

مجله پژوهش و برنامه‌ریزی روستایی، سال ۴، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۴، شماره پیاپی ۱۱

شاپای الکترونیکی: ۲۳۸۳-۲۴۹۵

شاپای چاپی: ۲۳۲۲-۲۴۱۵

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

تحلیل وضعیت سلامت اجتماعی در سکونتگاه‌های روستایی براساس مدل کییز،

میرینگوف و کیفیت زندگی

(مطالعه موردی: شهرستان زنجان)

ام السلمه بابایی فینی*^۱ - شادعلی توحیدلو^۲ - مجید حضرتی^۳

۱- استادیار جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲- دانشجوی دکتری توسعه کشاورزی، دانشگاه بوعلی سینای همدان، همدان، ایران.

۳- کارشناس ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۹/۲۱ صص ۱۴۰-۱۲۷ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۰۱/۳۱

چکیده

هدف: از مهم‌ترین اهداف توسعه روستایی، حفظ سلامتی به عنوان اساس ادامه حیات جامعه و ایجاد یک زندگی سالم است. سلامت و توسعه دارای رابطه تنگاتنگی با یکدیگر می‌باشند و بهبود وضعیت سلامت، بویژه سلامت اجتماعی، از طریق اصلاح شرایط زندگی مادی و معنوی امکان‌پذیر است. هدف این مقاله، ارزیابی وضعیت سلامت اجتماعی در سکونتگاه‌های روستایی شهرستان زنجان و شناسایی بسترهای توسعه و ارتقاء آن است.

روش تحقیق: با توجه به موضوع و اهداف تحقیق، روش پژوهش توصیفی-تحلیلی است. در این زمینه، برای گردآوری اطلاعات، از روش مطالعات میدانی و کتابخانه‌ای بهره گرفته شده است. جامعه آماری تحقیق شامل ۲۵۸ نقطه روستایی است که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، ۱۲ روستا به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل عاملی و آزمون کلموگروف-اسمیرنوف، با کمک نرم افزار SPSS و Lisrel استفاده شده است. شاخص‌های تحقیق نیز از سه مدل کییز، میرینگوف و کیفیت زندگی استخراج شده است.

یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان می‌دهد که مقدار سطح معنی‌داری در آزمون نیکوئی برازش برای مدل کییز ۰,۱۳۳، کیفیت زندگی ۰,۱۱۴ و میرینگوف ۰,۰۴۵ است. از این رو، مدل کییز و کیفیت زندگی از توزیع نرمال برخوردارند، اما مدل میرینگوف توزیع غیرنرمال دارد. همچنین، بالاترین مقدار ویژه در مدل کییز ۶,۴۶۵، کیفیت زندگی ۵,۸۳۸ و میرینگوف ۵,۰۷۹ است. بدین ترتیب، مدل کییز سهم بیشتری در تبیین تغییرپذیری سلامت اجتماعی دارد.

راهکارهای علمی: برای تقویت سلامت اجتماعی در روستاها، توسعه زیرساخت‌های اقتصادی، تقویت مشارکت و احساس مسئولیت بین روستائیان و افزایش برنامه‌ها و فعالیت‌های فرهنگی از طریق رسانه‌های جمعی ملی و محلی ضروری است.

اصالت و ارزش: امروزه پرداختن به مقوله سلامت و رفاه اجتماعی در نقاط روستایی، یکی از موضوعات مهم است که کمتر در زمینه برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری به آن پرداخته شده است. از این رو، مقالاتی با این موضوع می‌توانند روزنه امید در این زمینه باشند.

کلید واژه‌ها: سلامت اجتماعی، توسعه روستایی، شهرستان زنجان.

۱. مقدمه

۱.۱. طرح مسئله

یکی از مهم‌ترین اهداف توسعه روستایی، حفظ سلامتی به عنوان اساس ادامه حیات جامعه و دسترسی، تهیه و توزیع آن در سطح جامعه و ایجاد یک زندگی سالم است (پاپلی یزدی و ابراهیمی، ۱۳۸۵، ص. ۵۳). این رویکرد، به دنبال ایجاد یک دگرگونی اساسی در ساختمان‌های نهادی، اجتماعی، اداری و همچنین ایستارها و وجه نظرهای عمومی مردم است (از کیا، ۱۳۷۴، ص. ۱۸) و بر بهبود زندگی اقتصادی و اجتماعی ساکنین روستا تأکید دارد (مطیعی لنگرودی، ۱۳۸۲، ص. ۶۰). از این‌رو، توسعه روستایی تنها شامل بعد اقتصادی و کشاورزی نبوده و سایر ابعاد زندگی از جمله اجتماعی، فرهنگی و محیطی را نیز شامل می‌شود. یکی از ابعاد توسعه روستایی، بعد سلامت است. اصولاً، «سلامت موضوعی مطرح در بسیاری از فرهنگ‌ها است» (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴، ص. ۲۴۴) و تنها شامل سلامت جسمی نبوده و از نظر کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، سلامتی شامل وضعیتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است (نایدس و وایلز، ۲۰۰۰: ص. ۶). در زمینه اهمیت سلامت اجتماعی باید گفت که سلامت و توسعه رابطه تنگاتنگی با هم دارند (شیخی، رضوانی و مهدوی، ۱۳۹۱، ص. ۱۱۰). طبق اصل یکم منشور سازمان ملل متحد، باید بخش‌های مختلف توسعه به نحوی عمل کنند که حاصل و جهت همه‌فراآیندهای توسعه به سوی تأمین یک زندگی توأم با سلامت، مولد و هماهنگ با طبیعت برای انسان باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۳۸۰، ص. ۲). این در حالی است که برخوردار بودن جوامع بویژه نواحی روستایی از مقوله سلامت بویژه سلامت اجتماعی، مستلزم داشتن محیطی سالم و بسترهای مناسب اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و محیط زیستی است (افراخته و افکار، ۱۳۹۱، ص. ۲۶). بهبود وضعیت سلامت از طریق اصلاح شرایط زندگی، محیط مادی و عوامل اقتصادی و اجتماعی امکان پذیر است (شیخی، رضوانی، مهدوی، ۱۳۹۱، ص. ۱۱۱) و این مهم با مشارکت مردم و سازمان‌های غیردولتی تحقق خواهد یافت (موسسه توسعه روستایی ایران، ۱۳۸۱، ص. ۴).

در کشور ایران، در زمینه ارتقاء کیفیت زندگی و بهبود سلامت بویژه سلامت اجتماعی، طرح‌ها و پژوهش‌های متعددی انجام شده است؛ بطوری که در سال ۱۳۶۲، پژوهشی تحت عنوان «طرح اصلاحی-روانبخشی روستاها جهت بازسازی و احیای مناطق روستایی» اجرا گردید (احمدی، ۱۳۷۵، ص. ۳). علاوه بر آن، در

سال ۱۳۷۴ اولین کنفرانس روستای سالم با همکاری سازمان بهداشت جهانی در اصفهان شد و دومین کنفرانس نیز در سال ۱۳۷۷ در تبریز برگزار شد و به دنبال آن، «شورای هماهنگی پروژه شهرهای سالم-روستاها سالم کشور» تشکیل شد. لازم به ذکر است که اصل ۳ و ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، بر محوری بودن سلامت کامل و جامعه انسان تأکید کرده است. با این اوصاف، شواهد نشان می‌دهد که اغلب سکونتگاه‌های روستایی کشور با مشکل سلامت روبرو هستند (افراخته و افکار، ۱۳۹۱، ص. ۲۶).

از این‌رو، پرداختن به مسئله سلامت، بویژه در بعد سلامت اجتماعی، یکی از ضروریات برنامه‌ریزی و توسعه روستایی در کشور به شمار می‌رود، تا از طریق آسیب‌شناسی سکونتگاه‌های روستایی در این بخش، راهکارهای لازم جهت ارتقاء سطح سلامت اجتماعی روستاها و به دنبال آن، توسعه اقتصادی، علمی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی در این سکونتگاه‌ها فراهم شود. بدین ترتیب، هدف مقاله حاضر، بررسی و ارزیابی وضعیت سلامت اجتماعی سکونتگاه‌های روستایی در شهرستان زنجان می‌باشد. بر این اساس، سوالات اساسی تحقیق حاضر عبارتند از: ۱. وضعیت سلامت اجتماعی در سکونتگاه‌های روستایی شهرستان زنجان در چه سطحی قرار دارد؟ ۲. مهم‌ترین آسیب‌های سلامت و رفاه اجتماعی ناشی از چیست؟ برای پی بردن به این موارد، سلامت اجتماعی را از زوایای گوناگون بررسی کردیم. در این زمینه، برای علمی‌تر کردن پژوهش و قرار گرفتن در یک چارچوب علمی و پژوهشی، از مدل‌های شناخته شده پژوهشی و آکادمیک از قبیل مدل کییز، میرینگوف و کیفیت زندگی استفاده گردید.

