

تحلیل فضایی عوامل مؤثر بر سنجش سطح سلامت روستاییان در سکونتگاه‌های روستایی (مطالعه موردی: بخش سیمکان - شهرستان جهرم)

علی اکبر عنابستانی* - دانشیار گروه جغرافیا، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
مجتبی روستا - دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران
امیر اشنویی - دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۱/۲۳

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۲/۰۸

چکیده

از آغاز هزاره سوم، توجه به موضوع سلامت پیرامون محور برنامه‌ریزی شهر سالم سوق یافته است. این جنبش از سال ۱۹۸۰ در اروپا و آمریکا آغاز شده است. توسعه و سلامت ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند. همان گونه که عدم توسعه یافتگی سلامت تعداد زیادی از مردم جوامع را با خطر روبه‌رو می‌کند، از طرف دیگر آسیب‌های ناشی از توسعه بر محیط بر شرایط سلامتی جامعه تاثیر می‌گذارد. در این راستا، مقاله حاضر به تحلیل فضایی عوامل مؤثر بر سطح سلامت در سکونتگاه‌های روستایی بخش سیمکان شهرستان جهرم پرداخته است. روش تحقیق توصیفی-تحلیلی و نوع آن کاربردی-توسعه‌ای است. جامعه آماری تحقیق تعداد ۳۸۵۰ خانوار از تعداد ۳۹ روستا در بخش سیمکان شهرستان جهرم می‌باشد. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۳۷۵ نفر محاسبه شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی همچون آزمون تی، آزمون (F) و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند. نتایج نشان می‌دهند که رابطه بین خدمات ارائه شده در خانه‌های بهداشت و میزان رضایتمندی پاسخ‌گویان کمتر از حد میانگین نظری تحقیق (۳) بوده است. یافته‌های مطالعه براساس نتایج به دست آمده از آزمون‌های همبستگی نشان می‌دهد که ارتباط معنی‌دار و نسبتاً قوی بین عوامل مؤثر بر سطح سلامت روستاییان و ابعاد سلامت در نواحی روستایی وجود دارد، به نحوی که شاخص‌های تعیین کننده سطح سلامت روستاییان حدود ۶۲/۳ درصد تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌نماید. متغیرهای ابعاد مشارکت و ابعاد اقتصادی به ترتیب با ۰/۳۳۲ و ۰/۳۲۲ بیشترین تاثیرگذاری را بر سطح سلامت روستاها دارند. میانگین ابعاد چهارگانه سلامت به ترتیب در بعد زیست محیطی (۲/۶)، بعد اقتصادی (۲/۴)، اجتماعی (۲/۳) و بهداشتی (۲/۴) می‌باشد.

واژه‌گان کلیدی: تحلیل فضایی، سطح سلامت، سکونتگاه‌های روستایی، توسعه، بخش سیمکان، شهرستان جهرم

مقدمه

برخورداری از یک زندگی سالم، مولد و با کیفیت، توام با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی همگانی است که مسئولیت تامین آن بر عهده دولت‌هاست و پیش شرط تحقق توسعه پایدار است (شیخی و همکاران، ۱۳۹۱). سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را به مفهوم برخوردارگی کامل هر فرد از سلامت جسمی، ذهنی و اجتماعی می‌داند (رفیعیان و تاجدار، ۱۳۸۷). از آنجا که سلامت دارای ابعاد گوناگون است، بهبود وضعیت سلامت از طریق اصلاح شرایط زندگی، محیط مادی و عوامل اقتصادی و اجتماعی امکان‌پذیر است. در همین راستا، در پارادایم‌های جدید توسعه، به سلامت انسان و محیط به صورت توامان توجه شده، این مهم با مشارکت مردم و سازمان‌های غیردولتی که عنصر بنیادین نظام مردم‌گراست، تحقق خواهد یافت (مؤسسه توسعه روستایی ایران، ۱۳۸۱). به بیان دیگر، امروزه مفهوم سلامت ابعادی گسترده یافته است که بسیاری از شئون زندگی انسان با محیط پیرامون (نظیر مسائل زیست‌محیطی، کالبدی، اجتماعی و اقتصادی) آن را دربرمی‌گیرد و تنها در نداشتن بیماری و در حوزه سلامت فردی خلاصه نمی‌شود. ابتدایی‌ترین نگاه‌ها به سلامت، مربوط به اقدامات بهداشتی است که در انگلستان در سال ۱۸۳۲ برای رفع معضلات شهرنشینی آغاز شد. پس از آن در اواسط قرن ۱۹ در اروپا و آمریکا توجه به این مساله مهم، در اولویت برنامه‌ریزان توسعه قرار گرفت. چرا که در اثر عدم رعایت ضوابط بهداشتی در شهرها و اسکان در محیط‌های نامناسب، مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عفونی، سوءتغذیه یا امراض واگیردار با شدت افزایش یافته بود. در سال ۱۹۷۲، اولین کنفرانس بزرگ سازمان ملل در مورد محیط در استکهلم برگزار شد و در سال ۱۹۷۷ در اجلاس سالیانه بهداشت جهانی، لزوم توجه به بهداشت و محیط زیست در جوامع شهری به تصویب رسید.

پس از آن در سال ۱۹۹۲ در کنفرانس سلامت و توسعه سازمان ملل (ریودوژانیرو- برزیل) در خصوص سلامتی انسان و سکونتگاه‌ها مواردی بیان شد که تاکید آن بر رعایت معیارهای مربوط به بهبود کیفیت زندگی و بهداشت در تمامی کشورها بود. پس از کنفرانس ریو، چندین کنفرانس بین‌المللی دیگر نیز با توجه به مسائل مربوط به سلامت برگزار گردید و سرانجام "تامین سلامتی برای همه" در سال ۲۰۰۰ به عنوان به عنوان یک اجماع جهانی مورد پذیرش قرار گرفت (رفیعیان و تاجدار، ۱۳۸۷، عبدلی، ۱۳۷۸ و وزارت بهداشت، ۱۳۸۱). توسعه و سلامتی ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند. همان‌گونه که عدم توسعه‌یافتگی سلامت تعداد زیادی از مردم جوامع را با خطر رو به رو می‌کند، از طرفی دیگر آسیب‌های ناشی از توسعه بر محیط بر شرایط سلامتی جامعه تاثیر می‌گذارد.

