

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۷/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۸/۵

تحلیل خدمات شهری از دیدگاه عدالت اجتماعی با تاکید بر خدمات بهداشتی و درمانی (مطالعه موردی: استان خوزستان)

سعید ملکی

دانشیار گروه جغرافیا و برنامه ریزی شهری، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

فرشته شنبه پور*

دانشجوی کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه ریزی شهری، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

چکیده

شهرنشینی و برخورداری از شاخص‌های بهداشتی - درمانی در بین شهرستان‌های استان خوزستان است.

کلمات کلیدی: توزیع خدمات، عدالت اجتماعی، بهداشت و درمان، استان خوزستان.

۱- مقدمه

۱-۱- طرح مسئله

از جمله عواملی که باید در جهت اجرای عدالت اجتماعی و همراه با عدالت فضایی در برنامه‌ریزی شهری رعایت کرد توزیع مناسب خدمات شهری و استفاده صحیح از فضاها است. در این خصوص کاربری‌ها و خدمات شهری عوامل موثری هستند که با ارضای نیازهای جمعیتی، افزایش منافع عمومی و توجه به استحقاق و لیاقت افراد می‌توانند با برقراری عادلانه‌تر، عدالت اجتماعی، اقتصادی و فضایی را در نواحی شهر برقرار کنند؛ بنابراین عدم توزیع خدمات شهری نه تنها می‌تواند در برهم زدن جمعیت و عدم توازن آن در شهر بینجامد؛ بلکه فضاهای شهر را متناقض با عدالت از ابعاد اجتماعی و اقتصادی شکل می‌دهد (وارثی و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۴۴). توزیع بهینه خدمات و امکانات باید به گونه‌ای هدایت شود که به نفع همه اقشار و گروه‌های اجتماعی جامعه گردد، و عدالت اجتماعی و فضایی تحقق یابد (پاگک، ۱۳۸۳: ۱۹۵).

دسترسی عادلانه همه افراد جامعه به خدمات بهداشتی درمانی باعث ارتقای سطح سلامت برای انجام فعالیتهای اجتماعی شده و باعث ایجاد فضای رشد و توسعه در جامعه می‌گردد. در پژوهش حاضر با هدف تحلیل خدمات بهداشتی درمانی از دیدگاه عدالت اجتماعی ابتدا وضعیت ۲۴ شهرستان استان خوزستان به لحاظ برخورداری از شاخصهای بهداشتی درمانی، با استفاده از مدل TOPSIS مورد ارزیابی قرار گرفته و مشخص شد که شهرستان اهواز نسبت به سایر شهرستانهای استان از وضعیت مطلوبتری برخوردار است. سپس سطح توسعه یافتگی شهرستانهای استان با استفاده از مدل موریس به چهار گروه توسعه یافته، در حال توسعه، کمتر توسعه یافته و محروم تقسیم شده و با بهره‌گیری از سیستم اطلاعات جغرافیایی توزیع آنها نمایش داده شده است و نتایج نشان داد که از کل شهرستانهای استان، ۶ شهرستان توسعه‌یافته، ۸ شهرستان در حال توسعه، ۸ شهرستان کمتر توسعه‌یافته و دو شهرستان محروم می‌باشند با توجه به نتایج محاسبه ضریب تغییرات (C.V) بالاترین نابرابری در بین شهرستانها به شهرستان باوی با ضریب ۳/۱۱۸ و از نظر شاخصها به داروسازان با ضریب ۳/۳۵۱ و کمترین اختلاف در بین شهرستانها به شهرستان اهواز با ضریب ۲/۱۹۴ و در بین شاخصها به متوسط تعداد کارکنان خانه‌بهداشت با ضریب ۰/۲۷۴ اختصاص دارد. در پایان نتایج آزمون همبستگی پیرسون حاکی از وجود همبستگی مثبت و معنی‌داری بین میزان

نویسنده مسئول: فرشته شنبه پور، اهواز، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم زمین، گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، vafashanbepoor@yahoo.com

- آیا شهرستان‌های استان خوزستان از نظر برخورداری از شاخص‌های بهداشتی - درمانی در سطح یکسانی هستند؟
- میزان ضریب اختلاف بین شهرستان‌های استان خوزستان و بین متغیرها از لحاظ سطح برخورداری از امکانات و خدمات بهداشتی - درمانی چگونه است؟
- آیا بین میزان شهرنشینی و میزان برخورداری از شاخص‌های بهداشتی - درمانی در شهرستان‌های استان خوزستان رابطه معناداری وجود دارد؟

۱-۳- پیشینه پژوهش

در جمهوری اسلامی ایران، برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مورد نیاز، از اساسی‌ترین حقوق مردم شناخته شده و اصل ۲۹ قانون اساسی نیز به صراحت بر آن تأکید کرده است (امینی و همکاران، ۱۳۸۵: ۲۹). تاکنون تحقیقات ارزشمند و پربار علمی در زمینه سنجش توسعه بهداشت در سطوح فضایی و جغرافیایی مختلف صورت گرفته است که می‌توان به پژوهش‌های "رتبه‌بندی سلامت استان‌های کشور" (امینی و همکاران، ۱۳۸۵)، "ساماندهی فضایی - مکانی خدمات بهداشتی و درمانی" (ابراهیم‌زاده و همکاران، ۱۳۸۹)، "پراکنش خدمات بهداشتی - درمانی" (تقوایی و شاهوندی، ۱۳۸۹)، "تحلیل فضایی شاخص‌های توسعه خدمات بهداشت و درمان" (زنگی آبادی و همکاران، ۱۳۹۱)، "بررسی و ارزیابی مراکز خدمات بهداشتی - درمانی" (کیانی و همکاران، ۱۳۹۱)، "مکانیابی مراکز بهداشتی - درمانی" (میکانیک و صادقی، ۱۳۹۱)، "تحلیل وضعیت شاخص‌های بهداشتی - درمانی" (صیدایی و همکاران، ۱۳۹۲)، "تحلیل عدالت فضایی برخورداری از خدمات بهداشتی - درمانی" (حاتمی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۲)، تحلیل فضایی و سطح بندی شاخص‌های بهداشتی - درمانی با استفاده از GIS"، (زنگی‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۲)، اشاره نمود که عموم این تحقیقات با استفاده از سیستم اطلاعات جغرافیایی، روش تاکسونومی عددی، مدل تاپسیس و ضریب

