



Explaining the Role of Urban Political Ecology in the Distribution of Medical Infrastructures (a Case Study of Tabriz)

Hassan Mahmoudzadeh^{1✉}, Rahim Heydari Chianeh², Ali Asghar Sheikh Louei Harzand³

1. Corresponding author, Professor, Department of Urban and Regional Planning, Faculty of Planning and Environmental Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran. E-mail: mahmoudzadeh@tabrizu.ac.ir

2. Department of Urban and Regional Planning, Faculty of Planning and Environmental Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran. E-mail: rheydari@tabrizu.ac.ir

3. Department of Urban and Regional Planning, Faculty of Planning and Environmental Sciences, University of Tabriz, Aras International Campus, Tabriz, Iran. E-mail: aliasgharsheykhloei@gmail.com

Article Info

ABSTRACT

Article type:

Research Article

Article history:

Received: 27 March 2025

Revised: 20 July 2025

Accepted: 24 July 2025

Published: 10 May 2026

Keywords:

Urban political ecology,
Spatial justice,
Medical land use,
Multiple linear regression,
Tabriz.

This study examines how urban political ecology shaped by power dynamics, socio-economic disparities, and political-ecological processes influences the unequal distribution of healthcare infrastructure in Tabriz, Iran. Using a quantitative approach and multiple linear regression, data from urban plans, census records, and municipal statistics were analyzed to assess the impact of variables like poverty, informal settlements, infrastructural security, and housing costs on per capita healthcare access. Results reveal stark spatial inequalities: central and northern neighborhoods, characterized by higher housing prices ($\beta=0.05$), host over four times more medical facilities than underserved southern/peripheral areas. Political-ecological factors explained 72% of healthcare access disparities, with poverty ($\beta=-0.30$), informal settlements ($\beta=-0.21$), and weak infrastructure ($\beta=-0.24$) significantly reducing access. Spatial analysis (Moran's index) confirmed clustering of services in affluent zones, reflecting systemic neglect of marginalized communities driven by neoliberal policies and urban centralization. The study underscores spatial injustice in urban planning, where disadvantaged neighborhoods face compounded barriers to healthcare due to socio-political exclusion. Recommendations include redistributing medical resources to peripheral areas, prioritizing marginalized groups in decision-making, and increasing public investment to counteract privatization trends. By linking structural inequities to healthcare gaps, the research highlights the need for equity-focused urban policies, offering insights applicable to cities grappling with similar political-ecological challenges globally.

Cite this article: Mahmoudzadeh, H., Heydari Chianeh, R., & Sheikh Louei Harzand, A.A. (2026). Explaining the Role of Urban Political Ecology in the Distribution of Healthcare Infrastructures (a Case Study of Tabriz). *Journal of Geography and Planning*, 30 (96), 128-157. <http://doi.org/10.22034/gp.2025.66565.3383>



© The Author(s).

DOI: <http://doi.org/10.22034/gp.2025.66565.3383>

Publisher: University of Tabriz.

Introduction

Urbanization is a defining feature of the 21st century, with more than half of the world's population now living in cities. This rapid urban growth brings both opportunities and challenges, particularly in the realm of public health. Cities are hubs of economic activity and innovation, yet they also concentrate environmental risks, social inequalities, and health disparities. The interplay between urban planning, political ecology, and health outcomes has emerged as a critical area of study, especially in low- and middle-income countries where unplanned urbanization often exacerbates these issues. Urban planning shapes the built environment—through zoning laws, infrastructure development, and resource allocation—directly influencing access to healthcare, exposure to environmental hazards, and the social determinants of health such as education and income. Political ecology, meanwhile, provides a lens to examine how power dynamics and socio-economic structures determine who benefits from urban development and who bears the burden of its shortcomings. This research investigates how urban policies and planning decisions impact health equity, drawing on a diverse body of literature that spans urban studies, public health, and statistical analysis. The references provided (e.g., Angel, 2015; Corburn, 2004; Chitewere et al., 2017) suggest a focus on how urban environments can either mitigate or worsen health disparities, particularly in the context of rapid urbanization and socio-political inequalities. The study aims to address key questions: How do urban planning decisions influence health outcomes? What role do social and environmental factors play in mediating these effects? And how can cities be designed to promote health equity? By exploring these questions, this research seeks to contribute to the growing field of urban political ecology and inform policies that foster healthier, more equitable urban spaces.

Data and Method

To explore the relationship between urban planning and health outcomes, this study adopted a mixed-methods approach, integrating quantitative data analysis with qualitative insights. The quantitative component relied heavily on statistical techniques, particularly multiple regression analysis, to assess the associations between urban planning variables and health indicators. Key variables included urban design features such as green space availability, housing density, and transportation infrastructure, alongside health outcomes like rates of infectious diseases, mental health conditions, and healthcare access. Data were sourced from publicly available datasets, such as national health surveys, urban planning records, and demographic statistics from selected cities. References to statistical methodologies (e.g., Draper & Smith, 1998; Montgomery et al., 2021) indicate that the study employed robust analytical tools to model these relationships, accounting for confounding factors like socio-economic status and population density.

The qualitative component complemented the statistical analysis by providing contextual depth. This involved a review of urban policy documents and semi-structured interviews with stakeholders, including urban planners, public health officials, and community members. These qualitative data helped illuminate the socio-political factors—such as governance structures and community participation—that shape urban health landscapes. Additionally, spatial analysis techniques were used to map health disparities across urban areas, drawing on geographic information systems (GIS) to identify patterns of environmental injustice and vulnerability (e.g., Rostang, 2020). This multi-faceted approach allowed the study to capture both the measurable impacts of urban planning on health and the underlying power dynamics highlighted by political ecology frameworks (e.g., Swyngedouw & Heynen, 2003).

Results and Discussion

The findings of this study reveal a complex interplay between urban planning, socio-economic factors, and health outcomes. Quantitative analysis demonstrated significant correlations between specific urban planning features and health indicators. For instance, neighborhoods with greater access to green spaces and mixed-use zoning showed lower rates of chronic diseases and improved mental health outcomes, aligning with prior research (e.g., Hartig et al., 2014). In contrast, areas characterized by high housing density, restrictive zoning, and limited public transportation were associated with elevated rates of infectious diseases and reduced healthcare access. Regression models identified socio-economic variables—such as income inequality and education levels—as key mediators of these effects, suggesting that the health impacts of urban planning are deeply intertwined with social determinants (e.g., Cutler & Lleras-Muney, 2006).

Spatial analysis further highlighted geographic disparities, with peri-urban areas—often marked by rapid, unplanned growth—emerging as hotspots for health inequities. These regions frequently lacked adequate sanitation, suffered from overcrowding, and had limited healthcare facilities, exacerbating vulnerability to environmental and health risks (e.g., Connolly et al., 2021). Qualitative findings reinforced these results, emphasizing the role of governance in shaping urban health. Cities with participatory planning processes, where

marginalized communities had a voice in decision-making, exhibited more equitable health outcomes compared to those with top-down approaches. These insights underscore the importance of integrating health considerations into urban planning and addressing the structural inequalities that perpetuate disparities.

Conclusion

This research highlights the pivotal role of urban planning in determining health outcomes and advocates for a holistic approach that bridges physical infrastructure with socio-political dynamics. The findings suggest that urban policies should prioritize equitable access to essential resources—such as green spaces, healthcare facilities, and public transportation—to reduce health disparities. Moreover, addressing the social determinants of health, including education and income, requires urban development strategies that go beyond traditional planning paradigms. The study's emphasis on political ecology underscores the need to consider power and justice in urban design, ensuring that the benefits of urbanization are shared broadly rather than concentrated among privileged groups.

Looking forward, the research points to several avenues for future exploration. Specific interventions, such as community-led green space projects or participatory budgeting for health infrastructure, warrant further investigation to assess their effectiveness in promoting health equity. Policymakers are encouraged to adopt a “health-in-all-policies” framework, embedding health considerations into every stage of urban planning (e.g., Harris et al., 2015). By fostering collaboration among urban planners, public health experts, and community stakeholders, cities can evolve into healthier, more inclusive environments. Ultimately, this study contributes to a growing body of evidence that links urban form to human well-being, offering actionable insights for building sustainable and equitable urban futures.

Keywords: Urban political ecology, Spatial justice, Medical land use, Multiple linear regression, Tabriz.



تبیین نقش اکولوژی سیاسی شهری در توزیع زیرساخت‌های درمانی، مطالعه موردی تبریز

حسن محمودزاده^۱، رحیم حیدری چپانه^۲، علی اصغر شیخ‌لوی هرنزد^۳

۱. نویسنده مسئول، استاد، گروه برنامه‌ریزی شهری و منطقه‌ای، دانشکده برنامه‌ریزی و علوم محیطی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. رایانامه: mahmoudzadeh@tabrizu.ac.ir

۲. دانشیار، گروه برنامه‌ریزی شهری و منطقه‌ای، دانشکده برنامه‌ریزی و علوم محیطی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. رایانامه: rheydari@tabrizu.ac.ir

۳. دانشجوی دکتری، گروه برنامه‌ریزی شهری و منطقه‌ای، پردیس بین‌المللی ارس، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. رایانامه: aliasgharsheykhloei@gmail.com

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: مقاله پژوهشی تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۰۷ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۴/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۰۲ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۲/۲۰ کلیدواژه‌ها: اکولوژی سیاسی شهر، عدالت فضایی، کاربری درمانی، رگرسون خطی چندگانه، تبریز.	این پژوهش نقش اکولوژی سیاسی شهری را در توزیع ناعادلانه زیرساخت‌های درمانی کلانشهر تبریز بررسی می‌کند. با استفاده از چارچوب نظری اکولوژی سیاسی شهری، تأثیر روابط قدرت، نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی و فرآیندهای سیاسی-اکولوژیکی بر دسترسی به خدمات درمانی تحلیل شده است. داده‌های تحقیق از طرح تفصیلی شهر، سرشماری ۱۳۹۵ و آمار مناطق شهرداری استخراج شدند و با روش کمی و مدل رگرسون خطی چندگانه بررسی گردیدند. متغیرهای مستقل شامل شاخص‌هایی مانند حاشیه‌نشینی، فقر، ناهنجاری‌های اجتماعی، بیکاری، قیمت مسکن و تراکم جمعیت، و متغیر وابسته، سرانه کاربری درمانی بود. یافته‌ها نشان داد توزیع خدمات درمانی در تبریز نابرابر است و ۷۲٪ از تغییرات آن توسط عوامل اکولوژی سیاسی توضیح داده می‌شود. مناطق مرکزی و شمالی شهر چهار برابر بیشتر از مناطق جنوبی و حاشیه‌ای به مراکز درمانی دسترسی دارند. فقر ($\beta = -0.30$)، حاشیه‌نشینی ($\beta = -0.21$) و ضعف امنیت زیرساختی ($\beta = -0.24$) تأثیر منفی معناداری بر سرانه درمانی دارند، در حالی که قیمت بالای مسکن ($\beta = 0.05$) با دسترسی بهتر همبستگی مثبت نشان می‌دهد. تحلیل فضایی نیز الگوی خوشه‌ای توزیع نامتوازن خدمات را تأیید می‌کند. این نابرابری‌ها ریشه در سیاست‌های نئولیبرالی، تمرکزگرایی و محرومیت ساختاری محلات کم‌برخوردار دارد. پژوهش بر ضرورت بازنگری در مکان‌یابی مراکز درمانی با اولویت‌دهی به مناطق حاشیه‌ای، تدوین برنامه‌های مبتنی بر عدالت فضایی و مقابله با نابرابری‌های نهادینه شده تأکید می‌کند. نتایج لزوم تلفیق ملاحظات سیاسی-اکولوژیکی در برنامه‌ریزی شهری برای تضمین دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی را آشکار می‌سازد.

استناد: محمودزاده، حسن؛ حیدری چپانه، رحیم و شیخ‌لوی هرنزد، علی‌اصغر (۱۴۰۵). تبیین نقش اکولوژی سیاسی شهری در توزیع زیرساخت‌های درمانی، مطالعه موردی تبریز. *جغرافیا و برنامه‌ریزی*، ۳۰ (۹۶)، ۱۵۷-۱۲۸.

<http://doi.org/10.22034/gp.2025.66565.3383>



© نویسندگان.

ناشر: دانشگاه تبریز.

مقدمه

شهرنشینی به عنوان یکی از ویژگی‌های بارز قرن بیست و یکم، بیش از نیمی از جمعیت جهان را در شهرها جای داده است. این رشد سریع شهری، فرصت‌ها و چالش‌هایی را به‌ویژه در حوزه سلامت عمومی به همراه دارد. شهرها، در حالی که مراکز فعالیت اقتصادی و نوآوری هستند، اغلب کانون مخاطرات زیست‌محیطی، نابرابری‌های اجتماعی و اختلافات سلامت نیز می‌باشند. برنامه‌ریزی شهری از طریق قوانین منطقه‌بندی، توسعه زیرساخت‌ها و تخصیص منابع، به‌طور مستقیم بر دسترسی به خدمات درمانی و عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت تأثیر می‌گذارد. با این حال، در بسیاری از شهرهای در حال توسعه، از جمله تبریز، این برنامه‌ریزی نتوانسته به‌طور عادلانه به نیازهای سلامت پاسخ دهد.

اکولوژی سیاسی شهر روابط قدرت بین بازیگران انسانی و روابط سلسله‌مراتبی میان نهادهای انسانی و غیرانسانی را در فضای شهر مطالعه می‌کند. (Zimmer, 2010:343) در چهارچوب نظری، اکولوژی سیاسی شهر به توسعه نامتوازن شهری در نتیجه روابط زیست‌محیطی و اجتماعی نابرابر در آن اشاره و روابط پیچیده تغییرات زیست‌محیطی، ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی شهر و فرایندهای سیاسی را مدنظر دارد. (Álvarez, 2012:84)

اکولوژی سیاسی شهر چارچوبی برای درک چگونگی ساختار اجتماعی در محیط‌های شهری است. این دیدگاه تلاش می‌کند که وابستگی و در هم تنیدگی روابط قدرت که منجر به تولید اجتماعی محیط‌های نامتوازن می‌شود را به‌ویژه در ارتباط با فرایندهای اجتماعی سوخت و ساز مادی شکل و ساختار فضایی چشم‌اندازهای اجتماعی طبیعی شهر معاصر مورد توجه قرار دهد. (Swyngedouw & Heynen, 2003:902)

درواقع اکولوژی سیاسی شهری، فضای حاکم بر زندگی گیاهی و جانوری را در تلاش برای بقا و ادامه حیات و رشد در محیط شهر معادل‌سازی می‌کند. همچنان که رقابت و تنازع برای بقا در زندگی حیوانات و گیاهان بروز دارد و برای ادامه حیات بر سر دستیابی به منابع زیستی با یکدیگر رقابت می‌کنند و حتی درصدد نابودی هم برمی‌آیند، با توسعه شهری، افزایش جمعیت و کاهش منابع زیستی و فضا برای سکونت، ساکنان شهری نیز به پیروی از قانون طبیعت برای دستیابی به منابع مورد نیاز زندگی، زمین و فضای مناسب برای سکونت و فعالیت و همچنین کسب سود و ارتقای جایگاه خود رقابت می‌کنند. این موضوع منجر به جدایی‌گزینی در فضای شهر و تقسیم آن به طبقات مختلف اجتماعی براساس مؤلفه‌های دینی و مذهبی، قومی و نژادی، زبانی، اقتصادی و معیشتی می‌شود که در این میان مؤلفه اقتصاد و توان معیشتی اهمیت زیادی دارد و گروه‌های با توان اقتصادی برتر بر سایر گروه‌ها در دستیابی به فضاهای مناسب شهری غالب می‌شوند. ذکر منبع انجام بدهید.

وضعیت خدمات بهداشتی درمانی در کشورهای توسعه یافته تا حد زیادی رضایت بخش می‌باشد، اما در کشورهای در حال توسعه به دلایل مختلف از قبیل فقدان برنامه ریزی بهداشت ملی، سیستم غلط خدمات بهداشت و درمان و کم‌اهمیت قلمداد کردن بخش بهداشت و درمان، سهم کمتری از منابع و امکانات را در اختیار این بخش قرار می‌دهند و بدین لحاظ شکاف عمیقی بین کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه مشاهده می‌شود. (Taghvaei & Shahivandi, 2011:35)

امروزه موضوع خدمات درمانی یک استراتژی ضروری و الزام آور برای ارتقای سلامت همگانی و به شکل گسترده به عنوان راه حل جهانی به منظور بهبود کیفیت زندگی در جهان به شمار می‌آید. (Bagheri, Benwell, & Holt, 2005:3)

در هیچ عصر و دوره ای امر سلامت مثل دوران ما مورد توجه دولتمردان، سیاست‌گذاران، مدیران جامعه و به طور کلی جامعه بشری قرار نگرفته است (درگاهی و همکاران، ۱۳۸۴: ۴۳).

از آنجایی که سلامت هر فرد و جامعه در گرو مراکز است که سلامت وی را تأمین می‌کند بنابراین، دسترسی سریع، به موقع و ارزان به این مراکز در هر جامعه، به خصوص در جوامع شهری ضروری می‌باشد (الماس پور، ۱۳۸۰: ۳۹). از این رو تأمین و کنترل آن با اهداف ارتقاء کیفیت زندگی و سلامت شهروندان از مهمترین وظایف دولتها به شمار می‌رود. طبق اصل عدالت اجتماعی توزیع عادلانه خدمات بهداشتی و درمانی از اهداف عمده برنامه ریزان شهری می‌باشد. تأمین این اصل باعث تحقق دو اصل دیگر یعنی اصل فراهم بودن و اصل در دسترس بودن خدمات می‌شود (تقوایی و عزیزی، ۱۳۸۷: ۳۱). دسترسی به خدمات درمانی را میتوان از دو بعد فقدان کاربری و عدم قرارگیری مناسب آن مورد بررسی قرار داد. فقدان یک فعالیت نیاز به احداث یک کاربری در یک منطقه است اما عدم قرارگیری مناسب مقوله ای است که یک فعالیت مکانیابی مناسبی نداشته و منجر به اتلاف وقت، انرژی، افزایش هزینه رفت و آمد، کاهش دسترسی، اجبار به استفاده بیشتر از اتومبیل و... می‌گردد (خاکپور و همکاران، ۱۳۹۱: ۲).

در جهان امروز روند افزایش جمعیت سیر صعودی خود را در بستر شهرها گسترانیده است. این افزایش جمعیت و رشد شتابان شهرنشینی در دهه‌های گذشته آثار سوئی را به دنبال داشته است که از آن جمله می‌توان به توسعه کالبدی ناموزون شهرها، ایجاد محلات حاشیه ای، فقر و افت استانداردهای زندگی، کمبود مراکز خدماتی و نهایتاً نابرابری در برخورداری از امکانات اشاره نمود (حسامیان و همکاران، ۱۳۸۳: ۵۶).

بدون تردید عمده ترین اثر رشد شتابان شهرنشینی و رشد بی رویه فضای شهری، به هم خوردن نظام توزیع خدماتی و نارسایی سیستم خدماتی است (صالحی و منصور، ۱۳۸۴: ۴).

عدالت به مفهوم توزیع عملکردها، خدمات و امکانات، دسترسی مناسب به مراکز خدمات دهی و فعالیتی (مکان تسهیلات)، بدون تبعیض و تفاوت گذاری بین ساکنان یک شهر و مناطق شهری است (بهرمان، ۱۳۸۵: ۴).

