

مجله جغرافیا و توسعه ناحیه‌ای، سال سیزدهم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۴، شماره پیاپی ۲۴

ارزیابی و اولویت‌بندی مناطق روستایی براساس شاخص‌های روستای سالم (مطالعه موردی: دهستان قراولان شهرستان مینودشت)

طاهره صادقلو (استادیار جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران، نویسنده مسؤول)

tsadeghloo@um.ac.ir

حمید شایان (استاد جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران)

shayan34@yahoo.com

حمده سجاسی قیداری (استادیار جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران)

ssojasi@um.ac.ir

مجید سجاسی قیداری (کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران)

m.sojasi@gmail.com

صص ۷۰-۴۵

چکیده

اهداف: مطالعه سلامت روستاییان هدف اصلی این تحقیق است، همچنین شناخت تفاوت‌های روستاها از نظر سلامت، یکی دیگر از اهداف تحقیق است.

روش: روش تحقیق، توصیفی-تحلیلی بوده و طراحی شاخص‌ها در مقوله روستای سالم تنظیم شده است و داده‌ها از طریق پرسش‌نامه جمع‌آوری شده است. روستاهای شهرستان مینودشت به عنوان نمونه برای این پژوهش انتخاب شده است. با استفاده از مطالعات پیمایشی و نمونه‌گیری، ۲۲ روستا و ۲۵۷ خانوار در دهستان قراولان از بخش گالیکش شهرستان مینودشت براساس آمار سال ۱۳۸۵ به عنوان جامعه نمونه انتخاب شده‌اند و از طریق اجرای مدل الکترونیک به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شده است.

یافته‌ها/ نتایج: در نهایت پس از اجرای مدل، براساس شاخص‌های روستای سالم، روستاهای پاستنگ بالا و صادق‌آباد، بالاترین و روستاهای گوگل بزرگ و منجلو، پایین‌ترین میزان سلامت در بین روستاهای نمونه را دارند.

1. ELECTRE

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۲۰ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۹/۹

نتیجه‌گیری: در مجموع نتایج نشان می‌دهد که روستاها به لحاظ برخورداری از سطح سلامت، متفاوت هستند؛ بنابراین نیاز است برای تحقق کلیه شرایط لازم برای سلامت اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی روستاها، برنامه‌ریزی جدی‌تری صورت گیرد.

کلیدواژه‌ها: توسعه روستایی، روستای سالم، تحلیل چندمتغیره، ELECTRE، شهرستان مینودشت.

۱. مقدمه

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، امروزه وضعیت سلامت و بهداشت میلیون‌ها نفر از مردم جهان در روستاها غیر قابل قبول است و نیازمند توزیع بهینه و برابر زیرساخت‌ها، منابع و فاکتورهای تأثیرگذار در سلامت است تا از یک زندگی پرثمر اقتصادی و اجتماعی بهره‌مند شوند (اسپارک^۱، ۲۰۰۶، ص. ۱۳). بنابراین سلامت زیرساخت‌های عمومی به عنوان یکی از فاکتورهای ضروری می‌تواند از دو شیوه بر سطح سلامت روستا تأثیرگذار باشد: ۱- افزایش کیفیت و طول عمر سالم اجتماع. ۲- کاهش و حذف تباین و تفاوت‌های سلامتی جوامع (دپارتمان سلامت و خدمات انسانی^۲، ۲۰۰۰، ص. ۱). زیرا تاکنون فقدان زیرساخت‌های سلامت و بهداشت عمومی در نواحی روستایی، آسیب‌های زیادی در زمینه مسایل سلامت جمعیت روستایی در پی داشته است و اجتماعات روستایی، آسیب‌های جبران‌ناپذیر زیادی را در ارتباط با مقوله سلامت در سطوح مختلف تجربه می‌کنند (رایکتس^۳، ۱۹۹۹، ص. ۱۹). و به لحاظ رویارویی با چالش‌های جغرافیایی، فردی، زیرساختی و روانی، هیچگونه زیرساخت‌های عمومی در رابطه با بهداشت و سلامت اجتماعی و فردی که حامی و پشتیبان این اجتماعات باشد، ندارند (پنل، کارپندر و کویرام^۴، ۲۰۰۸، ص. ۲). از یک سو مکان‌های روستایی دارای ظرفیت و منابع اندکی هستند که این منابع قادر به پوشش تمام ابعاد سلامت یک اجتماع روستایی نیست (کویرام، متی، کارپندر، پنل، کاستیلو و دوچیسلا^۵، ۲۰۰۸، ص. ۱؛ مرکز اقدامات بهداشت روستایی^۶، ۲۰۰۴، ص. ۴۱). و از سویی دیگر، اجتماعات روستایی یک منطقه

1. Spork
2. US Department of Health and Human Services
3. Ricketts
4. Pennel, Carpender & Quiram
5. Quiram, Meit, Carpender, Pennel, Castillo, Duchicela
6. Center for Rural Health Practice

جغرافیایی با یکدیگر متفاوت هستند و این تفاوت‌های منطقه‌ای، به کارگیری راه‌حل‌هایی واحد برای سلامت روستاییان را با مشکل مواجه می‌سازد؛ بنابراین اتخاذ رهیافت سیستمی برای افزایش تلاش‌های برنامه‌ریزی جوامع و تقویت ظرفیت‌های سلامت عمومی روستاییان که منجر به همکاری اجتماعی، برنامه‌ریزی، بهبود وضعیت پایداری سلامت اجتماع شود، ضروری است (پنل، کارپندر و کویرام، ۲۰۰۸، ص. ۳). در این راستا، پروژه روستای سالم^۱ سازمان بهداشت جهانی^۲ (۱۹۹۹، ص. ۱۷). با اهداف تقویت سلامت روستاها از طریق تمرکز شدید روی ذخایر و منابع آب و اصول بهداشتی و بهسازی آب و فاضلاب، برای بهبود و تغییر سطح سلامت روستاییان تلاش می‌کند (سازمان بانک جهانی، ۲۰۰۱ الف، ص. ۲). تا به این وسیله تمرکز جامع‌تری روی دامنه متنوع قلمرو و محدوده سلامت و بهداشت روستاها داشته باشد (باق، گلدستین، مورگان، پراس، شاو و تئوتون^۳، ۲۰۰۲، ص. ۱۳). همچنین رهیافت سکونت‌گاه‌های سالم روستایی در بسیاری از استان‌های جزیره‌ای نظیر ساموئا، فیجی و تونگا^۴ اجرا شده که دارای موفقیت‌های زیادی در زمینه اجرای سیاست‌های ضد دخانیات و رهیافت‌های یکپارچه برای تغییر نتایج و دستاوردهای سلامت در جوامع آن‌ها بوده است (سازمان بانک جهانی، ۲۰۰۱ ب، ص. ۵۴). دستیابی به روستای سالم و اهداف سلامت روستایی اغلب بر روی آموزش سالم و ارتقای فعالیت‌های بهداشتی، جهت توانمندسازی ساکنین روستاها برای کنترل سلامت خود و فاکتورهای مشارکت در آن، تأکید بسیار دارد. هدف فوری و ضروری این برنامه، همراه‌سازی خانوارها و جوامع کوچک برای تشریک مساعی ایجاد شیوه معیشت سالم و الگوسازی از این جوامع برای سایر اجتماعات کوچک زیستی که آرزوی دستیابی به روستای سالم را دارند، است (لی، آنیه و براو^۵، ۲۰۰۰، ص. ۲۱). تجربه بررسی‌های فضایی-مکانی در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که برخی مناطق روستایی در مقایسه با سایر مناطق یک کشور، عملکرد بهتری داشته‌اند؛ در نتیجه از رشد و توسعه مطلوب‌تری برخوردار بوده‌اند؛ بنابراین اگر برنامه‌ریزان بتوانند عوامل تأثیرگذار بر عملکرد مناسب سلامت مناطق روستایی را شناسایی کنند، خواهند توانست هم از

1. Healthy village
2. World Health organisation
3. Bogh, Goldstein,, Morgan, Pruss, Shaw, Teuton
4. samua, Fiji and tonga
5. Lee, Anyie & Braoh

