

فصلنامه علمی «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

شماره چهاردهم، زمستان ۱۴۰۳: ۱۷۸-۱۵۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۱۲

نوع مقاله: پژوهشی

سنجش وضعیت سلامت اجتماعی خانواده‌های حاشیه‌نشین شهر اهواز

بهرام نیک‌بخش*

چکیده

هدف از مطالعه حاضر، بررسی وضعیت سلامت اجتماعی خانواده‌های ساکن در مناطق حاشیه‌نشین شهر اهواز با تأکید بر مقوله‌های انسجام، همبستگی، پذیرش و مشارکت اجتماعی بود. روش این مطالعه، پیمایش است. جامعه آماری تحقیق حاضر شامل کلیه افراد بالای ۱۸ سال ساکن مناطق حاشیه‌نشین شهر اهواز بود. تعداد ۳۸۰ نفر به عنوان حجم نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای متناسب با حجم برآورد گردید و از ابزار تحقیق پرسشنامه استاندارد کییز و شاپیرو برای سنجش وضعیت سلامت اجتماعی استفاده شد، که روایی صوری و پایایی آن در سطح آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ مورد تأیید قرار گرفت. نتایج نشان داد که وضعیت سلامت اجتماعی ساکنان محله‌های حاشیه‌نشین شهر اهواز برحسب منطقه محل سکونت، متفاوت است. همچنین وضعیت شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی نیز در میان ساکنان محله‌های حاشیه‌نشین شهر اهواز برحسب منطقه محل سکونت، متفاوت بود. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که مؤلفه‌های پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و همبستگی اجتماعی، مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی حاشیه‌نشینان بوده است.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، حاشیه‌نشینی، مهاجرت، مشارکت اجتماعی و شهر اهواز.

مقدمه

سلامت، ابعاد مختلفی دارد؛ اما آنچه سلامت یک جامعه را تعیین می‌کند، شاخص‌هایی است که به عنوان بهبود کیفیت زندگی شناخته می‌شود، زیرا پیچیدگی‌های زندگی شهری و فقدان حمایت اجتماعی در مناطق پرخطر، سلامت اجتماعی شهروندان را تهدید می‌کند (واعظزاده و اباسه، ۱۳۹۵: ۳۳). در این فرایند، برخی افراد ساکن در محلات حاشیه‌نشینان، به مراتب وضعیت ناخوشایندتری دارند (تاج مزینانی و قاسمی‌نژاد، ۱۳۹۵: ۱۵۳). امروزه یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های توسعه اجتماعی، به‌ویژه در شهرهای بزرگ‌تر، سلامت اجتماعی است (UN Habitat, 2019: 17). از سوی دیگر، نسبت جمعیت ساکن در شهرهای جهان تا سال ۲۰۲۵ از ۶۰ درصد عبور خواهد کرد (ر.ک: Tacoli, 2017) که پیامد خود را در گسترش حاشیه‌نشینی نشان داده است (Choudhury et al, 2011: 67) و انتظار می‌رود وضعیت سلامت اجتماعی بر این اساس متأثر شود (Ascione et al, 2019: 238). زیرا حاشیه‌نشینی، افراد را از فعالیت مؤثر اجتماعی خارج می‌کند (Schiffer & Schatz: 2008: 23). این حاشیه‌نشینی، زندگی را برای ساکنان مناطق حاشیه‌نشین، پیچیده و ناخوشایند ساخته است (Pelc, 2017: 20). سلامت اجتماعی، کیفیت روابط اجتماعی است که نشان‌دهنده رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی است (صباغ و معینان، ۱۳۹۰: ۳۲). از سوی دیگر، افراد حاشیه‌نشین به دلیل توزیع ناعادلانه منابع، از زندگی باکیفیت محروم شده‌اند و در فرایند ادغام اجتماعی به‌مثابه بازیگران اثربخش توسعه ظاهر نشده‌اند (شعبان و قویدل، ۱۴۰۰: ۲۱۵).

شهر اهواز به نحو گسترده‌ای با معضل حاشیه‌نشینی مواجه است؛ به طوری که آمار موجود بیانگر وجود ۸۵۰ هزار حاشیه‌نشین در استان خوزستان بوده که بخش اعظم آنان در سکونت‌گاه‌های غیر رسمی شهر اهواز زندگی می‌کنند. جمعیت شهری اهواز بر مبنای سرشماری ۱۳۹۵، بالغ بر ۱۱۸۴۷۸۸ نفر است که از این تعداد، نزدیک به ۴۰۰ هزار نفر در سیزده محله حاشیه‌نشین زندگی می‌کنند (بهمنی و ملتفت، ۱۳۹۹: ۱۱۵). هرچند مسئله حاشیه‌نشینی در شهر اهواز، تابعی از روند حاشیه‌نشینی کل کشور بوده، برخی شرایط ویژه موجب تشدید حاشیه‌نشینی در این شهر شده است. وقوع جنگ هشت‌ساله ایران و عراق باعث شد تا جمعیت این مناطق به شهر اهواز، مهاجرت اجباری

نمایند (ر.ک: امیری و دیگران، ۱۳۸۹). زندگی حاشیه‌ای شهر اهواز، به مخاطره افتادن سلامت اجتماعی ساکنان این مناطق را به همراه دارد.

از منظر ایجابی می‌توان اشاره نمود که سلامت اجتماعی بر ابعادی از سلامت تأکید دارد که به ارتباط فرد با دیگران یا با جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، مربوط است (شعبان و قویدل، ۱۴۰۰: ۲۰۹). سبک زندگی و رفتارهای مرتبط با آن، نه تنها نقشی اساسی در سلامت افراد دارد، بلکه می‌تواند بر عملکرد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنها مؤثر باشند. از منظر سلبی نیز می‌توان بیان نمود که بی‌توجهی به سلامت اجتماعی ساکنان مناطق حاشیه‌نشین می‌تواند به آسیب‌های اجتماعی ناشی از حس طرد اجتماعی دامن بزند. همچنین با توجه به اینکه ساکنان مناطق حاشیه‌نشین از اقشار آسیب‌پذیر جامعه هستند و جمعیت آنان در سکونت‌گاه‌های غیر رسمی شهر اهواز قابل توجه است، بررسی سلامت اجتماعی آنان و عوامل دخیل در آن، اهمیت بسزایی دارد، تا با توصیف و تبیین صحیح بتوان راهکارهایی برای ارتقای سلامت اجتماعی جامعه مورد مطالعه ارائه نمود.

بر این اساس پژوهش حاضر درصدد است تا به مطالعه وضعیت سلامت اجتماعی بین خانواده‌های ساکن در مناطق حاشیه‌نشین شهر اهواز پرداخته، بدین مسئله اساسی پاسخ دهد که: وضعیت سلامت اجتماعی ساکنان محلات حاشیه‌نشین شهر اهواز برحسب محل سکونت چگونه است؟

پیشینه پژوهش

مطالعات پیشین نشان می‌دهد که مناطق حاشیه‌نشین شهری، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، با چالش‌های چندلایه‌ای روبه‌رو هستند. همچنین گزارش‌های سازمان مدیریت شهری (۱۴۰۰) نشان می‌دهد که حاشیه‌نشینی در شهرهایی مانند اهواز، پیامد مهاجرت‌های ناشی از خشک‌سالی و جنگ است که به تشدید محرومیت‌ها انجامیده است. از سوی دیگر، مطالعات جهانی نشان می‌دهد که نبود «امنیت سکونت» و دسترسی ناکافی به خدمات آموزشی، اعتماد اجتماعی و مشارکت مدنی را کاهش می‌دهد. با این حال شکاف پژوهشی در بررسی همزمان عوامل کلان (سیاست‌گذاری) و خرد (روابط خانوادگی) در سلامت اجتماعی این مناطق مشهود است.

رحمانی و سلیمی (۱۴۰۲) به بررسی راهکارهای بهبود سلامت اجتماعی در مناطق حاشیه‌نشین پرداخته‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد که تقویت شبکه‌های اجتماعی غیر رسمی (مانند همبازی‌های محله‌ای) و برنامه‌های مبتنی بر جامعه (CBP) می‌تواند تاب‌آوری خانواده‌ها را افزایش دهد. برای مثال، پژوهش خزانلی و همکاران (۱۴۰۱) در کرمانشاه نشان داد که مشارکت زنان در نهادهای محلی، احساس تعلق اجتماعی را تقویت می‌کند. با وجود این بسیاری از مداخلات موجود (مانند پروژه‌های مسکن مهر) بدون در نظر گرفتن الزامات فرهنگی-اجتماعی مناطق طراحی شده‌اند و نیاز به بازنگری دارند. این مقاله با ترکیب چارچوب نظری «سرمایه اجتماعی» و تحلیل میدانی از خانواده‌های اهوازی، می‌کوشد به این شکاف پاسخ دهد.

