فصل‌نامه‌ی مطالعات توسعه‌ی اجتماعی–فرهنگی، دوره‌ی سیزدهم، شماره‌ی ٤، بهار ١٤٠٤، صفحات٨٩-٦٥

مقاله پژوهشی

مهاجرت و سلامت در تهران: مطالعهٔ موردی افغانستانی‌ها در محلهٔ زهتابیِ منطقهٔ ۱۷

پویا علاءالدینی[۱]؛ فرزانه برزگر نفری[۲]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۰۳

چکیده

این مطالعه به مشکلات دسترسی مهاجران افغانستانی در تهران به خدمات بهداشتی و درمانی و نیز تأثیر شرایط کار و زندگی بر سلامت آنان می‌پردازد. طی آن، عوامل اقتصادی و اجتماعی اثرگذار بر وضع مهاجران افغانستانی در حوزهٔ سلامت تحلیل می‌شود. روش تحقیق کیفی است و شامل مطالعات اسنادی و پژوهش میدانی از طریق مشاهدهٔ مشارکتی محدود و مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافتهٔ فردی و گروهی با ساکنان، مهاجران و مسؤولان محلی است. پژوهش میدانی در محلهٔ زهتابی در منطقهٔ ۱۷ شهر تهران صورت گرفته است که به لحاظ حضور مهاجران افغانستانی حائز اهمیت قلمداد می‌شود. اطلاعات گردآوری شده با استفاده از روش تحلیل مضمون تحلیل شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که مهاجران افغانستانی به دلیل شرایط نامناسب مسکن، کار غیررسمی و دسترسی محدود به خدمات بهداشتی در معرض چالش‌های بهداشتی و بیماری‌های مختلف قرار دارند. ترکیب نابرابری‌های اجتماعی، اقتصادی و نهادی سلامت این گروه را در معرض آسیب‌های متعدد و آنان را در موقعیتی ناپایدار و پرخطر قرار داده است. از این‌رو، توصیه می‌شود که در سیاست‌گذاری‌های کلان و شهری تغییراتی ایجاد شود تا دسترسی مهاجران به خدمات بهداشتی بهبود یابد و طرد اجتماعی آنان کاهش یابد.

واژه‌های کلیدی: تهران؛ سلامت، دسترسی به خدمات سلامت؛ مهاجرت؛ طرد اجتماعی، مهاجران افغانستانی.

[۱] استاد گروه برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکدهٔ علوم اجنماعی دانشگاه تهران، تهران، ایران(نویسندهٔ مسؤول).
palaedini@ut.ac.ir

[۲] . کارشناس ارشد برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی، دانشکدهٔ علوم اجتماعی دانشگاه تهران، تهران، ایران.
bnfarzaneh@gmail.com

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

مقدمه و طرح مسأله

مهاجرت به مثابهٔ پدیده‌ای جهانی تأثیرات گسترده و چندبعدی بر سلامت افراد و جوامع می‌گذارد و از این‌رو یکی از حوزه‌های مهم تحقیقات سلامت عمومی محسوب می‌شود (ویکراماج[3] و همکاران، ۲۰۱۸؛ شنکر و همکاران[4]، ۲۰۱۳). مهاجران اغلب در طول مسیر مهاجرت و پس از استقرار در کشور مقصد با چالش‌های متعددی در حوزهٔ سلامت مواجه هستند. این چالش‌ها شامل افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌های واگیر، مشکلات بهداشت شغلی، خشونت جسمی و روانی و محدودیت در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی است. وضع اجتماعی-اقتصادی مهاجران، سیاست‌های دولت میزبان و ساختارهای نهادی تعیین‌کنندهٔ میزان برخورداری مهاجران از حقوق پایه، از جمله دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، هستند. بسیاری از مهاجران، به‌ویژه در جوامعی که سیاست‌های حمایتی ندارند، به حاشیه رانده می‌شوند و از پاره‌ای امکانات زندگی محروم می‌شوند. روابط مبهم و در برخی موارد خصمانهٔ نهادهای بخش عمومی، از جمله نظام بهداشت و درمان، با مهاجران یکی از عوامل کلیدی شکل‌گیری نابرابری‌های سلامت میان شهروندان و مهاجران است (سازمان بهداشت جهانی[5]، ۲۰۲۲؛ توماس[6]، ۲۰۱٦).

ایران طی چند دههٔ گذشته به یکی از مقاصد اصلی مهاجرت در سطح بین‌المللی تبدیل شده است. به طور مشخص، مهاجرت گستردهٔ افغانستانی‌ها به ایران به‌طور عمده، تحت تأثیر تحولات سیاسی، اقتصادی و اجتماعی در افغانستان صورت گرفته است. شماری از افغانستانی‌ها در ایران متولد و بزرگ شده‌اند، ولی بر پایهٔ قوانین کشور، همچنان فاقد حقوق شهروندی و دسترسی برابر به امکانات اجتماعی هستند. محدودیت‌های قانونی در زمینهٔ اقامت، اشتغال و مالکیت بیشتر، آنان را به مشاغل یدی، سکونت در پهنه‌های فقیرنشین و پذیرش شرایط کاری نامناسب سوق داده است. مجموعهٔ این عوامل تأثیرات مستقیم و غیرمستقیمی بر سلامت مهاجران افغانستانی گذاشته است.

پژوهش حاضر به تحلیل وضع سلامت مهاجران افغانستانی در محلهٔ زهتابی تهران، دسترسی آنان به خدمات بهداشتی و درمانی، و اثرگذاری شرایط کار و زندگی بر سلامت‌شان می‌پردازد. محلهٔ زهتابی، واقع در منطقه ۱۷ تهران، جمعیت بزرگی از مهاجران افغانستانی و ایرانیان کم‌برخوردار را در خود جای داده است. این محله به دلیل هزینه‌های کمتر مسکن و فرصت‌های اشتغال غیررسمی به مقصد بسیاری از مهاجران تبدیل شده است و در عین حال با چالش‌های متعدد اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی مواجه است.

---

[3] Wickramage
[4]. Schenker, M., et al.
[5] World Health Organization
[6] Thomas

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

پس از این مقدمه، دیدگاه‌های سیاستی و نظری دربارهٔ سلامت مهاجران، سابقه و شرایط اقتصادی–اجتماعی مهاجران افغانستانی در ایران و نیز پیشینهٔ مطالعات تجربی بین‌المللی و داخلی مرور می‌شود و به دنبال آن تدقیق سؤالات تحقیق میسر می‌گردد.

دیدگاه‌های سیاستی و نظری دربارهٔ سلامت مهاجران

وضع اقتصادی–اجتماعی، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و قرار گرفتن در شرایط زندگی متفاوت، بر سلامت مهاجران تأثیر می‌گذارند (سازمان بین‌المللی مهاجرت[7]، ۲۰۲۵الف؛ اسکوئیرز[8]، ۲۰۲۲). این آثار ممکن است مثبت یا منفی باشند و در پیوند با عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی قرار دارند. وضع اقتصادی مهاجران، سطح تحصیلات و شرایط شغلی آنان از جمله مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت آن‌ها است. همچنین، مهاجرت، به‌ویژه در موارد اجباری یا غیرقانونی، مستعد افزایش نابرابری‌ها در حوزهٔ سلامت است. جنبه‌های مثبت مهاجرت ممکن است شامل فرصت‌های شغلی بهتر و دسترسی بیشتر به آموزش و خدمات بهداشتی بهتر در کشورهای میزبان باشد. در مقابل، ممکن است آثار منفی روانی، عدم تطابق فرهنگی و انزوای اجتماعی سلامت مهاجران را تحت تأثیر قرار دهد یا مشکلات موجود را تشدید کند (ابوبکر[9] و همکاران، ۲۰۱۸؛ سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۲).

دو دیدگاه نظری در باب سلامت مهاجران حائز اهمیت دانسته شده است و مطالعهٔ حاضر نیز به‌طور مشخص،از آن‌ها بهره می‌گیرد. یکی «الگوی رنگین‌کمان» یا «تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت» (دالگرن و وایتهد[10]، ۲۰۲۱) خوانده می‌شود، که دیدگاهی است فراگیر نسبت به سلامت (نه فقط مختص مهاجران). در این دیدگاه نظری، سلامت نه صرفاً یک وضعیت زیستی، بلکه برساختی اجتماعی و محصول تعامل نیروهای اقتصادی، فرهنگی و سیاسی تلقی می‌شود. دیدگاه دیگر چارچوب «ادغام یا طرد اجتماعی مهاجران» (ایجر و استرنگ[11]، ۲۰۰۸) است که بر دسترسی به اشتغال، مسکن، آموزش و پرورش و بهداشت و نیز پیوندهای اجتماعی بین گروهی، پیوندهای اجتماعی درون‌گروهی و ارتباطات اجتماعی، تسهیل‌کننده‌ها (زبان، آگاهی فرهنگی و همچنین امنیت و ثبات) و سرانجام حقوق و شهروندی به عنوان شاخص‌های اصلی ادغام مهاجران در جامعهٔ میزبان تأکید دارد. ترکیب این دو دیدگاه به ما امکان می‌دهد سلامت مهاجران را در پیوند با شرایط زندگی و تجربه‌های طرد یا شمول اجتماعی‌شان بررسی کنیم.

