

## تحلیلی بر شاخص‌های شهر سالم (مطالعه موردی: منطقه ۱۱ شهرداری مشهد)

محمد رحیم رهنما - دانشیار گروه جغرافیا، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران  
اکرم مهرورز<sup>۱</sup> - دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران  
زهرا سیاحی - دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/۰۱/۱۷

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۹/۲۵

### چکیده

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 که مردم را قادر می‌سازد که یکدیگر را در راه اجرای تمامی عملکردهای زندگی و دستیابی به حداکثر توان‌های خودشان پشتیبانی نمایند. هدف مقاله حاضر بررسی وضعیت جمعیتی- اجتماعی منطقه ۱۱ شهر مشهد در چارچوب رویکرد شهر سالم می‌باشد. 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 شده‌اند 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.

واژه‌گان کلیدی: شهر سالم، منطقه ۱۱، شهر مشهد.

## ۱. مقدمه

در دنیای امروز به تبعیت از نیاز به ایجاد یک شهر سالم و به دور از همه‌مه و هیاهوی رفت و آمد و جریان زندگی ناشی از ماشین و ایجاد یک فضای اجتماعی در ارتباط با طبیعت، نظریات مختلفی ابراز شده، اساس این نظریات بر مبنای تقویت فضای اجتماعی و محله‌ای شهر و استفاده از طبیعت در گونه‌ها و طرح‌های مختلف شهرسازی است (شیعه، ۱۳۸۸: ۵). ایده شهر سالم و یا «جنبش شهرسالم» در دهه ۱۹۸۰ و از کشور کانادا آغاز شد. این جنبش در آغاز اهداف زیست محیطی و بهبود وضعیت بهداشتی شهرها و سکونتگاه‌های انسانی را مدنظر داشت. لیکن رفته رفته اهدافی فراتر از مسائل بهداشتی شهرها را دنبال نمود (احمدی، ۱۳۸۸: ۱).

جنبش شهرهای سالم نخستین بار در سال ۱۹۸۴ در اجلاس ۲۰۰۰ سلامت تورنتو به کار گرفته شد که تحت عنوان کنفرانس مراقبت‌های بهداشتی می‌توان از آن نام برد (Taylor, 2010: 5). این اجلاس که از طرف سازمان بهداشت جهانی برگزار شده بود «شهرسالم» را چنین تعریف کرد: شهری که پیوسته در جهت گسترش آن دسته از سیاست‌های مردمی و فراهم آوردن آن محیط فیزیکی و اجتماعی گام بردارد که مردمش را قادر سازد در راستای نائل شدن به کلیه اهداف زندگی و بالفعل نمودن توانایی‌های بالقوه‌شان یکدیگر را متقابلاً حمایت نمایند (جی. بون، ۱۳۸۹: ۲۵). در تعریفی دیگر شهری را شهرسالم می‌دانند که در آن با ایجاد و گسترش پیوسته شرایط فیزیکی و اجتماعی زیست محیطی و استفاده بهینه از منابع و امکانات موجود، محیطی فراهم شود تا در اثر آن مردم و جامعه ضمن حمایت یکدیگر و مشارکت گروهی در انجام کلیه امور زندگی قابلیت خود را به حداکثر رسانند (فقهی‌فرهمند، ۱۳۸۹: ۲). دو سال بعد منشور اتاوا در مورد ارتقاء سلامت برگزار شد (Taylor, 2010: 5). دو سال بعد از برگزاری کنفرانس فوق‌الذکر، (سال ۱۹۸۶) از سوی سازمان بهداشت جهانی، موضوع شهر سالم به نام یک جنبش جهانی مطرح می‌شود و جنبشی با این ایده و هدف شکل می‌گیرد که کلیه دست اندرکاران مسایل شهر را دور هم جمع کنند و با استفاده از امکانات موجود و با یک نظام هماهنگ و یک هدف معین برای سالم‌سازی محیط برنامه‌ریزی کنند (سلمان منش، ۱۳۷۱: ۳۰). در اوایل سال ۱۹۸۶ دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در اروپا پیشنهادی را جهت اجرای یک پروژه کوچک با هدف بهبود جهانی در اروپا پیشنهادی را جهت اجرای یک پروژه کوچک با هدف بهبود سطح بهداشت ارایه داد. این پروژه که تنها شش شهر را در بر می‌گرفت پروژه شهرسالم نام گرفت (بحرینی، ۱۳۸۸: ۶). بیش از ۱۰۰۰ پروژه شهر سالم از سال ۲۰۱۰ آغاز شده است که با توجه به رشد سریع پروژه‌ها امروزه بعنوان یک جنبش (شهرسالم) از آن‌ها می‌توان یاد کرد (Salma Burton, 1999: 41).

مشهد دومین کلانشهر ایران و بزرگترین شهر مذهبی کشور به برکت وجود شریف مرقد هشتمین امام شیعیان جهان، دارای سابقه ۱۲۰۰ ساله می‌باشد. وسعت این شهر حدود ۳۰۰ کیلومترمربع است (رهنما، ۱۳۸۸: ۳۱۵) و جمعیت آن در سال ۱۳۹۰ حدود ۲۷۷۲۲۸ نفر بوده است (مرکز آمار ایران). امروزه این شهر با مشکلات بسیاری از جمله حاشیه نشینی گسترده، بافت فرسوده وسیع، ناکارایی حمل و نقل عمومی، مشکل ترافیک به خصوص در بافت مرکزی شهر، بحث جدی آب و سفره‌های آب زیرزمینی، نرخ رشد بالای جمعیت، افزایش آلودگی صوتی و آلودگی هوا و ... مواجه است که ادامه این روند باعث آسیب‌های جدی به سلامت محیط و سلامت شهروندان خواهد شد (رهنما، ۱۳۹۰: ۳).

در این مقاله سعی شده است تا ابعاد یک ناحیه در راستای شهر سالم مورد مطالعه و توجه قرار گرفته و معیارهای آن ارایه گردد. در این راستا، این تحقیق در پی آن است که به فرضیه‌های زیر پاسخ دهد:

- در چهارچوب رویکرد شهر سالم در سال ۱۳۹۲ منطقه ۱۱ شهرداری مشهد از نظر شاخص‌های اقتصادی - اجتماعی در وضعیت مطلوبی قرار دارد.

- منطقه ۱۱ شهرداری مشهد از نظر شاخص‌های بهداشتی و زیست محیطی دارای وضعیت مطلوبی نمی‌باشد.

## ۲. مروری بر ادبیات موضوع

### ۲-۱. پیشینه تحقیق

پرهیزگار در سال ۱۳۸۶ مقاله‌ای تحت عنوان ارزیابی پروژه شهر سالم مطالعه موردی کوی سیزده آبان، صورت گرفته است و 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 زمینه‌های بهداشتی جسمی و روانی، امنیت فردی و اجتماعی، محیط زیست و ورزش و آموزش بین نظرات مردم و مسئولان تفاوت‌های معنی داری وجود دارد. بارتون در سال ۱۳۸۹ به مطالعاتی در قالب کتاب تحت عنوان برنامه‌ریزی شهر سالم پرداخته است. این کتاب در ۶ فصل تنظیم شده، در این کتاب اصول، فرآیندها، سیاست‌ها و تجربه‌های به اجرا در آمده برنامه‌ریزی شهری سالم بررسی شده است. موضوع‌های مورد بحث شامل برابری، همکاری بین‌بخشی، مشارکت اجتماعی، پایداری و پیوندهای آن با دستورالعمل محلی ۲۱، احیاء شکل شهر، محله، شاخص‌ها و معیارهای ارزیابی عوامل تأثیر گذار بر سلامتی، دسترسی و حمل و نقل، فضاهای عمومی و برنامه‌ریزی مسکن همگی در تدوین برنامه شهر سالم اهمیت زیادی دارند. قدمی در سال ۱۳۸۹ در مقاله‌ای تحت عنوان بررسی تطبیقی شاخص‌های شهر سالم در مقیاس ملی و جهانی گردآوری شده و نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که نقاط شهری کشورمان در برخی از شاخص‌های جمعیتی، بهداشت فردی و اجتماعی در شرایط مطلوبی قرار دارد.

محمدزاده در مقاله‌ای تحت عنوان رتبه‌بندی شاخص‌های رفاه شهری مناطق مختلف شهر تهران که در سال ۱۳۸۹ تدوین گردید به بررسی این شاخص‌ها پرداخت. نتایج این بررسی نشان داد که شهر تهران به عنوان کلان شهر با اهمیت کشور، فاقد آمارهای مناسب برای مقایسه معیارهای نوین توسعه و متناسب با نقش آن است. بنابراین بسیاری از بررسی‌ها در این ارتباط در تنگای نبود اطلاعات آماری مستند و شاخص‌های کلیدی قرار می‌گیرد که نتایج بررسی‌ها را تحت الشعاع قرار داده است. قدمی (۱۳۹۰) در مقاله‌ای تحت عنوان تحلیل فضایی وضعیت شاخص‌های شهر سالم با روش خوشه بندی فازی سی مینز و مدل تاپسیس مطالعه موردی نقاط شهری استان مازندران انجام داد که 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. رهنما در سومین کنفرانس برنامه‌ریزی و مدیریت شهری مشهد در سال ۱۳۹۰، در مقاله‌ای تحت عنوان تحلیل شاخص‌های شهر سالم در محله بهارستان شهر مشهد به این نتیجه رسیده‌اند که محله بهارستان از نظر شاخص‌های پنج‌گانه سلامت (اجتماعی، اقتصادی، زیست‌محیطی، بهداشتی و فرهنگی) با وضعیت مطلوب و استانداردهای شهر سالم فاصله دارد و در برخی زمینه‌ها نیز نیاز به برنامه‌ریزی و مشارکت هر چه بیشتر مسئولین و ساکنان محله احساس می‌شود. بزی در مقاله‌ای در سال ۱۳۹۰ تحت عنوان بررسی افتراق مکانی- فضایی محله‌های شهر زابل در برخورداری از شاخص‌های مسکن سالم به این نتایج رسیده‌اند که شاخص‌های کیفی مسکن سالم نسبت به شاخص‌های کمی در شهر زابل در وضعیت پایین‌تری قرار دارد.

