

مجله علمی - پژوهشی برنامه‌ریزی فضایی (جغرافیا)

سال سوم، شماره اول، (پیاپی ۸)، بهار ۱۳۹۲

تاریخ وصول: ۱۳۹۲/۵/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۸/۱۰

صص: ۱-۱۸

سنجش سطح سلامت روستاییان و عوامل فردی مؤثر بر آن در شهرستان میبد- یزد

علی اکبر عنابستانی^۱ و صدیقه بهزادی^{*۲}

۱- دانشیار جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی دانشگاه فردوسی مشهد

۲- دانشجوی دکترای جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی دانشگاه فردوسی مشهد

چکیده

سلامت انسان‌ها به عنوان حقی اساسی و یک دارایی و سرمایه ارزشمند برای تمامی سطوح و طبقات اجتماع مطرح است. امروزه دیدگاه‌های سلامت چشم انداز وسیع‌تری یافته و به عوامل تعیین کننده غیر طبی سلامت هم چون عوامل روانی، اجتماعی توجه ویژه‌ای معطوف شده است. بررسی ابعاد مختلف سلامت در روستا و تلاش برای ارتقای آن نقش موثری در پایداری نواحی روستایی دارد. هدف پژوهش حاضر، سنجش سطح سلامت روستاییان و عوامل فردی (جنسیت، سن، تحصیلات، بعد خانوار، وضعیت تأهل، درآمد و وضعیت شغلی) مؤثر بر آن در شهرستان میبد واقع در استان یزد است. روش تحقیق در این مطالعه، از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، توصیفی- تحلیلی و همبستگی است که بخش عمده‌ای از داده‌های آن بر اساس مطالعات میدانی و با روش نمونه‌گیری (کوکران) از سطح ۶ روستا و ۱۷۷ خانوار نمونه منطقه جمع‌آوری شده است و با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل واریانس، فی و وی کرامر، آزمون مقایسه میانگین دو نمونه مستقل و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شد. یافته‌های تحقیق نشان داد که میانگین سطح سلامت در بین روستاییان برابر ۳/۱۱ است و میانگین سلامت اقتصادی، اجتماعی، زیست پزشکی و محیطی به ترتیب ۲/۳، ۳/۱۵، ۳/۷۵ و ۳/۲۵ است. بنابراین، نزدیک به ۷۰ درصد روستاییان در سطح سلامت متوسط قرار دارند. بر پایه یافته‌های تحقیق، در مورد ویژگی‌های فردی مؤثر بر سطح سلامت روستاییان تنها بعد خانوار و وضعیت تأهل رابطه معناداری با سلامت نداشته‌اند، اما بین جنسیت، سن، تحصیلات، درآمد و وضعیت شغلی رابطه معناداری با سطح سلامت روستاییان برقرار بود. در توزیع فضایی سطح

سلامت در سطح روستاهای مورد مطالعه، میانگین سطح سلامت از حداقل ۳/۱۴ در روستای بفرئید تا حداکثر ۳/۶۶ در روستای بیده در نوسان بوده است.

واژه‌های کلیدی: سلامت اقتصادی، سلامت اجتماعی، سلامت زیست پزشکی، سلامت محیطی، ویژگی‌های فردی، میبد.

۱- مقدمه

۱-۱- بیان مسأله

سلامت انسان‌ها به عنوان حقی اساسی و یک دارایی و سرمایه ارزشمند برای تمامی سطوح و طبقات اجتماع مطرح است و تمامی کشورها نیز از این حق به عنوان اساسی‌ترین حق مردم کشور خود نام برده‌اند. امروزه سلامت نه به عنوان یک نیاز، بلکه به عنوان حقی مورد تقاضا از سوی مردم قرار گرفته است (سند سلامت، ۱۳۹۰: ۱۶). سلامت مقوله‌ای است که نقش آن در ارتقای شاخص‌های توسعه انسانی انکار ناپذیر است. در رویکرد انسانی به توسعه، انسان محور توسعه است و انسان سالم است که جامعه سالم را می‌سازد. امروزه دیدگاه‌های سلامت چشم انداز وسیع‌تری یافته و به عوامل تعیین کننده غیر طبی سلامت توجه ویژه‌ای معطوف شده است. توجه به این مسئله در تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی نیز لحاظ شده است. سازمان جهانی بهداشت سلامتی را به صورت سیستماتیک مورد بررسی قرار داده و آن را وضعیتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف می‌کند که دربرگیرنده نبود بیماری و نیز بهره‌مندی از بالاترین استاندارد سلامت قابل دسترسی بدون تبعیض فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و اجتماعی است (لاندو، ۲۰۰۳: ۸۶-۷۴).

شواهد نشان می‌دهد که هرچه افراد در وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین‌تری باشند و در نردبان

قدرت و منابع در سطوح پایین‌تری قرار بگیرند از وضعیت سلامت نامطلوب‌تری برخوردارند. در واقع یک گرادیان اجتماعی در سلامت وجود دارد که از بالا به پایین طیف اقتصادی- اجتماعی در حرکت است و به طور کلی هر طبقه از طبقه پایین‌تر خود از وضعیت سلامت بهتری برخوردار است (وزارت بهداشت، ۱۳۹۰: ۱۸). چنین وضعیتی در روستاها با توجه به چالش‌های بنیادی که روستاییان در زمینه فقر، نابرابری، بی‌سوادی و تامین نشدن نیازهای اساسی با آن مواجهند به صورت حادث‌تری مشاهده می‌شود. برای حل معضلات روستاییان و توسعه روستایی در دوره‌های مختلف راهبردهای متفاوتی ارائه شده است، ولی از آنجایی که راهبردهای قبلی نتوانست معضلات و مشکلات نواحی روستایی را حل کند نظریه‌پردازان، برنامه ریزان و مجریان حکومتی بر آن شدند تا با ارائه راه کارها و روش‌های جدید از معضلات و مسائل گریبان گیر این نواحی بکاهند (رکن‌الدین افتخاری و مهدوی، ۱۳۸۵: ۲). یکی از این راهبردها طرح روستای سالم است که در سال ۱۹۸۹ از سوی سازمان جهانی بهداشت مطرح شده است. در ایران کمتر از ۲۰ سال است که مفهوم روستای سالم در محافل علمی و برنامه ریزی و اغلب در کنار مطالعات شهری مطرح شده است (شیخی، ۱۳۹۱: ۸). پروژه روستای سالم را وزارت بهداشت با همکاری سازمان جهانی بهداشت در استان‌های فارس، هرمزگان، خراسان رضوی،

۱-۳- پیشینه تحقیق

برنامه «سلامت برای همه» در سال ۱۹۷۷ و «مراقبت‌های اولیه بهداشتی» در سال ۱۹۷۸ توسط سازمان جهانی بهداشت تدوین و ارائه گردید و تمام کشورهای این سازمان متعهد به اجرای آن گردیدند. ماحصل این دیدگاه با این حقیقت همراه بود که برای حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد جامعه بخش بهداشت به تنهایی کاری از پیش نمی‌برد و تمامی بخش‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی باید با تدوین برنامه‌های همسو در این راستا گام بردارند و مشارکت مردمی نیز مکمل آن است. بعد از آن تفکراتی مثل شهر سالم - روستای سالم مطرح شد. اصطلاح روستای سالم ابتدا بخش مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۹ درش هر آلكساندریا در کشور مصر ارائه کرده است (خوش چشم، ۱۹۹۵: ۱۰۶). در ایران تقریباً کمتر از ۲۰ سال است که مفهوم «روستای سالم» در محافل علمی و برنامه ریزی و اغلب در کنار مطالعات شهری مطرح شده است (شیخی، ۱۳۸۸: ۸). مطالعات گوناگون سلامت و ابعاد و عوامل مختلف بر آن را بررسی کرده‌اند. برخی از مطالعات به طور خاص فقط درباره سلامت شهرها انجام شده است که می‌توان به مطالعه (بحرینی، ۱۳۷۴) و (شیخی، ۱۳۸۸) و مطالعه (ساجز و دوهل، ۱۹۹۹) اشاره کرد که به ترتیب روی هماهنگی سازمان‌های متولی شهری برای توفیق در برنامه شهر سالم، موفقیت شهر سالم و یکپارچگی بخش‌های مختلف اجتماعی، فرهنگی، بهداشتی و صنعتی و لحاظ کردن شاخص سلامت در برنامه‌ریزی شهری تاکید داشتند. مطالعاتی که در مورد سلامت و وضعیت سلامت در روستا انجام

خوزستان، مرکزی، مازندران، سیستان و بلوچستان، تهران و یزد به اجرا گذاشته است یا در حال اجرای آن بوده و قرار است این پروژه در تمامی استان‌های کشور اجرا شود (وزارت بهداشت، ۱۳۸۴). با این همه شواهد نشان می‌دهد که اغلب نواحی روستایی کشور با مشکل ارتقای سطح سلامت مواجهند که این امر مانع بزرگ بر سر راه توسعه پایدار نواحی مذکور به شمار می‌رود و لازم است ارتقای سطح سلامت نواحی روستایی در برنامه توسعه مدنظر قرار گیرد (افراخته و افکار، ۱۳۹۱: ۲۶). بر این اساس، هدف از تحقیق حاضر، بررسی و سنجش سطح سلامت روستاییان شهرستان میبد واقع در استان یزد در ابعاد اقتصادی، اجتماعی، محیطی و پزشکی - بهداشتی است. روشن است که قلمرویی که برای سلامت مشخص می‌کنیم و ابعادی که برای آن لحاظ می‌کنیم حدود وظایف مسئولان را مشخص می‌کند. روشن شدن وضع موجود سطح سلامت، برنامه‌ریزی برای آینده را ممکن می‌سازد.

۱-۲- ضرورت و اهداف

با توجه به ضرورت‌های ذکر شده در این مقاله تلاش شده است سطح سلامت روستاییان در ابعاد مختلف و ارتباط سلامت با ویژگی‌های فردی آن‌ها مورد بررسی قرار گیرد و در کنار آن توزیع فضایی ابعاد سلامت در محدوده مورد مطالعه ارزیابی نموده تا بتوان از نتایج آن برای برنامه‌ریزی در آینده و سیاست‌گذاری در حوزه‌های روستایی و به ویژه در ناحیه مورد مطالعه؛ یعنی روستاهای شهرستان میبد استفاده شود.

قرن ۱۹ عوامل زیست محیطی و اجتماعی در بهبود سلامت بسیاری از جمعیت‌ها در کشورهای صنعتی اهمیت داشته است (ایروین واسکالی، ۱۳۸۴: ۳۱). ویکلسون، لینچ. کاپلان انسجام اجتماعی را عامل موثر بر سلامتی دانسته‌اند (تاج بخش، ۱۳۸۵: ۶۲۱). فیلد بر سرمایه اجتماعی و ارتباط آن با سلامتی تاکید می‌کند (فیلد، ۱۳۸۴: ۸۴). افراخته و افکار ضمن بررسی عوامل موثر بر سلامت بر نقش عوامل فرهنگی در روستا تاکید کرده‌اند (افراخته و افکار، ۱۳۹۱: ۲۹).

۱-۴- سوالات و فرضیه‌های تحقیق

سوالاتی که در این تحقیق مطرح است به شرح زیر است:

- ۱- سلامت روستائیان شهرستان میبد در ابعاد مختلف آن در چه سطحی قرار دارد؟
 - ۲- آیا بین سطح سلامت و ویژگی‌های فردی روستائیان رابطه‌ای وجود دارد؟
- بر همین اساس و متناسب با سؤالات تحقیق فرضیه مطرح شده به شرح زیر است:
- به نظر می‌رسد ابعاد سطح سلامت روستائیان در منطقه مورد مطالعه از نرُم یکسانی برخوردار نیست.
 - به نظر می‌رسد بین ویژگی‌های فردی روستائیان و سطح سلامت آنان رابطه معناداری وجود دارد.

۱-۵- روش تحقیق

روش تحقیق در این مطالعه توصیفی تحلیلی است، بخشی از داده‌های تحقیق از طریق مطالعات میدانی و با ابزار پرسشنامه و مصاحبه و بخشی دیگر از داده‌های مورد نیاز مانند چارچوب نظری- مفهومی

شده است، می‌توان به مطالعات زیر اشاره کرد: فراسر و همکاران به بررسی عوامل موثر در سطح نازل سلامت روستایی پرداختند (فراسر و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین شیخی در رساله با عنوان «تبیین روستای سالم و ابعاد سلامت در نواحی روستایی شهرستان خنداب استان مرکزی» وضعیت سلامت را مورد بررسی قرار داده است و عوامل فضایی-مکانی در مقایسه با عوامل اجتماعی و اقتصادی تأثیر بیشتری بر سلامت داشته‌اند (شیخی، ۱۳۸۸). گروهی از مطالعات عوامل موثر بر سلامت را بررسی کرده‌اند و این مطالعات نیز شامل دو گروه هستند:

۱- مطالعاتی که فقط ابعاد و عوامل موثر بر سلامت را بررسی کرده‌اند، از این گروه می‌توان به مطالعات (بینکینگتون، ۲۰۰۲)، (وانگ و لو، ۲۰۰۵)، (بونیزاتو، ۲۰۰۳)، (گالبرد و موریبا، ۲۰۰۳)، (کارلسون و نازرو، ۲۰۰۲)، (کروبیسه. همکاران، ۱۹۹۵) و (پانتام و دیگران، ۱۳۸۵) اشاره کرد که عواملی چون عوامل زیستی، اجتماعی، اقتصادی، محیطی، عوامل فضایی، سن، جنس، خصوصیات قومی و نژادی را در سلامت موثر دانسته‌اند.

۲- مطالعاتی که ضمن بررسی عوامل موثر بر سلامت روی یک عامل به عنوان عامل مهم‌تر تاکید بیشتری داشته‌اند. کوبی و همکاران ضمن بررسی عوامل اقتصادی، اجتماعی، نوع محل سکونت (شهری-روستایی)، ساختار خانوادگی بر نقش متغیرهای محیطی تاکید دارد (کوبی و همکاران، ۲۰۰۵: ۵۲۰) کوپین ولانکستر روی وجهه محل سکونت و اعتبار شغلی در تعیین طبقات اجتماعی و ارتباط آن با سلامتی تاکید داشتند (کوپین ولانکستر، ۱۹۸۹: ۵۱۲). ایروین واسکالی معتقدند که در آغاز

SPSS به تحلیل داده‌ها و تبیین موضوع پرداخته شده است.

۱-۶- معرفی شاخص‌ها و متغیرها

در تحقیق حاضر با مروری بر تحقیقات پیشین و با توجه به شرایط موجود در ناحیه روستایی مورد مطالعه ابعاد، شاخص‌ها و متغیرهای تعیین کننده سطح سلامت در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، محیطی و زیست پزشکی مشخص شده است که در جدول ۱ نشان داده می‌شود.

