرز مشترک با کشور پاکستان دارد و یک سوم مرز استان با این کشور همسایه را به خود اختصاص داده است . سراوان در ۱۸۰ کیلومتری جنوب شرقی خاش و ۱۵۵ کیلومتری مرز پاکستان در مسیر جاده خاش به کوهدک قرار دارد . از شمال غرب به خاش، از غرب به سوران، از شرق و جنوب شرقی به کشور پاکستان و قسمتی از جنوب به شهرستان سرباز محدود می شود . از نظر موقعیت ریاضی در ۶۲ درجه و ۲۳ دقیقه و ۳۵ ثانیه طول شرقی از نصف النهار گرینویچ و ۲۷ درجه و ۲۲ دقیقه و ۱۵ ثانیه عرض شمالی قرار گرفته است و ارتفاع آن ۱۱۰۰ متر است . فاصله شهر سراوان تا زاهدان ۳۵۰ کیلومتر و تا تهران ۱۹۰۶ کیلومتر می باشد



نقشه ۱- موقعیت جغرافیایی سراوان

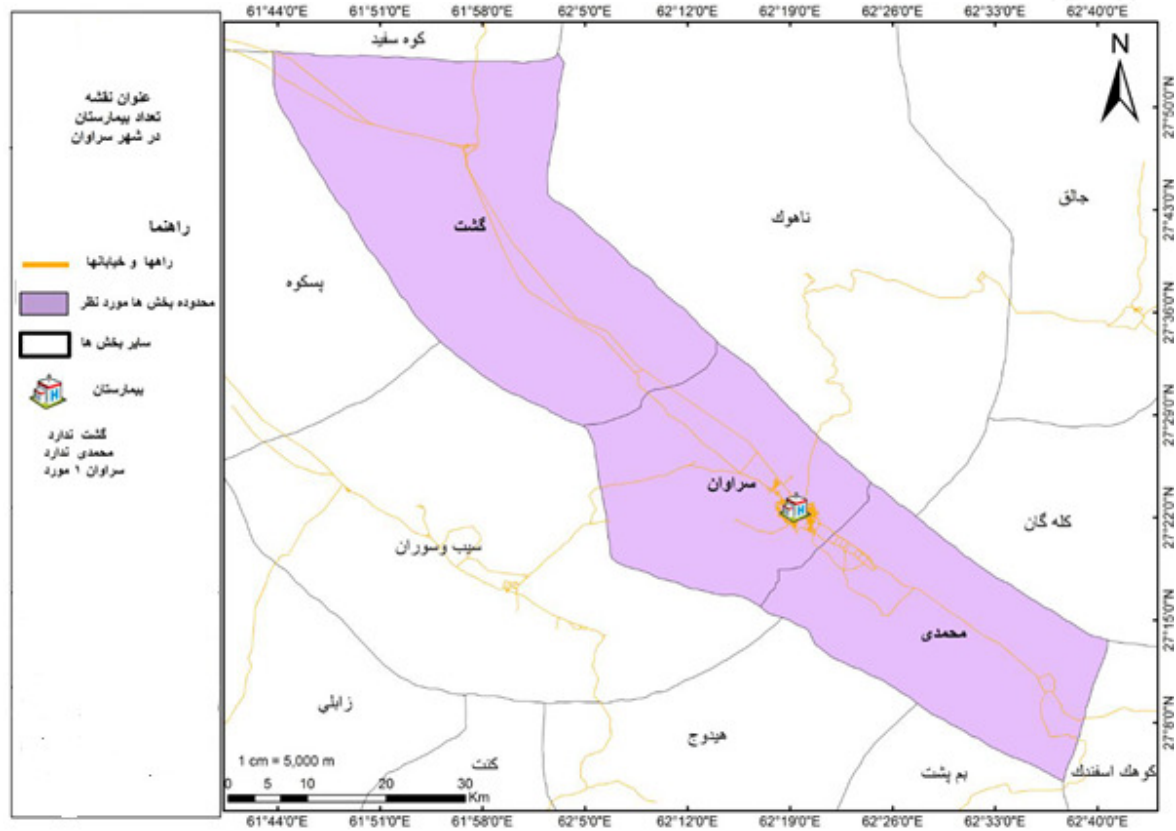
## بهداشت و درمان در شهر سراوان

شهرستان سراوان از لحاظ امکانات بهداشتی و درمانی در سال ۱۳۷۵ دارای ۱ بیمارستان با ۱۹۰ تخت بوده که در سال ۱۳۹۶ تعداد بیمارستان به ۱ و تعداد تخت بیمارستان نیز به ۱۹۰ رسیده است. همچنین در سال ۱۳۷۵ تعداد مراکز بهداشتی شهری و روستایی ۵ و ۱ مرکز بوده که این رقم در سال ۱۳۹۶ به ۴ و ۹ مرکز افزایش یافته است. نسبت برخورداری جمعیت به پزشک در سال ۱۳۷۵ به ازای هر هزار نفر ۲۳ درصد بوده که این نسبت در سال ۱۳۹۵ به ۴۷ درصد پزشک رسیده است. طی همین سال به ازای هر هزار نفر ۷ درصد تخت بیمارستان بوده که به ۲۸ درصد تخت بیمارستانی تغییر یافته است



