

مجله پژوهش و برنامه‌ریزی روستایی، سال ۳، شماره ۸، زمستان ۱۳۹۳

شاپای الکترونیکی: ۲۴۹۵-۲۳۸۳

شاپای چاپی: ۲۴۱۵-۲۳۲۲

<http://jrrp.um.ac.ir>

تحلیل وضعیت بهداشت مسکن روستاهای جنگلی - کوهستانی و عوامل مؤثر بر آن در بخش بندپی شرقی شهرستان بابل

مجتبی قدیری معصوم^۱ - ناصر علیقلی زاده فیروزجایی^۲ - مرتضی مهرعلی تبار فیروزجایی^{۳*}

۱- استاد گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی و عضو علمی قطب توسعه روستایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲- استادیار گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران

۳- دانشجوی دکترای جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

تاریخ تصویب: ۱۳۹۳/۰۱/۲۱

صص: ۶۳-۵۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۸/۱۰

چکیده

هدف: یکی از اجزای حقوق بشر، داشتن مسکن مناسب است. پس از هوا، غذا و پوشاک، در اختیار داشتن مسکن مناسب از اساسی‌ترین ضروریات برای زندگی باعزت و همراه با کرامت انسانی است و یکی از پایه‌های مهم استانداردهای زندگی مطلوب می‌باشد و مقدمه‌ای برای دستیابی به عدالت اجتماعی محسوب می‌گردد.

روش: تحقیق حاضر از نوع کاربردی- توسعه‌ای و روش بررسی آن، توصیفی- تحلیلی است و هدف آن، ارزیابی وضعیت بهداشت مسکن روستایی و عوامل تأثیرگذار بر آن می‌باشد. روستاهای جنگلی بخش بندپی شرقی از توابع شهرستان بابل جامعه آماری این تحقیق هستند که از بین ۲۳۵ روستای جنگلی- کوهستانی، ۳۶ روستا به شیوه نمونه‌گیری تصادفی نظام‌مند، به‌عنوان نمونه آماری این پژوهش در نظر گرفته شده‌اند. داده‌های این تحقیق از طریق پرسشنامه، مصاحبه نیمه‌عمیق و همچنین، از داده‌های بهداشتی مرکز بهداشت گردآوری شده‌اند و سپس، در چارچوب نرم‌افزار SPSS و Excel و آزمون‌های آماری تجزیه و تحلیل گردیده‌اند.

یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان می‌دهد که عمده‌ترین چالش‌های بهداشتی خانه‌های روستایی، وجود موش‌ها و سایر حیوانات موزی، برخوردار نبودن از کپسول اطفای حریق، وجود خطرهای برقی، آتش‌سوزی و دفع غیربهداشتی زباله در منازل هستند که نیاز به توجه ضروری دارند. امنیت سقف، کف اتاق، شناسا ساختمان، حفاظ پله و دیوار و پنجره‌ها در اولویت دوم قرار دارند. وضعیت روشنایی و نور منازل، آشپزخانه، دستشویی، حمام و محوطه حیاط و همچنین، نبود درب اضطراری در اولویت بعدی قرار دارد. عوامل اقتصادی (درآمد)، نوع شغل، تحصیلات و وضعیت مالکیت، رابطه معنی‌دار و مستقیمی با بهداشت مسکن دارند و همچنین، عوامل بعد خانوار، فاصله از شهر، فاصله از جاده و سن با بهداشت مسکن، رابطه معنی‌دار و معکوس دارند.

محدودیت‌ها/ راهبردها: گردآوری داده‌ها و کمبود منابع تحقیقاتی درباره موضوع مورد مطالعه، از جمله موانع انجام این تحقیق محسوب می‌شوند.

راهکارهای عملی: همکاری بین سازمانی اداراتی که در امر بهبود کیفیت مسکن مؤثر هستند، ارتقای سطح توان اقتصادی خانوارهای روستایی، افزایش جلب مشارکت روستاییان و ارتقای سطح آگاهی روستاییان، از جمله راهکارهای عملی ارتقای سطح بهداشتی مسکن روستایی هستند.

اصالت و ارزش: در این مقاله، به موضوع بهداشت مسکن در روستاهای جنگلی- کوهستانی که شرایط خاصی دارند، توجه شده است و برای مسئولان ملی و محلی ادارات بنیاد مسکن، بهداشت و درمان و سایر سازمان‌هایی که با مسائل بهداشتی روستاها به‌طور عام و بهداشت مسکن به‌طور خاص در ارتباط‌اند، مفید واقع می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بهداشت مسکن، روستاهای جنگلی، توسعه پایدار، بندپی شرقی.

۱. مقدمه

۱.۱. طرح مسئله

یکی از اجزای حقوق بشر داشتن مسکن مناسب است. بی‌تردید پس از هوا، غذا و پوشاک، در اختیار داشتن مسکن مناسب از اساسی‌ترین ضروریات برای زندگی باعزت و کرامت انسانی است و به همین دلیل یکی از پایه‌های مهم استانداردهای زندگی مطلوب است و مقدمه‌ای برای دستیابی به عدالت اجتماعی محسوب می‌شود (بهرامی، ۱۳۹۰، ص. ۹۶) و امروزه، مسکن به عنوان یک نیاز زیستی، اهمیت ویژه‌ای در برنامه‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی جوامع دارد و توازن میان نیازهای سکونتی افراد جامعه و ضرورت‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی، از جمله مسائلی هستند که در مفهوم توسعه باید همواره مورد توجه قرار گیرند (زیاری، قرخلو و جان‌بابانزاد طوری، ۱۳۸۷، ص. ۸۶). بخش مسکن را می‌توان یکی از مهم‌ترین بخش‌های توسعه در یک جامعه دانست. این بخش با ابعاد وسیع اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و زیست‌محیطی خود، به مفهوم عام اثرهای گسترده‌ای در ارائه ویژگی‌ها و سیمای جامعه دارد (عزیزی، ۱۳۸۳، ص. ۳۲) و همچنین، کیفیت و وضعیت زندگی انسان‌ها به میزان قابل توجهی به مسکن آن‌ها وابسته است. سرپناه مناسب موجب می‌شود که بیماری و صدمه دیدن به حداقل خود برسد. افزون بر این، کیفیت مسکن نقش مهمی در وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی بشر ایفا می‌کند.

با آغاز قرن بیست و یکم، کشورهای جهان سوم با چالش‌های مهمی همچون فراهم آوردن سرپناه مناسب، اشتغال و محیط زیست پایدار مواجه هستند. در این بین، سرپناه مناسب به دلیل برآورده کردن نیازهای اولیه خانوار یا فرد، همچون خواب، استراحت، حفاظت در برابر شرایط جوی اهمیت بسزایی دارد (زیاری و زرافشان، ۱۳۸۵، ص. ۸۶).

از ابعاد بسیار مهم در کیفیت مسکن، بهداشتی بودن مسکن یا سلامت مسکنی باشد. بهداشت مسکن به مجموعه‌ای از شرایطی کمی و کیفی گفته می‌شود که تحت آن شرایط، احتیاجات اساسی جسمی و روحی ساکنان آن تأمین می‌گردد و از بروز و انتقال بیماری‌های واگیردار و سوانح و حوادث ناگوار تا حد امکان جلوگیری می‌کند (عزیزی، پیرصاحب و مرادی، ۱۳۸۲، ص. ۵۶). براساس معیارهای سازمان بهداشت جهانی، مسکن بهداشتی مسکنی است که از نظر کالبدی و فضاهای فیزیکی، استانداردهای لازم یا حداقل‌های لازم را دارا باشد و

دسترسی به آن به سهولت امکان‌پذیر باشد (بزی و جواهری، ۱۳۸۹، ص. ۱۸۷). مسکن با کیفیت بالا ساکنان را از ابتلا به بیماری‌های مسری و مریضی حفاظت می‌کند. تأثیر کیفیت مسکن بر روی سلامتی آنچنان مهم است که محرومیت از آن عامل مهمی در چرخه زندگی است که می‌تواند بر روی سلامتی افراد در آینده نتایج منفی بگذارد (مارش، گوردون، هسلوپ و پانتازیس^۱، ۲۰۰۰، صص. ۶۳-۶۱). در بیان اهمیت بهداشت مسکن باید گفت که پزشکان ثابت کرده‌اند که میان مسکن بهداشتی با سلامت جسمی و روحی افراد و میزان مرگ و میر افراد فقیر جامعه ارتباط مستقیم وجود دارد (کریجر و هیگینز^۲، ۲۰۰۲، ص. ۸۹).

