

تدوین ابعاد اجتماعی سلامت از منظر مدیریت شهری

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۱/۱۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۵/۱۰

شیلر کیخاونی^{۱*}

مجید صفاری نیا^۲

احمد علی پور^۳

ولی الله فرزاد^۴

چکیده

مقدمه: ارتقاء سلامت اجتماعی در بعد کلان در هر جامعه‌ای نشانه‌ای از رفاه و پیشرفت است و این امر بدون تهیه مدلی بومی و کارکردی متناسب با شرایط جامعه امکان پذیر نمی‌باشد. پژوهش حاضر به تدوین شاخص‌های سلامت اجتماعی از منظر مدیریت شهری می‌پردازد.

روش: به منظور تدوین ابعاد اجتماعی سلامت از منظر مدیریت شهری از روش زمینه‌یابی استفاده گردید. جامعه آماری پژوهش عبارت بودند از کلیه خبرگان در حوزه سلامت اجتماعی و مدیران شهری که ۳۱۱ نفر از آن‌ها به شیوه در دسترس از شهر تهران انتخاب شدند. ابزار پژوهش عبارت از پرسشنامه محقق ساخته با ۲۰ شاخص و ۱۱۴ نشانگر، دارای آلفای کرونباخ ۰/۹۷۵ بود که با استفاده از روش زمینه‌یابی (مصاحبه، گروه کانونی و دلفی) مطابق نظر گروهی از خبرگان سلامت اجتماعی و مدیران ارشد شهری جهت بررسی شاخص‌های سلامت اجتماعی از منظر مدیریت شهری در ایران طراحی گردید. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات و تدوین شاخص‌ها از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل اکتشافی حاکی از وجود ۲۰ شاخص و ۱۱۴ نشانگر به عنوان مؤلفه‌های اجتماعی سلامت از منظر مدیریت شهری بود.

نتیجه‌گیری: با شناسایی شاخص‌ها و نشانگرهای سلامت اجتماعی شهری می‌توان آنها را در ایران اعتباریابی و هنجاریابی نمود و با تهیه چک لیستی مبنی بر این مدل، می‌توان به ارتقاء سلامت اجتماعی در طرح‌ها و پروژه‌های شهری کمک کرد.

کلمات کلیدی: سلامت اجتماعی، مدیریت شهری، شاخص، نشانگر

۱. دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
* نویسنده مسئول: shilerkai@gmail.com
۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۴. دانشیار گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

Development of social dimensions of health from the perspective of urban management

Shiler kaikhavani*¹

Majid Saffarinia²

Ahmad Alipor³

Valliollah Farzad⁴

Abstract

Introduction: To develop social health in the macro dimension in any society is a sign of prosperity and progress, and this is not possible without providing a local and functional model appropriate to the conditions of society. The present study compiles social health indicators from the perspective of urban health.

Method: In order to develop the social dimensions of health from the perspective of urban management, the survey method was used. The statistical population of the study consisted of all experts in the field of social health and city managers, 311 of whom were selected by available means from Tehran. The research instrument was a researcher-made questionnaire with 20 indicators and 114 markers, with Cronbach's alpha of 0.975, which was used in the field (interview, focus group discussion and Delphi) according to a group of social health experts and senior urban managers to The study of social health indicators from the perspective of urban management in Iran was designed. Exploratory factor analysis was used to analyze the information and compile the indicators.

Results: The results of exploratory analysis showed that there were 20 indicators and 114 indicators as social components of health from the perspective of urban management.

Conclusion: By identifying indicators and indicators of urban social health, they can be accredited and standardized in Iran, and by preparing a checklist based on this model, we can help promote social health in urban plans and projects.

Keywords: social health, urban management, index, indicator.

1. PhD Student, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

2. Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

3. Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

4. Associate Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

مقدمه

رفاه^۱ و شرایط مناسب حاکم بر هر جامعه از نمادهای پیشرفت آن محسوب می‌شود که با تأمین حقوق شهروندان^۲ به دست می‌آید و سلامت^۳ اساسی‌ترین بخش از توسعه و رفاه است (گزارش رفاه موسسه لگاتوم^۴، ۲۰۲۰؛ آرون و هولدرسورث^۵، ۲۰۲۰). تعریف سلامت، مفاهیم و شاخص‌های اندازه‌گیری آن در هر جامعه با توجه به شرایط هر جامعه، فرهنگ و انتظارات شهروندان آن تغییر می‌کند. در حال حاضر مقبول‌ترین تعریف از سلامت توسط سازمان بهداشت جهانی ارائه شده است. از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، منظور از سلامت فقط فقدان بیماری نیست؛ بلکه وضعیت بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی است (هامبلیون و همکاران^۶، ۲۰۱۹). دیدگاه نوین به سلامت الگوی کل‌نگر^۷ است که سلامت را شامل ابعاد متعدد جسمانی، هیجانی، عقلانی، معنوی، روانی و اجتماعی و نیز روابط بین این ابعاد می‌داند (سارافینو و اسمیت^۸، ۲۰۱۸). سلامت انسان بیش از مداخلات پزشکی به عوامل اجتماعی، امکانات و شرایط موجود در جامعه و اقتصاد وابسته است (واموکویا، کادنگی، عیدی و چیکوزو^۹، ۲۰۲۰؛ هزار جریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱). سلامت اجتماعی^{۱۰} که مفهومی پیچیده و چند بعدی است به شرایط و ویژگی‌های خاص جوامع وابسته و در دو بعد خرد و کلان قابل بررسی است. منظور از سلامت اجتماعی در بعد خرد، کمیت و کیفیت تعامل افراد به منظور تعالی و رفاه جامعه است (موسوی، شیانی، فاطمی نیا و امید نیا، ۱۳۹۴). به عبارت دیگر سلامت اجتماعی ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکرد خود در اجتماع و کیفیت روابط او با افراد دیگر است (گزارش مطالعاتی و حمایت طلبی گروه علمی سلامت اجتماعی، ۱۳۹۴). در این دیدگاه سلامت اجتماعی را ارزیابی رفتارهای معنی دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران می‌داند و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر جامعه می‌داند که منجر به کارایی فرد در جامعه می‌شود (هلپمن، پاند، الیت، اندرسون و سئو^{۱۱}، ۲۰۲۰).

در دیدگاه کلان منظور از سلامت اجتماعی، همان جامعه سالم است که در آن شاخص‌هایی مانند کاهش فقر، آموزش، مبارزه با جرم، کاهش آلودگی‌های زیست محیطی و . . . برای کل جامعه فراهم می‌شود. این رویکرد ناظر بر سطح کلان سلامت اجتماعی است و سلامت اجتماعی را برآیند و خروجی سلامت اجتماعی تک تک افراد جامعه به حساب می‌آورد (راماسوامی^{۱۲}، ۲۰۲۰).

1. Welfare
2. Citizenship rights
3. Health
4. Legatum Inestitut
5. Arun & Holdsworth
6. Hamblion et al.
7. holistic
8. Sarafino & Smith
9. Wamukoya , Kadengye, Iddi & Chikozho
10. Social Health
11. Helpman , Pond , Elit , Anderson & Seow
12. Ramaswami

موسوی، شیانی، فاطمی نیا و امید نیا، ۱۳۹۴). در این رویکرد به فرد، ابعاد مختلف سلامت و زندگی او به عنوان جزئی از ویژگی‌های جامعه‌ای بزرگتر که شخص به آن تعلق دارد، نگریسته و تلاش می‌شود تا با توجه به ابعاد مختلف سلامت، رفاه و آسایش انسانها، تصویری از سلامت جامعه ترسیم شود (صفاری‌نیا، ۱۳۹۲). این دیدگاه قرابت زیادی با مفهوم شهروند سازی^۱ دارد. در این مفهوم دولت‌ها و مدیران شهری موظف هستند تا شرایط مناسب برای تأمین نیازها و رفاه شهروندان را فراهم کنند، تا در مقابل شهروندان بتوانند با استفاده از شرایط مطلوب جامعه وظایف شهروندی خود را انجام دهند (هزار جریبی و صفری شالی، ۱۳۹۰).

یکی از مفاهیم جدید در حوزه سلامت و روان‌شناسی محیط، سلامت شهری^۲ است. منظور از سلامت شهری بهبود شرایط اجتماعی، جسمی، محیط فیزیکی و زیر ساخت‌های شهری است که بر سلامت و بیماری شهروندان تأثیر گذار است (هامفریز و سالارش^۳، ۲۰۱۷). سازمان بهداشت جهانی سال ۲۰۱۰ را به عنوان سال سلامت شهری معرفی کرد (دماری و ایازی، ۱۳۹۲). دلیل اهمیت و توجه به سلامت شهری این است که شهرنشینی و توسعه شهرها به سرعت در حال افزایش است و اگر به سلامت شهری و تخصیص درست و عادلانه منابع و امکانات شهری توجه نشود؛ سلامت تعداد زیادی از شهروندان بویژه افراد مهاجر و فقیر در ابعاد مختلف به خطر می‌افتد (لی و رز^۴، ۲۰۱۷؛ روو^۵، ۲۰۱۵؛ گرین^۶، ۲۰۱۲). توجه به سلامت شهری و برنامه‌ریزی برای بهبود آن در حیطه مدیران شهری است و با توجه به مسائل گفته شده توجه به سلامت شهری به عنوان مؤلفه‌ای برای ارتقاء سلامت اجتماعی به عنوان یک ضرورت باید مورد توجه سیاست‌گذاران و مدیران شهری قرار گیرد.