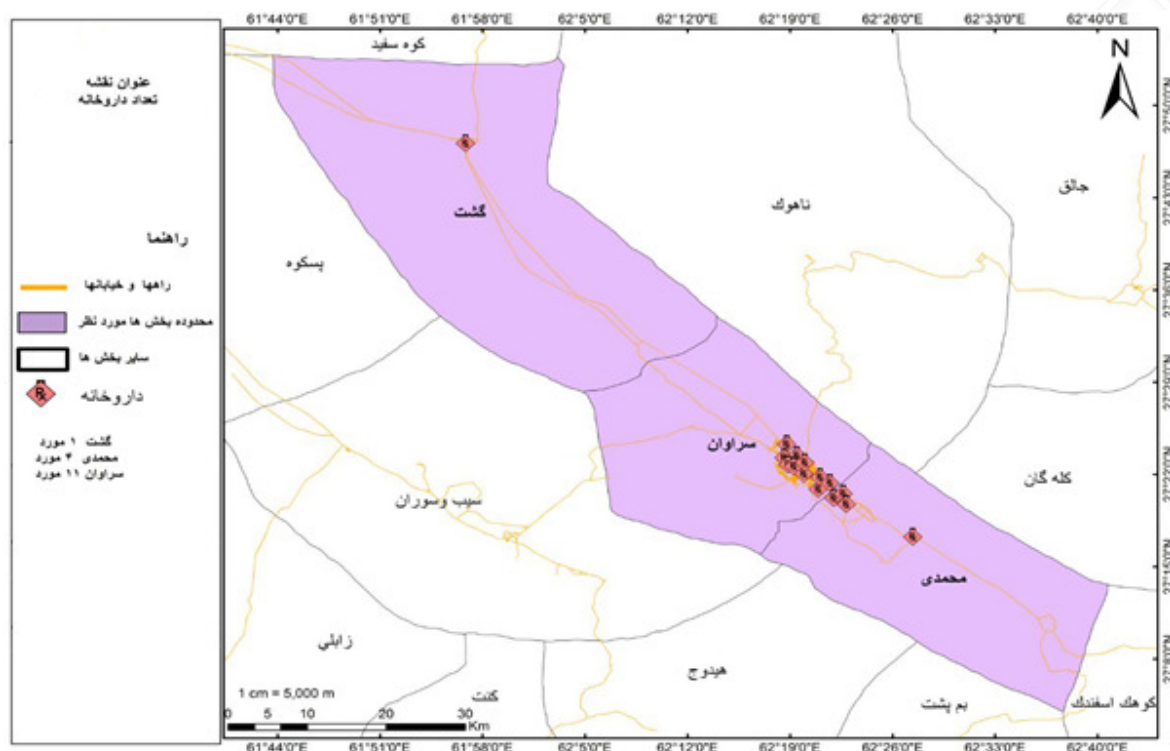
نقشه ۲- نقاط استقرار مراکز بهداشتی

باتوجه نقشه فوق بیشترین اولویت نیازبه تخصیص مراکز بهداشتی به سراوان و بعد از آن محمدی و بعد از آن گشت باتوجه به جمعیت دارای نیاز و کمبود است. علی-رغم اهمیت توزیع عادلانه خدمات رفاهی در بین مناطق شهری و روستایی، شواهد نشان-دهنده تمرکز خدمات و امکانات در نواحی شهری به ویژه در جوامع در حال توسعه است. به این صورت که در این جوامع تفاوت و نابرابری زیادی بین مناطق شهری و روستایی در برخورداری از شاخص-های توسعه از جمله شاخص-های بهداشتی و درمانی وجود دارد، به دنبال تعیین هزینه سرانه خدمات بهداشتی درمانی نسبت به جمعیت تحت پوشش در هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه بهداشت می باشیم تا بتوان نسبت به بازنگری تخصیص منابع و استفاده بهینه از منابع و امکانات موجود حداکثر استفاده را نمود