نوعی از مسکن به لحاظ مقرر قرارگیری اش در فضای روستایی «مسکن روستایی» نامیده می‌شود. مسکن یا خانه روستایی محل زندگی افراد و خانوارهای روستایی، به صورت تک‌خانواری یا چندخانواری در زیر سقفی مشترک و بهره‌گیری از امکانات و فضاهای موجود به صورت اختصاصی یا جمعی است. مسکن روستایی به طور طبیعی تجلی‌گاه شیوه زیستی- معیشتی گروه‌های روستایی به شمار می‌رود و الگو و عملکردهای آن در پیوند با عرصه مکانی- فضایی، به مثابه دریچه‌ای برای شناخت چشم‌انداز و روندهای حاکم بر زندگی و فعالیت روستا است (سعیدی و امینی، ۱۳۸۹، ص. ۳۰). در کشورهای جهان سوم، روستاها به عنوان بخشی از عرصه زیستی بشر، در زمینه مسائل بهداشتی به خصوص بهداشت مسکن با مشکلاتی جدی مواجه هستند (سازمان بهداشت جهانی^۳، ۲۰۰۴). در این راستا، تحقیق حاضر با هدف شناخت چگونگی کیفیت مسکن روستایی و عوامل تأثیرگذار بر آن، کیفیت بهداشت مسکن روستاهایی را که در پهنه‌های جنگلی- کوهستانی واقع شده‌اند، بررسی می‌کند. براساس تقسیم‌بندی سرشماری عمومی نفوس و مسکن مرکز آمار، آبادی‌ها به لحاظ وضع طبیعی شان به شش دسته جلگه‌ای، کوهستانی، جلگه‌ای- کوهستانی، جلگه‌ای- جنگلی، کوهستانی- جنگلی و غیره تقسیم‌بندی می‌شوند. حدود ۵٪ از کل آبادی‌های ایران، در گروه آبادی‌های جنگلی- کوهستانی قرار دارند و حدود ۱۵٪ از کل آبادی‌های جنگلی- کوهستانی کشور، در استان مازندران واقع شده‌اند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰). روستاهای مورد مطالعه در تحقیق حاضر در جنوب شهرستان بابل قرار دارند که در گروه روستاهای جنگلی- کوهستانی قرار دارند و از ارتفاع حدود

در برابر سموم و گازهای قابل اشتعال بوده است (همان، ص. ۲۲). در سطح بین‌المللی، اطلاعات محدودی درباره تأثیر خانه بر سلامت افراد موجود است. اولین گزارش مربوط به سازمان بهداشت جهانی در پاریس سال ۲۰۰۰ بود که متخصصان خانه و سلامت ارائه کردند؛ در آن، گزارش‌هایی در مورد معماری مسکن در اروپا مطرح شده است (جدول ۱):

جدول ۱ - مطالعات انجام شده در ارتباط با سلامت و مسکن
مأخذ: غفاری و بنایی‌برندآبادی، ۱۳۹۰، ص. ۲۱

تاریخ	موارد مطرح شده در ارتباط با خانه و سلامت
۱۹۰۰ - ۱۸۰۰	گسترش آگاهی‌های پزشکی
۱۹۳۰	مطرح شدن بحث معماری متناسب با فیزیولوژی و سلامت انسان
حدود ۱۹۳۸	مطرح شدن مسئله ارتباط خانه و سلامت توسط سازمان بهداشت عمومی آمریکا
۱۹۸۸	انتشار کتاب راهنمای مسکن سالم توسط سازمان بهداشت جهانی
اوایل قرن ۲۱	آگاهی نسبت به ارتباط سلامت با همسایگی و محله

مالینیومالیس^۴ (۲۰۰۹) در مقاله‌ای با عنوان «مسکن با کیفیت بالا»، مسکن با کیفیت را مسکنی می‌داند که دارای دسترسی مناسب، کیفیت بالای اقتصادی و زیست‌محیطی است و باید متناسب با نیازهای فردی باشد. در نهایت، پیشنهاد می‌کند که محل مسکن متناسب با شرایط محیط تنظیم شود و به شرایط فنی و بهداشتی در ساخت مسکن توجه گردد.

نتایج تحقیق عزیزی و همکاران (۱۳۸۲) با عنوان «وضعیت بهداشت مسکن خانوارهای تحت پوشش عرصه پزشکی جامعه-نگر ثامن‌الائمه کرمانشاه» بیانگر این است که حدود نیمی از مسکن‌های مورد مطالعه، از لحاظ ویژگی‌های بهداشت مسکن نظیر سقف، کف، نور، سیستم گرمایش و سرمایش، محوطه حیاط، حفاظ پنجره‌ها و تهویه مستراح‌ها، از وضعیت مناسب و بهداشتی‌ای برخوردار بوده‌اند؛ در حالیکه نیمی دیگر از نظر حفاظ پله‌ها، فضای اتاق، تهویه آشپزخانه، وسایل اطفای حریق و مسلح بودن در برابر موش، در وضعیت نامناسب بهداشتی‌ای قرار داشته‌اند. در پایان پیشنهاد می‌کنند که برای بهبود وضعیت کنونی، اقدام به آموزش ساکنان گردد و نظارت بر ساخت و ساز مسکن از سوی متولیان امر به صورت جدی پیگیری شود.

بهرامی (۱۳۹۰) در تحقیقی با عنوان «تحلیلی بر وضعیت مسکن روستایی در استان کرمانشاه» پیشنهاد می‌کند که برای

۱۵۰ متر شروع می‌شوند و تا حدود ۱۲۰۰ متر پایان می‌یابند. در این راستا، این شکل از روستاها متناسب با ویژگی طبیعی و اجتماعی و اقتصادی حاکم بر آن‌ها، با مشکلات بهداشت محیط به طور عام و بهداشت مسکن به طور خاص درگیر می‌باشند؛ به طوری که مشاهده‌های میدانی مقدماتی و مصاحبه با مسئولان بهداشتی منطقه مورد مطالعه این مطلب را تأیید می‌کنند؛ از این رو، در تحقیق حاضر تلاش بر آن است تا با نگاهی کاربردی و به نحوی که بتوان به نتایجی دست یافت که راه‌گشای مسائل مربوط به بهداشت مسکن باشد و برنامه‌ریزان مسکن روستایی و مسئولان بهداشتی شهرستان از آن بهره‌مند شوند، به سؤالات زیر پاسخ داده شود:

- از لحاظ شاخص‌های بهداشت مسکن، روستاهای نمونه در چه وضعیتی هستند؟
- عوامل مؤثر بر سطح بهداشت مسکن در روستاهای نمونه کدام‌اند؟

۲.۱. پیشینه نظری تحقیق

تحقیقاتی که به طور کلی تاکنون در زمینه مسکن و مسکن روستایی انجام گرفته‌اند، زیاد هستند؛ اما در حوزه بهداشت مسکن به خصوص در مناطق روستایی، تحقیقات زیادی انجام نشده‌اند؛ از این رو، به دلیل وجود پژوهش‌های محدود در حوزه بهداشت مسکن روستایی، در این بخش تحقیقات انجام شده در این حوزه بدون تأکید بر مسکن شهری و روستایی ارائه می‌گردند. لازم است ذکر شود که پژوهش‌های علمی انجام شده در این زمینه مربوط به اواخر قرن بیستم هستند و سازمان بهداشت عمومی آمریکا و کمیته بهداشت و خانه بسیاری از سیاست‌های اصلی ارتباط سلامت و خانه را بیش از ۶۰ سال پیش بیان کرده است.

بعد از جنگ جهانی دوم، سیاست‌مداران، جامعه‌شناسان و بسیاری دیگر به ارتباط بین خانه و سلامت علاقه‌مند شدند. امروزه، نسبت ارتباط سلامت نه تنها با اسکلت فیزیکی خانه، بلکه با همسایگی، جامعه و محلی که خانه در آن واقع شده است، وجود دارد (غفاری و بنایی‌برندآبادی، ۱۳۹۰، ص. ۲۱). در سال ۱۹۳۸، کمیته بهداشت خانه که توسط سازمان بهداشت عمومی آمریکا تشکیل شده است، سیاست‌های اصلی خانه سالم را مشخص نموده است که نیازهای اساسی انسان را مورد توجه قرار می‌داد. این نیازهای اساسی شامل نیازهای روانی و جسمی، محافظت در برابر بیماری‌ها، محافظت در برابر صدمات فیزیکی، محافظت در برابر آتش و خطرات الکترونیک و محافظت

شریفی فرد (۱۳۷۷) در تحقیق خود به بررسی وضع موجود و گذشته مسکن در شهر اهواز و شناخت عواملی که باعث تأثیر بر وضعیت مسکن در این شهر شده است، پرداخته‌اند و در پایان نیز راهبردهایی برای حل مشکل مسکن در شهر اهواز ارائه داده‌اند.