[7] International Organization for Migration
[8] Squires
[9] Abubakar
[10] Dahlgren & Whitehead
[11] Ager & Strang

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

با تکیه بر دیدگاه‌هایی از این دست، آژانش پناهندگان سازمان ملل متحد، سازمان بین‌المللی مهاجرت و سازمان بهداشت جهانی مروج آن دسته از سیاست‌هایی هستند که به نیازهای بهداشتی مهاجران/پناهندگان پاسخ دهد و نظام‌های سلامت فراگیر را تقویت کند. پیمان جهانی پناهندگان (آژانس پناهندگان سازمان ملل متحد[12]، ۲۰۱۸)، که به تصویب مجمع عمومی سازمان ملل متحد رسیده است و ایران نیز به آن رأی مثبت داده است، با برجسته کردن سلامت پناهندگان در بندهای ۷۰ و ۷۱ بر دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی و درمانی و ادغام در نظام‌های بهداشت ملی تأکید دارد. تمهیدات مورد نظر سازمان جهانی بهداشت (۲۰۲۲) در مورد مهاجران/پناهندگان مشتمل است بر تضمین دسترسی بدون تبعیض آنان به خدمات بهداشتی و درمانی و ادغام مسألهٔ سلامت مهاجران در راهبردهای ملی سلامت. این سازمان از دسترسی عادلانه مهاجران/پناهندگان به خدمات بهداشتی و درمانی حمایت می‌کند و بر ضرورت سیاست‌های سلامت فراگیر تأکید دارد که متضمن اهدافی مانند تقویت نظام‌های سلامت، پرداختن به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، و بهبود جمع‌آوری داده‌ها دربارهٔ سلامت مهاجران است. سازمان بین‌المللی مهاجرت (۲۰۲۵الف؛ ۲۰۲۵ب) نیز چارچوبی را برای سیاست‌های سلامت فراگیر مهاجران ترویج کرده است که بر پوشش همگانی سلامت، امنیت بهداشتی و کاهش نابرابری‌های سلامت در میان جمعیت‌های متحرک تمرکز دارد. از آنجا که کاهش سلامتی افراد به ضرر کل جامعه است، این سیاست‌ها به نفع کشورهای میزبان هم دانسته می‌شوند.

وضعیت مهاجران افغانستانی در ایران

مهاجرت اتباع افغانستان به ایران طی موج‌هایی انجام شده است که با دوره‌های درگیری و بی‌ثباتی در افغانستان همزمان بوده است. اولین موج بزرگ مهاجرت افغانستانی‌ها به ایران پس از حملهٔ شوروی در سال ۱۹۷۹ آغاز شد و در طول مراحل مختلفی از جمله جنگ‌های داخلی و به‌قدرت رسیدن طالبان در سال ۲۰۲۱ ادامه یافته است. در حال حاضر، چندین میلیون افغانستانی در ایران زندگی می‌کنند که شامل افراد دارای مدارک قانونی یا بدون مدرک و پناهندگان یا مهاجران کاری می‌شوند.[13] وضعیت قانونی مهاجران افغانستانی در ایران اغلب با آسیب‌پذیری و سیاست‌های

[12] United Nations High Commissioner for Refugees

[13] اتباع افغانستانی ساکن در ایران از نظر وضع حقوقی- قانونی به سه گروه اصلی تقسیم می‌شوند. پناهندگان کسانی هستند که قبل از سال ۱۳۸۲ وارد ایران و متعاقباً در طرح آمایش پناهندگان ثبت‌نام شده‌اند و سازمان ملل متحد آنان را پناهندگان ساکن ایران محسوب می‌کند. مهاجران کسانی هستند که با مدارک قانونی (گذرنامه/روادید) در ایران زندگی می‌کنند. یک دسته از آنان از دولت گذرنامهٔ خانواری گرفته‌اند و بخش دیگر با گذرنامهٔ افغانستانی و روادید کار یا

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

محدودکننده همراه بوده است. اگرچه ایران به‌صورت تاریخی پناه‌گاهی برای مهاجران افغانستانی بوده است، ولی در سال‌های اخیر شاهد تمایل به کنترل‌های سختگیرانه‌تر مهاجرتی از جمله اخراج‌های سریع مهاجران بدون مدرک بوده‌ایم. تنها بخشی از افغانستانی‌ها دارای وضعیت اقامت قانونی در ایران هستند. در کل، دسترسی آنان به خدمات اجتماعی بسیار محدود است (بنگرید به علاءالدینی[۱۴]، ۲۰۲۰).

افغانستانی‌ها در ایران اغلب با شرایط زندگی ناپایدار و چالش‌های اقتصادی–اجتماعی متعددی مواجه هستند. بسیاری از آنان در مشاغل کم‌درآمد و پرزحمت در بخش‌هایی مانند ساخت‌وساز مشغول به کارند. این وضع منجر به سطح بالای فقر در میان افغانستانی‌ها شده است و شواهد حاکی از آن است که بسیاری از آنان در مناطق فرودست شهری زندگی می‌کنند. علاوه بر این، تورم فزاینده و سوءمدیریت اقتصادی در ایران مشکلات آنان را تشدید کرده است و رقابت برای منابع محدود را افزایش داده است. ادغام آنان در جامعهٔ ایران نیز با موانع خاص خود همراه است، زیرا بسیاری از افغانستانی‌ها با تبعیض و بیگانه‌هراسی مواجه هستند و هم امکان اخذ شهروندی برای اکثر این مهاجران به دلیل قوانین ایران وجود ندارد (نصراصفهانی، ۱۳۹۷).

در عین حال، همه‌گیری کووید و بازگشت طالبان به قدرت باعث شده است افغانستانی‌های بیشتری به ایران بیایند که این موضوع وضع قانونی و اجتماعی‌شان را پیچیده‌تر کرده است. بیش‌تر مهاجران افغانستانی ایران در نقاط شهری زندگی می‌کنند. در پهنه‌های شهری مجموعه‌ای از فرصت-ها (فراتر از امرار معاش) در دسترس می‌باشد و خود محرک جذب مهاجران است. البته در شهرهای بزرگ رقابت میان مهاجران داخلی و خارجی برای دست‌یابی به شغل مناسب، مسکن مقرون به‌صرفه و منابع رفاهی دیگر ممکن است تشدید گردد. افغانستانی‌ها غالباً در پهنه‌های حاشیه‌ای و فرسودهٔ شهری اسکان یافته‌اند و سکونت‌شان، با وجود زمان طولانی حضور، از سوی مقامات محلی، شهرداری و تا اندازه‌ای خودشان موقتی تلقی می‌شود. از این‌رو زندگی بسیاری از مهاجران افغانستانی با فقر شهری، اشتغال در بخش غیررسمی و اسکان در سکونتگاه‌های فرودست شهری گره خورده است (علاءالدینی و همکاران، ۱۴۰۰).

تحصیل در ایران اقامت دارند. بقیه شامل افرادی می‌شود که در ایران بدون مدارک قانونی زندگی می‌کنند؛ یعنی نه کارت آمایش دارند و نه گذرنامه (برخی از آنان ممکن است در گذشته داری مدرک قانونی باشند ولی بعداً آن را به دلایلی از دست داده باشند).

[14] Alaedini

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

پیشینهٔ مطالعات تجربی بین‌المللی و داخلی دربارهٔ سلامت مهاجران

مطالعات تجربی بین‌المللی در مورد سلامت مهاجران نسبتاً گسترده است و در عین حال پراکنده است. طبق مطالعهٔ هارگریوز[15] (۲۰۱۹)، اشتغال مهاجران اغلب شامل موارد پرخطر با دستمزد پایین می‌شود که ممکن است منجر به افزایش آسیب‌های شغلی و مسائل روانی شود. موانع زبانی، ناآگاهی از نظام سلامت کشور میزبان، ترس از اخراج (در مورد مهاجران غیرقانونی) و محدودیت‌های بیمه‌ای از جمله چالش‌های اصلی دسترسی مناسب به مراقبت‌های بهداشتی هستند. استرس ناشی از جابجایی، انزوای اجتماعی، تبعیض و از دست دادن شبکه‌های حمایتی ممکن است منجر به افزایش مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب در میان مهاجران شود (بوگرا[16]، ۲۰۰٤). به دلیل شرایط نامناسب زندگی در اردوگاه‌ها یا سکونت‌گاه‌های موقت، برخی مهاجران در معرض خطر بیماری‌هایی مانند سل و اچ‌آی‌وی قرار می‌گیرند. در میان مهاجران، به‌ویژه پناهندگان، میزان زیادی از اختلال استرس پس از سانحه[17] مشاهده می‌شود (پورتر و هاسلام[18]، ۲۰۰۵). مهاجران زن اغلب با موانعی در دریافت مراقبت‌های دوران بارداری مواجه می‌شوند که امکان دارد به عوارض زایمان و نتایج نامطلوب برای نوزادان بینجامد. علاوه بر این موارد، سلامت مهاجران از میزان نابرابری در محیط اجتماعی هم تأثیر می‌پذیرد. همچنین، سیاست‌ها و برنامه‌ریزی شهری نیز با شکل‌دهی به کیفیت محیط و فضاهای عمومی و نیز مسکن و حمل‌ونقل بر وضع سلامت در جامعه اثرگذار است (دیزرو[19]، ۲۰۱٦) که مهاجران را نیز در بر می‌گیرد.

برخی کشورها با اجرای سیاست‌های یکپارچه‌سازی خدمات سلامت، از جمله ارائهٔ خدمات ترجمه، بیمهٔ سلامت فراگیر و برنامه‌های حمایت روانی–اجتماعی، موفق شده‌اند وضع سلامت را در میان مهاجران بهبود بخشند. اما کشورهای درحال توسعه به‌خصوص در منطقهٔ ایران (با توجه به سیل پناهندگان و آوارگان جنگی)، اغلب در این زمینه درگیر مشکلات متعددی هستند. مثلاً مطالعهٔ گنچ و الیتسوی[20] (۲۰۲۳) حاکی از آن است که بین وضع مهاجران دچار بیماری و نظام مراقبت‌های بهداشتی ترکیه تناسبی وجود ندارد و این موضوع در گروه‌های مختلف مهاجر متفاوت است. تعدادی مؤسسهٔ مراقبت‌های بهداشتی غیردولتی، خدماتی را به مهاجران دچار بیماری با درآمدهای مختلف ارائه می‌دهند که تا حدی دسترسی به خدمات را تسهیل کرده است. اما پوشش این مؤسسات کماکان ناکافی است.

---

15 Hargreaves
16 Bhugra
17 Post-traumatic syndrome disorder (PTSD)
18 Porter & Haslam
19 Diez Roux
20 Genç & Elitsoy

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

پژوهش‌های معدودی دربارهٔ سلامت مهاجران افغانستانی در ایران انجام شده است (ریاحی و همکاران، ۱۳۹٤؛ عالمی[۲۱] و همکاران، ۲۰۱٤؛ پورحسین[۲۲] و همکاران، ۲۰۱۵؛ رحیم‌تبار[۲۳] و همکاران، ۲۰۲۳؛ بختیاری[۲٤] و همکاران، ۲۰۲۳). این مطالعات نشان می‌دهد که شیوع بیماری‌های مسری – شامل سل، مالاریا و هپاتیت نوع ب، در میان افغانستانی‌ها در مقایسه با جمعیت ایرانی بیشتر است. همچنین، مهاجران افغانستانی در ایران با چالش‌های جدی سلامت روان مواجه هستند، از جمله میزان زیاد اضطراب، افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه. وضع سلامت مهاجران افغانستانی تحت تأثیر عوامل خاص اجتماعی–اقتصادی قرار دارد. بسیاری از آنان با سطح نازل تحصیلات، دسترسی محدود به خدمات بهداشتی و هزینه‌های زیاد درمان دست و پنجه نرم می‌کنند. این عوامل خود مانع ارتقای سواد سلامت آنان می‌شود. وضع سلامت نامطلوب با مشکلات اجتماعی–اقتصادی مرتبط است، به‌طوری که دریافت ناکافی مواد مغذی و عدم واکسیناسیون، منجر به بروز بیماری‌های مسری و غیرمسری در این گروه شده است و تأثیر ترکیبی عوامل مختلف آسیب‌پذیری این جمعیت را در برابر بیماری‌های عفونی تشدید کرده است. در کل، دسترسی مهاجران افغانستانی به خدمات بهداشتی و درمانی در ایران چالشی چندوجهی است. هرچند مهاجران دارای مدارک قانونی اقامت در ایران اکنون می‌توانند به‌صورت رسمی از طرح بیمهٔ سلامت ملی بهره‌مند شوند و خانه‌های بهداشت نیز برخی خدمات رایگان مراقبت‌های اولیه را به آنان ارائه می‌دهند، ولی انبوهی از مسائل جانبی از یک سو و مشکلات مدرک در میان بسیاری از مهاجران از سوی دیگر موانعی جدی در این زمینه هستند.

مطالعات موجود دربارهٔ سلامت مهاجران افغانستانی در ایران اطلاعاتی کلی در این حوزه فراهم آورده‌اند. در عین حال، وضع سلامت مهاجران و دسترسی آنان به خدمات بهداشتی و درمانی بر پایهٔ تجربهٔ روزمره‌شان در جامعهٔ میزبان کمتر مورد توجه قرار گرفته است. نظر به این خلأ، در مطالعهٔ حاضر، وضع سلامت و خدمات بهداشتی و درمانی در دسترس مهاجران در محله‌ای مهاجرنشین مورد پژوهش قرار می‌گیرد. سؤالات اصلی تحقیق عبارتند از:

- چه خدمات بهداشتی و درمانی در محلات مهاجرنشین موجود است و میزان دسترسی مهاجران به آن‌ها چگونه است؟
- چه عواملی بر دسترسی مهاجران به خدمات بهداشتی و درمانی اثرگذار بوده است؟

[21] Alemi
[22] Pourhossein
[23] Rahimtabar
[24] Bakhtiari

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

- شرایط کار و زندگی مهاجران افغانستانی چه تأثیری بر سلامت آنان گذاشته است؟

روش تحقیق

پژوهش میدانی جهت مطالعهٔ حاضر در شهر تهران – با عنایت به برجستگی حضور مهاجران افغانستانی در آن – صورت گرفته است. اطلاعات مورد نظر در محلهٔ زهتابیِ منطقهٔ ۱۷ تهران، که محله‌ای فرودست و به‌طور مشخص، مهاجرنشین محسوب می‌شود، گردآوری شده است. زمینهٔ این پژوهش به واسطهٔ مشاهدات طولانی‌مدت در محله و تعامل با مهاجران در بستر فعالیت‌های اجتماعی شکل گرفت. فعالیت‌های اصلی میدانی مقارن شد با دورهٔ شیوع بیماری کرونا در سال ۱٤۰۰، که بر زندگی ساکنان این محله تأثیر زیادی می‌گذاشت و موضوع دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی را برجسته می‌کرد.

همهٔ متون مرتبط با موضوع و محله – مشتمل بر سند توسعهٔ محلی و اسناد شهرداری و پژوهش‌های پیشین در باب منطقه و محله – مورد بررسی قرار گرفته است. به منظور ثبت و تحلیل تجربهٔ روزمرهٔ مهاجران در پیوند با سلامت و شناسایی چالش‌های ساختاری آن، روش کیفی به کار رفته است که شامل مشاهده و مصاحبهٔ فردی و گروهی بوده است، تا روایت‌های مهاجران و مسؤولان دربارهٔ سلامت و موانع دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در کنار اسناد و داده‌های آماری موجود مورد تحلیل قرار گیرد. مشاهدات به واسطهٔ حضور مکرر در فضاهای زندگی و کار مهاجران و بازدید از مراکز خدمات‌رسان انجام شده است. مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافتهٔ فردی و گروهی با ساکنان مهاجر، مدیران مدارس و مسؤولان پایگاه‌های بهداشت، مراکز خدمات درمانی و سازمان‌های غیردولتی صورت گرفته است. پرسش‌های مطرح‌شده طی مصاحبه‌ها بر تعریف سلامت از نگاه مهاجران، میزان دسترسی آنان به خدمات درمانی و تأثیر شرایط کار و زندگی بر وضع سلامت مهاجران متمرکز بوده است. فهرست مصاحبه‌ها و توضیحات مربوط به مشاهدات در جدول ۱ و ۲ آمده است. برای تحلیل اطلاعات به دست آمده، از روش تحلیل مضمون (براون و کلارک[۲۵]، ۲۰۲۱) استفاده شده است. متن مصاحبه‌ها و یادداشت‌های میدانی چندین بار مورد بازخوانی قرار گرفته است. کدگذاری باز با دسته‌بندی کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها در قالب مضامین فرعی انجام شده است. در نهایت، مضامین اصلی تحقیق شامل وضعیت مسکن، تغذیه، اشتغال و دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و نیز طرد و انسجام به دست آمده است.

[25] Braun & Clarke

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

جدول شمارهٔ یک- فهرست مصاحبه‌های فردی و گروهی

مصاحبه‌ها	تعداد	توضیح
مدیر و معاون مدرسهٔ دخترانهٔ زینبه	۳	
مدیر مدرسه پسرانهٔ جهاد	۱	
مسؤولان دو پایگاه بهداشت محله	٤	
روانشناس پایگاه بهداشت	۱	
پزشک و مسؤول ساختمان پزشکان امام حسن	۱	
مسؤول آزمایشگاه جوان در محله	۱	
منشی دندانپزشکی محله	۱	
مسؤول داروخانه خیابان زمزم	۲	
کارشناسان دفتر توسعهٔ محلی	٤	
کارشناس اجتماعی شهرداری منطقه ۱۷	۲	
مربیان و مددکاران جمعیت دفاع از کودکان کار و خیابان	٦	
کودکان افغانستانی	۳۵	
کودکان ایرانی	۱۰	
مادران افغانستانی (مصاحبهٔ گروهی)	۱۰	شرکت در دوره‌هایشان که در پارک محله برگزار می‌شد
مادران افغانستانی (مصاحبهٔ فردی)	۲۰	
مادران ایرانی (مصاحبهٔ گروهی)	۱۰	شرکت در جلسات صندوق قرض‌الحسنه
مادران ایرانی (مصاحبهٔ فردی)	۱۰	

جدول شمارهٔ دو-فهرست مشاهدات

نحوهٔ مشاهده	توضیحات	زمان
شرکت در جمع‌های مادران و زنان محله	ارتباط‌گیری و درک بهتر شرایط زندگی و نگاه آنان به زندگی	هر پنج‌شنبه به مدت یک سال
بازدید از سه کارگاه تولیدی	دو کارگاه خیاطی و یک کارگاه کفاشی	
پرسه‌زنی در خیابان‌ها همراه نوجوانان	روایات نوجوانان حین پرسه‌زنی تعاریف فضاها را روشن‌تر می‌کرد	
بازدید از پارک جهاد (محل معتادان)		
حضور هفتگی در پارک محله – بازی با کودکان ایرانی و افغانستانی	ارتباط‌گیری و اهمیت گفتگوهای حین فعالیت	هر پنج‌شنبه به مدت یک سال

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

کتاب‌خوانی با کودکان در پارک	ارتباط‌گیری و گفتگوهای حین فعالیت	به مدت سه ماه هر پنج‌شنبه

معرفی محلهٔ زهتابی و توصیف وضع کالبدی و اقتصادی-اجتماعی آن

محلهٔ زهتابی در ناحیهٔ ۲ منطقهٔ ۱۷ یکی از محلات فرودست شهر تهران واقع شه است. همان‌طور که در نقشهٔ ۱ مشخص است، محلهٔ زهتابی جنوبی‌ترین محلهٔ منطقهٔ ۱۷ است و از دو طرف به بزرگراه و از یک طرف به خط راه‌آهن محدود می‌شود. جمعیت محله ۱۹۳۵۹ نفر می‌باشد، وسعت آن ۷۲ هکتار و تراکم جمعیت در آن ۲۵٦ نفر در هکتار اعلام شده است (معاونت اجتماعی منطقهٔ ۱۷، ١٤٠٠). این محله از شهرها و روستاهای گوناگون ایران (به‌خصوص از شمال غرب کشور) و افغانستان مهاجر پذیرفته است و میزانی از انسجام درون‌قومی و تعارضات میان‌قومی را انعکاس می‌دهد. مهاجران باتوجه به زندگی جمعی و انسجام قومی‌شان از نیازهای یکدیگر باخبر هستند و به یکدیگر کمک می‌کنند. اما آنان در سطح اجتماعی و ساختاری طرد شده‌اند و حتی گاهی رسانه‌ها انسجام‌شان را تهدیدی برای کشور میزبان یاد می‌کنند. چنین وضعیتی موجب می‌شود نسبت به کشور میزبان بی‌اعتماد شوند و خشمگین باشند. واضح است که با تغییر رویکرد می‌توان از انسجام قومی آنان در جهت ایجاد تعاونی‌ها و حمایت بیشترشان بهره برد و مانع آن شد که در دام تله فقر بیفتند.