در مناطق روستایی نیز هنوز مسائل و چالش‌های متعدد وجود دارد؛ چرا که راهبردهای گذشته در زمینه توسعه روستایی موفقیت‌آمیز نبوده و نتوانسته است مسائلی مانند فقر، اشتغال، بهداشت، امنیت غذایی و پایداری محیط‌زیست را تامین کند. این راهبردها در توزیع منافع حاصل از رشد و توسعه نیز موثر نبوده و به ایجاد مشکلات متعدد برای نواحی روستایی انجامیده است. همین وضع باعث شده است که در سال‌های اخیر، بار دیگر توسعه روستایی مورد توجه قرار گیرد و نظریه‌پردازان، برنامه‌ریزان و مجریان حکومتی بر آن شوند تا به ارائه راهکارها و روش‌های جدید، از معضلات و مسائل گریبانگیر این نواحی بکاهند (رکن‌الدین افتخاری و مهدوی، ۱۳۸۵). به طور کلی، شواهد نشان می‌دهند که اغلب نواحی روستایی کشور با مشکل ارتقای سطح سلامت رو به رو هستند که این مانع بزرگی بر سر راه توسعه پایدار نواحی ذکر شده محسوب می‌شود که ارتقای سلامت نواحی روستایی در برنامه‌ریزی توسعه مورد توجه قرار می‌گیرد (افراخته و افکار، ۱۳۹۱). در این پژوهش سعی شده است با استفاده از اطلاعات موجود، به تحلیل ابعاد و عوامل مؤثر بر سطح سلامت در سکونتگاه‌های روستایی بخش سیمکان جهرم بپردازد. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به سوال‌های زیر است:

- وضعیت شاخص‌های سلامت در بین روستاهای مورد مطالعه تا چه حد متفاوت است؟

- عوامل مؤثر بر سطح سلامت روستاییان به چه میزان بر ابعاد سلامت آنان تأثیرگذار بوده است؟

تاکنون پژوهش‌های بسیاری در جهان و ایران در ارتباط با سلامت مناطق (شهری و روستایی) انجام گردیده که عبارتند از: کتاب روستای سالم که در سال ۲۰۰۲ سازمان بهداشت جهانی برای استفاده جوامع و کارمندان بهداشت عمومی منتشر کرد و مفهوم روستای سالم و شاخص‌های آن را بررسی کرده است (هوارد^۱، ۲۰۰۲). نتایج تحقیق عنابستانی و بهزادی (۱۳۹۲) نشان می‌دهد بین ویژگی‌های فردی روستاییان با سطح سلامت آنان رابطه وجود دارد به نحوی که در بعضی از ویژگی‌ها مانند سن و وضعیت شغلی منفی و در سایر موارد مانند جنسیت مثبت ارزیابی شده است. نتایج تحقیق افراخته و افکار (۱۳۹۱) تحت عنوان "عوامل موثر بر سطح سلامت روستاها مطالعه موردی: روستاهای شهرستان شفت)" حاکی است که سطح سلامت جامعه روستایی پایین است. شیخی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که وضع سلامت در ناحیه مورد مطالعه با میانگین ۳/۲۴ در وضعیت مطلوب قرار دارد. رفیعان و تاجدار (۱۳۸۷) در مقاله‌شان تحت عنوان "سنجش وضعیت سلامت با رویکرد منطقه‌ای در مجموعه شهری مشهد" به این نتیجه رسیدند که محدوده‌های شمال حریم کلانشهر مشهد و پیرامون روستای قرقی در دهستان تبادکان و ... با تهدید بسیار بالایی از نظر سلامتی روبه رو هستند. شیخی (۱۳۸۸) در رساله دکتری خویش به این نتیجه رسید که وضعیت کلی سلامت در نواحی مورد مطالعه، مطلوب و در این وضعیت، عوامل فضایی - مکانی در مقایسه با عوامل اقتصادی و اجتماعی نقش بیشتری را ایفا کرده‌اند. از نظر پاتنام (۱۳۸۵)، سلامت تحت تاثیر عواملی چون قدرت خرید و درآمد، تحصیلات و اشتغال افراد قرار دارد. بحرینی (۱۳۷۴) در تحقیقی به هماهنگی سازمان‌های متولی شهری برای توفیق در برنامه شهر سالم اشاره کرده است. گرافون (۲۰۰۳) نشان داده است که مراقبت‌های بهداشت روستایی با سطح توسعه جوامع ارتباط دارد که این در پایداری جوامع نقش مهمی ایفا می‌کند (گرافتون^۲، ۲۰۰۳). در مطالعه دیگری که در زمینه جست و جوی عوامل سطح نازل سلامت روستایی انجام شده است، چنین نتیجه گرفته شده که فقر در نواحی روستایی به خطر افتادن سلامتی را در پی داشته است (فریسر^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). کارلسن و نازرو^۴ (۲۰۰۲) اعتقاد دارند که میان طبقه اجتماعی خانوار، سن، جنس و برخی از ویژگی‌های جسمی و روانی سلامتی ارتباط وجود دارد. بونیزاتو^۵ (۲۰۰۳) معتقد است که محرومیت از امکانات رفاهی از نشانه‌های وجود نابرابری در بهداشت و سلامتی است. کوین و لانکستر^۶ (۱۹۹۸) به بررسی وجهه محل سکونت و اعتبار شغلی در تعیین طبقات اجتماعی و ارتباط آن با سلامتی پرداختند. همچنین کاواچی (۱۹۹۹)، نیزبک (۲۰۰۵)، پولاک (۲۰۰۸)، وینسترا (۲۰۰۷) و ... در تحقیقاتشان به موضوع سلامت اشاره شده است.

مبانی نظری تحقیق

رشد جمعیت در قرن بیستم موجب مطرح شدن مقوله سلامت شد. تحقق سلامت مستلزم محیط سالم و بسترهای مناسب اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و زیست محیطی است. شناخت ماهیت و ابعاد سلامت و عوامل تاثیرگذار بر آن، از یک سو و اقدام برای ارتقای آن در نواحی روستایی از سوی دیگر اهمیت بسیاری دارد و می‌تواند نقش مهمی در پایداری این نواحی داشته باشد (شیخی و همکاران، ۱۳۹۱). رواج گسترده الگوی سلامت، که در اواخر قرن بیستم عمومیت یافت، توجه و تاکید خود را بر بهداشت فردی و درمان بیماری‌های فردی متمرکز می‌ساخت. به تدریج این الگو جای خود را با الگویی اجتماعی داد که در آن سلامتی حاصل مجموعه‌ای از عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، زیست محیطی، وضعیت مسکن، اشتغال و جامعه محلی تلقی می‌شد (تقی‌زاده مطلق، ۱۳۸۱). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت،

