

مقاله پژوهشی

برآورد و پهنه‌بندی امید زندگی در مناطق روستایی ایران

شادعلی توحیدلو^۱ و غلامرضا مجردی^{۲*}

تاریخ دریافت: ۲۲ تیر ۱۴۰۰ تاریخ پذیرش: ۲۷ فروردین ۱۴۰۱

چکیده

امید زندگی بیانگر برخورداری از یک سطح بهتر و مناسب تر زندگی است. در نتیجه آگاهی از شاخص فوق در مناطق روستایی به دولتمردان، برنامه‌ریزان روستایی در تصمیم‌گیری کمک می‌کند. لذا پژوهش حاضر با هدف برآورد و پهنه‌بندی امید زندگی در مناطق روستایی ایران براساس داده‌های رسمی ثانویه جمعیت شناختی سال ۱۳۹۵ به انجام رسید. در روش پژوهش براساس داده‌های ثانویه رسمی کشور جدول طول عمر تشکیل و امید زندگی برای مناطق روستایی استان‌های کشور محاسبه گردید سپس این مناطق با استفاده از Arc GIS پهنه‌بندی شدند. بر اساس نتایج تحقیق روستاییان استان تهران در سال ۱۳۹۵ از بهترین وضعیت شاخص امید زندگی در بین استان‌ها برخوردار بودند، مقدار این شاخص برای مردم روستایی استان تهران ۷۴/۶۰، برای زنان روستایی ۷۴/۷۱ و برای مردان روستایی ۷۴/۵۰ سال بود. بدترین وضعیت امید زندگی روستاییان کشور نیز مربوط به استان سیستان و بلوچستان بود. به طوری که مقدار امید زندگی روستاییان بدون در نظر گرفتن جنسیت ۶۷/۲۶ سال، امید زندگی زنان روستایی ۶۷/۷۶ سال و برای مردان روستایی ۶۶/۷۶ سال بدست آمد. براساس یافته‌های پژوهش بالاترین امید زندگی در بین همه گروه‌ها و استان‌های مورد مطالعه مربوط به زنان روستایی استان تهران با ۷۴/۷۱ سال و کمترین آن مربوط به مردان روستایی استان سیستان و بلوچستان با ۶۶/۷۶ سال بود. در همه استان‌ها زنان روستایی امید زندگی بیشتری نسبت به مردان روستایی داشتند. در نهایت مردم روستایی استان‌های مختلف کشور از نظر شاخص امید زندگی در سه پهنه خوب، متوسط و ضعیف قرار گرفتند. لذا پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران با تخصیص بهینه منابع نسبت به برطرف کردن کمبودها و نقصان‌ها در مناطق کمتر برخوردار و بهبود امید زندگی در سایر مناطق اقدامات متناسب را به عمل آورند.

کلمات کلیدی: امید زندگی، مناطق روستایی، روستاییان، پهنه‌بندی، ایران.

۱- استادیار، گروه ترویج، ارتباطات و توسعه روستایی، دانشکده کشاورزی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران
۲- دانشیار، گروه ترویج، ارتباطات و توسعه روستایی، دانشکده کشاورزی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران
*نویسنده مسئول: (gh.r.mojarradi@znu.ac.ir)

مقدمه

وجود اطلاعات و شاخص‌های مطمئن در زمینه مرگ و میر در گروه‌های جمعیتی مختلف از جمله روستاییان برای اتخاذ سیاست‌ها و راهبردهای مناسب برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت و همچنین ارزیابی برنامه‌های نظام سلامت جامعه و تعیین آسیب‌های گوناگون ضروری است و از این اطلاعات می‌توان برای قضاوت در مورد تغییرات سلامتی و نشانگر خوبی برای تشخیص میزان پیشرفت سلامت استفاده کرد (فقیهی و همکاران، ۱۳۹۴). امروزه سلامت و حفظ آن به موضوعی مهم در فرهنگ جامعه تبدیل شده است. زیرا کیفیت زندگی انسان‌ها به موضوع سلامت گره خورده و این شاخص به طور مستقیم بر رشد و تولید کل جامعه اثر می‌گذارد (متقی، ۱۳۹۳). برای داشتن عمر طولانی در آینده، افراد به اطلاعات گسترده‌ای نیاز دارند و در عمل باید از آن برای بهبود وضعیت سلامت خویش و حفظ آن استفاده نمایند (لی^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). به اعتقاد گروسمن هر شخص در هر سال خاص از عمر خود، دارای ذخیره‌ای از موجودی کالای سلامت است که با سرمایه‌گذاری در مخارج درمانی این موجودی افزایش یافته و با گذر عمر و افزایش سن، موجودی سلامت شخص کاهش می‌یابد (لطفعلی پور و همکاران، ۱۳۹۰).

عمر طولانی نیازمند برخورداری از سطح مناسب زندگی و به تبع آن امید زندگی^۲ به طور مستقیم با رفاه اجتماعی، سلامت انسان‌ها و توسعه اقتصادی مرتبط است. بنابراین توجه به بهداشت عمومی و سلامت، گسترش خدمات پزشکی، کنترل بیماری‌ها، واکسیناسیون به موقع، مجهز کردن افراد به مهارت‌های زندگی و توجه به بهداشت روانی می‌تواند امید زندگی را در

جامعه - شهری و روستایی - افزایش دهد (سرلک و سواری، ۱۳۹۵). یکی از سازه‌های بنیادی در برنامه‌ریزی برای عمل در نظام سلامت، جمعیت و امید زندگی برای آن است (احمدی و شجاعی، ۱۳۹۰). به همین خاطر برای تأمین سلامت فرد باید از نهاده‌های درمانی و بهداشتی استفاده شود (مکیان و همکاران، ۱۳۹۵). زیرا همزمان با افزایش طول عمر، نسبت سال‌های درگیری با بیماری‌های مزمن، ناتوانی، ناملایمات اجتماعی و اقتصادی نیز افزایش می‌یابد (فرح بخش و همکاران، ۱۳۹۰). از آنجا که میزان‌های مرگ و میر و الگوی سنی آن یکی از شاخص‌های توسعه است لذا جوامع مختلف با اجرای برنامه‌های متنوع بهداشتی و توسعه‌ای تلاش می‌کنند تا با کاهش مرگومیر به سطوح بالای رشد و توسعه برسند (عینی زیناب و همکاران، ۱۳۹۴).

شاخص امید زندگی مفیدترین شاخص منفردی است که چکیده مرگومیر جمعیت و پیامدهای کشنده بیماری‌ها و صدمات را در قالب یک عدد در بدو تولد و در قالب جدول عمر برای همه گروه‌های سنی و جنسی جمعیت خلاصه می‌کند (پورملک و همکاران، ۱۳۸۶) و ضمن نشان دادن سطح مرگومیر جامعه و متوسط سال‌های عمر یک نوزاد تازه متولد شده (یزدانی‌چراتی و همکاران، ۱۳۹۳) بیانگر وضعیت فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی هر جامعه (فرشته‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۹) و تابع سلامتی، کیفیت زندگی، امکانات بهداشتی، دسترسی به حداقل‌های زندگی، فقدان اضطراب، آرامش و برخورداری از امنیت اقتصادی و اجتماعی است (نیسی، ۱۳۸۹).

تاکنون برنامه‌های بهداشتی و توسعه‌ای متنوعی در کشور با هدف افزایش شاخص امید زندگی به اجرا درآمده است اما با توجه به گستردگی پهنه جغرافیایی و نیز میزان برخورداری یا

۱- Lee

۲- Life Expectancy

استان سیستان و بلوچستان در پایین ترین سطح قرار دارد. سایر استان‌های واقع در مناطق مرزی شمال شرق، جنوب و غرب کشور در گروه متوسط هستند. نتایج پژوهش آل عمران و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد روند شاخص امید زندگی در استان‌های شمال غرب کشور سعودی است و استان‌های آذربایجان شرقی و کردستان به ترتیب بیشترین و کمترین شاخص امید زندگی را دارند. استان اردبیل نیز به لحاظ شاخص امید زندگی در مقایسه با استان آذربایجان غربی وضعیت بهتری دارد. محمدی (۱۳۹۸) در بررسی جغرافیای توسعه یافتگی استان‌های ایران با استفاده از شاخص توسعه انسانی نتیجه گرفت در شاخص امید زندگی استان‌های البرز، تهران و مازندران در مطلوب‌ترین وضعیت و استان‌های سیستان و بلوچستان، خراسان شمالی و ایلام به ترتیب در نامطلوب‌ترین وضعیت قرار دارند. سرافرازیان و همکاران (۱۳۹۴) ضمن تقسیم استان بوشهر به ۵ منطقه، امید زندگی در بدو تولد در جامعه روستایی را در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰ برآورد کردند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بیشترین و کمترین امید زندگی در بدو تولد جمعیت روستایی در سال ۱۳۸۵ به ترتیب در ناحیه گناوه- دیلم، ۷۵/۱۰ سال و دشتی- تنگستان ۷۱/۲۱ سال و در سال ۱۳۹۰ به ترتیب در ناحیه کنگان- دیر- جم، ۷۵/۵۸ سال، و در ناحیه بوشهر ۷۵/۲۰ سال بوده است اما با این وصف امید زندگی مردان و زنان روستایی به تفکیک در نتایج ذکر نشده بود. بر اساس یافته‌های پژوهش، محققین نتیجه گرفتند که امید زندگی محاسبه شده شاخص مناسبی برای بیان عدم توزیع یکسان امکانات بهداشتی و اجتماعی- اقتصادی در نواحی مختلف استان است. کاظمیه و ظریفیان (۱۳۹۳) امید زندگی را در بین مردان و زنان روستایی استان آذربایجان شرقی برآورد کردند. بر اساس یافته‌های این پژوهش امید زندگی مردان روستایی در سال ۱۳۹۱ برابر با ۶۹/۸۲ و امید زندگی زنان روستایی استان برابر با ۷۲/۶۱ سال برآورد شد. غفاریان شیرازی و همکاران (۱۳۸۴)