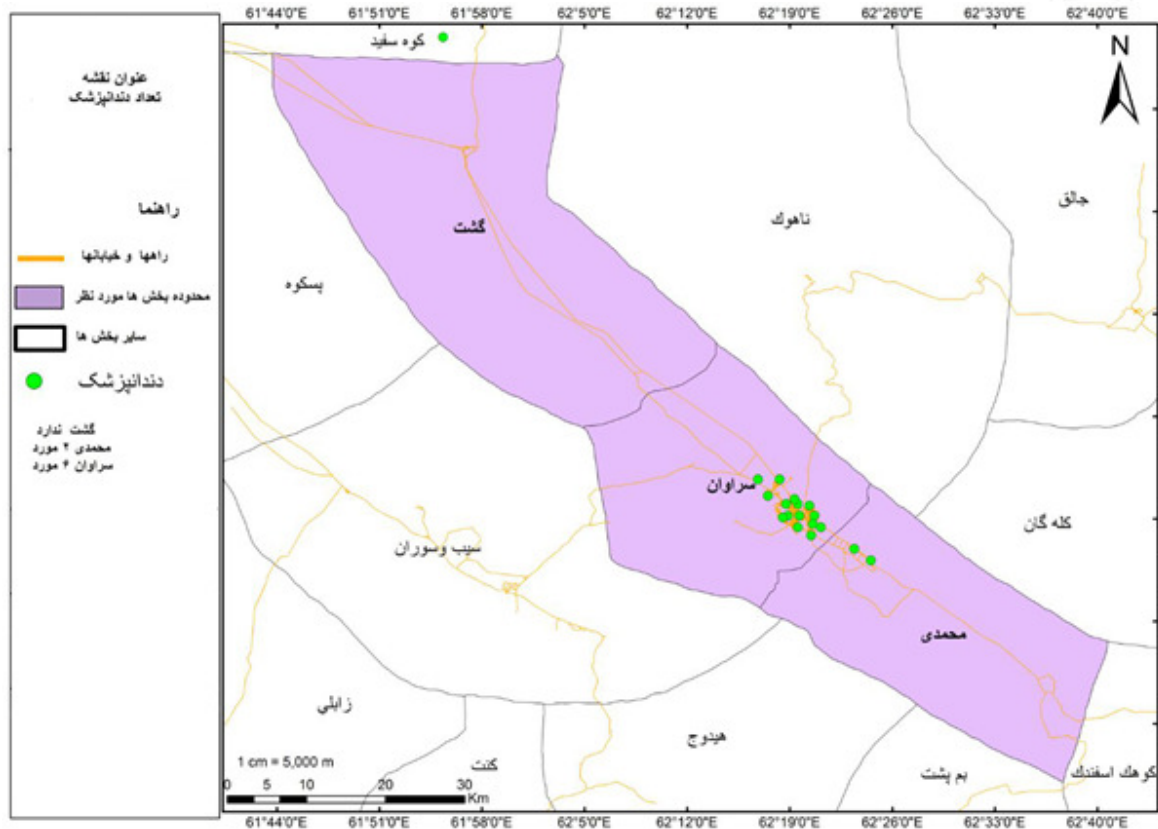
نقشه ۳- نقاط استقرار بیمارستان

باتوجه نقشه فوق بیشترین اولویت نیازبه تخصیص بیمارستان به سراوان و بعد از آن محمدی و بعد از آن گشت باتوجه به جمعیت دارای نیازو کمبود است. علاوه بر آن با توجه به مرزی بودن این شهرستان و دارا بودن ۳۸۴ کیلومتر مرز مشترک با کشور پاکستان و ورود اتباع بیگانه به پیشانی جنوب شرق جمهوری اسلامی ایران یعنی سراوان و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و تحمیل هزینه‌های ناخواسته هنگفت که آمار اعلامی از سوی مدیر شبکه بهداشت و درمان سراوان حاکی از آن است که ورود اتباع خارجی خود معضلی حاد به شمار می‌آید و در سال گذشته مبلغ یک میلیارد و ۸۰۰ میلیون تومان فقط و فقط صرف هزینه‌های درمانی اتباع خارجی شده که هنوز این بدهی در تراز مالی شبکه بهداشت و درمان سراوان کفه نابرابری را به وجود آورده است. به تناسب جمعیت آن زمان و پاسخگو بودن امکانات آن برای دهه ۵۰ و افزایش چشمگیر جمعیت شهرستان و انتزاع بخش‌های سیب و سوران و مهرستان و تبدیل به شهرستان‌های مستقل اما هنوز وابستگی آنها برای مقوله درمان امری اجتناب ناپذیر است و خود یکی از علل عدم جواب‌دهی این بیمارستان و امکانات آن است



نقشه ۴-نقاط استقرار داروخانه

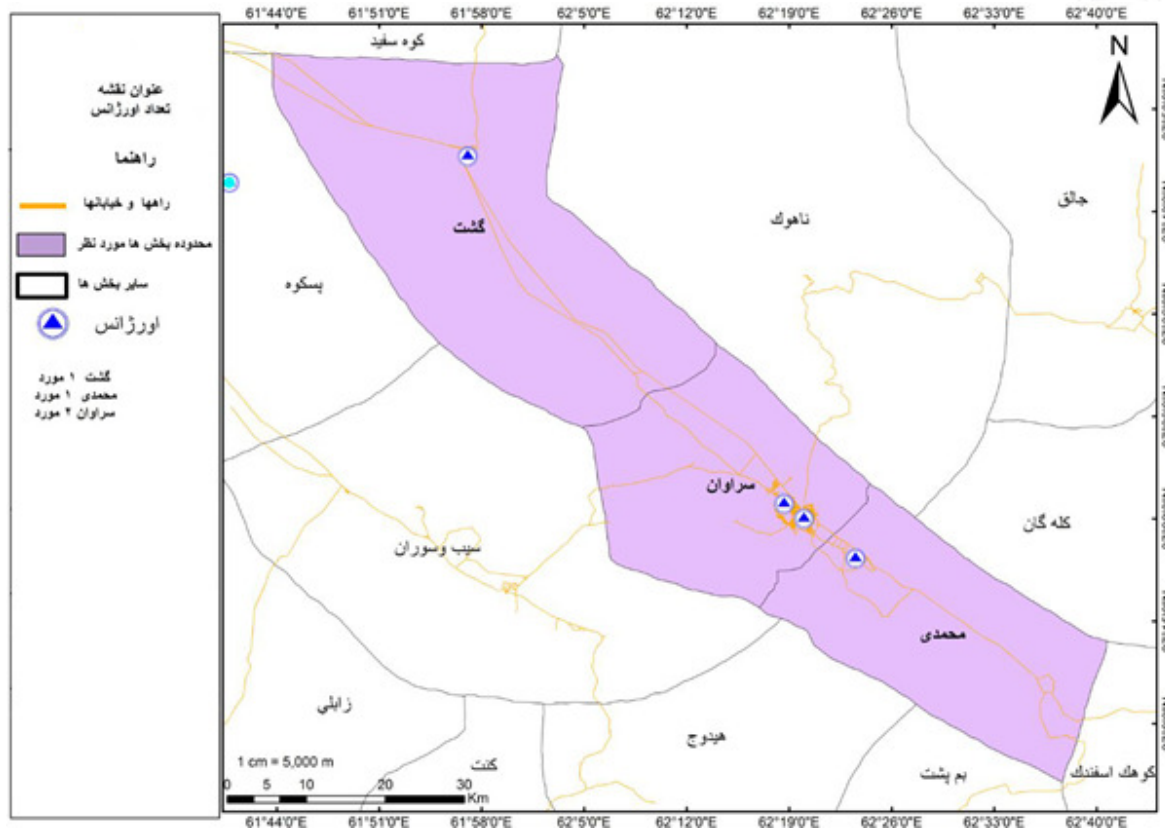
باتوجه نقشه فوق بیشترین اولویت نیازبه تخصیص داروخانه به سراوان و بعد از آن محمدی و بعد از آن گشت باتوجه به جمعیت دارای نیازو کمبود است. داروخانه شبانه روزی در این شهرستان در حال فعالیت بوده است اما به دلیل عدم داشتن مسئول فنی دارو، ازسوی معاونت غذا و دارو قسمت شبانه روزی آن تعطیل شده است. این داروخانه در حال حاضر از ابتدای صبح تا پاسی از شب مشغول به فعالیت است اما اگر شهروندان نیاز به دارو در ساعات تعطیلی داروخانه ها داشتند، می توانند با مراجعه به درمانگاه، دارو مورد نیاز خود را تأمین کنند. سپردن مسئولیت داروهای اورژانسی به بیمارستان ها راهکار منطقی و اصولی است که می تواند بیماران را از سردرگمی در صنفهای طولانی تحویل دارو نجات دهد تا دارو به سرعت در اختیار بیماران قراربگیرد



