

۱. مقدمه

متخصصان و مدیران شهری همگی بر این امر تأکید دارند که شهر صرفاً مکان تجمع و اسکان یک جمعیت مشخص، ساختمان، خیابان، خودرو و سایر بناها نیست، بلکه همچون یک موجود زنده بوده و دارای تحرک و همواره در حال تغییر و دگرگونی است. رشد جمعیت در شهر و گسترش بی‌رویه شهرنشینی در خلال قرن بیستم موجب مطرح شدن مقوله سلامت گردید (احمدی، ۱۳۸۵: ۱۵). امروزه اندیشمندان یکی از راه‌های رسیدن به توسعه پایدار شهری را داشتن شهر سالم بر می‌شمارند. با توجه به این ضرورت، در سال ۸۶-۱۹۸۵ دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت برنامه ارتقاء سطح سلامت را تحت عنوان "پروژه شهر سالم" پیشنهاد نمود. برای موفقیت در این پروژه، شهرهای مجری باید از حمایت سیاست قوی، مدیریت و رهبری توانمند، کنترل و مشارکت وسیع اجتماعی و همکاری بین بخشی برخوردار باشند (Dooris, 1999: 45). ارتباط بین برنامه‌ریزی و مدیریت شهری و سلامت جامعه موضوع جدیدی نیست؛ بلکه آنچه که در حال حاضر تغییر کرده، شدت بحران سلامت جوامع اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه است (Northridge, Sclar & Biswas, 2003: 556).

در سال ۱۹۹۴ در دومین کنفرانس محیط و سلامت که در هلیسنکی برگزار شد، برای نخستین بار به اهمیت سلامت شهری و اولویت دادن آن به سایر امور پرداخته شد. در این کنفرانس بیان شد که بسیاری از امور مربوط به سلامت شهرها باید به مسئولین محلی واگذار شود که تا آن زمان تقریباً اکثر تصمیمات در دولت مرکزی اخذ می‌شد (Lawrence & Fudge, 2009: 15). جنبش شهرهای سالم یک خلاقیت و ابتکار در ارتقا سلامت و بهداشت، برنامه‌ریزی شهری، حفظ اکوسیستم شهری و حرکت به سوی تمرکز زدایی از بخش‌های حکومتی و دولتی به سوی فعالیت بین بخشی و مشارکت اجتماعی به شمار می‌رود (Leeuw, 2009: 1) و این پروژه جهانی تبدیل به حرکتی گسترده در سطوح بین‌المللی با سازگاری جامع برای اجرای بهداشت و در عین حال فراهم آوری "توسعه پایدار" بالاخص در سطوح ملی شده است. بر اثر توسعه شهرها و زندگی شهرنشینی، مهمترین و اثرگذارترین عامل بر زندگی شهرنشینی یعنی سلامت شهری به بوتله فراموشی سپرده شده یا بهتر است بگوییم نگاه صحیحی به آن نشده بود و بدین خاطر به مرور شهر و مدیریت آن با مشکلات فراوانی روبرو شده‌اند (شیخی، ۱۳۷۸: ۱۱۳). همین امر نیز باعث گردیده تا زیرساخت‌های شهری اغلب در فشار قرار گیرند و حتی کاهش یابند (More, 2003: 203). به همین سبب این شهرها از دهه ۱۹۷۰ به بعد با فقر شهری مواجه شده‌اند و سطح زندگی و استانداردهای مربوط به محیط زیست نیز در بسیاری از شهرها با مشکل مواجه گردد (نیک پی و حاتمی نژاد، ۱۳۸۹: ۲). آن‌ها پذیرای دسته‌های بزرگ انسانی هستند که به سودای یک زندگی بهتر برای خویش و آینده فرزندان شان بدانجا می‌روند. ضمن اینکه بنظر می‌رسد بین میزان درآمد ملی و سطح توسعه انسانی با میزان شهرنشینی ارتباط تنگاتنگی وجود داشته باشد (World Health, 2004: 6).

یکی از رویکردهای نوین توسعه پایدار، مقوله سلامت و مشارکت مردمی است. سازمان بهداشت جهانی (WHO)، انسان سالم را انسانی می‌داند که هم از سلامت جسمی و هم از سلامت اجتماعی، معنوی و روحی برخوردار باشد (Boonekamp & others, 1999: 104). در این ارتباط برنامه‌ریزی سلامت یک اصطلاح نسبتاً جدیدی است که امروزه توسط آن دسته از برنامه‌ریزان شهری و منطقه‌ای که همواره در پی آنند تا محیط شهری را با سلامت فیزیکی و روحی شهروندان پیوند بزنند، پا به عرصه وجود نهاد (Thompson, 2007: 32) براساس تعریف، یکی از مهمترین بسترهای ایجاد فضای مناسب زیستن، توجه به شاخص‌های متداول روز دنیا و بخصوص شهرهای بزرگ است. چنین شاخص‌هایی ابعاد مختلفی داشته، معمولاً در هر یک محور اصلی منطبق بر ایجاد رفاه بوده که شاخص سلامت شهری از جمله چنین شاخص‌هایی است. این شاخص در برخی موارد متفاوت از شاخص‌های سلامت جامعه بوده چرا که در شهرها موضوع‌هایی وجود دارد که در روستا یا دهات کشور وجود ندارد. بنابراین، در صورت برخورداری شهر از شاخص‌های فوق،

مقدمات توسعه و پیشرفت اقتصادی فراهم و حرکت در جهت پیشرفت سریع‌تر خواهد شد، (محمدزاده اصل، ۱۳۸۹: ۸۶). بسیاری از شهرها به ویژه در کشورهای رو به توسعه طی دهه‌های اخیر با تخریب محیط شهری و افزایش نابرابری‌های بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی در مقیاس وسیع بین ساکنان خود روبه‌رو بوده‌اند. به همین سبب این شهرها از دهه ۱۹۷۰ به بعد با فقر شهری مواجه شده‌اند و سطح زندگی و استانداردهای مربوط به محیط زیست نیز در بسیاری از شهرها با مشکل مواجه گردد (نیک پی و حاتمی‌نژاد، ۱۳۸۹: ۲). در ایران نیز با گسترش روند رو به رشد شهرنشینی، مشکلات فراوانی از جمله در حوزه زیست محیطی و بهداشتی متوجه شهروندان شده است. از این رو ضرورت توجه به رویکرد شهر سالم آشکار می‌شود. محدوده مورد مطالعه در این تحقیق مراکز شهرستان‌های استان ایلام است. این استان نیز مانند بسیاری از استان‌های کشور طی چند دهه اخیر رشد قابل ملاحظه در جمعیت شهرنشین، وضعیت سواد، وضعیت برخورداری از امکانات بهداشتی، درمانی و آموزشی، تغییر در سیستم جمع‌آوری و دفع زباله و سایر متغیرهای جمعیتی- اجتماعی را تجربه کرده است. براساس شواهد اولیه به نظر می‌رسد وضعیت پیش آمده در مجموعه متغیرهای جمعیتی و اجتماعی در نقاط شهری استان ایلام موجب شده که این نقاط شهری از شاخص‌های شهر سالم فاصله بگیرند و این امر می‌تواند تهدیدی جدی برای کیفیت زندگی شهروندان آن محسوب شود. ضرورت توجه به این مسئله انگیزه اصلی محققین برای انجام این پژوهش بوده است. بر این اساس و با توجه به مطالب ارایه شده، پژوهش حاضر در صدد پاسخ به سوال‌های زیر می‌باشد:

- آیا مراکز شهرستان‌های استان ایلام براساس شاخص‌های شهر سالم در وضعیت مطلوبی قرار ندارند؟
- آیا بین فاصله فضایی از مرکز استان ایلام و حاکمیت شاخص‌های شهر سالم رابطه وجود دارد؟
- آیا بین مراکز شهرستان‌های استان ایلام از نظر شاخص‌های شهر سالم تفاوت وجود دارد؟

۲. مروری بر ادبیات موضوع

۲-۱. پیشینه تحقیق

اشتون (11: Ashton, 2009). نیز در مقاله‌ای تحت عنوان از شهرهای سالم ۱۸۴۳ به شهرهای سالم ۲۰۰۸ وضعیت بهداشتی و درمان را در این دوره زمانی مورد مطالعه قرار داده است و به منظور ارتقای سلامت، بازسازی اقتصادی، زیست محیطی و اجتماعی را از طریق مسکن، حمل و نقل، اوقات فراغت و تفریح و سرگرمی در راستای استراتژی بهداشت برای همه پیشنهاد می‌کند. یوسفی و شیرانی (۱۳۹۱)، به بررسی ویژگی‌های بهداشتی و زیست‌محیطی شهر سالم در آموزه‌های دینی پرداخته‌اند: اسلام بر اهمیت فراهم آوردن فضای پاک و سالم برای زندگی و فعالیت انسان و مراقبت از پاکیزگی محیط شامل تمام جنبه‌های زندگی شهری تأکید دارد. رعایت بهداشت وظیفه دینی است و خداوند به پاکی و پرهیز از هر گونه آلودگی فرمان داده و پاداش آن را می‌دهد. آموزه‌های دینی، قوانین طبیعی و اصول بهداشتی و اجتماعی آن عواملی هستند که به عنوان یک دین متمدن در شکل‌دهی و برنامه‌ریزی شهری و افزایش فضای سبز مطابق با حفاظت محیط زیست و ارتقای بهداشت نقش مؤثری ایفا می‌کند. قدمی و پژوهان (۱۳۹۰)، در مطالعه‌ای به بررسی وضعیت شاخص‌های شهر سالم در نقاط شهری استان مازندران پرداخته‌اند. نتایج نشان می‌دهد عضویت نقاط شهری استان مازندران مستقل از عامل فضایی فاصله از مرکز است و عضویت غالب نقاط شهری در خوشه چهارم احتمال تفاوت در وضعیت شاخص‌های شهر سالم در میان نقاط شهری غرب مرکز و شرق مازندران را رد می‌کند. از طرف دیگر، اگرچه انتظار می‌رفت نقاط شهری مربوط به شهرستان مرکز استان در وضعیت بهتری از نظر شاخص‌های سلامت باشند اما نقاط مذکور در رتبه هفتم قرار گرفته‌اند. دلبری (۱۳۸۹)، در مقاله‌ای با عنوان شهر سالم و لزوم نگرش فرهنگی به مدیریت شهری و شهرنشینی به نقش محوری فرهنگ و اتخاذ نگرش فرهنگی در فرآیند مدیریت شهری و

نهادینه شدن و ارتقاء سطح فرهنگ شهروندی در کنار توسعه زیرساخت‌های اساسی شهر تأکید می‌کند (دلبری، ۱۳۸۹: ۲۳). قدمی و همکاران در مقاله‌ای تحت عنوان بررسی تطبیقی شاخص‌های شهر سالم در مقیاس ملی و جهانی نمونه موردی: نقاط شهری ایران و کشورهای توسعه یافته، به بررسی وضعیت جمعیتی-اجتماعی نقاط شهرهای ایران و مقایسه آن با میانگین سطح کشورهای پیشرفته در چارچوب رویکرد شهر سالم پرداخته‌اند. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که نقاط شهری کشورمان در برخی از شاخص‌های جمعیتی، بهداشت فردی و اجتماعی در شرایط مطلوبی قرار دارد (قدمی و همکاران، ۱۳۸۹: ۲). رهنما (۱۳۹۰) و همکاران در مقاله خود با عنوان تحلیل شاخص‌های شهر سالم در محله بهارستان شهر مشهد با روشی توصیفی-تحلیلی و با استفاده از ابزارهای پیمایشی به سنجش شاخص‌های شهر سالم که براساس استانداردهای سازمان بهداشت جهانی استخراج نموده‌اند در محله مورد مطالعه پرداختند. آن‌ها در این تحقیق به این نتیجه رسیدند که محله بهارستان از نظر شاخص‌های پنج گانه سلامت در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، زیست محیطی، بهداشتی و فرهنگی فاصله زیادی با حالت مطلوب خود دارد (رهنما و همکاران، ۱۳۹۰: ۱-۱۰).

۲-۲. مبانی نظری

۲-۲-۱. مفاهیم

• **مفهوم شهر سالم:** مفهوم "ایده شهر سالم"، اولین بار در کنفرانسی در کانادا با عنوان "آن سوی خدمات اولیه بهداشتی" عنوان گردید. در آنجا مقاله‌ای با عنوان شهر سالم خوانده شد که اولین جرقه برنامه شهر سالم به حساب می‌آید. دو سال بعد، از سوی سازمان بهداشت جهانی این موضوع به صورت جنبشی جهانی مطرح گردید. هدف طرح شهر سالم ایجاد نیروی محرکه‌ای برای تأمین و رفع مشکلات محیطی شهرهاست (سلمان‌منش، ۱۳۷۱: ۳۰). پیش از پرداختن به پیشینه‌ی ظهور ایده‌ی شهر سالم، ارائه تعاریفی از این پدیده، ضروری بنظر می‌رسد. از دیدگاه شهر سالم، شهر بعنوان یک ارگانیزم پیچیده تلقی می‌شود که زنده است، نفس می‌کشد، رشد می‌کند و بطور مستمر تحول می‌یابد. شهر سالم شهری است که محیط خود را بهبود می‌بخشد و منابع خودش را توسعه می‌دهد و لذا مردم آن شهر می‌توانند در دستیابی به حداکثر پتانسیل‌های خودشان یار و یاور یکدیگر باشند (W.H.O. 1992:3).

• **شهر سالم:** شهری است 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 که در اثر آن مردم جامعه ضمن حمایت یکدیگر و مشارکت گروهی در انجام کلیه امور زندگی، قابلیت خود را به حداکثر می‌رسانند. جامع‌ترین تعریفی که از شهر سالم ارائه شده است تعریفی است که دهل^۲ و هنکوک^۳ ارائه نموده‌اند. شهر سالم شهری است که به طور مداوم و مستمر درحال 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 (بحرینی، ۱۳۷۴: ۲۱).

• **مدیریت شهری^۴:** مدیریت شهری عبارتست از اداره امور شهر به منظور ارتقای مدیریت و همچنین یک سازمان گسترده متشکل از عناصر و اجزای رسمی و غیررسمی مؤثر و ذریبط در ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی و کالبدی حیات شهری با هدف اداره و کنترل و هدایت توسعه همه جانبه و پایدار شهری.

1. World Health Organization
2. Duhl
3. Hancock
4. Urban Management

• **سیستم مدیریت شهری:** شهر سیستمی است متشکل از سیستم‌های درونی که با آن‌ها دارای ارتباط متقابل است. وجود این مجموعه (شهر) نیز با سایر سیستم‌های منطقه ارتباط دارد و منطقه نیز جزیی از سیستم ملی است. لذا نظام مدیریت شهری با اهداف اداره مطلوب شهر سعی در هماهنگ کردن سیستم و روابط عناصر شهری دارد. به همین دلیل گستردگی و میان رشته‌ای بودن سیستم مدیریت شهری به عنوان سیستم باز، عوامل و پارامترهای مختلفی در آن تغییر شکل داده به نحوی که مجموعه عناصر و روابط و میزان تأثیر هر یک از عناصر در نظام تصمیم‌گیری می‌تواند در رسیدن به اهداف مطلوب و پایدار شهری نقش بسزایی داشته باشد.

۲-۲-۲. ویژگی‌های شهر سالم

۱. محیط فیزیکی ایمن ۲. اکوسیستم پایدار شهری ۳. جامعه نیرومند با بهره‌مندی از حمایت متقابل ۴. مشارکت همگانی در تصمیمات زندگی ۵. سلامت و رفاه شهروندان (سلیمان منش، ۱۳۷۴: ۷۵).
برای ساختن شهرهایی سالم روی زمین، سازمان جهانی بهداشت ۳ هدف اصلی را نشانه گرفته است:

جدول ۱. اهداف شهر سالم از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت

سازمان جهانی بهداشت بر این باور است که افزایش آگاهی عمومی در مورد معضلات بهداشتی که شهرهای بزرگ پدید آورده‌اند، سرانجام روی تصمیم‌گیری‌های کلان مدیران شهری اثر خواهند گذاشت. گسترش آگاهی عمومی موجب می‌شود تا مدیران و سایر فعالان بین‌بخشی با احتیاط بیشتری به تصمیم‌گیری و عمل بپردازند.	گسترش آگاهی
عوامل متعددی مستقیماً زندگی شهرنشینان را با خطر مواجه می‌کند. متأسفانه بسیاری از این عوامل همچون آلودگی هوا و آب‌های زیرزمینی و یا آسیب‌های ناشی از خشونت‌های شهری و حوادث ترافیکی روند رو به رشدی را نیز طی می‌کنند. بنابراین برای متوقف کردن و کاهش آن‌ها نیازمند تلاش‌های مضاعفی هستیم.	توسعه تلاش‌های سلامت محور
برای رسیدن به توسعه پایدار شهری شناخت نیازهای بهداشتی شهروندان یک شهر امری ضروری است. شناخت و معرفی منطقی این نیازها مسئولیت دولت‌های محلی را برای ارتقا سطح سلامت شهروندان پررنگ‌تر می‌کند.	برجسته سازی نیازها

منبع: نهرینی و صالحیان، ۱۳۸۹: ۷۶

۲-۲-۳. مروری اجمالی بر نظریه‌های شهر سالم

بعد از انقلاب صنعتی جمعیت شهری جهان افزایش یافت. این باعث ظهور و شکل‌گیری شهرهای میلیونی در گستره جهان گردید بیشتر این جمعیت را روستائیان مهاجر و فقیری تشکیل می‌دادند که در جست و جوی کار به دور از هرگونه خدمات شهری ساکن شدند. این عامل باعث مشکلات بی‌شماری از جمله مشکلات تراکم رشد فزاینده شهرها، کمبود مسکن، مشکلات فقر، گسستگی رابطه بین شهر و طبیعت، آلودگی هوا، صدا و ترافیک در تردد وسایل موتوری شده است و مسایل این پدیده نه تنها سیاست‌های شهرسازی را به طور وسیعی تحت‌الشعاع قرار داده، بلکه تبعات حاصل از آن در تشدید مسایل اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، مدیریتی و محیط زیستی جوامع نقش اساسی داشته است. دغدغه‌ها و نگرانی‌های ناشی از این پدیده موجب گردید تا کشورهای توسعه‌یافته، به ویژه بعد از جنگ جهانی دوم اقدام به اتخاذ تمهیداتی جهت حل یا مهار این بحران کنند. با توجه به این مشکلات نظریه‌هایی در مورد حفظ محیط زیست شهری ارائه شد که باعث ظهور شهرهای گوناگون در سطح کشورهای صنعتی و سپس در کشورهای در حال توسعه شده است.

• نظریه باغشهر

عنوان باغشهر برای اولین بار به وسیله ابنزر هاوارد مطرح شد. با توجه به ویژگی‌هایی که هاوارد برای باغشهر خود بیان کرده است می‌توان آن را به عنوان اولین نظریه در دستیابی به شهر سالم با داشتن طبیعت پاک و به دور از آلودگی زیست محیطی و سالم عنوان کرد. هاوارد با ارایه نظریه باغشهر معتقد بود که به جای شهرهای شلوغ، زندگی سالم را در شهرهای کوچک باید جستجو کرد. او در این باره تلفیقی از شهر و روستا را در نظر داشت. هاوارد در نظریه خود سه

مغناطیس شهر، روستا و روستا شهر را ارایه می‌دهد. خودتکایی، خوداشتغالی، استقلال، تعادل اجتماعی - اقتصادی، ایجاد جامعه‌ای متعادل، مالکیت عمومی زمین، تملک زمین توسط شهرداری‌ها، برخورداری از مزایای شهر و روستا، مسکن، کار، اوقات فراغت، از وجه مشخصه نظریه هاوارد است (زیاری، ۱۳۸۳: ۲۱). هاوارد در پی آن بود تا یک مکانی را به وجود آورد که هم از امکانات شهری برخوردار باشد و هم از سر و صدا و شلوغی شهرها به دور باشد. در واقع و آن گونه که اغلب گفته می‌شود، تنها دو امکان وجود دارد: زندگی در شهر و زندگی در روستا. راه حل سومی نیز وجود دارد که در آن همه مزایای زندگی شهری بسیار فعال و همه زیبایی دلنشین روستایی را می‌توان به گونه‌ای کامل ترکیب کرد. شهر و روستا را می‌توان چون دو قطب جاذبه در نظر گرفت، هر یک برآنند که جمعیت را به سوی خود جذب کنند. رقابتی که در آن شکل جدیدی از زندگی و با اشتراکی از هر دو خود را مطرح می‌کند (شفیعی، ۱۳۸۶: ۲۸).

• نظریه بوم شهر

مفهوم بوم شهر، راهبردی است که به کاهش فشار بر محیط زیست و منابع طبیعی تا میزان یک سیستم کمک می‌کند. این راهبرد متفاوت از الگوی کلاسیک شهرسازی است. راه‌حلی که بوم شهر پیشنهاد می‌کند این است که تهیه طرح و برنامه‌ای برای شکل زمین بصورت نظام قانونمند یا غیر آن نشان دهنده موقعیت جدید تپه‌ها، دشت‌ها و دره‌ها باشد. در محیط زیست مفهوم یک شهر پایدار عبارت است از شهری که به دلیل استفاده اقتصادی از منابع، اجتناب از تولید بیش از حد ضایعات و بازیافت آن تا حد امکان و پذیرش سیاست‌های مفید در دراز مدت قادر به ادامه حیات خود باشد (نوریان، ۱۳۷۶: ۱۷۹). برنامه‌ریزان بوم شهر تلاششان بر مبنای ایجاد شهرهایی با ورودی کمتر انرژی مصالح و خروجی کمتر ضایعات و آلودگی‌ها می‌باشد. این شهرها باید دارای خصوصیتی چون راحتی، آسایش و قابلیت دسترسی باشند. با توجه به آنکه شهرسازی نوین در حال تغییر و تحول است برای رسیدن و دستیابی به بوم شهر پایدار مراحل لازم است که به این مراحل اشاره می‌شود. در سطح شهر، باید کارکردهای درست را به مکان‌های مناسب داد؛ تراکم بالا در پیرامون مراکز شهری و حمل و نقل کارآمد (سریع و فراوان) به وجود آیند و تراکم کم برای خارج از شهر باشد. طراحی سیستم‌های نزدیک به هم، برای دسترسی به آب، انرژی و مواد غذایی باید در دستور کار قرار گیرد. به کارگیری مفاهیم جدید برای شهر سبز ضروری است، این مفاهیم با یکپارچگی فضای سبز در طبقات و پشت‌بام‌ها در ارتباط است (ارجمندنیا، ۱۳۷۹: ۳۳).

• نظریه شهر اکولوژیکی

بررسی دقیق مفهوم یک شهر اکولوژیکی یعنی شهرها که توجه به از بین بردن منابع حیاتی را که بستر آن بوده و به شدت به آن متکی است را می‌طلبد. شهر اکولوژیکی، شهری است پایدار که می‌تواند به ساکنین یک زندگی معنی‌دار بدهد، بدون این که پایگاه اکولوژیکی که بر روی آن اتکا دارد تخریب کند (Crombie, 1992: 18). شهر اکولوژیکی که توسط گروه‌های متعددی پیشنهاد شده، شهری است که دارای چهار خصوصیت زیر باشد:

۱. حداقل دخالت در محیط طبیعی
۲. حداکثر تنوع (از نظر کاربری زمین و فعالیت‌ها)
۳. حتی‌المقدور به عنوان یک نظام بسته
۴. تعادل بهینه بین جمعیت و منابع (بحرینی، ۱۳۷۸: ۲۷۶).

اهداف و خصوصیتی که یک شهر اکولوژیکی بایستی داشته باشد در شهر سالم نیز آمده است چرا که هر دو می‌کوشند تا بین سلامتی نظام شهری و سلامتی ساکنین آن ارتباط برقرار کنند. در شهر اکولوژیکی آن‌طور که "آدریان اتکینسون" بیان می‌کند، هر منطقه تا حدی خودکفاست. در حقیقت ملاحظات زیست محیطی در ادامه حیات نقش تعیین کننده‌ای

خواهد داشت. زیرا جامعه در شرایط جامعه ارگانیک قرار می‌گیرد که در آن طبیعت کلاً شرایط محدود کننده خود را به گونه‌ای بر رفتارهای انسانی تحمیل می‌کند که محدودیت‌های اجتماعی در مقابل انسان قرار می‌گیرد. لذا شهر برای لذت شهرنشینان مورد بهره‌برداری قرار می‌گیرد. در این شهر منطقه جغرافیایی تنها براساس مرزهای طبیعی تعیین می‌شود و هر منطقه در مجموع خود کفا است. در شهر اکولوژیک کل کارکرد شهری در فواصل سازگار و بهینه پیاده قرار می‌گیرد. بنابراین وسایل نقلیه موتوری محدود می‌گردد (Thompson, 2007: 156).

• نظریه توسعه پایدار

مفهوم توسعه پایدار از اوایل دهه ۱۹۸۰ که طی ده‌ها سال رشد لجام گسیخته به نام توسعه در قالب کیفیت زیست محیطی در مقیاس جهانی بروز کرد. این نظریه در راستای حمایت از منابع طبیعی ارایه شده است. اهداف کلی و وسیع توسعه پایدار برای اولین بار توسط برانت‌لند در سال ۱۹۸۷ تعریف شد. براین اساس توسعه پایدار توسعه‌ای است که نیازهای آینده را تحت تأثیر منفی قرار ندهد (ناظمی، ۱۳۸۸: ۴۷). منطق اصلی توسعه پایدار بهبود سطح استاندارد زندگی مردم و بخصوص بهزیستی کسانی است که از کمترین مزیت‌ها در جامعه برخوردارند، در عین اجتناب از هزینه‌های غیرقابل جبران آینده. بحث‌هایی در این بین است مبنی بر آنکه توسعه پایدار تنها در صورتی عملی می‌شود که میزان مصرف توسط انسان از حدی که ظرفیت محیط حکم می‌کند فراتر نرود (توفیق، ۱۳۸۴: ۱۶۶). نظریه توسعه پایدار جامع و مانع بوده، لذا در تمام ابعاد توسعه شهری، روستایی و منطقه‌ای و ملی مدنظر است. این نظریه، دلالت بر جلوگیری از آلودگی‌های محیط شهری و منطقه‌ای، کاهش ظرفیت‌های تولیدی محیط محلی، منطقه‌ای و ملی و حمایت از بازیافت-ها، عدم حمایت از توسعه‌های زیان‌آور و شکاف میان فقیر و غنی دارد و راه رسیدن به این الگوها را از طریق برنامه‌ریزی‌های شهری، روستایی، منطقه‌ای و ملی در راستای نقش قانون، کنترل کاربری‌ها و کنترل بیشتر در شهر و روستا می‌داند. این نظریه به عنوان دیدگاهی استراتژیک به نقش دولت در این برنامه‌ریزی‌ها زیاد اهمیت قائل است و معتقد است، دولت‌ها باید از محیط زیست شهری حمایت گسترده‌ای نمایند. این نظریه شهر را در ابعاد منطقه شهری به صورت منطقه شهر اجتماعی نگاه می‌کند (زیاری، ۱۳۸۳: ۲۳۰).

۳. روش‌شناسی تحقیق

این پژوهش، به لحاظ هدف از نوع تحقیق‌های کاربردی و به لحاظ روش، توصیفی - تحلیلی می‌باشد. جامعه آماری شامل شهرستان‌های استان ایلام است. مراحل تحقیق مشتمل بر مرور ادبیات و تدوین چهارچوب نظری، لیست شاخص‌های مربوطه، جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات در سطح شهرستان‌های استان ایلام است. اصلی‌ترین مراکز اطلاعاتی این تحقیق شامل سالنامه آماری و سرشماری عمومی نفوس و مسکن است. مدل تاپسیس در سال ۱۹۸۱ به وسیله هوانگ و یون ارایه گردید. در این روش m عامل یا گزینه به وسیله فرد یا گروهی ارایه از افراد تصمیم گیرنده مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. این تکنیک بر این مفهوم بنا شده است که هر عامل انتخابی باید کمترین فاصله را با عامل ایدآل (مهم‌ترین) و بیشترین فاصله را با عامل ایدآل منفی (کم اهمیت‌ترین) داشته باشد (آذر، ۱۳۸۹: ۵۰).

مراحل این روش به صورت زیر است:

(الف) تبدیل ماتریس تصمیم‌گیری موجود به یک ماتریس بی‌مقیاس شده با استفاده از رابطه: (۱)

$$R_{ij} = \frac{X_{ij}}{\sqrt{\sum_{i=1}^m X_{ij}^2}} \quad , I = \{1, \dots, m\}, J = \{1, \dots, n\}$$

(ب) ایجاد ماتریس بی مقیاس وزین با استفاده از ضرب نظیر به نظیر اوزان حاصل از روش آنتروپی؛ (۲)

$$W = \{W_1, W_2, \dots, W_n\} \quad V_{mn} = W_n R_{mn}$$

(ج) تعیین راه حل ایدآل و ایدآل منفی؛ (۳)

$$A^+ = \{(Max V_{ij} | j \cdot J), (Min V_{ij} |$$

$$j \cdot J) | i = \{1, 2, 3, \dots, m\}\}, J = \{1, 2, 3, \dots, n\} \quad A^- = \{(Min V_{ij} | j \cdot J), (Max V_{ij} | j \cdot J -$$

$$(i = \{1, 2, 3, \dots, m\})\}, J = \{1, 2, 3, \dots, n\}$$

(د) محاسبه اندازه فاصله هر گزینه از ایدآل و ایدآل منفی؛ (۴)

$$d_i^+ = \left\{ \sum_{j=1}^n (V_{ij} - V_j^-)^2 \right\}^{0.5}$$

$$d_i^- = \left\{ \sum_{j=1}^n (V_{ij} - V_j^+)^2 \right\}^{0.5}$$

(ه) محاسبه نزدیکی نسبی تا راه حل ایدآل و رتبه بندی گزینه‌ها (۵)

$$cl_i^+ = \frac{d_i^-}{(d_i^+ + d_i^-)} \quad 0 \leq cl_i^+ \leq 1$$

تنوع جنبه‌های شهر سالم، تعداد زیاد افراد مؤثر در آن و تنوع در اجرا به محققان انواع رویکرد و نقاط تمرکز را برای ارزیابی ارائه می‌دهد که بدلیل پیچیدگی این فرآیندها و مقدار و انواع عوامل کلیدی موجود در آن، ارزیابی شهرهای سالم یکی از دشوارترین جنبه‌ها بشمار می‌رود (فقهی، ۱۳۸۹: ۴۵). براساس هدف پیش گفته در این پژوهش شهرهای مورد مطالعه براساس روش تاپسیس براساس متغیرهای مورد مطالعه سطح بندی می‌شوند.

در خصوص شاخص‌های ارزیابی رویکرد شهر سالم تعداد زیادی متغیر وجود دارد، که به عنوان نتیجه تعریف گسترده بهداشت در جوامع بکار می‌رود و این به تعداد زیادی لیست می‌انجامد، که محتوی تعداد زیادی از شاخص‌های مشروع است (Athens, 2004: 147). در این تحقیق پس از بررسی اطلاعات موجود در خصوص منطقه مورد مطالعه و همچنین با توجه به محدودیت دسترسی به آن‌ها، نسبت به انتخاب شاخص‌های ارزیابی رویکرد شهر سالم (بالغ بر ۳۰ شاخص) از نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ استان ایلام اقدام گردید (استانداری ایلام، ۱۳۹۰). در جدول (۲) زیر این شاخص‌ها براساس چهار دسته کلی شاخص‌های بهداشتی، سلامت، شاخص‌های زیست محیطی و شاخص‌های جمعیتی- اقتصادی آورده شده‌اند:

جدول ۲. شاخص‌های و متغیرهای مورد مطالعه

شاخص اقتصادی- اجتماعی	نرخ سواد، تعداد مدارس، نسبت جمعیت فعال، نرخ بیکاری، نرخ اشتغال
شاخص زیست محیطی	تعداد پارک های عمومی، تعداد انشعاب فاضلاب، تعداد سامانه های جمع آوری زباله، تعداد تصفیه خانه آب، وسعت فضای سبز عمومی، سرانه فضای سبز
شاخص خدمات بهداشتی	تعداد بیمارستان، تعداد مراکز بهداشتی و درمانی، تعداد ایستگاه های آتش نشانی، تعداد خانه بهداشت، تعداد تخت های بیمارستانی، تعداد داروخانه، تعداد مراکز پرتونگاری، تعداد مجتمع بهداشتی، تعداد آزمایشگاه های پزشکی، تعداد پزشک عمومی، تعداد پزشک متخصص، تعداد دندانپزشک، تعداد پیراپزشکان، تعداد داروساز، تعداد کارکنان شاغل در سازمان بهداشت
شاخص سلامت	میزان مرگ و میر نوزادان کمتر از ۱ سال، میزان مرگ و میر اطفال کمتر از ۵ سال، تعداد معلولین، تعداد بیمه شدگان (تامین اجتماعی و خدمات درمانی).

جدول ۳. متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک مراکز شهرستان‌های استان ایلام در سال ۱۳۹۰

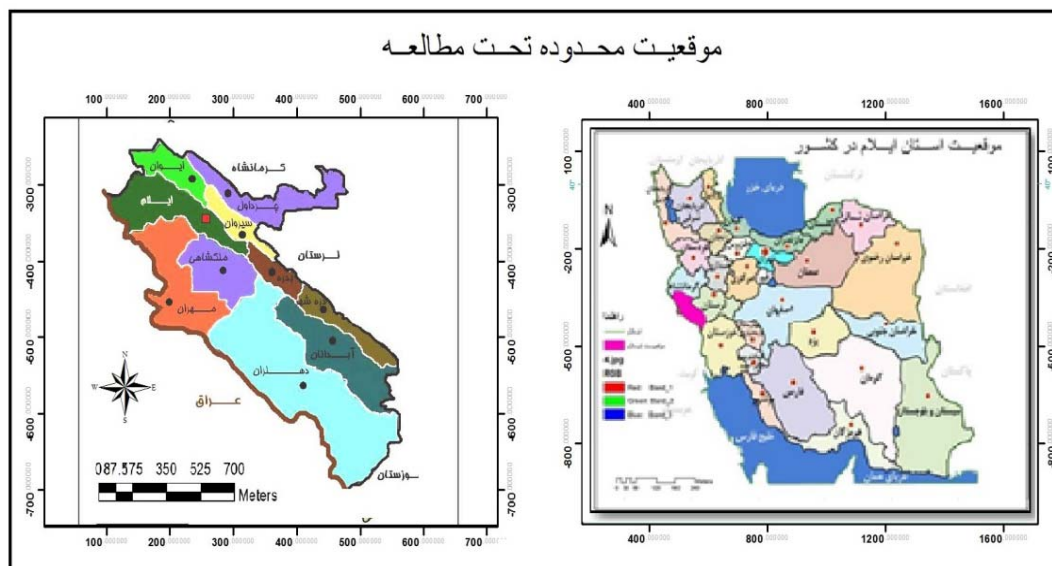
شاخص	آبدانان	ایلام	ایوان	دره شهر	دهلران	شیروان	ملکشاهی	مهران
نرخ سواد	۷۲.۹۵	۷۸.۳۲	۷۲/۳۴	۷۴.۳۱	۷۱.۷۱	۶۹.۲۴	۶۸.۵۳	۷۳.۴۲
تعداد مدارس	۱۱۰	۲۵۵	۱۰۵	۱۶۴	۱۵۲	۲۹۴	۸۳	۶۸
نسبت جمعیت فعال	۴۱.۶۸	۳۷.۹۸	۴۰.۹۱	۴۳.۲۵	۴۴.۵۸	۴۰.۰۰	۳۹.۱۲	۳۶.۰۸
نرخ بیکاری	۲۲.۷۱	۲۴.۴۰	۲۳.۵۹	۱۹.۰۲	۲۰.۴۵	۲۳.۳۵	۱۹.۹۵	۲۴.۵۴
نرخ اشتغال	۷۷.۲۸	۷۵.۵۹	۷۶.۴۰	۸۰.۸۹	۷۹.۵۴	۷۶.۶۴	۸۰.۰۴	۷۵.۴۵
تعداد پارک های عمومی	۷	۱۷	۲	۷	۱۱	۱۲	۱۲	۴
سیستم فاضلاب	۰	۳۲۵۲۳	۰	۹۰۹	۳۷۴۵	۰	۰	۳۲۸۵
سامانه‌های جمع آوری زباله	۷	۳۴	۷	۶	۱۰	۹	۵	۸
تعداد تصفیه خانه آب	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰
وسعت فضای سبز	۲۵۰	۱۰۲۶	۲۸	۱۰۷	۸۷۵	۲۶۰	۲۰	۸۵
سرانه فضای سبز	۰.۰۱۸	۰.۰۲۰	۰.۱۷۴	۰.۰۵۵	۰.۰۰۷	۰.۰۲۷	۰.۱۱۲	۰.۰۰۳
تعداد بیمارستان	۱	۵	۱	۱	۱	۱	۰	۱
تعداد مراکز بهداشتی و درمانی	۷	۳۹	۸	۹	۹	۴	۵	۱۵
تعداد ایستگاه‌های آتش نشانی	۲	۴	۲	۲	۲	۳	۲	۲
تعداد خانه بهداشت	۱۶	۳۳	۱۷	۲۷	۲۹	۵۸	۹	۸
تعداد تخت‌های بیمارستانی	۳۵	۳۸۷	۳۰	۴۴	۴۹	۳۳	۰	۴۰
تعداد داروخانه	۵	۲۸	۴	۵	۵	۵	۱	۱
تعداد مراکز پرستاری	۳	۱۵	۲	۳	۵	۵	۱	۱
تعداد مجتمع بهزیستی	۵	۳	۶	۶	۴	۷	۲	۴
تعداد آزمایشگاه‌های پزشکی	۶	۱۸	۴	۴	۷	۷	۱	۳
تعداد پزشک عمومی	۷	۴۴	۱۱	۸	۶	۱۴	۴	۷
تعداد پزشک متخصص	۱۲	۱۳۵	۱۱	۶	۹	۷	۱	۷
تعداد دندانپزشک	۴	۲۳	۴	۲	۳	۱	۱	۱
تعداد پیراپزشک	۲۰۷	۱۰۵۳	۱۸۷	۲۶۶	۲۳۹	۲۹۷	۶۶	۱۷۰
تعداد داروساز	۰	۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰
تعداد کارکنان سازمان بهداشت	۲۵۳	۱۸۸۰	۲۵۹	۳۸۲	۳۱۰	۳۹۸	۸۴	۲۳۷
مرگ نوزادان کمتر از ۱سال	۱۲.۹۷	۱۳.۹۳	۱۷.۳۰	۱۲.۹۱	۱۲.۳۳	۲۲.۸۸	۱۳.۳۵	۲.۵۳
میزان مرگ اطفال کمتر از ۵سال	۵۰.۷۰	۹.۴۵	۱۰.۳۸	۱۰.۱۴	۱۴.۵۲	۹.۲۳	۱.۹۰	۲۷.۸۴
تعداد معلولین	۹۶۴	۳۴۵۶	۱۰۹۱	۱۳۶۵	۱۳۱۹	۱۴۸۲	۳۳۴	۵۱۴
تعداد بیمه شدگان	۴۱۰۳۶	۱۴۱۱۴۱	۲۶۱۲۴	۵۸۲۹۰	۵۴۰۶۷	۸۱۳۶۷	۲۱۶۸۹	۲۹۲۷۶

منبع: سالنامه آماری استان ایلام، ۱۳۹۰

۴. معرفی محدوده مورد مطالعه

استان ایلام با مساحتی حدود ۲۰۱۳۳ کیلومتر مربع، حدود ۱.۲ درصد از مساحت کل کشور را تشکیل می‌دهد. این استان در غرب سلسله جبال زاگرس بین ۳۲ درجه و ۰۳ دقیقه تا ۳۴ درجه و ۰۲ دقیقه عرض شمالی نسبت به خط استوا و ۴۵ درجه و ۴۰ دقیقه تا ۴۸ درجه و ۰۳ دقیقه طول شرقی از نصف‌النهار گرینویچ در گوشه غربی کشور واقع شده است. حدود طبیعی استان ایلام که ۲۲۰ کیلومتر طول و ۱۰۰ کیلومتر عرض دارد، بدین ترتیب است: از شمال به کوه مانش که تا رودخانه سیمره امتداد دارد، از شرق به مسیر رودخانه سیمره و کرخه، از جنوب مسیر رودخانه دویرج (تله زی) و از ناحیه غرب به مرز قراردادی و کشور عراق منتهی می‌شود. جمعیت استان ایلام براساس سرشماری سال ۱۳۹۰، ۵۵۷۵۹۹ نفر،

۳۵۶۸۹۶ نفر ساکن در نقاط شهری و ۱۹۹۳۲۷ هزار نفر ساکن در نقاط روستایی بوده است و شامل ۸ شهرستان، ۱۸ شهر، ۲۰ بخش، ۳۹ دهستان است.



شکل ۱. موقعیت استان ایلام در کشور و تقسیمات کشوری (منبع: معاونت برنامه‌ریزی استانداری ایلام، ۱۳۹۰)

۵. یافته‌های تحقیق

در این پژوهش به منظور سطح بندی هر یک از مراکز شهرستان‌های استان بر اساس وضعیت برخورداری نقاط شهری مربوطه از شاخص‌های شهر سالم از ۳۰ شاخص منتخب در قالب معیارهای سلامت، خدمات بهداشتی، زیست محیطی و اقتصادی-اجتماعی در ۸ مرکز شهرستان‌های استان ایلام با استفاده از مدل تاپسیس تدوین گردیده است. گفتنی است، فاکتور قطعی در انتخاب معیارها در دسترس بودن داده و اطلاعات بوده است که با توجه به در دسترس نبودن داده‌ها و اطلاعات لازم در سطح شهرها، درباره‌ی معیارهای این پژوهش، بررسی در سطح مرکز شهرستان‌های استان صورت پذیرفت. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد میزان برخورداری هر یک از مراکز شهرستان‌های استان از شاخص‌های شهر سالم به شکلی همگن و یکنواخت نیست و در این بین هر شهرستان در مورد برخی از شاخص‌ها در وضعیت مطلوب‌تری نسبت به سایرین قرار دارد و در عین حال در رابطه با برخی از شاخص‌ها با کمبود و نقصان روبرو هستند. در این بین شهر ایلام به عنوان مرکز استان در بیشتر شاخص‌های مورد مطالعه از جمله نرخ سواد، تعداد پارک‌های عمومی، سیستم فاضلاب، تعداد سامانه‌های جمع آوری زباله، تصفیه خانه آب، وسعت فضای سبز، تعداد بیمارستان، تعداد ایستگاه‌های آتش نشانی، تعداد مراکز بهداشتی و درمانی، تعداد تخت‌های بیمارستانی، تعداد داروخانه، مراکز پرستاری، تعداد آزمایشگاه، تعداد پزشک عمومی، تعداد پزشک متخصص، تعداد دندانپزشک، تعداد پیراپزشک، تعداد داروساز، تعداد کارکنان شاغل در سازمان بهداشت و تعداد بیمه شدگان دارای رتبه اول و بهترین وضعیت نسبت به سایر نقاط شهری قرار دارد. مرکز شهرستان شیروان از نظر شاخص‌های تعداد مدارس، تعداد خانه بهداشت، تعداد مجتمع بهداشتی، مرکز شهرستان دهلران از نظر شاخص نسبت جمعیت فعال، شهرستان دره شهر از نظر شاخص نرخ اشتغال در وضعیت مطلوب‌تری نسبت به سایر مراکز شهرستان‌ها قرار دارند. مقایسه تطبیقی میزان محرومیت هر یک از مراکز شهرستان‌های استان از شاخص‌های شهر سالم نشان می‌دهد مرکز شهرستان ملکشاهی از نظر شاخص نرخ سواد، تعداد سامانه جمع‌آوری زباله، وسعت فضای سبز، تعداد تخت‌های بیمارستانی، تعداد مجتمع بهداشتی، تعداد آزمایشگاه، تعداد پزشک

عمومی، تعداد پزشک متخصص، تعداد دندانپزشک، تعداد پیراپزشک، تعداد کارکنان شاغل در سازمان بهداشت و تعداد بیمه شدگان، مرکز شهرستان ایوان از نظر شاخص تعداد پارک‌های عمومی، مرکز شهرستان مهران از نظر شاخص تعداد مدارس، نسبت جمعیت فعال، نرخ اشتغال، سرانه فضای سبز، تعداد خانه بهداشت، مرکز شهرستان شیروان از نظر شاخص تعداد مراکز بهداشتی و درمانی از بقیه شهرستان‌های استان محروم تر هستند. همچنین شهرستان مهران دارای بالاترین میزان نرخ بیکاری، شهرستان شیروان دارای بیشترین میزان مرگ و میر نوزادان کمتر از ۱ سال، شهرستان آبدانان دارای بیشترین میزان مرگ و میر اطفال کمتر از ۵ سال و شهرستان ایلام دارای بیشترین تعداد معلولین است. نتایج استفاده از مدل تاپسیس با استفاده از خروجی‌های مدل آنتروپی نشان می‌دهد، شهرستان ایلام دارای کمترین فاصله با میزان ایدآل مثبت و بیشترین فاصله با میزان ایدآل منفی است و با بیشترین نزدیکی نسبی به میزان ایدآل در رتبه اول در میان شهرستان‌های استان ایلام به لحاظ شاخص‌های شهر سالم قرار دارد. مهمترین دلیل این امر این است که همان‌طور که گفتیم این شهرستان در بیشتر شاخص‌های منتخب دارای رتبه اول بوده و مطلوب‌ترین جایگاه را در بین سایر شهرستان‌ها داشته است. شهرستان آبدانان نیز با کمترین فاصله با میزان ایدآل منفی و کمترین میزان نزدیکی نسبی به میزان ایدآل مثبت رتبه آخر را به خود اختصاص داده است. مهم‌ترین دلیل این امر این است که این شهرستان در بیشتر شاخص‌های مورد مطالعه رتبه خوبی نداشته است. بعد از شهرستان ایلام شهرستان‌های ملکشاهی و ایوان به ترتیب رتبه‌های بالای سطح بندی شهرستان‌های استان را به خود اختصاص داده‌اند و در پایین جدول شهرستان‌های دره شهر و آبدانان به ترتیب قبل از آبدانان در رتبه‌های پایین قرار گرفته‌اند. همچنین تعیین درجه اهمیت نسبی متغیرهای تحقیق با استفاده از روش آنتروپی حاکی از آن است که متغیر تعداد تصفیه خانه آب بیشترین درجه اهمیت نسبی و متغیر نرخ اشتغال کمترین درجه اهمیت نسبی را دارد. همچنین متغیرهای تعداد داروساز و تعداد سیستم فاضلاب بعد از متغیر تعداد تصفیه خانه آب بیشترین درجه اهمیت نسبی و متغیرهای نسبت جمعیت فعال و نرخ بیکاری بعد از متغیر نرخ اشتغال کم‌ترین درجه اهمیت نسبی را دارند. میزان مجاورت هر یک از شهرستان‌های استان ایلام به ایدآل مثبت و منفی شاخص‌های شهر سالم و نحوه رتبه بندی آن‌ها نشان می‌دهد، شهر ایلام به عنوان مرکز استان رتبه اول را در بین سایر شهرستان‌ها دارد و سایر نقاط شهری با فاصله زیاد از مرکز استان در رتبه‌های بعدی قرار گرفته‌اند و این نشان دهنده اختلاف فاحش بین مرکز استان و سایر شهرستان‌ها از نظر برخورداری از شاخص‌های شهر سالم است. بنابراین عامل فضایی فاصله از مرکز تأثیر زیادی در برخورداری از شاخص‌های شهر سالم داشته است.

جدول ۴. درجه برتری نسبی متغیرهای رویکرد شهر سالم در استان ایلام

رتبه	وزن	متغیر	رتبه	وزن	متغیر
۱۶	0.022856226	تعداد پیراپزشک	۱	0.150243937	تعداد تصفیه خانه آب
۱۷	0.02133538	تعداد مراکز بهداشتی و درمانی	۲	0.150243937	تعداد داروساز
۱۸	0.018463449	تعداد آزمایشگاه‌های پزشکی	۳	0.100753189	سیستم فاضلاب
۱۹	0.017753218	تعداد سامانه‌های جمع‌آوری زباله	۴	0.07019982	تعداد پزشک متخصص
۲۰	0.012955883	تعداد خانه بهداشت	۵	0.054487394	تعداد تخت‌های بیمارستانی
۲۱	0.01215909	تعداد بیمه شدگان	۶	0.044972629	تعداد دندانپزشک
۲۲	0.010188824	تعداد پارک‌های عمومی	۷	0.04125528	وسعت فضای سبز
۲۳	0.008447358	تعداد مدارس	۸	0.038328255	سرانه فضای سبز
۲۴	0.008317656	تعداد معلولین	۹	0.037357482	تعداد داروخانه
۲۵	0.004447475	تعداد مجتمع‌های بهداشتی	۱۰	0.033901169	میزان مرگ و میر اطفال کمتر از ۵ سال
۲۶	0.002752534	تعداد ایستگاه‌های آتش‌نشانی	۱۱	0.031740453	تعداد کارکنان شاغل در سازمان بهداشت
۲۷	0.001212205	نرخ سواد	۱۲	0.029847974	تعداد بیمارستان
۲۸	0.000337381	نرخ بیکاری	۱۳	0.026911564	تعداد مراکز پرستاری
۲۹	0.000148823	نسبت جمعیت فعال	۱۴	0.024249814	تعداد پزشک عمومی
۳۰	2.34955E-05	نرخ اشتغال	۱۵	0.024108106	میزان مرگ و میر نوزادان کمتر از یک سال

جدول ۵. رتبه‌بندی و نزدیکی نسبی نقاط شهری شهرستان‌های مازندران به ایدآل مثبت و منفی شاخص‌های شهر سالم

رتبه	نزدیکی نسبی به ایده ال	ایده ال منفی	ایده ال مثبت	نام شهرستان
۸	0.057340667	0.015927392	0.261840432	آبدانان
۱	0.864076911	0.264159614	0.041553466	ایلام
۳	0.112319997	0.033038436	0.261107188	ایوان
۷	0.063071869	0.017559945	0.260851737	دره شهر
۴	0.111455663	0.032158913	0.256376561	دهلران
۶	0.072672449	0.020521509	0.2618621	شیروان
۲	0.120588061	0.036327685	0.264926723	ملکشاهی
۵	0.086341551	0.024587476	0.260182433	مهران

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۲

براساس فرض اول تحقیق که به نظر می‌رسد نقاط شهری استان ایلام براساس شاخص‌های شهر سالم در وضعیت مطلوبی قرار ندارند، به جز شهر ایلام به عنوان مرکز استان سایر نقاط شهری استان از نظر شاخص‌های شهر سالم در وضعیت بسیار نامطلوبی قرار دارند. به طوری که برخی شهرستان‌ها مانند شهرستان ملکشاهی فاقد برخی از متغیرهای مورد مطالعه مانند: بیمارستان، تخت‌های بیمارستانی، تصفیه‌خانه آب، داروساز و... می‌باشد و سایر شهرستان‌ها نیز در وضعیت مناسبی قرار ندارند. حتی شهر ایلام که در این پژوهش رتبه اول از نظر شاخص‌های شهر سالم را به دست آورد از نظر بسیاری از شاخص‌ها وضعیت مطلوبی ندارد و تنها در مقایسه با سایر شهرستان‌هاست که وضعیت بهتری دارد. بنابراین فرضیه اول تحقیق تأیید می‌گردد. براساس فرضیه دوم تحقیق که به نظر می‌رسد بین فاصله فضایی از مرکز استان ایلام و حاکمیت شاخص‌های شهر سالم رابطه معناداری وجود دارد. نتایج تحقیق و استفاده از مدل TOPSIS نشان داد که شهر ایلام به عنوان مرکز استان دارای وضعیت مطلوبتری در برخورداری از شاخص‌های شهر سالم نسبت به سایر شهرستان‌هاست. بر این اساس ثابت گردید بین فاصله فضایی از مرکز استان ایلام و حاکمیت شاخص‌های شهر سالم رابطه معناداری وجود دارد. به طوری که با فاصله گرفتن از مرکز استان از میزان برخورداری از شاخص‌های شهر سالم کاسته گردید. بنابراین همان‌طور که انتظار می‌رفت مرکز استان رتبه اول را در بین سایر شهرستان‌ها دارا می‌باشد. براساس فرضیه سوم تحقیق که به نظر می‌رسد بین شهرستان‌های استان ایلام از نظر شاخص‌های شهر سالم تفاوت معناداری وجود دارد نیز نتایج نشان داد که همه نقاط شهری مورد مطالعه از نظر برخورداری از شاخص‌های شهر سالم وضعیت یکسانی ندارند. به طوری که برخی از نقاط شهری از نظر برخی از شاخص‌های مورد مطالعه وضعیت مطلوب‌تری را نسبت به سایر نقاط شهری دارا بودند. به علاوه تنها یک نقطه شهری (شهر ایلام) وضعیت بهتری را نسبت به سایر نقاط شهری دارا بود و سایر نقاط با فاصله زیاد از این شهر در رتبه‌های بعدی قرار گرفته‌اند. بنابراین فرضیه سوم تحقیق نیز تأیید می‌گردد.

۶. بحث و نتیجه گیری

به دنبال رشد بی‌سابقه شهرنشینی در قرن گذشته و ادامه شهرنشینی شدن جمعیت جهان در تمامی بخش‌های کره زمین از یک سو و عدم توانمندی در مدیریت و برنامه‌ریزی صحیح و بهینه شهرها به ویژه در کشورهای در حال توسعه از سوی دیگر، شهرها به مکانی شلوغ تبدیل شده که با انواع کمبودها در مسکن، بهداشت و سایر نیازمندی‌های شهروندان بدل گشتند. در میان راه حل‌های مطرح شده برای برون رفت از مشکلات موجود، مفهوم شهر سالم با ابتکار لئونارد دهل مطرح گردید و سازمان بهداشت جهانی نیز به عنوان متولی اصلی پروژه‌های شهر سالم ابتدا آنرا در چند

شهر به صورت پایلوت پیاده‌سازی نمود. این تحقیق با هدف بررسی وضعیت شاخص‌های شهر سالم در نقاط شهری استان ایلام و بررسی الگوی فضایی چگونگی بهره‌مندی نقاط شهری مذکور از شاخص‌های تحقیق صورت گرفت. در این رابطه از مدل تاپسیس به منظور سطح‌بندی نقاط شهری استفاده شد. نتایج مدل تاپسیس نشان داد که شهرستان ایلام به عنوان مرکز استان با بیشترین نزدیکی نسبی به میزان ایدآل مثبت و بشتین فاصله با میزان ایدآل منفی در رتبه اول میان شهرستان‌های استان ایلام به لحاظ شاخص‌های شهر سالم قرار دارد و شهرستان آبدانان نیز با کمترین میزان نزدیکی نسبی به میزان ایدآل مثبت و کمترین فاصله با میزان ایده آل منفی رتبه آخر را به خود اختصاص داده است. نتایج استفاده از مدل تاپسیس نشان داد همان‌طور که انتظاری رفت شهرستان ایلام با توجه به مرکزیت استان در بهترین وضعیت به لحاظ شاخص‌های شهر سالم در میان سایر شهرهای استان قرار داشته گرفت. مهم‌ترین دلیل این امر این است که این شهر در بیشتر متغیرهای مورد مطالعه حائز رتبه اول می‌باشد. بعد از مرکز شهرستان ایلام مرکز شهرستان‌های ملکشاهی و ایوان به ترتیب در رتبه‌های دوم و سوم از نظر برخورداری از شاخص‌های شهر سالم قرار گرفتند. نتایج پژوهش حاضر در زمینه ارتباط بین وضعیت شاخص‌های شهر سالم در مرکز شهرستان‌های استان ایلام با نتایج برخی از تحقیقاتی که قبلاً توسط دیگران انجام شده همخوانی دارد و با برخی نتایج همخوانی ندارد:

از جمله در مطالعه‌ای که توسط یوسفی و شیرانی انجام شد نیز مشخص شد که آموزه‌های دینی، قوانین طبیعی و اصول بهداشتی و اجتماعی آن عواملی هستند که به عنوان یک دین متمم در شکل دهی و برنامه‌ریزی شهری و افزایش فضای سبز مطابق با حفاظت محیط‌زیست و ارتقای بهداشت نقش مؤثری ایفا می‌کند که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی نزدیکی دارد. به طوری که هر چه شاخص‌های مورد نظر در بعد زیست محیطی اجتماعی و بهداشتی مطلوب تر باشند محیط شهری سالم‌تری خواهیم داشت. در مطالعه دیگری که توسط قدمی و پژوهان صورت گرفت مشخص شد که نتایج با مطالعه حاضر در شهر ایلام همخوانی ندارد همان‌طور که در قسمت پیشینه تحقیق اشاره کردیم عضویت نقاط شهری استان مازندران مستقل از عامل فضایی فاصله از مرکز است و رفت نقاط شهری مربوط به شهرستان مرکز استان در وضعیت بهتری از نظر شاخص‌های سلامت باشند اما نقاط مذکور در رتبه هفتم قرار گرفته‌اند. در مطالعه حاضر نتایج مشابهی با نتایج مطالعات قدمی و پژوهان به دست نیامد. نتایج تحقیق و استفاده از مدل TOPSIS نشان داد که شهر ایلام به عنوان مرکز استان دارای وضعیت مطلوبتری در برخورداری از شاخص‌های شهر سالم نسبت به سایر شهرستان‌هاست. براین اساس ثابت گردید بین فاصله فضایی از مرکز استان ایلام و حاکمیت شاخص‌های شهر سالم رابطه معناداری وجود دارد. به طوری که با فاصله گرفتن از مرکز استان از میزان برخورداری از شاخص‌های شهر سالم کاسته گردید. در پژوهش دیگری که توسط قدمی و همکاران در زمینه بررسی شاخص‌های شهر سالم در مقیاس ملی و جهانی در نقاط شهری ایران و کشورهای در حال توسعه صورت گرفته بود نتایج مشابهی در رابطه با تحقیق حاضر حاصل شد نتایج این تحقیق نشان داده بود که نقاط شهری کشورمان در برخی از شاخص‌های جمعیتی، بهداشت فردی و اجتماعی در شرایط مطلوبی قرار دارد. به طوری که در تحقیق حاضر در استان ایلام نیز همانگونه که در یافته‌ها نشان دادیم همه نقاط شهری مورد مطالعه از نظر برخورداری از شاخص‌های شهر سالم وضعیت یکسانی نداشتند. به طوری که برخی از نقاط شهری از نظر برخی از شاخص‌های مورد مطالعه وضعیت مطلوب‌تری را نسبت به سایر نقاط شهری دارا بودند. در پژوهشی که توسط رهنما و همکاران با عنوان تحلیل شاخص‌های شهر سالم در محله بهارستان شهر مشهد براساس استانداردهای سازمان بهداشت جهانی صورت گرفت آن‌ها در این تحقیق به این نتیجه رسیدند که محله بهارستان از نظر شاخص‌های پنج گانه سلامت در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، زیست محیطی، بهداشتی و فرهنگی فاصله زیادی با حالت مطلوب خود دارد که نتایج این مطالعات با نتایج مطالعه حاضر در شهر ایلام همخوانی ندارد و با توجه به سؤال و فرضیه مطرح شده درخصوص اینکه مراکز شهرستان‌های استان ایلام براساس شاخص‌های شهر سالم در وضعیت مطلوبی قرار ندارند و نتایجی که به دست آمد مشخص شد که به جز شهر ایلام به عنوان مرکز استان سایر نقاط

شهری استان از نظر شاخص‌های شهر سالم در وضعیت بسیار نامطلوبی قرار دارند و سایر شهرستان‌ها نیز در وضعیت مناسبی قرار ندارند. حتی شهر ایلام که در این پژوهش رتبه اول از نظر شاخص‌های شهر سالم را به دست آورد از نظر بسیاری از شاخص‌ها وضعیت مطلوبی ندارد و تنها در مقایسه با سایر شهرستان‌هاست که وضعیت بهتری دارد.

به طوری کلی و براساس نتایج به دست آمد مشخص گردید که استان ایلام از نظر وضعیت شاخص‌های شهر سالم در وضعیت چندان مطلوبی قرار ندارد. تنها مرکز استان یعنی شهر ایلام نسبت به سایر مناطق مطلوب‌تر است که این نشان دهنده عدم تعادل در توزیع خدمات و امکانات در سطح استان است حتی شهر ایلام که در این پژوهش رتبه اول از نظر شاخص‌های شهر سالم را به دست آورد از نظر بسیاری از شاخص‌ها وضعیت مطلوبی ندارد و تنها در مقایسه با سایر شهرستان‌هاست که وضعیت بهتری دارد. و نتایج مطالعات دیگران و تطبیق آن با پژوهش حاضر نتایج را تأیید می‌کند. بنابراین در جهت بهبود وضعیت شاخص‌های شهر سالم در سطح استان پیشنهادهای زیر پیشنهاد می‌گردد:

- توجه به موضوع امنیت و ایمنی در فضاهای شهری از طریق نورپردازی خیابانی و برنامه‌ریزی تداوم زندگی در فضاهای باز در ساعات خلوت مانند اواخر شب می‌تواند زمان حضور شهروندان را در این فضاها تمدید و تضمین نماید.
- توجه به توان‌های مشارکتی همه مردم از تمام گروه‌های جنسی با هر سطح سواد، شغل، تأهل و مدت سکونت و استفاده از همفکری، همیاری و مشارکت آن‌ها در زمینه‌های مورد علاقه‌شان.
- نظرخواهی در رابطه با انتخاب پروژه‌ها و نظرسنجی در رابطه با پروژه‌های انجام شده از مردم، اجرای پروژه‌ها با فکر مردم، به دست مردم و برای مردم. این کار گرچه ممکن است تأثیر معنی‌داری بر آمادگی مردم برای مشارکت در طرح‌های آتی را نداشته باشد، ولی می‌توان همبستگی اجتماعی را تقویت کند و این ارزش مند است.
- با توجه به اینکه درخصوص معیارهای این تحقیق، داده‌ها و اطلاعات لازم در سطح شهرها در دسترس نبود، بررسی در سطح مرکز شهرستان‌های استان صورت گرفت که در این سطح نیز تعدادی از معیارها به دلیل فقدان داده و اطلاعات مشخص از لیست نهایی حذف شدند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود به منظور ارزیابی دقیق رویکرد فوق، دستگاه‌های مربوط، داده‌ها و اطلاعات لازم را جمع‌آوری کنند و در دسترس قرار دهند.
- با توجه به نتایج بدست آمده از این تحقیق، پیشنهاد می‌شود که شهرهایی که در ارزیابی انجام شده دارای ضعف‌های اساسی هستند مورد توجه بیشتری قرار بگیرند.

۷. منابع

۱. آذر، عادل، ۱۳۸۹، *فرآیند تحلیل سلسله مراتبی فازی «فنی نوین در تصمیم‌گیری»*، نشریه مدیریت و توسعه، شماره ۴.
۲. احمدی، حسن، ۱۳۸۵، *ریشه‌های پیدایش ایده شهر سالم*، فصلنامه بین‌المللی فنی و مهندسی ساخت شهر، سال سوم ۷.
۳. ارجمندینیا، اصغر، ۱۳۷۹، *تجربه فرانسه در ساخت شهرهای جدید*، مجله معماری و شهرسازی، دوره پنجم، شماره ۲۷، صص ۱۳۳-۱۳۲.
۴. بحرینی، حسین، ۱۳۷۸، *پروژه «شهرهای سالم» سازمان بهداشت جهانی و لزوم اجرای جدی آن در جمهوری اسلامی ایران*، مجله محیط‌شناسی، شماره ۱۷، انتشارات دانشگاه تهران.
۵. توفیق، فیروز، ۱۳۸۴، *مجموعه مباحث و روش‌های شهرسازی مسکن*، وزارت مسکن و شهرسازی، چاپ اول، مرکز مطالعات و تحقیقات شهرسازی و معماری وزارت مسکن و شهرسازی، تهران.
۶. دلبری، مهدی، ۱۳۸۹، *شهر سالم و لزوم نگرش فرهنگی به مدیریت شهری و شهرنشینی*، مجموعه مقالات دومین همایش ملی شهر سالم، سبزوار، صص ۵۲-۲۳.
۷. رهنما، محمدرحیم، افشار، زهرا و رضوی، محمدحسن، ۱۳۹۰، *تحلیل شاخص‌های شهر سالم در محله بهارستان شهر مشهد*، سومین کنفرانس برنامه‌ریزی و مدیریت شهری، مشهد.
۸. زیاری، کرامت‌اله، ۱۳۸۳، *برنامه‌ریزی شهرهای جدید*، چاپ چهارم، انتشارات سمت، تهران.

۹. سلمان منش، حسن، ۱۳۷۴. **شهر سالم**، انتشارات شهرداری تهران.
۱۰. شیخی، محمد تقی، ۱۳۷۸، **دیدگاه‌های نوین در مدیریت شهر سالم** تحلیلی از دیدگاه جامعه شناسی، اولین همایش مدیریت توسعه پایدار در نواحی شهری، دانشگاه تبریز، صص ۱۲۱-۱۱۳.
۱۱. شفیعی، سلیمان، ۱۳۸۶، **جامعه سالم؛ شهر سالم**، بحثی در ساختارهای شهری و اجتماعی، انتشارات رادنوش، تهران. ۱۲۸
۱۲. طیبیان، منوچهر، ۱۳۷۶، **ارزیابی پروژه شهر سالم در ایران (کوی سیزده آبان)**، مجله محیط شناسی، شماره ۲۰، صص ۷۴-۶۱.
۱۳. فقهی فرهنگمد، ناصر، ۱۳۸۹، « **مدیریت شهر سالم با رویکرد استراتژیک ریزی** » دومین همایش ملی شهر سالم سبزوار، صص ۲-۱۳.
۱۲. قدمی، مصطفی، دیوسالار، اسدالله و غلامیان، محمد ۱۳۸۹، **بررسی تطبیقی شاخص‌های شهر سالم در مقیاس ملی و جهانی (نمونه مورد مطالعه: ایران و کشورهای توسعه یافته)**، مجموعه مقالات چهارمین کنگره بین‌المللی جغرافیادانان جهان اسلام، زاهدان، ۲۷-۱.
۱۴. قدمی، مصطفی و پژوهان، موسی، ۱۳۹۰؛ **تحلیل فضایی وضعیت شاخص‌های شهر سالم با روش خوشه بندی فازی نقاط شهری استان مازندران**، مجله پژوهش و برنامه‌ریزی شهری، سال دوم، شماره ششم، صص ۵۴-۳۵.
۱۵. نوریان، فرشاد و شایسته‌پایدار، علیرضا، ۱۳۸۶؛ **ارزیابی عملکرد شهر جدید گلپه‌ار از روش ارزیابی فرآیند تحلیل سلسله مراتبی**، شهرنگار، شماره ۴۴.
۱۶. محمد زاده اصل، نازی؛ ۱۳۸۹، **بررسی مقایسه ای شاخص های رفاه اجتماعی خانوارها در مناطق ۲۲گانه شهر تهران**، گزارش طرح پژوهی، مرکز آمار ایران.
۱۵. نیک پی، وحید و حاتمی نژاد، حسین، ۱۳۸۹، **بررسی شاخص‌های شهر پایدار (شهر سالم) در محله قاسم آباد یزد**، همایش ملی شهر سالم، سبزوار، ص ۲.
۱۷. نهرینی، یاشار و صالحیان، مهران، ۱۳۸۹، **روزنامه سلامت در جهان** شماره ۲۶۳.
۱۸. یوسفی، حسین علی و شیرانی، مهری ۱۳۹۱؛ **بررسی ویژگی‌های بهداشتی و زیست محیطی شهر سالم در آموزه‌های دینی**، مجله تحقیقات نظام سلامت، سال هشتم، شماره چهارم، صص ۵۸۰-۵۷۰.
19. Athens, J. 2004, **Healthy housing in Nicaragua**, Wisconsin coordinating council on Nicaragua, working paper series no.2.
20. Dooris, M. 1999. "**Healthy cities and local agenda21: the uk experience challenges for the new millenium**". health promotion international.
21. Thompson, Stewart. 2007. Health planning Forum, premier's council, UNESCO United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) Institute for statistics, 144-156.
22. Ashton, Jan., 2009, **From Healthy Towns 1843 to Healthy City 2008**, Public Health, 1: 11-13
23. Randall, C., and Amrita D., 1996, **measuring access to basic services in global cities: - Descriptive and Behavioral Approaches**, Chicago Journal of the American Planning Association Vol. 62, No. 2, pp. 203-222.
24. J. Lawrence, R., & Fudge, C., 2009, **Healthy cities in global and regional context**, health promotion international .15
25. Leeuw, E., 2009, **Evidence for healthy cities: reflection on practice, method and heory**, health promotion international. p1.
26. M. Boonekamp, G., & others., 1999, **Healthy cities evaluation: the co-ordinators perspective**, Health promotion internaional. P104.

27. Northridge, M., D. Sclar, E., & Biswas, P., 2003, **sorting out the connections between the built environment and health: a conceptual framework for navigating pathway and planning healthy cities**, Urban health.p 556.
28. Thompson, S., 2007, **Health planning forum**.
29. World Health Organization, 1998, **Determinants of health: the solid facts**, Geneva, switzerland.
30. World Health Organization, 1998, **Determinants of health: the solid facts**, Geneva, switzerland.
31. More, T. 2003, «**Translate by Paul Turner**» Published by Penguin Group Utopia World Health Organization, 2004, WHO Technical Meeting on Housing –Health Indicators, Regional office Europe, Rome, Italy, 15-16 January p11