محرومیت مناطق روستایی در استان‌های مختلف کشور، اطلاعات دقیقی از وضعیت تطبیقی امید زندگی در این مناطق وجود ندارد، به گونه‌ای که به طور همزمان و با یک معیار مشخص بتوان وضعیت امید زندگی در مناطق روستایی استان‌های مختلف کشور را با هم مقایسه کرد. از این رو شناخت وضعیت موجود امید زندگی در مناطق روستایی کشور را باید پیش‌نیازی اساسی برای برنامه‌ریزی منطبق بر واقعیات تلقی کرد که براساس آن، نیازهای مرتبط با سلامت مردم روستایی به گونه‌ای عادلانه با اجرای برنامه‌های واقع‌بینانه برآورده می‌شود. بدیهی است عدم اطلاع دقیق از وضعیت این شاخص در مناطق روستایی کشور، مسئولین و متولیان امور را در تخصیص بودجه و انجام سرمایه‌گذاری لازم برای توسعه متوازن، دچار مشکل کرده و باعث می‌شود، این کار مهم کاملاً سلیقه‌ای و بر اساس نظر گروه‌های فشار به انجام برسد. در واقع شناسایی وضعیت موجود شاخص امید زندگی به دولتمردان، برنامه‌ریزان روستایی و سایر محققان و متخصصان کشور کمک می‌کند تا برای مناطق روستایی هر یک از استان‌ها متناسب با وضعیت این شاخص برنامه‌ریزی دقیق‌تری انجام داده و در تنظیم سیاست‌ها، طرح‌ها و برنامه‌های توسعه نظام سلامت با توجه به واقعیت‌های موجود اقدام کنند. لذا پژوهش حاضر با هدف شناسایی وضعیت امید زندگی روستاییان در مقطع زمانی سال ۱۳۹۵ و پهنه‌بندی مناطق روستایی با استفاده از داده‌های جمعیتی مرکز آمار ایران و نیز داده‌های مرگومیر سازمان ثبت و احوال کشور به انجام رسید.

در ارتباط با این موضوع در ایران و جهان تحقیقات مختلفی انجام شده است که به اختصار به مهمترین نتایج برخی از این تحقیقات اشاره می‌شود. نتایج مطالعه شایان و همکاران (۱۴۰۰) در بررسی شاخص امید زندگی استان‌های کشور نشان داد شاخص امید زندگی در استان‌های البرز و تهران و بخش عمده ای از مناطق مرکزی، شمال و شمال غربی در سطح بالا و فقط

تحقیق نشان داد که در سال ۱۳۸۲ در استان یزد امید زندگی مردان نزدیک به ۵ سال و امید زندگی زنان ۲/۵ سال بیشتر از امید زندگی کل کشور بوده است. نتایج حاصل از پژوهش فرح بخش و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که امید زندگی بدو تولد در کل جمعیت استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۸۶ برابر با ۷۲/۵۷ سال بوده و مقدار این شاخص در بین مردان ۷۰/۴۳ سال و در بین زنان ۷۴/۱۳ می‌باشد. عینی‌زیناب و همکاران (۱۳۹۴) با استفاده از داده‌های فوت ثبتی سازمان ثبت و احوال کشور و نیز سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن، تغییرات مرگ و میر در ایران را در فاصله سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۰ مدل سازی کردند. یافته‌های این تحقیق نشان داد که امید زندگی در بدو تولد طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۰ از ۶۶/۳ به ۷۱/۱ برای مردان و از ۶۸/۴ به ۷۵/۷ برای زنان افزایش یافته است. فرشته نژاد و همکاران (۱۳۸۹) امید به زندگی جمعیت شهری ساکن در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران را ۷۷/۹۸ سال برآورد کردند با این وجود امید زندگی در بین زنان ۷۹/۹۶ و در بین مردان ۷۴/۵۳ سال بدست آمد و امید زندگی زنان به طور معنی‌داری بیش از امید زندگی مردان بود. براساس نتایج این مطالعه اگرچه بالاترین مقدار امید زندگی در مناطق شرقی تهران ۸۱/۶۴ و در مناطق شمالی ۷۹/۴۳ سال بدست آمد ولی مردم جنوب شهر با ۷۴/۳۸ سال از کمترین امید به زندگی برخوردار بودند. مخیری و همکاران (۱۳۹۴) امید زندگی را با استفاده از جداول عمر چند کاهشی در شهر تهران طی سال ۱۳۸۹ برآورد کردند. یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که امید زندگی در بدو تولد برای مردان و زنان تهرانی به ترتیب برابر با ۷۴/۶ و ۷۸/۴ سال بوده که با حذف بیماری‌های قلبی و عروقی، امید زندگی به ترتیب برای مردان و زنان به ۸۲/۳۹ و ۸۵/۵۱ سال و با حذف سرطان‌ها به ترتیب به ۷۶/۲۷ و ۸۰/۴۹ سال و با حذف بیماری‌های تنفسی به ترتیب به ۷۵/۹۸ و ۷۹/۹۷ سال افزایش می‌یابد. نتایج

امید زندگی و طول عمر زنان و مردان روستایی را در سال ۱۳۸۲ در استان کهگیلویه و بویر احمد برآورد کردند. براساس یافته‌های این پژوهش در سال ۱۳۸۲ امید زندگی کل جامعه روستایی این استان ۷۲/۳ سال، امید زندگی مردان روستایی ۷۰/۸ سال و امید زندگی زنان روستایی ۷۳/۸ سال بدست آمد. این محققین تأکید کردند که امید زندگی در بین ساکنین مناطق روستایی استان کهگیلویه و بویر احمد در مقایسه با سایر مناطق روستایی کشور کمتر است و دلیل آن را محرومیت‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی فراگیر در این مناطق اعلام نمودند. صفری و همکاران (۱۳۸۹) امید زندگی روستائینان ایران را در سال ۱۳۸۷ برآورد کردند. براساس یافته‌های پژوهش امید زندگی مردان ۷۱/۷۲ و امید زندگی زنان ۷۴/۶ سال بدست آمد. احمدی و شجاعی (۱۳۹۰) تغییرات امید زندگی در استان چهارمحال و بختیاری را طی سال‌های ۸۸ - ۱۳۸۴ مورد مطالعه قرار دادند. نتایج حاصله نشان داد امید زندگی در بدو تولد در سال ۱۳۸۴ برای کل جمعیت استان چهارمحال و بختیاری ۷۰/۰۳ سال، برای مردان ۶۸/۷ سال و برای زنان ۷۱/۴۹ سال بود که این ارقام در سال ۱۳۸۵ به ترتیب ۷۰/۵۵، ۷۲/۲۴ و ۷۴/۰۸ سال برآورد گردید. همچنین امید زندگی در سال ۱۳۸۶ در کل جمعیت استان ۷۲/۳۸ سال بود. این شاخص برای مردان معادل ۷۰/۹۷ سال و برای زنان ۷۳/۹۵ سال برآورد گردید. در سال ۱۳۸۸ این ارقام برای زنان ۷۵/۳۸ برای مردان ۷۲/۱۴ و در کل جمعیت ۷۳/۷ سال برآورد گردید. نتایج مطالعه فلاح‌زاده و هادیان (۱۳۸۵) نشان داد که در استان یزد در سال ۱۳۷۵ امید زندگی مردان در بدو تولد ۷۰/۵ و زنان ۷۱ سال بوده و این عدد در سال ۱۳۸۲ به ترتیب برای مردان و زنان به ۷۱/۹ و ۷۴/۵ سال افزایش یافته بود. بر این اساس امید زندگی مردان در فاصله زمانی ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۲ تنها ۱/۴ سال ولی در بین زنان ۳/۵ سال افزایش داشت. در مجموع داده‌های این