نقشه ۵- نقاط استقرار دندانپزشک

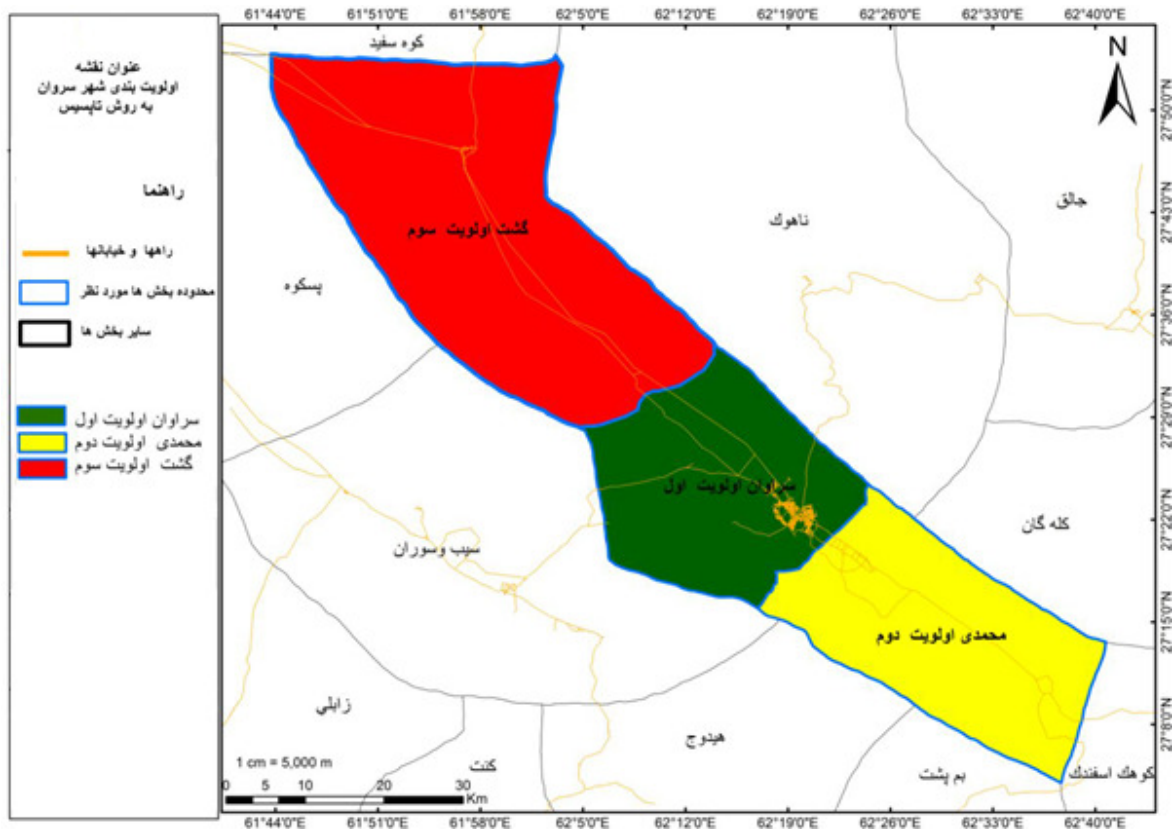
باتوجه نقشه فوق بیشترین اولویت نیاز به تخصیص دندانپزشک به سراوان و بعد از آن محمدی و بعد از آن گشت باتوجه به جمعیت دارای نیاز و کمبود است. سلامت فکر یا درست اندیشیدن نیز به نوبه خود زاینده سلامت جسم است. در منشور سازمان بهداشت جهانی برخورداری از بالاترین استانداردهای سلامتی، یکی از حقوق بنیادی هر انسان، بدون توجه به تفاوت‌های نژادی، مذهبی، اعتقاد سیاسی و وضعیت اقتصادی یا اجتماعی ذکر شده است. همچنین، در شاخص‌های برنامه توسعه سازمان ملل، از مؤلفه سلامتی (امنیت بهداشتی) به عنوان یکی از وجوه اصلی ارزیابی ماهیت سیاست‌های اجرایی و برنامه‌ریزی و همچنین یکی از ابزارهای سنجش جایگاه کشورها در روند توسعه و پیشرفت بحث شده است. جایی که حفظ و تأمین سلامتی مردم از اولویت‌های توسعه‌ای سراوان به شمار می‌آید و دست‌اندرکاران بخش سلامت همواره در تلاشند تا با بهره‌گیری از منابع در دسترس خود، بهترین و کیفی‌ترین مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی درمانی را به فقیران ارائه نمایند.