بنابراین دست‌یابی به عدالت فضایی در توزیع خدمات شهری، جهت تخصیص عادلانه هزینه‌های اجتماعی و برابری استفاده از ظرفیت‌های محیطی، یکی از اهداف مهم برنامه‌ریزان شهری است (Tsou, et. al, 2005: 424). نکته حائز اهمیت در این مورد آن است که منابع بهداشتی - درمانی و خدمات مربوط به آن باید به صورت یکنواخت و منصفانه در اختیار همه مردم قرار گیرد (باقیانی و احرام پوش، ۱۳۸۳: ۴۷). اما توزیع ناعادلانه ثروت و حقوق اجتماعی نابرابر، مانع بهره‌مندی اکثریت جامعه از امکانات موجود بهداشتی - درمانی متناسب با نیازهای خود شده است (ضرابی و همکاران، ۱۳۸۷: ۲۱۵). توزیع منطقه‌ای این شاخص‌ها در ایران بیانگر این وضعیت است که شهرستان‌های ایران، از نظر برخورداری از شاخص‌های بهداشتی و درمانی، همسان نبوده و اختلاف زیادی با یکدیگر دارند و اغلب آن‌ها از نظر شاخص‌های توسعه بهداشتی و درمانی در حد مطلوبی نمی‌باشند (تقوایی و همکاران، ۱۳۸۹: ۵۰). استان خوزستان به رغم برخورداری از ثروت‌های طبیعی قابل توجه، از دوگانگی منطقه‌ای گسترده به شکل توسعه‌یافته و توسعه‌نیافته رنج می‌برد. این در حالی است که توسعه‌ی منطقه‌ای باید شرایط و امکانات بهتری را برای همه مردم یک منطقه فراهم کند و تفاوت کیفیت زندگی بین مناطق را کاهش دهد (نصرالهی و همکاران، ۱۳۹۰: ۶۶). با توجه به مطالعات صورت گرفته بین شهرستان‌های استان خوزستان از لحاظ درجه توسعه‌یافتگی شکاف عمیقی وجود دارد به گونه‌ای که ۶۲ درصد آنها در سطوح کمتر توسعه‌یافته و توسعه‌نیافته می‌باشند (علی‌بخشی و همکاران، ۱۳۹۳: ۱).

۱-۲- سؤال‌های پژوهش

لذا پژوهش حاضر با هدف تحلیل خدمات بهداشتی - درمانی از دیدگاه عدالت اجتماعی به دنبال پاسخگویی به سئوالات زیر است:
- وضعیت برخورداری شهرستان‌های استان خوزستان از شاخص‌های بهداشتی - درمانی چگونه است؟

است و در پایان سطح توسعه شهرستان‌ها با استفاده از نرم‌افزار Arc/GIS بر روی نقشه نمایش داده شده است. همچنین برای سنجش میزان اختلاف در برخورداری مناطق از خدمات بهداشتی- درمانی از شاخص ضریب پراکندگی (C.V) استفاده شده است. برای بررسی وضعیت شهرستان‌های استان به لحاظ برخورداری از شاخص‌های بهداشتی- درمانی، از مدل TOPSIS استفاده شده است. همچنین با استفاده از نرم‌افزار EXPERT CHOICE وزن‌دهی انجام شده و نتایج آن با میزان شهرنشینی مورد بررسی قرار گرفته و در محیط SPSS با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون رابطه‌ی بین میزان شهرنشینی و برخورداری از شاخص‌های بهداشتی درمانی مشخص شده است.

ناموزون موريس صورت گرفته است. متأسفانه در اکثر این تحقیقات نوعی عدم تعادل و نابرابری میان مناطق در توسعه بهداشت و درمان در نواحی مورد مطالعه گزارش شده است.

۱-۴- روش پژوهش

با توجه به مؤلفه‌های مورد بررسی و ماهیت موضوع، پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش شناسی، توصیفی-تحلیلی و از نوع تحقیقات کمی است. در این پژوهش از داده‌های سالنامه آماری ۱۳۹۱ استان خوزستان بهره گرفته و از ۱۵ شاخص استفاده شده است. برای تعیین سطوح توسعه- یافتگی شهرستان‌های استان خوزستان از مدل موريس استفاده شده است و با بهره‌گیری از نرم‌افزار Excle به انجام محاسبات و تهیه نمودار ضریب نهایی و رتبه نهایی توسعه پرداخته شده و شهرستان‌ها بر اساس سطح توسعه یافتگی رتبه‌بندی گردیده

جدول (۱): شاخص‌های مورد استفاده در پژوهش

کد	شاخص
X1	تعداد تخت بیمارستانی به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت
X2	تعداد مراکز بهداشتی درمانی به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت
X3	تعداد داروخانه به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
X4	تعداد مرکز پرتونگاری به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
X5	تعداد مرکز توانبخشی به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
X6	تعداد مرکز اورژانس به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
X7	تعداد خانه‌های بهداشت فعال روستایی به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت
X8	متوسط تعداد کارکنان (بهورز) هر خانه بهداشت روستایی
X9	متوسط تعداد روستای تحت پوشش هر خانه بهداشت
X10	تعداد کارکنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت
X11	تعداد پزشکان به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت
X12	تعداد پزشکان عمومی به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت
X13	تعداد پزشکان متخصص شاغل به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت
X14	تعداد دندانپزشکان شاغل به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
X15	تعداد داروسازان شاغل به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت

(منبع: سالنامه آماری ۱۳۹۰)

آمار ایران در سال ۱۳۹۰ این استان دارای ۲۴ شهرستان، ۶۲ شهر، ۱۳۲ دهستان می‌باشد (شکل ۱). در سال ۱۳۸۵ جمعیت استان خوزستان بالغ بر ۴/۳ میلیون نفر (معادل ۶/۰۷ درصد جمعیت کشور) و نسبت شهرنشینی ۶۸/۱ درصد و رشد جمعیت طی دوره ۱۳۸۵-۱۳۹۰ برابر ۱/۱۷ درصد بوده است (امان‌پور و مودت، ۱۳۹۲: ۱۱۸).

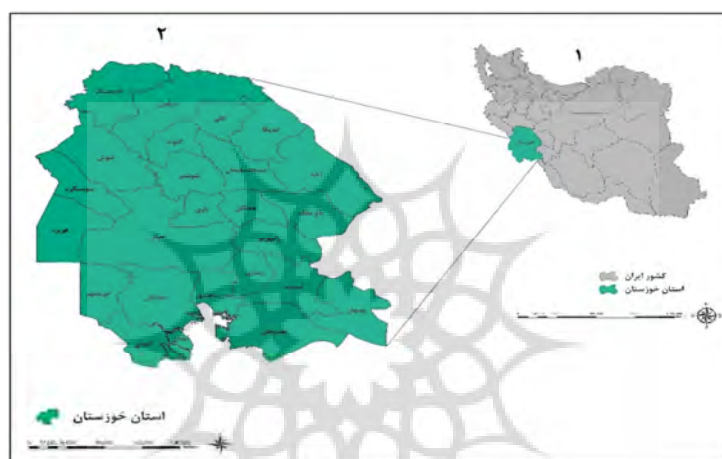
۱-۵- محدوده و قلمرو پژوهش

استان خوزستان با مساحت ۶۴ هزار کیلومتر مربع، از شمال با استان لرستان، از شمال غربی با استان ایلام، از مشرق با استان‌های چهارمحال و بختیاری و کهگیلویه و بویر احمد، از جنوب شرقی با استان بوشهر، از مغرب با کشور عراق و از جنوب با خلیج فارس، هم‌مرز می‌باشد. براساس گزارش مرکز

