

میزان توان و توزیع فضایی سرمایه‌های ارسالی مهاجران بین‌الملل در بخش بهداشت و درمان (مطالعه موردی: سکونتگاه‌های روستایی شهرستان لامرد)^۱

سیدحسن مطیعی لنگرودی: استاد جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
فضیله دادورخانی: دانشیار جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
حسن علی فرجی سبکبار: دانشیار جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
حسن دارابی: استادیار محیط زیست، دانشگاه تهران، تهران، ایران
ابراهیم رستگار^۲: دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

چکیده

امروزه از سرمایه‌های ارسالی مهاجران بین‌المللی به عنوان یکی از ابعاد مالی و سرمایه‌گذاری در کشورهای در حال توسعه نام می‌برند. در بعد عمومی، سرمایه‌های ارسالی مهاجران عمدتاً در بخش‌های کالبدی، فرهنگی-اجتماعی، اقتصادی، آموزشی و بهداشت و درمان سرمایه‌گذاری می‌گردند. در شهرستان لامرد به عنوان محدوده پژوهش، اینگونه سرمایه‌گذاری‌ها در بخش‌های مختلف و از جمله در بخش بهداشت و درمان هزینه شده است. اینکه اینگونه سرمایه‌ها به چه میزان و با چه الگوی توزیعی در سطح بخش‌های سیاسی و اداری برای دسترسی به تأسیسات بهداشت و درمان هزینه گردیده‌اند، از مسائل عمده پژوهش به حساب می‌آید. از این‌رو پژوهش حاضر با روش توصیفی-تحلیلی به ارزیابی توزیع فضایی سرمایه‌های ارسالی مهاجران در بخش بهداشت و درمان شهرستان لامرد پرداخته است. نتایج مطالعات اسنادی و اکتشافی حاکی از ۸۸ اقدام عمرانی شامل ساخت انواع مراکز بهداشتی و درمانی و تأسیسات و تجهیزات پشتیبان این بخش است. برآورد اعتباری این اقدامات بر قیمت پایه سال ۱۳۹۱ بیش از ۴۱۰ میلیارد ریال بوده است. تحلیل فضایی میزان دریافت سرمایه‌های ارسالی مهاجران در چهار بخش مرکزی، اشکنان، علامرودشت و چاه‌ورز نشان می‌دهد که مدیریت عرصه‌های جغرافیایی در توزیع سرمایه‌های ارسالی مهاجران وجود نداشته است. بر اساس استانداردهای پیشنهادی برای خدمات بهداشت و درمان، توزیع فضایی خدمات پایه (خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشت و درمان) از وضعیت مناسب برخوردار و توزیع فضایی خدمات تخصصی (بیمارستان، درمانگاه و مجتمع‌های خدمات درمانی) شاهد عرصه‌های دارای توان بالاتر از میزان جمعیت و کاملاً برخوردار (مرکزی و اشکنان) برخوردار (علامرودشت) و محروم (چاه‌ورز) را نشان می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: سرمایه‌های ارسالی مهاجران، خدمات بهداشت و درمان، سکونتگاه‌های روستایی، شهرستان لامرد.

۱. مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری با عنوان «تبیین فرآیند سرمایه‌های ارسالی مهاجران بین‌المللی در توسعه اقتصادی سکونتگاه‌های روستایی مطالعه موردی: شهرستان لامرد» در دانشکده جغرافیای دانشگاه تهران است.
۲. نویسنده مسئول: rastegarebrahim@gmail.com، ۰۹۳۸۱۲۵۵۹۱۹

بیان مسأله:

در ادبیات پژوهشی مهاجرت در سال های اخیر، بر تأثیر سرمایه های ارسالی مهاجران در توسعه ی جوامع مبدأ مهاجرت تأکید می گردد. در این نگرش که مهاجران به عنوان قهرمانان توسعه یاد می شوند، ایده هایی در مورد اثرات مثبت مهاجرت در توسعه سطوح محلی، ملی و بین المللی مطرح می گردد. عنصر کلیدی در این رویکرد جدید، بحث سرمایه های ارسالی مهاجران به کشورهای مبدأ مهاجرت و نقش آنان در توسعه سرزمین مادری می دانند (Maimbo & et al, 2005: 73; Castles). در مقابل این دیدگاه برخی از پژوهشگران با دیده تردید به این مسئله می نگرند که تأثیر وجوه ارسالی و سایر نقل و انتقالات مالی توسط مهاجران نمی تواند منجر به توسعه پایدار گردد و وجوه ارسالی را صرفاً ابزاری برای کاهش فقر در جوامع مبدأ مهاجرت بر می شمارند (Kuznetsov & et al, 2006: 4; Ellerman, 2006: 33). اما این حقیقت عینی را نمی توان انکار نمود که تعدادی از مکان های جغرافیایی به عنوان مکان های مبدأ مهاجرت از سرمایه های ارسالی مهاجران خود در فرآیند توسعه اجتماعی، اقتصادی، کالبدی^۱ فضایی بهره می گیرند. سرمایه های ارسالی مهاجران بین المللی بر اساس طبقه بندی های موجود در مقالات و گزارش های متعدد سازمان های بین المللی نظیر سازمان جهانی مهاجرت، مؤسسه جهانی مهاجرت وابسته به دانشگاه آکسفورد، عمدتاً در دو قالب مصرفی و سرمایه گذاری طبقه بندی می گردد. سرمایه های ارسالی مهاجران که به مصرف خانواده های آنان و نیازهای مصرفی جوامع مبدأ مهاجرت می رسد، عمدتاً در طبقه سرمایه های ارسالی مصرفی قرار می گیرد. علاوه بر این سرمایه های ارسالی که در خدمات عمومی، جمعی یا اجتماعی و از این قبیل قرار دارند، جزء سرمایه های ارسالی سرمایه گذاری شده طبقه بندی می گردد (Cerón, 2008: 24; Barai, 2012: 6). بر اساس پیمایش اولیه نگارندگان، سرمایه گذاری سرمایه های ارسالی مهاجران بین المللی در شهرستان لامرد در بخش های مختلف و از جمله در بخش بهداشت و درمان به انجام رسیده است. اینگونه سرمایه گذاری ها که عمدتاً از طریق کانال های غیر رسمی و بیشتر بر اساس تعلقات مکانی صاحبان سرمایه یا مهاجران صورت می پذیرد و چندان از الگوهای فضایی خدمات رسانی تبعیت نمی نماید. از این رو این پژوهش در صدد است تا به تبیین توان و توزیع سرمایه های ارسالی عمومی مهاجران بین المللی در بخش بهداشت و درمان با رویکرد توزیع فضایی و از منظر علم جغرافیا بپردازد. بخش بهداشت و درمان از این رو مورد توجه است که ارائه خدمات بهداشتی درمانی در کشورهای در حال توسعه عمدتاً به عنوان نابرابرهای بزرگ منطقه ای شناخته می شوند (Amaral, 2009: 2)، و از دیگر روی و بر اساس دیدگاه بانک جهانی، فعالیت مهاجران بین المللی در توسعه اهداف هزاره به ویژه در اهداف کاهش فقر، دسترسی به سیستم های آموزشی و مراقبت های بهداشتی از جایگاه والایی برخوردار است (Oucho, 2008: 9). بنابراین، پژوهش حاضر در جستجوی پاسخ به سئوالات زیر برای دستیابی به اهداف پژوهش که همانا شناسایی میزان سرمایه های ارسالی مهاجران بین المللی و شناسایی الگوی توزیع فضایی اینگونه سرمایه ها در بخش بهداشت و درمان در محدوده مورد مطالعه است.

۱. سرمایه های ارسالی مهاجران بین المللی به چه میزان در بخش بهداشت و درمان هزینه گردیده است؟

۲. آیا در توزیع سرمایه های ارسالی مهاجران بین المللی برای ارائه خدمات بهداشت و درمان تعادل فضایی وجود دارد؟

مبانی نظری:

سرمایه های ارسالی مهاجران بین المللی:

سرمایه های ارسالی مهاجران بین المللی نشان از تأثیر این سرمایه ها در اقتصاد کشورهای در حال توسعه یا فقیر می دهد. مطالعات انجام شده بیانگر افزایش سطح مصرف، تأمین مسکن، ترویج سرمایه گذاری های کسب و کار و افزایش دسترسی به خدمات آموزشی و بهداشتی برای جوامع مبدأ مهاجرت و خانواده های مهاجران است. علاوه بر این، سرمایه های ارسالی مهاجران نقش مهمی در ارائه کمک به خانواده و جوامع مبدأ خود در زمان های دشوار اقتصادی و کاهش سیاست های حمایتی اجتماعی داشته است (Mara & et al, 2012: 4). بورکی^۱ (۲۰۰۰) بر این عقیده است که مهاجران نقش مهمی در تغییرات اقتصادی و اجتماعی کشور خود ایفا کرده اند. ایشان در فرآیند تغییرات اقتصادی و اجتماعی، سه مرحله قابل شناسایی را معرفی می -

1. Burki ()

نماید. مرحله نخست شامل انتقال وجوه ارسالی به خانواده در کشور مبدأ مهاجرت است. در مرحله دوم دولت‌های کشورهای مبدأ مهاجرت شرایطی را مهیا می‌نمایند تا مهاجران با تأسیس حساب و انباشت دارایی‌های اقتصادی از شرایط سرمایه‌گذاری بلندمدت در کشور خود برخوردار گردند. در مرحله نهایی نیز وجوه ارسالی مهاجران عمدتاً توسط سازمان‌های غیر دولتی در فعالیت‌های عام‌المنفعه و خیریه سرمایه‌گذاری می‌گردد (Burki, 2000: 8).

