

بررسی و سنجش تأثیر عوامل اجتماعی - اقتصادی بر سلامت شهری (شهر مقدس قم)

وحید بارانی پسیان^۱

استادیار جغرافیا، دانشگاه علوم انتظامی امین، تهران، ایران

محمد حسن نامی

استادیار جغرافیای سیاسی، دانشگاه فارابی، تهران، ایران

مصطفی توکلی نغمه

کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی آمایش سرزمین، دانشگاه تهران، تهران، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۳/۰۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۲۵

چکیده

سلامت شهروندان در شهرهای بزرگ از جمله مهمترین دغدغه‌های مسئولان شهری می‌باشد از جمله بحران‌های قرن ۲۱ ظهور و شیوع بیماری‌ها می‌باشد. ساختارهای اجتماعی و اقتصادی در این بین دارای اهمیت بالایی می‌باشند. به گونه‌ای که زمینه بسیاری از بیماری‌هایی که شهروندان دچار آن هستند ریشه در همین عوامل اقتصادی و اجتماعی دارد. در سال‌های اخیر با توجه به تغییر سبک زندگی و ماشینی شدن زندگی در شهرهای بزرگ شمار افرادی که دچار بیماری و وضعیت نا سالم از نظر سلامتی هستند، روند رو به رشدی به خود گرفته است. با عنایت به مطالب عنوان شده پژوهش حاضر که با هدف بررسی زمینه‌های بیماری شهروندان شهر قم انجام گرفته، با روش توصیفی با تأکید بر منابع کتابخانه‌ای صورت گرفته است به منظور انجام تحلیل دقیق با توجه به عدم همکاری سازمان‌ها و کمبود اطلاعات میدانی، پرسشنامه‌ای در میان مردم توزیع نموده است. حجم نمونه مطابق فرمول کوکران ۳۳۰ نفر و روش توزیع پرسشنامه‌ها تصادفی ساده بوده است. به منظور انجام تحلیل‌ها از آزمون‌های ناپارامتریک t -test، همبستگی پیرسون میان برخی متغیرها و تحلیل عاملی استفاده شده است. نتایج آزمون نشان دهنده این است که سلامت شهروندان از عوامل اقتصادی و اجتماعی بسیار متأثر بوده و عوامل مانند درآمد و مسکن، پاکیزگی محله، فضای سبز و باز و قابل پیاده روی دسترسی به تاسیسات بهداشتی و درمانی و بهره‌گیری از آموزش، از عوامل مهم تأمین سلامت شهروندان بوده است. امید می‌رود با استفاده از نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه، اقدامات لازم برای بهبود وضعیت اقتصادی و اجتماعی مردم صورت گیرد.

واژگان کلیدی: سلامت، ساختار اجتماعی و اقتصادی، شهر قم، spss

مقدمه

امروزه با روند رو به رشد شهرنشینی که در جهان وجود دارد، پیش بینی شده است تا سال ۲۰۲۰ میلادی بیش از ۶۶ درصد جمعیت جهان در شهرها زندگی خواهند کرد (Morgan, 2003: 3). این رشد سریع و بی رویه شهرها و انبوه شدن جمعیت شهرنشین جهان، زمینه بروز مخاطرات جدی در نواحی شهری را نیز میسر ساخته است (منشادی، ۱۳۸۵: ۱۱). از سوی دیگر با توجه به سرعت تغییرها و چالش‌های در عرصه جهانی، تغییرهای وسیعی در مورد سلامت عمومی شهری در قرن گذشته ایجاد شده است. بی تردید سلامت جامعه امروزی با پیش روی سریع به سوی شهرنشینی و به علت عوامل مختلفی مانند جمعیت بالا، مسکن نامناسب، صنعتی شدن، آلودگی‌های مختلف و مراقبت‌های ناکافی بهداشتی به شدت در معرض خطر قرار گرفته است و در صورت سهل انگاری در این زمینه سلامت کل سیستم و امنیت ملی کشورها به خطر خواهد افتاد (پوراحمد و همکاران، ۱۳۹۴: ۵۰۸). این در حالی است که سلامت یکی از نیازهای اساسی جامعه برای رشد و بالندگی محسوب می‌شود (Harphon, 2009: 234) و توجه به وضعیت سلامت شهرها و شهروندان در برنامه‌های توسعه در کشورها از عوامل مهم می‌باشد. در منشور سازمان بهداشت جهانی^۱ برخورداری از بالاترین استاندارد سلامتی، یکی از حقوق بنیادی هر انسان، بدون توجه به تفاوت‌های نژادی، مذهبی، اعتقادی، سیاسی و اجتماعی ذکر شده است (Barton and Tsourou, 2000: 7) و سلامتی به عنوان یکی از محورهای مهم توسعه عنوان شده است. بنابراین کیفیت و سلامت شرایط زندگی ساکنان شهرها و روستاها به عنوان هدف مرکزی سیاست‌های برنامه‌ریزی شهری و منطقه‌ای قرار گرفته است (Breuer, 1999: 4). حال باید در نظر داشت که سلامت شهروندان علاوه بر بهداشت فردی و درمان بیماری‌های فردی که قبلاً بر آن تاکید می‌شد، حاصل مجموعه‌ای از عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، زیست محیطی، وضعیت مسکن، اشتغال و جامعه محلی تلقی می‌شود (رفیعیان و تاجدار، ۱۳۸۷: ۱۶۵). به بیان دیگر سلامت امروزه ابعاد گسترده‌ای یافته است. تأمین سلامتی برای همه در سال ۲۰۰۰ میلادی به عنوان یک اجماع جهانی مورد پذیرش قرار گرفت و با آغاز هزاره سوم توجه به موضوع سلامت پیرامون محور برنامه‌ریزی شهری سالم سوق یافت (Chris and Kochtitzky, 2004: 5)، یعنی زندگی سالم، محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک سو و محیط اجتماعی، اقتصادی احاطه کننده‌ی فرد از سوی دیگر است (زکی و خشوعی، ۱۳۹۲: ۸۰). از سوی دیگر تحلیل‌های سازمان‌های بین‌المللی نشان دهنده محوریت مؤلفه سلامتی به عنوان یک شاخص اساسی در سنجش توسعه پایدار می‌باشد (Roy and Hansen, 1997: 4). در جامعه ایران نیز سلامت محور توسعه اجتماعی و اقتصادی و اساسی‌ترین جز رافاه جامعه به شمار می‌رود و از اهمیت بالایی برخوردار است. شواهد نشان می‌دهد که سلامت بیش از مداخلات پزشکی و پرستاری به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابسته است (علیزاده اقدم و همکاران، ۱۳۹۲: ۴۸). بنابراین دسترسی شهروندان به زیرساخت‌های اجتماعی و اقتصادی مثل مسکن، خدمات شهری مناسب، شغل، توزیع عادلانه امکانات شهری، مشکلات ترافیکی، دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهداشتی، دفع زباله و ... به طور مستقیم در سلامت آن‌ها تأثیر خواهد داشت (نقدی و زارع، ۱۳۹۰: ۱۳۲). آنچه ضرورت پژوهش حاضر را پر رنگ‌تر می‌کند،

^۱ WHO

توصیه به پژوهشگران برای اولویت دادن و توجه به آرمان بلند سلامت در سیاست گذاری‌های شهری است، به طوری که بررسی اکولوژی تطبیقی آسیب شناسی در شهر، ارتباطی قوی بین امراض روانی، اجتماعی و جسمی با انواع آلودگی‌ها، تراکم جمعیت، تراکم افراد در واحدهای مسکونی، پایگاه اقتصادی فقر، بیکاری، بی سواد، واحدهای مسکونی غیراستاندارد و ناسالم و شرایط موجود سلامت زیستی ساکنان شهر یافته است (مهدی، ۱۳۹۰: ۱۹). در این پژوهش که با روش توصیفی - تحلیلی و مبتنی بر داده‌های حاصل از پرسشنامه صورت گرفته است. سعی بر آن داریم که در سطح محدوده شهر مقدس قم، عوامل و المان‌های مؤثر بر وضعیت سلامت شهروندان را در ابعاد اجتماعی و اقتصادی مورد بررسی و سنجش قرار دهیم.

