

## Analysis of the Effects of Marginalization on Women's Health in Metropolitan Cities Tehran, Mashhad, Tabriz and Kermanshah

Minoo Mohamadi Tirandazh<sup>1</sup>, Hosein SadeghiSeghdel<sup>2✉</sup>, Abbas Asari Arani<sup>3</sup>,  
Abdolreza Roknodin Eftekhari<sup>4</sup>

1. Ph.D Student of Development and Economic Planning, University of Tarbiat Modares, Tehran, Iran

E-mail: mohammadiminoo3@gmail.com

2. Associate Professor of Development and Economic Planning, Faculty of Management and Economics, University of Tarbiat Modares, Tehran, Iran

✉E-mail: sadeghih1@modares.ac.ir

3. Associate Professor of Development and Economic Planning, Faculty of Management and Economics, University of Tarbiat Modares, Tehran, Iran

E-mail: assaria@modares.ac.ir

4. Professor of Geography and Rural Planning, University of Tarbiat Modares, Tehran, Iran

E-mail: eftekhaa@modares.ac.ir



**How to Cite:** Mohamadi Tirandazh, M; SadeghiSeghdel, H; Asari Arani, A; & Roknodin Eftekhari, A. (2022). Analysis of the Effects of Marginalization on Women's Health in Metropolitan Cities Tehran, Mashhad, Tabriz and Kermanshah. *Geography and Development*, 20 (68), 87-115.

**DOI:** <http://dx.doi.org/10.22111/J10.22111.2022.7004>

### Received:

30 September 2021

### Received in revised form:

4 January 2022

### Accepted:

12 February 2022

### Published online:

25 August 2022

### ABSTRACT

In recent years, due to the importance of paying attention to the development of women's affairs, this group has been considered as one of the main target groups in the programs of organizing margins and empowering the marginalized metropolises of Iran. Although about half of the marginalized population in these metropolises are women, despite the high emphasis on informal settlement issues, unfortunately, the social and cultural beliefs system of this group, such as the subculture of poverty in the margins, women's beliefs about participation, neighborly relationships, attitudes to social harms, family, childbearing and lifestyle has been neglected by urban managers. The aim of this study was to evaluate and measure the mental health of women living in the city in two marginal areas and the main text of the city and the impact of Slum on them. The type of applied research and the method used descriptive-analytical and for data collection, library and field methods (questionnaires) have been used. The statistical comprehensive of this study is women living in four cities that based on Cochran's formula, 384 questionnaires were distributed in Tehran, Mashhad, Tabriz and Kermanshah randomly in two marginal regions and the main text of the city. In addition to descriptive and inferential tests, logit model has been used to analyze the effect of Slum on women's mental health. The findings showed that mental health status in the main text of the city is higher than the margins of the city. The average of the main text of the city from the perspective of urban women is 2.79 and for urban margins is 2.22. Also, the results of logit model showed that with increasing Slum of mental health of women in the first situation (disease) increases by 35%, but in border condition this variable is effective and the amount of this variable in normal mental health is 0.29%, which indicates that if the person is in normal mental health condition. The effect of Slum on it is less than the state of disease.

### Keywords:

Mental health,  
Women,  
Big cities of Iran.



© the Author(s).

Publisher: University of Sistan and Baluchestan

### Extended Abstract

#### 1. Introduction

In recent years, due to the importance of paying attention to the development of women's affairs, this group is considered one of the main target

groups in the programs of organizing the margins and empowering the marginal residents of Iran's metropolises. Although about half of the marginal population in these metropolises are women,

despite the great emphasis on the issues of informal settlements, unfortunately, the social and cultural belief system of this group, such as the subculture of poverty in the margins, women's beliefs about participation, neighborhood relations, attitudes towards social harms, family, childbearing and lifestyle have been neglected by city managers. Therefore, the rapid growth of urbanization and the exponential increase of the urban population are associated with problems such as the expansion of slum areas and illegal and informal settlements with a high percentage of unemployment, the emergence of the urban poor group and the deprivation of minimum facilities and urban services, and in a general sense, with urban poverty. On the other hand, it has created problems such as disruption in the urban transportation network, increase in diseases, pollution of the urban environment, power voltage drop, insufficiency in the water and sewage network for the urban management and municipalities.

## 2. Methods and Material

The type of applied research and the method used is descriptive-analytical, and library and field methods (questionnaire) have been used to collect data and information. The statistical population of this research is the women living in four cities, based on Cochran's formula, 384 questionnaires were randomly distributed in the cities of Tehran, Mashhad, Tabriz and Kermanshah in two peripheral areas and the main text of the city. To analyze data and information, in addition to using descriptive and inferential tests, logit model has been used to investigate the effect of marginalization on women's mental health.

## 3. Results and Discussion

Clarifying and analyzing the issues of assessing and measuring the health status of marginalized

women in Iran's metropolises is a key point that should be given special attention in an integrated manner; therefore, the improvement of marginal areas includes a comprehensive system of indicators from different perspectives, which forms the basis of the research. For this purpose, in the first step, in the form of methodology, the operational definition of the indicators for the evaluation of goals was discussed based on external and internal studies, and the existing conditions and situation in the study area were adapted, and the result was 15 indicators for women to examine and analyze the mental health status of the marginalized. Was considered. Then, in order to measure the criteria, a questionnaire was designed for the studied groups. The difference in the number of indicators among the groups in the studied area is due to the difference in the level and type of their relationship with the marginalized areas in the region. After completing the questionnaires, descriptive data and inferential data were analyzed.

## 4. Conclusion

The findings of the research showed that the state of mental health is higher in the main part of the city than in the outskirts of the city. The average of the main text of the city from the point of view of urban women is equal to 2.79 and for the outskirts of the city it is equal to 2.22. Also, the finding of logit model showed that with the increase of marginalization, women's mental health increases by 35% in the first state (disease), but in the border state, this variable is unaffected and the value of this variable in the state of normal mental health is 0.29%, which shows that It is a matter that if a person is in a normal state of mental health, the effect of marginalization on him is less than in the case of illness.

**Keywords:** Mental health, Women, Big cities of Iran.

## 5. References

- Asgharpour Masuleh (2012). *Introductory Statistics for the Social Sciences*, 1st Edition, Spike <https://www.gisoom.com/book/1963043/>
- Ahmadi, Yaqoub and Maryam Aghaei (2016). Sociological study of the effect of value system and power structure in the family on social deviance, study, Naysar Sanandaj urban marginal settlements), *Sociological Studies*, seventh year, number twenty-four, 1-30. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=313351>
- Habibpour Getabi, Karam; Reza Safari Shali (2015). *A comprehensive guide to the use of spss in survey discounts*, 7th edition, Loya, Motafkaran, <https://www.gisoom.com/book/11169336/>
- Khemi Morsa Ismail, Asadi Lari Mohsen, Setara Forozan Amina, Majdzadeh Seyed Reza, Mirheidari Mehdi, Nabavi Seyed Hamid (2013). Avoidable socio-economic inequality in the distribution of mental health in Tehran: the cumulative index standardization approach. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, (3) 4. 311-320. <http://journal.nkums.ac.ir/article-1-79-fa.html>
- Rabbani Rasool, Mansoor Haqitian, Nazari Javad, Ghasemi Maryam (2013). Sociological investigation of marginalization and its effect on the mental health of marginalization (case study of Arznan and Dark) Zainbia Isfahan. *Specialized Quarterly Journal of Social Sciences of Islamic Azad University - Shushtar Branch*, 5th year, No.14. 95-126. <https://www.magiran.com/paper/1634243>
- Tavousi Mahmoud, Haeri Mehrizi Ali Asghar, Hashemi Akram, Naqizadeh Fatemeh, Montazeri Ali (2015). The state of mental health of the country's urban population: a national study. *Paish*, Year 15, Number 3. 233-239. [https://payeshjournal.ir/browse.php?a\\_id=172&sid=1&slc\\_lang=fa](https://payeshjournal.ir/browse.php?a_id=172&sid=1&slc_lang=fa)
- Pahlavanzadeh Farhad, Jarllahi Ezra (2010). Investigating the effect of social factors on the mental health of rural elderly. *Local development (rural-urban)*, number 1, third period. 65-84. [https://jrd.ut.ac.ir/article\\_22838.html](https://jrd.ut.ac.ir/article_22838.html)
- Mohammadi, Hossein, Dogani, Azadeh and Shahram Eidizadeh (2014). The application of the multiple logit model in the investigation of factors affecting organic awareness and consumption (case study: Mashhad), *New Food Technologies Quarterly*, third year, number 20, 89-99.
- Moradi, Sara, Birami, Mansour, Hashemi, Toraj and Teklovi, Samieh (2019). The effectiveness of mindfulness training based on stress reduction on positive and negative academic emotions of students, *Education and Evaluation*, 13th year; No.5, 183-206. <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?ID=572043>
- Morhsini, Zahra, Borbour, Zahra, Samsami, Marzieh, Ahmadi, Neiri, Akhtari, Zainab (2019). Challenges of daily life of marginal women in Tehran, qualitative study, *Strategic Studies of Women*, Vol,23, Number 89, 36-367. DOI:10.22034/JWSS.2020.229530.2332
- Nosrati, Shahzad, Babolah, Hayati, Ismail, Pishbahar and Rasul Mohammad Rezaei (2012). Analysis of the influencing factors on the behavior of fish meat consumption among the households of Tabriz city, *Journal of Economics and Agricultural Development*, Volume 27, Number 3, 230-241. <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?id=241264>
- Nazarian, Asghar. Hossein, Sadi, Kaveh, Zalnejad, Mahnaz, Stastami, and Mehdi Valiani (2015). Investigating the economic, social and demographic factors of marginalization and informal settlement of Shahryar city immigrants in 2018. *Journal of Spatial Analysis of Environmental Hazards*, third year, number 35, 115-135. <https://jsaeh.khu.ac.ir/article-1-2623-fa.html>
- Pourahmad, Ahmed, Mahdi, Ali and Shakuri, Nafisa (2013). An analysis of the quality of life and health indicators of women in marginal areas, *Shia women's scientific-promotion biannual*, 9th year, number 28, 91-126. <https://www.magiran.com/paper/1542751>
- Naqdi, Asadaleh (2006). Migration and marginalization in Iran. *Population Quarterly*, No. 74/73, 85-104. <https://www.gisoom.com/book/1491500>
- Darshti, Amir Ali, Aydri, Nabiullah and Bagheri, Mojdeh (2006). Vulnerability around cities, *Social Sciences Quarterly*, Islamic Azad University Shushtar Branch, Issue 2, 157-184. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/336690/>

- American Psychiatric Association (APA). (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition text revision. Washington, DC: APA.  
<https://www.amazon.com/Diagnostic-Statistical-Disorders-Revision-DSM-IV-TR/dp/0890420254>
- Amutah-Onukagha, N. A., Doamekpor, L. A. & M Gardner (2017). An Examination of the Sociodemographic and Health Determinants of Major Depressive Disorder Among Black Women. *J. Racial and Ethnic Health Disparities*, 4, 2017:1074-1082. <https://doi.org/10.1007/s40615-016-0312-2>
- Ashton, J. R. (2006). "Back-to-back housing, courts, and privies: the slums of 19th century England". *Journal of Epidemiology & Community Health*. 60 (8): 654.PMC 2588079.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2588079/>
- Boutayeb, A., & Serghini, M. (2006). Health indicators and human development in the Arab region. *International journal of health geographics*, 5(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-5-61>
- Davis, M. (2006). *Planet of Slums* [«Le pire des mondes possibles : de l'explosion urbaine au bidonville global»], La Découverte, Paris, 2006 (ISBN 978-2-7071-4915-2).  
[https://www.editions-ladecouverte.fr/Liens/ps/d04915\\_chapitre.pdf](https://www.editions-ladecouverte.fr/Liens/ps/d04915_chapitre.pdf)
- Glenday, C. (2013). *Guinness World Records 2013*, Bantam, ISBN 978-0-345-54711-8, 277.  
<http://www.englishgratis.com/elingue/elingue/en/wikimag/serie11/20.htm>
- Gruebner, O., Khan, M. H., Lautenbach, S., Müller, D., Kraemer, A., Lakes, T., & Hostert, P. (2011). A spatial epidemiological analysis of self-rated mental health in the slums of Dhaka. *International Journal of Health Geographics*, 10(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-10-36>
- Izutsu, T., Tsutsumi, A., Islam, M. A., Matsuo, Y., Yamada, H. S., Kurita, H, et al. (2005). Validity and reliability of the Bangla version of WHOQOL-BREF on an adolescent population in Bangladesh. *Quality of Life Research*, 14, 1783-1789. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-1744-z>
- Ritzer, G. (Ed.) (2007). *The Blackwell encyclopedia of sociology* (Vol.1479). New York, NY, USA: Blackwell Publishing. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781405165518>
- Sousa, E., Agudelo-Suárez, A., Benavides, F. G., Schenker, M., García, A. M., Benach, J., & Porthé, V. (2010). Immigration, work and health in Spain: the influence of legal status and employment contract on reported health indicators. *International journal of public health*, 55(5), 443-451.  
<https://doi.org/10.1007/s00038-010-0141-8>
- 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*, 2002, Vol 36.  
<https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01071.x>
- United Nations Environment Programme & World Health Organization. (2018). Air pollution in the world's megacities. *Environment*, 36, 4-37.  
[https://www.unwomen.org/en/?gclid=CjwKCAjwwo-WBhAMEiwAV4dybVLznAf4bxr8FPg8MLFWk-vmrKDVqEsIRkcliyxvylXD5pf4AmyzxoCIY8QAvD\\_BwE](https://www.unwomen.org/en/?gclid=CjwKCAjwwo-WBhAMEiwAV4dybVLznAf4bxr8FPg8MLFWk-vmrKDVqEsIRkcliyxvylXD5pf4AmyzxoCIY8QAvD_BwE)
- United Nations New York (2019). *World Urbanization Prospects The 2018 Revision*,  
<https://population.un.org/wup/Publications/Files/WUP2018-Report.pdf>
- Vale, L. (2007). *From the Puritans to the Projects: Public Housing and Public Neighbors*, Harvard University Press, ISBN 978-0674025752.  
<https://www.amazon.com/Puritans-Projects-Public-Housing-Neighbors/dp/067402575X>
- World Health Organization. (2001). Pilot research project on urban violence and health: determinants and management a study in Jakarta, Karachi and Conurbation Ruhrgebiet. In *Pilot research project on urban violence and health: determinants and management a study in Jakarta, Karachi and Conurbation Ruhrgebiet* (279-279).  
[https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=gejkYgdkDTMC&oi=fnd&pg=PR9&dq=42.%09Vale,L.+\(2007\),+From+the+Puritans](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=gejkYgdkDTMC&oi=fnd&pg=PR9&dq=42.%09Vale,L.+(2007),+From+the+Puritans)
- World Health Organization. (2001a). *The world health report 2001: Mental health: New understanding, new hope*. Geneva: WHO. <https://ipscontext.org/about-us/rethinking-mental-health/>

