


رابطه بین فقر قابلیت‌ی و سلامت روان در سکونتگاه‌های غیررسمی اردبیل و مقایسه آن با انواع بافت‌های شهری

مقدمه: فقر قابلیت‌ی و سلامت روان از جمله موضوعاتی هستند که به نظر می‌رسد از مسائل مهم شهرها و به‌ویژه سکونتگاه‌های غیررسمی هستند. از همین‌رو، هدف پژوهش حاضر، سنجش وضعیت مؤلفه‌های فقر قابلیت‌ی و سلامت روانی و رابطه بین آنها در سکونتگاه‌های غیررسمی شهر اردبیل و مقایسه وضعیت این سکونتگاه با سایر سکونتگاه‌ها یا بافت‌های شهری موجود در شهر اردبیل است.


روش: پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از حیث ماهیت، توصیفی-تحلیلی است. جامعه آماری این تحقیق شهروندان شهر اردبیل بودند که با کمک فرمول ریاضی کوکران، تعداد ۲۸۴ نفر به‌عنوان نمونه آماری تعیین حجم شده و به روش تصادفی طبقه‌بندی شده از شهروندان ساکن در انواع بافت‌های شهری اردبیل نمونه‌گیری شده و با استفاده از ابزار تحقیق (پرسشنامه طیف لیکرت) از آنها داده جمع‌آوری شده است. در همین خصوص جهت بررسی وضعیت مؤلفه‌های فقر قابلیت‌ی و سلامت روان و رابطه بین آنها از آزمونهای آماری t تک نمونه‌ای و ضریب همبستگی پیرسون در قالب نرم‌افزار SPSS و جهت مقایسه سکونتگاه‌های غیررسمی با سایر سکونتگاه‌های موجود در شهری از مدل رتبه‌بندی KOPRAS و برای سطح‌بندی آنها از روش تحلیل خوشه‌ای استفاده شده است.

یافته‌ها: سکونتگاه‌های غیررسمی شهر اردبیل از نظر فقر قابلیت‌ی و سلامت روان در وضعیت نامناسبی قرار دارند. همچنین رابطه معنادار و معکوسی بین فقر قابلیت‌ی و سلامت روان وجود دارد و اینکه سکونتگاه‌های غیررسمی شهر اردبیل از نظر فقر قابلیت‌ی و سلامت روان نسبت به سایر بافت‌های شهری در رتبه آخر و در سطح بسیار نامناسب قرار دارد.

بحث: نتایج تحقیق بیانگر این امر است که پایگاه اجتماعی و اقتصادی بافت‌های شهری نقش مهمی در فقر قابلیت‌ی و سلامت روان آنها دارد و باید توجه خاصی به مسئله فقر قابلیت‌ی در سکونتگاه‌های غیررسمی و بافت‌های فرودست شهری شود. در این خصوص لازم است تا محرومیت‌های مربوط به قابلیت‌های اساسی فردی و اجتماعی از میان برداشته شود تا میزان سلامت روان شهروندان بهبود یابد.

۱. **محمدحسن یزدانی** 
دکتر جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری،
گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی
شهری و روستایی، دانشکده علوم
اجتماعی، دانشگاه محقق اردبیلی،
اردبیل، ایران

۲. **اصغر پاشازاده** 
دکتر جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری،
گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی
شهری و روستایی، دانشکده علوم
اجتماعی، دانشگاه محقق اردبیلی،
اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)
<arf1348@gmail.com>

۳. **فاطمه زادولی** 
دکتر جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری،
گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری،
دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه
تبریز، تبریز، ایران

واژه‌های کلیدی:

فقر قابلیت‌ی، سلامت روان،
سکونتگاه‌های غیررسمی، بافت‌های
شهری

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۷/۱۶

Assessing the Relationship between the Components of Capacity Poverty and Mental Health in Ardabil Informal Settlements and Its Comparison with Urban Textures

▶ 1- Mohammad Hasan Yazdani

Ph. D in Geography and Urban Planning, Department of Geography and Urban and Rural Planning, Faculty of Social Sciences, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran
(Corresponding Author)
<yazdani.m51@gmail.com>

▶ 2- Asghar Pashazadeh

Ph. D in Geography and Urban Planning, Department of Geography and Urban and Rural Planning, Faculty of Social Sciences, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran

▶ 3- Fatemeh Zadvali

Ph. D in Geography and Urban Planning, Department of Geography and Urban Planning, Faculty of Social Sciences, Tabriz University Tabriz, Iran

Keywords:

Capacity Poverty, Mental Health, Informal Settlements, Urban Textures

Received: 2020/08/13

Accepted: 2021/01/05

Introduction: capacity poverty and mental health are among the issues that seem to be important issues in cities, especially informal settlements. Therefore, the aim of the present study is to assess the status of capacity poverty and mental health and the relationship between them in informal settlements of Ardabil city and compare the status of this settlement with other settlements or urban contexts in Ardabil.

Method: The present study is applied in terms of purpose and descriptive-analytical in nature. The statistical population of this study is the citizens of Ardabil. With the help of Cochran's mathematical formula, 384 people were determined as a statistical sample and randomly sampled from citizens living in different urban contexts of Ardabil. Data were collected from them using a research tool (Likert scale questionnaire).

Findings: The results of the research showed that the informal settlements in Ardabil are in poor condition in terms of capacity poverty and mental health. There is also a significant and inverse relationship between capacity poverty and mental health. Informal settlements in Ardabil are in the last rank and in a very inappropriate level compared to other urban contexts in terms of capacity poverty and mental health.

Discussion: The results indicate that the social and economic status of urban contexts play an important role in their capacity poverty and mental health and special attention should be paid to the issue of capacity poverty in informal settlements and lower urban contexts. In this regard, the deprivation of basic individual and social capabilities must be eliminated in order to improve the mental health of citizens.

Extended abstract

Introduction: Undoubtedly, poverty and economic inequality are among the most important problems of settlements. In the case of poverty, the emphasis is on income shortages than on other deprivations. Capacity Poverty has been raised in this regard. In terms of poverty alleviation, poverty is not just about low incomes and is referred to as deprivation of basic capabilities (deprivation of individual and social capabilities). In addition to the problem of marginalized poverty, the issue of mental health is also important in settlements. In the suburbs, there is a lack of attention to mental health and ultimately poor adequacy of mental health indicators at a high level. Mental health, as one of the most important factors in human development, is not only the lack of disease or disability, but also a state of well-being, according to which a person is able to cope with normal stresses in life and as part of Let the community collaborate with others.

In general, poverty affects people's mental health. Therefore, according to what has been said, it seems necessary and inevitable to analyze the poverty situation of Capacity Poverty and mental health and the relationship between them and as well as comparing the types of urban contexts in terms of these components.

The study area of this research is Ardabil city in general and informal settlements in particular, that Today, There is 15 neighborhoods and more than 830 hectares of informal settlements have been registered in Ardabil. In addition to informal settlements, the city of Ardabil has four other urban contexts (planned contexts, organic, semi-organic contexts and villages integrated into the city. that the main purpose of this study is to measure the components of capacity poverty and mental health in informal settlements in Ardabil and the relationship between them and finally comparing the status of this settlement (texture of informal settlements) with other settlements.

Method: Leading research is applied in terms of purpose and descriptive-analytical in nature and method. The statistical population of the study is the citizens of Ardabil (529734 people) who live in five urban contexts. In this regard, the sample size was obtained using the Cochran's formula of 384 and randomly sampled (proportional to the population of all five urban tissues) of the said number was sampled. The method of collecting data and information for this research is

documentary studies and field surveys (using a questionnaire). Also, in this study, various statistical tests, models and software have been performed to analyze the data. To test the distribution status of the data, from the Kolmogorov-Smirnov test, to measure the components of capacity poverty and mental health, from the test to compare the mean / t-test of a single sample and to examine the relationship between the capacity poverty and mental health, Pearson correlation coefficient has been used in the form of SPSS software. For tissue ranking urban plans use the KOPRAS model and Arc GIS software is used to draw the maps. Also, to determine the preference of research variables, the entropy model and to level urban textures, the cluster analysis method has been used.

Findings: Taking into account Table 1, the results of the single-sample t-test for capacity poverty components show that between the obtained average (3.63) and the theoretical average of the research (3), the difference of the mean mean at the statistical level of 95% there is a percentage. This means that the average score of significant capacity poverty in the informal settlements of Ardabil city is higher than average. In fact, the neighborhood is in poor condition and living in extreme capacity poverty.

Table (1) T-test of a single sample of capacity poverty components in the informal settlements of Ardabil city

Component of Capacity Poverty	The mean is also oriented	Difference mean	t	Sig
Access to the desired food basket	2.34	-0.66	-6.22	0.000
Access to health services	2.13	-0.87	-8.51	0.000
Ability to maintain human privacy and sanctity	2.71	-0.62	-5.87	0.000
Ability to protect self-esteem	2.61	-0.39	-4.37	0.000
Ability to achieve fundamental freedoms	2.17	-0.83	-7.69	0.000
Physical Capacity	2.28	-0.72	-8.24	0.000
Ability to participate socially, economically and politically	2.70	-0.30	-2.72	0.000
Total	2.37	-0.63	-5.70	0.000

According to Table 2, the results of the single-sample t-test for the components of mental health show that the difference between the obtained mean (2.37) and the theoretical average of the research (3), the difference of the mean at the statistical level 95% There is a percentage. This means that the average score of all components of mental health in the informal settlements of Ardabil city is below the average level.

Table (2) T-test of single sample of mental health components in the informal settlements of Ardabil city

Components of mental health	The mean is also oriented	Difference mean	t	sig
Perception of self-efficacy	2.53	-0.47	-4.34	0.000
Being mentally good	2.44	-0.56	-4.28	0.000
Competence and competence	2.92	-0.08	-1.02	0.484
International interdependence	2.25	-0.75	-8.65	0.000
Self-actualization of potential intellectual and emotional abilities	2.83	-0.17	-1.55	0.068
Total	2.59	-0.41	-4.92	0.001

Another major goal of this study was to investigate the relationship between capacity poverty and mental health. In this regard, the results of Pearson correlation coefficient test indicate that there is a significant strong and inverse relationship between capacity poverty and mental health at the statistical level of 95% (-0.726 correlation coefficient).

Also, the ranking and leveling of the tissues of Ardabil city in terms of capacity poverty and mental health using the KOPRAS model showed that, in terms of capacity poverty, the tissues of informal settlements, semi-organic, organic and integrated villages in the ranks the first to fourth and the planned texture are also in the fifth rank. Among these, organic and semi-organic textures are in the first level (medium capacity poverty), planned textures and integrated villages are in the second level (high capacity poverty) and informal settlements are in the third level (very high capacity poverty). In terms of mental health, there are semi-organic, planned, organic textures (first to third ranks and in the first level, that's mean av-

erage mental health level) and villages integrated into the city (in the rank of trees and in the second level, that's mean poor mental health) and informal settlements) in the fifth rank and in the third level, that's mean health Are very weak mentally).

Discussion: Today, capacity poverty is one of the most important issues in settlements, which implies the deprivation of individual and social capabilities and seems to be related to the health of individuals.

According to the results of the study, it can be said that the citizens of informal settlements live in high capacity poverty and low mental health (unfavorable conditions) and that there is a significant and inverse relationship between capacity poverty and mental health. That is, with increasing capacity poverty, the mental health of citizens decreases, and conversely, with the reduction of capacity poverty, the mental health of citizens increases.

In general, the results of the study indicate that if the situation continues in this way, the probability of capacity poverty alleviation is very high. In other words, capacity poverty is likely to be passed on from one generation to the next. There is a similar possibility in the discussion of mental health, and if these conditions persist for long periods of time, it will cause psychological damage and irreparable physical damage. These chain relationships indicate that mental health is not independent of economic variables, as research findings have shown that capacity poverty has a significant and inverse effect on mental health, and poverty harms the mental health of citizens.

Another result of leading research is that the status of capacity poverty and mental health varies among urban contexts. In fact, poverty and mental health in urban contexts, depending on the economic and social conditions of these contexts, can vary from region to region. What is certain, however, is that poverty and mental health are more prevalent in informal settlements than in other urban settlements and contexts.

Therefore, in order to pay attention to citizens and develop their quality of life, special attention should be paid to the issue of capacity poverty in lower urban contexts (Especially of informal settlements). In this regard, the problem of poverty must be solved radically, not just to improve the income of citizens. In this regard, the deprivation of basic individual and social capabilities must be elimi-

nated. In other words, in addition to improving economic conditions (job creation and income generation), biological and social conditions (proper access to educational, medical, welfare services, etc.) should also be improved. In this regard, it seems that improving the social and economic situation of citizens and improving the quality of living environment of informal settlements visually and having services and facilities (observing the principle of social justice and spatial justice) can increase health and quality of life. They are effective.

Ethical Considerations

Contribution of authors

All authors have contributed to the paper.

Financial Resources

This article is an excerpt from a research project supported by Mohaghegh Ardabili University.

Conflict of interest

This article does not overlap with other published works by the authors.

Following the principles of research ethics

In this article all rights related to research ethics are respected.

مقدمه

بدون تردید عمده‌ترین ویژگی قرن حاضر گشوده شدن چشم‌اندازهای جدید در سکونتگاه‌های انسانی و تمرکز بی‌سابقه جمعیت در کلان‌شهرها و جهان‌شهرها (رضویان، ۲۰۰۲) و گسترش شهرنشینی است. شهرنشینی یکی از اصلی‌ترین نیروهای تأثیرگذار بر تغییرات اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و محیطی در سراسر جهان محسوب می‌شود (ونگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). درست است که شهرنشینی سرعت توسعه اجتماعی-اقتصادی را ارتقاء داده است، اما هم‌زمان هم منجر به بروز مشکلات بسیاری از قبیل جدایی‌گزینی اکولوژیکی، حاشیه‌نشینی و ایجاد سکونتگاه‌های غیررسمی شده است (فنگ^۲ و همکاران، ۲۰۰۹).

امروزه صدها میلیون نفر از مردم جهان، به‌ویژه در کشورهای درحال توسعه، در سکونتگاه‌های غیررسمی و به‌عبارتی دیگر، در شرایط بد اقتصادی-اجتماعی و زیست‌محیطی زندگی می‌کنند (محمدی و همکاران، ۲۰۰۸). سکونت‌گاه‌های غیررسمی به‌مثابه یکی از چهره‌های بارز فقر شهری، در مجاور شهرها و یا در جوار سایر بافتهای شهری به شکلی خودرو، فاقد مجوز ساختمان و برنامه رسمی شهرسازی شکل می‌گیرند. مهم‌ترین دلیل شکل‌گیری این سکونتگاه‌ها، ناتوانی افراد کم‌درآمد و فقرا در دستیابی به مسکن و سرپناه در بازار رسمی است که موجب شده تا مردم سرپناه خود را در چارچوب‌های غیررسمی تدارک بینند. کمبود امکانات و زیرساختها، محدودیت دسترسی به خدمات بهداشتی، سوءتغذیه، قرارگیری در معرض بیماریهای واگیردار و فقر از ویژگیهای بارز این سکونتگاهها است (سمبا^۳ و همکاران، ۲۰۰۹). امروزه فقر از دیدگاههای گوناگونی موردتوجه قرار گرفته است که یکی از این دیدگاههای مهم، فقر قابلیت است. در نگاه قابلیت به فقر، فقر صرفاً پایین بودن درآمد مدنظر نیست و از آن به‌عنوان محرومیت از قابلیت‌های اساسی نام‌برده می‌شود. بنابراین وجود درآمد و افزایش آن الزاماً با فزونی قابلیت‌ها رابطه مستقیم

1. Wang
2. Feng
3. Semba

ندارد و در کسب درآمد نمی‌توان به رفع محرومیت‌های قابلیت‌ی نائل آمد؛ چراکه متغیرهای فراوانی چون ویژگی‌های فردی، اجتماعی- فرهنگی، اقتصادی و شرایط اقلیمی که فرد بر آنها کنترلی ندارد، در این رابطه مؤثر است و اینکه شکاف‌های قابلیت‌ی خود افراد در کاهش درآمدشان تأثیرگذار است. به‌عنوان مثال، افراد معلول، بیمار و کهنسال‌ها که به وجهی هزینه زندگی بالایی دارند، امکان کمتری برای کسب درآمد در اختیار دارند (محمودی و همکاران، ۲۰۰۵).

گذشته از معضل فقر، مسئله سلامت روان هم یکی از مهم‌ترین مسائل سکونتگاه‌های غیررسمی است. سلامت روان، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در ارتقا و تکامل انسانها، صرفاً فقدان بیماری یا ناتوانی نیست، بلکه حالتی از رفاه است که با توجه به آن فرد قادر است با استرس‌های عادی زندگی کنار آید و به‌عنوان بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری کند (یعقوبی و همکاران، ۲۰۱۳).

در همین خصوص می‌توان گفت که فقر قابلیت‌ی و سلامت روان در تعامل با همدیگر هستند بطوریکه موضوع فقر بر سلامت روانی افراد تأثیر می‌گذارد و اثرات آن با مسائلی مانند انزوا، پرخاشگری، ضعف اخلاقی و دینی، کاهش عزت‌نفس، اضطراب و اختلالات روانی قابل ملاحظه است. بنابراین با توجه به مطالبی که بیان شد تحلیل وضعیت مؤلفه‌های فقر قابلیت‌ی و سلامت روان و رابطه بین آنها و همچنین مقایسه انواع بافتهای شهری از نظر مؤلفه‌های مذکور، امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر به نظر می‌رسد. در این خصوص لازم است تا به تحقیقاتی که در این زمینه انجام شده هم اشاره‌ای شود.

بادلمیر و کای^۱ (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای به بررسی رابطه بین فقر و سلامتی در سطح خانوارهای استرالیا پرداخته‌اند. نتایج این مطالعه بیانگر آن بوده که احتمال فقیر بودن خانوارهایی که سرپرست آنها از لحاظ سلامتی، در وضعیت مناسبی قرار ندارد نسبت به خانوارهایی که سرپرستان سالم دارند، بیشتر است. از طرف دیگر احتمال بیمار شدن در سال بعد سرپرستان

1. Buddelmeyer and Cai

خانوارهایی که در سال جاری فقیر هستند بیشتر است. ایوا^۱ و همکاران (۲۰۱۶) پویاییهای فقر و رابطه بین فقر مزمن و رفتار سلامت در آلمان را بررسی کرده‌اند. نتایج نشان داده که فقر پایدار با رفتار نامناسب سلامتی، به‌ویژه در مورد مصرف دخانیات و فعالیت بدنی مرتبط است. همچنین تجزیه و تحلیل‌ها نشان داده افرادی که در فقر به سر می‌برند بیشتر به ظهور رفتارهای آسیب‌رسان به سلامتی سوق می‌یابند. پریور^۲ و همکاران (۲۰۱۹) سلامت روان فرزندان در خانواده‌های فقیر را مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج این مطالعه نشان داده که فرزندان خانواده‌هایی که با بی‌ثباتیهای مالی بالا مواجه هستند، دارای علائم روانی، خصوصاً استرس و اضطراب هستند. حیدرنیا و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود رابطه بین فقر اقتصادی و کیفیت زندگی وابسته به سلامت را مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج آنها نشان داده که فقر اقتصادی سبب کاهش کیفیت زندگی وابسته به سلامت می‌شود. مهرگان و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود سیاستهای اقتصادی مؤثر بر شاخص سلامت روان را مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج تحقیق آنها نشان داده که متغیر بیکاری، ضریب جینی و تورم رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری با سلامت روان دارند و متغیر تولید سرانه رابطه مثبت و معنی‌داری با شاخص سلامت روان دارد.

با عنایت بر تحقیقات انجام شده می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که در خصوص فقر و رابطه آن با سلامت تحقیقات نسبتاً زیادی انجام شده، اما در خصوص فقر قابلیت‌ی و سلامت روان آن‌هم در سکونتگاههای غیررسمی تحقیقات مشخصی صورت نگرفته است. در واقع دلیل انتخاب این دو متغیر اصلی (فقر قابلیت‌ی و سلامت روان)، عدم وجود تحقیق در این خصوص است. در کنار این مورد، عدم انجام تحقیقی در خصوص فقر و سلامت برای شهر اردبیل (به‌ویژه برای سکونتگاههای غیررسمی) و رتبه‌بندی و سطح‌بندی بافتهای شهر از نظر فقر قابلیت‌ی و سلامت روانی، از نوآوریهای این تحقیق محسوب می‌شوند.

1. Aue
2. Pryor

محدوده مورد مطالعه این تحقیق شهر اردبیل است. همزمان با معرفی اردبیل به عنوان مرکز استان در سال ۱۹۹۱ (۱۳۷۰ ه.ش) و بی‌آنکه زیرساختهای لازم و مدیریت سیستم شهر و روستا فراهم شود، هجوم مهاجران به این شهر آغاز شد و از آنجا که شهر امکانات لازم را برای تازه‌واردان جویای درآمد را نداشت، منجر به ایجاد محلات فقیرنشین و سکونتگاههای غیررسمی در حاشیه این شهر شد. به طوری که هم‌اکنون ۱۵ محله با وسعت بیش از ۸۳۰ هکتار (معادل ۱۳ درصد وسعت شهر) و با جمعیت بالغ بر ۹۵۳۵۲ نفر (معادل ۱۸ درصد جمعیت شهر) به عنوان سکونتگاه غیررسمی و حاشیه‌نشینی در شهر اردبیل وجود دارد (رشید و همکاران، ۲۰۱۸).

سکونتگاهی که با مشکلات گسترده‌ای همچون بیکاری، جرم، سطح پایین سواد و آگاهی، کمبود در برخورداری از امکانات و خدمات و ضعف در دسترسی به آنها و نهایتاً مشکلات بهداشتی و سلامتی روبه‌رو هستند. لازم به ذکر است که شهر اردبیل علاوه بر سکونتگاههای غیررسمی، دارای چهار بافت شهری دیگر (بافت تازه‌ساخت یا برنامه‌ریزی شده، بافت‌های ارگانیک و نیمه ارگانیک (که اکثراً بافت فرسوده هستند) و روستاهای ادغامی به شهر) است. از بین این بافتها، بافت‌های روستاهای ادغامی به شهر و سکونتگاههای غیررسمی شهر اردبیل جزء بافت‌های فرودست شهری هستند و نسبت به بافت‌های شهری ارگانیک، نیمه‌ارگانیک و برنامه‌ریزی شده که جزو بافت‌های فرادست شهر اردبیل محسوب می‌شوند، جدای از اینکه شرایط کالبدی نامناسبی دارند از پایگاه اقتصادی، اجتماعی نامناسبی هم برخوردارند.

در همین راستا و با توجه با مطالب مذکور، هدف اصلی این تحقیق سنجش مؤلفه‌های فقر قابلیت‌ی و سلامت روانی در سکونتگاههای غیررسمی شهر اردبیل و رابطه بین آنها و نهایتاً مقایسه وضعیت این سکونتگاه (بافت سکونتگاههای غیررسمی) با سایر سکونتگاهها یا بافت‌های شهری موجود در شهر اردبیل است. در راستای دستیابی به اهداف تحقیق، سؤالاتی به این شرح تنظیم شده است:

۱. وضعیت مؤلفه‌های فقر قابلیت‌ی و سلامت روان در سکونتگاههای غیررسمی شهر

اردبیل به چه شکلی است؟

۲. آیا رابطه معناداری بین فقر قابلیت و سلامت روان در ساکنین سکونتگاههای غیررسمی شهر اردبیل وجود دارد؟
۳. سکونتگاههای غیررسمی نسبت به سایر بافتهای شهری موجود شهر اردبیل در چه رتبه‌بندی و سطح‌بندی قرار دارند؟

روش

پژوهش پیش‌رو از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، توصیفی-تحلیلی است. جامعه آماری تحقیق شهروندان شهر اردبیل بودند (۵۲۹۷۳۴ نفر) که در پنج بافت شهری (بافت برنامه‌ریزی شده یا تازه‌ساخت، بافت ارگانیک یا هسته مرکزی شهر (بافت اولیه)، بافت نیمه‌ارگانیک یا بخش میانی شهر (بافت ثانویه)، بافت روستاهای ادغامی به شهر و بافت سکونتگاههای غیررسمی یا حاشیه‌نشین) اسکان داشتند. در همین خصوص حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۳۸۴ به دست آمده و به روش تصادفی طبقه‌بندی شده، متناسب با جمعیت هر بافت شهری، از شهروندان بافتها نمونه‌گیری انجام شده است (جدول ۱).

جدول (۱) جمعیت بافتهای شهر اردبیل و تعداد نمونه منتخب هر بافت

بافت شهری	جمعیت	نسبت جمعیت هر بافت به جمعیت شهر	تعداد نمونه منتخب هر بافت
ارگانیک	۳۷۸۹۶	۷/۱ درصد	۲۷
نیمه‌ارگانیک	۷۵۵۸۰	۱۳/۷ درصد	۵۳
برنامه‌ریزی شده	۲۴۷۳۰۹	۴۸/۵ درصد	۱۸۶
سکونتگاههای غیررسمی	۹۵۳۵۲	۱۷/۸ درصد	۶۸
روستاهای ادغامی	۷۳۵۹۷	۱۲/۹ درصد	۵۰
مجموع	۵۲۹۷۳۴	۱۰۰ درصد	۳۸۴

روش گردآوری داده‌ها و اطلاعات برای این کار پژوهشی، مطالعات اسنادی و برداشتهای میدانی (پرسشنامه) بود. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه محقق‌ساخته‌ای بود که دارای ۷۰ سؤال ذهنی در قالب دو متغیر فقر قابلیت‌ی (۳۷ سؤال در ۷ معیار اصلی) و سلامت روان (۳۳ سؤال در ۵ معیار اصلی) و با پاسخهای ۵ گزینه‌ای از نوع طیف لیکرت، (گزینه خیلی کم = امتیاز ۱، کم = امتیاز ۲، متوسط یا تاحدودی = امتیاز ۳ (به‌عنوان ارزش تست)، زیاد = امتیاز ۴ و خیلی زیاد = امتیاز ۵) بود که برای روایی آن از نظرات کارشناسی اساتید و متخصصان مرتبط با این موضوع در مورد محتوی آن استفاده شده (روایی محتوایی/CVR) و همچنین پایایی پرسشنامه نیز از طریق پیش‌آزمون روی ۳۰ نفر از شهروندان و نهایتاً آزمون آلفای کرونباخ تعیین شده است (ضریب آلفای به‌دست‌آمده برابر با ۰/۸۶ بود که بیانگر قابلیت اطمینان بالای ابزار تحقیق بود).

در همین خصوص و در راستای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمونها، مدلها و نرم‌افزارهای متنوعی استفاده شده است. برای بررسی وضعیت توزیع نرمال داده‌ها، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف؛ برای بررسی مؤلفه‌های فقر قابلیت‌ی و سلامت روان، از آزمون مقایسه میانگینها/t تک نمونه‌ای و برای بررسی رابطه بین فقر قابلیت‌ی و سلامت روانی، از ضریب همبستگی پیرسون در قالب نرم‌افزار SPSS، برای رتبه‌بندی بافتهای شهری از مدل KOPRAS و فرمول‌نویسی آن در قالب نرم‌افزار Excel و برای ترسیم نقشه‌ها از نرم‌افزار Arc GIS استفاده شده است. همچنین برای تعیین ارجحیت متغیرهای تحقیق یعنی وزن آنها، از مدل آنتروپی در قالب نرم‌افزار Excel و جهت سطح‌بندی بافتهای شهری از روش تحلیل خوشه‌ای در قالب نرم‌افزار SPSS استفاده شده است.

با توجه به مطالب ارائه‌شده در تحقیق پیش‌رو، مؤلفه‌های مرتبط با عنوان تحقیق به همراه تعریف عملیاتی آنها، گویه‌های مربوطه و منابع آنها، که در ابزار تحقیق به‌عنوان سؤالات پرسشنامه مورداستفاده قرار گرفته است، در جدول شماره (۲) ارائه شده‌اند.

جدول (۲) تعریف عملیاتی مؤلفه‌های فقر قابلیت و سلامت روان

منبع	تعریف عملیاتی (گویه‌های فقر قابلیت) و اثرگذاری آنها	مؤلفه‌های فقر قابلیت	ردیف
حسینی، ۲۰۱۸	منظور از دستیابی به سید غذایی مطلوب یعنی دستیابی به گروه نان و غلات، دستیابی به گروه گوشت، دستیابی به گروه لبنیات، دستیابی به گروه میوه‌ها، دستیابی به گروه سبزیجات، دستیابی به گروه چربی‌ها و دستیابی به گروه قندهای ساده، است (دستیابی بیشتر یعنی فقر قابلیتی کمتر، پس اثرگذاری گویه‌ها معکوس است).	دستیابی به سید غذایی مطلوب	۱
رهنما و امیر فخریان، ۲۰۱۳	منظور از دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی یعنی دسترسی به داروخانه، دسترسی به بیمارستان، دسترسی به اورژانس، دسترسی به آزمایشگاه، دسترسی به خانه بهداشت، دسترسی به درمانگاه و دسترسی به مطب، است (دستیابی بیشتر یعنی فقر قابلیتی کمتر، پس اثرگذاری گویه‌ها معکوس است).	دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی	۲
زنگنه، ۲۰۱۰	منظور از توانایی در حفظ حریم و حریمهای انسانی یعنی درستکاری و امانت‌داری، مهربانی و نداشتن اعتیاد، است (درستکاری و امانت‌داری بیشتر یعنی فقر قابلیتی کمتر، پس اثرگذاری گویه‌ها معکوس است).	توانایی در حفظ حریم و حریمهای انسانی	۳
میرجانی، ۲۰۱۴	منظور از توانایی در پاسداری از عزت نفس یعنی آسودگی، راحتی، خوش‌خویی، خیرخواهی، صداقت و اجتماعی بودن، است (آسودگی، راحتی، خوش‌خویی، خیرخواهی، صداقت و اجتماعی بودن بیشتر یعنی فقر قابلیتی کمتر، پس اثرگذاری گویه‌ها معکوس است).	توانایی در پاسداری از عزت نفس	۴

Assessing the Relationship between the Components of Capacity Poverty...

منبع	تعریف عملیاتی (گویه‌های فقر قابلیت‌ی) و اثرگذاری آنها	مؤلفه‌های فقر قابلیت‌ی	ردیف
خسروی، ۲۰۱۳	منظور از دستیابی به آزادیهای اساسی یعنی امنیت شغلی، امنیت مسکن، امنیت مالی، امنیت جانی، حق برخورداری از تأمین اجتماعی و حق برخورداری از آموزش رایگان، است (امنیت و برخورداری بیشتر یعنی فقر قابلیت‌ی کمتر، پس اثرگذاری گویه‌ها معکوس است).	توانایی در دستیابی به آزادیهای اساسی	۵
محمودی و همکاران، ۲۰۰۵	منظور از توانایی جسمی یعنی سلامت جسمی، توانایی انجام کار و جوان، است (سلامت جسمی، توانایی انجام کار و جوانی بیشتر یعنی فقر قابلیت‌ی کمتر، پس اثرگذاری گویه‌ها معکوس است).	توانایی جسمی	۶
زارع و روهنده، ۲۰۱۵	منظور از مشارکتهای اجتماعی، اقتصادی و سیاسی یعنی دسترسی به شبکه‌های اجتماعی، اعتماد اجتماعی، سرمایه اقتصادی، استفاده از رسانه‌های گروهی و آگاهی سیاسی، است (دسترسی و اعتماد بیشتر یعنی فقر قابلیت‌ی کمتر، پس اثرگذاری گویه‌ها معکوس است).	توانایی در مشارکتهای اجتماعی، اقتصادی و سیاسی	۷
لاسنس، ۲۰۰۷	منظور از ادراک خودکارآمدی یعنی اعتمادبه‌نفس، دانشهای فردی، مهارتهای فردی و سلامتی جسمی، است (اعتماد، دانش، مهارت و سلامتی جسمی بیشتر یعنی سلامت روانی بیشتر، پس اثرگذاری گویه‌ها مستقیم است).	ادراک خودکارآمدی	۸
کارور، ۲۰۱۰	منظور از خوب بودن ذهنی یعنی خوش‌بینی به آینده و انتظار اتفاقات خوب، است (خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی بیشتر یعنی سلامت روانی بیشتر، پس اثرگذاری گویه‌ها مستقیم است).	خوب بودن ذهنی	۹

1. Luthans
2. Carver

منبع	تعریف عملیاتی (گویه‌های فقر قابلیت) و اثرگذاری آنها	مؤلفه‌های فقر قابلیت	ردیف
کرشام ^۱ و همکاران، ۲۰۰۱	منظور از کفایت و شایستگی یعنی مهارت‌ها و توانایی‌های شناختی (مهارت‌های شناختی توانایی روانی است که با روند رشد فیزیکی همراه است و به ما اجازه می‌دهد اطلاعات مختلف را پردازش کنیم مانند درک و فهمیدن، به خاطر سپردن، سازماندهی کردن و ...)، مهارت‌های رفتاری (مهارت ارتباط با خود، مهارت ارتباط با دیگران مانند ارتباط با چشم و صورت، لبخند زدن، حرکات دست‌وپا) و کفایت اجتماعی (توانایی عملکرد انسان در مسئولیت‌پذیری اجتماعی است)، است (مهارت‌های شناختی، رفتاری و کفایت اجتماعی بیشتر یعنی سلامت روانی بیشتر، پس اثرگذاری گویه‌ها مستقیم است).	کفایت و شایستگی	۱۰
سعیدی‌نژاد، ۲۰۰۸	منظور از وابستگی میان‌نسلی یعنی ارزشهای اجتماعی (علاقه به مردم، همدردی و خدمت‌رسانی به مردم)، ارزشهای سیاسی (نفوذپذیری، اقتدار) و ارزشهای اقتصادی (میزان منفعت از کسی یا فعالیتی)، است (ارزشهای اجتماعی، اقتصادی و سیاسی بیشتر یعنی سلامت روانی بیشتر، پس اثرگذاری گویه‌ها مستقیم است).	وابستگی میان‌نسلی	۱۱

1. Gresham

منبع	تعریف عملیاتی (گویه‌های فقر قابلیت‌ی) و اثرگذاری آنها	مؤلفه‌های فقر قابلیت‌ی	ردیف
فرانک ^۱ ، ۱۹۸۴ و ۱۹۸۸	<p>منظور از خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی یعنی خود متعالی (معناداری زندگی: عدم هراس از گذر عمر؛ هدفمندی: تمرکز بر هدفی در آینده پایبندی به ارزشها: دستیابی به ارزشهای اخلاقی در شرایط سخت؛ معنویت‌گرایی: پرستش و خدمت به خالق؛ مسئولیت‌پذیری: انگیزه کار مسئولانه)، خودآگاه (آگاهی برتر: بازنگری در اهداف زندگی در برابر موقعیت غیرقابل‌اجتناب؛ آزادی: آزادی اراده و انتخاب؛ خودبستگی: تسلط آگاهانه بر زندگی خود؛ خودانگیختگی: انگیزش درونی؛ یکپارچگی وجود: برداشتن نقاب از چهره)، خود خلاق (خلاقیت: فرصت‌سازی از جنبه‌های منفی زندگی به چیزی مثبت و سازنده، انجام کار به شیوه‌ی منحصر به فرد؛ تغییرپذیری: توانایی تغییر خود در صورت لزوم تبدیل احساس گناه به فرصت تغییر، شجاعت مقابله با سختی؛ پرورش: تمرکز بر تعالی به جای تمرکز بر خود؛ در زمان بودن: دانستن قدر هر لحظه) و خود اجتماعی (پذیرش: پذیرش چیزی که قابل‌تغییر نیست؛ نوع‌دوستی: اهمیت دادن به انسانها؛ اصلاح‌طلبی: عمل به نفع جامعه؛ ایثار: توانایی ایثار و عشق‌ورزی)، است (خودمتعالی، خودآگاهی، خودخلاق و خود اجتماعی بیشتر یعنی سلامت روانی بیشتر، پس اثرگذاری گویه‌ها مستقیم است).</p>	خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی	۱۲

1. Frank

یافته‌ها

بر اساس اهداف تحقیق، یافته‌ها شامل دو بخش است. بخش اول، بخش بررسی وضعیت مؤلفه‌های فقر قابلیت و سلامت روان در سکونتگاههای غیررسمی و میزان همبستگی آنها با هم و بخش دوم، مقایسه وضعیت فقر قابلیت و سلامت روانی سکونتگاههای غیررسمی با سایر بافتهای شهری موجود در شهر اردبیل، که در ادامه به ترتیب ارائه شده‌اند.

در راستای بررسی وضعیت مؤلفه‌های هفت‌گانه فقر قابلیت و مؤلفه‌های پنج‌گانه سلامت روان، از پرسشنامه ذهنی با پاسخهای پنج گزینه‌ای طیف لیکرات (خیلی کم=۱ تا خیلی زیاد=۵) استفاده شده است. بدین ترتیب عدد ۳ به‌عنوان میانگین نظری پاسخها محسوب می‌شود که در آزمون t تک نمونه‌ای به‌عنوان میزان قابل قیاس از آن استفاده می‌شود (ارزش تست)، یعنی میانگین به‌دست‌آمده را با میانگین نظری تحقیق (۳) مقایسه می‌کنیم (پاشازاده و یزدانی، ۲۰۱۸).

لازم به ذکر است که آزمون t تک نمونه‌ای جزء آزمونهای پارامتری است. قبل از انجام آزمون، لازم است که نرمال بودن توزیع داده‌های مربوطه موردبررسی قرار گیرد. معمول‌ترین آزمون نرمالی، آزمون کولموگروف-اسمیرنف است که در این آزمون کل توزیع با یک توزیع نرمال مقایسه می‌شود.

در همین خصوص نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای مؤلفه فقر قابلیت $0/419$ (با مقدار آماره $0/876$) و برای سلامت روان $0/321$ (با مقدار آماره $0/958$) به دست آمده است که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع داده‌های آنهاست. یعنی اینکه زمینه برای اجرای آزمونهای پارامتری همچون آزمون t تک نمونه‌ای و ضریب همبستگی پیرسون فراهم است چراکه معیار تصمیم آزمون توزیع نرمال داده‌ها (کولموگروف-اسمیرنف) برای هر دو مؤلفه بزرگتر از $0/5$ است. از همین رو و در ادامه وضعیت مؤلفه‌های فقر قابلیت و سلامت روان

با استفاده از آزمون t تک نمونه‌ای و رابطه بین آنها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون موردبررسی قرار گرفته است.

الف- بررسی وضعیت فقر قابلیتی و سلامت روان

در این بخش از تحقیق ابتدا وضعیت مؤلفه فقر قابلیتی و سپس وضعیت سلامت روان در سکونتگاههای غیررسمی شهر اردبیل با استفاده از آزمون t تک نمونه‌ای موردبررسی قرار گرفته است (جداول شماره ۳ و ۴).

جدول (۳) نتایج آزمون t تک نمونه‌ای در خصوص وضعیت مؤلفه‌ها و گویه‌های فقر قابلیتی

در سکونتگاههای غیررسمی شهر اردبیل

R	مؤلفه‌ها	گویه‌ها	میانگین گویه‌ها	میانگین مؤلفه‌ها	ارزش تست = ۳		
					اختلاف میانگین	t	P
۱	دستیابی به سبد غذایی مطلوب	دستیابی به گروه نان و غلات	۳/۵۱	۲/۳۴	-۰/۶۶	-۶/۲۲	۰/۰۰۰
		دستیابی به گروه گوشت	۱/۹۳				
		دستیابی به گروه لبنیات	۲/۴۲				
		دستیابی به گروه میوه‌ها	۲/۲۳				
		دستیابی به گروه سبزیجات	۲/۶۷				
		دستیابی به گروه چربیها	۳/۳۴				
		دستیابی به گروه قندهای ساده	۳/۰۲				

ارزش تست = ۳			میانگین مؤلفه‌ها	میانگین گویه‌ها	گویه‌ها	مؤلفه‌ها	R
P	t	اختلاف میانگین					
۰/۰۰۰	-۸/۵۱	-۰/۸۷	۲/۱۳	۲/۳۱	دسترسی به داروخانه	دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی	۲
				۲/۰۴	دسترسی به بیمارستان		
				۲/۰۶	دسترسی به اورژانس		
				۱/۹۷	دسترسی به آزمایشگاه		
				۲/۲۶	دسترسی به خانه بهداشت		
				۲/۲۹	دسترسی به درمانگاه		
				۱/۹۶	دسترسی به مطب		
۰/۰۰۰	-۲/۸۷	-۰/۲۹	۲/۷۱	۲/۷۷	درستکاری و امانت‌داری	توانایی در حفظ حریم و حرمت‌های انسانی	۳
				۲/۴۹	مهربانی		
				۲/۸۷	نداشتن اعتیاد		
۰/۰۰۰	-۴/۷۳	-۰/۳۹	۲/۶۱	۲/۵۹	آسودگی	توانایی در پاسداری از عزت نفس	۴
				۲/۱۱	راحتی		
				۲/۳۸	خوش‌خویی		
				۲/۶۵	صداقت		
				۲/۹۶	خیرخواهی		
۰/۰۰۰	-۷/۶۹	-۰/۸۳	۲/۱۷	۱/۹۱	امنیت شغلی	توانایی در دستیابی به آزادی‌های اساسی	۵
				۱/۹۷	امنیت مسکن		
				۱/۷۶	امنیت مالی		
				۲/۴۵	امنیت جانی		
				۱/۶۱	حق برخورداری از تأمین اجتماعی		
				۳/۲۹	حق برخورداری از آموزش رایگان		

Assessing the Relationship between the Components of Capacity Poverty...

R	مؤلفه‌ها	گویه‌ها	میانگین گویه‌ها	میانگین مؤلفه‌ها	ارزش تست = ۳		
					اختلاف میانگین	t	P
۶	توانایی جسمی	سلامت جسمانی	۲/۷۷	۲/۲۸	-۰/۷۲	-۸/۲۴	۰/۰۰۰
		توانایی انجام کار	۱/۸۵				
		جوانی	۲/۲۲				
۷	توانایی در مشارکت‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی	دسترس‌ی به شبکه‌های اجتماعی	۳/۴۲	۲/۷۰	-۰/۳۰	-۲/۷۲	۰/۰۰۰
		اعتماد اجتماعی	۲/۶۹				
		سرمایه اقتصادی	۲/۲۶				
		استفاده از رسانه‌های گروهی	۲/۹۴				
		آگاهی سیاسی	۲/۱۷				
		مجموع	۲/۳۷		-۰/۶۳	-۵/۷۰	۰/۰۰۰

نتایج جدول شماره (۳) در خصوص وضعیت مؤلفه‌های فقر قابلیت‌ی حاکی از این امر است که هر هفت مؤلفه مربوطه میانگینی کمتر از حد متوسط یعنی ۳ را کسب کرده‌اند. در واقع شهروندان سکونتگاه‌های غیررسمی شهر اردبیل در خصوص مؤلفه‌های فقر قابلیت‌ی در وضعیت نامطلوبی قرار دارند. نتایج آزمون t تک نمونه‌ای هم برای مؤلفه‌های فقر قابلیت‌ی نشان می‌دهد که مقدار آماره t همگی کمتر از ۱/۹۶ (مقدار آماره استاندارد سطح معناداری ۹۵ درصد)، اختلاف میانگین‌ها نسبتاً بالا (بین میانگین به دست آمده با ارزش تست = ۳)، معیار تصمیم‌ها کمتر از ۵ درصد است (همگی ۰/۰۰۰). یعنی اختلاف میانگین‌ها (اختلاف بین میانگین‌های به دست آمده و میانگین نظری تحقیق یعنی میانگین ۳ یا همان ارزش تست) در سطح آماره ۹۵ درصد معنادار هستند. نهایتاً اینکه این محاسبات برای مجموع مؤلفه‌های فقر قابلیت‌ی نشان می‌دهد که مقدار آماره t بزرگتر از ۱/۹۶ (-۵/۷۰)، اختلاف میانگین نسبتاً بالا (-۰/۶۳)، معیار تصمیم کمتر از ۵ درصد است (۰/۰۰۰). یعنی بین میانگین به دست

آمده (۲/۳۷) با میانگین نظری تحقیق (ارزش تست = ۳)، اختلاف میانگین معناداری در سطح آماری ۹۵ درصد وجود دارد. نتیجه اینکه میانگین امتیاز مؤلفه‌های فقر قابلیت در سکونتگاههای غیررسمی شهر اردبیل کمتر از حد متوسط قرار دارند، یعنی اینکه شهروندان این سکونتگاهها در شرایط فقر قابلیت به سر می‌برند (جدول ۴).

جدول (۴) نتایج آزمون t تک نمونه‌ای در خصوص وضعیت مؤلفه‌ها و گویه‌های سلامت روان

در سکونتگاههای غیررسمی شهر اردبیل

R	مؤلفه‌ها	گویه‌ها	میانگین گویه‌ها	میانگین مؤلفه‌ها	ارزش تست = ۳		
					اختلاف میانگین	T	p
۱	ادراک خودکارآمدی	اعتمادبه‌نفس	۲/۷۱	۲/۵۳	-۰/۴۷	-۴/۳۴	۰/۰۰۰
		دانشهای فردی	۱/۹۶				
		مهارتهای فردی	۲/۲۳				
		سلامتی جسمی	۳/۲۱				
۲	خوب بودن ذهنی	خوش بینی به آینده و انتظار اتفاقات خوب	۲/۴۴	۲/۴۴	-۰/۵۶	-۴/۲۸	۰/۰۰۰
۳	کفایت و شایستگی	مهارتها و تواناییهای شناختی	۲/۷۹	۲/۹۲	-۰/۰۸	-۱/۰۲	۰/۴۸۴
		مهارتهای رفتاری	۲/۷۵				
		کفایت اجتماعی	۳/۲۲				
۴	وابستگی میان‌نسلی	ارزشهای اجتماعی	۲/۷۳	۲/۲۵	-۰/۷۵	-۸/۶۵	۰/۰۰۰
		ارزشهای سیاسی	۱/۷۶				
		ارزشهای اقتصادی	۲/۲۷				

Assessing the Relationship between the Components of Capacity Poverty...

R	مؤلفه‌ها	گویه‌ها	میانگین گویه‌ها	میانگین مؤلفه‌ها	ارزش تست = ۳		
					اختلاف میانگین	T	p
۵	خودشکوفایی توانمندیهای بالقوه فکری و هیجانی	خود متعالی	۳/۰۲	۲/۸۳	-۰/۱۷	-۱/۵۵	۰/۰۶۸
		خودآگاهی	۲/۸۲				
		خود خلاقیتی	۲/۶۴				
		خود اجتماعی	۲/۸۳				
	مجموع		۲/۵۹		-۰/۴۱	-۴/۹۲	۰/۰۰۱

نتایج جدول شماره (۳) در خصوص وضعیت مؤلفه‌های سلامت روان هم حاکی از این امر است که هر پنج مؤلفه مربوطه میانگینی کمتر از حد متوسط یعنی ۳ را کسب کرده‌اند. درواقع شهروندان سکونتگاه‌های غیررسمی شهر اردبیل در خصوص مؤلفه‌های سلامت روان هم در وضعیت نامطلوبی قرار دارند. نتایج آزمون t تک نمونه‌ای هم برای مؤلفه‌های سلامت روان نشان می‌دهد که مقدار آماره t مؤلفه‌های ادراک خودکارآمدی، خوب بودن ذهنی و وابستگی میان‌نسلی کمتر از ۱/۹۶ (مقدار آماره استاندارد سطح معناداری ۹۵ درصد)، اختلاف میانگینها نسبتاً بالا (بین میانگین به دست آمده با ارزش تست = ۳)، معیار تصمیمها کمتر از ۵ درصد است (همگی ۰/۰۰۰). یعنی اختلاف میانگینها (اختلاف بین میانگینهای به دست آمده و میانگین نظری تحقیق یعنی میانگین ۳ یا ارزش تست) در سطح آماری ۹۵ درصد معنادار هستند. اما مؤلفه کفایت و شایستگی و همچنین مؤلفه خودشکوفایی توانمندیهای بالقوه فکری و هیجانی به دلیل اختلاف میانگین اندک، مقدار آماره آنها کمتر از ۱/۹۶ و معیار تصمیمشان هم بیشتر از ۵ درصد است و درواقع اختلاف میانگین آنها معنادار نیست. نهایتاً اینکه این محاسبات برای مجموع مؤلفه‌های سلامت روان نشان می‌دهد که مقدار آماره t بزرگتر از ۱/۹۶ (-۴/۹۲)، اختلاف میانگین نسبتاً بالا (-۰/۴۱)، معیار تصمیم کمتر از ۵ درصد است (۰/۰۰۱). یعنی بین میانگین به دست آمده (۲/۵۹) با میانگین نظری تحقیق (ارزش تست = ۳)، اختلاف میانگین

معناداری در سطح آماری ۹۵ درصد وجود دارد. نتیجه اینکه میانگین امتیاز مؤلفه‌های سلامت روان در سکونتگاه‌های غیررسمی شهر اردبیل کمتر از حد متوسط قرار دارند، یعنی اینکه شهروندان این سکونتگاه‌ها در شرایط سلامت روان به سر نمی‌برند (جدول ۳).

ب- بررسی رابطه بین فقر قابلیت و سلامت روان

یکی دیگر از اهداف اصلی این تحقیق بررسی رابطه فقر قابلیت و سلامت روان است. در همین خصوص از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است (جدول ۵).

جدول (۵) آزمون ضریب همبستگی پیرسون در خصوص رابطه بین فقر قابلیت و سلامت روان

سلامت روانی	آماره‌ها	-
-۰/۷۲۶**	ضریب همبستگی پیرسون (r)	فقر قابلیت
۰/۰۰۰	معیار تصمیم (p)	
۳۵۲	تعداد نمونه (n)	

مطابق با جدول شماره (۵) و با توجه به اینکه معیار تصمیم‌گیری آزمون به دست آمده کمتر از ۵ درصد است (۰/۰۰۰)، بنابراین می‌توان گفت که بین فقر قابلیت و سلامت روان، رابطه معناداری در سطح آماری ۹۹ درصد وجود دارد. حال با توجه به اینکه ضریب همبستگی -۰/۷۲۶- است، پس رابطه از نظر شدت از نوع قوی (-۰/۷۲۶) و از آنجایی که این ضریب منفی هست، فلذا رابطه از نظر جهت، غیر هم جهت یا معکوس است، یعنی با افزایش فقر قابلیت، سلامت روان شهروندان کم می‌شود و برعکس، با کاهش فقر قابلیت، سلامت روان شهروندان افزایش می‌یابد.

ج- مقایسه (رتبه‌بندی و سطح‌بندی) فقر قابلیت و سلامت روان بافت‌های پنج‌گانه شهر اردبیل

حال یکی دیگر از اهداف تحقیق حاضر، مقایسه (رتبه‌بندی و سطح‌بندی) فقر قابلیت و سلامت روان بافت‌های پنج‌گانه شهر اردبیل است که در همین خصوص از مدل کوپراس استفاده شده است. این مدل دارای شش مرحله است که در ادامه ارائه شده‌اند.

مرحله اول: تشکیل ماتریس داده‌های خام: در این مرحله امتیازها یا میانگین نظرات برای متغیرهای هر گزینه (بافت) به صورت جدول ارائه می‌شود. در همین خصوص جدول شماره (۶) میانگین نظرات شهروندان بافتهای شهری اردبیل در خصوص مؤلفه‌های فقر قابلیت و سلامت روان ارائه شده است.

جدول (۶) ماتریس داده‌های خام فقر قابلیت و سلامت روان بافتهای پنج‌گانه شهر اردبیل

خودشکوفایی توانمندبهای بالقوه فکری و هیجانی	وابستگی میان‌نسلی	کفایت و شایستگی	خوب بودن ذهنی	ادراک خودکارآمدی	توانایی در مشارکت‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی	توانایی جسمی	توانایی در دستیابی به آزادیهای اساسی	توانایی در پاسداری از عزت‌نفس	توانایی در حفظ حریم و حرمت‌های انسانی	دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی	دستیابی به سبب غذایی مطلوب	بافت شهری
۳/۸۱۰	۳/۲۴۰	۳/۸۸۰	۲/۵۶۰	۳/۳۸۰	۳/۲۸۰	۳/۲۱۰	۳/۳۵۰	۲/۹۱۰	۳/۰۷۰	۳/۴۶۰	۳/۵۱۰	ارگانیک
۳/۵۶۰	۳/۱۷۰	۳/۸۴۰	۲/۶۳۰	۳/۲۹۰	۳/۰۲۰	۳/۳۳۰	۳/۳۱۰	۲/۸۷۰	۲/۹۴۰	۳/۵۸۰	۳/۴۴۰	نیمه ارگانیک
۳/۶۸۰	۳/۰۱۰	۳/۶۹۰	۲/۵۹۰	۳/۳۱۰	۳/۱۱۰	۲/۵۳۰	۳/۲۴۰	۳/۴۵۰	۲/۷۶۰	۳/۷۹۰	۳/۳۹۰	برنامه‌ریزی شده
۲/۸۳۰	۲/۶۵۰	۲/۹۲۰	۲/۴۴۰	۲/۵۳۰	۲/۷۰۰	۲/۲۸۰	۲/۱۷۰	۲/۶۱۰	۲/۳۸۰	۲/۱۳۰	۲/۳۴۰	سکونتگاههای غیررسمی
۲/۹۶۰	۳/۲۴۰	۲/۹۵۰	۲/۸۹۰	۳/۰۸۰	۲/۸۶۰	۲/۹۲۰	۲/۶۷۰	۳/۰۴۰	۲/۸۵۰	۲/۰۶۰	۳/۵۱۰	روستاهای ادغامی
۳/۳۷۰	۲/۹۸۰	۳/۴۵۰	۲/۶۲۰	۳/۱۲۰	۲/۹۹۰	۳/۰۶۰	۲/۹۵۰	۲/۹۸۰	۲/۸۰۰	۳/۰۱۰	۳/۲۴۰	مجموع

جدول شماره (۶) نشان می‌دهد که از بین هفت مؤلفه فقر قابلیت در پنج بافت شهری، بیشترین امتیاز یا میانگین نظرات مربوط به دستیابی به سبد غذایی مطلوب (۳/۲۴) است، یعنی فقر قابلیت شهروندان بیشتر از ناحیه این مؤلفه است و از بین پنج مؤلفه سلامت روان هم مؤلفه کفایت و شایستگی (۳/۴۵) بیشترین امتیاز را کسب کرده است، یعنی سلامت روان شهروندان بیشتر از ناحیه این مؤلفه است.

مرحله دوم: وزن دهی مؤلفه‌های فقر قابلیت و سلامت روان: حال با توجه به اینکه عوامل (مؤلفه‌ها) از اهمیت یکسانی برخوردار نیستند، برای ارزیابی دقیق‌تر لازم است تا اهمیت و یا وزن نسبی هر کدام از آنها مشخص شود. برای همین منظور، با استفاده از نظرات ۱۰ کارشناس دانشگاهی آشنا به موضوع تحقیق حاضر و به روش پرسشنامه مقایسه زوجی (تعیین ارجحیت / اهمیت)، وزن متغیرهای هفت‌گانه فقر قابلیت و پنج‌گانه سلامت روان تحقیق محاسبه شد (جدول ۷).

جدول (۷) وزن مؤلفه‌های فقر قابلیت و سلامت روان با استفاده از مدل آنتروپی

توانایی در مشارکتهای اجتماعی، اقتصادی و سیاسی	توانایی جسمی	توانایی در دستیابی به آزادیهای اساسی	توانایی در پاسداری از عزت‌نفس	توانایی در حفظ حریم و حرمنهای انسانی	دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی	دستیابی به سبد غذایی مطلوب	مؤلفه‌های فقر قابلیت
۰/۱۵۳	۰/۱۶۶	۰/۱۹۹	۰/۱۲۴	۰/۰۹۱	۰/۱۲۹	۰/۱۳۸	وزن
خودشکوفایی توانمندیا	وابستگی میان‌نسلی	کفایت و شایستگی	خوب بودن ذهنی	ادراک خودکارآمدی	مؤلفه‌های سلامت روان		
۰/۲۹۱	۰/۰۸۲	۰/۲۱۷	۰/۱۶۴	۰/۲۴۶	وزن		

نتایج جدول شماره (۷) نشان می‌دهد که هرکدام از مؤلفه‌ها و زندهای متفاوتی دارند. بگونه‌ای که مؤلفه توانایی در دستیابی به آزادیهای اساسی (از مؤلفه‌های فقر قابلیت) با وزن ۰/۱۹۹ و مؤلفه خودشکوفایی توانمندیها (از مؤلفه‌های سلامت روانی) با وزن ۰/۲۹۱ بیشترین وزن و اهمیت را کسب کرده‌اند و سایر مؤلفه‌ها در رده‌های بعدی درجه اهمیت گروه خود قرار گرفته‌اند.

مرحله سوم: نرمالیزه کردن ماتریس تصمیم‌گیری: برای وزن‌دار کردن ماتریس خام، مقادیر هر گزینه (بافت شهری) در وزن آنها ضرب شده و بر مجموع مقادیر تقسیم می‌شود. در این مرحله علاوه بر وزن‌دار کردن مؤلفه‌ها، نرمال‌سازی نیز انجام می‌شود.

مرحله چهارم: شناسایی عوامل مطلوب و نامطلوب: در این مرحله تمامی مؤلفه‌های فقر قابلیت به خاطر اثرگذاری معکوس (یعنی میزان بالای آنها باعث فقر قابلیت می‌شود) جزء مؤلفه‌های منفی حساب می‌شود. اما مؤلفه‌های سلامت روان به خاطر اثرگذاری مستقیم یا هم‌جهت (یعنی بالا بودن میزان امتیاز مؤلفه‌های پنج‌گانه آن باعث سلامت روانی می‌شود) جزء مؤلفه‌های مثبت حساب می‌شوند. پس مؤلفه‌های فقر قابلیت جزء عوامل نامطلوب و مؤلفه‌های سلامت روان جزو مؤلفه‌های مطلوب محسوب می‌شوند. در همین خصوص، افزایش وضعیت مؤلفه‌های سلامت روان که مطلوبیت بیشتری به همراه خواهد داشت؛ به‌عنوان گزینه‌هایی که به‌وسیله مؤلفه‌های مثبت محاسبه می‌شوند، و افزایش وضعیت مؤلفه‌های فقر قابلیت که نامطلوبیت بیشتری به همراه خواهد داشت؛ به‌عنوان گزینه‌هایی که به‌وسیله مؤلفه‌های منفی محاسبه می‌شوند، گفته می‌شود.

مرحله پنجم: محاسبه ارزش نهایی گزینه‌ها: این مرحله در واقع رتبه‌بندی مقایسه‌ای گزینه‌ها است که بر اساس مؤلفه‌های مثبت و منفی مربوط محاسبه می‌شود. اهمیت نسبی از هر گزینه محاسبه می‌شود. مقدار نشان‌دهنده میزان ارزش و اهمیت هر یک از گزینه‌ها برحسب مؤلفه‌ها است. مقدار ارزش بالا، نشانگر اهمیت و مطلوبیت بیشتر گزینه‌ها خواهد بود.

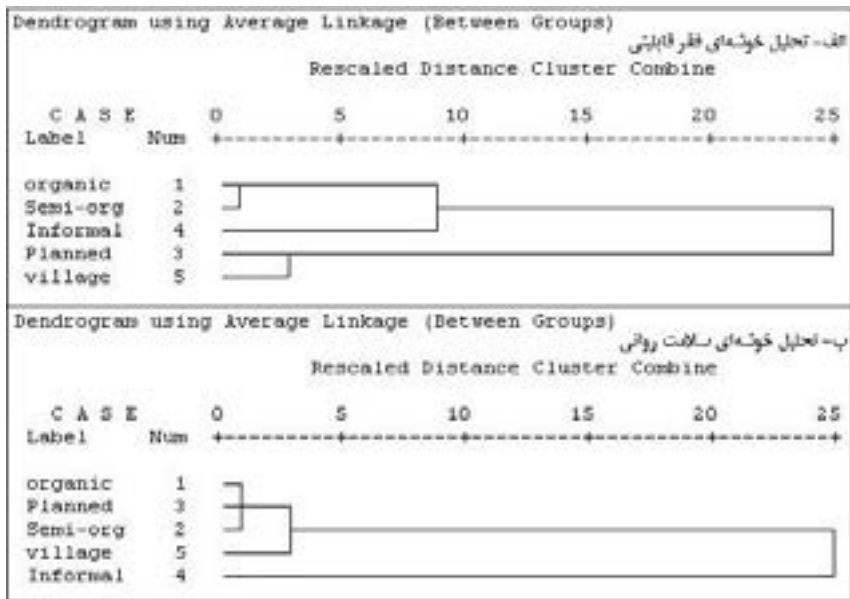
مرحله ششم: محاسبه رتبه نهایی گزینه‌ها: مرحله نهایی مشخص کردن گزینه‌ای است که بهترین وضعیت را در بین مؤلفه‌ها دارد. با افزایش یا کاهش رتبه هر گزینه درجه اهمیت آن گزینه نیز افزایش یا کاهش می‌یابد. گزینه‌هایی (بافتهای شهری) که بهترین وضعیت را به لحاظ مؤلفه‌ها داشته‌اند، با بالاترین درجه اهمیت مشخص می‌شوند. برابر با ۱۰۰ درصد است. مقدار کلی درجه اهمیت هر مؤلفه از ۰ تا ۱۰۰ درصد متغیر است و در میان این دامنه بهترین و بدترین گزینه تعیین می‌شود. درجه اهمیت هر از گزینه محاسبه می‌شود.

جدول (۸) رتبه‌بندی بافتهای شهری اردبیل بر اساس مؤلفه‌های فقر قابلیت و سلامت روان

سلامت روانی			فقر قابلیت			بافتهای شهری
رتبه	N_j (%)	Q_j	رتبه	N_j (%)	Q_j	
سوم	۸۱/۶	۰/۲۵۵	سوم	۷۴/۹	۰/۲۷۹	ارگانیک
اول	۱۰۰	۰/۳۱۲	دوم	۸۴/۳	۰/۳۱۴	نیمه ارگانیک
دوم	۸۷/۳	۰/۲۷۳	پنجم	۴۹/۲	۰/۱۸۳	برنامه‌ریزی شده
پنجم	۴/۴۷	۰/۰۱۳	اول	۱۰۰	۰/۳۷۲	سکونتگاههای غیررسمی
چهارم	۶۷/۱	۰/۲۰۹	چهارم	۶۳/۴	۰/۲۳۶	روستاهای ادغامی

نتیجه نهایی مدل کوپراس در جدول شماره (۸) بیانگر این امر است که، از نظر فقر قابلیت بافتهای سکونتگاههای غیررسمی، نیمه ارگانیک، ارگانیک و روستاهای ادغامی در رتبه‌های اول تا چهارم و بافت برنامه‌ریزی شده هم در رتبه پنجم قرار دارند. از نظر سلامت روانی هم بافتهای نیمه ارگانیک، برنامه‌ریزی شده، ارگانیک و روستاهای ادغامی به شهر در شرایط بهتری نسبت به سکونتگاههای غیررسمی قرار دارند و به ترتیب در رتبه‌های اول تا پنجم قرار گرفته‌اند. بعد از مشخص شدن رتبه بافتهای شهری و با توجه به اینکه میزان امتیاز برخی بافتها تفاوت اندکی با هم داشتند (تفاوت در رتبه‌ها شاید با تفاوت امتیازی اندک باشد)، در این خصوص

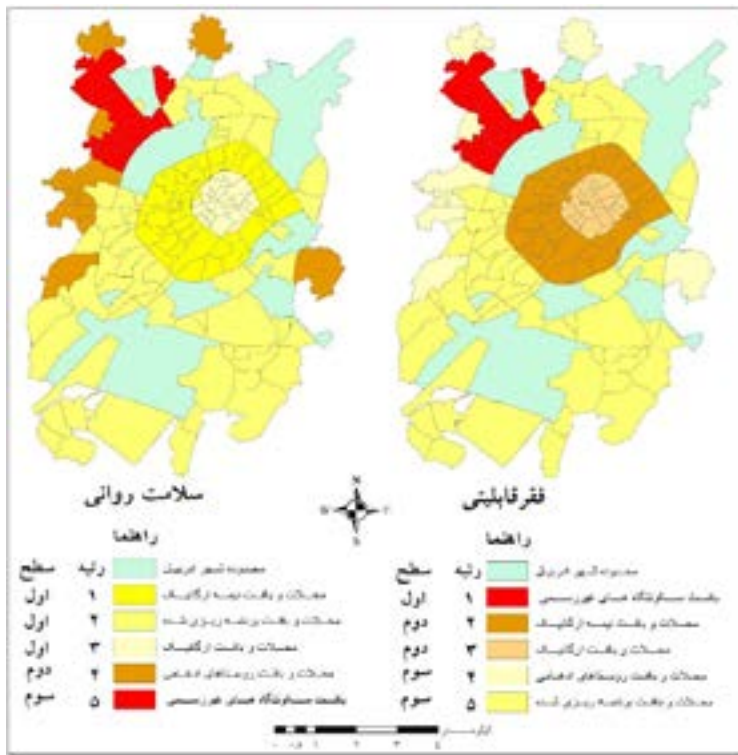
لازم شد تا سطح‌بندی هم صورت بگیرد. در همین خصوص برای سطح‌بندی بافت‌های شهری اردبیل از نظر فقر قابلیت‌ی و سلامت روان، از روش تحلیل خوشه‌ای استفاده شد (شکل ۱). شکل (۱) خوشه‌بندی بافت‌های شهری اردبیل با روش سلسله‌مراتبی تراکمی و روش پیوند متوسط



خروجی روش تحلیل خوشه‌ای نشان داد که بافت‌های پنج‌گانه شهر اردبیل از نظر فقر قابلیت‌ی در سه سطح قرار گرفته‌اند (شکل ۱-الف). در سطح اول بافت‌های برنامه‌ریزی شده و روستاهای ادغامی، در سطح دوم بافت‌های ارگانیک، نیمه‌ارگانیک و در سطح سوم سکونتگاه‌های غیررسمی قرار گرفته است که با توجه به مقدار Q_i آنها می‌توان گفت که سطح اول یعنی بافت‌های با فقر قابلیت‌ی متوسط (بافت‌های برنامه‌ریزی شده و روستاهای ادغامی)، سطح دوم یعنی بافت‌های با فقر قابلیت‌ی زیاد (بافت‌های ارگانیک، نیمه‌ارگانیک) و سطح سوم یعنی بافت‌های با فقر قابلیت‌ی بسیار زیاد

(سکونتگاههای غیررسمی) هستند. از نظر سلامت روان هم‌بافتهای شهری اردبیل در سه سطح قرار گرفته‌اند (شکل ۱-ب). در سطح اول بافتهای ارگانیک، نیمه‌ارگانیک و برنامه‌ریزی شده، در سطح دوم بافت روستاهای ادغامی و در سطح سوم سکونتگاههای غیررسمی قرار گرفته‌اند که با توجه به مقدار Q_1 آنها می‌توان گفت که سطح اول یعنی بافتهای دارای سلامت روان متوسط (بافتهای ارگانیک، نیمه‌ارگانیک و برنامه‌ریزی شده)، سطح دوم یعنی بافتهای دارای سلامت روان ضعیف (بافت روستاهای ادغامی) و سطح سوم یعنی بافتهای دارای سلامت روان بسیار ضعیف (سکونتگاههای غیررسمی) هستند.

شکل (۲) رتبه‌بندی و سطح‌بندی فقر قابلیت و سلامت روان در بافتهای شهری اردبیل



بحث

فقر در معنای عام کلمه، از مهم‌ترین مسائل روز است که نمود آن در کشورهای در حال توسعه بیشتر است و عمدتاً به محرومیت از نیازهای اساسی بخصوص بحث درآمد اشاره دارد. در این بین، فقر قابلیتی در معنای خاص کلمه، از مهم‌ترین مسائل سکونتگاههای فرودست است که به محرومیت از قابلیت‌های فردی و اجتماعی دلالت دارد و به نظر می‌رسد ارتباط زنجیره‌ای با سلامت افراد دارد. در همین راستا این تحقیق با هدف سنجش مؤلفه‌های فقر قابلیتی و سلامت روانی در سکونتگاههای غیررسمی شهر اردبیل و در ادامه بررسی رابطه بین آنها و مقایسه بافتهای شهری اردبیل از نظر این دو شاخص انجام شده است.

مطابق با نتایج تحقیق می‌توان گفت که شهروندان سکونتگاههای غیررسمی شهر اردبیل به لحاظ مؤلفه‌های فقر قابلیتی و سلامت روانی در شرایط نامطلوبی قرار دارند. میانگین مؤلفه‌های فقر قابلیتی بیشتر از حد متوسط و میانگین مؤلفه‌های سلامت روانی کمتر از حد متوسط است. در خصوص فقر قابلیتی، شهروندان در فقر دسترسی به سبد مواد غذایی مطلوب به سر می‌برند، دسترسی ضعیفی به خدمات بهداشتی درمانی دارند، در حفظ حریمها و حرمت‌های انسانی و پاسداری از عزت نفس ناتوان هستند. دستیابی به آزادیهای اساسی و میزان مشارکت‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی شان ضعیف است و توانایی جسمی مناسبی هم ندارند. نتیجه اینکه شهروندان این سکونتگاهها، در فقر قابلیتی بالایی (شرایط نامطلوبی) به سر می‌برد.

در خصوص سلامت روان، شهروندان سکونتگاههای غیررسمی شهر اردبیل از سلامتی جسمی خوبی برخوردارند اما از اعتماد به نفس، دانش و مهارت فردی لازمه برخوردار نیستند، نسبت به آینده خوش بین نیستند، از کفایت اجتماعی خوبی برخوردارند اما مهارت‌های شناختی و رفتاری مناسبی ندارند، از وابستگی میان نسلی خوبی برخوردار نیستند و از لحاظ خودشکوفایی توانمندیهای بالقوه فکری و هیجانی در شرایط مناسبی قرار ندارند. نتیجه

اینکه شهروندان این سکونتگاهها، سلامت روان پایینی (شرایط نامطلوبی) دارند و می‌توان نتیجه گرفت که رابطه معنادار و معکوسی بین فقر قابلیت و سلامت روان وجود دارد. یعنی با افزایش فقر قابلیت، سلامت روانی شهروندان کم می‌شود و برعکس، با کاهش فقر قابلیت، سلامت روانی شهروندان افزایش می‌یابد.

نتیجه دیگر تحقیق پیش‌رو این است که وضعیت فقر قابلیت و سلامت روانی در بین بافتهای شهری متفاوت است. در واقع فقر قابلیت و سلامت روانی در بافتهای شهری، با توجه به شرایط اقتصادی و اجتماعی این بافتها، می‌تواند از منطقه‌ای به منطقه‌ای دیگر متفاوت باشد. اما آنچه مسلم است، این است که دچار بودن به فقر قابلیت و ضعف در سلامت روان در سکونتگاههای غیررسمی نسبت به سایر سکونتگاهها و بافتهای شهری نمود بیشتری دارد، که آن‌هم بیشتر به خاطر شرایط اجتماعی و اقتصادی آنها است. بگونه‌ای که ساکنان سکونتگاههای غیررسمی، که از فرودست‌ترین سکونتگاه شهری محسوب می‌شوند (در مقایسه با سایر بافتهای شهری)، عموماً پایگاه اقتصادی و اجتماعی ضعیفی دارند. این شرایط برای روستاهای ادغامی به شهر هم با توجه به اینکه جزء سکونتگاهها یا بافتهای شهری فرودست هستند و از پایگاه اقتصادی و اجتماعی مناسبی برخوردار نیستند، نمایان است. اما سایر بافتهای شهری اردبیل (ارگانیک، نیمه ارگانیک و برنامه‌ریزی‌شده) در وضعیت بهتری نسبت به دو بافت شهری مذکور قرار دارند.

در همین راستا، نتایج این تحقیق در خصوص رابطه معکوس بین فقر قابلیت و سلامت روان با نتایج تحقیقات حیدرنیا و همکاران (۲۰۱۲) مبنی بر اینکه فقر اقتصادی سبب کاهش کیفیت زندگی وابسته به سلامت می‌شود؛ مهرگان و همکاران (۲۰۱۶)، مبنی بر اینکه متغیر بیکاری، رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری با سلامت روان دارند؛ بادلمیر و کای (۲۰۰۹)، مبنی بر اینکه رابطه دوطرفه‌ای بین سلامتی و فقر وجود دارد؛ ایو و همکاران (۲۰۱۶)، مبنی بر اینکه فقر باعث کاهش رفتارهای سالم شده و آسیبهای سلامتی بیشتری را به دنبال دارد؛ گوما و مایمبو (۲۰۱۷)، مبنی بر اینکه فقر

تأثیر منفی بر سلامت زنان و کودکان دارد و پریور و همکاران (۲۰۱۹)، مبنی بر اینکه فرزندان در خانواده‌های فقیر، دارای علائم روانی، خصوصاً استرس و اضطراب هستند، قرابت دارد. در حالت کلی نتیجه تحقیق بیانگر این امر است که اگر شرایط به این شکل ادامه یابد احتمال تسلسل فقر قابلیت‌ی بسیار بالاست (بخصوص در بافتهای شهری فرودست مثل سکونتگاههای غیررسمی). به عبارتی دیگر احتمال بالایی وجود دارد که فقر قابلیت‌ی از نسل فعلی به نسلهای بعدی انتقال یابد. در بحث سلامت روان هم به همین شکل احتمال بالا است و اگر این شرایط برای دوره‌های طولانی پابرجا باشد، آسیبهای روانی و در ادامه جسمانی جبران‌ناپذیری به بار خواهد آورد. این روابط زنجیره‌ای بیانگر این امر است که سلامت روان، مستقل از متغیرهای اقتصادی نیست، چنانچه یافته‌های تحقیق نشان داد که فقر قابلیت‌ی تأثیر معنادار و معکوسی بر سلامت روان دارد و فقر به سلامت روحی و روانی شهروندان آسیب می‌رساند. به‌طور مثال وقتی که فقر باشد، مسئله کمبود تغذیه مناسب مطرح می‌شود. عدم دستیابی به سبد غذایی مطلوب، زمینه را برای ناتوانی جسمانی فراهم می‌کند. سپس زمینه برای از بین رفتن عزت نفس شهروندان محیا شده و حتی احتمال بروز جرم افزایش می‌یابد و الی آخر. نهایتاً منجر به خطر افتادن سلامت روان شهروندان می‌شود و این چرخه ادامه می‌یابد (فردی که از سلامت روان برخوردار نیست، از استعداد بالایی در دچار شدن به فقر قابلیت‌ی برخوردار است).

بنابراین در مسیر توجه به شهروندان و توسعه کیفیت زندگی آنها، باید توجه ویژه‌ای به مسئله‌ی فقر قابلیت‌ی در سکونتگاه‌های غیررسمی و فرودست داشت. در این راستا باید مسئله فقر را ریشه‌ای حل کرد نه توجه صرف برای بهبود درآمد شهروندان. در این خصوص باید محرومیت از قابلیت‌های اساسی فردی و اجتماعی را از میان برداشت، یعنی در کنار ارتقای شرایط اقتصادی (اشتغال‌زایی و درآمدزایی) شرایط زیستی و اجتماعی (دسترسی مناسب به خدمات آموزشی، درمانی، رفاهی و ...) هم بهبود یابد؛ که به نظر می‌رسد ارتقای وضعیت اجتماعی و اقتصادی شهروندان و بهبود کیفیت محیط زندگی سکونتگاه‌های غیررسمی

از نظر بصری و برخورداری از خدمات و امکانات (رعایت اصل عدالت اجتماعی و عدالت فضایی) بتواند در افزایش سلامت و کیفیت زندگی آنان مؤثر باشد. سخن آخر اینکه نتایج این تحقیق نشان داد که مسائل به صورت سیستمی با هم در ارتباط هستند (خواه مستقیم، خواه غیرمستقیم) و مدیران و برنامه‌ریزان منطقه‌ای و محلی حوزه سلامت و اقتصاد، باید تصمیمات و اقدامات یکپارچه‌ای در این خصوص اتخاذ کنند.

از مهم‌ترین محدودیتهای این تحقیق می‌توان به نبود داده و اطلاعات در خصوص موضوعات مورد بحث (فقر قابلیت و سلامت روان) در سطح محلات و بافتهای شهری و همچنین همکاری ضعیف شهروندان در پاسخ به پرسشنامه اشاره کرد. با این وجود، سماجت محققان این تحقیق در گردآوری داده‌ها و اطلاعات باعث شد تا برای اولین بار، تحقیقی با موضوعات مورد بحث (فقر قابلیت و سلامت روان) در سطح بافتهای شهری شکل گرفته و مقایسه تطبیقی بین آنها انجام گیرد.

ملاحظات اخلاقی:

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان در تهیه مقاله مشارکت داشته‌اند.

منابع مالی

این مقاله مستخرج از طرح پژوهشی تحت حمایت دانشگاه محقق اردبیلی است.

تعارض منافع

این مقاله با سایر آثار منتشرشده از نویسندگان همپوشانی ندارد.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این مقاله همه حقوق مرتبط با اخلاق پژوهش رعایت شده است.

- Aue, K., Roosen, J., & Jensen, H. H. (2016). Poverty dynamics in Germany: evidence on the relationship between persistent poverty and health behavior. *Social Science & Medicine*, (153), 62-70.
- Buddelmeyer, H., & Cai, L. (2009). Interrelated dynamic of health and poverty in Australia. *IZA discussion paper*, 4602, 1-26.
- Feng, L., Xusheng, L., Dan, H., Rusong, W., Wenrui, Y., Dong, L., & Dan, Z. (2009). Measurement indicators and an evaluation approach for assessing urban sustainable development: A case study for China's Jining City. *Landscape and Urban Planning*, 90(3), 134-142.
- Frankl, V. E. (1984). *Man's Search for Meaning*. New York: Washington Square Press.
- Frankl, V. E. (1988). *The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logo therapy*. New York: Penguin Books.
- Gresham, F. M., Sugai, G., & Horner, R. H. (2001). Interpreting outcomes of social skills training for students with high incidence disabilities. *Exceptional Children*, 67(3), 331-344.
- Heidarnia, M., Ghaemian, T., Abdi, A., Fathian, S., & Montazeri, A. (2012). The relationship between deprivation (economic poverty) and quality of life related to health. *Payesh*, 11(4), 491-495. (In Persian).
- Hosseini, H. (2018). The Importance of Sustainable Food Chain in Food Security and Sustainable Development. *Nutritional Sciences and Food Industry of Iran*, 12, 127-128. (In Persian).
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive Psychological Capital: Measurement and Relationship with Performance and Satisfaction. *Personnel Psychology*, 11(60), 514-572.
- Mahmoudi, V., & Samifarfar, A. H. (2005). Capacity Poverty. *Journal of Social Welfare*, 4(17), 9-32. (In Persian).
- Mehregan, N., Rashid, K., Ghasemifar, S., & Sohrabiafa, H. (2016). A Study of Economic Policy Factors Affecting Mental Health Index. *Economic Policy*, 8(15), 117-136. (In Persian).
- Mirjani, S. (2014). Structural relationship between self-esteem and general health with the occurrence of aggressive behavior in runaway girls. *Applied Psychology*, 8(2), 107-127.
- Mohammadi, Y., Rahimian, M., Movahed Mohammadi, H., & Tarafi, A. (2008). A Study of Marginalization Challenges in Koohdasht County of Lorestan Province. *Human Geographical Research*, 41(66), 85-98. (In Persian).

- Pashazadeh, A., & Yazdani.M.H. (2018). *Data Analysis U sing SPSS*. Ardabil: Gonash Negar Pub. (In Persian).
- Pryor, L., Strandberg-Larsen, K., & Melchior, M. (2019). Trajectories of family poverty and children's mental health: Results from the Danish National Birth Cohort. *Social Science & Medicine* (220), 371-378.
- Rahnama, M. R., & Amirfakhrian, M. (2013). Analysis of Spatial Access to Healthcare Services in Mashhad City. *Physical-Spatial Planning*, 1(3), 61-76. (In Persian).
- Razavian, M. D. (2002). *Urban Land Use Planning, First Edition*. Tehran: Monshi Publications. (In Persian).
- Rashid, H., Akbari. H., & Pashazadeh. A. (2018). *Assessing the sustainability of Ardabil urban neighborhoods*. Research project of Mohaghegh Ardabili University. (In Persian).
- Saeedi Nejad, H. (2008). *Study of the relationship between political, economic and social values or alienation of students of Islamic Azad University of Kermanshah*. Retrieved from Kermanshah. (In Persian).
- Semba, R., SaskiadePee, K. K., KaiSun, A. L., Regina, M., Mayang-Sari, N. A., & Martin, W.B. (2009). Purchase of drinking water is associated with increased child morbidity and mortality among urban slum-dwelling families in Indonesia. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 212 (4), 387-397.
- Wang, X. R., Hui, E. C., Choguill, C., & Jia, S. H. (2015). The new urbanization policy in China: which way forward. *Habitat Int* (47), 279-284.
- Yaghoubi, H., Karimi, M., Omidy, A., Barouti, A., & Abedi, M. (2013). Credit and factor analysis of the General Health Questionnaire (GHQ) in students. *Behavioral Sciences*, 6(2), 153-160. (In Persian).
- Zanganeh, A. (2010). *Recognition of Spatial Pattern of Urban Poverty Expansion Using Geographic Information System (GIS) in Kermanshah during the years (1996-2006)*. Zanjan University, Zanjan. (In Persian).
- Zare, B., & Rohandeh, M. (2015). Study of Social Factors Affecting Socio-Political Participation in a Study of Citizens over the Age of 18 in Karaj. *Social Studies of Iran*, 9(2), 64-87. (In Persian).