

Malihe Farid^{1*}, Afsoon Tizvir², Zahra Fashi²

1. Medicine Faculty, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

2. Deputy of Chancellor for Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Health Care Status of Residents of the Slum Areas of Karaj 2015

Received: 25 Jun. 2016 ; Accepted: 1 Jul. 2017

Abstract

Background: Slum dwelling is the main challenge that developing countries face. Lack of enough knowledge about the distribution of non-communicable disease risk factors, like unhealthy nutrition and mental problem, is one of the characteristics of these areas. The aim of this study was to assess the health needs of the slum dwellers in term of nutrition and mental health cares and their accessibility to primary health cares.

Method: Participants of this descriptive-cross sectional study were 514 married women of three slums of Karaj in 2015. The study was conducted using two-stage cluster sampling. Data was collected through a researcher-made questionnaire to gather socio-demographic information, the perceived mental and nutritional health care needs and the amount of accessibility to primary health cares.

Result: 231 (62.4%) and 299 (58.4%) of participants stated the need for nutritional and psychological consultation respectively, but only 26.2% and 24.1% of them had received proper consultation (in order). More than 40% of people with nutritional and mental health consultation needs had used private sectors to satisfy their needs. More than 60% of them found health expert advices effective, moderate and high, and more than 70% of them found themselves in need of more information.

Conclusion: The findings indicated that slum dwellers need to get more information and consultation about nutritional and mental health issues. Considering to the slum dwellers needs and their positive attitude toward effectiveness of health care advices, it seems that providing necessary infrastructure to improve these people's access to the health care is essential to improve the health of them and to reach health justice.

Keywords: Slums, Healthcare Acceptability, Mental health, Healthy diet

***Corresponding Author:**
Medicine Faculty, Alborz University of Medical Science, Eshteraki St., Baghestan Blvd., Karaj, Alborz, Iran.

Tel: 026 - 34336009
E-mail: malihefarid@yahoo.com

وضعیت مراقبت های بهداشتی ساکنین مناطق حاشیه نشین (ناپایدار) شهر کرج سال ۱۳۹۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۴/۵؛ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۴/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: حاشیه نشینی در کلان شهرها یکی از معضلاتی است که کشورهای در حال توسعه با آن روبرو می باشند. کمبود دانش کافی در خصوص توزیع فاکتورهای خطر بیماری های غیرواگیر مانند تغذیه ناسالم و مشکلات روانی از مشخصات این مناطق می باشد. هدف از این مطالعه بررسی نیازهای سلامت ساکنین مناطق حاشیه نشین (ناپایدار) در زمینه مراقبت های سلامت روان و تغذیه و نیز دسترسی به مراقبت های اولیه سلامت (PHC) بود.

روش اجرا: گروه مورد مطالعه در این مطالعه مقطعی - توصیفی ۵۱۴ زن متاهل ساکن ۳ منطقه حاشیه نشین (ناپایدار) شهر کرج در سال ۱۳۹۳ بود. مطالعه به روش خوشه ای دو مرحله ای بوده و ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ای محقق ساخته شامل سوالاتی در خصوص وضعیت سوشیوموگرافیک، دسترسی به مراقبت های اولیه سلامت (PHC) و نیز نیازهای درک شده افراد در زمینه تغذیه و سلامت روان بود.

یافته ها: ۶۲/۴٪ و ۵۸/۴٪ به ترتیب نیاز به مشاوره تغذیه و روانشناسی را احساس کرده بودند که تنها ۲۶/۲٪ و ۲۴/۱٪ از آنان مشاوره تغذیه و روانشناسی دریافت کرده بودند. بیش از ۴۰ درصد افراد با نیاز به مشاوره تنها به مراکز خصوصی مراجعه کرده بودند. بیش از ۶۰ درصد از آنان نیز نگرش مثبتی به توصیه های روانشناسان و کارشناسان تغذیه داشته و بیش از ۷۰ درصد از آنان نیازمند کسب اطلاعات بیشتر بودند.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان می دهد که افراد در مناطق شهر کرج نیازمند اطلاعات بیشتر و دریافت مشاوره بیشتر در زمینه تغذیه و سلامت روان می باشند. با در نظر گرفتن نیازهای این افراد و نگرش مطلوب آنان به مراقبت های سلامت به نظر می رسد ایجاد ساختارهای لازم برای بهبود دسترسی این افراد به مراقبت های سلامت گام بزرگی در راستای ارتقای سلامت آنان و دستیابی به عدالت در سلامت خواهد بود.