- Zhang Yue. (2017). The credibility of slums: Informal housing and urban governance in India. *Land Use Policy*, 1-15.
- Song, Lijun. social capital and psychological distress, *Journal of health and social behavior*, December 2011, Vol. 52, N4. 478-492. <https://doi.org/10.1016/j.landusepol.2017.05.029>
- UN-Habitat. 2008. State of the World's Cities report 2008/9: Harmonious Cities (<http://www.unhabitat.org>.)
- Bohra, N., Srivastava, S., & Bhatia, M. S. (2015). Depression in women in Indian context. *Indian journal of psychiatry*, 57(Suppl 2), S239. doi: 10.4103/0019-5545.161485
- Ngina, M (2018). Factors Associated With Severe Acute Malnutrition in Children Aged 6-59 Months at Embu Level V Hospital (Doctoral dissertation, University of Nairobi).  
<http://erepository.uonbi.ac.ke/handle/11295/106133>
- Annapuranam, K. (2020). Exploring perceived health differences among married women in an urban slum of Tamil Nadu, India. *City, Culture and Society*, 22, 100338. <https://doi.org/10.1016/j.ccs.2020.100338>
- Statz, M., & Evers, K. (2020). Spatial barriers as moral failings: What rural distance can teach us about women's health and medical mistrust author names and affiliations. *Health & Place*, 64, 102396. doi: 10.1016/j.healthplace.2020.102396
- Yadav, K., Agarwal, M., Shukla, M., Singh, J. V., & Singh, V. K (2020). Unmet need for family planning services among young married women (15-24 years) living in urban slums of India. *BMC women's health*, 20(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01010-9>
- Iftikhar, Z., & Nasreen, S (2020). Women's Experiences And Perspectives of Induced Abortions In Urban Slum Areas of Karachi, Pakistan. *Pakistan Journal of Gender Studies*, 20(2).  
<https://web.s.ebscohost.com/abstract?direct>
- Wamukoya, M., Kadengye, D. T., Iddi, S., & Chikozho, C. (2020). The Nairobi Urban Health and Demographic Surveillance of slum dwellers, 2002-2019: Value, processes, and challenges. *Global Health Action*, 13(1), 1732222. <https://doi.org/10.1016/j.gloepi.2020.100024>.
- Barton, H., & Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(6), 252-252. DOI: 10.1177/1466424006070466
- Gichuki, G. R (2005). Environmental problems and human health in urban informal settlements: a case study of Mukuru Kwa Njenga, Nairobi (Doctoral dissertation).  
<http://erepository.uonbi.ac.ke/handle/11295/18791>
- Song, L (2011). Social capital and psychological distress. *Journal of health and social behavior*, 52(4), 478-492. <https://doi.org/10.1177/0022146511411921>
- Singh, A. S., Mulder, C., Twisk, J. W., Van Mechelen, W., & Chinapaw, M. J (2008). Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obesity reviews*, 9(5), 474-488. DOI: 10.1111/j.1467-789X.2008.00475.x
- Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J. A., ... & Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low- and middle-income countries: A systematic review. *Social science & medicine*, 71(3), 517-528. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.027>
- Jaitman, L., & Brakarz, J. (2013). Evaluation of Slum Upgrading Programs. Literature Review and Methodological Approaches. Inter-American Development Bank, 1-78.  
<https://publications.iadb.org/publications/english/document/Evaluation-of-Slum-Upgrading-Programs-Literature-Review-and-Methodological-Approaches.pdf>



## تحلیل اثرات حاشیه‌نشینی بر سلامت زنان در کلان‌شهرهای تهران، مشهد، تبریز و کرمانشاه

مینو محمدی تیراندازه<sup>۱</sup>، دکتر حسین صادقی سقدل<sup>۲\*</sup>، دکتر عباس عساری آرانی<sup>۳</sup>  
دکتر عبدالرضا رکن‌الدین افتخاری<sup>۴</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

در سالیان اخیر به دلیل اهمیت توجه به توسعه امور زنان، این قشر در برنامه‌های ساماندهی حاشیه‌ها و نیز توانمندسازی حاشیه‌نشینان کلان‌شهرهای ایران، یکی از گروه‌های هدف اصلی محسوب می‌شوند. با اینکه حدود نیمی از جمعیت حاشیه‌نشینان در این کلان‌شهرها را زنان تشکیل می‌دهند، علی‌رغم تأکیدات زیاد بر مسائل سکونتگاه‌های غیررسمی، متأسفانه نظام باورهای اجتماعی و فرهنگی این گروه مانند خرده‌فرهنگ فقر در حاشیه‌ها، باورهای زنان راجع به مشارکت، روابط همسایگی، نگرش به آسیب‌های اجتماعی، خانواده، فرزندآوری و سبک زندگی مورد غفلت مدیران شهری قرار گرفته‌است. هدف از این پژوهش، ارزیابی و سنجش سلامت روان زنان ساکن شهر در دو منطقه حاشیه و متن اصلی شهر و تأثیر حاشیه‌نشینی بر آنان است. نوع تحقیق کاربردی و روش مورد استفاده توصیفی-تحلیلی و برای گردآوری داده‌ها و اطلاعات از روش‌های کتابخانه‌ای و میدانی (پرسشنامه) استفاده شده‌است. جامعه آماری این تحقیق، زنان ساکن شهرهای چهارگانه است که براساس فرمول کوکران ۳۸۴ پرسشنامه در شهرهای تهران، مشهد، تبریز و کرمانشاه به صورت تصادفی در دو منطقه حاشیه و متن اصلی شهر توزیع و پخش شده‌است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و اطلاعات علاوه بر استفاده از آزمون‌های توصیفی و استنباطی از مدل لاجیت برای بررسی اثر حاشیه‌نشینی بر سلامت روان زنان استفاده شده‌است. یافته‌های تحقیق نشان داد وضعیت سلامت روان در متن اصلی شهر نسبت به حاشیه شهر بیشتر است. میانگین متن اصلی شهر از دیدگاه زنان شهری برابر با ۲/۷۹ و برای حاشیه شهر برابر با ۲/۲۲ است. همچنین یافته مدل لاجیت نشان داد که با افزایش حاشیه‌نشینی سلامت روان زنان در حالت اول (بیماری) ۳۵ درصد افزایش می‌یابد، اما در حالت مرز این متغیر بی‌تأثیر است و مقدار این متغیر در وضعیت سلامت روان شمال، ۰/۲۹ درصد است که نشان‌دهنده این موضوع است که اگر فرد در وضعیت شمال سلامت روان باشد، میزان تأثیر حاشیه‌نشینی بر آن کمتر از حالت بیماری است.

جغرافیا و توسعه، شماره ۶۸، پاییز ۱۴۰۱  
تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۰۸  
تاریخ بازنگری داوری: ۱۴۰۰/۱۰/۱۴  
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۳  
صفحات: ۸۷-۱۱۵



واژه‌های کلیدی:  
حاشیه‌نشینی، سلامت روان، زنان، کلان‌شهرهای ایران.

#### مقدمه

تقریباً ۶۶ درصد از جمعیت کره زمین در مناطق شهری زندگی خواهند کرد (Yadav et al, 2020: 2) در سال ۲۰۱۸ بیشترین رشد شهرها در آمریکای شمالی با ۸۲ درصد جمعیت، آمریکای لاتین و کارائیب (۸۱ درصد)، اروپا (۷۴ درصد) و اقیانوسیه (۶۸ درصد)، آسیا (۵۰ درصد) و آفریقا (۴۳ درصد) گزارش شده‌است (United Nations, 2018: 6; United Nations New York, 2019: 8)؛ بنابراین رشد سریع شهرنشینی و افزایش تصاعدی جمعیت شهری، با مشکلاتی نظیر گسترش مناطق زاغه‌ای و سکونت‌گاه‌های غیرقانونی و غیررسمی

یکی از چالش‌های بزرگ مناطق حاشیه‌نشین، تحولات حرکات‌های جمعیتی جهان از مناطق روستایی به شهرها است که در چند دهه اخیر، توجه بسیاری از مدیران، برنامه‌ریزان و محققان را به خود جلب کرده‌است (Statz & Evers, 2020: 18) واقعیتی که به‌عنوان عامل اساسی رشد شهرنشینی در کشورهای در حال توسعه، به‌ویژه کشور ایران مورد توجه قرار گرفته‌است (ربانی و همکاران، ۱۳۹۰: ۹۵). همچنین بخش جمعیت‌شناسی سازمان ملل متحد بیان می‌کند که تا سال ۲۰۵۰،

۱. دانشجوی دکتری توسعه و برنامه‌ریزی اقتصادی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲. دانشیار توسعه و برنامه‌ریزی اقتصادی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

۳. دانشیار توسعه و برنامه‌ریزی اقتصادی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۴. استاد جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۵. mohammadimino3@gmail.com

۶. sadehgh1@modares.ac.ir

۷. assaria@modares.ac.ir

۸. eftekhaa@modares.ac.ir

از نظر جمعیتی و براساس گزارش مرکز آمار ایران، در سال ۱۳۹۸ جمعیت کشور را ۸۲ میلیون و ۹۲۶ هزار و ۲۷۰ نفر اعلام کرد که ۵۱ درصد آن را مردان و ۴۹ درصد آن را زنان تشکیل می‌دهند. با توجه به روند رشد جمعیت، زمینه حاشیه‌نشینی افزایش یافته‌است. حاشیه‌نشینی در ایران، پیش از انقلاب از دهه‌های ۱۳۲۰ و ۱۳۳۰ آغاز شد، و پس از سال ۱۳۳۲ با اجرای طرح‌های عمرانی متکی به درآمد نفت و تمرکز بر طرح‌های صنعتی و به حاشیه رانده‌شدن کشاورزی و مهاجرت روستائیان شروع شد. این پدیده از دهه ۱۳۴۰ به بعد که رشد شهرنشینی در اوج خود بود، بیشتر نمایان شد و شهرهای کشور را با مشکل جدی روبه‌رو کرد (درستی، ۱۳۸۵: ۱۵۸). در سال ۱۳۹۵، ۳۴ درصد از جمعیت کل کشور در حاشیه کلان‌شهرها استقرار یافته‌اند که روز به‌روز بر تعداد آن‌ها اضافه می‌شود (احمدی و آقایی، ۱۳۹۶: ۱۷)؛ بنابراین طی ۵۰ سال گذشته، اغلب کلان‌شهرها و حتی شهرهای میانی از نظر سطح جمعیتی ایران، مانند تهران، مشهد، اصفهان، آذربایجان غربی، شیراز، خوزستان، کرمانشاه، لرستان، کرج و همچنین شهرهای میانی مانند سنندج، زاهدان، بندرعباس و سیستان و بلوچستان با پدیده حاشیه‌نشینی مواجه بوده‌اند (دپارتمان مدیریت و برنامه‌ریزی، ۱۳۹۷). در همین رابطه بررسی و مطالعه مرکز اسکان سازمان ملل متحد، نشان می‌دهد که در سال ۱۴۰۰، جمعیت شهری ایران نه‌تنها به دو برابر خواهد رسید، بلکه ده میلیون نفر از این ساکنان جدید در شمار گروه‌های کم‌درآمد شهری خواهند بود که حدود پنج تا هفت میلیون نفر از آن‌ها درسکونتگاه‌های غیررسمی شهرهای بزرگ و نواحی مادرشهری ساکن خواهند شد (UN Habitat, 2008:12). علاوه بر چالش‌های فوق، یکی از مهم‌ترین مشکلات حاشیه‌نشینی مباحث سلامت اجتماعی، روانی و جسمی در این مناطق است.

با درصد بالای بیکاری، به‌وجود آمدن گروه فقیر شهری و محرومیت از حداقل امکانات و خدمات شهری و در یک مفهوم کلی با فقر شهری همراه است (Boutayeb & Serghini, 2006: 26) از سوی دیگر، مشکلاتی مانند اختلال در شبکه آمدوشد شهری، افزایش بیماری‌ها، آلودگی محیط‌زیست شهری، افت ولتاژ برق، نارسایی در شبکه آب‌وفاضلاب را برای مدیریت شهری و شهرداری‌ها، ایجاد کرده‌است (میری و خدایی، ۱۳۸۹: ۶۶). پس حاشیه‌نشینی مسئله‌ای نیست که تنها مختص کشورهای جهان سوم باشد. بلکه در کشورهای پیشرفته نیز نمونه‌هایی از حاشیه‌نشینی، البته با اختلاف‌های کمی و کیفی روبه‌رو است (Gichuki, 2005: 17). بررسی‌های سطح جهانی به‌عمل آمده حاکی از آن است که درصد حاشیه‌نشینی به جمعیت شهرهای مهم دنیا از ۹ درصد در لیما تا ۶۵ درصد در ازبک‌ستان متغیر است. به‌طور متوسط ۳۳ درصد از جمعیت شهرهای بزرگ به‌صورت حاشیه‌نشینی و زاغه‌نشینی زندگی می‌کنند؛ اما گزارش کشورهای درحال توسعه نشان می‌دهد که این مسئله (حاشیه‌نشینی) به‌صورت حادثی دامن‌گیر کشورهای درحال توسعه است. در هند جمعیت زاغه‌نشین شهرها بین ۳۰ تا ۵۰ درصد ساکنان آن‌ها را تشکیل می‌دهد (Jaitman & Brakarz, 2013: 18). همچنین تخمین اخیر UN- HABITAT نشان می‌دهد که ۸۸۱ میلیون نفر در کشورهای درحال توسعه، در آلونک‌ها زندگی می‌کنند؛ درحالی‌که این رقم در سال ۱۹۹۰ در حدود ۶۸۹ میلیون نفر است. بیشترین مقدار آن مربوط به آفریقا (۵۶ درصد) و سپس در جنوب و جنوب‌شرق آسیا است. از این بین حدود ۱/۳ خانوار توسط زنان اداره می‌شود. همچنین براساس آخرین گزارش جهانی درباره مسکن، ۴۳ درصد از جمعیت شهری در کشورهای درحال توسعه و ۵۴ درصد در کشورهای کمترتوسعه‌یافته، ۵۴ درصد در مناطق حاشیه‌ای زندگی می‌کنند (Zhang, 2017:479).

بیشتری روبه‌رو هستند (Bohra et al, 2015:16) همچنین از نظر آناپورانام<sup>۱</sup> (۲۰۲۰) زنان طبقه متوسط درک ضعیفی از بیماری‌های خود داشتند و محیط زیست آلوده و هزینه حمایت از همسر نقش مهمی در جست‌وجوی درمان از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی ایفا می‌کند که بر رفتار بهداشتی زنان نیز منعکس شده است.

بنابراین با توجه به حضور پررنگ زنان و دختران در پدیده مهاجرت و حاشیه‌نشینی، ویژگی‌های خاص زندگی در مناطق حاشیه‌ای و همچنین سبک زندگی حاشیه‌نشینان، به نظر می‌رسد، زنان حاشیه‌نشین زندگی روزمره خاص و متفاوتی نسبت به سایر زنان مرکز شهری داشته باشند که محققان کمتر به آن توجه کرده‌اند. از آنجا که معمولاً زنان حاشیه‌نشین تمام وقت خود را در فضای محله می‌گذرانند و نیز نسبت به مردان آسیب‌پذیری بیشتری دارند، بیشتر از مسائل و مشکلات مناطق حاشیه‌ای رنج برده و سلامت جسم و روحشان متأثر می‌شود؛ از این‌رو پرداختن به زندگی زنان حاشیه‌نشین امری ضروری است؛ زیرا شناخت ابعاد مختلف زندگی آن‌ها می‌تواند در کاهش پدیده حاشیه‌نشینی، کاهش تبعات اجتماعی- فرهنگی منفی ناشی از این پدیده مؤثر واقع شده و راهگشای مسئولان امر باشد (میرحسینی و همکاران، ۱۳۹۹: ۹). هدف از این پژوهش بررسی و تحلیل اثرات حاشیه‌نشینی بر سلامت زنان در کلان‌شهرهای تهران، مشهد، تبریز و کرمانشاه است که در یک دهه اخیر با گسترش روند افزایش حاشیه‌نشینی بیشتر روبه‌رو هستند.

### مبانی نظری

پرداختن به مسئله حاشیه‌نشینی، در جامعه‌شناسی غرب، به ظهور مکتب شیکاگو در اوایل قرن بیستم برمی‌گردد. هرچند نزد ابن‌خلدون به صورت گذرا، بحث

از آنجا که سلامت شرطی ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است که همه انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آن‌ها را سالم بدانند (Singh et al, 2008: 478). در همین رابطه تالکوت پارسونز بیان می‌کند کسی که دچار بیماری می‌شود، ضمن اینکه برعهده‌گرفتن مسئولیت ناتوانی خود، به دلیل خارج از کنترل بودن آن، معاف می‌شود، از انجام تعهدات و الزامات اجتماعی نیز معذور است؛ اما هنگامی که بحث جنسیت و سلامت به میان می‌آید، بایستی در به‌کاربردن این مفهوم دقت شود؛ زیرا مفهومی متغیر در بین دو جنس محسوب می‌شود (مرادی و همکاران، ۱۳۹۹: ۱۸۵)؛ بنابراین بخش قابل‌توجهی از جنسیت ساکنان حاشیه‌نشینی را زنان تشکیل می‌دهند؛ زیرا تعداد زنان و دختران بیشتر از مردان است و از عمده‌ترین گروه‌های تشکیل‌دهنده حاشیه‌نشین محسوب می‌شوند. در سالیان اخیر به دلیل مشکلات فضاهای عمومی در مناطق حاشیه‌نشین، هرگونه ناامنی در فضای عمومی، متوجه زنان شده است، البته این تهدیدات برای همه رده‌های سنی امکان‌پذیر است. به‌طور معمول حواشی شهر به‌عنوان سکونت‌گاه‌های غیررسمی، افرادی را در خود جای می‌دهد که دور از قوانین به‌دنبال اقداماتی نابهنجار هستند؛ به همین دلیل در چنین فضایی شاهد تشدید بحران‌ها علیه زنان خواهیم بود. این در حالی است که از هر چهار نفر، یک نفر در بعضی از مراحل زندگی تحت‌تأثیر یک اختلال روانی قرار دارد (WHO, 2001: 279). به‌طور خاص، افسردگی عمده، با شیوع زمان زندگی ۱۰-۲۵ درصد برای زنان و ۵ تا ۱۲ درصد برای مردان توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰) تخمین زده شده است؛ به همین دلیل است که بیماری‌های روان‌پزشکی در زنان بیشتر از مردان است. زنان نسبت به مردان در زندگی با استرس‌های



ریتزر (۲۰۰۷) معتقد است که حاشیه‌نشینی مترداف با فقر درآمد تعبیر شده‌است و به افرادی گفته می‌شود که در بازار با دستمزدهای کم مشغول به کار هستند و زمینهٔ محرومیت در افراد و گروه‌ها یا جوامع ثروت را جدا می‌کند. از نظر دایرةالمعارف بهداشت عمومی جهانی، حاشیه‌نشینی عبارت است: به حاشیه رانده‌شدن و در حاشیه قرار گرفتن است؛ به طوری که حاشیه هر روز ضعیف‌تر و مرکز هر روز قدرتمندتر می‌شود (Ritzer, 2007: 55).

درواقع حاشیه‌نشینی، اسکان غیررسمی، زاغه‌نشینی، سکونت‌گاه‌های موقت و نامتعارف از جمله جلوه‌های فقر شهری هستند که به اشکال مختلف چهرهٔ زشت خود را نمایان می‌سازند. بنابراین حاشیه‌نشینی، جهان جدید و نوظهوری را ایجاد کردند که از نظر خدمات، امکانات، تسهیلات رفاهی و زیربنایی، زیرساخت‌ها، دسترسی خدمات بهداشتی و منابع آب آشامیدنی سالم و سوءتغذیه در معرض بیماری‌های واگیردار قرار گرفته‌اند (نظریان و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۱۵). از مباحث اساسی مناطق حاشیه‌نشینی، مسئلهٔ سلامت است که در قرن بیست‌ویکم در دستور کار توسعهٔ بین‌المللی از اولویت بالایی نسبت به گذشته برخوردار است. این مسئله مرهون عملکرد سطوح بالای جهانی مانند کمیسیون سلامت و اقتصاد کلان سازمان جهانی بهداشت تلاش‌های گروه‌های جامعهٔ مدنی و جوامع است که در جهت نیل به خواسته‌های خود برای بهداشت و سلامت به‌عنوان حقوق بشر بسیج شده‌اند. اهمیت روزافزون بهداشت و سلامت در مناطق حاشیه‌نشینی به‌عنوان یک موضوع ضروری با رشد آگاهی و نگرانی‌های مربوط به نابرابری‌های سلامت و بهداشت در میان کشورها مطرح شده‌است. نگرانی‌های نابرابری‌های موجود در سلامت و بهداشت، این فرصت اضافی را پیش آورده‌است تا بتوان اقداماتی را دربارهٔ عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اعمال کرد؛ زیرا عوامل

مهاجرت روستاییان و عدم توان سکونت در متن اصلی و رانده‌شدن به حاشیه‌ها اشاره شده‌است؛ اما پس از انقلاب صنعتی و به تبع آن با انفجار شهرهای مدرن، این موضوع تبدیل به یک مسئلهٔ اجتماعی شد (Davis, 2006:86; Glenday, 2013:77). زاغه‌نشین‌ها در کشور آمریکا در مناطق شهری واقع شده‌اند، اما در سایر کشورها می‌توان آن‌ها را در مناطق حومه‌ای که کیفیت مسکن پایین و شرایط زندگی نامناسب است، مشاهده کرد. زاغه‌نشین‌ها از نظر اندازه و سایر مشخصات متفاوت هستند، اکثر آن‌ها فاقد خدمات بهداشتی قابل اطمینان، تأمین آب تمیز، برق قابل اطمینان، اجرای قانون و سایر خدمات اساسی هستند. همچنین اقامتگاه‌های زاغه‌نشینی از خانه‌های چوبی تا خانه‌های حرفه‌ای ساخته‌شده متفاوت هستند که به دلیل ساخت بی‌کیفیت یا عدم تعمیر و نگهداری اساسی، خراب شده‌اند (UN-Habitat, 2008:10). بنابراین به دلیل شهرنشینی روزافزون مردم، زاغه‌نشین‌ها در قرن نوزدهم تا اواخر قرن بیستم در ایالات متحده و اروپا رایج شدند (Vale, 2007:19; Ashton, 2006: 654).

نظریات مختلفی در خصوص حاشیه‌نشینی مطرح شده‌است و هریک از آنان، جنبه‌های خاصی از این پدیده را مورد بررسی قرار داده‌اند (نقدی، ۱۳۸۶: ۱۸۶).

از نظر دهر- نشیف و باوادی<sup>۱</sup> (۲۰۲۰) دو عامل تقاضا (کشش) که شامل (رشد اقتصاد غیررسمی و انتظارات غیرواقعی، ریسک‌پذیری آگاهانه و تمایل به تقلید از خانوارهای دیگری برای مهاجرت) و عوامل جانبی عرضه (فشار) که شامل ۱- تخریب محیط‌زیست محل سکونت قبلی؛ ۲- قحطی؛ ۳- بهبود بهره‌وری نیروی کار کشاورزی از طریق مکانیزاسیون؛ ۴- قیمت کالاهای نوظهور و شوک‌های اقتصادی؛ ۵- خشونت قومی؛ ۶- جابه‌جایی اجباری (برای مثال، ساخت پروژه‌های توسعه، مانند ساخت سد‌ها)؛ ۷- تمایل به فرار از شرایط اجتماعی نامطلوب مانند تبعیض نژادی روستایی مطرح شده‌است.

این مدل که به نظر می‌رسد با الهام از کار نگینا (۲۰۱۸) و سایر مدل‌هایی که به تحلیل تأثیرات اکوسیستم جهانی و به‌ویژه تغییرات آب‌وهوایی بر سلامت پرداخته‌اند، ارائه شده است، روشی برای مفهوم‌سازی شیوه ساخت مکان سکونت (به‌طور اعم) و چگونگی تأثیر آن روی سلامتی ارائه می‌کند. این مدل بر مبنای پیوند درونی ناگسستگی، تئوری اکوسیستم‌های شهری و تئوری تعیین‌کننده سلامت/ بهداشت (فاکتورهای اصلی تأثیرگذار بر سلامت) ارائه شده است (Barton & Grant, 2006: 253).

اجتماعی خود ریشه اکثر تفاوت‌های موجود بر سلامت است (نظریان و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۱۵). در همین رابطه دالگرن و وایتهد (۱۹۹۱) به‌نقل از نگینا<sup>۱</sup> (۲۰۱۸) معتقدند که سه دسته عوامل که شامل ۱- شرایط اجتماعی- اقتصادی، فرهنگی و محیطی شامل: شرایط کار و زندگی، مسکن، خدمات بهداشتی، آب و فاضلاب، بیکاری، محیط کار، تحصیلات و تولیدات کشاورزی و غذایی؛ ۲- شبکه‌های جامعه و اجتماعی و ۳- فاکتورهای شیوه زندگی فردی از قبیل سن، جنس و عوامل قانونی بر سلامت افراد مؤثر است.



شکل ۱: مدل عوامل تعیین‌کننده سلامت در محیط‌زیست انسان  
مأخذ: Barton and Grant, 2006: 254

زیرا شرایط بدتر شده است و ایجاد شهرک‌های جدید هیچ کمکی به آن‌ها نکرده است (Gichuki, 2005: 8-9). همچنین عدم جمع‌آوری زباله‌ها، خطر آتش‌سوزی آن‌ها را افزایش داده و یک خطر جدی برای سلامت زنان و کودکان محسوب می‌شود. آب‌های جمع‌شده به‌دلیل عدم‌زهکشی مناسب و راکد ماندن آب، می‌تواند بیماری‌های رودهای را سبب شود و زمینه پرورش پشه‌هایی همچون مالاریا را فراهم کند. همچنین مناطقی که در مکان‌های شیب‌دار ایجاد می‌شوند مستعد ابتلا به سیل هستند. از دیگر مواردی که می‌توان به رابطه بین مناطق حاشیه‌نشینی و سلامت ساکنان آن‌ها اشاره کرد محل

اسناد فراوانی از مشکلات زیست‌محیطی و تأثیر آن‌ها بر سلامت انسان‌ها در مناطق حاشیه‌ای اشاره دارد که نشان‌دهنده وجود تفاوت‌ها و نابرابری بین ساکنان متن اصلی شهر و حاشیه آن است و نتیجه آن سلامت بهتر برای افراد متن اصلی شهر است؛ برای مثال، مطابق با اعلام سازمان بهداشت جهانی، در بسیاری از شهرهای کشورهای غیررسمی احتمال اینکه یک نوزاد به دیابت مبتلا شود، ۴۰ تا ۵۰ برابر بیشتر از کشورهای توسعه‌یافته است. بنابراین مناطق حاشیه‌نشین فاقد سیستم‌های بهداشتی و به‌خصوص درمان هستند؛<sup>۱</sup>

بیمارهایی نظیر سرطان سینه و رحم و تصادفات، سبب از بین رفتن سلامت زنان ۱۵ تا ۴۴ سال می‌شود (پوراحمد و همکاران، ۱۳۹۱: ۹۲). در محلات حاشیه‌نشینی، خطرات وابسته به باروری، حاملگی و زایمان از مسائل سلامت زنان هستند. بنا به تخمین موجود، حدود ۶۰۰ هزار زن در هر سال در کشورهای درحال توسعه در اثر عوارض حاملگی و تولد نوزاد می‌میرند. مسائل مربوط به حاملگی، زایمان و سقط، از علل عمده ناتوانی و معلولیت زنان محسوب می‌شوند. زنان از لحاظ بیولوژی مزیت‌های خدادادی دارند که به‌طور طبیعی با کاهش میزان مرگ‌ومیر آنان به‌خصوص در اوایل کودکی همراه است و با امید به زندگی بیشتر و طول زندگی ۵-۷ درصد بیشتر از مردان نمایان می‌شود (احمدی و همکاران، ۱۳۸۶: ۸). اما این تفاوت در کشورهای کمتر توسعه‌یافته به ۳-۲ درصد تقلیل می‌یابد که به‌دلیل نابرابری در امور بهداشتی-درمانی و خطرات همراه با امر تولیدمثل در زنان است. میزان مرگ‌ومیر و معلولیت بالا با میزان باروری بالا همراه است. در واقع استراتژی‌های جامع در سطح جمعیت، برای پاسخ‌دادن به عوامل اجتماعی، بهبود سلامت روان در جمعیت و کاهش نابرابری‌ها را به همراه خواهد داشت؛ زیرا این استراتژی‌ها، روی بهبود شرایطی که مردم متولد می‌شوند، رشد می‌کنند، کار می‌کنند و... متمرکز می‌شود. آنچه اهمیت این موضوع را آشکار می‌کند، توجه به این موضوع است که از یک‌سو، تفاوت‌های سیستماتیک در سلامت روان، براساس جنسیت، سن، قومیت، درآمد، تحصیلات، ناحیه جغرافیایی محل سکونت و... تعیین می‌شود و از سوی دیگر، بر مبنای تأثیر بر تعیین‌کننده اجتماعی سلامت روان، می‌توان نابرابری در این زمینه را کاهش داد. درباره مشکلات سلامت روان مطالعاتی گوناگونی انجام شده است. مثلاً هارفام (۱۹۹۴) خاطرنشان کرد که شهرنشینی باعث ایجاد تغییرات سریع اجتماعی، تجزیه، انحلال روابط اجتماعی و کاهش کنترل اجتماعی می‌شود و این عوامل در بیماری‌های روانی به‌ویژه جوانان

استقرار مناطق حاشیه در مجاورت صنایع و معادن است که خطرات فراوانی را ایجاد می‌کند؛ زیرا در نزدیکی محل‌های این صنایع، پساب‌های فراوانی که شامل زباله‌های حیوانی، آهک، آلاینده‌های صنعتی و سایر محصولات ناشناخته شده تولید می‌شود و این خود خطراتی را برای افراد ساکن این مناطق ایجاد می‌کند (Gichuki, 2005: 10-11). مقوله حاشیه‌نشینی و مشکلات مختلف سلامت زیست زنان در دنیا و به‌خصوص در کشورهای درحال توسعه، یکی از این معطلاتی است که بعد از انقلاب صنعتی بیشتر نمایان شد. زنان ساکن در محلات حاشیه‌نشین با توجه به محرومیت‌های مضاعف، خشونت موجود علیه آنان، وجود برخی تعصبات و فرهنگ‌های غلط، تقسیم نامتوازن منابع و قدرت و... دچار زیان بیشتری شده‌اند که در غالب موارد لطامت جبران‌ناپذیری بر جسم و روح آنان وارد می‌کند (پوراحمد و همکاران، ۱۳۹۱: ۹۲). همچنین زنان حاشیه‌نشین ممکن است دچار برخی از مسائل مرتبط با بهداشت نیز باشند که بیشتر رنگ و بوی اجتماعی و فرهنگی دارد، فقدان مراقبت‌های بهداشتی مناسب و دلسوزانه برای زنانی که در نواحی حاشیه‌نشینی به سر می‌برند، زنان مهاجر پناهنده و آواره، زنان سالمند، زنان معلول، زنان اقلیت‌های قومی و نژادی و زنان زندانی که در نهایت این مشکلات ممکن است زن را از برخورداری سایر حقوق انسانی خود و نیز حق زیست سالم باز دارد. نکته دیگری، این است که مسئولیت‌های زنان در نقش‌های چندگانه که برعهده دارند، ممکن است سلامشان را به خطر بیندازد. در بسیاری از جوامع، زنان بار مضاعفی را تحمل می‌کنند، از آنان انتظار می‌رود که در بیرون از خانه برای کسب درآمد کار کنند و هم مسئول کارهای داخل خانه باشند و نیازهای شوهر و فرزندان‌شان و گاه نیازهای خویشاوندان دیگر نیز رسیدگی کنند (مرتوس، ۱۳۸۲). براساس گزارش بانک جهانی، در محلات حاشیه‌نشین تجاوز و خشونت خانوادگی بیش از

این فرصت اضافی را پیش آورده بتوان اقداماتی را درباره عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اعمال کرد؛ زیرا عوامل اجتماعی خود ریشه اکثر تفاوت‌های موجود بر سلامت است. در ادامه به تعدادی از این مطالعات اشاره شده است (جدول ۱).

نقش داشته است (Izutsua et al, 2005: 1783) از نظر پیران، تزلزل شغلی، نداشتن امنیت درباره سرپناه و احساس حقارت و زندگی در محل غیرقانونی سبب شده است تا درصد بالایی از ساکنان دچار اضطراب شدید و عوارض روانی ناشی از آن شوند؛ بنابراین نگرانی‌های نابرابری‌های موجود در سلامت و بهداشت،

جدول ۱: خلاصه‌ای از تحقیقات صورت گرفته درباره سلامت زنان در مناطق حاشیه‌نشین

یافته‌ها، نشان می‌دهد که متغیرهای جنس و سن تأثیری بر بهداشت روان حاشیه‌نشینان نداشته و متغیرهای تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و محل تولد بر بهداشت روان حاشیه‌نشینان تأثیر مثبت دارد.	۱۳۹۰	ربانی و همکاران
نتیج نشان می‌داد که ۶۲/۴ درصد در گروه سالم و ۳۷/۶ درصد در گروه ناسالم قرار داشتند و ارتباط روان سالمندان با متغیرهای حمایت خانوادگی، پایگاه اقتصادی-اجتماعی، وضعیت تأهل، حضور فرزندان در خانه و میزان فعالیت‌های روزمره تأیید شده است و براساس تحلیل رگرسیون، وضعیت تأهل، قوی‌ترین متغیری است که سلامت روان را پیش‌بینی می‌کند و متغیرهای میزان فعالیت‌های روزمره و حضور فرزندان در خانه، رتبه‌های بعدی را به خود اختصاص می‌دهد.	۱۳۹۰	پهلوان‌زاده و جارللهی
با توجه به نقطه برش تعیین شده، یافته‌ها نشان می‌داد که ۲۹/۸ درصد از پاسخ‌گویان مطالعه مشکوک به درجانی از اختلال در سلامت روان هستند و همچنین با متغیرهای سن بیشتر و تعداد سال‌های تحصیل بیشتر رابطه معنی‌دار وجود داشت.	۱۳۹۴	طاووسی و همکاران
رای انجام این امر، ۱۸۴۹ نفر فرد شاغل در یک پروژه براساس نوع قرارداد، شامل: قرارداد دائمی، موقتی و بدون قرارداد و شامل افراد مهاجر و بومی در اسپانیا بود مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان می‌داد که نوع قرارداد روی سلامت روان هر دو گروه افراد جامعه تأثیرگذار است.	۲۰۱۰	سوسا و همکاران
نتایج نشان می‌دهد که مهاجران فیلیپینی در گذار از یک جامعه جمع‌گرا به جامعه فردگرا، به مشکلات و فشارهای روانی و عاطفی گرفتار می‌شوند. همچنین، حمایت‌های اجتماعی همچون: پیوندهای مشترک، مثل هویت فرهنگی، زبان و علائق مشترک، می‌توانند در سازگاری آن‌ها و سلامت روانی نقش مهمی داشته باشد.	۲۰۰۲	تامپسون و همکاران
برای انجام این امر، ۱۸۴۹ نفر فرد شاغل در یک پروژه براساس نوع قرارداد، شامل: قرارداد دائمی، موقتی و بدون قرارداد و شامل افراد مهاجر و بومی در اسپانیا بود، مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان می‌داد که نوع قرارداد بر سلامت هر دو گروه افراد جامعه تأثیرگذار است.	۲۰۱۰	سوسا و همکاران
نتایج نشان می‌داد که فقر سلامت روان در بین جمعیت ۱۵ سال به بالا در مناطق حاشیه‌نشین رایج است و براساس آن، محیط اجتماعی - فیزیکی به‌طور معناداری با وضعیت سلامت افراد در ارتباط است.	۲۰۱۱	گرومیر

ادامه جدول ۱

نتایج نشان می‌داد که اگر سرمایه اجتماعی افزایش یابد، افسردگی کاهش می‌یابد و سرمایه اجتماعی در یک فرایند پیچیده به عنوان تعیین کننده اجتماعی می‌تواند سلامت را تبیین کند.	۲۰۱۱	سونگ
زنان سیاه سیگاری در مقابل زنان دیگر، در معرض نشانه‌های اختلالات روانی بیشتری هستند و بعد از کنترل کردن سایر متغیرهای اقتصادی-اجتماعی، این ارتباط از لحاظ آماری معنی‌دار بود؛ به علاوه زنان سیاه‌پوست زیر سطح فقر، بیش از ۳ برابر بیشتر از زنان بالای خط فقر به نشانه‌های اختلال روان مبتلا هستند.	۲۰۱۷	آموتا-آنکاگاد
نتایج نشان می‌داد که عوامل جمعیتی، اقتصادی، محیطی، رویدادهای زیستی و عوامل فرهنگی و اجتماعی روی اختلالات روانی مؤثر است.	۲۰۱۸	لاند و همکاران
نتایج تحقیق نشان داد که سن، وضعیت تحصیلی، مدت ازدواج، تعداد بارداری، آگاهی از روش‌های پیشگیری از بارداری، مخالفت با استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و تماس با پرستار کمکی ماما (ANM) به طور مستقل ارتباط معنی‌داری با نیاز برآورده نشده به خدمات تنظیم خانواده نشان می‌دهد.	۲۰۲۰	Yadav et al
نتایج نشان می‌دهد که علت عمده سقط جنین القایی، فقر است، از جمله مواردی مانند بزرگی خانواده و فشار خانواده به دلیل بار اقتصادی، ترجیح فرزند پسر، انگ اجتماعی و گاهی به دلیل انتخاب شریک زندگی. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که سقط جنین یک تجربه آسیب‌زا است که شامل مرگ عمدی یک کودک متولد نشده است. همچنین کشف شده است که زنان سقط جنین، احساس اندوه، شرم، اندوه و افسردگی را تجربه می‌کنند.	۲۰۲۰	Iftikhar, & Nasreen
یافته‌های حاصل از مقالات تحلیلی موضوعی مختلف بر نیاز به بهبود برنامه‌ریزی، حمایت و سیاست‌گذاری که ساکنان زاغه‌های شهری را هدف قرار می‌دهد، تأکید می‌کند. نتیجه می‌گیریم که چشم‌انداز طولی سیستم نظارت بهداشتی و جمعیتی شهری ناپروبی یک پلتفرم حیاتی برای ارائه درک دقیق‌تر از تغییرات در سلامت و وضعیت اجتماعی-اقتصادی ساکنان زاغه شهری باقی می‌ماند و اجازه می‌دهد تا در داخل شهر و درون شهری توضیح داده شود.	۲۰۲۰	Wamukoya et al

مأخذ: نگارندگان براساس منابع قابل دسترس، ۱۴۰۰

روش تحقیق

به منظور روایی پرسشنامه از روش اعتبار ظاهری استفاده شد که از این تعداد ۲۵۷ پرسشنامه قابل استناد بودند. مطابق با نظر استادان و متخصصان پس از چند مرحله اصلاح و بازنگری به عمل آمد. برای تعیین پایایی پرسشنامه؛ پیش‌آزمون با ۲۵ پرسشنامه انجام شد و مقدار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴۵ به دست آمد که نشان از اعتبار پرسشنامه طراحی شده داشت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری‌های توصیفی (فراوانی و نرمال بودن)، استنباطی (شامل آزمون t دو نمونه مستقل) و برای بررسی تأثیر عوامل مؤثر بر سلامت روان از مدل لاجیت ترتیبی استفاده شده است. جدول ۲ توزیع نمونه پرسشنامه‌ها در کلان‌شهر مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

تحقیق حاضر از نظر ماهیت از نوع تحقیقات کمی و از لحاظ هدف، از نوع تحقیقات کاربردی و از لحاظ گردآوری داده‌ها جزو تحقیقات توصیفی و پیمایشی (میدانی) است، همچنین از نظر زمان، این تحقیق مقطعی بوده و داده‌ها در دوره زمانی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ گردآوری شده‌اند. جامعه آماری شامل زنان چهار کلان‌شهر (تهران، مشهد، تبریز و کرمانشاه) است که جمعیت نهایی برابر است با ۷۱۵۱۲۸۹ است و براساس فرمول کوکران ۳۸۲ تعداد نمونه انتخاب شدند و پرسشنامه به صورت تصادفی بین جامعه آماری توزیع و پخش شد. یعنی در بازدید میدانی به هر ۱۰ خونه که رسیدم، یک پرسشنامه به سرپرستان خانوار ارائه شد و از آن سؤالات پرسیده شد.

جدول ۲: تعداد نمونه در مناطق مورد مطالعه

نام شهر	تهران	مشهد	تبریز	کرمانشاه
حجم جامعه	۴۳۶۹۵۵۱	۱۵۰۲۸۹۷	۸۰۳۵۶۶	۴۷۵۲۷۵
تعداد نمونه	۱۳۰	۶۸	۳۱	۲۸

مأخذ: نگارندگان، ۱۴۰۰

در جدول ۳ به شاخص‌های مورد استفاده در تحقیق اشاره شده‌است که شامل تسهیلات شهری، تأسیسات و تجهیزات شهری و شاخص‌های مسکونی اشاره شده‌است.

$$n = \frac{N * t^2 * p * q}{N * d^2 + t^2 * p * q} \cong 384$$

جدول ۳: شاخص‌های سنجش مورد مطالعه

شاخص	متغیر	شاخص	محاسبه		
عوامل مؤثر بر سلامت روان	تسهیلات شهری	مراکز بهداشتی	سرپرست خانواده سن مدت اقامت در محل زندگی به سال منطقه مورد زندگی تحصیلات همسر شهر محل زندگی وضعیت تأهل زیربنا پس‌انداز		
		مراکز تفریحی			
		مراکز آموزشی			
	شبکه تأسیسات و تجهیزات زیربنایی	مجاورت به منابع آلودگی (اسمی بله و خیر است)		عوامل اقتصادی	
		سیستم خنک‌کننده و گرم‌کننده مناسب (اسمی نام سیستم است)			
		داشتن توالی بهداشتی مستقل			
		رنگ ساختمان و وضعیت نور			
	عوامل کالبدی	تهویه		کرایه	(متوسط اجاره ماهیانه واحد مسکونی در مناطق حاشیه) / (متوسط اجاره ماهیانه واحد مسکونی در متن اصلی شهر)
				امکانات و وسایل فردی	واحد مسکونی در متن اصلی شهر)
	شاخص مسکن	تراکم نفر در واحد مسکونی		(تعداد افراد خانواده) / (مترای واحد مسکونی)	
تراکم خانوار		(تعداد خانواده) / (مترای واحد مسکونی)			
سلامت روان	<p>طی یک ماه گذشته روحیه شاد و خوبی داشته‌ام  طی یک ماه گذشته احساس آرامش و راحتی کرده‌ام  طی یک ماه گذشته احساس فعال و پرانرژی بودن داشته‌ام  طی یک ماه گذشته با نشاط و آسودگی از خواب بیدار شده‌ایم  طی یک ماه گذشته زندگی روزمره‌ام سرشار از چیزهای مورد علاقه من بوده‌است</p>				

مأخذ: نگارنده براساس منابع قابل دسترس، ۱۴۰۰

## مدل لاجیت

در این پژوهش از الگوی لاجیت چندگانه استفاده شده است، الگوی لاجیت چندگانه زمانی به کار می رود که متغیر وابسته  $Y$  به صورت اسمی بوده و دارای بیش از دو طبقه است. همان طور که بیان شد، متغیر وابسته در این تحقیق ۳ حالت به خود می گیرد و از آنجا که ترتیب گزینه‌ها اهمیت خاصی دارد، از رگرسیون لاجیت ترتیبی استفاده شد. برای اطمینان بیشتر از به کار بردن مدل لاجیت ترتیبی از آزمون رگرسیون موازی (آزمون برنت و آزمون نسبت راست‌نمایی) بهره گرفته شد. رگرسیون‌های موازی، منطقی بودن فرضیه برابری پارامترها را برای همه گروه‌ها ارزیابی می کند (نصرتی و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۳۸). در الگوهای لاجیت از تابع توزیع تجمعی لاجستیک استفاده می شود. ساختار الگوی لاجیت چندگانه به صورت زیر است:

$$B_M = (B_{BOM}, B_{1M}, \dots, B_{KM})$$

برای ساختن الگوی احتمال برای لاجیت چندگانه از رابطه ذیل استفاده می شود.

$$pr = (Y_i = m | x) = \frac{\exp(X_i \beta)}{\sum_{j=1}^j X_i \beta_j}$$

این رابطه بیان می کند احتمال آنکه متغیر وابسته  $Y$  به شرط برداری از متغیرهای مستقل  $X$  مقداری مانند  $m$  به خود بگیرد، برابر است با تابع نمایی متغیرهای مستقل ضرب در پارامترهای تقسیم بر مجموع آن‌ها. از آنجا که الگوهای لاجیت از نوع الگوهای گسسته هستند، در فرایند برآورد آن‌ها از لگاریتم تابع درست‌نمایی استفاده می شود که در رابطه زیر نشان داده شده است.

$$\ln((\beta_2, \dots, \beta_j, y, x)) = \sum_{m=1}^j \sum_{y_i=m} \frac{\exp(X_i \beta)}{\sum_{j=1}^j X_i \beta_j}$$

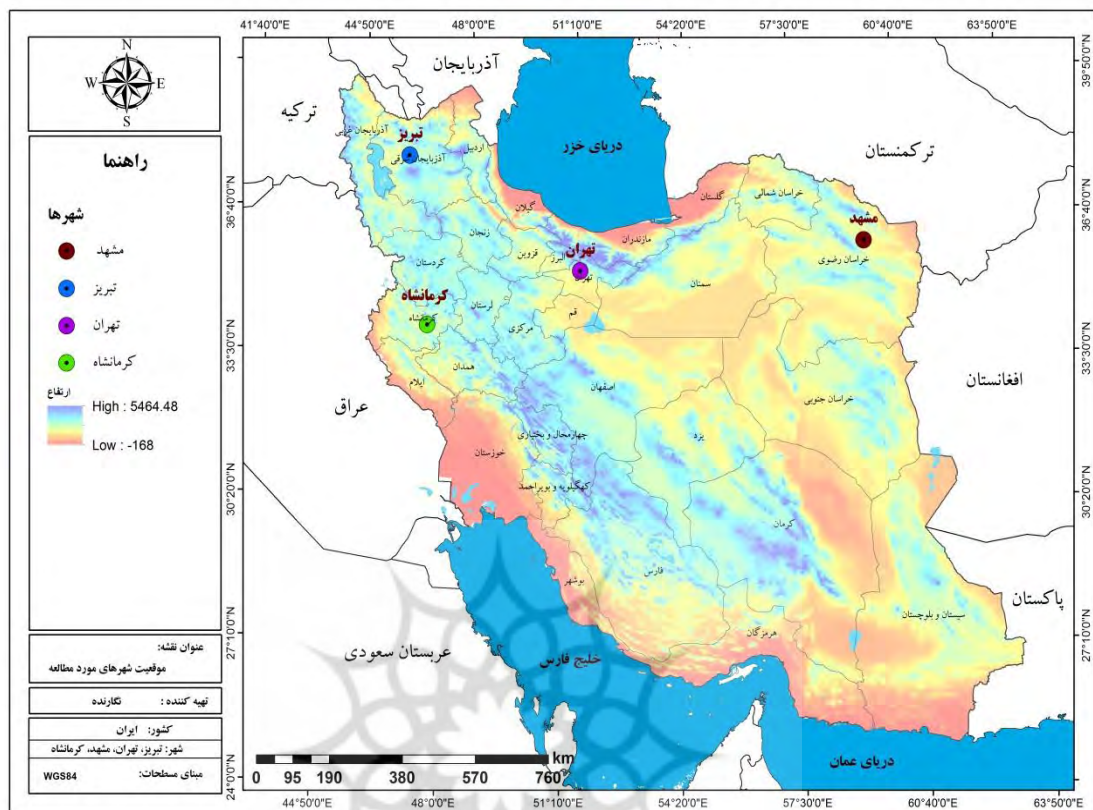
در صورتی که رابطه بالا را حداکثر کنیم، مقادیر پارامترها برای متغیرهای  $X$  به دست خواهد آمد. برای ارزیابی اثرات تغییر در هر یک از متغیرهای مستقل روی سلامت روان از رابطه ذیل نسبت به متغیر مورد بررسی مشتق جزئی می گیریم.

$$\frac{\partial pr}{\partial X_k} = ((y = m | x)) = pr$$

و بدین ترتیب می توان مشتقات جزئی که بیان گر میزان تأثیرگذاری هر یک از متغیرها است را محاسبه کرد (محمدی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۶).

## منطقه مورد مطالعه

منطقه مورد این پژوهش شامل شهرهای تهران، مشهد، تبریز و کرمانشاه است که از مهم ترین کلان شهرهای ایران است و از نظر موقعیت نسبی در مرکز، شمال غربی، شرق و جنوب غربی واقع شده اند. شهر تهران براساس سرشماری سال ۱۳۹۵، حدود ۱۷۴۷۰۰۰ نفر جمعیت دارد که حدود ۱۷۴۷۰۰۰ حاشیه نشین است و این معادل با ۲۰ درصد از جمعیت این شهر است. شهر مشهد بالغ بر ۳۳۷۲۶۶۰ نفر جمعیت که حدود ۱۰۱۱۷۹۸ آن حاشیه نشین هستند و معادل با ۳۰ درصد از کل جمعیت شهری است. شهر تبریز که در سال ۱۳۹۵ بالغ بر ۱۷۷۳۰۳۳ نفر جمعیت دارد حدود ۵۰۰۰۰۰ آن حاشیه نشین هستند که معادل با ۲۸ درصد از این شهر است و در نهایت شهر کرمانشاه است که بالغ بر ۱۰۸۳۸۳۳ نفر جمعیت دارد که ۳۵۷۶۶۴ نفر آن حاشیه نشین است که معادل با ۳۳ درصد از جمعیت این شهر است؛ بنابراین این کلان شهرها با چالش های مختلفی در ابعاد اقتصادی، اجتماعی، کالبدی و به خصوص بهداشت محیط روبه رو هستند.



شکل ۲: نقشه موقعیت کلان شهرهای مورد مطالعه

تهیه و ترسیم: نگارندگان، ۱۳۹۹

**یافته‌های تحقیق**

در این بخش به بررسی شاخص‌های توصیفی پاسخگویان از نظر سن و تحصیلات، وضعیت تأهل و اجازه‌دهندگان زنان در مناطق مورد مطالعه اشاره شده است. در جدول (۴) به ویژگی‌های توصیفی پاسخ‌دهندگان زنان در مناطق مورد مطالعه اشاره شده است.



جدول ۴: ویژگی‌های توصیفی پاسخگویان

متغیر	نتایج		بررسی	متغیر	نتایج		بررسی
وضعیت تاهل	تاهل	۶۲٫۶	با توجه به آنچه در جدول قابل مشاهده است، در توزیع فراوانی افراد نمونه براساس سن در گروه سنی ۱۵ تا ۲۵ سال ۱۵٪ درصد، در گروه سنی (۲۶-۳۵) سال ۴۵٪ درصد، در گروه سنی (۳۶-۴۵) سال ۲۰٪ درصد، در گروه سنی (۴۶-۵۰) سال ۱۹٪ درصد و در گروه سنی بالای ۵۰ سال ۱۰٪ درصد قرار دارند.	تخصیلات	بی سواد	۱٫۹	با توجه به آنچه در جدول قابل مشاهده است، توزیع افراد جامعه نمونه در شهرهای مورد مطالعه از نظر سطح سواد و تحصیلات مطابق با جدول مذکور قابل بررسی است. وضعیت تحصیلات افراد برحسب پنج سطح بی سواد، ابتدایی، متوسطه، دیپلم و کارشناسی و بالاتر ارزیابی شده است. همان طور که از جدول مذکور توزیع درصد فراوانی برمی آید، سطح تحصیلات دیپلم با ۳۸٫۵ درصد بیشترین افراد پرسش شونده را تشکیل می دهند. در مرتبه بعد سطح تحصیلات کارشناسی و بالاتر با ۳۲٫۳ درصد قرار می گیرد. سطح تحصیلات ابتدایی با ۱۰٫۹ درصد و بی سواد با ۱٫۹ درصد کمترین تعداد افراد پاسخگو را در بر می گیرند.
	مجرد	۲۵٫۳			ابتدایی	۱۰٫۹	
	مطلقه	۱۱٫۷			متوسطه	۱۴٫۰	
	مجموع پاسخ	۹۹٫۶			دیپلم	۳۸٫۵	
	بدون پاسخ	۰٫۴			کارشناسی و بالاتر	۳۲٫۳	
	مجموع	۱۰۰٫۰			مجموع پاسخ دهندگان	۹۷٫۷	
					مجموع	۱۰۰٫۰	
اجاره منزل	۲۰۰ تا یک میلیون	۹٫۷	با توجه به آنچه در جدول قابل مشاهده است، در توزیع فراوانی اعضای نمونه براساس وضعیت تأهل، ۶۲٫۶ درصد پاسخگویان متأهل، ۲۵٫۳ درصد مجرد و ۱۱٫۷ درصد مطلقه هستند.	اجاره منزل	یک تا دو میلیون	۱۲٫۱	
	دو تا سه میلیون	۵٫۸			سه تا چهار میلیون	۶٫۷	
	چهار تا پنج میلیون	۴٫۷			بیشتر از پنج میلیون	۴۲	
	بدون پاسخ	۵۸			بدون پاسخ	۵۸	
	مجموع پاسخ	۱۰۰٫۰			مجموع پاسخ	۱۰۰٫۰	

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۹

افراد خانواده و محل اقامت زندگی آنها پرداخته شده است.

در جدول (۵) به ویژگی‌های توصیفی پاسخگویان از نظر وضعیت خانوارها از نظر واحدهای مسکونی، تعداد

جدول ۵: ادامه ویژگی‌های توصیفی پاسخ‌گویان

متغیر	نتایج	بررسی	متغیر	نتایج	بررسی	
خانواده در این واحد مسکونی زندگی می‌کنند	۱	۸۷,۲	تعداد افراد خانواده	۱	بر اساس یافته‌های جدول (بیشترین تعداد خانواده ساکن در واحد مسکونی بدین ترتیب است که در واحد مسکونی اکثریت پاسخ‌گویان یعنی ۸۷,۲ درصد فقط یک خانواده زندگی می‌کنند و در واحد مسکونی کمترین پاسخ‌گویان (۰,۴ درصد) ۱۱,۸, ۶ و ۱۵ خانواده زندگی می‌کنند.	
	۲	۱,۹		۲		۱,۹
	۳	۰,۸		۳		۰,۸
	۴	۱,۹		۴		۱,۹
	۵	۰,۸		۵		۰,۸
	۶	۰,۴		۶		۰,۴
	۷	۰,۴		۷		۰,۴
	۸	۰,۴		۸		۰,۴
	۹	۰,۴		۹		۰,۴
	۱۰	۰,۴		۱۰		۰,۴
	۱۴	۰,۴		۱۴		۰,۴
	مجموع	۹۵,۷		مجموع		۹۵,۷
	بدون پاسخ	۴,۳		بدون پاسخ		۴,۳
مجموع	۱۰۰,۰	مجموع	۱۰۰,۰			
تحصیلات همسر	بی‌سواد	۱,۲	مطابق با جدول، توزیع فراوانی سطح تحصیلات همسر نشان می‌دهد، سطح تحصیلات دبیرم با ۲۶,۵ درصد بیشترین افراد پرورش‌شده را تشکیل می‌دهند، در مرتبه بعد سطح تحصیلات کارشناسی و بالاتر با ۲۲,۲ درصد قرار می‌گیرد. سطح تحصیلات ابتدایی و متوسطه با ۸,۲ درصد و بی‌سواد با ۱,۲ درصد کمترین تعداد افراد پاسخ‌گو را در بر می‌گیرند.			
	ابتدایی	۸,۲				
	متوسطه	۸,۲				
	دیپلم	۲۶,۵				
	کارشناسی و بالاتر	۲۲,۲				
	مجموع پاسخ‌دهندگان	۶۶,۱				
	بدون پاسخ	۳۳,۹				
	مجموع	۱۰۰,۰				
چند سال در این منطقه سکونت دارید	کمتر از ۵ سال	۳۲,۲	مدت اقامت در منطقه محل زندگی			
	۵ تا ۱۰ سال	۲۶,۵				
	۱۰ تا ۱۵ سال	۳۶,۲				
	مجموع دهندگان	۹۴,۹				
	بدون پاسخ	۵,۱				
	مجموع	۱۰۰,۰				
	چند سال در این منطقه سکونت دارید	درصد				
همان‌گونه که یافته‌های جدول نشان می‌دهد اکثریت پاسخ‌گویان برابر با ۳۳,۵ درصد تعداد افراد خانواده‌شان ۴ نفر است. همچنین کمترین پاسخ‌گویان برابر با ۰,۴ درصد تعداد افراد خانواده‌شان ۱۰, ۹, ۸, ۷ و ۱۰, ۹, ۸, ۷ نفر است.	۵,۸	۱	تعداد افراد خانواده			
	۱۴,۶	۲				
	۲۸,۴	۳				
	۳۳,۵	۵				
	۱۴,۶	۶				
	۲,۷	۷				
	۰,۴	۸				
	۰,۴	۹				
	۰,۴	۱۰				
	۰,۴	۱۴				
مجموع	۹۹,۶	مجموع	۹۹,۶			
بدون پاسخ	۰,۴	بدون پاسخ	۰,۴			
مجموع	۱۰۰,۰	مجموع	۱۰۰,۰			
محل زندگی شان سکونت داشته‌اند، ۲۶,۵ درصد پاسخ‌گویان بین ۵ تا ۱۰ سال، ۳۶,۲ درصد پاسخ‌گویان بین ۱۰ تا ۱۵ سال در منطقه محل زندگی شان سکونت داشته‌اند.	درصد	چند سال در این منطقه سکونت دارید				
	۳۲,۲	کمتر از ۵ سال				
	۲۶,۵	۵ تا ۱۰ سال				
	۳۶,۲	۱۰ تا ۱۵ سال				
	۹۴,۹	مجموع پاسخ دهندگان				
	۵,۱	بدون پاسخ				
	۱۰۰,۰	مجموع				
۳۲,۲ درصد پاسخ‌گویان کمتر از ۵ سال در منطقه محل زندگی شان سکونت داشته‌اند، ۲۶,۵ درصد پاسخ‌گویان بین ۵ تا ۱۰ سال، ۳۶,۲ درصد پاسخ‌گویان بین ۱۰ تا ۱۵ سال در منطقه محل زندگی شان سکونت داشته‌اند.	درصد	چند سال در این منطقه سکونت دارید				

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۹

پس اندازه آنها پرداخته شده است که ملاحظه می‌کنید.

