

ارزیابی نقش دهیاری‌ها در پیشگیری و کاهش بحران‌های بهداشتی - درمانی در سکونت- گاه‌های روستایی. مطالعه موردی: بخش شوسف شهرستان نهبندان

محمود فال سلیمان*^۱، حجت‌اله صادقی^۲، محمدمحسن فروزان^۳

استادیار گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی دانشگاه بیرجند،^۱ دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه اصفهان،^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه پیام نور واحد بیرجند
تاریخ دریافت: ۹۲/۱۱/۳۰؛ تاریخ پذیرش: ۹۳/۵/۲

چکیده

یکی از ابتکارات قانون شوراها، تعریف یک مقام اجرایی به نام دهیار در هر روستا است که وظیفه‌ی اجرای مصوبات شورای اسلامی روستا را بر عهده دارد. عملکرد دهیاری‌ها در قالب سه دسته شاخص‌های اجتماعی، اقتصادی و محیطی کالبدی گنجانده می‌شود. با توجه به اهمیت نقش مدیریت روستایی و ناکارآمدی نسبی در این زمینه در سال‌های متمادی و به لحاظ تغییرات اخیر در عرصه‌ی واگذاری مدیریت روستایی به دهیاری‌ها، در این پژوهش به ارزیابی نقش دهیاری‌ها در سامان‌دهی بحران‌های بهداشتی در نواحی روستایی بخش شوسف شهرستان نهبندان می‌پردازیم. تحقیق حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، توصیفی - تحلیلی است. حجم نمونه را ۳۱۰ سرپرست خانوار ساکن در ۳۹ روستای دارای دهیاری بخش شوسف شهرستان نهبندان و ۳۹ دهیار تشکیل می‌دهد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS آزمون پارامتری t یک نمونه‌ای استفاده شده است. نتایج به‌دست‌آمده از این تحقیق نشان می‌دهد که حمله آفات نباتی، انتقال بیماری، اسهال و سوء تغذیه از جمله بحران‌های بهداشتی و درمانی اساسی هستند. ارزیابی وضعیت دهیاری‌ها با توجه به نظر خودشان در این زمینه، گویای این مطلب است که مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی - درمانی در حد متوسط به پایین با سطح معناداری (۰/۸۰۶) و میزان تأثیرگذاری مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی - درمانی چشمگیر و در حد زیاد با سطح معناداری (۰/۰۰) و مشارکت آنان بر سامان‌دهی بهداشت عمومی منطقه هنگام وقوع بلاهای طبیعی در حد متوسط با سطح معناداری (۰/۴۲) بوده است. همچنین میزان رضایت روستاییان منطقه از مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی، مطلوب است.

واژگان کلیدی: ارزیابی، دهیاری‌ها، بحران بهداشتی - درمانی، سکونت‌گاه‌های روستایی.

مقدمه و طرح مسأله

امروزه آگاهی از امکانات و تنگناهای نواحی روستایی و تحلیل آن‌ها در فرآیند برنامه‌ریزی توسعه روستایی اهمیت بسزایی دارد و نوعی ضرورت برای ارائه طرح‌ها و برنامه‌های توسعه محسوب می‌شود (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۴۹). از طرف دیگر توسعه‌ی یک ناحیه روستایی باید در چارچوب کلی سیاست‌های ملی طراحی شود (oddershede, 2010: 1107). در واقع بین توسعه‌ی روستایی و توسعه ملی، نوعی پیوستگی است و قوانین کشاورزی و زیست‌محیطی تأثیر زیادی بر توسعه نواحی روستایی خواهد داشت (Cochrane, 2007: 189). به عبارت دیگر توسعه، فرآیندی چند بعدی است که موضوع آن بهبود و ارتقای کیفیت زندگی اقشار فقیر و آسیب‌پذیر اجتماع روستایی است (ازکیا و غفاری، ۱۳۹۰: ۲۲). برای توسعه روستایی، موضوع مدیریت روستایی و در معنای خاص، مدیریت محلی بسیار مهم و ضروری است. مدیریت محلی باید درک توسعه محلی، بروز ابتکارها، جمع‌گرایی و مشارکت در امور را آموزش دهد و عامل تحلیل مشکلات اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی فضاها روستایی شود (تقدیسی و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۵۸). با این وصف مدیریت روستایی یک سازوکار و مفهوم کلی دارد. در مدیریت مدرن امروز، مشارکت در کانون تصمیم‌گیری محسوب می‌شود. مشارکت در چند سال اخیر منجر به حضور در جوامع محلی شده، در بعضی از انواع سطوح، به بنگاه‌های دولتی نیمه‌مستقل و سازمان‌های داوطلبانه محلی متمایل شده است (Kerr, 2011: 68-69). از این‌رو توسعه روستایی در حقیقت یکی از جلوه‌های توسعه‌ی محلی محسوب می‌شود که نیازمند فرآیند پیچیده و با برنامه است (Moseley, 2003: 194).

امروزه دهیار، مدیر و نماینده مردم است که از طریق همکاری با شوراهای و همچنین ادارات سازمان‌ها، این جایگاه را باید به بهترین نحو انجام دهد. دهیاران، عملکردهای مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، عمرانی و... در سطح روستا دارند که حوزه‌ی استحفاظی و فعالیت آن‌ها در این موارد گنجانده و ارزیابی می‌شود. به عبارت دیگر برای ارزیابی عملکرد دهیاران، سنجش این موارد، بازگوکننده‌ی تأثیرگذاری آن‌ها خواهد بود (فیروزآبادی، ۱۳۸۸: ۳۴). از طرف دیگر ارزیابی در هر مجموعه‌ای به نوبه‌ی خود باعث بهبود عملکرد آن مجموعه و بهبود عملکرد مجموعه، منجر به پیشبرد اهداف توسعه خواهد شد. به عبارت دیگر توسعه در ابعاد اجتماعی، اقتصادی و محیطی در محیط‌های روستایی زمانی میسر است که عملکرد سازمان‌ها یا دستگاه‌های مرتبط، دقیقاً ارزیابی شده و نقاط ضعف و قدرت مجموعه‌ی متصدی مشخص شود. بنابراین این امر می‌باید مورد توجه دقیق مسئولان قرار گیرد که عملکرد مهم‌ترین مجموعه متولی عمران روستایی در حال حاضر یعنی دهیاری‌ها و دهیاران را چگونه و بر اساس چه شاخص‌هایی ارزیابی کنند تا بتواند جامعه روستایی را به هدف نهایی آن یعنی توسعه‌ی روستایی نزدیک‌تر کند. یکی از وظایف اصلی دهیاری‌ها در زمینه پیشگیری و کاهش بحران‌های بهداشتی-درمانی در نواحی

روستایی و در واقع حفظ بهداشت روستا و روستاییان، از طریق مراقبت بر بهداشت ساکنان روستا و تشریک مساعی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای واکسیناسیون در جهت پیشگیری از بیماری‌های واگیردار، نظارت بر اجرای مقررات بهداشتی و حفظ نظافت و ایجاد زمینه‌ی مناسب برای تأمین بهداشت محیط روستا است (پژوهشکده مدیریت شهری و روستایی، ۱۳۹۰: ۱۱۷) که نتایج آن، تمامی جوانب توسعه‌ی روستایی و از جمله توسعه پایدار روستایی را -که هدف نهایی هر توسعه‌ای است- تحت تأثیر قرار می‌دهد.

از طرفی دهیاری‌ها و بررسی عملکرد آن‌ها در توسعه‌ی روستایی، یکی از موضوعات مهم در حوزه مدیریت روستایی است. از زمان شکل‌گیری دهیاری‌ها تاکنون یک دهه گذشته است؛ حال پس از گذشت یک دهه از فعالیت دهیاری‌ها، ارزیابی و تحلیل عملکرد آن‌ها در دستیابی به اهداف توسعه‌ی روستایی، مسأله‌ای مهم و قابل بررسی است. بر این اساس هدف این تحقیق، بررسی یکی از وظایف اصلی دهیاران یعنی بهداشت و درمان در سکونت‌گاه‌های روستایی است. این ارزیابی در زمینه‌ی عملکرد دهیاری‌ها به‌صورت مطالعه موردی در بخش شوسف شهرستان نهبندان در استان خراسان جنوبی صورت گرفته است. بنابراین می‌توان سؤال تحقیق را با توجه به هدف مورد نظر، این‌گونه بیان کرد که آیا دهیاری‌ها در پیشگیری و کاهش بحران‌های بهداشتی- درمانی در سکونت‌گاه‌های روستایی مؤثر بوده‌اند، و موجودیت آن‌ها به چه میزان در این وضعیت بهداشتی و درمانی روستاییان تأثیرگذار است؟

فرضیه‌های تحقیق

فرضیه اول: دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی در منطقه‌ی مورد مطالعه مشارکت زیادی دارند.

فرضیه دوم: مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی، تأثیر بسزایی در کاهش این بحران‌ها در منطقه‌ی مورد مطالعه داشته است.

فرضیه سوم: به نظر می‌رسد که مشارکت دهیاری‌ها بر سامان‌دهی بهداشت عمومی منطقه هنگام وقوع بلاهای طبیعی زیاد است.

فرضیه چهارم: به نظر می‌رسد که میزان رضایت روستاییان منطقه از مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی در منطقه‌ی مورد مطالعه، زیاد است.

پیشینه تحقیق

رکن‌الدین افتخاری و همکاران (۱۳۸۶) در مقاله‌ای با عنوان نگرشی نو به مدیریت روستایی با تأکید بر نهادهای تأثیرگذار به تعاریف مختلف توسعه و مدیریت روستایی پرداخته و سپس درباره مدیریت

روستایی در ابعاد مختلف توسعه‌ی پایدار از جمله بعد اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی بحث کرده است و در نهایت به بررسی بازیگران اصلی مؤثر در عرصه‌ی مدیریت روستایی پرداخته و نقش و جایگاه هر یک را به‌خوبی تبیین کرده است.