۲.۱. پیشینه تحقیق

بعد از دهه ۱۹۹۰ و فراگیر شدن مطالعات سلامت اجتماعی، پژوهش‌های گوناگونی در این زمینه در رشته‌های مختلف انجام شده است. در سال ۱۹۸۹ اصطلاح «روستای سالم^۲» توسط سازمان بهداشت جهانی در طی یک همایش بین‌المللی در کشور مصر ارائه شد (خوش کاسمن^۳، ۱۹۹۵: ص. ۱۰۶). این اصطلاح بیشتر جنبه‌های روانی و جسمانی سلامت را در بر می‌گرفت. اما در سال ۲۰۰۲، سازمان مذکور کتابی در زمینه «روستای سالم» منتشر نمود. این کتاب که بیشتر جنبه آموزشی داشت، شاخص‌های اصلی بهداشت و سلامتی از جنبه‌های گوناگون برای سکونتگاه‌های روستایی را تشریح می‌کرد (هاورد^۴، ۲۰۰۲). همچنین دماری و وثوق مقدم (۱۳۹۲) در پژوهشی، به بررسی نقش بسته‌های خدمات سلامت اجتماعی در مداخلات نظام

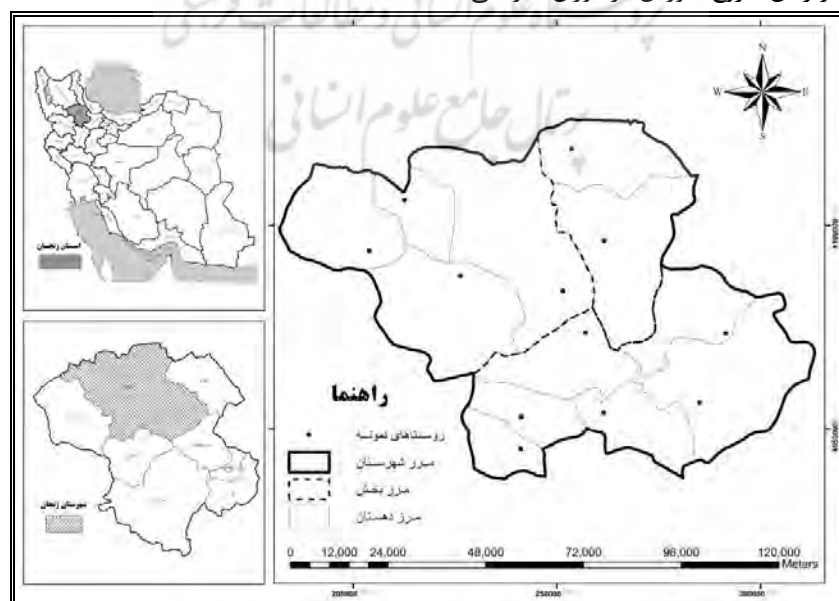
مورد توجه قرار گیرد. علاوه بر این، افراخته و افکار (۱۳۹۱) در پژوهشی به بررسی عوامل موثر بر سطح سلامت روستاها در دهستان شفت استان گیلان پرداختند. نتایج تحقیقات آن‌ها نیز نشان می‌دهد که وضعیت سلامت در روستاها پایین است. به نظر ایشان، وضعیت اقتصادی، نحوه کارکرد نهادهای مدنی و عمومی، سرمایه اجتماعی و فرهنگ مردم، به گونه‌ای است که مردم برای رسیدن به منافع شخصی، حاضرند سلامت جامعه روستایی را به خطر اندازند.

۲. روش‌شناسی تحقیق

۱.۲. قلمرو جغرافیایی تحقیق

شهرستان زنجان با داشتن ۳ نقطه شهری و ۲۵۸ سکونتگاه روستایی، از توابع استان زنجان می‌باشد و در نیمه شمالی آن قرار دارد (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰). این شهرستان دارای اقلیم سرد و معتدل می‌باشد. میانگین بارش سالانه شهرستان، ۳۲۲ میلی‌متر و عمدتاً در فصل زمستان است (سازمان هواشناسی کشور، ۱۳۸۸). نمای ژئومورفولوژیکی شهرستان، بصورت دشتی با دره‌ باز و وسیع است که به دشت زنجان معروف بوده و حاصل زهکشی رود زنجان چای از سرشاخه‌های رود قزل اوزن است. بخش‌های کوهستانی شهرستان، در مناطق شمالی و جنوبی آن واقع است. طبق آخرین سرشماری، جمعیت شهرستان ۴۸۶۴۹۵ نفر است. که از این تعداد، ۳۲۲۸۹۹ (۷۰٫۸٪) در نقاط شهری و ۹۳۵۹۶ (۱۹٫۳٪) در نقاط روستایی زندگی می‌کنند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰).

شهری پرداختند. آن‌ها معتقد بودند که مهم‌ترین رویکرد برای ارتقاء سلامت اجتماعی شهروندان، رویکرد همکاری بین بخش‌ها و رویکرد دستورالعمل‌های موجود است. ایشان برای ارتقاء سلامت اجتماعی، تشکیل شورای سلامت اجتماعی شهر زیر نظر شهرداری و با مشارکت دستگاه‌های دولتی و غیر دولتی را پیشنهاد می‌کنند. فریزر (۲۰۰۵) در پژوهشی، به بررسی آثار تحولات ساختاری ناشی از تغییر مکان روستایی در سلامت روان ساکنین در کشور استرالیا پرداخته است. نتایج تحقیقات وی نشان می‌دهد که عواملی چون فقر، مهاجرت اجباری و مشارکت پایین روستائیان در امور روستایی موجب به خطر افتادن سلامت روان روستائیان می‌شود. پهلوان‌زاده و جاراللهی (۱۳۹۰) در پژوهشی به بررسی نقش عوامل اجتماعی در وضعیت سلامت روان سالمندان در سکونتگاه‌های روستایی در شهرستان مشکین شهر اردبیل پرداخته‌اند. ایشان به این نتیجه رسیدند که سلامت روان افراد با میزان حمایت خانوادگی، پایگاه اجتماعی-اقتصادی، وضعیت تأهل و میزان فعالیت‌های روزمره ارتباط دارد. در این میان، نقش وضعیت تأهل از همه بیشتر است. هاپرت و همکاران^۵ (۲۰۰۶) در مقاله‌ای با عنوان «سلامت اجتماعی و شخصی» به بررسی و زمینه‌یابی وضعیت سلامت و رفاه اجتماعی در اروپا پرداخته‌اند. آن‌ها معتقد بودند که سلامت اجتماعی نه تنها شامل چگونگی احساس مردم نسبت به افراد و پدیده‌های پیرامون می‌باشد، بلکه عملکرد آن‌ها را نیز شامل می‌شود و برای بهبود وضعیت سلامت اجتماعی باید نحوه نگرش مردم نسبت به عوامل و پدیده‌ها از زمان شروع آموزش در دوران کودکی



شکل ۱- موقعیت جغرافیایی شهرستان زنجان در کشور

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۳

۲.۲. روش تحقیق

در تحقیق حاضر، سکونتگاه‌های روستایی از نظر رویکرد رفتاری مورد بررسی قرار گرفته‌اند. از این‌رو، از نظر هدف، از نوع توسعه‌ای و از لحاظ روش، توصیفی-تحلیلی است. به منظور گردآوری داده‌ها، از روش مطالعات کتابخانه‌ای و میدانی بهره گرفته شده است. مطالعات کتابخانه‌ای در زمینه جمع‌آوری آمار، اسناد و نظریه‌ها انجام شده است. مطالعات میدانی نیز بصورت پیمایشی به منظور مشاهده وضع موجود، جمع‌آوری اطلاعات روستاها، توزیع پرسشنامه و مصاحبه با جامعه آماری بوده است.

شاخص‌های تحقیق براساس مدل‌ها و نظریه‌های شاخص سلامت اجتماعی کیبیز^۶ (۱۹۹۸)، شاخص سلامت اجتماعی میرینگوف^۷ (۱۹۹۶) و شاخص کیفیت زندگی شوکنر^۸ (۱۹۹۸) تنظیم شده است. برای هر کدام از سه مدل فوق، پرسشنامه مجزایی طراحی گردید. پرسشنامه شماره ۱ بر اساس پرسشنامه کیبیز با ۳۳ گویه طراحی شده است. پرسشنامه شماره ۲، بر اساس شاخص‌های مدل میرینگوف توسط نگارنده شامل ۱۶ گویه طراحی گردید و در نهایت، پرسشنامه شماره ۳ نیز، بر اساس شاخص‌های مدل شوکنر توسط نگارنده با ۱۲ گویه تنظیم شد و از هر سه پرسشنامه برای تمام نمونه‌های آماری استفاده شد.