در جدول (۶) به ویژگی‌های توصیفی پاسخ‌گویان از نظر محل تولد و شهر محل زندگی و ملیت و میزان

جدول ۶: ادامه ویژگی‌های توصیفی پاسخ‌دهندگان

متغیر	نتایج		بررسی	متغیر	نتایج		بررسی		
	محل تولد	درصد			محل تولد	درصد			
یکی بودن شهر محل تولد و شهر محل زندگی	محل تولد	درصد	با توجه به جدول ۲۵،۳ درصد پاسخگویان شهر محل زندگی شان با شهر محل تولدشان یکی نیست، ۹،۳ درصد پاسخگویان از روستا به شهر محل زندگی شان مهاجرت کرده‌اند و ۱۷،۵ درصد از سایر شهرها به این شهرهای محل زندگی مهاجرت کرده‌اند	ملیت	محل تولد	درصد	در توزیع فراوانی اعضای نمونه براساس یکی بودن شهر محل تولد و شهر محل زندگی، ۷۳،۹ درصد شهر محل تولدشان با محل تولدشان یکی بوده و ۲۵،۳ درصد پاسخگویان متفاوت بوده‌اند		
		بلی			۷۳،۹			بلی	۷۳،۹
		خیر			۲۵،۳			خیر	۲۵،۳
		مجموع پاسخ‌دهندگان			۹۹،۲			مجموع پاسخ‌دهندگان	۹۹،۲
		مجموع			۱۰۰،۰			مجموع	۱۰۰،۰
محل تولد	مصلح به کاررفته در ساخت خانه مسکون	محل تولد	درصد	پس‌انداز	در ماه چقدر پس‌انداز دارد	درصد	در توزیع فراوانی اعضای نمونه براساس یکی بودن شهر محل تولد و شهر محل زندگی، ۷۳،۹ درصد شهر محل تولدشان با محل تولدشان یکی بوده و ۲۵،۳ درصد پاسخگویان شهر محل تولد با شهر محل تولد متفاوت بوده‌اند		
			شهر		۸۰،۵			کمتر از ۵۰۰ هزار	۱۰،۱
			روستا		۱۶،۰			یک تا ۵۰۱ میلیون	۲۸،۰
			مجموع پاسخ‌دهندگان		۹۶،۵			یک تا دو میلیون	۳۸،۵
			بدون پاسخ		۳،۵			دو تا سه میلیون	۱۲،۸
			مجموع		۱۰۰،۰			بیشتر از سه میلیون	۳،۹
								مجموع پاسخ‌دهندگان	۹۳،۴
								بدون پاسخ	۶،۶
								مجموع	۱۰۰،۰
براساس یافته توزیع فراوانی میزان پس‌انداز در ماه نشان می‌دهد، اکثر پاسخگویان برابر با ۳۸،۵ درصد بین یک تا دو میلیون تومان در ماه پس‌انداز دارند و کمترین پاسخگویان برابر با ۳،۹ درصد میزان پس‌اندازشان در ماه بیشتر از ۳ میلیون تومان است.									

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۹

## بررسی نرمال بودن متغیرها

با توجه اینکه شاخص‌های پژوهش از ترکیب گویه‌هایی در قالب طیف لیکرت ایجاد شده‌اند و مقیاس آن‌ها از ترتیبی به مقیاس فاصله‌ای تغییر یافت (اصغرپور ماسوله، ۱۳۹۲: ۲۲) به‌منظور بررسی نرمال بودن توزیع آن‌ها از مقدار خطای استاندارد ضرایب کشیدگی و چولگی استفاده شده است. بدین شکل که اگر مقدار این خطا کمتر از ۲- یا بیشتر از ۲+ باشد، فرض نرمال بودن توزیع شاخص‌ها رد می‌شود (حبیب‌پور

و صفری، ۱۳۹۵: ۱۹۱-۱۹۰) همچنین چنانچه مقدار ضرایب چولگی و کشیدگی شاخص‌های تحقیق بین ۱,۵- و ۱,۵+ باشد نیز توزیع شاخص‌های پژوهش نرمال است (جدول ۷). با توجه به آنچه در جدول ۵ نیز قابل مشاهده است، توزیع همه شاخص‌های تحقیق نرمال است؛ بنابراین برای آزمون‌های مورد استفاده در پژوهش حاضر از آزمون‌های پارامتریک استفاده می‌شود.

جدول ۷: نتایج آزمون نرمال بودن

نتیجه آزمون	کشیدگی		چولگی		Missing	تعداد نمونه	شاخص
	خطا	ضریب	خطا	ضریب			
Skewness & Kurtosis							
تایید نرمال بودن	۰,۱۵۰	۱,۰۹۲-	۰,۰۷۵	۰,۲۱۰	۱۱۹	۱۰۵۹	کالبدی

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۹

نمونه مستقل با فرض عدم برابری واریانس‌ها و در غیر این صورت آزمون مزبور با فرض برابری واریانس انجام می‌شود؛ بنابراین با توجه به جدول ۸ درباره وضعیت سلامت روان زنان شهر در متن و حاشیه شهرهای مورد مطالعه فرض عدم برابری واریانس‌ها در نظر گرفته می‌شود.

برای مقایسه میانگین وضعیت سلامت روان زنان شهر و با توجه به دارا بودن مفروضات از آزمون T دو گروه مستقل، استفاده شده است؛ بنابراین در مرحله اول لازم است برابری واریانس‌ها با استفاده از آزمون Levene (لون) مورد بررسی قرار گیرد. در عین حال اگر سطح معنی‌داری آزمون Levene کوچک‌تر از مقدار ۰/۰۵ ( $Sig > 0.05$ ) باشد، آزمون T دو

جدول ۸: مقایسه میانگین وضعیت سلامت روان زنان شهر (متن و حاشیه شهرهای مورد مطالعه)

t-test for Equality of Means			Levene's Test for Equality of Variances		انحراف معیار	میانگین	وضعیت شهر	شاخص
میزان معناداری	درجه آزادی	آماره t	میزان معناداری	آماره F				
۰,۰۰	۲۰۰,۷۱	۴,۴۰	۰,۰۰	۲۲,۵۴	۱,۲۰	۲,۷۹	متن اصلی	وضعیت سلامت روان زنان شهر
					۰,۸۱	۲,۲۲	حاشیه	

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۹

و حاشیه شهرهای مورد مطالعه است؛ بنابراین ابتدا در این بخش متغیرهای مورد مطالعه در مدل لاجیت مورد بررسی قرار می‌گیرند: که در آن تعداد مشاهدات (Obs)، میانگین (Mean)، انحراف معیار (Std.Dev)، بیشترین مقدار (Max) و کمترین مقدار (Min) نشان داده شده است. حال به برآورد مدل لاجیت پرداخته می‌شود.

در ادامه با توجه به آنچه در جدول ۹ مشاهده می‌شود، وضعیت سلامت روان زنان شهر در متن اصلی شهر نسبت به حاشیه شهر بهتر است. همچنین با توجه به میزان معناداری به‌دست آمده که در جدول مذکور قابل مشاهده است، برای این مقدار کمتر از مقدار ۰,۰۵ به‌دست آمده است، معنادار بوده که این نشان‌دهنده وجود تفاوت در بین این دو گروه در سطح اطمینان نود و پنج درصد است که نشان‌دهنده وجود تفاوت معنادار وضعیت سلامت روانی زنان شهر در بین متن

جدول ۹: ویژگی‌های توصیفی متغیرهای مدل لاجیت

متغیر	مشاهده	میانگین	انحراف معیار	مینیمم	ماکسیمم
تحصیلات همسر	۱۶۱	۳/۹۰	۱/۰۵	۱	۵
فرد سرپرست خانوار	۲۰۰	۲/۵۲	۰/۵۹۲	۱	۵
تراکم نفر در واحد مسکونی	۲۳۰	۴/۵۵	۶۵/۹۸	۰	۱۰۰۰
تراکم خانوار در واحد مسکونی	۲۳۸	۰/۰۵۶	۰/۱۹۷	۰/۰۱	۳
شهر محل سکونت	۲۴۱	۱/۸۵	۱/۰۳	۱	۴
منطقه مورد زندگی	۲۴۱	۱/۴۸	۰/۵۰	۱	۲
محل اقامت در محل زندگی به سال	۲۲۹	۲/۰۴	۰/۵۹۲	۱	۳
زیربنا	۲۳۹	۹۸/۹۳	۶۵/۹۸	۰	۴۰۰
شبکه تأسیسات و تجهیزات زیربنایی	۲۴۱	۲/۲۷	۰/۸۴۹	۱	۵
تسهیلات شهری روبنایی	۲۴۱	۴/۰۹	۰/۷۳۰	۰	۶
وضعیت تأهل	۲۴۰	۱/۴۹	۰/۶۹	۱	۳
سن	۲۴۰	۳۵/۴۲	۱۰/۷۶	۱۶	۶۱
کرایه منزل	۱۰۲	۳/۰۳	۵/۴۵	۰/۲	۵۵
پس‌انداز خانواده	۲۲۵	۰/۲۴۹	۱/۳۳	۰	۲۰۰۰
امکانات زندگی	۲۳۶	۴/۸۹	۰/۴۹	۱	۵

مأخذ: یافته‌های تحقیق: ۱۳۹۹

در جدول ۱۰ به بررسی اثرات عوامل مؤثر حاشیه‌نشینی بر سلامت زنان در منطقه مورد مطالعه پرداخته شده‌است.

جدول ۱۰: اثرات مدل لاجیت در سلامت زنان حاشیه‌نشین

LR chi2(15) = 44.79						
Prob > chi2 = 0.0001						
Log likelihood = -17.089631 Pseudo R2 = 0.5672						
Interval]	[95% Conf.	P> z	. z	. Std. Err.	Coef.	mental1
۱/۷۱	-۰/۶۳۵	۰/۲۲۴	۱/۲۲	۰/۸۵۳	۱/۰۳	تحصیلات همسر
-۰/۷۵۶	-۱۲/۹۲۶	۰/۰۲۸	-۲/۲۰	۳/۱۰	-۶/۸۴	فرد سرپرست خانواده
۶۶۶/۱۳	۱۶/۸۲۷	۰/۰۳۹	۲/۰۶	۱۶۵/۶۴	۳۴۱/۴۷	تراکم نفر در واحد مسکونی
-۲۸/۶۴	-۳۴۴/۵۴	۰/۰۲۱	-۲/۳۲	۸۰/۵۸	-۱۸۶/۵۹	تعداد نفر خانواده
-۰/۳۴۳	-۶/۵۲	۰/۰۲۹	-۲/۱۸	۱/۵۷	-۳/۴۳۲	شهر محل سکونت
۱/۱۹۹	-۷/۱۵	۰/۳۵۵	۰/۹۲	۰/۶۹۱	۰/۶۳۸	مدت اقامت در محل زندگی به سال
-۰/۱۲۴	-۶/۳۲	۰/۰۴۱	-۲/۰۴	۱/۵۸	-۳/۲۲	منطقه مورد زندگی
۰/۱۳۲	۰/۰۰۹	۰/۰۲۴	۲/۲۶	۰/۰۳۱	۰/۰۷۰	زیربنا
۱/۹۰	-۱/۶۰	۰/۸۶۷	۰/۱۷	۰/۸۹۶	۰/۱۵۰	شبکه تأسیسات و تجهیزات زیربنایی
۰/۲۸۳	-۰/۲۷۸	۰/۹۸۶	۰/۰۲	۰/۱۴۳	۰/۰۰۲	کرایه منزل
۷/۶۳	-۱/۴۱	۰/۵۵۸	-۰/۵۹	۵/۵۵	-۳/۲۶	پس‌انداز خانواده
۵/۶۵	۰/۳۹۷	۰/۰۲۴	۲/۲۶	۱/۳۴	۳/۰۲	امکانات زندگی
-۱/۰۱	-۸/۱۷	۰/۰۱۲	-۲/۵۲	۱/۸۲	-۴/۵۹	وضعیت تأهل
۰/۰۲۳	-۰/۲۹	۰/۰۹۵	-۱/۶۷	۰/۰۸۱	۰/۱۳۶	سن
۵/۸۶	-۲/۲۹	۰/۴۲۹	۰/۷۹	۲/۱۳	۱/۶۸	تسهیلات شهری روبنایی
۱۸/۳۰		-۴۳/۷۹		۱۵/۸۴	-۱۲/۷۴	cut1/
۲۳/۲۹		-۳۶/۸۵		۱۵/۳۴	-۶/۷۸	cut2/

Note: 1 observation completely determined. Standard errors questionable.

در شهرهای بزرگ‌تر بهتر است و برحسب شهر مورد مطالعه، ابتدا تهران، مشهد، تبریز و در نهایت کرمانشاه در وضعیت بالاتر قرار دارند. همچنین با افزایش تراکم افراد در خانواده، سلامت روان کاهش می‌یابد. در نهایت سلامت روان افراد در خانواده‌هایی که سرپرست خانواده بهتر است، در وضعیت بهتری قرار دارند تا در خانواده‌هایی که مادر یا سایر افراد خانواده سرپرستی خانواده را برعهده دارند.

متغیرهای تراکم خانوار در واحد مسکونی، مقدار زیربنای واحد مسکونی و امکانات زندگی از جمله متغیرهایی هستند که رابطه مثبت با سلامت روان دارند. به این معنی که با افزایش در مقدار آن‌ها، سلامت روان زنان در وضعیت بهتری قرار می‌گیرد. در نهایت می‌توان بیان داشت که متغیرهای تحصیلات همسر، مدت اقامت در منطقه مورد زندگی، شبکه تأسیسات روبنایی و زیربنایی، کرایه منزل و پس‌انداز رابطه‌ای با سلامت روان ندارد.

#### اثرات نهایی حاشیه‌نشینی بر سلامت زنان

همان‌گونه که بیان شد، از آن‌جا که معادلات برآورد شده در الگوی لاجیت چندگانه غیرخطی هستند، نمی‌توان مقادیر ضرایب را با عنوان تأثیرات نهایی متغیر توضیحی بر متغیر وابسته تفسیر کرد؛ بنابراین اثرات نهایی که پیش‌تر از این بیان شد، برای متغیرهای توضیحی در جدول ۱۰ که در پیوست قرار داده شده، محاسبه شده است.

در مدل لاجیت، ضرایب برآورد شده می‌تواند رابطه بین متغیر مستقل و توضیحی را نمایان سازد؛ اما معیاری که بتواند راهنمای بهتری برای تعیین میزان تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته باشد، معیار اثر نهایی متغیر است. مقدار آماره  $LIR$  در سطح احتمال ۵ درصد معنی‌دار است که حکایت از معنی‌داری کل رگرسیون دارد و در تفسیر آن می‌توان گفت که الگوی لاجیت از برازش خوبی برخوردار است و متغیرهای مستقل مورد استفاده در مدل میزان نسبتاً بالایی از تغییرات سلامت روان زنان شهرنشین را توضیح می‌دهد. جدول ۱۱ بیانگر میزان درصد احتمالی تأثیرگذاری عوامل و شاخص‌های مؤثر بر سلامت روان زنان شهری است شامل متغیرهای مورد استفاده شهر محل سکونت، امکانات زندگی، شبکه تأسیسات و تجهیزات زیربنایی، تسهیلات شهری روبنایی، مدت اقامت در محل زندگی به سال، سن، وضعیت تأهل، تراکم خانوار در واحد مسکونی، تراکم نفر در واحد مسکونی، منطقه مورد زندگی، (حاشیه و غیر از آن)، تحصیلات همسر، فرد سرپرست خانواده، کرایه منزل، پس‌انداز خانواده و امکانات زندگی است. متغیرهای سرپرست خانواده، تراکم نفر در واحد مسکونی، شهر محل اقامت، منطقه زندگی و وضعیت تأهل، از جمله شاخص‌هایی هستند که رابطه عکس با سلامت روان زنان دارند. به این معنی که افراد متأهل از سلامت روان بهتری نسبت به زنان مجرد برخوردارند و وضعیت سلامت روان افرادی که در متن شهر زندگی می‌کنند، نسبت به افراد حاشیه از وضعیت بهتری برخوردار است، سلامت روان

جدول ۱۱: اثرات نهایی مدل لاجیت

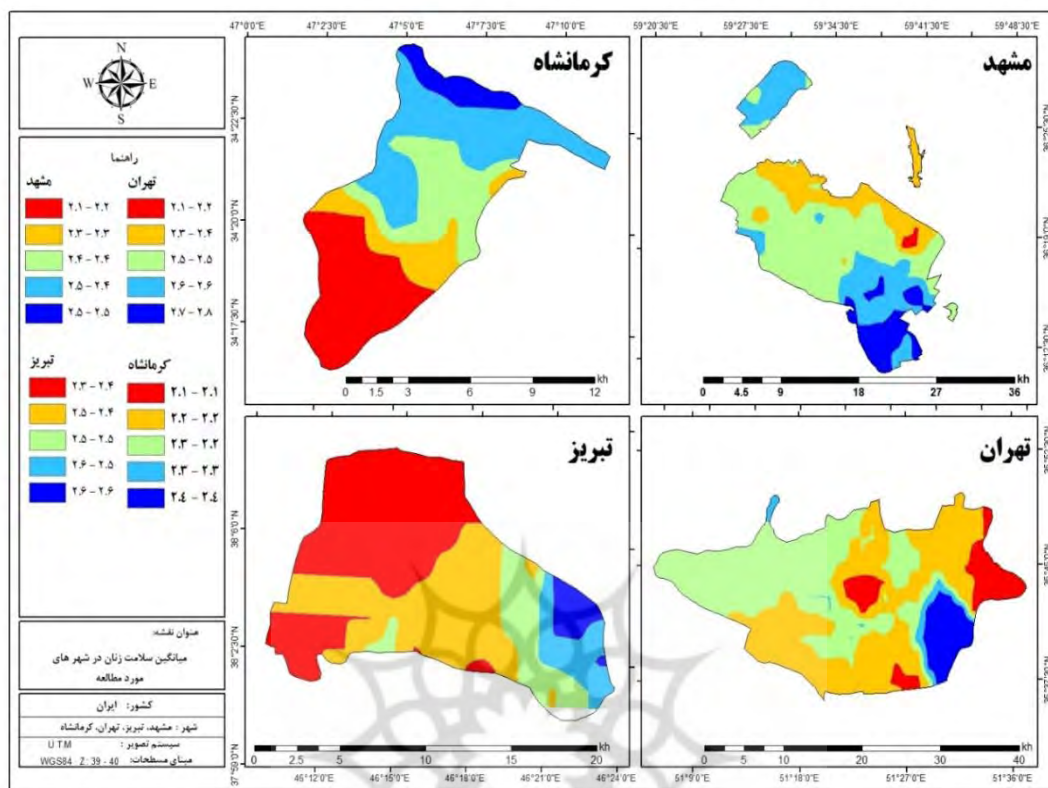
متغیر	سطح ۱	سطح ۲	سطح ۳
فرد سرپرست خانواده	۶۸۸۹۱۷۷.	۵۷۵۸۷۵۱.	-۰.۵۵۰۴۶۷.
تراکم خانوار در واحد مسکونی	۱۷,۸۴۴۱۲	۱۵,۸۱۶۰۵	-۲,۰۳۵۷۲۹
شهر محل اقامت	۳۵۲۷۱۱.	۲۸۴۲۵۳۹.	-۰.۳۲۴۹۸۱.
منطقه مورد زندگی	۳۵۱۹۴۳۷.	۲۵۸۵۹۶۶.	-۰.۲۹۱۱۴۲.
تأهل	۴۵۴۳۸۸۴.	۳۵۹۰۰۱۷.	-۱۱۷۳۶۵۷.
تراکم نفر در واحد مسکونی	-۸۲۹۵۴۲.	۹,۴۰۲۲۷۸	۵۳,۰۷۹۹۶
زیربنا	-۰۰۰۵۶۴۴.	۰۰۱۸۰۲۱	۰۱۰۲۱۴۴.
امکانات زندگی	-۰۱۳۹۵۵۶.	۰۶۵۰۴۷۲.	۴۱۷۶۵۴۵.

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۹

منفی دارند، مربوط به منطقه مورد زندگی است که تأثیر این تغییر با بهبود منطقه مورد زندگی سلامت روان را بهبود می‌بخشد. در بین متغیرهایی که اثر مثبت بر سلامت روان دارند. تراکم خانوار در واحد مسکونی تأثیر بیشتری دارد که به نظر می‌رسد این امر به دلیل روابط اجتماعی زیادی است که ساکنان با هم برقرار می‌کنند و مشارکت بیشتری که در آن‌ها ایجاد می‌شود، سلامت روان آن‌ها را بهبود می‌بخشد و کمترین مقدار تأثیر مثبت بر سلامت روان مربوط به متغیر مقدار زیربنا است.

همگی متغیرهای تأثیرگذار در سطح ۱ و ۳ معنی‌دار هستند؛ به این معنی که مقدار تأثیر متغیر مستقل بر سلامت روان در حالت بیماری و نرمال بودند تأثیرگذار است و مقدار تأثیر هرکدام از متغیرها در جدول ۱۰ نشان داده شده‌است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود در بین متغیرهای مستقل که اثر معکوس بر سلامت روان دارند بیشترین تأثیر مربوط به تراکم نفر در واحد مسکونی است که با افزایش آن مقدار سلامت روان بیشتر کاهش می‌یابد و دلیل آن وجود درگیری‌های خانوادگی با افزایش بیشتر جمعیت در خانواده است و کمترین اثر در بین متغیرهایی که بر سلامت روان اثر

۱. سطح ۱ = فرد بیمار است، سطح ۲ = فرد در مرز بیماری قرار دارد  
سطح ۳ = فرد از نظر سلامت روان در وضعیت نرمال قرار دارد



شکل ۳: نقشه سلامت زنان در شهرهای مورد مطالعه

تهیه و ترسیم: نگارندگان، ۱۳۹۹

## نتیجه

به طراحی پرسشنامه از گروه‌های مورد مطالعه شد، تفاوت در تعداد شاخص در بین گروه در منطقه مورد مطالعه به دلیل، تفاوت در سطح و نوع ارتباط آن‌ها با مناطق حاشیه‌نشینی در منطقه است. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها صورت گرفت و اقدام به تحلیل داده‌های توصیفی و داده‌های استنباطی شد. در سطح یافته‌های توصیفی به ویژگی‌های عمومی پاسخ‌گویان (سن، تحصیلات، تأهل، اجاره، تعداد خانواده در واحد مسکونی و تعداد افراد خانواده و... جامعه مورد مطالعه به صورت جداگانه پرداخته شد و یافته‌های استنباطی نیز از طریق آزمون‌های آماری مناسب براساس اهداف اقدام به تحلیل داده‌ها شد. یافته‌های تحقیق نشان داد که وضعیت سلامت جسمی زنان شهر در متن اصلی شهر نسبت به حاشیه شهر بهتر است. به طوری که میانگین متن اصلی

تبیین و تحلیل مسائل ارزیابی و سنجش وضعیت سلامت زنان حاشیه‌نشینی در کلان‌شهرهای ایران به عنوان نکته کلیدی است که به صورت یکپارچه باید به آن توجه ویژه شود؛ از این رو، بهبود مناطق حاشیه‌نشین دربرگیرنده نظام جامع از شاخص‌ها از نگاه‌های مختلف است که اساس تحقیق را تشکیل می‌دهد. برای این هدف در گام نخست در قالب روش‌شناسی به تعریف عملیاتی شاخص‌ها برای ارزیابی اهداف براساس مطالعات خارجی و داخلی پرداخته شد و شرایط و وضعیت موجود در منطقه مورد مطالعه انطباق داده شد که نتیجه آن برای زنان ۱۵ شاخص برای بررسی و تحلیل وضعیت سلامت روان حاشیه‌نشینی در نظر گرفته شد. سپس در ادامه برای سنجش معیارها، اقدام



مناطق حاشیه‌نشینی است و از سوی دیگر، ضعف دولتی در برنامه‌ها باعث شده‌است که دولت نتواند بستر زیرساخت‌های مناسب و کافی را برای جامعه زاعه‌نشین شهری به‌وجود آورد. در نتیجه مدیریت‌های دولتی، تأثیر قابل توجهی بر کارایی بخش مناطق زاعه نداشته‌است؛ بنابراین نتایج این تحقیق، نتیجه دیگر تحقیقات صورت گرفته را تأیید می‌کند، اما فرق آن‌ها در این است که برای اولین بار در کشور، چهار کلان‌شهر تهران، مشهد، تبریز و کرمانشاه از نظر سلامت زنان حاشیه‌نشین مورد بررسی قرار گرفته‌است و به این جمع‌بندی رسیدم که هر چهار کلان‌شهر حاشیه‌نشین با ضعف‌های ساختاری و اجتماعی روبه‌رو بوده‌اند و نتوانسته چالش‌های سلامت زنان حاشیه‌نشین را ارتقا دهند و هنوز با چالش‌ها و مشکلات زیادی روبه‌رو هستند؛ بنابراین با توجه به جمع‌بندی که در راستای ارزیابی سلامت روان زنان حاشیه‌نشین صورت گرفت، می‌توان پیشنهادهایی ارائه کرد که نیازمند توجه در برنامه‌ها و توسعه استانی در سطح شهرهای مورد مطالعه است.

### کلان‌شهر تهران

۱- انجام خدمات منطبق بر بسته خدمات شامل وظایف محوله به مراقب سلامت در برنامه‌های مختلف به تفکیک گروه‌های سنی و مادران که شرایط خیلی سختی نسبت به دیگر محلات دارند، در اولویت ویژه قرار گیرد.  
۲- سازمانی و اصلاح قوانین دست‌وپاگیر با توجه به رعایت مقررات دولتی و نیازهای بخش سلامت روان زنان در محلات حاشیه‌نشینی.

۳- بسط عدالت توزیعی و رفع تبعیض‌ها و محرومیت‌زدایی از طریق تخصیص بهینه و عادلانه منابع ارزشمند به مناطق حاشیه‌ای.

شهر از دیدگاه زنان با ۲/۷۹ و برای حاشیه شهری برابر با ۲/۲۲ است. همچنین با توجه به میزان معناداری به‌دست‌آمده نشان‌دهنده وجود تفاوت در بین دو گروه در سطح اطمینان نود و پنج درصد است که در بین متن و حاشیه شهرهای مورد مطالعه است؛ بنابراین با توجه به میزان معناداری به‌دست‌آمده که در جدول مذکور قابل مشاهده است، برای این مقدار کمتر از مقدار ۰/۰۵ به‌دست آمده‌است، معنادار بوده که این نشان‌دهنده وجود تفاوت در بین این دو گروه در سطح اطمینان نود و پنج درصد است که نشان‌دهنده وجود تفاوت معنادار وضعیت سلامت روانی زنان شهر در بین متن و حاشیه شهرهای مورد مطالعه است. همچنین یافته مدل لاجیت تأثیر حاشیه‌نشینی بر سلامت روان زنان را نشان داد و می‌توان بیان کرد که با افزایش حاشیه‌نشینی سلامت روان زنان در حالت اول (بیماری) ۳۵ درصد افزایش می‌یابد، اما در حالت مرز این متغیر بی‌تأثیر است و همچنین مقدار این متغیر در وضعیت سلامت روان نرمال مقدار ۰/۲۹ درصد است که نشان‌دهنده این موضوع است که اگر فرد در وضعیت نرمال سلامت روان باشد، میزان تأثیر حاشیه‌نشینی بر آن کمتر از حالت بیماری است. مقایسه نتایج این پژوهش با نتایج حاصل از عمده‌ترین مطالعات صورت گرفته در این راستا در کلان‌شهرهای تهران، مشهد، تبریز و کرمانشاه نشان می‌دهند که ضعف در سیاست‌گذاری ساختاری مناطق حاشیه‌نشین شهری است؛ به‌طوری‌که ربانی و همکاران (۱۳۹۰)، طاووسی و همکاران (۱۳۹۴)، پهلوان‌زاده و جاراللهی (۱۳۹۰)، سوسا و همکاران (۲۰۱۰)، گرومب (۲۰۱۱)، لاند و همکاران (۲۰۱۸) و یداو و همکاران (۲۰۲۰) و واموکویا و همکاران (۲۰۲۰)، به این نتیجه رسیدند که از یکسو، عوامل ساختاری-حمایتی از عوامل ضعف سیاست‌گذاری

### کلان‌شهر مشهد

۱- توجه و زمینه‌های ارتقای سلامت افراد مناطق حاشیه‌نشین (ناپایدار) را فراهم کنند و عدالت در سلامت از نظر دسترسی به خدمات، بهره‌مندی از خدمات ارائه‌شده و حفاظت مالی از آنان در بستر پوشش بیمه همگانی و بهبود کیفیت و کنترل قیمت خدمات سلامت مسیر شود.

۲- توجه زیرساخت‌های حاشیه‌نشینی مشهد که زاغه‌نشینی بیشتری را نسبت به دیگر کلان‌شهرها به خود اختصاص داده‌است، در اولویت برنامه‌های این شهر قرار گیرد.

۳- تدوین و اجرای قوانین شفاف، جامع و معقول مسکن در راستای توسعه حاشیه‌نشینی و سلامت شهری مناطق حاشیه‌نشین شهر مشهد.

۴- حذف هزینه مسکن از سبد هزینه خانوارهای کم‌درآمد که ساکن حاشیه‌نشین هستند.

### کلان‌شهر تبریز

۱- فرهنگ‌سازی و آموزش رایگان مردم برای مشارکت در بافت‌های حاشیه‌نشینی این شهر فراهم شود تا نسبت به رعایت مسائل بهداشتی اقدام کنند.

۲- توسعه امکانات زیربنایی و زیرساختی (بهداشتی) محلات محروم متناسب با جمعیت آن مناطق مورد مطالعه.

۳- آموزش مدیران و برنامه‌ریزان شهری به اهمیت و ضرورت توجه به اصول سیاست‌گذاری و برنامه‌های حاشیه‌نشینی شهری.

۴- اتخاذ رویکرد مشخص توانمندسازی در زمینه تأمین نیازهای ساکنان حاشیه‌نشینی.

