

بررسی و تحلیل متغیرهای حق به سلامت شهری (مطالعه موردی: شهر بجنورد)*

محمد احمدی - دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه تهران

حسین حاتمی‌نژاد** - دانشیار جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه تهران

احمد پوراحمد - استاد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه تهران

کرامت‌الله زیاری - استاد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه تهران

سعید زنگنه شهرکی - استادیار جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه تهران

پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۱۶ تأیید مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۲۶

چکیده

حق به سلامت یکی از اساسی‌ترین و مهم‌ترین حقوق شهروندان در شهر است که بسیاری از گزارش‌ها، منشورها، قوانین، رویکردها و نظریه‌های جهانی بر آن تأکید دارند. در حق به سلامت شهری تأکید می‌شود هرکس با هر ویژگی، نگرش و پایگاه اقتصادی-اجتماعی و در هر مکانی از شهر که زندگی می‌کند، حق به سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی و همچنین حق به عوامل تعیین‌کننده سلامت شهری اعم از امنیت و ایمنی، تغذیه مناسب، درآمد مناسب، شغل مناسب، مسکن مناسب، آب آشامیدنی سالم، پارک و فضای سبز، هوای پاک، پیاده‌روهای قابل پیاده‌روی، حمل‌ونقل عمومی، سازمان‌های پاسخگو، قوانین سلامت‌محور، فرهنگ سالم و... دارد. با توجه به اهمیت این موضوع، در پژوهش حاضر متغیرهای حق به سلامت شهری، شناسایی و تجزیه و تحلیل شدند. پژوهش حاضر نیمه بنیادی-کاربردی و توصیفی-تحلیلی است که گردآوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها و اطلاعات آن به صورت کیفی- کمی صورت گرفت. گردآوری داده‌ها و اطلاعات به کمک روش‌های کتابخانه‌ای و پیمایشی (مصاحبه) و تجزیه و تحلیل داده‌ها و اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار میک‌مک فازی انجام شد. براساس نتایج، ۵۷ متغیر حق به سلامت شهری شناسایی شدند. این متغیرها در مرحله انتخاب نهایی که به روش مصاحبه دلفی انجام شد به ۳۱ متغیر کاهش یافتند. براساس نتایج تجزیه و تحلیل اثرات که با نرم‌افزار میک‌مک فازی انجام شد، متغیرهای درآمد مناسب، آموزش و اطلاعات، عدالت اجتماعی، سلامت اجتماعی، قوانین و سیاست‌ها، فرهنگ سالم، محیط فیزیکی سالم، سلامت روان، همکاری بین‌بخشی و شرایط کاری مناسب به ترتیب تأثیرگذارترین متغیرها به شمار می‌آیند. همچنین متغیرهای سلامت اجتماعی، مشارکت در سلامت، عدالت اجتماعی، سلامت روان، سرمایه اجتماعی، امنیت و ایمنی، سلامت جسم، فرهنگ سالم و محیط فیزیکی سالم، به ترتیب تأثیرپذیرترین متغیرهای حق به سلامت شهری محسوب می‌شوند. براساس نتایج پژوهش، توجه اساسی به متغیرهای تأثیرگذار نقش بسزایی در تحقق و پایداری حق به سلامت شهری دارد.

واژه‌های کلیدی: بجنورد، حق به شهر، سلامت شهری، میک‌مک فازی.

مقدمه

براساس گزارش سازمان سلامت جهانی^۱، سلامت نه تنها به سلامت فردی اطلاق می‌شود، بلکه شامل احساس رضایت و شادمانی جسمی، روانی و اجتماعی هر فرد در زندگی است (Uslu et al., 2009: 1399). سلامت نتیجه تعامل پیچیده میان شرایط اقتصادی، اجتماعی، محیط طبیعی و محیط ساخته شده است که در دو سطح فردی و اجتماعی ظهور می‌یابد، اما این پیچیدگی بسیار پنهان و نامحسوس است (Rydin, 2012; Rydin et al., 2012; Sarkar et al., 2014). همچنین عوامل فرهنگی (مانند باورهای سلامت جوامع گوناگون محلی و خرده فرهنگ‌های همسانان)، به صورت خطرها یا عوامل حفاظتی خاص بر سلامت تأثیرگذارند (شکرپیگی و ظریفیان، ۱۳۸۹: ۱۴۷). سلامت پروسه‌ای چندمحوری و بسیار مهم است که عوامل بسیاری در ایجاد و تداوم آن نقش دارند و حاصل مشارکت همه دستگاه‌های اجرایی و شهروندان یک جامعه است. از سوی دیگر، تأثیر فراوانی بر سایر بخش‌های جامعه دارد (رضاپور و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۴۷). زمانی که از سلامت صحبت می‌شود، واژه نظام سلامت به ذهن می‌رسد. این نظام با توجه به تعریف سازمان سلامت جهانی، مجموعه‌ای از سازمان‌ها، افراد و فعالیت‌هایی است که هدف اساسی آن‌ها ارتقا، بهبود، بازگرداندن و حفظ سلامت است (WHO, 2016: 1). این فعالیت‌ها می‌تواند شامل مراقبت سلامت فردی، خدمات بهداشتی عمومی یا برنامه‌های بین‌بخشی (مانند ایمن‌سازی اتومبیل، بهبود جاده‌ها، آموزش، آگاهی‌رسانی، معابر مناسب و...) باشد (مرکز پژوهش‌های مجلس، ۱۳۸۳: ۴). همچنین نظام سلامت، متشکل از تمام سازمان‌ها، مؤسسات و منابعی است که ارائه‌کننده خدمات برای حفظ و ارتقای سلامت افراد هستند (WHO, 2008: 73).

نظام‌های سلامت نقشی مهم در بهبود زندگی و افزایش امید به زندگی دارند. با وجود این، شکاف‌های بزرگی میان توان بالقوه نظام‌های سلامت و عملکرد کنونی آن‌ها وجود دارد. در دستاوردهای کشورهای دارای امکانات و منابع مشابه، تفاوت‌های بسیاری در شاخص‌های سلامت دیده می‌شود. نظام‌های سلامت با همه دستاوردهای مطلوب خود در پرکردن شکاف سلامت میان فقرا و اغنیا و از بین بردن نابرابری‌ها در قرن گذشته شکست خورده‌اند. همچنین این شکاف با پیشرفت اقتصادی در حال گسترش است (Gupta, 2009: 2).

شکاف، نابرابری و بی‌عدالتی در سلامت، به‌ویژه در شهرها بسیار واضح‌تر و عمیق‌تر است. در دهه‌های اخیر، به‌ویژه در کشورهای جهان سوم، بی‌توجهی به برنامه‌ریزی فضایی، برنامه‌های آمایش سرزمین و برنامه‌ریزی بخشی، همچنین توجه کمتر به روستاها، سبب تمرکزگرایی خدمات و امکانات در شهرها و در نتیجه مهاجرت به شهرها و تمرکزگرایی در شهرها شده است. مهاجران روستایی که معمولاً به دلایل اقتصادی مانند بیکاری، به شهرها مهاجرت می‌کنند، به دلیل نداشتن مهارت، سواد یا سرمایه، جذب بخش رسمی شهر نمی‌شوند و مجبورند به اشتغال غیررسمی بپردازند و در حاشیه شهرها و محدوده‌های غیررسمی زندگی کنند. نداشتن سواد، مهارت، سرمایه، شغل، پایگاه اجتماعی مناسب و زندگی در حاشیه شهرها و مکان‌های غیررسمی، مهم‌ترین عوامل مؤثر در پایین بودن کیفیت زندگی و سلامت شهروندان به‌شمار می‌آیند (Manjengwa et al.,

۱. بیشتر نویسندگان و صاحب‌نظران در ایران «World Health Organization» را «سازمان بهداشت جهانی» ترجمه کرده‌اند؛ در حالی که معادل فارسی Health «سلامت» و معادل فارسی Hygiene یا Sanitation «بهداشت» است. واژه بهداشت به مجموعه روش‌ها و اعمالی گفته می‌شود که افراد برای حفظ و بهبود سلامت خود انجام می‌دهند (واژه Hygiene بیشتر به بهداشت فردی مانند مسواک‌زدن، شستن دست‌ها حمام کردن و... و واژه Sanitation به بهداشت محیط مانند توالی، محیط خانه و... اشاره می‌کند)، اما واژه سلامت (Health) به معنای برخورداری از تندرستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی است؛ بنابراین نویسندگان این مقاله «World Health Organization» را معادل «سازمان سلامت جهانی» دانسته‌اند.

راستی و آرزومندان، ۱۳۹۰؛ نقدی و زارع، ۱۳۹۰). براساس مطالعات، علاوه بر مناطق حاشیه‌نشین، سایر مناطق شهری نیز در ایجاد محیطی سالم برای شهروندان عملکرد مناسبی نداشته‌اند. آلودگی هوا، پیاده‌روهای نامناسب، توزیع ناعادلانه امکانات و خدمات شهری، به‌ویژه خدمات بهداشتی-درمانی، بی‌توجهی به حمل‌ونقل عمومی، جمع‌آوری نکردن به‌موقع و عدم دفع یا بازیافت مناسب زباله‌ها، فقر، آب آشامیدنی ناسالم، نبود فاضلاب و بسیاری از مشکلات دیگر در شهرها، مبین این مسئله است. می‌توان گفت نظام سلامت شهری تعیین‌کننده مهم عدالت و برابری سلامت شهروندان به‌شمار می‌آید. سلامت شهری شامل عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت فردی، سلامت محیط، سکونت‌گاه‌های سالم، سلامت جاده‌ای، شیوه‌های زندگی سالم، امنیت، خشونت، سلامت غذا، امکانات تفریحی مناسب و احساس تعلق افراد به جامعه است (گل‌پیر، ۱۳۹۶: ۱).

توصیف مختصر شرایط فعلی در ایران نشان‌دهنده ناکارآمدی‌ها، بی‌عدالتی و ضعف‌های عمده در نظام سلامت شهری ایران است که ضرورت شناخت جایگاه این نظام و ارزیابی آن، همچنین تحلیل مؤلفه‌ها و شاخص‌های آن را با نگاهی آسیب‌شناسانه می‌طلبد. مطالعه و آسیب‌شناسی ساختار این نظام، از وجوه و جنبه‌های متفاوتی می‌تواند صورت بگیرد، اما در سال‌های اخیر پژوهشگران شهری، از ایده‌ای به نام «حق به شهر» در پژوهش‌های خود استفاده کرده‌اند (Dikeç, 2002; Harvey, 2003; Marcuse, 2009; Mitchell, 2003; Purcell, 2002, 2014; A. Simone,) (2005; A. M. Simone, 2006). در سال ۱۹۶۷، هنری لوفور^۱ فیلسوف و جامعه‌شناس فرانسوی کتاب «La droit à la ville» یا حق به شهر را نوشت و این مفهوم را مطرح کرد (Lefebvre, 1996; Boer and Vries, 2009).

حق به شهر یعنی هرکس بدون تبعیض جنسی، نژادی، قومی، سنی، جهت‌گیری‌های سیاسی و مذهبی، هویت، شخصیت فرهنگی و پایگاه اجتماعی و اقتصادی، حق به شهر، فضاهای شهر و خدمات آن را دارد (World Charter on the Right to the City, 2004: 1). پس از مطرح‌شدن نظریه حق به شهر از سوی لوفور، صاحب‌نظران بسیاری از جمله هاروی، مارکوزه، میشل و پورسل این مفهوم را توسعه دادند و در محافل و گزارش‌های زیادی مطرح کردند (Harvey, 1976, 2001, 2008). یکی از مهم‌ترین اقدامات در سطح جهانی به‌منظور توسعه و شاخص‌سازی مفهوم حق بر شهر، تدوین منشوری با عنوان منشور حق بر شهر است. منشور حق به شهر ۲۳ ماده دارد که در هر ماده، یکی از حقوقی که شهروندان باید به آن‌ها دست یابند آمده است. در ماده ۱۸ این منشور بر مؤلفه حق به سلامت تأکید شده است. براساس این ماده، شهرها باید به کمک اقدامات مناسب اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، همچنین با همکاری و کمک به دولت ملی، برای ارتقای سلامت جسمی و روحی ساکنان خود تلاش داشته باشند و تضمین کنند هرکس با هر رنگ، قومیت، دین و درمجموع با هر پایگاه اجتماعی-اقتصادی (به‌ویژه افراد و گروه‌های آسیب‌پذیر و محروم)، باید به همه خدمات و امکانات شهری برای جلوگیری و پیشگیری از ابتلا به بیماری‌ها و بهبود سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دسترسی داشته باشد (World Charter on the Right to the City, 2004: 1-9). هرچند این منشور سندی اساسی برای تثبیت و توسعه مفهوم حق به شهر و مؤلفه‌های آن در جهان است، به‌طور مختصر به هریک از مؤلفه‌ها پرداخته است. البته در این منشور، به متغیرها، شاخص‌ها و ابزارهایی که بتوان این حقوق را سنجید و به آن دست یافت، اشاره نشده است؛ برای مثال در ماده ۱۸ این

1. Henry Lefebvre

منشور آمده است که شهرها باید زمینه‌دستیابی همه شهروندان را به خدمات و امکانات مربوط به سلامت فراهم کنند، اما این مسئله که فراهم کردن کدام خدمات و امکانات سبب تحقق حق به سلامت می‌شود و این مورد شامل چه شاخص‌هایی است و چگونه می‌توان تحقق یا عدم تحقق حق به سلامت در شهرها را سنجید، بیان نشده است.