بر اساس مطالعات انجام شده به اثبات رسیده که سرمایه‌های ارسالی مهاجران بین‌المللی می‌تواند یک منبع پایدار مالی برای کشورهای مبدأ مهاجرت باشد و تأثیر این وجوه در دو بعد کوتاه و بلند مدت قابل مشاهده است. اثر کوتاه مدت وجوه ارسالی مهاجران می‌تواند در افزایش مصرف، کاهش فقر و نابرابری درآمد حاصل گردد. اثر بلند مدت نیز بیشتر مربوط به ابعاد اقتصادی و اجتماعی توسعه و به طور خاص بر بهبود عملکردهای آموزشی و بهداشتی تأثیرگذار است (Mara & et.al, 2012: 6). نتایج پژوهشی «اندو و همکاران»^۱ در منطقه اینتی بوکا^۲ در غرب هندوراس نشان می‌دهد که ۷۲ پروژه اجتماعی بوسیله سرمایه‌های ارسالی مهاجران تأمین اعتبار شده است. سرمایه‌گذاری‌های اجتماعی مهاجران بیشتر در زمینه زیرساخت‌های برق، شبکه آبرسانی، جاده‌های دسترسی، بهداشت، زیرساخت‌های آموزشی، مراکز اجتماعی، کلیساها و زمین‌های فوتبال بوده است. مجموع اعتبارات این پروژه‌ها در حدود ۶۵۰ هزار دلار برآورد گردیده است. علاوه بر این مهاجران حدود ۱۵۰ هزار دلار نیز اضافه بر هزینه‌های پروژه‌های اجتماعی در اختیار صندوق‌های مالی شهرداری‌های محلی، سازمان‌های غیر دولتی و دیگر سازمان‌های کمک‌کننده محلی پرداخت نموده‌اند (Endo & et al, 2010: 45).

سازمان جهانی مهاجرت بر این عقیده است که در بسیاری از کشورهای مهاجر فرست، سرمایه‌های ارسالی مهاجران با فراهم آوردن درآمد مازاد، زمینه‌های کاهش فقر و همچنین سرمایه‌گذاری در آموزش و بهداشت را ارتقاء داده است (IOM, 2005: 22). بررسی اهمیت سرمایه‌های ارسالی در سطح خرد نیز نشان می‌دهد که این سرمایه‌ها باعث ارتقاء کیفیت زندگی جوامع مبدأ مهاجرت در شاخص‌های خدمات بهداشتی-درمانی و آموزشی-پرورشی و شکل‌گیری دارایی‌های انسانی و مالی گردیده است (Sander & et al, 2003: 16). نتایج پژوهشی «دراپو و ابکه»^۳ (۲۰۱۰) نشان می‌دهد که علاوه بر کمک‌های بهداشتی و هزینه‌های عمومی، سرمایه‌های ارسالی مهاجران نیز از عوامل اصلی دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در کشورهای در حال توسعه است. علاوه بر این در تعدادی از کشورهای در حال توسعه وجوه ارسالی مهاجران مکمل کمک‌های بهداشتی محسوب می‌گردد و این سرمایه‌های ارسالی مانع از سرخوردگی طبقه یا دهک‌های با درآمد متوسط نسبت به دهک‌های ثروتمند و دیگر دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی است (Drabo & et al, 2010: 4). در بسیاری از کشورها از جمله آلبانی و مقدونیه این سرمایه‌ها از مهم‌ترین منابع تأمین مالی در پروژه‌های آموزشی و بهداشتی به حساب می‌آید (Mara & et al, 2012: 2). علاوه بر اهمیت وجوه ارسالی مهاجران بر عملکرد آموزشی جوامع مبدأ مهاجرت، این وجوه نقش قابل تأملی در بهبود وضعیت سلامت و به ویژه در سلامت کودکان ایفا نموده است.

چند مقاله به تأثیر مستقیم وجوه ارسالی مهاجران بر افزایش میزان سلامت در جوامع مبدأ مهاجرت پرداخته‌اند. تعدادی از پژوهش بر اثرات وجوه ارسالی مهاجران بر مرگ و میر نوزادان متمرکز است. بروکرهوف^۴ (۱۹۹۰) و سنگونزی^۵ (۲۰۰۲) به بررسی اثرات مهاجرت زنان در افزایش شانس زنده ماندن کودکان در کشورهای سنگال و اوگاندا پرداخته‌اند. لوپز کوردووا^۶ (۲۰۰۴) با داده‌های شهرداری‌ها در مکزیک نتیجه می‌گیرد که با افزایش میزان وجوه ارسالی مهاجران در سطح جوامع مبدأ خود، بر میزان مرگ و میر کودکان در آن جوامع نیز کاسته گردیده است. هیلدبرانت و مکنزی^۷ (۲۰۰۵) در پژوهشی نشان می‌دهند که با وجوه ارسالی مهاجران نرخ پایین‌تر مرگ و میر در خانواده‌های مهاجران نسبت به دیگر خانواده‌ها را نشان می‌-

1. Endo and et.al, (2010)
2. Intibucá
3. Drabo and Ebeke (2010)
4. Brockerhoff (1990)
5. Ssengonzi and et al. (2002)
6. Lopez-Cordova (2004)
7. Hildebrandt and McKenzie (2005)

دهد. علاوه بر این در خانواده های دارای فرد مهاجر به دلیل تجارب حاصله از مهاجرت، مادران دانش های پزشکی بالاتری را کسب می نمایند و فرزندان خود را با شیر مادر تغذیه می نمایند و مراقبت های بهداشتی بیشتری برای خود، خانواده و کودکان اعمال می کنند (Acosta & et al, 2007: 29).

پژوهش سبان و برتلمی^۱ (۲۰۰۹) یکی از اولین پژوهش هایی است که با استفاده از داده های اقتصاد کلان به بررسی دسترسی به خدمات بهداشتی در کشورهای در حال توسعه پرداخته است. در این پژوهش با استفاده از داده های بهداشت، تغذیه و جمعیت نشان داده می شود که دسترسی به خدمات بهداشتی در کشورهای در حال توسعه بستگی به برخی شاخص های اجتماعی و اقتصادی و ویژگی های خانوادگی و فردی از قبیل سطح تحصیلات، ثروت دارد. چاووت و همکاران^۲ (۲۰۰۸) نیز در پژوهشی به تجزیه و تحلیل وجوه ارسالی مهاجران در توسعه انسانی و به عنوان نمونه نرخ مرگ و میر کودکان به اندازه گیری داده ها در ۱۰۹ کشور در حال توسعه و سپس در سطح ۵ دهک متقابل در یک نمونه از ۴۷ کشور در حال توسعه پرداخته اند. نتایج این پژوهش نشان می دهد که وجوه ارسالی مهاجران به طور قابل توجهی در سلامت کودکان مؤثر بوده است و در مقابل مهاجرت پزشکان تأثیر منفی بر سلامت جامعه و از جمله کودکان داشته است (Drabo & et al, 2010: 5-6). افزایش هزینه های خدمات بهداشتی^۳ درمانی توسط خانواده های مهاجران امکان دسترسی به فعالیت بخش های خصوصی را برای دیگر افراد جامعه مبدأ نیز فراهم می آورد. در پژوهشی که زکریا و همکاران در کرالا هند انجام داده اند، نتایج بیانگر آن است که وجوه ارسالی مهاجران موجب استفاده بیشتر از امکانات بیمارستان برای درمان بیماری ها و ارتقاء سه برابری استفاده از بیمارستان های خصوصی در زایمان گردیده است (Zachariah & et al, 2001 : 63).

با بررسی ادبیات وجوه ارسالی مهاجران بین المللی و تأثیر آن بر بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه قابل استنباط است که تحقیقات در دو بخش گسترده قرار می گیرند. پژوهشگران از یک طرف، به تجزیه و تحلیل این وجوه و تأثیر مستقیم آن بر سلامت افراد در کشورهای در حال توسعه می پردازند و از سوی دیگر تأثیر وجوه ارسالی مهاجران بین المللی را در دسترسی به مراقبت های بهداشتی مورد توجه قرار می دهند (Drabo & et al, 2010, 5). پژوهش حاضر نیز به تبیین سرمایه های ارسالی مهاجران بین المللی در توزیع و دسترسی فضایی به خدمات درمانی^۳ بهداشتی از دیدگاه جغرافیایی می پردازد.