جامعه آماری تحقیق، شامل سکونتگاه‌های روستایی شهرستان زنجان است. با توجه به این که شهرستان زنجان شامل ۳ بخش و ۱۲ دهستان و ۲۵۸ نقطه روستایی است، با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ساده و با کمک تقسیمات سیاسی استان، از هر دهستان بصورت تصادفی ۱ روستا به عنوان نمونه انتخاب شد. بدین ترتیب، ۱۲ نقطه روستایی به عنوان نمونه آماری انتخاب گردید. در مرحله بعد، با توجه به این که واحد نمونه‌گیری بر اساس خانوار است و تعداد خانوار روستاهای نمونه، ۴۲۱۳ خانوار است، با استفاده از جدول مورگان، ۳۵۲ خانوار به عنوان نمونه آماری جهت توزیع پرسشنامه انتخاب گردید. در این میان، سهم هر نقطه روستایی از تعداد نمونه‌ها مطابق فرمول ذیل، به نسبت کل خانوار هر روستا انتخاب شد:

(۱)

$$\frac{\text{تعداد نمونه روستا} = x \times 352 = \text{خانوار روستای نمونه}}{\text{خانوار کل روستاها}}$$

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل عاملی و آزمون نیکوئی برآزش بر مبنای آماره کلموگروف-اسمیرنوف^۹ استفاده شده است. در مرحله اصلی تحقیق، ابتدا با کمک آزمون نیکوئی برآزش کلموگروف-اسمیرنوف، میزان انطباق و نرمال بودن

فراوانی مورد انتظار (Fe) و فراوانی‌های مشاهده شده (F0) مورد سنجش قرار گرفته است. در این تحلیل، فرض صفر (H0) بر این است که نمونه انتخاب شده، دارای توزیع نرمال است (مارسگلاي، تسانگ و وانگ^{۱۰}، ۲۰۰۳: ص. ۲). سپس آزمون تحلیل عاملی اکتشافی، به منظور شناسایی متغیرهای اساسی یا عامل‌ها، جهت تعیین الگوی مناسب متغیرها مورد استفاده قرار گرفت. لازم به ذکر است که در این روش، با ایجاد ماتریس همبستگی، متغیرها بصورت خوشه‌های همبسته دسته‌بندی می‌گردند. بدین ترتیب، عامل‌هایی با ضریب تأثیر پایین، شناسایی و حذف می‌شوند و عوامل اصلی شناسایی خواهند شد. گفتنی است که محاسبات آماری با کمک نرم افزار SPSS و Lisrel انجام گرفته است. برای سنجش روایی پرسشنامه‌ها، پس از تنظیم پرسشنامه چند استاد و کارشناس در زمینه علوم اجتماعی، روانشناسی و جغرافیای انسانی، روایی آن تأیید و پرسشنامه نهایی تنظیم گردید. پایایی هر سه پرسشنامه نیز بر اساس فرمول آلفای کرونباخ، ۰.۹۵۳ برآورد شد. با توجه به مقدار پایایی بدست آمده، میزان سطح اطمینان تحلیل-های آماری برای سطح معناداری، ۰.۹۵ تنظیم گردید.

۳.۳. متغیرها و شاخص‌های تحقیق

طبق یافته‌های حاصل از مبانی نظری، شاخص‌های تحقیق در سه گروه، بر اساس مدل‌های کیبیز، میرینگوف و کیفیت زندگی قرار می‌گیرند. از این‌رو، شاخص‌های این تحقیق شامل جدول ۱ می‌باشد.

جدول ۱- شاخص‌های سلامت اجتماعی تحقیق

مأخذ: کیبیز، ۱۹۹۸؛ میرینگوف، ۱۹۹۹؛ شوکنر، ۱۹۹۸

مدل‌ها	شاخص‌ها
مدل کیبیز	یکپارچگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، پیوستگی اجتماعی
مدل میرینگوف	قتل، فقر در دوران سالمندی، بیکاری، خودکشی نوجوانان، مرگ‌ومیر نوزادان، مرگ‌ومیر جاده‌ای، هزینه‌های درمانی غیر بیمه‌ای، میانگین درآمد هفتگی، مصرف مواد مخدر، سوء استفاده از کودکان، پوشش مواد غذایی، پوشش بیمه درمانی، ترک تحصیل در دبیرستان، فقر کودکان، دسترسی به مسکن، فاصله میان فقر و غنا
مدل کیفیت زندگی	اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی، زیست-محیطی

۳. مبانی نظری تحقیق

«سلامت» موضوعی مطرح در بسیاری از فرهنگ‌ها است. درواقع، هر جامعه به عنوان بخشی از فرهنگ خود، برای «سلامت»، مفهوم خاصی در نظر می‌گیرد (سجادی و

از نظر گلداسمیت^{۱۸}، سلامت اجتماعی، ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران است، که یکی از شاخص‌های سلامت هر جامعه بوده و منجر به کارایی فرد در جامعه می‌شود (لارسون^{۱۹}، ۱۹۹۳: ص. ۲۸۵). به اعتقاد برخی از اندیشمندان، سلامت اجتماعی عبارت است از توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران در ابعاد مختلف یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و چسبندگی اجتماعی (ریموند و مارتن^{۲۰}، ۲۰۱۴: ص. ۱۵). از نظر کییز، سلامت اجتماعی عبارت است از ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با دیگران (کییز، ۱۹۹۸: ص. ۱۲۷). لارسون نیز سلامت اجتماعی را ارزیابی فرد از کیفیت روابط با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی می‌داند که شامل پاسخ‌های درونی فرد نسبت به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است (لارسون، ۱۹۹۳: ص. ۲۸۵). در واقع، سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهد که تا چه اندازه یک شخص در زندگی اجتماعی خود یک همسایه، همکار و شهروند خوب است (کییز و شاپیرو^{۲۱}، ۲۰۰۴: ص. ۵).

تعیین‌کننده‌های وضعیت سلامت اجتماعی افراد از یک سو مشمول رفتارهای اجتماعی فردی است که اثرات شناخته شده و مثبتی بر سلامت جسمی و روانی وی داشته و موجبات ارتقای سازگاری اجتماعی و تعامل فرد با محیط پیرامون و در نهایت، ایفای نقش مؤثر در تعالی و رفاه جامعه می‌شود و از سوی دیگر، محیط مشوق ظرفیت‌ساز برای ایفای نقش افراد جامعه را در بر می‌گیرد (دماری و وشوق مقدم، ۱۳۸۹، ص. ۲۹۹). این در حالی است که عواملی مانند خشونت، اعتیاد، فرار مالیاتی، مهاجرت، انواع جرم و بزهکاری، روسپیگری، قاچاق، شرارت و ... از انواع آسیب‌های اجتماعی هستند که به دلیل ضعف و نارسایی در سلامت اجتماعی، در جامعه رخ می‌دهند (مرکز تحقیقات استراتژیک مجمع تشخیص مصلحت نظام، ۱۳۸۶). علاوه بر این، عوامل متعدد دیگری نیز بر سلامت اجتماعی تاثیر می‌گذارند. این عوامل بسته به شرایط جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و محیطی مناطق، متفاوت هستند. از جمله این عوامل عبارتند از: وضعیت اقتصادی-اجتماعی، سن، وضعیت تأهل، خدمات اجتماعی)

صدرالسادات، ۱۳۸۴، ص. ۲۴۴). از نظر سازمان بهداشت جهانی، سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، و تنها به بیمار یا معلول بودن اطلاق نمی‌شود (سازمان بهداشت جهانی^{۱۱}، ۱۹۹۴: ص. ۱۴۲). سلامت دارای ابعاد مختلف جسمانی، روانی، هیجانی، معنوی و اجتماعی است که این مفاهیم ضمن برخورداری از وجوه مشترک، دارای جنبه‌های متفاوت نیز می‌باشد و از عوامل گوناگونی تأثیر می‌پذیرد (ویسینگ و فووری^{۱۲}، ۲۰۰۰: ص. ۲۴۱). یکی از مهم‌ترین ابعاد سلامت، سلامت اجتماعی^{۱۳} است (باباپور، طوسی و حکمتی، ۱۳۸۸، ص. ۱۱). این بعد از سلامت، در کنار سلامت جسمانی و سلامت روانی یکی از سه ارکان تشکیل‌دهنده سلامت عمومی جامعه می‌باشد (فدایی مهربانی، ۱۳۸۶، ص. ۷۱). سلامت اجتماعی برای اولین بار توسط بلوک و برسلو^{۱۴} در سال ۱۹۷۲ مطرح گردید (بلوک و برسلو، ۱۹۷۲: ص. ۲۰۶). بعدها، در سال ۱۹۸۰، ولینسکی و زوسمن^{۱۵}، موضوع سلامت اجتماعی را وارد حیطه رفتاری و عملکردی نمودند. آنان معتقد بودند که سلامت اجتماعی علاوه بر بعد جسمانی، بعد روانی (میزان نشاط و شادکامی) را نیز شامل می‌شود (ولینسکی و زوسمن، ۱۹۸۰: ص. ۱۲۶). در سال ۱۹۸۷، برای اولین بار «انجمن نوآوری در سیاست اجتماعی» در دانشگاه فوردهام، سلامت اجتماعی را به عنوان یک شاخص در سیاست اجتماعی مطرح نمود (میرینگوف، میرینگوف و اپدیک^{۱۶}، ۱۹۹۹: ص. ۱۰۹). سپس، از سال ۱۹۹۵ به بعد، سلامت اجتماعی به عنوان یک حوزه مطالعاتی به ویژه در ابعاد سلامت روانی و سلامت اجتماعی در جوامع توسعه یافته فراگیر شد.



شکل ۲- عناصر اصلی سلامت و نقش آن در زندگی مردم

مأخذ: لاپادی^{۱۷}، ۲۰۱۰: ص. ۳

راس، ناینلینگ و هکرت^{۲۲}، ۱۹۹۹: ص. ۳۱۴)، میزان تحصیلات (کارر^{۲۳}، ۲۰۰۴: ص. ۲۷-۳۱) و عوامل مذهبی (ساواتزکی، راتنر و چیو^{۲۴}، ۲۰۰۵: ص. ۲۵۹)، عوامل ارثی، جنسیت، فقر، شبکه‌های اجتماعی (کرابی، لیندا، لاورنس و هیلاری^{۲۵}، ۱۹۹۵: ص. ۱۳).

در زمینه سلامت اجتماعی در جامعه، دو رویکرد وجود دارد (بلانکو و دیاز^{۲۶}، ۲۰۰۷: ص. ۶۳).

۱. رویکرد بیماری محور: در این رویکرد، بر حضور یا عدم حضور بیماری در مقوله‌های مختلف روانی و جسمانی تأکید می‌شود. «در این رویکرد نقش عوامل تعیین‌کننده زیست محیطی، اجتماعی و روانشناختی نادیده گرفته می‌شود. همچنین این رویکرد، در حل بسیاری از مسائل اساسی مانند اعتیاد، بیماری‌های روانی و ... دچار نارسایی می‌باشد» (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴، ص. ۲۴۷) و سلامت اجتماعی مبنی بر عدم حضور عوامل ضد اجتماعی مانند از خود بیگانگی و بی-هنجاری در فرد تعریف می‌شود (شربتیان، ۱۳۹۱، ص. ۱۵۷)؛ چرا که اعتقاد بر این است که جامعه بیمار، تولیدکننده افراد بیمار است و وفور افراد بیمار در جامعه، خود به بیمار شدن جامعه منتهی می‌شود (یزدان پناه، ۱۳۸۳، ص. ۹۳).

۲. رویکرد سلامتی محور: در این رویکرد، سلامتی به عنوان درجه بالای بهزیستی تعریف می‌شود. «در این رویکرد، به جای پرداختن به ناهنجاری‌ها و اختلالات، به استعدادها و توانمندی‌های انسان توجه می‌شود و هدف نهایی آن شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی است که بهزیستی و شادکامی انسان را در پی دارد» (جوکار، ۱۳۸۶، ص. ۴). براساس این رویکرد، میان سلامت اجتماعی و رفتارهای اجتماع‌پسند، مسئولیت‌پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی رابطه مثبتی وجود دارد (سام آرام، ۱۳۸۸، ص. ۱۲).

علاوه بر رویکردهای فوق، نظریات و مدل‌های گوناگونی نیز در زمینه سلامت اجتماعی ارائه گردیده است و اکثر آن‌ها به عنوان یک مدل ملی و منطقه‌ای، بطور دائم در اکثر کشورهای دنیا مانند کانادا و استرالیا برای بررسی وضعیت سلامت اجتماعی مردم مورد استفاده قرار می‌گیرد که از آن جمله می‌توان به مدل کیبیز، مارک میرینگوف و مدل مالکوم شوکنر اشاره نمود.

کوری کیبیز در زمینه سلامت اجتماعی مدل پنج عاملی را ارائه می‌کند. از نظر وی، مطالعه مربوط به سلامت با استفاده از مدل‌های زیستی، بیشتر بر وجه خصوصی از سلامت تأکید

دارند، ولی افراد در درون ساختارهای اجتماعی و ارتباطات قرار می‌گیرند و کیفیت زندگی و عملکرد خوب در زندگی، بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی نیز تعیین‌کننده هستند (کیبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ص. ۷). از اینرو، از نظر وی، «سلامتی نشان‌دهنده ادراکات و ارزیابی‌های فرد از زندگی خود براساس حالت‌های عاطفی و کنش‌وری روانشناختی و اجتماعی می‌باشد» (باباپور، طوسی، حکمتی، ۱۳۸۸: ص. ۱۰). در نتیجه ایشان در سال ۱۹۹۸، با ارائه مقیاسی با شمول ابعاد اجتماعی فرد، فرض را بر این می‌گذارند که افراد، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی‌شان را با معیارهای اجتماعی‌شان ارزشیابی نمایند. به این ترتیب، سلامت اجتماعی دربرگیرنده اجزاء و مؤلفه‌هایی است که روی هم رفته روشن می‌سازد که آیا فرد از کیفیت زندگی مناسبی برخوردار هست یا خیر؟ و به چه میزانی؟ (کیبیز، ۲۰۰۶: ص. ۳۹۵). بر این اساس، وی پنج شاخص برای سنجش سلامت اجتماعی جامعه ارائه می‌دهد (کیبیز، ۱۹۹۸، ص. ۱۲۳-۱۲۴):

یکپارچگی اجتماعی: ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی؛

پذیرش اجتماعی: ارزیابی فرد از جامعه از طریق ویژگی‌ها و شخصیت افراد جامعه؛

مشارکت اجتماعی: ارزیابی فرد از ارزش‌های اجتماعی خود؛

شکوفایی اجتماعی: ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه؛

پیوستگی اجتماعی: درک نحوه بهره‌گیری از جهان اجتماعی، و تلاش برای فهم و پیشبینی آن.

تئوری مارک میرینگوف و همکاران وی در زمینه سلامت اجتماعی در بردارنده ۱۶ شاخص ترکیبی براساس رده‌های سنی مختلف است و تمام مراحل زندگی یک فرد را در برمی‌گیرد (جدول ۲). این مدل بازگوکننده چگونگی عملکردهای اجتماعی افراد در جامعه است و ویژگی‌های افراد در هر رده سنی را مشخص می‌کند. محاسبه آن به طور کامل گویای چشم‌انداز سلامت اجتماعی کل جامعه است (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴، ص. ۲۴۹). براساس نظریه وی، دولت باید برای ارتقاء سلامت اجتماعی، بر وضعیت کار، درآمد، بهداشت، ایمنی، آموزش و پرورش و گروه‌های کودکان، زنان، سالمندان و اقلیت‌ها نظارت داشته باشند (میرینگوف و همکاران،

۱۹۹۹: ص. ۱۱۴). این مدل از سال ۱۹۷۰ بطور سالانه در کشور ایالات متحده آمریکا مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین در کشور کانادا با اندک تغییراتی در شاخص‌ها برای سال‌های ۱۹۷۰-۱۹۹۵ کاربرد دارد.

جدول ۲- شاخص‌های سلامت اجتماعی به تفکیک دوره‌های سنی

مأخذ: میرینگوف و همکاران، ۱۹۹۹: ص. ۱۱۲

همه سنین	سالمنان	بزرگسالان	جوانان	کودکان
قتل	فقر در دوران سالمندی	بیکاری	خودکشی نوجوانان	مرگ و میر جاده‌ای
مرگ و میر جاده‌ای	هزینه‌های درمانی غیر بیمه‌ای	میانگین درآمد هفتگی	مصرف مواد مخدر	سوء استفاده از کودکان
پوشش مواد غذایی		پوشش بیمه درمانی	ترک تحصیل در دبیرستان	فقر کودکان
دسترسی به مسکن				
فاصله میان فقر و غنا				

نظارت دارد و از طریق یک مدل میان‌بخشی فراگیر در زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی و زیست محیطی ارزیابی می‌شود (شوکنر، ۱۹۹۸: صص. ۲-۴). و در این زمینه از ۱۲ شاخص ترکیبی استفاده نموده است (جدول ۳). این شاخص در ایالت اونتاریو و همچنین با اندک تغییراتی در ایالت شارلوت و کشور استرالیا مورد استفاده قرار می‌گیرد (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴، ص. ۲۵۳).