### ۲-۳. مبانی نظری

شهرها اصولاً به عنوان مراکز نوآوری، تلاش‌های فکری و مراکز تولید علم و نیز فراهم کننده فرصت‌های اقتصادی و فعالیت‌های اجتماعی تلقی می‌گردند. آن‌ها پذیرای دسته‌های بزرگ انسانی هستند که به سوی یک زندگی بهتر برای خویش و آینده فرزندان شان بدانجا می‌روند. ضمن اینکه به نظر می‌رسد بین میزان درآمد ملی و سطح توسعه انسانی با میزان شهرنشینی ارتباط تنگاتنگی وجود داشته باشد (UNCHS, 2001: 6). شهر سالم یک مقوله سلامت عمومی است که در ماهیت خویش تحت تأثیر تغییر و تحولات اجتماعی، زیست محیطی و اقتصادی قرار می‌گیرد. از این رو،

بررسی جنبه‌های بهداشت و سلامت که شامل وضعیت سلامت شهروندان و متعاقب آن تجزیه و تحلیل الزامات آن در بخش‌های مختلف توسعه می‌باشد، ضروری است. بنابراین در یک اجتماع سالم همواره این باور وجود دارد که صرف نبود بیماری نمی‌تواند مبین یک شهر سالم باشد، بلکه شهروندان یک شهر سالم بایستی از یک قابلیت و کیفیت زندگی بالایی برخوردار باشند (Department of Health and Human Services, 2001:1). اهداف پروژه شهر سالم را تدوین چهارچوبی برای اجرای اصول راهبردی سازمان جهانی بهداشت در راستای شعار سلامت برای همه و بیانیه اوتاوا برای ارتقا سلامت تشکیل می‌دهد (محمودی‌نژاد، ۱۳۸۸: ۲). در کشور ما، ایده شهر سالم پس از برگزاری کنفرانس شهرهای سالم در مصر (سال ۱۹۹۰) مطرح گردید. سمپوزیوم شهر سالم برای اولین بار در تهران در سال ۱۳۷۰ تشکیل شد. به دنبال آن ستاد شهر سالم تشکیل گردید (احمدی، ۱۳۸۸: ۶).

به منظور چاره جویی گسترش روز افزون شهرها و ایجاد مشکلات بسیار در شهرهای بزرگ و کاهش کیفیت زندگی در شهرهای بزرگ ایده‌های جدیدی در شهرسازی مطرح شد. در واقع مفهوم شهرسازی، خود برای ایجاد محیط سالم و مناسب برای زندگی آدمی به وجود آمده است و به عبارتی عکس‌العملی در برابر کیفیت نامساعد زندگی در شهرها، بویژه از عصر صنعت به بعد بوده است (لقایی، ۱۳۸۷: ۴). شهرها به عنوان مهمترین مناطق زیست بشری باید دارای حداکثر میزان کارایی و مطلوبیت باشند. مطلوبیت یک شهر و سکونت در آن وابستگی زیادی به کاربری‌ها و خدمات و تسهیلات در سطح محلی و ناحیه‌ای مرتبط با آن دارد؛ بنابراین پرداختن به شاخص‌های کمی و کیفی در رابطه با نحوه کاربری‌ها در مناطق شهری امری ضروری به نظر می‌رسد (رهنما، ۱۳۸۷: ۲۷). هر فردی مفهوم شهر سالم را بنا بر منافع، سطح تحصیلات، فرهنگ و ارزش‌های مورد قبول خود درک می‌کند. از نظر یک اقتصاددان، شهر سالم شهری است که در آن کالای وارد شده در فضایی پر تحرک، خلاق و نوآورانه جایجا می‌شوند. از نظر یک برنامه‌ریز، شهر سالم شهری است که دارای ویژگی‌های کالبدی خوب در حوزه‌هایی مانند: ساخت مسکن، حمل و نقل و فضاهای سبز باشد. از نظر یک جامعه‌شناس، شهری است که باعث افزایش پیوندهای اجتماعی می‌شود. یک آموزگار، شهر سالم را شهری می‌داند که مردم را قادر می‌کند رشد و توسعه یابند؛ از نظر یک دانشمند علم امراض مسری، شهری است که از نظر سلامتی در شرایط بهینه‌ای قرار دارد. برای یک برنامه‌ریز، بهداشت عمومی، شهر سالم دارای خدمات قابل دسترس سطح بالای بهداشتی است و برای عامه مردم، شهری است که آن‌ها را قادر می‌سازد زندگی خود را به پیش ببرند، سرپناه و تغذیه برای آن‌ها تأمین کند، امکان معاشرت برای آنان فراهم آورد و با امنیت خاطر در شهر حرکت کنند به طور کل شهری است که مردم با آزادی و امنیت کامل در آن زندگی می‌کنند (بارتون و تسورو، ۱۳۸۹: ۴۹). از بعد اجتماعی؛ سلامت اجتماعی به توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط ارضا کننده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی اطلاق می‌شود. سلامت اجتماعی شامل مشارکت اجتماعی، زندگی سازگار با سایر انسان‌ها و ایجاد روابط مثبت است (میرزایی، ۱۳۷۶: ۷).

اساس شهر سالم بر این اصل استوار است که سلامتی چیزی بیش از مراقبت‌های پزشکی است محیط زیست سالم و پرورش جامعه نیز ویژگی‌های کلیدی هستند (کریستوفر جی. بون، ۱۳۸۹: ۸۰). واژه سلامت مربوط می‌شود به حالت و وضعیت یک فرد و یا یک اجتماع و این وضعیت بستگی دارد به یک سری عوامل که مراقبت‌های بهداشتی مهمترین بخش آن است. نزدیک‌ترین توصیف به حالت سلامتی، مدلی از سلامت پزشکی است که نقش خدمات بهداشتی به عنوان مهم‌ترین عامل، جهت بازیابی عمل درست بدن می‌باشد (نکوئی مقدم و بهشتی فر، ۱۳۸۴: ۴۵). پرفسور مک کوین نیز بر این عقیده بود که مهمترین عامل در ارتقا سلامت، تغییرات اجتماعی، زیست محیطی و اقتصادی هستند. به عنوان مثال مهمترین مواردی که وی بر آن‌ها تأکید داشت شامل: محوری شدن تعداد افراد خانواده، افزایش امکانات کمی و کیفی مواد غذایی، داشتن محیط فیزیکی سالم‌تر و تبیین روش‌های اصولی پیشگیری و درمان بیمارها بود (نوبهار، ۱۳۸۱: ۱۰۹). بنابراین دیدگاه کلی‌نگر به سلامت بدین معنی است که سلامت فرد با شماری از عوامل در ارتباط قرار

می‌گیرد. کسی که شرایط فیزیکی خوبی دارد ممکن است به دلیل کیفیت هوای نامناسب یا حتی به دلیل تنهایی از فقدان سلامت در رنج باشد. کمبود فضای سبز ممکن است روحیه افراد برای قدم زدن یا ورزش را تضعیف کند. کسانی که به جهت دسترسی به آب تمیز، غذا، مسکن و بهداشت دچار کمبود هستند مسلماً در مقایسه با کسانی که دارای این امکانات می‌باشند از نبود سلامتی رنج می‌برند. ابتکار شهرهای سالم چنین تفکر سیستمی را اعتلا می‌بخشد. از طرف دیگر به علت گستردگی رویکرد، به دست آوردن دستاوردی مبتنی بر اینکه شهر سالم چیست و چگونه می‌تواند شناسایی شود مشکل است (طیبیان، ۱۳۸۸: ۷۹). اساساً پروژه شهر سالم بر پایه مشارکت مردم در حل مسائل و مشکلات و هماهنگی بین بخشی تبیین می‌گردد و مشارکت مردم در این پروژه در اولویت خاص قرار دارد. باید یادآور شد که جلب مشارکت و همکاری مردم، تلاش بسیاری برای زمینه سازی و اعتمادسازی جهت همکاری و مشارکت نیاز دارد (ارجمند نیا، ۱۳۷۹: ۲۷). مشارکت اجتماعی جامعه و همکاری چند بخشی و بین بخشی به عنوان اصول اساسی استراتژی سلامت برای همه WHO به شمار می‌روند که پروژه شهر سالم نیز این اصول را به صورت محلی آغاز کرد چرا که شهرها صرفاً مکانی نیست که بتوان آن را با ابزارهای فنی و تفکرات کالبد گرا برنامه‌ریزی و مدیریت کرد، بلکه در کنار آن به مشارکت اجتماعی و بهره‌گیری از پتانسیل‌های قابل توجه عنصر شهرنشینی (انسان) نیز نیازمند است (علی اکبری و بزرگر، ۱۳۸۹: ۲). شهر سالم هم از آرمان شهرها متأثر است؛ هم از این جهت که به دنبال نارضایتی از وضعیت موجود شهرها مطرح شده و در پی ایجاد محیط‌های سالم شهری برای زندگی انسان هاست و هم از ایده‌های نوین شهرسازی تأثیر پذیرفته است. از این حیث ایده شهر سالم نه صرفاً یک ایده آرمانگرایانه و تخیلی، بلکه ایده‌ای است عملی و اجرایی و تا حدود زیادی جنبه‌های واقع‌گرایانه دارد (پاپلی یزدی، ۱۳۸۲: ۳۴۴). تأمین سلامت و برخورداری از زندگی سالم از حقوق مسلم شهروندی و از شاخصه‌های اصلی جامعه ایده‌ال داشتن وضعیت سلامت مطلوب است؛ امروزه بسیاری از شهرها بویژه در کشورهای در حال توسعه با تخریب محیط شهری و افزایش نابرابری‌های بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی در مقیاس وسیع بین ساکنان خود روبرو بوده‌اند. به همین سبب این شهرها از دهه ۱۹۷۰ با فقر شهری روبرو شده‌اند (نیک پی و حاتمی‌نژاد، ۱۳۸۹: ۲).

### معیارهای کیفی یک شهر سالم:

- یک محیط کالبدی پاکیزه، سالم و با کیفیت بالا (شامل کیفیت مسکن)؛
- زیست بومی که در بلند مدت با ثبات و پایدار باشد؛
- جامعه‌ای قوی، غیر استثمارگر و حمایت‌گر متقابل؛
- سطح بالایی از مشارکت و نظارت عمومی بر تصمیمات که بر زندگی‌شان، سلامتی‌شان و رفاه‌شان تأثیر می‌گذارد؛
- دستیابی به نیازهای اصلی برای کلیه مردم شهر شامل: غذا، آب، سرپناه، درآمد، ایمنی و کار؛
- دسترسی به تجارب. منابع گسترده متنوع، همراه با فرصت‌های گسترده و متنوع برای ارتباط، تماس و گفت‌وگو متقابل؛
- اقتصاد شهری کثرت‌گرا، زنده و بدیع؛
- تشویق پیوند با گذشته و میراث فرهنگی و بیولوژیکی ساکنان شهر و گروه‌ها و افراد دیگر؛
- شکلی از شهر که با ارتقاء خصوصیات برتر آن انطباق داشته باشد؛
- سطح بهینه دسترسی به خدمات مراقبت از بیماران برای همه؛
- شرایط سطح بالای سلامت (سطوح بالای سلامتی و پایین بودن سطح امراض و بیماری‌ها) (بارتون و تسورو، ۱۳۸۹: ۵۱).

### ۳. روش‌شناسی تحقیق

در این تحقیق با توجه به ماهیت موضوع و اهداف تحقیق، از روش توصیفی-تحلیلی استفاده شده است. مراحل تحقیق مشتمل بر مرور ادبیات و تدوین چهارچوب نظری، لیست شاخص‌های مربوطه، جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات بوده است. جامعه آماری این تحقیق ساکنین منطقه ۱۱ شهرداری مشهد می‌باشند که تعداد خانوارهای این محدوده در سال ۱۳۹۰ در حدود ۴۶۸۱۰ خانوار است که با توجه به تعداد زیاد افراد از نمونه گیری کوکران برای گرفتن حجم نمونه استفاده شده است. حجم نمونه با استفاده از شاخص‌هایی برحسب جمعیت، خانوار، میزان با سواد، تعداد بیمه شدگان و... محاسبه شد که از میانگین نمونه‌های بدست آمده حجم نمونه ۲۶۲ خانوار تخمین زده شد. در مرحله بعد با استفاده از روش نمونه گیری طبقه‌ای و با توجه به جمعیت محلات مختلف به ترتیب تعداد ۲۶۲ پرسش‌نامه تدوین شد. در محله آزادشهر ۸۴ پرسش‌نامه، در محله فرهنگ ۶۰ پرسش‌نامه و محله سیدرضی تعداد ۵۴ پرسش‌نامه، فارغ التحصیلان تعداد ۶۴ پرسش‌نامه توزیع شد. پایایی سؤال‌های پرسش‌نامه نیز از طریق پایایی مجدد یا باز آزمایی سنجیده شد که ضریب همبستگی سؤال‌های ۰.۷۰۶ بدست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پرسش‌نامه‌ها از نرم افزار SPSS و آمارهای توصیفی و نرم‌افزار Excel استفاده شده است.