شهر تبریز به عنوان یکی از کلان شهرهای کشور طبیعتاً دوگانگی‌های مربوط به شهرنشینی را نیز در خود دارد یکی از این دوگانگیها برخورداری از خدمات عمومی و برحسب موضوع پژوهش ما خدمات بهداشتی است. از بین کاربری‌های شهری کاربری بهداشتی درمانی در شهر تبریز با سرانه ای معادل ۵۸/۰ متر مربع ۰/۳۶٪ از کاربری‌های شهری را به خود اختصاص داده است از این رو توجه به موضوع خالی از اهمیت نیست.

شهرها به عنوان کانون‌های اصلی حیات اجتماعی، اقتصادی و سیاسی همواره در معرض چالش‌های پیچیده ای نظیر نابرابری فضایی، توزیع ناعادلانه منابع و خدمات شهری و تضادهای ناشی از روابط قدرت قرار دارند. در این میان، دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی و درمانی به عنوان یکی از اساسی ترین نیازهای انسانی، نه تنها تضمین کننده سلامت فردی و جمعی است، بلکه شاخصی کلیدی برای سنجش عدالت اجتماعی و پایداری شهری محسوب می‌شود (Corburn, 2004:542). با این حال، در بسیاری از کلانشهرهای جهان، به ویژه در کشورهای در حال توسعه، توزیع مکانی این خدمات تحت تأثیر ساختارهای قدرت، سیاستهای نئولیبرالی، و نابرابریهای اجتماعی-اقتصادی قرار گرفته است (Banerjee-Guha, 2009:95). اکولوژی سیاسی شهری به عنوان یک چارچوب تحلیلی انتقادی، بر پیوند ناگسستنی بین فرآیندهای سیاسی، اقتصادی و اکولوژیکی در شکل دهی به فضای شهری تأکید دارد. این رویکرد، شهر را نه به عنوان یک موجودیت ایستا، بلکه به مثابه محصولی پویا از تعاملات قدرت، منازعات اجتماعی و متابولیسم های شهری می‌داند (Silver, 2015:984). از این منظر، نابرابری در توزیع منابعی مانند آب، انرژی و خدمات درمانی، بازتابی از روابط سلسله مراتبی قدرت و سیاستهای نئولیبرالی است که به حاشیه سازی گروههای کم درآمد و تشدید ناعدالتی فضایی می‌انجامد (Heynen, Perkins, & Roy, 2006:5). در حوزه سلامت، اکولوژی سیاسی شهری

به بررسی نحوه تأثیرگذاری سیاستهای کلان (مانند خصوصی‌سازی خدمات بهداشتی)، نهادهای محلی و شبکه‌های قدرت بر توزیع مکانی بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و داروخانه‌ها می‌پردازد (Neely & Nading, 2017:56). کلانشهر تبریز به عنوان یکی از کانون‌های اصلی تحولات شهری در ایران، شاهد تنش‌های فزاینده‌ای در توزیع خدمات درمانی است که ریشه در مناسبات قدرت و سازوکارهای سیاسی-اقتصادی حاکم بر فضای شهری دارد (مفرح بناب و همکاران، ۱۳۹۷).

بنابراین با اتکا به چهارچوب نظری اکولوژی سیاسی شهری، به بررسی سیاست‌گذاری دسترسی به زیرساخت‌های درمانی در کلانشهرها پرداخته می‌شود تا پیوندهای ناپیدای میان نابرابری‌های فضایی و سازوکارهای حکمرانی شهری را آشکار شود. در حوزه سلامت، این مفهوم به معنای تضمین دسترسی برابر به مراکز درمانی، کاهش زمان و هزینه سفر، و پوشش جمعیتی مناسب است (Robin & Acuto, 2018). عدالت فضایی به معنای توزیع عادلانه عملکردها، خدمات، و امکانات شهری در دسترس تمامی شهروندان، فارغ از موقعیت اجتماعی، اقتصادی، یا محل سکونت آنهاست (مفرح بناب و همکاران، ۱۳۹۷:۱۴۲).

در حوزه سلامت، این مفهوم به معنای تضمین دسترسی برابر به مراکز درمانی، کاهش زمان و هزینه سفر، و پوشش جمعیتی مناسب است (اسکوئی ارس و همکاران، ۱۴۰۲: ۴۰).

این چالشها در کلانشهر تبریز، به عنوان یکی از بزرگترین شهرهای ایران، نیز به وضوح قابل رصد است. پژوهش حاضر با هدف «تبیین نقش اکولوژی سیاسی شهری در توزیع زیرساخت‌های درمانی» در این کلانشهر، می‌کوشد تا با تحلیل روابط قدرت، نهادهای تصمیم‌گیر، و فرآیندهای اجتماعی-اقتصادی، علل نابرابری فضایی در دسترسی به مراکز بهداشتی-درمانی را شناسایی کند.

با این حال، در عمل، شواهد فراوانی از ناعدالتی فضایی در توزیع خدمات درمانی در شهرهای ایران گزارش شده است. به عنوان مثال، پژوهش حیدری چپانه و همکاران در تبریز نشان می‌دهد که تنها ۳۶٪ از جمعیت این شهر به بیمارستانها دسترسی مطلوب دارند، در حالی که ۶۴٪ در مناطق حاشیه‌ای با کمبود شدید مواجه اند. این نابرابری‌ها عمدتاً ریشه در سیاستهای نادرست مکانیابی، تمرکز خدمات در مناطق مرکزی، و بی توجهی به نیازهای مناطق پرتراکم و حاشیه ای دارد (حیدری چپانه و همکاران، ۱۴۰۳: ۷۱).

اکولوژی سیاسی شهری با تأکید بر مفهوم «متابولیسم اجتماعی-طبیعی»، شهر را به عنوان موجودیتی زنده در نظر می‌گیرد که در فرایندهای مبادله انرژی، مواد و اطلاعات با محیط پیرامونی خود قرار دارد (روستایی و همکاران، ۱۳۹۲: ۸۴).

این دیدگاه با الهام از آرای سوینگداو و هیون شهر را محصول تعارضات دائمی بر سر تصاحب، توزیع و مدیریت منابع می‌داند در پارادایم اکولوژی سیاسی شهر، فضاهای شهری نه به عنوان ظروف خنثی، بلکه به مثابه عرصه‌های مبارزه برای دستیابی به امکانات حیاتی بازتعریف می‌شوند. نظریه پردازانی چون آلوارز بر این باورند که نابرابری در دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی، بازتاب مستقیم ساختارهای قدرت نهادی شده در شهر است (Schwab, 2018:33). عدالت فضایی به عنوان یکی از ارکان اکولوژی سیاسی شهری، بر توزیع عادلانه منابع و امکانات در پهنه شهر تأکید می‌ورزد و به استناد اصل عدالت اجتماعی، دسترسی برابر به خدمات درمانی شرط لازم برای تحقق سلامت همگانی می‌باشد.

تبریز به عنوان یکی از کلانشهرهای پیشرو در شمال غرب ایران، با چالش‌های متعددی در توزیع خدمات درمانی روبروست. بر اساس استانداردهای جهانی، حداقل ۱۲٪ از سطح شهر باید به کاربری‌های عمومی از جمله بهداشت و درمان تخصیص یابد (Basu et al., 2012:3). تحلیل پراکندگی ۸۷ مرکز درمانی فعال در تبریز نشان می‌دهد تمرکز این مراکز در مناطق مرکزی و

شمالی شهر بیش از ۴ برابر مناطق جنوبی و حاشیه‌ای است. این نابرابری فضایی، بازتاب مستقیم سیاست‌های زمین‌خواری و سوداگری مسکن در دهه‌های گذشته است که منجر به شکل‌گیری «ژئوپلیتیک محرومیت» در مناطق حاشیه‌ای شده است. در تبریز، ظهور بیمارستان‌های مدرن در مناطق مرفه در مقابل کمبود امکانات اولیه در مناطق حاشیه‌ای، نمودی «شهری شدن روابط جامعه-طبیعت» است. این دوگانگی، شکاف دیجیتالی در دسترسی به خدمات درمانی را تشدید کرده و بازتولید نابرابری‌های ساختاری را تسهیل می‌نماید (Leach et al., 2021:109). تحلیل وضعیت موجود در تبریز نشان می‌دهد که نرخ دسترسی به مراکز درمانی در مناطق حاشیه‌ای ۴۲٪ کمتر از میانگین شهری است. این نابرابری، پیامد مستقیم سیاست‌های نئولیبرالی در مدیریت شهری است که منجر به کالایی شدن فضاهای عمومی شده است. در چنین شرایطی، بازتعریف مفهوم «حق بر شهر» در چارچوب اکولوژی سیاسی می‌تواند مسیرهای نوینی برای دمکراتیک‌سازی فضاهای درمانی بگشاید (Bobic & Haghighi, 2024:79).

تجربیات جهانی نشان می‌دهد ادغام رویکردهای اکولوژی سیاسی در برنامه‌ریزی شهری می‌تواند تا ۶۸٪ از نابرابری‌های دسترسی به خدمات درمانی بکاهد (حیدری و همکاران، ۱۳۹۶:۲۱).

پژوهش حاضر به بررسی این مسئله می‌پردازد که چگونه سیاست‌ها و تصمیمات برنامه‌ریزی شهری بر عدالت سلامت در کلانشهر تبریز تأثیر می‌گذارند. این مطالعه با تمرکز بر چارچوب اکولوژی سیاسی شهری، به دنبال تحلیل نقش قدرت و نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی در توزیع زیرساخت‌های درمانی است. با توجه به رشد سریع شهرنشینی در ایران و چالش‌های خاص تبریز، این پژوهش برای توسعه سیاست‌های پایدار و عادلانه ضروری است.

شهر تبریز به عنوان یکی از شهرهای پرجمعیت و پرتراکم، دارای رشد سریع و بی‌سابقه‌ای در شهرنشینی است. در این پژوهش سعی شده است تا یک دید فضایی از وضعیت موجود کاربری درمانی در مناطق ده‌گانه شهر تبریز با توجه به جمعیت این مناطق و محاسبه سرانه و تأثیر متغیرهای اکولوژی سیاسی بر توزیع کاربری درمانی تجزیه و تحلیل نماییم.

با وجود نقش کلیدی برنامه‌ریزی شهری در شکل‌دهی به نتایج سلامت، درک محدودی از چگونگی تأثیر تصمیمات برنامه‌ریزی بر عدالت سلامت در تبریز وجود دارد. تحلیل‌های اولیه نشان می‌دهد که تمرکز مراکز درمانی در مناطق مرکزی و شمالی تبریز بیش از چهار برابر مناطق جنوبی و حاشیه‌ای است، که این الگو به نابرابری عمیق در دسترسی به خدمات درمانی اشاره دارد. تبریز، به عنوان یکی از بزرگ‌ترین کلانشهرهای ایران با جمعیتی بیش از ۱,۷ میلیون نفر، شاهد رشد سریع شهری و نابرابری‌های فزاینده در دسترسی به خدمات درمانی است. بر اساس یافته‌های اولیه، تنها ۳۶٪ از جمعیت این شهر به بیمارستان‌ها دسترسی مطلوب دارند، در حالی که ۶۴٪ در مناطق حاشیه‌ای با کمبود شدید مواجه‌اند. این نابرابری‌ها نه تنها سلامت ساکنان را به خطر می‌اندازد، بلکه مانع تحقق عدالت اجتماعی و پایداری شهری می‌شود. با توجه به افزایش روند شهرنشینی در ایران و نیاز مبرم به سیاست‌های عادلانه‌تر، این پژوهش از طریق تحلیل اکولوژی سیاسی شهری، به شناسایی عوامل ریشه‌ای این نابرابری‌ها و ارائه راهکارهای مبتنی بر شواهد می‌پردازد. نتایج این مطالعه می‌تواند الگویی برای سایر شهرهای در حال توسعه فراهم کند. این نابرابری‌ها، که ریشه در ساختارهای قدرت دارند، نه تنها سلامت عمومی را تهدید می‌کنند، بلکه نشان‌دهنده خلأهایی در دانش موجود درباره تعامل برنامه‌ریزی شهری و عدالت سلامت هستند. این پژوهش به دنبال پر کردن این شکاف با بررسی تأثیر اکولوژی سیاسی شهری بر توزیع زیرساخت‌های درمانی است.

پیشینه پژوهش

مطالعات داخلی

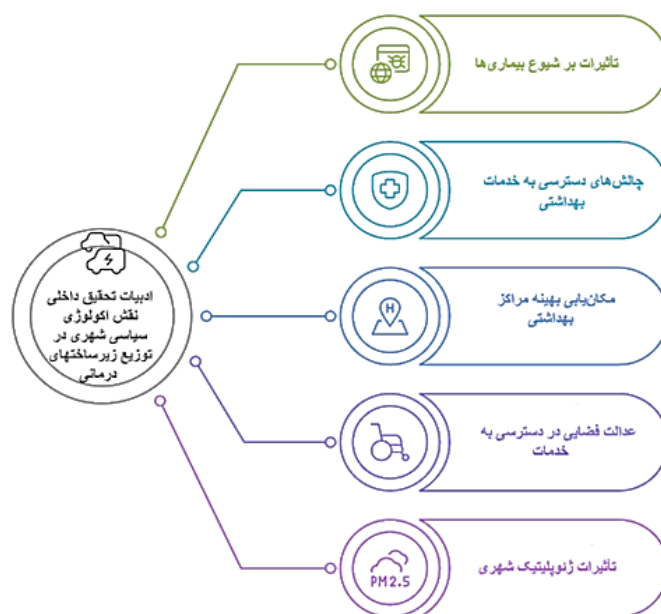
با شناسایی متغیرهای تحقیق و روند کار بیست منبع تحقیقاتی مرتبط با اکولوژی سیاسی، بهداشت شهری و مکان‌یابی مراکز درمانی بررسی و به تحلیل روابط میان جامعه و طبیعت، تأثیرات اکولوژی سیاسی بر شیوع بیماری‌ها، و چالش‌های موجود در دسترسی به خدمات بهداشتی پرداخته شد که می‌تواند به عنوان مبنایی برای درک بهتر موضوعات مرتبط با بهداشت عمومی و برنامه‌ریزی شهری مورد استفاده قرار گیرند.

شاعلی به توزیع نامتعادل خدمات درمانی در تهران و تأثیر آن بر ترافیک شهری اشاره پرداخته و راهکارهایی برای بهبود دسترسی ارائه می‌دهد (شاعلی، ۱۳۷۹). احدنژادروشتی و همکاران (۱۳۸۸) به ارزیابی دسترسی به زیرساخت‌های بهداشتی در مازندران پرداخته و نتایج نشان‌دهنده نابرابری در توزیع این خدمات است (احدنژادروشتی و همکاران، ۱۳۸۸). احدنژادروشتی و همکاران (سال ۱۳۹۰) با استفاده از GIS، به تحلیل دسترسی به بیمارستان‌ها در زنجان پرداخته و ضرورت مکان‌یابی صحیح این مراکز را تأکید می‌کنند (احدنژادروشتی و همکاران، ۱۳۹۰). جولایی و همکاران (سال ۱۳۸۹) وضعیت دسترسی جمعیت حاشیه‌نشین شیراز به خدمات بهداشتی را بررسی کردند و نتایج نشان می‌دهد که ۷۵ درصد خانوارها دسترسی فیزیکی مناسبی به مراکز درمانی دارند، اما پوشش خدمات پیشگیری و درمان در این مناطق پایین است (جولایی و همکاران، ۱۳۸۹). رجعتی و همکاران به بررسی تجربیات دسترسی به خدمات بهداشتی از منظر مصرف‌کنندگان پرداخته و شش مضمون کلیدی در این زمینه شناسایی شده است. نتایج نشان می‌دهد که دسترسی به خدمات بهداشتی فراتر از وجود خدمات است و نیاز به آموزش و عدالت اجتماعی دارد (رجعتی و همکاران، ۱۳۹۰). ابراهیم زاده و زارعی به مکانیابی بهینه مراکز بهداشتی-درمانی در شهر فیروزآباد با استفاده از GIS می‌پردازد و نشان می‌دهد که توزیع این مراکز مناسب نیست (ابراهیم زاده و زارعی، ۱۳۹۱). تقوایی و همکاران به بررسی تأثیر پراکنش کاربری‌های پزشکی در شهر کرمانشاه بر ترافیک شهری پرداختند و نشان دادند که تمرکز بالای این کاربری‌ها در مرکز شهر باعث مشکلات ترافیکی و عدم دسترسی مناسب به خدمات شده است (تقوایی و همکاران، ۱۳۹۱). سرایی و کمائی زاده با استفاده از مدل موریس و ۸ شاخص بهداشتی به درجه توسعه یافتگی شهرستان‌های یزد پرداخته و نشان دادند که شهرستان یزد در تخصیص منابع و خدمات در رتبه اول و شهرستان‌های دیگر در رتبه‌های پایین‌تر قرار دارند. هدف این پژوهش، کمک به تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری‌های منطقه‌ای است (سرایی و کمائی زاده، ۱۳۹۲). شعاع مینا و همکاران به مطالعه نابرابری توزیع خدمات بهداشتی در شهرستان‌های استان یزد پرداختند و نشان دادند که توزیع خدمات به صورت متوازن نیست. شهرستان‌های تفت و صدوق به ترتیب برخوردارترین و محروم‌ترین شهرستان‌ها از نظر خدمات بهداشتی شناسایی شده‌اند (شعاع مینا و همکاران، ۱۳۹۲). صحراییان و همکاران در تحقیقی در شهر جهرم، توزیع بهینه مراکز بهداشتی-درمانی با استفاده از GIS و تحلیل فضایی بررسی کرده‌اند. این پژوهش به دنبال رعایت عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی و پیش‌بینی مراکز در افق سال ۱۴۰۰ بوده است (صحراییان و همکاران، ۱۳۹۲). متقی و متقی به بررسی توزیع جغرافیایی خدمات بهداشتی در استان‌های ایران پرداختند و کارایی توزیع خدمات را ارزیابی کردند (متقی و متقی، ۱۳۹۲). شمعی و همکاران وضعیت کاربری اراضی شهری در شهر بابل را بررسی کرد و نشان داد که سرانه‌های کاربری‌ها به ویژه در حوزه بهداشتی-درمانی پایین‌تر از استانداردهای مطلوب است (شمعی و همکاران، ۱۳۹۴). زیاری و همکاران به ارزیابی توزیع خدمات بهداشتی در خوزستان پرداخته و الگوهای بهینه‌سازی را پیشنهاد می‌کنند (زیاری و همکاران، ۱۳۹۵). برنجدک عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی در اردبیل را بررسی کرده و نتایج نشان‌دهنده نابرابری در دسترسی است (برنجدک، ۱۳۹۶). حیدری چیا نه و همکاران به بررسی عدالت فضایی در دسترسی به کاربری‌های درمانی در کلانشهر تبریز می‌پردازد و نشان می‌دهد که ۶۴٪ جمعیت از دسترسی نامطلوب به بیمارستان‌ها رنج می‌برند (حیدری چیا نه و همکاران، ۱۳۹۶). احمدی پور و میرزایی تبار به مفهوم رقابت در ژئوپلیتیک شهری می‌پردازد و تأکید می‌کند که رقابت میان عناصر شهری می‌تواند به شکل‌های مختلفی از جمله اقدامات مسالمت‌آمیز و خشونت‌آمیز بروز کند (احمدی پور و میرزایی تبار، ۱۳۹۷). پیری و همکاران به مکانیابی بهینه بیمارستان‌ها در اهواز پرداخته و با استفاده از GIS و مدل AHP، بهترین مکان‌ها برای استقرار بیمارستان‌ها را شناسایی کردند. نتایج نشان می‌دهد که این مدل

می‌تواند ابزاری کارآمد برای مکانیابی بیمارستان‌ها باشد (پیری و همکاران، ۱۳۹۷). شجاعیان و رحیم پور به ارزیابی تناسب اراضی مراکز بهداشتی-درمانی در اهواز می‌پردازد و نتایج نشان می‌دهد که تناسب اراضی نسبت به کاربری‌های بهداشتی-درمانی رعایت نشده است (شجاعیان و رحیم پور، ۱۳۹۷). محمدی و هاشمی معصوم آباد به بررسی دسترسی محلات شهر اردبیل به مراکز بهداشتی-درمانی پرداخته و نشان داده که برخی نواحی به لحاظ دسترسی در وضعیت بهتری قرار دارند. همچنین، همبستگی‌های مثبت و منفی بین کاربری‌های مختلف و کاربری بهداشتی-درمانی تحلیل شده است (محمدی و هاشمی معصوم آباد، ۱۳۹۹). نتیجه‌گیری این پژوهش بر لزوم توزیع مناسب خدمات درمانی برای افزایش دسترسی همه شهروندان، به ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر تأکید دارد (صفری و همکاران، ۱۴۰۰). امیری فهلیانی و همکاران به بررسی تأثیر پیشران‌های کلیدی اکولوژی سیاسی بر شیوع بیماری‌های واگیردار، به ویژه کووید-۱۹ در کلانشهر اهواز پرداخته و نشان می‌دهد که عوامل مانند کمبود درآمد و نابرابری اجتماعی نقش مهمی در این زمینه دارند (امیری فهلیانی و همکاران، ۱۴۰۱).