کریمی (۱۳۸۶) به ارزیابی عملکرد دهیاری‌ها در توسعه‌ی روستایی پرداخته است. او با توجه به مطالعات خویش این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که رابطه همسویی بین فعالیت‌ها و خدمات دهیاری‌ها و شوراهای اسلامی بر اساس میزان رضایت‌مندی روستاییان از عملکردهای عمرانی، کشاورزی، اجتماعی، فرهنگی و... وجود ندارد. به‌عبارت‌دیگر دهیاری‌ها نسبت به شوراهای توسعه‌ی روستایی و میزان جلب رضایت روستاییان موفق‌تر بوده‌اند. همدمی مقدم و طاهرخانی (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان ارزیابی عملکرد مدیران در توسعه‌ی روستایی به این نتیجه رسیدند که شوراهای توسعه‌ی روستایی در بعد مکانی بیش‌تر از دو بعد اقتصادی و اکولوژیکی توانسته‌اند کارکرد و عملکرد مثبتی داشته باشند.

قاسمی‌آبادی و رضوانی (۱۳۸۸) در تحلیل عملکرد دهیاری‌های بخش باارود نطنز به این نتیجه رسیدند که بین تشکیل دهیاری‌ها و توسعه‌ی روستایی رابطه‌ی معناداری وجود دارد. ناییجی (۱۳۸۸)، موضوعی را با عنوان نقش آموزش دهیاران در توسعه‌ی روستایی انجام داده است. او در تحقیق خود با توجه به جمع‌آوری اطلاعات به‌دست‌آمده از طریق مطالعات میدانی، به این نتیجه رسید که دهیاران در زمینه‌ی آموزش مردم روستاهای تحت مطالعه‌ی خویش تا حدود زیادی توانسته‌اند نسبت به گذشته، تحولاتی را درباره‌ی شاخص آموزش به وجود آورند.

مطیعی لنگرودی و همکاران (۱۳۹۰)، ارزش‌یابی عملکرد دهیاری‌ها را از دیدگاه روستاییان دهستان بیهق شهرستان سبزوار بررسی کرده‌اند. آن‌ها با استفاده از مطالعات میدانی و نظرسنجی از روستاییان نتیجه گرفتند که بین شاخص‌های پیش و پس از تشکیل دهیاری‌ها، رابطه‌ی معناداری وجود دارد و شاخص‌ها پس از تشکیل دهیاری‌ها بهبود یافته‌اند. همچنین عملکرد دهیاری‌ها از دیدگاه روستاییان، سمت و سویی مثبت داشته و در توسعه‌ی روستایی مؤثر بوده است. استعلاجی (۱۳۹۱) در تحقیقی به بررسی مدیریت روستایی در ایران با تأکید بر مدیریت محلی و مشارکتی دهیاری‌ها پرداخته است. در این تحقیق، الگوی مدیریت روستایی با تأکید بر مدیریت مشارکت محلی دهیاری‌ها و نقش آن‌ها در فرآیند توسعه، اعم از کالبدی-فضایی، فضای سبز، ایمن‌سازی، مدیریت پسماند و... تحلیل شده و برای توسعه مدیریت دهیاری‌ها پیشنهادهایی ارائه شده است.

فال سلیمان و همکاران (۱۳۹۱) بررسی و ارزیابی عملکرد دهیاران را در فرآیند مدیریت و توسعه روستایی (مطالعه‌ی موردی بیرجند) بررسی کرده‌اند. در مطالعه‌ی انجام‌شده نتیجه گرفتند که از دیدگاه دهیاران، تغییرات چشمگیری در بهبود وضعیت هر یک از گویه‌های اجتماعی، اقتصادی و محیطی-کالبدی به وجود آمده است. همچنین خانوارهای روستایی، گویه‌های حفظ سلامت و بهداشت محیط،

همکاری با بخش‌داری و شورا، پیگیری تهیه و اجرای طرح هادی و... را بهترین عملکرد دهیاران دانسته‌اند. رضوانی و همکاران (۱۳۹۲) ارزیابی عملکرد دهیاری‌ها را با استفاده از مدل چارچوب عمومی ارزیابی (مطالعه‌ی موردی: شهرستان دهلران) مطالعه نموده‌اند. نتایج مدل نشان داد که عملکرد دهیاری‌ها بر اساس مدل چارچوب عمومی ارزیابی و شاخص‌های استفاده‌شده برای ارزیابی عملکرد، نامطلوب بوده است. عواملی مانند تحصیلات پایین دهیاران، آشنا نبودن آن‌ها با مبانی ارزیابی عملکرد، مشارکت نکردن مردم و... در ناکارایی عملکرد آن‌ها مؤثر بوده است.

ریاحی و کرمی‌نسب (۱۳۹۲) ارزیابی عملکرد دهیاری‌ها را در توسعه‌ی کالبدی - فضایی سکونت‌گاه‌های روستایی (مطالعه‌ی موردی: بخش کردیان - شهرستان جهرم) مطالعه کرده‌اند. با انجام مطالعات میدانی و انجام پرسش‌گری در سطح دهیاران و روستاییان به این نتیجه رسیدند که از دیدگاه دهیاران، تغییرات چشمگیری در روستاها در شاخص‌های کیفیت ساخت‌وساز و ثبت سنددار شدن املاک در روستا صورت گرفته است. از دیدگاه خانوارهای روستایی ساکن روستا، به‌سازی مسکن و کیفیت و بهبود خدمات عمومی روستا، وضعیت مثبتی یافته است.

مفاهیم، دیدگاه‌ها و مبانی نظری

فرآیند توسعه از موضوعات مهم مورد بحث سرزمین‌ها، به‌ویژه کشورهای در حال توسعه است. تحقق توسعه نیز مستلزم بهره‌گیری از استعداد و توان و حضور فعالانه‌ی مردم و مشارکت آن‌ها در مراحل توسعه است (هاشمی، ۱۳۹۰: ۹۴). جامعه‌ی روستایی و توسعه‌ی آن، جزیی از این برنامه‌ریزی است که در قالب توسعه باید به آن توجه جدی کرد. از پیش‌شرط‌های توسعه روستایی می‌توان به برنامه‌ریزی، منابع، سرمایه‌گذاری، مشارکت، مدیریت و... اشاره کرد. ضرورت وجود مدیریتی منسجم و کارآمد در روستاها، با توجه به امکانات و منابع محدود و با توجه به مسائل و مشکلات موجود در این نواحی، بیش از سایر عوامل مؤثر در توسعه‌ی روستایی به چشم می‌آید. یکی از بخش‌های مهم توسعه روستایی، مدیریت به‌ویژه مدیریت روستایی است که در ایران تحولات مختلفی را به خود دیده است. از نظر والکر، مدیریت روستایی نوعی استفاده‌ی جامع، مولد و یکپارچه از سرمایه‌های اجتماعی، طبیعی و مالی در مقیاس‌های زمانی و جغرافیایی است (Walker, 2010: 113). یعنی مدیریت توسعه روستایی در ایران همانند سایر سطوح مدیریت سرزمینی از گذشته دور تاکنون با چالش‌های ساختاری و مسائل و مشکلات عدیده‌ای روبه‌رو بوده است. از یک‌سو با توجه به تغییر شرایط و مقتضیات زمانی، دیگر ساختار سنتی اعمال مدیریت در مناطق روستایی قادر به حل مشکلات کنونی نبوده و از دیگر سو، ساختار مدیریت جدید روستایی که مبتنی بر مشارکت مردم در امور و برنامه‌ریزی پایین به بالا است، به دلایل متعدد از جمله بومی نشدن و مداخله‌ی گسترده دولت و... نتوانسته مشکلات روستاهای امروزی را کاملاً برطرف سازد (آزاد ارمکی و

خوش فر، ۱۳۹۱: ۱۲۶). دهیاری‌ها از بدو تشکیل تاکنون با استفاده از همیاری و مشارکت مردم و کمک‌های دولتی برای رفع نیازمندی‌های عمومی و توسعه‌ی معابر اقداماتی انجام داده‌اند. اجرای طرح هادی روستایی، برنامه‌ی خدمات عمومی و برنامه‌ی خدمات اجتماعی- اقتصادی، سه فعالیت عمده‌ی دهیاری‌ها را تشکیل می‌دهد (صیدالی و همکاران، ۱۳۹۰: ۸۰).

از نظر جایگاه دهیاری‌ها در مدیریت روستایی به‌عنوان آخرین نهاد اجرایی کشور است که قانون منبعث از قانون اساسی، تشکیل شوراهای اسلامی روستا را برای نظارت به اجرای هر چه مطلوب‌تر وظایف آن تعیین کرده است و از سوی دیگر با توجه به خودکفا و نهاد غیردولتی بودن، ماهیتی مستقل از دولت یافته است که این امر موقعیت ویژه‌ای برای دهیاری نسبت به سایر دستگاه‌های اجرایی کشور که دولتی و منصوب دولت هستند، ایجاد می‌کند؛ زیرا از یک‌سو دهیاری همچون شهرداری، نهادی عمومی و غیردولتی است که با نظارت و تصویب و تأیید شورا فعالیت می‌کند و از سوی دیگر موظف به انجام بخش‌هایی از وظایفی است که در حیطه‌ی وظایف دستگاه‌های دولتی در سطوح بالاتر از روستا است که بدین ترتیب جایگاه و ماهیتی خاص برای دهیاری ایجاد می‌کند که فراتر از مسئول اجرای مصوبات شورا خواهد بود (نوذرپور، ۱۳۸۴: ۱۸-۱۵). وظایف مختلف اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، زیست‌محیطی و عمرانی از جمله مشارکت با نهادهای دولتی، همکاری با شورا، اجرای مصوبات شوراها و نظارت بر پروژه‌های عمرانی سازمان‌ها به‌عنوان نماینده مردم، مراقبت در وضعیت بهداشتی، کمک در احداث تأسیسات، تأمین اراضی مورد نیاز روستاییان، تهیه‌ی تعرفه‌ی عوارض، تشویق روستاییان به توسعه‌ی صنایع دستی، پسماند روستایی و غیره از نمونه وظایف دهیار است.

