

فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی - واحد شوشتر
سال پنجم، شماره (۱۴)، پاییز ۱۳۹۰
تاریخ دریافت: ۹۰/۲/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۰/۵/۱۸
صص ۹۵ - ۱۲۶

بررسی جامعه شناختی حاشیه نشینی و تأثیر آن بر بهداشت روان حاشیه نشینان (مطالعه موردی ارزنان و دارک) زینبیه اصفهان

رسول ربانی^۱، منصور حقیقتیان^۲، جواد نظری^۳، مریم قاسمی^۴

چکیده

هدف از نگارش مقاله حاضر، بررسی جامعه شناختی حاشیه نشینی و تأثیر آن بر بهداشت روان در مناطق ارزنان و دارک زینبیه اصفهان است. به این منظور با بهره گیری از آرای صاحب نظرانی مانند: زیمل، اسکار لوئیس، رابرت پارک و استونکوویست به بررسی زندگی حاشیه نشینی و جهت سنجش بهداشت روان؛ از آرای صاحب نظرانی مانند: مازلو، جانسون، لوین و روی استفاده شده است. روش تحقیق به صورت پیمایشی، تکنیک جمع آوری

Rabani@ltr.ui.ac.ir

۱-استاد گروه علوم اجتماعی دانشگاه اصفهان (نویسنده مسؤول)

۲-استاد یار جامعه شناسی، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهاقان.

۳-دانشجوی دکتری جامعه شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهاقان

۴-دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهاقان

اطلاعات پرسشنامه و بعضاً مصاحبه بوده است. جامعه آماری شامل افراد ۶۵-۱۵ ساله در مناطق ارزان و دارک زینیه اصفهان است که از بین آنان با استفاده از فرمول کوکران، ۳۸۴ نفر به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. آلفای کرونباخ ارتباط اجتماعی ۰.۸۰، بهداشت روان ۰.۶۹ و پیوندهای اجتماعی ۰.۶۱ بود. یافته‌های تحقیق نشان داد که متغیرهای جنس، سن تأثیری بر روی بهداشت روان حاشیه نشینان نداشته‌اند و متغیرهای تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و محل تولد تأثیر مثبت و معنی‌داری بر روی بهداشت روان حاشیه نشینان داشته‌اند. ارتباط اجتماعی با ۰.۵۸ درصد بیشترین رابطه را با میزان بهداشت روان حاشیه نشینان داشته است. سپس حقوق اجتماعی با ۰.۲۸ درصد و پیوند اجتماعی با ۰.۳۱ درصد قرار می‌گیرند. ۴۹ درصد واریانس متغیر وابسته؛ یعنی بهداشت روان حاشیه نشینان توسط این مدل تبیین شده است و این نشانگر برازش خوب مدل است.

واژه‌های کلیدی: حاشیه نشینی، بهداشت روان، ارتباط اجتماعی، حقوق اجتماعی، پیوند اجتماعی.

مقدمه

در تمام جوامع گروه‌هایی وجود دارند که بنا به دلایل مختلف، شرایط زندگی متفاوتی با سایر افراد جامعه داشته و از بسیاری از مزایای اجتماعی از جمله خدمات سلامت، امکان برخورداری از تحصیل، شرایط اشتغال برابر و یا برخورداری از حمایت‌های اجتماعی محروم می‌مانند مثل حاشیه نشین‌ها. این قبیل محرومیت‌ها سبب محدودیت روابط اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، شرایط بد کاری، حقوق نامناسب، درآمد کم و تغذیه نامناسب این گروه‌ها شده، که خود می‌تواند اثرات منفی بر سلامت و بهداشت روان آنان ایجاد نماید.

رشد شتابان شهر نشینی و افزایش میزان مهاجرت روستائیان به شهرها مساله حاشیه نشینی، مسکن نامناسب را پدید آورده است. در اثر مهاجرت، ترکیب جمعیت شهرهای بزرگ به کلی جنبه طبیعی خود را از دست می‌دهد. مهاجرت‌های روستایی و رشد سریع شهر نشینی و ظهور

حلبی آبادها، کمبودها و مضایق زندگی شهری، کمبود مسکن و نارسایی‌های آن همراه با رشد بیکاری و عدم اشتغال مناسب، زمینه جرم‌زایی و آسیب‌های اجتماعی را فراهم ساخته است (ربانی، وحید، ۱۳۸۷: ۲۸۰).

یکی از اساسی‌ترین نیازهای بشر، آرامش خاطر و زندگی فارغ از نگرانی، اضطراب، دغدغه و گرفتاری است. بعضی می‌پنداشتند انسان با تامین نیازهای مادی به آرامش می‌رسد؛ از این رو، برای به دست آوردن آن‌ها تلاش کردند و شاید بتوان گفت بسیاری از نیازهای مادی را تامین کردند، ولی مشکلات و اضطراب و ناراحتی‌ها نه تنها کاسته نشد، بلکه فزونی نیز یافت؛ جنگ‌ها، خونریزی‌ها ظلم‌ها و هزاران گرفتاری‌ها و ناراحتی‌های دیگر در جوامع حتی در جوامع مرفه دیده می‌شود (صادقیان، ۱۳۸۷: ۱۷). امروزه بخش عظیمی از اشکال بیماری (اعم از روانی و جسمانی) در کشورهای در حال توسعه در ارتباط شدید با عوامل و مدل‌های اجتماعی است (Who, 2001: 7). اثرات این عوامل در دراز مدت کارایی خود را نشان می‌دهند. مشکلاتی چون فقر، شکست در تحصیلات، زندگی در محیط فیزیکی نامناسب و سطح بالای عدم امنیت در جامعه (مثل خشونت‌ها و تصادفات) و عواملی چون حوادث منفی زندگی از جمله جدایی از والدین، از دست دادن کار و یا مهاجرت اجباری از عوامل اجتماعی هستند که تاثیرات زیادی بر سلامت روانی افراد می‌گذارند (Harpham, 2004: 234). عوامل مهمی چون حمایت خانوادگی پایین و بطور خاص تنهایی، دسترسی محدود و نامناسب به خدمات جمعی، ناتوانی در برگشت به خانه و تحقیر اجتماعی در مختل شدن سلامت روانی مهاجران موثر هستند. همچنین دسترسی نامناسب به خدمات، آشفتگی در حمایت‌های اجتماعی، از دست دادن خویشاوندان و دوستان و فاصله جغرافیایی از خانواده و بستگان در آشفتگی روان مهاجران نقش موثر دارند. (Allbech&Silvera, 2001:306-320).

جرج زیمل در سال ۱۹۰۸ در کتاب جامعه‌شناسی خود از انسان حاشیه‌ای به عنوان "بیگانه" نام می‌برد. از نگاه او بیگانه کسی است نسبت به گروهی که با آن زندگی می‌کند وضعی حاشیه‌ای دارد. جرج زیمل معتقد است آثار مثبت حاشیه‌نشینی‌های بیگانه در قضاوت عاری از حب و بغض آنها از محیط پیرامونشان است. بدین معنا که فرد بیگانه (انسان حاشیه‌ای)

از آنجا که ارتباط جزئی با محیط و امور پیرامون دارد، در نتیجه امر را آنچنان که هست، می‌بیند. فرد بیگانه وقتی وارد محیط جدید می‌شود، از آنجا که همه چیز برایش تازه است، نمی‌تواند تحلیل درستی از پیرامون ارائه دهد. احتمالاً موانع و معایب در مقصد برایش در ابتدا بزرگتر از آنچه هست به نظر می‌آید به همین علت هر چه مدت سکونت فرد در یک منطقه طولانی‌تر باشد احتمال ترک منطقه کمتر می‌شود.

بنابراین شرایط زندگی در مناطق حاشیه نشین به صورتی است که سبب به وجود آمدن شرایط فرهنگی خاصی برای آنان می‌شود، به طوری که از یک سو فقر فرهنگی و مشکلات مالی و از سوی دیگر دیدن زندگی شهرنشینان که از امکانات امروزی بهره‌مند هستند، سبب ایجاد نارضایتی عمیق و گسترش محرومیت نسبی در میان این اقشار جامعه می‌گردد. این امر گاهی می‌تواند همچون بشکه‌ای باروت برای ایجاد آشوب‌های اجتماعی عمل کند. لذا اعتقاد به پیشرفت و داشتن یک زندگی بهتر در میان حاشیه نشینان و مهاجرین روستایی که برای کسب درآمد بیشتر به شهرها رو آورده‌اند، باعث می‌گردد گروه‌های مرجع آنها انسانهایی باشند که از وضعیت بهتری برخوردار هستند، اما چون شرایط حاکم، امکان دست‌یابی به چنین موقعیت‌هایی را برای همه فراهم نمی‌کند، احساس محرومیت نسبی در میان گروه‌های فقیر نشین شهری افزایش پیدا کرده و زمینه نارضایتی اجتماعی را در میان آنها به وجود می‌آورد و به تدریج گروه مرجع در میان این گروه تغییر پیدا کرد و به سوی اهدافی که دست‌یابی به آنها ساده‌تر و ولی نامشروع است، سوق پیدا می‌کنند و به تعبیر مرتون تناسب میان ابزار و اهداف از بین می‌رود و این موضوع نخست باعث افزایش میزان محرومیت نسبی و سپس باعث گسترش رفتارهای ناهنجار اجتماعی در میان این قشر از جامعه می‌گردد. اگر چه این مسأله در نخستین نسل حاشیه نشینان کمتر مشاهده می‌شود. اما فرزندان این نسل در محیط شهری پرورش می‌یابند و هدف‌ها و آرزوهای شهری جذب می‌کنند و برای تحقق آرزوهایشان نخست به فعالیت‌های غیر قانونی و سپس به کنش‌های ناهنجار روی می‌آورند (ربانی، وحید، ۱۳۸۷: ۹۸).