پژوهش، اسناد و مدارک و سرشماری‌ها از طریق روش کتابخانه‌های بدست آمده است. جامعه آماری در این تحقیق شامل تمام روستاهای بالای ۵۰ خانوار شهرستان میبد بوده است که تعداد آن ۶ روستا با ۳۵۶۲ خانوار و جمعیت ۱۲۷۴۵ نفر است. برای برآورد حجم نمونه از روش نمونه‌گیری کوکران با سطح اطمینان ۰/۹۵ به صورت تصادفی ساده استفاده شده است. بر این اساس برای سنجش سطح سلامت روستاییان تعداد ۱۷۷ نفر به نسبت جمعیت روستا مورد پرسشگری قرار گرفته‌اند. پس از جمع‌آوری اطلاعات و پردازش آن‌ها در محیط نرم افزاری

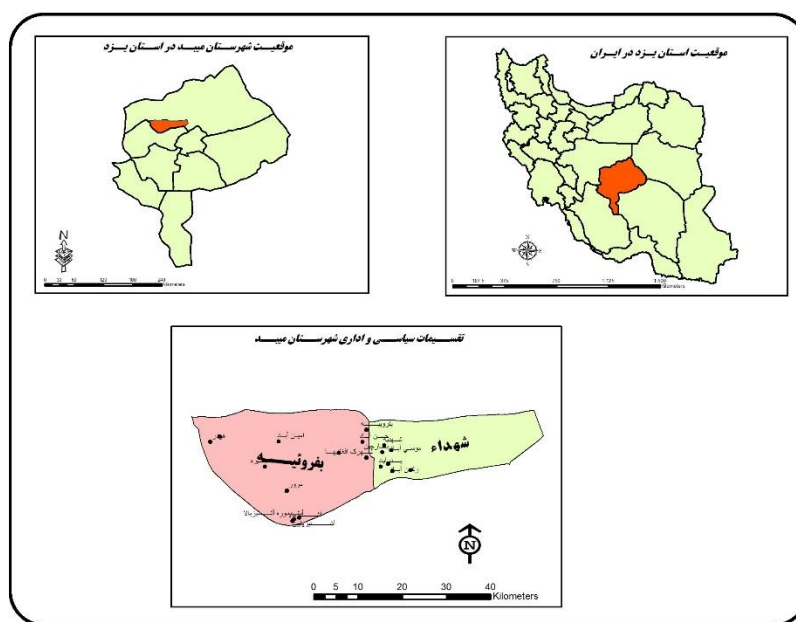
جدول ۱- ابعاد متغیرها و شاخص‌های سلامت در خانوارهای روستایی

ابعاد سلامت	زیست پزشکی	اجتماعی	اقتصادی	محیطی
شاخص‌ها و متغیرها	معکوس فردمعلول در خانواده معکوس فرد معتاد به سیگار در خانواده معکوس فردمعتاد به انواع مواد مخدر استفاده از روش‌های تنظیم خانواده معکوس افراد دارای بیماری خاص (دیابت، آسم و ...) معکوس افراد دارای اختلالات روان پزشکی برخورداری از خانه‌های بهداشت و مراکز درمانی متوسط فاصله از بیمارستان (برحسب دقیقه) متوسط زمان رسیدن آمبولانس	میزان رضایت از لحاظ دسترسی به خدمات آموزشی میزان رضایت از خدمات آموزشی فقدان خطر در هنگام رفت و آمد در شب دسترسی به پاسگاه پلیس در لحظات اضطراری وجود اتحاد و انسجام و کشمکش میان ساکنان وجود امکانات مناسب ورزشی وجود امکانات مناسب فرهنگی و هنری (کتابخانه) در روستا توان انجام مسافرت (از لحاظ گذران اوقات فراغت)	رضایت از درآمد امید به آینده شغلی رضایت شغلی داشتن سلامت جسمانی برای انجام فعالیت امنیت شغلی (رسمی یا قراردادی) داشتن پس انداز مناسب وجود خانه‌های نوساز و یادوام و با کیفیت مناسب وجود تسهیلات مناسب در واحدهای مسکونی (سیستم گرمایشی، سرمایشی، سرویس بهداشتی، حمام) مصرف هفتگی میوه و سبزیجات مصرف هفتگی مواد پروتئینی دسترسی به خدمات مالی و اعتباری دارا بودن جاروبرقی دارا بودن ماشین لباسشویی دارا بودن یخچال فریزر معکوس مددجوی بودن کمیته امداد تحت پوشش بیمه بودن	وجود جایگاه‌های دفن زباله استفاده از روش‌های بهداشتی جمع‌آوری و دفع فاضلاب پرهیز از ساخت خانه‌ها در اراضی شیب دار و خطرناک پرهیز از استقرار واحدهای مسکونی در حریم سیلاب‌ها وضعیت محیط به لحاظ سروصدا (سروصدای کارگاه و ...) بهره‌مندی از آب آشامیدنی سالم راه ارتباطی مناسب وضعیت روشنایی معابر رضایت از بهداشت نانوایی، قصابی و خواربارفروشی

۱-۷- قلمرو پژوهش

شهرستان میبد یکی از شهرستان‌های استان یزد در مرکز ایران است. در آبان ماه ۱۳۹۰ جمعیت شهرستان ۸۲۸۴۰ نفر بوده است که از این تعداد ۷۳۳۹۳ نفر ساکن شهر میبد و ۹۴۴۷ نفر ساکن سکونتگاه‌های روستایی هستند. منطقه مطالعه شامل

هر دو دهستان بفروئیه و شهداست. این شهرستان با ۱۲۷۱ کیلومتر مربع وسعت، کوچک‌ترین شهرستان استان یزد است و به لحاظ تراکم نسبی جمعیت، بعد از یزد قرار دارد و همچنین دومین مرکز شهری و تجاری استان یزد محسوب می‌شود (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰).



شکل ۱- موقعیت منطقه مورد مطالعه

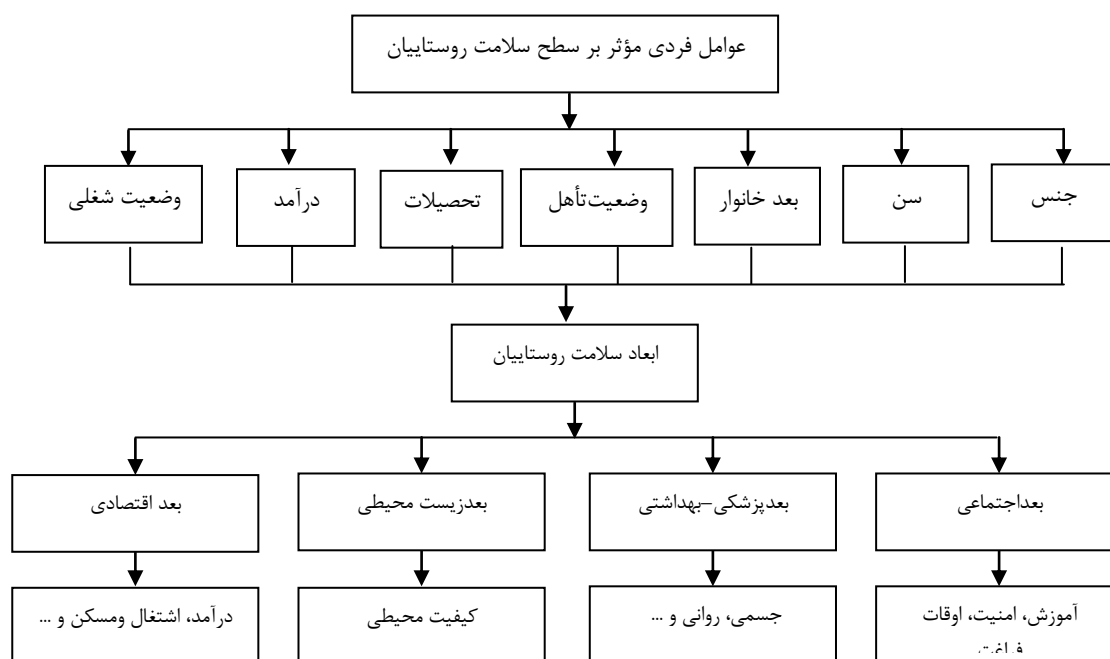
۲- مبانی نظری تبیین کننده مفهوم سلامت

سلامت از واژه‌هایی است که بیشتر مردم با آنکه اطمینان دارند معنای آن را می‌دانند تعریفش را دشوار می‌یابند. واژه health برگرفته از واژه انگلیسی heal به معنی کامل است که نشان دهنده مقوله تندرستی فرد کامل تمامیت، صحت و آسایش اوست. تعریف سلامت تا اندازه‌ای به حس مشترک مردمان از سلامت و فرهنگ آنان باز می‌گردد و در جوامع و گروه‌های گوناگون درک‌های متفاوتی از آن وجود دارد (جنیه و جین، ۲۰۰۰: ۲۹) از این رو، در

