

تأثیر کیفیت محیطی محلات مسکونی بر سلامت ساکنان در شهر کرمان

سعیده گروسی^۱، محمد شمس‌الدینی^۲

چکیده:

سلامت به وضوح تابعی از شرایط اقتصادی، اجتماعی و جغرافیایی است. در این میان کیفیت محله‌ی سکونت افراد چه از بعد اجتماعی و چه از بعد فیزیکی از تعیین‌کننده‌های مهم سلامت محسوب می‌شود. امروزه علم پزشکی هم بر نقش بی‌چون و چرای نیروهای اجتماعی در تعیین الگوهای بیماری رایج در هر جامعه و ساختاردهی به آن تأکید می‌ورزد. اعتقاد بر آن است که هر گونه مداخله‌ی موفق به منظور ارتقای سطح سلامتی و بهداشت بدون شناخت محیط اجتماعی و مکانی امکان‌ناپذیر است. این تحقیق با هدف شناسایی تأثیر کیفیت زندگی محله‌ای بر سلامت عمومی ساکنان انجام شده است. تحقیق حاضر از نوع توصیفی و تحلیلی می‌باشد. جامعه‌ی آماری کلیدی ساکنان محلات شهر کرمان می‌باشند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بین آنها نمونه‌ای ۳۵۰ نفری انتخاب شد و ابزار پژوهش پرسشنامه بود. نتایج نشان داد که آنچه که در یک محله می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ی سطح سلامت ساکنان باشد به ترتیب عبارت است از: مخاطرات شهری، دسترسی به امکانات و تسهیلات شهری، وجود تعاملات و رویارویی‌های اجتماعی و مسئولیت‌پذیری در قبال محله و ساکنان.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی محیطی، محله، سلامت، شهر کرمان

sgarousi@uk.ac.ir

^۱- دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه شهید باهنر کرمان (نویسنده مسئول)

mohamad.shams63@yahoo.com

^۲- کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه شهید باهنر کرمان

مقدمه و بیان مسأله

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت فقط به معنای فقدان بیماری نیست بلکه در بردارنده‌ی جنبه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی می‌باشد. چنین تعریفی از سلامت محققان حوزه‌های مختلف علم را وامی‌دارد تا به مطالعه‌ی عوامل مخلّ سلامت بپردازند. محیط زندگی بشر در جوامع پیچیده‌ی امروزی از جنبه‌های فیزیکی، اجتماعی، اقتصادی و روانی می‌تواند سلامت را به چالش بکشد. مدل بوم‌شناختی اجتماعی³ که جایگاه مهمی در توسعه و بهبود سلامتی و بهداشت دارد، بر تأثیر پدیده‌های فیزیکی و اجتماعی بر سلامت تأکید می‌ورزد. البته ویژگی‌های شخصی همواره به عنوان عامل تعدیل‌کننده این تأثیرات در نظر گرفته می‌شوند. (استوکولس، ۱۹۹۲). تأکید بر اینکه بهزیستی روانی، اجتماعی و فیزیکی نتیجه‌ی کنش متقابل انسانها با محیط فیزیکی و اجتماعی - فرهنگی‌شان است، منطق زیربنایی شناخت و درک پیوندهای بین ویژگی‌های محیط محله و سطح سلامت را فراهم می‌نماید. (سالیس و همکاران، ۱۹۹۸). در سالهای اخیر محیط محله به طور روزافزونی به عنوان یکی از عوامل مهم مؤثر بر سلامت مورد توجه واقع شده است (کاواچی و برکمن، ۲۰۰۳).

بر اساس مدل بوم‌شناسی اجتماعی محله را می‌توان از دو بعد فیزیکی شامل ویژگی‌هایی مانند تراکم جمعیت، کاربری اراضی، فضای سبز موجود و بعد اجتماعی با ویژگی‌هایی مانند میزان و نوع جرایم روی داده، سطح اعتماد و نوع روابط اجتماعی موجود در محله‌ی مورد مطالعه و ارزیابی دانست. معمولاً بخش عمده‌ای از این ویژگی‌ها در سطح ادراک فردی از تجربه‌ی زندگی در محله مورد بررسی قرار می‌گیرد. شواهد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد سطح سلامت ساکنان محلات با ادراک ایشان از محیط محله ارتباط دارد. لسلی و سرین (۲۰۰۸) نشان داده‌اند که چگونه ادراک ساکنان محله از محیط فیزیکی محله بر سطح رضایت ایشان تأثیر می‌گذارد. از سوی دیگر به این واقعیت دست یافته‌اند که اعتماد ساکنان محله به یکدیگر به عنوان یک ویژگی اجتماعی محله بر سطح سلامت روان ساکنان محله تأثیر می‌گذارد. پورتینگا و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهش خود

³ - Social ecology

به این نتیجه رسیدند که ادراک افراد از ویژگی‌های فیزیکی محله با سلامت عمومی ایشان رابطه دارد. تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که محیط فیزیکی محله تأثیر فزاینده و بالقوه‌ای بر رفتار سلامتی افراد دارد (جونز، ۲۰۰۷). اکثر تحقیقاتی که در حوزه‌ی ویژگی‌های اجتماعی محله انجام شده است، بر خصایصی همچون حمایت اجتماعی، سرمایه‌ی اجتماعی و انسجام اجتماعی تأکید نموده‌اند. از سوی دیگر عمدتاً تأثیر جو اجتماعی محله‌ی مسکونی بر سلامت روان ساکنان محله مورد توجه قرار گرفته است (آلمدوم، ۲۰۰۵). کسانی که در محلاتی زندگی کرده‌اند که سطح بالایی از کنش متقابل اجتماعی، حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی را تجربه نموده‌اند معمولاً سطح سلامت بالاتری را گزارش نموده‌اند (آلمدوم، ۲۰۰۵؛ کروگر و همکاران، ۲۰۰۷؛ لسلی و سرین، ۲۰۰۸).

در تحقیقات مربوط به تأثیرات محیط بر سلامت افراد معمولاً از استرسورهای محیطی^۴ نام برده می‌شود. این استرسورها عبارتند از عوامل محیطی که در عین حالی که قابل مشاهده‌اند اما مورد توجه قرار نمی‌گیرند به صورت مزمن وجود دارند؛ دارای بار منفی هستند؛ چندان فوری به نظر نمی‌رسند؛ ظاهراً غیر قابل کنترلند و یک فرد قادر نیست آنها را به صورت ساختاری تغییر دهد. (مقاله g) در یک محله گاهی اوقات استرسورهای متعددی که از منابع متعدد یا از منبع واحد (مثلاً ترافیک) ظهور می‌یابند.

این عوامل می‌توانند رفتار و سلامت را نه تنها به شکل فیزیکی بلکه از طریق معنای ذهنی و شناختی تحت تأثیر قرار دهند. ارزیابی منفی افراد از عوامل محیطی ممکن است به تغییراتی در وضعیت احساسی و کارکردهای شناختی و رفتاری منجر شود. بر این اساس سؤال اصلی تحقیق شکل گرفته است که آیا کیفیت محیطی محله چه از بعد فیزیکی و چه از بعد اجتماعی، می‌تواند سطح سلامت ساکنان محلات شهر کرمان را تحت تأثیر قرار دهد؟ اهداف این پژوهش عبارتند از:

- تعیین تأثیر بعد فیزیکی کیفیت محیطی محله بر سطح سلامت ساکنان

⁴ - Ambient Stressors

- تعیین تأثیر بعد اجتماعی کیفیت محیطی محله بر سطح سلامت ساکنان

چارچوب نظری

سلامتی یکی از ارکان اساسی سنجش سطح توسعه‌ی جوامع می‌باشد بنابراین توجه به آن و کمک به ارتقا و بهبود شاخص سلامتی در جامعه از اهمیت زیادی در جوامع برخوردار است. شناسایی عوامل مؤثر و مرتبط با سلامتی و به عبارتی تعیین‌کننده‌های سلامت مهم تلقی می‌شود. سلامت تحت تأثیر عوامل متعددی است و عوامل مؤثر مثبت و منفی گوناگونی برای سلامت ذکر شده است. برخورداری از خوراک و پوشاک، شرایط محیطی مناسب، امنیت و آموزش، برخورداری از هنجارها در مراحل مختلف زندگی متناسب با شرایط و در ابعادی گسترده‌تر، مشارکت در فعالیتهای اجتماعی نیز از ملزومات سلامت انگاشته شده‌اند. در مجموع توجه به ابعاد مختلف روحی، عاطفی، حرفه‌ای، سیاسی، فلسفی؛ فرهنگی، اقتصادی، زیست‌محیطی، تغذیه‌ای، آموزشی و ابعاد دیگری که به فراخور شرایط تغییر می‌کنند نیز در نیل به سلامتی لازم هستند. (پرویزی و همکاران، ۱۳۸۲: ۲۵۲) چگونگی ویژگی‌های محیط زندگی افراد در شهرهای امروزی و کیفیت زندگی محیطی در محلات شهری یکی از تعیین‌کننده‌های اساسی سلامت محسوب می‌شود. امروزه علم پزشکی هم بر نقش بی‌چون و چرای نیروهای اجتماعی در تعیین الگوهای بیماری رایج در هر جامعه و ساختاردهی به آن تأکید می‌ورزد. اعتقاد بر آن است که هر گونه مداخله‌ی موفق به منظور ارتقای سطح سلامتی و بهداشت، بدون شناخت محیط اجتماعی و مکانی امکان‌ناپذیر است (لینک و فلان، ۱۹۹۶).

نقش مکان در تعیین سلامت ساکنان

مکتب شیکاگو سنت دیرینه در جامعه‌شناسی شهری قلمداد می‌شود. هر چند این مکتب عناصر مهمی را برای تحلیل مسائل اجتماعی شهر در اختیار جامعه‌شناسان قرار داد اما می‌توان به روشنی نادیده گرفتن مفاهیم مهمی مانند جنسیت و سلامت را در این مکتب دید. در مقابل مکتب لس آنجلس به طرح ایده‌های جدید و نگاه به واقعیتهای نوین زندگی شهری می‌پردازد. این پارادایم مکان محور^۵ است و مفاهیم مهمی مانند سلامت را

⁵ - Place – based

عمیقاً مورد توجه قرار داده است (فیتزپاتریک و لاگوری، ۲۰۰۰). در این دیدگاه فضا و مکان نقشی اساسی در سازماندهی زندگی اجتماعی به عهده دارد. مکان عنصر کلیدی در هویت‌یابی و بروز تجارب زندگی ماست. فضایی که اشغال می‌کنیم دارای معنای اجتماعی خاصی برایمان است که نه تنها می‌گوید ما کیستیم بلکه نحوه‌ی زندگی و مرگ ما را هم تعیین می‌کند. محل سکونت پیامدهای مهمی برای سلامت و رفاه دارد. شیوع و همه‌گیر شدن ریسکهای مربوط به سلامت جسمانی و روانی در کلانشهرها، از طریق شناخت و ارزیابی محل سکونت افراد قابل درک می‌شود. اطلاعات نشان می‌دهد که شرایط زندگی و مرگ در محلات بسیار فقیرنشین آمریکا بیش از آنکه به دیگر قسمتهای یک شهر آمریکایی شبیه باشد، به شرایط موجود در سایر کشورهای فقیر حتی در قاره‌های دیگر شبیه است. یافته‌ها نشان می‌دهد که یکی از چالشهای مهم مراقبتهای بهداشتی عبارت از کنش متقابل بین سلامت و مسائل محیطی و اجتماعی رایج در شهرها است. تغذیه نامناسب، فقر، بیکاری، منازل بی کیفیت، خشونت و فقدان دسترسی به خدمات شهری، رابطه‌ای قوی با چالشهای سلامتی و بهداشت دارد (آندرولیس، ۱۹۹۷). همه‌ی سکونتگاهها سطوح خاصی از عوامل خطر^۶ و احتمال خطر^۷ را در محتوای محیطی، فرهنگی خود دارند (گروه مطالعاتی جامعه سلطنتی، ۱۹۹۲: ۳).

مکانها^۸ محیطهایی هستند که از مؤلفه‌های فیزیکی، فرهنگی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی تشکیل شده‌اند. در این مکانها مجموعه‌ای از احتمال خطر^۷ها که در کنش و واکنش با یکدیگر بر سطح سلامت ساکنان تأثیر می‌گذارند عینیت و ظهور می‌یابند. به طور کلی می‌توان گفت در تحلیل‌های مربوط به سلامتی و عوامل محل آن، محل سکونت اطلاعات بسیار مهم و ارزشمندی را فراهم می‌کند. البته باید در نظر داشت که مکان بسیار فراتر از واحدی است که در آن سلامت جمعیت بررسی و تحلیل می‌شود. مکان واحدی معنادار است نه تنها از آن جهت که مردم آن را برای کنشها و رفتار انتخاب می‌کنند بلکه

^۶ - hazards

^۷ - risks

^۸ - places

از آن جهت که مکان به رفتارها، کنشها و تجربیات شکل می‌دهد. سلامت روانی و جسمی نه تنها محصول چگونگی زیست ماست بلکه نتیجه‌ی این است که دقیقاً در کجا زندگی می‌کنیم.

فضا و مکان علاوه بر اینکه می‌تواند احتمال خطرات سلامتی را افزایش دهد، می‌تواند از طریق مکانیسم‌های اجتماعی شرایط زندگی سالم را ارتقا بخشد. در مکانها، کالاهای، خدمات و انواع حمایت‌های اجتماعی توزیع و مبادله می‌شوند. شدت، نوع و محتوای این مبادلات می‌تواند احتمال خطر مربوط به سلامتی را کاهش دهد؛ بنابراین در یک مکان همیشه شاهد عجین شدن احتمال خطرات مربوط به سلامتی و عوامل حفاظت‌کننده‌ی فرد در برابر این احتمال خطرناک هستیم. احتمال خطرناک همیشه ناشی از تفاوت‌های مادی بین افراد نیست بلکه ناشی از مجموعه‌ای از نابرابری‌هاست که نابرابری اقتصادی فقط یکی از آنها تلقی می‌شود. ویلسون (۱۹۹۶) جنبه‌های متعدد سازمان اجتماعی محله را بر می‌شمارد که عبارتند از: ۱- وجود شبکه‌های اجتماعی و میزان انسجام و قدرت آنها ۲- میزان مسؤولیت‌پذیری ساکنان محله در حل مسائل و مشکلات عمومی ۳- وجود نظارت و مراقبت اجتماعی ساکنان محله و میزان گستردگی و برد آن ۴- میزان مشارکت ساکنان محله در سازمان‌های رسمی و سازمان‌های داوطلبانه‌ای که در محله به وجود آمده‌اند.

به این ترتیب محله‌ای که چهار ویژگی بالا را داشته باشد عملاً از امکانات اجتماعی بسیار قوی برای کاهش عوامل خطر و احتمال خطرات مربوط به سلامتی برخوردار است و در صورت فقدان این ویژگی‌ها در محله، آن محله در برابر خطرات محیطی آسیب‌پذیر است (کلینبرگ، ۲۰۰۲). البته باید این واقعیت را در نظر داشت که ساختار اقتصادی و سیاسی مسلط بر محله تأثیرات سازمان اجتماعی مورد نظر ویلسون را تعدیل می‌کند. تحقیقات اخیر اهمیت سازمان اجتماعی محله و سرمایه‌ی اجتماعی مکانی را در گسترش و توسعه‌ی سطح رفاه مورد تأکید قرار داده‌اند. (گروسی و نقوی، ۱۳۸۶؛ کلینبرگ، ۲۰۰۲؛ میشل و لاگوری، ۲۰۰۲).

در مجموع مکان نیرویی قدرتمند در زندگی و سلامت انسانها محسوب می‌شود. محل سکونت جدا از اینکه عرصه‌ی ظهور و کنش فعالیت‌های انسانی و خطرات مربوط به

سلامتی انسان است، در عمل صحنه‌ای است که نیروهای اجتماعی و فرهنگی موجود در جامعه‌ی بزرگتر، از آن طریق بر فرد و زندگی فردی و اجتماعی وی تأثیر می‌گذارد. اگرچه امروزه مثل گذشته شهرها حصار و برج و بارو ندارند اما هنوز هم محلات شهری هم از نظر فیزیکی و هم از نظر ذهنی دارای مرزهای روشن و مشخصی می‌باشند که آنها را از سایر محلات و نقاط شهری جدا می‌کند. رفاه اجتماعی تحت تأثیر کنش متقابل عوامل محیطی و اجتماعی قرار دارد. این عوامل شامل آب و هوا، توپوگرافی، کیفیت منابع طبیعی و عادات و سبک زندگی است. چهار رویکرد در حوزه‌های مختلف جامعه‌شناسی برای فهم سلامت به عنوان پدیده‌ای اجتماعی قابل شناسایی است: باورهای مربوط به سلامتی، سبک زندگی سلامت‌محور، خطرات و بازدارنده‌ها، مدل منابع روانی - اجتماعی. این مدلها روی هم رفته منابع اجتماعی مهم برای درک تفاوت‌های سلامتی و بهداشت را اینگونه اعلام می‌کند: فرصتهای زندگی، خطرات ناشی از شیوه‌ی کار و زندگی، خرده‌فرهنگها و منابع اجتماعی در دسترس. بوم‌شناسی یک ناحیه می‌تواند به طور مستقیم بر سلامت تأثیر بگذارد. (به علت نحوه‌ی توزیع احتمالات خطر در سطح شهر). همچنین اکولوژی یک ناحیه می‌تواند روی باورها و کنشهای بهداشتی ساکنان، سبک زندگی، دسترسی به منابع بهداشتی و سلامت و دسترسی به شبکه‌های اجتماعی که توانایی حمایت از فرد در برابر آسیبها و موقعیتهای تنش‌زا را دارند تأثیر بگذارد. عوامل بوم‌شناختی همچنین می‌توانند شبکه‌های اجتماعی رسمی و غیر رسمی را شکل دهند. یافته‌ها نشان می‌دهد که این شبکه‌ها می‌توانند به خوبی از فرد در برابر عوامل استرس‌زا و خطرات و احتمال خطرها حمایت کنند.

محله واحد اجتماعی درون شهر تعریف می‌شود که ساکنان آن ممکن است بر حسب خصوصیات ویژه معینی گرد هم آمده باشند. موقعیت اقتصادی از قبیل نوع شغل، شرایط عمومی اجتماعی مانند سطح برخورداری و رفاه اقتصادی و نیز تفاوت‌های فرهنگی و نژادی از جمله خصوصیتی است که ممکن است محلات را از یکدیگر متمایز نماید. مفهوم محله‌ی شهری در برخورد نخست تداعی کننده‌ی حوزه‌ی جغرافیایی پیچیده در

شبکه‌ی فضایی شهر است که در درجه‌ی نخست، دارای کاربری مسکونی و سپس دارای کاربریهای دیگری همچون کاربری اداری، تجاری، خدماتی و مانند آن است. از نظر «مفورد» محله با مرزهای معین و نیز جایگاه هسته‌ای آن در شهر شناخته می‌شود (مافورد، ۱۹۵۴). در ساده‌ترین تعریف محله از خانه‌های مجاور هم در یک فضای جغرافیایی خاص تشکیل می‌شود. محله هم یک واحد فیزیکی و هم یک واحد اجتماعی محسوب می‌شود. (شکویی، ۱۳۸۲) در حوزه‌ی جامعه‌شناسی گاه تأکید بر بعد اجتماعی بسیار قوی‌تر از بعد مکانی و جغرافیایی است چنانکه توسلی (۱۳۸۳) آن را چنین تعریف می‌کند: محله‌ها واحدهای اجتماعی حقیقی هستند که تا حدی به صورت اتفاقی و ناخودآگاه به وجود آمده‌اند و با گذشت زمان شکل و قالب ثابت به خود گرفته و حریم معینی را برای خود تعریف کرده‌اند.

کیفیت محیط زندگی و نقش آن در سلامت

مفهوم کیفیت زندگی ترکیبی از شرایط عینی و ذهنی زندگی را در بر می‌گیرد. جنبه‌ی ذهنی آن به احساس رضایت به طور عام اشاره دارد و جنبه‌ی عینی آن به واقعیت‌های موجود در زندگی انسانها ارجاع می‌یابد. برخی بر این عقیده‌اند که بخشی از جنبه‌ی عینی کیفیت زندگی به ویژگی‌های محیطی و وضعیت محل سکونت فرد مربوط است؛ از این رو کیفیت محیط زندگی را می‌توان جزئی از بعد عینی کیفیت زندگی تلقی کرد.

کیفیت محیط یکی از مفاهیم اساسی در مطالعات شهری است. این مفهوم به محیط پیرامون فرد ارجاع می‌یابد و دارای چند ویژگی است: با ادراک و احساس رضایت فردی در آمیخته است، ابعاد مختلف محیط را با ویژگی‌های مختلف خود در بر می‌گیرد، وزن هر یک از این ابعاد در ادراک فردی یکسان نیست، هر یک از این ابعاد به صورت یک کلیت در نظر گرفته می‌شود و در مجموع کلیت کیفیت محیطی را تشکیل می‌دهند. از مباحث مطرح شده درباره‌ی مؤلفه‌های سازنده‌ی کیفیت محیط چنین نتیجه گرفته می‌شود که مبحث کیفیت محیط، یک مفهوم چندبعدی و سلسله‌مراتبی است. دو نوع شاخص برای سنجش کیفیت محیط قابل تشخیص است: شاخص‌های مشاهده‌ی کارشناسی و شاخص‌های اثرمحور. شاخص‌های مشاهده‌ی کارشناسی بر اساس

ویژگی‌های واقعی محیط، شاخص‌هایی هستند که با روش‌های فیزیکی و از طریق خود انسانها قابل بررسی و اندازه‌گیری هستند. شاخص‌های اثرمحور، واکنش‌های ادراکی و عاطفی برانگیخته شده از شرایط محیط سکونتی هستند. معیار اندازه‌گیری این آثار، سنجش میزان رضایتمندی و یا احساس آزرده‌گی شخص نسبت به شرایط سکونتش است. (حاجی نژاد و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۳۳) صاحب‌نظران مطالعات شهری شاخصهای مختلفی برای سنجش کیفیت محیطی ارائه نموده‌اند. از جمله این صاحب‌نظران می‌توان به جین جاکوبز، کوین لیچ و دوهل ... اشاره کرد که در جدول شماره (۱) خلاصه‌ی نظرات آنها منعکس شده است.

جدول شماره ۱- مؤلفه‌های کیفیت محیط شهری از دیدگاه صاحب‌نظران مطالعات شهری

اتخاذ فعالیتهای مناسب پیش از توجه به نظم بصری محیط؛ استفاده از کاربری مختلط چه به لحاظ نوع استفاده و چه از نظر وجود بناها با سنهای مختلف در یک ناحیه؛ توجه به عنصر خیابان؛ نفوذپذیر بودن بافت که به معنی پیشنهاد استفاده از بلوکهای کوچکتر شهری است؛ اختلاط اجتماعی و انعطاف‌پذیر بودن فضاها	جین جاکوبز ۱۹۶۱
صدا، نور، دود، گرد و غبار، خرده اقلیم، خلوت، فعالیتهای ارزشمند و محیطها، شناسایی محلی، تعامل اجتماعی	اپلیارد و اوکاموتو ۱۹۶۸
بازبودن، راحتی، جذابیت، نگهداری، صدا و ارتباط آنها با ساکنان محله شان	لانسینگ و مارانس ۱۹۶۹
ایمنی از آتش‌سوزی، امنیت پلیس، مدارس با کیفیت خوب، جمع‌آوری قانون‌مند زباله، امنیت منطقه برای بچه‌ها، همسایه‌های مهربان، فاصله‌ی مناسب پیاده‌رو از کلیسا، مراکز نگهداری بچه، ایمنی در برابر صدای خیابان، درختان نزدیک خانه، فاصله‌ی مناسب از دوستان، فاصله‌ی مناسب از خویشاوندان، پارکینگ جلوی خانه	سانوف و ساونی ۱۹۷۲
بلاپای ترافیکی (خطرهای ترافیک)، استرس، صدا و آلودگی، خلوت، قلمرو خانه، همسایگی و ملاقات، شناسایی و دلبستگی	اپلیارد و لینتل ۱۹۷۲
صدا، زیبایی، همسایه‌ها، امنیت، تحرک، آزار و اذیت	کارپ و همکاران ۱۹۷۶
سرزندگی، معنی (حس)، سازگاری، دسترسی، کنترل و نظارت، همچنین دو فوق معیار: فوق معیار کارایی و فوق معیار عدالت	کوین لینچ ۱۹۸۱

پرفسور دوهل ۱۹۸۴	بالابودن سطح بهداشت بر اساس شاخصهای قابل قبول بهداشتی؛ وجود خدمات بهداشتی مفید و دسترس‌پذیر برای کلیه ساکنان؛ بالابودن کیفیت کالبدی محیط، مسکن؛ وجود محیطهای سالم؛ وجود محله‌های فعال و معنی‌دار؛ رفع نیازهای اولیه هر شهروند؛ وجود روابط اجتماعی در حد معقول؛ وجود اقتصاد متنوع و خودکفا؛ تنوع فعالیت‌های فرهنگی؛ الگوی متناسب شهرسازی منطبق با ۹ عامل فوق
بتلی ۱۹۸۵	نفوذپذیری، تنوع، خوانایی، انعطاف‌پذیری، سازگاری بصری، غنا، قابلیت شخصی-سازي؛ همچنین در سال ۱۹۹۰ سه معیار، کارایی از نظر مصرف انرژی، پاکیزگی حمایت و پشتیبانی از حیات وحش به آن اضافه کردند تا کاستی‌های معیارهای قبلی را پوشانند.
آلن جیکویز و داندل اپلارد ۱۹۸۷	سرزندگی، هویت و کنترل، دسترسی به فرصتها، تخیل و شادی، اصالت و معنا، زندگی اجتماعی و همگانی، خود آتکایی شهری، محیطی برای همه
مایکل ساوتورث ۱۹۸۹	ساختار، خوانایی، فرم، حس مکان، هویت، دیدها و مناظر، مقیاس انسانی یا پیاده
رومانا سیدیکوی ۲۰۰۳	آلودگی آب، آلودگی هوا، صدا، زیاده، شلوغی و ترافیک

منبع: حاجی نژاد و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۳۴

شاخصهای تعیین شده برای کیفیت زندگی محیط شهری، ارتباط گسست‌ناپذیری با بعد جسمانی و روانی سلامت دارد. شاخصهایی همچون آلودگی آب، هوا، صدا، وجود زیاده، ترافیک، بی‌معنایی زندگی اجتماعی، ویژگی‌های همسایگان و روابط همسایگی و... می‌تواند به صورت مستقیم و غیر مستقیم ابعاد مختلف سلامت را تحت تاثیر قرار دهد. ادراک اعضای یک محله از کیفیت و چگونگی ویژگی‌های محله ممکن است سطح رضایت از زندگی در یک اجتماع محلی را تحت تاثیر قرار دهد و این مسأله به نوبه‌ی خود برخی از جنبه‌های سلامت خصوصاً سلامت روان مثل استرس، اضطراب و افسردگی را متأثر می‌سازد. اگر فرد در محله و محیطی زندگی کند که آن را دوست نداشته باشد و به گونه‌ای احساس رضایت نکند، همیشه یک منبع مستمر و طولانی‌مدت از استرس را در کنار خود دارد که زمینه را برای وارد آمدن فشارهای روانی - اجتماعی وسیعتر و عمیق‌تر فراهم می‌کند (میلر و تاونسندر، ۲۰۰۵). مطالعات نشان داده‌اند که

برخی ویژگی‌های محله با احساس رضایت از محله و سلامت گزارش شده در ارتباطند. این ویژگی‌ها عبارتند از: وجود فضای سبز، دسترسی به محیط آرام، میزان جرایم روی-داده، میزان ترافیک و جنبه‌های مختلف سرمایه‌ی اجتماعی (باولینگ و همکاران، ۲۰۰۶). به نظر می‌رسد وجود فضای سبز در محله و مواجهه‌ی روزانه افراد با طبیعت ارتباط نزدیک و مستقیمی با سلامت دارد (تاکانو و همکاران، ۲۰۰۲). شواهد نشان می‌دهد که وجود جرایم به صورت طولانی‌مدت در یک محله به طور بالقوه می‌تواند افسردگی و اضطراب را در ساکنان محله ایجاد نماید (میروفسکی و رز، ۲۰۰۳). ساکنان محلاتی که دارای ترافیک سنگین هستند در معرض استنشاق هوای آلوده قرار دارند؛ علاوه بر آن در معرض صدمات ناشی از ترافیک قرار دارند مثلاً استرس‌های ناشی از ترافیک می‌تواند و زمینه را برای ظهور افسردگی و اضطراب در افراد فراهم نماید (گی و تاکوچی، ۲۰۰۴). جنبه‌های مختلفی از سرمایه‌ی اجتماعی چه در سطح فردی و چه در سطح جمعی با سلامت در ارتباط است (هاو و شل، ۲۰۰۰). روابط با اعضای خانواده و همسایگان و حضور در شبکه‌های اجتماعی در این میان از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. تحقیقات نشان داده است که محله‌ی سالم با سلامت جسمانی ساکنان محله رابطه دارد و سلامت فیزیکی محله به انضمام اتصالات اجتماعی موجود در محله با سلامت روان اعضای محله رابطه دارد (زیرچ و همکاران، ۲۰۰۵). بر اساس مطالعات پیشین می‌توان نتیجه گرفت که کیفیت فیزیکی و اجتماعی محیط محلی می‌تواند هم به صورت مستقیم سلامت اعضای محله را تحت تأثیر قرار دهد و هم به صورت غیر مستقیم از طریق احساس رضایتی که در افراد ایجاد می‌کند.

روش تحقیق

تحقیق حاضر از نوع توصیفی و تحلیلی است و جامعه‌ی آماری همه‌ی ساکنان محلات شهر کرمان می‌باشند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای نمونه‌ای ۳۵۰ نفره از بین آنها انتخاب شد. در گام اول خوشه‌ها انتخاب شدند سپس تعداد مناطق از روی

نقشه شماره‌گذاری گردید و نهایتاً بلوک‌های انتخابی در هر منطقه مشخص گردید و از میان اعضای هر بلوک، افراد نمونه انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه همراه با مصاحبه بود که به نمونه‌های تحقیق ارائه شد.

ابزار تحقیق

همانطور که اشاره شد در این پژوهش از پرسشنامه‌ای چند قسمتی استفاده شد که اکنون به توضیح جزئیات آن می‌پردازیم.

متغیر وابسته (سلامت عمومی): برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ی ۲۸ سؤالی سلامت عمومی که اولین بار توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) تنظیم گردید، استفاده شد. چهار خرده‌مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را در بر دارد که برای هر مقیاس ۷ گویه در نظر گرفته شده است.

متغیر مستقل عبارت است از کیفیت زندگی محیطی که خود از دو بعد کیفیت فیزیکی و کیفیت اجتماعی تشکیل شده است. شاخصهای جزئی این دو بعد عبارتند از: دسترسی به خدمات (۲۷ گویه)، فقدان ریسک یا مخاطرات شهری (۱۲ گویه)، تعاملات بین فردی در محله (۴ گویه) و مسئولیت‌پذیری (۳ گویه) برای سنجش کیفیت فیزیکی از پرسشنامه مربوط به کیفیت محله مینه سوتا که حاوی ۳۵ گویه است و برای سنجش کیفیت روابط اجتماعی از پرسشنامه‌ی پژوهشگر ساخته بر اساس چارچوب نظری تحقیق استفاده شده است. در ادامه برای مثال دو گویه که هر کدام از متغیرها از طریق آنها عملیاتی می‌شود، در جدول شماره (۲) بیان می‌گردد.

جدول شماره ۲- متغیرهای مستقل و گویه‌های مربوط به هر متغیر

متغیرها	گویه‌ها
دسترسی به خدمات شهری	۱- امکانات حمل و نقل عمومی در محله‌ی ما چندان خوب نیست. ۲- در این محله فضای سبز عمومی (پارک و محوطه‌های سبز و....) وجود ندارد.
فقدان ریسک یا مخاطرات شهری	۱- در این محله به ندرت بوی بدی به مشام می‌رسد. ۲- در این محله افراد معتاد زیادی رفت و آمد می‌کنند.

تعاملات افراد در محله	۱- من با دوستانی که در این محله دارم هر روز فعالیتهای مشترکی (ورزش، پیاده روی، خرید، مهمانی و...) انجام می‌دهیم. ۲- در این محله دوستی دارم که وابسته‌اش باشم.
مسئولیت پذیری	۳- اگر کار فوری و اورژانسی برایم پیش بیاید حتی همسایگانی که نمی‌شناسمشان به کمکم می‌آیند. ۴- اگر مشکل جدی در محله رخ دهد مردم برای حل آن با هم همکاری می‌کنند.

به منظور تعیین اعتبار صوری، پرسشنامه در اختیار تعدادی از صاحب‌نظران قرار گرفت و پس از تصحیحات لازم مورد استفاده قرار گرفت. به منظور تعیین روایی، ضریب همسانی بین گویه‌ها در دو مرحله‌ی مقدماتی و نهایی محاسبه گردید. نتایج مربوط به مرحله‌ی نهایی در جدول شماره (۳) آمده است.

جدول شماره ۳- ضرایب آلفای کرونباخ متغیرهای تحقیق

آلفای کرونباخ	تعداد گویه	متغیرهای مستقل	کیفیت محلی	کیفیت فیزیکی
۰/۸۱	۲۳	دسترسی به خدمات	کیفیت محلی	کیفیت فیزیکی
۰/۷۶	۱۲	فقدان ریسک یا مخاطرات شهری		
۰/۵۵	۴	تعامل بین افراد محله یا روابط اولیه	کیفیت اجتماعی	کیفیت اجتماعی
۰/۵۳	۳	مسئولیت‌پذیری		
۰/۸۳	۷	علائم جسمانی	شاخص‌های سلامت عمومی	
۰/۸۸	۷	اضطراب و بی‌خوابی		
۰/۶۸	۷	اختلال در کارکرد اجتماعی		
۰/۸۷	۷	افسردگی		

روایی شاخص‌های سلامت عمومی به عنوان متغیر وابسته در تحقیق حاضر برای خرده مقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۸۸، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ می‌باشد که این مقدار با نتیجه‌ی روایی در پژوهش تقوی (۱۳۸۰) که برای خرده مقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر ۰/۷۶، ۰/۸۴، ۰/۶۱ و

۰/۸۸ می باشد، قابل مقایسه است.

یافته‌های تحقیق

یافته‌ها نشان داد ۴۹ درصد پاسخگویان زن و ۵۱ درصد مرد می‌باشند. دامنه سنی پاسخگویان بین ۱۸ تا ۸۶ سال می‌باشد. ۷۲/۲ درصد پاسخگویان متأهل و ۲۷/۸ درصد مجرد بوده‌اند. از لحاظ وضعیت اشتغال؛ ۶۴ درصد مشغول به کار، ۲/۳ درصد از کار افتاده، ۱۰/۲ درصد بازنشسته، ۲/۶ درصد دارای درآمد بدون کار (مثل استفاده از سود بانکی، اجاره و غیره) و ۲۰/۸ درصد خانه‌دار هستند.

جدول شماره (۴) نشان می‌دهد که میزان سلامت عمومی پاسخگویان کمی بیش از حد متوسط بوده و دسترسی به خدمات شهری و میزان مسئولیت‌پذیری افراد در محله، تقریباً در حد متوسط می‌باشد. به علاوه، توجه به میانگین و تفاوت حداقل و حداکثر نمرات نشان می‌دهد میزان ریسک یا مخاطرات شهری و تعامل بین افراد در محله کمتر از حد متوسط می‌باشد.

جدول شماره ۴- آماره های توصیفی مربوط به متغیرهای تحقیق

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	واریانس	حداقل نمرات	حداکثر نمرات
نمره حاصل از جی اچ کیو	۸۱/۷۷	۱۳/۷۷	۱۸۹/۶۸	۲۸	۱۱۲
دسترسی به خدمات شهری	۷۰/۶۹	۱۲/۳۷	۱۵۲/۸۹	۲۳	۱۱۵
فقدان ریسک یا مخاطرات شهری	۲۹/۳۸	۶/۹۷	۴۸/۶۲	۱۲	۶۰
تعامل بین افراد در محله	۱۰/۷۵	۳/۲۱	۱۰/۳۲	۴	۲۰
مسئولیت‌پذیری	۹/۹۷	۲/۴۳	۵/۹۲	۳	۱۵

نتایج جدول شماره (۵) نشان می‌دهد بین متغیرهای مستقل با سلامت عمومی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ بیشترین میزان همبستگی بین متغیر دسترسی به خدمات شهری و سلامت عمومی مشاهده شد؛ در واقع هرچه دسترسی به خدمات شهری در محله، بهتر باشد سلامت عمومی افراد در محله بیشتر است.

جدول شماره ۵- ماتریس همبستگی متغیرهای مستقل با سلامت عمومی

متغیرها	سلامت	دسترسی به	ریسک یا	تعامل بین	مسئولیت
---------	-------	-----------	---------	-----------	---------

پذیری	افراد محله	مخاطرات شهری	خدمات شهری	عمومی	
				۱	سلامت عمومی
			۱	*۰/۳۶۰	دسترسی به خدمات شهری
		۱	*۰/۵۳۵	*۰/۳۵۹	فقدان ریسک مخاطرات شهری
	۱	*۰/۳۶۲	*۰/۴۳۲	*۰/۳۱۴	تعامل بین افراد محله
۱	*۰/۳۸۹	*۰/۳۷۹	*۰/۳۰۵	*۰/۲۳۳	مسئولیت پذیری

*-سطح معناداری مساوی یا کوچکتر از ۰,۰۰۱

همچنین نتایج نشان می‌دهد بین درک مثبت افراد از مخاطرات شهری با سلامت عمومی رابطه‌ی مثبت و معناداری برابر با ضریب ۰/۳۵۹ وجود دارد.

بین تعامل افراد در محله با سلامت عمومی پاسخگویان نیز رابطه مثبت و معناداری برابر با ضریب ۰/۳۱۴ وجود دارد؛ هرچه تعاملات افراد در محله بیشتر باشد سلامت عمومی بیشتری دارند.

همچنین بین مسئولیت‌پذیری افراد در محله با سلامت عمومی رابطه مثبت و معناداری برابر با ضریب ۰/۲۳۳ وجود دارد؛ در واقع، هرچه افراد مسئولیت‌پذیری بیشتری نسبت به یکدیگر در محله داشته باشند، سلامت عمومی بیشتری دارند.

آزمون چند متغیره (تحلیل رگرسیون)

در این بخش تأثیر همزمان متغیرهای مستقل را بر روی متغیر وابسته (سلامت عمومی) بررسی می‌کنیم و به این منظور از تحلیل رگرسیون استفاده می‌کنیم که از این طریق میزان تأثیر خالص هر کدام از متغیرهای مستقل بر روی سلامت عمومی مشخص می‌شود. نتایج جدول شماره (۶) نشان می‌دهد از بین متغیرهای مستقل؛ درک مثبت افراد از فقدان ریسک‌ها یا مخاطرات شهری با بتای ۰/۱۹ دارای بیشترین تأثیر بر سلامت عمومی افراد است و پس از آن دسترسی به خدمات شهری (۰/۱۸) و تعامل بین افراد در محله (۰/۱۶) قابل ملاحظه است. کمترین میزان تأثیر مربوط به مسئولیت‌پذیری (۰/۰۵) است.

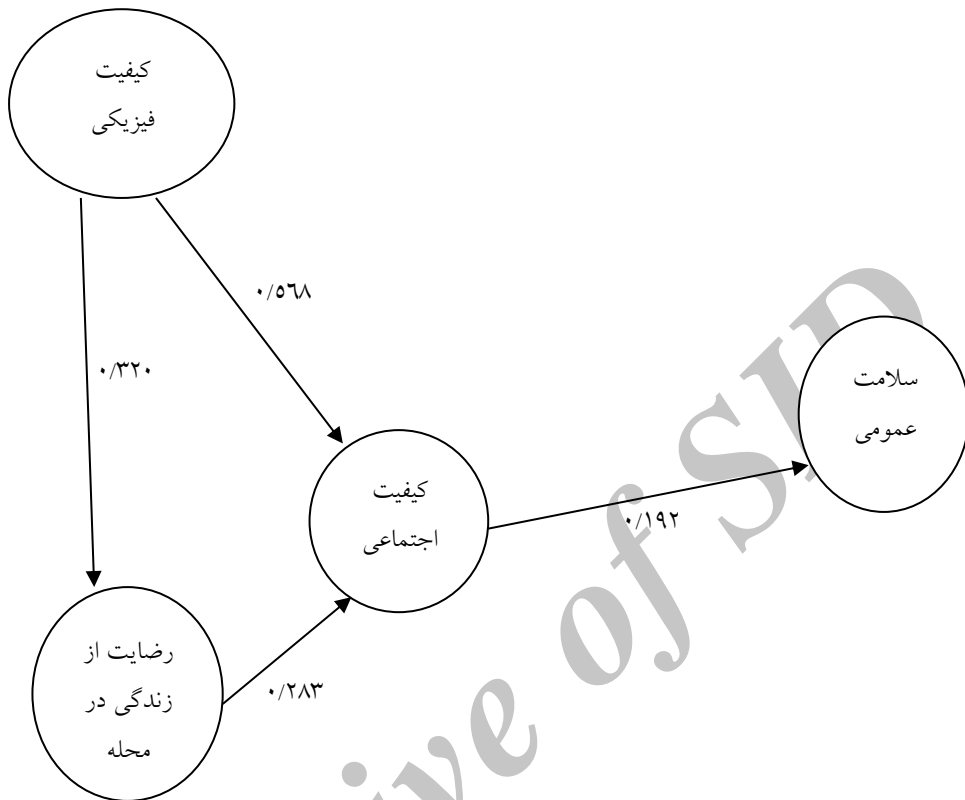
جدول شماره ۶- میزان تأثیرات همزمان متغیرهای مستقل بر سلامت عمومی

Sig	t	ضریب استاندارد		مدل سلامت عمومی
		ضریب استاندارد بتا	ضریب غیر استاندارد انحراف معیار B	
۰/۰۳۸	۲/۰۹۴	۰/۱۸۳	۰/۰۶۲	۰/۱۲۹
۰/۰۳۶	۲/۱۱۹	۰/۱۸۷	۰/۱۰۵	۰/۲۲۲
۰/۰۴۹	۱/۸۸۱	۰/۱۵۵	۰/۲۲۴	۰/۴۲۲
۰/۰۵۶	۰/۵۷۵	۰/۰۴۶	۰/۲۸۸	۰/۱۶۶
			$R^2 = ۰/۱۹$	$R = ۰/۴۴$
Sig F = ۰/۰۰۰				

بعلاوه، نتایج نشان می‌دهد ضریب همبستگی چندگانه (R) و ضریب تعیین به ترتیب معادل ۰/۴۴ و ۰/۱۹ می‌باشد؛ در واقع ۱۹ درصد از تغییرات متغیر وابسته (سلامت عمومی) با یک ترکیب خطی توسط متغیرهای رضایت از زندگی در محله، کیفیت روابط اجتماعی و کیفیت خدمات شهری و محیطی، تبیین شده است.

تحلیل مسیر

به منظور بررسی تأثیر مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل از تحلیل مسیر بهره می‌گیریم. تحلیل مسیر بر اساس فرض ارتباط بین متغیرهای مستقل و وابسته و مفروضات تحلیل رگرسیون چند متغیره مبتنی است. همچنین تحلیل مسیر بر اساس پیش فرض مقدار دوربین واتسون بین ۱/۵ تا ۲/۵ و مقادیر شاخص وضعیت بین ۱۵ تا ۳۰ انجام شد.



همان طور که نمودار شماره (۱) نشان می‌دهد سلامت عمومی متغیر وابسته و متغیرهای کیفیت اجتماعی، کیفیت فیزیکی و رضایت از زندگی در محله به عنوان متغیر مستقل هستند. بر اساس نتایج تحلیل مسیر، تنها کیفیت اجتماعی اثر مستقیم روی سلامت عمومی پاسخگویان دارد. کیفیت فیزیکی و رضایت از زندگی در محله دارای اثر غیر مستقیم می‌باشند.

جدول شماره ۷- نتایج تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر روی سلامت عمومی

اثر کل	اثر غیر مستقیم	اثر مستقیم	متغیر
۰/۰۹	۰/۰۹	-	کیفیت فیزیکی
۰/۱۹	-	۰/۱۹	کیفیت اجتماعی
۰/۰۵	۰/۰۵	-	رضایت از زندگی در محله

نتایج اثر کل در جدول (۷) نشان می‌دهد کیفیت روابط اجتماعی با بیشترین تأثیر برابر با

۰/۱۹ و دارای اثر مستقیم روی سلامت عمومی افراد دارد و رضایت از زندگی با کمترین تاثیر برابر با ۰/۰۵ و دارای اثر غیر مستقیم روی متغیر وابسته (سلامت عمومی) است.

بحث و نتیجه گیری

از آنجا که انسانها ناگزیرند زندگی شهری امروزی را در قالب زندگی در محله‌ها تجربه کنند بنابراین باید چشم به راه پیامدهای مثبت و منفی این شیوه زندگی هم باشند. مطالعات نشان می‌دهد که کیفیت محیطی محله‌های شهری تأثیری بسزا در تعیین چگونگی وضعیت سلامت ساکنان دارد (کاواچی و برکمن، ۲۰۰۳؛ هانولد و همکاران، ۲۰۱۲).

در این پژوهش مشخص شد که افراد مورد مطالعه از نظر سطح سلامت عمومی که شامل سلامت جسمی و روانی می‌باشد در حد متوسطی قرار دارند. پاسخگویانی که درک کلی‌شان از وجود مخاطرات شهری مثل ترافیک، آلودگی، ازدحام و... پایین بوده است، سطح بالاتری از سلامت عمومی را گزارش کرده‌اند. (جدول شماره ۵) این یافته مؤید نتایج تحقیقات قبلی از جمله تحقیق پورتینگا (۲۰۰۷) است؛ در واقع تحقیقات نشان می‌دهد که فقدان یا سطح پایین مخاطرات شهری تا حد زیادی بر سطح سلامت ساکنان شهر تأثیر می‌گذارد (آندرلیز، ۱۹۹۷). علاوه بر این درک افراد از امکانات شهری موجود در محله‌شان مانند مدرسه، فضای سبز، خدمات حمل و نقل رابطه‌ی مثبت و نسبتاً قوی‌ای با سطح سلامت گزارش شده‌شان داشته است. (جدول شماره ۵) تعامل اجتماعی بین افراد و مسئولیت‌پذیری در قبال محله و ساکنانش دو شاخص اصلی بعد اجتماعی کیفیت محیطی محلات شهری تلقی شده‌اند. این تحقیق نشان داد که هر دو شاخص با سلامت عمومی ساکنان محلات رابطه‌ی مثبتی دارد. (جدول شماره ۵) این یافته نیز تقویت‌کننده‌ی بحث‌ها و یافته‌های قبلی از جمله مطالعات [اپلیارد و لیتل (۱۹۷۲) و اپلیارد و اوکاموتو (۱۹۶۸) به نقل از حاجی نژاد و همکاران، ۱۳۹۰] می‌باشد. البته نگاهی به یافته‌های جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که پایبندترین ضریب همبستگی متعلق به متغیر مسئولیت‌پذیری اجتماعی (۰,۲۳۳) است. این امر به طور ضمنی نشان‌دهنده‌ی این است که در مقایسه با ویژگی‌های فیزیکی محله و حتی ویژگی تعامل اجتماعی موجود در محله،

مسئولیت‌پذیری در قبال محله و ساکنانش از اهمیت کمتری برخوردار است. نتایج تحلیل رگرسیون همزمان این حدس را تأیید نمود. نتایج آزمون چند متغیره نشان داد ۱۹ درصد از تغییرات سلامت عمومی افراد توسط متغیرهای مستقل تبیین شده است و از بین متغیرها، درک افراد از ریسک یا مخاطرات شهری با بتای ۰/۱۹ بیشترین تأثیر و متغیر مسئولیت‌پذیری در قبال محله کمترین میزان تأثیر با بتای (۰/۰۵) است را بر سلامت عمومی افراد دارد. این یافته نکته بسیار مهمی را آشکار می‌کند. آنچه که در یک محله می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ی سطح سلامت ساکنان باشد به ترتیب عبارتند از: فقدان مخاطرات شهری، دسترسی به امکانات و تسهیلات شهری، وجود تعاملات و رویارویی‌های اجتماعی و مسئولیت‌پذیری در قبال محله و ساکنان. کیفیت فیزیکی یک محله در اولین گام تعیین‌کننده‌ی سطح سلامت ساکنان است. در واقع در این میان با یک مکانیسم روانی مواجهیم یعنی بهتر شدن کیفیت فیزیکی محله و محیط زندگی با بالا بردن سطح رضایت افراد از زندگی محله‌ای می‌تواند به صورت غیر مستقیم بر سلامتی آنها خصوصاً سلامتی روانی تأثیر بگذارد. پژوهشهای قبلی هم نتایج به دست آمده را تأیید می‌نمایند (میلر و تاونسند، ۲۰۰۵).

نتایج تحلیل مسیر نشان داد که مهمترین متغیر که به صورت مستقیم می‌تواند سطح سلامت ساکنان محله را تعیین نماید متغیر کیفیت اجتماعی است. این متغیر به طور مستقیم تحت تأثیر کیفیت فیزیکی محله و رضایت از محله قرار دارد. در واقع می‌توان گفت در صورتی که کیفیت فیزیکی محله خوب باشد می‌توان انتظار داشت که هم رضایت از محله و هم کیفیت اجتماعی تحت تأثیر آن وضعیت خوبی داشته باشند و در نهایت بتوانند بر سلامت عمومی ساکنان تأثیر بگذارند. (جدول شماره ۷)

نتایج این پژوهش و پژوهشهای مشابه می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های شهری و سیاست‌گذاری‌های خرد و کلان بهداشتی مورد توجه قرار گیرد. در اولین مرحله می‌توان با بهبود شرایط فیزیکی محلات و ایجاد تغییر در کیفیت فیزیکی محله‌ها، زمینه را برای ارتقای سلامت ساکنان فراهم نمود. بر اساس یافته‌ها در این راستا بیشترین کوشش باید

در جهت به حداقل رساندن مخاطرات شهری و سپس روز آمد کردن امکانات و تسهیلات زندگی شهری در محله باشد. در مرحله بعد می توان انتظار داشت که چنین محله ای به گسترش رضایت در بین ساکنان محله کمک می کند و در نهایت امکان بهبود کیفیت روابط اجتماعی فراهم می شود. البته به طور همزمان باید با استفاده از نظر صاحب نظران به طور اصولی به گسترش روابط اجتماعی مثبت در محله دست زد اما مهمترین نکته این است که نظر به بی توجهی پاسخگویان به اهمیت مسؤلیت پذیری در قبال محله اولاً باید چرایی این بی توجهی را کشف کرد و دیگر آنکه باید به گسترش این ویژگی در محلات دامن زد. هرچند به نظر می رسد توسعه و بسط تعاملات اجتماعی در محلات به صورت غیر مستقیم به گسترش روحیه مسؤلیت پذیری در شهروندان کمک خواهد کرد. با توجه به اینکه بهبود و ارتقای کیفیت اجتماعی محلات از سویی می تواند منبع قابل اتکایی برای اقناع و تحریک ساکنان به تعامل و همفکری برای بهبود کیفیت فیزیکی باشد و از سوی دیگر به ارتقای سلامت افراد قلمداد شود، می توان سرمایه گذاری در این راستا را از مهمترین سیاستگذاری های مدیریت شهری و مدیریت سلامت و بهداشت تلقی نمود.

منابع

- پرویزی، سرور، احمدی، فضل‌الله و نیکبخت نصر آبادی، علیرضا. (۱۳۸۲). عوامل مؤثر بر سلامت از دیدگاه نوجوانان. پایش، سال دوم، شماره‌ی چهارم: ۲۴۵-۲۵۲.
- توسلی، غلامعباس. (۱۳۸۳). جامعه‌شناسی شهری، تهران: انتشارات پیام نور.
- حاجی‌نژاد، علی، رفیعیان، مجتبی و زمانی، حسین. (۱۳۹۰). بررسی و رتبه‌بندی عوامل مؤثر بر میزان رضایتمندی شهروندان از کیفیت محیط زندگی (مطالعه‌ی موردی: مقایسه‌ی بافت قدیم و جدید شهر شیراز). پژوهش‌های جغرافیای انسانی، شماره‌ی ۷۷: ۱۲۹-۱۴۳.
- شکویی، حسین. (۱۳۸۲). دیدگاه‌های نو در جغرافیای شهری، تهران: انتشارات سمت.
- گروسی، سعیده نقوی، علی. (۱۳۸۷). سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در شهر کرمان. رفاه اجتماعی شماره ۳۰ و ۳۱: ۶۱-۸۲.
- نقدی، اسدالله و زارع، صادق. (۱۳۹۰). الگوی زیست حاشیه‌ی تهدیدی برای توسعه و سلامت پایدار شهر، مطالعات شهری، سال اول، شماره‌ی اول: ۱۲۵-۱۴۶.
- Andrulis, D. P. (1997). The Urban Health Penalty: New Dimensions and Directions in Inner-City Health Care. American College of Physicians Position Paper No. 1, Washington, DC: National Public Health and Hospital Institute.
- Almedom, A.M., (2005). Social capital and mental health: an interdisciplinary review of primary evidence. *Socia science and medicine*. 61: 943-964.
- Bowling, A., Barber, J., Morris, R., Ebrahim, S., (2006). Do perceptions of neighbourhood environment influence health? Baseline findings from a British survey of ageing. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 60: 476-483.
- Fitzpatrick, K, M. and LaGory, M, (2003). "Placing" Health in an Urban Sociology: Cities as Mosaics of Risk and Protection. *City & Community* 2:1:33-46.
- Gee, G.C., Takeuchi, D.T., (2004). Traffic stress, vehicular burden and wellbeing :a multilevel analysis. *Social science and medicine*. 59: 405-414.
- Hawe, P., Shiel, A., (2000). Social capital and health promotion: a review. *Social science and medicine*. 51: 871-885.
- Honold , Jasmin; Beyer, Reinhard; Lakes, Tobia and Meer, Elke Van Der

- (2012), Multiple environmental burdens and neighborhood-related health of city Residents, *Journal of Environmental Psychology* 32, Pp: 305-317.
- Jones, A., Bentham, G., Foster, C., Hillsdon, M., Panter, J.,(2007). *Obesogenic Environments Evidence Review. Foresight Tackling Obesity: Future Choices Project. Office of Science and Innovation.*
 - Kawachi ,I and Berkman,L.(2003).*Neighborhoods and health.*Oxford press.
 - Klinenberg, E.(2002). *Dying Alone: A Social Autopsy of Disaster in Chicago.* Chicago, IL: University of Chicago Press.
 - Kruger, D.J., Reischl, T.M., Gee, G.C.,(2007). Neighborhood social conditions mediate the association between physical deterioration and mental health. *Am. J. Commun Psych.* 40: 261–271.
 - Leslie, E., Cerin, E.,(2008). Are perceptions of the local environment related to neighbourhood satisfaction and mental health in adults? *Preventive Medicine.* 47: 273–278.
 - Link,B., and Phelan, J. (1996). Understanding Sociodemographic Differences in Health: The Role of Fundamental Social Causes. *American Journal of Public Health.* 86: 471–472.
 - Miller, D.B., Townsend, A.,(2005). Urban hassles as chronic stressors and adolescent mental health: the urban hassles index. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, vol. 5: 85–94.
 - Mirowsky, J., Ross, C., (2003). *Social Causes of Psychological Distress.* Aldine–de Gruyter, Hawthorne.
 - Mitchell,CU and LaGory,M.(2002) *Social Capital and Mental Distress in an Impoverished Community.* *City and Community.*1,2:199-222.
 - Mumford, L.(1954) *The Neighborhood and the Neighborhood Unit ,* *Town Planning Review* Vol. 24: 256-70
 - Poortinga, W., Dunstan, F., Fone, D.,(2007). Perceptions of the neighbourhood environment and self rated health: a multilevel analysis of the Caerphilly Health and Social Needs Study. *BMC Public Health.* 7: 285.
 - Royal Society Study Group. (1992). *Risk: Analysis, Perception and Management.* London: Royal Society.
 - Sallis JF, Bauman A, Pratt M,(1998). Environmental and policy interventions to promote physical activity. *American Journal of Preventive Medicine.* 15: 379–397.
 - Stokols, D.(1992). Establishing and maintaining health environments: toward a social ecology of health promotion. *American. Psychology.* 47:6–22.
 - Takano, T., Nakamura, K.,Watanabe, M., (2002). Urban residential environments and senior citizens' longevity in megacity areas: the

- importance of walkable green spaces. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 56 (12): 913–918.
- Wilson, W. J. (1996). *When Work Disappears: The World of the New Urban Poor*. New York: Vintage Press.
 - Ziersch, A.M., Baum, F.E., MacDougall, C., Putland, C., (2005). Neighbourhood life and social capital: the implications for health. *Social science and medicine*. 60: 71–86.

Archive of SID