



ارزیابی مؤلفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت شهروندان (مطالعه موردی: شهر فردیس)

سیده الهام داوری، دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

مرضیه امینی، دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسئول)

amini۷۳۸۰@gmail.com

فاطمه بزرگر، کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران

پذیرش: ۱۴۰۲/۲/۱۰

دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۱۰

چکیده

سنجش کیفیت محیط زندگی شهروندان از جهت معیارهای شهر سالم امری است که دارای اهمیت بسیاری است. این امر در حالی است که بدانیم توسعه‌های شهری امروز بویژه در کشورهای در حال توسعه به این امر چندان توجهی نداشته به گونه‌ای که مشکلات و چالش‌های متعدد در حوزه‌های کلان شهری جوامع در حال توسعه بیانگر استیلاهای مشکلاتی از قبیل آلودگی، آشفته‌گی، سرو صدا، سلطه اتومبیل‌ها، عدم امکان پیاده روی، محیط‌زیست خاکستری و.. است که همگی دلالت بر عدم توجه به معیارهای برنامه‌ریزی شهری سالم است. شهر سالم شهری است که به طور مداوم و مستمر در حال آفرینش و بهبود بخشی به آن گونه محیط‌های کالبدی و اجتماعی و گسترش آن گونه منابع جامعه است. در این زمینه بروز چالش‌ها و مشکلاتی در عرصه برنامه‌ریزی شهری منجر به ناتوانی شهرها در تامین حداقل معیارهای تحقق شهر سالم شده است. با توجه به این موضوع در این پژوهش که به شیوه توصیفی - تحلیلی صورت گرفته است با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی مورد تحلیل قرار گرفته است. نتایج مهم‌ترین مؤلفه‌های موثر بر توسعه شهر سالم با استفاده از تحلیل صورت گرفته شده نشان می‌دهد که مؤلفه‌های وضعیت کالبدی مسکن با مقدار ۰/۹۰، عامل دوم وضعیت عمومی درآمد با مقدار ۰/۹۴، عامل سوم در دسترس نبودن مراکز درمانی با مقدار ۰/۷۸ و عامل آخر بهداشت عمومی محله با مقدار ۰/۷۰ بیشترین تاثیر را بر سلامت شهروندان شهر دارا بوده است و به نوعی از مهم‌ترین عامل‌های کاهنده سلامت شهروندان شهر فردیس کرج بوده است.

کلمات کلیدی: کیفیت زندگی، شهر سالم، سلامت اجتماعی، محیط سکونت، شهر فردیس

بیان مساله

بعد از انقلاب صنعتی، تحولاتی که در جنبه های مختلف در شهرها روی داده است، منجر به مسائل و مشکلات متعددی در شهرها شده است. مشکلاتی از جمله: انفجار جمعیت، تراکم رشد فزاینده، کمبود مسکن، فقر، گسستگی رابطه بین شهر و طبیعت، آلودگی هوا ترافیک وسایل موتوری، زاغه های ناسالم، کاهش سطح زندگی سالم اجتماعی و بسیاری از مسایل دیگر شده است. با توجه به این که شهرها موجوداتی زنده و پویا و انسان محور می باشند، اهمیت برنامه ریزی شهر سالم با توجه به اصول و معیارهای آن در طول برنامه ریزی بلند مدت برای شهرها ضروری است (زیاری و جان-بابانژاد، ۱۳۹۶: ۵). در دنیای امروز به تبعیت نیاز به ایجاد یک شهر سالم و به همه و هیاهوی رفت و آمد و جریان زندگی ناشی از ماشین و ایجاد یک فضای اجتماعی در ارتباط با طبیعت، نظریات مختلفی ابراز شده است، اساس این نظریات بر مبنای تقویت فضای اجتماعی و محله ای شهر و استفاده از طبیعت در گونه ها و طرح های مختلف شهرسازی است (شیعه، ۱۳۸۸: ۵). ایده شهر سالم و یا جنبش شهر سالم در دهه ۱۹۸۰ و از کشور کانادا آغاز شده است. این جنبش در آغاز اهداف زیست محیطی و بهبود وضعیت بهداشتی شهرها و سکونتگاه های انسانی را مدنظر داشته است. لیکن رفته رفته اهدافی فراتر از مسائل بهداشتی شهرها را دنبال نمود (احمدی، ۱۳۸۸: ۱). در واقع سال ۱۹۸۴ نقطه عطفی برای این مقوله است که با همت اشخاصی چون پرفسور دهل، دکتر اشتون و استقبال بی دریغ سازمان بهداشت جهانی (WHO) که آنرا در راستای ضمانت اجرایی اهداف و سیاست هایش می دید، منجر به ارائه و بعضاً اجرای الگوها و سیاست های نوینی در این راه گردید، بطوریکه پس از گذشت بیش از دو دهه، اینک ایده شهر سالم تبدیل به نهضت جهانی گردیده است (همان، ۱۳۹۶: ۵۱). در طول تاریخ شهرسازی به ویژه در ابتدای پیدایش شهر تا قبل از قرن ۱۹ و صنعتی شدن شهرها، توزیع کاربری های شهری هر چند فاقد تئوری مشخص، اما پیرو اصولی از جمله کاربری های مختلط در سطح افقی و عمودی بوده است. لذا جمعیت شهری بسیاری از نیاز های خود را در مسافت های کمی جست و جو می کرده اند. این در حالی است که در سده ۱۹ همزمان با این که دود صنایع و کارخانه جات تحولات بعدی شهر را تحت تاثیر قرار دهد، توسعه فیزیکی شهر این امکان را که شهروندان با مراجعه در مسافت های کم نیاز های خود را تامین نمایند، از آنان سلب نمود و به این ترتیب نیاز به اتومبیل در جوامع شهری مطرح شد. وضعیت توسعه افقی شهر ها با توسعه بزرگراه ها و ازدیاد اتومبیل ها در معابر شهر همزمان شد با ظهور اپیدمی های گوناگون که بسیاری از متخصصان امر بهداشت یکی از دلایل آن را مکانیزه شدن جوامع شهری می دانند. لذا برای رفع این مشکل شهر سازان و برنامه ریزان شهری از اوایل قرن ۲۰ نظریات مختلفی از جمله رشد هوشمند، اختلاط کاربری ها، شهر سبز، شهر دوستدار طبیعت، پیاده مداری را مطرح نموده اند، که همگی در راستای برطرف نمودن مشکلات ناشی از توسعه صنعتی و اتومبیل محور است. شهر فردیس کرج با توجه به نزدیکی آن به مادر شهر کرج به عنوان یکی از شهرهایی



است که با شتاب بالایی در حال رشد بوده و این امر سبب شده است شهر با چالش هایی در حوزه سلامت مواجه گردد. در این راستا پژوهش سعی بر آن است تا مهم ترین عامل های موثر بر سلامت شهروندان ارزیابی گردد.

