

بررسی جنبه‌هایی از وضعیت بهداشتی، فرهنگی و اجتماعی ساکنین مناطق روستایی استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۳۸۶

دکتر محمود مباشری^{۱*}، حسینعلی مهرعلیان^۲، الهام مردان پور^۳، جعفر مقدسی^۲

^۱گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران؛ ^۲مرکز تحقیقات گیاهان دارویی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران؛ ^۳کمیته تحقیقات طب اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۰/۴/۱۹ اصلاح نهایی: ۹۰/۸/۳۰ تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۱/۱۷

چکیده:

زمینه و هدف: شناخت مشکلات و سختی‌های خاص جمعیت روستایی، می‌تواند در برنامه ریزی‌های بعدی مفید و موثر باشد. از آنجا که شناخت وضعیت موجود اولین قدم در برنامه ریزی‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می‌باشد، لذا این مطالعه با هدف بررسی جنبه‌هایی از وضعیت بهداشتی، فرهنگی و اجتماعی ساکنین مناطق روستایی استان چهارمحال و بختیاری انجام شده است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی - مقطعی، ۱۶۳۸ نفر از سرپرستان خانوارهای روستایی استان چهارمحال و بختیاری بوسیله نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. روستاهای منتخب در این پژوهش حدوداً ۹۰ روستا بود که اردوی طرح هجرت سال ۱۳۸۶ در آن مناطق برگزار شد. داده‌ها به کمک پرسشنامه چند قسمتی (آلفای کرونباخ /۰.۸۹) با ۴۷ سوال شامل اطلاعات دموگرافیک، وضعیت آموزش، اشتغال، توان اقتصادی، تنظیم خانواده، تغذیه، فشارخون، دخانیات و بهداشت فردی جمع‌آوری و توصیف گردید.

یافته‌ها: بیکاری در مناطق روستایی استان ۳۱/۶٪ بود. ۸۶٪ دارای منزل شخصی، ۳۰٪ دارای خودرو شخصی و ۸۷٪ دارای توالی و حمام بهداشتی در منزل بودند. ۴۳/۲۲٪ تمایل به مهاجرت داشتند. میزان آگاهی از مشکلات ناشی از عدم رعایت تنظیم خانواده ۷۵/۷۴٪ و بیشترین روش مورد استفاده قرص خوراکی (۴۵/۱٪) بود. بالاترین میزان استفاده از گوشت قرمز (۴۶/۰۹٪)، مرغ (۳۶/۲۳٪) و ماهی (۶۲/۵۶٪) تا ۱ تا ۵ مرتبه در ماه بود. میزان ابتلاء به پرفشاری خون، ۲۶/۲۵٪ بود. میزان آگاهی از مضرات دخانیات ۹۱/۸۱٪ و میانگین سنی فرد استفاده کننده، ۵۷/۸۱±۱۴/۵۱ سال بود. وجود فرد حادثه دیده زیر ۱۰ سال در خانواده ۱۶/۶۵٪ و بیشترین جنسیت فرد حادثه دیده (۷۰٪) مذکر بود.

نتیجه‌گیری: وضعیت بهداشتی، فرهنگی و اجتماعی ساکنین مناطق روستایی استان در برخی زمینه‌ها در سطح مطلوبی قرار ندارد و ریشه‌یابی آن نیاز به مطالعات بیشتری دارد.

واژه‌های کلیدی: استان چهارمحال و بختیاری، وضعیت بهداشتی، وضعیت فرهنگی، وضعیت اجتماعی، مناطق روستایی.

مقدمه:

جمعیت تعداد ۴۴۲۲۹۸ نفر معادل ۵۱/۵ درصد در شهرها و تعداد ۴۱۴۶۲۴ نفر معادل ۴۸/۵ درصد در مناطق روستایی ساکن می‌باشند. از نظر شاخص‌های اجتماعی، تعداد جمعیت دانش‌آموزی استان برابر ۱۹۹۰۶۹ نفر بوده است که از نظر ترکیب جنسی ۱۰۰۴۶۲ نفر آنان پسر و مابقی دختر بوده‌اند. بخش

مطابق تقسیمات سیاسی کشور، استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۳۸۶، دارای ۶ شهرستان، ۲۶ شهر، ۱۷ بخش، ۳۹ دهستان و ۸۳۹ آبادی مسکونی می‌باشد. بر اساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵، جمعیت کل استان چهارمحال و بختیاری برابر ۸۵۷۹۱۰ نفر بوده که از این

*نویسنده مسئول: شهرکرد، رحمتیه، دانشکده بهداشت، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، تلفن: ۰۳۸۱-۳۳۴۲۴۱۴، E-mail:mobasheri@skums.ac.ir

آموزش عالی استان با ۲۱۶۸۹ نفر دانشجو، ۴۱۵ نفر هیئت علمی و ۷ مرکز دانشگاهی یکی از بخش‌های است که در طی سال‌های اخیر از پیشرفت و گسترش مطلوبی بهره‌مند شده است. وجود ۴۲۷ باب مراکز درمانی، بیمارستانی و خانه‌های بهداشت، ۷۲۴ نفر پزشک عمومی و متخصص و ۱۲۶۴ تخت بیمارستانی از مهمترین شاخص‌های بهداشتی و درمانی استان می‌باشند. در بخش فرهنگ و هنر، فعالیت ۳۰ باب کتابخانه عمومی، ۵ باب سینما و مراکز نمایش فیلم، انتشار ۵ هفته‌نامه محلی، همراه با وجود ۱۰۴ ایستگاه رادیویی، ۳۲ دستگاه فرستنده رادیویی و ۲۳۰ دستگاه فرستنده تلویزیونی در زمینه فعالیت‌های صدا و سیما را می‌توان برشمرد (۱). بر این اساس جمعیت روستایی استان نزدیک به نیمی از جمعیت را تشکیل می‌دهند. معمولاً برنامه‌ریزی و ارائه خدمات مختلف فرهنگی، اجتماعی و بهداشتی به این جمعیت در اولویت قرار می‌گیرد. با توجه به مشکلات و سختی‌های خاص این جمعیت توجه به این گروه از مردم همیشه با عدم موفقیت‌هایی روبرو بوده است که شناخت آنها در برنامه‌ریزی‌های بعدی می‌تواند مفید و مؤثر باشد.

مطالعات بسیاری در زمینه شاخص‌های بهداشتی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و غیره در کشورهای مختلف و همینطور ایران انجام شده و در حال انجام می‌باشد.

در مطالعه سیمای مرگ ناشی از زاد و ولد (Reproductive Age Mortality Survey) در سال ۱۳۷۵ با افزودن یک سوال به سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۷۵ در مورد وجود مرگ در خانواده طی سال گذشته و سپس بررسی تمام موارد مرگ زنان و دختران ۱۰ تا ۵۰ ساله از نظر اینکه مرگ بعلت عوارض بارداری و زایمان بوده است، انجام شد (۲). در مطالعه دانش و عملکرد خانوار در زمینه بهداشت خانواده که این مطالعه آخرین بار در سال ۱۳۷۶ توسط دفتر بهداشت خانواده حوزه معاونت بهداشت انجام شد. حجم نمونه این مطالعه به صورت مساوی در ۲۸ استان تقسیم شده بود. در هر استان ۲۰۰۰ خانوار

(۱۰۰۰ خانوار شهری و ۱۰۰۰ خانوار روستایی) تعیین و بر روی شهرستان‌های درون استان به صورت سهمی تقسیم شده بود. از مقادیر شاخص‌های بدست آمده برای مناطق شهری و روستایی استان‌ها، بعد از توزین جمعیتی، مقادیر استانی و کشوری محاسبه گردیده است (۳). در مطالعه سیمای سلامت و توسعه در استان‌ها (Multiple Indicators Cluster Survey) که در سال ۱۳۷۶ در حوزه معاونت بهداشت انجام شد. حجم نمونه این مطالعه شامل ۲۰۰۰ خانوار در هر استان بود (۱۰۰۰ خانوار شهری و ۱۰۰۰ خانوار روستایی). نمونه‌ها در سطح مناطق شهری و روستایی استان بصورت سهمی روی شهرستان‌ها تقسیم شده بود. روش نمونه‌گیری این مطالعه بصورت خوشه‌ای بوده (۲۰۰ خوشه ۱۰ خانواری) که سرخوشه‌ها به روش سیستماتیک از روی لیست خانواری شهری و روستایی بدست آمده بود. در این مطالعه شهر تهران به عنوان یک استان تلقی شده است و در نتیجه ۵۷۰۰۰ خانوار مورد مطالعه قرار گرفت. شاخص‌های شهری و روستایی هر استان با توزین بر اساس نسبت تعداد خانوار ساکن در آن مناطق که از سرشماری سال ۱۳۷۵ بدست آمده بود به شاخص‌های استانی و سپس کشوری تبدیل شد (۴). در مطالعه سیمای بهداشت دهان و دندان کودکان ایرانی (Oral Health Situation of Iranian Children) که در سال ۱۳۷۷ توسط دفتر بهداشت دهان و دندان حوزه معاونت بهداشت انجام شده است. نمونه این مطالعه برای کودکان ۳ و ۱۲ ساله فقط برای سطح ملی برآورد قابل اعتمادی داشته است و برای کودکان ۶ و ۹ ساله، نمونه به تفکیک استانی برآورد شده است. برای اندازه‌گیری کودکان ۶ و ۹ ساله در هر استان، ۱۲ خوشه دارای ۲۵ کودک مورد مطالعه قرار گرفته است. شهر تهران در این مطالعه به عنوان یک استان جداگانه فرض شده است و در نتیجه ۷۸۰۰ کودک ۶ ساله و ۸۷۰۰ کودک ۹ ساله مطالعه و معاینه شده‌اند. ۱۲ خوشه بصورت سهمی روی شهرستانها و مناطق شهری و روستایی استان تقسیم شده و شاخص‌های استانی پس از توزین جمعیتی به شاخصهای ملی تبدیل

