

A Sociological Study of the Relationship Between Development, Social Inequality, and Poverty With an Emphasis on Access to Healthcare Services (Case Study: Tehran)

Rozita Khosravi¹, Mohammad Ali Chitsaz^{2*}, Kazem Ghojavand³

1. PhD Student, Department of Social Sciences, Dahaghan Branch, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran

2. Assistant Professor, Department of Social Sciences, Dahaghan Branch, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran

3. Assistant Professor, Department of Social Work, Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University, Khomeini Shahr, Iran

ABSTRACT

Poverty has been a persistent issue across various countries for many years. Despite economic growth in underdeveloped or developing countries, poverty continues to prevail. One of the critical social factors directly and indirectly influenced by the trajectory of economic development includes the state of education, healthcare, employment, poverty, and income of individuals in a society. Considering the significance of development levels in different areas of Tehran in recent years and identifying which indicators of social inequality and poverty are more closely related to the issue of development in these areas, this research was conducted with the objective of determining the relationship between the degree of development in Tehran's regions and citizens' access to healthcare services. This study employed both quantitative and qualitative approaches. The qualitative part used inductive analysis and semi-structured interviews with experts through the Delphi method. The quantitative part involved a statistical population of various Tehran residents, selected through simple random sampling. Data were collected using documentary and field methods (questionnaires) and were subsequently analyzed. The results indicate that from a sociological perspective, there is a relationship between development, social inequality, and poverty in Tehran. Regions with higher levels of development provide better access to healthcare services.

Received: 05 Sep 2024

Accepted: 04 Nov 2024

Available Online: 22 Dec 2024

Keywords

Social inequality, poverty, healthcare services, Tehran.

How to cite:

Khosravi, R., Chitsaz, M. A., & Ghojavand, K. (2024). A Sociological Study of the Relationship Between Development, Social Inequality, and Poverty With an Emphasis on Access to Healthcare Services (Case Study: Tehran). *Study and Innovation in Education and Development*, 4(4), 56-71.

* Corresponding Author:

Dr. Mohammad Ali Chitsaz

E-mail: Mad3175@yahoo.com



© 2024 the authors. Published by Institute for Knowledge, Development, and Research.

This is an open access article under the terms of the [CC BY-NC 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) License.

EXTENDED ABSTRACT

INTRODUCTION

Urban poverty is a multifaceted phenomenon that transcends mere economic insufficiency, often resulting in social inequalities and barriers to sustainable urban development. These challenges can manifest as spatial imbalances, urban poverty zones, and informal settlements (1). In cities like Tehran, these issues are compounded by the unequal distribution of healthcare services, housing disparities, and employment opportunities, contributing to social discontent and diminished quality of life (2). Social and spatial justice are critical in mitigating these issues, but their absence can exacerbate feelings of alienation among residents, further marginalizing underprivileged communities (3).

Global studies highlight a strong correlation between economic growth and poverty alleviation, underscoring the importance of equitable resource distribution to achieve sustainable development (5). However, in Tehran, rapid urbanization has created stark contrasts in development levels between regions. While some districts enjoy substantial resources, others struggle with persistent underdevelopment, reflecting broader socioeconomic disparities (8). This research investigates the sociological relationship between development, social inequality, and poverty, with a particular emphasis on access to healthcare services in Tehran.

METHODS AND MATERIALS

The study employed a mixed-methods approach combining qualitative and quantitative research designs. For the qualitative component, semi-structured interviews were conducted with 15 experts in urban sociology, public health, and urban management, using the Delphi method. Data from these interviews were analyzed through inductive content analysis to identify critical themes.

For the quantitative analysis, a cross-sectional survey was conducted among Tehran residents from diverse regions, including developed and underdeveloped districts. A total of 382 participants were selected through simple random sampling. Data collection utilized both documentary reviews and field-based questionnaires. Statistical analysis included regression models and ANOVA to determine the relationships between development indicators and access to healthcare services.

FINDINGS

The quantitative results reveal significant disparities in healthcare accessibility based on regional development levels. Regression analysis showed that development levels

accounted for 14.6% of the variance in healthcare accessibility, indicating a moderate positive relationship ($R^2 = 0.146$, $p < 0.001$). Residents in developed areas reported higher satisfaction with healthcare services, citing proximity to quality facilities and availability of resources. Conversely, underdeveloped regions suffered from inadequate medical infrastructure and higher costs, limiting access for economically disadvantaged groups.

The qualitative data corroborated these findings, highlighting systemic issues such as uneven resource allocation, high treatment costs, and inefficiencies in urban healthcare planning. Experts emphasized the role of governance and policy interventions in bridging these gaps.

DISCUSSION AND CONCLUSION

The findings underscore the intertwined nature of development, social inequality, and poverty in shaping healthcare access. Consistent with global literature, urban poverty in Tehran is exacerbated by uneven economic growth and resource distribution. Effective strategies require a holistic approach that addresses both structural inequities and localized needs. For instance, targeted investments in healthcare infrastructure in underserved areas could mitigate disparities and foster social cohesion (10).

From a policy perspective, fostering collaboration among municipal authorities, private sectors, and civil society organizations is crucial. Participatory planning can empower communities, ensuring that resource allocation aligns with their priorities. Moreover, integrating healthcare access into broader urban development plans could enhance equity and sustainability.

In conclusion, addressing urban poverty and social inequality necessitates comprehensive strategies that transcend traditional economic models. By prioritizing equitable resource distribution and fostering inclusive urban governance, cities like Tehran can achieve more balanced development, improving overall quality of life for all residents. Future research should explore longitudinal impacts of these interventions to inform adaptive policy frameworks.