شاخص‌های سلامت اجتماعی معمولاً ترکیبی از نشانگرهایی است که ابعاد مختلف زندگی شهروندان از قبیل عوامل تأثیر گذار بر سلامت، رفاه و آسایش شهروندان را پوشش می‌دهد (توکل، ۱۳۹۳). شاخص‌های سلامت اجتماعی متعددی با دیدگاه کلان در سطح بین المللی وجود دارد، مانند شاخص سلامت اجتماعی فوردهام^۷ با ۱۶ نشانگر، شاخص سلامت اجتماعی ادمونتون^۸ با ۱۵ نشانگر، شاخص سلامت اجتماعی بارنستابل^۹ با ۷ نشانگر، شاخص سلامت اجتماعی ریچلند^{۱۰} با ۲۰ نشانگر، شاخص رفاه لگاتوم^{۱۱} با ۱۲ نشانگر، شاخص کیفیت زندگی^{۱۲} با ۸ نشانگر،

1. to build citizen
2. Urban health
3. Humphreys & Solarsh
4. Li & Rose
5. Row
6. Green
7. Fordham social health index
8. Edmonton's social health index
9. Barnstable Social Health Index
10. Richland social health index
11. Legatum Prosperity Index
12. Quality of Life Index

نشانگرهای آسایش بر اساس روش‌های سلامت گالوپ^۱ با ۵ نشانگر و شاخص ترکیبی بهزیستی جهانی^۲ با ۱۰ نشانگر (گزارش سالانه شاخص فوردهام^۳، ۲۰۱۹؛ شاخص سلامت اجتماعی ادموتون، ۲۰۱۸؛ شاخص سلامت اجتماعی بارنستابل، ۱۹۹۹؛ شاخص سلامت اجتماعی ریچلند، به نقل از موسوی، شبانی، فاطمی نیا و امید نیا، ۱۳۹۴؛ گزارش رفاه موسسه لگاتوم، ۲۰۲۰؛ گزارش سالانه کیفیت زندگی، ۲۰۲۰؛ گزارش گالوپ، ۲۰۰۸ و ۲۰۰۷؛ ایران و خوری^۴، ۲۰۱۶). با توجه به اهمیت تدوین مدل سلامت اجتماعی مخصوص هر جامعه در ایران هم شاخص‌های سلامت اجتماعی متعددی مانند مدل نجات و احمدوند (۱۳۹۱) در دو سطح فردی (۶ نشانگر) و جامعه (۵ نشانگر)؛ الگوی سلامت اجتماعی رفیعی، درخشان نیا، اقلیما و خانکه (۱۳۹۲) با ۱۰ نشانگر، صفاری نیا (۱۳۹۲) با ۴ شاخص و ۶۰ نشانگر و توکل (۱۳۹۳) با ۷ شاخص وجود دارد. مرور شاخص‌های خارجی و داخلی نشان می‌دهد که هر کدام نشانگرهایی را برای سنجش سلامت اجتماعی در کل یک جامعه تعریف کرده اند اما با توجه به اهمیت سلامت شهری به عنوان یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی و سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ در ارتقاء سلامت اجتماعی و اهمیت فراهم سازی شرایط مناسب برای شهروندان، لازم است که مدلی انحصاری برای سلامت اجتماعی جهت ارتقاء سلامت شهری و از دید مدیران شهری تدوین شود. این مدل باید بر مبنای اساسی‌ترین نیازهای روانی، اجتماعی و زیستی جامعه باشد و بتواند کمک مؤثری در حل معضلات و مشکلات کلان شهرها و بهبود مدیریت شهری کند (سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، ۱۳۸۵؛ امیدی، حقیقتیان و هاشمیان فر، ۱۳۹۶). مسئولان امر در شهرداری‌ها می‌توانند با سرلوحه قراردادن این رویکرد به تدوین و اجرای سیاست‌های اجتماعی منجر به حفاظت و بهره برداری پایدار از محیط زیست، خدمات و رفاه اجتماعی، طراحی فضای شهری، امنیت شهری، برابری فرصتها، عدالت پایدار شهروندان و سلامت روان شهروندان خود کمک کند. لذا پژوهش حاضر در پی تدوین شاخص‌های سلامت اجتماعی بر اساس دیدگاه کلان از منظر مدیران شهری است.

روش

طرح این پژوهش از نوع روش زمینه‌یابی بود و جامعه آماری شامل کلیه خبرگان و صاحب نظران در زمینه سلامت اجتماعی (شامل روانشناس، جامعه‌شناس، روان‌پزشک و متخصص اجتماعی) و مدیران ارشد شهرداری بودند که از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. در گام نخست مطالعات کتابخانه‌ای گسترده‌ای از طریق جستجو در شبکه جهانی و مرور منابع و متون اصلی برای شناسایی نظریه‌ها، مفاهیم و مدل‌های سلامت اجتماعی انجام گرفت و بر اساس نتایج

1. The Gallup –Healthways Well-Being Index
2. The Composite Global Well-Being Index
3. Fordham Index
4. Chabban , Irani & Khoury

به دست آمده، یک چک لیست اولیه استخراج گردید. سپس به ترتیب جلسات مصاحبه متمرکز با حجم نمونه ۵ نفر از معاون کل و مدیران حوزه سلامت شهرداری، جلسه گروه کانونی با حجم نمونه ۱۵ نفر از صاحب نظران و خبرگان سلامت اجتماعی و در آخرین مرحله دو مرحله دلفی با حجم نمونه ۲۵ نفر از صاحب نظران سلامت شهری و سلامت اجتماعی برگزار شد که در این جلسات پرسشنامه اولیه از لحاظ روایی محتوا و میزان اهمیت و اولویت آن مورد بررسی قرار گرفت و ماحصل آن پرسشنامه با ۲۰ شاخص و ۱۸۵ نشانگر بود. این چک لیست توسط تیم پژوهشی مورد بررسی قرار گرفت و با استناد به پژوهش‌های قبلی شاخص‌ها و نشانگرهایی که زیر چارک سوم بودند، حذف گردیدند (زمان‌خانی، عباچی، امید نیا، ابدی و حیدر نیا، ۱۳۹۵؛ صفاری نیا، ۱۳۹۱) و در نهایت پرسشنامه ای با ۲۰ شاخص و ۱۱۴ نشانگر به دست آمد. در مرحله بعد پرسشنامه در اختیار مدیران ارشد شهری که مایل به همکاری بودند، قرار گرفت و ۳۱۱ نفر پرسشنامه را به درستی تکمیل کردند و به گروه پژوهشی برگرداندند. داده‌ها توسط نرم افزار *spss 22* مورد تحلیل عاملی اکتشافی قرار گرفت و در نهایت شاخص‌ها و نشانگرهای اجتماعی سلامت شهری با ۲۰ شاخص و ۱۱۴ نشانگر به دست آمد.

ابزار پژوهش

ابزار پژوهش عبارت بود از پرسشنامه محقق ساخته که در مراحل مختلف از مصاحبه متمرکز، گروه کانونی و جلسات دلفی به دست آمد. این پرسشنامه دارای ۲۰ شاخص و ۱۱۴ نشانگر بوده که به صورت لیکرتی از ۱ تا ۱۰ نمره گذاری انجام می‌شد و دارای الفای کرونباخ ۰/۹۷۵ بود. این پرسشنامه در اختیار مدیران ارشد حوزه مدیریت شهری قرار گرفت و توسط ۳۱۱ نفر از مدیران ارشد در حوزه مدیریت شهری تکمیل گردید.

یافته‌ها

برای سنجش سازگاری درونی پرسشنامه، از آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آن ۰/۹۷۵ گزارش شده است که نشانه از پایا بودن ابزار اندازه گیری بود. جهت آزمون میزان تبیین شدن واریانس درون داده‌ها توسط عوامل و تأیید توانایی عاملی بودن داده‌ها در آزمودنی‌ها از اندازه کفایت نمونه گیری و آزمون کرویت بارلت استفاده شده که خلاصه نتایج آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. اندازه کفایت نمونه گیری KMO و آزمون کرویت بارتلت در آزمودنی‌های پژوهش
 ($N=311$)

اندازه کفایت نمونه گیری KMO	$0/930$
آزمون کرویت بارتلت	مجذور خی
	درجه آزادی
	سطح معنی داری
	۶۰۳۲/۵۸۰
	۱۹۰
	۰/۰۰۰

همان طور که نتایج جدول ۱ نشان می دهد، اندازه کفایت نمونه گیری KMO برابر با $0/93$ است که اندازه خوبی است، زیرا به یک نزدیک است و نشان می دهد که واریانس درون داده‌ها توسط عوامل تبیین می‌شود. همچنین، سطح معنی داری در آزمون کرویت بارتلت کوچکتر از $0/5$ است که مؤید توانایی عاملی بودن داده هاست.

با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی، اطلاعات جمع آوری شده تجزیه و تحلیل و سپس نتایج تجزیه و تحلیل در قالب جداول ارائه شده‌اند. جهت تعیین میزان تبیین واریانس هر گویه به وسیله تحلیل در آزمودنی‌های پژوهش، از اشتراکات استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. اشتراکات در آزمودنی‌های پژوهش ($N=311$)

گویه‌ها	اشتراکات اولیه	اشتراکات	اشتراکات	اشتراکات	اشتراکات	اشتراکات
	۱-۱۱۴	۱-۲۵	۲۶-۵۰	۲۶-۷۵	۷۶-۱۰۰	۱۰۱
۱	۱	۸۴۵	۷۸۰	۸۲۹	۸۳۳	۸۴۴
۲	۱	۸۷۲	۷۷۶	۷۹۵	۸۸۴	۸۰۸
۳	۱	۸۵۹	۸۴۱	۷۱۱	۸۹۴	۷۸۷
۴	۱	۸۳۴	۷۴۸	۸۲۱	۸۶۸	۸۳۹
۵	۱	۹۰۴	۸۲۰	۸۱۳	۸۱۹	۷۹۲
۶	۱	۷۹۴	۷۹۴	۸۶۱	۸۴۹	۸۵۳
۷	۱	۸۲۱	۸۵۵	۷۸۱	۸۲۱	۸۶۵
۸	۱	۸۱۹	۸۶۷	۸۳۲	۸۴۴	۸۷۲
۹	۱	۸۷۷	۸۸۴	۸۱۲	۸۴۱	۸۵۶
		*	*	*	*	*

