



بررسی و تبیین مفهوم محله سالم در محلات سنتی ایران (مطالعه موردی: محله امام زاده یحیی تهران)

اسماعیل شمیعه: دانشیار معماری و شهرسازی، دانشگاه علوم و صنعت، تهران، ایران
زهرا السادات سعیده زرآبادی: استادیار شهرسازی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران
ملیسا یزدان‌پناهی: کارشناس ارشد برنامه‌ریزی شهری و منطقه‌ای، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران*

دریافت: ۱۳۹۱/۲/۱۰ - پذیرش: ۱۳۹۱/۹/۲۲، صص ۲۰-۱

چکیده

محیط یکی از عوامل تعیین کننده سلامت انسان‌هاست و در سال‌های اخیر نتایج حاصل از تحقیقات علمی بر اهمیت نقش برنامه‌ریزی و فرم شهرها و بخصوص محله‌های شهری؛ بر سلامت انسان‌ها و ایجاد محلاتی پایدار و سالم و اجتناب از پراکنده رویی شهری تاکید می‌ورزد. در این پژوهش با هدف شناسایی عوامل تاثیر گذار بر سلامت افراد در مقیاس محلی و نحوه تاثیر فرم کالبدی و کیفیت محیط بر سلامت افراد سعی بر این بوده است که با بررسی ادبیات مربوط به سلامت، محیط، برنامه‌ریزی شهری و روابط متقابل آنها، مهمترین شاخص‌های اثر گذار بر سلامت افراد در مقیاس محلی استخراج شده و به بررسی آن در یک محله سنتی پرداخته شود. به این منظور پرسشنامه طراحی و برای هر یک از شاخص‌های منتخب تحقیق، از چندین متغیر استفاده شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری داده‌های پرسشنامه‌ای نشان داد که هیچ یک از شاخص‌های در نظر گرفته شده برای بررسی وضعیت سلامت در نمونه مورد مطالعه در حد مطلوبی نیستند. دیگر نتایج حاصل از این تحقیق نشان دهنده آن است که شاخص‌های اجتماعی و کالبدی چون احساس تعلق به محله و روابط اجتماعی، میزان مشارکت در امور محله و احساس ایمنی و امنیت در محیط مسکونی، کیفیت محیط زیست و نحوه طراحی و برنامه‌ریزی شبکه ارتباطی، مسکن و امکانات و تسهیلات محله می‌توانند از عوامل تاثیر گذار بر سلامت و کیفیت زندگی افراد باشند و برنامه‌ریزی شهری با حوزه‌های مختلف اثر گذاری خود می‌تواند نقش موثری در بهبود هریک از شاخص‌های فوق و در نتیجه ارتقای سلامت افراد ایفا نماید.

واژه‌های کلیدی: سلامت، اجتماع محلی سالم، محله امام زاده یحیی، کیفیت محیط

۱- مقدمه

۱-۱- طرح مسأله

امروزه در کشورهای غربی آثار زیان بار شهرسازی مدرن و پدیده پراکندگی شهری بر سلامت افراد شناخته شده است. به همین منظور توجه و تاکید زیادی بر احیای محلات شهری و تاکید بر نقش محله در سیاست‌های برنامه‌ریزی شهری به منظور ارتقاء سرمایه اجتماعی و ایجاد محلاتی خودکفا و عابرمدار می‌شود.

فضای کالبدی محلات در شهرهای تاریخی ایران، تحت عوامل مختلف از جمله ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی، طبیعی و عوامل مختلف دیگر قرار داشته است. فضای اجتماعی- فرهنگی نمایانگر یک گروه اجتماعی بوده که افراد این گروه به یکدیگر همبستگی اجتماعی داشته‌اند. عوامل مختلفی باعث ایجاد این ارتباط، اتحاد و همبستگی اجتماعی می‌شده است. عواملی مانند دین و مذهب، قومیت و نژاد، عامل شغلی و فعالیت‌های اقتصادی و غیره را می‌توان در محلات شهرهای ایران نام برد. در فضای اجتماعی محله، بین مردم ساکن محله، مودت، دوستی، مشارکت، تعاون و همکاری در امور وجود داشت و باعث نوعی حس مکان، احساس تعلق به محله و به مکان زندگی در افراد ساکن می‌گردید. همین فضای اجتماعی و فرهنگی است که به فضای کالبدی محله روح و جان می‌بخشید. فضای کالبدی تبلور و تجلی فضای اجتماعی- فرهنگی است و تمامی عناصر و اجزای محله بر اساس فضای اجتماعی فرهنگی و نیازهای مردم شکل‌گیری می‌کرده است. مرکز محله

قلب و هسته هر محله محسوب می‌شد و خدمات موجود در آن مانند مسجد، حسینیه، حمام، مدرسه، آب انبار، مغازه و راه‌های درون محله و ورودی‌های محله در ارتباط تنگاتنگ با فضای اجتماعی و فرهنگ مردم ساکن شکل می‌گرفته است؛ بنابراین، نمودی از توجه خاص به سرمایه‌های اجتماعی در بافت‌های تاریخی ایران مشهود است. بعلاوه این محلات خودکفا و عابرمدار بودند و پیوند بین محیط کار و سکونت در آنها برقرار بود.

امروزه این محلات با وجود مزایایی چون واقع بودن در مراکز شهری و دسترسی مناسب به مراکز کاری فعالیتی و خدماتی، با فرسودگی و زوال شاخص‌های اجتماعی، اقتصادی و کیفیت محیط زیست مواجه هستند، که ادامه روند موجود نه تنها تهدیدی جدی علیه سلامت ساکنان است؛ بلکه منجر به از دست رفتن فرصت‌های شهر برای دستیابی به توسعه پایدار و اثرات منفی بر کل سیستم شهر محسوب می‌شود.

۱-۲- اهمیت و ضرورت

محله‌ها و واحدهای همسایگی بعنوان محیطی که بیشترین وقت افراد در آنها سپری می‌شود؛ پلی بین جنبه اجتماعی و زیستی زندگی آنها و تاثیر بسیار عمیقی بر سلامت جسمانی و روانی دارند. بسیاری از محله‌های شهری معاصر با ویژگی‌های جسمی و روانی ساکنان خود سازگاری کافی ندارند محدودیت سرانه فضاهای سبز و باز و دیگر فضاهای عمومی، محدودیت کمی و کیفی خانه‌های مسکونی، کیفیت پایین محیط شهری، آلودگی هوا و مدیریت نامناسب

محیط کالبدی بر افت عملکردی در ساکنان مسن توسط بالفور و کاپلان (۲۰۰۲)، بررسی تاثیر کیفیت محیط محله بر سلامت ذهنی ساکنان در سوئد توسط Malmström و همکاران (1999)؛ ارزیابی تاثیر طراحی محله بر میزان فعالیت بدنی ساکنان در بلژیک توسط Bourdeaudhuij و همکاران (2003) و در سطح بین المللی ارزیابی میزان سلامت در ساکنان بلوک‌های مسکونی پنی در اروپای شرقی توسط Bonnefoy و همکاران (2003) ارزیابی کلی کیفیت محیط‌های مسکونی توسط موسسه (RIVM) هلند در سال ۲۰۰۰ که نتایج آن نشان داد که کیفیت اجتماعی و زیست کالبدی محله در مناطق سرسبز شهر بیش از سایر مناطق است و این مستقیماً به ادراک ساکنان از محیط بستگی دارد. اگرچه مطالعات مختلف بر گروه‌های جمعیتی متفاوت و با متغیرهای مختلفی صورت گرفتند نتایج آنها نشان داد که محیط‌های مختلف تاثیرات متفاوتی بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی ساکنان دارند که که اکثر آنها مستقل از ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی جمعیت است.

۱-۵- سؤال‌ها و فرضیه‌ها

- با توجه به اهداف فوق و مطالعات صورت گرفته، سوالات تحقیق بدین گونه طرح شدند:
- مهمترین عوامل تاثیر گذار بر سلامتی افراد در مقیاس محلی کدامند؟
 - چه محله‌هایی می‌توانند بستر مناسبی برای ایجاد یک جامعه محلی سالم باشند و در این مورد جایگاه محله‌های سنتی چگونه است؟
 - فرضیات این پژوهش عبارتند از:

ضایعات شهری، آلودگی صوتی و دیگر مشکلات محیطی عوامل تهدید سلامت انسان شهری امروزی را تشکیل می‌دهند. علاوه بر این سبک جدید زندگی و تغییرات اقتصادی نیز به این مشکلات دامن زده و منجر به کمرنگ شدن نقش محلات در زندگی روزمره افراد از طریق وابستگی به اتومبیل، عضویت در جوامع مجازی، صرف وقت بیشتر به رایانه و تلویزیون و کاهش تعاملات اجتماعی چهره به چهره و ناپایداری اجتماعی شده است. از این رو بررسی ارتباط مولفه‌های کالبدی، اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی محله با سلامت ساکنان و توجه و تاکید بر نقش محله در سیاست‌های برنامه‌ریزی شهری و توسعه پایدار از ضرورت‌های انجام این تحقیق است.

۱-۳- اهداف

هدف کلی این تحقیق شناسایی توان‌های محله‌ای در ابعاد مختلف شهری به منظور دستیابی به اجتماع محلی سالم و اهداف فرعی تر شامل سنجش وضعیت سلامت در محله امام زاده یحیی به عنوان نمونه‌ای از محلات سنتی واقع در بافت تاریخی تهران و شناسایی امکانات، محدودیت‌ها، فرصت‌ها و تهدیدهای این محله جهت دستیابی به اجتماع محلی سالم است.

۱-۴- پیشینه پژوهش

پژوهش‌هایی از جغرافیا، اپیدمیولوژی و بهداشت عمومی نشان می‌دهد که جایی که مردم در آن زندگی می‌کنند به طور قابل توجهی سلامت آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. به عنوان مثال مطالعه رابطه بین میزان فقر در محله و بیماری‌های قلبی و عروقی در سوئد توسط Sundquist و همکاران (2004)؛ ارزیابی اثرات کیفیت

۱-۷- معرفی متغیرها و شاخص‌ها

در این تحقیق متغیرهای مستقل، شاخص‌های اجتماعی و کالبدی- محیطی محله هستند که وضعیت سلامت متغیر وابسته است و سنجش آن با توجه به این عوامل صورت خواهد گرفت. هر کدام از این شاخص‌ها به ترتیب دارای معیارهایی هستند که در ذیل به معرفی و علل انتخاب آنها پرداخته شده است.

- شاخص‌های اجتماعی

- احساس تعلق به محله

حس تعلق مکانی یا دیدگاه ذهنی به محیط اغلب اوقات در تحلیل‌هایی که برای بررسی ارتباط بین محیط و سلامت صورت می‌گیرد در نظر گرفته می‌شود. حس تعلق مکانی توضیح می‌دهد که چگونه سلامت روانی و جسمی افراد مربوط به رابطه افراد با محیط و افرادی که در محیط پیرامونشان زندگی می‌کنند می‌شود. حس مکان امکان تجزیه و تحلیل تاثیرات تجربه محیط توسط افراد و میزان جذابیت یا عدم جذابیت محیط برای افراد و فرصت‌ها و سرمایه گذاری‌های واقعی یا ذهنی را فراهم می‌آورد. روانشناسی محیطی تاکید می‌کند که افراد به محیط‌هایی نیاز دارند که نیازهایشان ارضا شود و روابط عاطفی با دیگران برایشان به وجود آید (Burton et al, 2011).

- همبستگی اجتماعی

تحقیقات نشان داده‌اند که وجود ارتباط و همبستگی اجتماعی میان همسایگان و تمایل آنها به حمایت از منافع مشترکشان نه تنها بر محیط اجتماعی محله بلکه بر سلامت ساکنان محله نیز تاثیر گذار

بنظر می‌رسد میزان فعالیت و تحرک بدنی در محلات سنتی (به سبب نوع و الگوی ویژه نظام دسترسی) در حد مطلوبی باشد.

بنظر می‌رسد میزان شاخص‌های اجتماعی سلامت در محلات سنتی در حد مطلوبی باشد.

۱-۶- روش تحقیق

با توجه به انواع تحقیق، از جمله تحقیق بنیادی، نظری، کاربردی و علمی، تحقیق حاضر از نوع کاربردی است که با استفاده از نتایج تحقیقات بنیادی به منظور بهبود و به کمال رساندن رفتارها، ابزارها، وسایل، تولیدات، ساختارها و الگوهای مورد استفاده جوامع انسانی انجام می‌شود. روش این تحقیق با توجه به اهداف آن که استخراج شاخص‌های محله سالم و سنجش وضعیت سلامت در وضع موجود محله است از نوع توصیفی تحلیلی است. به عبارت دیگر، پس از بررسی عوامل موثر بر سلامت در سطح محلی، معیارهای محله سالم، با استفاده از گردآوری داده‌های میدانی (توزیع پرسش‌نامه در بین ساکنین محله مورد مطالعه)، مورد ارزیابی قرار گرفته است. جامعه آماری این تحقیق، ساکنان محله امام زاده یحیی واقع در منطقه ۱۲ تهران با جمعیتی معادل ۱۵۳۹۳ نفر بر اساس سرشماری رسمی سال ۱۳۸۵ است. به منظور تعیین حجم نمونه، با توجه به تعداد جمعیت ساکن محله امامزاده یحیی، بر اساس رابطه تعیین حجم نمونه کوچران، تعداد ۴۰۰ پرسش‌نامه تکثیر و آماده شد که از طریق مصاحبه حضوری و یا تحویل به ساکنان و مراجعه در وقت بعدی تکمیل گردید.

به طور مستقیم سلامت جسمی انسان‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. سالانه ۳ میلیون نفر در اثر آلودگی هوا جان خود را از دست می‌دهند که ۹۰ درصد آنان در کشورهای توسعه یافته هستند. در بعضی کشورها تعداد افرادی که در اثر همین عامل جان خود را از دست می‌دهند بیشتر از قربانیان سوانح رانندگی است. این مرگ و میر به طور خاص مربوط به آسم، برونشیت، تنگی نفس و حملات قلبی و آلرژی‌های مختلف تنفسی است (<http://tums.ac.ir>).

آلودگی صوتی به عنوان یکی از عوامل ایجاد استرس در محیط‌های شهری شناخته می‌شود. علاوه بر عوارض و بیماری‌های متعدد جسمی و روحی، آلودگی صوتی بر کیفیت زندگی و تندرستی و رفاه افراد نیز تاثیر می‌گذارد که ارزیابی آن سخت است. علائم معمول کاهش کیفیت زندگی عبارتند از: استرس، آزرده‌گی، اختلال خواب یا رفتارهای ضد اجتماعی. اثرات آلودگی صوتی در محیط‌های مسکونی غیر شنوایی و شامل عواقب گوناگونی بر سلامتی انسان چون تاثیر جسمانی مانند اختلال خواب، افزایش فشار خون و افزایش خطر ابتلا به حملات قلبی و انفارکتوس باشد. تاثیرات روانی آلودگی صوتی توسط صداهای بالای ۶۰dB ایجاد می‌شود که به شکل استرس، اضطراب، پرخاشگری و یا رفتارهای ضد اجتماعی بروز می‌کند. از آنجایی که میزان آلودگی صوتی در محیط‌های مسکونی به ندرت شدید است، خطر آسیب به سیستم شنوایی انسان نیز پایین است. در عوض قرار گرفتن در معرض صداهای کم و مداوم و یا سر و صداهای نیمه شب که هر چند وقت تکرار

است. افسردگی ناشی از احساس تنهایی و انزوای اجتماعی و قطع رابطه با خویشاوندان و همسایگان می‌تواند میزان امید به زندگی را به نحو محسوس و قابل ملاحظه‌ای تقلیل دهد (Sampson et al, 1997).

- مشارکت

سازمان جهانی بهداشت در گزارشی در سال ۲۰۰۲ مشارکت جامعه را فرایندی تعریف می‌کند که بوسیله آن مردم به صورت فعال و واقعی در تبیین مسائل و مشکلاتشان، تصمیم‌گیری در رابطه با عوامل تاثیرگذار بر زندگی‌شان، تدوین و اجرای سیاست‌ها، طراحی، توسعه و اجرای خدمات و تلاش برای رسیدن به تغییرات درگیر می‌شوند. مشارکت ساکنان در امور محلی یکی از ابزارهای اساسی برای ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی و عنصر اساسی منشور سلامت ۲۱ (استراتژی سازمان جهانی بهداشت برای تامین سلامت عمومی در قرن ۲۱) و دستور کار ۲۱ در زمینه توسعه پایدار است که پروژه شهر سالم سازمان جهانی بهداشت نیز بر مبنای این دو استراتژی بنا شده است (who, 2002).

- شاخص‌های کالبدی-محیطی

- کیفیت محیط زیست و دوری از انواع آلودگی و سر و صدا

یکی از مهمترین مولفه‌های شهر و یا محله سالم توجه به فاکتورهای محیط زیست و بهداشت محیط است. توجه به مسایل زیست محیطی و دفع زباله و پسماندها و سیستم‌های بازیافت و فاضلاب‌های خانگی و صنعتی و ... آنقدر مهم و مشهود است که لزومی به پرداختن به ضرورت آن نیست. آلودگی هوا

افزایش می‌یابد. اثرات مضر این سوانح بر سلامت فراتر از خطر آسیب دیدگی، به خصوص برای کودکان است. ترس از خطر تصادف ممکن است منجر به ممانعت از بازی کودکان توسط پدر و مادر در خیابان، یا پیاده روی و دوچرخه سواری تا مدرسه شود که سبب کم شدن فعالیت کودکان می‌شود. موضوع امنیت به چگونگی و میزان استفاده از فضاهای شهری نیز مربوط می‌شود. که بیشتر مربوط به چگونگی ادراک ساکنان از امنیت محیطی است تا نرخ واقعی جرائم. ترس و اضطراب مزمن می‌تواند یک اثر مضر بر کیفیت زندگی داشته باشند و این ترس می‌تواند مشکلی جدی تر از خود جرم باشد. نتایج یک مطالعه بر تاثیر ادراک امنیت در میزان فعالیت بدنی نشان داد که میزان فعالیت بدنی در محیط‌های مسکونی که افراد احساس امنیت می‌کنند بیش از محیط‌های نا امن است و همچنین درصد ابتلا به بیماری چاقی نیز در این محله‌ها پایین تر است. (lavin et al,2006)

- کیفیت مسکن

نحوه ساخت و کیفیت مسکن از لحاظ استحکام و مقاومت در برابر زلزله، امکان تهویه مناسب و میزان روشنایی، تامین حریم شخصی افراد (عدم اشراف و تعداد اتاق کافی برای والدین و فرزندان) و امکانات و تجهیزات داخلی آن شامل وسایل گرمایشی و سرمایشی و برق کشی مناسب و مجهز بودن به سیستم دفع فاضلاب نقش موثری در سلامت جسمانی و روحی افراد دارد.

شود، می‌تواند اثرات مذکور را بر سلامتی انسان‌ها داشته باشد (braubach,2007).

علاوه بر سر و صدا، طیف وسیعی از آلاینده‌های زیست محیطی و عوامل استرس زا ی مربوطه وجود دارد که می‌تواند بر رضایت از محیط مسکونی و سلامت ساکنان تاثیر داشته باشد. مطالعات تجربی عواملی چون آلودگی هوای ادراک شده، بوی آشغال و زباله، و مدفوعات حیوانی را به مهمترین عوامل نارضایتی ساکنان از محیط مسکونی شناسایی کرده‌اند. تحقیقات نشان داده‌اند که صرفنظر از نوع محله، چگونگی درک محیط توسط افراد می‌تواند منجر به بروز مسائل اجتماعی شود. از مطالعات صورت گرفته می‌توان نتیجه گرفت که مدیریت زیست محیطی از الزامات حیاتی برای محله سالم و رضایت از محیط مسکونی و سلامت ساکنان است. در تمام موارد به جز آلودگی هوا، که تاثیری مستقیم تر بر سلامت جسمانی افراد دارد. منابع نارضایتی و آزرده‌گی بیشتر بصری هستند و به راحتی می‌توان از طریق مدیریت و نظارت منظم آنها را از بین برد (ibid,p.13).

- ایمنی و امنیت

تصادفات ترافیکی یکی از علل عمده مرگ و میر در اکثر شهرهاست. سالمندان و بویژه کودکان به عنوان عابر پیاده و مسافر، بیشترین گروه در معرض این گونه سوانح محسوب می‌شوند. خطر آسیب دیدگی به ویژه برای عبور و مرور کودکان با افزایش حجم ترافیک و سرعت بیش از ۴۰ کیلومتر در ساعت و افزایش پارک حاشیه‌ای اتومبیل‌ها کنار خیابان

ورزشی، فضاهای سبز و زمین‌های بازی از جهات گوناگون می‌توانند نقش موثری در سلامت افراد داشته باشند. مراکز خرید محله‌ای چنانچه در دسترس نباشند مشکلات زیادی را برای افراد مسن و ناتوان به وجود خواهند آورد. وجود چنین مراکزی در فواصل کوتاه و قابل پیاده روی باعث تحرک بدنی افراد می‌شود. علاوه بر این کیفیت کالاها و مواد غذایی که در این مراکز وجود دارد نیز تاثیر مستقیمی بر تغذیه ساکنان دارد. دسترسی آسان به مراکز فرهنگی، ورزشی و تفریحی و با کیفیت مناسب نیز منجر به استفاده مناسب از اوقات فراغت و افزایش مهارت‌های فردی و سلامت روحی و جسمی ساکنان می‌شود. نقش دسترسی به مراکز بهداشتی و درمانی و کیفیت خدماتی که در این مراکز ارائه می‌شود نیز در سلامت افراد انکار ناپذیر است. فضاهای سبز و باز نیز علاوه بر تلطیف هوا مانعی در برابر آلودگی صوتی محسوب می‌شوند. وجود مدارس با کیفیت تدریس و امکانات و تجهیزات مناسب و در شعاع دسترسی مناسب از مسکن در محله نیز نقش مهمی در آموزش و پرورش کودکان و افزایش میزان تحرک بدنی و سلامت آنان و افزایش تعاملات اجتماعی میان والدین دارد.

۱-۸- محدوده و قلمرو پژوهش

محدوده مورد مطالعه محله امام زاده یحیی است که با وسعتی در حدود ۶۸ هکتار و جمعیتی معادل ۱۵۳۹۳ نفر بر اساس سرشماری ۱۳۸۵ نفر در ناحیه ۲ منطقه ۱۲ تهران واقع شده است که از شرق به خیابان ری، از غرب به خیابان مصطفی خمینی و از شمال و جنوب به ترتیب به خیابان‌های امیرکبیر و

دسترسی و شبکه ارتباطی از عوامل دیگر در ارتقای سلامت، حمل و نقل و ترافیک است ماشینی شدن زندگی باعث کم تحرکی گردیده و چاقی را افزایش اپیدمیک داده است. سیاست‌های حمل و نقل می‌توانند نقش کلیدی در مبارزه با سبک زندگی بی تحرک داشته باشد. گسترش فرهنگ پیاده روی و استفاده از دوچرخه به عنوان وسیله نقلیه سالم، ورزشی است که علاوه بر آن که احساس سلامتی به فرد می‌دهد، موجب پیشگیری از افسردگی در سالمندان و بسیاری از بیماری‌های روحی و جسمی ناشی از بی تحرکی نیز می‌گردد، از سویی دیگر کاهش آلودگی‌های هوا و آلودگی‌های صوتی ناشی از ترافیک را نیز در پی خواهد داشت. دسترسی مناسب به خدمات حمل و نقل عمومی نیز عامل مهمی در کاهش آلاینده‌های محیطی و ارتقاء سلامت افراد محسوب می‌شود. وجود یک سیستم حمل و نقل عمومی با ایستگاه‌هایی با فواصل کوتاه و مناسب برای پیاده روی و دوچرخه سواری و خدمات کافی به عنوان عامل مشوق پیاده روی و دوچرخه سواری نیز می‌تواند باشد. علاوه بر این عدم دسترسی مناسب به خدمات حمل و نقل عمومی در گروه‌های آسیب پذیرتر جامعه مانند افراد مسن و ناتوان یا افراد کم در آمد منجر به کاهش دسترسی به مراکز بهداشتی یا دیگر مراکز رفیع نیازهای روزمره و صرف هزینه‌های بیشتر جهت حمل و نقل و جا به جایی می‌شود.

امکانات و تسهیلات محله

امکانات و تسهیلات محله شامل مراکز خرید محله‌ای، خدمات بهداشتی و درمانی، مراکز فرهنگی،

ساکنان محل فعالیت دارند. اما کاربری‌های تجاری لبه‌های محله که در کناره خیابان‌های پانزده خرداد، امیرکبیر، ری و مصطفی خمینی قرار دارند، کارکردی فرا منطقه‌ای داشته و گاه در سطح کل شهر به ایفای نقش می‌پردازند. در دهه‌های اخیر این بافت همواره سیر نزولی طی کرده است و فرسودگی بافت، کیفیت نازل سکونت، تاسیسات و خدمات شهری ناکافی، معابر نامناسب و تنگ درون بلوک‌های شهری و نفوذپذیری پایین، باعث تنزل کیفیت محیطی و جمعیت‌گریزی بافت شده است.

پانزده خرداد محدود می‌شود. این محله قسمتی از محله عودلاجان یکی از هسته‌های اولیه شکل‌گیری شهر تهران است که پس از خیابان‌کشی‌های دوره پهلوی حد و مرز آن به شکل کنونی در می‌آید.

به لحاظ سابقه تاریخی عناصر و فضاهای ارزشمندی در آن باقی است و بافت ارگانیک آن را از سایر بخش‌های شهر متمایز می‌کند. عملکرد غالب بافت مسکونی است و درصد بالایی از بالایی از کاربری‌های تجاری داخل محدوده مورد مطالعه، مقیاسی محله‌ای داشته و در جهت رفع نیازهای روزانه



شکل ۱- نقشه محدوده تحقیق

۲- مفاهیم، دیدگاه‌ها و مبانی نظری

۲-۱- سلامت

سلامت مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تاثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می‌گیرد، ضمن اینکه سلامتی یک روند پویا است و با گذشت زمان نیز مفهوم آن تغییر خواهد کرد. قدیمی‌ترین تعریفی که از سلامتی شده است عبارتست از بیمار نبودن (پوراسلامی و همکاران، ۱۳۷۹). معتبرترین تعریفی که از سلامت ارائه شده است مربوط به اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (۱۹۸۴) است که بر اساس آن سلامت حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف شده است که تنها شامل فقدان بیماری و معلولیت و یا زمین‌گیری نیست. در سال‌های اخیر این بیانیه تقویت شده تا توانایی داشتن یک زندگی مثمر از نظر اقتصادی و اجتماعی را نیز در خود جای دهد و برخورداری از بالاترین استاندارد سلامتی یکی از حقوق بنیادین هر انسان صرفنظر از نوع نژاد، سن، مذهب، دیدگاه سیاسی و شرایط اوضاع اقتصادی و اجتماعی است (Barton & tsourou, 2000).

مفاهیم سلامت نیز به تبع تعاریف آن طی قرن‌ها تکامل یافته و از مفهوم زیست پزشکی به مفهوم همه جانبه آن رسیده است. در مفهوم زیست پزشکی سلامت (Biomedical Concept)، سلامت به طور سنتی به عنوان ((عدم بیماری)) تعریف شده است. این تعریف که ریشه در نظریه میکروبی بیماری دارد، در اوایل قرن بیستم بر افکار پزشکی تسلط داشت. در

این تعریف، نقش عوامل فرهنگی، محیطی، روانی، اجتماعی و اقتصادی در روند سلامت نادیده گرفته شده است (بحیرائی، ۱۳۹۰). نارسایی‌های مفهوم زیست پزشکی منجر به ایجاد مفاهیم دیگری شد که مفهوم اکولوژیکی (Ecological concept) نمونه‌ای از آنهاست. اکولوژیست‌ها فرضیه‌ای جالب را مطرح کردند که سلامت را به عنوان توازن پویا بین انسان با محیط تعریف می‌کرد. در این مفهوم، دو متغیر انسان و محیط مطرح است. تاریخ به این موضوع اصرار دارد که بهبود در سازگاری انسان با محیط‌های طبیعی می‌تواند امید به زندگی را افزایش داده و کیفیت زندگی را بهتر سازد، حتی اگر خدمات بهداشتی نوین نیز وجود نداشته باشد (همان، ۱۳). با پیشرفت‌های علوم اجتماعی (مفهوم روان شناختی سلامت) آشکار شد، سلامت نه تنها پدیده‌ای زیست پزشکی است، بلکه تحت تاثیر عوامل اجتماعی، روانی، فرهنگی و اقتصادی و سیاسی نیز قرار می‌گیرد. در توصیف و اندازه‌گیری سلامت این عوامل باید در نظر گرفته شوند. بنابراین، سلامت پدیده‌ای بیولوژیکی و اجتماعی است (تاجدار به نقل از آقاملایی، ۱۳۸۹).

مفهوم همه جانبه سلامت (Holistic Concept)، تلفیقی از تمامی مفاهیم فوق است و این مفهوم قدرت تاثیرات اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و محیطی سلامت را در نظر می‌گیرد و به عنوان روندی واحد یا چند بعدی تعریف شده است که شامل سلامت کلی انسان در رابطه با محیط زیست او می‌شود. این مفهوم تقریباً با این دیدگاه همخوانی دارد که بر اساس آن

بیماری و سلامتی و آسایش قرار می‌گیرد (بحیرائی، ۱۳۹۰، ۱۶). وایتهد (whitehead) الگوی دیگری را با چهار لایه موثر در سلامتی ترسیم می‌کند که در مرکز نمودار، افراد با خصوصیات متفاوت اثری و ذاتی قرار دارند. لایه دوم حاوی عوامل اجتماعی و لایه سوم حاوی عوامل ساختاری نظیر مسکن و... و چهارمین لایه نیز حاوی عواملی است که بر کل جامعه تاثیر گذار است. لایه‌های تاثیر گذار به ترتیب اولویت، در پیرامون مرکز شکل گرفته است Barton & Tsourou, 2000, p.8).



شکل ۲- نمودار تعیین کننده‌های سلامت

ماخذ: (Barton & Tsourou, 2000)

۲-۲- محله و اجتماع محلی

در نوشتارهای شهرسازی مفهوم اجتماع محلی، شبکه‌ای از اجتماعات مردمی با هویت، علائق و نظریه‌های مشترک در سطح محلی تعریف شده است که زمینه‌های شناخت، ایجاد فرصت و حمایت‌های دو سویه را برای تعامل متقابل فراهم می‌آورند (Barton, 2003). بنا به تعریف یک باهمستان بایستی فرصت ایجاد تعاملات شبکه‌ای و بین فردی را در درون یک واحد مورد ملاحظه قرار دهد. عناصر یک

سلامت شامل عقل سالم، در بدن سالم و در محیط سالم است (بحیرائی، ۱۳۹۰، ۱۳).

این مفهوم، این فرض رایج که تدوین سیاست سلامت موضوعی است که صرفاً در چارچوب وظایف متخصصان درمان است را به چالش می‌کشد و تاکید بر این دارد که سلامت می‌بایست در حوزه‌های مختلف توسعه‌ای مدنظر قرار گیرد و توجه به سلامت باید به شکل یک هدف مرکزی برای بسیاری از تخصص‌ها و سازمان‌ها در آید. بالاخص برنامه ریزی شهری که دارای نقش کلیدی در بهبود وضعیت سلامت جامعه است (تقی زاده مطلق، ۲۷، ۱۳۸۱).

- شاخص‌های سلامت

در سال‌های اخیر برای تبیین رابطه میان سلامتی و کل محیط (زیست‌شناختی، کالبدی، اجتماعی و اقتصادی) مدل‌های توصیفی و تعاملی گوناگونی به وجود آمده‌اند. یکی از رایج‌ترین الگوهایی که در ادبیات سازمان جهانی بهداشت مورد استناد قرار گرفته است، پیوند میان عوامل تعیین کننده سلامتی را در چهار نوع عوامل محیطی، سبک زندگی، شرایط زیست‌شناختی انسان و سیستم‌های درمانی-بهداشتی معرفی می‌کند (رفعیان به نقل از Barton & Tsourou, ۱۳۸۷). لولین و بلک الگوی دیگری را به نام مثلث سلامتی ترسیم می‌کنند که در آن طیف گسترده‌ای از عوامل تعیین کننده سلامتی از قاعده مثلث تا راس هرم آن به ترتیب بقای جسمی، بقای روانی، آگاهی نسبت به سلامتی، مراقبت‌های اجتماعی، جلوگیری از

عاری از وندالیسم و دیوار نوشته‌ها دارند، بیشتر است. در دسترس بودن خدمات و امکانات در محله‌ها نیز می‌تواند سلامتی را تحت تاثیر قرار دهند؛ مکانی که در آن زندگی می‌کنیم به طور قوی با کیفیت مدارس، حمل و نقل و دیگر تسهیلات خدماتی، خدمات بهداشتی و دسترسی به فرصت‌های اشتغال همبستگی دارد. دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی سلامت را به طور مستقیم تحت تاثیر قرار می‌دهد. آموزش، فرصت‌های اشتغال و سایر خدمات سلامت را به صورت غیر مستقیم تر و با فراهم آوردن وسیله‌ای برای دستیابی به کیفیت زندگی بهتر در حال حاضر و آینده تحت تاثیر قرار می‌دهند. تفاوت در زمینه‌های آموزش و پرورش و فرصت‌های اشتغال در محله‌ها می‌تواند منجر به ایجاد و تقویت ناهنجاری‌های اجتماعی شود که به کیفیت نازل سلامت و نابرابری در سلامتی بین گروه‌های متفاوت اجتماعی - اقتصادی، نژادی و یا قومی می‌شود (Cubbin et al, 2008).

- محیط اجتماعی محله و سلامتی

سلامتی همچنین می‌تواند توسط محیط اجتماعی محله‌ها تحت تاثیر قرار بگیرد که شامل روابط اجتماعی بین ساکنان میزان اعتماد متقابل و ارتباط میان همسایگان است. در محله‌هایی که روابط صمیمانه‌تری بین ساکنان وجود دارد میزان مشارکت و همکاری ساکنان برای دستیابی به اهداف مشترکشان (به عنوان مثال فضاهای فضاها عمومی امن تر و پاک تر، رفتارهای سالم و مدارس خوب) و تبادل اطلاعات (به عنوان مثال در خصوص شغل، نگهداری از کودکان و سایر منابع موثر بر سلامت) و حفظ و

باهمستان عبارتند از: حس تعلق، نظام نمادی مشترک، ارزش‌های مشترک، تاثیرات دوسویه، نیازهای مشترک و التزام به برآوردن این نیازها و یک پیشینه (تاریخ) مشترک (حاجی زاده، ۱۳۸۵). آن چه در تعریف کامیونیتی و در پیوند با مقوله شهر اهمیت دارد، مفهوم دوگانه کالبدی و اجتماعی باهمستان است. این واژه هم مفهوم جغرافیایی و سرزمینی دارد و هم جمعیت ساکن در محدوده‌ای را در بر می‌گیرد (برک پور، ۱۳۷۸).

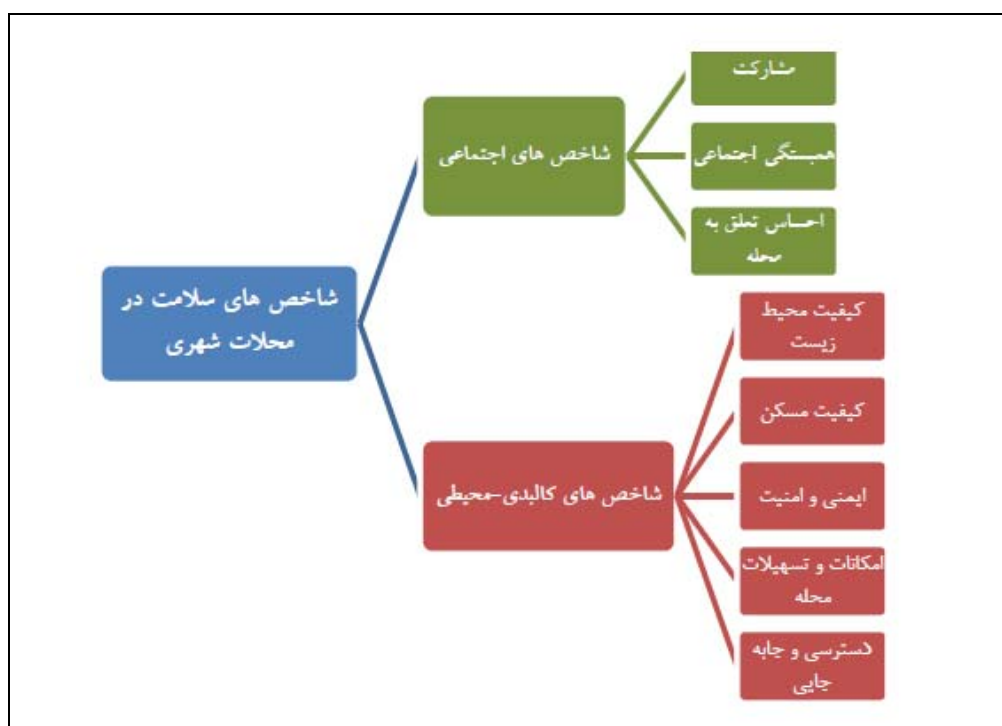
- اهمیت و نقش محلات در تامین سلامت افراد

- محیط کالبدی محله و سلامتی

محله‌ها می‌توانند سلامتی را از جنبه‌های مختلفی تحت تاثیر قرار دهند. اولین و شاید آشکارترین آن از طریق ویژگی‌های محیط کالبدی است. کیفیت پایین آب و هوا یا نزدیکی به تجهیزاتی که مواد آلاینده و سمی تولید می‌کنند، شرایط غیر استاندارد مسکن که ساکنان را در معرض نور و تهویه نامناسب و یا هجوم حشرات موذی قرار می‌دهد، عدم دسترسی به مواد غذایی مغذی و سالم و مکان‌های ایمن برای ورزش اثرات منفی بر سلامت افراد دارند. همچنین تحقیقات نشان داده‌اند که ساختمان‌ها، خیابان‌ها و دیگر ویژگی‌های محیط مصنوع بر مصرف سیگار، ورزش و چاقی اثر می‌گذارند. به عنوان مثال درصد افرادی که تحرک بدنی دارند در محیط‌هایی که امکانات بهتری از لحاظ تامین فضاهایی برای ورزش مانند پارک‌ها و مسیرهای پیاده روی و دوچرخه سواری عرضه می‌کنند و الگوی طراحی شبکه معابرشان کمتر موانع برای پیاده روی افراد ایجاد می‌کند و محیطی تمیز و

گروه‌های خلافکار وجود دارد. همچنین تحقیقات نشان داده‌اند که در محلاتی با همبستگی اجتماعی و مشارکت بیشتر، نرخ ارتکاب قتل پایین‌تر بوده است. در مقابل، محلاتی با همبستگی اجتماعی کمتر و درجات بالاتری از ناهنجاری‌های اجتماعی، می‌توانند منجر به اضطراب و افسردگی شود (همان). با توجه به موارد فوق، مدل مفهومی تحقیق حاضر جهت تبیین شاخص‌های نظام سلامت در محله‌های شهری به شرح ذیل است:

کنترل اجتماعی غیر رسمی (به عنوان مثال پیشگیری از ارتکاب جرائم و دیگر رفتارهای نامطلوب مانند مصرف الکل و سیگار در بین جوانان، ریختن آشغال، آلوده کردن محیط زیست) که همه آنها می‌تواند سلامتی را به طور مستقیم یا غیر مستقیم تحت تاثیر قرار دهد، بیشتر است. کودکان در محله‌هایی که روابط صمیمانه‌ای بین ساکنان وجود دارد از برزگسالان بیشتری راهنمایی دریافت می‌کنند و کمتر احتمال گرفتاری آنها به رفتارهای آسیب رسان سلامت مانند مصرف الکل و سیگار و مواد مخدر و یا عضویت در



شکل ۳- نمودار مدل مفهومی پژوهش ماخذ: نگارندگان

۳- تحلیل یافته‌ها

۳-۱- شناسایی شاخص‌ها و نحوه تبیین آن در

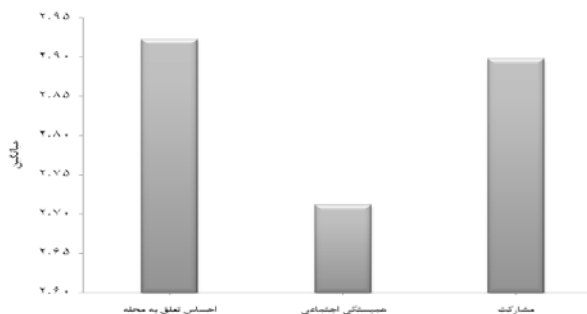
محدوده مورد مطالعه

کمبود آمار و اطلاعات در زمینه شاخص‌های کالبدی-محیطی سلامت و ذهنی بودن مفاهیمی چون احساس تعلق به محله و همبستگی اجتماعی و اهمیت ابعاد ذهنی شاخص‌های محیطی- کالبدی چون احساس امنیت در محیط، این تحقیق را به استفاده از روش پرسشنامه‌ای جهت دستیابی به هدف اصلی تحقیق که سنجش سطح سلامت محله است؛ ناگزیر می‌سازد. حجم نمونه جهت بررسی شاخص‌ها در محله امام زاده یحیی براساس فرمول کوچران ۴۰۰ عدد به دست آمد. برای توزیع پرسشنامه‌ها، کل محله به چندین بلوک تقسیم و متناسب با جمعیت هر بلوک واحدهای مسکونی انتخاب؛ و از هر واحد مسکونی سرپرست خانوار و در صورت عدم حضور افراد بالای ۱۸ سال مورد پرسش واقع شدند. به منظور سهولت کار پرسش شونده‌ها و نیز تحلیل نهایی سوالات به صورت بسته و ۵ گزینه‌ای در قالب طیف لیکرت طراحی شده‌اند. یافته‌های حاصل از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط اهالی، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفته است که در ادامه نتایج حاصل از آن تشریح می‌شود.

۳-۲- امتیاز کسب شده توسط معیارهای اجتماعی

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود. بالاترین نمره میانگین در شاخص‌های اجتماعی مربوط به احساس تعلق به محله است. مشارکت

باکمی اختلاف در جایگاه دوم قرار دارد و همبستگی اجتماعی در بین این متغیرها از کمترین امتیاز برخوردار است.



شکل ۴- نمودار مقایسه متغیرهای اجتماعی

جدول ۱- جدول توصیفی متغیرهای اجتماعی

تعداد	مینیمم	ماکزیمم	میانگین	انحراف معیار	واریانس
۴۰۰	۱/۲۵	۴/۵	۲/۹۲	۰/۷۸	۰/۶۱
۴۰۰	۱	۳/۷۵	۲/۷۱	۰/۷۱	۰/۵۱
۴۰۰	۱/۵	۴/۵	۲/۹	۰/۷۱	۰/۶۳

۳-۲- امتیاز کسب شده توسط معیارهای محیطی-

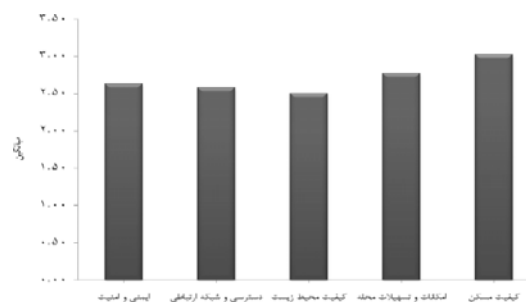
کالبدی

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین شاخص‌های محیطی- کالبدی بیشترین امتیاز مربوط به مسکن است پس از آن به ترتیب شاخص‌های امکانات و تسهیلات محله، ایمنی و امنیت و دسترسی شبکه ارتباطی و پایین‌ترین امتیاز مربوط به کیفیت محیط زیست محله است.

جدول ۲- جدول توصیفی متغیرهای محیطی-کالبدی

تعداد	مینیمم	ماکزیمم	میانگین	انحراف معیار	واریانس
۴۰۰	۱/۳۸	۴/۲۵	۲/۶۳	۰/۵۶	۰/۳۲
۴۰۰	۱	۴	۲/۵۸	۰/۵۸	۰/۳۴
۴۰۰	۱	۴/۵	۲/۵	۰/۵۵	۰/۳۰
۴۰۰	۱/۶۱	۴/۶۷	۲/۷۷	۰/۶۲	۰/۳۹
۴۰۰	۱/۶	۴/۲	۳/۰۲	۰/۵۸	۰/۳۴

همبستگی مثبت و سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵). ولی با دسترسی و شبکه ارتباطی، کیفیت محیط زیست و تحرک و فعالیت بدنی رابطه معنی‌داری نشان نمی‌دهد (سطوح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ است). که نشان دهنده این است که با افزایش کیفیت مسکن، امکانات و تسهیلات محله و ارتقاء ایمنی و امنیت در محله امام زاده یحیی می‌توان احساس تعلق ساکنان به محله را افزایش داد. ضریب همبستگی کیفیت مسکن بین سه عامل یاد شده بزرگترین است که نشان دهنده اهمیت رضایت از مسکن در افزایش تعلق به محله است. امکانات و تسهیلات محله و ایمنی و امنیت به ترتیب عوامل دوم و سوم را تشکیل می‌دهند. ولی همبستگی اجتماعی و مشارکت با هیچ یک از متغیرهای محیطی-کالبدی رابطه معنی‌داری نشان نمی‌دهد (سطوح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ است).



شکل ۵- نمودار مقایسه متغیرهای کالبدی-محیطی

۳-۳- بررسی رابطه بین متغیرهای اجتماعی و

متغیرهای محیطی-کالبدی

برای بررسی ارتباط میان متغیرهای اجتماعی و متغیرهای محیطی-کالبدی، پس از بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، رابطه بین متغیرها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت، که نتایج حاصل از آن نشان می‌دهد: احساس تعلق به محله با ایمنی و امنیت، امکانات و تسهیلات محله، کیفیت مسکن رابطه مستقیم معنی‌داری وجود دارد (ضریب

جدول ۳- آزمون همبستگی پیرسون برای متغیرهای اجتماعی و متغیرهای محیطی-کالبدی

متغیر	ایمنی و امنیت	دسترسی و شبکه ارتباطی	کیفیت محیط زیست	امکانات و تسهیلات محله	کیفیت مسکن
احساس تعلق به محله	ضریب همبستگی	۰/۲۴۲*	۰/۰۵۸	۰/۱۲۳	۰/۳۳۴**
	سطح معنی‌داری	۰/۰۲۲	۰/۵۸۵	۰/۲۴۹	۰/۰۰۱
همبستگی اجتماعی	ضریب همبستگی	۰/۱۵۳	-۰/۰۷۷	۰/۱۷	۰/۱۳۴
	سطح معنی‌داری	۰/۱۵۱	۰/۴۳۷	۰/۱۱	۰/۲۱
مشارکت	ضریب همبستگی	۰/۰۵۴	-۰/۰۰۹	-۰/۰۱۳	۰/۱۴۱
	سطح معنی‌داری	۰/۶۱۶	۰/۹۳۵	۰/۹۰۲	۰/۱۸۶

۳-۴- بررسی میزان تحرک بدنی ساکنان و ارتباط آن با متغیرهای اجتماعی و محیطی-کالبدی - میزان تحرک و فعالیت بدنی

برای بررسی میزان فعالیت و تحرک بدنی ساکنان از سوالات ۶ و ۵ مربوط به بخش دسترسی پرسشنامه استفاده شده است. و توسط آزمون t یک نمونه‌ای بررسی شده است. نمرات بین ۱ تا ۵ است بنابراین،

مقدار آزمون را برابر ۳ که میزان متوسط متغیر است در نظر گرفته‌ایم. میانگین متغیر تحرک و فعالیت بدنی برابر ۲/۴۷ و سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۰۰ است. با توجه به اینکه میانگین کمتر از ۳ و سطح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ است، نتیجه می‌گیریم که میزان تحرک و فعالیت بدنی در سطح پایینی است.

جدول ۴- نتایج آزمون t تک نمونه‌ای برای بررسی میزان تحرک و فعالیت بدنی

مقدار آزمون = ۳							متغیر
میانگین اختلاف متغیر با مقدار آزمون	سطح معنی‌داری	درجه آزادی	T	انحراف معیار	میانگین	تعداد	
-۰/۵۲۸	۰/۰۰۰	۸۹	۶/۰۹۴	۰/۸۲۲	۰/۴۷۲	۴۰۰	تحرک و فعالیت بدنی

- رابطه بین متغیرهای اجتماعی و تحرک و فعالیت بدنی
برای بررسی این رابطه از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است. با توجه به نتایج به دست آمده، مشاهده می‌شود که:

بین تحرک و فعالیت بدنی و متغیرهای اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود ندارد (سطوح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ است).

جدول ۵- آزمون همبستگی پیرسون برای متغیرهای اجتماعی و تحرک و فعالیت بدنی

متغیر	احساس تعلق به محله	همبستگی اجتماعی	مشارکت
تحرک و فعالیت بدنی	ضریب همبستگی	۰/۱۸۵	۰/۰۶
	سطح معنی‌داری	۰/۰۸۱	۰/۵۷۷

- رابطه بین متغیرهای محیطی-کالبدی و تحرک و فعالیت بدنی
برای بررسی این رابطه نیز از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است. با توجه به نتایج به دست آمده، مشاهده می‌شود که:

تحرک و فعالیت بدنی با ایمنی و امنیت، دسترسی و شبکه ارتباطی، کیفیت محیط زیست و امکانات و تسهیلات محله رابطه مستقیم معنی‌داری دارد (سطوح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ است). ولی با کیفیت مسکن رابطه معنی‌داری ندارد (سطوح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ است).

