



Analysis of rural women's access to health care services in Razavi Khorasan Province

Maryam Ghasemi ^{1*} And Fahimeh Jafari ²

1. Associate Professor, Department of Geography, Faculty of Literature and Humanities, University of Ferdowsi, Mashhad, Iran.

2. PhD student in geography and rural planning, , Faculty of Literature and Humanities, University of Ferdowsi, Mashhad, Iran.

ARTICLE INFO	ABSTRACT
<p>Article type: <i>Research Article</i></p> <p>History Article: Received: 14 December 2023 Revised: 14 February 2024 Accepted: 14 February 2024</p> <p>Keywords: <i>female villagers, Health Services, PSI model, cluster analysis, Razavi Khorasan province</i></p>	<p>Introduction: optimal access to services and medical facilities and human health is one of the important indicators of rural development and one of the basic prerequisites for the realization of sustainable human development and the background for creating justice in society.</p> <p>Objectives: The main objective of the research is to investigate and analyze the status of women's access to health care services in 2015 and 2016 and whether women's access to health care services has improved in this period.</p> <p>Methods: The research method is descriptive-analytical and the data of Iran Statistics Center was used in 2015 and 2016. The unit of analysis was Dehistan and the data analysis was done with the help of PSI preference index model and hierarchical cluster analysis and coefficient of variation.</p> <p>Results and Discussion: According to the results of 154 rural women's access to health care services in 2006, %15 of rural villages in the province were at a favorable level, 35% at an average level, and %50 at a poor level. Also, among the 164 villages in 2013, women's access to health indicators was at the optimal level in %7 of the villages in the province, %28 at the average level and 68% of the villages at the poor level.</p> <p>Conclusion: The results of the research show that a kind of general deprivation in the field of enjoying health and health indicators prevails in the rural areas of the province, and the indicators of women's specific health care services are not evenly distributed among the geographical areas of Razavi Khorasan province. Access to healthcare facilities is essential especially for rural women, even in the most remote and deprived areas.</p> <p>Highlight:</p> <ul style="list-style-type: none"> Clustering of villages and using a new decision-making model to rank villages in terms of access to health care services.

Cite this article:

Ghasemi, M., & Jafari, F. (2024). Analysis of rural women's access to health care services in Razavi Khorasan Province. *Organization of Space Economy*, 2(1), 1-20.



© The Author(s)

* Corresponding Author: Maryam Ghasemi
Email: magh30@um.ac.ir



تحلیل وضعیت دسترسی زنان روستایی به خدمات بهداشتی درمانی در استان خراسان رضوی

مریم قاسمی^۱ و فهیمه جعفری^۲

۱. استادیار، گروه جغرافیا، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

۲. دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

مشخصات مقاله	چکیده
نوع مقاله: مقاله پژوهشی	بیان مسئله: دسترسی مطلوب به خدمات و امکانات درمانی و سلامت انسان، از شاخص‌های مهم توسعه روستایی و از پیش نیازهای اساسی برای تحقق توسعه پایدار انسانی و پیش زمینه ایجاد عدالت در جامعه است.
تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۲۶	هدف: هدف اصلی تحقیق بررسی و تحلیل وضعیت دسترسی زنان به خدمات بهداشتی درمانی در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰ بوده و اینکه در این دوره دسترسی زنان به خدمات بهداشتی درمانی بهبود یافته است یا خیر.
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۱/۲۵	روش: روش تحقیق توصیفی-تحلیلی است و از داده‌های مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰ استفاده شد. واحد تحلیل دهستان بوده و تحلیل داده‌ها به کمک مدل شاخص ارجحیت PSI و تحلیل خوشه‌ای سلسله مراتبی و ضریب تغییرات انجام شد.
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۲۵	یافته‌ها و بحث: طبق نتایج از میان ۱۵۴ دهستان در سال ۱۳۸۵ دسترسی زنان روستایی به خدمات بهداشتی درمانی ۱۵٪ از دهستان‌های استان در سطح مطلوب، ۳۵٪ در سطح متوسط و ۵۰٪ در سطح ضعیف بوده است. همچنین از میان ۱۶۴ دهستان در سال ۱۳۹۰، دسترسی زنان به شاخص‌های بهداشتی درمانی ۷٪ از دهستان‌های استان در سطح مطلوب، ۲۸٪ در سطح متوسط و ۶۸٪ دهستان‌ها در سطح ضعیف بوده است.
کلیدواژه‌ها: زنان روستایی، خدمات بهداشتی درمانی، مدل PSI، تحلیل خوشه‌ای، استان خراسان رضوی	نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان می‌دهد نوعی محرومیت کلی در زمینه برخورداری از شاخص‌های بهداشتی و سلامت بر مناطق روستایی استان حاکم است و شاخص‌های خدمات بهداشتی درمانی خاص زنان به طور متوازن میان نواحی جغرافیایی استان خراسان رضوی توزیع نشده است این در حالی است که دسترسی به امکانات بهداشتی درمانی بخصوص برای زنان روستایی حتی در دورافتاده‌ترین و محروم‌ترین مناطق ضروری است.
	نکات برجسته
	• خوشه‌بندی دهستان‌ها و استفاده از مدل تصمیم‌گیری جدید جهت رتبه‌بندی دهستان‌ها از نظر دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی

ارجاع به این مقاله: قاسمی، مریم و جعفری، فهیمه. (۱۴۰۲). تحلیل وضعیت دسترسی زنان روستایی به خدمات بهداشتی درمانی در استان خراسان رضوی.

ساماندهی اقتصاد فضا، ۲(۱)، ۲۰-۱.



© نویسندگان

* نویسنده مسئول: مریم قاسمی

پست الکترونیک: magh30@um.ac.ir

بیان مسئله

خدمات بهداشتی درمانی یک استراتژی ضروری و الزام آور برای ارتقاء سلامتی همگانی و به شکل گسترده به عنوان راه‌حلی جهانی به منظور بهبود کیفیت بهتر زندگی در جهان به شمار می‌آید. همچنین برخورداری از خدمات بهداشتی-درمانی منعکس‌کننده تناسب بین عواملی چون: قابلیت پرداخت (Affordable) از نظر هزینه، فراهم بودن (Availability)، در دسترس بودن (Availability)، مورد قبول بودن و تطابق خدمات با نیازها می‌باشد (McLaughlin & Wyszewianski, 2002: 43)؛ براساس منشور سازمان بهداشت جهانی برخورداری از بالاترین استانداردهای سلامتی، یکی از حقوق بنیادین هر انسان است (Barton & Tsourou, 2000: 4). تحقیقات نشان می‌دهد مردم در روستاها و اجتماعات دور دست از سطح بهداشت و درمان ضعیف‌تری نسبت به شهرها برخوردارند و این عدم تساوی و نابرابری‌ها، بیشتر با دسترسی (Availability)، ضعیف به خدمات درمانی و بهداشتی و غیرمنصفانه بودن توزیع منابع درمانی برای افراد تشدید می‌شوند (Bywaters et al, 2009: 348). نواحی روستایی به دلایل مختلف از جمله: عدم دسترسی به تجهیزات پزشکی، سیستم‌های حمل و نقل ضعیف، طولانی بودن فواصل مسافرتی جهت اخذ خدمات بهداشتی درمانی و پایین بودن سطح درآمد عموماً از محرومیت بیشتری به لحاظ بهداشتی و درمانی نسبت به جامعه شهری برخوردارند که این امر منجر به بالا رفتن نرخ مرگ و میر در این نواحی می‌شود. این درحالی‌است که کلیه افراد حق دسترسی به خدمات و مراقبت‌های بهداشتی را بدون در نظر گرفتن محل زندگی دارند (Jackman et al., 2010: 67; Thomlinson et al., 2004: 260). بدیهی است ماهیت خدمات بهداشتی-درمانی منحصر به گروه خاصی از مردم نمی‌شود و همه انسان‌ها در همه فضاهای جغرافیایی بدان نیازمند هستند (ضرابی و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۵۵). دسترسی مطلوب به خدمات و امکانات درمانی و سلامت انسان، یکی از شاخص‌های مهم توسعه روستایی (Bywaters et al., 2009: 38) و از پیش نیازهای اساسی برای تحقق توسعه پایدار انسانی (Distaso, 2007: 172) و پیش زمینه ایجاد عدالت در جامعه است (Gulliford and Morgan, 2003: 121). از این رو مدیریت و خدمات رسانی اصولی به روستائیان، ضمن پیاده‌سازی مفهوم عینی عدالت فضایی، موجب بهره‌مندی مناسب آنها از خدمات ذکر شده می‌گردد.

دسترسی به خدمات درمانی و بهداشتی از اولین شاخص‌های مهم به منظور دستیابی به سلامتی همگانی است (Holt, 2005: 24). محتوای "دسترسی" در دسترس بودن است. محتوایی که توسط هر کسی می‌تواند خلق و تعبیر شود (Connolly, 2004: 89). دسترسی پاسخی است به این سوال که: آیا مردم، به ویژه کسانی که در گروه‌ها و نواحی محروم زندگی می‌کنند، به طور شایسته به خدمات مورد نیاز خود به ویژه دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی دست می‌یابند؟ (Department of Health, 2004). دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی و درمانی یعنی فراهم آوردن خدمات درست، در زمان و مکان درست است (Gulliford and Morgan, 2003: 43).

نتایج مطالعات نشان می‌دهد در دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی موانعی وجود دارد بطوریکه پنچانسکی و توماس (Holt, 2005: 28) موانع دسترسی را شامل: ۱- موجود بودن. در مفهوم خدمات بهداشتی درمانی، اشاره دارد به تعداد مراکز خدمات بهداشتی درمانی که مردم مستمند و نیازمند می‌توانند انتخاب کنند؛ ۲- قابل دسترس بودن. به عنوان موانع سفر (مسافت و یا زمان) بین نواحی مسکونی یا مراکز تقاضا، می‌داند.

هر چند مسائل بهداشتی درمانی برای هر دو جنس دارای اهمیت می‌باشد اما توجه به سلامت و بهداشت زنان و دختران به دلیل فرزندآوری و تجدید نسل و همچنین ارائه مراقبت‌های سلامت در خانواده و جامعه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. عموماً زنان به دلیل ایفای نقش‌های متعدد در خانواده و جامعه، گذراندن دوره‌های فیزیولوژیکی مختلف مانند بلوغ، قاعدگی، بارداری، زایمان و یائسگی و همچنین، احتمال خطر بیشتر در ابتلا به فقر، گرسنگی و سوء تغذیه، گروه پرخطر جوامع روستایی محسوب می‌شوند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۹؛ احمدی و همکاران، ۱۳۸۶)؛ همچنین به دلیل عدم دسترسی به تجهیزات پزشکی در جوامع روستایی، سیستم‌های حمل و نقل ضعیف، طولانی بودن فواصل مسافرتی و پایین بودن سطح درآمد منجر به بالا رفتن نرخ مرگ و میر زنان روستایی می‌شود. از این رو بهبود وضعیت سلامت در زنان نیازمند مداخلات خاص و یا متفاوت با مردان است (غلامحسینی و همکاران، ۱۳۹۳: ۵). از آنجا که یکی از شاخص‌های تاثیرگذار بر سلامتی، دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی درمانی است، شرایط افراد از جمله جنسیت بر توانایی برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی تاثیر می‌گذارد لذا باید ترتیبی اتخاذ گردد تا سیاست‌های توزیع خدمات برای همه افراد جامعه عادلانه باشد (Black & Mooney, 2002: 201) با توجه به این ضرورت، دسترسی گروه‌های

مختلف جمعیتی به خدمات بهداشتی درمانی، همواره مورد توجه محققان، در کشورهای مختلف جهان بوده است (Hendryx & et al, 2002: 37).

