

بررسی و تحلیل سلامت زیست و دسترسي به شاخص‌هاي سلامت در محلات حاشیه‌نشین، مورد مطالعاتي؛ محله شادقلي‌خان قم^۱

علی مهدی^۲

احمد پورا احمد^۳

حسین حاتمی‌نژاد^۴

چکیده

امروزه مقوله سلامت‌زیست و زندگی سالم شهری، با توجه به رشد روزافزون جمعیت، شهرنشینی، مهاجرت، فقر و حاشیه‌نشینی که به‌رشد غالب جهان، به‌ویژه در کشورهای جهان سوم تبدیل شده، از اساسی‌ترین مسائل مطرح در مباحث جغرافیای پزشکی، کیفیت زندگی و توسعه پایدار می‌باشد. از این‌رو مقاله حاضر با هدف بررسی یکی از مهم‌ترین محلات حاشیه‌نشین شهر قم (شادقلی‌خان)، به شناخت مشکلات موجود ساکنان از بُعد مسائل مرتبط با سلامت‌زیست (مواردی چون وضعیت نامناسب همجواری کاربری‌ها، تحصیلات، وضعیت اقتصادی و شغل افراد که رابطه تنگاتنگی با سلامت‌زیست ساکنان دارد) می‌پردازد. روش مطالعه در مقاله حاضر، بر مطالعات تحلیلی-توصیفی استوار بوده و تعداد ۳۸۰ پرسشنامه نیز بر اساس مدل کوکران در میان ساکنان توزیع شد، طوری که نظرات سرپرست خانوارهای محله از طریق پرسشنامه به‌دست آمد و مشاهدات میدانی نیز از محورهای اصلی پژوهش بوده است. در ادامه جهت تحلیل پرسش‌نامه از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌هایی چون Mann-Whitney, Chi-Square، آزمون تساوی واریانس و آزمون F استفاده شد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که به‌علت ضعف مفرط اجتماعی، فرهنگی و به‌ویژه اقتصادی ساکنان محله شادقلی‌خان و نیز وجود عوامل تهدیدزای درونی-بیرونی در محل، ساکنان مورد مطالعه، دسترسی مناسبی به شاخص‌های سلامت ندارند و به‌تبع از سلامت‌زیست مناسبی نیز برخوردار نمی‌باشند.

واژگان کلیدی: حاشیه‌نشین، سلامت‌زیست، شاخص‌های سلامت، شهر قم، محله شادقلی‌خان.

۱- این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در سال ۱۳۹۰ می‌باشد.

Email: ali_mas7@yahoo.com

۲- دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه تهران.

Email: apoura@ut.ac.ir

۳- استاد دانشکده جغرافیا دانشگاه تهران.

Email: hataminejad@ut.ac.ir

۴- دانشیار دانشکده جغرافیا دانشگاه تهران.

مقدمه

سلامت زیست و ابعاد گسترده آن به‌عنوان یک مفهوم پویا، با میزان آگاهی و چگونگی تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی ارتباط مستقیمی دارد (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۳۵). در ادبیات اقتصاد بهداشت، سلامت انسان یک سرمایه تلقی می‌گردد و امور بهداشتی-درمانی با عملکرد خود می‌تواند به افزایش سلامت انسان‌ها کمک می‌کند (امینی، ۱۳۸۵: ۲۸)، از این‌رو در کنار افزایش روزافزون جمعیت شهری و "با توجه به رشد پرشتاب نیازها و هزینه‌های خدمات سلامت" (یوسفی و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۰)، هر ساله مطالعات متعددی با صرف هزینه‌های بسیار، در زمینه سلامت انجام می‌گیرد. امروزه با توجه به شهرنشینی بی‌سابقه به‌ویژه در میان کشورهای فقیر و در حال توسعه، مسئله بسیار مهم توجه به تأمین خدمات، به‌ویژه ملزومات مورد احتیاج و اولیه جمعیت رو به فزون شهری در حیطه سلامت شهروندان است. در حال حاضر در تمام کشورهای جهان، به‌ویژه کشورهای فقیر به علت فقر حاکم جامعه و با توجه به رابطه تنازگی وضعیت اجتماعی-اقتصادی و به‌ویژه درآمد افراد (Chakraborty, and et al, 2009: 47)، خدماتی که پاسخگوی نیازهای مختلف آن‌ها باشد تأمین نمی‌شود (Sohel Rana, 2006: 321). در این رابطه درک و فهم اینکه چطور با تدارک سلامت عمومی، جمعیت شهری را تأمین و تقویت کنیم از اهمیت بسیار زیادی برای دولت‌ها برخوردار است (Vearey and et al, 2010: 694). به‌طوری‌که در طول ۱۵ سال گذشته توجه بی‌سابقه‌ای به موضوع سلامت شهری از سوی دولت‌های مختلف صورت گرفته است (Curvy, et al, 2010: 82). به‌عنوان مثال در طول دهه گذشته در آفریقا، سیاست‌گذاری‌های گسترده‌ای جهت پاسخ به مشکلات و مسائل مرتبط با سلامت افراد در نظر گرفته شده است (Ngoasong, 2009: 949). گرچه همان‌گونه که استفان نیز در سال ۱۹۹۲ بیان می‌کند، پروژه‌های فوق، با تمام تلاشی که در این ارتباط انجام می‌دهند، هنوز نتوانستند در این زمینه کاملاً موفق باشند (Stephens, 1992: 812). آنچه که توجه به مقوله سلامت به‌طور عام و سلامت زیست شهری و شهروندان به‌طور خاص را بااهمیت‌تر جلوه می‌دهد، موضوع افزایش محلات غیررسمی و حاشیه‌نشین می‌باشد که از دسترسی به بسیاری از خدمات بهداشتی محروم می‌باشند (Katukiza, et al, 2010: 52)، طوری‌که

قسمت عمده‌ای از آن‌ها، حتی به آب بهداشتی سالم نیز دسترسی ندارند (هادی‌زاده بزاز، ۱۳۸۲: ۱۳)، (Brunn, et al, 2003, 18). فقر، کمبود امکانات و زیر ساخت‌ها، فقدان دسترسی به منابع آب آشامیدنی سالم، تراکم بالا، محدودیت دسترسی به خدمات بهداشتی، سوء تغذیه، قرارگیری در معرض بیماری‌های واگیر، از اهم ویژگی‌های ساکنان این محلات است (Chowdhury and Nrulamin, 2006: 531)، (Lall et al, 2008: 57)، (Asthana, 1995: 182)، (Ozener, 2010: 436)، (Semba et al, 2009: 387) که در مجموع شرایط بغرنجی به لحاظ دسترسی به شاخص‌های سلامت برای ساکنان آن بوجود آورده است. فقر اقتصادی موجود در این مناطق (به عنوان عنصر لاینفک مرتبط با سلامت زیست)، باعث می‌شود که ساکنان این محلات به مشاغل پُرخطر مانند قاچاق مواد مخدر روی آورند و در سطح خرد و کلان آسیب‌های جدی به سلامت جامعه و افراد وارد کنند. هم‌چنین، عدم توجه و حمایت مسئولان شهری از ساکنان این مناطق، می‌تواند به پیامدهای ناگواری مانند "رفتارهای خشونت‌آمیز و ندالیسم"^۵ که با انگیزه انتقام‌جویی از جامعه و عملکرد مسئولان شهری انجام می‌شود، منجر شود. این در حالی است که قانون اساسی جمهوری اسلامی، در اصول سوم، بیست و نهم و چهل و سوم، ضرورت تأمین نیازهای اساسی، رفع فقر و برطرف کردن هر نوع محرومیت در زمینه تغذیه، رفاه فردی و اجتماعی مورد تأکید قرار گرفته است (پورکاظمی و سوزنده، ۱۳۸۸: ۵۴). با از این رو با توجه اجتماعات مورد بحث، از جمله شادقلی‌خان، به علت مشکلات فراوان اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی (به عنوان مهم‌ترین عوامل در برخورداری از سلامت زیست)، آستن تمام کاستی‌های ممکن جهت خلق یک زندگی مناسب و سالم هستند، مقاله حاضر در نظر دارد با نگاهی اجمالی به وضعیت حاشیه‌نشینی در شهر قم، به سلامت زیست افراد ساکن در این محله به عنوان نمونه و موردی، از میان بسیاری از محلات مشابه در کشور از ابعادی چون وضعیت نامناسب همجواری کاربری‌ها، تحصیلات، وضعیت اقتصادی و شغل افراد که رابطه تنگاتنگی با سلامت زیست ساکنان دارد) بپردازد.

۵- رفتارهای ضدشهری که باعث ایجاد خسارات به تأسیسات و تجهیزات شهری می‌شود (کامیار، ۱۳۸۷: ۴۵).

مبانی نظری تحقیق

در منابع گوناگون، تعاریف مختلفی از سلامت ارائه شده است که نبود بیماری در فرد، قدیمی‌ترین تعریف ارائه شده از سلامتی است (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۳۵). واژه سلامت معمولاً وابسته به استانداردهای خاص فیزیولوژیکی می‌باشد (Su et all, 2010: 2427) که متقارن با نبود بیماری‌های جسمی و روحی در فرد است. فرهنگ وبستر، سلامتی را وضعیت خوب جسمانی و روحی، به خصوص عاری بودن از درد یا بیماری جسمی می‌داند. فرهنگ آکسفورد نیز سلامتی را وضعیت عالی جسم و روح و حالتی که اعمال بدن به موقع و مؤثر انجام شود می‌داند (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۳۶). تعریف سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت: عبارت است از برخورداری از آسایش کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو است (باباخانی، ۱۳۸۸: ۱۰). تمرین نیز در تعریف خود از سلامتی چنین اظهار نظر می‌کند؛ سلامتی، حالتی است که در آن فرد از شرایط فیزیکی، روحی و اجتماعی کاملاً مناسبی برخوردار است (Temmerman and etal, 2006: 4). فرزند نیز، برخورداری از زندگی سالم و مولد و باکیفیت و عاری از بیماری و ناتوانی، را حقی همگانی می‌داند که در اعلامیه جهانی حقوق بشر نیز بدان تأکید شده است (فرنودی، ۱۳۸۸: ۷۵). همچنین عواملی چون جمعیت بالا، مسکن نامناسب، صنعتی شدن، آلودگی‌های مختلف و مراقبت‌های ناکافی بهداشتی به شدت سلامت افراد را تهدید می‌نماید (Asthana, 1998: 58). عوامل مذکور به صورت سیستماتیک با یکدیگر در تعامل می‌باشند و در نهایت، سلامت فرد را ارتقاء و یا کاهش می‌دهند. گزارش لالنده نیز در سال ۱۹۷۴، موارد ذیل را در تعیین سلامت افراد بسیار مهم قلمداد می‌نماید.