تجربیات مدیران بخش‌های مختلف آن مناطق بهره ببرند و هم بودجه موجود را به صورت بهینه تخصیص دهند (احمدی، ۱۳۸۴، ص. ۲۸). تا از تمرکزگرایی و نابرابری‌های فضایی کاسته شود؛ بنابراین یکی از ویژگی‌های اساسی این تحقیق، به‌کارگیری مدلی جدید در سنجش سطح سلامت شهروندان روستایی و ویژگی دیگر آن، توجه به تعادل‌های فضایی در برخورداری از سلامت عمومی و دسترسی به خدمات بهداشتی بوده که یکی از اصول زمینه‌ساز تحقق عدالت اجتماعی و پایداری اجتماعی است. در این ارتباط، هدف مقاله مطالعه مفهوم روستای سالم در ادبیات علمی و تدوین شاخص‌های روستای سالم با توجه به ابعاد پایداری بود تا با نگاه چندبعدی و چندمتغیره، شاخص‌ها دسته‌بندی شود و از طریق تحلیل‌های چند معیاره (MCDM) به سنجش و اولویت‌بندی روستاهای دهستان قراولان از بخش گالیکش شهرستان مینودشت در استان گلستان پرداخته شود. در همین راستا، مقاله در پی پاسخ‌گویی به این سؤال است که با استفاده از مدل ELECTRE، سطح سلامت نقاط روستایی منطقه مورد مطالعه از لحاظ متغیرهای مورد بررسی چگونه است؟

۲. روش‌شناسی تحقیق

۲.۱. روش تحقیق

تاکنون از روش‌ها و مدل‌های متفاوتی برای سنجش روستای سالم استفاده شده که در این راستا بهره‌گیری از روش‌های چند شاخصه از اهمیت بیشتری برخوردار است. با بسط و توسعه روش‌های تصمیم‌گیری چند شاخصه به‌ویژه روش حذف و انتخاب سازگار با واقعیت^۱، سنجش روستای سالم در مرحله نوبنی قرار گرفته است. در این راستا، روش‌های تصمیم‌گیری چند متغیره از اعتبار بیشتری برخوردار است که یکی از این روش‌ها، روش الکترون است که به جهت مزیت‌هایی که نسبت به سایر روش‌ها دارد، استفاده شده است که از جمله آن‌ها (۱) از مفهوم جدید غیر رتبه‌ای به جای رتبه‌بندی گزینه‌ها استفاده می‌شود، (۲) کلیه گزینه‌ها با استفاده از مقایسه غیر رتبه‌ای ارزیابی می‌شوند و از این طریق، گزینه غیرمؤثر حذف می‌شود و (۳) کلیه مراحل، بر مبنای یک مجموعه هماهنگ و یک مجموعه ناهماهنگ پایه‌ریزی شده است. استفاده از الکترون در تصمیم‌گیری‌های چندشاخصه به اهمیت

1. Elimination Et Choice Trancelating Reality(ELECTRE)

نسبی شاخص‌های مورد استفاده وابسته است. برای تصمیم‌گیری‌های چندشاخصه به روش الکترون، تعیین گزینه‌ها و شاخص‌های الویت‌بندی، تعیین وزن شاخص‌ها و رتبه‌بندی گزینه‌ها به اجرا گذاشته شده است. این روش در سال ۱۹۶۶ توسط "ساسمن"، "روی" و "بنایون" معرفی شده است. در این روش، گزینه‌های رقیب با استفاده از مقایسات غیررتبه‌ای ارزیابی و سنجش می‌شوند. برای هر زوج از گزینه $(K \neq L, K, C)$ یک مجموعه هماهنگ (مشمول بر کلیه شاخص‌هایی که گزینه K بر گزینه J ترجیح دارد) و یک مجموعه ناهماهنگ (مکمل مجموعه هماهنگ) محاسبه می‌شود. کلیه مراحل بعدی محاسبات، بر مبنای این دو مجموعه صورت می‌گیرد. به این لحاظ، این روش به «آنالیز هماهنگی» نیز معروف است. در اینجا به جای رتبه‌بندی گزینه‌ها از مفهوم جدیدی معروف به مفهوم «غیررتبه‌ای» استفاده می‌شود. به این صورت که مثلاً، $A_k \rightarrow A_l$ بیانگر آن است که اگرچه گزینه‌های L, K هیچ ارجحیتی از نظر ریاضی به یکدیگر ندارند، اما تصمیم‌گیران و تحلیل‌گران ریسک بهتر بودن A_k را بر A_l می‌پذیرند. در این روش، کلیه گزینه‌ها با استفاده از مقایسه‌های غیر-رتبه‌ای ارزیابی شده و از آن طریق گزینه‌های غیرمؤثر حذف می‌شوند. مقایسه‌های زوجی براساس درجه توافق از اوزان (W_j) و درجه اختلاف از مقادیر ارزیابی‌های وزین (V_{ij}) استوار بوده و توانان برای ارزیابی گزینه‌ها ارزیابی می‌شوند. کلیه این مراحل بر مبنای یک مجموعه هماهنگ و یک مجموعه ناهماهنگ پایه‌ریزی می‌شوند که این روش به این لحاظ معروف به «آنالیز هماهنگی» هم است. برای استفاده از این روش، مراحل زیر به کار گرفته می‌شود (پورطاهری، ۱۳۸۹، ص. ۸۲).

مرحله اول (نرمال‌سازی): در این مرحله، ماتریس تصمیم‌گیری با استفاده از نرم اقلیدسی به یک ماتریس «بی‌مقیاس» با استفاده از تابع زیر که آن را N_d می‌نامند، تبدیل می‌شود:

$$n_{ij} = \frac{r_{ij}}{\sqrt{\sum_{i=1}^m r_{ij}^2}} \quad N_d = [n_{ij}] \quad (1)$$

1. Sasman
2. Roy
3. Bnayoun

قبل از انجام محاسبات فوق، باید توجه داشت چنانچه ماتریس تصمیم‌گیری از شاخص‌های با جنبه مثبت و منفی مطلوبیت برخوردار باشد، جهت یکسان‌شدن تعبیر و تفسیر محاسبات لازم است، مقادیر اندازه‌گیری شده مربوط به شاخص‌های منفی معکوس شوند؛ به این ترتیب هر چه مقادیر موجود در ماتریس تصمیم‌گیری بزرگتر باشد، مطلوبیت بیشتر و هر چه کمتر باشد، مطلوبیت کمتری را در مورد شاخص مربوطه نشان می‌دهد.

مرحله دوم) تشکیل ماتریس «بی مقیاس وزین» (V) با استفاده از بردار معلوم W : در این مرحله، با استفاده از ماتریس قطری w (وزن شاخص‌ها) و از طریق تابع زیر بی‌مقیاس موزون به دست می‌آید:

$$V = N_d \times W_{n \times n} \quad (2)$$

عناصر قطر ماتریس w را به دو طریق می‌توان به دست آورد: یا مستقیماً توسط تصمیم‌گیرنده میزان اهمیت هر شاخص بیان شود و یا از طریق شیوه‌های علمی موجود آن را محاسبه کرد.

مرحله سوم) مشخص کردن مجموعه هماهنگی و مجموعه ناهماهنگی: برای هر زوج از گزینه‌های: $k, l = 1, 2, 3, \dots, n$ مجموعه شاخص‌های موجود $J = \{j | j = 1, 2, \dots, n\}$ را به دو زیر مجموعه متمایز هماهنگ (S_{kl}) تقسیم می‌کنیم. گزینه‌های A_l و A_k مشتمل بر کلیه شاخص‌هایی خواهد بود که A_k بر A_l به ازای آن‌ها ترجیح داده می‌شود:

$$S_{kl} = \{j | r_{kj} \geq r_{lj}\} \quad (3)$$

و برعکس زیر مجموعه مکمل به نام مجموعه ناهماهنگ (D_{kl}) مجموعه‌ای از شاخص‌ها است که به ازای آن‌ها داشته باشیم:

$$D_{kl} = \{j | r_{kj} \leq r_{lj}\} = J - S_{KL} \quad (4)$$

مرحله چهارم) محاسبه ماتریس هماهنگی: ارزش ممکن از مجموعه هماهنگی (S_{kl}) به وسیله اوزان موجود از شاخص‌های هماهنگ در آن مجموعه اندازه‌گیری می‌شود؛ یعنی معیار هماهنگی برابر با مجموع اوزان (W_j) از شاخص‌هایی است که مجموعه $S_{k,l}$ را تشکیل می‌دهند. به این

