

## بررسی ارتباط بین فقر روستایی و میزان مراجعه به مراکز بهداشتی - درمانی (مطالعه موردی: شهرستان سبزوار)

علی اکبر عنابستانی<sup>۱</sup>  
لیدا علیزاده<sup>۲</sup>

### چکیده

تحقق سلامت، مستلزم محیطی سالم و بسترهای مناسب اجتماعی - فرهنگی، اقتصادی و زیست محیطی است به طوری که شناخت ماهیت و ابعاد سلامت و عوامل شکل دهنده و مؤثر بر آن از یک سو و اقدام برای ارتقای آن در نواحی روستایی از سوی دیگر و در نهایت رهایی از دور تسلسل فقر اهمیتی انکار ناپذیر است که می‌تواند نقش مهمی در پایداری مناطق روستایی و افزایش سطح سلامت روستاییان داشته باشد. با توجه به اهمیت این موضوع، تحقیق حاضر با هدف رابطه سنجی فقر و میزان مراجعه روستاییان به مراکز بهداشتی، درمانی به صورت مطالعه موردی در مراکز درمانی شهر سبزوار انجام شده است. در این تحقیق نمونه ای مشتمل بر ۱۴۰ نفر از روستاییان مراجعه کننده به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی شهر سبزوار به شیوه تصادفی و در دسترس انتخاب و تعداد ۱۰۰ نفر از آزمودنی ها، پرسشنامه مذکور را تکمیل نمودند. برای شناسایی عوامل مؤثر ۳۳ متغیر در قالب ۴ شاخص عوامل تأثیرگذار وارد بحث شده اند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش همبستگی، و به منظور همسانی درونی از ضرایب آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد بین فقر روستایی و میزان مراجعه به مراکز درمانی شهرستان سبزوار رابطه معناداری با سطح همبستگی ۰.۷۲۹ و سطح معناداری (۰.۰۰۰) وجود دارد و همچنین نتایج حاصل از تحلیل مسیر نشان داد؛ بین متغیر مراجعه به مراکز درمانی و سایر شاخص‌ها رابطه معناداری وجود دارد. نتایج

۱- استاد جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسئول)

Email: anabestani@um.ac.ir

۲- دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها، حاکی از آن است که تمامی شاخص‌ها نسبت به متغیر مراجعه به مراکز درمانی دارای رابطه معناداری می‌باشند.

**واژگان کلیدی:** فقر روستایی، سلامت، دور تسلسل فقر، درمان، شهر سبزوار.

### مقدمه

در قرن جدید، سواد سلامت به عنوان شاخصی مهم و حیاتی در نتایج و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی شناخته می‌شود (پیمان و سمیعی رودی، ۱۳۹۵: ۴۶). آنچه قرار است تهدیدهای امروزی ناشی از توسعه یافتگی را کنترل و برنامه‌های توسعه را پایدار کند اولویت دادن به سلامت انسان و پایان دادن به مسئله فقر است. فقر واقعی اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی سیاسی است که از دیرباز از بزرگ‌ترین مشکلات انسان بوده است و در حال حاضر نیز جامعه بشری، علی‌رغم تحولات بسیار عظیمی که در زمینه‌های مختلف علوم روی داده است، با این پدیده شوم دست و پنجه نرم می‌کند (بسحاق و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۱۹). فقر از زوایای گوناگونی چون فلسفی، علمی، ادبی، هنری و دینی، بهداشتی قابل بررسی و تأمل است. این پدیده شوم چهره خود را در اختلاف طبقاتی افراد مختلف یک جامعه بیشتر نمایان می‌سازد (Moser & Ishida, 2001: 67) که توجه به سرعت تحولات اقتصادی و بحث‌هایی همچون پدیده جهانی شدن نگرانی‌هایی در مورد سلامت افراد بخصوص در کشورهای توسعه نیافته، که این گونه تحولات چه اثری بر سلامت افراد خصوصا افراد فقیر روستایی دارد، پدید آمده است. رهبران سیاسی جهان بارها تصمیم به کاهش یا حذف فقر از جهان گرفته‌اند که آخرین آن در اجلاس هزاره سازمان ملل متحد در سپتامبر سال ۲۰۰۰ مورد پذیرش قرار گرفت (ماهر، ۱۳۸۴: ۲۰۱). همچنین شواهد براساس یک معیار بین‌المللی نشان می‌دهد؛ در حدود ۱/۲ میلیارد نفر زیرخط فقر کامل بسر می‌برند. اگر ملاک تعیین سطح فقر فقط ۲ دلار در روز باشد این تعداد به ۲/۸ میلیارد که تقریباً نیمی از جمعیت جهان می‌رسد (ساریخانی، ۱۳۸۴: ۳۱). در ایران، مراکز بهداشتی و درمانی کوچکترین واحد مستقل نظام بهداشت و درمان کشور را تشکیل می‌دهد

و اولین واحدهای ارائه خدمات به جمعیت می‌باشند (ظهیری و طاهری، ۱۳۸۹: ۶۲) این امر نشان دهنده اهمیت بحث سلامت، به عنوان عاملی مهم در رشد اقتصاد ملی طی سال‌های اخیر است به طوری که اصل ۳ و ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، ضمن محوری شمردن سلامت کامل، دولت را مکلف می‌کند تا تمام منابع، امکانات و ظرفیت‌های خود را برای تأمین حفظ و ارتقای سلامت افراد کشور بسیج کند (شیخی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۰۹).

با توجه به آنچه مطرح شد؛ شناخت ماهیت و ابعاد فقر روستایی و عوامل تأثیرگذار بر آن برای برنامه ریزی ارتقای سلامت افراد روستایی ضرورت و اهمیت بسیار زیادی دارد و می‌تواند نقش مهمی بر توسعه پایدار این نواحی و ارتقای سلامت افراد داشته باشد. مرتفع ساختن فقر و شکستن دور تسلسل فقر توده‌ها و ارتقای سطح سلامت به عنوان پیش شرط اقتصادی اهمیت زیادی دارد و این مسئله‌ای است که می‌تواند بیانگر اهمیت کاربردی پژوهش حاضر باشد. بر این اساس، هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین فقر روستایی و میزان مراجعه روستاییان به مراکز درمانی شهر سبزوار می‌باشد. پرسش اساسی تحقیق این است که آیا بین فقر روستاییان و میزان توجه به سلامتی آنان (میزان و نوع مراجعه به مراکز درمانی) رابطه‌ای معنا دار وجود دارد؟ به عبارت دیگر، عوامل مؤثر بر فقر تا چه میزان بر سلامت روستاییان اثرگذار بوده است؟ بنابراین، کوشش می‌شود تا با تکیه بر نظریه دور تسلسل فقر و بررسی محلی یعنی تعداد و نوع مراجعه روستاییان به مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهرستان سبزوار به این پرسش پاسخ داده شود.