گروه‌ها	اشتراکات اولیه	اشتراکات استخراجی	اشتراکات	اشتراکات	اشتراکات	اشتراکات	اشتراکات
۱۰	۰/۹۰۹	۰/۸۰۹	۰/۸۱۹	۰/۷۳۸	۰/۷۷۰		
۱۱	۰/۸۰۴	۰/۷۶۵	۰/۷۲۲	۰/۸۱۷	۰/۷۸۹		
۱۲	۰/۸۲۸	۰/۸۴۳	۰/۸۱۱	۰/۸۲۴	۰/۸۳۷		
۱۳	۰/۸۰۰	۰/۷۹۱	۰/۸۵۴	۰/۹۰۳	۰/۸۷۴		
۱۴	۰/۷۶۰	۰/۷۷۹	۰/۸۷۲	۰/۸۵۸	۰/۸۶۶		
۱۵	۰/۸۱۵	۰/۸۷۹	۰/۸۸۵	۰/۸۸۷			
۱۶	۰/۸۲۳	۰/۸۴۵	۰/۸۳۴	۰/۸۵۶			
۱۷	۰/۸۱۹	۰/۷۵۷	۰/۸۴۱	۰/۸۷۶			
۱۸	۰/۸۱۰	۰/۸۴۸	۰/۹۱۰	۰/۷۹۷			
۱۹	۰/۸۸۴	۰/۸۸۹	۰/۸۵۳	۰/۸۴۸			
۲۰	۰/۸۷۱	۰/۸۴۸	۰/۸۷۲	۰/۸۷۱			
۲۱	۰/۹۱۸	۰/۸۸۱	۰/۸۷۷	۰/۸۵۵			
۲۲	۰/۷۷۴	۰/۸۳۷	۰/۷۴۹	۰/۷۹۵			
۲۳	۰/۴۹۷	۰/۷۶۰	۰/۸۳۳	۰/۸۲۷			
۲۴	۰/۷۲۴	۰/۸۶۲	۰/۷۹۲	۰/۸۹۴			
۲۵	۰/۸۱۸	۰/۸۳۹	۰/۸۳۹	۰/۷۹۲			

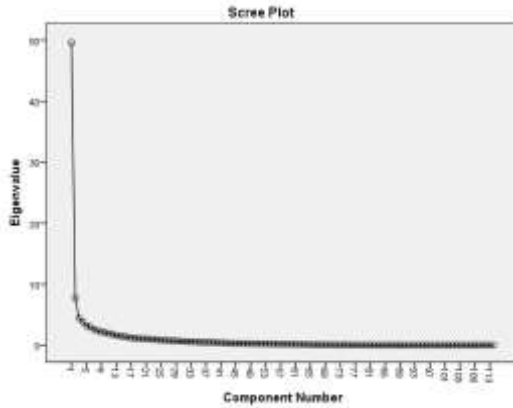
همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، اشتراکات اولیه با استفاده از تمام عناصر (عوامل) ممکن محاسبه می‌شود و همیشه برابر با یک است. همچنین، اشتراکات استخراجی فقط با استفاده از عوامل استخراج شده محاسبه می‌شوند، بنابراین این مقادیر مفیدند. اگر مقدار مشترک گوئی ای کم باشد، از تحلیل حذف می‌شود. بر اساس نتایج جدول ۳، گوئی ۲۳ (رعایت حقوق کودکان) دارای کمترین میزان اشتراک (۰/۴۹۷) و گوئی ۶۹ (رعایت حقوق شهروندی) دارای بیشترین میزان اشتراک (۰/۹۱۰) است. به طور کلی به تعداد متغیرهایی که به تحلیل وارد می‌شود می‌توان عامل استخراج کرد اما عامل‌های آخری سهم بسیار کمتری در تبیین موضوع خواهند داشت. جهت تعیین میزان تبیین واریانس توسط عوامل در آزمودنیهای پژوهش، از کل واریانس تبیین شده به وسیله راه حل تحلیل عاملی استفاده شد و عواملی که مقادیر ویژه که خلاصه نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است. داده‌ها به وسیله تحلیل عناصر اصلی، با چرخش واریانس، تحلیل شدند.

جدول ۳. کل واریانس تبیین شده به وسیله راه حل تحلیل عاملی در آزمودنی‌های پژوهش
 ($N=311$)

عوامل	کل واریانس	درصد واریانس	درصد تراکمی واریانس
۱	۴۸/۶۵۶	۴۳/۴۴۳	۴۳/۴۴۳
۲	۷/۰۷۷	۶/۳۱۹	۴۹/۷۶۱
۳	۴/۴۳۰	۳/۹۵۶	۵۳/۷۱۷
۴	۳/۸۰۸	۳/۴۰۰	۵۷/۱۱۷
۵	۳/۰۹۳	۲/۷۶۲	۵۹/۸۷۹
۶	۲/۹۴۷	۲/۶۳۱	۶۲/۵۱۰
۷	۲/۵۱۳	۲/۲۴۴	۶۴/۷۵۴
۸	۲/۳۷۳	۲/۱۱۸	۶۶/۸۷۳
۹	۲/۱۲۱	۱/۸۹۴	۶۸/۷۶۶
۱۰	۲/۰۵۹	۱/۸۳۹	۷۰/۶۰۵
۱۱	۱/۸۸۱	۱/۶۸۰	۷۲/۲۸۵
۱۲	۱/۷۶۱	۱/۵۷۳	۷۳/۸۵۷
۱۳	۱/۵۵۸	۱/۳۹۱	۷۵/۲۴۸
۱۴	۱/۴۹۴	۱/۳۳۴	۷۶/۵۸۲
۱۵	۱/۳۷۰	۱/۲۲۳	۷۷/۸۰۵
۱۶	۱/۳۱۸	۱/۱۷۷	۷۸/۹۸۲
۱۷	۱/۱۶۴	۱/۰۳۹	۸۰/۰۲۱
۱۸	۱/۱۲۸	۱/۰۰۷	۸۱/۰۲۸
۱۹	۱/۰۸۲	-/۹۶۶	۸۱/۹۹۴
۲۰	۱/۰۴۸	-/۹۵۶	۸۲/۹۳۰

همان‌طور که مشاهده می‌شود، جدول ۳ مقادیر عوامل استخراجی بعد از انجام چرخش را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که درصد واریانس در ۱۸ عامل اول از یک بالاتر است و عوامل ۱۹ و ۲۰ با تقریب برابر یک می‌باشد. پس به عبارتی قریب به ۸۳ درصد واریانس توسط این ۲۰ عامل تبیین می‌شود.

جهت بررسی بارگزاری گویه‌ها روی عوامل شناسایی شده در آزمودنی‌های پژوهش از بار عاملی قبل و بعد از چرخش استفاده شده که خلاصه نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.



نمودار ۱. نمودار سنگریزه تحلیل اکتشافی

جدول ۴. بار عاملی بعد از چرخش در آزمودنی‌های پژوهش (N=۳۱۱)

عامل	نمونه‌ها
۱	۷۱(-/۶۳۵) ۶۱(-/۴۷۶) ۵۱(-/۷۰۵)
۲	۴۱(-/۶۴۳) ۱۱(-/۴۳۰)
۳	۳۱(-/۶۸۴) ۱۰(-/۵۴۹) ۲۱(-/۳۴۴)
۴	۱۱(-/۶۶۵) ۸(-/۶۱۳) ۹(-/۵۷۸)
۵	۱۲(-/۶۹۷) ۱۲(-/۶۹۷) ۱۳(-/۶۹۷)
۶	۱۴(-/۶۵۱) ۱۳(-/۶۵۸) ۱۶(-/۶۵۸)
۷	۱۷(-/۵۷۷) ۱۷(-/۵۷۷) ۱۹(-/۷۳۷)
۸	۲۰(-/۶۲۱) ۲۰(-/۶۲۱) ۱۹(-/۷۳۷)
۹	۲۱(-/۶۴۳) ۲۱(-/۶۴۳) ۱۶(-/۷۳۷)
۱۰	۲۲(-/۶۶۶) ۲۵(-/۶۶۶) ۲۲(-/۶۶۶)
۱۱	۲۳(-/۷۳۴) ۲۳(-/۷۳۴) ۲۳(-/۷۳۴)
۱۲	۲۴(-/۷۲۷) ۲۶(-/۷۲۷) ۲۴(-/۷۲۷)
۱۳	۲۷(-/۶۵۶) ۲۷(-/۶۵۶) ۲۷(-/۶۵۶)
۱۴	۳۲(-/۶۰۷) ۳۲(-/۶۰۷) ۳۱(-/۷۳۷)
۱۵	۳۳(-/۷۳۴) ۳۳(-/۷۳۴) ۳۱(-/۷۳۷)
۱۶	۳۴(-/۵۵۶) ۳۴(-/۵۵۶) ۳۱(-/۷۳۷)
۱۷	۳۵(-/۶۲۸) ۳۵(-/۶۲۸) ۳۱(-/۷۳۷)
۱۸	۳۶(-/۶۲۹) ۳۶(-/۶۲۹) ۳۱(-/۷۳۷)
۱۹	۳۷(-/۶۶۹) ۳۷(-/۶۶۹) ۳۱(-/۷۳۷)
۲۰	۳۸(-/۶۲۸) ۳۸(-/۶۲۸) ۳۱(-/۷۳۷)
۲۱	۳۹(-/۶۲۸) ۳۹(-/۶۲۸) ۳۱(-/۷۳۷)
۲۲	۳۹(-/۶۲۸) ۳۹(-/۶۲۸) ۳۱(-/۷۳۷)
۲۳	۳۹(-/۶۲۸) ۳۹(-/۶۲۸) ۳۱(-/۷۳۷)
۲۴	۳۹(-/۶۲۸) ۳۹(-/۶۲۸) ۳۱(-/۷۳۷)
۲۵	۳۹(-/۶۲۸) ۳۹(-/۶۲۸) ۳۱(-/۷۳۷)
۲۶	۳۹(-/۶۲۸) ۳۹(-/۶۲۸) ۳۱(-/۷۳۷)
۲۷	۳۹(-/۶۲۸) ۳۹(-/۶۲۸) ۳۱(-/۷۳۷)
۲۸	۳۹(-/۶۲۸) ۳۹(-/۶۲۸) ۳۱(-/۷۳۷)
۲۹	۳۹(-/۶۲۸) ۳۹(-/۶۲۸) ۳۱(-/۷۳۷)
۳۰	۳۹(-/۶۲۸) ۳۹(-/۶۲۸) ۳۱(-/۷۳۷)
۳۱	۳۹(-/۶۲۸) ۳۹(-/۶۲۸) ۳۱(-/۷۳۷)

عامل	نویسه‌ها
۹	۱۰ ۱۱ ۱۲ ۱۳ ۱۴ ۱۵ ۱۶ ۱۷ ۱۸ ۱۹ ۲۰
۱۰	۵۵:(.۶۷۵) ۵۳:(.۷۴۵) ۵۳:(.۶۶۴) ۵۲:(.۷۳۱) ۵۱:(.۶۵۲) ۵۱:(.۶۲۸) ۴۹:(.۶۳۵) ۴۸:(.۷۸۸) ۴۷:(.۵۳۲) ۴۶:(.۶۷۵)
۱۱	۶۲:(.۶۵۸) ۶۱:(.۶۳۳) ۶۱:(.۷۶۵) ۶۰:(.۵۶۸) ۵۹:(.۶۳۳) ۵۸:(.۷۸۰) ۵۸:(.۷۶۴) ۵۵:(.۶۶۵) ۵۴:(.۷۸۳) ۵۳:(.۶۶۵)
۱۲	۶۸:(.۷۶۵) ۶۷:(.۵۶۸) ۶۶:(.۷۶۵) ۶۵:(.۷۸۰) ۶۴:(.۶۳۳) ۶۳:(.۷۸۰) ۶۳:(.۶۳۳) ۶۲:(.۷۶۵) ۶۱:(.۷۸۳) ۶۰:(.۶۶۵)
۱۳	۷۱:(.۷۸۰) ۷۰:(.۷۶۵) ۷۰:(.۶۳۳) ۷۰:(.۷۶۵) ۷۰:(.۶۳۳) ۷۰:(.۷۸۰) ۷۰:(.۶۳۳) ۷۰:(.۷۶۵) ۷۰:(.۷۸۳) ۷۰:(.۶۶۵)
۱۴	۷۸:(.۶۳۳) ۷۷:(.۵۶۸) ۷۷:(.۶۳۳) ۷۷:(.۵۶۸) ۷۷:(.۶۳۳) ۷۷:(.۷۸۰) ۷۷:(.۶۳۳) ۷۷:(.۷۶۵) ۷۷:(.۷۸۳) ۷۷:(.۶۶۵)
۱۵	۸۶:(.۶۶۵) ۸۵:(.۷۳۳) ۸۴:(.۷۶۷) ۸۴:(.۷۳۳) ۸۴:(.۶۶۵) ۸۴:(.۷۸۰) ۸۴:(.۷۳۳) ۸۴:(.۷۶۵) ۸۴:(.۷۸۳) ۸۴:(.۶۶۵)
۱۶	۹۶:(.۶۷۱) ۹۵:(.۷۳۳) ۹۴:(.۷۶۷) ۹۴:(.۷۳۳) ۹۴:(.۶۶۵) ۹۴:(.۷۸۰) ۹۴:(.۷۳۳) ۹۴:(.۷۶۵) ۹۴:(.۷۸۳) ۹۴:(.۶۶۵)
۱۷	۹۷:(.۶۷۶) ۹۶:(.۷۳۳) ۹۶:(.۶۶۵) ۹۶:(.۷۸۰) ۹۶:(.۷۳۳) ۹۶:(.۷۶۵) ۹۶:(.۷۸۳) ۹۶:(.۶۶۵) ۹۶:(.۷۸۰) ۹۶:(.۷۳۳)
۱۸	۱۱۳:(.۶۵۲) ۱۱۳:(.۶۴۳) ۱۱۲:(.۷۹۴) ۱۱۲:(.۶۳۹) ۱۱۲:(.۶۹۷) ۱۱۲:(.۷۸۵) ۱۱۲:(.۷۹۳) ۱۱۲:(.۶۷۵) ۱۱۲:(.۷۸۸) ۱۱۲:(.۷۳۲)
۱۹	۱۰۷:(.۶۸۱) ۱۰۶:(.۷۵۵) ۱۰۶:(.۷۵۵) ۱۰۶:(.۶۸۱) ۱۰۶:(.۶۹۷) ۱۰۶:(.۷۵۵) ۱۰۶:(.۶۸۱) ۱۰۶:(.۶۷۵) ۱۰۶:(.۷۸۸) ۱۰۶:(.۷۳۲)
۲۰	۱۱۳:(.۶۵۲) ۱۱۳:(.۶۴۳) ۱۱۲:(.۷۹۴) ۱۱۲:(.۶۳۹) ۱۱۲:(.۶۹۷) ۱۱۲:(.۷۸۵) ۱۱۲:(.۷۹۳) ۱۱۲:(.۶۷۵) ۱۱۲:(.۷۸۸) ۱۱۲:(.۷۳۲)

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، هر سطر قوی‌ترین بار گویه روی هر عامل را پس از چرخش نشان می‌دهد. بار را می‌توان همبستگی بین عامل و گویه دانست، پس هر چه عدد بزرگتر باشد، احتمال اینکه آن عامل پایه آن گویه باشد بیشتر است. برخی بارها مثبت و بعضی منفی هستند. جدول ۵ گویه‌های بارشده بر هر عنصر (عامل) در آزمودنی‌های پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۵. فهرست گویه‌های بارشده بر هر عنصر (عامل) در آزمودنی‌های پژوهش (N=۳۱۱)

عامل ۱	عامل ۲
مشارکت اجتماعی	همبستگی اجتماعی
۱- فراهم کردن بستر مناسب برای مشارکت شهروندان در اداره امور محلات	۱- شفافیت مالی قراردادهای شورای شهر و شهرداری با هدف پیشگیری از فساد
۲- فعالیت شهروندان در شورایی‌های محلات	۲- شفاف سازی تعرفه‌ها و پیشگیری از فساد اداری و تلاش برای درک عدالت شهروندان
۳- استفاده از ساکنین ماهر و صاحب نظر محلات برای آموزش ساکنین	۳- حکمرانی خوب در شهرداری و مدیریت شهری بر مبنای عدالت
۴- ایجاد انجمن‌ها و خیریه‌های محلی	۴- رعایت عدالت و مساوات در ارائه خدمات به شهروندان
۵- معرفی خیرین و چهره‌های شاخص محلی	
۶- سرمایه اجتماعی	
۷- تعامل مدیران شهری با مردم و به ویژه رابطه مطلوب شهرداران با شهروندان با حضور در محلات و ملاقات مستقیم مردم در محلات	
عامل ۳	عامل ۴
انسجام اجتماعی	پذیرش اجتماعی
۱- شبکه سازی و تقویت حمایت‌های اجتماعی در بین اقشار مختلف جامعه با هدف پیش بینی پذیری رویدادهای شهری	۱- احترام به حقوق اقلیت‌ها
۲- آزادی‌های فردی	۲- مشارکت افراد بهبود یافته از آسیب‌های اجتماعی در اداره امور شهری
۳- تقویت هویت ملی	۳- ارائه خدمات مطلوب شهروندی در فرهنگسراها و خانه‌های سلامت
عامل ۵	عامل ۶
شکوفایی اجتماعی	خدمات اجتماعی
۱- ترویج شخصیت جامعه پسند و جامعه یار از طریق برگزاری آیین واره‌های تجلیل از این افراد	۱- رعایت حقوق کودکان
۲- هدفمند بودن زندگی	۲- کودک آزاری
۳- رشد شخصی	۳- گردآوری اطلاعات اجتماعی شهروندان
۴- تسلط بر محیط	۴- رعایت حقوق سالمندان
۵- امید به زندگی و پیش بینی پذیری رویدادهای شهری	۵- رعایت حقوق معلولین
	۶- خشونت خانگی
	۷- توجه به وضعیت افراد حاشیه نشین
عامل ۷	عامل ۸
طراحی فضای شهری	هویت شهری
۱- بهبود وضعیت و طراحی بهینه پیاده رو ها	۱- ایجاد فضاهای شهری معرف تاریخ و فرهنگ ملی
۲- طراحی کمربندهای سبز در اطراف شهر به منظور پیاده روی و ورزش شهروندان	۲- نصب نمادها و المان‌های ملی و مذهبی
۳- توجه به طراحی اتوبان‌ها و خیابان‌ها تا تاسیس	۳- میراث فرهنگی و معنوی غنی
۴- توجه به طراحی ایستگاه اتوبوس و مترو	۴- حفظ هویت محله
۵- طراحی امکانات محیطی	
۶- طراحی بر مبنای دلستگی مکان	
۷- طراحی بهینه پارک‌ها و فضاهای شهری	
۸- استفاده از رنگ‌های مناسب	

عامل ۹	عامل ۱۰
سلامت روان	شادی اجتماعی
۱- برگزاری کارگاه‌های آموزشی	۱- برگزاری جشن‌های مناسبی در پارک‌ها و فضاهای شهری
۲- حضور روانشناس در مراکز اقامتی و بازرگانی	۲- استفاده از رنگ‌ها و تصاویر و نقاشی‌های نشاط‌آور
۳- حضور مداوم متخصصین روان‌شناسی و مشاورین در درمانگاه‌ها و کلینیک‌های شهرداری	۳- ایجاد باغ‌های عرضه گل و گیاه آپارتمانی
۴- بررسی سلامت روان اقدار آسیب پذیر	۴- احداث باغ‌های پرندگان، وحش و آکواریوم
۵- تهیه پیوست سلامت روان	۵- فراهم آوردن امکانات و مکان مناسب برای گذراندن اوقات فراغت شهری
	۶- اجرای کنسرت‌ها و نمایش‌های خیابانی
	۷- پخش موسیقی‌های شاد و مناسب در برخی از ساعات پایانی شب اماکن عمومی مانند مترو و ...
	۸- توسعه اماکن تفریحی و سرگرمی مانند سالن‌های سینما و تاتر و توسعه روابط شهروندان با میدان‌های شهری
	۹- توسعه کمی و کیفی فود استریت‌ها

عامل ۱۱	عامل ۱۲
سلامت جسمی	عدالت شهری
۱- ارائه خدمات رایگان بهداشت عمومی	۱- شفاف سازی خدمات سازمانی
۲- ارائه بیمه سلامت	۲- سیاست‌های عادلانه در ارائه خدمات اداری
۳- یازسازی و ارتقا امکانات ورزشی	۳- رعایت عدالت در ارائه خدمات شهری و عمرانی
۴- ایجاد باشگاه و استخر	۴- نابرابری درآمدی بین فقرا و ثروتمندان
۵- برگزاری کارگاه‌های آموزشی مادر-کودک و تنظیم خانواده	۵- اجرای عدالت در فراهم ساختن امکانات شهری و رفاهی برای تمام شهروندان
۶- نظارت بر رعایت استانداردهای غذایی در میادین تره بار، کشتارگاه و ...	۶- رعایت حقوق شهروندی
۷- ایجاد سرویس بهداشتی عمومی	

عامل ۱۳	عامل ۱۴
آموزش	فرهنگ شهروندی
۱- آموزش شهروندان در ارتباط با حقوق و رفتارهای شهروندی	۱- احداث فرهنگسراها
۲- آموزش‌های شهروندی در جهت صرفه جویی در مصرف انرژی	۲- نمایش فیلم در پارک‌ها و فضاهای عمومی
۳- توجه ویژه به آموزش افراد آسیب پذیر و حاشیه نشین	۳- احداث پارک‌های کتاب
۴- آموزش مهارت‌های زندگی و شهروندی به کودکان و نوجوانان	۴- تأسیس پردیس‌های سینمایی
	۵- ایجاد موزه
	۶- برگزاری نمایشگاه‌های عرضه محصولات فرهنگی
	۷- راه‌اندازی کتابخانه‌های سیار در مناطق حاشیه و کمتر برخوردار
	۸- نگهداری از آثار و ابنیه باستانی در سطح شهر

عامل ۱۵	عامل ۱۶
محیط زیست شهری	حمل و نقل
۱- حفاظت از محیط زیست طبیعی	۱- ساماندهی ایستگاه‌های تاکسی و پایانه‌های اتوبوس‌رانی
۲- ارائه راهکارهای برای مدیریت آلودگی هوا	۲- سامانه ترابری قلیل دسترسی همگانی
۳- کاهش آلودگی آب	۳- در نظر گرفتن پارکینگ‌های مناسب با فضای کافی برای افراد با نیازهای خاص
۴- مدیریت پسماندها	۴- سیاست‌گذاری‌های مناسب جهت تردد در مناطق طرح ترافیک
۵- طرح تفکیک زباله‌های تر و خشک از خانه‌ها به وسیله ایجاد مشوق‌ها و قانون‌گذاری	۵- آموزش به شهروندان جهت ارتقا کیفیت رانندگی و قوانین رانندگی
۶- ساماندهی مراکز دریافت پسماندهای خشک در میادین میوه و تره بار	۶- سیاست‌گذاری‌های تشویقی و جریمه برای رانندگی و حوادث مربوط به آن
۷- بهبود وضعیت فضای سبز	۷- طراحی پارکینگ‌های مکانیزه و طبقاتی در شهر
۸- محیط زیست امن و سالم	
۹- بهره برداری پایدار از محیط زیست	
۱۰- حمایت از گونه‌های بومی جانوری و گیاهی و حیوانات خیابانی	

عامل ۱۸	عامل ۱۷
<p>بهبود معیشت قشر ضعیف</p> <p>۱- ساماندهی دست فروش‌ها و ایجاد بازارچه‌های دائمی برای استقرار دائمی</p> <p>۲- برگزاری نمایشگاه‌ها و عرضه محصولات دست‌آفریده اقشار آسیب‌پذیر</p> <p>۳- برپایی نمایشگاه‌ها و جشنواره‌های خیریه و صرف درآمد حاصله برای افراد نیازمند</p>	<p>اقتصاد</p> <p>۱- رسیدگی به بازارهای محلی</p> <p>۲- کارایی و بهبود فضای کسب و کار خانگی</p> <p>۳- تاسیس مراکز آموزش کارآفرینی و ایجاد کسب و کارهای خانگی</p>
عامل ۲۰	عامل ۱۹
<p>ایمنی شهری</p> <p>۱- ارتقای آگاهی افراد جامعه در ارتباط با اقدامات لازم در هنگام مواجهه با بحران مانند تصادف، آتش‌سوزی و ...</p> <p>۲- سیاست‌گذاری‌هایی در جهت ایجاد ایمنی در ساختمان‌های در حال ساخت برای کارگران و شهروندان عبوری</p> <p>۳- توجه به ایمن‌سازی ساختمان‌ها و اماکن عمومی</p> <p>۴- تعمیر سریع تخریب‌های شهری جهت پیشگیری از سندروم شیشه شکسته</p> <p>۵- تعیین استانداردهای ایمنی برای ساخت بناها و ساختمان‌ها</p> <p>۶- تعبیه وسایل ایمنی اولیه از قبیل زنگ‌های هشداردهنده، کپسول‌های آتش‌نشانی و ... در اماکن عمومی</p> <p>۷- آمادگی برای مقابله با بحران از قبیل آتش‌سوزی، زلزله، سیل و ...</p>	<p>امنیت و مقابله با جرم</p> <p>۱- ارتقا امنیت نواحی پرخطر شهری از طریق بهبود وضعیت روشنایی، حضور مداوم مأمورین امنیت و ...</p> <p>۲- توجه به مناطق حاشیه شهر و محلات جرم‌خیز از لحاظ امنیتی</p> <p>۳- مقابله با جرم در مناطق جرم‌خیز از طریق افزایش حضور مأموران امنیتی</p> <p>۴- مقابله با جرایم جنسی</p>

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که مؤلفه‌های اجتماعی سلامت از منظر مدیران شهری دارای ۲۰ شاخص است که با عناوین مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، خدمات اجتماعی، طراحی فضای شهری، هویت شهری، سلامت روان، شادی اجتماعی، سلامت جسمی، عدالت شهری، آموزش، فرهنگ شهروندی، محیط زیست شهری، حمل و نقل، اقتصاد، بهبود وضعیت معیشت قشر ضعیف، امنیت و مقابله با جرم و ایمنی شهری نامگذاری می‌شوند. این شاخص‌ها طبق نظر تیم پژوهشی و با استناد به یافته‌های به دست آمده در تحلیل عاملی اکتشافی به سه دسته تقسیم می‌شوند. دسته اول شاخص‌هایی است که دارای بیشترین تأثیر عاملی هستند. این شاخص‌ها عبارتند از: محیط زیست شهری، حمل و نقل، عدالت شهری، شادی اجتماعی، ایمنی شهری، بهبود معیشت افراد ضعیف و شکوفایی اجتماعی. شاخص محیط زیست شهری به عنوان یکی از حقوق اصلی شهروندی مورد تأکید است (منشور حقوق شهروندی، ۱۳۹۵) و در بسیاری از مدل‌های سلامت اجتماعی داخلی (درخشان‌نیا، اقلیما، خانکه، ۱۳۹۲؛ صفاری‌نیا، ۱۳۹۴ و توکل، ۱۳۹۳) و بین‌المللی (گزارش رفاه موسسه لگاتوم، ۲۰۲۰؛ گزارش سالیانه کارگروه سلامت جامعه کارولینای شمالی، ۲۰۲۰؛ چابان، ایرانی و خوری، ۲۰۲۰) مورد توجه است. شاخص حمل و نقل علی‌رغم اهمیتی که دارد، کمتر به آن پرداخته شده اما دلیل

توجه به این شاخص در مدل سلامت اجتماعی مدیریت شهری در ایران این بود که این مسئله در کلان‌شهرهای ایران مشکلی است که روز به روز بغرنج‌تر می‌شود و کمتر راهکار مؤثری برای آن به کار می‌رود (عرفانیان، عرفانیان و عربانیان، ۱۳۹۷؛ درخشان نیا، ۱۳۹۷ و توکل، ۱۳۹۳).

شاخص عدالت شهری به معنی تأمین نیازهای گوناگون اجتماعی، خدماتی، رفاهی و فرهنگی و دسترسی مناسب به مراکز خدمات دهی و فعالیتی بدون تبعیض و تفاوت گذاری بین ساکنین یک شهر و منطقه است. عدالت شهری به اصل تعادل اشاره دارد که در صورت فراهم نبودن این تعادل محیط ناپایدار خواهد بود و در نهایت از هم گیسخته شده و از بین می‌رود (گاریا، کریستین، گاریا اسکالونا و گوتزالز، ۲۰۲۰؛ گزارش سالیانه شاخص فوردهام، ۲۰۱۹؛ مقدری، ۱۳۹۸؛ عزیزی و شکوهی بیده‌ندی، ۱۳۹۴؛ درخشان نیا، اقلیما و خانکه، ۱۳۹۲؛ صفاری نیا، ۱۳۹۲).

شاخص شادی اجتماعی از دو دیدگاه با توسعه و رفاه جوامع و در نهایت ارتقاء سلامت اجتماعی در ارتباط است (موسوی و همکاران، ۱۳۹۴). دیدگاه اول بر مبنای نظریه‌های نوین توسعه است که شادی اجتماعی را یکی از ارکان توسعه می‌داند (هوغان، لیدن، کونوی، گولدربرگ، والش و مک کنا پلاملی، ۲۰۱۶؛ هزارجریبی، ۱۳۸۹) و دیدگاه دیگر چرخش در تعریف سلامت از تعریف سلبی (فقدان بیماری) به تعاریف ایجابی (وجود شرایط اجتماعی و روانی مثل نشاط) به عنوان یک مقوله محوری در سیاست‌گذاری‌های عمومی و رفاهی پدیدار شده است (سانز، کاسل، میچو و سولر، ۲۰۱۸؛ جابان، ایرانی و خوری، ۲۰۱۶). یکی از اهداف مهم در مدیریت شهری ایمنی شهر می‌باشد که آسایش و آرامش را برای شهروندان در پی دارد. ایمنی وضعیتی است که در آن خطرات و سایر عوامل ایجاد کننده آسیب‌های فیزیکی یا جسمانی به کنترل درآمده و موجب حفظ سلامت و رفاه افراد جامعه می‌شود (روو، ۲۰۱۵؛ راکو، ۲۰۰۷). توجه به معیشت افراد آسیب پذیر در بسیاری از مدل‌های سلامت اجتماعی مورد توجه است (نجات و احمدوند، ۱۳۹۰؛ صفاری نیا، ۱۳۹۴؛ موسسه شاخص لگاتوم، ۲۰۲۰ و گزارش سالیانه شاخص فوردهام، ۲۰۱۹) در جامعه ای که میزان فقر در آن کم است، شهروندان سلامت اجتماعی بهتری دارند و بهتر می‌توانند وظایف شهروندی خود را انجام دهند. خودشکوفایی یکی از اصول شهر سالم از دید سازمان بهداشت جهانی است، از نظر این سازمان شهر سالم باید پویا باشد و شهروندان بتوانند در چنین جامعه ای به رشد اجتماعی و خود شکوفایی برسند. پویایی جامعه به توسعه ای هدفمند، مستمر و تا حد ممکن قابل پیش بینی تعبیر میشود که ناظر بر هدف یا اهداف مشخصی است (طیبیان، ۱۳۹۸؛ باتایه، آرتزبرگر و ویلیامز، ۲۰۱۷).

1. Garciaa, Christienb, García-Escalonaa, González-García

2. Hogan, Leyden, Conway, Goldberg, Walsh & McKenna-Plumley

3. Sanz, Caselle, Micó, Soler

4. Raco

5. Batayah, Artzberger & Williams

دسته دوم شاخص‌های سلامت اجتماعی دارای بار عاملی متوسط هستند و عبارتند از: امنیت و مقابله با جرم، هویت شهری، امور فرهنگی، طراحی فضای شهری، مشارکت اجتماعی، خدمات اجتماعی، انسجام اجتماعی و پذیرش اجتماعی. امنیت اجتماعی^۱ آرامش و آسودگی خاطری است که مدیران و مسئولین جوامع برای شهروندان خود فراهم می‌کنند که انواع مختلفی دارد (گچرت، پیترز و ویلانوا، ۲۰۲۰). احساس ناامنی در شهروندان سبب می‌شود که آنها احساس عدم کنترل بر فعالیت‌ها و زندگی را تجربه کنند و این ترس و ناامنی بر کیفیت زندگی آنها تأثیر گذاشته و نسبت به جامعه بی‌اعتماد شده و سلامت اجتماعی در این جوامع کاهش می‌یابد (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۰؛ ابراهیمیان و توکل لطفی، ۱۳۹۸ و گچرت، پیترز و ویلانوا، ۲۰۲۰). این شاخص در بسیاری از مدلها مورد توجه است (منشور حقوق شهروندی، ۱۳۹۵؛ گزارش موسسه لگاتوم، ۲۰۲۰؛ گزارش سالانه فوردهام، ۲۰۱۹).

شاخص هویت شهری انعکاس ارزش‌های محیطی، تاریخی، اجتماعی - فرهنگی، کاربردی و مکانی در فضای شهری است، هویت شهری بازگو کننده تاریخ شهر و فرهنگ مردمان آن است (اوکتای^۳، ۲۰۰۲). هویت شهری و هویت مکانی احساسی را در فرد ایجاد می‌کند که خود را بخشی از آن محیط می‌داند و هویت اجتماعی در او شکل می‌گیرد (نوفل، کلبادی و پورجعفر، ۱۳۸۸). افرادی که هویت اجتماعی قوی دارند به دلیل اینکه شهرشان را بخشی از هویت خود می‌دانند رفتارهای جامعه پسندی بیشتری انجام می‌دهند، حس مسئولیت پذیری و تعلق اجتماعی آنها قوی تر است (کلایتون و مایرز^۴، ۲۰۰۹) و به واسطه فرایند شهروندسازی وظایف اجتماعی خود را بهتر انجام می‌دهند و در بهبود شرایط جامعه خود گام بر می‌دارند (بلانش، کاسالو و فلاوین^۵، ۲۰۱۷).

فرهنگ شهروندی مفهوم نوینی است که با ورود به هزاره سوم اهمیتی ویژه یافته است. منظور از فرهنگ شهروندی، روابط اجتماعی بین شهروندان، مسئله هنجارهای اجتماعی و پایبندی شهروندان به آن هنجارها است که موجب تولید نظم اجتماعی و تنظیم روابط اجتماعی می‌شود. این پدیده میان شهروندان، همبستگی اجتماعی ایجاد کرده و بر پایبندی آنان نسبت به هنجارهای رسمی و غیررسمی اجتماعی، افزوده و بدین ترتیب نظم اجتماعی به بار می‌آورد. بسیاری از ارزشهای ناشی از فرهنگ شهروندی، چون نظم پذیری، همکاری و مسئولیت پذیری و مشارکت جویی، قانون گرایی و احترام به حقوق اجتماعی دیگران، در جامعه بازتولید شده و بر سلامت اجتماعی شهروندان می‌افزاید (باگازی، بلشاک، وربک و گاوینو^۶، ۲۰۱۶ و رستگار و سیدان، ۱۳۹۳). نقصان این پدیده در میان شهروندان، در ابعاد ذهنی و

1. Social security
2. Gechert, Paetz & Villanueva
3. Oktay
4. Clayton & Myers
5. Belanche, Casaló & Flavián
6. Bagozzi, Belschak, Verbeke, Gavino

عینی (ارزشها و هنجارها) و عدم هماهنگی آحاد مختلف اجتماعی در این باره، در قالب فرهنگ شهروندی، تأثیرات مستقیمی بر کاهش سلامت اجتماعی خواهد داشت. توجه به شاخص طراحی فضای شهری سبب ایجاد دلبستگی مکان می‌شود که مسئولیت پذیری بیشتر شهروندان را ایجاد می‌کند و مسئولیت پذیری سبب می‌شود شخص در جامعه فعالیت بیشتری داشته باشد و انسجام و همبستگی بیشتری با جامعه داشته و سلامت اجتماعی از طریق این عوامل ارتقاء می‌یابد (کلایتون و مایرز، ۲۰۱۵؛ صفاری‌نیا و همکاران، ۱۳۹۴). شاخص مشارکت اجتماعی یکی از شاخص‌ها با بار عاملی متوسط در این مدل است، این اصل به عنوان یکی از ارکان حکمرانی خوب شهری مورد تأکید است (مقدری، ۱۳۹۸) و در معاهده نامه اجلاس شهری کوپه به عنوان مفاد اصلی ذکر شده است (گزارش سلامت شهری سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱).

خدمات اجتماعی به معنی حمایت و پشتیبانی در زمینه‌های مختلف از اقبال متفاوت جامعه است (عرشی، تکلفی، مسعودی فرید و اسلامیان، ۱۳۹۶). خدمات اجتماعی در راستای افزایش رفاه شهروندان ارائه می‌شود و از اساسی‌ترین نیازهای اجتماعی است که جزء حقوق اصلی افراد جامعه است. در جامعه ای که خدمات رفاه اجتماعی به خوبی ارائه می‌شود افراد امنیت و آسایش را تجربه می‌کنند و سرمایه اجتماعی هم بالاتر است و در نتیجه سطح سلامت اجتماعی ارتقاء می‌یابد (هانتر و همکاران^۱، ۲۰۱۹؛ دماری، ناصحی و وثوق مقدم، ۱۳۹۱).

شاخص انسجام اجتماعی در واقع شاخصی برای شناخت میزان وحدت و انسجام گروه و جامعه است و به عبارتی کشش (احساس تعلق و هم‌سرنوشتی) بین اعضاء گروه و جامعه را نشان می‌دهد و قابل قیاس با بی معنا بودن زندگی است و (صفاری‌نیا، ۱۳۹۳) احساس انسجام در وجود فرد می‌تواند نشانه سلامتی او باشد. افرادی که از انسجام برخوردارند تلاش می‌کنند هنگام مواجهه با رویدادهای غیرقابل پیش بینی، انسجام خود را حفظ کنند.

کییز (۱۹۹۸) معتقد است که انسجام اجتماعی عبارت از ادراک جامعه و قابل پیش بینی بودن و عقلانی بودن آن است. نظریه سلامت اجتماعی کییز و شاپیرو به عنوان یکی از نظریه‌های اساسی در این حوزه مورد استناد است که دارای ۵ بعد است و یکی از این ابعاد پذیرش اجتماعی است. منظور از پذیرش اجتماعی، پذیرفتن تفاوت افراد باهم، اعتماد به مثبت بودن ذات سایرین و دیدگاه مثبت به ماهیت انسانها است که همگی آنها باعث می‌شوند فرد در کنار سایر اعضاء جامعه انسانی، احساس راحتی کند (صمدی فرد و نریمانی، ۱۳۹۶). در مقیاس مدیریت شهری پذیرش شهروندان از سوی مسئولین بویژه شهروندانی که در اقلیت قرار دارند یا آسیب پذیرتر هستند باعث افزایش حس ادراک توسط دیگران می‌شود. زمانی که شخص احساس کند دیگران او را آطور که هست پذیرفته اند، به این نتیجه می‌رسد که ماهیتی سازنده و خوب دارند و در نتیجه حس تعلق به جامعه و حس شهروندی همگانی تقویت می‌گردد. همانطور که پذیرش خود باعث

1. Hunter et al.

سلامت روان می‌شود، ادراک پذیرش توسط جامعه هم منجر به سلامت اجتماعی می‌شود (محبوب انور، آستل بورت و فنگ، ۲۰۱۹).

بررسی نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان می‌دهد که نشانگرهای سلامت جسمی، سلامت روان، همبستگی اجتماعی، اقتصاد و آموزش دارای کمترین تأثیر در سلامت اجتماعی از منظر مدیریت شهری هستند.

ارتباط سلامت جسمی و اجتماعی از دو طریق قابل توجیه است. سلامت جسمی شهروندان نشانه‌ای بر رفاه جامعه است و در جوامع مرفه سطح سلامت اجتماعی افزایش می‌یابد (آگدن، ۲۰۱۳). از سوی دیگر در جوامعی با سلامت اجتماعی بالا که بر مبنای سلامت شهر مدیریت می‌شود، فراهم کردن امکانات و بهبود شرایط سلامت جسمانی یکی از اهداف اصلی به شمار می‌رود، این دیدگاه بر مبنای شهروند سازی است و انتظار می‌رود با فراهم کردن شرایط مناسب برای شهروندان، آنها هم تکالیف اجتماعی خود را انجام دهند و سطح سلامت اجتماعی ارتقاء یابد (محسنی، ۱۳۹۴).

همانطور که در بررسی شاخص سلامت جسمی بررسی شد، توجه به سلامت روان به عنوان یکی از اصول و اهداف جامعه سالم تعریف شده و در مدلها و شاخص‌های سلامت اجتماعی مورد تاکید است (گزارش توسعه پایدار سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۲).

شاخص همبستگی اجتماعی در نظریه سلامت اجتماعی کبیز و شاپیرو مورد توجه است. منظور از همبستگی اجتماعی ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است (کبیز، ۱۹۹۸). پروژه شهر سالم به عنوان گام مهمی در ارتقاء سلامت اجتماعی و سلامت شهری در نظر گرفته می‌شود، یکی از اصول یازده گانه شهر سالم دسترسی به طیف وسیعی از منابع و برخورداری از امکانات، ارتباطات و تعاملات به طور گسترده است که تا حد زیادی با رعایت عدالت و مساوات در ارائه خدمات به شهروندان در مدل حاضر دارد (گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱). در جامعه‌ای که شهروندان دسترسی عادلانه‌ای به خدمات شهری دارند احساس تعلق و وابستگی به جامعه بیشتر خواهد بود و شهروندان جامعه را متعلق به خود می‌دانند و در راه پویایی و سلامت شهر با مدیران شهری همگام می‌شوند (روو، ۲۰۱۵).

مهم ترین نقش مدیریت شهری در اقتصاد فراهم کردن زمینه کارآفرینی است. اقتصاد پویا در یک جامعه رفاه را به ارمغان می‌آورد. گراهام مطرح می‌کند، سلامتی اجتماعی نتیجه شرایط اقتصادی است و افرادی که از لحاظ اقتصادی در وضعیت بهتری قرار دارند، سلامت مطلوب تری تجربه می‌کنند. تأثیر وضع اقتصادی افراد بر سلامت اجتماعی از طریق سه فرایند مادی، رفتاری و روانی اجتماعی انجام می‌شود. عوامل مادی شامل محیط فیزیکی، کار، درآمد و محله و خانه است، عوامل

1. Mahbub Anvar, Astelburg & Fang

2. Keyse

رفتاری عادات و رفتارهای روزمره مرتبط با سلامتی را نشان می‌دهد و عوامل روانی اجتماعی به برداشت‌ها و نگرشهای فرد از وضعیت زندگی خود و مقایسه آن با دیگران اطلاق می‌شود (سجادی و صدر السادات، ۱۳۸۵؛ صفاری‌نیا، ۱۳۹۲). توانمندسازی آموزش در ردیف مهم‌ترین نشانگرهای سلامت اجتماعی به شمار می‌رود. در حین آموزش بویژه در سنین کودکی شهروندان اجتماعی می‌شوند. پایین بودن سطح آموزش در جامعه یکی از نشانه‌های توسعه نیافتگی است. رابطه بین آموزش و سلامت اجتماعی از طریق سلامت تأثیر آن بر شغل، درآمد، رفتارهای سلامت، شهروند شدن و احساس تعلق است (صفاری‌نیا، ۱۳۹۳). شهروندانی که در زمینه‌های مختلف آموزش دیده اند، با حقوق و وظایف شهروندی آشنا هستند؛ بنابراین این حقوق را مطالبه می‌کنند و مدیران شهری برای تأمین این حقوق مجبور هستند، شرایط اجتماعی مطلوبی فراهم کنند و از طرفی شهروندان از طریق آموزش با وظایف و مفاهیم شهروندی آشنا می‌شوند؛ بنابراین در قبال جامعه خود احساس مسئولیت و تکلف کرده و جامعه پویایی ایجاد می‌کند.

با توجه به اعتبار و روایی ۲۰ شاخص و نشانگرهای که با توجه به ضرورت‌ها و اولویت‌های کلان‌شهرها و از منظر سلامت شهری تعریف شده است، می‌توان اذعان داشت که با در نظر گرفتن و تمرکز بر این شاخص‌ها و نشانگرها در مدیریت شهری می‌توان سطح سلامت اجتماعی را در کلان‌شهرهای ایران ارتقاء داد.

این پژوهش در سطح شهر تهران انتخاب شده و نظرات خبرگان و مدیران سایر استانها در نظر گرفته نشده است، جلسات دلفی در این پژوهش به صورت غیر حضوری برگزار گردید و پرسشنامه محقق ساخت طولانی و در برخی موارد نیازمند تعمق بود که این عوامل میزان خطا را افزایش می‌دهد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به نظرات خبرگان و مدیران شهری در سایر استانها هم توجه شود و جلسات دلفی به صورت حضوری برگزار گردد.

تشکر و قدردانی

از خبرگان، صاحب نظران و مدیران شهری که گروه پژوهشی را در انجام این پژوهش یاری کردند، سپاسگزاری و قدردانی می‌شود.

منابع

- ابراهیمیان، حجت‌الله؛ لطفی، توکل (۱۳۹۸). مطالعه رابطه حقوق شهروندی با امنیت اجتماعی (مورد مطالعه: شهروندان شهر تهران). *فصلنامه پژوهش اجتماعی*، شماره چهل و پنج، ۶۷-۴۹.

- امید، مصطفی؛ حقیقتیان، منصور و هاشمیان‌فر، سید علی (۱۳۹۶). سلامت اجتماعی و کارکردهای آن در جوامع شهری. *مطالعات جامعه‌شناختی شهری*، شماره بیست و چهار، ۱۸۸-۱۵۷.
- توکل، محمد (۱۳۹۳). سلامت اجتماعی: ابعاد، محورها و شاخص‌ها در مطالعات جهان و ایران. *فصلنامه اخلاق زیستی*، شماره چهاردهم، ۱۳۵-۱۱۵.
- درخشان نیا، فریبا (۱۳۹۷). *شاخص‌ها و بیانگرهای سلامت اجتماعی در ایران*. تهران: انتشارات رسانه.
- درخشان نیا، فریبا؛ رفیعی، حسن؛ خانکه، حمیدرضا؛ اقلیما، مصطفی و رهگذر، مهدی (۱۳۹۲). ویژگی‌های جامعه سالم بر اساس تجارب و ادراکات شهروندان تهرانی. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، شماره ۵، ۳۴۶-۳۱۵.
- دماری، بهزاد؛ ناصحی، عباسعلی و وثوق مقدم، عباس (۱۳۹۲). برای ارتقاء سلامت اجتماعی ایرانیان چه کنیم؟ مروری بر وضع موجود. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقاتی بهداشتی*، شماره ۱، ۴۵-۵۸.
- دماری، بهزاد و عباس، وثوق مقدم (۱۳۹۲). بسته‌های خدمات سلامت اجتماعی، الگویی برای مداخله نظام مدیریت سلامت شهری. *فصلنامه پایش*، شماره سوم، ۳۰۴-۲۹۷.
- دماری، بهزاد و ایازی، محمد هادی (۱۳۹۲). *مدیریت شهری و سلامت*. تهران: نشر تپسا.
- رستگار، خدیجه و سیدان، فریبا (۱۳۹۳). سنجش رابطه بین فرهنگ شهروندی و سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی. *فصلنامه مطالعات ملی*، شماره ۱، ۸۵-۱۰۷.
- سارافینو، ا. و اسمیت، ت. (۲۰۱۸). *روان‌شناسی سلامت*. ترجمه: میرزایی، الهه و همکاران. (۱۳۹۷). تهران: انتشارات رشد.
- سجادی، حمیرا و صدرالسادات، سید جلال (۱۳۸۵). *شاخص‌های سلامت اجتماعی*. *فصلنامه سیاسی اقتصادی*، شماره‌های ۲۰۷ و ۲۰۸.
- سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۴). دفتر ریاست جمهوری.
- شربتیان، محمد حسن (۱۳۹۱). تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام‌نور مشهد. *فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، شماره پنجم، ۱۷۴-۱۴۹.
- صفاری نیا، مجید (۱۳۹۲). *مطالعات ممیزی سلامت اجتماعی*. تهران: نهاد ریاست جمهوری.
- صفاری نیا، مجید (۱۳۹۳). *مؤلفه‌های اجتماعی روان‌شناسی سلامت در ایران*. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، شماره ۳، ۱۱۹-۱۰۱.
- صفاری نیا، مجید؛ صفاری نیا، مهزاد؛ خالقی، دلاور؛ امیرآبادی، فاطمه و کیخاونی، شیلر (۱۳۹۴). *مقدمه‌ای بر روان‌شناسی شهری*. تهران: انتشارات تپسا.

- عرفانی، مژده؛ بحرینی، حسین و طیبیان، منوچهر (۱۳۹۸). تبیین فرایند تحقق منظر پایدار در شهر معاصر با بهره‌گیری از نظریه شهرسازی منظر. *فصلنامه مطالعات شهری*، شماره سی، ۱-۱۴.
- عرفانیان، سید جلال؛ عرفانیان، سید مصطفی و عربانیان، سید روح الله (۱۳۹۷). *مدیریت ترافیک و حمل و نقل شهری کلانشهرها*. تهران: انتشارات فرهوش.
- عزیزبی، محمدمهدی و شکوهی بیدهندی، محمد صالح (۱۳۹۴). تحلیل سیر تحول تاریخی مفهوم عدالت اجتماعی در برنامه‌های توسعه شهری ایران. *دو فصلنامه تحقیقات تاریخ اجتماعی*، شماره ۱۰، ۵۱-۷۴.
- کلایتون، س و مایرز، ج. (۲۰۰۹). *روان‌شناسی حفاظت از محیط زیست: درک و ترغیب مراقبت انسان از طبیعت*. ترجمه: صفاری‌نیا، مجید؛ عبدالله‌زاده، حسن؛ مفاخری، عبد الله و نیک صفت، ابراهیم. تهران: انتشارات ارجمند.
- گزارش مطالعاتی و حمایت‌تخلی سلامتی اجتماعی (۱۳۹۴). فرهنگستان علوم پزشکی ج. ا. ا.
- محسنی، منوچهر (۱۳۹۴). *مبانی سلامت اجتماعی*. تهران: انتشارات دوران.
- مقدری، مهدی (۱۳۹۸). *درس‌هایی از حکمرانی خوب*. تهران: انتشارات نگاه معاصر.
- منشور حقوق شهروندی (۱۳۹۵). بیانیه رئیس جمهوری اسلامی ایران.
- موسوی، میر طاهر؛ شبانی، ملیحه؛ فاطمی‌نیا، سیاوش و امید نیا، سهیلا (۱۳۹۴). بسط مفهومی سرمایه اجتماعی با رویکرد سلامت اجتماعی. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، شماره ۵۷، ۱۴۸-۱۰۹.
- نجات، سحرناز و احمدوند، علیرضا (۱۳۹۰). ترسیم جایگاه سلامت اجتماعی در نظام سلامت کشور، موسسه ملی تحقیقات سلامت.
- نریمانی، محمد و صمدی فرد، حمیدرضا (۱۳۹۶). سلامت اجتماعی در سالمندان: نقش عزت نفس، خودکارآمدی و شادکامی. *روان‌شناسی پیری*، شماره ۳، ۱۹۹-۲۰۶.
- نوفل، علی رضا؛ کلبادی، پارین و پورجعفر، محمدرضا (۱۳۸۸). بررسی و ارزیابی شاخص‌های موثر در هویت شهری. *مجله علمی پژوهشی آرمانشهر*، شماره ۳، ۵۷-۶۹.
- هزار جریبی، جعفر و صفری شالی، رضا (۱۳۹۱). *آناتومی رفاه اجتماعی*. تهران: موسسه انتشاراتی جامعه و فرهنگ.
- هزار جریبی، جعفر و صفری شالی، رضا (۱۳۹۰). بررسی تعامل دو مفهوم شهروندی و امنیت اجتماعی. *فصلنامه نظم و امنیت انتظامی*، شماره سوم، ۱۵۷-۱۸۴.
- Arun, Ö. , & Holdsworth, J. K. (2020). *Integrated social and health care services among societies in transition: Insights from Turkey. Journal of Aging Studies, 53:100850.*
- Bagozzi, R. P. ; Belschak, F. ; Verbeke, W. & Gavino, J. R. (2016). *Salesperson Self-Regulation of Pride: Effects on Adaptability, Effort, and*

- Citizenship Behaviors between Independent-- Based and Interdependent-Based Cultures. Journal of Marketing – ESIC, 31: 125-139.*
- Batayeh, B. ; Artzberger. G. , & Williams. L. (2017). *Socially responsible innovation in health care: Cycles of actualization. Technology in Society, 53: 137-151.*
 - Belanche. D; Casalo. L. , & Flavián . C. (2017). *Understanding the cognitive, affective and evaluative components of social urban identity: Determinants, measurement, and practical consequenceS. Journal of Environmental Psychology, 17: 30020-8.*
 - Barnstable Social Health Index (1999). *Connected at june 2003: www. Barnstable country health . org /index. htm.*
 - Barros. P; Ng Fat. L. ; Garcia L. M. T; Slovic A. D. ; Thomopoulos. N. ; Herick de Sá. TH. & Mindell. J. S. (2019). *Social consequences and mental health outcomes of living in high-rise residential buildings and the influence of planning. Urban design and architectural decisions: A systematic review, 93: 263–272.*
 - Chaaban. J . ; Irani. A. & Khoury. A. (2015). *The Composite Global Well-Being Index (CGWBI): A New Multi-Dimensional Measure of Human Development. Social Indicators Research, DOI 10. 1007/s11205-015-1112-5.*
 - Fordham University’s Graduate Program in International Political Economy and Development (2019).
 - Garcia-García. M . J; Christien. L. ; García-Escalona. E. , & González-García. C. (2020). *Sensitivity of green spaces to the process of urban planning. Three case studies of Madrid, Cities 100 (2020) 102655.*
 - Gechert. S. ; Paetz. CH. & Villanueva. P. (2020). *The Macroeconomic Effects of Social Security Contributions and Benefits. Journal Pre-proof, MONEC 3237.*
 - Green, G. (2012). *Intersectoral planning for city health development. Journal Of health city. 89: 230-246.*
 - Hamblion . E. L. ; Burkitt . A. ; Lalor. M. K. ; Anderson. L. F. ; Thomas. H. L ; Abubakar. I. ; Morton. S. ; Maguire. H. & Anderson. S. R. (2019). *Public health outcome of Tuberculosis Cluster Investigations, England 2010–2013. Journal of Infection , 78: 269–274.*
 - Helpman. L. ; Pond. G . R. ; Elit . L. ; Anderson. L. R. & Seow. H. (2020). *Endometrial cancer presentation is associated with social determinants of health in a public healthcare system: A population-based cohort study. Gynecologic Oncology, YGYNO-977923.*
 - Hogan M. J. ; Leyden K. M. ; Conway . R . ; Goldberg . A. ; Walsh. D. ; McKenna-Plumley. PH. (2016). *Happiness and health across the lifespan in five major cities: The impact of place and government performance. Social Science & Medicine, 162: 168-176.*
 - Human Development Report (2019) .
 - Hunter. R. F. ; Cleland . C. ; Cleary . A. ; Droomers . M. ; Wheeler. B. W. Sinnett . D. ; Nieuwenhuijsen. M. J. & Braubach. M. (2019).

- Environmental, health, wellbeing, social and equity effects of urban green space interventions: A meta-narrative evidence synthesis. Environment International* , 130 (2019) 104923.
- Humphreys, J. & Solarsh ,G. (2017). *Population at special health risk: rural populations. Inter Encyclopedia of public health* , 8: 599-608 .
 - Keyes, C. L. M. (1998). *Social well-being. Social Psychology Quarterly*, 61: 121-140.
 - *Legatum Wellbeing Index (2019)* .
 - Li. J. & Rose . N. (2017). *Urban social exclusion and mental health of China's rural-urban migrants – A review and call for research. Health & Place* , 48: 20–30 .
 - Liu . J . ; Gatzweiler . F. & Kumar. M . (2020). *An evolutionary complex systems perspective on urban health. Socio- Economic Planning science* ,14: 137-150.
 - Mehub Anwar. A. H. M. ; Astell-Burt. T. H. & Feng . X. (2019). *Does social capital and a healthier lifestyle increase mental health resilience to disability acquisition? Group-based discrete trajectory mixture models of pre-post longitudinal data. Social Science & Medicine* , S0277-9536(19)30045-0.
 - North Carolina's Community Health Coalition Report (2020)* .
 - Ogden, J. (2012). *Health psychology: A textbook. Buckingham: Open University Press.*
 - Oktay. D. (2002) . *The quest for urban identity in the changing context of the city: Northern Cyprus* , 4: 251-261.
 - *Promote the Health, Well-Being, and Self-Sufficiency for all People of Richland County, Richland County Health and Human Services Mission (2011).*
 - *Quality of life Index Report* , (2020).
 - Raco . M. (2007). *Securing Sustainable Communities Citizenship, Safety and Sustainability in the new Urban planning. European Urban and Regional Studies* , 14: 305–320.
 - Ramaswami . A. (2020). *Unpacking the Urban Infrastructure Nexus with Environment, Health, Livability, Well-Being, and Equity. <https://doi.org/10.1016/j.oneear.2020.02.003>* .
 - Rowe, M. (2015). *Citizenship and Mental Health. Oxford university Press.*
 - Sanz . M. Caselles. A, Micó KH. & Soler. D. (2018). *A stochastic dynamical social model involving a human happiness index. Journal of Computational and Applied Mathematics*, 340: 231–246.
 - The Vermont Genuine Progress Indicator Report. (2018).*
 - Wamukoya , M. ; Kadengye D. T. ; Iddi. S. & Chikozho . C. (2020). *The Nairobi Urban Health and Demographic Surveillance of slum dwellers, 2002–2019: Value, processes, and challenges. Global Epidemiology*, 2:1-10.

- World Health Organization. (2000). *World Health Organization Report. Bulletin of the World Health Organization*, 35: 420-435.
- World Health Organization (2011). *About WHO, Definition of health. Available from <https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.htm>.*
- World Health Organization. (2012). *Why Urban Health Matters?*