

بررسی نابرابری نماگرهای سلامت در شهرستان‌های استان فارس

محمد رضا رضایی^۱: استادیار گروه جغرافیا و برنامه ریزی شهری، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران
محمود اکبری: استادیار گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران

پذیرش: ۱۳۹۶/۹/۲۰

ص ۱۹-۳۲

دریافت: ۱۳۹۶/۵/۷

چکیده

توزیع مناسب و بهینه امکانات و خدمات در میان مناطق مختلف یکی از پیش نیازهای توسعه پایدار و یکی از مهم‌ترین عوامل جلوگیری از نابرابری‌ها و شکاف توسعه در پهنه سرزمین است. در همین راستا افزایش دسترسی به خدمات بخش بهداشت و درمان همواره یکی از پیش نیازهای اساسی تحقق توسعه پایدار شهری و منطقه‌ای محسوب می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی شاخص‌های سلامت در شهرستان‌های استان فارس است. روش پژوهش از نوع کمی- تحلیلی بوده و قلمرو پژوهش را شهرستان‌های استان فارس تشکیل می‌دهند. شاخص تمرکز و گستاف، پاسی و دورسلا نشان می‌دهد که شهرستان شیراز با اخذ مجموع شاخص ترکیبی ۱۱,۳۹ در سطح ورا تمرکز قرار گرفته است. نتایج حاکی از آن است که شهرستان‌های جهرم با شاخص ترکیبی ۲,۲۹، لار با شاخص ترکیبی ۲,۲۷۴، مرودشت با شاخص ترکیبی ۲,۲۶۹، فسا با شاخص ترکیبی ۱,۷۳۷۵، ممسنی با شاخص ترکیبی ۱,۲۱۲۳ و کازرون با شاخص ترکیبی ۱,۱۸ در سطح میان تمرکز استان قرار دارند. ۱۷ شهرستان استان در سطح فرو تمرکز قرار داشته و جزو شهرستان‌های محروم استان و ایران محسوب شده و ضروری است در برنامه ریزی های خرد و کلان به این مناطق توجه ویژه‌ای مبذول نمود. همچنین شاخص پیشرفت و گستاف نشان می‌دهد که شهرستان شیراز با شاخص ترکیبی ۲۳۶,۸۷۵ در سطح ورا تمرکز قرار دارد. شهرستان‌های لار با شاخص ترکیبی ۲۹,۷۹، جهرم با شاخص ترکیبی ۲۶,۵۴۱۷، مرودشت با شاخص ترکیبی ۲۶,۲۹۱۷، کازرون با شاخص ترکیبی ۲۱,۷۰۸۳ و فسا با شاخص ترکیبی ۲۱,۶۶۶۷ در سطح میان تمرکز استان قرار گرفته‌اند. سایر شهرستان‌ها در سطح محروم قرار گرفته‌اند.

واژه‌های کلیدی: شاخص و گستاف، پاسی، فون دورسلا، شاخص پیشرفت و گستاف، مؤلفه‌های سلامت، استان فارس.

^۱. نویسنده مسئول: rezaeimohammadreza20@yahoo.com, ۰۹۱۷۶۸۴۲۲۵۷

بیان مسأله:

ما در جهان خیلی نابرابری زندگی می‌کنیم (Melamed and Samman, 2013: 1). فقر و نابرابری از مفاهیم عمده در جهان در حال رشد است (Alvaredo and Gasparini, 2013: 3). به طوری که در حال حاضر یکی از مسائل مهم بی تعادلی نظام توزیع و نارسایی سیستم خدمات شهری است و توسعه ناهمگون و برنامه‌ریزی نشده از دلایل اصلی بروز این مشکل هستند (Yazdani and Firouzi Majande, 2016: 18). یکی از این خدمات در شهرها و مناطق خدمات بهداشتی و درمانی است و طی دو دهه گذشته حجم زیادی از تحقیقات و گزارشات در زمینه نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی در سلامت انجام شده است. نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه وجود دارد (Braveman and Tarimo, 2002: 1621). چالش‌های در حال گسترشی در مورد اینکه آیا سلامتی به طور منفی به وسیله نابرابری درآمدی در درون جامعه تحت تأثیر قرار گرفته وجود دارد (Nilsson and Bergh, 2012: 2). در وضعیت کنونی سلامتی مهمترین عامل پیشرفت و توسعه جامعه است. برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی با هدف ارتقاء و حفظ و تأمین سلامت افراد از ارکان مهم پیشرفت سلامت در هر جامعه است (Faraji Sabokbar and Vazin, 2012: 28). دسترسی مناسب به خدمات شهری و توزیع متناسب آنها از ضروریات عدالت اجتماعی در جهان است. یکی از بخش‌های خدماتی که برای زندگی روزمره دارای نقش حیاتی است و می‌توان آن را به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه انسانی در نظر گرفت، خدمات بهداشت و درمان است. این بخش یکی از زیربخش‌های مهم خدماتی است که ارزیابی چگونگی توزیع فضایی و برنامه‌ریزی آن می‌تواند در برنامه‌ریزی شهری و منطقه‌ای مفید واقع شود. در صورت وجود و شیوع بیماری، توسعه پایدار محقق نخواهد شد و بدون ایجاد محیط سالم و بدون تأمین خدمات بهداشتی و درمانی، سلامتی افراد جامعه تداوم نخواهد یافت. مطالعات نشان می‌دهد که افرادی که به لحاظ ضعف اقتصادی در نواحی فقیر ساکن شده‌اند، به واسطه رشد نابرابری‌های فضایی و اجتماعی در دسترسی به خدمات محروم‌تر هستند (Ahmad, 2004). برخورداری از زندگی سالم با کیفیت و عاری از بیماری و ناتوانی حق همگانی است که در اعلامیه جهانی حقوق بشر نیز بر آن تأکید شده است (Farnodi, 2009: 2). سنجش و ارزیابی عدالت در سلامت در درون جامعه نیازمند بررسی نابرابری‌ها سلامتی بین همه آحاد جامعه و گروه‌های اجتماعی کمتر توسعه یافته در درون جامعه است (Braveman and Tarimo, 2002: 1623). بررسی دقیق و همه جانبه مسائل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و شناخت بهتر نیازهای جامعه و بهبود آنها به توسعه متعادل و متوازن فضاهای جغرافیایی منتهی می‌شود. خدمات بهداشت و درمان یکی از مؤلفه‌های اصلی توسعه محسوب می‌شود (Zangiabadi et al, 2012: 200) و بهبود وضعیت خدمات بهداشتی و درمانی شهروندان یکی از نشانه‌های ارتقاء و توسعه انسانی است (Mosavi et al, 2016: 89) و این خدمات بایستی به صورت یکپارچه و منصفانه در اختیار همه مردم قرار گیرد. توزیع ناعادلانه ثروت و حقوق اجتماعی نابرابر مانع از آن شده که اکثریت مردم بتوانند از امکانات موجود بهداشتی و درمانی متناسب با نیازهای خود بهره‌جویند. در راستای نیل به توزیع عادلانه در پژوهش حاضر سعی شده که با استفاده از شاخص‌های تمرکز و گستاف، پاسی و دورسلر و شاخص پیشرفت و گستاف به بررسی مؤلفه‌های سلامت در استان فارس پرداخته شود.

پیشینه پژوهش

از تحقیقات مرتبط با موضوع می‌توان به شاعلی (۱۳۷۹)، شریف زادگان و همکاران (۱۳۸۹)، تقوایی و شاهپوندی (۱۳۸۹)، جعفری و عزیزی فرد (۱۳۹۰)، واقعی و همکاران (۱۳۹۰)، زنگی‌آبادی و همکاران (۱۳۹۱)، فرجی سبکیار و وزین (۱۳۹۲)، غضنفرپور (۱۳۹۲)، انجم شعاع و همکاران (۱۳۹۲)، متقی و متقی (۱۳۹۲)، اکبری (۱۳۹۳)، ملکی و همکاران (۱۳۹۴)، موسوی و همکاران (۱۳۹۵)، اسمیت (۱۹۷۴)، و گستاف، فون دورسلر و پاسی (۱۹۸۹)، ویلکینسون (۱۹۹۶)، استکلوف و بومیر (۲۰۰۲)، براومن و تریمو (۲۰۰۲)، دیتون (۲۰۰۳)، بلچرودت و دورسلر (۲۰۰۵)، ویلکینسون و پیکت (۲۰۰۶)، چنگ و