شورچه به تحلیل رابطه جامعه-طبیعت در دوره آنتروپوسین می‌پردازد و بر اهمیت تغییر نگرش‌ها و گفت‌وگوها در راستای کاهش آسیب‌های زیست‌محیطی تأکید دارد (شورچه، ۱۴۰۱). شهاییان و پارسا در مطالعه‌ای بر روی منطقه ۱۷ تهران، به مشکلات کمبود خدمات درمانی و پایین بودن سرانه کاربری درمانی اشاره شده است. هدف این پژوهش، مکان‌یابی بهینه بیمارستان‌ها با استفاده از الگوریتم ژنتیک و مدل بولین بوده که نتایج آن به حل مشکل کمبود سرانه درمانی کمک کرده است (شهاییان و پارسا، ۱۴۰۱). صفری و همکاران در ارومیه، نحوه توزیع خدمات درمانی و دسترسی گروه‌های آسیب‌پذیر را بررسی کردند. یافته‌ها نشان می‌دهد که حدود ۳۴٪ جمعیت ارومیه از خدمات درمانی محله‌ای و یک چهارم از خدمات شهری بی‌بهره‌اند. همچنین، گروه‌های آسیب‌پذیر مانند کودکان و زنان دسترسی کمتری دارند. برای سالهای ۱۴۰۲، ۱۴۰۳ و ۱۴۰۴ هم پیشنهادی بیاباید.

بر اساس بررسی بیست منبع تحقیقاتی مرتبط با اکولوژی سیاسی، بهداشت شهری و مکان‌یابی مراکز درمانی، مطالعات نشان می‌دهند که نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی و زیست‌محیطی بر شیوع بیماری‌ها و دسترسی به خدمات بهداشتی تأثیر بسزایی دارند و این چالش به‌ویژه در مناطق شهری و حاشیه‌ای مشهود است. استفاده از فناوری‌هایی مانند GIS و مدل‌های تحلیلی نظیر AHP در مکان‌یابی بهینه مراکز درمانی، به‌عنوان راهکاری مؤثر برای بهبود توزیع خدمات و کاهش نابرابری‌ها پیشنهاد شده است. این پژوهش‌ها با تحلیل روابط جامعه و طبیعت، بر ضرورت برنامه‌ریزی شهری عدالت‌محور تأکید کرده و مبنایی برای سیاست‌گذاری‌های بهداشتی و درک بهتر مسائل سلامت عمومی فراهم می‌آورند (شکل ۱).



شکل ۱. تلخیص گرافیکی تبیین نقش اکولوژی سیاسی شهری در توزیع زیرساختهای درمانی در منابع داخلی (منبع: نگارندگان، ۱۴۰۴)

مطالعات خارجی

در مطالعات خارجی هم نقش اکولوژی سیاسی شهری در بهداشت شهری و مکان‌یابی مراکز درمانی هم به تفصیل پرداخته شده است که به تعدادی از آنها به طور مختصر پرداخته و جمع بندی می‌شود:

فیشلیپر (سال ۱۹۹۸) به انتقاد از شیوه‌های کنونی منطقه‌بندی و تأثیرات منفی آن بر رفاه عمومی می‌پردازد و بر لزوم بازنگری در این شیوه‌ها تأکید می‌کند (Fischler, 1998). فرانک و انگلکابه (سال ۲۰۰۱) بررسی تأثیر فرم شهری بر فعالیت‌های بدنی و سلامت عمومی می‌پردازند و نیاز به بازنگری در سیاست‌های عمومی برای ارتقاء سلامت را مطرح می‌کنند. به طور کلی، این مطالعات بر اهمیت طراحی شهری و زیرساخت‌های سبز در بهبود سلامت و رفاه انسان تأکید دارند (Frank & Engelke, 2001). مانتی به تأثیرات قوانین منطقه‌بندی بر سلامت و عدالت محیطی می‌پردازد و بر اهمیت این قوانین در شکل‌دهی به محیط زیست تأکید می‌کند (Maantay, 2002). سوانگدو و هینن بر ضرورت پژوهش‌های انتقادی در اکولوژی سیاسی شهری تأکید دارند (Swyngedouw & Heynen, 2003). نورتریچ و همکاران به بررسی چگونگی تأثیر محیط ساخته شده بر سلامت و رفاه می‌پردازد و بر لزوم همکاری بین برنامه‌ریزی شهری و بهداشت عمومی تأکید می‌کند. آن‌ها چالش‌های تحقیقاتی در این زمینه را بررسی کرده و بر اهمیت تقویت پیوند تاریخی بین این دو حوزه تأکید می‌کنند (Northridge, Sclar, & Biswas, 2003). جکسون به تأثیر طراحی شهری بر سلامت و وضعیت انسان می‌پردازد و بر افزایش بیماری‌های مزمن در ایالات متحده تأکید می‌کند. جکسون به اهمیت فضای سبز و طراحی محله‌ها برای بهبود سلامت اشاره می‌کند و بر همکاری بین رشته‌ای در این زمینه تأکید دارد (Jackson, 2003). کوربورن به چالش‌های پیوند مجدد برنامه‌ریزی شهری و سلامت عمومی می‌پردازد و بر لزوم توجه به نابرابری‌های بهداشتی در جمعیت‌های کم درآمد تأکید می‌کند (Corburn, 2004). هارپر به کاربرد رویکرد اکولوژی سیاسی شهری در درک نابرابری‌های بهداشت محیطی اشاره می‌کند و بر لزوم ادغام آن با انسان‌شناسی انتقادی تأکید دارد (Harper, 2004). پاتز و همکاران به تأثیر تغییرات کاربری زمین بر شیوع بیماری‌های عفونی پرداخته و پیشنهاد می‌کنند که مراکز تحقیقاتی برای بررسی ارتباطات بین تغییرات محیطی و سلامت عمومی ایجاد شود (Patz et al., 2004). ریچموند و همکاران به بررسی پیوندهای بین محیط زیست، اقتصاد و سلامت در میان اولین ملل بریتیش کلمبیا می‌پردازد و تأثیرات منفی توسعه آبی‌پروری بر سلامت و رفاه جامعه را نشان می‌دهد (Richmond et al., 2005). هینن و همکاران به بررسی نابرابری‌های زیست‌محیطی در میلوآکی می‌پردازند. در مجموع، این مقاله بر اهمیت تحلیل‌های اکولوژی سیاسی در درک و حل مشکلات بهداشتی و زیست‌محیطی تأکید دارند (Heynen, Perkins, & Roy, 2006). کینگ به نقش اقتصاد سیاسی در تولید بیماری و تأثیر آن بر تصمیم‌گیری‌های بهداشتی پرداخته و بر اهمیت بررسی تعاملات بین سیستم‌های اجتماعی و محیطی تأکید می‌کند (King, 2010). داگلاس به تأثیر ویژگی‌های منظر شهری و رفتار انسان بر سلامت اشاره می‌کند و بیان می‌کند که نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی می‌تواند بر دسترسی به طبیعت و سلامت تأثیر بگذارد (Douglas, 2012). هریس و همکاران به بررسی چگونگی گنجاندن سلامت در سیستم‌های برنامه‌ریزی شهری می‌پردازد و بر لزوم استفاده از علوم سیاسی برای توسعه سیاست‌های سلامت تأکید می‌کند (Harris, Friel, & Wilson, 2015). پریزا در تحقیقی به مشکلات بهداشتی باز یافت‌کنندگان غیررسمی در بوئنوس آیرس اشاره می‌کند (Parizeau, 2015). جکسون و نیلی بر ضرورت ترکیب بینش‌های انسان‌شناسی و تاریخ پزشکی در اکولوژی سیاسی سلامت تأکید دارند و پیشنهاد می‌کنند که این ادغام می‌تواند رویکردی قوی‌تر در جغرافیای سلامت ایجاد کند (Jackson & Neely, 2015). فارمر در کتاب نابرابری‌های اجتماعی و بیماری‌های عفونی نوظهور، به بررسی انسان‌شناسی پزشکی و تأثیرات اجتماعی بر سلامت می‌پردازد (Farmer, 2016). چیتروا و همکاران تأکید می‌کنند که اکولوژی سیاسی می‌تواند ابزاری مؤثر برای تحلیل ساختارهای اجتماعی، سیاسی و اقتصادی باشد که بر سلامت تأثیر می‌گذارند (Chitewere et al., 2017). رستنگ به شناسایی مکان‌های بهینه برای زیرساخت‌های سبز شهری در استکهلم می‌پردازد و تأکید می‌کند که این زیرساخت‌ها می‌توانند به کاهش نابرابری‌های بهداشتی کمک کنند (Rostang, 2020). مکینن و همکاران به چالش‌های ناشی از گسترش شهرها و تأثیرات اقتصادی بر توسعه شهری از منظر مشکلات دسترسی به

کاربری‌های درمانی می‌پردازند (McKinnon et al., 2021). کانلی و همکاران به تأثیر شهرنشینی گسترده بر افزایش آسیب‌پذیری در برابر بیماری‌های عفونی پرداخته و سه عامل کلیدی شامل تغییرات جمعیتی، زیرساخت‌ها و حکومت را شناسایی می‌کنند (Connolly, Keil, & Ali, 2021). نیکولز و دل کازینو به تقسیم نظریه‌ها در اکولوژی سیاسی سلامت اشاره کرده و بر اهمیت یکپارچگی رویکردها برای تحلیل بیماری‌های غیرواگیر تأکید می‌کنند (Nichols & Del Casino Jr, 2021). لنز به بررسی تأثیرات منطقه‌بندی بر نابرابری‌های شهری و مسکن می‌پردازد و ریشه‌های نژادپرستانه و طبقاتی این مقررات را مورد بررسی قرار می‌دهد (Lens, 2022). گایسله‌ه‌ارت و ایسپنجیر به نقش نقشه‌ها در شناسایی نابرابری‌های بهداشتی در شهرها اشاره کرده و تأکید می‌کنند که نوسازی شهری می‌تواند بار نامتناسبی بر دوش افراد محروم بگذارد (Geiselhart & Spenger, 2023). بوبیچ و هاگی (۲۰۲۴) با تمرکز بر مفهوم «ژئوپلیتیک محرومیت» در مناطق حاشیه‌ای شهرها، استدلال می‌کنند که نابرابری در دسترسی به خدمات حیاتی مانند درمان، نتیجه مستقیم سیاست‌های نئولیبرالی زمین‌خواری و سوداگری مسکن است که گروه‌های کم‌درآمد را به حاشیه می‌رانند. این پژوهش با تأکید بر نقش نهادهای حکمرانی شهری در بازتولید ناعدالتی فضایی، چارچوب تحلیلی قدرتمندی برای درک وضعیت تبریز ارائه می‌دهد (Bobic & Haghighi, 2024). کانلی و همکاران (۲۰۲۴) به بررسی نقش حکمرانی محلی و شبکه‌های قدرت در توزیع مکانی خدمات بهداشتی در طول بحران‌های سلامت (مانند پاندمی‌ها) می‌پردازند. یافته‌های آنها نشان می‌دهد که سیاست‌های نئولیبرالی (خصوصی‌سازی) و تمرکزگرایی، ظرفیت شهرها را برای پاسخ عادلانه به نیازهای سلامت در مناطق حاشیه‌ای به شدت تضعیف می‌کند. این یافته‌ها برای تحلیل چالش‌های تبریز در توزیع خدمات درمانی بسیار مرتبط است (Connolly & Kythreotis, 2024). کیل (۲۰۲۵) رابطه بین تراکم جمعیت ناشی از گسترش شهری بی‌برنامه، کیفیت زیرساخت‌ها و آسیب‌پذیری سلامت در مناطق حاشیه‌ای را تحلیل می‌کنند. آنها استدلال می‌کنند که این عوامل در کنار حکمرانی ضعیف، یک «اکولوژی سیاسی آسیب‌پذیری» را ایجاد می‌کنند که دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی را برای ساکنان این مناطق به‌طور سیستماتیک محدود می‌سازد. این چارچوب برای درک ترکیب عوامل مؤثر بر محلات جنوبی و حاشیه‌ای تبریز حیاتی است (Keil, 2020).

با بررسی پیشینه تحقیق خارجی می‌توان اذعان کرد اکولوژی سیاسی شهری نقش مهمی در توزیع زیرساخت‌های درمانی ایفا می‌کند، زیرا طراحی شهری، زیرساخت‌های سبز، و سیاست‌های منطقه‌بندی بر سلامت و رفاه انسان تأثیر می‌گذارند. انتقاد از شیوه‌های کنونی منطقه‌بندی و تأکید بر لزوم بازنگری در آن‌ها، به‌ویژه با توجه به ریشه‌های نژادپرستانه و طبقاتی، از نکات کلیدی است. همکاری بین رشته‌ای و ادغام سیاست‌های سلامت در برنامه‌ریزی شهری برای مقابله با نابرابری‌های بهداشتی و زیست‌محیطی ضروری است، و اکولوژی سیاسی به‌عنوان ابزاری مؤثر برای تحلیل این ساختارها مطرح می‌شود (شکل ۲).



شکل ۲. تلخیص گرافیکی تبیین نقش اکولوژی سیاسی شهری در توزیع زیرساخت‌های درمانی در منابع خارجی (منبع: نگارندگان، ۱۴۰۴)

بر اساس پیشینه تحقیق تنها با ذکر منبع اصلی متغیرهای تاثیر گذار در حوزه اکولوژی سیاسی شهر در توزیع کاربری درمانی به شرح جدول ۱ و اشکال ۲ تا ۱۰ استخراج و نقشه سازی شدند:

جدول ۱. متغیرهای موثر در تبیین نقش اکولوژی سیاسی شهری در توزیع زیرساخت‌های درمانی مطالعه موردی کلانشهر تبریز

نوع متغیر	نام متغیر	منبع
متغیر وابسته	سرانه زیرساخت‌های درمانی	-
متغیرهای مستقل	نرخ سرقت	(Lorenc et al., 2014)
	حاشیه نشینی	(Wilkinson & Marmot, 2003)
	فقر و نابرابری درآمد	(Health & Organization, 2008)
	ناهنجاری اجتماعی	(Sampson & Groves, 1989)
	نرخ بی سواد	(DeWalt et al., 2004)
	نرخ بیکاری	(Herbig, Dragano, & Angerer, 2013)
	نرخ طلاق	(Amato, 2014)
	ضعف امنیت زیرساختی	(UN, 2016)
	توسعه ی نابرابر محلات شهری	(Swyngedouw & Kaika, 2014)
	نابرابری فضای سبز در سطح نواحی شهری	(Hartig et al., 2014)
	توزیع نامناسب خدمات شهری	(Programme, 2010)
	بالا بودن هزینه اجاره مسکن (سالانه)	(Desmond, 2017)
	نابرابری آموزشی	(Cutler & Lleras-Muney, 2006)
	نابرابری فرهنگی	(Bourdieu, 2018)
	نابرابری زیرساخت تفریحی گردشگری	(Hall & Page, 2014)
	قیمت متر مربع مسکن	(Glaeser & Gyourko, 2005)
	تراکم جمعیت	(Cohen, 2006)
	تراکم ساختمانی	(Angel, 2015)
	درصد سالمندی	(Leeson, 2018)

روش پژوهش

پژوهش حاضر به بررسی وضعیت توزیع کاربری‌های درمانی در مناطق کلان‌شهر تبریز با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه (MLR) پرداخته است. MLR یک تکنیک آماری است که از چندین متغیر توضیحی برای پیش‌بینی یک متغیر پاسخ استفاده می‌کند و به‌عنوان گسترش رگرسیون حداقل مربعات معمولی (OLS) شناخته می‌شود، زیرا بیش از یک متغیر مستقل را در بر می‌گیرد (Montgomery, Peck, & Vining, 2021:41). (Seber & Lee, 2003:56). (Kutner et al., 2005:84).