### پیشینه تحقیق

با توجه به حائز اهمیت بودن مقوله سلامت مطالعات بی شماری پیرامون فقر و سلامت افراد انجام گرفته است که از جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

رحیمی سوره و رضوی (۱۳۷۵)، ماهر (۱۳۷۵)، موحدی و همکاران (۱۳۸۷) و آذر و همکاران (۱۳۸۸) معتقدند که کشورهای در حال توسعه برای مقابله با فقر روستایی بنا به مقتضیات و اوضاع و احوال اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی، سیاست‌ها و راهبردهای مختلفی به کار می‌گیرند اما در یک الی دو دهه اخیر ارتقای قابل قبولی در بسیاری از شاخص‌های

سلامت در مناطق کشور به دست آمده است. از طرف دیگر علیرغم کاهش نابرابری در بعضی شاخص‌ها در سال‌های اخیر، کماکان نابرابری، مشکل مزمن و عمده نظام سلامت روستایی کشور است. ماهر (۱۳۸۴)، الهیاری و همکاران (۱۳۹۰) و جلالوندی و همکاران (۱۳۹۳) معتقدند که در راستای بهبود وضعیت سلامتی افراد بخصوص قشر جوان و مولد جامعه از اهمیت بیشتری برخوردار است که با کاهش پرداخت مستقیم مردم و توزیع عادلانه منابع نظام سلامت محقق خواهد شد. در زمینه مدیریت سلامت روستایی، اهمیت ورودی‌ها یا همان زیرساخت‌های بهداشتی بیشتر و در مورد خروجی‌ها، شاخص‌های عملکردی از اهمیت بیشتری نسبت به شاخص‌های بهداشتی برخوردارند. شیخی و همکاران (۱۳۹۱)، افراخته و افکار (۱۳۹۱) و عنابستانی و بهزادی (۱۳۹۲) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که عوامل مؤثر بر سلامت هفت متغیر به عنوان عوامل تأثیرگذار وارد معامله شدند که در مجموع ۷۳.۷ درصد از واریانس سلامت خانواده‌ها را تبیین می‌کنند و سه عامل، سلامتی جامعه را در معرض تهدید قرار داده‌اند: نبود حس مسئولیت‌پذیری، فقدان نگرش سازنده انتقاد غالب و نبود اشتغال مولد و منافع جمعی و بلندمدت اجتماعی.

هاینس و گیل<sup>۱</sup> (۲۰۰۰)، رایبسون<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) و ویکتوریا<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۷) معتقدند که از سال ۲۰۰۰، سطوح پوشش برای چندین مداخلات بهداشت باروری، مادران، نوزادان و کودکان در بسیاری از کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط افزایش یافته است. علیرغم پیشرفت منافع پوشش ملی خدمات بهداشتی در میان مادران و کودکان فقیر و روستایی، نابرابری‌های مهم همچنان ادامه دارد و باید برای دستیابی به اهداف توسعه پایدار مورد توجه قرار گیرند. بنابراین، اغلب ساکنین مناطق روستایی در مقایسه با مردم مناطق شهری، دارای سلامت روانی ضعیف‌تری بوده‌اند. چان<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۶)، استرینرت<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که بیماران در مناطق روستایی از

1 - Haynes &amp; Gale

2 - Robinson

3 - Victora

4 - Chan

5 - Steinert

مراقبت‌های پزشکی کمتری نسبت به افرادی که در مناطق شهری زندگی می‌کنند بهره مند هستند. این امر ناشی از تفاوت در فاصله و زمان سفر و استفاده از ترکیب متفاوتی از متخصصان برای مراقبت از آنها است. بنابراین، برای درک بهتر رابطه میان شیوع فقر و بیماری برای پیشگیری، درمان و مراقبت ضروری است.

ویکهام<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۷)، آکازیلی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۷) و کالدول<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۶) معتقدند که در مناطق روستایی، توضیحات رایج برای تفاوت‌های نژادی / قومی در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی شامل موارد زیر می‌شود: آمریکایی‌های آفریقایی و اسپانیایی تبار در مناطقی زندگی می‌کنند که منابع جمعی کمتری دارند و دارای نرخ‌های بالاتر فقر و میزان عرضه خدمات پایین تر بهداشتی می‌باشند. نتایج تحقیقات گاج<sup>۴</sup> (۲۰۰۷)، لادیتکا<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۹) و آریتی<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که اهمیت مراقبت‌های قبل از زایمان و مشاوره در مورد عوارض حاملگی برای افزایش مراقبت مناسب، به ویژه در زنان که در فاصله ۱۵-۲۹ کیلومتری از یک مرکز بهداشت قرار دارند، برجسته می‌شود. از سوی دیگر افزایش سطوح روستایی ممکن است با (ACSH) ارتباط مثبتی داشته باشد، که نشان دهنده تفاوت‌های روستایی در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه است.

### مبانی نظری

سلامتی به عنوان یکی از حقوق اساسی انسان‌ها مورد قبول تمام دولت‌های جهان و رشد جمعیت بشر در قرن حاضر در اثر تسهیلاتی که تکنولوژی در اختیار بشر قرار داده است، باعث گردیده تا ارائه خدمات درمانی از شکل پراکنده و سنتی خارج و به شکل نهادهای تخصصی (بیمارستان، درمانگاه، مرکز بهداشت، خانه بهداشت و ...) در مراکز پرجمعیت درآید که این خدمات اولیه می‌بایست جامع و مورد رضایت تمامی اقشار جامعه واقع شود (کیانی و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۷۱). در واقع، برخورداری از یک زندگی سالم و مولد و