- فاکتورهای ژنتیک و بیولوژیک که می‌تواند تعیین‌کننده آمادگی فرد برای پذیرش یک بیماری باشد؛

- فاکتورهای مربوط به شیوه زندگی و رفتارهایی چون استعمال دخانیات؛

- فاکتورهای زیست محیطی چون، مسکن و آلودگی هوا؛

- دامنه و گستردگی خدمات بهداشتی (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳: ۲۴۵).

از نظر جانسن استین،^۷ به‌طور کلی می‌توان عوامل تأثیرگذار بر سلامت افراد را در چهار گروه عمده جای داد؛

۱- شرایط طبیعی یا محیطی؛

۲- عوامل جامعه‌شناختی، به‌ویژه عوامل سیاسی، اجتماعی و فرهنگی؛

۳- عواملی که مستقیماً با سلامت و مراقبت‌های پزشکی مرتبطند؛

۴- عوامل فردی.

در کنار این موارد ویچ و دالگرین در سال ۱۹۹۱ نیز لایه‌های مؤثر بر سلامت افراد را بدین گونه بیان می‌کنند؛

- فاکتورهای ارثی (سن و جنس)؛

- فاکتورهای سبک زندگی فردی؛

- حمایت‌ها (حمایت‌های مالی، آموزشی و...) و تأثیرات جامعه که می‌تواند تداوم بخش یا مخرب سلامت باشد؛

- وضع زندگی، وضع فرهنگی و زیست محیطی؛ مانند استانداردهای زندگی، بازار کار و... (همان).

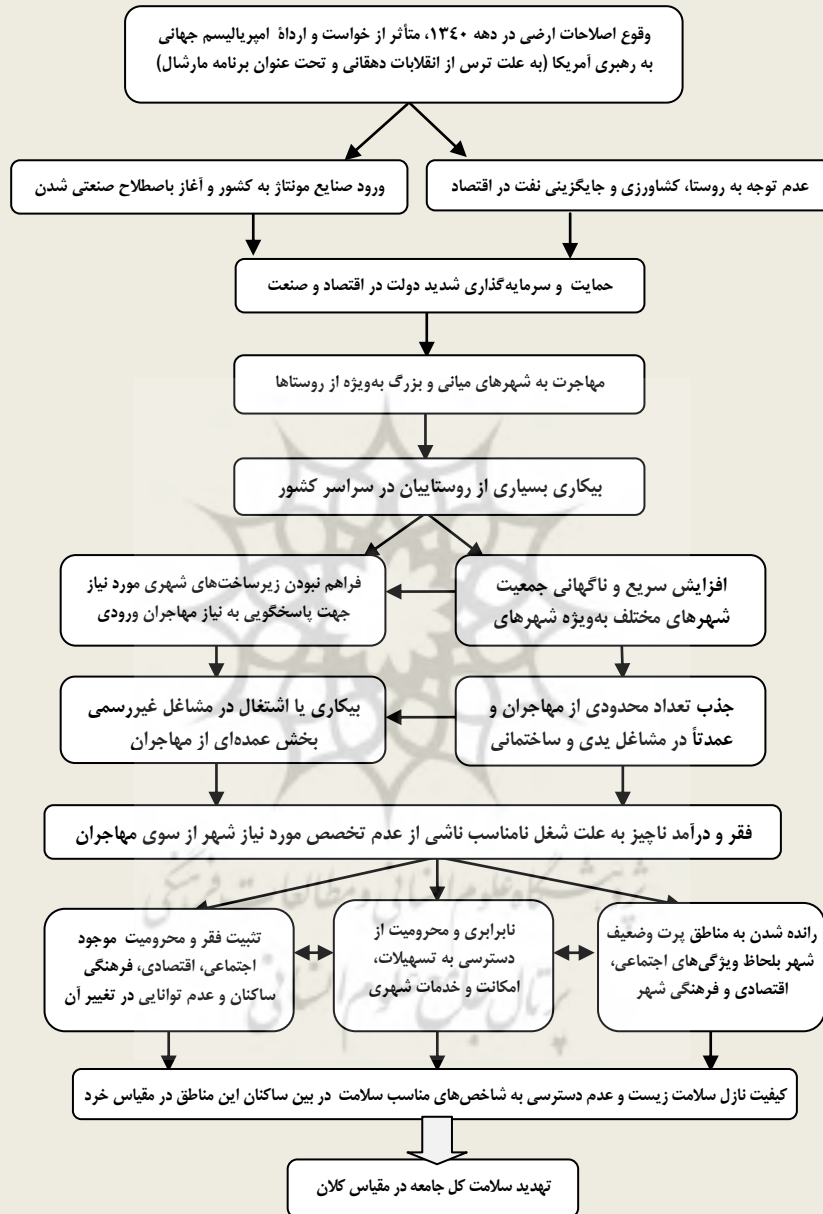
دیدگاه جغرافیای ساختاری به مقوله سلامت

دیدگاه غالب در جغرافیای ساختاری در رابطه با مقوله سلامت افراد این است که "علل گسترش جغرافیایی امراض، بیش از شیوه زندگی افراد، به نظام‌های سیاسی و اقتصادی کشورها وابسته است. جغرافیای ساختاری بر این باور است که منشأ امراض و به خطر افتادن سلامتی عمومی، بیشتر از فقر ناشی می‌شود که در سرمایه‌داری جهان سوم کمتر به

ریشه‌های آن توجه می‌شود. بدین‌سان که به جای هزینه‌سازی در پیشگیری از امراض، درمان فقر مردم و عرضه خدمات پایه‌ای برای مردم "که اهمیت فوق العاده‌های در بهبود کیفیت زندگی و ترفیع سلامت عمومی افراد دارد" (Zhao et al, 2010: 1)، مبالغ هنگفتی صرف واردات و یا ساخت داروهای درمانی می‌گردد. در جغرافیای پزشکی ساختاری، کیفیت رژیم غذایی مردم، میزان درآمد خانواده‌ها، میزان مصرف روزانه مواد غذایی، شرایط مسکن، محیط زیست، شرایط عرضه خدمات پزشکی، سیاست نظام‌های اقتصادی و سیاسی در تأمین و دسترسی گروه‌های مختلف به خدمات درمانی، تفاوت‌های موجود در دسترسی به امکانات پزشکی میان گروه‌های مختلف درآمد، میان مردان و زنان، میان کارفرمایان و کارگران، مورد بررسی قرار می‌گیرد (شکوئی ۱۳۸۲: ۱۷۲).

توسعه پایدار و نقش آن در سلامت زیست شهری

منظور از توسعه پایدار، حفاظت صرف از محیط‌زیست نمی‌باشد، بلکه مفهوم جدیدی از رشد اقتصادی است که عدالت و امکانات زندگی را برای تمام مردم جهان و نه تعداد کمی از افراد برگزیده است (ازکیا و غفوری، ۱۳۸۲: ۵۹). توسعه پایدار و توسعه انسانی، نه فقط جنبه‌های اقتصادی، بلکه جنبه‌های زیست محیطی و مهم‌تر از آن، وجوه اجتماعی، سیاسی، آموزش و نیز روابط متقابل عوامل مذکور را در نظر می‌گیرد. از جمله مهم‌ترین جنبه‌های تأمین حداقل نیازها برای اجزای توسعه پایدار که مستقیماً در بهبود شرایط زندگی و برخورداری از جنبه‌های مختلف شاخص‌های سلامت، دخالت دارد، مواردی از قبیل حذف فقر، کاهش رشد جمعیت، توزیع منطقی منابع، داشتن مردمی سالم‌تر، آموزش دیدتر و تعلیم یافته‌تر و تمرکززدایی و برقراری سیستم‌های آزاد تجاری (نقدی و صادقی، ۱۳۸۵: ۲۱۷) که موارد مذکور لزوم توجه روزافزون به این محالات را از سوی حکومت‌های محلی، دولت ملی، فعالان اجتماعی و جوامع بین‌المللی جهت ارتقا و بهبود سلامت زیست این اجتماعات محروم را می‌طلبد.



شکل شماره (۱) دید سیستماتیک به علل شکل‌گیری حاشیه‌نشینی و کیفیت نازل سلامت زیست حاشیه‌نشینان
 مأخذ: نگارندگان: ۱۳۹۰

متغیرهای مورد بررسی

متغیرهای مستقل: وضعیت اقتصادی، ویژگی‌های فرهنگی - اجتماعی، وضعیت کالبدی محله؛

متغیرهای تابع: سلامت زیست و میزان رضایت از زندگی در میان ساکنان محله.

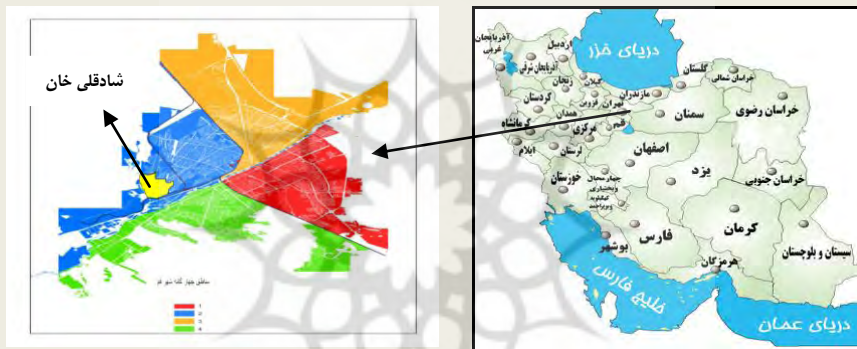
مواد و روش‌ها

روش تحقیق در این مطالعه، بر پژوهش موردی استوار است. در این راستا با هدف بررسی و سنجش سلامت‌زیست و دسترسی به شاخص‌های سلامت، در محلات حاشیه‌نشین که محله شادقلی‌خان شهر قم، به‌عنوان محدوده پژوهشی مقاله حاضر مورد توجه است، به‌مرور مبنای نظری موضوع شامل، تعاریف و مفاهیم مرتبط با موضوع، در داخل و خارج از کشور پرداخته شده است و در عین حال به‌مطالعه وضع موجود محله با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای و میدانی که شامل مصاحبه، عکس‌برداری و توزیع پرسشنامه (۳۸۰ پرسش‌نامه بر اساس مدل کوکران) می‌باشد پرداختیم، طوری که نظرات سرپرست خانوارهای محله از طریق پرسش‌نامه به‌دست آمده و مشاهدات میدانی نیز از محورهای اصلی پژوهش بوده است. در ادامه، جهت تحلیل پرسش‌نامه از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های چون Chi-Square ، Mann-Whitne آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA)، آزمون توکی (Tukey LSD)، آزمون تساوی واریانس و آزمون F استفاده شد. تجزیه و تحلیل وضع موجود محله و تفسیر نتایج به‌دست آمده از پاسخ سرپرست‌های خانوار در پرسشنامه با استفاده از نرم‌افزار spss مرحله بعدی مطالعه را تشکیل می‌دهد. در نهایت با توجه به شرایط خاص موجود در محله و نتایج حاصل از مطالعات میدانی، راهکارهایی را در جهت ارتقاء و مطلوبیت زیستی و کاهش ریسک‌پذیری زندگی افراد در این محله ارائه شده است.

