

بررسی تاثیر محیط مسکونی در افزایش خطر ابتلا به ایدز (نمونه موردی شهر مشهد)

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۲/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۴/۰۱

خلاصه

مقدمه

با وجود این که تحقیقات زیادی در رابطه با تاثیر محیط مسکونی بر وضعیت سلامت انجام شده است، اما در ارتباط با شیوع بیماری های رفتاری در بین ساکنین شهر، روستا و حاشیه، مطالعه ای صورت نگرفته است. به همین منظور، مطالعه حاضر با استفاده از نمونه ای در حدود ۳۰۰ نفر در مشهد انجام شده است.

روش کار

مطالعه حاضر یک بررسی توصیفی-تحلیلی است که در سال های ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۶ در شهر مشهد و اطراف آن به انجام رسیده است. از آنجا که تعداد افراد در معرض خطر بیماری های رفتاری در این محدوده مشخص نبود، با روش آماری شکار مجدد^۱، تعداد جمعیت مبتلا تعیین و از بین مبتلایان ۳۰۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. داده های گردآوری شده، با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

نتایج نشان داد که میزان شیوع ایدز در میان حاشیه نشینان ۱/۹۴ نفر در هر ۱۰ هزار نفر و سایر نقاط شهر ۱/۳۲ نفر و برای روستائیان ۰/۰۱۳ نفر است. رواج این نوع بیماری در بین مردان بیشتر از زنان بوده، ولی این اختلاف در بین جمعیت های حاشیه نشین بسیار اندک است. با این که بین قومیت و الگوهای ابتلا به نوع بیماری تفاوت هایی وجود دارد، اما تاثیر این عامل به مکان فعلی سکونت افراد ارتباط بیشتری دارد.

نتیجه گیری

بر اساس این یافته ها، به دلیل رواج بیشتر این نوع بیماری ها در مناطق فقیر و حاشیه نشین، ضرورت دارد تا مداخلات درمانی و آموزش های مربوط به پیشگیری از آن، در این مناطق با شدت بیشتری پیگیری شود.

کلمات کلیدی

بیماری های رفتاری، حاشیه نشینی، مناطق شهری، مشهد.

رستم صابری فر^{*۱}

الهیه وفایی باغ سیاهی^۲

۱- دانشیار جغرافیا و برنامه ریزی شهری، گروه جغرافیا و برنامه ریزی شهری، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول).
۲- کارشناس ارشد برنامه ریزی شهری دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

* مشهد، بلوار معلم، معلم ۷۱

صندوق پستی ۴۳۳-۹۱۷۳۵

تلفن: ۰۵۱۳۸۶۸۳۹۰۰

Email: saberifar@yahoo.com

¹. Recapture

مقدمه

است؛ کما این که بر خلاف اغلب کشورهای با بالاترین میزان شیوع ایدز (۴)، نسبت مردان مبتلا به ایدز بیش از زنان است (۸). با این وجود، اطلاعات کافی در رابطه با نرخ ابتلا به این بیماری در بین گروه‌های اقتصادی و اجتماعی مختلف ساکن در شهر، در دست نیست.

جدول ۱- آمار مربوط به مبتلایان به ایدز در ایران سال‌های

۱۳۸۳ تا ۱۳۹۶

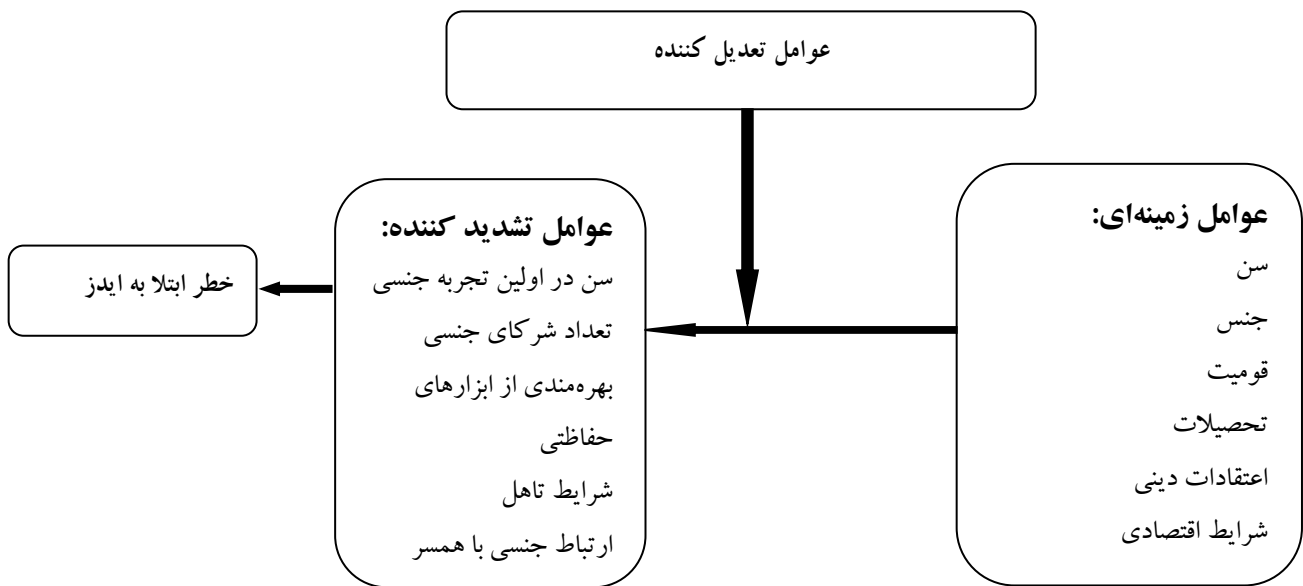
ردیف	سال	تعداد		منبع
		رسمی	غیر رسمی	
۱	۱۳۶۵	۵	۵	(۹)
۱	۱۳۸۳	۵۷۰۰	۳۰۰۰۰	(۸)
۲	۱۳۹۲	۲۷۴۱۶	-----	(۱۰)
۳	۱۳۹۴	۲۹۴۱۴	-----	(۱۱)
۴	۱۳۹۶	۳۶۵۷۱	۱۵۰۰۰۰	(۱۲)

