فصلنامهٔ علمی ـ پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دهم، شماره ۳۹

پراکنش خدمات بهداشتی و درمانی در شهرستان‌های ایران

مسعود تقوایی*، احمد شاهیوندی**

طرح مسئله: *خدمات بهداشتی درمانی و توزیع بهینهٔ آن‌ها نقش مهمی در توسعهٔ هماهنگ مناطق دارند، این پژوهش به دنبال نحوهٔ توزیع فضایی شاخص‌های بهداشتی ـ درمانی و سطح‌بندی شهرستان‌های ایران می‌باشد.*

روش: *روش تحقیق به صورت «کمی» می‌باشد که برای تحلیل داده‌ها از روش «تحلیل ثانویه» استفاده شده است. مدل‌های مورد استفاده در این پژوهش، تحلیل خوشه‌ای و مک گراناهان می‌باشند.*

یافته‌ها: *اختلافات زیادی بین شهرستان‌های ایران از نظر میزان برخورداری از شاخص‌های بهداشتی و درمانی وجود دارد.*

نتایج: *شهرستان تهران بسیار برخوردار، تعداد معدودی از شهرستان‌های بزرگ به صورت برخوردار و تا حدودی برخوردار، سایر شهرستان‌ها که حدود ۹۰ درصد از آن‌ها را شامل می‌شوند به صورت محروم می‌باشند.*

کلیدواژه‌ها: توزیع فضایی، خدمات بهداشتی و درمانی، سطوح برخورداری، شهرستان‌های ایران

تاریخ دریافت: ۸۸/۶/۶ ***تاریخ پذیرش:*** ۸۹/۳/۹

* دکتر جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه اصفهان.

** دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه اصفهان <A_shahivandi@yahoo.com>

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

مقدمه

جهان امروز، جهانی است که در آن به مرزهای بسیار والای علوم و فن‌آوری دست یافته است. شتاب گرفتن و رونق فعالیت‌های توسعه، تغییر سبک زندگی، گسترش خطرات تهدید کنندهٔ سلامت، حفظ و ارتقای سلامت را به عنوان محور توسعه، مورد توجه قرار داده است (دلگشایی و دیگران، ۳۱۷: ۱۳۸٦) به طور کلی توسعه، فرآیندی جامع از فعالیت‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی است که هدف آن بهبود مستمر زندگی جمعیت بوده و فعالیت، آزادی، مشارکت و توزیع عادلانهٔ منافع از ارکان اساسی آن به شمار می‌آید (Attfield & Wikins, 1992: 94).

وضعیت خدمات بهداشتی در کشورهای توسعه یافته تا حدود زیادی رضایت بخش می‌باشد، اما در کشورهای در حال توسعه به دلایل مختلف از قبیل فقدان برنامه‌ریزی بهداشت ملّی، سیستم غلط خدمات بهداشت و درمان و کم اهمیت قلمداد کردن بخش بهداشت، سهم کم‌تری از امکانات و منابع خود را در اختیار این بخش قرار می‌دهند و بدین لحاظ شکاف عمیقی بین کشورهای در حال توسعه و پیشرفته مشاهده می‌شود (نیک‌پور و همکاران، ۱۳٦۸: ۷). حتی بین نواحی جغرافیایی کشورهای جهان سوم نیز این شکاف وجود دارد. یک خط مشی سیاسی مؤثر، نیازمند هماهنگی کوشش‌های تمامی بخش‌هایی است که بتواند به نحوی مستقیم یا غیر مستقیم در امر ارتقای سطح سلامت مردم شرکت داشته باشد. این امر نه تنها در سطح مرکزی بلکه در سطوح میانی و از همه مهم‌تر در مناطق دور از مرکز، جایی که سیاست‌های بهداشتی را باید به عنوان یکی از اجزای غیر قابل تفکیک توسعه در نظر گرفت، باید دارای اهداف، سیاست‌ها و برنامه‌های روشن و مشخص باشد (چاکونویک و ماخ، ۱۳٦٤: ۱۱). در حقیقت دست‌رسی مطلوب به خدمات بهداشتی و درمانی برای همهٔ مناطق و نواحی، یعنی فراهم کردن خدمات درست، در زمان درست و در مکان درست. لذا از آن‌جایی که شرایط افراد بر توانایی برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی تأثیر می‌گذارد باید ترتیبی اتخاذ گردد تا کلیهٔ سیاست‌های

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

توزیع خدمات برای همهٔ افراد جامعه عادلانه باشد. همچنین ارتباط مثبتی بین فراهم بودن خدمات بهداشتی درمانی و برخورداری از خدمات وجود داشته باشد، بنابراین سیاست‌های تخصیص منابع بهداشتی درمانی در دسترسی مصرف کنندگان از خدمات و نیز برقراری عدالت در دست‌یابی به خدمات نقش مثبتی دارد (کریمی و دیگران، ۹٤: ۱۳۸۸).

از آن‌جایی که سلامت روح و جسم انسان‌ها به عنوان یکی از معیارهای مهم توسعه یافتگی کشورها و مناطق محسوب می‌شود، میزان برخورداری یا دسترسی به این خدمات و توزیع بهینهٔ آن‌ها در سطح کشور و منطقه از ارزش و اهمیت زیادی برخوردار است. کشور ایران به عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه از نظر برخورداری شاخص‌های مختلف توسعه، دارای اختلافات و تباینات زیادی است. یکی از این شاخص‌های توسعه که توزیع جغرافیایی آن در بین شهرستان‌ها به صورت نا همگون است، شاخص‌های بهداشتی و درمانی می‌باشد. این تحقیق با بهره‌گیری از شاخص‌های مد نظر به دنبال؛ سنجش توسعهٔ خدمات بهداشتی درمانی شهرستان‌ها، مشخص کردن میزان اختلاف سطح توسعه در بین آن‌ها و متوجه ساختن مسئولین در جهت توجه بیش‌تر به شهرستان‌های محروم و توسعه نیافته می‌باشد.

مهمترین مسأله این پژوهش، چگونگی توزیع جغرافیایی خدمات بهداشتی و درمانی، شناسایی عواملی مؤثر بر این پراکندگی و نحوه از بین بردن اختلافات در توزیع خدمات بهداشتی و درمانی در بین شهرستان‌های ایران می‌باشد.

مبانی نظری تحقیق:

دیدگاه‌ها:

در مجموع از زمان آغاز طرح مباحث توسعه و توسعه نیافتگی، مکاتب و دیدگاه‌های مختلفی راجع به توسعه و توسعه نیافتگی ارائه شده که از جملهٔ آن‌ها می‌توان به مکاتب تکاملی توسعه، نظریه نوسازی، دیدگاه مارکسیستی از توسعه و نظریهٔ وابستگی اشاره نمود

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

(بدری و دیگران، ۱۱۷: ۸۲). اصولاً توسعه، تغییر بنیادی در متغیرهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هر جامعه محسوب می‌شود و تحقق آن، مستلزم ایجاد هماهنگی بین ابعاد گوناگون آن است. توسعهٔ اقتصادی پایدار بدون توسعهٔ فرهنگی، اجتماعی و سیاسی امکان‌پذیر نیست و توسعهٔ فرهنگی، اجتماعی و سیاسی نیز بدون نگرش منطقی وعلمی به مسئله توسعهٔ اقتصادی در بلند مدت، راه به جایی نخواهد برد. از طرف دیگر، برای هماهنگی هدف‌های ملی و بخشی با واقعیات منطقه‌ای، لازم است که در چارچوب سیاست‌های توسعهٔ کلان و بخشی، سیاست‌های توسعهٔ منطقه‌ای و ناحیه‌ای نیزمورد توجه قرار می‌گیرند تا بتوان سیاست‌های کلان را با قابلیت‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی منطقه سازگارکرد(امین بیدخت، ۱۳۸۵: ۱۷).

