

تحلیل اثرات فقر قابلیت بر سلامت روانی در سکونتگاه‌های

غیررسمی

(نمونه موردی: محله ایران آباد، شهر اردبیل)

محمدحسن یزدانی* ، حسین درخشان**

اصغر پاشازاده*** ، فاطمه زادولی****

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۹/۱

چکیده

سکونتگاه‌های غیررسمی، بخش‌های مورد غفلت واقع شده‌ای از شهر هستند که نمود عینی فقر در آنها قابل مشاهده است. فقر مشکلی است که بسیاری از پژوهش‌های حوزه‌های مختلف را به خود اختصاص داده است که یکی از این حوزه‌ها، حوزه فقر قابلیت و سلامت روانی است. همین راستا، تأمین، حفظ و ارتقای سلامت روانی افراد مناطق حاشیه‌نشین پرداختن به مقوله فقر قابلیت امری ضروری به نظر می‌رسد. از همین رو، هدف پژوهش حاضر، تحلیل اثرات فقر قابلیت بر سلامت روانی در محدوده مورد مطالعه می‌باشد. در همین خصوص پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نظر ماهیت توصیفی-تحلیلی می‌باشد. جامعه آماری این تحقیق شهروندان ساکن در محله حاشیه‌نشین ایران آباد شهر اردبیل می‌باشد. که به روش فرمول ریاضی کوکران ۳۵۲ نفر به‌عنوان نمونه آماری تعیین حجم شده و به روش تصادفی ساده از آنها نمونه‌گیری شده است. در همین خصوص جهت بررسی میزان اثرگذاری مؤلفه‌های فقر قابلیت و سلامت روانی از مدل تحلیل ساختاری حداقل مربعات جزئی در قالب نرم‌افزار Smart-PLS استفاده شده است. در همین خصوص نتایج تحقیق نشان داده است که رابطه معنادار و معکوسی بین فقر قابلیت و سلامت وجود داشته و این نوع فقر اثرگذاری بالایی در سلامت روانی شهروندان دارد.

واژه‌های کلیدی: فقر قابلیت، سلامت روانی، سکونتگاه‌های غیررسمی، مدل حداقل مربعات جزئی، محله ایران آباد شهر اردبیل.

* دانشیار جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران، (نویسنده مسئول).

yazdani.m51@gmail.com

** استادیار گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه پیام نور، ایران. hossein59derakhshan@gmail.com

*** دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. asgharpasha65@gmail.com

**** دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. f.zadvali@yahoo.com

مقدمه

فقر به‌عنوان پدیده‌ای پیچیده و پردامنه جنبه‌های مختلف رفتار انسانی و اجتماعی را در برمی‌گیرد (Spicker et al, 2007: 2) و اکنون یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های پیش‌روی جامعه جهانی تلقی می‌شود و در کانون تلاش‌های توسعه در سطح بین‌المللی قرار دارد (فائو و یونسکو، ۱۳۸۴: ۴۲) بحث فقر، در واقع، بخشی از مبحث وسیع‌تر توسعه‌یافتگی و توسعه‌نیافتگی است و فرایند دوگانه شناخت علل فقر و اتخاذ تدابیری جهت کاهش یا حتی ریشه‌کنی آن، مؤلفه اساسی مبحث توسعه به شمار می‌آید. با توجه به اهمیت موضوع فقر، ۱۹۰ کشور جهان در سال ۲۰۰۰ اعلامیه هزاره سوم توسعه را امضا کردند که اولین هدف آن، کاهش فقر تا سال ۲۰۱۵ (در حد نیمی از جمعیت فقیر سال ۲۰۰۰) تعیین شد (شادی‌طلب و همکاران، ۱۳۸۴: ۵). البته بیان مفهوم دقیق فقر و اندازه‌گیری آن کار آسانی نیست، اما علم اقتصاد سعی کرده تا جای ممکن و با یک تقریب مناسب این موضوع را تعریف و اندازه‌گیری کند. مفهوم فقر در میزان دسترسی افراد به منابع مورد نیاز جهت برآوردن نیازهایشان نهفته است. نیازهای انسان در پایین‌ترین سطح ممکن نیاز به خوراک، پوشاک، آب و سرپناهی برای زندگی است (زادولی خواجه، ۱۳۹۳: ۵۲). عمده تحلیل‌های مرتبط با فقر مبتنی بر رویکرد درآمد محور است و معمولاً شهروندان فقیر به‌عنوان شهروندان فاقد درآمد کافی متصور می‌شوند. اما در نگاه قابلیت‌به فقر، فقر را صرفاً پایین بودن درآمد مطرح نمی‌کند بلکه از آن به‌عنوان محرومیت از قابلیت‌های فردی و اجتماعی اساسی نام می‌برد. بنابراین وجود درآمد و افزایش آن الزاماً با فزونی قابلیت‌ها رابطه مستقیم ندارد و در کسب درآمد نمی‌توان به رفع محرومیت‌های قابلیت‌نائل آمد (محمودی و صمیمی‌فر، ۱۳۸۴: ۲۰-۲۲). یکی از نمودهای عینی فقر، حاشیه‌نشینی و اسکان‌های غیررسمی است که در حاشیه شهرها به شکلی خودرو، بی‌برنامه و غیرقانونی شکل می‌گیرند. اصلی‌ترین علت بوجود آمدن سکونتگاه‌های غیررسمی پایین بودن درآمد ساکنان این مناطق است که منجر می‌شود این افراد نتوانند در چارچوب‌های رسمی مسکن و سرپناه داشته باشند

تحلیل اثرات فقر قابلیت‌ی بر سلامت روانی در ... ۳

(حاتمی‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۵: ۱۳۰). این سکونتگاه‌ها به دلیل ازدحام جمعیت نه تنها شرایط مناسب زندگی را ندارند، بلکه ناامنی زیستی این سکونتگاه‌ها موجب می‌شود که در برابر بلایای طبیعی آسیب‌پذیرتر باشند (Güzey, 2016: 42).

گذشته از معضل فقر حاشیه‌نشینان که پیامدهای خاص خود را دارد، مسئله مهم بعدی بهداشت و سلامت آن‌ها می‌باشد که علاوه بر این افراد، می‌تواند دامن‌گیر سایر ساکنین شهر نیز شود. آنچه در اغلب محلات حاشیه‌نشین شهر قابل مشاهده است برخورداری ناکافی و نامناسب از شاخص‌های سلامت جسمی و روانی در آنها می‌باشد (زادولی‌خواجه، ۱۳۹۲: ۲۲). طبیعتاً یافتن ریشه اصلی ایجاد چنین وضعیت نامناسبی برای گروهی از افراد جامعه که به حاشیه شهرها پناه برده‌اند، یکی از اولویت‌های اساسی سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان شهری است. به‌طورقطع ارائه راهکارها و برنامه‌های مناسب در جهت کاهش فقر و افزایش سلامت حاشیه‌نشینان، نیاز به شناخت هر چه بیشتر عوامل تأثیرگذار بر اجتماع آنان دارد. هر دو عامل فقر قابلیت‌ی و سلامت روانی از مهم‌ترین و تأثیرگذارترین مسائل مربوط به حاشیه‌نشینان می‌باشند و ضرورت دارد تا رابطه علی آن‌ها بررسی شده و میزان اثرگذاری آن‌ها بر زندگی مردمان حاشیه‌نشین سنجیده شود. اثراتی همچون انزوا، پرخاشگری، ضعف اخلاقی و دینی، کاهش عزت‌نفس، اضطراب و اختلالات روانی قابل ملاحظه است.

شهر اردبیل بعد از استان شدن با پدیده حاشیه‌نشینی و تشدید سکونتگاه‌های غیررسمی نیز روبرو بوده است به‌طوری‌که هم‌اکنون ۸۳۰ هکتار سکونتگاه غیررسمی و حاشیه‌نشینی در اردبیل ثبت شده است. در واقع شکل‌گیری هسته اولیه سکونتگاه‌های غیررسمی در ارتباط مستقیم با توسعه شهرنشینی در دوره پس از اصلاحات اراضی و هجوم روستاییان بدون زمین به شهرهای بزرگ و میانی کشور، در اوایل دهه پنجاه است، ولی تشدید آن به دهه هفتاد، هم‌زمان با تبدیل شهر اردبیل به مرکزیت استان بازمی‌گردد. در شهر اردبیل گستره بیکاری و مشکلات ناشی از رکود اقتصادی و از بین رفتن مشاغل در بخش رسمی، توزیع ناعادلانه امکانات، فرصت‌ها و توسعه ناهماهنگ

و نامتوازن در سطح کشور و نابرابری حاد اجتماعی ناشی از سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی دولت‌ها در سکونتگاه‌های غیررسمی مانند محله ایران آباد به وضوح دیده می‌شود که بیشتر به فقر قابلیت‌دچار هستند و در واقع توانایی خروج از وضعیت فقر را ندارند. در همین خصوص، هدف این تحقیق تحلیل اثرات فقر قابلیت‌بر سلامت روانی در محله ایران آباد شهر اردبیل می‌باشد. در این رابطه، ۱۲ مؤلفه در قالب ۵۲ گویه مورد ارزیابی قرار گرفته است که برای هر یک از آنها سؤال‌هایی به شکل زیر تدوین شده است:

- ۱- آیا عدم دستیابی به سبد غذایی مطلوب در فقر قابلیت‌تأثیر معنی‌داری دارد؟
- ۲- آیا عدم دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی- درمانی در فقر قابلیت‌تأثیر معنی‌داری دارد؟
- ۳- آیا عدم توانایی جسمی در فقر قابلیت‌تأثیر معنی‌داری دارد؟
- ۴- آیا ناتوانی در حفظ حریم و حرمت‌های انسانی در فقر قابلیت‌تأثیر معنی‌داری دارد؟
- ۵- آیا ناتوانی در پاسداری از عزت‌نفس در فقر قابلیت‌تأثیر معنی‌داری دارد؟
- ۶- آیا ناتوانی در دستیابی به آزادی‌های اساسی در فقر قابلیت‌تأثیر معنی‌داری دارد؟
- ۷- آیا عدم توانایی در مشارکت‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی در فقر قابلیت‌تأثیر معنی‌داری دارد؟
- ۸- آیا وابستگی میان نسلی؟؟؟؟؟؟؟؟ در سلامت روانی تأثیر معنی‌داری دارد؟
- ۹- آیا خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی در سلامت روانی تأثیر معنی‌داری دارد؟
- ۱۰- آیا ادراک خودکارآمدی در سلامت روانی تأثیر معنی‌داری دارد؟
- ۱۱- آیا کفایت و شایستگی در سلامت روانی تأثیر معنی‌داری دارد؟
- ۱۲- آیا خوب بودن ذهنی در سلامت روانی تأثیر معنی‌داری دارد؟
- ۱۳- آیا فقر قابلیت‌در سلامت روانی تأثیر معنی‌داری دارد؟ و اینکه اثرگذاری هر یک از مؤلفه‌ها به چه میزان است؟ در همین خصوص، فرضیات تحقیق، متناظر سؤالات مطرح شده می‌باشد.