و سلامت اجتماعی بهتر به طور معنی‌داری با امید زندگی بالاتر ارتباط داشت. بنابراین توصیه شد برنامه‌های ترویج سلامت اجتماعی جهت بهبود نگرش فردی نسبت به امید زندگی بویژه در بین اقشار آسیب پذیر مورد توجه قرار گیرد. سلیگمن و همکاران^۳ (۲۰۱۶) همگرایی امید زندگی را در کشورهای عضو جی هفت یعنی کانادا، فرانسه، آلمان، ایتالیا، ژاپن، بریتانیا و ایالات متحده آمریکا با استفاده از روش پیش بینی لی کارتر در بین مردان و زنان با تأکید بر سه موضوع جهت، الگوی سن، و علل مورد مطالعه قرار دادند. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد که اگرچه روش لی کارتر برای پیش‌بینی امید زندگی فارغ از موضوع جنسیت نسبتاً دقیق است ولی این روش برای پیش‌بینی امید زندگی خاص جنسیتی از دقت لازم برخوردار نمی‌باشد. زیرا امید زندگی را برای زنان بیش از حدود واقعی آن و امید زندگی مردان را کمتر از حدود واقعی آن برآورد می‌کند. نتایج تحقیق نوآه و همکاران^۴ (۲۰۱۶) در بررسی امید زندگی در کشور کره جنوبی مشخص کرد که طی سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۰ امید زندگی به اندازه ۶/۵ سال افزایش یافته است. با این وجود این کشور دارای بالاترین نرخ و بیشترین میزان افزایش خودکشی در بین کشورهای توسعه یافته است و طی این مدت، نرخ خودکشی، امید زندگی در کشور کره جنوبی را به عنوان یک شاخص کلیدی سلامت کاهش داده به طوری که بدون افزایش نرخ خودکشی امید زندگی ۰/۲۱ سال و با افزایش نرخ خودکشی ۰/۷ سال کاهش یافته است. خلاصه برآوردهای انجام شده در خصوص امید زندگی در مطالعات مختلف در جدول یک ارائه شده است که کمترین برآورد مربوط به امید زندگی مردان با ۶۶/۳ سال و بیشترین برآورد مربوط به امید زندگی زنان با ۷۹/۹۶ سال می‌باشد.

این تحقیق نشان داد که مقادیر امید زندگی در مناطق مختلف یک کلان شهر نیز با هم تفاوت زیادی دارند، زیرا شرایط اقتصادی، اجتماعی و آلودگی هوا در مناطق مختلف با یکدیگر تفاوت داشته و اثر متفاوتی بر امید زندگی ساکنین این مناطق بر جای گذاشته است. برنامه توسعه ملل متحد (ب-۲۰۱۸) تغییرات امید زندگی در ایران از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۷ را دارای روندی مثبت و رو به پیشرفت ذکر کرده است، به طوری که امید زندگی ایرانیان در سال ۱۹۹۰ برابر با ۱۳۶۹ هجری شمسی ۶۳/۸ سال بوده و در سال ۲۰۱۷ یا ۱۳۹۶ هجری شمسی به ۷۶/۲ سال افزایش یافته است.

لئون و همکاران^۱ (۲۰۱۹) امید زندگی را در انگلستان و ولز مورد بررسی قرار دادند. با توجه به کاهش روند نرخ بهبود امید زندگی از سال ۲۰۱۰ در بریتانیا، آنها این تغییرات را از سال ۱۹۷۰ تا سال ۲۰۱۶ با ۲۲ کشور با درآمد بالا همچون کشورهای اروپای غربی، استرالیا، کانادا، نیوزیلند، ژاپن و آمریکا مقایسه نمودند. بر این اساس امید زندگی مردان در انگلستان و ولز طی سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۶ با میانگین امید زندگی در کشورهای مرفه برابری می‌کرد اما در بین زنان کمتر از کشورهای مرفه بود. همچنین نرخ بهبود امید زندگی در بریتانیا برای زنان و مردان به سرعت کاهش یافته بود در حالی که در کشورهای مرفه کاهش آرامی را نشان می‌داد. بخشی از این وضعیت به استعمال همگانی دخانیات بویژه در بین زنان بریتانیایی مربوط می‌شد. لی و همکاران^۱ (۲۰۱۹) رابطه بین امید زندگی ایده‌آل^۲ و سلامت اجتماعی در بین مردم کره جنوبی را بررسی کردند. در این تحقیق میانگین امید زندگی ایده‌آل ۸۷/۴۶ سال بدست آمد که در مقایسه با میانگین کل امید زندگی در میان مردم کره یعنی ۸۴/۴۲ سال، آرزوی داشتن عمر طولانی‌تری را نشان می‌داد. با این وجود مجرد بودن، درآمد بالا

۳- Seligman

۴- Noah

۱- Lee

۲- Ideal Life Expectancy

جدول ۱. برآورد امید زندگی در بدو تولد برای گروه‌های مختلف مورد مطالعه در پژوهش‌های قبلی

مشخصات منبع	منطقه مورد مطالعه	زمان	امید زندگی جمعیت مورد مطالعه	
			کل	زنان (سال)
عینی زیناب و همکاران (۱۳۹۴)	ایران	۱۳۷۵	۶۸/۴	۶۶/۳
		۱۳۹۰	۷۵/۷	۷۱/۱
مخیری و همکاران (۱۳۹۴)	شهر تهران	۱۳۸۹	۷۸/۴	۷۴/۶
		۱۳۹۱	۷۲/۶۱	۶۹/۸۲
احمدی و شجاعی (۱۳۹۰)	کل جمعیت استان چهارمحال و بختیاری	۱۳۸۴	۷۰/۰۳	۶۸/۷
		۱۳۸۵	۷۲/۲۴	۷۰/۵۵
		۱۳۶۸	۷۲/۳۸	۷۰/۹۷
		۱۳۸۸	۷۳/۷	۷۲/۱۴
		۱۳۸۶	۷۲/۵۷	۷۰/۴۳
فرح بخش و همکاران (۱۳۹۰)	کل جمعیت استان آذربایجان شرقی	۱۳۸۷	۷۴/۶	۷۱/۷۲
		۱۳۸۹	۷۷/۹۸	۷۴/۵۳
صفری و همکاران (۱۳۸۹)	روستانشینان ایران	۱۳۷۵	۷۱	۷۰/۵
		۱۳۸۲	۷۴/۵	۷۱/۹
فرشته نژاد و همکاران (۱۳۸۹)	جمعیت شهری ساکن در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران	۱۳۸۲	۷۲/۳	۷۰/۸
		۲۰۱۹	۸۴/۴۲	۸۷/۴۶
فلاح زاده و هادیان (۱۳۸۵)	کل جمعیت استان یزد			
غفاریان شیرازی و همکاران (۱۳۸۴)	مناطق روستایی استان کهگیلویه و بویر احمد			
لی و همکاران (۲۰۱۹)	کشور کره جنوبی			

با توجه به مطالعات انجام شده و در یک جمع‌بندی کلی می‌توان گفت که امید زندگی در نقاط شهری بیش از نقاط روستایی و امید زندگی زنان نسبت به مردان بیشتر است. با این وجود پژوهش‌های انجام شده در ارتباط با برآورد امید زندگی روستاییان بسیار محدود است و این تحقیقات اندک نیز صرفاً در برخی از استان‌های کشور انجام شده است و کل کشور را پوشش نمی‌دهد. از این رو از محدودیت مطالعات انجام شده در حوزه پژوهش‌های مرتبط با امید زندگی در جامعه روستایی باید به عنوان بزرگ‌ترین خلاء این قبیل پژوهش‌ها یاد کرد. لذا انجام این پژوهش در سطح کشور و نیز پهنه‌بندی امید زندگی دو ویژگی نوآورانه پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهند. در واقع پهنه‌بندی ابزار مناسبی برای برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران فراهم می‌کند تا براساس واقعیت‌های موجود، استان‌های محروم و کمتر برخوردار را به روشی علمی شناسایی کرده و با انجام

برنامه‌ریزی‌های منطقه‌ای، توسعه نظام سلامت در کشور را متوازن نمایند. خلاء دیگری که در مطالعات مرتبط با امید زندگی وجود دارد بررسی روند امید زندگی روستاییان در طول چند دهه گذشته و عوامل اثرگذار بر آن است که توصیه می‌شود در مطالعات آتی به بررسی این موضوع در روستاهای کشور پرداخته شود. با این وصف و بر اساس اعلام برنامه توسعه ملل متحد^۱ (الف-۲۰۱۸) مقدار شاخص کمتر از ۰/۵۵۰ به مفهوم شاخص پایین امید زندگی یا وضعیت ضعیف سلامت، مقدار ۰/۵۵۰ تا ۰/۶۹۹ به مفهوم وضعیت متوسط شاخص امید زندگی، مقدار ۰/۷۰۰ تا ۰/۷۹۹ به مفهوم شاخص بالای امید زندگی و وضعیت خوب سلامت و مقدار ۰/۸۰۰ و بالاتر به مفهوم شاخص خیلی بالای امید زندگی و وضعیت خیلی خوب سلامت است که پهنه‌بندی استان‌های مختلف کشور در این تحقیق نیز دقیقاً بر

۱- UNDP (2018-A)

همین اساس انجام شد.

