

بررسی و تحلیل عدالت در سلامت شهری محدوده. مورد مطالعه: شهر بجنورد^۱

محمد احمدی^۱، حسین حاتمی‌نژاد^{۲*}، احمد پوراحمد^۳، کرامت‌اله زیاری^۴،

سعید زنگنه شهرکی^۵، حسن پارسی‌پور^۶

^۱دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران، تهران، تهران

^۲دانشیار جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران، تهران، تهران

^۳استاد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران، تهران، تهران

^۴استاد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران، تهران، تهران

^۵دانشیار جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران، تهران، تهران

^۶استادیار جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه کوثر بجنورد، بجنورد

تاریخ دریافت: ۹۸/۲/۲؛ تاریخ پذیرش: ۹۸/۶/۲۲

چکیده

سلامت شهری تنها به معنای نبود بیماری در شهر نیست، بلکه به معنای تندرستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی همه ساکنان شهر و همچنین محیط فیزیکی و فضای اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی سالم در شهر است. هدف اصلی برنامه‌ریزی سلامت شهری دستیابی عادلانه همه ساکنان به سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی و همچنین دستیابی عادلانه به عوامل تعیین‌کننده سلامت شهری می‌باشد. امروزه موضوع عدالت در سلامت شهری، به یکی از مهم‌ترین و با اولویت‌ترین موضوع‌های جهان و کشورها تبدیل شده است. عدالت در سلامت شهری به معنای نبود تفاوت‌های سیستماتیک در یک یا چند جنبه از وضعیت سلامت شهروندان یا گروه‌های جمعیتی از نظر اجتماعی، اقتصادی و محیط فیزیکی است. با توجه به اهمیت موضوع عدالت در سلامت شهری، در این پژوهش به بررسی عدالت در سلامت در شهر بجنورد پرداخته می‌شود. روش تحقیق در این پژوهش از نظر هدف، کاربردی، از نظر روش انجام تحقیق، توصیفی-تحلیلی، از نظر گردآوری اطلاعات، کتابخانه‌ای و پیمایشی و از نظر تجزیه و تحلیل اطلاعات، کمی می‌باشد. نتایج شاخص‌های عدالت در سلامت شهری در شهر بجنورد نشان داد که ساکنان شهر بجنورد به هیچ‌یک از عوامل تعیین‌کننده سلامت شهری (عوامل اقتصادی، اجتماعی، فیزیکی-کالبدی و خدمات بهداشتی-درمانی) دسترسی عادلانه ندارند. طبق نتایج، با فاصله گرفتن از مرکز شهر، میزان دستیابی به تعیین‌کننده‌های سلامت شهری دشوارتر می‌شود؛ بنابراین، حاشیه‌نشینان شهر بجنورد کمترین میزان دسترسی به عوامل تعیین‌کننده سلامت را دارند. از نظر سرانه خدمات بهداشتی-درمانی محله ۱۲ و ۹-۲ با چیرگی ۹ و محله ۴-۷ با چیرگی ۳۸، از نظر شاخص‌های اجتماعی محله ۱۲ با میانگین ۴۴ و محله ۳-۸ با میانگین ۶۱، از نظر قابلیت پیاده‌روی محله ۱۲ با میانگین ۳۵ و محله ۳-۸ با میانگین ۴۲، به ترتیب دارای کمترین و بیشترین سطح دسترسی به عوامل تعیین‌کننده سلامت می‌باشند. به‌طور کلی می‌توان گفت، سلامت شهری یک مفهوم پیچیده است که عوامل گوناگون مانند عوامل اجتماعی-فرهنگی، اقتصادی، محیط فیزیکی، نظام سلامت شهری و ساختار سیاسی بر آن تأثیر می‌گذارند؛ بنابراین تأمین سلامت شهروندان موضوعی نیست که بتوان آن را از طریق برنامه‌ریزی و اقدامات بخشی به‌دست آورد. تأمین سلامت شهروندان، نیازمند برنامه‌ریزی بلندمدت، بین‌بخشی و یکپارچه است که همه افراد و سازمان‌ها باید برای دستیابی به آن تلاش کنند.

واژه‌های کلیدی: سلامت شهری، عدالت در سلامت شهری، شهر بجنورد

طرح مسئله

«سلامت، نداشتن بیماری نیست، بلکه برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است» (WHO, 2016:1). بر اساس گزارش سازمان سلامت جهانی، سلامت نه تنها به سلامت فردی اطلاق می‌شود، بلکه شامل احساس رضایت و شادمانی جسمی، روانی و اجتماعی هر فرد در زندگی است (Uslu. et al., 2009:1399). سلامت، نتیجه تعامل پیچیده میان شرایط اقتصادی اجتماعی، فرهنگی، محیط طبیعی و محیط ساخته شده است که در دو سطح فردی و اجتماعی ظهور می‌یابد، اما این پیچیدگی بسیار پنهان و نامحسوس است (Rydin 2012:1; Rydin et al., 2012:2079; The Marmot Review Team, 2010:1). سلامت یک پروسه چندمحوری و در عین حال بسیار مهم است که از یک سو عوامل بسیاری در ایجاد و تداوم آن نقش دارند و حاصل مشارکت تمام دستگاههای اجرایی یک جامعه است و از طرف دیگر تأثیر قابل توجهی بر سایر بخش‌های جامعه دارد (رضاپور و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۴۷).

یکی از بحث‌های عمده در حوزه سلامت، حقوق شهروندی و عدالت در سلامت است؛ چرا که سلامت در کنار سایر نیازهای اولیه انسان‌ها مانند غذا، مسکن و پوشاک، آموزش و امنیت جزء حقوق اولیه هر انسان و جزء حقوق مدنی و اجتماعی به شمار می‌رود (هادیان و همکاران، ۱۳۹۲:۴۳۵؛ Farmer, 1999:5). طبق حقوق مدنی، حقوق در دسترس برای هر شهروندی باید برای همه شهروندان در دسترس باشد یعنی نباید این حقوق برای بعضی شهروندان در دسترس و برای دیگر شهروندان به دلیل بعضی از دلایل مثل قومیت، نژاد، درآمد، شغل، تحصیلات، طبقه اجتماعی و... غیرقابل دسترس باشد (Hahn et al., 2018:17). با وجود پیشرفت‌های بسیار چشمگیری که در حوزه سلامت رخ داده، اما شواهد زیادی نشان می‌دهد که نابرابری و بی عدالتی‌های بسیار عمیقی در زمینه سلامت وجود دارد. وجود نابرابری‌ها در زمینه سلامت به این معنی است که ثمره پیشرفت‌های پزشکی و علمی تنها برای بعضی گروه‌ها انباشته شده

است. امروزه ابعاد نابرابری‌ها در سلامت بسیار گسترده و روند آن به سوی بدتر شدن پیش می‌رود (Farmer, 1999:5). به همین دلیل است که موضوع عدالت در سلامت، به یکی از مهم‌ترین و با اولویت‌ترین موضوع‌های جهان و کشورها تبدیل شده است. ادبیات مربوط به عدالت در سلامت که حداقل به یک قرن و نیم برمی‌گردد، با بررسی رابطه بین طبقه اجتماعی و سلامت غنی شد. این رابطه بسیار قوی، بعدها توسط هزاران پژوهش در بین کشورها و داخل کشورها تأیید گردید. ادبیات جدیدتر در این موضوع ثابت کرده است که رابطه بین سطوح مختلف طبقه اجتماعی با سلامت، به صورت خطی یا نزدیک به خطی است و تنها به تفاوت‌های بین پایین‌ترین طبقه اجتماعی و بالاترین طبقه اجتماعی محدود نمی‌شود؛ همچنین ادبیات جدیدتر، ثابت کرده است که تنها ویژگی‌های افراد تعیین کننده سلامت افراد و گروه‌ها نیستند، بلکه ویژگی‌های محیط فیزیکی و اجتماعی که در آنها مردم زندگی می‌کنند نیز بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارد (Starfield, 2001:550). در سال ۱۹۹۰ سازمان سلامت جهانی چندین گزارش را در ارتباط با عدالت در سلامت مطرح کرد و تأکید کرد که کشورها باید بیشتر درباره این موضوع فکر کنند، حتی بعضی از کشورهایی که در زمینه عدالت خیلی هم شناخته شده نیستند (مانند ایالات متحده)، خواستار حذف نابرابری در سلامت در میان گروه‌های جمعیتی مختلف از نظر نژاد، جنسیت، سطح تحصیلات، سطح درآمد و وضعیت معلولیت و... شدند (Starfield, 2001:552).

امروزه برای بهبود وضعیت سلامت مردم و کاهش نابرابری‌های حوزه سلامت، به شهرها و برنامه‌ریزی شهری توجه ویژه‌ای شده است. به سه دلیل می‌توان گفت چرا به شهرها به عنوان یک هدف اصلی در بهبود سلامت و کاهش بی‌عدالتی در سلامت نگاه شده است: اول این که از سال ۲۰۰۷ به بعد، اکثریت جمعیت جهان در شهرها زندگی می‌کنند و این افزایش به سرعت ادامه دارد؛ بنابراین تأثیرات اقتصادی، اجتماعی و محیطی شهرها کیفیت زندگی مردم را در آینده جهان تعیین خواهد کرد، همچنین رشد شهرنشینی

تهران، ۱۳۹۵؛ محمدبیگی و همکاران، ۱۳۹۲: ۱) با توجه به اهمیت موضوع عدالت در سلامت شهری و وجود نارسایی‌ها در این حوزه، در این مقاله سعی شده است تا موضوع «عدالت در سلامت شهری» در شهر بجنورد بررسی شود. شهر بجنورد به جهت برخی دلایل که در ادامه ذکر خواهد شد، برای مطالعه موردی انتخاب شده است:

۱- شهر بجنورد در تقسیمات سیاسی کشور، اخیراً به مرکز استان ارتقا پیدا کرده و این مسئله اثرات زیادی بر توسعه شهر داشته است. مهاجرت‌های بی‌رویه، اسکان غیررسمی، شهرک‌سازی‌های گسترده ولی فاقد امکانات اولیه در اطراف شهر جهت جذب و اسکان جمعیت تازه‌وارد، عدم کارایی مدیریت شهری در پاسخگویی به نیازهای ساکنان مانند تأمین خدمات عمومی، وجود بیکاری در بین ساکنان که موجب بروز معضلات اجتماعی و جرائم گردیده است و بسیاری از مشکلات دیگر، از جمله موارد تهدیدکننده سلامتی ساکنان است.

۲- وجود شکاف طبقاتی و نابرابری اجتماعی و فضایی بین محله‌های مختلف شهر که در پژوهش‌های سلامت شهری، به‌عنوان مهم‌ترین فاکتور ارزیابی نظام سلامت شهری ذکر شده است.

مبانی نظری

سلامت شهری: یکی از زمینه‌های مهم پژوهش در نظام سلامت، واردکردن آن در شهرسازی و برنامه‌ریزی شهری است که با عنوان حوزه سلامت شهری شناخته می‌شود (بارتون، ۱۳۸۱: ۲۹). سلامت شهری شامل عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت فردی، سلامت محیط، سکونت‌گاه‌های سالم، سلامت جاده‌ای، شیوه‌های زندگی سالم، امنیت، خشونت، سلامت غذا، امکانات تفریحی مناسب و احساس تعلق افراد به جامعه است (گل‌پیر، ۱۳۹۶: ۱). ایجاد عدالت و تخصیص بهینه و امکانات بهداشتی، پزشکی و منابع در شهرها، نظارت بر کاربری اراضی شهری، مدیریت صحیح و تغییرات اساسی در بهداشت، اقتصاد و نحوه

به‌ویژه در کشورهای جهان سوم باعث بروز بسیاری از مشکلات نظیر ناامنی، مشکلات زیست محیطی، به وجود آمدن سکونتگاه‌های غیررسمی، بیکاری، فقر، مسکن نامناسب، مشکلات حمل‌ونقل، آلودگی‌های صوتی، سیستم نامناسب دفع مواد زائد، کمبود سرانه‌های تفریحی، ورزشی، فضای سبز، مشکلات سلامت و ... شده است؛ بنابراین برنامه‌ریزی شهری می‌تواند با حل این مسائل، تا حد زیادی از ابتلا شهروندان به بیماری‌ها جلوگیری کند. دوم دلیل توجه به شهرها این است که شکاف نابرابری و بی‌عدالتی در شهرها روز به روز در حال عریض‌تر شدن می‌باشد و سوم این‌که، شهرها به طور فزاینده‌ای رهبری حل مسائل جهانی مثل تغییرات اقلیمی، امنیت غذایی و سلامت عمومی را در اختیار دارند؛ بنابراین شهرداران و حکومت‌های محلی به سرعت می‌توانند برای حل این مسائل اقدامات مختلفی انجام دهند (WHO, 2016).

