

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 هم‌اکنون 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.

④ مواد و روش‌ها:

جمعیت مورد مطالعه ساکن در منطقه آبگلیک 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 آبگلیک 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.

④ یافته‌ها:

زمین منطقه آبگلیک 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 ppm ۳/۰ 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 آبگلیک 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

نیز برای تأمین انرژی حرارتی حمام استفاده می‌گردد. ولی برای پخت و پز منبع اصلی گاز است به طوری که ۲۸۳ واحد (۹۸/۳ درصد) از این ماده استفاده می‌کنند و فقط ۴ واحد از نفت و یک واحد از هیزم استفاده می‌نمایند.

آب مصرفی و آشامیدنی ۲۸۰ واحد از طریق انشعاب خصوصی شبکه آب رسانی و ۵ واحد از انشعاب عمومی تأمین می‌شود و وضعیت ۳ واحد از طریق چاه خانگی است. توالی ۱۹۸ واحد مسکونی (۶۸/۸ درصد) را می‌توان بهداشتی دانست، زیرا کاسه توالی چینی و کاشی‌کاری به ارتفاع حداقل یک متر را داراست ولی ۹۰ واحد (۳۱/۲ درصد) بهداشتی نمی‌باشند در حالی که دفع فاضلاب منازل از مشکل عمده برخوردار است و غالباً به جوی‌های کوچک‌ها روان می‌باشد و فقط ۱۲ واحد (۴/۲ درصد) را می‌توان بهداشتی دانست و ۲۷۶ واحد (۹۵/۸ درصد) وضعیتی نامطلوب دارند. اکثر خانه‌ها به دلیل عدم امکان حفر چاه توالی، از تانک استفاده می‌کنند و در فصل زمستان به علت اشکال در تردد وسایل نقلیه تخلیه فاضلاب، مستقیماً فاضلاب به محوطه بیرون از خانه هدایت می‌شود و یا در نهری به عرض حدوداً ۲ متر و عمق ۱/۵ متر به صورت روباز با جریانی بسیار کند جاری می‌شود و یا در زمین پست حاشیه منطقه به صورت مانداب روان می‌گردد. اگرچه وضعیت نظافت منطقه نامطلوب به نظر می‌رسد و زباله‌ها در محوطه معابر کم و بیش پراکنده‌اند ولی جمع‌آوری و حمل زباله منازل در اکثر موارد به صورت بهداشتی در شکل رایج انجام می‌گیرد (۲۸۵ واحد) و ۳ واحد زباله‌های خود را در سطل مخصوص و به شکل مناسب جمع‌آوری

۱۷۸ واحد خانه‌ها دارای حیاطی است که معمولاً با چوب، شاخه، ترکه درخت، حلبی، لاستیک فرسوده، قراضه‌جات، خشت و گل، آجر و ... محصور شده است. کف اتاق خانه‌ها بر روی زمین و معمولاً مرطوب بوده و دارای اتاق‌های کوچک‌تر از حد معمول می‌باشد. ۱۴۸ واحد (۵۱/۴ درصد) دارای کف نسبتاً قابل قبول، ۱۱۵ واحد دارای کف متوسط و ۲۵ واحد دارای کف نامناسب می‌باشند. همچنین ۲۳۲ واحد (۸۰/۶ درصد) دارای نور کافی هستند و ۵۶ واحد بقیه (۱۹/۴ درصد) از نور کافی طبیعی برخوردار نیستند. به لحاظ سقف، ۱۷۳ واحد مسکونی دارای سقف و بام مناسب و قیراندود، ۸۶ واحد دارای سقف و بام متوسط و ۲۹ واحد دارای سقف و بام نامناسب هستند. ارتفاع سقف معمولاً کوتاه و اتاق‌ها از فضای مناسب برخوردار نمی‌باشد.

به لحاظ نسبت جمعیت به مساحت، ۲۰۶ واحد (۷۱/۵ درصد) از مساحت نسبتاً قابل قبولی دارند و ۸۲ واحد از تراکم جمعیتی نسبت به مساحت واحد مسکونی برخوردارند. ۲۱۴ واحد (۷۴/۳ درصد) دارای پنجره و تهویه بهداشتی هستند و ۷۴ واحد (۲۵/۷ درصد) تهویه بهداشتی ندارند. همچنین ۱۸۲ واحد دارای توری به منظور جلوگیری از ورود حشرات به داخل ساختمان هستند و ۱۰۶ واحد (۳۶/۸ درصد) فاقد توری در پنجره‌ها هستند. ۱۳۸ واحد (۴۷/۹ درصد) دارای حمام نسبتاً بهداشتی، ۸۵ واحد (۲۹/۵ درصد) دارای حمام غیربهداشتی بوده و ۶۵ واحد (۲۲/۵ درصد) نیز فاقد حمام هستند. منابع سوخت گرمازا را در آبگیلک نفت (۲۷۹ واحد) و گاز (۸ واحد) و هیزم (۱ واحد) تشکیل می‌دهد و تقریباً همین منابع

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	۳/۲	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

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 بودن خانه بهداشت و نزدیکی آن به بیمارستان تأمین 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 کودکان و نوجوانان، انجام کارهای بدنی طاقت فرسا 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 قراضه‌جات، دستفروشی و سیگار فروشی و ... هستند، البته از مشخصات عمده حاشیه‌نشینی وضعیت شغلی نامشخص، وضعیت بد

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 ۴۳ نفر اطلاعات کافی نداشته و به طور مرتب به خانه 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، خانه بهداشت مراجعه کرده بودند و ۲ مورد نیز کودک در بیمارستان بستری شده بود (بنابر این نرخ بستری برای کودکان در سال ۰/۰۶ بار بوده است).

□ بحث و نتیجه‌گیری :

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که ساخت و بافت عمومی این منطقه نسبتاً همگن و از مصالح متوسط ساخته شده (۹۰/۶ درصد) و ۹/۴ درصد از وضعیت نامساعد و گاه بسیار نامطلوب برخوردار است و وقوع احتمالی زلزله (نه با شدت زیاد) می‌تواند اثرات ویرانگر با تلفات جانی بر جای گذارد، موضوع قابل تأمل دیگر وضعیت غیربهداشتی وضع فاضلاب می‌باشد که خود می‌تواند سبب آلودگی محیط زیست و انتشار بیماری شود. گرچه اواخر مطالعه مشاهده شد که کانال منطقه که انباشته از زباله، مواد دفعی و فاضلاب است، در دست دیوارکشی توسط شهرداری منطقه بود

روستا به صورت یک برنامه پویا و فعال در این مناطق شروع گردیده است.

در جمعیت مورد مطالعه در تحقیق حاضر در عین وجود مشکلات در برخی زمینه‌ها به نقاط قوت و امتیازاتی در زمینه بهداشت می‌توان اشاره نمود با توجه به محدودیت منابع در دسترسی و محدودیت تعداد مطالعات مشابه به بحث در زمینه برخی از یافته‌ها و مقایسه آن با سایر مناطق مقدور نمی‌باشد لیکن در مورد اهم مطالب بحث و نتیجه‌گیری به عمل می‌آید.

براساس آمار موجود درصد خانوارهایی که از توالی بهداشتی استفاده نمی‌کنند در مناطق روستایی استان قزوین ۵۸/۶ درصد و در مناطق شهری ۱۷ درصد می‌باشد. (۳) در این مطالعه درصد خانوارهایی که از توالی بهداشتی استفاده نمی‌کنند ۲۳ درصد می‌باشد که به نرم شهری استان نزدیک‌تر و نسبت به نرم استان قزوین که ۳۰/۴ درصد می‌باشد وضعیت بهتری دارد. دفع زباله تقریباً در همه موارد به صورت نسبتاً بهداشتی صورت می‌گیرد.

از ۲۸۸ خانوار تحت مطالعه، ۲۸۰ خانوار از لوله‌کشی آبرسانی در داخل واحدهای خود سود می‌برند و ۵ خانوار از شیرهای مصرف عمومی شبکه استفاده می‌کنند، هرچند آزمایش میکروبیولوژی بر روی آب تا موقع مطالعه انجام نشده لیکن کلر باقی مانده مرتباً اندازه‌گیری می‌شود و در آخرین اندازه‌گیری توسط بهورز منطقه آبگلیک مقدار آن ۰/۳ ppm بوده است که مورد قبول می‌باشد.

براساس اطلاعات موجود منتشر شده از سوی وزارت بهداشت کشور ما، ۵/۵ درصد از مردم به آب آشامیدنی سالم دسترسی ندارند. (۳) در استان قزوین

مسکن و بهداشت نامساعد است که کم و بیش در نقاط مختلف دنیا رواج دارد. (۷)

بازتاب فعالیت‌های کشوری در زمینه بهداشت و PHC نشان‌گر موفقیت چشمگیر در این زمینه‌ها می‌باشد، مثلاً برنامه روستای سالم به عنوان یک برنامه پویا و گسترده در منابع غربی ذکر می‌شود. (۴) مطالعات به عمل آمده در کشور هندوستان مبین این نکته است که در چشم‌اندازی به قرن آینده حدود ۳۰ درصد از کشورهای حاشین‌نشین خواهند شد، در حال حاضر در سطح دنیا هندوستان بیشترین جمعیت حاشیه‌نشین را در حدود ۲۵۰ میلیون نفر دارا می‌باشد، از مشکلات اساسی و بازر در هند رخداد افزایش رشد جمعیت بوده که منجر به رشد حاشیه‌نشینی نیز گردیده است. در این منطقه حاشیه‌نشینی می‌تواند مشکلات فراوانی اعم از اقتصادی، اجتماعی، بی‌کاری، کاهش درآمد و فقر، کاهش سلامتی و ... را به وجود بیاورد، کمبود درآمد در این کشور باعث کمبود و کاهش امکانات و خدمات بهداشتی در زمینه‌های مادر و کودک، ایمن‌سازی و مدارس) شده و چه‌بسا در مناطق حاشیه‌نشین هند مراکز PHC تقریباً وجود نداشته باشد. (۴)

در همین راستا مطالعاتی در بولیوی در زمینه حاشیه‌نشینی در ساکنین شهر سلنتاکروز صورت گرفته که مؤید انتشار بیماری‌های عفونی در منطقه می‌باشد. (۵) تحقیقات مشابه دیگری در مناطق مصر، سوریه، عمان، مراکش، لبنان، سودان بیان‌گر فقدان سرویس‌های بهداشتی در مناطق حاشیه‌نشین کشورهای فوق می‌باشد که در طی برنامه‌ریزی‌های مدون و سازماندهی مراکز بهداشت، پروژه بهداشت

(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 می‌دهد که وضع تأمین آب سالم و کافی برای مردم در این منطقه مانند بسیاری از نقاط دیگر کشور در حد قابل قبول و مطلوب می‌باشد. به عبارت دیگر در مقایسه با سایر کشورهای جهان سوم باید این نکته را به خاطر سپرد که آمار ما به واقعیت نزدیک‌تر 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 پس‌آب‌های خانوارها می‌باشد که متأسفانه به طریق کاملاً غیربهداشتی دفع می‌شود و به داخل کوچه‌ها و معابر عمومی راه می‌یابد. در مطالعه حاضر دفع پس‌آب‌های منازل فقط در ۱۲ مورد (۴/۲ درصد) بهداشتی و قابل قبول بوده است.