وظیفه و هدف بهداشت روان، تأمین سلامت روانی افراد جامعه است. آشنا کردن مردم با اختلالات روانی و شیوه‌های جلوگیری از ابتلا به آنها و پیشگیری از عوارض ناشی از عدم

درمان اختلالات روانی نیز از دیگر اهداف بهداشت روانی بوده که خود مقدمه‌ای برای ایجاد یک محیط سالم در راستای برقراری روابط صحیح انسانی خواهد بود. برای رسیدن به این اهداف، احتیاج به نیروی انسانی فعال و کاردان، همکاری‌های سازمان‌های دولتی، برنامه‌ریزی و بودجه برای ایجاد و گسترش سازمان‌هایی در جهت آموزش‌های عمومی و تخصصی، درمان و بازتوانی در سطح جامعه داریم (محتشمی، ۱۳۸۲: ۴۰).

بیان مسأله

توزیع فعالیت‌ها و مراکز قدرت، جدایی میان فضاهای مسکونی و اقتصادی، صورت‌های سکونت و مسکونی کردن، مدلی از جامعه، هنجارها، ارزش‌ها و عادت‌هایش هستند. همه آنهایی که در تولید فضای شهری مداخله دارند، پیوسته از خود می‌پرسند این فضا چگونه مایه تحکیم یا تخریب گروه‌های اجتماعی می‌شود که در آن سکونت دارند یا سکونت خواهند داشت. موریس هالبواکس، یکی از پیشگامان جامعه‌شناسی شهری معتقد است که "جامعه در جهان مادی جای دارد و تفکر گروه اجتماعی در باز‌نمایی‌های شرایط فضایی‌اش، یک اصل نظم و پایداری را می‌بیند" (فیالکوف، ۱۳۸۳: ۳۳). مطالعات مربوط به حاشیه‌نشینی و بهداشت روان حاشیه‌نشینان، در ارتباط با جنبه‌های اجتماعی، فرهنگی (کریمی، ۱۳۸۲)، حاشیه‌نشینی و پیامدهای اجتماعی آن (حسینی، ۱۳۸۴)، رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران (لهسایی زاده و مرادی، ۱۳۸۶: ۱۶۱)، حاشیه‌نشینی چالشی فراروی توسعه پایدار شهری (نقدی، صادقیان، ۱۳۸۵)، یاس و ناامیدی در سکونتگاه‌های غیررسمی (ایراندوست، صرافی، ۱۳۸۶)، نقش تعاملی طبقه اجتماعی و موقعیت منزلتی منطقه مسکونی در عواطف اضطرابی افراد (اعظم آزاد، ۱۳۸۷) است. در این پژوهش بهداشت روان با مفاهیمی همچون ارتباط اجتماعی، حقوق اجتماعی، پیوندهای اجتماعی که مفاهیم روانشناسی اجتماعی می‌باشند و کمیت و کیفیت زندگی حاشیه‌نشینی و تأثیر آن بر بهداشت روان را مورد بررسی قرار می‌دهد.

دیدگاه‌ها و چارچوب نظری

حاشیه نشینی یک پدیده اجتماعی است و این پدیده اختصاص به عصر فعلی نداشته و ریشه در ادوار گذشته دارد و این پدیده هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه وجود دارد و تنها تفاوت آن در کشورهای توسعه یافته با کشورهای در حال توسعه، از حیث ریشه‌های تاریخی به وجود آورنده آن و رفتار کالبدی و اجتماعی آن می‌باشد. حاشیه نشینی که خود معلول گسترش شکاف طبقاتی، رشد بی رویه شهرنشینی و مهاجرت روستاییان به شهرهای بزرگ است، از جهات متعددی موجب شیوع بزهکاری‌ها، انحرافات اجتماعی و عوارض ناشی از آنها می‌شود. شرایط نامناسب زیستی و معیشت غیراستاندارد حاشیه نشینان، تبعات زیادی بر رفتار آنان دارد که روی آوردن به بزهکاری و مسایل غیرفرهنگی، بخشی از پیامدهای سنگین آن است. افراد در چالشی فرساینده و در معرض تعارضات متعدد اخلاقی، رفتاری و روانی قرار می‌گیرند.

مارشال کلینارد حاشیه نشینی را از نظر جامعه‌شناسی یک شیوه زندگی می‌داند، خرده فرهنگی با مجموعه‌ای از ارزش‌ها و هنجارها که در محل‌هایی با بهداشت و سلامت کم، با کجروی‌های اجتماعی و مشخصات دیگری که انزوای اجتماعی و طرد شدن را به دنبال دارد، به اجرا در می‌آید. (زاهد زاهدانی، ۱۳۶۹: ۶).

اساسی‌ترین ساخت در نظریه میدانی "فضای زندگی" است. فضای زندگی یک محیط ذهنی تام است که هر یک از ما تجربه می‌کنیم. همه رویدادهای زندگی که شامل شخص و محیط می‌شود و به عنوان یک مجموعه وابسته به هم به نظر می‌رسد، شامل فضای زندگی می‌باشد. از دیدگاه روانشناسی، هر کدام از جنبه‌های زندگی در هر موقعیت واحد می‌تواند رفتار را تعیین کند. بنابراین فضای زندگی از نیازهای فرد که با محیط روانی او در حال کشش متقابل هستند، تشکیل می‌شود. به این ترتیب، برای توجیه رفتار انسان باید به توصیف فضای زندگی او با محیطی پرداخت که در داخل آن رفتار او صورت گرفته است (ستوده، ۱۳۸۱: ۱۳۸). "روی" معتقد است انسان موجودی زیستی، روانی، اجتماعی که دارای

قدرت تفکر و تعقل است. او می‌تواند با محیط اطرافش ارتباط داشته و رفتارهای هدف‌داری را انجام دهد و نتیجه را دنبال نماید. "جانسون" می‌گوید: انسان سیستم رفتاری است که از مجموعه‌ای از سیستم‌های رفتاری فرعی تشکیل شده است، هر نوع فشار یا ضربه و تنش به یکی از سیستم‌های مادون رفتاری مستقیماً به سیستم‌های دیگر منتقل می‌شود و به نحوی خود را بروز می‌دهد. موفقیت یک سیستم بستگی به توانایی او در تطابق دائم با محیط دارد. عوامل محیطی موجب نابسامانی در این سیستم می‌گردد که این اختلال در رفتارش مشخص می‌شود. انسان سعی می‌کند تعادل خودش را حفظ کند و ضمن سازش با فشارهای محیطی از طریق الگوهای پاسخ‌دهی (اکتسابی) به طور مؤثر عمل نماید؛ زمانی که این فشارها خیلی زیاد می‌شود یا وقتی انسان قادر به سازش نباشد عدم ثبات رفتاری در یک یا چند سیستم مادون بروز می‌کند (محتشمی، ۱۳۸۲: ۷۳). در روانشناسی رفتاری که مبنای آن مطالعه رابطه رفتار انسان با محیط زندگی اوست معلوم گردیده است که هرگاه محیط اجتماعی انسان در تناقض با روحیه وی باشد یا همیشه این محیط در تغییر و تحول باشد، نحوه رفتار و روش انسان به طور چشم‌گیری تغییر می‌یابد. یکی از دلایل خشونت آمیز بودن رفتارها در این مناطق فاصله نزدیک افراد با یکدیگر در هنگام صحبت و ارتباط اجتماعی است. هنگامی که شخص در حوزه استحفاظی فضای شخصی انسان وارد می‌شود دو نوع واکنش را می‌بینیم. یکی عقب‌نشینی و دیگری توسل به رفتار نامهربانانه و تند. به طور کلی افراد برون‌گرا بیشتر از افراد درون‌گرا طالب افزایش فضای شخصی هستند (مهاجرین، ۱۳۷۸: ۱۰۶).

اساس نظریه کنترل اجتماعی بر حول این محور است که انسان موجودی است دارای امیال نامتناهی. یکی از صاحب‌نظران این نوع تبیین از کج رفتاری هیرشی است. هیرشی در تئوری خود مفهوم پیوند اجتماعی را مطرح می‌کند، او بر این عقیده است که انحراف زمانی حادث می‌شود که پیوند فرد با محیط اطراف و جامعه ضعیف شده یا از هم گسیخته باشد. در تئوری هیرشی پیوند فرد با جامعه است که مهمترین متغیر در هم‌نوا بودن یا هم‌نوا نبودن فرد است. بر این اساس گروهی که اعضای آن با هم انسجام و همبستگی قوی تری داشته باشند، بهتر

قادر به اعمال کنترل و نظارت اجتماعی بر روی اعضایش خواهد بود تا گروهی که بین آنها انسجام استواری وجود نداشته باشد. وی معتقد است که بزهکاری وقتی اتفاق می‌افتد که قیود فرد نسبت به اجتماع ضعیف شوند، یا به طور کلی از بین بروند (Hirschi, 1979: 34-38).