پیشینه تحقیق

تحلیل اثرات فقر قابلیت‌ی بر سلامت روانی در ... ۵

با توجه به بررسی منابع داخلی و خارجی در حیطه موضوع مورد مطالعه باید به این اشاره مورد نمود که پژوهشی به‌طور مستقیم به بررسی رابطه بین فقر قابلیت‌ی و سلامت روانی وارد نشده است. از همین‌رو، جهت غنای علمی موضوع مورد بحث، سعی شده تا به تحقیقات نزدیک به موضوع این تحقیق اشاره اجمالی شود.

حیدرنیا و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه خود رابطه بین فقر اقتصادی و کیفیت زندگی وابسته به سلامت را مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که فقر اقتصادی سبب کاهش کیفیت زندگی وابسته به سلامت می‌شود. در حالت کلی به نظر می‌رسد که ارتقای وضعیت اجتماعی و اقتصادی افراد محروم بتواند در افزایش سلامت و کیفیت زندگی آنان مؤثر باشد.

مهرگان و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه خود سیاست‌های اقتصادی مؤثر بر شاخص سلامت روان را مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که متغیر بیکاری، ضریب جینی و تورم رابطه معکوس و معنی‌داری با سلامت روان دارند و متغیر تولید سرانه رابطه مثبت و معنی‌داری با شاخص سلامت روان دارد.

محمدزاده و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه خود به بررسی رابطه نابرابری درآمد، فقر و سلامت عمومی پرداختند. یافته‌های آنها نشان می‌دهد که نابرابری درآمد و فقر از یک‌سو موجب کاهش سلامت عمومی گردیده و از سوی دیگر سهم افراد از پرداخت‌های بهداشتی و درمانی را افزایش می‌دهد.

در تحقیقات خارجی هم، ریتا^۱ و همکاران (۲۰۰۷) تأثیر فقر بر وضعیت سلامت حال و آینده فرزندان را بررسی کردند. نتایج مطالعه آنها نشان می‌دهد کودکان در خانواده‌هایی که منابع مادی بیشتری دارند از شرایط زندگی امن‌تری برخوردار می‌شوند و دسترسی بیشتری به طیف وسیعی از فرصت دارند درحالی‌که اغلب برای کودکان خانواده‌های کم‌درآمد این شرایط امکان‌پذیر نیست.

بادلمیر و کای^۱ (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای به بررسی رابطه پویا بین فقر و سلامتی در سطح خانوارهای استرالیا پرداخته‌اند. نتایج بیانگر آن است 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 خانوارهایی که در سال جاری فقیر هستند بیشتر است.

ایو^۲ و همکاران (۲۰۱۶) پویایی‌های فقر و رابطه بین فقر مزمن و رفتار سلامت در آلمان را بررسی کرده‌اند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که فقر پایدار با رفتار نامناسب سلامتی، به‌ویژه در مورد مصرف دخانیات و فعالیت بدنی مرتبط است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که جنبه‌های چندبعدی و پویای فقر بسیار مهم هستند. با تجزیه و تحلیل نمونه بر اساس جنسیت، اثرات بیشتر فقر پایدار بر رفتارهای سلامتی شناسایی شدند. تجزیه و تحلیل‌ها نشان می‌دهد افرادی که در فقر به سر می‌برند بیشتر به ظهور رفتارهای آسیب‌رسان به سلامتی سوق می‌یابند.

هردمن^۳ و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود رابطه بین فقر و مراجعه به‌موقع به پزشک و درخواست خدمات بهداشتی در بین بیماران بستری مبتلا به تب حاد در چیتاگونگ بنگلادش را بررسی کرده‌اند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که فقر منجر به تأخیر در مراجعه به پزشک و خدمات بهداشتی قبل از بستری بیمار شده و این نیز منجر به تشدید بیماری و ایجاد خسارت‌های جانی و مالی برای بیماران شده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد فقر و هزینه‌های بالای قبل از بیمارستان با تأخیر در مراجعه به پزشک و هزینه‌های بیشتر قبل از بیمارستان رابطه مثبت دارد.

گوما و مایمبو^۴ (۲۰۱۷) تأثیر منفی فقر بر سلامت زنان و کودکان را مورد بررسی قرار داده‌اند. در این مطالعه ادعا شده است که افراد فقیر در سنین جوانی می‌میرند در

-
1. Buddelmeyer and Cai
 2. Aue
 3. Herdman
 4. Ngoma and Mayimbo

واقع آن‌ها معمولاً از بیماری‌های واگیر، مادرزادی و بیماری‌هایی که بعد از تولد دچار آن‌ها می‌شوند و همچنین سوءتغذیه رنج می‌برند. متأسفانه در بسیاری از جوامع، بیشترین آسیب دیدگان مربوط به زنان و کودکان هستند.

پریور^۱ و همکاران (۲۰۱۹) سلامت روان فرزندان در خانواده‌های فقیر را مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد فرزندان خانواده‌هایی که با بی‌ثباتی‌های مالی بالا مواجه هستند، دارای علائم روانی، خصوصاً استرس و اضطراب هستند.

با عنایت به مرور ادبیات تحقیق، می‌توان گفت که تحقیقات انجام‌گرفته اکثراً در خصوص فقر درآمدی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی خانواده بویژه سلامت کودکان و زنان بوده است و تاکنون تحقیقی در خصوص فقر قابلیت‌ی و رابطه و تأثیر آن بر سلامت روانی انجام‌نشده است و درواقع نوآوری این تحقیق محسوب می‌شود که برای سکونتگاه‌های غیررسمی پژوهش شده است.

چارچوب نظری

فقر به‌عنوان پدیده‌ای پیچیده و پردامنه که جنبه‌های مختلف رفتار انسانی و اجتماعی را دربر می‌گیرد (Spicker et al, 2007: 2)، اکنون یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های پیش روی جامعه جهانی محسوب می‌شود که در کانون تلاش‌های توسعه در سطح بین‌المللی قرار دارد (فائو و یونسکو، ۱۳۸۴: ۴۲). آنچه که در بین عموم مردم، از اصطلاح فقر تلقی می‌شود، فقر از نوع درآمدی است، یعنی فقری که ناشی از ناکافی بودن درآمد بوده که نمی‌توان حداقل نیازها مانند غذا، مسکن و غیره را تأمین کرد (ابراهیمی، ۱۳۹۳: ۴۲). از همین رو، تأکید بر شرایط مادی و درآمدی مرتبط با فقر و غفلت از جنبه‌های غیرمادی، موردانتقاد بسیاری از متخصصان قرار گرفته است. آن‌ها

1. Pryor

معتقدند که فقرا به شدت تحت تأثیر تبعیض، جرم، خشونت و سایر مسائلی‌اند که صرفاً از جنبه درآمد نمی‌توان بدان‌ها پرداخت (هال و میجلی، ۱۳۸۸: ۸۹). به عبارتی تأثیر تفاوت‌های فردی (جنسیت، سن، مهارت و...) و تغییر شرایط اجتماعی و محیطی (آموزش، امنیت و...) بر کسب درآمد و استفاده از آن را نمی‌توان نادیده گرفت، چراکه توانایی‌ها و قابلیت‌های افراد متفاوت هستند و محیط زندگی آنها هم می‌تواند با نابرابری عدالتی روبرو باشد (ابراهیمی، ۱۳۹۳: ۴۲). بدین ترتیب، در کنار ابعاد مادی، به تدریج دیدگاه‌هایی مبتنی بر وجوه غیرمادی فقر و محرومیت نیز مطرح و مورد توجه قرار گرفت که رویکرد فقر قابلیتی از زمره این دیدگاه است. فقر قابلیت نخستین بار در سال ۱۹۸۱ توسط آمارتیا سن مطرح شد. این مفهوم، ناظر به حقوق تحت اختیار داشتن کالاها و ایجاد فرصت در حوزه‌های گوناگون است (De Haan, 2007: 190). در دیدگاه فقر قابلیت، فقر به معنای نداشتن درآمد نیست؛ هرچند درآمد نیز ذیل آن جای می‌گیرد، بلکه فقر به‌مثابه محرومیت از قابلیت‌های فردی و اجتماعی تعریف می‌شود. بنابراین وجود درآمد و افزایش آن الزاماً با فزونی قابلیت‌ها رابطه مستقیم ندارد و در کسب درآمد نمی‌توان به رفع محرومیت‌های قابلیتی نائل آمد؛ چراکه متغیرهای فراوانی چون ویژگی‌های فردی (سن و جنسیت)، اجتماعی (سواد، شغل، تحصیلات و...) و شرایط اقلیمی، اقتصادی و فرهنگی که فرد بر آن‌ها کنترلی ندارد، در این رابطه مؤثر است. علاوه بر این که شکاف‌های قابلیتی خود در کاهش درآمد افراد تأثیرگذار هستند؛ به‌عنوان مثال، افراد معلول، بیمار و پیرها که به وجهی هزینه زندگی بالایی دارند، امکان کمتری برای کسب درآمد در اختیار دارند (محمودی و صمیمی‌فر، ۱۳۸۴: ۲۰-۲۲). در بحث فقر قابلیت، مفهوم قابلیت یعنی فرصت انتخاب اندیشیده، که از طریق دادن حق، آزادی و فرصت‌های گسترده، برابر و اختیاری برای تعقیب اهداف شکل می‌گیرد (سن، ۱۳۷۹: ۶۳). در فقر قابلیت، کرامت و رشد و تعالی انسان به خطر می‌افتد؛ چراکه در این رویکرد، توجه و تأکید در برآوردن صرف نیازهای اولیه و حیاتی خارج‌شده و به سمت برآوردن تمام نیازها حتی نیازهای سطح بالاتر و شکوفایی فرد میل می‌کند.

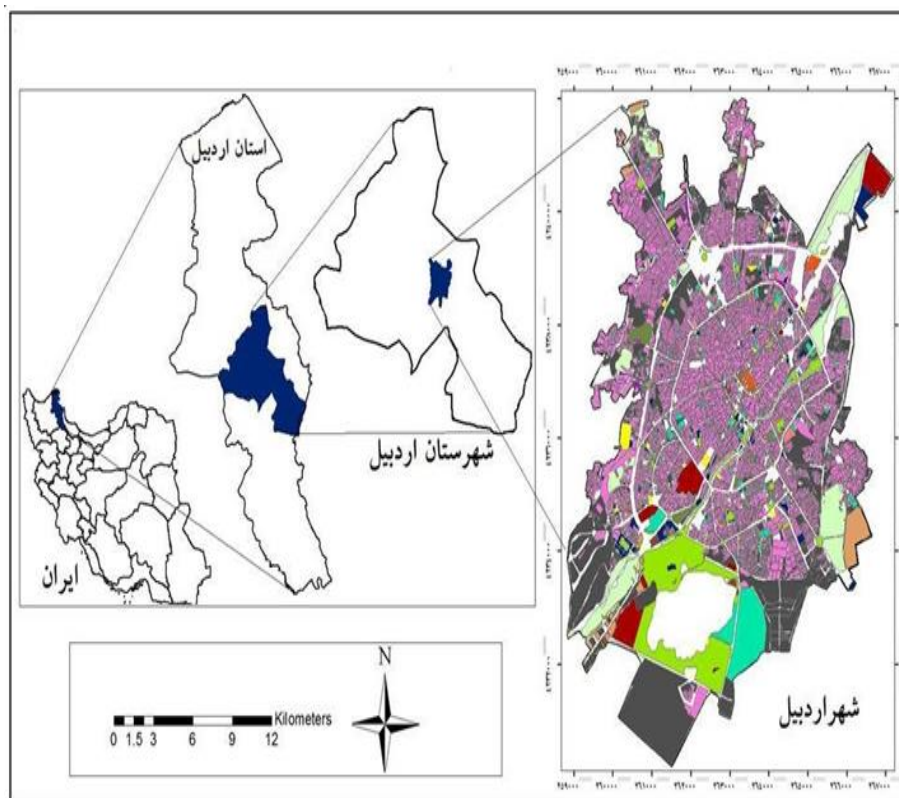
از این رو، علاوه بر ناتوانی در دستیابی به نیازهای اساسی، عدم توانایی برای دستیابی به تحصیلات مناسب، شغل مناسب، حقوق اساسی بشر، مداخله مثبت در تصمیم‌گیری‌های اجتماعی، فرهنگی و سیاسی و در مجموع محرومیت از قابلیت‌هایی که جامعه‌ای آزاد برای انسانی سالم تعریف می‌کند، در زمره فقر قابلیت‌بر جای می‌گیرد (صامت و صالحی، ۱۳۹۵: ۱۰۰۷). از طرفی سلامت عمومی یا به عبارت دیگر سلامت جسمی و روانی نیز یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در ارتقا و تکامل انسان‌هاست. سلامت روان، 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. کلمه فقر و سلامت، ذهن انسان را به محلات حاشیه‌نشین می‌برد. محققان محلات حاشیه‌نشین را نقاطی با کوچه‌های کثیف شهر یا مسکن غیرمنطقی و انحطاط یافته تعریف کرده‌اند که فقر، کمبود زیرساخت‌ها، فقدان دسترسی به آب آشامیدنی سالم، تراکم بالا، محدودیت دسترسی به خدمات بهداشتی، سوءتغذیه، قرارگیری در معرض انواع بیماری‌ها و ... از مهم‌ترین ویژگی‌های محلات حاشیه‌نشین است (Ozener, 2010: 436). در واقع می‌توان این‌گونه بیان کرد که در مناطق حاشیه‌نشین به علت تمرکز فقر، میزان شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی چون بی‌سوادی و کم‌سوادی، اجاره‌نشینی، تراکم بالای جمعیت، وجود اقلیت‌های قومی، غیراستاندارد بودن محل زندگی، کم‌توجهی به نکات بهداشتی - درمانی و در نهایت برخورداری ناکافی و نامناسب از شاخص‌های سلامت در سطح بالایی به چشم می‌خورد (حاتمی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۲: ۵۵). یکی از شاخص‌هایی که می‌توان در جهت سنجش سلامت جسمی و روانی ساکنان محلات حاشیه‌نشین مورد بررسی قرار داد امنیت غذایی است، امنیت غذایی به مفهوم دسترسی همه مردم در تمام اوقات به غذای کافی به‌منظور زندگی سالم و فعال است (سلطانی و همکاران، ۱۳۸۶: ۸۶). ناامنی غذایی نیز عدم دسترسی همه مردم در تمام اوقات به غذای کافی برای داشتن یک زندگی سالم تعریف می‌شود (محمدپورکلده و همکاران، ۱۳۸۹: ۲۶۳). همچنین

شاخص‌هایی مانند قرارگیری ساکنان محلات حاشیه‌نشین در معرض مشاغل آسیب‌زا، عدم اختصاص وقت به ورزش کردن، عدم دسترسی به خدمات بیمه‌ای و نداشتن مسکن مناسب بر روی سلامت جسمی و روانی ساکنان این مناطق تأثیر می‌گذارد. پرداختن به سلامت روانی ساکنان مناطق حاشیه‌نشین از اهمیت بالایی برخوردار است. به‌زعم لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) شاخص‌هایی مانند خودکارآمدی، امیدواری، خوش‌بینی، تاب‌آوری، کفایت و شایستگی، وابستگی میان نسلی و خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت روانی می‌باشد (یزدانی و همکاران، ۱۳۹۹: ۴۷).

محدوده مورد مطالعه

شهر اردبیل بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵، معادل ۵۲۵۷۰۲ نفر جمعیت و بالغ بر ۶۱۰۰ هکتار وسعت می‌باشد. این شهر دارای بافت‌های شهری گوناگونی است که یکی از مسئله‌سازترین این بافت‌ها، سکونتگاه‌های غیررسمی می‌باشد.

با توجه به ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی-فرهنگی، کالبدی و زیست‌محیطی، شهر اردبیل دارای ۱۵ محله به‌عنوان سکونتگاه غیررسمی است. این ۱۵ محله، مساحتی بالغ بر ۸۱۲ هکتار، معادل ۱۳ درصد از وسعت شهر اردبیل را اشتغال کرده‌اند و جزو محلات پرتراکم اردبیل می‌باشند که روی هم‌رفته بالغ بر ۹۵۳۵۲ نفر را شامل می‌شوند و حدود ۱۸ درصد از جمعیت شهر در این محلات زندگی می‌کنند. یکی از این محلات، محله ایران‌آباد (یا جین‌کندی) می‌باشد. جمعیت ایران‌آباد-جین‌کندی در سال ۱۳۹۷ به قریب ۴ هزار نفر و مساحت آن هم ۶۱ هکتار بوده است، که ۰/۷ درصد از جمعیت شهر اردبیل را شامل شده است. نسبت جنسی این محله برابر با ۱۰۱/۸ است و ۸۱ درصد از جمعیت آن در سن فعالیت قرار گرفته‌اند (۱۰ سال و بیشتر). تراکم جمعیت آن ۶۵/۵ نفر در هکتار، بعد خانوار ۴/۵ نفر، ۲۰ درصد مهاجر، ۷۸ درصد باسواد، ۴/۲ نفر بار تکفل و ۸۴ درصد اشتغال (۱۶ درصد بیکاری) می‌باشد.



شکل ۱- موقعیت جغرافیایی شهر اردبیل (منبع: یزدانی و همکاران، ۱۳۹۷)

روش پژوهش

پژوهش پیش رو از نظر هدف، کاربردی بوده و از نظر ماهیت و روش، توصیفی-تحلیلی می باشد. جامعه آماری تحقیق شهروندان محله ایران آباد می باشد، که با توجه به تعداد آنها (۴ هزار نفر) با روش ریاضی کوکران تعداد ۳۵۲ نفر تعیین حجم نمونه شد و با روش تصادفی ساده از آنها پرسشنامه تکمیل گردید. روش گردآوری داده ها و اطلاعات برای این کار پژوهشی، مطالعات اسنادی و برداشت های میدانی (استفاده از پرسشنامه) می باشد. لازم به ذکر است که ابزار اندازه گیری پرسشنامه محقق ساخته می باشد که برای تعیین روایی محتوای سؤالات پرسشنامه از نظرات کارشناسی اساتید و

متخصصان مرتبط با این موضوع در مورد محتوی آن استفاده شده و همچنین پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ تعیین شده است (ضریب آلفای بیش از ۰/۷۰ به دست آمده است، که در بخش یافته‌های تحقیق ارائه شده است).

برای بررسی میزان اثرگذاری مؤلفه‌ها و شناسایی مهم‌ترین مؤلفه‌های تأثیرگذار و همچنین سنجش میزان تبیین مؤلفه سلامت روانی از طریق مؤلفه‌های فقر قابلیت از مدل تحلیل ساختاری حداقل مربعات جزئی در قالب نرم‌افزار Smart-PLS استفاده شده است.

با توجه به مطالب ارائه شده در مبانی نظری این تحقیق، متغیرهای مرتبط با عنوان تحقیق به همراه تعریف عملیاتی آنها، گویه‌های مربوطه و منابعشان، در جداول شماره ۱ و ۲ ارائه شده‌اند.

جدول ۱- تعریف عملیاتی مؤلفه‌های فقر قابلیت

منبع	گویه‌های فقر قابلیت و اثرگذاری آنها	تعریف عملیاتی	مؤلفه‌های فقر قابلیت	ردیف
حسینی، ۱۳۹۷: ۱۲۵	دستیابی به گروه نان و غلات (a1)، دستیابی به گروه گوشت (a2)، دستیابی به گروه لبنیات (a3)، دستیابی به گروه میوه‌ها (a4)، دستیابی به گروه سبزیجات (a5)، دستیابی به گروه چربی‌ها (a6)، دستیابی به گروه قندهای ساده (a7). (دستیابی بیشتر یعنی فقر قابلیت کمتر، پس اثرگذاری گویه‌ها معکوس است).	هرچه دستیابی به سبد غذایی نامطلوب باشد، فقر قابلیت جامعه بیشتر خواهد بود.	عدم دستیابی به سبد غذایی مطلوب (A)	۱

تحلیل اثرات فقر قابلیت بر سلامت روانی در ... ۱۳

<p>رهنما و امیرفخریان ، ۱۳۹۲: ۶۴</p>	<p>دسترسی به داروخانه (b1)، دسترسی به بیمارستان (b2)، دسترسی به اورژانس (b3)، دسترسی به آزمایشگاه (b4)، دسترسی به خانه بهداشت (b5)، دسترسی به درمانگاه (b6)، دسترسی به مطب (b7). (دسترسی بیشتر یعنی فقر قابلیت کمتر، پس اثرگذاری گویه ها معکوس است).</p>	<p>هرچه دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی نامطلوب باشد، فقر قابلیت جامعه بیشتر خواهد بود.</p>	<p>عدم دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی (B)</p>	<p>۲</p>
<p>زنگنه، ۱۳۸۹: ۱۹</p>	<p>ارتکاب به خیانت (c1)، ارتکاب به جرم و جنایت (c2)، داشتن اعتیاد (c3). (ارتکاب بیشتر یعنی فقر قابلیت بیشتر، پس اثرگذاری گویه ها مستقیم است).</p>	<p>هرچه حفظ حریم و حرمت‌های انسانی نامطلوب باشد، فقر قابلیت جامعه بیشتر خواهد بود.</p>	<p>ناتوانی در حفظ حریم و حرمت‌های انسانی (C)</p>	<p>۳</p>
<p>میرجانی، ۱۳۹۳: ۱۰۹</p>	<p>نگرانی (d1)، ناراحتی (d2)، پرخاشگری (d3)، خجالت (d4)، شرم (d5)، تنهایی (d6). (نگرانی، پرخاشگری و ... بیشتر یعنی فقر قابلیت بیشتر، پس اثرگذاری گویه ها مستقیم است).</p>	<p>هرچه پاسداری از عزت‌نفس نامطلوب باشد، فقر قابلیت جامعه بیشتر خواهد بود.</p>	<p>ناتوانی در پاسداری از عزت‌نفس (D)</p>	<p>۴</p>
<p>محمودی صمیمی فر، ۱۳۸۴: ۲۰-۲۲</p>	<p>معلول (e1)، بیمار (e2)، پیر (سالمند) (e3). (معلول، بیمار و پیر بیشتر یعنی فقر قابلیت بیشتر، پس اثرگذاری گویه ها مستقیم است).</p>	<p>هرچه توانایی جسمی نامطلوب باشد، فقر قابلیت جامعه بیشتر خواهد بود.</p>	<p>عدم توانایی جسمی (E)</p>	<p>۵</p>

<p>خسروی، ۷۸:۱۳۹۲</p>	<p>امنیت شغلی (f1)، امنیت مسکن (f2)، امنیت مالی (f3)، امنیت جانی (f4)، حق برخورداری از تأمین اجتماعی (f5)، حق برخورداری از آموزش رایگان (f6). (امنیت و برخورداری بیشتر یعنی فقر قابلیتی کمتر، پس اثرگذاری گویه‌ها معکوس است).</p>	<p>هرچه دستیابی به آزادی‌های اساسی نامطلوب باشد، فقر قابلیتی جامعه بیشتر خواهد بود.</p>	<p>عدم توانایی در دستیابی به آزادی‌های اساسی (F)</p>	<p>۶</p>
<p>زارع و روهنده، ۶۹:۱۳۹۴</p>	<p>دسترسی به شبکه‌های اجتماعی (g1)، اعتماد اجتماعی (g2)، سرمایه اقتصادی (g3)، استفاده از رسانه‌های گروهی (g4)، آگاهی سیاسی (g5). (دسترسی، اعتماد و ... بیشتر یعنی فقر قابلیتی کمتر، پس اثرگذاری گویه‌ها معکوس است).</p>	<p>هرچه مشارکت‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی نامطلوب باشد، فقر قابلیتی جامعه بیشتر خواهد بود.</p>	<p>عدم توانایی در مشارکت‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی (G)</p>	<p>۷</p>

از آنجایی که در طراحی پرسشنامه فقر قابلیت، قابل فهم بودن گویه‌ها یا سؤالات مدنظر بود، بنابراین برخی از گویه‌ها هم جهت نبودند، در همین خصوص، در جدول شماره ۱ به تعریف عملیاتی و مشخص کردن جهت گویه‌ها اقدام شد. لازم به ذکر است که گویه‌های سلامت روانی (جدول شماره ۲) هم جهت می‌باشند از توضیح بیشتر در این خصوص خودداری شد.

جدول ۲- تعریف عملیاتی مؤلفه‌های سلامت روانی

منبع	گویه‌های سلامت روانی	مؤلفه‌های سلامت روانی	ردیف
Luthans et al, 2007: 544	اعتماد به نفس (n1)، دانش‌های فردی (n2)، مهارت‌های فردی (n3)، سلامتی جسمی (n4).	ادراک خودکارآمدی (N)	۱
Carver et al, 2010: 881	خوش‌بینی به آینده (h1)، انتظار اتفاقات خوب (h2).	خوب بودن ذهنی (H)	۲
Gresham, Sugai & Horner, 2001	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 ...) (o1)، مهارت‌های رفتاری (مهارت ارتباط با خود، مهارت ارتباط با دیگران مانند ارتباط با چشم و صورت، لبخند زدن، حرکات دست‌وپا) (o2)، کفایت اجتماعی (توانایی عملکرد انسان در مسئولیت‌پذیری اجتماعی است) (o3).	کفایت و شایستگی (O)	۳
سعیدی نژاد، ۱۳۸۷: ۵۹	ارزش‌های اجتماعی (علاقه به مردم، همدردی و خدمت‌رسانی به مردم) (k1)، ارزش‌های سیاسی (نفوذپذیری، اقتدار) (k2)، ارزش‌های اقتصادی (میزان منفعت از کسی یا فعالیت) (k3).	وابستگی میان نسلی (K)	۴
Frank, 1984 & 1988	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) (m1)، خودآگاه (آگاهی برتر: بازنگری در اهداف زندگی در برابر موقعیت غیرقابل اجتناب؛ آزادی: آزادی اراده و انتخاب؛	خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی (M)	۵

	<p>خودبسنده‌گی: تسلط آگاهانه بر زندگی خود؛ خودانگیختگی: انگیزش درونی؛ یکپارچگی وجود: برداشتن نقاب از چهره (m2)، خود خلاق (خلاقیت: فرصت سازی از جنبه‌های منفی زندگی به چیزی مثبت و سازنده، انجام کار به شیوه منحصربه‌فرد؛ 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 (m3)، خود اجتماعی (پذیرش: پذیرش چیزی که قابل تغییر نیست؛ نوع دوستی: اهمیت دادن به انسان‌ها؛ اصلاح طلبی: عمل به نفع جامعه؛ ایثار: توانایی ایثار و عشق‌ورزی) (m4).</p>	
--	--	--

یافته‌های پژوهش

در این تحقیق اثرگذاری ۷ مؤلفه بر فقر قابلیت (مؤلفه‌های عدم دستیابی به سبد غذایی مطلوب a، عدم دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی - درمانی b، عدم توانایی جسمی e، ناتوانی در حفظ حریم و حرمت‌های انسانی c، ناتوانی در پاسداری از عزت نفس d، ناتوانی در دستیابی به آزادی‌های اساسی f و عدم توانایی در مشارکت‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی g) و ۵ مؤلفه بر سلامت روانی (مؤلفه‌های وابستگی میان نسلی k، خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی m، ادراک خودکارآمدی n، کفایت و شایستگی o و خوب بودن ذهنی h) و نهایتاً اثرگذاری فقر قابلیت (x) بر سلامت روانی (y) به روش تحلیل ساختاری حداقل مربعات جزئی مورد بررسی قرار گرفته است. این روش مراحل دارد که در ادامه برخی از مراحل مهم این روش ارائه شده است.

الف- آزمون پایایی و روایی مدل‌های اندازه‌گیری

محاسبه پایایی مؤلفه‌های پنهان/ سازه‌ها

در روش حداقل مربعات جزئی (PLS) باید پایایی متغیرها محاسبه شود. ضریب سنتی برای بررسی پایایی مؤلفه‌ها ضریب آلفای کرونباخ است. اما چون این ضریب کمی سختگیرانه است در تحقیقاتی که از معادلات ساختاری مبتنی بر واریانس استفاده می‌کنند، می‌توان از ضریب ترکیبی نیز استفاده نمود. تفاوتی ندارد که از کدام ضریب استفاده می‌شود در هر صورت مقدار قابل قبول برای این دو ضریب حداقل ۰/۷ است. در این تحقیق هر دو ضریب آلفای کرونباخ و ضریب ترکیبی برای بررسی پایایی مؤلفه‌ها مورد بررسی قرار گرفته است (جدول ۳).

جدول ۳- خروجی الگوریتم PLS در آزمون پایایی مدل‌های اندازه‌گیری

مؤلفه‌ها	ضریب ترکیبی	آلفای کرونباخ
عدم دستیابی به سبد غذایی مطلوب (A)	۰/۷۸۵۳۱۲	۰/۷۶۷۲۹۸
عدم دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی- درمانی (B)	۰/۷۹۶۴۴۳	۰/۷۱۷۱۷۶
ناتوانی در حفظ حریم و حرمت‌های انسانی (C)	۰/۷۸۲۶۴۷	۰/۷۰۴۵۲۸
ناتوانی در پاسداری از عزت‌نفس (D)	۰/۸۲۲۵۴۹	۰/۷۷۷۲۶۱
عدم توانایی جسمی (E)	۰/۷۵۵۲۸۱	۰/۷۲۵۱۲۹
ناتوانی در دستیابی به آزادی‌های اساسی (F)	۰/۷۷۶۸۸۵	۰/۷۳۸۷۰۱
عدم توانایی در مشارکت‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی (G)	۰/۸۲۸۶۶۱	۰/۷۹۳۶۵۶
وابستگی میان نسلی (K)	۰/۸۴۰۶۳۶	۰/۷۲۷۶۷۳
خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی (M)	۰/۷۹۲۰۳۶	۰/۷۹۴۲۰۱
ادراک خودکارآمدی (N)	۰/۸۸۷۹۷۳	۰/۷۴۸۵۷۲
کفایت و شایستگی (O)	۰/۸۲۲۵۴۹	۰/۷۷۷۲۶۱
خوب بودن ذهنی (H)	۰/۷۴۱۴۵۲	۰/۷۱۴۵۹۷
فقر قابلیت (X)	۱/۰۰۰۰۰۰	۱/۰۰۰۰۰۰
سلامت روانی (Y)	۱/۰۰۰۰۰۰	۱/۰۰۰۰۰۰

همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشخص است مقادیر آلفای کرونباخ برای تمامی مؤلفه‌ها بالاتر از ۰/۷۰۴ است. همچنین مقادیر ضریب ترکیبی برای تمامی متغیرها بالاتر از ۰/۷۴۱ است که به معنی پایایی مناسب مؤلفه‌ها است.

محاسبه پایایی گویه‌های آشکار

برای محاسبه پایایی گویه‌ها از آزمون بارهای عاملی استفاده می‌شود. به گونه‌ای که در این بخش مقدار بار عاملی هر گویه با سازه خود (مؤلفه) موردسنجش قرار می‌گیرد (جدول ۴).

جدول ۴- ضرایب بارهای عاملی گویه‌های تحقیق

	A	B	C	D	E	F	G	K	M	N	O	H
A1	۰/۷۳											
A2	۰/۷۹											
A3	۰/۸۲											
A4	۰/۷۵											
A5	۰/۸۹											
A6	۰/۷۶											
A7	۰/۷۱											
B1		۰/۶۹										
B2		۰/۷۳										
B3		۰/۷۷										
B4		۰/۸۱										
B5		۰/۸۱										
B6		۰/۷۸										

همان‌طور که در جدول شماره ۴ قابل مشاهده است، در این مرحله تنها بار عاملی گویه‌های مربوط به دو مؤلفه A و B (عدم دستیابی به مواد غذایی مطلوب و دسترسی

نامطلوب به خدمات بهداشتی و درمانی) ارائه شده است. اکثر گویه‌های این تحقیق دارای بار عاملی بالاتر از مقدار حداقلی ۰/۷ هستند که بیانگر پایایی مناسب آنها است (شکل ۱).

بررسی روایی مؤلفه‌ها

همچنین برای ارزیابی روایی در مدل‌های حداقل مربعات جزئی باید هم روایی همگرا و هم روایی افتراقی را مورد محاسبه قرار داد.

بررسی روایی همگرایی مؤلفه‌ها

در روش حداقل مربعات جزئی از متوسط واریانس استخراج شده (AVE) برای محاسبه روایی همگرا استفاده می‌شود. مقدار حداقلی برای روایی همگرای مناسب برای هر مؤلفه ۰/۵ است. نتایج بررسی این آزمون در جدول شماره ۵ قابل مشاهده است.

جدول ۵- روایی همگرایی مؤلفه‌ها (متوسط واریانس استخراج شده)

مؤلفه‌ها	AVE
عدم دستیابی به سبد غذایی مطلوب (A)	۰/۷۴۲۴۶۵
عدم دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی - درمانی (B)	۰/۵۴۹۴۱۲
ناتوانی در حفظ حریم و حرمت‌های انسانی (C)	۰/۶۳۲۶۴۷
ناتوانی در پاسداری از عزت نفس (D)	۰/۶۴۲۵۹۸
عدم توانایی جسمی (E)	۰/۵۱۲۶۹۱
ناتوانی در دستیابی به آزادی‌های اساسی (F)	۰/۷۲۶۹۷۱
عدم توانایی در مشارکت‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی (G)	۰/۶۵۸۷۲۱
وابستگی میان نسلی (K)	۰/۷۸۱۹۶۳
خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی (M)	۰/۵۵۹۱۲۸
ادراک خودکارآمدی (N)	۰/۶۰۵۲۱۹
کفایت و شایستگی (O)	۰/۵۶۹۸۱۵

خوب بودن ذهنی (H)	۰/۷۰۵۶۸۴
فقر قابلیت (X)	۱/۰۰۰۰۰۰
سلامت روانی (Y)	۱/۰۰۰۰۰۰

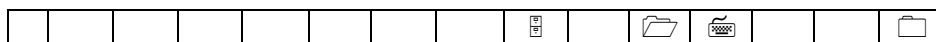
جدول شماره ۵ نشان می‌دهد مقدار متوسط واریانس استخراج برای مؤلفه‌های این تحقیق بین ۱ و ۰/۵۱۲ است که از مقدار حداقلی ۰/۵ بیشتر است که نشانگر روایی همگرایی مناسب مؤلفه‌ها است.

بررسی روایی افتراقی مؤلفه‌ها

همچنین برای بررسی روایی افتراقی مؤلفه‌ها باید از جذر متوسط واریانس استخراج شده برای هر مؤلفه استفاده نمود. محاسبه جذر متوسط واریانس استخراج شده برای هر مؤلفه به روش دستی می‌باشد و جذر به دست آمده باید از ضریب همبستگی آن مؤلفه با سایر مؤلفه‌ها بیشتر باشد (جدول ۶).

جدول ۶- جذر متوسط واریانس استخراج شده

مؤلفه‌ها	AVE	جذر
عدم دستیابی به سبب غذایی مطلوب (A)	۰/۷۴۲۴۶۵	۰/۵۵۱۲۵۴
عدم دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی- درمانی (B)	۰/۵۴۹۴۱۲	۰/۳۰۱۸۵۳
ناتوانی در حفظ حریم و حرمت‌های انسانی (C)	۰/۶۳۲۶۴۷	۰/۴۰۰۲۴۲
ناتوانی در پاسداری از عزت‌نفس (D)	۰/۶۴۲۵۹۸	۰/۴۱۲۹۳۲
عدم توانایی جسمی (E)	۰/۵۱۲۶۹۱	۰/۲۶۲۸۵۲
ناتوانی در دستیابی به آزادی‌های اساسی (F)	۰/۷۲۶۹۷۱	۰/۵۲۸۴۶۴
عدم توانایی در مشارکت‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی (G)	۰/۶۵۸۷۲۱	۰/۴۳۳۹۱۳
وابستگی میان نسلی (K)	۰/۷۸۱۹۶۳	۰/۶۱۱۴۶۶
خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی (M)	۰/۵۵۹۱۲۸	۰/۳۱۲۶۲۴



همان‌طور که در جدول شماره ۷ قابل مشاهده است، مقدار جذر متوسط واریانس استخراج شده برای تمامی سازه‌ها از ضریب همبستگی آن با سایر سازه‌ها بیشتر است که نشان‌دهنده روایی افتراقی مناسب سازه‌ها یا مؤلفه‌ها است.

ب- آزمون مدل ساختاری

مدل ساختاری مدلی است که در آن روابط بین متغیرهای مکنون و وابسته مورد توجه قرار می‌گیرد. یک مدل معادلات ساختاری از چندین مدل اندازه‌گیری و فقط یک مدل ساختاری تشکیل می‌شود؛ معیارهای زیر را بررسی می‌کنیم: شاخص ضریب تعیین (R^2) متغیرهای مکنون درون‌زا؛ ضرایب مسیر (بتا) و معناداری آن.

بررسی آزمون مدل ساختاری

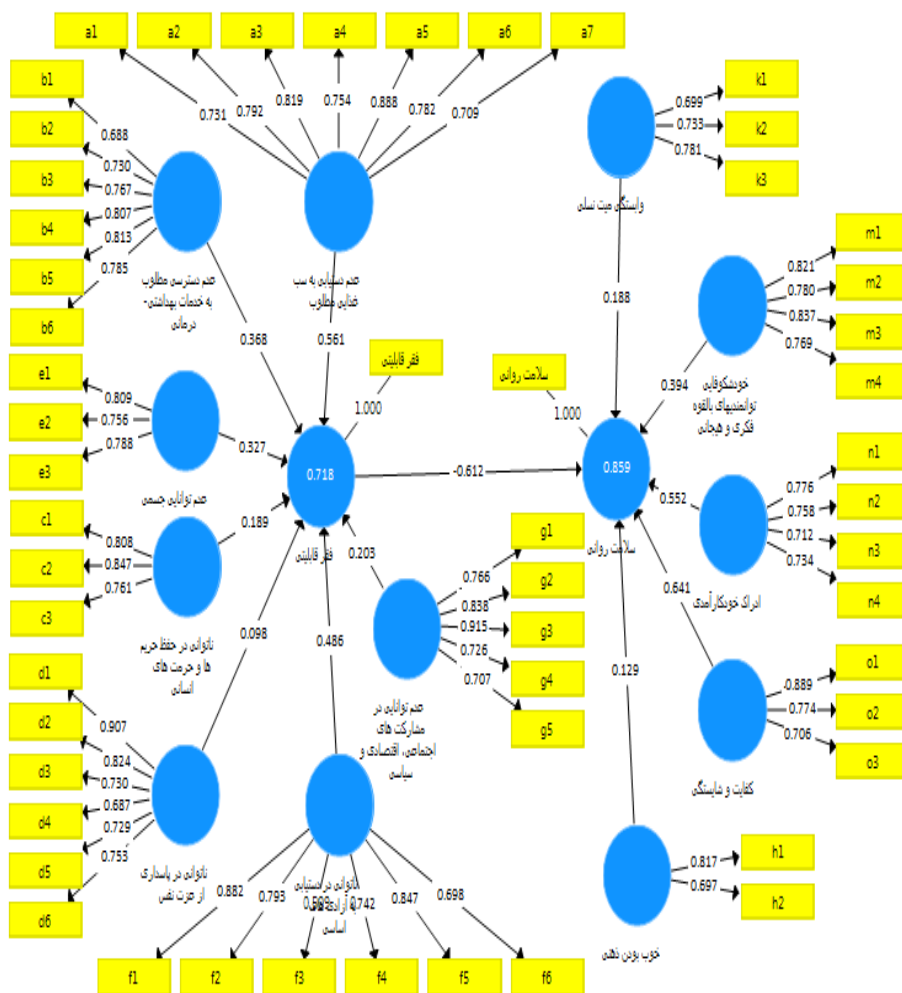
بررسی اثرگذاری متغیرهای مستقل بر روی متغیر وابسته

در این بخش از تحقیق به بررسی ضرایب استاندارد شده مسیرهای مربوط به فرضیه‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد. در واقع فرض می‌کنیم که هر یک از مؤلفه‌های مستقل بر سازه خود یا مؤلفه وابسته تأثیرگذار است.

برای محاسبه ضرایب استاندارد مسیر بین مؤلفه‌ها باید از الگوریتم پی‌ال‌اس استفاده نمود. ضرایب استاندارد شده بین مؤلفه مستقل و وابسته نشان می‌دهد که مؤلفه مستقل این میزان درصد از تغییرات مؤلفه وابسته را تبیین می‌کند. شکل شماره ۲ و جدول ۸ ضرایب استاندارد شده مسیرهای مربوط به هر یک از فرضیه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۸- ضرایب اثرگذاری مؤلفه‌های مستقل بر مؤلفه وابسته

مؤلفه‌ها	فقر قابلیت (X)	سلامت روانی (Y)
عدم دستیابی به سبد غذایی مطلوب (A)	۰/۵۶۱	
عدم دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی- درمانی (B)	۰/۳۶۸	
ناتوانی در حفظ حریم و حرمت‌های انسانی (C)	۰/۱۸۹	
ناتوانی در پاسداری از عزت‌نفس (D)	۰/۰۹۸	
عدم توانایی جسمی (E)	۰/۳۲۷	
ناتوانی در دستیابی به آزادی‌های اساسی (F)	۰/۴۸۶	
عدم توانایی در مشارکت‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی (G)	۰/۲۰۳	
وابستگی میان نسلی (K)		۰/۱۸۸
خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی (M)		۰/۳۹۴
ادراک خودکارآمدی (N)		۰/۵۵۲
کفایت و شایستگی (O)		۰/۶۴۱
خوب بودن ذهنی (H)		۰/۱۲۹
فقر قابلیت (X)		-۰/۶۱۲



شکل ۲- اثرگذاری مؤلفه های مستقل بر مؤلفه وابسته، آزمون مدل ساختاری

شکل شماره ۲ نشان می دهد که ۷ مؤلفه (عدم دستیابی به سبد غذایی مطلوب a، عدم دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی- درمانی b، عدم توانایی جسمی e، ناتوانی در حفظ حریم و حرمت های انسانی c، ناتوانی در پاسداری از عزت نفس d، ناتوانی در دستیابی به آزادی های اساسی f و عدم توانایی در مشارکت های اجتماعی، اقتصادی و

سیاسی (g)، فقر قابلیت محله ایران آباد را $0/718$ تبیین می‌کنند (به نظر $0/282$ واریانس مربوط به دیگر مؤلفه‌ها باشد که در این تحقیق مورد بررسی قرار نگرفته است). و اینکه ۵ مؤلفه (وابستگی؟؟؟؟؟ میان نسلی k، خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی m، ادراک خودکارآمدی n، کفایت و شایستگی o و خوب بودن ذهنی h) به همراه مؤلفه کلی فقر قابلیت، سلامت روانی محله ایران آباد را $0/859$ تبیین می‌کنند (به نظر $0/141$ واریانس مربوط به دیگر مؤلفه‌ها باشد که در این تحقیق مورد بررسی قرار نگرفته است)

همچنین اثرگذاری‌ها نشان داده است که از بین مؤلفه‌های فقر قابلیت به ترتیب بیشترین اثرگذاری‌ها مربوط‌اند به: عدم دسترسی مطلوب به سبد غذایی مطلوب ($0/568$)، ناتوانی در دستیابی به آزادی‌های اساسی ($0/486$)، عدم دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی- درمانی ($0/368$)، ناتوانی جسمی ($0/227$)، ناتوانی در مشارکت‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی ($0/203$)، ناتوانی در حفظ حرمت‌های انسانی ($0/189$) و ناتوانی در پاسداری از عزت نفس ($0/098$). همچنین از بین مؤلفه‌های سلامت روانی به ترتیب کفایت و شایستگی ($0/641$)، ادراک خودکارآمدی ($0/552$)، خودشایستگی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی ($0/394$)، وابستگی میان نسلی ($0/188$) و خوب بودن ذهنی ($0/129$) اثرگذاری‌های بالایی داشتند و نهایتاً اینکه اثرگذاری فقر قابلیت بر سلامت روانی برابر با $0/612$ - می‌باشد.

جدول ۹- واریانس تبیین شده

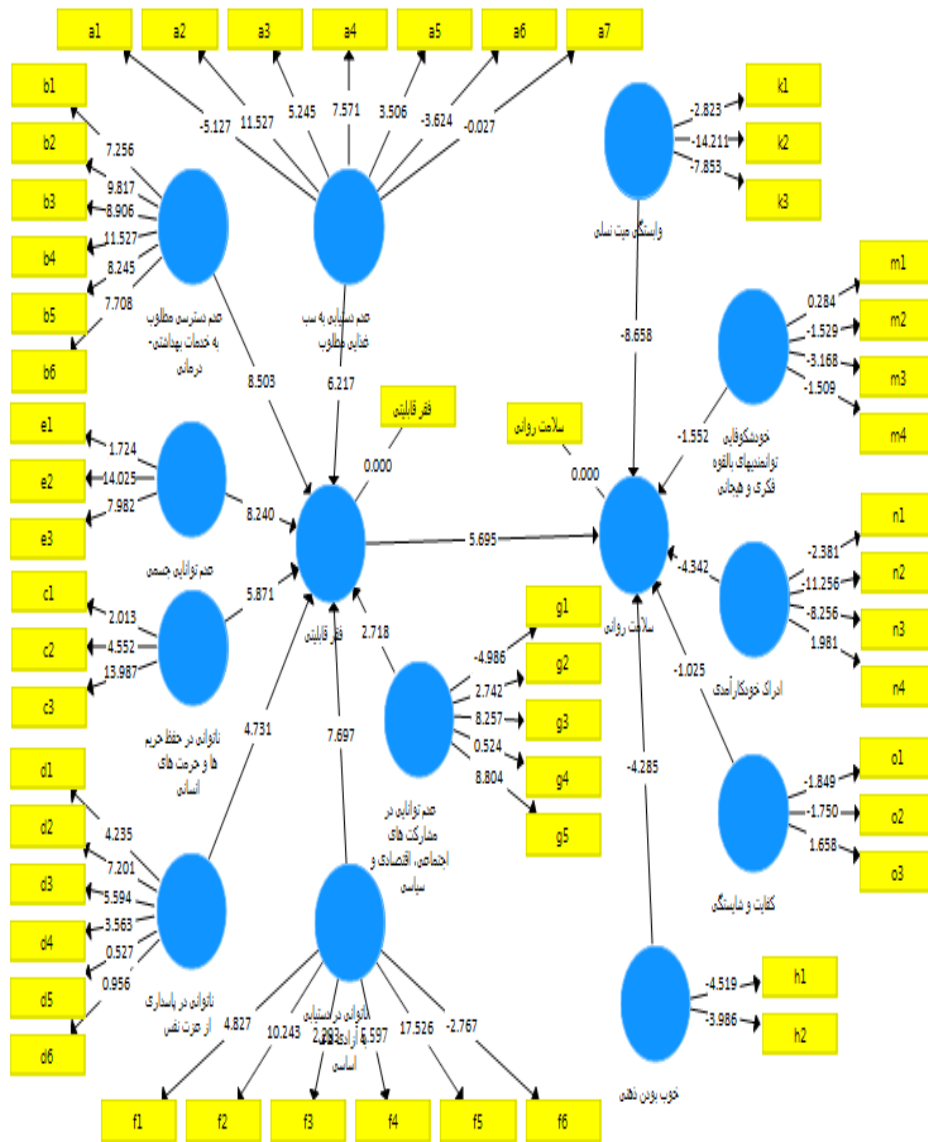
مؤلفه‌ها	R Square
فقر قابلیت (X)	$0/718$
سلامت روانی (Y)	$0/859$

بررسی آزمون معناداری مؤلفه‌های مدل

همچنین جهت بررسی معنی‌داری روابط بین مؤلفه‌ها یعنی معنی‌دار بودن اثرگذاری مؤلفه‌های مستقل بر مؤلفه وابسته از مقدار آماره به‌دست‌آمده از خروجی مدل استفاده می‌شود. به‌گونه‌ای که مقدار آماره بزرگ‌تر از $1/96$ برای معنی‌داری در سطح ۹۵ درصد و مقدار آماره بزرگ‌تر از $2/58$ برای معنی‌داری در سطح ۹۹ درصد اطمینان موردقبول می‌باشد (شکل شماره ۳).

جدول ۱۰- مقدار آماره مؤلفه‌های تحقیق

مؤلفه‌ها	فقر قابلیت (X)	سلامت روانی (Y)
عدم دستیابی به سبد غذایی مطلوب (A)	۶/۲۱	
عدم دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی- درمانی (B)	۸/۵۱	
ناتوانی در حفظ حریم و حرمت‌های انسانی (C)	۵/۸۷	
ناتوانی در پاسداری از عزت نفس (D)	۴/۷۳	
عدم توانایی جسمی (E)	۸/۲۴	
ناتوانی در دستیابی به آزادی‌های اساسی (F)	۷/۶۹	
عدم توانایی در مشارکت‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی (G)	۲/۷۱	
وابستگی میان نسلی (K)		-۸/۶۵
خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی (M)		-۱/۵۵
ادراک خودکارآمدی (N)		-۴/۳۴
کفایت و شایستگی (O)		-۱/۰۲
خوب بودن ذهنی (H)		-۴/۲۸
فقر قابلیت (X)		۵/۶۹



شکل ۳- مقدار آماره مؤلفه‌های تحقیق

مقدار آماره در مدل تحقیق برای مؤلفه‌ها نشان می‌دهد از بین ۱۳ مؤلفه که اثرگذاری آنها بر سلامت روانی مورد بررسی قرار گرفته، تنها دو مؤلفه خودشکوفایی

توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی (M) و کفایت و شایستگی (O)، کمترین مقدار آماره را به خود اختصاص داده‌اند (به ترتیب ۱/۵۵ و ۱/۰۲)، چون آماره آنها کمتر از مقدار آماره استاندارد ۱/۹۶ است، لذا اثرگذاری آنها معنی‌دار نیست. اما اثرگذاری مابقی مؤلفه‌ها معنی‌دار است. مقدار آماره مؤلفه کلی فقر قابلیت ۵/۶۹ است و به ترتیب مؤلفه‌های دستیابی به آزادی‌های اساسی (F)، دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی (B) و شرایط جسمی (E)، بیشترین مقدار آماره را به خود اختصاص داده‌اند (به ترتیب ۸/۶۹، ۸/۵۰ و ۸/۲۴). در جدول شماره ۱۰ و شکل شماره ۳ که مربوط به نتایج مدل است، آنچه که مهم است مقدار آماره مؤلفه‌ها و در واقع مقدار آماره اثرگذاری مؤلفه‌های مستقل بر مؤلفه وابسته است. روابطی که در آن مقدار آماره به‌دست‌آمده بزرگ‌تر از ۱/۹۶ باشد، تأیید می‌شوند و روابطی که مقدار آماره آنها کمتر از ۱/۹۶ باشد مورد تأیید واقع نمی‌شوند.

جدول ۱۱- آزمون مدل ساختاری (ضرایب مسیر میانگین، انحراف معیار، مقادیر تی و نتیجه فرضیه‌های تحقیق)

مسیر اثرگذاری	میانگین نمونه	نمونه‌های اصلی	انحراف استاندارد	مقدار آماره T	مقدار P	نتیجه فرضیه
عدم دستیابی به سبد غذایی مطلوب بر فقر قابلیت	۰/۲۸۵۴۸۲	۰/۲۸۶۵۱۸	۰/۰۴۰۸۷۶	۶/۲۲	۰/۰۰۰	تأیید
عدم دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی-درمانی بر فقر قابلیت	۰/۲۲۵۴۸۶	۰/۲۲۶۹۶۷	۰/۰۱۸۵۶۷	۸/۵۱	۰/۰۰۰	تأیید
ناتوانی در حفظ حریم و حرمت‌های انسانی بر فقر قابلیت	۰/۱۷۱۶۵۰	۰/۱۷۲۵۶۴	۰/۰۳۰۷۴۷	۵/۸۷	۰/۰۰۰	تأیید
ناتوانی در پاسداری از عزت‌نفس بر فقر قابلیت	۰/۰۷۶۳۷۸	۰/۰۷۷۱۳۴	۰/۰۱۹۰۷۸	۴/۷۳	۰/۰۰۰	تأیید
عدم توانایی جسمی بر فقر قابلیت	۰/۱۵۳۲۱۸	۰/۱۵۵۵۵۱	۰/۰۱۷۶۷۵	۸/۲۴	۰/۰۰۰	تأیید

تأیید	۰/۰۰۰	۷/۶۹	۰/۰۳۶۳۶۳	۰/۲۸۵۸۵۳	۰/۲۸۷۱۶۸	ناتوانی در دستیابی به آزادی‌های اساسی بر فقر قابلیت
تأیید	۰/۰۰۰	۲/۷۱	۰/۰۳۶۷۸۷	۰/۰۹۱۹۳۲	۰/۰۸۷۱۸۷	عدم توانایی در مشارکت‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی بر فقر قابلیت
تأیید	۰/۰۰۰	-۸/۶۵	۰/۰۲۹۱۲۵	۰/۲۵۸۲۷۱	۰/۲۵۶۳۴۷	وابستگی میان نسلی؟؟؟؟؟؟ بر سلامت روانی
رد	۰/۰۶۸	-۱/۵۵	۰/۰۸۳۶۶۳	۰/۱۱۲۱۵۲	۰/۱۱۰۴۶۸	خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی بر سلامت روانی
تأیید	۰/۰۰۰	-۴/۳۴	۰/۰۵۵۰۸۶	۰/۲۲۶۲۸۶	۰/۲۳۰۴۶۵	ادراک خودکارآمدی بر سلامت روانی
رد	۰/۴۸۴	-۱/۰۲	۰/۰۳۴۸۲۹	۰/۰۴۳۱۱۹	۰/۰۴۴۹۷۹	کفایت و شایستگی بر سلامت روانی
تأیید	۰/۰۰۰	-۴/۲۸	۰/۰۵۹۷۷۲	۰/۲۷۹۰۳۴	۰/۲۶۸۶۸۵	خوب بودن ذهنی بر سلامت روانی
تأیید	۰/۰۰۰	۵/۶۹	۰/۰۶۵۸۹۲	۰/۲۱۲۹۵۲	۰/۲۱۲۶۵۷	فقر قابلیت بر سلامت روانی

در جدول شماره ۱۱ نتیجه فرضیه‌های تحقیق ارائه داده شده است. با توجه به جدول نتیجه می‌گیریم که تمامی مؤلفه‌های فقر قابلیت یعنی عدم دسترسی مطلوب به سبب غذایی مطلوب (A)، ناتوانی در دستیابی به آزادی‌های اساسی (F)، عدم دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی- درمانی (B)، ناتوانی جسمی (E)، ناتوانی در مشارکت‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی (G)، ناتوانی در حفظ حرمت‌های انسانی (C) و ناتوانی در پاسداری از عزت‌نفس (D) و همچنین مؤلفه‌های ادراک خودکارآمدی (N)، وابستگی میان نسلی (K) و خوب بودن ذهنی (H) از مؤلفه‌های سلامت روانی و نهایتاً اینکه مؤلفه کلی فقر قابلیت (X) تأثیر معنی‌داری بر مؤلفه وابسته خود دارند. تنها اثرگذاری دو مؤلفه خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی (M) و کفایت

تحلیل اثرات فقر قابلیت بر سلامت روانی در ... ۳۱

و شایستگی (O) معنی داری نمی باشد، چراکه مقدار آماره آنها کمتر از $1/96$ و مقدار P-Valve آنها بیشتر از $0/05$ است.

ج- آزمون کیفیت مدل های اندازه گیری و ساختاری

یکی دیگر از آزمون های ارزیابی مدل اندازه گیری انعکاسی، آزمون بررسی کیفیت آن است که اعتبار اشتراک استفاده می شود. چنانچه مقدار $1-SSE/SSO$ مثبت باشد، کیفیت ابزار اندازه گیری مناسب است. این شاخص در واقع توانایی مدل مسیر را در پیش بینی متغیرهای مشاهده پذیر (گویه ها) از طریق متغیر پنهان متناظرشان (مؤلفه ها) می سنجد.

با توجه خروجی الگوریتم PLS که در جدول شماره ۱۲ ارائه شده است و مقادیر مثبتی را نشان می دهند، می توان گفت که مقادیر محاسبه شده در حد بالایی قابل قبول می باشند. در نتیجه مدل اندازه گیری از کیفیت خوبی برخوردار بوده و مدل توانایی پیش بینی را داراست.

جدول ۱۲- خروجی آزمون کیفیت مدل های اندازه گیری و ساختاری

مؤلفه ها	SSO	SSE	1-SSE/SSO
x	۵۹۰۸	۵۹۰۸	-
y	۲۶۲۷	۱۶۵۱/۹۲۸	۰/۳۷۲

د- مدل کلی آزمون ساختاری با رویکرد حداقل مربعات جزئی

در مدل سازی حداقل مربعات جزئی، شاخصی به نام نیکویی برازش^۱ پیشنهاد شده است. این شاخص هر دو مدل اندازه گیری و ساختاری را مدنظر قرار می دهد و به عنوان

1. GOF

معیاری برای سنجش عملکرد کلی مدل به کار می‌رود. این شاخص به صورت میانگین R^2 و متوسط مقادیر اشتراکی به صورت دستی محاسبه می‌شود:

$$Gof = \sqrt{\text{communality} \times R^2}$$

حدود این شاخص بین صفر و یک بوده و دو مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ را به ترتیب به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی نموده‌اند. متوسط مقادیر اشتراکی این مدل ۰/۸۳ و میانگین R^2 برابر با ۰/۷۸۸ است، نهایتاً شاخص GOF این مدل، مقدار ۰/۶۵۴ به دست آمده است که بیانگر مقداری قوی و مطلوبیت کلی مدل می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

فقر قابلیت‌زمنه‌ساز بروز مشکلات عدیده‌ای است که یکی از مهم‌ترین این مشکلات می‌تواند به خطر افتادن سلامت روانی بخصوص در سکونتگاه‌های غیررسمی باشد، مسئله‌ای که این تحقیق آن را مورد پژوهش قرار داده است. در همین خصوص، نتایج تحقیق نشان داد که فقر قابلیت‌زمنه‌ساز در حد بالایی بر سلامت روانی ساکنان سکونتگاه‌های غیررسمی تأثیرگذار است و در واقع فقر قابلیت‌زمنه‌ساز ساکنان سکونتگاه‌های غیررسمی باعث به خطر افتادن سلامت روانی آنها شده و می‌شود. در این خصوص وضعیت فقر قابلیت‌زمنه‌ساز با مؤلفه‌های عدم دستیابی به سبد غذایی مطلوب، عدم دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی-درمانی، عدم توانایی جسمی، ناتوانی در حفظ حریم و حرمت‌های انسانی، ناتوانی در پاسداری از عزت‌نفس، ناتوانی در دستیابی به آزادی‌های اساسی و عدم توانایی در مشارکت‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی بر سلامت روانی با مؤلفه‌های وابستگی میان نسلی، خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی، ادراک خودکارآمدی، کفایت و شایستگی و خوب بودن ذهنی، تأثیرگذار می‌باشد و اینکه این مؤلفه‌ها از قابلیت پیش‌بینی بالایی در خصوص فقر قابلیت‌زمنه‌ساز و سلامت روانی برخوردارند.

در این همین باره، می‌توان این‌چنین نتیجه‌گیری نمود که به ترتیب مؤلفه‌های عدم دسترسی مطلوب به سبد غذایی مطلوب، ناتوانی در دستیابی به آزادی‌های اساسی، عدم دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی- درمانی، ناتوانی جسمی، ناتوانی در مشارکت‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی، ناتوانی در حفظ حرمت‌های انسانی و ناتوانی در پاسداری از عزت‌نفس بیشترین اثرگذاری‌ها را بر فقر قابلیت دارند و در واقع در برنامه‌ریزی‌های رفع فقر قابلیت باید به ترتیب این مورد اولویت‌بندی صورت پذیرد. همچنین به ترتیب کفایت و شایستگی، ادراک خودکارآمدی، خودشایستگی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی، وابستگی میان نسلی و خوب بودن ذهنی بیشترین اثرگذاری‌ها را سلامت روانی دارند. در این مورد هم به همین شکل، در برنامه‌ریزی‌های بهبود سلامت روانی باید به ترتیب این مورد اولویت‌بندی صورت پذیرد.