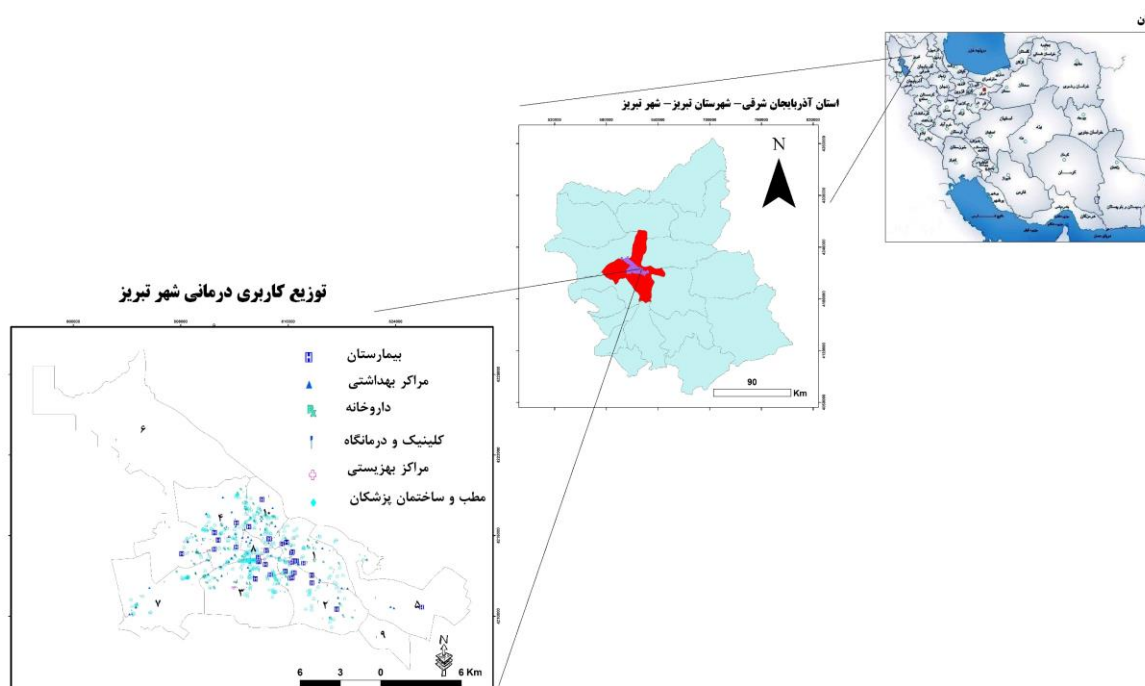
مدل MLR فرض می‌کند که رابطه‌ای خطی بین متغیرهای مستقل و وابسته وجود دارد و نیازمند رعایت مفروضاتی از جمله همگنی واریانس، استقلال مشاهدات، نبود چندخطی بودن، نرمال بودن داده‌ها و خطی بودن است. این مدل از طریق فرمولی شامل ضرایب و یک جمله خطا، متغیر وابسته را به متغیرهای مستقل مرتبط می‌سازد و معمولاً با نرم‌افزارهای آماری محاسبه می‌شود. ضریب تعیین (R^2) میزان واریانس توضیح داده‌شده توسط متغیرهای مستقل را نشان می‌دهد (Draper & Smith, 1998:39).

برای تحلیل و ارزیابی وضعیت کاربری‌های درمانی و تهیه نقشه‌های مربوطه، از داده‌های طرح تفصیلی شهر تبریز، ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی و متغیرهای اکولوژی سیاسی مناطق کلان‌شهر تبریز، سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ و نقشه‌های مناطق شهرداری استفاده شده است. همچنین، اطلاعات آماری در زمینه‌های مختلفی از جمله تراکم زیرساخت‌های درمانی، نرخ سرقت، حاشیه‌نشینی، فقر و نابرابری درآمد، ناهنجاری‌های اجتماعی، نرخ بی‌سوادی، بیکاری، طلاق، ضعف امنیت زیرساختی، توسعه نابرابر محلات، پراکندگی نابرابر فضای سبز، توزیع نامناسب خدمات شهری، هزینه بالای اجاره

مسکن، نابرابری‌های آموزشی و فرهنگی، نابرابری زیرساخت‌های تفریحی و گردشگری، قیمت مسکن، تراکم جمعیت و درصد سالمندی با استفاده از بلوک‌های آماری شهر تبریز و آرشیو سازمانی ادارات مرتبط مورد استفاده قرار گرفته است. برای تحلیل نحوه توزیع کاربری در محلات کلانشهر تبریز از تحلیل موران I استفاده شد.

معرفی محدوده مورد مطالعه

شهر تبریز بر روی جلگه تبریز و در عرض جغرافیایی ۳۸ درجه و ۸ دقیقه و طول جغرافیایی ۴۶ درجه و ۱۵ دقیقه واقع شده است. ارتفاع آن از سطح دریا ۱۳۴۰ متر است. شهر تبریز در ۶۱۹ کیلومتری شمال غرب تهران و ۱۵۰ کیلومتری جنوب شرق شهر مرزی جلفا واقع در مرز بین آذربایجان و ارمنستان قرار گرفته است و از شمال به اهر، هریس و ورزقان، از شرق به بستان آباد، از جنوب به مراغه و از غرب به شبستر، اسکو و دریاچه ارومیه محدود می‌شود. تبریز یکی از شهرهای بزرگ ایران، مرکز استان آذربایجان شرقی و قطب اداری، ارتباطی، بازرگانی، سیاسی، صنعتی، فرهنگی و نظامی در قسمت شمال غربی کشور ایران واقع است. ذکر منبع؟؟؟؟ بر اساس آخرین سرشماری مرکز آمار ایران که در سال ۱۳۹۵ صورت گرفته، شهر تبریز با جمعیتی بالغ بر ۱۷۷۳۰۳۳ نفر بوده که ششمین شهر پرجمعیت ایران پس از تهران، مشهد، اصفهان، کرج و شیراز محسوب می‌شود (شکل ۳). در جدول ۲ به تفکیک مساحت انواع کاربری درمانی و مساحت کل ارائه شده است (جدول ۲).



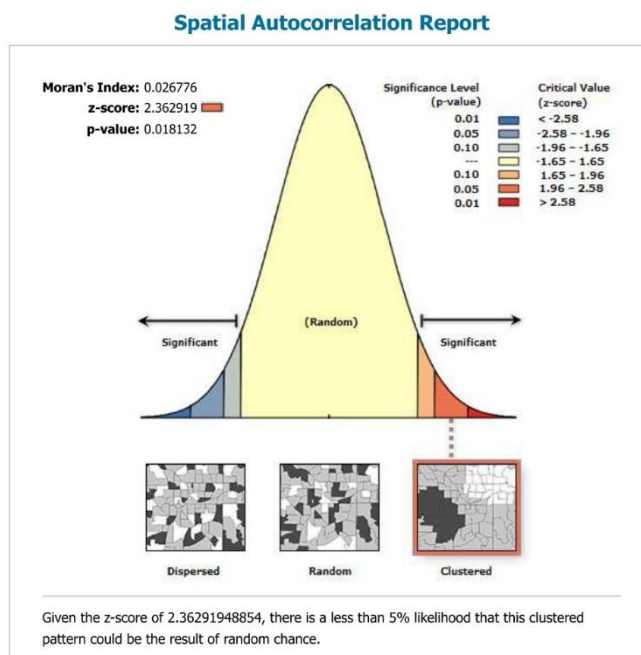
شکل ۳. نقشه موقعیت جغرافیایی شهر تبریز (منبع: نگارندگان)

جدول ۲. توزیع انواع کاربری درمانی در شهر تبریز

نام کاربری	واحد (هکتار)
مراکز بهداشتی	۱/۶۵
بیمارستان	۵۴/۵۴
داروخانه	۰/۲۸
کلینیک و درمانگاه	۱۸/۸۲
مراکز بهزیستی	۷/۴۹
مطب و ساختمان پزشکان	۴/۸۵
مجموع	۸۷/۶۳

نتایج

نتیجه اجرای تحلیل آماری شاخص موران I برای بررسی توزیع فضایی کاربری درمانی در شهر تبریز نشان از خوشه ای بودن این کاربری می‌دهد (شکل ۴). شاخص موران I یک ابزار آماری است که برای سنجش خودهمبستگی فضایی به کار می‌رود. این شاخص نشان می‌دهد که آیا داده‌ها در فضای جغرافیایی به صورت خوشه‌ای (متمرکز)، پراکنده یا تصادفی توزیع شده‌اند. نتایج این تحلیل نشان می‌دهد که توزیع کاربری درمانی در شهر تبریز به صورت خوشه‌ای است. به این معنا که مراکز درمانی در این شهر به صورت گروهی و در نزدیکی یکدیگر قرار گرفته‌اند و الگوی توزیع آن‌ها تصادفی یا یکنواخت نیست. این خوشه‌بندی می‌تواند به معنای تمرکز مراکز درمانی در مناطق خاصی از شهر باشد. توزیع خوشه‌ای مراکز درمانی، اگرچه ممکن است در برخی مناطق دسترسی به خدمات را تسهیل کند، اما می‌تواند به عدم تعادل در دسترسی به خدمات درمانی در سطح شهر منجر شود. به این ترتیب مناطقی که مراکز درمانی در آن‌ها متمرکز شده‌اند، از خدمات بیشتری برخوردارند. در مقابل، مناطقی که دور از این خوشه‌ها قرار دارند، ممکن است از دسترسی کافی به خدمات درمانی محروم بمانند. توزیع عادلانه‌تر زیرساخت‌های درمانی می‌تواند از طریق بازنگری در مکان‌یابی این مراکز و توجه به نیازهای مناطق محروم‌تر محقق شود. این موضوع به‌ویژه در کلانشهری مانند تبریز، که دارای تنوع جمعیتی و جغرافیایی قابل‌توجهی است، از اهمیت بیشتری برخوردار است. شکل (۴) با استفاده از تحلیل موران I نشان می‌دهد که کاربری درمانی در شهر تبریز به صورت خوشه‌ای توزیع شده است. این الگو می‌تواند تحت تأثیر عوامل اکولوژی سیاسی شهری، از جمله تصمیمات سیاسی و اولویت‌های اقتصادی، شکل گرفته باشد. این یافته‌ها ضرورت توجه به عدالت فضایی در توزیع زیرساخت‌های درمانی را برجسته می‌کند تا دسترسی همه ساکنان شهر به خدمات درمانی بهبود یابد.

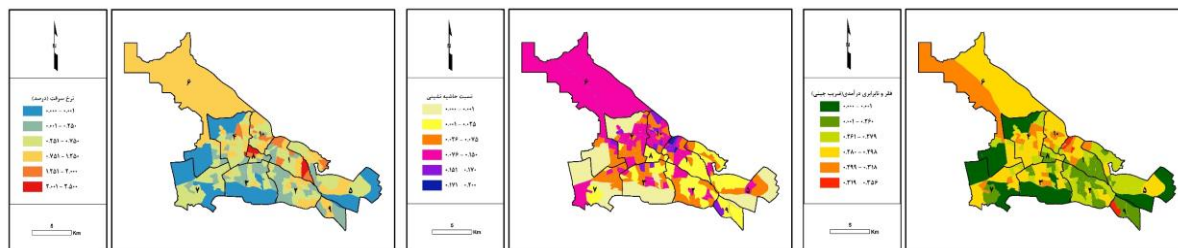


Global Moran's I Summary

Moran's Index:	0.026776
Expected Index:	-0.004630
Variance:	0.000177
z-score:	2.362919
p-value:	0.018132

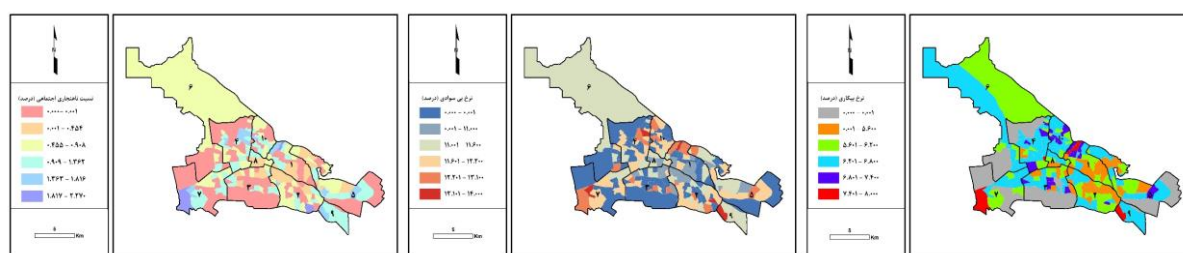
شکل ۴. اجرای تحلیل موران I و نتیجه خوشه ای بودن کاربری درمانی در شهر تبریز (منبع: نگارندگان)

متغیرهای مستقل موثر و متغیر وابسته در تبیین نقش اکولوژی سیاسی شهری در توزیع زیرساختهای درمانی تبریز به شرح زیر بر اساس داده‌های نقشه‌های تفصیلی شهر تبریز، اطلاعات بلوک آماری مرکز آمار ایران و آرشیو اطلاعات سازمان‌های بهزیستی، نیروی انتظامی، دانشگاه علوم پزشکی، راه و شهرسازی و... به شرح زیر آماده سازی



شکل ۵. نرخ سرقت، نسبت حاشیه نشینی، فقر و نابرابری درآمدی (منبع: نگارندگان)

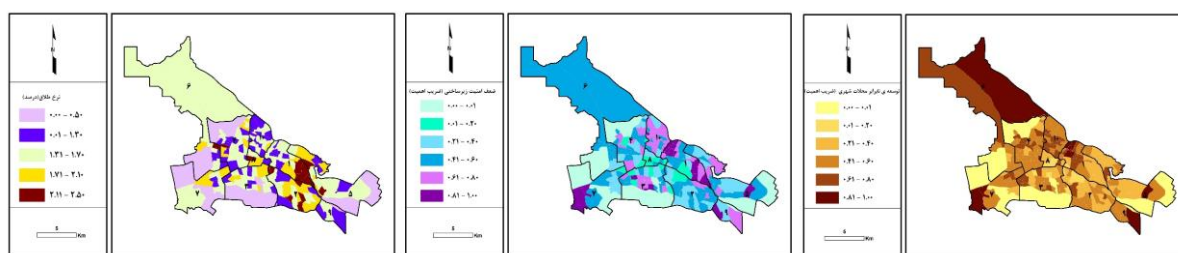
نرخ بالای سرقت در محله‌ها اغلب بازتابی از بی عدالتی فضایی^۱ و محرومیت اجتماعی-اقتصادی است. این محله‌ها معمولاً از نظر تخصیص منابع عمومی (مانند مراکز درمانی) مورد غفلت قرار می‌گیرند، زیرا نهادهای حکومتی و سرمایه‌گذاران خصوصی به دلیل ادراک ناامنی، تمایل کمتری به سرمایه‌گذاری در این مناطق دارند. حاشیه نشینی به عنوان پدیده‌ای چند بعدی (جغرافیایی، اقتصادی، و سیاسی)، مستقیماً با سیاستهای شهری نئولیبرال مرتبط است. محله‌های حاشیه نشین غالباً خارج از برنامه ریزی رسمی شهری قرار می‌گیرند و ساکنان آنها از فرایندهای تصمیم‌گیری حذف می‌شوند. این محرومیت سیاسی به توزیع نابرابر زیرساختها منجر می‌شود. فقر و نابرابری درآمدی، از طریق ساختار طبقاتی شهر، توزیع زیرساختهای درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در محله‌های فقیر، ساکنان فاقد قدرت مالی برای دسترسی به خدمات درمانی خصوصی هستند و دولتها نیز به دلیل فشارهای مالی (یا سیاستهای مبتنی بر سودآوری)، سرمایه‌گذاری در این مناطق را اولویت نمی‌دهند. محلات شمالی و مرکزی تبریز، مانند «ولیعصر» و «آبرسان»، معمولاً مرفه‌تر و دارای امکانات بیشتری هستند. در مقابل، محلات جنوبی و حاشیه‌ای، مانند «کوجووار» و «قراملک»، با مشکلات بیشتری مواجه‌اند. نرخ سرقت و نسبت حاشیه‌نشینی در محلات جنوبی و حاشیه‌ای بالاتر است، زیرا این مناطق از نظر اقتصادی و اجتماعی محروم‌ترند. همچنین، فقر و نابرابری درآمدی در این محلات به دلیل کمبود دسترسی به منابع و خدمات عمومی بیشتر دیده می‌شود (شکل ۵).



شکل ۶. نسبت ناهنجاری اجتماعی، نرخ بی‌سوادی، نرخ بیکاری (منبع: نگارندگان)

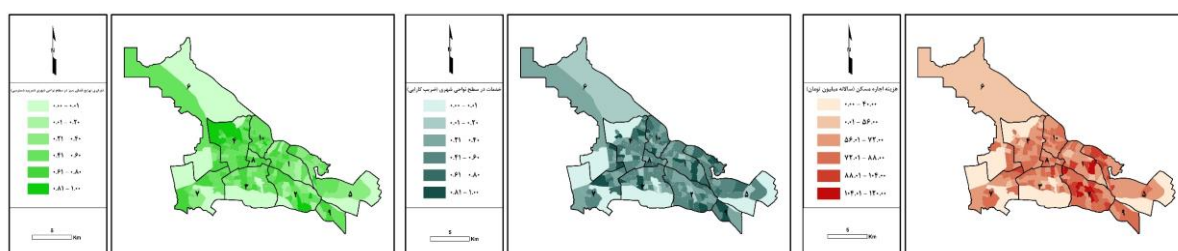
محله‌های با ناهنجاری اجتماعی بالا (مانند جرم، اعتیاد، یا خشونت) معمولاً با کمبود زیرساختهای درمانی مواجه‌اند. از منظر اکولوژی سیاسی، محله‌های پرناهنجاری ممکن است به دلیل استیگماتیزه شدن (برچسب خوردن به عنوان مناطق ناامن یا بی ثبات)، از جذب سرمایه‌گذارهای دولتی یا خصوصی در حوزه سلامت محروم بمانند. بی‌سوادی به عنوان شاخصی از محرومیت آموزشی، با کاهش مشارکت سیاسی و ناتوانی در لابی‌گری برای دسترسی به خدمات عمومی مرتبط است. از سوی دیگر، بی‌سوادی ممکن است با فقر اطلاعاتی همراه باشد که برنامه ریزی شهری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای مثال، عدم آگاهی از نیازهای بهداشتی ممکن است اولویت دهی به این محله‌ها را در بودجه‌های شهری کاهش دهد. بیکاری به عنوان شاخص

محرومیت اقتصادی، نشان دهنده کاهش توان مالی خانوارها و پایین بودن درآمدهای محلی است. این امر می‌تواند موجب کاهش سرمایه‌گذاری بخش خصوصی (مانند کلینیک‌های خصوصی) در این مناطق شود، چراکه سودآوری کمتری دارند. از منظر اکولوژی سیاسی، دولتهای محلی ممکن است در تخصیص منابع به محله‌های فقیرتر (با بیکاری بالا) به دلیل سیاست‌های نتولیبرالی (مانند اولویت دهی به مناطق دارای پتانسیل رشد اقتصادی) کوتاهی کنند. محلات غربی و جنوب غربی شهر، مانند «خلجان» و «آخونی»، اغلب دورتر از مرکز شهر و با امکانات کمتری هستند. ناهنجاری‌های اجتماعی (مانند جرم و اعتیاد)، بی‌سوادی و بیکاری در این محلات نرخ بالاتری دارند. این وضعیت به دلیل محرومیت از زیرساخت‌های آموزشی و فرصت‌های شغلی در مناطق حاشیه‌ای و کمتر توسعه‌یافته است (شکل ۶).