¹-Wilkinson

²-Braveman and Tarimo

³-Deaton

همکاران (۲۰۰۷)، نیلسون و برق (۲۰۱۲)، الواردو و گاسپرینی (۲۰۱۳)، ملامد و سامن (۲۰۱۳) و غیره اشاره نمود. شریف زادگان و همکاران (۱۳۸۹) به این نتیجه رسیده‌اند که افزایش دسترسی به خدمات بهداشت و درمان به عنوان یک شاخص کیفیت زندگی و رفاه از نقش مهمی برخوردار است. جعفری و عزیزی فرد (۱۳۹۰) با استفاده از ضریب ناموزون موریس و نقشه‌های تهیه شده توسط سامانه اطلاعات جغرافیایی به این نتیجه رسیده‌اند که نابرابری و عدم تعادل و تناسب کمیت و پراکندگی خدمات بهداشت و درمان در لرستان وجود دارد. واقعی و همکاران (۱۳۹۰) به این نتیجه رسیده‌اند که نابرابری هزینه‌های بهداشتی و درمانی در استان‌های ایران بسیار زیاد بوده است؛ به طوری که استان‌های خراسان رضوی و هرمزگان به ترتیب با ضریب جینی ۰/۷۱ و ۰/۹۲ کمترین و بیشترین رتبه را بین استانها دارند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که میانگین هزینه‌های بهداشتی و درمانی خانوارها بین استانها با حرکت از شرق به غرب افزایش پیدا می‌کند. تقوایی و شاهوندی (۱۳۸۹) به این نتیجه رسیدند که اختلافات زیادی بین شهرستان‌های ایران از نظر میزان برخورداری از شاخص‌های بهداشتی وجود دارد. غضنفرپور (۱۳۹۲) به این نتیجه رسید که برخورداری از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی حقی همگانی است که مجامع بین المللی و دولتها بر آن تاکید دارند. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که بیشترین بهره مندی از خدمات بهداشتی و درمانی متعلق به شهرستان کرمان بوده است و این شهرستان با شاخص ترکیبی ۱۰/۵ در رتبه نخست استان قرار داشته است. اکبری (۱۳۹۳) به این نتیجه رسید که مؤلفه‌های سلامت در مناطق شهر شیراز به شکل متوازی توزیع نشده است. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که هزینه‌های مسکن و متعلقات آن بیش از سایر گروه‌های هزینه رفاه خانوار را تحت تأثیر قرار داده است. ملکی و همکاران (۱۳۹۴) به این نتیجه رسیدند که از نظر جغرافیایی توزیع خدمات بهداشتی و درمانی متوازن به نظر می‌رسد؛ اما از نظر جمعیتی توزیع امکانات بهداشتی و درمانی نابرابر می‌باشد و در تضاد با عدالت اجتماعی است. موسوی و همکاران (۱۳۹۵) به این نتیجه رسیدند که بهبود وضعیت خدمات بهداشتی و درمانی شهروندان یکی از نشانه‌های ارتقاء و توسعه انسانی است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که شهرستان مشهد برخوردارترین شهرستان استان در زمینه برخورداری از خدمات بهداشت و درمان بوده است.

اسمیت (۱۹۷۴) به این نتیجه رسید که از اولین مطالعات در زمینه تسهیلات بهداشتی و درمانی در کشورهای در حال توسعه، می‌توان به مطالعه گود و باخ در سال ۱۹۶۶ اشاره نمود. هدف اصلی این پژوهشگران مکانیابی بیمارستانها و تعیین ظرفیت آنها برای بخش غربی گواتمالا بود که برای حل آن از الگوریتم حمل و نقل استفاده کردند. وگستاف، فون دورسلر و پاسی (۱۹۸۹) استفاده از شاخص تمرکز را برای ارزیابی نابرابری نسبی اقتصادی-اجتماعی در حوزه سلامت و مراقبت پزشکی پیشنهاد کرده‌اند. ویلکینسون (۱۹۹۶) به این نتیجه رسید که درآمد ارتباط قوی با سلامتی در کشورهای کمتر توسعه یافته دارد. استکلوف و بومیر (۲۰۰۲) به بررسی این موضوع که چگونه الگوی اتکینسون و بورگیکنن (۱۹۸۲) نسبت به بررسی نابرابری چندبعدی مانند درآمد و مرگ و میر می‌تواند برای فراهم کردن رفاه اقتصادی در ارزیابی نابرابری سلامت به کار رود، پرداخته‌اند. آنها توجه شان را به مفهوم توزیع منصفانه و برابر سلامت محدود نموده‌اند. دیتون (۲۰۰۳) به این نتیجه رسید که نابرابری درآمدی به سلامتی به طبقه فقیر و ضعیف به خاطر اینکه نابرابری به طور مؤثری فقر را اندازه‌گیری می‌کند مرتبط است. بلچرودت و دورسلر (۲۰۰۵) به این نتیجه رسیده‌اند که ادبیات تجربی در مورد سنجش و اندازه‌گیری نابرابری‌های مربوط به سلامت به سرعت در حال گسترش و افزایش است. چنگ و همکاران (۲۰۰۷) از روش فرایند تحلیل سلسله مراتبی و روش دلفی تعدیل یافته برای تعیین مکان‌های مناسب بیمارستان‌های تایوان با ایجاد مزایای رقابتی استفاده کردند. نتایج مطالعه نیلسون و برق (۲۰۱۲) رابطه مثبت غیرخطی بین منابع درآمدی و سلامت را تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که روابط بین نابرابری و سلامت در کشورهای درحال توسعه ممکن است که خیلی متفاوت تر از ادبیات موجود در کشورهای توسعه یافته باشد. الواردو و گاسپرینی (۲۰۱۳) به بررسی شواهد تجربی سطوح و دیدگاه‌های نابرابری هزینه-درآمد و فقر در کشورهای در

¹-Wilkinson and Pickett

²-Nilsson and Bergh

³-Alvaredo and Gasparini

⁴-Melamed and Samman

حال توسعه پرداخته‌اند. نتایج مطالعه پیشنهاد می‌کند که میانگین سطوح نابرابری درآمدی ملی در کشورهای در حال توسعه در دهه ۱۹۸۰ افزایش یافته و در دهه ۲۰۰۰ کاهش یافته است.

روش تحقیق:

پژوهش از نوع کمی - تحلیلی بوده و قلمرو پژوهش را شهرستان‌های استان فارس تشکیل می‌دهند و با استفاده از شاخص تمرکز وگستاف، پاسی و دورسلر و شاخص پیشرفت وگستاف و بهره‌گیری از ۱۸ متغیر به بررسی وضعیت نابرابری سلامت در استان فارس پرداخته شده است. متغیرهای پژوهش در جدول شماره (۱) ارائه شده است. منحنی تمرکز توزیع متمرکز سلامت را در جمعیتی توصیف می‌کند که براساس موقعیت اجتماعی - اقتصادی رتبه بندی شده‌اند و شاخص تمرکز انحراف از توزیع برابر را (دو برابر) ناحیه بین منحنی تمرکز و قطر محاسبه می‌کند. ضریب جینی تنها می‌تواند مقادیر مثبت را بپذیرد و زمانی صفر می‌شود که منحنی لورنز بر قطر منطبق می‌شود. منحنی لورنز می‌تواند تنها پایین قطر تشکیل شود. شاخص تمرکز می‌تواند بسته به اینکه منحنی تمرکز بالا یا پایین خط قطری است، مثبت یا منفی باشد.

جدول ۱- متغیرهای بخش سلامت در استان فارس

ردیف	متغیر	ردیف	متغیر
۱	بیمارستان	۱۰	مراکز پرتونگاری
۲	تخت بیمارستان	۱۱	مراکز توانبخشی
۳	مراکز بهداشتی- درمانی شهری	۱۲	پزشک عمومی
۴	مراکز بهداشتی- درمانی روستایی	۱۳	پزشک متخصص
۵	خانه های بهداشت فعال روستایی	۱۴	دندانپزشکان
۶	بهورزان زن خانه‌های بهداشت روستایی	۱۵	داروسازان
۷	بهورزان مرد خانه‌های بهداشت روستایی	۱۶	پزشکان متخصص اطفال
۸	آزمایشگاه	۱۷	پزشکان متخصص زنان و زایمان
۹	داروخانه	۱۸	پزشکان متخصص قلب

منبع: نویسندگان، ۱۳۹۵.

برای داده‌های انفرادی ضرایب جینی و تمرکز را می‌توان به صورت زیر نوشت:

$$1 - \frac{\sum_{i=1}^n (2R_i - 1)h_i}{n^2 \mu(h)}$$

که در آن n حجم نمونه می‌باشد، h_i شاخص سلامت برای i نفر است که هرچقدر بیشتر باشد وضعیت سلامت بهتر است، $\mu(h)$ میانگین شاخص سلامت است و R_i رتبه نسبی i اومین نفر است که یک نشان دهنده بهترین یا بالاترین رتبه می‌باشد (Akbari et al, 2016: 83). وگستاف (۲۰۰۲) شاخصی را پیشنهاد کرده که شاخص پیشرفت نامیده شده و به صورت زیر تعریف می‌شود:

$$A(v) = \frac{\sum_{i=1}^n (R_i^v - (R_i - 1)^v)h_i}{n^v}$$

این معادله شباهت قابل توجهی به تابع کوتاه شده رفاه اجتماعی دارد که در کتب و مقالات محاسبه نابرابری درآمدی متداول است (Bleichrodt and Doorslaer, 2005: 7).