بر اساس نتایج سرشماری عمومی ۱۳۹۵ از کل جمعیت ایران ۷۹۹۲۶۲۷۰ نفر، ۵۹۱۴۶۸۴۷ نفر (معادل ۷۴ درصد) ساکن نقاط شهری و ۲۰۷۳۰۶۲۵ نفر (معادل ۲۶ درصد) ساکن نقاط روستایی هستند، اگرچه جمعیت ساکن در نواحی روستایی نسبت به شهری کمتر است، اما تعداد مطلق جمعیت روستایی رقم قابل توجهی است. در استان خراسان رضوی از ۶۴۳۴۵۰۱ نفر جمعیت، تعداد ۴۷۰۰۹۲۴ نفر (معادل ۷۳ درصد) ساکن در نواحی شهری و تعداد ۱۷۳۳۱۲۱ نفر (معادل ۲۷ درصد) ساکن در نواحی روستایی هستند. در سال ۱۳۹۵ جمعیت زنان روستایی استان خراسان رضوی ۸۵۰۳۰۶ نفر (معادل ۴۹،۰۶ درصد جمعیت روستایی) بوده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۸)، با توجه به اینکه زنان نیمی از جمعیت روستایی را تشکیل داده و نقش بارزی در فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی دارند، ضروری است دسترسی آنها به خدمات بهداشتی درمانی مورد بررسی قرار گیرد؛ بر این اساس سوال اصلی تحقیق بدین صورت مطرح می‌گردد که: دسترسی زنان به خدمات بهداشتی درمانی در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰ در چه سطحی بوده است و آیا طی این دوره دسترسی زنان به خدمات بهداشتی درمانی بهبود یافته است؟

مبانی نظری

بهداشت روستایی موضوعی است که در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. تقریباً نیمی از جمعیت جهان در مناطق روستایی زندگی می‌کنند و سلامت این افراد یک نگرانی عمده برای ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و نیز سیستم‌های ارائه خدمات بهداشتی است و افراد حق دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی را بدون در نظر گرفتن محل دارند (Abbaszadeh et al., 2013). سومین هدف دستور کار جهانی توسعه پایدار "تضمین زندگی سالم و ارتقای بهزیستی برای همه در هر سنی" است. اگرچه در سال‌های اخیر گام‌های بلندی در جهت بهبود سلامت مردم برداشته شده است، اما نابرابری در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی همچنان ادامه دارد. چراکه بخش قابل توجهی از جمعیت جهان هنوز به خدمات بهداشتی حیاتی دسترسی ندارند. به منظور پر کردن این شکاف و تضمین ارائه عادلانه مراقبت‌های بهداشتی، پرداختن به نابرابری‌ها ضروری است. دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی و درمانی یعنی فراهم کردن خدمات درست، در زمان درست و مکان درست است (Gulliford, Morgan: 2003). در مطالعات مختلف نظریه‌های مختلفی در مورد دسترسی زنان روستایی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی مطرح شده است. این نظریات عبارتند از: اهمیت دسترسی: تحقیقات تاکید می‌کند که دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی یک مسئله حیاتی در مناطق روستایی است و دسترسی ناکافی یک نگرانی مهم است. مصرف کنندگان مراقبت‌های بهداشتی روستایی اغلب با موانع مربوط به مقبولیت، مناسب بودن، محدودیت‌های زمانی، محدودیت منابع و اولویت‌بندی سود نسبت به رفع موانع دسترسی مواجه هستند. قانون حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه (PPACA): مطالعات چگونگی هدف PPACA را برای کاهش موانع دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی برای جمعیت روستایی، به ویژه تمرکز بر عناصری مانند آموزش نیروی کار مراقبت‌های بهداشتی، گسترش خدمات بهداشتی، و مقررات مراقبت‌های بهداشتی مبتنی بر کارفرما بررسی کرده است. علی‌رغم این تلاش‌ها، موانع دسترسی دائمی احتمالاً در محیط‌های روستایی باقی خواهند ماند.

ساخت‌وسازهای جنسیتی و مکانی: ساخت و سازهای جنسیتی و مکانی می‌تواند بر دسترسی زنان روستایی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی تأثیر بگذارد. کلیه‌ها و ارزش‌های مرتبط با نقش‌های جنسیتی در جوامع روستایی می‌تواند بر دسترسی بودن، مقرون به صرفه بودن، دسترسی، مقبولیت و تطبیق خدمات بهداشتی برای زنان روستایی تأثیر بگذارد.

دیدگاه اخلاق مراقبت: در این نظریه یک دیدگاه رابطه‌ای برای بازبینی مفهوم‌سازی دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی روستایی پیشنهاد می‌شود. نظریه اخلاق مراقبت که توسط فمینیسم‌ها ارائه شده است، بر روابط تأکید می‌کند و مفاهیم فردگرایانه را رد می‌کند. چارچوب‌های آتی باید به جنبه‌های ارتباطی دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی در محیط‌های روستایی برای بهبود دسترسی برای جمعیت روستایی توجه بیشتری داشته باشند.

1. <https://sdgs.un.org/goals>

2. Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)

اختلاف در انتظارات مراقبت‌های بهداشتی: مطالعات شکاف قابل توجهی را بین انتظارات مراقبت‌های بهداشتی زنان جوان در مناطق روستایی و خدمات واقعی مراقبت‌های بهداشتی که دریافت می‌کنند برجسته کرده‌اند. این اختلاف بر چالش‌های مستمر ساکنان روستایی در دسترسی به خدمات بهداشتی کافی تأکید می‌کند.

این نظریه‌ها پویایی پیچیده‌ای را که بر دسترسی زنان روستایی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی تأثیر می‌گذارد روشن می‌کنند و بر نیاز به استراتژی‌های جامع برای رسیدگی به موانع مداومی که در جستجوی مراقبت‌های پزشکی با آن‌ها مواجه می‌شوند، تأکید می‌کنند. برای غلبه بر این موانع و رفع کاستی‌های طولانی مدت مراقبت‌های بهداشتی، افزایش سرمایه‌گذاری در سیستم‌های بهداشتی مورد نیاز است.

پیشینه تحقیق

بررسی پیشینه تحقیق نشان می‌دهد علی‌رغم اینکه مطالعات متعددی در زمینه دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی در نواحی روستایی انجام شده اما در زمینه دسترسی زنان روستایی به خدمات بهداشتی درمانی مطالعات چندانی انجام نشده است. اجالا^۱ (۲۰۰۵)، در مطالعه خود با عنوان «دسترسی به تسهیلات خدمات درمانی: راه‌حلی برای مشکلات توسعه روستایی پایدار در ایالت اوسان نیجریه»، از سه شاخص، تعداد پزشک، تعداد پرستار و تعداد تخت بیمارستانی استفاده کرده است. که به نسبت جمعیت و در مقایسه با آن سنجیده شده و نواحی و روستاهای دارای مقادیر پایین‌تر از حد استاندارد مشخص شده‌اند. آقاجانیان^۲ و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی تحت عنوان «تأثیر برنامه توسعه سلامت روستایی در ایران در زمینه نابرابری‌های شهری-روستایی در شاخص‌های بهداشتی» نشان دادند برنامه سلامت در مناطق روستایی از طریق مراکز بهداشت و خانه‌های بهداشتی باعث شده است نابرابری‌های شهری-روستایی در شاخص‌های بهداشتی کاهش یابد. پونگ^۳ و همکاران (۲۰۱۱)، به بررسی چالش‌های ارائه خدمات بهداشتی برای مناطق روستایی کم جمعیت می‌پردازد. آنها وضعیت سلامت و تعیین‌کننده‌های بهداشت و سلامت را مورد ارزیابی قرار داده و آن را با هم‌تایان شهری مورد مقایسه قرار می‌دهند. یا او^۴ و همکاران (۲۰۱۳)، به تحلیل فضایی دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی جنسی و باروری زنان در مناطق روستایی آفریقا می‌پردازند. این مطالعه نشان می‌دهد دسترسی به خدمات سلامت جنسی و باروری به طور قابل توجهی بر سلامت زنان، مانند حاملگی، مرگ و میر نوزادان و مادران تأثیرگذار است. این پژوهش بر شرایط حمل و نقل تأکید می‌نماید که نقش مهمی در دسترسی زنان به خدمات بهداشتی دارد. لذا توجه به بهبود دسترسی فعلی به مراقبت‌های بهداشتی زنان روستایی از طریق برنامه‌های مراقبت بهداشتی ضروری است. سالمانا و رومانس^۵ (۲۰۱۴)، در پژوهشی به بررسی قابلیت دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی در بین ساکنان روستایی پرداختند. نتایج نشان داد ساکنان مناطق روستایی از نظر قابلیت دسترسی فیزیکی به خدمات بهداشتی به شدت محروم هستند. وی پیشنهاد می‌کند که مقامات محلی، رهبران اجتماعی برای تامین تسهیلات بهداشتی، بهبود شرایط جاده‌ها و افزایش بهداشت عمومی تلاش کنند. اولادیو^۶ (۲۰۱۴)، در پژوهش خود نشان داد که در استفاده از خدمات بهداشتی در مناطق روستایی و شهری نابرابری وجود دارد و برنامه‌ریزی برای امکانات مراقبت‌های بهداشتی در مکان‌های مختلف باید براساس نرخ‌های بهره‌برداری باشد و تسهیلات مدیریت مناسب داشته باشد و هدف آن بهبود وضعیت سلامت افراد باشد. داتیت و همکاران^۷ (۲۰۱۵) در پژوهشی به حذف موانع دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی در مناطق روستایی آمریکا پرداختند. نتایج نشان داد در زمینه دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی بین مناطق روستایی و شهری تفاوت وجود دارد و اختلافات در زمینه دسترسی به خدمات بهداشتی روستایی و شهری نیازمند برنامه‌های اصلاحات به طور مداوم می‌باشد. این برنامه‌ها باید با هدف بهبود ارائه خدمات، ترویج استخدام، آموزش و توسعه متخصصان بهداشت روستایی، افزایش پوشش بیمه بهداشتی و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی باشد. علی تارا^۸ و همکاران (۲۰۱۶)، به بررسی

1Ajala

2Aghajanian

3Pong

4Yao

5Sulemana & Romanus

6Oladipo

7Douthit

8Ali Tarar

مشکلات بهداشتی زنان روستایی شاغل در بخش کشاورزی پرداخته‌اند. نتایج نشان داد ۶۰ درصد زنان روستایی با آسیب‌های فیزیکی/بیماری، ۹۵/۷ درصد با بیماری‌های روانی، ۹۳/۸ درصد با مشکلات مربوط به افت کش‌ها و ۷۸/۸ درصد با بیماری آسم مواجه هستند. لذا نیاز است آموزش و پرورش به آموزش تغذیه سالم اقدام نموده و سیستم پزشکی از طریق پرسنل بهداشتی و اصلاح‌گران اجتماعی به زنان کمک نمایند تا بتوانند نقش مثبتی در بخش کشاورزی برای ارتقاء وضعیت اقتصادی و اجتماعی ایفا نمایند. حمیدالزمان^۱ و همکاران (۲۰۱۶)، به بررسی دسترسی زنان به خدمات بهداشتی در مناطق روستایی بنگلادش پرداختند. نتایج نشان داد زنان مسن نسبت به دیگر گروه‌های جمعیتی دسترسی کمتری به خدمات درمانی دارند. عوامل موثر بر اختلاف دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی شامل: بارداری نوجوانان، وابستگی اجتماعی اقتصادی به مردان و خانواده، ناکافی و ناکارآمد بودن خدمات بهداشتی نهادی و استفاده نادرست از سرمایه‌ها می‌باشند. یافته‌های این پژوهش در برنامه‌ریزی و تامین مالی خدمات بهداشتی برای این گروه از زنان در سطوح فردی و سازمانی در مناطق روستایی بنگلادش دلالت دارند. صالح پور و افرخته (۱۳۹۵)، در پژوهشی به بررسی سطح توسعه خدمات بهداشتی-درمانی از منظر عدالت فضایی پرداخته است. نتایج نشان داد در نابرابری فضایی موجود، علاوه بر تعداد جمعیت، عامل فاصله نیز اثرگذار است به طوری که با افزایش فاصله از مرکز شهر، از شدت برخورداری از امکانات و خدمات کاسته می‌شود. غضنفرپور و همکاران (۱۳۹۵)، در مطالعه خود به تحلیل فضایی شاخص‌های توسعه خدمات بهداشتی و درمانی پرداخته است. نتایج نشان داد که اختلاف و شکاف زیادی از نظر بهره‌مندی از شاخص‌های ساختاری بهداشت و درمان بین شهرستان‌های استان وجود دارد.

با مرور پیشینه تحقیق می‌توان مطالعات صورت گرفته را در سه دسته قرار داد: دسته‌ای از مطالعات به بررسی و تحلیل نابرابری فضایی شاخص‌های بهداشتی درمانی در سطح فضاهای مختلف جغرافیایی با استفاده از مدل‌های سطح‌بندی و GIS پرداخته‌اند (تقدیسی و همکاران، ۱۳۹۱؛ وارثی و همکاران، ۱۳۹۴؛ شیخی و همکاران، ۱۳۹۴؛ محمدی و همکاران، ۱۳۹۴، غضنفرپور و همکاران، ۱۳۹۶، زنگی آبادی و همکاران، ۱۳۹۲؛ موسوی و همکاران، ۱۳۹۶). برخی مطالعات به تفاوت‌های جنسیتی در دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی اشاره می‌کنند (Merzel, 2000; Doyal, 2000) و دسته سوم به تفاوت‌های موجود در دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی میان مناطق شهری و روستایی می‌پردازند (Jordan et al, 2004; Pong et al, 2011; Sibley, L.M., &...). بررسی پیشینه تحقیق نشان داد پژوهش‌های اندکی به بررسی وضعیت دسترسی زنان روستایی به خدمات بهداشتی درمانی پرداخته‌اند. به نظر می‌رسد با توجه به اینکه زنان روستایی نیمی از جامعه روستایی ایران را تشکیل می‌دهند، ضروری است میزان دسترسی آنها به خدمات سلامت مورد توجه محققین و برنامه‌ریزان قرار گیرد.

روش تحقیق

روش تحقیق توصیفی تحلیلی است. جمع‌آوری اطلاعات، اسنادی و براساس داده‌های مرکز ملی آمار ایران است. به جهت اینکه در سرشماری سال ۱۳۹۵ شاخص‌های بهداشتی درمانی کمی نگردیده است، در این مطالعه از نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن ایران در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰ استفاده شد (جدول ۱). شاخص‌های بهداشتی درمانی مورد بررسی در سال ۱۳۸۵ شامل ۹ شاخص و در سال ۱۳۹۰ شامل ۱۱ شاخص مربوط به زنان روستایی می‌باشد؛ واحد تحلیل دهستان است و جهت تحلیل داده‌های پژوهش از مدل شاخص ارجحیت PSI و تحلیل خوشه‌ای سلسله مراتبی و ضریب تغییرات CV بهره گرفته شد.