شکل ۷. نرخ طلاق، ضعف امنیت زیرساختی، توسعه نابرابر محلات شهری (منبع: نگارندگان)

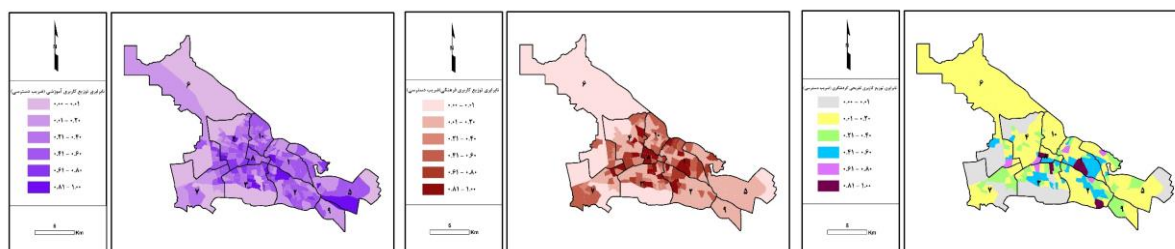
محله‌هایی با نرخ طلاق بالا ممکن است با چالش‌های اجتماعی مانند فقر، بی‌ثباتی خانوادگی و کاهش سرمایه اجتماعی مواجه باشند. این عوامل اغلب با کمبود دسترسی به خدمات عمومی (از جمله درمانی) مرتبط هستند، زیرا حکمرانی شهری معمولاً منابع را به محله‌های با ثبات تر و مرفه تر سوق می‌دهد. ضعف در زیرساخت‌های اساسی (مانند راه‌ها، برق، آب) بازتابی از سیاست‌های تبعیض آمیز در برنامه ریزی شهری است. محله‌های فاقد امنیت زیرساختی معمولاً در اولویت توسعه خدمات درمانی قرار نمی‌گیرند، زیرا سرمایه‌گذاری در این مناطق برای دولت یا بخش خصوصی پُرهزینه و کم بازده تلقی می‌شود. توسعه نابرابر، نتیجه سیاست‌های تمرکزگرایانه و سرمایه‌گذاری نامتوازن در محله‌های مرکزی یا خاص (مانند مناطق بالا شهر) است. این نابرابریها باعث شکل‌گیری خوشه‌های محرومیت در محله‌های پیرامونی می‌شود که زیرساخت‌های درمانی در آنها به شدت محدود است. محلات حاشیه‌ای مانند «طالقانی» و «شهرک اندیشه» در بخش‌های پیرامونی شهر قرار دارند و از توسعه کمتری برخوردارند. نرخ طلاق در این محلات به دلیل مشکلات اقتصادی و اجتماعی بالاتر است. ضعف امنیت زیرساختی (مانند کمبود راه، آب و برق) و توسعه نابرابر نیز در این مناطق مشهود است، زیرا سرمایه‌گذاری در این محلات کمتر صورت می‌گیرد (شکل ۷).



شکل ۸. نقشه نابرابری توزیع فضای سبز در سطح محلات شهری، خدمات در سطح نواحی شهری، هزینه سالانه اجاره مسکن (منبع: نگارندگان)

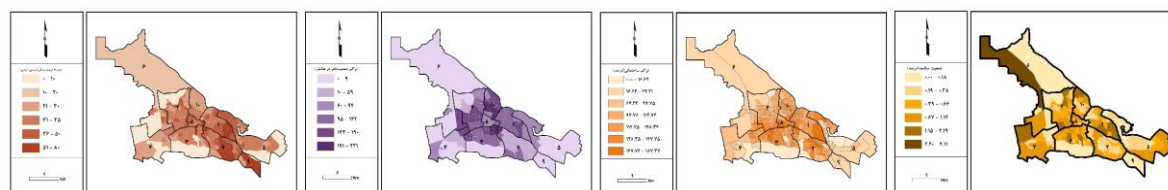
از منظر اکولوژی سیاسی، توزیع فضای سبز اغلب بازتابی از نابرابری‌های طبقاتی و تبعیض فضایی است. محرومیت برخی نواحی از فضای سبز ممکن است ناشی از سیاست‌های برنامه ریزی شهری باشد که منابع را به مناطق مرفه تر اختصاص می‌دهند و مناطق کم درآمد را نادیده می‌گیرند. توزیع ناعادلانه خدمات شهری (مانند حمل و نقل عمومی، آب آشامیدنی، و جمع‌آوری زباله) به تشدید نابرابری در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی می‌انجامد. هزینه بالای اجاره مسکن به طور مستقیم بر

الگوی سکونت و دسترسی به خدمات درمانی تأثیر می‌گذارد. در محله‌هایی که اجاره بها بالا است، ساکنان کم درآمد به اجبار به مناطق حاشیه ای با کیفیت پایین تر زندگی مهاجرت می‌کنند که معمولاً از زیرساختهای درمانی محرومند. فضای سبز و خدمات شهری (مانند حمل و نقل و جمع‌آوری زباله) در محلات مرکزی و شمالی فراوان‌تر است، اما در محلات جنوبی کمتر دیده می‌شود. هزینه اجاره مسکن در مناطق مرفه و مرکزی بالاتر و در محلات حاشیه‌ای پایین‌تر است، که نشان‌دهنده نابرابری فضایی در دسترسی به امکانات است (شکل ۸).



شکل ۹. نقشه نابرابری توزیع کاربری تفریحی گردشگری، نابرابری توزیع کاربری فرهنگی، نابرابری توزیع کاربری آموزشی (منبع: نگارندگان)

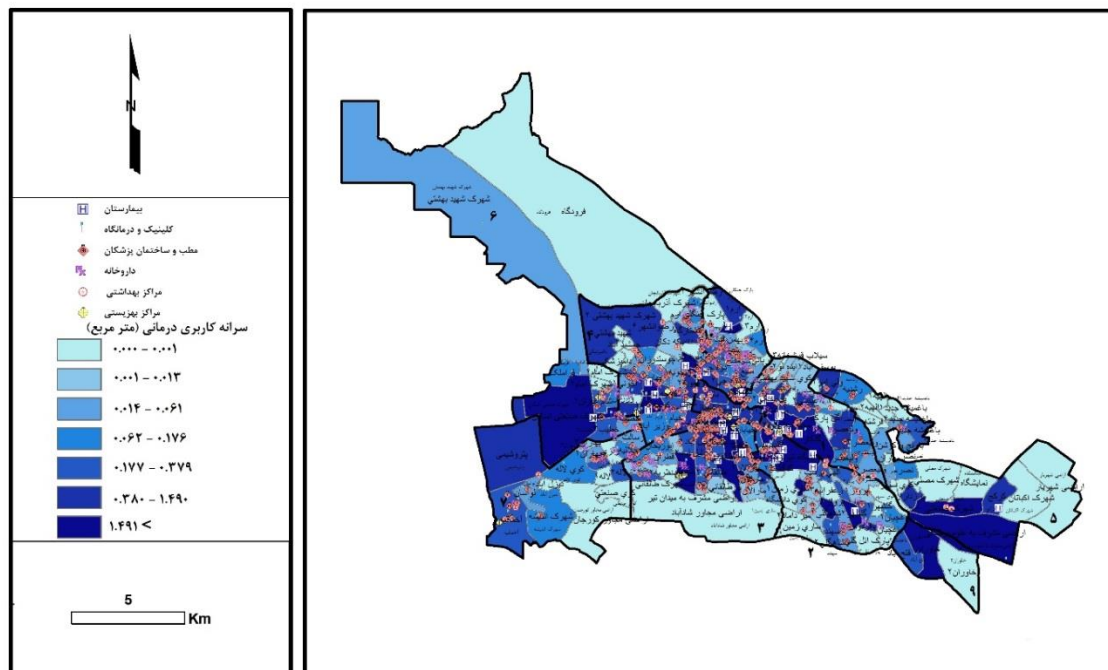
نابرابری آموزشی بازتابی از توزیع ناعادلانه فرصتهای آموزشی در محله‌های مختلف است. محله‌هایی با سطح پایین دسترسی به مدارس با کیفیت یا مراکز آموزش عالی، معمولاً از نظر سیاسی و اقتصادی نیز حاشیه‌ای تر هستند. این حاشیه ای شدن، توانایی ساکنان را برای مطالبه گری و مشارکت در فرآیندهای تصمیم گیری مرتبط با تخصیص زیرساختهای درمانی کاهش می‌دهد. نابرابری فرهنگی به تفاوت در دسترسی به نمادهای فرهنگی (مانند موزه‌ها، سالن‌های تئاتر، یا مراکز اجتماعی) و نیز هویت‌های قومی-زبانی اشاره دارد. محله‌هایی که از نظر فرهنگی حاشیه ای شده اند، اغلب در اولویتهای برنامه ریزی شهری نادیده گرفته می‌شوند. زیرساختهای تفریحی و گردشگری (مانند پارک‌ها، هتل‌ها، یا جاذبه‌های تاریخی) اغلب با جذب سرمایه‌گذاری خصوصی و عمومی همراه هستند. محله‌هایی که این زیرساخت‌ها را ندارند، معمولاً به عنوان مناطق «کم اهمیت» طبقه بندی شده و از نظر توزیع خدمات درمانی نیز نادیده گرفته می‌شوند. محلات مرکزی و شمالی، مانند «بازار» و «شاه‌گلی»، به دلیل وجود جاذبه‌های تاریخی و گردشگری، از امکانات بیشتری برخوردارند. کاربری‌های تفریحی، گردشگری، فرهنگی و آموزشی در این مناطق متمرکز شده‌اند، در حالی که محلات جنوبی و حاشیه‌ای از این امکانات محرومند. این توزیع نابرابر، دسترسی ساکنان مناطق محروم به خدمات فرهنگی و آموزشی را محدود می‌کند (شکل ۹).



شکل ۱۰. نقشه میانگین قیمت مسکن، تراکم جمعیت، تراکم ساختمانی، توزیع درصد جمعیت سالمند (منبع: نگارندگان)

از منظر اکولوژی سیاسی شهری، سرمایه گذاری در زیرساختها اغلب تابعی از منطق سوددهی و قدرت سیاسی است. محلات ثروتمند به دلیل نفوذ سیاسی ساکنان و جذابیت سرمایه گذاری، اولویت بیشتری در تخصیص خدمات بهداشتی دارند و قیمت مسکن به عنوان شاخصی از نابرابری فضایی، با توزیع خدمات عمومی همبستگی مثبت دارد. محلات پرتراکم (مانند حاشیه شهرها) اغلب به دلیل تمرکز گروه‌های کم درآمد، از محرومیت ساختاری در برخورداری از خدمات درمانی رنج می‌برند. تراکم ساختمانی نشان‌دهنده شدت استفاده از زمین است که معمولاً در مناطق تجاری یا مسکونی پررونق دیده می‌شود. با این حال، طبق نظریه شهرنشینی نئولیبرال، توسعه فشرده شهری ممکن است به جای خدمات عمومی، بر سود دهی پروژه‌های عمرانی متمرکز شود. تراکم ساختمانی بالا در مناطق مرکزی با تمرکز نامتناسب خدمات درمانی خصوصی (نه عمومی) همراه

است. سالمندان به عنوان یک گروه آسیب پذیر، نیازمند دسترسی آسان به مراکز درمانی هستند. با این حال، در اکولوژی سیاسی شهری، سالمندشنین‌ها (مانند محلات قدیمی یا روستاهای الحاق شده) اغلب به دلیل کاهش مشارکت اقتصادی، از چرخه توزیع منابع حذف می‌شوند. محلات مرکزی و شمالی قیمت مسکن بالاتری دارند، در حالی که محلات قدیمی‌تر مانند «سرخاب» و «مقصودیه» جمعیت سالمند بیشتری را در خود جای داده‌اند. قیمت مسکن در مناطق مرکزی و شمالی بالاتر است، در حالی که در محلات حاشیه‌ای کمتر است. تراکم جمعیت و تراکم ساختمانی در محلات مرکزی بیشتر و در مناطق حاشیه‌ای کمتر است. درصد جمعیت سالمند نیز در محلات قدیمی‌تر و مرکزی بیشتر مشاهده می‌شود (شکل ۱۰).



شکل ۱۱. متغیر وابسته درمانی و پراکنش آن در محلات شهر تبریز (منبع: نگارندگان)

بخش عمده زیرساخت‌های درمانی، به‌ویژه بیمارستان‌ها عمدتاً در محلات مرکزی و شمالی تبریز متمرکز شده‌اند. این تمرکز ناشی از عوامل تاریخی، اقتصادی و سیاسی باشد. محلات مرکزی به دلیل قدمت بیشتر، تراکم جمعیتی بالاتر و اهمیت اداری-تجاری، معمولاً اولویت بیشتری برای توسعه زیرساخت‌های بزرگ مانند بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها داشته‌اند. همچنین، محلات شمالی تبریز که به‌عنوان مناطق مرفه‌تر شناخته می‌شوند، از نظر سیاسی و اقتصادی نفوذ بیشتری برای جذب امکانات درمانی داشته‌اند. در مقابل، محلات جنوبی و سرحد شرقی تبریز، که شامل مناطق جدیدتر، صنعتی یا کمتر برخوردار هستند، از دسترسی کمتری به زیرساخت‌های درمانی برخوردارند. این محلات ممکن است تنها به مراکز بهداشتی کوچک یا تعداد محدودی کلینیک و مطب وابسته باشند. این توزیع نابرابر نشان‌دهنده تأثیر پویایی‌های قدرت و نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی است که در چارچوب اکولوژی سیاسی شهری مورد بررسی قرار می‌گیرد (شکل ۱۱).

در خصوص تفسیر رگرسیون خطی چندگانه می‌توان گفت مقدار R برابر با $0/۸۵$ است. این شاخص نشان‌دهنده رابطه قوی و مثبت بین مجموعه متغیرهای مستقل (مانند نرخ سرق، حاشیه‌نشینی، فقر و غیره) و متغیر وابسته (سرانه کاربری درمانی) است. ضریب تعیین یا R^2 مقدار برابر با $0/۷۲۲$ است. این بدان معناست که $۷۲/۲\%$ از تغییرات سرانه کاربری درمانی در مناطق مختلف تبریز توسط متغیرهای مستقل مدل توضیح داده می‌شود. این مقدار نشان‌دهنده قدرت توضیحی قابل‌توجه مدل است و حاکی از آن است که عوامل اکولوژی سیاسی شهری نقش مهمی در توزیع زیرساخت‌های درمانی دارند. ضریب تعیین تعدیل‌شده

مقدار تعدیل شده R^2 برابر با ۰/۶۸ است. این شاخص با در نظر گرفتن تعداد متغیرهای مستقل و حجم نمونه، اندکی کمتر از R^2 است و نشان می‌دهد که حتی پس از تعدیل، مدل همچنان بخش قابل توجهی (۶۸٪) از واریانس متغیر وابسته را توضیح می‌دهد. این امر تأیید می‌کند که افزودن متغیرها به مدل به صورت تصادفی یا غیرضروری نبوده است. خطای استاندارد برآورد مقدار این شاخص برابر با ۱/۲۳ است. این عدد میانگین انحراف پیش‌بینی‌های مدل از مقادیر واقعی سرانه کاربری درمانی را نشان می‌دهد. مقدار نسبتاً پایین این خطا بیانگر دقت قابل قبول مدل در پیش‌بینی است. بنابراین مدل رگرسیون طراحی شده از قدرت توضیحی بالایی برخوردار است و متغیرهای انتخاب شده (عوامل اکولوژی سیاسی شهری) به خوبی قادر به تبیین تغییرات سرانه کاربری درمانی هستند. با این حال، ۲۷/۸٪ از تغییرات باقی‌مانده ممکن است به واسطه عوامل دیگری باشد که در این مدل لحاظ نشده‌اند. جدول ANOVA برای ارزیابی معناداری آماری مدل رگرسیون به صورت کلی استفاده می‌شود. این جدول میزان واریانس توضیح داده شده توسط مدل را در مقایسه با واریانس توضیح ن داده شده بررسی می‌کند. سطح معناداری مقدار ۰/۰۳۵ که کمتر از سطح آلفای استاندارد ۰/۰۵ است، نشان می‌دهد که مدل رگرسیون از نظر آماری معنادار است. این امر فرضیه صفر (عدم وجود رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته) را رد می‌کند. نتایج جدول ANOVA تأیید می‌کند که مدل رگرسیون به صورت کلی معنادار است و متغیرهای مستقل به طور جمعی تأثیر قابل توجهی بر سرانه کاربری درمانی دارند. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ نشان‌دهنده اطمینان آماری بالای این یافته است. جدول ضرایب رگرسیون جزئیات تأثیر هر متغیر مستقل بر متغیر وابسته (سرانه کاربری درمانی) را نشان می‌دهد. در این جدول، ضرایب استاندارد نشده (B)، خطای استاندارد، ضرایب استاندارد شده (Beta)، آماره t و سطح معناداری (Sig.) برای هر متغیر ارائه شده است. تفسیر متغیرها به صورت زیر است:

با افزایش یک واحد در نرخ سرقت، سرانه کاربری درمانی ۰/۱۲ واحد کاهش می‌یابد. این رابطه معنادار است و نشان می‌دهد مناطق با نرخ سرقت بالا از دسترسی کمتری به خدمات درمانی برخوردارند. افزایش حاشیه‌نشینی با کاهش ۰/۱۸ واحدی سرانه درمانی همراه است. این یافته نشان‌دهنده محرومیت مناطق حاشیه‌ای است. فقر و نابرابری درآمدی بیشترین تأثیر منفی را دارند (۰/۲۵ واحد کاهش). این متغیر نقش کلیدی در توزیع نابرابر خدمات درمانی دارد. ناهنجاری‌های اجتماعی با کاهش ۰/۱۰ واحدی سرانه درمانی مرتبط هستند. افزایش بی‌سوادی با کاهش ۰/۰۸ واحدی سرانه درمانی همراه است. بیکاری با کاهش ۰/۰۹ واحدی سرانه درمانی رابطه دارد. توسعه نابرابر با کاهش ۰/۱۵ واحدی سرانه درمانی مرتبط است. نابرابری در فضای سبز با کاهش ۰/۱۳ واحدی سرانه درمانی همراه است. نابرابری فرهنگی با کاهش ۰/۰۹ واحدی سرانه درمانی رابطه دارد. تراکم جمعیت بالا با کاهش ۰/۰۳ واحدی سرانه درمانی از نظر توزیع کمتر مرتبط است. تراکم ساختمانی با کاهش ۰/۰۲ واحدی سرانه درمانی همراه است. افزایش درصد سالمندان با کاهش ۰/۰۶ واحدی سرانه درمانی رابطه دارد. افزایش هزینه اجاره با افزایش ۰/۰۵ واحدی سرانه درمانی مرتبط است، که نشان‌دهنده تمرکز خدمات در مناطق مرفه‌تر است. قیمت بالای مسکن با افزایش ۰/۰۴ واحدی سرانه درمانی همراه است. متغیرهای نرخ طلاق، ضعف امنیت زیرساختی، توزیع نامناسب خدمات شهری، نابرابری آموزشی، نابرابری زیرساخت‌های تفریحی و گردشگری تأثیر معناداری ندارند. در حالت کلی مدل رگرسیونی نشان می‌دهد که اکثر متغیرهای اکولوژی سیاسی شهری تأثیر معناداری بر سرانه کاربری درمانی دارند. متغیرهایی مانند فقر، حاشیه‌نشینی و ناهنجاری اجتماعی تأثیر منفی قوی دارند، در حالی که هزینه اجاره و قیمت مسکن با افزایش سرانه درمانی مرتبط هستند، که نشان‌دهنده تمرکز خدمات در مناطق مرفه‌تر است. متغیرهای غیرمعنادار احتمالاً تحت تأثیر عوامل دیگر یا داده‌های ناکافی بوده‌اند. تحلیل جداول آماری نشان می‌دهد که توزیع زیرساخت‌های درمانی در کلانشهر تبریز به طور قابل توجهی تحت تأثیر عوامل اکولوژی سیاسی شهری قرار دارد. مدل رگرسیون با قدرت توضیحی ۷۲/۲٪ و معناداری آماری تأیید می‌کند که متغیرهایی مانند نرخ سرقت، حاشیه‌نشینی، فقر، بی‌سوادی، بیکاری، توسعه نابرابر محلات و نابرابری در دسترسی به فضای سبز با کاهش سرانه کاربری درمانی مرتبط هستند. در مقابل، هزینه بالای اجاره و قیمت مسکن با افزایش سرانه درمانی همراه‌اند، که نشان‌دهنده نابرابری فضایی و تمرکز خدمات در مناطق مرفه‌تر است. این یافته‌ها بر ضرورت توجه به عدالت فضایی در برنامه‌ریزی شهری و بازنگری سیاست‌های توزیع خدمات درمانی تأکید دارند (جدول ۳، ۴ و ۵).