دهیاری‌ها نقش مهمی در مسایل مختلف مردم روستایی دارند، به‌گونه‌ای که تغییرات کالبدی، اجتماعی، فرهنگی، زیست‌محیطی و... در روستاها، امروزه می‌تواند در کنار مدیریت سازمان‌ها و نهادها، متأثر از این نوع مدیریت باشد. با توجه به جایگاه دهیاری به‌عنوان یک نهاد محلی که دولت از آن حمایت می‌کند، ارزش و اهمیت آن دوچندان می‌شود. از طرف دیگر وظایف اجرایی دهیاری در ابعاد گوناگون، ضرورت توجه بیش‌تر به آن و اصلاح ساختارها در این زمینه را روشن‌تر می‌کند. یکی از مواردی که دهیاری‌ها می‌توانند نقش مهمی در آن ایفا کنند، مدیریت، کاهش و جلوگیری از بحران‌های بهداشتی- درمانی در محیط روستاها است. امروزه با توجه به ضعف خدمات‌رسانی در برخی روستاها، نبود امکانات درمانی مناسب، عدم دسترسی سریع، مشکلات محیطی روستاها از نظر بهداشتی، نبود مدیریت در زمینه‌ی پسماندها و... همه دلایلی بر اهمیت بحث بهداشتی- درمانی روستاها دارد. بهداشت مادران و مدارس، بهداشت حرفه‌ای، دسترسی به آب کافی با کیفیت مناسب، مبارزه با ویروس و بیماری ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها، بهداشت دهان و دندان، واکسیناسیون و... از جمله مواردی است که به‌عنوان بحران‌ها و مسایل بهداشتی- درمانی در روستاها شناخته می‌شود.

در واقع در صورت نداشتن یک برنامه‌ی مناسب برای مدیریت درست آن‌ها، نه تنها در حال حاضر بلکه در آینده این موضوع حادث‌تر نیز خواهد شد؛ چرا که از یک طرف این مسائل حل نشده و از طرف دیگر محیط روستاها نیز توسعه‌ی چندانی برای حل این مسایل به خود ندیده است. موضوع بحران‌های بهداشتی- درمانی در روستاهای مناطق محروم و مناطق خشک بیش‌تر دیده می‌شود، زیرا روستاییان از لحاظ سطح درآمد و وضعیت اقتصادی و همچنین مسایل فرهنگی، شرایط ضعیف‌تری دارند. تمامی این عوامل به‌خودی‌خود در مرتفع‌سازی یا ایجاد مسایل بهداشتی- درمانی مؤثر هستند. به‌عنوان نمونه بالا بودن سطح فرهنگی و شاخص‌های فرهنگی در یک منطقه سبب توسعه‌ی اجتماعی، زیست‌محیطی و... می‌شود. بر این اساس بحران‌های بهداشتی- درمانی از جمله در زمینه‌ی کیفیت آب، بهداشت درمانی مدارس، بهداشت محیطی روستا، مبارزه با انواع بیماری‌ها و... در روستاهای منطقه‌ی مورد مطالعه وجود دارد که دهیاری‌ها به‌عنوان مدیر اجرایی روستا مسلماً نقش بارزی در هموارسازی آن بر عهده دارند. بسترسازی فرهنگی، پیگیری مشکلات و نیازهای مردمی در زمینه بهداشتی، اجرای مناسب طرح‌های محیطی از جمله پسماندهای روستایی و... نمونه‌ای از مواردی است که دهیاران در مرتفع‌سازی و حل آن‌ها در کنار سازمان‌ها و نهادهای دیگر به ایفای نقش می‌پردازند و موثر هستند. به طور کلی جایگاه دهیاری‌ها با توجه به وضعیت ساختاری و کارکردی‌شان، در برنامه‌ریزی و توسعه روستایی ایران می‌تواند بسیار مؤثر باشد. رفع و پیشگیری از بحران‌های مختلف از جمله بحران‌های بهداشتی- درمانی که نتیجه‌ی عملکردهای نامناسب است، یکی از این موارد است که رابطه تنگاتنگی با دهیاری‌ها دارد.

روش تحقیق

تحقیق حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و از نظر ماهیت و روش، توصیفی-تحلیلی است. برای جمع‌آوری اطلاعات از دو روش مطالعات کتابخانه‌ای و اسنادی و مطالعات میدانی (پیمایشی) استفاده شده است. مطالعات میدانی مبتنی بر تکمیل پرسش‌نامه از دهیاران و ساکنان روستایی منطقه‌ی مورد مطالعه است. در مرحله اول از دهیاران ۳۹ روستا که دهیاری داشتند، پرسش شد. سپس به نمونه‌گیری در سطح خانوارهای روستایی اقدام شد. با توجه به این که حجم جامعه‌ی آماری، ۱۶۳۲ خانوار روستایی است، بنابراین بر اساس فرمول کوکران، نمونه‌ی آماری مناسب با ضریب خطای ۰/۰۵، به تعداد ۳۱۰ خانوار روستایی نیز از روستاهای مورد مطالعه به‌عنوان نمونه‌ی مورد بررسی انتخاب و عملیات پرسش‌گری به نسبت جمعیت خانوارهای هر روستا و به‌صورت تصادفی انجام شد. در نهایت داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل و استنتاج شد. آزمون استنباطی مورد استفاده در تحقیق نیز با توجه به متغیرها و خصوصیات دیگر، آزمون t یک نمونه‌ای است.

$$Z=1.96, d=0.05, P=q=0.5$$

همچنین برای تعیین پایایی (قابلیت اعتماد) پرسش‌نامه، تعداد سی پرسشنامه تکمیل شد و ضریب آلفای کرونباخ برای سؤالات مربوط به مؤلفه‌های تحقیق به شرح ذیل محاسبه گردید.

$$n = \frac{Nz^2pq}{Nd^2 + z^2pq}$$

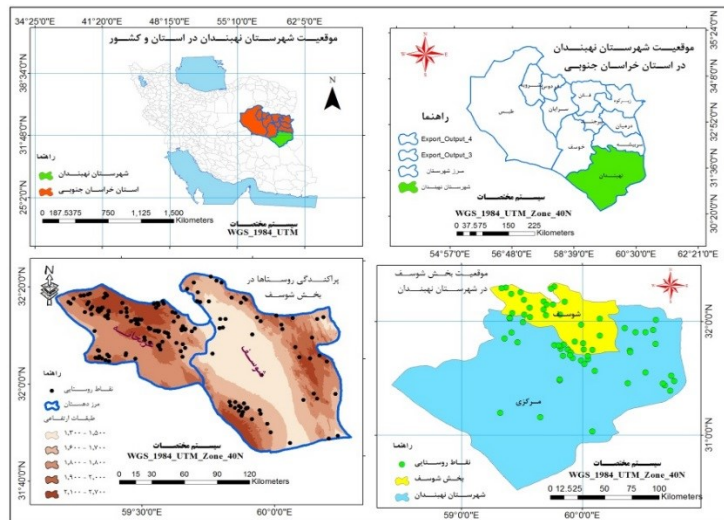
جدول ۱- ضریب آلفای کرونباخ برای بخش‌های مختلف پرسش‌نامه دهیاران و روستاییان

مقدار ضریب آلفای کرونباخ	تعداد سؤالات	بخش‌های مختلف پرسش‌نامه دهیاران و روستاییان
۰/۸۹	۱۶	مشارکت در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی
۰/۹۳	۱۶	تأثیرگذاری مشارکت دهیاری‌ها در زمینه‌ی پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی بر کاهش بحران در منطقه
۰/۹۶	۹	مشارکت در سامان‌دهی بهداشت عمومی منطقه هنگام وقوع بلاهای طبیعی
۰/۹۴	۱۶	میزان رضایت روستاییان از مشارکت دهیاری‌ها در کاهش بحران‌های بهداشتی درمانی

منبع: محاسبات نگارندگان، ۱۳۹۲

محدوده و قلمرو پژوهش

بخش شوسف در شمال شهرستان نهبندان، در استان خراسان جنوبی قرار دارد که بین ۳۱ درجه و ۲۰ دقیقه تا ۴۴ درجه و ۳۲ دقیقه عرض جغرافیایی و ۵۹ درجه و ۳۵ دقیقه تا ۶۱ درجه و ۱۰ دقیقه طول جغرافیایی گسترده شده است. مرکز بخش شوسف، شهر شوسف است که در فاصله‌ی ۳۰ کیلومتری مرکز شهرستان یعنی شهر نهبندان و در فاصله‌ی تقریبی ۱۶۰ کیلومتری مرکز استان خراسان جنوبی قرار دارد (سازمان جغرافیایی نیروهای مسلح، ۱۳۸۸: ۲۷). بخش شوسف از سمت شمال به شهرستان سریشه، از سمت جنوب به بخش مرکزی شهرستان نهبندان و از سمت شرق به دهستان بندان از بخش مرکز متصل است (معاونت برنامه‌ریزی استانداری، ۱۳۸۷: ۴). بخش شوسف دو دهستان به نام‌های شوسف و عربخانه دارد که وسعتی معادل ۴۲۰۰ کیلومترمربع و جمعیت آن بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰، ۱۱۲۲۴ نفر و ۳۳۹۶ خانوار بوده که از این تعداد ۲۶۷۴ نفر در مرکز بخش (شهر شوسف) زندگی می‌کنند (سرشماری نفوس و مسکن، ۱۳۹۰).



شکل ۱- موقعیت جغرافیایی منطقه مورد مطالعه (منبع: نگارنگان، ۱۳۹۲)

بحث اصلی

ویژگی‌های فردی پاسخ‌گویان

داده‌های جمع‌آوری شده از دهیاران بخش شوسف شهرستان نهبندان است. در این تحقیق از ۳۹ دهیار پرسش شد. درباره‌ی جنسیت دهیارانی که مورد پرسشگری قرار گرفته‌اند، نتایج نشان می‌دهد که از میان ۳۹ دهیار فعال در بخش شوسف شهرستان نهبندان، ۳۸ دهیار مرد و فقط یک دهیار زن است. همچنین ساختار سنی دهیاران مورد بررسی نشان می‌دهد که ۷۴/۴ درصد از دهیاران، کم‌تر از ۴۰ سال سن دارند. توزیع فراوانی دهیاران مورد بررسی به تفکیک میزان تحصیلات بیانگر این است که از این تعداد، ۳۶/۸ درصد مدرک تحصیلی دیپلم و ۳۱/۶ درصد، مدرک تحصیلی بالاتر از دیپلم دارند. داده‌های جمع‌آوری شده از نمونه‌ی تصادفی خانوارهای روستایی (۳۱۰ خانوار نمونه مطالعه شده) نیز گویای این مطلب است که ۶۶/۱ درصد افراد مورد بررسی بی‌سواد بوده و ۲۱/۱ درصد آنان تحصیلات ابتدایی دارند. همچنین بر اساس نتایج حاصل از پرسش‌گری، ۴۱/۱ درصد از افراد مورد بررسی شغل کشاورزی دارند و ۴۸/۸ درصد آنان دامدار هستند.

