

وضعیت بهداشتی ساکنین منطقه حاشیه نشین آبگلیک قزوین

دکتر سعید آصفزاده* دکتر محمدعلی جوآفشانی** فاطمه سمیعی فرد*** زهرا کالانتاری***

Situation analysis of the health of Ab-Gilack slum area of Qazvin

S. Asefzadeh M.A Joafshani F. Samieefard Z. Kalantari

Abstract

Background : During the past two decades the slum areas around Qazvin city has grown and the health-care of these areas is of great importance.

Objective : To analyse the health condition of Ab-Gilack slum area of Qazvin during 1998-99.

Methods : The data regarding 288 families , settling in this area were collected using direct observation and interview with the people. The data were recorded in structured questionnaires.

Findings : The average family size in the area is 6 and 43.8% of the population were under 15 years of age. About 71.5% of the houses are in normal health condition. Only 43.7% of married women use contraceptive methods. Findings indicated rather bad environment of sanitation and swage.

Conclusion : Seeking ways for the community's participation to improve their living environment and health should be prioritized in the health planning of these areas.

Keywords : Slum Area , Environment , Public Health

چکیده

زمینه : مناطق حاشیه نشین قزوین در طی ۱۵ تا ۲۰ سال اخیر گسترش بی رویه یافته و مهاجرین زیادی را به خود جذب کرده اند که آگاهی از وضعیت بهداشتی آنها اهمیت دارد.

هدف : این پژوهش به منظور ترسیم روشن وضعیت بهداشت عمومی منطقه حاشیه نشین آبگلیک در سال ۷۸ - ۱۳۷۷ اجرا شد.

مواد و روش ها : جمعیت مورد مطالعه ۲۸۸ خانوار از جمعیت ساکن در منطقه حاشیه نشین آبگلیک بودند. جمع آوری داده ها به روش مشاهده مستقیم ، مصاحبه و پرسش گری انجام شد.

یافته ها : بعد خانوار در این منطقه حدود ۶ نفر بود و ۴۳/۸ درصد جمعیت زیر ۱۵ سال بودند. ۷۱/۵ درصد خانواده ها به لحاظ مساحت ، وضعیت قابل قبولی داشتند. فقط ۴۳/۷ درصد زنان واجد شرایط از روش های پیشگیری از بارداری استفاده می کردند. یافته ها حاکی از وضعیت نابسامان بهداشتی به ویژه بهداشت محیط و دفع فاضلاب این منطقه بود.

نتیجه گیری : رشد بی رویه مناطق حاشیه نشین سبب عدم کنترل مناسب در آنها شده است و جلب مشارکت عمومی به منظور توسعه بهداشت و توجه به معضلات بهداشتی مناطق حاشیه نشین باید در اولویت برنامه بهداشتی قرار گیرد.

کلید واژه ها : حاشیه نشین - بهداشت محیط - بهداشت عمومی

* دانشیار گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

** استادیار و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

*** مربی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

□ مقدمه :

استان قزوین با مساحت ۱۵۷۹۵ کیلومتر مربع و جمعیت حدود ۹۸۰/۰۰۰ نفر (۶۲ درصد شهری و ۳۸ درصد روستایی)، دارای ۳ شهرستان، ۱۳ بخش و ۱۰۳۷ روستا می‌باشد. شهرستان قزوین با مساحت ۷۵۶۶ کیلومتر مربع و جمعیت ۶۵۸۹۴۱ نفر دارای مناطق حاشیه‌نشین شریف‌آباد، بیدستان، محمودآباد، چوبیندر و آبگیلک است که این مناطق در کمتر از دو دهه اخیر بافت کاملاً روستایی داشتند. به علاوه مناطق دیگری هم به صورت محله‌های حاشیه‌ای قارچی به این شهر چسبیده‌اند که هیچگونه ساماندهی خاصی در آنها صورت نگرفته است. علل اصلی پیدایش مناطق حاشیه‌نشین، عوامل متعدد اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و گاه سیاسی مختلفی بوده است که این وضعیت در سراسر کشور مشاهده می‌شود. اگرچه مناطق یاد شده به لحاظ بهداشتی درمانی تحت پوشش خانه‌های بهداشت قرار دارند (به جز مراکز اقبالیه و الوند که دارای مرکز بهداشتی - درمانی شهری هستند)، ولی مساحت و بافت این گونه مناطق آن چنان است که نه می‌توان آنها را روستا محسوب کرد، زیرا عوامل تولید روستایی و فرهنگ اقتصادی اجتماعی روستا بر آنها حاکم نیست و نه می‌توان شهر نامید زیرا که فاقد عوامل زیربنایی شهری و بنیان‌های شهرنشینی هستند. بدین لحاظ مشکلات بهداشتی، فرهنگی، روانی و اقتصادی و اکولوژیکی خاص خود را دارند و هم از این رو است که سازمان جهانی بهداشت نیز مسائل آنها را از اولویت‌های بهداشتی و مهم‌تر از مسائل روستانشینی می‌داند. (۶)

آبگیلک یکی از مناطق حاشیه‌نشین شهرستان قزوین است که حدود ۲ کیلومتر از سمت شمال غربی

با شهر قزوین فاصله دارد و تعداد ۱۲۸۹ خانوار با جمعیتی بالغ بر ۶۲۸۰ (شامل ۵۱/۲ درصد مرد و ۴۸/۸ درصد زن) در آن زندگی می‌کنند که از این تعداد ۵۰ خانواده در وضعیتی مشابه کپرنشینی و شاید بدتر (خانه‌های گلی، گودالی، چوبی، حلبی، پلاستیک، سنگ چین و ...) به سر می‌برند و بقیه خانواده‌ها در سرپناهی تحت عنوان مسکن با شرایطی که در یافته‌ها آمده است زندگی می‌نمایند.

منطقه آبگیلک با توجه به نزدیکی به قزوین و وضعیت آب و هوایی متعادل، مهاجرین زیادی را در ۱۰ تا ۱۵ سال اخیر پذیرفته است. ارزانی زمین، اجاره بها و مسکن از عوامل عمده می‌باشد. به طوری که در اولین سرشماری در شروع این طرح پژوهشی جمعیت آن حدود ۵۷۰۰ نفر بود و در پایان طرح (۶ ماه بعد) حدود ۵۰۰ نفر به صورت مهاجر به جمعیت آن اضافه گردید. با این روند رو به رشد (نرخ مهاجرت پذیری حدود ۱۸ درصد در سال) که البته ممکن است به صورت مقطعی روی دهد، از امکانات شهری بهره‌اندکی می‌برد و دارای مشکلات عمده زیست - محیطی است. محله‌های حاشیه‌نشین عموماً به محله‌هایی پرجمعیت اطلاق می‌شود که با توده‌ای از خانه‌های غیربهداشتی و ناقص شکل گرفته و از وسایل آسایش و رفاه کافی برخوردار نیستند. افراد این گونه محلات با شیوه‌های خاص خود زندگی می‌کنند و معمولاً اشتغال کاذب دارند.

با توجه به نزدیکی آبگیلک به قزوین و وضعیت عمومی این منطقه، این پژوهش به منظور ترسیم روشن وضعیت بهداشت عمومی آن انجام گردید تا اطلاعات مناسبی را برای تصمیم‌گیری و پیدا کردن راه کارهای

مداخله‌ای به منظور بهبود وضعیت بهداشتی و ارتقاء سطح سلامت مردم این منطقه در اختیار گذارد.

⊗ مواد و روش‌ها:

جمعیت مورد مطالعه ساکن در منطقه آبگیلک بودند که تعداد ۲۸۸ خانواده با احتساب $P = 0/25$ (وضعیت نامطلوب بهداشت مسکن)، سطح اطمینان ۰/۹۵ و دقت ۰/۰۵ که به روش تصادفی منظم $\frac{1}{p}$ ، با مراجعه به شماره گذاری خانوارها در خانه بهداشت انتخاب گردیدند.

جمع‌آوری داده‌ها به روش‌های مشاهده مستقیم، مصاحبه، پرسش‌گری توسط سه نفر از بهورزان زن خانه بهداشت آبگیلک که توسط مجریان طرح آموزش دیده بودند، انجام شد. کار پرسش‌گری به صورت ورود به داخل منازل و بازدید از شرایط موجود و مصاحبه با مادر خانواده (به عنوان سرپرست) انجام گردید (در مورد خانواده‌های بدون همسر یا مادر، از پدر یا بزرگتر خانواده پرسش شد). در خصوص معیارهای مناسب و نامناسب بهداشتی طبق تعاریف عملیاتی پیوستی عمل شده است.

⊗ یافته‌ها:

زمین منطقه آبگیلک زمینی است مرتفع نسبت به اراضی اطراف که سفره آب زیرزمینی با عمق کمی از سطح خاک قرار دارد و بدین لحاظ حفر چاه‌های جاذب فاضلاب در منازل ممکن نبوده و همین امر مشکل جدی در این منطقه ایجاد کرده است. آب آشامیدنی از طریق لوله کشی تأمین می‌شود ولی تاکنون هیچ نوع آزمایش میکروبیولوژی در مورد آب انجام نشده است و میزان کلر باقیمانده در آب در آخرین

اندازه گیری توسط بهورز $3/ppm$ /۰ بوده است. از نظر آموزشی یک باب مدرسه ابتدایی دو شیفته (دخترانه و پسرانه) و یک مدرسه راهنمایی ۲ شیفته (دخترانه و پسرانه) وجود داشته و فاقد دبیرستان است. این منطقه دارای دو باب مسجد است. تنها مؤسسه بهداشتی درمانی موجود خانه بهداشت است ولی اکثر ساکنین منطقه به علت نزدیکی به بیمارستان تأمین اجتماعی به این مرکز مراجعه می‌کنند و حدود ۸۰ درصد تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی و یا بیمه خدمات درمانی و ۲۰ درصد فاقد بیمه بهداشتی درمانی هستند.