صورت، معیار هماهنگی ($I_{k,l}$) بین A_l و A_k برابر است با:

$$I_{kl} = \sum_{j \in S_{k,l}} w_j; \sum_{j=1}^n w_j = 1 \quad (5)$$

معیار هماهنگی ($I_{k,l}$) منعکس کننده اهمیت نسبی از A_k در رابطه با A_l است، به طوری که $0 \leq I_{k,l} \leq 1$ خواهد بود. ارزش بیشتر از $I_{k,l}$ بدان مفهوم است که ارجحیت A_k بر A_l بیشتر هماهنگ است؛ بنابراین ارزش های متوالی از شاخص های $I_{k,l}$ ($K, L = 1, 2, \dots, m, K \neq L$) تشکیل ماتریس نامتقارن هماهنگی (I) را شکل می دهند:

$$I = \begin{vmatrix} - & I_{1,2} & I_{1,3} & \dots & I_{1,m} \\ I_{2,1} & - & I_{2,3} & \dots & I_{2,m} \\ \cdot & \cdot & - & \dots & \cdot \\ \cdot & \cdot & \cdot & - & \cdot \\ I_{m,1} & I_{m,2} & \dots & I_{m(m-1)} & - \end{vmatrix} \quad (6)$$

مرحله پنجم) محاسبه ماتریس ناهماهنگی: معیار ناهماهنگی بر عکس شاخص $I_{k,l}$ نشان دهنده شدت بدتر بودن ارزیابی از A_k در رابطه با A_l است. این شاخص ($NI_{k,l}$) با استفاده از عناصر ماتریس V (امتیازات وزین شده) به ازای مجموعه ناهماهنگ D_{kl} محاسبه می شود:

$$NI_{K,L} = \frac{\max_{j \in D_{k,l}} |V_{kj} - V_{lj}|}{\max_{j \in J} |V_{Kj} - V_{Lj}|} \quad (7)$$

از این رو ماتریس ناهماهنگی به ازای کلیه مقایسه های زوجی از گزینه ها، عبارت خواهد بود از:

$$NI = \begin{vmatrix} - & NI_{1,2} & \dots & NI_{1,m} \\ NI_{2,1} & - & \dots & NI_{2,m} \\ \cdot & \cdot & - & \cdot \\ NI_{m,1} & \dots & NI_{m(m-1)} & - \end{vmatrix} \quad (8)$$

باید توجه داشت که اطلاعات موجود از I و NI با یکدیگر اختلاف فاحش دارد و مکمل یکدیگر هستند؛ به طوری که ماتریس I منعکس کننده اوزان W_j از شاخص‌های هماهنگ بوده و ماتریس نامتقارن NI منعکس کننده بیشترین اختلاف نسبی از $V_{ij} = n_{ij} \cdot w_j$ به‌ازای شاخص‌های ناهماهنگ است.

مرحله ششم) مشخص کردن ماتریس هماهنگ مؤثر: ارزش‌های $I_{k,l}$ از ماتریس هماهنگی باید نسبت به یک ارزش آستانه سنجیده شوند تا شانس ارجحیت A_k بر A_l بهتر قضاوت شود. این شانس در صورتی که $I_{k,l}$ از یک حداقل آستانه (\bar{I}) تجاوز کند نیز بیشتر خواهد شد؛ بدان معنی که باید $I_{K,L} \geq \bar{I}$ باشد. ارزش (دلخواه) را مثلاً می‌توان به صورت متوسط از شاخص‌های هماهنگی به دست آورد.

$$\bar{I} = \sum_{K=1}^m \sum_{L=1}^m I_{K,L} / m(m-1) \quad (9)$$

بر اساس \bar{I} (حداقل آستانه) سپس یک ماتریس F (با عناصر صفر و یک) تشکیل می‌دهیم:

$$f_{kl} = 1 \longrightarrow I_{KL} \geq \bar{I} \quad (10)$$

$$f_{kl} = 0 \longrightarrow I_{KL} \leq \bar{I}$$

آنگاه هر عنصر واحد در ماتریس F (ماتریس هماهنگ مؤثر) نشان‌دهنده یک گزینه مؤثر و مسلط بر دیگری است.

مرحله هفتم) مشخص کردن ماتریس ناهماهنگ مؤثر: عناصر $NI_{k,l}$ از ماتریس ناهماهنگی نیز مثل مرحله قبل باید به یک ارزش آستانه سنجیده شوند. با این ارزش آستانه می‌توان \bar{NI} را محاسبه کرد:

$$\bar{NI} = \sum_{K=1}^m \sum_{L=1}^m NI_{K,L} / m(m-1) \quad (11)$$

سپس ماتریس G (معروف به ماتریس ناهماهنگ مؤثر) را تشکیل می‌دهیم به طوری که:

$$g_{kl} = 1 \longrightarrow NI_{KL} \leq \bar{NI} \quad (12)$$

$$g_{kl} = 0 \longrightarrow NI_{KL} > \bar{NI}$$

عناصر واحد در ماتریس G نیز نشان‌دهنده روابط تسلط در بین گزینه‌ها است. مرحله هشتم) مشخص کردن ماتریس کلی و مؤثر: عناصر مشترک $h_{k,l}$ از دو ماتریس G, F تشکیل یک ماتریس کلی H را برای تصمیم‌گیری می‌دهند:

$$h_{K,L} = f_{k,l} \cdot g_{k,l} \quad (13)$$

مرحله نهم) حذف گزینه‌های کم‌جاذبه: ماتریس کلی H ، نشان‌دهنده ترتیب ارجحیت‌های نسبی از گزینه‌ها است؛ بدان معنی که $h_{k,l} = 1$ نشان می‌دهد که A_k بر A_l هم از نظر شاخص هماهنگی و هم از نظر شاخص ناهماهنگی ارجح است، اما A_k هنوز ممکن است تحت تسلط گزینه‌های دیگری باشد (اصغریور، ۱۳۸۵، ص. ۲۹۰-۲۸۶).

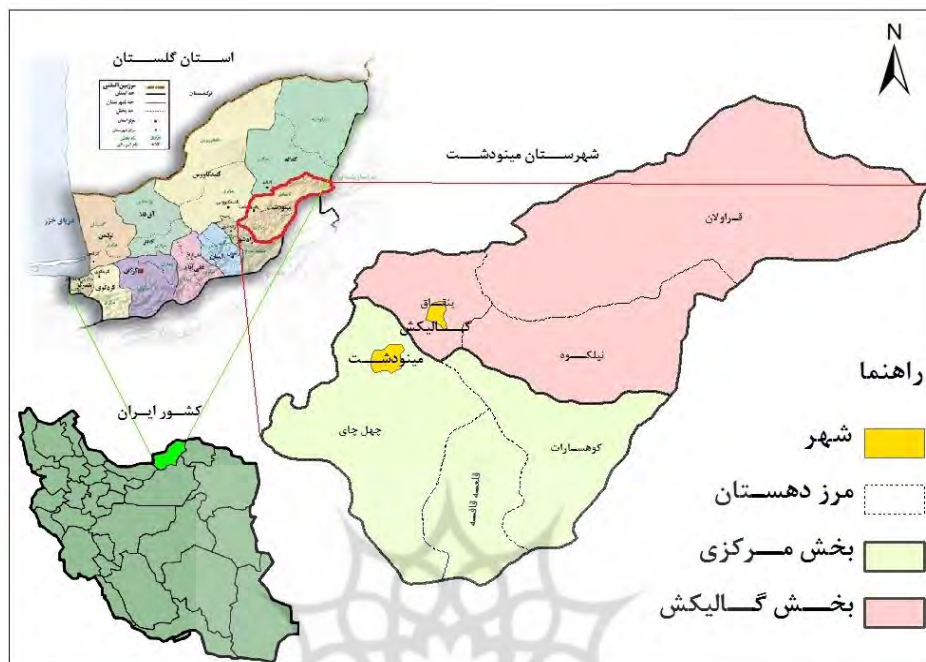
در گام بعدی با استفاده از ۱۳ معیار و ۴۸ شاخص، پرسش‌نامه‌ای در قالب طیف لیکرت^۱ طراحی شده است و براساس فرمول کوکران^۲، تعداد ۲۵۷ پرسش‌نامه در ۲۲ روستای مورد مطالعه تخصیص داده شده است و به روش تصادفی طبقه‌ای توزیع و تکمیل شده است که مبنای تشکیل ماتریس داده‌های خام بود.

۲.۲. منطقه مورد مطالعه

شهرستان مینودشت، بین ۵۵ درجه و ۱۳ دقیقه و ۳۰ ثانیه تا ۵۶ درجه و ۱ دقیقه طول شرقی و ۳۷ درجه و ۱ دقیقه تا ۳۷ درجه و ۲۹ دقیقه عرض شمالی در قسمت شرق استان گلستان واقع شده است و از شمال به شهرستان کلالة، از جنوب به شهرستان آزاد شهر و استان سمنان، از شرق به استان خراسان شمالی و از غرب به شهرستان گنبد محدود می‌شود. وسعت شهرستان مینودشت ۱۵۷۶/۵۷ کیلومتر مربع (۷/۷۱ درصد از مساحت استان گلستان) است. براساس تقسیمات اداری و کشوری و نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵، این شهرستان از دو بخش (مرکزی و گالیکش)، دو شهر (مینودشت و گالیکش)، شش دهستان و ۱۲۶ آبادی مسکونی و سه آبادی خالی از سکنه تشکیل شده و جمعیت آن برابر با ۱۲۸۷۳۹ نفر است که از این تعداد، ۴۶۴۶۷ نفر (۳۶/۱ درصد) شهری و ۸۲۲۷۲ نفر (۶۳/۹) روستایی است (شکل ۱).

1. likert

2. Cochran



شکل ۱- موقعیت شهرستان مینودشت^۱

مأخذ: نگارندگان، ۱۳۹۲

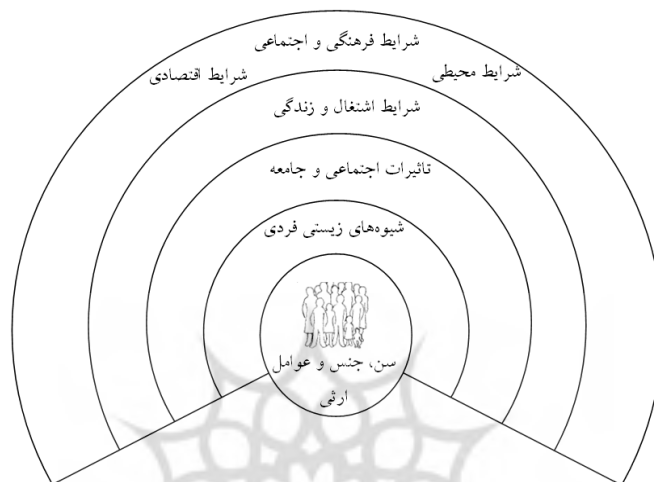
۳. مبانی نظری تحقیق

تعریف دقیق از یک اجتماع سالم غیرممکن است؛ زیرا ارایه یک تعریف، وابسته به درک کلیه جنبه‌های زندگی و معیشت افراد است که یک روستا را مکان مناسبی برای زندگی می‌کند و از آنجایی که چنین تعریفی نسبی است، مفهوم‌سازی سلامت روستایی را نیز تا حدودی غیرممکن می‌سازد (هوارد، ۲۰۰۲، ص. ۱). به هر حال یک روستا زمانی اجتماعی سالم به حساب می‌آید که نرخ بیماری‌های عفونی و واگیر در آن اندک، دسترسی اعضای اجتماع به خدمات سالم و بهداشتی بالا و برآورد نیازها برای آن‌ها سهل باشد. به همین جهت، می‌توان گفت که مفهوم روستای سالم

۱. از سال ۱۳۸۹ طبق مصوبه هیأت دولت، شهر گالیکش به شهرستان تبدیل شده است، اما به دلیل اینکه برخی از داده‌ها مربوط به سرشماری ۱۳۸۵ در شهرستان مینودشت بوده و متعلق به زمانی است که گالیکش جزء شهرستان مینودشت است، از تقسیمات سیاسی قبلی در استان برای مطالعه استفاده شده است.

2. Howard

با مفاهیمی نظیر آموزش، بهداشت، سلامتی، محیط سالم، ارتقاء سلامت و حفاظت از محیط در اجتماعات روستایی از طریق مشارکت و بسیج مردم محلی همراه بوده و فاکتورهای بسیاری در تعیین سلامت، فردی و اجتماعی روستاییان نقش دارند (شکل ۲).



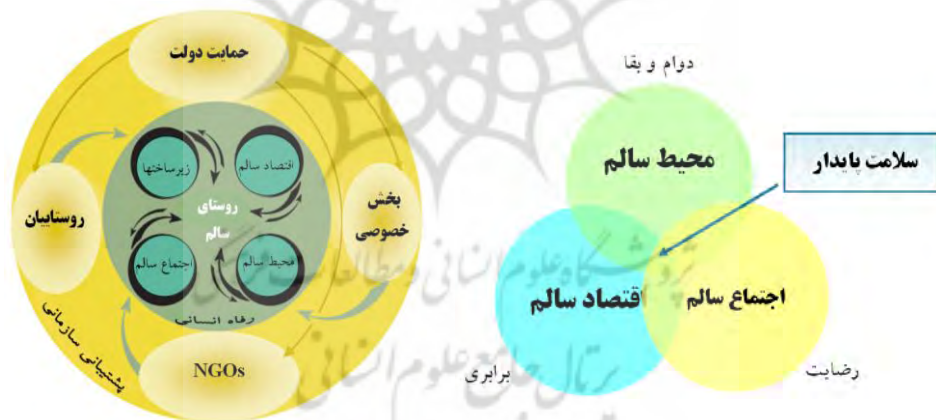
شکل ۲- فاکتورهای تعیین کننده سلامت روستاییان

مأخذ: وایتهد و داهلگرن، ۱۹۹۱، ص. ۱۰۶

در نتیجه مداخله در سلامت عمومی روستاییان برای کاهش خطر بیماری‌ها و ارتقاء احساس بهزیستی و رفاه در اجتماع روستایی، باید با در نظر گرفتن کل و یکپارچه فاکتورهای ابعاد اقتصادی، اجتماعی و محیطی طراحی شود (عبداللطیف^۱، ۱۹۹۹، ص. ۱۷۰). زیرا سلامتی خوب^۳ تنها فقدان بیماری نیست، بلکه بازتابی از رفاه و بهزیستی اجتماعی، روانی و ذهنی مردم یک اجتماع است؛ بنابراین دستیابی به اهداف سلامت برای روستاییان، شامل بهبود جوامع روستایی با هدف ساده‌ای مثل کاهش بیماری‌ها نمی‌شود (رضوانی، مهدوی، قدیری معصوم و شیخی، ۱۳۸۹، ص. ۱۲۳). بلکه شامل اهدافی نظیر کاهش تنش‌های اقتصادی، اجتماعی، محیطی و بیماری‌های روحی و روانی در سطوح قابل قبول آن است. از این رو می‌توان

1. Whitehead & Dahlgren
2. Abdullatif
3. good health

این‌گونه بیان کرد که توسعه پایدار و سلامت اجتماعات انسانی، دارای پیوندهای ناگسستنی هستند (شکل ۳). در این راستا، همکاری و تعامل نیروهای مداخله‌کننده بیرونی و درونی در شناسایی مسایل و مشکلات سلامت روستاییان، یافتن راه‌حل، اولویت‌بندی و تأمین آن‌ها، نقش اساسی دارد؛ زیرا مهم‌ترین عنصر در ارتقاء سلامت اجتماع روستایی، تضمین دسترسی به خدمات و زیرساخت‌ها از طریق مشارکت است (هوارد، ۲۰۰۲، ص. ۱). بنابراین برای بهبود سلامت روستاییان، هماهنگی اقدامات مداخله‌ای ارگان‌های خدماتی نظیر دولت با نیازهای روستاییان ضروری است و در اقداماتی که برای ارتقاء سلامت یک اجتماع روستایی در نظر گرفته می‌شود، لازم است بنا به شرایط موجود، اولویت‌های سلامت روستاییان را با مشارکت آن‌ها تعیین کرد. خلق فضاهای سالم روستایی، نیازمند فعالیت بخش‌های مختلف یک اجتماع روستایی و درگیری فعالانه ساکنین آن اجتماع است. حکومت محلی نقش کلیدی در هدایت و رهبری، تجهیز و تسریع تغییرات در فرآیند سالم‌سازی روستا دارد. این تغییرات باید به طورگسترده و در حوزه‌های سلامت یکپارچه اقتصادی، محیطی و اجتماعی صورت پذیرد (شیخی، ۱۳۸۸، ص. ۴۸)(شکل ۴).



شکل ۴- پیوند اجزاء سازمانی و ابعاد رفاه انسانی

در تأمین روستای سالم

مأخذ: نگارندگان: ۱۳۹۲

شکل ۳- ارتباط بین توسعه پایدار

و سلامت

مأخذ: سازمان بهداشت و توسعه اروپا، ۱۹۹۷، ص. ۲۱

رهیافت ایجاد روستای سالم به عنوان یک رویکرد کل نگر توسعه ای جهت بالابردن کیفیت زندگی و سلامت اجتماعات روستایی، اهداف ویژه زیر را شامل می شود:

- بسیج اجتماعات و ساکنین برای همکاری و مشارکت فراگیر و فعال.
- تهییج و تقویت فرآیند تصمیم گیری در سطوح محلی و توانمندسازی.
- ارتقای آگاهی اجتماعات محلی در مورد سلامتی، بهداشت و سایر موضوعها.
- تقویت و بسیج خدمات بهداشتی و اولویت های محیط سالم.
- تسهیل همکاری بین بخش بهداشت و سایر بخش ها در سطوح محلی.
- اولویت بخشی بالا به بهبود محیطی و خدمات اساسی.
- تشویق و ترغیب بسیج منابع برای توسعه پیوسته اقتصادی و اجتماعی.

در این راستا، اهداف خرد روستای سالم را می توان به صورت زیر بیان کرد: دسترسی به آب آشامیدنی سالم، مؤلفه های محیطی پایدار، ارتقاء برابری جنسی و توانمندسازی زنان، تحصیلات اولیه دانشگاهی و کاهش فقر شدید و گرسنگی و همچنین اهدافی که مستقیماً به سوی پایداری بهبود وضعیت سلامت روستاییان مرتبط است. اما باید در نظر داشت که دست یابی به این اهداف، نیازمند همکاری های بین بخشی قوی و مشارکت خدمات رسانی چندوجهی است که از طریق رهیافت روستای سالم قابل دستیابی است (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۰۷، ص. ۱۷). زیرا رهیافت روستای سالم سعی در به کارگیری یک نگاه جامع و فراگیر مدیریتی به سلامت از طریق برقراری ارتباطات در میان رهبران اجتماعات محلی و ساکنان روستا دارد (کانکانن^۲، ۲۰۰۹، ص. ۳). و به عنوان یک رهیافت عملیات محور جهت تضمین حقوق انسانی اساسی هر فرد روستایی است که دستیابی به آن، می تواند تفاوت و دگرگونی های حقیقی برای زندگی افراد روستایی به دنبال داشته باشد (کانکانن، ۲۰۰۹، ص. ۸). و در مجموع شکل دهنده اجتماع سالم روستایی بوده که دارای ویژگی های زیر است (اسپارک، ۲۰۰۶، ص. ۲۲).

- محیط فیزیکی سالم و امن ← مسکن سالم.
- تأمین نیازهای اساسی غذایی همه افراد ← امنیت غذایی.
- ارتقای هماهنگی و همکاری‌های اجتماعی و درگیری فعلاً نه افراد ← پیوند و ارتباط‌های سالم.
- وجود درک و آگاهی ← فکر و ذهن سالم.
- مشارکت اجتماعات روستایی در یافتن راهکارهایی برای مشکلات محلی روستا ← مشارکت.
- دسترسی مناسب به خدمات سالم ← خدمات سالم.
- ارزش‌گذاری و محافظت از میراث فرهنگی و تاریخی ← فرهنگ غنی.
- دسترسی به اقتصاد متنوع و خلاق و رضایت شغلی ← اقتصاد سالم.
- دسترسی به منابع محیطی پایدار برای روستاییان ← محیط سالم.

۳. ۱. عوامل مؤثر بر سلامت روستاییان

شواهد و قراین زیادی وجود دارد که در هر زمان شاخص‌ها و ابعاد بسیاری از سلامت، صرفاً خارج از محدوده و قلمرو بخش بهداشت قرار می‌گیرند و بنابراین دستیابی به اهداف سلامتی برای روستاییان در تعریف جامع آن، نیازمند در نظر گرفتن طیف کامل نیازهای انسانی و با توجه به فاکتورهای اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و محیطی است (شیخی، ۱۳۸۸، ص. ۱۳۷). از آنجایی که جوامع روستایی با چالش‌های بسیاری روبرو هستند، برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف رویکرد روستای سالم در راستای رفع این چالش‌ها با یک شیوه یکپارچه و توسعه چندبعدی تجهیزات (زیرساختی، اقتصادی، اجتماعی و ...) جهت خدمات‌رسانی و تقویت کیفیت زندگی و دستیابی به سلامتی برای همه، راهکار مناسبی است (شکل ۵).



شکل ۵- پیوستار چندساختی روستای سالم

مأخذ: نگارندگان، ۱۳۹۲

در این راستا، سلامت محیط، شامل محیط فیزیکی به عنوان مکان فعالیت و زندگی روستاییان است (کیو، اشلی، استینکوهلر، هاشیم، پتر و ریچارد، ۲۰۰۶، ص. ۱۸). یک محیط پاکیزه نقش پیش‌گیرانه در شیوع بیماری‌ها و کاهش بحران‌ها در مناطق روستایی ایفا می‌کند؛ برای مثال ذخایر کافی و مطمئن آب، تجهیزات بهداشتی، شبکه بهداشتی فاضلاب و دفع زباله و پسماندهای جامد، روستاییان را از ابتلا به بیماری‌های واگیردار دور می‌سازد؛ زیرا محیط آلوده روستا در رفاه و بهزیستی عاطفی و روانی افراد روستا تأثیرات سوء دارد (هوارد، ۲۰۰۲، ص. ۸). شاخص‌های محیطی برای روستا، نظیر بهسازی در محیط روستا، انهدام زباله‌ها و فضولات دامی، بهبود منابع آب و تهدید شبکه فاضلاب، فاکتورهای مهمی برای کنترل بیماری و ارتقاء سلامتی روستاییان است (نیک نیاز و علیزاده، ۲۰۰۷، ص. ۱۸۸).

محیط اجتماعی و مسکن نیز به همین اندازه در سلامت اجتماعات نقش دارند. مسکن نامرغوب با سیستم تهویه، نور و تجهیزات ضعیف نیز مشکلاتی در سلامت جسمی و روانی

1. Kiyu, Ashley, Steinkuehler, Hashim, Peter & Richard
2. Nikniaz and Alizadeh

افراد ایجاد می‌کند؛ بنابراین کیفیت خوب مساکن روستایی یکی از عناصر کلیدی برای تضمین سلامت روستاها است. کیفیت پایین مساکن، منجر به مسایل بهداشتی، شیوع بیماری و فشار و استرس می‌شود؛ بنابراین هر فرد جهت دستیابی به بهداشت و سلامت فردی- روانی و همچنین رضایت از زندگی، باید به مسکن باکیفیت و مناسب دسترسی داشته باشد. مساکن کوچک، شرایط تنگ و کم‌فضا، جمعیت زیاد، بهداشت پایین و عدم تفکیک فضاهای مسکن برای کاربری‌های مختلف، سبب فراهم کردن محیط مناسب برای رشد حشرات و انتقال سریع بیماری می‌شود. این‌گونه فضاها باعث آلودگی منابع آب و غذای مصرفی می‌شود. نورگیری ناکافی و آلودگی هوای درون مساکن به لحاظ بی‌دررو بودن هوا و تعداد اندک پنجره و غیره سبب بیماری‌های تنفسی و ضعف بینایی می‌شود. استرس و فشارهای روانی در کودکان و افرادی که در منازل پرجمعیت و کم‌کیفیت زندگی می‌کنند بسیار زیاد است؛ در نتیجه فاکتورهایی نظیر گستردگی فضا، تهویه مناسب، تعداد پنجره و هواگیرها، نورگیری و روشنایی مسکن، بهداشت مسکن از فاکتورهای مهم در سلامت روستاها و افراد آنها است (لی، آنیا و براو، ۲۰۰۶، ص. ۵۵). ارتباطات اجتماعی نیز تأثیرات زیادی در سلامت اجتماع روستایی دارد. در حاشیه قرارگرفتن و انزوای فردی، به دلایلی نظیر جنسیت، درآمد، نژاد یا اعتقادات مذهبی، زمینه ابتلا به بیماری‌های روحی و روانی، افسردگی و تشویش را در افراد روستایی گسترش می‌دهد؛ بنابراین آگاهی روستاییان درباره بهداشت و سلامت در دستیابی به یک روستای سالم از ضروریات است. اگر افراد یک روستا اطلاع دقیقی از علل بیماری و راه‌های مقابله با آن نداشته باشند، قادر به تصمیم‌گیری برای سرمایه‌گذاری منابع و زمان برای رفع و بهبود آن نخواهند بود. این آگاهی و اطلاع‌رسانی باید در تمام زمینه‌های مرتبط با ارتقای سلامت توسعه یابد؛ زیرا این فاکتورها به هم وابسته و بر هم تأثیرگذار هستند. رهبران اجتماعات محلی روستا و دولت محلی نقش زیادی در گسترش این آگاهی در میان مردم جوامع روستایی دارند (هوارد، ۲۰۰۲، ص. ۹). فاکتورهای بهداشت فردی نظیر شست و شوی دست‌ها، حمام، سرویس‌های پاکیزه و بهداشتی، دفع زباله از فضای مسکونی و غیره در رفاه و

همانطور که پیشتر نیز بیان شد، دیدگاه روستای سالم، دربرگیرنده کلیه ابعاد زندگی انسان روستایی و مکان زیست او است که پیوند ناگسستنی با نظریه توسعه پایدار روستایی دارد؛ بنابراین در انجام مطالعات، توجه به کلیه ابعاد روستایی سالم ضروری است (جدول ۱).

جدول ۱- ابعاد، معیارها و شاخص‌های روستای سالم

مأخذ: نگارندگان، ۱۳۹۲

بعد	معیار	شاخص	بعد	معیار	شاخص
بعد فردی و اجتماعی	بهداشت	برخورداری از امکانات بهداشتی	اقتصاد سالم	فرصت‌های شغلی	رضایت شغلی
		تنوع رژیم غذایی			تنوع فرصت‌های شغلی
		وجود پزشک روستا			بهداشت شغلی
		ابتلا به بیماری‌های واگیر			امنیت شغلی
		مراقبت از سالمندان			برخورداری از امکان بازنشستگی
	سطح بهداشت و سلامت روستایی	دسترسی به زیرساخت‌های رفاهی		رفاه مادی	احساس محرومیت
	تفریحات سالم و اوقات فراغت	رضایت از درآمد			
	آسیب‌پذیری بالا در برابر مخاطرات	هزینه پایین زندگی			
	جرم و جنایت	درآمد و ثروت خانواده			
	امید به آینده	پس‌انداز خانوارهای روستایی			
روابط اجتماعی	برخورداری از بیمه روستایی	احساس خوشبختی	کیفیت محیط	تنوع زیستی	شرایط آب و هوای مناسب
	یک‌پارچگی قومی در روستاها	آلودگی منابع آب و خاک روستاها			
	تعاون و همکاری	استفاده از کود و آفت‌کش‌های زیباله و ضایعات			
	پیوستگی اجتماعی	تنوع گونه‌های گیاهی			
	روابط خانوادگی	تنوع گونه‌های جانوری			
مشارکت	مشارکت فردی	مشارکت اجتماعی	مسکن	مسکن مقاوم روستایی - دوام مسکن	مسکن سالم
	مشارکت اجتماعی	دسترسی به زیرساخت‌های آموزشی			
آموزش	آموزش تنظیم خانواده	آموزش تنظیم خانواده	آسیب‌پذیری	رضایت از مسکن	در برابر مخاطرات
	سطح آگاهی اجتماعی	در برابر حوادث			
دسترسی بهداشتی	رضایت از میزان دسترسی به خدمات	رضایت از کیفیت دسترسی به خدمات	ارتباطات	دسترسی به زیرساخت‌های ارتباطی	سطح به‌کارگیری تکنولوژی‌های
	ارتباطات				

ارتباطی

۴. یافته‌های تحقیق

براساس گویه‌های مورد نظر برای هر شاخص، ابتدا وزن هر یک از شاخص‌ها محاسبه و سپس ماتریس داده‌های خام، نشان‌دهنده هر کدام از معیارها در نقاط روستایی منطقه مورد مطالعه است. وزن شاخص‌های پیشنهادی توسط هفده نفر از کارشناسان مرتبط تعیین و به هر شاخص تخصیص داده شده است. گویه‌های مرتبط با هر شاخص از طریق طیف لیکرت اندازه‌گیری و میانگین هر شاخص براساس تعداد خانوارهای نمونه هر روستا مبنایی برای ارزیابی سطح سلامت روستاهای مورد مطالعه در سطح معیارها قرار گرفته است. براساس معیارهای مورد نظر، ماتریس میانگین در نقاط روستایی منطقه مورد مطالعه تشکیل شد (جدول ۲).

جدول ۲- ماتریس داده‌های خام شاخص‌های روستای سالم در روستاهای مورد مطالعه

مأخذ: نگارندگان، ۱۳۹۲

ماتریس اولیه	بهباشت	اجتماعی	اهمیت فردی و اجتماعی	روابط اجتماعی	مشارکت	آموزش	دسترسی	ارتباطات	فرصت‌های شغلی	رفاه مادی	کیفیت محیطی	تنوع زیستی	مسکن	آسیب پذیری
۲۷	۲۷	۴۳	۶۲	۲۸	۳۷	۲۶	۵۵	۲۷	۲۹	۱۱۰	۹۸	۶۱	۵۸	
۲۵	۲۵	۳۶	۵۵	۲۷	۲۹	۳۷	۵۸	۲۲	۱۹	۶۲	۲۸	۳۷	۷۲	
۲۲	۲۲	۳۷	۵۸	۲۲	۱۹	۲۹	۷۰	۳۵	۳۷	۵۵	۳۷	۲۹	۶۳	
۳۷	۳۷	۲۹	۷۰	۳۵	۲۷	۱۹	۶۳	۴۱	۲۵	۵۸	۲۲	۱۹	۵۴	
۲۹	۲۹	۱۹	۶۳	۴۱	۲۵	۲۷	۵۴	۳۶	۲۲	۷۰	۳۵	۳۷	۱۱۲	
۶۸	۶۸	۲۷	۵۴	۳۶	۲۲	۲۲	۲۵	۱۱۸	۷۲	۵۶	۶۳	۴۱	۹۵	
۹۴	۹۴	۲۵	۱۱۸	۷۲	۲۲	۵۶	۲۹	۴۵	۳۷	۵۸	۴۲	۴۱	۱۱۸	
۲۷	۲۷	۲۹	۴۵	۳۷	۲۲	۱۹	۲۸	۴۲	۵۷	۴۳	۳۶	۲۲	۶۴	