قاسمی‌نژاد و حسونند (۱۴۰۰)، مطالعه‌ای با عنوان «تجربه حاشیه‌نشینی و سلامت اجتماعی زنان» انجام دادند. نتایج نشان می‌دهد که زندگی حاشیه‌نشینی، زنان منطقه حصار امیر را در وضعیت محدودیت رابطه قرار داده است و مرزهای خانوادگی را ناپایدار کرده است.

شعبان و قویدل (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای با عنوان «ارتباط بین سبک زندگی سلامت‌محور و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین شهر کرج» نشان داده‌اند که بین سبک زندگی سلامت‌محور و سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین، رابطه‌ای مستقیم و معنی‌دار وجود دارد.

نتایج پژوهش بهمنی و ملتفت (۱۳۹۹) با عنوان «اهواز، روایت پیدایش حاشیه‌ها بر پیکر یک کلان‌شهر، یک مطالعه داده‌بنیاد»، در بعد شرایط و بعد کنش-تعامل حول یک مقوله هسته‌ای به نام (مهاجرت امیدوارانه، تقلای زندگی بهتر) شکل گرفته‌اند.

همچنین صفایی و همکاران (۱۳۹۶) تحقیقی با عنوان «ارزیابی و سنجش مؤلفه‌های شکوفایی شهری در کلان‌شهر اهواز» انجام دادند. با توجه نتایج حاصل از مدل تاپسیس در شهر اهواز، مناطق ۲ و ۱ کاملاً برخوردار از شکوفایی، منطقه ۶ و ۳ و ۸ در رده نسبتاً برخوردار از شکوفایی، مناطق ۷ در رده برخوردار کم از شکوفایی و در نهایت منطقه ۴، در رده محروم از شکوفایی شهری قرار گرفته‌اند.

تاج‌مزینانی و قاسمی‌نژاد (۱۳۹۵) در پژوهش خود با عنوان «کنش‌ورزی سیاسی و سلامت اجتماعی زنان تهران» نشان دادند که مشارکت اجتماعی حاشیه‌نشینان با سلامت اجتماعی آنها، رابطه معناداری دارد.

نتایج پژوهش واعظ‌زاده و اباسه (۱۳۹۵) با عنوان «حاشیه‌نشینی و بازتولید خشونت در روابط اجتماعی» مؤید آن است که حاشیه‌نشینی به علت تضعیف حس تعلق اجتماعی و مشارکت اجتماعی، ویژگی‌های جامعه‌ستیزی و خشونت‌ورزی در روابط اجتماعی را تشدید می‌کند.

نتایج پژوهش رجبی گیلان و همکاران (۱۳۹۳) با عنوان «سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ساکنان در محلات حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه و برخی عوامل مرتبط با آن» نشان می‌دهند که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت اجتماعی ساکن در محلات حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه در سطح مطلوبی قرار ندارد.

یعقوبی و عنایت (۱۳۹۲)، مطالعه‌ای با عنوان «سنجش الگوی همبستگی شاخص‌های سکونت حاشیه‌نشینان و غیر حاشیه‌نشینان با میزان خشونت خانگی آنها علیه فرزندان» انجام دادند. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین متغیرهای وضعیت واحد مسکونی، پایگاه اجتماعی اقتصادی، سابقه سوءمصرف مواد مخدر حاشیه‌نشینان و غیر حاشیه‌نشینان با خشونت خانگی آنها علیه فرزندان، رابطه معناداری وجود دارد.

نتایج مطالعه ربانی و همکاران (۱۳۹۰) با عنوان «بررسی جامعه‌شناختی حاشیه‌نشینی و تأثیر آن بر بهداشت روان حاشیه‌نشینان در زینبیه اصفهان» نشان می‌دهد که متغیرهای جنس و سن، تأثیری بر بهداشت روان حاشیه‌نشینان ندارد و متغیرهای تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و محل تولد، تأثیر مثبت و معنی‌داری بر بهداشت روان حاشیه‌نشینان دارد.

نتایج پژوهش والاس^۱ و همکاران (۲۰۲۱) با عنوان «به سوی برابری سلامت اجتماعی برای افرادی که درد مزمن و حاشیه‌نشینی اجتماعی را تجربه می‌کنند» نشان داد که درد

با موقعیت‌ها و هویت‌های اجتماعی، تجربه‌های خشونت، تروما و مسائل مربوط به سلامت روان، تجربه‌های تبعیض و تأثیرات این تجارب متقاطع درگیر شد و شکل گرفت.

نتایج پژوهش مارتینز^۱ و همکاران (۲۰۲۰) با عنوان «آسیب‌پذیری در سلامت و سرمایه اجتماعی: تحلیل کیفی بر اساس سطوح حاشیه‌نشینی در مکزیک» نشان داد که سرمایه اجتماعی بسته به میزان حاشیه‌نشینی، عاملی مرتبط در حل مشکلات مراقبت‌های بهداشتی است.

نتایج مطالعه باه^۲ و همکاران (۲۰۱۹) با عنوان «حاشیه‌سازی: مفهوم‌سازی آسیب‌پذیری‌های یکپارچه» نشان داد که موقعیت اجتماعی حاشیه‌نشینان با سلامت اجتماعی در پیوند است.

نتایج پژوهش زبرو^۳ و همکاران (۲۰۱۷) با عنوان «آسیب‌پذیری و خطرهای سلامت در آفریقای جنوبی» نشان داد که شهرک‌نشینان غیر رسمی و حاشیه‌نشینان در آفریقای جنوبی با خطرهای بهداشتی روزمره ناشی از کمبود آب پاک، بهداشت کافی و زندگی در خانه‌های پرجمعیت از یکسو و با مخاطرات مربوط به شکوفایی و انسجام اجتماعی از سویی دیگر مواجه هستند.

نتایج مطالعه اژه^۴ و همکاران (۲۰۱۷) با عنوان «سلامت افرادی که در مناطق فقیرنشین زندگی می‌کنند» نشان داد که ادبیات علمی درباره سلامت فقیرنشین در مقایسه با بهداشت شهری و فقر و سلامت، توسعه نیافته است.

دهال و همکاران^۵ (۲۰۱۴) نیز مطالعه‌ای با عنوان «بررسی جوامع حاشیه‌نشین» انجام دادند. نتایج این تحقیق در منطقه آناپورای نپال نشان می‌دهد که گروه‌های حاشیه‌ای مختلف، به دلیل فقدان مشارکت اجتماعی در نهادهای محلی، سلامت اجتماعی و توانمندی کمتری دارند.

نتایج پژوهش هزازیکا^۶ (۲۰۱۰) با عنوان «سلامت اجتماعی جمعیت فقیرنشین در

1. Martínez

2. Baah

3. Zerbo

4. Ezeh

5. Dahal

6. Hazarika

هند» نشان می‌دهد که بین ویژگی‌های مربوط به دریافت حمایت اجتماعی در میان افراد حاشیه‌نشین و غیر حاشیه‌نشین، تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش میجر^۱ (۲۰۰۳) با عنوان «رویکردهای توانمندسازی در محله‌های فقیرنشین دهلی» نشان می‌دهد که بیکاری و عدم مدیریت اوقات فراغت برای ساکنان در حاشیه‌های دهلی، توانمندسازی و سلامت روانی و اجتماعی آنها را با خطر روبه‌رو می‌سازد. نتایج پژوهش کواچی و برکمن^۲ (۲۰۰۱) با عنوان «روابط اجتماعی و سلامت روان در مناطق حاشیه شهر» نشان می‌دهد که، پیوندهای اجتماعی سلامت روانی افراد را بالا می‌برد.

مطالعات پیشین نشان می‌دهد که مناطق حاشیه‌نشین شهری، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه مانند ایران، با چالش‌های ساختاری چندبُعدی نظیر فقر اقتصادی، نابرابری در دسترسی به خدمات بهداشتی-آموزشی و ناامنی سکونتی مواجه‌اند. پژوهش‌های اخیر در خاورمیانه بر نقش مهاجرت‌های ناشی از خشک‌سالی و جنگ در تشدید حاشیه‌نشینی شهرهایی مانند اهواز تأکید دارند؛ عاملی که به کاهش سرمایه اجتماعی و مشارکت مدنی منجر شده است. از سوی دیگر، راهکارهای مطرح‌شده در ادبیات موضوع، نظیر تقویت شبکه‌های همیاری محله‌ای و برنامه‌های مبتنی بر جامعه بر اهمیت تاب‌آوری اجتماعی از طریق مداخلات همسو با بافت فرهنگی تأکید می‌کنند. با این حال شکاف پژوهشی در بررسی همزمان تأثیر سیاست‌های کلان (مانند مسکن مهر) و تعاملات خرد خانوادگی بر سلامت اجتماعی مشهود است. این مقاله با تلفیق چارچوب نظری سرمایه اجتماعی و داده‌های میدانی از خانواده‌های اهواز، می‌کوشد این خلأ را پر کند.

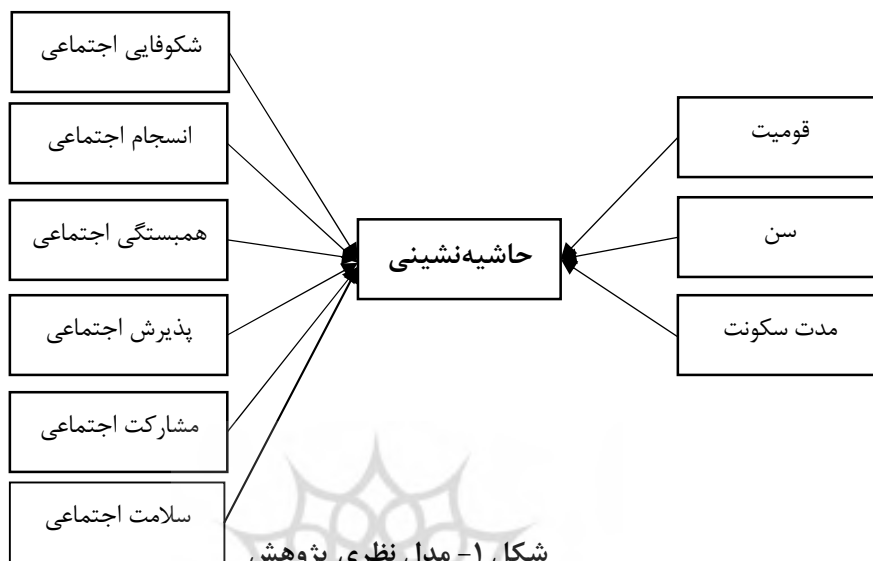
چارچوب نظری این تحقیق شامل نظریه‌هایی است که بر سطوح و جنبه‌های مختلف هر یک از متغیرهای مستقل و رابطه آنها با متغیر وابسته سلامت اجتماعی تأکید داشته‌اند. در رابطه با متغیر وابسته تحقیق یعنی سلامت اجتماعی، نظریه‌های کییز و کنت نول در نظر گرفته شده‌اند. طبق نظر کییز، آنچه در ادبیات سلامت اجتماعی مفقود شده است، تشخیص این مطلب است که اشخاص ممکن است کیفیت زندگی

1. Magar

2. Kawachi & Berkman

خود و کارکردهای شخصی خود را در برابر ملاک‌های اجتماعی ارزیابی کنند. وی معتقد است که سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که چگونه و در چه درجه‌ای، افراد در زندگی اجتماعی خود، خوب عمل می‌کنند. او تحت تأثیر مدل سلامت، پنج بعد و شاخص اساسی برای سلامت اجتماعی پیشنهاد کرده است که عبارتند از: شکوفایی اجتماعی، همبستگی (انطباق) اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی. کیز معتقد است که کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. از این‌رو در کلیه فرضیه‌های این تحقیق (فرضیه‌های ۱ تا ۷) به نظریه «سلامت اجتماعی» کیز استناد شده است.

همچنین محله مورد سکونت حاشیه‌نشینان به عنوان یکی دیگر از متغیرها برای مقایسه روابط بین متغیرهای مستقل و وابسته در نظر گرفته شده است که در این زمینه به نظریه «پایگاه اجتماعی» ماکس وبر استناد شده است. ماکس وبر، پایگاه اجتماعی را یک امتیاز اجتماعی تعریف می‌کند که در جامعه به برخی از موقعیت‌ها داده می‌شود دیدگاه وبر، طبقه اجتماعی را به صورت چندبعدی در نظر می‌گیرد. به عبارت دیگر موقعیت یک فرد در سلسله‌مراتب اجتماعی برای وی، شرایط و ویژگی‌هایی را فراهم می‌کند که می‌توانند سلامتی وی را تحت‌الشعاع خود قرار دهد. بر این اساس می‌توان ارتباط متغیرهایی که مربوط به پایگاه اجتماعی است، از قبیل قومیت، سن، مدت سکونت و محله مورد سکونت در حاشیه‌نشینان را بررسی کرد (فرضیه‌های ۶، ۷ و ۸). در این راستا با توجه به نظریه‌های پژوهش مدل تحلیلی تحقیق به شکل زیر ترسیم می‌گردد:



فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اصلی: به نظر می‌رسد وضعیت سلامت اجتماعی ساکنان محلات حاشیه‌نشین شهر اهواز برحسب منطقه محل سکونت، متفاوت است.

فرضیه‌های فرعی

به نظر می‌رسد وضعیت شکوفایی اجتماعی بین خانواده‌های ساکن در مناطق حاشیه‌نشین شهر اهواز برحسب منطقه محل سکونت، متفاوت است.

به نظر می‌رسد وضعیت همبستگی اجتماعی بین خانواده‌های ساکن در مناطق حاشیه‌نشین شهر اهواز برحسب منطقه محل سکونت، متفاوت است.

به نظر می‌رسد وضعیت انسجام اجتماعی بین خانواده‌های ساکن در مناطق حاشیه‌نشین شهر اهواز برحسب منطقه محل سکونت، متفاوت است.

به نظر می‌رسد وضعیت پذیرش اجتماعی بین خانواده‌های ساکن در مناطق حاشیه‌نشین شهر اهواز برحسب منطقه محل سکونت، متفاوت است.

به نظر می‌رسد وضعیت مشارکت اجتماعی بین خانواده‌های ساکن در مناطق حاشیه‌نشین شهر اهواز برحسب منطقه محل سکونت، متفاوت است.

چهارچوب مفهومی پژوهش

از دهه‌های ۱۳۴۰ تاکنون، مسئله حاشیه‌نشینی مورد توجه قرار گرفت و از واژگانی نظیر زاغه‌نشینی، آلودگی‌نشینی، حاشیه‌نشینی، حلبی‌آباد، زورآباد، گودنشینی، اسکان و سکونت‌گاه غیر رسمی برای معرفی این نوع سکونت استفاده شده است (پیران و دیگران، ۱۳۸۱: ۱۳)؛ چارلز بوت^۱، مناطق حاشیه‌نشین را معجونی از خانه‌های فرسوده، با تراکم زیاد جمعیتی، فقر و ضعف تعریف می‌نمود (Davis, 2004: 13).

مناطق حاشیه‌نشین، منطقه‌ای از شهر است که واحدهای مسکونی رو به ویران و فرسوده داشته است (شکویی، ۱۳۵۴: ۱). این مقوله حاشیه‌نشینی، بازتاب بی‌عدالتی‌های اجتماعی است (حاتمی‌نژاد، ۱۳۸۲: ۳۹) که در مناطق پیرامون شهرهای بزرگ، رشد ناهمگون شهری و انهدام ارتباطات خانوادگی سنتی را به همراه دارد (رئیس‌دانا، ۱۳۸۰: ۲۰). حاشیه‌نشینی شهری، خانوارهایی را شامل می‌شود که جذب اقتصاد و اجتماع شهری نشده‌اند (حاج‌یوسفی، ۱۳۸۱: ۱۴) و در محدوده اقتصادی شهر زندگی می‌کنند (اصغری زمانی، ۱۳۸۳: ۳۸). حاشیه‌نشینان با هجوم به این محدوده‌ها سبب تداعی شدن این واژه در اذهان عمومی شده‌اند (پیران، ۱۳۸۸: ۲۳) که شخص در قالب آن فرو رفته است (مهاجرین، ۱۳۷۸: ۲۴)؛ زیرا حاشیه‌نشینی، زائیده وجود ویژگی نابرابری در روابط اجتماعی مسلط بر جامعه است (زاهد زاهدانی، ۱۳۶۹: ۲۳-۲۵).

حاشیه‌نشینی، شرایطی است که فرد را از نظر اجتماعی به حالت تعلیق درمی‌آورد (ابوطالبی، ۱۳۸۸: ۱۴)؛ شیوه‌ای خاص از اسکان که در اطراف مراکز اصلی شهرنشینی است (آقابخشی، ۱۳۸۹: ۴۰) و کاهش میزان برخورداری از خدمات شهری-اجتماعی در اینگونه سکونتگاه‌ها وجود دارد (جواهری‌پور، ۱۳۸۲: ۱۱) که با انزوای اجتماعی همراه است (برزگر، ۱۳۹۹: ۴۸).

رابرت پارک، نخستین کسی است که اصطلاح‌های «حاشیه‌نشین» و «انسان حاشیه‌نشین» را به کار برد. پارک، انسان حاشیه‌نشین را فردی می‌داند که از لحاظ فرهنگی، انسان دورگه‌ای است که صمیمانه در زندگانی فرهنگی دو جمعیت متمایز زندگی می‌کند و هنوز ابعاد جامعه میزبان او را به تمامی نپذیرفته است (کریمی، ۱۳۸۲: ۱۳۸۲).

(۱۲) و به دلایل گوناگون نتوانسته است جذب نظام اقتصادی شهر شود (درکوش، ۱۳۶۷: ۳۶). این عدم جذب اجتماعی، سبب نفی آنها را فراهم می‌کند (پارسا پژوه، ۱۳۸۱: ۱۹۹). در نتیجه حاشیه‌نشینان شهری به علت محرومیت شدید، در برابر هرگونه آسیب اجتماعی، بی‌دفاع هستند (حاج‌یوسفی، ۱۳۸۲: ۱۸۴).