بحران‌های رخ داده در منطقه

بحران‌های حمله آفات نباتی، هجوم حیوانات وحشی و انتقال بیماری، سوءتغذیه‌ی حاد، تلفات جاده‌ای و اسهال از بحران‌هایی هستند که در منطقه‌ی مورد مطالعه بیشتر رخ داده‌اند. جدول (۲) وضعیت توزیع هر یک از بحران‌ها را بر اساس نظر دهیاران نشان می‌دهد.

جدول ۲- توزیع فراوانی روستاها به تفکیک بحران‌های موجود در منطقه

بحران	وجود دارد	وجود ندارد	بحران	وجود دارد	وجود ندارد
حمله‌ی آفات نباتی، هجوم حیوانات وحشی و انتقال بیماری	۳۷	۲	سرخک	۱۱	۲۸
بیماری‌های همه‌گیر انسانی و بیماری‌های گیاهی	۱۱	۲۸	مننژیت مغزی	۶	۳۳
تلفات جاده‌ای	۲۹	۱۰	تب زرد	۳	۳۶
انواع مسمومیت‌های خاکی و آبی، مسمومیت‌های شیمیایی	۳	۳۶	هیپاتیت ویروسی	۴	۳۵
عفونت‌های شدید تنفسی	۱۸	۲۱	تیفوئید	۱	۳۸
مالاریا	۰	۳۹	سل	۱۳	۲۶
سوء تغذیه حاد	۳۴	۵	تالاسمی	۷	۳۲
اسهال	۲۸	۱۱	بیماری‌های اعصاب و روان	۱۲	۲۷

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۲

وضعیت مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی

جدول (۳) نشان‌دهنده میزان مشارکت در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی است. با توجه به این جدول مشاهده می‌کنیم که بر اساس نظر دهیاران، میزان مشارکتشان در زمینه‌های بهداشت محیط، دسترسی به آب کافی با کیفیت مناسب و اطلاعات و آموزش‌های لازم به روستاییان برای محافظت خودشان زیاد است و در زمینه‌ی آزمون‌های غربالگری و برنامه‌های بیماری‌یابی، ریشه‌کن کردن فقر شدید و گرسنگی، ترویج برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان روستایی، مبارزه با ویروس و بیماری ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها و واکسیناسیون متوسط است.

تأثیرگذاری مشارکت دهیاری‌ها در زمینه‌ی پیشگیری از بحران‌های بهداشتی

جدول (۴) درباره تأثیرگذاری مشارکت دهیاری‌ها در زمینه پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی است. با توجه به این جدول مشاهده می‌کنیم که بر اساس نظر دهیاران، میزان تأثیرگذاری مشارکتشان در زمینه‌های بهداشت محیط، دسترسی به آب کافی با کیفیت مناسب و اطلاعات و آموزش‌های لازم به روستاییان برای محافظت خودشان زیاد است. همچنین نظر آنان درباره‌ی میزان تأثیرگذاری مشارکتشان در زمینه‌ی بهبود بهداشت مادران، بهداشت و تنظیم خانواده، بهداشت حرفه‌ای، دسترسی به غذای مناسب و مدیریت سوء تغذیه، بهداشت دهان و دندان و واکسیناسیون کم است و نیز در زمینه‌ی تهیه و تدارک دارو، مشارکتشان هیچ تأثیری نداشته است.

جدول ۳- وضعیت مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی

میانگین	زیاد	متوسط	کم	هیچ	موارد
۲/۴۸	۴	۱۷	۱۲	۶	فراوانی
	۱۰/۳	۴۲/۶	۳۰/۸	۱۵/۴	درصد
۲/۷۱	۶	۲۱	۷	۵	فراوانی
	۱۵/۴	۵۳/۸	۱۷/۹	۱۲/۸	درصد
۲/۹۴	۱۲	۱۸	۴	۵	فراوانی
	۳۰/۸	۴۶/۲	۱۰/۳	۱۲/۸	درصد
۲/۲۸	۳	۱۲	۱۷	۷	فراوانی
	۷/۷	۳۰/۸	۴۳/۶	۱۷/۹	درصد
۱/۸۴	۲	۵	۱۷	۱۵	فراوانی
	۵/۱	۱۲/۸	۴۳/۶	۳۸/۵	درصد
۲/۵۳	۳	۲۰	۱۱	۵	فراوانی
	۷/۷	۵۱/۳	۲۸/۲	۱۲/۸	درصد
۲/۲۰	۴	۹	۱۷	۹	فراوانی
	۱۰/۳	۲۳/۱	۴۳/۶	۲۳/۱	درصد
۲/۲۸	۵	۱۰	۱۵	۹	فراوانی
	۱۲/۸	۲۵/۶	۳۸/۵	۲۳/۱	درصد
۳/۷۶	۳۰	۹	۰	۰	فراوانی
	۷۶/۹	۲۳/۱	۰	۰	درصد
۲/۰۲	۳	۷	۱۷	۱۲	فراوانی
	۷/۷	۱۷/۹	۴۳/۶	۳۰/۸	درصد
۱/۶۱	۲	۳	۱۲	۲۲	فراوانی
	۵/۱	۷/۷	۳۰/۸	۵۶/۴	درصد
۱/۳۳	۲	۱	۵	۳۱	فراوانی
	۵/۱	۲/۶	۱۲/۸	۷۹/۵	درصد
۳/۶۶	۲۹	۸	۱	۱	فراوانی
	۷۴/۴	۲۰/۵	۲/۶	۲/۶	درصد
۲/۵۸	۶	۱۴	۱۶	۳	فراوانی
	۱۵/۴	۳۵/۹	۴۱	۷/۷	درصد
۲/۴۳	۶	۱۴	۱۰	۹	فراوانی
	۱۵/۴	۳۵/۹	۲۵/۶	۲۳/۱	درصد
۳/۵۸	۲۸	۸	۱	۲	فراوانی
	۷۱/۸	۲۰/۵	۲/۶	۵/۱	درصد

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۲

جدول ۴- میزان تأثیرگذاری مشارکت در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی

میانگین	زیاد	متوسط	کم	هیچ	موارد
۲/۸۲	۶	۲۱	۱۱	۱	فراوانی
	۱۵/۴	۵۳/۸	۲۸/۲	۲/۶	درصد
۲/۷۹	۱۰	۱۵	۱۰	۴	فراوانی
	۲۵/۶	۳۸/۵	۲۵/۶	۱۰/۳	درصد
۲/۸۴	۱۲	۱۳	۱۰	۴	فراوانی
	۳۰/۸	۳۳/۳	۲۵/۶	۱۰/۳	درصد
۲/۵۱	۳	۱۸	۱۴	۴	فراوانی
	۷/۷	۴۶/۲	۳۵/۹	۱۰/۳	درصد
۲/۱۵	۲	۱۱	۱۷	۹	فراوانی
	۵/۱	۲۸/۲	۴۳/۶	۲۳/۱	درصد
۲/۷۶	۶	۲۱	۹	۳	فراوانی
	۱۵/۴	۵۳/۸	۲۳/۱	۷/۷	درصد
۲/۵۱	۸	۱۱	۱۳	۷	فراوانی
	۲۰/۵	۲۸/۲	۳۳/۳	۱۷/۹	درصد
۲/۴۶	۴	۱۶	۱۳	۶	فراوانی
	۱۰/۳	۴۱	۳۳/۳	۱۵/۴	درصد
۳/۵۸	۲۳	۱۶	۰	۰	فراوانی
	۵۹	۴۱	۰	۰	درصد
۲	۱	۱۰	۱۶	۱۲	فراوانی
	۲/۶	۵/۶	۴۱	۳۰/۸	درصد
۱/۸۴	۱	۱۰	۱۸	۱۴	فراوانی
	۲/۶	۱۵/۴	۴۶/۲	۳۵/۹	درصد
۱/۵۳	۱	۲	۱۴	۲۲	فراوانی
	۲/۶	۵/۱	۳۵/۹	۵۶/۴	درصد
۳/۵۸	۲۵	۱۲	۲	۰	فراوانی
	۶۴/۱	۳۰/۵	۵/۱	۰	درصد
۲/۵۸	۵	۱۵	۱۷	۲	فراوانی
	۱۲/۸	۳۸/۵	۴۳/۶	۵/۱	درصد
۲/۵۸	۵	۱۵	۱۷	۲	فراوانی
	۱۲/۸	۳۸/۵	۴۳/۶	۵/۱	درصد
۳/۴۳	۲۱	۱۴	۴	۰	فراوانی
	۵۳/۸	۳۵/۹	۱۰/۳	۰	درصد

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۲

مشارکت در سامان‌دهی بهداشت عمومی منطقه هنگام وقوع بلاهای طبیعی

با توجه به جدول (۵) چنین برداشت می‌شود که بر اساس نظر دهیاران، میزان مشارکتشان در سامان‌دهی بهداشت عمومی منطقه هنگام وقوع قحطی، کم‌آبی و بی‌آبی و تلفات جاده‌ای زیاد است و هنگام وقوع زمین‌لرزه، سیل، سیلاب، طغیان آب رودخانه‌ها، طوفان، گردبادهای شدید و بادهای شدید موسمی و فصلی، خشک‌سالی، انتقال بیماری، باران‌های سیل‌آسا، باران‌های شدید موسمی، برف سنگین، سرمازدگی، تگرگ، یخبندان فصلی و سرمای بی‌رویه، میزان مشارکتشان در سامان‌دهی بهداشت عمومی متوسط است.