عمر گروه سنی i ام؛ $e(i) = T(i)/L(i) - 1$: امید زندگی برای افراد گروه سنی i ام

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از لحاظ شیوه انجام تحقیق از نوع اسنادی و تحلیل ثانویه اطلاعات و از نظر هدف کاربردی است. داده‌های موردنیاز این مطالعه، جمعیت روستایی و مرگومیر آن بر حسب گروه‌های سنی ۵ ساله در استان‌های مختلف کشور است. جمعیت گروه‌های سنی از سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ و داده‌های مرگومیر از سازمان ثبت احوال کشور اخذ شد. برای برآورد امید زندگی در پژوهش حاضر به دلیل دسترسی به داده‌های جمعیتی از طریق سرشماری و نیز داده‌های مرگومیر از طریق سازمان ثبت و احوال کشور از روش مستقیم استفاده شد. لذا با ساختن جدول عمر و محاسبه مؤلفه‌های مختلف این جدول به شرح ذیل، امید زندگی جامعه روستایی کشور در استان‌های مختلف و در محیط نرم افزار EXCEL برآورد شد. لازم به توضیح است که عدم انطباق تعریف محدوده‌های روستایی در وزارت بهداشت و مرکز آمار ایران، ممکن است باعث ایجاد اشکالاتی جزئی در برآوردها شود که این موضوع به عنوان یک محدودیت در این تحقیق مورد توجه قرار گرفت ولی به دلیل عدم دسترسی به داده‌های جمعیتی خاص این مناطق، امکان برطرف کردن آن وجود نداشت.

۱- i : گروه سنی i ام؛ $a(i)$: ضریب تصحیح برای محاسبه سال‌های عمر در گروه سنی i ام؛ $p(i)$: جمعیت گروه سنی i ام؛ $d(i)$: تعداد مرگ در فاصله سنی i ام؛ $n(i)$: سال‌های مربوط به گروه سنی i ام؛ $m(i) = n(i)[d(i)/p(i)]$: احتمال مرگ در فاصله سنی مربوطه به شرط زنده بودن تا قبل از آن؛ $I(i)$: جمعیت فرضی در ابتدای فاصله گروه سنی i ام؛ $D(i) = m(i).I(i)$: تعداد مرگ در جمعیت فرضی؛ $9 - [I(i+1) + a(i).D(i)]$: سال - های عمر در فاصله گروه سنی i ام؛ $T(i)$: سال‌های تجمعی

ابتدا این محاسبات برای کل جمعیت و بدون توجه به عامل جنسیت انجام گردید و سپس همین محاسبات با در نظر گرفتن عامل جنسیت به تفکیک برای زنان و مردان روستایی و در مجموع در قالب ۹۳ جدول به انجام رسید که نتایج این جداول به علت محدودیت حجم، در قالب یک جدول کلی در بخش یافته‌ها ارائه شد. با تأکید بر اینکه در این تحقیق صرفاً مقطع زمانی ۱۳۹۵ جهت برآورد امید زندگی جامعه روستایی مد نظر بود لذا برای ارزیابی و تصحیح داده‌های مرگومیر با استناد به پژوهش‌های ساسانی پور (۱۳۹۱)، کوششی و ترکاشوند مرادآبادی (۱۳۹۶)، قدرتی و همکاران (۱۳۹۲) و نصیری و ابدی (۱۳۸۷) از روش موازنه رشد ویلیام براس استفاده شد که برای یک جمعیت ثابت (مرگومیر و باروری ثابت و میزان رشد مشابه برای همه گروه‌های سنی) استوار است و مقدار کم ثبتي مرگومیر با عنایت به ضریب تصحیح $a(i)$ در بخش $L(i)$ فرمول محاسبه امید زندگی در قالب جدول عمر تصحیح شد. در پایان با استفاده از نتایج فوق و نیز با به‌کارگیری تکنیک‌های سیستم اطلاعات جغرافیایی ArcGIS و نیز معیار UNDP نسبت به پهنه‌بندی وضعیت امید زندگی جمعیت روستایی در استان‌های مختلف کشور اقدام شد.

نتایج و بحث

نتایج مربوط به تجزیه و تحلیل جدول امید زندگی

ایران در شرایط فعلی از نظر تقسیمات کشوری دارای ۳۱ استان است، لذا محاسبات مربوط به امید زندگی ابتدا برای کل جمعیت روستایی و بدون توجه به عامل جنسیت در هر استان به صورت منفرد انجام گردید، سپس همین محاسبات با در نظر گرفتن عامل جنسیت به تفکیک برای زنان و مردان روستایی انجام شد و در مجموع ۹۳ جدول بدست آمد که نتایج این

مردان استان‌های دیگر داشتند و استان سیستان و بلوچستان با ۶۶/۷۶ سال کم‌ترین امید زندگی را دارا بود. در آخر و در بین زنان روستایی، استان‌های تهران، قم، البرز و اصفهان به ترتیب با ۷۴/۷۱، ۷۴/۴۴، ۷۳/۹۸ و ۷۳/۱۱ سال بیشترین امید زندگی را نسبت به زنان استان‌های دیگر داشتند و استان سیستان و بلوچستان با ۶۷/۷۶ سال از کم‌ترین امید زندگی برخوردار بود. بر اساس داده‌های جدول ۲ در همه استان‌ها امید زندگی زنان روستایی بیشتر از مردان روستایی است.

جداول، نهایتاً در قالب جدول ۲ ارائه شد. تجزیه و تحلیل کلی نتایج حاصله در قالب جدول ۲ نشان داد که در ترکیب کلی جمعیت روستایی، استان‌های تهران، قم و البرز در سال ۱۳۹۵ به ترتیب با ۷۴/۷۶، ۷۴/۲۶ و ۷۳/۷۱ سال بیشترین امید زندگی را داشتند و استان‌های سیستان و بلوچستان، گلستان، خراسان شمالی و کرمانشاه به ترتیب با ۶۷/۲۶، ۶۸/۵۹، ۶۸/۸۰ و ۶۸/۸۲ سال کم‌ترین امید زندگی را به خود اختصاص دادند و در بین مردان روستایی، استان‌های تهران، قم و البرز به ترتیب با ۷۴/۵۰، ۷۴/۰۸ و ۷۳/۴۷ سال بیشترین امید زندگی را نسبت به

جدول ۲. امید زندگی روستاییان استان‌های کشور در سال ۱۳۹۵

ردیف	استان	امید زندگی روستاییان	امید زندگی مردان روستایی	امید زندگی زنان روستایی	ردیف	استان	امید زندگی روستاییان	امید زندگی مردان روستایی	امید زندگی زنان روستایی
۱	آذربایجان شرقی	۶۹/۹۸	۶۸/۹۶	۷۰/۹۸	۱۷	فارس	۷۰/۲۵	۶۹/۱۱	۷۱/۴۱
۲	آذربایجان غربی	۷۰/۴۶	۶۹/۷۱	۷۱/۲۱	۱۸	قزوین	۶۹/۹۸	۶۸/۶	۷۱/۴۶
۳	اردبیل	۷۰/۸	۷۰/۱۸	۷۱/۲۹	۱۹	قم	۷۴/۲۶	۷۴/۰۸	۷۴/۴۴
۴	اصفهان	۷۲/۳۵	۷۱/۶۳	۷۳/۱۱	۲۰	کردستان	۷۰/۱۶	۶۹/۲	۷۱/۱
۵	البرز	۷۳/۷۱	۷۳/۴۷	۷۳/۹۸	۲۱	کرمان	۷۲/۲۵	۷۱/۸۲	۷۲/۶۷
۶	ایلام	۷۰/۰۸	۶۹/۰۳	۷۱/۱۹	۲۲	کرمانشاه	۶۸/۸۲	۶۷/۸۱	۶۹/۸۱
۷	بوشهر	۷۰/۶۴	۶۹/۹۷	۷۱/۴۹	۲۳	کهگیلویه و بویراحمد	۷۰/۲۶	۶۹/۴۲	۷۱/۱۲
۸	تهران	۷۴/۶	۷۴/۵	۷۴/۷۱	۲۴	گلستان	۶۸/۵۹	۶۷/۵۷	۶۹/۶۱
۹	چهارمحال و بختیاری	۶۹/۷۳	۶۸/۳۳	۷۱/۱۸	۲۵	گیلان	۷۰/۰۶	۶۸/۶۳	۷۱/۵۴
۱۰	خراسان جنوبی	۷۱/۰۹	۷۰/۲۸	۷۱/۸۴	۲۶	لرستان	۷۰/۶۵	۶۹/۷۴	۷۱/۵۵
۱۱	خراسان رضوی	۷۰/۱۴	۶۹/۲۷	۷۱	۲۷	مازندران	۷۱/۱۶	۷۰/۵۹	۷۱/۷۴
۱۲	خراسان شمالی	۶۸/۷۹	۶۷/۶۲	۶۹/۹۴	۲۸	مرکزی	۶۹/۸۳	۶۸/۴	۷۱/۲۹
۱۳	خوزستان	۷۲/۱	۷۱/۴۴	۷۲/۷۶	۲۹	هرمزگان	۶۹/۸۶	۶۸/۸	۷۰/۹۱
۱۴	زنجان	۷۰/۲۴	۶۸/۷۴	۷۱/۷۶	۳۰	همدان	۶۹/۳۱	۶۷/۷۵	۷۰/۹۱
۱۵	سمنان	۷۱/۳۳	۷۰/۴۶	۷۲/۲۵	۳۱	یزد	۷۲/۱۹	۷۱/۶	۷۲/۸۱
۱۶	سیستان و بلوچستان	۶۷/۲۶	۶۶/۷۶	۶۷/۷۶					