الگوهای فضایی دسترسی به خدمات بخش بهداشت و درمان:

در پرتو نظریه مکان مرکزی (کریستالر، ۱۹۶۶)، فعالیت های اقتصادی در یک سلسله مراتب فضایی توزیع می گردد و مرکزیت فضایی است که در مکان های مرکزی تبلور می یابد. در این تفکر فضایی، کسانی که کالا یا خدمات سطح بالاتری از سلسله مراتب محدوده داشته باشند، می بایست تقاضای خود را در منطقه مرکزی عرضه نمایند (Amaral, 2009, 2-3). تعیین جایگاه هر یک از واحدهای سکونتگاهی و تعامل و ارتباط عملکردی آنها در سطح ناحیه، بیش از هر چیز بر اساس برخورداری ها و دامنه دسترسی ها استوار است. برای تشخیص روشن تر دامنه عملکردی هر سکونتگاه، عملکردهای سکونتگاهی به تفکیک عملکردهای نقطه ای و حوزه ای باید مورد بررسی قرار گیرد. عملکردهای نقطه ای، آن دسته از خدمات و کارکردهایی هستند که در یک روستا مورد استفاده است، در مقابل عملکردهای حوزه ای، عملکردها و امکاناتی است که علاوه بر نیازهای ساکنان یک روستا، برخی نیازهای آبادی های دیگر را نیز برآورده می سازد (سعیدی، ۱۳۷۷: ۱۶). در بخش بهداشت و درمان نیز الگوهای خدمات رسانی از الگوهای چند سطحی تبعیت می کند. ارائه خدمات بهداشتی درمانی به عنوان نابرابرهای بزرگ منطقه ای در کشورهای در حال توسعه مشخص می شوند. برای مثال در کشور برزیل توزیع جغرافیایی پتانسیل های ارائه دهنده سلامت به عنوان یک محدودیت در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی شناخته می شود. از این رو سامانه منحصر به فرد سلامت^۳ (UHS) در راستای تمرکززدایی از عرضه خدمات بهداشتی- درمانی و دریافت خدمات در مناطق کمتر توسعه یافته در این کشور تشکیل گردیده است. اصول سازمانی این سیستم دارای رویکرد منطقه ای و نظام سلسله مراتب خدمات دهی و بر

1. Berthelemy & Seban (2009)

2. Chauvet and et.al (2008)

3. Unique Health System

مبنای مشارکت جامعه تعریف گردیده است، اما در این راه با موانعی از جمله عدم در دسترس بودن پزشکان عمومی و تخصصی در مناطق کمتر توسعه یافته همراه است. در کشورهای توسعه یافته ارائه خدمات بهداشتی درمانی معمولاً به وسیله یک شبکه شهری مترکم‌تر و سیستم‌های پشتیبانی حمل و نقل کارآمدتر در راستای کاهش مشکلات ناشی از فاصله جغرافیایی بین خدمات عرضه و تقاضا در سطح سرزمینی فعال است. برای مثال در بریتانیا خدمات ملی سلامت^۱ (NHS) با تدوین استراتژی منطقه‌ای به منظور تأمین امنیت عرضه و توزیع خدمات بهداشتی-درمانی متناسب با تقاضاهای منطقه‌ای و مسائل مربوط به حمل و نقل صورت می‌پذیرد. ارائه مراقبت‌های بهداشتی اصولاً بوسیله خدمات عمومی (اغلب با استفاده بیشتر و هزینه‌های پایین‌تر) و خدمات تخصصی (عرضه در قالب اقتصاد مقیاس) ارائه می‌گردند و به این دلیل می‌توان عنوان نمود که توزیع عرضه خدمات بهداشتی^۲ درمانی دارای افتراق فضایی است (Amaral, 2009: 2-5; Vlahov & et al, 2002, 37). در نظام سلامت ایران نیز اصول کلی برای ارائه خدمات تعریف گردیده است. بر اساس دستورالعمل ضوابط و اصول کلی گسترش شبکه‌های سلامت، «شهرستان» به عنوان مقیاس اداری و جغرافیایی گسترش شبکه‌های بهداشتی از طریق سطح‌بندی و ادغام ارائه خدمت از طریق نظام ارجاع و... تعریف گردیده است (معاونت وزارت بهداشت، درمان و علوم پزشکی، ۱۳۸۶: ۳-۵).

روش تحقیق:

پژوهش حاضر از نوع سنجش توان و ارزیابی توزیع فضایی با روش توصیفی-تحلیلی در چند مرحله به انجام رسیده است. در مرحله نخست، بر اساس اطلاعات و آمار موجود در شبکه بهداشت و درمان شهرستان لامرد، میزان سرمایه‌گذاری مهاجران بین‌المللی که عمدتاً در قالب اقدامات خیریه به انجام رسیده است، شناسایی و استخراج گردید. در مرحله دوم و به دلیل اینکه اینگونه سرمایه‌ها از ماهیت غیر رسمی برخوردارند، بوسیله مطالعات اکتشافی که با کمک مدیران شهری و روستایی، افراد مورد اعتماد مهاجران، افراد مطلع در بخش بهداشت و درمان در دوره‌های زمانی مختلف اطلاعات دیگری دریافت گردید. در مرحله سوم؛ تعدادی از اطلاعات جمع‌آوری شده از دو مرحله نخست به لحاظ میزان سرمایه‌گذاری دارای عدم مشابهت بودند، از این رو بوسیله اطلاعات متقن از دست‌اندرکاران آن پروژه‌ها اطلاعات یکسان‌سازی گردید. پس از این مرحله مشخص گردید که سرمایه‌گذاری مهاجران در این بخش بهداشت و درمان در ۴ شهر (کل شهرها) و ۲۸ سکونتگاه روستایی (از ۱۴۲ سکونتگاه) به انجام رسیده است. در مرحله چهارم؛ هزینه‌های سال ساخت هر پروژه را بر اساس روش اقتصادی تابع نمایی با احتساب نرخ تورم و استفاده از فرمول نویسی در نرم‌افزار EXCEL به قیمت پایه سال ۱۳۹۱ تبدیل گردید. پس از انجام این مرحله، طبقه‌بندی‌های متعددی از میزان سرمایه‌گذاری مهاجران انجام پذیرفت. در نهایت با ورود داده‌ها به نرم افزار سیستم اطلاعات جغرافیایی (GIS) توزیع فضایی سرمایه‌گذاری‌های مهاجران نمایش داده شد و بر اساس استاندارد نظام خدمات‌رسانی در بخش بهداشت و درمان تحلیل گردید. لازم به ذکر است که سرمایه‌های ارسالی مهاجران عمدتاً در قالب اقدامات خیریه در سطح شهرستان لامرد به انجام رسیده است.

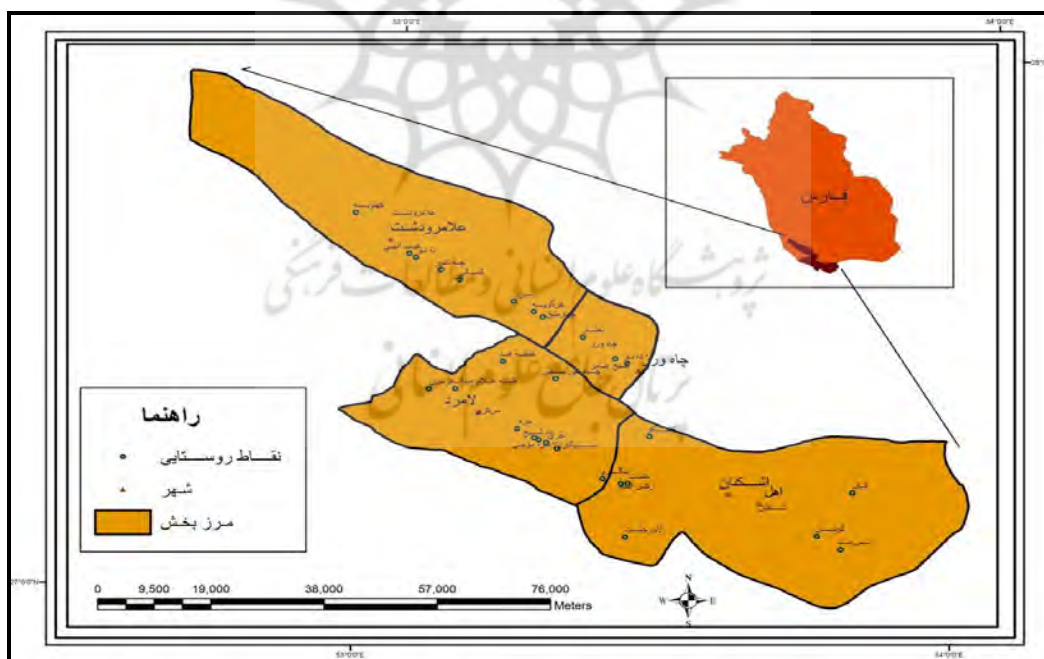
محدوده مورد مطالعه:

محدوده مورد مطالعه این پژوهش شهرستان لامرد در جنوب استان فارس است. این شهرستان از نظر مختصات جغرافیایی در ۵۲ درجه و ۳۶ دقیقه و ۵۸ ثانیه تا ۵۴ درجه، ۰ دقیقه و ۳۶ ثانیه طول جغرافیایی و ۲۷ درجه ۰۲ دقیقه و ۵۵ ثانیه تا ۲۷ درجه و ۵۳ دقیقه و ۳۸ ثانیه عرض شمالی واقع شده است. (شکل شماره ۱). دامنه ارتفاعی این شهرستان از ۴۵۰ تا ۱۵۰۰ متری از سطح دریا قرار دارد. بر مبنای سرشماری جمعیتی سال ۱۳۹۰ شهرستان لامرد دارای ۸۳۷۵۵ نفر جمعیت که از این تعداد ۴۳۳۷۸ نفر در سکونتگاه‌های روستایی و ۴۰۳۷۷ در ۴ سکونتگاه شهری (لامرد، اشکنان، اهل، علامرودشت) سکونت داشته‌اند. (جدول شماره ۱).