علی‌رغم آن که حدود ۴۴ درصد جمعیت را کودکان و نوجوانان تشکیل می‌دهند ولی هیچ‌گونه امکانات فرهنگی، تفریحی، ورزشی در این منطقه وجود ندارد و می‌تواند به طور بالقوه سبب پیدایش کجروی‌های اجتماعی گردد.

فروشگاه‌های مواد غذایی، نانوايي‌ها و قصابی منطقه بهداشتی هستند و زیر نظر کارشناسان بهداشت محیط منطقه قزوین و با همکاری بهورز قرار دارند. از بیماری‌های شایع واگیردار منطقه می‌توان به ۴ مورد هپاتیت در سال ۱۳۷۷ و شیوع بیماری‌های پوستی و کچلی و نیز شیوع واضح شپش سرکودکان نام برد.

در مجموع با ۲۸۸ خانوار از خانواده‌های آبگیلک مورد بررسی قرار گرفتند و سؤالات توسط زن خانواده پاسخ داده شد که از این میان ۲۶۴ نفر (۹۱/۷ درصد) متأهل، ۱۷ نفر (۵/۹ درصد) همسر مرده، ۵ نفر (۱/۴ درصد) مجرد و ۲ نفر (۰/۷ درصد) مطلقه بودند. توزیع شغل رئیس خانوار به ترتیب ۱۰۳ نفر (۳۵/۸ درصد) کارگر ماهر شاغل در کارخانجات

به لحاظ سنی ۱/۲۲ درصد در گروه سنی زیر یک سال ، ۱۰/۵ درصد در گروه سنی زیر ۵ سال ، ۴۳/۸ درصد در گروه زیر ۱۵ سال ، ۵۳/۸ درصد در گروه ۱۵ تا ۶۴ سال و ۲/۳ درصد در گروه بالاتر از ۶۵ سال قرار دارند.

به لحاظ بافت عمومی ، آبگلیک دارای مشخصات حاشیه‌نشینی ، کوچه‌های خاکی ، جاری بودن فاضلاب در محوطه‌ها و خانه‌های کوچک و تراکم با مصالح نامرغوب و تقریباً نامتجانس است. خانه‌هایی که نه ویژگی‌های اماکن روستایی را داراست و نه شهری ، بلکه مجموعه‌ای در هم تنیده و ناهمگون است. در چنین شرایطی ۲۲۲ خانواده مالک ساختمان خود هستند (۷۷/۱ درصد) و ۶۶ خانواده (۲۲/۹ درصد) در ساختمان اجاره‌ای بسر می‌برند و نرخ اجاره از ۱۰۰۰۰ تومان تا ۲۰۰۰۰ تومان متغیر است.

به لحاظ نوع ساختمان یک خانه‌گلی ، ۲۲ خانه چوبی و حلی ، ۲۶۱ خانه آجری و سیمانی و یا آجر و گل ، یک خانه بلوک سیمانی و ۵ خانه از سایر مصالح نظیر نایلون ، سنگ و حلی و گل ساخته شده است (جدول شماره ۲).

جدول ۲ :

نوع ساختمان‌های محل زندگی خانواده‌ها

نوع ساختمان	فراوانی	درصد
گلی	۱	۰/۳
چوبی	۲۲	۷/۶
آجر + سیمان یا گل	۲۶۱	۹۰/۶
بلوک سیمانی	۱	۰/۳
سایر	۳	۰/۹
جمع	۲۸۸	۱۰۰

صنعتی ، ۸۸ نفر (۳۰/۶ درصد) کارگر ساده ، ۵۳ نفر (۱۸/۴ درصد) آزاد ، ۳۴ نفر (۱۱/۸ درصد) کارمند و ۱۰ نفر (۳/۵ درصد) بیکار بودند.

به لحاظ سواد پدر (رئیس خانواده) ۴۲ نفر (۱۴/۶ درصد) بی‌سواد ، ۴۴ نفر (۱۵/۳ درصد) سواد خواندن و نوشتن ، ۱۲۸ نفر (۴۴/۴ درصد) ابتدایی ، ۴۹ نفر (۱۷ درصد) راهنمایی و ۲۵ نفر (۸/۷ درصد) در حد دیپلم متوسطه تحصیل کرده بودند. به لحاظ سواد مادر خانواده ، ۷۳ نفر (۲۵/۳ درصد) بی‌سواد ، ۵۹ نفر (۲۰/۵ درصد) خواندن و نوشتن ، ۱۰۲ نفر (۳۵/۴ درصد) ابتدایی ، ۴۴ نفر (۱۵/۳ درصد) راهنمایی و ۵ نفر (۱/۷ درصد) در حد دیپلم تحصیلات داشتند.

به لحاظ تعداد فرزند ۱۲ خانواده بدون فرزند (۴۰/۱ درصد) ، ۶۶ خانواده دارای ۱ یا ۲ فرزند (۲۲/۹ درصد) ، ۹۰ خانواده ۳ یا ۴ فرزند (۳۱/۳ درصد) ، ۸۰ خانواده ۵ یا ۶ فرزند (۲۷/۷ درصد) و ۴۰ خانواده (۱۳/۸ درصد) ۷ فرزند یا بیشتر داشتند. بنابراین میانگین تعداد فرزند ۴ و بعد خانوار حدود ۶ می‌باشد (جدول شماره ۱).

جدول ۱ :

توزیع تعداد فرزندان در خانواده‌های مورد بررسی

تعداد فرزند	فراوانی	درصد
۰	۱۲	۴/۱
۱ یا ۲	۶۶	۲۲/۹
۳ یا ۴	۹۰	۳۱/۳
۵ یا ۶	۸۰	۲۷/۷
+۷	۴۰	۱۳/۸
جمع	۲۸۸	۱۰۰

بعد خانوار = ۶

میانگین تعداد فرزند = ۴

دارای سیستمی است که علاوه بر
درخت، حلی، لاستیک فرسوده،
گل و آجر و ... محصور شده
بر روی زمین و معمولاً مرطوب
ق‌های کوچک‌تر از حد معمول
(۵۱/۴ درصد) دارای کف نسبتاً
حد دارای کف متوسط و ۲۵ واحد
می‌باشند. همچنین ۲۳۲ واحد
نور کافی هستند و ۵۶ واحد بقیه
نور کافی طبیعی برخوردار نیستند.
۱۷۳ واحد مسکونی دارای سقف و
۸۶ واحد دارای سقف و بام
دارای سقف و بام نامناسب هستند.
کوتاه و اتاق‌ها از فضای مناسب
جمعیت به مساحت، ۲۰۶ واحد
مساحت نسبتاً قابل قبولی دارند و
جمعیتی نسبت به مساحت واحد
دارند. ۲۱۴ واحد (۷۴/۳ درصد)
بهداشتی هستند و ۷۴ واحد
بهداشتی ندارند. همچنین ۱۸۲
به منظور جلوگیری از ورود حشرات
هستند و ۱۰۶ واحد (۳۶/۸ درصد)
جره‌ها هستند. ۱۳۸ واحد (۴۷/۹
نسبتاً بهداشتی، ۸۵ واحد (۲۹/۵
غیربهداشتی بوده و ۶۵ واحد
فاقد حمام هستند. منابع سوخت
گاز (۲۷۹ واحد) و گاز (۸ واحد)
شکلی می‌دهد و تقریباً همین منابع

ولی بر
۲۸۳ و
و فقط
می‌نمای
آب

بررسی وضعیت بهداشتی ساکنین منطقه ...

خصوصی تأمین انرژی حرارتی حمام استفاده می‌گردد.
عمومی پخت و پز منبع اصلی گاز است به طوری که
خانگراحد (۹۸/۳ درصد) از این ماده استفاده می‌کنند
درصد ۴ واحد از نفت و یک واحد از هیزم استفاده
چینی بند.
داراسد مصرفی و آشامیدنی ۲۸۰ واحد از طریق انشعاب
نمی‌باشند شبکه آب رسانی و ۵ واحد از انشعاب
عمده تأمین می‌شود و وضعیت ۳ واحد از طریق چاه
روان می‌است. توالی ۱۹۸ واحد مسکونی (۶۸/۸
بهداشتی) را می‌توان بهداشتی دانست، زیرا کاسه توالی
نامطلوب کاشی‌کاری به ارتفاع حداقل یک متر را
چاه تن ولی ۹۰ واحد (۳۱/۲ درصد) بهداشتی
زمستانند در حالی که دفع فاضلاب منازل از مشکل
فاضلاب‌برخوردار است و غالباً به جوی‌های کوچک‌ها
هدایتی‌باشد و فقط ۱۲ واحد (۴/۲ درصد) را می‌توان
عمق ۵ دانست و ۲۷۶ واحد (۹۵/۸ درصد) وضعیتی
جاری ب دارند. اکثر خانه‌ها به دلیل عدم امکان حفر
صورت‌والت، از تانک استفاده می‌کنند و در فصل
منطقه، به علت اشکال در تردد وسایل نقلیه تخلیه
معا ربک، مستقیماً فاضلاب به محوطه بیرون از خانه
منازل می‌شود و یا در نهری به عرض حدوداً ۲ متر و
انجام ۱/۱ متر به صورت روباز با جریانی بسیار کند
در سد می‌شود و یا در زمین پست حاشیه منطقه به
مانداب روان می‌گردد. اگرچه وضعیت نظافت
مطلوب به نظر می‌رسد و زباله‌ها در محوطه
م و بیش پراکنده‌اند ولی جمع‌آوری و حمل زباله
را اکثر موارد به صورت بهداشتی در شکل رایج
می‌گیرد (۲۸۵ واحد) و ۳ واحد زباله‌های خود را
غل مخصوص و به شکل مناسب جمع‌آوری

نمی‌کنند (جدول شماره ۳).

