

بررسی عوامل موثر بر وضعیت بهداشت خانوارهای روستایی شهرستان کرمانشاه (مورد مطالعه: بخش بیستون)

زهرا کرانی^۱، فاطمه پورقاسم^۲

۱ مربی گروه کشاورزی دانشگاه پیام نور، ۲ دانشجوی دکتری ترویج کشاورزی دانشگاه رازی کرمانشاه

چکیده

پژوهش توصیفی- همبستگی حاضر با هدف بررسی وضعیت بهداشت و عوامل موثر بر آن در بین روستاییان بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه انجام شد. جامعه آماری این تحقیق شامل تمام سرپرستان خانوارهای روستایی ساکن در بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه بودند (N=۱۰۲۰) که تعداد ۲۷۸ نفر با استفاده از جدول کرجسی و مورگان و به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب شدند. ابزار اصلی جمع آوری داده ها پرسشنامه محقق ساز بود که روایی محتوایی آن از طریق پانل متخصصان و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ تأیید شد. نتایج نشان داد که وضعیت بهداشت خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه در حد متوسط می باشد. به طور کلی ۵۰ درصد تغییرات متغیر وابسته (وضعیت بهداشت خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه) توسط پنج متغیر دسترسی به امکانات بهداشتی، آموزش های بهداشتی ارائه شده، میزان تحصیلات، درآمد و آگاهی های بهداشتی خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه تبیین می شود. نتایج این مطالعه می تواند جهت توجه بیشتر به مقوله بهداشت در روستاها و حمایت از بهداشت عمومی مورد توجه مسئولان و سیاستمداران قرار گیرد.

واژه های کلیدی: بهداشت، سلامت، خانوارهای روستایی، کرمانشاه.

مقدمه

نگاهی دقیق به وضعیت جامعه و واقعیت های موجود در آن نشان می دهد که بخشی از نیازهای بهداشتی جامعه به ویژه در مناطق روستایی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. به طور کلی شکاف بزرگ و تفاوت

پنجمین کنگره علوم ترویج و آموزش کشاورزی و منابع طبیعی ایران و اولین کنفرانس بین المللی خدمات مشاوره ای روستایی در آسیا و اقیانوسیه : تسهیل اطلاعات و نوآوری ها برای توانمندسازی کشاورزان خانوادگی، ۱۱-۱۳ شهریورماه ۱۳۹۳، دانشگاه زنجان



فاحشی در وضعیت سلامت جمعیت شهری و روستایی مناطق مختلف یک کشور و در گروه‌های مختلف اجتماعی قابل مشاهده است(مطلق و همکاران، ۱۳۸۷).

محدودیت دسترسی به منابع بهداشتی خطری بالقوه برای تضعیف بهداشت جسمی و روحی است(رایکتس ۳، ۱۹۹۹). اما توسعه بهداشت با محدودیت‌هایی روبرو است؛ از جمله این محدودیت‌ها، محدودیت‌های ساختاری است که شامل منابع آب ناکافی، امکانات ضعیف برای دفع فاضلاب و دیگر ضایعات و زباله‌های خانگی، توالد ناکافی و امکانات کم برای شستن دست‌هاست. در بسیاری از موارد حل و فصل این محدودیت‌ها دشوار بوده چرا که بسیاری از این مشکلات به علت محدودیت دسترسی به منابع می‌باشد(فاسوانا- مافویا ۴، ۲۰۰۶). محدودیت دیگر شامل چالش‌های آموزشی از جمله فقدان دسترسی به آموزش بهداشت به دلیل محدود بودن برنامه‌های آگاهی بهداشتی می‌باشد(همان).