از نظر جامعه‌شناسان، حاشیه‌نشینان را کسانی تشکیل می‌دهند که در شهرها زندگی می‌کنند، اما به عنوان یک شهروند، از امکانات و خدمات شهری بهره نمی‌برند (ربانی، ۱۳۸۵: ۲۳) و درحالت معلق در حاشیه اجتماع می‌نشینند (جمشیدی‌ها و عنبری، ۱۳۸۳: ۵۴-۵۵). بنابراین حاشیه‌نشینی، معضل بزرگی در زندگی شهری امروزی است (زنجان، ۱۳۸۸: ۹۳). با الگوگیری از تعریف اخیر، حاشیه‌نشینی به عنوان یک پدیده اجتماعی عبارت است از: فضایی منطقه‌ای- کالبدی که از ابعاد چندگانه‌ای در سطح پایین‌تری از متوسط جامعه منطقه‌ای شهر قرار دارد (کریمی، ۱۳۸۰: ۱۰۲) که به انقلاب صنعتی و رخداد‌های بعد از آن نسبت داده می‌شود (زاهدانی، ۱۳۸۰: ۱).

از دیدگاه سیمون چپمن^۱، توسعه حاشیه‌نشینی بدون برنامه‌ریزی صورت می‌گیرد. شرادر^۲ (۲۰۰۴) نیز به ویژگی غیررسمی حاشیه‌نشینی اشاره می‌کند که نتیجه‌ای از موقعیت ساکنان غیر قانونی، اما اغلب قابل تحمل است.

به طور کلی می‌توان ویژگی‌های عمومی حاشیه‌نشینی را به صورت زیر برشمرد: سیمای نامطلوب، پایین بودن سطح بهداشت عمومی و سلامتی، فقدان شغل رسمی و درآمد کافی، وجود خرده‌فرهنگ‌های خاص مناطق کوچک و پایین بودن سطح تحصیلات و انحرافات اجتماعی (دیکنز، ۱۳۷۷: ۶۷).

مؤسسه مطالعات و تحقیقات اجتماعی دانشگاه تهران درباره حاشیه‌نشینی شهر اهواز، نشان داد که نزدیک به ۷۵٪ از خانوارهای حاشیه‌نشین در شهر اهواز، منشأ روستایی داشته‌اند (تقی‌نژاد، ۱۳۸۸: ۳۰). دلایل حاشیه‌نشینی در شهر اهواز عبارت است از: اصلاحات ارضی، نفت، فعالیت‌های صنعتی، جنگ تحمیلی و پیامدهای آن (زیاری و نوذری، ۱۳۸۸: ۲۲).

تعاریف ابعاد سلامت اجتماعی

- همبستگی اجتماعی: منظور از همبستگی اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است. نتایج مطالعاتی که در حوزه حاشیه‌نشینی در شهر اهواز انجام شده، بیانگر پایین بودن همبستگی اجتماعی در این مناطق بوده است (یعقوبی و عنایت، ۱۳۹۲: ۲۵۱).

امیل دورکیم، جامعه‌شناس دیگر فرانسوی نیز معتقد است که همبستگی اجتماعی و وفاق ملی بر اساس ارزش‌ها و قواعد اخلاقی و پذیرش این ارزش‌ها از جانب اکثریت افراد جامعه صورت می‌گیرد و نقش کم‌رنگ مذهب در جامعه و فردگرایی در جوامع جدید، آفت بزرگ وفاق اجتماعی است. به زبان جامعه‌شناختی، همبستگی پدیده‌ای را می‌رساند که بر پایه آن در سطح یک گروه یا یک جامعه، اعضا به یکدیگر وابسته‌اند و به طور متقابل نیازمند یکدیگر هستند (ر.ک: باقی نصرآبادی، ۱۳۸۴).

- مشارکت اجتماعی: مشارکت اجتماعی عبارت است از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد و شامل این عقیده است که آیا فرد، جزئی مهم از جامعه است و چه ارزشی را به جهان خود اضافه می‌کند (ر.ک: Keyes, 1989). مشارکت اجتماعی به عنوان واقعیتی اجتماعی، ریشه در زندگی اجتماعی انسان دارد و فرآیندی است که با گذشت زمان دگرگون می‌شود. مشارکت اجتماعی به کنش یا عمل مشارکتی گفته می‌شود که عامل با توجه به انتظارات افراد دیگر، آن را انجام می‌دهد (گلای و اخشی، ۱۳۹۴: ۱۴۴).

- انسجام اجتماعی: تحقیقات موجود در حوزه حاشیه‌نشینی در شهر اهواز نشان‌دهنده پایین بودن مشارکت و دلبستگی ساکنان این مناطق در مقایسه با سایر شهروندان بوده است (موحد و تقی‌زاده، ۱۳۸۸: ۲۱). در روان‌شناسی اجتماعی از پدیده‌ای به عنوان روح نزدیک بودن و یا عدم آن در یک جامعه و یا گروه سخن می‌گویند که اثر مهمی روی رفتار افراد جامعه به‌جا می‌گذارد (مجتبایی و دیگران، ۱۳۹۹: ۵۶).

- شکوفایی اجتماعی: شکوفایی اجتماعی شامل درک افراد از این موضوع است که آنها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد و اینکه نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی‌اند که نوید توسعه بهینه را می‌دهد (ر.ک: Keyes & Shapiro, 2004). نتیجه پژوهش صفایی و همکاران (۱۳۹۶) با عنوان «ارزیابی و سنجش میزان شکوفایی اجتماعی

شهری در بین حاشیه‌نشینان شهر اهواز» نشان می‌دهد که مناطق حاشیه‌نشین در رده‌های کم‌برخوردار و حتی محروم از شکوفایی اجتماعی قرار دارند.

- پذیرش اجتماعی: پذیرش اجتماعی شامل پذیرش تکرر با دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌هاست (ر.ک: Keyes & Shapiro, 2004). تحقیقات موجود در حوزه حاشیه‌نشینی در شهر اهواز بیانگر افزایش جرایم و بزهکاری و انواع انحرافات اجتماعی در این مناطق است. این وضعیت موجب افزایش فاصله اجتماعی ساکنان مناطق حاشیه‌ای شهر با سایر شهروندان و کاهش همبستگی و پذیرش اجتماعی آنان توسط افراد و نهادهای اجتماعی مسلط می‌شود (موحد و تقی‌زاده، ۱۳۸۸: ۲۱).

روش پژوهش

این پژوهش از نظر روش، توصیفی-تحلیلی بود که با تکنیک پیمایشی انجام گرفت. همچنین از حیث هدف، مطالعه کاربردی و به‌لحاظ زمان در زمره تحقیقات مقطعی قرار داشت. جامعه آماری تحقیق حاضر شامل کلیه افراد بالای ۱۸ سال است که در مناطق حاشیه‌نشین شهر اهواز سکونت داشتند. محله‌های حاشیه‌نشین اهواز شامل محلات ملاشیه، حصیرآباد، زرگان، منبع آب، عین دو، آل صافی، زوویه، کوی سیاحی و کوی علوی (شلنگ‌آباد) بودند و طبق آمار موجود در پورتال استانداری استان خوزستان (<https://ostan-kh.zir>) در سال ۱۳۸۹، تعداد آنان بالغ بر ۱۹۰ هزار نفر است. در ادامه، ابعاد جمعیتی و مساحت مناطق حاشیه‌نشین شهر اهواز به تفکیک در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول ۱- ابعاد جمعیتی و مساحت مناطق حاشیه‌نشین در اهواز

کد محله	نام محله	جمعیت کل	تعداد خانوار	بعد خانوار	مساحت (کیلومتر مربع)
۱	شلنگ آباد و سیاحی	۵۸۶۲۱	۱۰۳۱۳	۷.۵	۱۱.۲۹
۵	عین دو	۱۳۲۸۸	۲۴۵۱	۷.۵	۲.۲۲
۶	ملاشیه	۲۶۰۹۴	۵۰۶۰	۵.۱	۳.۰۳
۱۳	آل صافی	۷۷۱۷	۱۳۲۰	۶	۰.۹۶
۱۴	منبع آب	۱۸۹۴۴	۳۹۲۵	۴.۸۲	۱.۵۸
۱۵	حصیرآباد	۲۶۷۹۵	۵۷۲۴	۴.۸	۰.۷۵
۱۶	زرگان	۱۰۷۸۴	۲۰۸۴	۵.۲	۱.۲۷
۱۷	زوویه ۲ا	۱۳۹۲۴	۲۰۴۳	۴.۶	۹۲.۱۰

(منبع: امیری و دیگران، ۱۳۸۹)

طبق محاسبه فرمول کوکران در سطح خطای ۵ درصد، تعداد ۳۸۰ نفر به عنوان حجم نمونه برآورد می‌گردد. به علت ناهمگنی، پراکندگی و گسترده بودن جامعه حاشیه‌نشینان شهر اهواز و همچنین فقدان فهرست مشخص از این مجموعه، روش نمونه‌گیری در تحقیق حاضر از نوع نمونه‌گیری تصادفی از نوع خوشه‌گیری چندمرحله‌ای همراه با تصادفی ساده است؛ به طوری که با این روش از میان کل محلات حاشیه‌نشین شهر اهواز (ملاشیه، حصیرآباد، زرگان، منبع آب، عین دو، آل صافی، زوویه، کوی سیاحی و کوی علوی (شلنگ‌آباد)) به روش تصادفی ساده، چندین خوشه را انتخاب و سپس مابین این محلات، ۴۰ بلوک انتخاب شد. بعد از این از هر بلوک در مرحله نهایی، ۱۰ خانوار به صورت تصادفی ساده انتخاب و برای تکمیل پرسشنامه به افراد بالای ۱۸ سال در این خانوارها مراجعه شده است. در این تحقیق برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از پرسشنامه استاندارد کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) استفاده شد.

ابزار دارای پنج عامل شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی و پذیرش اجتماعی در ۲۸ سؤال می‌باشد که بر اساس مفهوم-پردازی‌های نظری از سلامت اجتماعی کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) است. برای شناسایی عامل‌ها از تحلیل عامل اکتشافی استفاده شد. مقادیر $KMO=0.831$ و مقدار تقریبی کای اسکوتر آزمون کرویت بارتلت، ۲۹۹۷۰۱۵۹، نشان دادند که داده‌ها توان عامل شدن را دارند. در مجموع $0.993/40$ درصد از واریانس تراکمی کل آزمون با پنج عامل یادشده تبیین شد. برای تعیین پایایی در این پژوهش، ابتدا تعداد ۳۰ پرسشنامه در جامعه آماری تحقیق حاضر توزیع و پس از جمع‌آوری نظرهای پاسخگویان، از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه‌شده برای پرسشنامه‌های این مطالعه، بالای ۸۰ درصد بوده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها پس از انجام آزمون کولموگروف و اسمیرنوف و با توجه به تعیین نرمال بودن توزیع داده‌ها ($sig>0.05$) از آزمون‌های پارامتری همبستگی پیرسون، ضریب رگرسیون و تحلیل واریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام گرفت.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی نشان داد که از ۳۸۰ نفر نمونه آماری تحقیق، بیشترین میزان

پاسخگویان زن بوده و ۶۷.۱ درصد از پاسخگویان را در برمی‌گیرند. مردان نیز شامل ۱۲۵ نفر معادل ۳۲.۹ درصد پاسخگویان بود. بیشترین فراوانی مربوط به پاسخگویان بی‌سواد به تعداد ۱۵۴ نفر معادل ۴۰.۵۲ درصد و کمترین آنان مربوط به تحصیلات کارشناسی با تعداد ۷ نفر معادل ۱/۶۸ درصد است. بیشترین فراوانی مربوط به پاسخگویان در گروه سنی ۲۶-۳۰ سال به تعداد ۱۸۱ نفر معادل ۴۷.۶ درصد و کمترین آنان مربوط به گروه سنی ۴۶-۵۰ سال با تعداد ۳۷ نفر معادل ۹/۸ درصد است. از حیث قومیت، بیشترین فراوانی مربوط به پاسخگویان با قومیت عرب به تعداد ۱۶۸ نفر معادل ۴۴.۲ درصد است. همچنین بیشترین فراوانی مربوط به پاسخگویان با مدت سکونت ۱۰-۵ سال به تعداد ۱۸۰ نفر معادل ۴۷.۳۶ درصد است.

جدول ۲- آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه سلامت اجتماعی برحسب محل سکونت

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار t	معناداری sig
درون گروهی	۵۵.۸۹	۳	۱۱.۱۷	۳/۳۵	۱۸.۰۲	۰.۰۱
بین گروهی	۱۲۲۴۰.۳۰	۳۷۷	۵۴.۳۵			
کل	۱۲۲۹۶.۱۹	۳۸۰				

نتایج حاصل از آزمون یادشده نشان می‌دهد که بین میانگین سلامت اجتماعی حاشیه‌نشینان و میانگین منطقه محل سکونت آنها، تفاوت معناداری وجود دارد ($\text{sig} < 0.05$) و فرضیه تحقیق مورد تأیید قرار می‌گیرد. بنابراین می‌توان بیان کرد که وضعیت سلامت اجتماعی ساکنان محلات حاشیه‌نشین شهر اهواز برحسب منطقه محل سکونت، متفاوت است. به این مفهوم که حضور یا عدم حضور در مناطق مختلف حاشیه‌نشین، در وضعیت سلامت اجتماعی آنان مؤثر است. در ادامه با استفاده از آزمون تعقیبی، تأثیر هر یک از مناطق محل سکونت (محلات حاشیه‌نشین) بر سلامت اجتماعی پاسخگویان، مقایسه و تعیین گردید.

میزان سلامت اجتماعی ساکنان مناطق حاشیه‌نشین برحسب محل سکونت آنان نشان می‌دهد که برخورداری پاسخگویان از سلامت اجتماعی با محل سکونت آنان در

محله‌های حاشیه‌نشین اهواز مؤثر است. نتایج حاصل از مقایسه چندگانه اختلاف میانگین سلامت اجتماعی برحسب محله مورد سکونت نشان می‌دهد که بین محله شیلنگ‌آباد و سیاحی و زوویه ۱ و ۲ با میزان سلامت اجتماعی در بین آنان متفاوت است ($\text{Sig} < 0.05$). همچنین نگاهی به شاخص‌های توصیفی و درصد فراوانی در دو محله شیلنگ‌آباد و سیاحی و زوویه ۱ و ۲ که محل سکونت حاشیه‌نشینان پاسخگو به مطالعه حاضر است نیز نشان می‌دهد که این اختلاف معنادار است و سلامت اجتماعی در محله زوویه ۱ و ۲ به طور معناداری در مقایسه با سایر محله‌ها بالا بوده، این متغیر در محله شیلنگ‌آباد و سیاحی نیز به طور معناداری، پایین‌تر از سایر محلات است. در تحلیل رگرسیون تحقیق حاضر از روش گام‌به‌گام استفاده شده است. در این روش، سیستم تک به تک متغیرهای X را وارد و متغیری را که بیشترین تغییرات متغیر وابسته را بیان کند، به عنوان اولین متغیر انتخاب می‌کند.

جدول ۳- تحلیل رگرسیون چند متغیره سلامت اجتماعی

شاخص‌ها متغیرهای پیش‌بین	ضریب همبستگی چندگانه (R)	مجذور ضریب همبستگی چندگانه (R square)	ضریب همبستگی تعدیل شده Adjusted R)	خطای استاندارد برآورد شده Standard) (Error
پذیرش اجتماعی	۰.۴۶	۰.۲۳	۰.۲۲	۶.۵۰
مشارکت اجتماعی	۰.۵۵	۰.۲۸	۰.۲۶	۶.۳۳
همبستگی اجتماعی	۰.۵۲	۰.۳۰	۰.۲۸	۶.۲۴

همان‌طور که در جدول بالا دیده می‌شود، در تحلیل رگرسیون گام به گام در مجموع طی سه گام، سه مؤلفه پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و همبستگی اجتماعی دارای همبستگی چندگانه بوده‌اند. بر اساس ترتیب اهمیت متغیرهای پیش‌بین در تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام، در اولین گام پذیرش اجتماعی با سلامت اجتماعی دارای ضریب همبستگی چندگانه ۰/۴۶ بوده است. در گام دوم با افزوده شدن مشارکت اجتماعی،

ضریب همبستگی چندگانه به ۰/۵۵ رسیده است. میزان ضریب همبستگی افزوده شده برای پذیرش اجتماعی نسبی، ۰/۰۴ بوده است. در نهایت در گام سوم با افزوده شدن متغیر همبستگی اجتماعی، ضریب همبستگی چندگانه به ۰/۵۲ رسیده است. میزان ضریب همبستگی افزوده شده برای مشارکت اجتماعی، ۰/۰۲ بوده است. در مجموع این سه متغیر قادر به تبیین ۲۹ درصد واریانس سلامت اجتماعی بوده‌اند که ۰/۳۰ درصد مربوط به پذیرش اجتماعی، ۴ درصد مربوط به مشارکت اجتماعی و ۲ درصد مربوط به همبستگی اجتماعی بوده است.