نقشه ۶- نقاط استقرار اورژانس

باتوجه نقشه فوق بیشترین اولویت نیازبه تخصیص اورژانس به سراوان و بعد از آن محمدی و بعد از آن گشت برای باتوجه به جمعیت دارای نیازوکمبود است. امروزه افزایش هزینه های بهداشتی درمانی و تنگنای تامین هزینه موجب شده است به مسئله اقتصاد بهداشت توجه بیشتری گردد. این توجه به معنای تلاش برای افزایش درآمدها و کاهش هزینه ها به هر قیمت نیست، بلکه کوششی برای استفاده مناسب از امکانات موجود و ارائه بهترین نوع خدمات به متقاضیان می باشد. در ایران نیر طی سالهای اخیر توجه خاصی به اقتصاد بهداشت معطوف گردیده است. دلایل این توجه از جمله: افزایش رشد جمعیت، توجه به افزایش سطح بهداشت و سلامت عمومی، گسترش خدمات بهداشت و درمان به مناطق محروم و .... بوده است. این موضوع بار سنگینی بر دولت در تامین هزینه های بهداشتی درمانی تحمیل کرده و دولتمردان را به فکر اتخاذ روش هایی جهت بهینه نمودن استفاده از امکانات موجود و تامین بخشی از هزینه ها انداخته است.



نقشه ۷- اولویت بندی به روش TOPSIS

باتوجه نقشه فوق بیشترین اولویت نیازبه تخصیص مراکز درمانی و بهداشتی به شهرستان سراوان و بعد از آن شهرستان محمدی و بعد از آن شهرستان گشت باتوجه به جمعیت دارای نیاز و کمبود است ارتقا و پیشرفت در جوامع مختلف از نظر اقتصادی و اجتماعی به سلامت فکری افراد آن جامعه وابسته است. باتوجه به نتایج جدول نیاز سکونتگاه به بیمارستان و آزمایشگاه و پزشک متخصص و دندانپزشک بیشتر دیده می شود و تعیین سطوح توسعه یافتگی از لحاظ برخورداری از شاخص های زیربنایی ، شاخص های بهداشتی - درمانی می باشد که برای تعیین سطوح توسعه یافتگی از مدل موریس ، با انتخاب ۷ متغیر در قالب شاخص های فوق در سطح خردتر شهراستفاده شده است. در ادامه با بهره گیری از روش ضریب اختلاف ، به تعیین میزان اختلاف و پراکندگی امکانات و خدمات ( شاخص های مورد مطالعه) در شهرستان ها مبادرت شده است . نتایج به دست آمده نشان می دهد که ضریب توسعه یافتگی بین شهرستان های استان متفاوت بوده و دارای اختلاف و نابرابری می باشد . به طوری که از مجموع سه شهرستان یک

شهرستان سراوان در سطح توسعه یافته، یک شهرستان در سطح توسعه و یک شهرستان در سطح محروم یا عدم برخورداری مطلوب از خدمات قرار دارند

جدول ۱- ضریب توسعه یافتگی نواحی نواحی شهرستان‌های سراوان از نظر شاخص بهداشتی و درمانی براساس مدل موریس

شهرستانها	سراوان	محمدی	گشت
متغیرها			
مراکز بهداشتی-درمانی	۴۲,۴۷	۴۲,۳۷	۱
پایگاه بهداشتی	۳۸,۹۲	۴۷,۰۷	۱۸,۷۹
داروخانه	۶۴,۴۲	۴۸,۶۲	۰
آزمایشگاه	۲۳,۲۲	۶۳,۱۱	۱۲,۷۷
درمانگاه	۱۸,۳۷	۶۳,۲۷	۲۱,۷۲
بیمارستان	۳۰,۲۴	۵۳,۴۸	۰
وژانس	۸۲,۰۳	۱	۰
پزشک متخصص	۲۱,۳۳	۱۰۰	۵۹,۸۶
پزشک عمومی	۷,۹	۵۰,۶۱	۱۰۰
دندانپزشک	۷,۴۹	۷۹,۸۴	۷۳
بهورز و ماما	۲۳,۵۱	۴۴,۴۹	۱۰۰

منبع: علوم پزشکی ایرانشهر

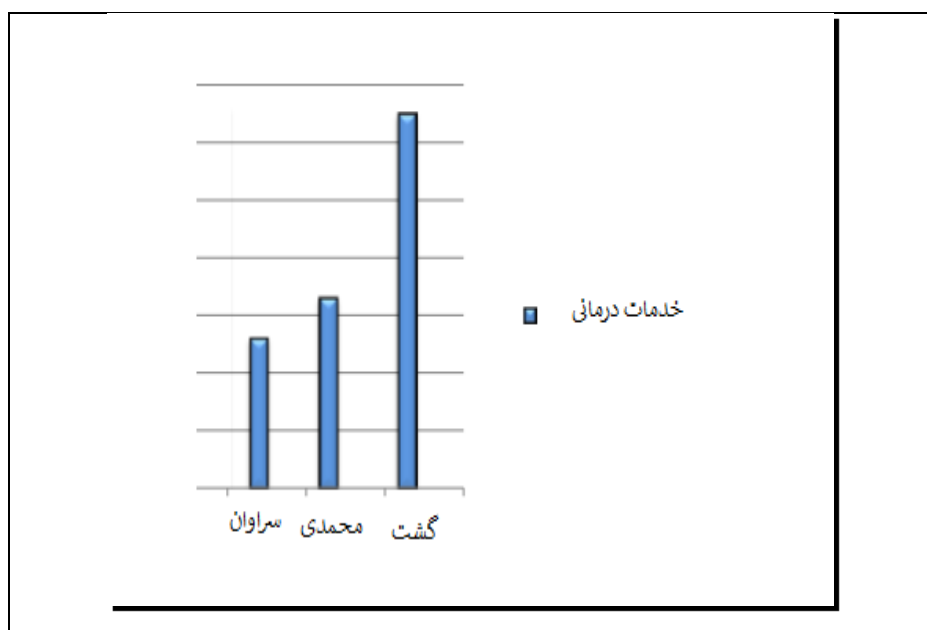
به تناسب جمعیت آن زمان و پاسخگو بودن امکانات آن برای دهه ۵۰ و افزایش چشمگیر جمعیت شهرستان و انتزاع بخش‌های سیب و سوران و مهرستان و تبدیل به شهرستان‌های مستقل اما هنوز وابستگی آنها برای مقوله درمان امری اجتناب ناپذیر است و خود یکی از علل عدم جواب‌دهی این بیمارستان و امکانات آن است، بیش از یک میلیارد تومان صرف هزینه‌های درمانی اتباع خارجی در سراوان شده است، علاوه بر آن با توجه به مرزی بودن این شهرستان و دارا بودن ۳۸۴ کیلومتر مرز مشترک با کشور پاکستان و ورود اتباع بیگانه به پیشانی جنوب شرق جمهوری اسلامی ایران یعنی سراوان و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و تحمیل

