

دکتر حسن قره‌نژاد

دانشگاه اصفهان

شماره مقاله: ۳۸۵

بررسی توزیع جغرافیایی مراکز بهداشتی و درمانی در شهر اصفهان

Dr. Hassan Gharahnejad

University of Esfahan

A study of Geographical distribution of Health center and Hospital in Esfahan

One of the important subjects in urban studies is the geographical distribution of health centers and hospitals in urban areas. This importance arises from the fact which this study enables patients to have quick and cheap access to such centers. Also the number of health centers and other facilities is important phenomenon on healthy of urban society.

Conclusion of our study shows the number of health centers and hospitals are not enough to those people are living in the same area of Esfahan. For example in region seven for every 51000 people there is only one health center and in the same area for 154000 people is one hospital. Also there is some explanation by a map about problem of acces to each health center and hospital on each area.

Finally this paper has some proposals to make situation better than we have now.

مقدمه

جغرافیای پزشکی (Medical Geography) یکی از شاخه‌های جغرافیای انسانی (human geography) و در حیطهٔ مباحث جغرافیای شهری (urban geography) قابل مطالعه می‌باشد. جغرافیای مدرن امروز، مطالعهٔ مکان و آنچه در ارتباط با مکان جغرافیایی روی می‌دهد را به عهده دارد؛ به این معنی که در جغرافیا سعی می‌شود به صورت نظام‌مند و علمی روابط موجود بین انسان و محیط زیست او و اثرات

۱- در جغرافیای پزشکی با آسیب‌شناسی جغرافیایی (geographical pathology) اعتقاد بر این است که معمولاً تفاوت‌های قابل مشاهده در مسائل بهداشتی به تفاوت‌های محیط جغرافیایی بستگی دارد. (رک به: فرهنگ اپیدمیولوژی،

تالیف جان، ام. لست، ترجمهٔ دکتر ناصر کیومرث، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۶۷، ص ۸۴.

ناشی از تأثیر متقابل آن دو در یکدیگر با توجه به پراکندگی آنها در مکان جغرافیایی از نظر کمی و کیفی بررسی گردد^۲. بویژه اعتقاد داریم که انسان اولاً با برقراری ارتباط با محیط زیست و ثانیاً با جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند نتایج پیچیده‌ای را به دست می‌آورد. پس در قدم نخست برای حل معضلات و مشکلات ناشی از این ارتباط پیچیده شناسایی توزیع جغرافیایی مراکز تجمع انسانی، بهداشتی و درمانی که با سلامتی انسانها ارتباط پیدا می‌کند مورد تأکید قرار می‌گیرد. چرا که شناخت تفاوت عدد جمعیت و فرهنگ افراد ساکن در مکانهای مختلف و همچنین توزیع متعادل یا غیرمتعادل مراکز بهداشتی و درمانی هر ناحیه نسبت به عدد جمعیت در بسط و گسترش بهداشت عمومی و تقلیل مشکلات درمانی بیش از هر چیز ضروری است.

افزایش طبیعی جمعیت شهر اصفهان، ورود مهاجران از نقاط دور و نزدیک و نیز ویژگیهای خاص این مکان جغرافیایی، مطالعه توزیع جغرافیایی مراکز بهداشتی و درمانی را برای داشتن یک جامعه تندرست با کمترین هزینه ضروری می‌سازد. پس جهت دستیابی به بیشترین میزان خدمات بهداشتی و درمانگاهی با توجه به خصوصیات هر یک از نواحی مختلف (class frequency) همراه با تقلیل ضایعات اقتصادی و اجتماعی، بررسی توزیع جغرافیایی مراکز بهداشتی و درمانی یک امر حیاتی و اجتناب‌ناپذیر محسوب می‌گردد.

هدف

بررسی چگونگی توزیع جغرافیایی مراکز بهداشتی و درمانی نسبت به وسعت و جمعیت هر یک از مناطق دهگانه شهرداری شهر اصفهان همراه با امکانات شبکه ارتباطی در دستیابی آسان مراجعان به مراکز بهداشتی و درمانی در سطح شهر اصفهان هدف این نوشته می‌باشد. متعاقباً نقش و کارکرد اقتصادی و اجتماعی هر یک از مناطق دهگانه شهرداری در ارتباط با کمیت خدمات و سرویسهای مراکز بهداشتی و درمانی روشن خواهد شد. بی‌تردید توضیح و تشریح تعادل و یا عدم تعادل در توزیع جغرافیایی مراکز بهداشتی و درمانی، ما را در شناخت و موفقیت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی یاری خواهد داد. از طرف دیگر نتایج حاصله می‌تواند مسئولین را در تجهیز و حرکت به سوی متعادل‌سازی مراکز بهداشتی و درمانی در رابطه با سطح اقتصادی و فرهنگی ساکنان هر منطقه در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری یاری دهد. به این ترتیب رهیافتها و نتایج به دست آمده نه تنها توان برنامه‌های توسعه پایدار را تقویت خواهد کرد، بلکه سیستم جمع‌آوری اطلاعات بر مبنای تقسیم اصفهان بزرگ به ده منطقه شهرداری،

۲- ماهیت و قلمرو علم جغرافیا (مجموعه سخنرانیها)، به همت سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها

همراه با نقشه موجود در مقاله می‌تواند برنامه‌ریزان را به کمیت، کیفیت و موفقیت موجود در بخش بهداشت و درمان به صورت روش‌تر و واقف سازد. در آینده نیز آمایش، جمع‌آوری و تنظیم اطلاعات بر مبنای ده منطقه شهرداری سرعت و کارایی تصمیم‌گیری را در مسائل بهداشتی و درمانی بالا خواهد برد.

روش تحقیق

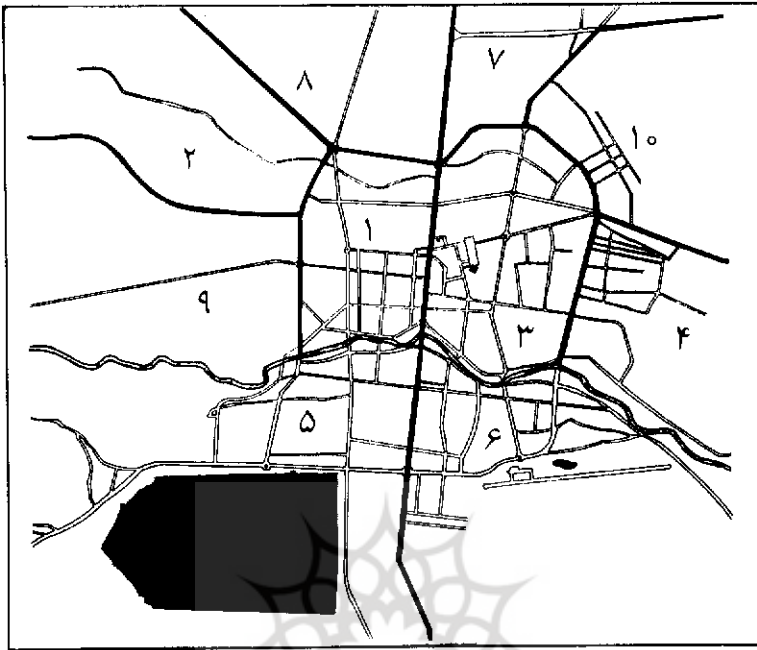
مطالعه حاضر تلاشی است مبتنی بر مطالعه منابع و مآخذ مکتوب در کتابخانه‌ها، آرشیوها و همچنین مطالعات میدانی^۳ (observation study) جهت مشاهده عینی مسائل، با اضافه مصاحبه با افراد مسؤول، آگاه و دلسوز مراکز بهداشتی، درمانی همچنین استفاده از مساعدتهای مسؤولین آمار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. برقراری ارتباط نزدیک و صمیمی با مراجعان به هر یک از مراکز درمانی و بهداشتی ساکن در محدوده هر یک از مناطق دهگانه شهرداری شهر اصفهان، نیز در تکمیل پژوهش حاضر فراموش نشده است. همچنین در شیوه تحقیق، نقشه تقسیم اصفهان بزرگ به ده منطقه شهرداری در جمع‌آوری و استنتاج مطالب مبنای کار قرار گرفته است^۴. از تلاش دانشجویانی که به طور مستقیم و یا غیرمستقیم در به ثمر رسیدن این پژوهش شرکت داشتند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

طرح مسأله

جهت تسریع و سهولت ارائه خدمات بهداشتی (health services) و جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز، نقشه شهر اصفهان که توسط کمیته برنامه‌ریزی شهرداری به ده منطقه شهرداری، تقسیم و ترسیم شده مورد استفاده قرار گرفته شده است (نقشه شماره ۱).

۳- تأکید بر شناخت محیط از آنجا ناشی می‌شود که اعتقاد داریم: محیط فیزیکی، زیستی، اجتماعی و فرهنگی هر کدام می‌تواند بر سلامت افراد اثر بگذارد. در روش تحقیق رک به: جغرافیدان حرفه‌ای و روش تحقیق در جغرافیا، دکتر حسن قره‌زاد، انتشارات کبیر اصفهان، ۱۳۷۲.

۴- یکی از معضلات شهرهای بزرگ ایران مسأله تقسیم‌بندی داخل شهر به مناطق مختلف است. هر اداره و سازمانی بدون توجه به پیامدهای ناشی از آن، به تقسیم‌بندی جدیدی از شهر دست می‌زند. شایسته است در اصفهان تمام ارگانها و سازمانها در ساماندهی و اداره شهر، نقشه تقسیم‌بندی اصفهان بزرگ به ده منطقه از طرف شهرداری اصفهان را مبنای کار خود قرار دهند. چرا که رعایت محدوده مناطق برای تمام ادارات محسناتی دارد که دست کم برای مسؤولین تأمین خدمات شهری و آمایش شهر پوشیده نیست. در این مورد برای اطلاعات بیشتر رک: مقاله آقای دکتر محمدحسین پاپلی یزدی تحت عنوان «تقسیمات داخلی شهرهای ایران و مشکلات اداری آنها (نمونه شهر مشهد)».



نقشه شماره ۱: تقسیم‌بندی اصفهان بزرگ به ده منطقه که پایه جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل توزیع جغرافیایی مراکز بهداشتی و درمانی قرار گرفته است.

مشخصات هر یک از مناطق دهگانه شهر اصفهان همراه با تعداد واحدهای درمانگاهی و بیمارستانی در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

با توجه به فلسفه ایجاد درمانگاه که خدمات‌رسانی اولیه به آحاد مردم در رفع بیماریهای (disease) نسبتاً شایع و عمومی بوده و نیازی هم به تخصص بالایی ندارد، باید اذعان کنیم که در شهر اصفهان مناطق امامزاده زید (شاه زید) و زینبیه و به طور کلی بخش شمالی شهر اصفهان با کمبود واحدهای درمانگاهی و بیمارستانی روبروست. نقشه شماره ۲ پراکندگی واحدهای درمانگاهی و بیمارستانی را در سطح هر یک از مناطق دهگانه شهرداری اصفهان نشان می‌دهد.

با توجه به نقشه می‌توان گفت؛ مناطق شرق و شمال اصفهان که از یک سو به علت حاشیه‌نشینی و از سوی دیگر به سبب قدمت بافت سکونتگاهی و به تبع آن فرهنگ و اقتصاد متفاوت از بافت سکونتگاهی واقع در جنوب اصفهان که از فرهنگ و اقتصاد نسبتاً بالا و مرفه‌ای برخوردار می‌باشند، شایسته است در تجهیز و برنامه‌ریزیهای بهداشتی بیشتر موردنظر قرار بگیرد. زیرا فقر و بیماری اثر

جدول شماره ۱: وسعت، جمعیت و تعداد خانوار در هر یک از مناطق دهگانه شهر

اصفهان همراه با تعداد واحدهای درمانگاهی و بیمارستانی (سال ۱۳۷۲)

مناطق شهرداری	مساحت به کیلومتر مربع ^۵	تعداد جمعیت ^۶	تعداد خانوار ^۷	واحدهای درمانگاهی ^۸	واحدهای بیمارستانی ^۹
۱	۱۱	۱۰۳۶۸۹	۲۱۰۰۰	۷	۸
۲	۲۳	۶۹۷۶۷	۱۶۰۰۰	۵	وجود ندارد
۳	۱۴	۱۴۹۶۰۶	۳۱۰۰۰	۱۴	۴
۴	۱۱	۱۰۶۰۵۶	۲۲۰۰۰	۳	۲
۵	۱۹	۱۷۹۷۴۹	۳۷۰۰۰	۸	۳
۶	۱۳	۱۴۴۹۰۳	۳۰۰۰۰	۶	۲
۷	۱۵	۱۵۴۷۲۸	۳۲۰۰۰	۳	۱
۸	۳۱	۱۴۷۸۲۱	۳۰۰۰۰	۷	۱
۹	۱۱	۷۶۴۶۳	۱۵۰۰۰	۷	۱
۱۰	۱۳	۱۶۷۷۸۷	۳۴۰۰۰	۱۰	۲

متقابل بر یکدیگر دارد^{۱۰}. بسیاری از بیماریها معلول فقر است^{۱۱}، چرا که مناطق فقیرنشین شهر به علت عدم دسترسی ساکنان آن به تغذیه مناسب^{۱۲} و یا عدم توانایی آنان در پرداخت هزینه دارو و درمان بیشتر

۵- رهاوردهای شهرداری اصفهان در سال ۱۳۷۲، نشریه روابط عمومی شهرداری اصفهان: ۱۳۷۳. ۶- همان منبع.

۷- بُعد خانوار در شهر اصفهان براساس سرشماری سال ۱۳۶۵ که برای خانوار شهری ۴/۸ نفر در نظر گرفته‌اند محاسبه شده است. (رک به: جامعه‌شناسی جمعیت، تألیف دکتر محمد شیخی، نشر سفیر، تهران ۱۳۷۲، ص ۹۸).

۸- دفاتر موجود در آرشبو مرکز پژوهشی شهرداری اصفهان، سال ۱۳۷۵. ۹- همان منبع.

۱۰- دکتر عبدالحمید حسین‌نیا، «رابطه فقر و بیماری»، مجله بهداشت جهان، شماره دوم، سال نهم، انتشارات مرکز

نشر دانشگاهی، پاییز ۱۳۷۳، ص ۱۶.

۱۱- راجر هارلی، فقر و کم‌هوشی و رابطه آنها، ترجمه دکتر نصرت‌الله پورافکاری، انتشارات ذوقی، تیریز ۱۳۶۲.

۱۲- در رابطه با میزان استاندارد مصرف مواد معدنی و ویتامینها در جیره غذایی روزانه، رک به: بحث «نیاز غذایی

در رشد» در کتاب؛ Tropical and Geographical Medicine, by: Kenneth S. Warren and Adel A. F. Mahmoud,

McGrow - Hill, 1990, p. 169.

از مناطق و بافت‌های جدید و نسبتاً مرفه در برابر بیماری‌های گوناگون آسیب‌پذیرند. چنان‌که در منطقه ۴ شهرداری برای هر ۵۳ هزار نفر یک واحد درمانگاهی و یک واحد بیمارستانی وجود دارد، در حالی‌که در منطقه ۷ شهرداری برای هر ۵۱ هزار نفر یک واحد درمانگاهی و برای هر ۱۵۴ هزار نفر یک واحد بیمارستانی دایر و مشغول به کار خدمات‌رسانی به بیماران می‌باشد.



نقشه شماره ۲: توزیع جغرافیایی بیمارستانها و درمانگاهها در مناطق ده‌گانه شهر اصفهان (۱۳۷۴)

خلاصه تجزیه و تحلیل و ارزیابی امکانات درمانگاهی نسبت به تعداد جمعیت و یا تعداد خانوار ساکن در هر یک از مناطق ده‌گانه شهرداری شهر اصفهان به بهترین وجه و با زبان ریاضی در جداول شماره ۲ و ۳ توضیح داده شده است.

از مطالعه و بررسی جداول شماره ۲ و ۳ می‌توان چنین استنباط کرد که در کل شهر اصفهان به طور متوسط برای تعداد ۱۸۰۰۰ نفر یک واحد درمانگاهی و برای تعداد ۵۴۰۰۰ نفر یک واحد بیمارستانی فعال وجود دارد. توجه به تعداد نیروی انسانی مشغول به فعالیت در واحدهای درمانی و بهداشتی موضوع را برای تجزیه و تحلیل بیشتر روشنتر می‌کند. جدول شماره ۴ تعداد پرسنل بهداشتی و درمانی هر یک از درمانگاهها را برای هر یک از مناطق ده‌گانه شهر اصفهان نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳: توزیع جغرافیایی واحدهای بیمارستانی در رابطه با تعداد جمعیت در هر یک از مناطق دهگانه شهرداری اصفهان^{۱۴} (۱۳۷۴)

مناطق شهرداری	تعداد بیمارستان	تعداد جمعیت در مقابل یک واحد بیمارستانی
۱	۸	۱۳۰۰۰
۲	وجود ندارد	-
۳	۴	۳۷۰۰۰
۴	۲	۵۳۰۰۰
۵	۳	۵۹۰۰۰
۶	۲	۷۲۰۰۰
۷	۱	۱۵۴۰۰۰
۸	۱	۱۴۷۰۰۰
۹	۱	۷۶۰۰۰
۱۰	۲	۸۳۰۰۰

جدول شماره ۲: توزیع جغرافیایی واحدهای درمانگاهی و بیمارستانی در رابطه با تعداد جمعیت و تعداد خانوار در هر یک از مناطق دهگانه شهرداری اصفهان^{۱۳} (۱۳۷۴)