نظریه شبکه اجتماعی فرآیند مهاجرت را به فرد، فرهنگ و پیوندهای اجتماعی بین آنها نسبت می‌دهد و معتقد است که در نواحی پذیرای مهاجرت این پیوند از طریق دوستی با سایر مهاجرین در پیدا کردن شغل و سازگاری با محیط جدید و در نواحی مهاجر فرست از طریق شبکه‌های شخصی، همچون دوستان و همسایگانی که مهاجرت نموده‌اند به دست می‌آید. این شبکه‌ها، هزینه مهاجرت را برای تازه واردان کاهش می‌دهد و علاوه بر این، باعث می‌شود مهاجران بالقوه دست به ترک مناطق خودشان بزنند (Oishi, 2002: 7). طرفداران نظریه شبکه برای این باورند که وجود شبکه‌های اجتماعی در مقصد به عنوان یک حائل در مقابل عامل فشارزای درونی نقش مثبتی بر جابجایی و حرکت افراد بازی می‌کند، به نحوی که با فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی، دوستی‌ها و فرصت‌هایی برای اعمال اجتماعی معنی دارد در قالب سرمایه اجتماعی اثر بسیار مهم و موثری بر عزت نفس افراد مهاجر، افزایش توان مقابله افراد مهاجر با مشکلات زندگی و افسردگی‌ها داشته و در نهایت به احساس سلامت روانی منجر می‌شود (Caroline, 2000: 108-109). راگنر بر این باور است که جدایی افراد از شبکه‌های اجتماعی اولیه، خانوادگی و همسایگی خود با گسترش و توسعه نوعی شبکه اجتماعی جدید در جامعه میزبان همراه می‌باشد. موفقیت در بازسازی شبکه اجتماعی جدید در جامعه میزبان، اثرات منفی روانی مانند ترک کردن شبکه خویشاوندی و بیماری‌های روانی را کاهش می‌دهد (Rogler, 1994: 705). به عبارتی دیگر، انتقال از یک نظام فرهنگی به نظام فرهنگی دیگر به این معنا که مهاجرانی از یک جامعه با فرهنگی یک دست و یکپارچه و همگن به جامعه‌ای با ارزش‌ها و عناصر فرهنگی متفاوت مهاجرت می‌کنند، در بیشتر موارد منجر به اختلال در سلامت روانی افراد مهاجر می‌شود (Thompson, 2002: 683). دور بودن حاشیه شهرها از متن، جدا افتادن و دور ماندن حاشیه نشین‌ها از بقیه جامعه، کاهش نظارت و کنترل اجتماعی در این مناطق، اجتماع انواع و اقسام گروه‌های اجتماعی و عدم تجانس فرهنگی از

جمله عواملی است که می تواند علل بزهکاری را در این منطقه سبب ساز باشد. هم چنین آنها به طور مستقیم یا غیر مستقیم از کلان شهرها تغذیه می کنند از آنها الگوبرداری و مدل سازی برای شیوه زندگی خود می کنند و سعی می کنند بیشتر در کلان شهرها مرتکب جرم شوند تا در حاشیه شهرها چرا که همیشه یک کینه کدورتی از متن نشین ها دارند چرا که معتقدند که آنها سبب به حاشیه رانده شان شده اند. اما از منظره دیگری نیز می توان تأثیر مکان را روی رفتار انسان بررسی کرد و آن مسکن و وضعیت آن است. زندگی در خانه های بی قاعده و متروکه با نماهای آجری خود به خود برای انسان حس امنیت را کاهش می دهد و مردم مضطرب و نا آرام هم زودتر از دیگران تحریک می شوند و به خشم می آیند و مسکن در حاشیه شهرها و متراژ آن بسیار کوچک است و از سوی دیگر تعداد خانوار نیز بیشتر از ۴،۵ نفر می باشد. این عوامل سبب می شود که هیچ کس صاحب فضای اختصاصی و حریم شخصی نباشد، هیچ چیز از دیگری پنهان نماند. هر کس دیگری را مزاحم خود تشخیص دهد، کمتر کسی فرصت فرو رفتن به افکار و تفکر نسبت به خود داشته باشد، زندگی رو باز باشد حتی گاهی نفس انسان در این خانه های پر جمعیت به تنگ می آید. مجموع این عوامل موجب ازدیاد حس عصبانیت و اضطراب بیشتر است (مهاجرین، ۱۳۷۸: ۱۲۳). می توان گفت زمانیکه زندگی انسان ها از حالت تعادل خارج شود و آرامش چندانی در خانه حاکم نباشد، انسان در روابط اجتماعی خود دچار اختلال می شود، شادی چندانی در زندگی خود ندارد زیرا در تامین نیازهای اولیه زندگی خود فرورفته، پس به راحتی نمی تواند به هر کسی در محیط زندگی خود اعتماد داشته باشد و با آنها ارتباط برقرار کند.

پیشینه تحقیق

تامپسون و همکارانش تحقیقی با عنوان "زمینه های اجتماعی سلامت روان مهاجران فیلیپینی در استرالیا" انجام دادند. آنها بر دو بعد حمایت اجتماعی و عاطفی متمرکز شده و ارتباط بین این ابعاد را با سلامت روان در میان مهاجران مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که مهاجران فیلیپینی در گذر از یک جامعه جمع گرا به جامعه ای فرد گرا به مشکلات و فشارهای روانی

و عاطفی گرفتار می‌شوند. همچنین که حمایت اجتماعی، پیوندهای مشترک مثل هویت فرهنگی، زبان و علائق مشترک می‌تواند در سازگاری آنها و سلامت و روانی شان نقش مهمی داشته باشند. (Thompson, et al., 2002: 671-678).

شیریان در تحقیقی با عنوان "همسایگی، رضایت‌مندی از محل سکونت و سلامت روان مهاجران بزرگسال در اوهایو" انجام داده و نقش سرمایه اجتماعی در سلامت روان مهاجران را مورد مطالعه قرار داد. نتایج پژوهش وی نشان داد که همسایگی به عنوان یک حمایت‌کننده اجتماعی بر سلامت روان مهاجران موثر است. وی در تبیین تحقیق خود از دو مدل توسعه خطی و سیستمی استفاده نمود. اساس دو مدل مذکور این است که داشتن دوستان، آشنایان و همسایگان خوب در شهر در ارتقاء کیفیت سلامت روان مهاجران موثر است. در این تحقیق افراد با تحرک اجتماعی بالا، درآمد بالا و برخوردار از حمایت‌های اجتماعی، مالی و روانی دارای سلامت روان بهتری هستند (Schwirian & Schwirian, 1993: 285-299). تحقیقی با عنوان بررسی مسائل حاشیه‌نشینی با تاکید بر جنبه‌های اجتماعی، فرهنگی "مطالعه موردی مناطق ارزنان و دارک اصفهان" از فاطمه کریمی در سال ۱۳۸۲ صورت گرفته، هدف از این تحقیق و بررسی مسائل و مشکلات حاشیه‌نشینی است. حاشیه‌نشین به کسانی گفته می‌شود که در اطراف شهرها سکونت دارند، ولی جذب نظام اقتصادی - اجتماعی نشده‌اند. این تحقیق سعی کرده است به جنبه‌های مختلف اقتصادی اجتماعی و سیاسی مساله توجه کند و این معضل را در مفهوم جدید بررسی نماید، نتایج بیانگر تایید ارتباط حاشیه‌نشینی با متغیرهای مشارکت‌های سیاسی، اجتماعی و فرهنگی، انحرافات، بیکاری، شغل قبلی بود، ولی فرضیه حاشیه‌نشینی و کار کودکان رد گردید (کریمی، ۱۳۸۲: ۱).

مقاله‌ای با عنوان "بررسی عوامل موثر بر شکل‌گیری مساله حاشیه‌نشینی و پیامدهای اجتماعی آن در شهر اهواز" از رسول ربانی، فروغ السادات عریضی، حمیدرضا وارثی و محمدرضا حسینی در فصلنامه جغرافیا و توسعه، شماره ۷، بهار و تابستان ۱۳۸۵ به چاپ رسیده است. روش تحقیق در این پژوهش از نوع پیمایشی و شیوه نمونه‌گیری آن، خوشه‌ای چند مرحله‌ای است. جامعه آماری این تحقیق را حاشیه‌نشینان شهر اهواز تشکیل می‌دهند که تعداد

آنها در سال ۱۳۸۳، بالغ بر ۱۲۰۰۰۰ نفر بوده است و از آن تعداد، ۳۸۴ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند و از طریق پرسشنامه طراحی و اجرا شده است. نتایج پژوهش نشان داد که مهاجرت از محیط‌های کوچک روستایی و شهری اطراف به شهر اهواز، مهمترین عامل ایجاد و گسترش مناطق حاشیه‌نشین است که خود تحت تاثیر دافعه‌های اقتصادی و اجتماعی - فرهنگی محل سکونت قبلی و جاذبه‌های اقتصادی و اجتماعی - فرهنگی شهر بوده است. همچنین در بحث پیامدهای اجتماعی مشخص شد که بین شدت حاشیه‌نشینی و افزایش میزان محرومیت نسبی حاشیه‌نشینان رابطه وجود دارد که در نهایت باعث حاکم شدن فرهنگ فقر در منطقه حاشیه‌نشین شده است (ربانی، عریضی، وارثی، حسینی، ۱۳۸۵: ۸۹). مقاله‌ای از کیومرث ایران‌دوست و مظفر صراف‌ی با عنوان یاس و ناامیدی در سکونتگاه‌های غیر رسمی نمونه موردی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۶، در فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی به چاپ رسیده است. طبق یافته‌های مقاله تفاوت‌های بنیادی میان سکونتگاه‌های غیر رسمی در حال ترقی و در حال زوال مشاهده می‌شود، این تفاوت‌ها ناشی از روند تکوین و تکامل و شرایط اجتماعی، اقتصادی و کالبدی و محیطی سکونتگاه، و نیز رویکرد مدیریت برنامه‌ریزی شهری است، بنابر این باید رویکرد سامان‌دهی و بهسازی سکونتگاه‌ها و دستور کار هر یک از سکونتگاه‌ها متفاوت باشد. این پژوهش با استفاده از روش‌های کمی و کیفی انجام گرفته است. با توجه به تحقیقات انجام شده می‌توان به این نتیجه رسید که زندگی حاشیه‌نشینان و عوامل مؤثر بر حاشیه‌نشینی ... بررسی گردیده است اما به مسأله بهداشت روان حاشیه‌نشینان توجهی نشده است (ایران‌دوست، صرامی، ۱۳۸۶: ۲۰۱). بررسی تحقیقات پیشین نشان دهنده تأثیر منفی زندگی حاشیه‌نشینی بر روح و روان انسان‌ها می‌باشد و باید خاطر نشان کرد که به مسأله حاشیه‌نشینی توجه شده است، اما هنوز راهکارهای مناسبی برای حل مشکلات آنان در نظر گرفته نشده و در تحقیقات اجتماعی به مسأله بهداشت روان مخصوصاً بهداشت روان حاشیه‌نشینان توجهی نشده است، یا بسیار کم است.

روش تحقیق

روش تحقیق استفاده شده در پژوهش، روش پیمایشی است. بدین منظور قبل از اجرای نهایی پرسشنامه، گویه‌های طراحی شده و ساختار پرسشنامه در یک مرحله مورد آزمون مقدماتی قرار گرفتند. بعد از ایجاد پاره‌ای از تغییرات پرسشنامه‌ای تهیه شد تا به صورت رسمی مورد آزمون قرار گیرد. تعداد ۱۵ پرسشنامه در منطقه دارک و ۱۵ پرسشنامه در منطقه ارزنان پر شد و نتایج آن مورد ارزیابی قرار گرفت. با توجه به آلفاهای بدست آمده و تجربیات خود محقق در حین مصاحبه، تعدادی از سؤالات که درک آن‌ها مشکل بود و پاسخگویان در پاسخ دادن به آن دو دلی واکراه بیشتری از خود نشان می‌دادند حذف شدند. جامعه آماری مطالعه حاضر افراد ۱۵-۶۵ ساله در مناطق ارزنان و دارک زینیه اصفهان است. جمعیت کل منطقه ارزنان بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰، ۹۰۵۴ نفر و منطقه دارک ۸۰۵۰ نفر است. بر اساس سرشماری ۱۳۸۵ کل جمعیت شهر اصفهان ۱۷۸۸۵۶۷ نفر و افراد ۱۵-۶۵ ساله ۱۳۲۱۹۸۵ نفر است. به منظور مشخص نمودن حجم نمونه پژوهش، با توجه به جامعه آماری مورد مطالعه از فرمول کوکران برای برآورد حجم نمونه انتخاب گردید. با وجود محدودیت‌ها و امکانات تحقیق و مشورت با استاد راهنما تصمیم گرفته شد تا حداقل نمونه ۳۸۴ نفر تعیین شود که در نهایت در بین ۳۸۴ شهروند اصفهانی اهل ارزنان و دارک زینیه توزیع گردید. (۱۹۲ نفر از منطقه ارزنان و ۱۹۲ نفر از منطقه دارک) جمع آوری اطلاعات از طریق پرسش نامه توأم با مصاحبه انجام گرفته است. از آن جا که تعدادی از پاسخگویان از سطح تحصیلات پایین تری برخوردار بودند، از پیمایش مصاحبه‌ای نیز استفاده شد. پرسشنامه پژوهش حاضر دارای ۴ متغیر اصلی است که به صورت طیف لیکرت طراحی شده است. این ۴ متغیر در مجموع ۳۷ گویه خواهد بود که با موضوع مورد مطالعه در رابطه‌اند و می‌توانند آنرا بسنجند. متغیرهای مستقل در این تحقیق سن، جنس، تحصیلات، شغل، محل زندگی، ارتباط اجتماعی، حقوق اجتماعی و پیوند اجتماعی است.

ارتباط اجتماعی در ۵ بعد مطرح و با استفاده از طیف لیکرت، که شامل ۶ سؤال ۵ گزینه‌ای (مانند خود را در برابر مسائل و مشکلات جامعه مسؤول می‌دانم. یا از گفتگوهای شخصی و

متقابل با اعضای خانواده یا دوستان خود لذت می‌برم. و...) بود مورد سنجش قرار گرفت. آلفای کرونباخ متغیر ارتباط اجتماعی برابر با ۰.۸۰ بود. ابعاد ارتباط اجتماعی به قرار زیر می‌باشد: ارتباط داشتن با همسایه، ارتباط داشتن با اقوام، ارتباط داشتن با دوستان، مسؤل دانستن خود در برابر جامعه، داشتن عواطف و احساسات (همدردی کردن در مشکلات).

متغیر حقوق اجتماعی با ۱۲ شاخص اندازه گیری گردید. در جامعه مورد بررسی، امکانات بهداشتی، فرهنگی، رفاهی و... مورد بررسی قرار گرفت. ۱۲ شاخص با ۱۲ سؤال مطرح شد زیرا فقط داشتن یا نداشتن امکانات مورد نظر بود که دارای ۲ بعد بله و خیر بود و بدلیل ۲ بعدی بودن متغیر آلفای کرونباخ محاسبه نگردید. در این متغیر بر روی حقوق شهروندی تأکید بیشتری می‌باشد که حاشیه نشینان به عنوان کسانی که در کناره شهر زندگی می‌کنند دارای حقوق شهروندی هستند یا خیر و اینکه داشتن یا نداشتن این حقوق شهروندی چه تأثیری بر روی بهداشت روان و زندگی آنها می‌گذارد و چه پیامدهای خوب و بدی دارد؟ ابعاد حقوق اجتماعی شامل: ۱-۲-۱ امکانات رفاهی، ورزشگاه، پارک، مدرسه، مسجد (حسینیه)، مجموعه‌های فرهنگی، پاسگاه (کلانتری). ۲-۲-۱ امکانات بهداشتی: خانه بهداشت. ۳-۲-۱ حقوق شهروندی: اتوبوس، تاکسی، جمع آوری زباله‌ها به وسیله ماموران شهرداری، تمیز کردن کوچه‌ها به وسیله ماموران شهرداری، فاضلاب شهری.

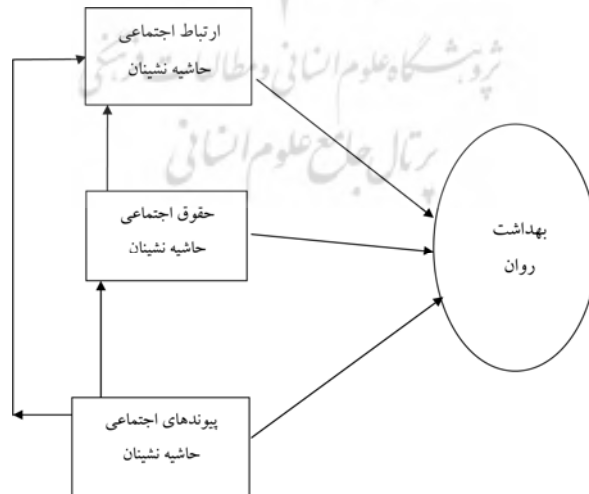
مؤلفه آخر پیوندهای اجتماعی است. این متغیر با ۳ شاخص: هم محله ای، همسایه { قومیت (لر، ترک، فارس، عرب و...) }، ملیت (ایرانی، افغان و عراقی)، مذهب (شیع و تسنن) و ۶ سؤال مورد بررسی قرار گرفت. آلفای کرونباخ این متغیر برابر با ۰.۶۱ بود. بدلیل وجود تنوعات قومی، ملی و مذهبی در این منطقه پیوندهای اجتماعی سخت تر انجام می‌شود. برای تحلیل رابطه بین متغیرها از آمارهای تحلیل همبستگی و مقایسه میانگین‌ها از آزمون F, T استفاده به عمل آمده است. قابل ذکر است که برای نشان دادن ارتباط هم زمان چند متغیر با متغیر وابسته و تحلیل علل آنها از آزمون تحلیل عاملی استفاده شده است.

متغیر وابسته؛ یعنی بهداشت روان این متغیر با ۴ شاخص و ۱۳ سؤال ۵ گزینه‌ای از جمله (آنقدر مسائل و مشکلات زیاد است که دائم در اضطراب و استرس هستم. یا مسائل و مشکلات به من

اجازه نمی‌دهد در زندگی تصمیم‌گیری درست‌تری بگیریم و از زندگی لذت ببریم و... مورد بررسی قرار گرفت. آلفای کرونباخ این متغیر برابر با ۰.۶۹ بود. ابعاد این متغیر: احساس امنیت و آرامش خاطر (احساس رضایت و شادی)، احساس اضطراب و استرس، امیدواری به زندگی، توانایی تفکر و تصمیم‌گیری در مسائل و مشکلات زندگی.

فرضیه‌های تحقیق به قرار زیر است:

- ۱- بین روابط اجتماعی حاشیه نشینان و بهداشت روان آنها رابطه وجود دارد.
 - ۲- بین حقوق اجتماعی حاشیه نشینان و بهداشت روان آنها رابطه وجود دارد.
 - ۳- بین پیوندهای اجتماعی حاشیه نشینان و بهداشت روان آنها رابطه وجود دارد.
- فرضیات متغیرهای زمینه‌ای
- ۴- بین جنس و بهداشت روان حاشیه نشینان رابطه وجود دارد.
 - ۵- بین سن و بهداشت روان حاشیه نشینان رابطه وجود دارد.
 - ۶- بین تحصیلات و بهداشت روان حاشیه نشینان رابطه وجود دارد.
 - ۷- بین وضعیت شغلی و بهداشت روان حاشیه نشینان رابطه وجود دارد.
 - ۸- بین وضعیت تأهل و بهداشت روان حاشیه نشینان رابطه وجود دارد.
 - ۹- بین محل زندگی و بهداشت روان حاشیه نشینان رابطه وجود دارد.



نمودار شماره ۱: مدل نظری تحقیق

یافته‌های تحقیق

در این قسمت ابتدا به توصیف اطلاعاتی درباره نمونه آماری می‌پردازیم، سپس در جدولهای ۱۳-۱ فرضیه‌ها مورد آزمون قرار خواهند گرفت.

در این تحقیق ۵۱.۸ درصد پاسخگویان زن هستند که بیشترین درصد را به خود اختصاص داده‌اند و ۴۸.۲ درصد مرد هستند. میانگین سن پاسخگویان ۳۰.۹۷، انحراف معیار ۱۰.۵۷ درصد، کمترین سن پاسخگویان ۱۵ و بیشترین سن پاسخگویان ۶۵ است. میانگین سنی پاسخگویان تقریباً ۳۱ سال نشان داده شده است و انحراف معیار این متغیر برابر با ۱۰.۵۷ مطرح شده است. سن ۲۵ ساله‌ها بیشترین فراوانی و سپس ۳۰ ساله‌ها و ۲۰ ساله‌ها به ترتیب بیشترین درصد را به خود اختصاص داده‌اند.

۵۲.۰ درصد پاسخگویان دارای مدرک ابتدایی و سیکل بوده که بالاترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند، ۳۰.۷ درصد پاسخگویان دارای مدرک دیپلم، ۱۱.۲ درصد پاسخگویان دارای مدرک فوق دیپلم، ۴.۴ درصد پاسخگویان دارای مدرک لیسانس و ۰.۱ درصد از پاسخگویان دارای مدرک بالاتر از لیسانس بوده که پایین‌ترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند.

۲۹.۲ درصد پاسخگویان مجرد، ۶۵.۹ درصد پاسخگویان متاهل که بالاترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند و سپس ۴.۹ درصد پاسخگویان سایر بوده که پایین‌ترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند.

۴۱.۴ درصد پاسخگویان شاغل، ۴۳.۵ درصد پاسخگویان متاهل که بالاترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند و سپس ۱۵.۱ درصد پاسخگویان محصل بوده‌اند.

۱۱.۷ درصد پاسخگویان محل تولد آنها داخل شهر اصفهان، ۶۴.۳ درصد پاسخگویان محل تولد آنها داخل شهرستان اصفهان که بالاترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند، ۱۳.۳ درصد پاسخگویان محل تولد آنها خارج از شهر اصفهان و سپس ۱۰.۷ درصد پاسخگویان محل تولد آنها خارج از کشور ایران بوده است.

۴۶.۴ درصد پاسخگویان تمایل به بازگشت به وطن خود را دارند و ۵۳.۶ درصد پاسخگویان تمایل بازگشت به وطن خود را ندارند که بالاترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند.

۴۶.۶ درصد پاسخگویان تمایل بازگشت به وطن خود را دارند که ۱۶.۴ درصد پاسخگویان به شرط وجود امکانات کافی به وطن خود بازمی‌گردند که بیشترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند، ۶.۳ درصد پاسخگویان بدلیل نبود امنیت و کار در محل زندگی به وطن خود باز می‌گردند که کمترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند، ۱۴.۸ درصد پاسخگویان بدلیل وجود تعلقات خانوادگی به وطن خود باز می‌گردند و سپس ۸.۹ درصد پاسخگویان بدلیل ناراضی بودن از وضعیت موجود خواهان بازگشت به وطن خود هستند.

۵۳.۶ درصد پاسخگویان تمایل بازگشت به وطن خود را ندارند که ۶.۸ درصد پاسخگویان بدلیل نداشتن پول و سرمایه برای برگشت به وطن خود، تمایل به برگشت ندارند، ۲۰.۳ درصد پاسخگویان بدلیل وجود مشکلات در محل زندگی تمایل به برگشت ندارند که کمترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند، ۴.۷ درصد پاسخگویان به دلیل وجود امنیت و نبودن جنگ تمایل به برگشت ندارند که کمترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند و سپس ۲۱.۹ درصد پاسخگویان بدلیل راضی بودن از وضعیت زندگی (تشکیل خانواده، وجود شغل و امکانات بیشتر در شهر) خواهان بازگشت به وطن خود نیستند که بیشترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند.

تحلیل عاملی متغیرهای وابسته از طریق مقیاس سازی بر اساس روش تحلیل عاملی بوده که به بررسی گویه‌ها مربوط به تحقیق پرداخته‌ایم. هدف از این کار تقلیل مجموعه بزرگی به مجموعه کوچکتری از متغیرهای اساسی است که «عامل» خوانده می‌شوند. برای انجام این کار در مرحله اول گویه‌های مربوط به متغیر وابسته تحقیق (میزان بهداشت روان حاشیه نشینان) برای کشف عامل‌های بهداشت روان، با روش تحلیل عاملی مورد آزمون واقع شده‌اند. پس از بررسی ماتریس همبستگی، مقدار KMO، اندازه «مقدار ویژه» عامل‌ها، درصد واریانس عامل‌ها، گویه‌های که از همبستگی کمتری برخوردار بودند را حذف شده و در نهایت با توجه به اهداف مورد نظر تحقیق که متأثر از مبانی نظری تحقیق است با حذف و تغییر یک سری از

گویه‌ها که از همبستگی کمتری با گویه‌های دیگر برخوردار بودند گویه‌های مربوط به میزان بهداشت روان حاشیه نشینان را که پس از انجام مراحل مقدماتی جمعاً به ۱۳ گویه کاهش پیدا کردند را در ۴ عامل دسته بندی کرده ایم. هدف از این امر جای گرفتن دقیق گویه‌ها با توجه به ضرایب همبستگی آنها در عامل‌های مقتضی می باشد. همچنین با توجه به علامت گویه‌ها که از طریق تحلیل عاملی به شکل دقیقی نشان داده شد به این مسأله پی برده شد که یک سری از گویه‌ها برای هماهنگ شدن با گویه‌های دیگر نیاز به کد گذاری مجدد دارند، که این کار نیز با دقت انجام گرفت. بنابراین در جداول و اشکال مربوطه می توان عامل‌های نهایی را بر اساس ویژگی‌های آنها مشاهده کرد.

جدول ۱- مقدار KMO و آزمون بارتلت

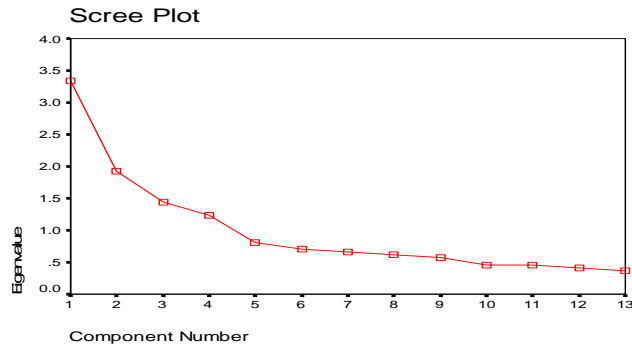
۷۶۳.	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	
۱۱۴۳.۰۳۴	Approx. Chi-Square کای	Bartlett's Test of Sphericity
۷۸	Df درجه آزادی	آزمون بارتلت
۰۰۰.	Sig. سطح معناداری	

با توجه به جدول آزمون بارتلت که نشان دهنده مقدار KMO می باشد، می توان گفت که بر اساس مقدار KMO مشاهده شده در جدول، تحلیل عاملی برای مجموعه متغیرهای مورد بررسی مناسب می باشد. زیرا دامنه KMO از ۰ تا ۱ است و چنانچه مقدار این آماره بیش از ۰/۷۰ باشد همبستگی‌های موجود به طور کلی برای تحلیل عاملی بسیار مناسب‌اند (دواس، ۱۳۷۶، ۲۵۶). همچنین با توجه به مقدار آزمون بارتلت و سطح معناداری آن و اینکه مقدار $\text{Sig} = ۰/۰۰۰$ بدست آمده کمتر از ۰/۰۵ است این آزمون دارای سطح معنی داری مناسب است و می توان با اطمینان مناسب به تحلیل داده‌های موجود پرداخت.

جدول ۲- مقدار ویژه و درصد واریانس تبیین شده عامل‌ها در مرحله اولیه

(مقدار ویژه)			عامل
درصد تجمعی	درصد واریانس	کل	
۲۵.۶۸۵	۲۵.۶۸۵	۳.۳۳۹	۱
۴۰.۵۴۸	۱۴.۸۶۳	۱.۹۳۲	۲
۵۱.۵۸۳	۱۱.۰۳۶	۱.۴۳۵	۳
۶۱.۰۳۸	۹.۴۵۵	۱.۲۲۹	۴

با توجه به داده‌های جدول فوق که نشان دهنده مقدار ویژه و درصد واریانس تبیین شده در راه حل دوران نیافته است، می‌توان گفت که از میان کلیه عامل‌ها ۴ عامل اندازه مقدار ویژه آنها بیشتر از ۱ است، به همین دلیل کلیه‌های متغیرهای مربوط به میزان بهداشت روان در این پژوهش، در ۴ عامل جای می‌گیرند. با توجه به اینکه در تحقیق مورد نظر برای سنجش و بررسی میزان بهداشت روان بر ۴ بعد اصلی آن تأکید شده است. بنابراین، برای این منظور تمام گویه‌های مربوط به میزان بهداشت روان را براساس شیوه تحلیل عاملی در ۴ عامل دسته بندی کرده‌ایم که بعد از حذف و بررسی گویه‌های مناسب و نامناسب، نتیجه آن را در جدول عامل‌های نهایی می‌توان مشاهده کرد. همچنین با توجه به دیاگرام سنگریزه می‌توان به شکل آشکاری تعداد عامل‌ها و مقدار ویژه هر کدام از عامل‌ها را مشاهده کرد. با توجه به این شکل می‌توان مشاهده کرد که بجز ۳ عامل بقیه عامل‌ها دارای مقدار ویژه پایین تری از ۱ هستند. در همین صفحه می‌توان عامل‌های نهایی و ماتریس همبستگی متغیرها را به شکل واضحی دید.



شماره ۱- دیاگرام سنگ ریزه مربوط به عامل بندی‌های میزان بهداشت روان

جدول ۳- استخراج عامل‌های نهایی بر اساس روش دوران واریماکس

عامل‌ها				گویه‌ها
۴	۳	۲	۱	
			۷۸۶.	زیادی مسائل و مشکلات
			۷۶۹.	نیازهای زندگی روزمره
			۷۵۶.	عدم تأمین نیازهای زندگی
			۶۷۰.	نداشتن خواب خوب در شب
		۸۱۷.		قوی بودن در برابر مشکلات
		۷۲۴.		مسئول بودن در زندگی خود
		۶۸۸.		احساس رضایت از موفقیت‌های زندگی گذشته
		۵۹۶.		راضی بودن از درآمد اقتصادی
	۸۵۳.			عدم کنترل گرانی
	۸۳۳.			بدتر شدن وضع طبقات محروم
۶۹۰.				عدم توجه به آینده
۶۷۷.				رسیدن به هدف
۵۱۵.				عدم وجود قانون در کشور ما

با توجه به جدول ۴-۹ می توان عامل های نهایی را بر اساس شیوه دوران (واریماکس) مشاهده کرد. بر اساس مشاهدات جدول می توان گفت که با توجه به شیوه دوران و ماتریس مربوط به هر کدام از گویه ها، ۴ عامل مهم در رابطه با عوامل تأثیر گذار بر میزان شادی اجتماعی را می توان مشاهده کرد. گویه های شماره ۸، ۳، ۹، ۲ جدول ۸ در یک عامل جای می گیرند که مربوط به احساس اضطراب و استرس هستند. گویه های شماره ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ در یک عامل جای می گیرند، که مربوط به توانایی تفکر و تصمیم گیری هستند. گویه های شماره ۴، ۵ نیز در یک عامل جداگانه جای می گیرند که مربوط به احساس رضایت و شادی (احساس امنیت و آرامش خاطر) هستند و گویه های شماره ۶، ۷، ۱ نیز در یک عامل جداگانه جای می گیرند که مربوط به امیدواری به زندگی هستند. سرانجام با توجه به عامل های تشکیل دهنده که هر کدام بعد خاصی از بهداشت روانی حاشیه نشینان را می سنجد، پی به این نکته می بریم که گویه های ساخته شده برای سنجش میزان بهداشت روانی در ۴ عامل مهم دسته بندی می شوند. از جمع نمره کل ابعاد، می توان نمره میزان بهداشت روانی را تشخیص داد. در این بین هر چه نمره بهداشت روانی در سطح بالاتری باشد، می توان گفت که حاشیه نشینان از بهداشت بیشتری برخوردارند و برعکس.

فرضیه شماره ۱-۱ میزان بهداشت روان حاشیه نشینان بر اساس جنس متفاوت است.

جدول شماره ۴- آزمون تی برای مقایسه میزان بهداشت روان بر اساس جنس

متغیر	جنس	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معنی داری دو سویه
جنس	مرد	۱۸۵	۶۱.۲۳۷۸	۹.۷۳۵۵۱	-۱.۶۵۴	۳۸۲	۰.۹۹.
	زن	۱۹۹	۶۲.۸۹۴۵	۹.۸۷۰۰۶			

از آنجایی که متغیر وابسته در سطح سنجش فاصله‌ای قرار دارد و متغیر مستقل در سطح اسمی قرار دارد. لذا برای تحلیل روابط این متغیرها از آزمون تفاوت میانگین استفاده شده است. بر اساس جدول آزمون تی میزان بهداشت روان در بین زنان بیشتر است برای نتیجه فرض بر اساس مقدار تی و سطح معنی داری، مقدار تی به دست آمده برابر با -۱.۶۵۴ و با درجه آزادی ۳۸۲ و سطح معنی داری برابر با $.۹۲۷$ می باشد لذا با توجه به اینکه مقدار تی بیشتر از مقدار تی جدول بوده و سطح معنی داری بیشتر از مقدار مورد قبول علوم اجتماعی است می توان گفت فرض یک رد می شود و فرض صفر تایید می شود یعنی میانگین میزان بهداشت روان حاشیه نشینان بر اساس جنس متفاوت نیست.

فرضیه شماره ۲ - بین میزان بهداشت روان حاشیه نشینان و سن آنها رابطه وجود دارد.

جدول شماره ۵- آزمون ضریب همبستگی میزان بهداشت روان و سن آنها.

سن	بهداشت روانی		
۰۸۵.	۱	Pearson Correlation	بهداشت روانی
۰۹۷.	.	Sig. (2-tailed)	
۳۸۴	۳۸۴	سطح معناداری N ابعاد	
۱	۰۸۵.	همبستگی پیرسون Pearson Correlation	سن
.	۰۹۷.	Sig. (2-tailed)	
۳۸۴	۳۸۴	سطح معناداری N تعداد	

بر اساس یافته‌های جدول آزمون ضریب همبستگی می توان گفت چون سطح معنی داری بیشتر از $۰/۰۵$ است، لذا می توان گفت بین دو متغیر مندرج در فرضیه همبستگی وجود ندارد. در نتیجه فرض صفر تایید می شود و فرض یک رد می شود، یعنی بین میزان بهداشت روان حاشیه نشینان و سن آنها رابطه وجود ندارد.

فرضیه شماره ۳: میزان بهداشت روان حاشیه نشینان بر اساس تحصیلات آنها متفاوت است.

جدول شماره ۶- توزیع میانگین برای مقایسه میزان بهداشت روان بر اساس تحصیلات

انحراف معیار	میانگین	تعداد	ابعاد
۹.۹۳۵۲۱	۶۲.۸۸۶۱	۲۰۲	ابتدایی و سیکل
۹.۲۳۱۳۶	۶۳.۱۹۴۹	۱۱۸	دیپلم
۹.۶۰۸۶۲	۵۷.۷۶۷۴	۴۳	فوق دیپلم
۹.۵۸۳۶۱	۵۷.۲۹۴۱	۱۷	لیسانس
۹.۱۷۸۷۸	۵۶.۷۵۰۰	۴	بالا تر
۹.۸۲۷۶۸	۶۲.۰۹۶۴	۳۸۴	کل

جدول شماره ۷- آزمون میانگین برای مقایسه میزان بهداشت روان بر اساس تحصیلات

منبع واریانس	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F(درجه آزادی)	Sig(سطح معناداری)
بین گروهها	۱۵۸۰.۵۸۳	۴	۳۹۵.۱۴۶	۴.۲۲۹	۰۰۲.
درون گروهها	۳۵۴۱۰.۸۵۲	۳۷۹	۹۳.۴۳۲		
کل	۳۶۹۹۱.۴۳۵	۳۸۳			

برای آزمون فرضیه شماره ۳ از تحلیل واریانس استفاده شده است. از آنجایی که متغیر مستقل تحصیلات بوده است، ما تحصیلات را بر اساس مشخصاتی که داشتند به پنج قسمت تفکیک نمودیم ابتدایی و سیکل، دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس و بالاتر که این متغیر در سطح رتبه‌ای قرار دارد و متغیر وابسته در سطح فاصله‌ای، لذا برای آزمون روابط این متغیرها از تحلیل واریانس استفاده شده است. جدول توصیفی نشان می‌دهد که میزان تحصیلات ابتدایی و سیکل، بالاتر از سایر مقاطع تحصیلی است، سپس دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس و بالاتر میزان تحصیلات کمتر از بقیه مقاطع است. و از آنجایی که مقدار f به دست آمده بیشتر از مقدار f جدول بوده و

سطح معنی داری کمتر از ۰.۰۵ است، لذا می توان گفت بین تحصیلات و میزان بهداشت روان حاشیه نشینان تفاوت وجود دارد بنابراین فرضیه تایید می شود.
فرضیه شماره ۴ - بین میزان بهداشت روان حاشیه نشینان و وضعیت تأهل رابطه وجود دارد.

جدول شماره ۸- توزیع میانگین برای مقایسه میزان بهداشت روان حاشیه نشینان بر اساس وضعیت تأهل آنها.

ابعاد	تعداد	میانگین	انحراف معیار
مجرد	۱۱۲	۶۰.۰۱۷۹	۹.۸۰۴۳۸
متاهل	۲۵۳	۶۲.۸۸۱۴	۹.۳۶۶۵۳
سایر	۱۹	۶۳.۸۹۴۷	۱۳.۹۶۷۸۰
کل	۳۸۴	۶۲.۰۹۶۴	۹.۸۲۷۶۸

جدول شماره ۹ - آزمون میانگین برای میزان بهداشت روان حاشیه نشینان و وضعیت تأهل آنها.

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F(درجه آزادی)	Sig.(سطح معناداری)
بین گروه‌ها	۷۰۱.۲۳۸	۲	۳۵۰.۶۱۹	۳.۶۸۱	۰.۲۶
درون گروه‌ها	۳۶۲۹۰.۱۹۶	۳۸۱	۹۵.۲۵۰		
کل	۳۶۹۹۱.۴۳۵	۳۸۳			

برای آزمون فرضیه شماره ۴ از تحلیل واریانس استفاده شده است. از آنجایی که متغیر مستقل وضعیت تأهل بوده است، ما وضعیت تأهل را بر اساس مشخصاتی که داشتند به سه قسمت تفکیک نمودیم مجرد، متاهل و سایر که این متغیر در سطح اسمی قرار دارد و متغیر وابسته در سطح فاصله‌ای لذا برای آزمون روابط این متغیرها از تحلیل واریانس استفاده شده است. جدول توصیفی نشان می دهد که میزان مجردها ۱۱۲ نفر، میزان متاهل‌ها بالاتر از سایر

موارد، بالغ بر ۲۵۳ نفر، سپس سایر که شامل ۱۹ نفر، کمتر از بقیه موارد می باشد. و از آنجایی که مقدار f به دست آمده بیشتر از مقدار f جدول بوده و سطح معنی داری کمتر از ۰.۰۵ می باشد لذا می توان گفت بین وضعیت تأهل و میزان بهداشت روان حاشیه نشینان تفاوتی وجود دارد بنابراین فرضیه تایید می شود.

فرضیه شماره ۵ - بین میزان بهداشت روان حاشیه نشینان و وضعیت اشتغال رابطه وجود دارد.

جدول شماره ۱۰- توزیع میانگین برای مقایسه میزان بهداشت روان حاشیه نشینان بر اساس وضعیت اشتغال آنها.

ابعاد	تعداد	میانگین	انحراف معیار
شاغل	۱۵۹	۶۰.۶۶۶۷	۹.۶۱۹۷۸
بیکار	۱۶۷	۶۴.۱۵۵۷	۹.۱۵۶۵۹
محصل	۵۸	۶۰.۰۸۶۲	۱۱.۲۲۶۹۸
کل	۳۸۴	۶۲.۰۹۶۴	۹.۸۲۷۶۸

جدول شماره ۱۱- آزمون میانگین برای میزان بهداشت روان حاشیه نشینان و وضعیت اشتغال آنها.