یکی از ارکان اصلی توسعه، توسعهٔ اجتماعی می‌باشد، هدف از توسعهٔ اجتماعی، ایجاد امکانات مادی، اقتصادی و اجتماعی برای کلیهٔ افراد جامعه، افزایش دسترسی افراد جامعه به منابع حیاتی و توزیع عادلانهٔ آن بیان می‌شود و لذا می‌توان گفت که هدف توسعه، ارتقاء سطح زندگی و کیفیت زیست افراد جامعه و هماهنگی آن با جریان توسعه و پیشرفت‌های اقتصادی کشور است.توسعهٔ اجتماعی شامل رشد در جنبه‌های اجتماعی زندگی، نظیر بهداشت و درمان، تعلیم و تربیت، تغذیه، اشتغال، و موارد مشابه آن است که در نهایت تأمین کنندهٔ رفاه اجتماعی و اهداف مربوط به آن است (زاهدی اصل، ۸۱: ۱۳۸۱). خدمات بهداشتی را باید به عنوان یکی از اجزای غیر قابل تفکیک توسعهٔ اجتماعی در نظر گرفت که بایستی دارای اهداف، سیاست‌ها و برنامه‌های روشن باشد (نیکپور و همکاران، ۱۳٦۸: ٤٤). و هر کشور بر اساس این اهداف و برنامه‌ها باید سیاستی اتخاذ نماید که خدمات بهداشتی و درمانی را برای همهٔ مردم جامعه تأمین نماید.

یکی از مشکلات مهم در ارائهٔ خدمات بهداشتی و درمانی کشورهای جهان سوم، کمبود امکانات و نیروی انسانی بهداشتی و توزیع نادرست آن‌ها در مناطق شهری و روستایی است. توسعهٔ بهداشت کشورها تحت تأثیر عوامل مختلف اجتماعی، سیاسی،

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

فرهنگی، جمعیتی و ... قرار دارد (سازمان جهانی بهداشت، ١٣٦٤: ٢٤). این عدم توازن در عرضه و تقاضای نیروی انسانی بهداشتی- درمانی، سبب عدم کارآیی در ارائهٔ خدمات شده وسازمان‌دهی نادرست نیروها نیز به این عدم کارآیی دامن می‌زند (یارمحمدیان و بهرامی، ١٣٨٣: ٨). برای رفع این مشکلات بایستی نیازهای بهداشتی- درمانی جامعه شناسایی شود و در حقیقت بدون شناسایی این نیازها نمی‌توان خدمات بهداشتی- درمانی کامل ارائه نمود (نیک‌پور، ١٣٨٥: ١١). و بر اساس این نیازها به تهیهٔ آن‌ها پرداخت.

پراکندگی مناسب و برخورداری از خدمات بهداشتی ـ درمانی، منعکس کنندهٔ تناسب بین یک سری عوامل چون: قابلیت پرداخت[1] از نظر هزینه، فراهم بودن[2]، در دسترس بود[3]، مورد قبول بودن و تطابق خدمات با نیازها می‌باشد. فراهم بودن خدمات به طور سنتی با شاخص‌هایی مانند تعداد پزشک و تخت بیمارستانی بر واحدی از جمعیت اندازه‌گیری می‌شود. این ۵ عامل در برخورداری از خدمات به شکل یک زنجیره هستند به طوری که ارتقاء و بهبود صرفاً یکی از این عوامل به تنهایی نمی‌تواند باعث ارتقاء سطح دسترسی، برخورداری عادلانه، بهبود دسترسی و برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی شود(کریمی و دیگران، ٩٣: ١٣٨٨).علاوه بر دست‌رسی فیزیکی و دوری و نزدیکی مکانی به خدمات بهداشتی و درمانی، یکی از عواملی که تأثیر عمده‌ای بر میزان دسترسی خانواده‌ها به این گونه خدمات می‌گذارد وضعیت اقتصادی و مالی می‌باشد. تأثیر این عامل بدین گونه است که هر چه خانواده‌ها وضعیت اقتصادی مناسب‌تری داشته باشند، دست‌رسی آن‌ها به شاخص‌های درمانی و بهداشتی بیش‌تر است و بهتر می‌توانند این نیازها را برطرف کنند و آن‌هایی که از نظر اقتصادی در فقر و تنگنا هستند از تأمین حداقل نیازهای بهداشتی و درمانی خود ناتوانند و توان مقابله با بسیاری از امراض را ندارند. که

1. affordable
2. availability
3. availability

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

این وضعیت بایستی از طریق بیمهٔ همگانی، حمایت‌های دولتی و سایر روش‌هایی که می‌تواند به تنگناهای مالی خانواده‌ها کمک نماید برطرف شود.

علاوه بر تأمین نیازهای بهداشتی و درمانی، توزیع متعادل این خدمات بین همهٔ مردم لازم و ضروری می‌باشد که با بهره‌گیری از مدل‌های مختلف و بر اساس وزن جمعیتی هر ناحیه می‌توان به توزیع متعادل و بهینهٔ آن‌ها پرداخت.

در سال ۱۹٦٦ ریچارد مورفی محقق آمریکایی جهت تعیین سطوح توسعه یافتگی نقاط شهری این کشور از طریق تعیین حوزهٔ نفوذ شهرها شاخص‌هایی چون خدمات، مهاجرت‌های روزانه، تأسیسات و تجهیزات شهری، توزیع روزنامه و ... را به کار گرفت و شهرهای این کشور را به چند طبقهٔ متفاوت از سطوح توسعه طبقه‌بندی نمود. فکر آمایش سرزمین و تعادل بخشی به جمعیت و خدمات بعد از جنگ دوم جهانی در فرانسه، این کشور را وادار کرد تا با مطالعهٔ استخوان‌بندی سطوح متروپل‌های بزرگ و منطقه‌ای از طریق شاخص‌های مختلفی چون جاذبه و حوزهٔ نفوذ شهرها، مراکز بهداشتی و درمانی، تأسیسات و تجهیزات شهری، مراکز فرهنگی- هنری، مراکز آموزش عالی و ...، شهرهای این کشور را از لحاظ سطوح توسعه سطح‌بندی نماید (قدیر معصوم و حبیبی، ۱۳۸۳).

جو و همکارانش (Joae,et,al) برای طبقه‌بندی مناطق مختلف بلژیک از تکنیک‌های آماری چند متغیرهٔ تحلیل عاملی و تحلیل خوشه‌ای و با استفاده از ۳۳ شاخص اقتصادی، بهداشتی، آموزشی، فرهنگی و ... استفاده نموده‌اند. (مولایی، ۱۳۸٦).

نتایج حاصل از مطالعات زاهدی اصل، بر روی شاخص‌های دست‌رسی به مراقبت‌های درمانی و بهداشتی استان‌های ایران در بین سال‌های ۱۳٦۵ تا سال ۱۳۷۵ نشان می‌دهد که از نظر تعداد پزشکان و پیراپزشکان بیش‌ترین تعداد مربوط به استان تهران که در حدود ٤۰ درصد از آن‌ها را شامل می‌شود و کم‌ترین تعداد مربوط به استان‌های محروم نظیر کهگیلویه و بویر احمد، ایلام، بوشهر و ... بوده است. تعداد پزشک متخصص در برخی از استان‌ها مانند ایلام، سیستان و بلوچستان، کردستان و ... حتی به یک نفر هم نمی‌رسد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

از نظر برخورداری از تعداد تخت بیمارستان، استان‌های کهگیلویه و بویر احمد، ایلام، چهارمحال و بختیاری و بوشهر کم‌ترین سهم را در تخت بیمارستانی داشته‌اند در حالی که بیش‌ترین سهم تخت بیمارستانی بعد از تهران، متعلق به استان خراسان و سپس خوزستان بوده است. از مجموع تخت‌های بخش خصوصی بیش از ٤٥ درصد از تخت‌های بیمارستانی در تهران بوده است و این در حالی است که سهم استان‌های ایلام، بوشهر، چهارمحال و بختیاری، زنجان، سمنان، سیستان و بلوچستان، کردستان و بویر احمد در سال ۱۳۷۵ صفر بوده است (زاهدی اصل، ۱۳۸۱). هر چند که این استان‌ها در سال‌های بعد از دهۀ ۱۳۷۵ وضعیت مطلوبی پیدا کرده‌اند ولی اختلاف بین استان‌های محروم با برخورداری همچنان به قوت خود باقی می‌باشد و همچنان از استانداردهای بین المللی فاصلۀ زیادی دارند.

پژوهش حاضر برخلاف پژوهش‌های دیگر که شاخص‌های بهداشتی و درمانی را به صورت کلی و در سطح استانی مطالعه کرده، به بررسی و تحلیل شاخص‌های دسترسی به مراقبت‌های درمانی و بهداشتی در سطح شهرستان‌های ایران پرداخته است.

معرفی تکنیک‌ها و روش‌ها

در زمینۀ سنجش و تعیین سطح توسعه یافتگی انواع متنوعی از روش‌ها و تکنیک‌های کمی وجود دارد که بسته به میزان اعتبار و وثوق اطلاعات در دست‌رس و مهارت‌های برنامه ریزان محلی، برای سازمان دهی و ارزیابی اطلاعات مورد استفاده قرار می‌گیرند از جمله این روش‌ها می‌توان به تحلیل تاکسونومی، تحلیل عاملی، تحلیل خوشه‌ای، تحلیل شبکۀ اجتماعی، تحلیل سلسله مراتبی، مدل موریس و مدل شبکه‌های عصبی اشاره کرد (بدری و دیگران). در زیر به تشریح دو روش که در تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده پرداخته می‌شود.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

مدل مک گراناهان

مک گراناهان و همکارانش در مطالعه‌ای تحت عنوان مفاهیم و سنجش توسعهٔ اجتماعی ـ اقتصادی سعی کردند تا روشی را برای تعیین وزن شاخص‌های مختلف ابداع کنند. فرض آن‌ها این بود که وزن‌ها باید بیان‌گر میزان اهمیت هر شاخص در بین مجموعهٔ شاخص‌های مورد استفاده باشد و اهمیت هر شاخص نیز بر اساس میزان ضریب همبستگی هر شاخص با شاخص‌های دیگر تعیین گردد. آن‌ها معتقد بودند که توسعه، پدیده‌ای به هم مرتبط است به طوری که عوامل و متغیرهای مختلف در یک دورهٔ طولانی با همدیگر تغییر می‌یابند و شواهد تجربی نیز بهم مرتبط بودن شاخص‌های توسعه را تأیید می‌کنند. به همین دلیل به این نتیجه رسیدند که متوسط همبستگی هر متغیر با سایر متغیرها بهترین معیار برای دادن وزن به شاخص‌های مورد نظر است(کلانتری،۱۳۸۷).

مدل تحلیل خوشه‌ای

در دهه‌های اخیر کاربرد روش‌های کمی در برنامه‌ریزی ناحیه‌ای به طور فزاینده‌ای افزایش یافته است (حسین‌زاده دلیر، ۱۳۸۰). یکی از این روش‌ها، تحلیل خوشه‌ای است. این روش یکی از روش‌های پرکاربرد در مطالعات جغرافیای ناحیه‌ای است. در واقع روشی برای سطح‌بندی مناطق، شهرها، روستاها و...، است به طوری که دراین سطح بندی، مکان‌های واقع در یک سطح شباهت زیادی با همدیگر داشته، (حکمت نیا وموسوی، ۱۳۸۵). به عبارت دیگر از تکنیک تحلیل خوشه‌ای به عنوان روشی برای کاهش داده‌ها، از این حیث که مشاهدات در هر خوشه می‌تواند به نمایندگی میانگین سایر مشاهدات در آن خوشه باشد نام برده‌اند (Shannon And Others, 2003).در برنامه‌های سنجش چند بعدی، تحلیل خوشه‌ای اغلب می‌تواند به طور مؤثرتری برای طبقه‌بندی اولیهٔ متغیرها مورد استفاده قرار گیرد.(Toms and Others, 2001) و همچنین برای توصیف تنوع روش‌ها و دسته‌بندی شاخص‌ها با خصوصیات مشابه مورد استفاده قرار می‌گیرد(Kennedy, 1974).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

روش‌های متفاوتی برای تشکیل خوشه‌های تراکمی در روش تحلیل خوشه‌ای سلسله مراتبی وجود دارد مانند روش پیوند تکی، پیوند متوسط، پیوندکامل، روش وارد و روش مرکز ثقل، این روش‌ها از نظر نحوهٔ محاسبهٔ فاصله بین خوشه‌ها از هم متفاوت اند. انتخاب هرکدام از این روش‌ها بستگی به داده‌های آماری و هدف برنامه‌ریزی دارد (حکمت نیا و موسوی، ۱۳۸۵). که در این پژوهش با توجه به داده‌های مورد مطالعه از روش تحلیل خوشه‌ای تراکمی وارد، استفاده شده است.

روش پژوهش

روش تحقیق به صورت «کمی» می‌باشد، که برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل ثانویه استفاده شده، جهت نرمال سازی و استاندارد سازی داده‌ها از روش Z-Score و از مدل تحلیل خوشه ای[1] و مک گراناهان برای سطح‌بندی شهرستان‌ها استفاده شده است. جامعهٔ آماری این پژوهش کلیهٔ نقاطی بوده‌اند که بر اساس تقسیمات سیاسی کشور ایران در سال ۱۳۸۵ به عنوان شهرستان محسوب شده‌اند. در این پژوهش برای محاسبات آماری و ترسیم نقشه از نرم افزارهای SPSS وGIS استفاده شده است.

شاخص‌های مورد مطالعه

شاخص‌ها، نشانگرهایی هستند که فرآیند جمع‌آوری، طبقه‌بندی و تجزیه تحلیل اطلاعات و نتیجه‌گیری را منطقی و به طور کلی جهت فعالیت‌ها را مشخص و از حیث مفهومی چارچوب مناسبی را برای هدف گذاری تدوین و برنامه‌ریزی و ارزشیابی فعالیت‌ها به دست می‌دهند. در واقع شاخص‌ها به عنوان نماگرها، ترجمان اهداف کلان وکیفی هستند که جهت‌گیری و سمت‌گیری به سوی اهداف را دقیق‌تر می‌کنند. دقت در جهت‌گیری از یک سو باعث عدم اتلاف منابع می‌شود و از سوی دیگر تحقق اهداف و سیاست‌های مورد

1.cluster analysis.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

نظر را ممکن می‌سازد (رضوانی، ۱۳۸۳).

به طور کلی شاخص‌های مربوط به بهداشت و درمان در سه گروه مطرح می‌شوند.

گروه اول ـ شاخص‌های تندرستی شامل: شاخص‌های طول زندگی: (نرخ امید به زندگی، نرخ مرگ و میر عمومی، نرخ مرگ و میر کودکان کم‌تر از یک سال، نرخ مرگ و میر کودکان زیر پنج سال و نرخ مرگ و میر بر اثر زایمان)، شاخص‌های زندگی سالم شامل: (درصد اهم بیماری‌ها، دفعات مراجعهٔ سرپایی، تعداد بیماران بستری).

گروه دوم ـ شاخص‌های دسترسی به مراقبت‌های درمانی و بهداشتی شامل: شاخص‌های نسبت جمعیت به نیروی انسانی پزشکی(نسبت به پزشک، دندان پزشک، پرستار، ماما، بهیار، و بهیار ماما)، شاخص‌های نسبت جمعیت به تسهیلات بهداشتی درمانی(نسبت جمعیت به تخت بیمارستانی، نسبت جمعیت به آزمایشگاه، داروخانه، درمانگاه، رادیولوژی).

گروه سوم ـ شاخص‌های پیشگیری و بهداشت محیط شامل: بهداشت محیط(میزان پوشش آب آشامیدنی سالم، میزان پوشش حمام بهداشتی، توالت بهداشتی)، پیشگیری(نرخ مصون سازی، میزان پوشش تنظیم خانواده) (زاهدی اصل، ۱۳۸۱).

با توجه به شاخص‌های مطرح شده، در این پژوهش شاخص‌های که در گروه دوم قرار دارند و به عنوان شاخص‌های دسترسی به مراقبت‌های درمانی و بهداشتی محسوب می‌شوند مورد مطالعه قرار گرفته‌اند.

برای طبقه‌بندی شهرستان‌های کشور از نظر سطح توسعهٔ خدمات بهداشتی و درمانی لازم می‌باشد که شاخص‌های مورد نیاز با توجه به اطلاعات موجود و دست یافتنی انتخاب شوند از سوی دیگر عامل تعیین کننده در چند و چون شاخص‌ها در هر مطالعه‌ای، هدف مطالعه است. هدف از این مطالعه؛ شناخت نابرابری‌های سطح توسعهٔ بهداشتی و درمانی شهرستان‌های ایران می‌باشد، لذا بر پایهٔ چارچوب نظری و دیدگاه‌هایی که در مباحث پیشین به تفصیل از آن‌ها سخن رفته است، شاخص‌های ارزیابی و رتبه‌بندی مناطق (۱۰

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

شاخص) در این پژوهش مد نظر می‌باشند، که عبارت اند از:

۱- تعداد مؤسسات درمانی فعال (شامل بیمارستان، بیمارستان و زایشگاه، زایشگاه و آسایشگاه) به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت؛

۲- تعداد تخت فعال مؤسسات درمانی به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت؛

۳- تعداد مراکز بهداشتی و درمانی(شامل درمانگاه، کلینیک، پلی کلینیک و مرکز بهداشت) به ازای۱۰۰۰۰نفر جمعیت؛

۴- تعداد آزمایشگاه به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت؛

۵- تعداد داروخانه به ازای ۱۰۰۰۰نفر جمعیت؛

۶- تعداد مراکز پرتو نگاری به ازای ۱۰۰۰۰نفر جمعیت؛

۷- تعداد مراکز توانبخشی به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت؛

۸- تعداد پزشکان عمومی به ازای ۱۰۰۰۰نفر جمعیت؛

۹- تعداد پزشکان متخصص(شامل: داخلی، قلب، عفونی، اطفال، اعصاب و روان، پوست، جراحی عمومی، ارولوژی، ارتوپدی، مغز و اعصاب، گوش و حلق و بینی، چشم، دندانپزشک) به ازای ۱۰۰۰۰نفر جمعیت؛

۱۰- تعداد پیراپزشکان به ازای ۱۰۰۰۰نفر جمعیت؛

سطح‌بندی شهرستان‌ها بر اساس مدل مک گراناهان:

از مدل مک گراناهان برای سنجش میزان برخورداری شهرستان‌های کشور از نظر خدمات بهداشتی و درمانی بدین صورت استفاده شده است که:

۱- ابتدا ضریب همبستگی بین متغیرهای بهداشتی و درمان محاسبه، سپس متوسط ضریب همبستگی برای این متغیرها به دست آمده است (جدول شمارهٔ ۱).

۲- پس از محاسبهٔ وزن هر شاخص از طریق متوسط ضریب همبستگی، مقادیر مربوط به متغیرها با استفاده از روش تقسیم بر میانگین رفع اختلاف مقیاس شده و وزن‌های

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

محاسبه شده در مقادیر ضرب گردیدند(با توجه به زیاد بودن تعداد شهرستان‌ها از ارائهٔ جدول آن صرف نظر شده است).

۳- سپس از طریق جمع کردن ستون‌ها، شاخص ترکیبی به دست آمده که بر اساس آن به سطح‌بندی شهرستان‌ها پرداخته شده است که نتایج آن در(جدول شمارهٔ: ۲ و نقشهٔ شمارهٔ: ۱) ارائه شده است.

براساس مدل مک گراناهان مشخص شده است که شهرستان تهران از نظر برخورداری از شاخص‌های بهداشتی و درمانی جدا از سایر شهرستان‌ها به صورت خیلی برخوردار خود را نشان داده است. شهرستان‌های اصفهان، مشهد، شیراز، اهواز و کرج به صورت برخوردار می‌باشند. شهرستان‌های کرمان، زاهدان، بندرعباس، تبریز، ارومیه، گرگان، قزوین، ساری، شهریار، همدان، قم، اراک، یزد به صورت کم‌تر برخوردار و سایر شهرستان‌ها که تعداد آن‌ها در حدود ۲۵۰ شهرستان می‌باشند، به صورت محروم اند، بنابراین اکثر شهرستان‌های کشور از نظر برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی در حد محروم می‌باشند.

