

بررسی وضعیت خودبستگی و سلامت شهری و ارائه راهکارهای محتمل در شرایط

اپیدمی کووید-۱۹ (مطالعه موردی: شهر جیرفت)

زهرا فضلی گروه^a، عیسی پیری^b، امیررضا خاوریان گرمساری^c و احمد پورا احمد^d

^a دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه زنجان، ایران

^b استادیار گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه زنجان، ایران

^c استادیار گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشکده جغرافیا، دانشگاه اصفهان، ایران.

^d استاد گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران، ایران.

Analyzing the status of self-sufficiency and urban health and presenting possible solutions in the conditions of the COVID-19 epidemic (Case study: Jiroft city)

Afzali Goruh, Z^a; Piri, I^b. Khavarian-Garmsari. A^c. Pour Ahmad.A^d

^a P. HD of Geography & Urban Planning, Zanjan University, Zanjan, Iran.
Zahra_afzali@znu.ac.ir ID 0000-0002-3028-6025

^b Assistant Professor of Geography & Urban Planning, Zanjan University, Zanjan, Iran. isapiri@znu.ac.ir

^c Assistant Professor of Geography & Urban Planning, Esfahan University, Esfahan, Iran.
a.khavarian@geo.ui.ac.ir

^d Professor of Geography & Urban Planning, Tehran University, Tehran, Iran.
Apoura@ut.ac.ir

(عیسی پیری)، isapiri@znu.ac.ir؛ رایانامه: نویسنده مسئول: زنجان، ایران، کد پستی: ۳۸۷۹۱-۴۵۳۷۱

اول تحت عنوان «تبیین مدلی جهت مدیریت بحران‌های اپیدمیک برپایه رویکرد شهر سالم: نمونه موردی بیماری کووید ۱۹ در * این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده شهر جیرفت» در حال انجام است.

*Corresponding author at: Zanjan University, P.C: 47166-39469, zanjan, Iran. E-mail address: isapiri@znu.ac.ir (Piri.I).

چکیده

ساختار شهرها باید علاوه بر تأمین نیازهای روزانه، ظرفیت پایه‌ای برای پاسخ به شرایط اضطراری را داشته باشد. هدف از پژوهش حاضر ارائه تصویری جامع از وضعیت خودبستگی سلامت شهری در جیرفت در بعد ناحیه و ارائه راهکارهای محتمل برای پاسخ‌دهی به شرایط اضطراری در شرایط کووید-۱۹ می‌باشد. روش پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت جز تحقیقات توصیفی-تحلیلی می‌باشد. گردآوری داده‌ها به شیوه اسنادی با استفاده از آمار شیوع کووید-۱۹ شهر جیرفت تا دی‌ماه (۱۴۰۰) و طرح جامع شهر جیرفت (۱۳۹۵) و میدانی مصاحبه انجام شده است. جامعه آماری تحقیق شامل نواحی پنج‌گانه شهر بر اساس طرح جامع و متخصصین حاضر در یک جلسه هم‌اندیشی می‌باشند. در تحلیل داده‌ها از تکنیک تصمیم‌گیری چند معیاره EDAS و اهمیت و عملکرد IPA استفاده شده است. نتایج حاصل از تحقیق نشان می‌دهد شهر جیرفت به‌طور کل به‌عنوان یک محیط خودبسته عمل نکرده است. تنها ناحیه دو به دلیل تمرکز مؤلفه‌های سلامت شهری توانسته است در برابر اپیدمی خودبسته باشد؛ و راهکارهای جابجایی مطب دکترها از خیابان رجایی در خیابان‌های فرعی، قرار دادن انتظامات فعال و اخذ بودجه مجزا برای هر سازمان به‌عنوان مقابله با بیماری‌های اپیدمی به‌عنوان محتمل‌ترین راهکار با توجه به شرایط شهر جیرفت شناخته شده‌اند.

کلیدواژگان: سلامت شهری، خودبستگی، کووید-۱۹، شهر جیرفت

۱- مقدمه

بیماری همه‌گیر کروناویروس باعث مرگ‌ومیرهای متعددی در سراسر جهان شده است و بر همه حوزه‌های زندگی، تأثیر گذاشته است (بروکس، وبستر، اسمیت، وودلند، وسلی، گرینبرگ و روبین؛ ص. ۹۱۳، ۲۰۲۰؛ فیوریلوو و گوروود؛ ص. ۱-۲، ۲۰۲۰؛ مورنو، وایکس، گالدیسی، نوردنتفت، جونز آرانگو؛ ص. ۴۱۴؛ پاتریک، هنکهاوس، زیکافوس، لاول، هالورسون، لوچ و دیویس؛ ص. ۲-۴، ۲۰۲۰؛ وایت و ون در بور؛ ص. ۲۰۲۰، ۱-۴). مسائل مربوط به شهرهای امروز کشور از نظر طراحی و ساختار اقتصادی و فرهنگی، برای مواجهه با کرونا بدین گونه می‌باشد که با نگاه به شهر به عنوان یک موجود زنده و رشد یابنده، بیماری‌های همه‌گیر همواره به عنوان واسطه و نقطه عطف تغییرات و تدابیر مدنظر بوده‌اند، با توجه به اینکه امروزه ۵۶ درصد از جمعیت جهان، شهرنشین هستند و این آمار تا سال ۲۰۵۰ تا ۶۷ درصد افزایش خواهد یافت، مسئله این است در شرایط حاضر تا چه حد آماده‌ایم به مقابله با کووید-۱۹ همگام به دیگر مسائل پردازیم (سالاری سردری و کیانی، ۱۳۹۹، ص. ۵). جغرافیدانان حوزه بهداشت-درمان و پزشکی برای دستیابی به درک سیستماتیک از سلامت، عوامل سیاسی- اقتصادی شکل‌دهنده توزیع مکانی بیماری را بررسی کرده‌اند (هاگت؛ ۱۹۹۴، ص. ۹۳-۹۲؛ کرنز؛ ۱۹۹۳، ص. ۱۴۰؛ مایر؛ ۱۹۹۶، ص. ۴۴۸-۴۴۳).

توانایی شهرها در پاسخگویی به کووید-۱۹ با ارائه خدمات و سیستم‌های زیربنایی موجود و سرمایه‌گذاری آن‌ها در کاهش ریسک و آمادگی برای مقابله با بلایا تعیین می‌شود این نشان می‌دهد که قدرت و مدت‌زمان تأثیرات کووید-۱۹ نه تنها توسط تراکم جمعیت شهر تعیین می‌شود، بلکه ظرفیت و آمادگی محلی برای مقابله با چنین بحران‌های، توسط زیرساخت‌ها و سیستم‌های ارائه خدمات و منابع عملکردی نیز تعیین می‌شود (گروه بانک جهانی؛ ۲۰۲۰). کشوری باید به دنبال راه‌حل‌های منطقی، منعطف و مؤثر، تحت شرایط سازمانی خویش باشد (مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهر تهران، ۱۳۹۹، ص. ۷-۴).

اپیدمی‌ها از نظر تاریخی، برنامه‌ریزی شهری را برای سازگاری شهرها با بیمارهای واگیر تحت فشار قرار داد به طوری که شهرها باید بسیار مقاوم‌تر از بیماری‌های همه‌گیر باشند (ابوسادا و الشاطر؛ ۲۰۲۰، ص. ۲-۱).

^۱Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely, Greenberg, & Rubin.

^۲Fiorillo and Gorwood

^۳Moreno, Wykes, Galderisi, Nordentoft, Jones, & Arango

^۴Patrick, Henkhaus, Zickafoose, Lovell, Halvorson, Loch, & Davis

^۵White and Van Der Boor

^۶Haggett

^۷Kearns

^۸Mayer

^۹WORK BANK GROUP

^{۱۰}Abusaada & Elshater

هنگام گسترش اپیدمی، هر شهری باید ابتدا برای نجات خویش به خود متکی باشد و تنها زمانی حمایت خارجی برایش لازم می‌شود که ظرفیت شهر برای رویایی با شیوع اپیدمی دیگر کافی نباشد. از منظر بهسازی و توسعه شهری، توانایی شهر برای پاسخ به یک شیوع، به ثبات و سالم بودن امکانات موجود برای سلامت و بهداشت عمومی، عقلانی بودن توزیع فضایی و سازگاری میان زیرساخت‌های مربوط به سلامت عمومی بستگی دارد؛ و اگر شهر ظرفیت مدیریتی و استراتژیک کافی داشته باشد، این امکان وجود دارد که با منابع موجودی که نسبتاً ناکافی است، به نتایج نسبتاً بهتری دست‌یافته شود و به عنوان یک شهر پاسخ‌ده عمل کند (مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهر تهران، ۱۳۹۹، ص ۴-۶).

در این راستا پژوهش حاضر ابتدا به ارزیابی وضعیت سلامت شهری در نواحی شهری جیرفت می‌پردازد و به دنبال آن راهکارهای محتمل جهت رسیدن به خودبسندگی در شرایط کنونی ارائه دهد، شهر جیرفت از آن جهت به عنوان قلمرو پژوهش حاضر برگزیده شده است که بر اساس آمار و اطلاعات موجود مختلف بر سلامت، در شرایط کنونی مرکز خدمات‌دهی به هفت شهرستان جنوب استان کرمان است و فاصله قابل‌ملاحظه‌ای با استاندارهای بهداشت جهانی دارد، جاذب جمعیت از شهرهای پیرامون خصوصاً در زمینه درمانی در شرایط کنونی، کمبود زیرساخت‌ها در بخش بهداشت و درمان در پاسخ‌دهی به نواحی شهری، تمرکز مؤلفه‌های سلامت در نقاط خاصی از شهر، عدم دسترسی یکسان ساکنین به خدمات و به دنبال آن طی کردن مسافت طولانی برای دسترسی به خدمات به دیگر نقاط شهر نبود، برنامه‌ریزی منسجم مدیریتی در جهت رفع این اختلالات و ... از جمله مواردی می‌باشند که پرداختن به مقوله سلامت و ارائه راهکارهای عملی شهری را در این شهر اجتناب‌ناپذیر نموده‌اند. از طرفی گنجانیدن و ارزیابی ظرفیت‌های موجود در سطح کارکردی- فضایی یک فرایند مهم برای شناسایی نقاط قوت و ضعف است که می‌تواند بر آمادگی، تشخیص و پاسخگویی به تهدیدات امنیت سلامت تأثیر بگذارد و در نهایت پایداری شهری را تقویت کند (ویلکینسون، ۲۰۲۰، ص ۵۰۴). از این رو پژوهش حاضر با طرح پرسش‌های اساسی در پی پاسخگویی به آن‌هاست. این پرسش‌ها عبارت‌اند از:

- شهر جیرفت تا چه میزان توانسته به عنوان یک محیط خودبسندگی در شرایط کوید-۱۹ عمل کند؟
- محتمل‌ترین راهکارهای برای رسیدن به یک محیط پاسخ‌ده به شرایط اپیدمی در جیرفت کدام‌اند؟

۲. پیشینه پژوهش

پیشینه تحقیق با در نظر گرفتن دو اصل مهم "سلامت شهری و کووید-۱۹" بررسی می‌شود: شیرمحمدی و همکاران (۱۴۰۰) به تبیین الگوی تاب‌آوری شهر در مقابله با بلایای بیولوژیکی و بیماری واگیردار کووید-۱۹ پرداخته‌اند. نتایج حاکی از آن است که رابطه مؤلفه فرهنگی-اجتماعی و تاب‌آوری در مقابل بیماری‌های اپیدمیک بیشتر و در مقابل با مؤلفه مدیریتی-فرهنگی داری کمترین ارتباط بوده است. مجتوبی و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای شناسایی و دسته‌بندی مشکلات موجود در فضای مسکونی در دوران کرونا و پساکرونا پرداخته‌اند. روش این پژوهش، ترکیبی می‌باشد و در دو بخش کیفی و کمی انجام گرفته است. در بخش اول که ماهیت کیفی دارد، با مرور پیشینه و پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه‌ی روان‌شناسی محیط و سلامت، به استخراج مدل مفهومی اولیه‌ی پژوهش (ارائه‌ی مؤلفه‌های مؤثر بر ارتقاء سلامت) پرداخته شده است. در بخش دوم، مؤلفه‌ها و شاخص‌های به دست آمده، توسط متخصصین حوزه‌ی معماری و روان‌شناسی موردسنجش قرار گرفته، مدل نهایی ارائه و در نمونه‌ی مورد مطالعه به وسیله‌ی پرسشنامه بررسی شده است. خمرنیا و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر کرونا ویروس بر تشدید چالش‌های حوزه سلامت پرداخته‌اند. در این راستا مشکلات و چالش‌های حوزه سلامت و درمان را در استان‌های کم برخوردار را در دو گروه عوامل درونی و عوامل بیرونی نظام سلامت کشور دسته‌بندی نموده‌اند. سالاری سردری و کیانی (۱۳۹۹) در مقاله‌ای بر اساس نظریات متعارف جغرافیای پزشکی و اثرات فضایی پخش بیماری‌ها و همچنین اثرات کالبدی-فیزیکی/ساختاری در فضاهای شهری و تبیین آینده‌نگری به تحلیل وضعیت ساختار شهری و ویروس کرونا در دو شهر زابل و عسلویه پرداخته‌اند.

موراتیدیس و یاناکو^۱ (۲۰۲۲) در مطالعه‌ای به ارزیابی نقش محیط ساخته‌شده شهری در سلامت و رفاه به‌طور قابل توجهی در دوره کووید-۱۹ در مقایسه با قبل از اپیدمی پرداخته‌اند؛ تیان، ان، چن و تیان^۲ و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه خود نشان دادند شاخص سلامت کیفیت، شاخص سلامت کیفیت هوا، سطح ازدحام شهری و سطح غلظت دی‌اکسید و نیتروژن و با دوره اپیدمی ارتباط زیادی داشت. لیو^۳ (۲۰۲۰) به عواقب شیوع و گسترش ویروس در شهرهای متمرکز است؛ و شیوع کووید-۱۹ جدید را به‌عنوان یک چالش اساسی در مدیریت و برنامه‌ریزی شهری تلقی می‌کند. کانلی، کیل و علی^۴ و همکاران (۲۰۲۰) و به دنبال پژوهش درباره فضاهای سالم و ناسالم هستند و به این نکته توجه دارند که چگونه الگوها شهرنشینی فزاینده می‌تواند بر شیوع احتمالی و مکانیسم‌هایی که از طریق آن می‌توان چنین خطراتی را کاهش داد تأثیر بگذارد.

¹Moratidis & Yanako

²Tian, An, Chen, & Tian

³Liu

⁴Connolly, Keil, & Ali

میشرا و همکاران (۲۰۲۰) به بررسی تأثیرات جهانی همه‌گیر قبل و بعد از کووید-۱۹ پرداخته‌اند؛ و اذعان داشته‌اند در سطح جهان، کووید-۱۹ نه تنها بر سلامت عمومی اجتماعی تأثیر گذاشته بلکه از نظر اقتصادی نیز به شدت تأثیر گذاشته است. کاهش قابل توجهی در درآمد، افزایش بیکاری و حواس‌پرتی در حمل‌ونقل، امکانات و بخش‌های صنعتی از مهم‌ترین نگرانی‌های ناشی از کاهش بیماری همه‌گیر است.

در مقاله حاضر با بهره‌گیری از برخی از رهیافت‌ها تحقیقات پیشین در این زمینه، سعی دارد با استفاده از روش تحلیل اسنادی متکی بر روش میدانی به شناسایی وضعیت سلامت و خودبستگی شهری پردازد؛ و درعین حال به تبیین و ارائه راهبردهایی جهت بهبود وضعیت حین بحران پردازد.

۳. مبانی نظری پژوهش

بر اساس برآورد اپیدمیولوژیک، میزان مرگ‌ومیر ناشی از کووید-۱۹ تقریباً ۲٪ است. با این حال، آنچه باعث نگرانی در مورد این بیماری می‌شود، میزان بالای انتقال از افراد آلوده و انتقال انسان به انسان که عامل اصلی شیوع سریع ویروس می‌باشد (رضابخش، علا و حسن پور خدایی، ۲۰۲۰، ص. ۳-۱). شهر مکان تجربه مدرنیته و محل تولید و عرضه دستاوردهای بشر می‌باشد. نوگرایی شهری، علاوه بر افزایش امکانات و خدمات شهری رفاه شهروندان را بهبود می‌بخشد و بخشی از تهدیدهای شهرهای سنتی را کم می‌کند و شهرهای امروزی را به مکان‌های پرمخاطره تبدیل می‌کند. مخاطراتی که با تهدیدها و خطرهای دوره‌های قبل از مدرنیته تفاوت دارد (قاسمی، ۱۳۹۹، ص. ۲۲۹). مخاطره یعنی نگرانی بزرگ جامعه درباره تطابق با خطرات زندگی مدرن می‌باشد (ایمانی جاجرمی، ۱۳۸۷، ص. ۱۲۷). شیوع کرونا یک بحران جهانی است و علاوه بر اثرات زیستی باید در انتظار اثرات اقتصادی ناشی از آن بود، تأثیرات اجتماعی و روانی آن تا مدت‌ها گریبان‌گیر شهرها خواهد بود (حائری، ۱۳۹۹، ص. ۲۵۷).

در برنامه‌ریزی شهر سالم، برنامه ریزان شهری بیشتر به سلامت انسان توجه می‌کنند و اهداف سلامتی و تندرستی انسان را در مرکز فرآیند تصمیم‌گیری خود قرار می‌دهند. این نوع برنامه‌ریزی کمک می‌کند که اقتصاد سالم، محیط سالم و اجتماع سالم ایجاد شود (شیخ‌زاده، محمدی و شاه‌یوندی، ۱۳۹۷، ص. ۹۹). ایده‌های شهرهای سالم یک خلاقیت و ابتکار در ارتقا سلامت و بهداشت، برنامه‌ریزی شهری، حفظ اکوسیستم شهری و حرکت به سوی تمرکززدایی از بخش‌های حکومتی و دولتی به سوی فعالیت بین بخشی و مشارکت

¹Mishra

²Rezabakhsh, Ala & Hassanpour Khodaei

اجتماعی است. در ایران با گسترش شهرنشینی، مشکلات فراوانی از جمله در حوزه زیست‌محیطی و بهداشتی برای شهروندان به وجود آمده است. از این رو، ضرورت توجه به رویکرد شهر سالم به عنوان یکی از رویکردهای مهم در مطالعات شهری و روستایی و حتی در مقیاس ملی الزامی است. این رویکرد به بررسی کیفیت زندگی افراد یک جامعه از بعد زیست‌محیطی، سلامت جامعه، محیط زندگی فردی و اجتماعی، رفاه اجتماعی و ... می‌پردازد (مختاری و ایلائلو، ۱۳۹۸، ص. ۲۹۸).

خودبستگی به معنای بی‌نیازی، استغنا، خودکفایی و خودبسایی استف توانایی تامین تمامی احتیاجات بدون کمک گرفتن از دیگران تعریف شده است. در واقع در این نگاه، شهر به عنوان یک ارگانیزم زنده تلقی می‌شود. به این معنی که طراحی آن بر اساس سایت و موقعیت قرارگیری آن صورت گرفته و طرح هوشمندانه به ویژگی‌های اجتماعی، فرهنگی، زیرساختی و اقتصادی پیرامونش پاسخ می‌دهد. در این بین پرسش‌هایی به ذهن متبادر می‌شود نظیر: آیا می‌توان به تعریف جامعه خودبسته رسید؟ رشد جوامع بشری را می‌توان آغازی بر تفکر اجتماعات خودبسته دانست چرا که محیط پیرامون به علت فعالیت‌های صنعتی و انسانی در معرض آسیب و تهدید قرار گرفته بود. در یک تعریف کلی می‌توان این گونه بیان داشت که زیست‌بوم‌ها خود بسته، اکوسیستم‌هایی هستند که غذا و پناهگاه را بدون استفاده از منابع بیرونی، برای انسان و سایر ارگانیزم‌ها ایجاد می‌کنند (ظفرمند و کلانتری، ۱۳۹۳: ۲).

۴. روش‌شناسی تحقیق

۴.۱ روش انجام پژوهش

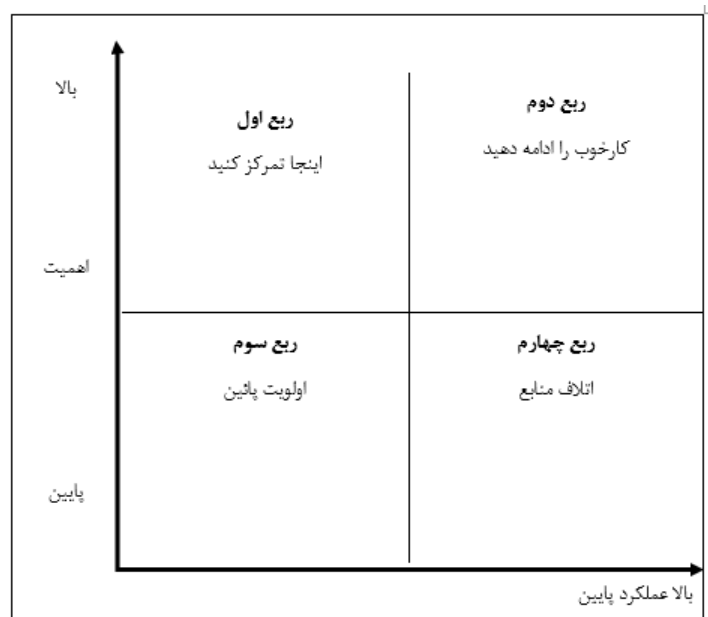
تحقیق حاضر بر مبنای هدف، از نوع تحقیقات کاربردی و بر اساس ماهیت و روش توصیفی - تحلیل می‌باشد. جامعه آماری تحقیق شهر جیرفت می‌باشد، جمع‌آوری داده‌ها با توجه به دو هدف بودن تحقیق برای هدف اول ارزیابی خودبستگی: به شیوه اسنادی و کتابخانه‌ای با استفاده از آمار شیوع کرونا و ویروس شهر جیرفت تا دی‌ماه (۱۴۰۰) و طرح جامع شهر جیرفت (۱۳۹۵) و همچنین کنترل و به‌روز کردن این داده‌ها از طریق بازدید میدانی صورت گرفته است. جامعه آماری پژوهش شامل نواحی پنج‌گانه شهر جیرفت، بر اساس طرح جامع مصوب سال ۱۳۹۸ است. شاخص‌های مورد استفاده، شش شاخص توزیع خدمات درمانی - بهداشتی و شیوع کرونا و ویروس در سطح نواحی شهر جیرفت است. با توجه به اینکه موضوع تحقیق بر پدیده نوظهور کووید را بررسی می‌کند و هدف تحقق بررسی وضعیت سلامت و خودبستگی است سعی شده است متغیرهای دخیل داده شوند که مستقیماً در نمایش مسئله تحقیق نقش داشته باشند. شاخص‌های مورد مطالعه در تحقیق عبارت‌اند از: ۱. تعداد پایگاه‌های بهداشت و سلامت در شرایط کووید-۱۹ با توجه به

اینکه در شرایط اپیدمی وظیفه رسیدگی و پیگیری احوالات بیماران درگیر را دارا می باشند و نواحی از شهر جیرفت هستند از تعداد پایگاه‌ها بیشتری برخوردارند؛ ۲. سرانه درمانی و بهداشتی: هر چه سرانه بهداشتی و درمانی ناحیه بیشتر باشد دسترسی ساکنین به خدمات آسانتر است. ۳. جمعیت: در بررسی وضعیت برخورداری، سلامت، عدالت جمعیت یکی از مؤلفه‌های اصلی است که تعادل بین پراکنش خدمات و جمعیت یک کلیدی مطرح است؛ ۴. مساحت کاربری‌های درمانی: در شهرهای میانه و کوچک مساحت زیربنایی ساختمان‌های بهداشتی درمانی کم بوده است به طوری در دوره‌های که شیوع بالا است با کمبود فضای درمانی مواجه بوده ایم گاهی به علت مساحت پایین ساختمان‌ها شاهد استفاده از فضاهای بیرون ساختمان‌های درمانی بوده ایم؛ ۵. درصد واکسیناسیون بالای ۱۲ سال: نشان از سلامت شهری دارد ۶. تعداد موارد مثبت درگیری: به عنوان یک مؤلفه منفی نشان از عدم پاسخ‌دهی و خودبستگی محیط دارد؛

و جهت جمع‌آوری داده‌های هدف دوم ارائه محتمل‌ترین راهکارها در شرایط اضطراری کووید-۱۹ از روش پرسشنامه استفاده شده است که تعداد پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده بستگی به تعداد کارشناسان حاضر در جلسه هم‌اندیشی ستاد مبارزه با کووید-۱۹ دارد؛ که ۱۰ پرسشنامه تکمیل یافته جمع‌آوری شد. در تحلیل داده‌ها از تکنیک تصمیم‌گیری چند معیاره IDAS و تحلیل عملکرد IPA استفاده شده است. ابتدا با استفاده از تکنیک ایداس، چگونگی توزیع خدمات شهری در سطح نواحی شهر جیرفت محاسبه و رتبه‌بندی شده‌اند. شده است. سپس با بهره‌گیری از مدل تحلیل عملکرد IPA محتمل‌ترین راهکارها مدیریت شرایط اضطراری کووید-۱۹ شناسایی شده است. تکنیک (EDAS) به معنی ارزیابی بر اساس فاصله از میانگین راه حل می‌باشد. در این روش گزینه‌های مساله بر اساس فاصله مثبت و منفی از یک راه حل متوسط ارزیابی می‌شوند. یک گزینه جایگزین که دارای مقادیر بالاتر از فواصل مثبت و مقادیر کمتر از فواصل منفی از راه حل متوسط باشد، با توجه به این روش، گزینه مطلوب‌تر است (پاکزاد، کریمی و وحدانی، ۱۴۰۰، ص. ۷-۴)؛ و تکنیک تحلیل عملکرد یک ابزار مدیریتی و ارزشیابی مشهور است که از طریق ایجاد تجسمی داده‌هایی که بازخورد قوری فراهم می‌کند، می‌تواند برای تصمیم‌گیری بهبودی سریع و اثربخش مورد استفاده قرار گیرد (سینسکالچی، ۲۰۰۸، ص. ۳۲). رویکرد سنتی به تحلیل اهمیت- عملکرد توسط ماتریس دو بعدی ساختاردهی می‌شود. این ماتریس از دو محور تشکیل شده است که محور عمودی آن اهمیت و محور افقی آن عملکرد می‌باشد این ماتریس به چهار ربع تقسیم می‌شود که با نام مدل ربعی^۲ تحلیل اهمیت و عملکرد شناخته می‌شود.

^۱Siniscalchi

^۲Quadrant Model

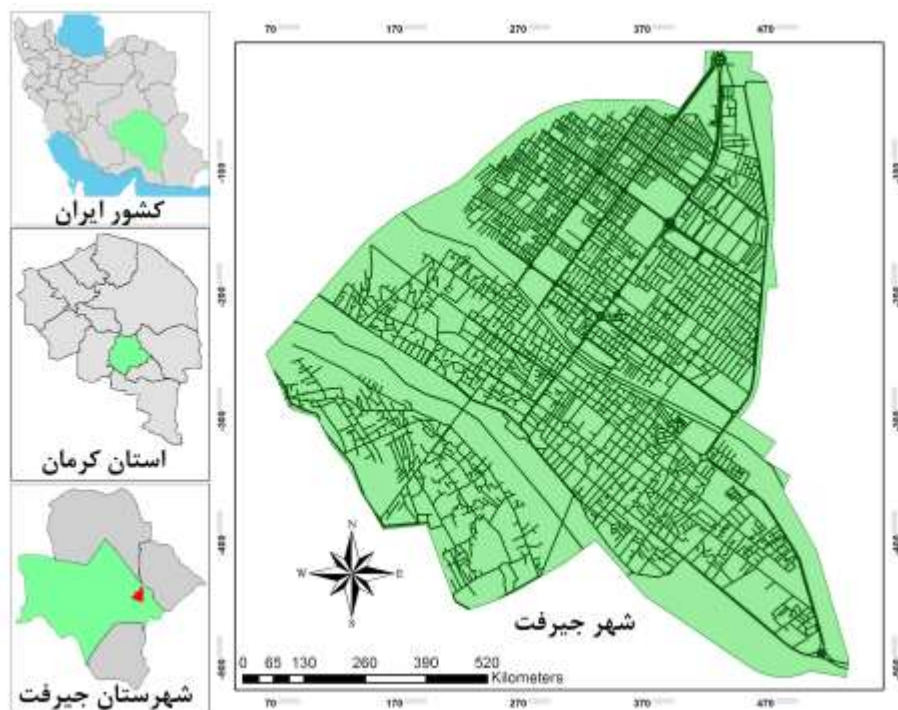


شکل ۲: ماتریس تحلیل عملکرد (IPA)

۳,۴ قلمرو پژوهش

شهر جیرفت دارای مساحتی برابر ۳۶۶۱,۸۳ هکتار می‌باشد. شهرستان جیرفت از شمال به شهرستان کرمان از جنوب به شهرستان کهنوج و شهرستان فاریاب، از شرق به بم و از غرب به شهرستان بافت مشرف می‌باشد این شهرستان دارای ۳ مرکز شهری، ۴ بخش، ۱۴ دهستان، ۷۶۲ آبادی دارای سکنه می‌باشد؛ و در موقعیت جغرافیایی $57^{\circ}44'13''$ طول شرقی و $28^{\circ}40'13''$ عرض شمالی و با ارتفاع متوسط ۶۹۰ متر از سطح دریا در جنوب شرق استان کرمان واقع شده است (غضنفر پور، صداقت کیش، سلیمانی دامنه و صباحی گراغانی، ۱۳۹۸، ص.۶). (شکل ۱). جمعیت این شهر مطابق آخرین سرشماری ۱۳۰۴۲۹ نفر می‌باشد (سرشماری نفوس و مسکن، ۱۳۹۵). دشت جیرفت با ارتفاع ۴۰۰ تا ۶۰۰ متر از سطح دریا از جمله کم ارتفاعترین دشت‌های داخل ایران است، در این شهرستان بزرگ‌ترین رودخانه منطقه مرکزی و جنوب شرقی فلات ایران به نام رودخانه هلیل رود جاری می‌باشد (گروه تهیه نقشه و GIS معاونت برنامه‌ریزی استانداری، ۱۳۹۵). از کل بستری‌های ناشی از کرونا و ویروس تا استان اوایل آذرماه ۱۴۰۰ در استان کرمان ۴۱۳۳۵ بستری و کل فوتی‌ها ۴۸۷۵ می‌باشد که شهر جیرفت کل بستری‌ها ۱۹۸۳ و کل فوتی ۱۳۷. یازده پایگاه سلامت و مرکز بهداشت در سطح پنج ناحیه شهری به خدمات‌دهی و پیگیری‌های عمومی و بیمارستان امام خمینی شهر جیرفت به

عنوان تنها بیمارستانی است که به بیماران حاد کرونایی خدمات می‌دهد (دانشگاه علوم پزشکی مرکز جیرفت، ۱۴۰۱).



شکل ۱: قلمرو جغرافیای شهر جیرفت (ترسیم: نگارندگان)

۵. یافته‌های تحقیق

۱،۵ بررسی تحلیل وضعیت سلامت شهری و خودبسندگی در نواحی شهر جیرفت در شرایط اپیدمی کووید-۱۹ با استفاده از تکنیک (EDAS)

این تکنیک در زمره روش‌های معیار گزینه‌ای می‌باشد یعنی هدف آن رتبه‌بندی گزینه‌های مسئله تصمیم‌گیری است. در این روش همچنین باید وزن معیارها نیز از قبل محاسبه شده باشد؛ که در این پژوهش با استفاده از تکنیک سوارا محاسبه گردیده است.

اولین‌ترین گام روش تشکیل ماتریس تصمیم است همان‌طور که در رابطه (۱) دیده می‌شود. ماتریس تصمیم این روش در واقع ارزیابی هر گزینه نسبت به هر معیار است. مشخص است تمام شاخص‌های این مرحله به طریقی کمی ارزیابی می‌شوند. از آنجایی‌که جمع‌آوری داده مورد نظر بر حسب حوزه‌های تفکیکی مراکز و پایگاه‌های بهداشت بوده‌اند به نواحی شهر جیرفت تطبیق داده شده‌اند. تمامی شاخص‌ها به جز شاخص درصد موارد مثبت ابتلا، مثبت و کمی می‌باشند. در ادامه در رابطه زیر میانگین

راه حل برای معیارها محاسبه می شود که در واقع همان میانگین داده ها برای هر ستون معیار می باشد. رابطه ۱:

$$AV = [AV_j]_{1 \times m}$$

where,

$$AV_j = \frac{\sum_{i=1}^n X_{ij}}{n}$$

جدول ۱- ماتریس نرمالیزه و همسان سازی داده ها

وزن	۰,۳۰۵	۰,۱۶۲	۰,۲۱۵	۰,۱۲۷	۰,۱۰۴	۰,۰۸۷
جهت	+	+	+	+	+	-
نواحی	C1	C2	C3	C4	C5	C6
A1	۰,۱۶۷	۰,۰۳۹	۰,۰۳۴	۰,۲۱	۰,۱۸۳	۰,۱۹۷
A2	۰,۱۶۷	۰,۰۶۴	۰,۸۲۹	۰,۲۰۵	۰,۲۳۱	۰,۲۹۴
A3	۰,۱۶۷	۰,۳۳۳	۰,۰۹۳	۰,۱۹۸	۰,۱۰۵	۰,۰۹۴
A4	۰,۳۳۲	۰,۰۱۶	۰,۰۲۸	۰,۱۸۲	۰,۳۰۱	۰,۲۷۷
A5	۰,۱۶۷	۰,۰۰۸	۰,۰۱۶	۰,۲۰۵	۰,۱۸	۰,۱۳۸
AV	۰,۲۰	۰,۲۰	۰,۲۰	۰,۲۰	۰,۲۰	۰,۲۰

در ادامه در این گام با استفاده از روابط زیر مقادیر فاصله مثبت از میانگین (PDA) است و فاصله منفی از میانگین (NDA) را محاسبه می کنیم. اگر معیار جنبه مثبت داشته باشد از رابطه (۲) استفاده می شود. جنبه مثبت یعنی افزایش معیار باعث سود گردد. رابطه (۲):

$$PDA_{ij} = \frac{\max(0, (X_{ij} - AV_j))}{AV_j}$$

$$NDA_{ij} = \frac{\max(0, (AV_j - X_{ij}))}{AV_j}$$

اگر معیار جنبه منفی داشته باشد از رابطه زیر استفاده می شود. جنبه منفی یعنی کاهش معیار باعث سود گردد.

رابطه (۳):

$$PDA_{ij} = \frac{\max(0, (AV_j - X_{ij}))}{AV_j}$$

$$NDA_{ij} = \frac{\max(0, (X_{ij} - AV_j))}{AV_j}$$

جدول ۲- ماتریس فاصله مثبت و منفی از میانگین

PDA	C1	C2	C3	C4	C5	C6
A1	۰,۰۰۲۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۲۶۰۰	۰,۰۹۸۰	۰,۰۰۰
A2	۰,۰۰۲۰	۲,۶۲۴۰	۳,۹۷۴۰	۰,۲۳۰۰	۰,۳۸۶۰	۰,۰۰۰
A3	۰,۰۰۲۰	۰,۹۹۸۰	۰,۰۰۰	۰,۱۸۸۰	۰,۰۰۰	۰,۴۳۶۰
A4	۰,۹۹۲۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۹۲۰	۰,۸۰۶۰	۰,۰۰۰
A5	۰,۰۰۲۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۲۳۰۰	۰,۰۸۰۰	۰,۱۷۲۰
NDA	C1	C2	C3	C4	C5	C6
A1	۰,۰۰۰	۰,۷۶۶	۰,۷۹۶	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۱۸۲
A2	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۷۶۴
A3	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۴۴۲	۰,۰۰۰	۰,۰۳۷۰	۰,۰۰۰
A4	۰,۰۰۰	۰,۹۰۴	۰,۸۳۲	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۶۶۲
A5	۰,۰۰۰	۰,۹۵۲	۰,۹۰۴	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰

سپس با استفاده از روابط زیر مقادیر SP و SN محاسبه می‌شود در واقع این گام وزن‌دار کردن مقادیر PDA و NDA مرحله قبل می‌باشد و باید وزن معیارها در این متغیرها ضرب شود وزن معیارها توسط تکنیک SWARA محاسبه شده‌اند. با استفاده از روابط زیر مقادیر SP و SN که در مرحله قبل محاسبه شد را نرمال می‌کنیم. رابطه (۴) و (۵):

$$NSP_i = \frac{SP_i}{\max_j (SP_j)}$$

$$NSN_i = 1 - \frac{SN_i}{\max_j (SN_j)}$$

$$SP_i = \sum_{j=1}^m w_j PDA_{ij}$$

$$SN_i = \sum_{j=1}^m w_j NDA_{ij}$$

جدول ۳- محاسبه مقادیر SP و SN و نرمال SP و SN

نواحی	SPi	SNi	NSpi	NSni
A1	۰,۰۴۴	۰,۳۱۱	۰,۰۳۲	۰,۱۸۸
A2	۱,۳۴۹	۰,۰۶۶	۱,۰۰۰	۰,۸۲۶
A3	۰,۲۲۴	۰,۱۳۴	۰,۱۶۶	۰,۶۵۱
A4	۰,۳۹۸	۰,۳۸۳	۰,۲۹۵	۰,۰۰۰
A5	۰,۰۵۳	۰,۳۴۹	۰,۰۳۹	۰,۰۹۰

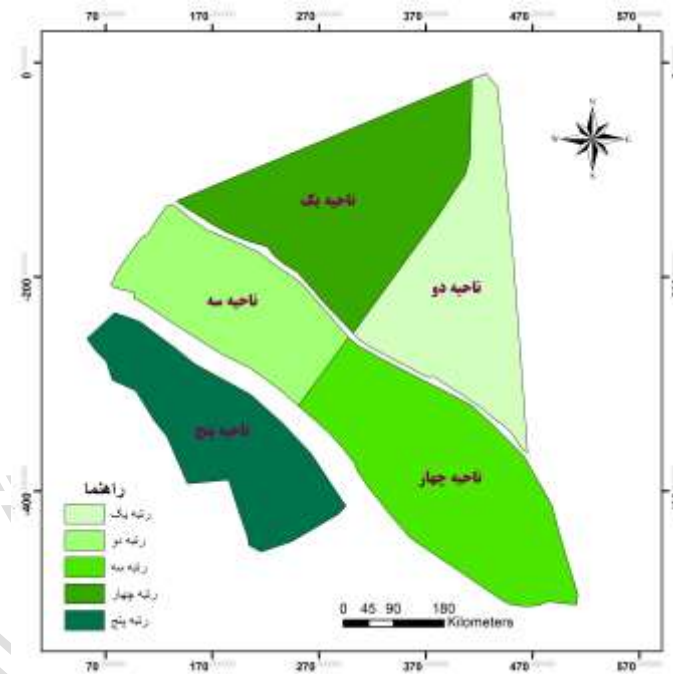
در گام نهایی با استفاده از رابطه (۶) امتیاز نهایی گزینه‌ها را محاسبه و سپس آن‌ها را رتبه‌بندی می‌کنیم؛ که مطابق نتایج حاصل ناحیه دو و سه به لحاظ سلامت و خودبستگی در برابر اپیدمی کووید-۱۹ در رتبه ۱ و ۲ قرار دارند. رابطه (۶):

$$AS_i = \frac{1}{2}(NSP_i + NSN_i),$$

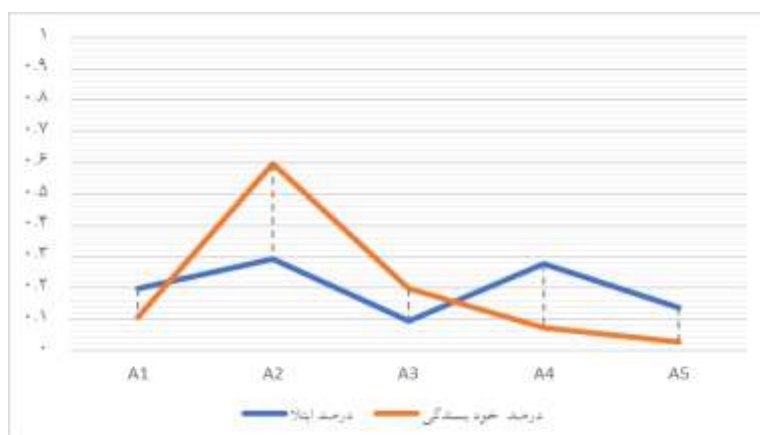
where $0 \leq AS_i \leq 1$.

جدول ۴- رتبه‌بندی نهایی گزینه‌ها

ناحیه	AS _i	Rank
A1	۰,۱۱۰	۴
A2	۰,۹۱۳	۱
A3	۰,۴۰۹	۲
A4	۰,۱۴۷	۳
A5	۰,۰۶۵	۵



شکل ۳- بررسی وضعیت خودبسندگی در نواحی ۵ گانه شهر جیرفت



شکل ۴- بررسی تطبیقی وضعیت خودبستگی و ابتلا در نواحی ۵ گانه شهر جیرفت

۲,۵ شناسایی محتمل ترین نتایج ممکن و راهکارهای اصلاحی وضعیت فعلی شهر جیرفت با استفاده از تکنیک تحلیل عملکرد- اهمیت (IPA)

در این مرحله پژوهش از پرسشنامه‌ای حاوی ۱۶ مؤلفه و راهکار محتمل که در گام‌های قبل پژوهش تحلیل و به‌دست‌آمده اند در بین ۱۰ نفر از صاحب‌نظران حوزه و ستاد مبارزه با کرونا و ویروس شهر جیرفت (ناظرین، مسئولین فرمانداری مرتبط با حوزه اپیدمی، کارشناسان مراکز بهداشت) توزیع شد. از کارشناسان خواسته شد که از یک سو میزان "اهمیت (وضع مطلوب)" و از سوی دیگر "عملکرد (وضع موجود عوامل)" را تعیین نمایند که بر اساس کیف لیکرت پنج‌تایی انجام شده است. در ادامه داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها وارد نرم‌افزار Excel شد و به تحلیل داده‌ها پرداخته شد؛ یعنی یکپارچه‌سازی آن‌ها از طریق میانگین هندسی شروع شد تا در نهایت اهمیت و عملکرد هر یک از راهکارهای محتمل به دست آید. بدین ترتیب b_j ارزش نهایی اهمیت و c_j ارزش نهایی عملکرد مشخصه j ام نامیده می‌شود که حاصل نظر جمعی p کارشناس است. رابطه (۷) و (۸):

$$b_j = \left(\prod_{i=1}^n b_{jip} \right)^{1/n} \quad \text{ارزش نهایی اهمیت} \quad c_j = \left(\prod_{i=1}^n c_{jip} \right)^{1/n} \quad \text{ارزش نهایی عملکرد جدول ۵-}$$

یکپارچه‌سازی داده‌های حاصل از پرسشنامه

کد	راهکارهای محتمل	اهمیت	عملکرد
C1	پرداخت هزینه حداقل معیشت مردم	۳,۵۴۲	۲,۱۰۷
C2	تمدید وام‌های بانکی، تمدید تاریخ انقضای کارت‌های بانکی، تسهیل دورکاری برای کارمندان	۳,۷۴۳	۲,۶۵۶
C3	آموزش خدمات الکترونیکی از طریق رسانه‌های عمومی و آپ‌های تلفن‌های هوشمند به مردم	۳,۶۳۷	۲,۳۵۲
C4	قرار دادن انتظامات فعال برای هر سازمان و ادارات خصوصاً در امکان‌ها خصوصاً بانک‌ها	۴,۶۷۶	۱,۳۲۰
C5	افزایش تعداد نیروی‌های نظارتی جهت بازرسی از مکان‌ها و مراکز با توجه به محدود؛	۳,۹۴۹	۲,۰۸۳

C6	۱,۷۶۲	۴,۷۵۲	اخذ بودجه مجزا برای هر سازمان و ارگان به‌عنوان مقابله با بیماری‌های اپیدمی؛
C7	۲,۰۸۳	۴,۳۱۷	افزایش تعداد مراکز ضروری و حیاتی شهر نظیر بانک‌ها و یا توجه محدودیت تعداد؛
C8	۱,۷۶۲	۴,۳۴۵	تلاش برای تغییر ساختار شهری از تک مرکزیت به چند مرکزیت
C9	۳,۳۴۴	۳,۹۴۹	تشکیل سازمان‌های مردم‌نهادی محله محور بر پایه مشارکت حداکثر؛
C10	۳,۴۲۰	۳,۷۲۸	بازنگری در سطوح سرانه کاربری‌های در مانی و بهداشتی؛
C11	۱,۵۹۷	۳,۸۶۲	انتقال ادارات دولتی و بانک‌ها به مناطق کم‌جمعیت؛
C12	۳,۸۹۸	۴,۰۱۲	ساخت مراکز تجاری و خرید در شهرک‌های مسکونی اطراف؛
C13	۲,۲۱۵	۳,۸۳۷	یک‌طرفه و سرپوشیده کردن خیابان طالقانی جنوبی و با حذف ماشین از این راسته؛
C14	۳,۲۸۴	۳,۳۶۲	جابجایی ایستگاه‌های تاکسی و اتوبوس از چهارراه فرمانداری و مکان‌یابی بهینه این ایستگاه‌ها؛
C15	۱,۰۷۲	۴,۸۹۰	جابجایی مطب دکترها از خیابان رجایی با ایجاد ساختمان پزشکان در خیابان‌های فرعی
C16	۳,۰۵۱	۳,۶۶۹	ارائه زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی به ناحیه پنج

منبع: مطالعات میدانی محقق، ۱۴۰۰

در ادامه ارزش آستانه اهمیت و عملکرد تعیین می‌گردد. ارزش آستانه جهت تعیین خانه‌های ماتریس IPA به کار می‌رود. جهت تعیین ارزش آستانه از میانگین حسابی استفاده می‌شود. ارزش آستانه اهمیت و ارزش آستانه عملکرد به ترتیب با μ_b و μ_c نمایش داده می‌شوند: روابط (۹) و (۱۰):

$$\mu_c = \frac{\sum_{i=1}^n ci}{m} \quad \mu_b = \frac{\sum_{i=1}^n bi\mu}{m}$$

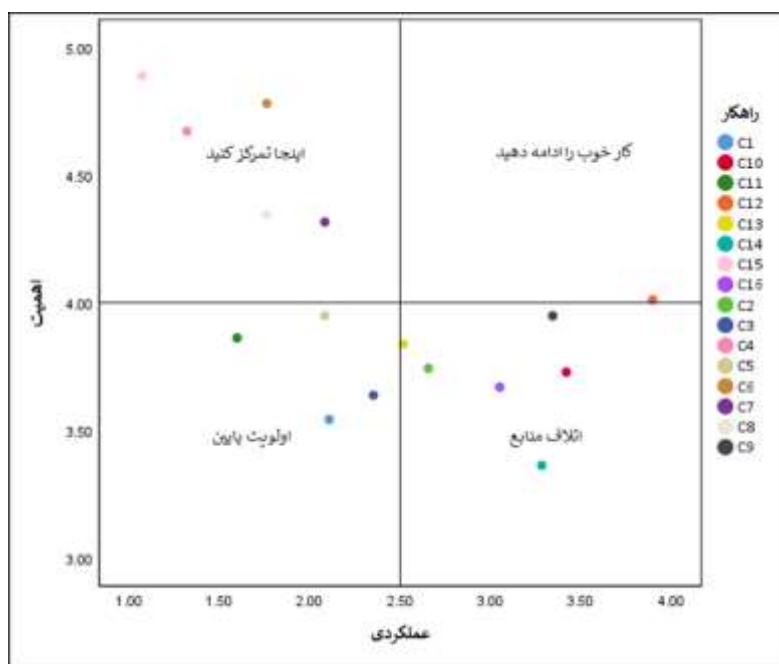
ارزش آستانه عملکرد ارزش آستانه اهمیت

محاسبه ارزش آستانه اهمیت و عملکرد با استفاده از روابط (۱۱) و (۱۲) به شرح زیر است:

$$\mu_c = \frac{38.308}{16} = 2.394 \quad \mu_b = \frac{60.757}{16} = 4.019$$

ارزش آستانه عملکرد ارزش آستانه اهمیت

اکنون موقعیت نسبی هر یک از مشخصه‌ها را بر روی ماتریس اهمیت-عملکرد مشخص کنید.



شکل ۵- ماتریس ربعی تحلیل عملکرد راهکارهای محتمل در وضعیت اپیدمی

مؤلفه‌های که در ربع اول ماتریس جایی که اولویت فعلی برای تغییر بهبود عملکرد است قرار می‌گیرد. در گام نهایی، تحلیل اهمیت عملکرد برای تعیین اولویت جهت بهبود وزن هر یک از راهکارها محاسبه می‌شود. بر اساس نظر و همکاران شکاف بین ارزش کیفی i ام را نشان دهد. وزن مؤلفه i ام را با (OW_i) نشان داده می‌شود (قلی پور و رازینی، ۱۳۹۵، ص. ۵۰)؛ که از طریق رابطه (۱۳) به دست می‌آید:

$$ow_i = |(b_i - c_i \times b_i)|$$

برای سهولت بیشتر جهت تجزیه و تحلیل، آن را به صورت زیر نرمالیزه نمایید: رابطه (۱۴):

$$sw_i = \frac{ow_i}{\sum_{i=1}^m ow_i}, \quad 0 \leq sw_i \leq 1, \quad \sum_{i=1}^m sw_i = 1$$

حال مشخصه‌هایی که دارای SW_j بیشتری هستند باید در اولویت بالاتر جهت بهبود قرار گیرند. همان‌طور که در شکل ۵ مشاهده شد، راهکار C15 (۱)، C4 (۲)، C6 (۳)، C8 (۴) و C7 (۵) در ربع "اینجا تمرکز کنید" قرار گرفته‌اند؛ بنابراین، با توجه به وزن‌های محاسبه‌شده برای هر مشخصه در جدول اولویت برنامه‌ریزی قرار می‌گیرند.

جدول ۶- ارزش نهایی اهمیت و عملکرد (راهکارها)

اولویت	SW_i	OW_i	راهکارهای محتمل
--------	--------	--------	-----------------

C1	۵,۰۸۳	۰,۰۴۳	۹
C2	۴,۰۶۸	۰,۰۳۷	۱۱
C3	۴,۶۷۳	۰,۰۴۲	۱۰
C4	۱۵,۶۹۷	۰,۱۴۱	۲
C5	۷,۳۶۸	۰,۰۶۶	۷
C6	۱۴,۴۴۱	۰,۱۳۰	۳
C7	۹,۶۴۸	۰,۰۸۷	۵
C8	۱۱,۲۲۶	۰,۱۰۱	۴
C9	۲,۳۸۷	۰,۰۲۱	۱۲
C10	۱,۱۴۹	۰,۰۱۰	۱۴
C11	۸,۷۴۴	۰,۰۷۹	۶
C12	۰,۴۵۶	۰,۰۰۴	۱۵
C13	۵,۰۶۰	۰,۰۴۶	۸
C14	۰,۲۶۲	۰,۰۰۲	۱۶
C15	۱۸,۶۶۸	۰,۱۶۸	۱
C16	۲,۲۶۷	۰,۰۲۰	۱۳

۵. نتیجه‌گیری و پیشنهادات

از منظر بهسازی و توسعه شهری، توانایی شهر برای پاسخگویی به یک شیوع، به ثبات و سالم بودن امکانات موجود برای سلامت و بهداشت عمومی، عقلانی بود توزیع فضایی و سازگاری میان امکانات و زیرساخت‌های مربوط به سلامت و بهداشت بستگی دارد. نهایتاً، این امر به ظرفیت‌های مدیریتی شهر از سطح کلان تا خرد وابسته است. اگر شهر ظرفیت مدیریتی کافی داشته باشد این امکان وجود دارد با منابع موجود که نسبتاً ناکافی است به نتایج نسبتاً بهتری دست‌یافته شود. در طول دورهٔ اپیدمی نه تنها فقط امکانات پزشکی بلکه کارکردهای شهری و ساختار فضایی باید به سرعت با فاجعه متناسب و سازگار شود و به عنوان یک محیط خودبسند عمل کند. در پژوهش حاضر ابتدا به بررسی توزیع فضایی سلامت و اپیدمی در نواحی شهر و در ادامه به ارائه محتمل‌ترین راهکار جهت بهبود وضعیت خودبسندگی شهر جیرفت در شرایط کووید-۱۹ پرداخته شده است.

نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهد شهر جیرفت به‌طور کل به‌عنوان یک محیط خودبسند عمل نکرده است. تنها ناحیه دو به دلیل تمرکز مؤلفه‌های سلامت شهری توانسته است در برابر اپیدمی نسبتاً خودبسند باشد. در این ناحیه به خاطر قرارگیری در محور اصلی کرمان- جیرفت و نیز شهرک صنعتی در آن، دارای بیشترین پهنه فعالیتی و خدماتی می‌باشد؛ و در رتبه بعد ناحیه سه قرار دارد که در نیمه شمال شهر قدیم و

نسبت به دیگر نواحی از وسعت کمتری برخوردار است. توزیع جمعیت به صورت نرمال پخش می‌باشد و کانون‌های جذب و ازدحام وجود ندارد.

در رتبه بعدی ناحیه چهار قرار دارد که بزرگ‌ترین ناحیه شهر، بافت مرکزی شهر و محل تجمع کاربری‌های خدماتی است. ارجاعات زیاد روزانه زیادی به این مرکز می‌باشد که احتمال شیوع بالا است ولی به لحاظ دسترسی به خدمات درمانی داری پتانسیل بهتری نسبت به ناحیه ۱ و ۵ می‌باشد؛ و در رتبه ۵ ناحیه یک قرار دارد. ناحیه ۱ به دلیل وجود مجتمع‌های آپارتمانی درصد ابتلا بالاست و با توجه به خدمات درمانی - بهداشتی از خودبستگی پایین نسبت به جمعیت برخوردار است. این ناحیه یکی از نواحی مرفه نشین شهر جیرفت می‌باشد؛ که نتایج تحقیق با نتایج طهماسبی مقدم (۱۴۰۰) که هم‌زمان با تحقیق حاضر در شهر زنگان انجام گرفته است مغایرت دارد، زیرا این پژوهش اذعان دارد که سکونتگاه‌ها غیر رسمی نه تنها انواع مختلفی از چالش‌ها را نسبت به ساکنان مرفه نشین شهری تجربه می‌کنند بلکه چالش‌های آن‌ها اغلب با تاب‌آوری هسته شهری ارتباط منفی دارد و این سکونتگاه‌ها در طول بحران‌ها بسیار آسیب‌پذیر هستند و هنگامی که با شوک‌های خارجی شدید مواجه می‌شوند، توانایی کمتری برای مقابله با اثرات سلامت و مالی آن دارند. ولی در شهر جیرفت در ناحیه مرفه نشین بیشتر است که دانشگاه علوم پزشکی درصد بالای آپارتمان‌نشینی و رعایت موارد مربوط نظیر عدم رعایت ماسک و برخوردهای اجتماعی علت از علت‌های آن ذکر کرده است؛ و در نهایت ناحیه ۵ دارای کمترین پهنه فعالیت است و بیشتر این ناحیه را پهنه سکونتی تشکیل می‌دهد. علت را می‌توان در روستایی بودن این بافت ملحق شده به شهر جستجو نمود. ناحیه ۵ که محلات کلرود و کهوریه را شامل می‌شود از تجهیزات ناچیز بهداشتی و درمانی برخوردار است که در حد دو مرکز بهداشت می‌باشد و برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی باید به مراکز شهر مراجعه کنند. مالیمر و همکاران (۱۳۹۹) در مقاله‌ای خود به این نتیجه دست یافته‌اند که ارائه خدمات و بهداشتی و درمانی مناسب در سطح شهر می‌تواند شیب افزایشی مبتلایان را تا حدودی کنترل نماید. از این‌رو نتایج حاصل با نتایج تحقیق فوق که درصد پایین خودبستگی در برابر به کوید در ناحیه ۵ شهری ناشی از کمبود خدمات بهداشتی و درمانی است از همبستگی بالای برخوردار است.

در ادامه همان‌گونه در بخش روش‌شناسی گفته شد بر مبنای نظر مجموعه‌ای از خبرگان و مشرفان بر وضعیت اپیدمی در شهر جیرفت از طریق تحلیل اهمیت - عملکرد، موقعیت نسبی و اولویت توجه به هر یک از مؤلفه‌ها در چارچوب ماتریس ربعی شناسایی شدند. مؤلفه‌های که در ربع اول ماتریس یعنی جایی که اولویت فعلی برای تغییر و بهبود قرار می‌گیرند. مؤلفه‌هایی اولویت‌دار که در این ربع قرار می‌گیرند مجموعاً موردتوجه باید قرار گیرند.

با توجه به محدودیت منابع و اضطراری بودن شرایط و نیازمند به اجرای استراتژی‌های بهینه در کوتاه‌مدت، لازم است از صرف منبع جهت تحقق مؤلفه‌های واقع در ربع چهارم ماتریس کاسته و به مؤلفه‌های ربع اول اختصاص داده شود. مؤلفه‌های ربع چهارم عبارت‌اند از: بازنگری در سطوح سرانه کاربری‌های درمانی و بهداشتی؛ تشکیل سازمان‌های مردم‌نهادی محله محور بر پایه مشارکت حداکثر؛ جابجایی ایستگاه‌های تاکسی و اتوبوس از چهارراه فرمانداری و مکان‌یابی بهینه این ایستگاه‌ها؛ ارائه زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی به ناحیه پنج؛ تمدید وام‌های بانکی، تمدید تاریخ انقضای کارت‌های بانکی، تسهیل دورکاری برای کارمندان و یک‌طرفه و سرپوشیده کردن خیابان طالقانی جنوبی و با حذف ماشین از این راسته. مؤلفه‌های قرارگرفته در ربع دوم (کار خوب را ادامه دهید) مؤلفه‌های هستند که بین اهمیت و عملکرد آن‌ها تناسب وجود دارد لازم است همچنان رویه قبلی درباره آن‌ها استمرار یابد این مؤلفه‌ها عبارت‌اند از: یا انتقال مراکز تجاری و خرید در شهرک‌های مسکونی اطراف و ممانعت از ازدحام جمعیت و تمرکز فعالیت‌ها در چند نقطه خاص از شهر.

نکته مهم در مورد مؤلفه‌هایی که در ربع سوم قرارگرفته‌اند این است که اگرچه نسبت با دیگر مؤلفه‌ها از اولویت پایینی برخوردارند، اما اهمیت مطلق آن‌ها در تحول و تغییر وضعیت فعلی کنترل و مدیریت اپیدمی زیاد است و برای تحقق کنترل در کوتاه‌مدت لازم است توجه کمتری به موارد ذیل شود و جریان صرف منابع در این مؤلفه‌ها به مؤلفه‌های ربع اول منتقل شوند. راهکارهای این بعد: پرداخت هزینه حداقل معیشت مردم، آموزش خدمات الکترونیکی از طریق رسانه‌های عمومی و آپ‌های تلفن‌های هوشمند به مردم و انتقال ادارات دولتی و بانک‌ها به مناطق کم‌جمعیت. این پژوهش اولویت‌های ربع اول ماتریس را به‌عنوان راهکار عملی جهت کنترل و مدیریت مسئله پژوهش قویاً پیشنهاد می‌دهد. با توجه به حجم بالای فعالیت‌ها در یک هسته از شهر و حضور افراد با هدف درمان، خرید، تأمین نیازهای ضروری، خدمات بانکی و اداری امکان برخورد افراد را بیشتر می‌شود؛ و از آنجایی که ازدحام با شیوع بالا اپیدمی رابطه مستقیم دارد و با خودبسندگی شهر رابطه معکوس دارد. پیشنهادها مذکور معقول می‌باشد و پیشنهادهایی که برای نتایج حاصل از تکنیک ایداس قابل ارائه بود را نیز پوشش می‌دهد. راهکارها عبارت‌اند از:

اولویت اول: جابجایی مطب دکترها از خیابان رجایی با ایجاد ساختمان پزشکان تخصصی در خیابان‌های فرعی

اولویت دوم: قرار دادن انتظامات فعال برای هر سازمان و ادارات خصوصاً در امکان‌ها خصوصاً بانک‌ها

اولویت سوم: اخذ بودجه مجزا برای هر سازمان و ارگان به‌عنوان مقابله با بیماری‌های اپیدمی؛

اولویت چهارم: افزایش تعداد مراکز ضروری و حیاتی شهر نظیر بانک‌ها و با توجه محدودیت تعداد؛

اولویت پنجم: تلاش برای تغییر ساختار شهری از تک‌هسته‌ای به سمت ساختار چندمرکزی؛

علاوه بر پیشنهادات حاصل از مدل راهبردی پژوهش پیشنهاد می‌گردد خدمات بهداشتی و درمانی در منطقه پنج (محلات کلرود و کهوریه) شهری به صورت عادلانه‌تر توزیع گردد ضمن اینکه این ناحیه کالبد روستایی داد. این ناحیه در طرح جدید جامع شهری (مصوب ۱۳۹۸) جز شهر قرار گرفته است و توسط رودخانه هلیل از بدن اصلی شهر جدا شده است و در دسترسی سریع و آسان به خدمات اصلی خصوصاً بهداشتی و درمانی از استاندارد لازم فاصله دارند.

فهرست منابع

۱. ایمانی جاجرمی، ح. (۱۳۹۹). پیامدهای اجتماعی شیوع ویروس کرونا در جامعه ایران. ارزیابی تاثیرات اجتماعی، ۱(۲) ویژه نامه پیامدهای شیوع ویروس کرونا-کووید ۱۹، ۸۷-۱۰۳.
۲. بازرگان، م؛ و امیرفخریان، م. (۱۳۹۹). تحلیل جغرافیایی اپیدمیولوژی کووید-۱۹ در ایران با رویکرد تحلیل اکتشافی داده های مکانی (ESDA). مجله طب نظامی. ۱۳۹۹؛ ۲۲ (۶).
۳. پاکزاد، ا؛ کریمی، ح؛ و وحدانی، م. (۱۴۰۰). ارائه روشی جهت بهبود پدیده تغییرات رتبه در مدل تصمیم گیری EDAS، هفتمین کنفرانس بین المللی مهندسی صنایع و سیستم ها، مشهد.
۴. حائری، و. (۱۳۹۹). اقدامات محلی در بحران های جهانی-حق بر شهر و نقش مراکز حمایت اجتماعی و مدیریت بحران محلات در مقابله با شیوع بیماری کرونا (شهر تهران). ارزیابی تاثیرات اجتماعی، ۱(۲) ویژه نامه پیامدهای شیوع ویروس کرونا-کووید ۱۹، ۲۵۵-۲۸۱.
۵. خمرنیا، م؛ گیوند، م؛ ستوده زاده، ف. (۱۴۰۰). تشدید چالش های حوزه سلامت در استان های کم برخوردار: تاثیر پاندمی کرونا، مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، دوره ۸، شماره بهار ۱۴۰۰. صص ۵۴۴-۵۴۳.
۶. سالاری سردری، ف و کیانی، ا. (۱۳۹۹). مدیریت شهری و COVID-19. تحلیل شهر سالم در شهر مرزی زابل و شهر عسلویه، فصلنامه چشم انداز شهرهای آینده، دوره اول، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۹، صص ۲۲-۱.
۷. شیخزاده، ف؛ محمدی، م؛ شاهبوندی، ا. (۱۳۹۷). تدوین الگوی برنامه ریزی راهبردی محله محور با تأکید بر رویکرد شهر سالم (مطالعه موردی: محله ساریان شهر بجنورد)، مجله جغرافیا و توسعه فضای شهری، سال پنجم، شماره ۱، شماره پیاپی ۸، صص ۱۱۱ - ۹۳.

۸. شیرمحمدی، م؛ پیری، ع؛ مشکینی، ا؛ کلانتری، م. (۱۴۰۰). تبیین الگوی تاب‌آوری شهر در مقابله با بلایای بیولوژیکی و بیماری‌های واگیردار (مورد پژوهی: کووید ۱۹ در شهر زنجان). مطالعات جغرافیایی مناطق خشک. ۱۴۰۰؛ ۱۱ (۴۴): ۵۲-۷۱.
۹. ظفرمند، سویل و کلانتری، مهدیه. (۱۳۹۳). خودبسندگی در معماری. سومین کنفرانس سالانه بین‌المللی عمران، معماری، شهرسازی. ۲۲ تیر ماه ۱۳۹۶.
۱۰. طهماسبی مقدم، ح. (۱۴۰۰). تبیین تاب‌آوری اجتماعی در برابر پاندمی کرونا با تأکید بر سلامت شهری، رسال دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه زنجان، به راهنمایی دکتر محسن احدنژاد روشتی. ۱۴۰۰.
۱۱. غضنفر پور، ح؛ صداقت کیش، م؛ سلیمانی دامنه، م؛ صباحی گراغانی، ی. (۱۳۹۸). سنجش واکنش مدیران شهری در رویارویی با مخاطره محیطی سیل با تأکید بر تاب‌آوری (مطالعه موردی: شهر جیرفت)، جغرافیا و پایداری محیط، ۹ (۱)، ۱۰۷-۱۲۷.
۱۲. قاسمی، ا. (۱۳۹۹). پیامدهای کرونا بر شهر و شهرسازی آینده، فصلنامه علمی-تخصصی ارزیابی تأثیرات اجتماعی، شماره دوم، ویژه‌نامه شیوع ویروس کرونا - کووید ۱۹، صص ۲۵۳-۲۲۷.
۱۳. قلی پور، ح؛ و رازینی، ر. (۱۳۹۵). تحلیل مؤلفه‌های خط مشی تحول علوم انسانی با استفاده از رویکرد تحلیل اهمیت-عملکرد. مطالعات راهبردی بسیج، ۱۹ (۷۰)، ۴۱-۷۰.
۱۴. مال میر، ر؛ ماهر، ع؛ طغیانی، ر و صفری، م. ص. (۱۳۹۹). مدیریت بحران بیماری کووید ۱۹: باز مهندسی نظام ارائه خدمات سلامت در ایران. مجله علمی-پژوهشی سازمان نظام پزشکی، دوره ۳۸، شماره ۱، بهار ۱۳۹۹، صص ۱۱-۱۸.
۱۵. مجتوبی، س. م؛ عبداله‌زاده، ندا؛ سرمدی، ص. (۱۴۰۰). واکاوی مؤلفه‌های مؤثر بر ارتقاء سلامت در فضای مسکونی در دوران کرونا و پساکرونا (نمونه‌ی موردی: مجتمع مسکونی ششصد دستگاه مشهد)، مطالعات هنرهای زیبا (۶)، ۲، صص ۲۱-۱۳.
۱۶. مختاری، ا. و ایلانلو، م. (۱۳۹۶). تحلیلی بر شاخص‌های شهر سالم (مطالعه موردی: شهر بندر امام خمینی (ره)، جغرافیا (فصلنامه علمی - پژوهشی و بین‌المللی انجمن جغرافیای ایران)، دوره جدید، سال پانزدهم، شماره ۵۵، صص ۳۲۰-۲۹۷.
۱۷. مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهر تهران. (۱۳۹۹). راهبرد پاسخ‌دهی کارکردی-فضایی شهری به اپیدمی، کتابچه راهنما درباره مدیریت وضع اضطراری شهری، دانشگاه جنوب شرق چین، ترجمه زهره دودانکه.
۱۸. مهندسین مشاور آمودان (۱۳۹۸). طرح جامع شهر جیرفت.

۱۹. Abusaada, H., & Elshater, A. (2020). *COVID-19's challenges to urbanism: social distancing and the phenomenon of boredom in urban spaces*. Journal of urbanism: International research on placemaking and urban sustainability, 1-3.
۲۰. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: a rapid review of the evidence*. The lancet, 395(10227), 912-920.

٢١. Connolly, C., Keil, R., & Ali, S. H. (2020). *Extended urbanization and the spatialities of infectious disease: Demographic change, infrastructure, and governance*. *Urban Studies*. 1–23 online first, 1–23,
٢٢. Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). *The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice*. *European Psychiatry*, 63(1).
٢٣. Haggett P (1994). *Geographical aspects of the emergence of infectious diseases*. *Geografiska Annaler. Series B, Human Geography* 76(2): 91—١٠٤
٢٤. Kearns RA (1993). *Place and health: Towards reformed medical geography*. *The Professional Geographer* 45(2): 139–147
٢٥. Li, J., Yang, Z., Qiu, H., Wang, Y., Jian, L., Ji, J., & Li, K. (2020). *Anxiety and depression among the general population in China at the peak of the COVID-19 epidemic*. *World Psychiatry*, 19(2), 249.
٢٦. Liu. L (2020). *Emerging study on the transmission of the Novel Coronavirus (COVID-19) from urban perspective: evidence from China*. *Cities* 103(2020).
٢٧. Mayer JD (1996). *The political ecology of disease as one new focus for medical geography*. *Progress in Human Geography* 20: 441–456.
٢٨. Mishra, N. P. et al. (2020). *Global impacts of pre- and post-COVID-19 pandemic: Focus on socio-economic consequences*, *Sensors International*, 1, p. 100042. doi: 10.1016/j.sintl.2020.100042.
٢٩. Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., & Arango, C.(2020). *How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic*. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7 (9): 813–2٤.
٣٠. Mouratidis, K. (2022). *COVID-19 and the compact city: Implications for well-being and sustainable urban planning*. *Science of the Total Environment*, 8١١, ١٥٢٣٣٢.
٣١. Naeira Elyas Pour Babroudi, Kamyar Sabri-Laghaie, Nazli Ghanbari Ghouschi(2021), *Re-evaluation of the healthcare service quality criteria for the Covid-19 pandemic: Z-number fuzzy cognitive map*, *Applied Soft Computing*, Volume 112.
٣٢. Patrick, S. W., Henkhaus, L. E., Zickafoose, J. S., Lovell, K., Halvorson, A., Loch, S., ... & Davis, M. M. (2020). *well-being of parents and children during the COVID-19 pandemic: a national survey*. *Pediatrics*, 146(4).
٣٣. Siniscalchi, J. M., Beale, E. K., & Fortuna, A. (2008). Using importance- performance analysis to evaluate training. *Performance Improvement*, 4٧(١٠), ٣٠-٣٥.
٣٤. Tian X, An C, Chen Z, Tian Z.(2021). *Assessing the impact of COVID-19 pandemic on urban transportation and air quality in Canada*. *Sci Total Environ*. 2021 Apr 15; 765:144270
٣٥. White, R. G., & Van Der Boor, C. (2020). *Impact of the COVID-19 pandemic and initial period of lockdown on the mental health and well-being of adults in the UK*. *BJP.*, 6(5).
٣٦. Wilkinson A. (2020). *Local response in health emergencies: key considerations for addressing the COVID-19 pandemic in informal urban settlements*. *Environment and Urbanization*. 2020; 32(2):503-522.
٣٧. World Bank (2020). *Urban Development*, April 2020, available at <https://www.worldbank.org/en/topic/urbandevelopment/overview>.

Analysis of the status of self-sufficiency and urban health and presenting possible solutions to the conditions of the COVID-19 epidemic (Case study: Jiroft city)

Abstract

urban structures must have the essential capacity to respond to emergencies. The purpose of this study is to provide a comprehensive picture of urban health self-sufficiency status in Jiroft in the area dimension and to provide possible solutions to respond to emergencies in Covid-19 conditions. The method of the present study is applied in terms of purpose and descriptive-analytical research in terms of nature. The field interview has taken place. The study's statistical population includes the five districts of the city according to the comprehensive plan and the experts present at a symposium of the Covid-19 epidemic headquarters. Data analysis uses the Multi-criteria decision method EDAS and the importance and performance of IPA. The research results show that the city of Jiroft as a whole has not acted as a self-sufficient environment. Only area two has been able to withstand the epidemic due to the concentration of urban health components. And strategies for moving doctors' offices from Rajaei Street to the side streets of the city, setting up active arrangements for each organization, as well as obtaining a separate budget for each organization and organ as a fight against epidemic diseases as the most probable solution (first three priorities) according to They are known for the conditions in Jiroft.

Keywords:

Urban Health, Self-sufficiency, COVID-19, Jiroft