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	درجه آزادی	سطح معناداری
بین گروه‌ها	۱۲۶۷.۵۸۱	۲	۶۳۳.۷۹۰	۲	۰.۰۱
درون گروه‌ها	۳۵۷۲۳.۸۵۴	۳۸۱	۹۳.۷۶۳	۳۸۱	
کل	۳۶۹۹۱.۴۳۵	۳۸۳			

برای آزمون فرضیه شماره ۵ از تحلیل واریانس استفاده شده است. از آنجایی که متغیر مستقل وضعیت شغلی بوده است، ما وضعیت شغلی را بر اساس مشخصاتی که داشتند به سه قسمت تفکیک نمودیم شاغل، بیکار و محصل بوده که این متغیر در سطح اسمی قرار دارد و

متغیر وابسته در سطح فاصله‌ای (رتبه ای) لذا برای آزمون روابط این متغیرها از تحلیل واریانس استفاده شده است. جدول توصیفی نشان می‌دهد که میزان شاغلان ۱۵۹ نفر، میزان بیکارانی که بالاتر از سایر موارد بالغ بر ۱۶۷ نفر، سپس محصلان که شامل ۵۸ نفر، کمتر از بقیه موارد است. و از آنجایی که مقدار f به دست آمده بیشتر از مقدار f جدول بوده و سطح معنی داری کمتر از ۰.۰۵ است، لذا می‌توان گفت بین وضعیت شغلی و میزان بهداشت روان حاشیه نشینان تفاوتی وجود دارد بنابراین فرضیه تایید می‌شود.

فرضیه شماره ۶ - بین میزان بهداشت روان حاشیه نشینان و محل تولد آنها رابطه وجود دارد.

جدول شماره ۱۲ - توزیع میانگین برای مقایسه میزان بهداشت روان حاشیه نشینان بر اساس محل تولد آنها.

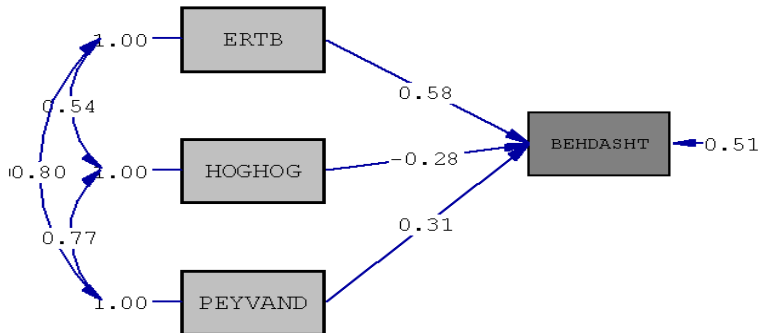
ابعاد	تعداد	میانگین	انحراف معیار
داخل شهر اصفهان	۴۵	۶۴.۳۵۵۶	۹.۷۹۳۶۸
داخل شهرستان اصفهان	۲۴۷	۶۲.۱۷۰۰	۹.۹۷۶۹۸
خارج از شهرستان اصفهان	۵۱	۶۳.۱۹۶۱	۸.۷۱۷۸۴
خارج از کشور ایران	۴۱	۵۷.۸۰۴۹	۹.۲۶۸۸۲
کل	۳۸۴	۶۲.۰۹۶۴	۹.۸۲۷۶۸

جدول شماره ۱۳ - آزمون میانگین برای میزان بهداشت روان حاشیه نشینان و محل تولد آنها.

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	درجه آزادی	سطح معناداری
بین گروه‌ها	۱۰۴۷.۷۸۷	۳	۳۴۹.۲۶۲	۳	۰.۱۲.
درون گروه‌ها	۳۵۹۴۳.۶۴۸	۳۸۰	۹۴.۵۸۹	۳۸۰	
کل	۳۶۹۹۱.۴۳۵	۳۸۳		۳۸۳	

برای آزمون فرضیه شماره ۶ از تحلیل واریانس استفاده شده است. از آنجایی که متغیر مستقل محل تولد حاشیه نشینان بوده است، ما محل تولد حاشیه نشینان را بر اساس مشخصاتی که داشتند به چهار قسمت تفکیک نمودیم داخل شهر اصفهان، داخل شهرستان اصفهان، خارج از شهرستان اصفهان و خارج از کشور ایران بوده که این متغیر در سطح اسمی قرار دارد و متغیر وابسته در سطح فاصله‌ای است. لذا برای آزمون روابط این متغیرها از تحلیل واریانس استفاده شده است. جدول توصیفی نشان می‌دهد که تعداد افراد داخل شهر اصفهان ۴۵ نفر، تعداد افراد داخل شهرستان اصفهان ۲۴۷ نفر بالاتر از سایر موارد، تعداد افراد خارج از شهرستان اصفهان ۵۱ نفر، تعداد افراد خارج از کشور ایران ۴۱ نفر کمتر از بقیه موارد است و از آنجایی که مقدار f به دست آمده بیشتر از مقدار f جدول بوده و سطح معنی داری کمتر از ۰.۰۵ است، لذا می‌توان گفت بین محل تولد حاشیه نشینان و میزان بهداشت روان آنها تفاوتی وجود دارد، بنابراین فرضیه تایید می‌شود.

با توجه به اینکه مدل نظری بینشی کلی به محقق می‌دهد و می‌توان از طریق آن روابط علی متغیرهای درگیر در بهداشت روان حاشیه نشینان را مورد مطالعه دقیق تر قرار داد لذا پس از تدوین مبانی نظری مدلی طراحی شد و به منظور آزمون مدل نظری تحقیق از نرم افزار مربوط به معادلات ساختاری استفاده شد. در این تحقیق محقق بر آن شد تا علاوه بر روابط دو متغیره به روابط چند متغیره در قالب مدل پردازد در ابتدا متغیرهای مورد نظر در نرم افزار spss تعیین و آنها را از طریق نرم افزار Lisrel در بخش Prelis به صورت داده‌های مختص نرم افزار لیزرل قرار داده شد و سپس از طریق Simplis و در نهایت لیزرل به طراحی مدل رگرسیونی پرداخته شد. این مدل نشانگر روابط متغیرهای مستقل با متغیر وابسته و همچنین روابط متغیرهای مستقل با همدیگر است. مدل‌های رگرسیونی معمولاً یک متغیر وابسته دارند و صرفاً روابط مستقیم را نشان می‌دهند. آماره متناظر اثر متغیرهای مستقل بر وابسته را گاما و آماره متناظر روابط متغیرهای مستقل را فی می‌تشکیل می‌دهند. همانطور که مقادیر موجود در مدل نشان می‌دهد.



Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

می‌توان گفت که متغیر ارتباط اجتماعی بیشترین رابطه را با میزان بهداشت روان حاشیه‌نشینان داشته است. سپس تأثیر حقوق اجتماعی، پیوند اجتماعی بیشترین رابطه را با متغیر وابسته داشته‌اند. اما نکته مهمتر اینکه عدد $0/51$ در سمت راست متغیر وابسته نشان دهنده ضریب عدم تعیین است که مشهور به ψ است و اگر این عدد را از ۱ کم کنیم ضریب تعیین مدل به دست می‌آید. $1 - 0/51 = 0/49$ یعنی ۴۹ درصد از متغیر وابسته یعنی بهداشت روان حاشیه‌نشینان توسط این مدل تبیین شده است و این نشانگر برازش خوب مدل می‌باشد و می‌توان با تکیه بر نتایج آن مدعی شد که عوامل مطرح شده در مدل نظری بیش از ۴۹ درصد از متغیر بهداشت روان را مورد تبیین قرار داده‌اند.

نتیجه‌گیری و پیشنهادها

هدف اصلی پژوهش بررسی جامعه‌شناسی حاشیه‌نشینی و تأثیر آن بر بهداشت روان حاشیه‌نشینان بوده که رابطه مثبت و مستقیم فرض شده است. در مجموع یافته‌های تحقیق، همبستگی مثبت و معناداری را میان متغیرهای مستقل و وابسته نشان می‌داد، بدین معنا که هر چه میزان بهداشت روان حاشیه‌نشینان بهتر باشد، دلیلی بر راضی بودن حاشیه‌نشینان از زندگی خود است و برعکس.

مهاجران در گذر از یک جامعه جمع گرا به جامعه‌ای فرد گرا به مشکلات و فشارهای روانی و عاطفی گرفتار می‌شوند. همچنین که حمایت اجتماعی، پیوندهای مشترک مثل هویت فرهنگی، زبان و علائق مشترک می‌تواند در سازگاری آنها و سلامت روانی شان نقش مهمی داشته باشد. (Thompson, et al., 2002:671-678). داشتن دوستان، آشنایان و همسایگان خوب در شهر در ارتقای کیفیت سلامت روان مهاجران موثر است. در این تحقیق افراد با تحرک اجتماعی بالا، در آمد بالا و برخوردار از حمایت‌های اجتماعی، مالی و روانی دارای سلامت روان بهتری هستند (Schwirian & Schwirian, 1993:285-299). طبق یافته‌ها تفاوت‌های بنیادی میان سکونتگاه‌های غیر رسمی در حال ترقی و در حال زوال مشاهده می‌شود، این تفاوت‌ها ناشی از روند تکوین و تکامل و شرایط اجتماعی، اقتصادی و کالبدی و محیطی سکونتگاه، و نیز رویکرد مدیریت برنامه‌ریزی شهری است، بنابراین باید رویکرد سامان دهی و بهسازی سکونتگاه‌ها و دستور کار هر یک از سکونتگاه‌ها متفاوت باشد (ایراندوست، صرافی، ۱۳۸۶). با توجه به نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تا چه حد وجود امکانات در زندگی افراد به خصوص حاشیه نشینان در افزایش بهداشت روان آنان مؤثر است، می‌توان به وجود امکانات رفاهی، بهداشتی، اقتصادی، آموزشی، فرهنگی و... و تأثیر آن بر بالا بودن کیفیت بهداشت روان تک تک افراد جامعه پی‌برد. سرمایه‌گذاری ملی و کلان از سوی دولت و نظام سیاسی کشور می‌تواند به عنوان مهمترین عامل تأثیر گذار در جهت کاهش فقر، بیکاری، وجود انواع آسیب‌های اجتماعی، حاشیه نشینی و... و افزایش ارتباط‌های اجتماعی، شادی‌های اجتماعی و وجود پیوندهای اجتماعی مفید در بین افراد جامعه باشد.