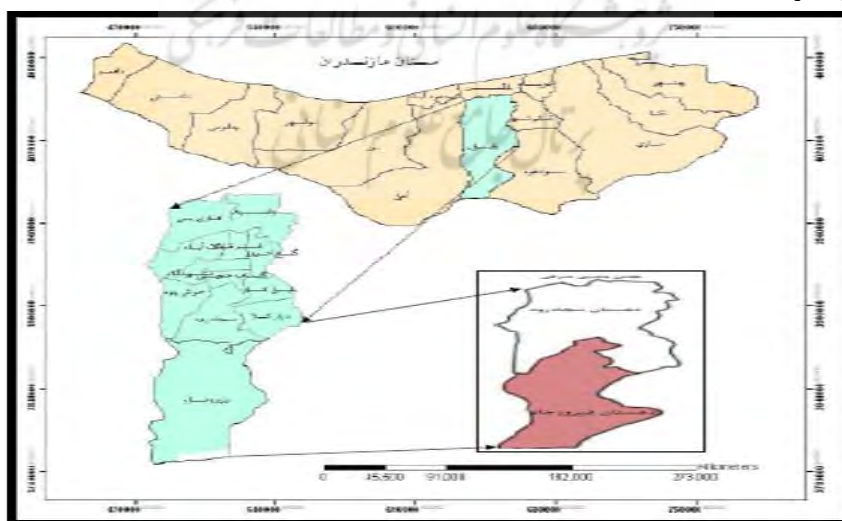
۲. روش‌شناسی تحقیق

۲.۱. قلمرو جغرافیایی تحقیق

منطقه مورد مطالعه در حدود ۲۵ کیلومتری جنوب شهرستان بابل در محدوده جغرافیایی $37^{\circ} 37'$ عرض و $49^{\circ} 44'$ طول شرقی واقع شده است (شکل ۱). بخش بندپی شرقی از لحاظ تقسیمات سیاسی شامل دو دهستان سجادرود با ۱۷۵ آبادی و ۲۶۸۰۹ نفر جمعیت به مرکزیت شهر گلوگاه و دهستان فیروزجاه با ۱۵۹ آبادی و ۳۲۰۱ نفر جمعیت به مرکزیت روستای فیروزجاه است. از حیث توپوگرافی، این بخش مرکب از سه شکل جلگه‌ای، کوهستانی و جنگلی - کوهستانی است که در این تحقیق، محدوده مورد مطالعه بخش جنگلی - کوهستانی می‌باشد. از نظر اقتصادی، فعالیت غالب ساکنان روستاهای مورد مطالعه وابسته به منابع جنگلی است. شغل غالب ساکنان این منطقه دامداری است که بیشتر مبتنی بر پرورش گاو و گوسفند به شیوه سنتی و نیمه‌صنعتی، در مناطق جنگلی دامنه شمالی البرز می‌باشد.

پیشگیری از بلایای طبیعی و بهبود وضعیت مسکن روستایی، ضرورت اجرای طرح جامع مسکن روستایی باید مورد توجه قرار گیرد. نتایج تحقیق وی نشان می‌دهد که $43/8\%$ از مسکن روستایی استان کرمانشاه بادوام، $33/9\%$ کم‌دوام و $22/2\%$ بی‌دوام هستند. بزی و جواهری (۱۳۸۹) در تحقیقی با عنوان «بررسی افتراق مکانی - فضایی محله‌های شهر زابل در برخورداری از شاخص‌های مسکن سالم» نشان داده‌اند که بین محلات شهر زابل از نظر برخورداری از شاخص‌های مسکن سال متفاوت معنی‌داری وجود دارد و باتوجه به شاخص‌هایی چون امنیت و ایمنی، دسترسی به خدمات شهری، برخورداری از خدمات اساسی، منبع روشنایی مسکن، محله‌دولتی‌مقدم نسبت به دو محله اسلامی و حسین‌آباد، از وضعیت مطلوب - تری برخوردار است. همچنین، بین متغیرهای استفاده شده رابطه معنی‌داری وجود دارد؛ به‌گونه‌ای که بین امنیت و ایمنی مسکن با دسترسی به خدمات اساسی بیشترین همبستگی وجود دارد.

حبیب، مهفورد، فاواز، باسما و یریتزین (۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان «کیفیت مسکن و سلامت اجتماعی کودکان» به بررسی رابطه بین کیفیت مسکن و مسائل رفتاری کودکان پرداختند. این مطالعه وجود رابطه معنی‌داری بین میزان مشکلات رفتاری کودکان و کیفیت مسکن را نشان می‌دهد و مطرح می‌کند که بین شرایط عمومی ساکنان و شرایط فیزیکی واحد مسکونی رابطه وجود دارد.



شکل ۱- موقعیت فضایی محدوده مورد مطالعه

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۲

۲.۲. روش تحقیق

نوع تحقیق حاضر کاربردی- توسعه‌ای و روش بررسی آن، توصیفی- تحلیلی است و هدف آن ارزیابی وضعیت بهداشت مسکن روستایی می‌باشد. جامعه آماری این تحقیق روستاهای جنگلی بخش بندپی شرقی از توابع شهرستان بابل است که از بین ۲۳۵ روستای جنگلی- کوهستانی، به صورت نمونه‌گیری تصادفی نظام‌مند، ۳۶ روستا به عنوان نمونه آماری این پژوهش در نظر گرفته شده‌اند که شامل ۶۸۳ خانوار هستند.

داده‌های مورد نیاز پژوهش از طریق پرسشنامه خودساخته و مصاحبه حضوری و همچنین، از آمارهای گردآوری شده توسط مراکز بهداشت بخش بندپی شرقی شهرستان بابل استخراج شده‌اند. داده‌های جمع‌آوری شده در چارچوب نرم‌افزارهای SPSS و Excel با آزمون آماری مربوط، تجزیه و تحلیل شده‌اند. برای تعیین عوامل مؤثر بر بهداشت مسکن روستایی، متغیرهای مستقل اجتماعی، اقتصادی، حقوقی و کالبدی تأثیرگذار بر بهداشت مسکن مثل میزان درآمد، سطح سواد و فاصله از جاده اصلی مشخص شده‌اند. در نهایت، با استفاده از ضریب همبستگی

پیرسون، عوامل مؤثر بر بهداشت مسکن به عنوان متغیر مستقل و وضعیت بهداشت مسکن به عنوان متغیر وابسته محاسبه شده‌اند و در پایان، ارتباط میان دو عامل تجزیه و تحلیل شده است.

۳.۲. متغیرها و شاخص‌های تحقیق

متغیرهای در نظر گرفته شده برای پرسشنامه حاوی دو بخش اطلاعات اجتماعی، اقتصادی و کالبدی و سؤالات مربوط به وضعیت مسکن هستند. بخشی از آن‌ها مطابق با استاندارد پوشه خانوار تهیه شده توسط وزارت بهداشت هستند که قبلاً کارشناسان روایی و پایایی آن را تایید کرده‌اند. برای روایی بخش دیگر پرسشنامه، از نظرهای کارشناسان شبکه بهداشت شهرستان و منابع معتبر استفاده شده و پرسشنامه تنظیم گردیده است و برای تعیین پایایی، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده که برابر با ۰/۷۷ برآورد شده است. در تعیین وضعیت سلامت مسکن روستایی، از متغیرهای تعریف شده در پوشه خانوار بهداشت روستایی استفاده شده است که جداول (۲) و (۳) این متغیرها را نشان می‌دهند:

جدول ۲- متغیرهای تعیین وضعیت سلامت مسکن

مأخذ: اطلاعات حاصل از پوشه خانوار بهداشتی، ۱۳۹۲

سیستم گرمایش	حمام	کف اتاق‌ها
شماره ساختمان	مستراح	سقف اتاق‌ها
درب اضطراری	تهویه حمام	نور اتاق‌ها
کپسول اطفای حریق	نور حمام	فضای اتاق‌ها
حفاظ پله‌ها	تهویه آشپزخانه	آشپزخانه
حفاظ دیوار حیاط	تهویه مستراح	سیستم سرمایش
حفاظ پنجره‌ها	نور مستراح	محوطه حیاط
		مقاوم در برابر موش

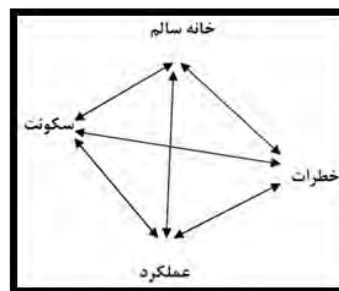
جدول ۳- متغیرهای مستقل تحقیق

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۲

متغیر	مؤلفه
تعداد دام (گاو، گوسفند و بز)	اقتصادی
میزان مالکیت اراضی زراعی و باغی	
میزان درآمد حاصل از فعالیت‌های غیرکشاورزی	
میزان پس‌انداز	اجتماعی
میزان هزینه متوسط ماهیانه	
بعد خانوار	
میزان سواد (سرپرست خانوار)	
سن (سرپرست خانوار)	زیست‌محیطی- کالبدی
شغل (سرپرست خانوار) (امتیاز)	
میزان فاصله از جاده اصلی	
میزان فاصله از شهر	
دارای سند رسمی (امتیاز)	حقوقی (مالکیت)

