



The Right Approach to City Health; an Idea in Analyzing the level of Spatial Inequality and the Realization of Urban Justice

Case Study: Five Areas of Urmia City, Iran

ABSTRACT INFO

Article Type:
Original research

Authors:

1.Ali Samadi1,
2*.Reza Ahmadian,
3.Alireza Bandarabad

1. PhD student of Urban Planning, Department of Urban Planning, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2*. Assistant Professor, Visiting Department of Urban Planning, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
3. Associate Professor, Department of Urban Planning, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Problem: Justice in urban health means the absence of systematic differences in one or more aspects of the health status of citizens or population groups in terms of social, economic and physical environment. In the present study, the city of Urmia has been investigated and analyzed as a focus of studies on the level of realization of the right to health approach to the city and the distribution of health-therapeutic services and functions.

Aims: In terms of its purpose, the current research is in the category of semi-basic, semi-applied research, which is carried out with descriptive and analytical method.

Methods: The methods of collecting information are based on documentary-library methods, observation and field verification (Swara and Cocosso tests).

Findings: Based on the results, the city of Urmia has not acted in a fair manner in terms of the distribution of health-treatment functions and services in accordance with the approach of the right to the city, in spatial planning and allocation.

Conclusion: Regions 4 in the central context and the commercial pole of the city and 2 in the peripheral part of Urmia city have respectively the most favorable and unfavorable environmental conditions and conditions in the matter of enjoying the right to health policies of the city. In the end, based on the findings and the identification of the strengths and weaknesses of the study area in the field of urban development, some targeted and sustainable proposals and actions have been taken to improve the environmental conditions.

Key words: right to the city, urban health, spatial justice, city, Urmia.

*Corresponding Author

rahmadian2001@gmail.com

Article History

Receive :September 25 , 2023

Accepted : March 11 , 2024

Copyright© 2020, TMU Press. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms.

رویکرد حق به سلامت شهر؛ انگاره‌ای در تحلیل سطح نابرابری فضایی و تحقق‌پذیری عدالت شهری مطالعه موردی: مناطق پنج‌گانه شهر ارومیه

علی صمدی

دانشجوی دکتری شهرسازی، گروه شهرسازی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

رضا احمدیان*

استادیار، مدعو گروه شهرسازی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

علیرضا بندرآباد

دانشیار، گروه شهرسازی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

نتیجه‌گیری: مناطق ۴ در بافت مرکزی و قطب تجاری شهر و ۲ در بخش کمربندی شهر ارومیه، به ترتیب مطلوب‌ترین و نامطلوب‌ترین شرایط و وضعیت محیطی را در امر برخورداری از سیاست‌های حق به سلامت شهر به خود اختصاص داده است. در پایان بر اساس یافته‌های حاصل و شناسایی نقاط قوت و ضعف محدوده مطالعاتی در حیطه توسعه شهری به ارائه برخی از پیشنهادات و اقدامات هدفمند و پایدار حول بهبود شرایط محیطی اقدام گردیده است.

واژگان کلیدی: حق به شهر، سلامت شهری، عدالت فضایی، شهر، ارومیه.

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۷/۳]

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۱۲/۲۱]

* نویسنده مسئول: rahmadian2001@gmail.com

بیان مساله

دیدگاه «حق به شهر» یکی از مفاهیم مطرح در حوزه مسائل شهری می‌باشد که برای اولین بار در سال ۱۹۶۸ میلادی مطابق با انتشار کتابی با عنوان حق به شهر وارد مباحث و تحقیقات علمی شد. این مفهوم تنها با دگرگونی و بازسازی حق زندگی شهری قابل تعریف است. به بیان وی، جوامع شهری امروزی بیشتر منعکس‌کننده روابط سرمایه‌داری و نظام قدرت هستند و فضاهای شهری اساساً به خاطر ارزش‌های مبادله‌ای‌شان اهمیت می‌یابند [۱۸] انگاره حق به شهر به طور عام درصدد پس گرفتن نظارت و مراقبت از شهر و استفاده از منافع شهری شدن سرمایه است [۲] لوفور حق به شهر را کاملاً متفاوت، به عنوان یک فریاد و مبارزه‌ای رادیکال برای حرکت فراتر از دولت و سرمایه‌داری بیان کرده است [۲۳]. این انگاره پاسخ قدرتمندی است برای تمامی شهرها به‌ویژه شهرهایی که شهروندان آن‌ها به صورت متفاوت (محرومیت و کنارگذاشتن گروه‌هایی از مردم از حق به صلح، امنیت و همبستگی) از تعارض شدید رنج می‌برند [۲۷] در واقع این مفهوم به یک صورت‌بندی اصلی خواسته‌های پیش‌رو برای تغییر اجتماعی در تمام جهان تبدیل گردیده است [۵]. در بیان کلی، مؤلفه‌های اصلی حق به شهر عبارتند از: سطح مشارکت شهروندان ساکن در روال برنامه‌ریزی شهری، ضمانت شهروندان در دسترسی به برنامه‌ریزی، مدیریت و طراحی شهری مطلوب و

چکیده:

مسئله: 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. توزیع عادلانه امکانات و تسهیلات بهداشتی درمانی یکی از اصلی‌ترین پیش‌نیازهای افزایش سطح بهره‌مندی جامعه از شاخص سلامت عمومی می‌باشد که بایستی در سکونتگاه‌های شهری مورد توجه برنامه‌ریزان و مدیران شهری قرار گیرد. در مطالعه حاضر نیز شهر ارومیه به عنوان محور مطالعاتی در باب سطح تحقق رویکرد حق به سلامت شهر و نحوه توزیع خدمات و عملکردهای بهداشتی- درمانی مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته است.

اهداف: پژوهش حاضر از نظر هدف، در دسته پژوهش‌های نیمه بنیادی، نیمه کاربردی قرار گرفته که با روش توصیفی- تحلیلی انجام شده است.

روش‌ها: شیوه‌های گردآوری اطلاعات مبتنی بر روش‌های آماری (آزمون‌های سوارا، کولموگروف، اسمیرنوف، ضریب همبستگی و کوکوسو)؛ اسنادی، کتابخانه‌ای، مشاهده و واری می‌باشد.

یافته‌ها: براساس نتایج، شهر ارومیه از منظر نوع توزیع عملکردها و خدمات بهداشتی- درمانی متناسب با رویکرد حق به شهر، در برنامه‌ریزی و تخصیص فضایی به صورت عادلانه عمل نکرده است.

سازگار، تلاش در راستای ایجاد تناسب و عدالت و توازن در امر کاربری زمین در راستای دسترسی همگانی مردم به مسکن، تأکید بر کار و بهداشت عمومی، وجود حمل و نقل عمومی پایدار و فضای باز و عمومی مطلوب، تأکید بر گذران اوقات فراغت و ضمانت دسترسی اقشار کم‌درآمد جامعه به مسکن مناسب و ساماندهی اسکان غیررسمی و تخصیص فضاهای عمومی جامعه به پهنه‌های ویژه برای امور اجتماعی برای بهره‌مندی مشترک همه شهروندان جامعه [۲۹] 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 جزوه حقوق مدنی و اجتماعی به شمار می‌رود (هادیان و همکاران، ۱۳۹۲: ۴۳۵). طبق حقوق مدنی، حقوق در دسترس برای هر شهروندی باید برای همه شهروندان در دسترس باشد یعنی نباید این حقوق برای بعضی از شهروندان در دسترس و برای دیگر شهروندان به دلیل بعضی از دلایل مثل قومیت، نژاد، درآمد شغل و تحصیلات، طبقه اجتماعی و... غیر قابل دسترس باشد [۱۴]. امروزه در کشورهای جهان، به دلیل حکومت عامل فقر بر جامعه و وجود رابطه مستقیم میان توزیع خدمات اجتماعی-اقتصادی و فقر، نیازهای عمومی مردم تأمین نمی‌گردد. در این راستا، اهمیت تأمین و تقویت جوامع شهری همسو با سلامت عمومی برای عموم برنامه‌ریزان، مدیران و مسئولان شهری بیش از پیش روشن [۲۸]. سلامت محیط زیستی شهر یک مسئله تک بعدی نیست که فقط شامل عدم وجود بیماری باشد، بلکه شامل تندرستی جامع با همه مؤلفه‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی نیز می‌باشد. این مؤلفه‌ها با استفاده از تعیین کننده‌های نزدیک و دور شکل می‌گیرند. به طوری که شکل دهنده سلامتی در سطح فردی به ژنتیک، تغذیه، شرایط زندگی، فرصت‌ها، ارزش‌ها و انتخاب فردی مبتنی بر خطر برمی‌گردد. عوامل دور به محیط طبیعی و مصنوع، غذا، انرژی، وضعیت اجتماعی اقتصادی، حکمروایی و سیستم سیاسی برمی‌گردد که به طور غیرمستقیم بر سلامتی تأثیر می‌گذارد. بر این اساس سلامت یک پروسه چند محوری و در عین حال بسیار مهم است که از یک سو فاکتورهای بسیار زیادی در ایجاد و توسعه آن سهم اساسی دارند و نتیجه مشارکت تمامی نهادها و ارگانهای اجرایی

جوامع شهری است و از طرف دیگر تاثیر قابل توجهی بر سایر بخش‌های جامعه دارد [۳۱]. با توجه به مباحث مذکور، اهمیت و ضرورت مسائل بهداشتی و درمانی در برنامه‌ریزی شهری و توجه به عدالت و نابرابری فضایی در راستای دسترسی مطلوب و عادلانه همه اقشار جامعه به امکانات و تسهیلات آن، بیش از پیش روشن می‌یابد که می‌بایستی مورد توجه و تأکید همه برنامه‌ریزان و مدیران حوزه شهری قرار گیرد. مناطق پنج‌گانه شهر ارومیه در این تحقیق به عنوان محور مطالعاتی مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته است. این شهر به تناسب برخورداری از موقعیت ژئوپلیتیک خاص در حوزه ملی و بین‌المللی همواره از اهمیت و ضرورت خاصی برخوردار است که به دلیل حضورپذیری گسترده افراد چه در سطوح داخلی و چه در سطوح خارجی، بایستی در کانون توجه متخصصین و مسئولین باشد. تحقیق حاضر سعی در پاسخگویی به سوالات زیر دارد؟

– کدام یک از ابعاد و مولفه‌های انگاره حق به سلامت شهری در دیدگاه نابرابری فضایی از حوزه برنامه‌ریزی شهری بیشترین سطح اهمیت و اولویت را دارند؟

– راهکارهای پیاده‌سازی و توسعه مولفه‌های حق به سلامت شهری در شهر ارومیه در راستای دستیابی به مطلوب‌ترین شرایط عدالت فضایی در برنامه‌ریزی شهری چیست؟

– وضعیت هر یک از مناطق شهری ارومیه از منظر سطح توزیع عادلانه کاربری‌های بهداشتی-درمانی در حوزه نابرابری فضایی در چه جایگاهی قرار دارد؟

مبانی نظری

سلامت شهری

سلامت شهری به مبنای یک مسئله چندوجهی عمل می‌نماید که بعد معنوی جامعه را نیز، علاوه بر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی شامل می‌گردد [۳۲].

جدول ۱. تعاریف ابعاد سلامت

منبع	تعریف	بعد
[۷]	عبارت از عدم وجود بیماری و نشانه‌های بیماری و عدم استفاده از مرخصی استعلاجی	سلامت جسمی
[۴]	سلامت روانی به عواطف و احوال، یعنی به احساسات و افکار ما اطلاق می‌شود و شامل آگاهی و پذیرش طیف گسترده‌ای از احساسات در خود و دیگران، توانایی نشان دادن آنها، مستقل عمل کردن و توانایی کنار آمدن با مشکلات و موانع استرس‌های روزانه است.	سلامت روانی
[۱]	سلامت اجتماعی بدین معناست که جامعه و اجتماع، استانداردهایی را برای فعالیت‌های مطلوب، باتوجه به نقش‌ها و وظایف اجتماعی انجام دهند. در این رابطه میزان درآمد و چگونگی دسترسی به خدمات مختلف، از جمله تعیین کننده‌ترین عامل اجتماعی مؤثر در سلامت افراد می‌باشد.	سلامت اجتماعی



شکل ۱: ابعاد سلامت اجتماعی [۳]

آنچه که امروز شاهد آن هستیم، در ۱۵ سال گذشته توجه و تأکید مضاعفی به مبحث سلامت شهری در کشورهای مختلف جهان وجود داشته است [۱۰]. بر این اساس محلات شهری که نتیجه شهرنشینی بیش از حد علی‌الخصوص در کشورهای در حال توسعه، به صورت قارچ‌گونه بوده و در نتیجه بی‌کفایتی و ناکارآمدی فرآیند مدیریت شهری و خدمات و تسهیلات شهری توسعه یافته، حاصل ضعف شاخص‌های سلامت شهری در ابعاد توسعه‌ای کالبدی، اجتماعی و اقتصادی بوده است که در مجموع

وضعیت نامطلوبی از سطح کیفیت زندگی و رفاه عمومی شهروندی را به بار آورده است. امروزه روند شهرنشینی به وجود آمده به دنبال برخی ویژگی‌های مسائل ناسازگار شهری از جمله کیفیت هوا، بیماری‌ها، افسردگی‌ها، سطح فعالیت‌های بدنی و...، برنامه‌ریزان و دست‌اندرکاران را بر آن ساخت تا در خصوص ایجاد و توسعه فضاهای شهری مبتنی بر سلامت توجه و تأکید مضاعفی را مقبول نمایند. لذا، در اهداف برنامه ریزی و مدیریت شهری که از سوی سازمان ملل ارائه شده است، دسترسی جهانی به فضاهای امن، فراگیر و در دسترس بودن فضای سبز و عمومی برای زنان

و کودکان، افراد مسن و افراد معلول تا سال ۲۰۳۰ میلادی، به عنوان مهمترین اهداف ذکر گردیده است [۳۴].

پس سلامت محیط زیستی شهر یک مسئله تک بعدی نیست که فقط شامل عدم وجود بیماری باشد، بلکه شامل تندرستی جامع با همه مؤلفه‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی نیز می‌باشد. این مؤلفه‌ها با استفاده از تعیین کننده‌های نزدیک و دور شکل می‌گیرند. به طوری که شکل دهنده سلامت در سطح فردی به ژنتیک، تغذیه، شرایط زندگی، فرصت‌ها، ارزش‌ها و انتخاب فردی مبتنی بر خطر برمی‌گردد. عوامل دور به محیط طبیعی و مصنوع، غذا، انرژی، وضعیت اجتماعی اقتصادی، حکمروایی و سیستم سیاسی برمی‌گردد که به طور غیرمستقیم بر سلامتی تأثیر می‌گذارد [۳۲].

شهر سالم

به تعبیر سازمان بهداشت جهانی، شهر سالم، شهری است که به طور دائم سیاست‌های عمومی خود را توسعه بخشد و آنگونه محیط فیزیکی و اجتماعی را ایجاد می‌نماید که طی آن مردم همدیگر را حمایت می‌کنند و کنش متقابل با یکدیگر داشته باشند. از نظر سازمان بهداشت جهانی اهداف شهر سالم عبارتند از: وجود فضا و محیط‌های فیزیکی سالم و ایمن در جوامع شهری، تأکید بر وجود اکوسیستم پایدار شهری، تأکید بر وجود جوامع شهری منسجم و نیرومند ضمن حمایت کامل از جانب نهادهای دولتی و اقشار مردمی، تأکید بر تقویت سطح مشارکت همگانی در فرآیند برنامه‌ریزی و تصمیمات مرتبط با توسعه شهری و زندگی شهری، سطح سلامت شهری و رفاه عمومی ساکنین، تأکید بر وجود اقتصاد پویا، زنده و نوآور، دسترسی به تجارب جوامع موفق برای عموم مردم، وجود ساختار شهری مناسب برای مردم و حمایت از وجود ارتباط مستقیم میراث فرهنگی است.

رویکرد حق به شهر

دیدگاه «حق به شهر» یکی از مفاهیم مطرح در حوزه مسائل شهری می‌باشد که در سال ۱۹۶۸ میلادی با انتشار کتابی در همین عنوان توسط هنری لوفور وارد مباحث علمی و اجتماعی

دنیا شده است. لوفور با طرح مفهوم حق به شهر، رویکردی نو و رادیکال نسبت به شهر مطرح نمود و ساختارهای اجتماعی و سیاسی قرن بیستم را به چالش کشید [۲۰]. این مفهوم تنها با دگرگونی و بازسازی حق زندگی شهری قابل تعریف است [۱۷] به بیان وی، جوامع شهری امروزی بیشتر منعکس‌کننده روابط سرمایه‌داری و نظام قدرت هستند و فضاهای شهری اساساً به خاطر ارزش‌های مبادله‌ای‌شان اهمیت می‌یابند [۱۸]. انگاره حق به شهر به طور عام درصدد پس گرفتن نظارت و مراقبت از شهر و استفاده از منافع شهری شدن سرمایه است [۲]. لوفور حق به شهر را کاملاً متفاوت، به عنوان یک فریاد و مبارزه‌ای رادیکال برای حرکت فراتر از دولت و سرمایه‌داری بیان کرده است [۲۳]. این انگاره پاسخ قدرتمندی است برای تمامی شهرها به‌ویژه شهرهایی که شهروندان آن‌ها به صورت متفاوت (محرومیت و کنار گذاشتن گروه‌هایی از مردم از حق به صلح، امنیت و همبستگی) از تعارض شدید رنج می‌برند [۲۷]. در واقع این مفهوم به یک صورت‌بندی اصلی خواست‌های پیش‌رو برای تغییر اجتماعی در تمام جهان تبدیل گردیده است [۵]. در بیان کلی، مؤلفه‌های اصلی حق به شهر عبارتند از: مشارکت شهروندان در فرآیند برنامه‌ریزی، تضمین دسترسی شهروندان به برنامه‌ریزی، طراحی و مدیریت شهری، هدایت متوازن و برابری طلبانه کاربری زمین برای دسترسی همگانی به مسکن، کار، بهداشت و آموزش، حمل‌ونقل عمومی و فضای عمومی، اوقات فراغت و زندگی طولانی، تضمین دسترسی شهروندان کم‌درآمد به مسکن مناسب و ساماندهی اسکان غیررسمی، استفاده‌ی مشترک شهروندان از فضاهای عمومی با اختصاص پهنه‌های ویژه برای امور اجتماعی در شهر [۲۹].

عدالت (شهر عدالت‌محور)

از دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ میلادی که تغییرات گسترده‌ای در حوزه مطالعات شهری به وقوع پیوست، و با اظهارات مطروحه هنری لوفور در ساختار اجتماعی شهر، اندیشمندان و صاحب‌نظران مطرح حوزه برنامه‌ریزی و جامعه‌شناسی شهری به تحلیل و بررسی دیدگاه عدالت شهری پرداختند. دو اثر «پرسش شهری» از مانوئل کاستلز^۱ (۱۹۷۲) و «شهر و عدالت اجتماعی» از دیوید هاروی^۲

^۱ 'The Urban Question' (Manuel Castells)

^۲ 'Social Justice and the City' (David Harvey)

استقلال و تساوی مدنی (اصل حاکمیت انسان بر سرنوشت خویش و برابری در برابر قانون)؛ برقراری عدالت، برابری و مساوات؛ تعریف و تبیین روابط اجتماعی بر اساس هنجارها و الگوهای دینی؛ قاعده متعهد و مسئولیت افراد؛ آزادی (عقیده، بیان، مخالفان، اجتماع و آزادی انتقاد)؛ اصل اخوه، برادری، گذشت، ایثار و حس همدردی؛ قانون؛ نظم؛ برقراری قاعده تعاون، همکاری و مشارکت همگانی؛ برپایی و حاکمیت علائم و نشانه-های دین؛ اصل متقابل بودن حقوق و احترام به حقوق یکدیگر؛ اعتماد و حسن نیت نسبت به یکدیگر؛ وفای به عهد؛ برقراری امنیت (جانی، مالی، شخصیتی و در حوزه خصوصی)؛ اصل مشاورت و شورایی بودن امور؛ توسعه اقتصادی و اجتماعی [۸]

ابعاد و مولفه‌های مورد بررسی

در این بخش ضمن بهره‌مندی از مباحث ارائه شده در تحقیقات علمی مرتبط با موضوع مطالعاتی تحقیق حاضر، به دسته‌بندی و ارائه ابعاد و شاخص‌های موثر در تعیین و تشخیص وضعیت و شرایط محیطی محدوده مورد مطالعه اقدام می‌گردد که در جدول زیر بدان اشاره گردیده است.

(۱۹۷۳) بیشترین تأثیر را بر مطالعات پس از خود پیرامون مبحث عدالت به‌جا گذاشتند. از این رو، از دهه ۱۹۹۰ م انگاره عدالت شهری به طور صریح و جدی در میان مطالعات مربوط به حوزه شهری جا باز کرد. «عدل» نقشی بسیار حساس و حیاتی در ایجاد یک شهر مناسب زیست را دارد. عدالت را در کنار مفاهیم کارآمدی، کیفیت محیطی و سرزندگی به عنوان اصول اساسی برنامه‌ریزی شهری در نظر گرفته‌اند [۲۶]. به بیان جان رالز^۳، عدالت باید پایه و اساس هر نوع رابطه اجتماعی در جامعه قرار گیرد و همان نقشی را در نظام اجتماعی ایفا می‌کند که حقیقت در نظام فکری دارد [۲۴]. وی همچنین در اثری دیگر بیان می‌کند که هدف عملی عدالت، مهیا نمودن بنیانی فلسفی و اخلاقی برای نهادهای دموکراتیک و پاسخ به سؤال چگونگی درک مطالبه آزادی و برابری است [۲۵]. عدالت اجتماعی بر اساس مفهوم توزیع عادلانه از طریق عادلانه قرار دادن است [۲۲]. فضاهای نابرابر شهری موجب می‌شوند تا فرصت‌های نابرابر در اختیار شهروندان نواحی مختلف قرار گیرند و به توزیع نابرابر خدمات رفاهی، شکل‌گیری و رشد نواحی فرسوده و فقیرنشین و افت محرومیت نواحی شهری به عنوان عمده‌ترین پیامدهای نابرابری در نواحی شهری منتهی می‌شود [۳۵].

در گزارش برانت‌لند^۴ سه لایه مهم برای دستیابی به اهداف عدالت اجتماعی عنوان گردیده است: ۱) برابری و مساوات، ۲) حفاظت از محیط‌زیست و ۳) برنامه‌ریزی فضایی (سطح ملی و محلی). دیوید هاروی شش گزاره را برای هدایت برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری عادلانه استخراج نموده است که عبارتند از: ۱) عدم استثمار نیروی کار، ۲) نابودی همه اشکال به حاشیه راندن گروه‌های اجتماعی، ۳) دسترسی به قدرت سیاسی و ابراز وجود توسط گروه‌های ستم دیده، ۴) نابودی امپریالیسم فرهنگی، ۵) «برقراری» اشکال انسانی کنترل اجتماعی و ۶) کاهش اثرات نامطلوب بوم‌شناختی پروژه‌های اجتماعی [۱۲].

نظریه «شهر عدالت‌محور» عمدتاً توسط سوزان فاینستاین پرورش یافته است. وی دستیابی به شهر عدالت‌محور را همواره به عنوان هدف مناسب شهرسازی فرض کرده است [۱۱]. لذا مهمترین خصلت‌های یک شهر عدالت‌محور عبارتند از: اصل خدامحوری و حاکمیت خداوند (اصل حاکمیت قانون الهی)؛ اصل

⁴ The Brandt Land Commission Report 1983

³ John Rawls

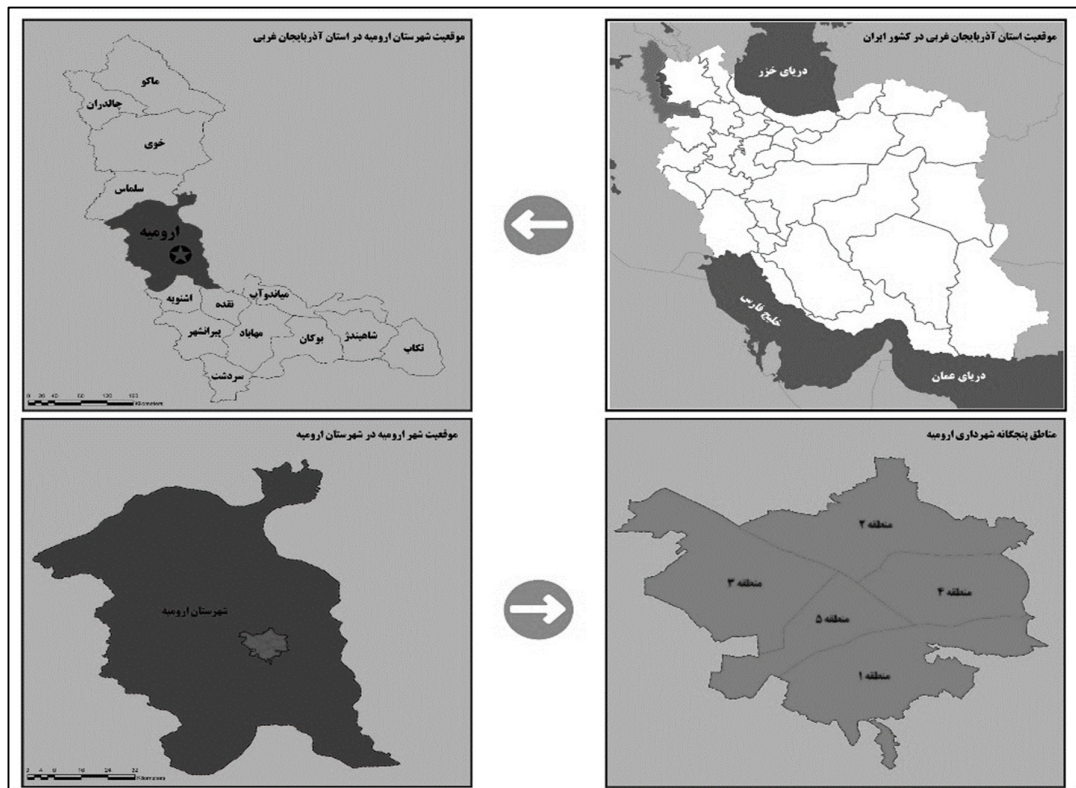
جدول ۳. دسته‌بندی ابعاد و مولفه‌های مورد بررسی

ردیف	رویکرد	ابعاد	شاخص‌ها
۱	سلامت شهری	اجتماعی و فرهنگی (a)	- میزان مشارکت در فعالیتهای انجمن‌ها، اتحادیه‌ها، باشگاه‌ها، هیات‌ها؛ و مراحل مختلف سیاست‌گذاری، تصمیم‌گیری (a1) - برخورداری از فرهنگ تغذیه، باورها و عقاید تعصبات فرهنگی غلط (a2) - سطح سرقت، زورگیری، مصرف و خرید و فروش مواد مخدر، مزاحمت خیابانی، دعوای خیابانی، و وجود حیوانات ولگرد (a3)
۲		اقتصادی (b)	- سطح کیفی برخورداری از امنیت شغلی (b1) - سطح کیفی برخورداری از میزان درآمد خانوار مطلوب (b2) - وضعیت کیفیتی مالکیت ساکنین (b3)
۳		فیزیکی و کالبدی (c)	- رضایت از کیفیت فضای سبز (c1) - سطح مطلوبیت برخورداری از مبلمان شهری متناسب (c2) - برخورداری مطلوب و باکیفیت در حوزه حمل و نقل عمومی و پایدار (c3) - برخورداری کیفی از تنوع کاربری‌ها (c4) - وضعیت انواع آلودگی‌ها (صوتی، هوا و بهداشتی) (c5) - سطوح کیفی نماها و جداره معابر و ساختمانها (c6) - وضعیت برخورداری از مصالح باکیفیت و مطلوب (c7) - برخورداری مطلوب در حوزه عملکردها و فعالیتهای متنوع شهری از قبیل ورزشی، تفریحی و گردشگری، درمانی، خدماتی و... (c8)
۴		نظام سلامت شهری (d)	- وضعیت برخورداری مطلوب همه اقشار به خدمات و امکانات و تسهیلات بهداشتی و درمانی (d1) - وضعیت برخورداری از پرسنل، نیروها و دقت و دانش تخصصی در حوزه بهداشت و درمان (d2) - سطوح کیفی حالات روحی و روانی افراد (از قبیل احساسات نامتعارف، پرخاشگری، حس بی‌رضایت، ناامیدی، خستگی و...) (d3) - وضعیت رضایت از زندگی، دوستان، آشنایان، اطرافیان و سطح برخورداری از تعامل، انسجام و... (d4)
۵	مأخذ		مطالعات نگارنده

محدوده مورد مطالعه

شهر ارومیه در بخش مرکزی شهرستان ارومیه قرار داشته و نیز مرکز استان آذربایجان غربی است که در فاصله ۱۸ کیلومتری دریاچه ارومیه واقع گردیده است. بر اساس گزارش مرکز آمار ایران، در سرشماری عمومی سال ۱۳۹۵ جمعیت شهر ارومیه ۷۳۶۲۲۴ نفر اعلام شده است، که بعد خانوار آن ۳.۴ و تعداد ۲۲۵۰۵۰ خانوار در حال سکونت و اقامت گزارش شده است. این شهر به دلیل برخورداری از امتیاز خاص موقعیت ژئوپلیتیک (جغرافیایی مناسب)، از اهمیت و اولویت اساسی در برنامه‌ریزی‌ها برخوردار است که با هم‌مرزی با سه کشور همسایه حجم قابل

توجهی از تردها و عبور و مرور سواره و پیاده را در خود داشته است. ویژگی مذکور ضرورت اصلی در توجه و تأکید اساسی مدیران، مسئولان و برنامه‌ریزان را در راستای دسترسی عادلانه همه اقشار بومی و غیربومی به عملکردها و فعالیت‌های بهداشتی-درمانی (نحوه توزیع فعالیتهای بهداشتی-درمانی و حوزه سلامت شهری) را روشن می‌سازد. طبق آخرین تقسیمات سیاسی، شهر ارومیه به مناطق پنج‌گانه تقسیم می‌گردد که در مطالعه حاضر نیز بررسی و ارزیابی تطبیقی این مناطق اساس تحقیق را تشکیل می‌دهد. در نقشه زیر به موقعیت جغرافیایی مناطق شهر ارومیه در سطوح مختلف اشاره گردیده است.



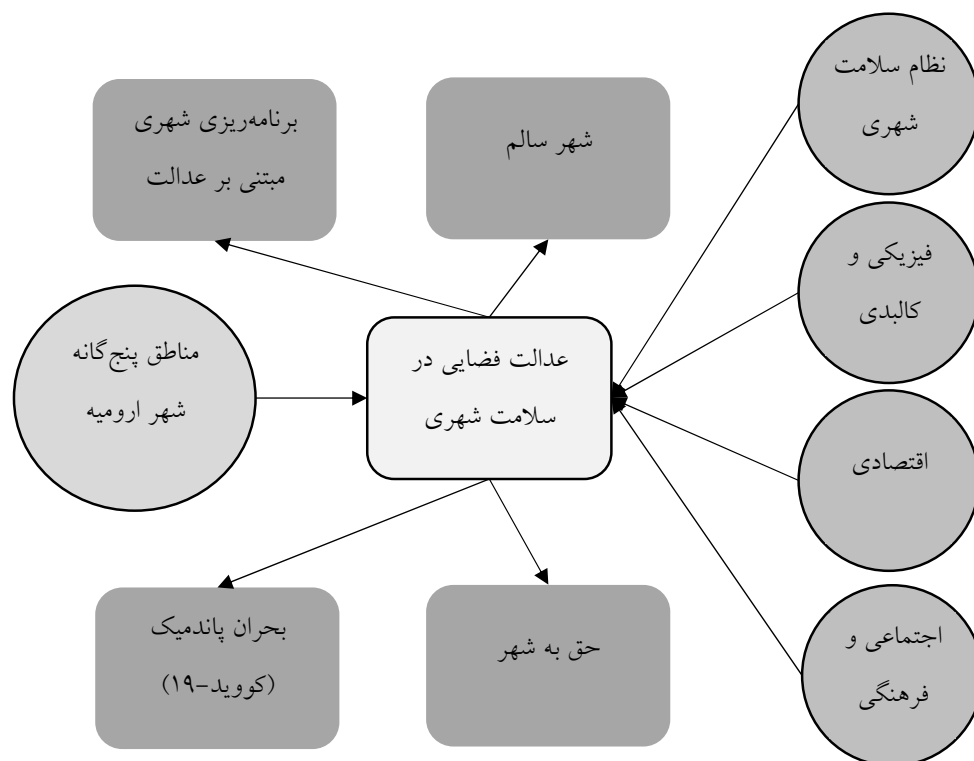
شکل ۲. موقعیت محدوده مطالعاتی مأخذ: نگارنده

مواد و روش تحقیق:

پژوهش حاضر از نظر هدف، در دسته پژوهش‌های نیمه بنیادی، نیمه کاربردی قرار می‌گیرد و با روش توصیفی تحلیلی انجام می‌شود. شیوه‌های گردآوری اطلاعات مبتنی بر روش‌های اسنادی-

ادامه جهت تحلیل داده‌های گردآوری شده تحقیق از ابزار پرسشنامه نیز، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (جهت تعیین سطح نرمالیت توزیع داده‌های تحقیق)، ضریب همبستگی (تعیین سطح همبستگی میان متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق)، سوارا (در راستای تعیین سطح اهمیت و اولویت و اثرگذاری هر یک از مولفه‌ها و ابعاد پیشنهادی در رویکرد شهر سالم در حوزه برنامه-ریزی شهری) و کوکوسو (رتبه‌بندی و تعیین وضعیت و شرایط هر یک از مناطق پیشنهادی و مطالعاتی شهر ارومیه) بهره گرفته شده است تا بر اساس وضعیت شهر ارومیه شناسایی گردیده و به تناسب آن، پاسخگویی به سوالات تحقیق نیز عملی گردد. در نهایت بر اساس یافته‌های تحقیق تلاش می‌گردد تا در راستای دستیابی به وضعیتی مطلوب‌تر و تحقق‌پذیری محیطی پایدار در حوزه سلامت شهری به ارائه برخی از پیشنهادات و اقدامات سازگار و هدفمند حول ابعاد و مولفه‌های مطالعاتی تحقیق اقدام گردد که در ادامه بحث به تشریح هر یک پرداخته می‌شود.

کتابخانه‌ای، مشاهده (تبیین وضع موجود) و واریسی میدانی و آزمون‌های آماری (روش‌های سوارا و کوکوسو) می‌باشد. به دلیل تأکید مضاعف بر کارشناسی و ارائه نظر تخصصی و گردآوری داده‌های دقیق در تحقیق و دستیابی به نقاط قوت و ضعف اساسی موجود در محدوده حاضر، جامعه آماری و حجم نمونه تحقیق مشتمل بر گروه مسئولین، متخصصین، اندیشمندان، مدیران شهری و اساتید دانشگاهی آگاه و مسلط بر شرایط محدوده مطالعاتی می‌باشد. در این راستا تعداد ۳۰ نمونه برای گروه متخصصین شهری انتخاب گردیده است که آگاهی و تسلط کافی و همچنین آشنایی کامل بر شرایط و خصوصیات محدوده مطالعاتی را دارند. در مطالعه حاضر نیز سوالات طرح شده در پرسشنامه از منظر روایی بودن، به تایید حجم نمونه تحقیق رسیده است. همچنین مقدار ضریب پایایی ابزار پرسشنامه نیز از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰۵ محاسبه گردیده است که نشان می‌دهد ابزار پرسشنامه از پایایی کاملاً مناسبی برخوردار است. در



شکل ۳. مدل مفهومی تحقیق

یافته‌های تحقیق:

لیکرت ۹ امتیازی (عدد ۹ مطلوب‌ترین وضعیت و عدد ۱ نامطلوب‌ترین وضعیت و شرایط محیطی) اقدام به جمع‌آوری داده‌ها شده است. در ادامه و در جداول زیر به نتایج تحلیل کمی تحقیق اشاره شده است.

در بخش حاضر به تجزیه و تحلیل کمی تحقیق و یافته‌های حاصل از روش‌های علمی پرداخته می‌شود. مبنای گردآوری داده‌های موردنیاز تحقیق، ابزار پرسشنامه می‌باشد که بر اساس طیف

جدول ۳. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف تک‌نمونه‌ای (K-S)، مأخذ: یافته‌های تحقیق

متغیر		شرح	
عدالت فضایی	حق به سلامت شهری		
۳۰		تعداد داده‌ها	
۶/۲	۷/۴	میانگین	پارامترهای عادی (نرمال)
۱/۶۸۹	۱/۲۷۴	انحراف معیار	
۰/۱۵۹	۰/۱۱۲	مطلق	حداکثر اختلافات
۰/۱۲۸	۰/۱۲	مثبت	
-۰/۱۵۹	-۰/۱۱۲	منفی	
۰/۱۵۹	۰/۱۱۲	آزمون آماره	
۰/۰۸۲	۰/۰۶۸	معیار تصمیم	

با توجه به مقادیر جدول فوق و مقایسه آن با سطح معنی‌داری $P \leq 0/05$ Sig، که رقمی بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن متغیرها رد نشده و تأیید می‌گردد. نرمال بودن توزیع متغیرها یکی از شروط اصلی استفاده از ضریب همبستگی پیرسون در تحلیل سطوح همبستگی و سطح معناداری داده‌هاست که در ادامه بحث و تحلیل کمی، در جدول زیر به نتایج آن اشاره شده است.

جدول ۴. نتایج ضریب همبستگی پیرسون، مأخذ: یافته‌های تحقیق

متغیر		شرح	
عدالت فضایی	حق به سلامت شهری		
۰/۹۶۳**	۱	ضریب همبستگی پیرسون	حق به سلامت شهری
۰/۰۰۰	-	سطح معنی‌داری	
۳۰	۳۰	تعداد داده‌ها	
۱	۰/۹۶۳**	ضریب همبستگی پیرسون	عدالت فضایی
-	۰/۰۰۰	سطح معنی‌داری	
۳۰	۳۰	تعداد داده‌ها	

رویکرد حق به سلامت شهر؛ انگاره‌ای در تحلیل سطح نابرابری ...

صمدی، احمدیان و بندرآباد

بر اساس نتایج جدول فوق، سطح معنی‌داری ارتباط میان متغیرهای پیشنهادی (ارتقای کیفیت مولفه‌های حق به سلامت شهری و تحقق‌پذیری عدالت فضایی) تحقیق برابر با ۰/۰۰۰ می‌باشد که کمتر بودن مقدار آن از عدد ثابت ۰/۰۵، فرض وجود ارتباط مستقیم و معنی‌دار بین متغیرهای مذکور پذیرفته شده و مورد تایید قرار می‌گیرد. در بیانی دیگر، با تقویت و بهبود سطوح کیفی مولفه‌های حق به سلامت شهر در محور مطالعاتی، عدالت فضایی در برنامه‌ریزی شهر ارومیه حاصل می‌گردد. همچنین، میزان ضریب همبستگی میان دو متغیر ارتقای کیفیت مولفه‌های حق به سلامت شهری و تحقق‌پذیری عدالت فضایی برابر با رقم ۰/۹۶۲ می‌باشد که بیانگر این است میان این دو متغیر رابطه همبستگی مثبت و بسیار قوی وجود دارد.

در ادامه تحلیل، ضمن بهره‌مندی از آزمون‌های سوارا و فریدمن، به محاسبه و تعیین سطح اهمیت و اولویت هر یک از ابعاد و مولفه‌های پیشنهادی تحقیق، مطابق با نظرات و دیدگاه‌های جامعه آماری و حجم نمونه هدفمند تحقیق اقدام می‌گردد که نتایج حاصل به شرح زیر می‌باشد.

جدول ۳. نتایج نهایی وزن‌دهی مولفه‌های پیشنهادی تحقیق (روش سوارا) مأخذ: یافته‌های تحقیق

رتبه نهایی	$W_i = q_i / \sum q_j$	$q_i = q_{ij} - 1/k_i$	$K_i = S_i / S_i + 1$	S_i	مجموع امتیازات	برتری مولفه‌ها
۱	۰/۴۹۲	۱	۱	۰	۲۶۶	D1
۲	۰/۲۴۷۸	۰/۵۰۳۸	۱/۹۸۵	۰/۹۸۵	۲۶۲	D2
۳	۰/۱۲۸۱	۰/۲۶۰۳	۱/۹۳۵	۰/۹۳۵	۲۴۵	C8
۴	۰/۰۶۴۷	۰/۱۳۱۵	۱/۹۸	۰/۹۸	۲۴۰	C5
۵	۰/۰۳۳۹	۰/۰۶۶۹	۱/۹۶۷	۰/۹۶۷	۲۳۲	D4
۶	۰/۰۱۶۶	۰/۰۳۳۷	۱/۹۸۳	۰/۹۸۳	۲۲۸	B2
۷	۰/۰۰۸۷	۰/۰۱۷۶	۱/۹۱۲	۰/۹۱۲	۲۰۸	C4
۸	۰/۰۰۴۵	۰/۰۰۹۱	۱/۹۴۲	۰/۹۴۲	۱۹۶	D3
۹	۰/۰۰۲۳	۰/۰۰۴۶	۱/۹۵۹	۰/۹۵۹	۱۸۸	C1
۱۰	۰/۰۰۱۲	۰/۰۰۲۴	۱/۹۱۵	۰/۹۱۵	۱۷۲	B1
۱۱	۰/۰۰۰۶	۰/۰۰۱۳	۱/۹۰۷	۰/۹۰۷	۱۵۶	A1
۱۲	۰/۰۰۰۳	۰/۰۰۰۷	۱/۸۹۷	۰/۸۹۷	۱۴۰	C2
۱۳	۰/۰۰۰۲	۰/۰۰۰۴	۱/۸۷۱	۰/۸۷۱	۱۲۲	C3
۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۲	۱/۸۸۵	۰/۸۸۵	۱۰۸	B3
۱۵	۰/۰۰۰۰۵	۰/۰۰۰۱	۱/۹۴۴	۰/۹۴۴	۱۰۲	C7
۱۶	۰/۰۰۰۰۳	۰/۰۰۰۰۵	۱/۸۲۴	۰/۸۲۴	۸۴	C6
۱۷	۰/۰۰۰۰۲	۰/۰۰۰۰۳	۱/۸۱	۰/۸۱	۶۸	A3
۱۸	۰/۰۰۰۰۱	۰/۰۰۰۰۲	۱/۸۲۴	۰/۸۲۴	۵۶	A2
۲			$\sum q_i$			

M1 تا M5 به ترتیب برای مناطق ۱ تا ۵ شهر ارومیه به کار رفته است.

طبق نتایج حاصل از روش سوارا (مصاحبه تخصصی و پرسش و پاسخ آزاد و مستقیم با حجم نمونه هدفمند تحقیق)، ابعاد نظام سلامت شهری در بالاترین سطح اهمیت و اولویت نسبت به سایر ابعاد مطالعاتی جای گرفته است. به علاوه قابل ذکر است ابعاد اجتماعی و فرهنگی در کم‌اهمیت‌ترین سطح اثرگذاری و اولویت جای گرفته است.

مؤلفه‌های وضعیت دسترسی و برخورداری مطلوب همه اقشار جامعه به خدمات، تسهیلات و امکانات بهداشتی و درمانی با کسب وزن نهایی ۰/۴۹۲ بیشترین سطح اهمیت را نسبت به سایر مؤلفه‌های مطالعاتی تحقیق به خود اختصاص داده است. همچنین مؤلفه برخورداری از سطح تغذیه، باورها و عقاید تعصبات فرهنگی غلط با کسب وزن نهایی ۰/۰۰۰۰۱ پایین‌ترین سطح اهمیت و اولویت را نسبت به سایر مؤلفه‌های مطالعاتی به خود اختصاص داده است.

در ادامه تحلیل به ارزیابی وضعیت هر یک از مناطق مطالعاتی شهر ارومیه نسبت به سطح برخورداری از سیاستها و ابعاد سلامت شهری ضمن بهره‌گیری از آزمون کمی کوکوسو اقدام می‌گردد که تشریح تحلیل به صورت زیر می‌باشد.

آزمون کوکوسو یک روش تصمیم‌گیری چندمعیاره است که توسط یزدانی^۵ و همکاران در سال ۲۰۱۸ میلادی طرح گردیده است. عنوان کوکوسو (Cocoso) سرآیند عبارت Combined Compromise Solution به معنای راه‌حل مصالحه ترکیبی است. در این آزمون سعی گردیده تا از سه تابع متنوع جهت اولویت‌بندی گزینه‌ها اقدام گردد و در نهایت با بهره‌گیری از یک تابع خطی-نمایی به ترکیب روابط سه‌گانه پرداخته شود و طبق این رابطه نیز اولویت نهایی گزینه‌های پیشنهادی تعیین گردد. مراحل انجام آزمون کوکوسو شامل پنج گام می‌باشد که عبارت است از: تشکیل ماتریس تصمیم، نرمال‌سازی ماتریس تصمیم، محاسبه مقادیر جمع وزنی و ضرب وزنی، تعیین نمره ارزیابی گزینه‌ها بر اساس سه استراتژی و تعیین امتیاز نهایی و رتبه‌بندی گزینه‌ها. در بخش بعدی و در جداول زیر به صورت مختصر به نتایج حاصل از روش کوکوسو اشاره گردیده است. قابل ذکر است که ارزیابی هر یک از گزینه‌های مطالعاتی بر مبنای عبارتهای کلامی ۹ امتیازی صورت می‌گیرد و حروف اختصاری

⁵ Yazdani, M., Zarate, P., Zavadskas, E. K., Turskis, Z.

جدول ۴: تشکیل ماتریس تصمیم، مأخذ: یافته‌های تحقیق

مولفه	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3
نوع مولفه	max	max	min	max	max	max	max	max	max
ماتریس تصمیم	M1	۵	۴	۵	۶	۵	۴	۵	۶
	M2	۲	۳	۲	۳	۲	۴	۱	۲
	M3	۳	۲	۳	۲	۴	۲	۳	۴
	M4	۹	۹	۸	۹	۸	۹	۸	۹
	M5	۷	۶	۶	۷	۶	۷	۶	۵
مولفه	C4	C5	C6	C7	C8	D1	D2	D3	D4
نوع مولفه	max	min	max	max	max	max	max	min	max
ماتریس تصمیم	M1	۴	۵	۶	۵	۵	۶	۴	۵
	M2	۲	۴	۲	۳	۲	۳	۳	۲
	M3	۲	۳	۳	۳	۴	۲	۴	۳
	M4	۹	۸	۹	۹	۹	۹	۸	۹
	M5	۶	۷	۵	۶	۷	۷	۶	۶

در گام بعدی، ماتریس تصمیم تشکیل یافته در گام قبلی نرمال-سازی می‌گردد و بر اساس آن کلیه درایه‌ها بین عدد ۰ و ۱ قرار می‌گیرند که نتایج آن به شرح زیر می‌باشد.

جدول ۵: نرمال‌سازی ماتریس تصمیم، مأخذ: یافته‌های تحقیق

مولفه	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3
ماتریس تصمیم	M1	۰/۴۲۸	۰/۲۸۵	۰/۵۷۱	۰/۵	۰/۲۸۵	۰/۵۷۱	۰/۵۷۱	۰/۴
	M2	۰	۰/۱۴۲	۰	۰/۱۴۲	۰/۲۸۵	۰	۰	۰
	M3	۰/۱۴۲	۰	۰/۱۶۶	۰	۰/۳۳۳	۰/۲۸۵	۰	۰/۲
	M4	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
	M5	۰/۷۱۴	۰/۵۷۱	۰/۶۶۶	۰/۷۱۴	۰/۶۶۶	۰/۷۱۴	۰/۷۱۴	۰/۴
مولفه	C4	C5	C6	C7	C8	D1	D2	D3	D4
ماتریس تصمیم	M1	۰/۲۸۵	۰/۴	۰/۵۷۱	۰/۳۳۳	۰/۴۲۸	۰/۵۷۱	۰/۴۲۸	۰/۴۲۸
	M2	۰	۰/۲	۰	۰	۰	۰/۱۴۲	۰	۰
	M3	۰	۰	۰/۱۴۲	۰	۰/۲۸۵	۰/۱۴۲	۰/۲	۰/۱۴۲
	M4	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
	M5	۰/۵۷۱	۰/۸	۰/۴۲۸	۰/۵	۰/۷۱۴	۰/۷۱۴	۰/۸	۰/۵۷۱

در گام بعدی، مقادیر جمع وزنی و ضرب وزنی برای هر یک از گزینه‌های مطالعاتی تعیین می‌شوند. همچنین قابل ذکر است وزن و ضریب اهمیت هر یک از مولفه‌ها (نتایج حاصل از روش سوارا) نیز در این گام پیاده می‌گردد که یافته‌ها به شرح جدول زیر می‌باشد.

جدول ۶: محاسبه مقادیر جمع وزنی، مأخذ: یافته‌های تحقیق

مولفه									ماتریس تصمیم
C3	C2	C1	B3	B2	B1	A3	A2	A1	
*	*	+/۰۰۱	*	+/۰۰۸	+/۰۰۱	*	*	*	
*	*	*	*	*	*	*	*	*	
*	*	+/۰۰۱	*	+/۰۰۶	*	*	*	*	
*	*	+/۰۰۲	*	+/۰۱۷	+/۰۰۱	*	*	+/۰۰۱	
*	*	+/۰۰۲	*	+/۰۱۱	+/۰۰۱	*	*	*	
مولفه									ماتریس تصمیم
D4	D3	D2	D1	C8	C7	C6	C5	C4	
+/۰۱۴	+/۰۰۱	+/۰۱۰۶	+/۲۸۱	+/۰۵۵	*	*	+/۲۵۹	+/۰۰۲	
*	*	*	+/۰۷	*	*	*	+/۱۲۹	*	
+/۰۰۵	+/۰۰۱	+/۰۳۵	*	+/۰۳۷	*	*	*	*	
+/۰۳۳	+/۰۰۵	+/۲۴۸	+/۴۹۲	+/۱۲۸	*	*	+/۶۴۷	+/۰۰۹	
+/۰۱۹	+/۰۰۴	+/۱۴۲	+/۳۵۱	+/۰۹۲	*	*	+/۵۱۸	+/۰۰۵	

جدول ۷: محاسبه مقادیر ضرب وزنی

مولفه									ماتریس تصمیم
C3	C2	C1	B3	B2	B1	A3	A2	A1	
+/۹۹۹	+/۹۹۹	+/۹۹۸	+/۹۹۹	+/۹۸۸	+/۹۹۹	+/۹۹۹	+/۹۹۹	+/۹۹۹	
*	*	*	+/۹۹۹	*	+/۹۹۷	*	+/۹۹۹	*	
+/۹۹۹	*	+/۹۹۷	*	+/۹۸۱	*	+/۹۹۹	*	+/۹۹۸	
۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	
+/۹۹۹	+/۹۹۹	+/۹۹۹	+/۹۹۹	+/۹۹۳	+/۹۹۹	+/۹۹۹	+/۹۹۹	+/۹۹۹	
مولفه									ماتریس تصمیم
D4	D3	D2	D1	C8	C7	C6	C5	C4	
+/۹۷۲	+/۹۹۲	+/۸۱	+/۷۵۹	+/۸۹۷	+/۹۹۹	+/۹۹۹	+/۵۵۲	+/۹۸۹	
*	*	*	+/۳۸۳	*	*	*	+/۳۵۲	*	
+/۹۳۷	+/۹۹۲	+/۶۱۷	*	+/۸۵۱	*	+/۹۹۹	*	*	
۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	
+/۹۸۱	+/۹۹۸	+/۸۷	+/۸۴۷	+/۹۵۷	+/۹۹۹	+/۹۹۹	+/۸۶۵	+/۹۹۵	

جدول ۸. ضریب نهایی مقادیر جمع و ضرب وزنی، مأخذ: یافته‌های تحقیق

-	P	S
M1	۱۶/۹۶	۰/۷۲۹
M2	۳/۷۳۴	۰/۲
M3	۹/۳۷۷	۰/۰۸۴
M4	۱۸	۱/۵۸۲
M5	۱۷/۵۰۹	۱/۱۴۴

جدول ۹: محاسبه نمره ارزیابی گزینه‌های پیشنهادی بر اساس استراتژی‌ها، مأخذ: یافته‌های تحقیق

-	K_a	K_b	K_c
M1	۰/۲۵۵	۱۳/۲۳۳	۰/۹۰۳
M2	۰/۰۵۷	۳/۳۸۲	۰/۲۰۱
M3	۰/۱۳۶	۳/۵۱۱	۰/۴۸۳
M4	۰/۲۸۲	۲۳/۶۷	۱
M5	۰/۲۶۹	۱۸/۳۱	۰/۹۵۲

و در گام آخر، امتیاز نهایی و رتبه‌بندی هر یک از گزینه‌های پیشنهادی مورد محاسبه قرار می‌گیرد. در این گام و مطابق با جدول زیر، هر کدام از گزینه‌ها (مناطق) که امتیاز (k) بیشتری کسب نمایند، از برتری و اولویت (برخورداری از سطح مطلوبیت بهتر و بالاتر) بیشتری بهره‌مند می‌باشند.

جدول ۱۰: رتبه‌بندی نهایی گزینه‌های (مناطق) پیشنهادی تحقیق، مأخذ: یافته‌های تحقیق، نگارندگان

رتبه نهایی	K	گزینه
۲	۸/۱۸۸	M1
۵	۱/۵۵۱	M2
۴	۱/۹۹۱	M3
۱	۱۰/۲۰۳	M4
۳	۶/۲۴۷	M5

طبق نتایج حاصل از روش کوکوسو در بخش تجزیه و تحلیل تحقیق مناطق ۴ (بافت مرکزی شهر) و ۲ به ترتیب مطلوب‌ترین و نامطلوب‌ترین شرایط و وضعیت محیطی را در امر برخورداری مناسب از سیاستها و تسهیلات رویکرد شهر سالم، له خود اختصاص داده‌اند. به علاوه مناطق ۱، ۵ و ۳ نیز در رده‌های بعدی از سطوح مطلوبیت و سازگاری جای گرفته‌اند.

تفسیر نتایج

بی‌گمان اساس و پایه هر شهری وجود شهروندانی است که بتوانند برای ساختن شهر، مشارکت کنند و این امر بی‌گمان نیازمند شهروند سالم در جامعه است؛ حق بر سلامتی، جزئی از حقوق بنیادین شهروندان در هر جامعه سیاسی است. هر شهروندی به مثابه عضوی از جامعه صرف نظر از ملاحظات نژادی، دینی، سیاسی و فرهنگی صرفاً به واسطه وجود رابطه شهروندی، دارای حق و استحقاق لازم جهت بهره‌مندی از این حق می‌باشند. حق بر سلامت تمام خدمات پزشکی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط زیست پاک و ... را در بر می‌گیرد. عوامل متنوع و تأثیرگذار بر سلامتی موجب دشواری تعریف حق مذکور شده است و کشورها برای تأمین این امکانات ملزم به اتخاذ تصمیمات اساسی هستند که ایران نیز با تصویب قوانین و مقررات در زمینه‌ی سلامت در قانون اساسی این حق را به رسمیت شناخته است. لذا دستیابی به سلامت شهری جامع و جمیع همه ابعاد است و امروزه به عنوان یک رویکرد در شهرسازی تحت عنوان «شهر سالم» مورد توجه مدیران، برنامه‌ریزان، طراحان، صاحب‌نظران و شهرسازان قرار دارد.

عدالت فضایی یکی از مهم‌ترین مباحثی است که رابطه بسیار وسیعی با عدالت اجتماعی و توسعه دارد. عدالت فضایی به عنوان یکی از انواع عدالت ریشه در عدالت اجتماعی دارد. تأکید بر شاخص‌ها و ابعاد و ضوابط اصل عدالت اجتماعی در فرآیند برنامه‌ریزی و توسعه شهری از ضروریات اساسی به حساب می‌آید که بایستی مورد توجه قرار گیرد. لحاظ نکردن «اصل عدالت اجتماعی» باعث شکل‌گیری آسیب‌های اجتماعی از جمله جرم، جنایت، فقر، فساد، امراض شهری و غیره خواهد شد. از طرفی بخش مهمی از علم بدیع توسعه پایدار بر اهمیت برابری اجتماعی تأکید دارد. امروزه اصلی‌ترین عامل بحران‌های جوامع بشری،

ریشه در نابرابری‌های اجتماعی و فقدان عدالت دارد و یکی از مهم‌ترین بخش‌های این نابرابری‌ها در نواحی شهری است که وجود چنین نابرابری و نبود تعادل فضایی در ساکنان نواحی مختلف یک شهر، به هیچ‌وجه پدیده‌ای جدید در هیچیک از شهرهای جهان نیست، اما در کشورهای در حال توسعه به دلیل فاحش بودن تفاوت‌های اجتماعی - اقتصادی و نابرابری و نبود تعادل در خدمات شهری، تفاوت فضایی شهرها تشدید شده است؛ این تفاوت فضایی در شهرها جدا از موقعیت جغرافیایی و ساختار اقتصادی و سیاسی خود، به صحنه‌ای از ناسازگاری اجتماعی بدل شده است که در این راستا نه تنها اجتماع انسانی طبقاتی می‌شود، بلکه فضای جغرافیایی نیز محکوم به این سرنوشت شده است.

سلامتی، محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و اهمیت ویژه‌ای در توسعه زیرساخت بخشهای مختلف جامعه دارد. هدف نهایی نظام ارایه خدمات بهداشتی و درمانی هر کشور، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم است. دسترسی عادلانه به خدمات درمانی و توزیع برابر منابع سلامت یکی از اهداف اصلی برنامه‌ریزان و سیاستگذاران بخش سلامت در هر کشوری است. بی‌عدالتی در توزیع منابع بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه مانند ایران در مقایسه با کشورهای توسعه یافته دارای شدت بیشتری است. تخصیص نامناسب و کم بودجه به بخش سلامت، نبود برنامه‌ریزی مناسب و بلندمدت از دلایل عمده این نابرابری‌ها است. کاهش نابرابری بین مناطق مختلف، در زمینه دسترسی به منابع بهداشت و درمان از مهمترین اهداف سیاستگذاران بخش سلامت در ایران است. یکی از راههای اصلی رسیدن به این هدف، توزیع متعادل امکانات و منابع سلامت در مناطق جغرافیایی مختلف با توجه به نیازهای سلامتی مردم و سطح جمعیت می باشد. در این راستا، اولین گام، آگاهی از وضعیت دسترسی به خدمات سلامت در مناطق مختلف است. در راستای برقراری عدالت در حوزه سلامت، در جهت گسترش خدمات درمانی در مناطق محروم اقدامات متعددی همچون تجهیز و راه اندازی بیمارستانهای مختلف در مناطق محروم با استفاده از امکانات روز، حضور پزشکان متخصص و ارائه خدمات تخصصی در مناطق محروم، بهبود تغذیه جامعه بویژه در مناطق محروم انجام گرفته است. در سالهای اخیر، سازمانهای نظامی نیز در جهت گسترش خدمات درمانی در مناطق محروم

نقش تاثیرگذار داشته اند. همه این تلاشها در جهت گسترش خدمات درمانی به پائین‌ترین سطوح جامعه و قشر محروم در راستای کرامت انسانی و توجه به مناطق محروم صورت گرفته است. با این وجود هنوز جای خالی عدالت در حوزه سلامت احساس می‌شود و نیاز بیشتری به برنامه‌ریزی‌های دقیق و تلاشهای همه جانبه دارد. ضمن اینکه تحقق عدالت سلامت و گسترش خدمات درمانی در مناطق محروم، عامل موثری برای اثبات کارآمدی نظام و امیدوار کردن مردم در مقابل القای یاس و ناامیدی از طرف معاندین در تقابل با انقلاب می باشد. پس سلامت شهری و راهکارهای دستیابی به آن به عنوان یک هدف میان‌مدت یا بلندمدت باید در طرح‌های شهری لحاظ شود و هر طرح یا برنامه در سطح خرد نیز باید یک پیوست مرتبط با این موضوع داشته باشد تا در صورتی که طرح یا برنامه شهری سلامت شهروندان را تهدید می‌کند مورد بازبینی قرار بگیرد.

آنچه که در مطالعه حاضر مبنای سلامت شهری در رویکرد حق به شهر به عنوان حیطه نظری، مورد بررسی قرار می‌گیرد. سلامت انسان ها به عنوان یک حق اساسی و یک دارایی و سرمایه ارزشمند برای تمامی سطوح و طبقات اجتماع مطرح است. امروزه دیدگاه‌های سلامت، چشم انداز وسیع‌تری یافته و به عوامل تعیین کننده غیرطبی سلامت هم چون عوامل روانی، اجتماعی توجه ویژه ای معطوف شده است. بررسی ابعاد مختلف سلامت در سکونتگاه‌های شهری و تلاش برای ارتقاء آن نقش موثری در پایداری شهری دارد. بی گمان اساس و پایه هر شهری وجود شهروندانی است که بتوانند برای ساختن شهر، مشارکت کنند و این امر بی گمان نیازمند شهروند سالم در جامعه است. بنابراین بایستی سیاستها و برنامه‌های تدوین شده در راستای توسعه و پیشرفت شهری بایستی همسو و سازگار با ارتقای شرایط سلامت شهروندان یک جامعه شهری اتخاذ گردد تا از این طریق زمینه‌های توسعه متوازن و هماهنگ و پایدار در ابعاد مختلف توسعه‌ای فراهم گردد. خدمات شهری ساختاردهنده‌ی شکل و ماهیت کالبدی، اجتماعی و فضایی شهر است؛ لذا بی‌عدالتی در نحوه توزیع آن، تأثیر جبران ناپذیری بر ساختار داشته، و ماهیت شهر را با چالش‌های جدی روبرو می‌کند.

توزیع عادلانه و راحت و مناسب عملکردها و دستیابی همه شهروندان به خدمات عمومی شهری از جمله اصول اولیه در

برنامه ریزی شهری می باشد که با پیدایش رویکردهای عدالت محور در دهه های اخیر اهمیتی مضاعف یافته است. در این میان دستیابی راحت و متناسب همه اقشار جامعه به کاربری های درمانی به عنوان یکی از خدمات عمومی حیاتی از حساسیت بیشتری برخوردار است. بنابراین توزیع متعادل و هماهنگ و همچنین منسجم و هدفمند عملکردها و تسهیلات بهداشتی و درمانی، ضمن تأمین شرایط دستیابی و کیفیت مطلوب از برخورداری، اولین اصل دستیابی به عدالت فضایی در برنامه‌ریزی عملکردهای سلامت شهری می‌باشد. در مطالعه حاضر مناطق پنج‌گانه شهر ارومیه به عنوان محور مطالعاتی تحقیق در راستای محاسبه و تعیین سطح توزیع عادلانه خدمات و عملکردهای بهداشتی-درمانی و نظام سلامت شهری، مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفت. گروهی از متخصصین و اندیشمندان حوزه علوم شهری، اساس جامعه آماری تحقیق را تشکیل داده بود و همچنین در راستای تحلیل داده‌های برگرفته از مصاحبه و مشاهده و واری می‌دانی، از تکنیک‌های کولموگرواف-اسمیرنوف، ضریب همبستگی، سوارا و کوکوسو بهره گرفته شده بود.

نتیجه گیری

شهر ارومیه از منظر نوع توزیع عملکردها و خدمات بهداشتی-درمانی متناسب با رویکرد حق به شهر، در برخی از مناطق شهر به صورت نابرابر عمل نموده است. در این راستا طبق نتایج حاصل و یافته‌ها از وضع موجود توزیع و نحوه استقرار عملکردهای بهداشتی-درمانی در شهر ارومیه، بخش مرکزی شهر همواره بیشترین سطح از این کاربری را در خود جای داد. مناطق ۴ (بافت مرکزی شهر) و ۵ (بافت تازه توسعه‌یافته) در بین سایر مناطق، مناسب‌ترین و بهترین وضعیت ممکن را به خود اختصاص داده که شهروندان ساکن در آن در نهایت آسایش و رفاه کامل، ضمن دسترسی برابر و متناسب، می‌توانند به رفع نیازهای خود بپردازند. مناطق ۲، ۳ و ۱ به ترتیب نامطلوب‌ترین شرایط محیطی را از نقطه‌نظر دستیابی به خدمات و عملکردهای بهداشتی-درمانی داشته است. منطقه ۲ شهر ارومیه به عنوان یکی از مناطق با سطح اقتصاد و درآمد نامطلوب‌تر، همواره بدترین شرایط را داشته است. نتایج حاصل بیانگر این است که در شهر ارومیه و در برخی از مناطق مذکور، رویکرد عدالت فضایی (به عنوان اقدامی مهم، کارساز و اثرگذار) در وضعیت مطلوبی قرار نگرفته است و اصول،

شهری با هدف افزایش سطح کارایی (علی‌الخصوص در فعالیتهای و کارکردهای بهداشتی و درمانی)

- تأکید بر بهبود و افزایش سطح کیفی و کمی سیستم حمل‌ونقل عمومی شهری با تأکید بر بافت مرکزی شهر و مناطق ۱ و ۳ شهر ارومیه

- تأکید بر ایجاد و توسعه اختلاط کاربری‌ها در مناطق مختلف شهر در راستای کاهش میزان مصرف انرژی و...

- تأکید بر ساماندهی گرافیک محیطی شهر ارومیه در راستای تقویت سیمای شهری

- افزایش به‌کارگیری نشانه‌ها و نمادهای جذاب فرهنگی در محلات مختلف بوسیله مدیریت شهری و در تعامل مناسب و سازنده با شهروندان، در راستای ایجاد حس تعلق مکانی و احساس هویت در میان شهروندان

- تبدیل زمینهای بایر اطراف شهر ارومیه به‌ویژه مناطق ۳، ۲ و ۱ به فضاهای سبز با استفاده گیاهان مقاوم به کم‌آبی

- شناسایی و حذف کاربریهای ناسازگار از مجاورت زندگی شهروندان بویژه در محلات حاشیه نشین اسلام‌آباد ۱ و ۲، کشتارگاه و... (به صورت کلی با تأکید بر منطقه ۲ شهر ارومیه)

- توسعه فضای بهداشتی و درمانی در محلات محروم مناطق ۲ و ۳ و تسهیل دسترسی شهروندان به این خدمات و نیازها به عنوان یکی از نیازهای اساسی توسعه سلامت شهری

- توجه بیشتر به نیازهای گروه‌های سنتی سالمندان بویژه در زمینه رفع موانع حرکتی در شیب‌ها، پیاده‌روها و کاهش نقاط حادثه‌خیز و توسعه فضاهای مخصوص بانوان و توجه به مؤلفه‌های عینی شهر دوستدار زن

- حذف و یا به حداقل رساندن نقاط غیرقابل دفاع و ناپیدا از طریق مداخله در ساختار فیزیکی و ساماندهی کالبدی

- الزام قانونی مدیریت سلامت شهری و ترسیم سیاستهای توسعه سلامت شهری به صورت کوتاه، میان و بلندمدت در

نظام برنامه‌ریزی شهری

- همکاری نظام‌مند، مشخص و هدفمند با شرح وظائف مشخص و در مسیر نهادهای توسعه‌گرای سلامت شهری از قبیل شهرداری، بهزیستی، دانشگاه‌های علوم پزشکی، کمیته امداد، استانداری و...

اهداف و سیاستهای برگرفته از این رویکرد اجتماعی نوین مورد بی‌توجهی قرار گرفته است. در این راستا تأکید بر اصول و اقدامات اجرایی این رویکرد، و به‌کارگیری آن در فرآیند برنامه‌ریزی و طراحی شهری بایستی از اولویت‌های اساسی در مجموعه مدیریت و ساماندهی شهری قرار بگیرد تا از این طریق زمینه‌های تحقق-پذیری و نیل به شهر عدالت‌محور فراهم آورده شود و ارتقای کیفیت زندگی شهروندی، دستیابی به رفاه و آسایش عمومی، بهبود سطح رضایتمندی و نیز حس شادی در میان شهروندان نیز در دستور کار قرار گرفته و در سطح شهر عملی گردد.

در راستای بهبود سطح نابرابری و عدم توسعه موزون و هماهنگ و عادلانه و نیل به شرایطی پایدار و مطلوب پیرامون دسترسی متعادل همه اقشار جامعه به خدمات بهداشتی-درمانی و نظام سلامت شهری، به ارائه برخی از سیاست‌ها و راهبردهای منسجم و هدفمند و کارساز اقدام می‌گردد که بدان اشاره می‌گردد.

- تأکید و توجه بر ساماندهی و اصل یکپارچگی در به‌کارگیری مصالح و نمادهای ساختمانی خصوصاً در بافت مرکزی شهر ارومیه - ایجاد و توسعه و ساماندهی میلمان و المان‌های شهری موجود متناسب با سطح رفاه و آسایش ساکنین و با تأکید بر امر زیباسازی شهری و کسب نهایت رضایت شهروندی

- تقویت و تحکیم سطح امنیت شغلی ساکنین شهر ارومیه از طریق اصلاح و ساماندهی مشاغل موجود و تقویت و توسعه مشاغل شهری متنوع و هدفمند

- تأکید و توجه بر ارتقای سطح امنیت ساکنین از طریق بهبود وضعیت نورپردازی، بهبود عملکردهای نیروهای امدادی و انتظامی در نقاط متنوع شهر، برخورد جدی با اخلال گران نظم و امنیت عمومی و... با تأکید بر بافت مرکزی و محلات منطقه ۲ شهر ارومیه

- ساماندهی و ارتقای سطح بهداشت عمومی از طریق راهبردهای ایجاد و توسعه فضاهای باز و سبز، بهبود عملکردی سیستم جمع-آوری آب‌های سطحی، کاهش حرکت سواره و تأکید بر پیاده-محوری در بافت مرکزی شهر، تقویت عملکردی سیستم جمع-آوری و دفع نخاله‌های مسکونی و ساختمانی و زباله‌ها و...

- حمایت همه‌جانبه از مشارکت و فعالیت مستمر ساکنین و شهروندان ساکن در مناطق مختلف شهر در امر برنامه‌ریزی‌ها، فعالیت‌ها و تصمیم‌گیری‌های متنوع در حیطه توسعه و ساماندهی

Inequality in health and food expenditure, study of Iranian urban and rural households, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 20(4), 435-446. magiran.com/p1223666

[9] Harvey, David. (1376). Social justice and the city. Farrokh Hassamian, Mohammad Reza Haeri and Behrouz Manadizadeh. Tehran: Urban Processing and Planning Company

Bemanian, M., Tagvayi, A., Bahrampoor, M. (2014). Description of Justified Theory Approach in Urban Management System with Emphasis on Urban Development Plans. Urban Management, Vol. 13, No. 37, pp.231-256.

Chakraborty, Raja., Kaushik, Bose., Samiran, Bisai. (2009). Relationship of Family Income and House Type to Body Mass Index and Chronic Energy Deficiency Among Urban Bengalee Male Slum Dwellers of Kolkata, India, www.Elsevier.com, pp. 45-75.

Curvy, Leslie., Minh, Luong., Harlan M. Krumholz., John, Gaddis., Paul Kennedy, Stephen, Rulisa., Lauren, Taylor., Elizabeth H, Bradley. (2010). Achieving large ends with limited means: grand strategy in global health, www.Elsevier.com, pp. 82-86.

[13].Fainstein, S. (2010). The Just City, Cornell University Press, Ithaca and London.

[14].Harvey, D. (2002). Social Justice, Postmodernism and the City. In S, Fainstein and S. Campbell (ed.), Reading in Urban Theory, Blackwell, Malden and Oxford.

[15].Han, Ji., Yoshitsugu, Hayashi., Xin, Cao., Hidefumi, Imura. (2009). Application of an integrated system dynamics and cellular automata model for urban growth assessment: A case study of Shanghai, China, journal homepage: www.elsevier.com/locate/land_urb_plan, pp 133-141.

[16].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>.

[17].Kashian, S.B., Tabatabaei, S.M., & Pourazim, Z. (2015). Presenting a Model of Health Care System Assessment in Iran. Third International Conference on Accounting and Management with the Approach of New Research Sciences. (In Persian)

[18].Lefebvre, H. (2009). State, Space, World: Selected essays. (N. Brenner, S. Elden, Eds., G.

- تشویق و ترغیب شهروندان به دریافت اطلاعات درخصوص آثار محیط‌زیست بر سلامت شهروندان و آموزش عینی و علمی سلامت برای ایجاد توانایی تعبیر، تفسیر و مواجهه با شرایط گوناگون محیطی در راستای حفظ و توسعه سلامت شهری

- توسعه و ترویج دانش در زمینه سلامت شهری، بسترسازی و زمینه‌سازی برای کاربرد دانش سلامت شهری، کیفیات محیطی، شناسایی و تشویق پژوهشگران و صاحب‌نظران در حوزه سلامت شهری، تقویت روابط و تعامل بین سیاست‌گذاران، پژوهشگران و استادان حوزه سلامت شهری با هدف آگاهی بخشی وسیع در زمینه حفظ محیط‌زیست و سلامت شهروندان.

منابع

[1].M. Babakhani , H. Raghfar, (2009). Relationship between Income inequality and health in Iran during 1976-2006, Journal of Health Administration, 12(37), 9. magiran.com/p695178

[2].Habibi, M., & Amiri, M. (2015). Right to the City from Current to Ideal City. *Iranian Journal of Anthropological Research*, 5(2), 9-30. doi: 10.22059/ijar.2015.59014.

[3].Ezzatullah Sam Aram , Maryam Amini Yakhani, (2010). A Review of the Health Situation of Women Heads of House Holds, Supported by the Social Welfare Organization of Qom, Journal of Shiite women, 6(21), 133. magiran.com/p802397

[4] Sajjadi, Hamira, Sadr al-Sadat, Seyed Jalal. (1383). Social health indicators, Journal of Political Economic Information, 19th year, numbers 3 and 4, Tehran.

[5] Saidi Rizvani, Hadi. (2011). Explaining the concept and indexing of the justice-oriented city; An evaluation sample of Tehran city, doctoral thesis, Faculty of Fine Arts, University of Tehran, Tehran.

[6] Sajjadi, Hamira, Sadr al-Sadat, Seyed Jalal. (1383). Social health indicators, Journal of Political Economic Information, 19th year, numbers 3 and 4, Tehran.

[7] Saidi-Rizvani, Hadi. (2011). Explaining the concept and indexing of the justice-oriented city; An evaluation sample of Tehran city, doctoral thesis, Faculty of Fine Arts, University of Tehran, Tehran.

Mohammad Hadiyan, Alireza Ghorbani, Hesam Ghiyasvand, Seyran Naghdi, (2014).

the way forward. *Current Opinion in Environmental Sustainability*, 4(4), PP. 465-472.

[31].Rezapour, Aziz; Baghi, Ahmed; Edham, Daoud; Ebadi Fardazar, Farbad; Bagheri Faradenbeh, Saeed; Urmiai, Nadia. (2015). Inequality in health expenditures and its resulting poverty effects in the urban population of Kerman. *Journal of Health and Health*, 7(2), pp. 146-157. (31)

[32] Martin, Linda and Kinsella, Kevin. (1994). Research on the demography of aging in developing countries. *Demography of aging*, national academy press washing, D.C.

[33].Anne G. Wheaton., Daniel P. Chapman., Janet B. Croft. (2016). School Start Times, Sleep, Behavioral, Health, and Academic Outcomes: A Review of the Literature. *J Sch Health*, 86(5), pp. 363-381. doi:10.1111/josh.12388.

[34].Hakimian, Panthea. (2014). Health-oriented urban spaces: physical characteristics affecting people's obesity. *Armanshahr Architecture and Urbanism*, Volume 15, pp. 215-224.

[35] .Koushaneh, R, Ezatpanah, B, Mousavi, M. (2019). *Journal of New Attitudes in Human Geography*, 4(11). Pp. 205-211.

Moore, N. Brenner, Trans.) Minneapolis: University of Minnesota Press.

[19].Lefebvre, H. (1996). *The Urban Revolution*. (R. Bononno, Trans.) Minneapolis: University of Minnesota Press.

[20].Lefebvre, H. (2009). *State, Space, World: Selected essays*. (N. Brenner, S. Elden, Eds., G. Moore, N. Brenner, Trans.) Minneapolis: University of Minnesota Press.

[21].L. Bell, M., and et al., (2011). Environmental health indicators and a case study of air pollution in Latin American cities. *Environmental Research*, PP. 57-66.

[22].Mitchell, D. (2003). *The Right to the City: Social Justice and the Fight for Public Space*, New York: The Guilford Press.

[23].PourAhmad, A., Hataminezhad, H. (2014). Exploration and assessment of urban landuse from viewpoint of social justice (case study: Kashan city), [In Persian], *journal of Spatial planning*, 6(2): 179-208.

[24].Poorahmad, A., Hataminejad, H., Ziari, K., Farajisabokbar, H., Vafaii, A. (2014). The Evaluation and Revising of Urban Land Use from the Point of View of Social Justice (Case Study: Kashan). *Town and Country*

[25].Purcell, M. (2013). *Recapturing Democracy*, New York: Routledge.

[26].Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*, Cambridge: Harvard University Press.

[27].Rawls, J. (2001). *Justice as Fairness; A Restatement*, London: Harvard University Press.

[28].Saeednia, A. (2004). *Urbanism. Municipal Green Book, First Volume, Municipalities Organization Publications*, Ministry of Interior, Tehran, Iran.

[29].Safier, M. (2006). *Securing the Right to the City: The Case for Civic Cosmopolitanism*, UNESCO UN-HABITAT ISS 2006: 30.

[34].Vearey, J., Palmary, I., Iiz, T., Lorena, N., Scott, D. (2010). *Urban Health in Johannesburg: The Importance of Place in Understanding Intra-Urban Inequalities in a Context of Migration and HIV*. *Health and Place*, 16(4), 694-702.

[29] Harvey, D., & Maryfield, A. (2014). *Right to the City: The Urban Roots of the Financial Crisis*. Translated by Kalantari Khosrow, Mehrvasta Publications, Tehran, Iran.

[30] Xuemei Bai, Indira Nath, Anthony Capon, Nordin Hasan, Dov Jaron. (2012). *Health and wellbeing in the changing urban environment: complex challenges, scientific responses, and*