ساختار گرایشی روش تجزیه و تحلیلی است در جغرافیای انسانی (مخصوصاً در جغرافیای مارکسیستی و در جغرافیای صنعتی) که بر اساس آن پدیده‌های مشاهده شده حاصل نیروها یا پدیده‌های منحصر به فرد نیستند، بلکه پدیده‌های مشاهده شده حاصل مکانیزهای کلی‌تر و عمیق‌تر می‌باشند. (سیف‌الدینی، ۱۳۸۸: ۱۲۲). ساختار گرایشی را می‌توان در تمامی پدیده‌هایی که در یک جامعه بروز و ظهور می‌یابند، دید. بخش سلامت نیز از آن جمله بخش‌هایی است، که می‌توان با کمی دید عمیق رد و پای ساختار گرایشی را پیدا کرد. چرا که جغرافیای ساختاری به منزله یک فرایند در جستجوی شناخت کیفیت توزیع منابع کمیاب مثل زمین شهری، ثروت کشور، توزیع درآمد میان مردم و ... و نیز توزیع سایر پدیده‌های اجتماعی در جامعه می‌باشد. امروزه در جامعه جهانی شاهد گسترش مرگ و میر و یا مختل شدن زندگی مردم بر اثر شیوع بیماری‌ها و به مخاطره افتادن سلامت مردم هستیم. در این بین طبقات ما دون جامعه بیشتر در معرض خطر قرار دارند. دلیل آن را می‌توان در ساختارهای اجتماعی و اقتصادی نیز دنبال نمود. هزینه‌های سرسام آور زندگی، بیکاری و روی آوردن مردم به مشاغل غیر رسمی، دسترسی محدود به بهداشت، غذای ناسالم، محدودیت امکان سفر و تفریح و بسیاری مسائل دیگر مستقیم و غیر مستقیم به امر ساختارهای اجتماعی و اقتصادی در جوامع بستگی دارد. در کشور ما نیز این وضعیت هرچند خفیف و با شدت کمتر، اما به هر ترتیب قابل ملاحظه است. در این پژوهش بخش سلامت به عنوان یکی از نیازهای اساسی انسان مورد واکاوی قرار گرفته است، تا مشخص گردد ساختارهای اقتصادی و اجتماعی چه میزان در تأمین و یا به مخاطره انداختن آن اثر دارد. شهر قم با دارا بودن جمعیتی بیش از یک میلیون نفر به عنوان یکی از هشت کلان شهر کشور مطرح است. بخش عمده‌ای از این جمعیت، شامل افراد کم برخوردار می‌باشد. کمبود سرانه‌های بهداشتی، عدم دسترسی مناسب به کاربری‌های بهداشتی، کمبود تخت‌های بیمارستانی، هزینه بر بودن درمان بیماری‌های خاص و ... از جمله نواقص و ناکارآمدی بخش بهداشت و درمان در این شهر می‌باشد که به طور مستقیم به بخش بهداشت وابسته است. اما در این زمینه با توجه به این مسئله که پیشگیری مقدم بر درمان می‌باشد می‌توان با مراقبت و تغییر سبک زندگی میزان ابتلا به بیماری را کاهش داد. لکن در اینجا مسئله‌ای که مطرح است نقش مسائل اقتصادی و اجتماعی و به بیان دقیق نقش ساختارهای اجتماعی و اقتصادی در سبک زندگی مردم می‌باشد که بخش سلامت را به چالش می‌کشد. در این مقاله هدف بررسی نقش این عوامل و نیز مشخص نمودن مهمترین عوامل اقتصادی و اجتماعی در تأمین سلامت شهروندان است.

مبانی نظری

- سلامت

سلامتی یکی از مفاهیم اساسی در هستی انسان است و آن عبارت است از مسئولیت در قبال خود و انتخاب سبک زندگی سالم (صباغ و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۸). مفهوم سلامت طی قرن‌ها تکامل یافته و به تدریج از یک مفهوم انفرادی به صورت یک الگوی اجتماعی و یک هدف جهانی درآمده است (آقاملایی، ۱۳۸۴: ۲۰). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت سلامت علاوه بر رفاه کامل جسمی و روانی، دارای بعد اجتماعی نیز می‌باشد. بعد اجتماعی سلامت شهروندان از عواملی مثل توانایی کار، رضایت از زندگی، اجتماعی بودن و مشارکت در جامعه تأثیر می‌پذیرد (دماری و وثوق مقدم، ۱۳۹۲: ۲۹۸). برخی از محققان از جمله راسل جامعه‌ای را سالم می‌دانند که فرصت‌های برابر و قابل دسترسی در کالاها و خدمات اساسی برای ایفای نقش کامل شهروندان وجود دارد. مشخصه‌های چنین جامعه‌ای عبارت است از: وجود قانون، برابری در توزیع ثروت، دسترسی عمومی به فرآیند تصمیم‌گیری و سطح سرمایه اجتماعی (Russell, 1973: 76-78). سلامت شهروندان موجب جامعه‌پذیری اشخاص شده و می‌تواند عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی و نقش مهمی در کاهش قانون‌گریزی و انواع ناهنجاری‌ها داشته باشد. اما باید در نظر داشت که ارتقای سلامت دارای بر ابعاد مختلف یعنی ابعاد محیطی، اجتماعی و فردی می‌باشد و تأکید زیاد روی عوامل فردی و نادیده گرفتن ابعاد محیطی اعم از اقتصادی و اجتماعی نه تنها موجب عدم تحقق و موفقیت‌های برنامه‌های شهری شده بلکه نابرابری در وضعیت سلامت گروه‌های مختلف جامعه را نیز محسوس‌تر می‌نماید (شاهنده و همکاران، ۱۳۸۲: ۶).

- سلامت و توسعه پایدار شهری

مفهوم پایداری در دهه ۱۹۷۰ را می‌توان نتیجه رشد منطقی آگاهی‌های تازه نسبت به مسائل زیست محیطی و توسعه جهان دانست که تکامل این رویکرد به تعریفی از مفهوم توسعه پایدار تحت عنوان آینده مشترک ما انجامید (تاجدار و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۰۴). در مفهوم توسعه پایدار، برآوردن نیازهای مردم، بهداشت، سلامتی و رفاه آنان و شرایط محیطی همه به همدیگر وابسته می‌باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۳۸۱: ۳۰). بر این اساس دستیابی به توسعه سالم بدون داشتن جمعیت سالم ناممکن می‌باشد. رشد و توسعه شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی به عنوان لازمه شهرنشینی پایدار، ضرورت توجه به سلامت شهری و افزایش سلامتی شهروندان را بیان می‌دارد (نقادی و زارع، ۱۳۹۰: ۱۲۵-۱۲۶). بنابراین باید اذعان نمود که دسترسی و توزیع عادلانه همه شهروندان به زیرساخت‌های اقتصادی و اجتماعی از عوامل مهم سلامت شهری و به تبع آن توسعه پایدار شهری می‌باشد. از سوی دیگر مشکلات روزافزون زیست محیطی، محدودیت دسترسی به امکانات تفریحی و در نهایت ضعف هرچه بیشتر دسترسی به پارادایم‌غالب توسعه پایدار، سبب ایجاد وضعیت ناسالم زندگی برای انسان‌ها می‌شود (Harton, 2009: 27).