### ۴. محدوده مورد مطالعه

مشهد به عنوان مرکز استان خراسان رضوی و دومین کلانشهر مذهبی جهان در ۱۷ دقیقه و ۳۶ درجه عرض شمالی و ۳۵ دقیقه و ۵۹ درجه طول شرقی در حاشیه جنوبی حوضه آبریز کشف رود و دامنه‌های شمالی ارتفاعات بینالود در دشت مشهد به صورت طولی با جهت شمال غربی- جنوب شرقی گسترش یافته است. ارتفاع متوسط شهر مشهد از سطح دریا ۹۹۰ متر است. شیب عمومی از شمال غرب به سمت جنوب شرقی است. علاوه بر کشف رود که از شمال شهر مشهد عبور می‌کند چند رودخانه دیگر نیز در این حوضه جاری است که از جمله آن‌ها می‌توان به رودخانه‌های: کارده، طرق و جاعرق اشاره کرد. شهر مشهد در میان ۲ رشته کوه هزار مسجد و بینالود که به صورت موازی و با جهت شمال غربی- جنوب شرقی امتداد یافته است، قرار دارد (جعفری، ۱۳۷۶: ۹۴). شهر مشهد در سرشماری آبان ۱۳۹۰ دارای ۲۷۷۲۲۸ نفر سکنه بوده است. جمعیت باسواد شهر مشهد در سال ۱۳۷۵، دارای تحصیلات در حد ابتدایی، ۲۵.۶ درصد راهنمایی، ۲۴ درصد در حد متوسطه و ۷.۶ درصد دارای تحصیلات عالی بوده‌اند. در سال ۱۳۸۵ جمعیت ۶ ساله و بیشتر برابر ۲۱۹۳۰۲۱ نفر که از این تعداد ۱۰۴۰۲۹۸ نفر مرد باسواد و ۹۷۳۹۷۸ نفر زن باسواد بوده‌اند. تعداد خانوارهای ساکن محدوده مطالعاتی در سال ۱۳۸۵ بالغ بر ۴۶۸۱۰ خانوار می‌باشد که ۱۷ درصد کل خانوارهای شهر مشهد است. متوسط تعداد اعضای هر خانوار ساکن در این محدوده حدود ۳.۶۵ نفر است که در قیاس با اندازه متناظر آن در کل شهر مشهد (۳.۸ نفر) نشان دهنده کوچکتر بودن نسبی خانوارهای این محدوده می‌باشد. در طول ۲۰ سال مورد نظر، اندازه خانوارهای ساکن این محدوده کوچکتر و کوچکتر شده است. متوسط تعداد اعضای هر خانوار ساکن محدوده در سال‌های ۱۳۶۵ و ۱۳۷۵ به ترتیب ۵.۱ نفر و ۴.۷ نفر است. میزان باسواد جمعیت شش ساله و بالاتر محدوده مطالعاتی در حدود ۹۶.۳ درصد است که از میزان باسوادی جمعیت در کل شهر مشهد بیشتر می‌باشد. متوسط تراکم ناخالص جمعیت محدوده مطالعاتی در حال حاضر حدود ۷۲.۴ نفر در هکتار است که کمتر از متوسط تراکم متناظر آن در کل شهر مشهد (۸۳.۱ نفر در هکتار) می‌باشد. از مقایسه این ارقام روشن می‌شود که توسعه کالبدی محدوده مورد مطالعه از رشد جمعیتی آن پیشی گرفته است. حاصل این توسعه کالبدی بی‌رویه و لجام گسیخته، انبوهی از مسائل و مشکلات توسعه‌ای که هزینه‌های اجتماعی-اقتصادی، سیاسی و فرهنگی برای ساکنین و مدیریت شهری شهر مشهد ایجاد کرده است. میزان باسواد جمعیت شش ساله و بالاتر محدوده مطالعاتی در حدود ۹۶.۳ درصد است که از میزان باسوادی جمعیت در کل شهر مشهد بیشتر می‌باشد. محدوده

مورد مطالعه منطقه ۱۱ شهر مشهد است. جمعیت این منطقه براساس آمار سال ۱۳۹۰ حدوداً ۱۷۰۹۴۵ نفر می‌باشد. منطقه ۱۱ شهرداری مشهد شامل ۲ ناحیه می‌باشد. مساحت کل منطقه ۱۱، ۱۴۹۶۷۲.۹۱ مترمربع و سطح زیر بنای آن ۴۴۹۰۰۱.۹۶ مترمربع است. تعداد خانوار این منطقه ۴۶۸۱۰ نفر و بعد خانوار در حدود ۳.۶۳ می‌باشد (آمار نامه شهر مشهد، ۱۳۹۰: ۷۹).

جدول ۱. مشخصات منطقه ۱۱ شهرداری مشهد به تفکیک جمعیت و تعداد خانوار در سال ۱۳۹۰

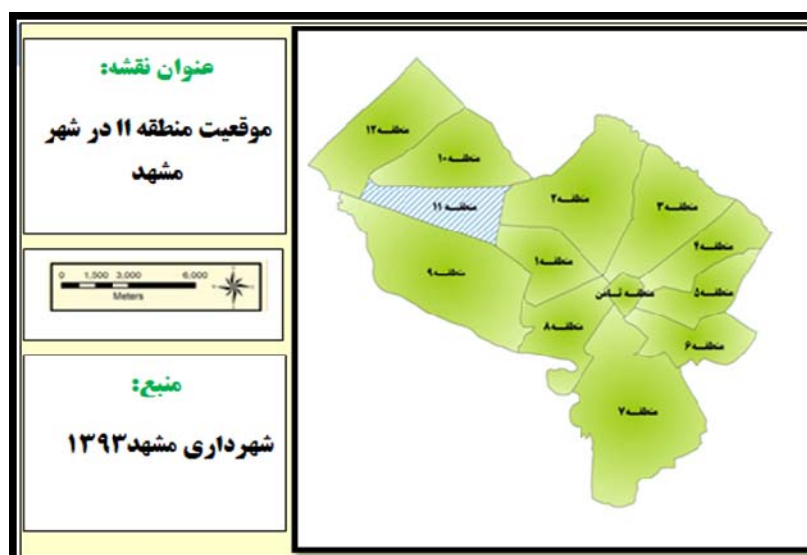
منطقه ۱۱	جمعیت به تفکیک جنس		تعداد خانوار	بعد خانوار
	مرد	زن		
ناحیه ۱	۵۸۸۶۴	۵۹۱۱۳	۳۲۴۵۹	۳.۶۳
	۱۱۷۹۷۷			
ناحیه ۲	۲۶۳۴۲	۲۶۶۲۶	۱۴۳۵۱	۳.۶۲
	۵۲۹۶۸			
جمع کل	۱۷۰۹۴۵		۴۶۸۱۰	۳.۶۵

منبع: آمار نامه شهر مشهد، ۱۳۹۰

جدول ۲. مساحت منطقه ۱۱ شهرداری به تفکیک محلات در سال ۱۳۹۰

منطقه یازده شهرداری مشهد			ناحیه
مساحت محله به متر مربع	مساحت ناحیه به متر مربع	محله	
۳۰۷۳۹۵۲	۸۲۷۲۲۰۵	محله آزاد شهر	۱
۱۵۶۱۸۷۳		محله سید رضی	
۹۹۷۳۲۲		محله شهید رضوی	
۱۵۱۶۰۱۸		محله فرهنگ	
۱۲۲۳۰۴۰		محله زیباشهر	
۱۲۹۵۳۴۶	۷۳۸۰۱۴۷	محله فارغ التحصیلان	۲
۱۴۵۰۴۳۴		محله شریف	
۲۳۴۲۲۲۰		محله تربیت	
۲۲۹۲۱۴۷		محله دانشجو	
۱۵۷۵۲۳۵۲		مساحت منطقه	

منبع: سالنامه آماری شهرداری مشهد، ۱۳۹۰



شکل ۱. موقعیت منطقه ۱۱ در شهر مشهد (منبع: شهرداری مشهد، ۱۳۹۳)

## ۴. یافته‌ها

### ۴-۱. یافته‌های تصیفی

#### ۴-۱-۱. شاخص‌های اجتماعی - اقتصادی

#### - وضعیت شغلی و میزان بیکاری در منطقه

نتایج حاصل از نظر سنجی از افراد نشان داد که ۴۶.۲ درصد افراد دارای شغل دولتی، ۳۷.۸ درصد دارای شغل آزاد، ۷.۳ درصد بازنشسته است. در کلانشهر مشهد نرخ بیکاری در سال ۱۳۷۵ معادل با ۵/۶۷ و در سال ۱۳۸۵ معادل با ۷/۳۱ درصد و دارای رشد ۲۸/۹۶ درصد می‌باشد (مطالعات برنامه آمایش کلانشهر مشهد، ۱۳۹۰، ۱۷۹). میزان بیکاری بالا می‌تواند باعث ایجاد بسیاری از بیماری‌ها از جمله قلبی و عروقی، فشار خون و غیره و به عبارتی مرگ زودرس شود. بر اساس مطالعات میدانی سال ۱۳۹۲، نرخ بیکاری در منطقه ۱۱ حدوداً ۶.۱ درصد بوده است.

جدول ۳. وضعیت شغلی ساکنین منطقه ۱۱ شهرداری مشهد در سال ۱۳۹۲

شغل				نوع اشتغال
درصد تجمعی	درصد اشتغال	درصد	فراوانی	
۴۷.۳	۴۷.۳	۴۶.۲	۱۲۱	دولتی
۸۵.۹	۳۸.۷	۳۷.۸	۹۹	آزاد
۹۳.۴	۷.۴	۷.۳	۱۹	بازنشسته
۹۹.۶	۶.۳	۶.۱	۱۶	بیکار
۱۰۰.۰۰	۴	۴	۱	ازکارافتاده
	۱۰۰.۰	۹۷.۷	۲۵۶	مجموع
		۲.۳	۱۸	-
		۱۰۰.۰	۲۷۴	مجموع

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۲

**درصد افراد بی‌خانمان:** طبق نظر سنجی‌ها مشخص شد که حدود ۳۴.۷ درصد افراد اظهار داشتند که افراد بی‌خانمان خصوصاً افراد معتاد در منطقه آن‌ها وجود دارند.