مناطق شهرداری	تعداد جمعیت در مقابل یک واحد درمانگاهی (نفر)	تعداد خانوار در مقابل یک واحد درمانگاهی (نفر)
۱	۱۴۸۰۰	۳۰۰۰
۲	۱۳۹۰۰	۳۲۰۰
۳	۱۰۶۰۰	۲۲۱۴
۴	۵۳۳۰۰	۷۳۳۲
۵	۲۲۴۰۰	۴۶۲۵
۶	۲۴۰۰۰	۵۰۰۰
۷	۵۱۰۰۰	۱۰۶۰۰
۸	۲۱۰۰۰	۴۲۰۰
۹	۱۰۰۰۰	۲۱۰۰
۱۰	۱۶۷۰۰	۳۴۰۰

جدول شماره ۴: توزیع جغرافیایی پرسنل بهداشتی و درمانی درمانگاهها در هر یک از مناطق دهگانه شهر اصفهان و مقایسه آن با جمعیت ساکن در هر منطقه (۱۳۷۴)

مناطق شهرداری	تعداد پرسنل مجموع درمانگاهها (به نفر)	تعداد جمعیت در مقابل یک پرسنل بهداشتی و درمانی
۱	۶۵	۱۵۹۵
۲	۴۳	۱۶۲۲
۳	۱۰۴	۱۴۶۰
۴	۱۷	۶۲۳۸
۵	۷۸	۲۳۰۰
۶	۸۹	۱۶۳۰
۷	۳۹	۳۹۰۰
۸	۶۱	۲۴۲۰
۹	۵۶	۱۳۶۵
۱۰	۱۰۴	۱۶

۱۳- تعداد درمانگاهها و بیمارستانهای فعال در هر یک از مناطق شهرداری از دفاتر آماری موجود در حوزه آمارگیری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان استخراج شده است. جا دارد از همکاری آقای اسماعیلی و خانم امامی در این مورد سپاسگزاری نمایم.

۱۴- همان منبع.

جدول شماره ۴ نه تنها عدم تعادل بین پرسنل بهداشتی و درمانی را در تقابل با تعداد جمعیت هر یک از مناطق دهگانه شهر اصفهان نشان می‌دهد، بلکه فعالیت هر یک نفر از پرسنل درمانی و بهداشتی در مقابل حداقل ۱۳۰۰ نفر و حداکثر شش هزار نفر از ساکنان شهر اصفهان، نشان دهنده کمبود و مشکلات واحدهای بهداشتی و درمانی در مقابل مراجعان می‌باشد. بنابراین در برنامه‌ریزی برای ارتقای سلامتی (health promotion) تأسیس مراکز بهداشتی و درمانی و تربیت نیروی انسانی مجرب و آموزش دیده برای این گونه از واحدها امری ضروری است. البته تلاش صادقانه تمام پرسنل واحدهای درمانی و بهداشتی در رده‌های مختلف در کم کردن مشکلات و جوابگویی به مراجعه‌کنندگان قابل تحسین می‌باشد. مع الوصف با در نظر گرفتن شاخص مربوط به نیروی انسانی واحدهای درمانی و بهداشتی و استاندارد آن که برای هر ۱۰۰۰ نفر یک پرسنل بهداشتی و درمانی می‌باشد^{۱۵}، شایسته است در امر توسعه واحدهای مورد بحث، بویژه افزایش تعداد پرسنل، مناطق خاصی از شهر اصفهان بیشتر مورد نظر مسئولان امر قرار بگیرد؛ زیرا اگر طبق برنامه هر فرد به طور متوسط سه بار در سال به مراکز مورد بحث مراجعه کند وسعت مشکلات و یا بهتر بگوییم عدم موفقیت در مسائل پزشکی و بهداشتی بر کسی پوشیده نخواهد ماند. علاوه زنان دو برابر مردان نیاز به خدمات پزشکی، درمانی و بهداشتی دارند. البته اگر بخواهیم مراقبتهای دوران بارداری، حین زایمان و بعد از آن و همچنین دوران شیردهی را نیز به حساب آوریم خواهیم دید چه حجمی از خدمات در شهر اصفهان ضروری است. البته ساختار اقتصادی و فرهنگی برخی از مناطق در شهر اصفهان خود مسأله را چند برابر می‌کند.