کلمات کلیدی: مناطق حاشیه نشین، دسترسی به مراقبت بهداشتی، سلامت روان، تغذیه سالم

* نویسنده مسئول:

دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی
البرز، کرج، البرز

۰۲۶- ۳۴۳۳۶۰۰۹
E-mail: malihefarid@yahoo.com

مقدمه

جغرافیائی این مناطق نیز موجب افزایش بروز مشکلات امنیتی خاصی از جمله ارتکاب جرم و اعتیاد به مواد مخدر در این مناطق می شود.^۲

مطالعات در خصوص ساختار اجتماعی مناطق حاشیه نشین، بالا بودن بعد خانوار، بالا بودن میزان مهاجرت، استاندارد نبودن خدمات اولیه شهری، استاندارد نبودن مصالح ساختمانی به کار رفته در مسکن حاشیه نشینان، پایین بودن سطح سواد و ثبات تحصیلی، پایین بودن خدمات بهداشتی-درمانی را از چالش های حاشیه نشینی می دانند.^۵ همچنین پدیده حاشیه نشینی با چالش هایی از قبیل بالا بودن نرخ بیکاری، پایین بودن سطح درآمد، فقدان تخصص فنی و حرفه ای و عدم بهره مندی از آموزش برای فراگیری مهارت های مورد نیاز جامعه روبرو می باشد.^۶ حاشیه نشین ها فاقد بهداشت عمومی و خصوصی در حد و اندازه استانداردهای جهانی و حتی ملی هستند. انباشت زباله ها و عدم جمع آوری آن ها، جریان فاضلاب منازل در کوچه ها و عدم دفع بهداشتی آن، آلودگی های صوتی، آلودگی هوا و ... در این محلات مشهود است.^۷ حاشیه نشینی یکی از تعیین کننده های مهم سلامت می باشد.^۳

سلامت مهمترین نعمت الهی است که باید همگی در جهت حفظ، تامین و ارتقای آن تلاش کنند و بی عدالتی در سلامت و مراقبت از سلامت یکی از بزرگترین چالش هایی است که امروزه جامعه بین المللی با آن مواجه است.^۸ عدالت در سلامت در مفهوم امروزی آن، نه فقط تخصیص منابع مالی به بیماران، بلکه تأمین شرایطی برای زندگی تمامی مردم است تا آنها را تا حد ممکن بر مدار سلامت و دور از بیماری ها نگاه دارد.^۹ همچنین سلامت و بیماری انسان های جامعه تحت تاثیر تعیین کننده های اجتماعی سلامت مانند پوشش بیمه، میزان باسوادی، شدت نابرابری های اقتصادی و شرایط محل سکونت و غیره قرار می گیرد.^{۱۰}

به منظور برقراری عدالت در سلامت یکی از برنامه های اساسی معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در طرح تحول حوزه بهداشت، برنامه تأمین مراقبت های اولیه سلامت در مناطق حاشیه نشین شهری و سکونتگاه های غیررسمی و نیز شهرهای کمتر از ۵۰۰۰۰ نفر است که با در نظر گرفتن پیچیدگی مشکلات موجود در این مناطق، رفع یا کاهش مشکلات حاشیه نشینی در شهرها نیازمند اقدامات گوناگونی است که با

حاشیه نشینان شامل کسانی می باشند که در محدوده جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی شهر حضور و سکونت دارند ولی نحوه اسکان و معیشت آنها از جامعه شهری کاملاً متمایز است و در نتیجه با جامعه شهری هماهنگ نشده اند.^۱