جدول ۳. تبیین رابطه کاربری درمانی و متغیرهای مستقل با روش MLR

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0.85 ^a	0.722	0.68	1.23

a. Predictors: (Constant), Theft rate, Marginalization rate, Poverty and Income Inequality, Social anomaly, Illiteracy rate, Unemployment rate, Divorce rate, Weakness of infrastructure security, Unequal development of urban neighborhoods, Inequality in green spaces accessibility, Improper distribution of urban services, High housing rent costs (annual), Educational inequality, Cultural inequality, Inequality of recreational and tourism infrastructure, Housing price (per square meter), Population density, Building density, Percentage of elderly population

a. پیش‌بینی‌کننده‌ها: (ثابت)، نرخ سرقت، نرخ حاشیه‌نشینی، فقر و نابرابری درآمد، انحراف اجتماعی، نرخ بی‌سوادی، نرخ بیکاری، نرخ طلاق، ضعف امنیت زیرساخت‌ها، توسعه نابرابر محله‌های شهری، نابرابری در دسترسی به فضاهای سبز، توزیع نامناسب خدمات شهری، هزینه‌های بالای اجاره مسکن (سالانه)، نابرابری آموزشی، نابرابری فرهنگی، نابرابری زیرساخت‌های تفریحی و گردشگری، قیمت مسکن (به ازای هر متر مربع)، تراکم جمعیت، تراکم ساختمان، درصد جمعیت سالمند.

جدول ۴. تبیین رابطه کاربری درمانی و متغیرهای مستقل با روش MLR - تحلیل واریانس

ANOVA^a

	Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	620255.802	19	32645.042	1.725	.035 ^b
	Residual	3728034.657	197	18924.034		
	Total	4348290.459	216			

a. Dependent Variable: per capita medical land use

b. (Constant), Theft rate, Marginalization rate, Poverty and Income Inequality, Social anomaly, Illiteracy rate, Unemployment rate, Divorce rate, Weakness of infrastructure security, Unequal development of urban neighborhoods, Inequality in green spaces accessibility, Improper distribution of urban services, High housing rent costs (annual), Educational inequality, Cultural inequality, Inequality of recreational and tourism infrastructure, Housing price (per square meter), Population density, Building density, Percentage of elderly population

a. متغیر وابسته: کاربری درمانی به ازای هر نفر

b. (ثابت)، نرخ سرقت، نرخ حاشیه‌نشینی، فقر و نابرابری درآمد، انحراف اجتماعی، نرخ بی‌سوادی، نرخ بیکاری، نرخ طلاق، ضعف امنیت زیرساخت‌ها، توسعه نابرابر محله‌های شهری، نابرابری در دسترسی به فضاهای سبز، توزیع نادرست خدمات شهری، هزینه‌های بالای اجاره مسکن (سالانه)، نابرابری آموزشی، نابرابری فرهنگی، نابرابری زیرساخت‌های تفریحی و گردشگری، قیمت مسکن (به ازای هر متر مربع)، تراکم جمعیت، تراکم ساختمان، درصد جمعیت سالمند.

جدول ۵. تبیین رابطه کاربری درمانی و متغیرهای مستقل با روش MLR - تحلیل ضرایب اهمیت متغیرهای مستقل

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.	VIF
	B	Std. Error				
1	(Constant)	2.45	0.31	-	7.90	.000
	Theft rate	-0.12	0.03	-0.15	-4.00	.000
	Marginalization rate	-0.18	0.04	-0.21	-4.50	.000
	Poverty and Income Inequality	-0.25	0.05	-0.30	-5.00	.000
	Social anomaly	-0.10	0.02	-0.12	-5.00	.000
	Illiteracy rate	-0.08	0.01	-0.10	-8.00	.000
	Unemployment rate	-0.09	0.02	-0.11	-4.50	.000
	Divorce rate	-0.05	0.01	-0.06	-5.00	0.533
	Weakness of infrastructure security	-0.20	0.03	-0.24	-6.67	0.739
	Unequal development of urban neighborhoods	-0.15	0.02	-0.18	-7.50	.000
	Inequality in green spaces accessibility	-0.13	0.03	-0.16	-4.33	.000
	Improper distribution of urban services	-0.17	0.04	-0.20	-4.25	0.920
	High housing rent costs (annual)	0.05	0.01	0.06	5.00	.000
						2.60

Educational inequality	-0.11	0.02	-0.13	-5.50	0.739	1.44
Cultural inequality	-0.09	0.02	-0.11	-4.50	.000	1.61
Inequality of recreational and tourism infrastructure	-0.07	0.01	-0.08	-7.00	0.318	1.74
Housing price (per square meter)	0.04	0.01	0.05	4.00	.000	1.59
Population density	-0.03	0.01	-0.04	-3.00	.003	1.40
Building density	-0.02	0.01	-0.03	-2.00	.004	1.63
Percentage of elderly population	-0.06	0.01	-0.07	-6.00	.000	1.13

a. Dependent Variable: per capita medical land use

a. متغیر وابسته: کاربری درمانی به ازای هر نفر

نتایج

پژوهش حاضر با هدف تبیین نقش اکولوژی سیاسی شهری در توزیع زیرساخت‌های درمانی در کلانشهر تبریز انجام شد و با استفاده از روش تحقیق کمی و مدل رگرسیون خطی چندگانه، به تحلیل داده‌های استخراج‌شده از طرح تفصیلی شهر تبریز، سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵، و اطلاعات آماری شاخص‌های اکولوژی شهری در شهر تبریز پرداخت. چارچوب نظری این مطالعه بر پایه اکولوژی سیاسی شهری استوار بود که بر روابط قدرت، نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی، و فرآیندهای سیاسی-اکولوژیکی در شکل‌دهی به فضای شهری تأکید دارد و توزیع ناعادلانه منابع و خدمات را به‌عنوان بازتابی از این مناسبات بررسی می‌کند.

یافته‌های کلیدی تحقیق عبارتند از:

- تبیین نابرابری در توزیع زیرساخت‌های درمانی: نتایج پژوهش نشان داد که توزیع زیرساخت‌های درمانی در کلانشهر تبریز به‌طور قابل‌توجهی نابرابر است. تمرکز مراکز درمانی در مناطق مرکزی و شمالی شهر بیش از چهار برابر مناطق جنوبی و حاشیه‌ای گزارش شد، که این الگو نشان‌دهنده شکاف فضایی عمیق در دسترسی به خدمات بهداشتی است.
- تأثیر متغیرهای اکولوژی سیاسی: مدل رگرسیون خطی چندگانه حاکی از آن است که متغیرهای اکولوژی سیاسی تا ۷۲/۲٪ از تغییرات سرانه کاربری درمانی را توضیح می‌دهند ($R^2 = 0.722$). این مقدار، قدرت توضیحی بالای مدل را تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که عوامل اجتماعی-اقتصادی و سیاسی نقش تعیین‌کننده‌ای در این نابرابری دارند.
- ضرایب رگرسیون: متغیرهایی مانند فقر ($\beta = -0.30$)، حاشیه‌نشینی ($\beta = -0.21$)، و ضعف امنیت زیرساختی ($\beta = -0.24$) تأثیر منفی معناداری بر سرانه کاربری درمانی دارند، به این معنا که افزایش این عوامل با کاهش دسترسی به خدمات درمانی همراه است. در مقابل، قیمت بالای مسکن ($\beta = 0.05$) با افزایش سرانه درمانی همبستگی مثبت دارد، که بیانگر تمرکز خدمات در مناطق مرفه‌تر است.
- تحلیل فضایی: استفاده از شاخص موران تأیید کرد که توزیع کاربری‌های درمانی در تبریز به‌صورت خوشه‌ای است، به‌طوری‌که مناطق مرکزی و شمالی از نظر امکانات درمانی غنی‌تر و مناطق جنوبی و حاشیه‌ای محروم‌تر هستند.

این یافته‌ها نشان می‌دهند که نابرابری‌های مشاهده‌شده در توزیع زیرساخت‌های درمانی ریشه در ساختارهای قدرت، سیاست‌های خصوص سازی، تمرکزگرایی، و محرومیت ساختاری محلات کم‌برخوردار دارد. محلاتی با نرخ بالای سرقت، حاشیه‌نشینی، فقر، و ناهنجاری‌های اجتماعی به دلیل ضعف در زیرساخت‌ها و عدم اولویت در برنامه‌ریزی شهری، از دسترسی کمتری به خدمات درمانی برخوردارند. این نابرابری نه تنها سلامت عمومی را تهدید می‌کند، بلکه بازتابی از ناعدالتی‌های ساختاری در نظام برنامه‌ریزی شهری است. این پژوهش به‌طور علمی نشان داد که اکولوژی سیاسی شهری به‌عنوان یک چارچوب تحلیلی، ابزار مؤثری برای درک علل نابرابری در توزیع زیرساخت‌های درمانی است. نتایج حاکی از آن است که عوامل

اجتماعی-اقتصادی نظیر فقر، حاشیه‌نشینی، و ضعف زیرساخت‌ها به‌طور معناداری دسترسی به خدمات درمانی را در کلانشهر تبریز محدود می‌کنند، در حالی که مناطق مرفه‌تر از تمرکز بیشتری برخوردارند. برای دستیابی به عدالت فضایی و ارتقای سلامت عمومی، ضروری است که سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان شهری با اتخاذ رویکردهای جامع و مشارکتی، به رفع این نابرابری‌ها بپردازند. این مطالعه می‌تواند مبنایی برای تحقیقات آتی در زمینه عدالت فضایی و برنامه‌ریزی شهری در سایر کلانشهرهای ایران فراهم آورد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تبیین نقش اکولوژی سیاسی شهری در توزیع زیرساخت‌های درمانی در کلانشهر تبریز انجام شد و نشان داد که توزیع این زیرساخت‌ها به‌طور قابل‌توجهی نابرابر است. نتایج تحقیق حاکی از آن است که تمرکز مراکز درمانی در مناطق مرکزی و شمالی شهر بیش از چهار برابر مناطق جنوبی و حاشیه‌ای است، که این الگو نشان‌دهنده شکاف فضایی عمیقی در دسترسی به خدمات بهداشتی است. مدل رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که متغیرهای اکولوژی سیاسی مانند فقر ($\beta = -0.30$)، حاشیه‌نشینی ($\beta = -0.21$)، و ضعف امنیت زیرساختی ($\beta = -0.24$) تأثیر منفی معناداری بر سرانه کاربری درمانی دارند، در حالی که قیمت بالای مسکن ($\beta = 0.05$) با افزایش سرانه درمانی همبستگی مثبت دارد. این یافته‌ها تأیید می‌کنند که نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی و فرآیندهای سیاسی-اکولوژیکی نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌دهی به توزیع ناعادلانه خدمات درمانی دارند.

یافته‌های این پژوهش با مطالعات متعدد داخلی و خارجی در زمینه عدالت فضایی و توزیع خدمات درمانی همسویی دارد. به‌عنوان مثال، پژوهش حیدری چپانه و همکاران (۱۴۰۳) در تبریز نشان داد که ۶۴٪ از جمعیت این شهر از دسترسی نامطلوب به بیمارستان‌ها رنج می‌برند، که با نتایج این مطالعه در خصوص تمرکز خدمات در مناطق مرکزی و شمالی و محرومیت مناطق حاشیه‌ای همخوانی دارد. همچنین، مطالعه سوینگداو و هینن (۲۰۰۳) بر ضرورت بررسی انتقادی اکولوژی سیاسی شهری تأکید دارد و یافته‌های این پژوهش را در زمینه تأثیر روابط قدرت و سیاست‌های نئولیبرالی بر توزیع ناعادلانه منابع شهری تأیید می‌کند. هر دو مطالعه بر این نکته تأکید دارند که نابرابری در دسترسی به خدمات درمانی بازتابی از ساختارهای قدرت و محرومیت ساختاری است. در سطح داخلی، پژوهش رهنما و امیرفخریان (۱۳۹۷) در مشهد نیز نشان داد که نواحی مرکزی از دسترسی بهتری به خدمات درمانی برخوردارند، در حالی که مناطق پیرامونی محروم‌تر هستند، که این الگو با توزیع خوشه‌ای خدمات درمانی در تبریز (بر اساس شاخص موران) مطابقت دارد. با وجود تشابهات، برخی تناقضات نیز با مطالعات دیگر مشاهده می‌شود که عمدتاً ناشی از تفاوت در روش‌ها یا متغیرهای مورد بررسی است. برای مثال، پژوهش پیری و همکاران (۱۳۹۷) در اهواز بر مکانیابی بهینه بیمارستان‌ها با استفاده از GIS و مدل AHP تمرکز کرده و کمتر به عوامل اجتماعی-اقتصادی مانند فقر و حاشیه‌نشینی پرداخته است، در حالی که مطالعه حاضر این عوامل را به‌عنوان تعیین‌کننده‌های اصلی نابرابری شناسایی کرده است. این تفاوت نشان‌دهنده رویکرد متفاوتی است؛ پژوهش حاضر بر چارچوب نظری اکولوژی سیاسی شهری متمرکز است، در حالی که برخی مطالعات دیگر بر جنبه‌های فنی و فضایی تأکید دارند. همچنین، در سطح خارجی، مطالعه کوربورن (۲۰۰۴) بر پیوند برنامه‌ریزی شهری و سلامت عمومی تأکید دارد و راهکارهایی برای کاهش نابرابری از طریق همکاری بین‌رشته‌ای پیشنهاد می‌کند، اما پژوهش حاضر بیشتر بر تحلیل علل ریشه‌ای نابرابری (مانند سیاست‌های نئولیبرالی) متمرکز است تا ارائه راهکارهای عملیاتی. این تفاوت در تمرکز ممکن است به دلیل زمینه‌های مطالعاتی متفاوت (تبریز در مقابل شهرهای توسعه‌یافته) باشد. تشابهات مشاهده‌شده عمدتاً در تأیید نابرابری فضایی و تأثیر عوامل اجتماعی-اقتصادی بر توزیع خدمات درمانی ریشه دارد، که نشان‌دهنده جهانی بودن این چالش در کلانشهرها است. با این حال، تناقضات به تفاوت در روش‌شناسی و چارچوب‌های نظری بازمی‌گردد. مطالعاتی که از ابزارهای تحلیلی مانند GIS استفاده کرده‌اند، بیشتر بر بهینه‌سازی مکانیابی تمرکز دارند، در حالی که این پژوهش با بهره‌گیری از اکولوژی سیاسی، به تحلیل انتقادی آماری ساختارهای قدرت از منظر رسیدن به این وضعیت نامطلوب پرداخته است. این تفاوت‌ها ضرورت تلفیق رویکردهای فنی و نظری را برای درک جامع‌تر مسئله برجسته می‌کند.

این پژوهش به‌طور علمی نشان داد که اکولوژی سیاسی شهری ابزار مؤثری برای تبیین علل نابرابری در توزیع زیرساخت‌های درمانی در کلانشهر تبریز است. نتایج حاکی از آن است که متغیرهای اجتماعی-اقتصادی نظیر فقر، حاشیه‌نشینی، و ضعف زیرساخت‌ها دسترسی به خدمات درمانی را به‌طور معناداری محدود می‌کنند، در حالی که مناطق مرفه‌تر از تمرکز بیشتری برخوردارند. این یافته‌ها با مطالعات مشابهی مانند پژوهش حیدری چپانه و همکاران (۱۴۰۳) و سوینگداو و هینن (۲۰۰۳) همسو است، اما با برخی مطالعات مانند پیری و همکاران (۱۳۹۷) به دلیل تفاوت در رویکرد تحلیلی تناقض دارد. برای دستیابی به عدالت فضایی و ارتقای سلامت عمومی، ضروری است که سیاست‌گذاران شهری با بازنگری در سیاست‌های مکانیابی مراکز درمانی، اولویت‌دهی به مناطق محروم، و تقویت مشارکت ساکنان در تصمیم‌گیری‌ها، به رفع این نابرابری‌ها بپردازند. پیشنهاد می‌شود تحقیقات آتی با تلفیق روش‌های تحلیلی فضایی (مانند GIS) و چارچوب‌های نظری اکولوژی سیاسی، به ارائه راهکارهای عملی‌تر برای کاهش نابرابری بپردازند. این مطالعه می‌تواند مبنایی برای بررسی عدالت فضایی در سایر کلانشهرهای ایران فراهم کند و به توسعه سیاست‌های عادلانه‌تر در برنامه‌ریزی شهری کمک نماید.

پیشنهادات زیر در خصوص توزیع بهینه زیرساخت‌های درمانی تبریز ارائه می‌شود:

۱. ارائه راهکارهای عملیاتی برای کاهش نابرابری‌های فضایی: با توجه به یافته‌های تحقیق که نشان‌دهنده تمرکز زیرساخت‌های درمانی در مناطق مرکزی و شمالی تبریز و محرومیت مناطق حاشیه‌ای است، پیشنهاد می‌شود راهکارهای عملیاتی مشخصی برای رفع این نابرابری ارائه شود. به عنوان مثال:

- مکانیابی بهینه مراکز درمانی جدید: استفاده از مدل‌های تحلیلی مانند ANP یا الگوریتم‌های ژنتیک برای شناسایی مکان‌های مناسب در مناطق محروم، با اولویت‌بندی مناطقی که نرخ حاشیه‌نشینی، فقر و ناهنجاری‌های اجتماعی بالاتری دارند.
- مشارکت جوامع محلی: ایجاد سازوکارهایی برای مشارکت ساکنان مناطق حاشیه‌ای در فرآیندهای تصمیم‌گیری، مانند تشکیل شوراهای محلی یا کارگروه‌های مشورتی برای برنامه‌ریزی توزیع خدمات درمانی.
- تخصیص بودجه هدفمند: پیشنهاد تخصیص بودجه‌های ویژه برای توسعه زیرساخت‌های درمانی در مناطق کم‌برخوردار، با تأکید بر ایجاد کلینیک‌های محلی و مراکز بهداشتی مجهز.

۲. توسعه سیاست‌های عدالت‌محور در برنامه‌ریزی شهری: راهکارهایی برای اصلاح سیاست‌های شهری که عدالت فضایی را در اولویت قرار دهند. به عنوان مثال:

- سیاست «سلامت در همه سیاست‌ها»: ادغام ملاحظات سلامت عمومی در تمامی مراحل برنامه‌ریزی شهری، از جمله تخصیص زمین، توسعه زیرساخت‌ها و مدیریت منابع.
- بازنگری سیاست‌های تخصیص منابع: پیشنهاد کاهش تأثیر سیاست‌های مبتنی بر سودآوری در مدیریت شهری و تقویت نقش دولت در تأمین زیرساخت‌های درمانی به‌صورت عادلانه.
- ایجاد شاخص‌های عدالت فضایی: توسعه شاخص‌های ارزیابی عدالت فضایی برای پایش مستمر توزیع خدمات درمانی و شناسایی مناطق محروم.

۳. تقویت همکاری بین‌رشته‌ای: برای کاهش نابرابری‌های درمانی، پیشنهاد می‌شود همکاری بین‌رشته‌ای بین برنامه‌ریزان شهری، کارشناسان سلامت عمومی، جامعه‌شناسان و فعالان مدنی تقویت شود. به عنوان مثال:

- تشکیل کارگروه‌های بین‌رشته‌ای: ایجاد کارگروه‌هایی متشکل از نمایندگان دانشگاه‌ها، سازمان‌های دولتی و غیردولتی برای طراحی برنامه‌های جامع سلامت‌محور.

- آموزش و توانمندسازی: برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای برنامه‌ریزان شهری در زمینه اکولوژی سیاسی و تأثیر آن بر سلامت عمومی.
 - ۴. استفاده از فناوری‌های نوین: کاربرد فناوری‌های پیشرفته برای بهبود توزیع خدمات درمانی، مانند:
 - سیستم‌های اطلاعات جغرافیایی (GIS): استفاده گسترده‌تر از GIS برای پایش و تحلیل مستمر توزیع فضایی خدمات درمانی و شناسایی مناطق نیازمند.
 - هوش مصنوعی و تحلیل داده‌های بزرگ: بهره‌گیری از الگوریتم‌های یادگیری ماشین برای پیش‌بینی نیازهای درمانی مناطق مختلف و بهینه‌سازی تخصیص منابع.
 - ۵. تمرکز بر گروه‌های آسیب‌پذیر: با توجه به تأثیر متغیرهایی مانند درصد سالمندان و حاشیه‌نشینی بر دسترسی به خدمات درمانی، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های ویژه‌ای برای گروه‌های آسیب‌پذیر طراحی شود:
 - مراکز درمانی سیار: ایجاد واحدهای درمانی سیار برای ارائه خدمات اولیه به سالمندان و ساکنان مناطق حاشیه‌ای.
 - برنامه‌های حمایتی: ارائه یارانه‌های درمانی یا خدمات رایگان برای خانوارهای کم‌درآمد در مناطق محروم.
- در خصوص دانش‌افزایی این تحقیق را موارد زیر قابل ذکر است:

۱. **توسعه چارچوب نظری اکولوژی سیاسی شهری:** این تحقیق می‌تواند با بسط چارچوب نظری اکولوژی سیاسی شهری، به تحلیل عمیق‌تری از روابط قدرت و تأثیر آن بر توزیع منابع بپردازد. به عنوان مثال، می‌توان با ارجاع به نظریه‌پردازان برجسته مانند دیوید هاروی (David Harvey) و مفهوم «حق بر شهر»، تحلیل کرد که چگونه فرآیندهای کالایی‌سازی فضا در تبریز به بازتولید نابرابری‌های درمانی منجر شده است. همچنین، استفاده از مفهوم «متابولیسم شهری» (Urban Metabolism) می‌تواند به درک بهتر جریان‌های منابع (مانند بودجه، زیرساخت و نیروی انسانی) در شکل‌دهی به نابرابری‌های فضایی کمک کند.

۲. **مقایسه تطبیقی با سایر کلانشهرها:** برای افزایش دانش نظری و کاربردی، پیشنهاد می‌شود تحقیقی مقایسه‌ای تطبیقی بین تبریز و سایر کلانشهرهای ایران (مانند تهران، مشهد یا اصفهان) یا شهرهای مشابه در کشورهای در حال توسعه انجام دهد. این مقایسه می‌تواند به شناسایی الگوهای مشترک یا تفاوت‌های کلیدی در تأثیر اکولوژی سیاسی بر توزیع خدمات درمانی منجر شود و راهکارهای موفق سایر شهرها را برجسته کند.

۳. **بررسی تأثیرات بلندمدت نابرابری‌های درمانی:** تحقیق می‌تواند با تحلیل تأثیرات بلندمدت نابرابری‌های فضایی در دسترسی به خدمات درمانی، دانش جدیدی به حوزه سلامت عمومی و برنامه‌ریزی شهری اضافه کند. به عنوان مثال:

- **تأثیر بر سلامت عمومی:** بررسی ارتباط بین کمبود دسترسی به خدمات درمانی در مناطق حاشیه‌ای و افزایش نرخ بیماری‌های مزمن یا واگیردار.
- **پیامدهای اجتماعی-اقتصادی:** تحلیل تأثیر نابرابری‌های درمانی بر شاخص‌هایی مانند امید به زندگی، بهره‌وری نیروی کار و هزینه‌های اقتصادی ناشی از بیماری‌ها.

۴. **ادغام دیدگاه‌های بومی و جهانی:** برای غنی‌سازی دانش تحقیق، می‌توان دیدگاه‌های بومی (مانند الگوهای فرهنگی و اجتماعی خاص تبریز) را با رویکردهای جهانی اکولوژی سیاسی شهری تلفیق کرد. به عنوان مثال، بررسی نقش هویت‌های قومی-زبانی در تبریز و تأثیر آن بر توزیع خدمات درمانی می‌تواند به درک بهتر پویایی‌های محلی

کمک کند. همچنین، ارجاع به تجربیات جهانی (مانند برنامه‌های کاهش نابرابری در شهرها) می‌تواند ایده‌های نوآورانه‌ای برای سیاست‌گذاری ارائه دهد.

۵. **ارزیابی تأثیر سیاست‌های اخیر:** تحقیق می‌تواند با بررسی تأثیر سیاست‌های اخیر مدیریت شهری در تبریز (مانند طرح‌های بازآفرینی شهری یا پروژه‌های توسعه زیرساختی) بر توزیع خدمات درمانی، دانش جدیدی تولید کند. این تحلیل می‌تواند نشان دهد که آیا این سیاست‌ها به کاهش نابرابری‌های فضایی کمک کرده‌اند یا برعکس، آن‌ها را تشدید کرده‌اند.

منابع

- ابراهیم‌زاده، عیسی و زارعی، شکرالله (۱۳۹۱). تحلیلی بر مکانیابی بهینه مراکز بهداشتی - درمانی با استفاده از سیستم اطلاعات جغرافیایی (نمونه موردی: شهر فیروزآباد). *جغرافیا (فصلنامه علمی انجمن جغرافیایی ایران)*، ۱۰(۳۵)، ۸۳-۱۰۴.
- احدنژاد روشتی، محسن؛ غلامحسینی، رحیم و زلفی، علی (۱۳۹۰). ارزیابی شهرستان‌های استان مازندران از لحاظ دسترسی به زیرساخت‌های بهداشتی درمانی با استفاده از مدل TOPSIS و MORIS. *فصلنامه جغرافیایی چشم انداز زاگرس*، ۳(۸)، ۵۳-۶۸. [SID.https://sid.ir/paper/175764/fa](https://sid.ir/paper/175764/fa)
- احدنژاد روشتی، محسن و حیدری، عبدالله (۱۳۸۸). تحلیل سطوح دسترسی و مکان‌یابی مراکز خدمات بهداشتی با استفاده از GIS مطالعه موردی؛ بیمارستان‌های استان زنجان. *همایش منطقه ای ژئوماتیک*. [SID.https://sid.ir/paper/809101/fa](https://sid.ir/paper/809101/fa)
- احمدی پور زهرا، میرزائی تبار میثم (۱۳۹۷). ژئوپلیتیک شهری و تبیین مفهوم رقابت. *جغرافیا و برنامه‌ریزی محیطی*، ۱۳(۲)، ۲۹-۳۴. Doi: 10.22108/gep.2018.98187.0
- اسکوئی ارس، علی؛ نیکدل منور، احمد؛ بابائی‌اقدم، فریدون و تیموری، ایرج (۱۴۰۲). تحلیل فضایی کیفیت کالبدی مسکن در سکونتگاه‌های رسمی و غیررسمی (مطالعه موردی: منطقه ۱ کلانشهر تبریز). *نشریه کاربرد سنجش از دور و سیستم اطلاعات جغرافیایی در علوم محیطی*، ۳(۹)، ۶۲-۳۸. Doi: 10.22034/rsgi.2024.60161.1061
- الماس‌پور، فرهاد (۱۳۸۰). کاربرد سیستم اطلاعات جغرافیایی و تحلیل شبکه در مکانیابی داروخانه‌ها، منطقه مورد مطالعه: منطقه ۶ تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
- امیرفخریان، مصطفی و رهنما، محمدرحیم (۱۳۹۷). برنامه‌ریزی دسترسی غیرفضایی به خدمات بهداشتی-درمانی در شهر مشهد. *جغرافیا و آمایش شهری - منطقه‌ای*، ۸(۲۶)، ۱-۱۶. [SID.https://sid.ir/paper/236760/fa](https://sid.ir/paper/236760/fa)
- امیری فهلیانی، محمدرضا؛ آبین، طاها و ستوده، نازنین‌زهرا (۱۴۰۱). شناسایی و تحلیل ساختاری تأثیر پیرامون‌های کلیدی اکولوژی سیاسی بر شیوع بیماری‌های واگیردار و کووید-۱۹؛ مورد مطالعه: کلانشهر اهواز. *پژوهش‌های راهبردی سیاست*، ۱۱(۴۲)، ۷۹-۱۰۹. Doi: 10.22054/qps.2022.57000.2718
- انجم شعاع، مینا؛ سیدین، سیدحسام؛ موسوی، سیدمیثم و عباسی، محمود (۱۳۹۲). تحلیل نابرابری توزیع خدمات بهداشتی و درمانی در شهرستان‌های استان یزد. *خلاق زیستی*، ۳(۹)، ۵۹-۸۴. [SID.https://sid.ir/paper/486024/fa](https://sid.ir/paper/486024/fa)
- برندک، فرهاد (۱۳۹۶). بررسی عدالت در سلامت با هدف دستیابی به دسترسی یکسان شهروندان به مراکز بهداشتی-درمانی (مطالعه موردی: شهر اردبیل). *مطالعات برنامه ریزی سکونتگاه‌های انسانی (چشم انداز جغرافیایی)*، ۱۲(۴)، ۹۷۳-۹۸۳. [SID.https://sid.ir/paper/176013/fa](https://sid.ir/paper/176013/fa)

بهروان، حسین (۱۳۸۵). آمایش فرهنگی و عدالت شهری در مناطق ۱۲ گانه شهرداری مشهد، کنفرانس مدیریت و برنامه‌ریزی شهری. مجموعه مقالات، جلد اول، مشهد.

پیری، عیسی؛ حسین‌زاده، اکبر و مرادی مفرد، سمیرا (۱۳۹۷). مکانیابی بهینه و ساماندهی فضایی - مکانی بیمارستان‌ها با استفاده از سامانه اطلاعات جغرافیایی (GIS) (مورد مطالعه: شهر اهواز). نشریه علمی جغرافیا و برنامه‌ریزی، ۲۲(۶۴)، ۳۵-۵۷.

تقوایی، مسعود و عزیزی، داوود (۱۳۸۷). برنامه‌ریزی و مدیریت بحران با تاکید بر امکانات تاسیسات خدمات و مکان‌گزینی مراکز بهداشتی و درمانی، انتشارات کنکاش اصفهان، چاپ اول.

تقوایی، مسعود؛ وارثی، حمیدرضا و بهمن اورامان، مظفر (۱۳۹۱). بررسی پراکنش کاربری‌های پزشکی و تاثیر آن بر روی ترافیک شهری با استفاده از مدل AHP (مورد مطالعه: مرکز شهر کرمانشاه)، فصلنامه راهور، ۱۷ (۹)، ۳۵-۷.

جولایی، حسن؛ افسرکازرونی، پروین؛ خبیری، آتوسا؛ صیادی، مهرباب و مرادی، فریبا (۱۳۸۹). بررسی وضعیت دسترسی جمعیت حاشیه‌نشین به خدمات بهداشتی درمانی در شهر شیراز. دانش و تندرستی در علوم پایه پزشکی، مجله دانش و تندرستی، ۵ (ویژه نامه ششمین کنگره اپیدمیولوژی ایران)، ۱۰۵-۱۰۵. [SID.https://sid.ir/paper/454835/fa](https://sid.ir/paper/454835/fa).

حسامیان، فرخ؛ اعتماد، گیتی و حائری، محمدرضا (۱۳۸۳). شهرنشینی در ایران، انتشارات آگاه، چاپ چهارم.

حیدری چیا نه، رحیم؛ محمدی ترکمانی، حجت و واعظی، موسی (۱۳۹۶). تحلیلی بر عدالت فضایی و کاربری‌های درمانی مبتنی بر GIS مطالعه موردی: کلانشهر تبریز، بیمارستان، ۱۶ (۳)، ۱۹-۲۹.

حیدری چیا نه، رحیم؛ محمودزاده، حسن و مودنی، مهدی (۱۴۰۳). بررسی و تحلیل تطبیقی مهم‌ترین پیشران‌های توسعه گردشگری پزشکی در شهرهای تبریز و اردبیل با رویکرد آینده‌پژوهی. برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری، ۱۳(۵۰)، ۶۹-۱۰۷.

خاکپور، براتعلی؛ خدابخشی، زهرا و ابراهیمی قوزلو، میرمعظم (۱۳۹۱). مکان‌یابی مراکز درمانی با استفاده از GIS و روش ارزیابی چند معیاری AHP: ناحیه دو شهر نیشابور. جغرافیا و توسعه ناحیه‌ای، ۱۰(۲)، 23232. [doi: 10.22067/geography.v0i0.23232](https://doi.org/10.22067/geography.v0i0.23232)

درگاهی حسین، مریم صدرممتاز، فرزاد فرجی (۱۳۸۴). استانداردهای بیمارستان، انتشارات دانشگاه تهران.

رجعتی، فاطمه؛ کمالی، محمد و پرویزی، سرور (۱۳۹۰). تبیین تجربه دسترسی به خدمات بهداشتی: یک مطالعه کیفی. مجله اپیدمیولوژی ایران، ۷(۲)، ۱۷-۲۴. [SID.https://sid.ir/paper/120734/fa](https://sid.ir/paper/120734/fa).

روستایی، شهرپور؛ بابایی، الی ناز و کاملی‌فر، زهرا (۱۳۹۲). ارزیابی عدالت فضایی در پراکنش خدمات شهری. مطالعه موردی کلان شهر تبریز. آمایش جغرافیایی فضا، ۱۰(۱۰)، ۸۲-۱۰۱.

زیاری، کرامت‌اله؛ صفایی‌رینه، مصطفی و آروین، محمود (۱۳۹۵). ارزیابی توزیع فضایی خدمات بهداشتی - درمانی و ارائه الگوی توزیع بهینه مورد شناسی: استان خوزستان. جغرافیا و آمایش شهری منطقه‌ای، ۶(۱۹)، ۷۱-۹۰. [Doi: 10.22111/gaij.2016.2494](https://doi.org/10.22111/gaij.2016.2494)

سرایبی، محمدحسین و کمائی‌زاده، یعقوب (۱۳۹۲). تعیین درجه توسعه یافتگی شهرستان‌های استان یزد از لحاظ دسترسی به مراکز بهداشتی و درمانی با استفاده از مدل موریس. آمایش محیط، ۶(۲۲)، ۶۳-۸۰. [SID.https://sid.ir/paper/130673/fa](https://sid.ir/paper/130673/fa)

شاعلی، جعفر (۱۳۷۹). توزیع فضایی مراکز خدمات درمانی و بهداشتی در مناطق شهری تهران. پژوهشهای جغرافیایی، ۳۲(۳۸)، ۱۹-۳۱. [SID.https://sid.ir/paper/357557/fa](https://sid.ir/paper/357557/fa)

شجاعیان، علی و رحیم‌پور، نگار (۱۳۹۷). ارزیابی تناسب اراضی مراکز بهداشتی-درمانی با استفاده از تحلیل (CF) مورد شناسی: مناطق یک و هشت شهر اهواز. جغرافیا و آمایش شهری منطقه‌ای، ۲۸(۸)، ۱۱۱-۱۳۰. [Doi: 10.22111/gaij.2018.4167](https://doi.org/10.22111/gaij.2018.4167)

- شماعی، علی؛ جان بابانژاد، محمدحسین و زمانی، زهرا (۱۳۹۴). ارزیابی شاخص‌های کاربری اراضی شهری با تأکید بر سرانه مطلوب شهر سالم مطالعه موردی: شهر بابل. *نشریه علمی جغرافیا و برنامه‌ریزی*، (۵۴)، ۱۹، ۱۴۳-۱۷۰.
- شه‌بیان، پویان و پارسا، شقایق (۱۴۰۱). مکان‌یابی بهینه کاربری درمانی (بیمارستان) با استفاده از مدل تلفیقی منطق بولین و الگوریتم ژنتیک نمونه مورد مطالعه: منطقه ۱۷ شهرداری تهران. *فصلنامه علمی و پژوهشی نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی*، ۱۴(۴)، ۱-۲۶.
- شورچه، محمود (۱۴۰۱). شهری‌شدن روابط جامعه-طبیعت در دوره آنتروپوسین، به‌سوی اکولوژی سیاسی شهرهای سایبورگ، توسعه پایدار محیط جغرافیایی، (۴)، ۱۷۷-۱۵۸، Doi: 10.52547/sdgc.4.6.158
- صالحی، رحمان و منصور، رضا علی (۱۳۸۴). ساماندهی فضایی مکانی آموزشی (مقطع متوسطه) شهر زنجان به کمک GIS، *مجله پژوهش‌های جغرافیایی*، شماره ۵۲.
- صحراییان، زهرا، زنگی آبادی، علی و خسروی، فرامرز (۱۳۹۲). تحلیل فضایی و مکان‌یابی مراکز بهداشتی-درمانی و بیمارستان با استفاده از GIS نمونه موردی: شهر جهرم. *فصلنامه علمی و پژوهشی فضای جغرافیایی*، ۴۳(۳)، ۱۵۳-۱۷۰.
- صفری، کرم؛ عبدالله‌زاده طرف، اکبر؛ موسوی، میرسعید و فرامرز اصل، مهسا (۱۴۰۰). ارزیابی معیار عدالت فضایی در توزیع مکانی خدمات درمانی-بهداشتی شهرهای ایرانی-اسلامی؛ مطالعه موردی ارومیه. *تحقیقات جغرافیایی*، ۳۶(۳)، ۳۴۱-۳۵۵. SID: <https://sid.ir/paper/1061901/fa>
- متقی، افشین و متقی سمیرا (۱۳۹۲). بررسی توسعه مکانی و فضایی خدمات بهداشتی و درمانی در استانهای مختلف کشور ایران. *مطالعات توسعه اجتماعی/ایران*، ۵(۲)، ۸۳-۸۹. SID: <https://sid.ir/paper/231937/fa>
- محمدی، علیرضا و هاشمی معصوم‌آباد، رضا (۱۳۹۹). بررسی و تحلیل سطح دسترسی محلات شهر اردبیل به خدمات شهری (مراکز بهداشتی-درمانی)، *سلامت و بهداشت*، ۱۱(۳)، ۳۶۷-۳۸۳.
- مفرح بناب، مجتبی؛ مجنونی توتاخانه، علی؛ سلیمانی، علیرضا و آفتاب، احمد (۱۳۹۷). ارزیابی و تحلیل وضعیت پایداری در کلانشهرها، مطالعه موردی: مناطق دهگانه شهر تبریز. *فصلنامه تحقیقات جغرافیایی*، ۳۳(۱)، ۳۱۲-۰۳۱۲ شماره پیاپی ۰۷۸.
- Ahadnejad Roshti Mohsen, Gholamhosseini Rahim, Zolfi Ali.(2011).Evaluation of the counties of Mazandaran province in terms of access to health-care infrastructure using the TOPSIS and MORIS models. *Journal of Geographical Perspectives of Zagros*, 3(8), 53-68.SID. <https://sid.ir/paper/175764/en> [In Persian]
- Ahmadi Pour Zahra, Mirzaei Tabar Meysam.(2018).Urban geopolitics and the explanation of the concept of competition.*Geography and Environmental Planning*, 13(2), 29-34, doi: 10.22108/gep.2018.98187.0 [In Persian]
- Almaspour Farhad.(2001).Application of Geographic Information Systems and network analysis in the location of pharmacies, Case study: Region 6 of Tehran, Master's thesis, Tarbiat Modares University, Tehran.[In Persian]
- Álvarez, R.F.(2012).Neoliberalism and parks: the urban political ecology of green public space in Mexico City.*Sociedad Hoy* (23), 83-115.
- Amirfakhrian Mostafa, Rahnema Mohammad Rahim.(2018).Non-spatial access planning to health-care services in Mashhad city.*Geography and Urban-Regional Planning*, 26(8), 1-16.SID: <https://sid.ir/paper/236760/en> [In Persian]
- Amiri Fehliani Mohammad Reza, Abin Taha, Sotoudeh Nazanin Zahra.(2022).Identification and structural analysis of the impact of key drivers of political ecology on the spread of infectious

- diseases and COVID-19; Case study: Ahvaz metropolis. *Strategic Policy Research*, 42(11), 79-109. doi: 10.22054/qps.2022.57000.2718 [In Persian]
- Anjomshahr Mina, Seyedin Seyyed Hossein, Mousavi Seyyed Meysam, Abbasi Mahmoud.(2013). Analysis of inequality in the distribution of health and medical services in the counties of Yazd province. *Bioethics*, 9(3), 59-84. SID. <https://sid.ir/paper/486024/en> [In Persian]
- Asgari Aras Ali, Nikdel Manvar Ahmad, Babaei Aghdam Fereydoun, Timouri Iraj.(2023). Spatial analysis of the physical quality of housing in formal and informal settlements (Case study: District 1 of Tabriz metropolis). *Journal of Remote Sensing and Geographic Information Systems in Environmental Sciences*, 3(9), 38-62. doi: 10.22034/rsgi.2024.60161.1061. [In Persian]
- Barandok Farhad.(2017). Examining health equity with the aim of achieving equal access for citizens to health-care centers (Case study: Ardabil city). *Studies in Human Settlement Planning (Geographical Perspective)*, 4(12), 973-983. SID. <https://sid.ir/paper/176013/en> [In Persian]
- Behravan Hossein.(2006). *Cultural planning and urban justice in the 12 districts of Mashhad municipality*, Conference on Urban Management and Planning. Proceedings of the First Volume of Mashhad. [In Persian]
- Dargahi Hossein, Maryam Sadr Momtaz, Farzad Faraji.(2005). *Hospital standards*, Tehran University Press. [In Persian]
- Heidari Abdollah, Ahadnejad Roshti Mohsen.(2009). *Analysis of access levels and location of health service centers using GIS: Case study; Hospitals in Zanzan province*. Regional Geomatics Conference. SID. <https://sid.ir/paper/809101/en> [In Persian]
- Heidari Chiyaneh Rahim, Mohammadi Torkamani Hojjat, Vaezi Mousa.(2017). An analysis of spatial justice and health-related land uses based on GIS: Case study: Tabriz metropolis. *Hospital*, 3(16), 19-29. [In Persian]
- Hosseinian Farokh, Etemad Giti, Haeri Mohammad Reza.(2004). *Urbanization in Iran*, Agah Publications, Fourth Edition. [In Persian]
- Ibrahimzadeh Eisa, Zarei Shokrallah.(2012). An analysis of the optimal location of health-care centers using Geographic Information Systems (Case study: Firuzabad city). *Geography* (Scientific Quarterly of the Geographic Association of Iran), 10(35), 83-104. [In Persian]
- Jolayi Hassan, Afzarkazerooni Parvin, Khabiri Atousa, Sayadi Mehrab, Moradi Fariba.(2010). Examining the access status of marginalized populations to health-care services in Shiraz city. (Knowledge and Health in Basic Medical Sciences (Journal of Knowledge and Health), 5(Special Issue of the Sixth Congress of Epidemiology in Iran), 105-105. SID. <https://sid.ir/paper/454835/en> [In Persian]
- Khakpour Barati Ali, Khodabakhshi Zahra, Ebrahimi Gozlu Mirma'zum.(2012). Location of treatment centers using GIS and the multi-criteria evaluation method AHP: Region two of Nishapur city. *Geography and Regional Development*, 2(10), -. doi: 10.22067/geography.v0i0.23232 [In Persian]
- Mofrad Benab Mojtaba, Majnooni Totakhaneh Ali, Soleimani Alireza, Aftab Ahmad.(2018). Evaluating and analyzing the sustainability status in metropolises, Case study: The ten districts of Tabriz city. *Quarterly Journal of Geographical Research*, 33(1), Spring, 0312, Continuous Number 078. [In Persian]
- Mohammadi Alireza, Hashemi Masoum Abad Reza.(2020). Examining and analyzing the level of access of neighborhoods in Ardabil city to urban services (health-care centers), *Health and Hygiene*, 3(11), 367-383. [In Persian]

- Moteqi Afshin, Moteqi Samira.(2013).Examining the spatial and locational development of health and medical services in various provinces of Iran.*Studies in Social Development of Iran*, 2(5), 83-89.SID.<https://sid.ir/paper/231937/en> [In Persian]
- Piri Eisa, Hosseinzadeh Akbar, Moradi Mofrad Samira.(2018).Optimal location and spatial organization of hospitals using Geographic Information Systems (GIS) (Case study: Ahvaz city).*Scientific Journal of Geography and Planning*, 64(22), 35-57.[In Persian]
- Rojati Fatemeh, Kamali Mohammad, Parvizi Sarvar.(2011).Explaining the experience of access to health services: A qualitative study.*Iranian Journal of Epidemiology*, 7(2), 17-24.SID.<https://sid.ir/paper/120734/en> [In Persian]
- Roustai Shahrivar, Babaei Eli Naz, Kamali Far Zahra.(2013).Evaluating spatial justice in the distribution of urban services.Case study: Tabriz metropolis.*Geographical Space Planning*, 3(10), 82-101.[In Persian]
- Safari Karam, Abdollahzadeh Taraf Akbar, Mousavi Mirsaeed, Farahmandi Asl Mahsa.(2021).Evaluating the criteria of spatial justice in the spatial distribution of health-care services in Iranian-Islamic cities; Case study: Urmia.*Geographical Research*, 3(36), 341-355.SID.<https://sid.ir/paper/1061901/en> [In Persian]
- Sahraian Zahra, Zangi Abadi Ali, Khosravi Faramarz.(2013).Spatial analysis and location of health-care centers and hospitals using GIS: Case study: Jahrom city.*Scientific and Research Quarterly of Geographical Space*, 3(43), 153-170.[In Persian]
- Salehi Rahman, Mansour Rezaali.(2005).Spatial organization of educational facilities (secondary level) in Zanjan city using GIS, *Journal of Geographical Research*, No.52.[In Persian]
- Saraei Mohammad Hossein, Komaei Zadeh Yaqoub.(2013).Determining the level of development of the counties of Yazd province in terms of access to health and medical centers using the Morris model.*Environmental Planning*, 22(6), 63-80.SID.<https://sid.ir/paper/130673/en> [In Persian]
- Shaali Jafar.(2000).Spatial distribution of health and medical service centers in urban areas of Tehran.*Geographical Research*, 38(32), 19-31.SID.<https://sid.ir/paper/357557/en> [In Persian]
- Shahabian Pouyan, Parsa Shaghayegh.(2022).Optimal location of health-related land use (hospital) using a combined Boolean model and genetic algorithm: Case study: District 17 of Tehran municipality.*Scientific and Research Quarterly of New Perspectives in Human Geography*, 14(4), 1-26.[In Persian]
- Shojaian Ali, Rahimpour Negar.(2018).Evaluating the suitability of lands for health-care centers using CF analysis (Case study: Districts one and eight of Ahvaz city).*Geography and Urban-Regional Planning*, 8(28), 111-130.doi: 10.22111/gaij.2018.4167 [In Persian]
- Shomai Ali, Jan Babanzadeh Mohammad Hossein, Zamani Zahra.(2015).Evaluating urban land use indicators with an emphasis on the desirable per capita of a healthy city: Case study: Babol city.*Scientific Journal of Geography and Planning*, 19(54), 143-170.[In Persian]
- Shourche Mahmoud.(2022).Urbanization of community-nature relations in the Anthropocene era, towards the political ecology of cyborg cities, *Sustainable Environmental Development*, 4(6), 158-177, doi: 10.52547/sdge.4.6.158 [In Persian]
- Taghavi Masoud, Davood Azizi.(2008).*Planning and crisis management with an emphasis on the facilities of services and the location of health and medical centers*, Kankash Publications, Isfahan, First Edition.[In Persian]
- Taghavi Masoud, Varathi Hamid Reza, Bahman Orouman Mozaffar.(2012).Examining the distribution of medical uses and its impact on urban traffic using the AHP model (Case study: Downtown Kermanshah), *Journal of Traffic*, 9(17), 7-35.[In Persian]

- Taghvaei, M., & Shahivandi, A.(2011).Spatial distribution of health services in Iranian cities.*Social Welfare Quarterly*, 10(39), 33-54.[In Persian]
- Ziyari Karamatollah, Safaei Rineh Mostafa, Arvin Mahmoud.(2016).Evaluating the spatial distribution of health-care services and providing an optimal distribution model: Case study: Khuzestan province.*Geography and Urban-Regional Planning*, 19(6), 71-90.doi: 10.22111/gaij.2016.2494 [In Persian]
- Amato, P.R.(2014).The consequences of divorce for adults and children: An update.*Društvena istraživanja-Časopis za opća društvena pitanja*, 23(01), 5-24.
- Angel, S.(2015).*Making room for a planet of cities*.In *The City Reader* (pp.581-594).Routledge.
- Bagheri, N., Benwell, G.L., & Holt, A.(2005).*Measuring spatial accessibility to primary health care*. In 17th Annual Colloquium of the Spatial Information Research Centre (SIRC 2005: A Spatio-temporal Workshop).
- Banerjee-Guha, S.(2009). Neoliberalising the'urban': New geographies of power and injustice in Indian cities. *Economic and political weekly*, 95-107.
- Basu, S., Andrews, J., Kishore, S., Panjabi, R., & Stuckler, D.(2012).Comparative performance of private and public healthcare systems in low-and middle-income countries: a systematic review.*PLoS medicine*, 9(6), e1001244.
- Bobic, N., & Haghighi, F.(2024).*The Routledge Handbook of Architecture, Urban Space and Politics*, Volume II: Ecology, Social Participation and Marginalities.Taylor & Francis.
- Bourdieu, P.(2018). *The forms of capital*.In *The sociology of economic life* (pp.78-92).Routledge.
- Chitewere, T., Shim, J.K., Barker, J.C., & Yen, I.H.(2017).How Neighborhoods Influence Health: Lessons to be learned from the application of political ecology.*Health & place*, 45, 117-123.
- Cohen, B.(2006).Urbanization in developing countries: Current trends, future projections, and key challenges for sustainability.*Technology in society*, 28(1-2), 63-80.
- Connolly, C., Keil, R., & Ali, S.H.(2021).Extended urbanisation and the spatialities of infectious disease: Demographic change, infrastructure and governance.*Urban studies*, 58(2), 245-263.
- Corburn, J.(2004).Confronting the challenges in reconnecting urban planning and public health.*American journal of public health*, 94(4), 541-546.
- Cutler, D.M., & Lleras-Muney, A.(2006).*Education and health: evaluating theories and evidence*.In: National bureau of economic research Cambridge, Mass., USA.
- Desmond, M.(2017).*Evicted: Poverty and profit in the American city*. Crown.
- DeWalt, D.A., Berkman, N.D., Sheridan, S., Lohr, K.N., & Pignone, M.P. (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of general internal medicine*, 19, 1228-1239.
- Douglas, I. (2012). Urban ecology and urban ecosystems: understanding the links to human health and well-being.*Current Opinion in Environmental Sustainability*, 4(4), 385-392.
- Draper, N.R., & Smith, H.(1998). *Applied regression analysis* (Vol.326).John Wiley & Sons.
- Farmer, P.(2016). *Social inequalities and emerging infectious diseases*. Understanding and applying medical anthropology, 118-126.
- Fischler, R.(1998). Health, safety, and the general welfare: Markets, politics, and social science in early land-use regulation and community design.*Journal of Urban History*, 24(6), 675-719.
- Fox, J.(2015). *Applied regression analysis and generalized linear models*. Sage publications.

- Frank, L.D., & Engelke, P.O.(2001).The built environment and human activity patterns: exploring the impacts of urban form on public health.*Journal of planning literature*, 16(2), 202-218.
- Geiselhart, K., & Spenger, D.(2023).Environmental microsegregation: Urban renewal and the political ecology of health.*Urban Planning*, 8(1), 296-311.
- Glaeser, E.L., & Gyourko, J.(2005).Urban decline and durable housing.*Journal of political economy*, 113(2), 345-375.
- Hall, C.M., & Page, S.J.(2014). *The geography of tourism and recreation: Environment, place and space*.Routledge.
- Harper, J.(2004).Breathless in Houston: a political ecology of health approach to understanding environmental health concerns. *Medical Anthropology*, 23(4), 295-326.
- Harris, P., Friel, S., & Wilson, A.(2015).‘Including health in systems responsible for urban planning’: a realist policy analysis research programme. *BMJ open*, 5(7), e008822.
- Hartig, T., Mitchell, R., De Vries, S., & Frumkin, H.(2014). Nature and health. *Annual review of public health*, 35(1), 207-228.
- Health, W.C.o.S.D.o., & Organization, W.H.(2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report*. World Health Organization.
- Herbig, B., Dragano, N., & Angerer, P.(2013).Health in the long-term unemployed.*Deutsches Ärzteblatt International*, 110(23-24), 413.
- Heynen, N., Perkins, H.A., & Roy, P.(2006).The political ecology of uneven urban green space: The impact of political economy on race and ethnicity in producing environmental inequality in Milwaukee.*Urban Affairs Review*, 42(1), 3-25.
- Jackson, L.E.(2003).The relationship of urban design to human health and condition.*Landscape and urban planning*, 64(4), 191-200.
- Jackson, P., & Neely, A.H.(2015).Triangulating health: Toward a practice of a political ecology of health.*Progress in Human Geography*, 39(1), 47-64.
- King, B.(2010).Political ecologies of health.*Progress in Human Geography*, 34(1), 38-55.
- Kutner, M.H., Nachtsheim, C.J., Neter, J., & Li, W. (2005). *Applied linear statistical models*. McGraw-hill.
- Leach, M., MacGregor, H., Scoones, I., & Wilkinson, A.(2021).Post-pandemic transformations: How and why COVID-19 requires us to rethink development. *World development*, 138, 105233.
- Leeson, G.W.(2018).The growth, ageing and urbanisation of our world.*Journal of Population Ageing*, 11, 107-115.
- Lens, M.C.(2022).Zoning, land use, and the reproduction of urban inequality.*Annual Review of Sociology*, 48, 421-439.
- Lorenc, T., Petticrew, M., Whitehead, M., Neary, D., Clayton, S., Wright, K., Thomson, H., Cummins, S., Sowden, A., & Renton, A.(2014).Crime, fear of crime and mental health: synthesis of theory and systematic reviews of interventions and qualitative evidence.*Public Health Research*, 2(2), 1-398.
- Maantay, J.(2002).Zoning law, health, and environmental justice: What’s the connection? *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30(4), 572-593.
- McKinnon, I., Hurley, P.T., Myles, C.C., Maccaroni, M., & Filan, T.(2021). *Uneven urban metabolisms: Toward an integrative (ex) urban political ecology of sustainability in and around the city*. In *Geographic Perspectives on Urban Sustainability* (pp.86-111).Routledge.

- Montgomery, D.C., Peck, E.A., & Vining, G.G.(2021). *Introduction to linear regression analysis*. John Wiley & Sons.
- Neely, A.H., & Nading, A.M.(2017). Global health from the outside: The promise of place-based research. *Health & Place*, 45, 55-63.
- Nichols, C.E., & Del Casino Jr, V.J.(2021). Towards an integrated political ecology of health and bodies. *Progress in Human Geography*, 45(4), 776-795.
- Northridge, M.E., Sclar, E.D., & Biswas, P.(2003). Sorting out the connections between the built environment and health: a conceptual framework for navigating pathways and planning healthy cities. *Journal of urban health*, 80, 556-568.
- Parizeau, K.(2015). Urban political ecologies of informal recyclers' health in Buenos Aires, Argentina. *Health & place*, 33, 67-74.
- Patz, J.A., Daszak, P., Tabor, G.M., Aguirre, A.A., Pearl, M., Epstein, J., Wolfe, N.D., Programme, U.N.H.S.(2010). *State of the world's cities 2010/2011: Bridging the urban divide*. Earthscan.
- Rencher, A.C., & Schaalje, G.B.(2008). *Linear models in statistics*. John Wiley & Sons.
- Richmond, C., Elliott, S.J., Matthews, R., & Elliott, B.(2005). The political ecology of health: perceptions of environment, economy, health and well-being among 'Namgis First Nation. *Health & place*, 11(4), 349-365.
- Robin, E., & Acuto, M.(2018). Global urban policy and the geopolitics of urban data. *Political Geography*, 66, 76-87.
- Rostang, O.(2020). *Identifying Optimal Locations for Urban Green Infrastructure to Reduce Health Inequalities: A GIS-Based Approach to combine Health, Land-use, Socioeconomics and Ecosystem Services in Stockholm*. In.
- Sampson, R.J., & Groves, W.B.(1989). Community structure and crime: Testing social-disorganization theory. *American journal of sociology*, 94(4), 774-802.
- Schwab, E.(2018). Spatial justice and informal settlements: Integral urban projects in the Comunas of Medellín. Emerald Publishing Limited.
- Seber, G.A., & Lee, A.J.(2003). *Linear regression analysis*. John Wiley & Sons.
- Silver, J.(2015). Disrupted infrastructures: An urban political ecology of interrupted electricity in Accra. *International Journal of Urban and Regional Research*, 39(5), 984-1003.
- Swyngedouw, E., & Heynen, N.C.(2003). Urban political ecology, justice and the politics of scale. *Antipode*, 35(5), 898-918.
- Swyngedouw, E., & Kaika, M.(2014). Urban political ecology. Great promises, deadlock... and new beginnings? *Documents d'anàlisi geogràfica*, 60(3), 459-481.
- UN, H.(2016). *Urbanization and development: Emerging futures*. In: UN-Habitat Nairobi, Kenya.
- Zimmer, A.(2010). *Urban political ecology: Theoretical concepts, challenges, and suggested future directions*. *Erdkunde*, 343-354.