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

تفاوت بی‌سوادى زن و مرد که مشکل بسیاری از کشورهای جهان سوم و نیز کشور ما می‌باشد در این مطالعه نیز مشخص است به گونه‌ای که سرپرستان خانوارها (پدر) در ۱۴/۶ درصد کاملاً بی‌سواد بوده‌اند در حالی که این میزان در مادران (۲۵/۳ درصد) بوده که

میزان عدم دسترسی ۱/۹ درصد می‌باشد، فلذا چنانچه پژوهش‌گران ۵ خانواری را که از شیرهای عمومی استفاده می‌کنند 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 می‌باشد که نسبت به وضعیت کل استان (۱/۹ درصد) وضع نامناسب‌تری دارد، هرچند که نسبت به مناطق روستایی استان قزوین (۴/۸ درصد) وضعیت مطلوب‌تری را دارا می‌باشد. 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 می‌گردد. مثلاً در دسترس بودن یک شیر آب در فاصله ۱۰۰ متری یک منزل غالباً توسط مؤسسات رسمی کافی محسوب می‌گردد. (۷) در صورتی که این مقدار آب الزاماً برای شستشو و پخت و پز و بهداشت کافی نمی‌باشد. همچنین در برخی از نقاط دنیا در بسیاری از خانوارها و محل‌های مسکونی که حکومت‌ها ادعا می‌کنند 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 نموده‌اند و یا توگو پوشش ۹۹ درصد را گزارش کرده است (۴) اما کارشناسان بومی این ارقام را به سادگی نمی‌پذیرند زیرا با واقعیت‌های 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 هیچ‌گونه دسترسی به شبکه آب عمومی ندارد و یا در جا کارتای اندونزی کمتر از ۲۵ درصد جمعیت به طور مستقیم با شبکه آب‌رسانی

خانواده‌ها نسبت داد تا فعالیت بخش بهداشت. در ارتباط با مردم این منطقه به نظر می‌رسد که آنها استعداد و توانایی همکاری و مشارکت در بهبود وضعیت بهداشت عمومی را دارند و عموماً طرح‌های بهداشتی نظیر رابطین بهداشت خانواده‌ها و رابطین بهداشت مدارس می‌تواند 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 جامعه‌شناسی ترجمه و اقتباس حمید خضرنجات ، شیراز ، ۱۳۷۰ ، چاپ اول ، ۷ - ۱۳۰
- ۳- وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی. سیمای توسعه و سلامت در استان‌ها ، 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

تفاوت کاملاً معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/05$). نکات مثبتی در این مطالعه مشاهده می‌شود 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 می‌باشد که وضع بسیار مطلوب‌تری نسبت به آمار کل کشور دارد. همچنین از ۱۶۴ مادر واجد شرایط ۱۶۰ نفر اطلاع کافی در مورد ایمن‌سازی داشتند (۹۷/۶ درصد) و نیز ۱۲۱ نفر از مادران در مورد پایش رشد کودکان اطلاع مناسب داشتند و به موقع نیز مراجعه می‌نمودند (حدود ۷۴ درصد) ، به طور کلی می‌توان اظهار داشت به خاطر وجود خانه بهداشت علی‌رغم کاستی‌های زیست محیطی و بهداشت محیط به لطف آموزش مستمر و نسبتاً قابل قبول که توسط بهورزان خانه بهداشت منطقه مورد مطالعه به خانوارها ارائه می‌گردد ، وضعیت عمومی بهداشتی در منطقه به ویژه از نظر سلامت کودکان ، دسترسی به آب آشامیدنی سالم و کافی ، توجه مادران به ایمن‌سازی و پایش رشد و عملکرد آنان در این مورد قابل قبول و مطلوب می‌باشد و احتمالاً به دلیل وضعیت خاص فرهنگی ساکنین منطقه ، هنوز ارتباط تنگاتنگ مابین بهورزان و خانواده‌ها در مورد مسائل تنظیم خانواده وجود نداشته فلذا در زمینه مسائل مربوط به اقدامات پیشگیری از بارداری اشکالاتی به چشم می‌خورد و شاید پایین بودن رشد طبیعی (۰/۸ درصد) را بتوان بیشتر به تنگناهای اقتصادی