جدول (۲): ویژگی‌های جمعیتی شهرستان‌های استان خوزستان

شهرستان	جمعیت کل	شهری	شهرستان	جمعیت کل	شهری
آبادان	۲۲۸۹۰۵	۲۷۱۴۸۴	دشت آزادگان	۵۱۷۲۷	۹۹۳۸۱
امیدیه	۶۲۸۶۲	۱۰۰۴۲۰	رامشیر	۲۴۸۰۱	۴۸۹۴۳
اندیکا	۲۲۷۲	۵۰۶۱۳	رامهرمز	۶۹۸۶۹	۱۰۴۸۸۲
اندیمشک	۱۲۸۷۷۴	۱۶۳۷۵۹	شادگان	۵۸۵۴۵	۱۵۳۳۵۵
اهواز	۱۱۳۳۰۰۳	۱۳۹۵۱۸۴	شوش	۸۶۹۷۶	۲۰۲۰۰۴
ایذه	۱۲۲۰۱۳	۲۰۳۵۹۴	شوشتر	۱۲۰۶۸۷	۱۹۱۰۰۴
باغملک	۴۳۵۸۲	۱۰۷۳۹۰	گوند	۴۳۸۸۱	۶۴۱۱۹
بازی	۵۴۸۸۶	۸۹۱۶۰	لالی	۱۷۷۴۵	۳۷۱۹۹
بنادر ماهشهر	۲۵۷۲۷۳	۲۷۸۰۳۷	مسجدسلیمان	۱۰۳۳۶۹	۱۱۲۵۱۸
بهبهان	۱۲۶۳۰۴	۱۷۹۵۷۴	هندیجان	۲۸۲۰۶	۳۷۴۴۰
خرمشهر	۱۳۰۷۰۷	۱۶۳۷۰۱	هفتکل	۱۴۸۷۷	۲۲۲۹۸
دزفول	۲۸۷۳۴۲	۴۱۸۸۰۷	هويزه	۱۹۸۴۴	۳۴۳۱۲

منبع: سالنامه آماری استان خوزستان، ۱۳۹۱



شکل (۱): موقعیت جغرافیایی استان خوزستان و شهرستان‌های آن در کشور

منبع: ترسیم نگارندگان، ۱۳۹۴

۲- مبانی نظری

درآمد، نوعی عدالت عمودی است (ماسگریو، ۱۳۷۲). از منظر دیگری آدامز (۱۹۹۵)، عدالت را به دو نوع عدالت تخصیصی و توزیعی تقسیم کرده است (وارثی و همکاران، ۱۳۸۶: ۹۰). مفهوم عدالت اجتماعی که از دهه ۱۹۶۰ برای اولین بار توسط اسمیت وارد ادبیات جغرافیایی شده (جاجرمی و کتله، ۱۳۸۵: ۷) و در دهه بعدی آن یعنی ۱۹۷۰ با افزایش طرفداران جغرافیای رادیکال به طور جدی در جغرافیا مطرح شده بود (شکویی، ۱۳۸۲: ۱۸۹).

از مهم‌ترین عوامل در برنامه‌ریزی شهری، استفاده از فضاها و توزیع مناسب و به عبارتی کامل‌تر عدالت فضایی است. در این راستا کاربری‌ها و خدمات شهری از جمله عوامل مؤثر و

در تبیین عدالت، محققان از منظرهای مختلف آن را مورد کنکاش قرار داده‌اند و مفاهیمی چون عدالت اجتماعی، عدالت فضایی، عدالت جغرافیایی و عدالت محیطی متأثر از چند بعدی بودن این واژه است. لیکن در عموم تقسیم‌بندی‌ها و نظریات، عدالت را به دو گونه عدالت افقی و عدالت عمودی تقسیم نموده‌اند. عدالت افقی به معنی برخورد برابر با افراد در موقعیت‌های نابرابر مثلاً توزیع کوپن مواد غذایی به صورت سرانه و یا نظایر آن، اما عدالت عمودی به معنی برخورد نابرابر اما متناسب با افراد در موقعیت‌های نابرابر است. مثلاً وضع مالیات تصاعدی بر

مفیدند که با پاسخگویی به نیاز جمعیتی، افزایش منفعت عمومی و توجه به استحقاق و شایستگی افراد می‌توانند با برقراری عادلانه‌تر، ابعاد عدالت فضایی، عدالت اجتماعی و عدالت اقتصادی را برقرار نمایند. بررسی‌های تجربی روشن می‌کند که وجه ممیزه و مشخصه شهرنشینی جهان سومی فعلی ناموزونی و بی‌عدالتی است. پیامد این امر گسترده شدن تفاوت‌های اجتماعی - اقتصادی در بین شهروندان، شکل‌گیری سکونتگاه‌های غیررسمی و ناهنجاری‌های اجتماعی را به همراه داشته است. به همین منظور امروزه در مطالعات و برنامه‌ریزی‌ها به توزیع خدمات عمومی، عدالت اجتماعی و رفاه شهروندان توجه فراوانی شده است (قره‌نژاد، ۱۳۷۶: ۹۲). الگوی توزیع و دسترسی نامناسب خدمات عمومی از جمله عواملی است که موجب محروم ماندن برخی شهروندان از امکانات و زیرساخت‌های شهری و پیامدهای منفی آنها می‌باشد. این الگوی توزیع نامناسب، جداگرتنی‌های اکولوژیک و شکاف روزافزون و دو قطبی شدن مناطق و گروه‌های اجتماعی را در شهر سبب شده است (مرصوصی، ۱۳۸۳: ۹۱) و دستیابی به مقدمات توسعه پایدار شهری را امکان‌ناپذیر می‌سازد (نسترن، ۱۳۸۰: ۱۴۵). بنابراین نقش برنامه‌ریزان شهری در ایجاد و یا تقویت جداگرتنی‌های اجتماعی و تفاوت در سطح زندگی شهروندان امری بدیهی و غیر قابل انکار است. در بررسی مسائل شهری در قالب توسعه پایدار فرض بر این است که چنانچه هزینه‌های بدون در نظر گرفتن مکانیزم‌های برابری، صرفاً توسعه زیرساخت‌ها، تجهیزات و خدمات شهری شود، خود باعث تشدید نابرابری بین اقشار مختلف جمعیت شهری می‌گردد (Bolary et al, 2005: 629).

خدمات بهداشتی را باید به عنوان یکی از اجزای غیر قابل تفکیک توسعه اجتماعی در نظر گرفت که بایستی دارای اهداف، سیاست‌ها و برنامه‌های روشن باشد (نیکپور و همکاران، ۱۳۶۸: ۴۴)، و هر کشور بر اساس این اهداف و برنامه‌ها باید سیاستی اتخاذ نماید که خدمات درمانی را برای همه مردم جامعه تأمین نماید (تقوایی و همکاران، ۱۳۸۹: ۶۳).