شده اند (۳). مطالعه شاخص های تغذیه ای و اندازه گیری (Anthropometry and Nutrition Indicators Survey) این مطالعه در آبان ماه سال ۱۳۷۷ بوسیله اداره تغذیه حوزه معاونت بهداشت انجام شده و نمونه مورد مطالعه برای کودکان صفر تا ۷۱ ماهه به تفکیک استان برآورد شده است. در هر استان ۶۰۰ کودک زیر ۶ سال در شهر و ۶۰۰ کودک با همین سن در روستا تقسیم و سپس بصورت سیستماتیک خطی از روی چارچوب آماری موجود بدست آمده است. در این مطالعه نیز شهر تهران به عنوان یک استان مورد مطالعه قرار گرفته است و در نتیجه در مجموع ۳۴۲۰۰ کودک زیر ۶ سال مورد مطالعه قرار گرفته اند. شاخص های استانی و ملی این مطالعه پس از توزین جمعیتی محاسبه شده اند (۵). در مطالعه سلامت و بیماری که در سال ۱۳۷۸ با حمایت مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور انجام شده است، جمعیت مورد بررسی در این مطالعه شامل کلیه افراد ایرانی ساکن در مناطق شهری و روستایی بوده و افراد با ملیت غیر ایرانی را شامل نمی شد. در این مطالعه نمونه گیری به روش خوشه ای انجام شده و هر خوشه شامل ۸ خانوار بود. بطور کلی ۱۰۹۷ خوشه شهری شامل ۸۷۷۶ خانوار و ۵۹۰ خوشه روستایی شامل ۴۷۱۹ خانوار انتخاب گردید. میزان دسترسی به خانوار با توجه به جایگزینی انجام شده تقریباً کامل بوده و درصد پاسخ دهی به نمونه های خون و مدفوع به ترتیب ۱۵/۴ و ۱۹/۷ درصد بوده است. (۳) مطالعه سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران (Demographic and Health Survey) که در سال ۱۳۷۹ توسط دفتر سلامت خانواده و جمعیت در حوزه معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش با همکاری مرکز آمار ایران، سازمان ثبت احوال و ... انجام شده است. حجم نمونه این مطالعه شامل ۴۰۰۰ خانوار در هر استان (۲۰۰۰ خانوار در شهر و ۲۰۰۰ خانوار در روستا) بود و نمونه ها در هر یک از مناطق شهری و روستایی استان ها در ۲۰۰ خوشه ۱۰ خانواری متمرکز شده اند. سرخوشه ها از روی چارچوب آماری

ایران به روش سیستماتیک خطی بدست آمده است. با استفاده از شاخص های شهری و روستایی هر استان پس از توزین جمعیتی شاخص های استانی و سپس شاخص های ملی محاسبه شده است. در این مطالعه کلاً ۱۱۴۰۰۰ خانوار مورد مطالعه قرار گرفته است (۶). در خصوص سوابق تحقیق حاضر در استان، لازم است اشاره شود بجز آماره های موجود در معاونت بهداشتی و مرکز بهداشت استان و نتایج سرشماری های کشوری موجود در معاونت برنامه ریزی استانداری، هیچگونه بررسی با این وسعت در استان و بطور اخص در مناطق روستایی آن انجام نشده که خود دلیلی در جهت ضرورت و اهمیت بررسی جنبه های مطرح شده در این مطالعه می باشد. هدف از این مطالعه، انجام یک بررسی در جنبه های گوناگون (مقصود از جنبه در این مطالعه جلوه ای خاص از محتوای بهداشتی، فرهنگی و اجتماعی می باشد) بوده تا از طرفی به تعیین وضعیت موجود (آگاهی از وضعیت موجود بهداشتی، اجتماعی و فرهنگی در مناطق روستایی استان) پرداخته و از طرف دیگر با توجه به نقاط ضعف و کاستی ها و بهره مندی مؤثر و مفید از توانمندی ها و قابلیت ها در مناطق روستایی، یک اطلاعات پایه جهت سنجش کارآیی و ارزیابی را فراهم کرده و به دنبال شناخت و کاربردی سازی نتایج، گامی مؤثر در راه توسعه و ارتقای سطح بهداشتی، فرهنگی و اجتماعی این منطقه بردارد.

روش بررسی:

در این مطالعه توصیفی - مقطعی جامعه مورد مطالعه کلیه جمعیت روستایی استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۳۸۶ می باشد (لازم بذکر است که در زمان نمونه گیری و جمع آوری اطلاعات، استان دارای ۶ شهرستان بود که در تقسیم بندی های اخیر، شهرستان کیار نیز به آن اضافه شده است). ۲۵/۶ درصد از داده ها (۳۴۸ پرسشنامه) در مناطق روستایی شهرستان اردل ۲۹/۵ درصد از داده ها (۴۰۱ پرسشنامه)

در مناطق روستایی شهرستان فارسان ۱۳/۹ درصد از داده‌ها (۱۸۹ پرسشنامه) در مناطق روستایی شهرستان بروجن ۷/۹ درصد از داده‌ها (۱۰۷ پرسشنامه) در مناطق روستایی شهرستان شهرکرد ۸/۴ از داده‌ها (۱۱۴ پرسشنامه) در مناطق روستایی شهرستان کوهرنگ و ۱۴/۸ درصد از داده‌ها (۲۰۲ پرسشنامه) در مناطق روستایی شهرستان لردگان جمع‌آوری گردید که ۹۸/۲ درصد مناطق روستایی تحت مطالعه جمعیت زیر ۹۰۰۰ نفر را دارا بودند.

واحد مورد مطالعه سرپرست خانوار بود که لیست روستاهای استان و تعداد خانوارهای ساکن در آن، مطابق سرشماری سال ۱۳۸۵، از سایت مرکز آمار ایران زیر نظر معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری (۷) اخذ گردید. تعداد کل خانوار در مناطق روستایی استان ۸۹۰۸۹ عدد بود که حجم نمونه مورد مطالعه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۰ درصد و دقت ۵ درصد، ۱۶۳۸ نفر از سرپرستان خانوارها تعیین شد که با استفاده از نمونه‌گیری آسان در دسترس انتخاب گردید. باید اشاره شود از آنجا که امکان دسترسی به همه ۸۳۹ روستای دارای سکنه استان میسر نبود لذا قریب به ۹۰ روستا که اردوی طرح هجرت سال ۱۳۸۶ در آن مناطق صورت می‌گرفت با هماهنگی با معاونت بهداشتی و مرکز بهداشت استان انتخاب گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه چند قسمتی (بی‌نام) بود که قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک مربوط به سرپرست خانوار (سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت سلامت، نوع بیمه و...) و سایر قسمت‌ها (۴۷ سوال) شامل سوالات مربوط به آموزش، اشتغال و توان اقتصادی خانواده با ۱۸ سوال، تنظیم خانواده با ۴ سوال، تغذیه با ۷ سوال، فشار خون با ۴ سوال، سیگار و دخانیات با ۹ سوال و بهداشت فردی با ۵ سوال بود. جهت تعیین روایی پرسشنامه از اعتبار محتوی استفاده شد، بدین ترتیب که ابزار طراحی شده بوسیله

نظرخواهی از ۲ نفر عضو هیئت علمی و انجام اصلاحات لازم در آن و به منظور افزایش اعتماد علمی پرسشنامه از روش پیش‌آزمون بر روی ۲۰ نفر و محاسبه آلفای کرونباخ (۰/۸۹) استفاده شد. پس از توزیع پرسشنامه‌ها بوسیله پرسشگران (افراد شرکت‌کننده در اردوی طرح هجرت که به منظور کنترل سوگرایی مصاحبه‌گر و کسب اطلاعات صحیح و یکسان آموزش دیدند) و تکمیل آنان (زمان مصاحبه با سرپرست خانوار در زمان فعالیت افراد شرکت‌کننده در اردو بوده است)، داده‌ها در بسته نرم‌افزاری SPSS 13 و با استفاده از آمار جمع‌آوری و توصیف گردید.