جدول ۴- آماره‌های مربوط به متغیرهای مستقل مدل رگرسیونی

متغیرهای باقی‌مانده در مدل						
VIF	Tolerance	Sig	T	beta	B	نام متغیر
		۰.۰۰	۶.۳۲		۲۱.۵۴	مقدار ثابت
۱.۰۹	۰.۹۱	۰.۰۰	۸.۷۲	۰.۴۰	۰.۱۴	پذیرش اجتماعی
۱.۰۶	۰.۹۳	۰.۰۰	۴	۰.۱۸	۰.۴۳	مشارکت اجتماعی
۱.۰۸	۰.۹۲	۰.۰۰	-۳.۴۱	-۰.۱۵	-۰.۲۲	همبستگی اجتماعی

همان‌طور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، در تحلیل رگرسیون گام به گام طی گام نهایی، سه متغیر پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و همبستگی اجتماعی برای پیش‌بینی سلامت اجتماعی حاشیه‌نشینان وارد معادله رگرسیون شده‌اند. متغیر پذیرش اجتماعی، تعیین‌کننده‌ترین عامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی حاشیه‌نشینان تحت مطالعه بوده است. این متغیر به میزان ۴۰ درصد بر متغیر وابسته تأثیر دارد. مشارکت اجتماعی هم به عنوان دومین عامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی حاشیه‌نشینان به میزان ۱۸ درصد مطرح بوده است. همبستگی اجتماعی هم سومین عامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی حاشیه‌نشینان است. تأثیر این متغیر به میزان ۱۵ درصد با ۹۵ درصد اطمینان ($\text{sig}=0.00$) از نظر آماری قابل تأیید است.

جدول ۵- شاخص‌های برازش حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها و متغیرها

شاخص	شاخص‌های نیکویی برازش	مقادیر مطلوب	مقادیر به دست آمده	نتیجه‌گیری
مطلق	آزمون نیکویی برازش مجذور کای (χ^2)	Nil	۲۹۶/۷۵۴	-
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	$0.90 \geq$	۰/۹۸۲	برازش قابل قبول
	شاخص نیکویی برازش تعدیل-شده (AGFI)	$0.90 \geq$	۰/۹۷۶	برازش قابل قبول
تطبیقی	شاخص استاندارد شده برازش (NFI)	$0.90 \geq$	۰/۹۸۴	برازش قابل قبول
	شاخص برازش تطبیقی (CFI)	$0.90 \geq$	۰/۹۷۹	برازش قابل قبول
	شاخص برازش تطبیقی (TLI)	$0.90 \geq$	۰/۹۵۷	برازش قابل قبول
	شاخص برازش نسبی (RFI)	$0.90 \geq$	۰/۹۸۳	برازش قابل قبول
مقتصد	شاخص برازش هنجار شده (PNFI)	$0.50 \geq$	۰/۵۳۶	برازش قابل قبول
	ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA)	$0.08 \geq$	۰/۰۴۱	برازش قابل قبول
	نسبت مجذور کای به درجات آزادی (χ^2 / df)	$3 \geq$	۲/۷۴۷	برازش قابل قبول
	درجه آزادی (df)	$0 \leq$	۱۰۸	-
	ارزش (p)	$0.05 \geq$	۰/۰۰۱	برازش قابل قبول

با توجه به جدول (۵)، آماره‌های به‌دست‌آمده از سه شاخص تطبیقی، مطلق و مقتصد نشان می‌دهد که مدل به‌دست‌آمده پس از تصحیح دارای برازش‌های قابل قبول است و مدل در مسیر خطاها و واریانس‌های به‌دست‌آمده، صحیح است.

در جدول (۶)، مقادیر به‌دست‌آمده از آماره‌های وزنی رگرسیونی برای تعیین مقادیر اثر (B) با توجه به سطح معنی‌داری به‌دست‌آمده از نسبت بحرانی مشاهده می‌شود که نشان‌دهنده مقادیر اثر معنادار خرده‌مقیاس‌ها بر متغیر کلی و متغیر برون‌زا (همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی) بر متغیر درون‌زای نهایی (سلامت اجتماعی) است.

جدول ۶- آماره‌های وزنی رگرسیون و نسبت‌های بحرانی متغیرهای پژوهش

متغیر برون‌زا	جهت	متغیر درون‌زا	B	β	آماره t	P
همبستگی اجتماعی	←	سلامت اجتماعی	-۰/۴۵	-۰/۳۴۸	۴/۴۲۵	۰/۰۰۱
پذیرش اجتماعی	←	سلامت اجتماعی	-۰/۳۱۴	-۰/۱۹۳	۳/۲۳۳	۰/۰۰۲
مشارکت اجتماعی	←	سلامت اجتماعی	-۰/۳۰۳	-۰/۱۹۹	۳/۵۳۲	۰/۰۰۱

با توجه به جدول (۷)، مسیرهای مستقیم توسط متغیرهای همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی بر سلامت اجتماعی، اثر مستقیم دارند. همچنین نتایج نشان می‌دهد که مقادیر به‌دست‌آمده از بتا استاندارد شده همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی بر سلامت اجتماعی در این سه مسیر به ترتیب برابر با ۰/۳۴۸، ۰/۱۹۳ و ۰/۱۹۹ است و مقادیر واریانس مشترک (R^2) همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی بر سلامت اجتماعی نیز به ترتیب برابر با ۰/۱۷۴، ۰/۰۶۰ و ۰/۰۶۰ است.

جدول ۷- برآورد مستقیم مدل با روش حداکثر درست‌نمایی (ML)^۱

متغیر	B	β	R2
همبستگی اجتماعی بر سلامت اجتماعی	-۰/۴۵	-۰/۳۴۸	۰/۱۷۴
پذیرش اجتماعی بر سلامت اجتماعی	-۰/۳۱۴	-۰/۱۹۳	۰/۰۶۰
مشارکت اجتماعی بر سلامت اجتماعی	-۰/۳۰۳	-۰/۱۹۹	۰/۰۶۰

نتیجه‌گیری و پیشنهادها

نتیجه این پژوهش نشان داد که وضعیت همبستگی اجتماعی بین خانواده‌های ساکن در مناطق حاشیه‌نشین شهر اهواز برحسب منطقه محل سکونت، متفاوت است. بدین معنی که سکونت در مناطق مختلف حاشیه‌نشین، در وضعیت همبستگی اجتماعی آنان، مؤثر است. در این زمینه، یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج تحقیقات پیشین از جمله مطالعات هزازیکا (۲۰۱۰)، شعبان و قویدل (۱۴۰۰) و رجبی گیلان و همکاران (۱۳۹۳) همسو بوده و آنها را تأیید می‌کند.

نتیجه این پژوهش نشان داد که وضعیت انسجام اجتماعی بین خانواده‌های ساکن در مناطق حاشیه‌نشین شهر اهواز برحسب منطقه محل سکونت، متفاوت است. بدین معنی که مدت زمان سکونت در مناطق مختلف حاشیه‌نشین، در وضعیت انسجام اجتماعی آنان، مؤثر است. در این زمینه، یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج تحقیقات پیشین از جمله مطالعات اژه و همکاران (۲۰۱۷)، هزازیکا (۲۰۱۰)، شعبان و قویدل (۱۴۰۰)، تاج مزینانی و قاسمی‌نژاد (۱۳۹۵) همسو بوده و آنها را تأیید می‌کند.

وضعیت پذیرش اجتماعی بین خانواده‌های ساکن در مناطق حاشیه‌نشین شهر اهواز برحسب منطقه محل سکونت، متفاوت است. بدین معنی که مدت‌زمان سکونت در مناطق مختلف حاشیه‌نشین، در وضعیت پذیرش اجتماعی آنان، مؤثر است. در این زمینه، یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج تحقیقات پیشین از جمله مطالعات زبرو و همکاران (۲۰۱۷)، هزازیکا (۲۰۱۰)، قاسمی‌نژاد و حسنوند (۱۴۰۰)، شعبان و قویدل (۱۴۰۰) همسو بوده و آنها را تأیید می‌کند.

1. maximum likelihood

همچنین مدت‌زمان سکونت در مناطق مختلف حاشیه‌نشین، در وضعیت مشارکت اجتماعی آنان، مؤثر است. در این زمینه، یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج تحقیقات پیشین از جمله مطالعات شعبان و قویدل (۱۴۰۰)، تاج مزینانی و قاسمی‌نژاد (۱۳۹۵)، واعظ‌زاده و اباسه (۱۳۹۵) و رجبی گیلان و همکاران (۱۳۹۳) همسو بوده و آنها را تأیید می‌کند.

نتیجه این نشان داد که وضعیت سلامت اجتماعی بین خانواده‌های ساکن در مناطق حاشیه‌نشین شهر اهواز برحسب مدت‌زمان سکونت، متفاوت است. بدین معنی که زمان سکونت در مناطق حاشیه‌نشین، در وضعیت سلامت اجتماعی آنان، مؤثر است. در این زمینه، یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج تحقیقات پیشین از جمله مطالعات زبرو و همکاران (۲۰۱۷) و رجبی گیلان و همکاران (۱۳۹۳) همسو بوده و آنها را تأیید می‌کند. نتیجه این پژوهش در آزمون فرضیه اصلی تحقیق نشان داد که وضعیت سلامت اجتماعی بین خانواده‌های ساکن در مناطق حاشیه‌نشین شهر اهواز برحسب منطقه محل سکونت، متفاوت است. بدین معنی که محل سکونت در مناطق مختلف حاشیه‌نشین، در وضعیت سلامت اجتماعی آنان، مؤثر است. در این زمینه، یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج تحقیقات پیشین از جمله مطالعات زبرو و همکاران (۲۰۱۷)، قاسمی‌نژاد و حسنونند (۱۴۰۰)، شعبان و قویدل (۱۴۰۰)، تاج مزینانی و قاسمی‌نژاد (۱۳۹۵)، واعظ‌زاده و اباسه (۱۳۹۵) همسو بوده و آنها را تأیید می‌کند.