- ساختار

به طور کلی ساختار یک رویکرد نظریه‌ای است که از طریق زبانشناسی و فلسفه وارد جغرافیا شده است، این رویکرد بیشتر مد یون کلود لوی اشتراوس در انسان‌شناسی و ژان پیازه در روانشناسی است. (شکویی، ۱۳۸۵: ۱۵۷)

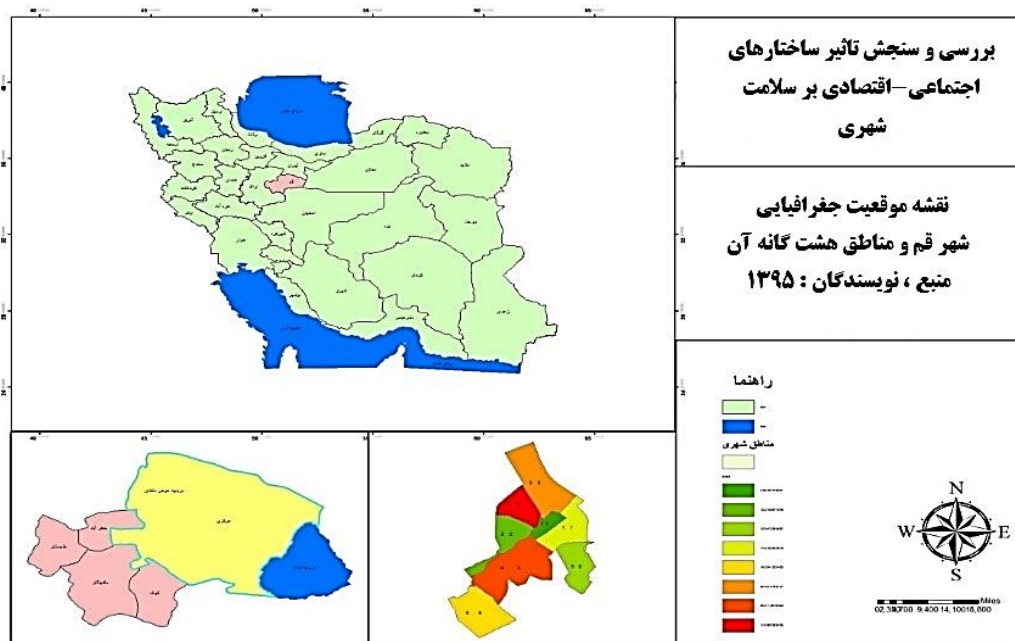
علل نفوذ و گسترش ساختارگرایی در جغرافیا مدیون دانشمندانی چون امیل دورکیم، بوریسینلا مالینوسکی و تالکوت پارسنز است. (همان. ۱۳۸۵. ۱۵۳). در جغرافیای ساختاری پدیده‌های مشهود جغرافیایی نتیجه عملکرد نیروهای منحصر به فرد و خلق الساعه نمی‌باشد، بلکه این پدیده‌های جغرافیایی حاصل یک رشته ساز و کارهای ریشه‌داری است که در طول زمان بوجود آمده‌اند و شکل‌گیری خود را از ساختارهای پنهان و آشکار اخذ می‌نمایند. (شکویی. ۱۳۸۵. ۱۶۹). در جغرافیای ساختاری شرایط و ساختارهای اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی بر توزیع ثروت، درآمد و قدرت حاکمیت دارند و این ساختارها شیوه زندگی و مسیر تحرک اجتماعی انسان را تعیین می‌کنند.

- ساختارگرایی در نظام سلامت

در مطالعات بوم‌شناسی سیاسی امراض به مناسبات متقابلی میان امراض گسترش جغرافیایی آن با شرایط طبیعی، اجتماعی، اقتصادی و مکانی برخورد می‌کنیم. جغرافیای ساختاری بر این باور است که علل گسترش جغرافیایی این امراض پیش از شیوه زندگی افراد به نظامهای سیاسی و اقتصادی آن کشورها وابسته است. جغرافیای ساختاری به ما می‌گوید: که منشاء امراض و به خطر افتادن سلامتی عمومی بیشتر از فقر ناشی می‌شود که در سرمایداری جهان سومی کمتر به ریشه‌های آن توجه می‌شود. بدینسان که به جای هزینه‌سازی در پیشگیری امراض و درمان فقر مردم، مبالغ هنگفتی صرف واردات و یا ساخت داروهای درمان بخش می‌گردد. حتی از اواخر قرن ۱۹ که گروه‌های مسیحی در شرق آفریقا شروع به فعالیت کردند به جمعیت بومی داروهای غربی را عرضه می‌کردند، اما به علل امراض و فقر مردم کاری نداشتند. (شکویی. ۱۳۸۵. ۱۷۲).

محدوده مورد مطالعه

شهر قم با ۱۱۲۳۸ کیلومتر مربع، ۶۸ صدم درصد از کل مساحت ایران را تشکیل داده است. این شهر به دلیل قرارگیری در عرض‌های متوسط بایست دارای آب و هوای معتدل می‌بود، اما مجاوت این شهر با مناطق خشک و نیمه خشک کویر مرکزی منجر به آن شده است که این شهر چهره خشک و بیابانی مطابق شهرهای کویری به بگیرد. میانگین بارش شهر کمتر از ۲۵۵ میلی متر بوده و میانگین درجه حرارت شهر در طول سال ۳۵ درجه می‌باشد. موقعیت ارتباطی شهر به علت قرارگیری در مرکز فلات مرکزی ایران، از گذشته تاکنون محل تلاقی و عبور جاده‌های سراسر کشور بوده است؛ بطوری که عوامل فوق باعث شده تا این شهر به عنوان چهارمین شهر مهاجرپذیر ایران مطرح باشد (سازمان مسکن و شهرسازی قم ۱۳۷۷: ۲۲۰ و ۲۲۱). جمعیت شهر قم بنابر آخرین سرشماری‌ها در سال ۱۳۹۴، ۱۰۳۷۰۰۰ بوده است، (طرح جامع استان قم، ۱۳۹۴: ۲۹). این افزایش جمعیت منجر به بروز کمبودهایی در برخی کاربری‌های حساس از جمله مراکز بهداشتی و درمانی (بیمارستان) شده است. از این رو موضوع مورد مطالعه‌ی مقاله‌ی حاضر (مکان‌یابی بیمارستان) از نظر تأمین نیازهای شهروندان شهر قم جایگاهی درخور اهمیت دارد. شهر قم هفتمین شهر بزرگ کشور بوده است، دارای هشت منطقه می‌باشد که در نقشه ۱ در این پژوهش کم و کیف مناطق هشت گانه شهر منظور شده است.