محلهٔ زهتابی، به دلیل هزینهٔ کم‌تر اجاره و دسترسی به مترو، به یکی از کانون‌های اصلی سکونت کارگران و مهاجران افغانستانی تبدیل شده است. طبق آمار پایگاه بهداشت محله که مشخصات مراجعان را به طور دقیق ثبت می‌کند، در این محله، حدود ۵۰۰۰ مهاجر افغانستانی رسمی و قریب ٤۰۰۰ مهاجر غیررسمی ساکنند. به نظر می‌رسد مهاجران غیررسمی در آمار موجود به حساب نیامده‌اند. در کل، این محله دهک‌های پایین درآمدی و مهاجران را به خود جذب می‌کند؛ چرا که کیفیت پایین خدمات محلی و رفاهی و همچنین فرسودگی و ریزدانگی مسکن، قیمت مسکن را به نسبت مناطق مجاورش پایین نگه داشته است. همچنین وجود کارگاه‌های تولیدی رسمی و غیررسمی متعدد در این محله و محلهٔ مجاور (زمزم) و نیاز به کارگران فصلی مهاجران افغانستانی را به خود جذب کرده است.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]



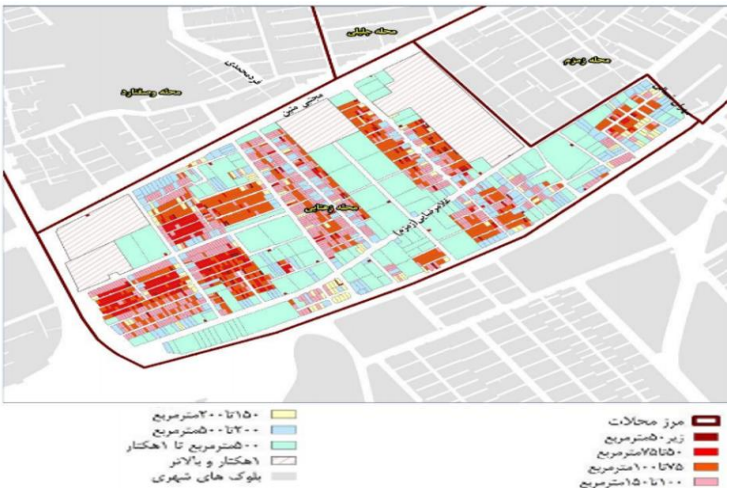
نقشهٔ شمارهٔ یک- محلهٔ زهتابی در منطقهٔ ۱۷

منبع: سازمان نوسازی شهر تهران و شهرداری منطقهٔ ۱۷ (۱۳۹۸)

نقشهٔ ۲ حاکی از آن است که بسیاری از واحدهای مسکونی این محله ریزدانه‌اند. بر اساس نقشهٔ ۳، حدود ۲۷ درصد از بافت مسکونی محله فرسوده است که این امر خطرات ایمنی را تشدید می‌کند. وجود قنات‌های خشک‌شده در زیر خانه‌ها، علاوه بر افزایش احتمال فرونشست، زمینهٔ حضور و تکثیر حیوانات موذی نظیر موش را فراهم کرده است. همچنین، بسیاری از خانه‌ها در کوچه‌های باریک قرار دارند که دسترسی وسایل امدادی را دشوار می‌سازد. علاوه بر این مسائل، تراکم جمعیت منطقهٔ ۱۷، به‌خصوص دو محلهٔ جنوبی آن، بسیار بالا می‌باشد و نه‌تنها رو به کاهش نرفته است، بلکه در تمام این سال‌ها روندی افزایشی داشته است. به طور مثال، طی حدود ۵ سال (از سال ۹۰ تا ۹۵) بیش از ۱۱ هزار نفر به جمعیت این منطقه اضافه شده‌اند که موجب افزایش تراکم جمعیت و پایین آمدن سرانهٔ مسکونی و دیگر سرانه‌ها شده است و در نهایت موجب فقر مسکن در این منطقه شده است (نجاتی و همکاران، ۱۳۹۷).

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]



نقشهٔ شمارهٔ دو- دانه‌بندی قطعات محلهٔ زهتابی

منبع: سازمان نوسازی شهر تهران و شهرداری منطقهٔ ۱۷ (۱۳۹۸)



نقشهٔ شمارهٔ سه- بافت فرسودهٔ محله زهتابی

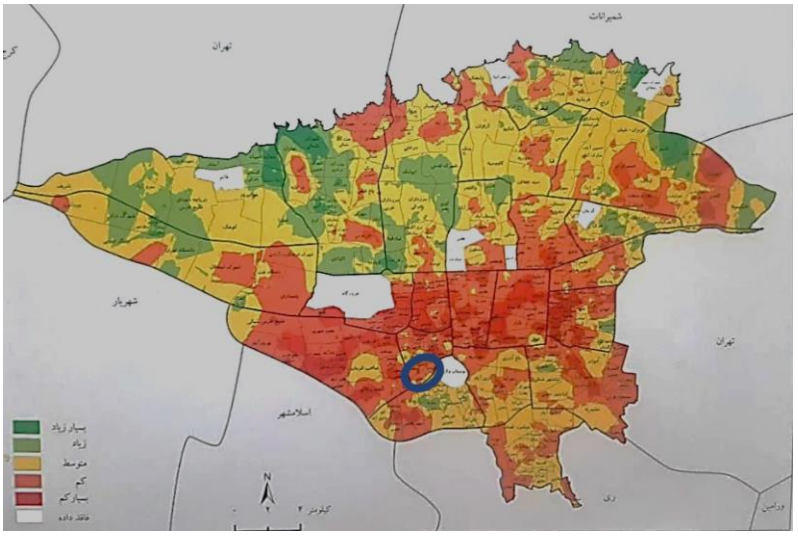
منبع: سازمان نوسازی شهر تهران و شهرداری منطقهٔ ۱۷ (۱۳۹۸) [بر اساس طرح جامع تهران ۱۳۸۵]

طبق اطلس کیفیت زندگی در تهران (رصدخانهٔ شهری تهران، ١٣٩٦) منطقهٔ ۱۷ به لحاظ فراوانی مسائل اجتماعی در میان مناطق ۲۲گانهٔ شهر تهران رتبهٔ اول را دارد؛ این منطقه از منظر ساکنانش نیز در شاخص کلی امنیت، رتبهٔ ۲۰ را در میان ۲۲ منطقه تهران کسب کرده است. منطقهٔ ۱۷ از نظر

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

بهداشت و محیط زیست نیز در رتبهٔ ۱۶ و در وضعیت نامطلوب (نیازمند مداخله) قرار دارد (بنگرید به نقشهٔ ٤). گزارش یادشده (همان: ۹۹–۱۱۰) به منطقه به لحاظ میزان تن‌فروشی رتبهٔ ۱، تعداد متکدیان رتبهٔ ۱، تعداد کارتن‌خواب‌ها رتبهٔ۲، تعداد فروشندگان مواد رتبهٔ ۲، شیوع زورگیری رتبهٔ ۳ و تعداد افراد معتاد، رتبهٔ ۳ داده است. در اذهان عمومی هم این منطقه و محلهٔ زهتابی یکی از پهنه‌های ناامن و جرم‌خیز تهران تلقی می‌شود. طبق نتایج نظرسنجی مندرج در سند توسعهٔ محله (سازمان نوسازی شهر تهران و شهرداری منطقهٔ ۱۷، ۱۳۹۸)، وضع موارد زیر که بر سلامت ساکنان اثر می‌گذارد، نامطلوب ارزیابی شده است: احساس امنیت؛ مشکل سوء مصرف مواد مخدر و الکل در محله؛ میزان دسترسی به پزشک عمومی؛ تراکم فعالیت‌های غیرمسکونی ناسازگار؛ وجود حیوانات موذی و آلودگی جوی‌ها.



نقشهٔ شمارهٔ چهار– توزیع فضایی شاخص کلی رضایت از بهداشت و محیط زیست در سطح محلات تهران

منبع: رصدخانهٔ شهری تهران، ۱۳۹٦

همچنین، این منطقه از لحاظ سلامت جسمی در رتبهٔ ۲۲ (آخرین در میان مناطق تهران)، از نظر سلامت روان در رتبهٔ ۱۷ و از لحاظ رضایت ساکنان از خدمات شهری در رتبهٔ ۲۱ قرار گرفته است. بااینکه در سند توسعهٔ محلی سرانهٔ خدمات بهداشتی–درمانی «خوب» ارزیابی شده است، نتایج نظرسنجی محلی مندرج در آن سند (سازمان نوسازی شهر تهران و شهرداری منطقهٔ ۱۷، ۱۳۹۸) نشان می‌دهد که تنها ۲٦/٤ درصد از ساکنان از کیفیت خدمات درمانی رضایت کامل دارند، ۳٦/٤ درصد رضایت نسبی دارند و ۳٤/۷ درصد کاملاً ناراضی‌اند. این تناقض نشان می‌دهد که

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

شاخص‌های کمّی مانند مساحت مراکز درمانی به تنهایی قادر به انعکاس کیفیت و میزان دسترسی خدمات درمانی نیستند، به‌ویژه برای گروه‌های مهاجر که معمولاً در آمارهای رسمی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند. علاوه بر این، به ازای هر ۱۰ هزار نفر در این محله تنها ۲ پزشک وجود دارد که «بحرانی» ارزیابی می‌شود. این مسأله به‌طور مستقیم بر میزان دسترسی ساکنان به خدمات درمانی تأثیر می‌گذارد.