مطالعه جامعه‌شناختی رابطه توسعه با نابرابری اجتماعی و فقر با تأکید بر دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی (مطالعه موردی شهر تهران)

روزیتا خسروی^۱، محمد علی چیت‌ساز^{۲*}، کاظم قجاوند^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه جامعه‌شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران
۲. استادیار، گروه جامعه‌شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران
۳. استادیار گروه مددکاری اجتماعی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران

چکیده

فقر مشکلی است که برای سالیان متمادی در بین کشورهای مختلف وجود داشته و علیرغم رشد اقتصادی در میان کشورهای توسعه نیافته و یا در حال توسعه همچنان ادامه دارد. یکی از مقوله‌های مهم اجتماعی که در معرض تأثیر مستقیم و غیرمستقیم مسیر توسعه اقتصادی قرار می‌گیرد، وضعیت تحصیل یا آموزش، بهداشت و درمان، اشتغال، فقر و درآمد افراد جامعه است. با توجه به اهمیت میزان توسعه‌یافتگی مناطق مختلف شهر تهران در سال‌های اخیر و اینکه کدام شاخص‌های نابرابری اجتماعی و فقر در ارتباط بیشتری با مسأله توسعه مناطق مختلف شهر تهران می‌باشد با اهداف تعیین رابطه بین میزان توسعه‌یافتگی در مناطق شهر تهران با دسترسی بیشتر به خدمات بهداشتی و درمانی برای شهروندان، این تحقیق به صورت کمی و کیفی انجام شد. در بخش کیفی، از روش تحلیل استقرایی، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با متخصصان با روش دلفی استفاده و در بخش کمی، جامعه آماری شامل شهروندان مختلف شهر تهران که به صورت تصادفی ساده انتخاب و از روش‌های اسنادی و میدانی (پرسشنامه) استفاده شد و داده‌های جمع‌آوری شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان می‌دهد که ازمنظر جامعه‌شناختی بین توسعه با نابرابری اجتماعی و فقر در شهر تهران رابطه وجود دارد و هرچه میزان توسعه‌یافتگی در مناطق شهر تهران بیشتر باشد، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی بیشتر خواهد بود.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۱۵

تاریخ اصلاحات: ۱۴۰۳/۰۸/۱۴

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۱۰/۰۲

کلیدواژه‌ها

نابرابری اجتماعی، فقر، خدمات بهداشتی و درمانی، شهر تهران.

شیوه ارجاع‌دهی:

خسروی، روزیتا، چیت‌ساز، محمدعلی، و قجاوند، کاظم. (۱۴۰۳). مطالعه جامعه‌شناختی رابطه توسعه با نابرابری اجتماعی و فقر با تأکید بر دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی (مطالعه موردی شهر تهران). پژوهش و نوآوری در تربیت و توسعه، ۴(۴)، ۷۱-۵۶.

نویسنده مسئول:

دکتر محمد علی چیت‌ساز

پست الکترونیکی: Mad3175@yahoo.com

© ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.

فقر شهری به معنای کمبود اقتصادی نیست و گاهاً حتی مباحثی در اجتماع رخ می‌دهد که به دور از مباحث اقتصادی است و می‌تواند مانعی برای توسعه پایدار شهری شود. این امر بر نابرابری و نداشتن تعادل فضایی شهرها و گستره فقر شهری و شکل‌گیری سکونتگاه‌های غیررسمی دامن زند (1). فقر شهری پدیده‌ای است که در شهرهای مختلف به ویژه شهرهای جدید بیشتر بروز کرده است. در این زمینه مؤلفه‌هایی وجود دارد که در واقع به دنبال این است تا وضعیت شهروندان نسبت به شهرهای ایده‌آل زندگی را بررسی کند (2). این پدیده روی موضوعات محدودیت‌ها، المان‌ها و مؤلفه‌های مختلف شهر مؤثر است، مانند فرصت‌های اشتغال‌زایی برای جوانان، درآمد شهری، مسکن مناسب و خدماتی که مدیریت شهری باید به شهروندان اعطا کند اما به دلیل توزیع ناعادلانه خدمات شهری به صورت پهنه‌هایی از محلات کم‌برخوردار و برخوردار تشکیل شده که این امر موجب می‌شود تا عدالت اجتماعی که باید در پیوند با عدالت فضایی باشد از بین برود و در نتیجه، فقدان ساز و کار حمایت اجتماعی ایجاد گردد. به بیان دیگر قسمتی از شهر نارضایتی بالایی را از دسترسی کمتر و سطح پایین خدمات، همکاری نهادها و مراجع با یکدیگر دارند و این عوامل در ابعاد مختلف تأثیرگذار است؛ مانند نبود خدمات آموزشی و بهداشتی برای شهروندان، مثل این که شهر از بعد فرهنگی دچار بی‌امنیت تعلق مکانی می‌شود و با شهر احساس بیگانگی پیدا می‌کند (3). راهکارهای مقابله با فقر شهری بر اساس قدرت پتانسیل‌ها، نقاط ضعف و قوت و تبدیل تهدیدها به فرصت امکانپذیر است. به طور کلی در یک فضای شهری راهکارها باید با همان جنبه‌هایی که بررسی می‌شود به کار گرفته شود. مدیریت شهر، بخش خصوصی و جامعه مدنی مجموع این ارکان باید در کنار یکدیگر قرار گیرد و با اتحاد سازمانی بتواند یک اهرم و جایگاهی را ایجاد کند تا مرحله اول بتوانیم برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های خود را متناسب با شهر ایجاد کنیم (4).

بسیاری از مطالعات انجام شده در بین کشورهای مختلف مؤید وجود ارتباط مثبت و قوی بین کاهش فقر رشد اقتصادی است که این منطبق با الگوی توسعه «نشت رو به پایین» است. این نگرش که محور الگوهای توسعه در دهه ۵۰ و ۶۰ میلادی بوده است متضمن جریان عمودی منافع رشد اقتصادی از افراد غنی به سمت افراد فقیر جامعه است به طوری که در مرحله اول افراد ثروتمند از مزایای رشد اقتصادی برخوردار می‌شوند و در مرحله بعد زمانی که افراد غنی اقدام به خرج کردن می‌نمایند افراد فقیر نیز از مزایای آن برخوردار خواهند شد. از دیدگاهی دیگر عاملی که می‌تواند بر فقر مؤثر باشد نابرابری توزیع درآمدهاست. کاهش در نابرابری توزیع درآمدها می‌تواند از طریق کاهش فقر به ازای هر سطحی از آن و نیز تأثیر بیشتر رشد اقتصادی بر کاهش فقر مؤثر باشد (5). نظام اجتماعی آسیب‌پذیر ایران در طول تاریخ با تأثیرپذیری از عوامل بیرونی به شدت آسیب‌پذیرتر شده و موجب گسترش توسعه اقتصادی-اجتماعی ناموزون و در نهایت موجب بروز شکل‌گیری مسائل و معضلات اجتماعی گوناگونی شده است. این مسائل و معضلات اجتماعی مانند فقر، بیکاری و ناهنجاری‌ها، در نهایت باعث بروز نابرابری‌ها از جمله نابرابری اجتماعی می‌گردد (6، 7). موضوع مطالعه میزان توسعه‌یافتگی مناطق مختلف شهر تهران در سال‌های اخیر از اهمیت بالایی برخوردار شده است. توزیع مناسب منابع و افزایش رفاه مردم

