

عوامل مؤثر بر سطح سلامت روستاها (مطالعه موردی: روستاهای شهرستان شفت)

حسن افراخته^۱ - استاد جغرافیا و توسعه روستایی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
ابوالحسن افکار - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۶/۱۵ صص ۲۵-۴۳ تاریخ تصویب: ۱۳۹۱/۸/۱۰

چکیده

سلامت به صورت وضعیتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف می‌شود که نبود بیماری و نیز بهره‌مندی از بالاترین استاندارد سلامت قابل دسترسی، بدون تبعیض فرهنگی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی را دربرمی‌گیرد. در جمهوری اسلامی ایران برنامه‌های بسیاری در ارتباط با محیط روستا از سال ۱۳۵۸ اجرا شده است. باین همه، شواهد حاکی از آنند که سطح سلامت نواحی روستایی پایین است. چالش ارتقای سطح سلامت روستایی مانع بزرگی بر سر راه توسعه پایدار نواحی یادشده محسوب می‌شود. هدف از تحقیق حاضر بررسی سطح سلامت روستاها و عوامل مؤثر بر آن بوده است. شناخت ماهیت و ابعاد سلامت و عوامل تأثیرگذار بر آن برای برنامه‌ریزی ارتقای سطح سلامت نواحی روستایی ضرورت و اهمیت بسیار زیادی دارد و می‌تواند نقش مهمی در توسعه پایدار این نواحی داشته باشد. ناحیه مورد مطالعه این تحقیق، روستاهای شهرستان شفت استان گیلان است. مشاهده مستقیم، مصاحبه با مردم محلی و تکمیل پرسشنامه اصلی‌ترین روش‌های جمع‌آوری داده‌ها بوده است. داده‌های جمع‌آوری شده، بر اساس آمار توصیفی و استنباطی (مدل تاپسیس و تحلیل عاملی) تجزیه و تحلیل شده‌اند. نتایج نشان می‌دهند که سطح سلامت جامعه روستایی پایین است. همچنین، وضعیت اقتصادی، نحوه کارکرد نهادهای عمومی و مدنی، سرمایه اجتماعی و فرهنگ برخواسته از آن به گونه‌ای هستند که افراد جامعه در جست‌وجوی منافع شخصی، سلامت جامعه روستایی را در معرض خطر قرار داده‌اند.

کلیدواژه‌ها: سطح سلامت، ارتقای سلامت روستایی، بی‌ثباتی اقتصادی، فرهنگ توسعه، شفت.

۱. مقدمه

۱.۱. طرح مسئله

سازمان جهانی بهداشت، سلامت را وضعیتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف کرده است که دربرگیرنده نبود بیماری و نیز بهره‌مندی از بالاترین استاندارد سلامت قابل دسترسی، بدون تبعیض فرهنگی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی است. سلامت نواحی روستایی در گرو داشتن محیطی سالم و بسترهای مناسب اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و محیط زیستی است که از اجزای ضروری برنامه‌ریزی روستایی هستند. روستایی که سطح سلامت مطلوب دارد، محیط فیزیکی امن، اکوسیستم پایدار و جامعه‌ای منسجم ایجاد می‌کند که در آن همه مردم می‌توانند از منابع موجود به نحوی پایدار استفاده کنند و در نتیجه، مشارکتی همگانی را در تصمیمات مربوط به زندگی، اقتصاد پویا و متنوع برای مردم به ارمغان می‌آورد.

در جمهوری اسلامی ایران، برنامه‌های بسیاری در ارتباط با محیط روستا از سال ۱۳۵۸ اجرا شده است. این برنامه‌ها که به نام «روستای سالم» شهرت دارد، پیشرفت قابل ملاحظه‌ای یافته است. در سال ۱۳۷۴ اولین کنفرانس روستای سالم سازمان بهداشت جهانی در شهر اصفهان برگزار شد. در سال ۱۳۷۷ نیز شهر تبریز شاهد برگزاری دومین سمینار در همین زمینه بود که پیرو آن، عنوان «شورای هماهنگی پروژه شهرهای سالم کشور» به نام «شورای هماهنگی پروژه شهرهای سالم - روستاهای سالم کشور» تغییر یافت. پروژه روستای سالم را وزارت بهداشت با همکاری سازمان جهانی بهداشت در بیشتر استان‌های کشور اجرا کرده است. اصول ۳ و ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران ضمن محوری‌شمردن 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. با این‌همه، شواهد نشان می‌دهند که اغلب نواحی روستایی کشور با مشکل ارتقای سطح سلامت روبرو هستند که این، مانع بزرگی بر سر راه توسعه پایدار نواحی ذکرشده محسوب می‌شود و لازم است که ارتقای سلامت نواحی روستایی در برنامه‌ریزی توسعه مورد توجه قرار گیرد.

بر این اساس، هدف از تحقیق حاضر، بررسی سطح سلامت روستاها و عوامل مؤثر بر آن است. پرسش‌های اساسی تحقیق این است که سلامت روستاها در چه سطحی قرار دارد و عوامل مؤثر بر آن کدامند؟ به عبارت دیگر، سلامت جسمی، روانی و اجتماعی روستاها به چه عواملی بستگی دارد و چگونه می‌توان سطح سلامت روستاها را ارتقا داد؟ در این مقاله کوشش می‌شود تا با تکیه بر بررسی محلی روستاهای شهرستان شفت استان گیلان و تحلیل آماری داده‌های به‌دست آمده، به این پرسش‌ها پاسخ داده شود.

شناخت ماهیت و ابعاد سلامت و عوامل تأثیرگذار بر آن برای برنامه‌ریزی ارتقای سطح سلامت نواحی روستایی ضرورت و اهمیت بسیار زیادی دارد و می‌تواند نقش مهمی در توسعه پایدار این نواحی داشته باشد. اصلاحات بهداشتی و اصلاحات در حوزه سلامت عمومی به عنوان پیش شرط رشد اقتصادی اهمیت زیادی دارد و این مسئله‌ای است که می‌تواند بیانگر هدف از انجام تحقیق حاضر باشد.

۱.۲. پیشینه تحقیق

اصطلاح «روستای سالم» را ابتدا بخش منطقه مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۹ در شهر آکساندریا در کشور مصر ارائه کرده است (Khosh Chashm, 1995: 106)؛ اما به دنبال ارتباط تنگاتنگ بین جوامع شهری و روستایی و اینکه ساختار سنتی روستایی چالش‌های بهداشتی و محیطی را حادث می‌کند، این نظریه به تدریج جایگاه خود را در حل معضلات اقتصادی، اجتماعی، زیست‌محیطی و بهداشتی مناطق روستایی پیدا کرده است (صفا، ۱۳۸۳: ۶۴). در ایران تقریباً کمتر از ۲۰ سال است که مفهوم «روستای سالم» در محافل علمی و برنامه‌ریزی و اغلب در کنار مطالعات شهری مطرح شده است (شیخی، ۱۳۸۸: ۸). تاکنون، بیشتر مطالعات، درباره سلامت شهرها بوده است.

بحرینی در تحقیقی به هماهنگی سازمان‌های متولی شهری برای توفیق در برنامه شهر سالم اشاره کرده است (بحرینی، ۱۳۷۴). مطالعه دیگری بین موفقیت شهر سالم و یکپارچگی بخش‌های مختلف اجتماعی، فرهنگی، بهداشتی و صنعتی رابطه برقرار کرده است (شیخی، ۱۳۷۸).

بررسی دیگری تأکید دارد که شاخص سلامت باید در برنامه‌ریزی شهری مورد توجه قرار گیرد (Duhl & Sanchez, 1999).

گروهی از مطالعات، در کنار بررسی وضعیت سلامت در شهر، اشاراتی هم به سطح سلامت روستایی داشته‌اند. مقاله‌ای در سال ۱۹۵۵، روستا و شهر سالم را بررسی کرده است (Khosh Chashm, 1995: 103-111). در گزارش ارزیابی پروژه شهر سالم- روستای سالم، بر همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی درآمدها و هزینه‌های اجتماعی در تأمین شرایط سلامت تأکید شده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۴). بررسی دیگری نشان داده است که وضعیت اجتماعی، اقتصادی، خصوصیات قومی و نژادی، سکونت در شهر یا روستا و ساختار خانوادگی بر سلامت افراد مؤثر بوده است (Cubbin, 2000: 520).

در بررسی‌های محدودی به‌طور تخصصی وضعیت سلامت روستایی مطالعه شده است. از جمله، کتاب *روستای سالم* که در سال ۲۰۰۲ سازمان بهداشت جهانی برای استفاده جوامع و کارمندان بهداشت عمومی منتشر کرد و مفهوم روستای سالم و شاخص‌های آن را بررسی کرده است (Howard, 2002). در مطالعه دیگری که در زمینه جست‌وجوی عوامل سطح نازل سلامت روستایی انجام شده است، چنین نتیجه گرفته شده که فقر در نواحی روستایی، به‌خطر افتادن سلامتی را در پی داشته است (Fraser et al., 2005: 157). گرافون نشان داده است که مراقبت‌های بهداشتی روستایی با سطح توسعه جوامع ارتباط دارد که این در پایداری جوامع نقش مهمی ایفا می‌کند (Grafton, 2003). «تبیین روستای سالم و ابعاد سلامت در نواحی روستایی شهرستان خنداب استان مرکزی» عنوان رساله‌ای است که داود شیخی در سال ۱۳۸۸ به رشته تحریر درآورده است. در این رساله با استفاده از منابع مختلف چنین نتیجه گرفته شده که وضعیت کلی سلامت در نواحی مورد مطالعه، مطلوب و در این وضعیت، عوامل فضایی- مکانی در مقایسه با عوامل اقتصادی و اجتماعی نقش بیشتری را ایفا کرده‌اند (شیخی، ۱۳۸۸).

گروه دیگری از مطالعات، عوامل مؤثر بر سلامت را به‌طور مطلق مورد توجه قرار داده‌اند. از نظر پانتم سلامت تحت تأثیر عواملی چون قدرت خرید و درآمد، تحصیلات و اشتغال افراد قرار دارد (پانتم و دیگران، ۱۳۸۵: ۶۱۴). پیکیتون معتقد است که سلامت با عوامل رفتاری، زیستی،

ژنتیکی و نیز عوامل محیطی، اجتماعی و اقتصادی در ارتباط است (Pikington, 2002: 156). در پژوهشی دیگر ثابت شده است که فقر و نبود درآمد مناسب از عوامل اصلی سطح پایین سلامت جامعه هستند (Jones, 2002). سازمان بهداشت جهانی ۵۳٪ از مرگومیر مردم جهان را ناشی از شیوه نامناسب زندگی و ۲۰٪ از مرگومیر را به دلیل محیط‌های نامناسب می‌داند که این دو مورد، باهم عامل بیش از ۷۰٪ از مرگومیر مردم جهان هستند (نیک‌تاز، ۱۳۸۲: ۲۳). از نظر کرومبی دسترسی به سلامت، با محیط زندگی و کار، شبکه‌های اجتماعی، شیوه زندگی، عوامل ارثی، سن، جنس و به ویژه فقر در ارتباط است (Crombie et al., 1995: 13-14).

در تحقیقی این نتیجه حاصل شده است که ابعاد اجتماعی، روان‌شناختی و فیزیکی در سطح سلامت جامعه نقشی اساسی دارند (Garcia & McCarthy, 1994). بر اساس تحقیقی دیگر، نابرابری در سلامت، ریشه در بی‌عدالتی و دسترسی نداشتن به پیش‌نیازهای سلامت دارد (Hancock, 1993: 1). در تحقیق دیگری که در ارتباط با سلامت انجام شده است، چنین نتیجه گرفته شده که دو گروه از عوامل بر سلامت جامعه اثرگذار هستند: عوامل فضایی و ویژگی‌های فردی، اجتماعی و اقتصادی (Wang & Luo, 2005: 131).

بر طبق یک بررسی، سلامت با شرایط اجتماعی پیوند نزدیکی دارد؛ به گونه‌ای که بدون دسترسی به امنیت غذایی و آموزش و پرورش، ندادن حقوق و اختیارات به زنان و بهبود نیافتن شرایط زندگی در مناطق فقیرنشین، دستیابی به اهداف سلامت غیرممکن خواهد بود (ایروین و اسکالی، ۱۳۸۴: ۲۸). به نظر بونیزاتو نابرابری در امکانات زندگی از عوامل نابرابری در سطح سلامت اجتماعی است (Bonizzato, 2003: 214). در بررسی مشابهی رابطه بین وضعیت اجتماعی، اقتصادی، سطح تحصیلات، شغل و سلامتی افراد ثابت شده است (Galbardes & Morabia, 2003: 549). فیلد معتقد است که سرمایه اجتماعی و سلامت ارتباط تنگاتنگی با هم دارند (فیلد، ۱۳۸۴: ۸۴). چنانکه آشکار است، تحقیقات ذکر شده، به سلامت اغلب به‌طور مطلق و یا همراه با تحقیقات شهری با دیدگاهی خاص توجه کرده‌اند. ویژگی تحقیق حاضر آن است که سلامت نواحی روستایی را در ابعاد مختلف بررسی کرده است و عوامل تأثیرگذار بر آن را با تکیه بر نقش عوامل فرهنگی مورد مذاقه قرار داده است.

۲. مبانی نظری پژوهش

طبق نظریه عدالت اجتماعی، عدالت اجتماعی لازمه دستیابی به سلامت و رفاه جامعه است (پوراسلامی، ۱۳۸۲: ۱۱). اگرچه همه انسان‌ها برابر متولد نمی‌شوند، اما شرایط اجتماعی و امتیازاتی چون مسکن، آموزش و امنیت نقش مهمی در تأمین عدالت اجتماعی دارند. طبق این نظریه، تأمین عدالت اجتماعی عامل اصلی پیشگیری از ناتوانی و مرگ زودرس است (Duhl & Sanchez, 1999: 7-8). بر اساس نظریه اقتصاد سیاسی، دولت و ساختار اقتصادی نقش مهمی در زندگی افراد جامعه دارند (Cribb & Duncan, 2002: 8). بر طبق نظریه محیطی، علت بسیاری از بیماری‌ها سموم و آلودگی‌های محیطی هستند. پیشگیری از بیماری‌ها مستلزم ایجاد تغییرات در محیط زیست اطرافمان است. تئوری محیطی علاوه بر کیفیت شیمیایی محیط زیست، بر محیط فیزیکی و تشکیلات اجتماعی تأکید دارد (Cribb & Duncan, 2002: 8).

از نظر سازمان بهداشت جهانی، در جوامع سنتی عواملی چون دسترسی نداشتن به آب آشامیدنی سالم که ناشی از توسعه نیافتگی است، بر سلامتی افراد اثر می‌گذارد. استعدادهای طبیعی منطقه تأثیری عمیق بر کمیت و کیفیت تغذیه، بهداشت، سلامت، نوع بیماری و طول عمر افراد دارد (هوشور، ۱۳۸۱: ۲۲). محیط و نوع رژیم غذایی نیز می‌توانند اثر قاطعی بر سلامت انسان‌ها داشته باشند. محیطی که از سلامت پشتیبانی می‌کند، از هر نوع آسیب‌رسان عمده بر سلامت عاری است؛ چنین شرایطی نیازهای پایه زندگی سالم را تأمین می‌کند و تداخل اجتماعی قابل قبولی را فراهم می‌نماید (سازمان بهداشت جهانی، ۱۳۸۰: ۵۷).

بر طبق دیدگاهی، سلامت تحت تأثیر این عوامل است: ویژگی‌های ارثی، سن، شیوه و سبک زندگی، شرایط فرهنگی، نوع محیط اجتماعی و سیاسی، میزان حمایت جامعه از افراد، شرایط اقتصادی (نوع شغل، مسکن و دسترسی به خدمات اساسی) و شرایط محیط زیست (Whithead & Dahlgren, 1991). طبق نظری دیگر، نابرابری در دسترسی به تعیین‌کننده‌های اساسی سلامت نتیجه کنش متقابل و پیچیده پنج گروه از عوامل است: شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی که تعیین‌کننده سطح اشتغال، درآمد و رفاه اجتماعی است؛ محیط زندگی و موقعیت فرد در جامعه از نظر شغلی، درآمدی و سطح آموزش که نقشی اساسی در دسترسی به تعیین‌کننده‌های

اساسی سلامت دارند؛ رفتارهای فردی؛ سبک زندگی، استعمال دخانیات و رژیم غذایی و نیز عوامل ارثی، سن و جنس (Crombie et al., 1995: 13-14).

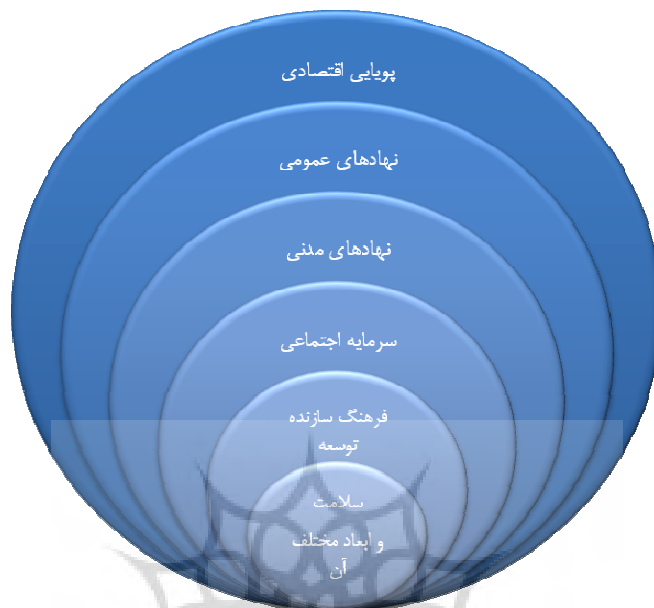
سلامت با محیط زیست انسان نیز در ارتباط است. سلامت و رفاه بهتر در محله‌ها بستگی به عواملی چون محیط زیست ایمن، درآمد کافی، دارا بودن نقش‌های هدفمند و معنی‌دار در جامعه، مسکن ایمن، تحصیلات بالاتر و حمایت اجتماعی دارد (Queenl & Health, 2006). مکان‌یابی فضایی خدمات یکی از مهم‌ترین موانع در دسترسی به خدمات بهداشتی است (Guagliardo, 2004: 273). وانگ و لئو نیز معتقدند عوامل فضایی و ویژگی‌های فردی، اجتماعی و اقتصادی از قبیل طبقه اجتماعی، درآمد، نژاد، سن و جنس تأثیر مهمی بر سلامت دارند (Wang & Luo, 2005: 131). بین سلامت و مکان زندگی انسان رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین، زندگی در نواحی فقیر با وضعیت وخیم سلامتی رابطه دارد؛ طوری که زندگی در نواحی روستایی توسعه‌نیافته به سلامتی آسیب می‌رساند (Fraser et al., 2005: 157). سلامت با شرایط اجتماعی نیز رابطه دارد؛ یعنی، بدون کاهش قابل ملاحظه فقر، ایجاد امنیت غذایی، آموزش و پرورش، اعطای حقوق و اختیارات به زنان و بهبود شرایط زندگی در مناطق فقیرنشین، دست‌یابی به اهداف سلامت میسر نیست (ایروین و اسکالی، ۱۳۸۴: ۲۸). این عوامل به سه گروه تقسیم می‌شوند: عوامل و شرایط محیطی، اجتماعی و اقتصادی جامعه؛ خدمات بهداشتی، درمانی و کیفیت ارائه آن‌ها؛ شیوه زندگی و رفتارهای بهداشتی افراد جامعه (پوراسلامی، ۱۳۸۲: ۱۰).