کرمان، یزد و خوزستان با کسب وضعیت خوب جایگاه بهتری را نسبت به سایر استان‌ها به خود اختصاص دادند و ۱۹ استان شامل سمنان، مازندران، خراسان جنوبی، اردبیل، لرستان، بوشهر، آذربایجان غربی، کهگیلویه و بویراحمد، فارس، زنجان، کردستان، خراسان رضوی، ایلام، گیلان، قزوین،

نتایج حاصل از پهنه‌بندی امید زندگی روستاییان کشور

وضعیت امید زندگی روستاییان کشور

همان طور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود نتایج حاصل از پهنه‌بندی روستاییان کشور نشان داد که استان‌های مختلف بر اساس معیار UNDP در سه پهنه خوب، متوسط و ضعیف قرار گرفتند. در این بین ۷ استان شامل تهران، قم، البرز، اصفهان،

سیستان و بلوچستان در جایگاه ضعیفی از نظر امید زندگی قرار داشتند.

آذربایجان شرقی، هرمزگان، مرکزی و چهارمحال و بختیاری در پهنه‌بندی از وضعیت متوسط برخوردار بودند در حالی که ۵ استان باقی مانده یعنی همدان، کرمانشاه، خراسان شمالی، گلستان و

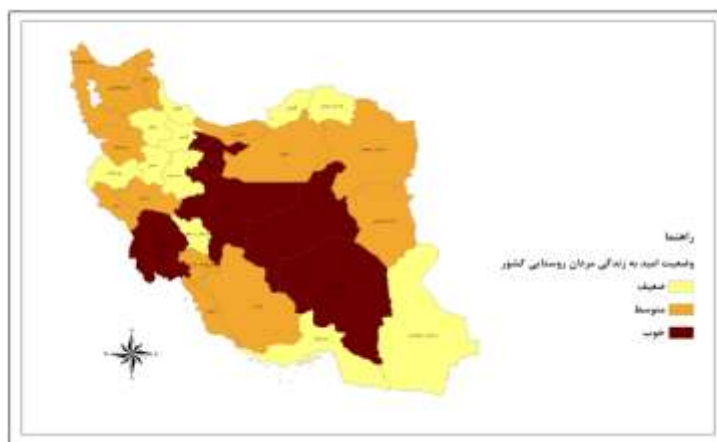


شکل ۱. وضعیت امید زندگی روستاییان کشور

بوشهر، لرستان، آذربایجان غربی، کهگیلویه و بویر احمد، خراسان رضوی، کردستان، فارس، ایلام و آذربایجان شرقی در وضعیت متوسط می‌باشد و مردان روستایی ۱۱ استان یعنی هرمزگان، زنجان، گیلان، قزوین، مرکزی و چهارمحال و بختیاری، کرمانشاه، همدان، خراسان شمالی، گلستان و سیستان و بلوچستان از نظر امید زندگی در مقایسه با سایر استان‌های کشور در وضعیت ضعیف قرار دارند.

وضعیت امید زندگی مردان روستایی کشور

شکل ۲ پهنه‌بندی امید زندگی را برای مردان روستایی کشور به تصویر کشیده است. بر این اساس مردان روستایی در ۷ استان کشور شامل استان‌های تهران، قم، البرز، کرمان، اصفهان، یزد و خوزستان در وضعیت خوبی از نظر امید زندگی قرار دارند. در حالی که وضعیت امید زندگی مردان روستایی در ۱۳ استان کشور شامل استان‌های مازندران، سمنان، خراسان جنوبی، اردبیل،

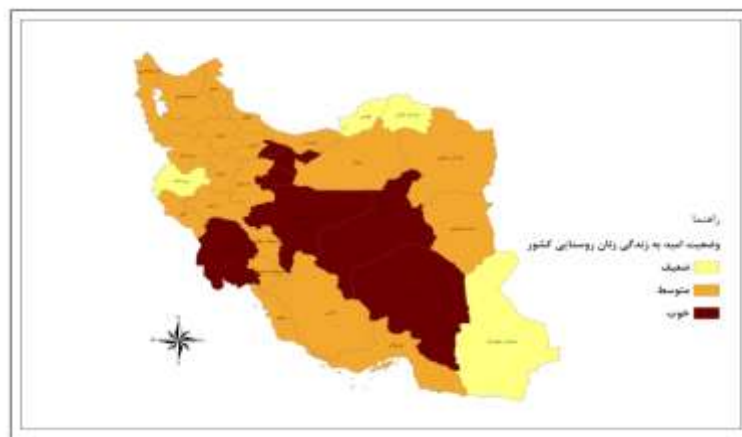


شکل ۲. وضعیت امید زندگی مردان روستایی کشور

مازندران، لرستان، گیلان، بوشهر، قزوین، فارس، اردبیل، مرکزی، آذربایجان غربی، ایلام، چهارمحال و بختیاری، کهگیلویه و بویر احمد، کردستان، خراسان رضوی، آذربایجان شرقی، هرمزگان و همدان در شرایط متوسط قرار دارد و نهایتاً اینکه زنان روستایی ۴ استان باقی مانده یعنی خراسان شمالی، کرمانشاه، گلستان و سیستان و بلوچستان از نظر امید زندگی در وضعیت ضعیف قرار دارند.

وضعیت امید زندگی زنان روستایی کشور

نتایج پهنه‌بندی مرتبط با امید زندگی زنان روستایی کشور در شکل ۳ حاکی از آن است که زنان روستایی ۷ استان شامل تهران، قم، البرز، اصفهان، یزد، خوزستان و کرمان از وضعیت خوبی از لحاظ امید زندگی نسبت به سایر استان‌ها برخوردار می‌باشند. در حالی که وضعیت امید زندگی زنان روستایی در ۲۰ استان کشور یعنی استان‌های سمنان، خراسان جنوبی، زنجان،



شکل ۳. وضعیت امید زندگی زنان روستایی کشور

زندگی در این گروه جمعیتی ضروری است. علاوه بر آن از این اطلاعات می‌توان برای قضاوت در مورد تغییرات سلامتی و همچنین به عنوان نشانگر خوبی برای تشخیص میزان پیشرفت سلامت و شاخصی برای ارزیابی پیشرفت اقتصادی و اجتماعی جامعه نیز استفاده کرد. از آنجا که مقادیر مرگ‌ومیر خام و یا اختصاصی به تنهایی نمی‌تواند معرف خوبی از سطح مرگ‌ومیر یک جامعه باشد. از این رو در کنار این مقادیر، باید امید زندگی در بدو تولد به عنوان معرف متوسط عمر محاسبه شود. براساس اعلام مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵ امید زندگی در مناطق روستایی برای مردان ۷۱/۷ و برای زنان برابر با ۷۴/۷ سال بوده

بحث و نتیجه‌گیری

اگرچه روستاییان در قالب طرح نظام سلامت و با دریافت دفترچه خدمات درمانی به خدمات بهداشتی و درمانی دسترسی دارند ولی میزان دسترسی و نحوه دریافت این خدمات برای همه روستاییان در تمام مناطق کشور، وضعیت یکسانی ندارد و این امر در کنار سایر عوامل از جمله وضعیت اقتصادی، اجتماعی، آموزشی و فرهنگی بر امید زندگی آن‌ها در مناطق مختلف کشور تأثیرگذار بوده است. لذا برای تعیین آسیب‌های گوناگون حوزه سلامت در جامعه روستایی، دسترسی به اطلاعات مطمئن در زمینه مرگ‌ومیر و آگاهی از میزان امید

شرقی، بیانگر امید زندگی ۷۲/۶۱ سال برای زنان و ۶۹/۸۲ سال برای مردان بود. در مطالعه غفاریان شیرازی و همکاران (۱۳۸۴) نیز مقدار امید زندگی در استان کهگیلویه و بویر احمد در بین زنان روستایی ۷۳/۸ و در بین مردان ۷۰/۸ سال محاسبه شده بود که با نتایج این تحقیق یعنی امید زندگی ۷۱/۱۲ سال برای زنان و ۶۹/۴۲ سال برای مردان روستایی تا حدودی متفاوت بود. به نظر می‌رسد نه تنها پدیده مرگ میر بلکه همچنین پدیده افزایش مهاجرت روستا-شهر در روند این تغییر مؤثر بوده باشد که برای بررسی و تأیید آن لازم است، پژوهش‌های مجزایی در آینده به عمل آید. بررسی نحوه پراکنش روستاییان در استان‌های مختلف کشور براساس وضعیت امید زندگی و نیز به‌کارگیری تکنیک‌های سیستم اطلاعات جغرافیایی ArcGIS بر اساس معیارهای برنامه توسعه ملل متحد امکان طبقه‌بندی آن‌ها را در سه وضعیت خوب، متوسط و ضعیف فراهم کرد.