از جمله تعیین کننده های مهم اجتماعی ساختاری سلامت در مناطق حاشیه نشین فقر، جنسیت، نژاد، آموزش و سواد سلامت می باشد. به عبارتی دیگر ویژگی های ساکنین این مناطق مشترک بوده و متمایز کننده آنان از سایرین می باشد از جمله: فقدان سرویس های ضروری، محل های سکونت فاقد اسناد قانونی و فاقد کیفیت سازه ای، ازدحام جمعیتی، شیوه زندگی ناسالم و کانون های خطر، اجاره بناهای غیر ایمن، غیررسمی و غیر قانونی، فقر و تبعیض اجتماعی و بناهای با حداقل وسعت و کاهش مشارکت اجتماعی و فرهنگی در ارتباط است.^{۱۱}

آمارهای رسمی اسکان بشر سازمان ملل متحد نشان می دهد که در سال ۲۰۰۳ حدود یک میلیارد نفر از جمعیت شهری جهان در مناطق حاشیه ای زندگی می کرده اند.^۳

بر اساس آخرین گزارش جهانی اسکان بشر ۴۳٪ از جمعیت جهان در مناطق شهری کشورهای در حال توسعه را حاشیه نشین ها تشکیل می دهند. در کشورهای کمتر توسعه یافته ۷۸٪ مهاجران شهری را حاشیه نشین ها تشکیل می دهند.^۱

در ایران نیز اگر چه از زمان شروع حاشیه نشینی اطلاعات دقیقی در دست نیست ولی می توان گفت که توسعه حاشیه نشینی ارتباط تنگاتنگی با بزرگ شدن بی رویه شهرها داشته است و بعد از اصلاحات اراضی ۱۳۴۲ همراه با رشد مهاجرت، حاشیه نشینی نیز ابعاد وسیع تری پیدا کرده است و علاوه بر تهران شهرهای بزرگ را نیز در بر گرفته است.

افراد حاشیه نشین به طور عمده مهاجرانی هستند که به علل مختلف شهرهای بزرگ را هدف قرار داده اند ولی به دلایلی چون پائین بودن سطح مهارت های فنی و فقدان سرمایه کافی قدرت ورود به بافت اصلی شهر را نداشته اند.^۴

حاشیه نشینی با مشکلات متعددی از جمله پایین بودن کیفیت زندگی، رفاه اجتماعی و سواد سلامت همراه است. وضع نامطلوب

قسمت عمده جمعیت این استان در دومین کلانشهر کشور یعنی کرج سکنی دارند. محل استقرار حاشیه نشینان در کرج محدود به یک محله خاص نیست بلکه علاوه بر کمربند حاشیه نشینی در حول این کلانشهر، در مجاورت هریک از محله های متعدد آن در کنار بافت شهری، بافت حاشیه نشینی شکل گرفته است. به عبارتی حاشیه نشینی و بافت اصلی این کلانشهر در هم تنیده شده است. وجود چند زندان و ندامتگاه بزرگ کشور در این استان خود باعث دامن زدن به پدیده حاشیه نشینی گردیده است. به همین دلیل تعریف و ارائه خدمات به ساکنین مناطق حاشیه نشین (ناپایدار) در این استان راهکاری ضروری و در عین حال منحصر به فرد برای ساماندهی بسیاری از معضلات استان محسوب می شود. از آنجا که مأموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تأمین سلامت همه جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی با اولویت مناطق کم برخوردار است، لذا انجام مداخلاتی به منظور ارتقای وضعیت سلامت مناطق مختلف کشور با توجه به اسناد بالادستی به ویژه قانون اساسی، الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، سند چشم انداز ۱۴۰۴، سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، اصلاح الگوی مصرف، اصل ۴۴ قانون اساسی، نقشه جامع علمی کشور، برنامه دولت تدبیر و امید و برنامه وزیر محترم بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ضرورت دارد. همچنین عملیاتی شدن برنامه تأمین مراقبت های اولیه برای مناطق حاشیه نشین (ناپایدار) در استان البرز به دلیل ویژگی ها و وضعیت زیر ساخت های آن از ضرورت و اهمیتی خاص برخوردار بود.^{۱۲}