1 - Wickham

2 - Akazili

3 - Caldwell

4 - Gage

5 - Laditka

6 - Areetey

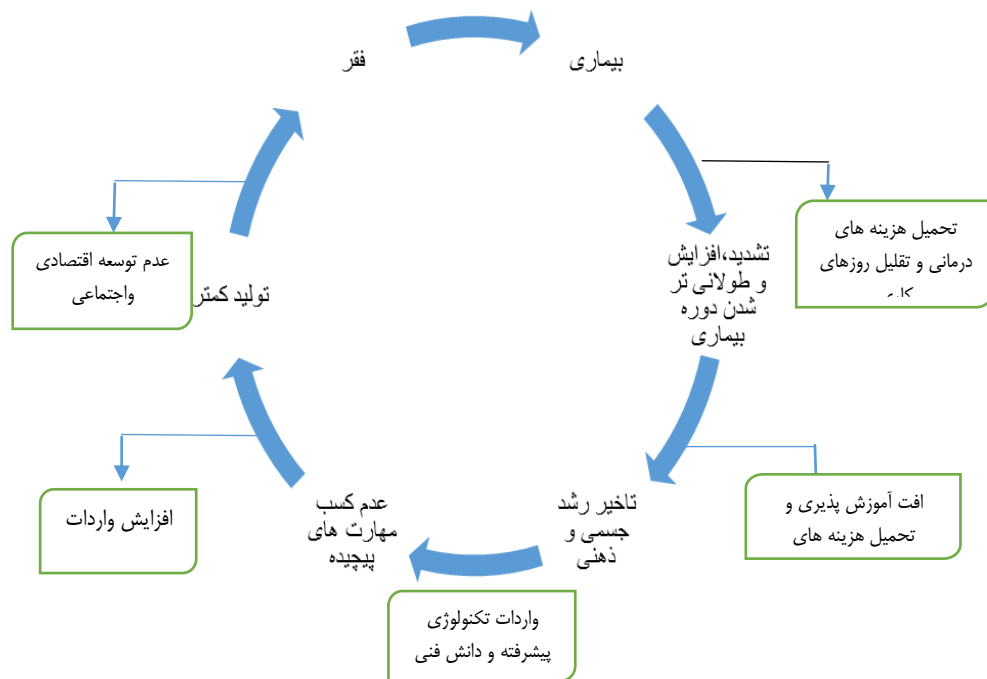
با کیفیت توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی است همگانی، که مسئولیت و تولیت آن بر عهده دولت‌ها است و پیش شرط تحقق توسعه پایدار می‌باشد (کیانی و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۶۹) که بر اساس قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، ضمن محوری شمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می‌شناسد و دولت را مکلف کرده است، تا تمامی امکانات، منابع و ظرفیت‌های خود را جهت تأمین حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد کشور بسیج کند (پورکاظمی و سوزنده، ۱۳۸۸، ۵۴). با این حال، یکی از مشکلات بخش بهداشت و دغدغه و نگرانی مسئولان آن، بحث هزینه تمام شده خدمات بهداشتی درمانی است چرا که بیشتر مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی-درمانی را روستاییانی تشکیل می‌دهند که از درآمد زیادی برخوردار نبوده و در معرض مشکلات جسمانی قرار دارند. بطوری‌که گزارش دفتر اقتصاد بهداشت سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۷۷ نشان می‌دهد، مصارف ملی سرانه بهداشتی در کشور آمریکا ۴۱۳۲ دلار است که در ایران این مبلغ به چیزی حدود ۴۴ دلار می‌رسد (خانی و همکاران، ۱۳۸۲: ۱۳۱). مدت زمان زیادی است که جغرافیای فقر وارد ادبیات جغرافیایی و بحث سلامت جامعه شده است و همواره جغرافیدانان از آن به عنوان یک واقعیت تلخ اجتماعی که آثار و عوارض سوء آن در همه زوایای زندگی فردی و اجتماعی منعکس است، یاد می‌کنند. رونالد جانسون اذعان می‌دارد که هدف جغرافیدانان تنها این نیست که کیفیت زندگی روزمره انسان را مطالعه کنند، بلکه برای بسیاری از آنها کشف نابرابری‌های جهانی و ناحیه‌ای یک نوع رسالت محسوب می‌شود. او معتقد است که هم اکنون بیشتر مردم جهان در فقر و سوء تغذیه به سر می‌برند، از سلامتی کامل بی بهره‌اند و زندگی غم‌انگیزی دارند. بر این اساس جغرافیدان وظیفه دارد که در بررسی‌های جغرافیایی خود به ریشه‌های این نابرابری‌ها پی ببرد و تفکرات جغرافیایی خود را در جهت حل این مسائل به کار گیرد (رحیمی و رضوی، ۱۳۷۵: ۳۳). فقر تنها ناشی از محرومیت مادی نیست، بلکه به طور عمده پدیده‌ای اجتماعی است که موجب می‌شود اشخاص فقیر از ظرفیت و توانایی خویش درک صحیحی نداشته باشند.

فقر پدیده‌ای کاملاً شناخته شده است اما در عین حال در باب تعریف آن اجماعی وجود ندارد (حجتی و مظطرزاده، ۱۳۸۷: ۴۳). اقتصاددانان بیشتر به زمینه ظهور و نتایج فقر توجه نموده و به ندرت به تحلیل اجتماعی پرداختند. در جامعه شناسی فقر را معمولاً «برآورده نشدن نیازهای اساسی بشر به حد کفایت» تعریف کرده‌اند (افروغ، ۱۳۷۶: ۶۸). این تعریف با دو سؤال اساسی روبرو است؛ اول اینکه نیازهای اساسی انسان چیست؟ برخی محققان این نیازها را به سه گروه اساسی تقسیم می‌کنند که عبارتند از: تغذیه، سرپناه و سلامتی (دهقان، ۱۳۸۶: ۱۳۸)، که در صورت نبودن آنها، حکم به فقیر بودن فرد در جامعه می‌کنند. پرسش دوم این است که برآوردن چه حدی از نیازها، حد کفایت محسوب می‌شود؟ در تعریف مذکور در خصوص این نکته نیز ابهام وجود دارد؛ زیرا حد کفایت برای انسان‌ها به یک میزان نیست، مثلاً در پاره‌ای از کشورهای صنعتی، میزان مصرف کالاها با میزان مصرف همان کالاها در کشورهای جهان سوم تفاوت دارد. بر طبق برخی آمارها مصرف در کشورهای جهان سوم، یک سوم کشورهای صنعتی است (توسلی و همکاران، ۱۳۸۳: ۴۳)، با این همه رسیدن به یک میزان مشخص و مورد توافق در جوامع مختلف، کاری به غایت دشوار است. مناسب ترین تعریفی که از فقر می‌توان بیان کرد که راهنما در یک کار علمی باشد به صورت زیر است: " فقر عبارت است از ناتوانی انسان در برآورده ساختن حد کافی نیازها و سلامت خود، به منظور رسیدن به یک زندگی بهتر به عنوان شرط لازم در سیر او به سوی کمال (چلبی، ۱۳۸۷: ۱).

**دیدگاه جغرافیای ساختاری به مقوله سلامت:** دیدگاه غالب در جغرافیای ساختاری در رابطه با مقوله سلامت افراد این است که " علت گسترش جغرافیایی امراض، بیش از شیوه زندگی افراد، به نظام‌های سیاسی و اقتصادی کشورها وابسته است. جغرافیای ساختاری بر این باور است که به جای هزینه‌سازی در پیشگیری از امراض، درمان فقر مردم و عرضه خدمات پایه‌ای برای مردم که اهمیت فوق العاده‌ای در بهبود کیفیت زندگی و ترفیع سلامت عمومی افراد دارد" (مهدی و همکاران: ۱۳۹۳).

**در نظریه تسلسل فقر توده‌ها** روند شهرگرایی و رابطه آن با فقر توده‌های انبوه جمعیت در کشورهای جهان سوم بویژه در روستاها مورد بررسی قرار گرفته است. تسلسل باطل عبارتند

از: مجموعه‌ای از عوامل نامساعد و ناپسند به هم پیوسته که به صورت حلقه‌های یک زنجیر (زنجیری که دو سر آن به هم متصل است) دور بسته باطالی را نشان می‌دهند که مکانیزم‌هایی را به یاد می‌آورد که مانع پیشرفت و توسعه فعالیت‌هایی از قبیل سلامت و رفاه بشری در ابعاد مختلف شده است (جیروند، ۱۳۶۸: ۸۳). در این نظریه، برای رسیدن به یک سیاست توسعه و تأمین حداقل عدالت اجتماعی در کشورهای جهان سوم، تأمین امکانات و خدمات مورد نیاز در شهرهای کوچک و روستاها ضروری می‌نماید (پاپلی یزدی و رجبی سناجردی، ۱۳۸۷: ۱۷۹). این نظریه را در رابطه با اثراتی که فقر بر سلامت افراد دارد نیز می‌توان به صورت زیر تحلیل نمود (شکل ۲).