شکل ۱ - نقشه محدوده مورد مطالعه استان قم، مناطق هشت گانه قم

Source: Authors

پژوهش حاضر به منظور سنجش تأثیر ساختارهای اجتماعی و اقتصادی بر سلامت شهروندان صورت گرفته است. برای این منظور ضمن بررسی منابع پیشین که در این حوزه در داخل صورت گرفته است و نیز طرح مبانی نظری که عمدتاً از روش کتابخانه‌ای صورت گرفته است، به منظور تحقق هدف پیمایش پرسشنامه‌ای به منظور دریافت نظرات مردم در این زمینه تنظیم و توزیع شده است. این پرسشنامه در سه شاخص اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی تنظیم شده است که در هر شاخص تعدادی متغیر قرار داده شده است. برای شاخص اقتصادی متغیرهای درآمد، اشتغال، توزیع ثروت، فرصت‌های شغلی، مسکن، حمل و نقل، دسترسی به تاسیسات و شرایط تغذیه، برای شاخص اجتماعی متغیرهای امنیت، امکان مسافرت، امکان مشارکت، دسترسی به فضای پیاده روی، دسترسی به فضای سبز و پارک و امکانات آموزشی و در نهایت برای شاخص بهداشت متغیرهای جمع آوری زباله، دسترسی به فاضلاب شهری، دسترسی به خدمات بهداشتی، میزان ابتلا به بیماری، وضعیت پاکیزگی محله و میزان مراجعه به درمانگاه‌ها انتخاب شده‌اند. روایی پرسشنامه ذکر شده در نرم‌افزار SPSS مورد سنجش قرار گرفته است که خروجی زیر نمایانگر مقدار برآمده می‌باشد:

جدول ۱ - نتایج آزمون روایی پرسشنامه در نرم‌افزار SPSS

Case Processing Summary		
	تعداد	%
تأیید شده	۳۳۰	۱۰۰/۰
استثناء	۰	۰
کل	۳۳۰	۱۰۰/۰
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.		
Reliability Statistics		
N of Items	Cronbach's Alpha	
۲۱	۰/۸۷۹	

Source: Research findings

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۱ مقدار Reliability بدست آمده برابر ۰.۸۷۹ می باشد که مقدار بالایی به منظور انجام این پژوهش می باشد. از نظر شاخص پایایی نیز با توجه به نظر اساتید محترم، پرسشنامه از این نظر نیز مورد تأیید قرار گرفته است.

حجم نمونه مورد استفاده در این پرسشنامه نیز با استفاده از آزمون کوکران در نرم افزار Excel مورد اندازه گیری قرار گرفته است که در زیر فرمول و نتایج حاصل شده، نشان داده شده است:

جدول ۲ - نتایج آزمون کوکران پرسشنامه

$N = \frac{\frac{t^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{t^2 pq}{d^2} - 1 \right)}$	N=	۱۲۲۹۱۴۵
N = ?	t=	۱/۹۶
t = 1.96	d=	۰/۰۵
d = 0.05	p=	۰/۵
p = 0.5	q=	۰/۵
q = 0.5	n=	۳۳۱/۱۵

در فرمول فوق N برابر با حجم نمونه، t برابر با مقدار ثابت ۱.۹۶، d برابر با مقدار ۰.۰۵ و مقادیر p و q که برابر مقدار ویژگی مشاهده شده و مشاهده نشده است، برابر ۰.۵ می باشد. بر اساس مقدار جمعیت شهر قم که معادل ۱۰۰۳۷۰۰۰ نفر می باشد، مقدار بدست آمده برابر ۳۳۱ بدست آمده است. پس از توزیع پرسشنامه، به منظور تحلیل یافته‌ها از آزمون‌های t تک نمونه‌ای و نیز برای فهم عوامل از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

- آمار توصیفی

در بخش تحلیل یافته‌ها ابتدا آمار توصیفی مربوط به پرسش شوندگان مورد ارزیابی قرار گرفته که در نتایج آن در جدول زیر آورده شده است:

جدول ۳- آمار توصیفی مربوط به پرسش شوندگان

فرآوانی	درصد	درصد تأیید شده	فرآوانی	تجمعی
۵۰	۱۵/۲	۱۵/۲	۱۵/۲	۱
۵۰	۱۵/۲	۱۵/۲	۳۰/۳	۲
۳۰	۹/۱	۹/۱	۳۹/۴	۳
۵۰	۱۵/۲	۱۵/۲	۵۴/۵	۴
۳۰	۹/۱	۹/۱	۶۳/۶	۵
۳۰	۹/۱	۹/۱	۷۲/۷	۶
۴۰	۱۲/۱	۱۲/۱	۸۴/۸	۷
۵۰	۱۵/۲	۱۵/۲	۱۰۰/۰	۸
۳۳۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰		کل
فرآوانی	درصد	درصد تأیید شده	فرآوانی	تجمعی
۲۰۶	۶۲/۴	۶۲/۴	۶۲/۴	مرد
۱۲۴	۳۷/۶	۳۷/۶	۱۰۰/۰	زن
۳۳۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰		کل
فرآوانی	درصد	درصد تأیید شده	فرآوانی	تجمعی
۵۰	۱۵/۲	۱۵/۲	۱۵/۲	۲۰-۱۵
۱۰۳	۳۱/۲	۳۱/۲	۴۶/۴	سن ۲۵-۲۰

۶۱/۵	۱۵/۲	۱۵/۲	۵۰	۳۰-۲۵	
۸۲/۷	۲۱/۲	۲۱/۲	۷۰	۳۵-۳۰	
۱۰۰/۰	۱۷/۳	۱۷/۳	۵۷	+۳۵	
	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۳۳۰	کل	
فراوانی	درصد	درصد	فراوانی	کارگر	اشتغال
۲۱/۵	۲۱/۵	۲۱/۵	۷۱	کارمند	
۵۷/۳	۳۵/۸	۳۵/۸	۱۱۸	آزاد	
۷۸/۵	۲۱/۲	۲۱/۲	۷۰	بیکار	
۱۰۰/۰	۲۱/۵	۲۱/۵	۷۱	کل	
فراوانی	درصد	درصد	فراوانی	دیپلم	تحصیل
۳۴/۵	۳۴/۵	۳۴/۵	۱۱۴	کارشناسی	
۷۳/۹	۳۹/۴	۳۹/۴	۱۳۰	ارشد	
۹۶/۷	۲۲/۷	۲۲/۷	۷۵	دکتری	
۱۰۰/۰	۳/۳	۳/۳	۱۱	کل	
فراوانی	درصد	درصد	فراوانی	خ پایین	طبقه اجتماعی
۳۱/۸	۳۱/۸	۳۱/۸	۱۰۵	پایین	
۵۴/۸	۲۳	۲۳	۷۶	متوسط	
۸۲/۴	۲۷/۶	۲۷/۶	۹۱	بالا	
۹۸/۲	۱/۸	۱/۸	۶	خ بالا	
۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۳۳۰	کل	

Source: Research findings

در جدول فوق اطلاعات مربوط به آمار توصیفی پرسش شوندگان در ۶ متغیر منطقه شهری که شامل ۸ منطقه شهر مقدس قم می‌باشد، جنسیت، سواد و تحصیلات، اشتغال، رده سنی و طبقه اجتماعی ارائه شده است. به منظور جلوگیری از اطاله کلام از ذکر جزئیات در این بخش صرف نظر شده است.

- آمار استنباطی

آمار استنباطی پرسشنامه شامل سه بخش می‌باشد. بخش نخست مربوط به نتایج آزمون t تک نمونه‌ای می‌باشد. این آزمون برای آزمون فرضیه‌های توصیفی استفاده می‌شود. برای این منظور پس از تجمیع نظرات پرسش شوندگان در زیر مجموعه سه بخش اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی، از مسیر زیر در نرم‌افزار SPSS نسبت به انجام این آزمون اقدام شده است:

Analyze>Compare Means>One Sample T-test

جدول ۴- خروجی آزمون One Sample T-test برای شاخص اقتصادی

تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای انحراف از میانگین
۳۳۰	۲۰/۵۷۲۷	۷/۹۰۱۱۳	۰/۴۳۴۹
مقدار فرض شده = ۱۶ اقتصادی			
T مقدار	df	Sig. (2-tailed)	اختلاف میانگین‌ها
۱۰/۵۱	۳۲۹	۰/۰۰۰	۴/۵۷
95% Confidence Interval of the Difference		حد بالا	حد پایین
		۳/۷۲	۵/۴۲

Source: Research findings

در این شاخص هشت متغیر درآمد، اشتغال، توزیع ثروت، فرصت‌های شغلی، مسکن، حمل و نقل، دسترسی به تاسیسات و میزان رضایت از شرایط تغذیه خانواده پرسش شده است. با توجه به خروجی جدول ۴ مقدار $t = 10.5$ بر آورد شده است. این مقدار در سطح معنی‌داری ۹۵٪ (مقدار sig برابر ۰.۰۰۰) بدست آمده است. میانگین داده‌ها برای این شاخص ۱۶ در نظر گرفته شده است که پاسخ‌های دریافتی دارای میانگین ۲۰.۵ بوده و میزان اختلاف این دو مقدار ۴.۵ می‌باشد. با توجه به مثبت بوده حد بالا و پایین که به ترتیب ۵.۴ و ۳.۷ می‌باشد می‌توان این استنباط را داشت که پاسخ‌های دریافتی بالاتر از حد میانگین بوده است.

جدول ۵- خروجی آزمون One Sample T-test برای شاخص اجتماعی

تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای انحراف از میانگین
۳۳۰	۱۷/۲۵	۴/۴۳	۰/۲۵
مقدار فرض شده = ۱۶			
95% Confidence Interval of the Difference	اختلاف میانگین‌ها	Sig. (2-tailed)	df
حد بالا	۱/۲۴۵	۰/۰۰۰	۳۲۹
حد پایین	۰/۸۷		۵/۱۲

Source: Research findings

در شاخص اجتماعی شش متغیر امنیت، امکان مسافرت، امکان مشارکت، دسترسی به فضای پیاده روی، دسترسی به فضای سبز و پارک و امکانات آموزشی پیش بینی شده است که با توجه به خروجی جدول ۵ مقدار t در سطح معنی‌داری ۹۵٪ (مقدار sig برابر ۰.۰۰۰) ۵.۱۱ می‌باشد. با توجه به اختلاف مثبت میانگین فرض شده و میانگین محاسبه شده (۱.۲۴۵) و نیز مقادیر مثبت حد بالا و پایین این آزمون (۱.۷۲ و ۰.۷۶) می‌توان این برآورد را داشت که میانگین جامعه از میانگین فرض بالاتر می‌باشد.

جدول ۶- خروجی آزمون One Sample T-test برای شاخص بهداشت

تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای انحراف از میانگین
۳۳۰	۱۹/۱۳	۵/۷۰	۰/۳۱۴۰
Test Value = 16			
95% Confidence Interval of the Difference	اختلاف میانگین‌ها	Sig. (2-tailed)	df
حد بالا	۳/۱۳۹	۰/۰۰۰	۳۲۹
حد پایین	۲/۵۲۱		۳/۷۵۷

Source: Research findings

در نهایت در شاخص بهداشت شش متغیر جمع آوری زباله، دسترسی به فاضلاب شهری، دسترسی به خدمات بهداشتی، میزان ابتلا به بیماری، وضعیت پاکیزگی محله و میزان مراجعه به درمانگاه‌ها پیش بینی شده است که با توجه به خروجی جدول ۶ مقدار t در سطح معنی‌داری ۹۵٪ (مقدار sig برابر ۰.۰۰۰) ۹.۹۹ می‌باشد. با توجه به اختلاف مثبت میانگین فرض شده و میانگین محاسبه شده (۳.۱۳۹) و نیز مقادیر مثبت حد بالا و پایین این آزمون (۲.۵۲ و ۳.۷۵) می‌توان این برآورد را داشت که میانگین جامعه از میانگین فرض بالاتر می‌باشد.

در بخش بعدی به منظور سنجش ارتباط میان برخی شاخص‌ها و یا متغیرها با شاخص بهداشت از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است.

جدول ۷- خروجی آزمون همبستگی پیرسون

اقتصادی	اجتماعی	بهداشتی	اقتصادی	اجتماعی	بهداشتی	اقتصادی	اجتماعی	بهداشتی
مقدار پیرسون	۱	۰/۷۷۷**	۰/۱۶۲	۰/۷۷۷**	۱	مقدار پیرسون	۱	۰/۳۴۹
اقتصادی	Sig. (2-tailed)	۰/۰۰۰	۰/۲۶۱	۰/۰۰۰	Sig. (2-tailed)	اقتصادی	Sig. (2-tailed)	۰/۰۵۸
منطقه ۱	تعداد	۵۰	۵۰	۵۰	منطقه ۵	تعداد	۳۰	۳۰
مقدار پیرسون	۱	۰/۷۷۷**	۰/۲۱۸	۰/۷۷۷**	۱	مقدار پیرسون	۱	۰/۳۴۹
اجتماعی	Sig. (2-tailed)	۰/۰۰۰	۰/۱۲۸	۰/۰۰۰	Sig. (2-tailed)	اجتماعی	Sig. (2-tailed)	۰/۷۸۹
منطقه ۱	تعداد	۵۰	۵۰	۵۰	منطقه ۵	تعداد	۳۰	۳۰
مقدار پیرسون	۱	۰/۲۱۸	۰/۱۶۲	۰/۲۱۸	۱	مقدار پیرسون	۱	۰/۳۴۹
بهداشتی	Sig. (2-tailed)	۰/۱۲۸	۰/۲۶۱	۰/۱۲۸	Sig. (2-tailed)	بهداشتی	Sig. (2-tailed)	۰/۷۹۸
منطقه ۱	تعداد	۵۰	۵۰	۵۰	منطقه ۵	تعداد	۳۰	۳۰
مقدار پیرسون	۱	۰/۴۱۶**	۰/۳۸۸**	۰/۴۱۶**	۱	مقدار پیرسون	۱	۰/۶۲**
اقتصادی	Sig. (2-tailed)	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	Sig. (2-tailed)	اقتصادی	Sig. (2-tailed)	۰/۰۰۰
منطقه ۲	تعداد	۵۰	۵۰	۵۰	منطقه ۶	تعداد	۳۰	۳۰
مقدار پیرسون	۱	۰/۴۱۶**	۰/۶۵**	۰/۴۱۶**	۱	مقدار پیرسون	۱	۰/۶۸**
اجتماعی	Sig. (2-tailed)	۰/۰۰۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۳	Sig. (2-tailed)	اجتماعی	Sig. (2-tailed)	۰/۰۰۰
منطقه ۲	تعداد	۵۰	۵۰	۵۰	منطقه ۶	تعداد	۳۰	۳۰
مقدار پیرسون	۱	۰/۶۵**	۰/۳۸۸**	۰/۶۵**	۱	مقدار پیرسون	۱	۰/۶۲**
بهداشتی	Sig. (2-tailed)	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	Sig. (2-tailed)	بهداشتی	Sig. (2-tailed)	۰/۰۰۰
منطقه ۲	تعداد	۵۰	۵۰	۵۰	منطقه ۶	تعداد	۳۰	۳۰
مقدار پیرسون	۱	۰/۷۵**	۰/۰۸۸	۰/۷۵**	۱	مقدار پیرسون	۱	۰/۲۵۰
اقتصادی	Sig. (2-tailed)	۰/۰۰۰	۰/۶۴۴	۰/۰۰۰	Sig. (2-tailed)	اقتصادی	Sig. (2-tailed)	۰/۱۱۹
منطقه ۳	تعداد	۳۰	۳۰	۳۰	منطقه ۷	تعداد	۴۰	۴۰
مقدار پیرسون	۱	۰/۷۵۵**	۰/۰۷۲	۰/۷۵۵**	۱	مقدار پیرسون	۱	۰/۴۰
اجتماعی	Sig. (2-tailed)	۰/۰۰۰	۰/۷۰۴	۰/۰۰۰	Sig. (2-tailed)	اجتماعی	Sig. (2-tailed)	۰/۸۰۶
منطقه ۳	تعداد	۳۰	۳۰	۳۰	منطقه ۷	تعداد	۴۰	۴۰
مقدار پیرسون	۱	۰/۰۷۲	۰/۰۸۸	۰/۰۷۲	۱	مقدار پیرسون	۱	۰/۴۰
بهداشتی	Sig. (2-tailed)	۰/۷۰۴	۰/۶۴۴	۰/۷۰۴	Sig. (2-tailed)	بهداشتی	Sig. (2-tailed)	۰/۸۰۶
منطقه ۳	تعداد	۳۰	۳۰	۳۰	منطقه ۷	تعداد	۴۰	۴۰
مقدار پیرسون	۱	۰/۴۴۴**	۰/۴۱۹**	۰/۴۴۴**	۱	مقدار پیرسون	۱	۰/۵۱**
اقتصادی	Sig. (2-tailed)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	Sig. (2-tailed)	اقتصادی	Sig. (2-tailed)	۰/۹۹۷
منطقه ۴	تعداد	۵۰	۵۰	۵۰	منطقه ۸	تعداد	۵۰	۵۰
مقدار پیرسون	۱	۰/۴۴۴**	۰/۴۵**	۰/۴۴۴**	۱	مقدار پیرسون	۱	۰/۵۱**
اجتماعی	Sig. (2-tailed)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	Sig. (2-tailed)	اجتماعی	Sig. (2-tailed)	۰/۱۳۹
منطقه ۴	تعداد	۵۰	۵۰	۵۰	منطقه ۸	تعداد	۵۰	۵۰
مقدار پیرسون	۱	۰/۴۱**	۰/۴۵**	۰/۴۱**	۱	مقدار پیرسون	۱	۰/۲۱۲
بهداشتی	Sig. (2-tailed)	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	Sig. (2-tailed)	بهداشتی	Sig. (2-tailed)	۰/۱۳۹
منطقه ۴	تعداد	۵۰	۵۰	۵۰	منطقه ۸	تعداد	۵۰	۵۰

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Source: Research findings

با توجه به خروجی جدول ۷ در سطح منطقه ۱ میان شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی و شاخص بهداشتی همبستگی مشاهده نمی‌شود. در منطقه دو این میزان بین شاخص اقتصادی و بهداشت ۰.۳۸ و بین شاخص اجتماعی و بهداشت ۰.۶۵ مشاهده می‌شود با توجه به مقدار مثبت این شاخص هر چه وضعیت اقتصادی و اجتماعی بهبود

می‌یابد، شاخص بهداشت نیز ارتقاء می‌یابد. در منطقه سه نیز مطابق منطقه یک همبستگی ملاحظه نمی‌شود. در منطقه چهار میان شاخص اقتصادی و بهداشت همبستگی ۰.۴۱ و میان شاخص اجتماعی و بهداشتی این میزان ۰.۴۵ می‌باشد. مطابق منطقه دو در منطقه چهار نیز با توجه به مقدار مثبت این شاخص هر چه وضعیت اقتصادی اجتماعی بهبود می‌یابد، شاخص بهداشت نیز ارتقاء می‌یابد. در منطقه شش نیز مقدار شاخص میان شاخص اقتصادی و بهداشتی ۰.۶۲ و میان شاخص اجتماعی و بهداشتی این مقدار ۰.۶۸ می‌باشد که مطابق مناطق دو و چهار هر چه مقدار شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی بهبود می‌یابد مطابق آن وضعیت بهداشت نیز ارتقاء و بهبود می‌یابد. در سایر مناطق پنج، هفت و هشت این همبستگی مشاهده نمی‌شود. در بخش دوم پژوهش به منظور استخراج مهمترین عوامل مؤثر اقتصادی و اجتماعی بر سلامت شهروندان در نرم‌افزار SPSS از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شده است. که در جداول زیر خروجی این آزمون نیز آورده شده است. در نرم‌افزار SPSS به منظور انجام تحلیل عاملی اکتشافی از مسیر زیر می‌توان آن را اجرا نمود.

Analyze → Dimension Reduction → Factor

جدول ۸ - نتیجه آزمون KMO

۰.۷۳۶	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	
۱۵۱۶/۷۶	Approx. Chi-Square	Bartlett's Test of Sphericity
۳۲۹	df	
۰/۰۰۰	Sig.	

Source: Research findings, 2016

بر اساس جدول فوق مقدار KMO برابر ۰/۷۳۶ شده است که بیانگر تناسب داده‌ها برای انجام تحلیل عاملی است. همچنین مقدار ۱۵۱۸/۷۶۷ که برای آزمون بارتلت حاصل شده است بیانگر همبستگی معنی‌دار میان متغیرهاست.

جدول ۹ - Communalities

Extraction	Raw Initial	ردیف	گویه‌ها
۰/۹۴۵	۱/۰۰۰	۱	درآمد
۰/۸۳۱	۱/۰۰۰	۲	اشتغال
۰/۶۱۴	۱/۰۰۰	۳	تغذیه
۰/۹۴۵	۱/۰۰۰	۴	توزیع ثروت
۰/۵۷۱	۱/۰۰۰	۵	فرصت شغلی
۰/۹۹۹	۱/۰۰۰	۶	حمل و نقل
۰/۹۴۵	۱/۰۰۰	۷	مسکن
۰/۹۹۹	۱/۰۰۰	۸	تامیسات
۰/۸۱۳	۱/۰۰۰	۹	امنیت
/۴۰۶	۱/۰۰۰	۱۰	مشارکت
۰/۹۴۵	۱/۰۰۰	۱۱	مسافرت
۰/۹۸۷	۱/۰۰۰	۱۲	فضایپاده روی
۰/۹۸۷	۱/۰۰۰	۱۳	فضاسبز
۰/۹۹۹	۱/۰۰۰	۱۴	امکانات آموزشی
۰/۹۷۰	۱/۰۰۰	۱۵	پاکیزگی
۰/۸۷۳	۱/۰۰۰	۱۶	زیانه
۰/۸۰۲	۱/۰۰۰	۱۷	فاضلاب
۰/۹۹۹	۱/۰۰۰	۱۸	مراجعه به درمانگاه
۰/۰۹۴	۱/۰۰۰	۱۹	دسترسی به بهداشت
۰/۹۷۰	۱/۰۰۰	۲۰	ابتلا به بیماری

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Source: Research findings

جدول شماره ۹ بیاتگر واریانس است که هر یک از گویه‌ها تبیین می‌کنند. مقدار Initial به لحاظ تئوریک است و فرض این است که همه واریانس یک متغیر توسط یک گویه تبیین شود لذا همه مقادیر این ستون یکسان در نظر گرفته شده است. ولی در ستون Extraction میزان واریانس که توسط عامل‌ها استخراج شده تبیین می‌شود و هرچه به یک نزدیک‌تر باشد بهتر است. بر این اساس اکثریت گویه‌ها از مقدار بالایی برخوردارند.

جدول ۱۰ - Total Variance Explained

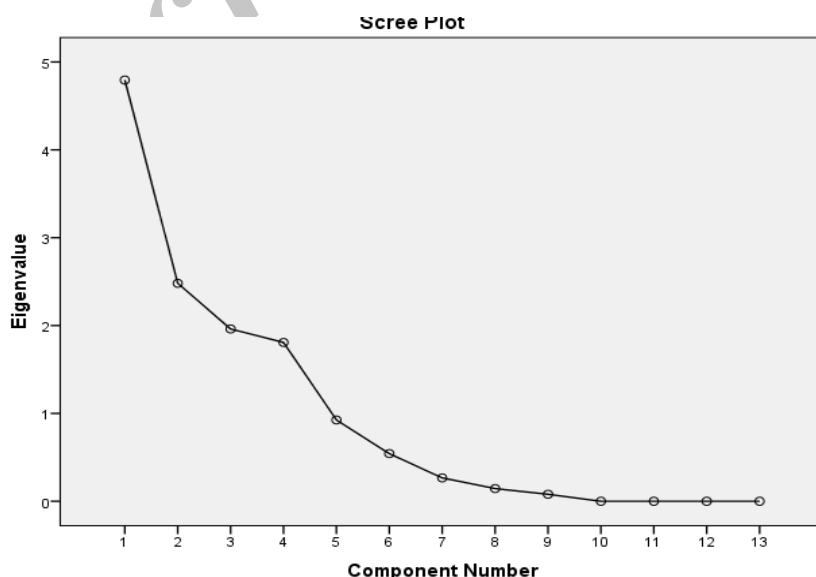
Component	Rotation Sums of Squared Loadings ^a		Initial Eigenvalues	
	کل	واریانس تجمعی	واریانس به %	کل
۱	۴/۵۵	۳۶/۸۸	۳۶/۸۸	۴/۷۹
۲	۲/۸۶	۵۵/۹۶	۱۹/۰۸	۲/۴۸
۳	۲/۲۸	۷۱/۰۴	۱۵/۰۸	۱/۹۶
۴	۲/۱۱	۸۴/۴۹	۱۳/۹۰	۱/۸۰
۵		۹۲/۰۶	۷/۱۱	۰/۹۲
۶		۹۶/۲۳	۴/۱۷	۰/۵۴
۷		۹۸/۲۷	۲/۰۴	۰/۲۶۶
۸		۹۹/۳۸	۱/۱۱۰	۰/۱۴۴
۹		۱۰۰/۰۰۰	۰/۶۱۲	۰/۰۸۰
۱۰		۱۰۰/۰۰	2.152E-15	2.797E-16
۱۱		۱۰۰/۰۰۰	1.762E-15	2.290E-16
۱۲		۱۰۰/۰۰۰	1.284E-15	1.669E-16
۱۳		۱۰۰/۰۰۰	6.734E-16	8.754E-17

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. When components are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

Source: Research findings

بر اساس جدول ۱۰ تعداد عامل‌ها ۴ مورد می‌باشد چرا که در ستون Total تنها چهار عامل دارای ضریب بالاتر از یک می‌باشند. لذا دارای اهمیت مضاعف می‌باشند. در نمودار سنگ ریزه زیر این وضعیت بهتر نمایش داده شده است.



شکل ۲ - نمودار سنگ ریزه عامل‌های اولیه

Source: Research findings

بر اساس نمودار فوق ۴ عامل اولیه از مابقی عامل‌ها دارای فاصله بیشتری بوده و لذا از نظر اهمیت در اولویت واقع می‌باشند. لذا عامل‌های مؤثر بر سلامت شهروندان ۴ عامل می‌باشند.

جدول ۱۱ - Pattern Matrix^a

	Component			
	۴	۳	۲	۱
درآمد				۰/۹۷۲
اشتغال				۰/۹۳۲
تغذیه				۰/۷۸۲
مسکن				۰/۹۷۲
تاسیسات	۰/۹۹۸			
مسافرت				۰/۷۷۲
فضایپایه. روی		۰/۹۹۹		
فضاسبز		۰/۹۹۹		
امکانات. آموزشی	۰/۹۹۸			
پاکیزگی			۰/۹۷۰	
زیاله			۰/۹۴۳	
فاضلاب			۰/۹۰۶	
دسترسی. به. بهداشت				
Extraction Method: Principal Component Analysis.				
Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.				
a. Rotation converged in 4 iterations.				

Source: Research findings

جدول فوق ماتریس الگو بوده و در این جدول مهمترین فاکتور و عامل‌ها با توجه به مقدار بر آورده شده هر گویه در زیر مجموعه عامل‌ها استخراج می‌گردد البته نام گذاری این عامل‌ها سلیقه‌ای بوده اما بایست به صورتی باشد که در برگرنده گویه های دارای بار عاملی بالا باشد. به این ترتیب با توجه به مقادیر و ضرایب بالای گویه های درآمد و مسکن در عامل اول نام عامل اول شرایط درآمدی و مسکن تعیین می‌گردد. عامل دوم پاکیزگی محله، عامل سوم فضای سبز و باز و قابل پیاده روی و عامل آخر دسترسی به تاسیسات و بهره‌گیری از آموزش مناسب تعیین می‌گردند.

جدول ۱۲ - Component Correlation Matrix

	۴	۳	۲	۱	Component
۱	۰/۱۳۹	۰/۲۱۸	۰/۱۸۸	۱/۰۰۰	۱
۲	۰/۰۳۵	۰/۱۱۴	۱/۰۰۰	۰/۱۸۸	۲
۳	۰/۰۳۰	۱/۰۰۰	۰/۱۴۴۴	۰/۲۱۸	۳
۴	۱/۰۰۰	۰/۰۳۰	۰/۰۳۵	۰/۱۳۹	۴

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

Source: Research findings

جدول پایانی بیانگر میزان همبستگی عامل‌ها با یکدیگر می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از مهمترین دشواری‌های بشر قرن بیستم و بیست و یکم سلامت و روش‌های تأمین آن و نیز مبارزه با عواملی است که آن را به مخاطره می‌اندازد. گاه در خبرها شنیده می‌شود که در منطقه‌ای از جهان شیوع بیماری خاصی جان ده‌ها و صدها هزار نفر از مردم را می‌گیرد. با کمی دقت بینی متوجه این موضوع خواهیم شد که عمده جان باختگان

