

فصلنامه روستا و توسعه، سال ۱۵، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۱، صفحات ۱۰۹-۱۳۸

سنجش و تحلیل سطح سلامت در نواحی روستایی بر اساس رویکرد روستای سالم: مطالعه موردی شهرستان خنداب، استان مرکزی*

داود شیخی، محمدرضا رضوانی، و مسعود مهدوی**

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۸/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۲/۲۷

چکیده

رشد جمعیت در قرن بیستم موجب مطرح شدن مقوله سلامت شد. تحقق سلامت مستلزم محیط سالم و بسترهای مناسب اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و زیست‌محیطی است. شناخت ماهیت و ابعاد سلامت و عوامل تأثیرگذار بر آن، از یک سو، و اقدام برای ارتقای آن در نواحی روستایی، از سوی دیگر، اهمیت بسیار زیادی دارد و می‌تواند نقشی مهم در پایداری این نواحی داشته باشد. هدف پژوهش حاضر سنجش و تحلیل سطح سلامت خانوارهای ساکن در نواحی روستایی شهرستان خنداب است. روش تحقیق مورد استفاده توصیفی و تحلیلی است. در این راستا، با توجه به ابعاد و شاخص‌های سلامت، داده‌های مورد نیاز با استفاده از روش میدانی (پرسشنامه) جمع‌آوری و با استفاده از رگرسیون چندمتغیره گام به گام تحلیل شد. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که وضع سلامت در ناحیه مورد مطالعه با میانگین ۳/۲۴ در وضعیت مطلوب قرار دارد. برای شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت، هفت متغیر در قالب عوامل تأثیرگذار وارد معادله شدند که در مجموع، ۷۳/۷ درصد از واریانس سلامت خانوارها را تبیین می‌کنند.

* مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری جناب آقای داوود شیخی است که در دانشکده جغرافیای دانشگاه تهران انجام شده است.

** به ترتیب، عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور مرکز ملایر؛ نویسنده مسئول و دانشیار دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران (rezvani@ut.ac.ir)؛ و استاد دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران.

کلیدواژه‌ها: سلامت / روستای سالم / توسعه پایدار روستایی / خنداب (شهرستان) / مرکزی (استان).

* * *

مقدمه

برخورداری از یک زندگی سالم، مولد و با کیفیت، توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی همگانی است که مسئولیت تأمین آن بر عهده دولت‌هاست و پیش شرط تحقق توسعه پایدار است (وزارت بهداشت و درمان، ۱۳۸۳: ۲). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت فقط به معنی عدم بیماری جسمی نیست بلکه ابعاد روانی، اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی را نیز داراست. انسان از دیدگاه نظریه سرمایه انسانی محور اصلی توسعه پایدار است و «سلامت» عاملی مهم در رشد اقتصاد ملی شناخته می‌شود. اصول ۳ و ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، ضمن محوری شمردن سلامت کامل و جامع انسان، دولت را مکلف کرده است تا تمام منابع، امکانات و ظرفیت‌های خود را برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت افراد کشور بسیج کند (همان: ۲؛ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران). امروزه، تخریب و آلودگی محیط زیست، کمبود منابع و امکانات، مشکلات زیست‌محیطی مانند تأمین آب آشامیدنی، مسئله مسکن و وضعیت نامناسب آن، مدیریت دفع پسماندها، مهاجرت، فقر، و افزایش بیماری‌های روانی از ویژگی‌های کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه یافته به شمار می‌روند (ارجمندینا، ۱۳۷۹). این عوامل باعث شده است که وضعیت سلامت انسان و محیط زیست در این نواحی با خطر جدی مواجه شود. به همین دلیل، امروزه، موضوع سلامت در اولویت دستور کار توسعه بین‌المللی قرار دارد و نابرابری‌های سلامت بین کشورها و درون جوامع، دغدغه اصلی جامعه جهانی شده است (ایروین و اسکالی، ۱۳۸۴: ۲۷).

بدون تردید، سلامت و توسعه دارای ارتباط تنگاتنگ با یکدیگرند. اساساً توسعه پاسخی به نیازهاست و در عین حال که تأمین‌کننده منابعی برای حمایت از سلامت است، تهدیدی نیز برای سلامت تلقی می‌شود. آنچه قادر است تهدیدهای امروزین ناشی از توسعه‌یافتگی را کنترل و برنامه‌های توسعه را پایدار کند، اولویت دادن به سلامت انسان در

کلیه بخش‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی است. به همین دلیل، اصل اول منشور سازمان ملل متحد در اجلاس زمین در ۱۹۹۲ در ریودوژانیرو تأکید دارد که انسان در مرکزیت توسعه پایدار است، و باید بخش‌های مختلف توسعه به نحوی عمل کنند که حاصل و جهت همه فرایندهای توسعه به سوی تأمین یک زندگی توأم با سلامت، مولد و هماهنگ با طبیعت برای انسان باشد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۰: ۲).

در مناطق روستایی نیز هنوز مسائل و چالش‌های متعدد وجود دارد، چرا که راهبردهای گذشته در زمینه توسعه روستایی موفقیت‌آمیز نبوده و نتوانسته است مسائلی مانند فقر، اشتغال، بهداشت، امنیت غذایی و پایداری محیط زیست را تأمین کند؛ این راهبردها در توزیع منافع حاصل از رشد و توسعه نیز مؤثر نبوده و به ایجاد مشکلات متعدد برای نواحی روستایی انجامیده است. همین وضع باعث شده است که در سال‌های اخیر، بار دیگر توسعه روستایی مورد توجه قرار گیرد و نظریه‌پردازان، برنامه‌ریزان و مجریان حکومتی بر آن شوند تا با ارائه راهکارها و روش‌های جدید، از معضلات و مسائل گریبانگیر این نواحی بکاهند (رکن‌الدین افتخاری و مهدوی، ۱۳۸۵: ۲). یکی از این راهبردها که اخیراً در اغلب کشورها به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه بدان توجه نشده و البته در برخی از این کشورها نیز به اجرا درآمده، برنامه‌ها و طرح‌هایی با رویکرد روستای سالم در آن دسته از نواحی روستایی است که دارای قابلیت لازم برای گسترش بخش سلامت در راستای توسعه پایدار روستایی است.

از آنجا که سلامت دارای ابعاد گوناگون است، بهبود وضعیت سلامت از طریق اصلاح شرایط زندگی، محیط مادی، و عوامل اقتصادی و اجتماعی امکان‌پذیر است. در همین راستا، در پارادایم‌های جدید توسعه، به سلامت انسان و محیط به‌صورت توأمان توجه شده، این مهم با مشارکت مردم و سازمان‌های غیردولتی، که عنصر بنیادین نظام مردم‌گراست، تحقق خواهد یافت (مؤسسه توسعه روستایی ایران، ۱۳۸۱: ۴).

همچنین، باید دولت‌ها علاوه بر حقوق انسان‌ها به حقوق مکان‌ها نیز عنایت داشته باشند تا بتوانند در قالب نظام‌هایی ماندگار، پایدار و مردم‌سالار عمل کنند. به دیگر سخن، کارآمدی دولت‌ها در این عرصه در گرو آن است که:

- ۱- بتوانند آثار منفی فعالیت‌ها در سکونتگاه‌های انسانی را به حداقل برسانند؛
 - ۲- آثار منفی تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها در ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی و سیاسی برای سلامت انسان را کاهش دهند؛ و
 - ۳- در تخصیص منابع، به پایداری درازمدت اولویت دهند.
- تحقق این مهم توجه به سلامت و محیط، محیط و اقتصاد، و اقتصاد و سلامت را اجتناب‌ناپذیر می‌کند (همان: ۵).

در حال حاضر، پرداختن به موضوع سلامت و عوامل مؤثر بر آن در نواحی روستایی ضرورت و اهمیت بسیار زیادی دارد. هدف مقاله حاضر سنجش سلامت و عوامل تأثیرگذار بر آن در نواحی روستایی شهرستان خنداب در استان مرکزی است. در این راستا، سؤالات تحقیقی زیر مطرح است:

- سلامت در ابعاد مختلف آن در خانوارهای نواحی روستایی این شهرستان در چه سطحی قرار دارد؟
- عوامل و متغیرهای مؤثر بر سلامت کدامند و کدام عوامل تأثیر بیشتری دارند؟

مفهوم و ابعاد سلامت

در جهانی که پیوسته در حال دگرگونی است، باید مفاهیم جدید بر الگوهای تازه اندیشه استوار باشند. سلامت در طول سده‌ها از یک مفهوم فردی به یک هدف اجتماعی جهانی و دربرگیرنده کیفیت زندگی تبدیل شده است.

مفهوم زیست‌پزشکی: در گذشته، به‌طور معمول، سلامت را «بیمار نبودن» در نظر می‌گرفتند و اگر کسی بیمار نبود، سالم شناخته می‌شد. این مفهوم پایه نظریه میکروبی بیماری‌ها بود که در آغاز قرن بیستم، متخصصان با تأثیرپذیری اندیشه پزشکی از این نظریه، جسم انسان را مانند ماشین و بیماری را به‌مثابه اختلال در کار ماشین در نظر می‌گرفتند، و یکی از وظایف علم پزشکی ترمیم این ماشین بود (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳:

۲۴۶). این مفهوم دارای دو وجه مثبت و منفی یعنی، سلامت و بیماری در یک پیوستار است. در وجه مثبت آن، سه بعد برای سلامت ذکر شده است، که عبارت‌اند از: ۱- تعادل و هماهنگی تمام امکانات زیستی، روانی و اجتماعی؛ ۲- زندگی توأم با شادی و کارآیی و اعتدال؛ و ۳- مقاومت در برابر فشارها و عوارض خارجی (محسنی، ۱۳۷۵)؛ همچنین، هدف و نتیجه آن بالا رفتن کیفیت زندگی و افزایش امید به زندگی است (اعتمادی و رفیعی، ۱۳۷۹: ۳۵۴).

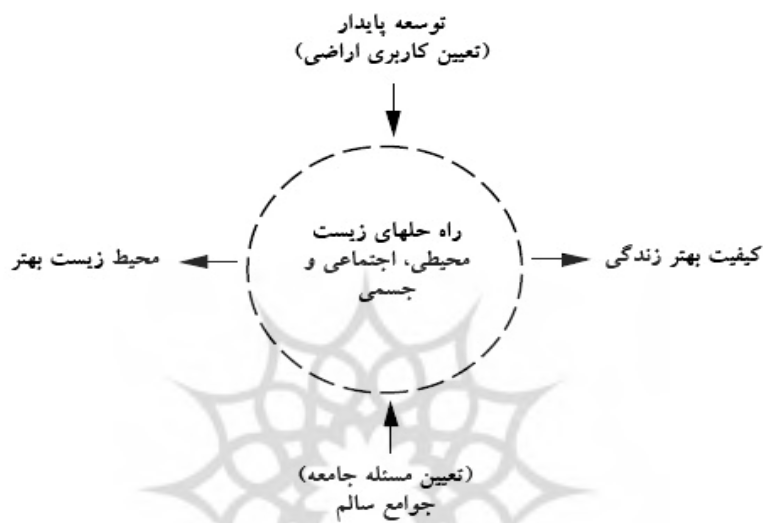
با این دیدگاه محدود، سلامت هدف نهایی پزشکی به‌شمار می‌رفت. این دیدگاه نقش عوامل تعیین‌کننده زیست‌محیطی، اجتماعی، و روان‌شناختی را دست کم گرفته بود و به همین دلیل هم در حل برخی مسائل بهداشتی انسان از جمله اعتیاد، بیماری‌های روانی، آلودگی محیط زیست و انفجار جمعیت نارسا بوده است.

مفهوم بوم‌شناختی: این مفهوم سلامت را تعادل پویا بین انسان و محیط زیست و بیماری را عدم تنظیم رابطه انسان با محیط می‌داند. تعادل فرهنگی و بوم‌شناختی انسان نه تنها با بیماری‌ها بلکه با دسترسی به خوراک و انفجار جمعیت مرتبط است.

مفهوم اقتصادی، اجتماعی و روان‌شناختی: پیشرفت‌های علوم اجتماعی در دوران کنونی گویای آن است که سلامت تنها یک پدیده زیست‌پزشکی نیست، بلکه عوامل اجتماعی، روان‌شناختی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی مردم نیز بر آن اثرگذار است و در تعریف و اندازه‌گیری سلامت، باید این عوامل را نیز در نظر گرفت.

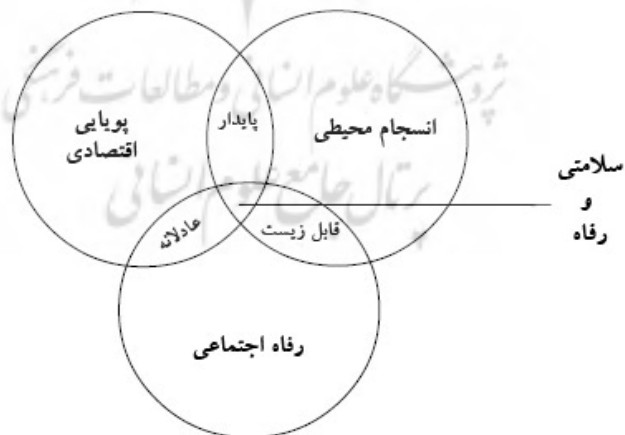
مفهوم ترکیبی: این مفهوم الگویی ترکیبی از همه مفاهیم یاد شده است که می‌تواند آثار اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و زیست‌محیطی و دیگر عوامل مؤثر بر سلامت را شناسایی کند. این مفهوم را می‌توان از راه‌های گوناگون شرح داد. این سخن قدیمی که می‌گوید «سلامت نشانه‌ای است از اندیشه سالم و عالی در بدن سالم، در خانواده‌ای سالم و در محیطی سالم» گویای این واقعیت است که در واقع، سلامت فرد به سلامت جامعه و سلامت جامعه و محیط به سلامت فرد، شیوه زندگی، شغل و کار او وابسته است. به دیگر سخن، سلامت جامعه از مجموعه رفتارها، نگرش‌ها و باورهای کسانی که در آن جامعه زندگی می‌کنند، تأثیر می‌پذیرد. هسته اصلی جامعه سالم سلامت

مردمان جامعه است که سلامت آنها با عوامل اجتماعی، اقتصادی، مادی، زیست‌محیطی و خدمات بهداشتی سنجیده می‌شود (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳: ۲۴۷).



منبع: Price and Tsouros, 1996: 74

شکل ۱- جوامع سالم و توسعه پایدار: دو فاز یک هدف



منبع: Price and Tsouros, 1996: 92

شکل ۲- توسعه شاخص‌های برنامه سلامت نواحی

سیر تحول مفاهیم و دیدگاه‌های مربوط به سلامت

سال‌های دهه ۱۹۵۰: تأکید بر فناوری و مبارزه با بیماری‌های خاص

اساسنامه سازمان جهانی بهداشت در ۱۹۴۶ تدوین شد. عملکردهای اساسی سازمان عبارت است از همکاری با کشورهای عضو و سازمان‌های تخصصی مناسب به منظور «ارتقا و بهبود تغذیه، وضعیت مسکن، بهداشت، اوقات فراغت، شرایط اقتصادی یا شرایط کاری، و دیگر جنبه‌های بهداشت زیست‌محیطی» که برای نیل به فرایند سلامت ضرورت دارند.

یکی از عواملی که باعث شد در این دهه، این الگو یعنی، تأکید بر فناوری ارتقا یابد، تحقیقات عمده انجام شده روی داروها بود که باعث شکوفایی و رونق صنعت داروسازی نوین شد (ایروین و اسکالی، ۱۳۸۴: ۳۲). ویژگی عمده این دوره افزایش برنامه‌های عمومی است که با اتکا به فناوری محدود، از بین بردن بیماری‌هایی خاص همچون مالاریا، آبله و سل را هدف قرار می‌داد. اما در ماهیت، این برنامه‌ها شرایط و بافت اجتماعی و نقش آن در رفاه و سلامتی یا ایجاد بیماری‌ها را نادیده می‌گرفتند و به چالش‌های جدی بهداشتی و سلامتی توده مردم به‌ویژه در مناطق فقیر روستایی توجه نداشتند (همان: ۳۵).

سال‌های ۱۹۶۰ تا آغاز دهه ۱۹۷۰: پدیدار شدن راهکارهای جامعه‌نگر

تا دهه ۱۹۶۰، آشکار شد که در بسیاری از بخش‌های جهان، الگوی بهداشت عمومی و پزشکی غالباً توان رفع نیازهای فوری افراد آسیب‌پذیر و فقیر را ندارند (به‌ویژه در مناطق روستایی کشورهای در حال توسعه) (همان: ۳۶). در دهه ۱۹۶۰ و اوایل سال‌های دهه ۱۹۷۰، برای اولین بار طرحی به نام «برنامه‌های بهداشتی جامعه‌نگر» به وجود آمد (Werner and Sanders, 1997: 56). این اقدام نوآورانه بر شرکت توده مردم و تقویت اختیارات جامعه در اتخاذ تصمیمات مربوط به سلامت تأکید داشت و اغلب تلاش‌های آنها در چارچوب حقوق بشر انجام می‌گرفت که سلامت را به نیازهای

گسترده‌تر زیست‌محیطی، سیاسی، اجتماعی و اقتصادی مرتبط می‌ساخت؛ همچنین، از اهمیت فناوری پیشرفته پزشکی و تکیه بر متخصصان پزشکی آموزش‌دیده کاسته و به جای آن، این نگرش ایجاد شده بود که کارکنان بهداشت محلی استخدام شوند تا با آموزش‌های اندک، بتوانند به مردم محلی در مواجهه با بسیاری از مشکلات بهداشتی عادی کمک کنند. کارکنان بهداشت روستایی چین که به‌طور استعاری به آنها «پزشکان پابره‌نه» می‌گفتند، معروف‌ترین نمونه آن بود که به‌جای ارائه خدمات بهداشتی شهری، به ارائه خدمات روستایی تأکید داشتند و خدمات پیشگیری را به خدمات درمانی ترجیح می‌دادند (ایروین و اسکالی، ۱۳۸۴: ۳۷).

در ۱۹۷۵، کنث نیوول^(۱)، مدیر بخش تقویت خدمات سازمان جهانی بهداشت، اظهار داشت: «مطالعات ما نشان می‌دهد که بسیاری از مشکلات متداول سلامتی ناشی از بخش‌هایی از خود جامعه است و راهکار بخشی برای سلامت و بهداشت یک راهکار ناکارآمد است و شاید اقدامات دیگری خارج از حوزه بهداشت تأثیرات بیشتری از مراحل مداخله بهداشتی دقیق بر سلامت داشته باشد» (همان: ۴۱).

دهه ۱۹۷۰: کنفرانس آلماتا و مراقبت بهداشتی اولیه

این دستور کار با حمایت سازمان جهانی بهداشت و یونیسف در کنفرانس بین‌المللی آلماتا قزاقستان در ۱۹۷۸ مورد توجه قرار گرفت. بیانیه کنفرانس دربردارنده هدف هافدان ماهر^(۲) بود. هدف وی «سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰» با استفاده از مراقبت بهداشتی اولیه به‌مثابه وسیله کار بود (ایروین و اسکالی، ۱۳۸۴: ۴۱).

دهه ۱۹۸۰: کنفرانس آن سوی مراقبت‌های بهداشتی و جنبش ارتقای سلامت

در ۱۹۸۴، در تورنتوی کانادا، کنفرانسی برگزار شد؛ موضوع این کنفرانس «آن سوی مراقبت‌های بهداشتی»^(۳) بود. در همین ارتباط، به‌منظور دستیابی به پیشرفت‌هایی در این زمینه، راهبرد بهداشت برای همه شکل گرفت. در این کنفرانس، پروفیسور دهل استاد دانشگاه برکلی مقاله‌ای با عنوان «شهر سالم» ارائه داد و در آن، شهر سالم را شهری

تعریف کرد که به‌طور مداوم، در ایجاد یا بهبود شرایط اجتماعی، کالبدی و توسعه منابع فعالیت کند و از این رهگذر، امکان عملکرد درست و کامل برای حداکثرسازی بهره‌برداری از توان انسان‌ها را فراهم آورد (احمدی، ۱۳۸۵: ۱۵). دو سال بعد، نخستین کنفرانس بین‌المللی ارتقای سلامت، در اُتاوا برگزار شد. این کنفرانس منشور اُتاوا در زمینه ارتقای سلامت را مورد تأیید و پذیرش قرار داد. منشور یاد شده هشت عامل مؤثر و کلیدی سلامت را تعیین کرد؛ این پیش‌شرط‌ها عبارت‌اند از: صلح، سرپناه، آموزش و پرورش، مواد غذایی، درآمد، زیست‌بوم دارای ثبات، منابع پایدار، عدالت اجتماعی، و برابری. بدیهی است که این دامنه گسترده از توانمندسازی بنیادین نمی‌توانست به‌تنهایی از عهده بخش بهداشت و سلامت برآید و به اقدامات هماهنگ میان بخش‌های مختلف دولتی، سازمان‌های غیردولتی، سازمان‌های داوطلب، بخش خصوصی، و رسانه‌ها نیاز داشت (WHO, 2002: 1).

عوامل مؤثر بر سلامت

در سلامت عمومی، این اعتقاد وجود دارد که سلامت را نه‌تنها عوامل رفتاری، زیستی و ژنتیکی، بلکه گستره‌ای از عوامل اقتصادی، محیطی و اجتماعی نیز تعیین می‌کنند (Pilkington, 2002: 156). این مسئله که عوامل محیطی و اجتماعی - اقتصادی به‌گونه‌ای مؤثر بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارند، از زمان باستان شناخته شده بود (ایروین و اسکالی، ۱۳۸۴: ۳۱).

عواملی از قبیل محیط زیست ایمن، درآمد کافی، دارا بودن نقش‌های هدفمند و معنی‌دار در جامعه، مسکن ایمن، تحصیلات بالاتر و حمایت اجتماعی با سلامت و رفاه بهتر در محلات وابستگی دارند (Queenland Health, 2006). به همین دلیل، سازمان جهانی بهداشت ۵۳ درصد مرگ‌ومیر در جهان را از شیوه نامناسب زندگی و بیست درصد از محیط نامناسب می‌داند که روی هم‌رفته، بیش از هفتاد درصد علل مرگ انسان‌ها را در جهان تشکیل می‌دهد (نیک‌نیا، ۱۳۸۲: ۲۳).

فاصله تا مراکز ارائه خدمات یا به عبارتی، دسترسی فضایی به موقعیت خدمات از مهم‌ترین موانع در دسترسی به خدمات بهداشتی شناخته شده است (Guagliardo et al., 2004: 273).

در بررسی عوامل مؤثر بر سلامت، وانگ و لئو بر دو دسته از عوامل تأکید می‌کنند: ۱- عوامل فضایی؛ با تأکید بر اهمیت مرزهای جغرافیایی و عوامل فاصله و زمان؛ و ۲- عوامل غیرفضایی؛ با تأکید بر مرزهای غیرجغرافیایی شامل ویژگی‌های فردی، اجتماعی و اقتصادی از قبیل طبقه اجتماعی، درآمد، نژاد، سن، و جنس (Wang and Luo, 2005: 131). حجم کارهای تجربی و نظری در زمینه بررسی ارتباط میان سلامت و مکان همچنان رو به افزایش است. فراسر و همکاران بیان می‌کنند که زندگی در نواحی فقیر با وضعیت وخیم سلامتی مرتبط است. یافته‌های تحقیق آنها بگونه‌ای است که با برجسته کردن تفاوت نتایج سلامتی در نواحی روستایی، پیشنهاد می‌کند که جنبه‌های مکانی در نواحی روستایی در حال افول ممکن است با خطراتی برای سلامت همراه شود (Fraser et al., 2005: 157).

اهداف توسعه هزاره نشان می‌دهد که بین سلامت و شرایط اجتماعی وابستگی وجود دارد. بر اساس چارچوب اهداف توسعه هزاره، بدون کاهش قابل ملاحظه فقر، ایجاد امنیت غذایی، آموزش و پرورش، اعطای حقوق و اختیارات به زنان، و بهبود شرایط زندگی در مناطق فقیرنشین و زاغه‌نشین‌ها، دستیابی به اهداف سلامت برای بسیاری از کشورها ناممکن خواهد بود (ایروین و اسکالی، ۱۳۸۴: ۲۸).

کارلسن و نازرو اعتقاد دارند که میان طبقه اجتماعی خانوار، سن، جنس و برخی از ویژگی‌های جسمی و روانی سلامتی ارتباط وجود دارد (Karlsen and Nazroo, 2002: 627). بونیزاتو معتقد است که محرومیت از امکانات رفاهی از نشانه‌های وجود نابرابری در بهداشت و سلامتی است (Bonizzato, 2003: 214). کوین و لانکستر به بررسی وجهه محل سکونت و اعتبار شغلی در تعیین طبقات اجتماعی و ارتباط آنها با سلامتی پرداختند (Quine and Lancaster, 1989: 512). همچنین، کوین و همکاران وضعیت

اقتصادی-اجتماعی، خصوصیات قومی و نژادی، سابقه سکونت در منطقه محل سکونت، نوع محل سکونت (شهری، روستایی) و ساختار خانوادگی را با داده‌های مربوط به وضعیت زیستی و عوامل منجر به مرگ مرتبط دانسته، بر این باورند که نقش متغیرهای محیطی بیش از متغیرهای فردی است (Cubbin et al., 2000: 520). گالباردس و مورابیا معتقدند که محل سکونت به مثابه یک نشانگر وضعیت اقتصادی-اجتماعی با وضعیت سلامتی ارتباط دارد. هدف آنها ابداع روشی برای اندازه‌گیری وضعیت اقتصادی-اجتماعی افراد بر اساس محل سکونت آنها شامل منزل مسکونی، همسایگان و منطقه زندگی و بررسی ارتباط آن دو نشانگر معمول وضعیت اقتصادی-اجتماعی یعنی، «سطح تحصیلات» و «شغل» و سلامتی بود (Galbarde and Morabia, 2003: 549). دلایل ارتباط موقعیت اجتماعی-اقتصادی با شاخص‌های سلامت را می‌توان قدرت خرید (بر اساس درآمد)، قدرت دانش (بر اساس تحصیلات)، و قدرت اشتغال (بر اساس وجهه و کنترل) بیان کرد (تاجبخش، ۱۳۸۵: ۶۱۴).

به باور جان فیلد، اینکه سرمایه اجتماعی و سلامتی با هم ارتباط دارند، ایده‌ای است که قدمت آن حداقل به یک قرن می‌رسد؛ و در ادامه، بیان می‌کند که در اواخر قرن نوزدهم، دورکیم نشان داد که تعداد خودکشی‌ها در جوامع دارای انسجام اجتماعی کمتر بیش از جوامعی است که ارتباطات منسجم‌تر دارند؛ و البته پاتنم نیز بر این عقیده است که سرمایه اجتماعی با سلامت در ارتباط است (فیلد، ۱۳۸۴: ۸۹). تحقیقات بسیاری در زمینه ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت انجام شده است، که از آن جمله می‌توان به کارهای کاواچی (Kawachi, 1999)، وینسترا (Veenstra, 2007)، هالتگریو و کروازبی (Holtgrave and Crosby, 2003)، کیم و کاواچی (Kim and Kawachi, 2008)، پولاک (Pollack, 2008)، و نیزبک (Knesebeck, 2005) اشاره کرد.

به عقیده ویلکینسون، لینچ و کاپلان، انسجام اجتماعی در جوامع گرفتار نابرابری شدید درآمد اندک است و یکی از راه‌های تأثیر نابرابری درآمد بر تندرستی نیز وجود یا عدم وجود همین منبع اجتماعی است (تاجبخش، ۱۳۸۵: ۶۲۱). تحقیقات

اپیدمیولوژیک ثابت کرده که در آغاز قرن نوزدهم، عوامل زیست‌محیطی و اجتماعی در بهبود سلامت بسیاری از جمعیت‌ها در کشورهای صنعتی اهمیت داشته است (ایروین و اسکالی، ۱۳۸۴: ۳۱).

در ۱۹۷۴، رئیس جمهوری وقت کانادا در کنفرانسی اعلام کرد که افزایش سطح سلامت مردم کانادا به علل گوناگون و از آن جمله به رشد اقتصادی، کاهش تعداد افراد خانواده، گسترش فعالیت کشاورزی، بهبود توزیع مواد غذایی و تغذیه، بهداشت محیط، و ارائه خدمات بهداشتی - درمانی بازمی‌گردد (همان: ۳۲).

مک‌کئون^(۴) اعتقاد دارد که عامل مهم بهبود سلامت در انگلستان و دیگر نقاط در قرون نوزدهم و بیستم صرفاً فناوری و مراقبت‌های پزشکی پیشرفته نبوده بلکه عوامل اجتماعی، محیطی، تحولات اقتصادی، محدودیت بعد خانوار، افزایش و بهبود مواد غذایی، محیط سالم‌تر مادی، و معیارهایی از این دست نیز موجب گسترش سلامت و بهداشت شده است (شیخی، ۱۳۷۸: ۱۱۵).

روستای سالم

روستای سالم روستایی است که محیط کالبدی و اجتماعی آن سلامت را ترویج کند. در روستای سالم، پیوسته با فراهم آمدن شرایط مطلوب، امکان فراگیر شدن همکاری بین‌بخشی محیطی فراهم می‌شود (World Health Organization, 2005: 36). سلامت نواحی روستایی در گرو داشتن محیط سالم و بسترهای اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، زیست‌محیطی، زیباشناختی، آموزشی، روان‌شناختی، بهداشتی، ورزشی و دیگر بسترهای مناسب است که پایه، اساس و سرمایه اصلی این سکونتگاه‌ها را ساکنان آن تشکیل می‌دهند.

از نظر سازمان بهداشت جهانی، اهداف روستای سالم عبارت‌اند از: داشتن محیط کالبدی تمیز و امن با کیفیت بالا؛ داشتن زیست‌بوم پایدار روستایی؛ امکان استفاده پایدار از تمام منابع برای مردم؛ داشتن جامعه منسجم و نیرومند با حمایت دوجانبه از سوی مردم و دولت؛ ایجاد مشارکت همگانی در تصمیمات مربوط به زندگی، سلامت

و رفاه؛ تأمین نیازهای اساسی؛ داشتن اقتصاد زنده، نوآور، پویا و متنوع؛ دسترسی به تجارب و منابع در سطح وسیع برای همه؛ تشویق جامعه به ارتباط با میراث فرهنگی؛ وجود حداقل سطح مناسب از بهداشت عمومی، درک و فهم از بهداشت محلی و مسائل زیست‌محیطی نزد مردم؛ شناسایی راه‌حل‌های بومی برای رفع مشکلات محلی توسط ساکنان؛ ارتقای هماهنگی اجتماعی بر اساس محیط؛ و مشارکت فعال مردم (Howard, 2002: 15).

از این رو، به‌منظور حل این معضلات، سازمان جهانی بهداشت در ۱۹۸۶ به معرفی «پروژه شهر سالم» پرداخت (صفا، ۱۳۸۳: ۶۴) و با بهره‌گیری از دو اصل همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردمی، اجرای رویکرد شهر سالم را تجربه کرد (مدرس مصلح، ۱۳۷۷). اما به‌دنبال ارتباط تنگاتنگ بین جوامع شهری و روستایی و اینکه ساختار سنتی روستایی چالش‌های بهداشتی و محیطی را حادث می‌کند، نظریه «روستای سالم» نیز به تدریج جایگاه خود را در حل معضلات اقتصادی، اجتماعی، زیست‌محیطی و بهداشتی مناطق روستایی پیدا کرد (صفا، ۱۳۸۳: ۶۴). اصطلاح «روستای سالم» را نخست، بخش منطقه‌ای مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت در ۱۹۸۹ ارائه داد (Khosh-Chashm, 1995: 106).

مفاهیم اساسی رویکرد روستای سالم عبارت‌اند از:

- به‌طور اساسی، بهبود در بهداشت طی انجام اصلاحاتی در شرایط مشخص اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی رخ می‌دهد که با تغییرات مثبت در رفتار انسان هماهنگ می‌شود.
- باید افراد برای بهبود سلامت و محیط خود به ابتکار عمل تشویق شوند.
- باید بهداشت به‌مثابه یک بخش ضروری توسعه کلی درون جامعه دیده شود.
- مشارکت جامعه فرایندی اجتماعی است که از طریق آن، گروه‌های ویژه با نیازهای مشترک در یک ناحیه جغرافیایی مشخص زندگی می‌کنند و به‌طور فعال، به

شناسایی نیازهای خود و نیز انجام تصمیم‌گیری‌ها و ایجاد سازوکارهایی برای تأمین این نیازها می‌پردازند (WHO, 2005).

راهنماهایی که در رویکرد روستای سالم وجود دارد، عبارت‌اند از:

- تقویت توان جوامع روستایی برای راه‌اندازی، برنامه‌ریزی، اجرا و نگهداری پروژه‌های توسعه.
- استفاده از راهبرد نیازهای اساسی توسعه^(۵) به‌مثابه ابزاری برای تحرک بخشیدن به مشارکت اجتماع، سنجش نیازهای جامعه و آماده‌سازی مجموعه دستورالعمل‌ها؛
- تشویق به استفاده از فناوری‌های مناسب به‌صورت وسیله‌ای در واکنش به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی، کاهش هزینه‌ها و اطمینان از پایایی و استمرار؛ و
- توسعه سازوکارهایی برای اطمینان از مشارکت زنان و جوانان در فرایند توسعه (WHO, 2005).

پروژه شهر سالم و روستای سالم در کشورهای زیادی از جمله ایران، مصر، اردن، پاکستان، گینه نو، بوتان، و سریلانکا اجرا شده است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۰: ۳۸۵).

روستای سالم در ایران

در ایران، سابقه شروع پروژه شهر سالم به سال ۱۳۷۰ بازمی‌گردد که در آذر ماه همان سال، اولین کنفرانس شهر سالم در تهران تشکیل شد و به‌طور آزمایشی، اجرای پروژه را در کوی ۱۳ آبان، شهر ری تهران و در منطقه ۲۰ آغاز شد (ارجمندنی، ۱۳۷۹). در ۱۳۷۴ نیز اولین کنفرانس روستای سالم در شهر اصفهان برگزار شد. برنامه و باورهای روستای سالم در ایران در قالب نظام مراقبت بهداشتی اولیه اجرا می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۰: ۳۸۵). همچنین، در ۱۳۷۷، دومین سمینار در شهر تبریز برگزار شد.

پیرو تشکیل دومین کنفرانس در تبریز، نیاز به فعالیت فرابخشی برای دستیابی به اهداف روستای سالم مطرح شد. در همین رابطه، موضوع در شورای هماهنگی پروژه

شهرهای سالم کشور با حمایت ده وزیر و چهار رئیس سازمان مطرح و مقرر شد که از طریق هیئت دولت، با اصلاحیه‌ای پیگیری شود؛ و در ۱۳۷۸، اصلاحیه هیئت دولت با تغییر عنوان «شورای هماهنگی پروژه شهرهای سالم کشور» (مصوبه ۱۳۷۵) به «شورای هماهنگی پروژه شهرهای سالم- روستاهای سالم کشور» و اضافه شدن وزیر کشاورزی و رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی به اعضای منتخب، رویکرد نوین روستای سالم بنیانگذاری شد.

پروژه روستای سالم را وزارت بهداشت با همکاری سازمان جهانی بهداشت در استان‌های فارس، هرمزگان، خراسان رضوی، 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).

بر اساس پیشینه تحقیق و مبانی نظری و مطالعات صورت گرفته، در پژوهش حاضر، مفهوم ترکیبی و کلیت سلامت به صورت متغیر وابسته در نظر گرفته شده که ترکیبی از ابعاد پزشکی- بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی است. همچنین، بر اساس پیشینه تحقیق و بررسی‌ها و مشاهدات میدانی، عوامل مؤثر بر سلامت در سه بعد اجتماعی، اقتصادی، و زیست محیطی مطرح شده است.

روش‌شناسی تحقیق

تحقیق حاضر از لحاظ هدف، کاربردی و از لحاظ روش، توصیفی و تحلیلی است. در راستای سؤالات تحقیق، ابتدا با بررسی اسناد و مدارک و مرور تحقیقات انجام شده در این حوزه، ابعاد، شاخص‌ها و متغیرهای سلامت بررسی شدند.

نظر اساتید در رشته‌های جغرافیا، بهداشت، جامعه‌شناسی، اقتصاد و محیط زیست مبنای اعتبارسنجی پرسشنامه قرار گرفت. علاوه بر آن، به منظور سنجش قابلیت اعتماد یا پایایی (۶) پرسشنامه، از روش آلفای کرونباخ استفاده شده، که مقدار آن ۰/۸۲۷ به دست آمد.

روش جمع‌آوری داده‌ها به صورت میدانی و از طریق پرسشنامه انجام شد. با توجه به تعداد زیاد روستاهای این شهرستان، مطالعه همه روستاها امکان‌پذیر نبوده است. به همین دلیل، دو دهستان به طور تصادفی انتخاب شد. برای تعداد روستاهای نمونه از بین این دو دهستان که در مجموع، ۲۴ روستا بود از فرمول کوکران استفاده شد که در نهایت، انتخاب یازده روستا به صورت تصادفی انجام گرفت.

حجم تعداد خانوار نمونه در منطقه مورد مطالعه نیز بر اساس فرمول نمونه‌گیری کوکران محاسبه و سپس، به هر کدام از دهستان‌ها و روستاهای مورد نظر، بر اساس تعداد خانوار، سهمیه‌ای متناسب تخصیص داده شد. بدین ترتیب، تعداد خانوارهای نمونه نیز ۲۸۹ خانوار به دست آمده است. تحلیل پژوهش حاضر در سطح خانوار انجام پذیرفت.

برای بررسی سطح سلامت، بعد از اندازه‌گیری شاخص‌ها، نتایج بر اساس طیف لیکرت از «خیلی بد» تا «خیلی خوب» طبقه‌بندی شد. در تحقیق حاضر، به منظور تحلیل داده‌ها، از روش رگرسیون چندمتغیره گام به گام استفاده شده است. با مروری بر تحقیقات پیشین و با توجه به شرایط موجود در ناحیه روستایی مورد مطالعه، ابعاد، شاخص‌ها و متغیرهای تعیین‌کننده سطح سلامت در ابعاد پزشکی - بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی در جدول ۱ نشان داده شده است.

پژوهش‌های روستا و توسعه
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۱- ابعاد، شاخص‌ها و متغیرهای سلامت در خانوارهای روستایی

ابعاد سلامت	بهداشتی	اجتماعی	اقتصادی	زیست محیطی
شاخص‌ها و متغیرهای سلامت	- سن اولین بارداری	- معکوس تراکم نفر در اتاق	- دارا بودن جاروبرقی	- توالیت بهداشتی
	- همسر سرپرست خانوار	- معکوس طلاق در خانوار	- ماشین لباس شویی	- آشپزخانه مجزا و بهداشتی
	- معکوس کودک فوت شده زیر ۵ سال خانوار	- میزان اوقات فراغت خانوار	- یخچال فریزر	- حمام بهداشتی
	- معکوس افراد معلول در خانوار	- میزان رضایت از مزایای بیمه روستاییان و خدمات بهداشتی و درمانی	- معکوس مددجو بودن خانوار	- طویله بهداشتی
	- معکوس افراد معتاد به سیگار در خانوار	- میزان رضایت از خدمات آموزشی (ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان)	- کمیته امداد سرپرست خانوار	- میزان استفاده از سوخت‌های فسیلی به جای سوخت‌های جامد
	- معکوس افراد معتاد به انواع مواد مخدر در خانوار	- میزان رضایت از خدمات آموزشی (ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان)	- معکوس بار تکفل	- نحوه دفع فاضلاب
	- معکوس تعداد افراد بیمار نیازمند به خدمات اجتماعی در خانواده	- میزان رضایت از حمل و نقل	- معکوس هزینه متوسط خوراکی خانوار به کل درآمد	- نحوه دفع زباله
	- معکوس استفاده از روش‌های تنظیم خانواده	- میزان رضایت از سوخت	- میزان مصرف مواد غذایی خانوار منطبق با سبب مطلوب	- نحوه دفع فضولات انسانی
				- وضعیت محل سکونت از نظر حیوانات موذی
				- میزان رضایت از محیط روستا از نظر حیوانات مزاحم و ولگرد
				- میزان رضایت از پاکیزگی محیط روستا
				- میزان رضایت از دفع آب‌های سطحی (زهکشی)
				- میزان رضایت از بهداشت نانواپی
				- میزان رضایت از بهداشت قصابی
				- میزان رضایت از بهداشت خواربار فروشی
				- میزان رضایت از روشنایی معابر
				- میزان رضایت از کیفیت آب شرب
				- میزان رضایت از کیفیت آب کشاورزی

منبع: یافته‌های پژوهش

ناحیه مورد مطالعه

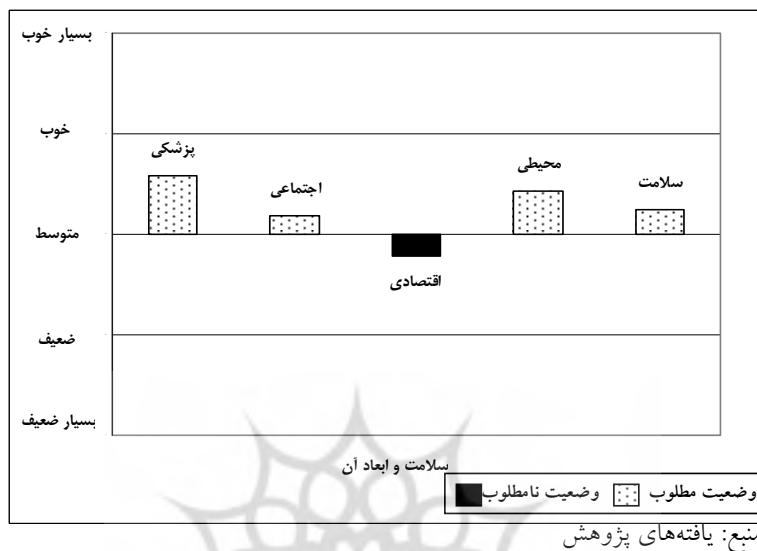
ناحیه مورد مطالعه شهرستان خنداب از شهرستان‌های استان مرکزی است که از طرف شمال، به بخش وفس، از شمال غربی، به همدان، از شرق به شهرستان آشتیان، از غرب به شهرستان‌های تویسرکان و ملایر، و از جنوب به شهرستان سربند محدود می‌شود. این شهرستان از دو بخش به نام‌های مرکزی و قره‌چای و پنج دهستان به نام‌های اناج، جاورسیان، خنداب، دهچال و سنگ سفید تشکیل شده است (سازمان جغرافیایی نیروهای مسلح، ۱۳۷۶: ۱۶۷). این شهرستان در آخرین نقطه استان مرکزی در غرب در

مرز استان‌های لرستان و همدان قرار دارد. مساحت کل شهرستان در حدود ۱۳۶۵ کیلومتر مربع بوده و بر اساس آخرین آمار جمعیتی موجود در ۱۳۸۵، جمعیت آن ۵۲۴۹۴ نفر با ۱۳۲۹۷ خانوار در ۸۲ سکونتگاه روستایی و دو مرکز شهری است (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۶). میانگین فاصله روستاهای نمونه تا مرکز شهرستان (شهر خنداب) ۳۱ کیلومتر و تا مرکز استان (شهر اراک) ۶۸ کیلومتر است.

یافته‌های پژوهش

بر اساس داده‌های حاصل از پرسشنامه درباره ۲۸۹ سرپرست خانوار روستایی در دو دهستان از یازده روستا در شهرستان خنداب استان مرکزی، سن سرپرستان خانوار از ۲۰ تا ۸۲ سال با میانگین ۴۷ سال بوده است. از این تعداد سرپرستان خانوار، ۴۲/۳ درصد بی‌سواد، ۷/۷ درصد دارای سواد خواندن و نوشتن، ۲۹/۴ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۵/۵ درصد راهنمایی و ۵/۲ درصد تحصیلات دیپلم و بالاتر از دیپلم بوده‌اند. میانگین درآمد ماهانه خانوارها ۲۷۲ هزار تومان و شغل ۵۶ درصد سرپرستان خانوارها کشاورزی است. همچنین، ۳۸ درصد خانوارها فاقد فرد بیمار و ۶۲ درصد دارای بیمار بوده‌اند که بیماری‌های عصبی و سردرد و بعد از آن، فشار خون شایع‌ترین بیماری‌ها در بین خانوارهاست.

در پژوهش حاضر، متغیر وابسته سلامت خانوارهای ساکن در نواحی روستایی بوده که بر اساس مفهوم کلی سلامت، در چهار بعد پزشکی - بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی، و زیست‌محیطی اندازه‌گیری شده است. بر اساس یافته‌های حاصل از پرسشنامه‌های خانوار، وضعیت کلی سلامت با میانگین ۳/۲۴ مطلوب است. بعد پزشکی با میانگین ۳/۵۹، بعد اجتماعی با میانگین ۳/۱۸ و بعد محیطی نیز با میانگین ۳/۴۳ در وضعیت مطلوب قرار دارند؛ اما بعد اقتصادی با میانگین ۲/۷۸ در وضعیتی نامطلوب است (شکل ۳).



شکل ۳- وضعیت سلامت به تفکیک ابعاد آن در ناحیه مورد مطالعه

لازم به ذکر است امتیازاتی که بالاتر از حد متوسط بودند به عنوان وضع مطلوب و امتیازات کمتر از آن به عنوان وضع نامطلوب در نظر گرفته شده است. با توجه به سکونت خانوارهای محدوده مورد مطالعه در دو ناحیه روستایی متفاوت دشتی و کوهستانی، برای دستیابی به نتایج بهتر، میانگین امتیازهای سلامت و ابعاد آن در میان خانوارهای ساکن در این دو ناحیه نیز آورده شده است. در خانوارهای نواحی دشتی، وضعیت کلی سلامت و تمام ابعاد آن مطلوب بوده، به طوری که سلامت با میانگین $3/40$ ، بعد پزشکی با میانگین $3/56$ ، بعد اجتماعی با میانگین $3/27$ ، بعد اقتصادی با میانگین $3/04$ ، و بعد زیست محیطی با میانگین $3/74$ همگی در بالاتر از حد متوسط و مطلوب است. اما در خانوارهای نواحی کوهستانی، وضعیت متفاوت است، به طوری که تنها بعد پزشکی - بهداشتی سلامت با میانگین $3/67$ در وضعیت مطلوب قرار دارد. اما وضعیت کلی سلامت با میانگین $2/85$ و بعد اجتماعی با میانگین $2/94$ ، بعد اقتصادی با میانگین $2/15$ و بعد زیست محیطی با میانگین $2/64$ در پایین خط وضعیت عادی قرار دارند که نشان دهنده وضعیت نامطلوب سلامت و این ابعاد سه گانه است.

یافته‌های تحلیلی

به منظور دستیابی به نتایج دقیق‌تر و شناسایی بهتر عوامل مؤثر بر سلامت، رگرسیون گام به گام به طور جداگانه برای هر کدام از ابعاد سلامت نیز محاسبه شد. در این فرایند، برای بعد پزشکی سلامت چهار متغیر، بعد اجتماعی شش متغیر، بعد اقتصادی پنج متغیر، و بعد زیست‌محیطی نیز شش متغیر وارد تحلیل شدند. در نهایت، برای سطح سلامت هفت متغیر وارد تحلیل شد. نتایج این فرایند در جداول ۲ تا ۷ آمده است. علامت ضریب همبستگی در تحلیل رگرسیون R و مجذور آن R^2 است که برای بیان شدت ارتباط مناسب است (کلانتری، ۱۳۸۵: ۱۷۳).

جدول ۲- متغیرهای وارد شده و سهم هر متغیر در مدل رگرسیون گام به گام در بعد پزشکی سلامت

بعد پزشکی - بهداشتی سلامت			بعد
سهم هر متغیر در تبیین متغیر وابسته (درصد)	ضرایب تعیین (R^2)	متغیر وارد شده به مدل در هر مرحله	مراحل
۶/۶	۰/۰۶۶	سن سرپرست	گام اول
۵/۱	۰/۱۱۷	بعد خانوار	گام دوم
۴/۲	۰/۱۵۹	فاصله محل سکونت خانوار تا مرکز استان	گام سوم
۳/۱	۰/۱۹۰	تحصیلات افراد خانوار	گام چهارم

منبع: یافته‌های پژوهش

جدول ۳- متغیرهای وارد شده و سهم هر متغیر در مدل رگرسیون گام به گام در بعد اجتماعی سلامت

بعد اجتماعی سلامت			بعد
سهم هر متغیر در تبیین متغیر وابسته (درصد)	ضرایب تعیین (R^2)	متغیر وارد شده به مدل در هر مرحله	مراحل
۵۰/۵	۰/۵۰۵	فاصله محل سکونت خانوار تا جاده اصلی	گام اول
۱۱/۶	۰/۶۲۱	فاصله محل سکونت خانوار تا مرکز شهرستان	گام دوم
۳/۹	۰/۶۶۰	توانایی ساخت مسکن جدید و نوساز	گام سوم
۲/۵	۰/۶۸۵	فاصله محل سکونت خانوار تا مرکز استان	گام چهارم
۲	۰/۷۰۵	میزان مشورت با مردم روستا	گام پنجم
۰/۹	۰/۷۱۴	سواد همسر سرپرست خانوار	گام ششم

منبع: یافته‌های پژوهش

جدول ۴- متغیرهای وارد شده و سهم هر متغیر در مدل رگرسیون گام به گام در بعد اقتصادی سلامت

بعد اقتصادی سلامت			بعد
متغیر وارد شده به مدل در هر مرحله	ضرایب تعیین (R ²)	متغیر وارد شده به مدل در هر مرحله	مراحل
۴۲	۰/۴۲۰	میانگین درآمد ماهانه خانوار	گام اول
۸	۰/۵۰۰	فاصله محل سکونت خانوار تا جاده اصلی	گام دوم
۳/۵	۰/۵۳۵	میزان ارتباط خانوار با مراکز شهری	گام سوم
۲/۵	۰/۵۶۰	توانایی ساخت مسکن جدید و نوساز	گام چهارم
۱	۰/۵۷۰	میزان کمک کاری سرپرست خانوار در فصل کاربه‌دیگران	گام پنجم

منبع: یافته‌های پژوهش

جدول ۵- متغیرهای وارد شده و سهم هر متغیر در مدل رگرسیون گام به گام در بعد زیست محیطی سلامت

بعد زیست محیطی سلامت			بعد
سهم هر متغیر در تبیین متغیر وابسته (درصد)	ضرایب تعیین (R ²)	متغیر وارد شده به مدل در هر مرحله	مراحل
۵۲/۸	۰/۵۲۸	فاصله محل سکونت خانوار تا جاده اصلی	گام اول
۷/۱	۰/۵۹۹	توانایی ساخت مسکن جدید و نوساز	گام دوم
۳/۶	۰/۶۳۵	فاصله محل سکونت خانوار تا مرکز شهرستان	گام سوم
۱/۹	۰/۶۵۴	میزان ارتباط خانوار با مراکز شهری	گام چهارم
۱/۴	۰/۶۶۸	وضعیت تأهل	گام پنجم
۱	۰/۶۷۸	تحصیلات افراد خانوار	گام ششم

منبع: یافته‌های پژوهش

نتایج رگرسیون گام به گام نشان می‌دهد که در سطح کلی سلامت، از میان هفت متغیری که وارد این مدل شدند، فاصله محل سکونت خانوار تا جاده اصلی با ضریب تعیین ۰/۴۳۲ بیشترین تأثیر را در سلامت خانوارها داشته است، به طوری که ۴۳/۲ درصد از تغییرات مورد نظر را تبیین می‌کند. سایر متغیرها ۳۰/۵ درصد از واریانس سلامت را تبیین می‌کنند.

جدول ۶- متغیرهای وارد شده و سهم هر متغیر در مدل رگرسیون گام به گام در ابعاد چهارگانه سلامت

بعد مراحل	ابعاد چهارگانه سلامت	
	متغیر وارد شده به مدل در هر مرحله	ضرایب تعیین (R^2) سهم هر متغیر در تبیین متغیر وابسته (درصد)
گام اول	فاصله محل سکونت خانوار تا جاده اصلی	۰/۴۳۲
گام دوم	توانایی ساخت مسکن جدید و نوساز	۰/۶۵۰
گام سوم	فاصله محل سکونت خانوار تا مرکز شهرستان	۰/۶۸۰
گام چهارم	میزان ارتباط خانوار با مراکز شهری	۰/۷۰۶
گام پنجم	میانگین درآمد ماهیانه خانوار	۰/۷۱۸
گام ششم	سواد همسر سرپرست خانوار	۰/۷۲۸
گام هفتم	بعد خانوار	۰/۷۳۷

منبع: یافته‌های پژوهش

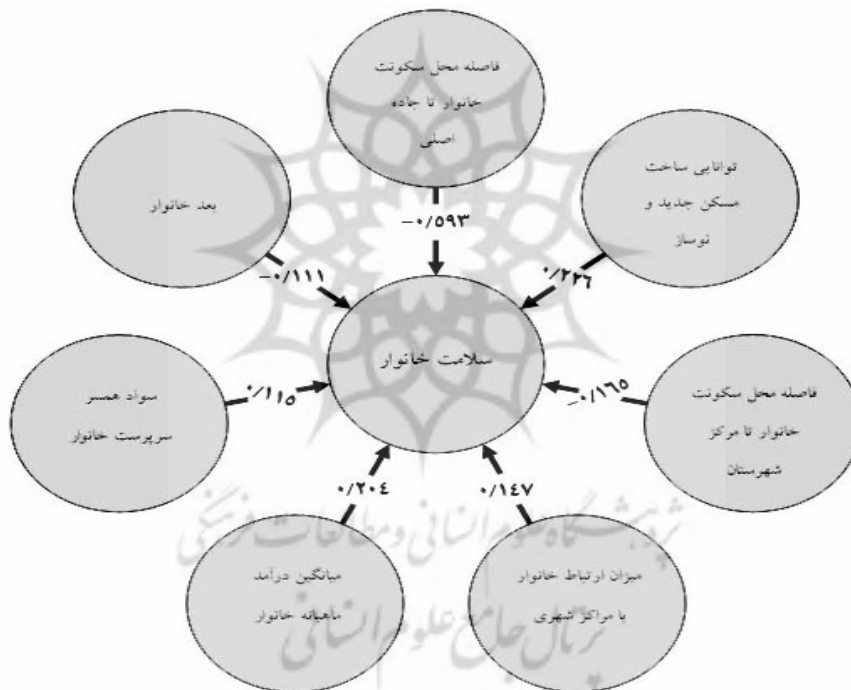
جدول ۷- ضرایب رگرسیون گام به گام برای بررسی تأثیر متغیرهای مستقل بر سطح سلامت خانوارها و تعیین اهمیت نسبی متغیرها

متغیرهای وارد شده به مدل	ضرایب رگرسیونی (B)	ضرایب رگرسیونی استاندارد (β)	خطای استاندارد	مقدار t	سطح معنی داری
ضریب ثابت	۱۶۱/۸۹				
فاصله محل سکونت خانوار تا جاده اصلی	-۲/۱۵۹	-۰/۵۹۳	۰/۱۵۷	-۱۳/۷۷	۰/۰
توانایی ساخت مسکن جدید و نوساز	۳/۵۱۱	۰/۲۲۶	۰/۸۷۳	۴/۰۲	۰/۰
فاصله محل سکونت خانوار تا مرکز شهرستان	-۰/۵۲۲	-۰/۱۶۵	۰/۱۲۵	-۴/۱۷	۰/۰
میزان ارتباط خانوار با مراکز شهری	۲/۷۵۹	۰/۱۴۷	۰/۸۱۸	۳/۳۷	۰/۰۰۱
میانگین درآمد ماهانه خانوار	۳/۵۸۶	۰/۲۰۴	۱/۰۲۱	۳/۵۱	۰/۰۰۱
سواد همسر سرپرست خانوار	۲/۲۱۸	۰/۱۱۵	۰/۷۹۴	۲/۷۹	۰/۰۰۶
بعد خانوار	-۱/۵۶۹	-۰/۱۱۱	۰/۵۶۴	-۲/۷۸	۰/۰۰۶

منبع: یافته‌های پژوهش

شکل ۴ اهمیت نسبی متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت خانوارها را نشان می‌دهد. مقدار بتای به دست آمده برای هر متغیر نشان‌دهنده آن است که تغییر یک واحد در انحراف معیار متغیرها به اندازه مقدار بتای همان متغیر بر انحراف معیار بهبود سلامت

خانوارها تأثیر می‌گذارد. مقدار بتای متغیر فاصله محل سکونت خانوار تا جاده اصلی با $(\beta = -0/593)$ ، توانایی ساخت مسکن جدید و نوساز $(\beta = 0/226)$ ، فاصله محل سکونت خانوار تا مرکز شهرستان $(\beta = -0/165)$ ، میزان ارتباط خانوار با مراکز شهری $(\beta = 0/147)$ ، میانگین درآمد ماهانه خانوار $(\beta = 0/204)$ ، سواد همسر سرپرست خانوار $(\beta = 0/115)$ و بعد خانوار $(\beta = -0/111)$ ، به ترتیب، بیشترین اهمیت را در افزایش سطح سلامت خانوارها دارند.



منبع: یافته‌های پژوهش

شکل ۴- اهمیت نسبی متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت خانوارها و روستای سالم بر اساس مقادیر استاندارد شده بتا

نتیجه گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که بیماری‌های عفونی جای خود را به بیماری‌های غیر عفونی داده که بیانگر افزایش سطح توسعه است. به‌طور کلی، وضعیت سلامت در این ناحیه مطلوب است. همچنین، ابعاد پزشکی - بهداشتی سلامت، اجتماعی و زیست‌محیطی نیز در وضعیت مطلوب قرار دارند؛ اما وضعیت در بعد اقتصادی نامطلوب است.

در شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت نیز با رگرسیون چندمتغیره گام به گام، هفت متغیر به عنوان عوامل تأثیرگذار وارد معادله شدند که در مجموع، ۷۳/۷ درصد از واریانس سلامت خانوارها را تبیین می‌کند؛ این متغیرها، به ترتیب، عبارت‌اند از: فاصله محل سکونت خانوار تا جاده اصلی، توانایی ساخت مسکن جدید و نوساز، فاصله محل سکونت خانوار تا مرکز شهرستان، میزان ارتباط خانوار با مراکز شهری، میانگین درآمد ماهانه خانوار، سواد همسر سرپرست خانوار، و بعد خانوار.

متغیر فاصله محل سکونت خانوار تا جاده اصلی به تنهایی ۴۳ درصد واریانس متغیر وابسته را تبیین می‌کند و دارای رابطه معکوس با سلامت خانوارهاست. خانوارهایی که در نزدیکی جاده اصلی زندگی می‌کنند، از سلامت بیشتر برخوردارند. موقعیت روستای محل سکونت و نزدیکی به جاده اصلی باعث دسترسی به امکانات و خدمات آموزشی، بهداشتی، رفاهی و مانند آن و نیز ارتباط بیشتر با مراکز شهری خواهد شد و در اینجا، اجرای پروژه‌های رویکرد روستای سالم می‌تواند نقشی مهم در ارتقای سطح سلامت ایفا کند؛ از این رو، پیشنهاد می‌شود که در اجرای این پروژه‌ها، اولویت را به روستاهای محروم‌تر بدهند و با ارائه امکانات و خدمات به این‌گونه روستاها سطح سلامت را افزایش دهند.

توانایی ساخت مسکن جدید و نوساز دومین متغیر بود که وارد مدل رگرسیونی شد. این متغیر همراه با متغیر قبلی ۶۵ درصد و به تنهایی ۲۱/۸ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین می‌کند و دارای رابطه مستقیم و مثبت با سلامت خانوارهاست. توانایی ساخت مسکن جدید و نوساز نشان‌دهنده وضعیت اقتصادی و رفاه خانوار است.

پیشنهاد می‌شود که با توجه به کارکرد متنوع‌تر مسکن روستایی نسبت به مسکن شهری، در ساخت مسکن جدید و افزایش وام‌های ساخت برای افراد کم‌توان، بدین نکته توجه و تغییراتی در این زمینه اعمال شود.

از دیگر متغیرهای اثرگذار بر سطح سلامت خانوار، متغیر فاصله محل سکونت خانوار تا مرکز شهرستان است که به‌تنهایی سه درصد واریانس متغیر وابسته را تبیین می‌کند و دارای رابطه معکوس با سلامت خانوارهاست. خانوارهایی که در نزدیکی مرکز شهرستان (شهر خنداب) زندگی می‌کنند، از سلامت بیشتر برخوردارند. موقعیت روستای محل سکونت خانوارها و نزدیکی به مراکز شهری باعث دسترسی به امکانات و خدمات خواهد شد.

میزان ارتباط خانوار با مراکز شهری با چهار متغیر قبلی تبیین‌کننده ۷۰/۶ درصد از واریانس متغیر وابسته است. گسترش وسایل حمل‌ونقل و بهبود راه‌های ارتباطی می‌تواند نقشی مهم در افزایش سطح سلامت خانوارهای روستایی داشته باشد.

پنجمین متغیر میانگین درآمد ماهانه خانوار است که ۱/۲ درصد تغییرات را تبیین می‌کند. یکی از راهبردهای رویکرد روستای سالم راهبرد نیازهای اساسی توسعه است. ایجاد شغل و کسب درآمد برای خانواده‌های بیکار و کم‌درآمد از رهگذر این رویکرد می‌تواند به افزایش سطح سلامت کمک شایان کند. پیشنهاد می‌شود که سازمان‌ها با تقویت همکاری بین‌بخشی خود، در اجرای برنامه‌های اشتغال‌زا و پرداخت وام‌های خوداشتغالی به خانواده‌های محروم بکوشند. فرایند توانمندسازی یک عملکرد اجتماعی است که ارتقای مشارکت مردم، سازمان‌ها و جامعه، بهبود کیفیت زندگی و سرانجام، عدالت اجتماعی و مساوات در بحث سلامتی را موجب می‌شود.

متغیر سواد همسر سرپرست خانوار در گام ششم وارد مدل شد که همراه با بقیه متغیرها ۷۲/۸ درصد از واریانس کل متغیر وابسته را تبیین می‌کند و با سطح سلامت خانوار رابطه مستقیم دارد. افزایش امکانات آموزشی برای دختران و احداث واحدهای آموزشی شبانه‌روزی در منطقه می‌تواند به افزایش سطح سواد زنان و دختران کمک

زیادی کند. علاوه بر آن، تحصیل در مقاطع بالاتر باعث می‌شود که میانگین کنونی سن ازدواج (پانزده سال) و سن اولین بارداری زنان متأهل (هفده سال) بالاتر رود و به ایجاد نسل‌های سالم‌تر بعدی و تشکیل خانواده‌هایی با مادران تحصیل‌کرده کمک کند. قابل ذکر است که بهترین زمان برای اولین بارداری بین هجده تا ۳۵ سال است.

متغیر بُعد خانوار همراه با شش متغیر قبلی ۷۳/۷ درصد و به‌تنهایی ۰/۹ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین می‌کند. این متغیر دارای رابطه معکوس با سلامت خانوارهاست. نقش خانه‌های بهداشت در تبیین این متغیر برجسته است. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود که با تقویت نقش خانه‌های بهداشت در برنامه‌های تنظیم خانواده و ارائه خدمات بهتر به روستاییان، به ارتقای سلامت کمک شود.

برای ارتقا و پایداری سلامت در ناحیه مورد مطالعه و با توجه به یافته‌ها و بر اساس راهبردهای روستای سالم، پیشنهاد می‌شود که مسئولان به افزایش دانش خود در زمینه رویکرد روستای سالم پرداخته، اجرای آن را منوط به چند پروژه عمرانی ندانند. یکی از اصول مهم این رویکرد جلب اعتماد مردم و مشارکت دادن آنها در شناسایی مشکلات، ارائه راه حل و اجرای آنها با کمک مسئولان است؛ حتی جلسات توجیهی در داخل روستاها انجام شود و مسئولان نقش تسهیل‌گر را داشته باشند.

همچنین، پیشنهاد می‌شود که محققان و ارگان‌ها در رشته‌های مختلف با تخصص‌های خود بکوشند با انجام تحقیقات و مطالعات در زمینه سلامت، به افزایش سطح سلامت مردم و محیط زیست منطقه کمک کنند.

یادداشت‌ها

1. Kenneth Newell
2. Halfdan Mahler، به دبیرکلی سازمان جهانی بهداشت منصوب شد، ۱۹۷۳، در .
3. Beyond Health Care
4. McKeown
5. Basic Development Need (BDN) approach
6. reliability

منابع

- احمدی، حسن (۱۳۸۵)، «ریشه‌های پیدایش ایده شهر سالم». *فصلنامه بین‌المللی فنی و مهندسی ساخت شهر*، سال ۳، شماره ۶ و ۷، صص ۱۲-۱۷.
- ارجمندنی، اصغر (۱۳۷۹)، «شهر سالم و روستای سالم». *مجموعه مقالات سومین همایش کشوری بهداشت محیط*، جلد ۳، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان.
- اعتمادی، حسین و رفیعی، حسن (۱۳۷۹)، «سیاست سلامت در چارچوب رفاه اجتماعی». *فصلنامه تأمین اجتماعی*، سال ۲، شماره ۳، صص ۳۵۱-۳۶۸.
- ایروین، آلک و اسکالی، النا (۱۳۸۴)، *اقدامات مربوط به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت: برگرفته از تجارب پیشین*. ترجمه محمدحسین نیکنام. تهران: وفاق.
- تاجبخش، کیان (۱۳۸۵)، *سرمایه اجتماعی، اعتماد، دموکراسی و توسعه*. ترجمه افشین خاکباز و حسن پویان. تهران: شیرازه.
- رکن‌الدین افتخاری، عبدالرضا و مهدوی، داود (۱۳۸۵)، «راهکارهای توسعه گردشگری روستایی با استفاده از مدل SWOT». *فصلنامه علمی پژوهشی مدرس*، دوره ۱۰، شماره ۲ (پیاپی ۴۵)، صص ۱-۳۰.
- سازمان جغرافیایی نیروهای مسلح (۱۳۷۶)، *فرهنگ جغرافیایی آبادی‌های کشور، همدان، جلد ۴۷*. تهران: سازمان جغرافیایی نیروهای مسلح.
- سازمان جهانی بهداشت (۱۳۸۰)، *سلامت و محیط در توسعه پایدار*. ترجمه علی‌اصغر فرشاد و همکاران، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- سجادی، حمیرا و صدرالسادات، جلال (۱۳۸۳)، «شاخص‌های سلامت اجتماعی». *ماهنامه اطلاعات سیاسی اقتصادی*، شماره ۲۰۸-۲۰۷، صص ۲۴۴-۲۵۳.
- شیخی، محمدتقی (۱۳۷۸)، «دیدگاه‌های نوین در مدیریت شهرهای سالم (تحلیلی از دیدگاه جامعه‌شناسی)». *مجموعه مقالات اولین همایش مدیریت توسعه پایدار در نواحی شهری*. تبریز: دانشگاه تبریز.
- فیلد، جان (۱۳۸۴)، *سرمایه اجتماعی*. ترجمه جلال متقی. تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- صفا، مهیار (۱۳۸۳)، «روستای سالم، رویکردی نو در ارتقای سطح سلامت». *ماهنامه دهیاری‌ها*، سال ۲، شماره ۱۱، صص ۶۴-۶۸.
- کلانتری، خلیل (۱۳۸۵)، *پردازش و تحلیل داده‌ها در تحقیقات اجتماعی-اقتصادی*. تهران: شریف.
- محسنی، منوچهر (۱۳۷۵)، *مبانی آموزش بهداشت*. تهران: طهوری.

- مدرس مصدق، منیره (۱۳۷۷)، *شهر سالم، راهنما برای توسعه فعالیت‌ها و پروژه‌های شهر سالم*. یزد: طب‌گستر.
- مرکز آمار ایران (۱۳۸۶)، «سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۸۵». *فرهنگ آبادی‌های کشور، استان مرکزی، شهرستان اراک*. تهران: مرکز آمار ایران.
- مؤسسه توسعه روستایی ایران (۱۳۸۱)، *چالش‌ها و چشم‌اندازهای توسعه روستایی ایران*. تهران: مؤسسه توسعه روستایی ایران.
- نیک‌نیاز، علیرضا (۱۳۸۲)، *محیط‌های سالم پشتیبان سلامت و توسعه پایدار*. تبریز: ستوده.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۴)، *بانک اطلاعات پروژه‌های روستای سالم*. تهران: دبیرخانه شهر سالم - روستای سالم.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۳)، *سند ملی توسعه بخش بهداشت و درمان در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور*. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت هماهنگی.
- Bonizzato, P. (2003), "Socio-economic inequalities and mental health: concepts, theories and interpretations". *Epidemiol Psychiatr*, Vol. 12, No. 3, pp. 205-218.
- Cubbin, C. et al. (2000), "Socioeconomic status and injury mortality: individual and neighborhood determinants". *Epidemiol Community Health*, Vol. 54, pp. 517-524.
- Fraser et al. (2005), "Changing place: the impact of rural restructuring on mental health in Australia". *Health and Place*, Vol. 11, No. 16, pp. 157-171.
- Galbades, B. and Morabia, A. (2003), "Measuring the habitat as an indicator of socio-economic position: methodology and its association with hypertension". *Epidemiol Community Health*, pp. 248-253.
- Guagliardo et al. (2004), "Physician accessibility: an urban case study of pediatric providers". *Health and Place*, Vol. 10, pp. 273-283.
- Holtgrave, D. and Crosby, R. (2003), "Social capital, poverty, and income inequality as predictors of gonorrhoea, syphilis, chlamydia and AIDS case rates in the United States". *Sexually Transmitted Infections*, Vol. 79, pp. 62-64.

- Howard, Guy (2002), *Healthy Villages, A Guide for Communities and Community Health Workers*. Geneva: WHO.
- Karlsen, S. and Nazroo, Jy (2002), "Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups". *Public Health*, Vol. 92, pp. 624-631.
- Kawachi, Ichiro (1999), "Social capital and community effects on population and individual health". *Annals of New York Academy of Sciences*, Vol. 896, pp. 120-130.
- Khosh-Chashm, Kumars (1995), "Healthy city and Healthy villages". *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol. 1, No. 1, pp.103-111.
- Kim, Daniel and Kawachi, Ichiro (2008), *Social Capital and Health*. New York: Springer.
- Knesebeck, O. (2005), "Social capital and self-rated health in 21 european countries". *GMS Psycho-Social-Medicine*, Vol. 2.
- Pilkington, P. (2002), "Social capital and health: measuring and understanding social capital at local level could tackle health inequalities more effectively". *Public Health Medicine*, No. 24, pp. 156-159.
- Pollack F. (2008), "The effect of social capital on health: the case of two language groups in Finland". *Health and Place*, No. 14, pp. 347-360.
- Price, Charles and Tsouros, Agis (1996), *Our Cities, Our Future: Policies and Action Plans for Health and Sustainable Development*. Copenhagen: WHO.
- Queenland Health (2006), "Social determination of health: what's it all about?". Available on: <http://www.health.gld.gov.au/phs/documents/sphun/20493.pdf>. Retrieved at: 12/12/2006.
- Quine, S. and Lancaster, P. A. (1989), "Indicators of social class relationship between prestige of occupation and suburb of residence". *Community Health Study*, pp. 510-518.

- Veenstra, Gerry (2007), "Social space, social class and Bourdieu: health inequalities in British Columbia, Canada". *Health and Place*, Vol. 13, pp. 14-31.
- Wang, F. and Luo, W. (2005), "Assessing spatial and nonspatial factors for healthcare access: toward an integrated approach to defining health professional shortage areas". *Health and Place*, No. 11, pp. 131-146.
- Werner, D. and Sanders, D. (1997), *Questioning the Solution: The Politics of Primary Healthcare and Child Survival*. Palo Alto, CA: Health Rights.
- WHO (2002), "The healthy villages concept and organization". Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo. Available on: http://www.emro.who.int/publications/Book_Details.asp?ID=5.
- WHO (2005), "Healthy villages program". Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo. Available on: <http://www.emro.who.int/publications>.