تصویر (۱): چرخه شوم بیماری در دور تسلسل فقر

منبع: پاپلی یزدی و رجبی سناجردی، ۱۳۸۷



## مواد و روش ها

تحقیق حاضر از نظر روش توصیفی - تحلیلی و از نظر هدف کاربردی است. جهت جمع‌آوری اطلاعات برحسب مقتضیات پژوهش از شیوه کتابخانه‌ای و میدانی استفاده شده است. ابتدا به شاخص بندی مؤلفه‌های پژوهش پرداخته شده و در مرحله بعد برای هر یک از مؤلفه‌ها گویه‌هایی در مقیاس لیکرت (پنج گویه‌ای) طراحی گردید. جامعه آماری این تحقیق را روستاییان مراجعه کننده به مراکز درمانی تحت نظر دانشگاه علوم پزشکی شهرستان سبزوار تشکیل داده است. نوع پژوهش، توصیفی-تحلیلی، ابزار گردآوری اطلاعات از طریق پرسشنامه خود ساخته که روایی آن با استفاده از نظر کارشناسان شبکه درمانی شهرستان سبزوار و اساتید دانشگاهی تأیید شد بود. حجم نمونه تعیین شده مشتمل بر ۱۴۰ نفر از روستاییان مراجعه کننده به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی شهر سبزوار که به شیوه تصادفی و در دسترس انتخاب و تعداد ۱۰۰ نفر از آزمودنی‌ها آن را تکمیل نمودند که در انتها برای تجزیه و تحلیل اطلاعات حاصل از پرسشنامه، از ابزار آماری SPSS استفاده شد.

ارزیابی پایایی تحقیق به کمک ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت. این ضریب برای ابعاد اقتصادی معادل ۰.۷۳۱، برای ابعاد اجتماعی، ۰.۸۵۲، برای ابعاد زیست محیطی ۰.۷۸۹ و برای بعد بهداشتی معادل ۰.۷۴۵ به دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه تحقیق ۰.۷۶۳ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب ابزار تحقیق می‌باشد.

در پژوهش حاضر نیز از تحلیل نظام‌مند و اندام وار در شناسایی و دسته بندی شاخص‌ها کمک گرفته شده است. بر این اساس در قالب ابعاد و نظام‌های چهارگانه گانه تعیین سطح سلامت و میزان مراجعه روستاییان به مراکز درمانی شهرستان، معرف‌های اساسی و تأثیرگذار شناسایی شده‌اند (جدول ۱).

## جدول (۱): شاخص‌های بکار رفته در پژوهش

اقتصادی	رضایت از درآمد، داشتن سلامت جسمی برای فعالیت، داشتن پس انداز مناسب، مصرف هفتگی میوه و سبزیجات، مصرف هفتگی مواد پروتئینی، تحت پوشش بیمه بودن، برخورداری از پس انداز مناسب جهت گذراندن زندگی روزمره، مطلوب بودن وسایل گرمایشی و سرمایشی استاندارد، مصرف نان، میانگین لبنیات، مصرف قند و شکر
اجتماعی	میزان رضایت از لحاظ دسترسی به خدمات، دسترسی مناسب به مراکز درمانی در سطح دهستان و بخش، وجود امکانات ورزشی جهت فعالیت‌های تندرستی، دیدن آموزش جهت مراقبت‌های بهداشتی
زیست	مجاورت روستا پیرامون جایگاه‌های خرید و فروش دام، مجاورت روستا پیرامون تصفیه خانه‌های فاضلاب، مجاورت روستا پیرامون کشتارگاه‌های صنعتی دام، مجاورت روستا پیرامون تصفیه خانه‌های فاضلاب، وضعیت محیط به لحاظ سر و صدا، وجود جایگاه دفن زباله
بهداشتی	حمام هفتگی، استعمال دخانیات، مصرف غذاهای آماده، نظافت هر روزه منزل، واکسیناسیون دام توسط دامپزشک، فاصله دام و طیور از محل زندگی، تهویه (پنجره رو به فضای باز)، نورگیری مناسب اتاق‌های منزل محل سکونت، استفاده از مصالح بهداشتی مانند به کار بردن کاشی در منزل مسکونی، قابلیت شستشوی آشپزخانه، کف قابل شستشو، تهویه مناسب هوا، استفاده از کاشی و سرامیک، استفاده از روشویی، واحد مسکونی دارای حمام

(منبع: ظهیر و طاهری، ۱۳۸۹؛ عنابستانی و بهزادی، ۱۳۹۲؛ و ماهر، ۱۳۸۴)

در این پژوهش ابتدا جهت آشنایی و شناخت هر چه بیشتر جامعه آماری مورد مطالعه، خصیصه‌های عمومی پاسخ‌گویان مورد بررسی قرار گرفت. این ویژگی‌های عمومی مطابق با پرسشنامه‌های آماری در قالب چندین سؤال شامل: جنسیت، سن، شغل، میزان تحصیلات، میزان درآمد، میانگین تعداد اعضای خانواده و میانگین مدت سکونت در روستا تدوین و ارائه شده است. طبق نتایج بدست آمده از بعد شاخص جنسیت، ۶۴ درصد پاسخ‌گویان زن و ۴۶ درصد پاسخ‌گویان مرد بوده‌اند. براساس میزان شغل، بیش از ۵۹ درصد پاسخ‌گویان را کشاورزان تشکیل می‌دهند. میانگین تعداد اعضای خانواده ۵.۳۷ نفر، سن پاسخ‌گویان ۵۰ سال و میانگین مدت سکونت در روستا ۳۷.۲۸ می‌باشد.

در این مرحله از پژوهش، به ارزیابی مؤلفه‌های فقر روستایی پرداخته شده که هر کدام از این مؤلفه‌ها خود دارای زیربخش‌های مشخصی می‌باشد که نشان دهنده میزان رضایت یا

میانگین مجموع نمرات به دست آمده می‌باشد. ارزیابی‌های صورت گرفته نشان داد؛ میانگین بالای مؤلفه‌های فقر در سطح بخش‌های شهرستان سبزوار قابل مشاهده است. (جدول شماره ۲).

جدول (۲): وضعیت شاخص‌های فقر روستایی در بین مراجعه کنندگان به مراکز درمانی

انحراف معیار	میانگین	بیشترین مقدار	کمترین مقدار	تعداد	
۰.۶۱	۳	۴.۵	۱.۶۷	۱۰۰	شاخص اجتماعی
۰.۵۳	۳.۰۶	۴.۴۳	۲	۱۰۰	شاخص بهداشت
۰.۶۶	۲.۹۰	۴.۴	۱.۴۰	۱۰۰	شاخص زیست محیطی
۰.۵۳	۲.۹۷	۴.۳۹	۱.۷۱	۱۰۰	شاخص اقتصادی
				۱۰۰	تعداد

همچنین سعی شد تا به تفکیک مناطق، میزان سنجش مؤلفه‌های اثرگذار محاسبه و مورد ارزیابی قرار گیرد. نتایج حاصل از سنجش شاخص‌های پژوهش در مؤلفه‌های ذکر شده بر طبق نظر پاسخگویان نشان داد؛ میانگین مولفه شاخص بهداشتی و تاثیر آن در فقر ساکنین در بخش‌های نامبرده شهرستان سبزوار بیشتر از سایر عوامل مربوطه بوده که از این لحاظ بخش ششم نسبت به سایر دهستان‌ها از آسیب پذیری بیشتری برخوردار می‌باشد. (جدول شماره ۳).