1. Howard
2. Grafton
3. Fraser
4. Karlsen & Nazroo
5. Bonizzato
6. Quine & Llancastrer

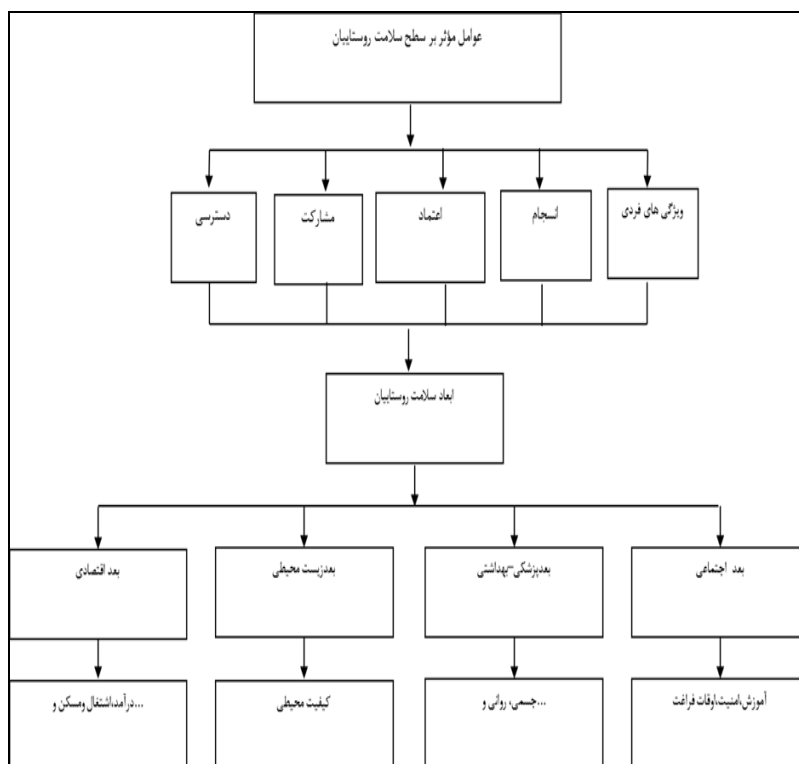
سلامت فقط به معنی عدم بیماری جسمی نیست بلکه ابعاد روانی، اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی را داراست. انسان از دیدگاه نظریه سرمایه انسانی محور اصلی توسعه پایدار است و "سلامت" عاملی مهم در رشد اقتصاد ملی شناخته می‌شود. اصول ۳ و ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، ضمن محوری شمردن سلامت کامل و جامع انسان، دولت را مکلف کرده است تا تمام منابع، امکانات و ظرفیت‌های خود را برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت افراد کشور بسیج کند. امروزه، تخریب و آلودگی محیط‌زیست، کمبود منابع و امکانات، مشکلات زیست‌محیطی مانند تامین آب آشامیدنی، مساله مسکن و وضعیت نامناسب آن، مدیریت دفع پسماندها، مهاجرت، فقر و افزایش بیماری‌های روانی از ویژگی‌های کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه‌یافته به شمار می‌روند (شیخی و همکاران، ۱۳۹۱). این عوامل باعث شده است که وضعیت سلامت انسان و محیط‌زیست در این نواحی با خطر جدی مواجه شود. به همین دلیل امروزه، موضوع سلامت در اولویت دستور کار توسعه بین‌المللی قرار دارد و نابرابری‌های سلامت بین کشورها و در درون جوامع، دغدغه اصلی جامعه جهانی شده است (ایروین و اسکالی، ۱۳۸۴).

بدون تردید، سلامت و توسعه دارای ارتباط تنگاتنگ با یکدیگرند. اساساً توسعه پاسخی به نیازهاست و در عین حال که تامین‌کننده منابعی برای حمایت از سلامت است، تهدیدی نیز برای سلامت تلقی می‌شود. آنچه قادر است تهدیدهای امروزین ناشی از توسعه‌یافتگی را کنترل و برنامه‌های توسعه را پایدار کند، اولویت دادن به سلامت انسان در کلیه بخش‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی است. به همین دلیل، اصل اول منشور سازمان ملل متحد در اجلاس زمین در ۱۹۹۲ در ریودوژانیرو تاکید دارد که انسان در مرکزیت توسعه پایدار است و باید بخش‌های مختلف توسعه به نحوی عمل کنند که حاصل و جهت همه فرآیندهای توسعه به سوی تامین یک زندگی توأم با سلامت، مولد و هماهنگ با طبیعت برای انسان باشد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۰). یکی از این راهبردها که اخیراً در اغلب کشورها به ویژه در کشورهای در حال توسعه بدان توجه نشده و البته در برخی کشورها نیز به اجرا درآمده، برنامه‌ها و طرح‌هایی با رویکرد روستای سالم در آن دسته از نواحی روستایی است که دارای قابلیت لازم برای گسترش بخش سلامت در راستای توسعه پایدار روستایی است (شیخی و همکاران، ۱۳۹۱). اصطلاح "روستای سالم" را ابتدا بخش منطقه مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۹ در شهر الکساندریا در کشور مصر ارائه کرده است (خوش‌چشم، ۱۹۹۵). اما به دنبال ارتباط تنگاتنگ بین جوامع شهری و روستایی و اینکه ساختار سنتی روستایی چالش‌های بهداشتی و محیطی را حادث می‌کند، این نظریه به تدریج جایگاه خود را در حل مسائل اقتصادی، اجتماعی، زیست‌محیطی و بهداشتی مناطق روستایی پیدا کرده است (افراخته و افکار، ۱۳۹۱). در ایران تقریباً کمتر از ۲۰ سال است که مفهوم "روستای سالم" در محافل علمی و برنامه‌ریزی و اغلب در کنار مطالعات شهری مطرح شده است (شیخی، ۱۳۸۸). در نگاهی پیشروتر به ارزشیابی سیاست‌ها، در شاخص‌سازی برنامه توسعه سازمان ملل، از مولفه‌های سلامتی (امنیت بهداشتی) به عنوان یکی از وجوه اصلی ارزشیابی ماهیت سیاست‌های اجرایی و برنامه‌ریزی و همچنین یکی از ابزارهای سنجش جایگاه کشورها در روند توسعه و پیشرفت بحث شده است (قاسمی، ۱۳۸۵). در منشور سازمان بهداشت جهانی^۱، برخورداری از بالاترین استاندارد سلامتی، یکی از حقوق بنیادی هر انسان، بدون توجه به تفاوت‌های نژادی، مذهبی، اعتقاد سیاسی و وضعیت اقتصادی یا اجتماعی ذکر شده است (بارتون و سورون^۲، ۲۰۰۰). این در حالی است که امروزه سلامتی، با دامنه معنایی وسیع، به عنوان یکی از مخاطرات جدی، در نواحی سکونت کشورهای در حال توسعه اهمیت ویژه یافته است. اساساً توسعه همان‌طور که می‌تواند تامین‌کننده منابعی برای سلامت باشد، تهدیدی برای سلامت نیز تلقی می‌شود. این نگرش در دهه گذشته، موجبات بروز نگرانی‌های جدید درباره اثرات توسعه لجام‌گسیخته اقتصاد بر محیط و رشد روزافزون آن به همراه تهدیدهای نوین ناشی از توسعه‌یافتگی را موجب گردید (رفیعیان و تاجدار، ۱۳۸۷). در برنامه‌های نوین پیشنهادی،

1. WHO

2. Barton & Tsourou

بر این نکته تاکید شد که آنچه می‌تواند تهدیدهای نوین ناشی از توسعه‌یافتگی را کنترل و برنامه‌های توسعه‌ای را به چرخه توسعه‌پایدار نزدیک کند، مرکزیت بخشیدن به مولفه سلامت انسان در کلیه بخش‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، کالبدی و فضایی طرح‌های توسعه‌ای است (وزارت بهداشت، ۱۳۸۱). از این رو این مهم پذیرفته شده است که "کیفیت و سلامت شرایط زندگی ساکنان شهرها و روستاها به عنوان هدف مرکزی سیاست‌های برنامه‌ریزی شهری و منطقه‌ای است" (بروئر^۱، ۱۹۹۴). در سایر الگوهای برنامه‌ریزی سازمانی نیز تحقق این ابعاد به صورت هدف متعالی سازمان‌های مجری، در رأس برنامه‌ها قرار گرفت (پیفر و ساتتانیک^۲، ۱۹۹۸).

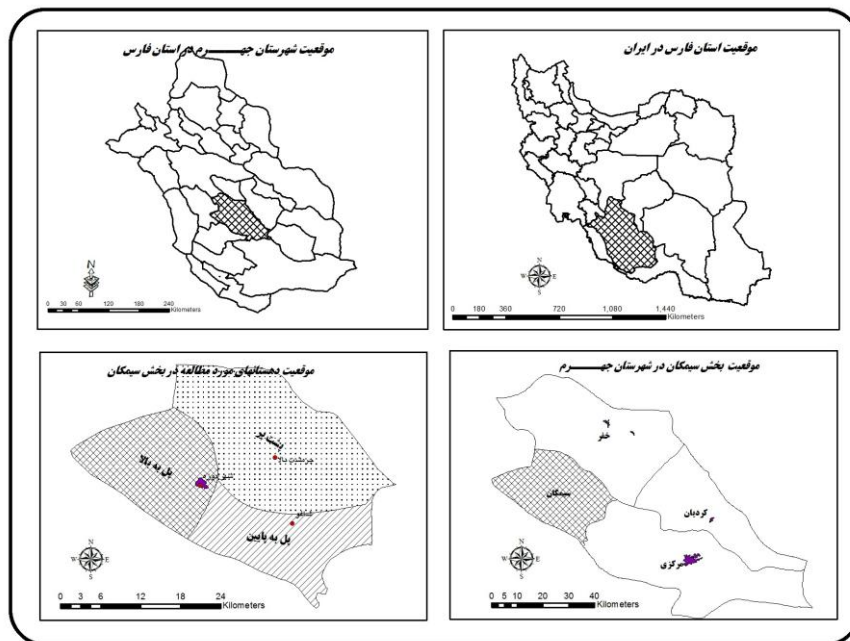


شکل ۱. مدل مفهومی تحقیق

محدوده مورد مطالعه

محدوده مورد مطالعه یعنی بخش سیمکان یکی از بخش‌های شهرستان جهرم در استان فارس دارای ۴۰ آبادی، ۳۷۴۱ خانوار و ۱۷۲۴۱ نفر جمعیت بوده و کشاورزی به عنوان مهم‌ترین فعالیت اقتصادی منطقه محسوب می‌شود. این بخش از شمت شمال به بخش خفر، از شرق به بخش مرکزی، از سمت غرب به شهرستان فیروزآباد و از سمت جنوب به شهرستان قیروکارزین محدود می‌گردد. مساحت آن ۹۴۲/۵ کیلومتر مربع و معادل ۱۶/۵ درصد از کل وسعت شهرستان جهرم را در بر می‌گیرد (بخشداری سیمکان، ۱۳۸۹، عنابستانی و روستا، ۱۳۹۱).

1. Breuer
2. Peiffer & Sattanic



شکل ۲. موقعیت بخش سیمکان در شهرستان چهارم

روش پژوهش

روش تحقیق توصیفی - تحلیلی و نوع آن کاربردی - توسعه‌ای است. جامعه آماری شامل تعداد ۳۸۵۰ خانوار ساکن در ۳۹ روستای مورد مطالعه بوده و تعداد افراد روستاها براساس سرشماری سال ۱۳۹۰، تعداد ۱۷۲۸۶ نفر می‌باشد (استانداری فارس، ۱۳۹۲). حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۳۷۵ محاسبه شد. نمونه‌گیری بر اساس طبقه‌بندی صورت گرفت و تعداد نمونه‌ها بر اساس سهم جمعیتی در هر روستا توزیع شد (جدول ۴) که پرسشگری از آن‌ها به صورت تصادفی به عمل آمده است. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS از روش‌های آماری توصیفی (جداول توزیع فراوانی و نمودار راداری) و آمار استنباطی همچون آزمون تی، آزمون (F) و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند. متغیرهای مورد بررسی در این تحقیق شامل عوامل شش‌گانه مؤثر بر سطح سلامت شامل ابعاد اقتصادی (هشت گویه)، ابعاد دسترسی (شامل هفت گویه) ابعاد ویژگی‌های فردی (شامل چهار گویه) ابعاد اعتماد (شامل چهار گویه) ابعاد انسجام (شامل چهار گویه)، ابعاد مشارکت (شامل چهار گویه) با استفاده از طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از خیلی زیاد تا اصلاً مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۱. عوامل شش گانه مؤثر بر سطح سلامت روستاییان

متغیر	گویه	متغیر	گویه	
اقتصادی	توانایی سطح درآمد خانوار	فردی	سطح سواد روستاییان	
	توانایی در ایجاد پس‌انداز		تعداد افراد خانوار	
	توانایی در ایجاد سرمایه‌گذاری		شرایط سنی و محدودیتهای احتمالی آن (مثل کهولت سنی و ...)	
	افزایش سهم هزینه‌های دارو نسبت به کل درآمد		وضعیت تأهل و مسائل مربوط به آن	
دسترسی	برخورداری از اتومبیل	اجتماعی	اعتقاد به درستکاری و صداقت همسایگان (اعتقاد به یکدیگر)	
	متوسط ابعاد واحد مسکونی		همکاری مالی در هنگام نیاز و مشکلات، (وام دادن به یکدیگر)	
	کیفیت مسکن با توجه به نوع مصالح ساختمانی		همکاری فکری در هنگام نیاز و مشکلات به افراد روستایی	
	برخورداری از تلفن		همکاری روستاییان به هنگام نیاز کاری در کشاورزی یا دامداری	
دسترسی	برخورداری از کامپیوتر	انجام اجتماعی	رفت و آمد مردم روستا با یکدیگر	
	دسترسی به منابع اعتباری دولتی		شرکت فعالانه مردم روستا در مراسم همسایگان	
	دسترسی به بیمارستان		روابط دوستی و صمیمی مردم روستا با یکدیگر	
	دسترسی به پزشک		خبردار شدن مردم روستا از حال یکدیگر	
	مشارکت	دسترسی به داروخانه	مشارکت	همکاری همسایگان در امور عمومی روستا از نظر فکری
		دسترسی به درمانگاه		همکاری همسایگان در امور عمومی روستا از نظر پولی
		دسترسی به وسیله حمل و نقل		همکاری همسایگان در امور عمومی روستا از نظر نیروی کار
		دسترسی به سوخت فسیلی کافی		همکاری همسایگان در امور عمومی روستا از نظر دادن زمین
	دسترسی به نانوايي			

ماخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۵

همچنین ابعاد سلامت با چهار بعد اجتماعی (شامل هشت گوئیه)، بعد اقتصادی (شامل هشت گوئیه)، بعد زیست محیطی (شامل دوازده گوئیه) و بعد بهداشتی (شامل پنج گوئیه) با استفاده از طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از خیلی خوب تا خیلی بد مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۲. ابعاد و گوئیه‌های سطح سلامت در روستاهای مورد مطالعه