جدول ۱- روند تحولات جمعیتی سکونتگاه های شهرستان لامرد در فاصله سرشماری های ۱۳۷۵-۱۳۹۰

شرح	تعداد سکونتگاه ۱۳۹۰	جمعیت ۱۳۷۵	جمعیت ۱۳۸۵	جمعیت ۱۳۹۰	نرخ رشد ۱۳۷۵-۱۳۹۰	نرخ رشد ۱۳۸۵-۱۳۹۰
شهرستان لامرد	۱۴۶	۶۶۱۰۹	۷۸۶۶۹	۸۳۷۵۵	۲۶.۷	۶.۵
سکونتگاه های روستایی	۱۴۲	۳۹۰۱۷	۴۲۴۵۲	۴۳۳۷۸	۱۱.۲	۲.۲
سکونتگاه های شهری	۴	۲۷۰۹۲	۳۶۲۱۷	۴۰۳۷۷	۴۹	۱۱.۵
مجموع بخش مرکزی	۶۱	۲۸۶۱۹	۳۶۷۲۲	۴۰۰۸۷	۴۰.۱	۹.۲
سکونتگاه های روستایی	۶۰	۱۳۲۲۹	۱۴۵۶۶	۱۴۹۵۶	۱۳.۱	۲.۷
شهر لامرد	۱	۱۵۳۹۰	۲۲۱۵۶	۲۵۱۳۱	۶۳.۳	۱۳.۴
بخش علامرودشت	۴۷	۱۵۱۹۳	۱۵۰۶۶	۱۶۸۵۰	۱۰.۹	۱۱.۸
سکونتگاه های روستایی	۴۶	۱۱۳۴۸	۱۱۴۱۶	۱۲۷۵۵	۱۲.۴	۱۱.۷
شهر علامرودشت	۱	۲۹۴۳	۳۶۵۰	۴۰۹۵	۳۹.۱	۱۲.۲
بخش اشکنان	۲۶	۱۵۹۱۹	۱۸۸۹۰	۲۰۰۳۰	۲۵.۸	۶
سکونتگاه های روستایی	۲۴	۷۱۶۰	۸۴۷۹	۸۸۷۹	۲۴	۴.۷
شهر اشکنان	۱	۶۳۸۸	۷۶۱۴	۸۲۱۱	۲۸.۵	۷.۸
شهر اهل	۱	۲۳۷۱	۲۷۹۷	۲۹۴۰	۲۴	۵.۱
بخش چاه ورز	۱۲	۶۳۷۸	۷۹۹۱	۶۷۸۸	۶.۴	-۱۵.۱
سکونتگاه های روستایی	۱۱	۴۳۱۲	۵۴۵۰	۴۳۸۴	۱.۷	-۱۹.۶
مرکز بخش (روستای چاه ورز)	۱	۲۰۶۶	۲۶۴۶	۲۴۰۴	۱۶.۴	-۹.۱

منبع: مرکز آمار ایران، ۹۰-۱۳۷۵.



شکل ۱- نقشه موقعیت جغرافیایی شهرستان لامرد

یافته های تحقیق:

این پژوهش به شناخت، تحلیل و پیشنهادات لازم برای استفاده از توان سرمایه های ارسالی مهاجران بین المللی در بخش بهداشت و درمان شهرستان لامرد پرداخته است. نتایج پژوهش بر مبنای پرسش های مطرح شده، در دو بخش ارائه و تحلیل می گردد. در بخش نخست، میزان سرمایه های ارسالی مهاجران بین المللی و تعداد اقدامات عمرانی حاصل از اینگونه سرمایه به

تفکیک هر یک از بخش‌های شهرستان مورد بررسی قرار می‌گیرد. در بخش دوم تعادل فضایی سرمایه‌های ارسالی مهاجران بر اساس توان جمعیتی سکونتگاه‌ها با استفاده از الگوی پهنه‌بندی در نرم افزار سیستم اطلاعات جغرافیایی تحلیل می‌گردد.

۱. میزان سرمایه‌های ارسالی مهاجران بین‌المللی:

• **بخش مرکزی:** بخش مرکزی شهرستان لامرد از یک نقطه شهری (لامرد مرکز شهرستان) و دو دهستان بنام حومه و سیگار تشکیل گردیده است. جمعیت شهر لامرد بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰ برابر با ۲۵۱۳۱ نفر و جمعیت سکونتگاه‌های روستایی ۱۴۹۵۶ نفر بوده است. میزان سرمایه‌گذاری مهاجران در بخش مرکزی برابر با ۲۴۳۴۳۶.۸ میلیون ریال برآورد گردیده است. از این میزان ۹۵.۵ درصد در شهر لامرد و ۴.۵ درصد در سطح سکونتگاه‌های روستایی هزینه گردیده است. (جدول شماره ۲).

جدول ۲- میزان و فراوانی اقدامات عمرانی سرمایه‌های ارسالی مهاجران در بخش مرکزی شهرستان لامرد

شرح	اقدامات	هزینه ساخت (میلیون ریال)	هزینه بر پایه سال ۱۳۹۱ (میلیون ریال)	نام سکونتگاه	فراوانی
دهستان حومه	خانه بهداشت ^۱	۶۰	۴۸۴	ترمان، نیرایی، میرحسنی	۳
	مرکز بهداشتی - درمانی	۱۵۰۰	۳۷۱۳	ترمان	۱
دهستان سیگار	خانه بهداشت	۹۹	۱۴۹۲	پن‌گرویه، خره، سیگار، ده شیخ، کندر عبدالرضا	۵
	مرکز بهداشتی - درمانی	۱۵۰	۵۳۳۵	سیگار	۱
شهر لامرد	ساخت بیمارستان ولیعصر	۶۰۰	۸۳۳۲۳	لامرد	۱
	تجهیزات پزشکی	۴۵۲۰	۱۰۵۵۸	لامرد	۱۹
	سازمان انتقال خون	۵۰۰	۱۴۶۶	لامرد	۱
	تعمیرات بیمارستان	۵۰۰	۷۹۳	لامرد	۱
	ساخت و بهسازی پانسیون‌ها و استراحت‌گاه بیمار	۱۶۰۰	۳۶۱۲	لامرد	۳
	درمانگاه تخصصی باب الحوائج	۲۶۰۰۰	۹۴۰۹۶	لامرد	۱
	احداث ساختمان ccu, Icu, بیمارار خاص، فوریت‌های پزشکی، زایشگاه	۲۱۸۰	۵۲۹۰	لامرد	۴
	مرکز بهداشتی - درمانی	۱۷۰	۷۵۲۳	لامرد	۱
	آزمایشگاه بیمارستان	۸۰۰	۱۹۸۰	لامرد	۱
	خرید آمبولانس	۴۲۰	۱۰۴۰	لامرد	۱
	ساخت بیمارستان تامین اجتماعی	۱۲۰۰۰	۱۵۶۶۴.۸	لامرد	۱
	بهبیستی: خدمات درمانی و فیزیوتراپی	۶۰۰	۷۰۶۷	لامرد	۲
	مجموع اقدامات بهداشتی بخش مرکزی	۵۱۶۹۹	۲۴۳۴۳۶.۸		۴۶

منبع: اسناد و اطلاعات موجود در شبکه بهداشت و درمان شهرستان لامرد و برداشت‌های میدانی نگارندگان ۱۳۹۱.

• **بخش اشکنان:** بخش اشکنان در موقعیت شرقی شهرستان لامرد از دو دهستان اشکنان و کال تشکیل گردیده است. بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۱ این بخش دارای دو نقطه شهری (اشکنان و اهل) و تعداد ۲۴ سکونتگاه روستایی و جمعیتی برابر ۲۰۰۳۰ نفر است. حجم سرمایه‌گذاری ارسالی مهاجران بین‌المللی در این بخش بر پایه سال ۱۳۹۱ برابر با ۱۴۳۰۱۵ میلیون ریال برآورد گردیده است، که از این میزان سرمایه‌گذاری ۱۷.۲ درصد در سکونتگاه‌های روستایی و ۸۲.۸ درصد در دو شهر اشکنان و اهل هزینه گردیده است. دهستان کال فاقد نقطه شهری است و هر دو نقطه شهری این بخش در فاصله ۳ کیلومتری و در محدوده دهستان اشکنان واقع هستند. (جدول شماره ۳).

۱- در ساخت تعدادی از پروژه‌های خانه بهداشت روستایی فقط ۲۰ درصد از کل هزینه توسط مهاجران نیکوکار تأمین گردیده و هزینه‌های دولتی در این پژوهش لحاظ نگردیده است.

