

ترجمه انگلیسی این مقاله با عنوان:

Evaluation of the Realization Level of Spatial Justice in Urmia City with Emphasis on the Approach of the Right to the Health of the City

در همین شماره به چاپ رسیده است.

ارزیابی سطح تحقق‌پذیری عدالت فضایی در شهر ارومیه با تأکید بر رویکرد حق به سلامت شهر*

علی صمدی^۱، رضا احمدیان^{۲*}، علیرضا بندرآباد^۳

۱. دانشجوی دکترای شهرسازی، گروه شهرسازی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲. استادیار، گروه شهرسازی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.
۳. دانشیار، گروه شهرسازی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

شهرسازی معاصر

مقاله پژوهشی

چکیده:

امروزه با گسترش سریع شهرنشینی در جهان و لزوم توجه به عملکرد مدیریت این سیستم‌های شهری، مطالعه در زمینه زندگی شهری و شیوه‌های دسترسی ساکنان آن به حقوق شهروندی و برخورداری برابر آنها به این حقوق اهمیت زیادی می‌یابد. شهرنشینان به‌طور عام دارای حقوق شهروندی هستند و به‌طور خاص نیز از حقوق شهری برخوردار می‌باشند که سلامت شهری به عنوان یکی از فاکتورهای مهم در حیات بشری، جزئی از این حقوق به حساب می‌آید که مطالعه حاضر با تدقیق وضعیت شهر ارومیه از منظر سطح دستیابی به عدالت فضایی در حوزه شاخص‌های سلامت شهری، سعی در سنجش وضعیت رویکرد حق به شهر در محیط مطالعاتی را دارد. شیوه‌های گردآوری اطلاعات مبتنی بر داده‌های کتابخانه‌ای-اسنادی و روش‌های مشاهده، مصاحبه و واریسی میدانی محیط مطالعاتی بر مبنای سطح توزیع عملکردهای حوزه بهداشت شهری است. طبق یافته‌های حاصل، شهر ارومیه از منظر نوع توزیع عملکردها و خدمات بهداشتی-درمانی متناسب با رویکرد حق به شهر، در برنامه‌ریزی و تخصیص فضایی به صورت عادلانه عمل نکرده است، که این مورد ضرورت توجه و تأکید اساسی برنامه‌ریزان و مدیران و همچنین نهادها و سازمان‌های زیربنا در حوزه ایجاد و توسعه عملکردها و فعالیت‌های شهری را به سوی خود جلب می‌نماید تا زمینه‌های دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب شهری و به تبع آن سطح رفاه و آسایش عمومی و رضایت شهروندان فراهم گردد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۱۰/۳

تاریخ بازنگری:

۱۴۰۲/۱۰/۲۱

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۱۰/۲۲

تاریخ انتشار:

۱۴۰۲/۱۰/۲۳

واژگان کلیدی:

حق به شهر، سلامت شهری، عدالت فضایی، شهر، ارومیه.

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری علی صمدی در رشته شهرسازی به راهنمایی دکتر رضا احمدیان و مشاوره دکتر علیرضا بندرآباد در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی است.

**

نویسنده مسئول: +989123257345, rahmadian2001@gmail.com.

مقدمه

رشد شهرنشینی به ویژه در کشورهای جهان سوم باعث بروز بسیاری از مشکلات نظیر ناامنی، مشکلات زیست‌محیطی، به وجود آمدن سکونتگاه‌های غیررسمی، بیکاری، فقر، مسکن نامناسب، مشکلات حمل و نقل، کمبود سرانه‌های تفریحی، ورزشی، فضای سبز، مشکلات سلامت و... شده است (Carmen, 2020: 32). در این راستا حق به شهر^۱ ابزار لازم برای ایجاد تغییرات شهری و خلق شهری است که تمامی ساکنانش، شهروند و نه شهروند^۲ محسوب می‌شوند (رفعیان و الوندی‌پور، ۱۳۹۵: ۲۷-۲۶). نظریه حق به شهر از این تمایل انسانی نشأت می‌گیرد که فرآیندهای قدرت و تصمیم‌گیری (Lesutis, 2020: 112) را که امتیازهایی را به گروه‌های معینی از شهروندان در مقابل سایر ساکنان می‌دهد به چالش بکشد (Carmen, 2020: 32) در این میان، مشکل سلامت شهروندان به یکی از مهمترین موضوعات شهری تبدیل شده است. سلامت یک پروسه چند محوری و در عین حال بسیار مهم است که از یک سو عوامل بسیاری در ایجاد و تداوم آن نقش دارند و حاصل مشارکت تمام دستگاه‌های اجرایی یک جامعه است و از طرف دیگر تاثیر قابل توجهی بر سایر بخش‌های جامعه دارد (رضاپور و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۴۷). عدالت فضایی را می‌توان نقطه تلاقی فضا و عدالت اجتماعی تعریف کرد که شامل توزیع عادلانه منابع و فرصت‌های با ارزش در جامعه می‌شود. اصولاً از فضائیت عدالت چشم‌پوشی می‌شود، یا در مفاهیم مرتبط دیگر مانند عدالت سرزمینی، عدالت زیست محیطی، بی‌عدالتی، شهرنشینی، کاهش نابرابری‌های منطقه‌ای و یا حتی در شهر عدالت محور و جامعه عادل جذب می‌شود (Soja, 2010: 45). یکی از بحث‌های عمده در حوزه سلامت، حقوق شهروندی و عدالت در سلامت است چرا که سلامت در کنار سایر نیازهای اولیه انسان‌ها مانند غذا، مسکن و پوشاک، آموزش و امنیت جزء حقوق اولیه هر انسان و جزوه حقوق مدنی و اجتماعی به شمار می‌رود (هادیان و همکاران، ۱۳۹۲: ۴۳۵). طبق حقوق مدنی، حقوق در دسترس برای هر شهروندی باید برای همه شهروندان در دسترس باشد یعنی نباید این حقوق برای بعضی از شهروندان در دسترس و برای دیگر شهروندان به دلیل بعضی از دلایل مثل قومیت، نژاد، درآمد شغل و تحصیلات، طبقه اجتماعی و... غیر قابل دسترس

باشد (Hahn et al, 2018: 17). حق بر بهداشت عمومی شهری از مهم‌ترین حقوق شهرنشینان است که توسط شهرداری‌ها و مدیران شهری اعمال می‌شود. شهرنشینان به‌طور عام دارای حقوق شهروندی هستند و به‌طور خاص نیز از حقوق شهری برخوردار می‌باشند، حقوق شهروندی مانند حق حیات، آزادی بیان و... است. مقابله با بیماری‌های مسری که از مصادیق این حق به شمار می‌رود همراه با اقداماتی مانند قرنطینه اجباری، اعمال محدودیت در تردد، کسب‌وکار و آموزش و معالجه اجباری در شهرها است. این اقدامات در تقابل با حقوق شهری دیگر مانند حق آزادی رفت‌وآمد، حفظ حریم خصوصی و... قرار دارد. در واقع حق به سلامت یکی از اساسی‌ترین و مهم‌ترین حقوق شهروندان در شهر است که بسیاری از گزارش‌ها، منشورها، قوانین، رویکردها و نظریه‌های جهانی بر آن تأکید دارند. در حق به سلامت شهری تأکید می‌شود هرکس با هر ویژگی، نگرش و پایگاه اقتصادی-اجتماعی و در هر مکانی از شهر که زندگی می‌کند، حق به سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی و همچنین حق به عوامل تعیین‌کننده سلامت شهری اعم از امنیت و ایمنی، تغذیه مناسب، درآمد مناسب، شغل مناسب، مسکن مناسب، آب آشامیدنی سالم، پارک و فضای سبز، هوای پاک، پیاده‌روهای قابل پیاده‌روی، حمل‌ونقل عمومی، سازمان‌های پاسخگو، قوانین سلامت‌محور، فرهنگ سالم و... دارد. امروزه موضوع عدالت در سلامت شهری، به یکی از مهم‌ترین و با اولویت‌ترین موضوع‌های جهان و کشورها تبدیل شده است. عدالت در سلامت شهری به معنای نبود تفاوت‌های سیستماتیک در یک یا چند جنبه از وضعیت سلامت شهروندان یا گروه‌های جمعیتی از نظر اجتماعی، اقتصادی و محیط فیزیکی است. توزیع عادلانه امکانات و تسهیلات بهداشتی درمانی یکی از اصلی‌ترین پیش‌نیازهای افزایش سطح بهره‌مندی جامعه از شاخص سلامت عمومی می‌باشد. لذا، دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی-درمانی برای همه مردم در یک جامعه، موجب ارتقاء سطح سلامت و ایجاد فرصت برابر در آن جامعه می‌شود. در این راستا تحقیق حاضر نیز در راستای بررسی و ارزیابی وضعیت و شرایط محیط شهری ارومیه در امر عدالت فضایی در رویکرد حق به سلامت شهری مورد واکاوی قرار گرفته است تا ابعاد و جوانب آن مشخص گردد تا در مواقع ظهور و گسترش بحران‌ها و بیماری‌های

متنوع از جمله پاندمیک، شرایط ایمن و مطلوبی در جامعه پدید آید تا قابلیت مقابله و روبرویی با این بحران‌ها وجود داشته باشد. به علاوه اهمیت پژوهش حاضر نیز از دو حوزه قابل بررسی می‌باشد. نخست تأکید بر چارچوب تئوریک مرتبط با مفهوم حق به شهر و تبیین واژگان نظری مرتبط با این مفهوم که تأثیر قابل توجهی در روشن شدن اهمیت مفهوم حق به سلامت شهری شهر را دارد. و از جنبه دیگر، سنجش سطح تحقق پذیری عدالت فضائی بر اساس انگاره حق به سلامت شهری. با توجه به مسائل یاد شده و لزوم توجه به مقوله سلامت شهری، در مطالعه حاضر، مناطق پنج‌گانه شهر ارومیه به عنوان بستر مورد مطالعه جهت سنجش سطح تحقق پذیری عدالت فضائی با تأکید بر مفهوم حق به سلامت شهری انتخاب شده است.