چالش‌های اقتصادی و مالی شامل هزینه‌های بالای بهداشت برای خانواده‌های کم درآمد، بودجه ناکافی برای تأمین زیرساخت‌های بهداشتی و کمبود سرمایه برای سرمایه گذاری در پروژه‌های بهداشتی است(سولو و همکاران ۵، ۱۹۹۳). چالش‌های اجتماعی با عدم مشارکت مردم در پروژه‌های بهداشتی جامعه ناشی می‌شود. پروژه‌های بهداشتی باید منعکس کننده نیازهای محلی، منابع و انتظارات آن جامعه باشد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی اصلی تامین و حفظ سلامت مردم کشور با هدف رسیدن به بالاترین سطح ممکن سلامتی برای آحاد مردم توجه ویژه‌ای را به مسائل اجتماعی تاثیرگذار بر سلامت و موضوع عدالت در سلامت معطوف داشته است، اما حفظ و ارتقای سلامتی و حذف اثر مخرب برخی از عوامل اجتماعی بر سلامت، مسئولیتی فردی، کشوری و حتی بین‌المللی است که کوشش مشترک کلیه سطوح جامعه یعنی افراد، اجتماعات و دولت را می‌طلبد(مطلق و همکاران، ۱۳۸۷). به طور کلی وضعیت سلامت با میزان پیشرفت اقتصادی-اجتماعی یعنی درآمد سرانه، سطح آموزش، بعد خانوار و غیره تعیین می‌شود(همان). مطالعات حاکی از آن است که بین روش‌های رعایت بهداشت با سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل و وضعیت زندگی با خانواده از نظر آماری ارتباط معنادار مشاهده نشده است(حشمتی و همکاران، ۱۳۹۱). ولی بین وضعیت تأهل و رفتارهای بهداشتی ارتباط معناداری وجود داشته است(حشمتی و همکاران، ۱۳۹۱؛ کریست جانسون و همکاران ۶، ۲۰۰۰).

اما بررسی انجام شده توسط خسروی و همکاران(۱۳۸۵) نشان می‌دهد که بین سن و وضعیت بهداشت تفاوت معناداری مشاهده شده است. به علاوه ارتباط معنی‌داری بین میزان تحصیلات و روش‌های رعایت

3 Ricketts

4 Phaswana-Mafuya

5 Solo et al

6 Kristjansson et al

پنجمین کنگره علوم ترویج و آموزش کشاورزی و منابع طبیعی ایران و اولین کنفرانس بین المللی خدمات مشاوره ای روستایی در آسیا و اقیانوسیه: تسهیل اطلاعات و نوآوری ها برای توانمندسازی کشاورزان خانوادگی، ۱۱-۱۳ شهریورماه ۱۳۹۳، دانشگاه زنجان



بهداشت دیده شده است (رفعتی و همکاران، ۱۳۸۴). همچنین بعضی دیگر از تحقیقات گذشته نشان می-دهد که توجه به مسائل بهداشتی و رعایت بهداشت با جنسیت مرتبط بوده و رعایت بهداشت در بین زنان بیشتر از مردان می باشد (ادیب حاج باقری و اکبری، ۱۳۸۸).

بنا بر آن چه گفته شد عوامل بسیار زیادی وجود دارد که بر بهداشت تأثیرگذار است که از جمله آن ها می توان به وضعیت و محیط اجتماعی، اشتغال، درآمد (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳؛ و دانکر ۷، ۲۰۰۱)، شرایط کاری، سواد، مسائل قومی و نژادی، تبعیض جنسیتی، شبکه های حمایت کننده اجتماعی، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، نحوه ارائه خدمات، آگاهی و نحوه استفاده مردم از خدمات، میزان رضایت خدمت گیرندگان و ارائه کنندگان خدمات، کیفیت و شیوه زندگی، رفتارهای بهداشتی مردم (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳) و موقعیت اجتماعی-اقتصادی (همبلتون و همکاران ۸، ۲۰۰۵ و هیگس و همکاران ۹، ۱۹۹۸)، شرایط زندگی (همان)، فرهنگ، شرایط محیطی، سن و وراثت اشاره کرد (هیگس و همکاران، ۱۹۹۸). یکی از مهمترین عواملی که بسیار به آن اشاره شده است وضعیت اقتصادی مردم است که بر سلامت و بهداشت آنان تأثیر بسیاری دارد (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳؛ همبلتون و همکاران ۲۰۰۵؛ و هیگس و همکاران، ۱۹۹۸). لذا باید اعمال مختلفی صورت پذیرد و امکانات رفاهی لازم مهیا گردد تا وضعیت بهداشت در روستاها بهبود پیدا کند. لذا این پژوهش با هدف بررسی وضعیت بهداشت و عوامل موثر بر آن در بین روستاییان بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه انجام شد. شناسایی این عوامل می تواند در برنامه ریزی برای ارتقاء سطح بهداشت در جامعه متمر ثمر باشد. زیرا معمولاً پس از اجرای پروژه های بهداشت و سلامت در جامعه، شاخص های سلامت شامل برخورداری خانوار از حمام بهداشتی، سیستم جمع آوری زباله، توالی بهداشتی و دفع بهداشتی فاضلاب ارتقا پیدا خواهد کرد (فدایی و زاهدی، ۱۳۸۵). شناسایی وضعیت بهداشت و عوامل موثر بر آن می تواند سبب شود که روستاییان از نیازهای بهداشتی خود آگاه شوند و در جهت رفع این نیازها گام بردارند. از طرف دیگر، بهبود وضعیت بهداشت نیازمند توسعه برنامه های مناسب برای ترویج، تعلیم و آموزش بهداشت و سلامتی است (وزارت امور آب و جنگلداری، ۱۹۹۴).

