

رتبه‌بندی شاخص‌های رفاه شهری مناطق مختلف شهر تهران

نسازى محمدزاده اصل، استادیار علوم اقتصادى، دانشگاه آزاد اسلامى واحد تهران مركزى، ايران
قدرت الله امام وردى، استادیار علوم اقتصادى، دانشگاه آزاد اسلامى واحد تهران مركزى، ايران
محمد سریرافراز، دانشجوی کارشناسی ارشد علوم اقتصادى، دانشگاه آزاد اسلامى واحد تهران مركزى، ايران*

چکیده

امروزه شهرها و به خصوص کلان شهرها، محمل توسعه اقتصادى جوامع هستند و بخش اعظمى از مبادلات و ارزش افزوده اقتصادى در شهرها به وقوع مى‌پیوندد. از آنجایی که شهرها موجودیت انسانی دارند، برای تامین زیربنای مناسب در جهت پیشرفت و رشد اقتصادى، سلامت شهرها به عنوان یکی از چالش‌های توسعه پایدار است. این مقاله با بهره‌گیری از اطلاعات تفکیکی مناطق مختلف شهر تهران و با در نظر گرفتن شاخص‌های کلان توسعه و سلامت شهری -که امروزه در ارتباط با کلان شهرها به کار می‌رود- و با استفاده از تکنیک ریاضی «تحلیل پوششی داده‌ها» به بررسی و تبیین سلامت شهری و شاخص‌های شهر سالم پرداخته و کوشیده است از این منظر، بسترهای مناسب توسعه و سلامت شهری را تحلیل نماید.

واژه‌های کلیدی: شاخص‌های سلامت شهری، توسعه پایدار شهری، تکنیک تحلیل پوششی داده‌ها

۱- مقدمه

۱-۱- طرح مسأله

شهر تهران براساس معیار سازمان ملل متحد^۱ تنها کلان شهر کشور محسوب می‌شود که با سهم ۲۵ درصدی در تولید ناخالص داخلی، بیش‌ترین سهم را در ارایه خدمات، جمعیت متخصص، ساختمان‌سازی، حرکت توسعه‌ای کشور و... بر عهده دارد. این مجموعه شهری براساس آمار سرشماری سال ۱۳۸۵ دارای ۷/۸ میلیون نفر جمعیت شهری است، که سهم قابل ملاحظه‌ای از توان علمی، تخصصی، صنعتی و حرکتی کشور را به خود اختصاص داده‌اند و انتظار می‌رود که نیازهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و زیستی آنها تأمین شود. بنابراین، بستر سازی بر تحقق رشد شهرها و در نهایت، رشد کشور ضروری جلوه می‌کند.

۱-۲- اهمیت و ضرورت

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 است که شاخص سلامت شهری، از جمله چنین شاخص‌هایی است. این شاخص در برخی موارد متفاوت از شاخص‌های سلامت جامعه بوده چرا

که در شهر موضوعی وجود دارد که در روستا و یا دهات کشور وجود ندارد. بنابراین، در صورت برخورداری شهر از شاخص‌های فوق، مقدمات توسعه و پیشرفت اقتصادی فراهم و حرکت در جهت پیشرفت سریع تر خواهد شد، چرا که شهر سالم بر اقتصاد شهر اثر گذاشته، حرکت چرخ‌های آن را تندتر می‌کند و اقتصاد شهر نیز با حرکت تندتر و منظم تر خود باعث ارتقای سلامت شهری می‌گردد.

۱-۳- اهداف

هدف از ارایه مقاله، رتبه بندی مناطق ۲۲ گانه شهر تهران بر اساس جدیدترین شاخص‌های سلامت شهری و با بهره‌گیری از روش تحلیل پوششی داده‌هاست. این مقاله، ابتدا به بررسی مفهوم سلامت شهری پرداخته، سپس شاخص‌های سلامت شهری را مطابق با تعریف سازمان بهداشت جهانی، شاخص رفاه مبتنی بر زندگی سالم، کلان شهرها در قرن ۲۱ و خصوصیات جمعیتی - سکونت‌ی ارایه می‌نماید و در نهایت، تأثیرگذاری و تأثیرپذیری شهر سالم بر اقتصاد شهر و توسعه پایدار را واکاوی می‌کند.

۱-۴- سوابق

مطالعه پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام شده است، نشان می‌دهد که تاکنون مقاله‌ای با روش تحلیل پوششی داده‌ها به رتبه بندی مناطق تهران نپرداخته است، اما مطالعاتی با این روش برای رتبه بندی شاخص‌های

^۱ United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division World Urbanization Prospects: The 2007 Revision

۱-۶- روش تحقیق و مراحل آن

روش تحقیق پیمایشی بوده، جامعه آماری آن را مردم مناطق ۲۲ گانه شهر تهران تشکیل داده اند و ابزار تحلیل، روش تحلیل پوششی داده‌ها بوده است.

۱-۷- معرفی متغیرها و شاخص‌های مورد بحث

۱-۷-۱- شاخص‌های مبتنی بر رفاه و زندگی

سالم

برخی از این شاخص‌ها تاکید مستقیمی بر رفاه اجتماعی جامعه سالم دارند.^۱ این گروه از شاخص‌ها طیف وسیعی از شاخص‌های رفاه اجتماعی مرتبط با زندگی در کلان‌شهرها را تشکیل می‌دهند. در این، جا متغیرهایی مانند زندگی سالم، استقلال و مشارکت و همبستگی اجتماعی، منعکس شده است. در این نگرش، جنبه‌هایی از محیط اجتماعی و فیزیکی زندگی معرفی می‌شود که فرد در آن زندگی سالم و شادابی داشته باشد.

۱-۷-۲- شاخص‌های مبتنی بر تکنولوژی و اقتصاد

نوبین

این شاخص‌ها به شاخص‌هایی اختصاص دارند که با تاکید بر ویژگی کلان‌شهرها و اهمیت آن در رفاه تکنولوژیک و زندگی در قرن ۲۱ طبقه بندی شده‌اند.^۲ شاخص‌های یادشده با در نظر گرفتن تحولات اقتصاد

توسعه در بین استان‌های کشور وجود دارد که از آن میان می‌توان به مقاله (آذر و غلامرضایی، ۱۳۸۵) اشاره نمود که با این روش به رتبه‌بندی شاخص HDI در بین استان‌های کشور پرداخته است. همچنین، طالبی و زنگی آبادی (۱۳۸۰) در مطالعه‌ای به تحلیل شاخص‌ها و تعیین عوامل مؤثر در توسعه یافتگی شهرهای بزرگ پرداخته‌اند (مرصوصی، ۱۳۸۴). در مطالعه خود به تحلیل شاخص‌های توسعه یافتگی شهر تهران پرداخته، مسایلی همچون توسعه پایدار، فقر و ... را مورد واکاوی قرار می‌دهد. مطالعه رییس دانا (۱۳۸۱) نیز در خصوص بررسی چند الگوی نظری در اقتصاد رفاه، به صورت جامع به تحلیل مدل‌ها و شاخص‌های اقتصاد پرداخته است. همچنین، مطالعاتی در اتاق سلامت دانشگاه شهید بهشتی صورت گرفته که یکی از آنها، مدیریت شهری و سلامت را به صورت کلی بررسی نموده است.

۱-۵- سؤال‌ها و فرضیه‌ها

با توجه به موضوع مورد بررسی و آثار و شواهد موجود، نگارندگان این مقاله، در نظر دارند به صورت توصیفی به اثبات و یا رد فرضیه‌های ذیل بپردازند:

۱-۵- شاخص‌های سلامت شهری کدامند؟

۱-۵-۲- کدام مناطق تهران از رتبه بالاتری نسبت به

سایر مناطق به لحاظ شاخص‌های سلامت شهری قرار دارند؟

^۱ Australian Institute of Health and Welfare, Australia's Welfare, 2005

^۲ The Metropolitan New Economy Index, PPI, USA, 2006

^۳ U.S. Census Bureau, Census 2002.

هجده سال، با کودکان وابسته زیر پنج سال، تنها(هجده ساله و بالاتر، ۶۵ ساله و بالاتر)، ثبت نام مدارس، نیل به ادامه تحصیل (جمعیت هجده ساله ها و بالاتر)، وضعیت ازدواج، پدر بزرگان بعنوان سرپرست و

۱-۸- محدوده و قلمرو پژوهش

محدوده پژوهش مورد نظر در حوزه مناطق ۲۲ گانه شهر تهران است و شاخص های سلامت شهری را در شهر تهران بررسی قرار می دهد.

۲- مبانی نظری سلامت شهری و ارایه مدل تحقیق

۲-۱- مبانی نظری سلامت شهری

به طور کلی، سلامت حالتی است که فرد از یک رفاه کامل کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی برخوردار باشد و تنها نبود معلولیت و بیماری را سلامت نمی نامند. ابعاد مختلفی برای حوزه سلامت تعریف شده است. ممکن است فردی سلامت جسمی داشته باشد، اما دارای سلامت روان نباشد، حتی شاید کسی سلامت روان و جسم را هم داشته باشد، اما دارای سلامت اجتماعی و شاخص های آن نباشد. شاخص هایی که تبیین کننده سلامت شهری هستند، همه موارد فوق را در بر می گیرند که به اختصار به آنها اشاره شد.