براساس یافته‌های پژوهش در جدول شماره دو و نیز شکل یک، روستاییان ساکن در ۷ استان کشور یعنی استان‌های تهران، قم، البرز، اصفهان، کرمان، یزد و خوزستان از امید زندگی خوبی نسبت به بقیه نقاط روستایی کشور برخوردار بودند، در حالی که امید زندگی روستاییان در ۱۹ استان دیگر کشور در حد متوسط برآورد شد و ۵ استان باقی‌مانده یعنی استان‌های همدان، کرمانشاه، خراسان شمالی، گلستان و سیستان و بلوچستان از نظر امید زندگی در وضعیت ضعیف قرار گرفتند. در مورد مردان روستایی نیز مطابق با شکل دو و جدول شماره دو اگر چه امید زندگی در ۷ استان برخوردار قبلی با کمی جابه‌جایی جایگاه برخی از استان‌ها، کماکان در وضعیت خوبی قرار داشت اما تعداد استان‌های دارای وضعیت امید زندگی متوسط از ۱۹ به ۱۳ استان تقلیل یافت و تعداد استان‌های کمتر برخوردار یا دارای وضعیت امید زندگی ضعیف از ۵ استان به ۱۱ استان افزایش یافت که نشان دهنده بدتر

است، اما همان‌طور که ملاحظه می‌شود این دو عدد صرفاً بیانگر میانگین امید زندگی بر حسب جنسیت بوده و توزیع واقعی امید زندگی در بین روستاییان را در مناطق مختلف کشور نشان نمی‌دهد. بدیهی است که دستیابی به اطلاعات جزئی‌تر نیازمند تجزیه و تحلیل دقیق داده‌های موجود و استخراج حقایق بیشتری از این داده‌ها به صورت مکانی و در عرصه ۳۱ استان مختلف کشور است که تحقیق حاضر نیز در همین راستا به انجام رسید.

در این پژوهش وضعیت امید زندگی در مناطق روستایی ۳۱ استان کشور در سال ۱۳۹۵ نه تنها برای کل جامعه روستایی بلکه به تفکیک جنسیت برای مردان و زنان روستایی به طور جداگانه محاسبه و ارائه گردید. داده‌های جدول ۲ به وضوح نشان داد که مردان روستایی در مقایسه با زنان روستایی از امید زندگی کمتری برخوردار می‌باشند. این الگو نه تنها برای کل کشور بلکه برای تک تک استان‌ها نیز صادق بود و در درون هر یک از استان‌ها نیز زنان روستایی از امید زندگی بیشتری نسبت به مردان روستایی همان استان برخوردار بودند. بالا بودن امید زندگی زنان در مقایسه با مردان را نتایج حاصل از مطالعات عینی زیناب و همکاران (۱۳۹۴)، مخیری و همکاران (۱۳۹۴)، کاظمیه و ظریفیان (۱۳۹۳)، احمدی و شجاعی (۱۳۹۰)، فرح بخش و همکاران (۱۳۹۰)، صفری و همکاران (۱۳۸۹)، فرشته نژاد و همکاران (۱۳۸۹)، فلاح زاده و هادیان (۱۳۸۵) و غفاریان شیرازی و همکاران (۱۳۸۴) تأیید کرد. همچنین یافته‌های تحقیق حاضر با نتایج مطالعات اندک موجود در زمینه امید زندگی در مناطق روستایی کشور، از جمله مطالعه کاظمیه و ظریفیان (۱۳۹۳) و غفاریان شیرازی و همکاران (۱۳۸۴) مقایسه شد. در مطالعه حاضر امید زندگی در بین زنان روستایی استان آذربایجان شرقی ۷۰/۹۸ سال و در بین مردان ۶۸/۹۶ سال بدست آمد، در حالی که نتایج حاصل از مطالعه کاظمیه و ظریفیان (۱۳۹۳) در بین جمعیت روستایی استان آذربایجان

شدن وضعیت امید زندگی مردان در مناطق کمتر برخوردار کشور بود. بررسی وضعیت امید زندگی در بین زنان روستایی نیز مطابق با شکل سه و جدول دو این حقیقت را آشکار کرد که ۷ استان برخوردار همچنان دارای بهترین وضعیت امید زندگی برای زنان بودند و سه استان تهران، قم و البرز، هم در امید زندگی کل و هم در شاخص امید زندگی به تفکیک جنسیتی رتبه‌های اول تا سوم را به خود اختصاص دادند در حالی که جایگاه ۴ استان دیگر از لحاظ رتبه قدری تغییر کرد به طوری که استان‌های اصفهان، یزد، خوزستان و کرمان حائز رتبه‌های چهارم تا هفتم شدند، ولی تعداد استان‌های دارای وضعیت امید زندگی متوسط برای زنان به ۲۰ استان افزایش یافت و تنها ۴ استان خراسان شمالی، کرمانشاه، گلستان و سیستان و بلوچستان از لحاظ امید زندگی در وضعیت ضعیف قرار گرفتند.

نتایج فوق نشان دهنده این واقعیت است که نه تنها توزیع امکانات بهداشتی و درمانی به عنوان یکی از عوامل بسیار مؤثر بر امید زندگی در استان‌های مختلف کشور یکسان نبوده است، بلکه علاوه بر آن استان‌ها از خدمات آموزشی و رفاهی یکسان و نیز وضعیت درآمدی، اقتصادی و فرهنگی مشابهی نیز برخوردار نبوده‌اند. لذا مجموع این عوامل به نابرابری امید زندگی در بین استان‌های برخوردار نسبت به استان‌های کمتر برخوردار یا محروم منتهی شده و حتی این نابرابری‌ها در درون هر یک از استان‌ها و نیز در بین جوامع روستایی و شهری آن‌ها و همچنین در بین زنان و مردان هم قابل مشاهده است. به عنوان نمونه یافته‌های این پژوهش نشان داد که استان تهران به دلیل مرکزیت قدرت و ثروت در بین ۳۱ استان کشور از نظر شاخص امید زندگی در بین روستاییان بهترین وضعیت را دارا می‌باشد ولی با این وصف نتایج مطالعه فرشته‌نژاد و همکاران (۱۳۸۹) نشان داد که امید زندگی در بین زنان و مردان و نیز در مناطق ۲۲ گانه کلان شهر تهران تفاوت‌های چشمگیری دارد،

یافته‌های حاصل از پژوهش مخیری و همکاران (۱۳۹۴) نیز عیناً این نتیجه را تأیید کرد زیرا مقادیر امید زندگی در مناطق مختلف کلان شهر تهران با هم تفاوت زیادی داشتند، و دلایل آن را تفاوت در شرایط اقتصادی، اجتماعی و آلودگی هوا در مناطق مختلف این شهر ذکر کردند. این وضعیت را نتایج حاصل از مطالعه سرفرازیان و همکاران (۱۳۹۴) در استان بوشهر نیز تأیید کرد یا در بین ساکنین مناطق روستایی استان کهگیلویه و بویر احمد به استناد نتایج پژوهش غفاریان شیرازی و همکاران (۱۳۸۴) امید زندگی در این استان در مقایسه با سایر مناطق روستایی کشور کمتر بود که محققین دلیل آن را محرومیت‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی فراگیر در استان کهگیلویه و بویر احمد اعلام نمودند، در حالی که فلاح‌زاده و هادیان (۱۳۸۵) در سال ۱۳۸۲ در استان یزد امید زندگی مردان را نزدیک به ۵ سال و امید زندگی زنان را ۲/۵ سال بیشتر از امید زندگی کل کشور اعلام کردند. لذا برای افزایش امید زندگی در مناطق روستایی کشور از یک سو و نیز کاهش نابرابری‌های موجود در پهنه‌های خوب، متوسط و ضعیف باید اقدامات بسیار متنوعی به عمل آید.