مبانی نظری

سلامت

مفهوم سلامت طی قرن ها تکامل یافته و به تدریج از یک مفهوم انفرادی که ریشه در نظریه میکروبی بیماریها در اوایل قرن بیستم داشت، به صورت یک الگوی اجتماعی و یک هدف جهانی در آمده است (آقا ملایی، ۱۳۸۴: ۲۰). امروزه مفهوم سلامت ابعادی گسترده یافته، که بسیاری از ابعاد زندگی انسان با محیط پیرامون (نظیر مسائل زیست محیطی، کالبدی، اجتماعی و اقتصادی) آن را در بر می گیرد و تنها در نداشتن بیماری و در حوزه سلامت فردی خلاصه نمی شود، بلکه به عنوان یک هدف مرکزی در حوزه های مختلف برنامه ریزی مرتبط با توسعه، مورد تاکید قرار گرفته است (تقی زاده مطلق، ۱۳۸۱: ۲۷). تعریفی که سازمان بهداشت جهانی از سلامتی در مقدمه اساسنامه خود بیان کرده است مبتنی بر این است که: "سلامت عبارت است از وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نبودن بیماری و معلولیت" و در سال های اخیر " توانایی داشتن یک زندگی مثر از نظر اقتصادی و اجتماعی" را نیز در خود جای داده است. جهت تبیین عوامل تاثیرگذار بر سلامت و بیان رابطه میان سلامتی و کل محیط (زیست شناختی، کالبدی، اجتماعی و اقتصادی) مدل های توصیفی و تعاملی گوناگونی به وجود آمده اند. یکی از مدل های ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت، عامل های تاثیرگذار بر سلامت را در چهار گروه شامل شاخص های عام سلامت، شاخص های خدمات مربوط به سلامت، شاخص های محیطی و شاخص های اقتصادی - اجتماعی تقسیم کرده است. تحقیقات جامع اخیر نیز موید این نکته است که "سهم بالایی از ارتقای سلامت از طریق بهبود و ارتقای محیط های شهری ایجاد می گردد" (Pilkington, 2008, 546). این ارتباطات بین شهرسازی و سلامت، در تفکرات شهرسازان پیشتازی چون هوسمان (۱۸۰۹-۱۸۹۱) و باومایستر (۱۸۳۳-۱۹۱۷) نیز دیده می شود. هوسمان در برنامه های شهرسازانه اش در پاریس اصولی داشت که از اصلی ترین آن "بهبود وضعیت بهداشتی شهر با از میان بردن و تخریب روشمند کوچه پس کوچه های بافت ارگانیک و سنتی پاریس که آلوده و خاستگاه بیماریهای واگیردار بسیاری شده بود" (پاکزاد، ۱۳۸۶: ۹۴).

شهر سالم

رشد سریع شهرنشینی در دهه های اخیر، هرچند موهبت های ارزشمندی از اشتغال، آموزش و به طور کلی توسعه اجتماعی اقتصادی در اختیار نهاده است، اما به واسطه تاثیرات نامطلوب بر روی آنچه از محیط فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی و همچنین سبک زندگی و رفتار، تعیین کننده سلامتی هستند، سلامت ساکنان را در معرض تهدید قرار داده است (WHO, 2018). با توجه به تاثیرات آشکار محیط های شهری بر سلامت ساکنان شهر، امروزه سیاستگذاران و



برنامه‌ریزان، سلامتی را به عنوان یک هدف مهم در برنامه‌های کاری خود مورد تاکید قرار می‌دهند Sallis, Bull et al. (۲۰۱۶).

یکی از قدیمی‌ترین تعاریف را سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۸۴۸ عنوان نموده است: که سلامتی عبارت است از بهروزی کامل فیزیکی، اجتماعی و روانی نه صرف نبود ضعف و بیماری (فصیحی و همکاران، ۱۴۰۰: ۳۱۰). پیش از دهه ۱۹۸۰ بحث سلامت بیشتر در ارتباط با عوامل بیماری‌زا و همه‌گیری‌ها و نیز در رابطه با سبک زندگی و الگوهای رفتاری مطرح گردیده بود از آغاز دهه ۱۹۸۰ با کارهای هانکوک و دوهل ۱۹۸۰ و کیگبوش ۱۹۷۸ مدل‌های اجتماعی سلامت که محیط‌زیست-محور بوده اند مورد تاکید قرار گرفتند. رویکردهای مرسوم به سلامت عمومی بیشتر به عوامل ریسک و رفتارهای فردی توجه داشته و کمتر به شناخت بسترها و زمینه‌هایی که افراد در آن به سر می‌برند، می‌پرداختند. دخالت‌های مرسوم در سلامت عمومی نیز به علل مستقیم و بلافصل بیماری مربوط می‌شدند تا به ریشه و منشاء آن‌ها و رفتارهای مغایر با سلامت، در دوره‌هایی که سلامت تنها در قلمرو انحصاری بخش بهداشت و درمان، شناخته می‌شد در مدل‌های مراقبت بهداشتی که غالباً اقتدارگرا بوده اند، برای بیماران و اجتماعات انسانی نقش انفعالی قائل می‌شدند. عطف توجه اپیدمیولوژیست‌ها و آمارشناسان هم تنها بر مرگ و بیماری بود و کمتر به شرایط زندگی یا توزیع نابرابر بهداشت توجه داشتند (WHO, ۲۰۱۰).