روش تحقیق

تحقیق حاضر از نظر ماهیت از نوع پژوهش های کمی بوده و به لحاظ هدف کاربردی است، از لحاظ گردآوری داده ها، از نوع تحقیقات توصیفی-همبستگی به شمار می رود. جامعه آماری این تحقیق شامل تمام سرپرستان خانوارهای روستایی ساکن در بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه بودند ($N=1020$). حجم نمونه با استفاده از جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰) محاسبه شد که تعداد

پنجمین کنگره علوم ترویج و آموزش کشاورزی و منابع طبیعی ایران و اولین کنفرانس بین المللی خدمات مشاوره ای روستایی در آسیا و اقیانوسیه : تسهیل اطلاعات و نوآوری ها برای توانمندسازی کشاورزان خانوادگی، ۱۱-۱۳ شهریورماه ۱۳۹۳، دانشگاه زنجان



($n=278$) نمونه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای با انتساب متناسب انتخاب شدند. ابزار اصلی جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساز بود که بر پایه مرور ادبیات تدوین شد. جهت بررسی روایی محتوایی پرسشنامه، نقطه نظرات چندین تن از استادان و دانشجویان دکتری گروه ترویج و توسعه روستایی دانشگاه رازی کرمانشاه پرسیده شد. جهت سنجش پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب آن بالاتر از ۰/۷ گزارش شد.

نتایج

بر اساس یافته‌ها، میانگین سنی خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه ۴۲ سال بوده (انحراف معیار=۰/۸۴) و اکثر سرپرستان خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه، بیسواد (۴۲/۱ درصد) می‌باشند. تعداد اعضای ۵۹/۰ درصد از خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه، ۲ تا ۵ نفر می‌باشد.

بررسی وضعیت بهداشت خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه نشان داد که آنان در مؤلفه‌های بهداشتی‌ای چون تمیز کردن خانه به صورت روزانه، شستشوی ظروف ذخیره آب و بستن و در مکان مناسب قرار دادن درب آن، استفاده از شوینده‌های مناسب، استفاده کودکان زیر ۱۲ سال از توالت، شستن دست‌ها بعد از رفتن به توالت، شستن دست‌ها بعد از تماس با دام‌ها، شستن دست‌ها قبل از خوردن هر وعده غذایی، عدم شیوع بیماری‌های پوستی، کرم‌ها (انگل‌ها)، عفونت‌های چشمی و ... در سال اخیر در روستا و شستن انواع سبزی‌ها قبل از مصرف در وضعیت مطلوبی از نظر بهداشتی به سر می‌برند. یافته‌ها همچنین حاکی از آن است که خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه در مؤلفه‌های بهداشتی‌ای چون استفاده از وسایل شخصی مانند حوله، مسواک، شانه و ... استفاده‌ی دوباره از زباله‌های قابل استفاده مانند قوطی‌ها و کیسه‌های پلاستیک، و تصفیه‌ی آب (جوشاندن، کلر زدن و ...) در صورت عدم دسترسی به آب سالم به میزان متوسطی بهداشت را رعایت می‌کنند و در وضعیت متوسطی از نظر بهداشتی به سر می‌برند. این در حالی است که خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه در مؤلفه‌های بهداشتی‌ای چون میزان استحمام در هفته، شستن سرویس‌های بهداشتی به صورت هفتگی، شستن انواع میوه‌ها قبل از مصرف، مراجعه به پزشک در هنگام بیماری، کوتاه کردن ناخن‌ها به صورت هفتگی، و جلوگیری از ورود حشرات و جانوران موذی به داخل خانه به میزان کم بهداشت را رعایت می‌کنند و در وضعیت نامطلوبی از نظر بهداشتی به سر می‌برند. خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه همچنین در مؤلفه‌های بهداشتی‌ای چون مسواک زدن به صورت روزانه، دفن زباله‌ها (زباله آشپزخانه، قوطی‌ها، جعبه‌های پلاستیک و غیره) در گودال زباله و تعویض لباس در هفته به میزان بسیار کم بهداشت را رعایت می‌کنند و در وضعیت بسیار نامطلوبی از نظر بهداشتی به سر می‌برند. به طور کلی بر اساس یافته‌ها وضعیت

پنجمین کنگره علوم ترویج و آموزش کشاورزی و منابع طبیعی ایران و اولین کنفرانس بین المللی خدمات مشاوره ای روستایی در آسیا و اقیانوسیه : تسهیل اطلاعات و نوآوری ها برای توانمندسازی کشاورزان خانوادگی، ۱۱-۱۳ شهریورماه ۱۳۹۳، دانشگاه زنجان



بهداشت خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه متوسط ارزیابی می-شود (میانگین ۳/۳۷۱ از ۵ و انحراف معیار ۱/۶۳).

ارتباط بین ویژگی‌های فردی خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه با وضعیت بهداشت آنان

جهت بررسی رابطه بین متغیرهای فردی خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه با وضعیت بهداشت آنان از ضرایب همبستگی پیرسون و اسپیرمن (بر حسب نوع متغیر)، استفاده شد که نتایج آن در جداول ۱ ملاحظه می‌شود.

جدول ۱. ارتباط بین ویژگی‌های فردی خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان

کرمانشاه با وضعیت بهداشت آنان

ردیف	متغیر	نوع مقیاس	نوع آزمون	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
۱	سن	فاصله‌ای	پیرسون	۰/۳۸۴ **	۰/۰۰۰
۲	سطح تحصیلات	ترتیبی	اسپیرمن	۰/۳۷۳ **	۰/۰۰۰
۳	درآمد	فاصله‌ای	پیرسون	۰/۳۳۹ **	۰/۰۰۰
۴	تعداد اعضای خانوار	فاصله‌ای	پیرسون	۰/۳۴۸ **	۰/۰۰۰
۵	میزان تماس با شهر	فاصله‌ای	پیرسون	۰/۳۵۳ **	۰/۰۰۰
۶	آموزش‌های بهداشتی ارائه شده	فاصله‌ای	پیرسون	۰/۶۵۳ **	۰/۰۰۰
۷	دسترسی به عوامل بهداشتی	فاصله‌ای	پیرسون	۰/۷۵۳ **	۰/۰۰۰
۸	آگاهی‌های بهداشتی	فاصله‌ای	پیرسون	۰/۴۵۳ **	۰/۰۰۰

**معنی داری در سطح یک درصد

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌گردد، بین متغیرهای مستقل سن، میزان تحصیلات، درآمد، تعداد اعضای خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه، میزان تماس آنان با شهر و نیز آموزش‌های بهداشتی ارائه شده به آنان، دسترسی به عوامل بهداشتی و آگاهی‌های بهداشتی با متغیر وابسته‌ی وضعیت بهداشت آنان ارتباط مثبت و معناداری در سطح یک درصد حاکم است.

عوامل مؤثر بر وضعیت بهداشت خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه

به منظور بررسی تأثیر ویژگی‌های فردی خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه بر وضعیت بهداشت آنان از تحلیل رگرسیون بهره گرفته شد. بر اساس ضریب تعیین تعدیل شده ۵۰ درصد تغییرات متغیر وابسته (وضعیت بهداشت خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه) توسط پنج متغیر دسترسی به عوامل بهداشتی، آموزش‌های بهداشتی ارائه شده، میزان تحصیلات، درآمد و آگاهی‌های بهداشتی خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین

پنجمین کنگره علوم ترویج و آموزش کشاورزی و منابع طبیعی ایران و اولین کنفرانس بین المللی خدمات مشاوره ای روستایی در آسیا و اقیانوسیه : تسهیل اطلاعات و نوآوری ها برای توانمندسازی کشاورزان خانوادگی، ۱۱-۱۳ شهریورماه ۱۳۹۳، دانشگاه زنجان



استان کرمانشاه تبیین می‌شود. پنج متغیر دسترسی به عوامل بهداشتی، آموزش‌های بهداشتی ارائه شده، میزان تحصیلات، درآمد و آگاهی‌های بهداشتی خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه در سطح ۹۹ درصد معنی‌دار هستند.

جدول ۲- جدول ضرایب متغیرهای مستقل

sig	T	β	B	Model
+ / + + +	۹/۳۴۵		۲/۸۴۰	(Constant)
+ / + + +	۳۳/۴۳۵	+ / ۳۸۵	+ / ۳۹۸	دسترسی به عوامل بهداشتی
+ / + + +	۴/۶۳۵	+ / ۳۵۳	+ / ۳۹۱	آموزش‌های بهداشتی ارائه شده
+ / + + +	+ / ۳۸۹	+ / ۳۰۸	+ / ۳۵۶	میزان تحصیلات
+ / + + +	+ / ۳۷۸	+ / ۲۱۶	+ / ۲۱۶	درآمد
+ / + + +	+ / ۵۳۴	+ / ۱۱۷	+ / ۲۱۰	آگاهی‌های بهداشتی

Adjusted R Square=0/۵۰۵


$R^2=+$ 0/۵۰۸

$R=+$ 0/۷۱۳

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌ها، خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه، در مؤلفه‌های بهداشتی‌ای چون تمیز کردن خانه به صورت روزانه، شستشوی ظروف ذخیره آب و بستن و در مکان مناسب قرار دادن درب آن، استفاده از شوینده‌های مناسب، استفاده کودکان زیر ۱۲ سال از توالت، شستن دست‌ها بعد از رفتن به توالت، شستن دست‌ها بعد از تماس با دام‌ها و شستن دست‌ها قبل از خوردن هر وعده غذایی به میزان زیادی بهداشت را رعایت می‌کنند و در وضعیت مطلوبی از نظر بهداشتی به سر می‌برند. شستن دست‌ها پس از رفتن به توالت و پیش از تماس با حیوانات در پژوهش‌های گذشته نیز تأیید شده است (فاسوانا-مافویا، ۲۰۰۶ الف).

یافته‌ها همچنین حاکی از آن است که خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه در مؤلفه‌های بهداشتی‌ای چون میزان استحمام در هفته، شستن سرویس‌های بهداشتی به صورت هفتگی، شستن انواع میوه‌ها قبل از مصرف و مراجعه به پزشک در هنگام بیماری به میزان کم بهداشت را رعایت می‌کنند و در وضعیت نامطلوبی از نظر بهداشتی به سر می‌برند. مطابق با پژوهش‌های

 پنجمین کنگره علوم ترویج و آموزش کشاورزی و منابع طبیعی ایران و اولین کنفرانس بین المللی خدمات مشاوره ای روستایی در آسیا و اقیانوسیه: تسهیل اطلاعات و نوآوری ها برای توانمندسازی کشاورزان خانوادگی، ۱۱-۱۳ شهریورماه ۱۳۹۳، دانشگاه زنجان

پیشین، مردم در اکثر موارد مانند شستن میوه و استحمام روزانه به شیوه‌های غیربهداشتی رفتار می‌کنند (فاسوانا- مافویا و شیوکلا، ۲۰۰۵). خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه همچنین در مؤلفه‌های بهداشتی‌ای چون مسواک زدن به صورت روزانه، دفن زباله‌ها (زباله آشپزخانه، قوطی‌ها، جعبه‌های پلاستیک و غیره) در گودال زباله و تعویض لباس در هفته به میزان بسیار کم بهداشت را رعایت می‌کنند و در وضعیت بسیار نامطلوبی از نظر بهداشتی به سر می‌برند. مطالعات پیشین نیز نشان می‌دهد که دفعات مسواک زدن در ساکنین روستاها بسیار کمتر از شهرهاست (رابعی و همکاران، ۱۳۸۶) و همچنین دور ریختن زباله‌ها به شیوه‌های غیربهداشتی انجام می‌شود (فاسوانا- مافویا و شیوکلا، ۲۰۰۵).

به طور کلی بر اساس یافته‌ها وضعیت بهداشت خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه متوسط ارزیابی می‌شود. به نظر می‌رسد دلیل این امر، کمبود آگاهی‌های لازم در مورد روش‌های رعایت بهداشت در بین مردم روستایی و همچنین دسترسی پایین به امکانات و خدمات بهداشتی می‌باشد. امکانات بهداشتی زمانی می‌تواند تأثیر چشم‌گیری بر افزایش سطح بهداشت داشته باشد که اعضای جامعه بتوانند به طور صحیح از این امکانات استفاده کنند و آگاهی‌های لازم را در مورد اصول بهداشتی دارا باشند.

براساس نتایج، بین متغیرهای مستقل سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، درآمد، تعداد اعضای خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه، میزان تماس آنان با شهر و نیز آموزش‌های بهداشتی ارائه شده به آنان، دسترسی به عوامل بهداشتی و آگاهی‌های بهداشتی با متغیر وابسته‌ی وضعیت بهداشت آنان ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج مطالعات گذشته برخلاف نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که بین روش‌های رعایت بهداشت با سن و سطح تحصیلات از نظر آماری ارتباط معنادار مشاهده نشده است (حشمتی و همکاران، ۱۳۹۱). ولی بین وضعیت تأهل و رفتارهای بهداشتی ارتباط معناداری وجود داشته است (حشمتی و همکاران، ۱۳۹۱؛ کریست جانسون و همکاران، ۲۰۰۰). ارتباط بین سن و وضعیت بهداشت (خسروی و همکاران، ۱۳۸۵) و همچنین میزان تحصیلات و روش‌های رعایت بهداشت (رفعتی و همکاران، ۱۳۸۴) در مطالعات پیشین نیز تأیید شده است.

به طور کلی ۵۰ درصد تغییرات متغیر وابسته (وضعیت بهداشت خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه) توسط پنج متغیر دسترسی به عوامل بهداشتی، آموزش‌های بهداشتی ارائه شده، میزان تحصیلات، درآمد و آگاهی‌های بهداشتی خانوارهای روستایی بخش بیستون شهرستان هرسین استان کرمانشاه تبیین می‌شود. بنابراین هرچه میزان دسترسی به عوامل بهداشتی، آموزش‌های بهداشتی ارائه شده، میزان تحصیلات، درآمد و آگاهی‌های بهداشتی خانوارهای روستایی بیشتر باشد وضعیت بهداشت در آن جامعه بهتر خواهد بود. مطالعات گذشته نیز بر تأثیر درآمد (وزارت بهداشت، درمان

پنجمین کنگره علوم ترویج و آموزش کشاورزی و منابع طبیعی ایران و اولین کنفرانس بین المللی خدمات مشاوره ای روستایی در آسیا و اقیانوسیه : تسهیل اطلاعات و نوآوری ها برای توانمندسازی کشاورزان خانوادگی، ۱۱-۱۳ شهریورماه ۱۳۹۳، دانشگاه زنجان



و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳؛ و دانکر، ۲۰۰۱)، و دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳) بر وضعیت بهداشت دلالت دارند. براساس یافته‌ها پیشنهاد می‌شود:


- از آنجایی که دسترسی به تسهیلات و امکانات بهداشتی در حد متوسطی است و این امکانات اهمیت بسزایی در بهبود سطح بهداشت در جامعه دارد لذا پیشنهاد می‌شود تا سازمان‌های مربوطه مانند آب و فاضلاب و شهرداری اقدامات لازم را در جهت بهبود امکانات بهداشتی به عمل آورند.
- آگاهی‌های ضعیف مردم نشان می‌دهد که ممکن است کلاس‌های برگزار شده زیاد نبوده و یا مطالب خوب با روش مناسب ارائه نشده است لذا پیشنهاد می‌گردد کلاس‌های آموزش بهداشت توسط بخش ترویج و آموزش کشاورزی با تکیه بر کاستی‌های موجود برگزار گردد.

منابع

- (۱) حشمتی، هاشم، بهنام‌پور، ناصر، حاجی ابراهیمی، محمد حسین، اسدی، زهرا، چرکزی، عبدالرحمن، و دهنادی، آنتیا. (۱۳۹۱). وضعیت بهداشت فردی سالمندان روستاهای شهرستان مراوه تپه استان گلستان در سال ۱۳۸۹. سالمند (مجله سالمندی ایران)، سال هفتم، شماره ۲۴.
- (۲) فدایی، عبدالمجید، و زاهدی، محمدرضا. (۱۳۸۵). مقایسه وضعیت شاخص‌های سلامت در یک روستای پایلوت طرح نیازهای اساسی توسعه استان چهارمحال و بختیاری. دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دوره ۸، شماره ۱، بهار ۱۳۸۵. ۱۹-۱۳.
- (۳) مطلق، محمد اسماعیل، اولیایی منش، علیرضا، و بهشتیان، مریم. (۱۳۸۷). سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن (راهکار اصلی گسترش عدالت در سلامت و ایجاد فرصتی منصفانه برای همه. انتشارات موفق، چاپ دوم.
- (۴) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۳). جمع بندی و تدوین معاونت امورهمه‌انگهی و دبیر مجامع، شوراها و هیئت‌های امناء.

- 5) Department of Water Affairs and Forestry. (1994). White Paper on Water Supply and Sanitation Policy. Pretoria: Government Printers.
- 6) Dunker, L.C. (2001). A manual on knowledge attitude and practice study for hygiene awareness in the rural areas of South Africa. WRC Report No.TT 144.
- 7) Hambleton, I.R., Clarke, K., Broome, H.I., Fraser, H. S., Brathwaite, F., Hennis, A. (2005). Historical and current

- predictors of self-reported health status among elderly persons in Barbados. *Rev Panam Salud Publica*, 17, 342-353.
- 8) Higgs, G., Senior, M. L., & Williams, H. C. W. L. (1998). Spatial and temporal variation of mortality and deprivation: Widening health inequalities. *Environment and Planning. A*, 30. 1661-1682.
 - 9) Kristjansson, B., Helliwell, B., Forbes, WF., & Hill, GB. (2000). Marital status, dementia and institutional residence among elderly Canadians: the Canadian study of health and aging. *Chronic disease in Canada*, 20(4), 154-157.
 - 10) Phaswana-Mafuya, N., & Shukla, N. (2005). Factor that could motivate people to adapt safe hygienic practices in the Eastern Cape South Africa. *African Health Science*, 5(1), 21-28.
 - 11) Phaswana-Mafuya, N. (2006a). Hygiene status of rural communities in the Eastern cape of South Africa. *International Journal of Environmental Health Research*, 16(4), 289-303.
 - 12) [Phaswana-Mafuya](#), Nancy. (2006b). An investigation into the perceived sanitation challenges in the Eastern Cape rural communities. [Health Care Industry](#).
 - 13) Ricketts, T. C. (1999). *Rural health in the United States*. New York :Oxford University Press.
 - 14) Solo, T.V., Perez, E., & Joyce, S.(1993). Constraints in providing water and sanitation services to the urban poor. WASH Technical Report No.85. Office of the Health, Bureau for Research and Development, US Agency for International Development under WASH Task No.338. New York: Sage.

پنجمین کنگره علوم ترویج و آموزش کشاورزی و منابع طبیعی ایران و اولین کنفرانس بین المللی خدمات مشاوره ای روستایی در آسیا و اقیانوسیه : تسهیل اطلاعات و نوآوری ها برای توانمندسازی کشاورزان خانوادگی، ۱۱-۱۳ شهریورماه ۱۳۹۳، دانشگاه زنجان 

Factors influencing the health status of rural households in Kermanshah Province (Case Study: Bisotoun sector)

Zahra korani¹, Fateme pourghasem^{*2}

¹ Academic Member of Agriculture Department, Payamnoor University, ² Ph.D.

Student of Agricultural Extension, University of Razi Kermanshah,

poorghasemf@yahoo.com

Abstract

Descriptive- correlation research aimed to study the health status and its influencing factors among rural households was conducted in Bisotoun sector in Harsin township of Kermanshah Province. The statistical population includes all heads of rural households residing of the Bisotoun sector in Harsin township of Kermanshah Province (N= 1020). The numbers of 278 persons were selected by using Krejcie and Morgan table through stratified random sampling. Data collection tool was a questionnaire instrument, its validity was confirmed by a panel of experts and its reliability was confirmed using Cronbach's alpha. The results showed that the health status of rural households Inscription Harsin in Kermanshah city is moderate. Overall, 43% of the variation dependent variables (health status of rural households) are explained by five variables of access to health facilities, health education provided level of education, income and health awareness. The results of this study can be used to pay more attention to rural health issues and the protection of public health officials and politicians should be considered.

Keywords: hygiene, health, rural households, Kermanshah.