به علاوه مطالعه حاضر سعی در پاسخگویی به سؤالات زیر را نیز دارد:

- هر یک از مناطق شهری ارومیه از منظر سطح توزیع عادلانه عملکردها و کاربری‌های بهداشتی-درمانی در چه جایگاهی از اهمیت و اولویت قرار دارد؟
- رویکرد حق به سلامت شهری چه اقدام و مداخله‌ای در حوزه عدالت فضایی در ابعاد مختلف توسعه‌ای داشته است؟

چارچوب نظری

• شهرنشینی، جامعه، بهداشت و بیماری

شهرنشینی و روند سریع آن در ایران، برخلاف کشورهای توسعه یافته، ارتباط منطقی بین صنعتی شدن و رشد شهرنشینی ندارد. در واقع، رشد جمعیت شهری در بسیاری از شهرهای بزرگ کشور، از ظرفیت و امکانات واقعی شهرنشینی فراتر بوده که تجلی بخش آن وجود شهرک‌های زاغه‌ای در این کلانشهرهای مختلف کشور است (زیاری و همکاران، ۱۳۸۸: ۳۰). فرآیند شکل‌گیری تحولات شهری در بسیاری از کشورهای در حال توسعه از جمله ایران را مرتبط با تحولات سرمایه‌داری و نتیجه آن دانسته‌اند. بطوری که گسترش بی-برنامه‌ی چنین روندی، مراکز مذکور را به مناطقی با آسیب پذیری بالا بدل نموده است. نوع جامعه و ساخت و سازمان آن با بهداشت و بیماری در ارتباط مستقیم و غیرمستقیم است. اولین مفهومی که موضوعات سلامت عامه برای برنامه‌ریزی شهری دارد، از نیاز به کنترل بیماری‌ها نشات گرفته است. وجود

اماکن عمومی متنوع به علت افزونی فعالیت‌های خارج از خانه، وجود تفریحات خاص جوامع شهرنشین مسائل متعددی را از نظر سلامت مطرح می‌کند، و سبب می‌شود که عوارض پاتولوژیک شهرنشینی و تفریح به میان آید. ایجاد و توسعه اماکن عمومی و ارتباط روزافزون مردم با این مراکز به طور مستقیم یا غیرمستقیم در صورت فقدان سیستم کنترل مستمر بهداشتی، زمینه نشر بیماری‌های خاصی را فراهم می‌نماید. بحث در زمینه آسیب شناسی شهری از دیدگاه مسائل بهداشتی قلمروی بسیار گسترده را دربر می‌گیرد و مواردی مانند: خودکشی، اعتیاد به مواد مخدر، الکلیسم و بیماری‌های روانی را شامل می‌شود که مجال بحث در همه آنها نیست. کشورهای توسعه یافته، سیاست‌های زیست محیطی شدیدی را نسبت به کشورهای در حال توسعه اعمال می‌کنند که نتایج آن نیز مطمئناً به کیفیت محیطی سالم‌تر و برخورداری از شاخص‌های سلامت شهری بیشتر، منجر خواهد شد. چنین رویه‌ای در بسیاری از کشورهای در حال توسعه از جمله ایران مشاهده نمی‌گردد. در این کشورها که عموماً اجرای مقررات زیست‌محیطی با ضعف‌های زیادی همراه است (Li Et al, 2018: 1297). سلامت شهری مفهومی چندبعدی است و نتیجه‌ی شرایط و ویژگی‌های محیط زندگی است که فرد در آن قرار دارد. به دنبال افزایش سطح شهرنشینی و تبعات ناشی از لجام‌گسیختگی آن، در برخی موارد زمینه‌های تهدید سلامت انسان و خصوصاً کیفیت زندگی شهروندان در کشورهای در حال توسعه، شکل گرفته است (رمضانی و نسترن، ۱۴۰۱: ۵۳). شهرهای کشورهای در حال توسعه، از شاخص-های سلامت شهری چندان مناسبی برخوردار نمی‌باشند. تبدیل شهرهای این کشورها به تجمع صنایع آلوده کننده، بسیاری از شهرهای کشورهای مذکور را با مشکلات اساسی در زمینه کیفیت محیطی مانند آلاینده‌های زیست محیطی در شهرها بدل نموده است. چنین انتقال آلودگی از سوی کشورهای توسعه یافته، با توجه به دسترسی این کشورها به مزیت نسبی، قابل توجیه است. زیرا بر اساس نظریه مزیت نسبی، کشوری در تولید کالاها و خدماتی تخصص می‌یابد که آن کالا و خدمات را نسبت به کشوری دیگر ارزان‌تر تولید کند و در مقابل، کالاها و خدماتی را وارد نماید که آن کالاها به طور نسبی با قیمت بیشتری نسبت به کشورهای دیگر تولید کند. پس آلودگی‌های محیطی، سبب کاهش ارزش کیفی

اقتصادی در تأثیرگذاری بر کیفیت محیط شهری تاکید کرده است (Zhan Et al, 2018: 93).

• پیشینه پژوهش

در این بخش به برخی از منابع خارجی مرتبط با موضوع مطالعاتی تحقیق پرداخته می‌شود و در ادامه به برخی از منابع داخلی مرتبط نیز اشاره می‌گردد. (جدول های شماره ۱ و ۲)

زندگی، سلامت زیست شهری و آسایش ساکنان شده و سبب کاهش ارزش کیفی-کمی زندگی در آن بافت می‌شود. همچنین لذت بدست آوردن استاندارد سلامتی یکی از اساسی‌ترین حقوق هر بشر بدون توجه به نژاد، مذهب، اعتقادات سیاسی، یا شرایط محیطی، اجتماعی و اقتصادی است. به طور مشخص، تحقیقات عینی زیادی بر نقش توسعه

جدول (۱) سوابق خارجی مرتبط با پژوهش

ردیف	سال	مؤلف	اثر	توضیحات
۱	۲۰۱۰	Vlahov	Urban Health: Global Perspectives	این کتاب مباحث بسیار کاملی پیرامون دیدگاه‌های جهانی به سلامت شهری دارد. در این کتاب ضمن تشریح مفاهیم سلامت شهری، سرفصل‌هایی شامل سلامت شهری در چشم انداز جهانی، کشورهای فقیر و وضعیت جمعیت شهرنشین آن، موضوع جهانی شدن، مهاجرت، نظام سلامت و شهرنشینی، شهرهای دوستدار کودک، بیماری‌های عفونی جهانی و شهرنشینی، سکونتگاه‌های غیررسمی شهری، جنایت، خشونت، بهداشت عمومی و زندگی شهری، خدمات بهداشتی درمانی شهری و سیستم‌های بهداشتی، برنامه‌ریزی شهری و زیبایی شناسی، بهبود سلامت جمعیت در جهان به سرعت شهری شدن و... را مورد مطالعه قرار داده است. شیوه نگارش این کتاب به گونه‌ای است که هر کدام از بخش‌های مورد اشاره را به نوعی به شکلی تخصصی و توسط محقق آگاه به موضوع نگاشته است. به همین دلیل، این کتاب مرجع بسیار خوبی در زمینه درک مقوله سلامت زیست در پیوند با موضوعات شهرنشینی است.
۲	۲۰۱۵	Anthony and susan	Geographies of Health - An Introduction	این کتاب که بیشتر موضوع سلامت را از دیدگاه و نگرش جغرافیایی مورد مطالعه قرار داده است. در این کتاب آنچه مورد مطالعه و تأکید قرار می‌گیرد، پیوند سلامت با محیط اجتماعی و فیزیکی است که این مهم مورد تأکید این رساله نیز هست. این کتاب که در حوزه منابع جغرافیای پزشکی از منابع جدید به شمار می‌رود، دیدگاه‌ها، روش‌ها و رویکردهای مختلف در زمینه جغرافیای بهداشت (انواع نمونه‌های بین‌المللی) را در کتاب خود گنجانده است. در این کتاب با استفاده از تصاویر مختلف موضوعات بسیار مهمی همچون سلامت و محلات، پیری، بیماری‌های عفونی در حال شیوع و... را با ذکر تجربیات جغرافیایی آن تشریح نموده است.
۳	۲۰۱۷	Dennis and James	Evaluating the relative influence on gardens population & green space along a rural-urban gradient health of domestic	آنها به این مهم اشاره دارند که امروزه مطالعات زیادی پیرامون تأیید ارتباط بین سلامتی انسان و محیط به انجام رسیده است. ولی این مطالعات آن طور که باید به ابعاد و پیچیدگی‌های وسیعی که میان شهرنشینی، جمعیت، پوشش فضای سبز، باغها و سلامت اشاره نموده‌اند. این مقاله اشاره می‌کند که با جمعیت روزافزون جهانی ساکن در شهر، ارتباط شهرنشینی، ساکنین محلی و انواع فضای سبز که تأمین کننده سلامت و بهداشت است، ضرورت پژوهش این حوزه را بیش از پیش نمایش می‌دهد. بطوری که برای کشف این پیچیدگی، مجموعه‌ای از مدل‌های رگرسیون برای تعیین کمیت کاهش محرومیت بهداشت محلی از طریق فضای سبز و باغ خانگی به کارگرفته شده است. نتایج این مقاله نشان می‌دهد که فضای سبز و باغ داخلی، اثر کاهش دهنده چشمگیری در سلامت جامعه دارد و باعث می‌شود تا توجه دقیق‌تری به جمعیت محلی در برنامه‌ریزی فضای سبز و مدیریت سلامت صورت گیرد.