افزایش سرانه تولید ناخالص داخلی، کاهش نابرابری درآمدی، کاهش تورم، افزایش تعداد پزشکان و خدمات پزشکی، سرمایه‌گذاری مناسب در حوزه سلامت، افزایش آگاهی از خدمات بیمه‌ای، بهبود سطح سواد و افزایش نرخ باسوادی از جمله اقداماتی است که در مطالعات مختلف به آنها اشاره شده و در بلند مدت می‌تواند به افزایش امید زندگی منتهی شود. از دیگر اقدامات لازم برای افزایش امید زندگی در بین روستاییان کشور می‌توان به موارد متعدد و متنوعی اشاره کرد که در این بین تأمین امنیت غذایی، تولید و توزیع عادلانه مواد غذایی در سراسر کشور (سرلک و سواری، ۱۳۹۵)؛ کاهش نرخ تورم و نیز کاهش نرخ بیکاری (منصف و شاه محمدی مهرجردی، ۱۳۹۶)؛

ضعیف از لحاظ امید زندگی را در اولویت برنامه‌های خود قرار دهند. بر این اساس بیشترین برنامه‌ها باید در ۵ استان محروم کشور یعنی سیستان و بلوچستان، گلستان، خراسان شمالی، کرمانشاه و همدان به اجرا درآید.

با توجه به یافته‌های تحقیقات تجربی در قالب پیشینه‌نگاشته‌ها و نیز یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود، عوامل مؤثر بر افزایش یا کاهش امید زندگی در بین ساکنین مناطق روستایی کشور به صورت یک مطالعه مجزا به انجام برسد. بدیهی است با توجه به گستردگی کشور امکان انجام این مطالعه در هر یک از استان‌ها به صورت منفرد هم وجود دارد. بر اساس یافته‌های این تحقیق استان‌های مختلف کشور از لحاظ شاخص امید زندگی در سه وضعیت خوب، متوسط و ضعیف قرار گرفتند لذا توصیه می‌شود مطالعات مجزایی در هر یک از این پهنه‌ها به انجام برسد تا علل و ریشه‌های مشترک ضعف یا قوت برنامه‌های مرتبط با سلامت در هر یک از این پهنه‌ها با عمق بیشتری مورد بررسی قرار گیرد. از آنجا که امید زندگی در جامعه روستایی ایران نسبت به جامعه شهری کمتر مورد کنکاش و بررسی قرار گرفته است به محققین پیشنهاد می‌شود در مطالعات مرتبط، برای جامعه روستایی اولویت بالاتری قائل شوند یا به طور همزمان امید زندگی در جامعه شهری و روستایی را مورد بررسی قرار دهند.

تشکر و قدردانی

این تحقیق با استفاده از اعتبارات پژوهشی دانشگاه زنجان و در قالب طرح پژوهشی شماره ۲۲۷۳۳/پ انجام شده است. لذا محققین بر خود لازم می‌دانند از مسئولین محترم دانشگاه زنجان جهت فراهم کردن بستر لازم برای انجام این پژوهش تقدیر و تشکر نمایند.

افزایش رشد اقتصادی (فطرس و همکاران، ۱۳۹۱)؛ ارائه خدمات بهداشتی و درمانی عادلانه در سراسر کشور با تأکید بر مناطق روستایی، کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها به‌ویژه بیماری‌های قلبی و عروقی (مخیری و همکاران، ۱۳۹۴) و افزایش نرخ ثبت نام در مدارس و جلوگیری از محرومیت‌های آموزشی (مکیان و همکاران، ۱۳۹۵) بویژه در مناطق روستایی کشور از اهمیت بالایی برخوردارند. لذا سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان برای دستیابی به عدالت اجتماعی و افزایش امید زندگی مردم روستایی بویژه در مناطق کمتر برخوردار کشور باید این مناطق را در اولویت سیاست‌ها و برنامه‌های خود قرار دهند و با انجام اقدامات فوق‌الذکر شکاف ایجاد شده بین مناطق روستایی در نقاط مختلف کشور را کاهش دهند.

موضوع انجام اقدامات متنوع برای بهبود امید زندگی در سطح جهانی نیز همواره مورد توجه محققین بوده است به طوری که محققینی همچون سارکودی و همکاران (۲۰۱۹) بر اقداماتی مانند افزایش درآمد و نیز کاهش آلودگی هوا؛ لئون و همکاران (۲۰۱۹) بر منع استعمال همگانی دخانیات به‌ویژه در بین زنان و افراد جوان؛ لی و همکاران (۲۰۱۹) بر ترویج سلامت اجتماعی؛ هان و چاتوپادھیای (۲۰۱۹) بر بهبود وضعیت تحصیلی؛ نوآه و همکاران (۲۰۱۶) بر کاهش افکار منفی همچون اندیشیدن به خودکشی؛ و سلیگمن و همکاران (۲۰۱۶) بر بکارگیری روش‌های مناسب و کارآمد در اندازه‌گیری امید زندگی تأکید کردند.

با توجه به پهنه‌بندی وضعیت سلامت جامعه روستایی به صورت کلی و نیز به تفکیک جنسیتی در قالب سه وضعیت خوب، متوسط و ضعیف و با توجه به یافته‌های مرتبط با حوزه سلامت و بویژه امید زندگی در جامعه روستایی کشور در سال ۱۳۹۵ لازم است سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان روستایی کشور ضمن توجه جدی به حقایق موجود، مناطق دارای وضعیت

منابع

- احمدی، ع و شجاعی، م. ۱۳۹۰. برآورد تغییرات امید زندگی در استان چهارمحال و بختیاری در سال‌های ۸۸-۱۳۸۴، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۱۳(۴): ۷۴-۸۰.
- آل عمران، ر، رحیم زاده، ف و شکوهی فرد، س. ۱۳۹۸. سنجش سطح توسعه پایدار با کاربرد شاخص توسعه انسانی (مطالعه موردی: استانهای شمال غرب کشور)، *فصلنامه توسعه پایدار محیط جغرافیایی*، ۱(۴): ۳۲-۱۸.
- پورملک، ف، ابوالحسنی، ف؛ نقوی، م؛ محمد، ک؛ مجدزاده، س. ر؛ هلاکویی نایینی، ک و فتوحی، ا. ۱۳۸۶. برآورد امید زندگی مردم ایران به روش مستقیم در سال ۱۳۸۲، *مجله علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۰(۱): ۱۴-۱.
- ساسانی پور، م. ۱۳۹۱. پوشش ثبت مرگ و میر بزرگسالان با استفاده از روش موازنه رشد براس در سال ۱۳۸۵: استان های مرکزی و بوشهر، *مجله بررسی‌های آمار رسمی ایران*، ۲۳(۲): ۲۴۳-۲۵۴.
- سرافرازیان، ش، معتمد، ن، طهماسبی، ر و امیری، م. ۱۳۹۴. برآورد امید زندگی در بدو تولد در شهرستان‌های استان بوشهر در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰، *دوماهنامه طب جنوب*، ۱۸(۴): ۷۶۰-۷۵۱.
- سرلک، ا و سواری، ا. ۱۳۹۵. تاثیر عوامل اقتصادی- اجتماعی بر امید زندگی در ایران، *فصلنامه مدیریت بهداشت و درمان*، ۷(۳): ۱۵-۷.
- شایان، ح، عرفانی، ز و سجاسی قیداری، ح. ۱۴۰۰. تحلیل رابطه اشتغال زودرس با سطح توسعه انسانی در استان‌های ایران، *فصلنامه علمی برنامه ریزی فضایی*، ۱۱(۴): ۱۲۰-۱۰۳.
- صفری، ر، خسروی، ا، کرمی، م، عاطفی، ع و آزاد، ا. ۱۳۸۹. امید به زندگی روستائیان ایران بر اساس داده‌های تصحیح شده زیج حیاتی سال ۱۳۸۷، *ششمین کنگره اپیدمیولوژی ایران، شاهرود*، ۲۴-۲۲ تیرماه.
- عینی زیناب، ح، شمس قهفرخی، ف، ساجدی، ع، خسروی، ا، زاهدیان، ع، رضایی قهرودی، ز و نورالهی، ط. ۱۳۹۴. مدل‌سازی و پیش‌بینی مرگ‌ومیر در ایران ۱۴۲۰-۱۳۷۵، *تحقیقات نظام سلامت حکیم*، ۱۸(۴): ۳۳۶-۳۳۶.
- غفاریان شیرازی، ح، چمن، ر، قربانی، ع، حاتمی‌پور، ا، زاده باقری، ق و جبارنژاد، ع. ۱۳۸۴. برآورد امید زندگی و طول عمر در زنان و مردان روستایی استان کهگیلویه و بویر احمد، *ارمغان دانش*، ۱۰(۳۸): ۸۸-۷۹.
- فرح بخش، م، ذاکری، ا، کارآموز، م و ولی زاده، خ. ۱۳۹۰. محاسبه امید زندگی و امید زندگی تعدیل شده با ناتوانی جمعیت استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۸۶، *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۳۳(۵): ۷۰-۶۶.
- فرشته نژاد، س. م، اسدی لاری، م، مرادی لاکه، م، واعظ مهدوی، م. ر، متولیان، س. ع و افکاری، م. ا. ۱۳۸۹. برآورد امید زندگی و ارتباط آن با عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در جمعیت شهری مناطق مختلف شهر تهران در سال ۱۳۸۷ (طرح سنجش عدالت در شهر)، *طب و ترکیب*، ۱۹(۷۷): ۴۰-۲۵.
- فطرس، م. ح، اکبری شهرستانی، ف و میرزایی، م. ۱۳۹۱. بررسی اثر آزادی اقتصادی بر امید زندگی (مطالعه کشورهای منتخب شامل ایران، با رویکرد داده‌های تلفیقی)، *فصلنامه راهبرد اقتصادی*، ۱(۳): ۱۹۳-۱۶۹.
- فقیهی، ف، جعفری، ن، اکبری ساری، ع، نجات، س، مالکی، ف و حسین زاده میلانی، م. ۱۳۹۴. مهمترین عوامل