مدل مالکوم شوکنر بر اساس شاخص‌های کیفیت زندگی است، زیرا معتقد است در جامعه‌ای که مردم از نظر سطح کیفیت زندگی وضعیت قابل قبولی داشته باشند، شاخص سلامت اجتماعی نیز بالاتر است. از نظر وی، شاخص کیفیت زندگی حاصل تعامل بین شرایط اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی، اجتماعی و زیست محیطی است که بر رشد و تعالی انسان و جامعه تأثیر می‌گذارد. وی این شاخص را ابزاری برای سنجش میزان توسعه جامعه می‌داند که بر زندگی و شرایط کار مردم

جدول ۳- شاخص‌های کیفیت زندگی در برنامه سلامت اجتماعی

مأخذ: شوکنر، ۱۹۹۸: ص. ۷

زیست محیطی	بهداشتی	اقتصادی	اجتماعی
کیفیت هوا	مرگ ناشی از خودکشی	نرخ اشتغال	برخورداری از کمک‌های اجتماعی
نشت آلودگی به محیط زیست	تعداد سالمندان مراکز نگهداری	نرخ بیکاری	پذیرش کودکان برای مراقبت
دفع زباله‌ها	تولد نوزاد ناسالم	نرخ ورشکستگی	نداشتن مسکن

سلامت در نواحی روستایی در گرو داشتن محیطی سالم و بسترهای مناسب اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و محیط زیستی است که از اجزای اصلی برنامه‌ریزی روستایی هستند (افراخته و افکار، ۱۳۹۱، ص. ۲۶). از این‌رو، یکی از راهبردهای مورد توجه در زمینه سلامت در سکونتگاه‌های روستایی در کشورهای در حال توسعه مانند ایران، اجرای «برنامه‌ها و طرح‌هایی با رویکرد روستای سالم در سکونتگاه‌هایی که دارای قابلیت لازم برای گسترش بخش سلامت در راستای توسعه پایدار است» (شیخی، رضوانی و مهدوی، ۱۳۹۱، ص. ۱۱۱). براساس این رویکرد، روستای سالم روستایی است که در آن بطور مداوم با فراهم آمدن شرایط بهینه، امکان گسترش همکاری بین بخشی

در رویکرد سلامت اجتماعی، سکونتگاه‌های روستایی اهمیت ویژه‌ای دارند، زیرا در این سکونتگاه‌ها بویژه در نواحی در حال توسعه، زندگی توأم با فقر و اوضاع وخیم سلامتی و ضعف در زیرساخت‌های اجتماعی همراه است (فراسر^{۲۷}، ۲۰۰۵: ص. ۱۵۷). این در حالی است که طبق نظریه عدالت اجتماعی، عدالت اجتماعی لازمه دستیابی به سلامت و رفاه در جامعه است (پور اسلامی، ۱۳۸۲، ص. ۱۱) و موجب پیشگیری از ناتوانی و مرگ زودرس می‌شود (دوول و سانچز^{۲۸}، ۱۹۹۹: ص. ۸). از این‌رو، طبق نظریه اقتصاد سیاسی، دولت و ساختار اقتصادی، به عنوان نهاد مدیریتی و زیربنایی، نقش مهمی در زندگی مردم جامعه دارند (کرایب و دانکن^{۲۹}، ۲۰۰۲: ص. ۸).

- تشویق به استفاده از فناوری‌های مناسب به صورت وسیله‌ای در واکنش به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی، کاهش هزینه‌ها و اطمینان از پایایی و استمرار؛
- توسعه سازوکارهایی برای اطمینان از مشارکت زنان و جوانان در فرآیند توسعه.

۴. یافته‌های تحقیق

طبق یافته‌های ارائه شده در جدول ۴، وضعیت سلامت اجتماعی سکونتگاه‌های روستایی شهرستان زنجان، براساس رویکرد مدل کبیز، در حد متوسط قرار دارد. این شاخص با میانگین ۳,۳۲، نشان می‌دهد که سکونتگاه‌های روستایی شهرستان از سطح سلامت نسبی برخوردار هستند. همچنین طبق محاسبات کلموگرونیف-اسمیرنوف (K-S)، مقدار سطح معنی‌داری (P-Value) در شاخص‌های مشارکت، شکوفایی و چسبندگی اجتماعی کمتر از $P < 0,05$ است و فرض صفر در این شاخص‌ها رد می‌شود. از این‌رو می‌توان گفت، توزیع فراوانی‌های تجربی با فراوانی‌های نظری انطباق ندارد. از طرفی، با توجه به مقدار پایین K-S در این شاخص‌ها، می‌توان گفت که این شاخص‌ها در روستاهای مورد مطالعه بسیار ضعیف است.

جدول ۴- وضعیت سلامت اجتماعی نقاط روستایی براساس مدل سلامت اجتماعی کبیز

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۳

رتبه	سطح معنی‌داری	K-S	انحراف معیار	میانگین	شاخص
۱	۰,۰۸۹	۱,۶۲۱	۳۵,۸۳	۳,۸۷	K1. یکپارچگی اجتماعی
2	۰,۰۶۸	۱,۱۸۳	۳۱,۵۰	۳,۵۴	K2. پذیرش اجتماعی
3	۰,۰۴۲	۰,۷۶۲	۲۶,۶۶	۳,۳۱	K3. مشارکت اجتماعی
4	۰,۰۰۰	۰,۷۴۱	۲۴,۴۸	۳,۰۴	K4. شکوفایی اجتماعی
5	۰,۰۰۰	۰,۷۲۴	۱۹,۳۸	۲,۸۳	K5. چسبندگی اجتماعی
--	۰,۱۳۳	۱,۳۵۸	--	۳,۳۲	کل

تر از حد نرمال هستند. اما در شاخص‌های $M_2, M_5, M_6, M_7, M_{12}$ ، سطح معنی‌داری بیشتر از $P > 0,05$ است (جدول ۵) و فرض صفر تأیید می‌شود. از این‌رو می‌توان گفت که توزیع فراوانی مشاهده شده (F_0)، با توزیع فراوانی نظری (F_e) در این عامل‌ها نرمال بوده و شاخص‌های مذکور در این سکونتگاه‌ها موقعیت قابل قبولی دارند.

محیطی فراهم شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵: ص. ۳۶؛ به نقل از شیخی، رضوانی، مهدوی، ۱۳۹۱، ص. ۱۲۱). از این‌رو، در روستای با سلامت اجتماعی بالا، مشارکت و حفظ محیط زیست در اولویت قرار دارد. بطور کلی، اصطلاح روستای سالم برای اولین بار در بخش منطقه‌ای مدیریتانه شرقی سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۹ مطرح گردید (خوش کاسمن، ۱۹۹۵: ص. ۱۰۶). و بر حل معضلات اقتصادی، اجتماعی، زیست محیطی و بهداشتی مناطق روستایی تأکید دارد (صفا، ۱۳۸۳، ص. ۶۴). مهم‌ترین راهبردهایی که در رویکرد روستای سالم مورد توجه قرار گرفته است عبارتند از: (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵؛ به نقل از شیخی، رضوانی، مهدوی، ۱۳۹۱، ص. ۱۲۲)؛

- تقویت توان جوامع روستایی برای راه‌اندازی، برنامه‌ریزی، اجرا و نگهداری پروژه‌های توسعه؛
- استفاده از راهبرد «نیازهای اساسی توسعه» به مثابه ابزاری برای تحرک بخشیدن به مشارکت اجتماعی، سنجش نیازهای جامعه و آماده‌سازی مجموعه دستورالعمل‌ها؛

در مدل میرینگوف، شاخص‌ها به صورت مثبت و منفی هستند و نمی‌توان یک میانگین کلی برای آن در نظر گرفت. از این‌رو، پایین بودن میانگین شاخص‌های منفی، عاملی برای توسعه محسوب می‌شود. اما از نظر نیکوئی برازش، نتایج تحلیل نشان می‌دهد که در اغلب شاخص‌ها، سطح معنی‌داری کمتر از $P < 0,05$ است. از طرفی، مقدار K-S نیز برای این شاخص‌ها کمتر از ۱ است. این امر نشان می‌دهد عامل‌های مذکور پایین-