جدول ۲) سوابق داخلی مرتبط با پژوهش حاضر

ردیف	سال	مؤلف	اثر	توضیحات
۱	۱۳۹۲	حسن خلیل آبادی	برنامه‌ریزی سلامت شهری	نویسنده در این کتاب، درباره مفاهیم مرتبط با شهر سالم و برنامه‌ریزی سلامت شهری صحبت نموده است. فصل نخست این کتاب، به طرح مقدماتی در خصوص مفاهیم پایه‌ای سلامت و بهداشت می‌پردازد. در فصل دوم، تاریخچه بهداشت و سلامت در ایران به گونه‌ای مختصر مورد تحلیل قرار می‌گیرد. در فصل سوم، ایده و طرح شهر سالم مورد تجزیه و تحلیل واقع می‌شود. در فصل چهارم مبانی نظری برنامه‌ریزی سلامت شهری با تأکید بر مفاهیم نظری بررسی می‌شود و در پایان در فصل پنجم نیز برخی از تجربیات اخیر جهانی در خصوص برنامه‌ریزی سلامت شهری در اروپا مورد تحلیل و بحث واقع می‌شود.
۲	۱۳۹۲	سید محمدهادی ایازی و بهزاد دماری	مدیریت شهری و سلامت	نگارندگان با اشاره به اهمیت موجودیت شهر، سلامت ساکنان آن را مهمترین عنصر مورد اشاره در شهر میدانند. بر این اساس، کتاب خود را در سه فصل، شامل مبانی نظام سلامت شهری (تعاریف و شفاف سازی موضوعی)، فصل دوم که اشاره به اقدامات شهرداری در زمینه سلامت شهری دارد و در نهایت فصل سوم که اشاره به دستاوردها، عوامل پیش ران و موانع شهرداری تهران در حوزه سلامت شهری پرداخته است. در مجموع به نظر میرسد این کتاب، اگرچه به لحاظ تازگی موضوعی میتواند جذابیت داشته باشد، اما سلامت شهری، مقوله بسیار گسترده‌ای است که تحلیل و تبیین واقعی از حوزه سلامت شهری نیازمند توجه تمام و کمال بدان آن است. در مجموع به نظر میرسد که کتاب مذکور، نتوانسته است به صورت کامل موضوع را پوشش دهد.

• رویکرد حق به شهر

باشند. حق تملک یا تخصیص فضا نیز شامل حق دسترسی، تصرف و استفاده از فضا و تولید فضای جدید منطبق با نیازهای مردم است (Kofman & Lebas, 1996: 23).

دیدگاه «حق به شهر» یکی از مفاهیم مطرح در حوزه مسائل شهری می‌باشد که در سال ۱۹۶۸ میلادی با انتشار کتابی در همین عنوان توسط هنری لوفور وارد مباحث علمی و اجتماعی دنیا شده است. انگاره حق به شهر به طور عام درصدد پس گرفتن نظارت و مراقبت از شهر و استفاده از منافع شهری شدن سرمایه است (Habibi & Amiri, 2016: 9). لوفور حق به شهر را کاملاً متفاوت، به عنوان یک فریاد و مبارزه‌ای رادیکال برای حرکت فراتر از دولت و سرمایه‌داری بیان کرده است (Purcell, 2013: 141). این انگاره پاسخ قدرتمندی

«اصطلاح حقوق شهروندی» برای اولین بار در اعلامیه حقوق بشر و شهروندی سال ۱۷۸۹ م فرانسه مطرح گردید که پس از تصویب نیز در صدر قانون اساسی سپتامبر ۱۷۹۱ م قرار گرفت. شهروند از دیدگاه شهرسازی به کسی اطلاق می‌گردد که در داخل محدوده شهر زندگی می‌کند و در قبال آن هزینه پرداخت می‌کند. (جدول شماره ۳)

شهروند در گفتار لوفور، واژه‌ای است که تمامی ساکنان شهر^۳ را دربرمی‌گیرد و دو حق را برای آن در نظر می‌گیرد: حق مشارکت^۴ در امور شهری و حق تملک فضا^۵. حق مشارکت برای ساکنان شهری این فرصت را فراهم می‌آورد تا در تصمیماتی که منجر به تولید فضای شهری می‌شوند، دخیل

جدول ۳) مفهوم شهروندی بر مبنای نظریات معاصر

ردیف	دیدگاه	تعریف	مقیاس	منبع
۱	لیبرالیسم	عضویت سیاسی در دولت-ملت	ملی	(Miraftab, 2012) (Holston & Appadurai, 1996)
۲	حق به شهر	سکونت و حضور در شهر و عضویت در باهمستان‌های شهری	محلی و شهری	(Lefebvre, 1996, 2002) (Purcell, 2002, 2003; Plyushteva, 2009)
۳	حق به شهر جهانی	سکونت و حضور در شهر جهانی و عضویت در باهمستان‌های شهری	محلی و شهری	(Purcell, 2002, 2003; Plyushteva, 2009)

مأخذ: (Heidari & Zareii, 2019: 15)

الزامات برای حل این معضلات به رسمیت شناختن شهروندی محلی و حق به شهر است (حبیب‌نژاد و خسروی، ۱۴۰۱: ۱۶۳). در بیان کلی، مؤلفه‌های اصلی حق به شهر عبارتند از: مشارکت شهروندان در فرآیند برنامه ریزی، تضمین دسترسی شهروندان به برنامه‌ریزی، طراحی و مدیریت شهری، هدایت متوازن و برابری طلبانه کاربری زمین برای دسترسی همگانی به مسکن، کار، بهداشت و آموزش، حمل‌ونقل عمومی و فضای عمومی، اوقات فراغت و زندگی طولانی، تضمین دسترسی شهروندان کم‌درآمد به مسکن مناسب و ساماندهی اسکان غیررسمی، استفاده‌ی مشترک شهروندان از فضاهای عمومی با اختصاص پهنه‌های ویژه برای امور اجتماعی در شهر (Harvey & Maryfield, 2014: 75).

• مفاهیم مرتبط با سلامت و سلامت شهری

حقیقت این است که زندگی شهری امروزی در کنار ویژگی‌های مثبت خود آکنده از عواملی است که ابعاد مختلف سلامت افراد را در معرض خطر قرار می‌دهد (زیاری و همکاران، ۱۳۹۹: ۵۱). شهر محیطی است که با کارکردهای اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی معنا پیدا می‌کند، و در این میان، بی‌توجهی به سلامت موجب گسترش بیماری‌ها، ناهنجاری‌های اجتماعی و نابسامانی شهری خواهد شد. سازمان جهانی بهداشت در تعریفی از سلامت چنین گفته است: بهداشت یا سلامت صرفاً به معنای عدم وجود بیماری یا ناخوشی نیست، بلکه همچنین مجموعه‌ای از وضعیت کامل جسمانی، روحی و رفاه اجتماعی افراد است. برخورداری افراد از بالاترین سطح ممکن بهداشت و سلامت صرف نظر از نژاد، مذهب و تمایلات سیاسی و با وضعیت اجتماعی و شرایط اقتصادی آنها، از بنیادی‌ترین حقوق هر انسانی محسوب می‌شود. (جدول شماره ۴)

سلامتی یک مسئله چند بعدی است که علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی را هم در بر می‌گیرد. این ابعاد بر یکدیگر اثر کرده و تحت تأثیر یکدیگر قرار می‌گیرند. چنانکه مشکلات جسمی بر روان فرد، مشکلات روانی بر جسم او و هر دوی آنها بر جامعه و اختلافات موجود در جامعه اثر می‌گذارند (Martin & Kinsella, 1994: 362). (جدول شماره ۵) در حال حاضر در تمام کشورهای جهان، به ویژه کشورهای فقیر، به علت فقر حاکم بر جامعه و با توجه به رابطه تنگاتنگ وضعیت اجتماعی اقتصادی افراد (Chakraborty Et al, 2009: 47).

است برای تمامی شهرها به‌ویژه شهرهایی که شهروندان آنها به صورت متفاوت (محرومیت و کنار گذاشتن گروه‌هایی از مردم از حق به صلح، امنیت و همبستگی) از تعارض شدید رنج می‌برند (Safier, 2006: 31). در واقع این مفهوم به یک صورت‌بندی اصلی خواست‌های پیش‌رو برای تغییر اجتماعی در تمام جهان تبدیل گردیده است (Saedirezvani, 2013: 90).

پیشنهاد اولیه «منشور حقوق بشر در شهرها» را یک سازمان غیردولتی برزیلی در ششمین کنفرانس حقوق بشر در برزیل (۲۰۰۱ م) مطرح کرد. این پیشنهاد تحت تأثیر «منشور حفاظت از حقوق بشر در شهرهای اروپایی»^۶ (۲۰۰۰ م) نیز بود که بیش از ۲۰۰ شهر اروپایی به آن پیوسته بودند، همچنین از «عهدنامه شهرها و روستاهای دموکراتیک، پایدار و برابر»^۷ (۱۹۹۲ م) الهام می‌گرفت. پیرو به رسمیت شناختن اساس‌نامه شهر^۸ سازمان‌های مردم‌نهاد و جنبش‌های اجتماعی به‌ویژه در برزیل و سایر کشورهای آمریکای لاتین، متن پیش‌نویس «منشور جهانی حق به شهر» را آماده کردند. این پیش‌نویس در سال ۲۰۰۴ م به بحث گذاشته شد و روی موضوعاتی مانند مشارکت مردمی در مدیریت شهری و بودجه‌ریزی، حاکمیت دموکراتیک شهری، به رسمیت شناختن و اقدام مؤثر در اقتصاد، حقوق اجتماعی-فرهنگی و زیست‌محیطی و تدوین الگوی اجتماعی عادلانه، فراگیر و پایدار برای توسعه شهر و اقتصادی فعال برای تقویت مشارکت شهری و کاهش فقر تمرکز کرد (Habibi & Amiri, 2016: 22-23). این منشور نهایتاً در همین سال توسط UN-Habitat تدوین گردید و سعی داشت امکانات و منافع شعر را به گونه‌ای برابر برای همه ساکنان شهر فراهم نماید. در این منشور مفهوم اصلی حق به شهر این‌گونه مطرح گردیده است: «دسترسی برابر همگان به منافع شهر با توجه به دو اصل پایداری و عدالت اجتماعی.» با تأکید بر این نکته که حق به شهر باید به عنوان حق جمعی تمام ساکنان شهر شناخته شود؛ بالاخص کسانی که آسیب‌پذیر هستند و نادیده انگاشته می‌شوند (World Charter on Right to the City, 2004: 1). پس امکان استفاده برابر از بهره‌ها و ظرفیت‌های شهر برای همه ساکنان آن موضوعی است که به مطالبه‌ای مهم تبدیل شده و علت اصلی آن نیز مشکلات و معضلات انسانی و محیطی بی‌شماری است که برای شهرها به‌وجود آمده است. یکی از