۲. مبانی نظری تحقیق

در دومین اجلاس اسکان بشر (۱۹۹۶) که در استانبول برگزار شد، مسکن مناسب چنین تعریف گردید: «سرپناه مناسب؛ یعنی، آسایش مناسب، فضای مناسب، دسترسی مناسب و امنیت مناسب، مالکیت، پایداری و دوام سازه‌های، روشنایی، تهویه و سیستم گرمایی مناسب، زیرساخت‌های اولیه مناسب از قبیل آب‌رسانی، بهداشت و آموزش، دفع زباله، کیفیت مناسب زیست‌محیطی، عوامل بهداشتی مناسب، مکان مناسب و دسترسی از نظر کار و تسهیلات اولیه است که همه این موارد باید با توجه به استطاعت مردم تأمین شود (پورمحمدی، ۱۳۷۶، ص. ۳)». متخصصان علوم مختلف مسئله مسکن را از ابعاد مختلف بررسی کرده‌اند. متخصصان علوم انسانی با رویکردهای متفاوتی به مسکن و ابعاد مختلف کارکردی آن می‌نگرند؛ به عنوان مثال، مسکن از دیدگاه اقتصادی نوعی کالا و سرمایه، از دیدگاه هنری نوعی نماد، از دیدگاه جامعه‌شناختی نهاد، از دیدگاه مهندسی و معماری بنا یا ساختمان، از دیدگاه شهرسازی فضا و از دیدگاه انسان‌شناسی نوعی فرهنگ است که تمام ابعاد را در برمی‌گیرد (بهرامی، ۱۳۹۰، ص. ۹۷). نگاه بهداشتی به مسکن بحثی است که مدت‌ها متخصصان عرصه سلامت و علوم انسانی آن را دنبال کرده‌اند. در نوشتارهای علمی دنیا، واژه‌هایی مانند مسکن سالم^۶، سلامت مسکن^۷ و بهداشت مسکن^۸ لغاتی هستند که اغلب برای توضیح خانه‌های امن و سالم استفاده می‌شوند. هاسلار^۹ در تعریف خانه سالم می‌گوید: «خانه‌سازی سالم، خانه‌ای را که از بیماری‌های مرتبط با خانه در امان باشد، ایجاد می‌کند. این درحالی است که از رفتارهای فعال در کنترل محیط خانه حمایت می‌کند و این رفتارها را با نیازهای ساکنان تطبیق می‌دهد. به این دلیل که ساکنین از آسایش، امنیت و درجه بالای آزادی در سکونت و رفتار لذت ببرند» (هاسلار، ۲۰۰۶، ص. ۲۴۷). او با مطرح کردن یک مدل، عناصر تأثیرگذار بر خانه سالم را مشخص کرده و با بررسی سه عامل نوع سکونت، عملکردها و خطرات، به موضوع خانه سالم پرداخته است (شکل ۲):



شکل ۲- مدل ارتباط بین خانه سالم، سکونت، عملکرد و خدمات

مأخذ: غفاری و ابرنآبادی، ۱۳۹۰، ص. ۲۱

یکی از پیشرفت‌های مهم در زمینه برنامه‌ریزی فیزیکی و مسکن، در حدود سال ۱۹۳۰ با عنوان عملکردگرایی رخ داد. طی این دوره، جنبه‌های عملکردی- کالبدی شهرها و ساختمان‌ها به عنوان بعدی مستقل، اما مکمل بعد زیبایی- شناختی توسعه یافت. اساس عملکردگرایی، آگاهی پزشکی گسترش یافته طی دهه‌های ۱۸۰۰ و دهه‌های نخست ۱۹۰۰ بود. این آگاهی پزشکی جدید و گسترده، پیش‌زمینه‌ای برای معیارهای معماری متناسب با فیزیولوژی و سلامت انسان، در حدود سال ۱۹۳۰ بود. محل‌های سکونت بایستی دارای نور، هوا، آفتاب و تهویه باشند و حتماً ساکنان آن به فضای باز دسترسی داشته باشند. ساختمان‌های مجزا برخلاف گذشته که روبه‌خیابان بودند، روبه‌آفتاب جهت‌گیری شدند. عملکردگرایان توجهی به جنبه‌های اجتماعی و روان‌شناختی طراحی ساختمان‌ها و فضاهای عمومی نکردند و در برنامه‌ریزی دارای جهان‌بینی فیزیکی و مادی بودند (گل، ۱۳۸۷، ص. ۳۸).

بر اساس پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی^{۱۰}، رابطه بین شرایط مسکن و بهداشت انسان بر ۶ اصل اساسی استوار است که برخی از این اصول شامل موارد فرعی دیگری می‌شوند. این اصول کلی عبارت‌اند از: ۱. حفاظت در مقابل بیماری‌های واگیردار؛ ۲. حفاظت در مقابل صدمات، مسمومیت‌ها و بیماری‌های مزمن؛ ۳. کاهش فشارهای اجتماعی و روانی به حداقل ممکن؛ ۴. بهبود محیط مسکونی از طریق خدمات اضطراری و ایمنی، خدمات بهداشتی، اجتماعی و امکانات فرهنگی، ورزشی و تفریحی در منطقه مسکونی؛ ۵. استفاده آگاهانه از مسکن؛ ۶. حفاظت از جمعیت‌های در معرض خطرات خاص (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴). به عقیده متخصصان عرصه سلامت، در محیط خانه عوامل متعددی ممکن است به‌طور منفی بر سلامت افراد تأثیرگذار باشند. فقدان دسترسی به آب لوله‌کشی یا آب شبکه در حوالی محل سکونت و فقدان امکانات بهسازی محیط به‌مثابه شاخص‌های مسکن، غیربهداشتی محسوب می‌شوند (یوسفی، شریفی‌عرب، پرویزی و صبحی، ۱۳۸۶، ص. ۷۲). عواملی دیگری مانند میزان زیاد سروصدا، کیفیت هوای نامطلوب، امکانات نامناسب برای آماده‌سازی و انبارکردن مواد غذایی، دمای نامناسب و رطوبت بالا، افزایش جمعیت، نور کافی، مصالح ساختمانی نامطلوب و نامناسب، نقص ساختمانی و وجود حشرات و جوندگان نیز به‌طور عمده در بهداشت مسکن نقش عمده دارند (معاونت سلامت، ۱۳۸۰، ص. ۱۲۵).

۴. یافته‌های تحقیق

وجود کوه‌های البرز در مرز جنوبی و همچنین، کوه‌های تالش در قسمت غربی و وجود دو حوضه بزرگ آبی در قسمت شمالی، نقش کلیدی و تعیین‌کننده‌ای در اعتدال آب و هوا و رطوبت نسبتاً پایدار و مقدار بارش سالانه تا حدود ۲۰۰۰ میلی-متر و در نتیجه، پوشش جنگلی متراکم در استان مازندران ایفای می‌کنند (سعیدی، ۱۳۸۸، ص. ۱۴۵). در بخش بندپی شرقی شهرستان بابل، در نتیجه وجود چنین شرایط طبیعی و با توجه به پراکندگی منابع طبیعی و شرایط انسانی، آبادی‌هایی شکل گرفته‌اند که ویژگی بارز آن‌ها تعدد و کوچکی شان است. روستاهای نمونه با تعداد خانوار اندک در عرصه جنگلی-کوهستانی این بخش پراکنده شده‌اند (جدول ۴):

کیفیت مسکن از نظر تأثیری که در سلامتی، ایمنی و شرایط مناسب زیست می‌گذارد، اثر مستقیم و قابل‌ملاحظه‌ای بر رفاه مردم دارد (عزیزی و همکاران، ۱۳۸۲، ص. ۵۶). مسکن می‌تواند بر سلامت شخص و خانواده تأثیر بگذارد. خانه باید محیطی امن و سالم برای ساکنانش ایجاد کند. بسیاری از مسائل تکنیکی، اجتماعی، سیاست‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و طراحی-های مرتبط با خانه، بر سلامت جسمی و روحی و سلامت اجتماعی تأثیر می‌گذارد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸). بیماری‌های شناخته‌شده‌ای را مانند سندرم، بیماری‌های ساختمان با علائمی مانند سوزش چشم، حساسیت پوستی، علائم آلرژی بینی و علائم مبهمی مانند خستگی، احساس درد، تیر کشیدن و حساسیت به بوها، ممکن است اکثر افراد در محیط‌های بسته به‌ویژه در خانه تجربه کنند (غفاری و بنایی‌ابرنآبادی، ۱۳۹۰، ص ۱۶).