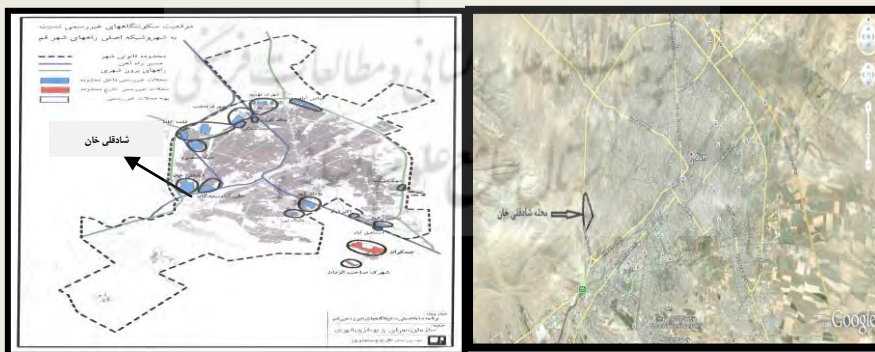
موقعیت و وسعت محدوده مورد مطالعه

محله شادقلی‌خان با ۷۷/۸ هکتار مساحت، ۷۹۰۰ نفر جمعیت و با تراکم ۱۰۱/۵ نفر در هکتار در منطقه ۲ شهری و در جنوب‌غرب شهر قم قرار دارد (آمارنامه جمعیتی استان قم: ۱۳۸۵).

مصاحبه نگارنده با مردم ساکن در این محل به‌ویژه افراد سالمندی که ساله سابقه طولانی سکونت در این محل را دارند، نشان می‌دهد که سرعت شکل‌گیری این محل با فرم و طرح کنونی به حدود ۵۰ سال قبل باز می‌گردد که پایه‌گذار اولیه شکل‌گیری آن نیز طایفه شاهسون‌ها بودند که امروزه نیز بخش بزرگی از بافت جمعیتی محله را شکل می‌دهند. شروع روند جمعیت‌پذیری محله به سال‌های ۴۸-۱۳۴۷ بر می‌گردد. ساختار جمعیتی این محله نسبتاً بیشتر شامل اقوام آذری و بخشی کوچکی نیز شامل قومیت‌ها و از نقاط مختلف ایران است.



شکل شماره (۲) موقعیت ملی و منطقه‌ای محله مورد مطالعه
منبع (شهرداری قم: ۱۳۹۰)



شکل شماره (۳) عکس هوایی شهر قم و موقعیت محله مورد مطالعه در مقیاس شهر قم
ماخذ: (EarthGoogle).

یافته‌ها

ویژگی‌های عمومی سرپرست‌های خانوار

از کل ۳۸۰ سرپرستی که به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند، فقط ۱۹ نفر زن و بقیه مرد هستند. از نظر ساخت سنی، همان‌گونه که در جدول شماره (۱) نیز مشخص است، پرسش‌شوندگان به ۳ گروه عمده تقسیم شده‌اند که بیشتر آن‌ها در گروه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال قرار دارند.

جدول شماره (۱) ترکیب سنی جمعیت محله

گروه سنی	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
۲۵-۳۵	۸۳	۲۱/۸	۲۱/۸
۳۰-۵۰	۲۵۷	۶۷/۶	۸۹/۵
+۶۰	۴۰	۱۰/۵	۱۰۰
کل	۳۸۰	۱۰۰	-

منبع: (استخراج از پرسش‌نامه، ۱۳۹۰)

توزیع جمعیت گروه‌های بزرگ سنی در پرسشنامه در محله شادقلی‌خان، نشان‌دهنده این است که گروه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال با بیش از ۶۷ درصد از جمعیت جامعه آماری بالاترین گروه سنی مشارکت‌کننده در تحقیق حاضر می‌باشند. با این وضعیت مشخص می‌شود که ترکیب جمعیت غالب سرپرست‌های خانوار در محله شادقلی‌خان، میانسال است که این خود تأکیدی بر تجمع افراد در سنین فعالیت در این محله است که نیازمند ایجاد اشتغال در این محل جهت جلوگیری از هدر رفت نیروی عظیم کار می‌باشد.

محل تولد و علل مهاجرت ساکنان

مهاجرنشین بودن ساکنان محلات حاشیه‌نشین از مواردی است که همواره در مطالعه این محلات مورد بحث است. در این رابطه مشخص شد که غالب قریب به اتفاق حاشیه‌نشینان را مهاجران روستایی تشکیل می‌دهند که به علت ضعف شدید اقتصادی خانواده در مکان قبلی و به امید یافتن شغل و تمکن مالی بهتر، به شهرهای بزرگ همچون قم مهاجرت نموده‌اند. طوری که بررسی خانوارهای نمونه نشان می‌دهد، ۹۴ درصد از ساکنان محله

شادقلی‌خان را مهاجرانی با ریشه و مسلک روستایی شکل می‌دهد. همچنین مشخص شد که بیش از ۹۴ درصد از ساکنان این محله را روستاییان آذری زبان که بیشتر از منطقه شمال غرب کشور به این محل مهاجرت کرده‌اند شکل می‌دهند.

جدول شماره (۲) قومیت ساکنان محله

محل اقامت قبلی	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
روستا	۳۵۸	۹۴/۲	۱۲/۴
شهر	۲۲	۵/۸	۸۲/۴
مجموع	۳۸۰	۱۰۰	-
قومیت	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
لر	۴۷	۱۲/۴	۱۲/۴
ترک	۳۱۳	۹۴/۷	۸۲/۴
سایر	۲۰	۱۰	۵/۳
جمع	۳۸۰	۱۰۰	-

منبع: (استخراج از پرسش‌نامه، ۱۳۸۷)

وضعیت سواد، تحصیلات محله و ارتباط آن با سلامت

امروزه سواد و تحصیلات، در تمام ابعاد زندگی انسان مانند بهداشت، رشد اقتصادی، فرهنگی، تربیت فرزندان، بی‌نظمی و ناهنجاری کودکان، رشد اشتغال، سطح سلامت و غیره می‌تواند تأثیر به‌سزایی داشته باشد. معمولاً افرادی که در سطح پایین اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، زندگی می‌کنند، سطح تحصیلات کمتری نسبت به افراد هم‌سال خود دارند و میزان تحصیلات در این خانواده‌ها به‌شدت افت پیدا می‌کند. در محله شادقلی‌خان قم نیز این موضوع صادق می‌باشد. به‌گونه‌ای که نتایج حاصل از بررسی پاسخ سرپرست‌های خانوار نشان می‌دهد که حدود ۵۹/۷ درصد از سرپرست‌های مورد مطالعه بی‌سواد و یا دارای تحصیلات پایین می‌باشند. یکی از فرضیات اساسی که در رابطه با وضعیت تحصیل در مناطق حاشیه‌نشین مطرح می‌باشد، این است که به‌نظر می‌رسد میزان ترک تحصیل در بین فرزندان حاشیه‌نشینان بالا بوده و این مسأله رابطه مستقیمی با سطح تحصیلات والدین

دارد. همان‌گونه که در جدول توافقی شماره ۳ نیز مشخص است، این فرض کاملاً اثبات می‌شود. به طوری که نزدیک به ۷۰ درصد (۶۸/۹٪) از خانوارهای مورد نظر دارای فرزندان ترک تحصیلی می‌باشند. در رابطه با ارتباط این مسئله با سطح تحصیلات والدین، جدول (۳) نشان می‌دهد که حدود ۷۰/۶ درصد از خانوارهایی که فرزندانشان ترک تحصیل کرده، دارای سرپرست بی‌سواد و یا با تحصیلات ابتدایی بوده است. لازم به ذکر است که بیش از ۸۰ درصد خانوارهایی که سرپرست بی‌سواد دارند، فرزندانشان ترک تحصیل کرده‌اند. آزمون آماری Chi-Square و Man-Whitney نیز کاملاً معنی‌داری رابطه متغیرهای فوق را نشان می‌دهند. با توجه به اینکه در هر دو آزمون سطح معنا داری کوچک‌تر از ۰/۰۱ (۰/۰۰۰) برآورد گردید، فرضیه وجود رابطه بین ترک تحصیل فرزندان و سطح تحصیلات فرزندان در سطح ۹۹ درصد به اثبات می‌رسد. این بدان معنی می‌باشد که هر چه خانوارها دارای سرپرست‌های بی‌سواد و یا کم‌سواد باشند، فرزندان آنها نیز از درجه تحصیلی پایین‌تری برخوردارند. البته بدیهی‌ست که تحصیلات پایین و یا بی‌سواد سرپرست خانوار یکی از دلایل تأثیرگذار بر کیفیت تحصیل فرزندان می‌باشد. تحقیقات مختلف بین‌المللی (UN Govinda, 2002 Michaelowa, 2001 Watkins, Millennium Project, 2005 Dyer and Rose, 2006 و 2000 را ببینید) نشان می‌دهد که فقر و درآمد پایین از سطوح کشوری و منطقه‌ای تا سطح خانوار و عوامل دیگری چون جنسیت، طبقه اجتماعی، سطح خدمات آموزشی و فرصت‌های اشتغال، همگی در کیفیت و کمیت آموزش تأثیر مستقیم دارد (Tsuji, 2009: 2). در این رابطه تحقیقات مختلفی از جمله مطالعات دیوید آر. ویلیامز^۸ استاد بهداشت عمومی "دانشکده هاروارد" صورت گرفته است که ارتباط میان تحصیلات و سلامتی را تایید نموده و نشان می‌دهد که، افرادی که تحصیلات بالاتر دارند، از مشاغل، درآمد و مزایای بهتری نیز برخوردار می‌باشند (www.health news.com).

جدول شماره (۳) جدول توافقی تحصیلات سرپرست و ترک تحصیل فرزندان

مقطع تحصیلی سرپرست خانوار	وضعیت تحصیلی محله	ترک تحصیل فرزندان		مجموع
		بلی	خیر	
بی‌سواد	تعداد	۹۲	۲۱	۱۱۳
	درصد تحصیلات سرپرست خانوار	۸۱/۴	۱۸/۶	۰/۱۰۰
	درصد تحصیلات فرزندان	۳۵/۱	۱۷/۸	۲۹۰/۷
	جمع	۲۴/۲	۵/۵	۲۹/۷
ابتدایی	تعداد	۹۳	۲۱	۱۱۴
	درصد تحصیلات سرپرست خانوار	۸۱/۶	۱۸/۴	۰/۱۰۰
	درصد تحصیلات فرزندان	۳۵/۵	۱۷/۸	۰/۳۰
	جمع		۵/۵	۰/۳۰
راهنمایی	تعداد	۷۷	۲۳	۱۰۰
	درصد تحصیلات سرپرست خانوار	۰/۷۷	۰/۲۳	۰/۱۰۰
	درصد تحصیلات فرزندان	۲۹/۴	۱۹/۵	۲۶/۳
	جمع	۲۰/۳	۶/۱	۲۶/۳
متوسطه	تعداد	۰	۲۷	۲۷
	درصد تحصیلات سرپرست خانوار	%۰	۰/۱۰۰	۰/۱۰۰
	درصد تحصیلات فرزندان	%۰	۲۲/۹	۷/۱
	جمع	%۰	۷/۱	۷/۱
دانشگاهی	تعداد	۰	۲۶	۲۶
	درصد تحصیلات سرپرست خانوار	%۰	۰/۱۰۰	۰/۱۰۰
	درصد تحصیلات فرزندان	%۰	۰/۲۲	۶/۸
	جمع	%۰	۶/۸	۶/۸
جمع	تعداد	۲۶۲	۱۱۸	۳۸۰
	درصد تحصیلات سرپرست خانوار	۶۸/۶	۳۱/۱	۰/۱۰۰
	درصد تحصیلات فرزندان	۰/۱۰۰	۰/۱۰۰	۱/۰۰
	جمع	۹۸/۶	۳۱/۱	۰/۱۰۰

جدول شماره (۴) آزمون من ویتنی وکا-اسکیر

نوع آزمون	تحصیلات
Mann-Whitney U	۸/۰۱۵
Z	-۷/۷۷۹
Asymp. Sig	۰/۰۰۰
نوع آزمون	تحصیلات
Chi-Square	۶۰/۸۲۹
df	۱
Asymp. Sig.	۰/۰۰۰

منبع: (محاسبات نگارندگان، ۱۳۹۰)

میزان درآمد ماهیانه خانوار

میزان درآمد، مهم‌ترین شاخص برای بیان موقعیت اجتماعی و اقتصادی افراد است. امروزه این درآمد و توان اقتصادی افراد است که آنان را در نقطه خاصی از شهر اسکان می‌دهد و یا توانایی آن‌ها در برخورداری از شاخص‌های سلامت و استفاده از خدمات مختلف را تعیین می‌کند. تغذیه و پیگیری سلامت بزرگسالان با افزایش سطح درآمد، بهبود می‌یابد. به‌علاوه، شواهد حاکی از آن است که درآمد بیشتر تاثیر زیاده‌تری بر سلامت خانواده‌ها دارد، یعنی همان‌جایی که افراد کنترل بیشتری بر درآمد خانواده داشته و در تصمیم‌گیری‌های خانوادگی، مشارکت فعالانه‌تری دارند تمایل بیشتری به شرکت در برنامه‌های سلامت و بهداشت دارند. در مقابل خانواده‌هایی که از درآمد کمتری برخوردارند، کنترل کمتری بر سلامت اعضای خانواده و نیز استفاده از خدمات بهداشتی دارند. پیش از بررسی نتایج حاصل از پرسشنامه در ارتباط با وضعیت اقتصادی و درآمدی محله، باید به این نکته اشاره شود شغل غالب مردم محله از مشاغل سطح پایین و کارگری می‌باشد، بنابراین نمی‌توان درآمد بالایی برای غالب مردم محله متصور شد. در همین رابطه نتیجه بررسی پرسشنامه نشان می‌دهد که نزدیک به ۷۰ درصد از سرپرست‌های نمونه، درآمدی مابین ۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار تومان در ماه دارند. در

این بین حتی رقم قابل توجهی از ساکنان محله نیز درآمد بسیار کمتری که بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ هزار تومان در ماه را اعلام نموده‌اند که در صورت صحت گفتارشان، می‌توان گفت که تقریباً تمامی حاشیه‌نشینان محل زیر خط فقر قرار دارند. خط فقر را می‌توان به عدم تأمین حداقل نیازهای تغذیه‌ای، بهداشتی، آموزشی، مسکن و حمل و نقل یک خانواده، تعریف نمود. سؤال دیگری که در همین طیف از ساکنان پرسیده شد، این بود از سرپرست‌های خانوار خواسته شد که پاسخ دهند درآمدشان بیشتر صرف چه اموری می‌شود؟ که نتیجه پاسخ افراد در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود.

جدول شماره (۵) میزان درآمد و عمده‌ترین موارد مخارج خانوار

میزان درآمد ماهانه (تومان)	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
۱۰۰۰۰۰-۲۰۰۰۰۰	۷۹	۲۰/۱۸	۲۰/۸
۲۰۰۰۰۰-۳۰۰۰۰۰	۲۶۰	۴۹/۶۸	۸۹/۲
۳۰۰۰۰۰-۵۰۰۰۰۰	۴۱	۱۰/۸	۰/۱۰۰
۵۰۰۰۰۰-۸۰۰۰۰۰	-	-	-
مجموع	۳۸۰	۳۸۰	۰/۱۰۰
عمده‌ترین موارد مخارج	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
معاش و تأمین مخارج خانواده	۳۰۵	۸۰/۳	۸۰/۳
پرداخت قسط و وام	۷	۱/۸	۸۲/۱
هزینه تحصیل فرزندان	۲۳	۱/۶	۸۸/۲
اجاره خانه	۴۵	۱۱/۸	۰/۱۰۰
مجموع	۳۸۰	۰/۱۰۰	-
میزان مخارج روزانه	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
>۵۰۰۰ تومان	۳۹	۱۰/۳	۱۰/۳
۱۰۰۰۰-۵۰۰۰۰ تومان	۳۳۱	۸۷/۱	۹۷/۴
۱۰۰۰۰-۱۵۰۰۰ تومان	۱۰	۲/۶	۰/۱۰۰
مجموع	۳۸۰	۰/۱۰۰	-

منبع: (استخراج از پرسش‌نامه، ۱۳۹۰)

جدول شماره (۶) متوسط درآمد و مخارج ماهانه خانوار

مخارج ماهانه محل متوسط	مخارج روزانه محل متوسط	درآمد ماهیانه محل متوسط	پس انداز ماهانه هر خانوار در محل
۲۳۸۴۲۱/۰۵۲	۷۹۴۷/۳۶۸۴	۲۹۲۷۱۰/۵۲۶۳	۵۴۲۴۰

منبع: (استخراج از پرسش‌نامه محاسبات نگارنده، ۱۳۹۰)

وضعیت شغلی ساکنان

سلامت ما تنها نتیجه چگونه زندگی کردن ما نیست. بلکه از نوع شغلی که در اختیار داریم، درآمد و جهان اجتماعی که در آن مقیم هستیم نیز متأثر است. در واقع، شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که تفاوت‌های بهداشتی ظاهراً متأثر از عوامل بیولوژیکی، به‌ویژه تفاوت‌های مربوط به جنس، از عوامل اجتماعی نیز تأثیرپذیرند. شغل افراد یکی از فاکتورهای تأثیرگذار در رابطه با سلامت فرد و خانواده اوست. در واقع هر چه فرد از شغل، میزان درآمد و امنیت شغلی خود رضایت داشته باشد میزان سلامت بیشتری را در خود و خانواده‌اش به جهت تأمین بسیاری از نیازمندی‌های زندگی احساس خواهد نمود. موضوعی که کمتر در میان افراد فقیر و ضعیف به‌لحاظ ساختارهای اقتصادی - اجتماعی مانند آنچه که در نواحی حاشیه- نشین مشاهده می‌شود به چشم می‌خورد. در این رابطه نتیجه بررسی‌های صورت گرفته در شادقلی‌خان نشان می‌دهد که بیش از ۵۰ درصد سرپرست‌های خانوار کارگر می‌باشند که با توجه به مشقت بالا و درآمد پایین آن می‌توان به ضعف بسترهای بوجود آورنده سلامت در این منطقه پی برد. همچنین نزدیک به هشت درصد از ساکنان را بی‌کارانی تشکیل می‌دهند که در وضعیت اسفباری زندگی می‌کنند، جدول شماره (۷). این در شرایطی است که بسیاری از کارگران مذکور به‌لحاظ امنیت کاری و روانی حتی از شغل موجود خود (کارگری) ابراز نگرانی کرده و نزدیک به ۸۰ درصد از این افراد میزان امنیت شغلی خود را کم و بسیار کم ارزیابی نموده‌اند. پرواضح است که تحصیلات پایین، شغل نامناسب، درآمد اندک و غیرمطمئن و در نهایت احساس ناچیز امنیت شغلی، همگی موجب افت سلامت زندگی و دسترسی به شاخص‌های سلامت اهالی را در پی خواهد داشت.

جدول شماره (۷) شغل ساکنان در سادقلی خان

درصد تراکمی	درصد	فراوانی	شغل
۵۲/۹	۵۲/۹	۲۰۱	کارگر
۶۱/۱	۸/۲	۳۱	کارمند
۸۹/۵	۲۸/۴	۱۰۸	آزاد
۹۷/۴	۷/۹	۳۰	بیکار
۰/۱۰۰	۲/۶	۱۰	سایر
-	۰/۱۰۰	۳۸۰	مجموع
درصد تراکمی	درصد	فراوانی	میزان امنیت شغلی
۱/۳	۳/۱	۵	بسیار زیاد
۱۹/۵	۱۸/۲	۶۹	زیاد
۴۷/۷	۵۵/۳	۲۱۰	متوسط
/۱۰۰	۲۵/۳	۹۶	کم
-	۰/۱۰۰	۳۸۰	خیلی کم

منبع: (استخراج از پرسش‌نامه، ۱۳۹۰)

با توجه به موضوع مورد بررسی، مقوله سلامت زیست شهری در محلات حاشیه‌نشین، محور اصلی مطالعه است که در این نوشتار به عنوان متغیر وابسته شناخته می‌شود که خود تحت تأثیر مستقیم ابعاد اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و کالبدی موجود در میان ساکنان به عنوان متغیرهای مستقل است. در این رابطه مسلماً چنانچه مطالعات انجام شده نیز نشان می‌دهد، عموماً با بهبود وضعیت اقتصادی و فرهنگی، وضعیت سلامتی مردم بهبود می‌یابد (Health Economic Growth, Poverty Reduction, 2001: 67). زیرا انسان فقیر به دلیل نداشتن درآمد کافی توان به دست آوردن غذا، مسکن، تحصیلات و شغل مناسب را نداشته و به همین دلیل بیشتر در دام بیماری اسیر می‌گردد و از طرف دیگر دسترسی کمتری نیز به خدمات سلامتی دارد و در نتیجه درآمد وی همواره رو به کاهش است و این چرخه به صورت دور باطل ادامه می‌یابد. این امر با بررسی اجمالی وضعیت سلامتی در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه ثابت می‌گردد که جدول شماره (۷) نشانگر صحت مطلب فوق می‌باشد.

جدول شماره (۸) میزان امید به زندگی و مرگ و میر بر حسب میزان توسعه‌یافتگی کشورها (سال ۲۰۰۰)

میزان توسعه‌یافتگی	جمعیت (۱۹۹۹) به میلیون نفر	میانگین درآمد سالانه (به دلار آمریکا)	میزان امید به زندگی در بدو تولد (به سال)
کشورهای کمتر توسعه‌یافته	۶۴۳	۲۹۶	۵۱
کشورهای در حال توسعه کم‌درآمد	۱۷۷۷	۵۳۸	۵۹
کشورهای توسعه یافته پردرآمد	۸۹۱	۲۵۷۳۰	۷۸

مأخذ: گزارش سلامت جهانی ۲۰۰۸، سازمان جهانی بهداشت

چنانچه در قسمت‌های پیشین نیز ملاحظه می‌شود، مسائل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بیشترین تأثیر را بر سلامتی افراد دارند و فقر (اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی) به عنوان نقطه مقابل این جریان می‌تواند بالاترین تأثیر را در کاهش سلامت زیست شهرنشینان به‌طور خاص داشته باشد. همچنین باید اشاره گردد که بر اساس مطالعات صورت گرفته توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO, World health organization)، وضعیت فرهنگی به‌ویژه سواد سلامت، به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت می‌باشند، به‌طوری‌که سطح پایین سواد با افزایش میزان میرایی، عدم انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده مانند انجام آزمایش‌های مختلف، اتخاذ برخی از رفتارهای پرخطر بهداشتی و به‌طور کلی با سلامت جسمانی و روانی نامطلوب افراد مرتبط است (Gazmararian, 2007: 21). بر این اساس آنچه که مسلم است، تهدید سلامت زیست ساکنان محلات فقیرنشین به‌علت ضعف مفرط بنیان‌های اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی آنهاست که در این ارتباط سکونتگاه‌های غیررسمی و حاشیه‌نشین به‌عنوان نمود عینی آن، بیشترین خطرات مذکور را احساس می‌کنند. با این تفاسیر به بررسی فرضیه‌های مطرح شده جهت سنجش عینی سلامت زیست ساکنان محله شادقلی‌خان تحت تأثیر مواردی بسیار مهمی چون وضعیت اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و کالبدی آن‌ها پرداخته می‌شود.

تحلیل فرضیه اول:

«به نظر می‌رسد، سلامت‌زیست ساکنان محله در نتیجه همجواری با کاربری‌های نامناسب، در معرض خطر و تهدید می‌باشد».

در توضیح ابتدایی جهت اثبات این فرضیه لازم به ذکر است که مهم‌ترین منبع برای این منظور، مشاهدات میدانی و تهیه تصاویر از کاربری‌های نامناسب از محله مورد مطالعه می‌باشد که در ادامه توضیح داده شده است. از بارزترین ویژگی‌ها و مشکلات سکونتگاه‌های غیررسمی، همجواری با عارضه‌های طبیعی و مصنوعی است. بررسی‌های پیشین در این مورد نشان می‌دهد که مکان‌های در برگیرنده راه آهن، مسیر عبور خطوط انتقال نیرو، حریم‌های پرخطر رودخانه، بزرگراه‌ها، مناطق بایر و پرت، جوارکارخانه‌ها و مناطق آلوده و کثیف، اراضی کشاورزی پیرامون و... ارزان‌ترین مناطق اسکان محسوب می‌شوند و همواره جاذب اسکان اقشار کم درآمد می‌باشند. این همجواری در بیشتر اوقات سلامت زیست افراد ساکن در محل را به‌خطر می‌اندازد و به دامنه آسیب‌پذیری افراد ساکن در محله می‌افزاید. در این رابطه همان‌طوری که عنوان شد غالب ساکنان محله شادقلی‌خان باتوجه به فقر اقتصادی، کمبود خدمات زیربنایی، پایین بودن سطح سواد، واحدهای مسکونی فرسوده و همجواری با کاربری‌های ناسازگار، از وضعیت مناسب زیستی برخوردار نمی‌باشند. همچنین علاوه بر موارد عنوان شده، در مطالعات میدانی از محل، مشخص شد که فضاهایی نیز جهت نگهداری دام (طویله) در محله که از نمادهای بارز ناسازگاری با کاربری غالب (مسکونی) در محل می‌باشد وجود دارد که ساکنان از این موضوع به‌ویژه از اهالی طایفه شاهسون که اصلی‌ترین گروه شاغل در نگهداری دام در محل می‌باشند، شکایت دارند. مشاهدات صورت گرفته در محله مورد مطالعه در ارتباط با فرضیه اول، حاکی از آن است که همجواری با اتوبان قم-تهران و دکل‌های فشار برق قوی، از مصادیق بارز همجواری محله با کاربری‌های ناسازگار و کاهش دسترسی به شاخص‌های سلامت است. همچنین با توجه با اینکه فضای خاصی جهت تفریح و بازی کودکان در این محل در نظر گرفته نشده، اتوبان مجاور محل، می‌تواند نیروی بالقوه خطرناک برای سلامت ساکنان به‌ویژه کودکان و خردسالان باشد.



عکس‌های (۱-۶)، (۲-۶)، (۳-۶) و (۴-۶) کاربری‌های ناسازگار در همجواری محله مسکونی شادقلی‌خان

عبور دکل‌های فشار قوی ۲۳۰ کیلوواتی از محل نیز، از دیگر مصادیق بارز همجواری محله شادقلی‌خان با کاربری‌های ناسازگار و مضر برای سلامت اهالی می‌باشد که تأثیر فوق‌العاده خطرناکی بر فیزیولوژی و سلامت ساکنان دارد. این دکل‌ها طیف‌های مختلفی از میدان‌های مغناطیسی ایجاد می‌کنند و افرادی که در حوزه این میدان‌ها قرار می‌گیرند، تحت تأثیر آثار سوء این امواج واقع می‌شوند. تأثیر این امواج بر روی کودکان می‌تواند باعث بروز برخی از انواع سرطان‌ها شود. در افراد بالغ نیز موضوع در مواردی باعث بروز مداخلات و بیماری‌ها در سیستم‌های عصبی، قلب و عروق و دستگاه گوارش می‌شود و در مواردی نیز باعث ایجاد سرطان خون در این افراد شده است موضوع نگران‌کننده در این زمینه برای نگارنده مشخص شد، بی‌اطلاعی اهالی از خطرات و عوارض این دکل‌ها می‌باشد. درحال حاضر سال‌هاست که ساکنان این محله زیر این دکل‌ها زندگی می‌کنند، بدون این‌که از

مضررات آن باخبر باشند. در رابطه با خطرات استقرار در زیر دکل‌های برق، گزارش موسسه پزشکی AGNIR حاکی از وجود ارتباط بین میداین مغناطیسی چون دکل برق و سرطان خون در کودکان و جوانان و به‌ویژه کسانی که اشعه بالایی نسبت به مقدار متوسط خانگی دریافت می‌کنند می‌باشد. این گزارش تأیید می‌کند که ارتباط معناداری بین تولد کودکان تازه متولد شده مبتلا به لوسمی (سرطان خون) و میدان‌های مغناطیسی عظیم چون دکل‌های فشار قوی وجود دارد. همچنین در مطالعه اخیری که در اروپا انجام شده است، حدود ۲۹ هزار نفر را که پیش از ۱۵ سالگی به سرطان مبتلا شده‌اند (از جمله ۹۷۰۰ مورد سرطان خون) با گروه کنترلی که از لحاظ جنسیت، تاریخ تولد و منطقه تولد با افراد مبتلا به سرطان مشابهت داشته‌اند، مقایسه کرده‌اند. در این پژوهش، افراد جامعه نمونه در محدوده یک کیلومتری خطوط برق ۲۷۵ و ۴۰۰ کیلوواتی زندگی می‌کرده‌اند. این تحقیقات نشان داده است کودکانی که در محدوده ۲۰۰ متری خطوط برق زندگی می‌کنند، امکان ابتلا به سرطان خون در آن‌ها ۶۹ درصد بیش از کودکانی است که در فاصله بیش از ۶۰۰ متری خطوط برق زندگی می‌کنند. این گزارش همچنین نشان می‌دهد، کودکانی که در محدوده ۲۰۰ تا ۶۰۰ متری خطوط برق زندگی می‌کنند، ۲۳ درصد بیشتر در معرض ابتلا به سرطان خون هستند (www.salamat.ir). در این ارتباط، متأسفانه به‌علت نبود آمار، تلاش نویسندگان مقاله حاضر در زمینه گردآوری آمار بیماران محله مورد مطالعه که به‌علت همجواری با میدان‌های مغناطیسی موجود که ریشه در همجواری با دکل‌های فشارقوی برق دارد، نتیجه بخش نبود. بنابراین ملاحظه می‌شود که همجواری با این گونه کاربری‌ها تا چه اندازه سلامت افراد ساکن در محله را به مخاطره افکنده است، بنابراین فرضیه فوق تأیید می‌شود. تصاویر مرتبط با اثبات این فرضیه از محله مورد نظر در ذیل مشاهده می‌شود.

تحلیل فرضیه دوم

«به‌نظر می‌رسد بین میزان برخورداری از شاخص سلامت و میزان تحصیلات افراد رابطه

رابطه وجود دارد».

با نظریه بخش وضعیت سواد و تحصیلات محله مورد مطالعه در فصل چهارم و با توجه به سطح سنجش متغیرهای این فرضیه، برای بررسی ارتباط بین میزان برخورداری از شاخص سلامت و میزان تحصیلات افراد از آزمون پارامتری تحلیل واریانس تک‌راهه (ANOVA) استفاده می‌شود که نتایج آن در جدول زیر آمده است. نتیجه آزمون تحلیل واریانس بدین قرار است:

جدول شماره (۹) بررسی رابطه بین میزان برخورداری از شاخص سلامت و میزان تحصیلات افراد

شرح	مجموع جذرها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	اف	سطح معناداری
اختلاف بین گروه‌ها	۲۵/۰۲۶	۴	۶/۲۵۷	۹۳/۴۷۲	۰/۰۰۰
اختلاف درون گروه‌ها	۲۵/۱۰۱	۳۷۵	۰/۰۶۷		
کل	۵۰/۱۲۷	۳۷۹			

منبع: (مطالعات نگارنده: ۱۳۹۰)

در مورد این فرضیه، با توجه به این که سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ است، با اطمینان ۹۵٪ می‌توان گفت که فرضیه صفر مبنی بر عدم تفاوت بین برخورداری از شاخص سلامت و وضعیت تحصیل سرپرست رد شده و فرضیه تحقیق به تأیید می‌رسد. در واقع، اختلاف معناداری بین برخورداری از شاخص سلامت افراد با تحصیلات مختلف وجود دارد.

آماره F نسبت برآورد پراکندگی بین گروهی و درون گروهی را نشان می‌دهد که هر چه مقدار آن بیشتر باشد، یعنی اختلاف میانگین بین گروه‌ها بیشتر از اختلاف درون گروه‌ها بوده و در نتیجه احتمال رد فرضیه صفر کاهش و درصد تأیید فرضیه تحقیق، بیشتر می‌شود. آنچه که باید مورد توجه قرار گیرد این است که آزمون F تنها معنی‌داری تفاوت بین گروه‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهد، اما مشخص نمی‌کند که این تفاوت‌ها در بین کدامیک از گروه‌های بررسی وجود دارد. به همین دلیل به منظور تعیین دقیق اختلاف بین گروه‌ها، از آزمون LSD و توکی^۹ استفاده شد که این آزمون‌ها میانگین زوج‌ها را با همدیگر به صورت دو به دو مقایسه کرده و وجود اختلاف معنادار بین آن‌ها را نشان می‌دهد.

9- Tukey

جدول شماره (۱۰) آزمون توکی و LSD برای مقایسه اختلاف میانگین بر خورداری از شاخص‌های سلامت زیست بر حسب وضعیت تحصیل افراد

آزمون	i (وضعیت تحصیل) j (وضعیت تحصیل)	سطح معناداری	اختلاف میانگین (i-j)
توکی	بی سواد	ابتدایی	-
		راهنمایی	۰/۹۷۵
		متوسطه	۰/۵۶۶
		دانشگاهی	۰/۰۰۰
	ابتدایی	بی سواد	۰/۹۷۵
		راهنمایی	۰/۸۹۰
		متوسطه	۰/۰۰۰
		دانشگاهی	۰/۰۰۰
	راهنمایی	بی سواد	۰/۵۶۶
		ابتدایی	۰/۸۹۰
		متوسطه	۰/۰۰۰
		دانشگاهی	۰/۰۰۰
متوسطه	بی سواد	۰/۰۰۰	
	ابتدایی	۰/۳۹	
	راهنمایی	۰/۴۱	
	دانشگاهی	۰/۴۵	
دانشگاهی	بی سواد	۰/۰۰۰	
	ابتدایی	۰/۹۲	
	راهنمایی	۰/۹۴	
	متوسطه	۰/۹۸	
بی سواد	ابتدایی	۰/۵۴۹	
	راهنمایی	۰/۱۳۶	
	متوسطه	۰/۰۰۰	
	دانشگاهی	۰/۳۹	

-	۰/۵۴۹	بی‌سواد	ابتدایی	LSD
-	۰/۳۵۹	راهنمایی		
-۰/۴۱	۰/۰۰۰	متوسطه		
-۰/۹۴	۰/۰۰۰	دانشگاهی		
-	۰/۱۳۶	بی‌سواد	راهنمایی	
-	۰/۳۵۹	ابتدایی		
-۰/۴۵	۰/۰۰۰	متوسطه		
-۰/۹۸	۰/۰۰۰	دانشگاهی		
۰/۳۹	/۰۰۰	بی‌سواد	متوسطه	
۰/۴۱	۰/۰۰۰	ابتدایی		
۰/۴۵	۰/۰۰۰	راهنمایی		
-۰/۵۲	۰/۰۰۰	دانشگاهی		
۰/۹۲	۰/۰۰۰	بی‌سواد	دانشگاهی	
۰/۹۴	۰/۰۰۰	ابتدایی		
۰/۹۸	۰/۰۰۰	راهنمایی		
۰/۵۲	۰/۰۰۰	متوسطه		

منبع: مطالعات نگارنده: (۱۳۹۰)

همانطوری که مشاهده می‌شود نتایج دو آزمون کاملاً مشابه هم می‌باشند. با استفاده از اطلاعات مندرج در جدول فوق می‌توان دریافت که اختلاف میانگین در بین افراد بی‌سواد و با تحصیلات ابتدایی و راهنمایی با افراد با تحصیلات متوسطه و دانشگاهی، معنادار است، زیرا سطح معناداری در مقایسه این گروه‌ها کمتر از ۰/۰۵ است. اما میانگین برخورداری از شاخص سلامت افراد بی‌سواد و با تحصیلات ابتدایی و راهنمایی فاقد اختلاف معنادار با هم می‌باشد. با توجه به اینکه معنادار بودن اختلاف میانگین برخورداری از شاخص سلامت افراد با تحصیلات مختلف به لحاظ آماری به اثبات رسید، می‌توان به تحلیل آن پرداخت. همان‌طوری که در جدول شماره (۹) نیز مشخص است، میانگین برخورداری از شاخص سلامت افراد بی‌سواد به ترتیب به میزان ۰/۳۹ - و ۰/۹۲ - کمتر از با افراد با تحصیلات

متوسطه و دانشگاهی است و بالعکس. بنابر این می‌توان نتیجه‌گیری نمود که افراد با تحصیلات متوسطه و دانشگاهی از شاخص‌های سلامت بالاتری نسبت به افراد بی‌سواد برخوردارند. این موضوع در مورد افراد با تحصیلات ابتدایی و راهنمایی هم صادق می‌باشد. همانطوری که از جدول بالا مشخص می‌باشد، میانگین برخورداری از شاخص سلامت افراد با تحصیلات متوسطه به میزان ۰/۵۲- کمتر از افراد با تحصیلات دانشگاهی است که به‌طور کلی نشان‌دهنده این واقعیت می‌باشد که افراد با تحصیلات دانشگاهی از شاخص‌های سلامت بالاتری نسبت به چهار گروه دیگر برخوردار است.

تحلیل فرضیه سوم

«به‌نظر می‌رسد بین میزان برخورداری از شاخص سلامت و شغل افراد رابطه وجود دارد».

برای بررسی این فرضیه با توجه به مقیاس‌های سنجش متغیرها، مانند فرضیه قبل از آزمون پارامتری تحلیل واریانس تک راهه (ANOVA) شده است که نتایج آن بدین شرح می‌باشد:

جدول شماره (۱۱) بررسی رابطه بین میزان برخورداری از شاخص سلامت و شغل افراد

شرح	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	اف	سطح معناداری
اختلاف بین گروه‌ها	۱۸/۳۴۱	۴	۴/۵۸۵	۵۴/۰۹۶	**./۰۰۰
اختلاف درون گروه‌ها	۳۱/۷۸۶	۳۷۵	۰/۰۸۵		
کل	۵۰/۱۲۷	۳۷۹			

منبع: (مطالعات نگارنده: ۱۳۹۰)

**۹۹٪ اطمینان (سطح معناداری ۰/۰۱)

چنان‌چه ملاحظه می‌شود مقدار sig (معناداری) کوچک‌تر از ۵ درصد است، بنابراین H_0 رد می‌شود. به‌عبارت دیگر تفاوت معنی‌داری بین میانگین جوامع وجود ندارد، ولی این آزمون به‌تنهایی مشخص نمی‌کند که کدام میانگین‌ها متفاوت هستند به‌همین دلیل از آزمون‌های پس از تجربه (Post Hoc) توکی و LSD استفاده می‌کنیم.

جدول شماره (۱۲) آزمون توکی و LSD برای مقایسه اختلاف میانگین بر خورداری از شاخص‌های سلامت زیست بر حسب شغل افراد

اختلاف میانگین (i-j)	سطح معناداری	i (شغل) j (شغل)	آزمون
-۰/۸۲	۰/۸۲	۰/۰۰۰	کارمند
-	۰/۷۳	۰/۰۰۰	
-	۰/۷۷	۰/۰۰۰	
-	۰/۷۵	۰/۰۰۰	
-	۰/۰۵۷	آزاد	کارگر
-۰/۷۳	۰/۰۰۰	کارگر	
-	۰/۹۶۳	کارمند	
-	۰/۹۹۹	بیکار	
-	-	سایر	
-	۰/۸۸۱	بیکار	آزاد
-۰/۷۷	۰/۰۰۰	کارگر	
-	۰/۹۶۳	کارمند	
-	۱	آزاد	
-	-	سایر	
-	۰/۹۴۷	سایر	بیکار
-۰/۷۵	۰/۰۰۰	کارگر	
-	۰/۹۹۹	کارمند	
-	۱	آزاد	
-	-	بیکار	سایر
-۰/۸۲	۰/۰۰۰	کارگر	
-۰/۰۹	۰/۰۰۷	کارمند	
-	۰/۳۴۸	آزاد	
-	۰/۴۶۱	بیکار	
-	-	سایر	LSD
۰/۸۲	۰/۰۰۰	کارمند	
۰/۷۳	۰/۰۰۰	کارگر	

۰/۷۷	۰/۰۰۰	آزاد
۰/۷۵	۰/۰۰۰	بیکار
	-	سایر
۰/۰۹	۰/۰۰۷	آزاد
-۰/۷۳	۰/۰۰۰	کارگر
-	۰/۵۰۶	کارمند
-	۰/۸۰۴	بیکار
	-	سایر
-	۰/۳۴۸	بیکار
-۰/۷۷	۰/۰۰۰	کارگر
-	۰/۵۰۹	کارمند
-	۰/۸۷۹	آزاد
	-	سایر
-	۰/۴۶۱	کارگر
-۰/۷۵	۰/۰۰۰	کارمند
-	۰/۸۰۴	آزاد
-	۰/۸۷۹	بیکار
	-	سایر

منبع: (مطالعات نگارنده: ۱۳۹۰)

جدول شماره ۱۲)، بیانگر این مطلب است که، هم درآزمون توکی و هم درآزمون LSD میانگین برخورداری از شاخص سلامت افراد کارمند بالاتر از سایر گروه‌های شغلی می‌باشد و اختلاف معناداری با آن‌ها دارد با این تفاوت که در آزمون LSD میانگین برخورداری از شاخص سلامت افراد کارگر به میزان ۰/۰۹- همچنین از افراد با شغل آزاد کمتر می‌باشد و بالعکس. با توجه به این روند می‌توان نتیجه گرفت که افراد کارمند حاشیه‌نشین از شاخص سلامت بالاتری نسبت به افراد دیگر برخوردار هستند.

با توجه به فاصله‌ای بودن یکی از متغیرها و دو وجهی بودن دیگری (جنس)، برای بررسی این فرضیه از آزمون پارامتری (T-TEST) استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر آمده است.

جدول شماره (۱۳) بررسی رابطه برخورداری از شاخص سلامت و جنس

متغیرها	آزمون تساوی واریانس			آزمون تی برای برابری میانگین‌ها	
	اف	سطح معناداری	تی	درجه آزادی	سطح معناداری
برخورداری از شاخص سلامت و جنس	۰/۰۸۵	۰/۷۷۱	-۳/۵۸۷	۳۷۸	۰/۰۰۰
					تفاوت میانگین
					-۰/۳۰۲

منبع: (مطالعات نگارنده: ۱۳۹۰)

جهت آزمون تساوی میانگین دو جامعه، لازم است ابتدا برابری دو جامعه مورد بررسی قرار گیرد. به عبارت دیگر آزمون تساوی واریانس‌ها (آزمون Levene) مقدم بر آزمون تساوی واریانس میانگین‌ها است. با توجه به اینکه سطح معناداری مربوط به آزمون لوین برابر با ۰/۷۷۱ و بزرگ‌تر از سطح معناداری ۵ درصد می‌باشد در نتیجه فرض برابری واریانس‌ها رد می‌شود. بنابراین اطلاعات سطر اول را برای نتیجه‌گیری در مورد میانگین مورد بررسی قرار می‌دهیم که به شرح جدول بالا می‌باشد. سطح معناداری آزمون تساوی میانگین با فرض تساوی واریانس کمتر از ۵ درصد است، پس H_0 رد می‌شود و ادعای عدم تساوی میانگین برخورداری از شاخص سلامت بین دو جنس در سطح خطای ۵ درصد پذیرفته می‌شود در واقع باید گفت که میزان برخورداری از شاخص سلامت بین دو جنس متفاوت می‌باشد.

نتیجه‌گیری

سرمایه انسانی به‌عنوان مهم‌ترین عامل توسعه و پیشرفت یک کشور، تنها در گرو بهره‌مندی از نعمت سلامت و زمینه‌های آن است که می‌تواند چرخه‌های حرکت رو به رشد را فراهم آورد و در صورت عدم تأمین، حفظ و ارتقای آن امکان توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه میسر نمی‌شود و پایه‌های توسعه کشور متزلزل خواهد شد. سلامت یکی از ارکان ثبات و توسعه پایدار در جوامع امروز است و به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر دیگر ارکان و عوامل پایداری و پیشرفت جامعه اثر می‌گذارد. اما امروزه با افزایش جمعیت و توسعه شهر

نشینی به‌ویژه در کشورهای جهان سوم، شاهد رشد روزافزون محلات فقیر و حاشیه‌نشینی هستیم که نماد فقر اقتصادی، فرهنگی و ... می‌باشند که در نهایت به شدت سلامت زیست و کیفیت زندگی ساکنان آن را تهدید می‌نماید. در همین ارتباط، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که غالب حاشیه‌نشینان محله شادقلی خان شهر قم به‌عنوان مطالعه موردی پژوهش حاضر، افرادی مهاجر و با ریشه روستایی‌اند که فقر اقتصادی، بالا بودن میزان جرایم و کمبود خدمات زیربنایی، سطح پایین سواد، واحدهای مسکونی فرسوده، کیفیت نامناسب و برنامه‌ریزی ناکارآمد کاربری اراضی (کمبود کاربری‌های فرهنگی، فضای سبز، آموزشی و بهداشتی-درمانی کاملاً مشهود است) در محل، نارضایتی از شرایط محیطی، بهداشت پایین، ناآگاهی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت و... از خصوصیات غالب این افراد است. افراد ساکن در این محله به مسائل فرهنگی مانند فرهنگ شهرنشینی، مدنیت، آموزش، تحصیل و سواد اهمیت چندانی قائل نیستند، و همان‌طوری‌که نتیجه تحلیل پرسش‌نامه نیز نشان می‌دهد، میزان ترک تحصیل در بین دانش‌آموزان در محله شادقلی خان بسیار بالا می‌باشد که وجود مشکلات اقتصادی خانواده‌ها، عدم علاقه فرزندان به تحصیل و بی‌سوادی والدین از عوامل اصلی این وضعیت است و از آنجایی که حاشیه‌نشینان محله شادقلی خان اکثراً مهاجران روستایی و با پیشینه دامداری و کشاورزی هستند و مهارت آنان در ساخت اقتصادی شهر نقش کم‌رنگی دارد، شغل بیشتر این افراد کارگری روزمزد و مشاغل کاذبی چون دست‌فروشی... است. درآمد ساکنان این محله بسیار پایین و فقر و تنگدستی از بارزترین مشخصه‌های آنان است. بنابراین نتیجه رابطه‌ای که میان شاخص‌های مختلفی چون تحصیلات، شغل، درآمد و همجواری با کاربری‌های نامناسب در محله که از طریق پرسشنامه به‌ست آمده بود نشان می‌دهد که شرایط نامناسبی به‌لحاظ موارد مورد بررسی که خود از مهم‌ترین موارد مطرح در زمینه سنجش میزان سلامت عینی افراد است، از وضعیت مناسبی برخوردار نمی‌باشند که مسلماً پیامد آن افت میزان دسترسی به شاخص‌های سلامت و کیفیت نامناسب سلامت زیست در میان ساکنان محله می‌باشد، آن‌چنان‌که مشکلات و پیچیدگی‌های موجود در محله به درماندگی‌هایی ختم شده است که امروزه می‌توان از واژه بحران در توصیف وضعیت سلامت زیستی در این‌گونه محلات استفاده کرد.

ارائه پیشنهادات

تشکیل تیم مشاوره‌ای مستقل در شهرداری‌ها به منظور ارائه خدمات مشاوره شغلی، فنی، بهزیستی - سلامت و اجتماعی به مهاجران.

تأسیس واحد حاشیه‌نشینی و اسکان‌های غیررسمی به‌عنوان اداره‌ای مستقل در شهرداری‌ها.

توانمندسازی و جلب مشارکت اجتماعی ساکنان محل: توانمندسازی: «با کمک ناچیز دولت قادرند مسکن، خوراک و پوشاک خود را فراهم آورند و در عین حال نوعی نیروی کار ذخیره حاضر برای فعالیت‌های در حال گسترش بخش رسمی (درون شهرها) را مهیا سازند. روش توانمندسازی با تکیه بر توان‌های بالقوه‌ی حاشیه‌نشینان مطرح شده است و بر این اصل استوار است که دولت‌ها در عوض کمک‌های مستقیم و بلاعوض که شخصیت حاشیه‌نشینان و کرامت انسانی آن‌ها را خدشه‌دار می‌سازد، می‌باید از طریق ارتقای سطح آموزش و ایجاد مهارت‌های لازم و امکان دسترسی به ابزار کار و فعالیت‌هایی از این قبیل، زمینه‌های اشتغال و افزایش درآمد و بهبود سطح زندگی حاشیه‌نشینان و فقرای شهری را فراهم آورند. عادلانه ساختن دریافت خدمات سلامت برای آحاد جامعه به‌ویژه اقشار فقیر با عنایت به ضعف شدید اقتصادی ساکنان.

پوشش فراگیر و الزامی بیمه سلامت برای آحاد جمعیت مقیم (موقت و دائم) با ارائه تسهیلات ویژه برای افراد فقیر ساکن محله.

افزایش و بهبود نور و روشنایی محله به‌ویژه خیابان‌های منتهی به اتوبان قم-تهران با عنایت به این موضوع که این محلات از مهم‌ترین فضاهای ناامن محله می‌باشند.

ایجاد فضای سبز به‌ویژه فضاهای فراغتی و بازی در محل (باتوجه به همجواری با زمین‌های بایر گسترده در محل) به‌منظور گذران اوقات فراغت و بازی نوجوانان و جوانان به‌عنوان یکی از فاکتورهای تأثیرگذار بر سلامت زیست‌اهالی، با توجه به کمبود شدید فضاهای تفریحی و فراغتی در محل.

رفع تاریکی و کم‌نوری فضای خالی ما بین شادقلی‌خان و امین‌آباد که از بزرگ‌ترین فضاهای ناامن محله به‌ویژه از نظر دسترسی و پخش مواد مخدر از نظر ساکنان محل می‌باشد.

ارتقای بهداشت دام، فرآورده‌های دامی و اماکن دامی در محله شادقلی‌خان، با توجه به اینکه فضاهای زیادی در محل جهت نگهداری دام (طویل‌ه) در محل موجود می‌باشد.

انتقال کاربری‌های ناسازگار و غیرهمجوار به محدوده‌های خارج از شهر همچون کاربری صنعتی، انباری، نظامی، محل نگهداری دام‌ها، زندان‌ها... با توجه به تراکم سکونتگاه‌ها در محدوده مذکور.

گسترش پوشش آموزش عمومی در زمینه رفع سوء مسکن در محل به‌عنوان یکی دیگر از فاکتورهای بسیار مهم دسترسی به شاخص‌های سلامت.

پیشگیری از عوامل اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی تهدیدکننده سلامت فردی و اجتماعی مانند ذبح غیربهداشتی و دفع غیربهداشتی پسماند حیوانات در محل.

دکل فشار قوی نگه‌دارنده تعدادی سیم حامل جریان با ولتاژ بسیار بالاست که حتی نزدیک شدن به آن می‌تواند برای انسان مضر باشد، لذا تحت هیچ شرایطی، ساکنان نباید به دکل‌ها نزدیک نشوید.

در صورتی که در اتومبیل بودید و سیم فشارقوی روی اتومبیل شما افتاد به هیچ‌عنوان از اتومبیل پیاده نشوید چون به‌محض پیاده شدن، انسان جان خود را از دست می‌دهد. محفظه اتومبیل مانند یک قفس فاراده عمل خواهد کرد و شما در امان خواهید بود و سریعاً با ۱۲۱ تماس بگیرید تا نیروهای امدادی به کمک شما بیایند.

هنگامی که هوا بارانی است یا رطوبت هوا بالاست، پدیده کرونا در اطراف سیم‌های حامل جریان بیشتر می‌شود. این پدیده (صدای وزوز) به‌هیچ‌عنوان خطرناک نیست لذا نگران نباشید.

پرهیز از کاشتن درخت، گیاه و گل زیر خطوط فشارقوی.

ارائه برنامه آموزش بهداشت، ارتقاء سلامت و بهبود شیوه‌های زندگی برای دانش‌آموزان محل.

همکاری در بازنگری تدوین کتاب‌های درسی و متون آموزشی دانش‌آموزان محله، به منظور ارائه نمودن مفاهیم و اصول سلامتی به کل خانواده.

منابع

- ۱- ازکیا، مصطفی، غفاری، غلامرضا (۱۳۸۲)، «جامعه‌شناسی توسعه»، انتشارات کیهان، تهران.
- ۲- امینی، نجات؛ یداللهی، حسین و صدیقه اینانلو (۱۳۸۵)، «رتبه‌بندی سلامت استان‌های کشور»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال پنجم، شماره ۲۰، صص ۲۷-۴۸.
- ۳- باباخانی، محمد و حسین راغفر (۱۳۸۸)، «رابطه نابرابری درآمد و سلامت در ایران طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۵۵»، *مجله مدیریت سلامت*، صص ۱۶-۹.
- ۴- پورکاظمی، محمدحسین و محمد سوزنده (۱۳۸۸)، «تعیین سیدغذایی برای گروه‌های کم‌درآمد مختلف با استفاده از منطق فازی»، *مجله تحقیقات اقتصادی*، شماره ۸۷، صص ۷۴-۵۳.
- ۵- سام آرام، عزت‌الله؛ امینی یخدانی، مریم (۱۳۸۸)، «بررسی وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی قم»، *فصلنامه بانوان شیعه*، سال ششم، شماره ۲۱، صص ۱۶۰-۱۳۴.
- ۶- سجادی، حمیرا؛ صدرالسادات، سیدجلال (۱۳۸۳)، «شاخص‌های سلامت اجتماعی»، *مجله اطلاعات سیاسی-اقتصادی*، سال نوزدهم، شماره ۳ و ۴، تهران.
- ۷- شکوئی، حسین (۱۳۸۲)، «فلسفه‌های محیطی و مکتب‌های جغرافیایی»، انتشارات گیتاشناسی، جلد دوم، چاپ اول، تهران.
- ۸- فرنودی، صنم السادات (۱۳۸۸)، «ارائه چارچوب ارزیابی فناوری‌های سلامت در نظام بهداشت و درمان ایران؛ مطالعه موردی ربات رولنز»، *فصلنامه سیاست، علم و فناوری*، سال دوم، صص ۸۶-۷۵.
- ۹- کامیار، غلامرضا (۱۳۸۷)، «حقوق شهری و شهرداری»، انتشارات مجد، چاپ سوم، تهران.
- ۱۰- مرکز آمار ایران (۱۳۸۵)، «آمارنامه جمعیتی استان قم».
- ۱۱- مهندسان مشاور طرح و معماری (۱۳۸۶)، «ستادتوانمندسازی و ساماندهی سکونتگاه‌های غیررسمی استان قم»، سازمان عمران و بهسازی شهری، مرحله دوم، تهران.

- ۱۲- نقدی، اسدا... و رسول صادقی (۱۳۸۵)، «حاشیه‌نشین‌های چالشی فراروی توسعه پایدار شهری (با تأکید بر شهر همدان)»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال پنجم، شماره ۲۰، صص ۲۳۳-۲۱۳.
- ۱۳- یوسفی، مهدی، اکبری ساری، علی، اولیایی منش، علیرضا و محمد عرب (۱۳۸۹)، «روش‌های تخصیص مبتنی بر نیازمنابع نظام سلامت و ارزیابی وضع موجود تخصیص به استان‌های ایران»، *مجله پژوهشی حکیم*، تابستان ۱۳۸۹، دوره سیزدهم، شماره دوم، صص ۲۰-۱۰.
- 14- Asthana Sheena (1995), Variation in Poverty and Health Between Slum Settlement: Contadictory Findings From Visakhapantnam , India, [www . Elsevier.com](http://www.Elsevier.com), Vol.40. No 2, pp. 177-188.
- 15- Brunn, S. Williams, J. and Ziegler. D (2003), *Cities of the World: World Regional Urban Development*, New York Iron Man and Little Field.
- 16- Chakraborty, Raja, Kaushik Bose, Samiran Bisai (2009), Relationship of Family Income and House Type to Body Mass Index and Chronic Energy Deficiency among Urban Bengalee Male Slum Dwellers of Kolkata , India, www.Elsevier.com, pp. 45-75.
- 17- Chowdhury, Farhat Jahan Nurul Amin, A.T.M (2006), Environmental Assessment in Slum Improvement Programs: Some Evidence from a Study on Infrastructure Projects in Two Dhaka Slums , www.Elsevier.com, pp. 530-552.
- 18- Curvy, Leslie, Minh, Luong, Harlan M. Krumholz, John Gaddis, Paul Kennedy, Stephen Rulisa, Lauren Taylor, Elizabeth H. Bradley (2010), Achieving Large Ends with Limited Means: Grand Strategy in Global health, www.Elsevier.com, pp. 82-86.
- 19- Gazmararian Wolf MS, JA, Baker DW, Health Literacy and Health Risk Behaviors among Older Adults, *Am J Prev Med*; 32(1): 19-24.
- 20- Katukiza A.Y, M. Ronteltap, A. Oleja, C.B. Niwagaba, F. Kansime, P.N.L. Lens (2010), Selection of Sustainable Sanitation Technologies for Urban Slum, A Case of Bwaise III in Kampala, Uganda, www.elsevier.com, 52-62.
- 21-Lall, Somik, Mattias, Lundberg and Zmarak Shalizi (2008), Implications of Alternate Policies on Welfare of Slum Dwellers:

- Evidence from Pune, India, *Journal of Urban Economics*, www.Elsevier.com, pp. 56-73.
- 22- Ngoasong, Michael Zisuh (2009), The Emergence of Global Health Partnerships as Facilitators of Access to Medication in Africa: A Narrative Policy Analysis , www.Elsevier.com, pp. 949-556.
- 23- Ozener, Bari and Bernhard Fink (2010), Facial Symmetry in Young Girls and Boys from a Slum and a Control Area of Ankara, Turkey , *Journal Evolution and Human Behavior* 31, www.elsevier.com, pp. 436-441.
- 24- Semba, Richard, SaskiadePee, Klaus Kraemer, KaiSun, Andrew Thorne Lymanb, Regina Moench-Pfanner, MayangSari, Nasima Akhter and Martin W.Bloem (2009), Journal of Int.J.Hyg. Environ. Health , www.elsevier.de/ijheh, 212 pp.387-397.
- 25- Stephans, Carolyn (1992), Training Urban Traditional Birth Attendants Balancing International Policy and Local Reality , www.elsevier.com, Vol. 35, No.6, pp.811-817.
- 26- Sohel Rana M.D (2009), Status of Water Use Aanitation and Hygienic Condition of Urban Alums: A Study on Rupsha Ferighat Slum , Khulna, www.elsevier.com, pp. 322-328.
- 27- Su, Meirong, Brian D. Fath, Zhifeng Yang (2010), Urban Dcosystem Health Zssessment: A Feview , www.Elsevier.com, pp. 2452-2434.
- 28- Temmerman, Marleen, Lauren Beth Foster, Philip Hannaford, Adriano Cattaneo, Jørn Olsen, Kitty W.M. Bloemenkamp, Albrecht Jahn and Miguel Oliveira da Silva (2006), Reproductive Health Indicators in the European Union: The REPROSTAT Project , www.Sciencedirect.com, pp. 3-10.
- 29- Tsujita, Yuko (2009), Dprivation of Education in Urban Areas: a Basic Profile of Slum Children in Delhi, India , *Institute of Developing Economies*, Ide Discussion Paper, No. 199.
- 30- Vearey, Joanna, Ingrid Palmary, Liz Thomas B, Lorena Nunez, Scott Drimie (2010), Urban health in Johannesburg: The Importance of

Place in Understanding Intra-urban Inequalities in a Context of Migration and HIV , Journal Homepage:

www.elsevier.com/locate/health place, pp. 694-702.

- 31- Zhao, Y, S.Cui, J.Yang, W. Wang, A.Guo, Y. Liu, W. Liang (2010), Basic Public Health Services Delivered in an Urban Community: a Qualitative Study:, [www. Elsevier.com](http://www.Elsevier.com), pp. 1-10 .
- 32- WHO. (2008), Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health Commission on Social Determinants of Health Final Report, Geneva: World Health Organization.
- 33- www.health city ardakan.com
- 34- www.salamat.ir.
- 35- www.google earth.com.