بعد	گوئیه‌ها	بعد	گوئیه
بعد بهداشتی	عدم اعتیاد به سیگار	بعد اقتصادی	خانوارهای برخوردار از لباسشویی
	عدم اعتیاد به مواد مخدر		خانوارهای برخوردار از یخچال
	خانوارهای فاقد کودکان فوت شده زیر ۵ سال در ۵ سال اخیر		خانوارهای برخوردار از جاروبرقی
	تعداد خانوارهای فاقد سابقه بیماری مزمن		خانوارهای برخوردار از آبگرمکن
	درصد خانوارهای فاقد افراد علیل		خانوارهای برخوردار از مالکیت مسکن
بعد اجتماعی	خانوارهایی که طلاق در آنها رخ نداده	زیست محیطی	خانوارهای برخوردار از اتومبیل
	متوسط میزان سواد سرپرست خانوار		نسبت هزینه‌های غیر خوراکی به کل درآمد
	نوع شغل سرپرست خانوار		نحوه دفع زباله
	رضایت از دسترسی به آموزش ابتدایی		نحوه دفع فاضلاب
	رضایت از دسترسی به آموزش راهنمایی		نحوه دفع فاضلاب توالت‌ها
	رضایت از دسترسی به آموزش دبیرستانی		نحوه دفع فضولات حیوانی
	رضایت از حمل و نقل		نوع سوخت مورد استفاده
	رضایت از سوخت		دسترسی به آب شرب بهداشتی
	رضایت از بیمه درمانی		رضایت از کیفیت آب شرب
	خانوارهای برخوردار از لباسشویی		برخورداری از آشپزخانه مجزا و بهداشتی
بعد اقتصادی	خانوارهای برخوردار از یخچال	توالیت بهداشتی	
	خانوارهای برخوردار از جاروبرقی	دسترسی به وسایل گرمایشی مناسب	
	خانوارهای برخوردار از آبگرمکن	دسترسی به وسایل سرمایشی مناسب	
	خانوارهای برخوردار از مالکیت مسکن	دسترسی به آبگرمکن	
	خانوارهای برخوردار از اتومبیل	روشنایی معابر	
	نسبت هزینه‌های غیر خوراکی به کل درآمد		
	نسبت هزینه‌های غیر خوراکی به کل درآمد		

ماخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۵

در تحقیق حاضر، جهت افزایش درجه اعتبار، از روش صوری استفاده شده است (هومن، ۱۳۷۶). بدین منظور، پرسشنامه بعد از تدوین در اختیار صاحب نظران، متخصصان و استادان قرار گرفت و پس از جمع آوری نظرات آن‌ها، اصلاحات لازم انجام شد. برای تعیین روایی این تحقیق از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است (ساروخانی، ۱۳۸۲). در این تحقیق میزان آلفای محاسبه شده اعداد مطلوبی است و می‌توان گفت که دقت لازم برای احراز پایایی سازه‌ها در پرسش‌نامه به کار گرفته شده و گویه‌های طراحی شده برای سنجش متغیرها با یکدیگر همبستگی درونی دارند.

جدول ۳. ضریب آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

ابعاد	بعد بهداشتی	بعد اجتماعی	بعد اقتصادی	زیست محیطی
ضریب آلفا	۰/۶۸	۰/۷۱	۰/۷۵	۰/۶۹
متغیر	اقتصادی	ویژگی‌های فردی	انسجام	مشارکت
ضریب آلفا	۰/۷۶	۰/۷۶	۰/۶۶	۰/۷۰

ماخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۵

- در پاسخ به سوال‌های تحقیق، فرضیه‌های زیر مطرح شده است:
- بین روستاهای مورد مطالعه در بخش سیمکان به لحاظ شاخص‌های سلامت تفاوت معناداری وجود دارد.
 - عوامل اجتماعی بیشترین تاثیر را بر سطح سلامت روستاییان در منطقه مورد مطالعه داشته است.

یافته‌ها و بحث

- ویژگی‌های فردی پاسخ‌گویان

به لحاظ جنسیت ۷۳/۸ درصد پاسخ‌گویان را مردان و ۲۵/۲ درصد را زنان تشکیل می‌دهند. از نظر سنی، ۱۸/۲ درصد بین سنین ۱۵-۲۴ ساله، ۴۶/۵ درصد بین ۲۵-۳۵ ساله، ۱۶/۱ درصد ۳۵-۴۴ ساله، ۱۳/۲ درصد بین ۴۵-۵۴ ساله، ۴/۷ درصد بین ۵۵-۶۴ ساله و ۱/۳ درصد بالاتر از ۶۴ سال سن دارند. به لحاظ سطح سواد، کمتر از ده درصد پاسخ‌گویان یعنی ۹/۸ درصد بی‌سواد هستند، تقریباً یک سوم یعنی ۲۹/۲ درصد زیر دیپلم، اندکی بیش از یک سوم پاسخ‌گویان (۳۴/۸ درصد) در مقطع دیپلم، و ۱۵/۴ درصد فوق دیپلم و بیشتر می‌باشند. از نظر شغلی ۲۲/۳ درصد کشاورز، ۱۳/۸ درصد کارگر، ۳/۳ درصد دامدار، ۱۷/۷ درصد خانه دار و ۴۱/۶ درصد سایر موارد را اظهار داشته‌اند.

- میزان رضایتمندی از ارائه خدمات سازمان‌های خدمات رسان بهداشتی

به منظور بررسی رابطه بین خدمات ارائه شده در خانه‌های بهداشت و میزان رضایتمندی پاسخ‌گویان از آزمون استفاده شده است. نتایج آزمون در جدول (۴) نشان داد که تاثیر متغیرهای مورد مطالعه کمتر از حد متوسط میانگین (۳) بوده است. با توجه به اینکه مقدار مجموع متغیرها از میانگین کمتر بوده می‌توان بیان داشت که تاثیر عوامل مورد مطالعه کمتر از حد متوسط بوده و از آنجا که مقدار سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ است، معناداری آزمون تایید و فرضیه اثبات می‌شود.

جدول ۴. آزمون رضایتمندی با t تک نمونه‌ای

معنی داری	میانگین	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	گویه
۰/۰۰۰	۲/۵۱	۱۸/۱	۲۷/۳	۴۲/۳	۱۰/۴	۱/۹	میزان رضایت از زمان‌بندی مراجعه به خانه بهداشت
۰/۰۰۰	۲/۵۲	۱۴/۶	۳۵/۵	۳۳/۹	۱۵/۷	۰/۳	میزان رضایت از سهولت دسترسی به خدمات خانه بهداشت
۰/۰۰۰	۲/۸۶	۹/۲	۲۰/۹	۴۶/۸	۲۰/۸	۲/۳	میزان رضایت از چگونگی برقراری ارتباط ارائه دهندگان خدمات در خانه بهداشت
۰/۰۰۱	۲/۵۷	۱۲/۸	۲۹/۸	۴۶/۶	۹/۴	۱/۴	میزان رضایت از اطلاعات دریافت شده در زمینه بیماری مربوطه

ماخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۵

جدول (۵)، آزمون خروجی اصلی آزمون تحلیل واریانس است که نتایج آزمون F را نشان می‌دهد. چون سطح معنی‌داری آزمون از ۰/۰۵ کمتر است، بنابراین فرض صفر رد می‌شود. می‌توان گفت بین روستاهای مورد مطالعه در بخش سیمکان به لحاظ شاخص‌های سلامت تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۵. آماره‌های تحلیل واریانس گروهی در رابطه با خدمات رسانی بهداشتی

سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۰/۰۰۰	۵/۵۷۲	۰/۰۶۱	۳۳۶	۲۰/۷۵۹	درون گروهی
		۷/۱۸۲	۳۸	۲۷۲/۹۱۹	بین گروهی
			۳۷۴	۲۹۳/۶۷۸	کل

ماخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۵

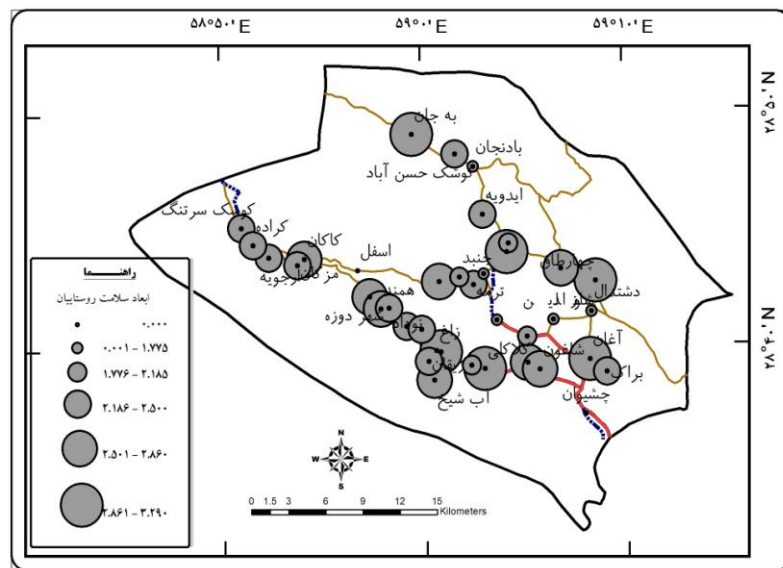
تحلیل فضایی ابعاد سلامت روستاییان در سکونتگاه‌های روستایی

همانطور که در جدول (۶) مشاهده می‌شود میانگین ابعاد چهارگانه سلامت به ترتیب در بعد زیست‌محیطی (۲/۶)، بعد اقتصادی (۲/۴)، اجتماعی (۲/۳) و بهداشتی (۲/۴) می‌باشد. اگر عدد سه را حد متوسط در نظر بگیریم ابعاد چهارگانه کمتر از حد متوسط می‌باشد. بنابراین فرضیه سوم نیز تایید می‌شود.

جدول ۶. بررسی میانگین ابعاد سلامت در روستاهای مورد مطالعه

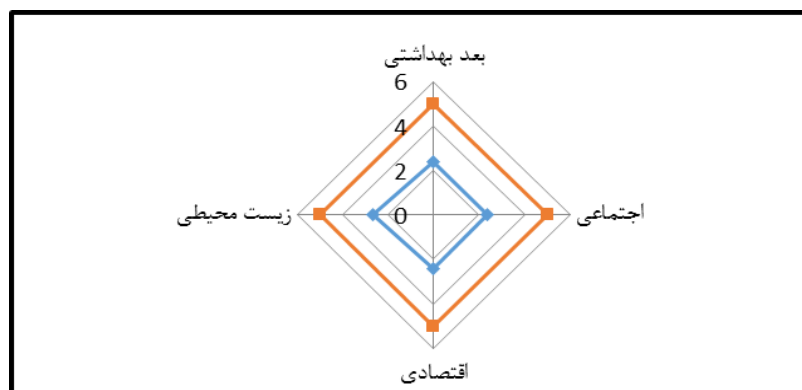
نام روستا	زیست محیطی	اقتصادی	اجتماعی	بهداشتی	میانگین ابعاد
بهجان	۳/۲	۲/۷۲	۳/۰۶	۳/۱۱	۳/۰۲
بادمجان	۲/۲۵	۱/۲۶	۱/۱۴	۱/۱۳	۱/۴۵
کوشک حسن آباد	۲	۲/۸۶	۳	۲/۱۴	۲/۵
ایدویه	۳	۲/۳	۲/۳۸	۱/۳۳	۲/۲۵
جرمشت بالا	۱/۷۵	۱/۴۲	۱/۳۴	۳/۵۸	۲/۰۲
جرمشت پایین	۴/۵	۳/۰۱	۳/۵۱	۱/۶۶	۳/۱۷
اسفنجان	۱/۵	۱/۳۹	۱/۶	۲/۱۳	۱/۶۵
ترمه	۳/۲۵	۲	۲/۰۸	۲/۲	۲/۳۸
تبرافجان	۴/۷۵	۲/۰۶	۲/۱۵	۱/۸۳	۲/۶۹
جنید	۳/۲۵	۱/۷۶	۱/۸	۱/۹۳	۲/۱۸
کندیجان	۱/۲۵	۱/۸	۱/۹	۱/۷۷	۱/۶۸
قم آباد	۳	۱/۷۹	۱/۷۴	۱/۸۱	۲/۰۸
شاه نورالدین	۱	۱/۸۴	۱/۷۶	۱/۸۳	۱/۶۱
دشتدال	۱/۲۵	۱/۸۷	۱/۷۶	۲/۲۲	۱/۷۸
چهارطاق	۴/۷۵	۲/۳۴	۲/۲	۲/۵۷	۲/۹۶
ده قانون	۲	۲/۴۴	۲/۵۵	۳/۷۷	۲/۶۹
آغان	۳	۳/۶۵	۲/۸۴	۱/۹۲	۳/۱
براک	۲/۵	۱/۹۵	۱/۹	۳/۲۲	۲/۳۹
کبه	۱/۷۵	۲/۹۹	۳/۲۱	۲/۷۱	۲/۶
شاغون	۲	۲/۴۱	۲/۶۲	۳/۳۲	۲/۵۸
کالاکلی	۱/۷۵	۳/۳۴	۲/۲۵	۳/۲۲	۲/۸۹
چشوان	۲	۳/۳۷	۳/۳	۳/۵۹	۳/۰۶
محیطاب	۳	۳/۱۶	۳/۵۸	۳/۴۵	۳/۲۹
آبشیخ	۲/۵	۳/۱۷	۳/۴۶	۲/۲۳	۲/۸۴
زیغان	۲/۲۵	۲/۳۹	۲/۱۶	۲/۶	۲/۳۵
زاغ	۳/۲۵	۳/۲	۲/۵۷	۲/۴۷	۲/۸۷
گودزاغ	۲	۲/۹۸	۲/۳۸	۱/۷۱	۲/۲۶
کوشکسار	۳	۱/۸۶	۱/۶۳	۳/۴۲	۲/۴۷
دوزه	۳/۵	۳/۳۷	۳/۱۵	۱/۴۲	۲/۸۶
نوداد	۳/۵	۲/۰۷	۱/۴۴	۲/۲۳	۲/۳۱
همنده	۳/۲۵	۲/۴۶	۲/۱۸	۲/۴۴	۲/۵۸
اسفل	۴/۵	۲/۶۶	۲/۲۹	۲/۴	۲/۹۶
کاکون	۳/۷۵	۲/۳	۲/۲۳	۲/۳۲	۲/۶۵
مزکان	۲/۲۵	۲/۵	۲/۱۳	۲/۲۸	۲/۲۹
کراده	۲/۷۵	۲/۴۸	۲/۱۵	۱/۹۳	۲/۳۲
آرچویه	۲/۵	۱/۸۸	۱/۷۴	۳/۴۵	۲/۳۹
کوشک سرتنگ	۱/۵	۳/۰۶	۳/۳	۱/۹۸	۲/۴۶
دولت آباد	۴	۲/۰۱	۱/۸۸	۲/۵۵	۲/۶۱
درویشان	۱/۲۵	۲/۵۲	۲/۴	۲/۰۳	۲/۰۵
میانگین	۲/۶۷	۲/۴۳	۲/۳۸	۲/۴۱	۲/۴۷

ماخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۵



شکل ۳. ابعاد سلامت در سطح روستاهای مورد مطالعه

به منظور بیان فاصله اختلاف عملکرد و انتظار از نمودار راداری یا عنکبوتی استفاده شده است. یک نمودار راداری با چندین چند ضلعی ضعف و قدرت مشاهدات را نسبت به هم مقایسه میکند. در شکل (۴) عملکرد متغیرهای مورد مطالعه و اختلاف آن‌ها با عملکرد مورد انتظار قابل مشاهده است. همان طور که مشاهده می‌شود ابعاد چهار گانه مورد بررسی از حد متوسط کمتر هستند و تا رسیدن به عملکرد مورد انتظار فاصله‌ای زیادی دارند.