جدول ۴- مشخصات روستاهای نمونه

مأخذ: مرکز بهداشتی-درمانی گلوگاه و فیروزجاه، ۱۳۹۲

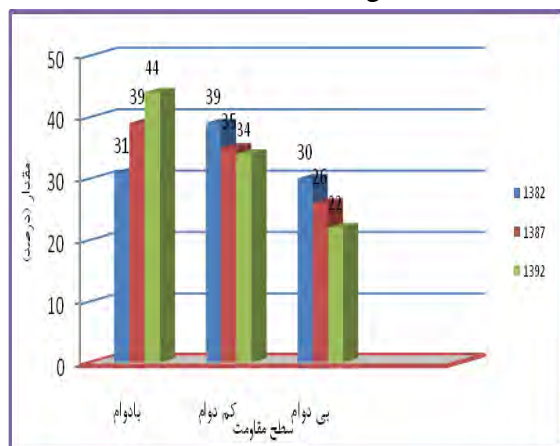
نام روستا	تعداد خانوار	نام روستا	تعداد خانوار	نام روستا	تعداد خانوار	نام روستا	تعداد خانوار
۱ اسبو	۴۴	۱۳ بریتگ	۶	۲۵ چاسرکا	۴۱	۲ کمانچوسر	۱۵
۲ گزنجال	۱۶	۱۴ مته‌کش	۱۲	۲۶ تورسو	۳۰	۳ وپارسره	۵
۳ جلیرود	۱۴	۱۵ اطراسل	۹	۲۷ هلی کتی	۴	۴ جلیرود	۱۴
۴ افراکتی	۹	۱۶ انارگسر	۳	۲۸ خواجه کلا	۲۷	۵ جلیرود	۱۴
۵ پی قلعه	۴	۱۷ کریسنو	۱۰	۲۹ فیروزجاه	۸۹	۶ افراکتی	۹
۶ زربوت	۶	۱۸ نسوم	۳	۳۰ سماکوش محله	۴۱	۷ پی قلعه	۴
۷ افراسی	۴	۱۹ میرملک	۴۲	۳۱ گاورزن محله	۴۱	۸ زربوت	۶
۸ تریکین	۱۶	۲۰ خنی	۸	۳۲ شورکش	۴۷	۹ افراسی	۴
۹ دنگچال	۸	۲۱ ورخامن	۴	۳۳ ازروسر	۱۳	۱۰ تریکین	۱۶
۱۰ سنگسی	۱۰	۲۲ چلیاپشت	۷	۳۴ لمسوکلا	۲۸	۱۱ دنگچال	۸
جمع	۶۸۳	۲۳ نسیه	۳۵	۳۵ سرجی کلا	۱۵	۱۲ سنگسی	۱۰
		۲۴ کربن	۱۱	۳۶ کیون	۶		

نتایج حاصل از پرسشنامه بیانگر این است که از بین ۶۸۳ خانه، ۳۸۰ خانه از چوب، ۱۸۹ خانه از چوب، بتون و بلوک، ۲۱ خانه از چوب و بتن آجر و ۹۳ خانه از بلوک و تیر آهن ساخته شده‌اند. در سال‌های اخیر، کاربرد مصالح غیرمحملی و وجود الگوی ساخت‌وساز غیربومی در این بخش بسیار بوده‌اند؛ اما هنوز چوب نقش مهمی در ساخت خانه‌های روستایی دارد (شکل ۳):

۱.۴ یافته‌های توصیفی

یافته‌های توصیفی تحقیق نشان می‌دهد که از ۶۸۳ سرپرست خانوار نمونه، سطح سواد ۴۵ نفر لیسانس به بالا، ۴۱ نفر بین دیپلم تا لیسانس، ۱۶۳ نفر بین سوم راهنمایی تا دیپلم و ۳۳۰ نفر اول ابتدایی تا دیپلم و ۱۰۴ نفر بیسواد هستند. تمام افراد نمونه مالک خانه هستند و دارای مشاغل مختلفی می‌باشند که بیشتر آن‌ها در شغل دامداری مشغول به کار هستند. در بین افراد نمونه، بعد خانوار حدود ۴/۱ می‌باشد.

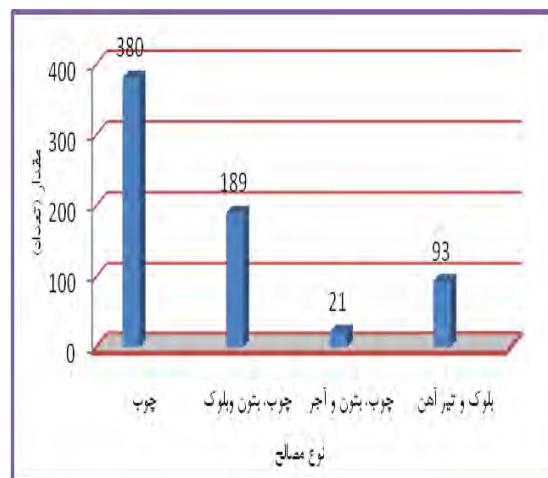
علاوه، طی این ده سال از تعداد خانه‌های کم‌دوام و بی‌دوام کاسته شده است (شکل ۴):



شکل ۴ - وضعیت مقاومت ساختمان‌ها در روستاهای نمونه

مأخذ: مرکز بهداشتی-درمانی گلوگاه و فیروزجاه، ۱۳۹۲

مقادیر متغیرهای بهداشت مسکن که از پرونده بهداشت خانوار، پرسشنامه و مصاحبه حضوری برای تحلیل وضعیت بهداشت خانه‌های روستایی استخراج شده‌اند، در جدول (۵) نشان داده شده‌اند:



شکل ۳ - توزیع خانه‌های روستایی براساس نوع مصالح در روستاهای نمونه

مأخذ: مرکز بهداشتی-درمانی گلوگاه و فیروزجاه، ۱۳۹۲

با شروع ساخت‌وسازهای جدید و ورود فنون جدید ساخت بنا و مصالح جدید، سطح امنیت فیزیکی و دوام خانه در چند سال اخیر بهبود یافته است. بررسی پرسشنامه نشان می‌دهد که در سال ۱۳۸۲، ۳۱٪ از کل خانه‌ها بادوام بوده‌اند که این مقدار طی ده سال؛ یعنی، از ۱۳۹۲ - ۱۳۸۲ به ۴۴٪ رسیده است. به-

جدول ۵- وضعیت شاخص‌های مختلف بهداشت مسکن در روستاهای مورد مطالعه

مأخذ: مرکز بهداشتی-درمانی گلوگاه و فیروزجاه، ۱۳۹۲

وضعیت شاخص	مناسب		ناحدهودی مناسب		نامناسب	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کف اتاق	۲۰۶	۳۰/۱۶	۴۰۵	۵۹/۲۹	۷۲	۱۰/۵۴
سقف اتاق‌ها	۲۱۵	۳۱/۴۷	۳۹۵	۵۷/۸۳	۷۳	۱۰/۶۸
نور اتاق‌ها	۲۵۴	۳۷/۱۸	۱۹۰	۲۷/۸۱	۲۳۹	۴۳/۹۹
فضای اتاق‌ها	۲۰۰	۲۹/۲۸	۲۰۰	۲۹/۲۸	۲۸۲	۴۱/۴۳
آشپزخانه	۱۹۲	۲۸/۱۱	۲۶۳	۳۸/۵۰	۲۲۸	۳۳/۳۸
حمام	۲۰۱	۲۹/۴۲	۲۵۴	۳۷/۱۸	۲۲۸	۳۳/۳۸
مستراح	۱۸۹	۲۷/۶۷	۳۰۰	۴۳/۹۲	۱۹۴	۲۸/۴۰
تهویه حمام	۲۱۵	۳۱/۴۷	۲۵۸	۳۷/۷۷	۲۱۰	۳۰/۷۴
نور حمام	۲۳۱	۳۳/۸۲	۲۳۱	۳۳/۸۲	۲۲۱	۳۲/۳۵
تهویه آشپزخانه	۱۹۸	۲۸/۹۸	۲۹۲	۴۲/۷۵	۱۹۳	۲۸/۳۵
تهویه مستراح	۱۹۰	۲۸/۸۱	۲۶۸	۳۹/۲۳	۲۲۵	۳۳/۹۴
نور مستراح	۲۰۳	۲۹/۷۲	۲۰۰	۲۹/۲۸	۲۸۰	۴۱
محوطه حیاط	۳۰۰	۴۳/۹۲	۲۰۹	۳۰/۶	۱۷۴	۲۵/۴۷
سیستم سرمایش	۲۲۰	۳۲/۲۱	۲۲۰	۳۲/۲۱	۲۴۳	۳۵/۵۷
سیستم گرمایش	۲۱۵	۳۱/۴۷	۲۵۶	۳۷/۴۸	۲۱۲	۳۱/۰۹
شناسز ساختمان	۱۸۲	۲۶/۶۴	۱۹۸	۲۸/۹۸	۳۰۳	۴۴/۳۶
درب اضطراری	۱۲۴	۱۸/۱۵	۳۵۶	۵۲/۱۲	۲۰۳	۲۹/۷۲
کپسول اطفای حریق	۱۷	۲/۴۸	۶۳	۹/۲۲	۶۰۳	۸۸/۲۸
حفاظت پله‌ها	۱۲۵	۱۸/۳۰	۲۹۸	۴۳/۶۳	۲۶۰	۳۸/۰۶
حفاظت دیوار حیاط	۱۱۵	۱۶/۸۳	۲۱۵	۳۱/۴۷	۳۵۳	۵۱/۶۸
حفاظت پنجره‌ها	۲۰۱	۲۹/۴۲	۲۶۲	۳۸/۳۶	۲۲۰	۳۲/۲۱
مقاوم در برابر موش	۱۱۲	۱۶/۳۹	۲۹۶	۴۳/۳۳	۲۷۵	۴۰/۲۶

سند مالکیت قانونی حتی برای چندمتر مربع ندارند. ۲۵٪ از افراد نمونه درآمدشان را کمتر از ۳۰۰ هزار تومان، ۵۸٪ درآمدشان را بین ۳۰۰ تا ۶۰۰ هزار تومان و ۱۷٪ درآمدشان را بالای ۶۰۰ هزار تومان ذکر کرده‌اند. میانگین فاصله از شهر برای روستاهای نمونه، حدود ۴۰ کیلومتر و میانگین فاصله از جاده اصلی نیز ۲/۸ کیلومتر است.