جدول ۵- وضعیت سلامت اجتماعی نقاط روستایی براساس مدل سلامت اجتماعی میرینگوف

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۳

رتبه	سطح معنی‌داری	K-S	انحراف معیار	میانگین	نرم	شاخص
۵	۰,۰۰۰	۰,۷۱۷	۲۷,۸	۲,۱	+	M1. هزینه‌های درمانی غیر بیمه‌ای
۳	۰,۰۶۵۱	۱,۶۴۲	۴۲,۴	۳,۲	+	M2. میانگین درآمد هفتگی مناسب
۲	۰,۰۴۵	۰,۹۳۱	۴۶,۴	۳,۵	+	M3. پوشش بیمه درمانی
۴	۰,۰۰۴	۰,۷۳۲	۴۱,۵	۳,۱	+	M4. پوشش مواد غذایی مناسب
۱	۰,۰۸۹	۱,۹۲۴	۵۵,۶	۴,۲	+	M5. دسترسی به مسکن
۸	۰,۰۶۸۱	۱,۷۸۰	۳۹,۱	۲,۹۵	-	M6. فاصله خانواده با فقیر و غنی
۲	۰,۱۲۵	۱,۴۱۲	۰,۲۶	۰,۰۲	-	M7. قتل
۳	۰,۰۰۰	۰,۴۰۱	۰,۷۹	۰,۰۶	-	M8. مرگ و میر جاده‌ای
۴	۰,۰۰۰	۰,۶۰۲	۱۹,۸	۱,۵	-	M9. مصرف مواد مخدر
۱۱	۰,۰۲۳	۰,۸۶۲	۶۳,۶	۴,۸	-	M10. ترک تحصیل
۷	۰,۰۰۰	۰,۷۷۲	۳۴,۴	۲,۶	-	M11. سوءاستفاده از کودکان
۹	۰,۰۳۵۲	۱,۸۲۱	۴۱,۱	۳,۱	-	M12. فقر کودکان
۶	۰,۰۰۰	۰,۸۷۱	۳۰,۵	۲,۳	-	M13. بیکاری
۵	۰,۰۰۰	۰,۶۴۱	۲۲,۹	۱,۷۳	-	M14. مرگ‌ومیر نوزادان
۱۰	۰,۰۰۰	۰,۸۶۰	۴۵,۲	۳,۴۱	-	M15. فقر در دوران سالمندی
۱	۰,۰۰۰	۰,۳۴۲	۰,۰۰	۰,۰۰	-	M16. خودکشی نوجوانان
--	۰,۰۴۵	۰,۶۹۶	--	--	--	کل

بررسی وضعیت مدل کیفیت زندگی در سکونتگاه‌های روستایی مورد مطالعه نشان می‌دهد که این مدل با میانگین ۲,۶ در وضعیت مطلوبی قرار ندارد. شاخص مدل کیفیت زندگی براساس میزان برخورداری از خدمات اجتماعی و اقتصادی، وضعیت سلامت اجتماعی را ارزیابی می‌کند. از این‌رو، پایین بودن این شاخص، به طور مستقیم اشاره به ضعف زیرساخت-

های اجتماعی و اقتصادی دارد. در این زمینه، آزمون نیکوئی برازش کلموگرونیف-اسمیرنوف (K-S) نشان می‌دهد که شاخص اقتصادی و بهداشتی با سطح معنی‌داری صفر ($P < 0,05$)، از توزیع نرمال برخوردار نبوده و مقدار K-S نیز در این شاخص-ها، گویای ضعف این بخش از زندگی روستایی است. اما شاخص زیست-محیطی و اجتماعی از وضعیت قابل قبولی برخوردارند.

جدول ۶- وضعیت سلامت اجتماعی روستایی طبق مدل کیفیت زندگی

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۳

رتبه	سطح معنی‌داری	K-S	انحراف معیار	میانگین	شاخص
۳	۰,۱۸۵	۰,۹۷۹	۱۸,۳۱	۳,۰۳	Z1. اجتماعی
۲	۰,۰۰۱	۰,۸۲۳	۴۱,۹	۲,۶۹	Z2. اقتصادی
۴	۰,۰۰۰	۰,۳۲۴	۱۰,۴	۱,۱۳	Z3. بهداشتی
۱	۰,۱۳۵	۱,۰۰۱	۴۷,۷۳	۳,۸۶	Z4. زیست محیطی
--	۰,۱۱۴	۱,۲۳۲	--	۲,۶	کل

در نهایت، برای مشخص نمودن نسبت سهم هر کدام از مدل‌ها و عامل‌ها در تبیین وضعیت سلامت اجتماعی سکونتگاه‌های روستایی از تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از روش چرخش استفاده شده است. طبق نتایج جدول ۷، مقدار ویژه نشان‌دهنده عوامل استخراجی به چرخش می‌باشد که در آن سهم و نسبت هر عامل در میزان تغییرپذیری متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) مشخص می‌شود. از این‌رو، مدل کبیز با ۶,۴۶۵ بیشترین

سهم را در تبیین وضعیت سلامت اجتماعی سکونتگاه‌های روستایی از تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از روش چرخش استفاده شده است. طبق نتایج

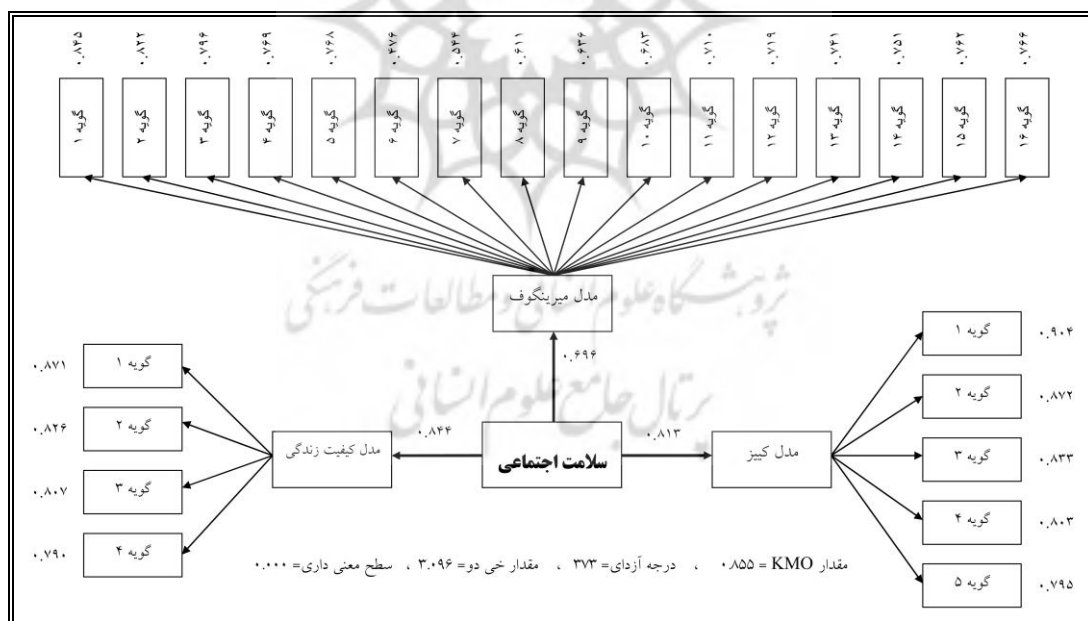
مدل کیفیت زندگی ($R^2=0,844$) است. این مقدار بیان‌کننده شدت ارتباط متغیر مستقل و وابسته است. مقدار بیشتر R_2 ، نشان‌دهنده سهم بیشتر عامل در تأثیرگذاری بر متغیر است. مدل‌های کیز و میرینگوف به ترتیب در رتبه‌های بعدی قرار دارند. در شکل ۳، مقدار R_2 به تفکیک عامل‌ها آورده شده است. با توجه به مقدار شاخص کفایت ($KMO=0,855$) و سطح معنی‌داری ($P=0,000$) $Value=$ در شکل مذکور، می‌توان گفت که تمامی عوامل بر روند سلامت اجتماعی جامعه آماری تأثیر دارند.

سهم را در تبیین وضعیت سلامت اجتماعی سکونتگاه‌های روستایی داشته است. پس از آن، مدل کیفیت زندگی با $5,853$ و مدل میرینگوف با $5,079$ در رتبه بعدی قرار دارند. نکته دیگر این که، براساس واریانس تجمعی جدول ۷، سهم هر سه مدل در تبیین تغییرپذیری متغیر وابسته ۶۲ درصد بوده است. این در حالی است که سهم هر کدام از مدل‌ها تقریباً ۲۰ درصد است و هر سه مدل وضعیت مشابهی در تبیین عامل سلامت اجتماعی داشته‌اند. علاوه بر این، مقدار اشتراک استخراجی یا توان دوم همبستگی چندگانه (R_2) در مدل‌های مذکور، بیشترین مقدار برای

جدول ۷- نسبت سهم مدل‌های سه‌گانه در تبیین وضعیت سلامت اجتماعی سکونتگاه‌های روستایی

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۳

شاخص‌ها	مقدار ویژه	واریانس (%)	واریانس تجمعی (%)	همبستگی چندگانه (R^2)
مدل کیز	۶,۴۶۵	۲۳,۰۸۸	۲۳,۰۸۸	۰,۸۱۳
مدل کیفیت زندگی	۵,۸۲۸	۲۰,۸۴۹	۴۳,۹۳۷	۰,۸۴۴
مدل میرینگوف	۵,۰۷۹	۱۸,۱۴۰	۶۲,۰۷۷	۰,۶۹۶



شکل ۳- سهم هر کدام از عامل‌ها در تبیین وضعیت سلامت اجتماعی براساس همبستگی چندگانه (R_2)

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۳

اجتماعی ساکنین روستاها به منظور ایجاد بسترهای مناسب برای بهره‌گیری از امکانات و پتانسیل‌های اجتماعی، اقتصادی و محیطی روستا است. بنابراین، توسعه روستایی تنها شامل بعد اقتصادی و کشاورزی نبوده و سایر ابعاد زندگی از جمله محیطی، اجتماعی، و بهداشت و سلامت را نیز شامل می‌شود.