جدول ۶- آزمون همبستگی پیرسون برای متغیرهای محیطی-کالبدی و تحرک و فعالیت بدنی

کیفیت مسکن	امکانات و تسهیلات محله	کیفیت محیط زیست	دسترسی و شبکه ارتباطی	ایمنی و امنیت	ضریب همبستگی	تحرک و فعالیت بدنی
۰/۰۱	**۰/۳۹۱	*۰/۲۱	**۰/۴۸۵	*۰/۲۵۳		
۰/۹۲۹	۰/۰۰۰	۰/۰۴۷	۰/۰۰۰	۰/۰۱۶	سطح معنی داری	

امام زاده یحیی از آزمون t یک نمونه‌ای استفاده می‌کنیم. نمرات بین ۱ تا ۵ است بنابراین، مقدار آزمون را برابر ۳ که میزان متوسط متغیر است در نظر گرفته‌ایم. اگر میانگین متغیر بیشتر از ۳ باشد نشان دهنده حد مطلوب و میانگین کمتر از ۳ نشان دهنده سطح پایین است. میانگین سلامت کلی برابر ۲/۷۳ و سطح معنی داری آزمون ۰/۰۰۰ است. با توجه به اینکه سطح معنی داری کوچکتر از ۰/۰۵ است، نتیجه می‌گیریم که سلامت کلی محله در سطح پایینی است.

که نشان دهنده تاثیر مستقیم عوامل محیطی-کالبدی در میزان تمایل افراد به پیاده روی و دوچرخه سواری است. از میان عوامل مذکور، میزان رضایت از شبکه ارتباطی و امکانات و تسهیلات محله در جایگاه اول و دوم و عوامل ایمنی و امنیت و کیفیت محیط زیست در جایگاه سوم و چهارم از لحاظ تاثیر بر تمایل به پیاده روی و دوچرخه سواری افراد قرار دارند.

۳-۵- نمره کلی سلامت محله امام زاده یحیی: برای به دست آوردن میزان سلامت کلی محله

جدول ۷- نتایج آزمون t تک نمونه‌ای برای بررسی میزان سلامت کلی

مقدار آزمون = ۳							متغیر
میانگین اختلاف متغیر با مقدار آزمون	سطح معنی داری	درجه آزادی	T	انحراف معیار	میانگین	تعداد	
-۰/۲۷۱۱۵	۰/۰۰	۸۹	-۹/۶۴۰	۰/۳۷۰۶۷	۲/۷۲۸۸	۴۰۰	نمره کلی سلامت

فعالیت بدنی برابر ۲/۴۷ و سطح معنی داری آزمون ۰/۰۰۰ است. با توجه به اینکه میانگین کمتر از ۳ و سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ است، نتیجه می‌گیریم که میزان تحرک و فعالیت بدنی در سطح پایینی است. در رابطه با پیش فرض دوم نیز نتایج تحلیل نمونه موردی انتخاب شده در رابطه با پیش فرض مطرح شده با استفاده از آزمون t یک نمونه‌ای نیز نشان دهنده حد پایین سلامت اجتماعی محله است بدین ترتیب که:

میانگین متغیر احساس تعلق به محله برابر ۲/۹۲ و سطح معنی داری آزمون ۰/۳۴۹ به دست آمد. میانگین

۳-۶- آزمون فرضیات تحقیق

الف: بنظر می‌رسد میزان فعالیت و تحرک بدنی در محلات سنتی (به سبب نوع و الگوی ویژه نظام دسترسی) در حد مطلوبی باشد.

ب: بنظر می‌رسد میزان شاخص‌های اجتماعی سلامت در محلات سنتی در حد مطلوبی باشد.

جهت بررسی میزان صحت این پیش فرض‌ها نیاز به مراجعه به نمونه مطالعاتی است که در رابطه با پیش فرض اول، نتایج آزمون t یک نمونه‌ای نشان دهنده میزان نه چندان مطلوب میزان تحرک و فعالیت بدنی در محله امام زاده یحیی است. میانگین متغیر تحرک و

به دست آمد. با توجه به اینکه میانگین در هر ۳ مورد کوچکتر از ۳ است، نتیجه می‌گیریم که میزان سلامت اجتماعی محله امام زاده یحیی در حد مطلوبی ناست.

متغیر همبستگی اجتماعی برابر ۲/۷۱ و سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۰۰ به دست آمد. میانگین متغیر مشارکت برابر ۲/۹۰ و سطح معنی‌داری آزمون ۰/۲۲۳

جدول ۸- نتایج آزمون t تک نمونه‌ای برای بررسی میزان متغیرهای اجتماعی (همبستگی اجتماعی-تعلق مکانی- مشارکت)

مقدار آزمون = ۳							متغیر
میانگین اختلاف متغیر با مقدار آزمون	سطح معنی‌داری	درجه آزادی	t	انحراف معیار	میانگین	تعداد	
-۰/۰۷۸	۰/۳۴۹	۸۹	-۰/۹۴۲	۰/۷۸۳	۲/۹۲۲	۴۰۰	احساس تعلق به محله
-۰/۲۸۹	۰/۰۰۰	۸۹	-۳/۸۴۹	۰/۷۱۲	۲/۷۱۱	۴۰۰	همبستگی اجتماعی
-۰/۱۰۳	۰/۲۲۳	۸۹	-۱/۲۲۸	۰/۷۹۴	۲/۸۹۷	۴۰۰	مشارکت

فضاهای باز و سبز برای شکل‌گیری روابط اجتماعی در آن وجود داشته باشد.

محله‌ها را بنا به منشا شکل‌گیری شان به دو نوع می‌توان تقسیم کرد که محلات قدیم و محلات جدید را شامل می‌شوند. محلات سنتی یا هسته‌های اولیه شکل‌گیری شهر بوده‌اند و یا محله‌هایی با منشا روستایی که با گسترش شهر در آن ادغام شده‌اند. این محله‌ها اغلب دارای بافتی ارگانیک هستند. محلات جدید عمدتاً محله‌های برنامه‌ریزی شده و با الگوی شطرنجی را شامل می‌شوند که معمولاً از قبل دارای طرح و برنامه مشخصی بوده‌اند (مانند پروژه‌های آماده سازی در ایران). محله‌های سنتی (در این جا منظور محلات واقع در هسته تاریخی شهرهاست) به سبب قدمت، اصالت و سابقه سکونت و ساختار کالبدی ویژه‌ای که روابط اجتماعی و برخوردهای چهره به چهره بیشتری را ایجاد می‌نماید و به سبب نزدیکی به مراکز شهری و پیوند محیط کار و سکونت در صورت عدم فرسودگی کالبدی و عملکردی، دو شرط مهم برای ایجاد محلات سالم که یکی میزان بالای سرمایه

بنابراین، هر دو پیش فرض تحقیق رد می‌شود. یعنی الزاماً محله‌های سنتی از میزان سلامت اجتماعی مطلوبی برخوردار نبوده و شرایط ویژه موقعیت و ساختار کالبدی بافت آنها منجر به تحرک و فعالیت بدنی بیشتر در ساکنان نمی‌شود.

۴- نتیجه‌گیری

با توجه به ویژگی‌ها و خصوصیات ذکر شده برای یک محله سالم، یک محله سالم از لحاظ مکانی باید در جایی واقع شده باشد که دسترسی به مراکز کاری و تجاری و خدمات حمل و نقل عمومی به آسانی میسر باشد تا افراد را ناگزیر به استفاده از اتومبیل نکند، از لحاظ زیست محیطی محیطی عاری از دود و آلودگی‌های صوتی و بصری داشته و ملاحظات زیست محیطی و صرفه جویی در مصرف انرژی در آن رعایت شود. کاربری‌های عمومی محله به درستی مکان‌یابی شده و عدالت اجتماعی از لحاظ دسترسی به خدمات و امکانات در آن تضمین شده باشد. همچنین دارای مرزهای قابل لمس برای افراد بوده و مکان‌های عمومی و

- ایجاد مسیرهای جذاب، ایمن و مناسب برای پیاده روی و دوچرخه سواری در سطح محلات به منظور افزایش میزان تحرک و فعالیت بدنی افراد.
- تسهیل دسترسی مواد غذایی تازه و سلامت و سایر نیازمندی‌های روزانه.
- ایجاد محیط‌های امن، مناسب و جذاب اجتماعی جهت دیدار و معاشرت و افزایش هم بستگی اجتماعی جوامع محلی.
- توسعه کاربری‌های مختلط در محلات مسکونی با هدف ارتقاء بسترهای روابط اجتماعی.
- افزایش فرصت‌های شغلی در سطح محلات و حمایت از کار در منزل.
- ایجاد ارتباط مناسب با مراکز عمده شهر از طریق وسایل حمل و نقل عمومی.
- ایجاد طیف متنوعی از تسهیلات خرید در مراکز محلات، با پیش بینی و حفظ فضاهایی برای اجرای کارکردهای اجتماعی و فرهنگی در مجاورت آنها در جهت کاهش سفرهای ماشینی و ارتقاء کیفیت ارائه خدمات و تقویت جوامع محلی.
- تامین و توزیع عادلانه امکانات و خدمات بهداشتی - درمانی برای تمامی ساکنان.
- کاهش میزان ترافیک عبوری محلات و اولویت بخشیدن به عابر پیاده و دوچرخه سواران برای ایجاد یک محیط امن مسکونی.
- طراحی کارکردها و چیدمان فضایی عملکردها به نحوی که نظارت اجتماعی در فضاهای عمومی افزایش یابد و هم از وقوع جرایم جلوگیری کند و هم آرامش خاطر برای شهروندان فراهم کند.

اجتماعی و دیگری تشویق به تحرک و زندگی فعال و افزایش میزان پیاده روی و دوچرخه سواری است را می‌توانند تامین کنند. هر چند در مورد نمونه مطالعاتی این فرضیات مورد قبول واقع نشدند که علت اصلی آن می‌تواند فرسودگی کالبدی و اجتماعی و کاهش امنیت و گسترش فقر و... باشد.

بنابراین، احیا و توسعه این محلات علاوه بر جلوگیری از پراکندگی شهری و جلوگیری از آسیب رسانی بیشتر به طبیعت سبب ارتقاء سطح سلامت ساکنان محله و کل اکوسیستم شهری می‌گردد. البته این به معنای آن نیست که محلات جدید شهری از محلات قدیم ناسالم ترند و یا نمی‌توانند بستر لازم برای ایجاد یک جامعه محلی سالم را پدید آورند. اگر مکان یابی چنین محلاتی صحیح بوده و دسترسی به سایر نقاط شهر به آسانی به وسیله شبکه‌های حمل و نقل عمومی میسر باشد و معیارهای طراحی لازم برای ایجاد کیفیت‌های یک محله پایدار و سالم در آن رعایت شده باشد می‌توانند بستری مناسب برای توسعه پایدار و سلامتی ساکنان باشند.

۵- پیشنهادها

هر چند فرمول واحدی برای ایجاد یک محله سالم وجود ندارد و در مورد هر محله‌ای با توجه به شرایط و موقعیت و نیازهای ساکنان اقدام کرد. اصول کلی وجود دارند که می‌توانند در هر نوع برنامه ریزی محله‌ای برای ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی افراد مورد توجه واقع شوند:

- Barton, H & Grant, M & Guise, R (2003), *Shaping Neighbourhoods: For health, sustainability and vitality*, , Routledge, London and New York.
- Balfour, J.L. & Kaplan, G.A. (2002), Neighborhood environment and loss of physical function in older adults: evidence from the Alameda County Study, *American Journal of Epidemiology*, NO.6, PP. 507-515.
- Bonnefoy, X. et al. (2003), Housing conditions and self-reported health status: a study in panel block buildings in three cities of Eastern Europe, *Journal of Housing and the Built Environment*, NO 18, PP. 329-352.
- Braubach, M., (2007) ,The impact of the residential environment on residential environment satisfaction and health: results of the WHO large analysis and review of European housing and health status (LARES), *International Journal of Environment and Pollution*, No. 30 , pp. 384 - 403.
- Bourdeaudhuij ,I. et al. (2003): Environmental Correlates of Physical Activity in a Sample of Belgian Adults, *American Journal of Health Promotion*, NO 18, pp. 83-92.
- Burton, L.M & Kemp, S.P & Leung, M & Matthews, S.A & Takeuchi, D.T (2011) *Communities, neighborhoods and health: Expanding the boundaries of place*, Springer press, USA.
- Cubbin, C & Pedregon ,V & Egerter ,S & Braveman, P (2008) *Where We Live Matters for Our Health: Neighborhoods and Health*, ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION, available at <http://www.rwjf.org/pr/product.jsp?id=35129>.
- Hajipour, Kh (2006), Neighborhood-based planning an effective approach in creating sustainable urban management , *Honar-Ha-Ye-Ziba*, NO.26, pp.37-46.
- Lavin, T., Higgins, C., Metcalfe, O., Jordan, A (2006). *Health Effects of the Built Environment: A Review*. The Institute of Public Health in Ireland, Dublin.
- Poureslami, M. Ayaz, S., Sarmast, H (2000) *World Health Organization, Health Promotion Glossary*, Tehran,
- ایجاد تنوع در خانه‌ها در راستای افزایش حق انتخاب و قابل استطاعت بودن آن‌ها برای ساکنان از لحاظ اقتصادی.
- ایجاد ساختمان‌های مقاوم، استوار، تغییر پذیر و قابل انطباق با کارکردهای اجتماعی و تجاری.
- حمایت از توسعه ساختمانها و محلاتی که از نظر مصرف انرژی کارآیی خوبی دارند، در جهت ارتقاء کیفیت محیط زیست محلی.
- مدیریت پایدار منابع طبیعی محلی مانند آب، انرژی و... و در نتیجه کاهش تقاضا برای منابع تجدید ناپذیر.
- حذف عناصر آلاینده محیط (آلودگی‌های آب و هوا آلودگی صوتی و آلاینده‌های بصری)
- توسعه مجدد فضاهای متروکه و رها شده شهری جهت رفع انواع آلودگی‌های محیطی و ایجاد فضاهای مناسب شهری.
- تامین سرانه فضاهای سبز شهری، پارک‌ها و فضاهای تفریحی به همراه توزیع عادلانه دسترسی به آنها برای تمامی ساکنان.
- حفاظت از منابع و میراث طبیعی و فرهنگی محلات شهری.

منابع

- Bahraie, A. & Mirghafourvand, M., (2011), *Health promotion: from concepts to application*, Noore Danesh press, Tehran.
- Barakpour, N., (2003), *Urban management encyclopedia*, Journal of urban planning and management ,NO. 13, PP.
- Barton, H & Catherine ,T, (2000), *Healthy urban planning*, Spon press ,London.

- Journal of Epidemiology and Community Health, NO 58, PP. 71-77.
- Tajdar, V. (2009), assessment of health status with urban planning approach, Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of art (M.A) in urban and regional planning, Rafeian, M., Tarbiat modares university, faculty of art and architecture.
- Hugh, B., (2002), State of health in urban planning, Taghizade, M., Jostar-Ha-Ye-Shahrsazi, NO. 3, PP. 27-37.
- WHO (2002), Community Participation in local health and sustainable development: Approaches and techniques, European Sustainable Development and Health Series: 4, (available at: www.euro.who.int/document/e78652.pdf).
- <http://publicrelations.tums.ac.ir/articles/index.asp?articleID=69>
- Department of Health and Medical Education.
- Malmström, M. et al. (1999), Neighborhood environment and self-reported health status: a multilevel analysis. In: American Journal of Public Health, NO. 8, PP. 1181-1186.
- Rafeian, M., Tajdar, V. (2008), Assessment of health status with regional approach in Mashhad conurbation. Goghrafia-Va-Toseye-Nahieyi, NO 10, pp. 163-184.
- RIVM (2000), Nationale Milieuverkenning 2000-2030. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en milieu (RIVM). Bilthoven. (National Institute for Public Health and the Environment). English version at: www.rivm.nl/milieu/milieubalans_verkennings/milieuverkenning
- Sampson, R. J. et al. (1997), Neighborhoods and Violent Crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science* NO. 9, pp. 18-24.
- Sundquist, K. et al. (2004), Neighbourhood deprivation and incidence of coronary heart disease: a multilevel study of 2.6 million women and men in Sweden. In: