

بررسی میزان مشارکت شهرداری‌های کلان‌شهرهای ایران در ارتقاء سلامت شهری و ارائه یک مدل پیشنهادی

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۱۰/۸ تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۹۸/۱/۲۵

مریم امجدی (دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران)
خلیل علی محمدزاده* (دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران)
شقایق وحدت (استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران)
ایروان مسعودی اصل (دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران)

چکیده

یکی از مهم‌ترین نهادهای شهری که شهروندان با آن در ارتباط می‌باشند، شهرداری است. این نهاد با مدیریت و برنامه‌ریزی‌های بلند مدت خود می‌تواند نیازهای اولیه و ثانویه شهروندان را شناسایی و شهر را به مکانی امن برای آنها بدل نماید. با توجه به اثرگذاری ۷۵ درصد عوامل اقتصادی و اجتماعی و محیطی بر سلامت، شهرداری‌ها می‌توانند نقش مهمی را ایفا نمایند. این پژوهش با هدف ارائه مدلی جهت مشارکت شهرداری‌ها در ارتقاء سلامت جامعه شهری در ایران انجام شده است.

این پژوهش از منظر هدف کاربردی و از نظر روش شناسی کمی و از نظر ماهیت توصیفی است؛ ابتدا با مطالعات کتابخانه‌ای و نظرخواهی از اعضای گروه خبرگان و اجرای تکنیک دلفی طی سه مرحله، ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های پرسشنامه تحلیل و شناسایی و تدوین و پس از تعیین پایایی و روایی آن با شیوه نمونه‌گیری تصادفی با طبقه‌بندی در بین ۳۱۶ نفر از کارشناسان شهرداری ۵ کلانشهر (تهران، مشهد، اصفهان، شیراز و تبریز) توزیع و سپس گردآوری گردید. پس از تحلیل داده‌ها بر اساس نتایج معادلات ساختاری و تحلیل عاملی تأییدی در مدل اندازه‌گیری مرتبه دوم در مجموع ۶ بُعد اصلی با ۲۱ مؤلفه از ۲۹ مؤلفه تأیید شد شامل: ارتقای برنامه‌ریزی شهری، بهبود شرایط زندگی شهری، حکمرانی مشارکتی، افزایش تاب‌آوری مناطق در بحران و بلایا، شهرهای دوستدار سالمند، قانون سلامت عمومی. این مطالعه نشان داد؛ شهرداری‌های کلانشهر

* نویسنده رابط: dr_khalil_amz@yahoo.com

در ایران از راهبردهای پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۵ جهت ارتقای سلامت شهری فاصله زیادی دارند و به دلیل تمرکزگرایی ساختاری، مشارکت آنها در اجرای خدمات سلامت عمومی پایین و پیشنهاد می‌گردد؛ شهرداری‌ها مشارکت خود را در سلامت به ویژه بهبود شرایط زندگی شهری افزایش دهند.

واژه‌های کلیدی: مشارکت، سلامت جامعه شهری، شهرداری، ایران.

مقدمه و بیان مسئله

تمرکززدایی به همراه شیوه‌های مشارکتی در اداره امور شهرها نیاز است تا سازمان‌های مختلف و همچنین شهروندان همکاری لازم را داشته باشند تا ارتقای سلامت جوامع شهری صورت پذیرد و توسعه پایدار شهری اتفاق افتد. هدف از هر برنامه مشارکتی می‌تواند خلق ایده‌های جدید و کسب قدرت باشد. در سال ۱۹۸۶ سازمان جهانی بهداشت با بهره‌گیری از دو اصل "همکاری بین بخشی" و "مشارکت عمومی" اجرای پروژه آرمانی شهر سالم را در دستور کار خود قرار داد.

ایده "مشارکت شهرداری‌ها در خدمات سلامتی"، به دلیل رتبه پایین جهانی ایران در سلامت، نبود عدالت در سلامت، عدم پاسخگویی به میزان نیاز هر فرد، کاهش هزینه‌ها و کاهش نیاز به سرمایه‌گذاری‌های جدید و نزدیک شدن به پوشش همگانی سلامت در پژوهشگر شکل گرفت. دلیل انتخاب شهرداری‌ها هم در این مشارکت؛ تجربه موفق کشورهای اروپایی، آسیایی و توسعه یافته است که پس از بررسی شهرهای جهان با توجه به درخواست سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۵ در قالب "راهبردهای پنج‌گانه‌ی" پیشنهادی مبنی بر اجرای سیاست‌های ارتقای سلامت برای کشورها، پژوهشگر تلاش کرد تا با استناد به انتظارات WHO و مطالعه شهرهای سالم در جهان، میزان مشارکت شهرداری‌های کلانشهرها برای ارتقاء سلامت جامعه شهری در ایران را بررسی نماید. لذا پژوهش حاضر در صدد ارائه مدل مشارکت شهرداری‌های کلانشهر در ارتقای سلامت عمومی جوامع شهری است.

راهبردهای پنج‌گانه پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۵ برای ارتقای سلامت شهری که به عنوان ابعاد اصلی تحقیق (ابعاد سلامت محور) مورد استفاده محقق قرار گرفته است؛ عبارت است از:

۱- **ارتقای برنامه‌ریزی شهری برای ارتقای رفتارهای سالم و ایمن:** شامل طراحی شهری برای افزایش تحرک مردم، تدارک غذای ایمن، مقبول و در دسترس، تدارک خدمات سلامت برای همه و ارتقای ایمنی خیابانها.

۲- **بهبود شرایط زندگی شهری:** از جمله هوا و آب سالم و قرار گرفتن اماکن مسکونی در مناطق ایمن، بهبود وضعیت سکونت، کنترل آلودگی داخل و خارج خانه، اطمینان از آب ایمن و بهداشت بهبود یافته شهری.

۳- **اطمینان از حکمرانی مشارکتی در شهر:** شامل سهیم کردن مردم در اطلاعات درباره برنامه‌ریزی‌های شهری سلامت، تشویق گفتگوی عمومی، درگیر کردن مردم در

تصمیم‌گیری‌ها، ایجاد فرصت‌هایی برای مشارکت.

۴- پایه‌گذاری شهرهای دوستدار سالمند: حمل و نقل عمومی برای افراد دچار ناتوانی، تسهیل و در دسترس شود، پیاده روی ایمن برای تمام افرادی که نیازهای خاص برای حرکت دارند، فراهم شود، ساختن مکان‌های عمومی و ساختمان‌هایی با دسترسی آسان، ارتقای زندگی شهری فعال و ورزش برای همه.

۵- افزایش تاب‌آوری مناطق در برابر بلایا و فوریت‌ها: قرارگیری تسهیلات سلامت در مناطق ایمن و ساخت مقاوم آنها، تقویت آمادگی جامعه و ظرفیت‌های پاسخگوئی، بهبود مراقبت از بیماری‌ها. در ادامه و بر اساس مطالعات متعدد در مورد وظایف شهرداری‌ها در کشورهای اروپایی بعد ارتقای سلامت عمومی نیز استخراج و لحاظ شده و در مجموع شش بُعد در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفته است.

این راهبردها به حمایت و تمرکز بر فرایند تمرکززدایی که در بسیاری از کشورها اجرا شده، کمک می‌کند تا از طریق هماهنگ کردن تلاش‌های بین بخشی و پیشگیری از دوباره کاری و خطرات، ارتقای سلامت شکل گیرد (ایازی، ۱۳۹۲؛ ۳۴).

پژوهش حاضر در صدد ارائه مدل مشارکت شهرداری‌های کلانشهر در ارتقای سلامت عمومی جوامع شهری است. شهرداری که به‌عنوان بزرگترین دستگاه عمومی مدیریت شهری فعالیت دارد، سازمانی محلی بوده که در محدوده‌ی شهرها برای رفع نیازهای عمرانی، رفاهی و خدماتی شهر، ساکنین و مسافری آن انجام وظیفه می‌کند و نقش قابل توجهی در مدیریت شهری دارد. توسعه وظایف و اختیارات شهرداری‌ها همراه با تمرکززدایی و توسعه مدیریت شهری ضروری است (سالاری سردری و همکاران، ۱۳۹۶: ۳۵). پیش‌نیاز خروج شهرداری‌ها از یک سازمان خدماتی به یک نهاد اجتماعی خلاق و فعال در جامعه، مشارکت اجتماعی شهروندان است و این نهاد می‌تواند در درون همه شهروندان درونی و نهادینه شود (زاهدانی و بیدگلی، ۱۳۹۱: ۸۷).

پیشینه تحقیق

در ایران مشارکت شهرداری‌ها در ارتقای سلامت جامعه موضوع جدیدی است. مشارکت باعث افزایش ظرفیت مردم در اداره امور محلی بوده و به نوعی اساساً رویکرد توانمندسازی اجتماع محور در ارتقای سلامت به عنوان یکی از سیاست‌های راهبردی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بایستی نهادینه شود (یوسفی سادات و

همکاران، ۱۳۹۴: ۲۵۰) و اهمیت برنامه‌ریزی شهر سالم برای شهرها ضروری می‌باشد (زیاری و همکاران، ۱۳۹۱: ۵۲).

در سال ۲۰۱۲ در نروژ پس از تصویب PHC^۱ مسئولیت بهداشت شهروندان کاملاً به سطوح شهری منتقل شد و پس از تشکیل واحد هماهنگ کننده در ۴۲۸ شهرداری نروژ سبب شد که این واحد مانند چسب بین قسمت‌های مختلف دولت، خیریه، خصوصی، داوطلبانه عمل کند و برای ایجاد دیده‌بان سلامت و ارزشیابی سلامت با شوراهای محلی، قسمت‌های غیردولتی و بخش‌هایی از جامعه که شرایط اجتماعی اقتصادی آن پایین است، مشارکت نمایند. این تحقیق نشان داد که ایجاد این واحد به ساختار شهرداری‌ها مربوط نمی‌شود و اگر در دفتر مدیرکل و تمام وقت تشکیل شود برای پیشبرد اهداف سلامت موفق‌تر است و فاصله بین قسمت‌های مختلف خصوصی، دولتی کم و میزان مشارکت بالا و یک نقش اصلی را به شهرداری‌های نروژ برای ارتقای سلامت داده است (Susanne Hagen, 2015:599).

در آلمان، سلامت دومین صنعت بزرگ کشور محسوب می‌شود و از صنعت اتومبیل بزرگتر است و اهمیت اقتصادی‌اش در نوآوری و تولید باعث شد که دولت آلمان در درون وزارت اقتصاد و فناوری خود، بخش مستقلی برای صنعت مراقبت‌های بهداشتی تأسیس نماید (ایزکوب^۲ و همکاران، ۲۰۰۸؛ اشنايدر^۳ و همکاران، ۲۰۱۰).

مطالعات در بنگلادش، کانادا، امریکای شمالی در راستای پروژه شهر سالم سازمان بهداشت جهانی (WHO) نشان داده که بین سلامت و طراحی شهری رابطه مستقیم وجود دارد به طوریکه شرایط محیطی، اجتماعی و اقتصادی تأثیر واضح و مشخصی در سلامت دارند (Duhl & Sanchez, 1999: 2).

ویس و آرنسن در سال ۲۰۱۱ مدلی برای سرزندگی شهرهای آمریکایی برای سال ۲۰۲۰ ارائه کردند. این مدل دارای سه بُعد حمل و نقل عمومی و سریع، افزایش پارکینگ در مراکز شهرها و افزایش زیباسازی شهری است (Weis. & Arnesen: 2011).

لوپز و کامانهو سرزندگی شهری را یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های برنامه‌ریزی شهری در قرن حاضر می‌دانند. همچنین سرزندگی را عاملی برای افزایش کیفیت زندگی شهروندان معرفی می‌کنند (Lopes & Camanho, 2012, 5).

¹ Public Health Coordinator

² Iscorp

³ Schneider

در مطالعه سه کشور چین، کاستاریکا، سریلانکا و یکی از ایالت‌های هند (کرالا) مشخص شد این کشورها علیرغم سرانه بهداشتی که در مقایسه با کشورهای پردرآمد، ناچیز است توانسته بودند از وضعیت سلامت خیلی خوبی برخوردار شوند و شاخص‌های بهداشتی بسیار مناسبی داشته باشند. دلیل مشترک پیشرفت کشورهای مورد اشاره، ایجاد ارتباطات بین بخشی قوی جهت رسیدگی به عوامل اجتماعی مؤثر در امر سلامت بود که از این طریق توانستند شاخص‌های سلامت جامعه را ارتقاء بخشند و به خصوص پاسخگوی نیازهای گروه‌های آسیب‌پذیر باشند (پارسای و همکاران، ۱۳۸۹: ۵۲).

در مطالعه مقطعی که در سال ۲۰۱۵ در ژورنال اسکاندیناوی سلامت عمومی (SJPH) با عنوان "سلامت در همه سیاست‌ها" توسط سوزان هاژن و همکارانش به چاپ رسیده؛ از نقش‌های هماهنگ کننده سلامت عمومی در شهرهای نروژ توسط شهرداری سخن می‌گوید که فعالیت‌ها و سیاست‌های شهرداری را در راستای سلامت عمومی سازماندهی می‌کند.

در مطالعه ماریا ایزابل و همکاران در انتشارات دانشگاه اکسفورد امریکا در مجله خانواده در سال ۲۰۱۲ با عنوان "مشارکت شهرداری‌ها در ظرفیت جامعه برای کنترل چاقی در ساختار شهری" در شهرهای لیسبون، لندن، نیویورک مشخص کرد که کم کردن وزن کودکان به روشی فراتر از جنبه درمانی (مدیکال) نیاز هست.

در کشور ما مشارکت دچار دگرگونی ماهیت شده است و عزمی مشخص برای ایفای نقش مردم در ایجاد، اصلاح و اداره محیط مسکونی خود بوجود نیامده است (رضوانی، ۱۳۸۵: ۲۴) و فرآیند نهادینه شدن مشارکت در برنامه‌ریزی‌های منطقه‌ای و محلی در مراحل ابتدایی است؛ اما می‌توان در شرایط کنونی نیز به امکان سنجی دخالت فعال‌تر شهروندان در برنامه‌ریزی و ساخت محیط زندگیشان پرداخت (مهین و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۱۳).

نیازسنجی با فرایند مشارکتی و برنامه‌ریزی مبتنی بر نیاز می‌تواند اقدامی مؤثر در رفع نیازها و تغییر رویکرد مسئولین باشد و سبب دستیابی به عدالت شود و اگر جز این باشد، هدر دادن منابع و وقت است (شاهنده و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۲۱).

در مطالعه موردی عملکرد دو سازمان شهرداری و شورای شهر در شهر اهواز از دیدگاه شهروندان با عنوان ارزیابی حکمرانی خوب شهری برای شهرهای ایران نشان داد شاخص مشارکت پذیری از اصول حکمرانی خوب در پایین‌ترین سطح قرار دارد و ضعیف ارزیابی شد (رحمانی، ۱۳۹۹، ۸۹). همچنین نظیر این مطالعه در کیاسر توسط عبدلی و

همکاران مشخص کرد؛ بُعد پاسخ دهی به شهروندان وضعیت مناسبی ندارد و شاخص مشارکت، کمترین تأثیر را در حکمروایی خوب شهری دارد (عبدی و همکاران، ۱۳۹۸، ۱۳۹). مطالعه لاله پور و همکاران در سال ۱۳۹۱ نشان داد؛ تمرکز گرایی در ساختار مدیریتی کشور منجر به محدودیت اختیارات مدیریت شهری و غلبه عناصر حکومتی و دولتی در برنامه‌ریزی‌های فرایند مدیریت شهری شده است (لاله پور و همکاران، ۱۳۹۱، ۳۵).

در میان عوامل تأثیرگذار در شهرها مانند محیط زیست شهری، حمل و نقل شهری، ایمنی شهری و برنامه‌ریزی شهری یک عامل بسیار مهم که تأثیر فزاینده و تعیین کننده‌ای بر دیگر عوامل سازنده زندگی شهری دارد، مدیریت شهری است (هاشمی، ۱۳۹۰: ۶). ارتقای عادلانه شاخص‌های سلامت جامعه دو بازوی مشارکت مردمی و همکاری بین بخشی را لازم دارد و نتایج مطالعات نشان می‌دهد که این دو اهرم در حوزه سلامت در نقطه ضعف هستند (دماری و همکاران، ۱۳۹۴: ۹).

با مرور بر تجربیات کشورهای پیشرو نتیجه‌گیری می‌شود که بهبود شاخص‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی جوامع همراه با بهتر شدن شاخص‌های سلامت مردم همراه بوده و در همین ارتباط کشورهای اسکاندیناوی مرز همکاری بین بخشی را شکسته و این تعهد را در وزارتخانه‌ها و سازمان‌های خود ایجاد کرده‌اند تا به خودارزیابی سیاست‌های عمومی بپردازند و اجرای سیاست‌های مصوب آنان در محیط نه تنها ضرری را متوجه سلامت مردم نکند، بلکه آن را ارتقاء هم بدهد، (TimoS 2006).

در مطالعه قدمی و همکاران در سال ۱۳۸۹ با عنوان "بررسی تطبیقی شاخص‌های شهرسالم در مقیاس ملی و جهانی" مشخص شد که متغیرهای جمعیتی و اجتماعی نقاط شهری کشور ایران از شاخص‌های شهر سالم فاصله گرفته است و این امر می‌تواند تهدیدی جدی برای کیفیت زندگی شهروندان آن محسوب شود. همچنین نسبت به کشورهای توسعه یافته شاخص‌های جمعیتی و بهداشتی و اجتماعی در وضعیت مطلوبی قرار ندارند و تنها ۱۲/۷ درصد از شاخص‌ها با سطح کشورهای پیشرفته در وضعیت همسان به سر می‌برد لذا التزام به یک برنامه‌ریزی پایدار اجتماعی ضروری است.

بر اساس مطالعه‌ای که در کشور انجام شده، وزارت بهداشت با تمام ظرفیت خود فقط ۱۴ تا ۱۷ درصد در سلامت مردم سهم دارد و سایر سازمان‌ها و وزارتخانه‌ها از جمله شهرداری‌ها، می‌توانند در ارتقای سلامت ایفای نقش نمایند. به طوری که هفت دستگاه بیش از ۵۰ درصد سهم سلامت کشور را به عهده دارند که شامل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی،

سازمان صدا و سیما، آموزش و پرورش، ستاد مبارزه با مواد مخدر، جهاد کشاورزی، سازمان حفاظت از محیط زیست و وزارت کشور (۴/۶ درصد) (دماری، ۱۳۹۴: ۵۱۱).

مطالعه دماری و مقدم در سال ۹۲ نشان داد که اگر شهرداری به عنوان متولی سلامت اجتماعی در منطقه شهری تعیین گردد، می تواند با مشارکت کلیه دستگاهها به منظور ایجاد رضایت و تعهد جمعی نقش ایفا نماید. بنابراین مشارکت جامعه برای موفقیت اهداف بهداشت محلی حیاتی است. اطلاع از تجربیات داخلی و خارجی و انتخاب روشهای اصلح متناسب با شرایط و امکانات داخلی (زیاری و همکاران، ۱۳۹۱، ۵۶) همچون پروژههای شهر و روستای سالم در کشور ایران این امید را ایجاد می کند تا با استفاده از تجربیات در سطح ملی، بتوانیم همکاری جدی تر شهرداریها را برای پیشگیری، کاهش عوامل خطر اجتماعی و ارتقای سلامت شروع کنیم (متولیان و همکاران، ۱۳۸۹، ۲۲۶).

علاوه بر این، شواهدی وجود دارد که نشان می دهد توانمندسازی و تعامل افراد در ترویج سلامتی مؤثر است و تنها مراقبت های مناسب پزشکی پیشگیری مسئول ۱۰٪ سلامت ماست (پارسای و همکاران، ۱۳۸۹: ۳۷-۳۶). در قرن اخیر افزایش امید به زندگی تا ۳۰ سال در کشورهای توسعه یافته به دلیل تلاش هایی است که در زمینه بهداشت عمومی انجام شده و با مراقبت پزشکی تلفیق یافته است (پارسای و همکاران، ۱۳۸۹: ۴۹).

در مطالعه سالاری سردری و کیانی در سال ۱۳۹۶ با عنوان "تحلیل الگوی مدیریت شهری ایران" نتیجه می گیرد؛ مشارکت به دلیل ماهیت برنامه ریزی متمرکز و سیاست های از بالا به پایین بر زمین مانده و توسعه وظایف و اختیارات شهرداریها به همراه تمرکززدایی برای توسعه مدیریت یکپارچه شهری را ضروری دانسته. سطوح مدیریت شهری در طول زمان بیانگر موازی کاری در امر تصمیم گیری و برنامه ریزی و دوباره کاری با کمترین ارتباط دوجانبه حتی در یک محله است.

در مطالعه ندافی و همکاران با عنوان "طراحی نظام رتبه بندی سلامت شهرهای کشور" که در سال ۱۳۹۶ صورت گرفت؛ مشخص کرد که به کارگیری نتایج این تحقیق سبب رقابت مثبت بین شهرداران و شوراهای اسلامی شهرها می شود و پاسخگویی شهرداران و دستگاه های مسئول در شهر افزایش می یابد.

در مطالعه دماری و مقدم در سال ۱۳۹۲ با عنوان "بسته های خدمات سلامت اجتماعی، الگویی برای مداخله نظام مدیریت سلامت شهری" با توجه به بازمهندسی نظام شبکه بهداشتی درمانی در شهرها با رویکرد عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و بازتعریف نقش شهرداریها در این ارتباط پیشنهاد شد شورای سلامت اجتماعی هر منطقه شهری

زیر نظر شهردار در منطقه به عنوان اولین گام با مشارکت کلیه دستگاه‌های دولتی و نمایندگان بخش غیردولتی و خصوصی به منظور ایجاد حساسیت و تعهد جمعی تشکیل شود و شهرداری به عنوان متولی مهم سلامت اجتماعی در منطقه شهری تعیین گردد. امروزه شهرداری‌ها تجارب اجرایی پروژه شهر سالم را در دستور کار خود قرار داده‌اند (زمانی، ۱۳۹۴: ۴) شهرداری و شوراها نمونه‌های واقعی از این نوع مشارکت هستند (رضویان و همکاران، ۱۳۹۵: ۴۸). خانه‌های سلامت شهرداری برای سازماندهی مردم و بسیج آنها برای ارتقای سطح سواد و خدمات سلامت خود و شناسایی گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه در بهبود شاخص‌های سلامت تعیین کننده‌اند (دماری، ۱۳۹۱: ۲۰). این فرآیند به طراحی برنامه‌های جامعه محور و تخصیص منابع و همچنین تقویت ظرفیت بومی مناطق کمک خواهد کرد (Baum F: 2007، 91).

آنچه مردم از نظام سلامت انتظار دارند، پاسخگویی به نیازهای آنان است. سلامت در طرح‌های توسعه ایران به جای آنکه محور تهیه، تصویب و اجرا قرار گیرد، به مثابه یک شاخص جانبی همچون دیگر شاخص‌های تدوین توسعه یعنی شاخص‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و... نگریسته می‌شود (خلیل ابادی، ۱۳۹۳، ۱۲). لذا سلامت نیازمند تلاقی دو دانش کارآمد یعنی برنامه‌ریزی شهری و بهداشت و سلامت است تا شهروندان ساکن در شهرها را از مخاطرات زیستن در شهرها مصون دارد (خلیل ابادی، ۱۳۹۳، ۱۲). در این راستا این امر نیازمند تلفیق تعهدات و اقدامات سیاسی از بالا به پایین (یعنی از سطح سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان به سمت جامعه) با اقداماتی از پایین به بالا (یعنی از سطح جامعه و تشکلات مدنی) می‌باشد.

بررسی راه‌های افزایش مشارکت شهرداری‌ها در سلامت عمومی که اصلی‌ترین نیاز شهروندان است، ضروری و برای تحقق توسعه پایدار، ایجاد حکمرانی خوب شهری و تبدیل کردن شهرداری به نهاد اجتماعی و نه صرفاً سازمانی خدماتی ایجاد می‌کند تا شهرداری‌ها الزامات چنین رویکردی را بپذیرا باشند (دماری، ۱۳۹۲: ۱۲). این مطالعه از این جهت که سعی دارد حلقه‌های مفقوده ارتقای سلامت را در زیرساخت‌های شهری جستجو نماید، پژوهشی نوآورانه است.

روش بررسی:

این پژوهش از منظر هدف کاربردی و از نظر روش شناسی کمی و از نظر ماهیت توصیفی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کارشناسان خبره در شهرداری‌های

کلانشهرهای ایران شامل (تهران، مشهد، اصفهان، شیراز و تبریز) می‌باشد که طبق آمار و اطلاعات دریافتی در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ از شهرداری‌های استان‌های مورد مطالعه بدست آمد. در حال حاضر تعداد ۱۵۰۰ نفر کارشناس مشغول به کار بوده که حداقل دارای مدرک کارشناسی با پنج سال سابقه خدمت در سازمان شهرداری می‌باشند. با استفاده از فرمول نمونه‌گیری کوکران تعداد ۳۱۶ نفر از کارشناسان شهرداری‌های ۵ کلانشهر مورد مطالعه به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند که ۶۲ درصد مرد و ۳۸ درصد زن بودند. جهت انتخاب اعضای نمونه از شیوه نمونه‌گیری تصادفی با طبقه‌بندی (با تخصیص متناسب) استفاده شده است. در این پژوهش بر اساس انتظارات سازمان جهانی بهداشت از کشورها در سال ۲۰۱۵ و مطالعات کتابخانه‌ای و نظرخواهی از اعضای گروه خبرگان، و اجرای تکنیک دلفی طی سه مرحله، ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های پرسشنامه (ابزار کمی) شناسایی و تأیید و تدوین گردید. در نهایت پرسشنامه‌ای با ۱۷۰ گویه بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت در قالب شش بُعد سلامت محور طراحی گشت که پس از تأیید روایی و پایایی ابزار پژوهش، پرسشنامه در بین اعضای نمونه توزیع و گردآوری گردید.

ابعاد مشارکت شامل شش بُعد و ۲۹ مؤلفه (ابزار پژوهش) به همراه آمار توصیفی در جدول یک آورده شده است:

جدول ۱: آمار توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش

انحراف معیار	میانگین	مؤلفه	بُعد سلامت
۰/۹۴	۳/۴۳	طراحی شهری برای افزایش تحرک مردم	برنامه‌ریزی شهری ارتقای رفتارهای سالم
۰/۸۹	۳/۵۳	تدارک غذای ایمن، مقبول و در دسترس	
۰/۹۳	۳/۱۷	تدارک خدمات سلامت برای همه	
۱/۰۵	۳/۱۲	ارتقای ایمنی خیابان‌ها	
۰/۹۸	۳/۰۶	آب و هوای سالم	بهبود شرایط زندگی
۱/۰۱	۳/۳۳	قرار گرفتن اماکن مسکونی در مناطق امن	
۱/۰۷	۲/۸۵	کنترل آلودگی داخل و خارج خانه	
۱/۰۱	۳/۳۶	بهداشت بهبود یافته شهری	
۰/۹۷	۳/۱۳	تشویق گفتگوی عمومی و نقد سازنده	اطمینان از مشارکتی در شهر
۰/۹۷	۳/۰۸	سهیم کردن مردم در اطلاعات در برنامه‌ریزی‌های شهری سلامت	
۰/۹۹	۳/۱۰	فرصت‌هایی برای مشارکت و ارتقای مشارکت‌های محلی	
۱/۰۳	۲/۷۸	نظم و هماهنگی	افزایش تاب‌آوری در برابر بلایا و فوریت‌ها
۱/۱۵	۲/۸۵	اجرای مقررات ساختمانی و اصول برنامه‌ریزی کاربری اراضی	
۱/۱۶	۲/۷۲	تأمین مالی و منابع و محافظت از تأسیسات حیاتی آموزش و بهداشت	
۱/۰۵	۲/۹۱	شناسایی مخاطرات و سنجش خطرپذیری	

۰/۹۵	۳/۱۸	بازیابی و بازسازی مناطق آسیب‌دیده (مدیریت بحران)		
۱/۱۷	۲/۹۶	سیستم‌های هشدار سریع		
۱/۱۶	۲/۸۷	حفاظت از زیست‌بوم‌ها و بافرهای طبیعی		
۱/۱۱	۲/۷۱	ساختمان‌ها و فضای بیرونی برای سالمندان	پایه‌گذاری شهرهای دوستدار سالمند	
۱/۰۰	۳/۱۵	حمل و نقل سالمندان		
۰/۹۴	۳/۰۲	مسکن سالمندان		
۰/۹۳	۳/۱۱	مشارکت اجتماعی سالمندان		
۱/۱۹	۲/۶۱	احترام به سالمندان		
۱/۲۳	۲/۴۹	مشارکت مدنی و اشتغال		
۱/۱۸	۲/۴۷	ارتباطات و اطلاعات		
۱/۱۹	۲/۷۲	حمایت اجتماعی و خدمات بهداشتی پزشکی		
۱/۰۹	۳/۲۶	تدوین قانون سلامت		ارتقای سلامت عمومی
۱/۱۲	۲/۸۴	پروژه آموزش سلامت		
۱/۰۶	۲/۸۶	استقلال شهرداری‌ها		

مأخذ: نگارندگان

همانطور که ملاحظه می‌گردد: بُعد برنامه‌ریزی شهری برای ارتقای رفتارهای سالم و ایمن مشتمل بر چهار مؤلفه است که از نظر کارشناسان شهرداری؛ مؤلفه تدارک غذای ایمن و در دسترس (شامل ساماندهی فروشندگان دوره‌گرد مواد غذایی، نظارت بر تولید نان و کیوسک‌ها، عرضه غذاهای ارگانیک و توزیع نهال رایگان) با مقدار ۳/۵۳ دارای بیشترین تأثیر را در ارتقای سلامت دارد. بُعد بهبود شرایط زندگی شهری، با چهار مؤلفه که بهداشت بهبود یافته شهری (شامل راه اندازی سرویس‌های بهداشتی، کنترل جمعیت حیوانات ناقل بیماری، نصب زباله‌دان‌ها، جمع‌آوری معتادان، نظافت و مکانیزه کردن خدمات شهری، بهره‌برداری اقتصادی از زباله‌ها) با مقدار ۳/۲۶ دارای بیشترین تأثیر در ارتقای سلامت است. بُعد اطمینان از حکمرانی مشارکتی در شهر با سه مؤلفه که مؤلفه تشویق گفتگوی عمومی و نقد سازنده (شامل ارتباط مردم با شهرداری با سامانه‌های ۱۸۸۸ و ۱۳۷، صندوق پیشنهادها در مکان‌های عمومی، مطبوعات محلی) با مقدار ۳/۱۲ بیشترین تأثیر در ارتقای سلامت را دارد. بُعد تاب‌آوری مناطق در برابر بلایا و فوریت‌ها از هفت مؤلفه تشکیل شده است که مؤلفه بازیابی و بازسازی مناطق آسیب‌دیده (مدیریت بحران) شامل (حفاظت اجتماعی خانواده‌های آسیب دیده، کمک رسانی تجهیزاتی، ایجاد پایگاه اطلاعات محلی، تأسیس صندوق امداد بلایا) با مقدار ۳/۱۸ دارای بیشترین تأثیر در ارتقای سلامت را دارد. برای بُعد پایه‌گذاری شهرهای دوستدار سالمند هشت مؤلفه در

نظر گرفته شده است که حمل و نقل سالمندان (شامل کارت منزلت، افزایش امکانات اتوبوس‌های شهری به خدمات سالمندی، داشتن برنامه زمان‌بندی مسیرهای حرکت، ایستگاه‌های بیشتر، نیمکت‌های مناسب بین راه، رمپ‌های مناسب با مقدار ۳/۱۵ دارای بیشترین تأثیر در ارتقای سلامت بود. ششمین بُعد تحقیق، ارتقای سلامت عمومی است با سه مؤلفه که مؤلفه تدوین قانون سلامت عمومی (شامل تدوین سالیانه چارچوب خدمات عمومی سلامت، آموزش سبک زندگی سالم، شناسایی گروه‌های آسیب پذیر، تدوین خط مشی‌های سلامت محلی، تعیین دیده‌بان سلامت و گزارش بازرسان) با مقدار ۳/۲۶ دارای بیشترین تأثیر در ارتقای سلامت شهری را داشت.

پس از تشکیل متغیرهای پژوهش، از تحلیل عاملی و معادلات ساختاری برای پاسخ به سئوالات و تعمیم آنها به جامعه مورد مطالعه بهره‌گیری شده است. همچنین جهت داده‌آمایی (ورود داده‌ها) و رسم برخی از نمودارهای توصیفی از نرم‌افزار Microsoft Excel و برای تحلیل داده‌ها و استنباط‌های آماری از نرم‌افزار آماری IBM SPSS و IBM AMOS نسخه ۲۳ بهره گرفته شده است.

یافته‌های تحقیق:

پس از توزیع پرسشنامه تحقیق در بین اعضای نمونه و اجرا مشخص شد که برای برخی مؤلفه‌ها $t < 1/96$ و لذا این مؤلفه‌ها معنی‌دار نیستند. (۸ مؤلفه در سطح اطمینان ۹۵ درصد بی‌معنی شدند). هم چنین ضرایب برخی از مؤلفه‌ها کوچک‌تر از ۰/۵ بود که نشان می‌دهد مؤلفه‌ها از قدرت کافی برای تبیین ابعاد خود برخوردار نبودند. لذا این مؤلفه‌ها حذف شدند و مؤلفه‌های حذف شده در جدول ۲. ارائه شده‌اند.

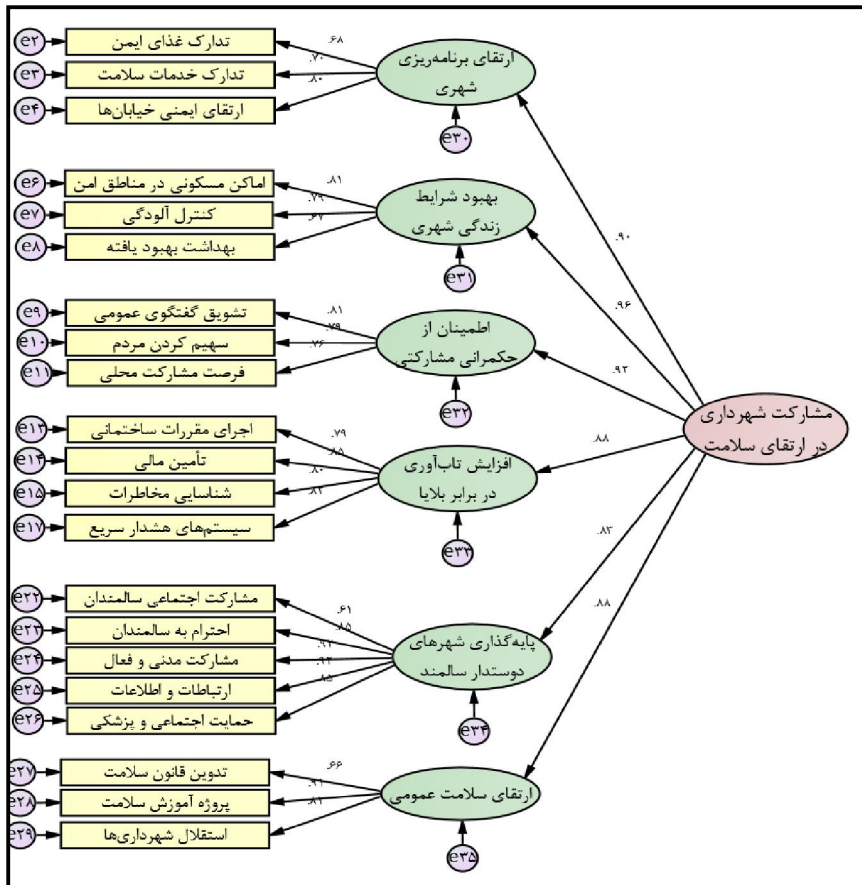
جدول ۲. مؤلفه‌های حذف شده

مؤلفه‌های حذف شده (بی معنی)	بُعد سلامت محور
طراحی شهری برای افزایش تحرک مردم	ارتقای برنامه‌ریزی شهری برای ارتقای رفتارهای سالم و
آب و هوای سالم	بهبود شرایط زندگی شهری
ساختمان‌ها و فضای بیرونی برای سالمندان	پایه‌گذاری شهرهای دوستدار
حمل و نقل سالمندان	سالمند

مسکن سالمندان	افزایش تاب‌آوری مناطق در برابر بلایا و فوریت‌ها
نظم و هماهنگی	
بازیابی و بازسازی مناطق آسیب‌دیده (مدیریت)	
حفاظت از زیست‌بوم‌ها و بافرهای طبیعی	

مأخذ: نگارندگان

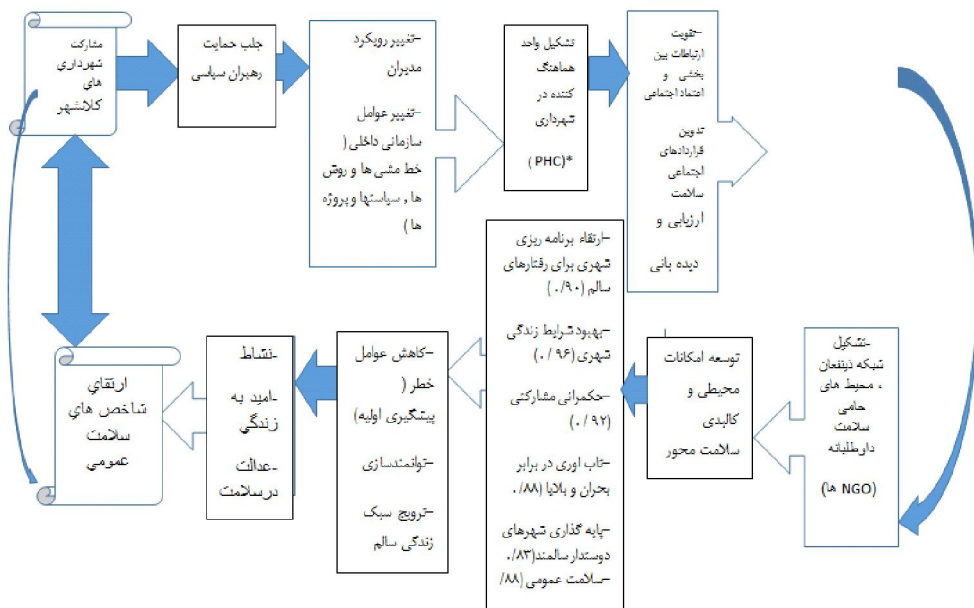
ابعاد سلامت محور مشارکت از نظر کارشناسان شهرداری پس از حذف مؤلفه‌های بی‌معنی در شکل ۱ به نمایش درآمده است اعداد به نمایش درآمده بر روی پیکان‌ها در این نمودار، ضرایب استاندارد شده هستند.



شکل ۱: مدل اندازه‌گیری مرتبه دوم ابعاد و مؤلفه‌های مشارکت شهرداری‌ها در ارتقای سلامت شهری به همراه ضرایب استاندارد شده (مأخذ: نگارندگان)

برای بررسی نرمال بودن متغیرهای تحقیق از شاخص‌های چولگی و کشیدگی استفاده شد که مقادیر آن در بازه ۲ و ۲- قرار گرفت که توزیع داده‌های مربوط به متغیرها نرمال بود. همچنین برای بررسی شش بُعد اصلی سلامت محور ابتدا مدل‌های اندازه‌گیری مرتبه اول و دوم استفاده (تحلیل عاملی) و پس از تأیید مناسبت این مدل‌ها، با استفاده از معیارهای موجود از آن‌ها برای پاسخگویی به سئوالات تحقیق استفاده شد.

بر اساس نقش و وظایف شهرداری‌ها، تجربیات جهانی و تأکیدات مندرج در بیانیه‌های بین‌المللی مرتبط به سلامت شهری، الگوی مفهومی شکل ۲ برای مشارکت شهرداری‌ها پیشنهاد شده است:



شکل ۲: مدل ترکیبی مفهومی مشارکت شهرداری‌ها منبع: مطالعات نویسندگان

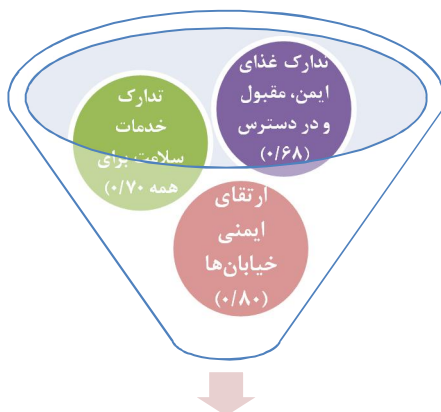
بحث و نتیجه‌گیری

ضرایب به‌دست آمده در شکل یک منطبق بر آمار استنباطی و ضرایب استاندارد

نشان داد:

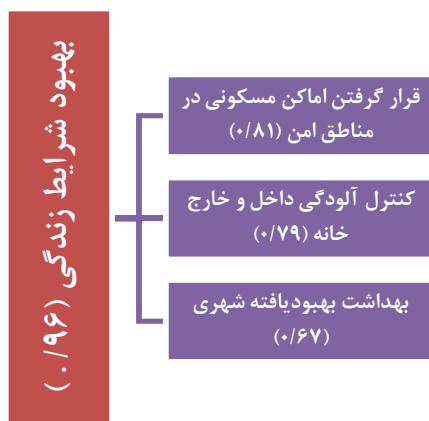
در بُعد ارتقای برنامه‌ریزی شهری برای ارتقای رفتارهای سالم و ایمن؛ از نظر کارشناسان شهرداری اجرایی ترین مؤلفه آن؛ ارتقای ایمنی خیابان‌ها با ضریب ۰/۸۰ است و مؤلفه طراحی شهری برای افزایش تحرک مردم از بُعد ارتقای برنامه‌ریزی شهری معنادار

نبوده و حذف شده است (شکل ۳).



شکل ۳: بُعد برنامه‌ریزی شهری (۰/۹۰). مأخذ: نگارندگان

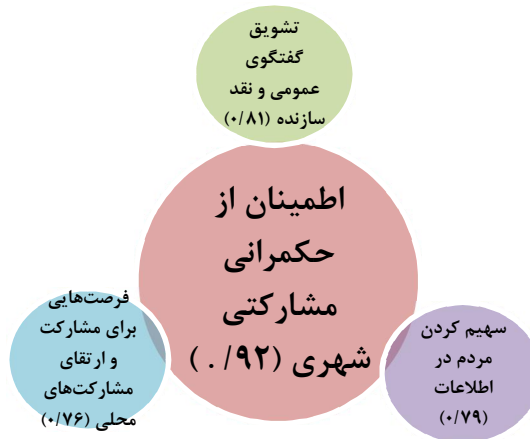
در بُعد بهبود شرایط زندگی شهری، مهمترین دغدغه شهرداری‌ها؛ مؤلفه قرار گرفتن اماکن مسکونی در مناطق امن با ضریب ۰/۸۱. و مؤلفه طراحی آب و هوای سالم از بُعد بهبود شرایط زندگی شهری معنادار نبوده و حذف شده است چون از نظر کارشناسان شهرداری این مسئله در حیطه وظایف سازمان آب و فاضلاب می‌باشد.



شکل ۴: بُعد بهبود شرایط زندگی شهری (۰/۹۶). مأخذ: نگارندگان

در بُعد اطمینان از حکمرانی مشارکتی: مؤلفه تشویق گفتگوی عمومی و نقد سازنده با ضریب ۰/۸۱. را اجرایی‌ترین مسئله ارزیابی نمودند؛ ولی سهم کم مردم در اطلاعات و برنامه‌ریزی‌های شهری سلامت، فرصت‌هایی برای ارتقای مشارکت‌های محلی با توجه به

ساختار فعلی متمرکز شهرداری‌ها کمترین امکان اجرایی شدن در بُعد اطمینان از حکمرانی مشارکتی در شرایط فعلی داشته است.



شکل ۵: بعد حکمرانی مشارکتی شهری (۰/۸۸)، مأخذ: نگارندگان

در بُعد پایه‌گذاری شهرهای دوستدار سالمند از نظر کارشناسان شهرداری در شرایط فعلی؛ مؤلفه‌های مشارکت مدنی و اشتغال، ارتباطات و اطلاعات با سالمندان با ضریب ۰/۹۲. بیشترین قابلیت انجام را دارد و مؤلفه‌هایی که امکان اجرایی شدن توسط شهرداریها را ندارد و حذف شده شام: ایجاد ساختمان‌ها و فضاهای بیرونی برای سالمندان، تسهیلات حمل و نقل و مسکن سالمندان در بُعد پایه‌گذاری شهرهای دوستدار سالمند بوده است.



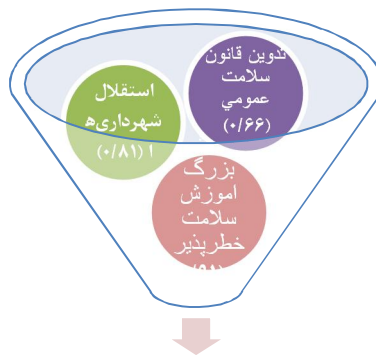
شکل ۶: بُعد پایه‌گذاری شهرهای دوستدار سالمند (۰/۸۳)، مأخذ: نگارندگان

در بُعد افزایش تاب‌آوری مناطق در برابر بلایا و فوریت‌ها؛ مؤلفه تأمین مالی و منابع و محافظت از تأسیسات حیاتی آموزش و بهداشت را کارشناسان شهرداری با ضریب ۰/۸۵، مهم ارزیابی نمودند که در زمان حادثه بایستی سالم و قابل استفاده بمانند و مؤلفه‌های نظم و هماهنگی، بازیابی و بازسازی مناطق آسیب دیده، حفاظت از زیست بوم‌ها و بافرهای طبیعی در بُعد افزایش تاب‌آوری مناطق در برابر بلایا و فوریت‌ها از نظر کارشناسان شهرداریها در حیطه وظایف شهرداری‌ها نیست و به دلیل نداشتن بودجه لازم معنی‌دار نبود.



شکل ۷: بُعد افزایش تاب‌آوری در مناطق در برابر بحران و بلایا (۰/۸۸). مأخذ: نگارندگان

در بُعد ارتقای سلامت عمومی از نظر کارشناسان مؤلفه آموزش سلامت با توجه به وجود فرهنگسراها و اداره سلامت در شهرداری‌ها به عنوان اجرایی‌ترین مؤلفه با ضریب ۰/۹۱ ارزیابی نمودند. در مجموع بعد بهبود شرایط زندگی شهری بیشترین قابلیت اجرایی (۰/۹۶) را از نظر کارشناسان داشته است (شکل ۸).



شکل ۸: بُعد ارتقای سلامت عمومی (۰/۸۸). مأخذ: نگارندگان

بر اساس نتایج حاصله از این تحقیق ضمن آن که کارشناسان شهرداری همه ابعاد اصلی طرح را برای ارتقای سلامت شهری با اهمیت ارزیابی نمودند؛ ولی مشارکت شهرداری‌های کلان‌شهرهای ایران در ارتقای سلامت شهری از سطح پایینی برخوردار است. در کشورهای پیشرفته همچون نروژ، شهرداری‌ها دارای فعالیت‌های گسترده‌ای جهت بهبود سلامت عمومی جامعه می‌باشند و در مقایسه بسیاری از شهرداری‌های کشورهای مختلف با ایران از سال ۱۹۵۵ مطالعات نشان می‌دهد؛ در ایران بسیاری از فعالیت‌های اصلی به دولت منتقل شده و مشارکت شهروندی هم پایین است ولی به طور مثال در فرانسه اساسی‌ترین وظایف شهرداری به طور جدی مانیتور می‌شود و یکی از مهمترین نقش‌های آن تمرکززدایی است که از سال ۱۹۸۲ انجام شده و کمیته‌هایی به عنوان مؤثرترین وظیفه، مدیریت شهری دارند و شهرداری حکومت مردم است. در شهرداری سوئد سازمان مراقبت‌های اجتماعی شهری برای رصد آسیب‌های اجتماعی به وجود آمده است. در فنلاند سه سیستم مختلف مراقبت سلامت شهری، خصوصی، حرفه‌ای وجود دارد و دولت تنها هدایتگر سیستم مراقبت سلامت با تصویب قوانین و تأمین مالی است و سالیانه چارچوب قانون سلامت عمومی را تدوین و ابلاغ می‌کند. در دانمارک شهرداری‌ها مجریان اداری پیشرفت و اجرای استراتژی‌های سلامت عمومی هستند و به موازات اداره شهر یک رقابت کلیدی بین شهرداری‌ها هست. فلذا مشارکت شهرداری‌ها در سلامت نوعی بازاریابی اجتماعی است که سبب تغییرات مثبت اجتماعی، تغییر در سازمان‌ها و سیاستگذاران، تغییر رفتار مردم شده و اصول و روش‌های بازاریابی تجاری را برای تحلیل و دستیابی به سلامت اجتماعی به کار می‌گیرد. در جوامع امروزی، افزایش جمعیت، تنوع و پیچیدگی نقش‌ها و روابط، افزایش سواد و آگاهی، گسترش رسانه‌های

همگانی به همراه هزینه‌های سنگین اقتصادی- اجتماعی، اداره متمرکز امور و وجود پشتوانه‌های قانونی، سبب شده که شیوه‌های مشارکتی در اداره امور شهرها مورد توجه قرار گیرد. بر این اساس جهت رسیدن به سلامت جامعه شهری، نیاز است تا سازمان‌های مختلف و همچنین شهروندان همکاری لازم را داشته باشند تا ارتقای سلامت جوامع شهری صورت پذیرد و توسعه پایدار شهری اتفاق افتد (دماری و همکاران، ۱۳۹۳، ۵۴۲).

پیشنهادها

پیشنهاد می‌گردد که شهرداری‌های کلان‌شهرهای ایران مشارکت خود را در ارتقای سلامت عمومی شهرها به ویژه در بهبود شرایط زندگی شهری افزایش و فاصله‌ها را تا استقرار شهر سالم کاهش دهند. با توجه به اینکه در این پژوهش جهت افزایش مشارکت شهرداری‌ها در ارتقای سلامت عمومی جوامع شهری، هر شش بُعد مورد مطالعه مورد تأیید قرار گرفتند؛ لذا در ادامه پیشنهادهایی جهت بهبود هر یک از این ابعاد ارائه گردیده است:

۱. بُعد ارتقای برنامه ریزی شهری برای ارتقای رفتارهای سالم و ایمن: بهبود دسترسی وسایل حمل و نقل عمومی در تمامی سطوح شهر، رسیدگی به وضعیت روشنایی پیاده‌روها، تونل‌ها و پل‌ها، توجه به پویایی و سرزندگی محیط، توسعه خطوط دوچرخه‌سواری در سطح شهر، ایجاد شهر سبز و دادن توزیع نهال رایگان جهت کاهش آلودگی هوا، کاهش مالیات بر مبنای فضای سبز و بهداشت درب خانه‌ها و مغازه‌ها، افزایش پارک‌های اختصاصی بانوان و شهرهای دوستدار کودک در سطح شهر، استفاده از المان‌های متنوع و نمادین در سطح شهر، نظارت بر تولید مواد غذایی سالم و نظارت بر کارخانجات تولید مواد غذایی و مقابله با تخلفات، بهبود پیاده‌روها و اختصاص مکان‌هایی برای معلولین، سالمندان و کودکان.

۲. بُعد بهبود شرایط زندگی: ایجاد فرهنگ استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی، مدیریت ضایعات شهری و پسماندها، تشویق شهروندان به مشارکت در تفکیک زباله از مبدا، جمع‌آوری معتادان از سطح شهر و افزایش مکان‌هایی همچون خانه سبز و گرم‌خانه‌ها جهت نگهداری از این افراد، افزایش سرویس‌های بهداشتی عمومی در سطح شهر، مکانیزه و اقتصادی کردن بازیافت پسماندها.

۳. بُعد اطمینان از حکمرانی مشارکتی در شهر: بهبود روابط عمومی شهرداری‌ها جهت اطلاع‌رسانی به شهروندان و دریافت نظرها و پیشنهادهای و انتقادات آنها، پاسخگویی

مسئولین شهرداری در جلسات عمومی به شهروندان، عمل به وعده‌های داده شده به مردم توسط مدیران شهری، افزایش مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی مدیران شهری در خصوص عملکرد خود، جبران خسارت ناشی از سوء مدیریت به شهروندان، افزایش مشارکت شهروندان در تصمیمات سازمان‌های شهری، تشکیل خانه‌های سلامت شهری در هر منطقه با مسئولیت شهرداری همان منطقه و استفاده از نظرات صاحب‌نظران منطقه در پروژه‌های مختلف شهری، رعایت عدالت در توزیع امکانات و خدمات شهری، دسترسی یکسان شهروندان به اطلاعات مورد نیاز، آشنایی شهروندان با حقوق شهروندی، افزایش توان الکترونیکی شهروندان جهت سهولت انجام کارها و کاهش ترافیک شهری.

۴. بُعد افزایش تاب‌آوری مناطق در برابر بلایا و فوریت‌ها: نصب سیستم‌های هشداردهنده زود هنگام و واکنش سریع، افزایش توانمندی کارکنان آتش‌نشانی و سایر سازمان‌های مرتبط، بهبود تجهیزات مورد نیاز و آمادگی کامل داشتن در شرایط بحرانی، تشکیل پایگاه‌های اطلاع‌رسانی به شهروندان در مواقع بحرانی و بروز حوادث غیرمترقبه، اجرای مانورهای آموزشی در مدارس در خصوص بروز حوادث، در نظر گرفتن تسهیلات جهت بهبود بافت‌های فرسوده شهری، افزایش نظارت بر ساخت‌ها و سازها در سطح شهر و برخورد با متخلفین.

۵. بُعد پایه‌گذاری شهرهای دوستدار سالمند: آگاه‌سازی شهروندان به مسائل و مشکلات سالمندان، افزایش احساس مسئولیت عمومی در قبال قشر سالمند در جامعه، ایجاد فضاهایی برای سالمندان جهت ارتباط و گفتگو با یکدیگر، طراحی فضای سبز مخصوص سالمندان، ایجاد مراکزی جهت ارائه خدمات رایگان بهداشتی به سالمندان، طراحی و اجرای مبلمان شهری و نیمکت‌های مناسب در سطح شهر برای سالمندان، تعبیه وسایل ورزشی سبک در پارک‌ها جهت استفاده سالمندان از وسایل ورزشی، نصب تابلوهای راهنما با حروف درشت و خوانا برای استفاده سالمندان.

۶. بُعد ارتقای سلامت عمومی: آموزش سبک زندگی سالم به شهروندان، راه‌اندازی خانه‌های سلامت، برپایی کلاس‌های مشاوره رایگان تغذیه در مراکز بهداشت برای تمامی اقشار جامعه (سالمندان، کودکان، توان‌یابان و...)، مدیریت و کنترل بیماری‌ها و تدوین و اجرای قانون خدمات سلامت عمومی به طور سالیانه، شناسایی گروه‌های آسیب‌پذیر و آگاه نمودن خانواده‌های آنان در صورت بروز و یا تشدید بیماری.

منابع و مآخذ:

- ۱- اسدپور، ا. ۱۳۹۵: "واکوی درآمد پایدار شهرداری‌ها با رویکرد توسعه پایدار شهری؛ مطالعه موردی در شهر بندرعباس"، فصلنامه مدیریت شهری، ش ۴۶ بهار ۱۳۹۶: ۹۷-۱۱۱.
- ۲- پارسای، س،، کلاهی، ع.، ۱۳۸۹. "درسنامه ارزیابی سلامت مبتنی بر جامعه" مهر ۱۳۸۹، انتشارات دانشگاه ع.پ شهید بهشتی، دانشکده پزشکی، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی.
- ۳- خلیل آبادی، ح، ۱۳۹۳، " برنامه ریزی سلامت شهری "، نشر پژوهشی نوآوران شریف، تهران، چاپ اول.
- ۴- دماری، ب.، ۱۳۹۴، " سهم ونقش دستگاه‌های ملی در ارتقای سلامت مردم ایران"، ۱۳۹۴، نشریه پیش (نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی)، سال ۱۴ ام، ش ۵، مهر و آبان ۹۴: ۵۲۱-۵۱۱.
- ۵- دماری، ب. وثوق مقدم، ع.، ۱۳۹۲: "بسته‌های خدمات سلامت اجتماعی، الگویی برای مداخله نظام مدیریت سلامت شهری"، فصلنامه پیش، سال ۱۲، شماره ۳، خرداد- تیر ۱۳۹۲: ۳۰۲-۲۹۷.
- ۶- دماری، ب. وثوق مقدم، ع.، شادپور، ک.، سالاریان زاده، م.، مقیمی، د.، ۱۳۹۴ "مرکز مدیریت سلامت شهری منطقه در کلان شهر تهران؛ سامانه ای مشارکتی برای ارتقای عدالت در سلامت"، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، زمستان ۹۴، شماره چهارم: ۳۷-۵۰.
- ۷- دماری، ب: ۱۳۹۵ "اصول و فنون مشارکت مردم در سلامت"، تهران، نشر طب و جامعه، چاپ اول، ۱۳۹۱، چاپ دوم ۱۳۹۵.
- ۸- رضویان، م، خانی زاده، م، دلیر، ع. ۱۳۹۵ "ارزیابی مشارکت شهرداری در ارتقای شاخص‌های اقتصادی مسکن شهری از نظر شهروندان"، فصلنامه انسان و محیط زیست، شماره ۳۸: ۴۷-۶۲.
- ۹- زاهدانی، س، زهری بیدگلی، م.، ۱۳۹۱: "مدیریت شهری و تبیین مشارکت اجتماعی شهروندان در شهرداری"، فصلنامه مطالعات جامعه شناختی شهری، سال دوم، شماره ۵، زمستان ۱۳۹۱: ۱۲۰-۸۳.
- ۱۰- زمانی، س: "شیوه نامه فعالیت اداره کل سلامت شهرداری در سال ۱۳۹۶" شهرداری تهران.

- ۱۱- زیاری، ک، جانبابانژاد، م، ۱۳۹۱: "اصول و معیارهای شهر سالم"، فصلنامه علمی پژوهشی اطلاعات جغرافیایی سپهر، دوره ۲۱، ش ۸۲: ۵۶-۵۰.
- ۱۲- رضوانی سعیدی، ه، ۱۳۸۵: "عملیاتی کردن شهرسازی مشارکتی در شرایط ایران، نمونه قلعه ابکوه مشهد"، تهران، نشریه هنرهای زیبا، شماره ۲۸.
- ۱۳- شاهنده، خ، رجبی، ف، جمشیدی، ا، مجدزاده، ر. آقاجانی، م، مجدزاده، ب، اکبری ف، ۱۳۹۰: "ارزیابی مقطعی نتایج نیازسنجی مشارکتی محله محوردر منطقه ۱۷ تهران: سه سال بعد از مداخله"، زمستان ۱۳۹۰، مجله پژوهشی حکیم، دوره ۱۴، شماره ۴: ۲۲۶-۲۱۹.
- ۱۴- عبدی، ک؛ صفایی، م، الله یاری، ش، جعفری، م، ۱۳۹۸: "سنجش رضایتمندی شهروندان از عملکرد شهرداری با رویکرد حکمروایی خوب شهری (مطالعه موردی: شهر کیاسر)، فصلنامه آمایش محیط، ۱۸(۶)، ۱۳۹-۶.
- ۱۵- قدمی، م، دیوسالار، ا، غلامیان، م، ۱۳۸۹: "بررسی تطبیقی شاخص‌های شهرسالم در مقیاس ملی و جهانی" ایران، زاهدان، ۲۰۱۰، مجموعه مقالات چهارمین کنگره بین المللی جغرافیدانان جهان اسلام: ۱-۱۳.
- ۱۶- کاظمی، ح، رحمانی، ب، (۱۳۹۹). ارزیابی حکمرانی خوب شهری برای شهرهای ایران مطالعه موردی: شهر اهواز، فصلنامه آمایش محیط، ۴۸(۱۳)، ۸۹-۱۰۸.
- ۱۷- لاله پور، م، سرور، ه، سرور، ر، ۱۳۹۱: "ساختار مدیریت شهری ایران با تأکید بر تحولات کالبدی شهرها"، فصلنامه آمایش محیط، ۱۸(۱۲)، ۳۵-۵۸.
- ۱۸- مهین، ن، رعنائی، ا، ۱۳۸۹: "تحلیلی بر مفهوم مشارکت و کارگروهی در پروژه‌های آماده سازی مسکن مهر" نشریه آرمانشهر، شماره ۴. بهار و تابستان ۱۳۸۹: ۱۲۳-۱۱۱.
- ۱۹- ندافی، ک، ریاضی اصفهانی، س، خائفی، م، دماری، ب، ۱۳۹۶. "طراحی نظام رتبه‌بندی سلامت شهرهای کشور" نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، سال شانزدهم، شماره ۳، خرداد- تیر ۱۳۹۶: ۲۸۰-۲۷۱.
- ۲۰- هاشمی، م، یحیی پور، م، ۱۳۹۰: "اصول و مبانی مدیریت خدمات شهری در شهرداری"، تهران، انتشارات سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور: ۶.
- ۲۱- یوسفی سادات، م، ... رجبی، ف، ۱۳۹۴: "ارائه الگوی توانمندسازی در جوامع روستایی در برنامه ابتکارات جامعه محور" مجله پژوهشی حکیم، پاییز ۱۳۹۴، دوره ۱۸، شماره ۳، پیاپی ۷۰: ۲۴۶-۲۵۵.

- 22- Arne Gaarn & Ingvild Gundersen: 2017 “Healthyregions: A strategic approach to health promotion across municipal departments“. Dept . of municipal cooperation. Region of southern Denmark. phone : 4529201281.
- 23- Baum F. Cracking the nut of health equity: top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health. *Int J Health Promot Educ* 2007;14(2) : 90-95.
- 24- Chaimongkhon Supromin. Sirirat Choonhakhlai. 2017: “The provision of public services in municipalities in Thailand to improve the quality of life of elderly people“. *Kasetsart Journal of Social Sciences*. 29 December 2017: 1-9
- 25- Duhl L.J & A.K. Sanchez.1999. “HEALTHY CITIES AND THE CITY PLANNING PROCESS “ A BACKGROUND DOCUMENT ON LINKS BETWEEN HEALTH AND URBAN PLANNING. *EUROPEAN HEALTH21 TARGET 13.14*
- 26- Faurks. Keith (2000) *Citizenship*. London: Rutledge
- 27- Jalaladdini S. Oktay D. Urban public spaces and vitality: a socio-spatial analysis in the streets of Cypriot towns. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2012; 35: 664-674.
- 28- Lopes N. Camanho S. Public green space use and consequences on urban vitality: An assessment of European cities. *Social indicators research*. 2013; 113(3) : 751-767.
- 29- Motevalian A. at al. Evaluation of Community Based Initiative (CBI) in Islamic Republic of Iran. *WHO. 2009 (Persian)*
- 30- Schubler. Peter (1996) *Participation and Partnership in urban management and Infrastructure*. Washington D. C: Programme by world Bank.
- 31- Susanne Hagen¹. Marit Helgesen². Steffen Torp¹ & Elisabeth Fosse^{1,3} “Health in All Policies: A cross-sectional study of the public health coordinators’ role in Norwegian

- 32- municipalities” Scandinavian Journal of Public Health. 2015; 43: 597–605
- 33- Timo S. et al.” Health in all Policies. Prospects and Potentials “. Ministry of social affairs and health.2006 .
- 34- Weis L. Arnesen W. Thriving as a City in Year 2020: A Model for Urban Vitality. *International Journal of Business and Social Science*. 2011; 2(21).
- 35- Thompson. Susan. 2007: Health planning Forum. premier’s Council.
- 36- Barness. Geoff. 2008. Review on Healthy urban planning. Public health Advisory committee. p.3
- 37- Department of Health and Human Services. 2001. Healthy people in Healthy Communities. Washington. DC:U.S.A..P.1
- 38- Ottawa Charter for health promotion. 1986. Health Promotion. p.4
- 39- Maria Isabel G Loureiroa.* and Nicholas Freudenbergb “Engaging municipalities in community capacity building for childhood obesity control in urban settings “Family Practice 2012; 29:i24–i30 . The Author 2012. Published by Oxford University Press
- 40- Goldstein. G 2000. Healthy Cities: Overview of a WHO international program. Rev. Environ Health; 15(1-2): 207-14. Health Care Services Agency