مخیری، ی.، حق دوست، ع.ا.، محمودی، م.، اسدی لاری، م.، هاشمی‌نظری، س.س.، طراوت منش، س.، رجایی، ن.، خرمی، ز و هلاکویی نایینی، ک. ۱۳۹۴. برآورد امید زندگی با استفاده از جداول عمر چند کاهشی در شهر تهران طی سال ۱۳۸۹، *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، ۱۱(۲): ۶۸-۶۱.

مرکز آمار ایران ۱۳۹۷. سالنامه آماری کشور ۱۳۹۵. تهران: مرکز آمار ایران. دفتر ریاست، روابط عمومی و همکاری‌های بین‌الملل. تاریخ نشر اردیبهشت ۱۳۹۷.

مکیان، س.ن.، طاهرپور، ع و زنگی آبادی، پ. ۱۳۹۵. هزینه های سلامت و امید زندگی در کشورهای اسلامی، *فصلنامه سیاست های راهبردی و کلان*، ۴(۱۳): ۴۰-۲۵.

منصف، ع و شاه محمدی مهرجردی، ا. ۱۳۹۶. بررسی تاثیر عوامل اقتصادی بر امید زندگی کشورهای جهان طی سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۲، *پایش*، ۱۶(۵): ۵۷۴-۵۶۷.

نصیری، م و ابدی، ع.ر. ۱۳۸۷. برآورد امید به زندگی و محاسبه جدول عمر مدل لوجیت دو پارامتری براس برای زنان در ایران، *ندا (نشریه دانشجویی آمار)*، ۶(۲): ۵۰-۴۷.

نیسی، ع. ۱۳۸۹. شاخص توسعه انسانی در استان‌های ایران، *فصلنامه علمی- پژوهشی علوم بهداشتی*، ۲(۲): ۶۲-۵۵.

یزدانی چراتی، ج.، خاکسار، ش.، خسروی، ف و ذلیکانی، ل. ۱۳۹۳. تعیین و روند تغییرات امید به زندگی مردم شهرستان ساری، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۴(۱۱۱): ۸۸-۸۵.

Hahn, R. A. & Chattopadhyay, S. K. 2019. Linking studies to assess the life expectancy associated with eighth grade school achievement. *Preventive Medicine Reports*, 16(December 2019) 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100980>

Lee, J., Sim, J. A., Kim, J. W., Yun, Y. H. 2019. Establishment of Normative Self-Rated Health Status Data and Association between Ideal

سال‌های از دست رفته عمر به علت مرگ زودرس (YLL) در استان قزوین در سال‌های ۸۷-۱۳۸۳، *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، ۱۱(۱): ۳۰-۲۰.

فلاح زاده، ح و هادیان، ا. ۱۳۸۵. مقایسه امید زندگی در مردان و زنان استان یزد در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۲، *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید صدوقی یزد*، ۱۴(۴): ۵۸-۵۵.

قدرتی، ش.، میرزایی، م و قاسمی اردهائی، ع. ۱۳۹۲. بررسی و تبیین جمعیت شناختی نابرابری‌های مرگ‌ومیر زنان در مناطق شهری و روستایی ایران، *نامه انجمن جمعیت شناسی ایران*، ۱۸(۱۶): ۹۷-۱۱۶.

کاظمیه، ف و ظریفیان، ش. ۱۳۹۳. برآورد امید به زندگی در مردان و زنان روستایی استان آذربایجان شرقی، *اولین همایش ملی توسعه پایدار روستایی در افق ۱۴۰۴*، اصفهان: شرکت توسعه سازان گردشگری اصفهان، ۲۰ شهریور.

کوششی، م و ترکشوند مرادآبادی، م. ۱۳۹۶. بررسی انطباق الگوی سنی مرگ‌ومیر در ایران با جداول عمر مدل. *دوفصلنامه مطالعات جمعیتی*، ۳(۱): ۶۳-۳۹.

لطفعلی پور، م.ر.، فلاحی، م.ع و برجی، م. ۱۳۹۰. بررسی تاثیر شاخص‌های سلامت بر رشد اقتصادی ایران، *مدیریت سلامت*، ۱۴(۴۶): ۷۰-۵۷.

متقی، س. ۱۳۹۳. عوامل مؤثر بر امید زندگی در کشورهای منتخب اسلامی (براساس گروه‌های همگن درآمدی)، *فصلنامه پژوهشنامه اقتصادی*، ۱۴(۵۵): ۲۰۵-۱۸۵.

محمدی، ق. ۱۳۹۸. بررسی جغرافیای توسعه یافتگی استان‌های ایران با استفاده از شاخص توسعه انسانی، *مجله کاربرد سیستم اطلاعات جغرافیایی و سنجش از دور* در برنامه ریزی، ۱۰(۴): ۶۲-۴۷.

Canada and the US. *Science of the total environment*, 683(15 September 2019) 489-497.

Seligman, B., Greenberg, G., Tuljapurkar, S. 2016. Convergence in male and female life expectancy: Direction, age pattern, and causes. *Demographic Research*, 34(January - June 2016) 1063-1074.

Unated Nations Development program. 2018-A. Human development report, Human development for every one. 1 UN Plaza. New York, NY 10017 USA.98.

Unated Nations Development Program. 2018-B. Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update. Briefing note for countries on the 2018 Statistical Update: Iran (Islamic Republic of). Available at: <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/IRN>

Life Expectancy and Social Wellness of General Population in Korea. *Asian Nursing Research*, 13(2) 99-106.

Leon, D. A., Jdanov, D. A., Shkolnikov, V. M. 2019. Trends in life expectancy and age-specific mortality in England and Wales, 1970–2016, in comparison with a set of 22 high-income countries: an analysis of vital statistics data. *Lancet Public Health*, 4(11) 575–582.

Noah, A. J., Acciai, F., Firebaugh, G. 2016. Understanding the contribution of suicide to life expectancy in South Korea. *Demographic Research*, 35(July - December 2016) 617-644.

Sarkodie, S. A., Strezov, V., Jiang, Y., Evans, T. 2019. Proximate determinants of particulate matter (PM2.5) Emission, mortality and life expectancy in Europe, Central Asia, Australia,

Estimating and zoning of life expectancy in rural areas of Iran

Shadali Tohidloo¹ and Gholamreza Mojarradi^{2*}

Submitted: 13 July 2021

Accepted: 16 April 2022

Abstract

Life expectancy shows having a better and more appropriate standard of living. As a result, Awareness of the above index in rural areas helps government officials and rural planners in decision making. The aim of this secondary data analysis research was to estimate and zoning of life expectancy in rural areas of Iran in 2016. In the research method, based on the official secondary data of the country, the life expectancy table was created and life expectancy were calculated for the rural areas of the provinces of the country, then these areas were zoned using Arc GIS. Based on the results, Tehran province in terms of villagers' life expectancy has the best location among all of provinces. The amount of this index in Tehran province was different from 74.60 for all of rural people to 74.71 for rural women and 74.50 years for rural men. The worst situation of villagers' life expectancy in Iran was related to Sistan and Blochestan province, because, the amount of this index was for all villagers' people 67.26 and for women 67.76 and finally for men 66.76 years. The highest life expectancy between all groups and provinces, related to Tehran province rural women's with 74.71 years and the lowest was related to the rural men of Sistan and Baluchestan with 66.76 years. Women had more life expectancy than men in all provinces. Finally, the rural people of different provinces placed in three areas of good, moderate and weak in terms of life expectancy index. Planners and policymakers can take over the elimination of deficiencies and deficits in weak areas and improve life expectancy in other areas of the appropriate actions.

Keywords: life expectancy, Rural area; villagers, zoning, Iran

1- Assistant Professor, Agricultural extension, communication and rural Development, Faculty of Agriculture, University of Zanjan, Zanjan, Iran

2- Associate professor, Agricultural extension, communication and rural Development, Faculty of Agriculture, University of Zanjan, Zanjan, Iran

(*- Corresponding author Email: gh.r.mojarradi@znu.ac.ir)

DOI: 10.22048/rdsj.2022.294909.1960