

سنجش نگرش روستاییان شهرستان کرمانشاه نسبت به خانه‌های بهداشت

حسین آگهی* - عضو هیئت علمی دانشگاه رازی کرمانشاه
حسن شهرکی - کارشناس ارشد توسعه روستایی

چکیده

بهداشت یکی از وجوه و ابعاد مهم فرایند توسعه در تمامی کشورها در سرتاسر جهان و یکی از اهداف و پیامدهای مرکزی توسعه است. یک جامعه یا کشور نمی‌تواند به صرف درآمد سرانه بالا، توسعه یافته قلمداد شود در حالی که مردمش بی‌سواد و از زیرساختهای لازم برای داشتن یک زندگی سالم و بهداشتی محروم‌اند. بنابراین سنجش و اندازه‌گیری توسعه پایدار همواره باید بر حسب نشان دهنده‌های اجتماعی از جمله بهداشت باشد. این پژوهش، از مفاهیم، نظریه‌ها و رهیافتهای روانشناسی اجتماعی بهره‌می‌برد. هدف اصلی، سنجش نگرش روستاییان شهرستان کرمانشاه نسبت به خانه‌های بهداشت و بهورزان است. چارچوب نظری پژوهش، بر مبنای رهیافت سه مؤلفه‌ای نگرش و نظریه رفتاری برنامه‌ریزی شده «فیشبین» و «ایزن» استوار است. چهار متغیر تحقیق تحت عناوین «ارزیابی فایده»، «انتظار فایده»، «انتظار دیگران» و «انگیزه پیروی از انتظارات دیگران» از نظریه فوق استخراج شده‌اند. تحقیق حاضر از نوع توصیفی یا غیرآزمایشی و پیمایشی است. در این تحقیق از پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۳۳ گویه در دو طیف لیکرت و افتراق معنایی استفاده شد که قابلیت اعتماد آن به شیوه آلفای کرونباخ (۰/۹۱) و اعتبار آن از طریق مشورت با کارشناسان حاصل شده است. روش نمونه‌گیری، چند مرحله‌ای و حجم نمونه با فرمول کوکران ۳۷۴ نفر به دست آمد. نتایج در بخش توصیفی نشان می‌دهد که ارزیابی روستاییان از خانه‌های بهداشت و بهورزان در سطح تقریباً بالایی مثبت است (نمره‌های نگرشی بالاتر از متوسط). بیشتر روستاییان از خانه‌های بهداشت انتظار فایده بالایی دارند، بهورزان را با صفات مثبت تداعی نموده و انسجام نگرشی در روستاها بالاست. در بخش آمار تحلیلی یا استنباطی با استفاده از تحلیل عاملی، ۱۱ عامل از ۳۳ گویه که دارای بیشترین بار عاملی بودند استخراج شدند و سپس از بین ۱۱ عامل، آنهایی

* Email : hossienagahi_raziuniversity@yahoo.com

که با یکدیگر همبستگی معنی داری نداشتند وارد تحلیل رگرسیون چندگانه شدند. این فرایند منجر به ۱۶ جفت متغیر و در نتیجه ۱۶ معادله رگرسیون شد که می تواند در محاسبه نمره نگرش که همان متغیرهای مستقل در تحلیل رگرسیون هستند، کمک باشد. تحلیل همبستگی بین ۳۳ گویه نشان می دهد که بیشتر گویه ها همبستگی بالا و معنی دار در سطح $P < 0/05$ و $P < 0/01$ دارند.

واژه های کلیدی: خانه های بهداشت، روستاییان، سنجش نگرش، کرمانشاه / شهرستان.

مقدمه

سلامتی هدف مرکزی و نتیجه نهایی توسعه است. توسعه تنها زمانی می تواند پایدار باشد که ابعاد اقتصادی و اجتماعی آن در تمامی سطوح و مراحل در نظر گرفته شود. یک جامعه یا یک کشور نمی تواند تنها به دلیل در آمد سرانه بالا توسعه یافته قلمداد شود، در حالی که مردمش بی سواد؛ نه چندان سالم و محروم از زیر ساختهای لازم برای یک زندگی سالم هستند. بنابراین توسعه پایدار همواره باید بر حسب شاخصهای اجتماعی به ویژه بهداشت، کاهش فقر مطلق و بهبود کیفیت زندگی سنجش شود (WHO ..., 2003).

کیفیت زندگی منتج از آثار طیف کاملی از عوامل است. عواملی مانند سلامتی و تندرستی، آموزش، فراگیری ذهنی و اجتماعی، و آزادی عمل. بهبود در کیفیت زندگی و داشتن سبک زندگی سالم از بسیاری از امراض و ناتوانیها جلوگیری نموده و ارتقای بهداشت و محافظت در قبال بسیاری از عوامل مخاطره انگیز را تسهیل می کند (همان). اصلاحات بهداشتی، یکی از راهکارهای آشکار توسعه پایدار به خصوص در فراهم آوردن مزایایی در زمینه جامعه و بهداشت، است. بخش بهداشت به مجموعه سیاستها، برنامه ها، مؤسسات، و دست اندرکاران خدمات بهداشتی یعنی تلاشهای سازماندهی شده برای درمان و جلوگیری از بیماریها، اطلاق می شود. بهبود سطح بهداشت و تحول در بخش بهداشتی، با راههای متفاوت ولی مکمل هم، سهم مثبتی در توسعه پایدار دارند (Brehm and kassin, 1996). بهبود سطح بهداشت تأثیر مستقیمی در افزایش احساس سلامت انسان و توانایی توسعه سیاسی و اجتماعی دارد، که این امر به پایدار شدن روند توسعه منجر می شود. امروزه به ویژه پس از آنکه سازمان ملل متحد، دهه ۱۹۹۰ را به نام «توسعه انسانی» نام گذاری کرد؛ شاخصهای اقتصادی صرف دیگر تنها هدف توسعه قلمداد نمی شود. بسیاری از کشورها سالهاست که اصلاحات بهداشتی را آغاز کرده اند.

در زامبیا هیئت ملی اجرای تحول بهداشتی به منظور توسعه و پایش برنامه‌های بهداشتی کشور تشکیل شد. در کلمبیا دستورالعمل‌هایی برای انجام تغییرات چشمگیر در مؤسسات و سرمایه‌گذار بیهای عمومی و خصوصی در زمینه مراقبت‌های بهداشتی، وضع شد. در ویتنام و سوریه برای توسعه بیمه و تدارک خدمات، تلاش شد تا شکافی که در اثر فروپاشی نظام خدمات بهداشتی دولتی به وجود آمده بود، پر شود (برمن، ۱۳۷۸). اصولاً یکی از دلایلی که امر توسعه را بدل به پدیده‌ای بغرنج می‌کند، تفاوت‌های فرهنگی میان ملل گوناگون است. فرهنگ نه تنها هنر و ادبیات را دربرمی‌گیرد، بلکه شامل آیینهای زندگی، حقوق اساسی نوع بشر، نظام ارزشی، سنتها و باورهاست (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، ۱۳۸۴). بنابراین ملاحظه می‌شود که در امر توسعه بهداشتی بایستی ارزشها و باورهای بومی مدنظر قرار گیرند. ارتقای وضعیت سلامتی در جمهوری اسلامی ایران منوط به فقرزدایی است. فقرزدایی نیازمند نرخ پایین باروری و کاهش رشد جمعیت است. سیاستهای فقرزدایی باید بهبود کیفیت و دسترسی همه اقشار آسیب پذیر شامل مادران و کودکان به خدمات بهداشتی اولیه را هدف قرار دهد (همان). درصد دسترسی خانوارهای روستایی استان کرمانشاه به آب آشامیدنی بهداشتی، میزان باروری عمومی در مناطق شهری و روستایی، درصد پوشش، مراقبت‌های دوران بارداری (در زنانی که طی دو سال قبل زایمان کرده‌اند) بیانگر لزوم بازبینی برنامه‌های بهداشتی این استان است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش کشاورزی، ۱۳۷۹). استان کرمانشاه از نظر تعداد واحدهای بهداشتی درمانی با ۲۰۶ واحد و نسبت جمعیت به یک واحد بهداشتی درمانی، با ۹۵۲۵ نفر در سال ۱۳۸۱، به ترتیب در رتبه دوازدهم و هفتم کشور قرار داشت (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۳).