به هر حال، از نقطه نظر مفهومی، سکونت در مناطق حاشیه‌نشین را می‌توان به عنوان یک متغیر واسطه‌ای در نظر گرفت که تاثیر خصوصیات زمینه‌ای چون سن، جنس، شرایط اقتصادی و میزان سواد در ارتباط با اثر تعیین کننده‌های تقریبی وضعیت ابتلا به ایدز را تشدید و یا تضعیف می‌کند (شکل ۱). بر این اساس، هدف اصلی تحقیق حاضر آن است تا شیوع ابتلا به بیماری‌های رفتاری و به خصوص ایدز را با استفاده از داده‌های جمعیتی گردآوری شده در ارتباط با بیماری ایدز که با پیمایش میدانی مشخص شده‌است، تعیین نماید. به این منظور، از داده‌های گردآوری شده در مناطق حاشیه‌نشین و سایر افرادی که در مناطق دیگر مشهد ساکن بودند، استفاده شد تا امکان مقایسه وضعیت ابتلای افراد فراهم گردد. بر این اساس، از متغیرهای جمعیتی و اقتصادی-اجتماعی به عنوان عوامل کنترل‌کننده بهره‌برداری شد.

شیوع گسترده بیماری‌های رفتاری به خصوص ایدز، به یکی از بزرگترین چالش‌های بخش سلامت جهان در قرن بیست و یکم تبدیل شده‌است. به طوری که در سال ۲۰۱۰، بیش از ۳۰ میلیون از مردم، مبتلا به این بیماری بودند و هر ساله حدود ۲/۶ میلیون نفر به این تعداد افزوده می‌شود (۲). بررسی‌های آماری نشانگر آن است که روزانه ۷۰۰۰ نفر در جهان در معرض آلودگی قرار دارند (۱). در حال حاضر واکنشی برای این بیماری وجود ندارد و پیشگیری، به عنوان مهم‌ترین و اصلی‌ترین روش مقابله با اپیدمی ایدز در جهان مطرح است (۳). به دلیل فقر و نبود امکانات بهداشتی و درمانی و سایر تنگناهای موجود، نسبت مبتلایان به این نوع بیماری در مناطق فقیر بسیار بیشتر است. به طوری که بر اساس برخی برآوردها، قریب به ۶۷٪ از مبتلایان، به گروه‌های فقیر و کم درآمد مربوط است (۴). با توجه به آمارهای به دست آمده از طریق برنامه معروف وضعیت جمعیتی و سلامت^۱، امکان پیگیری وضعیت شیوع بیماری ایدز و تشخیص گروه‌های فرعی که در خطر ابتلا به این بیماری هستند، وجود دارد. با این وجود، به دست آوردن تخمینی صحیح برای گروه‌های فرعی چون فقرای شهری که اغلب به دلیل کمبود آمار در حاشیه قرار می‌گیرند، بسیار مشکل است. در سال‌های اخیر مدارکی به دست آمده‌است که نشانگر بی‌عدالتی بیشتر وضعیت سلامتی در بین گروه‌های فقیر شهرنشین و سایر ساکنین می‌باشد (۵).

اولین مورد ایدز ایران در سال ۱۳۶۵ ثبت شد و آن هنگامی بود که یک کودک شش ساله هموفیلی از طریق خون آلوده وارداتی، مبتلا به این ویروس شد (۶). همچنین اولین HIV مثبت و اولین مرگ ناشی از بیماری ایدز به ترتیب در سال‌های ۱۳۶۸ و ۱۳۶۹ رخ داد (۷). با این حال و با وجود گذشت قریب به ۴۰ سال از زمان مطرح شدن این بیماری، اطلاعات مربوط به آن اندک و بعضاً متناقض است (جدول ۱)، بدون شک نسبت مبتلایان به ایدز در مناطق شهری ایران بیش از مناطق روستایی

^۱. Demographic and Health



نمودار ۱- مدل مفهومی ارتباط بین ابتلا به ایدز و حاشیه‌نشینی

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی و تحلیلی است که به شیوه پیمایشی به انجام رسیده است. از نظر مقطع زمانی این بررسی در سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۶ در شهر مشهد، اجرا شده است. به دلیل مشکلات مربوط به تهیه آمار و اطلاعات در باره مبتلایان به ایدز، تقریباً هیچ نوع آماری در این ارتباط وجود ندارد و اندک موارد ثبت شده، در اختیار پژوهشگران قرار نمی‌گیرد. به همین منظور، در این بررسی تعداد افراد مبتلا به این بیماری با روش شکار مجدد، به دست آمد. بنابراین، از دو گروه مستقل درخواست شد که تعداد افراد مبتلا به ایدز را در سه بخش حاشیه‌نشین، روستایی و شهری به شیوه گلوله برفی^۱، تعیین نمایند. آنگاه از طریق فرمول زیر و میزان مشابهت، تعداد تقریبی مبتلایان به این بیماری تعیین شدند.

$$\bar{N} = \frac{n_1 n_2}{X}$$

در این فرمول، N تعداد مبتلایان در کل جامعه، n_1 تعداد مبتلایان شناسایی شده در گروه اول و n_2 نیز تعداد مبتلایان شناسایی شده در گروه دوم و X تعداد نمونه مشابه در هر گروه

می‌باشد. بر این اساس و از آنجا که گروه بررسی کننده اول، تعداد مبتلایان به این بیماری را در مجموع ۱۷۵ و گروه دوم ۱۵۰ نفر به دست آورده و افراد مشابه هم حدود ۵۸ نفر بودند؛ با توجه به فرمول فوق، تعداد مبتلایان به این بیماری در محدوده مورد بررسی حدوداً ۴۵۳ نفر برآورد شد. بر این اساس، تعداد کل مبتلایان به بیماری‌های رفتاری در این شهر، ۳۲۵ نفر انتخاب شدند که در نهایت بعد از انصراف برخی افراد، ۳۰۰ نفر در نمونه باقی‌مانده و با مصاحبه عمقی اطلاعات آنها گردآوری شد. با این حجم نمونه، سطح اطمینان ۹۵٪ و میزان خطای معیار ۵٪ تعیین شد. گروه شرکت کننده از ساکنین دو حاشیه شمال و جنوب، مناطق روستایی پیرامون و شهر مشهد برای زنان ۱۵ تا ۴۹ سال و برای مردان ۱۵ تا ۵۴ سال ثبت نام شدند. بنابراین، شرط ورود به مطالعه داشتن حداقل ۱۵ و حداکثر ۴۹ سال برای زنان و حداقل ۱۵ و حداکثر ۴۹ سال برای مردان، سکونت در نواحی سه گانه فوق و داشتن تمایل برای انجام مصاحبه بود. برای خروج از مطالعه نداشتن تمایل شخص یا یکی از اعضای خانواده به ادامه روند تحقیق و جا به جایی از مناطق مورد اشاره، مد نظر قرار گرفت. افرادی که با توجه به شرایط اعلام شده وارد تحقیق

^۱. Snowball Sampling

پس از انتخاب نمونه مورد نیاز، اطلاعات با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته گردآوری شد. قبل از کاربرد پرسشنامه مورد اشاره، روایی و پایایی آن با نمونه‌ای مستقل مورد تایید قرارگرفت و مشخص گردید که بر پایه روش آلفای کرونباخ اعتبار پرسشنامه در حد ۰/۹۰ بوده و توانایی تامین اهداف تحقیق حاضر را دارا می‌باشد.

نتایج

جدول شماره ۲، توزیع تمام پاسخ‌دهنده‌ها را بر اساس مکان سکونت و ویژگی‌های زمینه‌ای نشان می‌دهد. حدود ۲۹٪ از پاسخ‌دهندگان در گروه مورد آزمون، از مناطق حاشیه‌ای شمال، ۳۱٪ از مناطق حاشیه‌ای جنوب (سیدی)، ۵۴٪ از نواحی شهری غیر حاشیه‌ای و ۸/۲٪ از نواحی روستایی بودند. ترکیب سنی پاسخ‌گویان نشانگر آن است که گروه‌های سنی ۲۰ تا ۲۹ سال از فراوانی بیشتری برخوردارند. از نظر جنسیت، بررسی‌ها نشان می‌دهند که در نمونه‌های حاشیه‌ای، مردان بیش از زنان هستند. از نظر تحصیلات، جمعیت حاشیه‌نشین دارای تحصیلاتی در حد ابتدایی بودند. در مقابل، حدود ۷۰٪ از پاسخ‌دهندگان در مناطق غیرحاشیه‌ای دوره راهنمایی و یا بالاتر را طی کرده و در سایر نواحی غیرحاشیه‌ای، این درصد در حدود ۵۷٪ بود. با توجه به ترکیب قومی و نژادی، باید گفت که قریب به ۸۵٪ ساکنین حاشیه به چهار گروه قومی عمده یعنی (فارس، کرد، ترک و عرب) تعلق داشتند. این در حالی است که افراد غیر ایرانی از نظر قومی و نژادی، عرب، پاکستانی و افغانستانی بودند.

می‌شدند، کدگذاری و شماره شناسایی می‌گرفتند تا امکان پیگیری تحقیق وجود داشته باشد.

روش نمونه‌گیری به این شیوه بود که در ابتدا، یک نمونه آزمایشی با حضور تعدادی از مشارکت‌کنندگان در حد ۳۰ نفر در مناطق حاشیه‌نشین شمال و جنوب شهر، مورد آزمون قرارگرفت. وقتی نتایج این آزمایش موفقیت‌آمیز اعلام شد، نمونه به ۳۲۵ نفر افزایش پیدا نمود تا قادر باشد برآورد دقیقی از شیوع این بیماری بر اساس خصوصیات جمعیت‌شناسی و اقتصادی-اجتماعی به دست دهد. حدود ۷۸٪ از زنانی که در نمونه انتخابی شرکت داشتند، در بررسی جدید هم مشارکت نمودند؛ در حالی که این مقدار برای مردان ۶۸٪ بود. در طی بررسی، گروهی از شرکت‌کنندگان به دلیل جا به جایی از محل و ... از گروه بررسی خارج شدند و در نهایت تعداد افراد مورد بررسی به ۳۰۰ نفر رسید که ۴۳٪ از آنها زن بودند. با وجود آن که طبق تعریف سازمان ملل، خانواری حاشیه‌نشین تلقی می‌شود که یکی از خصوصیات عدم دسترسی به آب تصفیه‌شده، فقدان سیستم‌های بهداشتی و فاضلاب، نبود امنیت لازم در ارتباط با تصرف مکان سکونت، نداشتن مسکن دائمی و در اختیار نداشتن فضای کافی برای سکونت (۱۳) را داشته باشد، اما به دلیل هماهنگ نبودن این شرایط با وضعیت شهر مشهد، تنها گروهی به عنوان حاشیه‌نشین انتخاب شدند که سه خصوصیت آخر را دارا بودند.

جدول ۲- درصد توزیع پاسخگویان بر اساس خصوصیات زمینه‌ای، مکان سکونت و وضعیت سلامت

شرح	حاشیه شمال	حاشیه جنوب	حاشیه‌های دیگر	بخش روستایی	بخش شهری
کل	۲۹/۱	۶/۰	۳/۲	۸/۲	۲۵/۵
گروه سنی	۱۵/۲	۱۱/۴	۱۴/۴	۱۵/۳	۲۵/۵
	۲۳/۴	۲۴/۳	۲۱/۲	۲۰/۹	۱۸/۸
	۲۰/۷	۲۳/۹	۲۱/۹	۲۲/۰	۱۴۲
	۱۵/۰	۱۵/۸	۱۵/۷	۱۵/۸	۱۳/۶
	۱۱/۵	۱۱/۱	۸/۲	۱۰/۱	۹/۴

مناطق حاشیه‌ای		مناطق روستایی				مناطق شهری			کل	
زن	مرد	زن	مرد	کل	زن	مرد	کل			
۱۰/۵	۱۷/۲	۱۴/۲	۱۸/۶	۱۱/۳	۶/۵	۸/۴	۷/۷	۳۴-۳۰		
۱۷/۱	۱۸/۵	۱۷/۸	۵/۳	۴/۸	۵/۶	۸/۹	۱۰/۱	۳۹-۳۵		
۱۰/۶	۲۳/۶	۱۸/۱	۱/۷	۸/۸	۱۴/۸	۹/۸	۸/۱	۴۴-۴۰		
۲۰/۱۰	۲۰/۵	۲۰/۲	۲/۱	۳/۹	۶/۹	۴/۹	۵/۶	+۴۵		
۴/۷	۱۰/۲	۸/۳	۰/۶	۲/۹	۴/۹	۵/۵	۴/۲	فارس	قومیت	
۶/۸	۱۰/۵	۸/۸	۳/۸	۶/۱	۸/۶	۴/۳	۳/۲	کرد		
۱۰/۳	۱۵/۸	۱۳/۷	۰/۰	۳/۷	۸/۵	۹/۷	۶/۱	ترک		
۲۳/۶	۲۱/۸	۲۲/۴	۹/۲	۱۵/۱	۲۰/۵	۲۳/۵	۲۱/۴	عرب		
۵/۴	۸/۷	۷/۵	۴/۰	۴/۵	۵/۰	۳/۰	۲/۷	سایر		
۷/۲	۲۴/۲	۱۵/۴	۲/۳	۷/۹	۲۵	۱۴/۴	۷/۸	-۱۵	سن در اولین	
۱۱/۱	۱۴/۱	۱۳/۰	۳/۴	۵/۶	۸/۱	۸/۰	۶/۸	۱۹-۱۵	ارتباط (سال)	
۹/۸	۱۲/۸	۱۱/۵	۴/۵	۴/۹	۵/۱	۳/۶	۶/۸	+۲۰		
۱۳/۳	۷/۴	۹/۴	۰/۰	۱۷/۱	۱۸/۴	۹/۱	۹/۰	فاقد ارتباط		
۲۰/۸	۲۰/۴	۲۰/۵	۵/۷	۵/۵	۵/۱	۵/۳	۳/۸	بیسواد	تحصیلات	
۹/۸	۱۴/۱	۱۲/۷	۴/۸	۶/۶	۸/۰	۸/۶	۶/۸	ابتدایی		
۸/۶	۹/۳	۸/۹	۳/۶	۴/۹	۶/۳	۷/۱	۴/۸	بالا تر		
۹/۴	۱۴/۵	۱۲/۲	۱/۸	۳/۱	۵/۰	۵/۷	۴/۳	فقیر	شرایط فقر	
۹/۳	۱۹/۵	۱۵/۰	۷/۵	۸/۷	۹/۹	۷/۲	۵/۷	کم درآمد		
۷/۸	۱۳/۳	۱۱/۲	۳/۷	۵/۷	۷/۷	۹/۲	۷/۴	متوسط		
۱۱/۷	۱۱/۱	۱۱/۳	۱/۰	۳/۷	۶/۳	۳/۸	۴	خوب		
۹/۹	۸/۸	۹/۲	۲/۱	۵/۶	۸/۶	۹/۷	۷/۹	عالی		

جدول ۴- میزان احتمال مثبت بودن ویروس HIV بر حسب عوامل زمینه‌ای

شرح	زن	مرد		زن	مرد	شرح
		اطمینان %	شانس			
کل حاشیه	۱		۱			تعديل نشده
مناطق روستایی	۰/۳۹	۰/۲۶	۰/۵۹	۰/۶۱	۰/۴۶	۰/۸۰
مناطق شهری	۰/۴۴	۰/۳۳	۰/۵۸	۰/۵۲	۰/۴۳	۰/۶۴
کل حاشیه	۱		۱			تعديل شده
مناطق روستایی	۰/۵۱	۰/۳۲	۰/۸۱	۰/۶۳	۰/۳۳	۱/۲۴
مناطق شهری	۰/۶۱	۰/۴۴	۰/۸۴	۰/۵۱	۰/۳۰	۰/۸۶
گروه‌های سنی	۱		۱			۱۹-۱۵
	۱/۳۹	۰/۵۹	۳/۲۵	۱/۲۵	۰/۵۲	۱/۸۹
	۳/۱۱	۱/۳۴	۷/۱۸	۲/۴۸	۱/۶۲	۳/۸۰
	۴/۶۰	۱/۹۴	۱۰/۸۹	۲/۷	۱/۷۲	۴/۲۴
	۷/۵۴	۳/۱۴	۱۸/۱۳	۲/۳۴	۱/۴۷	۳/۷۴
	۴/۶۶	۱/۸۴	۱۱/۷۷	۲/۲۶	۱/۳۸	۳/۷۲

۲/۵۵	۰/۸۶	۱/۴۹	۱۵/۰۰	۲/۴۲	۶/۰۳	+۴۵	
		۱			۱	فارس	قومیت
۱/۹۷	۰/۷۵	۱/۲۲	۲/۲۷	۰/۷۱	۱/۳	کرد	
۲/۱۴	۰/۸۹	۱/۳۸	۲/۴۶	۰/۸۳	۱/۴۳	ترک	
۴/۴۹	۲/۰۷	۳/۰۵	۱۲/۵۱	۴/۹۷	۷/۸۸	عرب	
۱/۷۳	۰/۶۸	۱/۰۸	۱/۹۷	۰/۷۰	۱/۱۸	سایر	
		۱			۱	بدون مشارکت	وضعیت تاهل
۱/۲۱	۰/۶۴	۰/۸۸	۲/۳۴	۰/۷۹	۳۶۱	حاضر در مشارکت	
۵/۴۳	۲/۶۲	۳/۷۸	۶/۹۶	۱/۸۱	۳/۵۶	حضور قبلی	
		۱/۰			۱/۰	-۱۵	
۰/۷۲	۰/۴۳	۰/۵۶	۱/۹۶	۰/۹۱	۱/۳۴	۱۹-۱۵	
۰/۵۶	۰/۲۶	۰/۳۸	۲/۱۸	۰/۸۵	۱/۳۶	+۲۰	
۰/۳۲	۰/۱۰	۰/۱۸	۲/۰۰	۰/۲۹	۰/۵۸	فاقد ارتباط	
۰/۶۸	۰/۲۷	۰/۴۳	۷/۲۳	۱/۰۹	۰/۰۳	اعلام نشده	
		۱/۰			۱/۰	بیسواد	تحصیلات
۱/۳۳	۰/۶۱	۰/۹۰	۲/۸۹	۰/۶۲	۱/۳	ابتدایی	
۱/۲۷	۰/۵۴	۰/۸۳	۱/۹۵	۰/۴۰	۰/۸۹	راهنمایی و بالاتر	
		۱/۰			۱/۰	بسیار کم	درآمد
۱/۵۵	۰/۸۳	۱/۱۳	۱/۶۱	۰/۶۴	۱/۰۲	فقیر	
۱/۵۵	۰/۸۲	۱/۱۲	۲/۰۹	۰/۸۳	۱/۳۲	متوسط	
۱/۱۷	۰/۶۰	۰/۸۴	۱/۴۸	۰/۵۴	۰/۸۹	خوب	
۱/۳۳	۰/۶۷	۰/۹۵	۲/۰۴	۰/۷۸	۱/۲۶	عالی	
					معنادار نبود	قومیت و مکان	بررسی های چند متغیره
۴/۱۶	۰/۵۰	۱/۴۴				فارس-شهری	
۲/۲۷	۰/۳۶	۰/۹۰				فارس-روستایی	
۳/۹۴	۰/۵۶	۱/۴۹				عرب-شهری	
۲/۶۰	۰/۶۱	۱/۲۶				عرب-روستایی	
۳/۸۱	۰/۶۸	۱/۶۱				کرد-شهری	
۳/۷۴	۱/۰۳	۱/۹۶				کرد-روستایی	
۱/۸۶	۰/۲۸	۰/۷۲				سایر-شهری	
۳/۷۴	۱/۰۳	۱/۹۶				سایر-روستایی	

جنسی، شیوع HIV در میان مردانی که در مناطق حاشیه‌نشین زندگی می‌کنند، این میزان برحسب سن، در حال افزایش است و همانطور که مشاهده می‌شود، افزایش در سنین ۴۰ تا ۴۴ سال قابل ملاحظه است. در ارتباط با مردان روستایی شیوع این بیماری‌ها بعد از سن ۳۵ سال رو به کاهش می‌گذارد. به جز گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال، شیوع این بیماری برای زنان غیر-حاشیه‌نشین شهری، برای تمام گروه‌های سنی، کمتر از زنان ساکن در حاشیه است. الگوی مورد نظر برای مردان نشان می-

جدول شماره ۳، شیوع بیماری‌های رفتاری و ایدز را بر اساس ویژگی‌های انتخابی نشان می‌دهد. به طور کل، ۱/۹۴ نفر از هر ۱۰ هزار نفر ساکنین حاشیه‌نشین، مبتلا به یکی از انواع بیماری‌های رفتاری هستند. این در حالی است که این مقدار برای شهرنشینان غیرحاشیه‌ای ۱/۳۲ نفر و ساکنین مناطق روستایی ۰/۱۳ نفر بوده است. علاوه بر آن، میزان شیوع در میان مردان بیشتر از زنان می‌باشد. الگوی سنی ابتلا به بیماری‌های رفتاری بر اساس جنس و محل سکونت متفاوت می‌باشد. با توجه به توزیع وضعیت

و آنانی که به روابط جنسی رسمی وفادار بودند، مشاهده نگردید.