۵. بحث و نتیجه‌گیری

یکی از مهم‌ترین اهداف توسعه روستایی، حفظ سلامتی به عنوان اساس ادامه حیات جامعه و دسترسی، تهیه و توزیع آن در سطح جامعه و ایجاد یک زندگی سالم است. همچنین، یکی از نیازهای اساسی در زمینه توسعه روستایی، تأمین سلامت

در این عامل‌ها نرمال بوده و شاخص‌های مذکور در این سکونتگاه‌ها موقعیت قابل قبولی دارند.

علاوه بر این باید گفت، مدل کیفیت زندگی با میانگین ۲,۶ در وضعیت مطلوبی قرار ندارد. ضعف در این شاخص، به ضعف زیرساخت‌های اجتماعی و اقتصادی نیز اشاره مستقیم دارد. در این زمینه، آزمون نیکویی برازش کلموگرونف-اسمیرنف نشان می‌دهد که شاخص اقتصادی و بهداشتی با سطح معناداری صفر ($P < 0,05$)، از توزیع نرمال برخوردار نبوده و مقدار K-S نیز در این شاخص‌ها، گویای ضعف این بخش از زندگی روستایی است. اما شاخص زیست-محیطی و اجتماعی از وضعیت قابل قبولی برخوردارند.

در نهایت، برای مشخص نمودن نسبت سهم هر کدام از مدل‌ها و عامل‌ها در تبیین وضعیت سلامت اجتماعی سکونتگاه‌های روستایی، از تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از روش چرخش استفاده شده است. در این زمینه، مدل کبیز با ۶,۴۶۵ بیشترین سهم را در تبیین وضعیت سلامت اجتماعی سکونتگاه‌های روستایی داشته است. پس از آن مدل، کیفیت زندگی با ۵,۸۵۳ و مدل میرینگوف با ۵,۰۷۹ در رتبه بعدی قرار دارند. در نهایت، با توجه به مقدار شاخص کفایت ($KMO = 0,855$) و سطح معنی‌داری ($P\text{-Value} = 0,000$) در شکل مذکور، می‌توان گفت که تمامی عامل‌ها بر روند سلامت اجتماعی جامعه آماری تأثیر دارند. در این میان، سهم مدل کیفیت زندگی ($R^2 = 0,844$) بیش از دو مدل دیگر بوده است.

براساس مدل کیفیت زندگی، مهم‌ترین رویکرد در ارتقاء سلامت اجتماعی، داشتن حقوق و شرایط زیستی برابر بین مردم یک منطقه و کشور است. با توجه به این‌که این مدل قابلیت تبیین بیشتری در محدوده مورد مطالعه دارد، می‌توان گفت که برخورداری مردم شهرستان زنجان در شهر و روستا از حقوق و مزایای برابر و دسترسی به خدمات و امکانات زیستی، یکی از راهبردهای ارتقاء سلامت در محیط‌های روستایی است. با توجه به نتایج بدست آمده و براساس نظریات و مطالعات پیشین، برای تقویت سلامت اجتماعی در سکونتگاه‌های روستایی، رعایت موارد زیر ضروری به نظر می‌رسد.

• توجه به مقوله آموزش، و جلوگیری از ترک تحصیل دانش‌آموزان روستایی تا حد ممکن؛

در این زمینه، برخورداری نواحی روستایی از مقوله سلامت اجتماعی، مستلزم داشتن محیطی سالم و بسترهای مناسب اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و زیست محیطی زیست است. سلامت اجتماعی در جامعه براساس دو رویکرد بیماری محور و سلامت محور مورد تحلیل قرار می‌گیرد و اکثراً در مطالعات اجتماعی، از رویکرد سلامت محور بهره گرفته می‌شود. همچنین مدل‌های مختلفی نیز در این زمینه وجود دارد که مدل سلامت اجتماعی کبیز، مدل میرینگوف و مدل کیفیت زندگی از عمده آن‌ها به شمار می‌رود. مطالعه سلامت اجتماعی در نواحی روستایی در غالب رویکرد روستای سالم انجام می‌شود. براساس این رویکرد، روستای سالم روستایی است که در آن بطور مداوم با فراهم آمدن شرایط بهینه، امکان گسترش همکاری بین بخشی محیطی فراهم شود. از این‌رو، در روستای با سلامت اجتماعی بالا، مشارکت و حفظ محیط زیست در اولویت قرار دارد.

در این زمینه، برخی از پژوهش‌ها حاکی از آن است که عواملی چون فقر، مهاجرت اجباری و مشارکت پایین روستائیان در امور روستایی، موجب به خطر افتادن سلامت اجتماعی در روستاها می‌گردد. در این زمینه، به منظور ارتقاء سلامت اجتماعی در جامعه، بر رویکرد همکاری بین بخش‌ها و تشکیل شورای سلامت اجتماعی با مشارکت دستگاه‌های دولتی و غیر دولتی تأکید می‌شود.

یافته‌های کمی تحقیق براساس تحلیل عاملی و آزمون نیکویی برازش کلموگرونف-اسمیرنف مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. یافته‌های حاصل از آن نشان می‌دهد که براساس مدل کبیز، میزان سلامت اجتماعی در این روستاها با میانگین ۳,۳۲ در حد متوسط قرار دارد. همچنین طبق محاسبات کلموگرونف-اسمیرنف (K-S)، مقدار سطح معنی‌داری ($P\text{-Value}$) در شاخص‌های مشارکت، شکوفایی و چسبندگی اجتماعی کمتر از $P < 0,05$ است و فرض صفر در این شاخص‌ها رد می‌شود. از این‌رو، شاخص‌های فوق در روستاهای مورد مطالعه بسیار ضعیف است.

در مدل میرینگوف، اغلب شاخص‌ها سطح معنی‌داری کمتر از $P < 0,05$ است و فقط در شاخص‌های $M_2, M_5, M_6, M_7, M_{12}$ سطح معنی‌داری بیشتر از $P > 0,05$ می‌باشد و بر این اساس، فرض صفر تأیید خواهد شد. بنابراین، می‌توان گفت که توزیع فراوانی مشاهده شده (F_0) با توزیع فراوانی نظری (F_e)

یادداشت‌ها

1. Naidos & Wills
2. Healthy villages
3. khosh Chasman
4. Howard
5. Huppert & et al
6. Keyes
7. Miringoff
8. shookner
9. Kolmogorov-Smirnov Test
10. Marsaglia, Tsang & Wang
11. World Health Organization (WHO)
12. Wissing & Fouri
13. Social Well-Being
14. Belloc & Breslow
15. Wolinsky & Zusman
16. Miringoff, Miringoff & Opdycke
17. Labonte
18. Goldsmith
19. Larson
20. Raymond & Maarten
21. Keyes & Shapiro
22. Ross, Nienling & Heckert
23. Carr
24. Sawatzky, Ratner & Chiu
25. Crombie, Linda, Lawrence & Hilary
26. Blanco & Diaz
27. fraser
28. Duhl & Sanchez
29. Cribb & Duncan

- آسیب‌شناسی در زمینه مشکلات اجتماعی جوانان در زمینه اعتیاد و نحوه روابط با دوستان به ویژه در برخورد با جوانان شهری و تحصیل کرده؛
- ایجاد خودباوری در بین جوانان روستایی در جهت حفظ و تقویت ارزش‌های بومی و اتحاد و انسجام با یکدیگر؛
- بازنگری در مجموعه قوانین و راهبردهای اقتصادی و فرهنگی در زمینه رضایت از زندگی و احساس تعلق و مسئولیت به محل زندگی؛
- برنامه‌ریزی در زمینه ارتقاء تقویت انسجام اجتماعی در میان اقشار مختلف روستایی با اجرای برنامه‌های متعدد اجتماعی و فرهنگی در روستا از طریق همکاری نهادهای محلی و منطقه‌ای؛
- تقویت نقش رسانه‌های محلی و ساخت برنامه‌های سمعی و بصری در این زمینه؛
- تقویت زیرساخت‌های اقتصادی به منظور افزایش درآمد و کاهش بیکاری؛
- تدوین برنامه‌های کلان و خرد در زمینه‌های اقتصادی و اجتماعی روستایی به منظور رفع دغدغه‌های جوانان و خانواده‌های روستایی در زمینه‌های اشتغال، ازدواج، مسکن، درآمد، بیمه، آموزش، ورزش، اوقات فراغت و ...