استان کرمانشاه براساس سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۷۵ جمعیتی بالغ بر ۱۷۷۸۵۹۶ نفر دارد که از این تعداد ۶۱/۷ درصد در شهر و ۳۸/۳ درصد در روستا سکونت دارند.

هدف کلی از انجام تحقیق حاضر اندازه‌گیری یا سنجش نگرش روستاییان نسبت به خانه‌های بهداشت در شهرستان کرمانشاه است. اهداف اختصاصی عبارت‌اند از:

- ۱- سنجش «ارزیابی فایده» روستاییان از خانه‌های بهداشت
- ۲- سنجش «انتظار فایده» روستاییان از خانه‌های بهداشت
- ۳- سنجش «انتظارات دیگران» از بهورزان خانه‌های بهداشت
- ۴- سنجش «انگیزه فرد برای پیروی از انتظارات دیگران»

پیشینه پژوهش

در ارتباط با سنجش نگرش، «تزیسه»^۱ و «کرومکا»^۲ در تحقیقی درباره سنجش نگرش «کشاورزان پاره وقت» نسبت به اداره ترویج، نگرش را به سه بعد تجزیه می کنند و معتقدند که نگرش در رابطه با موضوع پژوهش آنها دارای سه دسته از عناصر ادراکی، ارزشیابانه و عملی و رفتاری است (رفیع پور، ۱۳۷۲).

«روزن اشتیل»^۳ در آثار متفاوتش درباره کارایی و ارزیابی سازمانها به چند عامل مؤثر بر نگرش اشاره می کند:

- ارضای نیاز

- تجربه

- رضایت افراد

- میزان دسترسی به اهداف تعیین شده

- کارایی بهتر برای حل مسائل

ارضای نیاز و رضایت در واقع جزء ویژگیهای نگرشی هستند که «روزن اشتیل» به آنها اشاره می کند.

میزان دسترسی به اهداف تعیین شده و کارایی بهتر برای حل مسائل، جزئی از همان متغیر یا مؤلفه «ارزیابی فایده» در نظریه «فیشبین» و «ایزن»^۴ است.

«هروشکا»^۵ نیز تجربه را عامل مؤثری در پیدایش نگرش می داند. به نظر وی دسترسی به هدف و ارضای نیاز همواره با احساس رضایت، احساس خوشبختی و تجربیات مطبوع همراه است و برعکس عدم ارضای نیاز با نارضایتی و احساس منفی همراه است. این خاطرات همراه با احساسهای ارزشی آنها در حافظه باقی می ماند و آن چه را که «تجربه» نامیده می شود، می سازد. بدین ترتیب تکرار و تراکم تجربه همراه با احساس ارزشی آن بر روی نگرش تأثیر می گذارد.

«گرونبرگ»^۶ در نظریه تسری معتقد است که رضایت از یک بخش از زندگی بر روی رضایت از بخشهای دیگر زندگی مؤثر است. مثلاً کسانی که از خانواده خود راضی هستند و محیط

1. Ziche
2. Kromka
3. Rosenstiel
4. Fishbein and Ajzen
5. Hruschka
6. Grunberg

آرام خانوادگی دارند، ناملایمات شغلی را بهتر تحمل می‌کنند و شغل خود را خیلی منفی ارزیابی نمی‌کنند. بنابراین قابل تصور است، افرادی که از خانواده، شغل و دیگر شرایط خود راضی هستند، خانه بهداشت را بهتر ارزیابی کنند (همان).

«رفیع پور» در تحقیقی با عنوان «سنجش گرایش روستاییان نسبت به جهاد سازندگی» که در سه استان اصفهان، فارس و خراسان انجام گرفته است، از نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده استفاده کرده است. نگارندگان از پژوهش ایشان در قسمت پرسشنامه بسیار استفاده کرده‌اند. از دیگر محققانی که از این نظریه در تحقیقات خود بهره برده‌اند، عبارت‌اند از «شپارد»^۷، «کورلند»^۸، «کرنر»^۹، «گراسمن»^{۱۰}، «کرنیا»^{۱۱}، «لئون»^{۱۲}، «پروچینی»^{۱۳}، «ارکولانی»^{۱۴}، «ساتون»^{۱۵}، «مک‌وی»^{۱۶} و «گلانز»^{۱۷} که در زمینه‌های متفاوت اهدای خون، سیگار کشیدن، تصمیمات اخلاقی، اشتغال، رأی دادن، کاهش وزن، خرید اتومبیل، مطالعه، اضطراب و... طی سالهای ۱۹۹۵ تا ۱۹۹۹ پژوهشهایی انجام داده‌اند (Feldman, 2001; Brehm and Kassir, ۱۹۹۶).

«سپ»^{۱۸} و «هاروود»^{۱۹} نیز در پژوهشی با عنوان «تمایل مردم به خوردن گوشت گاو» از این نظریه بهره برده‌اند. آنها در کنار متغیرهای نظریه «فیشبین» و «ایزن» متغیر دیگری به نام پذیرش اجتماعی را هم در نظر گرفته‌اند. آنها معتقدند که انتظارات اجتماعی در پیدایش قصد و نیت مؤثر است. بدین منظور آنها به نظریه گروه مرجع اشاره می‌کنند و در این زمینه برداشت و تعریف «شیبوتانی»^{۲۰} از گروه مرجع را مدنظر دارند. «شیبوتانی» از اصطلاح گروه مرجع کلی استفاده می‌کند و آن را گروهی می‌داند که «نقش یک چارچوب مرجع را ایفا می‌کند... و عقاید یک نظام اجتماعی وسیع‌تر را منعکس می‌سازد». بدین ترتیب انسان، جهان اطراف خود را از دیدگاه مرجع کلی ادراک می‌کند. گروه مرجع می‌تواند مجموعه‌ای از مردم (محلّه، روستا و...) باشد. این گروه مرجع یک چارچوب ارزشیابی را ایجاد می‌کند که براساس آن اعضای نظام اجتماعی یا گروه، خود و دیگران را ارزیابی و کنترل می‌کنند. اما این تأثیر گروه مرجع، شناخت جدیدی نیست که «سپ» و «هاروود» بخواهند براساس آن نظریه‌ای جدید درباره نگرش ارائه دهند. «فیشبین» و «ایزن» نیز با متغیر «هنجار ذهنی» همان تأثیر گروه مرجع را مدنظر داشته‌اند (ibid.).