جدول ۴) تعاریف مختلف زیست محیطی

تعریف	سازمان
سلامت زیست محیطی ترکیبی از جوانب سلامت انسانی، که شامل کیفیت زندگی است که به وسیله عوامل فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیکی، اجتماعی و روانی در یک محیط تعیین می‌شود.	سازمان بهداشت جهانی
سلامت زیست محیطی شاخه‌ای از سلامت عمومی است که در برابر تأثیر خطرات زیست محیطی که می‌تواند تأثیر منفی بر سلامتی یا تعادل اکولوژیکی داشته باشد و برای سلامت انسان و کیفیت محیط زیست ضروری است.	آژانس مواد سمی و ثبت بیماری
سلامت زیست محیطی یک رشته علمی است که بر رابطه بین مردم و محیط زندگی آن‌ها، ارتقاء سلامتی و تندرستی، و ترویج یک محیط زیست ایمن و سالم متمرکز است.	مرکز ملی سلامت زیست محیطی

جدول ۵) تعاریف ابعاد سلامت

منبع	تعریف	بعد
بیک محمدلو، ۱۳۸۴: ۶۸	عبارت از عدم وجود بیماری و نشانه‌های بیماری و عدم استفاده از مرخصی استعلاجی است.	سلامت جسمی
سجادی و صدروالسادات، ۱۳۸۳: ۲۴۴	سلامت روانی به عواطف و احوال، یعنی به احساسات و افکار ما اطلاق می‌شود و شامل آگاهی و پذیرش طیف گسترده‌ای از احساسات در خود و دیگران، توانایی نشان دادن آنها، مستقل عمل کردن و توانایی کنار آمدن با مشکلات و موانع استرس‌های روزانه است.	سلامت روانی
باباخانی و راغفر، ۱۳۸۸: ۱۰	سلامت اجتماعی بدین معناست که جامعه و اجتماع، استانداردهایی را برای فعالیت‌های مطلوب، باتوجه به نقش‌ها و وظایف اجتماعی انجام دهند. در این رابطه میزان درآمد و چگونگی دسترسی به خدمات مختلف، از جمله تعیین کننده‌ترین عامل اجتماعی مؤثر در سلامت افراد است.	سلامت اجتماعی

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.

جوامع سالم دارای مشخصات منحصر به فردی هستند. ولی اصول مشترک دارند، که به ما اجازه در نظر گرفتن آنها را به صورت کلی می‌دهد. جوامع سالم دورنمایی از سلامت را برای آینده ارائه می‌دهند که در این راه پروسه‌هایی را جهت رسیدن به اهداف به کار می‌گیرند. این اصول ما را در شکل دادن به انگارهای شهر سالم یاری می‌دهد، تا برای هر اصل معیارها و شاخص‌هایی مشخص شود.

ابعاد شش‌گانه اصول و استراتژی‌های شهر سالم عبارت است از:

- سیاست برابری و حمایت سیاسی؛
- مدیریت؛
- برنامه‌ها و فعالیت‌های ارتقاء بهداشت در شهر؛
- مشارکت اجتماعی؛

خدماتی که پاسخگوی نیازهای مختلف آنها باشد، تأمین نمی‌شود. از این رو درک و فهم این مهم و اینکه چطور با تدارک سلامت عمومی، جمعیت شهری را تأمین و تقویت کنیم از اهمیت بسیار زیادی برای برنامه‌ریزان، جوامع و دولت‌ها برخوردار است (Vearey Et al, 2010: 694) بطوریکه در ۱۵ سال گذشته توجه بی‌سابقه‌ای به موضوع سلامت شهری از سوی دولت‌های مختلف صورت گرفته است (Curvy Et al, 2010: 82). شهر سالم، شهری است که به طور دائم سیاست‌های عمومی خود را توسعه بخشد و آنگونه محیط فیزیکی و اجتماعی را ایجاد می‌نماید که طی آن مردم همدیگر را حمایت می‌کنند 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 هماهنگی در تصمیمات مربوط به زندگی، سلامت و رفاه، تأمین نیازهای اساسی، داشتن اقتصاد شهری زنده، نوآور و پویا،

سازماندهی فضا یکی از ابعاد تعیین کننده جوامع انسانی و بازتاب وقایع اجتماعی و محل تجلی ارتباطات اجتماعی است. عدالت فضایی ارتباط دهنده عدالت اجتماعی و فضا است. از این رو تجزیه و تحلیل برهم کنش بین فضا و اجتماع در فهم بی عدالتی‌های اجتماعی و نحوه تنظیم سیاست‌هایی برای کاهش یا حل آنها ضروری است. مفهوم عدالت فضایی باعث به وجود آمدن چندین دیدگاه در حوزه علوم اجتماعی شده است. اختلاف دسترسی به خدمات میتواند عملی باشد که نابرابری-های اجتماعی درون جامعه را افزایش یا کاهش دهد. تقلیل مفهوم عدالت فضایی صرفاً به توزیع خدمات در ارتباط با نیازهای شهروندان و استانداردهای خدمات، برداشتی سطحی از معنای عدالت فضایی است. موضوع عدالت شهری/فضایی با هدف تلاش برای تجدیدنظر دوباره روابط بین قدرت، فضا، سیاستگذاری و برنامه‌ریزی دچار تغییرات مفهومی زیادی شده است. فهم اینکه نظام قدرت چگونه فضا را به کار می‌گیرد و چگونه در فضا به کار گرفته می‌شود و این قدرت چگونه در معانی فضا آشکار شود، دارای اهمیت است (رفعیان و همکاران، ۱۳۹۸: ۲۲). پس عدالت فضایی شهر مترادف با توزیع فضایی عادلانه امکانات و منابع بین مناطق مختلف شهری و دستیابی برابر شهروندان به آنهاست زیرا عدم توزیع عادلانه آنها به بحران اجتماعی و مشکلات پیچیده فضایی خواهد انجامید (حاتمی نژاد، ۱۳۸۷: ۷۲). سلامت شهری تنها به معنای نبود بیماری در شهر نیست، بلکه به معنای تندرستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی همه ساکنان شهر و همچنین محیط فیزیکی و فضای اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی سالم در شهر است. هدف اصلی برنامه‌ریزی سلامت شهری دستیابی عادلانه همه ساکنان به سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی و همچنین دستیابی عادلانه به عوامل تعیین کننده سلامت شهری می‌باشد. امروزه موضوع عدالت در سلامت شهری، به یکی از مهم‌ترین و با اولویت‌ترین موضوع‌های جهان و کشورها تبدیل شده است. عدالت در سلامت شهری به معنای نبود تفاوت‌های سیستماتیک در یک یا چند جنبه از وضعیت سلامت شهروندان یا گروه‌های جمعیتی از نظر اجتماعی، اقتصادی و محیط فیزیکی است (احمدی و همکاران، ۱۳۹۹: ۱۷۳). بر اساس محوری که در مطالعه حاضر از امکانات و تسهیلات شهری مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌گیرد، تصمیم‌گیری برای توزیع فضایی بهینه مراکز بهداشتی و

○ مشارکت بین بخشی؛
○ فعالیتهای حفاظت از محیط (زیاری، ۱۳۹۱: ۵۲).
حق بر سلامت به معنای دستیابی به بالاترین استانداردهای سلامت جسمی و روانی است و تمام حوزه های پزشکی، بهداشت عمومی، مسکن، محیط زیست سالم را در بر می‌گیرد (سلامی و همکاران، ۱۴۰۱: ۱۱۰). بنابراین سلامت محیط زیستی شهر یک مسئله تک بعدی نیست که فقط شامل عدم وجود بیماری باشد، بلکه شامل تندرستی جامع با همه مؤلفه‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی نیز می‌باشد. این مؤلفه‌ها با استفاده از تعیین کننده‌های نزدیک و دور شکل می‌گیرند. به طوری که شکل دهنده سلامت در سطح فردی به ژنتیک، تغذیه، شرایط زندگی، فرصت‌ها، ارزش‌ها و انتخاب فردی مبتنی بر خطر برمی‌گردد. عوامل دور به محیط طبیعی و مصنوع، غذا، انرژی، وضعیت اجتماعی اقتصادی، حکمروایی و سیستم سیاسی برمی‌گردد که به طور غیرمستقیم بر سلامتی تأثیر می‌گذارد (Bai et al, 2012: 465).