جدول شماره ۱: همبستگی بین متغیرهای بهداشتی و درمانی و متوسط ضریب همبستگی بین آن‌ها

شاخص‌ها	تعداد بیمارستان	تعداد تخت	تعداد مراکز بهداشتی	تعداد آزمایشگاه	تعداد داروخانه	تعداد مراکز پرتونگاری	تعداد مراکز توانبخش	تعداد مراکز پیراپزشکی	تعداد پزشک عمومی	تعداد پزشک متخصص	W متوسط ضریب همبستگی هر شاخص (وزن)
تعداد بیمارستان	۱	۰/۷۴۳	۰/۹۷۵	۰/۹۸۶	۰/۹۸۱	۰/۹۹۰	۰/۹۸۹	۰/۹۶۶	۰/۹۶۷	۰/۹۷۲	۰/۹۵۶۷
تعداد تخت	۰/۷۴۳	۱	۰/۷۵۲	۰/۷۵۲	۰/۷۵۷	۰/۷۵۶	۰/۷۵۴	۰/۷۵۲	۰/۷۵۴	۰/۷۵۶	۰/۷۷۶۷
تعداد مراکز بهداشتی	۰/۹۷۵	۰/۷۵۲	۱	۰/۹۹۲	۰/۹۹۱	۰/۹۸۷	۰/۹۹۲	۰/۹۹۱	۰/۹۹۶	۰/۹۷۹	۰/۹۶۵۵
تعداد آزمایشگاه	۰/۹۸۶	۰/۷۵۲	۰/۹۹۲	۱	۰/۹۹۸	۰/۹۹۸	۰/۹۹۹	۰/۹۹۲	۰/۹۸۸	۰/۹۸۸	۰/۹۶۹۴
تعداد داروخانه	۰/۹۸۱	۰/۷۵۷	۰/۹۹۱	۰/۹۹۸	۱	۰/۹۹۸	۰/۹۹۷	۰/۹۸۷	۰/۹۸۶	۰/۹۹۴	۰/۹۶۸۹
تعداد مراکز پرتونگاری	۰/۹۹۰	۰/۷۵۶	۰/۹۸۷	۰/۹۹۸	۰/۹۹۸	۱	۰/۹۹۸	۰/۹۸۴	۰/۹۸۰	۰/۹۹۲	۰/۹۶۸۳

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

شاخص‌ها	تعداد بیمارستان	تعداد تخت	تعداد مراکز بهداشتی	تعداد آزمایشگاه	تعداد داروخانه	تعداد مراکز پرتونگاری	تعداد مراکز توانبخش	تعداد پیراپزشکی	تعداد پزشک عمومی	تعداد پزشک متخصص	W متوسط ضریب همبستگی هر شاخص (وزن)
تعداد مراکز توانبخش	۰/۹۸۹	۰/۷۵٤	۰/۹۹۲	۰/۹۹۹	۰/۹۹۷	۰/۹۹۸	۱	۰/۹۹۰	۰/۹۸۹	۰/۹۸٦	۰/۹٦۹٥
تعداد مراکز پیراپزشکی	۰/۹٦٦	۰/۷٥۲	۰/۹۹۱	۰/۹۹۲	۰/۹۸۷	۰/۹۸٤	۰/۹۹۰	۱	۰/۹۹۲	۰/۹٦۸	۰/۹٦۲۲
تعداد پزشک عمومی	۰/۹٦۷	۰/۷٤٥	۰/۹۹٦	۰/۹۸۸	۰/۹۸٦	۰/۹۸۰	۰/۹۸۹	۰/۹۹۲	۱	۰/۹۷۰	۰/۹٦۱۳
تعداد پزشک متخصص	۰/۹۷۲	۰/۷٥٦	۰/۹۷۹	۰/۹۸۸	۰/۹۹٤	۰/۹۹۲	۰/۹۸٦	۰/۹٦۸	۰/۹۷۰	۱	۰/۹٦۰٥

جدول شمارهٔ ۲: سطح‌بندی شهرستان‌های ایران بر اساس مدل مک گراناهان

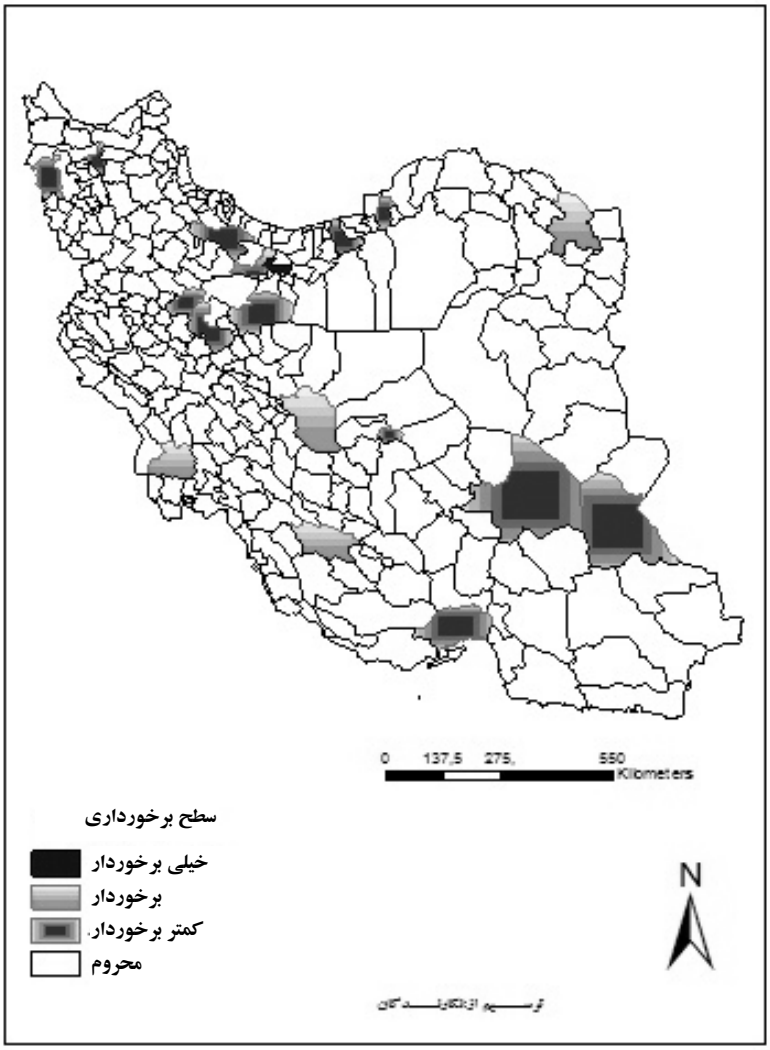
شهرستان	درصد	تعداد	درجهٔ توسعه یافتگی
تهران	**۰/۳۷**	**۱**	**خیلی برخوردار**
شیراز، کرج، اصفهان، مشهد، اهواز	**۱/۸۵**	**۵**	**برخوردار**
تبریز، شهریار، ارومیه، گرگان، زاهدان، ساری، بندرعباس، همدان، یزد، اراک، کرمان، قم، قزوین	**٤/۸۳**	**۱۳**	**کم‌تر برخوردار**
زنجان، کرمانشاه، خرم آباد، سنندج، شهرکرد، آمل، بابل، اردبیل، رشت، ری، لواسان، کاشان، نیریز، آباده، ارسنجان، استهبان، اقلید، بوانات، جهرم، صفا شهر، خانج، داراب، اردکان، فسا، فراشبند، فیروزآباد، قیر، کازرون، لار، لامرد، مرودشت، نورآباد ممسنی، اسلامشهر، پاکدشت، دماوند، رباط کریم، طالقان، فیروزکوه، نظرآباد، ورامین، اردستان، آران و بیدگل، میمه، تیران، خمینی شهر، خوانسار، سمیرم، شهرضا، فریدن، فریدونشهر، فلاورجان، گلپایگان، لنجان، مبارکه، نائین، نجف آباد، نطنز، اسفراین، بجنورد، جاجرم، شیروان، فاروج، آشخانه، اشنویه، بوکان، پیرانشهر، تکاب، چالدران، خوی، سردشت، سلماس، شاهیندژ، ماکو، مهاباد، میاندوآب، نقده، بیله سوار، پارساباد، کوسر، مشکین	**۹۲/۹۳**	**۲۵۰**	**محروم**
	۱۰۰	**۲٦۹**	**جمع**