لاند^۱ در مطالعه‌ای در کانادا چهار حیطه تعیین‌کننده سلامت را چنین بیان می‌کند: عوامل ژنتیکی و بیولوژیک؛ عوامل مربوط به شیوه زندگی و رفتارها؛ عوامل محیط زیستی مانند مسکن، آلودگی هوا و دامنه خدمات بهداشتی (شیخی، ۱۳۸۸: ۵۶). محل سکونت نیز به عنوان یک شاخص وضعیت اقتصادی-اجتماعی با وضعیت سلامتی رابطه دارد (Galbades & Morabia, 2003: 549). مدل اجتماعی، سلامت را به صورت مجموعه‌ای از عوامل پایگاه اجتماعی-اقتصادی، شرایط فرهنگی، مسکن و اشتغال مورد توجه قرار می‌دهد (Duhl &

Sanchez, 1999:7). در جوامعی که سرمایه اجتماعی بیشتری دارند، سطح بالای سلامتی وجود دارد (اعتمادی و رفیعی، ۱۳۷۹: ۳۵۸-۳۶۱). ایده محوری در سرمایه اجتماعی آن است که اعضای جامعه با برقراری ارتباط با یکدیگر و پایدار ساختن آن قادر به همکاری باهم هستند (غفاری، ۱۳۸۸: ۶۸)؛ مثلاً در جامعه زراعی مردم یکدیگر را یاری می‌دهند، وسایل و ابزار آلات زراعی به یکدیگر قرض می‌دهند و در نتیجه موفق‌تر از جوامعی عمل می‌کنند که مردم یکدیگر را با سوء - ظن می‌نگرند و هرکس اهداف فردی خویش را تعقیب می‌کند (پانتام و دیگران، ۱۳۸۵: ۱۱۴). از نظر فوکویاما منابع ایجادکننده سرمایه اجتماعی عبارتند از: هنجارهایی که به لحاظ نهادی ساخته شده‌اند و برگرفته از نهادهای رسمی، مانند دولت هستند؛ هنجارهایی که خودجوش بوده‌اند و از کنش‌های متقابل اعضای یک جامعه ناشی می‌شوند و هنجارهایی مانند خانواده، نژاد و قومیت که از طبیعت ریشه گرفته‌اند (نقدی و همکاران، ۱۳۸۹: ۵۶-۶۸). سرمایه اجتماعی منبع کنش اجتماعی تلقی می‌شود که در آن توجه به امور عمومی، اجتماعی و سیاسی از ضروریات است. سرمایه اجتماعی شامل هنجارهای اعتماد عمومی و اعتماد نهادی - مدنی است و نهادهای اجتماعی سرمایه اجتماعی را پدید می‌آورند (احمدی فیروزجائی و دیگران، ۱۳۸۵: ۹۵). از نظر پانتام کارکرد سازمان‌های اجتماعی، متغیر وابسته رشد اقتصادی و سرمایه اجتماعی است که با ایجاد و سهولت دسترسی به امکانات، کارایی جامعه را بهبود می‌بخشد (پانتام و دیگران، ۱۳۸۵: ۳۳).

با توجه به مطالب بیان شده، الگوی نظری تحقیق به شرح شکل (۱) ارائه می‌شود؛ بدین صورت که کنش متقابل عواملی چون پویایی اقتصادی^۱، کارکرد نهادهای عمومی و نهادهای مدنی و سرمایه اجتماعی برخواسته از آن، فرهنگ سازنده ای را ایجاد می‌کنند که سلامت و ابعاد مختلف آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

۱- اقتصادی که اجزای آن بر حسب زمان در جهت مثبت تغییر می‌کند.

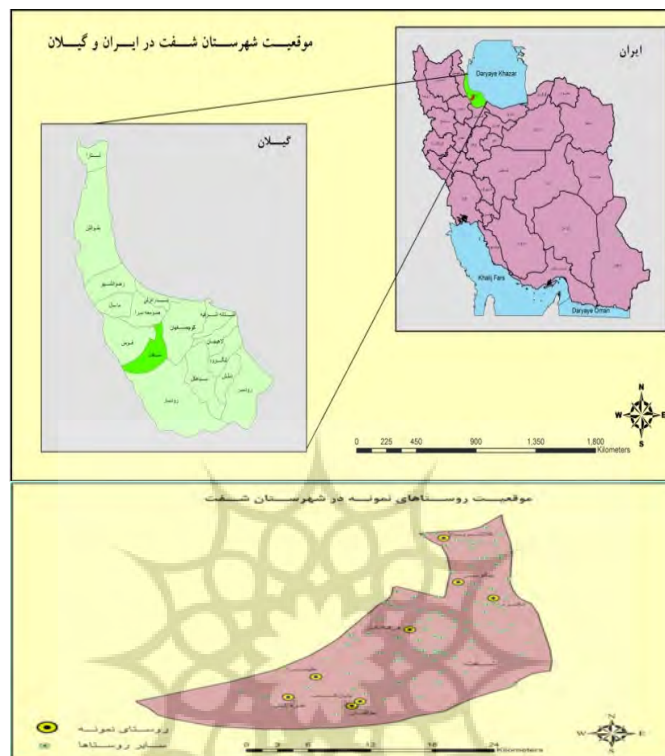


شکل ۱- الگوی نظری تحقیق

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۱

۳. مواد و روش‌ها

جامعه آماری این تحقیق را روستاهای شهرستان شفت استان گیلان تشکیل داده‌اند. ابتدا روستاهای مورد مطالعه از نظر ارتفاع و معیشت غالب، به دو تیپ کوهستانی (بالتر از ۲۰۰ متر) و جلگه‌ای (کمتر از ۲۰۰ متر) تفکیک شد و روستاهای نمونه هر تیپ تعیین شد که در مجموع ۸ روستای نمونه مشخص شد. آنگاه، بر اساس روش کوچران و کل خانوارهای روستاهای نمونه (۱۶۰۰ خانوار)، ۲۱۰ خانوار به عنوان خانوارهای نمونه تعیین شد. تعداد خانوارهای نمونه هر روستا متناسب با تعداد کل خانوار آن روستا بوده و انتخاب آن‌ها به صورت تصادفی بوده است. در نهایت، با مراجعه مستقیم به خانوارهای نمونه، پرسشنامه تحقیق تکمیل شده است.



شکل ۲- موقعیت روستاهای نمونه

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۱

روایی پرسشنامه از طریق اعتبار محتوا و با استفاده از نظر همکاران دانشگاهی و کارشناسان شبکه بهداشت شهرستان شفت بررسی شد و اصلاحات لازم در پرسشنامه صورت گرفت. در تعیین پایایی پرسشنامه از روش تنصیف (split half method) استفاده شده است. ضریب همبستگی برابر با $0/68$ و قابلیت اعتماد کل با استفاده از معادله اسپیرمن-براون، $0/809$ محاسبه شده است. در تعیین سطح سلامت روستاها چهار شاخص بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی و محیط زیستی به کار گرفته شده است. جدول (۱) شاخص‌های سلامت و متغیرهای هر شاخص را نشان می‌دهد:

جدول ۱- شاخص‌ها و متغیرهای تعیین سطح سلامت روستاها

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۱

شاخص	متغیر	شاخص	متغیر
بهداشتی	نبود اعتیاد به سیگار	بهداشتی	نحوه دفع زباله (امتیاز)
	نبود اعتیاد به مواد مخدر		نحوه دفع فاضلاب (امتیاز)
	درصد خانوارهای فاقد کودکان فوت شده زیر ۵ سال در ۵ سال اخیر		نحوه دفع فاضلاب توالت‌ها (امتیاز)
	درصد تعداد خانوارهای فاقد سابقه بیماری مزمن		نحوه دفع فضولات حیوانی (امتیاز)
	درصد خانوارهای فاقد افراد علیل		نوع سوخت مورد استفاده (امتیاز)
اجتماعی	درصد خانوارهایی که طلاق در آنها نبوده است	اجتماعی	دسترسی به آب شرب بهداشتی (امتیاز)
	متوسط میزان سواد سرپرست خانوار		رضایت از کیفیت آب شرب
	نوع شغل سرپرست خانوار (امتیاز)		برخورداری از آشپزخانه مجزا و بهداشتی (درصد)
	رضایت از دسترسی به آموزش ابتدایی		توالیت بهداشتی (درصد)
	رضایت از دسترسی به آموزش راهنمایی		دسترسی به وسایل گرمای مناسب (امتیاز)
	رضایت از دسترسی به آموزش دبیرستانی		دسترسی به وسایل سرمازای مناسب (امتیاز)
	رضایت از حمل و نقل		دسترسی به آب گرم‌کن (درصد)
	رضایت از سوخت		محیط زیستی
	رضایت از بیمه درمانی		
	درصد خانوارهای برخوردار از ماشین لباسشویی		
اقتصادی	درصد خانوارهای برخوردار از یخچال	اقتصادی	روشنایی معابر
	درصد خانوارهای برخوردار از جاروبرقی		
	درصد خانوارهای برخوردار از آب گرم‌کن		
	درصد خانوارهای برخوردار از مالکیت مسکن		
	درصد خانوارهای برخوردار از اتومبیل		
	نسبت هزینه‌های غیر خوراکی به کل درآمد		

داده‌های حاصل از جدول (۱) بر اساس روش تاپسیس، تجزیه و تحلیل شدند و سطح سلامت روستاها در چهار بُعد بهداشتی، اقتصادی، اجتماعی و محیط زیستی مشخص و رتبه‌بندی شده است. برای تعیین عوامل مؤثر بر سطح سلامت روستاها، متغیرهای مستقل اقتصادی، موقعیتی و اجتماعی از جمله سرمایه اجتماعی، شامل ارتباط و اعتماد و مشارکت (به جدول (۲) نگاه کنید)، از طریق تحلیل عاملی تجزیه و تحلیل شده‌اند و عوامل اثرگذار بر سلامت روستاها مشخص شده‌اند. ضریب همبستگی پیرسون، عوامل مؤثر بر سطح سلامت روستاها به عنوان متغیر مستقل و ضرایب سطح سلامت به عنوان متغیر وابسته، محاسبه و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند.

جدول ۲- متغیرهای مستقل تحقیق

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۱

اعتماد: درستکاری و صداقت همسایگان (اعتماد به یکدیگر) همکاری مالی به هنگام نیاز و مشکلات (وام‌دادن به یکدیگر) همکاری فکری به هنگام نیاز و مشکلات (کمک فکری) همکاری به هنگام نیاز کاری در کشاورزی یا دامداری (کمک کاری)	میزان متوسط درآمد ماهیانه
	میزان متوسط هزینه ماهیانه
	پس‌انداز نسبت به کل درآمد
	درصد هزینه دارو و درمان به کل درآمد
	متوسط زیربنای واحد مسکونی به متر مربع
	داشتن اتومبیل (درصد برخورداری)
	کیفیت مسکن با توجه به مصالح ساختمانی
	درصد برخورداری از تلفن
	درصد برخورداری از کامپیوتر
	امکان گرفتن وام از منابع دولتی
ارتباط: مردم روستا همیشه با همدیگر آموشد دارند مردم روستا در مراسم همسایگان فعالانه شرکت می‌کنند مردم روستا با یکدیگر روابط دوستی و صمیمی دارند مردم روستا همیشه از حال یکدیگر باخبرند	دسترسی به بیمارستان
	دسترسی به پزشک
	دسترسی به داروخانه
	دسترسی به بیمه درمانی
	دسترسی به وسیله حمل و نقل به شهر
مشارکت: همکاری همسایگان در امور عمومی روستا از نظر فکری همکاری همسایگان در امور عمومی روستا از نظر پولی همکاری همسایگان در امور عمومی روستا از نظر نیروی کار همکاری همسایگان در امور عمومی و تأمین زمین	در دسترس بودن سوخت
	دسترسی به نانوائی محلی
	سواد سرپرست خانوار
	بعد خانوار
	درصد تأهل

۴. بحث و نتایج

جدول (۳) ضریب و رتبه سطح سلامت روستاها را که با استفاده از روش تاپسیس محاسبه شد، در ابعاد چهارگانه بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی، محیط زیستی و نیز در مجموع نشان می‌دهد:

جدول ۳- ضریب و رتبه سطح سلامت روستاها به طور کلی و ابعاد چهارگانه بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی و

محیط زیستی

مأخذ: داده‌های پرسشنامه و تحلیل تاپسیس، ۱۳۹۰

نام روستا	ضریب بهداشتی	رتبه	ضریب اجتماعی	رتبه	ضریب اقتصادی	رتبه	ضریب محیط زیستی	رتبه	ضریب کل	رتبه
علیسرا	۰/۸۴	۳	۰/۵۹	۶	۰/۱۷	۶	۰/۹	۶	۰/۶۳	۳
کلاشم	۰/۰۹	۸	۰/۶۶	۵	۰/۸۶	۳	۰/۸۹	۲	۰/۶۰	۵
چکوسر	۰/۷۱	۵	۰/۵۳	۷	۰/۹۰	۱	۰/۹۴	۱	۰/۷۷	۲
بابارکاب	۰/۷۶	۴	۰/۸۰	۱	۰/۰۱	۸	۰/۰۳	۷	۰/۲۲	۸
طالقان	۰/۲۸	۷	۰/۴۱	۸	۰/۱۳	۷	۰/۸۲	۴	۰/۳۲	۷
تکرم	۰/۹۴	۱	۰/۷۲	۳	۰/۸۳	۲	۰/۸۹	۲	۰/۸۵	۱
خرکش	۰/۸۹	۲	۰/۶۷	۴	۰/۱۸	۵	۰/۸۳	۵	۰/۶۲	۴
خرفکل	۰/۳۳	۶	۰/۷۸	۲	۰/۳۳	۴	۰/۸۳	۳	۰/۵۷	۶

بر اساس جدول (۳)، در مجموع، ضریب سطح سلامت روستاها پایین است. ضریب سطح سلامت روستاها ۷۵٪ کمتر از ۰/۷ است و ۲۵٪ از آنان ضریبی کمتر از ۰/۵ دارند. دو روستای کوهستانی بابارکاب و طالقان در بدترین موقعیت و دو روستای جلگه‌ای تکرم و چکوسر در موقعیت بهتری قرار گرفته‌اند. بُعد اقتصادی سلامت روستاها در پایین‌ترین سطح و بُعد محیطی سلامت روستاها در بالاترین سطح قرار دارد. متوسط ضریب سلامت اقتصادی مجموع روستاها ۰/۴۱ بوده است. این ضریب حدود ۵۴٪ از ضریب سلامت محیطی روستاها است؛ زیرا، میانگین ضریب سلامت محیطی روستاها برابر با ۰/۷۵ بوده است. متوسط ضریب سلامت اجتماعی و بهداشتی

روستاها به ترتیب، برابر با ۰/۶۴ و ۰/۶۰ بوده است؛ بنابراین، روستاها از نظر سلامت اقتصادی در وضعیت شکننده و آسیب‌پذیری قرار گرفته‌اند. برتری نسبی بعد محیط زیستی سلامت روستاها ناشی از سستی بودن محیط روستاها است که آن نیز تحت تأثیر توسعه‌نیافتگی، نحوه دفع زباله و فاضلاب و استفاده نامناسب از منابع طبیعی، از سلامت کامل فاصله گرفته است.

تحلیل عاملی عوامل مؤثر بر سطح سلامت روستاها متشکل از ۴۴ متغیر و با KMO برابر با ۰/۶۷، بیانگر آن است که ۶ عامل در مجموع، حدود ۹۶/۹۵٪ از واریانس را به خود اختصاص داده‌اند. بر این اساس و داده‌های ماتریس اجزای چرخیده، در عامل اول، متغیرهای مربوط به سرمایه اجتماعی (متشکل از ۱۲ متغیر) بالاترین ضرایب را داشته‌اند. در عامل دوم، متغیرهای اقتصادی به ویژه درآمد و هزینه متوسط ماهیانه، بیشترین نقش را داشته‌اند. سطح سواد سرپرست خانوار مهمترین متغیر عامل سوم بوده است. در عامل چهارم سه متغیر دسترسی به بیمارستان، پزشک و داروخانه نقش مهمی داشته‌اند. عامل پنجم به متغیر بعد خانوار اختصاص داشته است و در عامل ششم متغیرهای مربوط به امکانات رفاهی خانوار به عنوان متغیرهای برتر بوده‌اند. جدول (۴) ضریب همبستگی پیرسون، عوامل مؤثر بر سطح سلامت روستاها استاندارد شده و ضرایب سطح سلامت را نشان می‌دهد.

جدول ۴- ضریب همبستگی پیرسون، عوامل مؤثر بر سطح سلامت استاندارد شده و ضرایب سطح سلامت

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۰

عوامل	سرمایه اجتماعی	اقتصادی	باسواد	دسترسی	بعد خانوار	رفاهی
ضریب سلامت کل	-۰/۴۰	-۰/۱۱	۰/۴۴	۰/۲۳	-۰/۲۴	۰/۶۴
ضریب سلامت اقتصادی	-۰/۶۶	۰/۰۷	۰/۷۶	۰/۴۴	۰/۲۳	۰/۸۲
ضریب سلامت بهداشتی	۰/۵۳	-۰/۶۵	۰/۰۲	-۰/۰۳	-۰/۲۷	-۰/۱۵
ضریب سلامت اجتماعی	-۰/۴۱	۰/۳۴	۰/۱۹	۰/۱۱	-۰/۴۱	۰/۴۴
ضریب سلامت محیط زیستی	-۰/۵۷	-۰/۰۴	۰/۱۰	۰/۰۴	-۰/۲۶	۰/۵۵

1. Rotated Component Matrix

بر اساس داده‌های جدول (۴)، میان سرمایه اجتماعی و ضریب سلامت به همراه سه بعد اقتصادی، اجتماعی و محیط زیستی آن، رابطه‌ای منفی برقرار است و سرمایه اجتماعی فقط با بعد بهداشتی سلامت رابطه‌ای مثبت دارد. با نگاهی به داده‌های تحلیل عاملی و دقت در ابعاد این عامل، نقش متغیرهایی مانند همکاری به‌هنگام نیاز کاری به کشاورزی یا دامداری (کمک کاری)، همکاری فکری در هنگام نیاز و وجود مشکلات (کمک فکری)، همکاری همسایگان در امور عمومی روستا از نظر فکری، مالی، نیروی کار و زمین بسیار بارز و آشکار است؛ یعنی، در جایی که متغیرهای یادشده بسامد زیادی داشته‌اند، برخورداری خانوار از امکانات اقتصادی، هزینه‌های غیرخوراکی، دسترسی به خدمات آموزشی و سوخت در سطح نازلی بوده است؛ برعکس، سلامت بهداشتی خانوار که متشکل از متغیرهای نبود اعتیاد به سیگار و مواد مخدر و نبود عوارض آن‌ها است، مطلوب‌تر بوده است.

عوامل اقتصادی همبستگی منفی قابل توجهی با بعد بهداشتی سلامت داشته‌اند؛ یعنی، آنجا که برخورداری خانوار از امکانات اقتصادی، هزینه‌های غیرخوراکی، دسترسی به خدمات آموزشی و سوخت بالاتر بوده است، سلامت بهداشتی خانوار در معرض تهدید قرار گرفته است. این یافته با نتایج تحقیقات دیگر مطابقت دارد؛ به‌طوری‌که نشان داده شده است که درآمد زیاد در سلامتی بیشتر مؤثر است؛ اما ارتباط مستقیم درآمد و وضع سلامت در سطوح بالاتر درآمد، حالت معکوس پیدا می‌کند و تأثیر درآمد بر سلامت در کنار ترکیب کلی متغیرهای اقتصادی، اجتماعی ثابت شده است (Ecob-Smith, 1999: 693).

ضریب سلامت اقتصادی تا حدودی متأثر از باسوادی افراد سرپرست خانوار بوده است؛ چنانکه تحقیق دیگری نیز نشان داده است که تحصیلات، با سلامت در ارتباط است و کسانی که تحصیلات پایین‌تری دارند، سلامت کمتری نیز دارند (سیف‌زاده، ۱۳۸۷: ۱۳۱). سلامت اقتصادی روستاها از میزان دسترسی خانوارها به مراکز بهداشتی و درمانی هم تأثیر پذیرفته است؛ در نتیجه، می‌توان ادعا کرد که هرچند نقش سواد در برخورداری خانوارها و هزینه‌های غیرخوراکی آن‌ها مؤثر بوده است، اما نتوانسته است همه ابعاد سلامت جامعه را بهبود بخشد. بعد خانوار تا حدودی نقشی منفی در سطح سلامت کل روستاها، به ویژه در بعد اجتماعی داشته است.

عوامل رفاهی همبستگی مثبت قابل توجهی با سطح سلامت کل روستاها و ابعاد آن داشته‌اند؛ ولی نقش منفی آن‌ها تاحدی در بعد بهداشتی سلامت (متغیرهای نبود اعتیاد به سیگار و مواد مخدر و نبود عوارض آن‌ها) منعکس شده است.

۵. نتیجه‌گیری

بر طبق داده‌های تحقیق، سطح سلامت جامعه روستایی پایین است (متوسط ضریب سلامتی برابر با ۰/۵۷ است) و سه عامل، سلامتی جامعه را در معرض تهدید قرار داده‌اند: نبود حس مسئولیت‌پذیری، فقدان نگرش سازنده توسعه و اعتقاد غالب تعقیب سود شخصی و آنی به جای منافع جمعی و بلندمدت اجتماعی. این عوامل متأثر از ضعف بنیه‌های اقتصادی، نبود اشتغال مولد و پویا، کارکرد نامناسب نهادهای عمومی و مدنی و نیز فقدان مؤسسات اشاعه‌دهنده فرهنگ متعالی هستند.

آنچه در این تحقیق به صورت سرمایه اجتماعی ظاهر شده، با دو نقص روبه‌رو بوده است: اول، ساختار جامعه سنتی و وجود همکاری، اعتماد متقابل، تعاملات و مشارکت‌های سنتی میان روستاییان که این همکاری‌ها و مواردی از این دست، بخش تفکیک‌ناپذیر جوامع ابتدایی هستند. روستاییان فاقد مشارکت مدنی و نهادی در امور روستاها هستند و اعتماد آن‌ها به هم و ارتباطشان با هم نیز به باورها و رسوم سنتی خلاصه می‌شود؛ دوم، وجود تعارض در پاسخ‌های دریافتی از مصاحبه شفاهی با روستاییان و تکمیل کتبی پرسشنامه توسط آن‌ها است. اظهارنظرهای متفاوت آن‌ها در موقعیت‌های مختلف و یا اعلام اعتقاد عملی به مشارکت در امور عمومی روستا - درحالی که تسطیح راه روستایی به دلیل ممانعت این یا آن فرد متوقف شده است و یا شن ریزی کف راه روستایی به طویله دام افراد منتقل گردیده و درختان جنگلی قاچاق می‌شود - بیانگر فقدان شفافیت و درحقیقت پاسخ‌گویی محافظه‌کارانه و حسابگرانه است که از بی‌ثباتی اقتصادی و اجتماعی ناشی می‌شود؛ به همین دلیل است که برخلاف انتظار، سرمایه اجتماعی موجود، نقشی منفی در سلامت جامعه داشته است.

در مجموع، شاخص باسوادی پایین است. هرچند در روستاهایی که میزان باسوادی در آن‌ها بالاتر است، وضعیت اشتغال و درآمد نسبت به روستاهای بی‌سوادتر بهتر است، اما به همان میزان،

بی تفاوتی نسبت به روند توسعه بلندمدت جامعه روستایی کمتر و همسویی با گروه‌هایی که به دنبال نفع شخصی در پی تخریب منابع فیزیکی (جنگل) و فرهنگی (اعتماد) جامعه هستند، بیشتر است. این امر گویای آن است که سوادی که در جامعه رایج است، تاحدی فرد را از تضییع حقوق خود، آگاه کرده و توانایی‌های او را در تأمین نیازهای فردی‌اش افزایش داده است؛ اما به فرد مسئولیت اجتماعی و تعلق خاطر نداده است تا در راستای توسعه پایدار بکوشد و از بخشی از منافع خود به سود منافع اجتماعی صرف نظر کند؛ به همین دلیل است که افراد جامعه در جست‌وجوی منافع شخصی خود، سلامت جامعه روستایی را در معرض خطر قرار داده‌اند.