چرا که هدف اصلی نظام سلامت، ارائه خدمات بهداشتی به گروه‌های مختلف اقتصادی اجتماعی جامعه است. موفقیت این نظام به دو عامل کیفیت خدمات و بهره‌مندی مردم از خدمات بستگی خواهد داشت، هر چه کیفیت خدمات بهداشتی و درمان بهتر باشد و گروه‌های اقتصادی - اجتماعی گسترده‌تری از آن بهره‌مند شوند، آن نظام موفق‌تر تلقی می‌شود (قاجاریه سپانلو و همکاران، ۱۳۸۲: ۱۲). بنابراین توزیع عادلانه و مناسب‌تر امکانات و خدمات بهداشتی - درمانی و به طور کلی بعد سلامت انسانی، یکی از اجزای اصلی توسعه پایدار و همه جانبه محسوب می‌شود (بابایی و همکاران، ۱۳۸۳: ۱۰). یکی از مشکلات مهم در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی کشورهای جهان سوم، کمبود امکانات و نیروی انسانی بهداشتی و توزیع نادرست آنها در مناطق شهری روستایی است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۶۴: ۲۴). در کشورهای در حال توسعه (از جمله کشورمان)، شاخص‌های توسعه خدمات بهداشتی و درمان به صورت متوازن میان مناطق و نواحی جغرافیایی توزیع نشده و شکاف توسعه این شاخص‌ها، حتی در بین واحدهای کوچک جغرافیایی به وضوح مشاهده می‌شود (ضرابی و همکاران، ۱۳۸۶: ۲۳۱). و این عدم توازن، سبب عدم کارایی در ارائه خدمات بهداشتی شده است (یارمحمدیان و بهرامی، ۱۳۸۳: ۸). در سال‌های اخیر، به اصلاح سیاست‌های مربوط به ساختار و اجرای برنامه‌های بهداشتی - درمانی به طور چشمگیری تأکید شده است. این سیاست‌ها تحت عنوان اصلاح بخش بهداشت و درمان مطرح بوده و دست‌اندرکاران موضوع توسعه سلامت در سطوح ملی و بین‌المللی را بر آن داشت تا به بحث و تدوین و اجرای برنامه‌های فراوانی درباره توسعه سلامت و ارتقاء سیستم بهداشتی و درمان کشورها پردازند (حموزاده و همکاران، ۱۳۹۲: ۴۳-۴۲).

۳- یافته‌های پژوهش

۳-۱- تکنیک TOPSIS

جهت اولویت‌بندی شهرستان‌های استان خوزستان به لحاظ برخورداری از شاخص‌های بهداشتی درمانی، ابتدا ماتریس

اولیه تشکیل گردید در ادامه داده‌ها بی‌مقیاس شده و ماتریس استاندارد تشکیل گردید، سپس جهت محاسبه وزن شاخص‌های ۱۵ گانه، از تکنیک آنتروپی استفاده گردید، بعد از محاسبه وزن هر یک از شاخص‌ها، مقادیر استاندارد شده در وزن مربوطه ضرب شده و ماتریس موزون تشکیل گردید، در ادامه برای هر یک از شهرستان‌های استان خوزستان معیار فاصله‌ای

جدول (۳): ماتریس بی‌مقیاس موزون

شهرستان	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12	X13	X14	X15
وزن	۰/۰۳۶	۰/۰۱۵	۰/۰۷۵	۰/۰۷۴	۰/۱	۰/۰۲۶	۰/۰۵۵	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۱۲	۰/۱۴۵	۰/۱۰۱	۰/۰۱۱	۰/۰۰۵	۰/۰۹۵
اهواز	۰/۰۰۹	۰/۰۰۲	۰/۰۳۴	۰/۰۳۲	۰/۰۵۲	۰/۰۰۶	۰/۰۲۰	۰/۰۳۱	۰/۰۳۱	۰/۰۷۴	۰/۱۰۱	۰/۰۵۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۴۸
دزفول	۰/۰۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۷	۰/۰۰۶	۰/۰۰۸	۰/۰۰۲	۰/۰۰۴	۰/۰۰۶	۰/۰۰۶	۰/۰۰۵	۰/۰۰۸	۰/۰۰۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۸
آبادان	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۵	۰/۰۰۴	۰/۰۰۷	۰/۰۰۲	۰/۰۰۳	۰/۰۰۴	۰/۰۰۴	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	۰/۰۰۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۶
بندر ماهشهر	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۴	۰/۰۰۴	۰/۰۰۵	۰/۰۰۲	۰/۰۰۳	۰/۰۰۲	۰/۰۰۴	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۵
بهبهان	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۴	۰/۰۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۴	۰/۰۰۳	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	۰/۰۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۴
مسجدسلیمان	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۴	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۴
شوشتر	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۳
ایذه	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۳	۰/۰۰۲	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۲
شوش	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۲
اندیمشک	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۲
امیدیه	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۲
خرمشهر	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۲
رامهرمز	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۲
شادگان	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۲
دشت آزادگان	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۲
باغملک	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱
رامشیر	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
لالی	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
هندیجان	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
اندیکا	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
گوند	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
هفتکل	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
هويزه	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
باوی	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

منبع: (محاسبات نگارندگان، ۱۳۹۴)

جدول (۴): بالاترین (A^+) و پایین‌ترین (A^-) عملکرد هر شاخص

A^+	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12	X13	X14	X15
	۰/۰۰۹	۰/۰۰۱	۰/۰۳۳	۰/۰۳۲	۰/۰۵۱	۰/۰۰۶	۰/۰۲۰	۰/۰۳۰	۰/۰۳۰	۰/۰۷۴	۰/۱۰۰	۰/۰۵۴	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۴۷
A^-	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12	X13	X14	X15
	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

منبع: (محاسبات نگارندگان، ۱۳۹۴)

پس از محاسبه معیارهای فاصله‌ای، ضریب اولویت (C_i^*) هر یک از شهرستان‌های استان محاسبه گردید. لازم به ذکر است مقدار C_i^* بین صفر و یک در نوسان است. در این راستا $C_i^* = 1$ نشان‌دهنده بالاترین رتبه و $C_i^* = 0$ نیز نشان‌دهنده کمترین رتبه است.

جدول (۵): آلترناتیو ایده آل (S_i^+) و آلترناتیو حداقل (S_i^-) به تفکیک شهرستان‌ها

شهرستان	S_i^+	S_i^-	شهرستان	S_i^+	S_i^-
اهواز	۰/۰۰۱	۰/۱۶۷	رامهرمز	۰/۱۶۳	۰/۰۰۵
دزفول	۰/۱۴۸	۰/۰۲۱	شادگان	۰/۱۶۳	۰/۰۰۵
آبادان	۰/۱۵۳	۰/۰۱۶	دشت آزادگان	۰/۱۶۴	۰/۰۰۴
بندرماهشهر	۰/۱۵۴	۰/۰۱۴	باغملک	۰/۱۶۵	۰/۰۰۳
بهبهان	۰/۱۵۵	۰/۰۱۲	رامشیر	۰/۱۶۶	۰/۰۰۲
مسجدسلیمان	۰/۱۵۸	۰/۰۱۰	لالی	۰/۱۶۶	۰/۰۰۲
شوشتر	۰/۱۵۹	۰/۰۰۹	هندیجان	۰/۱۶۶	۰/۰۰۲
ایذه	۰/۱۶۰	۰/۰۰۸	اندیکا	۰/۱۶۷	۰/۰۰۱
شوش	۰/۱۶۰	۰/۰۰۸	گتوند	۰/۱۶۷	۰/۰۰۱
اندیمشک	۰/۱۶۲	۰/۰۰۶	هفتکل	۰/۱۶۷	۰/۰۰۱
امیدیه	۰/۱۶۲	۰/۰۰۵	هويزه	۰/۱۶۷	۰/۰۰۰
خرمشهر	۰/۱۶۲	۰/۰۰۵	باوی	۰/۱۶۷	۰/۰۰۰