در این راستا و به منظور بررسی پوشش مراقبت های اولیه در مناطق حاشیه نشین (ناپایدار) شهر کرج، در این مطالعه سه منطقه که در آن مرکز بهداشتی - درمانی تا زمان انجام مطالعه وجود نداشت انتخاب شدند و اطلاعات سوشیو-دموگرافیک و میزان استفاده از برخی خدمات بخش سلامت بخصوص حوزه های سلامت روان و تغذیه (که تا زمان انجام مطالعه در مراقبت های اولیه سلامت ادغام نگردیده بود) مورد پرسش قرار گرفت. همچنین سؤالاتی با هدف نیازسنجی در حیطه های سلامت روان و تغذیه در قالب پرسشنامه های محقق ساخته ای که توسط خود پرسشگران تکمیل می شدند، طراحی گردید. نتایج این مطالعه می تواند

همکاری دولت، بخش خصوصی و جامعه ساکن در این سکونتگاه ها قابل انجام است. از جمله این سازمان ها سازمان های دولتی و غیردولتی مانند وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی، وزارت کشور، وزارت آموزش و پرورش، شهرداری ها، خیریه ها، و سازمان های مردم نهاد (NGO) و ... می باشند. مشکل حاشیه نشینی با وضعیت اقتصادی ملی و برابری های منطقه ای در دسترسی به منابع و خدمات، ارتباط نزدیکی دارد و هر گونه ساماندهی حاشیه نشینی، نیازمند همکاری میان دستگاه های مختلف می باشد تا از این طریق به یکسان سازی و هماهنگ کردن اقدامات برای بازسازی مناطق حاشیه ای پرداخته شود. همچنین حل مشکلات حاشیه نشینان، در شناخت ابعاد مختلف مسائل آن ها و بهره گیری از مشارکت آن ها در پیدا کردن راه حل های اجتماعی نهفته است.^{۱۳} به عنوان مثال عموماً اطلاعات کمتری از شدت توزیع عوامل خطر بیماری های مختلف از جمله بیماری های قلبی عروقی، سکته های مغزی، نارسایی کلیه، خودکشی و سوء مصرف مواد در این مناطق وجود دارد.^{۱۴} بنابراین انجام نیازسنجی دقیق جهت پی بردن به نیازهای واقعی جمعیت حاشیه نشین امری اجتناب ناپذیر است و توجه به نیاز های بهداشتی و برآورده ساختن آن در جمعیت حاشیه نشین می تواند آنها را به سمت ارتقای سواد سلامت سوق دهد.

بازنگری در وضعیت حاشیه و بهبود دسترسی به کیفیت مراقبت های بهداشتی و در نتیجه ارتقای سلامت نیز از اقدامات استراتژیک پیشنهادی می باشد.^{۱۵}

استان البرز با جمعیتی بالغ بر ۲۵۵۳۲۱۴ نفر یکی از محروم ترین استان های ایران از نظر ارائه خدمات بهداشتی و درمانی بوده و نیازمند اقدامات فوری و زیر ساختی جهت ارائه خدمات در زمینه های مختلف بهداشت و درمان می باشد. با توجه به گزارش سازمان بهداشت جهانی مبنی بر تشکیل ۴۳٪ از جمعیت شهرنشین کشورهای در حال توسعه از حاشیه نشینان و آهنگ رشد جمعیت در استان با برآورد جمعیتی ۱۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت مناطق حاشیه نشین (ناپایدار) در استان، برنامه ریزی برای انجام سرشماری توسط معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز انجام شد. ۹۸ درصد جمعیت این استان را شهرنشینان با مشکلات خاص سلامت شهری تشکیل می دهند. درحالی که عدم شکل گیری ساختارهای شهری در آن مشهود می باشد.