تجزیه و تحلیل حاصل از آزمون پیرسون برای یافتن عوامل مؤثر بر سلامت مسکن، نتایج زیر را نشان می‌دهد:

۱. بین عامل اقتصادی (درآمد) و وضعیت بهداشت مسکن روستاییان ارتباط معنی‌داری وجود دارد ($\text{sig}=0/014$). میزان این رابطه برابر با ۰/۲۳۱ است که از لحاظ شدت ارتباط، همبستگی ضعیفی می‌باشد (جدول ۷). می‌توان گفت هرچه-قدر تمکن اقتصادی خانوار روستایی بیشتر باشد، مسکنشان از میزان بهداشت بیشتری برخوردار است؛ اما این امر چندان تأثیری قوی بر بهداشت خانه‌ها ندارد؛ زیرا، بسیاری از منازلی که صاحبان آن‌ها توان اقتصادی پایینی دارند، منزلشان از سطح بهداشتی زیادی برخوردار است و برعکس؛ بنابراین، می‌توان چنین برداشت نمود که عوامل دیگری هستند که مهم‌تر از درآمد روستاییان هستند.

جدول ۷ - آزمون معنی‌داری رابطه بین متغیر بهداشت

مسکن و متغیرهای اقتصادی

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۲

نوع مؤلفه مستقل تأثیرگذار بر سلامت مسکن	سطح معنی‌داری (sig)	ضریب همبستگی پیرسون
اقتصادی	۰/۰۱۴	۰/۲۳۴

۲. نتایج حاصل از آزمون همبستگی نشان می‌دهد که بین دو متغیر بعد خانوار و بهداشت مسکن ارتباط معنی‌داری وجود دارد ($\text{sig}=0/41$). میزان این رابطه برابر با ۰/۴۵- می‌باشد که بیانگر شدت همبستگی متوسط است. از آنجایی که ضریب همبستگی منفی است ($-0/45$)، رابطه معکوس وجود دارد. در واقع، هر چه قدر بعد خانوار بالاتر باشد، وضعیت بهداشت مسکن نامناسب‌تر است. به‌غیر از تأثیر بعد خانوار بر توان اقتصاد خانواده، به‌نظر می‌رسد که در خانوارهای دارای ابعاد گسترده‌تر، به‌دلیل اینکه سرانه برخورداری از فضای خانه کمتر می‌شود، سطح سلامت مسکن پایین می‌آید.

از مصاحبه با مسئولین بهداشت با هدف رتبه‌بندی مشکلات بهداشتی خانه‌های روستایی چنین برداشت می‌شود که عمده-ترین چالش‌های بهداشتی خانه‌های روستایی بخش بندپی شرقی، وجود موش‌ها و سایر حیوانات موذی و نیز برخورداری نبودن از کپسول اطفای حریق و خطرات برقی و آتش‌سوزی و دفع غیربهداشتی زباله در منازل هستند که نیاز به توجه ضروری دارند. امنیت سقف، کف اتاق، شناسا ساختمان، حفاظ پله، دیوار و پنجره‌ها در الویت دوم قرار دارند. وضعیت روشنایی و نور منازل، آشپزخانه، دستشویی، حمام، محوطه حیاط و نبود درب اضطراری، در الویت بعدی قرار دارند (مصاحبه با بهروزان، ۱۳۹۲)، (جدول ۶):

جدول ۶ - اولویت‌بندی چالش‌های بهداشت مسکن از نگاه

بهروزان

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۲

رتبه	نوع مشکل
اولویت اول	وجود موش‌ها و سایر حیوانات موذی، برخورداری نبودن از کپسول اطفای حریق، خطرات برقی و آتش‌سوزی و دفع غیربهداشتی زباله خانگی
اولویت دوم	امنیت سقف و کف اتاق و شناسا ساختمان، حفاظ پله، دیوار و پنجره‌ها
اولویت سوم	وضعیت روشنایی و نور منازل، آشپزخانه، دستشویی، حمام، محوطه حیاط و نبود درب اضطراری
اولویت چهارم	ایمنی تهویه حمام و آشپزخانه و مستراح، ایمنی سیستم گرمایش و سرمایش

طبق یافته‌های تحقیق، نزدیک به ۸۰٪ از خانه‌های روستایی از بیمه مسکن بی‌بهره‌اند و حدود ۲۰٪ از آن‌ها دارای بیمه حوادث و آتش‌سوزی هستند. از آنجایی که هنوز منطقه مورد مطالعه گازکشی نشده است، نزدیک به ۱۰۰٪ از سرپرستان خانوار اذعان داشته‌اند، در کنار استفاد از کپسول گاز مایع و استفاده از سوخت برق، هیزم سوخت اصلی‌شان است؛ بنابراین، با توجه به اینکه غالب خانه‌های روستایی چوبی می‌باشند، به‌رمندی از بیمه حوادث برای منازل ضرورت دارد.

۲.۴. یافته‌های استنباطی حاصل از داده‌های پرسشنامه

یافته‌های حاصل از پرسشنامه در بخش تحلیل عوامل مؤثر بر بهداشت مسکن نشان می‌دهد که حدود ۵۵ نفر از افراد نمونه کارمند، ۳۳ نفر کارگر، ۲۶ نفر کشاورز و ۶۹ نفر شغل آزاد و ۵۰۰ نفر دامدار هستند که میانگین سنی آنان ۴۱ سال می‌باشد؛ البته، تقریباً تمامی افراد در کنار شغل اصلی‌شان از چند دام نگه‌داری می‌کنند. ۶۵۳ نفر از افراد نمونه هیچ‌گونه

تغییر در مسکن خود را از بابت اینکه تعلق خاطر به آن دارند، به-سختی می‌پذیرند یا نسبت به مسائل بهداشتی به دلایل گوناگون آگاهی ندارند؛ در نتیجه، هرچه سن پایین سرپرستان خانوار پایین‌تر باشد، بهداشت منازل مسکونی‌شان بیشتر است (مصاحبه با بهروزان، ۱۳۹۲).

۵. از میزان سطح معنی‌داری ارتباط بین دو متغیر شغل و بهداشت مسکن ($\text{sig}=0/009$) چنین برداشت می‌شود که بین این دو متغیر ارتباط وجود دارد و شدت همبستگی این دو متغیر نیز بالا است ($0/871$). یافته‌ها نشان می‌دهد که تقریباً تمامی طبقه کارمندان دولت دارای مسکن مناسب بهداشتی هستند و در مقابل، افرادی مانند چوپانان و دامداران فصلی بنا به اقتضای شغلشان، شاخص‌های بهداشت مسکن آنان بسیار پایین است (جدول ۸):

جدول ۸ - آزمون معنی‌داری رابطه بین متغیر بهداشت مسکن و متغیرهای اجتماعی

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۲

ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی‌داری (sig)	نوع مؤلفه مستقل تأثیرگذار بر سلامت مسکن		
		بعد خانوار	میزان سواد (سرپرست خانوار)	سن (سرپرست خانوار)
-0/45	0/41	بعد خانوار	اجتماعی	۵
0/758	0/009	میزان سواد (سرپرست خانوار)		
-0/087	0/0142	سن (سرپرست خانوار)		
0/871	0/009	شغل (سرپرست خانوار) (امتیاز)		

۶. بین میزان فاصله از جاده اصلی و بهداشت مسکن رابطه معنی‌دار وجود دارد ($\text{sig}=0/033$). ضریب همبستگی نیز بیانگر شدت زیاد همبستگی می‌باشد و علامت منفی آن، بیانگر اهمیت حمل‌ونقل و جاده در سلامت مسکن است؛ به طوری که مساکنی که راه جاده‌ای مناسبی ندارند، سطح بهداشتی پایین‌تری دارند. این امر به وضوح در منطقه مورد مطالعه قابل مشاهده است و با مصاحبه با برخی از روستاییان چنین برداشت می‌شود که آن‌ها هیچ مشکلی از بابت ایجاد مسکنی با شاخص‌های کامل بهداشتی ندارند؛ اما برخوردار نبودن از جاده مناسب، امکان دسترسی به مصالح جدید را برای آن‌ها سخت نموده است و آن‌ها را مجبور به تحمل شرایط کنونی کرده است.

