

جایگاه مضامین اجتماعی در مطالعات سلامت شهری

مینا جلالی^۱

دکتری جامعه‌شناسی، پژوهشگر جهاددانشگاهی، اصفهان، ایران.

حامد سیار خلیج

دکتری جامعه‌شناسی، پژوهشگر جهاددانشگاهی، اصفهان، ایران.

فصلنامه پژوهش‌های مکانی فضایی، سال هفتم، شماره دوم، پیاپی ۲۷، تابستان ۱۴۰۲، صص ۲۵ - ۴۵

چکیده

سلامت شهری منعکس‌کنندهٔ مجموع شرایط اجتماعی، جسمی، محیط فیزیکی و زیرساختی است که بر رفاه و کیفیت زندگی شهروندان ساکن در شهری تأثیر می‌گذارد. بنابراین، علاوه بر موضوعات حول سلامتی و بهداشت مجموع ابعاد اجتماعی، اقتصادی، کالبدی و محیط‌زیستی توصیف‌کنندهٔ وضعیت سلامت شهری هستند. از بین ابعاد مذکور مسائل اجتماعی به‌شکل غیرقابل انکاری فرصت‌های انتخابی شهروندان در شهر، تفسیر آنان از شرایط، تعاملشان با دیگران و جهت‌گیری‌های رفتاری سلامت‌محور در شهر را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با توجه به اهمیت مضامین اجتماعی در تحقق بخشی به سلامت شهری، در پژوهش حاضر تلاش شده است با بهره‌گیری از روش مرور نظام‌مند، ضمن بررسی مطالعه‌های مرتبط، شاخص‌های اجتماعی سلامت شهری و زمینه‌های آن توصیف شود. یافته‌ها نشان می‌دهد شاخص‌های اجتماعی سلامت شهری را می‌توان در زمینه‌های «پویایی‌های جمعیت، آسیب‌های اجتماعی، شمولیت، سرمایه اجتماعی، کسب و کار، آموزش و سبک زندگی» بازتعریف کرد. همچنین قید اجتماعی توصیف‌کننده برای این شاخص‌ها متضمن در نظر گرفتن ویژگی‌های انعطاف‌پذیری، نسبی بودن، توجه به معانی، ادراک زمینه و فرایند است. شاخص‌های برسانندهٔ زمینه‌هایی، نظیر پویایی‌های جمعیت، آموزش و کسب و کار که برای توضیح آن می‌توان از داده‌های ثبتی بهره برد و یا به‌دلیل آنکه روش‌های احصا و محاسبهٔ آن‌ها به‌صورت کمی و جهانی تعریف شده است، قابلیت پیروی از الگوی یکسان را دارند، اما سایر زمینه‌ها، نظیر آسیب اجتماعی، شمولیت، سبک زندگی و مخصوصاً سرمایه اجتماعی متضمن مطالعه‌های زمینه‌محور هستند؛ مطالعه‌ای که براساس ویژگی‌های متمایز شهرها از یکدیگر، حتی به انتخاب و اولویت‌بخشی یک زمینه و کنار گذاشتن سایر زمینه‌ها از توصیف و بررسی منجر خواهد شد.

کلیدواژگان: سلامت شهری، آسیب اجتماعی، شمولیت، سبک زندگی، سرمایه اجتماعی.

۱. نویسندهٔ مسئول: jalali_mina1@yahoo.com

حوزه برنامه‌ریزی شهری، به‌عنوان محور توسعه قرار گرفت (معمار، ۱۳۹۴: ۸۶).

بیان مسئله

در سال ۱۹۹۰، برنامه شهر سالم، بنابر پیشنهاد سازمان جهانی بهداشت، در سه کشور ایران (در شهر تهران)، مصر (در شهر اسکندریه) و پاکستان (در شهر لاهور) پایش شد و از سال ۲۰۱۴ میلادی تاکنون دفتر مدیریتانه شرقی سازمان جهانی بهداشت (EMRO) گزارش‌هایی از وضعیت شاخص‌های سلامت ۲۲ کشور منطقه مدیریتانه شرقی^۱ را، از جمله ایران، به‌صورت سالانه منتشر می‌کند. این شاخص‌ها عوامل تعیین‌کننده جمعیتی و اجتماعی-اقتصادی، عوامل خطر، مرگ‌ومیر، بیماری، تأمین مالی سلامت، نیروی کار سلامت، ظرفیت نظام سلامت، تحویل خدمات و پوشش مداخلات را ارزیابی می‌کنند. در همین راستا تلاش‌های مضاعفی در داخل کشور نیز به‌منظور رصد و پایش سلامت شهری و ثبت شهرهای ایران در شبکه ملی شهرهای سالم انجام شده و در حال انجام است. اما اغلب این تلاش‌ها، همان‌گونه که در توضیح شاخص‌های EMRO اشاره شد، در راستای بررسی بیماری، مرگ‌ومیر و پاسخگویی نظام سلامت است، در حالی که سلامت شهری منعکس‌کننده مجموعه شرایط اجتماعی، جسمی، محیط فیزیکی و زیرساخت‌های شهری است که بر رفاه و کیفیت زندگی شهروندان ساکن در محیط شهری تأثیر می‌گذارد (وورزر^۲، ۲۰۱۴؛ هامفریز و سولارش^۳، ۲۰۱۷؛ گروور و سینک^۴، ۲۰۲۰). براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت نیز،

در حال حاضر زندگی در شهر به وجه غالب زیست انسانی تبدیل شده است و تخمین زده می‌شود جمعیت شهری در سال ۲۰۳۰ به ۱۷/۵ میلیارد نفر افزایش یابد (سازمان ملل متحد، ۲۰۱۹: ۹). گسترش شهرها با نگرانی‌هایی در زمینه همزیستی شهروندان، آلودگی‌های محیط‌زیست، تخریب طبیعت و عناصر اکولوژیک آن همراه بود. این نگرانی‌ها مدیران شهری را با چالش‌های متفاوت و پژوهش‌های شهری را به سمت رویکردهای بدیل جهت مطالعه این مسائل سوق داد. مدیریت شهری با دغدغه توسعه شهرها، حل مشکلات زیست‌شهری و تأمین رفاه برای تمامی شهروندان، ملزم به حفظ پایداری در برنامه‌ریزی‌های شهری شد و پژوهشگران در راستای همراهی علمی با این جریان به تحلیل و تفسیر این فرایند پرداختند. پررنگ شدن ابعاد اجتماعی پایداری، با تأکید بر عدالت، آزادی و کیفیت زندگی به اولویت‌های سال‌های اخیر در برنامه‌ریزی‌های توسعه‌محور شهرها تبدیل شد.

پایداری اجتماعی، مفهومی چندبعدی با دامنه گسترده‌ای از معانی بر محور این سؤال شکل گرفت که «اهداف اجتماعی توسعه پایدار کدام است؟» توانایی برای تحقق زیست‌پذیری محیط، حمایت اجتماعی، مسئولیت اجتماعی، عدالت اجتماعی، کیفیت زندگی، سازگاری انسانی و تساوی در موضوعات سلامت از جمله پاسخ‌های متنوع به این سؤال بود. دغدغه‌های معطوف به سلامت به‌عنوان یکی از اهداف تحقق‌بخشی به پایداری اجتماعی در شهر، از سال ۱۹۸۴ در محافل رسمی مطرح شد و در سال ۱۹۸۶ دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت، برنامه ارتقای سلامت را تحت عنوان پروژه «شهر سالم» پیشنهاد کرد. از آن زمان سلامت انسان در برنامه‌ریزی‌ها به‌ویژه در

۱. افغانستان، بحرین، جیبوتی، مصر، ایران، اردن، کویت، لبنان، لیبی، مراکش، فلسطین، عمان، پاکستان، بحرین، قطر، عربستان سعودی، سومالی، سودان، سوریه، تونس، امارات متحده عربی و یمن.

2. Wuerzer

3. Humphreys & Solarsh

4. Grover & Singh

سلامت تنها نداشتن بیماری نیست، بلکه برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و شهر سالم علاوه بر هدف تأمین سلامت و پیشگیری از بیماری بر ابعاد اجتماعی توضیح‌دهنده سلامت شهری نیز تأکید دارد؛ ابعادی که در اغلب گزارش‌های ملی و بین‌المللی به دلیل محوریت بررسی شاخص‌های پزشکی و بهداشتی به حاشیه رانده شده‌اند. درحالی‌که ساختار اجتماعی به شکل غیرقابل انکاری بر زندگی افراد تأثیر می‌گذارد و این امر حتی فرصت‌های انتخابی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به عبارت دیگر، شانس‌های زندگی افراد و فرصت‌های پیش‌روی آنان تحت تأثیر ساختارهای اجتماعی و ویژگی‌های زمینه‌ای است که افراد در آن قرار گرفته‌اند؛ به‌عنوان ساده‌ترین مثال، سن و جنس در دستیابی و بهره‌مندی افراد از فرصت‌های بهداشتی و سلامتی اثرگذارند، همچنین محیط اجتماعی، تفسیر فرد از این محیط و تعامل او با سایر افراد، جهت‌گیری رفتاری سلامت‌محور فرد را در جوامع مختلف هدایت می‌کند. بر این اساس و با توجه به اهمیت مضامین اجتماعی در تحقق بخشی به سلامت شهری، در پژوهش حاضر تلاش می‌کنیم ضمن معرفی رویکردهای اجتماعی در مطالعه سلامت شهری با مروری بر مطالعه‌های پژوهشی مرتبط، شاخص‌های اجتماعی و زمینه‌های آن را ارائه دهیم. به عبارت دیگر، این پژوهش درصدد است با هدف مرور نظام‌مند مطالعه‌های مرتبط، به سؤالات زیر پاسخ دهد:

- رویکردهای اجتماعی در مطالعه سلامت شهری کدام‌اند؟
- مطالعه‌های قابل استناد در خصوص سلامت شهری در ایران و جهان کدام‌اند؟
- این مطالعه‌ها چه تعریفی از شاخص‌های اجتماعی دارند؟

- ورای چگونگی صورت‌بندی شاخص‌های سلامت شهر در مطالعه‌های مذکور، صورت‌بندی اجتماعی از این شاخص‌ها در چه زمینه‌هایی قابل ارائه است؟
- در راستای کاستی‌های موجود، چه راهکارهایی جهت پرداختن شایسته به مضامین اجتماعی در مطالعه سلامت شهری قابل ارائه است؟

مبانی مفهومی

مقوله سلامت شهری به عواملی، مانند سلامت جسم، روان و محیط توجه می‌کند. مخاطرات ناشی از آلاینده‌های انسان در محیط زیست شهری، برنامه‌ریزان شهری را بر آن داشت تا در جست‌وجوی حقیقت و آرمانی به نام شهر سالم باشند (خلیل‌آبادی، ۱۳۹۲: ۴۶). ایده شهر سالم را اولین بار لئونارد دهل در ۱۹۸۴ در کنفرانس «فراسوی مراقبت‌های بهداشتی»، در شهر تورنتو کانادا، مطرح کرد. او شهر سالم را شهری تعریف کرد که به‌طور مداوم در ایجاد یا بهبود شرایط اجتماعی و کالبدی و توسعه منابع فعالیت می‌کند تا بدین وسیله امکان عملکرد درست و کامل جهت نیل به حداکثر بهره‌برداری از توانایی‌های انسان را فراهم آورد. دو سال بعد، دهل با همکاری هانکوک، تعریف جدیدی از شهر سالم ارائه کرد: «شهر سالم به‌طور مداوم و پیوسته، در حال ایجاد و بهبود محیط‌های اجتماعی و کالبدی خویش است و منابع اجتماعی خود را گسترش می‌دهد؛ به‌نحوی که آن محیط‌ها، مردم را قادر می‌سازد تا در اجرای همه عملکردهای زندگی اجتماعی و در پرورش حداکثر توانایی‌های بالقوه‌شان، متقابلاً از یکدیگر حمایت و پشتیبانی کنند (نظم‌فر و همکاران، ۱۳۹۷: ۲۷۰). از نظر دهل، شهرها پتانسیل‌های مثبت و منفی دارند. پتانسیل‌های منفی شامل وخامت محیط فیزیکی، فقر، بیکاری، رکود اقتصادی، بی‌خانمانی، گرسنگی،

خشونت خانوادگی، جنایت و بیگانگی جوانان است. قربانی شدن شهروندان نیز به دلیل سیاست‌های ملی و بین‌المللی، مانند تهدیدات هسته‌ای، سیاست‌های اقتصادی و مهاجرت‌ها از این دست هستند. در مقابل، شهرها دارای پتانسیل‌های مثبت از جمله تنوع مهارت‌ها، منابع و استعدادها، شکوفا شدن خلاقیت‌ها و شکل‌گیری اختراعات و هنرها هستند. وجود این دوگانه متناقض در کنار هم، توجه به سلامت شهری را پیچیده می‌سازد. بنابراین، از نظر دهل، شهر سالم تنها به وجوه مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی اشاره نمی‌کند، بلکه باید تعامل پیچیده بین تمام زیرساخت‌ها و همه افراد در شهر را مد نظر قرار دهد (لیو و سیموس^۱، ۲۰۱۷: ۱۰).

همان‌گونه که فرولیخ^۲ و همکاران (۲۰۰۱) اشاره می‌کنند، در اکثر پژوهش‌های سستی سلامت، رفتارها مستقل از بافت اجتماعی، جدا از افراد دیگر و به‌عنوان اعمالی فاقد معنای اجتماعی مطالعه می‌شوند، اما فراتر از درک زیست‌پزشکی و تمرکز بر بیماری، سلامت شهری اغلب به‌عنوان روابط بین مردم و محیط‌هایی که در آن زندگی می‌کنند، از طریق ایده‌هایی، مانند عوامل اجتماعی یا محیطی تعیین‌کننده سلامت درک می‌شود. در رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی، بر این موضوع تأکید می‌شود که شرایط اجتماعی و اقتصادی و تاریخچه زندگی افراد، تأثیر عمیقی بر وضعیت سلامت، رفاه و طول عمر دارد. اگرچه فهرست‌ها متفاوت است، اما معمولاً ده عامل تعیین‌کننده سلامت در این رویکرد معرفی می‌شود: شیب اجتماعی^۳، استرس، دوران ابتدایی زندگی، طرد اجتماعی، کار، بیکاری، حمایت اجتماعی، اعتیاد، غذا

و حمل‌ونقل. در طیف وسیعی از حوزه‌های سیاستی، رویکرد تعیین‌کننده‌ها به‌دنبال گسترش مسئولیت به خارج از بخش بهداشت و پزشکی برای رسیدگی به شرایطی است که در آن سلامت شکل می‌گیرد. در این رویکرد، سلامت چیزی بیش از نداشتن بیماری و حالتی از رفاه کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی است. ارتقای سلامت به افراد این امکان را می‌دهد که کنترل بیشتری بر سلامت خود داشته باشند و سلامت را در دستور کار سیاست‌گذاران در همه بخش‌ها و نه فقط بخش سلامت قرار می‌دهد. از این منظر، سیاست‌ها و برنامه‌های شکل‌گیری سلامت از طریق بهبود شرایط اجتماعی، اقتصادی و محیطی هدف قرار می‌گیرد و بر تقویت مهارت‌های افراد از طریق تغییر رفتار یا رویکردهای مرتبط تمرکز دارد. همچنین معمولاً هنگام مواجهه با مشکلات پیچیده و چندبخشی، مانند چاقی، کمبود فعالیت بدنی، آلودگی و مصرف بیش از حد چربی و قند، توجه زیادی بر افراد و رفتار آنها خواهد شد (مالر^۴، ۲۰۱۸: ۹۶-۹۵).

رویکرد جنبش اجتماعی سلامت^۵، رویکردی مبتنی بر ارزش را برای ارتقای سلامت از طریق برنامه‌ریزی شهری در شهرها اتخاذ می‌کند و با تعریف و اصول ارتقای سلامت، که توسط منشور اتاوا^۶ (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۸۶) تدوین شده است، هم‌سو می‌شود. مفهوم مرکزی این رویکرد، توانمندسازی جامعه و تصمیم‌گیری مبتنی بر ارزش برای شهرهای سالم است (کیم و همکاران، ۲۰۲۰) و با حوزه‌های ارتقای سلامت، توسعه جامعه، عدالت اجتماعی و جامعه‌شناسی مرتبط است (کیم و همکاران، ۲۰۲۱: ۸). این دیدگاه همچنین با ایده و کار جیکوبز^۷ (۱۹۶۱)

4. Maller

5. Health social movement paradigm

6. Ottawa Charter

7. Jacobs

1. Leeuw & Simos

2. Frohlich

3. Social gradient

و رویکرد او، که پیچیدگی‌ها، تنوع و هویت ساکنان جامعه باید محرک اساسی طراحی شهری باشد، هم‌خوانی دارد (جیکوبز، ۱۹۶۱ به نقل از کیم و همکاران، ۲۰۲۲). اصولی، مانند اتحاد، برابری، پایداری و توانمندسازی، شناسایی مسائل بهداشتی مرتبط با محیط فیزیکی شهری و راه‌حل‌ها به‌طور ایدئال توسط جامعه توانمندشده، با تمرکز بر درون (اقدام جامعه) و برون (به‌دنبال تغییر سیاست‌ها و سیستم‌ها) هدایت می‌شوند. درحالی‌که طرفداران این رویکرد موافق‌اند که وضعیت سلامت مطلوب باید هدف همه شهرها باشد، معتقدند شهر سالم با وضعیت بهداشتی تعیین‌شده اپیدمیولوژیکی آن تعریف نمی‌شود، بلکه باید به ارزش‌های شهرهای سالم متعهد باشد و در ایجاد محیط‌ها و منابع، برای سلامت، مشارکت داشته باشد (کیم و همکاران، ۲۰۲۲: ۵-۶).

سایر تلاش‌های معمول برای درک بهتر ابعاد اجتماعی و محیط‌زیستی سلامت، از مدل‌های اجتماعی-بوم‌شناختی سرچشمه می‌گیرد که در دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ توسعه یافتند. هانکوک (۱۹۹۳) ادعا می‌کند که عناصر زیست‌کره، محیط‌زیست انسانی، اجتماع و فرهنگ، تعیین‌کننده سلامت افرادند. بنتلی^۱ (۲۰۱۴) نیز استدلال می‌کند که چالش قرن بیست و یکم، ایجاد سلامت عمومی بوم‌شناختی است که انسان را به‌عنوان بخشی از بوم می‌شناسد نه جدا از آن و نه مرکزی برای آن (مالر، ۲۰۱۸: ۹۵-۹۸). مدل‌های اجتماعی-بوم‌شناختی افراد را در سیستم‌های اجتماعی و طبیعی بزرگ‌تر می‌بینند و ویژگی‌های تعاملی و تقویت‌کننده‌ای را توصیف می‌کنند که زیربنای پیامدهای سلامت است. مدل‌های بوم‌شناختی از اصول عدالت اجتماعی و ارزش‌های محیط‌زیستی، استفاده می‌کنند. این اصول

و ارزش‌ها شامل احترام و مراقبت، برابری یا عدالت اجتماعی و اقتصادی، پایداری و مسئولیت جهانی براساس اصول دموکراسی، عدم خشونت و صلح است. مدل دوایر کیهان‌نمای سلامت عمومی^۲، که توسط هانکوک و پرکینز^۳ (۱۹۸۵) ابداع شده، یکی از این مدل‌هاست. در این مدل فرض بر این است که بوم انسانی تعامل فرهنگ با محیط است. در این مدل به تمام ابعاد سلامت و رفاه از طریق استراتژی‌های متعدد و رویکردهای چندرشته‌ای پرداخته می‌شود.

روش پژوهش

در پژوهش حاضر با بهره‌گیری از روش مرور نظام‌مند، شاخص‌های اجتماعی سلامت شهری را در مطالعه‌های داخلی و خارجی بررسی کرده‌ایم. مرور نظام‌مند به‌دنبال جست‌وجوی منظم جهت شناسایی، گزینش و ارزیابی نقادانه پژوهش‌های انجام‌یافته در مورد موضوع مورد مطالعه برای ارزیابی پژوهش‌ها، استخراج و تجزیه و تحلیل داده‌هاست.

به‌منظور یافتن مطالعه‌های مرتبط در منابع فارسی کلیدواژه‌های «سلامت شهری»، «شهر سالم»، «شهروندان سالم»، «سلامت شهروندان» و «سلامت عمومی»، «سلامت اجتماعی»، «کیفیت زندگی شهری»، «سبک زندگی سلامت‌محور»، «زیست‌پذیری در شهر» و «پایداری شهری» در مرکز پایگاه اطلاعات علمی^۴، بانک اطلاعات نشریات و مجلات ایرانی^۵، پایگاه مجلات تخصصی نور^۶، پرتال جامع علوم انسانی^۷، سیویلیکا^۸ و پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات

2. The mandala of public health

3. Hancock & Perkins

4. www.sid.ir

5. www.magiran.com

6. www.noormags.com

7. www.ensani.ir

8. www.civilica.com

1. Bentley

ایران^۱، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت^۲ و شبکه ملی شهرهای سالم^۳ جست و جو شدند و در منابع خارجی کلیدواژه‌های «Healthy»، «Urban health»، «Health of citizens»، «Healthy citizens»، «Urban city»، «Social health»، «Public health»، «Urban livability»، «Health- quality of life»، «Urban sustainability» (oriented lifestyle) و وبسایت‌های ساینس دایرکت^۴، وب آف ساینس^۵، اسپرینگر^۶، اسکوپوس^۷، الزویر^۸، گوگل اسکولار^۹ و موتور جست و جوی گوگل^{۱۰} جست و جو شدند.

در مرحله اول، تمامی مطالعه‌ها را اعم از مقاله‌ها، طرح‌ها و گزارش‌هایی که طی جست و جوی اولیه حاوی کلیدواژه‌های مذکور در قسمت عنوان، چکیده و واژگان کلیدی بودند، در دو دهه اخیر (مطالعه‌های خارجی از سال ۲۰۰۰ به بعد و مطالعه‌های داخلی از سال ۱۳۸۰ به بعد)، جمع‌آوری کردیم. در ادامه به منظور پالایش اعتبار بیشتر مطالعه‌ها، تصمیم گرفتیم مطالعه‌هایی که در قالب پایان‌نامه، مقاله‌های علمی تخصصی و مقاله‌های ارائه‌شده در همایش‌ها بودند، از فرایند تحلیل کنار بگذاریم. با این معیار در نهایت ۳۳۱ مقاله علمی پژوهشی و گزارش داخلی و ۵۴۰ مقاله علمی پژوهشی و گزارش خارجی انتخاب شدند. بعد از مرور مستندهای انتخاب‌شده، از آنجایی که بخش اعظم مقاله‌های علمی پژوهشی هم در بخش مرور پیشینه‌ها، هم تهیه ابزار سنجش سلامت شهری و هم ارائه یافته‌ها از دستاوردها و یافته‌های گزارش‌های سازمان‌های ملی و بین‌المللی، مانند سازمان جهانی بهداشت، یونیسف، سازمان ملل و وزارت بهداشت استفاده شده بود و به آن‌ها ارجاع داده بودند و حتی اکثریت قریب به اتفاق آنان از شاخص‌ها و شیوه‌نامه‌های استاندارد این گزارش‌ها برای سنجش سلامت شهری استفاده کرده بودند؛ تصمیم گرفتیم در انتخاب نهایی، تنها مطالعه‌هایی را مبنای استخراج شاخص‌ها و تحلیل یافته‌ها قرار دهیم که نهادها و سازمان‌های ملی و بین‌المللی آنها را تهیه کرده باشند. علاوه بر این اغلب گزارش‌های تهیه‌شده توسط این نهادها و سازمان‌های ملی و بین‌المللی نظیر سازمان جهانی بهداشت و وزارت بهداشت، چندین و چند سال به صورت طولی اجرا، رصد و پایش شده‌اند؛ بنابراین، جامعیت و تخصصی بودن این گزارش‌ها دلیل دیگر انتخاب آن‌ها و حذف سایر مقاله‌ها در تحلیل نهایی بود. برای مثال، سازمان جهانی بهداشت، که در پروژه خود با عنوان شهر سالم از سال ۱۹۸۵ به ارتقای سطح سلامت پرداخت، در سال ۲۰۱۰، پروژه‌ای بلندمدت را با عنوان قلب شهری آغاز کرد و در این پروژه به بررسی مراقبت‌های بهداشتی، محیط و زیرساخت‌های فیزیکی، توسعه اجتماعی و فقر، اقتصاد و حکمرانی پرداخت. این سازمان در سال ۲۰۱۲، شاخص‌های اختصاری بهداشت را ابداع کرد و در آن شاخص‌های امید به زندگی و مرگومیر، مرگومیر و عوارض ناشی از آن، بیماری‌های عفونی، پوشش خدمات سلامت، عوامل خطر، سیستم‌های سلامت، هزینه‌های بهداشتی، نابرابری‌های سلامت و آمارهای جمعیت‌شناختی را سنجید. در سال ۲۰۱۴، سازمان جهانی بهداشت شاخص‌های مذکور را تکمیل کرد و با عنوان «سلامت شهری» در ابعاد سلامت،

۱. www.irandoc.ir
۲. www.nihr.tums.ac.ir
۳. www.irnchn.ir
۴. www.scincedirect.com
۵. www.webofscience.com
۶. www.springer.com
۷. www.scopus.com
۸. www.elsevier.com
۹. www.scholar.google.com
۱۰. www.google.com

جدول شماره ۱: مشخصات گزارش‌های بررسی شده متعلق به نهادها و سازمان‌های بین‌المللی و ملی

ردیف	پژوهش/گزارش	سال	حیطه‌های مورد بررسی	سازمان/نهاد مرتبط	سطح مطالعه
۱	نظارت بر وضعیت کودکان و زنان	۲۰۰۵	زندگی سالم، آموزش، مراقبت از کودکان، ایدز	یونیسف	بین‌المللی
۲	سلامت اجتماعی ایالات	۲۰۰۸	سلامت اجتماعی	مؤسسه نوآوری در سیاست اجتماعی	ملی
۳	شاخص‌های کامیابی شهری میشیگان	۲۰۰۷	نرخ جرم، تغییر ارزش ملک، متوسط درآمد خانوار، نرخ اشتغال، تغییر شغل، نرخ فارغ‌التحصیلی، نرخ پاس کردن برنامه دسترسی زود هنگام جوانان، تغییرات جمعیتی	اداره بهداشت میشیگان	منطقه‌ای
۴	سیستم شاخص‌های سلامت شهری اروپا	۲۰۰۸	جمعیت، ترکیب خانوار، جمعیت زیر خط فقر، نرخ بیکاری، افراد بی‌خانمان، امید به زندگی، مرگ‌ومیر نوزادان، مرگ‌ومیر جنین، وزن کم هنگام تولد، توزیع سنی مادران، علل مرگ‌ومیر، بیماری‌های مزمن، شیوع بیماری‌های ایدز، سرطان سینه، دیابت، آسم و انسداد مزمن ریه، سلامت عمومی ادراک‌شده، شیوع افسردگی، پریشانی روانی، آسیب‌های ترافیکی جاده‌ای، آسیب‌ها در محیط کار، مصرف سیگار، مشروبات الکلی و حشیش، شیر دادن، مصرف میوه و سبزیجات، قد و وزن، دسترسی به فضای سبز، قرارگیری آلودگی صوتی، رطوبت داخلی منازل، PM10 در معرض واکسیناسیون جوانان، غربالگری سرطان سینه، غربالگری سرطان دهانه رحم، بیمه سلامت، برنامه‌های آموزش سلامت	دانشگاه منچستر	منطقه‌ای
۵	قلب شهری	۲۰۱۰	نتایج مراقبت‌های بهداشتی، محیط و زیرساخت‌های فیزیکی، توسعه اجتماعی و انسانی، اقتصادی، حکمرانی	سازمان جهانی بهداشت	بین‌المللی
۶	مردم سالم	۲۰۱۰	دسترسی به خدمات بهداشتی، خدمات پیشگیرانه کلینیکی، کیفیت زیست‌محیطی، جراحی و خشونت، سلامت مادر و کودک، سلامت روان، تغذیه، فعالیت بدنی و چاقی، سلامت دهان و دندان، سلامت باروری و جنسی، تعیین‌کننده‌های اجتماعی، سوء مصرف موادمخدر، دخانیات	مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها	ملی
۷	شاخص‌های حیاتی سلامت میشیگان	۲۰۱۱	نتایج سلامت، رفتارهای مرتبط با سلامت، سیستم‌های سلامت، عوامل اجتماعی-اقتصادی	اداره بهداشت میشیگان	منطقه‌ای
۸	شاخص‌های اختصاری بهداشت	۲۰۱۲	امید به زندگی و مرگ‌ومیر، مرگ‌ومیر و عوارض ناشی از آن، بیماری‌های عفونی، پوشش خدمات سلامت، عوامل خطر، سیستم‌های سلامت، هزینه‌های بهداشتی، نابرابری‌های سلامت، آمارهای جمعیت‌شناختی و اجتماعی-اقتصادی	سازمان جهانی بهداشت	بین‌المللی
۹	سلامت شهری	۲۰۱۴	سلامت، محیط‌زیست، جغرافی، اقتصاد، اجتماعی-جمعیت‌شناختی	سازمان جهانی بهداشت با همکاری دانشگاه جورجیا	بین‌المللی
۱۰	شاخص‌های وضعیت سلامت جامعه	۲۰۱۵	بیماری‌های مزمن و عفونی، ویژگی‌ها یا پیامدهای زادوولد، علل مرگ‌ومیر، بهداشت محیط، دسترسی به خدمات بهداشتی، عوامل خطر رفتاری، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، جمعیت‌های آسیب‌پذیر، اقدام‌های خلاصه سلامت، نابرابری‌های سلامت	وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا	ملی

ردیف	پژوهش/گزارش	سال	حیطه‌های مورد بررسی	سازمان/نهاد مرتبط	سطح مطالعه
۱۱	سلامت جهانی	۲۰۱۷	خطرات سلامتی (مصرف دخانیات، فشار خون بالا، چاقی)، در دسترس بودن آب پاکیزه، میانگین امید به زندگی، سوء تغذیه، علل مرگ و میر	مؤسسه بلومبرگ	ملی
۱۲	شاخص‌های بهداشت محیط	۲۰۱۸	شاخص‌های تصمیم-پشتیبانی، شاخص‌های مرتبط با کیفیت هوا، شاخص‌های قرارگیری در معرض آلاینده‌های چندمسیره، شاخص‌های قرارگیری در معرض عوامل استرس‌زا و پیامدهای بهداشتی	آژانس حفاظت از محیط زیست ایالات متحده آمریکا	ملی
۱۳	سلامت در خیابان	۲۰۲۱	آلودگی هوا و صدا، ویژگی‌ها و استفاده از فضاها، رفاه و تعامل اجتماعی	آژانس بهداشت عمومی بارسلون	ملی
۱۴	رصد سلامت شهری استرالیا	۲۰۲۱	زیست‌پذیری، قابلیت پیاده‌روی، زیرساخت اجتماعی، حمل‌ونقل عمومی، محیط غذایی، محیط الکل، فضای باز عمومی، اشتغال محلی، مقرون‌به‌صرفه بودن مسکن	رصدخانه شهری استرالیا	ملی
۱۵	سلامت شهری	۲۰۲۱	نیازهای پایه انسان	خیریه گایز و سنت توماس	ملی
۱۶	دانشبورد شهر سالم	۲۰۲۳	شروع خوب، خانه‌ای برای همه، تغذیه مناسب، خدمات انسانی سالم، کار و خرج کردن مناسب، احساس امنیت و شمولیت، پرورش ارتباطات، زندگی فعال، یادگیری تا آخر عمر، ابراز وجود، دور زدن، محیط‌هایی برای رشد	ونکوور	ملی
۱۷	شبکه ملی شهرهای سالم	۱۳۸۹	جمعیت، وضعیت بهداشت و سلامت، خدمات و سیاست‌های بهداشت و سلامت عمومی، سبک زندگی، شرایط زندگی، محیط فیزیکی، شرایط اجتماعی و اقتصادی، نابرابری‌ها و زیرساخت‌های فیزیکی و اجتماعی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	ملی
۱۸	اطلس شاخص‌های اساسی سلامت دفتر مدیریت شرقی سازمان جهانی بهداشت	از سال ۲۰۱۴ به بعد	تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر مؤثر بر سلامت، ارزیابی وضعیت سلامت، پاسخگویی نظام سلامت	مؤسسه ملی تحقیقات سلامت (دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران)	بین‌المللی
۱۹	حوزه سلامت جمهوری اسلامی ایران در یک نگاه	۱۳۹۵- ۱۳۹۶- ۱۴۰۰	جمعیتی، اقتصاد کلان، هزینه‌های سلامت، پیامدهای سلامتی، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، تأمین مالی سلامت، منابع انسانی، خدمات سلامتی، پژوهش‌ها، نوآوری و فناوری	مؤسسه ملی تحقیقات سلامت (دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران)	ملی
۲۰	دیده‌بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران	۱۳۸۳ تا ۱۴۰۱	شاخص چندگانه سلامت و جمعیت در ایران، بهره‌مندی از خدمات سلامت، عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر، نظام مراقبت پیشگیری از رفتارها و عوامل مخاطره‌آمیز دانش‌آموزان، مصرف مواد دخانی در نوجوانان و بزرگسالان، حساب‌های ملی سلامت، هزینه-درآمد خانوار، سلامت روان	مؤسسه ملی تحقیقات سلامت (دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران)	ملی

جغرافیایی، محیط زیست، اجتماعی-جمعیت‌شناختی و اقتصادی منتشر شد. در محدوده قاره اروپا نیز دانشگاه منچستر در اولین مرحله جمع‌آوری داده‌های سیستم شاخص‌های سلامت شهری اروپا، در سال ۲۰۰۸، به بررسی شاخص‌های سلامت شهری اروپا پرداخت و در آخرین مرحله آن نیز، ضمن تکمیل این شاخص‌ها، به پایش آن در سال ۲۰۲۲ پرداخت. در این شاخص‌ها، داده‌های مربوط به ۶۰ منطقه اروپا در زمینه سلامت شهری جمع‌آوری شده است. در ایران نیز برخی از سازمان‌ها و سازمان‌های ذی‌ربط موضوع سلامت شهری را سالانه رصد می‌کنند. مؤسسه ملی دیده‌بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران گزارش‌هایی را در زمینه هزینه‌های سلامت، عوامل خطر بیماری‌های واگیردار، شیوع مصرف دخانیات، فعالیت‌های بدنی و... از سال ۱۳۸۳ تا ۱۴۰۱ منتشر کرده است. در راستای اجرای شهر سالم (دفتر مدیریت شرقی سازمان جهانی بهداشت) نیز اطلس‌هایی تهیه شده و می‌شود. این اطلس‌ها شاخص‌های اساسی شهر سالم را در سه دسته تعیین‌کننده‌ها و عوامل خطر مؤثر بر سلامت، ارزیابی وضعیت سلامت و پاسخگویی نظام سلامت منتشر می‌کند. پروژه برنامه شهر سالم در راستای شبکه شهرهای سالم ایران نیز از سال ۱۳۸۹ آغاز شده و تاکنون با پیوستن شهرهای سهند، جلفا، سعادت‌شهر، پاره، طرهبه، سوران، رامهرمز و مراغه ادامه یافته است.

جدول شماره (۱) مشخصات گزارش‌هایی را نشان می‌دهد که جهت استخراج شاخص‌های اجتماعی توصیف‌کننده سلامت شهری، در پژوهش حاضر بررسی شده‌اند. از این تعداد، شانزده گزارش متعلق به نهادها و سازمان‌های بین‌المللی و ملی خارجی و چهار گزارش متعلق به گزارش‌های ملی ایران است.

نتایج

بعد از بررسی گزارش‌های ملی و بین‌المللی انتخاب‌شده و استخراج شاخص‌های اجتماعی-ورای چگونگی صورت‌بندی شاخص‌ها در این گزارش‌ها- شاخص‌های سلامت شهری از منظر اجتماعی بازتعریف شدند. همان‌گونه که در ادامه مشاهده می‌شود، این بازتعریف در قالب زمینه‌های اصلی «پویایی‌های جمعیت، آسیب‌های اجتماعی، شمولیت، سرمایه اجتماعی، کسب‌وکار، آموزش و سبک زندگی» ارائه شده است.

پویایی‌های جمعیت: بخش اعظم پویایی‌های جمعیت، شامل آمارهای جمعیتی است که در اکثریت قریب به اتفاق مطالعه‌های مرور شده بررسی شده‌اند. این آمارها اطلاعات بنیادی و اساسی در توصیف یک شهر هستند و از آنجاکه روش‌های احصا و محاسبه آن‌ها به صورت جهانی تعریف شده است، شاخصی مفید برای مقایسه بین شهرها به شمار می‌آید. این اطلاعات اعم از نسبت‌های جنسی، مرگ‌ومیر، تولد، ازدواج و طلاق از طریق سرشماری‌ها و برآوردهای سازمان‌های ذی‌ربط و انتشار آن توسط این سازمان‌ها قابل احصاست.

آسیب‌های اجتماعی: از جمله مهم‌ترین مسائل اجتماعی شهرها، آسیب‌هایی‌اند که از منظر رویکرد آسیب اجتماعی می‌توانند تفکیک‌کننده ویژگی‌های شهر سالم از ناسالم باشند. از منظر این رویکرد، از آنجایی که جامعه دربرگیرنده افرادی است که از طریق روابط متقابل اجتماعی به یکدیگر پیوند خورده‌اند، آسیب اجتماعی به ناسازگاری همین روابط اجتماعی اشاره دارد (رابینگتن و واینبرگ، ۱۳۹۳: ۲۵). به عبارت دیگر، آسیب اجتماعی هر

جدول شماره (۲): شاخص‌های پویایی‌های جمعیت

زمینه اصلی	زمینه‌های فرعی	شاخص‌ها
پویایی‌های جمعیت	تولد	نرخ زادوولد
		نرخ باروری (کل/نوجوانان)
		نرخ تولد زودرس
		تعداد متولدان خارجی
	مرگ	میزان قربانیان زایمان
		مرگ‌ومیر (مادران/نوزادان/کودکان/بزرگسالان)
		مرگ‌ومیر ناشی از (جراحی یا بیماری/حوادث ترافیکی وجاده‌ای/آلودگی هوای خانه و محیط/آب آلوده/بهداشت ناکافی)
		مرگ‌ومیر استانداردشده سنی ناشی از علل اصلی مرگ
		مرگ‌ومیر قابل پیشگیری
	امید به زندگی	متوسط رشد جمعیت
		امید به زندگی (در بدو تولد/از ۶۰ سال به بالا/در زنان/در مردان)
	نسبت‌های جمعیتی	تعداد جمعیت
		جمعیت بر حسب (سن/جنس/ملیت/تحصیلات)
		جمعیت ساکن در مناطق شهری
		میانگین اندازه خانوار و درصد آن‌ها
		منشأ قومی گروه‌های جمعیتی بزرگ
		تعداد ازدواج و طلاق ثبت شده
	ازدواج و طلاق	میانگین سن ازدواج بر حسب جنسیت
		زنانی که برای اولین بار در سن ۱۸ سالگی ازدواج کرده‌اند
		زنان جوان ۱۵ تا ۱۹ سال‌های که در حال حاضر متأهل هستند
		ازدواج قبل از ۱۵ یا ۱۸ سالگی
		تقاضای محقق نشده برای پیشگیری از بارداری
	تنظیم خانواده	تقاضای محقق شده برای پیشگیری از بارداری

نوع عمل فردی یا جمعی است که در چهارچوب اصول اخلاقی و قواعد عام عمل جمعی رسمی و غیررسمی قرار نمی‌گیرد، در نتیجه با منع قانونی و یا قبح اخلاقی و اجتماعی روبه‌رو می‌شود (ستوده، ۱۳۸۹: ۱۹). در راستای گونه‌بندی آسیب‌های اجتماعی تلاش‌هایی شده و شهرنشینی ناپه‌نچار به‌عنوان یکی از عوامل گسترش حاشیه‌های فقر، اتلاف منابع و انرژی معرفی شده‌اند. در کشورهای در حال توسعه

جدول شماره (۳): شاخص‌های آسیب‌های اجتماعی

زمینه اصلی	زمینه‌های فرعی	شاخص‌ها	
آسیب‌های اجتماعی	جرم و خشونت	آمار نیروی انتظامی در مورد جرم و جنایت و میزان خشونت	
		جرایم اموال	
		جرایم مرتبط با نژاد یا دین	
		خشونت خانگی علیه (کودکان/شریک جنسی یا شریک زندگی)	
		نسبت زنانی که در ۱۲ ماه گذشته مورد خشونت فیزیکی و یا جنسی قرار گرفته‌اند	
		قتل	
		شیوع ختنه/بریدن اندام تناسلی زنان	
		تعداد رابطه جنسی پرخطر در سال گذشته	
		نگرش نسبت به افراد مبتلا به ایدز	
		شیوع استفاده از کاندوم توسط بزرگسالان ۱۵ تا ۴۹ ساله در طول رابطه جنسی پرخطر	
	روابط جنسی پرخطر	استفاده از کاندوم با شرکای غیرعادی	
		تعداد موارد گزارش شده اچ آی وی	
		جمعیت ۱۵ تا ۲۴ ساله با دانش صحیح و جامع از ایدز	
		دانش جامع در مورد پیشگیری از ایدز در بین جوانان	
		تعداد کارگران جنسی	
		مردان دارای رابطه جنسی با مردان (که طی ۱۲ ماه گذشته آزمایش ایدز انجام داده‌اند و نتایج آن را می‌دانند).	
		زنان فعال جنسی دریافت‌کننده خدمات بهداشت باروری	
		خودکشی (نوجوانان/سال‌مندان)	
		اعتیاد	سوء مصرف موادمخدر در نوجوانان
			تعداد معتادان به موادمخدر
	تعداد معتادان تزریقی		
	کودکان آسیب‌پذیر	کودکان بی سرپرست	
		کودکان بدسرپرست	
		کودکان شاغل (درصد کودکان ۷ تا ۱۴ ساله)	
		کودکان فقیر	
		رابطه جنسی اولیه در میان کودکان یتیم و آسیب‌پذیر در اثر اچ آی وی/ایدز	
		حمایت خارجی از کودکان یتیم و آسیب‌پذیر ناشی از اچ آی وی/ایدز	
	فقر و تنگدستی	سوء تغذیه در میان کودکان یتیم و آسیب‌پذیر در اثر ایدز	
		جمعیت زیر خط فقر	
		نسبت جمعیت با درآمد کمتر از دو دلار در روز	
		تعداد خانوارهای (فقیر/کم درآمد)	
		فقر (کودکان/بزرگسالان/سال‌مندان)	
		نسبت فقر در خط فقر ملی/شکاف فقر در خط فقر ملی	
نسبت فقر شهری در خط فقر ملی (درصد جمعیت شهری)/شکاف فقر شهری در خط فقر ملی			
نسبت فرزندان در خانواده‌های (کم درآمد/کم درآمد مطلق)			
ناامنی شدید تا متوسط غذایی			
جمعیت آسیب‌پذیر تحت پوشش سازمان‌های مختلف			

بهداشتی، دسترسی به امکانات آموزشی و فرهنگی، دسترسی به خدمات و امکانات شهری، برابری جنسیتی، تنوع‌پذیری، تحرک اجتماعی و کامیابی مشترک اقتصادی» به‌مثابه حیطه‌های برساننده شمولیت در شهر، تأمین‌کننده بهره‌مندی از مزایای شهروندی، بدون تبعیض و به‌شیوه‌ای منصفانه، در شهری سالم خواهند بود.

سرمایه اجتماعی: سرمایه اجتماعی مجموع منافع بالفعل و بالقوه‌ای است که به داشتن شبکه پایداری از روابط متقابل کم‌و‌بیش نهادینه‌شده ناشی از آشنایی، مورد پذیرش قرار گرفتن و شناخته‌شده بودن مربوط است (پیران، ۱۳۹۲: ۵۹). سرمایه اجتماعی نهادها، روابط و ارزش‌هایی را در بر می‌گیرد که بر کنش و واکنش بین مردم حاکم است و در توسعه اقتصادی و اجتماعی سهم عمده دارد. این سرمایه از یک منظر، جمع ساده نهادهایی که جامعه را در بر گیرند نیست، بلکه پیوندهنده نهادهای یادشده است و از منظر دیگر دربرگیرنده ارزش‌ها و هنجارهای مشترک لازم برای رفتار اجتماعی است که روابط مشخص افراد در اعتماد به هم و درک مشترک مسئولیت‌های مدنی منعکس شده است، امری که جامعه را چیزی فراتر از یک جمع می‌سازد (پیران و همکاران، ۱۳۸۵: ۱۶). سرمایه اجتماعی با ایجاد احساس اعتماد، امید به زندگی، مشارکت‌پذیری، تسهیل‌کنشگری جمعی، اعتماد متقابل، همدردی مشترک و به‌طور کلی تسهیل‌کنش همگرایانه به سلامت به‌عنوان یکی از شقوق توسعه پایدار کمک می‌کند. به همین دلیل، در سال‌های اخیر افزایش سرمایه اجتماعی را یکی از راهکارهای ارتقای سرمایه سلامت به‌شمار می‌آورند (قیاسی و همکاران، ۱۳۹۸: ۱۱۷-۱۱۶). سرمایه اجتماعی موضوعی کلان است که به‌مثابه چتری مفهومی قابلیت در بر گرفتن

نیز مسائلی، مانند ازهم‌گسیختگی روابط اجتماعی، ناسالم بودن فعالیت‌های اقتصادی، عدم تعادل و توزیع درآمدها، فقدان امکانات رفاهی برای اکثر مردم به‌مثابه آسیب‌های تهدیدکننده زیست سالم شهروندان معرفی شده‌اند (ستوده، ۱۳۸۹: ۶۲). همان‌گونه که در جدول زیر مشاهده می‌شود، در گزارش‌های مرور شده شاخص‌هایی که معرف آسیب‌های اجتماعی بوده‌اند در زمینه‌هایی، نظیر «جرم و خشونت، روابط جنسی پرخطر، خودکشی، اعتیاد، کودکان آسیب‌دیده و فقر و تنگدستی» گونه‌بندی و معرفی شده‌اند.

شمولیت: ارزیابی سلامت شهری بیانگر آن است که وضعیت سلامت گروه‌های مختلف مردم با یکدیگر متفاوت است و هرچه بتوان وضعیت تمامی شهروندان، متعلق به هر گروه یا دسته‌ای، را به یکدیگر نزدیک کرد به هدف تأمین سلامت شهری نزدیک‌تر خواهیم شد. با تعریف مفهوم حق به شهر توسط هنری لوفور که شهر را به‌مثابه یک ساختار اجتماعی تعریف کرد و اعتقاد داشت تمام شهروندان نسبت به شهر دارای حق هستند؛ بر این مسئله تأکید شد که هر انسانی صرف‌نظر از ملیت، قومیت، جنسیت و ویژگی‌های فرهنگی تنها به‌دلیل انسان بودن مشمول این حقوق انسانی است. در ادبیات حکمروایی خوب نیز در راستای تحقق عدالت اجتماعی یا شمول اجتماعی بر توزیع مناسب خدمات و امکانات در شهر تأکید شده است. شاخص‌هایی از این دست، به‌طور پراکنده و تحت مضامین سیستم‌های سلامت، محیط‌زیست، کیفیت محیطی، قلمرو عمومی، محیط و زیرساخت‌های فیزیکی و زیست‌پذیری در گزارش‌های مرور شده بررسی شده‌اند. در پژوهش حاضر با خوانش اجتماعی از این شاخص‌ها، آن‌ها ذیل مفهوم شمولیت بازتعریف شده‌اند. همان‌گونه که در جدول زیر مشاهده می‌شود، «دسترسی به خدمات

جدول شماره (۳): شاخص‌های شمولیت

زمینه اصلی	زمینه‌های فرعی	شاخص‌ها
شمولیت	دسترسی به خدمات بهداشتی	پوشش بیمه سلامت و درمان
		نرخ پوشش مراقبت‌های دوران بارداری/پس از زایمان
		دسترسی به مراکز بهداشتی عمومی
		دسترسی به تخت بیمارستانی
		دسترسی به مراقبت‌های سلامتی باکیفیت
		دسترسی به خدمات سلامتی اورژانسی
		دسترسی به پزشک خانواده یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه
	دسترسی به امکانات آموزشی و فرهنگی	محرومیت از آموزش
		سال‌های مورد انتظار برای تحصیل
		دسترسی به آموزش باکیفیت
		دستیابی به امکانات آموزشی
		امکان انتخاب مدرسه
		دسترسی به مدارس دولتی
		دسترسی به دانشگاه‌های باکیفیت
	در دسترس بودن کتابخانه، سینما، باشگاه، تئاتر، رویدادهای ورزشی، گالری‌های هنری، موزه‌ها و نمایشگاه‌ها	
	دسترسی به خدمات و امکانات شهری	دسترسی به مرکز محله
		امکان بهره‌مندی از خانه‌های دولتی یا محلی
		دسترسی به فضای عمومی بیرون از خانه
		حق داشتن مسکن مناسب/دسترسی برابر به زمین
		دسترسی به فضای سبز
		دسترسی به امکانات تفریحی
		دسترسی به پارک‌های محله‌ای
		دسترسی به سیستم حمل‌ونقل عمومی/تعداد وسایل نقلیه به ازای ۱۰۰۰ نفر
		دسترسی به برق شهری
		دسترسی به سوخت و فناوری پاک برای پخت‌وپز
		دسترسی به آب آشامیدنی سالم و فاضلاب شهری
		امکان پیاده‌روی
		دسترسی به خدمات خرده‌فروشی
		دسترسی به غذای مقرون‌به‌صرفه و باکیفیت
		دسترسی به مراکز ارائه مواد غذایی
		دسترسی به حمام و سرویس بهداشتی شخصی
		دسترسی به سرویس بهداشتی عمومی
		بهره‌مندی از سیستم جمع‌آوری زباله جامد
تعداد کاربران اینترنت		
متوسط سرعت دانلود		
بهره‌مندی از اینترنت پرسرعت		
تعداد کاربران تلفن همراه		

زمینه اصلی	زمینه‌های فرعی	شاخص‌ها
شمولیت	برابری جنسیتی	نسبت دختران به پسران (در تحصیلات ابتدایی/در تحصیلات متوسطه)
		سهم زنان از (استخدام در مدیریت ارشد و میانی/اشتغال/تحصیلات عالی)
		نرخ نیروی کار زن به مرد
		تأمین حق مالکیت زنان
		توزیع قدرت بین گرایش‌های جنسی
	تنوع‌پذیری	تبعیض و خشونت علیه اقلیت‌ها
		توزیع خدمات عمومی بین اقشار جامعه
		سهم اقلیت‌ها از مشاغل
		آزادی (ادیان/تجمع مسالمت‌آمیز/بیان)
		تحرك مسکونی
	تحرك اجتماعی	حضور گروه‌های کم‌برخوردار در پست‌های مدیریتی یا حرفه‌ای
		افزایش فرصت‌های شغلی با کیفیت بالا برای ساکنان محلی
		نابرابری درآمد
	کامیابی مشترک اقتصادی	میانگین مصرف/درآمد سرانه
		درآمد سرانه ناخالص ملی
		ضریب جینی
		دسترسی برابر به اعتبارات بانکی
		دسترسی به تأمین مالی مسکن
		دسترسی به بانک یا مؤسسات اعتباری

جدول شماره (۵): شاخص‌های سرمایه اجتماعی

زمینه اصلی	زمینه‌های فرعی	شاخص‌ها
سرمایه اجتماعی	مشارکت	حضور رأی‌دهندگان در انتخابات شهرداری‌ها
		تشویق و حمایت مشارکت و تعهد محلی
		افزایش مشارکت مدنی، اجتماعی و محله‌ای
		نرخ‌های رأی شهروندان
		انجام فعالیت‌های داوطلبی
		حضور در جلسات عمومی
		افرادی که در فعالیت‌های مربوط به حوزه عمومی شرکت می‌کنند.
		مشارکت گروه‌های اجتماعی
	اعتماد	نسبت افرادی که در صورت داشتن مشکل جدی همسر، خانواده یا دوستی دارند که می‌توانند به آنها اعتماد کنند.
		نسبت افرادی که به همسایگان خود اعتماد دارند.
		حصول اطمینان از حکمرانی شفاف، پاسخگو و کارآمد در شهرها
	انسجام	خانواده‌های دارای کودک
		و افراد سالمندی که به تنهایی زندگی می‌کنند
		به‌کارگیری شورای شهر
		واگذاری بودجه برای خدمات شهری و کار با محلات
		انجام طرح‌های توسعه اجتماعی

جدول شماره (۶): شاخص‌های کسب‌وکار

زمینه اصلی	زمینه‌های فرعی	شاخص‌ها
کسب‌وکار	درآمد	میانگین دستمزد
		متوسط درآمد خانوار
		درصد داوطلب بدون حقوق (بیش از ۱۵ سال)
	اشتغال	نرخ نیروی کار در بخش‌های مختلف
		تراکم و میزان اشتغال
		الگوهای استخدام
		نرخ بیکاری/نرخ بیکاری جوانان/بیکاری بلندمدت (بیش از سه ماه)
		درصد نیروی غیرکاری
		درصد مدیران و شاغلان حرفه‌ای
		درصد شاغلان در اولین و دومین بخش تک‌اشتغالی
		نرخ تغییر شغل

خواهد گذاشت. شاخص‌های مربوط به سنجش مضامین مذکور در اکثریت قریب به اتفاق گزارش‌های مرور شده بررسی شده است. به مثابه شاخص‌های پویایی جمعیت، می‌توان با بهره‌گیری از آمارها و گزارش‌های سازمان‌های ذی‌ربط با سهولت بیشتری به تحلیل این شاخص‌ها و مقایسه وضعیت شهرها در این زمینه پرداخت.

آموزش

آموزش پدیده‌ای است که آشکار یا نهان در تمام ارکان و نهادهای اجتماعی جای دارد، از راه تأثیرات متقابل در کل نظام اجتماعی نفوذ می‌کند و متضمن ترکیبی از روابط و کنش‌های اجتماعی است. سرمایه‌گذاری شهرها در آموزش و تربیت انسان‌هایی با دانش و متصف به ویژگی‌های عمل‌گرایی، مهارت‌گرایی، تغییرپذیری، نگرش سیستمی، پژوهشگری، خودنظارتی و منعطف توسعه‌رادر تمامی ابعاد گسترش خواهد داد و نیروهای انسانی را به‌عنوان اصلی‌ترین عوامل توسعه شهر سالم توانمند خواهد ساخت. شاخص‌های مربوط به مباحث آموزش و پرورش در اکثریت قریب به اتفاق گزارش‌های مرور شده، در راستای سنجش سلامت شهری، بررسی

بسیاری از مفاهیم اجتماعی را دارد و می‌توان ردپای آن را در اکثر گزارش‌های مرور شده مشاهده کرد، اما به‌طور مشخص گزارش‌های محدودی به این شاخص‌ها پرداخته‌اند که همان‌گونه که در جدول شماره (۵) مشاهده می‌شود، پس از تجمیع در قالب مشارکت، اعتماد و انسجام به‌عنوان مضامین برساننده سرمایه اجتماعی در شهری سالم بازتعریف شده‌اند.

کسب‌وکار

بدون شک در بین عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، وضعیت اقتصادی یکی از مهم‌ترین عوامل به‌شمار می‌رود. اشتغال و به‌دنبال آن کسب درآمد علاوه بر اثرگذاری بر سلامت روان و تعریف منزلت اجتماعی افراد، بر تمامی ابعاد زندگی فرد تأثیر خواهد گذاشت. به عبارت دیگر، اشتغال نه تنها با تجربه و دانش آمیخته است، بلکه به‌صورت یک امر فرهنگی و ارزشی جلوه‌گر شده و بدین‌سان بین اندیشه، کار و روابط اجتماعی پیوندی ناگسستنی پدید آمده است (توسلی، ۱۳۸۹). اشتغال و درآمد بر محل زندگی، تغذیه، فعالیت‌های روزانه، اوقات فراغت، روابط خانوادگی و دوستانه یک شهروند در شهر تأثیر غیرقابل انکاری

جدول شماره (۷): شاخص‌های آموزش

زمینه اصلی	زمینه‌های فرعی	شاخص‌ها
آموزش	دانش پایه	نرخ باسوادی (مردان/زنان/در میان بزرگسالان بالای ۱۵ سال)
		تعداد مهدکودک (دارای مجوز/در حاشیه شهرها)
		تعداد کودکان بازمانده از تحصیل
		نرخ ثبت‌نام خالص در مقطع ابتدایی
		نرخ خالص حضور در مدرسه ابتدایی
		تعداد کودکان با غیبت مداوم از مدرسه
		نرخ خالص کودکانی که به کلاس پنجم می‌رسند
	دانش متوسطه	نرخ انتقال به دبیرستان
		نرخ ثبت‌نام در مقطع متوسطه
		نرخ خالص حضور در مدرسه متوسطه
		میزان افراد با تحصیلات متوسطه (۲۵ سال و بیشتر)
		دانش‌آموزانی که چهار سال پس از شروع کلاس نهم، از دبیرستان فارغ‌التحصیل می‌شوند.
		درصد جمعیتی که سال ۱۲ یا معادل آن را تکمیل کرده‌اند.
		نرخ پاس کردن برنامه درسی
	دانش عالی	درصد جمعیت با مدرک تحصیلی عالی
		حضور در آموزش عالی
		میزان حضور دانش‌آموزان مدارس دولتی در آموزش عالی
		سال‌های مورد انتظار در تحصیلات عالی
		هزینه تحقیق و توسعه از درصد تولید ناخالص داخلی
		درخواست‌های ثبت اختراع
		سهم/سرنانه سرمایه انسانی
مداوم	شرکت‌کنندگان در برنامه‌های کتابخانه	

شده‌اند. این شاخص‌ها در جدول شماره (۷) با توجه به مراحل و سطح آموزش در قالب دانش پایه، متوسطه، عالی و مداوم بازتعریف شده‌اند. شایان ذکر است، با توجه به ماهیت شاخص‌های مذکور، همانند شاخص‌های پویایی جمعیت و کسب‌وکار، می‌توان با بهره‌گیری از آمارها و گزارش‌های سازمان‌های ذی‌ربط به جمع‌آوری و تحلیل آن‌ها پرداخت.

سبک زندگی

سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸) سبک زندگی سالم را ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی می‌داند که در جهت دستیابی به حالت رفاه

جدول شماره (۸): شاخص‌های سبک زندگی

زمینه اصلی	زمینه‌های فرعی	شاخص‌ها
سبک زندگی	فعالیت بدنی	فعالیت‌های بدنی
		بزرگ‌سالانی که بیش از ۱۵۰ دقیقه در هفته ورزش می‌کنند.
		بزرگ‌سالانی که فعالیت بدنی هوازی همراه با تقویت عضلات انجام می‌دهند.
		نسبت سفرهای شهری کمتر از ۵ مایل که پیاده یا با دوچرخه انجام می‌شود.
	استعمال دخانیات و الکل	استعمال دخانیات توسط (بزرگ‌سالان/نوجوانان)
		کودکان در معرض دود سیگار
		شیوع مصرف سیگار و الکل در بزرگ‌سالان بالای ۱۸ سال
		مصرف الکل
		نوجوانانی که در ۳۰ روز گذشته از الکل یا موادمخدر استفاده کرده‌اند
		زیاده‌روی بزرگ‌سالان در مصرف الکل در ماه گذشته
		مصرف حشیش
	رژیم غذایی	شیرخوارانی که در شش ماه اول زندگی از شیر مادر تغذیه می‌کنند.
		مادران پس از A میانگین مصرف (روزانه میوه و سبزیجات/نمک پیدار/مکمل ویتامین زایمان)
		اضافه‌وزن و چاقی در (کودکان/نوجوانان/بزرگ‌سالان)
	زیست جنسی	سن اولین رابطه جنسی در بین جوانان
		اختلاف سنی در بین شرکای جنسی
		چندهمسری
		اختلاف سنی با همسر

رویکرد شهر سالم نیز با توجه به تلاش‌ها در راستای شناسایی نابرابری و بی‌عدالتی‌های موجود در سلامت و بهداشت، همچنین تمرکز بر فقر شهری و نیازهای گروه‌های آسیب‌پذیر، به‌شکل غیرقابل انکاری بر وجوه اجتماعی سلامت شهری و تأثیر آن بر زندگی شهروندان تأکید شده است. بر مبنای این جهت‌گیری، توسعه اقتصادی، آزادی، حقوق شهروندی، ثبات زیست‌محیطی، مشارکت جامعه و حکمروایی خوب مضامین برساننده سلامت شهری است و توصیف و بررسی صرف بیماری‌ها حاشیه‌ای است بر متن این مسائل؛ حاشیه‌ای که حتی در گزارش‌های ملی و بین‌المللی نیز به متن تبدیل شده است. به عبارت دیگر، اگرچه در سطح جهانی بر این موضوع تأکید می‌شود که سلامت به‌عنوان هدفی مهم، با عدالت در

دخانیات و الکل، رژیم غذایی و زیست جنسی» صورت‌بندی کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که ملاحظه کردید، اهمیت بررسی مسائل اجتماعی در مطالعه‌های سلامت با تعریف سازمان جهانی بهداشت از سال ۱۹۴۷ برجسته شده است. در این تعریف، سلامت حالت رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری یا ناتوانی است و متضمن کلیه عوامل مؤثر رشد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی به‌صورت فردی و اجتماعی است. بر مبنای این تعریف، سلامتی معادل بهره‌مندی از زندگی مولد و خلاق است و به‌جای بررسی و طبقه‌بندی بیماری‌ها باید بر وضعیت و شرایط زندگی، که سلامتی را به ارمغان می‌آورد، متمرکز بود. در

دسترسی به خدمات و مراقبت‌های بهداشتی، توجه به نیازهای گروه‌های آسیب‌پذیر و محروم و انجام اقدام‌های مبتنی بر نیازهای مردمی تحقق خواهد یافت، اما مرور گزارش‌های ملی و بین‌المللی حاکی از آن است که به غیر از بررسی موضوعات جمعیتی، آموزش، کسب‌وکار و دسترسی به خدمات بهداشتی و سلامت، همچنان تأکیدشان بر رصد و پایش مراقبت‌های بهداشتی و بیماری‌هاست.

مرور گزارش‌ها در پژوهش حاضر، حاکی از آن است که تلاش‌های ایران همگام با پوشش‌های بین‌المللی سازمان جهانی بهداشت، به‌خصوص در راستای اجرای برنامه شهر سالم از سال ۱۹۹۰، اقدامی برجسته از همراهی با دغدغه جهانی حفظ و ارتقای سلامت در شهرها بوده است. تلاشی که می‌توان ادعا کرد جامع‌ترین شاخص‌های سنجش سلامت شهری را معرفی می‌کند و بستر پیوستن شهرهای ایران به شبکه شهرهای سالم را فراهم کرده است، به‌گونه‌ای که تاکنون به ثبت برخی از شهرها و تلاش آن‌ها در راستای اخذ گواهی از سازمان جهانی بهداشت منجر شده است. علی‌رغم جامعیت این شاخص‌ها، احصای تمامی آن‌ها به‌شکل یکسان در تمامی شهرها سخت و غیرممکن به نظر می‌رسد و موضوعی است که مورد تأکید سازمان جهانی بهداشت است و به‌درستی نیز در پروفایل پیشنهادی شهر سالم نیز بر آن تأکید شده است. در همین راستا و به استناد سند سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۴) می‌توان ادعا کرد که ساخت ابزار سنجش شاخص‌های سلامت شهری، باید متناسب با زمینه و میدان مشخص و با استفاده از معیارهایی، نظیر «اجماع، تناسب، حساسیت نسبت به تفاوت‌ها و

شفافیت مشخصات» انجام شود.

معیار حساسیت نسبت به تفاوت‌ها به اصل زمینه‌محوری پایبند است و شاخص‌ها را متناسب با ویژگی‌های آن شهر بررسی می‌کند. به این معنا که ضرورت یا عدم ضرورت یک شاخص برای سنجش سلامت شهری یک شهر به تفاوت‌های آن شهر با شهرهای دیگر بازمی‌گردد. مسلماً شهرها از لحاظ جنبه‌های اجتماعی، اقتصادی، زیست‌محیطی، کالبدی و بهداشتی متفاوت‌اند و بنابراین، به‌کارگیری شاخص‌ها و الگوهای یکسان برای احصای داده‌ها، مخصوصاً در زمینه‌های اجتماعی، نه‌تنها فایده ندارد، بلکه از لحاظ دیدگاه‌های نظری، مانند جنبش اجتماعی سلامت نیز کار صحیحی نیست. زیرا براساس چرخش‌های نظری اخیر در علوم اجتماعی قید اجتماعی بر هر پدیده‌ای لاجرم با انعطاف‌پذیری، نسبی بودن آن پدیده، کشف و شناسایی منحصر به فرد پدیده، توجه به معانی، دیدگاه‌ها و ادراکات حول آن پدیده، ادراک زمینه و ادراک فرایند همراه خواهد بود.

همان‌گونه که در توضیح هر بخش بر زمینه‌های اجتماعی سنجش سلامت شهری تأکید کردیم، شاخص‌هایی، نظیر بویایی‌های جمعیت و آموزش و کسب‌وکار، که برای توضیح آن می‌توان از داده‌های ثبتی بهره برد و یا به دلیل آنکه روش‌های احصا و محاسبه آن‌ها به‌صورت کمی و جهانی تعریف شده است، تا حدود قابل قبولی می‌توانند از الگوی یکسان پیروی کنند. این نتایج حتی می‌تواند با پیروی از تعاریف استاندارد جهانی، مبنایی برای مقایسه شهرها با ویژگی‌های زمینه‌ای متفاوت باشند. اما در مورد سایر شاخص‌های اجتماعی، که در این پژوهش در زمینه‌های آسیب اجتماعی، شمولیت، سبک زندگی و مخصوصاً سرمایه اجتماعی بازتعریف شد، باید محتاط‌تر و به شیوه زمینه‌محور

۱. تاکنون ده شهر سعادت‌شهر، پاوه، طرهبه، نور، سوران، آران و بیدگل، رامهرمز، مراغه، جلفا و سهند در پروفایل شبکه ملی شهرهای سالم ثبت شده‌اند.

عمل کرد. بررسی مضامین مذکور متضمن در نظر گرفتن همه‌جانبه معیارهای اجماع، رعایت تناسب و حساسیت به تفاوت‌ها (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۴) است. براساس معیار اجماع، باید شاخص‌هایی برای سنجش انتخاب شوند که بیشترین اجماع را از سوی پژوهشگران دارند. براساس معیار رعایت تناسب، باید ارتباط روشن و منطقی شاخص‌های مورد اجماع با اهداف و زمینه‌های تعریف‌شده برای رصد سلامت شهری در شهر مورد نظر مشخص شود. در تکمله معیار رعایت تناسب، معیار حساسیت به تفاوت‌ها مطرح شده است. براساس این دو معیار، شاخص‌های اجتماعی‌ای که بیشترین تناسب را جهت بازنمایی وضعیت سلامت شهری در یک شهر دارند انتخاب و بقیه شاخص‌ها حذف می‌شوند. بدین معنا که باید بر انتخاب و اولویت‌بخشی به مطالعه برخی از شاخص‌ها در هر شهری، متناسب با ویژگی‌های خاص آن توجه ویژه کرد. به عبارت دیگر، انتخاب و بررسی یا عدم بررسی یک شاخص برای سنجش سلامت شهری یک شهر به تفاوت‌های آن شهر با شهرهای دیگر بازمی‌گردد. توجه به این دو معیار کمک خواهد کرد ضمن تمرکز بر مسائل مبتلابه و مختص یک شهر، به‌طور ویژه بر مرتفع کردن مسائل اولویت‌داری که تهدیدکننده سلامت آن شهرند، تمرکز شود.

منابع

۱. پیران، پرویز (۱۳۹۲)، مبانی مفهومی و نظری سرمایه اجتماعی، تهران: نشر علم.
۲. پیران، پرویز، موسوی، میرطاهر و شیبانی، ملیحه (۱۳۸۵)، «کارپایه مفهومی و مفهوم‌سازی سرمایه اجتماعی با تأکید بر شرایط ایران»، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۹-۴۴ (۲۳).
۳. توسلی، علام‌عباس (۱۳۸۹)، جامعه‌شناسی کار و شغل، تهران: انتشارات سمت.

۴. حسینی گرکانی، الهام و آگاه هریس، مژگان (۱۴۰۱)، «پیش‌بینی سبک زندگی سلامت‌محور براساس سخت‌روی روان‌شناختی با نقش میانجی تکانش‌گری در زنان ورزشکار»، مطالعات روان‌شناسی ورزشی، ۲۲۳-۲۴۲ (۴۲) ۱۱.
۵. خلیل‌آبادی، حسن (۱۳۹۲)، برنامه‌ریزی سلامت شهری، تهران: انتشارات دیبای دانش.
۶. رابینگن، ارل، واینبرگ، مارتین (۱۳۹۳)، رویکردهای نظری هفت‌گانه در بررسی مسائل اجتماعی، ترجمه رحمت‌الله صدیق سروستانی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۷. ستوده، هدایت‌الله (۱۳۸۹)، آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات)، تهران: انتشارات آوای نور.
۸. شبکه ملی شهرهای سالم (۱۳۸۹)، پروفایل شهرهای سالم: <https://irnchn.ir/cities> (دسترسی در تاریخ ۲۵ بهمن ۱۴۰۱).
۹. قیاسی، مجتبی، سرلک، احمد و غفاری، هادی (۱۳۹۸)، تأثیر متقابل سرمایه اجتماعی و سلامت در استان‌های کشور، مطالعات راهبردی سیاست‌گذاری عمومی، ۱۱۵-۱۳۰ (۳۱) ۹.
۱۰. معمار، ثریا (۱۳۹۴)، توسعه پایدار محله‌ای، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
۱۱. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۶)، دیده‌بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران.
۱۲. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۰)، حوزه سلامت جمهوری اسلامی ایران در یک نگاه.
۱۳. نظم‌فر، حسن، عشقی چهاربرج، علی، علوی، سعیده، عشقی، ثریا (۱۳۹۷)، «تحلیل فضایی شاخص‌های شهر سالم در سکونتگاه‌های شهری (مطالعه موردی: استان اردبیل)»، علوم و تکنولوژی محیط‌زیست، دوره بیستم، شماره چهار، صص ۲۸۲-۲۸۸.
14. Australian Urban Observatory (2021): <https://auo.org.au/>. (Accessed December 21, 2022)
15. Barton, H., Tsourou, C, (2000). Healthy urban planning, Spon press.
16. Bloomberg (2017). World health: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-02-24/spain-tops-italy-as-world-s-healthiest-nation-while-u-s-slips> (Accessed April 4, 2023)
17. Center for Disease Control and Prevention

- 2944_5327_47055—,00.html, 2011/ (Accessed November 6, 2023)
29. Public Health Agency of Barcelona (2021). Methodological guide. Slut als Carres (Health in the streets).
30. Tarkington, A., Denotti, A., Parker, R., Krylova, P. (2021) Urban Health Index methodology. Impact on Urban Health. London, U.K.
31. The University of Manchester (2008). European Urban Health Indicators: <http://www.urhis.eu/euro-urhis1/>(Accessed July 9, 2023).
32. United Nations Children's Fund (2005). Monitoring the situation of children and women.
33. United Nations. (2019) World Urbanization Prospects: The 2018 Revision. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York.
34. University of Cambridge (2022). Portfolio of Metrics and Methods for Urban Health. (CAMB)
35. United States Environmental Protection Agency (2018). Environmental public health indicators (EPHI) research impact report.
36. United States Department of Health and Human Services (2015). <https://www.hhs.gov/> (Accessed March 25, 2023)
37. World Health Organisation. (1986). The Ottawa charter for health promotion. World Health Organisation (WHO). <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-well-being/first-global-conference/> (Accessed December 3, 2022)
38. World Health Organization. (2010). Urban HEART: urban health equity assessment and response tool. , The WHO Centre for Health Development, Kobe.
39. World Health Organization. (2012). World health statistics 2012: a wealth of information on global (2015). Leading health indicators at a glance: https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2010/hp2010_indicators.htm/ (Accessed November 6, 2023)
18. City of Vancouver (2023). Healthy City Dashboard: <https://opendata.vancouver.ca/pages/healthy-city-dashboard/> (Accessed April 4, 2023)
19. Grover, A., & Singh, R. B. (2020). Urban health and wellbeing. Springer
20. Humphreys, J. & Solarsh ,G.(2017).Population at special health risk : rural populations . Inter Encyclopedia of public health , 8: 599-608.
21. Institute for Innovation in Social Policy (2008). The Social Health of the States 2008.
22. Jacobs, J. (1961). The death and life of Great American Cities. Random House.
23. Kim, J., de Leeuw, E., Harris-Roxas, B., & Sainsbury, P. (2022). Four urban health paradigms: The search for coherence. *Cities*, 103-128.
24. Kim, J., de Leeuw, E., Harris-Roxas, B., & Sainsbury, P. (2020). The three paradigms on urban health. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement_5), ckaa166-155.
25. Kim, J., Harris-Roxas, B., de Leeuw, E., Lilley, D., Crimeen, A., & Sainsbury, P. (2021). Protocol for a meta-narrative review on research paradigms addressing the urban built environment and human health. *Systematic Reviews*, 10(1), 1-9.
26. Leeuw, V. Simos, J. (2017). *Healthy Cities The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning*, Springer.
27. Maller, C. (2018). *Healthy urban environments: More-than-human theories*. Routledge.
28. Michigan department of community health (2011). Michigan critical health indicators: [شماره ۲۷، تابستان ۱۴۰۲](http://www.michigan.gov/mdch/0,4612,7-132-</p>
</div>
<div data-bbox=)

public health(No. WHO/HIS/HSI/13.1). World Health Organization.

40. World Health Organization. (2012). Health Compendium Indicators.

41. World Health Organization. Healthy cities. <https://www.who.int/southeastasia/activities/healthy-cities>. (Accessed December 1, 2022)

42. World Health Organization (2014). The urban health index: a handbook for its calculation and use. World Health Organization.

43. Wuerzer, T. (2014). Urban Health. In: Michalos, A.C. (eds) Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_3127