منطقه مورد مطالعه:

استان فارس با وسعت ۱۲۲۶۶۱/۰۷۳ کیلومتر مربع بین ۲۷ درجه و ۰۰ دقیقه تا ۳۱ درجه و ۴۰ دقیقه عرض شمالی از خط استوا و ۵۰ درجه و ۳۰ دقیقه تا ۵۵ درجه و ۴۵ دقیقه طول شرقی از نصف النهار گرینویچ قرار دارد. این استان با مساحتی در حدود ۱۲۲۶۰۸ کیلومترمربع چهارمین استان بزرگ و با جمعیتی معادل ۴۸۵۱۲۷۴ تن در سال ۱۳۹۵ چهارمین استان پرجمعیت ایران به شمار می‌رود.

یافته‌های تحقیق:

شاخص تمرکز وگستاف، پاسی و دورسلر برای تعداد بیمارستانها در استان فارس نشان می‌دهد که شهرستان شیراز با امتیاز ۱,۰۹۵۳ در رتبه نخست استان قرار گرفته است. در این زمینه بعد از شهرستان شیراز می‌توان به امتیاز شهرستان لار اشاره نمود که با ۰,۱۲۷۱ در رتبه دوم قرار دارد. برای تعداد تخت بیمارستانها در استان فارس شاخص وگستاف، پاسی و دورسلر نشان می‌دهد که شهرستان شیراز با امتیاز ۱,۲۷۲۱ در رتبه نخست استان قرار گرفته است. بعد از شهرستان شیراز می‌توان به امتیاز شهرستان لار اشاره نمود که با ۰,۰۹۴۸ در رتبه دوم استان قرار دارد. در این زمینه شهرستان چهارم با امتیاز ۰,۰۷۴۴ در رتبه سوم استان فارس جای دارد. (جدول شماره ۲).

شاخص وگستاف، پاسی و دورسلر تعداد مرکز بهداشتی- درمانی شهری نشان می‌دهد که شهرستان شیراز با امتیاز ۰,۸۲۲۸ در رتبه نخست استان قرار گرفته است. بعد از شهرستان شیراز می‌توان به امتیاز شهرستان فسا اشاره نمود که با ۰,۱۳۶۷ در رتبه دوم استان قرار دارد. شاخص وگستاف، پاسی و دورسلر تعداد آزمایشگاه‌ها در استان فارس نشان می‌دهد که شهرستان شیراز با امتیاز ۰,۸۹۲۲ در رتبه نخست استان قرار گرفته است. بعد از شهرستان شیراز می‌توان به امتیاز شهرستان لار اشاره نمود که با ۰,۱۳۴۳ در رتبه دوم استان قرار دارد. شاخص وگستاف، پاسی و دورسلر تعداد دندانپزشکان در استان فارس نشان می‌دهد که شهرستان شیراز با امتیاز ۰,۷۶۴۷ در رتبه نخست استان قرار گرفته است. بعد از شهرستان شیراز، شهرستان لار با امتیاز ۰,۲۱۴۳ در رتبه دوم استان قرار گرفته است. (جدول ۳).

جدول ۲- شاخص تمرکز وگستاف، پاسی و دورسلر مؤلفه های سلامت در استان فارس

شهرستان	بیمارستان	تخت بیمارستان	مرکز بهداشتی- شهری	مرکز بهداشتی- درمانی روستایی	خانه های بهداشت فعال روستایی	بهورزان زن خانه های بهداشت	بهورزان مرد خانه های بهداشت	آزمایشگاه
آباده	۰.۰۲۷۵	۰.۰۲۴۳	۰.۰۴۰۵	۰.۰۰۶۱	۰.۰۰۰۳	۰.۰۰۰۳	۰.۰۰۲۳	۰.۰۲۷۷
ارسنجان	۰.۰۲۶۱	۰.۰۰۲۰	۰.۰۰۸۷	۰.۰۰۵۱	۰.۰۰۹۳	۰.۰۰۶۳	۰.۰۱۱۳	۰.۰۱۰۱
استهبان	۰.۰۲۴۷	۰.۰۱۲۹	۰.۰۳۸۲	۰.۰۰۲۱	۰.۰۰۵۴	۰.۰۰۴۶	۰.۰۰۸۸	۰.۰۱۶۵
اقلید	۰.۰۲۳۳	۰.۰۱۴۹	۰.۰۲۱۷	۰.۰۰۹۱۳	۰.۰۳۳۸	۰.۰۳۵۵	۰.۰۲۶۹	۰.۰۲۵۸
بوانات	۰.۰۲۱۹	۰.۰۰۲۷	۰.۰۰۷۵	۰.۰۲۹۳	۰.۰۲۱۷	۰.۰۲۱۰	۰.۰۳۱۲	۰.۰۰۹۰
پاسارگاد	۰.۰۲۰۵	۰.۰۰۵۱	۰.۰۰۰۳	۰.۰۰۱۶	۰.۰۰۲۴	۰.۰۰۲۴	۰.۰۰۵۴	۰.۰۰۰۲
چهرم	۰.۰۵۷۹	۰.۰۷۴۴	۰.۰۷۷۱	۰.۰۸۶۶	۰.۰۹۱۳	۰.۰۷۹۰	۰.۰۷۹۱	۰.۰۵۰۱
خرمبید	۰.۰۱۹۱	۰.۰۰۱۵	۰.۰۱۵۲	۰.۰۰۱۲	۰.۰۰۱۲	۰.۰۰۱۱	۰.۰۰۰۹	۰.۰۰۴۳
خنج	۰.۰۱۷۷	۰.۰۰۴۳	۰.۰۰۳۰	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۳۶	۰.۰۰۳۵	۰.۰۰۷۵	۰.۰۰۲۵
داراب	۰.۰۱۶۲	۰.۰۳۰۸	۰.۰۳۵۹	۰.۰۸۱۹	۰.۱۰۸۶	۰.۰۸۸۶	۰.۰۷۴۶	۰.۰۳۳۳
زرین دشت	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۶۴	۰.۰۰۰۷	۰.۰۱۱۳	۰.۰۰۹۶	۰.۰۰۰۲	۰.۰۰۷۸
سپیدان	۰.۰۱۴۸	۰.۰۰۶۹	۰.۰۰۲۲	۰.۰۰۷۷۲	۰.۰۸۲۲	۰.۰۷۰۱	۰.۱۰۵۰	۰.۰۲۰۹
شیراز	۱.۰۹۵۳	۱.۲۷۲۱	۰.۸۲۲۸	۰.۳۱۹۱	۰.۲۷۶۸	۰.۲۹۸۱	۰.۲۷۲۷	۰.۸۹۲۲
فسا	۰.۰۱۳۴	۰.۰۵۲۰	۰.۱۳۶۷	۰.۱۱۵۲	۰.۰۵۱۸	۰.۱۰۷۹	۰.۱۲۳۱	۰.۰۶۰۵
فراشبند	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۱۳	۰.۰۱۱۹	۰.۰۰۷۰	۰.۰۰۸۳	۰.۰۰۳۷	۰.۰۰۱۸
فیروزآباد	۰.۰۱۲۰	۰.۰۲۶۴	۰.۰۳۳۶	۰.۰۲۱۵	۰.۰۴۸۵	۰.۰۴۳۰	۰.۰۵۸۴	۰.۰۰۶۶
قیر و کارزین	۰.۰۱۰۶	۰.۰۰۰۵	۰.۰۰۵۲	۰.۰۱۹۷	۰.۰۱۹۷	۰.۰۱۹۱	۰.۰۲۴۳	۰.۰۰۱۱
کازرون	۰.۰۰۹۲	۰.۰۴۲۳	۰.۰۷۳۴	۰.۰۷۲۶	۰.۱۴۵۲	۰.۱۴۱۱	۰.۰۹۷۰	۰.۰۶۸۵
لار	۰.۱۲۷۱	۰.۰۹۴۸	۰.۰۶۹۶	۰.۰۶۷۹	۰.۰۷۳۵	۰.۰۹۴۹	۰.۰۴۴۸	۰.۱۳۴۳
لامرد	۰.۰۰۶۰۷	۰.۰۰۹۰	۰.۰۲۷۳	۰.۰۱۰۵	۰.۰۲۶۵	۰.۰۱۷۳	۰.۰۵۲۴	۰.۰۱۵۰
مهر	۰.۰۰۷۸	۰.۰۰۰۹	۰.۰۱۳۷	۰.۰۱۷۸	۰.۰۱۴۹	۰.۰۱۲۰	۰.۰۹۲۰	۰.۰۱۳۶
مرودشت	۰.۰۰۶۴	۰.۰۳۸۹	۰.۰۸۷۱	۰.۰۲۱۰۷	۰.۱۷۷۳	۰.۱۸۲۷	۰.۰۱۹۲	۰.۰۸۷۳
ممسنی	۰.۰۰۴۹	۰.۰۲۸۳	۰.۰۱۲۳	۰.۰۱۹۱۲	۰.۱۶۶۰	۰.۱۶۱۰	۰.۲۱۳۶	۰.۰۵۷۴
نی ریز	۰.۰۰۳۵	۰.۰۱۶۶	۰.۰۲۰۰	۰.۰۴۴۲	۰.۰۳۸۷	۰.۰۳۲۱	۰.۰۳۹۶	۰.۰۴۳۳

منبع: نویسندگان، ۱۳۹۵.