جدول ۳:

توزیع فراوانی توالت، دفع فاضلاب و زباله و حمام منازل برحسب بهداشتی و غیربهداشتی

وضعیت	بهداشتی		غیربهداشتی		جمع
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
توالت	۱۹۸	۶۸/۸	۹۰	۳۱/۲	۲۸۸
دفع فاضلاب	۱۲	۴/۲	۲۶۷	۹۵/۸	۲۸۸
دفع زباله	۲۸۵	۹۹	۳	۱	۲۸۸
حمام	۱۳۸	۶۱/۸	۸۵	۳۸/۲	۲۲۳

۷ نفر زن باردار مذکور، ۲ نفر مراقبت‌های دوران بارداری را انجام داده و ۵ نفر انجام نداده‌اند و به همین ترتیب فقط ۲ نفر تحت کنترل فشارخون دوران بارداری بوده‌اند.

از زنان واجد شرایط بارداری (۲۴۹ نفر)، فقط ۴۳/۷ درصد از روش‌های جلوگیری از بارداری استفاده می‌کنند و بقیه از روش خاصی استفاده نمی‌کنند. توزیع استفاده از روش‌های ضد بارداری بدین قرار است که قرص با ۱۶/۷ درصد بیشترین فراوانی را دارد و سپس منقطع، ۱۱/۱ درصد آبی بودی ۵/۶ درصد، کاندوم ۳/۱ درصد قرار دارد.

در مورد مصرف قرص، ۴۲ نفر از مصرف منظم قرص اطلاع داشتند و ۶ نفر بی‌اطلاع بودند ولی در مورد فراموش‌کاری در مصرف قرص ۲۸ نفر پاسخ مثبت (۵۸/۳ درصد) و ۲۰ نفر پاسخ منفی داده‌اند (۴۸/۳ درصد). همچنین در مورد شروع مصرف قرص ضد بارداری برای اولین بار، ۳۵ نفر (۷۳ درصد) پاسخ درست و ۱۳ نفر (۲۷ درصد) پاسخ نادرست داده و یا جواب را نمی‌دانستند. همچنین در مورد ادامه نحوه مصرف ۶۶ درصد پاسخ درست و ۲۴ درصد پاسخ ناصحیح دادند.

در مورد کنترل آبی بودی، نیز خانم‌های مصرف‌کننده (۱۶ نفر) اطلاع درستی نداشتند. به طوری که ۵ نفر معتقد بودند که استفاده از این وسیله نیازی به کنترل یا کنترل منظم ندارد و در مورد اولین کنترل پس از قرار گرفتن دستگاه (هفته اول) ۹ نفر پاسخ نادرست ارائه کردند و در مورد کنترل‌های بعدی (۶ ماه) نیز فقط ۱۱ نفر پاسخ صحیح دادند.

در مورد ایمن‌سازی فرزندان در مقابل بیماری‌ها، از

سن مادر خانواده از ۱۷ سال تا ۹۹ سال متغیر است و میانگین آن $۳۶/۶ \pm ۶$ می‌باشد. ۸۹ درصد زنان در سنین باروری هستند که ۱۷/۳ درصد زیر ۲۵ سال، ۳۵ درصد بین ۲۵ تا ۳۵ سال، ۳۰/۴ درصد بین ۳۵ تا ۴۵ سال هستند و ۳/۴ درصد در سن بالاتر از ۶۰ سال قرار دارند.

به لحاظ شغلی ۲۸۱ نفر (۹۷/۶ درصد) خانه‌دار و یک نفر به صورت فصلی شاغل است. در مجموع فقط ۶۷ درصد زنان واجد شرایط تحت پوشش برنامه‌های تنظیم خانواده قرار دارند.

زنان خانواده‌ها بین صفر تا ۱۱ بار حامله شده‌اند. ۳ مورد بدون حاملگی، ۹ مورد ۱ یا ۲ بار، ۶۶ مورد ۳ یا ۴ بار و ۱۲۰ مورد ۵ بار یا بیشتر حاملگی داشته‌اند. تعداد زایمان زنده آنها نیز بدین شرح است: ۶۶ مورد ۱ یا ۲ بار، ۹۳ مورد ۳ یا ۴ بار و ۱۲۰ مورد ۵ بار یا بیشتر.

در زمان مصاحبه ۷ نفر از زنان واجد شرایط باردار بودند. بنابراین نسبت باروری ۲/۷ درصد می‌باشد. از

۱۶۴ نفر مادر واجد شرایط ۱۶۰ نفر اطلاع کافی داشتند و فقط ۴ نفر اطلاعات ناقص داشتند.

در مورد پایش رشد کودکان، ۱۲۱ نفر اطلاع مناسب داشته و به طور منظم انجام می‌دادند (۷۳/۷ درصد)

ولی به دلیل سرازیر شدن فاضلاب همه منازل به معابر عمومی و جوی‌ها، این اقدام بسیار ناکافی است، شیوع بیماری‌های پوستی و کچلی در بین کودکان می‌تواند نگران‌کننده باشد ولی نقطه قوت منطقه، فعال

ولی ۴۳ نفر اطلاع کافی نداشتند و با آموزش نزدیک به ۸۰٪ از آنها به بیش از ۸۰٪ از ساکنین منطقه، خانۀ بهداشت مراجعه نمی‌کردند (۲۶/۳ درصد).

در مورد سابقه بیماری مادر خانواده طی ۴ هفته اخیر سؤال شد و ۱۰ نفر از ۲۸۵ نفر واجد شرایط، دچار بیماری شده و به پزشک مراجعه کرده بودند.

در مورد بیماری کودک زیر ۶ سال، نیز ۱۶ نفر از مادران (مادران واجد شرایط ۱۶۴ نفر بودند) اظهار داشتند که کودک (زیر ۶ سال) آنها در طی ۴ هفته اخیر دچار بیماری شده و به پزشک، خانۀ بهداشت مراجعه کرده بودند و ۲ مورد نیز کودک در بیمارستان بستری شده بود (بنا بر این نرخ بستری برای کودکان در سال

اجتماعی و نیز تحت پوشش بیمه بودن حدود ۸۰ درصد جمعیت است که می‌تواند از بار وقوع بیماری‌های عفونی از منطقه بکاهد.

اگرچه شاخص‌های بهداشتی عمده در سال ۱۳۷۷ خوب به نظر می‌رسد (مثلاً میزان مرگ و میر نوزادان کمتر از یک ماه صفر، میزان مرگ و میر کودکان کمتر از یک سال ۱۵/۶ در هزار، میزان مرگ و میر کودکان ۱ تا ۴ ساله صفر، میزان مرگ و میر خام برابر ۲/۳ در هزار بوده است) اما سوء تغذیه مزمن، فقر غذایی، بهداشت روانی، کجروی‌های اجتماعی و اخلاقی، سوء رفتار

... (۶۸٪ است)

... و ...

در کودکان خانواده‌های بسیار فقیر از مشاهدات این پژوهش بوده است که قبلاً به صورت اهداف ویژه تعیین نشده و بررسی دقیق بر آنها انجام نشده ولی این مسائل اجتماعی با روند رشد کودکان و نوجوانان در آینده حادث‌تر خواهد شد. هنوز حدود ۱۵ درصد پدران و ۲۵/۳ درصد مادران در این منطقه بی‌سواد هستند و بهتر است بگوئیم ۵۴ درصد مادران و ۷۰ درصد پدران سواد ابتدایی یا بالاتر دارند و غالب جمعیت را مهاجرین روستاهای اطراف تشکیل می‌دهند که از این جمعیت حدود ۲۰ درصد دارای شغلی نامشخص از قبیل جمع‌آوری قراضجات، دستفروشی و سیگار

فروشی و ... هستند، البته از مشخصات عمده حاشیه‌نشینی وضعیت شغلی نامشخص، وضعیت بد

گفتار:

مآلعه نشان می‌دهد که ساخت و بافت نسبتاً همگن و از مصالح متوسط (۹ درصد) و ۹/۴ درصد از وضعیت نامطلوب برخوردار است و وقوع با شدت زیاد) می‌تواند اثرات جانی بر جای گذارد، موضوع قابل بیت غیربهداشتی وضع فاضلاب می‌تواند سبب آلودگی محیط زیست و ... گرچه اواخر مطالعه مشاهده شد که

منطقه که آب‌بسته از رانه، مواد دفعی و فاضلاب در دست دیوارکشی توسط شهرداری منطقه بود

۶

بحث و نتیجه

یافته‌های این مطالعه عمومی این منطقه ساخته شده (۶/۰) نامساعد و گاه بسیار احتمالی زلزله (نه) ویران‌گر با تلفات تأمل دیگر وضعیت می‌باشد که خود می‌انتشار بیماری شود

کانال است،

می‌باشد، مثلاً برنامه روستای سالم

پویا و گسترده در منابع غربی ذکر بر زمینه بهداشت و به عمل آمده در کشور هندوستان نیز در این زمینه‌ها که در چشم‌اندازی به قرن آینده م به عنوان یک برنامه کشورهای حاشین‌نشین خواهند می‌شود. (۴) مطالعات در سطح دنیا هندوستان بیشترین. مبین این نکته است را در حدود ۲۵۰ میلیون نفر دارا حدود ۳۰ درصد از اساسی و بازر در هند رخداد اف شد، در حال حاضر بوده که منجر به رشد حاشیه‌نش جمعیت حاشیه‌نشین در این منطقه حاشیه‌نشینی می‌ت می‌باشد، از مشکلات اعم از اقتصادی، اجتماعی، بی ایش رشد جمعیت فقر، کاهش سلامتی و ... را به می نیز گردیده است. درآمد در این کشور باعث کمبودند مشکلات فراوانی خدمات بهداشتی در زمینه‌کاری، کاهش درآمد و ایمن‌سازی و مدارس) شده‌جود بیاورد، کمبود حاشیه‌نشین هند مراکز PHC و کاهش امکانات و باشد. (۴) به‌های مادر و کودک،

در همین راستا مطالعاتی و چه‌بسا در مناطق حاشیه‌نشینی در ساکنین شهر سابقریاً وجود نداشته که مؤید انتشار بیماری‌ها؛ می‌باشد. (۵) تحقیقات مشابه در بولیوی در زمینه سوریه، عمان، مراکش، لبنان نتاکروز صورت‌گرفته سرویس‌های بهداشتی در ن عفونی در منطقه کشورهای فوق می‌باشد که در جگری در مناطق مصر، مدون و سازماندهی مراکز بهداشت؛ سودان بیان‌گر فقدان مناطق حاشیه‌نشین طی برنامه‌ریزی‌های ست، پروژه بهداشت

شروع گردیده است.

در جمعیت مورد وجود مشکلات در به امتیازاتی در زمینه بها به محدودیت منابع، مطالعات مشابه به به

۴۹۹

مقایسه آن با سایر منا، برنامه پویا و فعال در این مناطق اهم مطالب بحث و براساس آمار موج مطالعه در تحقیق حاضر در عین بهداشتی استفاده نبرخی زمینه‌ها به نقاط قوت و قزوین ۵۸/۶ درصد داشت می‌توان اشاره نمود با توجه می‌باشد. (۳) در این در دسترسی و محدودیت تعداد توالت بهداشتی استنث در زمینه برخی از یافته‌ها و به نرم شهری استان طق مقدور نمی‌باشد لیکن در مورد قزوین که ۳۰/۴ در نتیجه‌گیری به عمل می‌آید.

دفع زباله تقریباً در رود درصد خانوارهایی که از توالت صورت می‌گیرد. ن‌کنند در مناطق روستایی استان از ۲۸۸ خانوار و در مناطق شهری ۱۷ درصد لوله‌کشی آب‌رسانی، مطالعه درصد خانوارهایی که از می‌برند و ۵ خانوار داده نمی‌کنند ۲۳ درصد می‌باشد که استفاده می‌کنند، نزدیک‌تر و نسبت به نرم استان روی آب تا موقع مر سد می‌باشد وضعیت بهتری دارد. مانده مرتباً انابه موارد به صورت نسبتاً بهداشتی اندازه‌گیری توسط

۰/۳ ppm بوده است. تحت مطالعه، ۲۸۰ خانوار از براساس اطلاعات در داخل واحدهای خود سود وزارت بهداشت کش از شیرهای مصرف عمومی شبکه آشامیدنی سالم در سرچند آزمایش میکروبیولوژی بر مطالعه انجام نشده لیکن کلر باقی‌دازه‌گیری می‌شود و در آخرین بهورز منطقه آبگلیک مقدار آن ت که مورد قبول می‌باشد.

ت موجود منتشر شده از سوی مور ما، ۵/۵ درصد از مردم به آب ترسی ندارند. (۳) در استان قزوین

میزان عدم دسترسی ۱/۹ درصد می باشد، فلذا چنانچه پژوهشگران ۵ خانواری را که از شیرهای عمومی استفاده می کنند نیز به دلایلی که بعداً به آنها اشاره خواهد شد، حذف نمایند، ۲۸۰ خانوار به آب آشامیدنی سالم و کافی دسترسی دارند یعنی میزان عدم دسترسی ۲/۸ درصد می باشد که نسبت به وضعیت کل استان (۱/۹ درصد) وضع نامناسب تری دارد، هر چند که نسبت به مناطق روستایی استان قزوین (۴/۸ درصد) وضعیت مطلوب تری را دارا می باشد. لازم به ذکر است که در بسیاری از نقاط دنیا ارقام ارائه شده در باره میزان عدم دسترسی مردم به آب کافی کمتر از واقع ذکر می گردد. مثلاً در دسترس بودن یک شیر آب در فاصله ۱۰۰ متری یک منزل غالباً توسط مؤسسات رسمی کافی محسوب می گردد. (۷) در صورتی که این مقدار آب الزاماً برای شستشو و پخت و پز و بهداشت کافی نمی باشد. همچنین در برخی از نقاط دنیا در بسیاری از خانوارها و محله های مسکونی که حکومت ها ادعا می کنند به وسیله آب آشامیدنی عمومی (لوله کشی) به میزان کافی تأمین هستند ممکن است به دلیل کمبود به سایر منابع آب روی بیاورند، مثلاً نیجریه و لیبیا در مورد تأمین آب کافی پوشش ۱۰۰ درصد را گزارش نموده اند و یا توگو پوشش ۹۹ درصد را گزارش کرده است (۴) اما کارشناسان بومی این ارقام را به سادگی نمی پذیرند زیرا با واقعیت های موجود در منطقه کاری آنها همخوانی ندارد به طور مثال مطالعات و تحقیقات انجام شده در بانکوک (تایلند) نشان داد که $\frac{1}{3}$ جمعیت هیچ گونه دسترسی به شبکه آب عمومی ندارد و یا در جا کارتای اندونزی کمتر از ۲۵ درصد جمعیت به طور مستقیم با شبکه آب رسانی

(لوله کشی) ارتباط دارند.