۱۰۲	۵۷	۶۴	۵۷	۲۹	۵۷	۶۴	۶۸	۵۷	۴۲	۲۸	۱۹	۲۲	فرق اق قمیش
۸۱	۵۴	۷۱	۱۱۰	۱۰۲	۵۴	۷۱	۹۴	۶۲	۴۳	۲۴	۲۷	۳۵	اجن قره خوجه
۱۰۵	۶۲	۷۲	۱۲۱	۸۱	۶۲	۷۲	۱۰۷	۵۵	۲۶	۳۵	۲۵	۴۱	دارلاد
۹۷	۱۲۱	۱۰۴	۱۱۲	۳۷	۶۴	۷۴	۵۶	۵۸	۳۷	۲۸	۲۲	۳۶	قوشه چشمه
۷۱	۱۰۳	۱۰۹	۹۵	۲۵	۱۲۱	۷۱	۱۰۳	۵۴	۷۱	۱۰۳	۲۹	۷۲	اق قمیش
۶۴	۶۸	۹۷	۱۱۸	۲۵	۲۶	۷۲	۵۸	۱۱۸	۶۴	۶۸	۱۹	۸۹	تنگ راه
۷۱	۹۴	۵۷	۶۴	۲۲	۳۷	۱۱۷	۷۲	۶۴	۷۱	۹۴	۲۷	۴۵	قانیق شهرک
۷۲	۱۰۷	۱۱۰	۱۰۲	۵۷	۶۳	۵۲	۱۱۷	۶۹	۷۲	۱۰۷	۵۴	۲۸	پاسنگ بالا
۷۱	۱۰۳	۱۲۱	۸۱	۵۴	۵۴	۷۳	۱۰۷	۱۰۷	۷۱	۱۰۳	۱۱۸	۲۴	صادق اباد
۶۴	۶۸	۷۰	۱۰۵	۶۲	۱۱۲	۹۸	۱۱۰	۵۸	۶۴	۶۸	۲۶	۳۵	تراجیق
۳۱	۲۹	۶۳	۹۷	۱۲۱	۹۵	۹۷	۱۲۱	۳۷	۳۱	۲۹	۳۷	۲۸	کریگ کهنر
۱۰۰	۱۰۲	۵۴	۷۱	۱۰۳	۱۲۱	۷۱	۱۰۳	۵۸	۳۷	۴۵	۲۹	۲۷	لوه
۹۶	۸۱	۱۱۸	۶۴	۶۸	۲۶	۷۲	۵۸	۶۱	۱۱۶	۶۳	۱۹	۲۲	ترجنلی
۱۰۷	۱۰۵	۶۴	۷۱	۹۴	۳۷	۱۱۷	۷۲	۶۸	۵	۵۴	۲۷	۳۵	پاسنگ پایین

براساس داده‌های خام حاصل از پرسش‌نامه، اقدام به طیف‌بندی مقادیر هر معیار به تفکیک مراکز روستایی شده و بعد از تشکیل ماتریس داده‌های خام، استانداردسازی آن‌ها انجام شده است. آنگاه وزن هر یک از شاخص‌ها از طریق کارشناسان از طریق مدل تحلیل سلسه مراتبی (AHP) محاسبه و ماتریس وزنی داده‌ها تشکیل شد (جدول ۳).

جدول ۳- وزن هر یک از معیارها

مأخذ: نگارندگان، ۱۳۹۲

ارتباطات	دسترسی	آموزش	مشارکت	روابط اجتماعی	امنیّت فردی و اجتماعی	بهداشت	شاخص
۰,۰۳۲	۰/۱۰۳	۰/۰۸	۰/۱۵۴	۰/۰۲۷	۰/۱۳۳	۰/۰۵	وزن
-	آسیب- پذیری	مسکن	تنوع زیستی	کیفیت محیطی	رفاه مادی	فرصت‌های شغلی	شاخص
-	۰/۰۶۲	۰/۰۷۴	۰/۰۳۹	۰/۰۱۴	۰/۰۴۵	۰/۰۶۱	وزن

سپس به تعیین مقادیر ماتریس هماهنگ و ناهماهنگ پرداخته شد. آن‌گاه می‌توان از ضرب این دو ماتریس، ماتریس نهایی را به دست آورد و براساس نتایج به دست آمده به اولویت‌بندی روستاهای مورد مطالعه به لحاظ سلامت روستایی اقدام کرد (جدول ۴).

جدول ۴- ماتریس نهایی گزینه‌ها و اولویت‌بندی روستاهای منطقه مورد مطالعه به لحاظ سلامت

مأخذ: نگارندگان، ۱۳۹۲

رتبه روستاها	روستاها	رتبه روستاها	روستاها
۱۴	قوشه چشمه	۱۳	بش اوپلی
۳	اق قمیش	۱۸	سرخن اباد
۵	تنگ راه	۲۱	گوگل بزرگ
۱۱	قانیچق شهرک	۱۹	قنات حاجی تاجی
۱	پاسنگ بالا	۲۲	منجلو
۲	صادق اباد	۱۷	اجن شیرملی
۶	تراجیق	۷	چقریش قارداش
۹	کرنک کفتر	۱۵	گیلان تپه
۱۲	لوه	۱۶	قرق اق قمیش
۴	ترجنلی	۸	اجن قره خوجه
۲۰	پاسنگ پایین	۱۰	داراباد

همانطور که مشاهده می‌شود، براساس شاخص‌های روستای سالم در ابعاد سه‌گانه، روستاهای پاسنگ‌بالا و صادق‌آباد از بالاترین میزان سلامت و روستاهای گوگل بزرگ و منجلو از پایین‌ترین میزان سلامت برخوردار هستند. دلیل برخوردار بودن روستاهای پاسنگ‌بالا و صادق‌آباد از بالاترین میزان سلامت را می‌توان این عوامل دانست: حضور در منطقه مناسب به لحاظ شرایط آب و هوایی که در پایه کوه‌ها و در مناطق آبرفتی ناشی از مخروط‌افکنه‌ها بوده و به لحاظ جمعیتی نیز در حد متوسط نسبت به روستاهای دیگر در دهستان قرار دارد و به لحاظ اجتماعی نیز هنوز در این روستاها هم-بستگی‌های اجتماعی، هم‌گرایی، اعتماد اجتماعی و مشارکت از سطح بالایی برخوردار بوده و به

لحاظ اقتصادی دارای تنوع اقتصادی زیاد، زمین‌های کشاورزی حاصل خیز با کمترین میزان آسیب پذیری محیطی هستند. این در صورتی است که روستاهای گوگل بزرگ و منجلو میزان سلامت پایین تری دارند که به جهت فاصله نزدیک به مرکز شهر که منجر به ارتباطات بالای روستا و شهر و ورود الگوهای زندگی شهری از طریق جوانان به روستا شده است که این عامل منجر به نارضایتی افراد میانسال و بزرگسال شده است. از لحاظ معیشتی نیز قرارگیری روستاها در حاشیه رودخانه‌های سیل‌گیر سبب شده است که در بیشتر زمان‌ها بارندگی خسارات متعددی به روستاییان و مزارع آنها وارد کند.

۵. نتیجه‌گیری و پیشنهادها

در سال‌های اخیر تفکر برنامه‌ریزی سلامت و بهداشت در سطح سکونت‌گاه‌های روستایی از توجه ویژه‌ای برخوردار شده است. در برنامه‌ریزی روستای سالم، تبیین وضع موجود و اینکه مناطق روستایی ما در حال حاضر در چه وضعیتی قرار دارند، نقطه آغازین محسوب می‌شود. بر این مبنای برنامه‌ریزی سلامت روستایی در واقع نوعی برنامه آینده‌نگر است و به بررسی جوامع روستایی و مسایل آنان در زمینه بهداشت فردی و اجتماعی می‌پردازد. مناطق روستایی در حال حاضر با مشکلات زیادی به لحاظ بهداشت مواجه هستند و در عین حال با انتخاب‌های متفاوتی نیز برای آینده خود روبرو هستند؛ بنابراین تصمیمات متعددی توسعه‌ای بهداشتی و سلامتی برای مناطق روستایی وجود دارد که لازم است در مورد آنها اقدامات لازم به عمل آید. تصمیمات توسعه‌ای بهداشتی باید براساس منابع انسانی و فیزیکی در دسترس جامعه، شرایط درونی و بیرونی منطقه و نیازهای ساکنان مناطق روستایی باشد. در این راستا، فرآیند توجه به روستای سالم، به جوامع روستایی کمک می‌کند تا تصمیم‌گیری‌های مشکل را از طریق اتخاذ راه‌ها و روش‌های منظم، انعطاف‌پذیر انجام داده و به یک اجتماع سالم دست یابند. در هر صورت، این برنامه می‌تواند ضمن تحلیل‌های اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی در مورد پتانسیل و محدودیت‌های رشد و توسعه مناطق روستایی اظهار نظر کند و از طریق ظرفیت‌سازی برای شناسایی اهداف و راهبردها، زمینه اجرای مناسب برنامه روستای سالم را فراهم آورد. از نکات کلیدی در برنامه‌ریزی موفق روستای سالم مبتنی بر رویکرد پایداری، مشارکت

وسیع مردم در برنامه‌های بهداشتی است. اولین گام در این راه تبیین وضع موجود و تحلیل وضعیت سلامت سکونت‌گاه‌های روستایی و مردمی است که باید در فرآیند برنامه‌ریزی روستای سالم مشارکت داشته باشند؛ زیرا دستیابی به توسعه پایدار اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی مناطق روستایی، نیازمند شناخت و درک درست از منابع و فرصت‌های بهداشتی موجود برای بهره‌برداری از آن‌ها است. بررسی وضع موجود سطح سلامت سکونت‌گاه‌های روستایی، می‌تواند این فهم و درک را از طریق شناسایی نقاط قوت و ضعف مناطق و همچنین فرصت‌ها و تهدیدهای بیرونی فراروی توسعه مناطق روستایی به دست دهد. در این راستا، تبیین سطح سلامت سکونت‌گاه‌های روستایی به عنوان مهم‌ترین مؤلفه توسعه پایدار، از نقش و جایگاه ویژه‌ای در برنامه‌ریزی راهبردی برخوردار است.

