

بررسی تأثیر حضور گردشگران بر سلامت اجتماعی جوامع میزبان (مطالعه موردی: روستاهای نمونه گردشگری شهرستان بینالود)

طاهره صادقلو^۱، استادیار گروه جغرافیا، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد
میترا یاراحمدی، دانشجوی کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه
فردوسی مشهد، مشهد

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۶/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۸/۲۱

چکیده

هدف در کنار اثرات و منافع اقتصادی حاصل از صنعت گردشگری به‌عنوان رویکردی نوین در توسعه، تحولات اجتماعی و به تبع آن ارتقای سلامت اجتماعی جوامع گردشگرپذیر که متناسب با توزیع اثرات حاصل از گردشگری در گروه‌های مختلف، درجات و سطوح مختلفی تجربه می‌شود، از اهمیت بسیاری برخوردار است. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر حضور گردشگران در روستا بر سلامت اجتماعی جوامع میزبان (روستاییان) می‌باشد.

این پژوهش از نظر ماهیت و هدف در زمره تحقیقات کاربردی و از جهت روش، در زمره تحقیقات توصیفی-پیمایشی به شمار می‌آید. جامعه آماری این پژوهش، روستاییان ساکن در روستاهای گردشگرپذیر شهرستان بینالود می‌باشد. جمع‌آوری داده‌ها به دو روش کتابخانه‌ای و مطالعه میدانی با بهره‌گیری از ابزار پرسش‌نامه صورت گرفته است. به منظور تحلیل داده‌ها نیز از نرم‌افزار آماری SPSS22 و با توجه به غیر نرمال بودن داده‌ها از آزمون‌های آماری یومن-وایت نی، کروسکال-والیس و فریدمن استفاده شده است.

یافته‌ها و نتایج حاصل از مطالعات صورت گرفته به طور کلی بیانگر تأثیر بالاتر از حد متوسط گردشگری و حضور گردشگران در روستاهای مورد مطالعه بر سلامت جامعه در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، محیطی و فردی روانی می‌باشد که این تأثیرگذاری بر اقبال درگیر در کسب و کارهای گردشگری و یا کسانی که مستقیماً با گردشگران در ارتباط بوده اند از سایر روستاییان نمود بیشتری داشته است.

واژگان کلیدی: گردشگری روستایی، توسعه روستایی، سلامت اجتماعی، شهرستان بینالود.

مقدمه

یکی از راهکارهای توجه به روستاها و محرومیت زدایی از آن‌ها، کمک به حفظ و گسترش جاذبه‌های مورد علاقه گردشگران در روستا و توسعه صنعت گردشگری روستایی می‌باشد (راسق فزلباش، ۱۳۸۸: ۹۹). گردشگری روستایی از طریق ایجاد فرصت‌های شغلی جدید، افزایش سطح درآمد روستاییان، افزایش سطح آگاهی روستاییان، ایجاد زمینه‌های تعاملات فرهنگی، خروج روستاهای منزوی و دور افتاده از انزوا، افزایش اهمیت حفظ محیط زیست در نزد روستاییان، اهمیت یافتن فرهنگ و سنت‌های بومی، بهبود خدمات رفاهی و بهداشتی در روستاها و.... زمینه‌های بهبود کیفیت زندگی روستاییان و توسعه روستایی را فراهم می‌سازد (بابا خانزاده، ۱۳۹۲: ۱۴۷).

اما در میان تأثیرات مختلف گردشگری بر جوامع روستایی، تأثیرات اجتماعی _ فرهنگی آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. چرا که اثرات اجتماعی و فرهنگی گردشگری شیوه‌هایی هستند که در آن گردشگری تغییراتی را در نظام‌های ارزشی، رفتار افراد، روابط خانواده ها، سبک زندگی جمعی، مراسم سنتی و سازمان‌های اجتماعی ایجاد می‌کند (رضوانی، ۱۳۹۴، ۸۹) و می‌تواند بازخورد مستقیمی در بقا و تداوم جاذبه‌های فرهنگی و ارزش‌های بومی و به عبارتی در تداوم گردشگری داشته باشد. به عبارتی دیگر توسعه صنعت گردشگری به عنوان یک فعالیت پررونق علاوه بر اینکه بعد اقتصادی، روان‌شناختی، محیطی، فرهنگی و نهادی جوامع روستایی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، توسعه اجتماعی مناطق روستایی را به واسطه تغییر در نظام‌های ارزشی، رفتار فرد، روابط خانواده، سبک زندگی جمعی، ارتقای رضایتمندی، کاهش اختلافات و تعارضات، تقویت مشارکت اجتماعی، عدالت اجتماعی، اشتغال‌زایی، مسئولیت‌پذیری و تقویت تعاون اجتماعی مورد تغییر و تحول قرار می‌دهد (حیدری ساربان، ۱۳۹۴: ۱۷۲).

اما باید به این نکته نیز توجه داشت که گردشگری روستایی در کنار اثرات مثبت، می‌تواند اثرات اجتماعی منفی از جمله: کلاسی شدن فرهنگ، افزایش جرم و جنایت، رواج مصرف مواد مخدر، تغییر در ارزش‌های فرهنگی و مذهبی جامعه میزبان و... در پی داشته باشد (گارتنر^۱، ۱۹۹۶: ۱۶۷). مطالعات صورت گرفته

^۱. Gartner

درباره اثرات گردشگری بر روی مردم محلی جوامع مختلف نیز تأکیدی بر این مدعا است که گردشگری اثرات مثبت و منفی، ویژه و جامعه‌شناسانه‌ای در جامعه میزبان دارد. به عنوان مثال نتایج مطالعاتی که ضیایی و ترابیان در سال ۱۳۸۹ نسبت به سنجش سطوح قابل قبول اثرات اجتماعی منفی دیدارکنندگان بر روی جوامع محلی حوزه تالاب پریشان، انجام داده است، بیانگر آن است که با توجه به ترکیب سنی جوان ساکن منطقه و بالا بودن نرخ بیکاری، مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی به عنوان مهم‌ترین معضلات اجتماعی حاصل از ورود گردشگران به نواحی روستایی این منطقه می‌باشد (ضیایی و ترابیان، ۱۳۸۹: ۲۰۵). همچنین نتایج مطالعات حیدری ساریان (۱۳۹۴) بیانگر آن است که حضور گردشگران در مناطق روستایی شهرستان مشکین‌شهر سبب تقویت زیرساخت‌های آموزشی، توانمندسازی، افزایش انسجام اجتماعی، رضایت از زندگی، دسترسی به خدمات اجتماعی، امنیت شغلی و... شده است (حیدری ساریان، ۱۳۹۴: ۱۷۱).

نواحی روستایی شهرستان بینالود، با توجه به مجاورت و نزدیکی به شهر زیارتی مشهد و نیز برخورداری از جاذبه‌های طبیعی، فرهنگی و هنری فراوان، به لحاظ ویژگی‌های بوم‌شناختی و فضای شرایط مساعدی را برای گذران اوقات فراغت انبوه گردشگرانی که به این استان سفر می‌کنند، فراهم کرده است (کدپور، ۱۳۹۶: ۸). ورود گردشگران به مناطق روستایی این شهرستان، همانند سایر مناطق روستایی، آثار و پیامدهای اقتصادی، زیست محیطی و اجتماعی- فرهنگی مثبت و منفی را به همراه داشته است که مطالعات بسیار متمرکزی در این منطقه بدان پرداخته است.

کاهش اثرات منفی و تقویت اثرات مثبت گردشگری می‌تواند ضمن تضمین پایداری صنعت گردشگری، سبب پایداری توسعه جوامع محلی میزبان شود. لذا با توجه به نقش و اهمیت سلامت اجتماعی به عنوان یکی از شاخص‌های مهم توسعه پایدار، هدف پژوهش حاضر شناسایی اثر حضور گردشگران در روستا بر سلامت اجتماعی جوامع میزبان (روستاییان) می‌باشد. همچنین این پژوهش در پی پاسخ‌گویی به این سؤال اساسی می‌باشد که توسعه گردشگری روستایی و حضور گردشگران در روستا چه تأثیری بر سلامت

اجتماعی روستاییان داشته است؟

پیشینه تحقیق

باتوجه به اهمیت مسئله سلامت اجتماعی و نقش آن در بهبود کیفیت زندگی جوامع مختلف، محققان علوم مختلف از جمله علوم اجتماعی، روان‌شناسی و... تمرکز ویژه‌ای بر اهمیت سلامت اجتماعی مبذول داشته‌اند. بعد از دهه ۱۹۹۰ و فراگیر شدن مطالعات سلامت اجتماعی (بابایی فینی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۲۸)، پژوهش‌های گوناگونی در این زمینه در رشته‌های مختلف انجام شده است. همچنین در خصوص توسعه گردشگری روستای و اثرات آن نیز مطالعات فراوان داخلی و خارجی صورت گرفته است که در جدول ۱ برخی از مطالعات صورت گرفته، مرتبط با دو متغیر اصلی پژوهش حاضر ارائه شده است (جدول ۱).

جدول ۱. مروری بر ادبیات تحقیق

نام محقق و سال	عنوان تحقیق	روش‌شناسی	نتایج تحقیق
بابایی فینی و همکاران، ۱۳۹۴	تحلیل وضعیت سلامت اجتماعی در سکونتگاه‌های روستایی بر اساس مدل کبییز، میرنگوف و کیفیت زندگی (مطالعه موردی شهرستان زنجان)	مطالعه میدانی - کتابخانه‌ای، تحلیل داده‌ها با آزمون - های آماری و نرم - افزار لیزرل	نتایج تحقیق نشان می‌دهد که مدل کبییز و کیفیت زندگی از توزیع نرمال برخوردارند، اما مدل میرنگوف توزیع غیرنرمال دارد. همچنین مدل کبییز سهم بیشتری در تبیین تغییرپذیری سلامت اجتماعی دارد. راهکارهای علمی: برای تقویت سلامت اجتماعی در روستاها، توسعه زیرساخت‌های اقتصادی، تقویت مشارکت و احساس مسئولیت بین روستاییان و افزایش برنامه‌ها و فعالیت‌های فرهنگی از طریق رسانه‌های جمعی ملی و محلی ضروری است.
فیروزآبادی و حسنونند، ۱۳۹۳	بررسی اثرات اقتصادی، اجتماعی - فرهنگی و زیست محیطی ورود گردشگران به نواحی روستایی کهمان از توابع شهرستان سلسله	روش‌های ترکیبی کمی (پرسش نامه) و کیفی (مشاهده، مصاحبه و مطالعه اکتشافی)	یافته‌های تحقیقات نشان می‌دهد که گردشگری در زمینه اقتصادی باعث ایجاد مشاغل جدید، افزایش درآمد؛ تمایل به مشاغل خدماتی، افزایش هزینه‌های زندگی و شکاف درآمدی و در حوزه اجتماعی - فرهنگی باعث افزایش ارتباطات گسترده و آگاهی عمومی، کاهش امنیت برای زنان و دختران، افزایش جرم و... همچنین در زمینه زیست محیطی باعث بالا رفتن انتظارات و آگاهی روستائیان در ارتباط با حفاظت محیط زیست و... شده است.

ادامه جدول ۱

نام محقق و سال	عنوان تحقیق	روش شناسی	نتایج تحقیق
بابایی فیضی و همکاران، ۱۳۹۴	تحلیل وضعیت سلامت اجتماعی در سکونتگاه‌های روستایی بر اساس مدل کیبیز، میرنگوف و کیفیت زندگی (مطالعه موردی شهرستان زنجان)	مطالعه میدانی - کتابخانه‌ای، تحلیل داده‌ها با آزمون-های آماری و نرم-افزار لیزرل	نتایج تحقیق نشان می‌دهد که مدل کیبیز و کیفیت زندگی از توزیع نرمال برخوردارند، اما مدل میرینگوف توزیع غیرنرمال دارد. همچنین مدل کیبیز سهم بیشتری در تبیین تغییرپذیری سلامت اجتماعی دارد. راهکارهای علمی: برای تقویت سلامت اجتماعی در روستاها، توسعه زیرساخت‌های اقتصادی، تقویت مشارکت و احساس مسئولیت بین روستاییان و افزایش برنامه‌ها و فعالیت‌های فرهنگی از طریق رسانه‌های جمعی ملی و محلی ضروری است.
فیروزآبادی و حسینوند، ۱۳۹۳	بررسی اثرات اقتصادی، اجتماعی- فرهنگی و زیست محیطی ورود گردشگران به نواحی روستایی کهمان از توابع شهرستان سلسله	روش‌های ترکیبی کمی (پرسش نامه) و کیفی (مشاهده، مصاحبه و مطالعه اکتشافی)	یافته‌های تحقیقات نشان می‌دهد که گردشگری در زمینه اقتصادی باعث ایجاد مشاغل جدید، افزایش درآمد؛ تمایل به مشاغل خدماتی، افزایش هزینه‌های زندگی و شکاف درآمدی و در حوزه اجتماعی- فرهنگی باعث افزایش ارتباطات گسترده و آگاهی عمومی، کاهش امنیت برای زنان و دختران، افزایش جرم و... همچنین در زمینه زیست محیطی باعث بالا رفتن انتظارات و آگاهی روستائیان در ارتباط با حفاظت محیط زیست و... شده است.
بابا خانزاده، ۱۳۹۲	بررسی اثرات اقتصادی، اجتماعی- فرهنگی و زیست محیطی توسعه گردشگری بر مناطق اورامانات	مطالعه میدانی - کتابخانه‌ای با ابزار پرسش‌نامه و تحلیل‌های کمی با نرم‌افزار آماری	نتایج بیانگر آن است که توسعه گردشگری در بعد اقتصادی دارای تأثیرات مثبتی چون ایجاد اشتغال و افزایش درآمد، کاهش سطح بیکاری و در بعد اجتماعی دارای تأثیرات مثبتی چون ارتقاء استاندارد زندگی، افزایش شهرت منطقه و سطح آگاهی آن بوده است. در بعد زیست محیطی میزان تأثیرات بسیار زیاد و می‌توان به مواردی چون افزایش انواع آلودگی، ترافیک، تغییر کاربری اراضی و افزایش پراکندگی زباله‌ها توسط گردشگران اشاره کرد.
درخشان نیا و همکاران، ۱۳۹۲	ویژگی‌های جامعه سالم بر اساس تجارب و ادراکات شهروندان تهران	به شیوه کیفی مصاحبه و تحلیل محتوای کیفی	مطالعه حاضر، براساس تجارب و ادراکات شهروندان تهرانی، ۱۴ ویژگی ذیل را برای جامعه سالم شناسایی و تبیین کرده است: انجام مناسب تکالیف توسط حکومت (در حوزه برنامه‌ریزی، رفاه اجتماعی، برقراری آزادی‌های دموکراتیک، حوزه قوانین و عدالت قضایی، شایسته سالاری، عدالت اجتماعی، برقراری امنیت اجتماعی)، سلامت ذهنی، روانی و معنوی، فرهنگ و ارزش‌های اجتماعی، خانواده سالم، پایین بودن مشکلات اجتماعی، سرمایه اجتماعی، امنیت اقتصادی، سلامت نظام آموزش و پرورش، نشاط اجتماعی، محیط زیست سالم، امنیت سیاسی، بی طرفی حکومت در برابر عقاید مردم، سلامت جسمی و امنیت غذایی

ادامه جدول ۱

نام محقق وسال	عنوان تحقیق	روش شناسی	نتایج تحقیق
افراخته و افکار، ۱۳۹۱	بررسی عوامل مؤثر بر سطح سلامت روستاها در دهستان شفت استان گیلان	مطالعه میدانی با ابزار پرسش‌نامه و تحلیل کمی داده‌های میدانی با نرم‌افزارهای آماری	نتایج این پژوهش بیانگر آن است که وضعیت سلامت در روستاها پایین است. به نظر ایشان، وضعیت اقتصادی، نحوه کارکرد نهادهای مدنی و عمومی، سرمایه اجتماعی و فرهنگی مردم به گونه‌ای است که مردم برای رسیدن به منافع شخصی، حاضرند سلامت جامعه روستایی را به خطر اندازند.
کنوانوف، ۲۰۱۶	گردشگری و رفاه اجتماعی: اثرات اجتماعی گردشگری در جوامع استوایی استرالیا	مطالعه میدانی و تحلیل داده‌ها با ترکیبی از روش‌های کمی و کیفی	نتایج نشان داد که چارچوب نظری پیشنهادی از جنبه‌های اجتماعی رفاه اجتماعی عمدتاً توسط داده‌ها پشتیبانی می‌شود. همچنین تجزیه و تحلیل اطلاعات بیشتر، ارتباطات خاصی بین جنبه‌های اجتماعی رفاه اجتماعی و نوع توسعه گردشگری را نشان می‌دهد. مطابق با تحقیقات قبلی، توسعه گردشگری در مقیاس وسیع تر، با افزایش جرایم، مشارکت کمتر در مورد توسعه جامعه و خدمات اجتماعی و کاهش داوطلبانه ارائه خدمات بهتر مرتبط بود است.
موسکارو و همکاران، ۲۰۱۷	پیوند گردشگری و سرمایه اجتماعی در جوامع میزبان	مطالعه میدانی و تحلیل داده‌ها با ترکیبی از روش - های کمی و کیفی	نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل موضوعی پاسخ‌های شرکت کنندگان به یک سری فعالیتهای کارگاهی، عوامل اصلی لازم برای تقویت سرمایه اجتماعی جامعه مقصد را شامل مواردی نظیر مشارکت مؤثر ساکنان محلی در برنامه‌ریزی گردشگری، نیاز به رهبری قوی گردشگری و تمایل به یافتن مدل‌های مختلف و تقویت عملکرد سازمان‌های گردشگری محلی و منطقه‌ای می‌داند.

مأخذ: یافته‌های تحقیق مستخرج از پژوهش‌های پیشین، ۱۳۹۹

در میان مطالعات صورت گرفته کمتر مطالعه‌ای را می‌توان یافت که به‌طور ویژه به بررسی ارتباط بین گردشگری و سلامت اجتماعی و به ویژه سلامت اجتماعی جوامع روستایی به پردازد و این مسئله را می‌توان به گونه‌ای وجه نوآوری موضوع برشمرد. همچنین مطالعات پیشینه در راستای استخراج متغیرها و شاخص‌های تحقیق در راستای بررسی اثرات حضور گردشگران بر سلامت اجتماعی مورد واکاوی قرار گرفت.

مبانی نظری

گردشگری روستایی یکی از انواع گردشگری است که عبارت است از هر نوع فعالیت تفریحی و گذران اوقات فراغت، همراه با دریافت خدماتی از قبیل غذا، محل اقامت و محصولات محلی از ساکنان محلی در مکانی که از نظر قوانین و مقررات جاری کشور یا از نظر ماهیت اقتصادی و فرهنگی روستا محسوب شود (افتخاری و قادری، ۱۳۸۱، ۲۸). یکی از حوزه‌های اصلی مورد علاقه جغرافیدانان و همچنین دیگر محققان گردشگری، اثرات گردشگری و تفریحات بر جامعه مقصد است (هال و پیچ^۱، ۲۰۰۲: ۲۲۵).

با توجه به تنوع و پیچیدگی فعالیت‌های گردشگری، اثرات ناشی از این فعالیت‌ها نیز ابعاد گسترده و به هم پیوسته‌ای دارند (باباخانزاده، ۱۳۹۲: ۱۵۲). از سویی گردشگر هنگامی در توسعه روستایی سهم می‌شود که مردم محلی به عنوان بازیگران اصلی این عرصه، مهم‌ترین و بیشترین مشارکت را در آن داشته باشند و در این شکل می‌تواند به‌عنوان وسیله‌ای برای حفاظت از محیط زیست، سنت‌های اقتصادی و فرهنگی - تاریخی، محلی روستایی نیز مطرح شود (ویرجینیا دروگلانسوس و دروتو^۲، ۲۰۱۲: ۱۹۷). اما به این نکته نیز باید توجه داشت که گردشگری روستایی همانند تیغ دولبه عمل می‌کند (فیروزآبادی و حسونند، ۱۳۹۳: ۳۴).

گردشگری روستایی از یک سو شامل نقاط مثبت و از سوی دیگر دارای اثرات منفی بر جوامع روستایی می‌باشد (اقبالی^۳ و همکاران، ۱۳۹۱: ۶۷). در بین تمامی ابعاد تأثیرگذاری حاصل از توسعه گردشگری، آنچه در جامعه میزبان دگرگون می‌شود، می‌تواند حاصل تمامی برآیندهای اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی حاصل از حضور گردشگران در محیط روستا باشد که در مجموع به ارتقاء یا نزول شاخص‌های اجتماعی، اقتصادی و محیطی بسیاری منجر شود. یکی از این شاخص‌های اجتماعی سلامت اجتماع میزبان تحت الشعاع حضور گردشگران می‌باشد که این تغییرات متأثر از دو دسته عوامل مرتبط با گردشگران و ناحیه مقصد است (امپیچر^۴، ۲۰۰۵: ۱۳۹).

1. Hall and page
2. Virginia Dragulanescu & Druțu
3. Egbali
4. Embacher

واژه سلامت اجتماعی برگردان کلمه social wellbeing است، این واژه از دو کلمه social به معنی اجتماع و wellbeing به معنی زندگی خوب داشتن است. که بیشتر ناظر به شادی و رضایت است و بر مفاهیم مثبت از سلامت تأکید دارد (پور افکاری، ۱۳۹۱: ۵۱). در رابطه با سلامت اجتماعی دیدگاه‌ها و نظریات گوناگونی وجود دارد. لذا ارائه یک تعریف واحد، مطلق، جامع و مانعی از سلامت اجتماعی، دشوار می‌باشد. در جدول ۲ سعی گردیده است برخی از تعاریف ارائه شده از سوی صاحب نظران با رویکردهای متفاوت به بعد اجتماعی سلامت، ذکر گردد.

جدول ۲. تعاریف ارائه شده از سلامت اجتماعی

صاحب نظر	تعریف
سازمان جهانی سلامت ^۱ ، ۲۰۰۵	سلامت اجتماعی ارزیابی شخص، از نحوه عملکردش در اجتماع و نوع نگرش او نسبت به افراد دیگر است.
لارسن ^۲ ، ۱۹۹۶	گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آن است. مقیاس سلامت اجتماعی، بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل پاسخ درونی فرد است که نشان‌دهنده رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش است.
کییز و شاپیرو ^۳ ، ۲۰۰۴	ارزیابی افراد از روابط اجتماعی‌شان، چگونگی واکنش دیگران به آن‌ها و چگونگی تعامل آن‌ها با نهادهای اجتماعی و اجتماع.
میرینگوف ^۴ و همکاران، ۲۰۱۰	هدف شاخص سلامت اجتماعی را بررسی کیفیت زندگی ملت‌ها و جوامع و مشکلات اجتماعی آن‌ها بیان می‌کند و کمتر به مشکلات شخصی افراد می‌پردازد.
راسل ^۵ ، ۱۹۷۳	سلامت اجتماعی را به عنوان خصوصیتی از جامعه و معادل جامعه سالم می‌داند و جامعه‌ای را سالم می‌داند که در آن فرصت و دسترسی برابر به خدمات و کالاهای اساسی برای همه وجود داشته باشد تا جامعه در مقام شهروند عملکرد کاملی داشته باشد.

مأخذ: یافته‌های تحقیق مستخرج از پژوهش‌های پیشین، ۱۳۹۹

بر اساس تعاریف ذکر شده از سلامت اجتماعی می‌توان مجموع نظرها را درباره بعد اجتماعی سلامت در سه دسته یا سه رویکرد قرارداد:

¹. World Health organization

². Larson

³. Keyes & Shapiro

⁴. Miringoff

⁵. Russel

الف- سلامت اجتماعی به مثابه جنبه‌ای از سلامت فرد

این رویکرد در کنار دو بعد جسمی و روانی سلامت فرد، به رابطه او با جامعه نظر دارد (امینی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۰۵). در چارچوب مفهومی و نظری کبیز برای سلامت اجتماعی، سلامت یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و بدین ترتیب وی سلامت اجتماعی را چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع تعریف می‌کند، از نظری وی، فرد سالم از نظر اجتماعی، اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، فهم-پذیر و بالقوه برای رشد و شکوفایی می‌داند و احساس می‌کند به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهم است (رضایی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۴۵؛ شربتیان و ایمنی، ۱۳۹۷: ۱۷۲). به عبارتی دیگر کبیز پنج ملاک شکوفایی، همبستگی، انسجام، پذیرش و مشارکت اجتماعی را برای سنجش سلامت اجتماعی و مطابق با اصول و نظریه روانشناختی و جامعه‌شناختی طرح می‌کند (کبیز^۱، ۱۹۹۸: ۱۲۳).

ب- سلامت اجتماعی به مثابه شرایط اجتماعی سلامت بخش

این رویکرد به نقش عوامل اجتماعی و محیطی مؤثر بر سلامت تأکید دارد. فعالیت‌های بهداشتی قرن نوزدهم و بیشتر اقدامات زیربنایی بهداشت عمومی جدید، همگی نشان‌دهنده آگاهی از وابستگی بین موقعیت اجتماعی شرایط زندگی و پیامدهای سلامتی مردم است (سمیعی و همکاران، ۱۳۸۹: ۳۵). از نظر میرینگوف سلامت اجتماعی در بردارنده ۱۶ شاخص ترکیبی (مرگ‌ومیر نوزادان، سوء استفاده از کودکان، فقر کودکان، خودکشی نوجوانان ۱۶ تا ۱۱ ساله، مصرف مواد، تعداد بزهکاران نوجوان، ترک تحصیل در دبیرستان، بیکاری، متوسط درآمد هفتگی، فقر سالمندان بالای ۵۶ ساله، هزینه‌های بهداشتی و درمانی غیر بیمه‌ای برای افراد ۵۶ ساله و بیشتر، مرگ‌ومیرهای جاده‌ای ناشی از مصرف الکل، قتل، دریافت‌کنندگان کمک‌های اجتماعی، فاصله بین فقرا و ثروتمندان، هزینه‌های مسکن) است (درخشان نیا و همکاران، ۱۳۹۲: ۳۱۸، به نقل از میرینگوف، ۱۹۹۹: ۱۴). این نظریه بازگوکننده چگونگی عملکردهای اجتماعی افراد در جامعه است و محاسبه آن به‌طور کامل گویای چشم انداز سلامت اجتماعی کل جامعه است (سجادی و صدر السادات، ۱۳۸۴: ۲۴۹).

ج- سلامت اجتماعی به مثابه سلامت جامعه یا جامعه سالم

بر اساس این رویکرد سلامت اجتماعی به عنوان خصوصیتی از جامعه و معادل جامعه سالم مفهوم‌پردازی شده است. راسل (۱۹۷۳) جامعه‌ای را سالم می‌داند که در آن فرصت و دسترسی برابر به خدمات و کالاهای اساسی برای همه وجود داشته باشد تا افراد جامعه در مقام شهروند عملکرد کاملی داشته باشند (تاج‌الدین، ۱۳۹۶: ۷۱ به نقل از راسل، ۱۹۷۳). سمیعی و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه خود، جامعه‌ای را سالم می‌دانند که دارای ویژگی‌هایی چون: محیط زیست پاک و امن، صلح، انصاف، عدالت اجتماعی، دسترسی کافی همگان به غذا، آب، سرپناه، درآمد، امنیت، کار و تفریح، دسترسی کافی به خدمات سلامت، وجود فرصت‌های برابر برای یادگیری و توسعه مهارت‌ها، وجود روابط و شبکه‌های قوی و حامی یکدیگر، میراث فرهنگی و معنوی غنی در محل، اقتصاد متنوع و زنده در محل، حفاظت از محیط زیست طبیعی و مصرف مسئولانه منابع به نحوی که پایداری دراز مدت آن تضمین شود، باشد (سمیعی و همکاران، ۱۳۸۹: ۳۶). همچنین مدل مالکوم شوکنر نیز بر اساس شاخص‌های کیفیت زندگی است، زیرا معتقد است در جامعه‌ای که مردم از نظر سطح کیفیت زندگی وضعیت قابل قبولی داشته باشند، شاخص سلامت اجتماعی نیز بالاتر است. از نظر وی شاخص کیفیت زندگی حاصل تعامل بین شرایط اقتصادی، اجتماع، بهداشتی و زیست محیطی است که بر رشد و تعالی انسان و جامعه تأثیر می‌گذارد (بابایی فینی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۳۳). بنابر تعاریف ارائه شده از سلامت اجتماعی، چارچوب نظری این پژوهش بر تلفیقی از نظریات ارائه شده توسط صاحب نظران در رابطه با سلامت اجتماعی، از جمله کبیز، میرنگوف و شوکنر، مبتنی است.

تأثیر حضور گردشگران بر سلامت اجتماعی

بررسی ادبیات توسعه گردشگری و سلامت اجتماعی گویای این واقعیت است که ارتقاء شاخص‌های سلامت اجتماعی روستاییان تابعی از عوامل مختلف می‌باشد که از جمله این عوامل می‌توان به فعالیت‌های گردشگری اشاره نمود (حیدری ساریان و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۳۱). گردشگری می‌تواند با تأثیرگذاری بر ابعاد اقتصادی، اجتماعی- فرهنگی و محیطی مقصد، زمینه‌های اصلی ارتقاء و بهبود سلامت اجتماعی

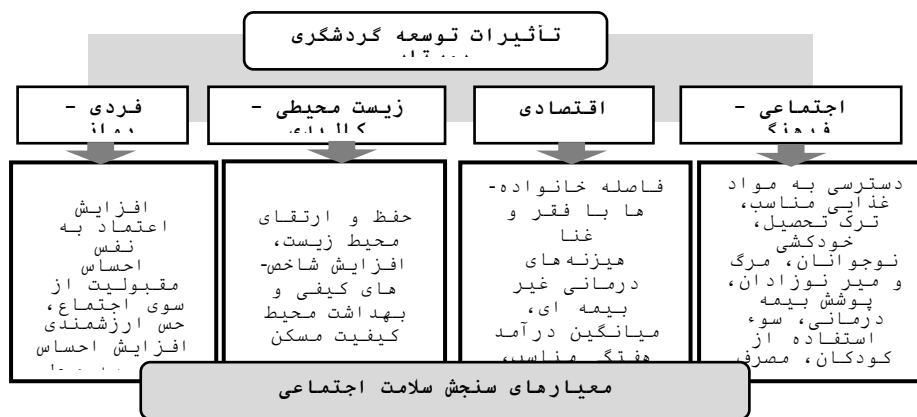
جوامع محلی را فراهم آورد (قدمی و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۰۳). از جمله تأثیرات گردشگری بر ارتقاء شاخص‌های سلامت اجتماعی می‌توان به مواردی نظیر ارتقاء سلامت، افزایش عزت نفس، کاهش سطح فقر، بالا بردن سطح رضایتمندی در جنبه‌های مختلف زندگی، ثبات و ماندگاری جمعیت در مناطق روستایی، ارتقای کیفیت و توسعه زیرساخت‌ها و خدمات عمومی و... اشاره نمود (ضیایی و ترابیان، ۱۳۸۹: ۲۰۷؛ اجزاء شکوهی و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۰۲-۱۱۱؛ نیل^۱ و همکاران، ۲۰۰۷: ۱۵۴). لذا با توجه به طیف گسترده اثرات گردشگری روستایی و نیز به هم پیوستگی این اثرات با معیارهای سنجش سلامت اجتماعی، به منظور بررسی تأثیرات توسعه گردشگری روستایی بر سلامت اجتماعی جوامع میزبان، دیدگاه‌ها و نظریات مختلف موجود در رابطه با سلامت اجتماعی و تأثیرات گردشگری روستایی، با یک دیگر تلفیق گردیده و بر این اساس شاخص‌های مورد مطالعه (جدول ۳) و مدل مفهومی (شکل ۱) استخراج شده است.

جدول ۳. شاخص‌های مورد مطالعه

تعداد، مدت اقامت، زمان بازدید، ویژگی‌های گردشگران		ویژگی‌های گردشگران
امکانات اقامتی، امکانات بهداشتی، زیر ساخت‌های کاربردی (راه، انرژی و...) و...		وضعیت خدمات گردشگری
فاصله خانواده‌ها با فقر و غنا، هزینه‌های درمانی غیر بیمه‌ای، میانگین درآمد هفتگی مناسب، فقر کودکان، بیکاری، فقر در دوران سالمندی	اقتصادی	ابعاد اثرگذاری گردشگری بر سلامت اجتماعی
دسترسی به مواد غذایی مناسب، ترک تحصیل، خودکشی نوجوانان، مرگ و میر نوزادان، پوشش بیمه درمانی، سوء استفاده از کودکان، مصرف مواد مخدر، مرگ و میر جاده‌ای، جرم و جنایات	اجتماعی	
ارتقای شاخص‌های کیفیت مسکن (مثل وسعت، تعداد اتاق‌ها، استحکام و نوسازی بنا و...)، افزایش شاخص‌های کیفی و بهداشت محیط (نگهداری فضای سبز و سطل‌های زباله و...)	محیطی	
افزایش اعتماد به نفس، احساس مقبولیت از سوی اجتماع، حس ارزشمندی، افزایش احساس تعلق به محل زندگی	فردی- روانی	

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۸، مستخرج از (ابراهیم زاده و همکاران، ۱۳۹۱- صالحی فرد، ۱۳۹۰؛ امبیچر، ۲۰۰۵؛ میرینگوف و همکاران،

(۲۰۱۰)



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش (نگارندگان، ۱۳۹۸)

روش تحقیق و جمع آوری اطلاعات

پژوهش حاضر از نظر ماهیت، از نوع پژوهش های کمی، از نظر هدف در زمره تحقیقات کاربردی و از جهت روش، در زمره تحقیقات توصیفی - پیمایشی به شمار می آید. ابزار پژوهش پرسشنامه محقق ساخته ای است که براساس شاخص ها و متغیرهای استخراج و بومی شده توسط محققان در چهار بعد اجتماعی- فرهنگی، اقتصادی، محیطی- کالبدی و فردی- روانی برای سنجش متغیر سلامت اجتماعی طراحی و تدوین شده است. شاخص های مورد مطالعه در این پژوهش بر اساس دیدگاه ترکیبی یعنی تلفیقی از نظریات متخصصان و مطالعات استنادی صورت گرفته در این راستا استخراج گردیده است. همچنین اطلاعات مورد نیاز در این پژوهش به سه بخش اطلاعات گردشگری (اطلاعات مربوط به گردشگران و خدمات گردشگری) در منطقه مورد مطالعه، کیفیت شاخص های سلامت اجتماعی و اطلاعات مربوط به تأثیر گردشگران بر شاخص های سلامت اجتماعی، قابل دسته بندی است که از طریق مشاهده و پرسشگری و نیز بهره گیری از مطالعات اسنادی، جمع آوری گردیده است.

جامعه آماری این پژوهش شامل روستاییان ساکن در روستاهای گردشگرپذیر شهرستان بینالود می باشد. برای محاسبه حجم نمونه ابتدا اطلاعات مربوط به روستاهای شهرستان بینالود در دو بخش طبقه و شانددیز جمع آوری و سپس از میان روستاهای گردشگر پذیر این شهرستان، ۱۰ روستا که دارای بیشترین

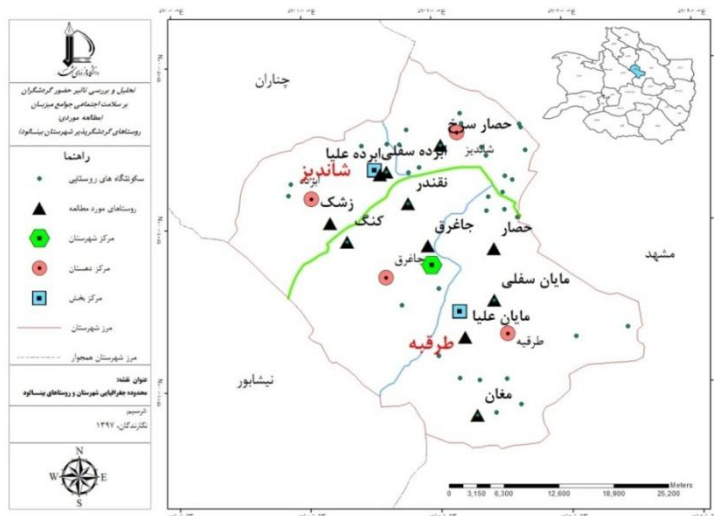
تعداد بازدیدکننده (داخلی و خارجی) می‌باشد، انتخاب گردیده است (سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری خراسان رضوی، ۱۳۹۸). به منظور مشخص نمودن تعداد پرسش‌نامه‌های مورد نیاز در هر روستا، ابتدا با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه کل (۱۹۳ نفر با ضریب خطا ۰/۰۷) محاسبه و سپس حجم نمونه در هر یک از روستاها مشخص گردیده است که بعد از ارتقای نمونه‌ها در روستاهای کمتر از ۱۰ نمونه، برابر با ۲۰۲ پرسش‌نامه می‌باشد (جدول ۴).

جدول ۴. جمعیت روستاهای گردشگرپذیر و حجم نمونه

شاندیز				طرقه			
اصلاح	ن	نام روستا	دهستان	اصلاح	ن	نام روستا	دهستان
۱۰	۳	ابرده سفلی	شاندیز	۱۱	۱۱	نغندر	شاندیز
۲۴	۲۴	زشک		۱۹	۱۹	کنگ	
۴۱	۴۱	ابرده علیا		۳۱	۳۱	جاغرق	
۲۱	۲۱	حصارسخ	شاندیز	۱۰	۶	ازغد	طرقه
۲۰	۱۹	مجموع		۱۳	۱۳	مغان	
۲	۳			۲۲	۲۲	حصار	

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۸

برای اندازه‌گیری میزان پایایی پرسش‌نامه‌ها از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. با توجه به نتایج حاصل از این آزمون، پایایی ابزار سنجش این پژوهش برابر ۰/۸۹۰ می‌باشد. همچنین روایی محتوایی پرسش‌نامه‌ها نیز با توجه به نظرات کارشناسان و متخصصان ذیربط در دانشگاه و همچنین استناد به پیشینه مطالعات صورت گرفته در این راستا تأیید گردید. به منظور تحلیل نتایج حاصل از پرسش‌نامه‌ها نیز از نرم‌افزار آماری SPSS22 و با توجه به غیر نرمال بودن داده‌ها به منظور بررسی تأثیر گردشگری بر سلامت جوامع روستایی مورد مطالعه، از آزمون‌های آماری یومن- وایت نی، کروسکال- وایس و فرید من استفاده شده است.



شکل ۲. نقشه منطقه مورد مطالعه (مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۸)

یافته‌های تحقیق

یافته‌های توصیفی

نمونه‌های مورد بررسی در هر روستا به صورت تصادفی و از میان سرپرستان خانوار (که در ادامه در قالب دو گروه صاحبان کسب و کارهای مرتبط با گردشگری و متفرقه دسته بندی شدند) انتخاب شده‌اند. براساس نتایج حاصله از مطالعات میدانی صورت گرفته، ۶۲ درصد از پاسخگویان را مردان و ۳۸ درصد را زنان تشکیل داده اند که میانگین سنی بیشتر پاسخگویان (۴۳ درصد) بین ۳۰ تا ۴۰ سال می‌باشد. سطح تحصیلات ۳۷ درصد از پاسخگویان دیپلم و ۴۰ درصد زیر دیپلم و ۲۱ درصد فوق دیپلم و لیسانس می‌باشد. شغل ۵۸ درصد پاسخگویان غیر مرتبط با گردشگری و شغل ۲۴ درصد دیگر مرتبط با گردشگری می‌باشد همچنین ۱۷ درصد از پاسخگویان نیز فاقد شغل می‌باشند.

در رابطه با ویژگی‌های عمومی روستاهای مورد مطالعه می‌توان بیان نمود که از میان ۱۰ روستای مورد مطالعه تنها ۳ روستا کنگ، جاغرق و حصار سرخ دارای اقامتگاه بوم‌گردی می‌باشد و در سایر سکونتگاه‌های روستایی مورد مطالعه اگرچه اقامتگاه بوم‌گردی وجود ندارد، اما خانه‌های شخصی

روستاییان، سوئیت‌های اجاره‌ای و در نزدیکی روستای حصار هتل برای اقامت گردشگران وجود دارد. همچنین ۶۲ درصد از پاسخ‌گویان بیان نموده‌اند که در روستاهای آن‌ها پروژه‌های عمرانی در راستای توسعه گردشگری همچون رستوران‌ها، مراکز خرید، بازارچه‌های صنایع دستی و... صورت گرفته است. اما اغلب این پروژه‌ها در اکثر روستاها در حال اجرا می‌باشند. با این وجود به طور میانگین ۸۴ درصد از پاسخ‌گویان بیان نموده‌اند که کیفیت خدمات گردشگری در روستای آنان مساعد و بسیار مساعد می‌باشد (جدول ۵).

جدول ۵. اطلاعات مربوط به خدمات گردشگری در روستاهای مورد مطالعه

شاخص	گروه	بسیار مساعد	مساعد	نیمه مساعد	ضعیف	بسیار ضعیف	الویت پاسخ	میانگین	انحراف معیار
خدمات گردشگری	وضعیت اقامتگاه‌های گردشگری در روستا	فراوانی	۲۲	۵۴	۴۷	۴۹	۳۰	۲/۹۵	۱/۲۴۳
		درصد	۱۰/۹	۲۶/۷	۲۳/۳	۲۴/۳	۱۴/۹		
	وضعیت مراکز بهداشتی و درمانی در روستا	فراوانی	۷	۸۵	۵۸	۴۰	۱۲	۳/۱۷	۰/۹۸۵
		درصد	۳/۵	۴۲/۱	۲۸/۷	۱۹/۸	۵/۹		
	کیفیت مجموعه‌های پذیرایی در روستا	فراوانی	۳۳	۵۹	۳۷	۵۱	۲۲	۳/۱۵	۱/۲۷۳
		درصد	۱۶/۳	۲۹/۲	۱۸/۳	۲۵/۲	۱۰/۹		
	وضعیت مراکز اطلاع‌رسانی و بازاریابی در روستا	فراوانی	۸	۲۷	۵۳	۸۵	۲۹	۲/۵	۱/۰۲۳
		درصد	۴	۱۳/۴	۲۶/۲	۴۲/۱	۱۴/۴		
	وضعیت زیرساخت‌های حمل‌ونقل در روستا	فراوانی	۷	۵۷	۶۹	۴۹	۲۰	۲/۹۱	۱/۰۲۸
		درصد	۳/۵	۲۸/۲	۳۴/۲	۲۴/۳	۹/۹		
	سطح کیفیت تسهیلات و خدمات عمومی و زیرساختی گردشگری	فراوانی	۳۸	۷۱	۶۵	۲۱	۷	۳/۵۵	۱/۰۲۲
		درصد	۱۸/۸	۳۵/۱	۳۲/۲	۱۰/۴	۳/۵		
	سطح کیفیت تسهیلات و تأسیسات خرید و خدمات شخصی	فراوانی	۲۱	۷۸	۶۳	۲۷	۱۳	۳/۳۳	۱/۰۴۳
		درصد	۱۰/۴	۳۸/۶	۳۱/۲	۱۳/۴	۶/۴		
	وضعیت تسهیلات ایمنی و امنیت موجود در روستا برای گردشگران	فراوانی	۲۳	۸۱	۵۲	۳۸	۸	۳/۳۶	۱/۰۳۸
		درصد	۱۱/۴	۴۰/۱	۲۵/۷	۱۸/۸	۴		
کیفیت خدمات رفاهی ویژه گردشگری در روستا	فراوانی	۱۹	۶۴	۶۳	۳۲	۲۴	مساعد و نیمه مساعد	۳/۱۱	۱/۱۵
	درصد	۹/۴	۳۱/۷	۳۱/۲	۱۵/۸	۱۱/۹			
	میانگین	۱۹/۷۸	۶۴/۰۰	۵۶/۳۳	۴۳/۵۶	۱۸/۳۳	مساعد		

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۸

به منظور سنجش تأثیرات گردشگری بر سلامت اجتماعی جوامع میزبان (منطقه مورد مطالعه) پرسش-نامه‌ای در قالب دو بخش سلامت اجتماعی جامعه مورد مطالعه در چهار بعد اجتماعی، اقتصادی، محیطی، فردی - روانی و تأثیرات حضور گردشگران بر سلامت اجتماعی تهیه و تکمیل شده است. نتایج حاصل از بررسی وضعیت موجود جامعه بیانگر آن است که ساکنان جوامع روستایی مورد مطالعه به لحاظ سلامت اجتماعی، اقتصادی و محیطی در سطحی متوسط قرار دارند. همچنین بر اساس یافته‌های این جدول روستاییان مورد مطالعه به لحاظ سلامت فردی- روانی در سطح بالایی قرار دارند؛ چرا که به طور میانگین پاسخ ۷۹ درصد از روستاییان به سؤالات مطرح شده در این بعد، گزینه زیاد می‌باشد (جدول ۶).

جدول ۶. اطلاعات مربوط به سلامت اجتماعی جامعه مورد مطالعه

شاخص	گویه		بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	بسیار کم	الویت پاسخ	میانگین	انحراف معیار
	دسترسی به مواد غذایی سالم	فراوانی	۲۲	۶۲	۱۰۰	۱۲	۶	متوسط	۳/۴۱	۰/۸۷۲
		درصد	۱۰/۹	۳۰/۷	۴۹/۵	۵/۹	۳			
	میزان مصرف پروتئین	فراوانی	۱۳	۵۰	۹۴	۴۰	۵	متوسط	۳/۱۳	۰/۸۸۸
		درصد	۶/۴	۲۴/۸	۴۶/۵	۱۹/۸	۲/۵			
	میزان مصرف سبزیجات	فراوانی	۲۲	۷۲	۹۱	۱۷	۰	متوسط	۳/۴۹	۰/۸
		درصد	۱۰/۹	۳۵/۶	۴۵	۸/۴	۰			
	ادامه تحصیل	فراوانی	۴۱	۶۶	۵۶	۳۱	۸	زیاد	۳/۵	۱/۰۹۸
		درصد	۲۰/۳	۳۲/۷	۲۷/۷	۱۵/۳	۴			
	خود کشی نوجوانان	فراوانی	۰	۲	۸	۳۱	۱۶۱	بسیار کم	۴/۷۴	۰/۵۷۸
		درصد	۰	۱	۴	۱۵/۳	۷۹/۷			
	مرگ و میر نوزادان	فراوانی	۰	۰	۸	۵۵	۱۳۹	بسیار کم	۴/۶۵	۰/۵۵۶
		درصد	۰	۰	۴	۲۷/۲	۶۸/۸			
	پوشش بیمه	فراوانی	۲۳	۵۳	۹۷	۲۴	۵	متوسط	۳/۳۲	۰/۹۱۴
		درصد	۱۱/۴	۲۶/۲	۴۸	۱۱/۹	۲/۵			
	امنیت زنان و کودکان	فراوانی	۸۳	۷۹	۳۹	۱	۰	بسیار زیاد	۴/۲۱	۰/۸۶۴
		درصد	۴۱/۱	۳۹/۱	۱۹/۳	۰/۵	۰			
	مواد مخدر و مشروبات الکلی	فراوانی	۱۷	۳۷	۷۴	۵۹	۱۵	متوسط	۳/۰۹	۱/۰۵۲
		درصد	۸/۴	۱۸/۳	۳۶/۶	۲۹/۲	۷/۴			

ادامه جدول ۶

انحراف معیار	میانگین	الویت پاسخ	بسیار کم	کم	متوسط	زیاد	بسیار زیاد		گونه	شاخص
۰/۸۷۲	۳/۴۱	متوسط	۶	۱۲	۱۰۰	۶۲	۲۲	فراوانی	دسترسی به مواد غذایی سالم	
			۳	۵/۹	۴۹/۵	۳۰/۷	۱۰/۹	درصد		
۰/۸۸۸	۳/۱۳	متوسط	۵	۴۰	۹۴	۵۰	۱۳	فراوانی	میزان مصرف پروتئین	
			۲/۵	۱۹/۸	۴۶/۵	۲۴/۸	۶/۴	درصد		
۰/۸	۳/۴۹	متوسط	۰	۱۷	۹۱	۷۲	۲۲	فراوانی	میزان مصرف سبزیجات	
			۰	۸/۴	۴۵	۳۵/۶	۱۰/۹	درصد		
۱/۰۹۸	۳/۵	زیاد	۸	۳۱	۵۶	۶۶	۴۱	فراوانی	ادامه تحصیل	
			۴	۱۵/۳	۲۷/۷	۳۲/۷	۲۰/۳	درصد		
۰/۵۷۸	۴/۷۴	بسیار کم	۱۶۱	۳۱	۸	۲	۰	فراوانی	خود کشتی نوجوانان	
			۷۹/۷	۱۵/۳	۴	۱	۰	درصد		
۰/۵۵۶	۴/۶۵	بسیار کم	۱۳۹	۵۵	۸	۰	۰	فراوانی	مرگ و میر نوزادان	
			۶۸/۸	۲۷/۲	۴	۰	۰	درصد		
۰/۹۱۴	۳/۳۲	متوسط	۵	۲۴	۹۷	۵۳	۲۳	فراوانی	پوشش بیمه	
			۲/۵	۱۱/۹	۴۸	۲۶/۲	۱۱/۴	درصد		
۰/۸۶۴	۴/۲۱	بسیار زیاد	۰	۱	۳۹	۷۹	۸۳	فراوانی	امنیت زنان و کودکان	
			۰	۰/۵	۱۹/۳	۳۹/۱	۴۱/۱	درصد		
۱/۰۵۲	۳/۰۹	متوسط	۱۵	۵۹	۷۴	۳۷	۱۷	فراوانی	مواد مخدر و مشروبات الکلی	
			۷/۴	۲۹/۲	۳۶/۶	۱۸/۳	۸/۴	درصد		
۰/۸۱۳	۳/۹	کم	۴۵	۱۰۳	۴۲	۱۲	۰	فراوانی	تصادفات و مرگ و میر جاده‌های	
			۲۲/۳	۵۱	۲۰/۸	۵/۹	۰	درصد		
۰/۸۵۵	۴	کم	۶۲	۸۹	۴۳	۶	۲	فراوانی	جرم و بزهکاری	
			۳۰/۷	۴۴/۱	۲۱/۳	۳	۱	درصد		
متوسط			۴۰/۵۵	۴۲/۰۰	۵۹/۲۷	۳۹/۹۱	۲۰/۲۷	میانگین	بعد اجتماعی	
۰/۹۴۳	۳/۴۱	کم	۱۸	۸۹	۵۸	۳۲	۵	فراوانی	پرداخت بیمه	
			۸/۹	۴۴/۱	۲۸/۷	۱۵/۸	۲/۵	درصد		
۰/۹۴۱	۲/۵۵	متوسط	۳۲	۵۵	۹۱	۲۰	۴	فراوانی	برابری اقتصادی	
			۱۵/۸	۲۷/۲	۴۵	۹/۹	۲	درصد		

توسعه پایدار

اقتصادی

ادامه جدول ۶

انحراف معیار	میانگین	الویت پاسخ	بسیار کم	کم	متوسط	زیاد	بسیار زیاد		گویه	شاخص
۰/۸۵	۲/۵۸	متوسط	۲۵	۵۴	۱۰۶	۱۴	۳	فراوانی	درآمد	اقتصادی
			۱۲/۴	۲۶/۷	۵۲/۵	۶/۹	۱/۵	درصد		
۰/۹۶۲	۳/۵۵	کم	۳۱	۸۴	۵۶	۲۸	۳	فراوانی	فقر کودکان	
			۱۵/۳	۴۱/۶	۲۷/۷	۱۳/۹	۱/۵	درصد		
۰/۹۲۴	۳/۰۵	متوسط	۹	۵۷	۷۸	۵۱	۷	فراوانی	بیکاری	
			۴/۵	۲۸/۲	۳۸/۶	۲۵/۲	۳/۵	درصد		
۰/۹۰۲	۳/۱۱	متوسط	۸	۶۴	۷۸	۴۶	۶	فراوانی	فقر سالمندان	
			۴	۳۱/۷	۳۸/۶	۲۲/۸	۳	درصد		
		متوسط	۲۰/۵۰	۶۷/۱۷	۷۷/۸۳	۳۱/۸۳	۴/۶۷	میانگین	بعد اقتصادی	
۰/۹۸۷	۳/۰۲	متوسط	۱۱	۴۷	۸۷	۴۱	۱۶	فراوانی	تناسب وسعت مسکن با نیاز خانواده	
			۵/۴	۲۳/۳	۴۳/۱	۲۰/۳	۷/۹	درصد		
۰/۹۱۵	۲/۹۵	متوسط	۱۴	۴۱	۹۶	۴۴	۷	فراوانی	مقاومت مسکن	
			۶/۹	۲۰/۳	۴۷/۵	۲۱/۸	۳/۵	درصد		
۰/۹۷۹	۳/۵	زیاد	۷	۲۰	۷۰	۷۵	۳۰	فراوانی	امکانات زیر ساختی	
			۳/۵	۹/۹	۳۴/۷	۳۷/۱	۱۴/۹	درصد		
۰/۹۴	۳/۲۳	متوسط	۹	۲۷	۹۲	۵۷	۱۷	فراوانی	تمیزی و بهداشت	
			۴/۵	۱۳/۴	۴۵/۵	۲۸/۲	۸/۴	درصد		
۰/۹۹۷	۲/۹۶	متوسط	۱۶	۴۵	۸۳	۴۷	۱۱	فراوانی	کیفیت شبکه معابر	
			۷/۹	۲۲/۳	۴۱/۱	۲۳/۳	۵/۴	درصد		
۰/۹۹۷	۳/۳۲	متوسط	۹	۲۸	۷۸	۶۴	۲۳	فراوانی	جمع آوری و دفع زباله	
			۴/۵	۱۳/۹	۳۸/۶	۳۱/۷	۱۱/۴	درصد		
۰/۸۷۷	۲/۷۲	متوسط	۱۴	۶۲	۹۴	۲۶	۶	فراوانی	آب رسانی و دفع فاضلاب	
			۶/۹	۳۰/۷	۴۶/۵	۱۲/۹	۳	درصد		
۰/۸۵۷	۳/۰۸	متوسط	۷	۳۵	۱۰۴	۴۵	۱۰	فراوانی	روشنایی شبکه معابر	
			۳/۵	۱۷/۳	۵۱/۵	۲۲/۸	۵	درصد		
		متوسط	۱۰/۸۸	۳۸/۱۳	۸۸/۰۰	۴۹/۸۸	۱۵/۰۰	میانگین	بعد محیطی	

ادامه جدول ۶

شاخص	گویه	بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	بسیار کم	الویت پاسخ	میانگین	انحراف معیار
فردی - فردی	اعتماد به نفس	فرآوانی	۳۸	۸۸	۶۴	۸	۴	۳/۷۳	۰/۸۸
		درصد	۱۸/۸	۴۳/۶	۳۱/۷	۴	۲		
	احساس مقبولیت از سوی اجتماع	فرآوانی	۲۱	۶۹	۹۳	۱۸	۱	۳/۴۵	۰/۸۱۷
		درصد	۱۰/۴	۳۴/۲	۴۶	۸/۹	۰/۵		
	حس ارزشمندی	فرآوانی	۳۴	۷۶	۸۱	۱۱	۰	۳/۶۶	۰/۸۲۱
		درصد	۱۶/۸	۳۷/۶	۴۰/۱	۵/۴	۰		
	احساس تعلق به محل زندگی	فرآوانی	۶۰	۸۴	۴۶	۹	۳	۳/۹۴	۰/۹۱۵
		درصد	۲۹/۷	۴۱/۶	۲۲/۸	۴/۵	۱/۵		
	بعد فردی و اجتماعی	میانگین	۳۸/۲۵	۷۹/۳۵	۷۱	۱۱/۵	۲	زیاد	

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۸

نتایج حاصل از بررسی نظرات روستاییان نسبت به تأثیرات گردشگری بر سلامت اجتماعی (جدول ۷) بیانگر آن است که توسعه گردشگری و حضور گردشگران در روستا سبب شده است که سلامت جامعه در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، محیطی و فردی روانی بهبود یابد. اما با توجه به مطالعات میدانی صورت گرفته و مشاهده وضع موجود جامعه و نیز با توجه به این مسئله که توسعه گردشگری رویکردی نو ظهور در اغلب روستاهای مورد مطالعه می‌باشد، می‌توان بیان نمود که با وجود آن که اکثر روستاییان، پاسخ خود را به سؤالات مطرح شده در رابطه با تأثیرات گردشگری بر ابعاد اقتصادی و محیطی موافق و کاملاً موافق بیان نموده‌اند، اما دلیل پاسخ مثبت آنان به این سؤالات این مسئله بوده است که نگاهی آینده‌نگر و امیدوارانه نسبت به تأثیرات گردشگری بر توسعه اقتصادی و محیطی روستا داشته‌اند. چرا که نتایج حاصل از مطالعات میدانی بیانگر آن است که توسعه اقتصادی در حال حاضر مختص افرادی است که کسب‌وکار مرتبط با گردشگری داشته و توسعه محیطی نیز محدود به مسیرها و مناطق تردد گردشگران می‌باشد. به عبارتی گردشگری توسعه‌ای همه شمول را که تمامی مردم روستا از آن برخوردار شوند، به همراه نداشته است.

جدول ۷. تأثیرات گردشگری بر سلامت اجتماعی در روستاهای مورد مطالعه

شاخص	گویه	کاملا موافق	موافق	بی نظر	مخالف	کاملا مخالف	الویت پاسخ	میانگین	انحراف معیار	
سلامت اجتماعی	تأثیر گردشگری بر دسترسی برابر به مواد غذایی سالم	۲۴	۱۱۲	۱۴	۴۲	۱۰	موافق	۳/۴۹	۱/۰۹۸	
		درصد	۱۱/۹	۵۵/۴	۶/۹	۲۰/۸	۵			
	تأثیر گردشگری بر کاهش ترک تحصیل	۱۸	۳۹/۶	۳۱۹	۴۸	۱۷	۸/۴	موافق	۳/۱۷	۱/۱۴۲
		درصد	۸/۹	۳۹/۶	۳۱۹	۴۸	۸/۴			
	تأثیر گردشگری بر کاهش خودکشی نوجوانان	۱۷	۸/۹	۲۶/۷	۶۰	۵۳	۲۶/۲	مخالف	۲/۴۴	۱/۲۰۹
		درصد	۸/۴	۲۶/۷	۶۰	۵۳	۲۶/۲			
	تأثیر گردشگری بر کاهش مرگ و میر نوزادان	۲۷	۹/۹	۱۸/۳	۳۷	۷۳	۴۵	مخالف	۲/۵۶	۱/۳۰۴
		درصد	۱۳/۴	۹/۹	۱۸/۳	۷۳	۴۵			
	تأثیر گردشگری افزایش توان و آگاهی روستائیان نسبت به بیمه	۱۸	۴۲	۵۰	۷۱	۲۱	۱۰/۴	مخالف	۲/۸۳	۱/۱۴۴
		درصد	۸/۹	۲۰/۸	۲۴/۸	۳۵/۱	۱۰/۴			
	تأثیر گردشگری بر کاهش امنیت زنان و کودکان	۱۱	۱۱/۹	۱۰/۹	۲۲	۹۴	۵۱	مخالف	۳/۷۴	۱/۱۲۵
		درصد	۵/۴	۱۱/۹	۱۰/۹	۹۴	۵۱			
تأثیر گردشگری بر افزایش مواد مخدر و مشروبات الکلی	۱۲	۶۱	۲۰	۷۳	۳۶	۱۷/۸	مخالف	۳/۳	۱/۲۳۸	
	درصد	۵/۹	۳۰/۲	۹/۹	۳۶/۱	۱۷/۸				
تأثیر گردشگری بر افزایش تصادفات و مرگ و میر جاده‌ای	۱۲	۶۱	۲۱	۸۷	۲۱	۱۰/۴	مخالف	۳/۲۲	۱/۱۶	
	درصد	۵/۹	۳۰/۲	۱۰/۴	۴۳/۱	۱۰/۴				
تأثیر گردشگری بر افزایش جرم و بزهکاری	۱۱	۵/۴	۲۴/۸	۲۳	۸۷	۳۱	مخالف	۳/۳۸	۱/۱۷۱	
	درصد	۵/۴	۲۴/۸	۱۱/۴	۴۳/۱	۱۵/۳				
بعد اجتماعی		۱۶/۶۷	۵۲/۰۰	۳۱/۱۱	۷۰/۵۶	۳۱/۶۷				
تأثیر گردشگری بر افزایش تمایل به پرداخت بیمه	فرآوانی	۹	۶۷	۳۲	۷۲	۲۲	مخالف	۲/۸۵	۱/۳	
	درصد	۴/۵	۳۳/۲	۱۵/۸	۳۵/۶	۱۰/۹				
تأثیر گردشگری بر افزایش برابری اقتصادی	فرآوانی	۱۴	۸۱	۲۰	۷۰	۱۷	موافق	۳/۰۲	۱۶۹	
	درصد	۶/۹	۴۰/۱	۹/۹	۳۴/۷	۸/۴			۱/	
تأثیر گردشگری بر افزایش درآمد	فرآوانی	۴۳	۱۳۴	۷	۷	۱۱	موافق	۳/۹۵	۹۳۷	
	درصد	۲۱/۳	۶۶/۳	۳/۵	۳/۵	۵/۴			۰/	
تأثیر گردشگری بر کاهش فقر کودکان	فرآوانی	۲۳	۱۰۶	۲۲	۳۶	۱۴	موافق	۳/۴۶	۱۱۱	
	درصد	۱۱/۴	۵۴	۱۰/۹	۱۶/۸	۶/۹			۱/	
تأثیر گردشگری بر کاهش بیکاری	فرآوانی	۳۹	۱۱۲	۵	۳۳	۱۳	موافق	۳/۶۵	۱۵۵	
	درصد	۱۹/۳	۵۵/۴	۲/۵	۱۶/۳	۶/۴			۱/	
تأثیر گردشگری بر کاهش فقر سالمندان	فرآوانی	۲۹	۸۱	۲۷	۵۳	۱۲	موافق	۳/۳۱	۱۷۸	
	درصد	۱۴/۴	۴۰/۱	۱۳/۴	۲۶/۲	۵/۹			۱/	
بعد اقتصادی		۲۶/۱۷	۹۶/۸۳	۱۸/۸۳	۴۵/۱۷	۱۴/۸۳				

ادامه جدول ۷

انحراف معیار	میانگین	الویت پاسخ	کاملا مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملا موافق		گویه	ردیف
۱/۱۵۲	۳/۳	موافق	۱۲	۴۹	۳۴	۸۰	۲۷	فراوانی	تأثیر گردشگری بر افزایش وسعت مسکن	۱
			۵/۹	۲۴/۳	۱۶/۸	۳۹/۶	۱۳/۴	درصد		
۱/۱۲۸	۳/۳۹	موافق	۱۶	۳۵	۲۷	۱۰۳	۲۱	فراوانی	تأثیر گردشگری بر افزایش مقاومت مسکن	
			۷/۹	۱۷/۳	۱۳/۴	۵۱	۱۰/۴	درصد		
۱/۲۳۵	۳/۳	موافق	۲۱	۴۴	۱۵	۹۷	۲۵	فراوانی	تأثیر گردشگری بر بهبود امکانات زیر ساختی	
			۱۰/۴	۲۱/۸	۷/۴	۴۸	۱۲/۴	درصد		
۱/۰۴۱	۳/۷۵	موافق	۱۰	۲۰	۲۰	۱۱۲	۴۰	فراوانی	تأثیر گردشگری بر بهبود تمیزی و بهداشت	
			۵	۹/۹	۹/۹	۵۵/۴	۱۹/۸	درصد		
۱/۱۳	۳/۳۳	موافق	۱۷	۴۰	۱۹	۱۱۱	۱۵	فراوانی	تأثیر گردشگری بر بهبود کیفیت شبکه معابر	
			۸/۴	۱۹/۸	۹/۴	۵۵	۷/۴	درصد		
۱/۱۴۱	۳/۴۴	موافق	۲۰	۲۷	۱۹	۱۱۷	۱۹	فراوانی	تأثیر گردشگری بر بهبود جمع آوری و دفع زباله	
			۹/۹	۱۳/۴	۹/۴	۵۷/۹	۹/۴	درصد		
۱/۱۹۹	۲/۹۳		۲۲	۷۲	۲۰	۷۴	۱۴	فراوانی	تأثیر گردشگری بر بهبود آبرسانی و دفع فاضلاب	
			۱۰/۹	۳۵/۶	۹/۹	۳۶/۶	۶/۹	درصد		
۱/۲۳۶	۳/۱۹	موافق	۲۰	۵۴	۲۰	۸۴	۲۴	فراوانی	تأثیر گردشگری بر بهبود روشنایی شبکه معابر	
			۹/۹	۳۶/۷	۹/۹	۴۱/۶	۱۱/۹	درصد		
			۱۷/۲۵	۴۲/۶۳	۲۱/۷۵	۹۷/۲۵	۲۳/۱۳	میانگین	بعد محیطی - کالبدی	
۰/۹۴۳	۳/۸۷	موافق	۵	۱۷	۲۳	۱۱۱	۴۶	فراوانی	تأثیر گردشگری بر افزایش اعتماد به نفس	۲
			۲/۵	۸/۴	۱۱/۴	۵۵	۲۲/۸	درصد		
۰/۸۶۷	۳/۹۳	موافق	۵	۱۱	۲۰	۱۲۳	۴۳	فراوانی	تأثیر گردشگری بر افزایش احساس مقبولیت از سوی اجتماع	
			۲/۵	۵/۴	۹/۹	۶۰/۹	۲۱/۳	درصد		
۰/۸	۴	موافق	۳	۶	۲۵	۱۱۵	۵۳	فراوانی	تأثیر گردشگری بر افزایش حس ارزشمندی	
			۱/۵	۳	۱۲/۴	۵۶/۹	۳۶/۲	درصد		
۰/۸۹۲	۴	موافق	۴	۱۲	۲۰	۱۱۰	۵۶	فراوانی	تأثیر گردشگری بر افزایش احساس تعلق به محل زندگی	
			۲	۵/۹	۹/۹	۵۴/۵	۲۷/۷	درصد		
			۴/۲۵	۱۱/۵	۲۲	۱۱۴/۷۵	۴۹/۵	میانگین	بعد فردی - روانی	

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۸

یافته‌های استنباطی

مقایسه میانگین سلامت اجتماعی در بین دو گروه صاحبان کسب و کارهای مرتبط با گردشگری و

سایرین

به منظور مقایسه میزان سلامت اجتماعی روستاییان در دو گروه روستاییانی که کسب و کار مرتبط با گردشگری و غیر مرتبط با گردشگری دارند، با توجه به غیر نرمال بودن داده‌ها از آزمون یومن - وایت نی استفاده شده است. نتایج حاصل از این آزمون (جدول ۸) با توجه به آنکه میزان معناداری برابر با ۰/۰۰۵ و این مقدار کوچک تر از ۰/۰۵ است، بیانگر آن است که تفاوت میان برخورداری جوامع روستایی مورد مطالعه در دو گروه کسب و کارهای مرتبط و غیر مرتبط با گردشگری معنادار است. همچنین نتایج حاصل از این جدول با توجه به کمتر بودن میانگین رتبه کسب و کارهای غیر مرتبط با گردشگری از میانگین رتبه کسب و کارهای مرتبط با گردشگری، بیانگر آن است که میزان برخورداری افرادی که کسب و کار مرتبط با گردشگری دارند، از سلامت اجتماعی، بیشتر از افرادی است که کسب و کار غیر مرتبط با گردشگری دارند.

جدول ۸. مقایسه میزان سلامت اجتماعی در دو گروه کسب و کارهای مرتبط و غیر مرتبط با گردشگری

میزان معناداری (۲-) (tailed)	آماره Z	ضریب ویلکاکسون	ضریب یومن ویتنی	مجموع رتبه ها	میانگین رتبه	تعداد	گروه مورد مطالعه
۰/۰۰۵	-۲/۸۴۰	۱۴۶۷۸/۵	۲۷۴۳/۵	۱۴۵۵۷	۹۴/۵۳	۱۵۴	کسب و کارهای غیر مرتبط با گردشگری
				۵۹۴۶	۱۲۳/۸۸	۴۸	کسب و کارهای مرتبط با گردشگری
						۲۰۲	مجموع

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۸

با توجه به نتایج حاصل از مطالعات میدانی می‌توان علت تفاوت در برخورداری از سلامت اجتماعی در دو گروه فوق را محدود شدن درآمدهای اقتصادی ناشی از گردشگری به کسب و کارهای مرتبط با گردشگری همچون رستوران‌ها، اقامتگاه‌ها و یا سوئیت‌ها و.... دانست. این تفاوت در برخورداری از منافع

اقتصادی ناشی از گردشگری خود بر سایر ابعاد سلامت اجتماعی از جمله کیفیت مسکن (محیطی)، دسترسی به مواد غذایی سالم و کافی، انگیزه ادامه تحصیل (اجتماعی)، برقراری ارتباط بیشتر با گردشگران و در نتیجه افزایش حس مقبولیت اجتماعی، تعلق مکانی و... (فردی- روانی) تأثیرگذار می‌باشد.

مقایسه میزان وقوع جرم، درگیری‌ها و نزاع در بین دو گروه صاحبان کسب و کارهای مرتبط با گردشگری و سایرین

به منظور مقایسه بین میزان وقوع جرم، درگیری‌ها و نزاع در نواحی روستایی مورد مطالعه و نوع کسب و کار، از آزمون یومن- وایتنی استفاده شده است. نتایج حاصل از این آزمون بیانگر وجود تفاوتی معنادار در وقوع درگیری میان صاحبان کسب و کارهای مرتبط و غیر مرتبط با گردشگری است. به گونه‌ای که میزان وقوع درگیری‌ها و نزاع‌ها در میان کسب و کارهای مرتبط با گردشگری بیشتر از کسب و کارهای غیر مرتبط با گردشگری می‌باشد (جدول ۹). بر اساس یافته‌های میدانی دلیل این تفاوت را می‌توان این گونه بیان نمود که به طور کلی میزان جرم، درگیری و نزاع در نواحی روستایی محدود می‌باشد، اما در معهود مواردی، درگیری و نزاع صورت گرفته مربوط به درگیری روستاییان با صاحبان کسب و کارهای مرتبط با گردشگری به دلیل تجاوز گردشگران به حریم اراضی متعلق به روستاییان جهت اطراق و یا پارک اتومبیل می‌باشد.

جدول ۹. مقایسه میزان سلامت اجتماعی در دو گروه کسب و کارهای مرتبط و غیر مرتبط با گردشگری

میزان معناداری (tailed-۲)	Z	Wilcoxon W	Mann-Whitney U	Sum of Ranks	میانگین رتبه	تعداد	
۰/۰۰۲	-۳/۰۳۹	۱۴۵۵۷	۲۶۲۲	۱۴۶۷۸/۵	۹۵/۳۱۵	۱۵۴	کسب و کارهای غیر مرتبط با گردشگری
				۵۸۲۴/۵	۱۲۱/۳۴۴	۴۸	کسب و کارهای مرتبط با گردشگری
						۲۰۲	مجموع

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۸

نسبت و سلامت اجتماعی

به منظور بررسی تفاوت سلامت اجتماعی در میان دو گروه زنان و مردان روستایی مورد مطالعه، از آزمون یومن- وایت نی استفاده شده است. نتایج حاصل از جدول ۱۰ بیانگر آن است که تفاوت معناداری میان برخورداری از سلامت اجتماعی در میان زنان و مردان وجود دارد (میزان معناداری $0/039 > 0/05$). همچنین با توجه به کمتر بودن میانگین رتبه آقایان نسبت به خانم‌ها می‌توان بیان نمود که میانگین شاخص‌های سلامت اجتماعی در زنان بیشتر از مردان است.

جدول ۱۰. مقایسه سلامت اجتماعی در دو گروه خانم‌ها و آقایان

جنسیت	تعداد	میانگین رتبه	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	میزان معناداری (tailed-2)
زنان	۷۶	۱۱۲/۴	۸۵۴۲/۵	۳۹۵۹/۵	۱۱۹۶۰/۵	-۲/۰۶۰	۰/۰۳۹
مردان	۱۲۶	۹۴/۹۲	۱۱۹۶۰/۵				

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۸

تفاوت سلامت اجتماعی در روستاهای مورد مطالعه

به منظور بررسی سطح سلامت اجتماعی در روستاهای مورد مطالعه از آزمون کروسکال-والیس استفاده شده است. با توجه به نتایج این آزمون (سطح معناداری و تفاوت میانگین رتبه‌ها) می‌توان بیان نمود که تفاوت معناداری در میزان برخورداری روستاییان از سلامت اجتماعی در هر یک از ۱۰ روستای مورد مطالعه وجود دارد (جدول ۱۱) به طوری که روستای مغان، کمترین میانگین و روستای نغندر، بیشترین میانگین میزان برخورداری از سلامت اجتماعی را به خود اختصاص می‌دهند (جدول ۱۲).

جدول ۱۱. مقایسه سلامت اجتماعی در هر روستا

روستا	نغندر	کنگ	جاغوق	ازغد	مغان	حصار	ابرده سفلی	زشک	ابرده علیا	حصار سرخ
میانگین رتبه	۱۴۸/۲۷	۱۳۰/۲۹	۱۴۹/۴۲	۱۲۰/۰۵	۳۴/۶۲	۷۸/۳۶	۱۰۸/۶۵	۴۳/۷۵	۹۸/۲۹	۱۰۵/۸۸
تعداد	۱۱	۱۹	۳۱	۱۰	۱۳	۲۲	۱۰	۲۴	۴۱	۲۱

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۸

جدول ۱۲. مقایسه سلامت اجتماعی در هر روستا

میزان معناداری	درجه آزادی	کای-اسکوئر
۰/۰۰۰	۹	۷۷/۸۵۰

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۸

مقایسه میانگین ابعاد سلامت اجتماعی و ابعاد تأثیرگذاری گردشگری بر آن

به منظور بررسی تفاوت ابعاد سلامت اجتماعی و تأثیرات گردشگری بر روی هر یک از ابعاد سلامت اجتماعی، از آزمون فریدمن استفاده شده است. نتایج این آزمون بیانگر وجود تفاوت معنادار در ابعاد سلامت اجتماعی و تأثیرات گردشگری بر هر یک از این ابعاد می‌باشد. به طوری که کمترین میانگین رتبه سلامت اجتماعی مربوط به بعد محیطی و بیشترین آن مربوط به بعد اجتماعی می‌باشد. همچنین کمترین تأثیرگذاری گردشگری بر بعد اقتصادی و بیشترین تأثیرگذاری مربوط به بعد فردی- روانی، سلامت اجتماعی می‌باشد (جدول ۱۳).

جدول ۱۳. مقایسه ابعاد سلامت اجتماعی و تأثیرات گردشگری بر آن‌ها

میزان معناداری	درجه آزادی	کای-اسکوئر	تعداد	میانگین رتبه	بعد
۰/۰۰۰	۷	۴۲۱/۷۸۲	۲۰۲	۵/۹۸	ویژگی‌های اجتماعی
				۳/۰۳۰	ویژگی‌های اقتصادی
				۳/۱۲۶	ویژگی‌های محیطی
				۵/۵	ویژگی‌های فردی
۰/۰۰۰	۷	۴۰۶۳۴۲	۲۰۲	۵/۵	تأثیر گردشگری بر ویژگی‌های اجتماعی
				۳/۲۷	تأثیر گردشگری بر ویژگی‌های اقتصادی
				۴/۳۵	تأثیر گردشگری بر ویژگی‌های محیطی
				۶/۳۸	تأثیر گردشگری بر ویژگی‌های فردی

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۸

با توجه به نتایج حاصل از مطالعات میدانی و نیز یافته‌های حاصل در بالا، این دلیل تفاوت در ابعاد سلامت اجتماعی را می‌توان این گونه بیان نمود که میزان برخورداری ساکنان روستایی از معیارهای مثبت

سنجش سلامت در بعد اجتماعی، همچون دسترسی به مواد غذایی سالم و کافی، قرارگیری تحت پوشش بیمه، انگیزه ادامه تحصیل در بین فرزندان و... متوسط و زیاد و معیارهای منفی همچون خود کشی، مرگ و میر نوزادان، وقوع جرم و... بسیار کم می‌باشد. همچنین میزان برخورداری روستاییان از معیارهای سلامت فردی و روانی، چون میزان اعتماد به نفس، حس ارزشمندی و... متوسط و زیاد می‌باشد. که این مسئله بیانگر وضعیت مطلوب در این ابعاد می‌باشد.

این درحالی است که میزان برخورداری روستاییان از معیارهای سنجش سلامت اجتماعی در بعد محیطی همچون روشنایی شبکه معابر، شبکه آب رسانی و دفع فاضلاب، تمیزی محیط روستا و... و نیز بعد اقتصادی، همچون برابری اقتصادی، میزان بیکاری و... متوسط می‌باشد. که بیانگر آن است که هنوز جامعه در این ابعاد به سطح مطلوب ساکنان خود نرسیده است. در رابطه با شاخص‌های سنجش تأثیرگذاری گردشگری بر سلامت اجتماعی می‌توان بیان نمود که گردشگری بیشترین تأثیر را بر بعد فردی- روانی گذاشته است، چرا که سبب شده است مردم نسبت به محل زندگی خود احساس تعلق بیشتری داشته باشند و حتی در مواردی مانند روستای کنگ و حصار سرخ پدیده مهاجرت معکوس شکل گیرد.

از طرفی دیگر گردشگری با اهمیت دادن به فرهنگ و هنر محلی سبب افزایش اعتماد به نفس و حس ارزشمندی روستاییان شده است. کمترین تأثیر گردشگری و حضور گردشگران در نواحی روستای مورد مطالعه مربوط به بعد اقتصادی و محیطی می‌باشد که علت آن را در جدایی محیط روستا از فضای گردشگری و بومی نبودن اغلب صاحبان کسب و کارهای مرتبط با گردشگری در نواحی روستایی می‌توان ذکر نمود. ولی باید به این مسئله نیز توجه نمود که اگر چه یافته‌ها بیانگر آن است که گردشگری بر ابعاد سلامت اجتماعی تأثیر گذاشته است، اما این تأثیرات اندک بوده و ساکنان محلی با دیدگاه و نگرشی مثبت به آینده، معتقدند که گردشگری می‌تواند تأثیرات مثبتی بر بهبود شاخص‌های اقتصادی، محیطی و فردی- روانی داشته باشد.

نتیجه‌گیری

همان‌طور که پیشتر بیان شد نیز، مطالعات اندکی به بررسی مستقیم تأثیر گردشگری بر سلامت اجتماعی متمرکز است، اما سازه‌های این متغیر به کرات در نتیجه گردشگری و توسعه آن مورد ارزیابی قرار گرفته است. تحلیل نتایج حاصل از مطالعه حاضر و مقایسه آن با مطالعات صورت گرفته به طور کلی بیانگر آن است که:

سلامت اجتماعی جوامع روستایی مورد مطالعه در حد متوسط می‌باشد و نیازمند ارتقاء، توسعه و بهبود است. به عبارتی، با توجه به ویژگی‌های منطقه، هنوز ظرفیت‌های بسیاری برای افزایش تأثیرات مثبت گردشگری بر ابعاد مختلف سلامت اجتماعی در منطقه وجود دارد.

کمترین میانگین رتبه سلامت اجتماعی مربوط به بعد محیطی و بیشترین آن مربوط به بعد اجتماعی می‌باشد. همچنین کمترین تأثیرگذاری گردشگر بر بعد اقتصادی و بیشترین تأثیرگذاری مربوط به بعد فردی-روانی، سلامت اجتماعی می‌باشد. این بدان معناست که گردشگری علی‌رغم اثرات انسانی (فردی، اجتماعی و اقتصادی) مثبتی که به همراه داشته است، در حفظ و بهبود محیط تأثیرات مثبت درخور نداشته است که به نوعی مؤید نتایج مطالعه راسخی و همکاران (۱۳۹۵) در راستای تفاوت اثرات زیست محیطی گردشگری بر کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است.

- تفاوت تأثیرگذاری گردشگری بر سلامت اجتماعی در دو گروه صاحبان مشاغل مرتبط با گردشگری و مشاغل غیرمرتبط را می‌توان از دو منظر مورد توجه قرار داد. اول برخورداری بیشتر صاحبان کسب و کارهای مرتبط با گردشگری از مزایای اقتصادی و رفاهی توسعه گردشگری و از سویی درگیری و نزاع کشاورزان و صاحبان کسب و کارهای غیرمرتبط با گردشگران در مواردی نظیر آلودگی محیط، صدمه به محصولات و باغات و... که این تفاوت را برجسته‌تر می‌سازد که به نوعی مؤید یافته‌های تحقیق کریمی و زارع (۱۳۹۰) و کاظمی پورو همکاران (۱۳۹۴) می‌باشد.

در کنار موارد بیان شده، از مهم‌ترین تأثیرات توسعه گردشگری افزایش حس تعلق مکانی در میان روستاییان و کاهش مهاجرت‌های روستایی می‌باشد که در مطالعات میدانی محقق به کرات پاسخ‌گویان به

آن اذعان داشته‌اند (یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۹). مقایسه نتایج این مطالعه با مطالعات مرتبط مؤید تأثیر گردشگری بر بهبود کیفیت محل زندگی روستاییان است که با نتایج مطالعه فیروز آبادی و حسنونند (۱۳۹۳)، بابا خانزاده (۱۳۹۲)، افراخته و افکار (۱۳۹۱) و هارتول و همکاران (۲۰۱۶) منطبق می‌باشد. در راستای بهبود شاخص‌های سلامت اجتماعی روستاییان، بهره‌گیری از ظرفیت‌های گردشگری، توسعه ظرفیت‌های اقتصادی نظیر ایجاد و توسعه بازارچه‌های صنایع دستی به منظور فراهم آوردن زمینه فروش محصولات محلی روستاییان همچنین ارائه تسهیلات مالی به روستاییان جهت افزایش کسب و کارهای بومی مرتبط با گردشگری می‌تواند بسیار مؤثر باشد. ارتقای ظرفیت‌های اجتماعی جوامع میزبان از طریق آموزش و خلاقیت برای پذیرش گردشگران با سلیق مختلف و تاب‌آوری جوامع میزبان برای رویارویی با تنوع رفتاری و فرهنگی می‌تواند تهدیدات احتمالی برای سلامت اجتماعی را به فرصت‌های قابل توجهی تبدیل نماید.

منابع

- ابراهیم زاده، عیسی؛ ضیایی، محمود و دلشا، علی. (۱۳۹۱). *اصول و فرآیند برنامه‌ریزی راهبردی توسعه توریسم*. مشهد: انتشارات صحرا شرق.
- اجزاء شکوهی، محمد؛ بوذرجمهری، خدیجه؛ ایستگلدی، مصطفی و مودودی، مهدی. (۱۳۹۳). «بررسی اثرات گردشگری بر کیفیت زندگی جامعه میزبان، نمونه مطالعاتی: شهر بندر ترکمن». *فصلنامه فضای جغرافیایی*. سال ۱۴، شماره ۴۷، ۱۲۵-۱۰۱.
- افراخته، حسن و افکار، ابوالحسن. (۱۳۹۱). «عوامل مؤثر بر سطح سلامت روستاها، مطالعه موردی روستاهای شهرستان شفت». *فصلنامه پژوهش و برنامه‌ریزی روستایی*. دوره ۱، شماره ۱، ۴۳-۲۵.
- افتخاری، رکن الدین، عبدالرضا، قادری، اسماعیل. (۱۳۸۱). «نقش گردشگری روستایی در توسعه روستایی، نقد و تحلیل چهارچوب‌های نظریه‌ای». *فصلنامه مدرس دانشگاه تربیت مدرس تهران*. دوره ۶، شماره ۲۳-۲۴.
- امینی رارانی، مصطفی؛ موسوی، میر طاهر و رفیعی، حسن. (۱۳۹۰). «رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران». *فصلنامه رفاه اجتماعی*. سال ۱۱، شماره ۴۲، ۲۲۸-۲۰۳.

- بابایی فینی، ام السلمه؛ توحیدلو، شادعلی و حضرتی، مجید. (۱۳۹۴). «تحلیل وضعیت سلامت اجتماعی در سکونتگاه‌های روستایی بر اساس مدل کبیز، میرنگف و کیفیت زندگی، مطالعه موردی شهرستان زنجان». *مجله پژوهش و برنامه‌ریزی روستایی*. سال ۴، شماره ۳. شماره پیاپی ۱۱. ۱۴۰-۱۲۷.
- باباخانزاده، ادريس. (۱۳۹۲). «بررسی اثرات اقتصادی، اجتماعی- فرهنگی و زیست محیطی توسعه گردشگری بر منطقه اورامانات». *مجله برنامه‌ریزی فضایی*. سال سوم، شماره سوم. پیاپی ۱۰. ۱۶۴-۱۴۵.
- پاپلی یزدی، محمد حسن و سقایی، مهدی. (۱۳۹۲). *گردشگری ماهیت و مفاهیم*. انتشارات سمت، تهران.
- پورافکاری، نصراله. (۱۳۹۱). «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاوه». *فصلنامه علوم اجتماعی*. سال ششم، شماره ۱۸. ۶۰-۴۱.
- تاج الدین، محمد باقر. (۱۳۹۶). «تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی شهروندان منطقه ۱۲ تهران». *فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*. سال ۸، شماره ۳۲. ۹۶-۶۱.
- حسینی، معصومه و طالبی، هاشم. (۱۳۹۵). نگرش ساکنان مناطق گردشگری روستایی نسبت به پیامدهای اقتصادی گردشگری، مطالعه موردی: روستای کنگ استان خراسان رضوی. *اولین همایش بین‌المللی اقتصاد شهری (بارویکرد اقتصاد مقاومتی، اقدام و عمل)*. تهران: انجمن علمی اقتصاد شهری ایران.
- حیدری ساربان، وکیل. (۱۳۹۴). «بررسی اثرات گردشگری در توسعه اجتماعی مناطق روستایی، مطالعه موردی شهرستان مشکین شهر». *فصلنامه آمایش جغرافیایی فضا*. سال ۷، شماره ۲۵. ۱۸۹-۱۷۱.
- حیدری ساربان، وکیل؛ یاری حصار، ارسطو و صائب، شراره. (۱۳۹۵). «بررسی اثرات گردشگری بر ارتقای شاخص‌های رفاه اجتماعی، مورد مطالعه: روستاهای اونار و کوچنق، شهرستان مشکین شهر». *فصلنامه اجتماعی*. دوره ۱۶، شماره ۶۳. ۱۵۷-۱۲۷.
- درخشان نیا، فریبا؛ رفیعی، حسن؛ خانکه، حمیدرضا؛ اقلیما، مصطفی و رهگذر، مهدی. (۱۳۹۲). «ویژگی‌های جامعه سالم بر اساس تجارب و ادراکات شهروندان تهرانی». *فصلنامه رفاه اجتماعی*. سال ۱۵، شماره ۵۶. ۳۴۶-۳۱۵.
- راسق قزلباش، سلیمان. (۱۳۸۸). «گردشگری روستایی و لزوم توجه به آن در برنامه‌های توسعه و آبادانی روستاها». *فصلنامه مسکن و محیط روستا*. دوره ۲۹، شماره ۱۲۹. ۱۰۹-۹۸.
- رضایی، امید؛ مظلوم خراسانی، محمد و مجدی، علی اکبر. (۱۳۹۴). «مطالعه تأثیر احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی شهروندان مشهد». *فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی*. شماره ۴۴. ۱۶۲-۱۳۹.
- رضوانی، محمدرضا. (۱۳۹۴). *توسعه گردشگری روستایی با رویکرد گردشگری پایدار*. تهران: انتشارات دانشگاه.

سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری استان خراسان رضوی. (۱۳۹۸). اداره کل میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری خراسان رضوی.

سجادی، حمیرا و صدرالسادات، سید جلال. (۱۳۸۴). «شاخص‌های سلامت اجتماعی». فصلنامه سیاسی-اقتصادی. شماره ۲۰۷ و ۲۰۸. ۲۵۳-۲۴۴.

سمیعی، مرسلده؛ رفیعی، حسن؛ امینی رازانی، مصطفی و اکبریان، مهدی. (۱۳۸۹). «سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجماع‌مدار تا شاخص شواهد مدار». فصلنامه مسائل اجتماعی ایران. دوره ۱، شماره ۲. ۵۱-۳۱.

شربتیان، محمد حسن و ایمنی، نفیسه. (۱۳۹۷). «تحلیل جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی جوانان و عوامل مؤثر بر آن، مطالعه موردی جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال در شهرستان قاین». فصلنامه جامعه‌شناسی کاربردی. سال ۲۹، شماره پیاپی ۶۹. شماره اول. ۱۸۸-۱۶۷.

صالحی فرد، محمد. (۱۳۹۰). گردشگری روستایی، مبانی برنامه‌ریزی و طرح‌های ساختاری. مشهد: انتشارات مرندیز. ضیایی، محمود و ترابیان، پونه. (۱۳۸۹). «سنجش سطح قابل قبول اثر منفی اجتماعی گردشگران بر جوامع محلی در ایران، مورد مطالعه سکونت‌گاه‌های روستایی حوزه تالاب پریشان». فصلنامه انجمن جغرافیای ایران. سال ۸، شماره ۲۷. ۲۲۵-۲۰۵.

عنابتانی، علی اکبر و محمودی، حمیده. (۱۳۹۵). «بررسی تأثیر گردشگری مذهبی بر ارتقاء کیفیت زندگی روستاییان، مطالعه موردی: حوزه نفوذ گردشگاهی شهر مشهد». مجله برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری. سال ۵، شماره ۱۸. ۱۱۸-۹۷.

فیروز آبادی، سید احمد و حسونند، حمید. (۱۳۹۳). «بررسی اثرات اقتصادی، اجتماعی- فرهنگی و زیست‌محیطی ورود گردشگران به نواحی روستایی کهمان از توابع شهرستان سلسله». مجله مطالعات توسعه اجتماعی ایران. سال ششم، شماره سوم. ۴۸-۳۳.

قدمی، مصطفی؛ علی قلی زاده فیروزجایی، ناصر و رمضان زاده لسبویی، مهدی. (۱۳۹۰). «بررسی نقش گردشگری در تغییرات کیفیت زندگی مقصد، نمونه مورد مطالعه: دهستان کلارآباد، شهرستان تنکابن، مازندران». مجله مطالعات اجتماعی ایران. دوره ۴، شماره ۳. ۱۱۳-۱۰۱.

کدپور، علی اصغر. (۱۳۹۶). «بررسی قابلیت‌های گردشگری روستایی در استان خراسان رضوی». فصلنامه روستا و توسعه. سال ۲۰، شماره ۱، پیاپی ۷۷. ۲۳-۱.

کریمی، جعفر و زارع، محمد. (۱۳۹۱). نقش گردشگری در فراز و فرود آسیب‌های اجتماعی. سومین همایش هجوم خاموش. لرستان. جهاد دانشگاهی واحد استان لرستان. ۳ خرداد.

کاظمی پور ثابت، شهلا؛ رضایی، حسین و رمضانی فر، حدیثه. (۱۳۹۴). «سنجش نگرش جامعه میزبان به گسترش آسیب‌های اجتماعی ناشی از توسعه گردشگری در شهر همدان». فصلنامه تحقیقات فرهنگی ایران. سال ۸. شماره ۱. پیاپی ۲۹. ۱۵۱-۱۸۴.

راسخی، سعید؛ کریمی پتانلار، سعید و محمدی، ثریا. (۱۳۹۵). «اثر گردشگری بر محیط زیست: یک مطالعه موردی برای کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته منتخب». فصلنامه برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری. سال ۵. شماره ۱۶. ۷۱-۹۴.

- Egbali, N., Bakhshandea, A., Sayyed Ali pour, N., Sayyed Ali pour, S. Kh. (2011). Effects of positive and negative rural tourism (case study: Rural Semnan Province). *Journal of Geography and Regional Planning*, 4 (2), 63-76.
- Embacher, H. (2005). *Strategy formulation in rural tourism, an integrated approach*. Editors: Hall, D.; Roberts, L.; Mitchell, M, *New directions in rural tourism*. Ashgate Publishing Ltd. part 4. pp.137-151.
- Gartner, W. C. (1996). *Tourism Development, Principles, Processes & Policies*. NewYork: Published by Van Nostrand Reinhold.
- Hall, M. C, Page, S. J. (2002). *The Geography of Tourism and Recreation Environment*. London: Published by Routledge.
- Hartwell, H., Fyall, A., Willis, Ch., Page, S., Ladkin, A., Hemingway, A. (2016). Progress in Tourism and Destination Wellbeing Research. *Current Issues in Tourism*, 21 (16), 1830- 1892.
- Keyes, C.M, Shapiro, A. (2004). *Social well-being in the U.S. A descriptive epidemiology, in book: How Healthy Are We. A National Study of Well-Being at Midlife, Chapter: Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology*, Publisher: University Chicago Press.
- Keyes, C. M. (1998). Social well-being, social Psychology. *Journal of Quarterly*, 61 (2), 121-190.
- Konovalov, E. (2016). *Tourism and community well-being: social impacts of tourism in Australian tropical communities*, PhD thesis, James Cook University.
- Larson, J.S. (1996). The World Health organization Definition of Health: social versus spiritual health. *journal of social indicators Research*, 38, 181- 192.
- Miringoff. L.m, Sandra.o. (2010). The Arts in a Time of Recession, The international. *Journal of the arts in society*, 4 (5), 141- 168.
- Miringoff. L. (1999). *The Social Health of the Nation: How America Is Really Doing*. Oxford University Press:Oxford.
- Moscardo. G, Konovalova. E, Murphya. L, McGehee. N. G., Schurmann. A, (2017), Linking tourism to social capital in destination communities. *Journal of Destination Marketing & Management*, 6 (4), 286-295.

- Neal, J., Uysal, M., Sirgy, M. (2007). The effect of tourism services on travelers' quality of life. *Journal of Travel Research*, 46, 154-163.
- Russel, R.D. (1973). Social Health an attempt to clarify this dimension of wellbeing. *International Journal of Health Education*, 16, 74-82.
- Virginia Dragulanescu Drutu, I., Drutu, M. (2012). Rural Tourism for Local Economic Development. *International Journal of Academic Research in Accounting, Finance and Management Sciences*, 2 (Special Issue), 196-203.
- World Health organization. (2005). *Health for all*. 1: 1-80.