به دلیل اهمیت حق به سلامت شهری و ضرورت گردآوری و معرفی متغیرها و شاخص‌هایی برای نشان دادن آن، در این پژوهش، حق به سلامت شهری و متغیرهای آن در شهر بجنورد بررسی و ارزیابی شد. انتخاب بجنورد به این دلیل است که این شهر به تازگی در تقسیمات سیاسی کشور به مرکز استان ارتقا یافته است. این مسئله پیامدهای بسیاری بر رشد شهر داشته و سبب بروز مشکلات زیادی شده است؛ مانند مهاجرت‌های بی‌رویه، اسکان غیررسمی، شهرک‌سازی‌های گسترده، اما بدون امکانات اولیه در اطراف شهر برای جذب و اسکان جمعیت تازه‌وارد، ناکارآمدی مدیریت شهری در پاسخگویی به نیازهای ساکنان مانند تأمین خدمات عمومی و عمران شهر (کمبود سرانه‌های بهداشتی، آموزشی، فضای سبز، کارایی نامناسب در جمع‌آوری زباله و ساخت فاضلاب و...)، بیکاری و بی‌سوادی ساکنان که موجب بروز معضلات اجتماعی و جرائم شده است، فرهنگ ناسالم در بعضی موارد (فرهنگ نامناسب تغذیه، اعتیاد و...) و بسیاری مشکلات دیگر که از جمله موارد تهدیدکننده سلامتی ساکنان در شهر بجنورد محسوب می‌شود.

مبانی نظری

سلامت شهری

یکی از زمینه‌های مهم پژوهش در نظام سلامت، واردکردن آن در شهرسازی و برنامه‌ریزی شهری است که با عنوان حوزه سلامت شهری شناخته می‌شود (بارتون، ۱۳۸۱: ۲۹). سلامت شهری شامل عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت فردی، سلامت محیط، سکونت‌گاه‌های سالم، سلامت جاده‌ای، شیوه‌های زندگی سالم، امنیت، خشونت، سلامت غذا، امکانات تفریحی مناسب و احساس تعلق افراد به جامعه است (گل‌پیر، ۱۳۹۶: ۱). عدالت و تخصیص بهینه و امکانات بهداشتی، پزشکی و منابع در شهرها، نظارت بر کاربری اراضی شهری، مدیریت صحیح و تغییرات اساسی در بهداشت، اقتصاد و نحوه زندگی شهروندان از اهداف اصلی در سلامت شهری به‌شمار می‌روند (شیریان، ۱۳۹۱: ۳). به‌طور کلی می‌توان گفت سلامت شهری به معنای تندرستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی همه ساکنان شهر و محیط فیزیکی و فضای اجتماعی، اقتصادی و سیاسی سالم در شهر است؛ بنابراین برنامه‌ریزی سلامت شهری عبارت است از فرایندی آگاهانه برای تأمین سلامت و تندرستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی همه ساکنان شهر به کمک تعیین سیاست‌های سلامت‌محور، نظام مناسب برنامه‌ریزی سلامت شهری، بهبود تعیین‌کننده‌های اجتماعی، اقتصادی و محیط فیزیکی شهر. سلامت شهری یکی از چالش‌های مهم قرن بیست و یکم است (Vearey, 2010: 694)؛ زیرا رشد سریع و گسترش شهرنشینی پیامدهایی برای سلامت دارد (صفدری و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۷۰). در عرصه جهانی، تغییرات و چالش‌های اخیر سلامت در شهرها بسیار سریع، قابل توجه و نگران‌کننده بوده و شهرنشینی گسترده در طول قرن گذشته، تغییرات وسیعی پیرامون سلامت عمومی افراد ایجاد کرده است (لطفی و همکاران، ۱۳۹۲: ۳۲). مردم در شهرها، به‌ویژه افراد فقیر و تازه‌وارد به شهر، با تماس‌ها و فشارهایی مواجه می‌شوند که به مشکلات بهداشتی، از قبیل اشاعه بیماری‌های مسری، سوءتغذیه، بیماری‌های روانی و بیماری‌های تنفسی مزم می‌انجامد (Harpham and Molyneux 2001; Veary, et al., 2010).

این وضع غیربهداشتی را آلودگی‌های صوتی و بصری، فقر، کمبود غذا و سرپناه، تراکم جمعیت، مشاغل کاذب، سیستم نامناسب دفع مواد زائد، شرایط شغلی ناامن، ناکافی بودن خدمات دولتی، مصرف بی‌رویه مواد زیان‌آور و آلودگی محیط‌زیست تشدید می‌کند (Vearey et al., 2010:1-31). بارتون و تسورو در کتاب خود معتقدند برنامه‌ریزی شهری از طریق چند راه می‌تواند بر سلامت تأثیرگذار باشد (۱۳۸۹: ۱-۲۸۰):

۱. شیوه و رفتار زندگی فردی: تصمیم‌گیری درمورد برنامه‌ریزی شهری می‌تواند سلامت انسان‌ها را بهبود دهد

یا آن را با مخاطره مواجه کند؛ برای مثال گرایش مردم به پیاده‌روی، دوچرخه‌سواری و بازی در هوای آزاد به شدت از کیفیت و امنیت پیاده‌روها و مسیرهای دوچرخه‌سواری، همچنین میزان دسترسی به فضاهای آزاد محلی تأثیرپذیر است.

۲. تأثیرات اجتماعی: برنامه‌ریزی شهری می‌تواند شبکه‌های اجتماعی را نابود کند یا فرصت‌هایی را برای زندگی

اجتماعی غنی فراهم آورد. فعالیت‌های اجتماعی محلی، از فعالیت‌های جمعی روزمره و فضاهای عمومی مانند مدرسه، دفاتر پست، کافه‌ها، پارک‌ها، خیابان‌ها، مساجد و تالارهای جشن تأثیر می‌پذیرد. ایجاد و استمرار چنین شبکه‌هایی تاحدی به مدیریت و برنامه‌ریزی شهری وابسته است.

۳. شرایط ساختاری محلی: در این باره، سیاست‌های برنامه‌ریزی شهری به‌طور مستقیم بر سلامت شهری تأثیر

می‌گذارند؛ برای مثال کمبود مسکن و پایین بودن کیفیت آن به بروز بعضی از بیماری‌ها منجر می‌شود. وجود حمل‌ونقل کارآمد و ارزان نیز می‌تواند مشکلات ناشی از محرومیت‌های اجتماعی را کاهش دهد.

۴. شرایط عمومی اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی: برنامه‌ریزی شهری با تأثیر بر کیفیت هوا، آب

و منابع زیرزمینی و همچنین تأثیر بر شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مردم بر سلامت تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین خط مشی‌ها، تصمیم‌ها، سیاست‌های شهری و به‌طور کلی برنامه‌ریزی شهری می‌تواند با درپیش گرفتن روش‌های صحیح و منطقی، مشکلات را کاهش دهد و رفاه، آرامش و سلامت را به شهروندان ارائه کند. برنامه‌ریزی شهری با محور قراردادن سلامت شهری می‌تواند به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم تأمین‌کننده سلامت شهروندان باشد. بی‌توجهی به رابطه سلامت و برنامه‌ریزی شهری، به‌ویژه در کشورهای جهان سوم زیان‌های بسیاری بر عرصه سلامت وارد کرده است؛ زیرا برنامه‌ریزی شهری در ابعاد گوناگون رابطه تنگاتنگی با سلامت شهروندان دارد. با وجود اهمیت این ارتباط، از نظر تجربی و عملی، توجه کمی به این موضوع در شهرهای جهان شده است (Sarkar et al., 2014:1-11).

نظریه حق به شهر

در سال ۱۹۶۸، هنری لوفور^۱ فیلسوف و جامعه‌شناس فرانسوی، کتاب «La droit à la ville» یا حق به شهر را نوشت (Boer and Vries, 2009: 1322). نظریه حق به شهر وی نوعی نقد رادیکالی به شهر و سیاست‌های شهری است که در آن به‌جای اینکه دولت و سرمایه‌داران فضاهای شهری را مدیریت کنند، استفاده‌کنندگان و ساکنان شهر، به مدیریت و کنترل فضاهای شهری می‌پردازند (Purcell, 2014: 141-142). لوفور بر این باور است که انباشت سرمایه در جوامع سرمایه‌داری معاصر به کمک شهری شدن رخ می‌دهد و هم‌زمان نظارت بر شهر و مراقبت از آن، از شهروندان گرفته شده و منافع حاصل از شهری

1. Henry Lefebvre

شدن به نفع سرمایه (دولت یا سرمایه‌داران خصوصی) صادره می‌شود. در واقع حق به شهر درصدد پس‌گرفتن نظارت بر شهر و مراقبت از آن، همچنین استفاده از منافع شهری شدن سرمایه است (حیبی و امیری، ۱۳۹۴: ۹). به اعتقاد لوفور، حق به شهر نوعی حق دگرگون‌شده^۱ و تجدیدشده^۲ به زندگی شهری است. موضوع اصلی کار لوفور درک شهر به‌عنوان اثر هنری است؛ اثری از همه ساکنان و استفاده‌کنندگان از شهر. آن‌ها می‌توانند با شکل‌دادن جمعی به آینده فضاهای شهری و سکونت‌فعلانه در محیط شهری، در ساخت اثر هنری (شهر) مشارکت کنند (Boer and Vries, 2009: 1322-1323). اثر هنری نقطه‌مقابل کالای تولیدی است. برخلاف کالای تولیدی که تولید و مصرف آن سودآوری مالی دارد، مزیت استفاده از اثر هنری، لذت و اعتبار به‌جامانده برای همگان است (معروفی و وحیدی برجی، ۱۳۹۴: ۶). لوفور در نظریه خود بر تخصیص فضا و زمان تأکید می‌کند. به عقیده او، هرکس حق غیرقابل‌فروش و غیرقابل‌انتقال به استفاده از فضاهای شهری را به‌منظور تهیه ضروریات زندگی روزمره‌اش دارد؛ بنابراین ارزش استفاده از فضا بیشتر از ارزش اقتصادی است؛ یعنی عملکرد اجتماعی فضا همیشه مهم‌تر از سودی است که با فروش یا بهره‌برداری از فضا به‌دست می‌آید (Boer and Vries, 2009: 1322-1323). در نظریه لوفور، شهروند به ساکنان شهر اطلاق می‌شود که دو نوع حق دارند (رهبری و شارع‌پور، ۱۳۹۳: ۱۲۰، مداح و روشن‌فکر، ۱۳۹۴: ۶۰ رفعیان و الوندی‌پور، ۱۳۹۴: ۲۹ و Purcell, 2002):

- حق اختصاص‌دادن به خود: حق استفاده کامل از فضای شهری در زندگی روزمره، حق زندگی‌کردن، بازی‌کردن، حق تصرف و تولید فضای جدید و...

- حق مشارکت: حق اینکه همه ساکنان شهر (با هر قومیت، نژاد، مذهب، طبقه اجتماعی-اقتصادی و...) در تصمیم‌گیری‌های مربوط به فضاهای شهری و تولید فضاهای شهری دخیل هستند. این تصمیم‌گیری می‌تواند به دولت (تصمیم سیاسی)، سرمایه (تصمیم به سرمایه‌گذاری کردن یا نکردن)، نهاد چندجانبه (قوانین تجارت سازمان تجارت جهانی) یا هر نهاد دیگری مربوط باشد که در تولید فضاهای شهری نقش دارند. همچنین این حق می‌تواند در هر سطحی از تصمیم‌گیری (ملی، منطقه و محلی) و در هر مقیاسی باشد.

با این حال، حق به شهر هنری لوفور، حقی هنجاری و اخلاقی است نه مالکیتی و قضایی (Vaddiraju, 2016: 22)؛ برای مثال وقتی شخصی زمین یا خانه‌ای را در شهر می‌خرد، حق مالکیتی و قضایی به آن دارد و در صورت اشغال یا آسیب از سوی دیگران می‌تواند ادعای مالکیت داشته باشد و شکایت کند، اما در قبال محیط، هوا، پارک، پیاده‌رو و سایر موارد که در اطراف خانه یا زمین اوست، حق قانونی و مالکیتی ندارد و در صورت آسیب یا نقص آن‌ها نمی‌تواند ادعای قانونی و قضایی کند. این همان حق اخلاقی و هنجاری است که هنری لوفور مطرح می‌کند.

هاروی معتقد است کنترل شهرنشینی و تحولات شهری و تغییر شهر براساس تمایل و آرزوی قلبی ساکنان، حق اساسی و پایه‌ای آن‌هاست. وی تأکید می‌کند حق به شهر، به فردی خاص تعلق ندارد، بلکه باید به‌عنوان ارتباطی معین بین فرد و بقیه جامعه در نظر گرفته شود. به کمک این حق، همه ساکنان یک شهر می‌توانند در زندگی عمومی شرکت کنند که بیشتر از برنامه‌ریزی مشارکتی شناخته شده است. حق به شهر سبب می‌شود منافع عمومی به‌صورت دائمی به کمک مبارزات سیاسی،

1. Transformed

2. Renwed

بازتعریف و محقق شوند (Boer and Vries, 2009: 1322-1323). از دید او حق بر شهر حقی جمعی است و نه فردی؛ زیرا تغییر شهر ناگزیر بر اعمال قدرت جمعی بر فرایندهای شهری شدن مبتنی است (Harvey, 2008: 23).
به گفته مارکوزه حق مورد نظر لوفور، هم فریاد است و هم مطالبه؛ فریادی برآمده از ضرورت و مطالبه چیزی بیشتر. این مطالبه از جانب آنهایی است که به شکلی مستقیم محتاجاند و سرکوب می‌شوند؛ آنهایی که حتی ضروری‌ترین نیازهایشان نیز برآورده نمی‌شود؛ بی‌خانمان‌ها، گرسنه‌ها، زندانیان و کسانی که به دلایل جنسیتی، مذهبی و نژادی آزار می‌بینند. این مطالبه آنهایی است که کارشان، به سلامتشان آسیب می‌زند، درآمدشان زیر حد امرارمعاش است و از فواید زندگی شهری محروم هستند (Marcuse, 2012: 24-40).

پورسل معتقد است حق به شهر می‌تواند به منزله مقاومت و ایستادگی در برابر نئولیبرالیسم باشد که سبب کاهش سطح دموکراسی، افزایش نابرابری و مشکلات اجتماعی بیشتر شده است. از دیدگاه پورسل، مشارکت و تخصیص دو مفهوم اصلی در حق به شهر هستند. مشارکت بسیار گسترده‌تر از شرکت در روند تصمیم‌گیری در ساختارهای دموکراسی لیبرال است. همچنین حق اساسی برای همه ساکنان (نه «همه شهروندان») محسوب می‌شود تا نفوذ کاملی در تصمیم‌گیری‌های مربوط به تولید فضا و شهر داشته باشند. از دیدگاه پورسل، مفهوم تخصیص فضا با ارزش‌دارکردن فضای شهری از طریق سرمایه‌مقابله می‌کند و معتقد است ارزش استفاده از فضا به کمک ساکنان، اولویت بیشتری از ارزش سرمایه‌ای فضا دارد (Boer and Vries, 2009; Purcell, 2002).

متغیرها و شاخص‌های حق به سلامت شهری

سلامت یکی از مهم‌ترین نیازها و حق به سلامت یکی از مهم‌ترین حقوق اولیه هر شهروند است. برای اندازه‌گیری و نمایش این حق، باید متغیرها و شاخص‌هایی در سطح بین‌المللی و ملی وجود داشته باشد. متغیرها مفاهیمی هستند که دو یا چند ارزش دارند و به کمک برخی شاخص‌ها اندازه‌گیری می‌شوند. شاخص‌ها ابزارهایی برای اندازه‌گیری طیف وسیعی از فاکتورها و متغیرها در هر لحظه هستند و می‌توانند تصویری از شروع اجرای پروژه و پایان آن و روند تغییرات را نشان دهند (UN Office of the High Commissioner for Human Rights (a) 2008: 24-25).

برخی اسناد بین‌المللی مانند تفسیر عمومی شماره ۱۴ سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۰ (CESCR General Comment No. 14, 2000)، گزارش‌های حقوق انسانی، سلامت و راهبرد کاهش فقر در سال ۲۰۰۵ و ۲۰۰۸ (UN Office of the High Commissioner for Human Rights (a), 2008; WHO, 2005) و گزارش ۳۱ حق به سلامت در سال ۲۰۰۸ توسط کمیساریای عالی حقوق بشر سازمان ملل متحد^۱ و سازمان سلامت جهانی، شاخص‌هایی را برای حق به سلامت معرفی کرده‌اند (UN Office of the High Commissioner for Human Rights (b), 2008). در ادامه به برخی از این شاخص‌ها که در گزارش‌های مختلف جهانی آمده است، اشاره می‌شود.

کمیساریای عالی حقوق بشر سازمان ملل، شاخص‌های حقوق بشر را براساس اطلاعات خاصی از وضعیت یک رویداد، فعالیت و خروجی مربوط به هنجارها، استانداردها و اصول حقوق بشر تعریف می‌کند؛ بنابراین می‌توان گفت در

1. United Nations High Commissioner for Human Rights

بسیاری از موارد، شاخص‌های ارائه‌شده سازمان‌های بین‌المللی (مانند شاخص‌های اهداف توسعه هزاره) می‌تواند به هنجارها و استانداردهای حقوق انسانی مربوط باشد؛ برای مثال، نرخ مرگ‌ومیر نوزادان و مادران که شاخص‌هایی در اهداف توسعه هزاره هستند، شاخص‌هایی مهم در حق به سلامت به‌شمار می‌آید (UN Office of the High Commissioner for Human Rights (a), 2008:24-25).

تفسیر عمومی شماره ۱۴ سازمان ملل متحد شاخص‌هایی برای حق به سلامت پیشنهاد کرده است؛ از جمله حق به سلامت باروری و سلامت جنسی، حق به داشتن آب آشامیدنی سالم، حق به بهداشت سالم، حق به محیط کار سالم، حق به محیط فیزیکی سالم، حق به پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌ها، حق به مسکن، دستیابی به مراجع قانونی برای موضوعات مربوط، دسترسی به امکانات ضروری سلامت، دسترسی به اطلاعات، حق به مشارکت در برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت، حق به داشتن هوا، آب‌و‌خاک سالم، حق به واکسیناسیون در برابر بیماری‌های عفونی، حق به تغذیه مناسب، حق به دستیابی و دسترسی به کارکنان کافی و ماهر، حق به دستیابی و دسترسی به بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها و حق به داشتن بیمه سلامت قابل استطاعت (CESCR General Comment No. 14, 2000).

روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه‌بنیادی-کاربردی^۱ و توصیفی-تحلیلی است که گردآوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها و اطلاعات آن به روش کیفی-کمی صورت گرفت. بنیادی‌بودن پژوهش به این دلیل است که هدف آن توسعه نظریه حق به شهر در بعد سلامت شهری است و متغیرهای جدیدی برای این شاخص معرفی شده است (حسن‌زاده، ۱۳۹۲: ۱۳۸-۱۳۹). در منشور حق به شهر (۲۰۰۴)، بعد سلامت یکی از ابعاد حق به شهر محسوب می‌شود، اما در این منشور بیان نشده است که این بعد، چه متغیرهایی را شامل می‌شود و چگونه می‌توان این حق را اندازه‌گیری کرد. کاربردی‌بودن این پژوهش به این دلیل است که در پژوهش‌های آتی می‌توان از نتایج و یافته‌های آن استفاده کرد و حق به سلامت شهری را سنجید. همچنین تصمیم‌گیرندگان و مسئولان می‌توانند از نتایج پژوهش حاضر برای ارتقای سطح سلامت شهروندان استفاده کنند (حافظ‌نیا، ۱۳۸۸: ۵۱-۵۳، حسن‌زاده ۱۳۹۲: ۱۳۸-۱۳۹). کیفی‌بودن پژوهش نیز به این دلیل است که در آن از روش دلفی (که یکی از روش‌های کیفی است) برای انتخاب نهایی متغیرها استفاده شده است. دلیل کمی‌بودن پژوهش نیز این است که متخصصان به متغیرهای نهایی شده در قالب مصاحبه ساختاریافته امتیاز ۰ تا ۳ داده‌اند و این داده‌ها به روش‌های آماری تجزیه و تحلیل شده است (همان).

در فرایند پژوهش، ابتدا جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز به دو روش کتابخانه‌ای صورت گرفت. همچنین به‌منظور بررسی و شناخت مبانی، مفاهیم و متغیرهای مرتبط با موضوع، مقاله‌ها، پایان‌نامه‌ها، کتاب‌ها، طرح‌ها و گزارش‌های مرتبط با موضوع، جمع‌آوری و مطالعه شد. پس از مطالعه منابع، ۵۷ متغیر حق به سلامت شهری شناسایی شد. برای انتخاب نهایی متغیرها و امتیازدهی آن، مصاحبه با خبرگان و متخصصان مربوط به موضوع براساس روش دلفی در دو مرحله صورت گرفت. مرحله اول پس از تکمیل مطالعات منابع مربوط به موضوع انجام شد. به‌منظور انتخاب نهایی متغیرها، مصاحبه‌ای نیمه

۱. این اصطلاح در روش پژوهش، در موارد معدودی کاربرد دارد. در این مقاله، با توجه به اینکه نتایج پژوهش هم در بخش نظری سبب توسعه مفهوم و شاخص‌های حق به سلامت شهری می‌شود و هم در بخش کاربردی می‌تواند راهنمایی برای پژوهش‌ها و پروژه‌ها به‌منظور سنجش حق به سلامت و ارتقای سلامت باشد، از این اصطلاح استفاده شده است.

ساختاریافته با خبرگان، مسئولان و متخصصان امور شهری و سلامت در شهر بجنورد، که از موضوع پژوهش مطلع بودند و با محدوده مورد مطالعه نیز آشنایی کافی داشتند صورت گرفت. در بخش دوم که پس از تحلیل نتایج مصاحبه نخست و انتخاب نهایی متغیرها صورت گرفت، طی سه جلسه مصاحبه، از متخصصان و خبرگان مربوط خواسته شد به امتیازدهی تأثیرات هر یک از متغیرها بر یکدیگر بپردازند که این کار در قالب جدول‌های ماتریس $N*N$ انجام شد.

روش نمونه‌گیری استفاده‌شده در این پژوهش، گلوله برفی است. حجم نمونه مصاحبه براساس دیدگاه صاحب‌نظران تکنیک دلفی و قانون اشباع نظری، ۱۵ نفر در قالب ۲ گروه ۷ و ۸ نفری است (Powell, 2003: 379; Landeta, 2006: 470). در نهایت، تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار میک‌مک‌فازی انجام شد که در ادامه به توضیح آن پرداخته می‌شود.

تحلیل ساختاری به کمک میک‌مک‌فازی (FLMICMAC)

روش ساختاری روشی است که برای تحلیل روابط میان متغیرها، به‌ویژه در سیستم‌های گسترده و با ابعاد متعدد کاربرد دارد. پتانسیل روش ساختاری در استفاده از داده‌های کیفی در کنار داده‌های کمی، این روش را به یکی از روش‌های پرکاربرد در آینده پژوهی تبدیل کرده است (ربانی، ۱۳۹۱: ۲۵۹). مهم‌ترین دلیل استفاده از روش‌های آینده‌نگاری این است که مشخص شود چه چیزهایی برای تصمیم‌گیری صحیح لازم است، اما در حال حاضر این اطلاعات در دسترس نیست. به کمک این اطلاعات می‌توان فرض‌ها را مشخص کرد تا امتحان شوند و در صورت لزوم تغییر یابند (حبیبی و جعفری مهرآبادی، ۱۳۸۹: ۱۰۰). در این روش، متغیرهای مؤثر بر سیستم در ماتریس $N*N$ قرار می‌گیرند و براساس دیدگاه‌های گروه کارشناسان در قالب ۴، ۳، ۲، ۱ و ۰ ارزش‌گذاری می‌شوند. خروجی‌های نرم‌افزار به صورت جدول‌ها و نمودارها، در درک ابعاد و روابط سیستم و چگونگی عمل سیستم در آینده تأثیرگذار است (ربانی، ۱۳۹۱: ۲۵۹). خروجی مدل تحلیل اثر متقابل در این نرم‌افزار، روابط میان متغیرها را نشان می‌دهد. این نرم‌افزار، قابلیت تبدیل روابط به اشکال و نمودارهای ویژه را دارد و با امکانات خود تحلیل آسان روابط و ساختار سیستم را امکان‌پذیر می‌کند.

مهم‌ترین مشکل تحلیل ساختاری به روش سنتی میک‌مک بی‌دقتی داده‌ها در مرحله گردآوری است. کارشناسان و خبرگان شرکت‌کننده در پژوهش معمولاً در مراحل تفکر جمعی درباره شدت رابطه میان دو متغیر با ادبیات کیفی زبان‌شناختی به تفکر و تشریک‌مساعی می‌پردازند. در ادامه، تسهیلگران شرکت‌کننده در پنل‌های کارشناسی، مجموع نظر خبرگان را که معمولاً با متغیرهای زبانی مانند تأثیر ضعیف، متوسط یا قوی (با توجه به شیوه سازمان‌دهی اطلاعات) بیان می‌شود، در قالب کدهای عددی قطعی (برای مثال ۱، ۲ یا ۳) در ماتریس اثرات مستقیم وارد می‌کنند؛ درحالی‌که این عبارات زبانی در عالم واقع تا این حد دقیق و کامل نیست و همواره سطحی از عدم قطعیت‌ها و ابهام‌ها در بحث‌های فردی و جمع دیدگاه‌های کارشناسان وجود دارد. اگر به‌جای برگزاری پنل‌های خبرگان از روش‌های تکمیل فردی و مجزا برای گردآوری داده‌ها استفاده شود، سطح عدم قطعیت و ابهام در داده‌ها به شدت افزایش می‌یابد. معمولاً استفاده از عبارات کیفی برای خبرگان براساس تجربه در حوزه‌ای تخصصی راحت‌تر است؛ بنابراین استفاده از متغیرهای زبان‌شناختی می‌تواند راه‌حل مناسبی باشد، اما پیش از شکل‌گیری ریاضیات فازی راهی برای تبدیل متغیرهای کیفی به متغیرهای کمی وجود ندارد (طالبیان و همکاران، ۱۳۹۶: ۸۳، رنجبرنیا و همکاران، ۱۳۹۶: ۷).

متغیرهای پژوهش

همان‌طور که بیان شد، پژوهش حاضر در سه مرحله، متغیرهای حق به سلامت شهری را شناسایی، انتخاب و تجزیه و تحلیل کرده است. در مرحله اول، با مطالعه کتاب‌ها، مقاله‌ها، گزارش‌ها، پایان‌نامه‌ها و منابع مرتبط دیگر مانند تفسیر عمومی شماره ۱۴ سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۰، گزارش‌های حقوق انسانی، سلامت و راهبرد کاهش فقر در سال ۲۰۰۵ و گزارش ۳۱ حق به سلامت در سال ۲۰۰۸ از سوی کمیساریای عالی حقوق بشر سازمان ملل متحد، ۵۷ متغیر حق به سلامت شهری شناسایی شدند. در مرحله دوم، به منظور انتخاب نهایی متغیرها، به روش دلفی و با نظر متخصصان، متغیرهای حق به سلامت شهری به ۳۱ متغیر کاهش یافتند. در این میان، برخی متغیرها حذف و برخی دیگر با هم ترکیب شدند؛ بنابراین هریک از متغیرهای انتخاب شده ممکن است چندین زیرمتغیر داشته باشند؛ برای مثال، متغیر امنیت و ایمنی می‌تواند زیرمتغیرهایی از جمله سرقت، نزاع و درگیری، اعتیاد، ایمنی پیاده‌روها، خیابان‌ها و... داشته باشد. متغیر آزادی نیز ممکن است شامل زیرمتغیرهای آزادی سیاسی، اقتصادی و اجتماعی باشد. همچنین هریک از زیرمتغیرها می‌تواند با چندین شاخص یا گویه اندازه‌گیری شود. در جدول ۱، متغیرهای نهایی شده در روش دلفی با علامت اختصاری خود آمده‌اند.

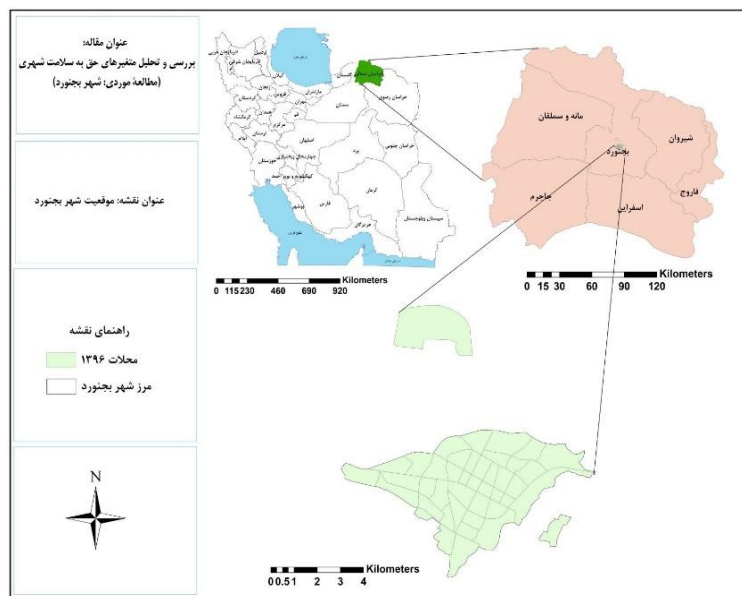
پس از شناسایی متغیرها از منابع مختلف و خلاصه آن‌ها به روش دلفی، در مرحله سوم، تأثیرات متقابل متغیرهای نهایی شده با روش ساختاری و به کمک نرم‌افزار میک‌مک، تجزیه و تحلیل شدند که در بخش یافته‌های پژوهش به آن پرداخته می‌شود.

جدول ۱. متغیرهای حق به سلامت شهری

N°	Long label	N°	Long label
۱	محیط فیزیکی و کالبدی سالم	۱۷	پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری
۲	حمل‌ونقل عمومی	۱۸	قوانین و سیاست‌ها
۳	هوای پاک و سالم	۱۹	مشارکت در سلامت
۴	تفریح و سرگرمی	۲۰	آب آشامیدنی و فاضلاب
۵	شرایط کاری مناسب	۲۱	آزادی اجتماعی و سیاسی
۶	درآمد مناسب	۲۲	امنیت و ایمنی
۷	سلامت روان	۲۳	همکاری بین‌بخشی
۸	سلامت اجتماعی	۲۴	فرهنگ سالم
۹	تغذیه سالم	۲۵	های سلامت‌مراقبت
۱۰	پیاده‌روهای مناسب	۲۶	تجهیزات پزشکی مناسب
۱۱	مسکن مناسب	۲۷	دسترسی به داروهای ضروری
۱۲	فضای سبز	۲۸	دوچرخه‌سواری
۱۳	آموزش و اطلاعات	۲۹	خدمات مناسب بیمه
۱۴	تجهیزات و تأسیسات شهری	۳۰	دسترسی به مراکز سلامت
۱۵	عدالت اجتماعی	۳۱	سلامت جسم
۱۶	سرمایه اجتماعی	-	-

محدوده مورد مطالعه

شهر بجنورد با مساحت ۳۱۹۳ هکتار و جمعیت ۲۲۸.۹۳۱ نفر در سال ۱۳۹۵، مرکز استان خراسان شمالی است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). این شهر در شمال شرق ایران، در طول جغرافیایی ۵۷ درجه و ۲۰ دقیقه و عرض جغرافیایی ۳۷ درجه و ۲۸ دقیقه، در جنوب رشته کوه کپه داغ، شرق رشته کوه آلا داغ و شمال رشته کوه البرز واقع شده است (شهرداری بجنورد، ۱۳۹۵). ارتفاع بجنورد از سطح دریا ۱۰۷۰ متر و فاصله آن تا تهران ۸۲۱ کیلومتر است. بجنورد از شمال با ترکمنستان، از شمال شرقی تا جنوب شرقی با شهرهای شیروان، اسفراین و از جنوب غربی تا شمال غربی با جاجرم، آس خانه و راز همسایه است.



شکل ۱. موقعیت جغرافیایی شهر بجنورد و محله بندی آن
منبع: سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان خراسان شمالی، ۱۳۹۷

یافته های پژوهش

پیش از این بیان شد، در روش تحلیل آثار، تأثیر (احتمال تأثیر) یک متغیر بر متغیر دیگر پیش‌نگری می‌شود و محاسبه مجموع این آثار متقابل صورت می‌گیرد. برای رسیدن به این هدف، میشل گوده فرانسوی تحلیل ساختاری را به کمک نرم‌افزار میک‌مک، یکی از اجزای آینده‌نگاری راهبردی معرفی کرد (Gorane et al., 2012). از آنجا که هدف از پژوهش حاضر، شناسایی و تحلیل متغیرهای کلیدی حق به سلامت شهری بوده، از این روش استفاده شد. براین اساس، همه ۳۱ متغیر حق به سلامت شهری که خبرگان نهایی کرده بودند، وارد نرم‌افزار شدند و برای هر یک نشانگری کوتاه^۱ در نظر گرفته شد (جدول ۱). پس از انتخاب این نشانگرها، اولین مرحله تشکیل ماتریس مقایسه‌های زوجی مستخرج از نظرات خبرگان (در مجموع ۱۵ نفر) است که در آن میزان تأثیر هر یک از متغیرها بر سایر متغیرها سنجیده شده است (جدول ۲).

با توجه به تجزیه و تحلیل میک مک، اقداماتی که در ناحیه نفوذ هستند، قدرت نفوذ بالا و میزان وابستگی کمی دارند و به عبارت دیگر بر سایر اقدامات تأثیرگذارند، اما از اقدامات دیگر کمتر تأثیر می‌پذیرند. نرم افزار میک مک در مجموع دو نوع تحلیل، نمودار و گراف تحلیلی را نشان می‌دهد؛ اثرات مستقیم و اثرات غیرمستقیم. تحلیل اثرات مستقیم در واقع نتیجه برهم کنش داده‌های ماتریس اولیه است. تحلیل اثرات غیرمستقیم نیز نتیجه محاسبه توان‌های بالاتر و تکرار ماتریس اولیه است که در این پژوهش براساس پیشنهاد اولیه نرم افزار و دومرتبه تکرار انتخاب شده است. تحلیل اثرات مستقیم می‌تواند ویژگی‌های آتی هر یک از عوامل را در محیط شکل گرفته از همه عوامل تبیین کند.

به منظور تحلیل کلیدی‌ترین و اثرگذارترین عامل باید از مقایسه دو تحلیل اثرات مستقیم و غیرمستقیم بهره برد. در جدول ۳، ویژگی‌های ماتریس اثرات مستقیم یا MDI^۱ آمده است. اندازه ماتریس ۳۱ در ۳۱ است. در واقع میزان اثرگذاری و اثرپذیری هر یک از ۳۱ متغیر بر یکدیگر سنجیده شده است. از مجموع ۹۶۱ درایه پر شده، ۴۳ درایه بدون تأثیر است. همچنین ۳۷۵ درایه تأثیر اندک، ۴۲۷ درایه تأثیر متوسط و ۱۱۶ درایه تأثیر بسیاری دارند. علاوه بر این، تعداد تکرار محاسبه اثرات متقاطع در ماتریس مورد نظر، دومرتبه صورت گرفته است که این تکرار، پیشنهاد پایه نرم افزار میک مک برای رسیدن به پایداری این ماتریس است.

جدول ۳. ویژگی‌های اثرات مستقیم

شاخص	اندازه ماتریس	تعداد تکرار	بدون تأثیر (صفر)	تأثیر اندک (یک)	تأثیر میانه (دو)	تأثیر زیاد (سه)	مجموع	میزان پرتشدگی
مقدار	۳۱	۲	۴۳	۳۷۵	۴۲۷	۱۱۶	۹۱۸	۹۵/۵۲

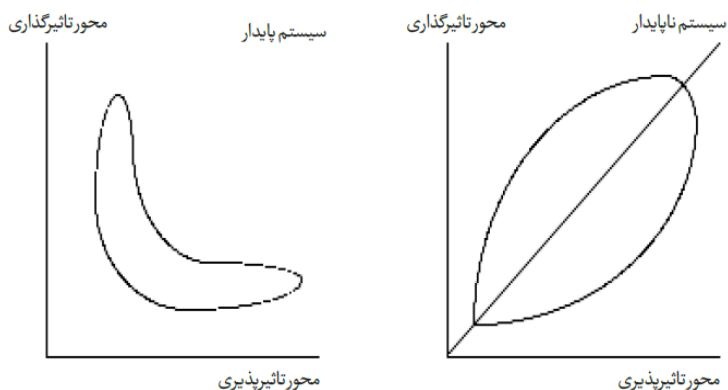
منبع: نگارندگان، ۱۳۹۷؛ خروجی نرم افزار میک مک فازی

جدول ۴. تعداد تکرار محاسبه ماتریس اثرات متقاطع (توضیح مختصر)

تکرار (Iteration)	وابستگی (Dependence)	تأثیر (Influence)
۱	۹۹ درصد	۹۸ درصد
۲	۱۰۰ درصد	۱۰۰ درصد

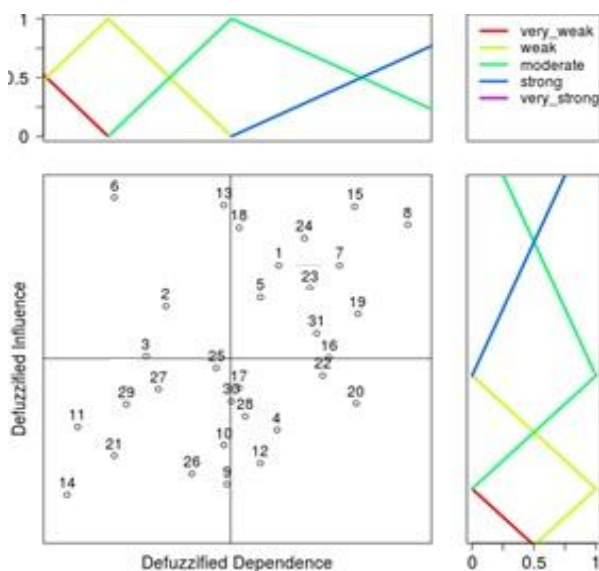
منبع: نگارندگان، ۱۳۹۷؛ خروجی نرم افزار میک مک فازی

به منظور تحلیل نتایج، در نخستین قدم می‌توان با روشی ساده تأثیر متغیرها را با در نظر گرفتن تعداد گروه‌های ارتباطی در ماتریس تشکیل شده سنجید. متغیری که بر تعداد محدودی از متغیرها تأثیری مستقیم دارد، تأثیرگذاری آن در کل سیستم نیز اندک است. همه متغیرها و محیط دربرگیرنده آن‌ها را می‌توان با نمایش در نمودار مفهومی یا یک محور مختصات (تأثیرگذاری تأثیرپذیری) نمایش داد (زالی، ۱۳۸۸: ۸۶). شیوه توزیع و پراکنش متغیرها در صفحه پراکندگی، بیانگر میزان پایداری یا ناپایداری سیستم است. در روش تحلیل اثرات متقاطع اگر نمودار حاضر به صورت L باشد، نشان دهنده سیستم پایدار است؛ زیرا عوامل یا اثرگذارند یا اثرپذیر و در این میان، عوامل دوگانه و پیچیده اندکی قرار دارد، اما اگر نمودار حاصل به فرم بیضی کشیده حول محور قطری نمودار قرار بگیرد، نشان دهنده سیستم ناپایدار است.

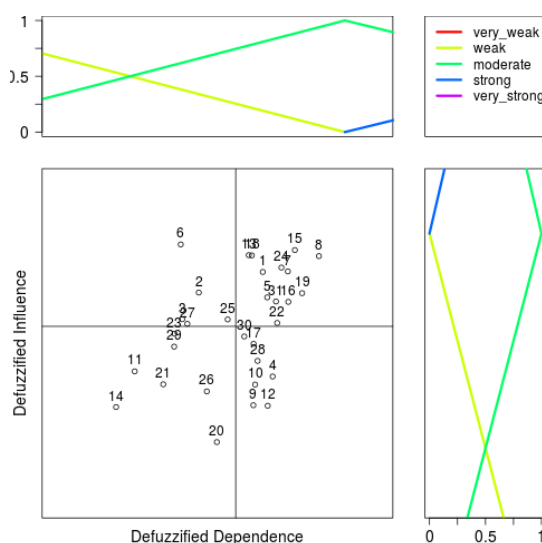


شکل ۲. الگوی سیستم پایدار و ناپایدار
منبع: Godet et al., 2003

همان‌طور که بیان شد، هدف میک‌مک فازی این است که در مرحله گردآوری داده‌ها امکان استفاده از رشته‌های زبانی فراهم شود. با استفاده از این روش، کارشناسان و خبرگان شرکت‌کننده در پنل آینده‌پژوهی می‌توانند درایه‌های ماتریس اثرات متقابل را با رشته‌های زبانی شدت‌دار (برای مثال قوی، ضعیف و...) پر کنند. با وجود این، برای استفاده از مدل‌های تحلیل فازی باید رشته‌های ترتیب‌دار کلمات را به کارشناسان معرفی کرد. روش کار بدین صورت است که کارشناسان می‌توانند اثرات متقابل دو متغیر را از ضعیف تا خیلی قوی مشخص کنند. پس از تحلیل‌های فازی نیز می‌توان خروجی ماتریس اثرات متقابل را براساس همین رشته‌های زبانی ترتیب‌دار دوباره دسته‌بندی و مرتب کرد. شکل‌های ۳ و ۴ خروجی‌های ماتریس حاصل از متغیرهای این پژوهش را نشان می‌دهند.



شکل ۳. اثرات مستقیم عوامل
منبع: نگارندگان، ۱۳۹۷: خروجی نرم‌افزار میک‌مک فازی



شکل ۴. اثرات غیرمستقیم عوامل
منبع: نگارندگان، ۱۳۹۷؛ خروجی نرم افزار میکمک فازی

در این باره دو دسته متغیر تأثیرگذار و تأثیرپذیر شناسایی شده‌اند:

متغیرهای تأثیرگذار یا تعیین کننده: این متغیرها بیشتر تأثیرگذار و کمتر تأثیرپذیرند؛ بنابراین سیستم، بیشتر به این متغیرها بستگی دارد. این متغیرها در قسمت شمالی نمودار آمده‌اند. متغیرهایی که در شمال غربی هستند، بیشترین تأثیر را دارند و هرچه نمودار به شرق کشیده می‌شود، از شدت تأثیرگذاری آن‌ها کاسته می‌شود. این متغیرها بحرانی‌ترین و مؤثرترین متغیرها در سیستم محسوب می‌شوند و تغییرات سیستم وابسته به آن‌هاست؛ بنابراین میزان کنترل بر این متغیرها اهمیت بسیاری دارد. براساس نتایج این تحلیل، متغیرهای درآمد مناسب (رتبه ۱ در تأثیرگذاری)، آموزش و اطلاعات (رتبه ۲ در تأثیرگذاری)، عدالت اجتماعی (رتبه ۳ در تأثیرگذاری)، سلامت اجتماعی (رتبه ۴ در تأثیرگذاری)، قوانین و سیاست‌ها (رتبه ۵ در تأثیرگذاری)، فرهنگ سالم (رتبه ۶ در تأثیرگذاری)، محیط فیزیکی و کالبدی سالم (رتبه ۷ در تأثیرگذاری)، سلامت روان (رتبه ۸ در تأثیرگذاری)، همکاری بین‌بخشی سازمان‌ها در بهبود سلامت (رتبه ۹ در تأثیرگذاری) و شرایط کاری مناسب (رتبه ۱۰ در تأثیرگذاری) به ترتیب مؤثرترین متغیرها هستند (جدول ۵).

با توجه به جدول ۵، متغیرهای درآمد مناسب، آموزش و اطلاعات، عدالت اجتماعی و سلامت اجتماعی تأثیرگذاری بسیاری دارند و بحرانی‌ترین متغیرهای این سیستم هستند؛ بنابراین تحقق حق به سلامت شهری وابستگی بسیاری به این متغیرها دارد. نتایج مصاحبه متخصصان که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، مطالعاتی را که در این باره انجام شده است تأیید می‌کند؛ برای مثال، پژوهش روزر و والکر (۲۰۱۶) با عنوان «آیا نابرابری درآمد اثرات پایدار بر سلامت و اعتماد دارد؟» و پژوهش کارلسدوتر و همکاران (۲۰۱۲) با عنوان «تجزیه و تحلیل چندسطحی درآمد، نابرابری درآمد و سلامت در اسپانیا» فرضیه «سطح بالاتری از درآمد با احتمال کمتر از نتایج منفی سلامت ارتباط دارد» را تأیید می‌کنند. همچنین پژوهش بشیون و همکاران (۲۰۱۸) با عنوان «تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت برای مردم بومی کانادا با رویکرد سلامت عمومی» و پژوهش سولر و ایروین (۲۰۱۰) با عنوان «چارچوب مفهومی برای عمل بر روی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت» از

فرضیه‌های ارتباط میان سواد، عدالت و سایر تعیین‌کننده‌ها به کمک سلامت حمایت می‌کنند. نتایج این پژوهش، علاوه بر اینکه از نتایج سایر پژوهش‌ها حمایت می‌کند، میزان تأثیرگذاری یا تأثیرپذیری هریک از عوامل را با سایر عوامل می‌سنجد. به عبارت دیگر مشخص می‌شود که در میان بسیاری از عوامل تعیین‌کننده سلامت، کدام عامل نقش بسزایی در تحقق حق به سلامت و بهبود سلامت دارد. در ادامه هریک از مهم‌ترین متغیرهای تأثیرگذار در سلامت به صورت مختصر بیان می‌شود.

جدول ۵. متغیرهای تأثیرگذار مستقیم و غیرمستقیم

غیرمستقیم		مستقیم		متغیر		
برچسب فازی تأثیرگذاری	رتبه تأثیرگذاری	میزان تأثیرگذاری غیرفازی شده	برچسب فازی تأثیرگذاری	رتبه تأثیرگذاری	میزان تأثیرگذاری غیرفازی شده	
متوسط	۸	۲۴/۷۹	متوسط	۷	۴۶/۱۷	محیط فیزیکی و کالبدی سالم
متوسط	۱۰	۲۴/۴۶	متوسط	۱۱	۴۱/۶۷	حمل‌ونقل عمومی
متوسط	۱۵	۲۴/۰۴	متوسط	۱۴	۳۶/۱۷	هوای پاک و سالم
متوسط	۲۵	۲۳/۱۳	ضعیف	۲۵	۲۸	تفریح و سرگرمی
متوسط	۱۲	۲۴/۳۹	متوسط	۱۰	۴۲/۶۷	شرایط کاری مناسب
متوسط	۱	۲۵/۲۳	قوی	۱	۵۳/۶۷	درآمد مناسب
متوسط	۷	۲۴/۸۰	متوسط	۸	۴۶/۱۷	سلامت روان
متوسط	۵	۲۵/۰۴	قوی	۴	۵۰/۶۷	سلامت اجتماعی
متوسط	۲۹	۲۲/۶۷	ضعیف	۳۰	۲۲	تغذیه سالم
متوسط	۲۷	۲۳	ضعیف	۲۶	۲۶/۳۳	پیاذروهای مناسب
متوسط	۲۴	۲۳/۲۱	ضعیف	۲۴	۲۸/۳۳	مسکن مناسب
متوسط	۳۰	۲۲/۶۶	ضعیف	۲۸	۲۴/۳۳	فضای سبز
متوسط	۳	۲۵/۰۶	قوی	۲	۵۲/۸۳	آموزش و اطلاعات
متوسط	۳۱	۲۲/۶۴	ضعیف	۳۱	۲۰/۸۳	تجهیزات و تأسیسات شهری
متوسط	۲	۲۵/۱۴	قوی	۳	۵۲/۶۷	عدالت اجتماعی
متوسط	۱۴	۲۴/۳۲	متوسط	۱۵	۳۶	سرمایه اجتماعی
متوسط	۲۰	۲۳/۶۵	متوسط	۱۸	۳۲/۶۷	پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری
متوسط	۴	۲۵/۰۵	قوی	۵	۵۰/۳۳	قوانین و سیاست‌ها
متوسط	۱۱	۲۴/۴۵	متوسط	۱۲	۴۰/۸۳	مشارکت در سلامت
متوسط	۲۳	۲۳/۲۵	ضعیف	۲۳	۲۹	آب آشامیدنی و فاضلاب
متوسط	۲۶	۲۳/۰۱	ضعیف	۲۷	۲۵/۱۷	آزادی اجتماعی و سیاسی
متوسط	۱۷	۲۳/۹۸	متوسط	۱۷	۳۴	امنیت و ایمنی
متوسط	۹	۲۴/۴۹	قوی	۹	۴۲/۷۷	همکاری بین‌بخشی
متوسط	۶	۲۴/۰۶	متوسط	۶	۴۹/۱۷	فرهنگ سالم
متوسط	۱۶	۲۴/۰۴	متوسط	۱۶	۳۴/۸۳	مراقبت‌های سلامت
متوسط	۲۸	۲۲/۸۹	ضعیف	۲۹	۲۳/۱۷	تجهیزات پزشکی مناسب
متوسط	۱۸	۲۳/۹۷	متوسط	۱۹	۳۲/۵۰	دسترسی به داروهای ضروری
متوسط	۲۲	۲۳/۳۸	متوسط	۲۲	۲۹/۵۰	دوچرخه‌سواری
متوسط	۲۱	۲۳/۶۰	متوسط	۲۱	۳۰/۸۳	خدمات مناسب بیمه
متوسط	۱۹	۲۳/۷۷	متوسط	۲۰	۳۱/۱۷	دسترسی به مراکز سلامت
متوسط	۱۳	۲۴/۳۲	متوسط	۱۳	۳۸/۶۷	سلامت جسم

منبع: نگارندگان، ۱۳۹۷: خروجی نرم‌افزار میک‌مک فازی

درآمد: نشان‌دهنده موقعیت اجتماعی-اقتصادی است که منابع مادی را به صورت مستقیم اندازه‌گیری می‌کند و بهترین شاخص برای نشان دادن استانداردهای زندگی مادی است (Galobardes et al., 2006; Solar and Irwin, 2010). درآمد بر طیف وسیعی از شرایط مادی که ارتباطی مستقیم با سلامت دارد، تأثیرگذار است. به عبارت دیگر، با تبدیل پول و دارایی بر خدمات و کالاهای ارتقادهنده سلامت تأثیر می‌گذارد (Galobardes et al., 2006; Solar and Irwin, 2010)؛ برای مثال کسی که درآمد بالایی دارد، در مناطق مسکونی با کیفیت بالا، آلودگی کم، امنیت بالا و کم‌خطر زندگی می‌کند که دسترسی مناسب به خدمات سلامت، دسترسی به خدمات تفریحی، دسترسی به خدمات آموزشی و تغذیه مناسب دارد، اما افرادی با درآمد پایین در مناطق مسکونی با کیفیت پایین، دارای بهداشت نامناسب، دسترسی کم به خدمات سلامت، آموزش و مناطق تفریحی، تغذیه ناسالم و مناطق پرخطر و در معرض آلودگی و بیماری زندگی می‌کنند (Galobardes et al., 2006; Solar and Irwin, 2010).

آموزش و اطلاعات: دومین متغیر مؤثر، آموزش و اطلاعات یا سواد است. مطالعات نشان می‌دهد ارتباط قوی میان آموزش و سلامت وجود دارد (Galobardes et al., 2006; Solar and Irwin, 2010; UNDP 2005; WHO 2008)؛ برای مثال در بورکینا فاسو میزان مرگ‌ومیر نوزادانی که مادران آن‌ها آموزش دیده نبودند، سه برابر بیشتر از نوزادانی بود که مادران آموزش دیده داشتند (UNDP, 2005). ارتباط میان آموزش و سلامت را می‌توان به کمک مکانیسم‌های زیر نشان داد (Galobardes et al., 2006; Solar and Irwin, 2010):

- آموزش، عامل تعیین‌کننده مهم و مؤثری در شغل و درآمد افراد است و می‌تواند در ارتقای سلامت تأثیرگذار باشد.
- مهارت و دانش کسب‌شده به کمک آموزش، بر عملکرد شناختی افراد تأثیرگذار است. همچنین سبب می‌شود افراد بیشتر به پیام‌های آموزش سلامت توجه کنند و با مراکز و خدمات سلامت بیشتر ارتباط داشته باشند.

عدالت اجتماعی: تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سلامت هستند؛ بنابراین دسترسی عادلانه همه افراد به آن‌ها، تأثیر بسیاری بر سلامت آنان دارد؛ برای مثال افرادی که در حاشیه شهرها و مناطق محروم زندگی می‌کنند، به دلیل داشتن پایگاه اجتماعی اقتصادی ضعیف، دسترسی کمتری به خدمات اجتماعی از قبیل بهداشت و سواد دارند که این امر در سلامت آن‌ها تأثیرگذار است. اگرچه می‌توان بخش عمده‌ای از بحران سلامت در شهرهای کنونی را ناشی از شرایط سخت زندگی شهری و مدرنیته دانست، بی‌تعدالی فضاهای شهری و پخشایش ناعادلانه امکانات و خدمات نیز در این امر بی‌تأثیر نبوده است. به‌طورکلی غفلت از ارتباط تنگاتنگ سلامت و عدالت، منجر به بی‌ثباتی و سیاست‌های بی‌نتیجه در سلامت خواهد شد.

سلامت اجتماعی: سلامت اجتماعی به استعداد و توانایی افراد برای انجام وظایف و شکوفایی استعدادها، توانایی مدیریت زندگی در شرایط مختلف و توانایی شرکت در فعالیت‌های مختلف اجتماعی مانند کار گفته می‌شود. مطالعه درباره افراد دارای بیماری‌های مزمن نشان می‌دهد افرادی که آموخته‌اند امور زندگی را مدیریت کنند، در فعالیت‌ها شرکت داشته باشند و با بیماری‌ها مقابله کنند، نگرانی و خستگی کمتر، انرژی و فعالیت فیزیکی بیشتر، ناتوانی و محدودیت کمتر برای شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، دوره بستری شدن کمتر در بیمارستان و در مجموع احساس سلامت بیشتری از سایر بیمارانی دارند که توانایی مدیریت زندگی و مقابله با بیماری‌ها را ندارند (Lorig et al., 2008). متغیرهای حق به سلامت با توجه به میزان تأثیرگذاری آن‌ها، به سه دسته تقسیم شده‌اند (جدول ۶).

جدول ۶. میزان تأثیرگذاری متغیرهای حق به سلامت

بیشترین	درآمد مناسب، آموزش و اطلاعات، عدالت اجتماعی، سلامت اجتماعی، قوانین و سیاست‌ها، فرهنگ سالم، محیط فیزیکی و کالبدی سالم،
تأثیرگذاری	سلامت روان، همکاری بین‌بخشی، شرایط کاری مناسب
تأثیرگذاری	حمل‌ونقل عمومی، مشارکت در سلامت، سلامت جسم، هوای پاک و سالم، سرمایه اجتماعی، مراقبت‌های سلامت، امنیت و ایمنی،
متوسط	پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری، دسترسی به داروهای ضروری، دسترسی به مراکز سلامت
کمترین	خدمات مناسب بیمه، دوچرخه‌سواری، آب و فاضلاب، مسکن مناسب، تفریح و سرگرمی، پیاده‌روهای مناسب، آزادی اجتماعی و سیاسی،
تأثیرگذاری	فضای سبز، تجهیزات پزشکی مناسب، تغذیه سالم، تجهیزات و تأسیسات شهری

منبع: نگارندگان، ۱۳۹۷: خروجی نرم‌افزار میک‌مک فازی

جدول ۷. متغیرهای تأثیرپذیر مستقیم و غیرمستقیم

غیرمستقیم		مستقیم		متغیر	
برچسب فازی	رتبه تأثیرپذیری	میزان تأثیرپذیری غیر فازی شده	برچسب فازی	رتبه تأثیرپذیری	میزان تأثیرپذیری غیر فازی شده
متوسط	۱۲	۲۴/۳۶	متوسط	۹	۴۱/۱۷
متوسط	۲۳	۲۳/۳۱	ضعیف	۲۳	۲۸/۸۳
متوسط	۲۵	۲۳/۰۴	ضعیف	۲۶	۲۶/۶۷
متوسط	۹	۲۴/۵۲	متوسط	۱۰	۴۱
متوسط	۱۱	۲۴/۴۳	متوسط	۱۱	۳۹/۱۷
متوسط	۲۶	۲۳/۰۲	ضعیف	۲۸	۲۳/۱۷
متوسط	۵	۲۴/۷۷	متوسط	۴	۴۷/۸۳
متوسط	۱	۲۵/۲۸	قوی	۱	۵۵/۳۳
متوسط	۱۶	۲۴/۲۱	متوسط	۱۷	۳۵/۵۰
متوسط	۱۴	۲۴/۲۴	متوسط	۱۸	۳۵/۱۷
متوسط	۳۰	۲۲/۲۶	ضعیف	۳۰	۱۹/۱۷
متوسط	۱۰	۲۴/۴۴	متوسط	۱۲	۳۹/۱۷
متوسط	۱۸	۲۴/۱۳	متوسط	۱۹	۳۵/۱۷
ضعیف	۳۱	۲۱/۹۵	ضعیف	۳۱	۱۸
متوسط	۳	۲۴/۸۹	متوسط	۳	۴۹/۵۰
متوسط	۴	۲۴/۷۸	متوسط	۵	۴۶/۶۷
متوسط	۱۵	۲۴/۲۱	متوسط	۱۴	۳۶/۸۳
متوسط	۱۷	۲۴/۱۸	متوسط	۱۵	۳۶/۸۳
متوسط	۲	۲۵/۰۱	متوسط	۲	۴۹/۸۳
متوسط	۲۱	۲۳/۳۱	متوسط	۲۱	۳۲/۱۱
متوسط	۲۹	۲۲/۷۳	ضعیف	۲۹	۲۳/۱۷
متوسط	۷	۲۴/۶۰	متوسط	۶	۴۶
متوسط	۲۷	۲۲/۹۹	ضعیف	۲۴	۲۸/۱۳
متوسط	۶	۲۴/۶۷	متوسط	۸	۴۴
متوسط	۲۰	۲۳/۷۹	متوسط	۲۰	۳۴/۳۳
متوسط	۲۲	۲۳/۴۴	متوسط	۲۲	۳۱/۶۷
متوسط	۲۴	۲۳/۱۲	ضعیف	۲۵	۲۸
متوسط	۱۳	۲۴/۲۸	متوسط	۱۳	۳۷/۵۰
متوسط	۲۸	۲۲/۹۱	ضعیف	۲۷	۲۴/۵۰
متوسط	۱۹	۲۴/۰۶	متوسط	۱۶	۳۶
متوسط	۸	۲۴/۵۸	متوسط	۷	۴۵/۳۳

منبع: نگارندگان، ۱۳۹۷: خروجی نرم‌افزار میک‌مک فازی

متغیرهای تأثیر پذیر یا متغیرهای نتیجه: این متغیرها در قسمت جنوبی نمودار قرار دارند و با تأثیرگذاری کم و تأثیرپذیری بسیاری همراه هستند؛ بنابراین در برابر تکامل متغیرهای تأثیرگذار و دوجبهی بسیار حساس‌اند و متغیرهای خروج از سیستم محسوب می‌شوند. براساس نتایج این پژوهش، متغیرهای سلامت اجتماعی (رتبه ۱ در تأثیرپذیری)، مشارکت در سلامت (رتبه ۲ در تأثیرپذیری)، عدالت اجتماعی (رتبه ۳ در تأثیرپذیری)، سلامت روان (رتبه ۴ در تأثیرپذیری)، سرمایه اجتماعی (رتبه ۵ در تأثیرپذیری)، امنیت و ایمنی (رتبه ۶ در تأثیرپذیری)، سلامت جسم (رتبه ۷ در تأثیرپذیری)، فرهنگ سالم (رتبه ۸ در تأثیرپذیری) و محیط فیزیکی و کالبدی سالم (رتبه ۹ در تأثیرپذیری) به ترتیب، تأثیرپذیرترین متغیرهای این سیستم هستند. همان‌طور که مشاهده می‌شود، برخی از این متغیرها، جزو متغیرهای تأثیرگذار محسوب می‌شوند؛ یعنی بر سیستم اثرگذار و از آن اثرپذیر بودند؛ برای مثال سلامت اجتماعی که یکی از مهم‌ترین متغیرهای تأثیرگذار است، از متغیرهای مشارکت، آموزش و اطلاعات، سلامت روان و... تأثیر می‌پذیرد (جدول ۷).

متغیرهای حق به سلامت با توجه به میزان تأثیرپذیری آن‌ها، به سه دسته تقسیم شده‌اند (جدول ۸).

جدول ۸. میزان تأثیرپذیری متغیرهای حق به سلامت

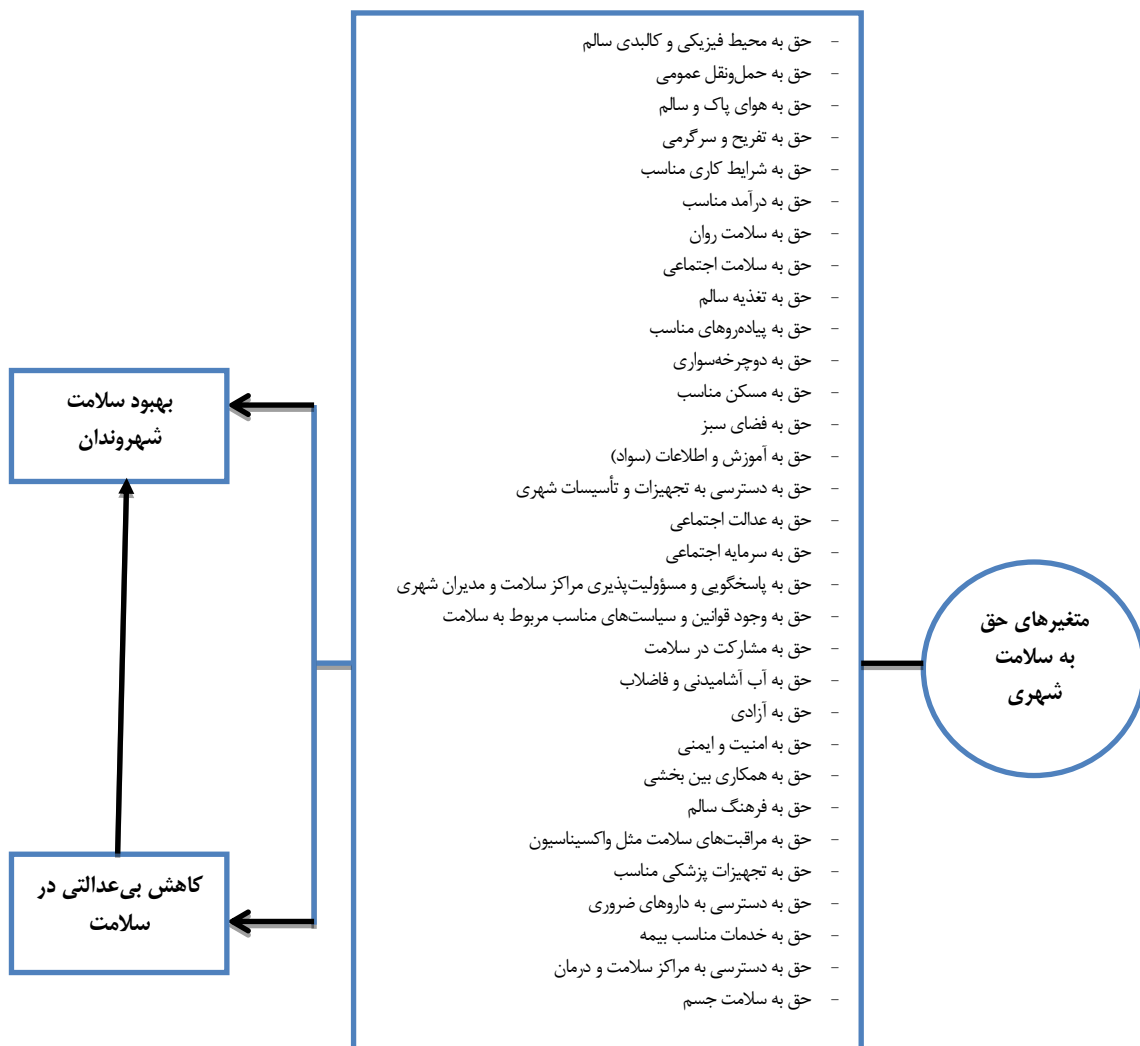
بیشترین تأثیرپذیری	سلامت اجتماعی، مشارکت در سلامت، عدالت اجتماعی، سلامت روان، سرمایه اجتماعی، امنیت و ایمنی، سلامت جسم، فرهنگ سالم و محیط فیزیکی و کالبدی سالم
تأثیرپذیری متوسط	تفریح و سرگرمی، شرایط کاری مناسب، فضای سبز، دوچرخه‌سواری، پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری، قوانین و سیاست‌ها، دسترسی به مراکز سلامت، تغذیه سالم، پیاده‌روهای مناسب، آموزش و اطلاعات و مراقبت‌های سلامت
کمترین تأثیرپذیری	آب آشامیدنی و فاضلاب، تجهیزات پزشکی مناسب، حمل‌ونقل عمومی، همکاری بین‌بخشی، دسترسی به داروهای ضروری، هوای پاک و سالم، خدمات مناسب بیمه، درآمد مناسب، آزادی اجتماعی و اقتصادی، مسکن مناسب و تجهیزات و تأسیسات شهری

منبع: نگارندگان، ۱۳۹۷: خروجی نرم‌افزار میک‌مک فازی

نتیجه‌گیری

حق به سلامت یکی از اساسی‌ترین و مهم‌ترین حقوق شهروندان در شهر به‌شمار می‌آید که در بسیاری از گزارش‌ها، منشورها، قوانین، رویکردها و نظریه‌های جهانی بر آن تأکید شده است. در حق به سلامت شهری تأکید می‌شود که هرکس با هر ویژگی، نگرش، پایگاه اقتصادی-اجتماعی و در هر مکانی که زندگی می‌کند، حق به سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی و همچنین حق به عوامل و تعیین‌کننده‌های سلامت اعم از امنیت و ایمنی، تغذیه مناسب، درآمد مناسب، شغل مناسب، مسکن مناسب، آب آشامیدنی سالم، پارک و فضای سبز، هوای پاک، پیاده‌روهای قابل پیاده‌روی، حمل‌ونقل عمومی، سازمان‌های پاسخگو، قوانین سلامت‌محور، فرهنگ سالم و... را دارد. با توجه به اهمیت این موضوع، در این مقاله مهم‌ترین متغیرهای حق به سلامت شهری شناسایی و بررسی شدند. برای این منظور، ابتدا با مطالعه مقالات، گزارش‌ها، کتاب‌ها، منشورها و سایر منابع، ۵۷ متغیر حق به سلامت شهری انتخاب شدند. سپس برای انتخاب نهایی آن‌ها از روش مصاحبه دلفی استفاده شد که براساس نتایج این مصاحبه، به ۳۱ متغیر کاهش یافتند. در مرحله دوم از مصاحبه، برای امتیازدهی تأثیرات متغیرها بر یکدیگر از متخصصان خواسته شد به امتیازدهی متغیرها در قالب ماتریس $N \times N$ بپردازند. نتایج این مصاحبه با نرم‌افزار میک‌مک فازی تجزیه و تحلیل شد. براساس نتایج پژوهش حاضر، متغیرهای درآمد مناسب، آموزش و اطلاعات، عدالت اجتماعی، سلامت اجتماعی، قوانین و سیاست‌ها، فرهنگ سالم، محیط فیزیکی سالم، سلامت روان،

همکاری بین‌بخشی سازمان‌ها و شرایط کاری مناسب به ترتیب، تأثیرگذارترین متغیرها هستند. این متغیرها بحرانی‌ترین و مؤثرترین متغیرها در تحقق یا عدم تحقق حق به سلامت شهری به‌شمار می‌آیند و تغییرات در میزان این حق وابسته به آن‌هاست؛ بنابراین میزان کنترل بر این متغیرها بسیار اهمیت دارد. همچنین متغیرهای سلامت اجتماعی، مشارکت در سلامت، عدالت اجتماعی، سلامت روان، سرمایه اجتماعی، امنیت و ایمنی، سلامت جسم، فرهنگ سالم و محیط فیزیکی سالم به ترتیب تأثیرپذیرترین متغیرها هستند. باید توجه داشت که برخی از این متغیرها بر سیستم تأثیر می‌گذارند و از آن تأثیر می‌پذیرند؛ برای مثال سلامت اجتماعی که یکی از مهم‌ترین متغیرهای تأثیرگذار است، می‌تواند از متغیرهای مشارکت، آموزش و اطلاعات، سلامت روان و... تأثیرپذیری داشته باشد. براساس نتایج این پژوهش، هریک از ۳۱ متغیری که متخصصان برای حق به سلامت شهری انتخاب کرده‌اند، نقشی مهم در حفظ و بهبود سلامت شهروندان دارد. در این میان، برخی متغیرها مانند درآمد، آموزش و اطلاعات، عدالت اجتماعی، سلامت اجتماعی، قوانین و مقررات، فرهنگ، محیط فیزیکی، سلامت روان، همکاری بین‌بخشی و شرایط کاری مناسب می‌تواند نقشی اساسی در تحقق حق به سلامت شهری داشته باشد. در شکل ۵، نتایج پژوهش حاضر آمده است.



شکل ۵. مدل نهایی پژوهش

منابع

- بارتون، هوگ، ۱۳۸۱، «جایگاه سلامتی در شهرسازی» ترجمه محمد تقی زاده مطلق، جستارهای شهرسازی، شماره ۳، صص ۲۷-۳۷.
- بارتون، هیو و کترین تسورو، ۱۳۸۹، *برنامه‌ریزی شهر سالم*، ترجمه میترا عطاریان، سازمان مطالعات و برنامه‌ریزی شهر تهران، تهران.
- حافظنیا، محمدرضا، ۱۳۸۸، *مقدمه‌ای بر روش پژوهش در علوم انسانی*، انتشارات سمت، تهران.
- حبیبی، لیلا و مریم جعفری مهرآبادی، ۱۳۸۹، «آینده‌پژوهی و آینده کلان شهرها با تأکید بر کلان شهر تهران»، فصلنامه جغرافیایی چشم‌انداز زاگرس، دوره دوم، شماره ۶، صص ۹۷-۱۱۰.
- حبیبی، محسن و مریم امیری، ۱۳۹۴، «حق به شهر؛ شهر موجود و شهر مطلوب؛ آنچه هست و آنچه باید باشد»، مجله پژوهش‌های انسان‌شناسی ایران، شماره ۲، صص ۹-۳۰.
- حسن‌زاده، رمضان، ۱۳۹۲، *روش‌های پژوهش در علوم رفتاری*، نشر ساوالان، تهران.
- راستی، عمران و راضیه آرزومندان، ۱۳۹۰، «مهاجرت، حاشیه‌نشینی و اثرات آن بر سلامت شهری؛ مطالعه موردی: بیرجند»، مطالعات فرهنگی اجتماعی خراسان، شماره ۲۰، صص ۴۳-۶۳.
- ربانی، طاها، ۱۳۹۱، کاربرد رویکرد آینده‌پژوهی و تفکر راهبردی در برنامه‌ریزی توسعه شهری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران.
- رضایپور، عزیز، باقی، احمد، ادهم، داود، عبادی فردآذر، فرید، باقری فردانبه، سعید، ارومیه‌ای، نادیا، میرزایی، سعید، نخعی، مجید و صادق غضنفری، ۱۳۹۵، «نابرابری در مخارج سلامت و اثرات فقرزایی ناشی از آن در جمعیت شهری کرمان»، مجله سلامت و بهداشت، سال هفتم، شماره ۲، صص ۱۴۶-۱۵۷.
- رفعیان، مجتبی و نینا الوندی‌پور، ۱۳۹۴، «مفهوم‌پردازی اندیشه حق به شهر؛ در جست‌وجوی مدلی مفهومی»، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره شانزدهم، شماره ۲، صص ۲۵-۴۷.
- زالی، نادر، ۱۳۸۸، *آینده‌نگاری توسعه منطقه‌ای با رویکرد برنامه‌ریزی سناریو مبنا (نمونه موردی: استان آذربایجان شرقی)*، رساله دکتری، رشته جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه تبریز.
- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان خراسان شمالی، ۱۳۹۷.
- شبیریان، فهیمه، ۱۳۹۱، *تحلیل فضایی بیماری‌های زنان در شهر تهران با تأکید بر برنامه‌ریزی سلامت شهری*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه پیام‌نور تهران.
- شکریگی، عالیه و پری ظریفیان، ۱۳۸۹، «نقش خانه‌های سلامت شهرداری در مدیریت سلامت شهری»، مطالعات جامعه‌شناختی ایران، شماره ۱، صص ۱۴۴-۱۶۸.
- صفدری، رضا، قاضی‌سعیدی، مرجان و مریم زحمت‌کشان، ۱۳۹۱، «فناوری اطلاعات، تحولی نوین در توسعه سلامت شهری»، مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (پیاورد سلامت)، دوره ششم، شماره ۳، صص ۱۷۰-۱۸۱.
- طالبیان، حامد، مولایی، محمدمهدی و فریما قراری، ۱۳۹۶، «تحلیل ساختاری به روش میک‌مک فازی در آینده‌نگاری راهبردی (مطالعه موردی: آینده‌پژوهی ایران ۱۳۹۴)»، دوفصلنامه آینده‌پژوهی ایران، دوره دوم، شماره ۱، صص ۷۵-۱۰۴.

گل‌پیر، عبدالله، ۱۳۹۶، جایگاه سلامت شهری در قوانین، قابل دسترسی در: <http://www.evazfardlawyer.ir/index.php?todo=showarticles&aid=50230>

لطفی، صدیقه، مهدی، علی و معصومه مهدیان بهنمیری، ۱۳۹۲، «سنجش گرایش ساکنان مناطق چهارگانه شهر قم به ورزش و فعالیت‌های جسمانی (سلامت شهری، توسعه پایدار)»، پژوهشنامه مدیریت ورزشی و رفتار حرکتی، شماره ۱۷، صص ۱۲۹-۱۵۴.

مداح، هما و پیام روشن‌فکر، ۱۳۹۴، «حق به شهر از اندیشه تا عمل»، نشریه شهرسازی و معماری هفت شهر، شماره ۴۹ و ۵۰، صص ۵۸-۷۳.

مرکز پژوهش‌های مجلس، ۱۳۸۳، گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی سلامت، دفتر بررسی‌های اقتصادی، معاونت پژوهشی مجلس شورای اسلامی.

معروفی، حسین و گل‌دیس وحیدی برجی، ۱۳۹۴، «فضا و تحقق‌پذیری حق شهری: شناسایی مؤلفه‌های فضایی برآمده از حق شهری به‌منظور تحلیل و ارزیابی پروژه نواب در تهران و لادفانس در پاریس»، فصلنامه مطالعات شهری، شماره ۱۶، صص ۵-۱۴.

مهدی، علی و همکاران، ۱۳۹۴، «بررسی و تحلیل سلامت زیست و دسترسی به شاخص‌های سلامت در محلات حاشیه‌نشین؛ مورد مطالعاتی؛ محله شادقلی‌خان قم»، جغرافیا و برنامه‌ریزی، شماره ۴۹، صص ۲۵۹-۲۹۳.

نقدی، اسدالله و صادق زارع، ۱۳۹۰، «الگوی زیست حاشیه، تهدیدی برای توسعه و سلامت پایدار شهری»، فصلنامه علمی-تخصصی مطالعات شهری، سال اول، شماره ۱، صص ۱۲۵-۱۴۶.

Annim, S., Simon, M., and Joshua, S., 2012, *Spatial Inequality and Household Poverty in Ghana*, Economic Systems, No. 36, PP. 1-29.

Barton, H., 2012, *The Status of Health in Urban Planning*, Translated by Mohammad Taghizadeh Motlagh, [Iranian Journal of] Studies in Urbanism, No. 3, PP. 27-37. (In Persian)

Barton, H., and Tsourou, C., 2010, *Healthy City Planning*, Translated by Mitra Attariyan, Tehran: Tehran Organization of Studies and Planning. (In Persian)

Bethune, R. et al., 2018, *Social Determinants of Self-Reported Health for Canada's Indigenous Peoples: A Public Health Approach*, Public Health, PP. 1-9.

Boer, R. W. J., and Vries, J. De., 2009, *The Right to the City as a Tool for Urban Social Movements: The Case of Barceloneta*, In the 4th International Conference of the International Forum on Urbanism, PP. 1321-1330.

Galobardes, B. et al., 2006, *Indicators of Socioeconomic Position (Part 1)*, J. Epidemiol, Community Health, Vol. 60, No. 1, PP. 7-12.

Ghadami, M., Divsalar, A., and Gholamyan, M., 2010, *A Comparative Study of the Indicators of Urban Health on a National and Global Scale (Case Study: Urban Areas of Iran and Developed Countries)*, Proceedings of the Fourth International Congress of the Islamic World's Geographers, Zahedan, Iran. (In Persian)

Godet, M., 2003, *The Art of Scenarios and Strategic Planning: Tools and Pitfalls*, Technological Forecasting and Social Change, Vol. 65, No. 1, PP. 3-22.

Golpir, A., 2017, *The Status of Urban Health in the Rules*, accessible via: <http://www.evazfardlawyer.ir/index.php?todo=showarticles&aid=50230>.

Gorane, S. J., and Kant, R., 2012, *Modelling the SCM Enablers: An Integrated ISM-Fuzzy MICMAC Approach*, Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics, Vol. 25, No. 2, PP. 263-286.

- Gupta, I., 2009, *Out-of-Pocket Expenditures and Poverty: Estimates From NSS 61 St Round*, Indrani Gupta Institute of Economic Growth Delhi.
- Habibi, L., and Jafari Mehrabadi, M., 2010, *Future Studies and the Future of Metropolises with an Emphasis on Tehran Metropolis*, [Iranian] Geographic Quarterly of Zagros Outlook, Vol. 2, No. 6, PP. 97-110 (In Persian)
- Habibi, M., and Amiri, M., 2015, *The Right to the City; The Existing City and the Desirable City; What It Is and What It Should Be*, Iranian Journal of Research in Anthropology, No. 2, PP. 9-30. (In Persian)
- Hafeznia, M. R., 2009, *An Introduction to Research Methods in the Humanities*, Samt, Tehran. (In Persian)
- Harpham, T., and Molyneux, C., 2001, *Urban Health in Developing Countries: A Review*, Progress in Development Studies, Vol. 1, No. 2, PP. 37-113.
- Harvey, D., 1976, *Social Justice and the City*, Cambridge: Blackwell.
- Harvey, D., 2001, *Spaces of Capital: Towards a Critical Geography*, Routledge (Vol. 22). New York: Routledge, [https://doi.org/10.1016/s0962-6298\(02\)00091-4](https://doi.org/10.1016/s0962-6298(02)00091-4).
- Harvey, D., 2008, *The Right to The City*, New Left Review, Vol. 53. No. 53, PP. 23-40.
- Harvey, D., N.D., *Rebel Cities: From the Right to the City to the Urban Revolution*, New York: Verso.
- Hassanzadeh, R., 2013, *Research Methods in Behavioral Science*, Savalan, Tehran. (In Persian).
- Kandasamy, W.B., Smarandache, F., and Iianthenral, K., 2007, *Special Fuzzy Matrices for Social Scientists*, Infolearnquest, Ann Arbor.
- Karlsdotter, Kristina, José J., Martín M., and Puerto López Del Amo González, M., 2012, *Multilevel Analysis of Income, Income Inequalities and Health in Spain*, Social Science and Medicine. Vol. 74, No. 7, PP. 1099-1106. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.020>.
- Landeta, J., 2006, *Current Validity of the Delphi Method in Social Sciences*, Technological Forecasting and Social Change, Vol. 73, No. 5, PP. 467-482.
- Lefebvre, H., 1996, *Writing on Cities*, Translated and Edited by Eleonore, K and Elizabeth, L. Blackwell Publishers. UK.
- Lorig, K. R. et al., 2008, *Disease Evidence Suggesting That a Chronic Can Improve Health Status Program While Reducing Hospitalization*, Medical Care, Vol. 37, No. 1, PP. 5-14.
- Lotfi, S., Mehdi, A., and Mahdian Behnamiri, M., 2013, *Measuring the Tendency of Inhabitants of the Four Areas of Qom to Sports and Physical Activities (Urban Health, Sustainable Development)*, [Iranian Journal of] Studies on Sport Management and Physical Activities, No. 17, PP. 129-154. (In Persian)
- Maddah, H., and Roshanfekar, P., 2015, *The Right to the City from Theory to Practice*, Haft-Shahr Journal of Urbanism and Architecture, No. 49 and 50, PP. 58-73. (In Persian)
- Majlis Research Center, 2004, *The World Health Report 2000*, Center for Economic Investigations, Deputy Chancellor's Office of the Islamic Consultative Assembly. (In Persian)
- Management and Planning Organization of North Khorasan Province*, 2018. (In Persian)
- Manjengwa, J., Collen M., and Doreen T., 2016, *Understanding Urban Poverty in Two High-Density Suburbs of Harare, Zimbabwe*, Development Southern Africa, Vol. 33, No. 1, PP. 23-38, <http://dx.doi.org/10.1080/0376835x.2015.1116376>.
- Marcuse, P., 2009, *From Critical Urban Theory to the Right to the City*, City, Vol. 13. No. 2 and 3, PP. 185-197.

- Marcuse, P., 2012, *Whose Right (S) To What City*, In *Cities for People, Not for Profit*, Critical Urban Theory and the Right to the City, (N. Brenner, P. Marcuse, and M. Mayer, Eds.), London and New York: Routledge.
- Maroufi, H., and Vahidi Borji, G., 2015, *Space and the Realization of the Right to the City: Identifying the Spatial Components of the Right to the City for Analyzing and Evaluating the Navvab Project in Tehran and La Défense In Paris*, [Iranian] Quarterly of Urban Research, No. 16, PP. 5-14. (In Persian)
- Martínez, J., Gora Mboup, R. S., and Alfred, S., 2008, *Trends in Urban and Slum Indicators Across Developing World Cities, 1990-2003*, Habitat International, Vol. 32, No. 1, PP. 86–108.
- Mberu Blessing U., Tilahun Nigatu Haregu, C. K., and Alex C. E., 2016, *Health and Health-Related Indicators in Slum, Rural, and Urban Communities: A Comparative Analysis*, Global Health Action, Vol. 9, No. 1, PP. 1–13.
- Mehdi, A. et al., 2014, *Investigating and Analyzing Healthy Living and Access to Health Indicators in Suburban Neighborhoods (Case Study: Shadgoli Khan Neighborhood of Qom)*, [Iranian Journal of] Geography and Planning, No. 49, PP. 259-293. (In Persian)
- Mitchell, D., 2003, *40 The Guilford Press Book Review: The Right to the City: Social Justice and the Fight for Public Space*, New York and London: The Guilford Press.
- Naghdi, A., and Zare, S., 2011, *Living in the Suburbs as a Patter: A Threat to Sustainable Urban Development*, [Iranian] Specialized-Scientific Quarterly of Urban Studies, Vol. 1, No. 1, PP. 125-146. (In Persian)
- Ouyang, W., Boyi, W., Li, T., and Xinyi, N., 2017, *Spatial Deprivation of Urban Public Services in Migrant Enclaves Under the Context of a Rapidly Urbanizing China: An Evaluation Based on Suburban Shanghai*, Cities, No. 60, PP. 436–445, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cities.2016.06.004>.
- Purcell, M., 2002, *Excavating Lefebvre: The Right to the City and Its Urban Politics of the Inhabitant*, Geojournal, Vol. 58, No. 2 and 3, PP. 99–108, <https://doi.org/10.1023/b:gejo.0000010829.62237.8f>
- Purcell, M., 2014, *Possible Worlds: Henri Lefebvre and the Right to the City*, Journal of Urban Affairs, Vol. 36, No. 1, PP. 141–154, <https://doi.org/10.1111/juaf.12034>.
- Rabbani, T., 2012, *The Application of Future Studies Approach and Strategic Thinking in Urban Development Planning*, Master's Thesis, Faculty of Geography, University of Tehran. (In Persian)
- Radu. A. L., and Dimitriu, M., 2012, *Scoring Method Applied to Financing Programmes in the Context of Sustainable Development*, Procedia Economics and Finance, Vol. 3, PP. 527- 535.
- Rafeian, M., and Alvandipour, N., 2015, *Conceptualization of the Idea of the Right to the City: Seeking a Conceptual Model*, Journal of Iranian Sociology, Vol. 16, No. 2, PP. 25-47. (In Persian)
- Rasti, O., and Arezoomandan, R., 2011, *Migration, Marginalization and Their Effects on Urban Health (Case Study: Birjand)*, Socio-Cultural Studies of Khorasan, No. 20, PP. 43-63. (In Persian)
- Rezapur, A., Baghi, A., Adham, D., Ebadi Fard Azar, F., Bagheri Faradnebeh, S., Orumie'ei, N., Mirzai, S., Nakhaei, M., and Ghazanfari, S., 2016, *Inequality in Health Expenditures and Its Impoverishment Effects in the Urban Population of Kerman*, [Iranian] Journal of Health and Hygiene, Vol. 7, No. 2, Special Edition, PP. 146-157. (In Persian)
- Rözer, J. J., and Volker, B., 2016, *Does Income Inequality Have Lasting Effects on Health and Trust?* Social Science and Medicine, No. 149, PP. 37–45.
- Rydin, Y., 2012, *Healthy Cities and Planning*, Town Planning Review, No. 83, PP. 1-6.

- Rydin, Y., Bleahu, A., Davies, M., Davila, J. D., Friel, S., Di Grandis, G., ... Wilson, J., 2012, *Shaping Cities for Health: The Complexities of Planning Urban Environments in the 21st Century*, The Lancet, No. 379, PP. 2079–2108.
- Safdari, R., Ghazisaeidi, M., and Zahmatkeshan, M., 2012, *Information Technology: A New Advancement in Urban Health Development*, Journal of School of Paramedicine, Tehran University of Medical Sciences (Peyavard Salamat), Vol. 6, No. 3, PP. 170-181. (In Persian)
- Sarkar, C., Webster, C., and Gallacher, J., 2014, *Urban Built Environment Configuration and Psychological Distress in Later Life: Cross-Sectional Results from the Caerphilly Prospective Study (Caps)*, *Healthy Cities, Public Health Through Urban Planning*, Edward Elgar.
- Shamsipur, A. A., 2017, *An Analysis of the Spatial Distribution of Public Services from the Perspective of Social Justice (Case Study: Bojnourd City)*, Master's Thesis, Geography and Urban Planning, Islamic Azad University of Shirvan. (In Persian)
- Shekarbeigi, A., and Zarifian, P., 2010, *The Role of Municipal Health Houses in Urban Health Management*, Sociological Studies of Iran, No. 1, PP. 144-168.
- Simone, A. M., 2006, *The Right to the City*, Interventions: International Journal of Postcolonial Studies, Vol. 7, No. 3, PP. 321–325, <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13698010500268189>.
- Solar, O., and Irwin, A., 2010, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, Geneva, Switzerland: WHO. *Trust? Social Science and Medicine*, No. 149, PP. 37–45.
- Talebian, H., Molaei, M. M., and Gharari, F., 2017, *A Structural Analysis by the Fuzzy Micmac Approach in Strategic Perspective (Case Study: Future Studies of Iran in 2015)*, Bi-Quarterly Journal of Future Studies of Iran, Vol. 2, No. 1, PP. 75-104 (In Persian)
- UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR) (A), *Human Rights, Health and Poverty Reduction Strategies*, 2008, Issue No 5, UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR) (B), Fact Sheet No. 31, The Right to Health, June 2008, No. 3.
- Unesco and Un-Habitat, 2009, *Urban Policies and the Right to the City*, Rights, Responsibilities and Cities, Paris.
- United Nations Development Programme (UNDP), 2018, *Sustainable Development Goals*.
- Uslu, A. et al., 2009, *Public Health-Urban Landscaping Relationship and User's Perceptions*, Biotechnology and Biotechnological Equipment, No. 23, PP. 1399-1408.
- Vaddiraju, A. K., 2016, *Urban Governance and the Right to the City*, Economic and Political Weekly EPW AUGUST, 6, 21–23.
- Vearey, J. et al., 2010, *Urban Health in Johannesburg: The Importance of Place on Understanding Intra-Urban Inequalities on a Context of Migration and HIV*, Health and Place, Vol. 16, No. 4, PP. 694–702, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.02.007>.
- WHO, 2005, *Human Rights, Health and Poverty Reduction Strategies*, No. 5, World Health Organization.
- WHO, 2008, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*, Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Charter on the Right to the City, available at: http://www.planningnetwork.org/01_news/world_charter_on_the_right_to_the_city.pdf
- WHO, 2016, *World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the Sdgs*, Sustainable Development Goals, WHO Press: Switzerland.
- Zali, N., 2009, *A Prospective Analysis of Regional Development Using the Baseline Scenario Approach (Case Study: East Azarbaijan Province)*, Ph.D. Thesis, Geography and Urban Planning, Tabriz University. (In Persian)