جدول ۱. شاخص‌های بهداشتی درمانی به تفکیک هر دهستان مربوط به سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰

ردیف	سال ۱۳۸۵	سال ۱۳۹۰
۱	نسبت زنان برخوردار از بهورز	نسبت زنان برخوردار از بهورز
۲	نسبت زنان برخوردار از بهیار یا مامای روستایی	نسبت زنان برخوردار از بهیار یا مامای روستایی
۳	نسبت زنان برخوردار از دندانپزشک	نسبت زنان برخوردار از دندانپزشک
۴	نسبت زنان برخوردار از پزشک	نسبت زنان برخوردار از پزشک
۵	نسبت زنان برخوردار از مرکز تسهیلات زایمانی	نسبت زنان برخوردار از مرکز تسهیلات زایمانی
۶	نسبت زنان برخوردار از خانه بهداشت	نسبت زنان برخوردار از خانه بهداشت
۷	نسبت زنان برخوردار از داروخانه	نسبت زنان برخوردار از داروخانه

ردیف	سال ۱۳۸۵	سال ۱۳۹۰
۸	نسبت زنان برخوردار از مرکز بهداشتی درمانی	نسبت زنان برخوردار از مرکز بهداشتی درمانی
۹	نسبت زنان برخوردار از بهداشتیاری	نسبت زنان برخوردار از پایگاه بهداشت روستایی
۱۰		نسبت زنان برخوردار از پزشک خانواده
۱۱		نسبت زنان برخوردار از آزمایشگاه و رادیولوژی

برگرفته از: مرکز آمار ایران، سالنامه آبادی سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰

در این مطالعه از روش PSI (Preference selection index) یا شاخص انتخاب ارجحیت که از روش‌های تصمیم‌گیری چندمعیاره می‌باشد، استفاده شده است. این روش اولین بار توسط مائیا و بیپت در سال ۲۰۱۰ ارائه شد. هدف آن محاسبه وزن معیارها و رتبه‌بندی گزینه‌ها است. این مزیت ویژه باعث شد، این روش از روش‌های مشابه نظیر تاپسیس، ویکور یا الکتراه متمایز شود. زیرا در روش‌هایی نظیر تاپسیس برای رتبه‌بندی گزینه‌ها باید وزن معیارها را از روش‌های دیگر محاسبه کرد و سپس وارد الگوریتم تاپسیس نمود. اما در روش PSI خود علاوه بر محاسبه وزن معیارها، گزینه‌ها را نیز رتبه‌بندی می‌کند (پویا و طبری، ۱۳۹۱: ۵۵). ماتریس تصمیم در روش PSI از ماتریس معیار - گزینه تشکیل شده است. گام‌های روش PSI به شرح زیر است:

گام اول: شناسایی هدف، گزینه‌ها و معیارها

گام دوم: تشکیل ماتریس تصمیم: که شامل ستون‌های معیار و سطرهای گزینه است.

گام سوم: نرمال‌سازی ماتریس تصمیم: اگر معیار مثبت باشد از فرمول ۱ و اگر معیار منفی باشد از فرمول ۲ استفاده می‌کنیم.

$$1) R_{ij} = \frac{X_{ij}}{X_{jmax}} \quad 2) R_{ij} = \frac{X_{jmin}}{X_{ij}}$$

گام چهارم: محاسبه مقدار تفاوت هر معیار

برای محاسبه این گام لازم است ابتدا \bar{R} مقدار را حساب می‌کنیم \bar{R} میانگین ستونی هر معیار است. سپس طبق فرمول عمل می‌کنیم.

$$PV_j = \sum_{i=0}^n (R_{ij} - \bar{R}_j)^2 \quad \bar{R}_j = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N R_{ij}$$

گام پنجم: محاسبه انحراف هر معیار از فرمول زیر:

$$\Phi_j = 1 - PV_j$$

گام ششم: محاسبه مقدار ارجحیت کل (وزن معیارها) از طریق فرمول زیر:

$$\psi_j = \frac{\Phi_j}{\sum_{i=1}^M \Phi_j}$$

پس از محاسبه وزن معیارها به محاسبه مقدار PSI با استفاده از فرمول زیر می‌پردازیم و سپس بر این اساس گزینه‌ها را رتبه‌بندی می‌کنیم (پویا و طبری، ۱۳۹۱: ۵۹).

$$I_i = \sum_{j=1}^M (R_{ij} \times \psi_j)$$

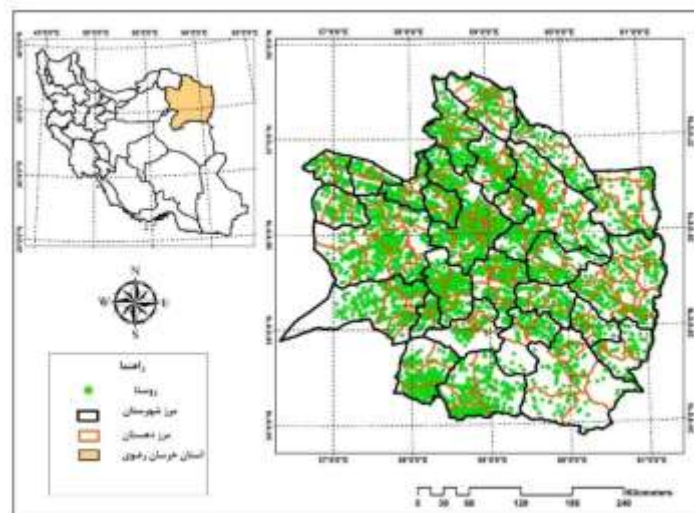
قلمرو تحقیق

محدوده مورد مطالعه استان خراسان رضوی است. این استان با مساحت ۱۱۸۸۵۴ کیلومتر مربع پنجمین استان پهناور ایران است که در شمال شرقی ایران واقع شده است. استان خراسان رضوی در سال ۱۳۹۵ از ۲۹ شهرستان، ۷۱ بخش، ۷۳ شهر و ۱۶۴ دهستان تشکیل شده است. جدول ۲ تقسیمات سیاسی استان را نشان می‌دهد. شکل ۱ نیز گویای موقعیت محدوده مورد مطالعه است.

جدول ۲. تقسیمات سیاسی استان خراسان رضوی در سال‌های ۱۳۸۵، ۱۳۹۰

تقسیمات سیاسی استان ۱۳۸۵	تقسیمات سیاسی استان ۱۳۹۰
شهرستان ۲۰	شهرستان ۲۷
بخش ۶۴	بخش ۶۹
شهر ۶۹	شهر ۷۲
دهستان ۱۶۱	دهستان ۱۶۳

برگرفته از: مرکز آمار ایران، سالنامه آبادی سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰



شکل ۱. معرفی محدوده مورد مطالعه

برگرفته از: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۲

یافته‌ها

به منظور بررسی و تحلیل میزان و سطح دسترسی زنان روستایی به شاخص‌های بهداشتی درمانی مورد نیاز، نخست امتیازات هر یک از دهستان‌ها در زمینه شاخص‌های بهداشتی- درمانی مورد بررسی، براساس مدل PSI محاسبه گردید، سپس از تحلیل خوشه‌ای سلسله مراتبی به منظور سطح‌بندی دهستان‌ها بهره گرفته شد و دهستان‌های استان در سه خوشه همگن (دهستان‌های دارای دسترسی مطلوب، دهستان‌های دارای دسترسی متوسط و دهستان‌های دارای دسترسی ضعیف) دسته‌بندی شدند.

یافته‌ها نشان می‌دهد در استان خراسان رضوی داده‌های سال ۱۳۸۵ تفاوت زیادی در میزان برخورداری زنان از خدمات بهداشتی درمانی در دهستان‌های استان خراسان رضوی وجود داشته است. به طوریکه از مجموع ۱۵۴ دهستان، ۲۳ دهستان (معادل ۱۵ درصد) در زمینه دسترسی زنان به خدمات بهداشتی درمانی دارای وضعیت مطلوب می‌باشند. در ۵۴ دهستان (برابر با ۳۵ درصد) سطح دسترسی متوسط و در ۷۷ دهستان (برابر با ۵۰ درصد) زنان دارای دسترسی ضعیف به خدمات بهداشتی درمانی بوده‌اند (جدول ۲).

براساس داده‌های سال ۱۳۹۰، از نظر دسترسی زنان به شاخص‌های بهداشتی درمانی از مجموع ۱۶۴ دهستان، در ۶ دهستان (معادل ۴ درصد) از کل دهستان‌ها) دسترسی مطلوب، در ۴۶ دهستان (برابر با ۲۸ درصد) دسترسی متوسط و در ۱۱۱ دهستان (معادل ۶۸ درصد) زنان روستایی به خدمات بهداشتی درمانی دسترسی ضعیفی داشته‌اند.

جدول ۳. رتبه‌بندی سکونتگاه‌های روستایی استان خراسان رضوی براساس مدل PSI و تحلیل خوشه‌ای

دهستان ۸۵	جمعیت زنان	PSI	سطح دسترسی	دهستان ۹۰	جمعیت زنان	PSI	سطح دسترسی
کوه همائی	۱۱۳۹	۰/۶۵۲۹	مطلوب	میان کوه	۲۰۲۶	۰/۵۶۴۶	مطلوب
زبید	۲۵۴۷	۰/۵۶۰۹	مطلوب	درونگر	۱۵۲۰	۰/۵۴۳۵	مطلوب
خوادش	۲۶۰۳	۰/۵۲۶۲	مطلوب	رقیچه	۱۶۲۲	۰/۵۱۲۰	مطلوب
میانکوه	۲۲۹۴	۰/۵۲۶۲	مطلوب	زبید	۲۲۱۹	۰/۵۰۳۴	مطلوب
تبادکان	۵۵۷۰	۰/۴۵۲۵۰	مطلوب	دولخانه	۴۰۱۲	۰/۴۵۵۶	مطلوب

