



**Geographic Notion**  
Vol.18. spring and summer 2018  
Zanjan University  
No. 128

**اندیشه جغرافیایی**  
سال نهم، شماره هجده، بهار و تابستان ۱۳۹۷  
دانشگاه زنجان  
مقاله شماره ۱۲۸

## تبیین عوامل موثر بر شاخص های سلامت در سکونتگاه های روستایی: مطالعه موردی روستاهای شهرستان زرین دشت

محسن شایان<sup>۱</sup>، سیروس قنبری<sup>۲</sup>، فرخنده سلیمانپور<sup>۳</sup>

### چکیده

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 می باشند و بهبود وضعیت سلامت، به ویژه سلامت روستایی، از طریق اصلاح شرایط زندگی مادی و معنوی امکانپذیر است. هدف این مقاله، شناسایی عوامل موثر در شاخص های سلامت روستایی در سکونتگاه های روستایی شهرستان زرین دشت و ارائه راهکارهای مناسب در این زمینه می باشد. این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش توصیفی تحلیلی است. در این زمینه، برای گردآوری اطلاعات، از پرسشنامه استفاده شده است. جامعه آماری تحقیق را تمام سرپرستان خانوارهای روستایی شهرستان (۷۹۲۷ نفر) تشکیل می دهد که از میان آن ها حجم نمونه ای با استفاده از فرمول کوکران به تعداد ۳۱۰ پرسشنامه به صورت تصادفی ساده انتخاب شده است که برای اطمینان بیشتر ۳۴۸ پرسشنامه تکمیل شده است. برای تجزیه و تحلیل داده از تحلیل عاملی استفاده شده است. نتایج تحقیق نشان می دهد که ۱۰ عامل در سلامت روستایی موثر می باشند. از بین عوامل ده گانه عامل امکاناتی - خدماتی و بهداشت محیط، ۱۹/۲۱ درصد از واریانس را تبیین می کند که مهمترین عامل می باشد و عامل سلامت فیزیکی و روانی، ۲/۹۱ درصد از واریانس را تبیین می کند که به عنوان ضعیف ترین عامل مشخص شده است. همچنین نتایج پژوهش نشان می دهد که وضعیت سلامت در سکونتگاه های مورد مطالعه در سطح متوسط می باشد.

**واژگان کلیدی:** سلامت، سکونتگاههای روستایی، تحلیل عاملی، شهرستان زرین دشت.

<sup>۱</sup> - دانشجوی دکتری برنامه ریزی کیفیت محیزی مناطق روستایی، دانشگاه سیستان و بلوچستان\*

Email: [Mohsen.shayan@gmail.com](mailto:Mohsen.shayan@gmail.com)

تلفن تماس: ۰۹۱۷۶۷۸۳۸۷۲

<sup>۲</sup> - استادیار جغرافیا و برنامه ریزی روستایی، دانشگاه سیستان و بلوچستان

<sup>۳</sup> - کارشناس ارشد برنامه ریزی روستایی، دانشگاه پیام نور واحد گنبد کاووس، گلستان



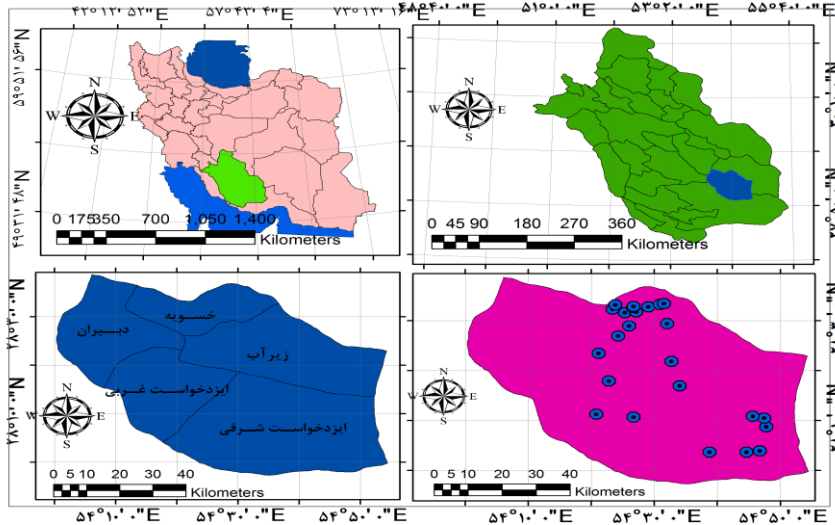
## مقدمه

در دنیای امروز، کیفیت مراقبت سلامت از مهمترین اهداف دولت ها، به شمار می‌رود (صفدری و همکاران، ۱۳۹۴: ۲۴). سلامت انسانها به عنوان حقی اساسی و یک دارایی و سرمایه ارزشمند برای تمامی سطوح و طبقات اجتماع مطرح است و تمامی کشورها نیز از این حق به عنوان اساسی ترین حق مردم کشور خود نام برده اند. (عنابتانی و بهزادی، ۱۳۹۲: ۲). سازمان جهانی بهداشت، سلامت را وضعیتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف کرده است که دربرگیرنده نبود بیماری و نیز بهرمندی از بالاترین استاندارد قابل دسترسی، بدون تبعیض فرهنگی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی است. سلامت نواحی روستایی در گرو داشتن محیطی سالم و بسترهای مناسب اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و محیط زیستی است که از اجزای ضروری برنامه ریزی روستایی هستند. (افراخته و افکار، ۱۳۹۱: ۲۶). رفع نیازهای اساسی توسعه فرآیندی است که هدف آن دسترسی به زندگی باکیفیت بهتر با تحقق سلامت برای همه است این امر یک توسعه تلفیقی اجتماعی - اقتصادی برپایه مشارکت عامه مردم استوار است. پاسخ به نیازهای اساسی توسعه راهبردی است که جهت آن توسط خود مردم تعیین شده و همکاری های بین بخشی را بطور قابل توجهی فراهم می کند. مطالعات انجام شده در خصوص نابرابری های بهداشتی نشان می دهد که فاصله موجود در وضعیت بهداشتی بین فقیر و غنی در حال افزایش است (فدایی و زاهدی، ۱۳۸۵: ۱۴). دولت ها و سازمان ها در سال های اخیر به موضوع ارزیابی عملکرد نظام سلامت و بررسی وضعیت توزیع و توسعه شاخص های سلامت در سطح جوامع، توجه ویژه ای کرده اند. همین موضوع موجب شده است نهادهایی نظیر سازمان بهداشت جهانی رویکردها و مفاهیم نوینی را در این زمینه ارائه دهند (محمدی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۵۴). از آنجایی که انسان سالم، از طرفی محور توسعه پایدار و از طرف دیگر، سلامتی برای بهره مند شدن انسان ها از مواهب توسعه، موضوعی ضروری است، توجه به سلامتی و تلاش برای حفظ، ارتقا و گسترش آن، همواره یک اولویت محسوب می شود. مبحث سلامتی، موضوعی چندبعدی است که

