

مکان‌یابی مراکز درمانی با استفاده از GIS و روش ارزیابی چند معیاری AHP:

ناحیه دو شهر نیشابور

براتعلی خاکپور (دانشیار جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه فردوسی مشهد)

khakpoor@um.ac.ir

زهرآ خدابخشی (دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه شهید بهشتی)

میرمعظم ابراهیمی قوزلو (کارشناس ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه فردوسی مشهد، نویسنده مسؤل)

ebrahimi.germi@gmail.com

چکیده

مقاله حاضر با هدف مکان‌یابی مراکز درمانی به مطالعه موردی در ناحیه دو شهر نیشابور می‌پردازد. بر این اساس، معیارهای کالبدی، اقتصادی، ارتباطی و طبیعی جهت مکان‌یابی مراکز درمانی انتخاب شده است. اطلاعات مورد نیاز برای معیارهای فوق با شیوه‌ی برداشت میدانی (مصاحبه و مشاهده) جمع‌آوری گردیده، سپس برای دست‌یابی به بهترین مکان از مدل ترکیبی "فرآیند تحلیل سلسله مراتبی AHP" استفاده شده است. محاسبات و فضایی نمودن معیارها با استفاده از نرم افزارهای "Excel" و "Arc GIS" صورت گرفته و نتایج مطالعات به صورت نقشه‌هایی حاصل شده است. نقشه‌ی نهایی، که نتیجه‌ی بررسی کلیه معیارهای مرتبط با مکان‌یابی مراکز درمانی (درمانگاه) در سطح ناحیه می‌باشد، محدوده‌ی مورد مطالعه را به صورت پهنه‌هایی با اولویت قوی، متوسط و ضعیف نشان می‌دهد و مکان‌های پیشنهادی برای درمانگاه را مشخص می‌کند.

کلیدواژه‌ها: مکان‌یابی، مراکز درمانی (درمانگاه)، فرآیند تحلیل سلسله مراتبی AHP، سیستم اطلاعات جغرافیایی GIS و شهر نیشابور.

- 1- Analytical Hierarchy process
- 2- Geographical Information System

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۸/۲۴ تاریخ تصویب: ۱۳۹۰/۴/۱۹

درآمد

از واژه‌ی مکان‌یابی تعریف دقیقی در دست نیست، اما با نگاهی به تعاریف برنامه‌ریزی فضایی و برنامه‌ریزی کاربری اراضی شهری می‌توان به مفهوم درونی مکان‌یابی رسید.

برنامه‌ریزی فضایی عبارت است از نحوه‌ی توزیع و سازمان‌یابی انسان و فعالیت‌ها در پهنه‌ی سرزمین (زیاری، ۱۳۸۰: ۳۴). برنامه‌ریزی کاربری زمین، علم تقسیم زمین و مکان برای کاربردها و مصارف مختلف زندگی است، که به منظور استفاده‌ی مؤثر از زمین و انتظام فضایی مناسب و کارا صورت می‌گیرد (پورمحمدی، ۱۳۸۲: ۳). بنابراین مکان‌یابی جزء برنامه‌ریزی فضایی و شهری محسوب می‌گردد و به دنبال بهترین شرایط و امکانات برای شهروندان است (خدابخشی، ۱۳۸۵: ۱۲).

انسان‌ها دارای نیازهای متعددی هستند. بهداشت و درمان از اولین نیازهای اساسی جوامع انسانی می‌باشد، از این‌رو تأمین و کنترل آن با هدف ارتقای کیفیت زندگی و سلامت شهروندان، از مهم‌ترین وظایف دولت‌ها به شمار می‌رود. طبق اصل عدالت اجتماعی، توزیع عادلانه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی از اهداف عمده‌ی برنامه‌ریزان شهری می‌باشد. تأمین این اصل باعث تحقق دو اصل دیگر، یعنی اصل فراهم بودن و اصل در دسترس بودن خدمات می‌شود (تقوایی، ۱۳۸۷: ۲۵).

از نگاه دیگر، یکی از مسائل مهم و اساسی در برنامه‌ریزی شهری، استفاده‌ی بهینه از زمین و برنامه‌ریزی کاربری زمین شهری است. ضروری است تخصیص زمین به کاربری‌های گوناگون در سطح شهر به نحوی باشد، که دسترسی به آن‌ها برای تمام افراد ساکن در شهر به بهترین شکل و با کمترین هزینه امکان‌پذیر گردد (مهدیزاده، ۱۳۷۹: ۷۲).

خدمات بهداشتی-درمانی، یکی از این فعالیت‌های بسیار مهم است، که عدم دسترسی به آن می‌تواند سلامت شهروندان را به مخاطره اندازد.

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 کاربری در یک منطقه است، اما عدم قرارگیری مناسب مقوله‌ای حائز اهمیت است. اگر یک فعالیت مکان‌یابی مناسب نداشته باشد، منجر به اتلاف وقت، انرژی، افزایش هزینه رفت و آمد، کاهش دسترسی، اجبار به استفاده بیشتر از خودرو و ... می‌گردد.

مکان‌یابی‌های صورت گرفته در شهر نیشابور نیز از این قاعده مستثنی نبوده و دسترسی به خدمات درمانی، به ویژه در ناحیه دو، دارای مشکلاتی می‌باشد. در ناحیه دو با جمعیت حدود ۲۴ هزار نفر، هیچ مرکز درمانی (درمانگاه) که مجتمع از دو یا چند اتاق مجهز به سرویس‌های عمومی درمانی سرپایی که زیر نظر یک یا چند پزشک عمومی و متخصص اداره شوند، وجود ندارد و شهروندان برای موارد ضروری باید فاصله‌ای را طی نموده، به بیمارستان یا درمانگاه‌های مرکز شهر مراجعه کنند.

از این رو مقاله حاضر سعی دارد با استفاده از فرآیند تحلیل سلسله مراتبی "AHP" و با استفاده از نرم افزارهای Arc GIS، به مسأله‌ی جانمایی مکان‌های بهینه جهت استقرار مراکز درمانی بپردازد تا در صورت مهیا بودن شرایط مالی برای مسئولان در مکان‌های پیشنهادی، خدمات درمانی احداث نمایند تا شهروندان دسترسی مناسب‌تری به مراکز درمانی داشته باشند.

پیشینه‌ی تحقیق

در ایران پژوهش‌های متعددی با استفاده از AHP و GIS صورت گرفته است، که از آن جمله می‌توان به مقالات اسفندیار زبردست (۱۳۸۴)، علیجانی و همکاران (۱۳۸۶) و محمد رحیم رهنما و همکاران (۱۳۸۷) اشاره کرد. با توجه به موضوع مطالعه‌ی حاضر، پژوهش‌های مرتبط با کاربری درمانی که با استفاده از GIS و AHP و یا ترکیبی از این دو انجام شده است، آورده می‌شود:

محمد محمدی (۱۳۸۲) در پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد خود با عنوان «مکان‌یابی مراکز خدمات درمانی در منطقه ۵ تهران با استفاده از GIS»، به این نتیجه رسیده است که مکان‌یابی مراکز خدمات درمانی در منطقه پنج تهران مناسب توزیع نشده است و با استفاده از سیستم اطلاعات جغرافیایی می‌توان مکان‌یابی بهینه انجام داد.

عسل محمدی (۱۳۸۳) در پایان‌نامه کارشناسی ارشد خود با عنوان «مکان‌یابی مراکز امداد رسانی در شرایط وقوع زلزله با استفاده از GIS و روش ارزیابی چند معیاری AHP»، به این نتیجه رسیده است، که خصوصیات جمعیتی، مکانی و عملکردی فضای شهری در مکان‌یابی مراکز امداد رسانی مهم هستند.

همچنین با به‌کارگیری روش‌های علمی چون GIS و ارزیابی چندمعیاری مانند AHP توانسته است سایت‌های مختلف را مقایسه نموده و سایت مطلوب را با توجه به معیارهای مختلف به دست آورد. منصور عزیزی (۱۳۸۳) در پایان‌نامه کارشناسی ارشد خود با عنوان «کاربرد سیستم اطلاعات جغرافیایی در مکان‌یابی، توزیع فضایی و تحلیل شبکه‌ی مراکز بهداشتی و درمانی نمونه شهر مهاباد»، به این نتیجه رسیده است که استفاده از این سیستم با در نظر گرفتن شرایط و خصوصیات مختلف پدیده‌های کالبدی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی شهر در مکان‌گزینی صحیح مراکز خدمات درمانی و بهداشتی نسبت به مدل‌ها و روش‌های دیگر مناسب بوده و جامعیت دارد. شرکت مهندسین مشاور معماری و شهرسازی فرهاد (۱۳۸۸) طرح پژوهشی با عنوان «مکان‌یابی پایگاه‌های امداد و نجات در شهرستان مشهد با استفاده از GIS و روش ارزیابی چندمعیاری AHP» انجام داده است، که نتیجه آن پهنه‌بندی مناسب اراضی برای استقرار پایگاه امداد و نجات بوده است. محمد حامدیان و همکاران (۲۰۰۸) مکان بهینه برای بیمارستان را با استفاده از فرآیند سلسله مراتبی فازی و مشتقات آن در محیط GIS، معیار دسترسی را با توجه به زمان سفر برای رسیدن به یک بیمارستان بررسی کرده‌اند. در شهر نیشابور در خصوص مکان‌یابی کاربری درمانی با استفاده از GIS و روش ارزیابی چندمعیاری AHP، هیچ پژوهشی تاکنون صورت نگرفته است.

روش تحقیق

رویکرد این تحقیق توصیفی-تحلیلی است. در این مطالعه، ابتدا شاخص‌های کالبدی، اقتصادی، ارتباطی و طبیعی تأثیرگذار در مکان‌یابی کاربری درمانی انتخاب شده است؛ سپس آمار و اطلاعات براساس مطالعات اسنادی و مشاهدات میدانی (سرشماری عمومی نفوس و مسکن، شهرداری و مشاورین مهندس طرح جامع و تفصیلی) جمع‌آوری شده، در نقشه‌ی ناحیه دو به‌هنگام‌سازی شده است. در مرحله‌ی بعد با استفاده از مدل فرآیند تحلیل سلسله مراتبی AHP و GIS اطلاعات مورد پردازش قرار گرفته و مکان‌های با اولویت قوی مشخص شده است.

معرفی محدوده‌ی مورد مطالعه

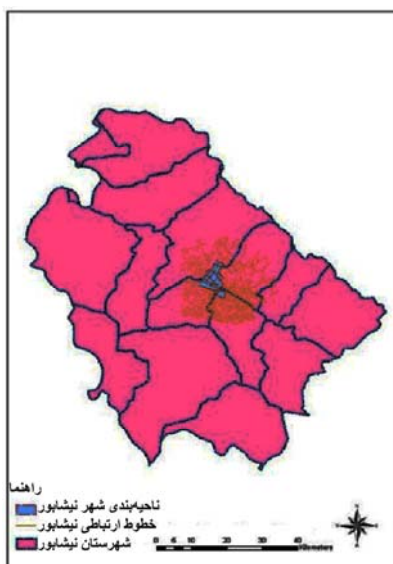
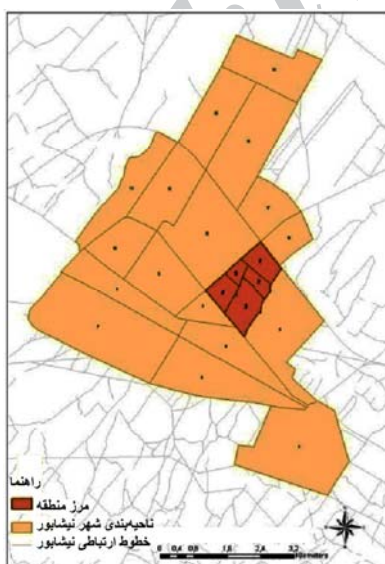
شهرستان نیشابور در طول جغرافیایی ۵۸ درجه و ۱۹ دقیقه تا ۵۹ درجه و ۳۰ دقیقه شرقی و عرض جغرافیایی ۳۵ درجه و ۳۹ دقیقه تا ۳۶ درجه و ۱۴ دقیقه شمالی واقع شده است. مرکز این شهرستان شهر نیشابور می‌باشد. موقعیت شهر نیشابور در (نقشه ۱) مشاهده می‌شود. شهر نیشابور بر اساس تقسیمات اداری شهرداری به دو منطقه و ۱۸ ناحیه تقسیم شده است. محدوده‌ی مورد مطالعه‌ی حاضر، ناحیه‌ی دو از منطقه‌ی یک شهر نیشابور می‌باشد؛ این ناحیه از یک طرف به خیابان فردوسی شمالی، بزرگراه شهید کلاتری و از طرف دیگر به کال روغن نباتی و خیابان امام خمینی محدود می‌شود. ناحیه‌ی دو از پنج محله تشکیل شده است. (نقشه ۲) موقعیت ناحیه و محلات آن را نشان می‌دهد. این ناحیه با ناحیه هجده از شمال، ناحیه چهار و یک از جنوب، ناحیه سیزده از غرب و ناحیه سه از شرق هم‌جوار است. وسعت ناحیه دو ۱۹۳ هکتار است و ۲۴۰۲۲ نفر جمعیت دارد (خدابخشی، ۱۳۸۵: ۷۳).

نقشه ۱: موقعیت شهر نیشابور

در شهرستان

نقشه ۲: موقعیت ناحیه‌ی دو

در شهر نیشابور



معیارهای مکان‌یابی درمانگاه در سطح ناحیه

مطالعات متعددی در خصوص انتخاب مکان مناسب مراکز درمانی با استفاده از سیستم اطلاعات جغرافیایی انجام شده است. بعضی از این مطالعات جنبه‌های خاصی از تخصیص منابع مانند دسترسی را مطالعه نموده‌اند (Cromley & et al, 2003). فاکتورهای گوناگونی برای مکان‌یابی مراکز درمانی در منابع مختلف ذکر شده‌اند؛ تعدادی از این فاکتورها عبارت‌اند از: آلودگی، فاصله تا خدمات (Jordan & et al, 2004)، محدودیت‌های اقتصادی، موانع موقتی و ناسازگاری یا آسیب‌های اجتماعی.

جدول ۱: معیارهای مکان‌یابی درمانگاه در سطح ناحیه

معیار	زیرمعیار	توضیحات
کالبدی	فاصله از کاربری‌های مزاحم	فاصله ۱ کیلومتر از کاربری‌های مزاحم
	سازگاری	سازگاری یا ناسازگاری کاربری‌ها با کاربری درمانگاه
	مساحت زمین	کمینه مساحت ۲۵۰۰ متر
اقتصادی	مالکیت زمین	به ترتیب اولویت مالکیت دولتی، شخصی و وقفی
	قیمت زمین	قیمت‌های پایین‌تر با در نظر گرفتن توان مالی سازمان‌های اجرایی
شبکه‌ی ارتباطی	شعاع دسترسی	نزدیک‌ترین محل به مرکز جغرافیای ناحیه
	سلسله مراتب معابر	شریانی درجه ۲
طبیعی	مسیل	۱۵ متر حریم مسیل موجود
	شیب، اقلیم، باد و...	به علت همسانی در سطح ناحیه برای همه قطعات یکسان فرض شده‌است

مأخذ: نویسندگان

معیارهای مکان‌یابی درمانگاه در سطح ناحیه، که مورد استفاده پژوهش حاضر می‌باشد، از کتاب‌های برنامه‌ریزی کاربری اراضی شهری (زیاری، ۱۳۸۱ و پورمحمدی، ۱۳۸۲) و سرانه‌ی فضاهای

شهری (حبیبی و مسایلی، ۱۳۷۸)، همچنین مصاحبه با کارشناسان شهری استخراج شده است. (جدول ۱) معیارهای مورد استفاده مکان‌یابی درمانگاه در سطح ناحیه را نشان می‌دهد.

تهیه‌ی لایه‌های اطلاعاتی

در ابتدا نقشه توپوگرافی شهر نیشابور با مقیاس ۱/۲۵۰۰۰ از اداره منابع طبیعی شهرستان، نقشه پایه طرح تفضیلی (مهندسین مشاور رای فن، ۱۳۸۴) با مقیاس ۱/۲۰۰۰ و نقشه محله‌بندی شهر (مؤسسه تحقیقاتی جهان پژوهش طوس، ۱۳۸۲) از شهرداری شهر نیشابور تهیه گردید. این نقشه‌ها، در محیط Arc GIS با استفاده از دستور Georeferencing و با افزودن مختصات طول و عرض جغرافیایی، آماده‌ی افزودن اطلاعات وضع موجود شد.

به‌روزرکردن اطلاعات کالبدی، شامل کلیه‌ی کاربری‌های وضع موجود، به صورت برداشت میدانی صورت گرفت. اطلاعات مربوط به مالکیت زمین و ساختمان از نقشه‌های موجود در شهرداری و اداره اوقاف استخراج شد و اطلاعات مربوط به قیمت زمین از طریق مصاحبه با مشاورین املاک ناحیه به دست آمد. همچنین اطلاعات مربوط به کاربری شبکه‌ی معابر براساس نقشه‌های شهرداری شهر نیشابور و برداشت میدانی تکمیل و بدین ترتیب اطلاعات مورد نیاز برای انتقال به محیط Arc GIS مهیا شد. به دلیل شرایط طبیعی همسان حاکم بر ناحیه، از فضایی کردن لایه‌های اطلاعاتی مربوط به زیرمعیارهای طبیعی مانند سطوح ارتفاعی، شیب، جهت شیب، نوع خاک، گسل، نقاط زلزله‌خیز، سیل و ... چشم‌پوشی شد و تنها لایه‌ی مسیل، به علت نقش تأثیرگذار آن، از نقشه توپوگرافی شهر استخراج شد.

فرآیند تحقیق و روش وزن‌دهی

فرآیند تحلیل سلسله مراتبی AHP، که به وسیله‌ی توماس ال. ساعتی (۱۹۸۰) پیشنهاد شده است، یک روش منعطف و کمی برای انتخاب از میان گزینه‌های مختلف است که بر اساس روابط کارکردی نسبت به یک یا چند شاخص مرتبط عمل می‌کند (Borouhaki and Malczewski, 2008: 399). این

فرایند یک شکل جزئی از فرایند تحلیل شبکه (ANP) است، که به جای شبکه پیچیده‌ای از اهداف، فرایند تصمیم را به‌عنوان یک تسلسل یک‌سویه و ارتباطات سلسله مراتبی نشان می‌دهد (Tuzkaya, 2008). در فرایند برنامه‌ریزی، پس از تبیین اهداف کلی، بیان مقاصد (اهداف عملیاتی)، برنامه‌ریزی و تهیه‌ی گزینه‌های مختلف برای رسیدن به اهداف و مقاصد برنامه‌ریزی «ارزیابی» صورت می‌پذیرد، تا بر اساس شایستگی نسبی هر یک از گزینه‌ها، گزینه‌ی مطلوب یا بهینه انتخاب شود. برای سنجش شایستگی نسبی هر یک از گزینه‌ها، معمولاً از معیارها استفاده می‌شود تا براساس آن بتوان نسبت به برتری اراضی گوناگون تصمیم‌گیری کرد (زبردست، ۱۳۸۰: ۱۳).

استفاده از روش تحلیل سلسله مراتبی به همراه سیستم اطلاعات جغرافیایی برای مکان‌یابی درمانگاه، سه مرحله‌ی اساسی را شامل می‌شود: در مرحله‌ی نخست برای دستیابی به هدف مطالعه، معیارها و زیرمعیارهای لازم تدوین شد، که قبلاً به صورت جدول ارائه شده است. در مرحله‌ی دوم معیارها و زیرمعیارهای به دست آمده، وزن‌دهی شدند. برای تعیین ضریب اهمیت (وزن)، معیارها و زیرمعیارها دو به دو با هم مقایسه شده، سپس این ضرایب اهمیت در ماتریس مقایسات دودویی معیارها قرار گرفتند. با استفاده از روش تقریبی میانگین هندسی، ضرایب اهمیت معیارها که برابر است با تقسیم میانگین هندسی هر معیار به جمع میانگین‌ها، به دست آمد (زبردست، ۱۳۸۴). مقایسه‌های دو به دو در یک ماتریس $(n \times n)$ ثبت شدند. این ماتریس، ماتریس مقایسه‌ی دودویی معیارها نامیده می‌شود. عناصر این ماتریس همگی مثبت بوده و با توجه به اصل «شروط معکوس» در فرایند تحلیل سلسله مراتبی، اگر اهمیت معیار I نسبت به J برابر k باشد، اهمیت معیار J نسبت به I برابر $1/k$ خواهد بود. در هر مقایسه‌ی دودویی، دو مقدار عددی $\frac{1}{k}$ و k را خواهیم داشت (زبردست، ۱۳۸۰).

جدول ۲: طبقه‌بندی ۹ کمیتی ساعتی

امتیاز	تعریف	توضیح
۱	اهمیت مساوی	در تحقق هدف دو معیار اهمیت مساوی دارند.
۳	اهمیت اندکی بیشتر	تجربه نشان می‌دهد که برای تحقق هدف، اهمیت I کمی بیشتر از J است.
۵	اهمیت بیشتر	تجربه نشان می‌دهد که اهمیت I بیشتر از J است.
۷	اهمیت خیلی بیشتر	تجربه نشان می‌دهد که اهمیت I خیلی بیشتر از J است.
۹	اهمیت مطلق	اهمیت خیلی بیشتر نسبت به J به‌طور قطعی به اثبات رسیده است.
۲،۴،۶،۸	-	هنگامی که حالت‌های میانه وجود دارد.

مأخذ: زبردست، ۱۳۸۰

برای وزن‌دهی به معیارها و زیرمعیارها از روش دلفی استفاده شد. بدین صورت که با استفاده از نظرات کارشناسان شهری، وزن معیارها و زیرمعیارها نسبت به هم به دست آمد؛ سپس در نرم افزار excel با استفاده از روش میانگین هندسی، وزن نهایی هرکدام از معیارها محاسبه شد. پس از آن وزن زیرمعیارهای هر یک از معیارهای کالبدی، اقتصادی، ارتباطی و طبیعی محاسبه گردید.

جدول ۳: مقایسه دوبه‌دوی معیارها و تعیین ضریب اهمیت (وزن)

معیارهای اصلی	ارتباطات	کالبدی-فضایی	اقتصادی	طبیعی	میانگین هندسی	وزن معیار
ارتباطات	۱	۳	۵	۷	۳/۲۰۱	۰/۵۶۴
کالبدی-فضایی	۰/۳۳	۱	۳	۵	۱/۴۹۵	۰/۲۶۳
اقتصادی	۰/۲	۰/۳۳	۱	۳	۰/۶۶۹	۰/۱۱۸
طبیعی	۰/۱۴	۰/۲۰	۰/۳۳	۱	۰/۳۱۲	۰/۰۵۵
جمع					۵/۶۷۸	۱

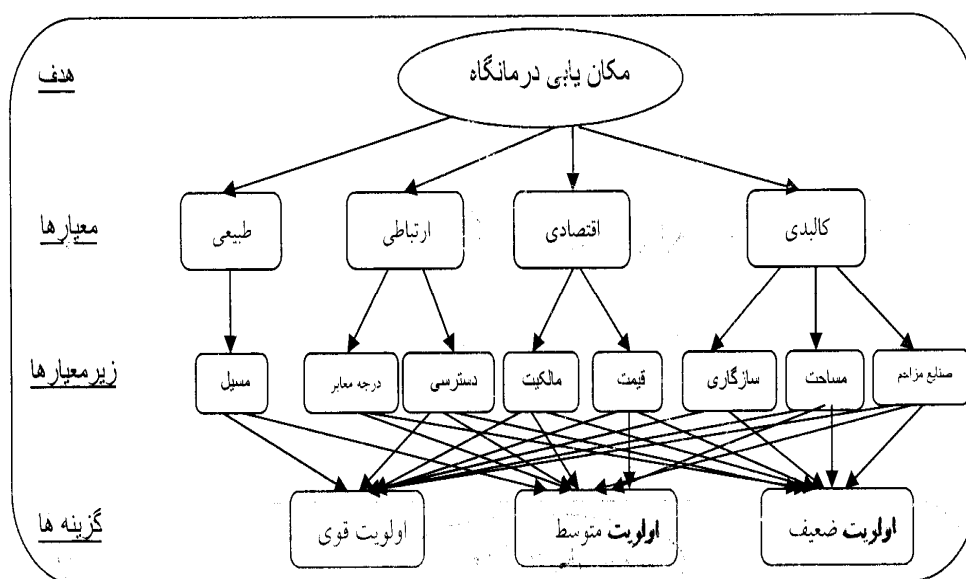
مأخذ: نویسندگان

در مرحله سوم برای فضایی کردن اطلاعات در محیط Arc GIS، ابتدا برای هرکدام از زیرمعیارها لایه‌ی جداگانه‌ای تعریف شد، سپس لایه‌های به دست آمده از زیرمعیارها براساس

ضریب اهمیت (وزن) ترکیب شد و یک لایه‌ی مشترک برای هرکدام از معیارها به دست آمد. در هرکدام از این نقشه‌ها وزن هر مکان با توجه به وزن زیرمعیارها و معیارها نشان داده شد. با ترکیب لایه معیارها، نقشه‌ی نهایی با وزن نهایی مکان‌ها و تقسیم بندی ناحیه به سه سطح با اولویت قوی، متوسط و ضعیف برای مکان‌یابی درمانگاه و در نهایت مشخص کردن مکان‌های پیشنهادی، به عنوان خروجی تحقیق به دست آمد. برای انجام مراحل فوق از دستورات *Select*، *Clip*، *Buffer*، *By Location...*، *Select By Attributes...* و *Field Calculator...* استفاده شد.

(نمودار ۱) مراحل سه‌گانه‌ی ذکر شده را به صورت کلی نشان می‌دهد. استفاده‌ی عمده از مجموعه‌ی نرم افزارهای *Arc GIS* در مرحله‌ی انتخاب گزینه‌ها بوده است.

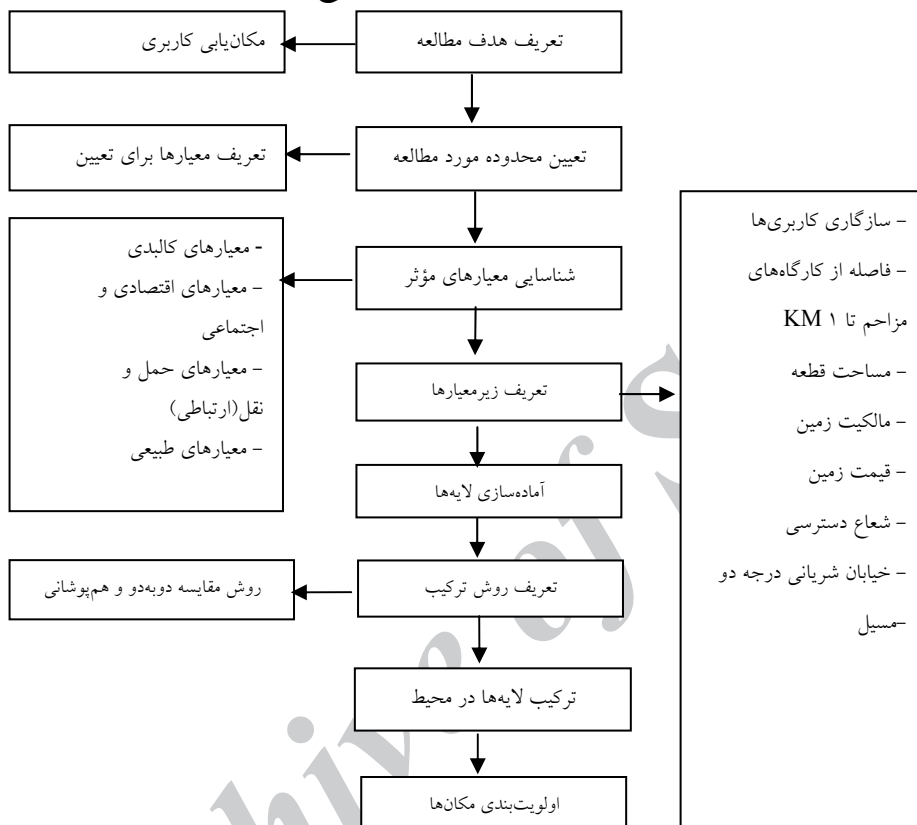
نمودار ۱: ساختار سلسله مراتبی مکان‌یابی درمانگاه



مأخذ: نویسندگان

کل فرایند تحقیق حاضر برای مکان‌یابی درمانگاه در ناحیه ۲ شهر نیشابور به صورت (نمودار ۲) می‌باشد.

نمودار ۲: فرآیند مکان‌یابی مراکز درمانی در سطح ناحیه ۲ شهر نیشابور



مأخذ: نویسندگان

یافته‌های تحقیق

مکان‌یابی مراکز درمانی در مقیاس ناحیه (درمانگاه) بر اساس معیارهای ذکر شده در (جدول ۱) بررسی شده است. براین اساس چهار معیار کالبدی، اقتصادی، ارتباطی و طبیعی با زیرمعیارهای آن‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۱- بررسی معیار کالبدی: برخی از کاربری‌ها در محدوده‌ی مورد نظر به لحاظ هم‌جواری با کاربری درمانگاه ناسازگار می‌باشند. بر اساس جدول ماتریس سازگاری، انواع کاربری‌ها با توجه به نوع فعالیت، در یکی از گروه‌های پنجگانه‌ی کاملاً سازگار، نسبتاً سازگار، بی تفاوت، نسبتاً ناسازگار و ناسازگار قرار گرفته‌اند.

(نقشه ۳) امتیازبندی کاربری‌ها به لحاظ سازگاری و ناسازگاری با کاربری درمانگاه را نشان می‌دهد. جهت بررسی ناسازگاری زیرمعیار فعالیت‌های صنعتی مزاحم از ضوابط طراحی استفاده شده است و مطابق با آن فعالیت‌های صنعتی مزاحم باید با شعاعی به اندازه‌ی یک کیلومتر از مراکز درمانی دور باشند. براین اساس، شعاعی به اندازه یک کیلومتر به دور مکان این فعالیت‌ها کشیده شد. فواصل درون شعاع نیز با اندازه‌ی ۲۰۰ متری طبقه‌بندی شده است. هر چه فواصل به فعالیت‌های مزاحم نزدیک‌تر باشد، امتیاز کمتری دریافت می‌کند و هر چه فواصل دورتر باشد، مکان‌یابی مراکز درمانی امتیاز بالاتری می‌گیرد. (نقشه ۴) نشان‌دهنده‌ی فعالیت‌های صنعتی مزاحم، فواصل معین به همراه امتیازاتشان می‌باشد.

نقشه ۴: امتیازدهی فواصل

صنایع مزاحم



نقشه ۳: امتیازدهی کاربری‌های

سازگار با کاربری درمانگاه



به لحاظ مساحت، قطعاتی جهت مکان‌یابی درمانگاه در سطح ناحیه مناسب‌اند که کمینه‌ی مساحتی برابر ۲۵۰۰ متر مربع داشته باشند. در (نقشه ۵) برای قطعات با مساحت ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ مترمربع بالاترین امتیاز در نظر گرفته شده است. با کاهش مساحت از ۲۰۰۰ متر و یا افزایش مساحت از ۳۰۰۰ متر به بالا از امتیاز زمین کاسته می‌شود. به‌طور خلاصه پس از امتیازدهی و محاسبه‌ی سه زیرمعیار فوق (سازگاری، فاصله از کارگاه‌های صنعتی مزاحم و اندازه قطعات)، با استفاده از (جدول ۴) اطلاعات به‌دست‌آمده تلفیق شده و منجر به استخراج (نقشه ۶) شده است.

جدول ۴: امتیازدهی زیرمعیارهای کالبدی

وزن اصلی	وزن معیار	میانگین هندسی	سازگاری	فاصله از کارگاه‌های صنعتی مزاحم	اندازه قطعات	
۰/۰۳	۰/۱۰	۰/۴۱	۰/۳۳	۰/۲۰	۱	اندازه قطعات
۰/۱۷	۰/۶۴	۲/۴۷	۳	۱	۵	فاصله از کارگاه‌های صنعتی مزاحم
۰/۰۷	۰/۲۶	۱	۱	۰/۳۳	۳	سازگاری
-	۱	۳/۸۷	-	-	-	جمع

مأخذ: نویسندگان

این نقشه نشان‌دهنده‌ی آن است که با در نظر گرفتن سه شاخص سازگاری، دوری از صنایع مزاحم و داشتن مساحت ۲۵۰۰ متری، چه مناطقی برای مکان‌یابی دارای امتیاز بالاتری می‌باشند. (نقشه ۶) تلفیق لایه‌های اطلاعاتی بخش کالبدی را نشان می‌دهد.

نقشه ۶: تلفیق زیرمعیارها و تعیین

اولویت‌های بخش کالبدی



نقشه ۵: امتیازدهی

مساحت‌های قطعات تفکیکی



۲- بررسی معیار اقتصادی: در این مطالعه معیار اقتصادی به دو زیرمعیار قیمت زمین و مالکیت املاک تقسیم شده‌است. قیمت زمین در کل ناحیه دو یکسان نمی‌باشد، بلکه قطعات مستقر در کنار خیابان

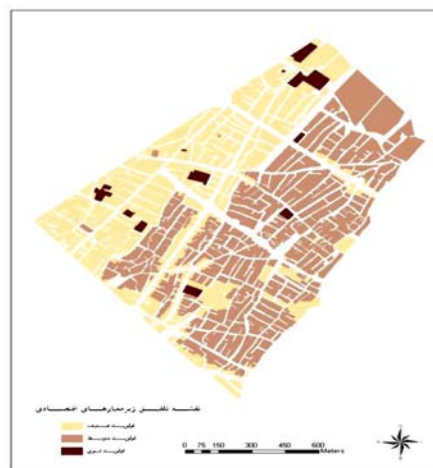
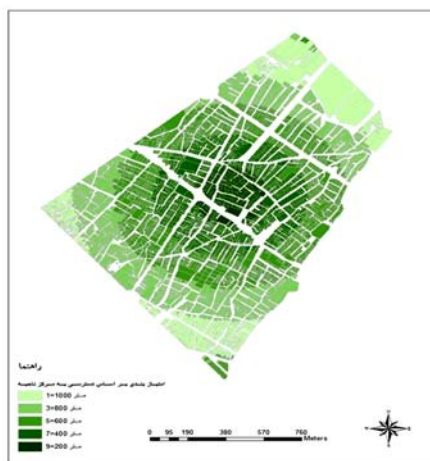
جدول ۵: امتیاز دهی زیرمعیارهای اقتصادی

وزن اصلی	وزن معیار	میانگین هندسی	قیمت زمین	مالکیت زمین	*
۰/۰۹	۰/۷۵	۱/۷۳	۳	۱	مالکیت زمین
۰/۰۳	۰/۲۵	۰/۵۸	۱	۰/۳۳	قیمت زمین
*	۱	۲/۳۱	جمع		

مأخذ: نویسندگان

۳- بررسی معیار ارتباطی: در این قسمت دو زیرمعیار شعاع دسترسی و سلسله مراتب راه مورد دقت نظر قرار گرفته است. شعاع دسترسی، با توجه به مرکزیت جغرافیایی ناحیه در فواصل ۲۰۰ متری جدا شده است. هر چه فاصله به مرکز ناحیه نزدیک‌تر باشد، امتیاز بیشتری به دست می‌آورد. (نقشه ۱۰) فاصله از مرکز جغرافیایی ناحیه و امتیاز داده شده بر این اساس را نشان می‌دهد. در بسیاری از مراجع استاندارد مکان استقرار مراکز درمانی در مقیاس ناحیه در کنار راه‌های شریانی درجه دو ذکر شده است، لذا با در نظر گرفتن این شاخص، راه‌های ناحیه دو با توجه به عرض خیابان امتیازبندی شده‌اند و خیابان‌هایی که عرض کم یا بسیار زیاد دارند، امتیاز کمتر و هر چه به عرض خیابان‌های شریانی درجه دو نزدیک‌تر باشد، امتیاز بالاتری به دست می‌آورد. (نقشه ۱۱) نشان‌دهنده امتیازبندی قطعات برحسب عرض خیابان می‌باشد.

نقشه ۹: تلفیق زیرمعیارها و تعیین اولویت‌های بخش اقتصادی نقشه ۱۰: امتیازبندی و شعاع دسترسی



با استفاده از اطلاعات جدول زیر امتیاز و وزن زیرمعیارهای بخش ارتباطات، محاسبه شده و نقشه ترکیبی نتیجه دو شاخص به دست آمده است. (نقشه ۱۲) نشان‌دهنده‌ی اولویت‌های بخش ارتباطات در خصوص مکان‌یابی مراکز درمانی می‌باشد.

جدول ۶: امتیازدهی زیرمعیارهای ارتباطی

وزن اصلی	وزن معیار	میانگین هندسی	نوع راه	شعاع دسترسی	*
۰/۴۲۳	۰/۷۵	۱/۷۳	۳	۱	شعاع دسترسی
۰/۱۴۱	۰/۲۵	۰/۵۸	۱	۰/۳۳	نوع راه
*	۱	۲/۳۱	-	-	جمع

مأخذ: نویسندگان

نقشه ۱۲: تلفیق زیرمعیارها و تعیین اولویت‌های بخش ارتباطات

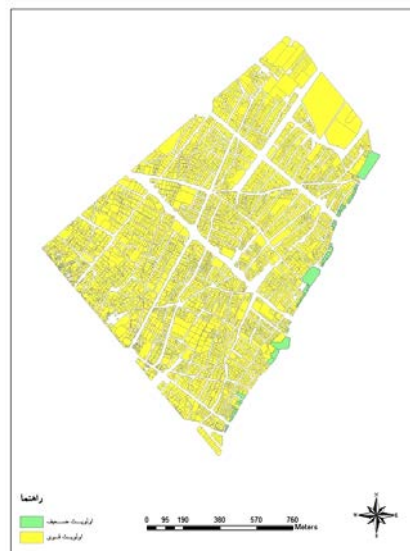
نقشه ۱۱: امتیازبندی نوع خیابان‌های ناحیه دو با توجه به عرض خیابان



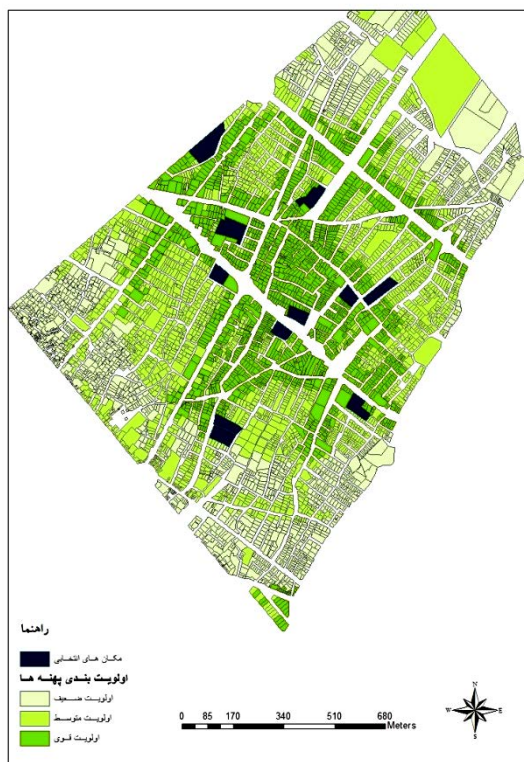
۴- بررسی معیار طبیعی: به دلیل یکسان بودن شرایط طبیعی ناحیه، تنها مسیل و حریم آن مورد بررسی قرار گرفته است. مرز ناحیه دو در سمت شرق از طریق کال روغن نباتی از ناحیه ۳ جدا شده است. کال یا مسیل با توجه به میزان آب‌دهی و تاریخچه فعالیت آن، دارای حریم ویژه‌ای می‌باشد. با اطلاعات دریافتی از شهرداری نیشابور، حریم مسیل مورد نظر ۱۵ متر است. در امتیازدهی، اراضی تا حریم ۱۵ متری، امتیاز کم و بعد از آن امتیاز بهتری کسب می‌کنند. در بررسی معیار طبیعی به دلیل وجود یک شاخص، نقشه‌ی تلفیقی وجود ندارد و این معیار در بررسی نهایی با سایر معیارها تلفیق شده است. (نقشه ۱۳) وزن‌دهی قطعات بر حسب فاصله از مسیل را نشان می‌دهد.

۵- تلفیق نهایی: در مراحل قبل، از تلفیق لایه‌های زیرمعیارها، لایه‌های تلفیقی هر معیار حاصل شد. در این مرحله با تلفیق لایه‌های معیارهای اصلی با همدیگر نقشه اولویت‌بندی سطوح ناحیه به-دست می‌آید. براساس همین نقشه مکان‌های پیشنهادی برای احداث درمانگاه در ناحیه ۲ شهر نیشابور حاصل شده است. وزن‌دهی دودویی معیارها نسبت به هم در (جدول ۳) و خروجی کار در (نقشه‌های ۱۴ و ۱۵) نشان داده شده است.

نقشه ۱۳: امتیازبندی قطعات بر حسب فاصله از مسیل
نقشه ۱۴: اولویت‌بندی سطح ناحیه جهت مکان‌یابی درمانگاه



نقشه ۱۵: مکان‌های انتخابی و اولویت‌بندی سطح ناحیه جهت مکان‌یابی درمانگاه



نتیجه‌گیری

تجزیه و تحلیل نتایج به دست آمده، نشان می‌دهد که استفاده از فرایند تحلیل سلسله مراتبی AHP به همراه نرم‌افزارهای Arc GIS، می‌تواند به عنوان ابزاری قدرتمند در دخالت دادن معیارهای مختلف برای مکان‌یابی مراکز درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

اولویت‌بندی نقشه‌ی نهایی، تأثیر وزندهی‌ها را در انتخاب مکان مناسب نشان می‌دهد. وزن بالای زیرمعیار دسترسی و فاصله از مرکز جغرافیایی ناحیه به همراه دسترسی به معابر شریانی درجه ۲ (معیار ارتباطات)، باعث شده است تا بیشترین سطح اولویت قوی برای مکان‌یابی درمانگاه در فاصله ۲۰۰ متری از مرکز جغرافیایی ناحیه و در طول معابر شریانی درجه ۲ نشان داده شود. با توجه به شاخص‌های

نوشهرگرایی، دسترسی پیاده به خدمات و مکان‌یابی خدمات در سطح ناحیه به فاصله ۱۰ دقیقه پیاده‌روی از واحدهای مسکونی، از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. این امر باعث کاهش مصرف انرژی، صرفه‌جویی در زمان، کاهش آلودگی هوا، استفاده کمتر از ماشین و به صورت کلی بالا رفتن کیفیت زندگی شهروندان می‌شود.

براساس استدلال‌های فوق، مکان‌یابی مراکز درمانی با استفاده از فرایند تحلیل سلسله مراتبی AHP و نرم‌افزارهای Arc GIS می‌تواند به بالا بردن کیفیت کار برنامه‌ریزان و افزایش کیفیت زندگی شهروندان کمک کند.

کتابنامه

۱. اداره منابع طبیعی شهرستان نیشابور. (۱۳۸۵). نقشه توپوگرافی شهر نیشابور.
۲. پورمحمدی، محمدرضا. (۱۳۸۲). *برنامه‌ریزی کاربری اراضی شهری*. چاپ اول. تهران: انتشارات سمت.
۳. تقوایی، مسعود. داوود عزیزی. (۱۳۸۷). *برنامه‌ریزی و مدیریت بحران با تاکید بر امکانات تأسیسات خدمات و مکان‌گزینی مراکز بهداشتی و درمانی*. چاپ اول. اصفهان: انتشارات کنکاش.
۴. حبیبی، حسن. صدیقه مسائلی. (۱۳۷۸). *سرانه‌های فضاهای شهری*. انتشارات سازمان ملی زمین و مسکن. تهران.
۵. خدابخشی، زهرا. (۱۳۸۵). «تحلیل برنامه‌ریزی کاربری اراضی شهری با استفاده از سیستم اطلاعات جغرافیایی ناحیه دو شهر نیشابور». رساله‌ی کارشناسی ارشد. دانشگاه یزد.
۶. رهنما، محمدرحیم و همکاران. (۱۳۸۷). «کاربرد تلفیقی مدل تحلیل فرآیند سلسله مراتبی و سیستم اطلاعات جغرافیایی برای شناسایی نقاط اولویت‌دار توسعه محلات مراکز شهری، نمونه: محله پاچنار شهر مشهد». نشریه *جغرافیا و برنامه‌ریزی*. دانشگاه تبریز. شماره ۲۶.
۷. زبردست، اسفندیار. عسل محمدی. (۱۳۸۴). «مکان‌یابی مکان‌یابی مراکز امداد رسانی. (در شرایط وقوع زلزله) با استفاده از GIS و روش ارزیابی چند معیاری». نشریه *هنرهای زیبا*. شماره ۲۱.
۸. زبردست، اسفندیار. (۱۳۸۰). «کاربرد فرآیند تحلیل سلسله مراتبی در برنامه‌ریزی شهری و منطقه‌ای». نشریه *هنرهای زیبا*. شماره ۱۰.
۹. زیاری، کرامت اله. (۱۳۸۱). *برنامه‌ریزی کاربری اراضی شهری*. چاپ اول. یزد: انتشارات دانشگاه یزد.

۱۰. عزیزی، منصور. (۱۳۸۳). «کاربرد سیستم‌های اطلاعات جغرافیایی در مکان‌یابی. توزیع فضایی و تحلیل شبکه مراکز بهداشتی و درمانی نمونه موردی شهر مهاباد». رساله‌ی کارشناسی ارشد. دانشگاه تبریز.
۱۱. علیجانی، بهلول و همکاران. (۱۳۸۶). «پهنه بندی خطر وقوع زمین لغزش در دامنه‌های شمالی شاه جهان با استفاده از GIS. (مطالعه موردی، حوزه اسطرخی شیروان ۱)». فصلنامه تحقیقات جغرافیایی. شماره ۸۴
۱۲. محمدی، عسل. (۱۳۸۳). «مکان‌یابی مکان‌یابی مراکز امداد رسانی، (در شرایط وقوع زلزله) با استفاده از GIS و روش ارزیابی چند معیاری». رساله‌ی کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران.
۱۳. محمدی، محمد. (۱۳۸۲). «مکان‌یابی مراکز خدمات درمانی در منطقه ۵ تهران با استفاده از GIS». رساله‌ی کارشناسی ارشد. دانشگاه یزد.
۱۴. مؤسسه تحقیقاتی جهان پژوهش توس. (۱۳۸۲). محله‌بندی شهر نیشابور.
۱۵. مهدیزاده، جواد. (۱۳۷۹). «برنامه‌ریزی کاربری زمین تحول در دیدگاه‌ها و روش‌ها». فصلنامه مدیریت شهری. شماره ۴.
۱۶. مهندسین مشاور رای فن. (۱۳۸۴). طرح تفصیلی شهر نیشابور.
۱۷. مهندسین مشاور فرهنگ. (۱۳۸۶). مکان‌یابی شهر توس. مرحله اول.
۱۸. مهندسین مشاور فرهنگ. (۱۳۸۸). مکان‌یابی پایگاه‌های امداد و نجات با استفاده از GIS و روش ارزیابی چند- معیاری.
19. Boroushaki, S., Malczewski, J. (2008). "Implementing an extension of the analytical hierarchy process using ordered weighted averaging operators with fuzzy quantifiers in ArcGIS". *Computers & Geosciences* 34. 399-410
20. Cromley, E.K., McLafferty, S.L. (2003). *GIS and Public Health*. New York: Guilford Press.
21. Jinfeng, Y. (2002). "Generating Ranking Group in Analytical Hierarchy Process, Precision Sciences institut (2002)". *Anual Meeting Proceeding*.
22. Jordan, H., Roderick, P., Martin, D., Barnett, S.. (2004). "Distance, rurality and the need for care. access to health services in South West England". *International Journal of Health Geographics* 3. 9-1
23. Vahidnia, M , Alesheikh, A , Alimohammadi, A . (2009). "Hospital site selection using fuzzy AHP and its derivatives". *Journal of Environmental Management* 90, 3048.
24. Tuzkaya, G,. (2008). "An analytic network process approach for locating undesirable facilities. an example from Istanbul, Turkey". *Journal of Environmental Management*. 88. 983-970.