کتابنامه

۱. احمدی، م. (۱۳۷۵). تاریخچه طرح‌های هادی و بهسازی روستایی، ماهنامه مسکن و انقلاب، ۷۳ (۱۱)، ۳-۶.
۲. ازکیا، م. (۱۳۷۴). مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی توسعه روستایی، تهران، انتشارات اطلاعات.
۳. افراخته، ح. و افکار، ا. (۱۳۹۱). عوامل مؤثر بر سطح سلامت روستاها (مطالعه موردی روستاهای شهرستان شفت). مجله پژوهش و برنامه‌ریزی روستایی، ۱ (۱)، ۲۵-۴۳.
۴. باباپور خیرالدین، ج. طوسی، ف. و حکمتی، ع. (۱۳۸۸). بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز، ۴ (۱۶)، ۸-۲۶.
۵. پاپلی یزدی، م. ح. و ابراهیمی، م. ا. (۱۳۸۵). نظریه‌های توسعه روستایی. تهران: انتشارات سمت.
۶. پوراسلامی، م. (۱۳۸۲). توانمندسازی در ارتقای سلامت. ماهنامه طب و تزکیه، ۱ (۱۲)، ۹-۲۱.
۷. پهلوان‌زاده، ف. و جاراللهی، ع. (۱۳۹۰). بررسی تاثیر عوامل اجتماعی بر سلامت روان سالمندان روستایی. فصلنامه توسعه روستایی، ۱ (۳)، ۶۵-۸۴.
۸. جوکار، ب. (۱۳۸۶). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی در رابطه با رضایت از زندگی. مجله روان‌شناسی معاصر، ۴ (۲)، ۲۳-۴۸.
۹. دماری، ب. و وثوق مقدم، ع. (۱۳۸۹). کارکردهای وزارت بهداشت در ارتقای سلامت اجتماعی. اولین همایش سلامت اجتماعی (صص. ۸۴-۹۱)، تهران، ایران.
۱۰. دماری، ب. و وثوق مقدم، ع. (۱۳۹۲). بسته‌های خدمات سلامت اجتماعی، الگویی برای مداخله نظام مدیریت سلامت شهری. فصلنامه پایش، ۳ (۱۲)، ۲۹۷-۳۰۴.

۱۱. سازمان جهانی بهداشت. (۱۳۸۰). سلامت و محیط در توسعه پایدار (ترجمه علی اصغر فرشاد و همکاران). تهران: انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۱۲. سازمان هواشناسی کشور. (۱۳۹۰). *سالنامه هواشناسی استان زنجان بین سال‌های ۱۳۷۵-۱۳۸۵*، تهران: سازمان هواشناسی ایران.
۱۳. سام آرام، ع. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور، *فصلنامه علمی-پژوهشی انتظام اجتماعی*، (۱۱)، ۴۲-۶۱.
۱۴. سجادی، ح. و صدرالسادات، ج. (۱۳۸۴). شاخص‌های سلامت اجتماعی. *فصلنامه سیاسی-اقتصادی*، ۲۰۷، ۲۴۴-۲۵۳.
۱۵. شربتیان، م. ح. (۱۳۹۱). تأملی بر پیوند معنایی مولفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد. *فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، ۲(۵)، ۱۴۹-۱۷۴.
۱۶. شیخی، د.، رضوانی، م. ر. و مهدوی، م. (۱۳۹۱). سنجش و تحلیل سلامت در نواحی روستایی براساس رویکرد روستای سالم: مطالعه موردی شهرستان خداب، استان مرکزی. *فصلنامه روستا و توسعه*، ۲(۱۵)، ۱۰۹-۱۳۸.
۱۷. صفا، م. (۱۳۸۳). روستای سالم، رویکردی نو در ارتقای سطح سلامت، *ماهنامه دهیاری‌ها*، ۲(۱۱)، ۶۴-۶۸.
۱۸. فدایی مهربانی، م. (۱۳۸۶). شهرنشینی؛ رسانه و سلامت اجتماعی. *نشریه پژوهش و سنجش*، ۴۹(۱۴)، ۶۷-۸۶.
۱۹. مرکز آمار ایران. (۱۳۹۰). *سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۰*، تهران: مرکز آمار ایران.
۲۰. مرکز تحقیقات استراتژیک مجمع تشخیص مصلحت نظام. (۱۳۸۶). *شناسایی آسیب‌ها و تهدیدهای اجتماعی ایران در دهه آینده*. بازیابی در ۲۵ مرداد ۱۳۹۳ از <http://www.swi.ir>
۲۱. مطیعی لنگرودی، ح. (۱۳۸۲). *برنامه‌ریزی روستایی با تأکید بر ایران*. مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی.
۲۲. مؤسسه توسعه روستایی ایران. (۱۳۸۱). *چالش‌ها و چشم‌اندازهای توسعه روستایی ایران*. تهران: مؤسسه توسعه روستایی ایران.
۲۳. یزدان پناه، ل. (۱۳۸۳). *بررسی عوامل مؤثر بر مشارکت اجتماعی شهروندان ۱۸ سال به بالای شهر تهران (رساله دکتری منتشر نشده)*. دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.
24. Belloc, N.B. & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Prev. Med*, 1(3), 21° 409.
25. Blanco, A. & Diaz, D. (2007). Social order and mental health, a social well-being approach. *Autonomy University of Madrid, Psychology in Spain*, 11(5), Pp. 61-71.
26. Carr, A. (2004). *Positive Psychology, The Science of Happiness and Human Strengths* (1st ed.). New York, Brunner-Routledge.
27. Cribb, A. & Duncan, P. (2002). *Health promotion and professional Ethics*, Blackwell Science Publishing .
28. Crombie, L., Linda, I., Lawrence, E. & Hilary, W. (1995). *Closing the health inequalities Gap, an international perspective*, WHO regional office for Europe, English text edition by Bartbara Zatloka.
29. Duhl, L.J. & Sanchez, A.K. (1999). *Healthy cities and the city planning process: A background document on Links between Health and Urban planning*, WHO regional office for Europe.
30. Fraser, G. (2005). Changing place, the impact of rural restructuring on mental health in Australia, *Journal of health and place*, (11)28, 157-171.
31. Howard, G. (2002). *Healthy villages, a guide for communities and community health workers*, WHO, Geneva.
32. Huppert, F., Marks, N., Clark, A., Frey, B., & Siegrist, J. (2006). Personal and social well-being. *Module of European Social Survey*, 3(5), 1-18.
33. Keyes C.L. & Shapiro, A.D. (2004). *Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology*, University of Chicago Press, Chicago.
34. Keyes C.L.M. (2006). Mental health in adolescence: Is America s youth flourishing?. *Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 395-402.
35. Keyes, C.L.M. (1998). Social Well ° being, *Social Psychology Quarterly*, 2(8), 121 ° 140.

36. Khosh Chashm, K. (1995). Healthy city and healthy villages. *Eastern Mediterranean health Journal*, 1(1), 103-111.
37. Labonté, R. (2010) Health Systems Governance for Health Equity: Critical Reflections. *Revista de Salud Pública*, 1(1), 1-9.
38. Larson, J. (1993). The measurement of social well-being, *Social Indicators Research*, 28(92), 285-296.
39. Marsaglia, G., Tsang, W.W., and Wang, J. (2003). Evaluating Kolmogorov's Distribution. *Journal of Statistical Software*, 8 (18), 1° 4.
40. Miringoff, M., Miringoff, M.L. & Opdycke, S. (1999). *The Social Health of the Nation: How America Is Really Doing*. Oxford University Press, Oxford.
41. Naidos, J. & Wills, J. (2000). *Health promotion*, Bailliere Tindoll, London.
42. Raymond, M. M., & Maarten, C.M., (2014) Misery Loves Company: Exogenous shocks in retirement expectations and social comparison effects on subjective well-being. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 97(1), 1-26.
43. Ross, S. E., Nienling, B.C. & Heckert, T.M. (1999). Sources of Stress among College Students. *College Student Journal*, 33(2), 312-316.
44. Sawatzky, R., Ratner, P. A. & Chiu, L. (2005). A meta-analysis of relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research*, 72(4), 153-188
45. Shookner, M. (1998). *A Quality of Life Index for Ontario*, Centre for the Study of Living Standards Centre d'étude des niveaux de vie (CSLS), Ottawa.
46. World Health Organization. (1994). Ottawa Charter for health promotion, *an international conference on health promotion*, November 17-21, Ottawa, Ontario, Canada.
47. Wissing, T. F. & Fouri, A. (2000). Spirituality as a component of psychological well-being. 27th *International Congress of Psychology*, 23-28 July, Stockholm, Sweden.
48. Wolinsky, F. D., Zusman M. E. (1980). Toward Comprehensive Health Status Measures. *Sociological Quarterly*, 21(12), 607-622.