**نرخ سقط جنین نسبت به کل نوزادان زنده متولد شده:** در مطالعه‌ای که به منظور برآورد نرخ سقط جنین عمدی در ایران انجام شده است این نرخ برای کل ایران ۹۲ بوده و برای مناطق شهری و روستایی به ترتیب ۹۳ و ۸۹ می‌باشد (آقایاری هیر، ۱۳۸۴: ۴). در نظر سنجی انجام شده از مرکز بهداشت کل ۶۸ مورد سقط جنین در یکسال گذشته توسط ساکنین اظهار شده بود که نسبت آن‌ها به تعداد کل نوزادان زنده متولد شده حدود ۵۳ نفر است که با توجه به تعداد کل نوزادان زنده متولد شده در این شهر، آمارهای ارایه شده رقم بالایی را نشان می‌دهد (مرکز بهداشت منطقه ۱۱ شهرداری مشهد).

#### **ویژگی‌های کمی و کیفی مسکن (درصد افرادی که در منازل مسکونی زیر استاندارد زندگی می‌کنند):**

از جمله شاخص‌های کمی و کیفی مسکن می‌توان به مواردی همچون شاخص خانوار در واحد مسکونی، قدمت و عمر ساختمان، سطح زیربنا، نفر در واحد مسکونی، نفر در اتاق و تسهیلات و امکانات موجود در واحد مسکونی اشاره کرد که در زیر به بررسی هر کدام از این مؤلفه‌ها در ناحیه مورد مطالعه می‌پردازیم:

الف) شاخص خانوار در واحد مسکونی: این رقم برای شهر مشهد در سال ۱۳۷۵، ۴۰۸۲۹۹ و در سال ۱۳۸۵، ۶۳۷۴۲۴ درصد رسیده است. یعنی ۲.۵ درصد رشد داشته است.



جدول ۴. تراکم خانوار در واحد مسکونی در منطقه ۱۱ شهرداری مشهد (۱۳۷۵-۱۳۸۵)

سال ۱۳۸۵	سال ۱۳۷۵	عنوان
۶۳۷۴۲۴	۴۰۸۲۹۹	تعداد خانوار
۲۴۸۴۸	۱۸۵۹۳	تعداد واحد مسکونی
۳.۸	۴.۵	تراکم خانوار در واحد مسکونی

منبع: سالنامه آماری شهرداری مشهد، سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۹۰

(ب) شاخص نفر در واحد مسکونی: این شاخص با توجه به بعد خانوار در شهر مشهد تقریباً ۴.۵ نفر می‌باشد.

جدول ۵. شاخص نفر در واحد مسکونی در منطقه ۱۱ شهرداری مشهد

نفر				شرح	نفر
درصد تجمعی	درصد نفر	درصد	فراوانی		
۱۱.۳	۱۱.۳	۱۰.۷	۲۸	۱.۰۰	نفر
۶۶.۸	۵۵.۵	۵۲.۳	۱۳۷	۲.۰۰	
۸۵.۴	۱۸.۶	۱۷.۶	۴۶	۳.۰۰	
۹۸.۴	۱۳.۰	۱۲.۲	۳۲	۴.۰۰	
۱۰۰.۰	۱.۶	۱.۵	۴	۵.۰۰	
	۱۰۰.۰	۹۴.۳	۲۴۷	مجموع	
		۵.۷	۱۵	-	نامشخص
		۱۰۰.۰	۲۶۲	مجموع	

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۲

(ج) شاخص متوسط تعداد اتاق در واحد مسکونی: در کشور ما در هر واحد مسکونی ۳.۳۶ اتاق وجود دارد. مقدار این شاخص هر چه بیشتر باشد بهتر خواهد بود (رهبر، ۱۳۸۷: ۶۷) در این ناحیه میانگین تعداد اتاق در واحد مسکونی ۲ اتاق می‌باشد. برطبق مطالعات میدانی در منطقه مشخص شد که بیشترین درصد به واحدهای مسکونی دارای دو اتاق اختصاص دارد که حدوداً ۴۵ درصد را تشکیل می‌دهند و در مرتبه بعد واحدهای مسکونی دارای سه اتاق با ۳۱.۲ درصد دیده می‌شود. بنابراین واحدهای ۲ اتاق و ۳ اتاق بیشترین فراوانی را در بین واحدهای مسکونی دارند.

جدول ۶. شاخص متوسط تعداد اتاق در واحد مسکونی در منطقه ۱۱ شهرداری مشهد

تعداد اتاق	فراوانی	درصد
یک اتاق	۳۶	۱۴.۲
دو اتاق	۱۱۴	۴۵.۱
سه اتاق	۷۹	۳۱.۲
چهار اتاق	۱۴	۵.۵
پنج اتاق	۵	۲
بیشتر از پنج اتاق	۵	۲

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۲

(د) شاخص نفر در اتاق: در ایران به طور میانگین در هر اتاق ۱.۳ نفر سکونت دارند (ستارزاده، ۱۳۸۷: ۶۷). در تحقیق حاضر مجموع کل افراد شرکت کننده در تحقیق ۲۶۲ خانوار بوده که با محاسبه تعداد اعضای خانوار آن‌ها جمعیتی در حدود ۱۰۴۸ بدست آمده که اگر در فرمول P/R جایگزین کنیم عدد بدست آمده نشان دهنده این است که در هر اتاق ۴ نفر سکونت دارند.

هـ) قدمت و عمر واحد مسکونی: در این شهر، حدود ۱۸.۷ درصد منازل عمر ۵ سال و کمتر داشتند، حدود ۲۹ درصد آنها بین ۵ تا ۱۰ سال و ۸۱ درصد آنها نیز ۱۰ تا ۲۰ سال و حدود ۴۵ درصد مساکن نیز قدمتی بالای ۲۰ سال داشتند. بطور کلی متوسط عمر اغلب ساختمان‌ها در منطقه ۱۱ بین ۱۰ تا ۲۰ سال است که ۳۰.۹ درصد کل واحدهای مسکونی را در بر می‌گیرد.

جدول ۷. شاخص نفر در اتاق در منطقه ۱۱ شهرداری مشهد

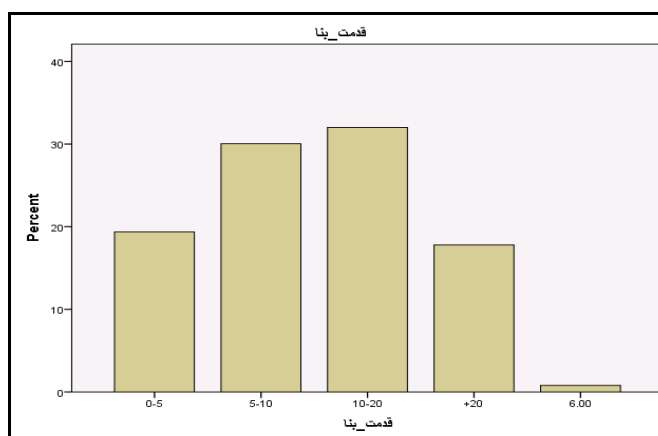
اتاق - نفر				شرح	
درصد جمعی	درصد نفر	درصد	فراوانی		
۷۲.۴	۷۲.۴	۶۹.۱	۱۸۱	۱-۲	نفر
۸۸.۸	۱۶.۴	۱۵.۶	۴۱	۲-۳	
۹۴.۸	۶.۰	۵.۷	۱۵	۳-۴	
۹۶.۸	۲.۰	۱.۹	۵	۴-۵	
۹۸.۸	۲.۰	۱.۹	۵	+۵	
۱۰۰.۰	۱.۲	۱.۱	۳	۶.۰۰	
	۱۰۰.۰	۹۵.۴	۲۵۰	مجموع	
-	-	۴.۶	۱۲	-	نامشخص
-	-	۱۰۰.۰	۲۶۲	مجموع	

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۲

جدول ۸. قدمت و عمر واحد مسکونی در در منطقه ۱۱ شهرداری مشهد

جمع	بیشترین	کمترین	انحراف معیار	میانه	میانگین	تعداد پاسخ داده شده
۶۳۶	۶	۱	۱.۰۴۵۰۲	۳	۲.۵۱۲۸	۲۶۲

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۲



شکل ۲. قدمت و عمر واحد مسکونی در در منطقه ۱۱ شهرداری مشهد

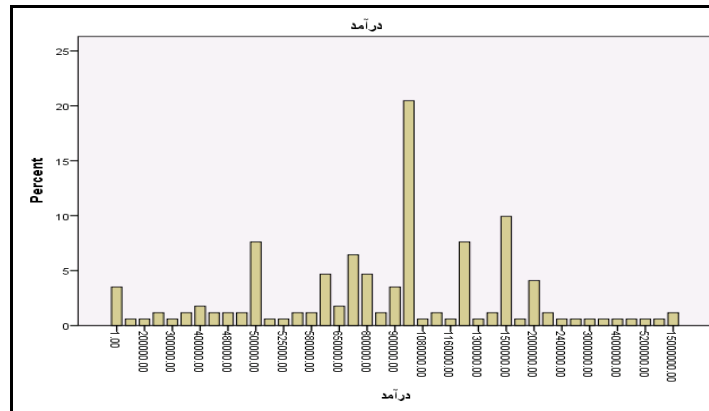
خ) بافت واحدهای مسکونی از نظر تسهیلات؛ عمده‌ترین وجه این تسهیلات عبارتند از: آب، برق، گاز، وسایل گرمایشی و سرمایشی، تلفن و... است که طبق نظرسنجی انجام شده نشان می‌دهد که اکثر واحدهای مسکونی این ناحیه از امکانات اولیه همچون آب، برق و گاز برخوردار هستند. در رابطه با وسایل ارتباطی موجود در منزل اکثر ساکنین دارای تلفن ثابت و تلفن همراه بودند و فقط حدود ۸.۸ درصد افراد عنوان کردند کامپیوتر در منزل دارند که از این تعداد نیز حدود ۵۶ درصد آن‌ها اظهار داشتند به اینترنت دسترسی دارند.

جدول ۸. بافت واحدهای مسکونی از نظر تسهیلات در منطقه ۱۱ شهرداری مشهد

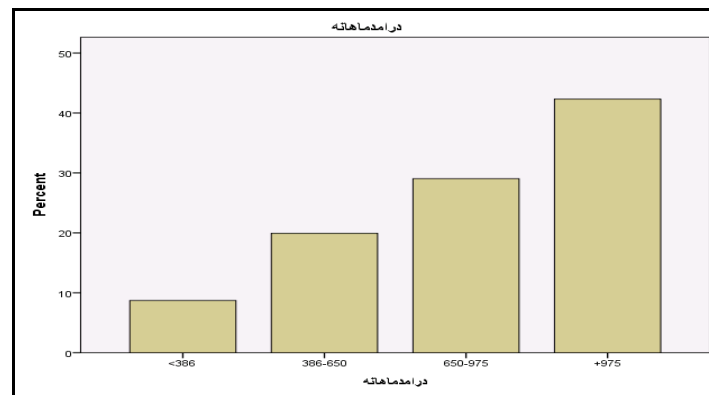
تجهیزات - مسکونی				شرح
درصد جمعیتی	درصد نفر	درصد	فراوانی	
۱۵.۵	۱۵.۵	۱۴.۹	۳۹	تلفن ثابت
۳۱.۳	۱۵.۹	۱۵.۳	۴۰	همراه
۴.۰۵	۹.۱	۸.۸	۲۳	کامپیوتر
۹۹.۲	۵۸.۷	۵۶.۵	۱۴۸	اینترنت
۱۰۰.۰	۸.۰	۸.۰	۲	همه موارد
	۱۰۰.۰	۹۶.۲	۲۵۲	مجموع
		۳.۸	۱۰	-
		۱۰۰.۰	۲۶۲	مجموع

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۲

ر) درصد افرادی که کمتر از درآمد سرانه دریافت می‌کنند؛ در آمد سرانه با تقسیم درآمد ناخالص داخلی بر جمعیت کشور محاسبه می‌شود. درآمد ساکنین این منطقه از ۲۰۰۰۰۰۰ تا ۱۵۰۰۰۰۰۰ ریال در ماه متغیر است که در ۴ گره تقسیم بندی شده‌اند. میانگین درآمد اکثر ساکنین نیز در حدود ۱۲۸۰۶۷۰ ریال است. متوسط درآمد ساکنین این منطقه ۱۰۰۰۰۰۰ ریال است؛ در نظرسنجی انجام شده حدود نیمی از آن‌ها بالای ۹۰۰۰۰۰۰ وضعیت اقتصادی خود را نسبت به دیگر افراد شهر متوسط ارزیابی کردند و تقریباً ۲۰ درصد آن‌ها نیز وضعیت اقتصادی خود را ضعیف و خیلی ضعیف می‌دانستند.



شکل ۳. وضعیت درآمد در منطقه ۱۱ شهرداری مشهد



شکل ۴. وضعیت درآمد ماهانه در منطقه ۱۱ شهرداری مشهد

جدول ۹. وضعیت فعلی درآمد ساکنین در منطقه ۱۱ شهرداری مشهد

درآمد ساکنین		
درآمد ماهانه	درآمد	
۲۴۱	۱۶۴	صحیح
۲۱	۹۸	نادرست
۳۰۴۹۸	۱۲۸۰۶۷۰۷۳۱۷	میانگین در آمد
۳۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰۰	میانه
۴۰۰	۱۰۰۰۰۰۰	مد
۹۸۶۱۶	۱۷۳۳۵۶	انحراف معیار
۱۰۰	۲۰۰۰۰۰	کمترین در آمد
۴۰۰	۱۵۰۰۰۰۰۰	بیشترین در آمد

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۲

جدول ۱۰. گروه‌های درآمدی ساکنین در منطقه ۱۱ شهرداری مشهد

درصد	فراوانی	گروه‌های درآمدی
۴۲.۳	۱۰۲	+۹۷۵
۲۹.۰	۷۰	۹۷۵ تا ۶۵۰
۱۹.۹	۴۸	۶۵۰ تا ۳۸۶
۸.۷	۲۱	>۳۸۶

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۲

## ۲-۱-۴. وضعیت شاخص‌های بهداشتی

**تعداد مراکز بهداشتی درمانی:** در شهر مشهد در حال حاضر ۳۰ بیمارستان، ۱۱۸ پایگاه بهداشتی، ۸۴ مرکز بهداشتی و درمانی شهری، ۲۱۷ درمانگاه، ۴۵۰ داروخانه و ۲۲۱ آزمایشگاه در حال فعالیت می‌باشند (آمارنامه شهر مشهد، ۱۳۸۸: ۱۶۷). در نظر سنجی انجام شده در محدوده مورد مطالعه در رابطه با متناسب بودن تعداد مراکز بهداشتی و درمانی موجود، اکثر افراد (حدود ۷۳ درصد)، تعداد پرسنل و همچنین مراکز خدمات بهداشتی و درمانی را متناسب با نیاز جمعیت ساکن نمی‌دانستند.

**مهمترین علل مرگ و میر:** براساس آمار سازمان فردوس‌های شهرداری مشهد، از جمله برخی از مهمترین عوامل مرگ و میر ساکنان شهر مشهد شامل: بیماری‌های تنفسی، بیماری‌های گردش خون، بیماری‌های انگلی و عفونی ۸ درصد، حوادث در ایاب و ذهاب ۶ درصد، سرطان‌ها ۶ درصد می‌باشد (آمارنامه شهر مشهد، ۱۳۸۷). تعیین علل مرگ و میر می‌تواند درک‌کاهش آن و جلوگیری از مرگ و میرهای ناخواسته تأثیر داشته باشد. از جمله مهم‌ترین علل مرگ و میر ساکنین منطقه ۱۱ در طی دو سال اخیر به ترتیب عبارتند از بیماری‌های سکته ۴۸ مورد، بیماری‌های قلبی ۳۱ مورد، تصادف ۱۵ مورد، سرطان ۷ مورد، کهولت سن ۷ مورد، دیابت ۳ مورد. علت اکثر موارد فوق در کودکان زیر یکسال نیز، موارد ناهنجاری مادر زادی گزارش شده است. میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال و بخصوص زیر یکسال شاخصی است که نقش تعیین کننده‌ای در ارزیابی دقت خدمات بهداشتی و درمانی و رشد مردم آن جامعه دارد. منطقه ۱۱ در سال گذشته تعداد کل کودکان زیر یکسال ۱۲۸۶ نفر بوده است و تعداد افراد فوت شده زیر یکسال ۳۹ نفر است. یعنی در طی یکسال گذشته (سال ۹۱) به ازاء هزار تولد زنده در سطح منطقه ۲.۷۹ درصد آن‌ها فوت شده‌اند (مرکز بهداشت کل منطقه). در رابطه با واکسیناسیون در این منطقه می‌توان گفت که تمام کودکان ۴-۶ سال این منطقه واکسن‌های مورد نیاز را دریافت کرده‌اند یعنی پوشش واکسیناسیون ۱۰۰ درصد است.

جدول ۱۱. نوع واکسن‌های دریافتی کودکان ۴-۶ سال و درصد تحت پوشش

شرح	فروردین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	نوع واکسن
درصد پوشش واکسیناسیون	۹۵	۷۶	۱۰۱.۵	۸۸	۵۸	۱۰۳	۱۰۰	۸۷	ثلاث ۳
درصد پوشش واکسیناسیون	۹۵	۷۶	۱۰۱.۵	۸۸	۵۸	۱۰۳	۱۰۰	۸۷	پولیو ۳
درصد پوشش واکسیناسیون	۹۵	۷۶	۱۰۱.۵	۸۸	۵۸	۱۰۳	۱۰۰	۸۷	هپاتیت ۳
درصد پوشش واکسیناسیون	۱۰۱	۸۳	۱۱۸.۶	۹۳	۹۸	۸۹	۱۹۳	۹۰	MMR (سرخک - سرخچه و اوریون)

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۲

**برنامه‌های آموزش سلامت:** از جمله برنامه‌های آموزش سلامت که توسط مراکز بهداشت و واحدهای تابعه اجرا می‌شوند شامل آموزش‌های حضوری به افرادی همچون مادران باردار، سالمندان، واجدین شرایط تنظیم خانواده، کودکان زیر ۸ سال و همچنین آموزش‌ها و برنامه‌هایی در خصوص بیماری‌های واگیر، دیابت و فشار خون اشاره کرد که برای همه گروه‌های سنی این آموزش‌ها یا بصورت حضوری یا توزیع بروشور انجام می‌شود.

جدول ۱۲. سلامت-آموزش

آموزش_سلامت				
تا چه میزان برنامه آموزش سلامت را موفق ارزیابی می‌کنید				
درصد تجمعی	درصد آموزش	درصد	فراوانی	
۳۳.۹	۳۳.۹	۳۲.۱	۸۴	خیلی کم
۶۴.۵	۳۰.۶	۳۹.۰	۷۶	کم
۸۹.۵	۲۵.۰	۳۳.۷	۶۲	متوسط
۹۵.۶	۶.۰	۵.۷	۱۵	زیاد
۹۸.۸	۳.۲	۳.۱	۸	خیلی زیاد
۹۹.۶	۸	۸	۲	
۱۰۰.۰	.۴	.۴	۱	
	۱۰۰.۰	۹۴.۷	۳۴۸	مجموع
		۵.۳	۱۴	نامشخص
		۱۰۰.۰۰	۳۶۲	مجموع

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۲

یکی از روش‌های آموزش این برنامه‌ها از طریق رابطان مرکز بهداشت انجام می‌شود که در حال حاضر در این منطقه حدود ۱۲۷ رابط بهداشتی وجود دارد که با مراجعه حضوری به درب منازل اطلاعاتی درخصوص اهمیت واکسیناسیون، خانواده و بیماری‌های واگیر و غیر واگیر اطلاع رسانی می‌کنند. در نظرسنجی که از این افراد درخصوص اطلاع رسانی برنامه‌های آموزش سلامت انجام شد حدود ۳۰.۵ درصد افراد این برنامه‌ها را ضعیف و خیلی ضعیف ارزیابی کردند و در خصوص اینکه چه برنامه‌هایی اجرا می‌شود و مخاطب این برنامه‌ها چه افرادی هستند، اطلاع چندانی نداشتند.

جدول ۱۳. ارزیابی برنامه‌های آموزش سلامت در منطقه ۱۱ شهرداری مشهد

سلامت_آموزش					
تا چه میزان برنامه آموزش سلامت را موفق ارزیابی می‌کنید					
درصد تجمعی	درصد آموزش	درصد	فراوانی		
۲۳.۹	۲۳.۹	۳۲.۱	۸۴	خیلی کم	ارزیابی
۶۴.۵	۳۰.۶	۳۹.۰	۷۶	کم	
۸۹.۵	۲۵.۰	۲۳.۷	۶۲	متوسط	
۹۵.۶	۶.۰	۵.۷	۱۵	زیاد	
۹۸.۸	۳.۲	۳.۱	۸	خیلی زیاد	
۹۹.۶	۸	۸	۲		
۱۰۰.۰	۴	۴	۱		
	۱۰۰.۰	۹۴.۷	۲۴۸	مجموع	
		۵.۳	۱۴	-	نامشخص
		۱۰۰.۰	۲۶۲		مجموع

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۲

**درصد افراد تحت پوشش بیمه:** تعداد کل بیمه شدگان این شهر ۱۲۲۶۴۱۵ نفر می‌باشند که از این تعداد ۸۸۱۵۵۶ بیمه شده خدمات درمانی و ۳۴۴۸۵۹ نفر بیمه شده تأمین اجتماعی می‌باشند (آمارنامه شهر مشهد، ۱۳۸۷). طبق نظر سنجی‌هایی که در منطقه ۱۱ صورت گرفته نشان می‌دهد که فقط حدود ۷۸.۲ درصد افراد تحت پوشش یک نوع بیمه درمانی قرار دارند که از این تعداد ۵۶.۵ درصد آن‌ها تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی و ۲۶.۷ درصد بیمه خدمات درمانی و سایر افراد نیز تحت پوشش سایر بیمه‌ها هستند و نزدیک به ۱۵۶ درصد نیز تحت پوشش هیچ بیمه‌ای قرار ندارند.

**میزان انجام فعالیت‌های بدنی:** مطالعات نشان داده است که در خصوص انجام فعالیت‌های بدنی حدود ۶۰.۳ درصد ساکنین عنوان کردند که آن‌ها فعالیت‌هایی نظیر پیاده روی، ورزش صبحگاهی، بدنسازی و فوتبال و والیبال و... را در طول هفته انجام می‌دهند و سایر افراد ۳۵.۹ درصد عنوان کردند که هیچ گونه فعالیت بدنی خاصی را انجام نمی‌دهند.

جدول ۱۴. میزان انجام فعالیت‌های بدنی در منطقه ۱۱ شهرداری مشهد

درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	آیا فعالیت‌های بدنی در طول (۴ روز در هفته) مثل پیاده‌روی، ورزش صبحگاهی، بدنسازی و فوتبال و... انجام می‌دهید؟
	خیر		بلی	
۳۵.۹	۹۴	۶۰.۳	۱۵۸	

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۲

**شیوع بیماری‌های عفونی:** از جمله مهم‌ترین بیماری شایع در منطقه ۱۱ می‌توان به مواردی همچون اسهال (۳۸.۲)، آبله مرغان (۳۵.۸ درصد) عفونت ادراری (۱۸.۹ درصد) و سالک (۳ درصد) اشاره داشت. مهم‌ترین دلایل شیوع بیماری‌های عفونی در این شهر عبارتند از: وضعیت نامناسب بهداشتی، عدم استفاده از وسایل حفاظتی، ارتفاع پایین خانه‌ها و رها کردن فضلاب خانه‌ها به داخل کوچه و غیره می‌باشد (مرکز بهداشت شهر مشهد، ۱۳۹۱).

### ۳-۱-۴. وضعیت شاخص‌های زیست‌محیطی

**آلودگی هوا:** از آن‌جا که اولین نیاز انسان برای زندگی، هوای سالم است، بنابراین، آلودگی هوا و بیماری‌های ناشی از آلودگی‌های زیست-محیطی، بخصوص آلودگی وسایل نقلیه، از جمله مهم‌ترین عوامل مخرب سلامت شهری است

(۶۱۲۷۷۸۱۰۷۰۹۵). برای سنجش آلودگی هوا شاخص استاندارد دی که در شهرهای بزرگ کاربرد دارد، شاخص PSI<sup>۱</sup> است. این کمیته استاندارد دی است که برای گزارش روزانه کیفیت هوا استفاده می‌شود و از پنج آلاینده منوکسیدکربن، ازن، دی اکسید نیتروژن، دی اکسید گوگرد و ذرات معلق تشکیل می‌شود. مهمترین آلاینده در هوای شهر مشهد منو اکسیدکربن و دی اکسید کربن هستند (احمدی و وفایی یگانه، ۱۳۸۷: ۲۵). در بررسی اطلاعات مستخرج از داده‌های ایستگاه سنجش آلودگی هوا، تعداد روزهای آلوده در سال ۱۳۹۱ نیز در این منطقه بر اساس میزان منواکسید کربن ۲ روز در سال در ماه‌های دی و بهمن می‌باشد. که به ترتیب میزان منواکسیدکربن در این ماه‌ها، ۹.۳۰ppm و ۹.۳۳ppm می‌باشد که بیشتر از میزان مجاز بر اساس شاخص استاندارد آلودگی PSI می‌باشد.

**سطح فضای سبز:** سرانه فضای سبز در شهر مشهد حدود ۸.۹ و جمع کل فضای سبز در حدود ۲۴۹۷۸۸۷۵ متر مربع می‌باشد (آمارنامه شهر مشهد، ۱۳۸۸). وسعت کل فضای سبز این منطقه حدود ۷۳۵۲۲۳.۷ مترمربع است که حدود ۷.۲ فضای سبز مشهد را شامل می‌شود (شهرداری منطقه ۱۱ شهرداری مشهد). بسیاری از محلات فاقد پارک محله‌ای و منطقه‌ای می‌باشند و تعداد کمی از ساکنین به پارک محله‌ای یا منطقه‌ای دارای دسترسی مناسب هستند دسترسی دارند.

**مکان‌های تفریحی:** در حال حاضر در شهر مشهد فقط ۱۲ مجموعه ورزشی متعلق به اداره تربیت بدنی وجود دارد که از بین آن‌ها فقط یک مجموعه برای استفاده خانم‌ها، یک مجموعه برای آقایان و ۱۰ مجموعه نیز برای استفاده هر دو گروه (خانم‌ها و آقایان) منظور شده است (آمارنامه شهر مشهد، ۱۳۸۸).

**حمل و نقل عمومی:** بر طبق سرشماری سال ۱۳۹۰، در حال حاضر تعداد ۲۲۴۷ اتوبوس و ۳۹۸ مینی‌بوس و ۱۲۱۱۲ تاکسی در سازمان اتوبوسرانی فعال می‌باشند (آمارنامه شهر مشهد، ۱۳۸۸). در منطقه ۱۱ شهرداری مشهد تعداد ایستگاه‌های اتوبوس در ۳۲۱ نقطه بوده که از این تعداد ۲۱۵ نقطه در داخل ناحیه ۲۱۰۶ ایستگاه واقع شده است. تعداد ۳۸ خط اتوبوس در این بخش عمومی حمل و نقل فعال هستند که تعدادی از آن‌ها در درون ناحیه و تعدادی دیگر عبوری و نقش انتقالی دارند. فاصله دسترسی به ایستگاه‌های اتوبوس و فاصله میانگین و حداکثر دسترسی‌ها در بین نواحی متفاوت است. حداکثر فاصله از ایستگاه‌های اتوبوس مربوط به ناحیه ۲ با ۱۹۸۸ متر و کمترین آن برابر با ۱۰۶۳ متر مربوط به ناحیه ۱ می‌باشد.

جدول ۱۵. فاصله بین واحدهای مسکونی و ایستگاه‌های اتوبوس

ناحیه	تعداد ایستگاه	حداکثر/متر
ناحیه ۱	۲۱۵	۱۰۶۳
ناحیه ۲	۱۰۶	۱۹۸۸
کل منطقه	۳۲۱	۳۰۵۱

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۲

در نظرسنجی که از افراد انجام شد حدود ۶۸ درصد آن‌ها عنوان کردند که زمان زیادی در ایستگاه‌های اتوبوس صرف می‌کنند و سایر افراد نیز به مشکلاتی همچون هزینه زیاد وسایل (خصوصاً تاکسی) نبود ایستگاه اتوبوس در برخی از قسمت‌های ناحیه و ناکافی بودن تعداد وسایل حمل و نقل عمومی اشاره داشتند.

**پارکینگ:** در حال حاضر در محدوده مورد مطالعه دو پارکینگ عمومی وجود دارد یکی در ناحیه ۱ کنار پارک ملت و دیگری در ناحیه ۲ کنار پارک کوهستان قرار دارند. با در نظر گرفتن شعاع ۲۵۰ متری برای کاربری پارکینگ می‌بینیم که پارکینگ‌های موجود تمام سطح منطقه را پوشش نمی‌دهند بنابراین کمبود این کاربری در منطقه دیده می‌شود.

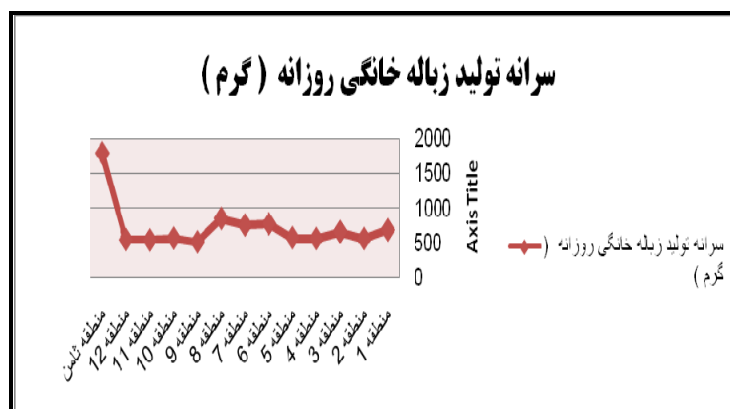
**مسیر دوچرخه‌سواری:** یکی از سیاست‌های جدید شهرها ایجاد مسیر جداگانه برای دوچرخه‌سواران است. دوچرخه، بیش از اتومبیل شخصی، برای تردد و خرید کردن مورد استفاده قرار می‌گیرد. سهم حمل و نقل بار با دوچرخه، که بعضاً بالغ بر ۱۰ تا ۱۵ کیلوگرم می‌شود، حتی تحت شرایط امروزی و در سکونتگاه‌هایی که تردد دوچرخه سهم زیادی ندارد، بیش از سهم حمل و نقل بار با اتومبیل شخصی است. (هرمان کنف لاکر، ۱۳۹۰: ۳۰۰). در منطقه ۱۱ شهرداری مشهد، بعضی مسیرهای دوچرخه سواری اجرا شده و بعضی از مسیرها هم در دست اجرا می‌باشند.

جدول ۱۶. اولویت بندی طراحی مسیرهای دوچرخه شهر مشهد در منطقه ۱۱

اولویت	معبّر	نام قطعه	طول خیابان (متر)	جهت حرکتی	طول مسیر دوچرخه (متر)	رده عملکردی خیابان	قابلیت احداث مسیر دوچرخه در سواره رو با حفظ شرایط موجود	نوع مسیر دوچرخه پیشنهادی	محل پیشنهادی ایجاد مسیر دوچرخه در خیابان
۱	بزرگراه آسیایی	از میدان آزادی تا بلوار معلم	۹۳۸	دو طرفه	۱۰۸۷۶	تند رو	دارد	درجه یک	پیاده رو
۲	امامت ۱۰	بلوار فرهنگ جلال تا امامت	۶۲۵	دو طرفه	۱۲۵۰	شریانی درجه ۲	ندارد	درجه یک	پیاده رو
۳	بلوار امامت	از بزرگراه وکیل آباد تا بزرگراه امام علی	۳۰۶۳	دو طرفه	۶۱۲۶	شریانی درجه ۱	با انجام اصلاحات هندسی	درجه یک	سواره رو

منبع: شهرداری منطقه ۱۱ شهر مشهد- بخش ترافیک و حمل و نقل

**کیفیت جمع‌آوری زباله:** میزان تولید زباله بر اساس آمار سال ۱۳۹۰، میانگین روزانه تولید زباله خانگی شهر مشهد بالغ بر ۳۵۵۲۸۴۹ کیلوگرم است. از این میزان تولید زباله خانگی سهم منطقه ۱۱ در تولید زباله در سال ۱۳۹۰، ۱۱۴۸۳۳ کیلو گرم بوده که حدود ۳.۲۳ درصد از کل تولید زباله‌های تولید شده در شهر مشهد می‌باشد. سرانه کل تولید زباله خانگی در شهر مشهد تقریباً ۱۰۰۲۰ گرم بوده که سهم منطقه ۱۱ شهرداری مشهد معادل ۵۳۸ گرم در روز محاسبه شده است. (سازمان مدیریت پسماند شهرداری مشهد، سال ۱۳۹۰).



شکل ۶. سرانه تولید زباله خانگی روزانه در منطقه ۱۱ شهرداری مشهد

همان‌طور که در نمودار فوق مشاهده می‌شود، درصد تولید زباله منطقه ۱۱ شهرداری در مقایسه با سایر مناطق شهری، رقم پایینی را نشان می‌دهد که با توجه به جمعیت موجود در منطقه، قابل توجه است.

**تعداد گاری‌های جمع‌آوری زباله:** براساس آمار سال ۱۳۹۰ تعداد گاری‌های زباله ۱۳۷ گاری بوده است. در کل منطقه به ازاء هر ۱۱۷۰ نفر یک گاری زباله وجود دارد این رقم در ناحیه یک به ازای هر ۱۳۴۹ نفر یک گاری، در ناحیه دو به ازای هر ۹۹۲ نفر یک گاری در ناحیه وجود دارد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود با توجه به پر جمعیت بودن ناحیه



یک نسبت به ناحیه دو منطقه باز کمبود گاری زباله در ناحیه یک منطقه دیده می‌شود که در مشاهده مستقیم از محلات نیز این کمبودها بسیار مشهود می‌باشند.

جدول ۱۷. پراکنش گاری‌های زباله منطقه ۱۱ شهرداری به تفکیک نواحی (۱۳۹۱)

ناحیه	تعداد گاری	درصد	جمعیت	گاری به / نفر
ناحیه ۱	۷۹	۶۹.۳۰	۱۳۲۲۵۰	۱۶۷۴
ناحیه ۲	۳۵	۳۰.۷۰	۳۸۶۹۵	۱۱۰۵
جمع	۱۱۴	۱۰۰	۱۷۰۹۴۵	۲۷۷۹

منبع: شهرداری منطقه ۱۱ شهر مشهد، ۱۳۹۱

در رابطه با جمع‌آوری زباله‌ها افراد ساکن اشاره داشتند که زباله‌ها هر شب جمع‌آوری می‌شوند اما در برخی محلات از جمله محلات سید رضی، دانشجو افراد اظهار داشتند که جمع‌آوری زباله‌ها به صورت نامنظم انجام می‌شود. که در مجموع حدود ۴۱.۶ افراد جمع‌آوری زباله‌ها را متوسط و ۱۴.۳ آن‌ها نیز از این وضعیت ناراضی بوده و آن را ضعیف ارزیابی کردند.

جدول ۱۸. وضعیت زباله در منطقه ۱۱ شهرداری به تفکیک نواحی (۱۳۹۱)

وضعیت زباله					
وضعیت جمع‌آوری زباله	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
درصد فراوانی	۱۰	۳۰	۱۰.۹	۶۳	۲۷
درصد جمع‌آوری	۴.۲	۱۲.۶	۴۵.۶	۲۶.۴	۱۱.۳
درصد تجمعی	۴.۲	۱۶.۷	۶۲.۳	۸۸.۷	۱۰۰.۰
مجموع	۲۶۲	۲۳۹	۸۸	۲۳	۱۰۰.۰
نامشخص	-	-	-	-	-

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۲

**تفکیک زباله:** از دیگر مواردی که در رابطه با شاخص کیفیت جمع‌آوری زباله توسط WHO مطرح است، تفکیک کردن زباله‌هاست. در بررسی انجام شده حدود ۷۵ درصد از ساکنین عنوان نموده‌اند که تفکیک زباله‌ها در منزل انجام می‌شود اما هنگام جمع‌آوری، زباله‌ها مجدداً ترکیب می‌شوند و گاری‌های مجزایی برای جمع‌آوری زباله‌های تفکیک شده در سطح محلات وجود ندارد.

جدول ۱۹. تفکیک زباله در منطقه ۱۱ شهرداری مشهد در سال ۱۳۹۰

شرح	فروردین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	آذر	دی	بهمن	اسفند
خاک و نخاله مکانیزه	۲۹۵۰	۳۰۶۰	۳۵۷۰	۹۲۱۰	۳۲۱۰	۷۹۶۰	۱۰۸۴۰	۱۹۲۶۰	۱۱۳۱۰	۱۰۴۰۰	۳۰۶۲۰	۳۴۱۱۰
کل و خاک و نخاله	۱۴۷۵۰	۱۵۳۰۰	۱۷۸۵۰	۴۶۰۶۰	۱۶۰۵۰	۳۹۸۱۰	۵۴۲۲۰	۹۶۲۹۰	۵۶۵۶۰	۵۱۹۷۰	۱۵۳۱۰۰	۱۷۰۵۹

منبع: شهرداری منطقه ۱۱ شهر مشهد

## ۲-۴. یافته‌های تحلیلی

فرضیه اول: منطقه ۱۱ شهر مشهد از نظر شاخص‌های بهداشتی و زیست محیطی دارای وضعیت مطلوبی نمی‌باشد. با توجه به این که فرضیه تحقیق از نوع مقایسه می‌باشد و به دلیل اینکه نوع داده‌ها ناپارامتریک و مقیاس آن‌ها از نوع ترتیبی می‌باشد از آزمون کای اسکور استفاده شد. وضعیت نرمال بودن داده بدین قرار می‌باشد: جهت مشخص بودن وضعیت نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف استفاده شده است که نتایج حاصل بدین قرار می‌باشد.

جدول ۲۰. شاخص‌های محیطی و بهداشتی

شرح	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	آماره	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
شاخص‌های محیطی و بهداشتی	۰.۳۲۸	۲۶۲	۰.۰۰۰	۰.۷۴۷	۲۶۲	۰.۰۰۰

با توجه به این که مقدار ضریب معناداری (Sig) در رابطه با متغیرهای محیطی برابر با ۰ می‌باشد و از مقدار ۰.۰۵ کمتر می‌باشد بنابراین توزیع نرمال نمی‌باشد.

جدول ۲۱. محیطی - بهداشتی

محیطی - بهداشتی			
	مشاهده شده N	مورد انتظار N	اختلاف مشاهده شده و مورد انتظار
بدون پاسخ	۷۹	۵۲.۴	۲۶.۶
خیلی کم	۲	۵۲.۴	-۵۰.۴
کم	۳۲	۵۲.۴	-۲۰.۴
متوسط	۱۳۴	۵۲.۴	۸۱.۶
زیاد	۱۵	۵۲.۴	-۳۷.۴
مجموع	۲۶۲		

جدول ۲۲. محیطی-بهداشتی

آمار تست Test Statistics	
	محیطی بهداشتی
Chi-Square	۲۲۳.۶۸۷
df (درجه آزادی)	۴
Asymp. Sig. ضریب معناداری	۰.۰۰۰

با توجه به این که مقدار کای اسکور برابر است با ۲۲۳.۶۸؛ تفاوت فراوانی بین فراوانی مشاهده شده و مشاهده مورد انتظار براساس سطح معناداری کوچک‌تر از ۰.۰۱ وجود دارد. همچنین از آنجایی که فرضیه مورد نظر بر پایین بودن میزان شاخص‌های محیطی - بهداشتی می‌باشد بنابراین بیشتر فراوانی بایستی بر طبقات خیلی کم و کم قرار داشته باشد و به دلیل اینکه تفاوت بین داده‌های مشاهده شده و داده‌های مورد انتظار در این طبقات قرار دارد می‌توان اینگونه نتیجه‌گیری کرد که منطقه ۱۱ به لحاظ شاخص‌های محیطی و بهداشتی دارای وضعیت مطلوبی نمی‌باشد. با توجه به این نتایج فرضیه فوق تأیید شود.

فرضیه دوم: منطقه ۱۱ شهر مشهد از نظر شاخص‌های اقتصادی-اجتماعی دارای وضعیت مطلوبی می‌باشد. باتوجه به اینکه مقدار Sig در رابطه بامتغیرهای محیطی برابر با ۰ می‌باشد و از مقدار ۰.۰۵ کمتر می‌باشد بنابراین توزیع نرمال نمی‌باشد. باتوجه به اینکه مقدار کایاسکوئر برابر است با ۳۸۷.۱۶۰ می‌باشد تفاوت فراوانی مشاهده شده و مشاهده مورد انتظار براساس سطح معناداری کوچکتر از ۰.۰۱ وجود دارد. همچنین از آنجا که فرضیه مورد نظر بر بالا بودن میزان شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی می‌باشد بنابراین بیشتر فراوانی بایستی بر طبقات زیاد قرار داشته باشد و به دلیل اینکه تفاوت بین داده‌های مشاهده شده و داده‌های موردانتظار در این طبقات قرار ندارند و عمده داده در طبقات کم و خیلی کم قرار دارد، می‌توان اینگونه نتیجه‌گیری کرد که منطقه ۱۱ به لحاظ شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی دارای وضعیت مطلوبی نمی‌باشد. باتوجه به این نتایج فرضیه فوق تأیید نمی‌گردد.

جدول ۲۳. اجتماعی-اقتصادی

تست نرمال بودن Tests of Normality						
شرح	Kolmogorov-Smirnova			شاپیرو		
	آماره	df	Sig	Statistic	df	Sig
اجتماعی اقتصادی	۰.۴۰۶	۲۶۲	۰.۰۰۰	۰.۷۱۵	۲۶۲	۰.۰۰۰

جدول ۲۴. اقتصادی-اجتماعی

اقتصادی-اجتماعی			
اختلاف N مشاهده شده و N مورد انتظار	مورد انتظار N	مشاهده شده N	
-۵.۴	۵۲.۴	۴۷	بدون پاسخ
-۴۷.۴	۵۲.۴	۵	خیلی کم
۱۲۲.۶	۵۲.۴	۱۷۵	کم
-۱۸.۴	۵۲.۴	۳۴	متوسط
-۵۱.۴	۵۲.۴	۱	زیاد
		۲۶۲	کل

جدول ۲۵. اقتصادی-اجتماعی

Test Statistics	
تست آماری	
اقتصادی-اجتماعی	
(کای اسکوئر)	۳۸۷.۱۶۰
درجه آزادی	۴
ضریب معناداری	۰.۰۰۰

## ۵. بحث و نتیجه گیری

سلامت شهر در گرو داشتن محیط سالم و بسترهای مناسب اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و زیست‌محیطی است که شهروندان پایه و سرمایه اصلی آن را تشکیل می‌دهند. بدین ترتیب از جمله عناصر مهم و پیوند دهنده پروژه‌های شهر سالم در همه جا، درگیر کردن مردم و نهادها و بخش‌های غیر دولتی برای ارتقا سطح زندگی مردم هر شهر و محله می‌باشد. پروژه‌های شهر سالم بر مشارکت مردم در مسایل تأکید فراوان دارند. به همین جهت شرایط باید به نحوی

فراهم گردد تا مردم بتوانند در تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی‌های سازمان‌ها و ارگان‌های شهری دخالت مستقیم داشته باشند. شهر مشهد پایتخت مذهبی کشور با جمعیتی معادل ۲۹۹۲۴۷۸ نفر و به لحاظ داشتن موقعیت زیارتی، تاریخی، ارتباطی و سیاسی، سالانه پذیرای ۲۰ میلیون زائر از نقاط مختلف می‌باشد. این شهر امروزه با بسیاری از مشکلات روبرو است از جمله: بافت فرسوده وسیع، نرخ رشد بالای جمعیت، آلودگی هوا و ... که ادامه این روند وارد آمدن آسیب‌های جدی به سلامت و محیط و سلامت شهروندان خواهد شد. شهر مشهد از نظر تقسیمات شهرداری به ۱۳ منطقه تقسیم شده است که یکی از مناطق مهم این شهر منطقه ۱۱ می‌باشد. محدوده مورد مطالعه از نظر تولید زباله رتبه سوم و سرانه فضای سبز نیز پایین‌ترین سرانه ۱.۷ مترمربع در بین مناطق دیگر دارد، در حالی که سرانه فضای سبز شهر مشهد ۹.۸ مترمربع برآورد شده است. به منظور بررسی و ارزیابی سلامت شهروندان و وضعیت یک شهر از جنبه‌های مختلف کالبدی، اجتماعی، بهداشتی و... شاخص‌های متعددی وجود دارد. در این تحقیق از مجموعه شاخص‌هایی که در قالب ۳ گروه عمده شاخص‌های زیست محیطی، اقتصادی- اجتماعی و بهداشتی تقسیم‌بندی می‌گردد استفاده شده است.