دهستان ۸۵	جمعیت زنان	PSI	سطح دسترسی	دهستان ۹۰	جمعیت زنان	PSI	سطح دسترسی
دولتخانه	۴۸۰۴	۰/۴۹۸۸	مطلوب	کراب	۱۳۷۳	۰/۴۳۴۸	مطلوب
دوغائی	۶۷۱۲	۰/۴۹۷۴	مطلوب	قره باشلو	۲۳۶۷	۰/۳۹۲۴	متوسط
درونگر	۱۶۷۷	۴۹۵۴	مطلوب	فروغن	۲۰۰۰	۰/۳۸۸۸	متوسط
زنگلانلو	۲۶۷۳	۰/۴۹۱۵	مطلوب	دوعائی	۶۱۴۵	۰/۳۸۷۸	متوسط
مزینان	۳۲۳۲	۰/۴۵۰۳	مطلوب	قصبه شرقی	۳۷۴۷	۰/۳۸۵۶	متوسط
قصبه شرقی	۳۲۷۶	۰/۴۴۹۷	مطلوب	خواشد	۲۰۷۰	۰/۳۷۶۱	متوسط
رباط	۳۱۳۹	۰/۴۴۹۰	مطلوب	پساکوه	۱۶۳۶	۰/۳۷۵۵	متوسط
طاغتكوه شمالی	۸۰۶۱	۰/۴۱۲۹	مطلوب	شعبه	۱۴۵۳	۰/۳۶۹۷	متوسط
کنار شهر	۲۵۴۶	۰/۴۰۸۸	مطلوب	کارده	۳۱۶۲	۰/۳۶۸۸	متوسط
رباطجز	۱۶۶۳	۰/۳۹۷۷	مطلوب	سرولایت	۵۲۷۸	۰/۳۶۴۵	متوسط
دریقای	۵۲۹۵	۰/۳۹۶۵	مطلوب	رباط	۲۹۱۵	۰/۳۶۴۰	متوسط
آبروان	۶۸۴۵	۰/۳۹۴۸	مطلوب	بینالود	۲۹۸۹	۰/۳۵۹۳	متوسط
بق مج	۱۹۸۴	۰/۳۸۸۳	مطلوب	جاغرق	۲۳۵۷	۰/۳۵۷۶	متوسط
پساکوه	۱۷۸۴	۰/۳۸۴۶	مطلوب	حریرود	۲۵۳۹	۰/۳۵۶۹	متوسط
طیس	۶۴۸۱	۰/۳۸۴۵	مطلوب	پل خاتون	۲۴۷۹	۰/۳۴۹۷	متوسط
کاه	۴۴۴۱	۰/۳۸۳۴	مطلوب	کوهپایه	۲۶۵۷	۰/۳۴۵۳	متوسط
قره باشلو	۲۵۶۲	۰/۳۸۰۷	مطلوب	کوه همائی	۸۴۳	۰/۳۴۴۱	متوسط
بیبهق	۳۹۲۶	۰/۳۷۸۴	مطلوب	یام	۲۸۴۶	۰/۳۴۲۶	متوسط
هریرود	۲۲۴۲	۰/۳۶۴۳	متوسط	طرقیه	۲۹۵۴	۰/۳۴۱۵	متوسط
کوهپایه	۳۱۹۱	۰/۳۵۴۴	متوسط	بق مج	۱۵۶۰	۰/۳۲۵۸	متوسط
تکاب کوه میش	۲۶۳۸	۰/۳۵۲۷	متوسط	آبروان	۷۰۲۲	۰/۳۲۰۷	متوسط
ربع شامات	۲۴۳۶	۰/۳۴۸۳	متوسط	طیس	۵۷۷۴	۰/۳۱۹۸	متوسط
باشتین	۲۸۰۲	۰/۳۴۵۴	متوسط	ربع شامات	۲۴۹۵	۰/۳۱۶۷	متوسط
پیراکوه	۲۸۹۰	۰/۳۴۱۵	متوسط	پیراکوه	۳۴۴۴	۰/۳۰۹۲	متوسط
دره یام	۵۶۸۸	۰/۳۴۱۳	متوسط	بیبهق	۴۱۰۴	۰/۳۰۵۸	متوسط
بررود	۲۴۹۴	۰/۳۳۶۸	متوسط	مزینان	۲۸۷۴	۰/۳۰۰۴	متوسط
کراب	۱۸۰۴	۰/۳۳۵۶	متوسط	دریقای	۵۰۲۸	۰/۳۰۰۴	متوسط
پایین خواف	۱۹۱۶	۰/۳۲۸۳	متوسط	حومه گناباد	۵۱۴۷	۰/۲۸۳۴	متوسط
بینالود	۳۶۸۵	۰/۳۲۰۵	متوسط	گلمکان	۳۸۴۹	۰/۲۷۹۵	متوسط
سودلانه	۱۰۰۹۷	۰/۳۱۶۶	متوسط	بالا ولایت باخرز	۵۹۶۲	۰/۲۷۶۱	متوسط
عشق آباد	۷۸۰۶	۰/۳۱۱۰	متوسط	پیوه زن	۸۹۶۵	۰/۲۷۱۰	متوسط
هزار مسجد	۳۲۲۱	۰/۳۰۷۰	متوسط	رستاق	۴۱۵۸	۰/۲۶۸۷	متوسط
پیوه زن	۸۸۴۶	۰/۳۰۴۶	متوسط	طاغتكوه شمالی	۶۸۶۸	۰/۲۶۶۹	متوسط
کیبر	۴۵۳۶	۰/۳۰۴۳	متوسط	زنگلانلو	۲۴۸۶	۰/۲۶۵۳	متوسط
بلهرات	۵۸۹۱	۰/۲۹۴۶	متوسط	زبرخان	۷۵۲۶	۰/۲۵۵۱	متوسط
پائین ولایت کاشمر	۵۶۸۲	۰/۲۹۰۷	متوسط	شامکان	۳۳۲۵	۰/۲۵۳۵	متوسط
زام	۴۲۹۲	۰/۲۸۸۶	متوسط	قوچان عتیق	۱۱۶۶۰	۰/۲۵۲۴	متوسط
غزالی	۴۶۷۷	۰/۲۸۷۰	متوسط	جلگه موسی آباد	۴۴۷۸	۰/۲۴۹۸	متوسط
پس کلوت	۴۴۵۸	۰/۲۸۵۳	متوسط	بایک	۱۹۲۸	۰/۲۴۷۷	متوسط
تکاب	۳۰۶۶	۰/۲۸۴۹	متوسط	بالارخ	۳۷۸۶	۰/۲۴۷۰	متوسط
قوچان عتیق	۱۲۵۶۶	۰/۲۸۴۶	متوسط	غزالی	۴۶۱۸	۰/۲۴۵۲	متوسط
برزنون	۳۰۴۲	۰/۲۷۴۲	متوسط	عشق آباد	۷۹۴۱	۰/۲۴۳۲	متوسط
جلگه موسی آباد	۳۹۸۸	۰/۲۷۰۲	متوسط	فضل	۸۱۱۷	۰/۲۳۷۶	متوسط
بستان	۲۶۹۲	۰/۲۷۰۲	متوسط	پایین خواف	۲۳۷۷	۰/۲۳۶۹	متوسط
بالا ولایت تربت	۱۰۵۱۰	۰/۲۶۹۷	متوسط	تکاب کاشمر	۲۶۰۴	۰/۲۳۳۸	متوسط
جزین	۲۶۹۲	۰/۲۶۸۳	متوسط	پایین جوین	۶۱۷۸	۰/۲۳۳۱	متوسط

دهستان ۸۵	جمعیت زنان	PSI	سطح دسترسی	دهستان ۹۰	جمعیت زنان	PSI	سطح دسترسی
سرولایت	۵۶۹۰	۰/۲۶۲۸	متوسط	شیرین دره	۷۱۱۷	۰/۲۳۱۰	متوسط
پل خاتون	۲۸۳۳	۰/۲۶۱۸	متوسط	باشتین	۲۴۶۳	۰/۲۲۲۱	ضعیف
جلگه	۳۵۴۴	۰/۲۵۹۶	متوسط	دیباچ	۱۶۹۷	۰/۲۱۸۷	ضعیف
اردوغش	۴۹۴۰	۰/۲۵۸۵	متوسط	بلهرات	۵۹۸۵	۰/۲۱۸۳	ضعیف
دیباچ	۱۶۹۷	۰/۲۵۷۵	متوسط	پایین ولایت حیدریه	۵۳۵۷	۰/۲۱۸۲	ضعیف
مازول	۱۵۵۰۹	۰/۲۵۶۳	متوسط	قصبه غربی	۴۶۵۳	۰/۲۱۸۱	ضعیف
درزآب	۶۳۳۹	۰/۲۵۵۸	متوسط	سردق	۱۹۳۵	۰/۲۱۶۶	ضعیف
خانگیران	۳۲۵۳	۰/۲۵۳۰	متوسط	کنارشهر	۲۶۶۷	۰/۲۱۶۲	ضعیف
گل بی بی	۳۱۲۰	۰/۲۵۲۵	متوسط	طاغنکوه جنوبی	۳۳۵۶	۰/۲۱۵۶	ضعیف
زبرخان	۷۵۷۵	۰/۲۵۰۲	متوسط	زاوه	۸۴۸۷	۰/۲۱۵۱	ضعیف
شیرین دره	۸۲۲۳	۰/۲۴۹۱	متوسط	سودلانه	۹۲۹۸	۰/۲۱۳۱	ضعیف
رادکان	۵۸۳۱	۰/۲۴۶۷	متوسط	پس کلوت	۴۶۹۱	۰/۲۰۹۲	ضعیف
زاوه	۸۰۰۷	۰/۲۴۳۴	متوسط	بالا ولایت حیدریه	۱۱۲۲۳	۰/۲۰۸۸	ضعیف
پائین ولایت تربت	۵۱۶۳	۰/۲۴۳۳	متوسط	کبیر	۴۴۰۰	۰/۲۰۸۲	ضعیف
قلعه حمام	۳۸۷۲	۰/۲۴۱۹	متوسط	دشده جام	۲۰۵	۰/۲۰۶۹	ضعیف
تخت جلگه	۶۵۳۹	۰/۲۳۸۷	متوسط	خانگیران	۳۳۸۹	۰/۲۰۵۶	ضعیف
بایک	۲۲۹۸	۰/۲۳۳۷	متوسط	ازغند	۳۷۰۴	۰/۲۰۵۴	ضعیف
بجستان	۱۶۸۷	۰/۲۳۱۷	متوسط	فیروزه	۱۵۹۱	۰/۲۰۵۰	ضعیف
یونسی	۳۱۹۴	۰/۲۲۹۷	متوسط	بجستان	۱۵۸۲	۰/۲۰۳۳	ضعیف
کاخک	۱۵۶۲	۰/۲۲۹۱	متوسط	تکاب درگز	۲۷۲۷	۰/۲۰۰۶	ضعیف
گلمکان	۷۹۸۸	۰/۲۲۷۸	متوسط	برزنون	۲۸۸۴	۰/۲۰۰۲	ضعیف
کوبر	۳۱۴۶	۰/۲۲۵۶	متوسط	اشتین	۳۷۹۷	۰/۱۹۸۷	ضعیف
میان جام	۱۱۸۱۰	۰/۲۲۵۵	متوسط	هزارمسجد	۳۰۰۸	۰/۱۹۸۵	ضعیف
حکم آباد	۷۷۳۳	۰/۲۲۳۷	متوسط	سلطان آباد	۳۷۶۲	۰/۱۹۷۸	ضعیف
فضل	۷۶۱۹	۰/۲۲۲۵	متوسط	کبودگنبد	۴۶۵۵	۰/۱۹۷۱	ضعیف
بالاجام	۵۹۰۰	۰/۲۲۱۲	متوسط	سرجام	۴۴۷۰	۰/۱۹۴۶	ضعیف
سنگ بست	۳۳۴۴	۰/۲۱۹۵	ضعیف	اردوغش	۴۲۲۸	۰/۱۹۳۵	ضعیف
صحرا	۴۰۱۸	۰/۲۱۶۹	ضعیف	سنگ بست	۳۴۵۴	۰/۱۸۹۶	ضعیف
مه ولات شمالی	۲۱۶۵	۰/۲۱۴۲	ضعیف	گل بی بی	۲۸۹۲	۰/۱۸۸۰	ضعیف
رستاق	۴۰۶۶	۰/۲۱۳۹	ضعیف	مه ولات شمالی	۲۱۹۷	۰/۱۸۶۹	ضعیف
فروغن	۲۰۷۴	۰/۲۱۲۱	ضعیف	شهرستانه	۲۴۱۹	۰/۱۸۵۲	ضعیف
سلطان آباد	۳۶۹۴	۰/۲۱۱۹	ضعیف	زرین	۲۲۰۴	۰/۱۸۴۳	ضعیف
بالا ولایت کاشمر	۱۳۷۲۰	۰/۲۱۰۰	ضعیف	مرزداران	۱۴۵۲	۰/۱۸۱۵	ضعیف
بالاجوبین	۸۵۵۹	۰/۲۰۸۷	ضعیف	سلیمان	۷۴۵۸	۰/۱۸۱۰	ضعیف
گل بانو	۴۰۸۳	۰/۲۰۷۱	ضعیف	شاندیز	۶۱۶۵	۰/۱۸۰۵	ضعیف
پائین رخ	۵۰۶۷	۰/۲۰۵۲	ضعیف	سفیدسنگ	۱۴۷۵	۰/۱۷۹۴	ضعیف
مه ولات جنوبی	۳۷۷۵	۰/۲۰۴۵	ضعیف	رادکان	۶۰۲۹	۰/۱۷۸۵	ضعیف
فیروزه	۴۶۸۱	۰/۲۰۳۸	ضعیف	گل بانو	۴۶۶۲	۰/۱۷۶۹	ضعیف
نشستراز	۳۱۲۷	۰/۲۰۳۳	ضعیف	کوبر	۳۱۳۵	۰/۱۷۶۴	ضعیف
کارده	۳۵۸۵	۰/۲۰۲۱	ضعیف	جزین	۳۰۰۵	۰/۱۷۵۱	ضعیف
جامرود	۴۸۴۸	۰/۲۰۰۱	ضعیف	جلگه	۳۶۶۸	۰/۱۷۴۷	ضعیف
کبودگنبد	۵۴۱۴	۰/۲۰۰۰	ضعیف	دستوران	۲۷۲۱	۰/۱۷۱۸	ضعیف
طاغنکوه جنوبی	۳۴۹۲	۱۹۸۸	ضعیف	بستان	۴۲۱۶	۰/۱۷۱۶	ضعیف
باغ کشمیر	۵۱۵۱	۰/۱۹۲۸	ضعیف	صحرا	۴۰۱۸	۰/۱۷۱۳	ضعیف
زوزن	۲۹۹۵	۰/۱۹۲۶	ضعیف	میان رخ	۳۱۶۶	۰/۱۷۰۶	ضعیف
شهرستانه	۲۶۰۷	۰/۱۹۲۳	ضعیف	قلعه حمام	۴۲۴۹	۰/۱۷۰۶	ضعیف