یافته‌های پژوهش میدانی

در این قسمت ابتدا وضع مسکن، از جمله تراکم جمعیتی در واحدهای مسکونی کوچک، ناایمنی بناها و تأثیر آن بر سلامت جسمی و روانی بررسی می‌شود. در ادامه، وضعیت تغذیه و محدودیت‌های اقتصادی خانوارهای مهاجر در تأمین مواد مغذی مورد تحلیل قرار می‌گیرد. سپس شرایط کار در کارگاه‌های غیررسمی، نبود استانداردهای ایمنی و بهداشتی و تأثیر آن بر سلامت شاغلان مورد بحث قرار می‌گیرد. در قسمت بعدی، دسترسی مهاجران به خدمات بهداشتی و موانع ساختاری پیش روی آنان در دریافت مراقبت‌های پزشکی توصیف می‌شود. سرانجام، طرد اجتماعی و انسجام درون‌گروهی مهاجران مورد توجه قرار می‌گیرد.

وضع مسکن

بسیاری از مهاجران افغانستانی قادر به اجارهٔ خانه‌ای مستقل نیستند و ناگزیر با بستگان یا دوستان خود در یک واحد مسکونی مشترک زندگی می‌کنند. مصاحبه‌ها نشان می‌دهد که خانواده‌های مهاجر اغلب در منازل کوچک با تراکم زیاد ساکن هستند. بسیاری از مهاجران ساکن در محله، به‌ویژه تازه‌واردان، چنین وضعی دارند. انسجام درون‌گروهی موجب شده است تا مهاجران جدید توسط اعضای شبکه‌های قومی و خویشاوندی خود حمایت شوند. این حمایت شامل تأمین مایحتاج اولیهٔ زندگی نیز می‌شود، به‌گونه‌ای که اعضای جامعهٔ مهاجر به یکدیگر در تهیهٔ وسایلی نظیر ظروف آشپزخانه تا فرش و سایر ملزومات کمک می‌کنند. مسؤولان پایگاه بهداشت نیز به تراکم بالای جمعیت در خانه‌ها اشاره می‌کنند، از جمله خانه‌ای ۵۰ متری که محل زندگی ٤٥ نفر، شامل ۱۸ زن و ۲۷ مرد است. طی همه‌گیری کرونا، این وضع بسیار مشکل‌آفرین شده است.

به گفتهٔ یکی از زنان افغانستانی، «*صاحبخانه نمی‌داند تعدادمان زیاد است؛ در قرارداد ٦ نفریم. برای همین مردان بعد از ۱۱ شب خانه می‌آیند و قبل از ٦ صبح بیرون می‌زنند که کسی نبیندشان و برود به صاحب‌خانه بگوید*».

مسألهٔ تراکم زیاد جمعیت در واحدهای مسکونی یکی از موضوعات مناقشه‌برانگیز میان ساکنان ایرانی و مهاجران افغانستانی در این محله است. برخی از شهروندان ایرانی معتقدند که این تراکم به تثبیت قیمت بالای اجاره‌ها منجر شده است، چراکه مهاجران افغانستانی، با تقسیم هزینهٔ

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

اجاره میان چندین خانوار، قادر به پرداخت مبالغی هستند که برای یک خانوار ایرانی سنگین محسوب می‌شود.

زندگی چندین خانوار در یک واحد مسکونی، علاوه بر مشکلات بهداشتی، پیامدهای روانی و اجتماعی متعددی دارد. در دوران همه‌گیری کرونا، امکان قرنطینهٔ افراد مبتلا وجود نداشت و اعضای خانواده‌ها ناگزیر در محیط‌های کوچک در کنار یکدیگر باقی می‌ماندند. همچنین، نبود فضای کافی برای بازی و تحرک کودکان، شرایط پرتنشی را برای خانواده ایجاد می‌کند.

نبود حریم خصوصی و فضای شخصی کافی، به‌ویژه برای زنان و کودکان، پیامدهای جدی بر سلامت روانی ساکنان دارد. این وضع ممکن است سطح استرس و تنش‌های خانوادگی را افزایش دهد و به بروز اختلافات و درگیری‌های خانگی منجر شود. زنان در گفتگوهای غیررسمی خود به دشواری‌های ناشی از نبود فضای خصوصی برای روابط زناشویی اشاره می‌کنند. به گفتهٔ پزشک پایگاه بهداشت، اینکه کودکان در معرض مشاهدهٔ روابط زناشویی والدین قرار می‌گیرند، به وضوح موجب افزایش مشکلات جنسی و بلوغ شده است و هر ماه مراجعاتی مربوط به آن دارند.

وضع تغذیه و مصرف اقلام بهداشتی

مشاهدات و مصاحبه‌های انجام‌شده با خواربارفروشی‌ها، میوه‌فروشی‌ها و ساکنان محله نشان‌دهندهٔ کاهش خرید مواد غذایی اساسی و محصولات بهداشتی در میان خانوارهای مهاجر افغانستانی طی دورهٔ اخیر است. فروش اقلامی مانند حبوبات، لبنیات (غیر از بستنی و شیرکاکائو)، برنج و چای به‌شدت کاهش یافته است. در مقابل، مواد غذایی ارزان‌قیمت یا پرکالری و سیرکننده نظیر ماکارونی، کیک و اسنک‌های فرآوری‌شده همچنان پرمصرف هستند (تابستان ۱۴۰۰). این روند که به‌طور عمده ناشی از شرایط اقتصادی نامطلوب و افزایش هزینه‌های زندگی است، اثرگذاری زیادی بر سلامت جسمی و روانی ساکنان، به‌ویژه کودکان، دارد. نتایج گفت‌وگو با زنان مهاجر نشان می‌دهد دشواری‌های اقتصادی، آنان را در وضعی قرار داده است که اولویت اصلی‌شان تأمین انرژی روزانه و رفع گرسنگی فوری است.

یک مادر مهاجر می‌گوید: «*بچه‌ها که صبح می‌روند جمعیت [مدرسهٔ کودکان کار مستقر در محله]. آنجا خوراکی‌ای دست‌شان می‌رسد. ناهار هم غذایی جور می‌کنم: بادمجان، سیب‌زمینی، ماکارونی، چیزی... دیگر برای شب که از سرکار برمی‌گردند به‌شان می‌گویم خودشان یک چیز شیرینی یا نانی بخرند و بخورند؛ چون ما از پس بیشتر از یک وعده برنمی‌آییم*».

الگوی یادشدهٔ تغذیه، که بیشتر بر مصرف کربوهیدرات‌ها و چربی‌ها متکی است، در بلندمدت منجر به مشکلاتی نظیر سوءتغذیه، کمبود ویتامین‌ها و مواد معدنی، چاقی ناشی از سوءتغذیه و بیماری‌های مزمن مانند دیابت و فشار خون می‌شود.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

مادر دیگری می‌گوید: «*دکتر تأکید دارد به فرزند سه ساله‌ام پروتئین برسانم. خب خودم هم می‌دانم، اما دیگر تخم‌مرغ هم نمی‌توانیم بخریم*».

یا مادر دیگری که فرزند نوجوانش دچار بیماری پوستی شده است و ناخن‌هایش پوست پوست می‌شود می‌گوید: «*مشکل کمبود مواد معدنی و ویتامین‌هاست، همه دکترها می‌گویند تغذیه. کاش پمادی داشت، می‌مالیدیم و درست می‌شد، آخر غذایمان را چگونه تغییر دهیم در این گرانی؟*».

بر اساس گفته‌های مسؤولان پایگاه بهداشت کودکان با جنبه‌های مختلف سوءتغذیه مواجه هستند. نتایج پروژهٔ «باستان‌شناسی پسماند شهر تهران» (پاپلی و همکاران، ١٤٠٠) این موضوع را تأیید می‌کند. این مطالعه که ترکیب زباله‌های محله‌های فقیرنشین تهران را تحلیل کرده است، نشان می‌دهد که در پهنهٔ مزبور، تنها ٤ درصد از ساکنان مصرف گوشت داشته‌اند و تنها ١٥ درصد از لبنیاتی غیر از بستنی استفاده کرده‌اند. البته این مشاهده مربوط به همهٔ ساکنان این محله اعم از ایرانی و افغانستانی است.

یکی از ویژگی‌های بارز این محله اشکالی از انسجام و همبستگی اجتماعی ساکنان است. برخی از میوه‌فروشی‌ها و سوپرمارکت‌ها به‌صورت خودجوش اقدام به تفکیک میوه‌های شکسته و کهنه برای فروش با قیمت پایین‌تر کرده‌اند تا خانواده‌های کم درآمد بتوانند به این مواد غذایی دسترسی داشته باشند. همچنین، برخی از مغازه‌ها با ایجاد صندوق‌های خیریهٔ محلی، امکان خرید اعتباری یا تخفیف برای خانواده‌های نیازمند را فراهم کرده‌اند. اصطلاح نان قرضی، خرید یک نصفه نان و نذر نان در این محله رواج دارد. این اقدامات نشان می‌دهد که در شرایط عدم حمایت رسمی از سوی نهادهای دولتی، خودسازمان‌دهی اجتماعی، همبستگی و درک متقابل افراد محله تا حدی توانسته است به نیازهای اولیهٔ ساکنان پاسخ دهد. در عین حال، این اقدامات حالتی حداقلی دارد.

علاوه بر کمبود خوراکی‌های مغذی، کاهش مصرف محصولات بهداشتی نیز یکی دیگر از نگرانی‌های عمده در این محله است. مصاحبه با صاحبان خواربارفروشی‌ها و زنان مهاجر نشان می‌دهد که شامپو، مسواک، خمیردندان و سایر محصولات بهداشتی به میزان زیادی از سبد خرید خانوار حذف شده‌اند (تابستان ١٤٠٠).

به گفتهٔ یکی از زنان مهاجر: «*مدتی است که از پودر یا صابون رخت‌شویی برای شست‌وشوی مو استفاده می‌کنیم. دیگر نمی‌شود برای چندتا چیز هزینه کرد،؛ باید یکی را خرید*». طبق نظر مسؤولان پایگاه‌های بهداشت محله، این تغییرات خطر افزایش بیماری‌های پوستی، پوسیدگی دندان و عفونت‌های دهانی را به ویژه در میان کودکان افزایش داده است.

وضع اشتغال و تأثیر آن بر سلامت

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

محلهٔ زهتابی (در کنار محلهٔ مجاور زمزم) به دلیل تعدد کارگاه‌های تولیدی، چه رسمی و چه غیررسمی، به کانون اشتغال کارگران مهاجر، به‌ویژه کودکان و نوجوانان افغانستانی تبدیل شده است که ارزان‌قیمت و بدون بیمه و مزایا محسوب می‌شوند. بررسی‌های میدانی و مصاحبه‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که بسیاری از کارگاه‌ها در محیط‌های نامناسب، همچون زیرزمین‌ها و پارکینگ‌های ساختمان‌های مسکونی، فعالیت دارند و شرایط کار در آن‌ها از حداقل استانداردهای بهداشتی و ایمنی برخوردار نیستند. به‌طور مشخص، در بازدیدهای میدانی، مشاهده شد که بسیاری از این کارگاه‌ها دارای مساحت اندکی هستند و در محیط‌هایی تاریک و پرتراکم فعالیت می‌کنند. برخی از این کارگاه‌ها به راحتی قابل‌مشاهده هستند، ولی تعداد بیشتری در پارکینگ‌ها و زیرزمین‌های ساختمان‌های مسکونی مستقر شده‌اند، به‌صورت غیررسمی فعالیت دارند و برای ورود به آن‌ها باید آشنایی پیدا کرد. اغلب این کارگاه‌ها به تولید پوشاک و کفش اختصاص دارند. به واسطهٔ آشنایی با نوجوانان افغانستانی امکان ورود به چند کارگاه‌ها فراهم شد. یکی از آن‌ها کارگاه خیاطی در زیرزمینی ۱۰۰ متری بود که دور تا دورش چرخ خیاطی چیده شده بود. در این کارگاه نور مستقیم وجود نداشت و جز در ورودی و دو پنکه هیچ امکان تهویهٔ هوایی نداشت. سیم‌های برق به صورت غیراستاندارد و ناایمن از سقف آویزان شده‌بودند تا برق چرخ خیاطی‌ها را تأمین کنند. حدود ۲۷ نفر بین ۸ تا ۱۲ ساعت در آنجا کار می‌کردند. هنگام بازدید همچنان احتمال شیوع کرونا وجود داشت، ولی هیچ‌کدام از کارگران ماسک نداشتند، چرا که به‌نظرشان بی‌تأثیر بود یا طی ساعات طولانی امکان‌پذیر نبود.

در بسیاری از این کارگاه‌ها، نوجوانان افغانستانی حضور چشمگیری دارند. بر اساس مصاحبه‌های انجام‌شده، ساعات کاری این کارگران عموماً از ۸ صبح تا ۷ یا ۸ شب ادامه دارد و در برخی موارد بیش از ۱۲ ساعت در روز مشغول به کار هستند. به‌رغم ساعات کاری طولانی، میزان دستمزد دریافتی آنان بسیار کم است. به‌عنوان مثال، در تابستان ۱۴۰۰، یک دختر ۱۶ ساله افغانستانی که در کارگاه خیاطی مشغول به کار بود، ماهانه تنها ۲ میلیون تومان دریافت می‌کرد. این در حالی است که هیچ‌یک از کارگران افغانستانی، ازجمله کودکان و نوجوانان، تحت پوشش بیمه قرار ندارند و قرارداد رسمی برای اشتغال آنان تنظیم نشده است. نه تنها آنان از حقوق و مزایای قانونی محروم‌اند، بلکه در معرض انواع مخاطرات جسمی و روانی قرار دارند. محیط‌های کاری نامناسب، ساعات طولانی نشستن، فقدان تحرک و نبود استانداردهای بهداشتی، آنان را در معرض بیماری‌های اسکلتی–عضلانی، مشکلات تنفسی و بیماری‌های پوستی قرار داده است. در کارگاه‌های تولید کفش و کیف، کارگران با مواد شیمیایی مانند چسب‌های صنعتی سروکار دارند که در محیط‌های فاقد تهویه خطر ابتلا به بیماری‌های ریوی را افزایش می‌دهد.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

طی چند مصاحبه با کارگران نوجوان مشخص شد که بعضی از این کارگاه‌ها به شرکت‌های بزرگ‌تری وابسته هستند. به‌عنوان مثال، برخی از تولیدکنندگان محلی، محصولات خود را برای برندهای شناخته‌شدهٔ ایرانی تولید می‌کنند. این ارتباط نشان‌دهندهٔ نوعی زنجیرهٔ تأمین غیررسمی است که در آن، شرکت‌های بزرگ از نیروی کار ارزان و غیررسمی استفاده می‌کنند تا هزینه‌های تولید را کاهش دهند و سود خود را حداکثر کنند. در چنین شرایطی، نه‌تنها دستمزدهای پایین و نبود بیمه و حمایت‌های قانونی کارگران را در معرض آسیب قرار داده است، بلکه امکان مطالبهٔ حقوق و شکایت از شرایط کاری نیز برای این گروه بسیار دشوار است. عدم امکان شکایت و ترس از اخراج، استرس مضاعفی را بر کارگران مهاجر تحمیل کرده است و منجر به افزایش اضطراب، افسردگی و احساس ناامنی در میان آنان شده است.

همچنین حضور پررنگ کودکان و نوجوانان مهاجر در محیط کار، پیامدهای اجتماعی و اقتصادی گسترده‌ای را به دنبال داشته است. بسیاری از این کودکان، به دلیل فشار اقتصادی خانواده، ناچار به ترک تحصیل و ورود به بازار کار شده‌اند. این امر نه‌تنها فرصت‌های آموزشی و توسعهٔ فردی آنان را محدود می‌کند، بلکه آنان را در چرخه‌ای از فقر و استثمار گرفتار می‌سازد. در مصاحبه‌های انجام‌شده با مددکاران سازمان غیردولتی مستقر در محله گفته شد برخی از کودکان کار محله، به‌ویژه دختران کارگر یا پسربچه‌ها، از تجربهٔ آزارهای جنسی به‌خصوص در کارگاه‌ها سخن گفته‌اند. این موضوع چنان جدی بوده است که این سازمان کارگاه‌هایی را در مورد حفاظت از خود در چنین موقعیت‌هایی برگزار کرده است.

دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی

نظر به تجارب بسیار دشوار اتباع افغانستان هنگام مهاجرت به ایران، مصاحبه‌ها نشان می‌دهد که نزد بسیاری از آنان تعریف سلامت در «خلاصی از درد» و «بقا» خلاصه شده‌است. طبق یافته‌های پروژهٔ «باستان‌شناسی پسماند شهر تهران» (پاپلی و همکاران، ١٤٠٠)، داروهای مسکن و آرامبخش بیشترین بخش زباله‌های دارویی محله را تشکیل می‌داده‌اند. همچنین، طی مصاحبه‌ها مشخص شد بیشترین مراجعه به دندان‌پزشکی برای کشیدن دندان است.

به گفتهٔ مسؤول پایگاه بهداشت: «*مهاجرینی که کودکی با بیماری مادرزادی به دنیا می‌آورند، اغلب نمی‌توانند مراحل درمان را به درستی طی کنند و گاهی چون نمی‌توانند هزینهٔ عمل کودک را تأمین کنند ناخواسته در انتظار مرگ فرزندشان می‌مانند و آن را چون تقدیری غیرقابل تغییر می‌دانند*».

دسترسی به خدمات درمانی و بهداشتی با توجه به هزینه‌های درمانی و سرانهٔ مراکز در محله برای تمامی ساکنان آن اعم از ایرانی و افغانستانی در وضع نامطلوبی قرار دارد. بنابراین، اطلاعاتی که در ادامه می‌آید اکثراً مختص افغانستانی‌ها نیست، از جمله چون برخی مراکز، مثلاً پایگاه بهداشت،

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

به کلیهٔ مراجعان یکسان خدمات‌رسانی می‌کنند. در این محله دو پایگاه بهداشت وجود دارد که مراکز اصلی مراجعهٔ افغانستانی‌ها است و برعکس برخی از ایرانیان تمایل به استفاده از خدمات این مراکز را ندارند. این مراکز برخی از خدمات پیشگیری مانند چکاپ فشارخون، قند، قطره‌آهن و ویتامین به نوزادان و.... را به طور رایگان عرضه می‌کنند.

دانشگاه‌های علوم پزشکی دولتی مسؤول توزیع خدمات به پایگاه‌های بهداشت در مناطقی از تهران هستند و بسته به تعداد مناطق و جمعیت آن مناطق بودجه دریافت می‌کنند. اما طی چند سال گذشته خدمات مناطق جنوبی بسیار کاهش یافته است، چرا که با افزایش جمعیت مناطق فرودست، حاشیه‌ای و غیررسمی شهر و گروه بزرگ مهاجران رسمی و غیررسمی که به این مراکز مراجعه می‌کنند، خدمات بین مناطق جنوبی هم اولویت‌بندی و محدود شده است. قوانین و بوروکراسی شبکهٔ بهداشت، عدم تناسب خدمات با نیازها، شرایط محلات کم‌برخوردار و نبود آمار دقیق از جمعیت ساکن در مناطق جنوبی تهران موجب کاهش خدمات این شبکه شده است، از جمله از آنجا که خدمات با توجه به جمعیت ساکن در محلات توزیع شده است و نه تعداد مراجعان.

پایگاه‌های بهداشت این محله بودجهٔ کافی ندارند و از کادر و تجهیزات کافی درمانی برخودار نیستند. در عین حال، پزشکان و مسؤولان به طور دائم در حال پذیرش بیمار هستند و در برخی موارد تلاش می‌کنند با روابط خیریه‌شان از هزینه‌ها بکاهند و به بیماران کمک کنند. از جمله صندوق خیریه‌ای بین خودشان راه انداخته‌اند تا به کمک آن داروهای بعضی بیماران را تهیه کنند. مسؤولان مراکز و پایگاه‌های بهداشت می‌گویند که تمامی تخفیف‌ها یا کمک خیرین با ارتباطات خودشان به‌دست آمده است و از طرف دولت کمکی دریافت نکرده‌اند. در عین حال، این کمک‌ها به افراد نیازمند محله اصلاً کافی نیست.