منبع: (محاسبات نگارندگان، ۱۳۹۴)

جدول (۶): ضریب اولویت شهرستان‌های استان بر اساس نتایج تکنیک TOPSIS

شهرستان	رتبه	شهرستان	رتبه
اهواز	۰/۹۷۶۶	رامهرمز	۰/۰۰۰۱
دزفول	۰/۰۰۲۹	شادگان	۰/۰۰۰۱
آبادان	۰/۰۰۱۷	دشت آزادگان	۰/۰۰۰۱
بندرماهشهر	۰/۰۰۱۳	باغملک	۰/۰۰۰۱
بهبهان	۰/۰۰۱۰	رامشیر	۰/۰۰۰۰
مسجدسلیمان	۰/۰۰۰۶	لالی	۰/۰۰۰۰
شوشتر	۰/۰۰۰۵	هندیجان	۰/۰۰۰۰
ایذه	۰/۰۰۰۴	اندیکا	۰/۰۰۰۰
شوش	۰/۰۰۰۴	گتوند	۰/۰۰۰۰
اندیمشک	۰/۰۰۰۳	هفتکل	۰/۰۰۰۰
امیدیه	۰/۰۰۰۲	هويزه	۰/۰۰۰۰
خرمشهر	۰/۰۰۰۲	باوی	۰/۰۰۰۰

منبع: (محاسبات نگارندگان، ۱۳۹۴)

و ستون‌ها نشان‌دهنده شاخص‌ها هستند. مرحله دوم: در این مرحله می‌بایست میزان حداقل $Mini_j$ و حداکثر max_j هر شاخص X_{ij} را بدست آورد. مرحله سوم: تعریف میزان محرومیتی است که برای هر یک از شهرستان‌ها با در نظر گرفتن شاخص‌های منتخب در مرحله نخست و مقادیر محاسبه شده حداکثر و حداقل شاخص‌ها در مرحله دوم می‌توان محاسبه کرد. مرحله چهارم: در این مرحله ضریب نهایی توسعه شهرستان‌ها محاسبه می‌گردد. جهت بررسی موضوع، تمام شاخص‌های موردنظر در قالب فرمول یاد شده بکار گرفته شده و در نهایت برای پیدا کردن شاخص اصلی توسعه موردنظر برای هر واحد از رابطه $D.I. = \frac{\sum_{i=1}^n y_{ij}}{n}$ استفاده می‌شود.

با توجه به ضریب نهایی هر شهرستان در برخورداری از شاخص‌های بهداشتی- درمانی مشخص گردید که شهرستان اهواز با ضریب اولویت ۰/۹۷۶۶ بالاترین رتبه را به خود اختصاص داده است و بهترین وضعیت را از نظر شاخص‌های بهداشتی- درمانی دارد.

۳-۲- روش موریس

روش موریس از جدیدترین و کاربردی‌ترین روش‌های برنامه ریزی ناحیه‌ای به شمار می‌رود که ضمن ساده‌تر بودن روش کار با آن، بسیاری از کارایی‌های مدل‌های اسکالوگرام و تاکسونومی را نیز به همراه دارد (آسایش و استعلاجی، ۱۳۸۲: ۱۴۷). مرحله اول: در این مرحله ماتریس شاخص‌های X_i ($n*m$) تشکیل خواهد شد که در آن سطرها بیانگر شهرستان‌ها

$$y_{ij} = \frac{x_{ij} - x_{ij \text{ Min}}}{x_{ij \text{ Max}} - x_{ij \text{ Min}}}$$

x_{ij} = متغیر i ام در واحد j ام
 $x_{ij \text{ Min}}$ = حداقل مقدار متغیر i ام
 $x_{ij \text{ Max}}$ = حداکثر مقدار متغیر i ام
 y_{ij} = شاخص ناموزون برای متغیر i ام ها در واحد j ام

جدول (۷): ضریب، رتبه و میزان توسعه یافتگی شهرستان‌های استان خوزستان بر اساس روش موریس

شهرستان	ضریب نهایی توسعه/درصد	رتبه نهایی توسعه	سطح توسعه
اهواز	۷۲/۷۸	۱	توسعه یافته
بهبهان	۶۵/۴۸	۲	
مسجد سلیمان	۵۸/۸۲	۳	
لالی	۵۷/۴۴	۴	
دشت آزادگان	۵۳/۲۲	۵	
رامهرمز	۵۱/۳۵	۶	
رامشیر	۴۹/۹۶	۷	در حال توسعه
هفتکل	۴۷/۷۸	۸	
امیدیه	۴۶/۲۵	۹	
شوشتر	۴۵/۹۰	۱۰	
آبادان	۴۵/۵۷	۱۱	
باغملک	۴۷/۴۹	۱۲	
اندیمشک	۴۳/۰۱	۱۳	
دزفول	۴۱/۸۳	۱۴	
هويزه	۳۷/۵۳	۱۵	کمتر توسعه یافته
ایذه	۳۶/۸۲	۱۶	
بندر ماهشهر	۳۶/۶۶	۱۷	
هندیجان	۳۶/۱۱	۱۸	
اندیکا	۳۵/۵۹	۱۹	
شوش	۳۲/۰۱	۲۰	
شادگان	۳۱/۶۱	۲۱	
گتوند	۳۱/۱۷	۲۲	محروم
خرمشهر	۲۷/۴۷	۲۳	
باوی	۱۰/۴۳	۲۴	

منبع: (محاسبات نگارندگان، ۱۳۹۴)

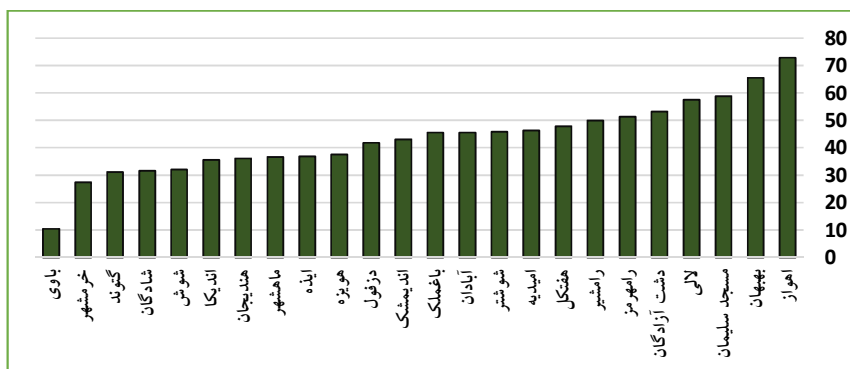
با توجه به ضریب های توسعه بدست آمده از روش موریس جدول (۶)، شهرستان های استان خوزستان از نظر توسعه -

یافتگی به چهار سطح توسعه یافته، در حال توسعه، کمتر توسعه یافته و محروم تقسیم شدند. نتایج نشان می دهد که از مجموع ۲۴ شهرستان استان خوزستان، ۶ شهرستان (اهواز، بهبهان، مسجد سلیمان، لالی، دشت آزادگان، رامهرمز) توسعه - یافته، ۸ شهرستان (رامشیر هفتکل، امیدیه، شوشتر، آبادان، باغملک، اندیمشک، دزفول) در حال توسعه، ۸ شهرستان (هويزه، ایذه، بندر ماهشهر، هندیجان، اندیکا، شوش، شادگان، گتوند) کمتر توسعه یافته و ۲ شهرستان (خرمشهر، باوی) محروم می باشند.

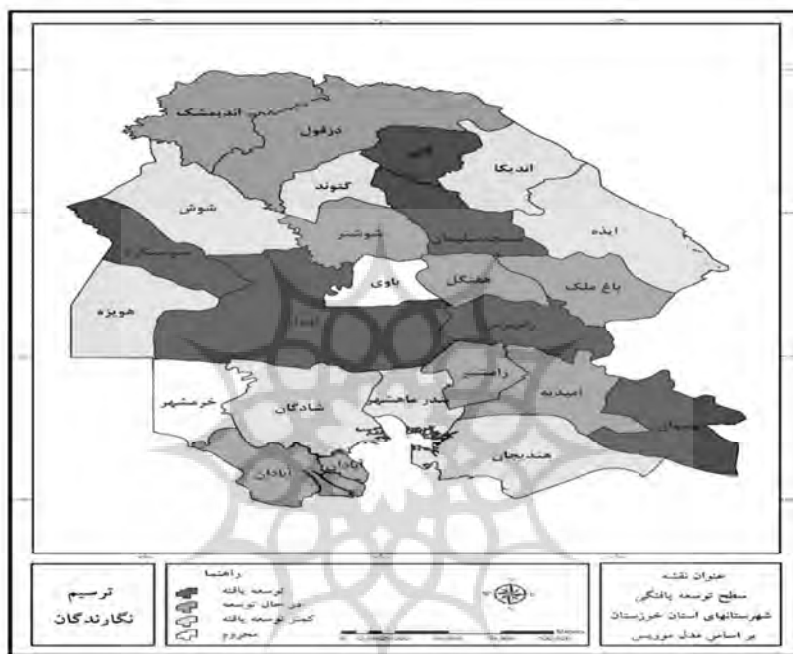
۳-۳- نتایج حاصل از روش ضریب تغییرات (C.V)

ضریب تغییرات که در برخی از منابع به ضریب ویلیامسون نیز شهرت دارد و شاخصی است که مشخص می کند تا چه حدی یک شاخص در بین مناطق یا نواحی به صورت نامتعادل توزیع شده است (ابراهیم زاده و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۵).

$$S = \text{انحراف معیار}, M = \text{میانگین} \quad C.V = \frac{S}{M}$$



شکل (۲): نمودار ضریب نهایی توسعه شهرستان‌های استان خوزستان بر اساس روش موریس



شکل (۳): سطح توسعه شهرستان‌های استان خوزستان بر اساس روش موریس

جدول (۸): ضریب اختلاف شاخص‌های بهداشتی - درمانی در شهرستان‌های استان خوزستان

شهرستان	ضریب تغییرات	شهرستان	ضریب تغییرات
اهواز	۲/۱۹۴	رامهرمز	۲/۵۱۴
دزفول	۲/۲۴۱	شادگان	۲/۵۱۲
آبادان	۲/۲۵۳	دشت آزادگان	۲/۵۷۵
بندر ماهشهر	۲/۳۵۲	باغملک	۲/۳۸۷
بهبهان	۲/۱۹۶	رامشیر	۲/۵۶۱
مسجد سلیمان	۲/۳۱۷	لالی	۲/۵۷۶
شوشتر	۲/۳۳۹	هندیجان	۲/۵۸۳
ایده	۲/۴۴۶	اندیکا	۲/۸۶۲
شوش	۲/۴۸۵	گنوند	۲/۸۹۵
اندیمشک	۲/۴۹۷	هفتکل	۲/۹۴۶
امیدیه	۲/۵۷۴	هویزه	۲/۸۶۸
خرمشهر	۲/۴۹۹	بافی	۳/۱۱۸

منبع: (محاسبات نگارندگان، ۱۳۹۴)

جدول (۹): محاسبه میزان ضریب اختلاف بین شاخص‌های بهداشتی - درمانی

ضریب اختلاف	شاخص‌ها	ضریب اختلاف	شاخص‌ها
۲/۰۷۱	پزشکان	۱/۲۰۷	مرکز بهداشتی
۲/۹۹۱	دندانپزشکان	۰/۶۰۴	خانه بهداشت
۳/۳۵۱	داروسازان	۲/۱۳۴	داروخانه
۲/۵۶۳	پزشک متخصص	۲/۰۷۹	پرتونگاری
۰/۴۷۴	روستای تحت پوشش خانه بهداشت	۲/۵۰۸	توانبخشی
۰/۲۷۴	متوسط تعداد کارکنان خانه بهداشت	۱/۰۴۷	اورژانس
۲/۳۵۵	تعداد تخت بیمارستانی	۱/۷۳۸	کارکنان دانشگاه علوم پزشکی
		۲/۰۷۱	پزشکان شاغل در دانشگاه

منبع: (محاسبات نگارندگان، ۱۳۹۴)

جدول (۱۰): بررسی رابطه بین میزان شهرنشینی با توسعه شاخص‌های بهداشتی درمانی

Correlations	AHP نتایج	میزان شهرنشینی	شهرستان	AHP نتایج	میزان شهرنشینی	شهرستان
Pearson Correlation = /499 Sig = 0/003 N = 24	۰/۰۱۷	۵۱/۸۱	دشت آزادگان	۰/۱۱۳	۸۴/۳۱	آبادان
	۰/۰۱۰	۵۰/۶۷	رامشیر	۰/۰۲۷	۶۲/۵۹	امیدیه
	۰/۰۲۲	۶۶/۶۱	رامهرمز	۰/۰۰۶	۴/۴۸	اندیکا
	۰/۰۲۳	۳۸/۱۷	شادگان	۰/۰۲۷	۷۸/۶۳	اندیشک
	۰/۰۳۳	۴۳/۰۵	شوش	۰/۱۸۹	۸۱/۲۰	اهواز
	۰/۰۵۹	۶۳/۱۸	شوشتر	۰/۰۳۹	۵۹/۹۲	ایذه
	۰/۰۰۶	۶۸/۴۳	گنبد	۰/۰۱۵	۴۰/۵۸	باغملک
	۰/۰۱۰	۴۷/۷۰	لالی	۰/۰۰۸	۶۱/۵۵	باوی
	۰/۰۶۳	۹۱/۸۶	مسجدسلیمان	۰/۰۹۵	۹۲/۵۳	بندر ماهشهر
	۰/۰۱۰	۷۵/۳۳	هندیجان	۰/۰۶۵	۷۰/۳۳	بهبهان
	۰/۰۰۶	۶۶/۷۱	هفتکل	۰/۰۲۵	۷۹/۸۴	خرمشهر
	۰/۰۰۶	۵۷/۸۳	هویزه	۰/۱۲۴	۶۸/۶۰	دزفول