دهستان ۸۵	جمعیت زنان	PSI	سطح دسترسی	دهستان ۹۰	جمعیت زنان	PSI	سطح دسترسی
سفیدسنگ	۱۴۱۷	-/۱۹۲۱	ضعیف	تکاب کوه میش	۲۵۲۰	-/۱۶۸۹	ضعیف
کاریزان	۹۷۴۲	-/۱۹۱۷	ضعیف	حکم آباد	۵۶۵۸	-/۱۶۸۷	ضعیف
زاوین	۴۵۶۵	-/۱۹۱۲	ضعیف	رشتخوار	۸۵۷۰	-/۱۶۸۴	ضعیف
شاندیز	۷۵۶۶	-/۱۹۰۹	ضعیف	مالین	۸۷۹۶	-/۱۶۶۷	ضعیف
بالارخ	۳۸۲۱	-/۱۸۹۲	ضعیف	میان جام	۱۲۴۵۴	-/۱۶۶۲	ضعیف
شعبه	۱۷۳۲	-/۱۸۶۸	ضعیف	جغتای	۵۱۷۵	-/۱۶۶۱	ضعیف
کرات	۷۱۳۶	-/۱۸۴۶	ضعیف	کاریزان	۱۰۵۲۰	-/۱۶۳۰	ضعیف
ازغند	۵۸۶۴	-/۱۸۲۶	ضعیف	درزاب	۵۸۹۱	-/۱۶۲۸	ضعیف
شامکان	۳۰۳۴	-/۱۸۱۶	ضعیف	میان جوین	۵۷۸۹	-/۱۶۱۸	ضعیف
آستانه	۱۰۲۴۷	-/۱۸۱۶	ضعیف	بالاجوین	۸۹۶۳	-/۱۶۰۵	ضعیف
جغتای	۵۲۳۸	-/۱۸۰۶	ضعیف	باغ کشمیر	۵۲۶۴	-/۱۵۹۳	ضعیف
بالابند	۴۳۴۲	-/۱۷۶۶	ضعیف	پایین ولایت کاشمر	۶۱۸۴	-/۱۵۸۳	ضعیف
میان جوین	۵۸۷۲	-/۱۷۶۲	ضعیف	اسحق آباد	۵۳۹۰	-/۱۵۷۵	ضعیف
رشتخوار	۸۳۲۶	-/۱۷۵۶	ضعیف	زاوین	۴۱۷۹	-/۱۵۵۹	ضعیف
قلندرآباد	۵۱۷۸	-/۱۷۳۱	ضعیف	میان خواف	۴۳۴۷	-/۱۵۵۳	ضعیف
باخرز	۸۰۸۷	-/۱۷۲۳	ضعیف	کوهسنگی	۲۶۵۷	-/۱۴۹۲	ضعیف
رقیچه	۱۸۶۷	-/۱۶۹۵	ضعیف	کاخک	۱۲۰۸	-/۱۴۸۴	ضعیف
حومه	۸۲۷۳	-/۱۶۹۴	ضعیف	زام	۴۸۹۵	-/۱۴۶۲	ضعیف
شهرآباد	۵۵۴۲	-/۱۶۷۶	ضعیف	بالابند	۴۴۸۹	-/۱۴۲۹	ضعیف
جنگل	۲۵۵۰	-/۱۶۵۸	ضعیف	حومه مه ولات	۴۷۳۰	-/۱۴۱۹	ضعیف
سلیمان	۱۳۴۸۳	-/۱۶۵۷	ضعیف	مه ولات جنوبی	۳۷۶۳	-/۱۳۹۱	ضعیف
حومه خلیل آباد	۵۰۹۰	-/۱۵۷۹	ضعیف	دشت تایباد	۴۲۳۸	-/۱۴۸۳	ضعیف
دشت تایباد	۵۸۸۹	-/۱۵۷۸	ضعیف	ششطراز	۳۳۱۴	-/۱۲۷۶	ضعیف
چناران	۸۴۹۷	-/۱۵۷۴	ضعیف	مازول	۱۷۱۴۳	-/۱۲۶۴	ضعیف
بالاخواف	۸۳۰۳	-/۱۵۵۰	ضعیف	جنگل	۲۶۰۶	-/۱۲۶۱	ضعیف
طرقبه	۷۴۸۰	-/۱۵۱۷	ضعیف	تخته جلگه	۶۲۳۵	-/۱۲۶۰	ضعیف
ریوند	۶۳۳۹	-/۱۵۱۳	ضعیف	دشته ارزنه	۴۳۵۵	-/۱۲۵۸	ضعیف
برکوه	۶۲۴۹	-/۱۴۹۲	ضعیف	بالاخواف	۹۵۲۱	-/۱۲۵۴	ضعیف
میان خواف	۵۵۹۱	-/۱۴۸۰	ضعیف	بیزکی	۵۳۷۷	-/۱۲۵۱	ضعیف
اسحق آباد	۵۱۳۶	-/۱۴۷۳	ضعیف	رباط جز	۱۶۰۵	-/۱۲۳۱	ضعیف
قصبه غربی	۴۴۰۹	-/۱۴۵۷	ضعیف	تبادکان	۴۱۰۵۸	-/۱۲۰۸	ضعیف
دشت جام	۳۶۶۵	-/۱۴۱۷	ضعیف	ریوند	۴۳۶۲	-/۱۲۰۸	ضعیف
حومه مه ولات	۴۲۹۲	-/۱۳۹۹	ضعیف	مشکان	۲۵۱۴	-/۱۲۰۱	ضعیف
جنت آباد	۵۰۸۷	-/۱۳۶۸	ضعیف	کنویست	۱۱۲۵۳	-/۱۲۸۷	ضعیف
تکاب	۲۹۳۴	-/۱۳۵۷	ضعیف	چناران	۸۹۵۹	-/۱۲۶۲	ضعیف
کنویست	۱۴۵۰۹	-/۱۲۷۱	ضعیف	پایین ولایت مشهد	۳۱۴۴	-/۱۲۶۱	ضعیف
بیزکی	۵۷۰۱	-/۱۲۲۷	ضعیف	کرات	۸۳۹۴	-/۱۲۵۱	ضعیف
سرخس	۸۱۱۴	-/۱۲۲۲	ضعیف	میامی	۱۲۴۵۷	-/۱۲۱۵	ضعیف
تجن	۶۵۹۵	-/۱۲۰۳	ضعیف	بالاجام	۶۰۲۷	-/۱۲۱۵	ضعیف
کوهسنگی	۳۷۸۴	-/۱۰۹۳	ضعیف	یونسی	۱۴۷۴	-/۱۲۱۲	ضعیف
میان ولایت	۱۰۱۲۹	-/۱۰۸۱	ضعیف	نشتیفان	۹۷۴	-/۱۲۰۱	ضعیف
صالح آباد	۳۶۴۳	-/۱۰۴۴	ضعیف	میان ولایت	۱۱۶۲۶	-/۱۱۹۵	ضعیف
پائین ولایت باخرز	۲۸۶۶	-/۱۰۴۰	ضعیف	آستانه	۱۱۰۴۲	-/۱۱۸۷	ضعیف
میامی	۲۳۱۰۱	-/۱۰۱۵	ضعیف	سرخس	۸۶۹۹	-/۱۱۷۲	ضعیف
میان رخ	۳۰۳۵	-/۰۹۶۷	ضعیف	بالا ولایت کاشمر	۱۴۳۶۵	-/۱۱۳۵	ضعیف
صفائیه	۶۴۱۷	-/۰۹۵۰	ضعیف	جامرود	۵۴۵۲	-/۱۱۲۰	ضعیف

دهستان ۸۵	جمعیت زنان	PSI	سطح دسترسی	دهستان ۹۰	جمعیت زنان	PSI	سطح دسترسی
دستوران	۲۸۴۶	۰/۰۹۳۳	ضعیف	ساق	۸۱۸۳	۰/۱۰۹۲	ضعیف
طوس	۶۲۴۷۱	۰/۰۸۴۵	ضعیف	ایرده	۳۸۶۴	۰/۱۰۸۵	ضعیف
سلامی	۳۶۶۱	۰/۰۸۳۳	ضعیف	تجن	۶۷۴۳	۰/۱۰۵۱	ضعیف
پائین ولایت	۳۲۴۰	۰/۰۸۲۹	ضعیف	جنت آباد	۴۸۳۱	۰/۱۰۳۶	ضعیف
کدکن	۲۵۱۸	۰/۰۷۶۴	ضعیف	کاه	۴۲۰۰	۰/۱۰۲۵	ضعیف
مرزداران	۱۵۰۰	۰/۰۷۶۳	ضعیف	پایین ولایت تابیاد	۲۹۱۲	۰/۱۰۲۰	ضعیف
پائین جوین	۶۱۷۹	۰/۰۷۶۰	ضعیف	صفائیه	۷۰۶۹	۰/۰۹۸۵	ضعیف
درونه	۱۸۱۳	۰/۰۶۸۰	ضعیف	کدکن	۲۶۱۶	۰/۰۹۷۶	ضعیف
نشتیفان	۹۳۵	۰/۰۶۶۴	ضعیف	سلامی	۴۲۹۱	۰/۰۹۷۲	ضعیف
سرجام	۱۶۱۸۶	۰/۰۴۲۰	ضعیف	قلندرآباد	۵۲۱۳	۰/۰۹۵۹	ضعیف
فریمان	۴۸۰۰	۰/۰۳۷۳	ضعیف	بررود	۱۹۹۶	۰/۰۹۵۸	ضعیف
				زوزن	۳۳۴۶	۰/۰۹۴۵	ضعیف
				فریمان	۵۲۱۱	۰/۰۹۳۰	ضعیف
				طوس	۲۸۳۲۷	۰/۰۹۰۵	ضعیف
				شهر آباد	۴۴۴۱	۰/۰۸۶۲	ضعیف
				صالح آباد	۳۸۷۹	۰/۰۷۹۵	ضعیف
				برکوه	۶۰۶۸	۰/۰۷۷۰	ضعیف
				پایین رخ	۴۶۱۴	۰/۰۵۱۵	ضعیف
				حومه خلیل آباد	۹۴۰۹	۰/۰۵۰۱	ضعیف
				درونه	۱۸۳۰	۰/۰۴۶۵	ضعیف

برگرفته از: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۲

با توجه به نتایج بدست آمده از مدل PSI، دهستان‌های استان خراسان رضوی به لحاظ دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی مورد نیاز زنان شرایط متفاوتی دارند. به طوری که در ۴۸ دهستان، دسترسی زنان به خدمات بهداشتی درمانی طی سال‌های ۸۵ تا ۹۰ بهبود یافته اما در سایر دهستان‌ها میزان تغییر منفی بوده است. بیشترین تغییرات مثبت در شاخص‌های بهداشتی درمانی مربوط به دهستان‌های رقیچه با ۰/۳۴۲، طرهبه با ۱۹، شعبه با ۰/۱۸۳ و دهستان فروغن با ۰/۱۷۷ اختصاص دارد. دهستان‌های تبادکان با ۰/۳۹۴، کوه همائی با ۰/۳۰۹، کاه با ۰/۲۸۱ - و بررود با ۰/۲۴۱، میزان دسترسی زنان به خدمات بهداشتی و درمانی طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ در نامناسب‌ترین وضعیت ممکن قرار داشته و نه تنها بهبود نیافته، بلکه محدودتر گردیده است.

جدول ۴. مقایسه تغییرات دهستان‌های استان خراسان رضوی در برخورداری از خدمات بهداشتی زنان ۱۳۸۵ و

۱۳۹۰

دهستان	PSI ۹۰	PSI ۸۵	مقدار تغییر	دهستان	PSI ۹۰	PSI ۸۵	مقدار تغییر
ایرده	۰/۱۰۸	*	*	زاوین	۰/۱۵۶	۰/۱۹۱	-۰/۰۳۵
اردوغش	۰/۱۹۳	۰/۲۵۸	-۰/۰۶۵	زیرخان	۰/۲۵۵	۰/۲۵۰	-۰/۰۰۵
ازغند	۰/۲۰۵	۰/۱۸۳	۰/۰۲۳	زرین	۰/۱۸۴	*	*
اسحق آباد	۰/۱۵۷	۰/۱۴۷	۰/۰۱۰	زنگلانلو	۰/۲۶۵	۰/۴۹۲	-۰/۲۲۶
اشتین	۰/۱۹۹	*	*	زوزن	۰/۰۹۵	۰/۱۹۳	-۰/۰۹۸
آبروان	۰/۳۲۱	۰/۳۹۵	-۰/۰۷۴	زیبد	۰/۵۰۳	۰/۵۶۱	-۰/۰۵۸
آستانه	۰/۱۱۹	۰/۱۸۲	-۰/۰۶۳	ساق	۰/۱۰۹	*	*
باشتین	۰/۲۲۲	۰/۳۴۵	-۰/۱۲۳	سرجام	۰/۱۹۵	۰/۰۴۲	۰/۱۵۳
باغ کشمیر	۰/۱۵۹	۰/۱۹۳	-۰/۰۳۳	سرخس	۰/۱۱۷	۰/۱۲۲	-۰/۰۰۵
بالا ولایت باخرز	۰/۲۷۶	۰/۱۷۲	۱۰۴	سردق	۰/۳۱۷	*	*
بالابند	۰/۱۴۳	۰/۱۷۷	-۰/۰۳۴	سرولایت	۰/۳۶۴	۰/۲۶۳	۰/۱۰۲
بالاجام	۰/۱۲۱	۰/۲۲۱	-۰/۱۰۰	سفیدسنگ	۰/۱۷۹	۰/۱۹۲	-۰/۰۱۳
بالاجوین	۰/۱۶۱	۰/۲۰۹	-۰/۰۴۸	سلامی	۰/۰۹۷	۰/۰۸۳	۰/۰۱۴