جدول ۵- وضعیت مشارکت دهیاری‌ها در سامان‌دهی بهداشت عمومی منطقه هنگام وقوع بلاهای طبیعی

میانگین	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	موارد
۳/۰۵	۳	۱۰	۱۳	۱۰	۲	فراوانی
	۷/۹	۲۶/۳	۳۴/۲	۲۶/۳	۵/۳	درصد
۳/۳۴	۶	۱۱	۱۲	۸	۱	فراوانی
	۱۵/۸	۲۹/۹	۳۱/۶	۲۱/۱	۲/۶	درصد
۲/۶۸	۱	۹	۱۲	۹	۷	فراوانی
	۲/۶	۲۳/۷	۳۱/۶	۲۳/۷	۱۸/۴	درصد
۳	۱۰	۴	۱۰	۴	۱۰	فراوانی
	۲۶/۳	۱۰/۵	۲۶/۳	۱۰/۵	۲۶/۳	درصد
۳/۱۸	۷	۷	۱۲	۱۰	۲	فراوانی
	۱۸/۴	۱۸/۴	۳۱/۶	۲۶/۳	۵/۳	درصد
۳/۳۴	۱۱	۶	۱۰	۷	۴	فراوانی
	۲۸/۹	۱۵/۸	۲۶/۳	۱۸/۴	۱۰/۵	درصد
۲/۶۸	۲	۹	۱۲	۵	۱۰	فراوانی
	۵/۳	۲۳/۷	۳۱/۶	۱۴/۲	۲۶/۳	درصد
۲/۶۰	۳	۶	۱۱	۹	۹	فراوانی
	۷/۹	۱۵/۸	۲۸/۹	۲۳/۷	۲۳/۷	درصد
۴/۳۴	۲۰	۱۱	۷	۰	۰	فراوانی
	۵۲/۶	۲۸/۹	۱۸/۴	۰	۰	درصد

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۲

میزان رضایت روستاییان از مشارکت دهیاری‌ها در کاهش بحران‌های بهداشتی درمانی

در جدول (۶)، میزان رضایت روستاییان از میزان مشارکت دهیاری‌ها در کاهش بحران‌های بهداشتی درمانی ارزیابی شده است. با توجه به این جدول مشاهده می‌شود که روستاییان از میزان مشارکت دهیاری‌ها در زمینه‌های واکسیناسیون، ریشه‌کن کردن فقر شدید و گرسنگی، ترویج برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان روستایی، کاهش میزان مرگ‌ومیر کودکان، بهبود بهداشت مادران، بهداشت و تنظیم خانواده، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت دهان و دندان، تهیه و تدارک دارو، دسترسی به غذای مناسب و مدیریت سوء تغذیه و آزمون‌های غربالگری و برنامه‌های بیماری‌های هیچ رضایتی نداشته‌اند و رضایت آنان از مشارکت دهیاران در زمینه‌های بهداشت مدارس، مبارزه با ویروس و بیماری ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها کم است. همچنین رضایت روستاییان از مشارکت دهیاران در زمینه‌های بهداشت محیط، دسترسی به آب کافی با کیفیت مناسب و اطلاعات و آموزش‌های لازم به روستاییان برای محافظت خودشان متوسط است.

جدول ۶- نظر روستاییان در مورد میزان رضایتشان از مشارکت دهیاری‌ها در کاهش بحران‌های بهداشتی درمانی

میانگین	زیاد	متوسط	کم	هیچ	موارد	
					فراوانی	درصد
۱/۵۹	۲۴	۲۳	۶۵	۱۹۴	فراوانی	آزمون‌های غربالگری و برنامه‌های بیماری‌های
	۷/۸	۷/۵	۲۱/۲	۶۳/۴	درصد	
۱/۶۹	۴	۴۸	۱۰۶	۱۴۸	فراوانی	ریشه‌کن کردن فقر شدید و گرسنگی
	۱/۳	۱۵/۷	۳۴/۶	۴۸/۴	درصد	
۲/۰۴	۱۶	۸۷	۹۹	۱۰۴	فراوانی	ترویج برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان روستایی
	۵/۲	۲۸/۴	۳۲/۴	۳۴	درصد	
۱/۳۳	۱۸	۹	۲۹	۲۵۰	فراوانی	کاهش میزان مرگ‌ومیر کودکان
	۵/۹	۲/۹	۹/۵	۸۱/۷	درصد	
۱/۳۱	۲۱	۳	۲۷	۲۵۵	فراوانی	بهبود بهداشت مادران
	۶/۹	۱	۸/۸	۸۳/۳	درصد	
۲/۰۶	۲۰	۵۶	۱۵۳	۷۷	فراوانی	مبارزه با ویروس و بیماری ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها
	۶/۵	۱۸/۳	۵۰	۲۵/۲	درصد	
۱/۴۲	۱۹	۲۱	۳۰	۲۳۶	فراوانی	بهداشت و تنظیم خانواده
	۶/۲	۶/۹	۹/۸	۷۷/۱	درصد	
۲/۲۳	۳۲	۷۸	۱۲۵	۷۱	فراوانی	بهداشت مدارس
	۱۰/۵	۲۵/۵	۴۰/۸	۲۳/۲	درصد	
۲/۷۹	۳۹	۱۷۲	۸۸	۷	فراوانی	بهداشت محیط
	۱۲/۷	۵۶/۲	۲۸/۸	۲/۳	درصد	

ادامه جدول ۶-

۱/۱۷	۰	۲۲	۱۱	۲۷۳	فراوانی	بهداشت حرفه‌ای
	۰	۷/۲	۳/۶	۸۹/۲	درصد	
۱/۲۲	۰	۳۰	۹	۲۶۷	فراوانی	بهداشت دهان و دندان
	۰	۹/۸	۲/۹	۸۷/۳	درصد	
۱/۱۸	۰	۲۸	۲	۲۷۶	فراوانی	تهیه و تدارک دارو
	۰	۹/۲	۰/۷	۹۰/۲	درصد	
۲/۸۳	۲۴	۲۱۴	۶۰	۸	فراوانی	دسترسی به آب کافی باکیفیت مناسب
	۷/۸	۶۹/۹	۱۹/۶	۲/۶	درصد	
۱/۳۴	۱	۱۷	۶۹	۲۱۷	فراوانی	دسترسی به غذای مناسب و مدیریت سوء تغذیه
	۰/۳	۵/۶	۲۲/۷	۷۱/۴	درصد	
۱/۴۶	۱۱	۳۰	۴۹	۲۱۶	فراوانی	واکسیناسیون
	۳/۶	۹/۸	۱۶	۷۰/۶	درصد	
۲/۵۶	۲۱	۱۴۶	۱۲۵	۱۴	فراوانی	اطلاعات و آموزش‌های لازم به روستاییان برای محافظت خودشان
	۶/۹	۴۷/۷	۴۰/۸	۴/۶	درصد	

منبع: نگارندگان، ۱۳۹۲

آمار استنباطی و تحلیل میزان تأثیرگذاری دهیاری‌ها

در کاهش بحران‌های بهداشتی درمانی

فرضیه اول: دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی در منطقه‌ی مورد مطالعه مشارکت زیادی دارند. برای بررسی مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی از آزمون t یک نمونه‌ای استفاده شده است که نتایج حاصل در جدول (۷) بیان شده است. برای بررسی دقیق‌تر این موضوع، ابتدا مشارکت دهیاری‌ها در هر یک از طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی جداگانه بررسی و سپس مشارکت آنان به‌طور کلی ارزیابی شده است. با توجه به مقادیر p-value و میانگین نتیجه می‌گیریم که مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های ترویج برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان روستایی، بهداشت محیط، دسترسی به آب کافی باکیفیت مناسب، اطلاعات و آموزش‌های لازم به روستاییان برای محافظت خودشان زیاد بوده است و مشارکت آنان در طرح‌های آزمون‌های غربالگری و برنامه‌های بیماری‌یابی، ریشه‌کن کردن فقر شدید و گرسنگی، کاهش میزان مرگ‌ومیر کودکان، مبارزه با ویروس و بیماری ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها، بهداشت و تنظیم خانواده، بهداشت مدارس، دسترسی به غذای مناسب و مدیریت سوء تغذیه و واکسیناسیون در حد متوسط است. همچنین در طرح‌های بهبود بهداشت مادران، بهداشت حرفه‌ای، تهیه و تدارک دارو و بهداشت دهان و دندان،

مشارکت دهیاری‌ها کم بوده است. با توجه به سطر آخر جدول می‌توان نتیجه گرفت که مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی در حد متوسط است. متغیرهای مورد بررسی در برخی موارد وضعیت مناسبی را نشان می‌دهد. با وجود این ضعف‌هایی نیز مشاهده می‌شود که باید برای حل آن‌ها، میزان مشارکت دهیاران و تعامل با مردم روند بهتری به خود گیرد.

جدول ۷- نتایج آزمون t یک نمونه‌ای؛ بررسی مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی.