دوره‌های گوناگون تعریف‌های بسیاری از سلامت شده است که برخی از آن‌ها به شرح زیر است:
-وضع خوب و عالی بدن، اندیشه و روح و به ویژه برکنار بودن از درد یا بیماری جسمی (وبستر).
وضع عالی جسم یا روح و حالتی که اعمال بدن به موقع و به گونه موثر انجام شود (فرهنگ آکسفورد)
سلامت، سرشت یا حالتی است که در آن اعمال بدن به درستی انجام می‌گیرد... نقطه مقابل بیماری است (ابن سینا) (صادقی، ۱۳۷۵: ۳۶). اما با گذشت زمان در مفهوم سلامت تغییرات بسیاری به وجود آمد. در آغاز سده ۲۰ مفهوم رایج درباره سلامت بر اساس

مدل زیست پزشکی بود. در این مدل سلامتی عبارت است از فقدان بیماری. کریستوفر بوریس از متفکران فلسفه پزشکی می‌گوید: این از اصول موضوعه سنتی علم طب است که تندرستی عبارت است از فقدان بیماری. بیماری چیست؟ هرچه که با تندرستی سازگاری نداشته باشد. بوریس معتقد است برای تبیین مفهوم سلامت باید این استدلال دوری را باطل کرد (بوریس، ۱۹۷۷: ۵۷۳-۵۴۲). از دیدگاه بوریس فرد به شرطی سالم است که بدن او با چنان کفایتی کار کند که حداقل در سطح کفایت کارکردهایی که گونه مربوطه او نوعاً دارند باشد و هنگامی بیمار است که کارکرد بدن او پایین‌تر از سطح کارکردی باشد که آن گونه نوعاً دارد. او بیماری را خروج از چارچوب طرحی که مختص آن گونه است می‌داند (بوریس، ۱۹۷۷: ۵۷۳-۵۴۲). برخی دیگر از متفکران، معتقدند، سلامت و بیماری را نمی‌توان بدون ارجاع به ارزش‌ها تعریفشان کرد. قائلان به این نظریه را «هنجارگرایان» (Normative)، لقب داده‌اند. در این نظر، سلامت و بیماری ذاتاً ارزش بارند. در نتیجه برای آنکه بتوانیم درک کاملی از این مفاهیم پیدا کرد، باید بدانیم که تصمیم راجع به وضعیت روان و جسم متضمن ملاحظه این معناست که چه چیزی خوب، بد، نامطلوب یا مطلوب است (کاپلان، ۱۹۹۲: ۷۵-۶۰). نقطه ضعف عمده رویکردهنجاری این است که مفهوم بیماری را متکی می‌کند به تمایل اعضای جامعه که امور خاصی را بد بشمارند (همتی مقدم، ۱۳۸۳). اما بزرگترین گام در تبیین مفهوم سلامت راجع انگل برداشته است. انگل (J. Engel)، بانقد مدل «زیست پزشکی» و با استفاده از «نظریه سیستم‌های عمومی» مدل «زیست روان اجتماعی»

(biopsychosocialmodel) را پیشنهاد داد. از دیدگاه او «مدل زیست پزشکی، نه برای شخص به‌عنوان یک کل و نه برای اطلاعات روان‌شناسانه‌ای که در مورد او وجود دارد و نه برای طبیعت اجتماعی او، هیچ تدارکی ندیده است» (انگل، ۱۹۸۰). در مدل او، بررسی علمی در سطوح مختلف انجام می‌شود. او معتقد بود «نظریه سیستم‌های عمومی (GST)، یک رویکرد تصویری و مفهومی برای مطالعه فهم مدل زیست روان اجتماعی، فراهم می‌آورد» (انگل، ۱۹۷۷: ۱۳۶-۱۲۹). مهم‌ترین کارکرد مدل انگل، ورود مفاهیمی چون روان و اجتماعی در حوزه تعریف سلامت است. بعد از انگل، اکثر فیلسوفان پزشکی بر این ابعاد در تعریف سلامت تأکید کردند تا در نهایت سازمان بهداشت جهانی، سلامت را «تندرستی کامل جسمانی روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری» تعریف کرد (لینداو، ۲۰۰۳: ۸۶-۷۴). امروزه، اکثر اندیشمندان، معتقد به مفهوم سلامت بر مبنای فقدان بیماری نیستند انسان، صرفاً موجود بیولوژیکی نیست، بلکه خصوصیات و رفتارهایی دارد که مستلزم چیزی در ورای بیولوژیک صرف است. (همتی مقدم، ۱۳۸۳). اگرچه به دیدگاه کل‌گرایانه نیز انتقاداتی وارد شده، اما با این حال به نظر می‌رسد بهترین رویکرد برای بررسی و سنجش سلامت است. بنابراین در این پژوهش با توجه به آنچه در مانی و پیشینه تحقیق گفته شد و عوامل و ابعادی که برای سلامت ذکر شد، سنجش سطح سلامت را بر مبنای مفهوم ترکیبی و کل‌گرایانه آن بررسی می‌شود. مفهوم ترکیبی سلامت به صورت متغیر وابسته در نظر گرفته شده که ترکیبی از ابعاد پزشکی-بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی است.



شکل ۲- مدل تحلیلی تحقیق (یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۲)

۳- یافته‌های پژوهش

۳-۱- بررسی ویژگی‌های فردی روستاییان در منطقه مورد مطالعه

میانگین سنی روستاییان منطقه مورد مطالعه ۴۶/۷ بدست آمده است که بین حداکثر ۸۴ و حداقل ۱۸ سال داشته‌اند. از نظر سواد ۶۳/۳ درصد بیسواد و زیردپلم بوده‌اند و ۱۷/۵ درصد مدرک دیپلم، ۴/۵ درصد فوق دیپلم، ۱۲/۴ درصد لیسانس و ۱/۷ درصد مدرک بالاتر از لیسانس داشته‌اند. بنابراین بیشتر روستاییان دارای سطح تحصیلات پایین و یابی سواد بوده‌اند. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که ۸۵/۹ درصد افراد متأهل و بقیه مجردند. بعد خانوار در این روستا به این صورت است که بیشترین از روستاییان؛ یعنی ۵۶/۵ درصد بعد خانوار سه تا پنج بوده است. ۱۲/۴ کمتر از ۳ نفر و ۲۸/۸ درصد بیش از ۵ نفر بوده است. نتایج تحقیق در رابطه با وضعیت اقتصادی روستاییان نشان می‌دهد که ۱۹/۲ درصد

کشاورز و ۱۹/۸ درصد شغل دولتی و بقیه شغل آزاد یا کارگر کارخانه، راننده کامیون و... بوده‌اند. درآمد ماهیانه در این روستا ۵۷۶۰۰۰ تومان و حداقل درآمد بین ۵۰۰۰۰ تومان و حداکثر ۱۵۰۰۰۰۰ تومان است. که درآمد حداکثر مربوط به قشر کامیون دار و افرادی که تحصیلات بالاتر از لیسانس داشته‌اند، است (یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۲).

۳-۲- بررسی ابعاد سلامت روستاییان در سطح منطقه

به لحاظ سطح سلامت، سلامت اجتماعی ۴۲/۹ درصد سطح سلامت زیاد و ۳۷/۹ درصد سطح سلامت متوسط داشته‌اند و ۱۸/۱ در سطح سلامت پایین بوده‌اند که این مقادیر برای سلامت محیطی به ترتیب ۵۰/۱ و ۴۶/۳ و ۱/۱ بوده است. در مورد سلامت زیست پزشکی و اقتصادی به این صورت بوده که ۶۹/۵ درصد سطح سلامت زیست پزشکی

مختلف سلامت مورد آزمون و بررسی قرار گرفت و سپس ارتباط هریک از ویژگی‌های فردی و اقتصادی با سطح سلامت به صورت کلی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج در جداول زیر آورده شده است. جدول (۲) رابطه بین جنسیت و سطح سلامت را نشان می‌دهد. نتایج حاصل از آزمون مقایسه میانگین ۲ نمونه مستقل نشان می‌دهد که میانگین سلامت مردان ۳/۵۵ و زنان ۳/۴۳ است؛ یعنی مردان در مقایسه با زنان از سلامت بیشتری برخوردارند. نتایج آزمون نشان می‌دهد که بین سلامت اجتماعی و اقتصادی و جنسیت رابطه معنی دار وجود دارد. میانگین سلامت اجتماعی مردان ۳/۱۴۹۷ و زنان ۲/۹۲۶۰ است. میانگین سلامت اقتصادی مردان ۳/۴۲۱۸ و زنان ۳/۰۳۳۵ است که در بعد اجتماعی علت آن ممکن است به دلیل دسترسی بیشتر مردان به امکانات ورزشی- تفریحی و امکانات فرهنگی و یا امنیت بیشتر است و از لحاظ اقتصادی نیز به دلیل امنیت شغلی بیشتر، رضایت شغلی بیشتر، امید به آینده شغلی و... است.

زیاد و ۱۹/۸ درصد در سطح متوسط بوده‌اند و ۴۲ درصد به لحاظ اقتصادی در سطح سلامت زیاد و ۴۷/۳ درصد سلامت پایین بوده‌اند. کمترین میزان سطح سلامت پایین مربوط به سطح سلامت محیطی بوده است که میزان آن ۱/۱ است. که نشان دهنده سطح سلامت خوب از بعد محیطی در این منطقه است. بیشترین میزان سطح سلامت بالا مربوط به سلامت زیست پزشکی بوده است که میزان آن ۶۹/۵ است. بیشترین میزان سطح سلامت پایین مربوط به سلامت اجتماعی است. به طور کلی سطح سلامت در روستاهای این منطقه به این صورت است که ۶۸/۴ درصد از خانوارها سطح سلامت متوسط و ۲۹/۹ درصد سطح سلامت پایین و ۱/۷ درصد سطح سلامت زیاد داشته‌اند (یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۲).

۳-۳- تحلیل رابطه بین ویژگی‌های فردی و سطح

سلامت روستاییان در منطقه

به منظور بررسی ارتباط بین ویژگی‌های فردی و اقتصادی روستاییان با میزان سلامت آنان ابتدا رابطه هر یک از ویژگی‌های فردی و اقتصادی با ابعاد

جدول ۲- بررسی رابطه بین جنسیت و سطح سلامت روستاییان منطقه

شرح	جنسیت	میانگین (۱-۵)	انحراف استاندارد	خطای انحراف استاندارد	T مقدار آماره	سطح معناداری	نتیجه آزمون	تحلیل
بعد اجتماعی	مرد	۳/۱۴۹۷	۰/۴۴۶۱۴	۰/۰۵۳۷۱	۲/۶۱۶	۰/۰۱۰	رد فرضیه صفر	رابطه معنی دار است
	زن	۲/۹۲۶۰	۰/۵۰۸۹۵	۰/۰۶۸۰۱				
بعد اقتصادی	مرد	۳/۴۲۱۸	۰/۴۸۷۶۹	۰/۰۵۸۲۹	۳/۸۹۵	۰/۰۰۰	رد فرضیه صفر	رابطه معنی دار است
	زن	۳/۰۳۳۵	۰/۶۳۱۳۳	۰/۸۴۳۶				
بعد محیطی	مرد	۳/۲۶۳۷	۰/۳۹۵۳۳	۰/۰۴۷۵۹	۰/۶۸۵	۰/۴۹۵	فرضیه صفر پذیرش	رابطه معنی دار نیست
	زن	۳/۲۱۴۲	۰/۴۰۵۵۶	۰/۰۵۴۶۹				
بعد زیست- پزشکی	مرد	۴/۳۶۱۴	۰/۵۸۳۸۲	۰/۰۶۹۷۸	-۰/۸۷۸	۰/۳۸۲	فرضیه صفر پذیرش	رابطه معنی دار است
	زن	۴/۴۵۰۰	۰/۵۴۲۲۷	۰/۰۷۱۸۳				
سطح سلامت کلی	مرد	۳/۵۵۷۲	۰/۲۸۷۸۹	۰/۰۳۴۴۱	۱/۹۷۲	۰/۰۵	رد فرضیه صفر	رابطه معنی دار است
	زن	۳/۴۳۲۸	۰/۴۲۰۲۳	۰/۰۵۵۶۶				

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۲

وابعاد مختلف سلامت وجود ندارد. اگر چه درابعاد مختلف میانگین سلامت متاهلان بالاتر است، ولی چون سطح معناداری آزمون t بالاتراز $0/05$ است نتایج قابل تعمیم نیست.

جدول ۳ رابطه سلامت و وضعیت تاهل رانشان می‌دهد. بررسی رابطه بین سطح سلامت و وضعیت تاهل با استفاده از آزمون مقایسه میانگین ۲ نمونه مستقل نشان داد رابطه معنی داری بین وضعیت تاهل

جدول ۳- بررسی رابطه بین سطح سلامت و وضعیت تاهل روستاییان

شرح	وضعیت تاهل	میانگین سطح سلامت	انحراف استاندارد	خطای انحراف استاندارد	مقدار آماره t	سطح معناداری	نتیجه آزمون	تحلیل
اجتماعی	متاهل	۳/۰۳۲۷	۰/۴۸۵۲۶	۰/۰۴۷۳۳۶	۰/۹۶۲	۰/۳۳۸	پذیرش فرضیه	رابطه معنی داریست
	مجرد	۲/۸۱۸۲	۰/۵۳۷۸۳	۰/۲۴۰۵۲			صفر	داریست
محیطی	متاهل	۳/۲۲۴۴	۰/۳۹۲۹۰	۰/۰۳۸۵۳	-۰/۷۳۱	۰/۴۶۶	پذیرش فرضیه	رابطه معنی داریست
	مجرد	۳/۳۵۵۶	۰/۳۶۳۴۵	۰/۱۶۲۵۴			صفر	داریست
اقتصادی	متاهل	۳/۲۶۷۵	۰/۵۸۵۲۱	۰/۰۵۶۸۴	۱/۹۲۵	۰/۰۵۷	پذیرش فرضیه	رابطه معنی داریست
	مجرد	۲/۷۴۶۴	۰/۷۳۹۵۷	۰/۳۳۰۷۰			صفر	داریست
زیست پزشکی	متاهل	۴/۴۴۳۷	۰/۵۷۹۰۱	۰/۰۵۶۲۴	۰/۱۲۷	۰/۸۹۹	پذیرش فرضیه	رابطه معنی داریست
	مجرد	۴/۴۱۲۷	۰/۶۲۷۱۷	۰/۲۵۶۰۴			صفر	داریست
سلامت کل	متاهل	۳/۵۹۸۵	۰/۳۳۹۸۰	۰/۰۳۳۰۰	-۰/۵۶۹	۰/۵۷۰	پذیرش فرضیه	رابطه معنی داریست
	مجرد	۳/۵۸۵۶	۰/۷۵۱۴۸	۰/۳۰۶۷۹			صفر	داریست

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۲

فعالیت کشاورزی مشغولند و درآمد و امنیت شغلی کمتری دارند. همچنین افراد مسن به لحاظ جسمانی از سطح سلامت پایینتری برخوردارند. به طور کلی، بین سن و سلامت رابطه معنی دار است و جهت رابطه هم منفی است.

برای بررسی رابطه بین سن و سطح سلامت از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است نتایج نشان می‌دهد بین سن و سطح اقتصادی و زیست پزشکی رابطه معنی داری وجود دارد و جهت رابطه هم منفی است؛ یعنی هرچه سن افراد کمتر سطح سلامت زیست پزشکی و اقتصادی آنها بیشتر است که این رابطه منطقی به نظر می‌رسد چراکه افراد مسن توانایی انجام فعالیت اقتصادی آنها نسبت به جوان‌ترها کم‌تر است و همچنین افراد مسن تردد روستا بیشتر به

جدول ۴- بررسی رابطه بین سن و سطح سلامت روستاییان

شرح	آماره‌ها	مقادیر	نتیجه آزمون	تحلیل
اجتماعی	مقدار ضریب همبستگی پیرسون	۰/۰۴۱	پذیرش	رابطه معنی دار نیست
	سطح معنی داری	۰/۵۹۵	فرضیه صفر	
محیطی	مقدار ضریب همبستگی پیرسون	۰/۰۶۸	پذیرش	رابطه معنی دار نیست
	سطح معنی داری	۰/۳۷۲	فرضیه صفر	
اقتصادی	مقدار ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۲۳۱	رد فرضیه	رابطه معنی دار است
	سطح معنی داری	۰/۰۰۲	صفر	
زیست پزشکی	مقدار ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۴۲۱	رد فرضیه	رابطه معنی دار است
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰	صفر	
سلامت کل	مقدار ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۲۹۷	رد فرضیه	رابطه معنی دار است
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰	صفر	

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۲

رابطه به نظر منطقی می‌رسد. چون باتوجه به شاخص‌هایی که برای سنجش این ابعاد ذکر شده است، با افزایش تحصیلات دسترسی به شغل، پس‌انداز، خانه بهتر و با کیفیت مناسب تر و وضعیت بهداشتی بهتر و... دست می‌یابند.