و رضایت از محل سکونت، باعث افزایش اعتماد به مدیریت شهری و بالارفتن میزان مشارکت آن‌ها در اجرای برنامه‌های عمرانی و فرهنگی و در نهایت توسعه‌یافتگی شهر می‌شود (8). کلان‌شهر تهران، به‌عنوان پایتخت، قدمتی ۲۲۵ ساله دارد و بزرگ‌ترین کلان‌شهر کشور و دومین کلان‌شهر خاورمیانه بعد از قاهره در مصر است که براساس آخرین تقسیمات شهری شهرداری، ۲۲ منطقه و ۳۵۵ محله دارد. تخصیص منابع و توزیع امکانات شهری بین این محلات به‌دلیل ویژگی‌های جمعیتی، اقتصادی، سازه‌ای، سیاسی و امنیتی و تفاوت‌هایی که در ساختار فضایی و بافت محلات، تراکم نسبی جمعیت و نحوه‌ی شکل‌گیری واحدهای خدماتی و تجاری در آن‌ها وجود دارد، با دشواری‌های خاص خود مواجه است. مدیران شهری کلان‌شهر تهران برای تصمیم‌گیری در خصوص ارتقای سطح کیفی زندگی یا رفع مشکلات محلات مختلف از طریق تخصیص منابع (سرمایه، زمان و امکانات) نیازمند شناخت همه‌جانبه‌ی این محلات‌اند. مقایسه‌ی سطوح برخورداری محلات و مناطق مختلف شهری می‌تواند نقطه‌ی شروع تصمیم‌گیری برای تخصیص بهینه‌ی منابع باشد. شدت مشکلات در یک محله نسبت به محلات دیگر و عارضه‌یابی آن به تصمیم‌گیران کمک می‌کند چگونه و تا چه حد توزیع منابع را برای رفع مشکلات مزبور تغییر دهند. در سال‌های گذشته به نظر می‌رسد علی‌رغم تلاش مسئولان همچنان نابرابری اجتماعی و فقر بر اساس نرخ توسعه‌یافتگی در مناطق مختلف شهر تهران رو به شدت گذاشته است. به نحوی که برخی مناطق تهران چندین برابر نسبت به مناطق دیگر از میزان توسعه‌یافتگی بالاتر برخوردار شده‌اند. این شهر با سرعت بالایی به سمت توسعه‌یافتگی است، اما آخرین نتایج از پژوهش‌های دانشگاهی نشان می‌دهد، بسیاری از مناطق شهر تهران هنوز راه زیادی تا توسعه‌یافتگی دارند. بر اساس پژوهش صورت گرفته در دانشگاه تربیت مدرس تهران و شهید بهشتی تهران، مناطق ۳، ۶ و ۱ توسعه‌یافته‌ترین و ۱۵، ۱۷ و ۱۹ کم‌توسعه‌یافته‌ترین مناطق تهران هستند (9).

در زمینه سنجش توسعه‌یافتگی در مناطق مختلف پژوهش‌های مختلفی انجام شده است، ولی در مورد سنجش توسعه‌یافتگی شهر تهران و رابطه آن با نابرابری اجتماعی و فقر مطالعه معدودی صورت گرفته است. از طرفی دیگر از جمله ابعاد مجهول در این زمینه که تحقیق حاضر درصدد پاسخگویی به آن می‌باشد این است که کدام شاخص‌های نابرابری اجتماعی و فقر در ارتباط بیشتری با مسأله توسعه مناطق مختلف شهر تهران می‌باشد. بنابراین سؤال اصلی پژوهش این است که آیا از منظر جامعه‌شناختی بین توسعه با نابرابری اجتماعی و فقر در شهر تهران رابطه معنادار وجود دارد؟ و سپس درصدد پاسخ به این سؤال که آیا بین میزان توسعه‌یافتگی در مناطق شهر تهران با دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی برای افراد رابطه وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از روش ترکیبی کمی و کیفی بهره می‌گیرد و از بین رویکردهای مختلف روش ترکیبی، از طرح استفاده می‌کند. در بخش پژوهش کیفی، از روش تحلیل محتوای کیفی از نوع استقرایی استفاده شد. در این روش، با به کارگیری یک تعریف عملیاتی به عنوان کد که بر اساس مباحث نظری به دست آمده است، تحلیل محتوا آغاز می‌شود. جامعه آماری در این بخش ۱۵ نفر

از متخصصان، نخبگان و پژوهشگران ارشد در زمینه جامعه‌شناسی شهری، اقتصاد شهری و نیز متخصصان در حوزه‌های مددکاری اجتماعی و مدیریت شهری به شمار می‌روند که در قالب روش دلفی مورد مصاحبه نیمه ساختاریافته قرار گرفتند. در بخش کیفی از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد.

جامعه آماری در این بخش کلیه شهروندان در مناطق مختلف شهر تهران بودند که ابتدا از میان مناطق مختلف شهر تهران مناطق سه در شمال تهران، منطقه ۲۲ در غرب، منطقه ۱۲ در جنوب و منطقه ۴ در شرق تهران انتخاب شد و سپس از میان شهروندان این مناطق به صورت تصادفی ساده نمونه مورد نظر انتخاب شدند. همچنین در این بخش برای جمع‌آوری اطلاعات از روش‌های اسنادی و میدانی استفاده شد که در روش اسنادی اطلاعات از طریق مطالعه کتب، نشریات، منابع اینترنتی و پایگاه‌های اطلاعاتی جمع‌آوری و پس از انتخاب منابع نسبت به تهیه، فیش‌برداری و تدوین سوالات اولیه که باید در اختیار نخبگان و خبرگان قرار گیرد مورد نظر اقدام شد. و در روش میدانی ابتدا برای انجام مصاحبه‌های اکتشافی به صورت هدفمند تعدادی از خبرگان و متخصصان در زمینه مدیریت شهری، جامعه‌شناسی و مددکاران اجتماعی انتخاب و مصاحبه به عمل آمد. سپس برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، پرسشنامه‌ها در بین نمونه‌های آماری توزیع و سپس داده‌های جمع‌آوری شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. همچنین در بخش کیفی از روش کدگذاری باز، محوری و گزینشی استفاده شد.

یافته‌ها

بین شهروندان تهرانی مورد پرسش در این مطالعه، ۴۰۰ پرسشنامه توزیع گردید که ۳۸۲ پرسشنامه به صورت کامل تکمیل شد. از این تعداد پرسشنامه در نظر گرفته شده، تعداد ۱۷۴ پرسشنامه مربوط به شهروندان زن و تعداد ۲۰۸ پرسشنامه مربوط به شهروندان مرد بوده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب جنس، سن و تحصیلات شهروندان

شاخص آماری	فراوانی	درصد	جمع (نفر)
زنان	۱۷۴	۴۵/۵	۳۸۲
مردان	۲۰۸	۵۴/۵	
زنان کمتر از ۳۰ سال	۶/۹	۱۲	۴۴
مردان کمتر از ۳۰ سال	۱۵/۴	۳۲	
زنان ۳۱ تا ۴۰ سال	۴۲/۵	۷۴	۱۶۰
مردان ۳۱ تا ۴۰ سال	۴۱/۳	۸۶	
زنان ۴۱ تا ۵۰ سال	۲۸/۷	۵۰	۱۰۸
مردان ۴۱ تا ۵۰ سال	۲۷/۹	۵۸	
زنان ۵۱ سال و بالاتر	۲۱/۹	۳۸	۷۰
مردان ۵۱ سال و بالاتر	۱۵/۴	۳۲	
زنان زیر دیپلم	۱۵	۲۶	۴۶
مردان زیر دیپلم	۹/۶	۲۰	
زنان دارای دیپلم	۶۸	۱۲۰	۲۵۴

	۱۳۴	۶۴/۴	مردان دارای دیپلم
۸۲	۲۸	۱۷	زنان دارای فوق دیپلم و بالاتر
	۵۴	۲۶	مردان دارای فوق دیپلم و بالاتر

داده‌های جدول بالا نشان می‌دهد که ۶/۹ درصد از شرکت‌کنندگان در تحقیق شهروندان زن هستند که زیر ۳۰ سال سن داشته‌اند. در همین گروه سنی ۱۵/۴ درصد از شهروندان مرد قرار داشته‌اند. علاوه بر این ۴۱/۹ درصد از کل شرکت‌کنندگان در این تحقیق را افرادی تشکیل داده‌اند که بین گروه‌های سنی ۳۱ تا ۴۰ سالگی قرار دارند. همچنین اکثریت نمونه‌های تحقیق (۱۲۷ نفر) یعنی ۶۶/۵ درصد دارای تحصیلات دیپلم و ۲۱/۵ درصد شهروندان که در این پژوهش شرکت نموده‌اند، دارای سطح تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر تشکیل داده‌اند. ۱۲ درصد دارای تحصیلات زیر دیپلم می‌باشند.

جدول ۲. شماره توزیع فراوانی خانواده‌ها بر حسب سابقه سکونت و میزان درآمد ماهیانه (تومان) و رضایت از زندگی

در شهر تهران

گروه	مقدار	زنان		مردان		جمع	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سابقه سکونت	کمتر از ۱۰ سال	۵۶	۳۴/۵	۵۶	۲۶/۹	۱۰۸	۳۰/۴
	۱۰ تا ۲۰ سال	۷۰	۴۰/۳	۱۰۸	۵۱/۹	۱۷۸	۴۶/۶
	۲۰ تا ۳۰ سال	۴۸	۲۵/۳	۴۴	۲۱/۲	۸۸	۲۳
میزان درآمد	کمتر از ۱۰ میلیون	۶	۳/۵	۶	۲/۹	۱۲	۳/۱
	۱۰ تا ۱۵ میلیون	۱۶	۹/۲	۳۴	۱۶/۵	۲۵	۱۳/۱
	۱۵ تا ۲۰ میلیون	۶۲	۳۵/۶	۶۲	۲۹/۸	۱۲۲	۳۲/۵
	۲۰ تا ۲۵ میلیون	۷۰	۴۰/۲	۶۶	۳۱/۷	۱۳۶	۳۵/۶
	بیش از ۲۵ میلیون	۲۰	۱۱/۵	۴۰	۱۹/۱	۶۰	۱۵/۷
میزان رضایت از زندگی	خیلی کم	۴۶	۲۶/۴	۵۴	۲۶	۱۰۰	۲۶/۲
	کم	۵۰	۲۸/۷	۱۰۶	۵۱	۱۰۸	۳۰/۴
	تاحدودی	۲۴	۱۳/۸	۲۶	۱۲/۵	۵۰	۱۳
	زیاد	۴۸	۲۷/۶	۱۲	۵/۸	۶۰	۱۵/۷
	خیلی زیاد	۶	۳/۵	۱۰	۴/۷	۱۶	۴/۲

داده‌های جدول فوق بیانگر آن است که ۴۶/۶ درصد از شهروندان شرکت‌کننده در تحقیق دارای سابقه سکونت در شهر تهران بین ۱۰ تا ۲۰ سال بوده‌اند. همچنین ۳۰/۴ درصد از شرکت‌کنندگان دارای سابقه سکونت کمتر از ۱۰ سال می‌باشند. و در مورد میزان درآمد ماهیانه بیشترین فراوانی مربوط به شهروندان با حقوق ۲۰ میلیون تا ۲۵ میلیون (۳۵/۶ درصد) و کمترین درآمد مربوط به شهروندان تهرانی با حقوق کمتر از ۱۰ میلیون تومان در ماه (۳/۱ درصد) می‌باشد. همچنین در مورد میزان رضایت از زندگی ۲۶/۲ درصد از شهروندان مورد مطالعه در حد خیلی کم، ۳۰/۴ درصد در حد کم و ۱۳ درصد نیز در حد تا حدودی بوده است. همچنین ۱۵/۷ شهروندان

(۵۶ درصد) اعتقاد داشته‌اند که میزان رضایت آن‌ها از زندگی در شهر تهران در حد زیاد دارند. همچنین ۴/۲ از شهروندان میزان رضایت از زندگی خود را در حد خیلی زیاد ارزیابی نموده‌اند.

جدول ۳. آزمون K-S برای خوبی برازندگی توزیع نمرات مربوط به متغیرهای تحقیق

شاخص آماری	خدمات بهداشت
تعداد	۳۸۲
میانگین	۳.۶۲۶
انحراف استاندارد	۱.۴۴۲۵
برابر	۰.۵۷.
تفاوت‌های کاملاً مثبت	۰.۹۲.
تفاوت‌های کاملاً منفی	۰.۷۱.-
Z	۹۶۶.
سطح معناداری	۲۷۱.