جدول (۳): میانگین مؤلفه‌های فقر روستایی در بین بخش‌های سه گانه شهرستان سبزوار

مؤلفه‌های فقر روستایی	بخش مرکزی	بخش رودآب	بخش ششم
شاخص اجتماعی	۲.۹	۳.۱۰	۳.۱۵
شاخص بهداشت	۳.۸	۲.۷	۳
شاخص زیست محیطی	۳.۸	۲.۹۸	۲.۶۰
شاخص اقتصادی	۲.۶۴	۲.۸۹	۳.۲۲

جهت بررسی و توصیف متغیرهای پژوهش نسبت به متوسط میانگین از آزمون t تک متغیره استفاده گردید با توجه به اینکه ارزش حد متوسط در نظر گرفته شده در این پژوهش که عدد ۳ می‌باشد و با توجه به سطح معناداری به دست آمده از این آزمون، می‌توان عنوان کرد که شاخص بهداشت با سطح معناداری ۰.۶۱۱، شاخص اجتماعی با سطح معناداری

۰.۸۹۲، شاخص اقتصادی با سطح معناداری ۰.۲۵۰، زیست محیطی با سطح معناداری ۰.۱۴۴ و شاخص فقر روستایی با سطح معناداری ۰.۷۹۶، تفاوت معناداری با میانگین متوسط در نظر گرفته شده ندارند. در نتیجه این شاخص‌ها در روستاهای مورد مطالعه از سطح متوسطی برخوردارند. اما شاخص میزان مراجعه به مراکز درمانی با سطح معناداری ۰.۰۰۰ و مقدار  $t = ۵۸.۹۱$  می‌توان بیان کرد که تفاوت معناداری با میانگین متوسط (۳) دارد و از میانگین متوسط پایین‌تر است در نتیجه میزان مراجعه به مراکز درمانی در روستاها کم است (نتایج جدول شماره ۴).

جدول (۴)، بررسی و توصیف متغیرهای پژوهش نسبت به میانگین متوسط (۳)

شرح	t	df	سطح معناداری	تفاوت میانگین	تفاوت در سطح اطمینان ۹۵٪	
					کمینه	بیشینه
شاخص بهداشت	-۰.۵۱	۹۹	۰.۶۱۱	-۰.۲۷	-۰.۱۳	۰.۷۸
شاخص اجتماعی	۰.۱۳۶	۹۹	۰.۸۹۲	۰.۰۰۸	-۰.۱۱۲	۰.۱۳۹
شاخص اقتصادی	۱.۱۵	۹۹	۰.۲۵۰	۰.۶۱	-۰.۰۴۳	۰.۱۶۶
شاخص زیست محیطی	-۱.۴۳	۹۹	۰.۱۴۴	-۰.۰۹۸	-۰.۲۳	۰.۰۳۴
فقر روستایی	۰.۲۵۹	۹۹	۰.۷۹۶	۰.۰۰۷	-۰.۵۱	۰.۰۶۷

#### بررسی وضعیت مراجعه به مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی

##### سبزوار

جهت بررسی وضعیت مراجعه روستاییان به مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، به بررسی وضعیت شغلی، تحصیلی، سنی و جنسیتی افراد مراجعه کننده و تعداد دفعات آن‌ها به مراکز درمانی تحت پوشش پرداخته شد. آنچه از نتایج این جدول بدست آمد، نشان می‌دهد؛ بیشترین تعداد مراجعان را کشاورزان با میانگین سنی ۴۵ تا ۶۰ سال با جنسیت زن تشکیل می‌دهد که میزان دفعات مراجعه آن‌ها به مراکز درمانی اکثراً دوبار در ماه، میزان دفعات مراجعه به پزشک متخصص کمتر از یک بار در ماه و دفعات مراجعه آن‌ها به بیمارستان‌ها یک بار در ماه بوده است که نشان دهنده میزان مراجعه این قشر از جمعیت به مراکز ارزان به لحاظ صرفه‌جویی در هزینه‌ها می‌باشد (مطابق جدول شماره ۵).

جدول (۵)، وضعیت مراجعه به مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

توضیحات	تعداد مراجعین به بیمارستان	تعداد مراجعین به پزشک متخصص	مراکز درمانی به تعداد مراجعین	۴	۳	تخصصیات	شغل
	اکثراً یکبار در ماه	اکثراً کمتر از یکبار در ماه	اکثراً دوبار در ماه	۸۷ درصد زن	۵۳ درصد بین ۴۵ تا ۶۰ سال	۶۸ درصد بیسواد ۳۲ درصد ابتدایی و سیکل	کشاورز (۵۹ درصد)
				اکثریت زن	۶۰ سال و بالاتر		
				اکثریت زن	۱۵ درصد بین ۲۵ تا ۵۰ سال		
				اکثریت زن	۷ درصد بالای ۵۰ سال		
اگر مراجعین این فقره دارای بیماری‌های عفونی و مسهل مربوط به نم هستند که روی سلامتی آنان اثرگذار بوده است	اکثراً دو بار در ماه	اکثراً یکبار در ماه	اکثراً بیش از سه بار در ماه	۷۰ درصد زن	۴۳ درصد ۶۰ سال و بالاتر	۸۹ درصد بیسواد ۱۱ درصد ابتدایی و سیکل	دامدار (۳۴ درصد)
				اکثریت زن	۶۰ سال		
				۶۶ درصد زن	۱۲ درصد ۵۰ سال و بالاتر		
				اکثریت زن	۷۸ درصد کمتر از ۵۰ سال		
منظور شغل آزاد هم شغل سرپرست خانوار و هم زنان خانه‌دار آنان بوده است.	اکثراً یکبار در ماه	اکثراً کمتر از یکبار در ماه	اکثراً دو تا سه بار در ماه	اکثریت زن	۷۸ درصد ۵۰ سال و بالاتر	۳۳ درصد بیسواد ۴۰ درصد ابتدایی و سیکل ۲۷ درصد بالاتر	آزاد (۱۷ درصد)
				اکثریت زن	۲۲ درصد کمتر از ۵۰ سال		
				اکثریت زن	۷۹ درصد کمتر از ۴۰ سال		
				اکثریت زن	۲۱ درصد ۴۰ سال و بالاتر		
				اکثریت زن	۷۵ درصد کمتر از ۶۰ سال		
				۳۹ درصد زن	۲۵ درصد ۶۰ سال و بالاتر		

منظور از جمعیت زنان کشاورز و دامدار ثبت شده گاه‌ها مربوط به شغل همسران آنان بوده است

جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای فقر روستایی و میزان مراجعه آنها به مراکز درمانی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. ضریب بدست آمده از این متغیرها نشان از همبستگی بین آنها دارد. با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون همبستگی پیرسون می‌توان عنوان کرد؛ بین میزان مراجعه به مراکز درمانی و فقر روستایی رابطه وجود دارد و این فرضیه با سطح معناداری ۰.۰۰۰ و میزان همبستگی ۰.۷۲۹ تایید می‌شود. به این معنا که با افزایش فقر روستایی میزان مراجعه روستاییان به مراکز درمانی کمتر می‌شود. (نتایج جدول شماره ۶).