نتایج یادشده، تأییدکننده نظریه‌های مرتبط با سلامت اجتماعی در مناطق حاشیه‌نشین و برگرفته از اندیشمندانی چون کییز، پارک، ورث، میلر، راین‌واتر، نورکس، اسکارلونیس، هانارز، زاهدانی است. کییز معتقد است که کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی، چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در برمی‌گیرد. وی مفهوم سلامت اجتماعی را به معنی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع بیان می‌کند. سلامت اجتماعی به توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتماع به‌منظور ایجاد روابط ارضاکنده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی اشاره دارد (ر.ک: Keyes & Shapiro, 2004). این ابعاد اجتماعی فرد سالم، زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و با امکان رشد و شکوفایی بداند (ر.ک: Keyes, 1998).

لنسکی همچون وبر، نظری کثرت‌گرا درباره قدرت و نابرابری دارد. قدرت ناشی از ترکیبی از توانایی اعمال زور و دسترسی به حقوقی است که به لحاظ قانونی یا عرضی تأیید شده باشد. در نتیجه برحسب اینکه کدام دسته از افراد اجتماع به چنین حقوقی دست می‌یابند یا از آن محروم می‌شوند، نابرابری‌های اجتماعی متعددی به وجود می‌آید. به نظر لنسکی، معیارهای بسیاری برای رتبه‌بندی گروه‌ها و افراد برحسب میزان قدرت و میزان امتیازات مادی و حیثیت وجود دارد. گیدنز نیز استدلال می‌کند که دارایی، آموزش یا مهارت و نیروی کار یدی، بنیان اصلی ساختار طبقاتی سه‌گانه در تمام جوامع سرمایه‌داری است. تحلیل داده‌های گردآوری‌شده نشان داد که درصد بالایی از پاسخگویانی که ساکن مناطق حاشیه‌نشین اهواز هستند، دارای سلامت اجتماعی پایین بودند. همچنین می‌توان گفت که تأثیر محل سکونت و قومیت به عنوان یکی از امتیازهای تعیین‌کننده منزلت و جایگاه اجتماعی، در میزان سلامت اجتماعی ساکنان مناطق حاشیه‌نشین، مؤثر است. در این زمینه، یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج تحقیقات پیشین از جمله مطالعات زبرو و همکاران (۲۰۱۷)، اژه و همکاران (۲۰۱۷)، هزاریکا (۲۰۱۰)، قاسمی‌نژاد و حسنونند (۱۴۰۰)، شعبان و قویدل (۱۴۰۰)، تاج‌مزینانی و قاسمی‌نژاد (۱۳۹۵)، واعظ‌زاده و اباسه (۱۳۹۵) و رجبی‌گیلان و همکاران (۱۳۹۳) همسو بوده و آنها را تأیید می‌کند.

با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود:

- مسئولان و مدیران اجرایی و برنامه‌ریز شهر اهواز با ایجاد حلقه‌های مشاوره و پرسش و پاسخ درباره مدیریت شهری و بحران‌ها و چالش‌های آن در مناطق حاشیه‌نشین نسبت به جذب ساکنان این مناطق به‌ویژه جوانان و نوجوانان در قالب مشاوران جوان شهردار یا فرماندار تلاش کنند تا حس تعلق اجتماعی و همبستگی را در میان این قشر به عنوان شهروندان اهواز فراهم کنند.
- مسئولان و مدیران اجرایی و برنامه‌ریز شهر اهواز با ایجاد مراکز محله‌یاری در مناطق حاشیه‌نشین برای حل معضلات موجود این محله‌ها و یا بهبود وضعیت زندگی آنان و همچنین فعال نمودن ستادهای انتخاباتی در سطح محلی، شهری و ملی، به تشویق حضور ساکنان مناطق حاشیه‌نشین پرداخته، شرایط افزایش

مشارکت اجتماعی آنان را فراهم کنند.

- مسئولان و مدیران اجرایی و برنامه‌ریز شهر اهواز نسبت به فراهم آوردن بستر مناسب نسبت به آموزش و برگزاری جشنواره‌ها و همایش‌های اختصاصی در مناطق حاشیه‌نشین، برای افزایش انسجام اجتماعی این افراد اهتمام ورزند.
- مسئولان و مدیران اجرایی و برنامه‌ریز شهر اهواز با راه‌اندازی سامانه‌های مشورتی و پرسش و پاسخ درباره مدیریت شهری و بحران‌ها و چالش‌های آن در مناطق حاشیه‌نشین، تلاش کنند تا حس تعلق اجتماعی و پذیرش اجتماعی را در میان این قشر به عنوان شهروندان اهواز فراهم کنند.
- مسئولان و مدیران اجرایی و برنامه‌ریز شهر اهواز به تدوین طرح جامع فرصت‌های ارتقا و افزایش سلامت اجتماعی حاشیه‌نشینان، توجه و اهتمام ورزند.



منابع

- اثنی‌عشری، مریم (۱۳۷۸) بررسی رابطه الگوهای خانواده و باورهای مذهبی با وضعیت هویت در نوجوانان شهر اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی، هاشمی، دانشکده علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد.
- اردستانی بالایی، زهرا و پریناز بنی سی و سعیده زمردی (۱۴۰۰) «اثر بخشی درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی، پذیرش اجتماعی و کفایت اجتماعی معلمان»، پویش در آموزش علوم تربیتی و مشاوره، سال هفتم، شماره ۱۴، صص ۱۴۷-۱۶۸.
- افروز، زبیده (۱۳۸۸) بررسی عوامل مؤثر بر سازگاری اجتماعی سالمندان با تأکید بر شبکه اجتماعی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، درویشی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- امیری، آزاده و علیرضا استعلاجی و قدرت‌الله رستمی پایدار (۱۳۸۹) «حاشیه‌نشینی چالشی فراروی توسعه پایدار شهری (با تأکید بر کلان‌شهر اهواز)»، نشریه جغرافیا، سال چهارم، شماره ۱۲، صص ۱۱۳-۱۳۳.
- باقی نصرآبادی، علی (۱۳۸۴) «همبستگی اجتماعی و مشارکت عمومی»، پژوهشکده علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، شماره ۶، صص ۱-۱۰.
- برک، لورای ای (۱۳۸۲) روان‌شناسی رشد، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ارسباران.
- بهزاد، داوود (۱۳۸۱) «سرمایه اجتماعی، بستری برای ارتقای سلامت روان»، تهران، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۶، صص ۴۳-۵۴.
- بهمنی، سجاد و حسین ملتفت (۱۳۹۹) «مطالعه داده‌بنیاد پیدایش حاشیه‌ها بر پیکر کلان‌شهر اهواز»، جامعه‌شناسی فرهنگ و هنر، سال دوم، شماره ۳، صص ۸۶-۱۱۴.
- بورديو، پیر (۱۳۸۴) «شکل‌های سرمایه»، در: سرمایه‌های اجتماعی: اعتماد، دموکراسی و توسعه، گردآوری کیان تاجبخش، ترجمه افشین خاکباز و حسن پویان، تهران، شیرازه.
- پاتنام، روبرت (۱۳۸۰) دموکراسی و سنت‌های مدنی، ترجمه محمدتقی دلفروز، تهران، روزنامه سلام.
- تاج‌مزیانی، علی‌اکبر و ابودر قاسمی‌نژاد (۱۳۹۵) «کنش‌ورزی سیاسی و سلامت اجتماعی زنان (مورد مطالعه: زنان ۱۵-۴۹ ساله منطقه چهار تهران)»، مجله مطالعات انتخابات، سال پنجم، شماره ۱۲ و ۱۳، صص ۱۴۱-۱۶۶.
- تشکر، زهرا و محمدرضا معینی (۱۳۸۱) «نگاهی به سرمایه اجتماعی و توسعه»، فصلنامه رفاه اجتماعی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی، سال اول، شماره ۴، صص ۲۵-۴۲.
- توسلی، غلام‌عباس و مرضیه موسوی (۱۳۸۴) «مفهوم سرمایه در نظریات کلاسیک و جدید با تأکید

بر نظریه‌های سرمایه اجتماعی»، تهران، نامه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، شماره ۲۶، ص ۳۲.