مقدار تغییر	PSI ۸۵	PSI ۹۰	دهستان	مقدار تغییر	PSI ۸۵	PSI ۹۰	دهستان
-۰/۰۱۴	۰/۲۱۲	۰/۱۹۸	سلطان آباد	-۰/۰۲۰	۰/۱۵۵	۰/۱۳۵	بالاخواف
-۰/۰۱۵	۰/۱۶۶	۰/۱۸۱	سلیمان	۰/۰۵۸	۰/۱۸۹	۰/۲۴۷	بالارخ
-۰/۰۳۰	۰/۲۱۹	۰/۱۹۰	سنگ بست	-۰/۰۶۱	۰/۲۷۰	۰/۲۰۹	بالاولایت حیدریه
-۰/۰۱۰۳	۰/۳۱۷	۰/۲۱۳	سودلانه	-۰/۰۹۷	۰/۳۱۰	۰/۱۱۳	بالاولایت کاشمر
-۰/۰۷۲	۰/۱۸۲	۰/۲۵۳	شامکان	۰/۰۱۴	۰/۲۳۴	۰/۲۴۸	بایک
-۰/۰۱۰	۰/۱۹۱	۰/۱۸۰	شاندیز	-۰/۰۲۸	۰/۲۳۲	۰/۲۰۳	بجستان
-۰/۰۶۶	۰/۲۰۳	۰/۱۳۸	ششطرز	-۰/۲۴۱	۰/۳۳۷	۰/۰۹۶	بررود
-۰/۱۸۳	۰/۱۸۷	۰/۳۷۰	شعبه	-۰/۰۷۴	۰/۲۷۴	۰/۲۰۰	برزنون
-۰/۰۸۱	۰/۱۶۸	۰/۰۸۶	شهر آباد	-۰/۰۷۲	۰/۱۴۹	۰/۰۷۷	برکوه
-۰/۰۰۷	۰/۱۹۲	۰/۱۸۵	شهرستانه	-۰/۰۹۹	۰/۳۷۰	۰/۱۷۲	بستان
-۰/۰۱۸	۰/۲۴۹	۰/۲۳۱	شیرین دره	-۰/۰۶۳	۰/۳۸۸	۰/۳۲۶	بق مج
-۰/۰۲۵	۰/۱۰۴	۰/۰۷۹	صالح آباد	-۰/۰۷۶	۰/۲۹۵	۰/۲۱۸	بلهرات
-۰/۰۴۶	۰/۲۱۷	۰/۱۷۱	صحرا	۰/۰۱۲	۰/۱۲۳	۰/۱۳۵	بیزکی
-۰/۰۰۳	۰/۰۹۵	۰/۰۹۸	صفائیه	۰/۰۳۹	۰/۳۲۱	۰/۳۵۹	بینالود
-۰/۰۱۷	۰/۱۹۹	۰/۲۱۶	طاغنکوه جنوبی	-۰/۰۷۳	۰/۳۷۸	۰/۳۰۶	بیهق
-۰/۱۴۶	۰/۴۱۳	۰/۲۶۷	طاغنکوه شمالی	-۰/۰۹۵	۰/۳۲۸	۰/۲۳۳	پایین جوین
-۰/۰۶۵	۰/۳۸۵	۰/۳۲۰	طبس	-۰/۱۵۴	۰/۲۰۵	۰/۰۵۲	پایین رخ
-۰/۱۹۰	۰/۱۵۲	۰/۳۴۲	طرقبه	۰/۱۶۱	۰/۰۷۶	۰/۲۳۷	پایین خواف
-۰/۰۰۶	۰/۰۸۴	۰/۰۹۱	طوس	-۰/۰۰۲	۰/۱۰۴	۰/۱۰۲	پایین ولایت تایباد
-۰/۰۶۸	۰/۳۱۱	۰/۲۴۳	عشق آباد	-۰/۰۲۵	۰/۲۴۳	۰/۲۱۸	پایین ولایت حیدریه
-۰/۰۴۲	۰/۲۸۷	۰/۲۴۵	غزالی	-۰/۱۳۲	۰/۲۹۱	۰/۱۵۸	پایین ولایت کاشمر
-۰/۱۷۷	۰/۲۱۲	۰/۳۸۹	فروغن	۰/۰۴۳	۰/۰۸۳	۰/۱۲۶	پایین ولایت مشهد
-۰/۰۵۶	۰/۰۳۷	۰/۰۹۳	فریمان	-۰/۰۷۶	۰/۲۸۵	۰/۲۰۹	پس کلوت
-۰/۰۱۵	۰/۲۲۳	۰/۲۳۸	فضل	-۰/۰۰۹	۰/۳۸۵	۰/۳۷۵	پساکوه
-۰/۰۰۱	۰/۲۰۴	۰/۲۰۵	فیروزه	۰/۰۸۸	۰/۲۶۲	۰/۳۵۰	پل خاتون
-۰/۰۱۲	۰/۳۸۱	۰/۳۹۲	قره باشلو	-۰/۰۳۲	۰/۳۴۲	۰/۳۰۹	پیراکوه
-۰/۰۶۴	۰/۴۵۰	۰/۲۸۶	قصبه شرقی	-۰/۰۳۴	۰/۳۰۵	۰/۲۷۱	پیوه زن
-۰/۰۷۲	۰/۱۴۶	۰/۲۱۸	قصبه غربی	-۰/۳۹۴	۰/۵۲۵	۰/۱۳۱	تبادکان
-۰/۰۷۱	۰/۲۴۲	۰/۱۷۱	قلعه حمام	-۰/۰۱۵	۰/۱۲۰	۰/۱۰۵	تجن
-۰/۰۷۷	۰/۱۷۳	۰/۰۹۶	قلندرآباد	-۰/۰۱۰۳	۰/۲۳۹	۰/۱۳۶	تخته جلگه
-۰/۰۳۲	۰/۲۸۵	۰/۲۵۲	قوچان عتیق	۰/۰۶۵	۰/۱۳۶	۰/۲۰۱	تکاب درگز
-۰/۰۸۱	۰/۲۲۹	۰/۱۴۸	کاخک	-۰/۰۵۱	۰/۲۸۵	۰/۲۳۴	تکاب کاشمر
-۰/۱۶۷	۰/۲۰۲	۰/۳۶۹	کارده	-۰/۱۸۴	۰/۳۵۳	۰/۱۶۹	تکاب کوه میش
-۰/۰۲۹	۰/۱۹۲	۰/۱۶۳	کاریزان	*	*	۰/۳۵۸	جاغرق
-۰/۲۸۱	۰/۳۸۳	۰/۱۰۳	کاه	-۰/۰۸۸	۰/۲۰۰	۰/۱۱۲	جامرود
-۰/۰۰۳	۰/۲۰۰	۰/۱۹۷	کبودکنبد	-۰/۰۹۳	۰/۲۶۸	۰/۱۷۵	جزین
-۰/۰۹۶	۰/۳۰۴	۰/۲۰۸	کبیر	-۰/۰۱۵	۰/۱۸۱	۰/۱۶۶	جغتای
-۰/۰۲۱	۰/۰۷۶	۰/۰۹۸	کدکن	-۰/۰۸۵	۰/۲۶۰	۰/۱۷۵	جلگه
-۰/۰۹۹	۰/۳۳۶	۰/۴۳۵	کراب	-۰/۰۲۰	۰/۲۷۰	۰/۲۵۰	جلگه موسی آباد
-۰/۰۶۰	۰/۱۸۵	۰/۱۲۵	کرات	-۰/۰۳۳	۰/۱۳۷	۰/۱۰۴	جنت آباد
-۰/۱۹۳	۰/۴۰۹	۰/۲۱۶	کنار شهر	-۰/۰۳۰	۰/۱۶۶	۰/۱۳۶	جنگل
-۰/۰۰۲	۰/۱۲۷	۰/۱۲۹	کنویست	-۰/۰۳۱	۰/۱۵۷	۰/۱۲۶	چناران
-۰/۳۰۹	۰/۶۵۳	۰/۳۴۴	کوه همائی	-۰/۰۵۵	۰/۲۲۴	۰/۱۶۹	حکم آباد
-۰/۰۰۹	۰/۳۵۴	۰/۳۴۵	کوهپایه	-۰/۰۹۰	۰/۱۴۰	۰/۰۵۰	حومه خلیل آباد
-۰/۰۴۰	۰/۱۰۹	۰/۱۴۹	کوهسنگی	۰/۱۱۴	۰/۱۶۹	۰/۲۸۳	حومه گناباد
-۰/۰۴۹	۰/۲۲۶	۰/۱۷۶	کویر	-۰/۰۱۶	۰/۱۵۸	۰/۱۴۲	حومه مه ولات

دهستان	PSI ۹۰	PSI ۸۵	مقدار تغییر	دهستان	PSI ۹۰	PSI ۸۵	مقدار تغییر
خانگیران	۰/۲۰۶	۰/۲۵۳	-۰/۰۴۷	گل بانو	۱۷۷	۰/۲۰۷	-۰/۰۳۰
خواستند	۰/۳۷۶	۰/۵۲۷	-۰/۱۵۱	گل بی بی	۱۸۸	۰/۲۵۲	-۰/۰۶۴
دریقای	۰/۳۰۰	۰/۳۹۶	-۰/۰۹۶	گلمکان	۲۸۰	۰/۲۲۸	-۰/۰۵۲
درزاب	۰/۱۶۳	۰/۲۵۶	-۰/۰۹۳	مازول	۱۳۶	۰/۲۵۶	-۰/۱۲۰
درونگر	۰/۵۴۴	۰/۴۹۵	۰/۰۴۸	مالین	۱۶۷	*	*
درونه	۰/۰۴۶	۰/۰۶۸	-۰/۰۲۲	مرزداران	۱۸۱	۰/۰۷۶	-۰/۱۰۵
دستوران	۰/۱۷۲	۰/۰۹۳	۰/۰۷۹	مزینان	۳۰۰	۰/۴۵۰	-۰/۱۵۰
دشت تایباد	۰/۱۲۸	۰/۱۵۸	-۰/۰۱۹	مشکان	۱۳۰	*	*
دشته ارزنه	۰/۱۳۶	*	*	مه ولات جنوبی	۱۳۹	۰/۲۰۴	-۰/۰۶۵
دشت جام	۰/۲۰۷	۰/۱۴۲	۰/۰۶۵	مه ولات شمالی	۱۸۷	۰/۲۱۴	-۰/۰۲۷
دوعائی	۰/۳۸۸	۰/۴۹۷	-۰/۱۱۰	میامی	۱۲۱	۰/۱۰۲	-۰/۰۲۰
دولتخانه	۰/۴۵۶	۰/۴۹۹	-۰/۰۴۳	میان جام	۱۶۶	۰/۲۲۶	-۰/۰۵۹
دیباچ	۰/۲۱۹	۰/۲۵۷	-۰/۰۳۹	میان جوین	۱۶۲	۰/۱۷۶	-۰/۰۱۴
رادکان	۰/۱۷۸	۰/۲۴۷	-۰/۰۶۸	میان خواف	۱۵۵	۰/۱۴۸	-۰/۰۰۷
رباط	۰/۳۶۴	۰/۴۴۹	-۰/۰۸۵	میان رخ	۱۷۱	۰/۰۹۷	-۰/۰۷۴
رباط جز	۰/۱۳۲	۰/۳۹۸	-۰/۲۶۶	میان کوه	۵۶۵	۰/۵۲۶	-۰/۰۳۸
ربع شامات	۰/۳۱۷	۰/۳۴۸	-۰/۰۳۲	میان ولایت	۱۲۰	۰/۱۰۸	۰/۱۱
رستاق	۰/۲۶۹	۰/۳۱۴	۰/۰۵۵	نشتیفان	۱۲۰	۰/۰۶۶	-۰/۰۵۴
رشتخوار	۰/۱۶۸	۰/۱۷۶	-۰/۰۰۷	هریرود	۳۵۷	۰/۳۶۴	-۰/۰۰۷
رقیچه	۰/۵۱۲	۰/۱۷۰	۰/۳۴۲	هزارمسجد	۱۹۹	۰/۳۰۷	-۰/۱۰۸
ریوند	۰/۱۳۱	۰/۱۵۱	-۰/۰۲۰	یام	۳۴۳	۰/۳۴۱	-۰/۰۰۱
زام	۰/۱۴۶	۰/۲۸۹	-۰/۱۴۲	یونسی	۱۲۱	۰/۲۳۰	-۰/۱۰۸
زاوه	۰/۲۱۵	۰/۲۴۳	-۰/۰۲۸				

برگرفته از: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۲

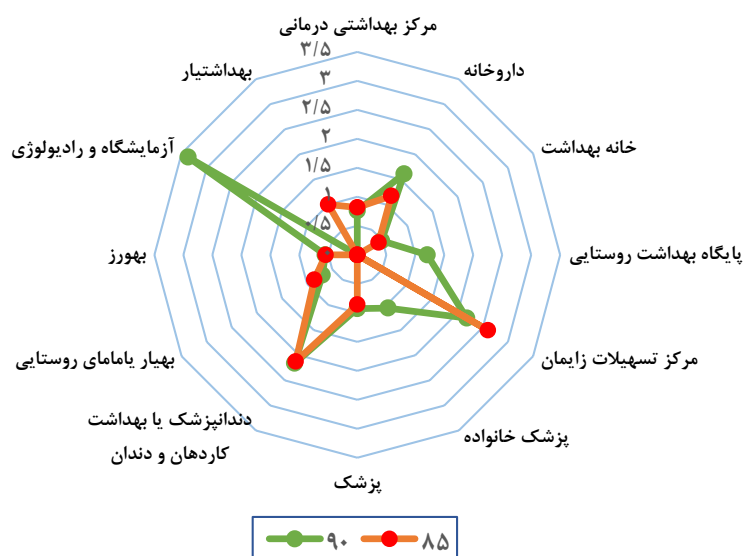
نتایج حاصل از ضریب تغییرات در شاخص‌های بهداشتی درمانی (جدول ۵) مورد بررسی نشان داد بیشترین نابرابری در دسترسی زنان به خدمات دندانپزشک، آزمایشگاه و رادیولوژی و مرکز تسهیلات زایمانی بوده است. همچنین دسترسی زنان به خانه بهداشت، بهورز و بهیار یا مامای روستایی از شرایط مطلوب‌تری برخوردار بوده و تقریباً در اغلب دهستان‌ها زنان روستایی به این خدمات دسترسی دارند (شکل ۲).