هزینه‌های ناخواسته هنگفت که آمار اعلامی از سوی مدیر شبکه بهداشت و درمان سراوان حاکی از آن است که ورود اتباع خارجی خود معضلی حاد به شمار می‌آید و در سال گذشته مبلغ یک میلیارد و ۸۰۰ میلیون تومان فقط و فقط صرف هزینه‌های درمانی اتباع خارجی شده که هنوز این بدهی در تراز مالی شبکه بهداشت و درمان سراوان کفه نابرابری را به وجود آورده است، بیمارستان رازی با مساحت ۲۴ هزار متر مربعی، سه شهرستان سراوان، سیب و سوران و مهرستان و جمعیتی بالغ بر ۳۵۰ هزار نفر را در حال حاضر تحت پوشش خود دارد. بالاترین نرخ رشد جمعیت در کشور مربوط به شهرستان سراوان است که در این راستا می‌توان به تجهیزات ناچیز زایشگاه سراوان اشاره کرد که میانگین ماهانه زایش در سراوان ۶۰۰ زایمان است که امکانات زایشگاه با هیچ استاندارد تعریف نمی‌شود. اورژانس شهرستان سراوان با توجه به مرزی بودن و شرایط نامطلوب جاده‌های شهرستان و مدخل و مخرج حاملان قاچاق سوخت بیشترین آمار حوادث ترافیکی را به خود اختصاص داده است به طوری که در سال گذشته، ۸۳۳ نفر مجروح محصل حوادث ترافیکی فقط از آمار اتباع خارجی است.

جدول ۳-رتبه بندی خدمات درمانی

مناطق	امتیاز	رتبه
سراوان	۰.۹۵۳	۱
گشت	۰.۷۳۳	۲
محمدی	۰.۵۶۳۲	۳

این شهرستان واقعا در بخش های مختلف مورد بی توجهی و بی مهری قرار گرفته و تقاضا داریم از مسئولان که نگاه ویژه ای به این شهرستان در بحث بهداشت و درمان داشته باشند و برای جذب و ماندگاری پزشکان متخصص و فوق تخصص و تجهیزات پزشکی در این شهرستان هر چه سریعتر اقدام لازم صورت گیرد، در اکثر شهرستان های بخصوص سراوان مردم با کمبود مراکز درمانی مجهز، نبود پزشکان متخصص بخصوص متخصص گوش حلق و بینی، جراح مغز و اعصاب با توجه به حوادث ترافیکی در سه شهرستان که بسیار است و افرادی که نیاز به عمل جراحی اورژانسی مغز دارند و نظر به فاصله زیاد سراوان تا زاهدان که ممکن است بدلیل بعد مسافت نوش دارو پس از مرگ سهراب باشد و باعث مرگ بیمار شود و همچنین لازم بذکر است گاهی بیمارستانهای زاهدان به بیماران اورژانسی پذیرش نمی دهند، بیمارستان رازی سراوان جوابگوی بیماران سه شهرستان مهرستان و سیب و سوران و خود سراوان نیست و بیمارستان جدید که سالهاست در دست احداث است با کند روی کار معلوم نیست که چه زمانی تکمیل و راه اندازی شود. جا دارد مسوولین دانشگاه علوم پزشکی زاهدان تا تکمیل و راه اندازی بیمارستان جدید برای جذب پزشکان متخصص خصوصا سونوگراف اقدامات لازم را بعمل آورند.



نمودار ۱-رتبه بندی خدمات درمانی

نتایج نشان می دهد شهر سراوان دارای بالاترین خدمات بهداشتی و محمدی دارای کمترین می باشد. پزشکان متخصص در بیشتر رشته ها در این شهرستان مستقر و مشغول انجام رسالت خویش هستند اما آنچه در این باره حائز اهمیت است ذکر این مطلب که شهرستان سراوان در بیشتر رشته های تخصصی در علم پزشکی اگر سهمیه های بورسیه ای دریافت می کرد تا فرزندان این مناطق می توانستند ادامه تحصیل دهند و از لحاظ نیروی متخصص شهرستان اشباع می شد، ماندگاری و حفظ نیرو در این مناطق را در پی داشت و دولت هیچ گونه هزینه ای را متحمل نمی شد و دغدغه آن به افکار دولتمردان در راستای نیروهای جایگزینی گذر نمی کرد که این یکی از خواسته های مهم مردم این مناطق به محسوب می شود

جدول ۳- ضریب توسعه یافتگی و رتبه بندی نواحی شهرستان های سراوان از نظر شاخص بهداشتی و درمانی

شهرستان	ضریب توسعه یافتگی	رتبه
سراوان	۶۳/۲۱	۱
محمدی	۵۵/۸۶	۲
گشت	۴۹/۹۴	۳

محاسبات نگارندگان

با توجه به تجزیه و تحلیل‌های فوق نتیجه گرفته می‌شود که نواحی روستایی شهرستان سراوان با دارا بودن ضریب توسعه یافتگی ۶۳/۲۱، بالاترین ضریب توسعه یافتگی را در بین شهرستان‌های سراوان را به خود اختصاص داده است. لذا فرضیه اول این پژوهش تأیید می‌گردد.