جدول ۳- شاخص تمرکز وگستاف، پاسی و دورسلر مؤلفه های سلامت در استان فارس

شهرستان	داروخانه	مراکز پرتونگاری	مراکز توانبخشی	پزشک عمومی	پزشک متخصص	دندانپزشکان	داروسازان	تعداد پزشکان متخصص اطفال
آباده	۰.۰۲۶۱	۰.۰۷۰۷	۰.۰۳۸۰	۰.۰۲۰۰	۰.۰۳۴۶	۰.۰۳۹۳	۰.۰۳۱۹	۰.۰۲۶۸
ارسنجان	۰.۰۰۱۰	۰.۰۰۳۰	۰.۰۰۸۱	۰.۰۰۴۱	۰.۰۰۵۶	۰.۰۱۵۱	۰.۰۰۰۰	۰.۰۲۴۸
استهبان	۰.۰۰۳۸	۰.۰۰۲۵	۰.۰۱۴۴	۰.۰۱۸۱	۰.۰۳۲۲	۰.۰۰۰۰	۰.۰۳۰۲	۰.۰۲۲۸
اقلید	۰.۰۳۴۳	۰.۰۲۵۵	۰.۰۲۳۸	۰.۰۵۷۷	۰.۰۲۹۸	۰.۰۳۶۹	۰.۰۲۸۶	۰.۰۶۵۵
بوانات	۰.۰۰۸۳	۰.۰۰۱۹	۰.۰۰۲۵	۰.۰۲۳۱	۰.۰۰۴۸	۰.۰۵۸۷	۰.۰۰۰۰	۰.۰۱۰۹
پاسارگاد	۰.۰۰۰۶	۰.۰۰۱۴	۰.۰۰۷۳	۰.۰۰۲۴	۰.۰۲۲۸	۰.۰۰۶۷	۰.۰۰۰۰	۰.۰۲۰۸
چهرم	۰.۰۴۳۶	۰.۰۵۳۵	۰.۱۲۳۸	۰.۱۳۶۲	۰.۲۳۳۳	۰.۰۹۷۶	۰.۲۹۴۱	۰.۲۰۳۴
خرمبید	۰.۰۱۰۶	۰.۰۰۰۸	۰.۰۰۲۱	۰.۰۱۶۲	۰.۰۰۳۹	۰.۰۱۶۷	۰.۰۰۰۰	۰.۰۱۸۸
خنج	۰.۰۰۰۲	۰.۰۰۰۳	۰.۰۰۱۷	۰.۰۰۷۶	۰.۰۰۸۱	۰.۰۰۶۰	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰
داراب	۰.۰۴۸۷	۰.۰۱۳۷	۰.۰۴۹۷	۰.۰۱۲۷	۰.۰۷۲۲	۰.۰۷۷۴	۰.۰۲۷۰	۰.۰۷۷۴
زرین دشت	۰.۰۰۶۳	۰.۰۱۲۶	۰.۰۰۱۳	۰.۰۰۶۲	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۵۲	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰
سپیدان	۰.۰۳۱۹	۰.۰۱۱۵	۰.۰۰۱۰	۰.۰۵۴۷	۰.۰۱۴۸	۰.۰۰۴۴	۰.۰۲۵۳	۰.۰۲۹۸
شیراز	۰.۸۱۷۳	۱.۱۲۰۹	۱.۰۲۸۸	۰.۶۲۵۵	۰.۱۷۳۵	۰.۷۶۴۷	۰.۹۹۸۴	۰.۱۸۶۵
فسا	۰.۰۵۴۰	۰.۰۸۶۳	۰.۰۷۸۷	۰.۰۵۱۸	۰.۱۶۰۸	۰.۰۱۸۳	۰.۱۰۰۵	۰.۰۷۳۴
فراشبند	۰.۰۰۲۹	۰.۰۱۰۴	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۰۶	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۳۶	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰
فیروزآباد	۰.۰۲۲۴	۰.۰۲۳۸	۰.۰۰۶۵	۰.۰۴۲۶	۰.۰۸۴۳	۰.۰۵۵۶	۰.۰۲۳۷	۰.۰۹۲۳
قیر و کارزین	۰.۰۰۵۴	۰.۰۲۲۲	۰.۰۰۰۶	۰.۰۰۰۲	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۲۸	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰
کازرون	۰.۱۰۷۷	۰.۰۴۰۶	۰.۰۴۷۰	۰.۰۲۸۵	۰.۰۵۷۳	۰.۱۰۲۴	۰.۰۰۰۰	۰.۰۶۹۴
لار	۰.۰۸۸۴	۰.۰۶۷۴	۰.۰۷۴۹	۰.۱۴۵۰	۰.۲۴۴۱	۰.۲۱۴۳	۰.۱۷۵۷	۰.۱۷۸۶
لامرد	۰.۰۱۴۶	۰.۰۳۸۴	۰.۰۱۳۲	۰.۰۴۷۱	۰.۰۴۰۴	۰.۰۰۲۰	۰.۰۰۰۰	۰.۰۸۶۳
مهر	۰.۰۱۳۲	۰.۰۰۹۳	۰.۰۰۵۸	۰.۰۰۹۶	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۱۲	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰
مرودشت	۰.۱۲۲۱	۰.۰۳۶۲	۰.۱۳۸۲	۰.۱۲۵۶	۰.۲۶۰۱	۰.۰۱۹۸	۰.۰۲۲۱	۰.۲۱۳۳
ممسنی	۰.۰۸۱۴	۰.۰۰۸۲	۰.۰۲۲۳	۰.۰۳۶۸	۰.۰۱۸۶	۰.۰۳۴۵	۰.۰۲۰۴	۰.۰۱۲۹
نی ریز	۰.۰۳۸۸	۰.۰۰۷۱	۰.۰۲۰۷	۰.۰۲۶۴	۰.۰۲۷۵	۰.۰۲۱۴	۰.۰۱۸۸	۰.۰۰۱۰

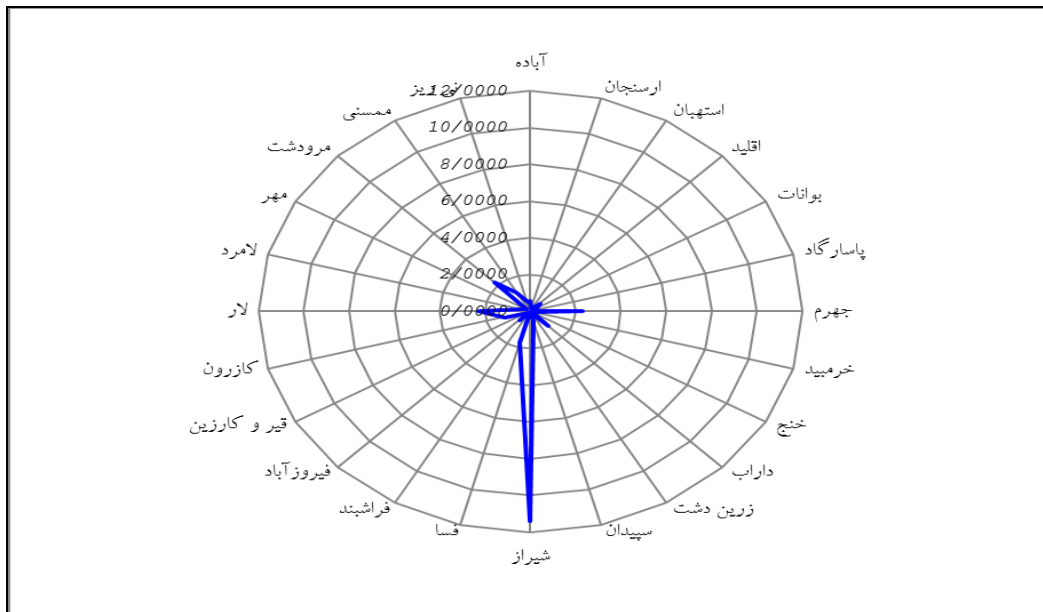
منبع: نویسندگان، ۱۳۹۵.

شاخص وگستاف، پاسی و دورسلر تعداد پزشکان متخصص اطفال در استان فارس نشان می دهد که شهرستان مرودشت با امتیاز ۰,۲۱۳۳ در رتبه نخست استان قرار گرفته است. بعد از شهرستان شیراز می توان به امتیاز شهرستان چهرم اشاره نمود که با ۰,۲۰۳۴ در رتبه دوم استان قرار دارد. از این حیث شهرستان شیراز با امتیاز ۰,۱۸۶۵ در رتبه سوم استان فارس قرار دارد. بررسی سایر شاخص ها در استان فارس با استفاده از مدل های کمی نشان دهنده نابرابری در شهرستان های استان است. (جدول شماره ۴ و شکل شماره ۱).

جدول ۴- شاخص ترکیبی وگستاف، پاسی و دورسلر مؤلفه‌های سلامت در استان فارس

شهرستان	پزشکان متخصص زنان و زایمان	پزشکان متخصص قلب	شاخص ترکیبی وگستاف، پاسی و دورسلر	شهرستان	سطح تمرکز(*)
آباده	۰.۰۲۰۵	۰.۱۵۵۳	۰.۵۹۲۱	شیراز	ورا تمرکز(۱)
ارسنجان	۰.۰۱۸۹	۰.۰۰۰۰	۰.۱۵۹۷	چهرم	میان تمرکز(۳)
استهبان	۰.۰۱۷۴	۰.۰۰۰۰	۰.۲۵۴۵	لار	
اقلید	۰.۰۵۰۰	۰.۰۰۰۰	۰.۶۲۵۳	مرودشت	
بوانات	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰	۰.۲۵۴۴	فسا	
پاسارگاد	۰.۰۱۵۹	۰.۰۰۰۰	۰.۱۱۵۸	ممسنی	
چهرم	۰.۱۵۵۳	۰.۳۵۶۱	۲.۲۹	کازرون	
خرمبید	۰.۰۱۴۴	۰.۰۰۰۰	۰.۱۲۸۰	داراب	
خنج	۰.۰۱۲۹	۰.۰۰۰۰	۰.۰۷۸۸	فیروزآباد	فرو تمرکز(۴)
داراب	۰.۱۱۸۲	۰.۱۴۷۷	۱.۱۱۴۵	اقلید	
زرین دشت	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰	۰.۰۶۷۶	آباده	
سپیدان	۰.۰۱۱۴	۰.۰۰۰۰	۰.۵۶۴۰	سپیدان	
شیراز	۰.۴۲۷۳	۰.۰۰۰۰	۱۱.۳۹	نی ریز	
فسا	۰.۱۱۲۱	۰.۳۴۰۹	۱.۷۳۷۵	لامرد	
فراشبند	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰	۰.۰۵۱۶	استهبان	
فیروزآباد	۰.۰۴۷۰	۰.۰۰۰۰	۰.۶۴۸۱	بوانات	
قیر و کارزین	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰	۰.۱۳۱۳	مهر	
کازرون	۰.۰۷۹۵	۰.۰۰۰۰	۱.۱۸	ارسنجان	
لار	۰.۲۳۸۶	۰.۱۴۰۲	۲.۲۷۴	قیر و کارزین	
لامرد	۰.۰۴۳۹	۰.۰۰۰۰	۰.۵۰۴۹	خرمبید	
مهر	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰	۰.۲۱۱۹	پاسارگاد	
مرودشت	۰.۱۹۵۵	۰.۳۲۵۸	۲.۲۶۹	خنج	
ممسنی	۰.۰۰۹۸	۰.۱۳۲۶	۱.۲۱۲۳	زرین دشت	
نی ریز	۰.۰۰۰۰	۰.۱۲۵۰	۰.۵۳۴۷	فراشبند	

منبع: نویسندگان، ۱۳۹۵.



شکل ۱- شاخص ترکیبی وگستاف، پاسی و دورسلر مؤلفه‌های سلامت در استان فارس

شهرستان شیراز با شاخص ترکیبی ۱۱,۳۹ در رتبه نخست استان فارس قرار گرفته است. شهرستان های جهرم با شاخص ترکیبی ۲,۲۹، لار با شاخص ترکیبی ۲,۲۷۴، مرودشت با شاخص ترکیبی ۲,۲۶۹، فسا با شاخص ترکیبی ۱,۷۳۷۵، ممسنی با شاخص ترکیبی ۱,۲۱۲۳ و کازرون با شاخص ترکیبی ۱,۱۸ در رتبه های دوم تا هفتم استان قرار گرفته اند. داراب با شاخص ترکیبی ۱,۱۱۴۵، فیروزآباد با شاخص ترکیبی ۰,۶۴۸۱، اقلید با شاخص ترکیبی ۰,۶۲۵۳، آباده با شاخص ترکیبی ۰,۵۹۲۱، سپیدان با شاخص ترکیبی ۰,۵۶۴۰، نی ریز با شاخص ترکیبی ۰,۵۲۴۷، لامرد با شاخص ترکیبی ۰,۵۰۴۹، استهبان با شاخص ترکیبی ۰,۲۵۴۵، بوانات با شاخص ترکیبی ۰,۲۵۴۴، مهر با شاخص ترکیبی ۰,۲۱۱۹، ارسنجان با شاخص ترکیبی ۰,۱۵۹۷، قیر و کارزین با شاخص ترکیبی ۰,۱۳۱۳، خرمبید با شاخص ترکیبی ۰,۱۲۸۰، پاسارگاد با شاخص ترکیبی ۰,۱۱۵۸، خنج با شاخص ترکیبی ۰,۰۷۸۸، زرین دشت با شاخص ترکیبی ۰,۰۶۷۶، فراشبند با شاخص ترکیبی ۰,۰۵۱۶ در رتبه های هشتم تا بیست و چهارم قرار گرفته اند. (جدول شماره ۵ و ۶).

جدول ۵- شاخص پیشرفت وگستاف مؤلفه های سلامت در شهرستان های فارس

شهرستان	بیمارستان	تخت بیمارستان	مرکز بهداشتی-درمانی شهری	مرکز بهداشتی-درمانی روستایی	خانه های بهداشت فعال روستایی	بهورزان زن خانه های بهداشت	بهورزان مرد خانه های بهداشت روستایی	آزمایشگاه
آباده	۰.۰۴۱۷	۵.۲۹۱۷	۰.۳۳۳۳	۰.۰۸۳۳	۰.۲۹۱۷	۰.۳۷۵۰	۰.۲۵۰۰	۰.۳۳۳۳
ارسنجان	۰.۰۴۱۷	۱.۱۶۶۷	۰.۱۶۶۷	۰.۰۸۳۳	۰.۷۵۰۰	۰.۷۰۸۳	۰.۴۱۶۷	۰.۲۰۸۳
استهبان	۰.۰۴۱۷	۳.۵۴۱۷	۰.۳۳۳۳	۰.۰۴۱۷	۰.۶۲۵۰	۰.۶۲۵۰	۰.۳۷۵۰	۰.۲۵۰۰
اقلید	۰.۰۴۱۷	۳.۷۵۰۰	۰.۲۵۰۰	۰.۴۱۶۷	۱.۴۱۶۷	۱.۶۲۵۰	۰.۷۰۸۳	۰.۳۳۳۳
بوانات	۰.۰۴۱۷	۱.۲۹۱۷	۰.۱۶۶۷	۰.۲۰۸۳	۱.۰۸۳۳	۱.۱۲۵۰	۰.۷۵۰۰	۰.۲۰۸۳
پاسارگاد	۰.۰۴۱۷	۱.۸۷۵۰	۰.۰۸۳۳	۰.۰۴۱۷	۰.۵۰۰۰	۰.۵۸۳۳	۰.۳۳۳۳	۰.۰۸۳۳
جهرم	۰.۰۸۳۳	۱۰.۹۱۶۷	۰.۵۴۱۷	۰.۴۱۶۷	۲.۵۸۳۳	۲.۹۵۸۳	۱.۲۵۰۰	۰.۵۰۰۰
خرمبید	۰.۰۴۱۷	۱۰.۴۱۷	۰.۲۰۸۳	۰.۰۴۱۷	۰.۴۱۶۷	۰.۴۵۸۳	۰.۱۶۶۷	۰.۱۶۶۷
خنج	۰.۰۴۱۷	۱.۷۹۱۷	۰.۱۲۵۰	۰.۰۰۰۰	۰.۵۴۱۷	۰.۶۲۵۰	۰.۳۷۵۰	۰.۱۲۵۰
داراب	۰.۰۴۱۷	۵.۵۴۱۷	۰.۳۳۳۳	۰.۴۱۶۷	۲.۹۱۶۷	۳.۱۲۵۰	۱.۲۵۰۰	۰.۳۷۵۰
زرین دشت	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰	۰.۱۶۶۷	۰.۰۴۱۷	۰.۷۹۱۷	۰.۷۹۱۷	۰.۱۲۵۰	۰.۲۰۸۳
سپیدان	۰.۰۴۱۷	۲.۲۹۱۷	۰.۱۲۵۰	۰.۴۱۶۷	۲.۴۵۸۳	۲.۷۹۱۷	۱.۴۱۶۷	۰.۲۹۱۷
شیراز	۱.۳۷۵۰	۱۷۰.۷۰۸۳	۵.۰۴۱۷	۱.۲۰۸۳	۶.۱۶۶۷	۷.۸۳۳۳	۳.۲۰۸۳	۶.۶۲۵۰
فسا	۰.۰۴۱۷	۸.۰۰۰۰	۰.۸۷۵۰	۰.۵۰۰۰	۱.۷۵۰۰	۳.۴۱۶۷	۱.۵۸۳۳	۰.۵۴۱۷
فراشبند	۰.۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰	۰.۱۲۵۰	۰.۱۲۵۰	۰.۶۶۶۷	۰.۷۹۱۷	۰.۲۹۱۷	۰.۱۲۵۰
فیروزآباد	۰.۰۴۱۷	۵.۳۷۵۰	۰.۳۳۳۳	۰.۱۶۶۷	۱.۷۵۰۰	۱.۸۳۳۳	۱.۰۴۱۷	۰.۲۰۸۳
قیر و کارزین	۰.۰۴۱۷	۰.۶۲۵۰	۰.۱۶۶۷	۰.۱۶۶۷	۱.۰۸۳۳	۱.۱۲۵۰	۰.۷۰۸۳	۰.۱۲۵۰
کازرون	۰.۰۴۱۷	۶.۸۳۳۳	۰.۵۴۱۷	۰.۴۱۶۷	۳.۷۰۸۳	۴.۲۵۰۰	۱.۳۷۵۰	۰.۵۸۳۳
لار	۰.۱۶۶۷	۱۳.۲۹۱۷	۰.۵۴۱۷	۰.۴۱۶۷	۲.۳۳۳۳	۳.۱۶۶۷	۰.۹۱۶۷	۱.۰۴۱۷
لامرد	۰.۰۸۳۳	۲.۷۰۸۳	۰.۲۹۱۷	۰.۱۲۵۰	۱.۲۰۸۳	۱.۱۲۵۰	۱.۰۰۰۰	۰.۲۵۰۰
مهر	۰.۰۴۱۷	۰.۸۳۳۳	۰.۲۰۸۳	۰.۱۶۶۷	۰.۹۱۶۷	۰.۸۷۵۰	۱.۳۷۵۰	۰.۲۵۰۰
مرودشت	۰.۰۴۱۷	۶.۶۲۵۰	۰.۵۸۳۳	۰.۸۳۳۳	۴.۱۲۵۰	۵.۰۴۱۷	۰.۶۲۵۰	۰.۷۰۸۳
ممسنی	۰.۰۴۱۷	۵.۴۱۶۷	۰.۲۰۸۳	۰.۷۹۱۷	۴.۰۴۱۷	۴.۶۲۵۰	۲.۶۲۵۰	۰.۵۴۱۷
نی ریز	۰.۰۴۱۷	۳.۸۷۵۰	۰.۲۵۰۰	۰.۲۹۱۷	۱.۵۰۰۰	۱.۵۸۳۳	۰.۸۷۵۰	۰.۴۵۸۳