دقت به نیازهای کودکان زیر یک سال در مورد واکسیناسیون، ما را به عمق مسأله بیشتر آگاه می‌کند. به عنوان مثال هرگاه میزان مولید ایران را ۲۵ در هزار بدانیم^{۱۶} و جمعیت اصفهان را ۱۳۰۰۰۰۰ نفر در نظر بگیریم تعداد متولدین جدید هر سال به طریق زیر محاسبه می‌شود^{۱۷}:

$$B = \frac{N \times P_m}{1000}$$

$$\frac{1300000 \times 25}{1000} = 32500 \text{ نفر}$$

۱۵- دکتر علی صادقی حسن‌آبادی، کلیات بهداشت عمومی، انتشارات دانشگاه شیراز، ۱۳۶۹، ص ۱۰۲.

۱۶- در کتب و مقالات جمعیت‌شناسی افزایش جمعیت ایران گاهی ۱۸ و زمانی ۴۵ در هزار ذکر می‌شود. به علت تفاوت فاحش در ذکر نرخ رشد، در محاسبه ۲۵ در هزار را به طور فرضی انتخاب کرده‌ایم.

۱۷- دکتر محمدتقی شیخی، مبانی جمعیت‌شناسی، نشر سفیر، تهران ۱۳۷۲، ص ۱۰۰.

هرگاه بخواهیم یکی از نیازهای بهداشتی متولدین جدید را از نظر معاینات دوره واکسیناسیون برآورده سازیم، چنین عمل خواهیم کرد:

هر کودک در سال اول به طور متوسط به خدمات زیر نیاز دارد:

- ۱- یک بار معاینه ماهانه از نظر رشد و نمو و سلامتی = ۱۲ بار معاینه در سال
- ۲- سه بار واکسن بر علیه دیفتی، کزاز، سیاه سرفه و فلج اطفال = ۳ بار معاینه در سال
- ۳- یکبار واکسن بر علیه سل = ۱ بار در سال
- ۴- یکبار واکسن بر علیه سرخک = ۱ بار در سال

در اینجا برای سهولت کار با ارائه یک مثال ساده از جنبه‌های دیگر نظیر تسهیلات لازم برای بهداشت فردی، تغذیه، خدمات سرپایی و بستری به علت سایر بیماریها صرف نظر کرده‌ایم. تنها محاسبه ما براساس نیازهای اساسی در موارد ۱، ۲، ۳، ۴ و تعداد کودکان زیر یک سال چنین خواهد بود:

تعداد دفعات معاینه ماهانه مورد نیاز برای متولدین جدید $390000 = 32500 \times 12$

تعداد دفعات واکسیناسیون برای هر یک از واکسنهای ثلاث و فلج اطفال $97500 = 32500 \times 3$

تعداد دفعات واکسیناسیون لازم برای سل و سرخک $65000 = 32500 \times 2$

مجموع مراجعات ضروری کودکان زیر یک سال در طول یک سال به شرح زیر خواهد بود:

$$390000 + 97500 + 65000 = 552500$$

البته با توجه به تأثیر محیط در ایجاد بیماری (causational disease) و در محیطهای متفاوت فرهنگی و اقتصادی مسائل فوق فرق خواهد کرد. هرگاه مراجعان مسائل درمانی، بهداشتی بخصوص مشاوره خانمها را در نظر بگیریم خواهیم دید پرسنل فداکار و زحمتکش ما در مراکز با چه حجم عظیمی از مراجعه کنندگان روبرو هستند. البته ازدحام مراکز بهداشتی و درمانگاهی از یک طرف و بار مسؤلیت اداره خانه بر دوش خانمها^{۱۸} از سوی دیگر روشن می‌سازد که مسائل مربوط به مشاوره بهداشتی (Medical Counseling and Health Services) کمتر موفق و مورد توجه خواهد بود. به این ترتیب اشاره به یک مورد می‌تواند موارد دیگر را نیز تا حدودی روشن سازد. به عنوان مثال هنگامی که خانم خانه‌داری برای مشاوره تنظیم خانواده (family planning) به یکی از مراکز مراجعه می‌کند، ازدحام

۱۸- در اکثر خانواده‌های ایرانی بویژه در مناطق کم‌درآمد و حاشیه شهرها، مرد خانه تنها نان‌آور محسوب شده و

مدیریت خانواده و تأمین نیازهای روزمره بر عهده خانم خانه می‌باشد.

موجود در درمانگاهها او را از توقف و رعایت نوبت زمانی منصرف می‌سازد. چراکه اکثراً و بویژه در مناطق ۲، ۴، ۷، ۸ و ۱۰ خرید مایحتاج روزانه، پخت و پز و روانه کردن بچه‌ها به مدرسه بر عهده خانمهای خانه می‌باشد.

لازم به ذکر است که مناطق شرق و شمال شهر اصفهان که حالت حاشیه‌نشینی و اقتصاد و فرهنگ خاص مربوط به خود را دارد، بیش از سایر مناطق در معرض پیامدهای ناشی از تصادفات قرار دارد. لذا ساکنان این مناطق جزو گروههای ویژه آسیب‌پذیر قلمداد می‌شوند^{۱۹}. شایسته است وضعیت اقتصادی و فرهنگی بیش از سایر خصوصیات مناطق در مطالعه چون و چرایی مسائل بهداشتی و درمانی مورد استفاده قرار بگیرد. پس توجه به بهداشت^{۲۰} ساکنان این گونه مناطق در مراحل نخستین الزامی و ضروری می‌نماید. بعلاوه شهر اصفهان به علت مرکزیت در ایران و استان، بیماران و دردمندان را بیش از سایر شهرها از نقاط دور و نزدیک به خود جذب می‌نماید. لذا شایسته است جهت ایجاد تعادل و گسترش عدالت اجتماعی در تعیین اولویت اختصاص خدمات بهداشتی و درمانی به شهر اصفهان توجه بیشتری مبذول گردد.

شگفت نخواهد بود اگر مسائل جابه‌جایی بیماران و نیازمندان را برای دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در مطالعات جغرافیایی ملحوظ بداریم؛ چراکه بُعد مسافت از نظر اتلاف زمان و هزینه رفت و برگشت خود در ازدحام مراجعان بی‌تأثیر نبوده و بالاتر از آن دو عامل یاد شده (ازدحام و هزینه رفت و آمد) می‌تواند تعداد تصمیم‌گیرندگان را برای مراجعه به مراکز مشاوره بهداشتی در جهت ارتقای سلامت عمومی به حداقل برساند. بنابراین افزایش کارآیی درمانگاهها و مراکز بهداشتی از یک سو و تأسیس مراکز جدید درمانگاهی از سوی دیگر در فعال کردن و موفقیت مراکز یاد شده بیش از هر برنامه دیگر ضروری به نظر می‌رسد. افزون بر آن توزیع متعادل درمانگاهها نسبت به جمعیت هر منطقه در ساماندهی بار ترافیکی شهر بی‌تأثیر نخواهد بود.

۱۹- غالباً گروههای آسیب‌پذیر از نظر پزشکی براساس خصوصیات جمعیتی تعیین می‌گردد. این خصوصیات

عبارتند از توزیع سنی، جنسی، مکانی، وضعیت اقتصادی و فرهنگی جمعیت.

۲۰- بهداشت عبارت است از نگهداری و بالا بردن سطح سلامت عمومی، پیشگیری از بیماریها و بالاخره افزایش

قدرت روحی و جسمی افراد. به کلام ساده هدف بهداشت عمومی عبارت است از پیشگیری بیماریها، طولانی کردن عمر، بالا بردن سطح سلامت جامعه، توانایی و نندرستی و استفاده حداکثر از نیروی جسمانی و فکری در راه پیشرفت جامعه.

نتایج

در برنامه‌ریزی؛ چه به صورت صعودی و یا نزولی، که شناسایی وضعیت از پایین‌ترین سطح و سپس انجام برنامه با توجه به تجربیات در بالاترین سطح، طرح و پیاده می‌شود ملاحظه نتایج زیر سودمند خواهد بود:

۱- با توجه به مطلب ذکر شده شایسته است در برنامه‌ریزی برای توسعه و گسترش شبکه بهداشتی و درمانگاهی، مناطق ۴، ۵، ۷ و ۸ در اولویت قرار گیرد تا از باری که بر دوش مطبهای خصوصی سنگینی می‌کند، کاسته شود. قابل ذکر است که پزشکان محترم خود از ازدحام مراجعان به مطب خویش بیش از هر مسؤولی رنج برده و فقط به خاطر رضای خداوند و عمل به تعهد انسانی خود جوابگوی بیماران و دردمندان می‌باشند. این عامل در کاهش تمایل پزشکان به تحقیقات تأثیر می‌گذارد.

۲- با مطالعه وضعیت اقتصادی و فرهنگی مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی و درمانی نیاز بیشتر به آن دسته از خدمات بهداشتی و درمانگاهی است که به تخصصهای بالایی نیاز ندارند. بنابراین براحتی و با یک برنامه حساب شده می‌توان از یک طرف بار سنگین مطبهای خصوصی را کاهش داد و از طرف دیگر برنامه‌های فقرزدایی و گسترش عدالت اجتماعی را قرین موفقیت نمود. بویژه از نظر آسیب‌شناسی مناطق ۲، ۴، ۷، ۸، ۹ و ۱۰ بیشتر با حوادث ناشی از بازی کودکان در کوچه‌ها، تصادفات رانندگی و یا بیماریهای نسبتاً شایع و عمومی روبرو هستند.

۳- عنایت به افزایش قیمت انرژی و به تبع آن کرایه جابه‌جایی، مسأله توجه به توزیع جغرافیایی مراکز بهداشتی و درمانی را در اولویت قرار می‌دهد. چرا که تنها ازدحام بیش از حد مراکز بهداشتی و درمانی بیماران را اجباراً روانه مطبهای خصوصی نمی‌کند، بلکه عامل هزینه جابه‌جایی هم نباید در محاسبه فراموش شود. قابل ذکر است که توجه به این مسأله تا حدودی توجه به حل معضلات ترافیکی شهر هم محسوب می‌شود.

۴- اعتقاد داریم که خانواده واحدی بیولوژیکی و اجتماعی است. لذا مراقبتهای بهداشتی و اجتماعی در خانواده منجر به پیدایش کودکان سالم در جامعه خواهد شد. پس تعادل بخشی به توزیع مطلوب واحدهای بهداشتی و درمانی خود به افزایش تمایل مراجعه زنان باردار به مراکز بهداشتی و درمانی در طی دوران بارداری کمک مؤثری خواهد کرد.

۵- به علت رعایت مسائل اصولی و علمی در تقسیم‌بندی اصفهان بزرگ به ده منطقه شهری توصیه می‌شود مبنای کار و برنامه‌ریزی بهداشت و درمان جهت مطالعه و جمع‌آوری اطلاعات و آمار، منطبق بر همین نواحی دهگانه باشد تا مسائل بهداشتی و درمانی صریحتر و روشنتر برای برنامه‌ریزی و

تصمیم‌گیری توجیه شود. با این حساب آمایشهای بهداشتی در سالهای آینده نیز ساده‌تر انجام می‌گیرد.

۶- مرکزیت شهر اصفهان در ایران و استان و تجمع تخصصهای پزشکی و فوق تخصص در این شهر، توجّه به افزایش واحدهای بهداشتی و درمانی را به دو دلیل الزامی می‌سازد:

الف) جهت تقلیل بار مطبهای خصوصی و بیمارستانی

ب) موفقیت برنامه فقرزدایی و گسترش عدالت اجتماعی

منابع و مآخذ

- ۱- پاپلی بردی، محمدحسین، «تقسیمات داخلی شهرهای ایران و مشکلات اداری آنها (نمونه شهر مشهد)». فصلنامه تحقیقات جغرافیایی، شماره ۱، سال دوم، تابستان ۱۳۶۶.
- ۲- حسین‌نیا، عبدالحمید، «رابطه فقر و بیماری»، مجله بهداشت جهان، شماره ۲، سال نهم، انتشارات مرکز نشر دانشگاهی، پاییز ۱۳۷۳.
- ۳- رهاوردهای شهرداری اصفهان، نشریه روابط عمومی شهرداری اصفهان، ۱۳۷۲.
- ۴- شیخی، محمد، جامعه‌شناسی جمعیت: نشر سفیر، تهران ۱۳۷۲.
- ۵- صادقی حسن‌آبادی، علی، کلیات بهداشت عمومی، انتشارات دانشگاه شیراز، ۱۳۶۹.
- ۶- قره‌زاد، حسن، جغرافیدان حرفه‌ای و روش تحقیق در جغرافیای علمی، انتشارات امیرکبیر، اصفهان ۱۳۷۲.
- ۷- لست، جان. ام. اپیدمیولوژی، ترجمه دکتر ناصر کیومرث، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۶۷.
- ۸- ماهیت و قلمرو علم جغرافیا (مجموعه سخنرانیها)، سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی (سمت)، تهران ۱۳۷۱.
- ۹- هارلی، راجر، فقر و کم‌هوشی و رابطه آنها، ترجمه دکتر نصرت‌اله پورافکاری، انتشارات ذوقی، تبریز ۱۳۶۲.
- 10- Kenneth S. Warren and Adel A. F. Mahmoud; *Tropical and Geographical Medicine*, McGraw - Hill, 1990.