نتایج بررسی ۸ متغیر شاخص‌های بهداشتی شامل: ۱. تعداد تعداد ارایه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی، ۲. تعداد مرگ و میر کودکان زیر یکسال، ۳. پوشش واکسیناسیون زیر ۶ سال، ۴. علت مرگ و میر، ۵. وجود برنامه‌های آموزش سلامت، ۶. میزان انجام فعالیت‌های بدنی، ۷. شیوع بیماری‌های عفونی و ۸. درصد افرادی که تحت پوشش بیمه هستند، نمایانگر این است که پوشش واکسیناسیون کودکان زیر ۶ سال و مرگ و میر کودکان مطابق استاندارد می‌باشد و بقیه زیر خط استانداردها قرار گرفته‌اند و با این سرانه‌ها نیز فاصله دارند. از بررسی ۶ متغیر اجتماعی- اقتصادی شامل: ۱. وضعیت شغلی و نرخ بیکاری، ۲. درصد افرادی که کمتر از درآمد سرانه دریافت می‌کنند، ۳. نرخ سقط جنین نسبت به کل نوزادان زنده متولد شده، ۵. درصد خانوارهایی که در مناطق مسکونی زیر استاندارد زندگی می‌کنند، ۶. درصد افراد بی‌خانمان، هیچ کدام با استانداردهای پیشنهادی مطابقت نداشتند. یعنی ۱۰۰ درصد متغیرها با استانداردها فاصله دارند و سومین گروه مورد بررسی شاخص‌های محیطی بودند که شامل: ۱. آلودگی هوا، ۲. کیفیت جمع‌آوری زباله، ۳. میزان دوچرخه‌سواری، ۴. سطح فضای سبز، ۵. حمل و نقل عمومی بود. بررسی این متغیرها نشان داد که آلودگی هوای این منطقه و تا حدودی کیفیت جمع‌آوری زباله مطابق با استانداردها نبوده است، بنابراین منطقه از نظر شاخص‌های زیست محیطی وضعیت مطلوبی ندارد. یکی از مهمترین نتایج این تحقیق بیانگر این مطلب بود که ساکنین منطقه ۱۱ مشارکت چندان در امور مربوط به محله ندارند بنابراین بطور کلی محدوده مورد مطالعه از نظر شاخص‌های شهر سالم، در وضعیت مطلوبی قرار ندارد که این امر مشارکت هر چه بیشتر شهروندان و همکاری سازمان‌های مختلف را می‌طلبد.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر راهکارهای زیر را در راستای دستیابی به شهر سالم می‌توان پیشنهاد نمود:

- توجه به مشارکت اجتماعی و فراهم سازی امکان حضور شهروندان در حوزه برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری به عنوان گروه‌های ذی‌نفع اجتماعی.

- افزایش آگاهی شهروندان در زمینه‌های مختلف بهداشتی و سایر شاخص‌های شهر سالم و آموزش شهروندان در قالب طرح‌های آموزشی در سطوح خرد و کلان.

- برای رسیدن به یک شهر ایده‌آل لازم است مدیریت شهری به خوبی عمل کند، در واقع شرایط شهر سالم زمانی بوجود می‌آید که پایداری اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی بوجود آید.

- کاهش استفاده از مصالح نفوذناپذیرمانند آسفالت و بتن در کف‌سازی که مانع نفوذ آب‌های سطحی شده و باعث تشدید تجمع آلاینده‌ها و سموم می‌گردد و اولویت دادن به مصالح نفوذپذیر و مصالح بازیافت شده.

- ارایه اطلاعات بهداشتی به ساکنین محله به منظور بهبود درک آن‌ها از مشکلات بهداشتی خودشان.

- افزایش دسترسی به امکانات از طریق حرکت پیاده، استفاده از دوچرخه و در نتیجه ارتقا سطح سلامتی و تقویت حس جمع‌گرایی.

- افزایش دسترسی به وسایل حمل و نقل عمومی به منظور استفاده کمتر از اتومبیل و جلوگیری از آلودگی هوا و انتشار گاز CO<sup>2</sup>.
- تشویق جداسازی زباله در سطح واحدهای مسکونی.
- یکی از مهم‌ترین ابزار برخورد با سلامت شهر اطلاعات است که به سهم خود می‌تواند علاقه جامعه را به خود جلب کند.
- معرفی فاکتورهایی که بر سلامت شهر اثر می‌گذارد.
- تدارک اطلاعات دقیق، به روز، واقعی و مستقل درباره عوامل بهداشتی در شهر.
- تعیین مسیرهای عملی برای اصلاح بهداشت.
- دعوت از مردم برای شرکت در برنامه‌ریزی برای بهداشت.

## ۶. منابع

۱. ارجمند نیا، اصغر، ۱۳۷۹، **شهر سالم و روستای سالم**، سومین همایش کشوری بهداشت محیط، کرمان.
۲. بحرینی، سید حسین، ۱۳۸۸، **پروژه‌های شهرهای سالم سازمان بهداشت جهانی و لزوم اجرای جدی آن در ایران**، مجله محیط شناسی، سال ۱۷، شماره ۱۷، صص ۱۵-۳.
۳. کریستوفر جی. بون، ۱۳۸۹، **شهر، محیط زیست و برنامه‌ریزی شهری**، مترجمان: مهندس جمال‌الدین عقیلی، دکتر ماندانا نوربخش، انتشارات شهرآب، تهران.
۴. کریستوفر جی. بون، ۱۳۸۸، **شهر، محیط زیست**، مترجمان: مهندس جمال‌الدین عقیلی، دکتر ماندانا نوربخش، انتشارات شهر آب، تهران.
۵. پاپلی‌یزدی، محمد حسین و سناجردی، رجبی، حسین، ۱۳۸۲، **نظریه‌های شهر و پیرامون**، چاپ اول، انتشارات سمت، تهران.
۶. رهنما، محمدرحیم، ۱۳۸۷، **پژوهشی پیرامون تحقق طرح‌های تفصیلی شهری با تأکید بر کاربری‌های آموزشی و بهداشتی درمانی**، انتشارات جهاد دانشگاهی مشهد.
۷. رهنما، محمدرحیم، ۱۳۸۸، **برنامه‌ریزی مناطق مرکزی شهرها**، انتشارات دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد.
۸. رهنما، محمدرحیم، ۱۳۹۰، **تحلیل شاخص‌های شهر سالم در محله بهارستان شهر مشهد**، سومین کنفرانس برنامه‌ریزی و مدیریت شهری، فروردین ۱۳۹۰، تهران.
۹. سلمان منش، حسن، ۱۳۷۱، **سابقه بهداشت برای همه و شهر سالم**، در مجموعه مقالات نخستین سمپوزیوم شهر سالم، اداره کل روابط عمومی و بین الملل شهرداری تهران.
۱۰. شیعه، اسماعیل، ۱۳۸۸، **با شهر و منطقه در ایران**، انتشارات دانشگاه علم و صنعت ایران، تهران.
۱۱. کاترین تسورو، هیو بارتون، ۱۳۸۹، **برنامه‌ریزی شهری سالم**، مترجم: میترا عطاریان، انتشارات مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهر تهران، تهران.
۱۲. کنف لآخر، هرمان، ۱۳۹۰، **اصول برنامه‌ریزی (طراحی) تردد پیاده و دوچرخه**، انتشارات دانشگاه تهران، تهران.
۱۳. لقایی، حسنعلی، فرح، حبیب، ۱۳۸۷، **شهر سالم**، ماهنامه مسکن و انقلاب، ش ۷۱ و ۷۲.
۱۴. فقهی فرهنگ، ناصر، ۱۳۸۸، **اولویت‌های اقتصادی و اجتماعی عوامل کلیدی کیفی مسکن**، فصلنامه دانش و توسعه، دوره ۱۶، شماره ۲۶، صص ۱۸۹-۱۷۰.
۱۵. احمدی، حسن، ۱۳۸۵، **ساخت شهر، ریشه‌های پیدایش ایده شهر سالم**، فصلنامه بین المللی فنی و مهندسی، سال سوم، شماره ۶ و ۷.
۱۶. علی اکبری، اسماعیل و برزگر، صادق، ۱۳۸۹، **شاخص‌های شهر سالم در الگوی توسعه پایدار شهری**، سومین همایش ملی جغرافیا و رویکرد علمی به توسعه پایدار، پیرانشهر.

۱۷. محمودی‌نژاد، هادی، پورجعفر، محمدرضا، آذری، امید، علیزاده، امین، بمانیان، محمدرضا و مجتبی انصاری، ۱۳۸۸، **تعامل دستور کار ۲۱ و فرایند تحقق‌پذیری شهر سالم، با ارایه راهکارها و پیشنهادهایی در شرایط معاصر ایران**، فصلنامه علوم و تکنولوژی محیط زیست، سال یازدهم، شماره ۴۳
۱۸. معاونت برنامه‌ریزی و توسعه شهرداری مشهد، ۱۳۸۵، **سالنامه آماری شهر مشهد**، مشهد.
۱۹. معاونت برنامه‌ریزی و توسعه شهرداری مشهد، ۱۳۹۰، **سالنامه آماری شهر مشهد**، مشهد.
۲۰. نکویی‌مقدم، محمود و بهشتی فر، ملیکه، ۱۳۸۴، **برنامه‌ریزی در ارایه خدمات سلامت**، چاپ اول، انتشارات مرکز کشوری مدیریت سلامت دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز.
۲۱. نیک‌پی، وحید و حاتمی‌نژاد، حسین، ۱۳۸۹، **بررسی شاخص‌های شهر پایدار (شهر سالم) در محله قاسم‌آباد یزد**، دومین همایش ملی شهر سالم، مرکز پژوهشی علوم جغرافیایی و اجتماعی دانشگاه تربیت معلم سبزوار.

22. Myfanwy T., 2010, MSc Urban Studies, **THE HEALTHY CITIES MOVEMENT WORKING PAPER FOR THE LANCET COMMISSION ON HEALTHY CITIES**, pp 5.
23. Evaluation of healthy city projects: stakeholder analysis of two projects in Bangladesh, Salma Burton, Environment and Urbanization., 1999, **International Institute for Environment and Development**, pp 41.
24. United Nations Center for Human Settlements (UNCHS) : state of world s cities 2001. United Nations Center for Human Settlements (Habitat ) Nairobi 2001 , p.6.
25. Department of Health and Human Services., 2001, **Healthy people in Healthy Communities**, Washington, DC:U.S,A,P.I.