جدول ۵. مقایسه ضریب تغییرات دهستان‌های استان خراسان رضوی در برخورداری از خدمات بهداشتی زنان در دو

مقطع زمانی ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰

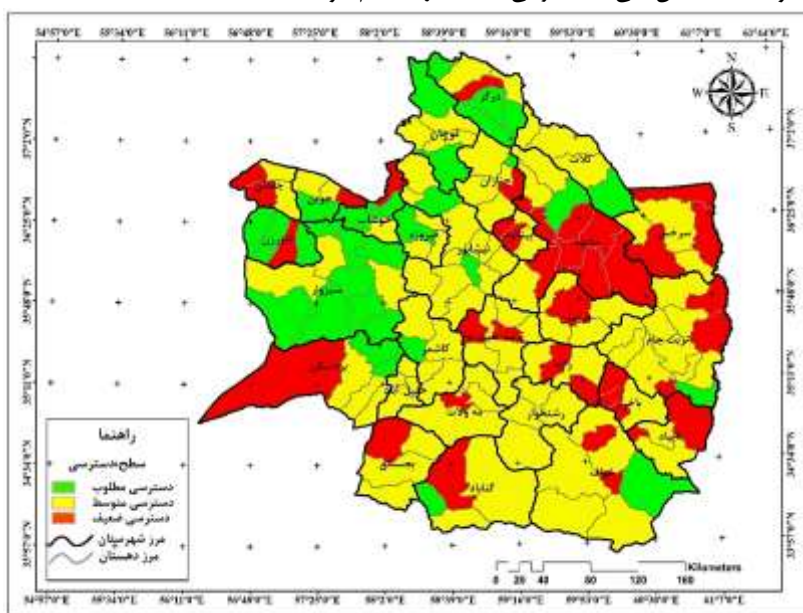
شاخص‌های بهداشتی درمانی		ضریب تغییرات	
		۹۰	۸۵
مرکز بهداشتی درمانی		۷۶۲	۸۱۸
داروخانه		۱/۶۱۳	۱/۱۷۴
خانه بهداشت		۴۸۴	۴۲۴
پایگاه بهداشت روستایی		۱/۲۰۶	*
مرکز تسهیلات زایمان		۲/۱۸۱	۲/۶۰۲
پزشک خانواده		۱/۰۶۰	*
پزشک		۹۲۸	۸۵۸
دندانپزشک یا بهداشت کاردهان و دندان		۲/۱۶۱	۲/۱۲۴
بهبیار یا مامای روستایی		۶۹۶	۸۵۶
بهورز		۵۵۳	۵۴۷
آزمایشگاه و رادیولوژی		۳/۳۷۰	*
بهداشتیار		*	۱/۰۰۲

برگرفته از: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۲

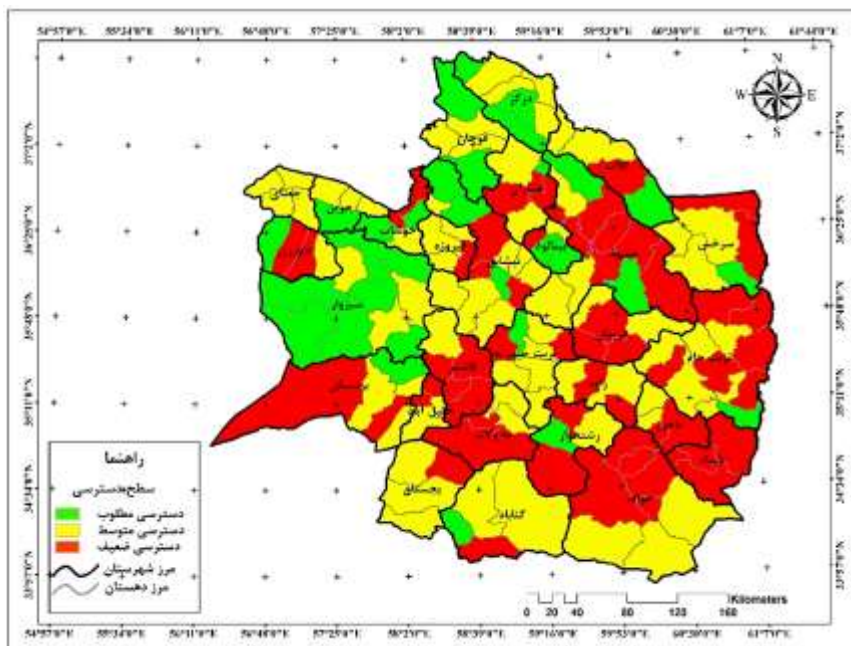


شکل ۲. مقایسه مقادیر ضریب تغییرات شاخص‌های بهداشتی درمانی به تفکیک دو مقطع ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰ برگرفته از: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۲

شکل‌های (۳) و (۴) سطح‌بندی دهستان‌های استان خراسان رضوی براساس نتایج حاصل از تحلیل خوشه‌ای نشان می‌دهد. براساس شکل (۳) در سال ۱۳۸۵ براساس رتبه‌بندی حاصل از مدل PSI در پهنه‌های محدودی از استان، زنان روستایی به شاخص‌های بهداشتی درمانی دسترسی مطلوبی داشته‌اند طبق شکل (۴) در سال ۱۳۹۰ این پهنه‌ها افزایش یافته و میزان دسترسی زنان به امکانات و خدمات بهداشتی درمانی در پهنه‌های وسیعتری از استان مطلوب بوده است. به طور کلی یافته‌های تحقیق نشانگر آن است که امکانات و خدمات بهداشتی- درمانی مورد نیاز زنان در سکونتگاه‌های روستایی به طور متوازن و متعادل در فضاهای روستایی استان توزیع نشده، و از این نظر به وضوح عدم تعادل فضایی مشاهده می‌شود. به نظر می‌رسد با توجه به وضعیت متفاوت دهستان‌های استان در دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی لازم است اقدامات توسعه‌ای نسبت به بهبود وضعیت دهستان‌هایی که دسترسی ضعیف دارند، اقدام شود.



شکل ۳. نقشه سطح‌بندی دهستان‌های استان خراسان رضوی براساس شاخص‌های بهداشتی- درمانی زنان روستایی (داده‌های سرشماری ۱۳۸۵) برگرفته از: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۲



شکل ۴. نقشه سطح بندی دهستان های استان خراسان رضوی براساس شاخص های بهداشتی-درمانی زنان روستایی (داده های سرشماری ۱۳۹۰)
برگرفته از: یافته های پژوهش، ۱۴۰۲

برای بررسی رابطه بین جمعیت زنان روستایی و دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی (PSI) از ضریب همبستگی پیرسون به تفکیک دو مقطع استفاده شد. نتایج نشان داد که بین جمعیت زنان و دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی در سطح دهستان های استان رابطه ای منفی و معنادار وجود دارد. در واقع با افزایش جمعیت زنان روستایی، میزان دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی با ضریب -0.35 در سال ۱۳۸۵ و -0.28 در سال ۱۳۹۰ کاهش می یابد ($\text{Sig.} \leq 0.1$) و تناسبی بین تعداد جمعیت زنان روستایی و خدمات بهداشتی درمانی وجود ندارد.

جدول ۶. نتایج حاصل از آزمون همبستگی میان جمعیت زنان (۸۵ و ۹۰) و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی

دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی		
Sig.(2-tailed)	Pearson Correlation	
...	-0.356^{**}	جمعیت زنان ۸۵
...	-0.288^{**}	جمعیت زنان ۹۰

**Correlation is significant at the 01 level(2-tailed)

با توجه به عدم وجود تناسب بین خدمات بهداشتی درمانی و جمعیت زنان ساکن در دهستان ها به نظر می رسد عدالت در توزیع مکانی امکانات و خدمات بهداشتی درمانی ویژه زنان روستایی وجود ندارد، بدیهی است عدم توجه به این مهم اصل عدالت اجتماعی را زیر سوال برده و آسیب های جبران ناپذیری در پی خواهد داشت. لذا برای تحقق عدالت جغرافیایی و رفع نابرابری های فضایی، لازم است دسترسی همه افراد جامعه به خدمات عمومی از جمله خدمات بهداشتی درمانی، بخصوص برای زنان روستایی که نیمی از جمعیت روستایی را تشکیل می دهند و نقش اساسی در اقتصاد روستاها و سلامت خانواده دارند، صورت پذیرد. زیرا همه انسان ها به دور از ملاحظات جنسیتی و تفاوت های فضایی حق برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی را دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

بهداشت و درمان یکی از نیازهای حیاتی جوامع است و برخورداری از آن حق مسلم و اولیه افراد جامعه است. بررسی امکانات موجود بهداشتی و درمانی در کشور نشان می‌دهد زنان عموماً در نواحی روستایی از امکانات مطلوبی برخوردار نیستند و به نوعی تبعیض جنسیتی میان دو جنس در برخورداری از امکانات و خدمات وجود دارد. این در حالی است که سلامتی حق اساسی هر انسانی است و تمام دولت‌ها و حکومت‌ها موظف به تامین سلامت افراد می‌باشند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد در سال ۱۳۸۵ از میان ۱۵۴ دهستان در استان خراسان رضوی دسترسی زنان روستایی به خدمات بهداشتی درمانی در ۲۳ دهستان (برابر با ۱۵ درصد دهستان‌های استان) مطلوب، در ۵۴ دهستان (۳۵ درصد) متوسط و در ۷۷ دهستان (۵۰ درصد) ضعیف بوده است. در سال ۱۳۹۰، دسترسی زنان به شاخص‌های بهداشتی درمانی از میان ۱۶۴ دهستان، در ۶ دهستان (۷ درصد از دهستان‌های استان) مطلوب، در ۴۶ دهستان (۲۸ درصد) متوسط و در ۱۱۱ دهستان (۶۸ درصد) ضعیف بوده است. همچنین طی ۱۳۸۵-۹۰ تنها در ۴۸ دهستان دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی برای زنان طی سال‌های ۸۵ تا ۹۰ بهبود یافته و در مابقی شاهد تغییر منفی بوده‌ایم. نتایج حاصل از ضریب تغییرات در شاخص‌های بهداشتی درمانی نشان داد بیشترین نابرابری مربوط به برخورداری از خدمات دندانپزشکی، آزمایشگاه و رادیولوژی و مرکز تسهیلات زایمانی است و کمترین نابرابری به شاخص‌های خانه بهداشت، بهورز و بهیار یا مامای روستایی مربوط می‌شود. نتایج پژوهش نشان می‌دهد نوعی محرومیت کلی در زمینه برخورداری از شاخص‌های بهداشتی و سلامت بر مناطق روستایی استان حاکم است و شاخص‌های خدمات بهداشتی درمانی خاص زنان به طور متوازن میان نواحی جغرافیایی استان خراسان رضوی توزیع نشده است این در حالی است که دسترسی به امکانات بهداشتی درمانی بخصوص برای زنان روستایی حتی در دورافتاده‌ترین و محروم‌ترین مناطق ضروری است. بر این اساس نتایج حاصل با مطالعه اجالا (۲۰۰۵)، سالمانا و رومانس (۲۰۱۴) در یک راستا می‌باشد همچنین با نتایج یاو و همکاران (۲۰۱۳) همسو می‌باشد چرا که آنان نیز نتیجه گرفتند که توجه به بهبود دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی زنان روستایی ضروری است.

در نهایت جهت افزایش سلامت زنان و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی در ادامه پیشنهاداتی ارائه می‌گردد:

- راهبردهای رسیدن به توسعه متناسب و محرومیت‌زدایی طوری هدایت شوند که زمینه لازم جهت ارتقاء دسترسی زنان به امکانات بهداشتی درمانی در دهستان‌های محروم و ضعیف به سطح دسترسی متوسط و در دهستان‌های دارای دسترسی متوسط به سطح دسترسی مطلوب فراهم گردد.
- راهبردهایی جهت بهبود کلی شاخص‌هایی که دهستان‌ها در آن با نابرابری زیاد مواجه هستند، (مانند تسهیلات زایمانی، رادیولوژی و ...) اتخاذ گردد.
- با توجه به اینکه در دهستان‌های محروم وضعیت دسترسی در مقایسه با سایر دهستان‌ها در حداقل است به منظور کاهش شکاف بهداشتی موجود پیشنهاد می‌شود دهستان‌های بسیار محروم در اولویت توسعه امکانات و خدمات بهداشتی درمانی قرار گیرند.
- اگر چه توسعه فضایی امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی در تمام استان خراسان رضوی در درازمدت حائز اهمیت است، اما در مرزهای شرقی و جنوب‌شرق استان با توجه به سطح دسترسی ضعیف، نیاز به اجرای طرح‌های ضربتی است.
- در کنار توسعه امکانات بهداشتی درمانی خاص زنان در سطح دهستان‌ها، توجه به کاهش اختلاف‌های خدمات بهداشتی درمانی در بین شهرستان‌های استان ضروری است. بدین منظور بازنگری در کمیت و کیفیت و روند برنامه‌ریزی و سرمایه‌گذاری در بخش بهداشت درمان استان لازم است.
- انجام اقداماتی چون توجه به آستانه‌های جمعیتی دهستان‌ها و ارائه خدمات با توجه به توان و نیاز جمعیتی این نواحی، سطح‌بندی خدمات و ارائه آن‌ها در رفع کاستی‌ها و جبران نابرابری‌ها موثر خواهد بود.
- مشکلات در دستیابی به اطلاعات معتبر در مورد سلامت زنان روستایی - داده‌هایی به روز درخصوص مرگ و میر و ابتلا به بیماری در زنان و اوضاع و بیماری‌هایی که بر زنان تاثیر می‌گذارند - مساله‌ای است که باید به آن توجه کرد. این اطلاعات در برنامه‌ریزی به منظور تامین و بهبود خدمات سلامتی و بهداشتی ویژه زنان لازم است.
- بهره‌گیری از تجارب سیستم‌های موفق جهان در ارائه خدمات بهداشتی و درمان برای زنان به ویژه در مناطق روستایی

حامی مالی

بنا به اظهار نویسنده مسئول، این مقاله حامی مالی نداشته است.