شده و به روش متواتر از کلیه منازل دو سمت گذرگاه مسکونی نمونه گیری صورت گرفته است تا به حجم نمونه در نظر گرفته شده به آن خوشه (۵۰ خانوار) برسد. در صورت عدم دستیابی به حجم نمونه مورد نظر، دومین گذرگاه مسکونی انتخاب شده است. در این مطالعه پس از کسب موافقت و ارائه اطلاعات لازم مادر یا همسر سرپرست خانوار به سؤالات پاسخ داده اند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS V21 و جهت ارائه نتایج از آماره های توصیفی استفاده شده است.

یافته‌ها

گروه مورد مطالعه، خانواده های ۵۱۴ زن متأهل ساکن در مناطق تعیین شده بودند. میانگین سنی پاسخ دهندگان (±۱۱/۰۹) ۳۷/۳۴ سال بود. (دامنه ۱۹-۷۴ سال). کل افراد شرکت کننده در مطالعه ایرانی بودند. از هشت قومیت مورد سوال در مطالعه همه قومیت ها (فارس، کرد، لر، ترک، بلوچ، گیلک و مازنی) در مطالعه شرکت داشتند. به جز قومیت فارس (۴۵/۵٪)، بیشترین آمار مربوط به قومیت ترک و سپس قومیت کرد و لر (با جمعیتی برابر) بودند. ۱۶/۵ درصد زنان پاسخ دهنده، بیسواد و یا با سواد در حد ابتدائی بودند و در مجموع ۷۲/۴٪ زنان پاسخ دهنده تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم داشتند.

تنها ۹۹ نفر (۱۹/۳٪) از پاسخ دهندگان شاغل بودند. تعداد ۴۳۶ نفر (۸۴/۸٪) از همسران زنان شرکت کننده در مطالعه، شاغل و ۱۲ نفر (۲/۳٪) بیکار بودند.

در این مطالعه ۸۳ نفر (۱۶/۱٪) فاقد فرزند، ۱۲۹ نفر (۲۵/۱٪) تک فرزند، ۱۵۷ نفر (۳۱/۵٪) دارای سه فرزند و بیشتر بودند همچنین ۱۸۷ نفر (۳۶/۴٪) دارای فرزند زیر ۶ سال بودند. ۳۲۱ نفر (۶۲/۴٪) در گروه مورد مطالعه، نیاز به مشاوره تغذیه را احساس کرده بودند اما فقط ۸۴ نفر (۲۶/۲٪) از آنان تاکنون سابقه دریافت مشاوره تغذیه داشتند که ۴۳ نفر (۴۷/۳٪) از این افراد برای پاسخ به این نیاز خود تنها به مراکز خصوصی مراجعه کرده بودند. همچنین ۴۰۳ نفر (۷۸/۵٪) خود را نیازمند کسب اطلاعات بیشتر مربوط به تغذیه جهت افزایش سطح سواد سلامت می دانستند. ۶۴/۳ درصد از افراد، پیروی از توصیه های کارشناسان یا

ضرورت بهبود دسترسی حاشیه نشینان به مراکز بهداشتی درمانی را نشان داده و همچنین نیاز به ادغام خدمات سلامت روان و تغذیه را به مراقبت های اولیه سلامت آشکار سازد و در نهایت ارتقای شاخص های بهداشتی در مناطق حاشیه نشین (ناپایدار) را فراهم آورده و بدین ترتیب به هدف نهایی سیستم سلامت که ارتقای عادلانه سلامت می باشد نزدیک تر شویم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی - توصیفی برای ساکنین مناطق حاشیه نشین (ناپایدار) شهر کرج در سال ۱۳۹۳ طراحی شد. تعداد ۵۱۴ نفر از ساکنین مناطق حاشیه نشین (ناپایدار) که مرکز بهداشتی - درمانی در محلات ایشان تا زمان انجام مطالعه فعال نبود مورد مطالعه قرار گرفتند. این مطالعه در ۳ منطقه حاشیه نشین (ناپایدار) شامل منطقه حصار، حصارک پائین و شهرک وحدت انجام شد. به این ترتیب که بسته به جمعیت آن مناطق، از منطقه حصارک پائین و شهرک وحدت هر کدام ۴ نقطه و از منطقه حصار ۲ نقطه جهت نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند و در هر نقطه حدود ۵۰ خانوار جهت مصاحبه انتخاب شدند. از هر خانوار، مادر یا همسر سرپرست خانوار جهت پاسخگویی به پرسشنامه انتخاب شد. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته ای بود که اطلاعات مربوط به نیاز درک شده و چگونگی پاسخ به نیاز مذکور، نیاز به کسب اطلاعات و نگرش افراد در مورد اهمیت توصیه های ارائه شده توسط کارشناسان بهداشتی در حیطه مراقبت های سلامت روان و تغذیه را شامل می شد و نیز میزان استفاده گروه مورد مطالعه از مراقبت های بهداشتی مراکز بهداشتی درمانی (مراقبت های مادر و کودک، سالمندان و میانسالان) نیز مورد پرسش قرار گرفت. همچنین اطلاعات سوشیو دموگرافیک افراد نیز توسط این پرسشنامه جمع آوری گردید.