معیار ورود افراد تمایل آنها به پاسخگویی به سوالات پرسشنامه بود که در این مطالعه بدلیل استقبال روستائیان از افراد شرکت‌کننده در اردو میزان همکاری بسیار بالا بود. از جمله محدودیت‌های انجام این تحقیق، میزان پاسخ‌دهی صحیح در خصوص دسترسی به ماهواره به علت ممنوعیت آن و همچنین درصد کمی از سرپرستان خانوار که به علت مسن بودن یا بیماری یا بیسوادی قادر به همکاری نبوده و مجبور به کمک گرفتن از یکی از اعضای خانوار جهت تکمیل پرسشنامه بودیم، را می‌توان برشمرد.

مقصود از مناطق روستایی در این مطالعه، محدوده‌ای از فضای جغرافیایی است که واحد اجتماعی کوچکی مرکب از تعدادی خانواده می‌باشد که نسبت به هم دارای نوعی احساس دلبستگی، عواطف و علائق مشترک هستند، در آن تجمع می‌یابند و بیشتر فعالیت‌هایی که برای تامین نیازمندی‌های زندگی خود انجام می‌دهند، از طریق استفاده و بهره‌گیری از زمین و در درون محیط مسکونی شان صورت می‌گیرد و دارای محدوده ثبتی یا عرفی می‌باشد (۸).

به علت نبود سابقه انجام این پژوهش و یا پژوهش‌های مرتبط در استان، نتایج این بررسی در اکثر موارد با نتایج حاصل از سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵ مقایسه شده است.

یافته ها:

داشتند. سابقه مُرده زایی و یا سقط در خانواده پاسخگویان ۲۶۶ مورد (۱۹/۵٪) بود. در پاسخ به این سوال که آیا فردی از افراد خانواده شما فوت شده است، ۲۲ درصد از پاسخگویان (۲۹۵ نفر) با فوت یکی از اعضای خانواده مواجه شده بودند. از نظر نوع بیمه ۶۸ درصد از پاسخگویان تحت پوشش بیمه روستایی، ۱۳/۴ درصد بیمه خدمات درمانی، ۱۶/۹ درصد بیمه تامین اجتماعی، ۱ درصد بیمه نیروهای مسلح، ۱ درصد بیمه خویش فرما و ۶ درصد سایر موارد بوده اند. از حیث سلامتی طبق گفته پاسخگویان ۱۱۴۲ نفر (۸۳/۵٪) سالم و ۲۲۵ نفر (۱۶/۵٪) دارای بیماری بوده اند.

بیشترین وسیله ارتباطی در دسترس در کل استان، تلویزیون (۹۷/۷٪) و رادیو (۷۶/۳٪) و کمترین وسیله در دسترس ماهواره (۳/۷٪) و اینترنت (۱۱/۷٪) بود (جدول شماره ۱).

توزیع سنی سرپرستاران خانوار، از ۱۹ تا ۹۰ سال متغیر بودند که از این بین ۹۰/۲ درصد سن کمتر از ۶۰ سال داشتند. از نظر توزیع جنسی، ۹۶/۳ درصد از پاسخگویان مذکر و ۳/۷ درصد مونث بودند. از حیث تحصیلات، ۲۵/۸ درصد بیسواد، ۲۹/۲ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۶/۵ درصد سیکل، ۱۸/۹ درصد دیپلم، ۳/۶ درصد فوق دیپلم، ۵/۵ درصد لیسانس، ۰/۵ درصد فوق لیسانس و دکترا بودند. شغل همسر پاسخگویان ۹۱/۹ درصد خانه دار (۱۱۵۳ نفر)، ۵/۲ درصد کارمند (۶۵ نفر)، ۰/۹ درصد دانشجو (۱۱ نفر) و ۱/۸ درصد سایر (۲۳ نفر) موارد بوده و تحصیلات همسر پاسخگویان ۳۱ درصد بیسواد، ۲۶/۱ درصد ابتدایی، ۱۲/۸ درصد سیکل، ۱۵/۵ درصد دیپلم، ۱/۶ درصد فوق دیپلم، ۲/۸ درصد لیسانس و ۰/۳ درصد فوق لیسانس و بالاتر بود. در ۴۵۶ مورد (۳۴/۹٪) ازدواج فامیلی و ۸۵۳ مورد (۶۵/۱٪) ازدواج غیر فامیلی

جدول شماره ۱: میزان دسترسی به وسایل ارتباطی به تفکیک شهرستان (به درصد)

شهرستان	اینترنت	ماهواره	تلویزیون	رادیو	ویدئو	روزنامه	کتابخانه	تلفن همراه	کامپیوتر
اردل	۷/۸	۳/۷	۹۸	۷۵	۴۹/۴	۳۷/۱	۶/۳	۴۶/۳	۱۶/۷
فارسان	۱۷/۲	۴/۲	۹۸/۵	۷۷/۱	۵۰/۴	۴۷/۴	۲۰	۵۱/۹	۲۵/۴
بروجن	۱۶/۴	۷/۹	۹۷/۹	۸۴/۷	۴۳/۴	۴۵	۱۲/۲	۴۱/۳	۲۸/۶
شهرکرد	۱۷/۸	۲/۸	۹۸/۱	۸۶	۴۶/۷	۵۵/۱	۱۷/۸	۵۹/۸	۲۵/۲
کوهرنگ	۳/۵	۰	۹۵/۶	۷۷/۲	۳۰/۷	۵/۳	۹	۱۳/۲	۹
لردگان	۴/۵	۱/۵	۹۶/۵	۶۳/۴	۳۳/۷	۳۲/۲	۱۲/۹	۴۵/۵	۱۵/۸
کل استان	۱۱/۷	۳/۷	۹۷/۷	۷۶/۳	۴۴/۷	۳۹/۲	۱۲/۶	۴۵/۴	۲۰/۱

فارسان ۳۱/۱ درصد (۶۵/۷٪ مرد و ۳۴/۳٪ زن)، بروجن ۳۷/۶ درصد (۶۵/۴٪ مرد و ۳۴/۶٪ زن)، شهرکرد ۱۹/۲ درصد (۶۶/۷٪ مرد و ۳۳/۳٪ زن)، کوهرنگ ۱۴/۹ درصد (۱۰۰٪ مرد)، لردگان ۴۰/۶ درصد (۸۱/۸٪ مرد و ۱۸/۲٪ زن) و در کل استان ۳۱/۶ درصد (۷۱/۵٪ مرد و ۲۸/۵٪ زن) برآورد شد. در این

بر اساس نتایج تلویزیون با ۵۰ درصد، مراکز بهداشتی با ۳۴/۴ درصد و روزنامه و رادیو با ۵/۵ درصد به ترتیب پُرکاربردترین منابع اطلاعاتی در خصوص اشاعه اطلاعات بهداشتی می باشد.

وجود فرد بیکار در خانواده مناطق روستایی شهرستان اردل ۳۲/۹ درصد (۷۱/۴٪ مرد و ۲۸/۶٪ زن)،

مطالعه، خانه دار و بازنشسته (جمعیت غیر فعال از نظر اقتصادی) جزء بیکاران محسوب شده اند.

میزان تحصیلات فرد بیکار در شهرستان اردل ۱۶/۱ درصد ابتدایی، ۱۹/۵ درصد سیکل، ۵۷/۵ درصد دیپلم، ۳/۴ درصد فوق دیپلم و ۳/۴ درصد لیسانس، شهرستان فارسان ۲۱/۹ درصد ابتدایی، ۱۶/۷ درصد سیکل، ۴۴/۸ درصد دیپلم، ۹/۴ درصد فوق دیپلم و ۷/۳ درصد لیسانس، شهرستان بروجن ۲۲/۷ درصد ابتدایی، ۱۵/۹ درصد سیکل، ۳۴/۱ درصد دیپلم، ۹/۱ درصد فوق دیپلم و ۱۸/۲ درصد لیسانس، شهرستان شهرکرد ۱۱/۱ درصد ابتدایی، ۲۲/۲ درصد سیکل، ۵۵/۶ درصد دیپلم و ۱۱/۱ درصد فوق دیپلم، شهرستان کوهرنگ ۴۱/۷ درصد ابتدایی، ۳۳/۳ درصد سیکل، ۱۶/۷ درصد دیپلم و ۸/۳ درصد فوق دیپلم، شهرستان لردگان ۳۰/۸ درصد ابتدایی، ۱۵/۴ درصد سیکل، ۴۶/۲ درصد دیپلم، ۴/۶ درصد فوق دیپلم و ۳/۱ درصد لیسانس و در کل مناطق روستایی استان ۲۲/۴ درصد از بیکاران دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۸ درصد سیکل، ۴۶/۶ درصد دیپلم، ۶/۸ درصد فوق دیپلم، ۶/۲ درصد لیسانس بودند.