بر اساس داده‌های جدول بالا می‌توان مطرح نمود که چون نمره Z محاسبه شده برای مؤلفه‌های این تحقیق در سطح ۹۵ درصد از میانگین کمتر می‌باشد لذا می‌توان مطرح نمود که توزیع فوق، مفروضه نرمال بودن را داراست و می‌توان از میانگین به‌عنوان معرف شاخص گرایش مرکزی استفاده نمود و از مدل‌های آمار پارامتریک استفاده به عمل آورد.

در این بخش ابتدا هر فرضیه را به صورت آماری یعنی در دو قسمت فرض صفر (H_0) و فرض مقابل (H_1) بیان گردید. فرض H_0 نشان‌دهنده عدم وجود تأثیر یا رابطه بین متغیرها و فرض H_1 نشان‌دهنده وجود تأثیر یا رابطه بین متغیرهاست. سپس به منظور بررسی فرضیه‌های ذکر شده از آزمون رگرسیون ساده به روش همزمان استفاده شد که نتایج آن به شرح ذیل می‌باشد.

جدول ۴. خلاصه مدل رگرسیونی

فرضیه	روش	ضریب همبستگی	ضریب تعیین شده	ضریب تعیین تعدیل خطای استاندارد برآورد شده
هرچه میزان توسعه‌یافتگی در مناطق شهر تهران بیشتر باشد، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی برای افراد بیشتر می‌شود	Enter (همزمان)	۰/۳۸۳	۰/۱۴۶	۱/۰۸۸
فرضیه اصلی: ازمنظر جامعه‌شناختی بین توسعه با نابرابری اجتماعی و فقر در شهر تهران رابطه وجود دارد		-۰/۶۵۵	۰/۰۸۶	۱/۳۹

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود در مورد ضریب همبستگی چندگانه بین متغیرهای میزان توسعه‌یافتگی در مناطق شهر تهران و دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی برابر ۰/۳۸۳ می‌باشد و ضریب تعیین آن برابر ۰/۱۴۶ می‌باشد. به عبارت دیگر ۰/۱۴۶ از تغییرات واریانس متغیر وابسته یعنی، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی به وسیله متغیر مستقل یعنی میزان توسعه‌یافتگی در مناطق شهر تهران تبیین می‌شود و ضریب تعیین تعدیل شده نشان می‌دهد که مدل مورد استفاده ۰/۱۴۲ تغییرات در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی را به حساب آورده است و در مورد فرضیه اصلی پژوهش ضریب همبستگی چندگانه بین متغیرهای توسعه

با نابرابری اجتماعی و فقر در شهر تهران برابر $0/655$ - می باشد و ضریب تعیین آن برابر $0/086$ می باشد. به عبارت دیگر $0/086$ از تغییرات واریانس متغیر وابسته یعنی نرخ فقر به وسیله متغیر مستقل یعنی میزان توسعه تبیین می شود و ضریب تعیین تعدیل شده نشان می دهد که مدل مورد استفاده $0/086$ تغییرات در نرخ فقر به حساب آورده است. در ادامه تحلیل واریانس و ضرائب معادله رگرسیونی برای تمام فرضیه های فوق انجام گرفت.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس فرضیه های پژوهش

فرضیه	منابع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معنی داری
دسترسی به	رگرسیونی	۳۶/۵۱۹	۱	۳۶/۵۱۹	۳۰/۷۱۱	۰/۰۰۰
خدمات بهداشتی	باقیمانده	۲۱۲/۸۵۷	۳۸۱	۱/۱۸۹		
و درمانی	کل	۲۴۹/۳۷۶	۳۸۲			
نابرابری و فقر	رگرسیونی	۴۶/۶۱۱	۱	۲۰/۵۲۶	۱۹/۳۱۲	۰/۰۰۰
	باقیمانده	۳۸۹/۵۹۰	۳۸۱	۱/۳۱۹		
	کل	۴۴۶/۱۸۰	۳۸۲			

جدول ۶. ضرایب متغیرهای پژوهش

متغیر	B	خطای استاندارد	مقدار بتا	مقدار T	Sig سطح معنی داری
دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی	۰/۹۹۴	۰/۱۷۹	۰/۳۸۳	۵/۵۴۲	۰/۰۰۰
نابرابری و فقر	۰/۷۶۹	۰/۱۲۳	۰/۲۱۵	۴/۳۷۷	۰/۰۰۰

در مورد فرضیه دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی اثر رگرسیونی متغیر میزان توسعه یافتگی در مناطق شهر تهران بر دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی معنادار بوده است. این اثر رگرسیونی با مقدار $F=30/711$ ، در سطح آلفای $0/000$ معنادار بدست آمد. و همچنین متغیر میزان توسعه یافتگی در مناطق شهر تهران با مقدار بتای $0/383$ و $t=5/542$ ، در سطح آلفا $0/000$ پیش بینی کننده معنی داری برای متغیر دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی به حساب می آید. به عبارت دیگر به ازای یک واحد تغییر در انحراف معیار متغیر میزان توسعه یافتگی در مناطق شهر تهران $0/383$ در انحراف معیار متغیر دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی تغییر ایجاد می شود.

در مورد فرضیه اصلی اثر رگرسیونی متغیر میزان توسعه بر نرخ فقر و نابرابری معنادار بوده است. این اثر رگرسیونی با مقدار $F=19/312$ ، در سطح آلفای $0/000$ معنادار بدست آمد. به عبارت دیگر مجموع مجزورات باقیمانده به آن میزان نبود که اثر رگرسیونی را خنثی نماید و موجب عدم تفاوت معنادار گردد و همچنین متغیر میزان توسعه با مقدار بتای $0/215$ و $t=4/377$ ، در سطح آلفا $0/000$ پیش بینی کننده معنی داری برای متغیر نرخ فقر و نابرابری به حساب می آید. به عبارت دیگر به ازای یک واحد تغییر در انحراف معیار متغیر میزان توسعه یافتگی در مناطق شهر تهران $0/215$ در انحراف معیار متغیر فقر و نابرابری تغییر ایجاد می شود.

پس از تعیین نتایج آزمون رگرسیون، واریانس و ضرائب فرضیه‌های پژوهش، مصاحبه با متخصصان شرکت‌کننده با روش دلفی برای بخش کیفی پژوهش انجام و مشخصات مصاحبه‌شوندگان، تحلیل و نتایج در جداول ذیل ارائه گردید.

جدول ۷. مشخصات افراد متخصص مشارکت‌کننده در پژوهش

شماره مصاحبه‌شونده	مدرک تحصیلی	محل اشتغال	تخصص اصلی	تألیفات و مقالات در زمینه شهرنشینی
۱	دکتری تخصصی	عضو هیأت علمی دانشگاه	مددکاری اجتماعی	۱۲
۲	دکتری تخصصی	عضو هیأت علمی دانشگاه	جامعه‌شناسی	۱۷
۳	کارشناسی‌ارشد	شهرداری تهران	شهرسازی	۸
۴	دکتری تخصصی	عضو هیأت علمی دانشگاه	جغرافیای شهری	۱۵
۵	کارشناسی‌ارشد	سازمان برنامه‌ریزی	اقتصاد	۶
۶	دکتری تخصصی	عضو هیأت علمی دانشگاه	جامعه‌شناسی	۲۳
۷	دکتری تخصصی	نیروی انتظامی	آسیب‌شناسی اجتماعی	۱۰
۸	دکتری تخصصی	عضو هیأت علمی دانشگاه	برنامه‌ریزی شهری	۶
۹	کارشناسی‌ارشد	سازمان بهزیستی	جامعه‌شناسی	۵
۱۰	کارشناسی‌ارشد	سازمان بهزیستی	مددکاری اجتماعی	۳

جدول ۸. تحلیل مصاحبه متخصصین، کدگذاری و استخراج نشانه‌ها و فراوانی پاسخ

مقوله اصلی	شماره متخصص	جمله کد (اظهارات معنادار)	نشانه‌ها	فراوانی
دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی	۱	امکانات درمانی نامناسب توزیع شده‌اند. دسترسی شهروندان به منابع مناسب نیست. توزیع کادر درمان مناسب نیست. دارو و درمان بسیار گران شده. خیلی وقتها شهروندان برای درمان اقدام نمیکنند. مخصوصاً خدمات دندانپزشکی را خیلی‌ها به دلیل گرانی رها کردند.	گرانی هزینه‌های درمان نبود نیروی انسانی کارآمد اشتباهات کادر درمان عادلان نبودن فرآیند درمان	۷
	۲	درمان فقط برای پول دارها وجود داره. امکانات درمانی نامناسب توزیع شده‌اند. دسترسی شهروندان به منابع مناسب نیست. درمان هست ولی گران هست. دارو و درمان بسیار گران شده. خیلی وقتها شهروندان برای درمان اقدام نمیکنند. مخصوصاً خدمات دندانپزشکی را خیلی‌ها به دلیل گرانی رها کردند.	گرانی هزینه‌های درمان نبود نیروی انسانی کارآمد اشتباهات کادر درمان عادلان نبودن فرآیند درمان	۴
	۳	بیشتر بیمارستانهای خوب تهران شمال تهران هستند. هرچی دکتر خوبه تو شمال تهرانه. دسترسی شهروندان به منابع مناسب نیست. توزیع کادر درمان مناسب نیست. دارو و درمان بسیار گران شده	گرانی هزینه‌های درمان نبود نیروی انسانی کارآمد اشتباهات کادر درمان عادلان نبودن فرآیند درمان	۵

۴	امکانات درمانی نامناسب توزیع شده‌اند. دسترسی شهروندان به منابع مناسب نیست. توزیع کادر درمان مناسب نیست. دارو و درمان بسیار گران شده درمان هم تجملی شده.	۵	گرانی هزینه‌های درمان نبود نیروی انسانی کارآمد اشتباهات کادر درمان عادلان نبودن فرآیند درمان
۵	امکانات درمانی نامناسب توزیع شده‌اند. درمانگاه و دکتر همه جا هست ولی خدمات گرون هست. خیلی وقتها شهروندان برای درمان اقدام نمیکنند. بیمه‌ها ناکارآمد هستند.	۵	گرانی هزینه‌های درمان نبود نیروی انسانی کارآمد اشتباهات کادر درمان عادلان نبودن فرآیند درمان
۶	امکانات درمانی نامناسب توزیع شده‌اند. دسترسی شهروندان به منابع مناسب نیست. توزیع کادر درمان مناسب نیست. دارو و درمان بسیار گران شده. خیلی وقتها شهروندان برای درمان اقدام نمیکنند. مخصوصا خدمات دندانپزشکی را خیلی‌ها به دلیل گرانی رها کردند.	۴	گرانی هزینه‌های درمان نبود نیروی انسانی کارآمد اشتباهات کادر درمان عادلان نبودن فرآیند درمان
۷	درمانها به شدت گرون شده و داروها کمیاب هستند. توزیع کادر درمان مناسب نیست. دارو و درمان بسیار گران شده. خیلی وقتها شهروندان برای درمان اقدام نمیکنند. از روی نداشتن هزینه‌ها دندان‌ها را بیشتر میکشند تا ترمیم کنند.	۵	گرانی هزینه‌های درمان نبود نیروی انسانی کارآمد اشتباهات کادر درمان عادلان نبودن فرآیند درمان
۸	امکانات درمانی نامناسب توزیع شده‌اند. دسترسی شهروندان به منابع مناسب نیست. توزیع کادر درمان مناسب نیست. دارو و درمان بسیار گران شده. خیلی وقتها شهروندان برای درمان اقدام نمیکنند. مخصوصا خدمات دندانپزشکی را خیلی‌ها به دلیل گرانی رها کردند.	۳	گرانی هزینه‌های درمان نبود نیروی انسانی کارآمد اشتباهات کادر درمان عادلان نبودن فرآیند درمان
۹	امکانات درمانی نامناسب توزیع شده‌اند. درمانگاهها پاسخگوی نیاز مردم نیستند. خیلی وقتها شهروندان برای درمان اقدام نمیکنند. مخصوصا خدمات دندانپزشکی را خیلی‌ها به دلیل گرانی رها کردند.	۶	گرانی هزینه‌های درمان نبود نیروی انسانی کارآمد اشتباهات کادر درمان عادلان نبودن فرآیند درمان
۱۰	امکانات درمانی نامناسب توزیع شده‌اند. دسترسی شهروندان به منابع مناسب نیست. توزیع کادر درمان مناسب نیست. دارو و درمان بسیار گران شده. خیلی وقتها شهروندان برای درمان اقدام نمیکنند. مخصوصا خدمات دندانپزشکی را خیلی‌ها به دلیل گرانی رها کردند.	۶	گرانی هزینه‌های درمان نبود نیروی انسانی کارآمد اشتباهات کادر درمان عادلان نبودن فرآیند درمان

بعد از تحلیل مصاحبه متخصصین، شناسایی عوامل با استفاده از تکنیک دلفی در پرسشنامه، از عوامل مؤثر بر فقر و نابرابری اجتماعی در شهر تهران از پژوهشهای پیشین و نظرات متخصصین استخراج و ارائه گردید؛ که پاسخگو نظر خود را درباره میزان تأثیر هر یک از عوامل، مؤلفه‌ها و شاخص‌های فرآیندها و نتایج ارائه دادند و انتخاب یکی از گزینه‌های موجود در مقابل آن‌ها (تأثیر بسیار کم عدد ۱، تأثیر کم عدد ۲، تأثیر متوسط عدد ۳، تأثیر زیاد عدد ۴ و تأثیر بسیار زیاد عدد ۵) را تعیین نمودند. این گزینه‌ها در قالب طیف لیکرت تعیین شده است. نتایج دور اول، دوم و سوم لیست عوامل تأثیرگذار بر فقر و نابرابری اجتماعی در جدول پایین مشخص شده‌اند.

جدول ۹. نتایج میانگین پاسخگویان و انحراف معیار نظرات خبرگان در دور اول به روش دلفی

شاخص‌های فقر و نابرابری اجتماعی	زیر مجموعه	میانگین پاسخ‌ها	انحراف معیار
دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی	تعدد مراکز درمان در منطقه	۳/۱۲	۰/۴۵
	کیفیت ارائه خدمات در مراکز درمان منطقه	۳/۶۷	۰/۹۰
	هزینه ارائه خدمات درمانی در منطقه	۲/۵۱	۰/۲۳
	کادر درمان برخوردار در منطقه	۲/۹۰	۰/۱۲

در پرسشنامه دور اول، لیستی از عواملی ارائه گردید که شرکت‌کنندگان در دور اول به عنوان عوامل مؤثر در رابطه بین توسعه‌یافتگی و فقر و نابرابری اجتماعی شهر تهران نشان داده بودند. نتایج دور اول روش دلفی شامل مواردی مانند تعداد پاسخ‌ها برای هر گویه و میانگین‌ها ارائه گردید. در جدول بالا پاسخ‌ها، انحراف معیار هر عامل بر اساس میانگین پاسخ‌های هر عامل را مانند زیر مجموعه‌ها، میانگین پاسخ‌ها و انحراف معیار آورده شده است. ضریب هم‌هنگی کندال پاسخ‌های این دور معادل ۰/۹۴۱ می‌باشد.

جدول ۱۰. نتایج میانگین پاسخگویان و انحراف معیار نظرات متخصصین در دور دوم به روش دلفی

شاخص‌های فقر و نابرابری اجتماعی	زیر مجموعه	میانگین پاسخ‌ها	انحراف معیار
دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی	تعدد مراکز درمان در منطقه	۳/۱۲	۰/۴۷
	کیفیت ارائه خدمات در مراکز درمان منطقه	۳/۶۶	۰/۹۸
	هزینه ارائه خدمات درمانی در منطقه	۲/۶۸	۰/۲۳
	کادر درمان برخوردار در منطقه	۲/۹۲	۰/۱۶

در پرسشنامه دور دوم، لیستی از عواملی ارائه گردید که شرکت‌کنندگان در دور اول به عنوان عوامل مؤثر در رابطه بین توسعه‌یافتگی و فقر و نابرابری اجتماعی شهر تهران نشان داده بودند. نتایج دور دوم روش دلفی شامل مواردی مانند تعداد پاسخ‌ها برای هر گویه و میانگین‌ها ارائه گردید. در جدول بالا پاسخ‌ها، انحراف معیار هر عامل بر اساس میانگین پاسخ‌های هر عامل را مانند زیر مجموعه‌ها، میانگین پاسخ‌ها و انحراف معیار آورده شده است. ضریب هم‌هنگی کندال پاسخ‌های این دور معادل ۰/۹۴۵ می‌باشد که نشان‌دهنده افزایش توافق بین نظرات متخصصین بوده است.

جدول ۱۱. نتایج میانگین پاسخگویان و انحراف معیار نظرات متخصصین در دور سوم به روش دلفی

انحراف معیار	میانگین پاسخها	زیر مجموعه	شاخص‌های فقر و نابرابری اجتماعی
۰/۴۱	۳/۶۲	تعدد مراکز درمان در منطقه	دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی
۰/۹۷	۳/۶۹	کیفیت ارائه خدمات در مراکز درمان منطقه	
۰/۲۳	۲/۵۲	هزینه ارائه خدمات درمانی در منطقه	
۰/۱۵	۲/۳۸	کادر درمان برخوردار در منطقه	

در پرسشنامه دور سوم، لیستی از عواملی ارائه گردید که شرکت‌کنندگان در دور دوم به عنوان عوامل مؤثر در رابطه بین توسعه‌یافتگی و فقر و نابرابری اجتماعی شهر تهران نشان داده بودند. نتایج دور سوم روش دلفی شامل مواردی مانند تعداد پاسخها برای هر گویه و میانگین‌ها ارائه گردید. در جدول بالا پاسخها، انحراف معیار هر عامل بر اساس میانگین پاسخهای هر عامل را مانند زیر مجموعه‌ها، میانگین پاسخها و انحراف معیار آورده شده است. ضریب همبستگی کندال پاسخهای این دور معادل ۰/۹۴۷ می‌باشد که نشان‌دهنده افزایش توافق بین نظرات متخصصین بوده است. با توجه به اینکه ضریب توافق این دور با ضریب توافق دوره دوم تفاوت چندانی نکرده است می‌توان بیان داشت که ضریب توافق بین متخصصین ۰/۹۴۵ گزارش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه اصلی در این پژوهش مبنی بر این که از منظر جامعه‌شناختی بین توسعه با نابرابری اجتماعی و فقر در شهر تهران رابطه وجود دارد. در ایران نیز تحقیقاتی در بررسی رابطه سه وجهی رشد، توزیع و فقر در کلان شهرها صورت گرفته است که به طور کلی به دو دسته تقسیم می‌شوند: دسته اول گزارش‌هایی که به بررسی رابطه سیاست‌های حداکثر کردن رشد اقتصادی یا تعدیل اقتصادی بر فقر پرداخته‌اند و دسته دوم گزارش‌هایی است که دوره‌های بیشتری را نسبت به دوره تعدیل اقتصادی بررسی کرده‌اند. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش اشرفی و همکاران (۱۳۹۷) همسویی دارد. آن‌ها در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که فقرزدایی و تعدیل نابرابری درآمد، وقتی همراه با رشد اقتصادی در نظر گرفته می‌شود، به عنوان بزرگترین هدف اقتصاد توسعه و دشوارترین هدف سیاست‌گذاران تبدیل می‌شود. در مورد دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی برای شهروندان، هرچه میزان توسعه‌یافتگی در مناطق شهر تهران بیشتر باشد، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی برای افراد بیشتر می‌شود (10). همانطور که مشاهده می‌شود در جامعه مورد مطالعه با توجه به نتایج جداول و داده‌های پژوهش، فرضیه حاضر تأیید شده است. بسیاری از آلودگی‌های بهداشتی ارتباط نزدیکی با میزان توسعه‌یافتگی در شهرها دارند و سیستم‌های حمل و نقل عمومی و تأسیسات زیربنایی و همچنین جمع‌آوری پسماندها و فاضلاب‌های شهری در نواحی عقب‌مانده و حاشیه شهرها، عامل اصلی آلودگی و انتشار آن در شهر بشمار می‌روند. همچنین، تراکم بیش از حد انسانی در مساکن، محل‌های آموزش و محل کار، بیکاری آشکار و پنهان، رشد ناسالم بخش غیررسمی، ضعف بنیان‌های بهداشتی و پیشگیری، هزینه‌های روزافزون درمان‌ها و شبکه نامناسب حمل و نقل شهری، در اکثر شهرهای