شکل ۴. میزان انتظار و عملکرد ابعاد چهار گانه سلامت

– اثرگذاری عوامل مؤثر بر سطح سلامت روستاییان بر ابعاد سلامت آنان

در ادامه به بررسی عواملی می‌پردازیم که بر سطح سلامت تاثیر دارند. این عوامل شش گانه عبارتند از ابعاد اقتصادی، دسترسی، ویژگی‌های فردی، انسجام، مشارکت.

نتایج آزمون همبستگی نیز نشان می‌دهد بین عوامل مؤثر بر سلامت به ترتیب با ضریب همبستگی ابعاد دسترسی (۰/۵۸۴)، ویژگی‌های فردی (۰/۴۶۷)، اعتماد (۰/۱۶۰)، انسجام (۰/۴۷۹) و مشارکت (۰/۷۷۲) و معنی داری کمتر از ۰/۰۵ رابطه وجود دارد.

جدول ۷. ضریب همبستگی بین عوامل مؤثر بر سلامت و سطح سلامت

مشارکت	انسجام	اعتماد	ویژگی های فردی	دسترسی	آزمون همبستگی
۰/۷۷۲	۰/۴۷۹	۰/۱۶۰	۰/۴۶۷	۰/۵۸۴	همبستگی پیرسون
۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۵	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	معنی داری

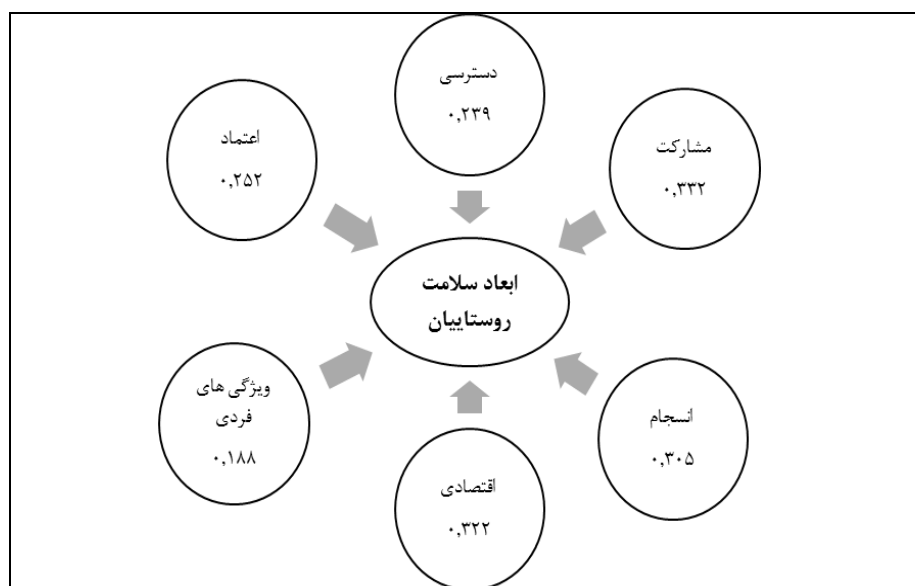
ماخذ: یافته‌های پژوهش ۱۳۹۵

برای پیش بینی تاثیر این ابعاد از آزمون ضریب رگرسیون استفاده می کنیم. بر طبق جدول (۸) ضرایب بتای متغیرها حاکی از آن است که متغیرهای مورد مطالعه تاثیرگذاری مثبتی بر سطح سلامت روستاهای بخش سیمکان دارند، به نحوی که ۶۲/۳ درصد تغییرات متغیر وابسته را تبیین می نماید. مقدار (sig) نیز نشاندهنده این است که دلایل کافی برای رد فرضیه موجود نیست و فرضیه پذیرفته می شود و معنی داری رگرسیون نشان دهنده قابلیت تعمیم آن به جامعه آماری می باشد.

جدول ۸. بررسی اثرگذاری عوامل مؤثر بر سلامت و سطح سلامت

عوامل مؤثر بر سلامت	ضریب متغیر	ضریب بتا	T	معنی داری	نتیجه
ابعاد دسترسی	۰/۱۲۶	۰/۲۳۹	۶۵/۸	۰/۰۰۰	معنی دار است
ابعاد ویژگی های فردی	۰/۱۲۳	۰/۱۸۸	۵۱/۳۵	۰/۰۰۰	معنی دار است
ابعاد اعتماد	۰/۱۲۴	۰/۲۵۲	۶۵/۹۵	۰/۰۰۱	معنی دار است
ابعاد انسجام	۰/۱۲۵	۰/۳۰۵	۸۶/۴۲	۰/۰۰۳	معنی دار است
ابعاد مشارکت	۰/۱۲۵	۰/۳۳۲	۹۶/۴۲	۰/۰۰۰	معنی دار است

ماخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۵



شکل ۵. اثر گذاری عوامل مؤثر بر سلامت روستاییان

نتیجه گیری

امروزه این مهم مورد تاکید جدی است که تحقق پایداری در فرآیند توسعه، متضمن محور قرار گرفتن انسان و نیازهای او به گونه‌ای است که سلامت محیط نیز تضمین شود. بر این اساس، در شاخص‌سازی برنامه توسعه سازمان ملل از مولفه سلامتی به عنوان یکی از وجوه اصلی مقوله امنیت انسانی در سنجش جایگاه پیشرفت و توسعه‌یافتگی کشورها تاکید می‌شود. در این پژوهش تحلیل فضایی عوامل مؤثر بر سطح سلامت در سکونتگاه‌های روستایی بخش سیمکان جهرم مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان می‌دهند رابطه بین خدمات ارائه شده در خانه‌های بهداشت و میزان رضایت مندی پاسخ‌گویان کمتر از حد متوسط میانگین (۳) بوده است. با توجه به این، می‌توان بیان داشت که تأثیر عوامل مورد مطالعه کمتر از حد متوسط بوده است. به منظور بیان فاصله اختلاف عملکرد و انتظار از نمودار راداری یا عنکبوتی استفاده شده است که عملکرد متغیرهای مورد مطالعه و اختلاف آن‌ها با عملکرد مورد انتظار قابل مشاهده است. ابعاد چهارگانه مورد بررسی از حد متوسط کمتر هستند و تا رسیدن به عملکرد مورد انتظار فاصله‌ای زیادی دارند. یکی از فرضیه‌های تحقیق درباره رابطه تفاوت روستاهای بخش سیمکان به لحاظ شاخص‌های سلامت می‌باشد. فرضیه دیگر، درباره تأثیر عوامل اجتماعی بر سطح سلامت روستاییان در منطقه مورد مطالعه می‌باشد. بدین منظور عوامل شش‌گانه شامل ابعاد اقتصادی، دسترسی، ویژگی‌های فردی، انجام، مشارکت مورد بررسی قرار گرفت و برای پیش‌بینی تأثیر این ابعاد از آزمون ضریب رگرسیون استفاده گردید. میانگین ابعاد چهارگانه سلامت به ترتیب در بعد زیست محیطی (۲/۶)، بعد اقتصادی (۲/۴)، اجتماعی (۲/۳) و بهداشتی (۲/۴) می‌باشد. اگر عدد سه را حد متوسط در نظر بگیریم ابعاد چهارگانه کمتر از حد متوسط می‌باشد. ضرایب بتای متغیرها حاکی از آن است که متغیرهای مورد مطالعه تأثیرگذاری مثبتی بر سطح سلامت روستاها دارند. متغیرهای ابعاد مشارکت و ابعاد اقتصادی به ترتیب با ۰/۳۳۲ و ۰/۳۲۲ بیشترین تأثیرگذاری را بر سطح سلامت روستاها دارند. نتایج تحقیق حاضر، تحقیقات عنابستانی و بهزادی (۱۳۹۲)، افراخته و افکار (۱۳۹۱)، رفیعیان و تاجدار (۱۳۸۷)، پاتنام (۱۳۸۵) و کارلسن و نازرو ۲۰۰۲ را تایید می‌کند.

منابع

- افراخته حسن، افکار ابوالحسن. (۱۳۹۱). عوامل مؤثر بر سطح سلامت روستاها (مطالعه موردی: روستاهای شهرستان شفت). مجله پژوهش و برنامه‌ریزی روستایی، شماره ۱، صص ۲۵-۴۳.
- ایروین آلک و اسکالی، النا. (۱۳۸۴). *اقدامات مربوط به عوامل اجتماعی مربوط به سلامت*. ترجمه محمدحسن نیکنام، تهران: نشر وفاق.
- بحرینی، سید حسین. (۱۳۷۴). پروژه شهرهای سالم سازمان بهداشت جهانی و لزوم اجرای جدی آن در جمهوری اسلامی ایران. *مجله محیط‌شناسی*، ۱۷، صص ۵-۱۴.
- استاندارداری فارس. (۱۳۹۲). *آخرین وضعیت تقسیمات کشوری بخش سیمکان شهرستان جهرم*. استانداری فارس، شیراز، ایران.
- پانتام رابرت، کلمن جیمزسمیوئل، افه کلاوس، بوردیو پیر، فوکویاما فرانسس، پورتس آلهاندرو و ولکاک مایکل. (۱۳۸۵). سرمایه اجتماعی، اعتماد، دموکراسی و توسعه. به کوشش کیان تاج‌بخش، ترجمه افشین خاکباز و حسن پویان، تهران: نشر شیرازه.
- رفعیان محبتی و تاجدار، وحید. (۱۳۸۷). سنجش وضعیت سلامت با رویکرد منطقه‌ای در مجموعه شهری مشهد. *فصلنامه جغرافیا و توسعه ناحیه‌ای*، شماره ۱۰، صص ۱۶۳-۱۸۴.
- رکن‌الدین‌افتخاری عبدالرضا و مهدوی، داوود. (۱۳۸۵). راهکارهای توسعه گردشگری روستایی با استفاده از مدل SWOT. *فصلنامه مدرس علوم انسانی*، ۲، صص ۱-۳۰.
- ساروخانی، باقر. (۱۳۷۶). *دایره المعارف علوم اجتماعی*. تهران: نشر کیهان.
- سازمان بهداشت جهانی. (۱۳۸۰). *سلامت و محیط در توسعه پایدار*. ترجمه علی‌اصغر فرشاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.
- شیخی، داوود. (۱۳۸۸). تبیین روستای سالم و ابعاد سلامت در نواحی روستایی مطالعه موردی: بخش قروه‌چای شهرستان خنداب استان مرکزی. رساله دکتری دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران.
- شیخی داوود، رضوانی محمدرضا و مهدوی، مسعود. (۱۳۹۱). سنجش و تحلیل سطح سلامت در نواحی روستایی بر اساس رویکرد روستای سالم: مطالعه موردی شهرستان خنداب، استان مرکزی. *فصلنامه روستا و توسعه*، ۲، صص ۱۰۹-۱۳۸.
- عبدلی، محمدعلی. (۱۳۷۸). سیستم‌های نفوذناپذیر و زهکشی شیرابه محل‌های دفن، فصلنامه محیط زیست، صص ۲۷.
- عنایستانی علی اکبر و روستا محبتی. (۱۳۹۱). فرآیند شکل‌گیری اقتصاد مبتنی بر تولید ذغال در روستاهای منطقه سیمکان (فارس). *فصلنامه اقتصاد فضا و توسعه روستایی*، شماره ۲، صص ۶۵-۷۸.
- عنایستانی علی اکبر و بهزادی صدیقه. (۱۳۹۲). سنجش سطح سلامت روستاییان و عوامل فردی مؤثر بر آن در شهرستان میبد یزد. *مجله برنامه‌ریزی فضایی (جغرافیا)*، شماره ۱، صص ۱-۱۸.
- فیلد جان. (۱۳۸۴). *سرمایه اجتماعی*. ترجمه جلال متقی، انتشارات موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی، تهران، ایران.
- موسسه توسعه روستایی ایران. (۱۳۸۱). *چالش‌ها و چشم‌اندازهای توسعه روستایی ایران*. موسسه توسعه روستایی ایران، تهران، ایران.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۴). *گزارش ارزیابی پروژه شهر سالم-روستای سالم شهرستان پاره*. تهران: هومن، حیدرعلی. (۱۳۷۶). *شناخت روش علمی در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات سمت.
- Barton H., & Tsourou, C. (2000). *Healthy urban planning*. Rutledge, New York.
- Bonizzato, P. (2003). Socio-economic inequality and mental health: concepts, theories and interpretations. *Epidemic Psychiatry*, 12, 205-218.
- Breuer, D. (1999). *A guide to reorienting urban planning toward local agenda 21*. European sustainable development and health series 3.
- Fraser, G. (2005). Changing place: the impact of rural restructuring on mental health in Australia. *Journal of Health and Place*, 11, 157-171.
- Grafton Denis, U. (2003). *Rural health care and community sustainability in south western Ontario*. University of Western Ontario.
- Howard, G. (2002). *Healthy village, a guide for communities and community health workers*. WHO. Geneva.
- Karlsen, S., & Nazroo, J. (2002). Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority group, *Public Health*, 92, 624-631.

- Kawachi, I. (1999). Social capital and community effects on population and individual health. *Annals of New York Academy of Science*, 896, 120-130.
- Knesebeck, O. (2005). Social capital and self-rated health in 21 European countries. *Gms Psycho-social Medicine*, 2, 6-14.
- Khoshchashm, K. (1995). Healthy city and healthy village. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 1 (1), 103-111.
- Peiffer, J., & Rsattanic, G. (1998). *the external central of organizations: a resource dependence perspective*. Harper & row, New York
- Pollack, F. (2008). the effect of social capital on health: the case of two language groups in Finland, *Health and Place*, 14, 347-360.
- Veenstra, G. (2007). Social space, social class and Bourdieu: health inequality in British Columbia, Canada. *Health and Place*, 13, 14-31.