● مفهوم عدالت؛ عدالت فضایی

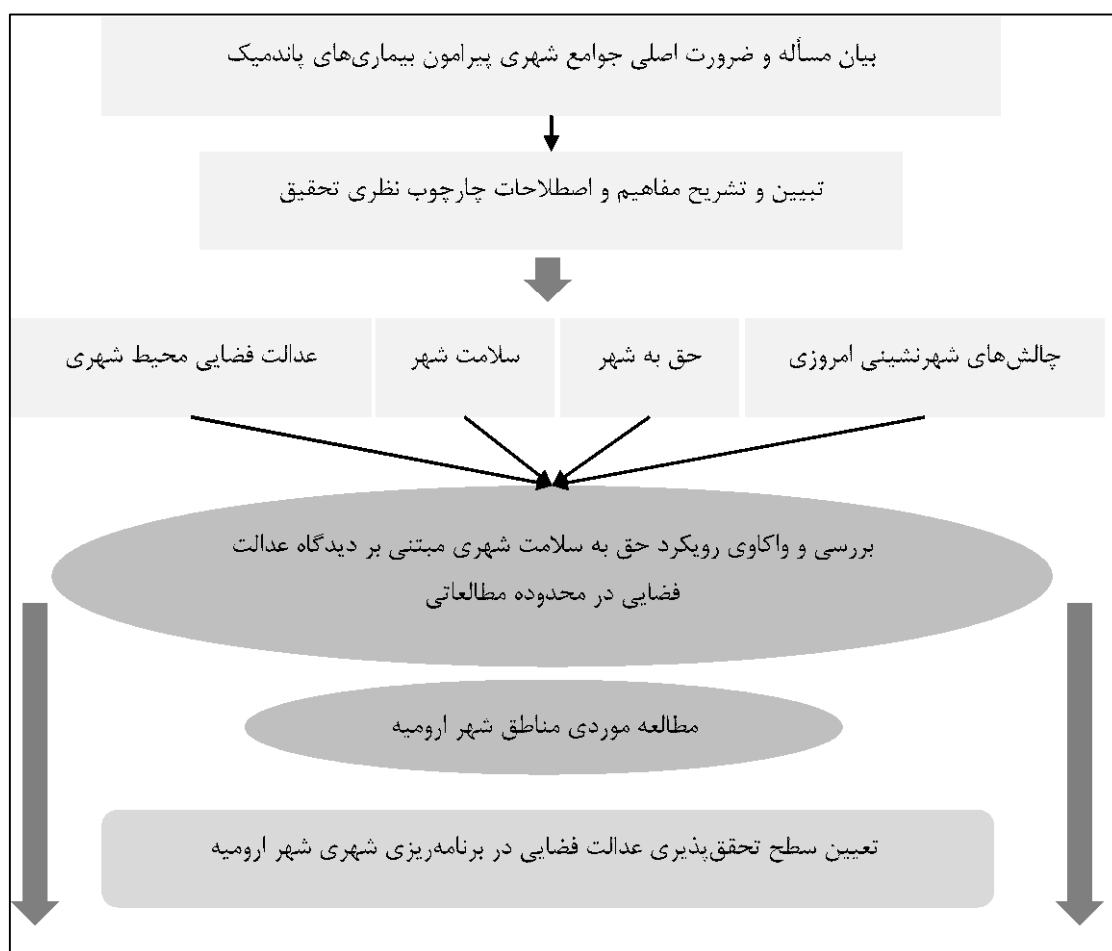
نابرابری در مناطق شهری نیاز به درک ساختار فضایی شهر و نقش تفاوت‌های اساسی در شکل‌گیری فضا و مناطق مختلف آن دارد. لذا مهم‌ترین وظیفه دولت یا مدیریت شهری، تخصیص منابع کمیاب به گروه‌ها و جوامع شهری است (Mehrabani & Nohegar, 2017: 14). مفهوم عدالت از منظرهای مختلف قابل تأمل است و مفاهیمی چون عدالت اجتماعی، عدالت فضایی، عدالت جغرافیایی و محیطی نیز متأثر از چند بعدی بودن مفهوم عدالت است. عدالت را اساساً میتوان به عنوان اصل یا مجموعه‌ای از اصول در نظر گرفت که برای حل و فصل دعاوی متضاد به وجود آمده است. اصول عدالت اجتماعی نیز در واقع، کاربرد خاص این اصول برای فایق آمدن بر تعارضاتی است که لازمه همکاری اجتماعی برای ترقی افراد است؛ لذا عدالت اجتماعی بر اساس مفهوم توزیع عادلانه از طریق عادلانه قراردادان است (Pourahmad & Hataminezhad, 2014: 184). تا اوایل دهه ۱۹۳۱، نظریه‌های توسعه به تحلیل ابعاد غیر فضایی پدیده‌های اجتماعی-اقتصادی، و برخی به توصیف پدیده توسعه و عوامل آن پرداخته اند (افراخته و همکاران، ۱۳۹۵: ۲۵). بی‌عدالتی فضایی در مطالعات جغرافیایی در دهه ۱۹۷۰ نمایان شد.

درمانی نه تنها از نظر نحوه ارائه خدمات و دسترسی حائز اهمیت است بلکه خود در توسعه الگوی شهر و تعیین الگوی توزیع مکانی تقاضا برای اقامت در شهر، تاثیر قابل ملاحظه‌ای دارد. همچنین، دسترسی به خدمات بهداشتی یک پیش شرط برای مشارکت فعال در فعالیتهای اجتماعی است (Ursulica, 2016: 301).

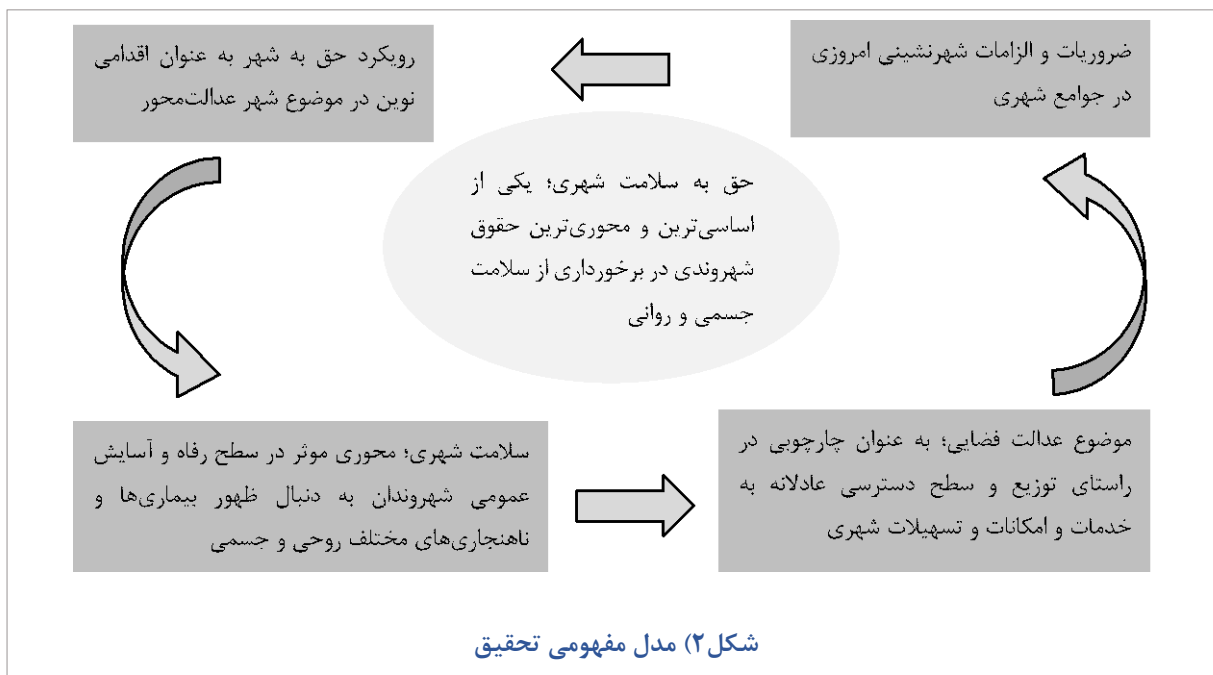
روش تحقیق

پژوهش حاضر از نظر هدف، در دسته پژوهش‌های نیمه بنیادی، نیمه کاربردی قرار می‌گیرد (نتایج پژوهش در بخش نظری، باعث توسعه مفهوم شاخص‌های حق به سلامت شهری می‌شود. در بخش کاربردی هم می‌تواند راهنمایی برای بخش مدیریت شهری و حوزه بهداشت و درمان جهت سنجش حق به سلامت و ارتقای سلامت باشد) که با روش توصیفی تحلیلی انجام می‌شود. شیوه‌های گردآوری اطلاعات مبتنی بر روش

های اسنادی-کتابخانه‌ای (بهره‌مندی از مطالب ارائه شده در تحقیقات و پژوهش‌های علمی مرتبط در گذشته و همچنین آمار و اطلاعات موجود در بانک اطلاعاتی نهادها و سازمان‌های زیربط)، مشاهده (تبیین وضع موجود) و بررسی میدانی (داده-ها و اطلاعات مورد نیاز موجود در سازمان‌های مربوطه شامل سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان آذربایجان غربی، دانشگاه علوم پزشکی، درمانی و آموزشی استان و شهرداری ارومیه) می‌باشد. در بخش تحلیل کیفی نیز، بر اساس وضعیت موجود و سطح توسعه و برخورداری هر یک از مناطق شهر ارومیه از عملکردهای بهداشتی-درمانی، به تشریح و تبیین وضعیت موجود شهر اقدام می‌گردد. (شکل‌های شماره ۱ و ۲) به علاوه قابل ذکر است که در مطالعه حاضر محدوده مطالعاتی مناطق پنج‌گانه شهر ارومیه به عنوان محور مطالعاتی تحقیق مورد ارزیابی قرار گرفته است.



شکل (۱) فرآیند انجام تحقیق

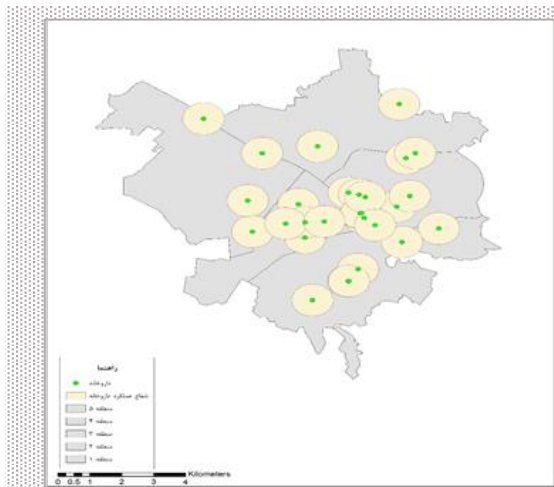


شکل ۲) مدل مفهومی تحقیق

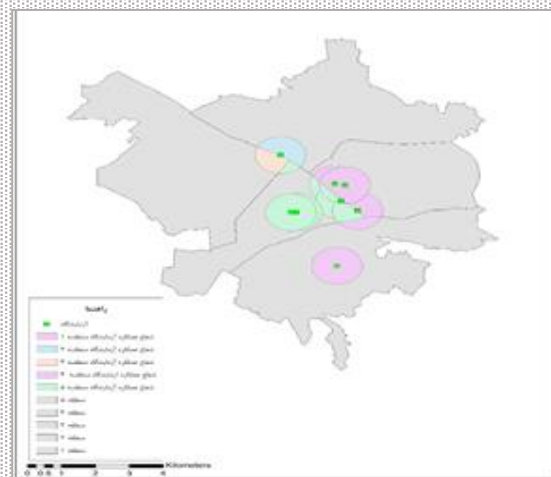
یافته‌های پژوهش

در این بخش به تحلیل وضع موجود توزیع و استقرار کاربری‌ها و عملکردهای شاخص و مطرح بهداشتی-درمانی در حوزه مناطق شهر ارومیه و کل شهر پرداخته می‌شود تا عدالت توزیعی این عملکردها در سطح شهر مشخص گردیده و سطح دسترسی مردم به خدمات بهداشتی-درمانی روشن گردد. فاکتورها و عوامل نحوه توزیع آزمایشگاه‌های بهداشتی-درمانی، مراکز بهداشت، بیمارستان‌های خصوصی و دولتی، داروخانه‌ها و اورژانس‌ها مورد تحلیل و بررسی قرار می‌گیرد. در ادامه به نحوه توزیع این عملکردها در سطح مناطق شهر از طریق نقشه‌های مطالعاتی اشاره می‌گردد که به شرح زیر است: همانطور که در **شکل شماره ۳** مشاهده می‌گردد، بافت مرکزی شهر ارومیه واقع در مناطق ۴ و ۵ شهر بیشترین سطح از عملکرد آزمایشگاه‌های بهداشتی و درمانی را به خود اختصاص داده است. استقرار مطلوب و عادلانه این کاربری‌ها در قطب مرکزی شهر، زمینه‌های دسترسی مطلوب، متناسب و برابر همه شهروندان ساکن در شهر را به این عملکرد فراهم آورده است. با توجه به اینکه عمده فعالیت پزشکان متخصص و فوق تخصص در مناطق ۴ و ۵ از شهر ارومیه (مناطق ۴ و ۵ شهر ارومیه) تمرکز یافته است، بنابراین دسترسی سازگار و برابر همه شهروندان را برقرار نموده است. مطابق با **شکل شماره ۴** نحوه توزیع کاربری‌های مراکز

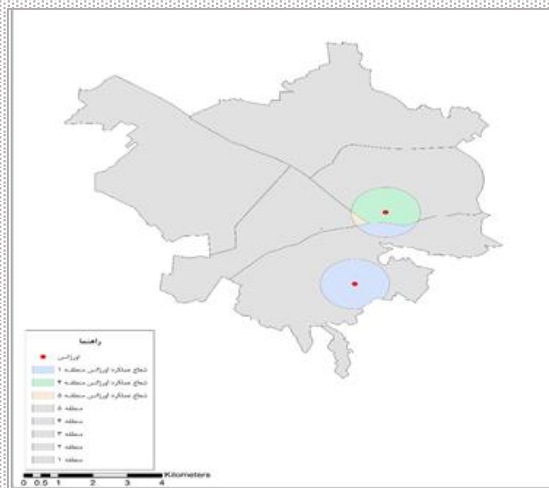
بهداشت، بافت مرکزی شهر شامل منطقه ۴ شهر ارومیه، بیشترین سطح از عملکرد مراکز بهداشت را به خود اختصاص داده است. در این میان، منطقه ۵ شهر ارومیه در غرب این شهر از این عملکرد هیچ سهمی را نداشته است. طبق **شکل شماره ۵** مناطق ۴ و ۵ در بافت مرکزی شهری بیشترین سهم را در استقرار کاربری بهداشتی-درمانی بیمارستان به خود اختصاص داده است. عمده این عملکرد به دلیل دسترسی متناسب و برابر در بخش مرکزی شهر مستقر یافته است. منطقه ۲ شهر ارومیه در بخش شمالی، هیچ سهمی از عملکرد بیمارستان را نداشته است که عملاً نقض سیاستها و راهبردهای رویکرد عدالت فضایی در برنامه‌ریزی و طراحی و همچنین ساماندهی و توسعه شهری را نشان می‌دهد. طبق وضعیت موجود شهر از عملکرد داروخانه در شهر ارومیه و در **شکل شماره ۶** عمده این عملکرد نیز در بافت مرکزی شهر که شامل مناطق ۴ و ۵ و پس از آن منطقه ۱ شهر ارومیه می‌شود، استقرار یافته است. مناطق ۲ و ۵ شهر ارومیه از این حیث پایین‌ترین سطح برخورداری را به خود اختصاص داده است که شهروندان این مناطق را مجاب به تأمین مایحتاج خود از مناطق مرکزی شهر (تردد و دسترسی به این مناطق در راستای فراهم آوردن نیازهای خود) نموده است. طبق مشاهدات موجود در **شکل شماره ۷** بخش جنوب غربی شهر که شامل مناطق ۴ و ۱ می‌شود، از عملکرد اورژانس



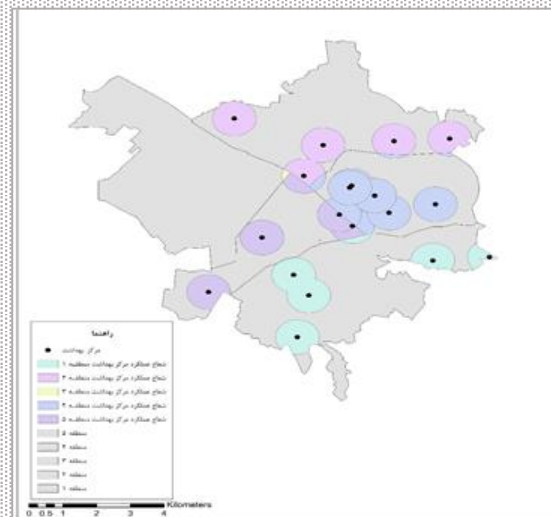
شکل ۶) نحوه توزیع داروخانه ها



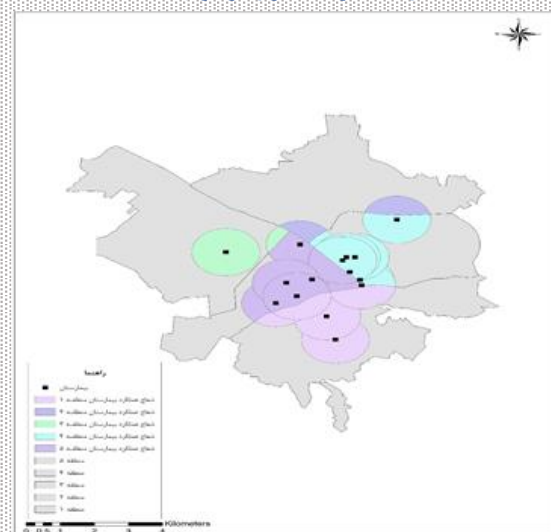
شکل ۳) نحوه توزیع آزمایشگاه ها



شکل ۷) نحوه استقرار مراکز بهداشتی



شکل ۴) نحوه استقرار مراکز بهداشت



شکل ۵) سهم مناطق شهر و نحوه توزیع کاربری بیمارستان

برخوردار هستند. سایر مناطق شهر ارومیه از این کاربری هیچ سهمی نداشته است که مصداق بی توجهی به اصول و سیاستهای عدالت فضایی-خدماتی در حوزه برنامه ریزی شهری می باشد.

نتیجه گیری

حق بر سلامتی، جزئی از حقوق بنیادین شهروندان در هر جامعه سیاسی است. هر شهروندی به مثابه عضوی از جامعه صرف نظر از ملاحظات نژادی، دینی، سیاسی و فرهنگی صرفاً به واسطه وجود رابطه شهروندی، دارای حق و استحقاق لازم جهت بهره مندی از این حق می باشند. حق بر سلامت تمام خدمات پزشکی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط زیست پاک و ... را در بر می گیرد. عوامل متنوع و تأثیرگذار بر سلامتی موجب دشواری تعریف حق مذکور شده است و کشورها برای تأمین این امکانات ملزم به اتخاذ تصمیمات اساسی هستند که



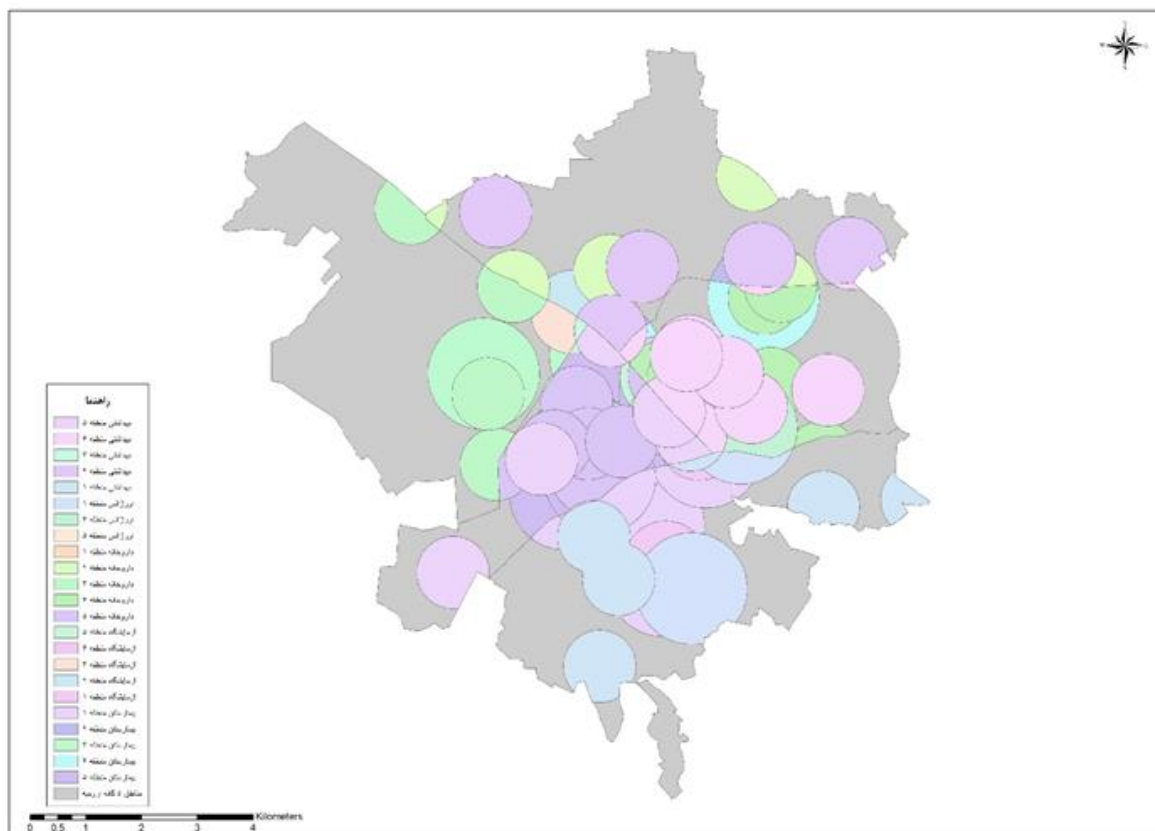
شهری تأکید می‌شود هرکس با هر ویژگی، نگرش و پایگاه اقتصادی-اجتماعی و در هر مکانی از شهر که زندگی می‌کند، حق به سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی و همچنین حق به عوامل تعیین‌کننده سلامت شهری اعم از امنیت و ایمنی، تغذیه مناسب، درآمد مناسب، شغل مناسب، مسکن مناسب، آب آشامیدنی سالم، پارک و فضای سبز، هوای پاک، پیاده‌روهای قابل پیاده‌روی، حمل‌ونقل عمومی، سازمان‌های پاسخگو، قوانین سلامت‌محور، فرهنگ سالم و... دارد. با توجه به اهمیت و ضرورت موضوع مذکور، در مطالعه حاضر این بحث مورد واکاوی و تحلیل قرار گرفت و نتایج تجزیه و تحلیل مشخص گردید. سلامتی، محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و اهمیت ویژه‌ای در توسعه زیرساخت بخشهای مختلف جامعه دارد. هدف نهایی نظام ارایه خدمات بهداشتی و درمانی هر کشور، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم است. دسترسی عادلانه به خدمات درمانی و توزیع برابر منابع سلامت یکی از اهداف اصلی برنامه‌ریزان و سیاستگذاران بخش سلامت در هر کشوری است. بی‌عدالتی در توزیع منابع بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه مانند ایران در مقایسه با کشورهای توسعه یافته دارای شدت بیشتری است. تخصیص نامناسب و کم بودجه به بخش سلامت، نبود برنامه‌ریزی مناسب و بلندمدت از دلایل عمده این نابرابری‌ها است. کاهش نابرابری بین مناطق مختلف، در زمینه دسترسی به منابع بهداشت و درمان از مهمترین اهداف سیاستگذاران بخش سلامت در ایران است. یکی از راههای اصلی رسیدن به این هدف، توزیع متعادل امکانات و منابع سلامت در مناطق جغرافیایی مختلف با توجه به نیازهای سلامتی مردم و سطح جمعیت می‌باشد. در این راستا، اولین گام، آگاهی از وضعیت دسترسی به خدمات سلامت در مناطق مختلف است. در راستای برقراری عدالت در حوزه سلامت، جهت گسترش خدمات درمانی در مناطق محروم اقدامات متعددی همچون تجهیز و راه اندازی بیمارستانهای مختلف در مناطق محروم با استفاده از امکانات روز، حضور پزشکان متخصص و ارائه خدمات تخصصی در مناطق محروم، بهبود تغذیه جامعه بویژه در مناطق محروم انجام گرفته است. در سالهای اخیر، سازمانهای نظامی نیز در جهت گسترش خدمات درمانی در مناطق محروم نقش تاثیرگذار داشته‌اند. همه این تلاشها در جهت گسترش خدمات درمانی به پائین‌ترین سطوح

ایران نیز با تصویب قوانین و مقررات در زمینه‌ی سلامت در قانون اساسی این حق را به رسمیت شناخته است. در مطالعه حاضر محور اصلی تحقیق حول بررسی سطح سلامت شهر از منظر میزان دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی و تسهیلات و امکانات سلامت شهری در مناطق اصلی شهر ارومیه در چارچوب برنامه‌ریزی و مدیریت شهری بوده است. با توجه به تجارب و سوابق مطالعات مرتبط با موضوع اصلی تحقیق، اقدام مهم این مطالعه، بررسی و تحلیل سطح پراکنش و وضعیت استقرار این خدمات و تسهیلات شهری بوده است تا از این طریق سطح برقراری و تأکید بر عدالت فضایی در توزیع تسهیلات شهری در سکونتگاه شهر ارومیه مشخص گردد و متناسب با آن به تدوین، تنظیم، اتخاذ و ارائه سیاستها و اقدامات مهم در راستای بهبود وضعیت موجود و نیل به شرایطی مطلوب تلاش گردد.

در بخش اول مطالعه حاضر به ارائه سوالاتی پیرامون روشن شدن ماهیت تحقیق و وضعیت محدوده مطالعاتی تحقیق اقدام شده بود که در ادامه بحث به پاسخگویی موارد مذکور پرداخته می‌شود.

- رویکرد حق به سلامت شهری چه اقدام و مداخله‌ای در حوزه عدالت فضایی در ابعاد مختلف توسعه‌ای داشته است؟

جهان امروز با توجه به گسترش روزافزون شهرنشینی، توسعه فیزیکی و پیچیدگی ساختار فضایی-کالبدی شهرها، تعمیق و گسترش تقسیم کار اجتماعی، اقتصادی و بروز انواع آلودگی‌ها و بیماریهای مرتبط با موارد مذکور، بیش از هر دوره دیگری وابسته به خدمات مختلف در راستای عدالت فضایی می‌باشد. به‌طوری که ضعف و ناکارآمدی مدیریت در امر خدمات‌رسانی مطلوب در این زمینه، تبعات منفی گسترده‌ای را در پی خواهد داشت. در این میان خدمات بهداشتی و درمانی با توجه به نقش مهم خود در ارتقای سلامت جامعه و افزایش کیفیت زندگی از اهمیت خاصی برخوردار است. عدالت فضایی در حوزه بهداشت و درمان یکی از مهمترین ابعاد توسعه پایدار است. توسعه پایدار نمی‌تواند بدون داشتن یک جمعیت سالم تحقق پیدا کند و از سوی دیگر، بهداشت جمعیت نمی‌تواند بدون داشتن محیط‌زیست سالم و اقتصاد قوی حفظ شود. حق به سلامت یکی از اساسی‌ترین و مهم‌ترین حقوق شهروندان در شهر است که بسیاری از گزارش‌ها، منشورها، قوانین، رویکردها و نظریه‌های جهانی بر آن تأکید دارند. در حق به سلامت



شکل ۸) نحوه توزیع کاربری های مرتبط با درمان و سلامت در شهر ارومیه

ساکن در آن در نهایت آسایش و رفاه کامل، ضمن دسترسی برابر و متناسب، می‌توانند به رفع نیازهای خود بپردازند. مناطق ۲، ۳ و ۱ به ترتیب نامطلوب‌ترین شرایط محیطی را از نقطه نظر دستیابی به خدمات و عملکردهای بهداشتی-درمانی داشته‌اند. منطقه ۲ شهر ارومیه به عنوان یکی از مناطق با سطح اقتصاد و درآمد عمومی نامطلوب‌تر، همواره بدترین شرایط را داشته است. نتایج حاصل بیانگر این است که در شهر ارومیه و در برخی از مناطق مذکور، رویکرد عدالت فضایی (به عنوان اقدامی مهم، کارساز و اثرگذار) در وضعیت مطلوبی قرار نگرفته است و اصول، اهداف و سیاستهای برگرفته از این رویکرد اجتماعی نوین مورد بی‌توجهی قرار گرفته است.

پس خدمات درمانی باید به‌گونه‌ای در ارومیه واقع شوند که تمام شهروندان به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر به راحتی بتوانند از آنها استفاده کنند. در نتیجه برای افزایش میزان دسترسی شهروندان و گروه‌های آسیب‌پذیر به خدمات درمانی-بهداشتی، توجه به توزیع مناسب این خدمات در همه جای شهر و نیز در ارتباط با توزیع جمعیت و تراکم آن ضروری به نظر می‌رسد.

جامعه و قشر محروم در راستای کرامت انسانی و توجه به مناطق محروم صورت گرفته است. با این وجود هنوز جای خالی عدالت در حوزه سلامت احساس می‌شود و نیاز بیشتری به برنامه‌ریزی‌های دقیق و تلاشهای همه جانبه دارد. ضمن اینکه تحقق عدالت سلامت و گسترش خدمات درمانی در مناطق محروم، عامل موثری برای اثبات کارآمدی نظام و امیدوار کردن مردم در مقابل القای یاس و ناامیدی از طرف معاندین در تقابل با انقلاب می باشد.

- هر یک از مناطق شهری ارومیه از منظر سطح توزیع عادلانه عملکردها و کاربری‌های بهداشتی-درمانی در چه جایگاهی از اهمیت و اولویت قرار دارد؟

طبق نتایج حاصل و یافته‌ها از وضع موجود توزیع و نحوه استقرار عملکردهای بهداشتی-درمانی در شهر ارومیه، بخش مرکزی شهر همواره بیشترین سطح از این کاربری را در خود جای داده است. مناطق ۴ (بافت مرکزی شهر) و ۵ (بافت تازه توسعه‌یافته) در بین سایر مناطق، مناسب‌ترین و بهترین وضعیت ممکن را به خود اختصاص داده است که شهروندان



حیبی، سیدمحسن؛ مریم امیری. (۱۳۹۴). حق به شهر؛ شهر موجود و شهر مطلوب آنچه که هست و آنچه که باید باشد، نشریه پژوهش‌های انسان‌شناسی ایران، ۲۵(۲)، ۹-۳۰.