به گفتهٔ یکی از مسؤولان مراکز: «*با مسؤول سونوگرافی مرکز ... قراری داریم که، به ازای ۱۰ بیمار، یک بیمار را با تخفیف زیاد سونوگرافی کنند. به این ترتیب گاهی بیماران اورژانسی را که توان مالی ندارند در حد توانمان پوشش می‌دهیم*».

اما یکی از ساکنان افغانستانی می‌گوید: «*کمک‌هزینه‌ها و خیریه‌ها بیشتر برای ایرانی‌هاست، کسی خیلی دوست ندارد پولش را خرج عمل و دوا و درمان ما بکند*».

از آنجا که پایگاه‌های سلامت، پزشک متخصص ندارند، بیماران برای پیگیری تخصصی به بیمارستان ضیاییان (بیمارستان دولتی منطقه) یا پزشکان متخصص دیگر ارجاع داده می‌شوند. اما، به گفتهٔ مسؤول پایگاه، بسیاری از مراجعان نمی‌توانند هزینهٔ رفت و آمد و ویزیت را تقبل کنند و از درمان بازمی‌مانند. همچنین مهاجران افغانستانی غیررسمی از رفتن به بیمارستان به عنوان مرکزی دولتی سرباز می‌زنند، بسیاری از مهاجران رسمی نیز به دلیل نداشتن کارت کار یا عدم تمدید مدارک

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

لازم، عدم همراهی کارفرما برای بیمه کردن مهاجر یا عدم استطاعت مالی پرداخت حق بیمه، تحت پوشش هیچ بیمه نیستند. در این محله مرکز سونوگرافی، آزمایشگاه، دندانپزشکی و ساختمان پزشکان وجود دارد، ولی مسؤولان‌شان اظهار می‌کنند که کمتر مهاجران افغانستانی به این مراکز مراجعه می‌کنند؛ چرا که اکثراً بیمه نیستند و هزینه‌های درمانی برایشان زیاد است. در مصاحبه با مهاجران مشخص شد افغانستانی‌ها برای جلوگیری از هزینه‌های تصویربرداری و سونوگرافی و... شکسته‌بند و قابلهٔ قابل‌اعتماد دارند.

به گفتهٔ یکی از زنان مهاجر که دو فرزندش را با قابله و یکی را در بیمارستان به دنیا آورده است، «*یک قابلهٔ افغانستانی داریم. هرکس می‌خواهد زایمان کند یا بیماری زنان داشته باشد، او را صدا می‌کنیم؛ مگر شرایط خطرناک باشد که برویم بیمارستان؛ آخر هزینه‌های بیمارستان خیلی زیاد است و ندارم*».

به گفتهٔ مسؤول آزمایشگاه در محله، «*بخشی از بیماران دارای بیماری گوارشی و درگیر انگل هستند، زیرا آموزشی برای رعایت نکات سادهٔ بهداشتی مانند ضدعفونی کردن میوه و سبزیجات ندیده‌اند. زمانی که تعداد زیادی مراجع با بیماری‌هایی این چنینی داریم یعنی لازم است که در مدارس و فضاهای عمومی برنامه‌هایی برای آگاه‌سازی مردم داشته باشیم*».

ساختمان پزشکان امام حسن واقع در خیابان زمزم دارای ٤ اتاق و پزشک عمومی، ماما، متخصص پوست است. هزینهٔ این مرکز بسیار بیشتر از پایگاه بهداشت است و در عین حال تاکنون هیچ‌کدام از معدود مراجعان افغانستانی‌شان از بیمه برخوردار نبوده است.

به گفتهٔ یکی از مسؤولان این مرکز، «*پزشکان این مرکز بعضی از داروهای تقویتی و سرم‌ها را خودشان داوطلبانه تأمین کنند. سود حاصل از ویزیت مراجعان کم است و بیشتر درآمدها صرف خود مرکز و حقوق پرسنل می‌شود. اکثر مراجعان ایرانی بیمه دارند و تعداد مراجعان افغانستانی کمتر است*». در این محله دو داروخانه وجود دارد که تناسبی با جمعیت آن ندارد، چراکه مردم توان خرید دارو و لوازم بهداشتی گران را ندارد. در مقابل به تعداد عطاری‌ها در این سال‌ها بسیار افزوده شده است. بسیاری از ساکنان از جمله افغانستانی‌ها عطاری را جایگزین داروخانه کرده‌اند. سرانجام آنکه از امراض مرسوم محله، بیماری‌های مرتبط با اعصاب و روان است که در آمارگیری پایگاه بهداشت افسردگی، از بیماری‌های برجسته‌تر و شاخص محله شناخته شده است.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

به گفتهٔ روانشناس پایگاه بهداشت، «*مراجعه به روانشناس بین خانواده‌های ایرانی رایج‌تر است و خانواده‌های افغانستانی به ندرت به روانشناس مراجعه می‌کنند*».[۲۶] بسیاری از ساکنان این محله، اعم از مهاجر و ایرانی، با مشکلات اقتصادی و اجتماعی زیادی درگیرند و اغلب طردشدگی را در اشکال مختلف تجربه می‌کنند، به خصوص، مهاجرانی که در خطر اخراج هستند. تمامی این عوامل زمینه‌ای، بر سبک زندگی و سلامت جسمی و روانی آنان تأثیر می‌گذارد.

در کل، مهاجران افغانستانی به دلیل فقدان بیمه، هزینه‌های زیاد و ترس از برخوردهای امنیتی، کمتر به مراکز درمانی رسمی مراجعه می‌کنند. پایگاه‌های سلامت در محله تنها بخشی از خدمات اولیهٔ بهداشتی را ارائه می‌دهند و از نظر نیروی متخصص، دارو و تجهیزات به‌شدت در مضیقه هستند. بیماری‌های واگیر به دلیل شرایط محیطی، نبود آموزش‌های بهداشتی و دسترسی محدود به خدمات درمانی در میان مهاجران افغانستانی برجسته است.

طرد اجتماعی و انسجام درون‌گروهی مهاجران

مسائل اجتماعی موجود در محلهٔ زهتابی – از جمله اعتیاد، کارتن‌خوابی و نزاع‌های خیابانی – به صورت مستقیم بر سلامت جسمی و روانی ساکنان آن اثر می‌گذارد. مهاجران افغانستانی بیش از دیگران در معرض این آسیب‌ها قرار دارند. بسیاری از والدین مهاجر نگران آن هستند که فرزندان‌شان به دلیل حضور مصرف‌کنندگان و فروشندگان مواد در پارک‌ها و خیابان‌ها در معرض اعتیاد یا خشونت قرار گیرند. این نگرانی با توجه به شرایط خاص مهاجران دوچندان است، چرا که هرگونه تخلف یا آسیب اجتماعی، علاوه بر ایجاد خطر برای سلامت فردی، از جمله سلامت یکی از نان‌آوران خانه، ممکن است به رد مرز شدن نیز بینجامد.

در گذشته اقداماتی به منظور مقابله با مشکلات محله صورت گرفته است، که در عمل به طرد بیشتر مهاجران منجر شده است. به طور مثال، چندی پیش، برخی ساکنان محلهٔ زهتابی تلاش کردند معتادان را از پارکی که وسط محیط مسکونی و کنار مدرسه دخترانه قرار داشت دور کنند. آنان معتادان را به پارکی در انتهای محله راندند، در حالی که مکان جدید بیشتر مورد استفادهٔ خانواده‌های افغانستانی بود. چنین تجربه‌هایی نشان می‌دهد که مهاجران در فضاهای زندگی‌شان نیز با حذف مضاعف مواجه هستند و منافع‌شان در نظر گرفته نمی‌شود. تحت این شرایط، انسجام قومی و

[۲۶] جالب آنکه تأکید روان‌شناس طی مصاحبه بر فرد و فرهنگ‌سازی بود. وی، با استناد به گفتگوهای جلسات عمومی با روان‌شناسان نواحی دیگر، دلایلی برای اثبات «بی‌فرهنگی» و انتخابی بودن شرایط زندگی ساکنان محله به ویژه مهاجران می‌آورد. این نوع دیدگاه، یعنی فرد را مقصر دانستن، در میان بسیاری از مسؤولان دیگر هم قابل مشاهده است.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

شبکه‌های حمایتی درون‌گروهی به مهم‌ترین منابع حفاظت از سلامت برای مهاجران تبدیل شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

مهاجرت پدیده‌ای پیچیده است که تأثیرات عمیقی بر سلامت و رفاه مهاجران، به‌ویژه در کلان‌شهرها، می‌گذارد. چالش‌هایی نظیر دسترسی محدود به خدمات بهداشتی، تبعیض، نابرابری‌های اقتصادی–اجتماعی و تفاوت‌های فرهنگی، اغلب منجر به نتایج سلامت ضعیف‌تری نزد مهاجران در مقایسه با جمعیت میزبان می‌شود. این پژوهش به بررسی وضع خدمات و دسترسی مهاجران افغانستانی به بهداشت و درمان در یک محلهٔ فرودست‌نشین پرداخته است و عوامل مؤثر بر آن‌ها را تحلیل کرده است؛ همچنین، نقش شرایط کار و زندگی مهاجران را بر سلامت آنان بررسی کرده است و پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی آن را مورد واکاوی قرار داده است. در نگاه رایج کشور، مهاجران افغانستانی اغلب به عنوان باری بر دوش نظام خدمات معرفی می‌شوند. اما در عمل بسیاری از آنان به دلیل موانع ساختاری و مالی از این خدمات محروم هستند.