منبع: نویسندگان، ۱۳۹۵.

جدول ۶- شاخص پیشرفت وگستاف مؤلفه‌های سلامت در شهرستان‌های فارس

شهرستان	داروخانه	مراکز پرتونگاری	مراکز توانبخشی	پزشک عمومی	پزشک متخصص	دندانپزشکان	داروسازان	پزشکان متخصص اطفال
آباده	۰.۶۲۵۰	۰.۲۵۰۰	۰.۲۵۰۰	۰.۷۵۰۰	۰.۴۵۸۳	۰.۱۲۵۰۰	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۴۱۶۷
ارسنجان	۰.۱۲۵۰	۰.۰۴۱۷	۰.۰۸۳۳	۰.۴۵۸۳	۰.۱۶۶۷	۰.۰۸۳۳۳	۰.۰۰۰۰۰	۰.۰۴۱۶۷
استهبان	۰.۲۵۰۰	۰.۰۴۱۷	۰.۱۲۵۰	۰.۷۵۰۰	۰.۴۵۸۳	۰.۰۰۰۰۰	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۴۱۶۷
اقلید	۰.۷۰۸۳	۰.۱۲۵۰	۰.۱۶۶۷	۱.۱۶۶۷	۰.۴۵۸۳	۰.۱۲۵۰۰	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۸۳۳۳
بوانات	۰.۳۳۳۳	۰.۰۴۱۷	۰.۰۴۱۷	۰.۷۹۱۷	۰.۱۶۶۷	۰.۱۶۶۶۷	۰.۰۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰۰
پاسارگاد	۰.۱۲۵۰	۰.۰۴۱۷	۰.۰۸۳۳	۰.۳۷۵۰	۰.۴۱۶۷	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۰۰۰۰	۰.۰۴۱۶۷
چهرم	۰.۷۹۱۷	۰.۲۰۸۳	۰.۶۲۵۰	۲.۵۰۰۰	۲.۰۸۳۳	۰.۲۵۰۰۰	۰.۳۳۳۳۳	۰.۲۰۸۳۳
خرمبید	۰.۳۷۵۰	۰.۰۴۱۷	۰.۰۴۱۷	۰.۷۵۰۰	۰.۱۶۶۷	۰.۰۸۳۳۳	۰.۰۰۰۰۰	۰.۰۴۱۶۷
خنج	۰.۱۲۵۰	۰.۰۴۱۷	۰.۰۴۱۷	۰.۵۴۱۷	۰.۲۰۸۳	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۰۰۰۰	۰.۰۴۱۶۷
داراب	۰.۸۳۳۳	۰.۰۸۳۳	۰.۲۹۱۷	۰.۶۶۶۷	۰.۷۹۱۷	۰.۲۰۸۳۳	۰.۰۴۱۶۷	۰.۱۶۶۶۷
زرین دشت	۰.۲۹۱۷	۰.۰۸۳۳	۰.۰۴۱۷	۰.۵۴۱۷	۰.۰۰۰۰	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰۰
سپیدان	۰.۷۰۸۳	۰.۰۸۳۳	۰.۰۴۱۷	۱.۱۶۶۷	۰.۳۳۳۳	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۴۱۶۷
شیراز	۱۰.۴۱۶۷	۳.۶۲۵۰	۴.۷۵۰۰	۱۰.۵۰۰۰	۱.۶۲۵۰	۱.۷۰۸۳۳	۱.۰۸۳۳۳	۰.۵۰۰۰۰
فسا	۰.۸۷۵۰	۰.۲۹۱۷	۰.۴۱۶۷	۱.۱۶۶۷	۱.۵۸۳۳	۰.۰۸۳۳۳	۰.۱۲۵۰۰	۰.۱۶۶۶۷
فراشبند	۰.۲۵۰۰	۰.۰۸۳۳	۰.۰۰۰۰	۰.۱۶۶۷	۰.۰۰۰۰	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰۰
فیروزآباد	۰.۵۸۳۳	۰.۱۲۵۰	۰.۰۸۳۳	۱.۰۸۳۳	۰.۸۷۵۰	۰.۱۶۶۶۷	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۸۳۳۳
قیر و کارزین	۰.۲۹۱۷	۰.۱۲۵۰	۰.۰۴۱۷	۰.۱۶۶۷	۰.۰۰۰۰	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰۰
کازرون	۱.۵۰۰۰	۰.۱۶۶۷	۰.۲۹۱۷	۰.۸۳۳۳	۰.۶۶۶۷	۰.۲۵۰۰۰	۰.۰۰۰۰۰	۰.۱۲۵۰۰
لار	۱.۲۹۱۷	۰.۲۵۰۰	۰.۴۱۶۷	۲.۵۴۱۷	۲.۰۸۳۳	۰.۵۰۰۰۰	۰.۲۰۸۳۳	۰.۲۹۱۶۷
لامرد	۰.۴۱۶۷	۰.۱۶۶۷	۰.۱۲۵۰	۱.۱۲۵۰	۰.۵۰۰۰	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۰۰۰۰	۰.۰۸۳۳۳
مهر	۰.۴۱۶۷	۰.۰۸۳۳	۰.۰۸۳۳	۰.۵۸۳۳	۰.۰۰۰۰	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰۰
مرودشت	۱.۶۲۵۰	۰.۱۶۶۷	۰.۶۶۶۷	۲.۴۱۶۷	۲.۱۲۵۰	۰.۰۸۳۳۳	۰.۰۴۱۶۷	۰.۲۵۰۰۰
ممسنی	۱.۲۵۰۰	۰.۰۸۳۳	۰.۱۶۶۷	۱.۰۰۰۰	۰.۳۷۵۰	۰.۱۲۵۰۰	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۴۱۶۷
نی ریز	۰.۷۵۰۰	۰.۰۸۳۳	۰.۱۶۶۷	۰.۸۳۳۳	۰.۴۵۸۳	۰.۰۸۳۳۳	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۰۰۰۰