در مناطق روستایی شهرستان اردل ۱۳/۹ درصد، فارسان ۲۶/۶ درصد، بروجن ۲۸/۶ درصد، شهرکرد ۱۶/۲ درصد، کوهرنگ ۱/۸ درصد، لردگان ۲۱/۴ درصد و ۱۹/۹ درصد در کل استان در خانواده دانشجوی دارند. ۷۶ درصد از ساکنان مناطق روستایی شهرستان اردل، ۷۴/۴ درصد در فارسان، ۶۲/۳ درصد در بروجن، ۸۳/۳ درصد در شهرکرد، ۱۰۰ درصد در کوهرنگ، ۷۲/۷ درصد در لردگان و ۷۲/۹ درصد در کل استان شهریه دانشگاه پرداخت می کنند که از این بین ۷۲/۷ درصد در شهرستان اردل، ۶۳/۵ درصد در فارسان، ۷۲/۲ درصد در بروجن، ۶۸/۸ درصد در شهرکرد، ۱۰۰ درصد در کوهرنگ، ۶۳/۹ درصد در لردگان و ۶۷/۴ درصد در کل استان در پرداخت شهریه دانشگاه مشکل داشتند. این در حالی است که ۶۹ درصد در شهرستان اردل، ۶۳/۵ درصد در فارسان،

۷۲/۲ درصد در بروجن، ۷۵ درصد در شهرکرد، ۱۰۰ درصد در کوهرنگ، ۷۷/۸ درصد در لردگان و ۶۹/۳ درصد در کل استان جهت پرداخت شهریه مجبور به گرفتن وام شده اند و ۵۸/۱ درصد در شهرستان اردل، ۵۲/۳ درصد در فارسان، ۷۲/۲ درصد در بروجن، ۵۳/۸ درصد در شهرکرد، ۱۰۰ درصد در کوهرنگ، ۶۴/۹ درصد در لردگان و ۵۹/۴ درصد در کل استان در اخذ وام مشکل داشته اند.

در مناطق روستایی شهرستان های اردل ۸۷ درصد، فارسان ۸۵ درصد، بروجن ۸۱ درصد، شهرکرد ۷۸ درصد، کوهرنگ ۹۲ درصد، لردگان ۸۸ درصد و در کل استان ۸۶ درصد منزل شخصی داشتند. ۳۵ درصد از ساکنان مناطق روستایی شهرستان اردل، ۳۱ درصد در فارسان، ۳۱ درصد در بروجن، ۳۶ درصد در شهرکرد، ۱۳ درصد در کوهرنگ، ۲۵ درصد در لردگان و ۳۰ درصد در کل استان دارای خودرو شخصی هستند و نیز ۸۳ درصد از ساکنین مناطق روستایی شهرستان اردل، ۹۳ درصد در فارسان، ۹۴ درصد در بروجن، ۹۶ درصد در شهرکرد، ۶۱ درصد در کوهرنگ و ۸۵ درصد در لردگان و ۸۷ درصد در کل استان دارای توالت و حمام بهداشتی در منزل می باشند.

در شهرستان اردل ۶۹/۹۴ درصد، در فارسان ۷۰/۱ درصد، در بروجن ۶۳/۷۸ درصد، در شهرکرد ۷۳/۵۸ درصد، در کوهرنگ ۵۷/۸۹ درصد، در لردگان ۵۹/۷۹ درصد و در کل استان ۶۶/۹۱ درصد، اعتقاد داشتند که زندگی در شهر بهتر از زندگی در روستاست. ۵۱/۴۷ درصد در شهرستان اردل، ۴۱/۰۱ درصد در فارسان، ۴۶/۹۹ درصد در بروجن، ۴۱/۱۲ درصد در شهرکرد، ۲۳ درصد در کوهرنگ، ۴۲/۷۱ درصد در لردگان و ۴۳/۲۲ درصد در کل استان تمایل به مهاجرت داشتند. ۶۲/۳۹ درصد در شهرستان اردل، ۶۷/۰۹ درصد در فارسان، ۸۴/۷۸ درصد در بروجن، ۷۰/۰۹ درصد در شهرکرد، ۷۶/۱ درصد در کوهرنگ و ۵۶/۰۶ درصد در لردگان و در کل استان ۶۷/۶۸

درصد و در کل استان ۹۷/۰۴ درصد می باشد. میزان استفاده از نوشابه های گازدار در مناطق روستایی شهرستان اردل ۶۸/۱۱ درصد، فارسان ۵۴/۵۴ درصد، بروجن ۶۵/۷۶ درصد، شهرکرد ۵۱/۸۸ درصد، کوهرنگ ۶۷/۲۵ درصد، لردگان ۷۸/۸۹ درصد و در کل استان ۶۴/۰۳ درصد و میل به خوردن در بین وعده های غذایی در ساکنین مناطق روستایی شهرستان اردل ۸۱/۶۸ درصد، فارسان ۷۷۵/۱۹ درصد، بروجن ۷۹/۸۹ درصد، شهرکرد ۵۱/۸۸ درصد، کوهرنگ ۸۵/۹۶ درصد، لردگان ۸۶/۰۶ درصد و در کل استان ۸۰/۴۸ درصد می باشد. مطابق نتایج، ۲۳/۷۵ درصد از ساکنین روستایی شهرستان اردل، ۲۱/۷۷ درصد در فارسان، ۲۷/۸۶ درصد در بروجن، ۱۶/۰۳ درصد در شهرکرد، ۲۸/۰۷ درصد در کوهرنگ، ۳۱/۸۴ درصد در لردگان و ۲۴/۷ درصد در کل استان با پزشک متخصص یا پرسنل بهداشتی در خصوص تغذیه مشاوره داشته اند.

میزان ابتلاء به فشار خون بالا در شهرستان اردل ۲۶/۸۴ درصد، فارسان ۲۵/۷۵ درصد، بروجن ۲۷/۳۲ درصد، شهرکرد ۲۳/۰۷ درصد، کوهرنگ ۱۴/۰۳ درصد، لردگان ۸/۱۲ درصد و در کل استان ۲۶/۲۵ درصد می باشد.

درصد هنگام ابتلا به بیماری از داروهای گیاهی استفاده می کنند. میزان آگاهی از مشکلات ناشی از عدم رعایت تنظیم خانواده در شهرستان اردل ۷۶/۹ درصد، فارسان ۸۰/۶ درصد، بروجن ۷۷/۲ درصد، شهرکرد ۶۶/۹ درصد، کوهرنگ ۵۵/۲ درصد، لردگان ۷۸ درصد و در کل استان ۷۵/۷۴ درصد و میزان استفاده از روش های تنظیم خانواده در شهرستان اردل ۶۸/۸۵ درصد، فارسان ۸۴/۰۹ درصد، بروجن ۸۴/۳۵ درصد، شهرکرد ۸۴/۱۱ درصد، کوهرنگ ۹۰/۳۵ درصد، لردگان ۹۸/۴۷ درصد و در کل استان ۸۳/۲۹ درصد بود.

بیشترین روش مورد استفاده در مناطق روستایی استان به منظور پیشگیری از بارداری، قرص خوراکی با ۴۵/۱ درصد و کمترین روش مورد استفاده، کاندوم با ۸/۴۴ درصد بود (جدول شماره ۲).

بالاترین میزان استفاده از گوشت قرمز (۴۶/۰۹٪)، مرغ (۳۶/۲۳٪) و ماهی (۶۲/۵۶٪) در ماه در مناطق روستایی استان ۵-۱ بار گزارش شده است (جدول شماره ۳).

میزان استفاده از نمک یددار در مناطق روستایی شهرستان اردل ۹۶/۵۳ درصد، فارسان ۹۸/۷۴ درصد، بروجن، شهرکرد و لردگان ۱۰۰ درصد، کوهرنگ ۷۹/۸۲

جدول شماره ۲: درصد استفاده از روش های تنظیم خانواده به تفکیک شهرستان

مناطق روستایی	قرص	کاندوم	آی یو دی	روش های جراحی	روش های طبیعی	سایر موارد
اردل	۴۷	۵/۹	۴/۸	۲۲/۹۶	۱۰	۹/۲۵
فارسان	۳۸/۹۲	۹/۵۸	۱۲/۸۷	۲۴/۲۵	۱۱/۶۷	۲/۹۶
بروجن	۵۷/۷۱	۶/۷۱	۸/۷۲	۱۶/۱	۱۰/۷۳	۰
شهرکرد	۲۸/۵۷	۱۷/۵۸	۱۰/۹۸	۱۸/۶۸	۱۸/۶۸	۲/۱۹
کوهرنگ	۳۶/۸۹	۱۰/۶۷	۱۰/۶۷	۲۳/۳	۱۷/۴۷	۰
لردگان	۵۵/۴۲	۵/۴۲	۴/۲۱	۲۲/۲۸	۷/۲۲	۵/۴۲
کل استان	۴۵/۱	۸/۴۴	۸/۷۱	۲۲/۰۱	۱۱/۵۹	۴/۱۳

آی یو دی: وسیله داخل رحمی

جدول شماره ۳: دفعات استفاده از مواد غذایی در ماه (به درصد) در مناطق روستایی استان