یافته‌ها نشان داد که شیوع بیماری‌های رفتاری در میان قوم‌های کرد و بعد از آن عرب، بالاست. یافته قابل توجه آن بود که ارتباط قابل ملاحظه‌ای بین قومیت و مکان زندگی در مدل مربوط به مردان وجود دارد. به طور کلی، شیوع بیماری در میان حاشیه‌نشینان بیش از غیر حاشیه‌نشینان شهری است، اما الگوهای متفاوت دیگری نیز مطرح است که باید با بررسی‌های بیشتر مورد پژوهش قرار گیرد. در میان مردان فارس، بالاترین احتمال مثبت بودن ویروس در میان آنانی بود که در مناطق شهری ساکن بودند (۰/۲۵) و بعد از آن کسانی بودند که در حاشیه‌ها سکونت داشتند (۰/۲۳) و این مقدار برای مردان شهرنشین غیر حاشیه‌ای (۰/۲۱) بود.

متغیرهای اجتماعی-اقتصادی، ارتباط معنی‌داری با شانس مثبت بودن ویروس نداشتند. برای دستیابی به نتایج بهتر، داده‌های مربوط به حاشیه به تنهایی نیز تجزیه و تحلیل گردید تا مشخص شود که اهمیت نسبی متغیرهای اجتماعی-اقتصادی در میان گروه‌ها، چگونه است. یافته‌های به دست آمده نشان داد که سطح تحصیلات اثر قابل ملاحظه‌ای در دو مدل مردان و زنان ندارد.

بحث

در میان اغلب کشورهای جهان، شیوع بیماری‌های رفتاری به طور مشخص در نواحی شهری بیش از مناطق روستایی است و محدوده مورد مطالعه نیز از این قاعده مستثنی نمی‌باشد. مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهد که ساکنین مناطق حاشیه‌نشین با خطر اساسی بیماری‌های رفتاری نسبت به سایر گروه‌ها قرار دارند. این مطالعه نیز در ارتباط با شیوع بیماری‌های رفتاری و به خصوص ایدز در مناطق حاشیه‌نشین شهر مشهد اولین موردی بود که وجود تفاوت میزان خطر ابتلا به این ویروس را در این مناطق تایید می‌کرد. در واقع، نتایج بیان داشت که بالاترین میزان شیوع بیماری در حاشیه‌ها دیده می‌شود. این در حالی است که مطالعات مربوط به این حوزه به قلمروهای جغرافیایی وارد نشده و اغلب گروه‌های سنی را مورد توجه قرار داده‌اند. بر اساس این

دهد، میزان شیوع این بیماری برای ساکنین در مناطق حاشیه‌نشین بسیار بالاست. به هر جهت، عدم تشابه الگوی مردان و زنانی که در نواحی شهری غیر حاشیه‌ای زندگی می‌کنند، کاملاً مشخص است.

بر طبق آمارهای ارائه شده در جدول شماره ۳، تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین شیوع در بین گروه‌های قومی مختلف دیده می‌شود. نرخ شیوع در بین گروه‌های قومی متعلق به قبایل کرد نسبت به بقیه، بالاتر است. میزان ابتلا با فعالیت‌های جنسی و اعتیاد، به خصوص در میان مردان، رابطه داشت.

جدول شماره ۴، نتایج رگرسیون لجستیک را برای داده‌های طبقه‌بندی شده به تفکیک زن و مرد، نشان می‌دهد. اولین بخش این جدول، نشانگر نرخ‌های متفاوت شیوع بر اساس محل سکونت، بدون توجه به سایر متغیرهای زمینه‌ای می‌باشد. دومین بخش، نرخ‌های تعدیل شده را نشان می‌دهد. در این بررسی اندرکنش‌ها بر اساس رگرسیون چند متغیره لجستیک مورد آزمون قرار گرفت و تنها در یکی از مدل‌ها، جایگاه مردان در موقعیت بالاتری قرار داشت. همچنین بین محل سکونت و قومیت، بین شرایط جنسی و محل سکونت برای مدل زنان بسیار اندک و تنها ۰/۰۵ به دست آمد. این عدد نشانگر آن است که احتمال مثبت بودن وجود ویروس در بین زنان روستایی کمتر می‌باشد. با مراجعه به بخش اول جدول، تفاوت بین مردان و زنان و سکونت در مناطق جغرافیایی مختلف کاملاً بارز می‌باشد. اما بعد از تعدیل بر اساس سن، قومیت و وضعیت ازدواج، داشتن تجربه جنسی و تزریق در سنین پایین، وضعیت تحصیلی و سلامتی، میزان شانس مثبت بودن برای زنان حاشیه‌نشین بیشتر از مردانی بود که در مناطق غیر حاشیه‌نشین شهر زندگی می‌کردند (شانس معادل ۰/۵۱) و در نواحی روستایی این مقدار (۰/۶۱) بود. برای زنان ارتباط بین محل سکونت و قومیت معنی‌دار بود، اما در حد ناچیز. مردان و زنانی که هرگز ازدواج نکرده بودند، شانس کمتری در ارتباط با مثبت بودن ویروس در مقایسه با افرادی که طلاق گرفته و یا بیوه بودند (شانس ۳/۶ برای زنان و ۳/۸ برای مردان) داشتند. از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین احتمال مثبت بودن ویروس کسانی که هرگز ازدواج نکرده

بوده و برای جلوگیری از اطاله کلام از ذکر همگی آنها خودداری می‌شود.