در این مطالعه پرسشگری به شیوه پرسشگری درب منازل انجام شده است. نحوه انتخاب مناطق پرسشگری بر اساس الگوی انتخاب منظم صورت گرفته است به این ترتیب که ابتدا پرسشگران آموزش دیده در نقاط انتخابی که به روش تصادفی ساده و از روی نقشه مناطق حاشیه نشین (ناپایدار) مورد نظر انتخاب شده بودند حاضر

بحث و نتیجه گیری

در حجم نمونه تعیین شده حضور تمامی قومیت های ایرانی در مناطق حاشیه نشین (ناپایدار) شهر کرج قابل توجه بود. عمده زنان مورد مطالعه در این مناطق از سطح تحصیلات دیپلم و پایین تر برخوردار بودند و از نظر اشتغال عنوان کرده بودند که خانه دار می باشند. بنابراین به نظر می رسد ایجاد راهکارهای مناسب برای افزایش سواد سلامت زنان خانه دار با این سطح تحصیلات می تواند در ارتقای سطح سواد سلامت خانوارهای این مناطق تأثیرگذار باشد.

فاکتورهای تعیین کننده سلامت روان در برگزیده شرایط فیزیکی و اجتماعی افراد می باشد.^{۱۳} و شرایط اجتماعی و فیزیکی حاشیه نشینان سبب استرس مزمن و مشکلات سلامت روان در این گروه می شود.^{۱۴} همچنین تفاوت بین وضعیت تغذیه ای گروه های درآمدی مختلف در داخل کشورهای در حال توسعه وجود داشته^{۱۵} و کودکان مناطق حاشیه نشین نیز در معرض خطر بیشتر سوء تغذیه و عواقب طولانی مدت آن بر روی رشد فیزیکی و تکامل ذهنی می باشند.^{۱۶} عدم کفایت ریزمغذی ها و درشت مغذی ها و همچنین نیاز به تهیه غذا و ایجاد عادات مناسب غذایی در دانش آموزان کودک این مناطق دیده شده است.^{۱۷}

نتایج این مطالعه نیز مؤید این موضوع است که افراد در مناطق حاشیه نشین (ناپایدار) به کسب اطلاعات بیشتر و نیز دریافت مشاوره در زمینه سلامت روان و تغذیه نیازمند می باشند، در حالیکه میزان مراجعه افراد در حد پاسخگویی به این نیاز نبوده است. و تعداد قابل ملاحظه ای از افرادی که در صدد پاسخ به نیاز خود برآمده بودند از مراکز خصوصی استفاده کرده بودند. بنابراین به نظر می رسد ایجاد ساختارهای لازم جهت افزایش دسترسی به این خدمات در افراد این مناطق که علاوه بر نیاز به این خدمات نگرش مطلوبی نیز به تأثیر آن دارند، ضروری است.