7. Sheppard

8. Kurland

9. Kerner

10. Grossman

11. Courneya

12. Leon

13. Perugini

14. Ercolani

15. Sutoon

16. Mcvey

17. Glanz

18. Sapp

19. Harwood

20. Shitubani

چارچوب نظری تحقیق

از آنجا که در این تحقیق تأکید بر سنجش نگرش روستاییان نسبت به خانه‌های بهداشت است، بنابراین سعی می‌شود تا تعریف جامعی از نگرش ارائه گردد. نگرش عبارت است از مجموعه‌های نسبتاً پایداری از افکار و اندیشه‌های بشری دربارهٔ افراد، اشیاء یا موضوعات خاص که مؤلفه‌های شناختی و عاطفی دارند (Zick and Elton, 1985).

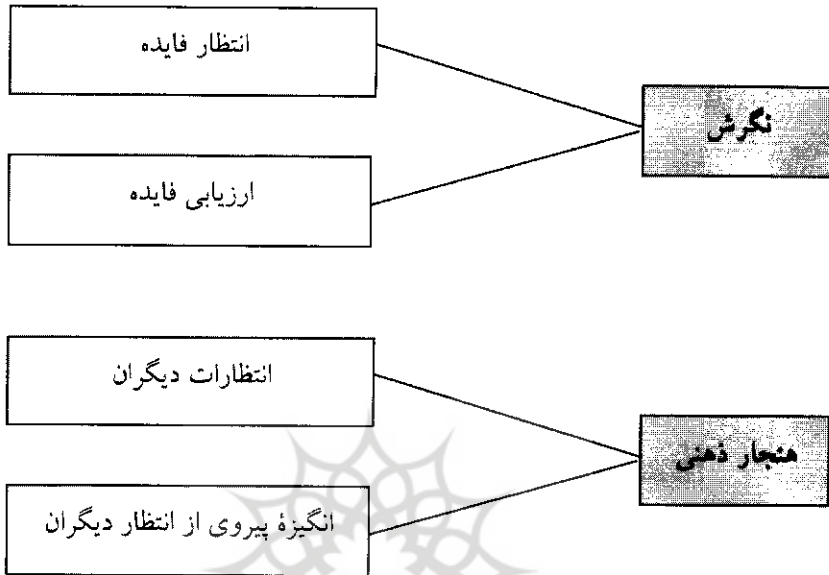
«کریمی» نگرش را واکنشی عصبی مثبت یا منفی، نسبت به یک معنی انتزاعی یا شیئی ملموس می‌داند (کریمی، ۱۳۸۱). رهیافت سه مؤلفه‌ای نگرش، شامل مؤلفهٔ شناختی، عاطفی و رفتاری است (Feldman, 2001).

رابطهٔ میان نگرش و رفتار در بستری وسیع قابل طرح است. «نگرشها یکی از تعیین‌کننده‌های رفتار اجتماعی هستند؛ تعیین‌کننده‌های دیگری نیز وجود دارند. این اساس نظریهٔ «عمل مستدل» است (Brehm and Kassin, 1996).

عوامل محیطی نیز نقش بسیار بارزی در نظریهٔ موسوم به «رفتار برنامه‌ریزی شده»، یا «عمل مستدل» ایفا می‌کند. این نظریه را برای اولین بار در سال ۱۹۸۰، روانشناسان اجتماعی «فیشین» و «ایزن» با عنوان «عمل مستدل» پیشنهاد کردند (Feldman, 2001) و بعداً در اواسط دههٔ ۱۹۸۰ و به روایتی دیگر در سال ۱۹۹۱، «ایزن» آن را با عنوان «رفتار برنامه‌ریزی شده» بسط داد (Brehm and Kassin, 1996). در «رفتار برنامه‌ریزی شده» نگرش به دو مؤلفهٔ دیگر «انتظار فایده» و «ارزیابی فایده» تجزیه می‌شود. رفتار نه تنها تحت تأثیر نگرش قرار می‌گیرد بلکه همچنین تحت تأثیر هنجارهای ذهنی قرار دارد، مثلاً اینکه دیگران دربارهٔ رفتار من چگونه فکر می‌کنند یا آن را چگونه ارزیابی می‌نمایند. هنجار ذهنی در این نظریه یعنی فشار درک شده از سوی محیط (شامل افراد، گروهها، پدر و مادر، دوستان نزدیک، همکاران و اهالی یک محل). این متغیر نیز خود به دو مؤلفهٔ «انتظارات دیگران» و «انگیزهٔ فرد برای پیروی از انتظارات دیگران» تجزیه می‌شود.

نمودار ۱، مؤلفه‌های نگرش و هنجار ذهنی را نشان می‌دهد. ضمن اینکه نظریهٔ اصلی مورد استفاده برای تدوین چارچوب نظری تحقیق حاضر، رهیافت سه مؤلفه نگرش و رفتار برنامه‌ریزی شدهٔ «فیشین» و «ایزن» است. چارچوب تحقیق تحت عناوین «ارزیابی فایده»، «انتظار فایده»، «انتظار دیگران» و «انگیزهٔ پیروی از انتظارات دیگران» از نظریهٔ فوق استخراج شده است. ارزیابی فایده، نسبتاً روشن است و طی آن شخص ارزیابی می‌کند که آیا آن پدیده برای او فایده داشته است (یا دارد) یا نه. در مثال فوق دو شخص الف و ب هر یک به نوبهٔ خود نوعی ارزیابی از خانهٔ بهداشت و فعالیت آن دارند، پس یکی ممکن است آن را خوب ارزیابی کند و دیگری بد.

نمودار ۱- چارچوب نظری تحقیق



(منبع: نگارندگان)

● انتظار فایده به معنی آن است که یک شخص تا چه حد از پدیده‌ای انتظار فایده دارد. مثلاً در یک روستا شخص الف که یک عشایر است و مدت کوتاهی در روستا می‌ماند و سپس آنجا را ترک می‌کند، فکر نمی‌کند که خانه‌های بهداشت اصلاً بتوانند کاری برای حل مسائل او انجام دهند، اما شخص دیگری که ساکن دائم روستاست فکر می‌کند خانه بهداشت برای او فایده خواهد داشت.

● ارزیابی فایده، نسبتاً روشن است و طی آن شخص ارزیابی می‌کند که آیا آن پدیده برای او فایده داشته است (یا دارد) یا نه. در مثال فوق دو شخص الف و ب هر یک به نوبه خود نوعی ارزیابی از خانه بهداشت و فعالیت آن دارند، پس یکی ممکن است آن را خوب ارزیابی کند و دیگری بد.

● انتظارات دیگران، یعنی اینکه یک رفتار خاص از سوی «دیگر افراد مهم گروه» چگونه ارزیابی می‌شود.