تعریف شهر سالم بیش از هرچیز در ارتباط با تصور و مفهومی قرار می‌گیرد که از سلامتی وجود دارد. قبول سلامتی به عنوان بهروزی و چیزی فراتر از نبود بیماری و اطمینان از اینکه محیط زندگی و خدمات اساسی موجود در آن، مانع از بیماری می‌گردند، عناصر مهم مورد توجه در مفهوم شهرهای سالم بوده اند. با این مضامین بایستی شهر سالم را شهری که حمایتگر، حساس و مسئول نیازهای متنوع و انتظارات گوناگون برای آحاد شهروندان است، مد نظر قرار داد. در چنین شهری، شرایط و فرصت برای ایجاد، تشویق و حمایت از سبک زندگی سالم فراهم است. کالبد و محیط مصنوع شهر سالم برای تشویق و تدانمند سازی بر بهداشت و سلامت، تفریحات، رفاه، امنیت، تعامل اجتماعی، دسترس پذیری، جابه‌جایی و سفر، حس غرور و هویت فرهنگی و تامین نیازهای شهروندان، تناسب دارد. شهر سالم شهری است که مدام محیط فیزیکی و اجتماعی خود را بازسازی کرده و بهبود می‌بخشد و منابع اجتماع را که به افراد توانایی حمایت متقابل از یکدیگر برای ایفای تمامی نقش‌ها در زندگی می‌دهند، وسعت بخشیده و آن‌ها را تا حداکثر ظرفیت توسعه می‌دهد (WHO ۲۰۲۰).

برای تشخیص شهر سالم باید مفهوم روشن و قابل درکی از آن وجود داشته باشد. شهر سالم شهری است که محیط فیزیکی و اجتماعی آن سلامت را ترویج نماید. در شهر سالم پیوسته با فراهم آمدن شرایط مطلوب، فراگیر نمودن همکاری بین بخشی محیطی فراهم می‌گردد. شهروندان ضمن مشارکت و حمایت یکدیگر، در انجام کلیه امور زندگی قابلیت‌های خویش را به حداکثر ممکن می‌رسانند. شهر سالم شهری است که به طور مداوم و مستمر در حال آفرینش



و بهبود بخشی به آن گونه محیط های کالبدی و اجتماعی و گسترش آن گونه منابع جامعه است که مردم را قادر می سازد یکدیگر را در راه اجرای تمامی عملکردهای زندگی و دستیابی به حداکثر توان های خودشان پشتیبانی نمایند (Ashton, ۱۹۸۸, ۱۴). شهرهای سالم حافظ سلامتی ساکنین بوده و ملزم به تعیین شرایط مناسب برای فعالیت هستند. محیط امنی برای زندگی هستند تا امکان ادامه حیات برای گیاه، انسان و حیوان را فراهم نمایند. ارتباطات اجتماعی در شهرهای سالم تعالی دهنده و در جهت تغییر اصلاح جامعه است. اجزای عناصر شهر سالم با یکدیگر سازگار هستند و به صورت کلی شهر سالم ضامن و متعهد به منافع ساکنین است (حاجی خانی و صالحی، ۱۳۷۲ : ۶۵). به تعبیر سازمان بهداشت جهانی، شهر سالم شهری است که به طور دائم سیاست های عمومی خود را توسعه بخشد و آن گونه محیط فیزیکی و اجتماعی را ایجاد نماید که طی آن مردم همدیگر را حمایت کنند و کنش متقابل با یکدیگر داشته باشند. از نظر سازمان بهداشت جهانی اهداف شهر سالم عبارتند از: داشتن محیط فیزیکی تمیز و امن با کیفیت بالا، داشتن اکوسیستم پایدار شهری، داشتن جامعه منسجم و نیرومند با حمایت دو جانبه از سوی مردم و دولت، ایجاد مشارکت همگانی در تصمیمات مربوط به زندگی، سلامت و رفاه، تأمین نیازهای اساسی، داشتن اقتصاد شهری زنده، نوآور و پویا، دسترسی به تجارب و منابع در سطح وسیع برای همه، تشویق جامعه برای ارتباط با میراث فرهنگی، داشتن حداقل سطح مناسب از بهداشت عمومی، داشتن ساختار شهری مناسب است (قندچی و سیاح مفضلی، ۱۳۷۹ : ۷). بالاخره اینکه در راهبرد شهر سالم و نکور ۴۴ معیار در ۱۳ دسته لذت بردن از دوران کودکی؛ مسکن متناسب؛ تغذیه؛ خدمات مراقبت از سلامت؛ اشتغال؛ سالم بودن و احساس سالم بودن داشتن؛ ترویج پیوندهای اجتماعی؛ فرصت ابراز وجود؛ زندگی فعال؛ آموزش مادام العمر؛ گشت و گذار در شهر؛ محیط رشد؛ و همکاری و اشتراک مساعی در برنامه قرار گرفته است (City Strategy Vancouver's, ۲۰۱۴).

پیشینه پژوهش

بررسی پژوهش ها در زمینه برنامه ریزی شهر سالم بیانگر آن است که در این رابطه کار های بسیاری صورت گرفته است به طوری که در اغلب این پژوهش ها هدف، دستیابی به فاکتور هایی به منظور ارتقای سلامت جامعه بوده است در این بخش از پژوهش برخی از کار های صورت گرفته در زمینه برنامه ریزی شهر سالم در قالب جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- پیشینه پژوهش