جد بابای اصفهانی، زینب (۱۳۸۵) نقش شبکه‌های فردی در شکل‌گیری گرایش دینی دانشجویان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پژوهشگری، جوشن لو، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه الزهرا. جویباری، لیلا و اکرم ثناگو (۱۳۸۴) «نوجوانی دوره پرخاشگری: تجارب نوجوانان پسر ۱۶-۱۴ ساله»، مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان، دوره سوم، شماره ۱، بهار و تابستان، صص ۱-۱۳.

چلبی، مسعود (۱۳۷۵) «تحلیل شبکه در جامعه‌شناسی»، فصلنامه علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، شماره ۳، دوره ۶، صص ۹-۴۸.

حیدری، سعیده و دیگران (۱۳۸۷) «ارتباط حمایت اجتماعی درک‌شده و اندازه شبکه اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان»، فصلنامه علمی پژوهشی فیض، شماره ۲، تابستان، صص ۱۵-۲۲.

خیرالله‌پور، اکبر (۱۳۸۳) بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه (مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم اجتماعی، چلبی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه شهید بهشتی.

سید رامین قاسمی و نادر رجبی گیلان و سهیلا رشادت
رجبی‌گیلان، نادر و سیدرامین قاسمی و سهیلا رشادت و علیرضازنگنه و شهرام سعیدی (۱۳۹۳) «سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان ساکن در محلات حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه و برخی عوامل مرتبط با آن»، ماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سال هجدهم، شماره ۹، صص ۵۴۷-۵۵۶.

ریتزر، جورج (۱۳۷۴) نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر، ترجمه محسن ثلاثی، تهران، گیسوم. سجادی، حمیرا و سید جلال صدرالسادات (۱۳۸۳) «شاخص‌های سلامت اجتماعی»، مجله سیاسی-اقتصادی، دوره نوزدهم، شماره ۳۰۴، ص ۲۵۳.

شعبان، مریم و نوشین قویدل (۱۴۰۰) «ارتباط بین سبک زندگی سلامت‌محور و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین شهر کرج»، نشریه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز، سال دهم، شماره ۲، صص ۱۹۶-۲۰۵.

شولتز، دوان و سیدنی آلن شولتز (۱۳۷۹) نظریه‌های شخصیت، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، موسسه نشر ویرایش.

صادقی، محمود (۱۳۷۸) جایگاه دین در سلامت روان، تهران، طریق کمال.

صباغ، صمد و نریمه معینیان و سارا صباغ (۱۳۹۰) «سنجش سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن در بین خانوارهای شهر تبریز»، مطالعات جامعه‌شناسی، سال سوم، شماره ۱۰، صص ۴۴-۲۷.

غضنفری، احمد (۱۳۸۲) بررسی رابطه سبک هویت دانش‌آموزان با سلامت روانی آنان، رساله دوره دکتری روان‌شناسی، باستانی، دانشکده علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی.

فارسی‌نژاد، معصومه (۱۳۸۳) بررسی رابطه سبک‌های هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی در دانش‌آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستان‌های شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم اجتماعی، یحیوی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه تهران.

فوکویاما، فرانسیس (۱۳۷۹) پایان نظم، ترجمه غلام‌عباس توسلی، چاپ اول، تهران، جامعه ایرانیان. فیروزآبادی، سید احمد (۱۳۸۴) بررسی سرمایه اجتماعی و عوامل مؤثر بر شکل‌گیری آن در شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، به راهنمایی دکتر محمدجواد ناطق‌پور، دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی.

قاسمی، وحید و رضا اسماعیلی و کامران ربیعی (۱۳۸۵) سطح‌بندی سرمایه اجتماعی در شهرستان‌های استان اصفهان، فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، سال ششم، شماره ۲۳، صص ۱۸-۳۴.

کلمن، جیمز (۱۳۷۷) بنیادهای نظریه اجتماعی، ترجمه منوچهر صبوری، تهران، نشرنی. گلابی، فاطمه و نازیلا اخشی (۱۳۹۴) «مشارکت اجتماعی و نشاط اجتماعی»، جامعه‌شناسی کاربردی (مجله پژوهشی علوم انسانی دانشگاه اصفهان)، سال بیست‌وششم، شماره ۳ (پیاپی ۵۹)، صص ۱۳۹-۱۶۰.

لنگری، رضا (۱۳۷۸) مقایسه میزان پرخاشگری دانش‌آموزان پسر مهاجر و غیر مهاجر سال اول متوسطه شهرستان بجنورد در سال تحصیلی ۱۳۷۷-۱۳۷۸، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، نوابی‌نژاد، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم.

مجتبایی، کاظم و دیگران (۱۳۹۹) «تأثیر مهاجرت بر تغییرپذیری انسجام اجتماعی»، پژوهشنامه نظم و امنیت انتظامی، سال سیزدهم، شماره ۲، صص ۵۱-۷۰.

واعظ‌زاده، ساجده و علی اباسه (۱۳۹۵) «زنان حاشیه‌نشین و بازتولید خشونت در روابط اجتماعی»، همایش بین‌المللی زنان و زندگی شهری، تهران، شهرداری تهران.

Ascione, M; Luigi, C; Francesco, Ch; Sergio, U. (2019) "Environmental Driving Forces of Urban Growth and Development an Emergy-based Assessment of the City of Rome, Italy, Landscape and Urban Planning.

Berzonsky, M.D (2003) Identity style and well-being: Dose commitment Matter ? Identity: An International Journal of Theory and Research, 3 (1), 131-142

- (2004) Identity style, parental Authority, and Identity commitment. *Journal of youth and adolescence*, 33 (3), 213 – 220.
- Burke , Peter J. (1991) Identity process and Social Stress . *American Sociological Review*. 56. 830- 849.
- Country Progress Report on Social Determinants of Health & Equity, Aug, (2006), Islamic Republic of Iran [in Persian].
- Choudhury, M., Mahanta, L. B., Goswami, J. S., & Mazumder, M. D. (2011) Will capacity building training interventions given to street food vendors give us safer food?: A cross-sectional study from India. *Food Control*, 22, 1233-1239.
- Dahal, S.; Sanjay K. Nepal , Michael A. Schuett (2014) 'Examining Marginalized Communities and Local Conservation Institutions: The Case of Nepal's Annapurna Conservation Area, Environmental Management', 53:219–230.
- Diener , E . , Suh , E . M . , Lucas , R . E . , and Smith , H . E . (1999) Subjective Well – being : Three decades of progress . *Psychological Bulletin* . 125 . 276 – 302
- Ezeh, A., Oyeboode, O., Satterthwaite, D., Chen, Y. F., Ndugwa, R., Sartori, J., ... & Lilford, R. J. (2017) The history, geography, and sociology of slums and the health problems of people who live in slums. *The lancet*, 389(10068), 547-558.
- Hazarika, I. (2010) Women's Reproductive Health in Slum Populations In India: Evidence from NFHS-3, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*.
- Kawachi, I, and L, Berkman. (2001) Social ties and mental Health, *Journal of urban Health.*; 78 (3) 458-467.
- Keyes, C.M (1998) Social well-being. *social psychology Quarterly*. 2. 121 – 140
- (2002) The Mental Health Continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*. 43. 207 – 222
- (2005) Mental Health and / or Mental Illness? Investigation Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* . 73. 539 – 548
- Keyes, C. L. M. & Ryff, C. D. (2003) Somatization and Mental Health : A Comparative Study of the Indiom of Distress Hypothesis . *Social Science and Medicine* . 57 . 1833 – 1845
- (2000) Subjective change and mental health : a self – concept theory. *Social psychology Quarterly* . 63 . 264 – 279
- Keyes, C.M & Shapiro, A. (2004) 'Social Well- being in the U.S: A Descriptive Epidemiology'. In orvill Brim, Carol D. Ryff & Ronald C. Kessler (Eds), *Healthing Are you ? A national study of well-being of Midlife* . univwesity of Chicago press.
- Keyes, C. M , Shmotkin. D , & Ryff, D . D . (2002) optimizing well-being : The Empirical Encounter of Two Traditins. *Journal of Personality and Social Psychology*. 82 (6), 1002 – 1022
- Magar, V. (2003) Empowerment approaches to gender-based violence: women's courts in Delhi slums. *Forum*, Volume; p-p: 509-523.

- Pelc, S. (2017) Marginality and Marginalization, R. Chand et al. (eds.), Societies, Social Inequalities and Marginalization, Springer International Publishing.
- Schiffer, K. and Schatz, E. (2008) Marginalization, social inclusion and health, Correlation is co-sponsored by the European Commission, DG Sanco and the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS). Publisher: Foundation RegenboogAMOC.
- Tacoli, C. (2017) Migration and inclusive urbanization, united nations expert group meeting on sustainabling cities human, mobility and international migration, UN/POP/EGM/2017/6.
- UN Habitat. (2019) Planning Sustainable Cities, Global Report on Human Settlements, United Nation Human Settlement Programme, London.
- Zerbo, A., Delgado, R. C., & González, P. A. (2020) Vulnerability and everyday health risks of urban informal settlements in Sub-Saharan Africa. Global Health Journal, 4(2), 46-50.