نتیجه‌گیری

این مطالعه اهمیت تفاوت‌های مربوط به میزان شیوع بیماری ایدز را در مناطق سکونتی مختلف مشخص ساخت. در این بررسی معلوم شد که شیوع این بیماری‌ها در مناطق شهری عمدتاً به دلیل شیوع آن در بین گروه‌های حاشیه‌نشین می‌باشد. بر اساس نتایج این تحقیق، می‌توان ادعا نمود که بالاترین خطر ابتلا در گروه‌های حاشیه‌نشین است. با این وجود، این اثر وقتی عواملی چون سن، نژاد و سن ورود به فعالیت‌های غیر ایمن مورد توجه قرار می‌گیرد، تعدیل می‌شود. در میان ساکنین مناطق حاشیه‌ای خطرات مربوط به ابتلا به بیماری‌های رفتاری حتی در بین بزرگسالان نیز بالاست. به همین منظور، باید در بررسی تحقیقات مربوط به ابتلا به این بیماری‌ها این گروه‌ها نیز در نمونه‌های مورد بررسی، مد نظر قرار گیرند تا شرایط آنان نیز به دقت تجزیه و تحلیل گردد. در این مطالعه همچنین مشخص گردید که زنان در مقابل خطرات مربوط به ابتلا به بیماری‌های ویروسی بسیار آسیب‌پذیر می‌باشند. این شرایط وقتی این گروه در سنین بسیار پایین به فعالیت‌های غیر ایمن روی می‌آورند، بحرانی‌تر است. یکی از راهبردهایی که می‌تواند در کاهش نرخ ابتلا در بین گروه‌های ساکن در مناطق حاشیه‌ای اثر بخش باشد، اطلاع‌رسانی و آگاهی بخشی به این افراد می‌باشد. بر خلاف بسیاری از گزارش‌هایی که در این ارتباط منتشر شده‌است، در این مطالعه مشخص شد که شرایط اقتصادی و اجتماعی ارتباط مثبت و معنی‌داری با ابتلا به بیماری‌های رفتاری ندارد. اما مشخص گردید که سن فعلی، وضعیت تاهل و نژاد، مهم‌ترین عوامل تشریح‌کننده تفاوت‌ها می‌باشند. در نهایت، باید عنوان داشت که تلاش‌های مربوط به پیش‌گیری و برنامه‌های درمانی بایستی عمدتاً گروه‌های فقیر شهری را هدف قرار دهند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان از دانشگاه پیام نور برای فراهم آوردن امکان اجرای تحقیق سپاسگزاری می‌نمایند.

مطالعات، در ایران شیوع بیماری ایدز در حال افزایش است، به طوری که در گروه‌های پرخطر به بیش از ۵٪ رسیده‌است (۱۴). تغییرات قومیتی بیماری‌های رفتاری بر اساس تفاوت‌های فرهنگی، مربوط به نوع عملکرد افراد است. به عنوان مثال، گروه قومی کرد که دارای بالاترین نرخ ابتلا هستند، بیشتر از درمان‌های سنتی، خالکوبی، ازدواج با بیوه برادران و... بهره برداری می‌کنند. یافته جالب توجه این مطالعه آن بود که در میان مردان، الگوهای نژادی به صورتی ظاهر شده‌است که به وسیله محل کنونی سکونت قابل تبیین می‌باشد. به نظر می‌رسد که زندگی در مناطق شهری، نوعی تغییر در خطر سرایت مربوط به یک گروه قومی خاص باشد. یکی از دلایل این امر آن است که احتمالاً مردمی که در نواحی شهری زندگی می‌کنند، ممکن است کمتر آداب و مراسم مربوط به فرهنگ سنتی قبلی خود را که در افزایش یا کاهش خطر سرایت بیماری اثرگذارند، مراعات می‌کنند. در ایران مطالعات مربوط به زمان ازدواج و تاثیر آن بر شیوع بیماری‌های رفتاری وجود ندارد، اما مطالعات صورت گرفته در سطح جهان، متفاوت بوده و برخی نشان می‌دهد تاخیر در ازدواج، با احتمال بیشتر شیوع بیماری‌های رفتاری رابطه دارد. دلیل این امر آن است که این شرایط روابط جنسی خارج از عرف و تغییر شرکای جنسی را بیشتر می‌کند (۱۵). در مطالعه کنونی، تفاوتی در میزان ابتلا میان مردان و زنان متاهل و غیر متاهل مشاهده نشد. در این بررسی، عوامل اقتصادی و اجتماعی چون آموزش و وضعیت بهداشت و سلامت، ارتباط قابل ملاحظه‌ای با افزایش بیماری‌های رفتاری نداشت. این در حالی است که رابطه بین وضعیت بهداشت و سلامت و مثبت بودن ویروس ایدز در برخی از مطالعات مقایسه‌ای، به اثبات رسیده‌است (۱۶). یکی از دلایلی که برای ارتباط مثبت بین وضعیت بهداشت و سلامت و ابتلا به ایدز و یا مثبت بودن آزمایش HIV در اولین مطالعات عنوان شده بود، آن است که در اولین مراحل اپیدمی، مردم ثروتمند دارای تمایل به تغییر بیشتر شرکای جنسی خود دارند. زیرا این افراد قادرند از پس مخارج مربوطه بر آمده و از تحرک بیشتری نیز برخوردارند (۱۲). با این وجود، اختلاف نظر در این ارتباط زیاد