۷. نتایج حاصل از آزمون همبستگی نشان می‌دهد که بین دو متغیر فاصله از شهر و بهداشت مسکن ارتباط معنی‌داری وجود دارد ($\text{sig}=0/026$). میزان این رابطه برابر با $0/749$ - می‌باشد که بیانگر شدت همبستگی قوی است. از آنجایی که ضریب همبستگی منفی است ($-0/45$)، رابطه معکوس وجود دارد. در واقع، هرچه قدر فاصله از شهر بیشتر باشد، وضعیت بهداشت مسکن نامناسب‌تر است (جدول ۹):

جدول ۹ - آزمون معنی‌داری رابطه بین متغیر بهداشت مسکن و متغیرهای زیست‌محیطی - کالبدی

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۲

ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی‌داری (sig)	نوع مؤلفه مستقل تأثیرگذار بر سلامت مسکن		
		میزان فاصله از جاده اصلی	میزان فاصله از شهر	زیست‌محیطی - کالبدی
-0/853	0/033	میزان فاصله از جاده اصلی	۵	زیست‌محیطی - کالبدی
-0/749	0/026	میزان فاصله از شهر		

۳. نتایج آزمون معنی‌داری پیرسون نشان می‌دهد که بین میزان سواد سرپرست خانوار با سلامت مسکن رابطه معنی‌داری وجود دارد ($\text{sig}=0/009$). ضریب همبستگی برابر با $0/785$ می‌باشد که بیانگر وجود همبستگی قوی بین این دو متغیر است. هرچه سطح سواد و تحصیلات سرپرستان خانوار بالاتر می‌رود، برای سلامت منزل خود اهمیت بیشتری قائل می‌شوند.

۴. مقدار سطح معنی‌داری بین متغیر سن و بهداشت مسکن، بیانگر وجود ارتباط معنی‌دار بین آن‌ها است ($\text{sig}=0/0142$). مقدار ضریب همبستگی در این مورد برابر با $0/785$ - است که شدت ارتباط بین این متغیر را نشان می‌دهد. این امر بیانگر اهمیت دادن بیشتر جوانان به مسئله بهداشت مسکن است. یافته‌های میدانی نشان می‌دهد که پیران نسبت به مسکن قدیمی خود وابستگی عاطفی دارند و هرگونه

۸. بین متغیر مالکیت و بهداشت مسکن رابطه معنی‌دار وجود دارد (۰/۰۳۶۵). ضریب همبستگی بیانگر شدت ارتباط قوی بین این دو متغیر است. از آنجایی که منابع جنگلی جزو منابع ملی به حساب می‌آیند، مسئله مالکیت بین روستاییان در تصمیم‌گیری‌ها و عملکردشان به‌خصوص در مسکن تأثیرگذار است. در واقع، روستاییانی که در مالکیت مشکلات کمتری داشته‌اند، منازل آن‌ها از بهداشت بیشتری برخوردار بود (جدول ۱۰):

تأثیر عامل فاصله از جاده و شهر بر بهداشت مسکن، علاوه بر اینکه بیانگر سهولت در دستیابی به مصالح است، تأییدکننده نظریه «پخش» هاگراستراند می‌باشد که بیان می‌دارد گسترش یک پدیده از کانون یا کانون‌هایی اصلی در بین مردمی است که آماده پذیرش آن پدیده باشند و این گسترش در طول زمان صورت می‌گیرد. به عبارت دیگر، نظریه پخش فضایی، روند گسترش پدیده‌ای را در سراسر فضا و زمان، از خاستگاه اصلی آن پدیده تبیین می‌نماید (ابراهیم‌زاده و بذرافشان، ۱۳۸۶، ص. ۶۹) که در اینجا پدیده موردنظر فرهنگ بهداشت مسکن و کانون پخش شهر و جاده است.

جدول ۱۰ - آزمون معنی‌داری رابطه بین متغیر بهداشت مسکن و متغیرهای حقوقی

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۲

ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی‌داری (sig)	نوع مؤلفه مستقل تأثیرگذار بر سلامت مسکن
- ۰/۸۵	۰/۰۳۶۵	حقوقی (مالکیت)

مشارکت روستاییان توسط مسئولان بهداشتی این فرایند می‌تواند سرعت بیشتری به‌خود بگیرد. مسائلی نظیر مصالح غیرمقاوم، حفاظ پله، پنجره، روشنایی فضای مسکن و دفع غیربهداشتی زباله‌های خانگی و وجود حشرات و حیوانات موزی مواردی هستند که در اولین گام برای تحقق تقویت سلامت مسکن باید به آن‌ها توجه شود. نتایج حاصل از مصاحبه‌ها و داده‌های پرسشنامه نشان می‌دهد که سه مسئله آگاهی‌دادن به روستاییان در زمینه اهمیت بهداشت مسکن، حمایت‌های اقتصادی نظیر اعطای وام کم‌بهره یا بدون بهره و برداشتن موانع قانونی مالکیت می‌تواند در ارتقای بهداشت مسکن روستاییان بسیار کارساز باشد.

در بررسی عوامل تأثیرگذار بر بهداشت مسکن، نتایج تحقیق نشان می‌دهد که عوامل فاصله از جاده اصلی، فاصله از شهر، نوع شغل و عامل مالکیت با شدت همبستگی قوی‌ای و عامل اقتصادی و بعد خانوار با شدت همبستگی ضعیفی، با عامل بهداشت مسکن ارتباط دارد.

برای ارتقای سطح بهداشت مسکن، هر دو گروه مسئولان و روستاییان مسئولیت‌هایی را برعهده دارند. همکاری روستاییان با همدیگر و با مسئولان بهداشتی و درکل، مشارکت فعالانه روستاییان و احساس مسئولیت روستاییان نسبت به امور بهداشتی خود، از جمله مواردی هستند که لازم است افراد روستایی برای ارتقای شاخص‌های بهداشتی مسکن برای آن‌ها

۵. بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به مباحث مطرح‌شده، کیفیت و وضعیت زندگی انسان‌ها به میزان قابل‌توجهی به مسکن آن‌ها وابسته است. سرپناه مناسب موجب می‌شود بیماری و صدمه‌دیدن به حداقل برسد و نقش ممتازی در وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی افراد داشته باشد. شناخت مسائل مرتبط با مسکن و خانه فرصت مناسبی در اختیار اولیای امور به‌ویژه متولیان بهداشت عمومی، شهرداری‌ها، بخش‌داری‌ها و سازمان نظام مهندسی مسکن قرار خواهد داد تا یکی از عوامل مهم اجتماعی سلامت را نظارت کنند و استانداردهایی را درمورد ایجاد مسکن مناسب و بهداشتی تدوین و تصویب نمایند. ناگفته نماند، از آنجایی که معماری واحدهای مسکونی پاسخی به نیازها و ضرورت‌های اجتماعی- فرهنگی است، نباید تأثیر باورها و سنت‌های مردم را در ارتقای سطح کیفی مسکن نادیده گرفت. تعیین تکلیف برای مردم که در چه نوع خانه‌ای و با چه شیوه معماری سکونت کنند، امری نشدنی است که خوشایند نیز نیست.

برطبق داده‌های تحقیق، وضعیت بهداشت مسکن در روستاهای جنگلی- کوهستانی بخش بندپی شرقی شهرستان بابل در حد مطلوب نیست؛ اما در سال‌های اخیر، شاخص‌های بهداشت مسکن فرایندی روبه‌بهبودی را شروع کرده است که در صورت آسانی در ساخت‌وساز، افزایش آگاهی و جلب

عمومی، آموزش و پرورش و آموزش عالی، هریک به سهم و مسئولیت خود برای حل این امر مهم بکوشند تا به شعار سلامت روحی و جسمی انسان که هدف نهایی توسعه است، جامعه عمل پوشانده شود.

یادداشت‌ها

1. Marsh, Gordon, Heslop & Pantazis
2. Kriger & Higinz
3. World Health Organization
4. Mline & Malys
5. Habib, Mahfoud, Fawaz, Basma & Yeretizian
6. Healthy Housing
7. Healthful Housing
8. Housing Hygiene
9. Hasselaar
10. WHO

اهمیت قائل شوند. در مقابل، مسئولان اعم از مسئولان بخش بهداشتی و سایر سازمان‌های مربوط نظیر سازمان‌های بنیاد مسکن، جهاد کشاورزی و ...، لازم است شناخت عمیقی نسبت به وضع موجود مسکن روستایی و مسائل بهداشتی پیدا کنند و با جلب همکاری روستاییان و کمک گرفتن از شوراها و دهیاران روستاها بیشتر بتوانند موضع تصمیم‌گیریشان را از پایین به بالا و دوطرفه تغییر دهند تا برنامه‌های اجرایی بیشتر با خواسته‌های صاحبان نفع برنامه‌ریزی سازگاری داشته باشد. به نظر می‌رسد که در ارتقای بهداشت مسکن روستایی، همکاری و تعامل بین‌سازمانی نیز ضروری است؛ زیرا، بحث بهداشت چندبعدی است که هریک از ابعاد آن برعهده یک سازمان است و لازم است در این زمینه سازمان‌های بهداشتی، مالی و اعتباری، ادارات کشاورزی، بنیاد مسکن، منابع طبیعی و آبخیزداری، رسانه‌های

کتابنامه

۱. ابراهیم‌زاده، ع.، و بذرافشان، ج. (۱۳۸۶). مدل پخش فضایی هاگراستراوند و پخشایش فضایی زعفران. *مجله جغرافیا و توسعه*، ۵(۲۰)، ۳۵-۵۲.
۲. بزی، خ.، و جواهری، ع. (۱۳۸۹). بررسی افتراق مکانی^۱ فضایی محله‌های شهر زابل در برخورداری از شاخص‌های مسکن سالم. *مجله جغرافیا و برنامه‌ریزی محیطی*، ۳(۴۳)، ۲۱-۳۹.
۳. بهرامی، ر. (۱۳۹۰). تحلیلی بر وضعیت مسکن روستایی در استان کرمانشاه. *مجله مسکن و محیط*، ۳۰(۱۳۴)، ۹۵-۱۰۴.
۴. پورمحمدی، م. (۱۳۷۶). *برنامه‌ریزی مسکن*. تهران: انتشارات سمت.
۵. زیاری، ک.، قرخلو، م.، و جان بابانژاد طوری، م. ح. (۱۳۸۷). مقایسه تطبیقی شاخص‌های کمی و کیفی مسکن شهر بابل با نقاط شهری کشور با تأکید بر شهر سالم. *فصلنامه تحقیقات جغرافیایی*، ۲۵(۹۷)، ۸۳-۱۱۶.
۶. زیاری، ک.، و زرافشان، ع. (۱۳۸۵). بررسی تغییرات کمی و کیفی مسکن در شهر مراغه و پیش‌بینی مسکن مورد نیاز تا سال ۱۴۰۲. *مجله جغرافیا و توسعه*، ۴(۱۱)، ۸۵-۱۰۶.
۷. سعیدی، ع. (۱۳۸۸). *شالوده مکان‌یابی و استقرار روستاهای جدید*. تهران: انتشارات بنیاد مسکن.
۸. سعیدی، ع.، و امینی، ف. (۱۳۸۹). ناپایداری سکونتگاهی و تحول کارکردی مسکن روستایی (مورد: روستای خفر (ناحیه نطنز- بادرود). *فصلنامه علمی- پژوهشی انجمن جغرافیای ایران*، ۲۷(۸)، ۲۲-۴۵.
۹. شریفی فرد، ه. (۱۳۷۷). تحلیل جغرافیایی توسعه مسکن و مسائل آن در شهر اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد (منتشر نشده)، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۱۰. عزیزی، م. (۱۳۸۳). جایگاه شاخص‌های مسکن در فرایند برنامه‌ریزی مسکن. *نشریه هنرهای زیبا*، ۵(۱۷)، ۷۰-۸۳.
۱۱. عزیزی، م.، پیرصاحب، م.، و مرادی، ش. (۱۳۸۲). وضعیت بهداشت مسکن خانوارهای تحت پوشش عرصه پزشکی جامعه‌نگر ثامن- الائمه کرمانشاه. *فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۴(۱۹)، ۵۵-۶۹.
۱۲. غفاری، ع.، و بنایی ابرندآبادی، م. (۱۳۹۰). خانه سالم چیست؟، *فصلنامه مسکن و محیط*، ۳۰(۱۳۳)، ۲۰-۱۷.
۱۳. گل، ی. (۱۳۸۷). *زندگی در فضای میان ساختمان‌ها* (ش. شخصی، مترجم). تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.

۱۴. مرکز آمار ایران. (۱۳۹۰). *سالنامه آماری استان مازندران در سال ۱۳۹۰*. تهران: مرکز آمار ایران.
۱۵. مرکز بهداشتی و درمانی گلوگاه و فیروزجاه، (۱۳۹۲). *اطلاعات جمعیتی و مسکن روستاییان، بابل: مرکز بهداشت و درمان شهرستان بابل*.
۱۶. مصاحبه با بهورزان مرکز بهداشتی و درمانی گلوگاه و فیروزجاه، (۱۳۹۲). *اطلاعات مسکن روستایی، بابل: مرکز بهداشت و درمان شهرستان بابل*.
۱۷. معاونت سلامت. (۱۳۸۰). *مجموعه کتب آموزش بهورزی (بهداشت محیط)*. تهران: انتشارات معاونت سلامت.
۱۸. یوسفی، ع. شریفی عرب، غ. ع.، پرویزی، ا.، و صبوچی، ا. ر. (۱۳۸۶). *بهداشت مسکن. فصلنامه بهورز، ۱۸ (۷۳)، ۴۵-۲۳*.
19. Habib, R. R., Mahfoud, Z., Fawaz, M., Basma, S. H., & Yeretziyan, J. S. (2009). Housing quality and ill health in a disadvantaged urban community. *Public Health, 123*(2), 174-181.
20. Hasselaar, E. (2006). *Health performance of housing*, Netherlands. Delf university of Technology.
21. Krieger, J., & Higgins, D. L. (2002). Housing and health: time again for public health action. *American journal of public health, 92*(5), 758-768.
22. Maliene, V., & Malys, N. (2009). High-quality housing~ A key issue in delivering sustainable communities. *Building and Environment, 44*(2), 426-430.
23. Marsh, A., Gordon, D., Heslop, P., & Pantazis, C. (2000). Housing deprivation and health: A longitudinal analysis. *Housing Studies, 15*(3), 411-428.
24. World Health Organization. (1988). *Guidelines for healthy housing*. WHO, America, New York.
25. World Health Organization. (2004). *WHO technical meeting on housing –health indicators*. Regional Office Europe, Rome, Italy.

Analysis of the Health Status of Housing in Forest-mountain Villages and its Affecting Factors in the Eastern Region of Bandpey in Babol County

Mojtaba Ghadiri Masuom¹ – Naser Aligholizadeh Firozjaei² - Morteza Mehralitabar Firozjaei^{3*}

1- Full Prof., Geography and Rural Planning and member of the Scientific Pole of Rural Development, University of Tehran, Tehran, Iran.

2 - Assistant Prof., Geography and Urban Planning, Mazandaran University, Sari, Iran.

3 – Ph.D. Students in Geography and Rural Planning, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Received: 1 Nov 2013

Accepted: 10 Apr 2014

Abstract

Purpose: One component of human rights is suitable housing. Certainly after the air, food and clothing, suitable housing is among the most basic necessities for living with honor and human dignity and it is one the most important standards for a desirable living and a perquisite to achieve social justice.

Methodology: This study is applied - developmental and the methodology is "descriptive - analytic". it aims to assess the health status of rural housing and the factors influencing it. The population of this research is the forest ° mountainous villages in eastern region of Bandpey in Babol County. Among the 235 forest - mountain villages, 36 villages was chosen as the sample of the study based on systematic random sampling method. The data was collected through questionnaires, semi-deep interview and from health center. The data was analyzed by the use of Excel and the SPSS statistical software.

Finding: The results indicate that the major health challenges of the rural houses are mice and other harmful animals, not having a fire fighting capsule, the electrical and fire hazards and the unsanitary disposal of household waste are the most important home health variables that need special attention. The safety of roof and floor and the foundation of the building and the stairs guard, walls and windows are the second priority. The home lighting, kitchen, toilet, bathroom and garden area as well as the lack of an emergency door is the next priority. The economic factors (income), occupation, education and the property status have direct and significant relationship with housing health and also the family size factors, distance from the city, distance from the road and the age have inverse and significant relationship with housing health.

Research limitation: Data collection and lack of research resources about the topic of this research are the main challenges of this study.

Practical implications: Institutional cooperation between the agencies involved in improving housing quality ,enhancing economic power of rural household, increasing participation and awareness of rural villagers including practical implementation of practical programs of health promotion for rural housing.

Original/value: This article investigated the health status of housing in forest-mountain villages which are in specific conditions, have been considered. This study can be helpful for national and local authorities ,housing agencies, healthcare organizations and other institutions involved in rural health issues in general and housing health in particular

Keywords: Health, housing, forests villages, sustainable development, Bandpey East.

How to cite this article:

Ghadiri Masuom, M., Aligholizadeh Firozjaei, N. Mehralitabar Firozjaei, M. (2015). Analysis of the health status of housing in forest-mountain villages and its affecting factors in the eastern region of Bandpey in Babol County. *Journal of Research & Rural Planning*, 3(8), 51-63.

URL <http://jrrp.um.ac.ir/index.php/RRP/article/view/27686>

ISSN: 2322-2514

eISSN: 2383-2495