جدول (۶)، بررسی رابطه بین فقر روستایی و میزان مراجعه به مراکز درمانی

فقر روستایی	میزان مراجعه به مراکز درمانی	شرح	
۰.۷۲۹	۱	همبستگی پیرسون	میزان مراجعه به مراکز درمانی
		سطح معناداری	
		تعداد	
۰.۰۰۰	۱۰۰	همبستگی پیرسون	فقر روستایی
۱	۰.۷۲۹	سطح معناداری	
۱۰۰	۱۰۰	تعداد	

جهت بررسی میزان اثرگذاری شاخص‌های فقر روستایی در میزان مراجعه به مراکز درمانی شهر سبزوار از روش تحلیل مسیر در نرم افزار AMOS استفاده شد. این روش به‌عنوان تکنیکی برای توضیح و توصیف یک سیستم ارتباطی بین متغیرها است؛ به این ترتیب که در تحلیل مسیر ضریب همبستگی هر متغیر مستقل با متغیر وابسته بر اثر مستقیم آن متغیر مستقل روی متغیر وابسته و اثرات غیرمستقیم مزبور از طریق متغیرهای (مستقل دیگر روی متغیر وابسته تقسیم می‌شود). بنابراین در این مدل؛ پس از بررسی و تأیید الگو برای آزمون معناداری فرضیه‌ها، از دو شاخص جزئی بحرانی CR و P استفاده شده است. بر اساس سطح معناداری ۰/۰۰۵ مقدار بحرانی باید بیش ۱/۹۶ باشد، مقدار پارامتر کمتر از این در الگو مهم شمرده نمی‌شود، همچنین مقادیر کوچک‌تر از ۰/۰۰۵ برای مقدار P حاکی از تفاوت معنادار مقدار محاسبه‌شده برای وزن‌های رگرسیونی با مقدار صفر در سطح ۹۵ درصد دارد (کوهی و تقوی، ۱۳۸۲: ۱۰۵). نتیجه این مدل نشان داد، بین متغیر مراجعه به مراکز درمانی و سایر شاخص‌ها رابطه معناداری وجود دارد و حاکی از آن است که تمامی شاخص‌ها نسبت به متغیر مراجعه به مراکز درمانی دارای رابطه معناداری می‌باشند. جدول (۷).

جدول (۷) ضرایب بدست آمده تحلیل مسیر اثرگذاری شاخص‌های فقر روستایی در میزان مراجعه به مراکز درمانی شهر سبزوار

شاخص‌ها	مسیر	متغیر	برآورد	نسبت بحرانی	P	نتیجه
بهداشتی	<---	مراجعه به مراکز درمانی	۰/۱۸۸	۷/۱۲۰	***	تأیید
اجتماعی	<---	مراجعه به مراکز درمانی	۰/۱۶۶	۹/۱۷۸	***	تأیید

اقتصادی	<---	مراجعه به مراکز درمانی	۰/۰۳۴	۳/۱۴۴	۰/۲۹۶	تأیید
زیست محیطی	<---	مراجعه به مراکز درمانی	۰/۱۱۲	۰۶/۱۲۵	***	تأیید
فقر	<---	مراجعه به مراکز درمانی	۰/۱۷۳	۶/۹۵۸	***	تأیید

### بحث و نتیجه گیری

مرور کلی به مراحل تحقیق نشان می‌دهد؛ اولاً برای پاسخ به این سوال مطرح شده که وضعیت شاخص‌های فقر روستایی در ابعاد مختلف در چه سطحی است؟ براساس یافته‌های تحقیق، شاخص بهداشتی با میانگین ۳/۰۶ در بین شاخص‌های فقر روستایی به وضوح بیش از سایر عوامل در میزان مراجعه روستائیان به مراکز درمانی موثر بوده است و در این بین، بخش ششم نسبت به سه دهستان دیگر از آسیب‌پذیری بیشتری برخوردار بوده است. ثانیاً، جهت پاسخ به سوال دیگر که چه رابطه‌ای بین فقر روستایی و میزان مراجعه به مراکز درمانی وجود دارد؟ می‌توان عنوان کرد؛ آن چه مسلم است رابطه بین فقر و سلامت رابطه ای دو سویه است که افزایش هر کدام بر دیگری مستقیماً اثرگذار است زیرا همان طور که قبلاً اشاره شد با بهبود وضعیت اقتصادی سطح سلامت افزایش یافته و از طرف دیگر با افزایش سطح سلامتی و توان جسمی و ذهنی، وضعیت اقتصادی بهبود می‌یابد. آنچه مسلم است شاخص‌های فقر به طور فزاینده‌ای بر روی سلامتی اهالی روستایی و میزان مراجعه آن‌ها به مراکز درمانی موثر بوده است. نتایج این پژوهش با پژوهش عنابستانی و همکار (۱۳۹۲) تحت عنوان سنجش سطح سلامت روستائیان و عوامل فردی مور بر آن در شهرستان میبد-یزد کاملاً در تضاد است. در این پژوهش عنوان می‌شود؛ میانگین سطح سلامت در بین روستائیان برابر ۳.۱۱ است و میانگین سلامت در ابعاد اقتصادی، اجتماعی، زیست پزشکی و محیطی از سطح بالایی برخوردارند و نزدیک به ۷۰ درصد روستائیان در سطح سلامت متوسط قرار دارند. نتایج حاصل از تحلیل مسیر نشان داد؛ بین متغیر مراجعه به مراکز درمانی و سایر شاخص‌ها رابطه معناداری وجود دارد. بنابراین نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها، حاکی از آن است که تمامی شاخص‌ها نسبت به متغیر مراجعه به مراکز درمانی دارای رابطه معناداری می‌باشند. همچنین یافته‌های مقاله حاضر با پژوهش اکازیلی