منبع: (محاسبات نگارندگان، ۱۳۹۴)

نتیجه گیری

در سطح یکسانی هستند"، از مدل ضریب ناموزون موریس استفاده شد و با توجه به ضریب‌های توسعه بدست آمده از روش موریس، (جدول ۷)، شهرستان‌های استان خوزستان از نظر توسعه یافتگی به چهار سطح توسعه یافته، در حال توسعه، کمتر توسعه یافته و محروم تقسیم شدند و مشخص شد که از سطح یکسانی برخوردار نیستند. در پاسخ به سؤال سوم پژوهش "میزان ضریب اختلاف بین شهرستان‌های استان خوزستان و بین متغیرها از لحاظ سطح برخورداری از امکانات و خدمات بهداشتی - درمانی چگونه است؟" از شاخص ضریب پراکندگی (C.V) استفاده شد. با توجه به نتایج به دست آمده (جدول ۸ و ۹)، بالاترین نابرابری در بین شهرستان‌ها از لحاظ سطح برخورداری از شاخص‌های بهداشتی - درمانی به شهرستان باوی با ضریب ۳/۱۱۸ و از نظر شاخص‌ها به داروسازان با ضریب ۳/۳۵۱، و کمترین اختلاف در بین شهرستان‌ها به

توزیع بهینه خدمات و امکانات باید به گونه‌ای هدایت شود که به نفع همه اقشار و گروه‌های اجتماعی جامعه گردد، و عدالت اجتماعی و فضایی تحقق یابد. لذا نکته حائز اهمیت در این مورد آن است که منابع بهداشتی - درمانی و خدمات مربوط به آن باید به صورت یکنواخت و منصفانه در اختیار همه مردم قرار گیرد. در پژوهش حاضر در پاسخ به سؤال اول با عنوان "وضعیت برخورداری شهرستان‌های استان خوزستان از شاخص‌های بهداشتی - درمانی چگونه است" از مدل TOPSIS استفاده شد. با توجه به نتایج به دست آمده شهرستان اهواز با ضریب اولویت (۰/۹۷۶۶)، نسبت به سایر شهرستان‌ها از وضعیت مطلوب‌تری برخوردار است (جدول ۶). برای پاسخ به سؤال دوم پژوهش "آیا شهرستان‌های استان خوزستان از نظر برخورداری از شاخص‌های بهداشتی - درمانی

۶- باقیانی مقدم، محمدحسین و محمدحسن احرام پوش، "اصول و کلیات خدمات بهداشتی"، چاپ دوم، یزد، انتشارات شبنم دانش با همکاری انتشارات چراغ دانش، ۱۳۸۳.

۷- پاگ، سدريک، (۱۳۸۳)، "شهرهای پایدار در کشورهای در حال توسعه، تهران"، ترجمه ناصر محرم‌نژاد، مرکز مطالعاتی و تحقیقاتی شهرسازی و معماری ایران، چاپ اول.

۸- تقوایی، مسعود و احمد شاهيوندی، (۱۳۸۹)، "پراکنش خدمات بهداشتی و درمانی در شهرستانهای ایران"، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال دهم، شماره ۳۹، صص ۵۴-۳۳.

۹- حاتمی نژاد، حسین؛ مهدیان بهنمیری، معصومه و علی مهدی، (۱۳۹۲)، "بررسی و تحلیل عدالت فضایی برخورداری از خدمات بهداشتی - درمانی با استفاده از مدل‌های Moriss، Topsis و Taxonomy، مطالعه موردی: شهرستان‌های استان مازندران"، مجله آمایش جغرافیایی فضا، سال دوم، شماره پنجم.

۱۰- حموزاده، پژمان؛ مرادی، نصرت، صادقی‌فر، جمیل و شهرام توفیقی، (۱۳۹۲)، "سطح‌بندی شهرستانهای استان آذربایجان غربی در بهره‌مندی از شاخصهای ساختاری بهداشت و درمان"، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال ۱۷، شماره ۲، صص ۴۹-۴۱.

۱۱- جاجرمی، کاظم و ا. کلت، (۱۳۸۵)، "سنجش وضعیت شاخص‌های کیفیت زندگی در شهر از نظر شهروندان، مطالعه موردی: گنبد قابوس"، مجله جغرافیا و توسعه، سال چهارم، شماره ۸، زاهدان.

۱۲- زنگی آبادی، علی؛ امیر عضدی، طوبی و طاهر پریزادی، (۱۳۹۱)، "تحلیل فضایی شاخص‌های توسعه خدمات بهداشتی و درمانی در استان کردستان، انجمن جغرافیای ایران، شماره ۳۲، بهار.

۱۳- زنگی آبادی، علی؛ بهاری، عیسی و رضا قادری، (۱۳۹۲)، "تحلیل فضایی و سطح‌بندی شاخصهای بهداشتی - درمانی با استفاده از GIS مطالعه موردی: شهرستان‌های استان آذربایجان شرقی"، فصلنامه تحقیقات جغرافیایی، سال ۲۸، شماره اول، بهار.

۱۴- سالنامه آماری، (۱۳۹۰-۱۳۹۱) خوزستان.

۱۵- سازمان جهانی بهداشت، (۱۳۶۴)، "فرایند مدیریت برای توسعه بهداشت کشور"، ترجمه محمد عصار، تهران، نشر مترجم.

۱۶- شکویی، حسین، (۱۳۸۲). "اندیشه‌های نو در فلسفه جغرافیا"، جلد دوم، فلسفه‌های محیطی و مکتبهای جغرافیایی، انتشارات گیتاشناسی.

شهرستان اهواز با ضریب ۲/۱۹۴ و در بین شاخص‌ها به متوسط تعداد کارکنان خانه‌بهداشت با ضریب ۰/۲۷۴ اختصاص دارد. در مجموع ضریب اختلاف بین شهرستان‌ها و بین شاخص‌های مورد بررسی در حد بالایی بوده که نابرابری شدیدی را در توزیع خدمات بهداشتی - درمانی تبیین می‌کند. در پایان برای اینکه مشخص گردد که آیا بین میزان شهرنشینی و میزان برخورداری از شاخص‌های بهداشتی درمانی در شهرستان‌های استان خوزستان رابطه معناداری وجود دارد یا خیر، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید (جدول ۱۰). بدین ترتیب نتایج حاصل از امتیاز نهایی مدل AHP با میزان شهرنشینی مورد ارزیابی قرار گرفت و مشخص شد که بین این دو متغیر همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. بدین صورت که با افزایش یا کاهش میزان شهرنشینی در شهرستان‌های استان خوزستان، میزان برخورداری از شاخص‌های بهداشتی درمانی افزایش و کاهش می‌یابد.