یکی از ضروری‌ترین نیازهای جامعه روستایی، ایجاد فعالیت‌های اقتصادی مولد و پایدار است. پس از آن باید سیاستی اتخاذ شود که کار از ارزش بالایی برخوردار باشد. هم‌زمان، برنامه‌ریزی با هدف گسترش فرهنگ سازنده توسعه ضروری است. در این صورت، احساس مسئولیت در جامعه افزایش می‌یابد و روند توسعه را به پیش خواهد برد.

کتابنامه

- ۱- ایروین، آ. و اسکالی، ا. (۱۳۸۴). «*اقدامات مربوط به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت*». ترجمه محمدحسین نیکنام. تهران: نشر وفاق.
- ۲- احمدی فیروزجائی، ع. و دیگران. (۱۳۸۵). «*مقایسه مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی کشاورزان عضو و غیرعضو تعاونی‌های تولید*». فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی. سال ۶. شماره ۲۳، صص ۹۰-۱۱۴.
- ۳- اعتمادی، ح. و رفیعی، ح. (۱۳۷۹). «*سیاست سلامت در چارچوب رفاه اجتماعی*». فصلنامه تأمین اجتماعی. سال ۲. شماره ۳. صص ۳۵۱-۳۶۸.
- ۴- بحرینی، ح. (۱۳۷۴). «*پروژه شهرهای سالم سازمان بهداشت جهانی و لزوم اجرای جلدی آن در جمهوری اسلامی ایران*». مجله محیط‌شناسی. سال ۲۱. شماره ۱۷.
- ۵- پانام، ر. و دیگران. (۱۳۸۵). «*سرمایه اجتماعی، اعتماد، دموکراسی و توسعه*». به کوشش کیان تاج‌بخش. ترجمه افشین خاکباز و حسن پویان. تهران: نشر شیرازه.
- ۶- پوراسلامی، م. (۱۳۸۲). «*توانمندسازی در ارتقای سلامت*». ماهنامه طب و تزکیه. شماره ۴۸.

- ۷- سازمان بهداشت جهانی. (۱۳۸۰). «سلامت و محیط در توسعه پایدار». ترجمه علی اصغر فرشاد. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۸- سیف‌زاده، ع. (۱۳۸۷). «مشخصه‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت روانی در کهنسالی، موردشناسی شهر آذرشهر». فصلنامه جمعیت. شماره ۶۴/۶۳، صص ۱۲۷-۱۶۲.
- ۹- شیخی، د. (۱۳۸۸). «تبیین روستای سالم و ابعاد سلامت در نواحی روستایی. مطالعه موردی بخش قروه‌چای شهرستان خنداب استان مرکزی». رساله دوره دکتری. دانشکده جغرافیا. دانشگاه تهران.
- ۱۰- 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.
- ۱۱- صفا، م. (۱۳۸۳). «روستای سالم، رویکردی نو در ارتقاء سطح سلامت». ماهنامه دهیاری‌ها، سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور. سال ۲. شماره ۱۱، صص ۶۴-۶۸.
- ۱۲- غفاری، غ. م. (۱۳۸۸). «سرمایه اجتماعی». تهران: انتشارات کویر.
- ۱۳- فیلد، ج. (۱۳۸۴). «سرمایه اجتماعی». ترجمه جلال متقی. تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- ۱۴- نقدی، ا. و همکاران. (۱۳۸۹). «سرمایه اجتماعی و نقش آن در فعالیت‌های اقتصادی با نگاهی به استان همدان». مجله جامعه‌شناسی کاربردی. شماره ۴۰، صص ۵۶-۶۸.
- ۱۵- نیکتاز، ع. ر. (۱۳۸۲). «محیط‌های سالم، پشتیبان سلامت و توسعه پایدار». تبریز: انتشارات ستوده.
- ۱۶- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۴). «گزارش ارزیابی پروژه شهر سالم - روستای سالم شهرستان ساوه».
- ۱۷- هوش‌ور، ز. (۱۳۸۱). «پاتولوژی جغرافیای ایران». مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی مشهد.
- 18- Bonizzato, P. (2003). "Socio-economic inequalities and mental health: concepts, theories and interpretations". Epidemic psychiatry. No. 12, pp. 205-218.
- 19- Cribb, A. & Duncan, P. (2002). "Health promotion and professional Ethics". Blackwell Science publishing.
- 20- 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.
- 21- Cubbin, C. (2000). "Socioeconomic status and injury mortality: individual and neighborhood determinants". Epidemic community health. No. 54, pp. 517-524.
- 22- 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.

- 23- Ecob, R. & Smith, G. D. (1999). *"Income and health: What is the nature of the relationship between Social Science and medicine"*. University of Bristol.
- 24- 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.
- 25- Galbarde, B. & Morabia, A. (2003). *"Measuring the habitat as an indicator of socio-economic position: methodology and its association with hypertension"*. Epidemic community health.
- 26- Garcia, P. & McCarthy, M. (1994). *"Measuring Health, a Step in the development of city health profiles"*. WHO regional office for Europe. Copenhagen.
- 27- Grafton Denis, U. (2003). *"Rural health care and community sustainability in southwestern Ontario"*. University of Western Ontario.
- 28- Guagliardo, P. (2004). *"Physician accessibility: an urban study of pediatric provides"*. Journal of health and place. No.10, pp. 273-282.
- 29- Howard, G. (2002). *"Healthy villages, a guide for communities and community health workers"*. WHO. Geneva.
- 30- Jones, L. (2002). *"The social policy contribution to health promotion"*. In The challenge of promoting health: exploration and Action. Basingstoke: Macmillan in association with the open University
- 31- Khosh Chashm, K. (1995). *"Healthy city and healthy villages"*. Eastern Mediterranean health Journal. Vol. 1. No. 1, pp. 103-111.
- 32- Pilkington, P. (2002). *"Social capital and health: measuring and understanding social capital at local level could tackle health inequalities more effectively"*. Journal of public health medicine. No. 24, pp. 156-159.
- 33- *"Social determination of health: what's it all about: Fact sheet-Queensland Health"*. (2006). Available at <http://www.health.qld.gov.au/phs/documents/sphun/20493.pdf> (December 2006).
- 34- Wang FLuo, W. (2005). *"Assessing spatial and non-spatial factors for health care access: toward an integrated approach to defining health professional shortage areas"*. Journal of health and place. No. 11, pp. 131-146.
- 35- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (1991). *"What can be done about inequalities in health"*. The lancet. No. 338, pp. 59-106.