

مجله پژوهش و برنامه‌ریزی روستایی، سال ۴، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۴، شماره پیاپی ۱۲

شاپای الکترونیکی: ۲۳۸۳-۲۴۹۵

شاپای چاپی: ۲۳۲۲-۲۵۱۴

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

سنجش و تحلیل شاخص‌های سلامت در مناطق روستایی اسکان عشایری (مطالعه موردی: مناطق اسکان عشایری استان‌های فارس و اصفهان)

امین دهقانی*

۱- استادیار جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه جیرفت، جیرفت، ایران.

تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۰۶/۲۴

صص ۹۵-۱۰۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۹/۱۵

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، سنجش و تحلیل شاخص‌های سلامت در ۴ بعد (بهداشتی، اجتماعی-فرهنگی، اقتصادی، زیست-محیطی و کالبدی) خانوارهای اسکان‌یافته در مناطق روستایی اسکان عشایری است که در توسعه پایدار جامعه عشایری نقش حیاتی دارد؛ چراکه راه دست‌یابی به بسیاری از اهداف توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی را هموار می‌کند.

روش: روش تحقیق مورد استفاده، توصیفی-تحلیلی است. ۴۴۹۶ جمعیت ساکن در پنج منطقه اسکان عشایری در استان اصفهان و فارس، جامعه آماری این تحقیق را تشکیل می‌دهند و با توجه به گستردگی حجم جامعه آماری، از روش نمونه‌گیری استفاده شد که با استفاده از فرمول کوکران ۳۸۴ نفر در روستاهای اسکان عشایری به عنوان نمونه بررسی و نتایج به جامعه آماری تعمیم داده شد. در این راستا، با توجه به ابعاد و شاخص‌های توسعه، داده‌های مورد نیاز با استفاده از روش میدانی (پرسش‌نامه) جمع‌آوری شد و با استفاده از میانگین رتبه هر شاخص و آزمون‌های T-test، رگرسیون گام‌به‌گام و مدل تاپسیس استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که از نظر تعیین وضعیت شاخص‌های سلامت (بهداشتی، اجتماعی-فرهنگی، اقتصادی، زیست‌محیطی و کالبدی) در روستاهای اسکان عشایری، شاخص‌های اقتصادی و بهداشتی اسکان از توفیق چندانی برخوردار نبوده است، به‌ویژه در زمینه اقتصادی، وضعیت این عشایر بدتر شده و اشتغال پایدار خود را از دست داده و به مشاغل ناپایدار وابسته شده‌اند. میانگین بعد اقتصادی و بهداشتی در وضعیت نامطلوب قرار دارد؛ اما در بعد اجتماعی-فرهنگی مطلوب و در بعد زیست-محیطی-کالبدی وضعیت در بعضی از شاخص‌ها نسبتاً نامطلوب است.

راهکارهای عملی: طبق یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود در روستاهای عشایری مناطق مورد مطالعه از نظر شاخص‌های سلامت به بعد زیست‌محیطی، دسترسی به‌ویژه بعد اقتصادی، توجه بیشتری شود.

کلید واژه‌ها: سلامت، روستا، توسعه پایدار، عشایر، فارس، اصفهان.

ارجاع: دهقانی، ا. (۱۳۹۴). سنجش و تحلیل شاخص‌های سلامت در مناطق روستایی اسکان عشایری (مطالعه

موردی: مناطق اسکان عشایری استان‌های فارس و اصفهان). مجله پژوهش و برنامه‌ریزی روستایی، ۴(۴)، ۹۵-۱۰۹.

<http://jrpp.um.ac.ir/index.php/RRP/article/view/42078>

۱. مقدمه

۱.۱. طرح مسأله

برخورداری از یک زندگی سالم، مولد و باکیفیت، همراه با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی همگانی است که مسؤولیت تأمین آن بر عهده دولت‌هاست و پیش‌شرط تحقق توسعه پایدار است (وزارت بهداشت و درمان، ۱۳۸۳، ص. ۲). سلامت، مفهومی است که توجه اساسی آن بر حفظ سرمایه‌ها (انسانی، طبیعی، اجتماعی و اقتصادی) در جهت عدالت بین نسلی است. توجه به ابعاد سلامت (اکولوژیکی، اجتماعی و اقتصادی) روستاییان یکی از پایه‌های اساسی توسعه پایدار است. سلامت روستایی در صورتی تحقق می‌یابد که هم-پوشی بین لایه‌های اکولوژیکی، اقتصادی و اجتماعی ایجاد شود. سلامت و ارتقای آن پیش‌شرط دستیابی به اهداف توسعه پایدار است که در چند سال اخیر مورد توجه سازمان‌های بین‌المللی و ملی قرار گرفته است. رویکرد روستای سالم سازمان بهداشت جهانی نیز در راستای دستیابی به همین هدف مطرح شد. سلامت در نواحی روستایی و مناطق عشایری، پدیده پیچیده و پیش‌شرط توسعه پایدار روستایی بوده و تحقق آن مستلزم محیط سالم و بسترهای مناسب اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و زیست‌محیطی است. شناخت ماهیت و ابعاد سلامت و عوامل تأثیرگذار بر آن از یک طرف و اقدام برای ارتقای آن در نواحی روستایی از طرف دیگر، ضرورت و اهمیت بسیار زیادی دارد و می‌تواند نقش مهمی در پایداری این نواحی داشته باشد.

از نظر سازمان بهداشت جهانی، اهداف روستای سالم عبارت‌اند از: داشتن محیط کالبدی تمیز و امن با کیفیت بالا، داشتن زیست بوم پایدار روستایی، امکان استفاده پایدار از تمام منابع برای مردم، داشتن جامعه منسجم و نیرومند با حمایت دوجانبه از سوی مردم و دولت، ایجاد مشارکت همگانی در تصمیمات مربوط به زندگی، سلامت و رفاه، تأمین نیازهای اساسی، داشتن اقتصاد زنده، نوآور، پویا و متنوع؛ دسترسی به تجارب و منابع در سطح وسیع برای همه، تشویق جامعه به ارتباط با میراث فرهنگی، وجود حداقل سطح مناسب از بهداشت عمومی، درک و فهم از بهداشت محلی و مسائل زیست‌محیطی نزد مردم، شناسایی راه‌حل‌های بومی برای رفع مشکلات محلی توسط ساکنان، ارتقای هماهنگی اجتماعی بر-اساس محیط و مشارکت فعال مردم (هوارد^۱، ۲۰۰۲، ص. ۱۵)،

روستای سالم روستایی است که محیط کالبدی و اجتماعی آن سلامت را ترویج کند. در روستای سالم، پیوسته با فراهم‌آمدن شرایط مطلوب، امکان فراگیر شدن همکاری بین بخشی فراهم می‌شود (سازمان جهانی بهداشت^۲، ۲۰۰۵، ص. ۳۶). اکنون پس از سه دهه تجربه اسکان عشایر، این پژوهش به دنبال پاسخ این پرسش کلی است که «وضعیت روستاهای اسکان عشایری از لحاظ برخورداری از شاخص‌های سلامت در ۴ بعد (بهداشتی، اجتماعی-فرهنگی، اقتصادی، زیست-محیطی-کالبدی) چگونه است؟ پژوهش حاضر تلاشی جهت ارزیابی و ارزیابی سطح سلامت روستاهای عشایری است. همچنین، شناسایی ابعاد و شاخص‌های مؤثر در پایداری سطح سلامت روستاهای اسکان عشایری به منظور برنامه‌ریزی محلی از دیگر اهداف تحقیق است.

در این پژوهش دو روستای اسکان عشایر از استان اصفهان (گل افشان، چشمه رحمان) و سه روستای اسکان عشایری از استان فارس (دشت بکان، تل معدن، دشت لار) این روستاها به دلیل این که بیش از یک دهه، سابقه اسکان در این دو استان داشته‌اند، انتخاب شده‌اند. این مناطق با استفاده از شاخص‌های سلامت (بهداشتی، اقتصادی، اجتماعی-فرهنگی و زیست‌محیطی-کالبدی) مورد تحلیل، تبیین و ارزیابی قرار می‌گیرد تا نقاط قوت و ضعف آن‌ها مشخص و در جهت دستیابی به آینده‌ای مطلوب راه‌کارهای لازم ارائه شود.