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	مقدار آماره آزمون	P-value	معناداری (P-value<0.05)
آزمون‌های غربالگری و برنامه‌های بیماری‌یابی	۲/۴۸	۰/۸۸	۳۸	-۰/۰۹	۰/۹۲	معنادار نیست
ریشه‌کن کردن فقر شدید و گرسنگی	۲/۷۱	۰/۸۸	۳۸	۱/۵۳	۰/۱۳	معنادار نیست
ترویج برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان روستایی	۲/۹۴	۰/۹۷	۳۸	۲/۸۸	۰/۰۰۶	معنادار است
کاهش میزان مرگ‌ومیر کودکان	۲/۲۸	۰/۸۵	۳۸	-۱/۵۸	۰/۱۲	معنادار نیست
بهبود بهداشت مادران	۱/۸۴	۰/۸۴	۳۸	-۴/۸۳	۰/۰۰۰	معنادار است
مبارزه با ویروس و بیماری ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها	۲/۵۳	۰/۸۲	۳۸	۰/۲۹	۰/۷۷	معنادار نیست
بهداشت و تنظیم خانواده	۲/۲۰	۰/۹۲	۳۸	-۱/۹۹	۰/۰۵۳	معنادار نیست
بهداشت مدارس	۲/۲۸	۰/۹۷	۳۸	-۱/۴۰	۰/۱۷۰	معنادار نیست
بهداشت محیط	۳/۷۶	۰/۴۲	۳۸	۱۸/۵۷	۰/۰۰۰	معنادار است
بهداشت حرفه‌ای	۲/۰۲	۰/۹۰	۳۸	-۳/۲۸	۰/۰۰۲	معنادار است
بهداشت دهان دندان	۱/۶۱	۰/۸۴	۳۸	-۶/۵۲	۰/۰۰۰	معنادار است
تهیه و تدارک دارو	۱/۳۳	۰/۷۷	۳۸	-۹/۴۳	۰/۰۰۰	معنادار است
دسترسی به آب کافی با کیفیت مناسب	۳/۶۶	۰/۶۶	۳۸	۱۱/۰۰	۰/۰۰۰	معنادار است
دسترسی به غذای مناسب و مدیریت سوء تغذیه	۲/۵۸	۰/۸۴	۳۸	۰/۶۶	۰/۵۱۴	معنادار نیست
واکسیناسیون	۲/۴۳	۱/۰۲	۳۸	-۰/۳۹	۰/۶۹۷	معنادار نیست
اطلاعات و آموزش‌های لازم به روستاییان برای محافظت خودشان	۳/۵۸	۰/۷۸	۳۸	۸/۶۶	۰/۰۰۰	معنادار است
پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی	۲/۵۲	۰/۵۲	۳۸	۰/۲۴	۰/۸۰۶	معنادار نیست

منبع: نگارندگان، ۱۳۹۲

فرضیه دوم: مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی تأثیر بسزایی در کاهش این بحران‌ها در منطقه مورد مطالعه داشته است. برای بررسی تأثیر مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی از آزمون t یک نمونه‌ای استفاده شده است که نتایج حاصل در جدول (۸) بیان شده است. برای بررسی دقیق‌تر این موضوع، ابتدا تأثیر مشارکت دهیاری‌ها در هر یک از طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی جداگانه بررسی و سپس تأثیر مشارکت آنان را به‌طور کلی ارزیابی می‌کنیم. با توجه به مقادیر p-value و میانگین، نتیجه می‌گیریم که تأثیر مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های ترویج برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان روستایی، آزمون‌های غربالگری و برنامه‌های بیماری‌یابی، مبارزه با ویروس و بیماری ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها، بهداشت محیط، دسترسی به آب کافی با کیفیت مناسب و اطلاعات و آموزش‌های لازم به روستاییان برای محافظت خودشان زیاد بوده است. همچنین تأثیر مشارکت آنان در طرح‌های بهبود بهداشت مادران، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت دهان و دندان و تهیه و تدارک دارو کم بوده است. با توجه به سطر آخر جدول می‌توان نتیجه گرفت که تأثیر مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی چشمگیر بوده است. بر این اساس دهیاران در طرح‌های پیشگیری مثبت عمل کرده‌اند که این عملکرد مثبت شاید به دلیل وظایف اجرایی آن‌ها بوده که جایگاه و نقش آن‌ها را روشن‌تر می‌کند.

جدول ۸- نتایج آزمون t یک نمونه‌ای؛ مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	مقدار آماره آزمون	p-value	معناداری P- (value<0.05)
آزمون‌های غربالگری و برنامه‌های بیماری‌یابی	۲/۸۲	۰/۷۲	۳۸	۲/۷۷	۰/۰۰۸	معنادار است
ریشه‌کن کردن فقر شدید و گرسنگی	۲/۷۹	۰/۹۵	۳۸	۱/۹۳	۰/۰۶	معنادار نیست
ترویج برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان روستایی	۲/۸۴	۰/۹۸	۳۸	۲/۱۸	۰/۰۳	معنادار است
کاهش میزان مرگ‌ومیر کودکان	۲/۵۱	۰/۷۹	۳۸	۰/۱۰	۰/۹۲	معنادار نیست
بهبود بهداشت مادران	۲/۱۵	۰/۸۴	۳۸	-۲/۵۶	۰/۰۱	معنادار است
مبارزه با ویروس و بیماری ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها	۲/۷۶	۰/۸۰	۳۸	۲/۰۷	۰/۰۴	معنادار است
بهداشت و تنظیم خانواده	۲/۵۱	۱/۰۲	۳۸	۰/۰۷	۰/۹۳	معنادار نیست
بهداشت مدارس	۲/۴۶	۰/۸۸	۳۸	-۰/۲۷	۰/۷۸	معنادار نیست
بهداشت محیط	۳/۵۸	۰/۴۹	۳۸	۱۳/۶۵	۰/۰۰۰	معنادار است
بهداشت حرفه‌ای	۲	۰/۸۲	۳۸	-۳/۷۷	۰/۰۰۱	معنادار است

ادامه جدول ۸-

بهداشت دهان دندان	۱/۸۴	۰/۷۷	۳۸	-۵/۳۴	۰/۰۰۰	معنادار است
تهیه و تدارک دارو	۱/۵۳	۰/۷۱	۳۸	-۸/۳۴	۰/۰۰۰	معنادار است
دسترسی به آب کافی با کیفیت مناسب	۳/۵۸	۰/۵۹	۳۸	۱۱/۴۴	۰/۰۰۰	معنادار است
دسترسی به غذای مناسب و مدیریت سوء تغذیه	۲/۵۸	۰/۷۸	۳۸	۰/۷۱	۰/۴۸	معنادار نیست
واکسیناسیون	۲/۵۸	۰/۷۸	۳۸	۰/۷۱	۰/۴۸	معنادار نیست
اطلاعات و آموزش‌های لازم به روستاییان برای محافظت خودشان	۳/۴۳	۰/۶۸	۳۸	۸/۵۹	۰/۰۰۰	معنادار است
تأثیر مشارکت در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی	۴/۶۷	۱/۰۰۲	۳۸	۱۳/۵۲	۰/۰۰۰	معنادار است

منبع: نگارندگان، ۱۳۹۲

فرضیه‌ی سوم: به نظر می‌رسد که مشارکت دهیاری‌ها بر سامان‌دهی بهداشت عمومی منطقه هنگام وقوع بلاهای طبیعی، زیاد است. برای بررسی مشارکت دهیاری‌ها در این زمینه، از آزمون t یک نمونه‌ای استفاده شده است که نتایج حاصل در جدول (۹) بیان شده است. برای بررسی دقیق‌تر این مورد، ابتدا مشارکت دهیاری‌ها بر سامان‌دهی بهداشت عمومی منطقه، هنگام وقوع هر یک از بلاهای طبیعی جداگانه بررسی و سپس مشارکت آنان به‌طور کلی ارزیابی شده است. با توجه به مقادیر p-value و میانگین، نتیجه می‌گیریم که مشارکت دهیاری‌ها بر سامان‌دهی بهداشت عمومی منطقه هنگام وقوع قحطی، کم‌آبی و بی‌آبی زیاد بوده است و مشارکت آنان بر سامان‌دهی بهداشت عمومی منطقه هنگام وقوع زمین‌لرزه، سیل، سیلاب، طغیان آب رودخانه‌ها، طوفان، گردبادهای شدید و بادهای شدید موسمی و فصلی، خشک‌سالی، انتقال بیماری، تلفات جاده‌ای، باران‌های سیل‌آسا، باران‌های شدید موسمی، سرمازدگی، تگرگ، یخبندان فصلی و سرمای بی‌رویه در حد متوسط است. با توجه به سطر آخر جدول می‌توان نتیجه گرفت که مشارکت دهیاری‌ها بر سامان‌دهی بهداشت عمومی منطقه هنگام وقوع بلاهای طبیعی در حد متوسط بوده است.

جدول ۹- نتایج آزمون t یک نمونه‌ای؛ مشارکت دهیاری‌ها بر سامان‌دهی بهداشت عمومی منطقه هنگام وقوع بلاهای طبیعی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	مقدار آماره آزمون	p-value	معناداری (P-value<0.05)
زمین لرزه	۳/۰۵	۱/۰۳	۳۸	۰/۳۱	۰/۷۵	معنادار نیست
سیل، سیلاب، طغیان آب رودخانه‌ها	۳/۳۴	۱/۰۷	۳۸	۱/۹۶	۰/۰۵۷	معنادار نیست
طوفان، گردبادهای شدید و بادهای شدید موسمی و فصلی	۲/۶۸	۱/۱۱	۳۸	-۱/۷۴	۰/۰۹	معنادار نیست
خشک‌سالی	۳	۱/۵۴	۳۸	۰/۰۰۰	۱	معنادار نیست
انتقال بیماری	۳/۱۸	۱/۱۸	۳۸	۰/۹۶۱	۰/۳۴	معنادار نیست
تلفات جاده‌ای	۳/۳۴	۱/۳۶	۳۸	۱/۵۴۹	۰/۱۳	معنادار نیست
باران‌های سیل‌آسا، باران‌های شدید موسمی	۲/۶۸	۱/۲۵	۳۸	-۱/۵۵۲	۰/۱۲	معنادار نیست
سرمزدگی، نگرگ، یخبندان فصلی و سرمای بی‌رویه	۲/۶۰	۱/۲۴	۳۸	-۱/۹۵	۰/۰۵۸	معنادار نیست
قحطی، کم‌آبی و بی‌آبی	۴/۳۴	۰/۷۸	۳۸	۱۰/۵۹	۰/۰۰۰	معنادار است
مشارکت دهیاری‌ها بر سامان‌دهی بهداشت عمومی هنگام وقوع بلاهای طبیعی	۳/۱۳	۱/۰۴	۳۸	۰/۸۰	۰/۴۲	معنادار نیست

منبع: نگارندگان، ۱۳۹۲

فرضیه چهارم: به نظر می‌رسد که میزان رضایت روستاییان منطقه از مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی در منطقه‌ی مورد مطالعه، زیاد است.