جدول ۳- میزان و فراوانی اقدامات عمرانی سرمایه های ارسالی مهاجران در بخش اشکنان شهرستان لامرد

شرح	اقدامات	هزینه سال ساخت (میلیون ریال)	هزینه بر پایه سال ۱۳۹۱ (میلیون ریال)	نام سکونتگاه	فراوانی
دهستان اشکنان	خانه بهداشت	۲۷	۹۶۶	رکن آباد، لاور خشت	۲
شهر اشکنان	تجهیزات پزشکی	۵۰۰	۹۸۷	اشکنان	۱
	مرکز بهداشت و درمان	۲۰	۱۲۴۳۲	اشکنان	۱
	خانه سازمانی بیمارستان	۴۰	۲۳۳۱	اشکنان	۱
	مجتمع خدمات بهزیستی شهید فیاض بخش	۱۰۰	۲۱۴۴	اشکنان	۱
	ساخت بیمارستان بعثت	۳۰۰۰	۸۷۰۲۷	اشکنان	۱
دهستان کال	ساخت آزمایشگاه مرکزی	۱۰۰	۹۹۳	اشکنان	۱
	خانه بهداشت	۱۸۱	۱۳۷۶	پس بند (قدیم و جدید)، پافلات، کال	۴
	درمانگاه و مرکز بهداشت و درمان	۲۶۳۰	۲۲۱۳۲	کال	۲
شهر اهل	درمانگاه بهداشتی - درمانی	۲۰۰	۱۴۰۱	اهل	۱
	مرکز بهداشت و درمان	۱۵۰۰	۶۲۵۴	اهل	۱
	پانسیون های مرکز بهداشت و درمان	۶۰۰	۲۱۷۱	اهل	۱
	مجتمع خدمات بهزیستی معراج	۴۰۰	۲۸۰۱	اهل	۱
مجموع اقدامات بهداشتی بخش اشکنان	۹۲۹۸	۱۴۳۰۱۵			۱۸

منبع: اسناد و اطلاعات موجود در شبکه بهداشت و درمان شهرستان لامرد و برداشت های میدانی نگارندگان ۱۳۹۱.

• **بخش چاه ورز:** چاه ورز در شمال شرقی شهرستان لامرد دارای دو دهستان چاه ورز و شیخ عامر است. این بخش فاقد نقطه شهری است و مرکز بخش روستای چاه ورز می باشد. بر اساس سرشماری ۱۳۹۰ جمعیت این بخش برابر با ۶۷۸۸ نفر است. حجم سرمایه گذاری مهاجران بین المللی در بخش چاه ورز برابر با ۱۶۸۱ میلیون ریال بوده است که ۶۲.۸ درصد در روستای چاه ورز (مرکز بخش) و ۳۷.۲ درصد نیز در دو سکونتگاه روستایی ده نو و شیرینو هزینه گردیده است. (جدول شماره ۴).

جدول ۴- میزان و فراوانی اقدامات عمرانی سرمایه های ارسالی مهاجران در بخش چاه ورز شهرستان لامرد

شرح	اقدامات	هزینه سال ساخت (میلیون ریال)	هزینه بر پایه سال ۱۳۹۱ (میلیون ریال)	نام سکونتگاه	فراوانی
دهستان چاه ورز	خانه بهداشت	۲۴	۲۷۹	ده نو	۱
	مرکز بهداشتی - درمانی	۱۲۰	۲۹۷	چاه ورز	۱
	پانسیون های مرکز بهداشت	۲۱۰	۷۶۰	چاه ورز	۱
دهستان شیخ عامر	خانه بهداشت	۱۰۵	۳۴۴	شیرینو	۱
مجموع اقدامات بهداشتی بخش چاه ورز	۴۵۹	۱۶۸۱			۴

منبع: اسناد و اطلاعات موجود در شبکه بهداشت و درمان شهرستان لامرد و برداشت های میدانی نگارندگان ۱۳۹۱.

• **بخش علامرودشت:** بخش علامرودشت در شمال غربی شهرستان لامرد از دو دهستان علامرودشت و خیرگو تشکیل گردیده است. براساس سرشماری سال ۱۳۹۱ این بخش دارای یک شهر و تعداد ۴۶ سکونتگاه روستایی و جمعیتی برابر ۱۶۸۵۰ نفر است. حجم سرمایه گذاری ارسالی مهاجران بین المللی در این بخش بر پایه سال ۱۳۹۱ برابر با ۲۳۳۳۲ میلیون ریال برآورد گردیده است که از این میزان سرمایه گذاری ۷۰.۳ درصد در مرکز بخش هزینه گردیده است. (جدول شماره ۵).

جدول ۵- میزان و فراوانی اقدامات عمرانی سرمایه‌های ارسالی مهاجران در بخش علامرودشت شهرستان لامرد

فراوانی	نام سکونتگاه	هزینه بر پایه سال ۱۳۹۱ (میلیون ریال)	هزینه سال ساخت (میلیون ریال)	اقدامات	شرح
۴	ده نو، کهنویه، گل خرک، گهلویه	۲۳۶۰	۳۹۱	خانه بهداشت	دهستان علامرودشت
۶	چاه کور، چهار طاق، خیرگو، روگیر محمد تقی، شرف آباد، کمالی	۲۲۰۱	۲۹۲	خانه بهداشت	دهستان خیرگو
۱	خیرگو	۲۹۶	۱۵۰	پانسیون	
۱	کتک	۶۵۶	۲۰۰	اورژانس جاده ای	
۲	علامرودشت	۵۹۹۹	۳۲۰	درمانگاه امام سجاد و نوسازی آن	شهر علامرودشت
۱	علامرودشت	۵۸۶	۲۰۰	پانسیون	
۲	علامرودشت	۶۹۹۰	۲۷۰	مرکز بهداشت و درمان و ساختمان الحاقی آن	
۱	علامرودشت	۱۲۴	۵۰	نگهبانی درمانگاه	
۱	علامرودشت	۳۰۸	۱۰۵	اورژانس جاده ای	
۱	علامرودشت	۳۷۱۲	۱۵۰۰	مجتمع بهداشتی - درمانی	
۲۰	-	۲۳۲۳۲	۳۴۷۸	مجموع اقدامات بهداشتی بخش علامرودشت	

منبع: اسناد و اطلاعات موجود در شبکه بهداشت و درمان شهرستان لامرد و برداشت‌های میدانی نگارندگان ۱۳۹۱.

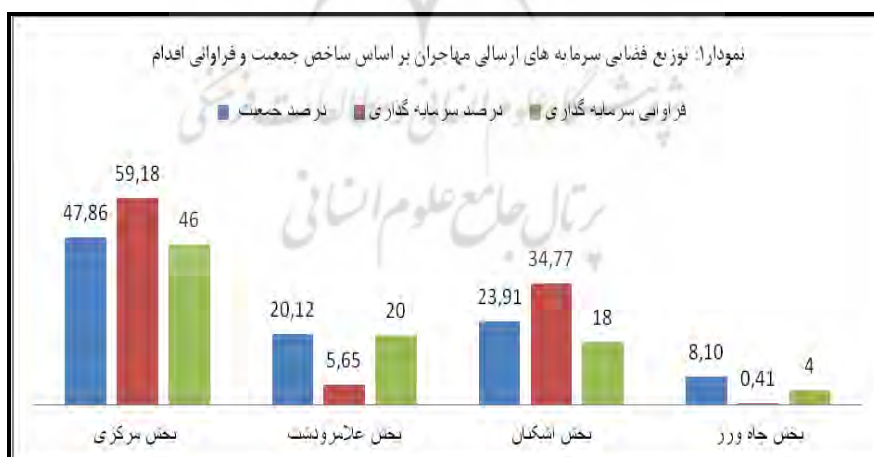
۲. تعادل فضایی در توزیع سرمایه‌های ارسالی مهاجران بین‌المللی:

الگو و رهیافت‌های فضایی به دلیل نگرش سیستمی این قابلیت را دارند تا پویایی عرصه‌های جغرافیایی را در همه اجزاء و ابعاد پوشش دهند. از این‌رو سرمایه‌گذاری‌های ناشی از سرمایه‌های ارسالی مهاجران در بخش بهداشت با رویکرد فضایی دنبال نموده‌ایم. در این تفکر دخالت در ساختار عملکردی سکونتگاه‌ها محور انجام برنامه‌ریزی‌های آینده قرار می‌گیرد و از این طریق درصد پویاسازی سکونتگاه‌ها است (مطبیعی‌لنگرودی و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۲۰). بر اساس اصول نظام خدمات بهداشتی- درمانی تعدادی از تأسیسات بهداشتی^۵ درمانی به سکونتگاه‌های مرکزی و یا سکونتگاه‌هایی که شرایط دریافت آن نوع خدمات را داشته باشند، تعلق می‌گیرد. بر این اساس، نظام خدمات‌رسانی دولت در یک نظام سلسله‌مراتبی تحقق پیدا می‌کند. سرمایه‌های ارسالی مهاجران بین‌المللی در چارچوب الگوی فضایی می‌تواند در ارائه و دریافت مطلوب تر خدمات بهداشت و درمان در سکونتگاه‌ها یاری رسان و کمک دهنده بخش دولتی در ارائه تسهیلات بهداشت و درمان باشد. در چارچوب این سلسله مراتب خدمات‌دهی که اصول جمعیتی از پایه‌های اساسی آن به شمار می‌رود، کم یا زیاد بودن یک نوع خدمت اثرات متفاوتی بر فضاها و عرصه‌های جغرافیایی تحمیل می‌نماید. جدول شماره ۶ توزیع فضایی سرمایه‌های ارسالی مهاجران در دریافت انواع خدمات بهداشتی و درمانی در سطح سکونتگاه‌های روستایی و شهری، بخش و هر یک از خدمات بهداشتی و درمانی را نشان می‌دهد. همچنین نمودار شماره ۱ درصد میزان سرمایه‌گذاری، فراوانی اقدام به سرمایه‌گذاری و درصد جمعیت را به تفکیک بخش نشان می‌دهد.

جدول ۶- توزیع فضایی میزان سرمایه گذاری مهاجران بین المللی در بخش بهداشت و درمان شهرستان لامرد

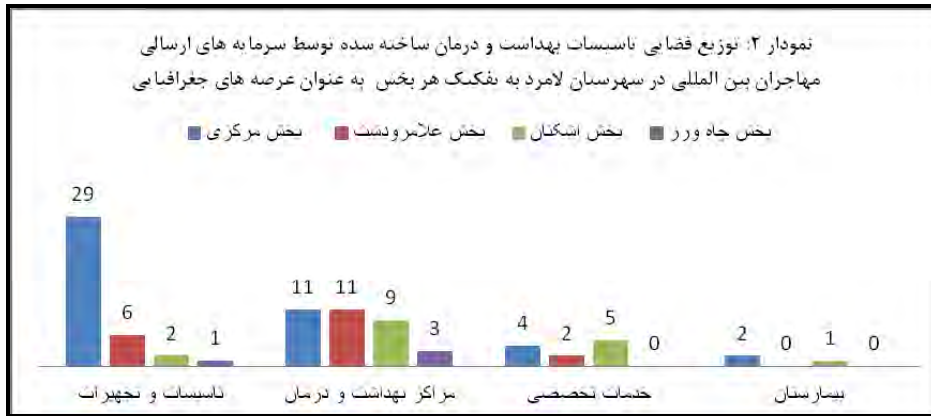
شرح	فراوانی اقدام	هزینه سال ساخت (میلیون ریال)	هزینه بر پایه سال ۱۳۹۱ (میلیون ریال)	جمعیت ۱۳۹۰	نرخ رشد جمعیت ۱۳۸۵-۱۳۹۰	توزیع فضایی خدمات بهداشت و درمان						
						بیمارستان درمانی	درمانگاه و مجتمع درمانی	مرکز بهداشت و درمان	خانه بهداشت	آزمایشگاه جدید	پانسیون و ساختمان های جدید	خرید تجهیزات و دیگر وسایل
شهرستان لامرد	۸۸	۶۴۹۳۴	۴۱۱۳۶۴.۸	۸۳۷۵۵	۶.۵	۳	۹	۸	۲۶	۲	۱۵	۲۳
سکونتگاه های روستایی	۳۴	۶۱۳۹	۴۲۶۹۲	۴۳۳۷۸	۲.۲	-	۱	۴	۲۶	-	۲	-
سکونتگاه های شهری	۵۴	۵۸۷۹۵	۳۶۸۶۷۲.۸	۴۰۳۷۷	۱۱.۵	۳	۸	۴	-	۲	۱۳	۲۳
مجموع بخش مرکزی	۴۶	۵۱۶۹۹	۲۴۴۴۳۶.۸	۴۰۰۸۷	۹.۲	۲	۳	۳	۸	۱	۸	۲۱
سکونتگاه های روستایی	۱۰	۱۸۰۹	۱۱۰۲۴	۱۴۹۵۶	۲.۷	-	-	۲	۸	-	-	-
شهر لامرد	۳۶	۴۹۸۹۰	۲۳۲۴۱۲.۸	۲۵۱۳۱	۱۳.۴	۲	۳	۱	-	۱	۸	۲۱
بخش علامرودشت	۲۰	۳۴۷۸	۲۳۲۳۲	۱۶۸۵۰	۱۱.۸	-	۲	۱	۱۰	-	۵	۱
سکونتگاه های روستایی	۱۲	۱۰۳۳	۵۵۱۳	۱۲۷۵۵	۱۱.۷	-	-	-	۱۰	-	۱	-
شهر علامرودشت	۸	۲۴۴۵	۱۷۷۱۹	۴۰۹۵	۱۲.۲	-	۲	۱	-	-	۴	۱
بخش اشکنان	۱۸	۹۲۹۸	۱۴۳۰۱۵	۲۰۰۳۰	۶.۰	۱	۴	۳	۶	۱	۱	۱
سکونتگاه های روستایی	۸	۲۸۲۸	۲۴۴۷۴	۸۸۷۹	۴.۷	-	۱	۱	۶	-	-	-
شهر اشکنان	۶	۳۷۶۰	۱۰۵۹۱۴	۸۲۱۱	۷.۸	۱	۱	۱	-	۱	۱	۱
شهر اهل	۴	۲۷۰۰	۱۲۶۲۷	۲۹۴۰	۵.۱	-	۲	۱	-	-	-	-
بخش چاه ورز	۴	۴۵۹	۱۶۸۱	۶۷۸۸	-۱۵.۱	-	-	-	۲	-	۱	-
سکونتگاه های روستایی	۲	۱۲۹	۶۲۴	۴۳۸۴	-۱۹.۶	-	-	-	۲	-	-	-
مرکز بخش (روستای چاه ورز)	۲	۳۳۰	۱۰۵۷	۲۴۰۴	-۹.۱	-	-	-	۱	-	۱	-

منبع: محاسبات نگارندگان بر اساس اسناد و اطلاعات موجود در شبکه بهداشت و درمان شهرستان لامرد و برداشت های میدانی ۱۳۹۱.

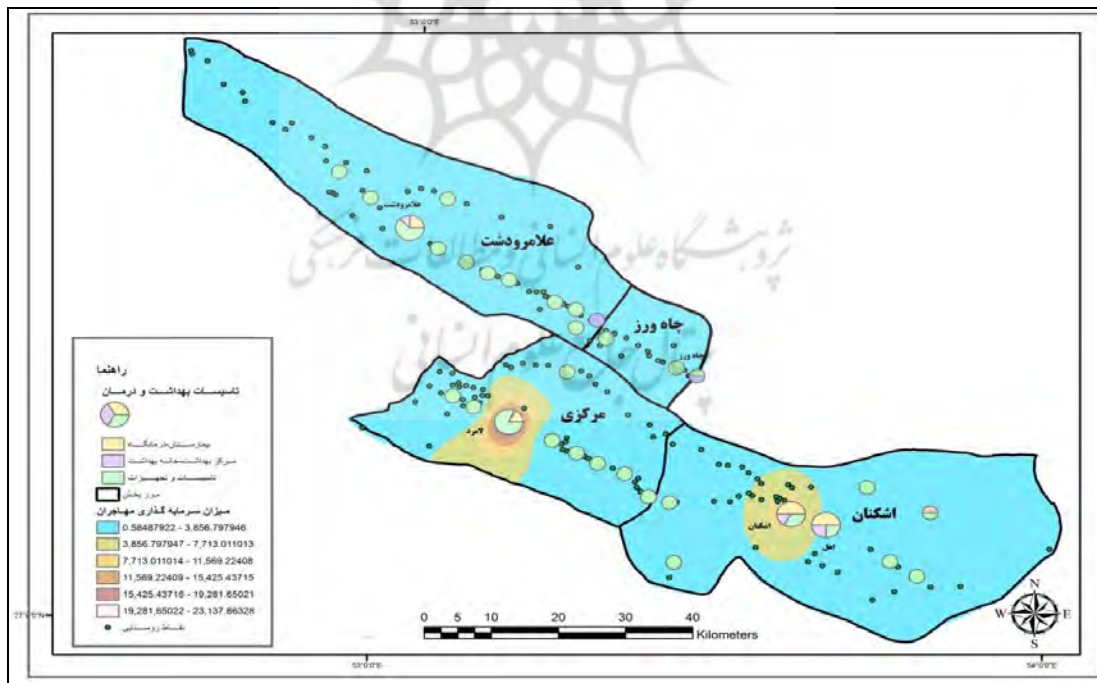


در این راستا بخش مرکزی با ۴۷.۸۶ درصد جمعیت، ۵۹.۱۸ درصد میزان سرمایه گذاری مهاجران و بخش اشکنان با ۲۳.۹۱ درصد جمعیت، ۳۴.۷۷ درصد میزان سرمایه گذاری دریافت نموده است. بخش چاه ورز با کمتر از ۰.۵ درصد پایین ترین میزان سرمایه گذاری را نشان می دهد. ۵.۶۵ درصد حجم سرمایه گذاری نیز بخش علامرودشت دریافت نموده است. این دو بخش نزدیک به ۳۰ درصد جمعیت شهرستان را دارا هستند. برای تبیین دقیق تر موضوع، تأسیسات بهداشتی درمانی به تناسب نوع

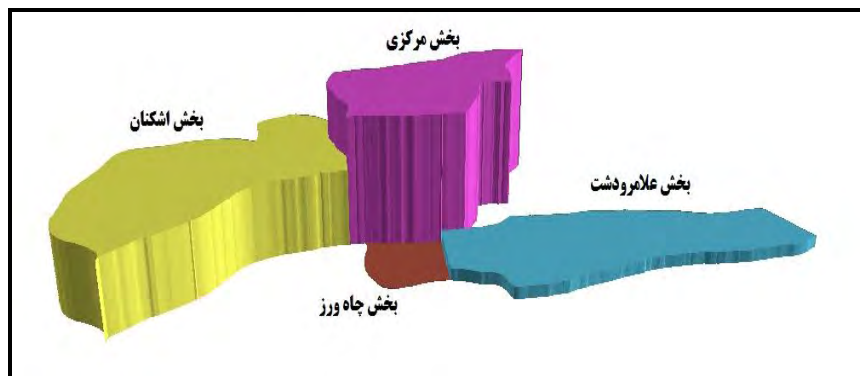
خدمات ارائه دهنده به چهار دسته خدمات بیمارستانی، خدمات تخصصی (درمانگاه، مجتمع‌های بهداشت و درمان و آزمایشگاه)؛ خدمات پایه بهداشت و درمان (مرکز بهداشت و درمان، خانه بهداشت) و تأسیسات و تجهیزات لازم برای دریافت خدمات بهداشت و درمان طبقه‌بندی گردید. الگوی توزیع هر یک از خدمات بهداشت و درمان حاکی از آن است که بخش چاه-ورز از دریافت خدمات تخصصی بهداشت و درمان محروم است و بیشتر خدمات تخصصی بهداشت و درمان در دو بخش مرکزی و اشکنان متمرکز است. (نمودار شماره ۲).



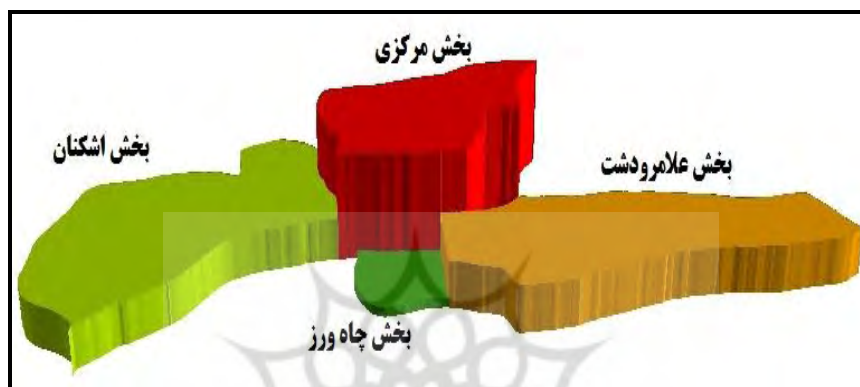
شکل شماره ۲ پهنه‌بندی میزان سرمایه‌گذاری مهاجران و توزیع فضایی آن بر اساس ایجاد تأسیسات بهداشت و درمان به تفکیک هر یک از چهار بخش شهرستان لامرد نشان می‌دهد. بیشترین میزان سرمایه‌گذاری مهاجران در دو بخش مرکزی و اشکنان صورت پذیرفته است. در بخش مرکزی شهر لامرد و در بخش اشکنان شهرهای اشکنان و اهل از بالاترین میزان سرمایه‌گذاری مهاجران برخوردارند. در راستای تبیین مطلوب تر وضعیت موجود، میزان سرمایه‌گذاری مهاجران و تعداد اقدامات بهداشت و درمان در قالب نقشه سه بعدی ترسیم گردید. (اشکال شماره ۳ و ۴).



شکل ۲- نقشه توزیع فضایی سرمایه‌گذاری مهاجران در بخش بهداشت و درمان به تفکیک سکونتگاه‌های روستایی و شهری



شکل ۳- ترسیم سه بعدی میزان سرمایه گذاری مهاجران به تفکیک بخش در شهرستان لامرد



شکل ۴- ترسیم سه بعدی فراوانی اقدامات بهداشت و درمان سرمایه گذاری مهاجران به تفکیک بخش در شهرستان لامرد

تحلیل ترسیم نقشه های سه بعدی میزان سرمایه گذاری و فراوانی اقدامات نشان می دهد که بخش مرکزی هم در فراوانی اقدام و هم در میزان سرمایه گذاری دارای رتبه نخست است. برعکس بخش چاه ورز در هر دو دارای رتبه چهارم است. بخش علامرودشت اگر چه در فراوانی اقدامات بهداشت و درمان در رتبه دو قرار دارد، اما در میزان سرمایه گذاری در رتبه سوم قرار گرفته است. این مسئله بیانگر آن است که اقدامات سرمایه گذاری در این بخش بیشتر در تأسیسات پایه بهداشت و درمان که نیاز به هزینه های پایین تری دارند هزینه گردیده است. علاوه بر توزیع فضایی میزان سرمایه گذاری، تحلیل الگوهای جمعیت استاندارد برای احداث خدمات بهداشت و درمان نیز می تواند، توزیع فضایی اینگونه تأسیسات از لحاظ وضعیت برخورداری هر بخش مورد بررسی قرار دهد. بر اساس الگوهای نظام خدمات رسانی در بخش سلامت جمعیت مورد نیاز برای یک بیمارستان (۴۵ تا ۵۰ هزار نفر)، درمانگاه، مجتمع های خدمات درمانی (۴۵ هزار نفر)، مراکز بهداشت و درمان شهری (۱۲۵۰۰ نفر)، مراکز بهداشت و درمان روستایی (۹۵۰۰ نفر) و خانه بهداشت (۱۵۰۰ نفر) است (وزارت بهداشت، درمان و علوم پزشکی، ۱۳۸۶، ۵-۳؛ مطیعی لنگرودی، ۱۳۸۲، ۱۲۰؛ سعیدی، ۱۳۸۸، ۱۸۸). بدین منوال جدول شماره ۷ سرمایه گذاری مهاجران بین المللی را بر مبنای نظام خدمات رسانی جمعیتی تحلیل نموده است.

جدول ۷- وضعیت توزیع اماکن بهداشتی و درمانی بر اساس استاندارد های اماکن بهداشت و درمان

اماکن بهداشت و درمان	وضعیت استاندارد	بخش	تعداد	وضعیت بر اساس توان جمعیتی
بیمارستان	۵۰ هزار نفر	مرکزی	۲	برخورداری بالا
		اشکنان	۱	برخوردار
		علامرودشت	۰	-
		چاه ورز	۰	-
درمانگاه و مجتمع های خدمات و درمان	۴۵ هزار نفر	مرکزی	۳	برخورداری بالا
		اشکنان	۴	برخورداری بالا
		علامرودشت	۲	برخوردار
		چاه ورز	۰	عدم برخورداری
مراکز بهداشت و درمان شهری و روستایی	۱۲۵۰۰ شهری ۹۰۰۰ روستایی	مرکزی	۳	برخوردار
		اشکنان	۳	برخوردار
		علامرودشت ^۱	۱	برخوردار
خانه بهداشت	۱۵۰۰ نفر	مرکزی	۸	برخوردار
		اشکنان	۶	برخوردار
		علامرودشت	۱۰	برخوردار
		چاه ورز	۲	برخوردار

منبع: مطالعات میدانی نگارندگان، ۱۳۹۲.

داده‌های جدول بالا نشان می‌دهد که تأسیسات بهداشت و درمان از الگوهای استاندارد جمعیتی تبعیت نمی‌کند و این مسئله می‌تواند تبعات فضایی برای عرصه‌های سکونتگاهی و همچنین تأثیر در عملکردهای تأسیسات بهداشتی به همراه داشته باشد. این وضعیت علاوه بر آنکه می‌تواند هزینه‌های اضافی را برای مدیریت و افزایش کارایی بر بخش بهداشت و درمان تحمیل نماید، همچنین می‌تواند عملکرد و کارایی خدمات بهداشت و درمان را نیز تحت تأثیر قرار دهد.

نتیجه‌گیری:

در کشورهای درحال توسعه، دولت‌ها به دلیل توان محدود امکان تأمین همه خدمات بهداشت و درمان برای سکونتگاه‌ها بزرگ و کوچک را ندارند. در نیم قرن گذشته در بسیاری از کشورهای مهاجرفرست جهان و به ویژه در جوامع مبدأ مهاجرت اقدامات عمرانی در ابعاد مختلف و از جمله در بخش بهداشتی و درمان بواسطه سرمایه‌های ارسالی مهاجران احداث گردیده است. در پژوهش حاضر نیز شاهد احداث تعداد بی شماری از خدمات بهداشت و درمان در محدوده پژوهش هستیم. اینکه، اینگونه سرمایه‌گذاری‌ها تا چه میزان نظام دسترسی‌ها را در عرصه‌های جغرافیایی سامان داده است، یکی از دغدغه‌های اصلی پژوهش می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد که هر چند میزان ۴۱۱۳۶۴۸ میلیون ریال از سرمایه‌های ارسالی مهاجران بین‌المللی در بخش بهداشت و درمان هزینه گردیده است، اما به نظر می‌رسد توزیع اینگونه سرمایه‌ها متأثر از عوامل دیگری غیر از مدیریت سرمایه‌ها بر اساس توزیع در عرصه‌های جغرافیایی شهرستان بوده است. این عوامل که هم می‌تواند ناشی از حس تعلق مکانی مهاجران و هم متأثر از نظام برنامه‌ریزی متمرکز باشد، الگوی نامتوازی را شکل داده است. از این رو شاهد هستیم که مکان‌های مرکزی به عنوان مکان‌های عرضه خدمات در عرصه‌های جغرافیایی از تناسب دریافت سرمایه‌های ارسالی مهاجران و ارائه خدمات بهداشت و درمان در سطح تخصصی برخوردار نیستند. این مسئله می‌تواند تبعات مختلفی از جمله کاهش جمعیت در عرصه‌های غیر برخوردار را به دنبال داشته باشد. روند جمعیتی بخش چاه ورز می‌تواند دلیلی بر این موضوع باشد. البته هر چند نرخ رشد منفی جمعیت می‌تواند از عوامل بی شماری تأثیر پذیرد، اما نبود خدمات تخصصی بهداشت و درمان را نیز می‌توان از دلایل کاستی جمعیت و همچنین مهاجرت جمعیت برشمرد. علاوه بر این سکونتگاه‌های برخوردار نیز با توجه به ارائه خدمات

۱- با احتساب مراکز بهداشتی و درمانی ساخت دولت وضعیت مناسب است.

بهداشت و درمان به صورت متمرکز این قابلیت را دارا هستند که تمرکز جمعیتی را در سطح عرصه های جغرافیایی شکل دهند و از اثرات تمرکز جمعیتی در ابعاد متفاوت اجتماعی و اقتصادی تأثیر پذیرند. نکته دیگر اینکه، تمرکز خدمات در یک سکونتگاه همیشه ممکن است با تقاضای دریافت خدمات روبرو نباشد، از این رو، اینگونه سرمایه گذاری ها که بیشتر بر اساس تعلقات مکانی صاحبان سرمایه احداث می گردند و نگرش های فضایی در توزیع اینگونه سرمایه چندان دخیل نیستند، این احتمال وجود دارد که شاهد هدر رفت سرمایه ها و عدم کارایی لازم برای ارائه خدمات باشند. این موضوع می طلبد که در پژوهشی مجزا کارایی و عملکرد اینگونه تأسیسات بهداشتی^۵ درمانی مورد بررسی قرار گیرد. فرجام سخن اینکه هرگونه اقدام عمرانی و توسعه ای که در عرصه های جغرافیایی صورت می پذیرد؛ باید بر اساس الگوهای فضایی، طراحی و اجرا گردند تا بتوانند نتایج مثمر ثمرتری را به همراه داشته باشند. سرمایه ارسالی مهاجران بین المللی به دلیل اینکه از چارچوب دریافتی سهل تری نسبت به دیگر منابع مالی توسعه برخوردارند و همچنین از توان مالی نسبتا بالایی نیز برخوردارند، می توانند نقش کلیدی در توزیع و تعادل بخشی به نظام خدمات رسانی در بخش بهداشت و درمان و دیگر بخش های خدماتی داشته باشند.

منابع و ماخذ:

۱. ابراهیم زاده، عیسی و همکاران (پاییز ۱۳۸۹): «برنامه ریزی و ساماندهی فضایی - مکانی خدمات بهداشتی و درمانی با استفاده از GIS مورد: شهر زنجان»، پژوهش های جغرافیای انسانی، شماره ۷۳، تهران، صص ۳۹-۵۸.
۲. باقری، سمیه (۱۳۸۹): «آشنایی با نظام شبکه بهداشت و درمان روستایی»، مجله دهیاری ها، شماره ۳۱، تهران.
۳. تقوایی، مسعود و اصغر نوروژی آوارگانی (۱۳۸۶): «تحلیلی بر نحوه توزیع فضایی امکانات و خدمات روستایی و سطح بندی دهستانهای استان چهار محال و بختیاری»، مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان (علوم انسانی)، جلد ۲۴، شماره ۳، اصفهان، صص ۵۹-۷۴.
۴. سعیدی، عباس (۱۳۸۸): سطح بندی روستاهای کشور، انتشارات بنیاد مسکن انقلاب اسلامی، تهران.
۵. مطیعی، لنگرودی، سیدحسن (۱۳۸۲): برنامه ریزی روستایی با تأکید بر ایران، انتشارات جهاد دانشگاهی مشهد، چاپ اول، مشهد.
۶. مطیعی، لنگرودی، سیدحسن (۱۳۹۰): جغرافیای اقتصادی ایران (کشاورزی، صنعت، خدمات)، انتشارات جهاد دانشگاهی مشهد، چاپ اول، مشهد.
۷. معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و علوم پزشکی (۱۳۸۶): «ضوابط و اصول کلی در ساختار طرحهای گسترش شبکه های سلامت شهرستان»، دانشگاه علوم پزشکی، تهران.
8. Acosta, p., Fajnzylber, p., Lopez, H. (2007): The Impact of Remittances on Poverty and Human Capital: Evidence from Latin American Household Surveys, Washington D.C.: world bank policy research working paper 4247.
9. Amaral, P. (2009): The Spatial Structure of Health Services Supply in Brazil and Great Britain. Presented at the III World Conference of the Spatial Econometrics Association, Barcelona, Spain.
10. Barai. Munim K. (2012): Development Dynamics of Remittances in Bangladesh, SAGE Open 2012 2: originally published online 23 February 2012
11. Berthelemy, J.-C. & Seban, J. (2009): D_e pense de sant_e et _e quit_e dans l'œ_ls aux services de sant_e dans les pays en d_eveloppement. Revue d'œ_lonomie du d_eveloppement, 23(1), 33° 71.
12. Brouckerhoff, M. (1990): Rural-to-urban migration and child survival in Senegal. Demography, (pp. 601° 616).
13. Burki, Shahid Javed. (2000): Diasporas, Remittances, and Homeland Development. Paper presented at the International Labour Organization project planning meeting Making the Best of Globalization: Migrant Workers Remittances and Microfinance, Geneva, November 20° 21.

14. Canales Cerón, Alejandro I. (2008): Remittances and Development in Latin America: A Relationship in Search of a Theory. Alejandro I. Canales Cerón MIGRACIÓN Y DESARROLLO 2008 SECOND SEMESTER.
15. Castles, S. and Delgado Wise, R. (2008): Introduction . Migration And Development: Perspectives from the South, Editors: Stephen Castles and Raúl Delgado Wise. International Organization for Migration (IOM)
16. Chauvet, L., Gubert, F., & Mesple-Somps, S. (2008): Are remittances more effective than aid to improve child health. In ABCDE Conference (pp. 1° 33).
17. de Haas, Hein (2010): Migration and development: a theoretical perspective. International Migration Review. Vol. 44 No. 1, 1-38.
18. Drabo, A., Ebeke C. (2010): Remittances, Public Health Spending and Foreign Aid in the Access to Health Care Services in Developing Countries. Working Paper E 2010·4, Central Extension Resources.
19. Ellerman, D. (2006): The Dynamics of Migration of the Highly Skilled: A Survey of the Literature in Y. Kuznetsov (ed) Diaspora Networks and the International Migration of Skills: How Countries Can Draw on Their Talent Abroad. Washington: World Bank.
20. Endo, I., Hirsch, S., Rogge, J., Borowik, Kamil. (2010): The U.S.-Honduras Remittance Corridor Acting on Opportunities to Increase Financial Inclusion and Foster Development of a Transnational Economy, The World Bank. Washington, D.C.
21. France, Maphosa, J. (2007): Remittances and development: the impact of migration to South Africa on rural livelihoods in southern Zimbabwe, Development Southern Africa Vol. 24, No. 1, March.
22. Hildebrandt, N. & McKenzie, D. (2005): The effects of migration on child health in Mexico. Policy Research Working Paper Series 3573, The World Bank.
23. IOM (2005); World Migration 2005: Costs and Benefits of International Migration Geneva-IOM, pp.48.
24. Kuznetsov, Y. and Sabel, C. (2006): International Migration of Talent, Diaspora Networks, and Development Overview of Main Issues in Y. Kuznetsov (ed) Diaspora Networks and the International Migration of Skills: How Countries Can Draw on Their Talent Abroad. Washington: World Bank
25. Lopez-Cordova, E. (2004) Globalization, Migration and Development: The Role of Mexican Migrant Remittances. *Economia*, 6(1).
26. Mara, I, et.al. (2012): Analysis of literature on the effects of remittances on education and health of family members left behind, Regional Research Promotion programme/ western Balkans.
27. Oucho, J.O. (2008): AFRICAN DIASPORA AND REMITTANCE FLOWS: LEVERAGING POVERTY? Centre for Research in Ethnic Relations School of Health and Social Studies University of Warwick.
28. Vlahov, D., Galea, S. (2002): Urbanization, urbanicity and health, *Journal of Urban Health* 79(4): Supl.1.
29. Zachariah, K., Mathew, E., & Rajan, S. (2001): Impact of migration on Kerala's economy and society. *International Migration*, 39(1), 63° 87.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی