

ارزیابی شاخص‌های شهر سالم در نقاط شهری استان‌های ایران

محمد حسین ابتکاری

دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر ارزیابی شاخص‌های شهر سالم در نقاط شهری استان‌های ایران می‌باشد. روش پژوهش اسنادی و بر روش تحلیل ثانویه داده‌های سرشماری، سالنامه‌های آماری استان‌ها، داده‌های سازمان ثبت احوال، داده‌های وزارت درمان، بهداشت و آموزش پزشکی متکی است و جامعه‌ی آماری، تمامی سکونت‌گاه‌های شهری استان‌های کشور را شامل می‌شود. یافته‌ها حاکی از آن است که در بین نواحی شهری استان‌های مختلف کشور در شاخص‌های (بیکاری، مرگ و میر کودکان، بی‌سواد، نرخ خام مولید، تسهیلات مسکن، دسترسی به آب سالم، فضای سبز شهری، واحد مسکونی بادوام) اختلاف و نابرابری بیش از سایر شاخص‌ها بوده و در سایر شاخص‌ها اختلاف چندان زیاد نبود. نتایج نیز نشان می‌دهد که بر اساس شاخص‌های ارزیابی شده در این تحقیق، نواحی شهری استان‌های: سمنان، مرکزی، گلستان، گیلان، یزد، قزوین، تهران، اصفهان، آذربایجان شرقی و بختیاری جزء شهرهای سالم محسوب می‌شوند. همچنین نقاط شهری استان‌های سیستان، ایلام، خراسان جنوبی، فارس، کردستان، لرستان و کرمانشاه، کرمان، قم و خوزستان جزء استان‌های ناسالم و نقاط شهری سایر استان‌ها جزء شهرهای نیمه سالم به شمار می‌آیند.

واژه‌های کلیدی: شهر، نقاط شهری ایران، شاخص‌های شهر سالم.

۱- مقدمه

سازمان بهداشت جهانی در گزارش خود (۲۰۱۰) اعلام کرد تا یکصد سال پیش، از هر ۱۰ نفر جمعیت دنیا تنها ۲ نفر در شهر زندگی می‌کردند و تا سال ۲۰۵۰، از هر ۱۰ نفر ۷ نفر ساکن شهر خواهند بود؛ که امروزه حدود یک سوم (۸۲۸ میلیون نفر) از این جمعیت شهری در مناطق پرجمعیت و حلی آبادها زندگی می‌کنند (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۱۰: ۴ و ۱۰). این افزایش جمعیت و توسعه شهری، پیامدهای عمده‌ای از جمله (مسکن نامطلوب، ازدحام جمعیت، آلودگی هوا، آب آشامیدنی ناکافی و یا آلوده، بهداشت نامناسب و دفع مواد زائد جامد شهری، انتقال بیماری‌ها، پسماندهای صنعتی، افزایش ترافیک، استرس و فقر و بیکاری) را در شهرها در پی خواهد داشت (هال و همکاران^۲، ۲۰۰۹: ۸) که ضرورت توجه به این مسئله بسیار حائز اهمیت است. از آن جایی که شهرها موجودیت انسانی دارند، برای تأمین زیر بنای مناسب در جهت پیشرفت و رشد اقتصادی، سلامت شهرها به عنوان یکی از چالش‌های عصر امروزی مطرح می‌باشد (محمد زاده اصل و همکاران، ۱۳۸۹: ۸۵). به همین خاطر افزون بر سه دهه است که پدیده‌ای با نام "شهر سالم" پا به عرصه‌ی وجود گذاشته است. ظهور چنین پدیده‌ای بیانگر عدم رضایت از وضعیت شهرهای موجود می‌باشد و بدین معنی است که شهرهای فعلی مکان‌های ناسالمی برای زندگی انسان‌ها هستند (احمدی، ۱۳۸۵: ۲). در نتیجه، این عوامل موجبات انجام چنین تحقیقاتی را در زمینه‌ی توجه به سلامت شهرها چندین برابر ضروری می‌سازد. به طوری که سازمان بهداشت جهانی هدف اصلی شهرهای سالم را بهبود سلامت ساکنان شهری، بخصوص ساکنین کم درآمد، از طریق بهبود شرایط زندگی و خدمات بهداشتی درمانی بهتر می‌داند (لیو^۳، ۲۰۰۱: ۴۰). در این زمینه برنامه‌ریزی سلامت توسط آن دسته از برنامه‌ریزان شهری و منطقه‌ای که همواره در پی آند تا محیط شهری را با سلامت فیزیکی و روحی شهرنشینان پیوند بزنند پا به عرصه‌ی وجود گذاشته است (قدمی، ۱۳۸۹: ۲)؛ اما با وجود برنامه‌ها و اقدامات صورت گرفته از طرف دولت در برنامه‌ی مختلف توسعه و بهبودهایی که در کیفیت زندگی مردم شهری صورت گرفته است اما شاخص‌های مربوطه قانع کننده به نظر نمی‌رسد (عنبری، ۱۳۸۹، ۵۲). بر این اساس، نیاز به مطالعاتی که به آشکارسازی محرومیت برخی از نواحی شهری بیانجامد ضروری به نظر می‌رسد تا توجه برنامه‌ریزان و مسئولین را به این مناطق افزایش دهد. در ایران حدود ۶۹ درصد جمعیت در شهرها زندگی می‌کنند و توجه به این مناطق شهری می‌تواند با فراهم آوردن محیط زیست سالم و پایدار نقش مهمی در توسعه‌ی ملی داشته باشد و هر فعالیتی که در جهت ارتقای سطح رفاه شهرها و خانوارهای شهری صورت گیرد، نتایج مثبتی در پی خواهد داشت که کل جامعه از آن منتفع خواهد شد. در نتیجه با توجه به بیان مسائل و ضرورت‌های موجود، هدف کلی این تحقیق ارزیابی شاخص‌های شهر سالم در نقاط شهری استان‌های ایران می‌باشد.

در کنار هدف اصلی تحقیق، اهداف فرعی دیگری نیز طراحی شده است:

- بررسی اختلاف نقاط شهری، از نظر دسترسی به هر یک از شاخص‌های شهر سالم

- رتبه‌بندی نقاط شهری ایران از نظر دسترسی به شاخص‌های شهر سالم

همچنین، مقاله‌ی حاضر در پی پاسخ به این سؤال اصلی است که نقاط شهری استان‌های مختلف کشور از نظر برخورداری از شاخص‌های شهر سالم چه تفاوت‌هایی با یکدیگر دارند؟

۲- ادبیات تحقیق

۲-۱- پیشینه‌ی تحقیق

واژه‌ی شهر سالم برای اولین بار در سال ۱۹۸۴ به وسیله لئونارد دهل^۴ در شهر تورنتوی کانادا در کنفرانسی تحت عنوان "فراسوی مراقبت‌های بهداشتی" مورد استفاده قرار گرفت (احمدی، ۱۳۸۵: ۵) و در سال ۱۹۸۶ اولین کنفرانس بین‌المللی در

^۱ - World Health Organization

^۲ - Hall et al

^۳ - Leeuw

^۴ - Duhl

ارتقای سلامت در اتاوا اعلام کرد: شرایط و منابع اساسی برای حفظ و بهبود سلامت افراد، عواملی چون صلح، سرپناه، آموزش، غذا، درآمد، اکوسیستم پایدار، منابع پایدار، عدالت اجتماعی و برابری حقوق هستند که این اصول چهارچوب پروژه‌ی شهر سالم را فراهم ساخت (دوئل و سانچز^۱، ۱۹۹۹: ۷)؛ اما ابتکار عمل شهر سالم در سال ۱۹۸۷ توسط سازمان بهداشت جهانی به دنبال قرار دادن سلامت در دستور کار تصمیم‌گیرندگان در شهرها، برای ایجاد یک توافق کامل برای بهداشت عمومی در سطح محلی مطرح شد و این برنامه‌ها برای اولین بار در کشورهای توسعه‌یافته راه اندازی شدند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۲: ۱).

ایده‌ی شهر سالم در ایران نیز پس از برگزاری کنفرانس شهرهای سالم در مصر (۱۹۹۰) مطرح شد. در اولین اقدام سمپوزیوم شهر سالم در تهران تشکیل شد (۱۳۷۰) به دنبال آن ستاد شهر سالم تشکیل شد.

در ادامه به برخی از تحقیقات تجربی صورت گرفته در داخل و خارج از کشور پرداخته خواهد شد.

محمودی نژاد و همکاران (۱۳۸۶)، در تحقیقی توصیفی - تحلیلی با عنوان "تعامل دستور کار ۲۱ و فرایند تحقق‌پذیری شهر سالم به ارائه‌ی راهکارها و پیشنهادهایی در شرایط معاصر ایران پرداخته‌اند. فرهادی (۱۳۸۹)، ارزیابی مشارکت مردم در پروژه-ی شهر سالم کوی سیزده آبان را براساس یک نمونه‌ی تصادفی ۴۲۴ نفری به انجام رسانده است. زیاری و همکاران (۱۳۸۹)، در پژوهشی با عنوان "مقایسه‌ی تطبیقی شاخص‌های کمی و کیفی مسکن شهر بابل با نقاط شهری کشور با تأکید بر شهر سالم" به بررسی وضع کمی و کیفی مسکن در شهر مورد مطالعه و نقاط شهری کشور در طی سال‌های ۸۵-۶۵ پرداخته‌اند.

همچنین از تحقیقات صورت گرفته در خارج از کشور می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

کاپینن^۲ و همکاران (۲۰۰۶)، به تحقیقی با عنوان "اثر بخشی ارزیابی تاثیرات انسانی در شبکه‌ی شهرهای سالم فنلاند" پرداخته‌اند. تاکانو^۳ و ناکامورا^۴ (۲۰۰۱)، در تحقیقی با عنوان "تحلیل سطوح سلامت و شاخص‌های گوناگون زیست محیطی برای پروژه‌ی شهر سالم" پرداخته‌اند. گیدز^۵ و همکاران (۲۰۰۹)، در تحقیقی با عنوان "سیستم پشتیبانی سلامت اجتماعی برای برنامه‌ریزی شهرهای سالم" در شهر لوگان استرالیا پرداخته‌اند.

با واکاوی تحقیقات در زمینه‌ی شهر سالم در داخل و خارج متوجه می‌شویم که نوپا بودن این موضوع باعث شده است که تحقیقات چندان زیادی در این مورد صورت نگرفته است. همچنین اکثر تحقیقات صورت گرفته نیز بیشتر به مفهوم پردازی این موضوع پرداخته‌اند و اغلب در سطح خرد صورت گرفته است. همچنین برخی تحقیقات نیز، فقط سلامت شهری را توضیح داده و از کاربرد تحلیل شاخص‌های آن خودداری کرده‌اند. همچنین اکثر تحقیقات صورت گرفته به صورت موردی و دارای جامعه‌ی آماری محدود بوده است و هیچکدام در سطح ملی صورت نگرفته است؛ اما این تحقیق سعی دارد شاخص‌های شهر سالم را به طور کامل‌تری در بین تمامی استان‌های کشور مورد توجه قرار دهد.

۲-۲- مفهوم شهر سالم

سازمان بهداشت جهانی شهر سالم را به عنوان "شهری که سیاست‌های بخش عمومی و محیط فیزیکی و اجتماعی آن به طور مداوم در حال بهبود است و مردم را به حمایت از یکدیگر در انجام تمام عملکردهای زندگی و دستیابی به پتانسیل کامل خود قادر می‌سازد" تعریف کرده است (اوفیسو^۶، ۲۰۰۳: ۲۲۲).

هنکوک^۷ و دوئل یازده عنصر را به عنوان شاخص‌ها و پارامترهای کلیدی شهر سالم پیشنهاد کرده‌اند که عبارت‌اند از:

- محیط زیست تمیز، امن و با کیفیت بالا (از جمله مسکن).

- اکوسیستمی که در زمان حال و دراز مدت پایدار باشد.

^۱ - Duhl and sanchez

^۲ . Kauppinen

^۳ . Takano

^۴ . Nakamura

^۵ . Gudes

^۶ - Awofeso

^۷ . Hancock

- اجتماعی مبتنی بر حمایت دوجانبه‌ی قوی و غیر استثماری.
 - درجه‌ی بالایی از مشارکت عمومی و کنترل مؤثر بر تصمیمات زندگی، بهداشت و تندرستی.
 - تأمین نیازهای اساسی (غذا، آب، سرپناه، درآمد، ایمنی و کار) برای همه‌ی مردم.
 - دسترسی به طیف گسترده‌ای از تجربیات و منابع، با امکان تماس‌ها، تعامل و ارتباطات متعدد.
 - اقتصادی متنوع، حیاتی و نوآورانه.
 - تشویق و ترغیب شهروندان در توجه به گذشته و فرهنگ خویش و نیز ارتباط با دیگر گروه‌ها.
 - رسیدن به شکلی از زندگی شهری که در آن شرایط حد‌اکثر سازگاری وجود داشته باشد.
 - دستیابی به سطح مطلوب خدمات بهداشتی و نیز فراهم بودن مراقبت‌های بهداشتی برای همه.
 - وضعیت سلامت بالا: وضعیت سلامت مثبت و وضعیت بیماری پایین (دوهل و سانچز، ۱۹۹۹: ۲۴ - ۲۳).
- گولی و همکاران (۲۰۱۱) در تحقیقی که در هشت شهر هند انجام دادند با ترکیب شاخص‌های زیست محیطی، عملکرد بهداشت عمومی و شرایط زندگی و سلامت شهری، این شهرها را با توجه به این شاخص‌ها مورد بررسی قرار دادند:
- دسترسی درصد خانوارها به آب آشامیدنی سالم
 - درصد خانوارها دارای سیستم دفع بهداشتی فاضلاب
 - درصد خانوارهای دارای خانه‌ی حقوقی (شخصی)
 - درصد خانوارهای داری گاز پخت و پز
 - درصد خانوارهای داری برق برای روشنایی
 - درصد خانوارهای بیش از سه نفر در اتاق خواب
 - درصد زنانی که به مراکز درمانی تحویل داده شده
 - درصد کودکانی که ایمن‌سازی کامل را دریافت کرده‌اند
 - درصد کودکان مبتلا به بیماری‌های حاد تنفسی
 - درصد کودکان مبتلا به تب، سل و آسم (گولی و همکاران^۱، ۲۰۱۱: ۴۶۳).
- سازمان بهداشت جهانی نیز در گزارش سالانه‌ی خود در سال ۲۰۱۰ عوامل مؤثر بر سلامت شهرها را این چنین بیان کرده است:
- ۱- ویژگی‌های جمعیتی (الگوهای روند باروری و مهاجرت، وضعیت سن و جنس).
 - ۲- نظارت شهری (شامل دولت، بخش خصوصی، جامعه مدنی و گروه‌های اجتماعی).
 - ۳- محیط طبیعی و ساخته شده (جغرافیا و آب و هوا، شرایط مسکن، دسترسی به آب سالم و فاضلاب، سیستم‌های حمل و نقل و کیفیت هوا).
 - ۴- محیط اجتماعی و اقتصادی (دسترسی به فرصت‌های آموزشی و اقتصادی، ایمنی و امنیت، حمایت انسجام اجتماعی و برابری جنسیتی).
 - ۵- امنیت و کیفیت مواد غذایی
 - ۶- مدیریت اضطراری خدمات و سلامت (دسترسی به خدمات مراقبت‌های اولیه با کیفیت مطلوب، پوشش جهانی شهرها، آمادگی برای شرایط اضطراری بهداشتی، پیامدهای بهداشتی شامل بیماری‌های عفونی، بیماری‌های غیر واگیردار از جمله: آسم، بیماری‌های قلبی و دیابت، صدمات و خشونت ناشی از حوادث جاده‌ای، قتل، خودکشی) (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰: ۲۹-۱۳).

^۱ - Goli et al

قدمی و همکاران نیز در سال ۱۳۸۹ در بررسی شاخص‌های شهری به ارزیابی شاخص‌ها در سه دسته‌ی متفاوت پرداختند که عبارت‌اند از:

- ۱- شاخص‌های جمعیتی: درصد رشد سالانه‌ی و نسبی جمعیت، میانگین و میانه سنی جمعیت، درصد جمعیت ۰-۱۴ و ۱۵-۶۴ و ۶۵ سال به بالا، مدت زمان دو برابر شدن جمعیت و نسبت جنسی در بدو تولد.
- ۲- شاخص‌های بهداشتی: درصد نوزادان متولد شده با وزن کم، شاخص فاصله‌ی موالید، نرخ باروری کل، نرخ خام موالید، شاخص نسبت دخترزایی و پسرزایی، در صد زنان ازدواج کرده‌ای که از وسایل بارداری استفاده می‌کنند، درصد زایمان در بیمارستان‌ها، درصد جمعیتی که به آب لوله کشی دسترسی دارند.
- ۳- شاخص‌های اجتماعی: نرخ باسوادی زنان و مردان، نرخ خالص ثبت نام در مدارس ابتدایی و راهنمایی دختر و پسر، متوسط بعد خانوار، درصد اشتغال زنان و مردان، درصد بیکاری زنان و مردان، نرخ خالص و عمومی طلاق، نرخ پیش‌رسی ازدواج زنان و مردان، میانگین سن ازدواج، نرخ تجرد، عمومیت ازدواج (قدمی و همکاران، ۱۳۸۹: ۵-۱۱).

محمدزاده اصل و همکاران (۱۳۸۹) نیز شاخص‌های سلامت شهری در شهر تهران را عواملی می‌دانستند که شامل: آلودگی هوا، سلامت روان (سرانه‌ی فضای شهری، آمار جرم و جنایت، گرانی، عدم امنیت در تأمین مسکن، بیکاری جوانان، تعداد کلانتری‌ها، مراکز پلیس ۱۰+ و آتش‌نشانی‌ها)، مشارکت اجتماعی، آلودگی صوتی، عدالت اجتماعی (توزیع عادلانه‌ی سرویس‌های سلامت شهری)، بیماری‌های واگیردار، شاخص‌های اقتصادی (فقر، درآمد سرانه، توزیع درآمد، تورم و...)، نظام تأمین اجتماعی، آب آشامیدنی سالم، شاخص‌های سلامت، تعداد افراد به ازای یک تخت بیمارستان، درصد مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی، مرگ و میر کودکان قبل از یک سال، سرانه‌ی بهداشت، سرانه‌ی مصرف روغن، مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در هر ۱۰۰۰ تولد، امنیت غذایی (سرانه‌ی مصرف لبنیات، سرانه‌ی مصرف گوشت قرمز، سرانه‌ی مصرف گوشت سفید)، شادمانی، رنگ شهری (رنگ ساختمان‌ها، مبلمان‌ها، نورپردازی خیابان‌های شهر و...) (محمدزاده اصل و همکاران، ۱۳۸۹: ۹۲-۱۲۲).

در مجموع می‌توان گفت از نظر یک اقتصاددان شهری، شهر سالم شهری است که در شرایط فیزیکی مناسبی باشد و در عین حال واردات و صادرات متعادلی هم دارد. از نظر یک برنامه‌ریز شهری، شهر سالم می‌تواند شهری باشد که دارای ویژگی‌های کالبدی مطلوبی در مؤلفه‌های مسکن، حمل و نقل و بالاخص فضای سبز است. از دیدگاه جامعه‌شناسی شهری، شهر سالم شهری است که همبستگی اجتماعی و مراودات شهروندی را افزایش می‌دهد. از نظر یک کارشناس تعلیم و تربیت، ممکن است شهر سالم به معنای شهری باشد که امکان رشد و پیشرفت شهروندان را فراهم می‌کند. به نظر یک برنامه‌ریز بهداشتی، شهر سالم دارای خدمات بهداشتی قابل دسترس و با کیفیت بالا است. شهر سالم شهری است که به شهروندان امکان می‌دهد تا زندگی‌شان را اداره کنند، برای آنها سرپناه و تغذیه‌ی مناسب تهیه می‌کند و شرایطی به وجود می‌آورد تا دوستانشان را ملاقات کنند، با ایمنی کامل در شهر جابجا شوند و به طور کلی امور زندگی را با آزادی انجام دهند (محمودی نژاد و همکاران، ۱۳۸۶: ۳۴۲).

۲-۳- جایگاه شهر سالم در قوانین کشور

در سند چشم‌انداز بخش سلامت در برنامه‌ی چهارم توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، به نکات زیر در مورد شهر و سکونتگاه‌های انسانی اشاره شده است که برخی از آن‌ها با مفهوم شهر سالم ارتباط نزدیکی دارد:

- تأمین، حفظ و ارتقای سلامت افراد و جامعه
- مشارکت عادلانه در تأمین هزینه‌های بخش سلامت
- ارتقای امنیت غذا و تغذیه
- پوشش فراگیر و الزامی بیمه‌ی سلامت
- توجه به تحقق امنیت غذایی و سلامت تغذیه‌ای

- هدفمند کردن یارانه‌ها به منظور دستیابی به سبد غذایی مطلوب و رفع سوء تغذیه‌ی خانوارهای کم درآمد
- حمایت از برنامه‌ی ترویج تغذیه با شیر مادر به منظور حفظ سلامت مادر و کودک (<http://www.elib.hbi.ir>).
- برنامه‌ی پنجم توسعه نیز توجه به عوامل زیر نشان دهنده‌ی ارتباط نزدیک این برنامه با برخی اهداف شهر سالم می‌باشد:
- مساعدت‌های اجتماعی شامل: خدمات حمایتی و توانمندسازی، بیمه‌های اجتماعی پایه شامل مستمری‌ها و بیمه‌های درمانی پایه و بیمه‌های مکمل بازنشستگی و درمان.
- ایجاد، توسعه و تغییر واحدهای بهداشتی - درمانی، تأمین و تخصیص و توزیع تجهیزات و ملزومات پزشکی، دندانپزشکی و آزمایشگاهی بر مبنای نیاز کشور در چهارچوب سطح‌بندی خدمات سلامت.
- پیشگیری و مقابله با بیماری‌ها و عوامل خطر ساز سلامتی که بیشترین هزینه‌ی اقتصادی و اجتماعی را دارد.
- توانمندسازی افراد و گروه‌های نیازمند به ویژه زنان سرپرست خانوار و معلولان نیازمند.
- بهبود فضای کسب و کار
- مقاوم‌سازی ساختمانها و اصلاح الگوی مصرف به ویژه مصرف انرژی در بخش ساختمان و مسکن و انجام مطالعات لازم برای کاهش خطرپذیری زلزله.
- حفاظت، احیاء و بهره‌برداری پایدار از محیط زیست، منابع طبیعی و تنوع زیستی (<http://www.irajabdi.com>)

۲-۴- معرفی شاخص‌ها

- در پژوهش حاضر با توجه به مرور شاخص‌ها و با روشی ترکیبی، از شاخص‌های مورد توجه و استفاده دوهل و سانج (۱۹۹۹)، گولی و همکاران (۲۰۱۱)، سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۰)، قدمی (۱۳۸۹) و محمدزاده اصل (۱۳۸۹) شاخص‌های زیر که امکان در دسترس بودن آن‌ها نیز بیشتر فراهم بود انتخاب و در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفتند.
- شاخص‌های سلامت شامل: تعداد افراد به ازای یک تخت بیمارستان در هر هزار نفر، دسترسی به آب سالم، تعداد پزشکان عمومی و متخصص به ازای هر هزار نفر، هزینه‌ی بهداشت خانوار شهری در یک سال، درصد افراد دارای معلولیت، درصد هزینه‌ی سرانه‌ی مصرف گوشت سفید و لبنیات، درصد هزینه‌ی سرانه‌ی مصرف دخانیات.
 - شاخص‌های اجتماعی شامل: رشد سالانه‌ی جمعیت، نرخ بی‌سوادی، نرخ بیکاری، نرخ خام‌موالید و نرخ خام‌طلاق و سرانه‌ی فضای سبز شهری.
 - شاخص‌های سکونتی شامل: واحد مسکونی بادوام، درصد واحدهای مسکونی برخوردار از تسهیلات برق، آب لوله‌کشی و گاز لوله‌کشی، تراکم خانوار در واحد مسکونی، درصد مالکیت واحد مسکونی.

۳- روش تحقیق

روش تحقیق اسنادی، کتابخانه‌ای و تحلیل محتوای موجود با رویکرد توصیفی - تحلیلی است. مراحل تحقیق مشتمل بر مرور ادبیات و بررسی شاخص‌ها، طبقه‌بندی شاخص‌ها و جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات و مقایسه‌ی تطبیقی نقاط شهری استان‌های مختلف کشور با یکدیگر بوده است. اصلی‌ترین مراکز اطلاعاتی این تحقیق شامل داده‌های سازمان بهداشت جهانی، سال‌نامه‌های آماری استان‌ها، سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۸۵، داده‌های سازمان ثبت احوال کشور، داده‌های وزارت درمان، بهداشت و آموزش پزشکی کشور و آمار شهرداری‌های کشور است. در این تحقیق، نقاط شهری استان‌های کشور بر مبنای ۱۷ شاخص بهداشتی، اجتماعی و مسکونی در سال ۱۳۹۱ با توجه به مراکز اطلاعاتی ذکر شده و با ابزار اکسل ارزیابی شده است که در ابتدا بر اساس داده‌های گردآوری شده، نواحی شهری استان‌ها در هر شاخص، به طور جداگانه مورد مقایسه قرار گرفتند. در نهایت نیز میانگین مجموع شاخص‌های بهداشتی، اجتماعی و مسکونی هر استان محاسبه و نمره‌ی میانگین کلی هر یک از ۳۰ استان کشور بر اساس (۲۰ - ۰) نمره‌دهی شدند. بر این اساس ۱۰ استان رتبه‌ی اول در نمره‌ی کلی میانگین همه‌ی شاخص‌ها

جزء شهرهای سالم، ۱۰ شهر رتبه‌ی آخر جزء شهرهای ناسالم و مابقی جزء شهرهای نیمه سالم طبقه‌بندی شدند. جامعه‌ی آماری این تحقیق، تمامی نقاط شهری کشور را شامل می‌شود.

۴- یافته‌های تحقیق

۴-۱- شاخص‌های مسکونی

۴-۱-۱- فضای قابل سکونت (تسهیلات مسکن)

نتایج داده‌ها نشان می‌دهد استان‌هایی که نقاط شهری آن‌ها از همه‌ی تسهیلات واحدهای مسکونی همانند آب لوله‌کشی، برق، تلفن ثابت و گاز لوله‌کشی برخوردار باشند در سرشماری سال ۱۳۸۵، تفاوت‌های بسیار زیادی را نشان می‌دهند. به طوری که استان چهارمحال و بختیاری، ۹۰/۶، اردبیل ۸۹/۸، آذربایجان شرقی ۸۹/۵ و قم ۸۸/۸ دارای وضعیت بسیار مطلوبی هستند و استان‌های هرمزگان، سیستان و بلوچستان، ایلام و خراسان جنوبی تنها ۱ درصد واحدهای مسکونی همه امکانات یادشده را با هم دارند (البته این رقم به خاطر عدم وجود یکی از تسهیلات به طور کامل در این نواحی است، نه همه‌ی تسهیلات) (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

۴-۱-۲ شاخص خانوار در واحد مسکونی

این شاخص نسبت تعداد خانوارها به تعداد واحد مسکونی است و معمول‌ترین شاخص برای برآورد کمبود تعداد واحد مسکونی است. از جمله معیارهای قابل توجه در بررسی‌های مسکن، ضریب اشغال واحد مسکونی یا نسبت تعداد خانوار در واحد مسکونی است. آسایش داده‌های به دست آمده از سرشماری عمومی و نفوس مسکن سال ۱۳۸۵، نشان می‌دهد، نواحی شهری استان‌های تهران و قم با تراکم ۱ خانوار در واحد مسکونی شرایط بسیار مطلوبی دارند و نواحی شهری استان‌های سمنان ۱/۳ و کردستان، زنجان و کرمان ۱/۲ وضعیت نامناسب‌تری نسبت به سایر استان‌های کشور دارند (سرشماری عموم و نفوس مسکن، ۱۳۸۵).

۴-۱-۳ دوام واحدهای مسکونی

معمولاً واحدهای مسکونی را به کمک نوع مصالح به کار رفته در آن بی‌دوام (حصیر، چادر و مشابه آن)، کم دوام (تمام چوب، خشت و چوب و خشت و گل) و با دوام (اسکلت فلزی، بتون مسلح و آجر و آهن) تقسیم می‌کنند. خانه‌های با کیفیت نازل بطور معمول از مصالح نیمه بادوام یا بی‌دوام و موقتی، مانند خشت و گل ساخته می‌شوند. خانه‌های ساخته شده از مصالح با دوام معمولاً از ایمنی کافی در برابر سوانح برخوردارند، اگر چه نیاز به سرمایه‌گذاری بیشتری دارند (ستارزاده، ۱۳۸۸: ۷۵، ۷۶). داده‌ها نشان می‌دهد نواحی شهری استان‌های تهران ۷۸/۱، قزوین ۵۷/۸، آذربایجان شرقی ۵۱/۴ و اصفهان ۵۳/۳ از نظر ایمنی واحد مسکونی شرایط مطلوبی نسبت به سایر استان‌ها برخوردارند اما این شرایط در نواحی شهری استان‌های یزد ۷/۱، قم ۱۹/۹، ایلام ۲۰/۰، سیستان و بلوچستان ۲۱/۴ و کرمانشاه ۲۱/۸ چندان مطلوب نیست (مرکز آمار ایران، سرشماری ۱۳۸۵).

۴-۱-۴ نحوه‌ی تصرف واحد مسکونی (درصد)

مالکیت واحد مسکونی در ایران شامل مالکیت: مالکیت عرصه و اعیان، مالکیت اعیان، اجاره‌ای، در برابر خدمت و رایگان می‌باشد. بر اساس یافته‌های این تحلیل که مالکیت عرصه و اعیان را مورد تحلیل قرار داده است، نواحی شهری استان‌های ایلام ۷۰/۲، چهارمحال و بختیاری ۶۹/۹، یزد ۶۹/۶، آذربایجان غربی ۶۸/۱ و اردبیل ۶۷/۳ وضعیت مناسب تری نسبت به سایر استان‌های کشور داشتند و نواحی شهری استان‌های تهران ۴۷، خراسان رضوی ۴۷/۶، هرمزگان ۴۹ و سیستان و بلوچستان ۵۲/۶ وضعیت چندان خوبی نداشتند (مرکز آمار ایران، سالنامه‌های آماری استان‌های کشور، ۱۳۸۵).

۴-۲- شاخص‌های اجتماعی

۴-۲-۱ رشد سالانه جمعیت

داده‌ها نشان می‌دهد، شاخص رشد سالانه، در نواحی شهری استان‌های کرمانشاه ۱/۴، لرستان ۱/۸ و همدان ۱/۹ مناسب می‌باشد، اما این نرخ در نواحی شهری استان‌های هرمزگان ۴/۷، سیستان و بلوچستان ۴/۲ خراسان جنوبی ۴/۱ و کرمان و بوشهر ۳/۹ چندان مطلوب نیست (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

۴-۲-۲ بی‌سوادی (درصد)

داده‌های تحقیق نشان دهنده‌ی این است که نرخ بی‌سوادی در استان‌هایی مانند تهران ۷/۹، سمنان، ۸/۲، خراسان رضوی ۹/۶ وضعیت مناسبی دارد اما این شرایط در استان‌های سیستان و بلوچستان ۲۳/۶، کردستان ۱۷/۴، آذربایجان غربی ۱۶/۴ و اردبیل ۱۵/۰ چندان مناسب نیست (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

۴-۲-۳ بیکاری (درصد)

داده‌های این شاخص نشان می‌دهد، نواحی شهری استان‌های خراسان رضوی ۸/۰، قم ۸/۳، تهران ۸/۴ و سمنان ۸/۶ وضعیت مطلوبی دارند، اما نواحی شهری استان‌های لرستان ۲۷/۱، ایلام ۲۶/۵، کرمانشاه ۲۲/۹، کردستان ۲۱/۴ و سیستان و بلوچستان ۲۱/۳ وضعیت چندان مطلوبی ندارند (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

۴-۲-۴- طلاق (در هر هزار نفر)

آمارهای به دست آمده نشان می‌دهد که نواحی شهری استان‌های سیستان و بلوچستان ۰/۸، خراسان جنوبی ۱/۱۱، کهگیلویه و بویراحمد ۱/۱۳، سمنان ۱/۲۴ و چهارمحال بختیاری ۱/۱۶ وضعیت مناسب تری از نظر نرخ خام طلاق، نسبت به سایر استان‌ها دارند؛ اما نواحی شهری استان‌های مازندران ۳/۴، خراسان رضوی ۲/۷، تهران و کردستان ۲/۶، گیلان، ۲/۴ و کرمانشاه با نرخ ۲/۳ به ترتیب بدترین وضعیت طلاق را در نواحی شهری کشور دارا هستند (دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی سازمان ثبت احوال کشور، ۱۳۸۸ و ۸۹).

۴-۲-۵- نرخ خام تولد (در هر هزار نفر)

منظور از نرخ خام تولد یعنی، تعداد کودکان زنده‌ی به دنیا آمده به ازای هر هزارنفر جمعیت برآورد شده در وسط سال، در یک سال معین. برآورد داده‌ها نشان می‌دهد، نواحی شهری استان‌های گیلان، ۱۴/۶، مازندران ۱۵/۹، مرکزی ۱۶/۱، اصفهان ۱۶/۲ و همدان ۱۶/۵ آمار بهتری نسبت به سایر استان‌های کشور دارند؛ اما نواحی شهری استان‌های سیستان ۳۲/۶، کهگیلویه و بویراحمد ۲۵/۶، خراسان شمالی ۲۴/۱ و خوزستان ۲۳/۵ وضعیت چندان مطلوبی ندارند (دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی سازمان ثبت احوال کشور، ۱۳۸۸ و ۸۹).

۴-۲-۶- فضای سبز (متر مربع برای هر نفر)

در سال‌های اخیر افزایش سریع جمعیت شهری و شهرنشینی، موجب افزایش تراکم مسکن و فشردگی فضاهای شهری شده و در نتیجه با رشد فزاینده بیماری‌های روحی و روانی، افزایش استرس و توسعه آلودگی‌های شهری توجه و نیاز شهروندان به مکان‌های باطراوت و تفرجگاهی توسعه یافته است (قربانی و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۹). سرانه‌ی فضای سبز شهری از تقسیم مقدار خالص فضای سبز بر جمعیت ساکن در هر شهر به دست می‌آید که مهمترین عامل در تغییرات این سرانه، عامل جمعیتی و تغییرات آن می‌باشد (اینانلو، ۱۳۷۶: ۱۱۶). فضاهای سبز عمومی هم از دیدگاه تأمین نیازهای زیست محیطی و هم از نظر تأمین فضای فراغتی و بستر ارتباط و تعامل اجتماعی آنان جایگاهی درخور اهمیت دارد (صالحی فرد و همکاران، ۱۳۸۸: ۵۳).

به طوری که فضای سبز شهری به عنوان ریه‌های تنفسی شهرها به شمار می‌روند و در شهرها افزون بر عملکرد زیبایی شناختی، اجتماعی و ساخت کالبدی شهر، روی تعدیل دما، افزایش رطوبت نسبی، لطافت هوا، کاهش آلودگی صوتی، افزایش نفوذ پذیری خاک، کاهش سطح ایستایی و جذب گرد و غبار تأثیر دارد. امروزه جامعه‌شناسان، روانشناسان و پزشکان بر این باورند که فضای سبز، افزون بر بهداشت جو و محیط مکان‌های مسکونی، نقش مثبتی بر سلامتی شهروندان بر عهده دارد (راست منش، ۱۳۸۸: ۴۶). داده‌های گردآوری شده نشان می‌دهند، در میان نواحی شهری استان‌ها، بوشهر ۱۰۴/۲، خراسان شمالی ۵۳/۲، هرمزگان ۴۰/۱ و کهگیلویه ۳۵/۷ وضعیت مناسبی دارند (رقم بالای برخی استان‌های جنوبی به خاطر وجود نخلستان‌های بزرگ می‌باشد)، اما مازندران ۳/۶، تهران ۵/۴، کردستان ۴/۶ و فارس ۴/۹ وضعیت چندان مطلوبی ندارند (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

۳-۴- شاخص‌های سلامت

۳-۴-۱- معلولیت (درده هزار نفر)

معلولیت ذهنی یعنی این که فرد از لحاظ بهره‌ی هوشی، تکلم و انتقال مفاهیم نسبت به متوسط همسالان خود پایین‌تر باشد. معلولیت جسمی به ناتوانی بعضی از اعضای بدن اطلاق می‌گردد. هر چه نرخ انواع معلولیت‌ها بیشتر باشد رفاه اجتماعی کمتر است (لشکری، ۱۳۷۷: ۲۲۱). دبیرکل سابق سازمان ملل متحد (۱۹۹۶) می‌گوید: بیش از ۲۵۰ میلیون نفر دارای معلولیت شدید و متوسط در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند که سالیانه ۱۰ میلیون نفر بر تعداد آنان افزوده می‌شود. نتایج داده‌ها نشان می‌دهد، در بین نواحی شهری ایران، استان‌های سیستان و بلوچستان ۱/۲۳، هرمزگان ۱/۳۵، تهران ۱/۳۷ و آذربایجان شرقی با ۱/۴۰ وضعیت مناسب تری نسبت به سایر استان‌ها داشتند؛ اما استان‌های گلستان ۲، اصفهان ۱/۹۳، فارس ۱/۹۲ و خراسان جنوبی ۱/۹۰ دارای وضعیت نامناسبی بودند (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

۳-۴-۲- تعداد پزشکان و تعداد تخت بیمارستان (به ازای هر هزار نفر)

پزشکان، مهمترین عامل در مدیریت تخصیص منابع بخش سلامت شناخته شده، نقش اساسی را در میزان اثر بخشی و کارایی خدمات بهداشتی و درمانی بر عهده دارند (امینی و همکاران، ۱۳۸۵: ۳۱). همچنین تعداد تخت بیمارستان نیز یکی از شاخص‌های بسیار مهم در نشان دادن امکانات بهداشتی در یک منطقه‌ی شهری است که می‌تواند بر بالا بردن خدمات به بیماران مورد توجه قرار گیرد. داده‌های موجود در خصوص این شاخص نشان می‌دهد که تعداد پزشکان به ازای هر ۱۰۰۰ نفر در نواحی شهری استان‌های کشور، در استان‌های گلستان ۱/۶ و بختیاری ۱/۲ وضعیت مناسبی دارند اما در استان‌های ایلام ۰/۲ و خراسان شمالی ۰/۳ چندان رضایت بخش نیست (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵). همچنین تعداد تخت بیمارستان به ازای هر هزار نفر در نواحی شهری استان‌های همدان ۳/۳، یزد ۳/۱، گیلان ۳، مازندران ۲/۹ و چهارمحال و ختیاری و فارس ۲/۸ وضعیت بهتری را نسبت به سایر استان‌ها نشان می‌دهد اما این رقم، در استان‌های قم ۱/۵، سیستان ۱/۸ و خراسان جنوبی و کهگیلویه و بویراحمد ۱/۹ چندان مطلوب نمی‌باشد (<http://www.behdasht.gov.ir>).

۳-۴-۳- هزینه‌ی بهداشت خانوار (از کل هزینه‌ی غیر خوراکی خانوار)

در تعاریف جدید هزینه‌ی کمرشکن سلامت، به درآمد و توانایی پرداخت خانوار توجه شده است و پرداخت بیش از درصد خاصی از درآمد بیش از (۵ تا ۲۰ درصد) برای سلامت، در مطالعه‌های گوناگون مورد توجه قرار گرفته است (کاوسی و همکاران، ۱۳۸۸: ۳۹). بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده، این رقم در میان نواحی شهری استان‌های کشور، در خراسان جنوبی ۵/۶، زنجان ۶/۷، کردستان ۷/۷ و خراسان شمالی ۸/۰ نسبت به سایر استان‌ها وضعیت بهتری را نشان می‌دهد و در نواحی شهری استان‌های مازندران ۱۷/۵، فارس ۱۵/۷، چهارمحال و بختیاری ۱۵/۱ و ایلام ۱۳/۱ وضعیت چندان مناسبی وجود ندارد (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

۴-۳-۴- آب سالم

ارتقای سطح بهداشت و سلامت جامعه رابطه‌ی مستقیم با تأمین آب سالم و کافی داشته و آب سالم به عنوان حیاتی‌ترین نیاز هر جامعه نقش عمده‌ای در این زمینه دارد. یکی از معضلات عمده‌ی بعضی از مناطق کشورمان فقدان آب آشامیدنی سالم و کافی است که باعث بروز بیماری‌ها و خسارت‌های جبران ناپذیر گردیده است (اصل هاشمی و محمدی کلهری، ۱۳۸۱: ۳۳، ۳۴). در حقیقت، مدیریت آب در شهرهای بزرگ به عنوان یکی از مهمترین شاخص‌های سلامت شهری است که در نهایت، بر سلامت انسان تأثیر سوء می‌گذارد (محمد زاده اصل و همکاران، ۱۳۸۹: ۹۹). داده‌ها نشان دهنده‌ی این است که در نواحی شهری ایران وضعیت برخورداری از آب سالم در استان‌های بختیاری ۹۹/۷، کرمانشاه و لرستان ۹۹/۶، قزوین ۹۹/۴ و گلستان ۹۹/۱ بسیار مطلوب است و در استان‌های سیستان و بلوچستان ۷۲/۹، هرمزگان ۸۴/۳، خوزستان ۸۶/۹ شرایط نامناسب‌تری حاکم است (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

۴-۳-۵- هزینه مصرف دخانیات (از کل هزینه‌ی خوراکی خانوار)

مصرف دخانیات یکی از عوامل خطر مهم و افزایش دهنده‌ی بار کلی بیماری‌ها در دنیا خصوصاً در ارتباط با بیماری‌های مزمن و غیر واگیری چون بیماری‌های قلبی - عروقی، بیماری‌های تنفسی، سرطان و سکتته‌ی مغزی است. همچنین دخانیات بزرگترین عامل مرگ قابل کنترل جهان است که مصرف آن سالانه باعث مرگ چهار میلیون نفر در جهان می‌شود. برآورد سازمان بهداشت جهانی این است که این تعداد در سال ۲۰۳۰ به ده میلیون نفر بالغ خواهد شد (عبادی و همکاران، ۱۳۹۰: ۳۶۶). استعمال دخانیات به طور قطعی و ثابت شده در ایجاد انواع سرطان‌های انسانی (ریه، حنجره، مری و مثانه) شدیداً مؤثر است (حیدری فرد، ۱۳۸۵: ۴۹، ۵۰). پائین ترین سهم هزینه‌ی مصرف این ماده خطرناک از کل هزینه‌ی خوراکی سالانه‌ی یک خانوار، در نواحی شهری استان‌های خراسان جنوبی ۰/۷، خراسان رضوی ۱/۳، ایلام و گلستان ۱/۴ و سمنان ۱/۵ مشاهده شده و در استان‌های همدان ۴/۱، تهران ۴/۲ لرستان ۳/۶ و کردستان و چهارمحال و بختیاری ۳/۵ می‌باشد که رقم قابل توجهی می‌باشد (مرکز آمار ایران، سالنامه‌های استان‌های کشور، ۱۳۸۵).

۴-۳-۶- نرخ مرگ و میر کودکان (در هر هزار تولد)

مرگ و میر یکی از عوامل سه گانه‌ی جمعیتی است و نقش مهمی در تعیین رشد جمعیت ایفا می‌کند. مطالعه‌ی مرگ و میر کودکان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا کودکان بیشتر از دیگر گروه‌های سنی در معرض خطر مرگ و میر قرار دارند و به عنوان نمادی از توسعه محسوب می‌شود. این شاخص تحت تأثیر ساختمان سنی جمعیت است و میزانی است بسیار حساس، به این معنی که با اقدامات بهداشتی مانند بهسازی محیط و انجام برنامه‌های مربوط به بهداشت مادر و کودک، می‌توان این میزان را کاهش داد. به صراحت می‌توان گفت که پدیده‌ی مرگ و میر کودکان در یک جامعه یکی از تعیین کننده‌های سطح پیشرفت و توسعه یافتگی آن جامعه می‌باشد. چرا که بسیاری از علل تعیین کننده‌ی مرگ و میر در سنین اولیه مربوط به شرایط زندگی خانواده‌هایی است که اطفال در آنجا به دنیا می‌آیند (هدایت شوشتری، ۱۳۸۸: ۱۳۵ - ۱۳۳). در حقیقت هرچه این شاخص در جامعه‌ای پایین تر باشد نشان دهنده‌ی توسعه یافتگی آن جامعه است (میرزایی و علمداری، ۱۳۸۵: ۳). نتایج به دست آمده در نواحی شهری استان‌های مختلف کشور نشان می‌دهد که کرمان ۳/۰، تهران ۴/۱، گیلان ۴/۷، سمنان ۵/۸ و گلستان ۶/۱ در شرایط مطلوب تری نسبت به سایر استان‌ها دارند؛ اما استان‌های کهگیلویه و بویراحمد ۵۰، خراسان شمالی ۳۶/۷ و فارس ۳۳/۷ وضعیت چندان مناسبی ندارند (سازمان ثبت احوال کشور، ۱۳۸۸ و ۸۹).

۴-۳-۷-امنیت غذایی (درصد هزینه‌ی مصرف گوشت و لبنیات از کل هزینه‌های خوراکی خانوار)

تغذیه‌ی سالم و کافی، یکی از شاخص‌های مهم سلامت شهری محسوب می‌شود. از دیدگاه توسعه‌ی ملی، عدالت اجتماعی و رشد اقتصادی، تأمین غذای کافی، کمیّت و کیفیت الگوی غذای مصرفی و سلامت تغذیه‌ای افراد جامعه، محور اصلی و تعیین کننده در بستر حرکت انسان محوری است و سوء تغذیه نیروی بازدارنده مؤثر بر فرآیند توسعه‌ی ملی محسوب می‌شود (محمد زاده اصل و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۰۱). این در حالی است که سهم هزینه‌ی خوراکی در مصرف گوشت و لبنیات با توجه به کل هزینه‌های خوراکی در استان‌های تهران ۲۰/۱ و کرمان، مازندران، چهارمحال و بختیاری ۱۹/۲ می باشد اما این این رقم در استان‌های همدان اردبیل و ایلام ۱۴/۷، سمنان ۱۴/۳ و بوشهر ۱۴/۲ است (مرکز آمار ایران، سالنامه‌های استان‌ها، ۱۳۸۵).

۵- بحث و نتیجه‌گیری

برای سنجش و ارزیابی یک شهر سالم، طی تحقیقات گسترده در کشورهای مختلف، شاخص‌های بعضاً متفاوت و اکثراً مشابه بدست آمده است. در این مقاله تلاش شد با استناد به آمارهای رسمی و معتبر و مستندات علمی به ارزیابی برخی از مهمترین شاخص‌های مرتبط با شهر سالم و وضعیت آنها در نقاط شهری ایران پرداخته شود. بر اساس نتایج تحقیق، در مجموع نقاط شهری استان‌های ایران به سه گروه، شهرهای سالم، شهرهای ناسالم و شهرهای نیمه‌سالم تقسیم شده است (جدول شماره‌ی ۱).

جدول ۱: رتبه بندی نقاط شهری استان های ایران از نظر شاخص های شهر سالم

نقاط شهری سالم	نقاط شهری نیمه سالم	نقاط شهری ناسالم
سمنان ۱۲/۵	مازندران و اردبیل ۱۱	خوزستان ۱۰/۴
مرکزی ۱۲	بوشهر ۱۰/۹	قم ۱۰/۳
گلستان ۱۱/۹	کهگیلویه، زنجان و خراسان رضوی ۱۰/۷	کرمان ۱۰/۲
گیلان ۱۱/۶	هرمزگان و خراسان شمالی ۱۰/۶	کرمانشاه ۱۰
یزد ۱۱/۴	آذربایجان غربی و همدان ۱۰/۵	لرستان ۹/۹
قزوین، تهران، اصفهان و آذربایجان شرقی		کردستان و فارس ۹/۸
۱۱/۳		خراسان جنوبی ۹/۳
چهارمحال و بختیاری ۱۱/۱		ایلام ۸/۴
		سیستان و بلوچستان ۷/۳

همچنین، در این پژوهش از ۱۷ شاخص اجتماعی، بهداشتی و مسکن برای ارزیابی نواحی شهری استفاده گردید که یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که:

نرخ مرگ و میر کودکان در استان‌های کهگیلویه و بویراحمد، خراسان شمالی و فارس بالاتر از سایر استان‌هاست. کاهش مرگ و میر و در نتیجه افزایش امید به زندگی در بدو تولد موکول به زمانی است که شرایط بهداشتی مناسب باشد و توزیع امکانات در جوامع به گونه‌ای یکسان و برابر صورت پذیرد (حسینی، ۱۳۸۰: ۹۴-۹۵). این در حالی است که این استان‌ها از نظر شرایط بهداشتی مناسب و توزیع بهینه‌ی امکانات بهداشتی و دسترسی به پزشکان متخصص و درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های مجهز نسبت به سایر استان‌ها، بالاخص کرمان، تهران، گیلان، سمنان و گلستان در سطح پایینی هستند که این خود نرخ مرگ و میر کودکان را در این استان‌ها افزایش داده است.

نرخ خام تولد نیز در نواحی شهری استان‌های (سیستان، کهگیلویه و بویراحمد، خراسان شمالی و خوزستان) بسیار بالاتر از سایر استان‌هاست. معمولاً بالا بودن این نرخ، سطح پایین توسعه در یک منطقه و کمبود امکانات بهداشتی و وسایل جلوگیری از بارداری زنان و حتی کمبود آگاهی و آموزش زنان را نشان می‌دهد. البته بیش از حد پایین بودن نرخ خام تولد نیز می‌تواند

باعث کمبود نیروی کار در یک کشور شود. در حقیقت باید یک توازن و تنظیم جمعیتی خاصی برقرار باشد تا اثرات منفی نرخ خام تولد را کنترل کند.

همچنین، نواحی شهری استان‌های مازندران، خراسان رضوی، تهران و کردستان، گیلان و کرمانشاه به ترتیب بدترین وضعیت طلاق را در نواحی شهری کشور دارا هستند. بهداشت روانی نسل‌های جامعه در گرو تأمین بهداشت روانی خانواده به عنوان یک کانون مملو از محبت و آرامش برای تحول در رشد استعدادهاست که هر گونه آسیبی به آن، نسل آینده را از آثار سوء خود مصون نخواهد گذاشت و سازمان‌های اجتماعی زیادی را درگیر خود خواهد ساخت (کاملی، ۱۳۸۶: ۱۸۱).

در استان‌های سیستان و بلوچستان، هرمزگان، خوزستان شرایط نامناسبی از نظر آب سالم حاکم است. این در حالی است که برخورداری از آب سالم یکی از شاخص‌های مهم رفاه و یکی از مؤثرترین روش‌ها در ارتقای سطح بهداشتی و بهداشت است و پایین بودن این شاخص نشان دهنده‌ی عدم کفایت خدمات زیر بنای عمومی در مکان مورد بررسی بوده و اغلب نشانه‌ای از وجود حاشیه‌نشینی، زاغه‌نشینی و سکونت غیر رسمی است (ستار زاده، ۱۳۸۸: ۷۵-۷۴).

نواحی شهری استان‌های مازندران، فارس، چهارمحال و بختیاری و ایلام وضعیت چندان مناسبی از نظر هزینه بهداشت خانوار وجود ندارد. سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ یکی از اهداف سه گانه‌ی نظام سلامت را مشارکت عادلانه برای تأمین مالی هزینه‌های سلامت اعلام کرده است. در حقیقت، خانوارها به خصوص اقشار آسیب پذیر، به واسطه‌ی تأمین مالی دستیابی به خدمات درمانی با رنج و زحمت فراوان مواجه شده و در ازای تأمین این هزینه‌ها، از مخارج ضروری دیگر خود می‌کاهند. این موضوع باعث تنزل شرایط رفاهی خانوار خواهد شد (مهرا و همکاران، ۱۳۸۹: ۵۲).

از نظر تعداد پزشکان و تخت بیمارستان در استان‌های (قم، سیستان و خراسان جنوبی و کهگیلویه و بویراحمد) چندان مطلوب نمی‌باشد این یافته‌ها نشان دهنده‌ی عملکرد نامطلوب بخش وزارت بهداشت در این استان‌هاست. همچنین نشان دهنده‌ی عدم توزیع بهینه‌ی پزشکان متخصص و امکانات پزشکی در استان‌های کشورمان است.

نرخ بیکاری نیز در نواحی شهری استان‌های (لرستان، ایلام، کرمانشاه، کردستان و سیستان و بلوچستان) بالاست. مشکل بیکاری در دهه‌های اخیر، به صورت یکی از مسایل بسیار حاد کشورهای توسعه نیافته درآمده است. تاکنون مطالعات زیادی ارتباط بین بیکاری و سلامت روانی را نشان داده است. مولر و همکاران، نشان داده‌اند که اثرهای افسردگی، اضطراب و کاهش عزت نفس به دلیل بیکاری افراد پدید می‌آید. در واقع بیکاری منجر به تخریب سلامت روانی می‌شود. افراد فقیر با از دست دادن کار نه فقط از نظر اقتصادی بلکه به لحاظ روانی نیز دچار آسیب می‌شوند (یارمحمدیان و عریضی، ۱۳۸۵: ۲۰، ۱۸).

همچنین، نرخ بی‌سوادی در استان‌های (سیستان و بلوچستان، کردستان، آذربایجان غربی) چندان مناسب نیست. برخی پژوهشگران ارتباط بین سطح سوادی و سلامت را از طریق کار و شرایط اقتصادی توضیح می‌دهند، به این معنی که هر چه سطح تحصیلات بالاتر باشد احتمال استخدام در محیط‌های کاری سالم‌تر با درآمد بالاتر و مشاغلی که به فرد اجازه‌ی کنترل بیشتر بر زندگی را می‌دهد، بیشتر است و این شرایط زمینه ساز سلامتی اعضای خانواده می‌شود. مطالعات مختلف نشان می‌دهد، تحصیلات بالاتر منجر به: اتخاذ سبک‌های زندگی سالم‌تر، ارتباطات حمایتی بیشتر و افزایش خود کنترلی فرد بر درک خطراتی که سلامتی‌اش را تهدید می‌کند، افزایش می‌دهد (سجادی و همکاران، ۱۳۸۹: ۹۷).

در استان‌های (همدان اردبیل و ایلام، سمنان و بوشهر) امنیت غذایی پایین‌تر از سایر نواحی شهری است. دسترسی به مواد غذایی کافی و سلامت تغذیه‌ای از محورهای اساسی توسعه و زیر بنای پرورش آتی نسل‌های کشور محسوب می‌شود (شکوری، ۱۳۸۳: ۱۳۴). همچنین تغذیه‌ی ناکافی یا نامناسب که اغلب بر حسب متوسط مصرف پروتئین و لبنیات در روز اندازه‌گیری می‌شود می‌تواند اختلال سلامت و سوء تغذیه موجب شود و سطح رفاه جامعه و افراد را پایین آورد (لشکری، ۱۳۷۷: ۲۲۰).

نواحی شهری استان‌های (سمنان و کردستان، زنجان و کرمان) از نظر شاخص خانوار در واحد مسکونی و استان‌های (تهران، خراسان رضوی، هرمزگان و سیستان و بلوچستان) از نظر تصرف واحد مسکونی وضعیت نامناسب‌تری نسبت به سایر استان‌های کشور دارند. این در حالی است که رفاه و تحرک خانواده در گروه دو موضوع اساسی یعنی استقلال محل سکونت و فضای کافی برای زندگی می‌باشد. در بهترین شرایط در هر واحد مسکونی یک خانوار ساکن می‌گردد و در این واحد، فضای کافی برای

کلیه‌ی افراد خانواده فراهم است و این نمایانگر عملکرد سالم و مطلوب بخش مسکن است (ستار زاده، ۱۳۸۸: ۶۳). در حقیقت برای مردم ما مالکیت خانه بیش از آنکه معنای ماوراء و سرپناه داشته باشد، تصور امنیت و ثبات را به همراه دارد که داشتن قطعه زمینی در شهر بیانگر اعتبار و تضمین است (ستارزاده، ۱۳۸۸: ۷۶)

همچنین، استان‌هایی مانند (هرمزگان، سیستان و بلوچستان، ایلام و خراسان جنوبی) از نظر فضای قابل سکونت وضعیت چندان مناسبی ندارند. در حالی که مسکن نقش پر اهمیت در ثبات خانواده، رشد اقتصادی و اجتماعی، ضریب ایمنی افراد و خصوصاً ارتقای فرهنگی و آرامش روحی اعضای خانواده دارد و به نوبه‌ی خود در کل سیستم جامعه‌ی شهری نیز تأثیر می‌گذارد (آسایش، ۱۳۸۰: ۹۷).

در مجموع نتایج این تحقیق همسو با یافته‌های تحقیق محمودی‌نژاد و همکاران (۱۳۸۶)، فرهادی، قدمی و همکاران، محمدزاده اصل و زیاری و همکاران (۱۳۸۹)، کاپینن و همکاران (۲۰۰۶)، تاکانو و ناکامورا (۲۰۰۱)، گیودز و همکاران (۲۰۰۹)، هنکوک و دوهل (۱۹۹۹)، گولی و همکاران) نشان می‌دهد که بررسی شاخص‌های شهر سالم می‌تواند باعث شفاف سازی مشکلات، کمبودها و محدودیت‌های مناطق شهری شود.

با توجه به شاخص‌های بررسی شده و نتایج به دست آمده در این تحقیق و با در نظر گرفتن ملزومات حرکت به سمت شهری سالم‌تر و ایجاد محیطی دلپذیر برای ساکنان آن موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

- توسعه‌ی سرمایه‌گذاری بخش سلامت از ضرورت‌های دستیابی به انسان سالم و شهر سالم است. با سرمایه‌گذاری جدی در جهت کنترل بیماری‌ها و ارتقای سلامت می‌توان گام‌های اساسی در جهت بهبود وضعیت ساکنان شهرها برداشت. به طوری که دولت می‌تواند هزینه‌ی بیشتری را در بخش سلامت و درمان بکار گیرد البته به گونه‌ای که این هزینه‌ها به طور عادلانه در تمامی استان‌ها با توجه به نیازشان تقسیم گردد و از تمرکز این هزینه‌ها در برخی نواحی خاص جلوگیری شود.

- سیاست‌های اجتماعی شهری برای نیل به توسعه‌ی اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، باید سلامت ساکنان شهر را در محور اولویت‌ها قرار دهند.

- از آن جایی که سطح پراکنش امکانات بهداشتی، تسهیلاتی و خدماتی در سطح مناطق شهری کشور نامتعادل می‌باشد، باید تخصیص و توزیع بودجه، امکانات و برنامه‌ریزی‌های شهری برای ایجاد تعادل و ایجاد عدالت، مورد توجه برنامه‌ریزان و مسئولین ذی‌ربط قرار گیرد. در حقیقت توجه بیش از حد دولت به برخی کلان شهرها و شهرهای بزرگ باعث گردیده است که از توجه به نیازهای اساسی بسیاری از استان‌ها کاسته شود.

- با وجودی که نیمی از بزهکاران شهری دارای مسکن غیر بهداشتی و فاقد تسهیلات رفاهی اولیه موجود در مسکن می‌باشند، لذا ایجاد شرایط مناسب برای دسترسی بهتر به تسهیلات و مسکن باید مورد توجه جدی قرار گیرد تا از نظر اجتماعی شهری ایمن‌تر و سالم‌تر برای ساکنان فراهم آید.

- از آنجایی که وضعیت دوام مسکن در بسیاری از نواحی شهری ایران چندان رضایت بخش نیست و کشور ما نیز از جمله کشورهایی است که با حوادث طبیعی و غیر مترقبه‌ی زیادی از جمله (زلزله، سیل و طوفان و ...) روبرو است، لذا توجه و اهتمام بیشتر مسئولان به وضعیت دوام مسکن در نواحی شهری لازم است. به طوری که باید الزاماً از ساخت مساکن بی‌دوام و غیر قانونی در برخی از حاشیه‌های شهر جلوگیری شود.

- توجه جدی شهرداری‌های تمامی نواحی شهری ایران، به افزایش سطح فضای سبز شهری که به ارتقای کیفیت محیطی و ایجاد شهری آرام، شاد و مفرح و در نتیجه داشتن شهری سالم به لحاظ روحی و محیطی کمک خواهد کرد.

- ایجاد زمینه‌هایی مناسب برای ورود پزشکان متخصص و تجهیزات پزشکی لازم به شهرهای کمتر توسعه یافته تا کیفیت خدمات رسانی و سطح سلامت این مناطق شهری افزایش پیدا کند. دولت می‌تواند با دادن امتیازات خاص به بسیاری از پزشکان متخصص و با در اختیار گذاشتن امکانات لازم به آن‌ها زمینه حضور آن‌ها را در استان‌ها محروم فراهم آورد.

- با توجه به نتایج تحقیق که نشان می‌دهد هنوز هم در برخی شهرها مسأله‌ی تأمین آب سالم و کافی چندان مطلوب نیست، اهتمام لازم در رفع نواقص موجود و سالم سازی آب به عمل آید که گامی بزرگ در جهت حفظ و ارتقای سلامت ساکنان

شهری خواهد بود. در این زمینه دولت می‌تواند با ساخت سدهای بیشتر بر روی آب‌های شیرین علاوه بر تأمین آب مشرب ساکنان شهری، زمینه کشاورزی مناسب برای روستاییان اطراف شهرها را نیز فراهم آورد.

- با توجه به اثرات مستقیم مخارج بهداشتی و هزینه‌های کمرشکن سلامت، بر روی اقتصاد خانواده‌های شهری، ایجاد نظام فراگیر و بهبود و کارآمد کردن نظام بیمه‌ی سلامتی، طرح‌های معافیت برخی فقرای شهری از برخی پرداخت‌ها و همچنین اصلاح عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات به ویژه بیمارستان‌ها، شیوه‌های پرداخت و هزینه‌های دریافتی آنان باید مورد بازنگری قرار گیرد. همچنین دولت باید جهت کنترل بیشتر بر هزینه‌های بهداشتی کنترل خود را بر بیمارستان‌ها و مراکز درمانی بیشتر کند و کنترل واردات تجهیزات پزشکی و دارویی را خود در دست داشته باشد تا گروهی خاص جهت سود بیشتر هزینه‌های آن را بالا نبرند.

- از آن جایی که طلاق یک پدیده‌ی اجتماعی آسیب‌زا است و مشکلات جدی در زمینه‌ی روانی و اقتصادی برای خانواده‌ها ایجاد می‌کند، باید خدمات مشاوره‌ای در زمینه‌ی ازدواج، ملاک‌های انتخاب همسر و آموزش خانواده‌های شهری، تقویت و فراگیر شود تا در محیط امن خانواده‌ها امکان رشد و گسترش شهری سالم فراهم گردد. دولت می‌تواند در این زمینه از صدا و سیما و رادیو استفاده‌ی بیشتری کند و برنامه‌ی آموزنده‌ی بیشتری ارائه دهد. همچنین می‌تواند در مقاطع تحصیلی مختلف با توجه به سن دانش‌آموزان و دانشجویان کتاب‌های مفیدی جهت آموزش در این زمینه به چاپ برساند.

- به طور کلی با توجه به نتایج این تحقیق، مسئولین ذی‌ربط باید سطح سلامت و بهداشت، کیفیت خدمات و تسهیلات، آسیب‌های اجتماعی شهری و ... را در تمامی نواحی شهری ایران، بالاخص نواحی شهری استان‌های سیستان و بلوچستان، ایلام، خراسان جنوبی و کردستان مورد توجه بیشتر قرار دهند.

منابع

۱. آسایش، حسین. (۱۳۸۰). سنجش کیفیت زندگی در یکصد شهر بزرگ جهان. فصلنامه‌ی مدیریت شهری، شماره‌ی ۸.
۲. احمدی، حسن. (۱۳۸۵). ریشه‌های پیدایش ایده‌ی شهر سالم. فصلنامه‌ی ساخت شهر، شماره‌ی ۷.
۳. اصل هاشمی، احمد؛ محمدی کلهری، ابراهیم. (۱۳۸۱). وضعیت تأمین آب سالم در مناطق روستایی استان ایلام در سال ۷۹. مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، سال دهم، شماره‌ی ۳۶ و ۳۷.
۴. امینی، نجات؛ یدالهی، حسین؛ اینانلو، صدیقه. (۱۳۸۵). رتبه بندی سلامت استان های کشور. فصلنامه‌ی علمی پژوهشی رفاه اجتماعی؛ سال پنجم، شماره‌ی ۲۰.
۵. اینانلو، شبنم. (۱۳۷۶). تأثیر رشد جمعیت تهران بر سرانه‌ی فضای سبز شهری. فصلنامه‌ی جمعیت، شماره‌ی ۱۹ و ۲۰، بهار و تابستان ۱۳۷۶.
۶. حسینی، حاتم. (۱۳۸۰). رابطه‌ی مرگ و میر و توسعه در استان‌های ایران. نامه‌ی علوم اجتماعی؛ شماره‌ی ۱۷.
۷. حیدری فرد، رضا. (۱۳۸۵). مصرف سیگار و زبان‌های ناشی از آن. پیوند، شماره‌ی ۳۱۸.
۸. دفتر آمار و فناوری اطلاعات، وزارت درمان، بهداشت و آموزش کشور. آدرس: (<http://www.behdasht.gov.ir>).
۹. راست منش، آذر. (۱۳۸۸). سلامت و فضای سبز: سبز فراموش شده. فصلنامه‌ی بهداشت و روان جامعه، سال چهارم، شماره‌ی ۱۰.
۱۰. زیاری، کرامت‌اله؛ جان بابانژاد، محمد حسین. (۱۳۸۸). دیدگاه‌ها و نظریات شهر سالم"، ماهنامه‌ی شهرداری‌ها، سال نهم، شماره‌ی ۹۵.
۱۱. زیاری، کرامت‌اله؛ قرخلو، مهدی و جان بابا نژاد طوری، محمد حسین. (۱۳۸۹). مقایسه‌ی تطبیقی شاخص‌های کمی و کیفی مسکن شهر بابل با نقاط شهری کشور با تأکید بر شهر سالم"، فصلنامه‌ی تحقیقات جغرافیایی، شماره ۹۷.
۱۲. سازمان ثبت احوال کشور. (۱۳۸۸). معاونت آمار و انفورماتیک، خبر نامه‌ی آمار کشور. (ولادت، فوت، ازدواج و طلاق)، شماره‌ی ۲۲.
۱۳. سازمان ثبت احوال کشور. (۱۳۸۹). معاونت آمار و انفورماتیک، مجموعه آمارهای جمعیت کشور. شماره‌ی ۴.

۱۴. ستارزاده، داوود. (۱۳۸۸). بررسی شاخص‌های جمعیتی مسکن ایران در سال ۱۳۸۵. فصلنامه‌ی جمعیت، شماره‌ی ۶۷.
۱۵. سجادی، حمیرا؛ صدرالسادات، جلال. (۱۳۸۳). شاخص‌های سلامت اجتماعی. مجله‌ی سیاسی - اقتصادی، شماره‌ی ۲۰۸.
۱۶. سجادی، حمیرا؛ وامقی، مروثه و مدنی قهفرخی، سعید. (۱۳۸۹). عدالت اجتماعی و سلامت کودکان در ایران. فصلنامه‌ی علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال نهم، شماره‌ی ۳۵.
۱۷. شکوری، علی. (۱۳۸۳). امنیت غذایی و دسترسی به آن در ایران. نامه‌ی علوم اجتماعی، شماره‌ی ۲۴.
۱۸. صالحی فرد، محمد؛ خاکپور، براتعلی؛ رفیعی، هادی و توانگر، معصومه. (۱۳۸۸). تحلیلی بر ابعاد اجتماعی فضاهای سبز شهری با تاکید بر دیدگاه شهروندان (مطالعه موردی: کلانشهر مشهد). مجله‌ی علمی - پژوهشی فضای جغرافیایی، سال دهم، شماره‌ی ۲.
۱۹. عبادی، مهدی و همکاران. (۱۳۹۰). شیوع مصرف دخانیات: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران. فصلنامه‌ی پایش، سال دهم، شماره‌ی سوم.
۲۰. عنبری، موسی. (۱۳۸۸). بررسی تحولات کیفیت زندگی در ایران (۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵). مجله توسعه روستایی، دوره اول، شماره ۲، ۱۴۹-۱۸۱.
۲۱. فرهادی، رودابه. (۱۳۸۹). ارزیابی مشارکت مردم در پروژه شهر سالم کوی سیزده آبان. فصلنامه‌ی علمی پژوهشی انجمن جغرافیای ایران، سال هشتم، شماره‌ی ۲۷.
۲۲. قدمی، مصطفی؛ دیوسالار، اسدالله؛ غلامیان، محمد. (۱۳۸۹). بررسی تطبیقی شاخص‌های شهر سالم در مقیاس ملی و جهانی (نمونه مورد مطالعه: نقاط شهری ایران و کشورهای توسعه یافته). مجموعه مقالات چهارمین کنگره بین‌المللی جغرافیدانان جهان اسلام، زاهدان، فروردین ۱۳۸۹.
۲۳. قربانی، رسول؛ پورمحمدی، محمدرضا؛ بهشتی‌روی، مجید. (۱۳۸۹). تحلیلی بر گونه‌شناسی پارک‌های شهری استان آذربایجان شرقی با استفاده از مدل تحلیلی گرانز. مطالعات و پژوهش‌های شهری و منطقه‌ای، سال دوم، شماره‌ی هشتم، بهار ۱۳۹۰.
۲۴. کاملی، محمد جواد. (۱۳۸۶). بررسی توصیفی علل و عوامل مؤثر در بروز آسیب اجتماعی طلاق در جامعه ایران با توجه به آمار و اسناد موجود. فصلنامه‌ی دانش انتظامی، سال نهم، شماره‌ی سوم.
۲۵. کاوسی، زهرا. (۱۳۸۸). اندازه‌گیری مواجه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت: مطالعه طولی در منطقه ۱۷ تهران. مجله‌ی پژوهشی حکیم، دوره‌ی دوازدهم، شماره‌ی دوم.
۲۶. کمالی، محمد. (۱۳۸۳). حقوق بشر و ناتوانی - معلولیت. مجله‌ی رفاه اجتماعی، شماره‌ی ۱۳.
۲۷. لشکری، محمد. (۱۳۷۷). شاخص‌های رفاه اجتماعی. مجله‌ی اطلاعات سیاسی - اقتصادی، شماره‌ی ۱۳۱ و ۱۳۲.
۲۸. محمودی‌نژاد، هادی؛ پورجعفر محمد رضا؛ آذری، امید؛ علیزاده، امین؛ بمانیان، محمد رضا؛ انصاری، مجتبی. (۱۳۸۶). تعامل دستور کار ۲۱ و فرایند تحقق‌پذیری شهر سالم؛ با ارایه راهکارها و پیشنهادهایی در شرایط معاصر ایران. علوم و تکنولوژی محیط زیست، دوره دهم، شماره‌ی چهار.
۲۹. مرکز آمار ایران. سالنامه‌ی آماری استان‌های کشور (۱۳۸۵).
۳۰. مهرآرا، محسن؛ فضایی، علی اکبر؛ فضایی، امیر عباس. (۱۳۸۹). بررسی برابری در تأمین مالی هزینه‌های سلامت خانوارهای ایرانی"، فصلنامه‌ی مدیریت سلامت.
۳۱. میرزایی، محمد؛ فاطمه علمداری. (۱۳۸۵). بررسی عوامل مؤثر بر مرگ و میر کودکان در شهر میانه. فصلنامه‌ی جمعیت، شماره‌ی ۵۵ و ۵۶.
۳۲. نتایج کلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن (۱۳۸۵). مرکز آمار ایران. معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی.
۳۳. هدایت شوشتری، نرگس. (۱۳۸۸). بررسی علل و عوامل اقتصادی - اجتماعی و جمعیت شناختی مؤثر بر مرگ و میر کودکان زیر پنج سال شهر شوشتر در سال ۱۳۸۸. فصلنامه‌ی جمعیت، شماره‌ی ۶۹ و ۷۰.
۳۴. یار محمدیان، احمد؛ عریضی سامانی، حمید رضا. (۱۳۸۵). رابطه‌ی بیکاری با سلامت روانی با توجه به نقش تعدیلی تعهد به اشتغال در بین دانش‌آموزان ترک تحصیل کرده. فصلنامه‌ی علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره‌ی ۲۰.

35. Awofeso, N. (2003). The Healthy Cities Approach Reflections on a Framework for Improving Global Health. World Health Organization Bulletin of the World Health Organization, 81(3).

36. Duhl, L. J., Sanchez. A. K. (1999). Healthy Cities and the city Planning Process. WHO Regional Office for Europe.
37. Goli, S. Arokiasamy, P. Chattopadhyay, A. (2011). Living and health conditions of selected cities in India: Setting priorities for the National Urban Health Mission”, Cities 28.
38. Gudes, O. Yigitcanlar, T. Pathak, V. (2009). A Community Health Support System for the Planning of Healthy Cities. A community health, Queensland University of Technology.
39. Hall, C. Davies, J. K. Sherriff, N. (2009). Health in the Urban Environment: A Qualitative Review of the Brighton and Hove WHO Healthy City Program. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, Vol. 87, No. 1.
40. <http://www.elib.hbi.ir> (1390/12/7).
41. <http://www.irajabdi.com> (1390/12/7).
42. Kauppinen, T. Nelimarkka, K. Perttila, K. (2006). The effectiveness of human impact assessment in the Finnish Healthy Cities Network. Public Health, 120.
43. Leeuw, E. D. (2001). Global and local (*glocal*) health: the WHO healthy cities programme. Global Change & Human Health, Volume 2.
44. Takano, T. nakamura, K. (2001). An Analysis of Health Levels and Various Indicators of Urban Environments for Healthy Cities Projects. Journal of Epidemiology and Community Health, Apr 2001.
45. World Health Organization. (2002). Regional Office for Africa, Brisbane.
46. World Health Organization. (2010). the dawn of an urban world.

The Evaluation of Indices of Healthy City in Urban Regions of Iran Provinces

Mohammad Hosein Ebttekari

PhD student in sociology at the University of Yasouj, Iran

Abstract

The purpose of present study is to study indices of healthy city in urban regions of Iran Provinces and their rating and comparison to each other. study method was library, documentary and analysis the contents of existing. all urban regions of Iran provinces at national level are among statistical society in present study. between urban regions of Iran different provinces, there was more difference and inequality among indices such as unemployment, children mortality, analphabet, crude rate of births, dwelling facilities, accessibility to clean water, urban green space, stable residential unit and between other indices, observed was low. According to 17 rated hygiene, social and residential indices in present study, urban regions of provinces such as Semnan, Markazi, Golestan, Gilan, Yazd, Ghazvin, Tehran, Isfahan, eastern Azarbayijan and Bakhtiari are among healthy cities. as well as Sistan, Ilam, South Khorasan, Fars, Kordestan, Lorestan, Kermanshah, Kerman, Qum and Khoozestan are among insanitary provinces and urban regions of other provinces are among semi healthy cities.

Keywords: City, Urban areas of Iran, Indicators of a healthy city.