برای بررسی میزان رضایت روستاییان منطقه از مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی از آزمون t یک نمونه‌ای استفاده شده است که نتایج حاصل در جدول (۱۰) بیان شده است. برای بررسی دقیق‌تر این موضوع، ابتدا میزان رضایت روستاییان از مشارکت دهیاری‌ها در هر یک از طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی جداگانه بررسی و سپس رضایت آنان به‌طور کلی ارزیابی شده است که نتایج حاصل در سطر آخر جدول بیان شده است. با توجه به مقادیر p-value و میانگین نتیجه می‌گیریم که رضایت روستاییان از مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های مربوط به دسترسی به آب کافی با کیفیت مناسب و بهداشت محیط، زیاد بوده است. همچنین در زمینه آزمون‌های غربالگری و برنامه‌های بیماری‌یابی، ریشه‌کن کردن فقر شدید و گرسنگی، ترویج برابری جنسیتی و

توانمندسازی زنان روستایی، کاهش میزان مرگ‌ومیر کودکان، بهبود بهداشت مادران، مبارزه با ویروس و بیماری ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها، بهداشت و تنظیم خانواده، بهداشت مدارس، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت دهان و دندان، تهیه و تدارک دارو، واکسیناسیون و دسترسی به غذای مناسب و مدیریت سوء‌تغذیه، میزان رضایت روستاییان از مشارکت دهیاری‌ها کم بوده است.

با توجه به سطر آخر جدول می‌توان نتیجه گرفت که میزان رضایت روستاییان منطقه از مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی، مناسب است. بر این اساس رضایت مردم از مشارکت دهیاری‌ها مناسب و مطلوب است، چرا که روند تأثیرگذاری در متغیرهای مختلف چنین موضوعی را نشان می‌دهد. رضایت مردم از چنین وضعیتی به‌خودی‌خود در توسعه‌ی جایگاه دهیاری‌ها و تشویق آن‌ها برای بهبود عملکرد مؤثر است.

جدول ۱۰- نتایج آزمون t یک نمونه‌ای؛ میزان رضایت روستاییان منطقه از مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی - درمانی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	مقدار آماره آزمون	p-value	معناداری p- (value<0.05)
آزمون‌های غربالگری و برنامه‌های بیماری‌یابی	۱/۵۷	۰/۹۴	۳۰۹	-۱۷/۲۶	۰/۰۰۰	معنادار است
ریشه‌کن کردن فقر شدید و گرسنگی	۱/۶۷	۰/۷۹	۳۰۹	-۱۸/۱۹	۰/۰۰۰	معنادار است
ترویج برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان روستایی	۲/۰۲	۰/۹۳	۳۰۹	-۸/۹۷	۰/۰۰۰	معنادار است
کاهش میزان مرگ‌ومیر کودکان	۱/۳۱	۰/۸۰	۳۰۹	-۲۵/۹۳	۰/۰۰۰	معنادار است
بهبود بهداشت مادران	۱/۲۹	۰/۸۱	۳۰۹	-۲۶/۰۲	۰/۰۰۰	معنادار است
مبارزه با ویروس و بیماری ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها	۲/۰۳	۰/۸۶	۳۰۹	-۹/۵۰	۰/۰۰۰	معنادار است
بهداشت و تنظیم خانواده	۱/۴۰	۰/۸۷	۳۰۹	-۲۱/۹۷	۰/۰۰۰	معنادار است
بهداشت مدارس	۲/۲۰	۰/۹۵	۳۰۹	-۵/۴۸	۰/۰۰۰	معنادار است
بهداشت محیط	۲/۷۵	۰/۷۴	۳۰۹	۶/۰۷	۰/۰۰۰	معنادار است
بهداشت حرفه‌ای	۱/۱۶	۰/۵۵	۳۰۹	-۴۲/۴۹	۰/۰۰۰	معنادار است
بهداشت دهان و دندان	۱/۲۰	۰/۶۲	۳۰۹	-۳۶/۵۵	۰/۰۰۰	معنادار است
تهیه و تدارک دارو	۱/۱۷	۰/۵۹	۳۰۹	-۳۹/۳۷	۰/۰۰۰	معنادار است
دسترسی به آب کافی با کیفیت مناسب	۲/۷۹	۰/۶۷	۳۰۹	۷/۷۱	۰/۰۰۰	معنادار است

ادامه جدول ۱۰-

دسترسی به غذای مناسب و مدیریت سوء تغذیه	۱/۳۲	۰/۶۲	۳۰۹	-۳۳/۳۰	۰/۰۰۰	معنادار است
واکسیناسیون	۱/۴۴	۰/۸۲	۳۰۹	-۲۲/۴۹	۰/۰۰۰	معنادار است
اطلاعات و آموزش‌های لازم به روستاییان برای محافظت خودشان	۲/۵۳	۰/۷۴	۳۰۹	۰/۸۴	۰/۴۰۲	معنادار نیست
رضایت روستاییان منطقه از مشارکت دهیاری‌ها در پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی	۱/۷۴	۰/۵۸	۳۰۹	-۲۲/۵۷	۰/۰۰۰	معنادار است

منبع: نگارندگان، ۱۳۹۲

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

ارزیابی مدیریت در هر سیستم و سطحی سبب توسعه و بهبود آن سیستم خواهد بود. مدیریت روستایی، خصوصاً دهیاری‌ها نیز با توجه به گذشت بیش از یک دهه از این موضوع میرا نیستند. بررسی تأثیرگذاری دهیاری به‌عنوان نهاد اجرایی در ابعاد مختلف، به مشخص شدن نقاط قوت و ضعف آن‌ها خواهد انجامید. از طرف دیگر ایجاد دهیاری‌ها مسلماً تسهیلات و امکانات زیادی را برای روستاییان فراهم آورده که این تسهیلات می‌تواند باعث مرتفع شدن بسیاری از مسایل و مشکلات شود. یکی از موارد مهم که روستاییان و دهیاری‌ها به‌ویژه در مناطق محروم با آن روبه‌رو هستند، بحث پیشگیری از مسائل بهداشتی- درمانی است که با توجه به ضعف ساختاری از لحاظ بهداشتی و محیطی، بیش‌تر این روستاها با آن مواجه هستند. از این‌رو دهیاری‌ها تأثیر مثبتی در این زمینه در راستای فرهنگ‌سازی و پیشگیری از این مسائل می‌توانند داشته باشند.

نتیجه نشان داد که مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های روستایی، بهداشت محیط، دسترسی به آب کافی با کیفیت مناسب، اطلاعات و آموزش‌های لازم به روستاییان برای محافظت خودشان وضعیت خوبی را داشته و مشارکت آنان در طرح‌های آزمون‌های غربالگری و برنامه‌های بیماری‌یابی، مبارزه با ویروس و بیماری ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها، بهداشت و تنظیم خانواده، بهداشت مدارس، واکسیناسیون، در حد متوسط و همچنین در طرح‌های بهبود بهداشت مادران، بهداشت دهان و دندان، مشارکت دهیاری‌ها کم بوده است. به‌طور کلی مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی در حد متوسط است.

نتایج تحقیق فال سلیمان و همکاران (۱۳۹۱) و کریمی (۱۳۸۶) هرچند به صورت کلی به ارزیابی دهیاران توجه داشته‌اند، تا حدودی این تحقیقات، نتایج این پژوهش را تأیید می‌کند که دهیاری‌ها در

جامعه‌ی روستایی مشارکت مطلوبی داشته‌اند و با توجه به عملکرد کالبدی، فرهنگی، زیست‌محیطی بررسی شده در این تحقیقات، مشارکت آن‌ها در راستای پیشگیری بحران‌های بهداشتی - درمانی نیز مثبت است.

همچنین در این زمینه که مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی تأثیر بسزایی در کاهش این بحران‌ها در منطقه داشته است یا نه، نیز مورد آزمون قرار گرفت. تأثیر مشارکت دهیاری‌ها در آزمون‌های غربالگری و برنامه‌های بیماری‌یابی، مبارزه با ویروس و بیماری ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها، بهداشت محیط، دسترسی به آب کافی با کیفیت مناسب و اطلاعات و آموزش‌های لازم به روستاییان برای محافظت خودشان مطلوب است.

به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که تأثیر مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی چشمگیر بوده است. رضوانی و همکاران (۱۳۹۲) و ریاحی و کرمی‌نسب (۱۳۹۲) نیز هرچند به صورت کلی دهیاری‌ها را ارزیابی کرده‌اند، می‌توان گفت با توجه به تأثیرگذاری مشارکت دهیاری‌ها در ابعاد مختلف، مسلماً در کاهش مسایل و از جمله بحران‌های بهداشتی نیز تأثیر بسزایی داشته‌اند. مشارکت دهیاری‌ها بر سامان‌دهی بهداشت عمومی منطقه هنگام وقوع بلاهای طبیعی، مناسب بوده است. همچنین مشارکت آنان بر سامان‌دهی بهداشت عمومی منطقه هنگام وقوع زمین‌لرزه، سیل، سیلاب، طغیان آب رودخانه‌ها، طوفان، گردبادهای شدید و بادهای شدید موسمی و فصلی، خشک‌سالی، انتقال بیماری، تلفات جاده‌ای، باران‌های سیل‌آسا، باران‌های شدید موسمی، سرمازدگی، تگرگ، یخبندان فصلی و سرمای بی‌رویه، در حد متوسط هست. به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که مشارکت دهیاری‌ها بر سامان‌دهی بهداشت عمومی منطقه هنگام وقوع بلاهای طبیعی در حد متوسط بوده است. تحقیق قاسمی و رضوانی (۱۳۸۸) و فال سلیمان و همکاران (۱۳۹۱) که به مسایل محیطی روستاها با تأثیرگذاری دهیاری‌ها توجه کرده‌اند نیز تا حدودی این موضوع را تأیید می‌کند.