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

شهرستان	درصد	تعداد	درجهٔ توسعه یافتگی
شهر، مغان، نامین، نیر، تاکستان، بوئین زهرا، آبیک، آستارا، شهرستانه اشرفیه، املشت، بندرانزلی، تالش، رضوانشهر، رودبار، سیاهکل، شفت، سومعه سرا، فومن، لاهیجان، لنگرود، ماسال، آزادشهر، آقاقولا، بندر گناوه، بندر ترکمن، رامیان، علی آباد، کردکوی، کلاله، گنبد کاووس، مینودشت، دامغان، سمنان، شاهرود، گرمسار، ایرانشهر، چابهار، خاش، زابل، سراوان، سرباز، نیکشهر، زهک، کنارک، بابلسر، بهشهر، تنکابن، جویبار، چالوس، رامسر، سوادکوه، قائم شهر، محمود آباد، نکا، نور، نوشهر، ابوموسی، بوستک، بندر خمیر، بندرعباس، بندر لنجان، پارسیان، جاسک، حاجی آباد، زیارت آباد، قشم، میناب، بهار، تویسرکان، رازان، کبودرآهنگ، ملایر، نهاوند، همدان، اسدآباد، آبدانان، ایلام، ایوان، دره شهر، دهلران، شیروان چرداول، مهران، اسلام آباد، پاوه، سلاسباب، جوانرود، دالاهو، روانسر، سرپل ذهاب، سنقر، صحنه، قصر شیرین، کنگاور، گیلانغرب، هرسین، الیگودرز، بروجرد، دلفان، درود، کوهدشت، ازنا، پلدختر، سلسله، بانه، بیجار، دیواندره، سقز، قروه، کامیاران، مریوان، بردسکن، تایباد، تربت جام، تربت حیدریه چناران، خلیل آباد، خاف، دره گز، رشته خانه، سبزوار، سرخس، فریمان، قوچان، کاشمر، کلات، گناباد، مولت، نیشابور، بیرجند، درمیان، سرایان، سربیشه، قنات، نهبندان، ابرکوه، اردکان، بافق، تفت، خاتم، طبس، مهریز، میبود، بوشهر، تنگستان، دشتستان، دشتی، دیر، دیلم، کنگان، گناوه، جم، آشتیان، تفرش، خمین، دلیجان، زرندیه، ساوه، شازند، کمیجان، محلات، بویراحمد، کهکیلویه، گچساران، دنا، بروجن، فارسان، لردگان، اردل، کوهرنگ، آذرشهر، اسکو، اهر، بوستان آباد، بناب، جلفا، چراویما، سراب، شبستر، عجب شیر، کلیبر، مراغه، مرند، ملکان، میانه، ورزقان، هریس، هشترود، بافت، بردسیر، بم، جیرفت، راور، زرند، سیرجان، شهر بابک، کهنوج، ابهر، ایجرود، خدابنده، خرم دره، تارم، ماه نشان، آبادان، امیدیه، اندیمشک، ایذه، باغ ملک، بندر ماهشهر، بهبهان، خرمشهر، دزفول، دشت آذر، رامهرمز، شادگان، شوش، شوشتر، مسجد سلیمان			

شکل شمارهٔ ۱: سطح‌بندی شهرستان‌های ایران ازخدمات بهداشتی و درمانی بر اساس مدل مک گراناهان

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]



سطح‌بندی شهرستان‌ها به روش تحلیل خوشه‌ای:

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

با توجه به سطح‌بندی حاصل از تحلیل خوشه‌ای مشخص شده است که در بین ۲٦۹ شهرستانی که در کشور وجود دارد، فقط یک شهرستان (تهران) که ۰/۳۷ درصد از کل شهرستان‌های کشور را شامل می‌شود، از نظر امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی به صورت توسعه یافته و برخوردار می‌باشد. در این میان ٦ شهرستان که ۲,۲۳ درصد از شهرستان‌های کشور را شامل می‌شود نسبتاً توسعه یافته (نسبتاً برخوردار) هستند.از بین شهرستان‌های کشور تعداد ۲٤ شهرستان با ۸/۹۲ درصد به صورت کم‌تر توسعه یافته (کم‌تر برخوردار) و ۲۳۸ شهرستان دیگر که ۸۸/٤۷ درصد از شهرستان‌های کشور را شامل می‌شوند به صورت محروم (نابرخوردار) می‌باشند.

جدول شمارهٔ۳: سطح‌بندی شهرستان‌های کشور از نظر برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی بر اساس تحلیل خوشه‌ای

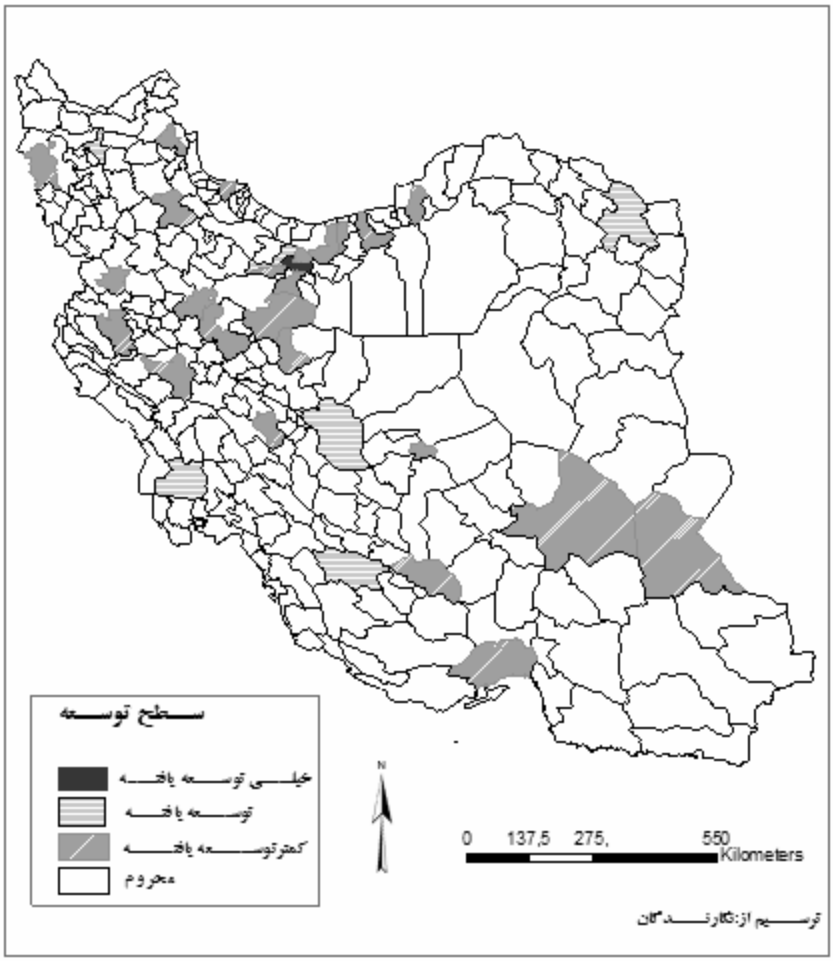
شهرستان	درصد	تعداد	درجهٔ توسعه یافتگی
تهران	۰/۳۷	۱	توسعه یافته
شیراز، کرج، اصفهان، مشهد، تبریز، اهواز	۲/۲۳	٦	نسبتاً توسعه یافته
ری، لواسان، شهریار، قزوین، کاشان، ارومیه، اردبیل، رشت، گرگان، زاهدان، آمل، بابل، ساری، بندرعباس، همدان، کرمانشاه، خرم آباد، سنندج، یزد، اراک، شهرکرد، کرمان، زنجان، قم	۸/۹۲	۲٤	کم‌ترتوسعه یافته
نیریز، آباده، ارسنجان، استهبان، اقلید، بوانات، جهرم، صفا شهر، خانج، داراب، اردکان، فسا، فراشبند، فیروزآباد، قیر، کازرون، لار، لامرد، مرودشت، نورآباد ممسنی، اسلامشهر، پاکدشت، دماوند، رباط کریم، طالقان، فیروزکوه، نظرآباد، ورامین، اردستان، آران و بیدگل، میمه، تیران، خمینی شهر، خوانسار، سمیرم، شهرضا، فریدن، فریدونشهر، فلاورجان، گلپایگان، لنجان، مبارکه، نائین، نجف آباد، نطنز، اسفراین، بجنورد، جاجرم، شیروان، فاروج، آشخانه، اشنویه، بوکان، پیرانشهر، تکاب، چالدران، خوی، سردشت، سلماس، شاهیندژ، ماکو، مهاباد، میاندوآب، نقده، بیله سوار، پارسآباد، کوسر، مشکین شهر، مغان، نامین، نیر، تاکستان، بوئین زهرا، آبیک، آستارا، شهرستانه اشرفیه، املشت، بندرانزلی، تالش، رضوانشهر، رودبار، سیاهکل، شفت، سومعه سرا، فومن، لاهیجان، لنگرود، ماسال، آزادشهر، آقاقولا، بندر گناوه، بندر ترکمن، رامیان، علی	۸۸/٤۷	۲۳۸	محروم
	۱۰۰	۲٦۹	جمع

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

شهرستان	درصد	تعداد	درجهٔ توسعه یافتگی
آباد، کردکوی، کلاله، گنبد کاووس، مینودشت، دامغان، سمنان، شاهرود، گرمسار، ایرانشهر، چابهار، خاش، زابل، سراوان، سرباز، نیکشهر، زهک، کنارک، بابلسر، بهشهر، تنکابن، جویبار، چالوس، رامسر، سوادکوه، قائم شهر، محمود آباد، نکا، نور، نوشهر، ابوموسی، بوستک، بندر خمیر، بندرعباس، بندر لنجان، پارسیان، جاسک، حاجی آباد، زیارت آباد، قشم، میناب، بهار، تویسرکان، رازان، کبودرآهنگ، ملایر، نهاوند، همدان، اسدآباد، آبدانان، ایلام، ایوان، دره شهر، دهلران، شیروان چرداول، مهران، اسلام آباد، پاوه، سلاسباب، جوانرود، دالاهو، روانسر، سرپل ذهاب، سنقر، صحنه، قصر شیرین، کنگاور، گیلانغرب، هرسین، الیگودرز، بروجرد، دلفان، درود، کوهدشت، ازنا، پلدختر، سلسله، بانه، بیجار، دیواندره، سقز، قروه، کامیاران، مریوان، بردسکن، تایباد، تربت جام، تربت حیدریه چناران، خلیل آباد، خاف، دره گز، رشته خانه، سبزوار، سرخس، فریمان، قوچان، کاشمر، کلات، گناباد، مواالت، نیشابور، بیرجند، درمیان، سرایان، سربیشه، قنات، نهبندان، ابرکوه، اردکان، بافق، تفت، خاتم، طبس، مهریز، میبود، بوشهر، تنگستان، دشتستان، دشتی، دیر، دیلم، کنگان، گناوه، جم، آشتیان، تفرش، خمین، دلیجان، زرندیه، ساوه، شازند، کمیجان، محلات، بویراحمد، کهکیلویه، گچساران، دنا، بروجن، فارسان، لردگان، اردل، کوهرنگ، آذرشهر، اسکو، اهر، بوستان آباد، بناب، جلفا، چراویما، سراب، شبستر، عجب شیر، کلیبر، مراغه، مرند، ملکان، میانه، ورزقان، هریس، هشترود، بافت، بردسیر، بم، جیرفت، راور، زرند، سیرجان، شهر بابک، کهنوج، ابهر، ایجرود، خدابنده، خرم دره، تارم، ماه نشان، آبادان، امیدیه، اندیمشک، ایذه، باغ ملک، بندر ماهشهر، بهبهان، خرمشهر، دزفول، دشت آذر، رامهرمز، شادگان، شوش، شوشتر، مسجد سلیمان			

شکل شمارهٔ ۲: سطح‌بندی شهرستان‌های ایران ازخدمات بهداشتی و درمانی بر اساس مدل تحلیل خوشه‌ای

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]



بحث و نتیجه‌گیری

شهرستان‌های ایران، از نظر برخورداری از شاخص‌های بهداشتی و درمانی، همسان نبوده و

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

اختلاف زیادی با یکدیگر دارند و اغلب آن‌ها از نظر شاخص‌های توسعهٔ بهداشتی و درمانی در حد مطلوبی نمی‌باشند. سطح‌بندی حاصل از مدل‌های تحلیل خوشه‌ای و مدل مک گراناهان، نشان می‌دهد که شهرستان تهران جدا از سایر شهرستان‌ها و به صورت بسیار برخوردار «خیلی توسعه یافته»، شهرستان‌های مراکز استان‌های بزرگ مانند(شیراز، کرج، اصفهان، مشهد، تبریز و اهواز)، که حدود ۲ درصد از شهرستان‌های ایران را شامل می‌شوند به صورت برخوردار«توسعه یافته»، مراکز استان‌های ایران و شهرستان‌های مجاور با شهرستان‌های بزرگ به صورت تا حدودی برخوردار«کم‌تر توسعه یافته» و سایر شهرستان‌ها که در حدود ۹۰ درصد از آن‌ها را شامل می‌شوند به صورت محروم می‌باشند.