یافته‌های تحقیق کنونی مبنی بر این است که ۴۹ درصد از متغیر وابسته یعنی بهداشت روان حاشیه نشینان توسط متغیرهای مستقل تبیین شده است و می‌توان با تکیه بر نتایج آن مدعی شد که عوامل مطرح شده در مدل نظری بیش از ۴۹ درصد از متغیر بهداشت روان را مورد تبیین قرار داده‌اند. باید یاد آور شد که در سنجش بهداشت روان نیز باید عوامل روانشناسی و پزشکی را نیز در نظر گرفت تا بتوانیم میزان کاملتری از این متغیر را تبیین کنیم. اغلب حاشیه‌نشین‌ها به امید کسب زندگی و درآمد بهتر به کلان شهرها مهاجرت می‌کنند و به اجبار در حاشیه شهرها

اسکان پیدا می‌کنند. اگر بخواهیم زندگی حاشیه‌نشین‌ها را آسیب‌شناسی کنیم، باید اذعان کنیم که سلامت روانی آن‌ها در معرض خطر است. آن‌ها اغلب سطح درآمد، فرهنگ و تحصیلات کمتری نسبت به شهرنشین‌ها دارند و احساس تعلق به شهر نمی‌کنند. زیرا تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی عمیقی میان خود و ساکنان شهر مقصد احساس می‌کنند و از سویی هرگز به عنوان یک شهروند واقعی پذیرفته نمی‌شوند. حاشیه‌نشینی در اصل همزاد شهرهای امروزی است. هر نقطه شهری که فاقد استانداردهای خدمات و زیرساخت‌های شهری از جمله مسکن، زیرساخت‌ها، معابر، خدمات آب، تلفن و فاضلاب باشد، به اصطلاح حاشیه خوانده می‌شود. طبیعی است که ساکنین این نواحی از حقوق شهروندی و از تمامی امکانات زندگی در یک شهر بزرگ محروم می‌مانند. پیوند خانوادگی در این خانواده‌ها نیز بسیار ضعیف است. از آن‌جا که این قشر اغلب کارگر با دستمزدهای بسیار پایین هستند، ناچارند برای کسب درآمد کافی ساعت‌های طولانی کار کنند و به این ترتیب اندک‌اندک و در طول زمان پیوندهای خانوادگی شان کم‌رنگ و کم‌رنگ‌تر می‌شود و آسیب‌های ناشی از آن گریبانگیر خانواده خواهد شد، گاه حتی کودکان و نوجوانان تبدیل به نیروی کار می‌شوند و پدیده کودکان کار و خیابانی که هم‌اکنون در بسیاری از کلان‌شهرها با آن مواجه هستیم در واقع از حاشیه‌شهرها نشأت می‌گیرد. طبیعی است که مشکلات حاشیه‌نشین‌ها محدود به جمعیت خودشان نمی‌شود و تمام بدنه جامعه را درگیر می‌کند، زیرا جامعه به صورت یک شبکه است و تمامی ابعاد آن به هم مربوط است. به ویژه در کلان‌شهرها این مشکلات دوچندان می‌شود زیرا در کلان‌شهرها انجام وظایف شهروندی توسط تمام شهروندان می‌تواند مشکلات را حل کند و به صورت زنجیره وار همه به هم مربوط شوند. حال با نادیده گرفتن جمعیت حاشیه‌نشین در حومه شهرها در واقع شهر چشم‌خود را روی دزدی، تکدی‌گری و کلاهبرداری بسته است و این آسیب‌ها در تمامی جامعه تسری پیدا می‌کند. به عبارت دیگر، حاشیه‌نشینی یکی از بسترهای وسیع ناهنجاری‌های گوناگون است که می‌تواند جامعه را با بحران‌های متعددی روبه‌رو کند افزایش سرقت، قتل، فروش مواد مخدر، دست‌فروشی، زنان خیابانی، کودکان کار و مواردی از این دست هرچند نمی‌توان این واقعیت را نادیده گرفت که

افزایش حاشیه نشینی بارزترین نشانه فقر در جوامع است و هر قدر فقر بیشتر شود زنگ خطر جرایم و آسیب‌های اجتماعی ناشی از آن بیشتر می‌شود.

اگر چه سعی کردیم شالوده تحقیق خود را بی طرفی محض در رد یا قبول زندگی حاشیه‌نشینی قرار دهیم، نمی‌توانیم انکار کنیم که انسان دوست دارد پیشرفت کند، در آرامش زندگی کند، به اهداف خود برسد اما انسان در رسیدن به اهداف خود باید همه عوامل و موانع مؤثر را مورد بررسی قرار دهد تا در رسیدن به اهداف خود موفق شود. اکثر حاشیه‌نشینان از زندگی خود راضی هستند اما این عدم امنیت و بیکاری است که آنها را دچار ترس و وحشت کرده است و از دید آنها اکثر جرم و جنایت‌ها در این مناطق به دست افغان‌ها و معتادان انجام می‌شود و ترس و وحشتی که از افغان‌ها و معتادان دارند از دیگران ندارند. به طور کلی، هر چه تفاوت قومی، فرهنگی، مذهبی و... مردم منطقه بیشتر باشد تعارض‌ها نیز بیشتر است و افراد باید زمان طولانی را سپری کنند تا بتوانند خود را با بقیه افراد وقف دهند. با وجود اکثر اقداماتی که برای مردم از سوی دولتمردان انجام می‌شود با توجه به افزایش روز افزون جمعیت و افزایش توقعات مردم برنامه ریزی دولت به هم می‌ریزد، با این وجود به نظر می‌رسد هیچ گونه اقدامی انجام نشده است. دولت باید تدابیر بهتری را برای مردم به خصوص حاشیه‌نشینان اتخاذ کند باید زمینه پیشرفت برای تمام مردم فراهم کند تا از بیشتر آسیب‌های پیش آمده جلوگیری شود.

منابع

- اعظم آزاده، منصوره، زمستان ۱۳۸۷، نقش تعاملی طبقه اجتماعی و موقعیت منزلتی منطقه مسکونی در عواطف اضطرابی افراد، مجله مطالعات اجتماعی ایران، شماره ۲، پیاپی ۴. صص ۳۰-۵۴.

- ایراندوست، کیومرث، صرافی، مظفر، ۱۳۸۶، یاس و ناامیدی در سکونتگاه‌های غیر رسمی نمونه مورد شهر کرمانشاه، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۶، صص ۲۰۱-۲۲۱.

- حسینی، محمد رضا، ۱۳۸۴، بررسی عوامل مؤثر بر مسأله حاشیه‌نشینی و پیامدهای آن در شهر اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه اصفهان.

- ربانی خوراسگانی، رسول، وارثی، حمیدرضا، طاهری، زهرا، بهار ۱۳۸۸، تحلیلی بر علل اصلی شکل‌گیری مناطق حاشیه‌نشین در شهر اصفهان / نمونه‌موردی: منطقه‌ارزان و دارک، فصلنامه جغرافیا و توسعه، سال هفتم، شماره ۱۳، صص ۹۳-۱۲۶.

- ربانی خوراسگانی، رسول، وحید، فریدون، ۱۳۸۷، جامعه‌شناسی شهری، انتشارات دانشگاه اصفهان: اصفهان.

- زاهد زاهدانی، سید سعید، ۱۳۶۹، حاشیه‌نشینی، انتشارات دانشگاه، چاپ اول: شیراز

- ستوده، هدایت ا...، ۱۳۸۱، روان‌شناسی اجتماعی، انتشارات آوای نور، چاپ ششم: تهران.
مجله

- صادقیان، احمد، ۱۳۸۷، قرآن و بهداشت روان، انتشارات پژوهش‌های تفسیر و علوم قرآن: قم.

- فیا لکوف، یانکل، جامعه‌شناسی شهر، ۱۳۸۳، ترجمه نیک گهر، عبدالحسین، نشر آگه: تهران.

- کریمی، فاطمه، ۱۳۸۲، بررسی مسائل حاشیه‌نشینی با تأکید بر جنبه‌های اجتماعی-فرهنگی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه اصفهان، تابستان.

- لهسایی زاده، عبدالعلی و مرادی، گلمراد، ۱۳۸۶، رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۶، صص ۱۸۰-۱۶۱.

- محتشمی، جمیله، ۱۳۸۲، بهداشت روان، ناشر سالمی، نشر جامعه: تهران.

- مهاجرین، رضا، ۱۳۷۸، تأثیر حاشیه‌نشینی بر میزان بزهکاری در کلان‌شهرها، انتشارات جنگل، چاپ اول: تهران.

- نقدی، اسداله، صادقی، رسول، ۱۳۸۵، حاشیه‌نشینی چالشی فراروی توسعه پایدار شهری (با تأکید بر شهر همدان)، مجله رفاه اجتماعی، بهار، جلد: ۵، نسخه: ۲۰، صص ۲۱۳ - ۲۳۴.

Silvera, E & Allebech, P. 2001, "Migration, Aging and Mental Health: An Ethnographic Study on Perceptions of Life Satisfaction, Anxiety and Depression in Older Somali Men in East London", International Journal of Social Welfare, Vol. 10

Caroline. B. 2000, Migration theory: Talking Across Discipline, New York, Roudledge.

- Harpham,T.2004,"Urbanization and Mental Health in Developing Countries:A Research Role For Social Scientists ,Public Health Professional and Social Psychiatrists".Social Science And Medicine,Vol.39
- Hirschi, Travis (1979). Separate but unequal is Better, "journal of Research in Crime and Delinquency 16: 34-38.
- Oishi,N,2001,"Gender and Migration:A International Approach Center of Comparative Immigration Studies",University of California,San Diago,Working Paper.49.
- Rogler.I.H.1994," International Migration :A Framework for Directing Research ",American Psychology ,Vol.49.
- Schwirian,O.K.& Schwirian,M.P.1993," Neighboring, Residential Satisfaction and Psychology Wel-being Inurban Elders ", Journal of Community Psychology ,Vol. 21,October.
- Thompson,S.et al.2002,"The Social and Cultural Context of the Mental Health of Filipinas in Queensland",Australian and New ZELAND Journal of Psychology.Vol,36.
- Who.2001.the World Health Report :Mental Health ,Geneva. World Health Organization.