● انگیزه فرد برای پیروی از «انتظارات دیگران» به این معنی است که آیا اصولاً برای شخص الف، حرف و نظر مردم مهم است یا نه؟

روش تحقیق

روش تحقیق مورد استفاده در این مطالعه، توصیفی میدانی و از نوع همبستگی است. هدف تحقیق کاربردی است. از آنجا که هدف این تحقیق سنجش نگرش روستاییان نسبت به خانه‌های بهداشت است، از این رو این تحقیق از نوع ارزشیابی است. متغیرهای مستقل تحقیق شامل ارزیابی فایده، انتظار فایده، انتظار دیگران و انگیزه پیروی از انتظار دیگران است، که این چهار متغیر به شیوه‌های گوناگون مورد سنجش قرار می‌گیرند. جامعه آماری شامل ۱۵۲ روستای دارای خانه‌های بهداشت در شهرستان کرمانشاه است، با توجه به اینکه محققان دیگری همچون «تزشیه» و «کرومکا» در تحقیقات مشابه خود در کشور آلمان فقط در ۱۰ روستا و در هر روستا ۱۰ پاسخگو را برگزیدند و نیز «رفیع‌پور» در تحقیق خود در ایران در ۳ استان اصفهان، خراسان و فارس به ترتیب، ۳۰، ۲۰ و ۲۰ روستا را انتخاب کرده است (رفیع‌پور، ۱۳۷۲)، از این رو تصمیم گرفته شد ۱۵ روستا از سه بخش شهرستان کرمانشاه با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای و از نوع متناسب به ترتیب ۳ روستا از مجموع ۳۰ روستای دارای خانه بهداشت، بخش فیروز آباد، ۳ روستا از مجموع ۳۴ روستای دارای خانه بهداشت ماهیدشت و تعداد ۹ روستا از مجموع ۸۸ روستای دارای خانه بهداشت بخش مرکزی انتخاب شوند. تعداد حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، ۳۷۴ نفر تعیین شد که با استفاده از روش انتصاب متناسب، بین ۱۵ روستا تقسیم و سهمیه هر روستا از این تعداد با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعیین گردید. لازم به ذکر است که اعتبار پرسشنامه تحقیق از طریق ضریب کرونباخ 0.91 به دست آمد که از نظر آماری قابل قبول بود و اعتبار پرسشنامه از طریق مشورت با کارشناسان انجام گرفت. ابزار اندازه‌گیری پژوهش، پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۵ بخش به شرح ذیل است: در پرسشنامه برای سنجش متغیر اول «ارزیابی فایده» از طیف لیکرت ۱ تا ۵ استفاده شد و ۷ گویه مورد استفاده قرار گرفته است، از این رو حداکثر نمره نگرش در این بخش $5 \times 7 = 35$ و حداقل نمره نگرش $7 = 1 \times 7$ است. برای سنجش «ارزیابی فایده» نیز ۱۵ جفت گویه افتراق معنایی (صفت متضاد) از بین چندین صفت متضاد ابتدایی انتخاب شدند و بر روی طیفی ۵ درجه‌ای با فواصل متساوی به پاسخگویان ارائه گردیدند. برای نمونه یکی از سؤالها این است: آدمهای خوش رفتار و با محبتی هستند. خیلی بد اخلاق اند. جهت اندازه‌گیری متغیر دوم «انتظار فایده» از گویه اول متغیر نخست (بودن و نبودن خانه‌های بهداشت فرقی نمی‌کند...) و همچنین گویه چهارم افتراق معنایی (آدم از رفتن نزد آنها پشیمان می‌شود. هر کاری داشته باشیم دوباره می‌رویم آنجا)، استفاده می‌شود. سنجش متغیر سوم «انتظارات دیگران» شامل ۷ پرسش است. برای آنکه در عین حال ارزیابی هم از شخص بهروز به دست آید، گویه‌ها بر اساس نظریات دیگران درباره بهروز تنظیم شدند. سنجش متغیر چهارم از پرسشنامه «انگیزه پیروی از انتظارات

دیگران» با ۴ پرسش در طیف لیکرت انجام شد که در واقع بیانگر میزان یکپارچگی اجتماعی در روستاست. بخش پایانی پرسشنامه، سوالات مربوط به مشخصات فردی بود. این بخش در صورت تمایل پاسخگو تکمیل می‌گردید و به علت عدم پاسخگویی بیشتر افراد، حذف شد. نتایج حاصل از تحقیق با استفاده از نرم افزار SPSS و در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی تجزیه و تحلیل شدند. در بخش توصیفی، هدف اصلی تعیین نمره کل نگرش مربوط به هر کدام از چهار متغیر اصلی است که به موازات آن تعیین درصد، فراوانی و همبستگی پیرسون انجام می‌شود. در آمار استنباطی از روش تحلیل عاملی و رگرسیون چندگانه استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

جدول ۱، با عنوان «سنجش نگرش ارزیابی فایده» که با استفاده از طیف لیکرت (۵-۱) حاصل گردید نشان می‌دهد که حدود ۸۱ درصد پاسخگویان با گویه «بودن و نبودن خانه‌های بهداشت فرقی نمی‌کند» مخالف یا کاملاً مخالف هستند. در مورد گویه «حاضریم کمک کنیم خانه بهداشت منحل نشود» ۶۷ درصد پاسخگویان حاضرند کمک مالی بدهند تا خانه‌های بهداشت منحل نشود. همان‌گونه که دیده می‌شود نگرش نسبت به ارزیابی فایده خانه‌های بهداشت عمدتاً مثبت است.

جدول ۱- سنجش نگرش «ارزیابی فایده» $n = 374$

۱- بودن و نبودن خانه‌های بهداشت فرقی نمی‌کند.	۱۹ (۵)	۰ (۰)	۵۲ (۱۴)	۲۶ (۷)	۲۷۷ (۷۴)
۲- خانه بهداشت بهتر از اداره‌های دیگر است.	۱۰۵ (۲۸)	۹۰ (۲۴)	۱۶۴ (۴۴)	۴ (۱)	۱۱ (۳)
۳- مراجعه به خانه بهداشت وقت تلف کردن است.	۱۹ (۵)	۳۴ (۹)	۸۲ (۲۲)	۱۳۴ (۳۶)	۱۰۵ (۲۸)
۴- خانه بهداشت برای مردم رحمت کشیده است.	۱۹۵ (۵۲)	۶۰ (۱۶)	۹۷ (۲۶)	۲۲ (۶)	۰ (۰)
۵- خانه بهداشت منحل شود.	۰ (۰)	۰ (۰)	۶۷ (۱۸)	۱۷۲ (۴۶)	۱۳۵ (۳۶)
۶- خانه بهداشت پول هدر می‌دهد.	۰ (۰)	۳۴ (۹)	۱۸۶ (۵۰)	۱۰۵ (۲۸)	۱۴۹ (۴۰)
۷- حاضریم کمک کنیم منحل نشود.	۱۶۸ (۴۵)	۱۸۳ (۴۹)	۱۰۱ (۲۷)	۱۱ (۳)	۱۱ (۳)

* کاملاً موافق = ۵

** کاملاً مخالف = ۱

F = فراوانی

(منبع: یافته‌های پژوهش)

سنجش نگرش ارزیابی فایده به وسیله طیف افتراق معنایی نیز انجام شد. در جدول ۲، صفات متضاد و میانگین و جمع نمره‌های هر گویه دیده می‌شود.

جدول ۲- طیف افتراق معنایی بهورزان خانه‌های بهداشت

۱۵۱۵	۴/۰۵	۴	۵	خوش اخلاق هستند
۱۵۷۱	۴/۲۰	۴	۵	صبور هستند
۱۵۳۳	۴/۱۰	۴	۵	احترام می‌گذارند
۱۵۱۷	۴/۰۶	۴	۵	مغرور هستند
۱۵۸۸	۴/۲۵	۴	۵	صمیمی هستند
۱۶۰۳	۴/۲۹	۵	۵	راستگو هستند
۱۵۴۶	۴/۱۳	۴	۵	کند کار می‌کنند
۱۴۷۳	۳/۹۴	۴	۵	فعال هستند
۱۵۷۴	۴/۲۱	۴	۵	متعهد هستند
۱۵۰۶	۴/۰۳	۴	۵	به بولداها می‌رسند
۱۳۸۹	۳/۷۱	۴	۴	بازی بازی می‌کنند
۱۵۳۹	۴/۱۱	۴	۵	با مهارت هستند
۱۴۱۶	۳/۷۹	۴	۴	رازدار هستند
۱۴۴۷	۳/۸۷	۴	۴	از مراجعه به آنها پشیمان می‌شویم
۱۴۴۷	۳/۸۷	۴	۴	کارهای خوب انجام می‌دهند

(منبع: یافته‌های پژوهش)

جدول ۲ نشان می‌دهد که مثلاً گزینه «اخلاق»، نمره ۱۵۱۵ را از بین ۳۷۴ نفر پاسخگو به خود اختصاص داده است. بیشترین افراد به این گزینه، نمره ۵ داده‌اند و میانگین ارزیابی ۴/۰۵ بوده است. براساس نمره میانگین ارزیابیها، نقشه آن ترسیم می‌شود.