مهاجران افغانستانی در محلهٔ زهتابی تا حدی به خدمات پیشگیرانه در خانه‌های بهداشت دسترسی دارند، ولی این خدمات به دلیل افزایش جمعیت محلات فرودست و محدودیت بودجهٔ پهنه‌های جنوبی شهر تهران به تدریج کاهش یافته است. افزون بر این، دسترسی مهاجران به خدمات درمانی تخصصی بسیار محدود است؛ زیرا بسیاری از آنان فاقد بیمه هستند و بیمارستان‌های دولتی نیز هزینه‌های زیادی برای درمان‌های تخصصی طلب می‌کنند. در نتیجه، مهاجران اغلب مسائل درمانی خود را به شکلی سطحی برطرف می‌کنند یا درمان را به تأخیر می‌اندازند. خیریه‌ها و حمایت‌های غیردولتی نیز قادر به پر کردن شکاف خدمات بهداشتی و اجتماعی برای مهاجران نیستند. برای رفع چالش‌های موجود، اتخاذ رویکردی چندبعدی ضروری می‌نماید که عدالت در سلامت، شمول اجتماعی و ارائهٔ خدمات بهداشتی حساس به تفاوت‌های فرهنگی را در اولویت قرار دهد. می‌توان پیشنهادهای ذیل را که مبتنی بر تجارب بین‌المللی است، جهت بهبود وضع سلامت مهاجران افغانستانی در ایران و کلان‌شهری مانند تهران ذکر کرد.

- لازم است دولت سازوکارهای قانونی ثبت و به رسمیت شناختن مهاجران افغانستانی را ایجاد کند، این موضوع هم از لحاظ امنیتی و عملکردی برای ایران مهم است و هم به مهاجران کمک می‌کند تا بتوانند به خدمات بهداشتی، آموزشی و شغلی رسمی دسترسی داشته باشند. همچنین، تدوین قوانینی که دسترسی عادلانهٔ همهٔ مهاجران را به خدمات

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

درمانی تضمین کند، تقویت قوانین ضدتبعیض در مراکز درمانی برای برخورداری مهاجران از خدمات سلامت و تسهیل ادغام مهاجران در بازار کار رسمی حائز اهمیت است.

- نظام بهداشت و سلامت فراگیر باید مهاجران را نیز کاملاً در بر گیرد. دسترسی به کالایی عمومی مانند سلامت را نمی‌توان بر عهدهٔ خیریه‌ها گذاشت. گسترش مراکز سلامت جامعه‌محور در مناطق پرتراکم مهاجران و راه‌اندازی کلینیک‌های سیار برای گروه‌های محروم ثمربخش خواهد بود. مراکز درمانی در مناطق محروم، شامل محلهٔ مورد مطالعه، باید از نظر نیروی انسانی، تجهیزات پزشکی و بودجه تقویت شوند، تا بتوانند پاسخگوی نیازهای ساکنان، از جمله مهاجران، باشند. به‌کارگیری رابط‌های سلامت از جامعهٔ افغانستانی برای تسهیل ارتباط بین نظام درمانی و مهاجران نیز حائز اهمیت است. سیاست‌گذاری بهتر برای پوشش بیمهٔ درمانی مهاجران ضروری می‌نماید، تا آنان از خدمات پایه محروم نشوند. اجرای کارزارهای آگاهی‌بخش دربارهٔ بیماری‌های عفونی، سلامت مادر و کودک، بیماری‌های مزمن و سلامت روان، تشویق به غربالگری‌های منظم و واکسیناسیون از طریق برنامه‌های مشارکتی جامعه‌محور و همکاری با سازمان‌های غیردولتی برای انتشار اطلاعات سلامت متناسب با فرهنگ مهاجران افغانستانی نیز توصیه می‌شود.
- لازم است مقابله با ناامنی مسکن و سوءتغذیه که سلامت مهاجران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نیز اجرای سیاست‌های شهری فراگیر که شرایط زندگی مهاجران را بهبود می‌بخشد در دستور کار قرار گیرد. کلان‌شهرها مستعد ایجاد نظام‌های سلامت عادلانه‌تر و مهاجرپذیرتری هستند که نه‌تنها از سلامت مهاجران حمایت کند، بلکه یاری‌بخش انسجام اجتماعی و توسعهٔ پایدار شهری باشد. مسؤولیت تحقق این امر بر عهده سیاست‌گذاران، نهادهای بهداشتی–درمانی و جامعهٔ مدنی است تا اطمینان حاصل شود که مهاجرت به جای آنکه به نابرابری در سلامت بینجامد، فرصتی برای ساخت شهرهای سالم‌تر و انعطاف‌پذیرتر فراهم آورد. حمایت از پژوهش‌های کاربردی در زمینهٔ چالش‌های سلامت مهاجران و راهکارهای اثربخش نیز اهمیت دارد.
- شبکه‌های حمایتی داخلی در میان مهاجران نقش مهمی در کاهش مشکلات اقتصادی و اجتماعی آنان ایفا کرده‌اند. اما این انسجام به انزوای اجتماعی و عدم ادغام آنان در جامعهٔ میزبان هم دامن زده است. همچنین، رسانه‌ها گاهی این انسجام را تهدیدی برای جامعهٔ میزبان معرفی می‌کنند، که خود موجب افزایش بی‌اعتمادی و فاصله‌گیری بیشتر می‌شود.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

در چنین شرایطی، اجرای برنامه‌های اجتماعی برای کاهش تعارضات بین مهاجران و جامعهٔ میزبان یاری‌بخش خواهد بود.

منابع

۱. پاپلی، لیلا (١٤٠٠) **آخرین واژهٔ داستان دیگری: باستان‌شناسی پسماند (زباله) در مناطق ۷ و ۱۷ تهران**، تهران: نگاه.

۲. رصدخانه شهری تهران (١٣٩٦) **اطلس کیفیت زندگی شهر تهران**، تهران: سازمان فناوری اطلاعات و ارتباطات شهرداری تهران.

۳. ریاحی، عارف، نجلا و فاطمه نوشین‌فرد (١٣٩٤) «نیازهای اطلاعاتی بهداشتی و موانع دسترسی به آن در میان مهاجران افغانی و عراقی»، **دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی**، دورهٔ ۷: ٥٩٧–٦١٠.

٤. سازمان نوسازی شهر تهران و شهرداری منطقهٔ ۱۷ (١٣٩٨) **سند توسعهٔ محلهٔ زهتابی**.

٥. علاءالدینی، پویا؛ میرزایی، آمنه؛ محرابیان، نرگس؛ بهرامی معصومه و طلا رستمی (١٤٠٠) **افغانستانی‌ها در شهر تهران: معیشت، اسکان و تعاملات اجتماعی**، تهران: کندوکاو.

٦. نجاتی، صادق؛ علوی، سید علی و صفر قائد رحمتی(١٣٩٧) «تحلیل فقر مسکن شهری از بعد اجتماعی (مطالعهٔ موردی: محلات منطقهٔ شهر تهران ۱۷)»، **جغرافیای اجتماعی شهری**، دورهٔ ٥، شمارهٔ ۲: ۸۷–١٠٦

۷. نصراصفهانی، آرش (١٣٩٧) **در خانهٔ برادر: پناهندگان افغانستانی در ایران**، تهران: پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات.

8. Ager, A., & Strang, A. (2008) «Understanding Integration: A Conceptual Framework», Journal of Refugee Studies 21(2):166-191.

9. Alaedini, P. (2020) «Afghan Migrants in Tehran: Toward Formal Integration», in Z. Babar, ed**., Mobility and Forced Displacement in the Middle East** (pp. 103-132), Oxford University Press.

10. Abubakar, I., et al. (2018) «The UCL–Lancet Commission on Migration and Health», **The Lancet** 392(10164):2606-2654.

11. Alemi, Q. et al. (2014) «Psychological distress in Afghan refugees: A mixed-method systematic review», **Journal of Immigrant and Minority Health** 16(6):1247-

12. Bhugra, D. (2004) «Migration and mental health», **Acta Psychiatrica Scandinavica 109**(4):243–258.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]

13. Braun, V., & Clarke, V. (2021) **Thematic Analysis: A Practical Guide**. Sage.

14. Dahlgren G, &Whitehead M. (2021) «The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows», **Public Health 199**(20-24).

15. Diez Roux, A. V. (2016) «Neighborhoods and Health: What Do We Know? What Should We Do? » **American Journal of Public Health 106**(30):430-431.

16. Hargreaves, S., et al. (2019) «Occupational health outcomes among international migrant workers: a systematic review and meta-analysis», **The Lancet Global Health 7**(7):e872 - e882.

17. International Organization for Migration (2025a) **Migration and Health**. https://www.iom.int/migration-health

18. Intranational Organization for Migration (2025b) **Essentials of Migration Management 2.0 Handbook**.

19. Porter, M., & Haslam, N. (2005) «Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees», **JAMA 294**(5):602–612.

20. Pourhossein, B., et al. (2015) «Major infectious diseases affecting the Afghan immigrant population of Iran: A systematic review and meta-analysis», **Epidemiol Health 37**:e2015002.

21. Rahimitabar, P., et al. (2023) «Health condition of Afghan refugees residing in Iran in comparison to Germany: A systematic review of empirical studies», **International Journal of Equity in Health 22**(16).

22. Schenker, M., et al. (2013) **Migration and Health: A Research Methods Handbook**, Berkley, CA: University of California Press.

23. Squires, A., et al. (2022) «International migration and its influence on health», **Research in Nursing and Health 45**(5):503-511.

24. Thomas, F., ed. (2016) **Handbook of Migration and Health**. Northampton, MA: Edward Elgar Publishing.

25. United Nations High Commissioner for Refugees (2018) **Global Compact on Refugees**. https://www.unhcr.org/about-unhcr/overview/global-compact-refugees

26. Wickramage, K., vearey, jo, B.Zwi, Anthony, Robinson, Courtland, Michael Knipper (2018) «Migration and health: A global public health research priority». **BMC Public Health** 18(1):987.

27. World Health Organization (2022) **World Report on the Health of Refugees and Migrants**. https://www.who.int/teams/health-and-migration-programme/world-report-on-the-health-of-refugees-and-migrants

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.66224/scds.13.4.65]