که در سال ۲۰۱۷ در کشور غنا انجام گرفته است نشان می‌دهد؛ به علت شیوع بالای و شدت فقر، پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی در غنا بسیار بالاتر از حد تصور است و افراد فقیر از قادر به پرداخت چنین هزینه‌ای نمی‌باشند. همچنین نتایج چان و همکاران در سال ۲۰۰۶ نشان می‌دهد؛ بیماران در مناطق روستایی از مراقبت‌های پزشکی کمتری نسبت به افرادی که در مناطق شهری زندگی می‌کنند بهره‌مند هستند. این امر ناشی از تفاوت در فاصله و زمان سفر و استفاده از ترکیب متفاوتی از متخصصان برای مراقبت از آن‌ها است، کاملاً همپوشانی دارد. زیرا نتایج حاصل از بررسی مراجعه روستاییان به مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزواری نشان داد بیشترین تعداد مراجعان را کشاورزان با میانگین سنی ۴۵ تا ۶۰ سال با جنسیت زن تشکیل می‌دهد که میزان دفعات مراجعه آن‌ها به مراکز درمانی اکثراً دوبرار در ماه، میزان دفعات مراجعه به پزشک متخصص کمتر از یک بار در ماه و دفعات مراجعه آن‌ها به بیمارستان‌ها یک بار در ماه بوده است که نشان دهنده میزان مراجعه این قشر از جمعیت به مراکز ارزان به لحاظ صرفه‌جویی در هزینه‌ها می‌باشد. مطابق با نظریه جغرافیای فقر که همواره جغرافیدانان از آن به عنوان یک واقعیت تلخ اجتماعی که آثار و عوارض سوء آن در همه زوایای زندگی فردی و اجتماعی منعکس است، یاد می‌کنند و مطابق با گفته رونال دجانسون که اذعان می‌دارد هدف جغرافیدانان تنها این نیست که کیفیت زندگی روزمره انسان را مطالعه کنند، بلکه برای بسیاری از آن‌ها کشف نابرابری‌های جهانی و ناحیه‌ای یک نوع رسالت محسوب می‌شود تا جلوی بی‌عدالتی‌های فضای زندگی انسانی گرفته و از تفکیک نوع جامعه بشری به شهر و روستا مطابق با شعار عدالت فضایی جلوگیری شود. بنابراین نوع و رویکرد دست‌اندرکاران به بحث سلامت می‌بایست رویکرد فرابخشی بوده زیرا وضعیت همسانی سلامت در بین مناطق کشور وضعیت مطلوبی ندارد و برای کاهش نابرابری‌ها باید سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت به تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت توجه خاصی کنند. پیشنهاد می‌گردد تا با توسعه تحقیقات و ترویج ابعاد تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در کشور، سلامت به عنوان رکن اساسی در تمام سیاست‌ها تعیین گردد. علی‌رغم بهبود شاخص‌های بهداشتی در دهه‌های گذشته در کشور، امروزه نیازمند توجه جدی به این رویکرد شدیداً احساس می‌گردد. توجه به تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت به حیطه‌های کاری وسیع‌تر و اقدامات پایدارتری نیاز دارد تا



نابرابری‌های سلامت در کشور کاهش یابد. همچنین نباید از تأثیر متغیرهای فرهنگی بر این دو غافل شد زیرا می‌تواند نقش کلیدی در بهبود وضعیت اقتصادی و سلامتی مردم بازی نمایند. توجه به وضعیت سلامتی و اقتصادی مردم خصوصاً روستاییان، یکی از راه‌های افزایش قدرت اقتصادی کشور است. در این راستا برنامه‌های رفاهی همچون بیمه‌های اجتماعی سلامت روستاییان و نیازمندان می‌تواند کمک شایانی به تحقق اهداف فوق‌الذکر نماید.

## منابع

- افراخته، حسن. و افکار، ابوالحسن. (۱۳۹۱). عوامل موثر بر سطح سلامت روستاها (مطالعه موردی: روستاهای شهرستان شفت)، *مجله پژوهش و برنامه ریزی روستایی*، دوره ۱، شماره ۱، صص. ۲۵ - ۴۳.
- افروغ، عماد. (۱۳۷۶). فضا و نابرابری اجتماعی: ارائه الگویی برای جدایی‌گزینی فضایی و پی‌آمدهای آن، رساله دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.

- الهیاری، محمدصادق، مولایی هاشجین، نصراله، علی‌پور، حمیدرضا. و دوستار، محمد. (۱۳۹۰).  
تعاونی دهکده سلامت، راهبردی در جهت توسعه روستایی. *نگرش های نو در جغرافیای  
انسانی (جغرافیای انسانی)*، پاییز ۱۳۹۰، دوره ۳، شماره ۴، صص. ۳۵-۴۸.
- آذر، عادل، عندلیب اردکانی، داود. و شاه‌طهماسبی، اسماعیل. (۱۳۸۸). *ارزیابی کارایی استان‌ها در  
بخش بهداشت و درمان روستایی در برنامه سوم و سال‌های ابتدای برنامه چهارم توسعه*، جلد  
۱۳، شماره ۳۹، صص. ۶۵-۷۸؛
- بسحاق، محمدرضا، تقدیسی، احمد. و تقوایی، مسعود. (۱۳۹۴). ارائه مدلی برای تبیین فقر در  
مناطق روستایی (مطالعه موردی: استان چهارمحال و بختیاری). *مجله پژوهش‌های روستایی*،  
سال ۴، شماره ۳، صص ۱۲۶-۱۱۵؛
- پاپلی یزدی، محمدحسین. و رجبی سناجردی، حسین. (۱۳۸۷). *نظریه‌های شهر و پیرامون*. چاپ  
سوم، تهران، انتشارات سمت.
- پورکاظمی، محمدحسین و سوزنده، محمد (۱۳۸۸). تعیین سید غذایی برای گروه‌های کم درآمد  
مختلف با استفاده از منطق فازی، *مجله تحقیقات اقتصادی*، شماره ۸۷، صص ۷۴-۵۳
- پیمان، نوشین. و سمیعی رودی، خالد. (۱۳۹۵). بررسی وضعیت سواد سلامت به‌روزان خانه‌های  
بهداشت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، *فصلنامه سواد سلامت*، سال  
۱، شماره ۱، صص ۵۲-۴۶؛
- توسلی، غلام عباس. و نجاتی حسینی، سید محمود. (۱۳۸۳). واقعیت اجتماعی شهروندی در ایران.  
*مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره دوم، شماره ۲، صص ۶۲-۳۲؛
- جلالوندی، مهناز، شمس الهی، سارا، شاه طهماسبی، اسماعیل. و قراکائلو، قاسم. (۱۳۹۳). نقش  
شاخص‌های کلان سلامت در کارایی مدیریت بهداشت و سلامت روستایی استان‌های کشور.  
مدیریت اطلاعات سلامت، دوره ۱۱، شماره ۲ (۳۶)، صص. ۲۰۸-۲۲۰.
- جیروند، عبدالله. (۱۳۶۸). توسعه اقتصادی. چاپ سوم، تهران، انتشارات مولوی؛
- چلبی، مسعود. (۱۳۸۷). *تحلیل نظری منشأ و ارتباط هنجارهای اجتماعی و نابرابری‌ها. فصلنامه  
تحلیل اجتماعی نظم و نابرابری*، شماره ۵۹، صص. ۴-۱.
- حجتی، وحیده. و مضطرزاده، حامد. (۱۳۸۷). مفهوم عدالت و رابطه آن با شهر. *جستارهای  
شهرسازی*، شماره ۲۴ - ۲۵، صص ۴۷-۴۰؛

-خانی، محمد. حسینی، سیدحسین. (۱۳۸۲)، تحلیل هزینه خدمات بهداشتی درمانی در خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی استان زنجان. *مجله پژوهش در پزشکی*، سال ۲۷، شماره ۲، صص ۱۳۷-۱۲۹؛