### کلان‌شهر کرمانشاه

۱- تعیین و شناسایی دقیق خانوارهای هدف و نیازمند که در سطح پایین از زندگی و مسائل بهداشتی هستند.

۲- تعریف استاندارد زندگی با توجه به شرایط فرهنگی-اجتماعی و اقتصادی ساکنان مناطق حاشیه‌نشین و سکونتگاه‌های خودانگیخته.

۳- تأمین حداقل زیربنای استاندارد واحد مسکونی زندگی با توجه به شرایط فرهنگی-اجتماعی و اقتصادی شهروندان هدف طرح تأمین مسکن کم‌درآمدی شهری.

۴- ارائه تسهیلات و وام‌های ویژه به گروه‌های کم‌درآمد به منظور افزایش امکان خرید مسکن مناسب.

۵- افزودن بخش بزرگی از سکونتگاه‌های خودانگیخته به بافت فرسوده در جهت استفاده از تسهیلات ساخت و نوسازی و حل مشکلات مربوط به مالکیت آن‌ها.

## منابع

- اصغریور، ماسوله (۱۳۹۲). آمار مقدماتی برای علوم اجتماعی، چاپ اول. سنبله.
- <https://www.gisoom.com/book/1963043/>
- احمدی، یعقوب؛ مریم آقایی (۱۳۹۶). مطالعه جامعه‌شناختی اثر نظام ارزشی و ساختار قدرت در خانواده بر انحراف اجتماعی، مطالعه، سکونت‌گاه‌های حاشیه‌ای شهری نایسر سنج، مطالعات جامعه‌شناسی. سال هفتم. شماره بیست و چهارم. صفحات ۱-۳۰.
- <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=313351>
- حبیب‌پورگتایی، کرم؛ رضا صفری‌شالی (۱۳۹۵). راهنمای جامع کاربرد Spss در تخفیفات پیمایشی، چاپ هفتم. لویه. متفکران.
- <https://www.gisoom.com/book/11169336/>
- خدمتی‌مرصع، اسماعیل؛ محسن اسدی‌لاری؛ آمنه ستاره‌فروزان؛ سیدرضا مجدزاده؛ مهدی میرحیدری؛ سیدحمید نبوی (۱۳۹۱). نابرابری قابل‌اجتناب اقتصادی- اجتماعی در توزیع سلامت روان در شهر تهران: رویکرد استانداردسازی شاخص جمعی. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی. ۴(۳). صفحات ۳۲۰-۳۱۱.
- <http://journal.nkums.ac.ir/article-1-79-fa.html>
- ربانی، رسول؛ منصور حقیقتیان؛ جواد نظری؛ مریم قاسمی (۱۳۹۰). بررسی جامعه‌شناختی حاشیه‌نشینی و تأثیر آن بر بهداشت روان حاشیه‌نشینان (مطالعه موردی ارزنان و دارک)، زینبیه اصفهان. فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی- واحد شوشتر. سال پنجم. شماره ۱۴. صفحات ۱۲۶-۹۵.
- <https://www.magiran.com/paper/1634243>
- طاووسی، محمود؛ علی‌اصغر حائری‌مهریزی؛ اکرم هاشمی؛ فاطمه نقی‌زاده؛ علی منتظری (۱۳۹۵). وضعیت سلامت روان جمعیت شهری کشور: یک مطالعه ملی. پایش. سال پانزدهم. شماره ۳. صفحات ۲۳۹-۲۳۳.
- [https://payeshjournal.ir/browse.php?a\\_id=172&sid=1&slc\\_lang=fa](https://payeshjournal.ir/browse.php?a_id=172&sid=1&slc_lang=fa)
- پهلوان‌زاده، فرهاد؛ عذرا جارللهی (۱۳۹۰). بررسی تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت روان سالمندان روستایی، توسعه محلی (روستایی- شهری). شماره ۱. دوره سوم. صفحات ۸۴-۶۵.
- [https://jrd.ut.ac.ir/article\\_22838.html](https://jrd.ut.ac.ir/article_22838.html)
- محمدی، حسین؛ آزاده دوگانی؛ شهرام عیدی‌زاده (۱۳۹۴). کاربرد مدل لاجیت چندگانه در بررسی عوامل مؤثر بر آگاهی و مصرف ارگانیک (مطالعه موردی: مشهد)، فصلنامه فناوری‌های نوین غذایی. سال سوم. شماره ۲۰. صفحات ۹۹-۸۹.
- مرادی، سارا؛ منصور بیرامی؛ تورج هاشمی؛ سمیه تکلوی (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر هیجان‌های تحصیلی مثبت و منفی دانش‌آموزان، آموزش و ارزشیابی، سال سیزدهم. شماره ۵. صفحات ۲۰۶-۱۸۳.
- <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?ID=572043>
- میرحسینی، زهرا؛ زهرا بوربور؛ مرضیه صمصامی؛ نیری احمدی؛ زینب اختری (۱۳۹۹). چالش‌های زندگی روزمره زنان حاشیه‌نشین شهر تهران، مطالعه کیفی، مطالعات راهبردی زنان. دوره ۲۳. شماره ۸۹. صفحات ۳۶-۷.
- [DOI:10.22034/JWSS.2020.229530.2332](https://doi.org/10.22034/JWSS.2020.229530.2332)
- نصرتی، شهزاد؛ باب‌اله، حیاتی؛ اسماعیل پیش‌بهار؛ رسول‌محمد رضایی (۱۳۹۲). تحلیل عوامل مؤثر بر رفتار مصرف گوشت ماهی در بین خانوارهای شهرستان تبریز، نشریه اقتصاد و توسعه کشاورزی. جلد ۲۷. شماره ۳. صفحات ۲۴۱-۲۳۰.
- <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?id=241264>
- نظریان، اصغر؛ حسین سادی؛ کاوه زال‌نژاد؛ مهناز استقامتی؛ مهدی ولیانی (۱۳۹۵). بررسی عوامل اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی حاشیه‌نشینی و اسکان غیررسمی مهاجران شهر شهریار در سال ۱۳۸۸، نشریه تحلیل فضایی مخاطرات محیطی. سال سوم. شماره ۳۵. صفحات ۱۳۵-۱۱۵.
- <https://jsaeh.khu.ac.ir/article-1-2623-fa.html>

- پوراحمد، احمد؛ علی مهدی؛ نفیسه شکوری (۱۳۹۱). تحلیلی بر کیفیت سلامت زیست و شاخص‌های سلامت زنان در محلات حاشیه‌نشین، دوفصلنامه علمی - ترویجی بانوان شیعه. سال نهم. شماره ۲۸. صفحات ۹۱-۱۲۶.  
<https://www.magiran.com/paper/1542751>
- نقدی، اسداله (۱۳۸۶). مهاجرت و حاشیه‌نشینی در ایران، فصلنامه جمعیت. شماره ۷۳/۷۴. صفحات ۸۵-۱۰۴.  
<https://www.gisoom.com/book/1491500>
- درستی، امیرعلی؛ نبی‌الله ایدری؛ مزده باقری (۱۳۸۵). آسیب‌پذیری پیرامون شهرها، فصلنامه علوم اجتماعی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر. پیش‌شماره ۲. صفحات ۱۸۴-۱۵۷.  
<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/336690/>

## References

- American Psychiatric Association (APA). (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition text revision. Washington, DC: APA.  
<https://www.amazon.com/Diagnostic-Statistical-Disorders-Revision-DSM-IV-TR/dp/0890420254>
- Amutah-Onukagha. N. A, Doamekpor, L. A & M Gardner. An Examination of the Sociodemographic and Health Determinants of Major Depressive Disorder Among Black Women. *J. Racial and Ethnic Health Disparities*, 4, 2017:1074-1082.  
<https://doi.org/10.1007/s40615-016-0312-2>
- Ashton, J R. (2006). "Back-to-back housing, courts, and privies: the slums of 19th century England". *Journal of Epidemiology & Community Health*. 60 (8): 654. PMC 2588079.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2588079/>
- Boutayeb, A., & Serghini, M. (2006). Health indicators and human development in the Arab region. *International journal of health geographics*, 5(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-5-61>
- Davis, M. (2006). *Planet of Slums* [« Le pire des mondes possibles : de l'explosion urbaine au bidonville global »], La Découverte, Paris, 2006 (ISBN 978-2-7071-4915-2).  
[https://www.editionsladecouverte.fr/Liens/ps/d04915\\_chapitre.pdf](https://www.editionsladecouverte.fr/Liens/ps/d04915_chapitre.pdf)
- Glenday, C. (2013), *Guinness World Records 2013*, Bantam, ISBN 978-0-345-54711-8; see page 277.  
<http://www.englishgratis.com/elingue/elingue/en/wikimag/serie11/20.htm>
- Gruebner, O., Khan, M. H., Lautenbach, S., Müller, D., Kraemer, A., Lakes, T., & Hostert, P. (2011). A spatial epidemiological analysis of self-rated mental health in the slums of Dhaka. *International Journal of Health Geographics*, 10(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-10-36>
- Izutsu, T., Tsutsumi, A., Islam, M. A., Matsuo, Y., Yamada, H. S., Kurita, H., et al. (2005). Validity and reliability of the Bangla version of WHOQOL-BREF on an adolescent population in Bangladesh. *Quality of Life Research*, 14, 1783-1789. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-1744-z>
- Ritzer, G. (Ed.). (2007). *The Blackwell encyclopedia of sociology* (Vol. 1479). New York, NY, USA: Blackwell Publishing. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781405165518>
- Sousa, E., Agudelo-Suárez, A., Benavides, F. G., Schenker, M., García, A. M., Benach, J., ... & Porthé, V. (2010). Immigration, work and health in Spain: the influence of legal status and employment contract on reported health indicators. *International journal of public health*, 55(5), 443-451.  
<https://doi.org/10.1007/s00038-010-0141-8>
- Thompson. S & et al. *The Social and Cultural Context of the Mental Health of Filipinas in Queensland*. Australian and New ZELAND *Journal of Psychology*, 2002, Vol 36.  
<https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01071.x>
- United Nations Environment Programme & World Health Organization. (2018). Air pollution in the world's megacities. *Environment*, 36, 4-7.  
[https://www.unwomen.org/en?gclid=CjwKCAjwwo-WBhAMEiwAV4dybVLznAf4bxb8FPg8MLFWk-vmrKDVqEsIRkcfiyxyyILXD5pf4AmyzxoCIY8QAvD\\_BwE](https://www.unwomen.org/en?gclid=CjwKCAjwwo-WBhAMEiwAV4dybVLznAf4bxb8FPg8MLFWk-vmrKDVqEsIRkcfiyxyyILXD5pf4AmyzxoCIY8QAvD_BwE)
- United Nations New York (2019). *World Urbanization Prospects The 2018 Revision*,  
<https://population.un.org/wup/Publications/Files/WUP2018-Report.pdf>
- Vale, L (2007). *From the Puritans to the Projects: Public Housing and Public Neighbors*, Harvard University Press, ISBN 978-0674025752.  
<https://www.amazon.com/Puritans-Projects-Public-Housing-Neighbors/dp/067402575X>

- World Health Organization. (2001). Pilot research project on urban violence and health: determinants and management a study in Jakarta, Karachi and Conurbation Ruhrgebiet. In Pilot research project on urban violence and health: determinants and management a study in Jakarta, Karachi and Conurbation Ruhrgebiet (279-279).  
[https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=gejkYgdkDTMC&oi=fnd&pg=PR9&dq=42.%09Vale,L.+\(2007\).+From+the+Puritans](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=gejkYgdkDTMC&oi=fnd&pg=PR9&dq=42.%09Vale,L.+(2007).+From+the+Puritans)
- World Health Organization. (2001a). The world health report 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO.  
<https://ipscontext.org/about-us/rethinking-mental-health/>
- Zhang Yue. (2017). The credibility of slums: Informal housing and urban governance in India. Land Use Policy, 1-15. Song, Lijun. social capital and psychological distress, Journal of health and social behavior, December 2011, Vol. 52, N4. 478-492.  
<https://doi.org/10.1016/j.landusepol.2017.05.029>
- UN-Habitat. 2008. State of the World's Cities report 2008/9: Harmonious Cities (<http://www.unhabitat.org>.)
- Bohra, N., Srivastava, S., & Bhatia, M. S. (2015). Depression in women in Indian context. Indian journal of psychiatry, 57(Suppl 2), S239. doi: 10.4103/0019-5545.161485
- Ngina, M. (2018). Factors Associated With Severe Acute Malnutrition in Children Aged 6-59 Months at Embu Level V Hospital (Doctoral dissertation, University of Nairobi).  
<http://erepository.uonbi.ac.ke/handle/11295/106133>
- Annapuranam, K. (2020). Exploring perceived health differences among married women in an urban slum of Tamil Nadu, India. City, Culture and Society, 22, 100338.  
<https://doi.org/10.1016/j.ccs.2020.100338>
- Statz, M., & Evers, K. (2020). Spatial barriers as moral failings: What rural distance can teach us about women's health and medical mistrust author names and affiliations. Health & Place, 64, 102396.  
doi: 10.1016/j.healthplace.2020.102396
- Yadav, K., Agarwal, M., Shukla, M., Singh, J. V., & Singh, V. K. (2020). Unmet need for family planning services among young married women (15–24 years) living in urban slums of India. BMC women's health, 20(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01010-9>
- Iftikhar, Z., & Nasreen, S. (2020). Women's Experiences And Perspectives Of Induced Abortions In Urban Slum Areas Of Karachi, Pakistan. Pakistan Journal of Gender Studies, 20(2).  
<https://web.s.ebscohost.com/abstract?direct>
- Wamukoya, M., Kadengye, D. T., Iddi, S., & Chikozho, C. (2020). The Nairobi Urban Health and Demographic Surveillance of slum dwellers, 2002-2019: Value, processes, and challenges. Global  
<https://doi.org/10.1016/j.gloepi.2020.100024>.
- Barton, H., & Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat. Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 126(6), 252-252.  
DOI: 10.1177/1466424006070466
- Gichuki, G. R. (2005). Environmental problems and human health in urban informal settlements: a case study of Mukuru Kwa Njenga, Nairobi (Doctoral dissertation).  
<http://erepository.uonbi.ac.ke/handle/11295/18791>
- Song, L. (2011). Social capital and psychological distress. Journal of health and social behavior, 52(4), 478-492.  
<https://doi.org/10.1177/0022146511411921>
- Singh, A. S., Mulder, C., Twisk, J. W., Van Mechelen, W., & Chinapaw, M. J. (2008). Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. Obesity reviews, 9(5), 474-488.  
DOI: 10.1111/j.1467-789X.2008.00475.x
- Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J. A, ... & Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low- and middle-income countries: A systematic review. Social science & medicine, 71(3), 517-528.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.027>
- Jaitman, L., & Brakarz, J. (2013). Evaluation of Slum Upgrading Programs. Literature Review and Methodological Approaches. Inter-American Development Bank, 1-78.  
<https://publications.iadb.org/publications/english/document/Evaluation-of-Slum-Upgrading-Programs-Literature-Review-and-Methodological-Approaches.pdf>