نهایتاً اینکه نتایج این تحقیق در خصوص رابطه معکوس بین فقر قابلیت و سلامت روانی با نتایج تحقیقات حیدرنیا و همکاران (۱۳۹۱) مبنی بر اینکه فقر اقتصادی سبب کاهش کیفیت زندگی وابسته به سلامت می‌شود، مهرگان و همکاران (۱۳۹۵)، مبنی بر اینکه متغیر بیکاری، ضریب جینی و تورم رابطه معکوس و معنی‌داری با سلامت روان دارند، محمدزاده و همکاران (۱۳۹۶)، مبنی بر اینکه فقر موجب کاهش سلامت عمومی می‌شود، ری‌تا و همکاران (۲۰۰۷)، مبنی بر اینکه فرزندان که در خانواده‌های کم‌درآمد زندگی می‌کنند دارای سطح سلامتی کمتری هستند، 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، هرذمن و همکاران (۲۰۱۶)، مبنی بر اینکه فقر منجر به تأخیر در مراجعه به پزشک و خدمات بهداشتی و نهایتاً تشدید بیماری و ایجاد خسارت‌های جانی و مالی برای بیماران می‌شود، 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.

منابع

- ابراهیمی، مهدی. (۱۳۹۳)، «فقر درآمدی، فقر قابلیت و طرد اجتماعی: روندشناسی تحول مفاهیم در بررسی فقر و محرومیت»، **تأمین اجتماعی**، سال دوازدهم، شماره ۴۵: ۳۳-۵۵.
- امین‌رشتی، نارسیس و اصغری، لیلا. (۱۳۹۰)، «بررسی نقش هزینه‌های سلامت بر توزیع درآمد در ایران»، **علوم اقتصادی**، سال پنجم، شماره ۱۶: ۱۳۵-۱۵۹.
- حاتمی‌نژاد، حسین؛ سیف‌الدینی، فرانک و میره، محمد. (۱۳۸۵)، «بررسی شاخص‌های مسکن غیررسمی در ایران، نمونه موردی: محله شیخ‌آباد قم»، **پژوهش‌های جغرافیایی**، سال سی و هشتم، شماره ۵۸: ۱۴۵-۱۲۹.
- حسینی، هدایت. (۱۳۹۷)، «اهمیت زنجیره غذایی پایدار در تأمین امنیت غذایی و توسعه پایدار»، **علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران**، سال دوازدهم، شماره ۱: ۱۲۷-۱۲۸.
- حیدرنیا، محمدعلی؛ قائمیان، تهمینه؛ ابدی، علیرضا؛ فتحیان، سمیه و منتظری، علی. (۱۳۹۱)، «رابطه بین محرومیت (فقر اقتصادی) و کیفیت زندگی وابسته به سلامت»، **پایش**، سال یازدهم، شماره ۴: ۴۹۱-۴۹۵.
- خسروی، حسن (۱۳۹۲)، **حقوق اساسی ۱**، تهران: انتشارات پیام نور، چاپ دهم.
- رهنما، محمدرحیم و امیرفخریان، مصطفی. (۱۳۹۲)، «تحلیل دسترسی فضایی به خدمات بهداشتی درمانی در شهر مشهد»، **برنامه‌ریزی کالبدی-فضایی**، سال اول، شماره ۳: ۶۱-۷۶.
- زادولی خواجه، شاهرخ. (۱۳۹۲)، ارزیابی جابه‌جایی سلولی شاخص‌های کالبدی-اجتماعی در مناطق حاشیه‌نشین (نمونه موردی: مناطق حاشیه‌نشین شمال شهر تبریز)، **پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد رشته جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری**، دانشگاه زنجان.
- زادولی خواجه، شاهرخ؛ اصغری زمانی، اکبر و زادولی، فاطمه. (۱۳۹۳)، «سطح‌بندی محلات حاشیه‌نشین بر اساس شاخص‌های کالبدی-اقتصادی فقر شهری (نمونه موردی: حاشیه‌نشینان شمال شهر تبریز)»، **جغرافیا و مطالعات محیطی**، سال سوم، شماره ۱۱: ۶۳-۷۸.
- زارع، بیژن و روهنده، مجید. (۱۳۹۴)، «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر مشارکت اجتماعی-سیاسی مطالعه‌ای در باب شهروندان بالای ۱۸ سال شهر کرج»، **مطالعات اجتماعی ایران**، سال نهم، شماره ۲: ۶۴-۸۷.

تحلیل اثرات فقر قابلیت بر سلامت روانی در ... ۳۵

- زنگنه، علیرضا. (۱۳۸۹)، شناخت الگوی فضایی گسترش فقر شهری با استفاده از سیستم اطلاعات جغرافیایی (GIS) در شهر کرمانشاه طی سال‌های (۱۳۷۵-۱۳۸۵)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه زنجان.
- سعیدی نژاد، حمیدرضا. (۱۳۸۷)، بررسی رابطه ارزش‌های سیاسی، اقتصادی و اجتماعی یا از خودبیگانگی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، گزارش طرح پژوهشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه.
- سلطانی، کرم؛ درستی، زهرا؛ اشرافیان، احمدرضا؛ فریدون، سیاسی و جزایری، ابوالقاسم. (۱۳۸۶)، «چاقی و امنیت غذایی در کودکان دبستانی شهر یزد»، مجله دانشکده پزشکی (دانشگاه تهران)، دوره شصت و پنجم، شماره ۷: ۶۸-۷۶.
- سن، آمارتیا. (۱۳۷۹)، برابری و آزادی، ترجمه حسن فشارکی، تهران: انتشارات شیرازه، چاپ اول.
- شادی طلب، ژاله؛ وهابی، معصومه و ورمزیار، حسن. (۱۳۸۴)، «فقر درآمدی؛ فقط یک جنبه از فقر زنان سرپرست خانوار»، رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۷: ۲۲۷-۲۴۸.
- صامت، سارا و صالحی، محمدجواد. (۱۳۹۵)، «رویکرد فقر قابلیت در مطالعات راهبرد توسعه شهری»، اولین همایش بین‌المللی اقتصاد شهری (با رویکرد اقتصاد مقاومتی، اقدام و عمل)، ۱۰۰۱-۱۰۱۰.
- فائو و یونسکو. (۱۳۸۴)، آموزش برای توسعه روستایی، ترجمه: سیفالله فرمحمدی، تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی، چاپ اول.
- محمدپور کلد، محمود؛ فولادوند، مرادعلی و آوخ کیسمی، مهران. (۱۳۸۹)، «عدم امنیت غذایی به‌عنوان عامل خطر جهت چاقی در خانم‌های کم‌درآمد بوشهری»، فصلنامه طب جنوب، سال ۱۳، شماره ۴: ۲۶۳-۲۷۲.
- محمد زاده، یوسف؛ تقی زاده، نرگس و نظریان، علمناز. (۱۳۹۶)، «نابرابری درآمد، فقر و سلامت عمومی»، مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (پیاورد سلامت)، سال ۱۱، شماره ۲: ۲۲۰-۲۳۴.
- محمودی، وحید و صمیمی‌فر، سید قاسم. (۱۳۸۴)، «فقر قابلیت»، رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۱۷: ۹-۳۲.

- مهرگان، نادر؛ رشید، خسرو؛ قاسمی فر، ثمینه و سهرابی وفا، حسین. (۱۳۹۵)، «بررسی عوامل سیاست‌های اقتصادی مؤثر بر شاخص سلامت روان»، **سیاست‌گذاری اقتصادی**، سال بیست و سوم، شماره ۸۵: ۱۱۷-۱۳۶.
- میرجانی، صدرا. (۱۳۹۳)، «رابطه ساختاری عزت‌نفس و سلامت عمومی با بروز رفتار پرخاشگرانه در دختران فراری»، **روانشناسی کاربردی**، سال هشتم، شماره ۲۰: ۱۰۷-۱۲۷.
- هال، آنتونی و میجلی، جیمز. (۱۳۸۸)، **سیاست اجتماعی و توسعه**، ترجمه: مهدی ابراهیمی و علیرضا صادقی، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان، چاپ اول.

- Aue, K., Roosen, J. and 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. and Cai, L. (2009). "Interrelated Dynamic of Health and Poverty in Australia", *IZA Discussion Paper*, article number 4602.
- Carver, C., Scheierb, M. and Suzanne, S. (2010). "Clinical Psychology Review", *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.
- De Haan, A. (2007). *Reclaiming Social Policy: Globalization, Social exclusion and new poverty Reduction Strategies*, London: Palgrave Macmillan Publications.
- 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 Logotherapy*. New York: Pengiun Books.
- Gresham, F. M., Sugai, G. and Horner, R. H. (2001). "Interpreting Outcomes of Social Skills Training for Students with high Incidence Disabilities", *Exceptional Children*, 67 (3), 331 344.
- Güzey, O. (2016). "The Last Round in Restructuring The City: Urban Regeneration Becomes a State Policy of Disaster Prevention in Turkey", *Cities*, 50 (3), 40-53.
- Herdman, M., Trent, J., Maude, R., Chowdhury, M., Safiqul, F., Kingston, H. W., Jeeyapant, A., Samad, R., Karim, R. and Arjen, M. D. (2016). "The Relationship between Poverty and Healthcare Seeking among Patients Hospitalized with Acute Febrile Illness in Chittagong", *Bangladwsh, Plos ONE, International Glossary, London: Zedbooks*, 11(4), 1-21.

- Luthans, F., Avolio, B.J., Avey, J.B. and Norman, S.M. (2007). "Positive Psychological Capital: Measurement and Relationship with Performance and Satisfaction". *Personnel Psychology*, 60(3), 541-572.
- Luthans, F., Youssef, C. and Avolio, B. J. (2007). *Psychological Capital: Developing the Human Competitive edge*, London: Oxford University Press.
- Ngoma, C. and Mayimbo, S. (2017). "The Negative Impact of Poverty on the Hhealth of Women and Children", *Ann Med health Sci Res*. 7(6), 442-446.
- Ozener, B., Bernhard, F. (2010). "Facial Symmetry in Young Girls and Boys from a Slum and a Control Area of Ankara, Turkey", *Journal Evolution and Human Behavior*, 31 (4), 436-441.
- Pryor, L., Strandberg-Larsen, K., Nybo, A., Ann-Marie, H., Rod, N. and 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.
- Rita, G., Margaret, L.D. and Mckeown, D. (2007). "the Impact of Poverty on the Current and Future Health Status of Children", *Paediatr Child Health*, 12(8), 667-673.
- Semba, R., Saskiade, K., Kraemer, K., Andrew, T.L., Regina, M., Pfanner, M., Sari, N.A. and 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, 387-397.
- Spicker, P., Alvarez L.S. and Gordon, D. (2007). "Poverty: A Wald Man, Tacke; Robert J., Tilman (2009). Income Distribution, Infant Mortality and Health Care Expenditure", *CEIS tor Vergata*, 146, 321-333.