حیدری، فردین؛ زارعی، مجید. (۱۳۹۸). مفهوم حق به شهر و ارتباط آن با طراحی شهری شهروندمدار (تطبیق هنجارهای جامع بیان‌گر شهروندمداری، با شاخص‌های کیفی طراحی شهری). مجله منظر، سال ۱۱، شماره ۴۶، صص

رفعیان، مجتبی؛ الوندی‌پور، نینا. (۱۳۹۸). مفهوم‌پردازی اندیشه حق به شهر؛ در جستجوی مدلی مفهومی، مجله جامعه‌شناسی ایران، سال ۱۶، شماره ۲، صص ۲۵-۴۷.

رضایپور، عزیز و همکاران. (۱۳۹۵). نابرابری در مخارج سلامت و اثرات فقرزایی ناشی از آن در جمعیت شهری کرمان. مجله سلامت و بهداشت، سال هفتم، شماره ۲، ویژه‌نامه بهار ۱۳۹۵، صفحات ۱۴۶-۱۵۷.

رضائی، سارا، نسترن، مهین. (۱۴۰۱). سنجش وضعیت شاخص‌های سلامت شهری در سطح شهر تهران (نمونه موردی: محلات تجریش، بازار و اسماعیل‌آباد). فصلنامه توسعه پایدار شهری، دوره ۳، شماره ۸، صص ۵۳-۶۹.

زیاری، کرامت‌الله، مهدنژاد، حافظ و فریاد پرهیز. (۱۳۸۸). مبانی و تکنیک‌های برنامه‌ریزی شهری، انتشارات دانشگاه بین‌المللی چاپ‌بهار، چاپ اول، تهران.

زیاری، کرامت‌الله، پوراحمد، احمد، حاتمی‌نژاد، حسین، مهدی، علی. (۱۳۹۹). تحلیلی بر سلامت شهری از منظر سرمایه اجتماعی در کلانشهرهای مذهبی ایران. مورد پژوهش کلانشهر قم. آمایش جغرافیایی فضا، دوره ۱۰، شماره ۳۵، صص ۵۱-۶۶.

سعیدی‌رضوانی، هادی. (۱۳۹۱). تبیین مفهوم و شاخص‌سازی شهر عدالت‌محور؛ نمونه ارزیابی شهر تهران، رساله مقطع دکتری، دانشکده هنرهای زیبا، دانشگاه تهران، تهران.

سجادی، حمیرا، صدرالسادات، سیدجلال. (۱۳۸۳). شاخص‌های سلامت اجتماعی، مجله اطلاعات سیاسی اقتصادی، سال نوزدهم، شماره ۳ و ۴، تهران.

سلامی، شهرام، مظهری، محمد. (۱۴۰۱). حق بر سلامت معلولان در حوزه حقوق شهری (با نگاهی به مصوبات شورای شهر تهران). تحقیق و توسعه در حقوق تطبیقی، دوره پنجم، شماره پانزده، صص ۱۱۰-۱۳۲. هاروی، دیوید. (۱۳۷۹). عدالت اجتماعی و شهر، ترجمه: فرخ حسامیان، محمدرضا حائری و منادی زاده، جلد دوم، انتشارات فرآیند برنامه‌ریزی شهری تهران، تهران.

Carmen, M. (2020). The more-than-human right to the city: A multispecies reevaluation, Journal of Urban Affairs, Published online: 03 Apr 2020.

Chakraborty, Raja., Kaushik, Bose., Samiran, Bisai. (2009). Relationship of Family Income and House Type to Body Mass Index and Chronic Energy Deficiency Among Urban Bengalee Male Slum

این راستا تأکید بر اصول و اقدامات اجرایی این رویکرد، و به-کارگیری آن در فرآیند برنامه‌ریزی و طراحی شهری بایستی از اولویت‌های اساسی در مجموعه مدیریت و ساماندهی شهری قرار بگیرد تا از این طریق زمینه‌های تحقق‌پذیری و نیل به شهر عدالت‌محور فراهم آورده شود و ارتقای کیفیت زندگی شهروندی، دستیابی به رفاه و آسایش عمومی، بهبود سطح رضایتمندی و نیز حس شادی در میان شهروندان نیز در دستور کار قرار گرفته و در سطح شهر عملی گردد.

پی‌نوشت:

1. Right to the City

2. اصطلاح شهروند برای اشاره به ساکنان شهرهایی به کار می‌رود که هنوز به سطح شهروندی نرسیده‌اند.

3. Urban Inhabitants

4. Participation

5. Appropriation

6. 'European Charter for the Safeguarding of Human Rights in the City' (Presented in Saint-Denis in May 2000).

7. 'Treaty for Democratic, Equitable and Sustainable Cities, Towns and Villages' (Approved in 1992, at the World Environment Summit in Rio de Janeiro).

8. City Status

فهرست منابع:

احمدی، محمد، حاتمی‌نژاد، حسین، پوراحمد، احمد، زیاری، کرامت‌الله، زنگنه شهرکی، سعید، پارس‌پور، حسن. (۱۳۹۹). بررسی و تحلیل عدالت در سلامت شهری محدوده مورد مطالعه: شهر بجنورد. آمایش جغرافیایی فضا، دوره ۱۰، شماره ۳۸، صص ۱۷۳-۱۹۶.

افراخته، حسن، ریاحی، وحید، جلالیان، حمید، سرائی، سودابه. (۱۳۹۵). ارزیابی عدالت فضایی در توزیع خدمات روستایی شهرستانهای استان اصفهان، فصلنامه آمایش سرزمین، دوره هشتم، شماره اول، صص ۸۱-۵۷.

باباخانی، محمد و حسین راغفر. (۱۳۸۸). رابطه نابرابری درآمد و سلامت در ایران طی سالهای ۱۳۸۵-۱۳۵۵، مجله مدیریت سلامت، صص ۹-۱۶.

حاتمی‌نژاد حسین، فرهودی، رحمت‌الله، محمدپور جابری، مرتضی. (۱۳۸۷). تحلیل نابرابری اجتماعی در برخورداری از کاربری‌های خدمات شهری مورد مطالعه: شهر اسفراین، مجله پژوهش‌های جغرافیایی انسانی، شماره ۶۵، صص ۸۵-۷۱.

حیبی‌نژاد، سیداحمد، خسروی، احمد. (۱۴۰۱). حق به شهر و امکان شناسایی آن در نظام حقوقی ایران. مطالعات حقوق عمومی، دوره ۵۲، شماره ۱، صص ۱۶۳-۱۸۳.

- Safier, M. (2006). Securing the Right to the City: The Case for Civic Cosmopolitanism, UNESCO UN-HABITAT ISS 2006: 30.
- Tavana Mehrabani, Farah and Nohegar, Ahmad (2017). "Analysis the Urban Management and Role of Spatial Equity in Urban Areas (Case Study: Hashtgerd New City)", Journal of Accounting and Management, 3(3), 14-21.
- Ursulica.T.E (2016). The relationship between health care needs and accessibility to health care services in Botosani county- Romania, Procedia Environmental Sciences 32: page 300 – 310.
- Vearey, Joanna., Ingrid, Palmary., Liz, Thomas b., Lorena, Nunez., Scott, Drimie. (2010), Urban health in Johannesburg: The importance of place in understanding intra-urban inequalities in a context of migration and HIV, journal homepage: www.elsevier.com/locate/healthplace, pp. 694-702.
- Vearey, J., Palmary, I., liz, T., Lorena, N., Scott, D. (2010). Urban Health in Johannesburg: The Importance of Place in Understanding Intra-Urban Inequalities in a Context of Migration and HIV. Health and Place, 16(4), 694-702. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.02.007>.
- WHO Centre for Health Development. (2010). Urban Health Equity Assessment and Response Tool. Kobe. Available at: www.who.or.jp/urbanheart
- WHO. 2016. World health statistics. (2016). monitoring health for the SDGs,
- World Health Organization and United Nations. (2010). Hidden cities: Unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Available at: http://www.who.int/kobe_center/publications/hidden_cities2010/en.
- Zhan, Dongsheng., Mei-Po, Kwan., Wenzhong, Zhang., Jie Fan, Jianhui Yu and Yunxiao Dang. (2018). Assessment and determinants of satisfaction with urban livability in China, journal homepage: www.elsevier.com/locate/cities, Cities, NO 79, PP. 92-101.
- Dwellers of Kolkata, India, www.Elsevier.com, pp. 45-75.
- Curvy, Leslie., Minh, Luong., Harlan M. Krumholz., John, Gaddis., Paul Kennedy, Stephen, Rulisa., Lauren, Taylor., Elizabeth H, Bradley. (2010). Achieving large ends with limited means: grand strategy in global health, www.Elsevier.com, pp. 82-86
- Hahn, R.A., Truman, B.A. and Williams, D.R. (2018). Civil rights as determinants of public health and racial and ethnic health equity: Health care, education, employment, and housing in the United States. SSM - Population Health, 4(October 2017), 17-24. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.10.006>.
- Kofman, E., Lebas, E. (1996). Writings on Cities. Oxford: Blackwell Publishing.
- Lesutis, G. (2020). Planetary urbanization and the "right against the urbicidal city", Urban Geography, Published online: 20 May 2020.
- Li, Guangqin., Qiao He, Shuai Shao and Jianhua Cao. (2018). Environmental non-governmental organizations and urban environmental governance: Evidence from China, journal homepage: www.elsevier.com/locate/jenvman, Journal of Environmental Management. NO 206, PP. 1296-1307.
- PourAhmad, A., Hataminezhad, H. (2014). Exploration and assessment of urban landuse from viewpoint of social justice (case study: Kashan city), [In Persian], journal of Spatial planning, 6(2): 179-208.
- Poorahmad, A., Hataminejad, H., Ziari, K., Farajisabokbar, H., Vafaii, A. (2014). The Evaluation and Revising of Urban Land Use from the Point of View of Social Justice (Case Study: Kashan). Town and Country Planning, Vol. 6, No. 2, pp. 179-208.
- Purcell, M. (2013). Recapturing Democracy, New York: Routledge.