مناطق روستایی کل استان	صفر	۱-۵ بار	۶-۱۰ بار	۱۱-۱۵ بار	۱۶-۲۰ بار	۲۱-۲۵ بار	۲۶-۳۰ بار	بالای ۳۱ بار
گوشت قرمز	۵/۳	۴۶/۰۹	۲۶/۳	۹/۰۹	۵/۲۳	۰/۶	۶/۲۱	۰
گوشت مرغ	۲/۹۵	۳۶/۲۳	۲۸/۸	۱۴/۰۲	۹/۹۳	۰/۹	۶/۲۹	۰/۸
گوشت ماهی	۱۹/۷۸	۶۲/۵۶	۱۰/۰۸	۳/۳۶	۱/۵۲	۰/۱	۰/۳	۰
تخم مرغ	۶	۲۵/۹۱	۲۵/۹۸	۱۴/۱۳	۸/۸۱	۲/۲	۱۵/۴۲	۱/۵۱
شیر و لبنیات	۳/۱۱	۸/۷۳	۱۳/۲۸	۱۱/۷۶	۱۲/۰۷	۲/۸۸	۴۵/۸۶	۲/۲۷
سبزیجات	۴/۲۵	۳۰/۷۷	۱۹/۶۸	۱۲/۳۸	۶/۶۱	۱/۵۱	۲۲/۸۷	۱/۱۳
میوه جات	۲/۹۶	۱۷/۵۶	۱۹/۹۲	۱۳/۸۴	۹/۳۵	۲/۴۳	۳۲/۲۴	۱/۶۷
نان و غلات	۱/۸۲	۱/۵۱	۴/۴	۲/۶۵	۷/۹۷	۲/۸۸	۶۶/۱۸	۱۲/۵۳
خشکبار	۱۱/۷۹	۳۵/۲۲	۲۰/۴	۱۱/۷۱	۵/۳۵	۰/۸۵	۱۳/۱۱	۱/۵۵

در مناطق روستایی استان ۳۳/۳۳ درصد مبتلایان به پرفشاری خون مرد و ۶۵/۶ درصد زن می باشند که در ۳۸/۲۳ درصد موارد با پزشک یا پرسنل بهداشتی مشورت می کنند و ۹۱/۸ درصد دارو مصرف می کنند (جدول شماره ۴).

در مناطق روستایی استان، میزان استفاده از دخانیات ۴۰/۷۷ درصد و بیشترین جنسیت فرد استفاده کننده از دخانیات مردان (۹۹/۵۷٪) و بیشترین نوع دخانیات مصرفی سیگار (۹۳/۰۸٪) گزارش شده است.

میانگین سنی فرد استفاده کننده از دخانیات در کل استان $۵۷/۸۱ \pm ۱۴/۵۱$ سال و دامنه آن از ۹۲-۱۲ سال متغیر بود. میزان آگاهی از مضرات دخانیات در مناطق روستایی شهرستان اردل ۹۲/۸۸ درصد، فارسان ۹۴/۰۵ درصد، بروجن ۹۴/۲۸ درصد، شهرکرد ۹۳/۹۳ درصد، کوهرنگ ۷۱/۹۲ درصد، لردگان ۹۴/۶۷ درصد و در کل استان ۹۱/۸۱ درصد بود. میزان آموزش در خصوص مضرات استفاده از دخانیات در کل استان ۵۰/۸۹ درصد بوده است.

جدول شماره ۴: نوع وابستگی و جنسیت فرد مبتلا به پرفشاری خون به تفکیک شهرستان به درصد

شهرستان	نوع وابستگی		مشورت با پزشک یا پرسنل بهداشتی	مصرف دارو	جنسیت	
	سرپرست خانوار	همسر			سایر	مرد
اردل	۳۷/۰۷	۳۴/۸۳	۲۸/۰۸	۵۲/۹۴	۲۹/۷۸	۷۰/۲۱
فارسان	۲۸/۴۳	۳۰/۳۹	۴۰/۱۹	۵۱/۳۸	۳۳/۳۳	۶۵/۳۳
بروجن	۵۱/۰۶	۲۱/۲۷	۲۷/۶۵	۵۰	۲۸/۵۷	۷۱/۴۲
شهرکرد	۲۱/۷۳	۲۱/۷۳	۵۶/۵۲	۴۰/۹	۱۶/۶۶	۸۳/۳۳
کوهرنگ	۳۵/۲۹	۴۷/۰۵	۱۱/۷۶	۱۳/۲۶	۴۰	۶۰
لردگان	۳۶/۳۶	۴۰/۹	۲۲/۷۲	۶۹/۳۱	۴۸/۲۷	۵۱/۷۲
کل استان	۳۵/۱۷	۳۲/۵۵	۱۳/۸۶	۹۱/۸	۳۳/۳۳	۶۵/۶

وجود فرد حادثه دیده زیر ۱۰ سال در خانواده مناطق روستایی کل استان ۱۶/۶۵ درصد، بیشترین جنسیت فرد حادثه دیده مذکر (۷۰٪) و میزان آموزش در خصوص حوادث و راه های پیشگیری از آن ۴۳/۷ درصد گزارش شده است.

بیشترین دفعات استفاده از مسواک در طول شبانه روز در مناطق روستایی کل استان به ترتیب یکبار (۴۱/۴٪)، دو بار (۲۸/۴٪) و سه بار (۱۳/۹۳٪) بیان شده است و ۱۶/۴ درصد نیز مسواک نمی زنند.

بیشترین میزان استحمام در هفته در مناطق روستایی کل استان به ترتیب دو روز در میان (۳۱٪)، یک روز در میان (۲۳/۷۵٪)، سه روز در میان (۲۰/۲٪)، هفتگی (۱۷/۴۴٪) و روزانه (۷/۳٪) بیان شده است.

میزان شستن دست پس از توالی در شهرستان اردل ۹۷/۹۷ درصد، فارسان ۹۸ درصد، بروجن ۹۶/۲۳ درصد، شهرکرد ۱۰۰ درصد، کوهرنگ ۸۲/۴۵ درصد، لردگان ۹۲/۹۲ درصد و در کل استان ۹۵/۸۴ درصد و میزان شستن دست قبل از صرف غذا در شهرستان اردل ۸۸/۴۳ درصد، فارسان ۹۰/۲۵ درصد، بروجن ۸۳/۸۷ درصد، شهرکرد ۹۳/۳۳ درصد، کوهرنگ ۷۸/۰۷ درصد، لردگان ۷۶/۸۸ درصد و در کل استان ۸۶/۱۴ درصد بوده است. همچنین میزان استفاده از نخ دندان در شهرستان اردل ۲۳/۹۸ درصد، فارسان ۳۳/۷۵ درصد، بروجن ۲۶/۸۸ درصد، شهرکرد ۳۹/۰۴ درصد، کوهرنگ ۲/۶۳، لردگان ۱۹/۵۹ درصد و در کل استان ۲۶ درصد می باشد.

بحث:

از مهمترین و موثرترین ابزارهای ارتقای سطح فرهنگی در جوامع رسانه ها و وسایل ارتباطی هستند که در صورت فقدان یا پایین بودن سطح دسترسی به آنان ضعف فرهنگی و در نتیجه شیوع خُرده فرهنگ های خُرافی و منسوخ دور از انتظار نیست. بر اساس یافته های پژوهش

اخیر در خصوص میزان دسترسی به وسایل ارتباطی (بعنوان یک شاخص فرهنگی) در کل استان بجز دو وسیله تلویزیون و رادیو، دسترسی به سایر وسایل ارتباطی کمتر از نصف و بسیار پائین می باشد، این در حالی است که مناطق روستایی شهرستان کوهرنگ با کمترین درصد دسترسی در پائین ترین سطح جدول دسترسی به وسایل ارتباطی قرار دارند. سرمایه گذاری بر عناصر فرهنگی و اشاعه آن از عوامل اصلی پیشرفت در ملل توسعه یافته می باشد که لزوم توجه و صرف هزینه در این زمینه متضمن تعالی و پیشرفت جوامع کمتر توسعه یافته از جمله کشور ایران و به تبع آن استان چهارمحال و بختیاری که از استان های نیازمند به توجه می باشد شایان توجه است. پُرکاربردترین وسایل ارتباطی در سطح استان تلویزیون، رادیو و تلفن همراه می باشد که با توجه به جهانی شدن عصر ارتباطات و بحث دهکده جهانی بواسطه کاربرد کامپیوتر و اینترنت که دسترسی به جهان علمی، تحقیقی و غیره را میسر می کند، همچنان جای این وسایل در زمره وسایل کاربردی در سطح استان خالی است.

مطابق سرشماری سال ۱۳۸۵، نرخ بیکاری (بعنوان شاخص اجتماعی) در مناطق روستایی کل کشور ۲/۹ درصد و نرخ بیکاری جمعیت ده ساله و بیشتر در کل استان ۱۲/۵ درصد (۱۱/۸٪ مردان و ۱۶/۲٪ زنان) بوده که ۱۷/۸ درصد از این جمعیت بیکار دارای تحصیلات دانشگاهی بوده اند. این در حالی است که مطابق یافته ها درصد بیکاری در مناطق روستایی استان ۳۱/۶ درصد می باشد که رقم بالایی را نشان می دهد. یعنی از هر ۱۰ نفر در مناطق روستایی استان ۳ نفر بیکار است. این در حالی است که شهرستان لردگان با ۴۰/۶ درصد در بالاترین سطر جدول بیکاری در کل استان قرار دارد. این آمار نگران کننده نشان دهنده ضعف و عدم وجود مراکز تولیدی و صنعتی در استان بدلیل توانایی پائین اقتصادی به منظور راه اندازی مراکز تولیدی است. ۱۳ درصد از

مناطق دانست، چرا که ۱۰۰ درصد این خانواده‌ها در شهرستان کوهرنگ در پرداخت شهریه دانشگاه دچار مشکل هستند و همگی در این جهت متوسل به گرفتن وام شده‌اند. در اینجاست که سطح اقتصادی پائین تاثیر خود را بر پایگاه اجتماعی و به دنبال آن رشد فرهنگی این خانواده‌ها نشان می‌دهد. کمترین میزان تملک منزل شخصی را در شهرستان شهرکرد شاهد هستیم که با نزدیک شدن به مرکز استان و افزایش قیمت پایه مسکن و زمین این پدیده دور از انتظار نیست. میزان تملک خودرو شخصی در کل استان ۳۰ درصد می‌باشد. یعنی حدود یک سوم از ساکنین مناطق روستایی استان خودرو شخصی دارند. همچنین پائین‌ترین میزان تملک خودرو شخصی در شهرستان کوهرنگ و بالاترین میزان آن در شهرستان شهرکرد را می‌توان با شرایط زندگی جدید توجیه کرد.