-دهقان، حسین. (۱۳۸۶). فرصت‌ها و تهدیدها برای آموزش و پرورش در مواجهه با نابرابری فضایی در فن آوری اطلاعات و ارتباطات. *فصلنامه تعلیم و تربیت*، شماره ۹۱، صص ۱۶۳-۱۲۶؛  
-رحیمی سوره، صمد. رضوی، سیدحسن. (۱۳۷۵). نگرشی بر جایگاه روستا و روستاییان در برنامه‌های فقرزدایی. *مجموع مقالات گردهمایی بررسی مسأله فقر و فقرزدایی*، جلد ۱، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه،

-ساریخانی، فاطمه. (۱۳۸۴). *فقر سلامتی و توسعه*. تهران: نشر پژوهش کیوان، چاپ اول.  
-شیخی، داود، رضوانی، محمدرضا. و مهدوی، مسعود. (۱۳۹۱)، سنجش و تحلیل سطح سلامت در نواحی روستایی بر اساس رویکرد روستای سالم: مطالعه موردی شهرستان خنداب، استان مرکزی، *روستا و توسعه*، دوره ۱۵، شماره ۲، صص ۱۰۹-۱۳۸.

-ظهیری، ریتا. و طاهری، مجید. (۱۳۸۹). میزان رضایت مراجعان به مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مرکزی از نظام ارائه خدمات. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، دوره ۸، شماره ۳، صص ۶۱-۷۲؛

-عنابستانی، علی اکبر. و بهزادی، صدیقه. (۱۳۹۲)، سنجش سطح سلامت روستاییان و عوامل فردی موثر بر آن در شهرستان میبد-یزد. *فصلنامه برنامه ریزی فضایی (جغرافیا)*، سال سوم، شماره اول، صص ۱۸-۱؛

-کیانی، اکبر، فاضل نیا، غریب. و جمشیدی، پروانه. (۱۳۹۲). بررسی و ارزیابی خدمات مراکز بهداشتی- درمانی شهر زابل با استفاده از مدل TOPSIS. *مجله جغرافیا و برنامه ریزی*، سال ۱۷، شماره ۴۳، صص ۱۶۹-۱۹۰؛

-ماهر، علی. (۱۳۸۴). بررسی رابطه فقر و سلامت در ایران، *نشریه رفاه اجتماعی*، دوره ۵، شماره ۱۸، صص ۱۲۹-۱۴۸؛

-ماهر، فرهاد. (۱۳۷۵). مددکاری اجتماعی روستایی راهبردی نو جهت آسیب شناسی پدیده فقر و محو آن. *مجموعه مقالات گردهمایی بررسی مسئله فقر و فقرزدایی (جلد اول)*، سازمان برنامه و بودجه، تهران؛

-موحدی، محمد، حجاری‌زاده، بهزاد، رحیمی، اعظم‌دخت، آرشین‌چی، معصومه، امیرحسینی، خدیجه، مطلق، محمداسماعیل. و حق‌دوست، علی‌اکبر. (۱۳۸۷). روند تغییرات شاخص‌های مهم سلامت و الگوی نابرابری جغرافیایی آنها در جمعیت روستایی کشور، *مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم*، جلد ۱۰، شماره ۴، صص ۱-۱۰؛

-مهدی، علی، پوراحمد، احمد. و حاتمی‌نژاد، حسین. (۱۳۹۳). بررسی و تحلیل سلامت زیست و دسترسی به شاخص‌های سلامت در محلات حاشیه‌نشین، مورد مطالعاتی؛ *مجله شادقلی خان قم فصلنامه جغرافیا و برنامه‌ریزی*، سال ۱۸، شماره ۴۹، صص ۲۹۳-۲۵۹

- Akazili, J., Ataguba, J. E. O., Kanmiki, E. W., Gyapong, J., Sankoh, O., Oduro, A., & McIntyre, D. (2017). Assessing the impoverishment effects of out-of-pocket healthcare payments prior to the uptake of the national health insurance scheme in Ghana. *BMC international health and human rights*, 17(1), 13.
- Aryeetey, G. C., Westeneng, J., Spaan, E., Jehu-Appiah, C., Agyepong, I. A., & Baltussen, R. (2016). Can health insurance protect against out-of-pocket and catastrophic expenditures and also support poverty reduction? Evidence from Ghana's National Health Insurance Scheme. *International Journal For Equity In Health*, 15(1), 116.
- Caldwell, J. T., Ford, C. L., Wallace, S. P., Wang, M. C., & Takahashi, L. M. (2016). Intersection of living in a rural versus urban area and race/ethnicity in explaining access to health care in the United States. *American journal of public health*, 106(8), 1463-1469.
- Chan, L., Hart, L. G., & Goodman, D. C. (2006). Geographic access to health care for rural Medicare beneficiaries. *The Journal of Rural Health*, 22(2), 140-146.
- Gage, A. J. (2007). Barriers to the utilization of maternal health care in rural mali. *Social Science & Medicine*, 65(8), 1666-1682.
- Haynes, R., & Gale, S. (2000). Deprivation and poor health in rural areas: inequalities hidden by averages. *Health & Place*, 6(4), 275-285.
- Laditka, J. N., Laditka, S. B., & Probst, J. C. (2009). Health care access in rural areas: evidence that hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions in the United States may increase with the level of rurality. *Health & place*, 15(3), 761-770.

- Lee, R. & Philo, C. (2007). "Welfare Geography" in International Encyclopedia of Human Geography, edited by: Rob Kitchin and Nigel Thrift, Volume 12, Elsevier.
- Livesely, C. (2012). Social Inequality Theories: Marxism, sociology central. available at: [www.sociology.org.uk](http://www.sociology.org.uk)
- Moser, G. & Ishida, T. (2001). Economic growth and poverty reduction in Sub-Saharan Africa. Available at: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2001/wp01112.pdf>
- Robinson, L. R. (2017). Differences in Health Care, Family, and Community Factors Associated with Mental, Behavioral, and Developmental Disorders Among Children Aged 2–8 Years in Rural and Urban Areas—United States, 2011–2012. *MMWR. Surveillance Summaries*, 66.
- Steinert, J. I., Cluver, L., Melendez-Torres, G. J., & Herrero Romero, R. (2017). Relationships between poverty and AIDS Illness in South Africa: an investigation of urban and rural households in KwaZulu-Natal. *Global Public Health*, 12(9), 1183-1199.
- Victora, C. G., Barros, A. J., França, G. V., da Silva, I. C., Carvajal-Velez, L., & Amouzou, A. (2017). The contribution of poor and rural populations to national trends in reproductive, maternal, newborn, and child health coverage: analyses of cross-sectional surveys from 64 countries. *The Lancet Global Health*, 5(4), e402-e407.
- Wickham, S., Whitehead, M., Taylor-Robinson, D., & Barr, B. (2017). The effect of a transition into poverty on child and maternal mental health: a longitudinal analysis of the UK Millennium Cohort Study. *The Lancet Public Health*, 2(3), e141-e148.