سهام نویسندگان

این مقاله مستخرج از کار گروهی است، و تمامی مراحل انجام مقاله توسط نویسنده اول و دوم انجام شده است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تضاد منافی در رابطه با نویسندگی و یا انتشار این مقاله ندارند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان، از تمامی افراد، به دلیل راهنمایی‌های علمی شان تشکر و قدردانی می‌نمایند.

منابع

- احمدی، بتول، فرزندی، فرانک، و علی محمدیان، معصومه. (۱۳۸۶). سیمای سلامت زنان (۱) کلیات، نشر: روابط عمومی شورای فرهنگی اجتماعی زنان.
- پویا، علیرضا، و علوی طبری، سید جواد. (۱۳۹۱). طراحی طراحی مدل تصمیم‌گیری فازی برای مسأله انتخاب طرح چیدمان تسهیلات با توسعه فازی روش PSI، مجله چشم انداز مدیریت صنعتی، شماره ۵، ۷۱-۴۹.
- تقدیسی، احمد، پیری، سیامک، و بهاری، عیسی. (۱۳۹۱). تحلیل فضایی و سطح‌بندی شاخص‌های توسعه خدمات بهداشتی-درمانی با استفاده از تحلیل عاملی و تکنیک خوشه‌ای (مطالعه موردی: شهرستان‌های استان گیلان)، فصلنامه آمایش محیط، ۵ (۱۸)، ۱۴۶-۱۷۶.
- 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)، تحقیقات جغرافیایی، ۲۸ (۱)، ۷۵-۱۰۶.
- شیخی، داود، پازکی، معصومه و مختار یوردخانی. (۱۳۹۴). بررسی و تحلیل نابرابری فضایی شهرستان‌های استان همدان براساس شاخص‌های بهداشتی-درمانی، فصلنامه نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، ۸ (۱)، ۱۴۰-۱۵۱.
- صالح‌پور، شمسی و حسن افراخته. (۱۳۹۵). تحلیل سطح توسعه خدمات بهداشتی-درمانی از منظر عدالت فضایی (مطالعه موردی: سکونتگاه‌های روستایی استان آذربایجان غربی)، مجله مطالعات برنامه‌ریزی سکونتگاه‌های انسانی، ۱۱ (۳۶): ۳۸-۱۹.
- ضرابی، اصغر، محمدی، جمال و رخشانی نسب، حمیدرضا (۱۳۸۷). تحلیل فضایی شاخص‌های توسعه خدمات بهداشتی و درمان، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۷ (۳۳۴): ۲۷-۲۱۳.
- غضنفرپور، حسین؛ کاکادزفولی، امین و انیس کاکادزفولی. (۱۳۹۵). ارزیابی و تحلیل فضایی شاخص‌های توسعه خدمات بهداشتی و درمانی شهرستان‌های استان فارس با استفاده از روش‌های ترکیبی چندشاخصه (SAW، TOPSIS، VIKOR)، فصلنامه علمی-پژوهشی جغرافیا (برنامه‌ریزی منطقه‌ای)، ۷ (۲): ۱۱۰-۹۱.
- غلامحسینی، لیلا؛ نریمانی، فاطمه؛ صادقیان، باقر و محمد نریمانی. (۱۳۹۳). عوامل موثر سلامت زنان روستایی و تاثیر آن بر محیط زیست، همایش ملی زن و توسعه پایدار روستایی، ۱۳۹۳.
- محمدی، جمال، باقری، کیوان، و مرادی هوسین، نصرت. (۱۳۹۴). تحلیل فضایی و سطح‌بندی شاخص‌های توسعه خدمات بهداشتی و درمان شهرستان‌های استان همدان (با استفاده از تکنیک TOPSIS، AHP و تحلیل خوشه‌ای)، مجله راهبرد توسعه، ۴۵ (۵)، ۱۱۲-۱۳۷.
- مرکز آمار ایران (۱۳۸۵). سالنامه آماری استان خراسان رضوی، ۱۳۸۵.
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۰). سالنامه آماری استان خراسان رضوی، ۱۳۹۰.
- موسوی، میرنجم، مرادی، هوشنگ، و ملکی، محمد. (۱۳۹۶). تحلیل فضایی و سنجش وضعیت شهرستان‌های استان ایلام از لحاظ برخورداری از شاخص‌های بهداشتی-درمانی، فصلنامه علمی-ترویجی فرهنگ ایلام، ۱۸ (۵۶)، ۵۵-۷۱.
- وارثی، حمیدرضا، باقری، کیوان، زندی، کیهان، و نادى پور، نعمت‌الله. (۱۳۹۴). تحلیل فضایی برخورداری شهرستان‌های استان فارس از شاخص‌های بهداشتی درمانی با استفاده از تکنیک‌های برنامه‌ریزی منطقه‌ای، فصلنامه جغرافیا و مطالعات محیطی، ۴ (۱۶)، ۱۰۵-۱۱۷.

References

- Abbaszadeh, A., Eskandari, M., & Borhani, F. (2013). Changing the care process: A new concept in Iranian rural health care. *Asian nursing research*, 7(1), 38-43.
- Aghajanian A, Mehryar AH, Ahmadian S, Kazemipour S. (2007). Impact of rural health development programme in the Islamic Republic of Iran on rural-urban disparities in health indicators. *East Mediterr Health J* 2007; 13(6): 1466-75. 4.
- Ahmadi, B; Farzadi, F., Ali Mohammadian, M. (2007). The image of women's health (1) Koliat, published by: Public Relations of the Women's Cultural and Social Council.(In Persian).
- Ajala, O. L. (2005). Accessibility to Health Care Facilities: A Panacea for Sustainable Rural Development in Osun State Southwestern, Nigeria . *J. Hum. Ecol.*, 18(2) , 121-128.

- Barton, H., Tsourou, C. (2000). *Healthy urban planning*. Spon press.
- Black M, Mooney G. (2002). Equity in health care from a communitarian standpoint. *Health Care Anal* 2002; 10(2):193-208.
- Bywaters P, McLeod E, Napier L. (2009). *Social work and global health inequalities: Practice and policy developments*. Bristol, UK: Policy Press.
- Connolly, P. (2004). *Campaigns & Communications Manager*. Department for Transport guidance on accessibility planning Newington; Sydney Accessibility and Sustainability Local Urban Communities.
- Department of Health. (2004). *Accessibility Planning: An Introduction for the NHS*. UK Health Inequalities Unit.
- Distaso, A. (2007). Well-being and/or quality of life in EU countries through a multidimensional index of sustainability, *Ecological Economics*(64), 163-18
- Douthit, N., Kiv, S. T. Dwolatzky, S. Biswas. (2015). Exposing some important barriers to health care access in the rural USA.
- Doyal, L. (2000). Gender equity in health: debates and dilemmas, *Social Science & Medicine*, Vol. 51 No. 6, 931-9
- Ghazanfar Pour, H., Kakadezfuli, A., Kakadezfuli, A. (2018). Evaluation and analysis of spatial development indices of health services in Fars province using a combination of several indicators (TOPSIS, VIKOR, SAW), *Scientific Research Quarterly of Geography (Regional Planning)*, 7 (26): 91- 11 (In Persian).
- Gholamhosseini, L., Narimani, F., Sadeghian, B and Narimani, M. (2013). *The Effective Factors Of Rural Women's Health And Its Impact On The Environment*, National Conference on Women and Sustainable Rural Development, 2013. (In Persian).
- Gulliford M., Morgan M. (2003). *Access to health care*: Routledge. London: New Fetter LAN; 2003.
- Hamiduzzaman, M., De Bellis, A., Kalaitzidis, E. (2016). Factors Impacting on Elderly Women's Access to Healthcare in Rural Bangladesh, *Indian Journal of Gerontology*, 2016, Vol. 30, No. 2, 235–26
- Hendryx, M., Ahern, M., Lovrich, N., McCurdy A. (2002). Access to health care and community social capital. *Health Serv Res* 2002; 37(1): 85-101.
- Holt, G. L. (2005). *Measuring spatial accessibility to primary health care*. Presented at SIRC 2005 – The 17th Annual Colloquium of the Spatial Information Research Centre University of Otago, Dunedin, New Zealand November 24th-25th.
- <https://sdgs.un.org/goals>
- Iran Statistics Center (2015). *Khorasan Razavi Province Statistical Yearbook, 2015*
- Iran Statistics Center (2019). *Khorasan Razavi Province Statistical Yearbook, 2019*
- Jackman, D., Myrick, F., & Yonge, O. J. (2010). Rural nursing in Canada: a voice unheard. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 10(1), 1e10
- Jamal, M., Bagheri, K and Moradi Housin, N. (2014). Spatial analysis and stratification of indicators of development of health and treatment services in the cities of Hamedan province (using TOPSIS, AHP and cluster analysis techniques), *Development Strategy Journal*, 45 (5), 112-137. (In Persian).
- Jordan, H., Roderick, P., Martin, D., Barnett, S. (2004). *Rurality And The Need For Care: Access To Health Services In South West England*. *Int J Health Geogr* 2004; 3: 21.
- McLaughlin, C., Wyszewianski, L. (2002). Access to care: remembering old lessons. *Health Serv Res* 2002; 37(6), 1441-3.
- Moosavi, M., Moradi, H., Maleki, M. (2018). Spatial Analysis and Measurement of the Status of Townships of Ilam Province from the Aspect of Having Health- Indicators Treatment, *Ilam Culture Promotional Scientific Quarterly*, 18 (56), 55-71. (In Persian).
- Oladipo, J. A. (2014). Utilization of health care services in rural and urban areas: a determinant factor in planning and managing health care delivery systems. *African Health Sciences*, 14,(2), 322-333.

Pong RW, DesMeules, M., Heng, D., Lagacé, C., Guernsey, JR., Kazanjian, A., Manuel, D., Pitblado, JR., Bollman, R., Koren, I., Dressler, MP., Wang, F., Luo, W.(2011). Patterns of health services utilization in rural Canada. *Chronic Dis Inj Can*, 31(Suppl), 1-36

Salehpour, Sh., Afrakhteh, H. (2012). the Analysis of Health Services Development Level from the Spatial Equity Point of View (Case Study: Rural Settlements of West Azerbaijan Province), *Journal of human settlements planning studies*, 11 (36): 38 19. (In Persian).

Sheikhi, D., Pazuki, M & Yordkhani, Mokhtar. (2014). The study and analysis of spatial inequality of Hamedan province townships Based on Health indicators, *New Attitudes in Human Geography Quarterly*, 8 (1), 140-151

Sibley, L.M., & Weiner, JP.(2011). An Evaluation Of Access To Health Care Services Along The Rural-Urban Continuum In Canada. *BMC Health Serv Res*, 31, 11-2 (In Persian).

Sulemana, A., Romanus D.dinye.(2014). Access To Healthcare In Rural Communities In Ghana: A Study Of Some Selected Communities In The Pru District. *European Journal of Research in Social Sciences*, Vol. 2 No. 4, 2014, ISSN 2056-5429, www.idpublications.org . pp. 123-132.

Taghdisi, A., Piri, Siamak., Bahari, Issa. (2012), Spatial Analyzing and Ranking Indexes of Medical Care Services Development Using Factor and Cluster Analysis (Case Study: Townships of Gilan Province), *Environmental study quarterly*, 5 (18), 146- 176. (In Persian).

Tarar, M, A., Tahreem, F., Salik, M, H., Akhtar, S., Nawaz Khan, Y. (2016). Health Problems Faced by Female Farm Workers in Rural Areas of Tehsil Dera Ghazi Khan: A Sociological Investigation, *journal of the Dow University of Health Sciences Karachi* 2016, 10(1): 35-38

Thomlinson, E., McDonagh, M. K., Crook, K. B., & Lees, M.(2004). Health beliefs of rural Canadians: implications for practice. *The Australian Journal of Rural Health*, 12(6), 258-263.

United Nations Organization. (2009). *Human Development Report 2009 Overcoming Barriers: Human Mobility and Development*, the United Nations Development Programme

Varesi, H. R., Bagheri, K., Zandi, K & Nadipour, N. (2014), Spatial analysis of Fars province's health indicators using regional planning techniques, *Geography and Environmental Studies*, 4 (16), 105 -117. (In Persian).

Yao, J., Murray, AT., Agadjanian V. A . (2013). geographical perspective on access to sexual and reproductive health care for women in rural Africa. *Soc Sci Med* 2013, 96: 60-8.

Zarabi, A., Mohammadi, J., Rakhshanasab, H. R. (2007). Spatial Analysis Of Health And Medical Services Development Indices, *Journal: Social Welfare*, 17 (234), 27- 213. (In Persian).