جدول ۳ - نقشه گرافیکی طیف افتراق معنایی بهورزان

آدمهای خوش رفتار و با محبتی هستند	0...0...0...0...0	خیلی بد اخلاق اند
آدمهای بی حوصله‌ای هستند	0...0...0...0...0	صبور و شکیبا هستند
احترام آدم را نگه می‌دارند	0...0...0...0...0	به آدم بی‌احترامی می‌کنند
آدمهای انتقادپذیر و بی‌تکبری هستند	0...0...0...0...0	خیلی ژست می‌گیرند و مغرور هستند
با مردم دوست و صمیمی هستند	0...0...0...0...0	بیشتر به دشمن می‌مانند
در کارشان کلک است	0...0...0...0...0	انسانهای صادق و راستگویی هستند
زود کار آدم را راه می‌اندازند	0...0...0...0...0	کند هستند و کارها را طول می‌دهند
افراد تنبل و راحت طلبی هستند	0...0...0...0...0	آدمهای زحمت‌کشی هستند
به حرفشان عمل می‌کنند	0...0...0...0...0	قول می‌دهند اما به قولشان عمل نمی‌کنند
به پولدارها بیشتر می‌رسند	0...0...0...0...0	به فقرا بیشتر می‌رسند
پارتی بازی نمی‌کنند	0...0...0...0...0	بیشتر به خودیها و آشنایان می‌رسند
به کارشان خوب واردند	0...0...0...0...0	آدمهای بدون مهارت هستند
رازدار نیستند	0...0...0...0...0	مسائل شخصی مان را با آنها در میان می‌گذاریم. رازدار هستند
آدم از رفتن نزد آنها پشیمان می‌شود	0...0...0...0...0	هرکاری داشته باشیم دوباره می‌رویم آنجا
هیچ فایده‌ای برای روستاها ندارند	0...0...0...0...0	کارهای خوب زیادی کرده‌اند

(منبع: یافته‌های پژوهش)

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، دامنه ارتعاش نقشه در محل اتصال گویه‌های غیرهم‌جهت، بالا و در محل اتصال گویه‌های هم‌جهت پایین است، که این نشان‌دهنده دلالت‌های غالباً مثبت پاسخگویان نسبت به بهورزان یا بهداشتیاران است.

جدول ۴- نمره کلی نگرش برای متغیر ارزیابی فایده افتراق معنایی $n=374$

۲	۵	۲۰	۳۴	۳۹	درصد	ارزیابی
۸	۱۹	۷۴	۱۲۷	۱۴۶	تعداد	فایده

(منبع: یافته‌های پژوهش)

مطابق جدول ۴، ۷۳٫۴ درصد از پاسخگویان نظر مثبت و یا کاملاً مثبت نسبت به بهورزان وبه تبع آن به خانه‌های بهداشت داشتند و تنها ۲ درصد نظر کاملاً مخالف دارند. اگر این نتایج را با نتایج حاصل از نمره کلی نگرش از طریق طیف لیکرت مقایسه نماییم مشاهده می‌شود که نتایج تقریباً به هم نزدیک بوده و این دو طیف، نگرش را یکسان نشان می‌دهند.

سنجش نگرش متغیر دوم: انتظار فایده

برای اندازه‌گیری این متغیر از گویه اول متغیر اول (بود و نبود خانه‌های بهداشت فرقی نمی‌کند ...) و همچنین گویه چهاردهم افتراق معنایی استفاده شد.

جدول ۵- سنجش نگرش انتظار فایده $n = 374$

۵	۰	۱۴	۷	۷۴	درصد	بود و نبود خانه‌های
۱۹	۰	۵۲	۲۶	۲۷۷	تعداد	بهداشت فرقی نمی‌کند

(منبع: یافته‌های پژوهش)

مطابق جدول ۵، ۸۱٫۵ درصد از پاسخگویان کاملاً مخالف و یا مخالف جمله فوق بودند و تنها ۱۴ درصد با گزینه «بود و نبود خانه‌های بهداشت فرقی نمی‌کند» کاملاً موافق بودند. تعداد ۱۴ نفر نیز نظری نداشتند.

در طیف افتراق معنایی نیز از میان دو گزینه «آدم از رفتن نزد آنها پشیمان می‌شود» و «هرکاری

داشته باشیم دوباره می‌رویم آنجا»، نیز مشاهده می‌شود که ارتعاشات طیف، به طرف مثبت یعنی گویه «هرکاری داشته باشیم دوباره می‌رویم آنجا» متمایل است.

سنجش نگرش متغیر سوم: انتظارات دیگران

جدول ۶- سنجش نگرش «انتظارات دیگران» $n = 374$

(۰)۰	(۳)۱۱	(۴۵)۱۶۸	(۲۹)۱۰۸	(۲۳)۸۷	۱- اگر بهروز مجرد باشد مردم حاضر به ازدواج می‌کنند؟
(۰)۰	(۱۵)۵۶	(۲۳)۸۷	(۲۹)۱۰۸	(۳۳)۱۲۳	۱- آیا مردم روستا حرفه او را دوست دارند؟
(۲)۸	(۷)۲۶	(۲۱)۷۸	(۳۵)۱۳۱	(۳۵)۱۳۱	آیا این مردم روستا به او احترام می‌دهند؟
(۳)۱۱	(۹)۳۴	(۳۳)۱۲۳	(۲۹)۱۰۹	(۲۶)۹۷	آیا مردم روستا برای یک خدمت به او بها می‌دهند؟
(۲)۸	(۹)۳۴	(۳۱)۱۱۵	(۳۰)۱۱۲	(۲۸)۱۰۵	آیا مردم روستا او را به عنوان دوست می‌کنند؟
(۱)۴	(۲)۸	(۲۱)۷۸	(۴۴)۱۶۴	(۳۲)۱۲۰	اگر بهروز به کمک هیچکس نباشد آیا مردم روستا به او کمک می‌کنند؟
(۱)۴	(۹)۳۵	(۲۵)۹۳	(۳۱)۱۱۵	(۳۴)۱۲۷	آیا فکر می‌کنید بچه‌ها نرسیده‌اند و آنها در روستا دارند که بهروز برای آن به بیاید؟

(منبع: یافته‌های پژوهش)

بر اساس جدول ۶، ۵۴ درصد از پاسخگویان انتظار دارند یا نظرشان بر این است که دیگران، بهروز را خیلی زیاد تا زیاد مثبت ارزیابی می‌کنند به نحوی که اگر بهروز مجرد باشد، حاضرند با او وصلت کنند و تعداد ۷۶ درصد پاسخگویان به میزان خیلی زیاد تا زیاد حاضرند به بهروز در صورت نیاز کمک کنند. و بالاخره ۶۵ درصد از پاسخگویان واقعاً دوست دارند که بهروز در ده باقی بماند. نتایج جدول ۶ نشان دهنده این واقعیت است که بیشتر پاسخگویان، بهروز را خیلی خوب تا خوب ارزیابی نموده و تنها ۹ درصد پاسخگویان بهروز را بد ارزیابی کرده‌اند.

سنجش نگرش متغیر چهارم: انگیزه پیروی از انتظارات دیگران

از طریق چهار گویه ۱- آیا شما روز اول عید به دید و بازدید می‌روید؟ ۲- کسی هست که شما حوصله دید و بازدید از او را نداشته باشید؟ ۳- به نظر شما مردم این ده بیشتر به خود فکر می‌کنند، یا فکر دیگران هم هستند؟ ۴- اگر اتفاق بدی برای شما بیفتد، چند نفر حاضرند به شما کمک کنند؟ انسجام اجتماعی بین روستاییان اندازه‌گیری شد. نمره کل نگرش چهار متغیر از جمله متغیر انگیزه پیروی از انتظارات دیگران در جدول ۷ آمده است.

(جدول ۷ - نمره کلی نگرش چهار متغیر با استفاده از طیف لیکرت $n=374$)

۱	از بین نماند	(۳۹)۱۴۶	(۲۹)۱۰۸	(۲۳)۸۶	(۷)۲۶	(۲)۸
۲	نظر نماند	(۷۴)۲۷۷	(۷)۲۶	(۱۴)۵۲	(۰)۰	(۵)۱۹
۳	انتظار دیگران	(۳۱)۱۱۵	(۳۲)۱۲۰	(۲۸)۱۰۵	(۸)۳۰	(۱)۴
۴	پیروی از انتظارات دیگران	(۱۸)۶۷	(۳۲)۱۲۰	(۳۰)۱۱۲	(۱۲)۴۵	(۸)۳۰

(f: فراوانی)

(منبع: یافته‌های پژوهش)

جدول ۷ مبین این است که در متغیر چهارم حدود ۵۰ درصد افراد، انسجام اجتماعی خیلی بالا و یا بالایی در محیط روستا دارند، چرا که گویه‌های متغیر چهارم به طور کلی میزان این انسجام را در روستا اندازه می‌گیرند. تنها ۸ درصد از پاسخگویان انسجام اجتماعی خیلی پایینی دارند. گویه‌های دیگر به طور کلی خانه‌های بهداشت و بهورزان را مثبت ارزیابی کرده و به ویژه در گویه دوم، ۸۱ درصد از پاسخگویان، خانه‌های بهداشت را خیلی مثبت تا مثبت ارزیابی کرده‌اند.

۲- تحلیل استنباطی

ضریب همبستگی بین متغیرهای نمره‌های کلی نگرش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که تمامی متغیرها در سطح ۹۹ درصد ($P < 0/01$) معنی دار هستند. تحلیل عاملی، به همبستگی تعداد زیادی از متغیرها می‌پردازد و در نهایت آنها را در قالب عوامل عمومی محدودی دسته‌بندی و تبیین می‌کند. هدف از کاربرد این روش، شناسایی

متغیرهای مناسب از بین مجموعه زیادی از متغیرها (۳۳ متغیر یا گویه)، به منظور استفاده از آنها برای تحلیل در رگرسیون چندگانه است. جدول ۸ که جدول «تجزیه واریانس تبیین شده» است مقدار واریانس تبیین شده از سوی هر عامل را پس از دوران، نشان می‌دهد. همان طور که دیده می‌شود، یازده عامل استخراج شده از تحلیل عاملی، در مجموع ۷۶/۶۵۴ درصد واریانس کل را تبیین می‌کنند، که درصد بالایی است.

جدول ۸- واریانس تبیین شده

۹/۹۲۳	۹/۹۲۳	X_1	خانه‌های بهداشت بهتر از اداره‌های دیگر است
۱۹/۷۴۷	۹/۸۲۵	X_2	مردم روستا برای یک شب اقامت به او جا می‌دهند
۲۸/۵۱۲	۸/۷۶۵	X_3	خانه‌های بهداشت پول هدر می‌دهند
۳۶/۸۸۱	۸/۳۶۹	X_4	پارتنری بازی نمی‌کند
۴۳/۹۱۵	۷/۰۳۴	X_5	به کارشان خوب واردند
۵۰/۸۲۳	۶/۹۰۸	X_6	آدم از رفتن نزد آنها پشیمان می‌شود
۵۶/۵۶۳	۵/۷۴۰	X_7	بیشتر به فکر خود هستند تا دیگران
۶۱/۹۹۳	۵/۴۲۹	X_8	روز اول عید به بازدید می‌روید؟
۶۷/۱۵۵	۵/۱۶۲	X_9	آیا مردم روستا حرف او را قبول دارند؟
۷۲/۳۱۶	۵/۱۶۱	X_{10}	به پولدارها بیشتر می‌رسند
۷۶/۶۵۴	۴/۳۳۸	X_{11}	اگر اتفاق بدی برای شما بیفتد چند نفر حاضرند به شما کمک کنند؟

(منبع: یافته‌های پژوهش)

در این مرحله جهت تحلیل یازده متغیر جایگزین و استخراج شده از تحلیل عاملی، از تکنیک رگرسیون چندگانه بهره گرفته شد. از آنجا که در تحلیل رگرسیون متغیرهای مستقل نایستی با همدیگر همبستگی معنی دار یا هم خطی داشته باشند، بنابراین از میان شاخصهای استخراج شده، آنهایی که با یکدیگر هم خطی ندارند، دوه دو وارد تحلیل رگرسیون شدند. ضمناً از این به بعد از علامت اختصاری مؤلفه‌ها استفاده خواهد شد.

جدول ۹- همبستگی میان ۱۱ عامل استخراج شده از تحلیل عاملی

۰/۰۷۰	۰/۰۱۴	۰/۰۰۱	۰/۱۷۴**	۰/۲۲۵**	۰/۲۵۳**	۰/۱۶۱**	-۰/۱۱	۰/۳۹۲**	۰/۱۵۷**	۱
۰/۰۰۷*	۰/۰۷۶	۰/۲۸۵**	۰/۲۴۱**	۰/۱۳۷**	۰/۲۶۰**	۰/۲۰۲	۰/۱۱۴*	۰/۳۳۹**	۱	
۰/۱۵۵**	۰/۰۲۸	۰/۱۸۳**	۰/۱۴۹**	۰/۰۲۷	۰/۳۷۰**	۰/۲۵۵**	۰/۳۳۲**	۱		
-۰/۰۸۶	-۰/۰۴۱	-۰/۰۷۴	-۰/۰۶۱	۰/۱۱۸**	۰/۰۰۲*	۰/۲۱۱**	۱			
-۰/۲۳۳**	-۰/۱۱۹**	۰/۲۱۱**	۰/۲۱۱**	۰/۰۰۶	۰/۱۷۱**	۱				
۰/۱۹۲**	۰/۱۸۱**	۰/۱۸۵**	۰/۲۸۹**	-۰/۰۰۴	۱					
۰/۱۲۲*	۰/۰۴۷	-۰/۰۲۶	-۰/۱۹۵**	۱						
۰/۲۲۹**	۰/۰۷۲	۰/۲۸۲**	۱							
۰/۱۹۲**	۰/۳۸۰**	۱								
۰/۱۸۴**	۱									
۱										

* و ** به ترتیب معنی داری در سطح پنج درصد و یک درصد

(منبع: یافته‌های پژوهش)

جدول ۹، همبستگی میان یازده عامل را نشان می‌دهد، که بر طبق آن جفت‌های بدون همبستگی عبارتند از:

۱ - X_7, X_4	۵ - X_7, X_5	۹ - X_4, X_{11}	۱۳ - X_1, X_{11}
۲ - X_7, X_1	۶ - X_4, X_8	۱۰ - X_4, X_1	۱۴ - X_1, X_7
۳ - X_7, X_7	۷ - X_4, X_9	۱۱ - X_1, X_9	۱۵ - X_1, X_8
۴ - X_7, X_6	۸ - X_4, X_1	۱۲ - X_1, X_1	۱۶ - X_1, X_7

با وارد نمودن این ۱۶ جفت متغیر بدون همبستگی (معنی‌دار) در تحلیل رگرسیون، ۱۶ معادله رگرسیون متفاوت برای نگرش، طبق جدول ۱۰ عرضه می‌شود.

جدول ۱۰- تحلیل رگرسیون برای شانزده زوج

زوج اول	۰/۲۴۳	۰/۰۰۰	۹۴/۶۸۵	۶/۷۲۲	۲/۸۴۱	۰/۴۶۵	۰/۲۰۰
زوج دوم	۰/۱۲۱	۰/۰۰۰	۱۰۴/۰۲۶	۲/۱۳۹	۴/۶۴۲	۰/۱۵۱	۰/۳۰۸
زوج سوم	۰/۴۰۹	۰/۰۰۰	۸۴/۷۴۸	۲/۲۰۴	۹/۴۶۲	۰/۱۵۶	۰/۶۱۷
زوج چهارم	۰/۳۰۳	۰/۰۰۰	۸۸/۷۴۶	۲/۳۲۲	۸/۶۱۹	۰/۱۶۴	۰/۵۲۵
زوج پنجم	۰/۲۹۴	۰/۰۰۰	۸۹/۲۲۷	۲/۹۰۴	۷/۵۰۵	۰/۲۰۵	۰/۵۱۷
زوج ششم	۰/۳۶۹	۰/۰۰۰	۸۰/۱۹۰	۷/۰۸۲	۶/۰۴۲	۰/۴۸۸	۰/۳۷۲
زوج هفتم	۰/۴۰۹	۰/۰۰۰	۸۲/۲۱۳	۶/۵۸۵	۶/۱۲۳	۰/۴۵۴	۰/۴۲۳
زوج هشتم	۰/۳۱۲	۰/۰۰۰	۸۷/۷۳۱	۶/۷۰۳	۴/۳۱۹	۰/۴۶۲	۰/۲۸۷
زوج نهم	۰/۳۳۳	۰/۰۰۰	۸۶/۶۲۵	۶/۶۱۶	۵/۲۶۸	۰/۴۵۶	۰/۳۲۱
زوج دهم	۰/۳۸۸	۰/۰۰۰	۸۱/۹۴۰	۶/۸۳۵	۶/۰۹۷	۰/۴۷۱	۰/۳۹۷
زوج یازدهم	۰/۳۸۹	۰/۰۰۰	۷۹/۳۵۱	۶/۶۱۳	۶/۸۳۳	۰/۴۳۱	۰/۴۷۲
زوج دوازدهم	۰/۲۸۸	۰/۰۰۰	۸۳/۶۷۵	۶/۶۷۲	۵/۲۶۷	۰/۴۳۵	۰/۳۵۰
زوج سیزدهم	۰/۲۷۷	۰/۰۰۰	۸۸/۲۲۷	۵/۹۷۲	۵/۴۷۴	۰/۳۸۹	۰/۳۳۴
زوج چهاردهم	۰/۵۲۶	۰/۰۰۰	۶۷/۲۵۴	۵/۶۵۵	۱۰/۰۲۵	۰/۳۷۶	۰/۶۵۴
زوج پانزدهم	۰/۲۰۳	۰/۰۰۰	۹۲/۹۱۲	۴/۱۰۹	۵/۲۸۱	۰/۲۷۳	۰/۳۲۵
زوج شانزدهم	۰/۲۵۲	۰/۰۰۰	۹۳/۹۹۷	۳/۷۲۷	۵/۷۳۲	۰/۲۴۸	۰/۳۹۷

(منبع: یافته های پژوهش)

۱- میزان R^2 تعدیل شده برای زوج اول در جدول ۱۰ نشان می دهد که $24/3$ درصد از تغییرات متغیر وابسته یا نگرش، توسط زوج متغیر مستقل اول تبیین می شود. آماره آزمون F در این جدول، معنی داری رگرسیون را در سطح 99 درصد برای تمامی 16 زوج نشان می دهد. متغیر X_9 ، «آیا مردم روستا حرف او را قبول دارند»، سهم بیشتری در تبیین متغیر وابسته دارد، چرا که براساس داده های ستون Beta یک واحد تغییر در انحراف معیار آن، انحراف معیار متغیر وابسته را به اندازه $0/456$ واحد تغییر می دهد که از میزان مشابه برای متغیر دوم X_7 «بیشتر به فکر خود هستند تا دیگران»، بیشتر است. براساس داده های ستون B معادله رگرسیون عبارت است از:

$$Y = 94/865 + 6/724X_9 + 2/841X_7$$

که در این معادله Y نشان دهنده متغیر وابسته یا نگرش است.

۲- میزان R^2 تعدیل شده برای زوج دوم در جدول ۱۰ نشان می دهد که ۱۲/۱ درصد از تغییرات متغیر وابسته یا نگرش را زوج متغیر مستقل دوم تبیین می کند.

متغیر X_1 «حاضریم کمک کنیم تا خانه های بهداشت منحل نشوند» سهم بیشتری در تبیین متغیر وابسته دارد، چرا که براساس داده های ستون Beta، یک واحد تغییر در انحراف معیار، انحراف معیار متغیر وابسته را به اندازه ۰/۳۰۸ واحد تغییر می دهد که از میزان مشابه برای متغیر دوم، بیشتر است.

براساس داده های ستون B معادله رگرسیون عبارت است از:

$$Y = 104/206 + 2/139X_1 + 4/642X_2$$

تحلیل رگرسیون برای زوجهای دیگر را می توان به همین صورت انجام داد.

نتیجه گیری و پیشنهادها

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل توصیفی نشان می دهد که به طور کلی نمره های نگرش برای چهار متغیر در سطح بالا و مثبتی قرار دارد و از میان چهار متغیر مورد مطالعه، متغیر دوم با ۷۴ درصد و بعد از آن متغیر نخست با ۳۹ درصد بیشترین نمره نگرش را به خود اختصاص داده است.

نتایج حاصل از طیف افتراق معنایی نیز نشان می دهد که بیشتر پاسخگویان، بهروزان را با صفات مثبت ارزیابی می کنند. در میان این صفات، صفت «پارتی بازی نمی کنند»، در مقابل «بیشتر به خودیها و آشنایان می رسند» با نمره ۳/۷۱ کمترین میزان ارزیابیها را به خود اختصاص داده است. بنابراین پیشنهاد می شود، تا به منظور رفع این نقیصه و بهبود آن، از بهروزان یا بهداشتیاری استفاده شود که به خودیها و غیرآشنایان به یک میزان توجه داشته باشند. این موضوع در هنگام پرسش از روستاییان نیز تا حدودی مشهود بود، چرا که اظهار می داشتند برخی از بهروزان به هنگام مراجعه آشنایان خود، توجه بیشتری به آنها نشان می دهند.