عوامل و عناصر متعدد و متنوعی در تأمین، گسترش یا تخریب آن تأثیر دارد و همه افراد، سیستم ها و سازمان ها در جامعه، در ایجاد و همچنین دریافت کردن پیامدهای سلامت نقش دارند (بیاتی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۱۲). شناخت ماهیت و ابعاد سلامت و عوامل تأثیر گذار بر آن برای برنامه ریزی ارتقای سطح سلامت نواحی روستایی ضرورت و اهمیت بسیار زیادی دارد و می تواند نقش مهمی در توسعه پایدار این نواحی داشته باشد. (خاکی و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۵۲). در رابطه با سلامت روستایی افرادی چون بابایی فینی و همکاران (۱۳۹۴)، دهقانی (۱۳۹۴)، جلالوندی و همکاران (۱۳۹۲)، افراخته و افکار (۱۳۹۱)، شیخی (۱۳۸۸)، دلیری و همکاران (۲۰۱۱)، فراسرو همکاران (۲۰۰۵)، وانگ و لئو (۲۰۰۵) و گرافون (۲۰۰۳) پژوهش هایی انجام داده اند ولی هیچکدام از آنها از شاخصهای به کار رفته در این پژوهش بصورت یکجا استفاده نکرده اند. از این رو پژوهش حاضر سعی دارد به تبیین شاخص های سلامت روستایی در سکونتگاه های روستایی شهرستان زرین دشت و ارائه راهکارهای مناسب در این زمینه بپردازد و سلامت خانوارهای روستایی را در چهار بعد بهداشتی، اجتماعی-فرهنگی، اقتصادی و زیست محیطی مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد. این پژوهش در پی پاسخ به این سوال است که مهمترین عوامل موثر در سلامت نواحی سلامت روستایی کدام است؟

#### محدوده مورد مطالعه

شهرستان زرین دشت یکی از شهرستان های استان فارس است که مرکز این شهرستان، شهر حاجی آباد است بر طبق سرشماری ۱۳۹۵ جمعیت این شهرستان ۷۳۱۹۹ نفر بوده است. فاصله این شهرستان با مرکز استان ۲۵۵ کیلومتر است. از نظر جغرافیای در جنوب شرقی فارس بین شهرستان های داراب-لار-چهرم-فسا واقع شده است. این شهرستان در مختصات ۵۴ درجه و ۲۵ دقیقه طول شرقی و ۲۸ درجه و ۲۱ دقیقه عرض شمالی قرار دارد. در جنوب شرقی استان فارس است (شایان و تقدیسی، ۱۳۹۵: ۶۷).



شکل ۲: موقعیت سیاسی شهرستان زرین دشت / ترسیم: نگارندگان، ۱۳۹۶

### روش تحقیق

تحقیق حاضر به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ روش انجام کار، توصیفی-تحلیلی است. در فرآیند پژوهش، ابتدا مبانی نظری سلامت و سوابق مطالعاتی آن مورد مطالعه قرار گرفت و بر اساس آن و با توجه به اطلاعات موجود در خصوص منطقه مورد مطالعه، ۵۶ شاخص سطح سلامت در چهار بعد بهداشتی، اجتماعی-فرهنگی، اقتصادی و زیست محیطی تعیین شد. جامعه آماری تحقیق را تمام سرپرستان خانوارهای روستایی شهرستان (۷۹۲۷ نفر) تشکیل می دهد که از میان آن ها حجم نمونه ای با استفاده از فرمول کوکران به تعداد ۳۱۰ پرسشنامه به صورت تصادفی ساده انتخاب شده است (شکل شماره ۱) که برای اطمینان بیشتر ۳۴۸ پرسشنامه تکمیل شده است. برای تعیین پایایی پژوهش از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. میزان آلفای محاسبه شده ۰/۷۸ است که نشان می دهد عدد مطلوبی است و دقت لازم برای احراز پایایی سازه ها در پرسش نامه به کار گرفته شده و گویه های طراحی شده برای سنجش شاخص ها همبستگی درونی دارند. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل عاملی استفاده شده است. در پژوهش حاضر بامروری بر پژوهشهای گذشته و با توجه به

شرایط موجود در ناحیه روستایی مورد مطالعه ابعاد، شاخص ها و متغیرهای تعیین کننده سطح سلامت در ابعاد بهداشتی، اجتماعی-فرهنگی، اقتصادی و زیست محیطی مشخص شده است.

### مبانی نظری

سلامت پدیده ای است که درجه بالایی از بهتریستن جسمی، روانی و اجتماعی را با خود به همراه می آورد و در هر فرهنگی معنا و مفهوم خاصی را به دنبال دارد اصطلاح Health که برگرفته از واژه لاتین Hela می باشد در بر دارنده معنی کامل است که بیانگر ابعاد تندرستی، سالم، صحت و آسایش فرد می باشد. (شربتیان، ۱۳۹۳: ۴). در آغاز سده ۲۰ مفهوم رایج درباره سلامت بر اساس مدل زیست پزشکی بود. در این مدل سلامتی عبارت است از فقدان بیماری (عنابستانی و بهزادی، ۱۳۹۲: ۷). 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 پیشتر تحقق توسعه پایدار است. سلامت، مفهومی است که توجه اساسی آن بر حفظ سرمایه ها (انسانی، طبیعی، اجتماعی و اقتصادی) در جهت عدالت بین نسلی است. (دهقانی، ۱۳۹۴: ۹۶). سلامت روندی چند محوری و در عین حال بسیار مهم است. از یک سو عوامل بسیاری در ایجاد و تداوم آن نقش دارد و حاصل مشارکت تمام دستگاه های اجرایی یک جامعه است (Karimi et al, 2013: 1115). از طرف دیگر، مقوله ی سلامت تأثیر قابل توجهی بر سایر بخش های جامعه دارد. به گونه ای که حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه لازمی هر حرکت و اقدام در برنامه ریزی اقتصادی و اجتماعی محسوب می شود (جلالوندی و همکاران، ۱۳۹۳: ۲۰۹). یکی از معیارهای اصلی کیفیت عملکرد دولت ها در ارائه ی خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت های تحت پوشش، شاخص های سلامت است (Asadi et al, 2013: 920). به استناد نظرات متخصصین، ریشه بسیاری از علل و مشکلات مرتبط با سلامت در خود جوامع بوده و

مداخله بخش بهداشت به تنهایی اغلب بی اثر است. (بابایی و جباری، ۱۳۹۴: ۳۲۶). از نظر سازمان بهداشت جهانی، سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، و تنها به بیمار یا معلول بودن اطلاق نمی شود. سلامت دارای ابعاد مختلف جسمانی، روانی، هیجانی، معنوی و اجتماعی است که این مفاهیم ضمن برخورداری از وجوه مشترک، دارای جنبه های متفاوت نیز می باشد و از عوامل گوناگونی تأثیر می پذیرد (بابایی فینی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۳۱). بر اساس نظریه اقتصاد سیاسی، دولت و ساختار اقتصادی نقش مهمی در زندگی افراد جامعه دارد. بر طبق نظریه محیطی، علت بسیاری از بیماری ها سموم و آلودگی های محیطی هستند. (افراخته، ۱۳۹۱: ۳۰).

به اعتقاد برخی از اندیشمندان، سلامت اجتماعی عبارت است از توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران در ابعاد مختلف یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و چسبندگی اجتماعی (ریموند و مارتین، ۲۰۱۴: ۱۵). از نظر کیز، سلامت اجتماعی عبارت است از ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با دیگران. (بابایی فینی، ۱۳۹۴: ۱۳۱). طبق نظریه عدالت اجتماعی، عدالت اجتماعی لازمه دستیابی به سلامت و رفاه جامعه است (افراخته، ۱۳۹۱: ۳۰). بر طبق نظریه محیطی، علت بسیاری از بیماری ها سموم و آلودگی های محیطی هستند. پیشگیری از بیماری ها مستلزم ایجاد تغییرات در محیط زیست اطرافمان است. نظریه محیطی علاوه بر کیفیت شیمیایی محیط زیست، بر محیط فیزیکی و تشکیلات اجتماعی تأکید دارد (Cribb & Duncan, 2002: 8). سلامت با محیط زیست انسان نیز در ارتباط است. سلامت و رفاه بهتر در محله ها بستگی به عوامل چون محیط زیست ایمن، درآمد کافی، دارا بودن نقش های هدفمند و معنی دار در جامعه، مسکن ایمن، تحصیلات بالاتر و حمایت اجتماعی دارد (Queen & Health, 2006). طبق نظر دیگر، نابرابری در دسترسی به تعیین کننده های اساسی سلامت، نتیجه کنش متقابل و پیچیده چهار گروه از عوامل است:

شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی که تعیین کننده سطح اشتغال، درآمد و رفاه اجتماعی است. (افراخته، ۱۳۹۱: ۳).

ارزیابی سلامت جامعه فرآیندی است که طی آن اعضای جامعه با تعیین، جمع آوری، تجزیه و تحلیل و انتشار اطلاعات دارایی ها، نقاط قوت، منابع و نیازهای جامعه درکی درست از سلامتی، دلواپسی ها و نظام مراقبت سلامت جامعه بدست می آورد. (رفیع منش وهمکاران، ۱۳۹۴: ۱۰). در گذشته برنامه ریزان و مسؤولان سلامت و بهداشت در اتخاذ تصمیمات خویش، در خصوص برخی مسایل اساسی همچون رفاه « اجتماعی، بهبود زندگی انسانی و « سلامت چندان با یکدیگر هماهنگ نبوده اند که نتیجه آن گسترش ناخوشایند فضای فیزیکی، تخریب سکونتگاههای طبیعی و تنوع زیستی، تکیه هرچه بیشتر بر اتومبیل در حمل و نقل شهری، اصالتدهی به مناطق داخلی شهر، کاهش فضاهای عمومی شهری و نیز گسترش حاشیه نشینی از سوی طبقات کم درآمد بوده است (دهقانی، ۱۳۹۴: ۹۹). امروزه اکثر اندیشمندان، معتقد بر مبنای فقدان بیماری نیستند انسان، صرفاً موجود بیولوژیکی نیست، بلکه خصوصیات و رفتارهایی دارد که مستلزم چیزی درویرای بیولوژیک صرف است (همتی مقدم، ۱۳۸۳: ۶۸). 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 می گذارد. (دهقانی، ۱۳۹۴: ۱۰۱). با وجود افزایش نرخ رشد اقتصادی و پیشرفت های شگرف مربوط به بخش سلامت در قرن اخیر، نابرابری های عظیمی در این بخش بین کشورها و نیز بین مناطق مختلف یک کشور وجود دارد (Fanga et al., 2010: 20). بسیاری از مردم کشورهای در حال توسعه از نظر دسترسی به خدمات درمانی و بهداشتی کاملاً محروم و نیازمند هستند. نامناسب بودن وضعیت سلامت در جامعه، فقر اقتصادی را به دنبال خواهد داشت؛ زیرا در این صورت توان کار و فعالیت و در نتیجه، درآمد افراد کاهش می یابد، یا این که بخش زیادی از دارایی خانواده ها صرف تأمین هزینه های درمان خواهد شد (Smith et al., 2009: 772). بنابراین در این پژوهش با توجه به آنچه درمبانی پشینه تحقیق

گفته شد عوامل وابعادی که برای سلامت ذکرشد، سنجش سطح سلامت را بر مبنای مفهوم ترکیبی وکل گرایانه آن بررسی می شود. مفهوم ترکیبی سلامت به صورت متغیر وابسته در نظر گرفته شده که ترکیبی از ابعاد بهداشتی، اجتماعی-فرهنگی، اقتصادی و کالبدی زیست محیطی است.

### یافته های پژوهش

به منظور تعیین مناسب بودن داده های گردآوری شده در زمینه تحلیل عاملی عوامل موثر بر شاخص های سلامت در سکونتگاه های روستایی از ضریب  $KMO$  و آماره بارتلت استفاده شده است. در تحقیق حاضر مقدار  $KMO$  عددی به اندازه  $0/844$  را بدست آمده است که نشان دهنده مناسب بودن همبستگی های موجود در بین داده ها برای تحلیل عاملی می باشد. از سوی دیگر برای اطمینان از مناسب بودن داده ها برای تحلیل عاملی از آزمون بارتلت نیز استفاده شده است. مقدار آماره بارتلت  $2235/072$  است که در سطح  $5$  درصد معنی دار است. این عدد به ما می گوید که  $84$  درصد از همبستگی های مشاهده شده مربوط به خود متغیرها است و در نتیجه تحلیل عاملی مناسبی خواهیم داشت (با توجه به اینکه  $0/5$  پایه قبول تحلیل عاملی است). البته می توان این امر را نیز افزود که حدود  $16$  درصد از همبستگی ها نیز مربوط به متغیرهای مورد بررسی نیست و در واقع مربوط به همبستگی های پارشال می باشد. جدول شماره ۱ مقدار  $kmo$  و آماره بارتلت را نشان می دهد.

جدول ۱: مقدار  $kmo$  و آماره بارتلت

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	0.844	
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2235.072
	Df	595
	Sig.	.000

منبع: یافته های پژوهش، ۱۳۹۶



در جدول شماره ۲ مقدار آلفای کرونباخ ابعاد چهارگانه بهداشتی، اجتماعی-فرهنگی، اقتصادی و زیست محیطی وارده شده است که مقدار آلفای کرونباخ بعدبهداشتی با ۱۴گويه ۰/۷۶ می باشد، بعد اجتماعی - فرهنگی با ۱۸ گويه مقدار آلفای کرونباخ آن ۰/۷۴ می باشد، بعد اقتصادی با ۹گويه آلفای کرونباخ آن ۰/۷۷ می باشد و بعد کالبدی - زیست محیطی و با ۱۵ گويه مقدار آلفای کرونباخ آن ۰/۸۴ می باشد.

جدول ۲: مقدار آلفای کرونباخ مشاهده شده

عنوان	تعداد گويه ها	مقدار آلفای کرونباخ
بهداشتی	۱۴	۰/۷۶
اجتماعی- فرهنگی	۱۸	۰/۷۴
اقتصادی	۹	۰/۷۷
زیست محیطی	۱۵	۰/۸۴

منبع: یافته های پژوهش، ۱۳۹۶

### تحليل عامل ها

برای تحلیل دقیق تر داده ها و رسیدن به نتایج علمی تر و در عین حال عملیاتی تر محققان به دنبال کاهش حجم مولفه ها و یا تشکیل ساختار جدیدی برای آنها می باشند یکی از راه های کاهش حجم متغیرها استفاده و بهره گیری از روش تحلیل عاملی می باشد. بدین منظور در این پژوهش ۵۶ مولفه به ۱۰ عامل کاهش یافته است. همان طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود مقدار ویژه کامپونت اول ۱۰/۹۵ که به تنهایی ۱۹/۲۱ درصد از واریانس را تبیین می کند به ترتیب از مقادیر ویژه کاسته می شود تا جایی که در کامپونت عامل دهم، ۱/۶۶ می باشد که این عامل ۲/۹۱ درصد از واریانس را تبیین می کند. به طور مجموع ۱۰ عامل اول مقادیر ویژه آنها ۷۸/۶۲ درصد از کل واریانس ها را (پراکنندگی متغیرها) را تبیین می کنند. این امر بدین معناست که به جای ۵۶ عامل از عامل های کمتری (۱۰ عامل) استفاده کنیم.

جدول ۳: عوامل استخراج شده همراه با مقدار ویژه، درصد واریانس و درصد تجمعی واریانس آنها

عامل ها	مقادیر ویژه			مقادیر ویژه با چرخش		
	کلی	درصد واریانس	درصد تجمعی	کلی	درصد واریانس	درصد تجمعی
۱	۱۰/۹۵	۱۹/۲۱	۱۹/۲۱	۹/۵۷	۱۶/۷۹	۱۶/۷۹
۲	۸/۲۷	۱۵/۵۱	۳۳/۷۲	۷/۷۲	۱۳/۵۴	۳۰/۳۴
۳	۵/۶۷	۹/۹۴	۴۳/۶۶	۳/۸۹	۶/۸۲	۳۷/۱۶
۴	۴/۸۶	۸/۵۳	۵۲/۱۹	۳/۸۵	۶/۷۵	۴۳/۹۱
۵	۳/۴۷	۶/۰۹	۵۸/۲۸	۳/۶۷	۶/۴۴	۵۰/۳۵
۶	۳/۳۱	۵/۸۰	۶۴/۰۸	۲/۹۲	۵/۱۳	۵۵/۴۸
۷	۲/۶۲	۴/۵۹	۶۸/۶۷	۲/۸۹	۵/۰۷	۶۰/۵۵
۸	۲/۲۱	۳/۸۷	۷۲/۵۴	۲/۸۴	۴/۹۸	۶۵/۵۳
۹	۱/۸۱	۳/۱۷	۷۵/۷۰	۲/۵۹	۴/۵۵	۷۰/۰۸
۱۰	۱/۶۶	۲/۹۱	۷۸/۶۲	۲/۴۷	۴/۳۴	۷۴/۴۲

منبع: یافته های پژوهش، ۱۳۹۶

روش استخراج ۱۰ عامل نیز براساس پرنسپال کامپوننت بوده است. براین اساس یافته های جداول (۴-۱۴)، نشان می دهد متغیرها در ۱۰ عامل بارگذاری شده اند.

### نام گذاری عامل ها

#### عامل اول: امکاناتی - خدماتی و بهداشت محیط

در این عامل مولفه های، دسترسی مناسب به مراکز خدمات بهداشتی درمانی، فراهم بودن مراقبتهای بهداشتی برای همه ساکنان، وضعیت بیمه های خدمات درمانی، کاهش آلودگیهای محیطی، پاکیزگی و نظافت معابر، رضایت از بهداشت اماکن آموزشی، رضایت از بهداشت اماکن مذهبی، دسترسی به امکانات آموزشی، دسترسی به حمل و نقل دسترسی به سوخت، دسترسی به نانوائی، دسترسی به مغازه خرده فروشی، مکانهای گذران اوقات فراغت و اماکن ورزشی قرار می گیرند. این عامل ۱۹/۲۱ درصد از واریانس را به خود اختصاص می دهد که می توان گفت مهمترین عامل می باشد. در این عامل مولفه کاهش آلودگیهای محیطی با بار عاملی ۰/۸۵۵ بیشترین و مولفه

دسترسى به حمل و نقل دسترسى به سوخت با بار عاملی ۰/۵۵۱ کمترین بار عاملی را به خود اختصاص داده اند که این عامل را عامل امکاناتی - خدماتی و بهداشت محیط می نامیم.

جدول ۴: عامل و مولفه های استخراج شده

بارعاملی	مولفه	عامل
۰/۶۱۴	دسترسى مناسب به مراکز خدمات بهداشتی درمانی	امکاناتی - خدماتی و بهداشت محیط
۰/۶۶۵	فراهم بودن مراقبتهای بهداشتی برای همه ساکنان	
۰/۶۳۲	وضعیت بیمه های خدمات درمانی	
۰/۸۵۵	کاهش آلودگیهای محیطی	
۰/۷۵۶	پاکیزگی و نظافت معابر	
۰/۷۶۲	رضایت از بهداشت اماکن آموزشی	
۰/۸۲۰	رضایت از بهداشت اماکن مذهبی	
۰/۷۳۴	دسترسى به امکانات آموزشی	
۰/۵۵۱	دسترسى به حمل و نقل دسترسى به سوخت	
۰/۷۱۵	دسترسى به نانوايي	
۰/۸۰۲	دسترسى به مغازه خرده فروشی	
۰/۷۲۳	مکانهای گذران اوقات فراغت	
۰/۶۲۹	اماکن ورزشی	

منبع: یافته های پژوهش، ۱۳۹۶

### عامل دوم: محیطی

در این عامل مولفه های، میزان رضایت از کیفیت آب شرب، میزان رضایت از کمیت آب کشاورزی، رضایت از محیط روستا، میزان رضایت از پاکیزگی روستا، نحوه دفع فاضلاب، نحوه دفع زباله، نحوه دفع فضولات حیوانی، وضعیت محل سکونت از نظر حیوانات مودی و میزان رضایت محیط روستا از نظر حیوانات مزاحم و ولگرد قرار می گیرند. این عامل ۱۵/۵۱ درصد از واریانس را تبیین می کند. در این عامل مولفه وضعیت محل سکونت از نظر حیوانات مودی با بار عاملی ۰/۷۷۱ بیشترین و مولفه نحوه دفع زباله

با بار عاملی ۰/۵۴۹ کمترین بار عاملی را به خود اختصاص داده اند که این عامل را عامل محیطی می نامیم.

جدول ۵: عامل و مولفه های استخراج شده

بار عاملی	مولفه	عامل
۰/۶۹۷	میزان رضایت از کیفیت آب شرب	محیطی
۰/۶۶۷	میزان رضایت از کمیت آب کشاورزی	
۰/۶۲۲	رضایت از محیط روستا	
۰/۵۸۲	میزان رضایت از پاکیزگی روستا	
۰/۷۶۸	نحوه دفع فاضلاب	
۰/۵۴۹	نحوه دفع زباله	
۰/۷۰۰	نحوه دفع فضولات حیوانی	
۰/۷۷۱	وضعیت محل سکونت از نظر حیوانات موذی	
۰/۶۵۸	میزان رضایت محیط روستا از نظر حیوانات مزاحم و ولگرد	

منبع: یافته های پژوهش، ۱۳۹۶

#### عامل سوم: وضعیت مالی و سواد

در این عامل مولفه های، متوسط درآمد ماهیانه خانوار، متوسط هزینه های ماهیانه خانوار، معکوس هزینه متوسط خوراکی خانوارها به کل درآمد، میزان مصرف مواد غذایی خانوارها، میزان استطاعت در ساخت مسکن جدید، سواد تحصیلی و سواد اطلاعاتی و دانش رایانه ای قرار می گیرند. این عامل ۹/۹۴ درصد از واریانس را تبیین می کند. در این عامل مولفه سواد تحصیلی با بار عاملی ۰/۸۷۶ بیشترین و مولفه سواد اطلاعاتی و دانش رایانه ای با بار عاملی ۰/۶۰۲ کمترین بار عاملی را به خود اختصاص داده اند که این عامل را عامل وضعیت مالی و سواد می نامیم.

جدول ۶: عامل و مولفه های استخراج شده

بار عاملی	مولفه	عامل
۰/۶۵۹	متوسط درآمد ماهیانه خانوار	وضعیت مالی و سواد
۰/۷۲۷	متوسط هزینه های ماهیانه خانوار	
۰/۶۶۵	معکوس هزینه متوسط خوراکی خانوارها به کل درآمد	
۰/۶۱۰	میزان مصرف مواد غذایی خانوارها	
۰/۷۲۰	میزان استطاعت در ساخت مسکن جدید	
۰/۸۷۶	سواد تحصیلی	
۰/۶۰۲	سواد اطلاعاتی و دانش رایانه ای	

منبع: یافته های پژوهش، ۱۳۹۶

### عامل چهارم: مشارکت اجتماعی

در این عامل مولفه های، مشارکت در اداره امور روستا و تصمیم گیریهای 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 و تعاون و همیاری قرار می گیرند. این عامل به تنهایی ۸/۵۳ درصد از واریانس را تبیین می کند. در این عامل مولفه میزان مشارکت فیزیکی در حل مشکلات روستا با بار عاملی ۰/۷۸۴ بیشترین و مولفه برگزاری مراسم های بالا بردن میزان روحیه کار گروهی با بار عاملی ۰/۵۲۷ کمترین بار عاملی را به خود اختصاص داده اند که این عامل را عامل مشارکت اجتماعی می نامیم.

جدول ۷: عامل و مولفه های استخراج شده

بارعاملی	مولفه	عامل
۰/۶۳۳	مشارکت در اداره امور روستا و تصمیم گیریهای محلی	مشارکت اجتماعی
۰/۵۲۷	برگزاری مراسم های بالا بردن میزان روحیه کار گروهی	
۰/۵۵۸	میزان کمک در فصل کار	
۰/۷۵۳	میزان مشارکت در حل مشکلات روستا	
۰/۶۸۱	میزان مشارکت مالی در حل مشکلات روستا	
۰/۷۸۴	میزان مشارکت فیزیکی در حل مشکلات روستا	
۰/۷۰۷	تعاون و همیاری	

منبع: یافته های پژوهش، ۱۳۹۶

### عامل پنجم: وضعیت کالبدی محیط

در این عامل مولفه های، وجود خانه های نوساز و بادوام و با کیفیت مناسب، وجود تسهیلات مناسب در واحدهای مسکونی، وجود نورگیری و روشنایی کافی در خانه ها، راه ارتباطی مناسب، میزان رضایت از دفع آبهای سطحی و وضعیت روشنایی معابر قرار می گیرند. این عامل ۶/۰۹ درصد از واریانس را تبیین می کند. در این عامل مولفه راه ارتباطی مناسب با بار عاملی ۰/۷۲۱ بیشترین و مولفه میزان رضایت از دفع آبهای سطحی با بار عاملی ۰/۵۰۲ کمترین بار عاملی را به خود اختصاص داده اند که این عامل را عامل وضعیت کالبدی محیط می نامیم.

جدول ۸: عامل و مولفه های استخراج شده

بار عاملی	گویه	عامل
۰/۷۰۲	وجود خانه های نوساز و بادوام و با کیفیت مناسب	وضعیت کالبدی محیط
۰/۶۵۴	وجود تسهیلات مناسب در واحدهای مسکونی	
۰/۶۵۴	وجود نورگیری و روشنایی کافی در خانه ها	
۰/۷۲۱	راه ارتباطی مناسب	
۰/۵۰۲	میزان رضایت از دفع آبهای سطحی	
۰/۷۸۹	وضعیت روشنایی معابر	

منبع: یافته های پژوهش، ۱۳۹۶

### عامل ششم: بانکی و اشتغال

در این عامل مولفه های، دریافت و بازپرداخت وام، امکان سرمایه گذاری در روستا، رضایت از شغل و امنیت شغلی قرار می گیرند. این عامل به تنهایی ۵/۸۰ درصد از واریانس را تبیین می کند. در این عامل مولفه دریافت و بازپرداخت وام با بار عاملی ۰/۷۴۷ بیشترین و مولفه امنیت شغلی با بار عاملی ۰/۵۶۵ کمترین بار عاملی را به خود اختصاص داده اند که این عامل را عامل بانکی و اشتغال می نامیم.

جدول ۹: عامل و مولفه های استخراج شده

عامل	مولفه	بارعاملی
بانکی و اشتغال	دریافت و بازپرداخت وام	۰/۷۴۷
	امکان سرمایه گذاری در روستا	۰/۶۶۵
	رضایت از شغل	۰/۶۴۵
	امنیت شغلی	۰/۵۶۵

منبع: یافته های پژوهش، ۱۳۹۶

#### عامل هفتم: وضعیت امنیت اجتماعی

در این عامل مولفه های، دزدی، معکوس تنش و درگیری در روستا و قاچاق مواد مخدر قرار می گیرند. این عامل به تنهایی ۴/۵۹ درصد از واریانس را تبیین می کند. در این عامل مولفه معکوس تنش و درگیری در روستا با بار عاملی ۰/۶۱۸ بیشترین و مولفه دزدی با بار عاملی ۰/۵۲۷ کمترین بار عاملی را به خود اختصاص داده اند که این عامل را عامل وضعیت امنیت اجتماعی می نامیم.

جدول ۱۰: عامل و مولفه های استخراج شده

عامل	گوبه	بار عاملی
وضعیت امنیت اجتماعی	دزدی	۰/۵۲۷
	معکوس تنش و درگیری در روستا	۰/۶۱۸
	قاچاق مواد مخدر	۰/۵۶۷

منبع: یافته های پژوهش، ۱۳۹۶

#### عامل هشتم: پیشگیری

در این عامل مولفه های واکسیناسیون عمومی به خصوص کودکان زیر ۶ سال و پیشگیری از بیماریهای واگیردار، وجود برنامه ها و کارگاههای آموزش سلامت و آموزشهای قبل از ازدواج قرار می گیرند. این عامل به تنهایی ۳/۸۷ درصد از واریانس را تبیین می کند. در این عامل وجود برنامه ها و کارگاههای آموزش سلامت با بار عاملی ۰/۷۵۷ بیشترین و مولفه واکسیناسیون عمومی به خصوص کودکان زیر ۶ سال و پیشگیری از بیماریهای واگیردار با بار عاملی ۰/۵۳۱ کمترین بار عاملی را به خود اختصاص داده اند.

جدول ۱۱: عامل و مولفه های استخراج شده

بار عاملی	مولفه	عامل
۰/۵۳۱	واکسیناسیون عمومی به خصوص کودکان زیر ۶ سال و پیشگیری از بیماریهای واگیردار	پیشگیری
۰/۷۵۷	وجود برنامه ها و کارگاههای آموزش سلامت	
۰/۶۸۹	آموزشهای قبل از ازدواج	

منبع: یافته های پژوهش، ۱۳۹۶

### عامل نهم: کیفیت تغذیه و پوشاک

در این عامل مولفه های آب آشامیدنی و تغذیه و پوشاک مناسب قرار می گیرند. این عامل به تنهایی ۳/۱۷ درصد از واریانس را تبیین می کنند. در این عامل مولفه آب آشامیدنی سالم با بار عاملی ۰/۸۰۳ بیشترین و مولفه تغذیه و پوشاک مناسب با بار عاملی ۰/۷۰۹ کمترین لار عاملی را به خود اختصاص داده اند.

جدول ۱۲: عامل و مولفه های استخراج شده

بار عاملی	مولفه	عامل
۰/۸۰۳	آب آشامیدنی سالم	کیفیت تغذیه و پوشاک
۰/۷۰۹	تغذیه و پوشاک مناسب	

منبع: یافته های پژوهش، ۱۳۹۶

### عامل دهم: سلامت فیزیکی و روانی

در این عامل دو مولفه تندرستی و عدم بیماریهای واگیردار یا ارثی قرار می گیرند. این عامل به تنهایی ۲/۹۱ درصد از واریانس را تبیین می کند و به عنوان ضعیف ترین عامل شناخته می شود. در این عامل مولفه تندرستی با بار عاملی ۰/۷۳۳ بیشترین و مولفه عدم بیماریهای واگیردار یا ارثی با بار عاملی ۰/۶۶۱ کمترین بار عاملی را به خود اختصاص داده اند که این عامل را عامل سلامت فیزیکی و روانی می نامیم.

جدول ۱۳: عامل و مولفه های استخراج شده

بار عاملی	مولفه	عامل
۰/۷۳۳	تندرستی	سلامت فیزیکی و روانی
۰/۶۶۱	عدم بیماریهای واگیردار یا ارثی	

منبع: یافته های پژوهش، ۱۳۹۶



## نتیجه گیری

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. این پژوهش به تبیین عوامل موثر بر شاخص های سلامت در سکونتگاه های روستایی شهرستان زرین دشت پرداخته است. شاخص های به کار رفته در این پژوهش اقتصادی، بهداشتی، اجتماعی - فرهنگی و کالبدی - زیست محیطی می باشد. برای بررسی این شاخص ها هر پنج دهستان شهرستان در رابطه با این سلامت روستایی با استفاده از تحلیل عاملی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در مجموع چهار بعد، ۵۶ مولفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند که در آخر به ۱۰ عامل کاهش یافتند. در راستای تعیین ابعاد زیربنایی شاخص های سلامت روستایی همه شاخص ها وارد تحلیل آماری شده و در چند عامل خلاصه سازی شدند. این عامل ها متغیرهای جدیدی را تشکیل می دهند که بین آنها هیچ رابطه خطی وجود ندارد و کلیه اطلاعات تکراری از بین رفته اند. بدین ترتیب نهایتاً ده عامل به عنوان نماینده شاخص های سلامت روستایی شناسایی شدند. این عامل ها عبارتند از: عامل امکاناتی - خدماتی و بهداشت محیط (که با ۱۹/۲۱ درصد بیشترین میزان از واریانس شاخص های سلامت روستایی را تبیین می کند)، عامل محیطی، عامل وضعیت مالی و سواد، عامل مشارکت اجتماعی، عامل وضعیت کالبدی محیط، عامل بانکی و اشتغال، عامل وضعیت امنیت اجتماعی، عامل پیشگیری، عامل کیفیت تغذیه و پوشاک و عامل سلامت فیزیکی و روانی (که با ۲/ درصد کمترین میزان از واریانس شاخص های سلامت روستایی را تبیین می کند). اگرچه تغییرات مثبتی در زمینه وضعیت بیمه های خدمات درمانی، وجود خانه های نوساز و بادوام و با کیفیت مناسب، دسترسی به امکانات آموزشی، پاکیزگی و نظافت معابر، سواد تحصیلی، آموزشهای قبل از ازدواج، راه ارتباطی مناسب، روی داده است ولی این تغییرات آنقدر چشمگیر نیست که بتواند وضعیت سلامت را در سطح خیلی مناسب قرار دهند و هنوز در این زمینه نیازمند تلاش های بیشتری است. در زمینه اماکن ورزشی، مکانهای

گذران اوقات فراغت، میزان رضایت از کیفیت آب شرب، نحوه دفع زباله، امنیت شغلی، متوسط درآمد ماهیانه خانوار، آب آشامیدنی سالم، امکان سرمایه گذاری در روستا، تغییرات مثبت و مفیدی رخ نداده است و اکثریت روستاها در این زمینه محروم می باشند.

در مجموع وضعیت سلامت در روستاهای مورد مطالعه در حد متوسط می باشد. وجود مشکلاتی از قبیل: نبود آب شرب مناسب، نبود مکان مناسب برای دفن زباله ها، نامناسب بودن راه های ارتباطی، عدم مشارکت مردم در برنامه های سلامت، نبود اعتبارات مناسب بانکی در این زمینه، وجود آب های فاضلاب خانه ها در بساری از کوچه ها و... باعث شده تا مردم روستاهای مورد مطالعه از وضعیت سلامت رضایت کافی نداشته باشند. این پژوهش نتایج یافته های پیشین خود همچون عنابستانی و بهزادی (۱۳۹۲) و افراخته و افکار (۱۳۹۱) را تایید می کند. در پژوهشهای پیشین عوامل مختلفی از جمله فقر درنواحی روستایی، به خطر افتادن سلامتی را در پی داشته است و مراقبت های بهداشتی روستایی با سطح توسعه جوامع ارتباط داشته است و عوامل فضایی مکانی تاثیر بیشتری بر سلامت داشته اند این پژوهش علاوه بر تایید همه موارد یاد شده به این نکته تاکید دارد که همه شاخص های سلامت با وجود محرومیت ها و عدم توسعه یافتگی روستاها به طور کلی باز به طور یکسانی گسترش نیافته اند و شاخص های مورد نظر از نظم و پراکندگی مناسبی برخوردار نمی باشند. همچنین این پژوهش نتایج یافته های پیشین مبنی بر اینکه وضعیت سلامت در روستاها در سطح متوسط می باشد را تایید می نماید.

## منابع

۱. افراخته، حسن و افکار، ابوالحسن (۱۳۹۱)، عوامل موثر بر سطح سلامت روستاها: مطالعه موردی روستاهای شهرستان شفت، مجله پژوهش و برنامه ریزی روستایی، شماره اول، صص ۴۳-۲۵

۲. بابایی، جواد و جباری، حسین (۱۳۹۴)، زمینه های مشارکت اعضای شوراهای اسلامی شهرها و روستاهای استان آذربایجان شرقی در نظام سلامت استان: یک مطالعه تئوری زمینه ای، مجله سلامت، دوره ششم، شماره سوم، صص ۳۳۶-۳۲۵.
۳. بابایی فینی، ام السله؛ توحیدلو، شادعلی و حضرتی، مجید (۱۳۹۴)، تحلیل وضعیت سلامت اجتماعی در سکونتگاههای روستایی براساس مدل کیز، میرینگوف و کیفیت زندگی (مطالعه موردی: شهرستان زنجان)، مجله پژوهش و برنامه ریزی روستایی، شماره ۳، صص ۱۴۰-۱۲۷.
۴. بیاتی، محسن؛ اکبری، رضا؛ صدرایی، جواهری، احمد؛ امینی رارانی، مصطفی و دلاوری، سجاد (۱۳۹۱)، تعیین کننده های اقتصادی - اجتماعی سلامت در کشورهای غرب اقیانوس آرام: تحلیل داده های ترکیبی، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال دوازدهم، شماره ۴۷، صص ۱۳۰-۱۱۱.
۵. جلالوندی، مهناز؛ شمس الهی، سارا؛ شاه طهماسبی، اسماعیل و زارعی قراکائلو، قاسم (۱۳۹۳)، نقش شاخص های کلان سلامت در کارایی مدیریت بهداشت و سلامت روستایی استانهای کشور، مجله مدیریت اطلاعات سلامت، دوره یازدهم، شماره دوم، صص ۲۲۰-۲۰۸.
۶. خاکی، رضا؛ شهرکی، جواد و برقدان، کامران (۱۳۹۳)، تحلیل و بررسی وضعیت سلامت در توسعه روستایی ایران، اولین کنفرانس بین المللی توسعه روستایی تجارب و آینده نگری در توسعه محلی، ۱۶۳-۱۵۱.
۷. دهقانی، امین (۱۳۹۴)، سنجش و تحلیل شاخص های سلامت در مناطق روستایی اسکان عشایری: مطالعه موردی مناطق اسکان عشایری استان های فارس و اصفهان، مجله پژوهش و برنامه ریزی روستایی، سال ۴، شماره ۴، صص ۱۰۹-۹۵.
۸. رفیع منش، حسین؛ یاری، مهرا؛ خدابخش نژاد، وجیه اله و هلاکویی نائینی، کورش (۱۳۹۴)، ارزیابی جامعه روستای آلتی از توابع مشگین شهر استان اردبیل به منظور تعیین و تشخیص مشکلات مرتبط با سلامت در سال ۱۳۹۳، مجله طب پیشگیری، سال دوم، شماره دوم، صص ۱۷-۱۰.
۹. شایان، محسن و تقدیسی، احمد (۱۳۹۵)، تحلیل ارتباط توسعه کشاورزی با توسعه روستایی در شهرستان زرین دشت فارس، مجله مطالعات سکونتگاه های انسانی، سال ۱۱، شماره ۳۵، صص ۵۱-۶۶.
۱۰. شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۳)، ضرورت سلامت اجتماعی زنان در توسعه روستایی، اولین همایش ملی زن و توسعه، صص ۱۸-۱.
۱۱. شیخی، داود (۱۳۸۸)، تبیین روستاهای سالم و ابعاد سلامت در نواحی روستایی: مطالعه موردی بخش قروه چای شهرستان خنداب، رساله دکتری، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران



۱۲. صفدری، رضا؛ قاضی سعیدی، مرجان؛ شیخ طاهری، عباس و صارمیان، مرضیه (۱۳۹۴)، اولویت بندی عوامل موثر بر مکانیابی مراکز بهداشت روستایی مجهز به سلامت از راه دور با استفاده از روش تحلیل سلسله مراتبی، مجله تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی، سال چهارم، شماره اول، صص ۳۳-۲۴.
۱۳. عنابستانی، علی اکبر و بهزادی، صدیقه (۱۳۹۲)، سنجش سطح سلامت روستاییان و عوامل فردی موثر بر آن در شهرستان میبد، مجله پژوهش برنامه ریزی فضایی، سال سوم، شماره اول، صص ۱۸-۱.
۱۴. فدایی، عبدالمحمد و زاهدی، محمدرضا (۱۳۸۵)، مقایسه شاخص های سلامت در یک روستای پایلوت طرح نیازهای اساسی توسعه استان چهارمحال بختیاری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دوره ۸، شماره ۱، صص ۱۹-۱۳.
۱۵. محمدی، جمال؛ احمدیان، مهدی؛ علیزاده، جابر و جمینی، داود (۱۳۹۱)، تحلیل فضایی توسعه شاخص های بهداشتی - درمانی در استان آذربایجان غربی، مجله رفاه اجتماعی، سال دوازدهم، شماره ۴۷، صص ۱۸۰-۱۵۳.
۱۶. همتی مقدم، امید (۱۳۸۳)، تبیین وجودی سلامت، نشریه سلامت، نشر فلسفه، کلام و عرفان، مجله ذهن، شماره ۱۹، صص ۶۳-۷۴.
17. Asadi, M., Esfandiary, S., Mirghafori, SH., & Sadeghi Arani, Z.(2013). Clinics of Yazd: Efficient or Inefficient? Health Inf Manage; 9(6): 91 9-928.
18. Fraser, G.(2005).”Changing place :The impact of rural restructuring on mental health in Australia”.Journal of health and place .No.11,pp.157-171
19. Grafton Denis, U.(2004).”physician accessibility :an urban study of pediatric provides”.Journal of health an place .NO.10,PP.273-282
20. Wang Fluo ,W.(2005).”Asseshng spatialand non-spatial factors health care access:toward an intergrated approach to defining health professional shortage areas”Journal of health and place .No .11.pp136-146.
21. Karimi, S., & Bahman Ziari, N. (2013).Equity in financial indicators of health in Iran during the third and fourth development programs. Health Inf Manage; 9(7):pp 1113-1122.
22. Kiadaliri, A. A., Najafi, B., & Haghparast-Bidgoli, H. (2011). Geographic distribution of
23. need and access to health care in rural population: An ecological study in Iran.
24. Cribb, A., & Duncan, P. (2002). "Health promotion and professional Ethics." Blackwell Science publishing.

25. Social determination of health: what's it all about: Fact sheet- Queensland Health.(2006). "Available at <http://www.health.gld.gov.au/phs> (December 2006).
26. Fanga, P., Donga, S., Xiaoc, J., Liud, C., Fengc, X., & Wang, Y. (2010). Regional inequality in health and its determinants: Evidence from China, *Health Policy*, No. 94, pp. 14–25.
27. Smith, H. K., Harper, P. R., Potts, C. N., & Thyle, A. (2009). Planning sustainable community health schemes in rural areas of developing countries, *European Journal of Operational Research*, No. 193, pp. 768–777.
28. 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.

### ***Explained Factors affecting health indicators in rural area: Case Study of Rural Zarrindasht county***

#### **Abstract**

One of the most important objectives of rural development, maintaining health and society the survival of as the basis of create a healthy life. Health and development has a close relationship with each other and improve health, especially the health of rural living conditions through material and moral reform is possible. The purpose of this paper is to identify factors affecting rural health indicators in rural area Zarrindasht county and offering appropriate solutions in this regard. This study intended purpose and the intended analytical method. In this context, data, questionnaires were used. The study population included all heads of rural households in the city (7927 people) constitute that among the sample size using a sample of 310 randomly selected questionnaire to ensure more completed questionnaires is 348. For analyze the datas Factor analysis was used. The results show that 10 factors are effective in rural health. Among the factors of ten facilities - Services and Environmental Health, 19.21 percent of variance that is the most important factor and physical and mental health factors, 2.91 percent of variance that is known as the most weak. The results also show that the health status of the settlements is at an average level.

*Key words: health, rural settlements, factor analysis, Zarrindasht city.*