References

1. Archibald C. Knowledge and attitudes toward HIV/AIDS and risky sexual behaviors among Caribbean African American female adolescents. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2007; 14:64-72.
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2010.
3. Li X, Lin C, Gao Z, Stanton B, Fang X, Yin Q, et al. HIV/AIDS knowledge and the implications for health promotion programs among Chinese college students: geographic, gender and age differences. *Health Promot Int* 2004; 19:345-56.
4. Madise NJ, Ziraba AK, Inungu J, Khamadi SA, Ezech A, Zulu EM, et al. Are slum dwellers at heightene drisk of HIV infection than other urban residents? Evidence from population-based HIV prevalence surveys in Kenya. *Health Place* 2012; 1:1144-52.
5. Bocquier P, Madise NJ, Zulu EM. Is there an urban advantage in child survival insub-Saharan Africa? Evidence from18 countries in the1990s. *Demography* 2011; 7:531-58.
6. Tavoosi A, Zaferani A, Enzevaei A, Tajik P. Knowledge and Attitude towards HIV/AIDS among Iranian Students. *BMC Public Health* 2004; 4:17.
7. Tavani ME. Overview on HIV/AIDS and women in Iran. In25th International Congress of the Medical Women's International Association, Tehran, Iran; 2011.
8. Pakfetrat A, Shahabi Nezhad H. A study on general knowledge of the patients referring to Mashhad dental school about AIDS. *J Mashhad Dent Sch* 2004; 28:141-50.
9. Control/CfD. HIV/AIDS statistics in the country by the end of March 2005. Tehran: Tehran Ministry of Health and Medical Education; 2006.
10. Radfar RS, Sedaghat A, Banihashemi AT, Gouya M, Rawson RA. Behaviors influencing human immunodeficiency virus transmission in the context of positive prevention among people living with HIV/acquired immunodeficiency syndrome in Iran a quqlitative study. *Int J Prev Med* 2014; 5:976-83.
11. The Latest statistic of People with AIDS in Iran in 2014. Iran AIDS Prevention Center. Iran National Center for AIDS Prevention. Available at: URL: <http://aids.ir/post/823>; 2014.
12. The latest HIV infection in Iran; 60% of the people still do not know about their illness! Khabaronline. Available at: URL: [https://www.khabaronline.ir/\(X\(1\)S\(\)\)detail/773083/so ciety/health](https://www.khabaronline.ir/(X(1)S())detail/773083/so ciety/health); 2018.
13. Un-habitat. State of the world's cities 2010/2011: bridging the urban divide. Routledge, UK: Earthscan; 2010.
14. Haghdoost AA, Mostafavi E, Mirzazadeh A, Navadeh S, Feizzadeh A, Fahimfar N, et al. Modelling of HIV/AIDS in Iran up to 2014. *J AIDS HIV Res* 2011; 3:231-9.
15. Bongaarts J. Late marriage and HIV epidemic in sub-Saharan Africa. *Populat Stud* 2007; 14:71-83.
16. Parkhurst JO. Understanding the correlations between wealth, poverty and human immunodeficiency virus infection in African countries. *Bull World Health Organ* 2010; 8:519-26.

Original Article

Investigating the impact of Residential Environment in Increasing the Risk of AIDS (Case Study of Mashhad)

Received: 05/05/2018 - Accepted: 22/06/2018

Rostam Saberifar^{*1}
Elahe Vafayi Bagh Siyahi²

1- Associate Professor of Geography
and Urban Planning, Department of
Geography and Urban Planning,
Payame Noor University, Tehran, Iran
(Corresponding Author).

2- M.A. of Urban Planning,
Department of Urban Planning,
Payame Noor University, Tehran, Iran

* Iran, Mashhad, Blvd. Moallem,
Moallem 71

POBox 433-91735
Tel: 00985138683900
Email: saberifar@yahoo.com

Introduction: Although many researches have been performed on the impact of the residential environment on the health status, no independent research has been conducted regarding the prevalence of behavioral diseases among the residents of the city, the village, and the margin. For this purpose, this study was carried out in Mashhad.

Materials and Methods: The present study is a descriptive-analytic research that was carried out between the population of Mashhad and its surroundings during the years 2015 to 2016. Since the number of people at risk for behavioral diseases was not known, the affected population was first determined by the statistical method of recapture according to which 300 individuals were identified as the sample from among the identified patients. Collected data were analyzed using SPSS software.

Results: The results indicated that the prevalence of these diseases among the marginalized people was 1.94 in every 10,000 people, while this value was 1.32 for other parts of the city, and about 0.013 for the rural population. In addition, the prevalence of this type of disease among men was higher than that of women, but this difference was very small among marginalized populations. Although there were differences between ethnicity and patterns of disease, the effect of this factor was more closely related to the current residential place of the population.

Conclusion: Based on these findings, because of the prevalence of these diseases in poorer and more marginalized areas, it is necessary to seek more intensive treatment interventions and prevention training in these areas.

Keywords: Behavioral diseases, marginalization, urban areas, Mashhad

Acknowledgement: There is no conflict of interest.