تبیین مفاهیم مرتبط با روستای سالم در سطح سکونت‌گاه‌های روستایی، متناسب با تعاریف موجود بر محوریت حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی انسان‌ها و هماهنگی با طبیعت تعریف شده است. بر این مبنا، بسترسازی جهت ظهور خلاقیت‌ها و بسیج آحاد جامعه روستایی در جهت تأمین اهداف بهداشتی و سلامت روستایی به منظور اطمینان از زندگی بهتر برای همه روستائیان به‌ویژه فقرای روستایی مورد توجه است. در این رویکرد دو عنصر حیاتی توسعه اجتماعی؛ یعنی مشارکت و توانمندسازی روستائیان به منظور حصول به سطح رفاه و سلامت بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرند. روستای سالم که با مضامینی چون سرمایه اجتماعی و انسانی همراه می‌شود، سلامت، بهداشت، سطح مهارت‌ها، دانایی توأم با منافع متقابل و حفظ ارزش‌ها را با تأکید بر سه عنصر تعادل، عدالت و آزادی بهداشتی و سلامتی همگام می‌سازد.

به این ترتیب، تأکید بر ابعاد روستای سالم نقش و جایگاه آنان را در فرآیند برنامه‌ریزی توسعه روستایی بیش از گذشته مورد توجه قرار می‌دهد. نتایج حاصل از مطالعات میدانی در سطح سکونت‌گاه‌های روستایی دهستان قراولان از بخش گالیکش شهرستان مینودشت در استان گلستان به عنوان نمونه مطالعاتی، نشان داد که روش الکنتره به عنوان روشی ارزشمند و کارآمد از تکنیک‌های تصمیم‌گیری‌های چند شاخصه مبتنی بر شاخص‌های روستای سالم توانسته به خوبی شرایط روستای سالم در منطقه مطالعاتی را تبیین و اولویت‌بندی کند. به طوری که یافته‌های حاصل از مطالعات میدانی و

نیز مشاهدات عینی به خوبی با واقعیت‌های موجود سکونت‌گاه‌های روستایی به لحاظ برخورداری از امکانات بهداشتی و محیط سالم منطبق بوده است؛ به این ترتیب می‌توان از شاخص‌ها و گویه‌های طراحی شده به عنوان الگویی برای سایر مناطق روستایی کشور در جهت سنجش سطح سلامت روستاییان با رویکرد شاخص‌های کمی و کیفی استفاده کرد.

کتاب‌نامه

۱. احمدی، ع. م. (۱۳۸۴). *توسعه صنعتی و نابرابری‌های مناطق استان لرستان*. انتشارات سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان لرستان.
۲. اصغرپور، م. ج. (۱۳۸۵). *تصمیم‌گیری‌های چند معیاره*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۳. پورطاهری، م. (۱۳۸۹). *کاربرد روش‌های تصمیم‌گیری‌های چند شاخصه در جغرافیا*. تهران: انتشارات سمت.
۴. رضوانی، م. م.؛ مهدوی، م.؛ قدیری معصوم، م.؛ شیخی، د. (۱۳۸۹). *سنجش و تحلیل سطح سلامت در نواحی روستایی بر اساس رویکرد روستای سالم (مطالعه موردی: شهرستان خنداب استان مرکزی)*. *مجله روستا و توسعه*، ۹ (۴)، ۱۲۵ - ۱۳۳.
۵. شیخی، د. (۱۳۸۸). *تبیین روستای سالم و ابعاد سلامت در نواحی روستایی (مطالعه موردی: بخش قره-چای، شهرستان خنداب، استان مرکزی)*. رساله دکتری منتشرشده جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه تهران، ایران.
6. Abdullatif, A. A. (1999). Basic development needs approach in the Eastern Mediterranean region. *Mediterranean Health Journal*, 5, 168-176.
7. Annett, H., & Rifkin, S. B. (1995). *Guidelines for rapid participatory appraisals to assess community health needs: A focus on health improvements for low-income urban and rural areas*. Geneva.: World Health Organization.
8. Bogh, C., Goldstein, G., Morgan, J., Pruss, A., Shaw, R., & Teuton, J. (2002). *Healthy villages: A guide for communities and community health workers*. Geneva: World Health Organization..
9. Concannon, H. (2009, October). *Friends of Londiani healthy village programme*. Paper presented at Sustainable Healthcare Practice within the Global Community Conference, University of Limerick, Ireland.

10. European Sustainable Development and Health (ESDH). (1997). *Sustainable development and health: Concepts, principles and framework for action for European cities and towns*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe..
11. Howard, G. (2002). *Healthy villages: A guide for communities and community health workers*. Geneva: World Health Organization..
12. Kiyu, A., Ashley A., Steinkuehler, J., Hashim, J., Peter F. S. L., & Richard T. (2006). *Evaluation of the healthy village program in Kapit district*. Sarawak, Malaysia: Oxford University Press.
13. Lawrence, R. (1996). Urban environment, health and the economy: Cues for conceptual clarification and more effective policy implementation. In C. Price, & A. Tsouros (Eds.), *Our cities, our future: Policies and action plans for health and sustainable development* (pp. 38-64). Copenhagen: WHO Healthy Cities Project Office.
14. Lee, P. F. S., Anyie, J., & Braoh, K. (2000). *Healthy village: Kapit division Sarawak*. Report to Sarawak Health Department (unpublished), Kapit.
15. Lee, P. F. S., Hashim, J., Kiyu, A., Anyie, J., Braoh, K., & Begiling, K. T. (2002). *Healthy villages in Kapit division Sarawak: Towards a healthy, beautiful longhouse environment*. Report to the Sarawak Health Department (unpublished), Kuching.
16. Nikniaz, A., & Alizadeh, M. (2007). Participation in environmental health: Eastern Azerbaïdjan healthy villages project. *La Revue de Santé de la Méditerranée Orientale*, 13(1), 186- 192 .
17. Pennel, C. L., Carpenter, S. L., & Quiram, B. J. (2008). Rural health roundtables: A strategy for collaborative engagement in and between rural communities. *Rural and Remote Health*, 8, 10- 54.
18. Quiram, B., Meit, M., Carpenter, K., Pennel, C., Castillo, G., & Duchicela D. (2008). Rural public health infrastructure: A literature review. In L. Gamm & L. Hutchison (Eds.), *Rural healthy people 2010: A companion document to healthy people 2010* (pp. 34-56). College Station, TX: The Texas A&M University System Health Science Center.
19. Ricketts, T. C. (1999). *Rural health in the United States*. New York: Oxford University Press.
20. Spork, H. (2006). *Building healthy communities*. Australia: Griffith University and the Department of the Environment.

21. The World Bank. (1993). *Investing in health*. New York: Oxford University Press.
22. University of Pittsburgh, Center for Rural Health Practice. (2004). *Bridging the health divide: The rural public health research agenda*. Retrieved from <http://www.upb.pitt.edu/>
23. US Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy people 2010*. Washington, DC.: US Government Printing Office.
24. Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health? *The Lancet*, 338,1059-1063.
25. WHO. (1999). *Healthy cities. Department of health promotion, NCD prevention and surveillance (HPS)*. Retrieved from <http://www.who.int/hpr/archive/cities/index.html>
26. WHO. (2001a). *Promoting healthy settings: Healthy cities promoting the health of urbanites. Regional office for South-East Asia: Department of social change and non-communicable diseases*. Retrieved from <http://www.whosea.org/hpromo/msettings.htm>
27. WHO. (2001b). *Western Pacific region, Pacific islands, healthy islands. The Sydney Agreement on tobacco control*. Retrieved from
28. http://www.wpro.who.int/pdf/tfi/PACIFIC_ISLANDS_revised.doc