نتایج حاصل از آزمون فی ووی کرامر نشان می‌دهد که تفاوت توزیع سطح سلامت برحسب میزان تحصیلات روستاییان تفاوت معنی داری دارد. معناداری رابطه بین تحصیلات با ابعاد محیطی، اقتصادی و زیست پزشکی مشاهده می‌شود، که این

جدول ۵- بررسی رابطه بین میزان تحصیلات و سطح سلامت روستاییان

شرح	آماره‌ها	مقادیر	نتیجه	تحلیل
اجتماعی	مقدار آماره فی ووی کرامر	۰/۱۸۴	پذیرش فرضیه	رابطه معنی دار نیست
	سطح معنی داری	۰/۶۵۷	صفر	
محیطی	مقدار آماره فی ووی کرامر	۰/۴۱۸	رد فرضیه صفر	رابطه معنی دار است
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰		
اقتصادی	مقدار آماره فی ووی کرامر	۰/۳۲۳	رد فرضیه صفر	رابطه معنی دار است
	سطح معنی داری	۰/۰۲۵		
زیست پزشکی	مقدار آماره فی ووی کرامر	۰/۳۱۶	رد فرضیه صفر	رابطه معنی دار است
	سطح معنی داری	۰/۰۲۵		
سلامت کل	مقدار آماره فی ووی کرامر	۰/۱۸۲	رد فرضیه صفر	رابطه معنی دار است
	سطح معنی داری	۰/۰۰۳		

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۲

جدول ۶- بررسی رابطه بین سطح سلامت و وضعیت شغلی روستائیان

شرح	آماره‌ها	مقادیر	نتیجه	تحلیل
اجتماعی	مقدار آماره فی ووی کرامر	۰/۰۸۶	پذیرش فرضیه صفر	ارتباط معنی داری وجود ندارد
	سطح معنی داری	۰/۸۹۹		
محیطی	مقدار آماره فی ووی کرامر	۰/۱۲۱	پذیرش فرضیه صفر	ارتباط معنی داری وجود ندارد
	سطح معنی داری	۰/۷۱۴		
اقتصادی	مقدار آماره فی ووی کرامر	۰/۳۰۴	رد فرضیه صفر	ارتباط معنی داری است
	سطح معنی داری	۰/۰۱۱		
زیست پزشکی	مقدار آماره فی ووی کرامر	۰/۲۸۲	رد فرضیه صفر	ارتباط معنی داری است
	سطح معنی داری	۰/۰۲۱		
سلامت کل	مقدار آماره فی ووی کرامر	-۰/۱۳۶	رد فرضیه صفر	ارتباط معنی داری است
	سطح معنی داری	۰/۰۲۷		

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۲

لحاظ اقتصادی و هم به لحاظ زیست پزشکی سطح سلامت بالاتر به همراه می‌آورد. بیشتر افرادی که کشاورز بودند یا کارگر کارخانه بودند از درآمد پایین و سختی کار خود ناراضی بودند.

نتایج نشان می‌دهد رابطه سلامت و وضعیت شغلی از ابعاد اقتصادی و زیست پزشکی و به طور کلی معنادار است. این نتیجه به نظر منطقی می‌رسد، چرا که وضعیت شغلی با درآمد بالاتر سطح رفاه بالاتر هم به

جدول ۷- بررسی رابطه بین درآمد و سطح سلامت روستائیان

شرح	آماره‌ها	مقادیر	نتیجه	تحلیل
اجتماعی	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۲۸۲	رد فرضیه صفر	ارتباط معنی دار است
	سطح معناداری	۰/۰۲۷		
محیطی	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۰۸۵	پذیرش فرضیه صفر	ارتباط معنی دار نیست
	سطح معناداری	۰/۳۵۰		
اقتصادی	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۴۵۷	رد فرضیه صفر	ارتباط معنی دار است
	سطح معناداری	۰/۰۰۰		
زیست پزشکی	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۱۷۰	رد فرضیه صفر	ارتباط معنی دار است
	سطح معناداری	۰/۰۴۷		
سلامت کل	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۲۲۳	رد فرضیه صفر	ارتباط معنی دار است
	سطح معناداری	۰/۰۱۲		

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۲

میزان درآمد و سطح سلامت روستائیان ۰/۲۲۳ بوده و جهت رابطه نیز مثبت است؛ یعنی هرچه میزان

یافته‌های حاصل از آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که شدت رابطه بین دو متغیر

مسلماً درآمد بالاتر به استفاده از مسکن مناسب‌تر، تغذیه بهتر امکانات رفاهی توجه بیشتر به درمان و... منجر خواهد شد. اما به لحاظ محیطی که رابطه معنی دار نیست. این مساله نیز منطقی است، زیرا با توجه به شاخص‌هایی که برای سلامت محیطی ذکر شد، مانند وجود راه ارتباطی مناسب، وجود جایگاه‌های دفن زباله و یا وضعیت روشنایی معابر و... درآمد بالا یابابین فرد روستایی تأثیری در تغییر این شاخص‌ها نخواهد داشت.

نتایج حاصل از آزمون فی و وی کرامر مندرج در جدول ۸ نشان می‌دهد که سطح معناداری این آزمون بالاتر از ۰/۰۵ (sig=۰/۹۵۰) است. بنابراین، می‌توان گفت که بین بعد خانوار روستاییان و سطح سلامت آنان رابطه معناداری وجود ندارد. مساله در مورد سایر ابعاد نیز صادق است.

درآمد روستاییان بیشتر است، میزان سلامت آنان نیز بالاتر است و با توجه به اینکه سطح معناداری آزمون نیز کمتر از ۰/۰۵ (sig=۰/۰۱۲) است، بنابراین می‌توان گفت که نتیجه به دست آمده قابل تعمیم به جامعه آماری بوده و بین میزان درآمد و سطح سلامت روستاییان رابطه معناداری وجود دارد. از ابعاد مختلف نیز با توجه به شاخص‌هایی که برای این ابعاد ذکر شده است به جز در مورد سطح سلامت محیطی سایر ابعاد با درآمد رابطه معنی داری داشته‌اند و این مساله منطقی به نظر می‌رسد مثلاً در بعد اجتماعی هرچه درآمد بیشتر باشد، بیشتر می‌توانند از امکانات ورزشی، تفریحی، کلاس‌های مختلف و... استفاده کنند و یا توان انجام مسافرت سالانه به همراه خانواده داشته باشند. به لحاظ اقتصادی وزیست پزشکی نیز همین طور درآمد بالاتر سطح سلامت افراد را بالاتر می‌برد و این مساله منطقی است. به عنوان مثال،

جدول ۸- بررسی رابطه بین بعد خانوار و سطح سلامت روستاییان

شرح	آماره‌ها	مقادیر	نتیجه	تحلیل
اجتماعی	مقدار آماره فی و وی کرامر	۰/۱۶۰	پذیرش فرضیه صفر	رابطه معنی دار نیست
	سطح معنی داری	۰/۳۵۴		
اقتصادی	مقدار آماره فی و وی کرامر	۰/۲۹۸	پذیرش فرضیه صفر	رابطه معنی دار نیست
	سطح معنی داری	۰/۱۵۸		
محیطی	مقدار آماره فی و وی کرامر	۰/۲۰۵	پذیرش فرضیه صفر	رابطه معنی دار نیست
	سطح معنی داری	۰/۱۲۶		
زیست پزشکی	مقدار آماره فی و وی کرامر	۰/۳۰۰	پذیرش فرضیه صفر	رابطه معنی دار نیست
	سطح معنی داری	۰/۰۵۴		
سلامت کل	مقدار آماره فی و وی کرامر	۰/۰۰۴	پذیرش فرضیه صفر	رابطه معنی دار نیست
	سطح معنی داری	۰/۹۵۰		

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۲

۳-۳- تحلیل فضایی ابعاد سطح سلامت روستایان

در منطقه مورد مطالعه

از یافته‌های پژوهش براساس جدول ۹ می‌توان نتیجه گرفت که در بعد اجتماعی با توجه به این که سطح معناداری آزمون f که کمتر از 0.05 ($sig=0.000$) است می‌توان گفت که بعد اجتماعی سلامت در بین روستاهای مورد بررسی تفاوت معناداری دارد به طوری که بیشترین نمره سلامت اجتماعی مربوط

به روستای بیده است (۳/۴۵) و کمترین نمره سلامت اجتماعی نیز مربوط به روستای حجت آباد (۲/۳۴) است، به عبارتی میزان بعد اجتماعی سلامت در روستای بیده از روستاهای دیگر بیشتر است و در روستای حجت آباد نیز کمترین میزان سلامت اجتماعی وجود دارد که می‌توان دلیل آن را نزدیکی روستای بیده به شهر مید و امکان دسترسی به مراکز آموزشی، ورزشی، فرهنگی و... عنوان کرد.

جدول ۹- تحلیل فضایی ابعاد سطح سلامت در روستاهای مورد مطالعه

نام روستا	بعد اجتماعی			بعد محیطی			بعد اقتصادی			بعد زیست پزشکی			کل		
	میانگین	آماره f	سطح معناداری	میانگین	آماره f	سطح معناداری	میانگین	آماره f	سطح معناداری	میانگین	آماره f	سطح معناداری	میانگین	آماره f	سطح معناداری
بیده	۳/۴۵۷۱			۳/۶۳۳۹			۳/۴۱۸			۴/۵۷۱۴			۳/۶۶۲۱		
رکن آباد	۳/۴۰۵۶			۳/۴۷۲۲			۳/۳۵۱۸			۴/۴۸۸۳			۳/۴۹۹۴		
بغروید	۳/۱۵۷۸			۳/۴۳۲۹			۳/۲۶۱۳			۴/۳۵۷۱			۳/۱۴۴۷		
مهرآباد	۲/۹۰۱۵			۳/۳۶۳۰			۳/۲۵۸۳			۴/۲۵۵۶			۳/۳۷۵۷		
محمدآباد	۲/۶۸۳۳			۳/۲۶۷۲			۳/۲۲۰۱			۴/۱۸۳۷			۳/۵۱۴۰		
حسن آباد	۲/۴۲۹۸			۳/۱۵۵۴			۳/۱۲۱۷			۴/۱۵۱۶			۳/۳۵۷۲		
حجت آباد	۲/۳۴۰۹			۲/۸۸۲۶			۳/۰۱۱			۴/۰۳۴۹			۳/۵۶۱۶		

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۲

درمورد سلامت محیطی نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس نشان می‌دهد که سطح معناداری آزمون f کمتر از 0.05 ($sig=0.000$) است، بنابراین می‌توان گفت که سطح سلامت محیطی در روستاهای مورد بررسی تفاوت معناداری دارد. بیشترین نمره بعد محیطی سلامت مربوط به روستای رکن آباد (۳/۶۳) است و کمترین نمره بعد محیطی سلامت نیز در روستای حسن آباد (۲/۸۸) مشاهده شده است.

بنابراین میزان سلامت محیطی در روستای رکن آباد بیشتر از سایر روستاهاست و در روستای حسن آباد نیز میزان سلامت محیطی از سایر روستاهای مورد بررسی کمتر است. یکی از دلایل پایین بودن سطح سلامت محیطی روستای حسن آباد وجود کارخانه در نزدیکی این روستا و تولید آلودگی توسط این کارخانه است که باعث نارضایتی مردم شده است.

روستای رکن آباد با میانگین ۳/۶۶ است و کمترین سطح سلامت نیز در روستای حسن آباد با میانگین ۳/۱۴ است.

۴- نتیجه گیری

مروری کلی به مراحل تحقیق نشان می‌دهد برای پاسخ به این سوال که سلامت روستاییان در ابعاد مختلف در چه سطحی است؟ براساس یافته‌های تحقیق، میانگین سطح سلامت روستاییان برابر ۳/۱۱ است، اما این سطح سلامت از حداقل ۲/۳ در بعد سلامت اقتصادی تا حداکثر ۳/۷۵ در بعد سلامت زیست پزشکی در نوسان است، بنابراین روستاییان منطقه مورد مطالعه از بعد زیست پزشکی و محیطی در وضعیت مطلوب‌تری نسبت به بعد اجتماعی و اقتصادی قرار دارد. بر پایه نتایج تحقیق، سطح سلامت روستاییان در منطقه مورد مطالعه در ۶۸/۴ درصد از افراد در دامنه متوسط، ۲۹/۹ درصد افراد در سطح سلامت پایین و ۱/۷ درصد افراد دارای سطح سلامت زیاد بوده‌اند. بنابراین، نزدیک به ۷۰ درصد روستاییان دارای سطح سلامتی در حد متوسط قرار داشته‌اند. همچنین کمترین میزان سطح سلامت پایین مربوط به سلامت محیطی بوده است که بیانگر این است که به لحاظ شاخص‌های محیطی به روستاها توجه شده است، اما از بعد اقتصادی در وضعیت نامناسبی قرار دارند.

سوال دیگر تحقیق این بود که آیا بین سلامت روستاییان و ویژگی‌های فردی و اقتصادی آنان رابطه معناداری وجود دارد؟ نتایج تحقیق نشان داد که در مورد ویژگی‌های فردی روستاییان تنها بین

در مورد سلامت اقتصادی با توجه به نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس می‌توان گفت که مقدار آماره f ۱/۹۳۰ است و سطح معناداری آزمون نیز ۰/۰۷۹ است. بنابراین با توجه به اینکه سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ ($sig=0.079$) است، بنابراین می‌توان گفت که تفاوت میانگین سلامت اقتصادی در سطح روستاهای مورد بررسی معنادار نیست و روستاها از لحاظ سطح سلامت اقتصادی تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند.

از بعد زیست پزشکی با توجه به نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس می‌توان گفت که سطح معناداری آزمون f کمتر از ۰/۰۵ ($sig=0.036$) است بنابراین بر اساس این نتایج، بعد زیست پزشکی سلامت در روستاهای مورد بررسی تفاوت معناداری با یکدیگر دارد. بیشترین نمره میانگین سلامت زیست پزشکی در روستای مهرآباد (۴/۵۷) مشاهده شده است و کمترین میزان سلامت زیست پزشکی نیز مربوط به روستای محمدآباد (۴/۰۳) است. یکی از دلایل پایین بودن سطح سلامت زیست پزشکی روستای محمدآباد فاصله آن از شهر و نزدیک بودن آن به شهرک صنعتی است به طوری که بیشتر روستاییان افراد سالمند و پیر هستند که طبیعتاً سطح سلامت زیست پزشکی آنها پایین است.

در نهایت نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس در مورد کل ابعاد چهارگانه سلامت نشان می‌دهد که سطح معناداری این آزمون از ۰/۰۵ کمتر است ($sig=0.001$) بنابراین می‌توان گفت که سطح سلامت در روستاهای مورد بررسی تفاوت معناداری دارد بدین ترتیب که بیشترین سطح سلامت در

بعدخانوار و وضعیت تاهل و سطح سلامت رابطه معناداری وجود نداشت، ولی بین سن، تحصیلات، درآمد و وضعیت شغلی رابطه معناداری با سطح سلامت به ترتیب با آماره‌های $0/297-$ ، $0/182$ ، $0/223$ و $0/136-$ در سطح معناداری کمتر از $0/05$ با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و فی کرامر، رابطه معناداری وجود داشته است. همچنین با استفاده از آزمون تی دو نمونه‌ای با آماره $1/972$ در سطح معناداری کمتر از $0/05$ بین متغیر جنسیت و سطح سلامت رابطه معناداری برقرار است. بنابراین، در مجموع بین ویژگی‌های فردی روستاییان در منطقه مورد مطالعه با سطح سلامت آنان رابطه‌ای معنادار برقرار است، به نحوی که در بعضی از ویژگی‌ها مانند سن و وضعیت شغلی منفی و در سایر موارد مثبت ارزیابی شده است. تحلیل فضایی سطح سلامت کل نیز نشان داد که سطح سلامت در ابعاد مختلف آن در روستاهای مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که میانگین سطح سلامت از حداقل $3/14$ در روستای بفرئید تا حداکثر $3/66$ در روستای بیده در نوسان بوده است.

برای ارتقا و بهبود سلامت در روستاهای مورد مطالعه با توجه به یافته‌های تحقیق لازم است مسئولین ابعاد مختلف سلامت را بشناسند چرا که انسان موجودی است دارای ابعاد جسمی و روحی و تامین نیازهای او در این ابعاد سلامت وی را تضمین می‌کند. جهت شناخت مشکلات و بهبود وضعیت سلامت به خصوص در بعد اجتماعی که در روستاهای این منطقه بیشترین میزان پایین بودن سطح سلامت را داشت مستلزم جلب مشارکت مردم در شناسایی مشکلات

روستا، ارائه راه حل و اجرای آن به کمک مسئولان است که لازم است در این زمینه اقدام شود. روستاهای مورد بررسی به لحاظ اقتصادی از وضعیت نامطلوب برخوردار است، برای ایجاد اشتغال و وام‌های خوداشتغالی و بهبود کیفیت زندگی مردم اقدام شود.

منابع:

- ۱) افراخته، ح. وافکار، ا. (۱۳۹۱)، عوامل موثر بر سطح سلامت روستاها (نمونه موردی روستاهای شهرستان شفت)، مجله پژوهش و برنامه ریزی روستایی، سال اول، شماره ۱، صص ۲۵-۴۳.
- ۲) ایروین، آ واسکالی، ا. (۱۳۸۴)، اقدامات مربوط به عوامل موثر بر سلامت، ترجمه محمدحسین نیکنام، تهران: نشر وفاق.
- ۳) بحرینی، ح. (۱۳۷۴) «پروژه شهرهای سالم سازمان بهداشت جهانی و لزوم اجرای جدی آن در جمهوری اسلامی ایران»، مجله محیط شناسی، سال ۲۱، شماره ۱۷.
- ۴) پانام، ر. و دیگران، (۱۳۸۵)، «سرمایه اجتماعی، اعتماد، دموکراسی و توسعه»، به کوشش کیان تاج بخش، ترجمه افشین خاکباز و حسن پویان، تهران: نشر شیرازه.
- ۵) رکن الدین افتخاری، ع و مهدوی، د. (۱۳۸۵) راهکارهای توسعه گردشگری روستایی با استفاده از مدل SWOT. فصلنامه علمی پژوهشی مدرس، دوره ۱۰، شماره ۲ (پیاپی ۴۵)، صص ۱-۳۰.
- ۶) شیخی، د. رضوانی، م و مهدوی، م. (۱۳۹۱) سنجش و تحلیل سطح سلامت در نواحی

- concepts, theories and interpretations". Epidemic psychiatry. No. 12, pp. 205-218*
- 16) Boorse, C. (1977), Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44: 542-573
- 17) Caplan, A. (1992), Concept of Health, Illness and Disease. Medical Ethics RM Veatch (ed). Jons Bartlett Pub. PP: 60-75
- 18) Crombie, L.; Linda, I.; Lawrence, E. & Hilary, W. (1995). "Closing the health inequalities Gap: an international perspective". WHO regional office for Europe. English text edition by Barbara Zatloka.
- 19) Cubbin, C. (2000). "Socioeconomic status and injury mortality: individual and neighborhood determinants". *Epidemic community health*. No. 54, pp. 517-524.
- 20) Duhl, L. J. & Sanchez, A. K. (1999). "Healthy cities and the city planning process, a background document on Links between Health and Urban planning". WHO regional office for Europe.
- 21) Engel, G. L. (1980). The Clinical Application of the Bio psychosocial Model. A. M. J. Psychiatry
- 22) Engel, G. L. (1977). *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. Science, 196: 129-136
- 23) Fraser, G. (2005). "Changing place: The impact of rural restructuring on mental health in Australia". *Journal of health and place*. No. 11, pp. 157-171.
- 24) Galbardes, B. & Morabia, A. (2003). "Measuring the habitat as an indicator of socio-economic position: methodology and its association with hypertension". *Epidemic community health*.
- 25) Naidos J., & Wills J. (2000), Health promotion, London Bailliere Tindoll, pp. 5-7, 28-29.
- 26) Karlsen, S. and Nazroo, J. (2002), "Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups". *Public Health*, Vol. 92, pp. 624-631.
- 27) Khosh Chashm, K. (1995). "Healthy city and healthy villages". *Eastern Mediterranean health Journal*. Vol. 1. No. 1, pp. 103-111.
- روستایی براساس رویکرد روستای سالم مطالعه موردی شهرستان خنداب، استان مرکزی، فصلنامه روستا و توسعه، سال ۱۵، شماره ۲، صص ۱۰۹-۱۳۸.
- ۷) شیخی، د. رضوانی، م و مهدوی، م، (۱۳۸۸)، تبیین روستای سالم و ابعاد سلامت در نواحی روستایی شهرستان خنداب استان مرکزی، رساله دوره دکتری، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران.
- ۸) شیخی، م. ت، (۱۳۷۸)، دیدگاه‌های نوین در مدیریت شهرهای سالم (تحلیلی از دیدگاه جامعه‌شناسی)، مجموعه مقالات اولین همایش مدیریت توسعه پایدار در نواحی شهری، دانشگاه تبریز، صص ۱۱۲-۱۲۲.
- ۹) صادقی حسن آبادی، ع، (۱۳۷۵)، کلیات بهداشت عمومی، چاپ هفتم، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ص ۳۶.
- ۱۰) فیلد، ج، (۱۳۸۴)، سرمایه اجتماعی، ترجمه جلال متقی، تهران: موسسه عالی پژوهش.
- ۱۱) مرکز آمار ایران، (۱۳۹۰)، شناسنامه آبادی‌های کشور، شهرستان یزد.
- ۱۲) وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، (۱۳۹۰)، سند سلامت.
- ۱۳) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، (۱۳۸۴)، بانک اطلاعات پروژه‌های روستای سالم. تهران: دبیرخانه شهر سالم-روستای سالم.
- ۱۴) همتی مقدم، ا، (۱۳۸۳)، تبیین مفهوم وجودی سلامت، نشریه فلسفه، کلام و عرفان، «مجله ذهن»، شماره ۱۹، صص ۶۳-۷۴.
- 15) Bonizzato, P. (2003). "Socio-economic inequalities and mental health:

- 28) Lindau, S. (2003) , Synthesis of Scientific Disciplines in Purist of Health: The Interactive Bio psychosocial Model. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46: 274-286.
- 29) Pilkington,P. (2002). "*Social capitalandhealth:measuringandunderstandin g socialcapitalatlocallevelcouldtacklehealthine qualitiesmoreeffectively*". *Journalof publichealthmedicine*.No. 24,pp. 156-159.
- 30) Quine,S. &Lancaster, P. A. (1989) , "Indicatorsof socialclassrelationship betweenprestigeofoccupationandsuburbofreside nce". *Community Health Study*, pp. 510-518.
- 31) WangFLuo,W. (2005)."-*Assessing spatialandnon-spatialfactorsforhealthcare access:towardanintegratedapproachtodefinin ghealthprofessionalshortageareas*".*Journalofh ealthandplace*.No. 11,pp. 131-146.