مطابق نتایج شاخص‌های سیمای سلامت در سال ۱۳۸۵، ۸۵/۳ درصد از خانوارهای روستایی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی استان دارای توالی بهداشتی هستند (۱۲) و مطابق یافته‌های این مطالعه نیز ۸۷ درصد از منازل مسکونی در استان دارای توالی و حمام بهداشتی هستند که رقم بالایی است، ولی هنوز تا رسیدن به سطح مطلوب فاصله دارد.

کمترین میزان استفاده از روش‌های تنظیم خانواده در شهرستان اردل برآورد شده است. مطابق نتایج سرشماری سال ۱۳۸۵، ۷۳ درصد مربوط به استفاده از قرص خوراکی، ۲۱ درصد مربوط به استفاده از کاندوم و بقیه سایر موارد بوده است که متناسب با نتایج این تحقیق می‌باشد. همچنین بر اساس نتایج مطالعه IMES (Integrated Monitoring and Evaluation System) در سال ۱۳۸۴، میزان استفاده از قرصهای خوراکی در زنان ۴۹-۱۵ ساله همسر دار در استان، ۲۴/۴ درصد، شیوع استفاده از آی یو دی در زنان ۴۹-۱۵ ساله همسر دار، ۵/۷ درصد و میزان استفاده از کاندوم در مردانی که همسران آنها ۴۹-۱۵ ساله هستند، ۴/۸ درصد بوده است که استان چهارمحال و بختیاری جزء ۴ استان

افراد بیکار در استان دارای تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر هستند. بیش از ۵۹ درصد از این افراد بیکار در سنین ۲۱-۳۵ سال یعنی گروه سنی فعال استان قرار دارند. برآورد شده است که نرخ بیکاری جمعیت فعال بین سنین ۱۵ تا ۴۰ سال کشور هم اکنون بیش از ۲۵ درصد است، همچنین موضوع مربوط به نرخ بیکاری حداقل ۲۵ درصدی ۳ میلیون فارغ التحصیل کشور نیز مشکلی است که دولت موظف به برنامه ریزی برای حل آن است (۹). همچنین بررسی نابرابری اشتغال مناطق شهری و روستایی کشور طی سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵ نشان می‌دهد که در این مدت گرایش ایجاد فرصت‌های شغلی به سمت مناطق شهری بوده بطوری که تعداد فرصت‌های شغلی ایجاد شده در شهرها ۵/۶ برابر مناطق روستایی بوده است. در مدت مذکور افزایش سالانه جمعیت مناطق شهری و روستایی به ترتیب ۴۰۴ و ۷۲ هزار نفر بوده و بدین ترتیب به ازای هر ۱۰۰ شغل ایجاد شده در کشور حدود ۱۵/۱ درصد آن در روستاها بوده است که نشان دهنده نابرابری شدید اشتغال بین مناطق شهری و روستایی می‌باشد (۱۰).

بی‌شک مهاجرت‌های روستایی اغلب از عدم زیرساخت‌های اقتصادی و خدمات زیربنایی مناسب در روستاها از یک سو و انتظار درآمد و اشتغال بهتر به همراه وجود خدمات و تسهیلات رفاهی، آموزشی و بهداشتی برتر در شهرها از سوی دیگر، متاثر می‌شود. از طرفی نیز تسلط یک سویه شهر بر روستا در دهه‌های اخیر و در ایران مخصوصاً بعد از اصلاحات ارضی و بهم خوردن روابط متقابل شهر و روستا دست به دست هم داده و در حال حاضر به تضعیف هر چه بیشتر روستا از نظر اقتصادی و به نسبت جلوه و توسعه برتر شهری انجامیده و زمینه مهاجرت‌های روستا به شهر را فراهم، بلکه تشدید نموده است (۱۱).

حدود یک پنجم از خانواده‌های استان در خانواده‌های دانشجو دارند که در شهرستان کوهرنگ این میزان به یک پنجاهم تنزل می‌کند. علت این امر را می‌توان در پائین بودن سطح اقتصادی ساکنین این

پائین دهک در بین سایر استان های کشور بوده است (۱۳).

طبق یافته های این مطالعه بیش از ۷ درصد از ساکنین مناطق روستایی شهرستان لردگان در طول ماه گوشت قرمز نمی خورند و این میزان در کل استان ۵/۳ درصد می باشد. نزدیک به نیمی از ساکنین مناطق روستایی استان در طول ماه ۵-۱ بار گوشت قرمز می خورند که این ارقام حاکی از ضعف اقتصادی در بسیاری از این خانواده هاست. بر اساس آمار وزارت جهاد کشاورزی، مصرف گوشت قرمز در کشور سالانه یک میلیون و ۹۰ هزار تن است. نگاهی به سالنامه آماری مرکز آمار ایران در سال های گذشته نشان می دهد که در طول ۷ سال گذشته، سرانه مصرف گوشت قرمز در کشور ۷ کیلوگرم کاهش یافته است. این موضوع به گفته شماری از متخصصان تغذیه، موجب کاهش میزان آهن در بدن کودکانی میشود که گوشت کافی نمی خورند و در نتیجه، کم خونی آنان را سبب می شود. اما این تنها تاثیری نیست که مصرف نکردن گوشت قرمز بر روی کودکان پدید خواهد آورد (۱۴). بر اساس اطلاعات موسسه مطالعات و پژوهش های بازرگانی سهم عمده پروتئین دریافتی در گروه های کم درآمد شهری و روستایی از منابع گیاهی و عمدتاً نان تأمین می شود و تقریباً ۲۰ درصد پائین جامعه شهری و روستایی از فقر پروتئینی رنج می برند و همچنین تفاوت و اختلاف دریافت پروتئین در جامعه روستایی به مراتب بیشتر از جامعه شهری است (۱۴). در خصوص گوشت مرغ ۲/۹۵ درصد در کل استان در طول ماه گوشت مرغ نمی خورند و بیش از ۶۰ درصد از آنان در طول ماه کمتر از ۱۰ بار گوشت مرغ می خورند که این موضوع در شهرستان کوهرنگ حدود ۹۰ درصد است. در خصوص مصرف ماهی حدود یک پنجم از ساکنین مناطق روستایی استان در طول ماه ماهی مصرف نمی کنند و تنها حدود ۵ درصد از آنان بیش از ۱۰ بار در ماه ماهی مصرف می کنند. علت این امر را شاید بتوان روش های تغذیه

ای غلط و عدم اطلاع در خصوص خواص ماهی و یا عدم بضاعت مالی در تهیه آن دانست. این در حالی است که استان چهارمحال و بختیاری از جمله قطب های تولید کننده ماهی پرورشی می باشد. در خصوص مصرف تخم مرغ ۶ درصد از ساکنین مناطق روستایی در کل استان اصلاً طی ماه تخم مرغ نمی خورند و بیش از ۵۰ درصد آنان در ماه کمتر از ۱۰ عدد تخم مرغ می خورند و بیش از ۸۳ درصد در شهرستان کوهرنگ در ماه کمتر از ۱۰ عدد تخم مرغ می خورند. نظر به غنی بودن تخم مرغ از پروتئین و غیره عدم استفاده یا مصرف پائین آن را می توان به عادات تغذیه ای یا ضعف اقتصادی نسبت داد. ۳/۱۱ درصد از ساکنین روستایی در کل استان اصلاً شیر و لبنیات مصرف نمی کنند. این در حالی است که ۶۹ درصد در شهرستان شهرکرد نزدیک به ۳۰ بار در ماه شیر و لبنیات مصرف می کنند ولی در شهرستان کوهرنگ این میزان نزدیک به ۱۵ بار مصرف در ماه می باشد. علی رغم وجود مرتع و دام در سطح بالا و تولید شیر و لبنیات در استان هنوز میزان استفاده از این مواد غذایی با توجه به اهمیت آن در رشد و سلامت انسان در سطح مطلوب نیست. به عبارت دقیق تر مصرف کم شیر و لبنیات صرفاً بدلیل فقر اقتصادی نیست بلکه فقر فرهنگی و نداشتن دانش کافی نیز این مهم را تشدید می کند. نتایج مطالعه وضعیت ریزمغذی های ایران در سال ۱۳۸۴ نشان داد که میزان کوتاه قدی و کم وزنی در کودکان ۶ ساله روستایی به ترتیب ۷/۷ درصد و ۴/۶ درصد بیش از کودکان شهری بوده است (۱۵) و نیز بر اساس نتایج مطالعه شاخص های تن سنجی و تغذیه ای کودکان در سال ۱۳۸۳، استان چهارمحال و بختیاری با ۷/۳ درصد پنجمین استان با شیوع کوتاهی قد کودکان زیر ۵ سال و اولین رتبه با ۷/۳ درصد در بین سایر استان های کشور در شیوع لاغری (شاخص وزن برای قد) در کودکان زیر ۵ سال می باشد که حمله های مکرر بیماری های اسهالی، الگوی نامناسب تغذیه ای، دسترسی محدود به غذاهای

متنوع و ناامنی غذایی در روستاها از علل عمده کوتاهی قد در کودکان روستایی ذکر شده است (۱۶،۱۲).