این نتایج با مطالعات زاهدی اصل که بر روی خدمات بهداشتی و درمانی استان‌های ایران انجام داده مطابقت می‌کند و نشان می‌دهد که تفاوت در میزان برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی در مناطق و نواحی ایران بسیار زیاد است. تفاوتی که بین این دو پژوهش وجود دارد این است که پژوهش مذکور در ارتباط با مناطق و استان‌های ایران می‌باشد، اما پژوهش حاضر در ارتباط با نواحی و شهرستان‌ها می‌باشد و مطالعات در سطح کوچک‌تر انجام گرفته است.

مهم‌ترین عامل در توزیع نابرابر خدمات بهداشتی و درمانی، سیاست‌های و برنامه‌ریزی‌های است که منجر به تمرکز فعالیت‌ها و خدمات در شهرستان‌های بزرگ می‌شود. این تمرکز گرایی، اختلافات توسعهٔ بهداشتی و درمانی شهرستان‌ها را روز به روز بیش‌تر می‌نماید، به صورتی که اکثر پزشکان متخصص و یا فوق تخصص و همچنین بیمارستان‌ها، مطب‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز توانبخشی مجهز و پیشرفته، در درجهٔ اول در شهرستان بزرگ ایران و در درجهٔ دوم در شهرستان‌های مرکزی استان‌ها توزیع شده‌اند.

بنابراین توجه به کاهش اختلافات و تفاوت‌های خدمات بهداشتی و درمانی شهرستان‌ها لازم و ضروری می‌باشد که برای برآورد این هدف نیاز به انجام اقداماتی به شرح زیر می‌باشد:

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

۱- جلوگیری از تمرکز امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی در شهرستان‌های بزرگ،
۲- توجه به برنامه ریزی‌های منطقه‌ای به جای برنامه‌ریزی بخشی و کلان،
۳- توجه به آستانهٔ جمعیتی هر کدام از شهرستان‌ها و ارائهٔ خدمات بهداشتی و درمانی مانند: (بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، کلینیک‌های تخصصی و ...) مطابق با تعداد جمعیت،
٤- سطح‌بندی خدمات و تدوین پروتکل‌های لازم برای پیشگیری، درمان و توانبخشی .

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

منابع و مآخذ References

- امین بیدخت، علی اکبر، (۱۳۸۵)، سنجش توسعه یافتگی شهرستانهای استان سمنان، **مجله آموزش رشد جغرافیا**، انتشارات وزارت آموزش وپرورش.
- بدری، سید علی و اکبریان رونیزی، سعید رضا، (۱۳۸۲)، مطالعه تطبیقی کاربرد روش‌های سنجش توسعه یافتگی در مطالعات ناحیه‌ای مورد: شهرستان اسفراین، **مجله جغرافیا و توسعه**.
- چاکونویک، وی و ای.پی.ماخ، (۱۳٦٤)، **نیازهای اساسی بهداشت** (ترجمهٔ سعید شهنواز)، تهران، مرکز نشر دانشگاهی.
- حسین‌زاده دلیر، کریم، (۱۳۸۰)، **برنامه‌ریزی ناحیه‌ای**، انتشارات سمت، چاپ اول.
- حکمت‌نیا، حسن و موسوی، میر نجف، (۱۳۸۵)، **کاربرد مدل درجغرافیا باتأکید بر برنامه‌ریزی شهر ی وناحیه‌ای**، انتشارات علم نوین، چاپ اول .
- دلگشایی، بهرام، طبیبی، سید جمال الدین و پهلوان، پریسا، (۱۳۸٦)، ارائهٔ الگوی توسعهٔ منابع انسانی در بخش بهداشت و درمان ایران، **مجله پژوهشی دانشکده پزشکی**، دانشگاه علو م پزشکی و خدمات درمانی شهید بهشتی، دوره ۳۱، شماره ٤.
- رضوانی، محمدرضا، (۱۳۸۳)، سنجش وتحلیل سطوح توسعه یافتگی نواحی روستایی درشهرستان سنندج، **مجله جغرافیا وتوسعه ناحیه‌ای**، انتشارات دانشگاه فردوسی مشهد، شماره سوم .
- زاهدی‌اصل، محمد، (۱۳۸۱)، مبانی رفاه اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، چاپ اول، تهران.
- سازمان جهانی بهداشت، (۱۳٦٤)، **فرآیند مدیریت برای توسعهٔ بهداشت کشور** (ترجمهٔ محمّد عصار)، تهران، نشر مترجم.
- قدیر معصوم، مجتبی و حبیبی، کیومرث، (۱۳۸۳)، سنجش و تحلیل سطوح توسعه یافتگی شهرها و شهرستانهای استان گلستان، **نامه علوم اجتماعی**، شماره ۲۳.
- کریمی، ایرج، سالاریان، آزیتا و عنبری، زهره، (۱۳۸۸)، مطالعهٔ تطبیقی برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی در چند کشور توسعه یافته و

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

منابع و مآخذ References

ارائهٔ الگوی مناسب ایـران، **مجلـه دانـشگاه علـوم پزشـکی اراک**، سـال ۱۲، شماره٤ (شماره پیاپی ٤٩).

- کلانتـری، خلیـل، (۱۳۸۲)، **پـردازش و تحلیـل داده‌هـا درتحقیقـات علـوم اجتماعی ـ اقتصادی با استفاده از نرم افزار spss**، انتشارات شریف، تهران.
- کلانتری، خلیل، (۱۳۸۷)، **برنامه‌ریزی توسعه منطقه‌ای (تئوری‌ها و تکنیک‌ها)**، انتشارات خوشبین، تهران.
- مولایی، محمد، (۱۳۸٦)، مقایسهٔ درجهٔ توسعه یـافتگی بخـش خـدمات و رفـاه اجتماعی استان‌های ایران طی سال‌های ۱۳۷۳و ۱۳۸۳، **فصلنامهٔ علمی پژوهشی رفاه اجتماعی**، سال ششم، شماره ٢٤.
- نیک‌پور، بهمـن، آصـف‌زاده، سـعید و مجلـسی، فرشـته، (۱۳٦۸)، **مـدیریت و برنامه‌ریزی بهداشت و درمان، تهران**، انتشارات دانشگاه تهران.
- نیک‌پور، بهمـن، (۱۳۸۵)، **بهداشـت و درمـان در روسـتاهای چهارمحـال و بختیاری، تهران**، انتشارات دانشگاه تهران.
- یارمحمّـدیان، محمّدحـسین و سوسـن بهرامـی، (۱۳۸۳)، **نیازسـنجی در سازمان‌های بهداشتی، درمانی و آموزشی**، اصفهان، انتـشارات دانـشگاه علـوم پزشکی اصفهان.

- Attfield, R. & Wikins, B. (1992**), International Justice and the Third World**, London, Rutledge.
- Kennedy, J. N. A, (1974), **Review of Some Cluster Analysis Methods**, AIIE TRANSACTIONSV, volume 6, No. 3.
- Shannon, W. Culverhouse, R. And Duncan, J, (2003), **analyzing micro array data using cluster analysis**, Ashley Publications Ltd, 4(1).
- Toms, M. L., Mark A. Cummings-Hill and David G. Curry, (2001), Using Cluster Analysis for **Deriving Menu Structures for Automotive Mobile Multimedia Applications**, SAE 2001 World Congress Detroit, Michigan March 5-8.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]