جهان سوم از مهمترین عوامل کاهش کیفیت زیستی در محیطهای شهری شده است. از این رو، اختلال در فعالیت و عملکردهای شهری، منجر به بی‌نظمی در سیستم شهرها و باعث افزایش چالش‌ها و مشکلات متنوع می‌شود. می‌توان اذعان داشت پشت هر بی‌نظمی در درون شهرهای کلاسیک، نظم وجود دارد و هم‌چنان ترتیب و نظم در شهرها محصول هماهنگی نوع فعالیت‌هایی است که باهم به طور ناگسستگی پیوند دارد. در شهر تهران حتی در دوره‌های رشد به خاطر توسعه پایین عمومی و ناتعادلی مناطق، فقر کاهش محسوس نداشته است. به عبارت دیگر، در اکثر کشورهای جهان رشد اقتصادی و افزایش درآمد سرانه، ناشی از پس‌انداز و سرمایه‌گذاری است در حالی که در ایران به علت ساختار متفاوت اقتصادی، افزایش درآمد سرانه و رشد اقتصادی ناشی از افزایش درآمدهای نفتی است. علاوه بر این روند بیکاری رو به تزاید که با کم شدن رشد و توزیع ناعادلانه ثروت و درآمد همراه شود، موجب افزایش فقر و محرومیت شده و بخش اعظم بیکاران را در میان فقرای شهر تهران جای داده است. همچنین پایین بودن بهره‌وری در فعالیت‌های مولد موجب فرار سرمایه و گریز منابع می‌شود و از تقاضا برای نیروی کار می‌کاهد. این کاستی همچنین موجب فقر صاحبان خدمات و فعالیت‌های تولیدی شخصی و خویش‌فرمایان کم‌بضاعت می‌شود. پایین بودن بهره‌وری به دلیل ساختار نامناسب توزیع درآمد و کم‌توسعه‌گی، هم عامل فرار سرمایه به فعالیت‌های نامولد و هم نتیجه آن است علاوه بر این تورم عامل اصلی انتفاع برای لایه‌های بالایی درآمدی و بنابراین عامل فقرزایی و محرومیت و تبعیض است. آثار تورم، فرصت افزایش بهره‌وری و رشد فناوری و ابتکارهای خصوصی را سلب می‌کند. بنابراین، عزم سیاسی و مدیریتی جدی برای مبارزه با فقر و نابرابری اجتماعی در شهر تهران شرط لازم است.

پیشنهادهاى کاربردى شامل توزیع برابر امکانات، خدمات و فرصت‌ها برای مناطق مخاف شهر تهران و لزوم توجه به ناهنجاریهای جامعه‌شناختی و روان‌شناختی در مناطق مورد مطالعه، تأکید بر پروژه‌ها و مراکز راهنمایی بهداشتی و تنظیم خانواده و احداث فضای جمعی در مناطق حاشیه‌نشین، بهبود سرانه کاربری‌های شهری در مناطق حاشیه‌نشین و توسعه همه‌جانبه شهری، ضرورت اعمال مدیریت ویژه‌ای را در جهت بهبود محیط زیست و بهداشت محیط شهری بود.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاق

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

منابع

1. Wright SSAGA. Prevalence of Depression Among Children, Adolescents, and Adults With Hidradenitis Suppurativa. *Journal of Dermatology*. 2021;84(1):41-5.
2. Krstić M, Mihić RJ, Webber HS. The Theoretical Basis for Addressing Poverty Through Mixed Income Development. *Urban Affairs Review*. 2015;42(3):369-409. doi: 10.1177/1078087406294043.
3. Hedda H, Ebata C. Explaining Social Exclusion: A Theoretical Model Tested in the Netherlands. The Hague: The Netherlands Institute for Social Research/scp; 2010.
4. Dixon TEM. Sustainable Urban Development to 2050: Complex Transitions in the Built Environment of Cities. Oxford: Oxford Institute for Sustainable Development, Oxford Brookes University; 2023.
5. Mashhadi Zadeh A. Theories of Migration and Poverty. Tabriz: Sotoudeh Publications; 2014.
6. Hume T, Barry J. Environmental Education and Education for Sustainable Development. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. 2022;2:733-9.
7. Irandoost K. Informal Settlements and the Myth of Marginalization. Tehran: Urban Processing and Planning Publications; 2017.
8. Akrami H. Spatial Measurement and Analysis of Urban Poverty Extent (Case Study: Varamin City). Tehran: Faculty of Geography, University of Tehran; 2021.
9. Khademi Zadeh A. Sociology of Youth. Tehran: Shahed University Press; 2022.
10. Ashrafi S, Behboudi D, Vaezzadeh Mahdavi MR, Panahi H. The Triangle of Growth, Inequality, and Poverty in Iran During Development Programs. *Social Welfare*. 2018;18(71). doi: 10.29252/refahj.18.71.1.