همچنین نتایج نشان می دهد که علیرغم استفاده از خدمات بهداشت باروری و کودک در مراکز بهداشت، زمان انتظار برای دریافت این خدمات باید کاهش یافته و دسترسی به این مراکز برای استفاده بیشتر از خدمات آن مهیا گردد. در زمینه خدماتی که تاکنون به صورت غیر فعال ارائه می شده

متخصصین تغذیه را در حد متوسط و بالاتر در پیشگیری و درمان بیماری ها مؤثر می دانستند. همچنین ۳۹۶ نفر (۷۷/۳٪) از پاسخ دهندگان خود را نیازمند کسب اطلاعات بیشتر جهت افزایش سواد سلامت روان دانسته بودند. ۲۹۹ نفر (۵۸/۴٪) در گروه مورد مطالعه نیاز به مشاوره روانشناسی را احساس کرده بودند که تنها ۷۲ نفر (۲۴/۱٪) از آنان تاکنون مشاوره روانشناسی دریافت کرده اند که از این تعداد ۳۳ نفر (۴۵/۸٪) این خدمت را تنها از بخش خصوصی دریافت نموده بودند. ۶۲ درصد از افراد پیروی از توصیه روانشناسان را در حد متوسط و بالاتر در پیشگیری و درمان بیماری ها مؤثر می دانستند.

تعداد ۴۶ نفر (۸/۹٪) از شرکت کنندگان در هنگام مطالعه باردار بودند که از این تعداد ۳۳ نفر (۷۱/۷٪) از مراقبت های بارداری مراکز بهداشت استفاده می کردند.

۷۶ نفر (۱۴/۸٪) از افراد مورد مطالعه در دو سال گذشته تجربه بارداری داشتند. ۶۴ نفر (۸۴/۲٪) از کسانی که در دو سال اخیر تجربه بارداری داشتند و از مراقبت ها استفاده کرده اند، به طور متوسط ۶ بار مراقبت شده بودند (دامنه ۱ تا ۱۲ بار).

متوسط زمان انتظار برای دریافت خدمات توسط این افراد حدود ۵۸ دقیقه (با انحراف معیار ۴۲/۱۸) بوده است.

۲۶ نفر (۵/۱٪) تمایل به بارداری در سال آینده را داشتند که از این تعداد ۲۰ نفر (۷۶/۹٪) از مراقبت های پیش از بارداری مراکز بهداشت استفاده کرده بودند.

از بین خدمات نهائی مراقبت میانسالان انجام آزمایش پاپ اسمیر (غربالگری سرطان دهانه رحم) به عنوان خدمت قابل بررسی مد نظر قرار گرفت و مشخص شد که ۲۰۴ نفر (۳۹/۷٪) حداقل یک بار آزمایش غربالگری سرطان دهانه رحم را انجام داده بودند که متوسط سن این افراد ۳۱/۸۴ (انحراف معیار ۸/۷) و حداقل سن ۲۰ و حداکثر سن آنان ۵۸ سال بود.

در ۳۱/۱٪ از خانواده های مورد مطالعه، فرد بالای ۶۰ سال وجود داشت که از این تعداد ۴۷ نفر (۲۹/۴٪) سالمندانی بودند که فقط طبق توصیه پزشک برای دریافت درمان به مراکز بهداشتی مراجعه کرده بودند. ۴۱ نفر (۲۵/۶٪) سالمندانی بودند که برای غربالگری کلی مراجعه کرده بودند و ۷۰ نفر (۴۳/۸٪) از سالمندان اصلا به مراکز بهداشتی مراجعه نکرده بودند.

در نهایت امید می رود که در ادامه راه با فراهم آوری زیر ساخت های توسعه شهری و توانمندسازی جمعیت این مناطق، بتوان از منابع و قابلیت های این مناطق جهت حل مشکلات شهری استفاده کرده و تلاش کرد تا این مناطق جذب بافت اصلی شهر شوند. توجه به بهبود وضعیت اقتصادی و فرهنگی و تأثیر آن بر سلامت نباید دور از نظر بماند و بایستی گام های موثری نه فقط در زمینه سلامت که در زمینه توسعه برداشت چرا که سلامت و توسعه لازم و ملزوم یکدیگر می باشند.