صفت متضاد «راستگو، دروغگو»، بیشترین میانگین ارزیابیها را به خود اختصاص داده که گواهی بر این مدعاست که غالب روستاییان عقیده داشتند که بهروزان در اظهارات خود دروغ نگفته و صادق اند. نتایج حاصل از تحلیل نقشه گرافیکی طیف نیز نشان می دهد که این طیف در جایی که دو صفت مثبت و منفی یا بالعکس پشت سر هم قرار گرفته اند (چه در سمت چپ و چه در سمت راست)، نقشه طیف، ارتعاشات بالایی را نشان می دهد، و در جاهایی که صفات

مثبت و مثبت و یا منفی و منفی پشت سر هم آمده‌اند دامنه ارتعاش، پایین است، که این موضوع خود گواه بر این است که غالب روستاییان، بهروزان را با صفات مثبت تداعی کرده‌اند. ارتعاش پایین، مابین صفات متضاد سوم و چهارم و همچنین چهاردهم و پانزدهم قابل رؤیت است. در میان گویه‌های مربوط به متغیر اول، گویه نخست با ۷۴ درصد بیشترین نگرش مثبت را به خود اختصاص داده است. البته مراد مادر اینجا از نگرش مثبت، نگرش پس از هم جهت نمودن است، بدین معنی که فرضاً در مورد این گویه، ابتدا برای نشان دادن نگرش مثبت، تغییر جهت پیدا کرده و سپس تحلیل شده‌اند. بنابراین نگرش کاملاً مثبت به آن، به منزله مخالفت کامل با آن بوده است، که خود نشان دهنده احساس نیاز شدید روستاییان به خانه‌های بهداشت است. گویه ششم با ۹ درصد پاسخگویان، بیشترین نگرش منفی را به خود اختصاص داده است، بنابراین لازم است تا خانه‌های بهداشت بیش از پیش به نیازهای خاص مردم توجه کنند و هزینه‌های اقدامات خود را به طور ملموس و آشکار با مردم در میان بگذارند، تا از ایجاد سوء تفاهم به این نحو که «خانه بهداشت پول هدر می‌دهد» جلوگیری به عمل آید. از آنجا که بیشتر روستاییان مورد مطالعه از وضع معیشتی خوبی برخوردار نبودند، و به مسائل پولی حساس می‌باشند، لذا اهمیت این نکته بیشتر آشکار می‌شود.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل متغیر دوم یا «انتظار فایده» نشان می‌دهد که ۷۴ درصد از پاسخگویان شدیداً به خانه‌های بهداشت احساس نیاز کرده و حدود ۴۰ درصد آنان هیچ‌گاه از رفتن به خانه‌های بهداشت پشیمان نشده‌اند، و به عبارتی باز هم به آنجا مراجعه خواهند کرد. گویه دوم از متغیر سوم نیز با رقم ۱۵ درصد بیشترین نگرش منفی را در میان گویه‌های دیگر به خود اختصاص داده و نشان می‌دهد که بهروزان بایستی برای مجاب کردن مردم در زمینه تبعیت از پیشنهادها و توصیه‌های آنها تلاش زیادتری کنند و بیشتر با افراد صمیمی شوند، تا میزان پذیرش توصیه‌های آنها بالاتر رود. البته به نظر می‌رسد که این میزان نگرش منفی بیشتر زاینده این سوگیری باشد که روستاییان به هنگام طرح این سؤال، آن را دال بر پذیرش سخن بهداشتی در تمامی جنبه‌ها و ابعاد زندگی خود تلقی نموده‌اند و نه صرفاً مسائل بهداشتی و گر نه همان طور که طیف افتراق معنایی نشان داد، میزان محبوبیت بهداشتی‌اران بالاست.

نتایج حاصل از تحلیل گویه‌های مربوط به متغیر چهارم نیز نشان می‌دهد که به طور کلی میزان انسجام و یکپارچگی در روستا بالاست (۵۰ درصد) و این امر اهمیت سنجش انتظارات دیگران را نشان می‌دهد که آن را با گویه‌های مربوط به متغیر سوم اندازه گرفتیم. انسجام بالا نشان می‌دهد که میزان تأثیرپذیری نگرش فرد از نگرش افراد دیگر زیاد است. از این رو پیشنهاد می‌شود که بهروزان از ایجاد نگرش منفی حتی در یک شخص نیز پرهیز نمایند، چرا که به

سرعت به دیگر افراد تسری می یابد.

از آنجا که متغیر سوم و چهارم جزء متغیرهای هنجار ذهنی در نظریه «فیشبین» و «ایزن» محسوب می شوند، می توان گفت که در این تحقیق، این متغیرها درصد بیشتری از تغییرات و نمره های نگرشی را تبیین کرده اند، به طوری که متغیر چهارم با نسبت ۷۵ درصد، سهم بیشتری از تغییرات نگرش را تبیین می نمایند، و این امر البته به دلیل انسجام زیاد محیطهای روستایی مورد مطالعه، است.

از نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون و معادلات به دست آمده نیز می توان برای تبیین و محاسبه میزان نگرش، به طور دقیق استفاده کرد. در این تحلیل بالاترین مجموع بتا مربوط به زوج چهاردهم یعنی گویه «خانه بهداشت پول هدر می دهد (X_۲)» و صفت متضاد «به پولدارها بیشتر می رسند (X_۱)» با مقدار $1/03 = 0/654 + 0/376$ بود که بالاترین تبیین از متغیر وابسته را نشان می دهد. از آنجا که بیشترین نگرش منفی حاصل از نتایج تحلیل توصیفی نیز مربوط به همین گویه بود، می توان به این نتیجه رسید که این میزان نگرش منفی تأثیر بسیار زیادی در نگرش کل خواهد داشت و از میان بردن یا کم کردن آن از اهمیت زیادی برخوردار است.

منابع

- ۱- برمن، پی. (۱۳۷۸)، **تحول بخش بهداشت در کشورهای در حال توسعه**. ترجمه یوسف شیرینی، مهدی شاهرودی و روشنگر قطبی. تبریز: نشر قاضی جانی.
- ۲- رفیع پور، ف. (۱۳۷۲)، **سنجش گرایش روستاییان نسبت به جهاد سازندگی**. تهران: مرکز تحقیقات و بررسی مسائل روستایی.
- ۳- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور (۱۳۸۴)، **اولین گزارش اهداف توسعه هزاره جمهوری اسلامی ایران (دستاوردها و چالشها)**. تهران: سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور.
- ۴- کریمی، ی. (۱۳۸۱)، **روانشناسی اجتماعی**. چاپ دهم، تهران: ارسباران.
- ۵- مرکز آمار ایران (۱۳۸۳)، **فصلنامه اطلاع‌رسانی و پژوهشی تازه‌های آمار**. شماره ۴۶، تهران: مرکز آمار ایران.
- ۶- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۹)، **سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران**. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- 7- Brehm, S.S. and Kassir, S. M. (1996), **Social Psychology**. (3rd. ed.), Boston: Houghton Miffling Company.
- 8- Feldman, R. S. (2001), **Social Psychology**. (3rd. ed.), New Jersey: Upper Saddle River, Prentice Hall.
- 9- WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (2003), **Concepts and Methods of Community - Based Initiatives**.
- 10- Zick, R. and Elton, B. (1985), **Psychology Being Human**. (4th. ed.), New York: Hatper and Row.