با توجه به این واقعیت و با توجه به تجارب طولانی پژوهشگران در فیلد بهداشت، آمارهای ارائه شده توسط مؤسسات رسمی کشور ما بسیار به واقعیت نزدیک است و آمار دقیق تحقیق حاضر نیز نشان می دهد که وضع تأمین آب سالم و کافی برای مردم در این منطقه مانند بسیاری از نقاط دیگر کشور در حد قابل قبول و مطلوب می باشد. به عبارت دیگر در مقایسه با سایر کشورهای جهان سوم باید این نکته را به خاطر سپرد که آمار ما به واقعیت نزدیک تر است تا در استنتاج نهایی خطای کمتری داشته باشیم، اما مشکل بسیاری از نقاط کشور ما از جمله محل مورد مطالعه بعد از تأمین آب مسئله پس آب های خانوارها می باشد که متأسفانه به طریق کاملاً غیر بهداشتی دفع می شود و به داخل کوچه ها و معابر عمومی راه می یابد. در مطالعه حاضر دفع پس آب های منازل فقط در ۱۲ مورد (۴/۲ درصد) بهداشتی و قابل قبول بوده است.

میزان استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری (تمام روش های نوین) در کشور حدود ۵۹/۷ درصد و در استان قزوین ۶۰/۴ درصد بوده (۳) و در منطقه مورد مطالعه ۳۰/۱ درصد می باشد یعنی ۵۰ درصد میزان کشوری، این امر نشان دهنده عدم موفقیت قابل توجه در این بخش می باشد و بعد بالای خانوار (۶ نفر) در این منطقه مؤید این نظر می باشد.

تفاوت بی سوادى زن و مرد که مشکل بسیاری از کشورهای جهان سوم و نیز کشور ما می باشد در این مطالعه نیز مشخص است به گونه ای که سرپرستان خانوارها (پدر) در ۱۴/۶ درصد کاملاً بی سواد بوده اند در حالی که این میزان در مادران (۲۵/۳ درصد) بوده که

تفاوت کاملاً معنی دار می باشد ($P < 0/05$).

نکات مثبتی در این مطالعه مشاهده می شود که بعضاً تحسین برانگیز است. مثلاً میزان مرگ و میر نوزادان و نیز میزان مرگ و میر کودکان ۱ تا ۴ ساله صفر و میزان مرگ کودکان زیر یک سال ۱۵/۶ در هزار می باشد که وضع بسیار مطلوب تری نسبت به آمار کل کشور دارد. همچنین از ۱۶۴ مادر واجد شرایط ۱۶۰ نفر اطلاع کافی در مورد ایمن سازی داشتند (۹۷/۶ درصد) و نیز ۱۲۱ نفر از مادران در مورد پایش رشد کودکان اطلاع مناسب داشتند و به موقع نیز مراجعه می نمودند (حدود ۷۴ درصد)، به طور کلی می توان اظهار داشت به خاطر وجود خانه بهداشت علی رغم کاستی های زیست محیطی و بهداشت محیط به لطف آموزش مستمر و نسبتاً قابل قبول که توسط بهروزان خانه بهداشت منطقه مورد مطالعه به خانوارها ارائه می گردد، وضعیت عمومی بهداشتی در منطقه به ویژه از نظر سلامت کودکان، دسترسی به آب آشامیدنی سالم و کافی، توجه مادران به ایمن سازی و پایش رشد و عملکرد آنان در این مورد قابل قبول و مطلوب می باشد و احتمالاً به دلیل وضعیت خاص فرهنگی ساکنین منطقه، هنوز ارتباط تنگاتنگ مابین بهروزان و خانواده ها در مورد مسائل تنظیم خانواده وجود نداشته فلذا در زمینه مسائل مربوط به اقدامات پیشگیری از بارداری اشکالاتی به چشم می خورد و شاید پایین بودن رشد طبیعی (۰/۸ درصد) را بتوان بیشتر به تنگناهای اقتصادی

خانواده ها نسبت داد تا فعالیت بخش بهداشت.

در ارتباط با مردم این منطقه به نظر می رسد که آنها استعداد و توانایی همکاری و مشارکت در بهبود وضعیت بهداشت عمومی را دارند و عموماً طرح های بهداشتی نظیر رابطین بهداشت خانواده ها و رابطین بهداشت مدارس می تواند در این منطقه اجرا شود.

□ مراجع :

- ۱- اطلاعات سیاسی و اقتصادی، خرداد و تیر ماه سال ۱۳۷۰، شماره ۴۶ - ۴۵، ۶
- ۲- دفلور ملوین ال، سارین. مبانی جامعه شناسی ترجمه و اقتباس حمید خضر نجات، شیراز، ۱۳۷۰، چاپ اول، ۷ - ۱۳۰
- ۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. سیمای توسعه و سلامت در استان ها، ۱۳۷۷
4. *Enviromental Health Newsletter*, 1996
No 26 : 15-23
5. WHO. *Ourplanet , Our Health*. Geneva , 1992
6. WHO. *The Role of Health centers in the development of urban health systems*. 1992
42-52
7. WHO. *Ourplanet , Our Health*.
Switzerland 1992 ; 122