میزان رضایت روستاییان منطقه از مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی نیز بررسی شد. نتیجه نشان داد که رضایت روستاییان از مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های مربوط به دسترسی به آب کافی با کیفیت مناسب و بهداشت محیط زیاد بوده و همچنین در زمینه‌ی بهبود بهداشت مادران، مبارزه با ویروس و بیماری ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها، بهداشت و تنظیم خانواده، بهداشت دهان و دندان، تهیه و تدارک دارو و واکسیناسیون، میزان رضایت روستاییان از مشارکت دهیاری‌ها کم بوده است. در نتیجه روستاییان منطقه از مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی رضایت دارند. نتایج تحقیق مطیعی لنگرودی و همکاران (۱۳۹۰) که عملکرد دهیاری‌ها را از دیدگاه روستاییان بررسی کرده‌اند، نتیجه‌ی این بخش از تحقیق را تأیید می‌کند که روستاییان از عملکرد دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی - درمانی رضایت دارند.

با توجه به نتایج بیان شده، دهیاری‌ها در مدیریت و کاهش بحران‌ها و مسایل بهداشتی - درمانی در بسیاری از زمینه‌ها مؤثر بوده‌اند که این تأثیرگذاری بیش‌تر از طریق آگاهی مردم، مشارکت آن‌ها در برنامه‌ها، فرهنگ‌سازی مناسب، ارتقای جایگاه بهداشتی در بین روستاییان و ... انجام گرفته است.

پیشنهادها

- برای بهبود وضعیت حاضر و با توجه به نتایج به دست آمده چند پیشنهاد ارائه می‌شود.
- ارائه آموزش‌های لازم به روستاییان در مواجهه با مسایل بهداشتی مختلف از جمله هنگام انواع طوفان‌های محیطی منطقه؛
- تمرکز بر زنان روستایی و برنامه‌ریزی بیش‌تر برای آن‌ها با توجه به تأثیرگذاری آن‌ها در بنیان خانواده؛
- راه‌اندازی مراکز درمانی سیار در روستاهای منطقه برای مرتفع‌سازی مسایل بهداشتی حاد؛
- مشارکت مردم در طرح‌های بهداشتی و تشویق آن‌ها از طریق بسترسازی لازم؛
- تعریف بودجه‌ی خاص برای حل مسایل محیطی و بهداشتی در روستاهای منطقه؛
- همکاری مراکز بهداشت و درمانی برای توسعه‌ی بهداشتی روستاها؛
- برطرف کردن محدودیت‌ها و چالش‌های موجود در زمینه‌ی تسهیلات بهداشتی - درمانی؛
- پایین آوردن و به تعادل کشاندن هزینه‌ی خدمات بهداشتی - درمانی برای استقبال روستاییان؛

منابع

۱. آزاد ارمکی، تقی و غلامرضا خوش‌فر. (۱۳۹۱). دهیاری‌ها و توسعه‌ی بازارهای محلی روستایی. تهران، انتشارات استاد مطهری (معاونت پژوهشی پژوهشکده‌ی مدیریت شهری و روستایی سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور).
۲. ازکیا، مصطفی و غلامرضا غفاری. ۱۳۹۱. توسعه‌ی روستایی با تأکید بر جامعه‌ی روستایی ایران. تهران، نشر نی.
۳. استعلاجی، علیرضا. ۱۳۹۱. بررسی مدیریت روستایی در ایران با تأکید بر مدیریت محلی و مشارکتی دهیاری‌ها، نشریه‌ی جغرافیا، شماره‌ی ۳۲، صص ۲۳۹-۲۵۸.
۴. پژوهشکده‌ی مدیریت شهری و روستایی. (۱۳۹۰). مدیریت روستایی. تهران، نشر پژوهشکده مدیریت شهری و روستایی (سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور).
۵. تقدیسی، احمد؛ فرشاد سوری؛ اسکندر صیدایی و زینب کاظمی. ۱۳۹۰. بررسی و تحلیل میزان عملکرد دهیاران در مدیریت روستایی (مطالعه‌ی موردی: بخش کونانی شهرستان کوه دشت)، نشریه‌ی مدیریت شهری، شماره ۲۸، صص ۱۵۷-۱۷۴.

۶. رضوانی، محمدرضا؛ سمیه محمدی و صدیقه پیری. ۱۳۹۲. ارزیابی عملکرد دهیاری‌ها با استفاده از مدل چارچوب عمومی ارزیابی (مطالعه‌ی موردی: شهرستان دهلران)، نشریه‌ی پژوهش‌های جغرافیای انسانی، شماره‌ی ۴۵، صفحات ۲۱۶-۱۹۹.
۷. رکن‌الدین افتخاری، عبدالرضا و عبدالله سجاسی. ۱۳۸۶. نگرشی نو به مدیریت روستایی با تأکید بر نهادهای تأثیرگذار، فصل‌نامه علمی - پژوهشی روستا و توسعه، سال ۱۰، شماره ۲، صفحات ۶۷-۵۴.
۸. ریاحی، وحید و صدیقه کرمی نسب. ۱۳۹۲. ارزیابی عملکرد دهیاری‌ها در توسعه‌ی کالبدی- فضایی سکونت‌گاه‌های روستایی (مطالعه موردی: بخش کردیان- شهرستان چهرم)، نشریه‌ی برنامه‌ریزی منطقه‌ای، شماره‌ی ۱۲، صفحات ۷۰-۶۱.
۹. سازمان جغرافیایی نیروهای مسلح. ۱۳۸۸. فرهنگ جغرافیایی آبادی‌های کشور استان خراسان جنوبی (شهرستان نهبندان). تهران، نشر سازمان جغرافیایی نیروهای مسلح.
۱۰. صیدالی، محسن؛ غلام صادقی و زهرا میرزایی. ۱۳۹۰. جایگاه مدیریت در پیشبرد اهداف توسعه‌ی روستایی (مطالعه‌ی موردی: روستای جوانمردی (لردگان))، فصل‌نامه‌ی برنامه‌ریزی منطقه‌ای، شماره‌ی ۲، صفحات ۹۱-۷۹.
۱۱. فال سلیمان، محمود؛ حجت‌الله صادقی؛ محمود مرادی و غلامرضا کاووسی. ۱۳۹۱. بررسی و ارزیابی عملکرد دهیاران در فرآیند مدیریت و توسعه‌ی روستایی، نشریه‌ی پژوهش و برنامه‌ریزی روستایی، شماره اول، صص ۷۳-۹۵.
۱۲. فیروزآبادی، سیداحمد. ۱۳۸۸. بررسی میزان رضایت‌مندی روستاییان از عملکرد دهیاری‌ها. تهران، نشر پژوهشکده‌ی مدیریت شهری و روستایی سازمان شهرداری‌های و دهیاری‌های کشور.
۱۳. قاسمی بادی، حمیدرضا. ۱۳۸۸. تحلیل عملکرد دهیاری‌ها در توسعه‌ی روستایی (مطالعه‌ی موردی: روستاهای بخش امامزاده، شهرستان نطنز). پایان‌نامه‌ی دوره کارشناسی ارشد، استاد راهنما دکتر محمدرضا رضوانی، دانشگاه تهران، دانشکده جغرافیا.
۱۴. کریمی، محمد. ۱۳۸۶. ارزیابی عملکرد دهیاری‌ها در توسعه‌ی روستایی (مطالعه‌ی موردی: بخش کندوان در شهرستان میانه). پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، استاد راهنما محمدحسین پاپلی یزدی، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
۱۵. مرکز آمار ایران. ۱۳۹۰. سرشماری نفوس و مسکن. تهران.
۱۶. مطیعی لنگرودی، حسن؛ زهرا بخشی و خدیجه بوزرجمهری. ۱۳۹۰. ارزشیابی عملکرد دهیاری‌ها از دیدگاه روستاییان دهستان بیهق شهرستان سبزوار، نشریه‌ی جغرافیا و توسعه‌ی ناحیه‌ای، شماره‌ی ۱۶، صفحات ۵۵-۳۶.
۱۷. معاونت برنامه‌ریزی استانداری خراسان جنوبی. ۱۳۸۷. گزارش اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی شهرستان نهبندان، بیرجند، نشر معاونت برنامه‌ریزی استانداری.
۱۸. نایبچی، مصطفی. ۱۳۸۸. نقش آموزش دهیاران در توسعه روستایی (مطالعه موردی: دهیاری‌های بخش چمستان شهرستان نور)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، استاد راهنما بیژن رحمانی، دانشگاه شهید بهشتی تهران، دانشکده علوم زمین.

۱۹. نوذریور، علی. ۱۳۸۴. دهیاری‌ها بهترین الگو برای شکل‌گیری مدیریت روستایی در کشور، سایت نمایه (مقالات فارسی)، دانشگاه تربیت مدرس.
۲۰. هاشمی، سعید. ۱۳۹۰. تبیین نقش دهیاری‌ها و شوراهای اسلامی در توسعه کارآفرینی روستایی (مطالعه‌ی موردی: بهاباد استان یزد)، نشریه‌ی پژوهش‌های روستایی، شماره‌ی ۱، صفحات ۱۱۳-۹۳.
۲۱. همدمی مقدم، یلدا. ۱۳۸۶. ارزیابی عملکرد شوراهای اسلامی روستا در توسعه‌ی روستایی و عوامل مؤثر بر عملکرد آن (مطالعه‌ی موردی: دهستان آلاداغ بجنورد)، پایان‌نامه دوره کارشناسی‌ارشد، استاد راهنما دکتر مهدی طاهرخانی، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
۲۲. یعقوبی، جعفر؛ ابوالفضل رنجور و زهرا خشنودی‌فر. ۱۳۹۱. تحلیل پیش‌برنده در اجرای موفقیت طرح به‌سازی و نوسازی مسکن روستایی، نشریه جغرافیا و توسعه، شماره ۳۲، صفحات ۱۶۲-۱۴۹.
23. Cochrane, P. 2010. Forestry and rural development: exploring the context as well as the product, Ecological Economics research Trends Book, Chapter 9, Nova science publishers Inc, Hauppauge, New York.
24. Kerr, Kenneth 2011. Repercussion de la reforme de securite sociale sur le monde rural seminaries de gulf, universite de gulf.
25. Moseley, Malcolm, 2003. Rural Development Principles and practice, sage publications, London.
26. Oddershaede, A. Arias and Cancino, H. 2010. Rural development decision support using the Analytic Hierarchy process, Mathematical and computer Modeling, 46(7-8).
27. Walker, Daniel H. 2010. Decision support, learning and rural resource management, Agriculture System, 73: 113-127.