همچنین نتایج تجزیه و تحلیل‌های این پژوهش نشان می‌دهد از نظر شاخص‌های بهداشتی- درمانی همه شهرستان‌ها بغیر از شهرستان سراوان در وضعیت نیمه برخوردار قرار دارند. لذا فرضیه دوم این پژوهش نیز تأیید می‌گردد.

جدول ۴- سطوح توسعه یافتگی نواحی روستایی شهرستان‌های سراوان از نظر شاخص‌های بهداشتی- درمانی براساس مدل موریس

شهرستان	ضریب توسعه یافتگی	سطوح توسعه یافتگی
سراوان	۶۶/۶۷-۱۰۰	برخوردار
محمدی	۳۳/۳۴-۶۶/۶۶	نیمه برخوردار
گشت	-۳۳/۳۳	محروم

بیمارستان رازی سراوان در سال ۱۳۵۰ به بهره‌برداری رسید که با ۲۵ تخت شروع به ارائه خدمات کرد، اکنون ۴۳ سال از آن زمان می‌گذرد و گسترش فضای آن و افزایش تخت‌های بیمارستان قریب به عدد ۲۰۰ هنوز این ساختمان را در حالتی از استفاده اجباری قرار داده است. به تناسب جمعیت آن زمان و پاسخگو بودن امکانات آن برای دهه ۵۰ و افزایش چشمگیر جمعیت شهرستان و انتزاع بخش‌های سیب و سوران و مهرستان و تبدیل به شهرستان‌های مستقل اما هنوز وابستگی آنها برای مقوله درمان امری اجتناب ناپذیر است و خود یکی از علل عدم جواب‌دهی این بیمارستان و امکانات آن است. بیش از یک میلیارد تومان صرف هزینه‌های درمانی اتباع خارجی در سراوان شده است. علاوه بر آن با توجه به مرزی بودن این شهرستان و دارا بودن ۳۸۴ کیلومتر مرز مشترک با کشور پاکستان و ورود اتباع بیگانه به پیشانی جنوب شرق جمهوری اسلامی ایران یعنی سراوان و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و تحمیل هزینه‌های ناخواسته هنگفت که آمار اعلامی از سوی مدیر شبکه بهداشت و درمان سراوان حاکی از آن است که ورود اتباع خارجی خود معضلی حاد به شمار می‌آید و در سال گذشته مبلغ یک میلیارد و ۸۰۰ میلیون تومان فقط و فقط صرف هزینه‌های درمانی اتباع خارجی شده که هنوز این بدهی در تراز مالی شبکه بهداشت و درمان سراوان کفه نابرابری را به وجود آورده است. بیمارستان رازی با مساحت ۲۴ هزار متر مربعی، سه شهرستان سراوان، سیب و سوران و مهرستان و جمعیتی بالغ بر ۳۵۰ هزار نفر را در حال حاضر تحت پوشش خود دارد. بالاترین نرخ رشد جمعیت در کشور مربوط به شهرستان سراوان است که در این راستا می‌توان به تجهیزات ناچیز زایشگاه سراوان اشاره کرد که میانگین ماهانه زایش در سراوان ۶۰۰ زایمان است که امکانات زایشگاه با هیچ استاندارد تعریف نمی‌شود، اورژانس شهرستان سراوان با توجه به مرزی بودن و شرایط نامطلوب جاده‌های شهرستان و مدخل و مخرج حاملان قاچاق سوخت بیشترین آمار حوادث ترافیکی را به خود اختصاص داده است به طوری که در سال گذشته، ۸۳۳ نفر مجروح حاصل حوادث ترافیکی فقط از آمار اتباع خارجی است.

براساس فرضیه یافته های تحقیق نشان می دهند که عدالت فضایی در شهر سراوان تحقق پیدا نکرده و شهر از لحاظ برخورداری از امکانات درمانی عملاً به سه بخش تقسیم شده است. گشت، کلینیک ها و مراکز کوچک را در خود جای داده است که در عین حال که با یکدیگر خودهمبستگی مثبت قوی دارند، از لحاظ فضایی با بخش هایی شمالی ارتباط چندانی ندارند. بخش های پیرامونی که با یکدیگر خودهمبستگی قوی داشته ولی دسترسی مناسبی به امکانات درمانی ندارند و در نهایت سراوان که هم به مراکز بزرگ (بیمارستان ها) و هم به مراکز کوچک (کلینیک ها و درمانگاه ها) دسترسی مناسب داشته ولی با یکدیگر هم بستگی ضعیف دارند و به صورت نواحی جدا از هم قرار دارند. در واقع نواحی محرومی در شهر وجود دارند که بیشتر به صورت نواری پیرامون محمدی کشیده شده اند و تسهیلات درمانی به صورت خوشه ای در کنار هم در قسمت های مرکزی مستقر شده اند. علاوه بر این مناطق دارای همبستگی قوی فضایی در مجاورت نواحی بدون همبستگی قرار گرفته اند