از طبقات پایین جامعه هستند. اما سؤال اینجاست که چرا؟ ساختارهای اجتماعی و اقتصادی به عنوان عوامل کنترل و هدایت جامعه در این بین نقش بسزایی دارند. انباشته شدن حجم عظیمی از ثروت جامعه در بین طبقه‌ای محدود، دسترسی بهتر به خدمات و تاسیسات بهداشتی و درمانی، امکانات بیشتر و بهتر تفریح و گذران فراقت، تغذیه، سالم، درآمد بالا و شغل ایمن و کم خطر همه و همه از آن جمله می‌باشد. شهر قم به عنوان یکی از هشت مادر شهر برتر کشور، همانند سایر مادر شهرها دارای مشکلات خاص خود می‌باشد. عمده جمعیت این شهر در مناطق پایین شهر به لحاظ اقتصادی ساکن هستند. اما مناطق هشت و چهار نیز دارای جمعیت قابل توجهی است. این حجم جمعیت دارای نیازهای عدیده و برای برطرف نمودن آنها نیازمند امکانات و دسترسی به خدمات بیشتری است. یکی از این نیازها نیاز تأمین سلامتی است. در حوزه سلامت دو بخش اساسی را می‌توان یاد نمود: نخست بخش پیشگیری و دوم بخش درمان می‌باشد. در کشورهای جهان سوم عمده هزینه‌ها در بخش درمان است و فارغ از این مسئله که اساساً چه شرایطی منجر به ظهور و توسعه بیماری‌ها می‌شود. در اینجاست که ساختارهای اجتماعی - اقتصادی در هر جامعه‌ای عامل مؤثر است. در شهر قم به منظور بررسی این عامل‌ها پژوهش حاضر با روش کتابخانه‌ای و مبتنی بر داده‌های میدانی حاصل از پرسشنامه صورت گرفته است. بر اساس نتایج این پرسشنامه که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است و در میان ۳۳۰ نفر از شهروندان به روش تصادفی ساده توزیع شده است، به منظور پاسخ گویی به پرسش اول مبتنی بر اینکه چه ارتباطی میان عوامل اقتصادی و اجتماعی و نظام سلامت مردم وجود دارد؟ از آزمون همبستگی استفاده شده که نتایج مویید این مطلب بوده است که در مناطق دو و چهار که به نوعی از نظر توسعه یافتگی نقطه مقابل هم می‌باشند، معنی داری آزمون نسبت به سایر مناطق بیشتر بوده و بر این اساس در این دو منطقه متناسب با بهتر شدن وضعیت اقتصادی و اجتماعی مردم، وضعیت سلامت نیز بهبود می‌یابد و بلعکس. در پرسش دوم مبتنی بر اینکه کدام عوامل بر نظام سلامت مردم تأثیر می‌گذارند؟ پس از بررسی نتایج مربوط به آزمون تحلیل عاملی که در نرم‌افزار SPSS به عمل آمد، عوامل درآمد و مسکن، پاکیزگی محله، فضای سبز و باز و قابل پیاده روی دسترسی به تاسیسات بهداشتی و درمانی و بهره‌گیری از آموزش، از عوامل مهم تأمین سلامت شهروندان بوده است.

منابع

- Agha Malahi, Timur (2005), Principles and generalities of health services, Andisheh Rafi Publications, First edition, Tehran
- Alizadeh, Mohammad Bagher, Rabbani, Rasoul and Mubarak forgiveness, Morteza (1392), The study of the impact of social capital and deprivation on the health of citizens; A Case Study of Isfahan City, Quarterly Journal of Welfare and Social Development Planning, Vol. 4, No. 15, p. 46-87
- Barton, H., tsourou, C., (2000). Healthy urban planning. Spon pres
- Breuer, D. (1999). A guide to reorienting urban planning towards Local Agenda 21, European Sustainable Development and Health Series 3
- Chris S and Kochitzky, M., (2004), Urban Planning and Public Health at CDC. Coordinating Center for Environmental Health and Injury Prevention. Washington, DC.
- Demari, Behzad and Vosough Moghaddam, Abbas (1392), Social Health Care Packages, A Model for Intervention of Urban Health Management System, Pays Journal, Year 12, No. 3, pp. 297-304.
- Housing and Urbanization Organization of Qom, 1377

- Harpham, T. (2009), Urbanization and Mental Health in Developing Countries: A Research Role Social Scientists, Public Health Professional and Social Psychiatrists, Social Science And Medicine, Vol, 3
- Horton, R., 2009, Global Science and Social Movements: Towards a Rational Politics of Global Health, International Health, Vol. 1, No. 1, PP. 26-30.
- Mahdi, Ali (2011), Analysis and analysis of health and access to health indicators in peripheral regions (Case study; Shadqoli Khan Qom), Master's thesis of Geography and Urban Planning, Faculty of Geography, University of Tehran
- Manshanadi Dehghan, Mahdi (2006), Sustainable Development in the Shadow of the City, Mafakher Publications
- Mirsadoo, Tahera (1393), Social Capital and Urban Health: A Case Study; Garmsar City, Journal of Social Development Studies, Vol. 6, No. 3, pp. 87-95
- Morgan, T.M. (2003). Environmental Health. Wadsworth. Canada
- Naqdi, Asadollah and Zare, Sadegh (2011), Biostratigraphy, Threat to Sustainable Urban Development and Sustainability, Urban Issues Journal, First Year, No. 1, pp. 125-146
- Pourahmad, Ahmad, Mehdi, Ali and Mahdian, Masoumeh (1394), Analysis of the Effect of Targeted Subsidy Schemes on Urban Health Indicators (Nutrition Health and Food Security) in Quaternary Quaternary Metropolis of Qom, Journal of Human Geography Research, Volume 47, No. 3, pp. 507-527
- Qom Master Plan Studies in Qom Province, 2006
- Roy, Marlene., Hansen, Karl (1997), A Brief Overview of the 'Big' Annual International SDR Reports (Developing Ideas), Canada, International Institute for Sustainable Development (IISD)
- Russell RD (1973). Social health: an attempt to clarify this dimension of well-being. International Journal of Health Education 16: 74-82.
- Saifuddini, Frank (2009), Specialized Language in Urban Planning, Aijj Publishing.
- Shahandeh, Khandan et al. (2003), Demographic characteristics and socio-economic indicators of district 17 of Tehran municipality, Iranian Journal of Diabetes and Metabolism, Volume 3, Special Issue No. 1, pp. 5-10
- Sharif Zadegan, Mohammad Hossein, Mamdouhi, Amir Reza and Levi, Maryam (2010) in an article entitled Spatial Inequality. Access to General Health Services for the Development of Urban Health through the P-Median Model in Isfahan, Social Welfare, Vol. 10, No. 37, pp. 265-285
- Shokouti, Hossein (2006) Applied Geography and its Schools, Astan Quds Razavi Publishing House
- Shoki, Hossein (1385) Environmental Philosophy and Geography Schools, Guitat Publications
- Sabagh, Samad., Meinian, Nourineh and Sabagh, Sara (2011), This issue of social health and related factors among households in Tabriz, Journal of Sociological Studies, Third Year, No. 10, pp. 27-44
- Statistical Center of Iran, Statistical Yearbook, General Information of the Population and Science, 2014
- Tajdar, Vahid. Friyayan, Mojtaba and Daghani, Ali Akbar (2010), Determining the Health Component in Kannshahr of Mashhad from the Point of View of Urban Planning, Fine Arts, No. 41, pp. 101-110527
- World Health Organization (2002), Health and Environment in Sustainable Development, Translation by Ali Asghar Farshad, Manouchehr Alaei, Seyyed Enayatollah Essaei and Nasim Alaei, Ministry of Health and Medical Education, First Edition, Tehran
- Zaki, Mohammad Ali and Khoshui, Maryam Sadat (1392), Social Health and its Effective Factors among Citizens of Isfahan, Journal of Urban Sociological Studies, Third Year, No. 8, pp. 79-98