در خصوص استفاده از نوشابه گازدار بیشترین استفاده در شهرستان لردگان با ۷۸/۸۹ درصد می باشد و در کل استان حدود ۶۴ درصد و از همه کمتر در شهرستان شهرکرد با ۵۱/۸۸ درصد می باشد. نظر به اطلاع رسانی گسترده در خصوص مضرات نوشابه های گازدار و با وجود تبلیغات گسترده در تلویزیون که بعنوان کاربردی ترین وسیله ارتباط جمعی هنوز جایگاه خود را حفظ کرده است، این آمار و ارقام نشان دهنده نیاز به توجه بیشتر به این موضوع است. مصرف روغن جامد در کل استان حدود ۵۲/۴ درصد است که رقمی نگران کننده است. یعنی بیش از نیمی از مردم مناطق روستایی استان علی رغم تبلیغات گسترده در خصوص معایب و مضرات روغن های جامد در خصوص افزایش خطر بیماری های قلبی و عروقی هنوز روغن جامد مصرف می کنند که این رقم در شهرستان کوهرنگ نگران کننده تر (حدود ۸۹/۵٪) می باشد. تنها یک چهارم از ساکنین مناطق روستایی استان در خصوص تغذیه با پزشک یا متخصص تغذیه مشورت می کنند. این بدان معناست که فرهنگ توجه به آنچه که می خوریم تنها در یک چهارم از کل استان پذیرفته شده و اهمیت داده می شود.

تغذیه انحصاری با شیر مادر در مناطق روستایی کل استان حدود ۷۸/۵ درصد بود، در شهرستان فارسان ۶۷ درصد است. علی رغم توصیه های مکرر از طریق وزارت بهداشت در خصوص بهترین غذای کودک یعنی شیر مادر که منافع ناشی از آن در رشد و نمو کودکان تا سالیان سال ادامه می یابد باز هم این پوشش صددرصدی نشده است که پیگیری های بیشتری را طلب می کند.

بیش از یک چهارم از جمعیت روستایی استان مبتلا به پرفشاری خون (Hypertension) هستند که ۳۵ درصد از آنان سرپرست خانوار می باشند (تقریباً مردان

دو برابر زنان مبتلا هستند) و از آنجا که سرپرستان خانوار اغلب مسن ترین افراد در خانوار هستند، این رقم غیرمنتظره نیست ولی با وجود استقرار پزشک خانواده در مناطق روستایی استان و وجود ۳۰۲ خانه بهداشت فعال و تحت پوشش قرار دادن ۸۲۲ روستا در استان (مطابق سرشماری سال ۱۳۸۵)، تنها ۳۸ درصد از آنان تحت نظر پزشک هستند و ۹۱ درصد از آنان دارو مصرف می کنند. در شهرستان کوهرنگ تنها حدود ۱۷ درصد تحت نظر پزشک هستند و تنها حدود ۱۳ درصد از آنان دارو مصرف می کنند. در حالی که جامعه روستایی به دلیل عوامل زمینه ساز بیشتر در معرض بیماری هستند و احتمالاً نیاز بیشتری به خدمات بهداشتی درمانی دارند ولی امکان دسترسی به خدمات به خصوص خدمات تخصصی برایشان سخت تر و امکان تأمین هزینه های آنها برایشان دشوارتر می باشد (۱۰).

میزان مصرف دخانیات در جامعه روستایی استان بیش از ۴۰ درصد می باشد که از این میزان بیشترین سهم آن متعلق به سیگار می باشد. بر اساس نتایج «نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های واگیر» در سال ۱۳۸۴ شیوع سیگاری های فعال در جامعه شهری ۱۴/۳ درصد و در جامعه روستایی ۱۷/۲ درصد گزارش شده است که مبین اختلافی به میزان ۲/۹ درصد است (۱۷). آثار و عوارض استعمال دخانیات بر همگان آشکار است ولی مقابله با آن نیازمند فرهنگ سازی بیشتر و صرف زمان و هزینه بالا است، که بهتر است نه تنها در مناطق شهری بلکه در مناطق روستایی نیز در جهت مبارزه با آن اقدامات بیشتری صورت پذیرد.

تقریباً ۱۷ درصد از افراد در کل استان دارای فرزندی هستند که دچار حادثه شده و آموزش در خصوص پیشگیری از حادثه به ۵۰ درصد هم نمی رسد. بیشترین حوادث اتفاق افتاده برای فرزندان در سنین ۱ تا ۱۰ سالگی است و این میزان در مورد شهرستان شهرکرد تنها در کودکان زیر یکسال اتفاق افتاده است. موثرترین منبع آموزشی در خصوص

روشهای پیشگیری از حادثه در بین پاسخگویان تلویزیون بوده است که بعلت اولین و پرکاربردترین وسیله ارتباطی در کل استان بحث نمی ماند.

در خصوص بهداشت فردی بیش از ۱۶ درصد از ساکنان مناطق روستایی در کل استان اذعان کرده اند که مسواک نمی زنند و تنها حدود ۱۴ درصد در کل استان ۳ بار در شبانه روز مسواک می زنند. حدود یک سوم افراد در کل استان یک روز در میان حمام می کنند و این در حالی است که بیش از ۵۵ درصد از ساکنین مناطق روستایی شهرستان کوهرنگ بطور هفتگی حمام می کنند. اهمیت به بهداشت فردی نیاز به آموزش در خانواده و سپس در مدرسه دارد که این موضوع اهمیت آموزش اصول بهداشتی را در بین ساکنین روستایی استان بیش از پیش روشن می سازد.

تأمین بهداشت و درمان یکی از نیازهای اساسی و حیاتی هر جامعه بوده و از جمله عواملی است که نقصان آن یکی از نقاط ضعف دولت ها تلقی شده و سبب نارضایتی وسیع اجتماعی می شود. نیاز دائمی و مستمر اقشار جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی، افزایش سریع و اجتناب ناپذیر هزینه های خدمات پزشکی به دلیل توسعه، تکامل و ورود فن آوری های نوین و گرانی قیمت پزشکی، مشکلات و تنگناهای گروه های کم درآمد در رابطه با دستیابی به خدمات بهداشتی و درمانی، نقش حساس و انکار ناپذیر دولت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی ضروری برای عامه مردم و نیز تأمین منابع مالی برای این قبیل هزینه ها، ضرورت توجه به رفتار اقتصادی در عرصه بهداشت و درمان و تحقیقات در این زمینه را نشان می دهد (۱۷).

استان چهارمحال و بختیاری بطور تقریبی با ۸۵۰ روستا و ۴۵۰ هزار نفر جمعیت روستایی یکی از استان های کشور است که پس از پیروزی انقلاب اسلامی خدمات گسترده ای در مناطق روستایی آن صورت گرفته است و تلاش و سرمایه گذاری برای رفع مشکلات موجود ادامه دارد. عدم بهسازی روستاها، ساماندهی نشدن فاضلاب های خانگی،

محدودیت امکانات بهداشتی، درمانی، آموزشی و رفاهی و اشتغال از مهمترین مشکلات مناطق روستایی این استان محسوب می شود (۱۸). این استان دارای پتانسیل هایی از نظر آب شناختی و دارا بودن حدود ۱۰ درصد از منابع سطحی کشور، وجود شرایط مناسب در استان جهت بسته بندی آبهای معدنی، قرار گرفتن استان در بین دو استان بزرگ و صنعتی اصفهان و خوزستان و امکان دسترسی به صنایع عظیم فولاد، عبور خطوط لوله اصلی نفت و گاز از استان و نزدیکی به پالایشگاه و صنایع پتروشیمی، قابلیت ایجاد و توسعه صنایع تبدیلی کشاورزی، عصاره گیری از گیاهان دارویی نظیر شیرین بیان، بلوط و آویشن و ... با توجه به وجود محصولات فراوان کشاورزی و باغی، قابلیت ایجاد و توسعه صنایع بسته بندی ماهی، کنسرو و تولید خوراک ماهی با توجه به تولید بسیار بالای ماهیان سرد آبی در این استان، قابلیت ایجاد طرح های زنجیره ای یا خوشه ای در گروه صنایع نساجی، آب، صنایع فلزی و ساخت تجهیزات و صنایع غذایی، به عنوان نقطه قوت و بیشترین رغبت برای سرمایه گذاری در استان، وجود ذخایر معدنی چشمگیر از جمله انواع مختلف کانسارهای طبیعی در مقیاس قابل اعتماد، استانی با قابلیت های کشاورزی و دامپروری بالا، مناطق دیدنی و ظرفیت های گردشگری و قابلیت های بالای دیگر است (۱۹) که در مقایسه با متوسط شاخص های ملی تاکنون برای بسیاری از دست اندرکاران امور اقتصادی و بازرگانی بویژه در بخش خصوصی ناشناخته مانده است (۲۰) و از آنجا که رشد و توسعه متوازن در تمامی جنبه های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، بهداشتی و ... در یک جامعه ضامن پایداری و قوام توسعه و پیشرفت همه جانبه آن جامعه خواهد بود، لذا به منظور بررسی عمیق روند توسعه تنها نباید به تغییرات شاخص ها نگاه نمود بلکه باید میزان ناهمگنی آن در زیر گروه های مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و جغرافیایی و غیره مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری:

تغذیه ای و توجه به بهداشت فردی از طریق مراکز بهداشتی درمانی روستایی، خانه‌های بهداشت و آموزش و پرورش، لزوم اجرای برنامه‌هایی همچون طرح هجرت در روستاها و توجه هر چه بیشتر به اجرای برنامه‌گردشگری در جامعه روستایی به منظور افزایش تعاملات اجتماعی، فرهنگی، بهداشتی، مذهبی و غیره و لزوم انجام تحقیقات گسترده‌تر در مناطق روستایی استان از جمله برنامه‌هایی است که باید در راس قرار گیرد.

در یک جمع‌بندی کلی مطابق یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت وضعیت بهداشتی، فرهنگی و اجتماعی ساکنین مناطق روستایی استان چهارمحال و بختیاری در برخی زمینه‌ها در قیاس با پتانسیل‌های بالای استان در سطح مطلوب قرار ندارد. این استان و بالاخص جامعه روستایی آن نیازمند توجه و حمایت مسئولین و جذب سرمایه جهت بهبود وضعیت اقتصادی مردم این مناطق بخصوص در مناطق محروم‌تری از جمله شهرستان کوهرنگ است که بتواند با بهبود وضعیت اقتصادی سبب ساز بهبود شاخصهای بهداشتی و درمانی، پیشرفت فرهنگی، تحول نهادهای اجتماعی، کاهش نرخ بیکاری، افزایش دسترسی به امکانات آموزشی، توان بهره‌برداری از منابع موجود و تغییر نگرش ساکنین این مناطق از استان شود.

فرهنگ سازی و اطلاع‌رسانی هر چه بیشتر در خصوص انواع روشهای تنظیم خانواده، بهبود عادات

تشکر و قدردانی:

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد به شماره ۶۰۷ می‌باشد که بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه بعلت تقبل هزینه‌های طرح و همکاران مرکز بهداشت استان که در انجام این پژوهش به ما یاری رساندند، تقدیر می‌گردد.

منابع:

1. Management and Planning Organization (A). [The survey of geographic, populatic, economic, social, culture position in Chaharmahal va Bakhtiari state. Shahrekord: Moallef Pub; 2004.]Persian
2. Azemikhah A, Jalilvand P. [The state system report of maternal care work. Tehran: Ministry of Population and Family Health; 2004.]Persian
3. Health, Treatment & Medical Education of IRAN. [Index of Health Appearance in Islamic Republic of Iran, Tehran; 2009.]Persian
4. UNICEF, regional office for the Middle East and North Africa [Internet]. Regional statistical report: Multiple indicator cluster survey 2. 2002- [cited 2011 Mar 8]. Available from: <http://www.amr-group.com/documents/Amr-MICS2.pdf>
5. Farhadian M, Mahjub H, Sadri GH, Aliabadi M. [Ranking health status of children in Iran's provinces and assessing its relation with socio-economic indicators. Hakim Res J. 2010; 13(2): 108-14.]Persian
6. Moradi M, Ramazani M, Naghavi M. [Inequality in safe parturition and effective factors in Iran. Payesh. 2010; 2: 145-54.]Persian
7. Sarshomari. [internet] Tehean 2006 [cited 2012] available at: <http://www.amar.org.ir/nofos1385/default-2506.aspx> & <http://www.amar.org.ir/chaharmahal/default-3218.aspx>.
8. Nik-Kholgh AA, Nouri A. [The sociology of Iranian Tribes. Tehran: Chapakhsh; 1998.]Persian

9. Statistics station of Iran. The report of engagement and unemployment traits in 2006. Tehran; 2006.]Persian
10. Haghdoost AA, Tehrani A, Safizadeh H, Oliaeemanesh AR, Beheshtian M, Motlagh ME. [Justice in Health. 1st ed. Kerman: Zarnaghsh Pub; 2011.]Persian
11. Lahsaezadeh AA. [Rural manegment in Iran. Taavon J. 2010; 20(202-203): 49-67.]Persian
12. Center for health network development and health promotion. [Health Profile Indicators in the Islamic Republic of Iran. Tehran; 2009.]Persian
13. Office of Family and Population Health. [Integrated Monitoring and Evaluation System (IMES) report. Deputy for Health. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2005.]Persian
14. Village, Poverty, Development, Concepts, Indexes. Researches Station of Village Problems in BUILT JEHAD. 1st ed. Tehran: Village & Development; 2000.]Persian
15. Health, Treatment & Medical Education Ministry of IRAN. Tehran: Ministry of Nutrition Improvement; 2006.]Persian
16. Kimiagar M, Bagan M. [Poverty and bad nutrition in Iran. Social Welfare; 2005; 5(18): 1-18.]Persian
17. Mehrabi S, Delavari A, Moradi Gh, Esmailnasab N, Pooladi A, Alikhani S, et al. [Smoking among 15 to 64 year old iranian people in 2005. Iran J Epidemiol. 2007; 3(1,2): 1-9.]Persian
18. Couper ID. Medicine in Iran: A brief overview. Sa Fam Pract. 2004; 46(5): 5-7.
19. ZendeHdel H. [Comprehensive text of adviser to tourism in Chaharmahal va Bakhtiari state. Shahrekord: Pub Irangardi; 1998.]Persian
20. Skandari M. [The beautiful of Chaharmahal va Bakhtiari state and economic - commercial capability. Shahrekord: Pub Asef; 2006.]Persian

The study of health, cultural and social conditions of the Chaharmahal va Bakhtiary province's, Iran rural population in 2007

Mobasheri M (PhD)*¹, Mehralian HA (MSc)², Mardanpour E (MSc)³, Moghadasi J (MSc)²

¹Epidemiology and biostatistics Dept., Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrkord, I.R. Iran; ²Medical Plants Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrkord, I.R. Iran;

³Islamic Medicine Research Committee, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrkord, I.R. Iran.

Received: 10/Jul/2011 Revised: 21/Nov/2011 Accepted: 27/Jan/2012

Background and aim: Identifying the problems and difficulties related to rural areas can be useful and effective in future planning. Since looking into the current situation is the first step in planning economical, social and cultural development, this study was carried out with the aim of investigating aspects of health, cultural and social conditions of the rural population of Chaharmahal va Bakhtiary province, Iran.

Methods: In this descriptive-cross sectional study 1638 family guardians were chosen through simple sampling. Around 90 villages were chosen for this research (the same area in which the Tarhe Hejrat was carried out in the year 2008). The data was gathered using multi-sectional questionnaires (Cronbach's Alpha 89%) with 47 questions including demographic information, state of education, employment, financial state, family planning, diet, hypertension, smoking and personal hygiene and was analyzed using descriptive statistics.

Results: Unemployment in the rural areas was 31.6%. 86% had their own homes, 30% had a personal car and 87% had bathrooms in their homes. 43.22% wished to emigrate. The awareness of problems arising from not paying attention to family planning was 75.74% and the most practiced method was using oral contraceptive pills (45.1%). The biggest amount of red meat (46.09%), chicken (36.23%) and fish (62.56%) intake was 1 to 5 times a month. The amount of people suffering from hypertension was 26.25%. Knowledge of the side effects of smoking was 91.81% and the average age of smokers was 57.81±14.51. Families with a child aged fewer than 10 who had been in an accident were 16.65% and males had the most accidents (70%).

Conclusion: The social, cultural and health status of the people living in the country-side in the province is not at its optimal level in certain aspects. Finding the causes however, requires more research.

Keywords: Cultural status, Social status, Country-side (rural areas), Chaharmahal va Bakhtiary province, Health status.

Cite this article as: Mobasheri M, Mehralian HA, Mardanpour E, Moghadasi J. [The study of health, cultural and social conditions of the Chaharmahal va Bakhtiary province's, Iran rural population in 2007. J Sharekord Univ Med Sci. 2012 Apr, May; 14(1): 50-65.]Persian

***Corresponding author:**

Epidemiology and biostatistics Dept., Healths Faculty, Rahmatieh, Shahrekord, I.R. Iran. Tel: 0098-3813342414, E-mail:mobasheri@skums.ac.ir