مطالعه و مرور روند پژوهش‌ها و آزمایش‌های انجام شده در سال‌های اخیر در حوزه سلامت نشان از رشد و توسعه چشمگیر این حوزه را می‌دهد، به طوری‌که در بعضی از کشورها و شهرها، مشکل سلامت برای مردم به حداقل رسیده است. این درحالی است که در بسیاری از مناطق دیگر جهان، مردم با مشکلات شدید سلامت مواجه هستند. این موضوع در کشور ایران نیز به وضوح قابل مشاهده است. علیرغم این‌که در سه دهه گذشته نظام سلامت شهری کشور، موفقیت‌های چشمگیری در ارتقای وضعیت سلامت مردم به‌ویژه در بهبود شاخص‌های مربوط به بهداشت کودکان و مادران، کنترل جمعیت، کاهش بیماری‌های عفونی قابل‌پیشگیری با واکسن و افزایش دسترسی به آب سالم در سایه طراحی و گسترش نظام شبکه ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی و طرح تحول نظام سلامت، داشته است، اما هنوز موضوع سلامت در شهرهای ایران به جایگاه واقعی خود نرسیده (عباسی و همکاران، ۱۳۸۸: ۲۵) و نابرابری‌ها و نارسایی‌های فراوانی در ارائه خدمات بهداشتی و دستیابی مردم به سلامت وجود دارد (اداره کل سلامت شهری شهرداری

یکی از حوزه‌های عدالت در سلامت، که امروزه توجه زیادی به آن شده است، بحث عدالت در سلامت شهری است. تشدید رشد شهرنشینی و افزایش سریع جمعیت شهر که ناشی از عدم توجه به برنامه‌ریزی فضایی و آمایش سرزمین است، باعث شده که شهرها با مشکلات بسیاری از جمله فقر شهری، آلودگی هوا، صدا و آب، رشد ناموزون و بدون برنامه شهر، ناامنی شهر، کمبود خدمات بهداشتی-درمانی و بسیاری از مشکلات دیگر، مواجه شوند. این مسائل و مشکلات که اغلب با سلامت شهروندان در ارتباط است، بین شهرهای مختلف و بین مناطق و محله‌های مختلف یک شهر یکسان نیست و در بعضی شهرها، مناطق و محله‌های شهری بسیار بیشتر دیده می‌شود. این موضوع باعث شده که سازمان‌ها، نظریه‌پردازان و محققان توجه بیشتری به رویکرد عدالت در سلامت شهری داشته باشند. عدالت در سلامت شهری، وضعیت نتایج سلامت و تعیین‌کننده‌های مهم سلامت شهری را در گروه‌های مختلف و محلات مختلف شهر بررسی می‌کند.

ادبیات مربوط به عدالت در سلامت ثابت کرده که عوامل زیادی در سلامت افراد تأثیرگذار هستند که به‌طور کلی می‌توان در شش گروه کلی طبقه‌بندی کرد: ۱- عوامل بیولوژیکی و ژنتیکی؛ ۲- عوامل مربوط به شیوه زندگی افراد مثل استعمال دخانیات؛ ۳- ساختار سیاسی و قانونی؛ ۴- ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی افراد مثل درآمد و سواد؛ ۵- نظام سلامت؛ ۶- ویژگی‌های محیط فیزیکی مثل فضای سبز، آلودگی و کیفیت معابر. طبق پژوهش‌های انجام شده تفاوت در سلامت به دلایل دو مورد اول، تحت عنوان بی‌عدالتی در سلامت تلقی نمی‌شوند، اما این تفاوت‌ها در بقیه موارد، قابل اجتناب بوده و بی‌عدالتی محسوب می‌شود. به عنوان مثال شیوع بالای بیماری‌های قلبی و عروقی در مردان هفتاد سال و بالاتر در مقایسه با مردان بیست ساله، احساس بی‌عدالتی را ایجاد نمی‌کند، زیرا این اختلاف به دلیل فرآیند طبیعی پیرشدن است؛ همچنین برخی از بیماری‌ها و ناخوشی‌هایی که به علت نوع شیوه زندگی و رفتار فرد بوده را نمی‌توان به

زندگی شهروندان از اهداف اصلی در سلامت شهری به شمار می‌روند (شسبیریان، ۱۳۹۱: ۳). به‌طور کلی می‌توان گفت: سلامت شهری به معنای تندرستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی همه ساکنان شهر و همچنین محیط فیزیکی و فضای اجتماعی، اقتصادی و سیاسی سالم در شهر است؛ بنابراین برنامه‌ریزی سلامت شهری عبارت است از فرآیندی آگاهانه برای تأمین سلامت و تندرستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی همه ساکنان شهر از طریق تعیین سیاست‌های سلامت محور، نظام مناسب برنامه‌ریزی سلامت شهری، بهبود تعیین‌کننده‌های اجتماعی، اقتصادی و محیط فیزیکی شهر. هدف اصلی برنامه‌ریزی سلامت شهری دستیابی عادلانه همه ساکنان به سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی و همچنین دستیابی عادلانه به تعیین‌کننده‌های سلامت شهری است.

عدالت در سلامت شهری و عوامل تعیین‌کننده

آن: گزارش سازمان سلامت جهانی، عدالت در سلامت را به حداقل رساندن تفاوت‌های قابل اجتناب در سلامت و عوامل تعیین‌کننده آن تعریف می‌کند. ستارفیلد^۱ در یک تعریف دقیق‌تر بیان می‌کند که عدالت در سلامت به معنای نبود تفاوت‌های سیستماتیک در یک یا چند جنبه از وضعیت سلامت مردم یا گروه‌های جمعیتی از نظر اجتماعی، جغرافیایی و ویژگی‌های جمعیتی است. مفهوم عدالت در سلامت هم شامل عدالت افقی (درمان و رسیدگی برابر برای افراد برابر با نیازهای برابر) و هم شامل عدالت عمودی (افراد و گروه‌های مختلف باید بر اساس نیازهای‌شان درمان و رسیدگی شوند) می‌شود (Ward, 2009:49-50). مفهوم عدالت در سلامت به سه حوزه تقسیم می‌شود: ۱- دسترسی برابر به خدمات سلامت برای مردم و گروه‌های با نیاز برابر، ۲- استفاده و درمان برابر برای مردم و گروه‌های با نیاز برابر و ۳- نتایج برابر برای مردم و گروه‌های با نیاز برابر (Oliver and Mossialos, 2004:655; Ward, 2009:50).

اجتماعی اقتصادی بالا در محله‌ها و شرایط مناسب زندگی می‌کنند (Solar and Irwin 2010:3).

ویژگی‌های اجتماعی- فرهنگی افراد شامل: ویژگی‌های جمعیتی (جنس، تأهل، سن و سواد)، احساس امنیت اجتماعی (احساس امنیت در برابر سرقت، درگیری، تاریکی، مخروبه‌ها، حیوانات و ...)، سرمایه اجتماعی (مشارکت، انسجام، اعتماد، همکاری، تعلق) و فرهنگ (آداب و رسوم، سنت‌ها، دین، مذهب و شیوه زندگی) می‌باشند (Solar and Irwin 2010:4; Mohnen et al. 2011:660 Eckersley, 2015:121). ویژگی‌های اقتصادی افراد نیز می‌توانند شامل: بیکاری، اشتغال، درآمد، هزینه‌های سلامت و مالکیت مسکن، باشند (Solar and Irwin 2010:75; Rözer and Volker 2016:37).

۲- محیط فیزیکی-کالبدی: امروزه در جهان به‌طور گسترده تأثیر محیط فیزیکی و کالبدی بر خروجی‌های سلامت پذیرفته شده است (Grant, 2015). ویژگی‌های محیط فیزیکی و کالبدی تأثیرگذار بر عدالت در سلامت شهری می‌تواند شامل: موقعیت و مکان زندگی، کاربری اراضی، پارک‌ها، فضای سبز، حمل و نقل، پیاده‌روها، مسیر و زیرساخت‌های دوچرخه‌سواری، آلودگی‌های هوا و آب، زیبایی، امنیت و ایمنی، اسکان غیررسمی و حاشیه نشینی، آب آشامیدنی و فاضلاب، کیفیت مسکن، مکان‌های تفریحی- ورزشی و محیط طبیعی باشد (Coppel and Wüstemann 2017:410; Mueller et al., 2016:34; Sarkar et al., 2014(a):6; Ewing. et al., 2014:118; Rydin et al., 2012:8; Menatti and Da Rocha 2016:14; Guarino et al., 2017:6; Parikh et al., 2015:468; Archer et al., 2016:7).

۳- نظام سلامت شهری: نظام سلامت شهری با بهبود دسترسی عادلانه به مراقبت‌های بهداشتی و همچنین از طریق اقدامات میان‌بخشی (مثل همکاری‌های وزارت‌های گوناگون مثل وزارت آموزش پرورش، وزارت کار، وزارت ورزش، وزارت بهداشت، شهرداری‌ها و ...) می‌تواند تفاوت‌های آسیب‌پذیری و در معرض قرارگیری را در حوزه سلامت کاهش دهد (Solar and Irwin, 2010:2).

عنوان بی‌عدالتی تلقی کرد. به عنوان مثال، نوشیدن مشروبات الکلی یا استعمال دخانیات به عنوان یک رفتار شخصی و یک نوع شیوه زندگی شخصی تلقی شده و آسیب‌ها و بیماری‌های ناشی از آن را نمی‌توان به عنوان معلولی از بی‌عدالتی تلقی کرد (فرشاد، ۱۳۸۸: ۲)، هر چند که بعضی از این رفتارها و شیوه‌های مختلف زندگی ممکن است متأثر از برخی شرایط اجتماعی، اقتصادی و محیطی باشند. در مجموع می‌توان مهمترین عوامل مؤثر بر عدالت (بی‌عدالتی) در سلامت شهروندان را به صورت زیر طبقه‌بندی نمود:

۱- ویژگی‌های اجتماعی- فرهنگی و اقتصادی: عوامل تعیین‌کننده اجتماعی-اقتصادی سلامت به‌عنوان یکی از عرصه‌های اصلی اقتصاد سلامت، مبحثی است که در این زمینه مطرح می‌شود. اگرچه مراقبت از سلامت می‌تواند موجب بهبود سلامت افراد شود، تعیین شرایط اقتصادی و اجتماعی که منشأ ایجاد بیماری هستند، تأثیر زیادی در ارتقای سلامت افراد ایفا می‌کنند. مفهوم عوامل تعیین‌کننده اجتماعی-اقتصادی سلامت که توسط سازمان سلامت جهانی ارائه شده است، اشاره به اوضاعی دارد که افراد در آن متولد می‌شوند، رشد می‌کنند، زندگی می‌کنند و پیر می‌شوند و نابرابری در این موارد موجب نابرابری در سلامت افراد می‌شود (Gontijo, 2010:1). عوامل تعیین‌کننده اجتماعی اقتصادی مهمترین نقش را در سلامت افراد ایفا می‌کنند. این تعیین‌کننده‌ها به وسیله برخی از واسطه‌ها مانند عوامل مادی (شرایط محله، شرایط کار، شرایط مسکن، تغذیه مناسب، پوشاک مناسب و ...)، عوامل روانی (استرس‌های ناشی از شرایط زندگی و حمایت اجتماعی)، همچنین عوامل رفتاری (فعالیت فیزیکی، مصرف الکل و دخانیات و تغذیه) و عوامل زیستی (ژنتیک) بر سلامت تأثیر می‌گذارند. به‌عنوان مثال افراد در موقعیت اجتماعی و اقتصادی پایین، در شرایط و محله‌های فقیرتر و بدون دسترسی به خدمات و مراقبت‌های بهداشتی مناسب زندگی می‌کنند و احتمال در معرض بودن این افراد در برابر بیماری‌ها بیشتر از کسانی است که با موقعیت

شاخص‌های عدالت در سلامت شهری: با بهره‌گیری از مطالعات انجام شده درباره موضوع عدالت در سلامت شهری می‌توان گفت، به‌طور کلی عدالت در سلامت شهری را می‌توان در دو حیطه کلان بررسی کرد: الف) عوامل تعیین‌کننده سلامت شهری و ب) نتایج سلامت. عوامل تعیین‌کننده دارای ۵ بُعد شامل: ۱- تعیین‌کننده‌های اجتماعی-فرهنگی، ۲- تعیین‌کننده‌های اقتصادی، ۳- تعیین‌کننده‌های محیط فیزیکی و کالبدی، ۴- نظام سلامت شهری و ۵- ساختار سیاسی و قانونی؛ و شاخص‌های پیامد دارای ۴ بُعد شامل: ۱- جسمی، ۲- روانی، ۳- اجتماعی و ۴- شاخص‌های هدف، هستند. هر یک از این ابعاد دارای متغیرهایی هستند که به وسیله شاخص‌ها و گویه‌هایی اندازه‌گیری می‌شوند. حیطه‌ها، ابعاد، متغیرها، شاخص‌ها و گویه‌های عدالت در سلامت شهری در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

۴- ساختار سیاسی: ملاحظات سیاسی در سطح بین‌المللی بسیار مهم و تعیین‌کننده هستند، اما در داخل کشورها، به دلیل تأثیرات مجزا نظام سلامت، عوامل تعیین‌کننده اجتماعی و عوامل محیطی، تأثیر عوامل سیاسی خیلی واضح نیست، اما باید گفت: تغییر و تحولات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در بستر تحولات سیاسی انجام می‌گیرند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، نوع سیاست‌ها و قوانین حکومت و دولت‌ها می‌تواند تأثیر مستقیم و غیرمستقیم (از طریق تأثیر در عوامل تعیین‌کننده اجتماعی، اقتصادی، حقوقی و فرهنگی) بر سلامت شهروندان داشته باشد. رویکرد دولت به سلامت، نسبت بودجه اختصاص داده شده به بخش سلامت، قوانین و سیاست‌های سلامت محور، حقوق مدنی، سیاست‌های خارجی (وقوع جنگ، تحریم و ...) از جمله مواردی هستند که در ساختار سیاسی هر کشور نمود ویژه‌ای دارند و می‌توانند نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت داشته باشند (Starfield, 2001:556; Hahn et al., 2018:19).

جدول ۱: الگوی شاخص‌های عدالت در سلامت شهری

منبع	گویه‌ها و شاخص‌ها	متغیر	بُعد	گروه (حیطه)	مفهوم
(Doyal, 2000) (UNDP, 2005)	باسوادی، جنسیت، پایگاه اجتماعی، طبقه اجتماعی، قومیت، نژاد، دین و مذهب، تاهل	ویژگی‌های جمعیتی			
(Guarino. et al 2017) (Gupta & Baghel, 1999) (Kristiansson et al, 2015) (Wiik, 2014)	میزان سرقت، زورگیری، مصرف و خرید و فروش مواد مخدر، مزاحمت خیابانی، دعوای خیابانی، حیوانات ولگرد	احساس امنیت اجتماعی			
(Giordano, et al., 2011) (Mohnen et al., 2011) (Solar and Irwin, 2010) (Morgan & Haglund, 2009) (Stafford et al. 2008)	مشارکت در فعالیت‌های انجمن‌ها، اتحادیه‌ها، باشگاه‌ها، هیات‌ها؛ مشارکت در مراحل مختلف سیاست‌گذاری، تصمیم‌گیری و اجرا؛ تبادل نظر با دوستان، همسایگان و اقوام درباره موضوع‌های سلامت، احساس صمیمی‌بودن و رفت‌آمد با دوستان، اقوام، همسایگان و همکاران،	سرمایه اجتماعی	اجتماعی و فرهنگی	عوامل تعیین‌کننده سلامت	عدالت در سلامت شهری
(Eckersley, 2015) (Levesque & Han, 2014)	فرهنگ تغذیه، باورها و عقاید (دادن مواد مخدر هنگام بیماری حتی برای نوزادان و ازدواج در سنین پایین) تعصبات فرهنگی (زعدم مراجعه برای بیماری‌های مقاربتی یا جنسی مثل سرطان	فرهنگ			

	(سینه)				
(Galobardes et al., 2006) (UNDP, 2005)	درصد بیکاری، درصد اشتغال، امنیت شغلی	اشتغال	اقتصادی		
(Galobardes et al., 2006) (Solar & Irwin, 2010)	میزان درآمد خانوار	درآمد			
(پوررضا، ۱۳۸۶)	هزینه‌های سلامت خانوار به کل هزینه‌های خانوار، هزینه‌های کمرشکن خانوار، نحوه تأمین درآمدهای سلامت	درآمدها و هزینه‌های سلامت			
(Macintyre et al., 2003)	مالکیت مسکن	مسکن			
(Coppel & Wüstemann, 2017) (Maas et al., 2006)	سرانه فضای سبز، توزیع فضایی فضای سبز، رضایت از تعداد و کیفیت فضای سبز	فضای سبز	محیط فیزیکی و کالبدی		
(Chiang and Lei 2016) (Frank et al., 2005)	عرض پیاده‌رو، کف پوش، دسترسی، یک‌طرفه بودن خیابان، رمپ، نیمکت، خط عابر پیاده، سطل زباله، زیبایی و جذابیت پیاده‌رو، تمیزی پیاده‌رو، موانع در پیاده‌رو، فعالیت‌های تجاری و اداری، شفافیت (قابلیت دیده شدن)، سقف یا پناه‌گاه، توالی عمومی، جداکننده میان خیابان و پیاده‌رو.	پیاده‌روها			
(Srinivasan et al., 2003) (علوی و همکاران، ۱۳۹۷)	دسترسی به خط مترو، اتوبوس و تاکسی، حمل و نقل مناسب برای سالمندان و معلولان	حمل و نقل عمومی			
(Buekers et al., 2015; De Nazelle et al., 2011)	مسیر دوچرخه سواری، ایمنی و امنیت مسیر، دسترسی به دوچرخه کرایه، پارکینگ دوچرخه، دوچرخه سواری بانوان	دوچرخه سواری			
(Sarkar et al., 2014a)	کاربری مختلط، کاربری‌های ناسازگار	کاربری زمین			
(who, 2005)	آلودگی هوا، صدا و آب، تمیزی محله، زباله	کیفیت زیست محیطی			
(Menatti & Da Rocha 2016) (احمدی و همکاران، ۱۳۹۳)	نمای ساختمان، درخت، گل و گیاه، آبنما، مجسمه، فضای سبز، رنگ آمیزی، نورپردازی	زیبایی شهری			
(Guarino. et al 2017) (Gupta & Baghel, 1999) (Islam et al., 2006)	ساختمان‌های نیمه‌کاره، قابلیت دیده شدن خیابان و پیاده‌رو، مکان‌ها و تقاطع‌های حادثه ساز، میزان تصادف، پرچین و جداکننده میان خیابان و پیاده‌رو، بافت فرسوده، نور محله.	امنیت و ایمنی			
(Krug et al. 2002) (Kristiansson et al., 2015)	جنس مصالح ساختمانی، خدمات شهری، فاضلاب شهری، آب آشامیدنی، بیکاری	حاشیه نشینی و اسکان غیررسمی			

(Archer et al. 2016) (Sarkar et al., 2014b) (زیاری و همکاران، ۱۳۹۴)	اندازه ساختمان (نسبت سطح زیرینا به نفر)، کیفیت مصالح ساختمان، عمر ساختمان، تعداد اتاق، دسترسی به آب آشامیدنی سالم، فاضلاب بهداشتی	مسکن			
(کلروزی، ۱۳۹۵: ۱۵۸) (نعیمی و بابائی اقدم، ۱۳۹۶)	دسترسی به سالن‌ها و زمین‌های ورزشی مناسب، دسترسی به پارک، دسترسی به مکان‌های فرهنگی مثل مسجد، کتابخانه	مکان‌های تفریحی- ورزشی و فرهنگی			
(نظامی و همکاران، ۱۳۹۷) (بهرامی، ۱۳۹۴) (وارثی و همکاران، ۱۳۹۴)	بیمارستان، تخت بیمارستان، مراکز توانبخشی، مرکز بهداشت، پایگاه بهداشت، مراکز پرتونگاری، درمانگاه، داروخانه، مراکز درمان سوء مصرف مواد، آزمایشگاه، متخصص، پزشک عمومی، دندانپزشک، داروساز، ماما، پرستار، بهورز	دسترسی همه به خدمات بهداشتی- درمانی		نظام سلامت شهری	
(Hahn et al., 2018) (WHO Regional Office for Europe, 2012) (نقیبی مفرد، ۱۳۸۹) (UN Office of the High Commissioner for Human Rights, 2008)	دقت و دانش کارکنان سلامت، هزینه خدمات سلامت، هزینه دارو، دسترسی به داروهای ضروری و اساسی، حمایت از زنان و کودکان، حمایت از اقشار ضعیف و محرومان، پوشش بیمه، دسترسی به مراقبت‌های سلامت	پاسخگویی و اثربخشی			
(Solar and Irwin 2010) (Starfield, 2001) (UN Office of the High Commissioner for Human Rights, 2008)	نسبت بودجه اختصاص داده شده به بخش سلامت، قوانین و سیاست‌های سلامت محور، حقوق مدنی، سیاست‌های خارجی (وقوع جنگ، تحریم و ...)	ایدئولوژی نظام حاکم و رویکرد دولت		ساختار سیاسی	
(UN Office of the High Commissioner for Human Rights, 2008) (WHO, 2010)	اضافه وزن، کم وزنی، دیابت، فشار خون، چربی خون، قلبی عروقی، بیماری مغز و اعصاب، بیماری‌های تنفسی، بیماری چشم، بیماری گوش و بینی، بیماری گوارشی، بیماری مفصلی، بیماری پوستی، بیماری ادراری و تناسلی، انواع سرطان	جسمی			پیامد یا نتایج سلامت
(Lorig et al., 2008) (سامانه سیب وزارت بهداشت، درمان و آموزش کشور، ۱۳۹۷) (مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۸۹)	پرخاشگری و عصبانیت، احساس افسردگی، احساس پوچی، احساس ناامیدی، احساس خستگی و ضعف انرژی، کاهش یا افزایش وزن شدید، گوشه گیری، احساس نگرانی و اضطراب، افکار خود کشی یا دیگر کشی، خجالتی بودن	روانی			
	برآمدن از عهده مسائل زندگی، رضایت از زندگی، رضایت از دوستان، خانواده و همکاران، مشارکت، انسجام اجتماعی و صمیمیت	اجتماعی			
(وزارت بهداشت، درمان و آموزش کشور، به نقل از ترکمن‌نژاد و همکاران: ۱۳۹۳: ۲۴) (مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۸۹) (UN Office of the High Commissioner for Human Rights, 2008)	نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال، نرخ مرگ‌ومیر نوزادان، درصد نوزادان کمتر از ۲۵۰۰ گرم، درصد مرده زایی، درصد کم وزنی کودکان، میزان تولدهای زیر نظر کادر ماهر پزشکی، میزان شیوع ایدز در میان زنان باردار ۱۵ تا ۲۴ ساله، مرگ‌ومیر مادران به علت حاملگی و عوارض آن، میزان امید به زندگی در بدو تولد، آسیب‌های ناشی از عوامل محیطی یا شغلی، میزان مرگ‌ومیر و آسیب‌دیدگی ناشی از عوامل ترافیکی و تصادف	شاخص‌های هدف			

روش تحقیق

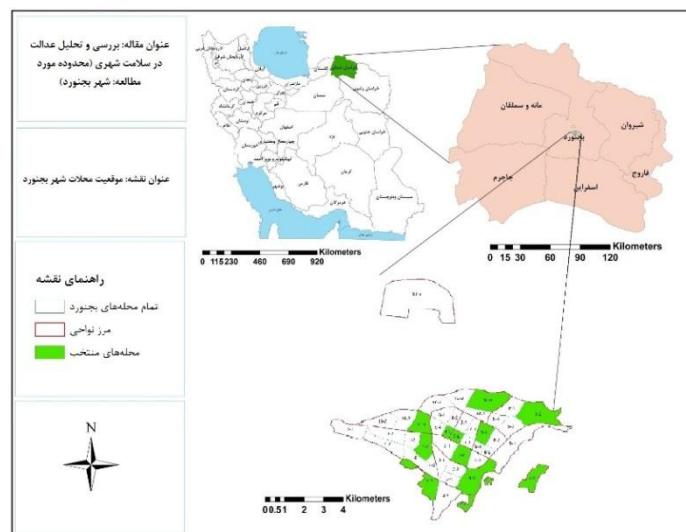
این پژوهش از جمله پژوهش‌های کاربردی- توسعه‌ای (از نظر هدف)، توصیفی- تحلیلی (از نظر ماهیت و روش انجام) و کمی (از نظر روش گردآوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها) است. در این پژوهش دو نوع داده جمع‌آوری شده است: داده‌های عینی و داده‌های ذهنی. برای گردآوری اطلاعات مربوط به داده‌های عینی از روش کتابخانه‌ای استفاده شده است. در این راستا، داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز از سازمان‌های مربوطه شامل سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان خراسان شمالی، دانشگاه علوم پزشکی، درمانی و آموزشی استان خراسان شمالی و شهرداری بجنورد جمع‌آوری شد. برای جمع‌آوری داده‌های ذهنی نیز از روش پیمایش (پرسش‌نامه و برداشت میدانی) استفاده شده است. جامعه آماری برای گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه، همهٔ سرپرستان خانوار شهر بجنورد است. با توجه به محدودهٔ مورد مطالعه و هدف تحقیق، روش

نمونه‌گیری در این رساله چندمرحله‌ای است. در مرحلهٔ اول، به دلیل این‌که نمونه از توزیع فضایی مناسب برخوردار باشد و همچنین امکان مقایسه وجود داشته باشد، همهٔ نواحی شهر بجنورد انتخاب شدند؛ بنابراین میزان نمونه‌ها، براساس سهم هر ناحیه از تعداد سرپرستان خانوار است. در مرحلهٔ دوم، با توجه به این‌که هر ناحیه دارای چندین محله است، به صورت تصادفی ساده یک محله در هر ناحیه انتخاب شد. در مرحلهٔ سوم، به صورت تصادفی منظم، بلوک‌ها در هر محله انتخاب شدند و در مرحلهٔ چهارم نیز به صورت تصادفی منظم، منازل (سرپرستان خانوار) به عنوان نمونهٔ نهایی انتخاب شدند.

تعداد نمونه در این پژوهش، با استفاده از فرمول کوکران برآورد شده است. با توجه به این‌که تعداد خانوارهای شهر بجنورد در سال ۱۳۹۵ برابر با ۶۷۳۳۵ خانوار است، از این رو بر طبق فرمول کوکران تعداد نمونهٔ مورد نیاز برابر با ۳۸۲ سرپرست خانوار است.

جدول ۲: ابعاد، شاخص‌ها و روش‌های گردآوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات پژوهش

روش و مدل تجزیه و تحلیل داده‌ها	روش گردآوری اطلاعات	شاخص‌ها و گویه‌ها	بعد
روش تصمیم‌گیری چند معیاره (مدل الکترونیکی و AHP)	کتابخانه‌ای (جمع‌آوری آمار از علوم پزشکی استان خراسان شمالی)	سرانه‌های بیمارستان، تخت فعال، درمانگاه، پایگاه بهداشت، آزمایشگاه، مراکز توانبخشی، رادیولوژی، داروخانه، پایگاه اورژانس، مراکز درمان سوء مصرف مواد مخدر، متخصص، پزشک عمومی و دندانپزشک	نظام سلامت شهری
(نرم‌افزار SPSS، آزمون تی-ست) (نرم‌افزار Arc Map؛ تحلیل فضایی)	پیمایش (پرسش‌نامه)	میزان سرقت، زورگیری، تکدی‌گری، مصرف مواد مخدر، خرید و فروش مواد مخدر، مصرف و فروش مشروبات الکلی، مزاحمت خیابانی برای بانوان، دعوای خیابانی، حیوانات ولگرد، ساختمان‌های نیمه‌کاره، تخریب اموال عمومی، تصادف، کارتن‌خواب، ارازل و اوباش	اجتماعی
(نرم‌افزار SPSS، آزمون تی-ست و آنوا) (نرم‌افزار Arc Map؛ تحلیل فضایی)	پیمایش (پرسش‌نامه)	درآمد	اقتصادی
روش کمی (نرم‌افزار SPSS، آزمون تی-ست و آنوا) (نرم‌افزار Arc Map؛ تحلیل فضایی)	پیمایش (برداشت میدانی)	کف پوش، وجود فعالیت‌های تجاری، وجود اداها و مؤسسات، رمپ، نیمکت، سطل زباله، زیبایی و جذابیت پیاده‌رو، تمیزی پیاده‌رو، قابیت دیده شدن، شیب، تعداد پیاده‌رو در خیابان، امکانات برای معلولان، روشنایی معابر	محیط فیزیکی



نقشه ۱: موقعیت جغرافیایی شهر بجنورد و محله‌های نمونه

شهر بجنورد که بعد از تقسیمات سیاسی سال ۱۳۸۳، به‌عنوان مرکز استان خراسان شمالی تعیین شد، داری مساحت ۳۱۹۳ هکتار و جمعیت ۲۲۸۹۳۱ نفر در سال ۱۳۹۵، است (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان خراسان شمالی، ۱۳۹۷). شهر بجنورد در شمال شرق ایران در طول جغرافیایی ۵۷ درجه و ۲۰ دقیقه شرقی و عرض جغرافیایی ۳۷ درجه و ۲۸ دقیقه شمالی در جنوب رشته کوه کپه‌داغ و شرق رشته کوه آلاداغ و شمال رشته کوه البرز واقع شده است. بجنورد از شمال با ترکمنستان و از شمال شرقی تا جنوب شرقی با شهرهای شیروان، اسفراین و از جنوب غربی تا شمال غربی با جاجرم، آسرخانه و راز همسایه است. از نظر تقسیمات شهری، شهر بجنورد دارای ۳ منطقه، ۱۱ ناحیه و ۴۲ محله می‌باشد (شمسی‌پور، ۱۳۹۶). در این پژوهش، از هر ناحیه یک محله و همچنین یک محله از حاشیه‌های شهر بجنورد که در مجموع ۱۲ محله می‌شود به‌عنوان نمونه انتخاب شده است. شکل شماره ۱، جایگاه محلات نمونه در شهر بجنورد و جایگاه شهر بجنورد در شهرستان، استان و کشور را نشان می‌دهد.

با توجه به گستردگی شاخص‌ها و عدم دسترسی به آمار و اطلاعات در این پژوهش، امکان بررسی همه شاخص‌های عدالت در سلامت شهری امکان‌پذیر نبود، به همین خاطر، برای بررسی تجربی عدالت در سلامت شهری، گزیده‌ای از شاخص‌های نظام سلامت شهری (سرانه‌های بیمارستان، تخت فعال، درمانگاه، پایگاه بهداشت، آزمایشگاه، مراکز توانبخشی، رادیولوژی، داروخانه، پایگاه اورژانس، مراکز درمان سوء مصرف مواد مخدر، متخصص، پزشک عمومی و دندانپزشک) محیط فیزیکی و کالبدی (قابلیت پیاده‌روی)، اقتصادی (درآمد) و اجتماعی (احساس امنیت اجتماعی) مورد بررسی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز در نرم‌افزارهای SPSS و Arc map و مدل‌ها و روش‌های AHP, T-test, One-way ANOVA, kriging, Electre انجام شده است. در جدول ۲ ابعاد، شاخص‌ها، روش‌های گردآوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل داده‌ها مشاهده می‌شود.

محدوده و قلمرو پژوهش

۱. مدل الکتریکی از مدل‌های تصمیم‌گیری است. در این روش گزینه‌ها به صورت زوجی با یکدیگر مقایسه می‌شوند و گزینه‌های مسلط و ضعیف (یا غالب و مغلوب) شناسایی شده و سپس گزینه‌های ضعیف یا مغلوب حذف می‌شوند. این روش دارای مراحل است که عبارتند از: ۱- تشکیل ماتریس تصمیم؛ ۲- بی مقیاس کردن ماتریس تصمیم؛ ۳- تعیین ماتریس وزن معیارها؛ ۴- تعیین ماتریس تصمیم وزن دار نرمال شده؛ ۵- تشکیل مجموعه معیارهای موافق و مخالف؛ ۶- تشکیل ماتریس موافق؛ ۷- تعیین ماتریس

مخالف؛ ۸- تشکیل ماتریس تسلط موافق؛ ۹- تشکیل ماتریس تسلط مخالف ۱۰- تشکیل ماتریس تسلط نهایی و ۱۱- حذف کردن گزینه‌های با رضایت کمتر و انتخاب بهترین گزینه.

بحث اصلی

بررسی شاخص‌های عدالت در سلامت شهری در شهر بجنورد: در این بخش با بهره‌گیری از داده‌های آماری- مکانی که از سازمان‌های مربوطه گرفته شده و همچنین اطلاعاتی که از روش پیمایش کسب شده، عدالت فضایی شاخص‌های عدالت در سلامت شهری در سطح محله‌های شهر بجنورد بررسی می‌شود.

نظام سلامت شهری: با توجه به داده‌های موجود، در این بخش به بررسی توزیع فضایی خدمات بهداشتی- درمانی در سطح محله‌های شهر بجنورد پرداخته می‌شود. در مرحله اول، داده‌های مربوط به خدمات بهداشتی درمانی که به صورت فراوانی بودند، به شاخص تبدیل شدند. به عبارتی، تعداد هر یک از خدمات بهداشتی درمانی تقسیم بر جمعیت همان محله و سپس ضرب در ده هزار (نفر) گردید. جدول شماره ۳ سرانته شاخص‌های بهداشتی درمانی^۱ را در محله‌های شهر بجنورد نشان می‌دهد.

با توجه به این که شاخص‌های مورد استفاده شده در این بخش از نظر اهمیت، با یکدیگر برابر نیستند، نیاز است که وزن‌دهی شوند. در این راستا، وزن هر یک از شاخص‌ها با استفاده از نظرات متخصصان مربوط به این حوزه کسب شد و با مدل AHP محاسبه شد. همچنین نیاز است تا شاخص‌های مورد استفاده نرمال‌سازی یا بی‌مقیاس شوند که این کار با توجه به فرمول ۱ انجام گرفت. در این فرمول X_{ij} عناصر ماتریس تصمیم‌گیری بوده و r_{ij} ماتریس بی‌مقیاس شده می‌باشد.

$$r_{ij} = \frac{X_{ij}}{\sqrt{\sum_{i=1}^m X_{ij}^2}} \quad \text{فرمول (۱)}$$

بعد از بی‌مقیاس‌سازی شاخص‌ها و با در نظر گرفتن وزن شاخص‌ها، ماتریس بی‌مقیاس وزن‌دار تهیه گردید. پس از این مراحل، به تشکیل مجموعه معیارهای موافق و مخالف در مدل الکترونیک پرداخته شده است، به طوری که گزینه‌های مختلف نسبت به همدیگر مقایسه و مجموعه معیارهای موافق و مخالف به‌دست

آمد. بعد از این تشکیل ماتریس‌های موافق و مخالف، ماتریس تسلط موافق، ماتریس تسلط مخالف و ماتریس تسلط نهایی که از ضرب تک تک درایه‌های ماتریس تسلط موافق در ماتریس تسلط مخالف حاصل می‌شود، به ترتیب انجام شد. حذف کردن گزینه‌های با رضایت کمتر و انتخاب بهترین گزینه‌ها، آخرین مرحله مدل الکترونیک است که انجام گردید.^۲

ماتریس تسلط نهایی ترجیحات جزئی گزینه‌ها را بیان می‌کند. گزینه‌ای باید انتخاب شود که بیشتر از آن که مغلوب شود، تسلط داشته باشد و از این نظر می‌توان گزینه‌ها را رتبه‌بندی کرد. بر اساس این ماتریس تعداد دفعاتی که هر گزینه تسلط داشته و تعداد دفعاتی که بر آن غلبه داشته شده است، محاسبه شده و در جدول ۴ نشان داده شده است.

بدین ترتیب رتبه‌بندی محلات شهر بجنورد بر اساس شاخص‌های بهداشتی درمانی صورت گرفت. طبق این رتبه‌بندی، محله‌های ۴-۲، ۱-۷، ۳-۱ و ۴-۷ به ترتیب دارای رتبه‌های اول تا چهارم و محله‌های ۱۲-۲، ۱۱-۳، ۱۰-۲، ۹-۲، ۱-۹، ۳-۶، ۱-۵، ۴-۳، ۳-۱ و ۱-۲ و ۱-۱ به طور یکسان دارای رتبه آخر می‌باشند؛ بنابراین نتایج حاصل از این بخش نشان می‌دهد توزیع فضایی شاخص‌های بهداشتی درمانی در شهر بجنورد به صورت عادلانه نبوده است. به طوری که بعضی از محدوده‌های شهر دارای تعداد زیادی از خدمات بهداشتی-درمانی و بعضی‌ها فاقد حتی یک مرکز کوچک مربوط به سلامت هستند؛ همچنین طبق نتایج در محلات منتخب نیز بی‌عدالتی در توزیع فضایی خدمات بهداشتی-درمانی وجود دارد. در میان محله‌های منتخب، محله‌های ۴-۷، ۱-۱۱ و ۱-۶ جزء محله‌های برخوردار، محله‌های ۱-۴، ۳-۳ و ۱-۱۰ جزء محله‌های متوسط و محله‌های ۱۲-۲، ۹-۲، ۲-۳ و ۸-۲ جزء محلات نابرخوردار هستند. به-طور کلی، نتایج تحلیل درونیابی (شکل ۲) نشان می‌دهد که مناطق شرقی، جنوب شرقی، غربی و محله ۵-۱۰ در شمال شهر (گلستان شهر) دارای کمترین برخورداری خدمات بهداشتی-درمانی هستند.

۲. با توجه به حجم مقاله، امکان نمایش همه جداول ممکن نیست، به همین خاطر، تنها جدول شاخص‌ها و جدول رتبه‌بندی نهایی نمایش داده شده است.

۱. همه شاخص‌های بهداشتی درمانی موجود در جدول ۲ به ازای هر ده‌هزار نفر است.

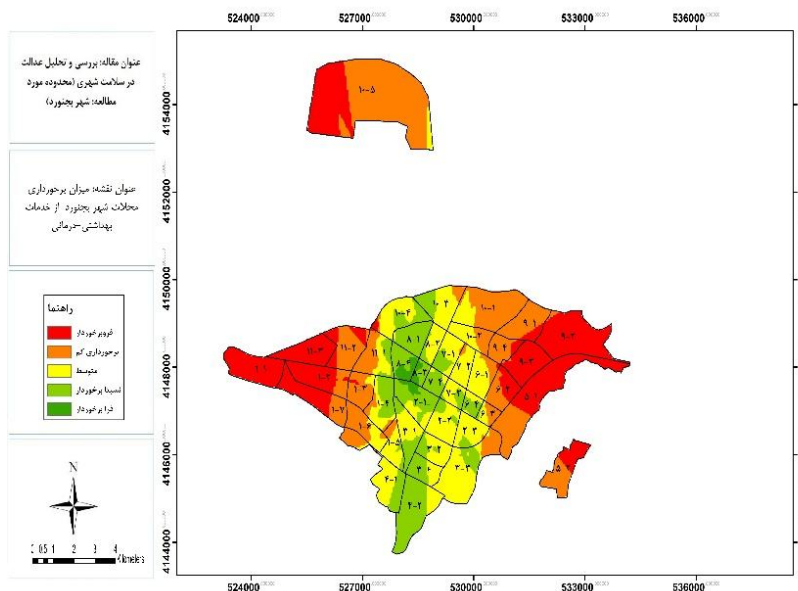
جدول ۳: سرانه خدمات بهداشتی- درمانی شهر بجنورد به تفکیک محله‌ها

محله	بیمارستان	تحت‌فعال	درمانگاه	آزمایشگاه	توانبخشی	رادیولوژی	داروخانه	پایگاه سلامت	پایگاه اورژانس	مراکز درمان سوء مصرف مواد	متخصص	پزشک عمومی	دندانپزشک
۱-۱
۲-۱
۳-۱
۴-۱	۱/۰۱	.	۲/۰۲	.	۳	.
۵-۱	۲/۱۹	.	.	.	.	.
۶-۱	۳/۸۴	.	۳/۸۴	.	.	.
۷-۱	.	.	۵/۸۴	.	.	.	.	.	.	.	.	۳۳/۳	.
۱-۲	.	.	۱/۲۱	.	.	.	۱/۲۱	۱/۲۱	.	۶/۰۶	.	۱۰/۹	.
۲-۲	.	.	۱/۳۶	۱/۳۶	۱/۳۶	.	۲/۷۲	.	.	۴/۰۸	.	۸/۲	.
۳-۲	.	.	۱/۷۴	.	۵/۲۳	.	۱/۷۴	۱/۷۴	.	۱/۷۴	.	۱۹/۲	.
۱-۳	۲/۰۳	۲۱۴/۷	۲/۰۳	۲/۰۳	۲/۰۳	۲/۰۳	۲/۰۳	۲/۰۳	.	۶	۵۶/۷	۴۴/۶	.
۲-۳	۱/۵۲	.	۶/۱	.	.	.
۳-۳	۱/۰۷	.	۳/۲۲	.	.	.
۴-۳
۱-۴	۱۱،۰۴	.	۱۱،۰۴	.	.	.
۲-۴	۳/۷۴	۴۷۸،۸۶	۱۱/۲۲	۳/۷۴	۱۱/۲۲	۱۸/۷۱	۷/۴۸	۳/۷۴	.	.	۱۶۸/۳	۴۴/۹	۲۲/۴
۱-۵
۲-۵	۳/۵	.	.	.	۳/۵	.
۱-۶	.	.	۱/۳۹	.	۱/۳۹	۱/۳۹	.	۱/۳۹	.	۱/۳۹	.	.	.
۲-۶	.	.	۲/۶۲	.	۱/۳۱	.	.	۱/۳۱	.	۲/۶۲	.	۲۴/۸	.
۳-۶
۴-۶	۳،۷۱	.	.	.	.	۳،۷۱	.	.	.
۱-۷	۱/۴۴	۱۰۵/۲	۲/۸۸	۱/۴۴	۱۱/۵۳	۲/۸۸	۱۰/۱	.	۱/۴۴	۲۰/۱۸	۱۵/۸۶	۳۳/۱	۳۳/۱
۲-۷	.	.	.	۲/۱۵	۲/۱۵	۲/۱۵	۲/۱۵	.	۲/۱۵	۴/۳۱	۲/۱۵	۲/۲	۴/۳
۳-۷	.	.	۲/۳۵	۲/۳۵	۲۴/۷	۲۳۵	۷/۰۴	.	.	۴/۷	۲/۳۵	۹/۴	۱۶/۴
۴-۷	.	.	۹/۴۱	۱۵/۷	۸۷/۷	۲۱/۹۶	۴۷/۰۷	.	.	۳۱/۳۸	۴۳/۹۳	۱۳۸	۱۳۸
۱-۸	۲/۱۱	۶۷/۳۷	.	۲/۱۱	۲/۱۱	.	۲/۱۱	۲/۱۱	.	۲/۱۱	۲۵/۲۶	۱۸/۹	.
۲-۸	۰/۷۳	.	.	.	.	۵/۸۵	.	.
۳-۸	.	.	۰/۵۵	.	۰/۵۵	.	.	.	.	۱/۶۵	.	۳/۹	.
۴-۸	۳/۲۷	۵۱۶	.	۳/۲۷	.	۳/۲۷	۳/۲۷	.	.	.	.	.	.
۱-۹
۲-۹
۳-۹	۰/۱۹	.	.	.	.	.	.
۴-۹	۰/۲	.	.	۰/۳۹	.	.	.
۱-۱۰	۰/۱۹	.	.	۰/۱۹	.	.	.
۲-۱۰	۰/۱۶	.	.	.	.	.	.
۳-۱۰
۴-۱۰	۰/۵۴	.	.	.
۵-۱۰	۰/۱۱	.	.	.	.	.	.
۱-۱۱	.	.	۱/۵	۰/۷۵	۲/۲۵	۰/۷۵	۰/۷۵	۰/۷۵	.	۴/۵	.	.	.
۲-۱۱
۳-۱۱	۳	.	.	.
۱۲

منبع اطلاعات پایه: دانشگاه علوم پزشکی استان خراسان شمالی، ۱۳۹۷

جدول ۴: تعداد چیرگی گزینه‌ها و رتبه‌بندی کل محله‌ها و محله‌های منتخب

رتبه	تعداد چیرگی	محله	رتبه	تعداد چیرگی	محله
۱۶	۱۴	۳-۸	۱	۳۸	۲-۴
۱۶	۱۴	۳-۹	۲	۳۷	۱-۷
۱۶	۱۴	۲-۱۰	۳	۳۶	۱-۳
۱۷	۱۳	۵-۱	۴	۳۵	۴-۷
۱۷	۱۳	۷-۱	۵	۳۱	۱-۱۱
۱۸	۱۲	۲-۷	۶	۳۰	۲-۶
۱۸	۱۲	۲-۸	۷	۲۸	۱-۸
۱۹	۱۱	۴-۶	۸	۲۷	۳-۲
۲۰	۱۰	۳-۱۱	۸	۲۷	۱-۲
۲۱	۹	۴-۱۰	۸	۲۷	۱-۶
۲۱	۹	۱-۱	۹	۲۵	۴-۸
۲۱	۹	۲-۱	۱۰	۲۱	۴-۱
۲۱	۹	۳-۱	۱۰	۲۱	۲-۳
۲۱	۹	۴-۳	۱۱	۲۰	۳-۳
۲۱	۹	۱-۵	۱۲	۱۹	۴-۹
۲۱	۹	۳-۶	۱۳	۱۷	۶-۱
۲۱	۹	۱-۹	۱۳	۱۷	۱-۴
۲۱	۹	۲-۹	۱۳	۱۷	۳-۷
۲۱	۹	۳-۱۰	۱۳	۱۷	۱-۱۰
۲۱	۹	۲-۱۱	۱۴	۱۶	۵-۱۰
۲۱	۹	۱۲	۱۵	۱۵	۲-۲
---	---	---	۱۵	۱۵	۲-۵



نقشه ۲: محله‌های شهر بجنورد از نظر توزیع خدمات بهداشتی-درمانی
 (منبع اطلاعات پایه: دانشگاه علوم پزشکی استان خراسان شمالی، ۱۳۹۷)

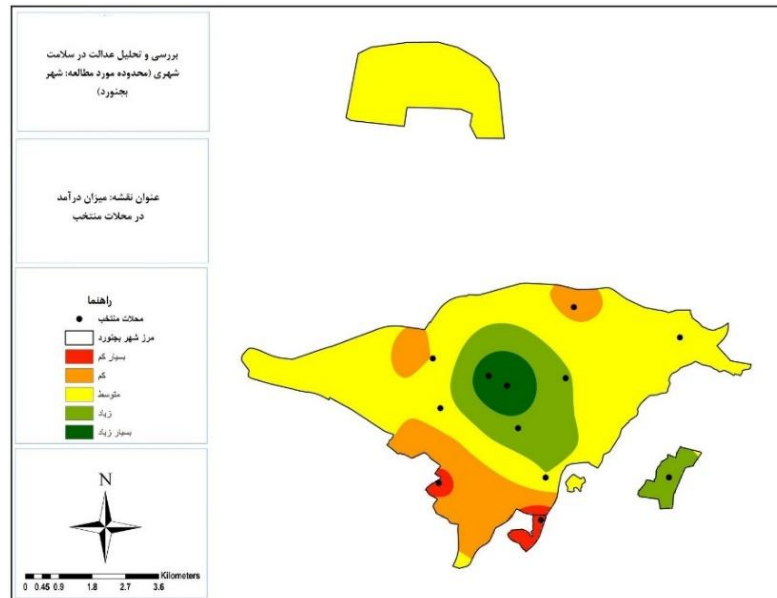
شاخص‌های اقتصادی، وضعیت درآمد خانوارها در شهر بجنورد بررسی شده است. درآمد از طریق تبدیل پول و دارایی به خدمات و کالاهای ارتقادهنده سلامت تأثیر می‌گذارد. مثلاً کسی که دارای درآمد بالاست، در مناطق مسکونی با کیفیت بالا، آلودگی کم، امنیت بالا و کم‌خطر، دسترسی مناسب به خدمات سلامت، دسترسی بالا به خدمات تفریحی، دسترسی به خدمات آموزشی و همچنین با تغذیه مناسب زندگی می‌کند و در طرف دیگر افراد با درآمد پایین در مناطق مسکونی با کیفیت پایین، بهداشت نامناسب، دسترسی پایین به خدمات سلامت، آموزش و مناطق تفریحی، تغذیه ناسالم و مناطق پرخطر و در معرض آلودگی و بیماری زندگی می‌کنند (Galobardes et al., 2006: 11; Solar and Irwin, 2010). همان‌طور که در شکل ۳ مشاهده می‌شود، وضعیت درآمد در محله‌های مختلف شهر بجنورد یکسان نیست و با فاصله گرفتن از مرکز شهر، وضعیت درآمد افراد کاهش پیدا می‌کند (به جز محله ۲-۵ که شهرک فرهنگیان می‌باشد و اکثراً معلمان در آنجا سکونت دارند). افراد کم‌درآمد در شهر بجنورد اغلب در حاشیه‌های شهر زندگی می‌کنند. حاشیه‌های شهر بجنورد یا اسکان غیررسمی است و یا بافت فرسوده با پیشینه روستایی می‌باشد.

دسترسی فیزیکی یا توزیع فضایی، یکی از معیارهای عدالت است، اما در بحث دسترسی باید به دسترسی اقتصادی-اجتماعی نیز توجه کرد. به‌عنوان مثال، در بین محلات مختلف هرچند محله ۴-۷ و ۱-۱۱ به‌عنوان برخوردارترین محله‌ها از نظر خدمات بهداشتی-درمانی هستند، ولی دسترسی اقتصادی-اجتماعی به این مراکز برای ساکنان محله بسیار دشوار است. محله ۴-۷ محل تجمع بسیاری از کلینیک‌ها، آزمایشگاه‌ها و سایر مراکز خصوصی است که هزینه‌های بسیار زیادی را به بیماران تحمیل می‌کنند. وجود تعداد بسیار زیاد پزشک، متخصص، داروخانه و سایر مراکز پزشکی باعث شده این محله جزء محله‌های برخوردار محسوب شود. به عبارتی، دسترسی فیزیکی به خدمات سلامت در این محله بالا است، اما هزینه بالای این مراکز باعث شده حتی ساکنان این محله (به ویژه گروه‌های کم‌درآمد) نیز به ندرت از این مراکز استفاده کنند.

شاخص اقتصادی: تعیین‌کننده‌های اقتصادی به عنوان یکی از اساسی‌ترین عوامل مؤثر بر نابرابری و بی‌عدالتی در سلامت شهری شناخته شده‌اند. از جمله مهمترین این تعیین‌کننده‌ها می‌توان به اشتغال، درآمد، مالکیت مسکن و هزینه‌های سلامت اشاره کرد. با توجه به اهمیت درآمد در کاهش سلامت، در بین

جدول ۵: میزان احساس امنیت اجتماعی

میانگین	بسیار کم	کم	متوسط	زیاد	بسیار زیاد	میزان وجود هریک از گویه‌ها
۳/۴	۱۰۰	۸۵	۱۰۷	۴۸	۴۲	سرقت از خودرو و منزل
۴/۸	۳۳۴	۳۱	۸	۵	۴	زورگیری
۳/۳	۷۳	۹۳	۱۲۲	۵۰	۴۴	تکدی گری
۲/۷	۷۱	۵۴	۶۸	۶۳	۱۲۶	اعتیاد و مصرف مواد مخدر
۴/۱	۲۰۲	۱۰۵	۲۵	۱۲	۳۸	مصرف و فروش مشروبات الکلی
۲/۸	۹۹	۵۵	۴۳	۵۳	۱۳۲	خرید و فروش مواد مخدر
۴/۵	۲۹۱	۵۱	۱۴	۷	۱۹	مزاحمت خیابانی برای بانوان
۴/۶	۲۴۱	۹۲	۳۱	۱۰	۸	کارتن خواب‌ها
۴/۷	۳۱۸	۳۴	۱۴	۶	۱۰	مزاحمت ارازل و اوباش
۴/۶	۲۹۸	۳۷	۲۶	۵	۱۶	تخریب اموال عمومی
۳/۲	۱۲۸	۵۴	۵۸	۸۰	۶۲	ساختمان‌های نیمه کاره
۴/۱	۲۱۸	۷۵	۴۳	۱۷	۲۹	دعواهای خیابانی
۳/۴	۸۷	۱۰۱	۱۰۵	۵۳	۳۶	تصادف
۳/۲	۱۲۶	۵۹	۵۴	۴۲	۱۰۱	حیوانات ولگرد و مزاحم



نقشه ۴: تحلیل درون‌بایی وضعیت درآمد در شهر بجنورد

(منبع: اطلاعات جمع‌آوری شده از پیمایش، ۱۳۹۷)

سواد، قومیت نژاد، احساس امنیت اجتماعی و سرمایه اجتماعی اشاره کرد. باتوجه به اهمیت احساس امنیت اجتماعی در سلامت، در این پژوهش، میزان احساس امنیت اجتماعی مورد بررسی قرار می‌گیرد. امروزه رابطه متقابل بین سلامت شهری و احساس امنیت ثابت شده است (Guarino et al. 2017:7; Gupta and Baghel, 1999: 353; Kristiansson et al., 2015:511).

در این پژوهش، برای بررسی متغیر احساس امنیت اجتماعی، از ۱۴ گویه استفاده شده است. نتایج توصیفی این متغیر در جدول ۵ مشاهده می‌شود. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بالاترین میزان احساس امنیت به ترتیب مربوط به گویه‌های زورگیری، اراذل و اوباش و کارتن‌خواب و پایین‌ترین میزان احساس امنیت مربوط به اعتیاد و مصرف مواد مخدر و خرید و فروش مواد مخدر می‌باشد. در بعضی از محله‌ها وجود محل‌های خرید و فروش مواد مخدر باعث افزایش تردد افراد می‌شود و باتوجه به حس قانونی نبودن، میزان احساس امنیت در این محله‌ها بسیار پایین می‌آید. ساکنان این محلات معتقدند که باتوجه به رفت و آمد معتادان در این محله‌ها، بیرون رفتن خانم‌ها و بچه‌ها با ترس همراه است. طبق نظر ساکنان تعداد زیاد مکان‌های مخروبه، وجود حیوانات ولگرد و افزایش زباله‌گردها از عوامل مهم ناامنی هستند که در

مکان‌های ورزشی نامناسب، پارک و فضاهای تفریحی نامناسب، پیاده‌روهای غیرقابل پیاده‌روی، حمل‌ونقل عمومی نامناسب، محیط فیزیکی آلوده، عدم جمع‌آوری به موقع زباله‌ها، نبود زیبایی و جاذبه، نبود شبکه فاضلاب شهری، فقر، بیکاری، بی‌سوادی، رژیم غذایی نامناسب، فروش و مصرف مواد مخدر، احساس ناامنی، مسکن کم‌دوام نامناسب و بسیاری از مشکلات دیگر، از جمله ویژگی‌های اغلب مناطق حاشیه‌ای شهر بجنورد است، همان‌طور که در مبانی نظری گفته شد، هر یک از این ویژگی‌ها می‌توانند سلامت افراد را تحت تأثیر قرار دهند.

شاخص اجتماعی: تعیین‌کننده‌های اجتماعی زیادی به عنوان مکانیزم‌های نابرابری و بی‌عدالتی در سلامت شناخته شده‌اند، از جمله مهم‌ترین این تعیین‌کننده‌ها می‌توان به جنسیت^۱، پایگاه اجتماعی، طبقه اجتماعی،

۱. در اینجا واژه جنسیت معادل انگلیسی واژه Gender است. این واژه با واژه Sex که اشاره به ویژگی‌ها و تفاوت‌های بیولوژیکی مردها و زن‌ها دارد، متفاوت است. واژه Gender برای توصیف آن دسته از ویژگی‌های مردها و زن‌ها استفاده می‌شود که به‌طور اجتماعی به وجود آمده‌اند. مردم زن و مرد متولد می‌شوند، اما یاد می‌گیرند که دختر یا پسر باشند و به‌صورت خانم و آقا رشد کنند. این رفتار اکتسابی هویت و شخصیت جنسیتی آنها را تشکیل داده و نقش‌های جنسیتی را تعیین می‌کند. این نقش‌های جنسیتی در جوامع مختلف باعث نابرابری بین زنان و مردان می‌شود و بر زندگی و سلامت آنان تأثیر می‌گذارد (WHO, 2002:10).

سال‌های اخیر افزایش یافته و احساس ناامنی را افزایش داده‌اند.

نتایج آزمون آنوا نشان می‌دهد که رابطه معناداری میان محل زندگی و احساس امنیت اجتماعی وجود دارد (جدول ۶). طبق نتایج، پایین‌ترین میانگین احساس امنیت اجتماعی در محلات ۱۲-۱، ۱۰-۱، ۱-۱، ۹-۲، ۳-۳ و ۴-۱ و بالاترین آن در محلات ۳-۸،

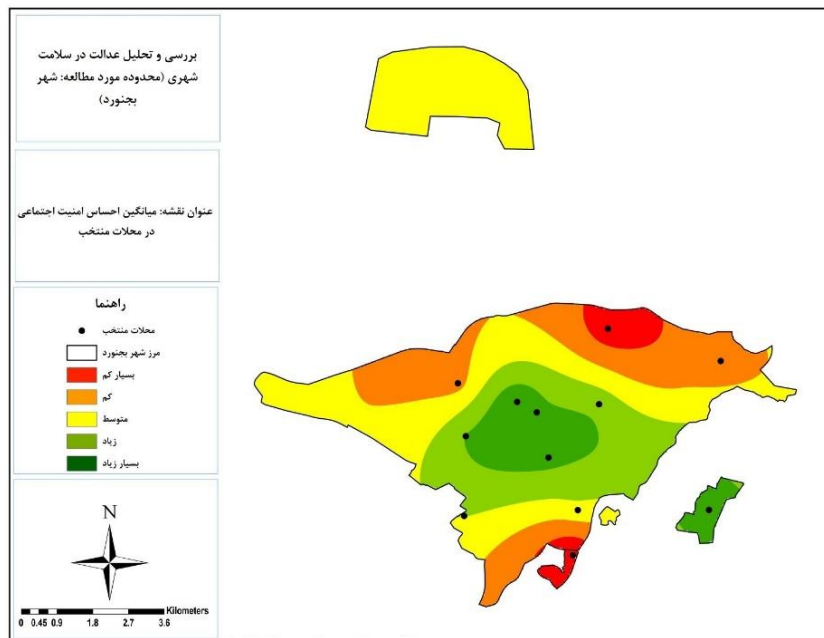
۵-۲ و ۴-۱ است (جدول ۷). شکل ۴ وضعیت متغیر احساس امنیت اجتماعی را در محلات منتخب (نمونه) شهر بجنورد نشان می‌دهد. طبق نتایج درونیایی، کمترین میزان احساس امنیت اجتماعی در حاشیه شمال، شمال شرق و شمال غرب و جنوب است؛ همچنین بیشترین میزان احساس امنیت اجتماعی نیز در مرکز و شهرک فرهنگیان مشاهده می‌شود.

جدول ۶: آزمون آنوا برای رابطه احساس امنیت اجتماعی و محل زندگی

سطح معناداری	آماره F	میانگین مجزورات	مجموع مجزورات	آزمون آنوا
۰/۰۱	۳/۱۶	۲۷۸/۵	۱۱۱۳/۸	تفاوت بین گروهی
		۸۷/۹	۳۳۱۳۲/۷	تفاوت میان گروهی

جدول ۷: میانگین احساس امنیت در محلات مختلف

محل	میانگین احساس امنیت	محل	میانگین احساس امنیت
1-4	۵۷/۵۹	7-4	۵۶/۱
2-2	۵۷/۵۴	8-3	۶۱/۳
3-3	۵۳/۸	9-2	۴۹/۵
4-1	۵۴/۲	10-1	۴۵/۵
5-2	۵۹/۹	11-1	۴۸/۸
6-1	۵۶/۶	12	۴۴/۳



نقشه ۴: تحلیل درونیایی متغیر احساس امنیت اجتماعی در شهر بجنورد

(منبع: اطلاعات جمع‌آوری شده از پیمایش، ۱۳۹۷)

شاخص محیط فیزیکی و کالبدی: طبق مطالعات انجام شده، از جمله مهمترین تعیین‌کننده‌های عدالت

در سلامت شهری، ویژگی‌های محیط فیزیکی و کالبدی است. با توجه به اهمیت فعالیت فیزیکی در

شده رابطه دارد. طبق مطالعات انجام شده شیوع چاقی در محیط‌هایی که کاربری زمین پیاده‌روی را مشکل می‌سازد، بیشتر می‌باشد (Chiang and Lei, 2016:1; Ewing et al., 2014:119; Feng et al., 2010:175).

برای بررسی قابلیت پیاده‌روی در محلات شهر بجنورد از ۱۳ گویه استفاده شده است که به صورت ترتیبی (کد ۱، ۲ و ۳) هستند. جدول ۸ وضعیت این گویه‌ها را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، وضعیت اکثر گویه‌ها از حد متوسط بسیار پایین‌تر است که نشان‌دهنده وضعیت نامطلوب قابلیت پیاده‌روی است. در میان گویه‌ها تنها گویه شیب است که وضعیت مناسبی دارد. گویه روشنایی معابر نیز وضعیت متوسط دارد. بقیه گویه‌ها کمتر از متوسط می‌باشند.

سلامت، در بین شاخص‌های محیط فیزیکی، وضعیت قابلیت پیاده‌روی در محله‌های شهر بجنورد بررسی شد. پیاده‌روی که به نام حمل‌ونقل فعال یاد شده است، به‌عنوان راه و حلی اساسی برای بسیاری از مشکلات شهری از جمله: آلودگی شهرها، سروصدا، ترافیک، تراکم و بی تحرکی محسوب می‌شود. خیابان‌های قابل پیاده‌رو باعث افزایش فعالیت فیزیکی و در عین حال باعث بهبود سلامت روحی و جسمانی می‌شوند (Chiang and Lei, 2016:2; L. D. Frank et al., 2005:117). مطالعات در ادبیات سلامت نشان می‌دهند که رابطه نزدیکی بین محیط و فعالیت‌های فیزیکی از جمله پیاده‌روی وجود دارد. به‌عنوان مثال، چاقی که به‌عنوان یک تهدید مهم برای سلامت در دهه‌های اخیر رواج داشته با طراحی محیط ساخته

جدول ۸: وضعیت قابلیت پیاده‌روی در محلات نمونه

گویه	به اندازه کافی وجود دارد (۳کد)	کم است (۲کد)	وجود ندارد (۱کد)	میانگین آزمون	میانگین موجود
روشنایی معابر	۱۱۸	۲۰۱	۶۳	۲	۲/۱۴
رمپ	۶	۱۸	۳۵۸	۲	۱/۰۸
نیمکت	۰	۱۰	۳۷۲	۲	۱/۰۳
سطل زباله	۴۷	۱۰۷	۲۲۸	۲	۱/۵۳
امکانات برای معلولین و نابینایان	۰	۸	۳۷۴	۲	۱/۰۲
گویه	خیلی زیاد وجود دارد	کم است	وجود ندارد	میانگین آزمون	میانگین موجود
اداره و مؤسسات	۱۴	۵۳	۳۱۵	۲	۱/۲۱
فعالیت‌های تجاری	۱۸	۳۹	۳۲۵	۲	۱/۲
گویه	در دو طرف خیابان	یک طرف خیابان	وجود ندارد	میانگین آزمون	میانگین موجود
تعداد پیاده‌رو در خیابان	۶۰	۲۳	۲۹۹	۲	۱/۳۷
گویه	کاملاً دید دارد	متوسط	دید ندارد	میانگین آزمون	میانگین موجود
قابلیت دیده شدن معابر	۵۶	۱۰۵	۲۲۱	۲	۱/۵۷
گویه	هموار	ملازم	تند	میانگین آزمون	میانگین موجود
شیب	۳۱۴	۵۴	۱۴	۲	۲/۸
گویه	زیبا	متوسط	زشت	میانگین آزمون	میانگین موجود
زیبایی معابر	۷	۱۰۰	۲۷۵	۲	۱/۳
گویه	تمیز	متوسط	کثیف	میانگین آزمون	میانگین موجود
تمیزی معابر	۳۴	۱۹۱	۱۵۷	۲	۱/۷
گویه	مطلوب	متوسط	نامطلوب	میانگین آزمون	میانگین موجود
کیفیت کف پوش پیاده‌رو	۱۵	۵۳	۳۱۴	۲	۱/۲۲

پیاده‌روی وجود دارد. طبق نتایج، محلات ۱۲، ۲-۹، ۴-۱، ۱۰-۳، ۳-۱ و ۱۱-۱ دارای کمترین قابلیت پیاده‌روی و محلات ۳-۸، ۴-۷ و ۲-۲ دارای بیشترین قابلیت پیاده‌روی هستند. نتایج تحلیل درون‌بایی نیز

برای بررسی وضعیت قابلیت پیاده‌روی در محلات مختلف شهر بجنورد، از آزمون آنوا و تحلیل درون‌بایی استفاده شده است. نتایج آزمون آنوا نشان می‌دهد که تفاوت معناداری میان محلات مختلف و قابلیت

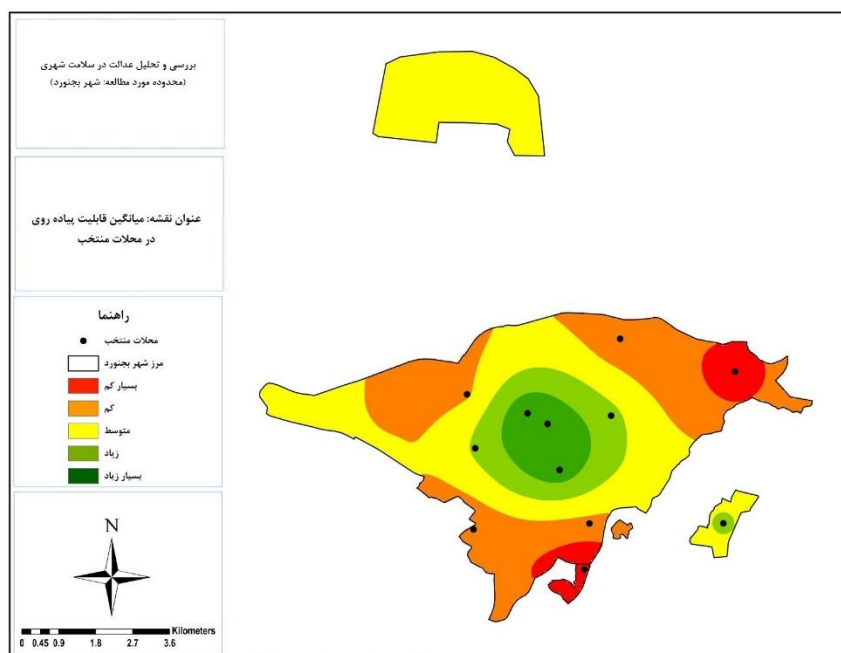
نشان می‌دهد که با فاصله از مرکز شهر، میزان قابلیت پیاده‌روی کاهش می‌یابد، به‌طوریکه پایین‌ترین میزان قابلیت پیاده‌روی در حاشیه‌های شهر مشاهده می‌شود.

جدول ۹: آزمون آنوا برای رابطه قابلیت پیاده‌روی و محل زندگی

سطح معناداری	آماره F	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	آزمون آنوا
۰/۰۰۰	۸/۲۷	۱۳۲/۰۵	۱۴۵۲/۸	تفاوت بین‌گروهی
		۱۵/۹	۵۹۰۶/۷	تفاوت میان‌گروهی

جدول ۱۰: میانگین قابلیت پیاده‌روی در محلات مختلف

محل	میانگین قابلیت پیاده‌روی	محل	میانگین قابلیت پیاده‌روی
1-4	۳۹/۴۸	7-4	۴۱/۶
2-2	۴۰/۲۳	8-3	۴۲/۱۵
3-3	۳۷/۳۹	9-2	۳۵/۶۸
4-1	۳۶/۶	10-1	۳۷/۰۸
5-2	۳۹/۴	11-1	۳۷/۶
6-1	۳۹/۷	12	۳۵



نقشه ۵: تحلیل درونیابی قابلیت پیاده‌روی معابر در شهر بجنورد
(منبع: اطلاعات جمع‌آوری شده از پیمایش، ۱۳۹۷)

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

سلامت شهری تنها به معنای نبود بیماری در شهر نیست، بلکه سلامت شهری به معنای تندرستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی همه ساکنان شهر و همچنین محیط فیزیکی و فضای اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی سالم در شهر است. با توجه به این

تعریف، برنامه‌ریزی سلامت شهری عبارت است از فرآیندی آگاهانه برای تأمین سلامت و تندرستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی همه ساکنان شهر از طریق تعیین سیاست‌ها و قوانین سلامت محور، نظام کارا و اثربخش سلامت شهری، بهبود عوامل تعیین‌کننده اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و محیط فیزیکی شهر.

وضعیت دسترسی ساکنان در محله‌های مختلف به شاخص‌های بهداشتی-درمانی بررسی شد. طبق نتایج، ساکنان شهر بجنورد در محله‌های حاشیه به‌ویژه در شرق و غرب شهر بجنورد دسترسی بسیار کمی به این شاخص‌ها دارند. در بُعد محیط فیزیکی، متغیر قابلیت پیاده‌روی بررسی شد. طبق نتایج پیمایشی، فقط خیابان‌های اصلی در مرکز شهر بجنورد وضعیت قابلیت پیاده‌روی مناسب را دارند و بقیه خیابان‌ها به ویژه در حاشیه‌های شهر بجنورد وضعیت بسیار نامناسبی دارند. در بُعد اجتماعی، میزان احساس امنیت اجتماعی در محلات مختلف بررسی شد. طبق نتایج، محلات مرکزی از احساس امنیت بالا و محلات حاشیه شهر از احساس امنیت پایین برخوردارند. در نهایت در بُعد اقتصادی، متغیر درآمد مورد بررسی قرار گرفت. طبق نتایج، بیشتر مردم شهر بجنورد از درآمد پایینی برخوردارند و نسبت درآمد آنها به هزینه‌ها بسیار پایین است. طبق نتایج آزمون آنوا، میزان درآمد در مناطق حاشیه‌ای شهر بسیار پایین‌تر از مناطق مرکزی است. به‌طور کلی می‌توان گفت: با فاصله گرفتن از مرکز شهر، دسترسی به عوامل تعیین‌کننده عدالت در سلامت سخت‌تر می‌شود. این موضوع در محله‌های حاشیه‌ای به ویژه در غرب، شرق، جنوب و شمال به بیشترین حد می‌رسد.

این تعاریف نشان می‌دهد که تأمین سلامت شهروندان موضوعی نیست که بتوان آن را از طریق برنامه‌ریزی و اقدامات بخشی به‌دست آورد. تأمین سلامت شهروندان، نیازمند برنامه‌ریزی بلندمدت، بین‌بخشی و یکپارچه می‌باشد که همه افراد و سازمان‌ها باید برای آن تلاش کنند؛ بنابراین برای دستیابی به عدالت در سلامت شهری، تنها بررسی توزیع فضایی خدمات درمانی در شهر کفایت نمی‌کند؛ چراکه عدالت در سلامت به معنای نبود تفاوت‌های سیستماتیک در یک یا چند جنبه از وضعیت سلامت مردم یا گروه‌های جمعیتی از نظر اجتماعی، اقتصادی و محیط فیزیکی است. موضوع عدالت در سلامت بیش از پیش در شهرها اهمیت یافته است و در سال‌های اخیر در مجامع بین‌المللی و پژوهش‌های مختلف به موضوع عدالت در سلامت شهری پرداخته می‌شود. با توجه به اهمیت این موضوع، در این پژوهش سعی شد تا عدالت در سلامت شهری در شهر بجنورد بررسی شود. با درک پیچیده بودن موضوع سلامت، در این پژوهش، ابعاد و متغیرهای مختلف عدالت در سلامت شهری شامل نظام سلامت شهری، عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیط فیزیکی در شهر بجنورد بررسی شدند. نتایج این بررسی نشان داد که ساکنان شهر بجنورد دسترسی عادلانه به هیچ یک از عوامل تعیین‌کننده سلامت شهری ندارند. در بُعد نظام سلامت شهری،

منابع

۱. احمدی، محمد و همکاران. ۱۳۹۳. بررسی میزان رضایتمندی شهروندان از سازمان زیباسازی و عوامل مؤثر بر آن برای بهبود منظر شهری. مطالعه موردی: منطقه ۶ کلانشهر تهران. مجله آمایش جغرافیایی فضا. شماره دوازدهم. صص ۳۷-۱۹.
۲. اداره کل سلامت شهری شهرداری تهران. ۱۳۹۵. اولین تجربه مداخلات طرح سنجش عدالت در سلامت شهری در شهر تهران. نشر کتاب جمهور. تهران.
۳. اداره کل سلامت شهری شهرداری تهران. ۱۳۹۵. برنامه و نظام‌نامه سلامت شهرداری تهران. انتشارات طب و جامعه. تهران.
۴. بارتون، هوگ. ۱۳۸۱. جایگاه سلامتی در شهرسازی. ترجمه محمد تقی‌زاده مطلق، جستارهای شهرسازی، شماره ۳، صفحات ۲۷-۳۷.
۵. بهرامی، رحمت‌اله. ۱۳۹۴. تحلیلی بر میزان توسعه‌یافتگی بخش بهداشتی و درمانی شهرستان‌های استان کردستان با استفاده از روش تاپسیس خطی. فصلنامه اطلاعات جغرافیایی. شماره ۹۶. صص ۴۹-۳۹.
۶. ترکمن‌نژاد، شریف و همکاران. ۱۳۹۳. ارزیابی شاخص‌های عدالت در سلامت در ایران. مدیریت بهداشت و درمان. شماره ۴. صص ۳۱-۲۱.
۷. دانشگاه علوم پزشکی استان خراسان شمالی. ۱۳۹۷. معاونت بهداشت و درمان. بجنورد.

۸. رضاپور، عزیز و همکاران. ۱۳۹۵. نابرابری در مخارج سلامت و اثرات فقرزایی ناشی از آن در جمعیت شهری کرمان. مجله سلامت و بهداشت، سال هفتم، شماره ۲، ویژه نامه بهار ۱۳۹۵، صفحات ۱۴۶-۱۵۷.
۹. زیاری، کرامت‌آله و همکاران. ۱۳۹۴. سنجش میزان کیفیت زندگی در شهرهای جدید، مطالعه موردی شهر جدید بینالود. مجله آمایش جغرافیایی فضا. شماره شانزدهم. صص ۳۷-۱۹.
۱۰. شبیریان، فهیمه. ۱۳۹۱. تحلیل فضایی بیماری‌های زنان در شهر تهران با تأکید بر برنامه‌ریزی سلامت شهری. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه پیام نور تهران
۱۱. شمسی‌پور، علی‌اکبر. ۱۳۹۶. تحلیل توزیع فضایی خدمات عمومی از نظر رویکرد عدالت اجتماعی (مطالعه موردی: شهر بجنورد). پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد. رشته جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری. دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیروان.
۱۲. عباسی، محمود؛ زمانی، مهدی؛ گنج‌بخش، مجید. ۱۳۸۸. عدالت در سلامت و جایگاه آن در اخلاق پزشکی. فصلنامه اخلاق پزشکی، سال سوم، شماره‌دهم، صص ۳۳-۱.
۱۳. علوی، سیدعلی و همکاران. ۱۳۹۷. سنجش شاخص‌های ذهنی کیفیت زندگی با رویکرد شهر سالم؛ مطالعه موردی: شهر بهبهان. مجله آمایش جغرافیایی فضا. شماره بیست و هشتم. صص ۱۸-۱.
۱۴. فرشاد، علی‌اصغر. ۱۳۸۸. عدالت در سلامت. فصلنامه سلامت کار ایران. دوره ۶، شماره ۱، صص ۵-۱.
۱۵. کلروزی، زهره. ۱۳۹۵. سنجش تفاوت‌های فضایی مؤلفه‌های اجتماعی-اقتصادی و کالبدی سلامت شهری در کلانشهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد. استاد راهنما: اسماعیل علی‌اکبری. دانشگاه پیام نور مرکز تهران جنوب.
۱۶. گل‌پیر، عبدالله. ۱۳۹۶. جایگاه سلامت شهری در قوانین. قابل دسترسی از طریق سایت: <http://www.evazfardlawyer.ir/index.php?ToDo=ShowArticles&AID=50230>
۱۷. محمدیگی، ابولفضل و همکاران. ۱۳۹۲. نابرابری در سلامت: شاخص‌های اندازه‌گیری و کاربرد آنها در داده‌های طرح بهره‌مندی از خدمات سلامت. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران. شماره ۲. صفحه ۱۴-۱.
۱۸. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت ایران. ۱۳۸۹. مطالعه شاخص‌های چندگانه سلامت در جمهوری اسلامی ایران. تهران
۱۹. نظامی، آرش و همکاران. ۱۳۹۷. رتبه‌بندی و مقیاس شهرستان‌های استان لرستان در بخش بهداشت و خدمات بهداشتی با استفاده از روش Topsis. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان. شماره ۲. صص ۳۱-۲۲.
۲۰. نییمی، کیومرث و بابائی اقدم، فریدون. ۱۳۹۶. شهر و عدالت فضایی؛ تحلیلی بر پراکنش خدمات عمومی شهری در نواحی بیست و دوگانه شهر سنندج. مجله آمایش جغرافیایی فضا. شماره بیست و سوم. صص ۱۸۶-۱۷۳.
۲۱. نقیبه مفرد، حسام. ۱۳۸۹. حکمرانی خوب و ارتقاء سلامت شهری. همایش ملی سلامت شهری سال ۱۳۸۹ (حکمرانی و سلامت شهری). جلد چهارم. انتشارات جامعه شناسان. تهران.
۲۲. وارثی، حمیدرضا و همکاران. ۱۳۹۴. تحلیل فضایی برخورداری شهرستان‌های استان فارس از شاخص‌های بهداشتی درمانی با استفاده از تکنیک‌های برنامه‌ریزی منطقه‌ای. فصلنامه جغرافیا و مطالعات محیطی. شماره شانزدهم. صص ۱۱۷-۱۰۵.
۲۳. هادیان، محمد؛ قربانی، علیرضا؛ قیاسوند، حسام؛ نقدی، سیران. ۱۳۹۲. نابرابری در هزینه‌های سلامت و خوراک، مطالعه خانوارهای شهری و روستایی ایران. مجله دانشکده علوم پزشکی سبزوار، دوره بیستم، شماره ۴، صفحات ۴۴۶-۴۳۵.
24. Archer, Peter. Murie, Alan, Turkington, Richard and Watson, Christopher. 2016. Good Housing, (July), 28. Retrieved from <https://www.multicomfort.co.uk/media/1106/good-housing-better-health-full-report.pdf>
25. Benzeval, Michaela. Judge, Len, and Whitehead, Margaret. 1995. Tackling inequalities in health: An agenda for action. London: King's Fund Centre.
26. Buekers, Jurgen. Dons, Evi, Elen, Bart and Panis, Luc Int. 2015. Health impact model for modal shift from car use to cycling or walking in Flanders: Application to two bicycle highways. Journal of Transport and Health, 2(4): 549-562. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2015.08.003>

- with Objectively Measured Urban Form: Findings from SMARTRAQ.” *American Journal of Preventive Medicine* 28(2 SUPPL. 2): 117–25.
36. Galobardes, Bruna. et al 2006. Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(1), 7–12. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.023531>
37. Gontijo, Daniela Tavares. 2010. “Social Determinants of Health: Perspective for Understanding the Relationship between Processes of Social Exclusion and Equity in Health.”
38. Grant, Marcus. 2015. “European Healthy City Network Phase V: Patterns Emerging for Healthy Urban Planning.” *Health Promotion International* 30(June): i54–70.
39. Guarino, Kia., Voorman, Arend., Gasteen, Maxime., Stewart, Donte., & Wenger, Jay. 2017. Violence, insecurity, and the risk of polio: A systematic analysis. *PLoS ONE*, 12(10): 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185577>.
40. Gupta, Hari Shanker., & Baghel, Anand. 1999. Infant mortality in the Indian slums: Case studies of Calcutta Metropolis and Raipur City. *International Journal of Population Geography*, 5(5): 353–366. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1220\(199909/10\)5:5<353::AID-IJPG156>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1220(199909/10)5:5<353::AID-IJPG156>3.0.CO;2-P)
41. Hahn, R.A., Truman, B.A. and Williams, D.R. 2018. Civil rights as determinants of public health and racial and ethnic health equity: Health care, education, employment, and housing in the United States. *SSM - Population Health*, 4(October 2017), 17–24. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.10.006>
42. Islam, M. Kamrul. Merlo, Juan. Kawachi, Ichiro. Lindström, Martin and Gerdtham, Ulf-G. 2006. Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health*, 5. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-5-3>
43. Kristiansson. Marianne. Sörman, Karolina. Tekwe, Carmen and Lilian, Calderón-Garcidueñas. 2015. “Urban Air
27. Chiang, Yen Cheng, and Han Yu Lei. 2016. “Using Expert Decision-Making to Establish Indicators of Urban Friendliness for Walking Environments: A Multidisciplinary Assessment.” *International Journal of Health Geographics* 15(1): 1–12.
28. Coppel, Gero, and Henry Wüstemann. 2017. “The Impact of Urban Green Space on Health in Berlin, Germany: Empirical Findings and Implications for Urban Planning.” *Landscape and Urban Planning* 167(August): 410–18. <http://dx.doi.org/10.1016/j.landurbplan.2017.06.015>.
29. De Nazelle, Audrey et al. 2011. “Improving Health through Policies That Promote Active Travel: A Review of Evidence to Support Integrated Health Impact Assessment.” *Environment International* 37(4): 766–77. <http://dx.doi.org/10.1016/j.envint.2011.02.003>.
30. Doyal, Lesley. 2000. Gender Equity in Health. *Social Science & Medicine*, 51, 931–939. Retrieved from http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2000/pdf/gender_equity.pdf
31. Eckersley, Richard. 2015. Beyond inequality: Acknowledging the complexity of social determinants of health. *Social Science & Medicine* 147: 121–125.
32. Ewing, Reid. Meakins, Gail. Hamidi, Shima and Nelson, Arthur. 2014. “Relationship between Urban Sprawl and Physical Activity, Obesity, and Morbidity - Update and Refinement.” *Health and Place* 26: 118–26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.12.008>.
33. Farmer, Paul. 1999. “Pathologies of Power: Rethinking Health and Human Rights.” *American Journal of Public Health* 89(10).
34. Feng, Jing et al. 2010. “The Built Environment and Obesity: A Systematic Review of the Epidemiologic Evidence.” *Health and Place* 16(2): 175–90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2009.09.008>.
35. Frank, Lawrence D. et al. 2005. “Linking Objectively Measured Physical Activity

- outlining the foundations for action, 655–658. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.017731>
53. Parikh, Priti et al. 2015. “Infrastructure Provision, Gender, and Poverty in Indian Slums.” *World Development* 66: 468–86. <http://dx.doi.org/10.1016/j.worlddev.2014.09.014>.
54. Rözer, Jesper Jelle, and Beate Volker. 2016. “Does Income Inequality Have Lasting Effects on Health and Trust?” *Social Science and Medicine* 149: 37–45.
55. Rydin, Yvonne. 2012. Healthy cities and planning. *Town Planning Review*, 83:1–6
56. Rydin, Yvonne., et al. 2012. “Shaping Cities for Health: The Complexities of Planning Urban Environments in the 21st Century.” *The Lancet* 379(Special Issue): 2079–2108.
57. Sarkar, Chinmoy. Gallacher, Jhon and Webster, Chris. 2014b. Urban built environment configuration and psychological distress in later life: cross-sectional results from the Caerphilly Prospective Study (CaPS). *Healthy Cities. Public Health through Urban Planning*, 255–276.
58. Sarkar, Chinmoy. Webster, Chris and Gallacher, Jhon. 2014a. *Healthy Cities: Public Health through Urban Planning*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing. <http://www.elgaronline.com/view/9781781955710.xml>.
59. Solar, Orielle, and Alec Irwin. 2010. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva.
60. Srinivasan, Shobha. O’Fallon, Liam and Dearry, Allen. 2003. “Creating Healthy Communities, Health Homes, Healthy People: Initiating a Research Agenda on the Built Environment and Public Health.” *American journal of public health* 93(9): 1446–50.
61. Starfield, Barbara. 2001. Improving Equity in Health: A Research Agenda. *International Journal of Health Services*, 31(3): 545–566. <https://doi.org/10.2190/DGJ8-4MQW-UP9J-LQC1>
62. The Marmot Review Team. 2010. *Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010*. London.
63. UN Office of the High Commissioner for Pollution, Poverty, Violence and Health - Neurological and Immunological Aspects as Mediating Factors.” *Environmental Research* 140: 511–13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.envres.2015.05.013>.
44. Krug, E.G et al (Eds.) *World report on violence and health*. Geneva (ISBN 92 4 154561 5). Geneva: World Health Organization (WHO). http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/
45. Levesque, Annabel and Li, Han. Z. 2014. The Relationship Between Culture, Health Conceptions, and Health Practices: A Qualitative–Quantitative Approach. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 45(4): 628–645.
46. Maas, Jolando et al. 2006. “Green Space, Urbanity, and Health: How Strong Is the Relation?” *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(7): 587–92.
47. Macintyre, Sally et al. 2003. “What Features of the Home and the Area Might Help to Explain Observed Relationships between Housing Tenure and Health? Evidence from the West of Scotland.” *Health and Place* 9(3): 207–18.
48. Menatti, Laura, and Antonio Casado Da Rocha. 2016. “Landscape and Health: Connecting Psychology, Aesthetics, and Philosophy through the Concept of Affordance.” *Frontiers in Psychology* 7(MAY): 1–17.
49. Mohnen, Sigrid. Groenewegen, Peter. Völker, Beate and Flap, Henk. 2011. “Neighborhood Social Capital and Individual Health.” *Social Science and Medicine* 72(5): 660–67. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.12.004>.
50. Morgan, Antony., and B. J. a. Haglund. 2009. “Social Capital Does Matter for Adolescent Health: Evidence from the English HBSC Study.” *Health Promotion International* 24(4): 363–72. <https://academic.oup.com/heapro/article-lookup/doi/10.1093/heapro/dap028>.
51. Mueller, Natalie et al. 2016. “Urban and Transport Planning Related Exposures and Mortality: A Health Impact Assessment for Cities.” *Environmental Health Perspectives* 125(June): 1–36.
52. Oliver, Adam., and Mossialos, Elias. 2004. *Equity of access to health care:*

- abstracts/governance-for-health-in-the-21st-century
69. WHO. 2005. Human Rights, Health and Poverty Reduction Strategies, Issue No 5, World Health Organization.
 70. WHO. 2010. Environment and health risks: a review of the influence and effects of social inequalities. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/publications/2010/environment-and-health-risks-a-review-of-the-influence-and-effects-of-social-inequalities>
 71. WHO. 2016. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals, WHO Press: Switzerland
 72. Wiik, Thomas Kjendseth. 2014. "Social Exclusion, Urban Poverty and the Vulnerability to Forced Evictions."
 73. World Health Organization and United Nations .2010. Hidden cities: Unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Available at: http://www.who.int/kobe_centre/publications/hidden_cities2010/en/
 - Human Rights (OHCHR), Human Rights, Health and Poverty Reduction Strategies, December 2008, Issue No 5, available at: <http://www.refworld.org/docid/49fac0372.html> [accessed 31 July 2018]
 64. UNDP. 2005. Human Development Report 2005. New York.
 65. Uslu, A., Kiper, T. and Baris, M.E. 2009. "Public Health—urban Landscaping Relationship and User's Perceptions." *Biotechnology and Biotechnological Equipment* 23(3): 1399–1408.
 66. Ward, Paul. R. 2009. The relevance of equity in health care for primary care: Creating and sustaining a "fair go, for a fair innings." *Quality in Primary Care*, 17(1): 49–54.
 67. WHO Centre for Health Development. 2010. Urban Health Equity Assessment and Response Tool. Kobe. Available at: www.who.or.jp/urbanheart
 68. WHO Regional Office for Europe. 2012. Governance for health in the 21st century. Available at: <http://www.euro.who.int/en/publications/>