نوین، رویکردی را در مجموعه استراتژی های توسعه اقتصادی با در نظر گرفتن ارتقای سریع و مشارکت گسترده در رشد اقتصادی و رفاه در نظر می گیرند، که شامل چهار شاخص اصلی است:

- ترکیب صنعت و اشتغال؛

- جهانی شدن؛

- پویایی در کارآفرینی و رقابت؛

- تحول و دگرگونی در IT.

۱-۷-۳- شاخص های مبتنی بر خصوصیات جمعیتی و سکونت^۱

یکی از معمول ترین روشهایی که برای بررسی سلامت شهری استفاده می شود، استفاده از شاخص های امکانات اولیه زندگی و ویژگیهای جمعیتی است. این شاخص ها در ارتباط با سلامت شهری می توانند موارد زیر را شامل شوند:

واحدهای مسکونی از لحاظ ساختار، وسایل نقلیه در دسترس، سوخت گرمایی خانه، تلفن، آشپزخانه و... ساکنان در هر اتاق، هزینه های منتخب ماهانه مالک به عنوان درصدی از درآمد خانوار، اجاره ناخالص، وضعیت استخدام جمعیت شانزده ساله ها و بالاتر، رفت و آمد به محل کار، متوسط زمان سفر به محل کار، نوع پیشه و کار، درآمد (جمعیت شانزده ساله ها و بالاتر خانواده، کارکنان مرد، کارکنان زن، فقر و تنگدستی، کودکان وابسته زیر هجده سال، کودکان وابسته زیر پنج سال، خانواده های با زنان سرپرست با کودکان وابسته زیر

۲-۲- ارایه مدل تحقیق

با توجه به اینکه در این پژوهش، در صدد کاربرد مدل ریاضی مناسب برای ارزیابی شاخص‌های رفاه شهری شهر تهران هستیم، این پژوهش توصیفی تحلیلی است و استفاده از تئوری کلاسیک تحلیلی پوششی داده‌ها مدنظر بوده است.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات در خصوص اجزای مدل، ابتدا با مطالعه کتابخانه‌ای، خروجی‌های مدل - که همان اجزای تشکیل‌دهنده‌ی شاخص رفاه شهری است - انتخاب شد. سپس، از طریق مطالعات نظری مقالات معتبر و مشاوره با خبرگان، ورودی‌ها انتخاب شد.

۲-۲-۱ روش تحلیل پوششی داده‌ها

تحلیل پوششی داده‌ها عبارت است از روش برنامه‌ریزی ریاضی برای اندازه‌گیری کارایی نسبی در واحدهای همسان، که آن را چارنز^۱، کوپر^۲ و رودز^۳ بر مبنای مدل فارل^۴، ابداع کردند. آنها در مقاله خود، این روش را به صورت زیر تعریف کردند: «تحلیل پوششی داده‌ها، مدل برنامه‌ریزی ریاضی به کار گرفته شده برای داده‌های مشاهده شده است که روشی جدید برای تخمین تجربی نسبت‌های وزنی یا مرز کارایی را همچون تابع تولید فراهم می‌سازد که پایه اقتصاد مدرن است.» از این روش برای ارزیابی واحدهای تصمیم‌گیرنده

(DMU)^۵ استفاده می‌شود. واحدهای تصمیم‌گیرنده عبارت است از واحد سازمانی با سازمانی مجزا که فردی به نام مدیر یا رییس یا مسئول آن را اداره می‌کند؛ به شرط آنکه این سازمان یا واحد سازمانی دارای فرایند سیستمی باشد؛ یعنی تعدادی عوامل تولید به کار گرفته شوند تا تعدادی محصول به دست آید. با توجه به اینکه سیستم مورد نظر شامل سیستم‌های تولیدی و خدماتی، انتفاعی و غیر انتفاعی و دولتی و غیر دولتی می‌شود، در ادبیات تحلیل پوششی داده‌ها به منظور جلوگیری از پراکنده کاری، به جای عوامل ورود سیستم، از مفهوم نهاده^۶ و به جای محصولات خروجی سیستم، از مفهوم ستاده^۷ استفاده می‌شود (مهرگان، ۱۳۸۳: ۲۰-۲۵).

یکی از مهمترین مزایای روش تحلیل پوششی داده، قابلیت تلفیق متغیرهایی با واحدهای سنجش متفاوت است. علت این موضوع در نحوه‌ی به کارگیری متغیرها برای مقایسه واحدها نهفته است، به عبارت دیگر، هر متغیر تنها با متغیر همجنس خود در همه واحدهای دیگر مقایسه می‌شود. در ادامه به شرح برخی از مدل‌های اصلی پرداخته می‌شود:

- مدل چارنز، کوپرو و رودز CCR

این مدل را در سال ۱۹۷۸ چارنز، کوپر و رودز معرفی کردند و به مدل CCR معروف است. این مدل - که یک الگوی برنامه‌ریزی خطی است - به دنبال حداکثر کردن امتیاز کارایی نسبی واحد p از طریق انتخاب

^۵ - Decision Making Unit

^۶ - input

^۷ -output

^۱ - Charnes

^۲ - Cooper

^۳ - Rhodse

^۴ - Farel

مجموعه ای از اوزان برای تمامی ورودیها و خروجیهاست. این در حالی است که امتیاز هر واحد باید

کوچکتر یا مساوی ۱ شود.

$$\begin{aligned}
 & CCR'_D - I \\
 \text{MAX } w_p &= \sum_{r=1}^s u_r y_{rp} \\
 \text{St:} & \\
 & \sum_{i=1}^k v_i x_{ip} = 1 \\
 & \sum_{r=1}^s u_r y_{rj} - \sum_{i=1}^k v_i x_{ij} \leq 0 \quad j = 1, \dots, n \\
 & u_r \geq 0 \quad r = 1, \dots, s \\
 & v_i \geq 0 \quad i = 1, \dots, k
 \end{aligned} \tag{۱}$$

ورودیها و خروجیها اختلاف چندانی نداشته باشد، پس از حل مسأله خواهیم دید که اکثر واحدها کارآ خواهد شد و روی مرز کارایی قرار خواهد گرفت. در واقع مدل، غیر واقعی خواهد بود.

در این مدل w_p کارایی نسبی واحد تصمیم گیری p است (DMU_p)، به عبارت دیگر، مدل به دنبال یافتن حداکثر ستاده با توجه به محدودیتهای نهاده ای است. x_i, y_r به ترتیب، بیانگر k ورودی و s خروجی برای n واحد تحت بررسی است. بردارهای v و u نیز به ترتیب، اوزان ورودیها و خروجیها را نشان می دهند. محدودیت اول، در واقع مخرج تابع هدف اولیه کسری است که از این طریق می توان مدل را در قالب یک برنامه ریزی خطی حل کرد. محدودیت دوم این اطمینان را می دهد که تحت مجموعه انتخاب شده از اوزان، امتیاز کارایی هیچ کدام از واحدهای تصمیم گیری بیشتر از عدد ۱ نشود. مدل فوق برای هر یک از واحدهای تصمیم گیری باید به اجرا درآید تا کارایی نسبی تک تک واحدها مشخص شود. براساس تجربیات صورت گرفته در مدل CCR، اگر تعداد واحد در مقایسه با مجموع تعداد

– مدل BCC

این مدل، با اضافه کردن قید $\sum_{j=1}^n \lambda_j = 1$ به برنامه ریزی خطی اولیه CCR حاصل می شود. بدین ترتیب، بازده به مقیاس می تواند ثابت، افزایشی و یا کاهششی باشد. افزودن این محدودیت به مدل برنامه ریزیهای خطی اولیه و دوگان مدل BBC ورودی مبنا بر زیر آمده است:

$$\begin{aligned}
 & BCC_D - I \\
 & \text{MAX } w_p = \sum_{r=1}^s u_r y_{rp} + u_0 \\
 & \text{St:}
 \end{aligned} \tag{۵}$$

$$\begin{aligned}
 & \sum_{i=1}^k v_i x_{ip} = 1 \\
 & \sum_{r=1}^s u_r y_{rj} - \sum_{i=1}^k v_i x_{ij} + u_0 \leq 0 \quad j = 1, \dots, n \\
 & u_r \geq \varepsilon \quad r = 1, \dots, s \\
 & v_i \geq \varepsilon \quad i = 1, \dots, k
 \end{aligned}$$

آزاد در علامت u_0

$$\begin{aligned}
 & BCC_P - I \\
 & \text{MIN } z_p = \theta - \sum_{r=1}^s s_r^+ - \sum_{i=1}^k s_i^- \\
 & \text{St:}
 \end{aligned} \tag{۶}$$

$$\begin{aligned}
 & \sum_{j=1}^n \lambda_j y_{rj} - s_r^+ = y_{rp} \quad r = 1, \dots, s \\
 & \theta x_{ip} - \sum_{j=1}^n \lambda_j x_{ij} - s_i^- = 0 \quad i = 1, \dots, k \\
 & \sum_{j=1}^n \lambda_j = 1 \\
 & \lambda_j \geq 0 \quad j = 1, \dots, n \\
 & s_r^+ \geq 0 \quad r = 1, \dots, s \\
 & s_i^- \geq 0 \quad i = 1, \dots, k
 \end{aligned}$$

آزاد در علامت θ

کند. بنابراین، به رتبه بندی بین واحدهای کارآ توجیهی نمی کند و واحدهای کارآ با مقدار عددی «۱» مشخص می شوند. برای رفع این مشکل، از مدل اندرسون - پترسون بهره خواهیم گرفت.

مدل BCC را بر مبنای خروجیها نیز می توان مطرح کرد. کافی است محدودیت $\sum_{j=1}^n \lambda_j = 1$ را به برنامه ریزی اولیه CCR خروجی مبنا اضافه کنیم.

۲-۲-۲ رتبه بندی واحدهای کارآ

مدلهای مذکور، واحدهای تحت بررسی را به دو گروه «واحدهای کارآ» و «واحدهای ناکارآ» تقسیم می

- مدل اندرسون و پترسون

این مدل یکی از تکنیک‌های رتبه بندی واحدهای کارآ است که به یک واحد کارآ (p) اجازه می‌دهد مقدار

کارایی بزرگتر از ۱ را کسب کند و این کار را از طریق حذف p امین محدودیت در مدل اولیه انجام می‌دهد:

$$\begin{aligned} \text{MAX } w_p &= \sum_{r=1}^s u_r y_{rp} \\ \text{St:} & \\ \sum_{i=1}^k v_i x_{ip} &= 1 \\ \sum_{r=1}^s u_r y_{rj} - \sum_{i=1}^k v_i x_{ij} &\leq 0 & j=1, \dots, n, j \neq p \\ u_r &\geq 0 & r=1, \dots, s \\ v_i &\geq 0 & i=1, \dots, k \end{aligned} \quad (7)$$

در مدل دوگان نیز کافی است در هر بار اجرای مدل، برای واحد کارآ متغیر مربوط را حذف کنیم.

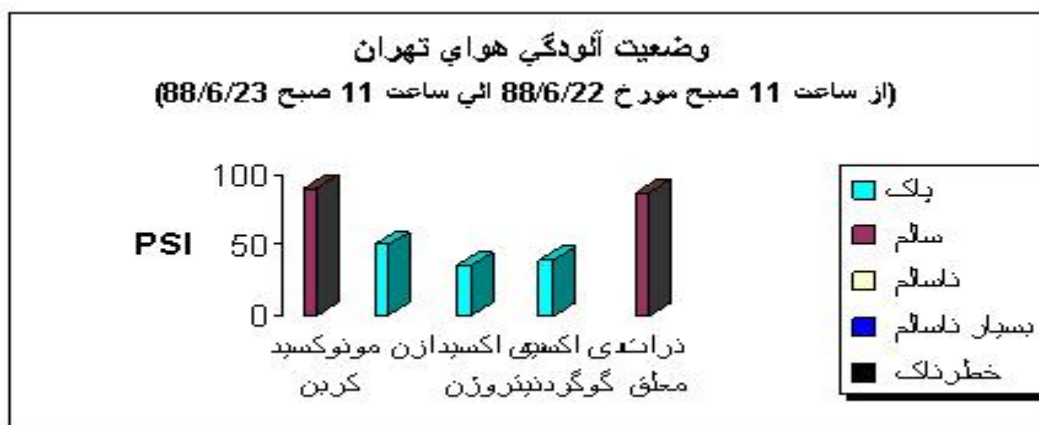
۳- تحلیل نتایج و بررسی آماری شاخص‌های سلامت شهری

۳-۱- آلودگی هوا: از آن جا 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. در شهر تهران با همان زیرساخت‌های موجود روزانه ۱۵۰۰ دستگاه خودرو وارد شهر می‌شود که می‌توان آن را به عنوان یکی از اصلی‌ترین علل آلودگی نام برد (ماهر، ۱۳۸۷: ۲۵).

برای سنجش آلودگی هوا شاخص استاندارد که در شهرهای بزرگ کاربرد دارد، شاخص PSI^۱ است. این

کمیت استاندارد است که برای گزارش روزانه کیفیت هوا استفاده می‌شود و از پنج آلاینده منوکسید کربن، ازن، دی‌اکسید نیتروژن، دی‌اکسید گوگرد و ذرات معلق تشکیل می‌شود. مهمترین آلاینده‌ها در هوای شهر تهران منوکسیدکربن و ذرات معلق هستند. بر اساس آخرین یافته‌ها، می‌توان وضعیت آلودگی محیط زیست را در نمودار زیر نشان داد: (احمدی و وفایی یگانه، ۱۳۸۷: ۲۵)

¹ Pollutant Standard Index



شکل شماره ۱- نمودار آلودگی هوای تهران در یک روز شهریور ۱۳۸۸. مأخذ: مرکز کنترل کیفیت هوای تهران

هم چنین، وضعیت آلودگی شهر تهران به ترتیب مناطق شهر را می‌توان در جدول زیر نشان داد:

جدول شماره ۱- وضعیت شهر تهران در فصول مختلف سال به تفکیک ایستگاه‌های سنجش - با شاخص ذرات معلق در هوا

فصل	میانگین	قلهک	تجریش	آزادی	استاد نجات الهی	پردیسان	فرهنگسرای بهمن	سرخه حصار
بهار	57/0	61/5	72/0	68/7	38/5	48/0	51/1	59/4
تابستان	74/1	71/8	89/4	83/1	53/6	87/5	73/2	60/3
پاییز	71/4	69/2	91/1	86/8	57/0	67/5	76/7	51/6
زمستان	59/8	68/4	82/1	82/0	40/3	54/2	55/3	36/3

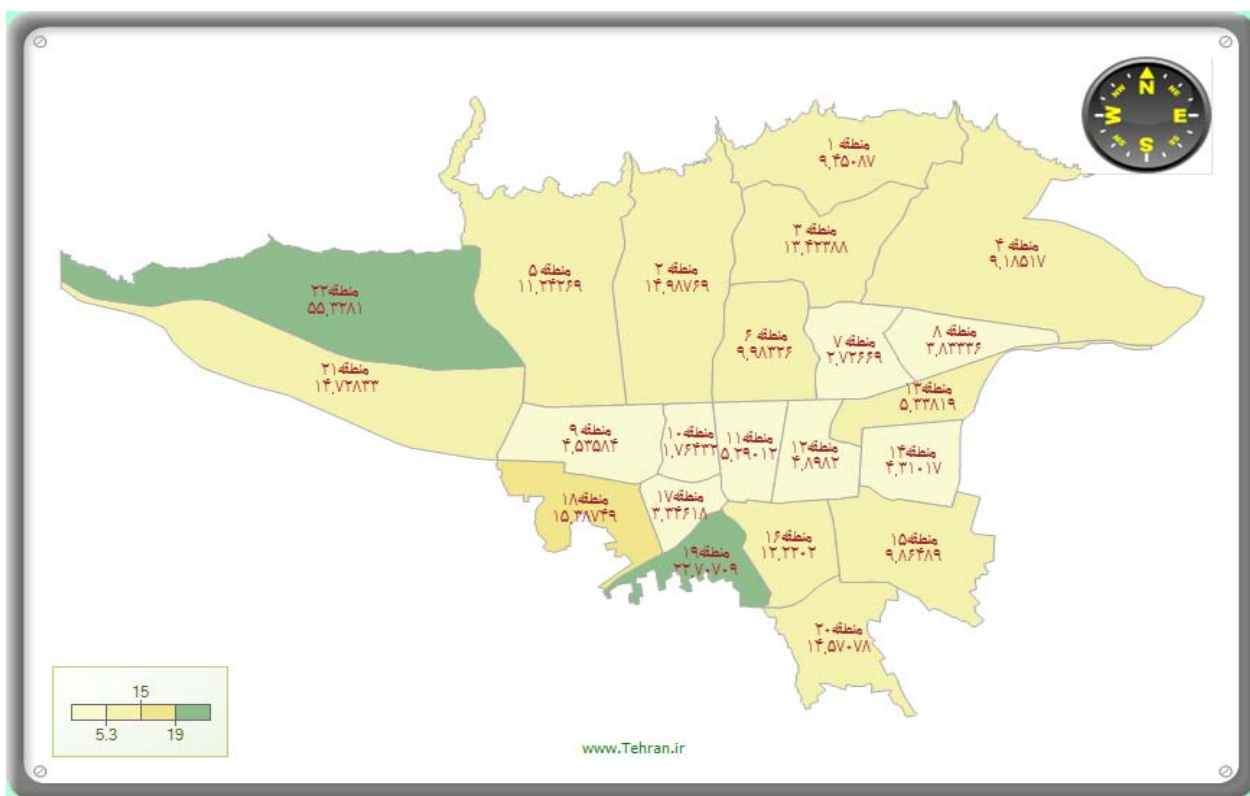
*۱۰۰ بدترین حالت است

مأخذ: سازمان کنترل کیفیت هوای تهران

از مهمترین دغدغه‌های کلان شهرهای دنیاست (محمدزاده اصل، ۱۳۸۶: ۳۶). وجود فضای سبز در شهرها، یکی از مواردی است که می‌تواند باعث ارتقای سلامت روانی شهروندان باشد. شکل زیر، سرانه فضای سبز شهری را در هر ۱۰۰۰ نفر نشان می‌دهد:

(www.htt.ir)

۳-۲- سلامت روان: بیشترین مشکلات سلامت روان، متعلق به کلان شهرهاست که طبق آمارها مشکلات سلامت روان بیش از ۲۰ درصد آنان را تشکیل می‌دهد. سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که در سال ۲۰۲۰، افسردگی شایع‌ترین بیماری را در سطح دنیا به خود اختصاص می‌دهد. بنابراین، ضرورت توجه به برنامه‌ریزی‌های کلان در خصوص سلامت روانی شهر،



شکل شماره ۲- سرانه فضای سبز شهری در تهران به تفکیک مناطق مأخذ: سایت شهرداری تهران. (www.tehran.ir)

عبارتی شاخص‌هایی که با مفهوم عکس امنیت در ارتباط هستند، به شکل مستقیم و یا غیر مستقیم می‌توانند کاربرد داشته باشند. چند عامل خاص در مورد تهران وجود دارد که حس عدم امنیت در کلان شهر تهران را تشدید کرده است. این موارد عبارتند از: زلزله، گرانی، عدم امنیت در تامین مسکن، وجود جمعیت جوان و بیکار که نوعی ناامنی مداوم را در تهران ایجاد کرده‌است و تمرکز بالای مراکز اداری و امنیتی در تهران. وجود سازمان‌هایی، مانند: پلیس، آتش‌نشانی، مراکز مدیریت زلزله و برخورد با ناهنجاری‌های اجتماعی، از جمله مواردی هستند که می‌توانند احساس امنیت را در شهروندان تقویت کنند.

همچنین، یکی از مهمترین شاخص‌هایی که تامین کننده سلامت روان است، امنیت اجتماعی است. (رهنمایی، ۱۳۸۵). امنیت شهری در کلان شهر تهران از دو بعد درخور توجه است: نخست به دلیل جایگاه ویژه‌ای که تهران در مدیریت اقتصاد ملی دارد و دوم آن که به طور کلی کلان شهرها زمینه‌ساز انحرافات و ناهنجاری‌های اجتماعی هستند. هم اکنون تهران به دلیل شرایط خاص خود دارای بالاترین آمار جرم و جنایت در بین شهرهای کشور است و از نظر جرایم شهری تفاوتی فاحش با سایر شهرهای کشور دارد (کلانتری، ۱۳۸۰).

برای بررسی اینکه یک شهروند تا چه اندازه احساس امنیت یا فقدان آن را دارد، شاخص‌های عدم امنیت یا به

جدول شماره ۲- تعداد کلانتری ها، مراکز پلیس +۱۰ و آتش نشانی ها

مناطق	ایستگاه های آتش نشانی و خدمات ایمنی	کلانتری ها	دفاتر پلیس +۱۰	هکتار	تراکم جمعیت
منطقه ۱	۲	۴	۳	۷۷۵۰	۳۵.۷
منطقه ۲	۴	۵	۵	۱۰۶۲۰	۵۱.۶
منطقه ۳	۴	۴	۲	۳۲۰۰	۸۱.۵
منطقه ۴	۵	۷	۳	۱۶۳۶۱	۴۶.۹
منطقه ۵	۵	۵	۴	۱۱۳۳۸	۵۳.۰
منطقه ۶	۲	۴	۳	۱۹۹۰	۱۱۵.۶
منطقه ۷	۲	۲	۱	۱۴۸۰	۲۱۵.۴
منطقه ۸	۲	۳	۱	۱۲۴۰	۲۹۰.۰
منطقه ۹	۲	۱	۰	۴۳۰۶	۴۰.۴
منطقه ۱۰	۰	۳	۱	۷۲۰	۴۰۹.۰
منطقه ۱۱	۴	۴	۳	۱۱۱۰	۲۱۹.۶
منطقه ۱۲	۴	۳	۲	۱۵۱۰	۱۳۴.۴
منطقه ۱۳	۲	۱	۲	۱۴۵۰	۱۵۶.۳
منطقه ۱۴	۰	۳	۱	۲۰۷۰	۲۱۷.۷
منطقه ۱۵	۲	۵	۱	۴۱۴۰	۱۵۶.۹
منطقه ۱۶	۱	۵	۱	۱۸۲۰	۱۶۶.۷
منطقه ۱۷	۰	۱	۰	۷۰۰	۳۷۷.۶
منطقه ۱۸	۲	۲	۱	۸۱۸۱	۳۶.۵
منطقه ۱۹	۱	۲	۱	۴۴۴۹	۵۳.۹
منطقه ۲۰	۲	۴	۰	۶۴۵۸	۵۸.۸
منطقه ۲۱	۳	۲	۱	۱۷۲۲۲	۱۲.۶
منطقه ۲۲	۲	۰	۰	۱۲۶۰	۵۳.۴

ماخذ: کتاب تهران، سایت شهرداری، استخراج محققان

می‌شود که سهم مهمی در از بین بردن رفاه اجتماعی شهروندان دارد. این نوع از آلودگی در مدیریت کلان شهرسازی، معماری داخلی، مراکز بهداشتی درمانی، آموزشی و تحقیقاتی، مسکونی و تجاری و همین‌طور طراحی ماشین آلات صنعتی مورد توجه ویژه قرار گرفته است. تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که هیاهو و دغدغه‌های زندگی ماشینی، ناراحتی‌های جسمی و روحی شهروندان در کلان شهرها را باعث می‌شود که عوارض جسمی، روحی و روانی ناشی از سر و صدای ترافیکی در مقایسه با انواع دیگر بسیار زیانبارتر است.

مقوله آلودگی صوتی در شهری، مانند تهران از آن جهت از اهمیت بیشتری برخوردار شده است که بسیاری از ادارات و سازمان‌ها در بخش‌هایی از شهر که در گذشته صرفاً مناطق مسکونی بوده‌اند، وارد شده و فضای شهری را به خود اختصاص داده‌اند (ماهر، ۱۳۸۷: ۳۶).

۳-۵- عدالت اجتماعی: عدالت، برابری، بحث طبقات اجتماعی، تبعیض نژادی و موضوعهایی از این دست، از مباحث روز مجامع بین‌المللی است. براساس اطلاعات، میزان رشد جمعیت در تهران ۱/۲ است، اما در مناطق حاشیه ای این رقم به ۸/۱ می‌رسد که نزدیک به چهار برابر بیشتر از تهران است، بنابراین، ضرورت توزیع عادلانه سرویس‌های سلامت شهری ضروری جلوه می‌نماید (محمدزاده، ۱۳۸۶: ۴۲).

۳-۶- بیماریهای واگیردار: یکی دیگر از مواردی که صراحتاً در ماده ۱۴۳ قانون برنامه چهارم توسعه به آن اشاره شده است، لزوم اجرای برنامه‌های جامع کاهش

وضعیت مسکن برای شهر تهران خصوصاً در سه سال گذشته، به حدی از اهمیت برخوردار شده است که شاید به جرات بتوان گفت که یکی از شاخص‌های بسیار مهم رفاه اجتماعی و سلامت روان در این شهر می‌تواند تلقی شود. متوسط قیمت زمین در پنج سال گذشته از رشد ۱۶۹.۴ درصدی برخوردار بوده است و اجاره بهای یک متر مربع مسکن ۱۷۵.۹ درصد افزایش داشته است. این مسأله به نوعی بیان‌کننده سهم قابل ملاحظه هزینه مسکن برای خانوارهای تهرانی و روند فزاینده آن به عنوان یکی از چالش‌های مهم و اختلال‌زا در روند توسعه امنیت و رفاه اجتماعی در شهر تهران محسوب می‌شود.

۳-۳- مشارکت اجتماعی: مشارکت اجتماعی اساس توسعه پایدار شهری است. پروژه ای که توسط سازمان بهداشت جهانی تعریف شده، بر دو اصل است: هماهنگی بین بخشی و مشارکت مردمی. (محمدزاده اصل، ۱۳۸۶: ۳۵) شهروندان با مسایل شهر درگیر هستند و نسبت به مقولاتی که به طور غیرمستقیم فرد و خانواده آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهند، حساس هستند. مشارکت‌های شهری باعث ایجاد دانش و آگاهی مستقیم نسبت به مسایل شهری شده، فضای اطمینان بخشی ایجاد می‌کنند. مشارکت‌های سودمندانه شهری خصلتی دو سویه داشته، داوطلبانه و آگاهانه هستند و مشارکت کنندگان حق شرکت در تصمیم‌گیری‌ها را دارند و مخصوص یک قشر خاص نیستند (محمدزاده اصل، ۱۳۸۶: ۴۵).

۳-۴- آلودگی صوتی: آلودگی صوتی، یکی دیگر از آلاینده‌های محیط زیست در فضای شهرها محسوب

در این خصوص، نگرانی‌های مالی و ماندگاری در تأمین درآمد، موجب پایین آمدن شاخص‌های توسعه، از جمله امید به زندگی، سلامتی روانی و... می‌شود که زمینه ساز کاهش رفاه اجتماعی است. در بررسی مقوله امنیت و ماندگاری کسب درآمد، پاسخ‌های مشخصی از اطلاعاتی سرشماری حاصل نمی‌شود، اما با استفاده از اطلاعات موجود در سطحی که امکان آن وجود دارد شهروندان تهرانی از منظر شغلی بررسی شده‌اند. براساس اطلاعات سرشماری سال ۱۳۸۵، جمعیت فعال تهران ۲۸.۳ درصد از کل جمعیت این شهر را تشکیل می‌دهد و در همه مناطق تهران جمعیت غیرفعال بیش از نیمی از جمعیت فعال است. براساس آمار ارایه شده از کل نیروی کار فعال در تهران تعداد ۶.۱ درصد بیکار و یا جویای کار هستند. به ترتیب مناطق: ۱۵ با ۸۲۷۲ نفر، ۴ با ۷۳۵۰ نفر و ۲ با ۶۲۶۳ نفر دارای بیشترین تعداد بیکاران و مناطق ۲۲، ۲۱ و ۱ دارای تعداد کمترین بیکاران هستند.

یکی از معیارهای ماندگاری و کسب درآمد، به سن سرپرست خانوار مربوط است. سن سرپرست سهم درخور توجهی از خانوارهای تهرانی در فاصله سنی ۳۰ تا ۴۰ سال قرار دارد که بیان‌کننده جوان‌بودن سرپرستان خانوار است. آمارها نشان می‌دهد از میان کل شاغلان زن و مرد در تهران که جمعیتی بالغ بر ۱۸۰۳۱۴۱ نفر را شامل می‌شوند، به طور متوسط ۲۸.۳ درصد بین ۲۹-۲۰ سال، ۳۰.۹ درصد بین ۳۹-۳۰ سال، ۲۱.۱ درصد بین ۴۹-۴۰ سال، ۹.۵ درصد بین ۵۹-۵۰ سال، ۲.۶ درصد بین ۶۴-۶۰ سال و ۲.۵ درصد ۶۵ سال و بیشتر هستند.

رفتارهای پرخطر و پیشگیرانه و درمان بیماری ایدز است. از آنجا که این بیماری در ردیف خطرناک‌ترین و پرهزینه‌ترین بیماری‌هاست، لزوم توجه به اقدامات پیشگیرانه به منظور ایجاد صرفه جویی و تخصیص بهتر منابع ضروری به نظر می‌رسد، تلاش‌های شهرداری در ایجاد مراکز مشاوره درمانی رایگان، امکان انجام آزمایش‌های محرمانه رایگان، در دسترس قراردادن سرنگ‌های تزریقی برای معتادان، گسترش سطح آگاهی‌های عمومی از طریق وسایل ارتباط جمعی، نظیر تلویزیون، ایجاد صندوق حمایت از بیماران ایدزی و مواردی از این دست، از جمله حمایت‌های دولتی در این خصوص می‌تواند باشد (www.htt.ir). تعداد مبتلایان به ایدز در هر ۱۰۰ هزار نفر یکی از این شاخص‌هاست. این میزان برای شهر تهران برابر ۲۵ نفر است. متوسط این شاخص در کشورهای دنیا ۸۷ نفر است (sirs.tehran.ir).

۷-۳- شاخص‌های اقتصادی: فقر، درآمد سرانه،

توزیع درآمد، تورم و... از جمله شاخص‌های اقتصادی هستند که می‌توان تأثیرات متفاوتی بر سلامت شهری بگذارد. میان فقر و سلامت، ارتباطی به صورت دور تسلسل باطل وجود دارد. وجود فقر باعث تشدید عدم سلامت شهری خواهد شد و عدم سلامت باعث تشدید فقر خواهد شد. از سویی، درآمد به عنوان یکی از مهمترین شاخص‌های توسعه انسانی^۱ است که این شاخص به عنوان جدیدترین نمایانگر رفاه جوامع استفاده می‌شود.

^۱ HDI (Human developed index)

جدول شماره ۳- درصد خانوارها با توجه به سن سرپرست خانوار

مناطق	15 - 19 ساله	20 -24 ساله	25 - 29 ساله	30 - 34 ساله	35 - 39 ساله	۴۰- ۴۴ ساله	45 - 49 ساله	50 - 54 ساله	55 - 59 ساله	60 - 64 ساله	65 ساله و بیشتر
1	0.3	1.3	3.8	5.7	6.9	7.5	7.4	6.5	5.2	4.6	8.9
2	0.2	1.1	3.8	6.7	8.7	10.3	9.3	7	5.3	4.7	8
3	0.2	1.3	4.1	6.5	8.5	9.7	10.1	8.8	7.3	6.8	14.4
4	0.2	1.8	6.8	9.8	10.8	9.5	7.4	5.7	4.6	3.8	5.5
5	0.1	0.9	4.1	7.2	8.9	8.8	6.5	4.7	3.5	2.8	4
6	0.3	1.3	4.2	7.5	9.8	11.2	10.8	8.7	7.1	6.9	16.9
7	0.2	1.5	6.5	10.4	11.3	10.2	8.2	7	6.1	6.2	14.3
8	0.1	1.4	7.1	10.8	10.4	9	7.4	6.4	6.3	6.3	10.7
9	0.1	2.5	10.9	14.3	12.7	11.5	8	6.3	6.4	6.5	10
10	0.1	1.5	7.9	11.7	10.6	8.1	6	5.4	5.4	6.1	12.6
11	0.3	1.3	5.5	9.2	9.9	8.1	6.7	5.7	5.2	5.5	12.4
12	0.3	2.3	7.1	8.9	8.9	7.5	5.7	5	4.8	5.1	11.7
13	0.1	1.5	6.8	11.2	11.9	10.6	7.9	6.8	6.5	6.7	13.1
14	0.1	1.5	7.4	10.9	10.2	8.6	6.4	5.5	5.2	5.1	9.1
15	0.2	3.4	12.3	14.1	12.7	10.5	7.2	5.4	4.6	4.3	6.5
16	0.2	3	11.4	14.2	12.1	8.8	6.6	6	6.1	6.8	12.1
17	0.2	4.3	15.1	15.3	11.8	9	7.1	6.7	6.7	6.6	11.1
18	0.2	4.3	13.2	12.9	11	8.8	6.4	5.4	4.3	3.7	4.9
19	0.2	4.1	12.3	12.2	10.5	9	6.6	5.2	4.3	3.8	5.3
20	0.2	3.4	12.2	14	13.4	10.7	7.7	6	5.7	5.5	9.3
21	0.2	3.6	12.3	16.7	17.5	14.6	9.3	6.1	4.6	3.6	4.9
22	0	1	4.3	7.2	8.2	7.3	5	3.7	2.4	1.8	2.1

مأخذ: مرکز آمار ایران

جدول شماره ۴- نسبت انواع مشاغل در مناطق مختلف تهران به کل شاغلان

مناطق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲
قانونگذاران، مقامات عالی‌رتبه و	۱۳.۷	۱۱.۳	۱۵.۹	۴.۴	۷.۶	۱۰.۷	۶.۳	۴.۴	۲.۲	۲.۶	۳.۷	۲.۱	۳.۸	۲.۱	۰.۹	۱.۶	۱	۰.۹	۰.۸	۱.۵	۲.۲	۳.۴
متخصصین	۲۲.۶	۲۷.۴	۲۶.۶	۱۲.۱	۱۹.۹	۳۱.۹	۲۰.۹	۱۵.۸	۱۲	۱۴.۴	۱۴.۵	۸.۶	۱۳.۹	۹.۹	۵.۴	۷.۳	۵.۶	۴.۸	۳.۸	۸.۳	۸.۸	۱۰.۶
کارمندان	۶.۶	۱۰.۱	۶.۲	۸	۹.۹	۸.۸	۱۱.۲	۱۱.۹	۱۱.۱	۱۳.۶	۱۰.۲	۶.۵	۸.۵	۸.۴	۶.۷	۹.۲	۸.۸	۶.۷	۵.۹	۷.۵	۷.۲	۱۱.۲
صنعتگران و کارکنان مشاغل مربوط	۱۱.۵	۱۰.۷	۷.۸	۲۵.۳	۱۵.۴	۸.۴	۱۷.۶	۲۳.۶	۲۳.۵	۲۱.۱	۱۷	۲۴.۶	۱۷.۶	۲۴.۱	۱۷.۶	۳۳.۸	۲۸.۶	۳۲.۱	۳۶.۲	۲۸.۵	۲۳.۶	۲۴.۹
کارکنان خدماتی و فروشنده‌گان	۱۵.۷	۱۵.۱	۱۶.۹	۱۳.۷	۱۵.۳	۱۵.۶	۱۶.۹	۱۶	۱۳.۸	۱۶.۷	۲۱.۴	۲۶.۳	۲۰.۳	۲۰.۲	۱۶.۵	۱۹.۲	۱۸	۱۵.۷	۱۸	۱۵.۷	۱۴.۱	۱۲.۱
متصدیان (اپراتورهای) ماشین و	۴.۸	۵.۳	۲.۹	۹	۸.۱	۳.۳	۶.۷	۹.۶	۱۰.۲	۱۰.۴	۷.۵	۷.۸	۷	۱۰.۳	۱۳.۱	۱۲.۷	۱۲.۱	۱۴.۹	۱۳.۵	۱۴.۲	۱۲.۷	۱۴.۲
کارکنان ماهر کشاورزی و ماهیگیری	۱.۶	۰.۶	۰.۹	۰.۶	۰.۸	۰.۶	۰.۴	۰.۴	۰.۴	۰.۴	۰.۳	۰.۲	۰.۳	۰.۶	۰.۶	۰.۵	۰.۵	۱.۳	۱	۲.۶	۰.۹	۱.۳
تکنسین‌ها و کارکنان نیمه متخصص	۶.۳	۹.۵	۶.۸	۵.۱	۸.۸	۹.۲	۸.۹	۷.۴	۶.۵	۸.۶	۷.۴	۴.۹	۶.۳	۵	۳.۶	۴.۹	۳.۸	۳.۴	۳.۱	۳.۸	۵.۶	۷.۲
مشاغل ابتدایی	۷.۵	۴	۴.۸	۴.۶	۳.۹	۴.۳	۳.۱	۴.۳	۵	۴.۷	۴.۵	۱۱.۶	۳	۳.۲	۸.۲	۸.۴	۱۰.۱	۱۰	۱۱.۷	۹.۷	۷.۶	۵.۲

مأخذ: مرکز آمار ایران

۳-۹- آب آشامیدنی سالم: مدیریت آب در شهرهای بزرگ به عنوان یکی از مهمترین شاخص‌های سلامت شهری در کلان شهرهاست. کیفیت آب به دلیل فعالیت‌های انسان و ورود آلاینده‌های مختلف تغییر می‌کند که در نهایت، برسلامتی انسان تأثیر سوء می‌گذارد. براساس اطلاعات سرشماری نفوس و مسکن، بیش از ۸۹ درصد از مناطق تهران از آب آشامیدنی لوله‌کشی برخوردارند. براساس اطلاعات سال ۱۳۸۵، پنج تصفیه خانه در تهران وجود دارد که ۴۳ هزار لیتر بر ثانیه آب شرب تامین می‌کنند و حجم آب تصفیه شده بیش از ۸۰۰ میلیون متر مکعب است. درصد مشترکان شبکه آب آشامیدنی بهداشتی در شهر تهران برابر ۹۹ درصد است. این شاخص در شهرهای واقع در کشورهای صنعتی ۱۰۰ درصد، در کشورهای در حال توسعه ۹۱ درصد و در کشورهای کمتر توسعه یافته ۷۰ درصد است.

۳-۸- نظام تامین اجتماعی مطلوب: از آنجا که در مباحث اقتصادی، رابطه متقابلی بین سرمایه‌گذاری در بهداشت، درمان و توسعه اقتصادی وجود دارد و از طرفی، ارتقای سطح سلامت افراد جامعه به توسعه اقتصادی و فرهنگی جامعه منجر می‌شود، در ماده ۱۴۲ قانون برنامه چهارم توسعه، به منظور افزایش اثربخش نظام ارایه خدمات سلامت در کشور و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی، اقداماتی در جهت استقرار شرکت‌های بیمه تجاری و غیرتجاری، بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع پیش بینی شده است. در تهران نیز حدود ۵۴ درصد افراد تحت پوشش خدمات بیمه تامین اجتماعی هستند (طالبی و زنگی آبادی، ۱۳۸۰: ۳۶).

جدول شماره ۵- میزان دسترسی به آب آشامیدنی سالم در شهر تهران

دسترسی به آب بهداشتی		سال
شهری	روستایی	
-	۲۳.۵	۱۳۵۷
۹۸/۸	۸۷/۴	۱۳۸۱
۹۸/۸	۸۷/۸	۱۳۸۲
۹۸/۹	۸۸/۲	۱۳۸۳
۹۹	۸۸/۵	۱۳۸۴
۹۹/۱	۸۸/۹	۱۳۸۵

مأخذ: مرکز آمار ایران.

مقدار این شاخص برابر ۲۳ است. متوسط جهانی این عدد در دنیا ۷ است. ایران در دنیا در بین ۱۹۰ کشور مورد بررسی از نظر تصادفات رانندگی منجر به فوت همواره جزو ۲۰ کشور اول بوده است.

- درصد مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی و عروقی

این شاخص در تهران برابر ۳۵.۲ درصد است. در دنیا ۲۹ درصد مرگ و میرها ناشی از بیماریهای قلبی و عروقی است.

- مرگ و میر کودکان قبل از یک سالگی در هر ۱۰۰۰ تولد:

این شاخص در تهران برابر ۲۷.۳ است. متوسط جهانی این شاخص در دنیا ۶۸ مورد است.

- سرانه بهداشت به دلار:

سرانه سلامت در کشور برابر ۶۰۴ دلار است. سرانه سلامت در کشور ما از ۱۲۰ کشور دنیا بیشتر و از کشورهای توسعه یافته نظیر انگلستان با ۲۵۶۰ دلار و امریکا با ۲۷۰۰ دلار بسیار پایین تر است.

- سرانه مصرف روغن:

۳-۱۰- بهداشت و درمان: شاخص‌هایی، از جمله

گسترش شبکه بهداشتی- درمانی کشور، ارتقای امنیت غذا و تغذیه، اصلاح ساختار و تقویت نظام بیمه درمان کشور، ساماندهی صندوق‌های بیمه، کنترل و ریشه‌کنی بیماری‌های واگیردار با قابلیت پیشگیری و درمان بیماری‌های غیر واگیر و ارتقای سطح کیفی خدمات و افزایش سهم بخش غیر دولتی در ارائه خدمات و کاهش تصدی دولت، از جمله شاخص‌های اصلی بخش بهداشت و درمان در حوزه سلامت شهری بوده که باعث تغییرات مثبت در شاخص‌های بهداشتی و درمانی شده است.

آمارهای شاخص‌های سلامتی در شهر تهران به طور جزئی تر به قرار زیر است:

- تعداد افراد به ازای یک تخت بیمارستان؛

در تهران به ازای هر ۴۰۷ نفر یک تخت بیمارستانی وجود دارد. در کشور به ازای هر ۵۲۵ نفر یک تخت وجود دارد. این شاخص برای پایتخت کشورهای پیشرفته برابر ۲۸۵ نفر است.

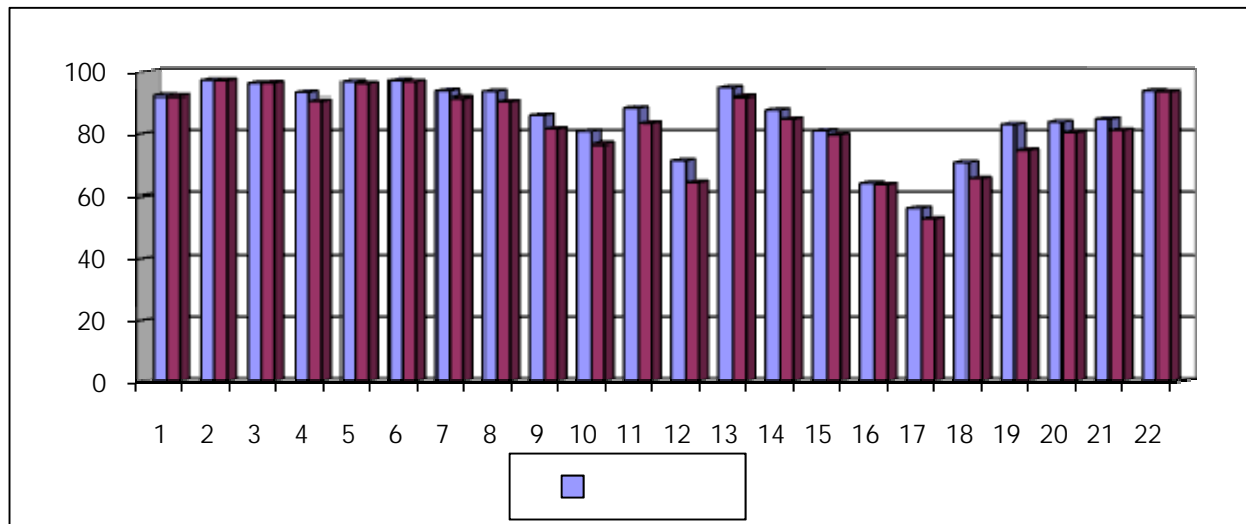
- درصد مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی و

عروقی:

این شاخص برای شهر تهران برابر ۳۲ است. متوسط آمار جهانی ۹۱ نفر است. در تهران نیز حدود ۵۴ درصد افراد تحت پوشش خدمات بیمه تامین اجتماعی هستند.

سرانه مصرف روغن در تهران ۱۷ کیلوگرم است. متوسط مصرف جهانی روغن در دنیا ۱۲.۵ کیلوگرم است.

- مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در هر ۱۰۰۰ تولد



شکل شماره ۳- درصد استفاده از حداقل حمام و آشپزخانه در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران. مأخذ: مرکز آمار ایران.

کم خونی ناشی از آن، کمبود ویتامین‌های A و D و کمبود روی در کودکان زیر پنج سال وجود دارد. بررسی برخی از شاخص‌های امنیت غذایی در شهر تهران به صورت زیر است:

- سرانه مصرف لبنیات شهر تهران:

سرانه مصرف لبنیات در تهران ۹۳ کیلوگرم است. این در حالی است که سرانه مصرف لبنیات در کشورهای اروپایی ۳۰۰ کیلوگرم است.

- سرانه مصرف گوشت قرمز:

سرانه مصرف گوشت در تهران برابر ۱۲ کیلوگرم است. سرانه مصرف گوشت قرمز در دنیا با احتساب فرآورده‌های گوشتی آن حدود ۱۷.۵ کیلوگرم است. این میزان در اروپا حدود ۲۸ کیلوگرم است.

۳-۱۱- امنیت غذایی: غذایی سالم و کافی، یکی از

شاخص‌های مهم سلامت شهری است. از دیدگاه توسعه ملی، عدالت اجتماعی و رشد اقتصادی، تأمین غذای کافی، کمیت و کیفیت الگوی غذای مصرفی و سلامت تغذیه ای افراد جامعه، محور اصلی و تعیین کننده در بستر حرکت انسان محوری است و سوء تغذیه نیروی بازدارنده موثر بر فرآیند توسعه ملی محسوب می شود. سوء تغذیه پروتیین انرژی یکی از مشکلات عمده تغذیه‌ای کودکان زیر پنج سال کشور است. کمبود ریزمغذی‌ها به ویژه آهن، روی، ویتامین A با توجه به تاثیری که بر رشد کودکان دارند، از عوامل موثر در بروز سوء تغذیه کودکان است. همچنین، مشکل کمبود آهن و

- سرانه مصرف گوشت سفید:

این شاخص برای شهر تهران برابر ۲۹ کیلوگرم است. سرانه مصرف گوشت آبزیان در تهران، نصف استانداردهای بین‌المللی است. ایران در سال ۲۰۰۷ در رتبه پنجاه مصرف گوشت مرغ قرار داشته است. کشور امارات با مصرف سرانه سالانه ۶۴ کیلوگرم گوشت مرغ در رتبه اول و آمریکا با ۵۸ کیلوگرم در رتبه دوم قرار دارد. در تهران نیز حدود ۵۴ درصد افراد تحت پوشش خدمات بیمه تامین اجتماعی هستند.

اما در حال حاضر ایران نسبت به بسیاری از کشورهای در حال توسعه، جایگاه خوبی دارد. بررسی شاخص‌های یاد شده نشان می‌دهد که تهران یک شهر خاکستری است. در تهران، همه چیز رنگ خنثی دارد؛ حتی رنگ لباس‌های زنان و مردان (عابدی، ۱۳۸۸: ۱۱). بر اساس آخرین رتبه بندی کشورهای شاد، از میان ۷۹ کشور شاد دنیا، ایران در رتبه چهل و هشتم قرار گرفته که با توجه به اهمیت ارتقای سلامت شهری، ارتقای این شاخص نیز باید در حوزه اجرایی قرار گیرد

[mindblog.dericbownds.net]

۳-۱۲- شادمانی: شادمانی، از جمله مهمترین

موضوعها و شاخص‌های سلامت شهری است. شادمانی در میان مردم کشورهای جهان، متفاوت است. پراکنش جغرافیایی شادی در جهان، با توجه به شاخص‌های متعدد زندگی، بیانگر رویکرد مردم جهان به شادمانی است. با نگاهی به نقشه پراکنش شادی می‌توان به این نتیجه رسید که عموماً مردمان کشورهای توسعه یافته، نسبت به شهروندان کشورهای توسعه نیافته بیشتر شادند. شهروندان کانادا، استرالیا و ایالات متحده در صدر کشورهای شاد جهان قرار دارند و در این میان، کشورهای آفریقایی کمترین بهره را از شادمانی و نشاط دارند. ایران در این نقشه در کنار کشورهای معمولی و مناسب قرار دارد.

۳-۱۳- رنگ شهری: از آنجایی که رنگ ساختمان‌ها، مبلمان شهری، نور پردازی خیابان‌های شهر و ... تأثیرات شگرفی در ارتقای سلامت روانی انسان‌های ساکن در شهرها دارد، بنابراین، باید از بهترین راهبرد برای رنگ آمیزی شهرها در روز و شب استفاده نمود. بزرگترین تأثیر شهر بر ساکنانش از لحاظ بصری است. به همین علت، امروز مهمترین چالشی که شهرهای در حال توسعه، از جمله تهران با آن مواجهند، آلودگی‌های بصری است. اینجاست که اهمیت و کاربرد رنگ در شهرسازی اهمیت پیدا می‌کند (اورند، ۱۳۸۸: ۵).

۴- جمع بندی و نتیجه گیری

این بررسی با رویکرد طبقه بندی مناطق مختلف تهران از منظر شاخص‌های رفاه شهری، با توجه به نتایج سرشماری آماری در سال ۱۳۸۵ انجام شد. بررسی شاخص‌های رفاه شهری نشان داد که شاخص‌های

هرچند بررسی شاخص‌های زندگی، از جمله درآمدها، اماکن تفریحی در شهرها، اوقات فراغت، دسترسی به خدمات مناسب و بهره‌مندی از عرصه‌های عمومی می‌تواند چشم‌اندازی مناسب برای ایران رقم زند،

کلیدی قرار می‌گیرد که نتایج بررسی‌ها را تحت‌الشعاع قرار داده است.

بررسی مناطق تهران نشان داد که ساختار اجتماعی کلان‌شهر تهران برخلاف بسیاری از دیگر شهرهای بزرگ دنیا که مناطق خاصی مانند جنوب یا شمال شهر مختص طبقه و قشر مشخصی است، در سی ساله اخیر به شدت متحول شده است و تقریباً مردم با فرهنگ‌ها و سطح درآمدی مختلف در مناطق گوناگون سکنی گزیده‌اند. این مسأله هر چند که مقوله شمال شهر - جنوب شهر را تا حدی کمرنگ کرده است، ولی تقابلات گسترده فرهنگی و اقتصادی ناشی از به هم ریختگی بافت شهری در آن کاملاً مشهود است که نیازمند بررسی خاص رفاهی و امنیتی است.

شاخص‌هایی مانند آلودگی هوا، آلودگی صوتی، مسکن و قیمت آن، زلزله، تمرکز نهادها و سازمان‌ها در تهران، احساس عدم امنیت در رفت و آمد در معابر، خصوصاً برای سالخوردگان و کودکان، فقدان دسترسی راحت به مراکز مورد نیاز، نبود دولت الکترونیک و استفاده گسترده از اینترنت و فقدان امکانات حرکتی آسان در تهران، از جمله شاخص‌هایی است که رفاه اجتماعی در این شهر را به چالش کشیده است.

براساس رتبه‌بندی به روش تحلیل پوششی داده‌ها به ترتیب مناطق ۱، ۳، ۶ و ۲ بالاترین سطح رفاه شهری را به خود اختصاص داده‌اند و مناطق ۱۷، ۱۸، ۱۶ و ۱۹ در پایین‌ترین سطح رفاه قرار دارند.

مذکور در طی سال‌های اخیر دستخوش تغییرات درخور توجهی شده‌اند و صرفاً استفاده کلیشه‌ای از شاخص‌هایی که بیان‌کننده مصرف هستند، نمی‌تواند تصویر درستی از میزان رفاه نشان دهد و مباحث مربوط به رفاه وارد حوزه‌های جدیدتری شده است. تأکید شاخص‌های جدید رفاه بر امکاناتی است که افراد جامعه به پشتوانه آنها می‌توانند از نیروی خلاقیت، فکر و توان جسمی خود در جهت افزایش بهره‌وری و توسعه استفاده کنند. به همین علت، شاخص‌های رفاهی طیف متنوعی، از جمله شاخص‌های اشتغال و نوع آن، سواد و نیل به ادامه تحصیل، محل سکونت و امکانات آن، جایگاه اجتماعی فرد و امنیت، شاخص‌های توسعه دیجیتالی و نقش آفرینی در فرایند جهانی شدن را در برمی‌گیرند.

از سوی دیگر، کلان‌شهرها (به خصوص پایتخت کشورهای در حال توسعه) در فرایند توسعه در هزاره سوم نقشی فراتر از نقش سنتی خود دارند و شاخص‌های در نظر گرفته‌شده برای آنها باید بیان‌کننده این نقش واقعی باشند و هیچ کشوری نمی‌تواند ادعا کند که بدون داشتن شهروندان سالم، روابط ایمن اجتماعی و خانوادگی، امنیت اقتصادی و ماندگاری شغلی و درآمدی و مهیا بودن زیرساخت‌های توسعه دیجیتال، می‌تواند به توسعه دست یابد. نتایج این بررسی نشان داد که شهر تهران به عنوان کلان‌شهر بااهمیت کشور، فاقد آمارهای مناسب برای مقایسه معیارهای نوین توسعه و متناسب با نقش آن است. بنابراین، بسیاری از بررسی‌ها در این ارتباط در تنگنای نبود اطلاعات آماری مستند و شاخص‌های

جدول شماره ۶- مناطق ۲۲ گانه تهران (بزرگ) برحسب سطح توسعه یافتگی آنها

ردیف	منطقه	امتیاز	ردیف	منطقه	امتیاز
1	منطقه ۱	100	12	منطقه ۱۰	52.72
2	منطقه ۳	89.96	13	منطقه ۲۲	52.56
3	منطقه ۶	89.91	14	منطقه ۲۰	52.34
4	منطقه ۲	77.94	15	منطقه ۱۴	52.05
5	منطقه ۷	72.48	16	منطقه ۹	51.49
6	منطقه ۴	59.79	17	منطقه ۲۱	51.08
7	منطقه ۵	58.08	18	منطقه ۱۵	50.66
8	منطقه ۸	57.05	19	منطقه ۱۶	50.51
9	منطقه ۱۲	55.27	20	منطقه ۱۹	50.15
10	منطقه ۱۱	55.17	21	منطقه ۱۷	49.84
11	منطقه ۱۳	54.1	22	منطقه ۱۸	49.32

مأخذ: یافته های نگارندگان

۵- ارایه راهکارها و پیشنهادها

هرچند که سرشماری آماری، بخشی از نیازهای آماری را از منظر شاخص‌های رفاهی و الزامات اطلاعاتی به دست می‌دهد، اما ضروری است که برای کلان شهر تهران، شیوه دیگری از آمارگیری و جمع آوری اطلاعات که بیشتر ساختار هدفمند منطبق با برنامه های توسعه‌ای دارد، اجرا شود. ساختار آمارگیری‌های مذکور باید الزامات توسعه در هزاره سوم و نقش شهروندان در شهرهای بزرگ را لحاظ نموده، از حالت آمارگیری سنتی خارج شود. برای این منظور، علاوه بر مدیران و مسئولان، مردم نیز باید به نقش خود آگاه بوده و اهمیت چنین آمارهایی را دریابند. براین اساس و با توجه به شاخص‌های بررسی شده در این تحقیق، نتایج به دست آمده و با در نظر گرفتن ملزومات حرکت به سمت

الزامات جهانی شدن و نقش کلان شهرها در این فرایند

موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

- علاوه بر سرشماری آماری که سؤال های یکسانی را برای کل کشور در آن در نظر می‌گیرند، سرشماری خاصی برای تهران به عنوان تنها کلان شهر کشور باید پایه‌ریزی شود.

- ساختار چنین آمارگیری باید شاخص‌های توسعه را لحاظ نماید. این شاخص‌ها می‌توانند مواردی، از جمله: توسعه امکانات خدمات دیجیتال کشور، میزان آشنایی شهروندان با الزامات توسعه در قرن سوم و نقش آنها به عنوان پایتخت نشینان، امکانات رفاهی برای زندگی سالم مانند تفریحات، مطالعه، آموزش، ورزش و...، نوع غذاهای مصرفی، شیوه‌های پخت و پز و ...، ساختار امنیت پایتخت از منظر شاخص‌های جرم و جنایت، ماندگاری درآمدی، سرپرستان خانوار، نوع

- ۷- عابدی، گیتی، (۱۳۸۸)، *شادمانی قطعه پنهان پایتخت*، سایت همشهری [\[www.hamshahrionline.ir\]](http://www.hamshahrionline.ir)، ۱۳۸۸/۶/۲۴.
- ۸- فضایی، امیرعباس، (۱۳۸۷)، *وضعیت فقر و سلامتی در ایران*، فصلنامه سلامت و توسعه پایدار، جهاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال پنجم، شماره ۱۶.
- ۹- کلانتری، محسن، (۱۳۸۰)، *بررسی جغرافیایی جرم و جنایت در مناطق شهر تهران*، پایان نامه دوره دکتری دانشگاه تهران.
- ۱۰- ماهر، علی، (۱۳۸۷)، *چالشهای اقتصاد سلامت در ایران*، فصلنامه سلامت و توسعه پایدار، جهاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال پنجم، شماره ۱۶.
- ۱۱- محمدزاده اصل، نازی، (۱۳۸۶)، *بررسی مقایسه‌ای شاخص‌های رفاه اجتماعی خانوارها در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران*، گزارش طرح پژوهشی، مرکز آمار ایران.
- ۱۲- مدیریت و سلامت شهری، *سایت اتاق فکر ایران*، [\[www.htt.ir\]](http://www.htt.ir)
- ۱۳- مرصوصی، نفیسه، (۱۳۸۱)، *توسعه یافتگی و عدالت اجتماعی شهر تهران*، پژوهشهای اقتصادی، شماره ۱۴، زمستان ۱۳۸۳.
- ۱۴- مرکز آمار ایران، [\[sci.org.ir\]](http://sci.org.ir)، [شهریور ۱۳۸۸].
- ۱۵- مرکز آمار و اطلاعات شهرداری تهران، [\[sirs.tehran.ir\]](http://sirs.tehran.ir)، [شهریور ۱۳۸۸].

برخورد با زنان و کودکان و... ساختار تحصیلی، امکانات آن و میل به ادامه تحصیل، نوع تخصص‌ها و نیازهای جامعه و ... را شامل شوند.

منابع

- ۱- احمدی، علی محمد، وفایی یگانه، رضا، (۱۳۸۷)، *بررسی شاخص‌های اقتصاد سلامت در برنامه‌های سوم و چهارم توسعه*، فصلنامه سلامت و توسعه پایدار، جهاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال پنجم، شماره ۱۶.
- ۲- آذر، عادل، غلامرضایی، داوود، (۱۳۸۵)، *رتبه‌بندی استانهای کشور با رویکرد تحلیل پوششی داده‌ها*، فصلنامه پژوهشهای اقتصادی ایران، سال هشتم، شماره ۲۷.
- ۳- اورند، مهدی، (۱۳۸۸)، *سرنوشت رنگ‌ها در شهر شـهری طرنجی*، سایت همشهری [\[www.hamshahrionline.ir\]](http://www.hamshahrionline.ir)، ۱۳۸۸/۶/۲۴.
- ۴- رییس دانا، فریبرز، *نقد و بررسی چند الگوی نظری در اقتصاد رفاه*، رفاه اجتماعی، سال ۲، شماره ۳.
- ۵- *سایت سازمان حفاظت محیط زیست*، <http://www.irandoe.org/doeportal/airp/?pid=2099>، [شهریور ۱۳۸۸].
- ۶- طالبی، هوشنگ، زنگی آبادی، علی، (۱۳۸۰)، *تحلیل شاخص‌ها و تعیین عوامل مؤثر در توسعه انسانی شهرهای بزرگ کشور*، تحقیقات جغرافیایی، شماره ۱۶، بهار.

۱۶- مهرگان، محمدرضا، (۱۳۸۳)، مدل‌های کمی برای ارزیابی عملکرد سازمان‌ها - DEA؛ تهران، انتشارات دانشگاه تهران.

17- The happiest world's countries, [mindblog.dericbownds.net/2008_07_01_archive.html.

18- United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division World Urbanization Prospects: The 2007 Revision.

19- U.S. Census Bureau, Census 2002.

20- Australian Institute of Health and Welfare, Australia's Welfare, 2005.

21- The Metropolitan New Economy Index, PPI, USA, 2002.