۱.۲. پیشینه تحقیق

اصطلاح «روستای سالم» را ابتدا بخش مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۹ در شهر آلکساندریا در کشور مصر ارائه کرده است (افراخته، ۱۳۹۱، ص. ۲۱). در ایران در سال ۱۳۷۴ نیز اولین کنفرانس روستای سالم در شهر اصفهان برگزار شد. برنامه و باورهای روستای سالم در ایران در قالب نظام مراقبت بهداشتی اولیه اجرا می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۰، ص. ۳۸۵). همچنین در سال ۱۳۷۷، دومین سمینار در شهر تبریز برگزار شد. پس از برگزاری اولین کنفرانس، روستای سالم در سال ۱۳۷۴ در اصفهان تصمیمات متخذه‌ای در خدمات بهداشتی اولیه برای دستیابی به اهداف روستای سالم مورد توجه قرار گرفت و از سال ۱۳۷۵ با بهرمنده شدن از فعالیت ۱۳۷۴۳ خانه بهداشت در نظام شبکه‌ای بهداشتی درمانی کشور و با تحت پوشش قراردادن ۱۹۴۸۸۴۲۳ نفر جمعیت، بالغ بر ۴۱۲۰۰ روستا عملاً اجرای پروژه روستای

سالم در جهت ارائه خدمات بهداشتی درمانی را تجربه کرد (شیخی، ۱۳۸۸، ص. ۹۷)

افراخته (۱۳۹۱) به پژوهشی با عنوان «عوامل مؤثر بر سلامت روستاها» پرداخته است. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که سطح سلامت جامعه روستایی پایین است. همچنین، وضعیت اقتصادی، نحوه کارکرد نهادهای عمومی و مدنی، سرمایه اجتماعی و فرهنگ برخاسته از آن به گونه‌ای هستند که افراد جامعه در جست‌وجوی منافع شخصی، سلامت جامعه روستایی را در معرض خطر قرار داده‌اند.

شیخی (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای به بررسی تبیین روستای سالم و ابعاد سلامت در نواحی روستایی شهرستان خنداب استان مرکزی، پرداخته است. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد از نظر تعیین وضعیت سلامت در سطح روستاها، میانگین سطح سلامت روستاها نامطلوب است. همچنین، بعد اقتصادی نیز در وضعیت نامطلوب قرار دارد؛ اما بعد پزشکی - بهداشتی، بعد اجتماعی و بعد زیست‌محیطی مطلوب است.

رحیمی (۱۳۸۷) در رساله خود به بررسی ابعاد اقتصادی و اجتماعی روستاهای اسکان عشایر در استان آذربایجان غربی پرداخته است. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد اسکان در روستاهای عشایر موجب شده در بعد اجتماعی، تحولات بیشتری اتفاق افتاده و در وضعیت آموزش، سواد و بهداشت روند مثبتی ایجاد شده و از دید عشایر مورد مطالعه، اسکان موجب بهبودی عدالت اجتماعی شده است؛ ولی از لحاظ بعد اقتصادی وضعیت مطلوبی روستاهای عشایری حکم‌فرما نیست.

تجربه اردن در زمینه اسکان عشایر حاکی از آن است که در این کشور، دولت با فراهم کردن فرصت‌های شغلی زیادی در بخش دولتی، بادیه‌نشینان را تشویق به اسکان کرد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که دسترسی خانوارهای بادیه‌نشین که اسکان یافته‌اند به خدمات بهداشتی، درمانی، آموزشی و غیره بهبود یافته است. سیاست‌های دولت در دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ از جمله احداث چاه‌های عمیق، تأمین علوفه و حمل‌ونقل یارانه‌ای مشوق ادامه دام‌داری شده است. به این ترتیب، بادیه‌نشینان به سرعت با فرصت‌ها و شرایط جدید سازگار شدند و در نتیجه، رمه‌گردانی به عنوان بخش مهمی از اقتصاد ناحیه ادامه یافت (اسپایسر^۲، ۱۹۹۹، صص. ۳۰۷-۳۰۰). مطالعه دیگری در مورد عشایر هواویز در سودان نشان می‌دهد که عشایر مذکور، تمایل چندانی به سکونت در روستای نمونه (محل اسکان) نداشتند. پس از پایان پروژه، تنها تعداد اندکی خانوار عشایری در آن

ساکن شدند و به رغم وجود امکاناتی چون چاه آب، زمین کشاورزی و مدرسه، پروژه در جذب آن‌ها موفق نبود. تا زمان تحقیق هیچ کدام از رهبران عشایر مذکور در محل پروژه، اسکان نیافتند. فقدان امکاناتی چون برق، آب کافی، پیش‌بینی نکردن فضای کافی برای دام‌ها و در نتیجه، جذب‌نشدن آن دسته از عشایر که دام آن‌ها زیاد بود، فقدان مراتع کافی برای چرای دام در محل جدید و غیرمشارکتی بودن فرآیند مکان‌یابی از جمله مشکلات طرح بوده است (کجستی^۴، ۲۰۰۳، ص. ۱۴) از ویژگی تحقیق حاضر این است که تا کنون تحقیقی در مورد وضعیت سلامت روستاهای عشایری پس از سه دهه اسکان صورت نگرفته است و این پژوهش بر آن است که وضعیت روستاهای عشایری را از ابعاد سلامت ارزیابی کند.

۲. روش‌شناسی

۲.۱. قلمرو جغرافیایی تحقیق

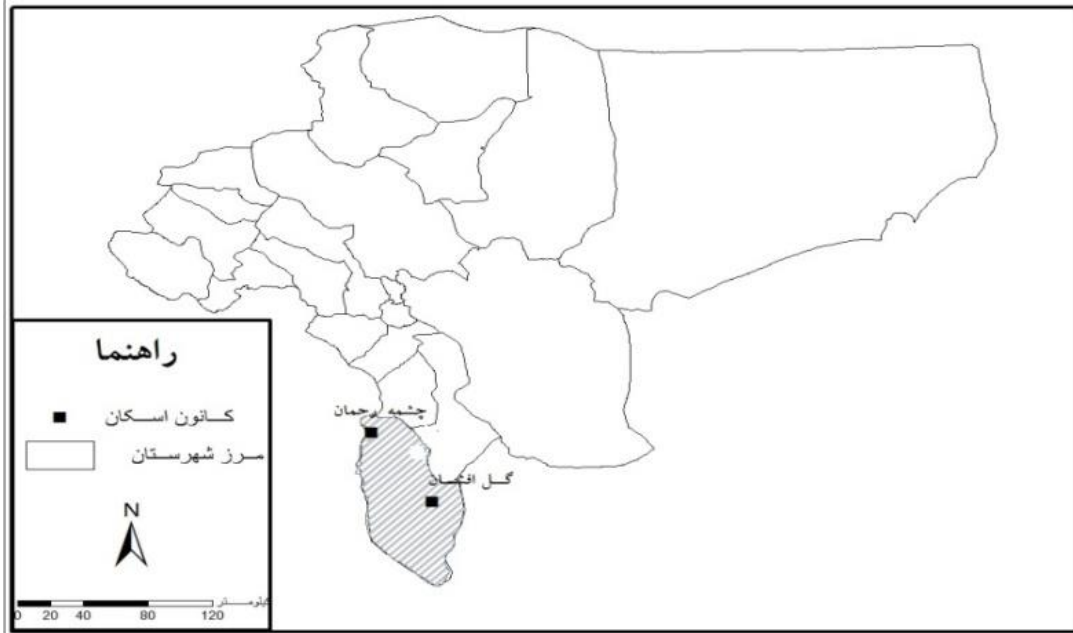
موقعیت مناطق اسکان روستایی در شهرستان سمیرم استان اصفهان - شهرستان سمیرم در فاصله ۱۶۵ کیلومتری جنوب شهر اصفهان واقع شده است. وسعت شهرستان در حدود ۵۲۲۴ کیلومتر مربع و جمعیت آن در سال ۱۳۹۰ در حدود ۷۳۰۴۵ نفر (۳۶۹۸۹ نفر شهری و ۳۵۱۶۸ نفر روستایی) بوده که در ۶ دهستان و ۱۰۲ روستا سکونت دارند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰) منطقه گل افشان - این روستا با ۶۷۷ نفر جمعیت و تعداد ۱۳۷ خانوار در دهستان حنا و در ۳۰ کیلومتری جنوب شرقی شهرستان سمیرم استان اصفهان واقع است.

موقعیت مناطق اسکان روستایی در استان فارس دشت بکان در شهرستان اقلید - دشت بکان از توابع بخش سده شهرستان اقلید استان فارس است که با ۲۶۵۵ نفر جمعیت و تعداد ۵۱۵ خانوار در ضلع جنوبی شهرستان اقلید واقع شده و در فاصله ۱۳۵ کیلومتری شمال شهر شیراز قرار دارد.

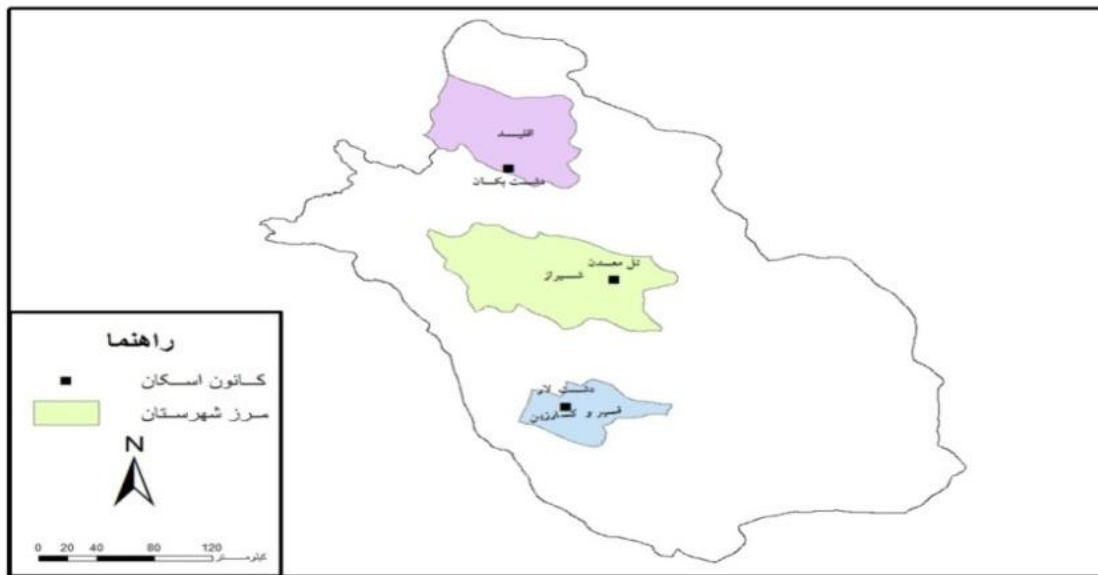
تل معدن در شهرستان شیراز - این روستا با ۶۰۰ نفر جمعیت و تعداد ۹۷ خانوار در شهرستان شیراز، بخش کربال و دهستان‌های کربال و خیرآباد قرار دارد و در فاصله ۶۲ کیلومتری شهر شیراز و ۱۰ کیلومتری شهر خرامه واقع شده است.

دشت لار در شهرستان قیر و کارزین - شهرستان قیر و کارزین با ۶۵۱۴۸ نفر جمعیت در جنوب غربی استان فارس و

در فاصله ۱۸۴ کیلومتری شیراز قرار دارد. دشت لار بخش مرکزی و دهستان هنگام در شهرستان قیر و کارزین، قرار دارد. این نقطه روستایی دارای ۹۷ نفر جمعیت و ۱۷ خانوار است. (سازمان امور عشایر، ۱۳۸۷)



شکل ۱- نقشه موقعیت روستاهای اسکان عشایری مورد پژوهش در استان اصفهان
 مأخذ: نقشه پایه از مدیریت امور عشایر استان فارس، ۱۳۹۳



شکل ۲- نقشه موقعیت روستاهای اسکان عشایری مورد پژوهش در استان فارس
 مأخذ: نقشه پایه از مدیریت امور عشایر استان فارس، ۱۳۹۳

۲.۲. روش تحقیق

روش به کار گرفته شده در پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی و از لحاظ روش، توصیفی و تحلیلی است. در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات و داده‌ها از روش‌های اسنادی، پرسش‌نامه‌ای و مشاهده‌ای استفاده شده است. به منظور تجزیه

و تحلیل اطلاعات، تهیه جدول و تهیه نقشه اطلاعاتی از محدوده مورد مطالعه، از نرم‌افزارهای SPSS و Arc GIS استفاده شده است. روش‌های آماری به کاررفته شامل آزمون تی‌تک نمونه‌ای، رگرسیون چندمتغیره است و برای رتبه‌بندی روستاهای عشایری از مدل تاپسیس استفاده شده است.

اجتماعی-فرهنگی، اقتصادی و زیست‌محیطی- کالبدی محیطی
ارایه‌شده در جدول (۲) به عنوان جمع‌بندی نهایی، محور کار
قرار گرفتند.

سپس، اطلاعات کیفی شاخص‌های مذکور در قالب طیف ۵
درجه‌ای لیکرت از بسیار نامطلوب (یا بسته به نوع شاخص
بسیار بد، بسیار ضعیف، بسیار کم، بسیار نامناسب) تا بسیار
مطلوب (یا بسیار خوب، عالی، بسیار زیاد، بسیار مناسب) جمع-
آوری شد. پس از آن، با همسوسازی و یکسان‌سازی شاخص-
های مثبت و منفی به صورت جدول (۱) کدگذاری و وارد نرم-
افزار Spss شده‌اند و مقدمات آزمون‌ها و تحلیل‌های استنباطی
از داده‌ها فراهم شد که در ادامه شاخص‌ها و معیارهای مختلف
به تفکیک به وسیله آزمون تی تک نمونه‌ای مورد بحث و تحلیل
قرار خواهند گرفت.

جامعه آماری این تحقیق، ۴۴۹۶ جمعیت ساکن در پنج
منطقه اسکان عشایری در استان اصفهان و فارس را تشکیل
می‌دهد و براساس فرمول کوکران حجم نمونه آماری ۳۸۴ نفر
برآورد شده است. انتخاب افراد در بین روستاهای مورد پرسش
به صورت تصادفی و نحوه توزیع پرسش‌نامه‌ها به نسبت جمعیت
هر روستای اسکان بوده است.

۳.۲. متغیرها و شاخص‌های تحقیق

از آن‌جا که این پژوهش در دو استان از روستاهای عشایری
صورت گرفته و روش جمع‌آوری داده‌ها نیز عمدتاً پیمایشی
بوده است. از این رو، تأکید بر استفاده از معیارها و شاخص‌هایی
بوده که با استفاده از پرسش‌نامه و در قالب طیف‌های همسان و
قیاس‌پذیر قابل دست‌یابی باشند. در نهایت، پس از مطالعه و
ارزیابی شاخص‌های معرفی‌شده در منابع و مراجع مختلف،
تعداد ۵۰ شاخص در قالب بخش‌های مختلف بهداشتی،

جدول ۱- نحوه کدگذاری شاخص‌های شهر سالم

مأخذ: نرم‌سازی توسط نگارنده، ۱۳۹۳

گزینه (پاسخ)	بسیار نامطلوب	نامطلوب	متوسط	مطلوب	بسیار مطلوب
کد	۱	۲	۳	۴	۵

بلکه آن‌چه که در حال حاضر تغییر کرده، شدت بحران سلامت
جوامع اعم از توسعه‌یافته یا در حال توسعه است (نوردریچ،
۲۰۰۳، ص. ۵۵۶).

در سال ۱۹۸۶ اولین کنفرانس بین‌المللی پیرامون بهبود
وضعیت بهداشت و سلامت در اتاوا^۷ (کانادا) بیانیه‌ای را صادر
کرد که در آن شرایط و ملزومات بنیادین برای بهبود سلامت
افراد را عواملی چون وجود ثبات اجتماعی، داشتن مسکن،
آموزش، غذا، درآمد، اکوسیستم با ثبات، منابع پایدار، عدالت
اجتماعی و برابری تشکیل می‌دهد (منشور اتاوا برای ارتقای
سلامت^۸، ۱۹۸۶، ص. ۴). در سلامت عمومی، این اعتقاد وجود
دارد که سلامت را نه تنها عوامل رفتاری، زیستی و ژنتیکی؛
بلکه گستره‌ای از عوامل اقتصادی، محیطی و اجتماعی نیز
تعیین می‌کنند (پیلکینتن^۹، ۲۰۰۲، ص. ۱۵۶).

۳. مبانی نظری

برنامه‌ریزی سلامت، اصطلاحی نسبتاً جدید است که امروزه
توسط آن دسته از برنامه‌ریزان منطقه‌ای که همواره در پی آنند
تا محیط را با سلامت فیزیکی و روحی مناطق پیوند بزنند پا به
عرصه وجود نهاده است. در گذشته برنامه‌ریزان و مسؤولان
سلامت و بهداشت در اتخاذ تصمیمات خویش، در خصوص
برخی مسائل اساسی همچون «رفاه اجتماعی، بهبود زندگی
انسانی و سلامت» چندان با یکدیگر هماهنگ نبوده‌اند که
نتیجه آن گسترش ناخوشایند فضای فیزیکی، تخریب سکونت-
گاه‌های طبیعی و تنوع زیستی، تکیه هرچه بیشتر بر اتومبیل در
حمل‌ونقل شهری، اصالت‌دهی به مناطق داخلی شهر، کاهش
فضاهای عمومی شهری و نیز گسترش حاشیه‌نشینی از سوی
طبقات کم درآمد بوده است (تامپسون^۵، ۲۰۰۷، ص. ۱)؛ اما
ارتباط بین برنامه‌ریزی و سلامت جامعه، موضوع جدیدی نیست؛

جدول ۲- ابعاد و متغیرهای سطح سلامت در روستاهای

اسکان عشایری

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۳

متغیرهای شاخص	نام شاخص (زیرمعیار)	معیار
دسترسی مناسب به مراکز خدمات بهداشتی- درمانی، فراهم‌بودن مراقبت‌های بهداشتی برای همه ساکنان، وضعیت بیمه‌های خدمات درمانی و غیره	وضعیت امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی	بهداشتی
تندرستی، معکوس افراد معتاد به سیگار در خانواده- معکوس افراد معتاد به انواع مواد مخدر در خانواده، عدم بیماری‌های واگیردار و یا ارثی	سلامت فیزیکی و روانی	
واکسیناسیون عمومی- به‌خصوص کودکان زیر ۶ سال و پیش‌گیری از بیماری‌های واگیردار، وجود برنامه‌ها و کارگاه‌های آموزش سلامت، آموزش‌های قبل از ازدواج.	اصول پیشگیری	
آب آشامیدنی سالم، تغذیه و پوشاک مناسب و غیره	کیفیت تغذیه و پوشاک	
کاهش آلودگی‌های محیطی، پاکیزگی و نظافت معابر، رضایت از بهداشت اماکن آموزشی- رضایت از بهداشت اماکن مذهبی	کیفیت بهداشت محیط زندگی	
دسترسی به امکانات آموزشی- دسترسی به حمل‌ونقل- دسترسی به سوخت- دسترسی به نانویی- دسترسی به مغازه خرده‌فروشی، مکان‌های گذران اوقات فراغت، اماکن ورزشی و غیره	میزان رضایت از امکانات و خدمات آموزشی- فرهنگی و ورزشی- تفریحی	اجتماعی- فرهنگی
مشارکت در اداره امور روستا و تصمیم‌گیری‌های محلی، برگزاری مراسم- میزان روحیه کار گروهی- میزان کمک در فصل کار- میزان مشارکت در حل مشکلات روستا- میزان مشارکت مالی در حل مشکلات روستا- میزان مشارکت فیزیکی در حل مشکلات روستا، تعاون و همیاری	میزان مشارکت اجتماعی	
انواع جرم، دزدی، معکوس تنش و درگیری در روستا، قاچاق مواد مخدر	وضعیت امنیت اجتماعی	
سواد تحصیلی، سواد اطلاعاتی و دانش رایانه‌ای	وضعیت سواد و آگاهی	
دریافت و بازپرداخت وام، امکان سرمایه‌گذاری در روستا و غیره	تسهیلات بانکی و مؤسسات مالی و اعتباری	اقتصادی
رضایت از شغل، امنیت شغلی،	رضایت از فرصت‌های شغلی و اشتغال	
متوسط درآمد ماهیانه خانوار- متوسط هزینه‌های ماهیانه خانوار، معکوس هزینه متوسط خوراکی خانوارها به کل درآمد- میزان مصرف مواد غذایی خانوارها- میزان استطاعت در ساخت مسکن جدید	رضایت از درآمد و وضعیت اقتصادی	
میزان رضایت از کیفیت آب شرب- میزان رضایت از کمیت آب کشاورزی- رضایت از محیط روستا- میزان رضایت از پاکیزگی روستا	میزان انواع آلودگی‌های زیست محیطی	کالبدی- زیست محیطی
نحوه دفع فاضلاب- نحوه دفع زباله- نحوه دفع فضولات حیوانی- وضعیت محل سکونت از نظر حیوانات مودی- میزان رضایت محیط روستا از نظر حیوانات مزاحم و ولگرد	وجود فضاهای ناخوشایند و ناسازگار با زندگی	
وجود خانه‌های نوساز و بادوام و با کیفیت مناسب، وجود تسهیلات مناسب در واحدهای مسکونی (سیستم گرمایشی، سرویس بهداشتی، حمام)- وجود نورگیری و روشنایی کافی در خانه‌ها- راه ارتباطی مناسب- میزان رضایت از دفع آب‌های سطحی- وضعیت روشنایی معابر	وضعیت کالبدی محیط	

سازمان جهانی بهداشت ۵۳ درصد مرگ‌ومیر در جهان را از شیوه نامناسب زندگی و بیست درصد از محیط نامناسب می‌داند که روی هم رفته، بیش از هفتاد درصد عامل مرگ انسان‌ها را در جهان تشکیل می‌دهد (نیک نیاز، ۱۳۸۳، ص. ۲۳)

اهداف توسعه هزاره نشان می‌دهد که بین سلامت و شرایط اجتماعی وابستگی وجود دارد. براساس چارچوب اهداف توسعه

این مسأله که عوامل محیطی و اجتماعی- اقتصادی به گونه‌ای مؤثر بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارند، از زمان باستان شناخته شده بود (ایروین و اسکالی، ۱۳۸۴، ص. ۳۱). عواملی از قبیل محیط زیست ایمن، درآمد کافی، دارا بودن نقش‌های هدفمند و معنی‌دار در جامعه، مسکن ایمن، تحصیلات بالاتر و حمایت اجتماعی با سلامت و رفاه بهتر در محله‌ها، وابستگی دارد (مرکز بهداشت کویپلند، ۲۰۰۶، ص. ۱۰). به همین دلیل،

بالا تر بودند. وضعیت شغلی پاسخ‌گویان، ۵/۴ شاغل بخش دولتی، ۳۳/۱ بخش کشاورزی، ۱۳/۸ بخش دام‌داری، ۲۴/۵ بخش کشاورزی و دام‌داری، ۱۵/۴ شغل آزاد، ۷/۸ بیکار بیان شده است.

۱.۴. معیار و شاخص‌های اجتماعی - فرهنگی

پس از همسوسازی و کدگذاری داده‌های مربوط به شاخص‌های اجتماعی - فرهنگی از آن‌ها آزمون به عمل آمده است. همان‌طوری که جدول (۳) نشان می‌دهد نتایج نتیجه آزمون شاخص‌ها قابل اتکا و تفسیر است. در بررسی شاخص مشارکت در بین روستاهای اسکان عشایری این نتیجه حاصل شد که در کانون‌های اسکان افراد با هم‌دیگر خویشاوند بوده و به سنت‌ها و رسوم اجتماعی پای‌بندتر بوده و در حل مشکلات یاور هم‌دیگر بوده، معضلات اجتماعی کمتر، مشارکت بیشتر و دیدوبازدیدها بیشتر، اعتماد متقابل بین ساکنان زیاد بوده و از تجربیات افراد پیر و بزرگ استفاده می‌کنند. در بررسی مناطق اسکان از نظر گویه‌های مشارکت همه روستاهای عشایری دارای وضعیت مطلوب هستند؛ ولی از نظر شاخص‌های «امکانات و خدمات آموزش - فرهنگی» و «امنیت اجتماعی» در وضعیت نامطلوبی قرار دارند.

در بحث امنیت که از دیرباز مهم‌ترین دغدغه انسان‌ها بوده است، از زمان انسان‌های اولیه، امنیت به عنوان اساسی‌ترین رکن زندگی پس از آب و غذا مطرح بوده است. گویه‌هایی چون میزان امنیت در کانون‌ها، وضعیت اعتیاد، دعوا و درگیری، سرقت، مورد بررسی قرار گرفته است. براساس مصاحبه‌های انجام‌شده با خانوارها، وضعیت استعمال مواد مخدر در منطقه نسبت به ۱۰ سال گذشته، خیلی بدتر شده است و نشان از شیوع آن در بین جوانان دارد. حتی در حال حاضر در برخی از روستاها نیز وضعیت نامطلوبی وجود دارد. همچنین، در خصوص شاخص‌هایی چو میزان درگیری و نزاع‌های محلی، میزان سرقت و دزدی، شاهد افزایش معنادار در دوره بعد از ایجاد اسکان عشایر بوده‌ایم.

هزاره، بدون کاهش قابل ملاحظه فقر، ایجاد امنیت غذایی، آموزش و پرورش، اعطای حقوق و اختیارات به زنان و بهبود شرایط زندگی در مناطق فقیرنشین و زاغه‌نشین‌ها، دستیابی به اهداف سلامت برای بسیاری از کشورها ناممکن خواهد بود (ایروین و اسکالی، ۱۳۸۴، ص. ۲۸)

از نظر سازمان بهداشت جهانی، در جوامع سنتی عواملی چون دسترسی نداشتن به آب آشامیدنی سالم که ناشی از توسعه نیافتگی است، بر سلامتی افراد اثر می‌گذارد. استعدادهای طبیعی منطقه، تأثیر عمیقی بر کمیت و کیفیت تغذیه، بهداشت، سلامت، نوع بیماری و طول عمر افراد دارد. محیط و نوع رژیم غذایی نیز می‌تواند اثر قاطعی بر سلامت انسان‌ها داشته باشند. محیطی که از سلامت پشتیبانی می‌کند، خالی از هر نوع آسیب‌رسان عمدی بر سلامت است. چنین شرایطی نیازهای پایه زندگی سالم را تأمین می‌کند و تداخل اجتماعی قابل قبولی را فراهم می‌کند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۳۸۰، ص. ۵۷). طبق نظر دیگر، نابرابری در دسترسی به تعیین‌کننده‌های اساسی سلامت، نتیجه کنش متقابل و پیچیده چهار گروه از عوامل است: شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی که تعیین‌کننده سطح اشتغال، درآمد و رفاه اجتماعی است. محیط زندگی و موقعیت فرد در جامعه از نظر شغلی، درآمدی و سطح آموزش که نقشی اساسی در دسترسی به تعیین‌کننده‌های اساسی دارند. رفتارهای فردی سبک زندگی، استعمال دخانیات و رژیم غذایی و نیز عوامل ارثی، سن و جنس (افراخته، ۱۳۹۱، ص. ۳۰). سلامت با شرایط اجتماعی نیز رابطه دارد؛ یعنی، بدون کاهش قابل ملاحظه فقر، ایجاد امنیت غذایی، آموزش و پرورش، اعطای حقوق و اختیارات به زنان و بهبود شرایط زندگی در مناطق فقیرنشین، دستیابی به اهداف سلامت میسر نیست (ایروین و اسکالی، ۱۳۸۴، ص. ۲۸)

۴. یافته‌های تحقیق

از تعداد ۳۸۴ پرسش‌نامه که در میان روستاهای عشایری تقسیم شد، از کل نمونه تحقیق تعداد ۳۶۳ نفر مرد، ۲۱ نفر را زن تشکیل می‌دهد. وضعیت تأهل، ۶۳ نفر مجرد (۱۶/۴ درصد) ۳۱۹ نفر متأهل (۸۳/۶ درصد)، سن پاسخ‌گویان ۷۵ نفر، ۲۵-۱۵ سال، ۲۶-۳۵ سال، ۸۵ نفر، ۳۶-۴۵ سال، ۲۳ نفر، ۴۶-۵۵ سال، ۷۴ نفر، ۶۵-۵۶ سال، ۶۱ نفر، ذکر شده و وضعیت تحصیلی پاسخ‌گویان، تعداد ۱۷۸ نفر ابتدایی، ۱۰۱ نفر راهنمایی، ۷۷ نفر دیپلم، ۲۱ نفر فوق دیپلم، ۷ نفر لیسانس و

جدول ۳- آزمون تی تک نمونه جهت سنجش معیار اجتماعی- فرهنگی

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۳

One-Sample Test				One-Sample Statistics		معیار اجتماعی- فرهنگی	
فاصله اطمینان ۰/۹۵		اختلاف میانگین	سطح معناداری Sig	مقدار t	انحراف استاندارد		میانگین
حد بالا	حد پایین						
-۰,۱۸	-۰,۳۸	-۰,۲۶۵	۰,۰۰۰	-۴,۶۶۴	۰,۹۹۸	۲,۶۳	امکانات و خدمات آموزشی- فرهنگی
۰,۱۴	-۰,۱۰	۰,۰۱۸	۰,۰۰۷	۰,۲۸۵	۱,۲۲۹	۳,۱۲	مشارکت اجتماعی
۰,۵۳	۰,۳۶	۰,۴۳۸	۰,۰۰۰	۹,۶۴۷	۰,۸۳۶	۳,۳۹	امنیت
۰,۴۶	۰,۳۱	۰,۳۹۵	۰,۰۰۰	۸,۳۷۱	۰,۸۴۳	۳,۴۴	سواد

۲.۴. معیار و شاخص‌های اقتصادی

به طور خلاصه از داده‌های مربوط به شاخص‌های اقتصادی مورد آزمون، استنباطی به عمل آمد. جدول (۴) که با توجه به پایین‌ترین سطح معناداری محاسبه شده است، تمامی شاخص‌های ($Sig=0/000$) از سطح معناداری مورد نظر ($\alpha=0/05$)، معناداری آزمون برای همه شاخص‌ها مورد قبول

است. با توجه به نتایج آزمون به عمل آمده، می‌توان گفت که وضعیت شاخص‌های اقتصادی مورد بررسی شامل توانایی ساخت مسکن جدید و نوساز، متوسط درآمد خانواده، متوسط هزینه خانواده، رضایت از درآمد کشاورزی، رضایت از درآمد دام‌داری، وضعیت اشتغال در وضعیت نامطلوبی قرار دارند.

جدول ۴- آزمون تی تک نمونه جهت سنجش معیار اقتصادی

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۳

One-Sample Test				One-Sample Statistics		معیار اقتصادی	
فاصله اطمینان ۰/۹۵		اختلاف میانگین	سطح معناداری Sig	مقدار t	انحراف استاندارد		میانگین
حد بالا	حد پایین						
-۰,۴۱	-۰,۶۳	-۰,۵۰۸	۰,۰۰۰	۱۰,۱۹	۰,۹۸۱	۲,۴۰	تسهیلات بانکی
-۱/۱۸	-۱/۳۶	-۱/۲۷۶	۰,۰۰۰	۱۱,۶۵۵	۰,۷۴۶	۱/۷۲	شغل و اشتغال
-۰/۱۴	-۰/۳۰	-۰/۲۲۳	۰,۰۰۰	-۵/۴۲۴	۰,۹۷۰	۲/۷۷	وضعیت اقتصادی

۳.۴. معیار و شاخص‌های بهداشتی

معیار و شاخص‌های بهداشتی از مهم‌ترین ویژگی‌های روستای سالم به شمار می‌روند. نتایج تحلیل‌های توصیفی و تحلیلی آزمون تی تک نمونه شاخص‌های بهداشتی منطقه مناطق مورد مطالعه در جدول (۵) درج شده است.

با توجه به این که سطح معناداری محاسبه شده تمامی شاخص‌های مورد بررسی ($\text{Sig} = 0/000$) از سطح معناداری مورد نظر ($\alpha = 0/05$) کمتر است، از این رو به نتایج آزمون برای تمامی شاخص‌ها می‌توان اتکا کرد. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که وضعیت شاخص «کیفیت تغذیه و

پوشاک» بالاتر از حد متوسط و در سطح نسبتاً خوبی قرار دارد؛ زیرا تنها میانگین این دو شاخص بالاتر از حد متوسط بوده است. بنابراین، اختلاف با میانگین کران بالا و پایین و آماره T آن‌ها عدد نسبتاً بالا و مثبتی به دست آمده است. با توجه به پایین‌تر بودن میانگین سه شاخص بهداشتی باقی‌مانده از سطح متوسط و منفی بودن آماره T، اختلاف با میانگین و کران بالا و کران پایین آن‌ها، می‌توان چنین قضاوت کرد وضعیت آن‌ها اصلاً در وضع مطلوب و حتی متوسطی ارزیابی نشده است. در این میان، وضعیت امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی بدتر از همه و در سطح نسبتاً ضعیفی قرار دارد.

جدول ۵- آزمون تی تک نمونه جهت سنجش معیار بهداشتی

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۳

One-Sample Test				One-Sample Statistics			معیار بهداشتی
فاصله اطمینان ۰/۹۵		اختلاف میانگین	سطح معناداری Sig	مقدار t	انحراف استاندارد	میانگین	
حد بالا	حد پایین						
-۰,۴۳	-۰,۶۳	-۰,۴۹۵	۰,۰۰۰	-۱۰,۱۸۷	۰,۹۵۷	۲,۶۰	وضعیت امکانات و خدمات بهداشتی
۰,۳۹	۰,۲۰	۰,۳۰۱	۰,۰۰۰	۵,۳۲۵	۰,۹۴۶	۳,۳۵	سلامت فیزیکی و روانی
-۰,۲۸	-۰,۴۹	-۰,۳۷۳	۰,۰۰۰	-۶,۱۶۸	۱,۰۵۷	۲,۵۸	اصول پیش‌گیری
۰,۵۱	۰,۳۴	۰,۴۶۸	۰,۰۰۰	۹,۸۶۵	۰,۷۷۶	۳,۳۹	کیفیت تغذیه و پوشاک
-۰,۱۸	-۰,۴۱	-۰,۳۱۰	۰,۰۰۰	-۵,۱۱۷	۱,۱۷۱	۲,۶۴	کیفیت بهداشت محیط زندگی

۴.۴. معیار و شاخص‌های زیست محیطی - کالبدی

بر اساس نتایج آزمون مذکور، تمامی شاخص‌های کالبدی-

زیست محیطی مورد مطالعه در روستاهای عشایری از حد متوسط و در وضعیتی نامطلوب و یا نسبتاً نامطلوب قرار دارند.

آزمون تی-تک نمونه‌ای شاخص‌های زیست محیطی - کالبدی (جدول ۶) حاکی از آن است و نتیجه آزمون برای همه شاخص‌ها در سطح اطمینان ۹۵ درصد و بالاتر قابل اتکا است.

جدول ۶- آزمون تی تک نمونه‌ای جهت سنجش معیار کالبدی - زیست محیطی

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۳

One-Sample Test				One-Sample Statistics			معیار کالبدی - زیست محیطی
فاصله اطمینان ۰/۹۵		اختلاف میانگین	سطح معناداری Sig	مقدار t	انحراف استاندارد	میانگین	
حد بالا	حد پایین						
-۰,۱۷	-۰,۳۶	-۰,۳۷۰	۰,۰۰۰	-۴,۶۹۹	۱,۱۱۱	۲,۵۳	میزان انواع آلودگی‌های زیست محیطی
۰,۰۴	-۰,۱۸	-۰,۰۷۳	۰,۰۲۰	۱,۲۵۵	۱,۱۴۵	۲,۷۳	وجود فضاهای فیزیکی ناخوشایند و کاربری‌های ناسازگار با زندگی
-۰,۱۴	-۰,۳۷	-۰,۲۴۳	۰,۰۰۰	-۴,۰۰۳	۱,۱۲۳	۲,۶۵	وضعیت کالبدی محیط

۴.۵. ترکیب ارزش شاخص‌ها و جمع‌بندی هر معیار

در بحث‌های پیشین، وضعیت شاخص‌های مربوط به هر معیار به صورت انفرادی مورد آزمون و ارزیابی قرار گرفت. حال باید دید که هر معیار به صورت کلی دارای چه وضعیتی است؟ به این منظور، با ترکیب و میانگین‌گرفتن از ارزش‌های مربوط به

شاخص‌های هر معیار، یک ارزش نهایی (جدول ۷) برای هر معیار (بر مبنای طیف لیکرت کدگذاری شده از عدد یک تا پنج) به دست آمد و به وسیله آزمون تی-تک نمونه‌ای مورد سنجش قرار گرفت.

جدول ۷- ترکیب ارزش شاخص‌ها و جمع‌بندی هر معیار

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۳

One-Sample Test				One-Sample Statistics		ترکیب معیارها
فاصله اطمینان ۰/۹۵	اختلاف میانگین	سطح معناداری Sig	مقدار t	انحراف استاندارد	میانگین	
حد بالا	حد پایین					
۰,۲۲۷۱	۰,۰۸۹۹	۰,۱۴۸۵۰	۰,۰۰۰	۳,۵۴۴	۰,۵۹۷۵۶	۳/۴۸
۰,۴۱۱۴	-۰,۵۸۳۶	-۰,۵۱۳۰۰	۰,۰۰۰	-۱۰,۶۳۱	۰,۷۵۰۵۶	۲/۵۶
-۰,۰۰۷۱	-۰,۱۷۷۷	-۰,۰۹۴۵۰	۰,۰۱۷	-۲۲/۱۹۳	۰,۸۴۶۵۰	۲,۹۱
-۰,۱۴۸۹	-۰,۳۳۴۳	-۰,۲۴۹۰۰	۰,۰۰۰	-۵,۰۸۷	۰,۷۹۸۰۹	۲,۷۵

جدول ۸- آزمون رگرسیون چندگانه بین متغیر ارزیابی افراد

از طرح اسکان و متغیرهای مستقل

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۳

مرحله	متغیرهای وارد شده	R	R2	R2 اصلاح شده
۱	شاخص اجتماعی-فرهنگی	۰/۸۲۱	۰/۶۷۵	۰/۶۷۴
۲	شاخص زیست محیطی-کالبدی	۰/۹۸۲	۰/۹۶۵	۰/۹۶۵
۳	شاخص بهداشتی	۰/۹۹۱	۰/۹۸۳	۰/۹۸۲
۴	شاخص اقتصادی	۰/۹۹۳	۰/۹۸۵	۰/۹۸۵

جدول ۹- آزمون رگرسیون چندگانه بین متغیر ارزیابی افراد

از طرح اسکان و متغیرهای مستقل

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۳

نام متغیر	B	Beta	T	Sig.T
شاخص اجتماعی-فرهنگی	۰/۷۳۳	۰/۸۲۱	۲۸/۱۴	۰/۰۰
شاخص زیست-محیطی-کالبدی	۰/۲۷۰	۰/۳۵۴	۲۹/۶	۰/۰۰
شاخص بهداشتی	۰/۱۰۹	۰/۱۴۶	۱۹/۵۸	۰/۰۰
شاخص اقتصادی	۰/۰۷۴	۰/۰۷۲	۸/۱۶	۰/۰۰

نتایج آزمون حاکی از آن است در بحث‌های پیشین وضعیت شاخص‌های مربوط به هر معیار مورد آزمون و ارزیابی قرار گرفت. حال که در سطح اطمینان ۹۵ درصد (خطای ۵ درصد و کمتر)، معیار اجتماعی-فرهنگی نسبت به دیگر معیارها دارای وضعیت مطلوب‌تر و به طور کلی در سطح متوسط به بالا قرار دارد و سایر معیارها دارای وضعیتی پایین‌تر از سطح متوسط و بعضاً «نسبتاً نامطلوبی» هستند و ضعیف‌ترین وضعیت متعلق به معیار اقتصادی است.

۴.۶. مدل پردازش رگرسیونی عوامل تبیین‌کننده شاخص‌های سطح سلامت

برای پیش‌بینی شاخص‌های تأثیرگذار در کانون‌های توسعه از تحلیل رگرسیون استفاده شد. بررسی نتایج جدول (۸) نشان می‌دهد که معادله پیش‌بینی رگرسیونی ما دارای ۴ مرحله است. براساس نتایج، ضریب همبستگی چندمتغیره ما در مرحله پنجم نشان می‌دهد که در مجموع متغیرهای اجتماعی-فرهنگی، زیست محیطی-کالبدی، بهداشتی، اقتصادی، توانسته ۹۸ درصد از واریانس متغیر وابسته (نمره ارزیابی افراد از طرح اسکان) را پیش‌بینی کنند. با توجه با این‌که ۹۸ درصد از واریانس متغیر ارزیابی طرح اسکان به وسیله متغیرها تبیین شده و تنها ۲ درصد ($R^2 = 1 - R^2$) از واریانس متغیر وابسته تبیین نشده؛ در کل متغیرها دارای قدرت تبیین بسیار بالایی بوده‌اند.

تحلیل‌ها و نتایج نشان می‌دهد که در منطقه مورد مطالعه اسکان عشایر از نظر شاخص‌های زیست‌محیطی، شاخص‌های بهداشتی و به‌ویژه شاخص‌های اقتصادی، موفقیت چندانی به دست نیاورده است.

مناطق اسکان عشایری از لحاظ شاخص‌های سلامت وضعیت مطلوبی ندارد؛ به طوری که معیارهای اقتصادی با میانگین (۲,۵۶)، کالبدی- زیست‌محیطی با میانگین (۲,۷۵)، بهداشتی با میانگین (۲,۹۱) از سطح متوسط به پایین به ترتیب از وضعیت نامطلوبی برخوردارند و در نهایت، معیار اجتماعی- فرهنگی با میانگین (۳,۴۸) از سطح متوسط به بالا و از وضعیت نسبتاً مطلوبی برخوردار است.

وضعیت کانون‌های اسکان به لحاظ شاخص‌های بهداشتی از شرایط مطلوبی برخوردار نیست. در زمینه اثرات اقتصادی شاخص‌هایی چون وضعیت بیکاری، میزان استفاده از وام‌های دولتی، میزان درآمد، ایجاد مشاغل جدید، و وضعیت پس‌انداز نسبت به گذشته با کاهش معنادار روبه‌رو بوده‌اند. به این ترتیب، در مجموع می‌توان این‌گونه استنباط کرد که طرح اسکان در مناطق عشایری، تأثیرات اقتصادی مطلوبی در سطح مناطق عشایری نگذاشته و در اغلب شاخص‌های اقتصادی، وضعیتی کمتر از حد مطلوب نسبت به گذشته حاصل شده است. از این رو، می‌توان پذیرفت که اسکان در جهت ایجاد اشتغال و ارتقای فرصت‌های شغلی از عملکرد مطلوبی برخوردار نبوده است.

در بعد اجتماعی نیز باید گفت که از لحاظ میزان مشارکت با توجه به همبستگی که از دیرباز در جامعه عشایری وجود داشته است، از وضعیت مطلوبی برخوردار شده‌اند و همچنین، در خصوص شاخص‌هایی چون کمبود امکانات آموزشی و فرهنگی، اعتیاد، سرقت، دعوا و درگیری مناطق اسکان از وضعیت مطلوبی نداشته‌اند.

همچنین، در بعد زیست‌محیطی- کالبدی، وضعیت خانوارهای ساکن شده در کانون‌های در مورد پنج متغیر، نحوه دفع زباله، بهداشت مکان دام، نحوه دفع فاضلاب، نحوه دفع فضولات حیوانی، رضایت از محیط روستا از نظر حیوانات مزاحم و لگرد وضعیت چندان مطلوبی برخوردار ندارند.

با توجه به راهبرد توسعه پایدار که در دهه‌های اخیر بیشترین تأثیر را بر نگرش‌های برنامه‌ریزان داشته، روستاهای اسکان عشایر در منطقه مورد مطالعه نتوانسته پایداری زندگی خانوارهای ساکن را از نظر سطح سلامت فراهم کند؛ زیرا که با

نتایج رگرسیون گام‌به‌گام نشان می‌دهد که در سطح کلی سلامت بخش اجتماعی- فرهنگی بیشترین تأثیر را در بهبود سطح سلامت روستاهای اسکان داشته است. مقدار بتای متغیر اجتماعی- فرهنگی ($\beta=0/733$)، زیست‌محیطی- کالبدی ($\beta=0/270$)، شاخص‌های بهداشتی ($\beta=0/109$) و شاخص‌های اقتصادی ($\beta=0/074$) به ترتیب، بیشترین اهمیت را در افزایش سطح سلامت خانوارها دارند.

برای دستیابی به یک رتبه‌بندی (اولویت‌بندی) نهایی از لحاظ شاخص‌های سطح سلامت، همه شاخص‌ها به صورت تلفیقی با استفاده از مدل تاپسیس مورد محاسبه قرار گرفت. از لحاظ شاخص‌های تلفیقی روستای (کانون) گل افشان با امتیاز تاپسیس ۰/۹۳۷ در رتبه یک قرار گرفت و رتبه آخر به روستای (کانون) دشت لار با امتیاز تاپسیس ۰/۱۰۸ تعلق گرفت.

در مجموع، روستای گل افشان به دلیل ساختار فضایی و اجتماعی مناسب، دسترسی مناسب به خدمات اساسی و محیط زیست نسبتاً مطلوب به عنوان برخوردارترین کانون اسکان و روستای دشت لار، محروم‌ترین منطقه از لحاظ شاخص‌های توسعه، رتبه‌بندی شد. میانگین شاخص‌های تلفیقی برابر با ۰/۴۵۸ و انحراف معیار ۰/۳۱۲ است.

جدول ۱۰- رتبه‌بندی روستاهای اسکان از لحاظ شاخص‌های

تلفیقی سطح سلامت

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۳

روستای اسکان	میزان تاپسیس	رتبه
گل افشان	۰/۹۳۷	۱
چشمه رحمان	۰/۲۹۰	۴
دشت بکان	۰/۵۴۷	۲
تل معدن	۰/۴۰۹	۳
دشت لار	۰/۱۰۸	۵
میانگین	۰/۴۵۸	-
انحراف معیار	۰/۳۱۲	-
ضریب پراکندگی	۰/۶۸۱	-

۵. بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، سطح سلامت روستاهای عشایری و خانوارهای ساکن در این روستاها مورد بررسی قرار گرفت که بر اساس مفهوم کلی سلامت در چهار بعد بهداشتی، اجتماعی- فرهنگی، اقتصادی و بعد زیست‌محیطی- کالبدی اندازه‌گیری شده است.

سم‌پاشی واحدهای مسکونی و جایگاه دام به صورت دوره‌ای برای کاهش حشرات موذی انجام شود. به منظور دفع بهداشتی آب‌های سطحی و بهبود زهکشی و کاهش بیماری‌های مرتبط با آب‌های راکد، معابر اصلی کانون‌ها آسفالت شود.

احداث تیرهای برق و روشنایی در معابر اصلی کانون‌های اسکان که همه آن‌ها فاقد روشنایی هستند.

با توجه به این‌که میزان رضایت شغل به علت کمبود اشتغال به‌خصوص برای جوانان پایین است، پیشنهاد می‌شود صنایع تبدیلی به منظور ایجاد اشتغال گسترش داده شود.

فعالیت‌های نوینی، همچون صنایع تکمیلی - تبدیلی، پرورش گیاهان زیستی، پرورش ماهی، پرورش زنبور عسل و غیره می‌تواند در درآمدزایی و اشتغال منطقه اثرگذار باشد.

زمینه برای فراهم‌آوردن شرایط لازم برای بهره‌مندی مناسب عشایر از منابع اعتباری و تسهیلات بانکی و متناسب -

کردن قوانین و مقررات موجود برای بهره‌مندی این جامعه از تسهیلات و یارانه‌ها با توجه به توان تولیدی بالای این جامعه، ایجاد شود.

از راهبردهای پیشنهادی دیگر که می‌تواند برای خانوارهای اسکان یافته ایجاد اشتغال کند، یک مرکزیت مهم برای تولید، پشتیبانی و توزیع صنایع دستی است؛ از جمله: قالی‌بافی، بافت قالیچه، گلیم، خورجین و غیره. این مرکزیت می‌تواند در زمینه آرایه‌الگوها و طرح‌های مختلف، آموزش و ترویج، تهیه ملزومات، امکان سرمایه‌گذاری و خرید تولیدات، نقش مهمی ایجاد کند.

یادداشت‌ها

1. World Health Organization
2. Howard
3. Spicer
4. Kjersti
5. Thompson
6. Northridge
7. Ottawa
8. Ottawa Charter for health promotion
9. Pilkington
10. Queensland Health

رویکرد جامع و راهبرد توسعه پایدار، جامعه زمانی به پایداری می‌رسد که به صورت یک‌پارچه بتواند شرایط مناسبی را فراهم سازد؛ اما نتایج نشان داد هر چند در زمینه اجتماعی تأثیرها بهتر بوده است؛ اما در زمینه شاخص‌های بهداشتی، اقتصادی و تعدادی بسیاری از شاخص‌های زیست‌محیطی، نه تنها پایداری ایجاد نشده؛ بلکه به ناپایداری شدن وضعیت اقتصادی خانوارها منجر شده است.

از آن‌جا که ویژگی‌های جامعه عشایر از تنوع و شرایط خاصی برخوردار است، تلاش شده با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل داده‌های گردآوری شده و نیز اولویت‌بندی مسائل و مشکلات موجود در کانون‌های اسکان، با آرایه برنامه‌های پیشنهادی متناسب با ابعاد مختلف ویژگی‌های جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی عشایر، مهم‌ترین راهبردها و سیاست‌های کارآمد برای سامان‌دهی کانون‌های اسکان آرایه شود:

به علت دسترسی نداشتن همه کانون‌ها به مراکز بهداشتی و درمانی، افزایش تعداد پزشکان خانواده در مراکز بهداشتی درمانی به‌خصوص در کانون‌های گل افشان، دشت بکان و احداث خانه بهداشت در کانون چشمه رحمان و دشت لار پیشنهاد می‌شود.

آموزش و ترویج بهداشت دام و آرایه سرویس‌های دام-پزشکی به عشایر منطقه فراهم شود.

در بین کانون‌های اسکان فقط کانون گل افشان دارای مکان بهداشتی زباله هستند. از این رو، پیشنهاد می‌شود نسبت به مشخص کردن مکان‌های بهداشتی دفع زباله در کانون‌های اسکان فاقد آن اقدام شود.

مدیریت روستایی به منظور جمع‌آوری حمل و دفع زباله و دفع فاضلاب در راستای جلوگیری از بیماری و آلودگی منابع آب کانون‌های اسکان تقویت شود.

به علت این‌که تمام کانون‌های اسکان در زمینه فضولات حیوانی دارای وضعیت نامطلوبی هستند، پیشنهاد می‌شود به تشویق و حمایت مردم به خارج کردن فضولات حیوانی از محیط روستا اقدام شود.

بر اصول بهداشتی واحدهای تجاری در تمام کانون‌های نمونه نظارت شود.

کتاب‌نامه

1. Afrakhteh, H., & Afkar, A. (2012). Factors affecting health levels in villages. *Journal of Research & Rural Planning*, 1(1), 25-43. [In Persian]
2. Ayrovin, A., & Eskali, A. (2005). *Actions related to social factors affecting health Actions related to social factors affecting health, From previous experiences* (M. H. Niknam., Trans.). Tehran: Vefagh Publications. [In Persian]
3. Hafiznia, M. R. (2007). *An introduction on the research method in humanities*. Tehran: SAMT Publications. [In Persian]
4. Howard, G, (2002). *Healthy villages*, a guide for communities and community health workers. WHO, Geneva.
5. Ministry of Health and Medical Education. (2004). *Document the development of the health sector in the fourth economic, social and cultural country*. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, Department of Coordination. [In Persian]
6. Ministry of Health and Medical Education. (2005). *Database of Healthy Rural Projects*. Tehran: Secretariat of Healthy City - Healthy Village. [In Persian]
7. Nikniaz, A. (2004). *Health support healthy environments and sustainable development*. Tabriz: Sotudeh Publications. [In Persian]
8. Nomads' Affairs Organization of Iran. (2004). *Canon of nomad development*. Tehran: Studies Office Nomads Affairs Organization of Iran [In Persian]
9. Nomads' Affairs Organization of Iran. (2004). *The report of Nomads' Affairs Organization of Iran in the third plan*. Tehran: Studies Office Nomads Affairs Organization of Iran. [In Persian]
10. Northridge, M. E., Sclar, E. D., & Biswas, M. P. (2003). Sorting out the connections between the built environment and health: a conceptual framework for navigating pathways and planning healthy cities. *Journal of Urban Health*, 80(4), 556-568.
11. Ottawa Charter for health promotion, (1986), *Health Promotion*. World Health Organization. Geneva.
12. Pilkington, P. (2002). Social capital and health: measuring and understanding social capital at a local level could help to tackle health inequalities more effectively. *Journal of Public Health*, 24(3), 156-159.
13. Queensland Health (2006). *Social determination of health: what s it all about?* Retrived 20 October 2014 from [http:// www. Health. Gld. Gov.an/ phs/ documents/ sphun](http://www.Health.Gld.Gov.an/phs/documents/sphun).
14. Rahimi, A. (2005). A criticism of the 4th economic, social and cultural development of Iran regarding the life of nomads. *Journal of Nomads as Revolution Resources*, 48, 18-38. [In Persian]
15. Shaikhi, D. (2009). *Explaining the village healthy and health in rural areas*. (Unpublished doctoral dissertation). University of Tehran, Iran. [In Persian]
16. Statistical Center of Iran. (2008). *Census of migrating nomads of Iran*. Tehran: Statistical Center of Iran. [In Persian]
17. Thompson, S. (2007). *Health planning Forum, premier's Council. UNESCO (United Nations Educational, Scintific and Cultural Organization) institute for Statistics*, Retrieved 2013, Dec. 25, from <http://www.unesco.org>.
18. WHO. (1995). *Buihdhng Heahy City: A Practitionevs Guide Manual* Prepared by the Unity of Urban Environmental Health World Organization.
19. WHO. (2005). *Healthy villages program, regional office for the Eastern mediterranean, Cairo*. Retrieved 2014, Aug. 21, from [http://www.Emro. Who. int/ publications](http://www.Emro.Who.int/publications).
20. World Health Organization (2001). *Health and environment for sustainable development* (A. F. Farshad et al., Trans.). Tehran: Ministry of Health and Medical Education. [In Persian]
21. World Health Organization. (2000). *Determinants of health: The solid facts*. Geneva, Switzerland. Retrieved 2014, Aug. 20, from [http://www.healthpromotion. Who. int/ publications](http://www.healthpromotion.Who.int/publications).

Evaluating and Analyzing the Health Indices in Rurals of Nomadic Settlement: (Case Study: Nomadic Rurals of Fars and Isfahan Provinces)

Amin Dehghani*¹

1- Assistant Prof., Geography and Rural Planning, University of Jiroft, Jiroft, Iran.

Received: 6 December 2014

Accepted: 15 September 2015

Extended Abstract

1. INTRODUCTION

Health is a concept whose fundamental attention is on keeping capitals (human, natural, social, and economic) for inter-generational justice. Paying attention to the health dimensions (ecologic, social, and economic) of Rurals is one of the fundamental **basis** of sustainable development. Health in rural and nomadic regions is a complicated phenomenon and is the pre-requisite of rural sustainable development, and its realization requires a healthy environment and appropriate social, economic, cultural, and environmental grounds. Identifying the nature and dimensions of health, and factors affecting it on the one hand, and doing measures for enhancing it in rural regions on the other hand, have significant necessity and can have important roles in the sustainability in these regions. Now, after three decades of the experience of nomad settlement, the present study is to answer this general question that "how is the state of rurals of nomad settlement in terms of enjoying health indicators in four healthcare, sociocultural, economic, and environmental-physical dimensions?" The present study is an effort to present and evaluate health levels in nomadic rurals.

2. THEORETICAL FRAMEWORK

Health planning is a relatively new term which has nowadays been coined by regional planners who have always intended to link the environment with physical and psychological health. In the past, planners and authorities of healthcare were not in coordination regarding making their decisions about some basic issues such as 'social welfare, improvement of human life, and health.. Consequently, the unfavorable expansion of physical spaces, destruction of natural habitat and biodiversity, reliance on automobiles in urban transportation, paying more attention to internal regions of cities, the reduction in urban public spaces, and also the expansion of marginalization of lower-income social layers. The objectives of the millennium development indicate that, there is a relationship between health and social conditions. According to the

framework of the objectives of the millennium development, without significant reduction in the level of poverty, creating food security, education, giving rights and authorities to women and improvement in life conditions in poor regions and ghettos, gaining access to healthcare objectives will be impossible in so many countries.

3. METHODOLOGY

The method employed in the present study is an applied one in terms of objectives, and a descriptive-analytical one in terms of method. In the present study, to collect data, documentary study, questionnaires, and observational methods were used. To analyze the data and prepare tables and information maps of the studied scope, SPSS and Arc GIS software programs were used. The statistical techniques including one sample t-test and multivariate regression were used. In addition, to rank nomadic Rurals, TOPSIS models were employed. The population of the present study was 4496 individuals residing in five regions of nomad settlement in Isfahan and Fars Provinces. According to Cochrane's formula, the sample size was evaluated to include 384 participants. Selecting participants among Rurals was random and the mode of distributing questionnaires was proportionate to the population of each village.

4. CONCLUSION

In the present study, health levels in nomadic Rurals and households residing in villages were investigated and according to the general sense of health, it was measured in four health, sociocultural, economic, and environmental-physical dimensions. Regarding the findings of the study, regions of nomad settlement are not favorable in terms of health indicators in such a way that economic **criterion** with the mean scores of 2.56, environmental-physical **criterion** with 2.75, and health **criterion** with 2.91 have moderate to low health levels and they are in unfavorable states. Finally, sociocultural criteria with the mean scores of 3.48 have moderate to high health levels and they enjoy relatively favorable levels. In general, sociocultural criteria are more favorable than other criteria and are in moderate to high levels, while other criteria have lower

*. Corresponding Author: amindehghani96@yahoo.com

levels and sometimes relatively unfavorable levels. The poorest state is for economic criteria.

Regarding that the strategy of sustainable development in recent decades have had the highest effects on planners' attitudes, villages of nomad settlement in the studied regions have not been able to provide the sustainability in the life of households residing in the regions in terms of health levels because with the comprehensive approaches and the strategies? of sustainable development, a society reaches sustainability when it can provide appropriate

conditions coherently. But the results indicated that although in social domains, effects were high, regarding health indicators and different environmental indicators, not only sustainability has not been created, they have also resulted in the unsustainability of the economic status of households.

Key words: Health, rural, sustainable development, nomadic, Fars, Isfahan.

How to cite this article:

Dehghani, A. (2016). Evaluating and Analyzing the Health Indices in Rurals of Nomadic Settlement: (Case Study: Nomadic Rurals of Fars and Isfahan Provinces). *Journal of Research & Rural Planning*, 4(4), 95-109.

URL <http://jrrp.um.ac.ir/index.php/RRP/article/view/36587>

ISSN: 2322-2514

eISSN: 2383-2495