منابع

- ۱- آسایش، حسین و علیرضا استعلاجی، (۱۳۸۲)، "اصول و روشهای برنامه‌ریزی ناحیه‌ای (روشها، مدلها و فنون)"، ری، انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر ری، چاپ اول، ص ۴.
- ۲- ابراهیم‌زاده، عیسی؛ احدنژاد، محسن، ابراهیم‌زاده آسمین، حسین و یوسف شفیعی، (۱۳۸۸)، "برنامه‌ریزی و ساماندهی فضایی - مکانی خدمات بهداشتی - درمانی با استفاده از GIS در شهر زنجان"، مجله پژوهش‌های جغرافیای انسانی، شماره ۷۳، پاییز ۱۳۸۹، صص ۵۸-۳۹.
- ۳- امان پور، سعید و الیاس مودت، (۱۳۹۲)، "سنجش و رتبه بندی میزان توسعه و فقر در استان خوزستان"، فصلنامه مطالعات برنامه ریزی شهری، سال اول، شماره اول، بهار ۱۳۹۲، صص ۱۳۲-۱۱۳.
- ۴- امینی، نجات؛ یداللهی، حسین و صدیقه اینالو، (۱۳۸۵)، "رتبه بندی سلامت استان‌های کشور"، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال ۵، شماره ۲۰، صص ۴۸-۲۷.
- ۵- بابایی، غلامرضا؛ فقیه زاده، سقراط و آوات فیضی، (۱۳۸۳)، "ماهنامه دانشور پزشکی"، دانشگاه شاهد، سال ۱۱، شماره ۵۲، صص ۱۰-۵.

- ۱۷- صیدایی، سید اسکندر؛ جمینی، داود و علیرضا جمشیدی، (۱۳۹۳)، "تحلیلی بر وضعیت شاخص‌های بهداشتی- درمانی در شهرستان‌های استان کرمانشاه با بهره‌گیری از مدل‌های Topsis، AHP و تحلیل خوشه‌ای"، مجله علمی- پژوهشی برنامه‌ریزی فضایی، سال چهارم، شماره اول، بهار.
- ۱۸- ضرابی، اصغر؛ محمدی، جمال و حمیدرضا رخشانی نسب، (۱۳۸۶)، "تحلیل فضایی شاخص‌های توسعه خدمات بهداشتی و درمان"، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۲۷، صص ۲۳۴-۲۱۳.
- ۱۹- علی بخشی، آمنه؛ نظم‌فر، حسین، یزدانی، محمدحسین و گیتی شکوری، (۱۳۹۳)، "ارزیابی وضعیت توسعه یافتگی شهرستانهای استان خوزستان با استفاده از روش ویکور"، همایش ملی مهندسی عمران، معماری و مدیریت پایدار شهری، سال انتشار: ۱۳۹۳.
- ۲۰- قره‌نژاد، حسن، (۱۳۷۶)، "بررسی توزیع جغرافیایی مراکز بهداشتی- درمانی در شهر اصفهان"، تحقیقات جغرافیایی، شماره ۴۴، مشهد.
- ۲۱- قاجاریه سپانلو، صدق؛ شاهنده، خندان و سیدرضا مجدزاده، (۱۳۸۲)، "بررسی سرانه و نابرابری در وضعیت اقتصادی و دریافت خدمات بهداشتی درمانی مردم: پایگاه تحقیقات جمعیت دانشگاه علوم پزشکی تهران (شهرداری منطقه ۱۷ تهران)"، مجله دیابت و لیپید ایران، ویژه نامه ۱، دوره ۳، طرح تحقیقاتی MONICA، تهران، صص ۲۰-۱۱.
- ۲۲- کیانی، اکبر؛ فاضل‌نیا، غریب و پروانه جمشیدی، (۱۳۹۲)، "بررسی و ارزیابی خدمات مراکز بهداشتی- درمانی شهر زابل با استفاده از مدل Topsis"، نشریه علمی- پژوهشی جغرافیا و برنامه‌ریزی، سال ۱۷، شماره ۴۳، بهار ۱۳۹۲، صص ۱۹۰-۱۶۹.
- ۲۳- ماسگریو، ریچارد، (۱۳۷۲)، "مالیه عمومی در تیوری و عمل"، ترجمه مسعود محمدی و یدالله ابراهیمی‌فر، انتشارات سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور.
- ۲۴- مرصوصی، نفیسه، (۱۳۸۳)، "تحلیل فضایی عدالت اجتماعی در شهر تهران"، ماهنامه پژوهشی آموزشی شهرداریها، شماره ۶۵، انتشارات سازمان شهرداریها.
- ۲۵- میکانیکی، جواد و حجت صادقی، (۱۳۹۱)، "مکانیابی مراکز بهداشتی- درمانی شهر بیرجند از طریق تحلیل شبکه‌ای (ANP) و مقایسه زوجی در محیط GIS"، فصلنامه آمایش محیط، شماره ۱۹.
- ۲۶- نسترن، مهین، (۱۳۸۰)، "تحلیل و سنجش درجه تمرکز و پراکنش شاخص‌های بهداشتی و درمانی شهر اصفهان"، مجله علمی پژوهشی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه اصفهان، پاییز و زمستان ۱۳۸۰.
- ۲۷- نصرالهی، خدیجه؛ اکبری، نعمت‌الله و مسعود حیدری، (۱۳۹۰)، "تحلیل مقایسه‌ای روش‌های رتبه‌بندی در اندازه‌گیری توسعه‌یافتگی (مطالعه موردی: شهرستان‌های استان خوزستان)"، فصلنامه آمایش سرزمین، سال سوم، شماره چهارم، بهار و تابستان ۱۳۹۰، صفحات ۶۵-۹۳.
- ۲۸- نیک پور، بهمن؛ (۱۳۶۸)، آصف زاده، سعید و فرشته مجلسی، "مدیریت و برنامه‌ریزی بهداشتی و درمان"، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.
- ۲۹- یارمحمدیان، محمدحسین و سوسن بهرامی، (۱۳۸۳)، "نیازسنجی در سازمانهای بهداشتی"، درمانی و آموزشی، اصفهان، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- ۳۰- وارثی، حمیدرضا؛ قاندرحمتی، صفر و ایمان باستانی‌فر، (۱۳۸۶)، "بررسی اثرات توزیع خدمات شهری در عدم تعادل فضایی جمعیت مطالعه موردی مناطق شهر اصفهان"، مجله جغرافیا و توسعه، بهار و تابستان، صص ۹۴.
- ۳۱- وارثی، حمیدرضا؛ زنگی‌آبادی، علی و حسین یغفوری، (۱۳۸۷)، "بررسی تطبیقی توزیع خدمات عمومی شهری از منظر عدالت اجتماعی، مطالعه موردی: شهر زاهدان"، مجله جغرافیا و توسعه، شماره ۱۱.
- 32- Bolary, J, et al, (2005): Urbun Environment Spatial Fragmentional and Social Segregation in Latin America: Where Does Innovation Lie? Habital International, Vol. 29.
- 33- Dufaux, Frederic, (2008): Birth announcement. justice Spatial/Spatial justice, www.jssj.org
- 34- Prang, Julia, (2009): Spatial Justice: A new frontier in planning for just, sustainable communities, Tufts University.
- 35- Soja, Edward, (2006): The city and spatial justice, justice Spatial/Spatial justice, www.jssj.org.
- 36- Tsou, Ko-Wan, Yu-Ting Hung and Yao-Lin Chang, (2005): An accessibility-based intergrated measure of relative spatial equity in urban public facilities, Cities, Vol.22.