است (همچون خدمات غربالگری میانسالان و سالمندان) پوشش خدمات با حد مطلوب فاصله زیادی دارد که می تواند منجر به تشخیص دیررس و افزایش هزینه های درمان گردد. بنابراین تلاش در زمینه افزایش کمی و کیفی این خدمات می تواند گام بزرگی در راستای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت افراد مناطق حاشیه نشین (ناپایدار) باشد و بدین ترتیب عدالت در سلامت از نظر دسترسی به خدمات، بهره مندی از خدمات ارائه شده و حفاظت مالی از آنان در بستر پوشش بیمه همگانی و بهبود کیفیت و کنترل قیمت خدمات سلامت میسر خواهد شد.

References

1. World Health Organization. A billion voices: listening and responding to the health needs of slum dwellers and informal settlers in new urban settings. Kobe: World Health Organization. 2005.
2. Vahidi R, Kousha A, Kalantari H, Tabrizi J. Social Determinants of Health and Their Related Organizations in East Azerbaijan. *journal of health* 2013;3(4):20-8. (In Persian)
3. Naghdi A, Sadeghi R. Informal Settlement an Obstacle against Urban Sustainable Development (Case Study of Hamedan Informal Settlements). *Social Welfare* 2006; 5(20): 213-233. (In Persian)
4. Ladan A, Rezghi Sh. Reasons For Suburbanization In Tehran Metropolis. *Urban Management Studies*. 2010; 1(3): 63 - 80.(In Persian)
5. A Survey on social structure of slum areas of ilam. *sociology of iran*; [cited 2015 march 9]. Available from: <http://sociologyofiran.com/index>.
6. Zangyabadi A, Zarrabi A ,Khoobayand S. Investigating the Function of Socio-Economic Factors in the Formation of Shanty Town areas in Isfahan. *Research Bulletin Of Isfahan University (Humanities)*. 2005; 18 (1): 179 - 192.(In Persian)
7. Salehi Amiri R, Khodaie Z. Investigating the Consequences of Informal Settlements: A Case Study of Tehran. *Journal of Social Problems of Iran*. 2010;1(3). (In Persian)
8. Aramesh K. Debate about principles of justice in medical ethics. *Ethics in Science and Technology*. 2007;2(3):10-5.
9. Lee W, Alon U, Mitermayer GR. Slum health: Diseases of neglected populations. *BMC International Health and Human Rights*. 2007; 7(2):1-6
10. Vaid A, Mammen A, Primrose B, Kang G. Infant mortality in an urban slum. *The Indian Journal of Pediatrics*. 2007;74(5):449-53.
11. Mazzucco W, Cusimano R, Macaluso M, La Scola C, Fiumanò G, Scondotto S, et al. A retrospective follow up study on maternal age and infant mortality in two Sicilian districts. *BMC public health*. 2011;11(1):817.
12. Health Deputy Alborz University of Medical Sciences, Report primary health care programs in unstable regions Alborz Province, March 2015.
13. Gruebner O KM, Lautenbach S, Müller D, Krämer A, Lakes T, Hostert P. Mental health in the slums of Dhaka- a geoepidemiological study. *BMC Public Health*. 2012 Mar 9;12(1):177.
14. Sclar ED, Garau, P., & Carolini, G. (). The 21st century health challenge of slums and cities. *The Lancet* 2005; 365(9462): 901-3.
15. Basta SS. Nutrition and health in low income urban areas of the third world. *Ecology of Food and Nutrition*. 1977 Jan 1;6(2):113-24.
16. Goudet SM K-ME, Wekesah F, Wanjohi M, Griffiths PL, Bogin B, et al. How does poverty affect children's nutritional status in Nairobi slums? A qualitative study of the root causes of undernutrition. *Public Health Nutrition*. Cambridge University Press; 2017;20(4):608-19.
17. Turin TC, Rumana N, N Shahana. Dietary Pattern and Food Intake Habit of the Underprivileged Children Residing in the Urban Slums. *Iranian Journal of Pediatrics*. 2007;8.