بزرگترین هدف برنامه ریزی منطقه ای کاهش نابرابری و ایجاد تعادل در برخورداری از امکانات و خدمات در راستای توان ها و استعداد های هر منطقه است. اولین گام در برنامه ریزی منطقه ای شناسایی مناطق توسعه نیافته در هر بخش است. امروزه رسیدن به توسعه پایدار در هر بخش، به عنوان هدف اساسی دولت ها و سازمان ها محسوب می شود. بخش بهداشت و درمان یکی از ارکان مهم توسعه یافتگی کشورهاست، بنابراین سلامت روح و جسم، پشتوانه توسعه اقتصادی اجتماعی هر کشور است و نتیجه پیشرفت در این بخش، یک سرمایه گذاری بزرگ انسانی است. اجرای صحیح طرح تحول نظام سلامت موجب کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان رازی سراوان، افزایش میزان ماندگاری پزشکان در بیمارستان دولتی و مناطق محروم، حمایت از اقشار آسیب پذیر سراوان و در نهایت ارتقای کیفیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی در بیمارستانهاست. برای اجرایی شدن این طرح به فراهم کردن بسترها و امکانات لازم رفاهی، تهیه تجهیزات پزشکی برای پزشکانی که قرار است در این شهرستان مستقر شوند، نیاز است که در این ارتباط تمهیدات لازم اندیشیده شود. نزدیک وضعیت امکانات موجود و نیازمندی های این بیمارستان و دیگر مراکز درمانی را بررسی کنند، شاهد خواهند بود پزشکان غیربومی چرا و به چه دلیل حاضر به ماندن در اینجا نیستند. با توجه به اینکه شهرستان مرزی سراوان و شهرستانهای همجوار از جمله مهرستان و سیب و سوران حدود چهارصد هزار نفر جمعیت دارند و متأسفانه مکرر قاچاق انسان و سوخت صورت می گیرد، به همین دلیل مردم این شهرستان به دلیل نبود امکانات لازم درمانی و برخی پزشکان متخصص ناچارند برای درمان بیماری، رنج سفر به شهرستانهای برخوردار از جمله زاهدان، مشهد و... را به جان خریده و فشارها و سختی های زیادی را متحمل شوند، در بسته حمایتی طرح تحول نظام سلامت، تسهیلات ویژه ای برای ماندگار شدن پزشکان در مناطق محروم دیده شده که امیدواریم با اجرای آن، تحول خوبی در ارتقای وضعیت درمان و بهداشت که مردم این شهرستان انتظار و توقع دارند، به وجود آید

#### پیشنهاد

۱- افزایش شاخص های تندرستی، شامل متغیرهای طول زندگی، یعنی میزان امید به زندگی، میزان مرگ و میر عمومی، میزان مرگ و میر کودکان کمتر از یک سال، میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال و میزان مرگ و میر بر اثر زایمان و نیز متغیرهای زندگی سالم شامل درصد بیماری ها و دفعات مراجعه سرپایی و تعداد بیماران بستری.

- ۲- افزایش شاخص‌های دسترسی به مراقبت‌های درمانی و بهداشتی، شامل متغیرهای نسبت جمعیت به نیروی انسانی پزشکی. یعنی نسبت جمعیت به پزشک، دندان‌پزشک، پرستار، ماما، بهیار و بهیار ماما و متغیرهای نسبت جمعیت به تسهیلات بهداشتی درمانی، یعنی نسبت جمعیت به تخت بیمارستانی، آزمایشگاه، داروخانه، درمانگاه و رادیولوژی.
- ۳- افزایش شاخص‌های پیشگیری و بهداشت محیط، شامل متغیرهای بهداشت محیط، یعنی میزان پوشش آب آشامیدنی سالم و حمام بهداشتی و توالی بهداشتی و همچنین متغیرهای پیشگیری، یعنی میزان مصون‌سازی و میزان پوشش تنظیم خانواده

## منابع

- محمودی، لقمان، ۱۳۹۷، بررسی و مقایسه شاخص‌های توسعه (بهداشت درمان) در شهرستانهای استان آذربایجان غربی با استفاده از مدل تاکسونومی عددی، اولین همایش بررسی چالش‌ها و ارایه راهکارهای نوین مدیریت شهری، تهران، سازمان بسیج شهرداری تهران
- صیادی، زهرا؛ سیدمحمد ریسی و محمدعلی پورمند، ۱۳۹۷، تحلیل مکان‌گزینی کاربری بهداشتی-درمانی و پهنه‌های مناسب جهت گسترش آن در شهر بندرعباس، کنفرانس عمران، معماری و شهرسازی کشورهای جهان اسلام،
- بهروان، حسین، (۱۳۸۵)، آمایش فرهنگی و عدالت شهری در مناطق ۱۲ گانه شهرداری مشهد، کنفرانس مدیریت و برنامه ریزی شهری، مجموعه مقالات جلد اول، مشهد،
- رضویان، محمدتقی (۱۳۸۱). برنامه‌ریزی کاربری اراضی شهری. چاپ اول، انتشارات منشپ
- صادقی حسن آبادی، علی، (۱۳۶۴)، کلیات بهداشت عمومی، انتشارات دانشگاه شیراز
- شکویی، حسین، ۱۳۷۲، جغرافیا و مذهب، تحقیقات جغرافیایی، پاییز ۱۳۷۲ - شماره ۳۰
- تجویدی، فاطمه، (۱۳۸۱)، بررسی گرافیک محیطی شهری تهران و تاثیرات فرهنگی آن، مجله ی جلوه ی هنر، شماره ۲۰ و ۲۱
- طالشی، مصطفی، امیر فخریان، مصطفی، (۱۳۸۶)، کاربرد GIS در مکان‌گزینی کاربری های شهری، مجموعه مقالات اولین همایش GIS شهری، دانشگاه شمال
- پریزادی، طاهر، حسینی، فرشته، بهبودی مقدم، حسین. (۱۳۹۵). تحلیل نابرابری‌های فضایی توزیع خدمات شهری از منظر عدالت فضایی (مطالعه موردی: شهر مریوان). مجله آمایش جغرافیایی فضا، ۶(۲۱)، ۹۱-۱۰۲.





*Zarabie , A and Moghani Rahimi,B, Impact of globalization on Spatial Justice by Emphasis on Spatial Justice, Journal of Political and Economic Information, No3&4, 2006: 106-1۱۳*

*Rice, N., & Smith, P. (2001). Ethics and Geographical Equity in Health Care Utilization of New York. journal of Medical Ethics, 27, 256-261*