ردیف	نویسنده	سال	عنوان	دستاورد
۱	زیاری و همکاران	۱۳۹۶	اصول و معیارهای شهر سالم	این مقاله به روش توصیفی- تحلیلی و با هدف شناخت اصول و معیارهای شهر سالم تهیه شده است.
۲	لطفی و همکاران	۱۳۹۶	مطالعه اثرات توزیع کاربری اراضی بر سلامت شهروندان (مطالعه موردی: شهر بابلسر)	این تحقیق با هدف بررسی و آشنایی با اثرات توزیع و ترکیب کاربری شهری بر سلامت شهروندان در یکی از شهرهای ساحلی (با کارکردی فرهنگی و گردشگری) انجام شده است. روش شناسی تحقیق مبتنی بر رویکردهای توصیفی تحلیلی بوده که با بررسی ادبیات تحقیق و تنظیم پرسش نامه ای مورد نظر به شیوه نمونه گیری خوشه ای اطلاعات و داده ها گردآوری شد. حجم نمونه از روش نمونه گیری کوکران، با توجه به جمعیت و بعد خانوار در هر محله شهر بابلسر تعداد ۹۸۱ نمونه تعیین شد. ابتدا میزان اختلاط کاربری هر یک از محله های شهر از طریق ضریب آنتروپی شانون محاسبه و با استفاده از شاخص پیاده روی میزان آن در هر یک از محله ها تعیین شده است. به منظور آنالیز داده های تحقیق از روشهای آماری پارامتریک در نرم افزار SPSS استفاده شده است. نتایج نشان می دهد محله های مرکزی شهر بویژه در بخش شرقی رودخانه دارای دسترسی بالاتری به کاربری های مورد مطالعه هستند. مقایسه سطح دسترسی ها در محله های مختلف حاکی از این است که ترکیب و توزیع کاربری ها تأثیر قابل توجهی بر میزان تحرک فیزیکی شهروندان دارد. بنابراین، طراحی و برنامه ریزی شهری می تواند با تنظیم مناسب انواع کاربری های شهری تحرک بیشتر شهروندان را تشویق کند و این امر امروزه در همه شهرهای کوچک و بزرگ کشور به ضرورتی حیاتی تبدیل شده است.
۳	رهنما و همکاران	۱۳۹۵	تحلیلی بر شاخص های شهر سالم (مطالعه موردی: منطقه ۱۱ شهرداری مشهد)	این تحقیق از نوع توصیفی- تحلیلی است و جمعآوری اطلاعات به دو شیوه اسنادی و پیمایشی انجام گرفته است. در حال حاضر تعداد خانوارهای موجود در منطقه ۱۱ شهرداری مشهد تقریباً ۴۶۸۱۰ میباشند که در این تحقیق بر اساس روش کوکران حجم نمونه برابر ۲۶۲ خانوار انتخاب شده است. نتایج تحقیق نشان میدهد از مجموعه شاخصهایی که در قالب ۳ گروه عمده شاخصهای زیست محیطی، اقتصادی-اجتماعی و بهداشتی تقسیم بندی شده اند و با توجه به متغیرهای بررسی شده در این تحقیق منطقه ۱۱ شهرداری مشهد از نظر

شاخصهای سلامت با وضعیت مطلوب و استاندارد شهر سالم فاصله دارد و نیاز به مشارکت هر چه بیشتر شهروندان و همکاری سازمان‌های مختلف را میطلبد.				
نتایج حاصل از این تحقیق نشان می‌دهد که عضویت نقاط شهری استان مازندران مستقل از عامل فضایی فاصله از مرکز است و عضویت غالب نقاط شهری در خوشه چهارم تفاوت در وضعیت شاخصهای شهر سالم در میان نقاط شهری غرب، مرکز و شرق مازندران را رد می‌کند.	تحلیل فضایی وضعیت شاخص های شهر سالم با روش خوشه بندی فازی سی مینز و مدل تاپسیس مطالعه موردی نقاط شهری استان مازندران	۱۳۹۰	قدمی	۴
نتایج تحقیق نشان می‌دهد که در رابطه با سطح رضایت از پروژه شهر سالم بین نظریات مردم و مسئولان تفاوت معنی داری وجود ندارد ولی در مورد تفاوت دیدگاههای آنها از سطح مشارکت اجتماعی در زمینه های بهداشتی جسمی و روانی، امنیت فردی و اجتماعی، محیط زیست و ورزش و آموزش بین نظرات مردم و مسئولان تفاوت های معنی داری وجود دارد.	ارزیابی پروژه شهر سالم مطالعه موردی کوی سیزده آبان	۱۳۸۶	پرهیزگار	۵

منبع، نویسندگان: ۱۴۰۱

نگاه اجمالی به پژوهش های صورت گرفته در فوق بیانگر آن است که در اغلب موارد در پژوهش های یاد شده د رعین حال که بسیار ارزشمند می باشند لکن بدون توجه به اصل و ریشه مشکلات سعی در بیان علت و دلیل وضعیت موجود در زمینه سلامت شهروندان بوده اند . به نظر می رسد کشف مساله و اینکه چه دلایلی در پدید آمدن شرایط موجود در مناطق شهری موثر بوده است، مورد غفلت است امری که دراین پژوهش به آن توجه شده است و به نوعی نسبت به پژوهش های یاد شده دارای مزیت است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر با هدف تبیین مولفه های موثر بر کاهش سلامت شهروندان شهر منطقه ۱۱ تهران صورت گرفته است. برای این منظور در پژوهش حاضر که به روش توصیفی - تحلیلی صورت گرفته است در گام ابتدایی با بررسی منابع پژوهش اقدام به طرح نظریه های پژوهش با استفاده از شیوه کتابخانه ای شده است در گام دوم به منظور سنجش مولفه های مذکور از ابزار پرسشنامه که پایایی آن با استفاده از آزمون آلفای کروتباخ مورد تایید می باشد ، استفاده شده و داده های مورد نظر جمع آوری شده است. در گام بعد و در محیط نرم افزار SPSS با استفاده از آزمون تحلیل عاملی اکتشافی ، عامل های موثر بر اساس داده های جمع آوری شده بدست آمده است.

جدول ۲- نتایج آزمون آلفای کرونباخ

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	۳۰۰	۱۰۰,۰
	Excluded ^a	۰	۰
	Total	۳۸۴	۱۰۰,۰
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.			
Reliability Statistics			
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items	
.۸۶۹	.۸۸۷	۱۱	

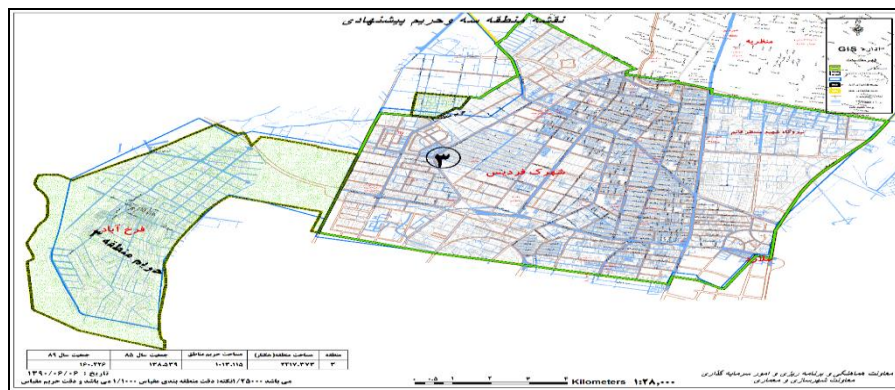
منبع، یافته های پژوهش: ۱۴۰۱

با عنایت به نتایج جدول فوق همانطور که ملاحظه می گردد مقدار آماره کرونباخ ۰,۸۶ می باشد که بیانگر پایداری بالای آن به منظور انجام پژوهش است. با عنایتی به این موضوع که جمعیت شهر فردیس به عنوان جامعه آماری حدود ۱۹۰ هزار نفر می باشد با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه ۳۸۴ نفر به دست آمده است.

محدوده مورد مطالعه

فردیس، مرکز شهرستان فردیس نیز می باشد هم اکنون فردیس، دارای دو منطقه شهری ۱ و ۲ می باشد. شهر فردیس با وسعتی حدود ۲۴۱۷,۳۷۳ متر مربع و جمعیت آن طبق سرشماری سال ۱۳۹۵ برابر ۱۶۰ هزار نفر می باشد که یکی از مناطق شهرداری کلانشهر کرج محسوب می شد که در سال ۱۳۹۲ از شهرستان کرج تفکیک شده و هم اکنون زیر مجموعه شهرستان فردیس می باشد (شهرداری فردیس، ۱۳۹۸). فردیس خود از شهرک های بسیاری تشکیل شده از جمله می توان از شهرک ناز در جنوب غربی، شهرک طلائییه در جنوب و شهرک طالقانی در شمال و شهرک دهکده (خانه) در غرب آن را نام برد. مهم ترین قسمت فردیس خیابان اصلی آن (شامل فلکه اول تا فلکه پنجم) و بلوار قریشی شمالی است که مرکز تجاری بزرگی محسوب می شود. شهر کرج به دلیل همجواری با تهران در مدت کوتاهی به شدت رشد کرده و پشتوانه اقتصادی آن در قالب صنایع و کشاورزی آن را جاذب جمعیت مهاجر کشور کرده است. از این رو جمعیت این شهر طی دهه های اخیر به شدت رشد کرده و به دنبال آن تراکم جمعیتی و ساختمانی در این شهر رشد بالایی داشته است. بالتبع شهر فردیس به عنوان یکی از مناطق شهر کرج نیز از این رشد جمعیت مستثنی نبوده و در سال های اخیر رشد بالایی را تجربه کرده است. بر این اساس ۴۹,۵ درصد جمعیت شهر فردیس را مردان و ۵۰,۵ درصد جمعیت را زنان تشکیل می دهند. برابر نسبت جنسی در محدوده شهر فردیس به دلیل غالب بودن کارکرد مسکونی

بافت مورد مطالعه است. درصد بالای مهاجرت، وجود قومیت های مختلف در کنار یکدیگر و قدمت سکونت پایین در منطقه سبب شده است تا انسجام اجتماعی در محدوده شهر فردیس به ویژه در مناطق بلندمرتبه از سطح پایینی برخوردار بوده و میزان شناخت ساکنین از یکدیگر در این نواحی کاهش پیدا کند. این عامل خود سبب بروز گمنامی در شهرها شده و زمینه ساز بروز بسیاری از جرائم و ناهنجاری ها محسوب می گردد. بر اساس داده های سرشماری های نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۵ تراکم جمعیتی ناخالص در شهر فردیس بالای ۲۰۰ نفر در هکتار می باشد که این رقم بالایی را نشان می دهد. (سبزعلی پور، ۱۳۹۴: ۹۰، ۹۱).



شکل ۱- موقعیت و قلمرو محدوده شهر فردیس

ماخذ: شهرداری فردیس، ۱۴۰۱

یافته های پژوهش

داده های جمع آوری شده از طریق پرسشنامه در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است در این زمینه به منظور تحلیل نتایج پرسشنامه از آزمون تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شده است برای این منظور در ابتدا از طریق روش دلفی با استفاده از ابزار پرسشنامه نظر کارشناسان را که شامل ۲۰ تن از اساتید دانشگاهی بوده است، در زمینه مولفه های موثر بر سلامت شهروندان جمع آوری و پس از حذف موارد ناهمسان ۱۱ شاخص انتخاب شده است. یکی از روش های آماری برای تجزیه اطلاعات موجود در مجموعه داده ها روش تجزیه عامل ها یا تحلیل عاملی است. این روش توسط کارل پیرسون و چارلز اسپیرمن برای اولین بار هنگام اندازه گیری هوش مطرح شد و برای تعیین تأثیرگذارترین متغیرها در زمانیکه تعداد متغیرهای مورد بررسی زیاد و روابط بین آنها ناشناخته باشد، استفاده می شود. در این روش متغیرها در عامل هایی قرار می گیرند، به طوریکه از عامل اول به عامل های بعدی درصد واریانس کاهش می یابد، از این رو متغیرهایی که در عامل های اولی قرار می گیرند، تأثیرگذارترین هستند. تجزیه عاملی در واقع گسترش تجزیه مؤلفه های اصلی است. در هر دو روش تلاش بر آن است که ماتریس کوواریانس تقریب زده شود، اما این تقریب



در مدل تحلیل عاملی از دقت و ظرافت بیشتری برخوردار است. به طور کلی مراحل تحلیل عاملی شامل انتخاب عامل ها ، استخراج عامل ها و تعیین متغیر های هر عامل است . در ادامه مراحل این مدل در نرم افزار spss آمده است.

جدول ۱۳ نتیجه آزمون KMO

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		۰,۸۸۶
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	۴۹۴۱,۵۹
	df	۱۰
	Sig.	۰,۰۰۰

بر اساس جدول فوق مقدار KMO برابر ۰/۸۸۶ شده است که بیانگر تناسب داده ها برای انجام تحلیل عاملی است. همچنین مقدار ۱۵۱۸/۷۶۷ که برای آزمون بارتلت حاصل شده است بیانگر همبستگی معنی دار میان متغیر هاست با توجه به مقدار $\text{sig}=۰,۰۰۰$ معنی داری این آزمون مشخص می گردد.

جدول ۳- میزان اشتراک اولیه و بعد از استخراج عامل ها برای متغیر های وارد شده در تحلیل عاملی

Communalities		
	خام	استخراج شده
وضعیت عمومی در آمد	۱,۰۰۰	۰,۹۵۷
وضعیت تغذیه	۱,۰۰۰	۰,۹۳۲
اماکن ورزشی	۱,۰۰۰	۰,۸۹۱
مراکز تفریحی و فراغتی	۱,۰۰۰	۰,۸۷۸
استرس ناشی از شرایط شغلی	۱,۰۰۰	۰,۸۶۲
وضعیت کالبدی منزل	۱,۰۰۰	۰,۹۷۰
بهداشت فردی	۱,۰۰۰	۰,۸۷۰
بهداشت عمومی محله	۱,۰۰۰	۰,۹۵۸
سیستم ناکارآمد دفع زباله و فاضلاب	۱,۰۰۰	۰,۸۹۳
در دسترس نبودن خدمات بهداشتی	۱,۰۰۰	۰,۸۵۷
ضعف آموزشی و درمانی	۱,۰۰۰	۰,۸۲۷

Extraction Method: Principal Component Analysis.



در جدول فوق میزان اشتراک متغیرها یا واریانس کل با میزان اشتراک عاملی متغیرها را نشان می دهد. برای مثال ملاحظه می شود بیش از ۹۰ درصد واریانس امتیازات متغیر عامل های (وضعیت عمومی درآمد، وضعیت عمومی تغذیه، وضعیت کالبدی مسکن، بهداشت عمومی محله) واریانس عامل مشترک است. **Initial** گویای تمامی اشتراکات قبل از استخراج عامل هاست بدیهی است که مقدار آن باید برابر ۱ برای تمامی عامل ها باشد. همان گونه که در جدول فوق مشاهده می شود بیشتر میزان اشتراک ها بالاتر از ۹۰ درصد است و بیانگر توانایی عامل های تعیین شده در تبیین واریانس متغیرهای مورد مطالعه است. با وجود این در بین مقادیر اشتراک، تفاوت هایی نیز مشاهده می شود.

جدول ۱۴- درصد واریانس و مقادیر ویژه عامل های مختلف

Total Variance Explained									
مولفه	خام			قبل از چرخش عامل ها			بعد از چرخش عامل ها		
	مقدار کل	واریانس به درصد	واریانس تجمعی	مقدار کل	واریانس به درصد	واریانس تجمعی	مقدار کل	واریانس به درصد	واریانس تجمعی
۱	۷,۸۱۲	۷۱,۰۱۷	۷۱,۰۱۷	۷,۸۱۲	۷۱,۰۱۷	۷۱,۰۱۷	۳,۸۶۹	۳۵,۱۷۱	۳۵,۱۷۱
۲	۱,۳۵۰	۱۲,۲۷۰	۸۳,۲۸۷	۱,۳۵۰	۱۲,۲۷۰	۸۳,۲۸۷	۲,۸۸۳	۲۶,۲۰۸	۶۱,۳۷۹
۳	۶۹۵	۶,۳۱۸	۸۹,۶۰۵	۶۹۵	۶,۳۱۸	۸۹,۶۰۵	۲,۵۳۶	۲۳,۰۵۵	۸۴,۴۳۴
۴	۳۲۸	۲,۹۸۱	۹۲,۵۸۶	۳۲۸	۲,۹۸۱	۹۲,۵۸۶	۸۹۷	۸,۱۵۲	۹۲,۵۸۶
۵	۲۶۳	۲,۳۹۰	۹۴,۹۷۵						
۶	۲۱۲	۱,۹۲۴	۹۶,۸۹۹						
۷	۱۶۱	۱,۴۶۶	۹۸,۳۶۵						
۸	۰۸۲	۷۴۹	۹۹,۱۱۴						
۹	۰۴۸	۴۳۸	۹۹,۵۵۲						
۱۰	۰۲۷	۲۴۱	۹۹,۷۹۳						
۱۱	۰۲۳	۲۰۷	۱۰۰,۰۰۰						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

جدول فوق مقدار ویژه و واریانس متناظر با عامل ها را نشان می دهد. در ستون **Initial Eigenvalues** مقادیر ویژه اولیه برای هر یک از عامل ها در قالب مجموع واریانس تبیین شده برآورد می شود. واریانس تبیین شده برحسب درصدی از کل واریانس و درصد تجمعی است. مقدار ویژه هر عامل، نسبتی از واریانس کل متغیرهاست که توسط آن عامل تبیین می شود. مقدار ویژه از طریق مجموع مجذورات بارهای عاملی مربوط به تمام متغیرها در آن عامل قابل محاسبه است، از



این رو مقادیر ویژه، اهمیت اکتشافی عامل ها را در ارتباط با متغیرها نشان می دهد. پایین بودن این مقدار برای یک عامل به این معنی است که آن عامل نقش اندکی در تبیین واریانس متغیرها داشته است. در ستون **Extraction Sums of Squared Loadings** واریانس تبیین شده عامل هایی ارائه شده است که مقادیر ویژه آنها بزرگتر از عدد یک باشد. ستون **Rotation Sums of Squared Loadings** مجموعه مقادیر عامل های استخراج شده بعد از چرخش را نشان می دهد. همچنان که مشاهده می شود چهار عامل قابلیت تبیین واریانس ها را دارند. اگر عامل های به دست آمده را با روش **Varimax** چرخش دهیم، عامل های اول تا چهارم به ترتیب ۱۷/۳۵، ۲۶/۲۰، ۲۳/۰۵، ۸/۱۵ درصد و در مجموع ۹۲/۵۸ درصد از واریانس را در بر دارد.

جدول ۱۵- درصد واریانس و مقادیر ویژه عامل های مختلف

Rotated Component Matrix ^a				
	Component			
	۱	۲	۳	۴
وضعیت عمومی در آمد		۹۴۸.		
وضعیت تغذیه		۸۷۷.		
اماکن ورزشی		۵۸۴.	۶۵۱.	
مراکز تفریحی و فراغتی	۸۷۲.			
استرس ناشی از شرایط شغلی	۶۸۵.			
وضعیت کالبدی منزل	۹۰۴.			
بهداشت فردی			۶۹۰.	
بهداشت عمومی محله				۷۰۸.
سیستم ناکارآمد دفع زباله و فاضلاب	۸۲۵.			
در دسترس نبودن خدمات بهداشتی			۷۸۳.	
ضعف آموزشی و درمانی	۵۶۵.		۶۲۱.	
Extraction Method: Principal Component Analysis.				
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.				
a. Rotation converged in ۶ iterations.				

جدول پایانی که در فوق ملاحظه می گردد، جدولی است که می توان عامل ها را از آن استخراج نمود لذا بر اساس مندرجات جدول فوق عامل اول وضعیت کالبدی مسکن با مقدار ۰/۹۰، عامل دوم وضعیت عمومی درآمد با مقدار ۰/۹۴، عامل سوم در دسترس نبودن مراکز درمانی با مقدار ۰/۷۸ و عامل آخر بهداشت عمومی محله با مقدار ۰/۷۰ می باشد.



نتیجه گیری

این پژوهش با روش توصیفی-تحلیلی با هدف تحلیل کارایی شهرستان‌های استان خوزستان از لحاظ شاخص -این پژوهش با روش توصیفی - های شهر سالم با استفاده از تحلیل عاملی مورد بررسی قرار گرفته است. یکی از اهداف مهم احداث شهرهای جدید، جلوگیری از تباهی محیط زیست و فراهم آوردن محیط‌های سالم و ارائه دهنده خدمات، امکانات، تسهیلات و زیرساخت‌های استاندارد برای یک زندگی سالم بوده است (اطهاری، ۱۳۹۶). جسم و روان سالم تنها در محیط زندگی سالم حاصل می‌گردد و برای نیل به یک حیات سالم بایستی بستر و محیط زندگی را به لحاظ فیزیکی، اجتماعی، روانی و اقتصادی، مساعد ساخت. برنامه ریزی دقیق و سنجیده برای حرکت در مسیر ایجاد بستر و محیط زندگی سالم نیازمند شناخت وضعیت موجود و آگاهی از ضعف‌هایی است که در برنامه‌ها، توجه بیشتر را به خود جلب نماید. سلامت شهروندان و تامین محیط زندگی با کیفیت توأم با رفاه و آسایش مهمترین هدف برنامه ریزی شهری و منطقه ای است. بر این اساس سنجش کیفیت محیط زندگی شهروندان از جهت معیار های شهر سالم امری است که دارای اهمیت بسیاری است. این امر در حالی است که بدانیم توسعه های شهری امروز بویژه در کشورهای در حال توسعه به این امر چندان توجهی نداشته به گونه ای که مشکلات و چالش‌های متعدد در حوزه های کلان شهری جوامع در حال توسعه بیانگر استیلاهای مشکلاتی از قبیل آلودگی، آشفستگی، سرو صدا، سلطه اتومبیل‌ها، عدم امکان پیاده روی، محیط‌زیست خاکستری و.. است که همگی دلالت بر عدم توجه به معیارهای برنامه ریزی شهری سالم است. در این پژوهش با عنایت به پیشینه پژوهش صورت گرفته و با عنایت به این امر که در اغلب موارد در پژوهش های یاد شده درعین حال که بسیار ارزشمند می باشند لکن بدون توجه به اصل و ریشه مشکلات سعی در بیان علت و دلیل وضعیت موجود در زمینه سلامت شهروندان بوده اند و به نظر می رسد کشف مساله و اینکه چه دلایلی در پدید آمدن شرایط موجود در مناطق شهری موثر بوده است ، مورد غفلت است ، توجه به علت ها و عامل های ایجاد نابه سامانی در سلامت شهروندان مورد توجه بوده است و وجه افتراق پژوهش حاضر همین نکته است بر این اساس با عنایت به نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده های پرسشنامه ای این پژوهش وضعیت کالبدی مسکن با مقدار ۰/۹۰ ، عامل دوم وضعیت عمومی درآمد با مقدار ۰/۹۴ ، عامل سوم در دسترس نبودن مراکز درمانی با مقدار ۰/۷۸ و عامل آخر بهداشت عمومی محله با مقدار ۰/۷۰ بیشترین تاثیر را بر سلامت شهروندان دارا می باشند. نتایج این بخش از پژوهش با یافته های پژوهش زیاری و همکاران ۱۳۹۷ و لطفی و همکران ۱۳۹۶ که شاخص های شهر سالم بررسی نموده اند و با بررسی این امر که ترکیب و توزیع کاربری ها تأثیر قابل توجهی بر میزان تحرک فیزیکی شهروندان دارد. بنابراین، طراحی و برنامه ریزی شهری می‌تواند با تنظیم مناسب انواع کاربری های شهری تحرک بیشتر شهروندان را تشویق کند و این امر امروزه در همه شهرهای کوچک و بزرگ کشور به ضرورتی حیاتی تبدیل شده است همخوانی دارد.



مجله علوم جغرافیایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، شماره ۴۱، زمستان ۱۴۰۱، صص ۲۴۰-۲۲۵

همچنین در پایان میتوان بیان نمود، باتسهیل سرمایه‌گذاری با واگذاری زمین و امتیازات پروانه ساخت و فعالیت برای فعالیتهای خدماتی به‌ویژه در حوزه بهداشت و درمان، آموزش و فرهنگ، راهکاری دیگر در ارتقاء شواخص‌های شهر سالم در شهر جدید فردیس است. انگیزه سرمایه‌گذاری در امر مذهبی به‌ویژه احداث مراکز مذهبی و مؤسسات خیریه در جامعه ایران به‌طور کلی وجود دارد. شناسایی و بهره‌گیری از ظرفیتهای موجود در این زمینه خواهد توانست برخی نارسایی‌ها و کمبودها از این حیث را برطرف نمود.



منابع

- اطهری، کمال (۱۳۹۶)، سیاست‌های مسکن و محیط مسکونی در شهرهای جدید، مرکز تحقیقات راه و شهرسازی، شرکت عمران شهرهای جدید.
- آقا ملایی، تیمور (۱۳۸۴)، اصول و کلیات خدمات بهداشتی، اندیشه رفیع، چاپ اول، تهران.
- احمدی: حسن (۱۳۸۵)، ریشه‌های پیدایش ایده‌ی شهر سالم، فصل‌نامه بین‌المللی فنی و مهندسی ساخت شهر، سال سوم شماره ۶ و ۷.
- پاکزاد، جهان‌شاه (۱۳۸۶)، سیر اندیشه‌ها در شهرسازی از آرمان تا واقعیت، شرکت عمران شهرهای جدید، چاپ اول، تهران.
- تقی‌زاده مطلق، محمد (۱۳۸۱)، جایگاه سلامتی در شهرسازی، فصل‌نامه جستارهای شهرسازی، شماره سوم، پاییز و زمستان
- حاجی‌خانی، غلامرضا، صالحی اسماعیل (۱۳۷۲)، معیارهای شهرسازی برای ایده شهر سالم، پایا نامه کارشناسی ارشد، دانشکده هنرهای زیبا، دانشگاه تهران.
- رهنما، محد تقی، مهرورز، اکرم، سیاحی، زهرا (۱۳۹۴)، تحلیلی بر شاخص‌های شهر سالم (مطالعه موردی: منطقه ۱۱ شهرداری مشهد) مطالعات برنامه‌ریزی سکونتگاه‌های انسانی، سال دهم، شماره ۳۲، پاییز صص. ۱۷-۳۸.
- زیاری، کرامت‌الله و جانبابا، محمد حسین (۱۳۹۶)، اصول و معیارهای شهر سالم، مجله سپهر، دوره بیست و یکم، شماره هشتاد و دوم.
- سبزعلی‌پور، رضا (۱۳۹۴)، سنجش تراکم ساختمانی بر احساس امنیت ساکنین (مور مطالعه: محدوده مرکزی شهر فردیس کرج)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی شهری، دانشکده هنر و معماری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
- شیعه، اسماعیل (۱۳۸۸)، با شهر و منطقه در ایران، انتشارات دانشگاه علم و صنعت ایران، تهران.
- شهرداری فردیس (۱۳۹۸)، گزارش‌های اجتماعی - اقتصادی.
- فصیحی، حبیب‌الله، رضائیان، هانی، حسینی، سیده مهشید (۱۴۰۰)، تحلیل فضایی شاخصهای شهر سالم در شهر جدید سهند، دوره ۲۵، شماره ۷۸، بهمن ۱۴۰۰، صفحه ۳۰۹-۳۲۱.
- قدمی، مصطفی، محمدی، سحر، غلامیان آقا محلی، طیبه (۱۳۹۱)، ارزیابی و سنجش تغییرات فضایی و فرم شهر و پیامدهای ناشی از آن (نمونه موردی: شهر بابلسر) نخستین همای ملی آرمان شهر ایران دانشگاه آزاد اسلامی واحد نور، مازندران، ایران.
- قندچی، امیر، سیاح مفضلی (۱۳۸۵)، اردشیر، بررسی نقش آموزش‌های مؤثر و پایدار و اثرات آن بر ارتقاء فرهنگ رانندگی بر مبنای الگوی جهانی شهر سالم، مجموعه مقالات شهرسازی.
- لطفی، صدیقه، قدمی، مصطفی، حسین پور عسگر میترا (۱۳۹۶)، مطالعه اثرات توزیع کاربری اراضی بر سلامت شهروندان (مطالعه موردی: شهر بابلسر) مجله جغرافیا و توسعه فضای شهری، سال چهارم، شماره ۱، بهار و تابستان، شماره پیاپی ۱.
- نثار نوبری، مهسا، بلالی، آزیتا، قره بیگللو، مینو (۱۳۹۴)، بررسی نقش طبیعت برفراهم‌سازی شهرهای سالم، کنفرانس بین‌المللی عمران، معماری و محیط زیست و مدیریت شهری، تهران.



- Ashton, John (۱۹۸۸), Healthy Cities, Concept & Vision. University of Liverpool, UK
- Arab M, Kavosi Z, Ravangard R, Ostovar R, Vali L. How is the hospital's organization and how it works. Tehran: Jahad University Press ; ۲۰۰۹. P: ۱.
- Arab M , kavosi . Z, ravangard R, Ostovar R . System of health insurance. Tehran: Jahad University Press ; ۲۰۱۰, P: ۱.
- Sallis, J.F. (۲۰۱۶). Use of science to guide city planning policy and practice: How to achieve healthy and sustainable. The Lancet, ۳۸۸ (۱۰۰۶۲). pp. ۲۹۳۶-۲۹۴۷. DOI: ۱۰.۱۰۱۶/S۰۱۴۰-۶۷۳۶(۱۶)۳۰۰۶۸-X
- Pilkington, Paul; Grant, Marcus; Orme, Judy (۲۰۰۸), Promoting integration of the health and built environment agendas through a workforce development initiative, Public Health (journal of The Royal Institute of Public Health), Elsevier Ltd, Volume ۱۲۲, pp ۸۳-۶۹
- Vancouver's Healthy City Strategy (۲۰۱۴). A healthy city for all, ۶۴ pages.
- WHO (۲۰۱۰)a . A short guide to implementing the healthy city programme. Retrieved ۲۰۲۰/۱۱/۲۰ from: <https://applications.emro.who.int>
- WHO (۲۰۱۰)b. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Retrieved ۲۰۲۰/۱۱/۲۰ from: <https://www.who.int>.