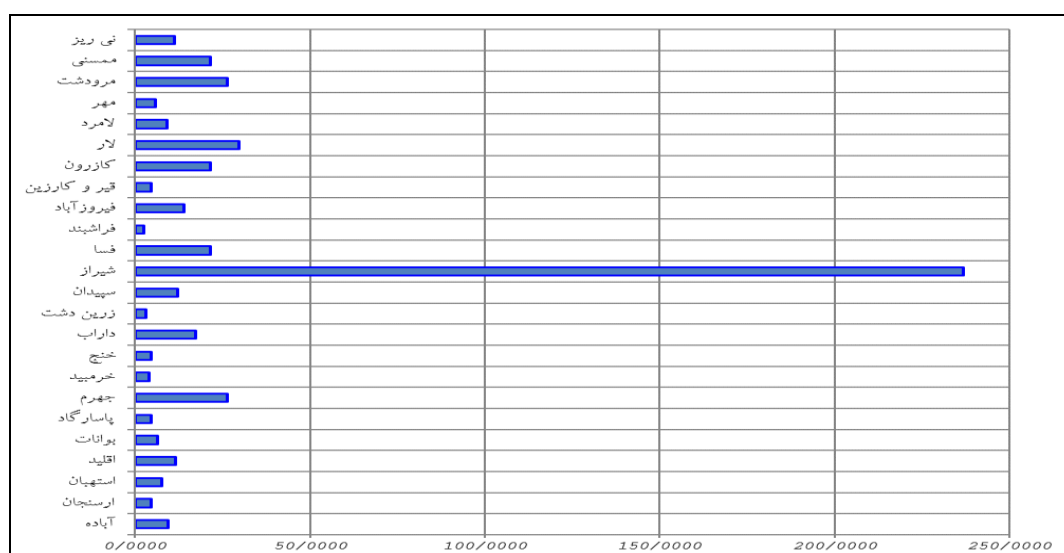
منبع: نویسندگان، ۱۳۹۵.

با استفاده از شاخص وگستاف به بررسی مؤلفه‌های سلامت در شهرستان‌های استان فارس پرداخته شده است. شهرستان شیراز با شاخص ترکیبی ۲۳۶,۸۷۵ در رتبه نخست استان قرار گرفته است. شهرستان‌های لار با شاخص ترکیبی ۲۹,۷۹، چهرم با شاخص ترکیبی ۲۶,۵۴۱۷، مرودشت با شاخص ترکیبی ۲۶,۲۹۱۷، کازرون با شاخص ترکیبی ۲۱,۷۰۸۳ و فسا با شاخص ترکیبی ۲۱,۶۶۶۷ در رتبه‌های دوم تا ششم استان فارس قرار گرفته‌اند. ممسنی با شاخص ترکیبی ۲۱,۴۵۸۳ داراب با شاخص ترکیبی ۱۷,۲۹ فیروزآباد با شاخص ترکیبی ۱۳,۸۷۵ سپیدان با شاخص ترکیبی ۱۲,۳۳ اقلید با شاخص ترکیبی ۱۱,۵ نی‌ریز با شاخص ترکیبی ۱۱,۳۳ لامرد با شاخص ترکیبی ۹,۳۳ آباده با شاخص ترکیبی ۹,۶۲۵ استهبان با شاخص ترکیبی ۷,۵۸۳۳ بوانات با شاخص ترکیبی ۶,۴۱۶۷ مهر با شاخص ترکیبی ۵,۸۷۵ پاسارگاد با شاخص ترکیبی ۴,۷۰۸۳ خنج با شاخص ترکیبی ۴,۷۰۸۳ قیر و کارزین با شاخص ترکیبی ۴,۷۰۸۳ ارسنجان با شاخص ترکیبی ۴,۵۸۳۳ خرمبید با شاخص ترکیبی ۴,۰۸۳۳ زرین دشت با شاخص ترکیبی ۳,۱۲۵ و فراشبند با شاخص ۲,۶۶ در رتبه‌های هفتم تا بیست و چهارم قرار گرفته‌اند.

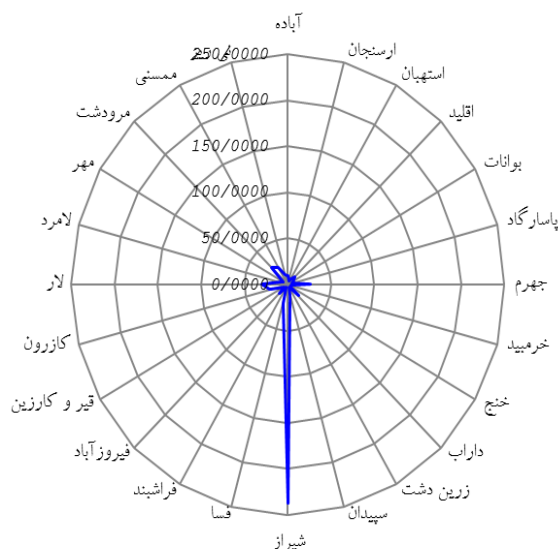
جدول ۶- شاخص ترکیبی وگستاف مؤلفه های سلامت در شهرستان های فارس

شهرستان	پزشکان متخصص زنان و زایمان	پزشکان متخصص قلب	شاخص ترکیبی وگستاف	شهرستان	سطح تمرکز(*)
آباده	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۴۱۶۷	۹.۶۲۵	شیراز	۱
ارسنجان	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۰۰۰۰	۴.۵۸۳۳	لار	۲
استهبان	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۰۰۰۰	۷.۵۸۳۳	جهرم	۳
اقلید	۰.۰۸۳۳۳	۰.۰۰۰۰۰	۱۱.۵	مرودشت	۴
بوانات	۰.۰۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰۰	۶.۴۱۶۷	کازرون	۵
پاسارگاد	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۰۰۰۰	۴.۷۰۸۳	فسا	۶
جهرم	۰.۲۰۸۳۳	۰.۰۸۳۳۳	۲۶.۵۴۱۷	ممسنی	۷
خرمبید	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۰۰۰۰	۴.۰۸۳۳	داراب	۸
خنج	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۰۰۰۰	۴.۷۰۸۳	فیروزآباد	۹
داراب	۰.۱۶۶۶۷	۰.۰۴۱۶۷	۱۷.۲۹	سپیدان	۱۰
زرین دشت	۰.۰۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰۰	۳.۱۲۵	اقلید	۱۱
سپیدان	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۰۰۰۰	۱۲.۳۳	نی ریز	۱۲
شیراز	۰.۵۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰۰	۲۳۶.۸۷۵	لامرد	۱۳
فسا	۰.۱۶۶۶۷	۰.۰۸۳۳۳	۲۱.۶۶۶۷	آباده	۱۴
فراشبند	۰.۰۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰۰	۲.۶۶	استهبان	۱۵
فیروزآباد	۰.۰۸۳۳۳	۰.۰۰۰۰۰	۱۳.۸۷۵	بوانات	۱۶
قیر و کارزین	۰.۰۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰۰	۴.۷۰۸۳	مهر	۱۷
کازرون	۰.۱۲۵۰۰	۰.۰۰۰۰۰	۲۱.۷۰۸۳	پاسارگاد	۱۸
لار	۰.۲۹۱۶۷	۰.۰۴۱۶۷	۲۹.۷۹	خنج	۱۹
لامرد	۰.۰۸۳۳۳	۰.۰۰۰۰۰	۹.۳۳	قیر و کارزین	۲۰
مهر	۰.۰۰۰۰۰	۰.۰۰۰۰۰	۵.۸۷۵	ارسنجان	۲۱
مرودشت	۰.۲۵۰۰۰	۰.۰۸۳۳۳	۲۶.۲۹۱۷	خرمبید	۲۲
ممسنی	۰.۰۴۱۶۷	۰.۰۴۱۶۷	۲۱.۴۵۸۳	زرین دشت	۲۳
نی ریز	۰.۰۰۰۰۰	۰.۰۴۱۶۷	۱۱.۳۳	فراشبند	۲۴

منبع: نویسندگان، ۱۳۹۵.



شکل ۲- شاخص ترکیبی وگستاف مؤلفه های سلامت در شهرستان های استان فارس



شکل ۲- شاخص ترکیبی وگستاف مؤلفه‌های سلامت در شهرستان‌های استان فارس

نتیجه‌گیری و ارائه پیشنهادها:

خدمات بهداشتی و درمانی یکی از زیر بخش‌های خدماتی است که برنامه ریزی آن می‌تواند در مدیریت و برنامه ریزی شهری و منطقه‌ای مفید واقع شود و دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی و درمانی یکی از پیش نیازهای اساسی تحقق توسعه پایدار انسانی به شمار می‌رود. توزیع ناعادلانه ثروت و حقوق اجتماعی نابرابر مانع از آن شده که اکثریت مردم از خدمات بهداشتی و درمانی متناسب با نیازهای خود بهره جویند. در راستای نیل به توزیع عادلانه در پژوهش حاضر سعی شده است که با استفاده از شاخص‌های تمرکز وگستاف، پاسی و دورسلر و شاخص پیشرفت وگستاف به بررسی مؤلفه‌های سلامت در شهرستان‌های استان فارس پرداخته شود. شاخص تمرکز وگستاف، پاسی و دورسلر نشان می‌دهد که بیشترین تمرکز این خدمات در شهرستان شیراز است و این شهرستان با شاخص ترکیبی ۱۱,۳۹ در رتبه نخست استان فارس قرار گرفته است. با توجه به شاخص ترکیبی مدل تمرکز وگستاف، پاسی و دورسلر به رتبه‌بندی شهرستان‌های استان فارس در سه سطح اقدام شده است:

سطح ورا تمرکز: شهرستان شیراز؛

سطح میان تمرکز: شهرستان‌های جهرم، لار، مرودشت، فسا، ممسنی و کازرون؛

سطح فرو تمرکز: شهرستان‌های داراب، فیروزآباد، اقلید، آباده، سپیدان، نی ریز، لامرد، استهبان، بوانات، مهر، ارسنجان، قیر و کارزین، خرمبید، پاسارگاد، خنج، زرین دشت و فراهبند؛

شاخص پیشرفت وگستاف نشان می‌دهد که بیشترین تمرکز خدمات بهداشتی- درمانی در شهرستان شیراز بوده است و این شهرستان با اخذ شاخص ترکیبی ۲۳۶,۸۷۵ در رتبه نخست استان قرار گرفته است. با توجه به شاخص ترکیبی وگستاف به رتبه‌بندی شهرستان‌های استان فارس در سه سطح اقدام شده است:

سطح ورا تمرکز: شهرستان شیراز؛

سطح میان تمرکز: شهرستان‌های لار، جهرم، مرودشت، کازرون و فسا؛

سطح فرو تمرکز: شهرستان‌های ممسنی، داراب، فیروزآباد، سپیدان، اقلید، نی‌ریز، لامرد، آباده، استهبان، بوانات، مهر، پاسارگاد، خنج، قیر و کارزین، ارسنجان، خرمبید، زرین دشت و فراهبند؛

یافته‌های پژوهش با بهره‌گیری از این دو مدل نشان می‌دهد که شهرستان شیراز در رتبه نخست و شهرستان‌های زرین دشت و فراشبند در رتبه‌های بیست سوم و بیست چهارم استان قرار گرفته‌اند. هیچ کدام از شهرستان‌های استان فارس در سطح فرا تمرکز قرار ندارند و دلیل آن به خاطر شکاف موجود بین شهرستان شیراز و شهرستان جهرم از حیث دارا بودن خدمات بهداشتی و درمانی است. راهکارهای پیشنهادی با توجه به شاخص تمرکز و گستاف، پاسی و دورسلا عبارت است از: اولویت اول برنامه‌ریزی تقویت شاخص‌های سلامت در شهرستان‌های داراب، فیروزآباد، اقلید، آباد، سپیدان، نی‌ریز، لامرد، استهبان، بوانات، مهر، ارسنجان، قیر و کارزین، خرمبید، پاسارگاد، خنج، زرین دشت و فراشبند می‌باشد؛ راهکارهای پیشنهادی پژوهش با توجه به شاخص پیشرفت و گستاف عبارت است از: اولویت اول برنامه‌ریزی تقویت شاخص‌های سلامت در شهرستان‌های ممسنی، داراب، فیروزآباد، سپیدان، اقلید، نی‌ریز، لامرد، آباد، استهبان، بوانات، مهر، پاسارگاد، خنج، قیر و کارزین، ارسنجان، خرمبید، زرین دشت و فراشبند می‌باشد؛

References:

1. Akbari, Mahmood (2013), *Spatial Analysis of Health Inequality in Shiraz*, *Journal of Social Rehabilitation*, No. 53, Tehran.
2. Akbari, Mahmood, Sabori, Mohammad, Hampanandeh, Elnaz (2016), *Comparative Study of Development of Information Technology Indicators (Case Study: Fars province)*, *Spatial Planning Journal*, No. 22, Isfahan.
3. Ahmed, S. J. (2004), *Improving access to public health care services- a case study on Dar es Salaam, Tanzania*, *International Institute for Geo-Information Science and Earth Observation*, MSc thesis.
4. Alvaredo, F. and Gasparini, L. (2013), *Recent Trends in Inequality and Poverty in Developing Countries*, *Documento de Trabajo Nro 151*, *Universidad Nacional De Laplata*.
5. Baghayeini Moghaddam, Mohammad Hossein and Ihrampoos, Mohammad Hassan (2004), *Principles and generalities of health services*, *Shabnam Danesh Publication*, Second Edition.
6. Bleichrodt, H. and Doorslaer, E.V. (2005), *A welfare economics foundation for health inequality measurement*, *Erasmus University Rotterdam, Netherlands*.
7. Braveman, P. and Tarimo, E. (2002), *Social Inequalities in Health within Countries: not only an issue for affluent nations*, *Social Science and Medicine*, Vol 54, p1621-1635.
8. Cheng, R. W. Chin, T. L. and Huang, C. C. (2007), *Optimal selection of location for Taiwanese hospitals to ensure a competitive advantage by using the analytic hierarchy process and sensitivity analysis*, *Building and Environment*, Vol 42.
9. Deaton, A. (2003), *Health, Inequality and Economic Development*, *Journal of Economic Literature*, Vol 41.
10. Faraji Sabokbar, Hassanali, Vazin, Narges (2012), *Structural Modeling Relationship between Health Level and Health Services*, *Journal of Social Rehabilitation*, No. 48, Tehran, pp. 44-27.
11. Ghazanfarpour, Hossein (2012), *Levels and Development Level of Health Services in Kerman Province*, *Journal of Spatial Planning*, No. 11, Isfahan.
12. Jafari, Nasrin, Azizi Afard, Abdolreza (2011), *Determining and Assessing the Distribution of Health Services at Lorestan Province*, *National Seminar on the Application of Geographic Information System in Economic, Social and Urban Planning*, Tehran.
13. Maleki, Saeed, Ahmadi, Reza, Torabi, Zabihollah (1394), *Study of spatial justice in the distribution of facilities and health services in Khuzestan province*, *Territorial Geographic Quarterly*, No. 46, pp. 22-1.
14. Mousavi, Mirnejf, Meshkini, Abolfazl, Visian, Mohammad Hosseini, Masoumeh (2016), *Evaluation of Developmental Levels of Health Care Services with Multi-Criteria Decision Making Model (Case Study: Khorasan Razavi Provinces)*, *Journal of Planning Human Resource Studies*, No. 37, Rasht.
15. Nilsson, T. and Bergh, A. (2012), *Income Inequality and Individual Health: Exploring the Association in a Developing Country*, *Reserch Institute of Industrial Economics, IFN Working Paper No. 899, Stockholm, Sweden*, p 1-32.

16. Shaali, Jafar (2000), *Spatial Distribution of Health Care Centers in Urban Areas of Tehran*, *Geographical Research*, No. 38, Tehran, pp. 31-19.
17. Sharifzadegan, Mohammad Hossein, Mamdouhi, Amir Reza and Levi, Maryam (2010), *Spatial Inequality in Access to Public Health Services for Urban Development through the P-Median Model in Isfahan*, *Social Welfare Quarterly*, No. 37, Tehran.
18. Smith, D. M. (1974), *who gets what where and how: a welfare focus for human geography*, *Geography*, Vol 5.
19. Stecklov, A. and Bommier, G. (2002), *Defining health inequality: Why Rawls succeeds where social welfare theory fails*, *Journal of Health Economics*, vol 21.
20. Taghvaei, Masoud and Shahivandi, Ahmad (2010), *Distribution of Health Services in Iran*, *Social Welfare Magazine* No. 39, Tehran, pp. 54-33.
21. Vaghei, Yidollah, Nikteinat, Samaneh, Mohtashemi Barzadaran, Gholamreza (2011), *A comparative study on the inequality of health and medical expenses of households in the provinces of Iran*, *North Khorasan University of Medical Sciences*, No. 4, Bojnourd.
22. Wagstaff, A. Van Doorslaer, E. and Paci, P. (1989), *Equity in the finance and delivery of health Care: Some tentative cross-country comparisons*, *Economic Policy*, vol 5.
23. Wilkinson, R.G. (1996), *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Routledge, London
24. Wilkinson R, Pickett K. (2006), *Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence*. *Social Science and Medicine*, Vol 62, p1768-1784.
25. Yazdani, Mohammad Hassan, Firouzi Majandeh, Ibrahim (2016), *Social Justice Measurement in Spatial Distribution of Educational Use in Ardabil*, *Spatial Planning Magazine*, No. 22, Isfahan.
26. Zangi Abadi, Ali, Amirazedi, Toubia, Parizadi, Taher (2012), *Spatial Analysis of Development Indicators of Health Services in Kurdistan Province*, *Geography Journal*, No. 32, Tehran.
27. Zarabi, Asghar, Mohammadi, Jamal and Rakhshani Nasab, Hamid Reza (2008), *Spatial Analysis of Health Services Development Indicators*, *Quarterly Journal of Social Welfare*, No. 27, Tehran.
28. Zarabi, Asghar, Sheikh Biglou, Rana (2008), *Levels of Health Development Indicators in Iran's Provinces*, *Quarterly Journal of Social Welfare*, No. 42, Tehran.

